4 VIEME ANNÉE — N° 1 — DIMANCHE 2 JANVIER 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France .... 45 fr.
Etranger... (voir conditions page IV)
Etudiants (France) .... 25 fr.
Le Numéro .... 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR, P. BOUDIN, Docteur en droit, M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

91496

EAU DE St. CYPRIEN

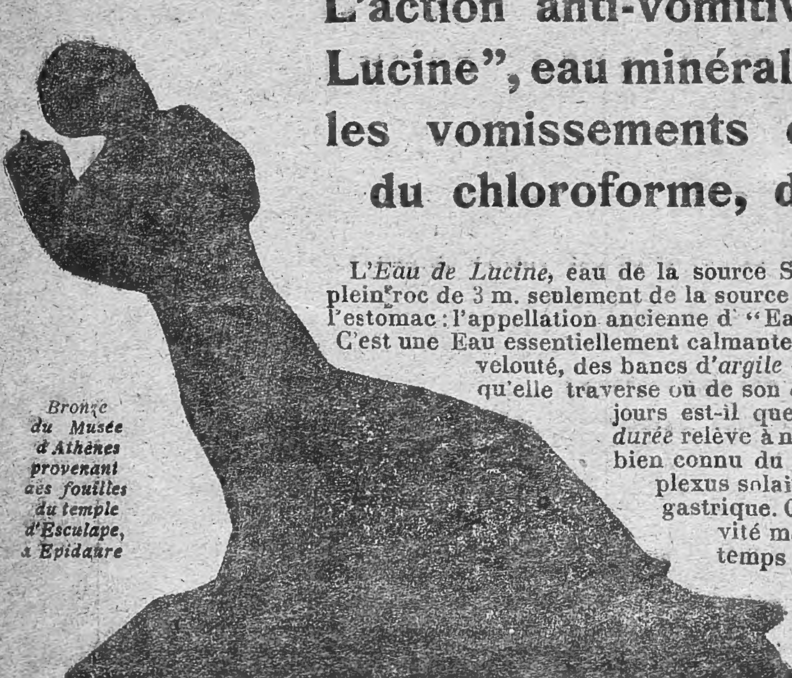


eau des Arthritiques et des Rénaux
rénaux uratiques : Graveleux, Calculeux
rénaux scléreux : Azotémiques, Hypertend

Elle est délicieuse au goût, légère et tr douce à l'estomac, car elle ne contient q de « doux minéraux » ; elle traverse l'o ganisme en entraînant les poisons, le toxines ; elle désinfecte les voies biliair le rein, le bassinet, la vessie ; elle disso l'acide urique, les urates ; décrasse le jointures ; emporte dans les urines p graviers et calculs. Elle diminue l'hyperte sion artérielle en levant le barrage réna

Eau de Lucine

L'action anti-vomitive de l' " Eau de Lucine", eau minérale très douce, dans les vomissements de la grossesse, du chloroforme, du mal de mer.



Bronze du Musée d'Athènes provenant des fouilles du temple d'Esculape, à Epidaure

L'*Eau de Lucine*, eau de la source Saint-Savin de la Roche-Posay, jaillit plein roc de 3 m. seulement de la source Saint-Cyprien. Elle est légère et dou l'estomac : l'appellation ancienne d' "Eau de Velours" lui convenait à merveil C'est une Eau essentiellement calmante et sédative. Tient-elle son moelleux, velouté, des bancs d'*argile* (silicate double d'alumine et de potas qu'elle traverse ou de son *carbonate de calcium* ? Peu importe. To jours est-il que sa vertu calmante *en profondeur* et *durée* relève à n'en pas douter de l'*ion calcium*, séda bien connu du *grand sympathique* et en particulier plexus solaire dont le réseau s'étale sous la muque gastrique. C'est l'ion calcium qui explique son ac vité merveilleuse et connue depuis bien lon temps dans les *vomissements de la fem enceinte*, comme il explique son acti connue plus récemment, mais aussi c taine, dans les *vomissements du m de mer, du chloroforme.*

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 2-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1[re] Zone **75 fr.** — 2[e] Zone **100 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie. Bayle, Caruette, L. Dubief. Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.

Cap d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet, Perrimond

Hyères : Clément, Minell, [illegible], Verrier

Juan-les-Pins-Antibes. Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*), Bernard (Claude), Berdardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Daniel Delocque-Fouteaud. Dormoy, Drapier, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. aerm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

AVIS

Les médecins sollicités de venir s'installer à Ornans (Doubs), sont informés que ce poste est largement desservi par les deux médecins titulaires. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser aux médecins de la région, ou au président du Syndicat médical de Besançon.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 1. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 2. — A céd. à Berck, cause santé, sanat. en plein rapp., agréé par Minist. hygiène, 180 lits, dont 150 occup. Nécessite aucune connaiss. Beaux bénéf., prix à débatt avec facilités. Long bail S'ad. Me Péladé, notaire à Berck-Plage.

N° 3. — Unic 10 CV cond. int. Weymann, très bon état, 9.000 km. Ecr. V. Borrien, 39, rue Boissy-d'Anglas, Paris, 8e.

N° 4. — Voyageur droguerie méd., référ., visit. corps méd. région Sud-Est, pour spéc. méd. sér.

N° 5. — A céd. rais. de santé intéress. cab. thermal dans stat. du Centre. Indemn. 80.000 Bel appart. 6 à 8.000, suiv. nomb. de pièces. Pourr. céder auto très conven.

N° 6. — Hérault. Excell. poste, client, anc. payant. bien, petite ville agréable centre pays riche. Appart. 8 pièces conf. mod., eau, gaz, électr., loyer très modéré, parf. organis. profess. On céder. avec mobil. profess. Renseign. secrétariat Faculté, et Prof. Vires à Montpellier. Très pressé.

N° 7. — Jeune doct. anc. int. demande collaborat. avec dermatolog.

N° 8. — A céd. excell. client. dans riche ch.-lieu cant. de l'Ouest seul méd. S'ad. Dr Marcheguet, à St-Hilaire-des-Loges (Vendée).

N° 9. — A vend. état neuf : 2 radiat. gaz Kern (chauff. 100 mc.) 250 fr. ; Marc (80 mc.) 150 fr. Batterie Malaquin, 24 piles, 300 fr. Buste Voltaire, 150 fr. Dr Weissenbach, 17, rue Quentin-Bauchart, à Paris.

N° 10. — A vend. collect. de La Nature de 1880-1915, richem. reliée. 2 vol. pour chaque année. Prix : 20 fr. le vol.

N° 11. — Banl. nord. A céd. mais. de santé, très bien aménagée avec parc (demander renseign. complément.). Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36.46.

N° 12. — Côte d'Azur. Poste camp. seul méd. on peut faire pharmac. Rapp. 45.000, mais. agréable avec parc. Prix demandé : 25.000, dont 15.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 13. — Nord-Est. Anc. poste seul méd. ,avec pharm. Rapp. 90.000, en progression, mais. 8 pièces, garage, jardin. Indemn. demandée : 40.000 dont partie comptant. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e) Tél. Gob. 36-46.

A M. le docteur Louis GASSOT

Cher Confrère,

Comme vous, nous regrettons le différend qui a pu s'élever entre nous.

Des explications échangées, il résulte :

1° Que des malentendus anciens ont pu vous faire croire très légitimement que notre amitié pour certains chefs de l'Union pouvait diminuer notre acuité auditive pour d'autres sons de cloche ;

2° Que vous avez reconnu que, si nous avons dû, à plusieurs reprises, repousser vos initiatives, qui, si elles étaient très honorables, n'en étaient pas moins inopportunes, nous avions de bonnes raisons pour cela.

Nous sommes heureux de constater publiquement que nous sommes d'accord.

Veuillez agréer l'assurance de nos sentiments confraternels,

Le Conseil de Direction.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Naissance.** — Le docteur et Madame Jean Tarrius nous informent de la naissance de leur fille Marie-Rose. Nos meilleurs compliments.

— **Nécrologie.** — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec un vif regret la mort du Dr P. A. Rachet, de Honfleur, l'un des plus anciens et plus fidèles amis du *Concours médical*. En attendant que nous lui consacrions quelques lignes plus explicites, nous adressons nos bien sympathiques condoléances à Mme Rachet et à ses enfants, notamment à notre distingué confrère et ami Jean Rachet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

G. D.

— **Académie de médecine.** *Prix de l'Académie.* — Parmi les lauréats des récompenses académiques accordées dans la séance du 7 décembre, nous relevons les noms de plusieurs de nos amis et abonnés, auxquels le *Concours médical* est heureux d'adresser ses bien vives félicitations.

Pour le service des épidémies, M. le Dr Bauzon, de Chalon-sur-Saône, reçoit une médaille d'or (rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Chalon en 1925) et M. le Dr Broquin-Lacombe une médaille de bronze (rapport sur l'inspection départementale de l'Aube).

Pour le service des Eaux minérales, M. le Dr Mougeot, de Royat, reçoit une médaille de vermeil (mémoire en collaboration avec le Dr Cattet, sur le traitement hydrominéral et climatique des affections cardio-vasculaires).

Pour le service de la vaccine, M. le Dr Jean Bentkowski, de Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard) et M. le Dr André Fasquelle, de Paris, reçoivent une médaille de vermeil ; M. le Dr Eugène Schmutz, de Strasbourg, une médaille d'argent.

— Le *Prix Clarens* a été décerné au Dr A. Bruno, pour son ouvrage : « Contre la tuberculose » où se trouve exposé l'effort prodigieux de la Commission américaine de Préservation antituberculeuse en France. Ce livre est en vente à l'Association des villages Sanatoriums de haute altitude, 4, rue de Castellane à Paris dont M. le professeur Maurice Letulle est président.

— **Les épidémies.** — On signale des cas de variole à Valence (Drôme) et à Valenciennes (Nord), et une épidémie de diphtérie à Mesnil-Saint-Père (Aube).

— **Hôpitaux de Paris.** *Internat.* — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, sont nommés internes des hôpitaux de Paris dans l'ordre suivant :

Internes titulaires. — MM. Jourdan, Gouyen, Lejeune, Lortat-Jacob, Guillon, Plessier, Uhrey, Bertrand (Pierre), Mlle Wertheimer, MM. Baron, Mamon, Mlle Lacan, MM. Berton, Longuet, Corman, Guedé

Triau, Degos, Vuillième, Lenègre-Thourin, Roy (Louis-Octave), Mlle Corbillon, MM. Thoyer, Georges Gaulier.

MM. Goldberg, Dreyfus (Pierre), Davioud, Guillot, Peytavin, Moyse, Rault, Guran, Mlle Brosse, MM. Busson, Chennevières, Cordier. Lemoyne, Fouquet, Merklen, Garnier, Cachera, Pellé, Couvelaire, Sacuto, Beaux, Ravier, Canonne, Mlle Dartin, M. Mourrut.

MM. Saint-Pierre, Bocquentin, Monnerot-Dumain Kauffmann, Vaillet, Guillain, Lereboullet, Guerneau, Mlles Papaïoannou, Choquart, MM. Decourt, Darré Miraillet, Lelourdy, Bemal, Hussenstein, Arnaudet, Delmas, Bertrand (Jean), Rudolphe, Priollet, Vanier (Jean), Guihéneuc, Bernard (Etienne), Bocquel.

MM. Falaise, Sallé, Porin, Desoilles, Mlle Pau, MM. Audouin, Arnaud (Jac.), Mézard, Desbucquoy.

Internes provisoires. — M. Gallais, Mlle Lévy, MM. Barthes, Seidmann, Cofino, Cassa, Vidal-Naquet Cohen-Doloro, Lafitte (Abel), Elbaz, Delthil, Bachelier, Ronget, Lebel, Odinet, Racine, Rouquès, Mlle de Mayo, Odru, M. Naggiar, Mlle Pithon, MM. Ardouin, Douady, Gadaud, Bufnoir.

MM. Jame, Trocmé, Chadourne, Muinin, Thomas, Merger, Sterin, Cuvillier, Hamelin, Maison, Martin, Quivy, Hesse, Laffaille, Faure, Mlle Blanche, MM. Palmer, Dufour, Duvernoy, Coste, Mlle Heymann, MM. Taquet, Lançon, Chauveau.

M. Jagdoun, Mlles Weiss, Oguse, MM. Briau (Louis), Roquejeoffre, Aïdan, Lepage, Mlle Abricossoff, MM. Fayot, Bosquet, Avril, Saingery, Mlle Rosenbaum, MM. Maurice, Vannier (Edouard), Mlle Cahen, MM. Asselin, Sourice, Milhiet, Jonard, Louvet, Bolgert, Pichon, Méguin, Minot, Delaporte.

MM. Jullien, Le Baron, Mlle Pichot, MM. Guyot (Jean), Audemar.

Dans cette liste, nous remarquons avec grand plaisir le nom de M. Philippe Decourt, second fils de notre ami Decourt. Les deux fils de Decourt sont donc aujourd'hui internes des hôpitaux de Paris. Nous exprimons à notre ami et à M. Philippe Decourt nos très sympathiques félicitations.

— **Hôpital Cochin.** — *Cours de perfectionnement* sur les maladies du rein et du foie, sous la direction de M. le prof. Lemierre et de MM. Abrami et Brulé, agrégés, du 10 au 31 janvier. Inscriptions à la Faculté (Droits de 200 fr. pour chaque cours).

— **Hôpital de la Pitié.** *Maladies du cœur.* — Sous la direction de M. le professeur Vaquez, un cours d'enseignement et de perfectionnement sur les maladies du cœur commencera le lundi 10 janvier 1927, à 18 h.

Ce cours comportera deux parties, l'une consacrée à la radiologie et à l'électrocardiographie, l'autre à la clinique.

— **Hôpital Tenon.** *Ophtalmologie.* — Les docteurs en médecine et les étudiants français ou étrangers désireux de suivre les travaux du Service ophtalmologique de l'hôpital Tenon peuvent se faire inscrire dans ce service pour y remplir les fonctions de mo-

niteur d'ophtalmologie. Six mois de stage constitué par une présence effective les mardi, jeudi et samedi de 9 h. à midi donneront droit à un diplôme qui sera délivré par M. A. Magitot, ophtalmologiste de l'hôpital Tenon.

Pour tous renseignements s'adresser à MM. les Assistants du Service ophtalmologique, hôpital Tenon.

— **Faculté de droit de Paris.** — *Cours de psychiatrie médico-légale.* — M. Laignel-Lavastine, agrégé à la Faculté de médecine, fait ce cours le lundi à 11 h., Amphithéâtre III.

— **Institut d'hydrologie et de climatologie (Collège de France.)** — 1° Conférences faites à la Faculté de médecine, au laboratoire du prof. Desgrez, à 18 h. : *Hydrologie générale* (M. le prof. Urbain, le mardi, à partir du 4 janvier). *Chimie appliquée à l'hydrologie* (M. le prof. Desgrez, le lundi, à partir du 10 janvier). *Hydrologie* et *climatologie médicales* (Prof. Rathery, le jeudi, à partir du 6 janvier). — 2° Conférences faites au Collège de France. *Chimie-physique hydrologique* (prof. Moureu, le mercredi à 18 h., à partir du 5 janvier). *Physique hydrologique* et *climatologique* (Prof. d'Arsonval, en mars). *Hygiène hydrologique et climatique* (Dr Bordas, en mars).

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 *décembre.*

Maladies et accidents dans la marine marchande.

Loi du 11 décembre 1926 portant code du travail maritime.

(*Extrait*)

CHAPITRE III

Des maladies et blessures des marins.

Art. 79. — Le marin est payé de ses salaires et soigné aux frais du navire, s'il est blessé au service du navire ou s'il tombe malade, pendant le cours de son embarquement, après que le navire a quitté le port où le marin a été embarqué.

Les dispositions du paragraphe précédent sont applicables au marin qui tombe malade entre la date de son embarquement et la date du départ du navire, ou postérieurement à la date de son embarquement et avant tout autre embarquement, lorsqu'il est établi que la maladie a été contractée au service du navire.

En cas de décès, les frais funéraires sont à la charge du navire.

Art. 80. — Les soins à donner au marin cessent d'être dus lorsque le marin est guéri, ou lorsque la blessure est consolidée, ou lorsque la maladie est devenue incurable.

Art. 81. — Le marin est laissé à terre et est hospitalisé quand le médecin du bord, s'il y en a un, ou tout autre médecin désigné par l'autorité maritime, déclare que l'état du marin exige son débarquement, ou lorsque le navire revient au port d'armement et que le marin, ayant dû cesser son travail, a été ou doit être remplacé dans son service à bord.

Art. 82. — En cas de débarquement en France, le marin peut se faire soigner chez lui par un médecin de son choix. L'armateur peut, au cours du traitement, désigner un médecin chargé de le renseigner sur l'état du marin.

Le marin qui est soigné chez lui, dans les conditions du paragraphe précédent, reçoit une allocation journalière égale au montant de la journée d'hôpital du port de débarquement.

Art. 83. — Les salaires du marin lui sont payés pendant tout le temps où il a droit aux soins.

Si le marin a été débarqué hors de France et rapatrié guéri ou en état de consolidation ou d'incurabilité, il a droit à ses salaires jusqu'au jour de son retour en France.

Dans aucun cas, la période durant laquelle les salaires du marin lui sont alloués ne peut dépasser quatre mois, à dater du jour où il a été laissé à terre.

Art. 84. — Lorsque la rémunération du marin ne consiste pas en un salaire fixe, le salaire à allouer au marin, en vertu de l'article 83 ci-dessus, est calculé d'après le salaire journalier moyen attribué, dans le port d'embarquement, aux hommes des mêmes catégorie et grade que l'intéressé, et est déterminé par l'autorité maritime du port de débarquement, sauf recours devant les tribunaux.

Art. 85. — L'armateur peut se libérer de tous soins et, si le marin a été débarqué hors de France, des frais de rapatriement prévus aux articles 86 et 88 ci-après, en versant entre les mains de l'autorité maritime, au moment où le marin a été laissé à terre, une somme forfaitaire déterminée d'après un tarif qui sera arrêté par un règlement d'administration publique, lequel devra être revisé tous les cinq ans.

Art. 86. — Les dispositions des articles 79 à 85 ci-dessus ne sont pas applicables si la maladie ou la blessure a été déterminée par un fait intentionnel ou par une faute inexcusable du marin.

Dans ce cas, le capitaine est tenu de faire donner au marin tous les soins nécessaires jusqu'à ce que le marin soit mis à terre et confié aux mains d'une autorité française. En outre, s'il n'existe pas d'autorité française dans le lieu où le marin a été mis à terre, le capitaine doit prendre au compte de l'armateur, et sauf recours ultérieur contre le marin, les mesures utiles pour assurer le traitement et le rapatriement du marin.

Depuis le jour où il a dû cesser son travail, le marin qui se trouve dans les conditions du paragraphe 1er du présent article cesse d'avoir droit à salaire. Il a droit à la nourriture du bord jusqu'à son débarquement.

Service de santé des troupes coloniales.

Création d'un cadre d'officiers de santé auxiliaires et d'officiers de santé militaire indigènes.

Le décret portant cette création sera publié ultérieurement dans le corps du journal.

16 *décembre.*

Brevet d'infirmiers et infirmières.

Des sessions d'examen d'Etat ont été ouvertes :

Pour les infirmières hospitalières, à Marseille, à Nantes, à Grenoble, à Montpellier, à Lille et à Rennes.

Pour les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance, à Bordeaux, à Lyon et à Rennes.

Pour les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, à Lille, à Paris et à Marseille.

Pour les infirmiers hospitaliers, à Lyon.

19 *décembre.*

Enseignement de la médecine.

L'ouverture de la première épreuve de l'examen de l'agrégation des facultés de médecine (morphologie, section C *bis*, bactériologie), fixée au 22 décembre 1926, est reportée aux 18 et 19 janvier 1927.

21 *décembre.*

Maladies professionnelles.

Décret du 30 novembre 1926 étendant les dispositions du Code des assurances sociales à des maladies d'origine professionnelle (Alsace et Lorraine).

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du conseil, ministre des finances,

Vu le décret du 21 mars 1919 relatif à l'administration de l'Alsace et de la Lorraine ;

Vu la loi du 17 octobre 1919 sur le régime transitoire de l'Alsace et de la Lorraine ;

Vu la loi du 1er juin 1924 mettant en vigueur la législation civile française dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;

Vu la loi du 24 juillet 1925 portant réorganisation du régime administratif des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ;

Vu le code des assurances sociales du 19 juillet 1911 en vigueur dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle,

Décrète :

Art. 1er. — La législation sur l'assurance contre les accidents du travail dans l'industrie, en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, est étendue, dans les conditions ci-après, aux affections aiguës ou chroniques mentionnées aux tableaux annexés au présent décret.

Art. 2. — Les affections visées à l'article 1er sont considérées comme maladies professionnelles lorsqu'elles atteignent des travailleurs assurés en vertu des articles 544 et suivants du code des assurances

sociales du 19 juillet 1911 et habituellement occupés aux travaux industriels correspondants.

Art. 3. — Sont soumises à l'assurance contre les maladies professionnelles toutes les entreprises effectuant les travaux énumérés aux tableaux mentionnés à l'article 1er ci-dessus.

Art. 4. — Si, lors de la survenance de l'une des maladies visées à l'article 1er, l'ouvrier avait déjà quitté une entreprise assujettie au présent décret, il n'a droit aux indemnités légales que si une année au plus s'est écoulée entre la date de la cessation de sa dernière occupation assujettie et le début de sa maladie.

Lorsque, pendant l'année précédant le début de la maladie, l'assuré a appartenu successivement à des entreprises relevant d'institutions d'assurance différentes pour l'exécution de travaux assujettis au présent décret, la charge de l'indemnité est répartie entre celles-ci proportionnellement à la durée de son emploi dans chacune de ces entreprises. Toutefois, la corporation d'assurance compétente pour l'entreprise où l'ouvrier est occupé en dernier lieu est tenue, vis-à-vis de ce dernier, au versement de l'indemnité totale, sauf son recours contre les autres institutions.

Art. 5. — Pour l'application aux affections visées à l'article 1er des dispositions du code des assurances sociales relatives à l'assurance contre les accidents du travail, la date du début de la maladie ou, si celle-ci ne peut être établie, celle de la cessation du travail, est assimilée à la date de l'accident.

Art. 6. — Toute affection visée au présent décret devra, dans un délai de quinze jours, à compter de la cessation du travail, être déclarée à la corporation d'assurance par la caisse-maladie, s'il s'agit d'une personne assujettie à l'assurance-maladie, ou par le chef d'entreprise pour les autres travailleurs. Copie de la déclaration du chef d'entreprise est transmise immédiatement par la corporation à l'inspecteur départemental du travail ou à l'ingénieur ordinaire des mines chargé de la surveillance de l'entreprise.

Au reçu de la déclaration visée à l'alinéa précédent, la corporation recueillera tous renseignements nécessaires sur l'existence, l'origine ou la nature de la maladie, ainsi que les conditions de travail de l'assuré.

Art. 7. — Les chefs des entreprises effectuant des travaux visés à l'article 3 sont tenus d'en faire la déclaration avant l'ouverture desdits travaux soit à la corporation dont ils sont membres, soit à l'office d'assurance du siège de l'entreprise, lorsque celle-ci n'est pas encore assurée auprès d'une corporation. Dans ce dernier cas, la déclaration devra satisfaire aux conditions stipulées à l'article 653 du code des assurances sociales.

Pour les exploitations en cours au moment de l'entrée en vigueur du présent décret, cette déclaration devra être faite dans les six semaines.

Voir la suite page XLVII-49

CHANGEMENT D'ADRESSE

Par suite d'agrandissements nécessités par l'extension de ses services, les bureaux du *Concours* et le siège de ses Œuvres filiales

SONT ACTUELLEMENT TRANSFÉRÉS

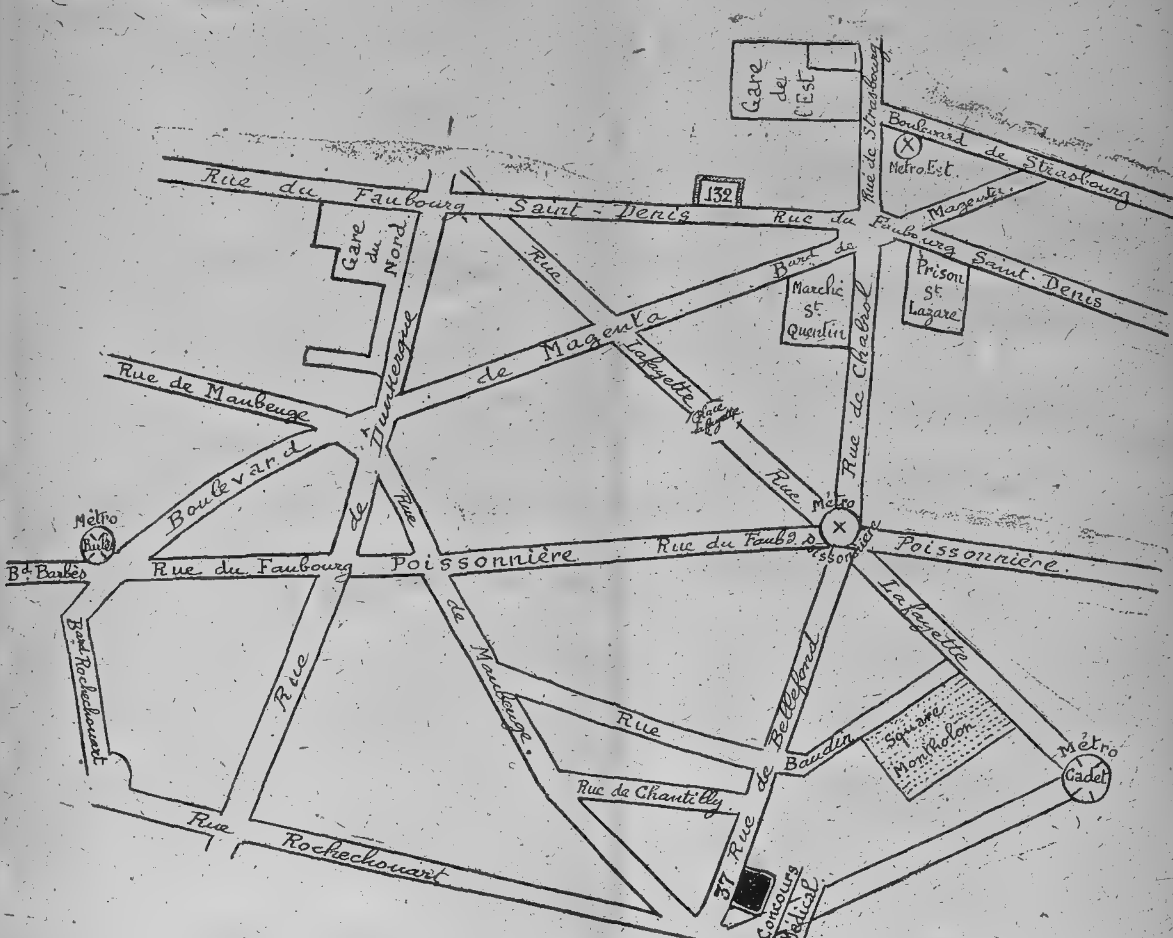
37, Rue de BELLEFOND, PARIS (9e) (Côté rue Maubeuge)

à 10 minutes, vers l'Opéra, de notre Siège Social actuel.

Notre numéro d'appel téléphonique sera : TRUDAINE : 29-25.

Nos nouveaux locaux seront très accessibles, parce que centraux et desservis par diverses lignes d'autobus et de tramways, et stations de Métro.

Ci-dessous le plan qui pourra guider nos visiteurs, et la désignation des moyens de locomotion qui nous desserviront.



Moyens de Locomotion pour se rendre au Concours Médical.

TRAMWAYS

21*A* Le Raincy-Opéra.	26 Montrouge-St-Augustin-Mairie XV	49 Aubervilliers (Mairie)-Opéra.
21*B* Pavillons-sous-Bois-Opéra.	28 Montrouge-St-Augustin Gare du Nord.	52 Le Bourget-Opéra.
21C Noisy-le-Sec-Pantin-Opéra.	48 Saint-Denis (barrage)-Opéra.	55 Saint-Ouen (Mairie)-Opéra.
21*D* Bobigny-Pantin-Opéra.		

AUTOBUS

B. Trocadéro-Gare de l'Est.	J. Porte de Clignancourt-Place Saint-Michel.	T. et T *bis* Rue de Patay-Square Montholon.
A. G. Gare du Nord-Champ-de-Mars.		
V. Bd. Pasteur-Gare du Nord.		

MÉTRO

Stations : Poissonnière et Cadet.

PROPOS DU JOUR

A nos lecteurs, nos collaborateurs, et nos amis.

1er janvier 1927.

Arrivé à un degré de prospérité indiscutable, le *Concours médical*, conscient de sa force, dédaigne les attaques, méprise les envieux et ne s'attarde pas à leur répondre.

Prêt à se laisser convaincre par tous les arguments et à écouter avec déférence toutes les observations courtoises, il se moque des menaces et des rodomontades des exaltés. Il saurait à l'occasion leur tenir tête.

Le *Concours médical* est un journal jaloux de son indépendance, qui désire être le maître chez lui. Il n'a jamais cherché, ni n'ira jamais chercher de mots d'ordre nulle part, pas plus qu'il ne tolérera de censure venue d'autre part.

Organe d'études et non de polémiques, il ne se laissera pas entraîner hors de la voie qu'il entend suivre. Le désir qui le guide à l'heure actuelle est de favoriser de tout son pouvoir le rétablissement de l'unité du Corps médical. Pour cela, il fait encore appel, et de tous les côtés, aux hommes de bonne volonté.

Les discussions sur les causes de la scission sont vaines. Souvent, les meilleures intentions sont mal comprises. Les arguments que, de très bonne foi, certains regardent comme des tentatives de rapprochement, sont souvent considérés d'autre part comme des coups d'épingles qui égratignent les épidermes que la controverse a rendus trop sensibles.

Aussi, avons-nous résolu d'éviter de publier dans nos colonnes tout ce qui pourrait blesser la susceptibilité de quiconque. Nous engageons vivement nos amis à suivre notre exemple. Le silence favorisera, nous l'espérons, la réflexion dans le recueillement, et de ce dernier naîtra l'apaisement. Ne parlant plus de l'unité, mais y pensant toujours, les bons esprits (et ils sont nombreux, tant à droite qu'à gauche) la reconstitueront un jour sans peine.

Le *Concours médical* continuera de remplir son rôle d'organe de documentation et d'études médico-sociales. Toutes les idées, pourvu qu'elles soient sincères, courtoisement exposées et purement objectives, trouveront place dans ses colonnes. Il demandera cependant à ses correspondants et à ses collaborateurs d'être *clairs*. Toute opinion, même la plus subversive, est respectable si elle est exposée clairement, nettement et de telle façon que, compréhensible pour tous, elle ne donne lieu à aucune interprétation contradictoire, à aucune équivoque. Il est permis de penser différemment, et la presqu'unanimité de nos confrères est assez tolérante pour souffrir chez d'autres des opinions diamétralement opposées aux leurs. Mais ce qui révolte certains, c'est l'interprétation parfois trop subtile de textes amphigouriques, obscurs et confus, qui permet d'y trouver exactement le contraire de ce que, de bonne foi, ils avaient cru y voir. C'est le manque de clarté des textes qui permet de douter de la loyauté de leurs auteurs et de parler de trahison, alors qu'il n'y a vraiment qu'obscurité dans le langage.

Les médecins ne sont pas versés dans l'art de débrouiller les écheveaux emmêlés d'une trop moderne scholastique. Tous désirent, et plusieurs nous l'ont catégoriquement affirmé, qu'on abandonne ce langage confus et obscur aux Congrès de politiciens et aux orateurs de réunions publiques. Nos confrères sont lettrés, ils savent que la langue française est la plus claire et la plus précise et beaucoup savent admirablement s'en servir. Aussi, nous désirons lire toujours dans nos colonnes des articles écrits en un style clair et net. Il est facile de s'entendre quand on n'éprouve aucune difficulté à se comprendre.

Un des souhaits que nous formulons, c'est de voir disparaître de l'esprit de certains de nos confrères ces idées de persécution, ces suspicions ridicules, empruntées aux bas-fonds des extrémistes de la politique tant à droite qu'à gauche, suspicions qui, parfois nées d'une simple boutade, finissent par prendre allure de véritables calomnies. Et nous trouvons aussi odieux de

faire planer sur les uns le soupçon d'être des agents des soviets, que de laisser entendre que les autres sont vendus au Comité des Forges.

Travaillons donc de tout cœur pour la bonne cause, celle du rétablissement de la concorde et de l'unité qui, seules, assureront notre force.

Paix aux hommes de bonne volonté, répéterons-nous. Quant aux autres, qui sont rares, plaignons leur aveuglement et n'écoutons pas leurs rancœurs. Nous avons conscience de notre force et connaissons leur impuissance. Mais qu'ils ne prennent pas notre dédain pour de la crainte ni de la faiblesse. Si nous ne voulons pas reconnaître dans les divers camps un seul ennemi, si nous admettons, sans nous en offenser, les mouvements de mauvaise humeur, nés parfois d'impressions sans bases sérieuses et dirigés maladroitement contre nous, nous sommes armés et capables de répondre à toutes les menaces, de tenir tête à toutes les attaques.

Maintenant, lecteurs, collaborateurs et amis, veuillez agréer nos meilleurs vœux pour 1927.

Souhaitons le retour à la concorde et à l'unité du Corps médical. Travaillons ensemble à ce qui pourra, selon une expression que nous empruntons à notre ami Duchesne, rendre le médecin plus honorable et mieux honoré.

J. Noir.

Renouvellement des Abonnements

ENVOI DES COTISATIONS

En raison des *frais considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (**45 fr.**) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte chèques postaux : Paris 167-95.

Pour les mêmes raisons, les membres du *Sou Médical* et de la *Mutualité familiale* sont priés d'envoyer, au commencement de Janvier, **leurs cotisations** pour 1927.

Chèques postaux : Sou Médical : 181.31.
Mutualité familiale : Paris 181.32.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'HYSTÉRECTOMIE ÉLARGIE DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS. INDICATIONS — RÉSULTATS

Par J. DE FOURMESTRAUX.
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

« *De tous les cancers, le cancer de l'utérus est le plus chirurgicalement curable, si l'hystérectomie élargie est faite avec une technique logique avant que ne soit écoulée l'heure opératoire* ».

A une époque où les méthodes physiothérapiques sont à l'ordre du jour, il peut paraître osé de défendre une technique purement chirurgicale dans le traitement du cancer. Nous le faisons cependant avec une conviction absolue. Vingt années de pratique chirurgicale active, ce que nous avons observé dans nos services hospitaliers, ce que nous avons vu chez les autres, en France et à l'étranger, nous ont amené à penser que le cancer cervico-utérin est une affection primitivement locale qui peut et doit guérir si l'exérèse a été suffisamment large. C'est le plus chirurgical de tous les cancers, celui chez lequel les résultats éloignés donneront le moins de mécomptes. Je ne sais quelles sont les limites du champ d'action d'un tube de radium, à la puissance aveugle et difficile à régler, mais je sais où va mon bistouri, je sais s'il a ou non dépassé la zone de diffusion épithéliale, en un évidement pelvi-génital basé sur des données anatomiques précises et non sur des données physiothérapiques vagues. Trop de chirurgiens, et parmi les meilleurs, perdent vite l'enthousiasme et la foi, pour des raisons complexes ; technique difficile peut-être, mortalité immédiate redoutable : ceci n'est plus l'absolue vérité depuis le drainage à la Mickulicz (Jean-Louis Faure) ; mais surtout par le fait que les malades arrivent trop tard à leur examen. Ce retard dans l'heure opératoire est dû en grande partie à l'éducation du public ; éducation insuffisante qui fait que ce n'est qu'après avoir épuisé tous les élixirs, toutes les jouvences, les conseils de la sage-femme et ceux du pharmacien que la malade consulte son médecin. L'éducation de ce dernier à ce point de vue n'est pas toujours absolument précise. C'est une insuffisance dont il n'est, il faut bien l'avouer, que très partiellement responsable. Cancer de l'utérus, pour l'étudiant qui vient de passer avec succès ses cliniques, cela veut dire trop souvent douleur, hémorragie, leucorrhée fétide, syndrome dont ont abusé les classiques et qui ne signifie que, diffusion épithéliale, cancer inopérable... Par l'exemple et par la parole, nous avons depuis bien des années, dans notre entourage médical immédiat, affirmé qu'il n'y avait qu'un seul signe clinique objectif précis du cancer utérin au début, l'hémorragie. C'est cette dernière que le praticien doit étudier avec soin. *Toute femme au crépuscule de sa vie génitale, qui présente une perte sanglante en dehors de sa période cataméniale normale doit être suspectée de néoplasme.* Ce symptôme doit constituer pour le médecin, si la malade a l'heureuse chance de se confier à lui de façon précoce, un signal d'alarme d'une valeur considérable. C'est un écoulement sanglant souvent très minime, parfois insignifiant, mais presque toujours continu. Ce caractère de continuité a une valeur très réelle, car dans les fibromes à évolution sous-muqueuse, il est bien exceptionnel qu'il n'y ait pas de stades d'arrêt et presque toujours dans ce cas sous l'influence du repos au lit l'hématorrhée disparaît. Rien de tel dans le cancer. Cet écoulement peut apparaître comme presque insignifiant, on sera renseigné sur son existence par le procédé du tampon vaginal. La malade sera mise au repos au lit et après injection, un tampon placé au contact immédiat du col. Le tampon témoin est enlevé au bout de 24 heures. Est-il ou n'est-il pas sanglant, sang pur ou sérosité roussâtre ? Ce sont des renseignements précieux. Si ces pertes sanglantes persistent, si le tampon est régulièrement souillé au cours de plusieurs examens, il est malheureusement probable que, chez une femme dont la ménopause est terminée, l'utérus pathologique qui saigne est un utérus cancéreux. Le devoir strict du médecin est dès lors d'examiner à nouveau sa malade avec le concours d'un gynécologue compétent. Deux éventualités : cancer du corps, cancer du col. Cancer du corps : épithélioma

cylindrique de la muqueuse du corps utérin. Cancer du col, deux formes suivant le segment lésé : epithelioma pavimenteux ou cylindrique.

Chacune de ces trois formes cliniques présente au début des caractères qu'il convient de différencier.

Dans le cancer du corps au début, un seul signe fonctionnel, l'hémorragie ; un seul signe physique l'augmentation légère du volume du corps et secondairement le palper douloureux. Dans ces cas douteux il serait vraiment intéressant que le laboratoire pût nous donner quelques renseignements ; ils restent à l'heure actuelle encore vagues. Il ne semble pas qu'il y ait de modifications précises de la formule hématologique des cancéreux au début. Les réactions humorales développées dans le sang des néoplasiques apparaissent comme des réactions tardives, et cela est très consolant et semble prouver une fois de plus que le cancer a la période initiale de son évolution est une affection toute locale et par conséquent curable. Il faut, malgré tout, baser son diagnostic sur des faits concrets. Nous aurons une précision par le curettage explorateur et l'examen histologique. Biopsie faite sous anesthésie générale ou rachi-anesthésie. Dilatation suffisante du col pour laisser passer une large curette. Au niveau du point où cette dernière rencontre la production néoplasique on perçoit une sensation tactile toute spéciale. On ne perçoit plus cette sensation de résistance élastique que donne la muqueuse saine, mais un ressaut assez brusque il semble que l'on touche un tissu mou, fongueux, on a l'impression qu'il faut agir avec une extrême prudence, si l'on ne veut provoquer une perforation; dans d'autres cas la curette heurte un véritable bourgeon charnu qui fait saillie dans la cavité utérine. Les faces, angles et bords sont explorés. La lésion initiale peut être minime. Les produits du prélèvement envoyés au laboratoire, qui donne une réponse précise. *Au niveau du col deux formes anatomopathologiques qui vont se traduire par des symptômes dissemblables.* L'épithélioma cylindrique intra-cervical, cancer cylindrique ; l'épithélioma pavimenteux du col ; cancer cervico-vaginal.

L'épithélioma du corps utérin est presque toujours un cancer de la femme âgée, ou tout au moins de la femme qui a dépassé l'âge de la ménopause. Dans les néoplasmes cervicaux, il n'en est pas toujours ainsi. Le cancer utérin chez la jeune femme n'est pas toujours une chose exceptionnelle. Nous avons pour notre part eu l'occasion d'intervenir dans trois cas de cancers utérins chez des femmes âgées de moins de 30 ans ; l'une d'elles opérée il y a 11 ans alors qu'elle avait 26 ans (épithélioma cylindrique) présente à l'heure actuelle après hystérectomie peut-être moins élargie que je ne les fais actuellement, tous les caractères cliniques de la guérison.

Le symptôme hémorragique continu, qui nous est apparu presque constant dans le cancer du corps, n'a plus ici cette fixité absolue. Métrorragies et ménorragies se confondent, s'enchevêtrent, et il est difficile de reconnaître ce qui appartient à l'écoulement cataménial et ce qui doit en être dissocié. Trop souvent la malade et son entourage mettent ces troubles à l'actif d'une fausse couche ou d'une affection d'ordre général. Il convient d'être très réservé et de tenir comme suspecte ces hémorragies répétées chez une femme au voisinage de la quarantaine. Une fatigue anormale, sortie en auto, un traumatisme léger, coït, choc d'une canule vaginale provoquent un écoulement sanglant parfois peu abondant et que le repos au lit, quelques injections chaudes, vont arrêter.

Deux valves bien placées permettent de constater l'intégrité apparente du col ; toutefois il n'est pas rare de voir que si aucune lésion tangible n'a ulcéré le revêtement épithélial, les deux lèvres du col sont cependant plus béantes qu'à l'état normal. Un tampon de ouate après avoir été au contact de leur face interne reste légèrement teint, mais on a l'impression que le sang vient du segment sus-cervical plus que du col lui-même. Le toucher en revanche, dans ces néoplasmes développés au niveau de l'extrémité proximale du col, au voisinage de la région isthmique donnera des renseignements précieux. Il est rare que, même pratiqué avec douceur, il ne détermine une recrudescence de l'écoulement sanglant. Celui-ci peut être provoqué par la manœuvre suivante indiquée par Siredey et dont nous avons pu vérifier la valeur clinique. Dès que l'on conçoit, dit, ce dernier, un soupçon, même vague, de l'existence d'un cancer endo-cervical, par le toucher, en même temps que l'on appuie sur le fond de l'utérus avec la main placée sur l'abdomen, on cherche au moyen du doigt introduit dans le vagin à fléchir le col en avant ou en arrière, et l'on provoque l'apparition d'un petit filet de sang brusque qui s'arrête bientôt. C'est encore par le toucher ou mieux par le palper bimanuel que l'on pourra dans cette forme constater deux symptômes importants. Quand on fait le toucher tel qu'il doit être fait, c'est-à-dire avec l'index et le médius à la fois, et successivement de l'une et l'autre main, on constate sur un utérus non pathologique qu'il y a véritablement deux segments, un segment supérieur extrêmement mobilisable que l'on peut déplacer en avant et en arrière par la main abdominale tout ce qui est supra-cervical. Le col lui, est beaucoup plus fixe, les moyens de fixité réels de l'utérus convergent au niveau de sa portion inférieure). L'utérus tient au plancher pelvien

par le col, comme la bouteille la tête en bas dans le porte-bouteille, disait, dans son langage imagé, notre maître Farabeuf. Dans les cas de cancer juxta-isthmique, cette mobilité est beaucoup moins grande, et surtout la manœuvre de déplacement de l'utérus par la voie abdominale non seulement provoque une perte de sang, mais peut être extrêmement douloureuse. Il ne faut jamais dans cette forme, et cela est important, négliger de pratiquer le toucher rectal ; il semble cependant qu'il soit plus utile pour déceler une diffusion épithéliale que pour préciser un diagnostic à la période initiale. C'est dans le même ordre d'idées que peut renseigner l'examen cystoscopique. La constatation au niveau de la vessie d'œdème diffus à larges plis parallèles et bulleux coexiste dans la plupart des cas à des adhérences dues à un envahissement épithélial.

L'épithélioma pavimenteux du col, troisième forme clinique siège sur la portion vaginale du col. C'est celui que nous devrions opérer de la façon la plus précoce, car même au début de son évolution, le diagnostic en est relativement facile. Là encore un seul symptôme de début, l'hémorragie, les pertes fétides et les douleurs sont des signes de diffusion, c'est avant ce stade que le praticien doit faire son diagnostic. Un bon éclairage, un spéculum ou mieux deux valves bien placées permettent de voir très vite que cet écoulement ne provient pas de la cavité utérine, mais d'une ulcération siégeant sur le segment vaginal du col. Au début, ulcération lenticulaire située au sommet de petites saillies mûriformes plus ou moins confluentes. Deux caractères importants, l'aspect rouge vif de la lésion qui tranche sur la coloration gris rosé du reste du col, le fait que cette ulcération saigne au moindre contact. Ce dernier symptôme nous apparaît comme tout à fait important.

Pas d'autres signes fonctionnels, pas de douleurs, pas d'hémorragies violentes, pas de leucorrhée s'il ne préexiste pas de lésions inflammatoires. Les renseignements donnés par le toucher n'ont pas une grande importance, on peut à bout de gant délimiter assez facilement les limites de l'ulcération, sans que cette manœuvre ait une très réelle valeur. Il n'y a qu'une bien légère sensation d'induration et les sensations tactiles sont à ce niveau sensiblement les mêmes que celles que l'on a sur le reste du col.

Le toucher rectal et l'examen cystoscopique ne donnent des résultats que si les lésions sont propagées à la base des ligaments larges et au tissu cellulaire sous-péritonéo-vésical. Il y a de fortes présomptions pour que cette lésion ulcéreuse du col soit du cancer. En quelques jours, le laboratoire va nous donner une réponse précise. Ce n'est plus la manœuvre délicate que constitue le curettage dans une lésion du corps, mais un prélèvement sous le contrôle de la vue, la prise à la pince coupante, ou plus simplement au bistouri d'un fragment suffisant pour un examen histologique.

C'est dans cette forme clinique que l'intervention large devrait donner les meilleurs résultats parce que c'est là un diagnostic précoce et le plus facile. Combien peu voyons-nous de cancéreuses au stade tout initial de cette horrible affection. Il faut avoir la conviction que l'hystérectomie même très élargie n'est pas un acte redoutable entre les mains d'un chirurgien qui possède une technique précise. Elle ne comporte un pronostic sombre que parce qu'il s'agit trop souvent de malades chez lesquelles les lésions épithéliomateuses sont diffusées au tissu cellulaire sous-péritonéal.

Opéré à l'heure chirurgicale le cancer de l'utérus peut et doit guérir.

Nous n'aborderons pas ici les questions de technique pure, nous avons envisagé ailleurs (1) ce côté de la question qui n'intéresse peut-être que médiocrement les praticiens. Nous voudrions rapidement, la chose est d'une brûlante actualité, essayer de préciser l'indication technique dans un cancer au début. Radium ou intervention ? Si le cancer est une affection primitivement locale, l'ablation ou la suppression du foyer néoplasique initial est susceptible d'amener une guérison définitive. Le cas spécial du cancer de l'utérus semble bien confirmer l'hypothèse de réaction cellulaire primitivement locale et non l'hypothèse, cancer maladie générale. Nombreux sont heureusement les cas de malades guéries depuis de longues années après intervention. Cette notion est évidente, mais il n'en est pas moins vrai que le médecin qui a eu l'heureuse et trop rare fortune de faire un diagnostic précoce de cancer de l'utérus devant l'abondance des documents, la divergence des statistiques se trouve singulièrement embarrassé pour diriger son malade vers le chirurgien ou vers le radiumthérapeute. Le problème reste difficile, confus, nous voudrions essayer aussi clairement que possible de préciser l'état actuel de la question. Au dernier congrès international de Rome en avril dernier, chirurgiens et radiumthérapeutes ont exposé leurs idées personnelles, nous utiliserons surtout cette documentation récente.

I. — Pas d'intervention. Radium.

Dans un rapport très étudié, Regaud, se basant surtout sur les travaux de l'Institut du

(1) DE FOURMESTRAUX. — *Archives médico-chirurgicales de province*, 1925 ; Société de chirurgie, 1925.

(2) Quelques points de technique opératoire dans l'hystérectomie élargie pour cancer du col de l'utérus. (*Bruxelles médical*, novembre 1924.)

radium, expose le point de vue des actinothérapeutes ; radium ; radio hé. apie pénétrante et relègue tout à fait à l'arrière-plan, le rôle de la chirurgie. Après avoir répété ce qui est une notion banale, qu'il y a non pas un mais des cancers de l'utérus adéno-épithéliomes et épithéliomes pavimenteux, il précise que l'irradiation doit être demandée non à la radium-puncture ni aux formes diverses de la radiumchirurgie mais à la curiethérapie par voie utéro-vaginale. Cette méthode doit utiliser le rayonnement gamma bien filtré, du moins pour les cancers épidermiques. Sa statistique intégrale donne les résultats suivants.

Guérisons. Toutes catégories mises ensemble : 15 à 20 p. 100.

Catégories opérables, début et cas moyens : 30 à 40 p. 100.

Cas au début, premier degré : 40 à 60 pour 100.

Il semble que la thérapeutique des cancers cervico-utérins évolue de la façon suivante. Les indications de l'hystérectomie se restreignent. L'intervention a cessé d'être nettement supérieure à la radiumthérapie même dans les cas du premier degré. Il paraît y avoir un certain avantage à faire précéder l'intervention d'une application de radium. La curiethérapie par voie utéro-vaginale paraît la méthode de choix dans les cas moyens. L'hystérectomie n'est à conseiller que si le cancer de l'utérus a une faible radiosensibilité, adéno-carcinome. La curiethérapie par voie extérieure entre en concurrence sérieuse avec la rœntgenthérapie. La radiumchirurgie paraît sans avenir. La radiothérapie post-opératoire n'a plus guère de partisans.

Ces conclusions sont, avec quelques variantes, celles de Recassens (Madrid) Beuttner (Genève).

II. — Intervention chirurgicale précédée de radiothérapie.

Il semble bien aujourd'hui que la curiethérapie post-opératoire soit abandonnée de façon presque absolue. La curiethérapie anti-opératoire, par contre, peut être indiquée dans les cas limites. Un laps de temps de cinq à six semaines est utile entre l'application unique de radium par voie cervico-vaginale et l'exérèse. Nous avons utilisé cette méthode à diverses reprises et enlevé des cancers cervicaux qui bien probablement auraient été sans curiethérapie opérés dans des conditions techniques plus difficiles. Nous n'avons pas rencontré de difficultés dues à la sclérose péri-utérine signalées par quelques chirurgiens. L'association de ces deux méthodes, radium anté-opératoire puis exérèse a permis à Gosset et Monod d'obtenir 60 % de guérison datant de trois ans. Ces conclusions sont aussi celles de Rubens Duval, curiethérapeute d'ancienne date, puisque collaborateur de Dominici qui conseille également l'hystérectomie après application de radium. Mêmes données également confirmées par Bégouin qui a traité 113 néoplasmes depuis 1918. Il se réserve toutefois de traiter par la chirurgie seule les cas cliniquement opérables.

III. — Intervention chirurgicale seule. Colpo-hystérectomie élargie.

Cette technique est défendue en France, à l'heure actuelle, par le professeur J.-L. Faure et ses élèves. Les arguments qu'il expose ont une singulière puissance. Avec une conviction profonde il est venu affirmer au Congrès de Rome, la foi qu'il avait dans le seul traitement chirurgical, en se basant sur les résultats éloignés de sa pratique privée et hospitalière.

Ces résultats sont infiniment supérieurs dans l'ensemble à ceux que donne la radiumthérapie. Alors que Proust, Regaud et leurs assistants obtenaient 25 à 30 pour cent de consolidation d'apparence définitive. J.-L. Faure, a 75 % de guérison dans les bons cas et dans les cas moyens et dans une discussion récente, il disait 80 pour cent (1). Notre statistique personnelle numériquement plus modeste ; nous l'avons présenté à la Société de chirurgie, l'année dernière (2) est encore meilleure que celle des curiethérapeutes purs. En tenant compte des cas opérés depuis lors nous avons 64 pour cent de guérison, cas au début et cas moyens. Nous avons du reste l'impression d'élargir de plus en plus nos indications opératoires, tel gros cancer bourgeonnant à mauvaise apparence, n'est pas toujours un mauvais cancer. S'il est mobile, il est opérable.

Conclusions.

Nous croyons que la conduite à tenir est moins difficile à préciser que ne semblerait le faire supposer cet ensemble de faits touffus. Il y a dans le cancer du col utérin un premier stade où la lésion est entièrement justiciable de la chirurgie. A la période initiale, il semble bien qu'il n'y ait pas d'envahissement lymphatique du ligament large, stade uniquement utérin. Quand un chirurgien a l'heureuse et trop rare fortune d'opérer un cancer à cette période de son évolution, l'exérèse élargie de son acte opératoire réglé donnera une sûreté et une qualité de guérison bien supérieure à celle que donne le radium. Il semble bien du reste que ces conclusions soient celles non seulement de notre maître J.-L. Faure, mais encore celles de curiethérapeutes qui ont été et restent des chirurgiens éminents comme Bégouin et Proust. Dans un deuxième stade,

(1) *Bulletin* de la Société de chirurgie. — A propos du cancer de l'utérus, 26 mars 1926, page 346. n° 11.
(2) Société de chirurgie, 8 juillet 1925.

envahissement partiel du ligament large, atteinte inégale du paramètre, l'utérus est encore mobile, ou en tout cas n'est pas absolument bloqué. Un curettage sous anesthésie rapide a débarrassé le col de ses bourgeons sanieux et sanglants. Question de tempérament chirurgical, de confiance dans l'hystérectomie élargie, et dans les résultats que donne le cloisonnement pelvien par sac de gaze, le drainage à la Mickulicz. Nous croyons que c'est à ces cas moyens que convient surtout la curiethérapie adjuvante sous condition d'avoir la ferme volonté de compléter son action dans les semaines qui suivent par une hystérectomie qui consolidera singulièrement la guérison. Dans un troisième stade : envahissement lymphatique étendu au territoire pelvien ; dans un premier temps, propagation suivant la voie lymphatique principale, dont le trajet a été bien précisé récemment par Proust, Leveuf et Godard, voie lymphatique qui suit l'utérine jusqu'au tiers externe du ligament large, monte en avant de l'uretère pour aboutir au ganglion situé à la bifurcation de l'iliaque. A ce moment envahissement du ligament large, du pédicule hypogastrique, atteinte du ganglion hypogastrique à l'origine de l'utérine, puis envahissement des voies lymphatiques antérieures et postérieures, l'utérus est bloqué, l'uretère enclavé, l'acte opératoire inutile amènerait un désastre immédiat. La seule intervention logique est la ligature des hypogastriques qui arrête les hémorragies, la sympathicectomie du plexus hypogastrique pourrait peut-être avoir une indication dans les formes particulièrement douloureuses. La curiethérapie est-elle susceptible d'avoir, quand il y a une telle propagation ganglionnaire une action utile, cela semble douteux, quand on agit seulement par voie cervico-vaginale. C'est alors qu'il peut être logique d'agir par voie transabdominale sans avoir recours au radium drainage de Daels le long de la gaine des vaisseaux, intervention aveugle et dangereuse ; peut-être implantation directe d'aiguilles à la façon de Delporte et des collaborateurs de Bayet ou application de radium à distance, comme l'ont conseillé Mallet, Cheval, Mayer. Irradiation continue des ligaments larges qui paraît supérieure à l'irradiation discontinue que donne la radiothérapie ultra-pénétrante.

La question, somme toute, est encore loin d'être au point et c'est le seul recul des années qui dira quelle est celle de ces méthodes qui donne les moins mauvais résultats dans les phases ultimes de cette horrible lésion.

La vérité est qu'il faut intervenir au premier et au deuxième stade de l'évolution du cancer avant que les barrières lymphatiques ne soient trop largement dépassées. Le jour où l'éducation du public mieux faite permettra au praticien d'adresser une malade au chirurgien dès l'apparition du signal d'alarme hémorragie, nous aurons des guérisons avec consolidation définitive et nous en aurons beaucoup. Ceci ne sera pas le fait de gens particulièrement entraînés ou doués d'une virtuosité opératoire spéciale, mais de tous les chirurgiens qui voudront bien apprendre à faire une colpo-hystérectomie élargie et à placer correctement un drainage à la Mickulicz, c'est-à-dire de la grande majorité des chirurgiens professionnels.

CLINIQUE MÉDICALE

Le coryza inflammatoire.

D'après une leçon du professeur F. Bezançon (1)

Laënnec ouvre son étude des maladies respiratoires par le coryza, ou, plus exactement, par le catarrhe muqueux aigu, le rhume. Il décrit avec une netteté extrême les symptômes de cette affection si banale qu'il n'est personne de nos pays qui y échappe. Il ajoute que cette affection est aussi la plus mal connue. Ce catarrhe muqueux aigu commence généralement par un coryza, il affecte la muqueuse pituitaire. Au bout de quelques jours ou heures, lorsque l'enchifrènement ou obstruction des fosses nasales commence à diminuer, l'inflammation gagne la muqueuse bronchique, mais souvent son passage au niveau du larynx est marqué par un sentiment d'âcreté, d'irritation, ou par une titillation analogue à la démangeaison et qui porte à tousser ; enfin dans certains cas, il y a de l'enrouement et quelquefois même de l'extinction de la voix.

Lorsque l'inflammation a gagné la muqueuse pulmonaire (il veut dire bronchique), le malade éprouve une douleur légère et une sensation de sécheresse et d'âpreté dont il rapporte le siège derrière le sternum. Le rhume descend, comme on dit ordinairement.

Enfin, quand le catarrhe est plus intense, le malade éprouve des douleurs assez aiguës dans toutes les parties de la poitrine, mais surtout après les quintes de toux qui, lorsqu'elles sont violentes, déterminent un sentiment de douleur

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, le 19 novembre 1926, recueillie par le Dr Laporte.

et de lassitude vers les attaches du diaphragme.

Au début, c'est à peine si le malade a une petite sécrétion muqueuse, puis elle devient plus abondante ; le malade a des crachats comme nacrés présentant des parcelles noirâtres ; c'est le crachat laryngé ; les cellules à poussière s'accumulent sur le larynx, lorsqu'il est dépoli, comme je l'ai vu ; ces crachats translucides, à un moment donné, deviennent plus opaques, des taches blanchâtres et jaunâtres se mêlent à la partie muqueuse, le crachat devient muco-purulent, plus tard même il prend un aspect véritablement purulent. Laënnec dit qu'un rhume, une bronchite, quelle que soit son importance, ne déterminera jamais de modifications à la percussion ; la résonance sera normale. C'est là une notion très importante que nous devons bien conserver. Enfin apparaissent des bruits surajoutés. Le plus important est un râle sonore, ronflant, vibrant. Quand le rhume est encore superficiel, il y a souvent un râle vibrant qu'on peut percevoir en mettant la main sur le thorax. Plus tard, dit-il, si le rhume descend plus bas, on perçoit des râles plus fins, appelés sibilants, ou piaulements. A une certaine période il y a apparition de râles muqueux, sous-crépitants ; le plus souvent on ne les perçoit que le matin, avant que le malade n'ait craché.

Les symptômes généraux sont le plus souvent, dit-il, à peine esquissés. Il y a beaucoup de rhumes dans lesquels il y a simplement de la céphalée frontale et sus-orbitaire, dans certains cas un peu de courbature musculaire et articulaire. Il y a quelquefois une élévation de température de quelques dixièmes. Dans des cas particuliers, l'oppression apparaît et il y a une fièvre persistante.

D'après Laënnec, le catarrhe muqueux aigu est entièrement dû au refroidissement. Comme thérapeutique, il rejette la saignée et le vésicatoire, et conseille dans les formes graves les ventouses scarifiées. Les deux médicaments qu'il emploie sont l'ipéca et l'émétique. Mais il considère l'usage des spiritueux comme un traitement héroïque dans nombre de cas, toutes les fois qu'il n'existe pas de contre-indication digestive, il donne une once et demie de bonne eau-de-vie le soir, édulcorée avec du sirop de violettes et de la guimauve. Ce traitement par les boissons abondantes, les émollients et quelques expectorants, reste encore à la base de notre médication.

Je voudrais étudier surtout le coryza, que Laënnec se contente de signaler. J'étudierai d'abord le vulgaire coryza, ce qu'on peut appeler le coryza inflammatoire, le rhume de cerveau ordinaire.

Le coryza ordinaire débute par des symptômes locaux de sécheresse, de picotements du nez, de larmoiement, d'éternuement, puis se produit une petite sécrétion muqueuse, ce qu'on appelle la goutte au nez. A un moment donné, très rapidement, la sécrétion devient plus opaque, plus épaisse, et en même temps la muqueuse gonfle, on a de l'obstruction nasale, tantôt d'une narine, tantôt des deux, et souvent il se fait une obstruction à bascule, atteignant une narine, puis l'autre, suivant la position que prend le malade. Cette obstruction est due au gonflement de la muqueuse, puis à l'encombrement des narines par une substance assez épaisse que le malade a beaucoup de peine à expulser. En même temps, il y a du malaise, de la courbature, quelques dixièmes de température, souvent une céphalée frontale très marquée, quelquefois des frissonnements, des douleurs musculaires, articulaires, etc. Au bout de quelques jours, la sécrétion devient muco-purulente, puis plus facile à détacher, les symptômes généraux disparaissent, la sécrétion devient incolore et la guérison se produit.

Ce serait une maladie bien bénigne si dans un certain nombre de cas elle ne s'accompagnait, de sinusite, d'otite, et surtout ne descendait pas sur les bronches, avec une étape laryngée.

Voilà le coryza vulgaire, précédant souvent le catarrhe muqueux des voies respiratoires. Ce coryza, Laënnec l'attribuait au refroidissement, mais à la suite des travaux pastoriens, on a incriminé exclusivement le rôle des germes, des infections microbiennes. Cette notion est entrée de telle façon dans les esprits, qu'on n'a plus voulu accepter le rôle du froid. M. Kelsch a raconté une histoire à ce point de vue assez piquante. Pendant de longues années, on a été imbu des idées pastoriennes. M. Marfan dit que bronchite est synonyme de bronchite infectieuse. Les fosses nasales sont des cavités creusées dans les os de la face. Elles sont d'abord assez étroites, parce que le couloir qu'elles forment est bridé en dedans par la cloison, et sur les parties latérales, par les trois cornets. Le cornet inférieur fait une saillie très importante. C'est une lame osseuse enroulée, mais doublée d'une muqueuse qui est un véritable tissu érectile.

La région du cavum a un intérêt considérable, parce qu'elle est le siège de formations lymphoïdes qui ont une importance capitale dans l'histoire des rhinites et rhino-pharyngites. La plus importante est l'amygdale pharyngée de Luschka. Ces formations lymphoïdes qui ont une importance extrême chez l'enfant, de un à douze ans, vont s'atrophier, disparaître, mais il existe d'autres formations au niveau de la trompe d'Eustache et au voisinage, constituant l'anneau de Waldeyer.

Il ne faut pas oublier que les cavités des fosses nasales communiquent avec d'autres cavités, qui sont les sinus, par des pertuis très étroits ; ces derniers sont des repaires de germes et expliquent avec quelle facilité des infections chroni-

ques vont pouvoir se faire. De plus, ces cornets vont souvent rester chroniquement hypertrophiés et par conséquent entretenir des épines irritatives qui vont jouer un rôle important. Enfin ces végétations adénoïdes, ces formations lymphoïdes vont avoir un rôle capital, parce qu'elles vont devenir, elles aussi, des centres d'infection. Elles peuvent jouer un rôle de protection, c'est possible, mais surtout d'infection. Les germes s'accumulent facilement et l'infection chronique se produit. Ces conditions anatomiques vont jouer un rôle dans l'étiologie des coryzas et surtout des coryzas à répétition. Ces parties sont susceptibles de se gonfler, de se déformer. Il faut penser au rôle pathologique de la déviation de la cloison, de l'hypertrophie des cornets, enfin aux végétations adénoïdes. Il est certain que les sujets présentant des déformations de ce genre sont plus que les autres exposés à toutes les manifestations que nous allons étudier, qu'il s'agisse de coryza inflammatoire ou même de certains coryzas spasmodiques, mais on en a exagéré l'importance. C'est qu'il arrive assez souvent que, chez les individus ayant présenté pendant longtemps des coryzas à répétition, même du coryza spasmodique, la muqueuse finit par s'hypertrophier, il se produit même des formations lymphoïdes ; elles ne sont pas la cause, elles sont simplement le résultat de la maladie dans certains cas.

Par un retour que nous voyons si souvent en médecine, dans ces dernières années on a beaucoup négligé l'importance des déviations de la cloison, de l'hypertrophie des cornets, parce que l'anaphylaxie a fait oublier ces choses. Je crois, avec M. Bourgeois, que si autrefois on a exagéré l'importance de ces lésions locales, aujourd'hui on les a trop délaissées. Elles jouent un rôle d'épine irritative très important. La preuve, c'est que dans un certain nombre de cas il suffit de rétablir la perméabilité nasale, pour voir disparaître beaucoup de coryzas inflammatoires et aussi de coryzas spasmodiques.

Le refroidissement joue un très grand rôle dans la pathologie des voies respiratoires. Les médecins militaires ont bien étudié, particulièrement, le froid aux pieds. Ils ont noté des épidémies de coryza et quelquefois des manifestations plus sérieuses, des bronchites et même des bronchopneumonies chez les soldats qui, à la suite de marches, étaient restés immobiles, ne pouvant ni se déchausser, ni se réchauffer par la marche. A certaines époques, sous des influences météorologiques, on voit apparaître des manifestations respiratoires qui ne s'expliquent pas par la bactériologie seule : par exemple, l'apparition de pneumonies multiples en même temps, presque au même jour. M. Kelsch a admirablement étudié et montré l'importance des états saisonniers dans le domaine de notre pathologie. Il suffit d'étudier les tables de morbidité de l'armée et les bulletins fournis par la ville de Paris pour voir que la plupart des maladies respiratoires commencent en octobre et augmentent jusqu'en janvier ou février.

M. Meignon a vu qu'à certaines époques de l'année la teneur des muscles en glycogène diminue chez tous les individus ; à certaines époques les animaux sont plus sensibles à certaines substances toxiques. Ceci ne va pas à l'encontre des idées pastoriennes, au contraire. Dans son mémoire sur les maladies des vers à soie, Pasteur montre que la maladie commence généralement après des périodes d'humidité ; il reste un peu d'eau sur les feuilles, quelques germes vont pouvoir se développer plus facilement et permettre l'infection. Comme le temps est mou, l'animal ne se défend pas bien contre l'infection. L'infection va frapper quelques animaux en même temps. Il n'y aura pas à ce moment encore de phénomène de contagion. Quand, au contraire, le virus se sera pour ainsi dire accommodé à ces animaux, il pourra devenir contagieux.

On a vu pendant la guerre que beaucoup de bronchitiques, beaucoup d'asthmatiques, en particulier, pouvaient supporter la vie terrible des tranchées sans présenter de manifestations bronchitiques, parce qu'ils étaient accoutumés au froid. Ils n'étaient pas plutôt rentrés dans les villes que, quelques semaines après leur démobilisation, ils reprenaient leurs habitudes antérieures, redevenaient des bronchitiques et des asthmatiques.

Retenez ce rôle du froid. Quant à son mécanisme, il est encore discuté. Pour les uns, le froid déterminerait une vaso-constriction périphérique. D'autres admettent que le froid, chez un sujet normal et bien portant, produit au contraire l'hyperhémie.

J'arrive au rôle de l'infection. La mucosité du rhume de cerveau a été une des premières étudiées, dès le début des recherches bactériologiques. On y a trouvé les microbes habituels des fosses nasales, c'est-à-dire des streptocoques non hémolytiques en général, des cocci se colorant par le Gram, des bacilles pseudo-diphtériques ; on a simplement signalé dans le rhume un peu plus de microbes et des espèces peut-être un peu plus variées. Quand la rhinopharyngite devient purulente, on a pu trouver soit du pneumocoque, soit du streptocoque hémolytique : il y a donc une infection secondaire à ce moment.

Il est bien réel que le coryza inflammatoire est souvent une maladie infectieuse, même quand il ne s'agit pas de véritable grippe. D'ailleurs, il y a des limites assez difficiles à établir entre le coryza banal, le coryza épidémique et la grippe dans sa forme légère. Lors de l'épidémie de grippe de 1889, on a trouvé dans les crachats des grip-

pés des microbes vulgaires : pneumocoques, staphylocoques, streptocoques, etc. On a pensé que c'étaient des microbes d'infection secondaire. Avec M. de Jong, j'ai pensé que le bacille de Pfeiffer n'était qu'un microbe comme les autres, qu'il jouait un rôle, mais n'était pas l'agent de la grippe. Pendant l'épidémie de 1918, avec M. Legroux, j'ai pu voir que dans les sécrétions premières de ces grippes il n'y avait aucun microbe visible, et que ce n'était que plus tard qu'apparaissait le Pfeiffer, et encore plus tard le pneumocoque et le streptocoque. Par conséquent, le Pfeiffer n'est pas l'agent de la grippe, mais un microbe de sortie presque habituel à l'occasion de la grippe. Aujourd'hui, presque tous les observateurs s'entendent pour refuser au coccobacille de Pfeiffer le rôle non seulement d'agent pathogène de la grippe, mais d'agent du coryza. Les travaux de MM. Nicolle, Bailly, Dujarric de la Rivière, sont orientés dans la recherche des virus filtrants. Plusieurs auteurs ont trouvé des microbes à la fois filtrants et visibles, mais très petits, notamment le bacillus primosintes, qui jouerait un rôle extrêmement important dans la grippe.

En somme, le coryza inflammatoire peut être infectieux depuis le commencement, mais dans un certain nombre de cas il est, au début, déterminé par le refroidissement qui produit une modification que nous ne connaissons pas, mais c'est à l'occasion de cela que se déclanche un processus infectieux. Mais il y a une autre modalité, je veux parler du coryza spasmodique. C'est M. Lermoyez qui le premier a eu le mérite de bien séparer le coryza inflammatoire avec du mucopus, et le coryza spasmodique ou rhinorrhée paroxystique, mais il y a longtemps que Bostoc, en 1819, avait découvert le rhume des foins, ou asthme des foins. Il fut étudié ensuite par Trousseau et par Parrot, qui le rattachaient aux conditions atmosphériques, à la lumière, etc. Le coryza spasmodique est caractérisé par la production immédiate, souvent brutale, d'une série de picotements, puis d'éternuements, et, immédiatement après, d'un écoulement de liquide, d'hydrorrhée. Le nez, dit-on coule comme une fontaine. Quelques individus ont une série de cinquante ou cent éternuements. Généralement ces phénomènes ne s'accompagnent presque pas de phénomènes inflammatoires ; il y a extrêmement peu de fièvre, pas de courbature, pas de malaise.

Aujourd'hui, on distingue dans ce coryza spasmodique deux sous-groupes : le coryza spasmodique périodique, ou rhume des foins, et le coryza spasmodique apériodique qui apparaît à une époque quelconque de l'année, souvent à l'occasion d'un refroidissement ou d'une des nombreuses causes, anaphylactiques ou autres, qui rentrent dans l'étude de l'asthme.

LEÇON INAUGURALE DU Pr ANDRÉ LEMIERRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Chaire de bactériologie.)

Par DARTIGUES.

Le Pr A. LEMIERRE a fait le 17 novembre 1926, à la Faculté de médecine de Paris, sa leçon inaugurale dans la chaire de bactériologie. Leçon magnifiquement substantielle et d'un grand enseignement. N'ayant pu y assister je viens de la lire attentivement. Pour un chirurgien dont le souci est surtout l'étude clinique et celle des techniques, cette lecture est instructive, car elle condense en une belle fresque de synthèse les découvertes bactériologiques qui s'enchaînentd'une façon très logique en même temps que très évidente. La bactériologie intéresse, au même titre que le médecin, le chirurgien, car ce dernier est le grand bénéficiaire pour ses opérés des grandes vérités d'application issues de la bactériologie. Nous n'ignorons pas — du moins les chirurgiens assez complets et ils sont plus nombreux qu'on ne le croit — toutes ces choses d'un domaine ardu qui appartient surtout au laboratoire ou qui naît du laboratoire, et notre instruction est à ce point de vue quotidienne et lentement mais sûrement progressive, puisque nous en sommes entretenus par nos journaux et revues, mais il est bon que, de temps en temps, comme à l'occasion d'une leçon inaugurale d'un homme compétent dont la vie de labeur a été consacrée à cette science, une synthèse nous soit donnée. C'est l'étude et l'enregistrement des faits qui constituent notre savoir ; mais ce sont les grands aperçus, les généralités même qui nous donnent à réfléchir, en même temps que,dans l'ordre sentimental, ils nous laissent entrevoir les belles espérances pour un meilleur avenir humain.

Une chose aussi m'a frappé dans ce très bel exposé, c'est que dans la bactériologie, la science française a une part de lionne ! Ne m'en veuillez pas de cette expression audacieuse et symbolique. Je veux dire par là que c'est avec une joie profonde que j'ai vu que les savants français y tiennent la part prépondérante et créatrice. On ne veut

pas croire, même après la guerre, à la méthode, à l'organisation, à la patience françaises. Croyez-y maintenant. Les plus nobles exemples y sont ici donnés. Je ne méconnais certes pas les puissants génies du Nord dans toutes les branches de la cérébralité humaine ; mais ne peut-on pas dire que leur puissance s'est alimentée aux sources du génie latin ? C'est dans l'inspiration qui jaillit de la grande expérience et de la patiente observation qu'est d'ailleurs la véritable puissance, et ce sont les inspirés et les intuitifs instruits, laborieux et chercheurs qui sont les vrais forts en pensée et en idée.

J'ai donc eu une joie que je me permets d'afficher avec orgueil, une joie à la fois patriotique française et patriotique internationale latine, en lisant Lemierre. Sourient s'ils le veulent ceux qui ont dédain pour ceux qui parlent de patriotisme. La science est une, universelle, indivisible, il serait puéril de le point reconnaître ; mais l'on ne peut s'empêcher, ne serait-ce qu'à titre d'émulation, de constater que ses meilleurs ouvriers sont souvent, très souvent de chez nous où se trouvent les initiateurs, et de souhaiter pour le bien des hommes qui tous souffrent pareillement sur la terre, que nos grands savants aient droit à un peu de reconnaissance de la part des autres nations qui doivent nous aimer tout en rivalisant de zèle dans la conquête de la vérité qui doit être le bien de tous dans le monde.

Je ne puis m'empêcher de donner ici la belle péroraison de la leçon de Lemierre.

« Et vous qui dans l'exercice de la profession médicale allez faire bénéficier vos semblables des conquêtes de la bactériologie, ne négligez pas, là où votre voix peut se faire entendre, d'être les apôtres de la bonne nouvelle que Jenner et Pasteur sont venus annoncer sur la terre. Aux nébuleuses et puériles chimères des sots et des illuminés, qui croient tenir par intuition la formule d'un âge d'or immédiat, mais ne sèment que la stagnation, la discorde et la ruine, opposez l'opulent patrimoine constitué par l'effort ordonné et continu des chercheurs pour le soulagement de la misère humaine, patrimoine que le devoir de tous est de défendre et de faire prospérer. Dressez devant ceux qui n'en gardent pas le souvenir le spectre des fléaux qui, jadis, ont accablé les peuples et dont les peuples sont sauvés. Dénoncez aux indifférents la honte des maladies qui nous oppriment encore et qui, au prix d'un peu d'énergie, de discipline, de persévérance, pourraient enfin disparaître. Apprenez à tous à aimer et écouter avec respect ceux dont la vie n'est qu'un travail acharné, une lutte patiente, trop souvent sans gloire et pourtant victorieuse, pour faire reculer la souffrance et la mort. Si elle peut connaître des jours meilleurs, c'est aux hommes de science que le devra l'humanité. »

Lisez donc cette belle leçon : elle a paru *in extenso* dans *La Presse médicale*. Vous vous instruirez et vous serez satisfaits en esprit et en cœur.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Du traitement par la surrénalectomie de certaines artérites oblitérantes juvéniles.

Ainsi que le fait remarquer R. Leriche, on connaît très mal les artérites oblitérantes chroniques d'emblée, qui surviennent, sans cause apparente, entre 20 et 30 ans. Elles ont toujours une évolution périphérique peu grave en apparence, lente, très insidieuse, mais n'en font pas moins, en quelques années, de véritables infirmes, en attendant d'en faire des amputés.

Il y a dans cette maladie un facteur fonctionnel très important, et les constatations anatomiques, telles que les médecins les font après la mort, ne peuvent arriver à donner la clef du problème.

L'auteur a tenté tout d'abord la sympathectomie ; mais ses insuccès lui font dire qu'aucune opération sympathique ne doit être, en principe, tentée dans ces cas, ni contre la claudication intermittente, ni contre les douleurs, ni contre les troubles trophiques.

Il a donc été conduit à essayer la méthode de von Oppel. Celui-ci, en effet, a émis l'hypothèse que certaines gangrènes périphériques étaient dues à des lésions artérielles consécutives à un spasme artériel permanent, entretenu par une hyper-adrénalinémie, elle-même due à un hyper-fonctionnement des capsules surrénales. Il a supposé que le spasme finissait par entraîner un trouble de la nutrition de la paroi vasculaire et une thrombose progressive. Et surtout, il a essayé de donner à son hypothèse une sanction thérapeutique en enlevant une surrénale chez de tels malades.

Dans trois cas de surrénalectomie sur six pratiquées par Leriche, le résultat a été remarquable, tant au point de vue local que général : cessation des douleurs, guérison des ulcérations ; cependant, les artères n'étant pas rendues perméables, la claudication persiste. Néanmoins l'opération semble arrêter net la maladie et supprimer une véritable intoxication organique,

qui trouble les fonctions et amène une déchéance générale. On n'a pas trouvé de modifications histologiques sensibles aux surrénales enlevées. La question doit être réservée.

Cette intervention semble devoir être tentée, jusqu'à plus ample informé, dans les artérites oblitérantes juvéniles chroniques, contre lesquelles nous sommes désarmés. (*Le Progrès médical*, 29 mai 1926.)

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine.

L'anatoxine, découverte par Ramon, provient d'une toxine diphtérique modifiée par l'action de la chaleur et du formol ; elle est obtenue par l'addition à une toxine d'aldéhyde formique dans la proportion de 3 à 4 p. 1000 et le séjour à l'étuve à 40°-42° pendant un mois à 6 semaines. Sous cette double influence, physique et chimique, la toxine perd ses propriétés aggressives ; elle garde sa valeur immunisante.

Le Pr Zoeller a étudié l'anatoxine en tant que vaccin antidiphtérique, chez l'adulte, sous le contrôle de la réaction de Schick.

Il a démontré que l'anatoxine diphtérique représentait le meilleur antigène connu capable de susciter chez l'homme l'apparition d'antitoxine diphtérique.

Si chez les sujets allergiques, et peut-être aussi les sujets à réactivité naturelle intense, une ou deux injections sous-cutanées d'anatoxine suffisent à négativer un Schick positif, chez les sujets neufs, il est indiqué de pratiquer trois injections de 1 /2 cmc., 1 cmc., et 1 cmc. 1 /2 à 3 semaines, puis huit jours d'intervalle.

L'emploi de l'anatoxine est sans danger pour l'homme ; les contre-indications sont celles-là mêmes que le simple bon sens suffit à suggérer. L'anatoxi-réaction faite 24 heures avant la vaccination permet d'écarter les très rares sujets hypersensibles.

En milieu épidémique, l'utilisation systématique de l'anatoxine chez l'enfant est une pratique très recommandable que tout médecin a le devoir d'encourager et de diffuser. Un cas sporadique et inoffensif de diphtérie doit être actuellement l'occasion d'une vaccination méthodique de l'entourage.

A l'occasion d'une épidémie extensive grave chez l'adulte, les résultats obtenus varient suivant le moment où intervient la vaccination. Excellents, lorsqu'on l'emploie au déclin d'une poussée épidémique, ils peuvent être moins rapides lorsqu'on l'utilise au début même de l'épidémie. Même en pareil cas, la vaccination réduit de façon notable le nombre des diphtéries ; elle en atténue la gravité.

Désormais, la diphtérie n'est pas seulement une maladie curable, il devient aujourd'hui possible de la prévenir. (*La Presse médicale*, 26 mai 1926.)

L'extrait thyroïdien associé au salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme cardiaque évolutif.

D'une étude du prof. Doumer (de Lille), il résulte que dans le rhumatisme cardiaque évolutif ou tout au moins dans les endocardites rhumatismales traînantes et prolongées n'ayant pas encore entraîné de troubles graves d'insuffisance cardiaque, l'extrait thyroïdien associé au salicylate de soude paraît donner à cette médication une efficacité thérapeutique, dont le traitement salicylé, à lui seul, est trop souvent dépourvu.

L'auteur ne sait si cette association jointe ou non aux tonicardiaques, donnerait des résultats comparables dans les formes graves du rhumatisme cardiaque évolutif (gros trouble du rythme, œdèmes, hépatomégalie), mais, après les faits qu'il a rapportés, on est en droit de l'espérer, et cette médication est tout à fait indiquée.

Il ne faut s'effrayer de ce que ces malades sont des tachycardes et des palpitants, et y voir une contre-indication à la médication thyroïdienne, craignant que celle-ci, dont on connaît les propriétés physiologiques, n'augmente l'accélération du rythme et les palpitations. Les résultats de l'opothérapie thyroïdienne dépendent essentiellement du terrain. Les sujets, qui en ont le besoin, peuvent, sans faire de tachycardie, supporter de grosses doses de thyroïde, et celle-ci peut alors, comme le prouvent les observations, contribuer par un mécanisme différent à calmer l'éréthisme cardiaque, lorsqu'il est lié à un facteur infectieux, que la thyroïde parvient à dominer.

Mais il faudrait bien se garder d'appliquer l'opothérapie thyroïdienne à toutes les tachycardies post-rhumatismales. Rien n'est plus illogique et rien ne serait probablement plus fâcheux que son emploi dans les syndromes d'instabilité cardiaque simple, que laisse parfois après lui le rhumatisme articulaire aigu ou dans les syndromes basedowiens, dont il est parfois suivi. Il doit être réservé aux cas d'éréthisme cardiaque par infection rhumatismale persistante de l'endocarde. (*Gazette des hôpitaux*, 23 juin 1926.)

A propos de quelques ulcères rebelles de jambe traités par l'insuline.

Le Dr Lapière rapporte quatre cas d'ulcère de jambe chez des personnes à glycémie normale, chez lesquelles le traitement insulinien a produit, dans l'espace de quelques semaines à quelques mois, la cicatrisation d'ulcérations qui avaient résisté pendant de nombreuses années aux traitements habituels. Dans deux cas, exceptionnellement rebelles, le traitement insulinien a échoué.

Il ne faut pas évidemment conseiller le traitement par injections d'insuline pour tous les

ulcères variqueux ; celui-ci doit être réservé aux cas où l'on veut aller vite, ou aux ulcères rebelles aux traitements moins coûteux et plus faciles à pratiquer.

La médication causale des troubles endocriniens, des varices, etc., par l'opothérapie, par la contention par bas ou bandes élastiques, les injections sclérosantes, ne doit pas être négligée si l'on veut obtenir même par l'insuline un résultat durable.

L'action de l'insuline chez des patients à glycémie normale permet d'émettre l'hypothèse de l'existence d'états hypo-insuliniques à glycémie normale, et celle aussi d'une action non plus générale, mais cellulaire de l'insuline dans le sens d'une augmentation de l'activité tissulaire ou cellulaire. (*Liège médical*, 20 juin 1926.)

De l'anesthésie obstétricale et en particulier de l'action du chloroforme associée à celle de l'hypophyse.

Le Dr Funck-Brentano passe en revue les différents anesthésiques généraux ou locaux employés en obstétrique pour atténuer ou supprimer la douleur. Il ressort de cette étude que c'est l'emploi de la morphine qui a donné les meilleurs résultats : un centigr. à la dilatation de un à deux francs en moyenne ; deux fois seulement la sédation des douleurs a été nulle. Parfois la sédation des douleurs a été légère, passagère, nécessitant une nouvelle injection de 5 milligrammes de morphine. Dans certains cas cependant, le travail s'est trouvé ralenti, et il a fallu recourir à une application de forceps, soit pour non progression de la tête, soit pour souffrance fœtale ; deux fois, le travail a été très heureusement influencé par une injection de 1 cmc. d'hypophyse. En aucun cas l'enfant n'est né étonné et toujours il a crié presque immédiatement.

Après 25 ans de pratique, l'auteur s'est arrêté à la ligne de conduite suivante, qui, dans la plupart des cas, lui donna entièrement satisfaction : elle consiste à associer l'hypophyse au chloroforme en y ajoutant, dans certains cas, la morphine.

Avec le chloroforme on peut atténuer, et même complètement supprimer la douleur, mais trop souvent, sous son influence, les contractions utérines diminuent de puissance, s'espacent, et l'on peut même voir se produire un arrêt du travail. C'est cet inconvénient que l'hypophyse peut faire disparaître. Sous son influence, et malgré l'emploi du chloroforme, les contractions de l'utérus, loin de diminuer d'intensité, augmentent au contraire de puissance, et se rapprochent en accélérant l'accouchement.

S'il n'y a aucun danger ni pour la mère ni pour l'enfant, à agir ainsi, le problème se trouvera résolu, et, selon l'auteur, il l'est, en effet, dans les neuf dixièmes des cas chez les multipares. Car, chez une femme ayant déjà accouché qui arrive à souffrir suffisamment pour désirer un soulagement, les choses sont presque toujours assez préparées localement, le col est assez dilaté et assez souple, pour que l'on puisse faire agir l'hypophyse sans danger.

Il est bien entendu que tout doit être normal, bassin, présentation de l'enfant, et que l'examen du col aura donné la certitude que ce dernier se laissera rapidement dilater. La question d'amincissement et de souplesse est encore plus importante, à ce point de vue, que la grandeur de la dilatation.

Mais quand, chez quelques multipares ou chez les primipares, les douleurs sont assez vives pour justifier un soulagement et que le col est encore trop résistant et insuffisamment dilaté, c'est à la morphine que l'on devra recourir jusqu'au moment où l'hypophyse pourra être employée sans danger.

Chez les primipares, il sera prudent de n'employer l'hypophyse que lorsque la dilatation aura la grandeur d'une paume de main, ce qui permettrait d'intervenir en cas de souffrance du fœtus. (*Paris médical*, 19 juin 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le Congrès anti-tuberculeux de Washington.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine* ; 16-11-1926.)

L'Union internationale contre la tuberculose s'est réunie en Congrès depuis sa fondation cinq fois : à Paris, en 1920, à Londres en 1921, à Bruxelles en 1922, à Lausanne en 1924 et en 1926 à Washington. Cette Ve conférence internationale coïncidait avec le XXIIe Congrès annuel de la *National Tuberculosis Association*.

M. Léon Bernard qui représentait à Washington, avec quelques phtisiologues des hôpitaux de Paris, la médecine française, donne aujourd'hui un compte-rendu sommaire de ce double Congrès. La conférence internationale avait mis à son ordre du jour trois questions : le rôle de la contagion tuberculeuse chez l'adulte, la structure du tubercule, et la tuberculose dans ses rapports avec le lait. Nombre de phtisiologues des Etats-Unis, et des meilleurs, n'ont pas entièrement accepté les idées actuellement en cours en Europe. Pour les spécialistes de l'ancien continent, la conta-

gion a un rôle assez restreint après les premières années et la plupart des manifestations tuberculeuses qui semblent se produire à l'âge adulte ne traduisent en réalité que des réveils d'une infection première contractée dans l'enfance. Les Américains, Lawrason Brown et Opie en particulier, se sont fait les défenseurs de l'opinion opposée.

De même, l'importance de la contagion d'origine bovine a plus de crédit aux Etats-Unis que chez nous. Cela tient, pense M. Léon Bernard, à ce que la consommation du lait, du lait cru surtout, est plus grande en Amérique qu'ici.

Les Etats-Unis comptent aujourd'hui 600 établissements destinés aux tuberculeux (hôpitaux et sanatoriums), représentant 70.000 lits ; 3000 écoles de plein air ; 24 préventoriums ; 600 dispensaires ; 5.000 infirmières affectées à la santé publique et donnant une grande partie de leur temps à la tuberculose. Le nombre des lits est tel qu'il est supérieur à celui des malades désireux d'en bénéficier, si bien qu'une partie de ces sanatoriums reste vide. On songe à les utiliser en faveur des cardiaques, au traitement desquels on appliquerait ainsi des moyens analogues à ceux mis en œuvre contre la tuberculose : régime alimentaire approprié, discipline d'existence, rationnement de l'activité. Ainsi, après les tuberculeux, ce seraient les cardiopathes qui seraient dirigés sur les maisons de santé et les sanatoriums. C'est l'acheminement de tous les chroniques (rénaux, gastro-entéritiques, etc.) vers ces établissements.

M. Léon Bernard ajoute, enfin, qu'aux Etats-Unis on cherche à prévenir les cardiopathies en faisant de la prophylaxie anti-rhumatismale. Partant, par exemple, de cette conception — assez discutable — que le rhumatisme articulaire aigu a des manifestations et une origine pharyngées, on tend à procéder d'une façon systématique à l'ablation des amygdales par amygdalectomie. Si les spécialistes trouvent là une source importante d'opérations, on ne saurait dire que le rhumatisme et les cardiopathies soient ainsi vraiment prévenus. Mais, les Américains sont des réalistes qui ne s'arrêtent pas à cette subtilité.

L'insuline est-elle un agent curateur du diabète ?

(MM. A. Desgrez, Rathery et P. Froment. — *Académie de médecine* ; 23-11-1926.)

L'insuline est un médicament d'une puissance incontestée. Elle agit en apportant à l'organisme une hormone qui lui manque, à la façon de l'extrait thyroïdien dans le myxœdème, par exemple. Elle semble avoir aussi, du moins chez certains diabétiques (non chez tous); une seconde propriété, stimulante, sur le pancréas et diverses glandes, qui fait que son rôle se continue un peu après l'administration du médicament. Il est des diabètes plus accessibles que d'autres à l'insuline ; quelques-uns même y sont réfractaires.

En matière d'insulinothérapie, le malade et le médecin doivent s'armer de patience : des années de traitement sont parfois nécessaires pour arriver à une récupération fonctionnelle partielle. L'insuline peut être considérée, enfin, pour un groupe de malades, comme un agent curateur. Cependant, des rechutes sont susceptibles de se produire après plusieurs mois de guérison et les sujets traités doivent toujours être surveillés.

Ces conclusions sont véritablement encourageantes. Il semble que l'on puisse espérer, pour quelques cas de diabète, de véritables améliorations — l'on n'ose dire encore des guérisons. Le traitement insulinique, pour cela, a besoin d'être précoce, à doses suffisantes, et longtemps prolongé.

Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse.

(M. Couvelaire. — *Académie de médecine* ; 23-11-1926.)

Dans sa communication sur le nouveau-né issu de mère tuberculeuse, M. Couvelaire revient sur la question de l'hérédité tuberculeuse, que les travaux récents de Vaudremer, de Calmette, d'Arloing et de leurs élèves, ont remis à l'ordre du jour.

A côté de la rarissime transmission transplacentaire du virus tuberculeux, déterminant une tuberculose congénitale avec lésions, il est légitime de faire une place, probablement moins exceptionnelle, à des transmissions transplacentaires de virus tuberculeux dont le caractère essentiel est de ne déterminer aucune lésion anatomique spécifique, du moins pendant la vie fœtale. Ces faits doivent être rapprochés de ceux observés expérimentalement par Arloing et Dufourt, par Calmette, Nègre, Boquet, J. Valtis et M. Lacomme. Ils ont conduit à admettre l'existence d'un *ultra-virus tuberculeux*, capable de traverser le placenta, comme il traverse les filtres, virus dont le bacille de Koch ne serait qu'une forme de résistance.

Malgré cette donnée nouvelle, il y a lieu de continuer à considérer la tuberculose du nourrisson comme étant surtout une affection acquise, relevant d'une contagion par les parents tuberculeux, la mère principalement. Un grand nombre d'enfants de tuberculeux naissent parfaitement capables de s'élever, aussi bien que des enfants de parents sains, si on les place dans des conditions sanitaires convenables.

Même s'il était démontré que le nombre de ceux qui viennent au monde porteurs de ce virus filtrant (dont on ne saurait fixer actuellement le rôle pathogène) est plus considérable que nous le croyons, il n'en serait pas moins nécessaire de les protéger soigneusement contre les contaminations bacillaires post-natales.

— M. Léon Bernard donne son opinion sur le débat à nouveau ouvert concernant l'hérédité tuberculeuse. On peut tenir pour acquis, dit-il, qu'il existe bien une variété de virus tuberculeux susceptible de passer à travers les filtres et le placenta sous forme d'éléments invisibles, et de se retrouver ensuite sous forme bacillaire acido-résistante, mais inapte à faire

des tubercules. Toute la question est de savoir si ce virus est doué d'une activité pathogène. Est-il l'origine, en particulier, des morts « inexpliquées » des enfants issus de mères tuberculeuses ? On sait que chez les nourrissons nés de parents tuberculeux, on observe quelquefois des morts dont la cause reste obscure, sans signature anatomique à l'autopsie M. Léon Bernard ne croit pas que ces morts inexpliquées relèvent du virus tuberculeux filtrant, les conditions toujours défavorables dans lesquelles vivent ces enfants, privés des soins maternels, les rendent compréhensibles.

Quant à présent, conclut M. Léon Bernard, le pouvoir pathogène du virus filtrant tuberculeux n'est pas démontré et le problème de l'hérédité tuberculeuse reste ce qu'il était, continuant à réclamer la séparation des mères tuberculeuses de leurs enfants nouveau-nés.

La consommation du poisson en France.

(MM. A. Loir et Legangneux, du Havre. — *Académie de médecine* ; 23-11-26.)

La France, pays dont la frontière maritime est très étendue, consomme malgré cela une quantité de poisson assez minime. Et cependant le nombre des pêcheurs en mer français dépasse 82.000. Pourquoi cette discordance qu'il importerait d'atténuer, étant donnée la valeur alimentaire du poisson.

Trois éléments sont en cause dans le développement de la consommation du poisson : les pêcheurs, les mareyeurs et les consommateurs. Les pêcheurs ne comprennent pas toujours tout le bénéfice qu'ils pourraient retirer de leur dur métier. Ils sont hostiles aux appareils nouveaux qui augmentent le rendement de la pêche. La pêche doit s'industrialiser pour tirer parti de tous les produits fournis par la mer. D'autre part, un petit nombre de mareyeurs seulement sont organisés, dans quelques grands ports (Boulogne, Lorient, La Rochelle) pour l'expédition du poisson, les petits centres de pêche n'ayant pas de train de marée, ni même de wagon frigorifique spécial. Dans ces conditions, le consommateur se trouve en présence d'arrivages irréguliers, de prix très variables d'un jour à l'autre et il ne peut compter sur une catégorie de poisson choisie d'avance, comme il peut le faire pour la viande de boucherie, par exemple.

L'industrie du froid serait apte à parer à la plupart de ces inconvénients. La création de chambres froides dans les ports, grands et petits, permettrait d'entreposer le poisson, de ne pas perdre celui qui est débarqué après l'heure du marché et celui qui, certains jours, est en excès. Les transports par trains de marée, wagons frigorifiques, les chambres froides à l'arrivage, continueraient l'entreposition du poisson, qui pourrait ainsi être distribué sur les marchés des villes en quantités et prix réguliers, et avec une diversité convenable. Le consommateur, toujours sûr de trouver ce qu'il veut à ce point de vue, et à un prix variant peu, deviendrait un acheteur qui, comme le vendeur, trouverait son profit. Il conviendrait, en outre, d'étudier un meilleur mode de présentation de chaque espèce de poisson, éliminant les arêtes, les têtes, etc., livrant le poisson en un mot prêt à être consommé, comme la viande.

Nous avons là, concluent MM. Loir et Legangneux, tout un programme. La France, avec son vaste territoire maritime, devrait s'adresser plus qu'elle ne le fait, à l'alimentation par le poisson. Au lieu d'acheter du poisson à l'étranger, elle devrait, au contraire, non seulement en consommer beaucoup, mais en expédier hors de ses frontières.

La gono-réaction de Rubinstein et Gauran.

(MM. Jausion et Diot. — *Soc. de derm. et syph.* ; 8-7-1926.)

Rubinstein et son élève Gauran ont appliqué la réaction de Bordet-Gengou au séro-diagnostic de la gonococcie, créant ainsi une gono-réaction. MM. Jausion et Diot ont étudié cette gono-réaction chez un certain nombre de malades atteints de manifestations diverses de la gonococcie : uréthrite aiguë, uréthro-prostatite, blennorrhagie chronique, arthrite. La gonométrie que permet la réaction du Rubinstein leur a paru pratiquement suffisante pour porter un pronostic thérapeutique et servir à la prophylaxie. Leurs recherches, encore trop restreintes, ont besoin d'être poursuivies.

Ulcères de jambe chez des malades non glycémiques guéris par l'insuline en pommade.

(MM. Pautrier, Schmid et Mlle Ullmo. — *Soc. derm. de Strasbourg* ; 16-5-1926.)

M. Pautrier présente deux nouveaux cas d'ulcère de jambe traités et guéris par l'insuline en pommade. Les malades n'étaient ni glycosuriques, ni hyperglycémiques. Les ulcères étaient atones, anciens, et avaient résisté à une série de traitements antérieurs.

L'auteur préfère ne pas publier encore la formule de la pommade qu'il emploie, l'excipient utilisé ne lui ayant pas donné toute satisfaction et devant être modifié.

P. L.

Les Congrès

Congrès d'Orthopédie

(*Suite et fin*) (1)

DEUXIÈME QUESTION

Traitement des séquelles de la coxalgie

(*En dehors du réveil de l'infection tuberculeuse*).

Rapporteur : M. Paul MATHIEU (de Paris).

Le rapporteur limite son sujet aux séquelles ayant pour siège la hanche, à l'exclusion des lésions à distance (scoliose, genu valgum) et des troubles trophiques.

Après avoir examiné les différents modes de terminaison de la coxalgie, il retient l'étude des ankyloses, des pseudarthroses, des luxations et des coxalgies doubles.

Ankylose complète. — Quand elle est solide, indolore, en bonne position, elle doit être respectée. Les arthroplasties pour mobiliser l'article sont à rejeter dans la coxalgie.

L'ANKYLOSE COMPLÈTE EN POSITION VICIEUSE : adduction, flexion, rotation interne habituellement, relève de l'ostéotomie. Aux ostéotomies énarthrodiales, cunéiformes, on préfère,sauf indications spéciales, l'ostéotomie linéaire.

L'ostéotomie très haute, très oblique, de Terrier et Hennequin est délaissée. Actuellement les chirurgiens emploient soit l'ostéotomie transversale au niveau du trochanter (chez les très jeunes), soit l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne. La fixation des fragments par orthosynthèse rendrait des services dans certains cas.

L'attitude la meilleure est la rectitude avec une abduction de 10 à 15 degrés. Les résultats immédiats sont excellents, mais les récidives de l'attitude vicieuse ne sont pas très rares ; l'ankylose n'étant pas complète et l'adduction a pu continuer.

Ankylose incomplète. — A la période terminale de la coxalgie, il persiste souvent des mouvements de quelques degrés. Le port prolongé d'appareils orthopédiques peut compléter l'enraidissement si les destructions ne sont pas trop grandes.

La conservation de mouvements dans la hanche peut entraîner :

1° Des crises douloureuses difficiles à distinguer des rechutes, et une démarche spéciale dite « sautillante. »

2° La tendance persistante à l'attitude vicieuse adduction-flexion.

On remédiera aux douleurs en complétant l'enraidissement par le port prolongé d'appareils ou l'arthrodèse. Pour la correction de l'attitude vicieuse, l'ostéotomie est très discutée. La persistance de la motilité expose à la reproduction de la position vicieuse. Cependant si l'ostéotomie est faite sous certaines conditions (fémur placé en adduction maxima avant section, en abduction marquée après section), le résultat peut être bon. A défaut d'ostéotomie l'arthrodèse trouverait ici son indication.

PSEUDARTHROSE INTRA-COTYLOÏDIENNE (Ménard). — C'est le résultat de lésions destructives étendues : tête et col réduits à un petit moignon dans un vaste cotyle. Ces hanches très mobiles sont sujettes à des crises de douleurs violentes, difficiles à distinguer d'une rechute, d'autant plus qu'elles y sont prédisposées. Avec l'appareillage, ces pseudarthroses n'arrivent pas à se souder, l'arthrodèse s'impose si elle peut être exécutée sans risques.

PSEUDARTHROSE EXTRA-COTYLOÏDIENNE PAR LUXATION DU FÉMUR. — Sauf dans les rares luxations précoces, ici encore le col et la tête sont détruits, il y a résection spontanée, position vicieuse en adduction, raccourcissement considérable, claudication très marquée, *parfois des phénomènes douloureux*. La thérapeutique vise à créer une fixation du fémur sur le bassin soit au niveau du cotyle, soit au-dessus, après correction de l'attitude vicieuse et, si possible, du raccourcissement.

La réduction par voie sanglante est aujourd'hui abandonnée. Plusieurs auteurs (Maragliano, Rogers et Deabody, Kappis, Albee) ont cherché à créer un appui extra-articulaire par implantation de greffons dans le fémur d'un côté, le bassin d'autre part.

L'ostéotomie sous-trochantérienne basse avec ou sans propulsion du bout inférieur (bifurcation de Lorenz) a été employée par divers auteurs (Laroyenne, Nové-Josserand) avec de bons résultats, mais exagération du raccourcissement.

Au total, pour le traitement des pseudarthroses, le rapporteur conseille de respecter les pseudarthroses indolores ; dans les pseudarthroses indolores peu mobiles, l'ostéotomie remédiera aux positions vicieuses ; dans les pseudarthroses indolores très mobiles, l'ostéotomie à butée pelvienne ou mieux encore la création d'un toit ostéoplastique sur le bassin semblent indiqués. Si la pseudarthrose est douloureuse, c'est l'arthrodèse qui conviendra.

ARTHRODESE DE LA HANCHE DANS LA COXALGIE. — 1° *Arthrodèse extra-articulaire* avec ou sans enchevillement. Elle est rarement indiquée. En France seuls MM. Nové-Josserand et Tavernier en ont publié des observations. Les résultats sont médiocres parce que la coaptation d'une petite tête dans un

1) V. *Concours médical* **1926 n° 52.**

grand cotyle est difficile et que la tuberculose ne prédispose guère à la consolidation.

2° *Arthrodèse para-articulaire.* — L'union à distance de la diaphyse fémorale et du bassin par un ou deux greffons est séduisante par sa simplicité, l'absence d'ouverture du foyer, mais l'avenir des transplants reste douteux : les greffons se fracturent parfois et en tout cas l'opération doit être suivie d'une immobilité prolongée.

Baron (Budapest) a exécuté la soudure fémoro-iliaque au moyen d'un pont osseux abaissé de l'aile iliaque et d'un copeau relevé du fémur, réunis par un greffon tibial superposé.

3° *Arthrodèse juxta-articulaire.* — C'est le « verrouillage de la hanche » (Hass). Le grand trochanter incisé obliquement, poussé dans une cavité creusée dans le bassin, est fixé dans cette position à la fois sur le fémur et sur l'os iliaque.

Le rapporteur a pratiqué trois fois une opération un peu différente : taille d'un volet osseux iliaque sus-cotyloïdien, section du trochanter qui est glissé sur ce volet rabattu, inclusion d'un greffon tibial allant du fémur au volet iliaque.

Indications de l'arthrodèse dans la coxalgie. — Le rapporteur donne nettement la préférence aux arthrodèses extra-articulaires et à celles par glissement de fragments osseux autochtones iliaques et trochantériens.

L'indication dominante de l'arthrodèse est la coxalgie traînante à poussées récidivantes. Dans les cas guéris, l'impotence par douleurs, la tendance à la répétition des attitudes vicieuses fera proposer l'arthrodèse. Mais la perte de la mobilité articulaire est difficilement acceptée par les malades et l'opération ne devra être pratiquée que chez ceux chez lesquels elle engendre une véritable infirmité.

Séquelles des coxalgies doubles. — L'ankylose en rectitude d'un côté, avec mobilité de l'autre hanche constitue la combinaison fonctionnellement la plus favorable. Mais, dit le rapporteur, on ne peut méconnaître les incertitudes que comportent toutes les interventions proposées pour la recherche de la motilité articulaire (résection, ostéotomie avec interposition musculaire, etc.) sur l'un des côtés dans les cas d'ankylose double.

Discussion.

MM. Rendu, Tavernier, Nové-Josserand (de Lyon), Rocher (de Bordeaux), Trèves, Lance (de Paris), Sorrel (de Berck), Martin du Pau (de Genève), discutent le rapport.

Un premier point semble acquis. Il existe des coxalgies certaines qui guérissent avec une certaine étendue de mouvements et cela sans que cette mobilité expose spécialement à des rechutes (Sorrel).

L'ankylose complète ne doit donc plus être systématiquement recherchée. C'est l'opinion de Trèves, Sorrel, Nové-Josserand, Martin du Pau.

Lorsque l'ankylose a été obtenue, elle peut être osseuse, complète, à la radiographie. Tant qu'elle reste en bonne attitude, on doit la respecter. Mais on ne s'entend plus sur la définition de la bonne attitude. Alors que Trèves, s'appuyant sur l'autorité de Victor Ménard, réclame l'abduction légère avec rotation en dedans, Sorrel redoute peu la flexion, un peu plus l'adduction, mais surtout la rotation soit interne (avec adduction) ou externe (avec abduction).

Pour remédier à une ankylose en position vicieuse l'opération de choix reste l'ostéotomie sous-trochantérienne.

Elle donne d'excellents résultats (Trèves, Rocher, Lance), même dans les cas où l'ankylose est incomplète (Trèves, Lance).

Sorrel recommande de la faire précoce, ce qui permet d'éviter le genu valgum compensateur de l'ankylose.

Cependant M. Nové-Josserand pense qu'il y a des cas où l'attitude vicieuse peut récidiver après ostéotomie.

Pour les hanches mobiles post-coxalgiques trois méthodes de traitement : arthrodèse intra-articulaire, arthrodèse extra-articulaire, ostéotomie à butée.

L'arthrodèse intra-articulaire a trouvé d'ardents défenseurs dans les représentants de l'École lyonnaise (Nové-Josserand, Tavernier, Rendu). Pour eux, il faut abandonner l'appréhension de s'attaquer directement au foyer tuberculeux. Les dangers de dissémination, de réveil du foyer, n'existent pas.

La présence constante de lésions résiduelles dans le foyer est un argument de plus pour intervenir et l'extirper.

L'opération dans le foyer permet de corriger d'emblée l'attitude vicieuse. Ceci s'appuie sur six observations dont les résultats déjà anciens sont exposés par M. Rendu. Ces observations montrent que, dans les cas où on a employé un greffon péronier (cinq cas) pour fixer le fémur au bassin, le greffon s'est résorbé.

Il joue donc un rôle purement mécanique et il semble préférable de lui substituer une vis à bois (un cas), qui serre les deux fragments. Si, dans ces six cas, le fonctionnement est bon, les malades marchent bien, presque tous ont eu une récidive de l'adduction ; seul le cas où l'on avait employé une vis a présenté une soudure osseuse

Il semble d'après la discussion que la plupart des auteurs (Trèves, Rocher) semblent réserver cette opération à des coxalgies non guéries, à ces cas prolongés, ou à rechutes fréquentes. M. Nové-Josserand recommande de n'opérer ainsi que les cas avec tête conservée pour avoir un large affrontement des deux os.

L'arthrodèse extra-articulaire de la hanche est une opération encore à l'étude. Faite avec un greffon à distance son résultat est très aléatoire. Le greffon implanté dans le bassin à travers le col a donné à Sorrel un résultat « pas très bon ». La seule opération discutable (Nové-Josserand) est le verrou trochantérien de Hass-Mathieu, opération tentante dans les cas de

pseudarthrose intracotyloïdienne où le grand trochanter est collé au bassin. Mais elle ne remédie pas à la position vicieuse et peut demander une ostéotomie complémentaire (Nové-Josserand). De plus, comme le remarque Lance, les pseudarthroses intracotyloïdiennes ou les luxations de la hanche ont présenté en général des destructions iliaques étendues, parfois des abcès et fistules multiples, et, après cicatrisation, l'état des parties molles est tel que l'abord de la hanche est rendu impossible.

C'est dans ces cas que l'ostéotomie basse avec butée pelvienne rend des services ; l'ostéotomie sous-trochantérienne donne d'ailleurs probablement de bons résultats parce que l'abduction du fragment inférieur entraîne la formation d'une butée pelvienne (Nové-Josserand). Sorrel, Lance, Martin du Pau, Nové-Josserand l'ont employée dans des pseudarthroses post-coxalgiques avec succès. On lui a reproché d'augmenter le raccourcissement, à tort, car l'abduction, par bascule du bassin, compense et au-delà la perte de longueur du membre.

M. Mathieu, rapporteur, résumant la discussion, constate qu'il est établi que la coxalgie peut guérir sans ankylose, et que la conservation de certains mouvements peut ne pas être nocive. Que pour le traitement des ankyloses en position vicieuse on est d'accord : l'ostéotomie bien faite donne d'excellents résultats. Que l'ostéotomie donne des résultats même dans les ankyloses incomplètes s'il y a un appui pelvien, enfin qu'il y a intérêt à faire l'ostéotomie précoce.

Pour les hanches mobiles post-coxalgiques deux tendances s'opposent. L'Ecole lyonnaise ne redoute pas de chercher à obtenir l'ankylose en s'attaquant directement au foyer. Les Parisiens, imbus d'idées classiques, le redoutent et préfèrent s'adresser aux méthodes extra-articulaires : le verrouillage de la hanche qui peut s'il est utile être complété par une ostéotomie, les ostéotomies basses avec butée pelvienne. L'avenir fixera de façon définitive la valeur de chacune de ces opérations.

Communications.

Nanisme par chondrodysplasie. — M. Mauclaire (de Paris) présente une observation de maladie d'Ollier : déformations congénitales de tout le squelette, en particulier, des hanches, métacarpiens, etc.

Emploi des butées osseuses (arthrorise) dans les déviations du pied. — M. Rocher (de Bordeaux) rapporte l'observation d'un talus paralytique traité au moyen d'une butée antérieure par cheville plantée dans l'astragale, et celle d'un moignon de Chopart avec équinisme traité par l'implantation d'une cheville d'ivoire dans la partie postérieure de l'astragale.

Sur le traitement du pied bot talus congénital. — M Michel (de Lyon) montre que le redressement manuel avec attelles dans l'intervalle des séances ne guérit pas tous les cas ; certains talus sont transformés en pied creux par abaissement de l'avant-pied. Il présente un appareil à traction élastique qui permet d'éviter cet inconvénient.

M. Mathieu remarque que dans ces cas l'astragale est subluxé en avant sur la radio, d'où bloquage de la tibio-tarsienne. Il faut donc radiographier les pieds talus avant de les redresser.

Sur les signes radiographiques de la désaxation de la hanche. — M. Lance (de Paris) montre que dans certains cas où le plafond du cotyle est insuffisant, la hanche ne se subluxe pas, la tête fémorale reste en place, mais c'est le col fémoral qui se redresse et se désaxe. Il en résulte des crises douloureuses violentes simulant la coxalgie. Tout disparaît si l'on reconstitue opératoirement un plafond cotyloïdien bien orienté et suffisant.

Deux pièces de luxation congénitale. — M. Jouon (de Nantes) montre le bassin d'un enfant de sept ans chez lequel la réduction sanglante a été suivie de décès par shock ; on y note toutes les déformations classiques. L'autre est le bassin d'un luxé réduit qui fit par la suite de la tuberculose — et un mal de Pott — à laquelle il succomba. Il est notable que la hanche luxée resta indemne de la tuberculose.

Fixation d'omoplate ballante. — M. Mathieu (de Paris) montre une myopathie chez laquelle une fixation du bord interne de l'omoplate par deux fils d'argent a donné un excellent résultat.

M. Nové-Josserand rappelle que, dans un cas analogue, il a fixé l'angle supérieur au moyen d'un trou pratiqué dans l'omoplate dans lequel on engage le bout d'une côte sectionnée. Il est inutile de fixer l'angle inférieur par un fil qui coupe toujours.

M. Mauclaire a présenté l'an dernier une omoplate ballante fixée par trois fils à l'autre omoplate, plus des greffes souples et les côtes avivées. Actuellement, tous les fils ont coupé, l'omoplate ne tient plus que par les greffes.

M. G. Huc rappelle qu'il a établi dans sa thèse que l'omoplate tourne autour d'un axe idéal situé près de l'angle interne — que seul ce point doit être fixé — un seul fil suffit, allant de ce point à une apophyse épineuse comme l'a fait M. Ombrédanne.

Présentation d'un appareil métallique à extension continue pour coxalgique. — M. Clavelin.

Présentation d'une table orthopédique et d'une chaise pour luxations congénitales en traitement. — M. Rendu (de Lyon).

M. Lance.

Les Livres

Masson et Cie éditeurs,
boulevard Saint-Germain, Paris.

H. Villard. — **Manuel élémentaire d'ophtalmologie** (1 vol. 1926, 434 pages. Prix de base : 25 fr.).

M. H. Villard, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, connu par ses nombreuses communications et son rapport à la Société française d'ophtalmologie, inventeur, avec M. Van Lint, d'un procédé de paralysie temporaire de l'orbiculaire, a publié en outre en 1924 des « Consultations de Thérapeutique oculaire à l'usage des Praticiens », très appréciées. Mettant au profit des élèves son expérience de praticien et de professeur, il vient de publier un « Manuel élémentaire d'ophtalmologie » destiné à beaucoup de succès. Moins volumineux que les autres manuels d'ophtalmologie qui existent en nombre respectable avec des qualités diverses, ce livre écrit particulièrement pour l'étudiant est orné de 198 figures qui égayent un texte de lecture agréable.

En vingt chapitres, toute l'ophtalmologie se trouve condensée dans ses parties essentielles. Les cinq premiers chapitres sont consacrés à l'examen de l'appareil oculaire, aux notions sommaires de séméiologie oculaire, aux maladies de réfraction, aux maladies des annexes, à celles de la région sourcilière, des paupières, de la conjonctive, de l'appareil lacrymal. Les maladies du globe oculaire sont traitées en huit chapitres dans l'ordre suivant : maladies de la cornée, de la sclérotique, de l'iris et du corps ciliaire, de la choroïde, du cristallin, de la rétine, du corps vitré et de l'ensemble du globe oculaire. Viennent ensuite : les maladies du nerf optique et des voies optiques, les maladies de l'appareil neuro-moteur des yeux, les maladies de l'orbite, les rapports des affections oculaires avec les affections générales, le formulaire des principaux médicaments utilisés en thérapeutique oculaire. Une double table alphabétique et analytique des matières termine cet ouvrage.

Bien que venant après tant d'autres livres similaires devenus classiques et écrits par des auteurs qui s'appellent Lagrange, Terrien, Morax, Terson, Cantonnet, Poulard, Monbrun, pour ne nommer que quelques-uns, le dernier venu trouvera de nombreux fervents pour ses qualités de concision, de clarté et pour l'esprit pratique qui l'anime. De forme maniable, élégamment édité, bien imprimé, il séduira non seulement l'étudiant, mais aussi le médecin praticien qui y trouvera vite le renseignement désiré.

H. Frenkel.

Jehlen, Impressions.
24, avenue de Saint-Ouen, Paris.

Dr Paul Fumouze. — **Pensées et contes de philosophie médicale.**

L'auteur, dont le nom est si honorablement connu et estimé de tout le Corps médical, a réuni en une très élégante plaquette les articles qu'il a publiés dans la *Revue gynécologique*. Ainsi qu'il le dit dans sa préface, il a voulu « ramener aux discussions philosophiques le médecin que son instruction, ses connaissances anatomiques, ses années passées à l'hôpital, son don professionnel d'observation de l'âme humaine, prédisposent, mieux que tout autre, aux réflexions philosophiques. »

L'ouvrage est divisé en deux grandes parties, la première consacrée aux Pensées, la seconde aux Contes.

Les Pensées ressortissent surtout à la psychologie et à la métaphysique. Voici quelques titres d'entre elles : d'où viennent les directives de la pensée ? Le problème de la vieillesse. Les caractéristiques de la vie. L'instinct et la raison. Devant l'infini. La matière et la pensée. Le mystère de la création.

Les Contes exposent, sous une aimable parure « romanesque », certaines questions de physiologie et de pathologie. C'est ainsi que le conte intitulé : *une alerte chez les globules rouges*, décrit les perturbations que subit rapidement l'organisme, du fait de l'anémie aiguë qui succède à la section traumatique d'une artère périphérique, jusqu'au moment où l'hémostase préventive par compression digitale enrayera la marche fatale des accidents. Le Conte : *au pays des spermatozoïdes* montre l'éveil de la sexualité chez un jeune garçon pubère. M. Fumouze, pour expliquer l'érection et l'éjaculation, dont il ne nous dit pas d'ailleurs par quel moyen elle a été provoquée, a d'amusantes métamorphoses. Si, d'une façon générale, il compare un être donné à un monde, il est naturel qu'il en représente géographiquement les divers aspects physiques. C'est ainsi que, dans le cas particulier, la presqu'île lointaine est l'image amusante de ce que d'autres ont appelé, d'une façon non moins imagée et tout aussi heureuse la Clé des générations futures. Nous nous comprenons... Je ne vous en dis pas davantage. Si vous voulez en savoir plus, faites comme moi, lisez l'ouvrage du Dr Fumouze, je vous prédis que vous y prendrez plaisir et intérêt.

A. Giraudon,
56, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris.

Dr Eugène Hubert. — **Le devoir du médecin.**

C'est un manuel de déontologie, recueil des leçons professées par l'auteur à l'Université Catholique de Louvain. Il y expose comment le médecin doit ne pas être ; ce que le médecin doit aux malades ; ce que le malade doit au médecin ; ce que le médecin doit à ses confrères ; ce que le médecin doit à la Société.

Tout cela, à l'intention des médecins belges, dans le cadre des lois belges, et sous la haute influence de la religion catholique et de ses dogmes. C'est dire que certaines conceptions des devoirs des médecins, acceptables par nos amis belges, ne le sont pas encore en France. Il en est ainsi de la question du secret pro-

fessionnel. Et pour concrétiser ma critique, j'en prendrai pour exemple un cas de conscience que l'auteur résout d'une façon tout à fait opposée à celle que nous avons coutume de pratiquer. Voici : une femme mariée seulement depuis sept mois, accouchement d'un enfant parfaitement à terme. Trois cas peuvent alors se présenter. Premier cas : le mari ne paraît pas étonné. Il sait à quoi s'en tenir. Il ne demande aucune explication. Le médecin est très à son aise. On ne lui demande rien. Il n'a rien à dire. — Deuxième cas : le mari, étonné ou non, ne sourcille pas et ne demande pas d'explications. Quoiqu'il pense, il accepte la situation. Le médecin n'éprouve là encore aucun embarras à se taire. — Troisième cas : le cas litigieux : « Le mari vous prend à part, et très sérieusement vous dit : « Si cet enfant a plus de sept mois, il n'est pas de moi : sur votre honneur, quel âge a-t-il ? » Et le Dr Hubert, après nombre de considérations qui nous paraîtraient, à nous autres, Français, un peu hors de saison, et pour tout dire, déplacées, où intervient une certaine notion de pénalité méritée par cette femme qui a trompé l'homme dont elle porte le nom, et une autre notion d'un mensonge, corsé d'un abus de pouvoir du médecin, d'une complicité dans la fraude, et d'une trahison envers le mari, dont le médecin doit hésiter à se rendre coupable, conclut ! . . . . . Ne mentons pas si on nous interroge . . . . Cette solution nous semble bonne, si le mari interroge strictement en vue du désaveu de paternité, et si le médecin ne se base sur aucun détail qu'il n'aurait appris que par les soins même donnés à la parturiente . . . ».

Ce sont là des *distinguo* assez subtils . . . « Sauf dans ces deux cas, ajoute-t-il, il semble que le secret reste de rigueur . . . »

En France, le secret est toujours de rigueur. Nous necomprendrionspas comment il en pourrait être autrement dans le cas envisagé. Au mari qui m'aurait questionné en une semblable conjoncture, j'aurais répondu sans hésiter, ne me reconnaissant aucunement le droit de me poser en justicier, j'aurais répondu, dis-je : « Mon cher, le premier enfant est presque toujours un enfant de l'amour, parce qu'il n'a pas été fait à regret . . . Rien d'étonnant qu'il soit de belle venue, même à sept mois . . . »

Mais, à Louvain, comme à Bruxelles, comme à Paris et en France, il y a des principes qui sont éternels et sur lesquels le médecin doit baser sa conduite. Voici ceux que proclame le Dr Hubert et auxquels nous nous rallions tous d'enthousiasme :

Avant tout, soyez d'honnêtes gens. *Traitez vos malades comme, malades vous-mêmes, vous voudriez être traités. Soyez pour vos confrères, comme vous désirez qu'ils soient pour vous.*

G. Duchesne.

Librairie A. Maloine,
27, rue de l'École-de-Médecine, Paris, 1925.

Dr P. Marsal. — **Troubles de la fonction gastrique et syndromes associés chez les tuberculeux pulmonaires. La toux émétisante.** (Un vol. in-8, 315 pages Prix : 15 francs.)

Il semble que la tuberculose joue un rôle indiscutable dans l'apparition des modifications du fonctionnement de l'estomac, en agissant, par ses toxines, sur certains éléments nerveux en particulier.

Cependant, il ne semble pas exister d'aspects radiologiques typiques et constants de l'estomac des tuberculeux dyspeptiques. Pas plus au point de vue radioscopique qu'au point de vue clinique, il n'y a un estomac des tuberculeux, mais la motricité est communément altérée. Cependant la classification donnée par la plupart des auteurs et qui semble avoir cours à l'heure actuelle (hypersthénie au début, hyposthénie au cours de l'évolution et pendant la période terminale) paraît trop schématique et souffre de nombreuses exceptions.

Pour ce qui est de l'activité sécrétoire, le chymisme gastrique est exagéré chez la moitié des malades au cours du début de l'évolution bacillaire, et cette hyperchymie dure presque jusqu'au stade ultime de l'affection. A ce moment, il semble franchement diminué dans la plupart des cas, mais même à ce stade l'hyperchymie se rencontre encore d'une façon relativement fréquente. Il ne semble pas que la fièvre ait une action quelconque sur l'activité sécrétoire.

Quant au phénomène de la toux émétisante, il paraît plus compliqué encore qu'on ne pense généralement ; il est même probable que plusieurs réflexes sont en cause, en particulier ceux qui peuvent être provoqués par des lésions pharyngo-laryngées latentes, évoluant avec un minimum de symptômes cliniques. Il semble que cette théorie réflexe satisfasse mieux que les autres, car, basée sur des faits observés, elle est capable de répondre à un plus grand nombre de questions. Enfin, le traitement expérimenté a donné des résultats excellents et constants.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

VICTIMES DE LA SCIENCE (Les droits des —), par FOVEAU DE COURMELLES, *Concours médical*, nº 45, 24 octobre 1926.

ALCOOLISME (La lutte contre l'—), à l'Académie de médecine, par MOLINÉRY, *Médecine internationale illustrée*, nº 11, novembre 1926.

ANTHROPOLOGIE (Le cinquantenaire de l'école d'—), par BOUQUET, *Monde médical*, nº 698, 15 novembre 1926.

ARMOISE, par H. LECLERC, *Presse médicale*, nº 88, 3 novembre 1926.

BRONCHITE SANGLANTE A FUSO-SPIROCHÈTES (Traitement par l'adrénaline), par J. SABRAZÈS, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, nº 44, 31 octobre 1926.

COQUELUCHE, DIPHTÉRIE, ROUGEOLE (Prophylaxie scolaire), par J. NOIR, *Concours médical*, nº 45, 7 novembre 1926.

DENTS (Les officines dentaires), par A. HERPIN, *Gazette des hôpitaux*, nº 91, 13 novembre 1926.

EAUX MINÉRALES (La vie aux eaux dans le passé), par CABANÈS, *Médecine internationale illustrée*, nº 11 novembre 1926.

IMMIGRATION, (Les différents aspects du problème), par DEQUIDT, XIIIe Congrès français d'hygiène, 19 octobre 1926.

IMMIGRATION (Examen sanitaire à la frontière : logement dans le pays), par MARTIAL, XIIIe Congrès français d'hygiène, 19 octobre 1926.

INTERNATIONALISME SCIENTIFIQUE, par DARTIGUES, *Umfia*, nº 11, septembre 1926.

JOURNÉES MÉDICALES DE MONTPELLIER, DUCHESNE, *Concours médical*, nº 47, 21 novembre 1926. F. LE SOURD, *Gazette des hôpitaux*, nº 91 et 92, 13 et 17 novembre 1926. J. NOIR, *Concours médical*, nº 46, 14 novembre 1926.

LÉGISLATION ET MÉDECINE (Evolution parallèle de la législation sociale contemporaine et du mouvement médico-professionnel, 1880-1926), par DUCHESNE. Communication aux Journées médicales de Montpellier, 6 novembre 1926.

MÉDECINS-PHARMACIENS, par P. BOUDIN, *Concours médical*, nº 16, 14 novembre 1926.

PARALYSIE FACIALE (Son traitement par la résection du ganglion cervical supérieur), par LERICHE, Société de chirurgie, 3 novembre 1926.

PÉRITHORACOTHÉRAPIE ET THERMOTHORAX, par DARTIGUES et J. TUSSAU, Société de médecine de Paris, 20 octobre 1926.

PINEL ET VAN HELMONT, par Albert GARRIGUES, *Revue des spécialités*, nº 10, novembre 1926.

POISSON (Sa conservation par le froid), par A. LOIR, XIIIe Congrès français d'hygiène, 19 octobre 1926. (Sa consommation en France), par A. LOIR, Académie de médecine, 23 novembre 1926.

PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE, par FOVEAU DE COURMELLES, Société médicale des praticiens, 15 octobre 1926.

RABELAIS (L'énigme rabelaisienne), par J. NOIR, *Concours médical*, nº 46, 14 novembre.

RADIATIONS (Pour les victimes des —), par FOVEAU DE COURMELLES, *Gazette des hôpitaux*, nº 92, 17 novembre 1926.

RÉFLEXES PSYCHIQUES ET PSYCHOTHÉRAPIE RÉFLECTIVE, par BÉRILLON, XXIXe réunion annuelle de la Société de psychothérapie, 16 novembre 1926.

REVES (La science des —), d'après S. Freud, par J. LAUMONIER, *Gazette des hôpitaux*, nº 88, 3 novembre 1926.

RICHET AU HAVRE, par A. LOIR, *Vie médicale*, nº 36, 11 novembre 1926.

SAISONS (Cause des influences saisonnières morbides), par FOVEAU DE COURMELLES, Société de pathologie comparée, 12 octobre 1926.

SANG CONSIDÉRÉ COMME SÉCRÉTION (d'après les travaux du Pr Sahli), par J. SABRAZÈS, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, nº 46, 14 novembre 1926.

SYMPTOMATOLOGIE TOPOGRAPHIQUE, par Maurice TUSSAU, 1 vol. Maloine, Paris, 1926.

SYNDICAT MÉDICAL (Est-il libre de repousser une candidature), par P. BOUDIN, *Concours médical*, nº 47, 21 novembre 1926.

TANAISIE (Tanacetum vulgaris), par H. LECLERC, *Presse médicale*, nº 91, 13 novembre.

TAUDIS (La lutte contre le —), par J. NOIR, *Concours médical*, nº 48, 28 novembre 1926.

THRILL dans les anévrismes artério-veineux, par LERICHE, *Presse médicale*, nº 95, 27 novembre 1926.

TUBERCULOSE (Les récentes offensives contre la —), par O. BÉLIARD, *Je sais tout*, décembre 1926.

TUBERCULOSE (Traitement de la fièvre au début de la —), par G. LÉMOINE, *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, nº 7, septembre 1926.

TUBERCULOSE et voyages au long cours, par A. LOIR, *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, nº 9, septembre 1926.

TUBERCULOSE PULMONAIRE LATENTE, par Albert GARRIGUES (Lettre parisienne), *Indépendance médicale* (Montréal), nº 7, 15 novembre 1926.

UNION MÉDICALE FRANCO-IBÉRO-AMÉRICAINE (Le livre d'or de l'—), par DARTIGUES, 1 vol., Maloine, Paris 1926.

VAN HELMONT ET PINEL, par Albert GARRIGUES, *Revue des spécialités*, nº 10, novembre.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DÉONTOLOGIE

Le dénigrement intermédical. — L'État est-il complice d'exercice illégal de la médecine ?

Pendant que M. A. SARRAUT, Ministre de l'Intérieur, couvrait d'éloges, au dernier dîner de l'UMFIA, le corps médical, dont il ne savait assez exalter les vertus colonisatrices et pacificatrices, je ne pouvais m'empêcher de songer à part moi aux attaques sans nombre auxquelles les médecins sont plus que jamais en butte : poursuites devant les tribunaux de clients de mauvaise foi, qui cherchent à mettre en jeu leur responsabilité professionnelle pour esquiver, si possible, le règlement de la douloureuse ; pamphlets de presse ; étalage sadique en quelque sorte, dans les journaux, de tous les faits-divers où est mis en cause un médecin ; campagnes systématiques, etc.

Et je me disais qu'évidemment, il est fâcheux de monter ainsi l'opinion publique contre une profession à laquelle on ne peut pas plus reprocher d'avoir ses tares qu'on ne fait grief au meilleur des vins de reposer sur une lie imbuvable. Mais j'étais bien forcé de constater que nous n'étions peut-être pas aussi étrangers nous mêmes qu'il le faudrait à cet état de choses, et que nous aurions mauvaise grâce à nous plaindre d'être dénigrés par les profanes, quand nous ne savons pas nous abstenir de nous déchirer entre nous, et de formuler de trop faciles et trop hâtifs jugements définitifs sur les confrères qui ne nous plaisent pas, ou simplement, que nous ne connaissons pas.

Et voici que, pour corroborer ces réflexions, inspirées par certains cas d'espèce soumis au « Sou médical », j'ai reçu la lettre suivante que je n'hésite pas à publier.

Je me permets de revenir sur un sujet déjà abordé par le *Concours Médical*, celui de la diffamation des médecins par eux-mêmes. Aujourd'hui encore, j'ai pu entendre dans un lieu *public* les propos suivants :

« Je suis allé voir successivement les quatre médecins de chez moi, ils n'y voyaient rien. A Paris, à l'hôpital, on m'a dit : tous les médecins que vous avez vus sont des ânes ». Ce pays est proche du mien, c'est pourquoi j'en parle plus librement, mais ce sont là des paroles que l'on nous répète chaque jour davantage. Quand donc les praticiens de Paris et des villes cesseront-ils de considérer aussi dédaigneusement ceux de la « province » ?

Ont-ils donc un diplôme spécial ? Ne savent-ils pas comme la besogne est parfois dure aux praticiens des campagnes — ces parias ! — loin de tout laboratoire, de tout spécialiste et de tout hôpital ? *Errare humanum est* ; et vous n'en êtes pas exempts, Messieurs !

Si l'entente vraie entre tous les médecins est une chimère, sauvons au moins les apparences ! Ou bien alors, comment essayerons-nous de lutter contre les « rebouteurs », les « voyantes », les « magnétiseurs », etc. . . qui fleurissent partout ? Chaque parole diffamante ainsi prononcée ne rejaillit-elle pas sur le Corps médical tout entier ? Est-ce cela la grande « famille » médicale ?

Confrères de Paris et des grandes villes, confrères des hôpitaux qui nous critiquez, de grâce, un peu de déontologie !

Veuillez agréer, Monsieur et cher Confrère, etc.

Dr L.

Sans doute pourrions-nous objecter à notre correspondant que, de ce que certains propos ont été rapportés par des clients, comme ayant été tenus par des médecins sur leurs confrères, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'ils ont été réellement proférés. Le public a vite fait de faire parler autrui et de mettre dans la bouche des autres des paroles qui n'ont jamais été prononcées, ou de dénaturer, sciemment ou non, celles qu'il a vraiement entendues, ou de les répéter inexactement, en leur donnant un sens qu'elles n'avaient pas tout d'abord. En pareille matière, la preuve est très délicate à administrer, et il faut être prudent avant de partir en guerre contre de prétendus calomniateurs.

Mais, ces réserves faites, il n'est pas douteux que les médecins, dans les appréciations qu'ils énoncent les uns sur les autres, ne sont pas toujours assez respectueux des règles de la déontologie la plus élémentaire. Pour certains même, c'est une sorte de volupté que de prendre un confrère en flagrant délit d'erreur de diagnostic ou de thérapeutique. Manque de charité d'autant plus regrettable que le même sort pourra leur être réservé, les rôles étant renversés. *Hodie tibi, cras mihi.*

Est-il donc si difficile, et peut-on éprouver quelque répugnance à cela, si l'on voit un malade déjà examiné par d'autres, et que l'on ne soit pas

de leur avis; dans la mesure où on le connaît, de dire : « Quand mon confrère vous a vu, il a eu sans doute ses raisons pour vous traiter comme il l'a fait. Pour moi, j'en trouve d'autres aujourd'hui pour agir différemment ».

Ce qui peut arriver, et j'en connais des exemples, c'est que votre diagnostic repose sur un examen très complet et très détaillé, tandis que le confrère précédent aura pu faire le sien *de chic*, sans prendre la peine de pousser ses investigations aussi loin qu'il eût été nécessaire.

Un malade va consulter chez lui son médecin habituel, il se plaint de ne pouvoir marcher d'une façon soutenue, gravir les pentes, monter les escaliers sans être essoufflé. C'est un cultivateur d'une quarantaine d'années, habitant une région accidentée. Sans en demander davantage, le confrère lui prescrit de l'iodure de potassium et une potion antiasthmatique ... Pas d'amélioration. Quelque temps après, le malade va consulter un autre médecin qui l'ausculte, découvre un bruit de galop, analyse ses urines extemporanément, y découvre de l'albumine, conclut à l'existence d'une néphrite, et prescrit la médication et surtout le régime qui s'imposent.

Une femme, jeune encore, mais amaigrie, accuse des troubles dyspeptiques qu'un premier médecin traite banalement, sans succès. Un second médecin, consulté à son tour, palpe attentivement l'abdomen de cette femme et y découvre un rein mobile. Il prescrit la ceinture prothétique qui remédie aux tiraillements des plexus, dus aux ptoses viscérales, et calme en même temps la dyspepsie.

Il n'est pas besoin, en ces cas, de se laisser aller à formuler la moindre critique sur le prédécesseur. Le malade saura faire la différence entre les deux manières, et surtout entre les deux résultats.

Dans les hôpitaux de l'Assistance publique, où les malades ont affaire, non seulement au chef de service lui-même, mais encore aux internes, aux externes et aux stagiaires, sans parler des visiteurs d'occasion, la charité confraternelle n'est pas suffisamment pratiquée. Sans doute le « patron » évite-t-il habituellement toute remarque désobligeante sur les traitements qui ont pu être prescrits au malade avant son entrée dans son service. Mais il n'en est pas toujours ainsi de la jeunesse étudiante, volontiers prompte à l'appréciation malveillante. Cet âge est sans pitié ! C'est au « patron » — je le précisais à Montpellier, au cours de ma communication aux Journées médicales — à exiger de ses élèves le plus grand respect de la profession et de ceux qui l'exercent.

D'ailleurs, les détracteurs de leurs confrères ne s'en tirent pas toujours à bon compte. En dehors du blâme qui peut leur être adressé par ceux-ci, la vie et ses aléas se chargent parfois de les punir.

Dans une commune rurale, vivaient et exerçaient deux médecins, le père et le fils. Le père, parvenu à la fin de sa carrière, ne s'était réservé qu'une partie de sa clientèle, abandonnant le reste à son fils. Celui-ci avait volontiers la langue trop longue ... Certain jour, il est appelé auprès d'un malade en cours de traitement. Sans se renseigner préalablement, d'un ton brusque :

— Quel est l'imbécile qui vous a dit de faire ça?

— Pardi, M'sieu, v's êtes ben honnête !... L'imbécile, c'est M'sieu vot' père ! ! !

***

Je lis, dans l'Editorial du *Bulletin du Groupement des Syndicats médicaux des Charentes et du Poitou*, de novembre 1926, à propos des spécialités qui s'adressent directement au public par la voie de la grande presse, ce qui suit :

Dans un Etat qui, à chaque instant, se pique de protéger la santé de ses citoyens, on peut s'étonner qu'aucune mesure, autre que celle dont nous venons de parler, soit prise en vue de surveiller et contrôler la fabrication et la délivrance de substances destinées à combattre la maladie ou la prévenir. L'année dernière, nous avons tenu entre nos mains un tract édité par la Ligue nationale contre le cancer ; on y mettait le public en garde contre certaines assurances fallacieuses ou annonces trompeuses, dont la presse se fait l'écho. « Craignez, disait-on, ces remèdes annoncés à grand fracas ; ne vous laissez pas tenter par ces guérisons miraculeuses qui vous sont promises par tel ou tel institut ; consultez votre médecin, il est le mieux placé pour appliquer ou faire appliquer une thérapeutique qui sera d'autant plus efficace qu'elle sera plus prompte, sans vous attarder dans l'emploi des remèdes décevants ». Et, pendant ce temps, on laisse s'étaler sur les feuilles publiques des offres alléchantes mais trompeuses !

L'Etat veut présider lui-même à la lutte contre les fléaux sociaux. S'il veut, vraiment, comme il se le propose, atteindre le mal à son début pour le mieux extirper, qu'il sache donc qu'il lui est indispensable d'interdire la vente, etc., etc.

Evidemment l'Etat devrait, ainsi que le réclame l'auteur de cet éditorial, interdire de pareils attentats à la santé publique.

Or, non seulement il ne les interdit pas, mais encore il les favorise, il les encourage, il s'en rend complice. Voici en effet qu'on trouve, dans les boîtes d'allumettes de la régie, des plis composés d'une enveloppe sur laquelle est imprimée la suscription suivante :

MONSIEUR LE DIRECTEUR
DES LABORATOIRES..........
.................., *PARIS.*

à l'intérieur de laquelle on trouve une feuille imprimée.

Au recto :

LES VINGT CURES DE ....

Ce livre très intéressant indique la manière de traiter les maladies par les plantes...

Suit l'énumération des 20 maladies justiciables de ces cures.

Au verso :

Monsieur le Directeur............ veuillez m'envoyer gratuitement et sans engagement de ma part le livre de M. .... annoncé ci-contre .... etc., etc.

L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi conçu :

« Exerce illégalement la médecine :

1º Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien dentiste ou de sage-femme, prend part habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies. »

Si, comme il est probable, M. ...., d'existence problématique, n'est pas docteur en médecine, je demande qu'il soit poursuivi pour exercice illégal de la Médecine et que l'Etat soit poursuivi comme complice.

C'est très bien, de tirer parti de la diffusion des allumettes pour des fins publicitaires, mais en tout, il y a la manière, et à tout, des limites...

G. DUCHESNE.

NOUVEAU RÉGIME FISCAL DES PROFESSIONS LIBÉRALES

Tous les contribuables étant obligés de déclarer dans les premiers mois de l'année leurs recettes professionnelles et leur revenu global, il n'est pas inutile de rappeler aux lecteurs du *Concours Médical* les obligations qui leur incombent.

Tout médecin doit, dans les deux premiers mois de l'année, adresser au contrôleur du lieu, où il exerce sa profession, une déclaration indiquant le montant de ses recettes brutes, celui de ses dépenses professionnelles et le chiffre de son bénéfice net de l'année précédente.

On ne fait donc état que des sommes encaissées pendant l'année précédente, mais on doit les comprendre toutes, quelle que soit l'année à laquelle elles se rapportent.

Si aucun doute ne peut exister au sujet des recettes brutes à porter sur la déclaration, l'embarras est plus grand lorsqu'il s'agit d'établir le compte des dépenses au sujet duquel le contrôleur est fondé à demander des indications assez précises (1).

Ce compte comprend notamment :

Pharmacie.......................... ......
Instruments ....
Loyer des locaux professionnels........ ......
Contribution des patentes, impôt cédulaire ....
Assurances professionnelles.......... ......
Téléphone.......................... ......
Timbres, fournitures de bureau, imprimés ....
Chauffage.......................... ......
Eclairage.......................... ......
Achats d'huile, d'essence pour l'automobile............................ —
Auto taxe.......................... ......
Auto réparations ....
Auto garage........................ ......
Abonnements journaux, livres, cotisations .... —
Salaires du personnel................ ......
Déplacements, voyages professionnels.. ......
Pourboires divers ....
Amortissement auto : 20 % du prix d'achat ....
Amortissement mobilier professionnel.. ......

(1) Ces dépenses feront l'objet du prochain article.

Si le médecin a touché à la fois des honoraires pour l'exercice de sa profession et des appointements comme professeur, il est en droit de déclarer séparément chacune de ces recettes. Il est cotisé pour l'ensemble d'après les règles applicables à l'impôt sur les salaires et a droit aux abattements accordés pour charges de famille.

Ces abattements sont : pour la femme. 3.000 fr.
Pour chaque enfant de moins de 18 ans à la charge .... 3.000 »
Pour chaque enfant à la charge et âgé de plus de 18 ans et de moins de 21 ans .... 2,000 »
Pour chaque ascendant à la charge.... 2.000 »
En outre les mutilés titulaires d'une pension d'invalidité ont droit à une déduction supplémentaire de ...... 1.000 »

Comme médecin il n'aurait droit à aucune de ces déductions qui viennent s'ajouter à celles qui sont communes à la cédule des professions non commerciales et à celle des salaires ; savoir : pour le contribuable, une exonération de 7.000 fr. ; de 7.000 à 10.000 fr. le revenu n'est compté que pour un quart ; de 10.000 à 20.000 fr. il n'est compté que pour moitié ; de 20.000 à 40.000 fr. il n'est compté que pour trois quarts.

Au-dessus de 40.000 fr. il est compté pour la totalité.

Le revenu imposable ainsi déterminé est taxé à 12 % sans décimes à partir du 1er janvier 1927.

Jusqu'à cette date le tarif était de 7.20 % décimes compris mais les déductions étaient moins importantes puisque en dehors de 7.000 fr. complètement exemptés il n'y avait que la partie comprise entre 7.000 et 9.000 fr, qui était comptée pour moitié, le surplus du revenu était imposé en totalité.

Avant d'aller plus loin dans cet exposé, nous allons comparer les résultats obtenus en appliquant l'ancien et le nouveau tarif à des revenus professionnels de 20.000, 40.000 et 60.000 fr.

1° *Ancien tarif.*

Revenu professionnel		20.000	
A déduire	7.000		
1/2 de 9.000 — 7.000 =	1.000		
Total	8.000	8.000	
Différence imposable		12.000	
à 7,20 %			846 fr.
Revenu professionnel		40.000	
A déduire		8.000	
Différence imposable		32.000	
à 7,20 %			2.304
Revenu professionnel		60.000	
A déduire		8.000	
Reste imposable		52.000	
à 7,20 %			3.744 fr.

2° *Nouveau tarif.*

Revenu professionnel		20.000	
A déduire	7.000		
3/4 de 10.000 — 7.000	2.250		
1/2 de 10.000 à 20.000	5.000		
Total	14.250	14.250	
Différence imposable		5.750	
à 12 %			690 fr.
Revenu professionnel		40.000	
A déduire	7.000		
3/4 de 10.000 — 7.000	2.250		
1/2 de 10.000 à 20.000	5.000		
1/4 de 20.000 à 40.000	5.000		
Total	19.250	19.250	
Différence imposable		20.750	
à 12 %			2.490 fr.
Revenu professionnel		60.000	
Même déduction que ci-dessus jusqu'à 40.000 fr		19.250	
Différence imposable		40.750	
à 12 %			4.890 fr.

On voit qu'avec le nouveau mode de calcul de l'impôt les petits revenus professionnels sont moins imposés et que l'augmentation des charges n'est sensible qu'au-dessus de 40.000 fr. nets.

Le contrôle des déclarations est fait par l'agent des contributions directes qui peut demander aux intéressés tous les renseignements susceptibles de justifier l'exactitude des chiffres déclarés.

Le contrôleur ne peut demander la comptabilité si le contribuable n'est pas, par sa profession, obligé d'en tenir une. (Rép. Ministre des Finances. 26-9-26).

Mais un inspecteur des contributions directes a le droit, à propos d'impôt sur les bénéfices d'une profession libérale, de demander à un assujetti la date, la nature et le montant des variations de son capital depuis 1920, s'il a des raisons de présumer que l'accroissement de ses capitaux mobiliers a été réalisé au moyen de revenus porfessionnels omis dans les déclarations antérieures. (Rép. Ministre des Finances 9-6-26.)

Si l'agent de contrôle juge les renseignements insuffisants, il établit la base de l'imposition et notifie au contribuable le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de la déclaration en indiquant les motifs qui lui paraissent justifier le redressement ; il invite en même temps l'intéressé à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement dans un délai de vingt jours.

Lorsque le désaccord persiste, il est soumis à l'appréciation d'une commission consultative siégeant au chef-lieu de chaque département et composée du président du tribunal civil et d'un membre de chacune des principales professions non commerciales, nommé par les présidents des groupements. Dans le cas où la profession du contribuable ne serait pas représentée, il a le droit de réclamer la présence de ce représentant.

La Commission comprend enfin un inspecteur des contributions directes qui remplit les fonctions de secrétaire avec voix délibérative.

Après examen des motifs invoqués par l'Administration et par le contribuable, la Commission formule par écrit un avis indiquant le chiffre du bénéfice professionnel qui lui paraît pouvoir être attribué au contribuable.

L'avis de la Commission est notifié au contribuable par l'administration qui l'avise en même temps du chiffre d'après lequel elle se propose de la taxer. Si ce chiffre est conforme à l'évaluation de la Commission, le contribuable ne peut obtenir de réduction par voie de réclamation devant la juridiction contentieuse qu'en apportant la preuve du chiffre exact de ses bénéfices. Dans le cas contraire, la charge de la preuve devant la juridiction contentieuse incombe à l'administration, en tant que le revenu pris pour base de l'impôt excède le chiffre indiqué par la Commission.

Ces règles de contrôle sont applicables à partir du 1er janvier 1926. A. MARTINOT.

Conseil fiscal,
Directeur du *Contribuable français.*

VARIÉTÉS

Une promenade dans Montpellier

Les vieux hôtels — La maison de J. J. Rousseau — Le jardin botanique — L'hôtel Saint-Côme.

Des circonstances imprévues, nous ayant obligé à prolonger notre séjour à Montpellier, nous avons pu faire plus intimement connaissance avec la vieille ville médicale. Le Pr Paul Delmas avait eu d'ailleurs le soin de rédiger lui-même avec méthode un petit guide de Montpellier pour les Journées médicales, guide qui fut notre fil d'Ariane dans le dédale des petites rues si intéressantes et si pittoresques du vieux Montpellier, et M. le Doyen Euzière voulut, bien avec sa cordiale courtoisie, nous faire connaître lui-même les richesses de la Faculté de médecine, ce dont nous lui sommes fort reconnaissant.

***

Le voyageur qui passe à Montpellier, après avoir traversé la place de la Comédie, fait un tour sur l'Esplanade, visite le très riche Musée Fabre, se rend au Peyrou, y admire l'arc de triomphe et la statue de Louis XIV, le Château d'Eau et l'Aqueduc qui forment un peu comme la place de la Concorde de Montpellier, il contemple le superbe panorama, la Méditerranée bleue, les Pyrénées-Orientales et le Canigou, les Cévennes et le massif de l'Aigoual, puis il descend au Jardin botanique.

Il connaît certes les joyaux de Montpellier, mais il ne les connaît pas tous, car il en est beaucoup d'autres, modestement cachés dans les petites rues du vieux Montpellier, petites rues en pente, souvent assez mal pavées et tortueuses, mais d'un pittoresque charmant. On ne peut en compter les vieux hôtels de l'époque de la Renaissance, des XVIIe et XVIIIe siècles, avec leurs magnifiques portails sculptés, les mascarons qui ornent les linteaux, leurs cours intérieures qui dénotent la grande richesse de l'Antique Cité. Nous n'énumèrerons pas certes tous les vieux hôtels, nous nous bornerons à en signaler quelques uns qui ont un intérêt au point de vue médical. Dans la rue Jacques-Cœur, où le grand Argentier de Charles VII avait un palais et où il fonda l'Église des Pénitents Blancs, est l'Hôtel de Fortou, bâti sur l'emplacement de la maison qu'habita Rabelais lors de son second séjour à Montpellier en 1537. Car Rabelais fit deux séjours à Montpellier, un en 1530 où il vint dans un assez piteux équipage, ne jouissant pas encore de sa grande renommée, tandis qu'en 1537, il avait acquis la réputation d'un savant et d'un humaniste de génie.

Non loin, l'Ecole de pharmacie occupe depuis 1804 l'emplacement de l'Ancienne Université, tandis que le Palais de l'Université actuelle s'est substitué à l'ancien hôpital Saint-Eloi.

Un peu plus loin, dans le même quartier, nous trouvons à l'angle de la rue de Girone et de la rue Germain, le Collège de Girone dont nous avons déjà conté la Légende. Ce collège qui recevait des boursiers aragonais et avait été donné à la Faculté, aurait été confisqué par le Chancelier Duprat à la suite d'un conflit avec le royaume d'Aragon. Rabelais serait venu à Paris plaider la cause de la Faculté. Ne pouvant obtenir d'audience du Chancelier, il aurait usé du stratagème de Panurge, s'adressant aux gens du Chancelier Duprat en parlant les idiomes les plus divers. Ce dernier averti consentit à recevoir l'érudit, écouta sa requête et rendit le Collège de Girone à la Faculté. Nous ne saurions nous porter garant de la véracité de cette légende.

En face du Collège de Girone, au no 1 de la rue Germain, est le Collège du Pape qu'habite actuellement le Pr Paul Delmas et qui jadis, comme tous les collèges, donnait asile à un certain nombre de boursiers.

En gravissant au sud de la Cathédrale des pentes assez rudes, on accède à la place de la Canourgue, qui est entourée de beaux hôtels du XVIIIe siècle ; citons la curieuse maison de la Coquille et le plus important qui dut être le plus fastueux, l'Hôtel du célèbre Chancelier de la Faculté de médecine, Richer de Belleval, médecin de Henri IV, qui créa le Jardin botanique. Cet hôtel est devenu la mairie de Montpellier.

La place de la Canourgue domine la ville, un peu, toute proportion gardée, comme la place du Capitole à Rome, une belle échappée au nord permet à la vue de s'étendre au loin sur la campagne. Sur la place est le monument des Licornes, monument assez singulier, élevé par Journet vers 1760 en l'honneur du Maréchal de Castries, le vainqueur de Clostercamp.

Suivant une petite rue qui conduit au Jardin des Plantes, l'on passe devant une maison d'assez modeste apparence au no 26, sur laquelle une plaque de marbre indique que Jean-Jacques Rousseau l'habita en 1737.

Il faut relire le passage des *Confessions* où Jean-Jacques conte son voyage à Montpellier. Le pauvre déséquilibré qui souffrit toute sa vie de douleurs vésicales, quitta les Charmettes et Madame de Warrens pour venir consulter à

Montpellier. Au cours du long voyage, il fit la connaissance et la conquête d'une dame plutôt mûre, Mme de Larnage qui partagea avec lui son cœur et ... sa bourse avant de le quitter à bourg Saint-Andiol. Jean-Jacques poursuivit jusqu'à Montpellier où il prit pension chez un médecin d'origine irlandaise Fitz-M ris qui recevait des étudiants. Le médecin irlandais Fitz-Moris donnait, s'il faut en croire Jean-Jacques, de très bons conseils et une assez maigre pitance. Néanmoins la vie ne dut pas manquer d'agréments pour Jean-Jacques qui faisait avec les étudiants des parties de campagne et pouvait satisfaire ses goûts pour la botanique dans le jardin de la Faculté tout proche. Rousseau consulta Fizes, Venal, alors fort réputés. Ils n'eurent pas de peine à reconnaître le caractère psychopatique de la maladie et conseillèrent au pauvre déséquilibré de retourner chez lui. Rousseau regagna les Charmettes d'assez mauvaise humeur et eut, en arrivant, la tristesse de constater que l'inconstante Mme de Warrens lui avait donné pendant ce temps un adjoint sinon un remplaçant.

Mais revenons à notre promenade dans Montpellier. En quittant la rue Jean-Jacques Rousseau, nous entrons au Jardin des Plantes.

***

Le Jardin des Plantes est l'ancien Jardin du Roi, fondé par Henri IV en 1593, sur les instances de Richer de Belleval mais considérablement agrandi. Ce fut lui qui, 33 ans plus tard, servit de modèle à Guy de la Brosse lorsqu'il voulut créer à Paris le Jardin du Roi, nos Jardin des Plantes et Muséum d'Histoire naturelle actuels.

Le Jardin de Montpellier est absolument délicieux ; ses allées, plantées de très beaux arbres d'essences les plus diverses, où poussent avec vigueur les palmiers et les plantes des pays chauds, en font un des plus beaux jardins de ce genre. Nous avons éprouvé un véritable charme en pénétrant dans l'ancien petit jardin de botanique, encadré d'arbres touffus, aux vieux murs couverts de lierre et de rosiers où à une fontaine en hémicycle font face les serres et la gracieuse et simple orangerie qui nous a rappelé le Trianon.

Des bustes tout autour donnent aux allées latérales l'aspect d'une rustique galerie des Illustres.

Au-dessus de la Fontaine est Pyrane de Candolle, le grand botaniste g nevois, accompagné à droite de A. R. Delille, qui fit partie de la mission scientifique qui suivit Bonaparte en Egypte, et à gauche de Broussonnet (1807) qui étudia la flore des Canaries, rendit de signalés services à l'agriculture et fut doyen de la Faculté de médecine. Plus à gauche est le buste de Dunal (1789-1856). Dans l'allée à droite tout le long d'une pièce d'eau encadrée d'arbres et de verdure sont les bustes de Gonon (1821) qui enseigna aussi au Muséum de Paris, de Draparnaud (1804), de Boissier de Sauvages (1767), de Nisolle (1734), de Magnol (1715), de Richer de Belleval (1632), de l'évêque Pélissier (1568), de G. Rondelet (1566), le Rondibilis de Rabelais, tous grands botanistes dont les inscriptions latines, tracées sur les socles des bustes, vantent les services ou les mérites.

Une butte sur laquelle se dressent les petites arcades et de vieilles pierres, souvenirs de l'origine du Jardin, recouvre une sorte de crypte où aurait été inhumée en 1736 Narcissa Young, la fille du poète anglais des *Nuits*, tombeau qui eût pu inspirer la masse mélancolique de son père.

Devant l'Orangerie, de chaque côté des marches de l'escalier qui y donnent accès, sont les bustes de Martins (1806-1889) et de Planchon (1823-1888).

Parallèlement à l'Orangerie, formant une sorte de chaussée très surélevée et ombragée de très vieux arbres, est la grande allée que Richer de Belleval avait appelée la *Montagne* et qui sépare le vieux jardin de l'école de botanique moderne qui ne le cède en rien à l'ancienne en pittoresque et en beauté.

Mais il se dégage de ce vieux jardin, pendant ces journées d'automne sous la chute des feuilles jaunies et desséchées, un parfum de poésie et de douce mélancolie, un charme indéfinissable, qui nous oblige à faire un effort pénible pour le quitter.

***

Il est bien d'autres souvenirs dans les vieilles rues de Montpellier, mais nous ne pouvons cependant écrire ici une histoire de la ville ni un guide. Cependant nous ne saurions omettre de signaler au n° 32 de la Grand'Rue l'Hôtel Saint-Côme non loin du Palais des Rois de Majorque (rue Gauzy). Cet hôtel dont le péristyle précède un amphithéâtre à coupole, fut fondé en 1756 par Gigot de Lapeyronie et construit par Giral. Il était destiné à être le collège de chirurgie, il est devenu la Chambre de Commerce.

C'est ce même de Lapeyronie dont la belle statue de bronze fait pendant à celle de Barthez à l'entrée de la Faculté de médecine, symbolisant l'Union de la médecine et de la Chirurgie, effectuée au début du XIXe siècle, qui, premier chirurgien de Louis XV et chirurgien en chef des armées du Roi, fonda à Paris l'Académie de chirurgie et fit construire pour elle un Palais sur l'emplacement de l'hôtel de Bourgogne. Plus heureuse que la fondation de Montpellier, l'Académie de chirurgie est devenue à Paris l'Ecole de santé, à la fin du XVIIIe siècle, puis

la Faculté de médecine au début du XIXe. Dans une même pensée qu'à Montpellier pour symboliser l'Union indissoluble de la médecine et de la chirurgie, une médaille fut frappée où à l'avers furent gravées les effigies de Fernel et d'Ambroise Paré et au revers la façade de l'Académie de chirurgie devenue la Faculté de médecine de Paris.

Fernel et Paré ! Barthez et Lapeyronie ! Pouvait-on trouver de plus glorieuses personnalités pour représenter la médecine et la chirurgie à Montpellier et à Paris. J. NOIR.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

Assemblée générale du 21 novembre 1926.

La séance est ouverte, à 3 heures, sous la présidence de M. GASSOT, président, assisté de MM. MAURAT, NOIR, VIMONT, BOUDIN et DUCHESNE.

M. MAURAT, trésorier, donne lecture des comptes de l'exercice écoulé, qui se présentent comme suit :

Exercice du 1er octobre 1925 au 30 septembre 1926.

RECETTES :

Au 1er octobre 1925, l'avoir était de	42.035 45
Pendant l'exercice, les sommes versées à titre de dons à la Société d'Etudes pour « bons offices du Journal Le *Concours médical* se sont élevées à	508 »
Produit des insertions aux « Demandes et Offres » dans le *Concours médical*	909 10
Intérêts du Portefeuille	5.084 20
Produit du service des remplacements	682 75
Don de « Vals la Reine »	5.000 »
Total	54.219 50

DÉPENSES :

Frais supplémentaires du banquet	7.215 30
Office de renseignements et contentieux	1.200 »
Droits de garde des titres	2 70
Indemnité au trésorier	800 »
Indemnité au comptable	50 »
Jetons de présence du Conseil	1.700 »
Total	10.968 »

Recettes	54.219 50
Dépenses	10.968 »
L'avoir de la Société au 1er octobre 1926 est donc de	43.251 50

Personne ne demandant la parole, M. le Président met aux voix l'approbation des comptes qui précèdent.

Ils sont adoptés à l'unanimité.

Le rôle de la Société d'Etudes

Le Dr NOIR fait un exposé rapide du rôle de la Société d'Etudes du *Concours médical*.

Ce rôle est surtout rempli par l'activité des membres du Conseil de Direction, puissamment secondés par les lecteurs du journal, ses correspondants et une phalange de dévoués collaborateurs.

Le but de la Société d'Etudes est avant tout de rapprocher tous les éléments utiles, bien que dispersés du Corps médical.

Le *Concours médical* s'efforce de servir de trait d'union, avec le désir de dissiper le plus possible les malentendus, les préjugés qui règnent chez des médecins qui ne se connaissent pas et ceci pour amener une entente cordiale de toutes les forces médicales et, dans la mesure du possible, leur coopération.

Aussi les membres du Conseil de Direction de la Société d'Etudes ne refusent jamais de prendre part aux travaux des nombreuses Associations médicales dont ils font partie ; ils ne sollicitent jamais une place dans les Conseils de ces diverses sociétés, mais ils ne refusent jamais leur collaboration quand on la leur demande.

Ainsi notre collègue Boudin est le Conseil médico-juridique de toutes les Sociétés médicales qui ont leur siège à Paris et il est consulté en France de tous les côtés. Il rend encore de signalés services au Corps médical, au Conseil supérieur de l'Assistance publique où il a été appelé par le Gouvernement à cause de ses travaux et de sa compétence spéciale et appréciée. Au Conseil général de l'Association des médecins de France, où nous ne comptons que des amis, ce sont Vimont, archiviste, et Noir, membre du Conseil, qui assistent autant que possible à toutes les séances.

A l'Union des Syndicats médicaux de France, Noir fait partie de la Commission d'Exercice de la médecine ; il est délégué médecin à la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux pensionnés et avec Decourt et Lenglet assiste à toutes les séances depuis près de trois ans. Il fait partie de la Commission du

tarif des Accidents du travail au ministère du travail et a accepté de remplacer Quivy à la Sous-Commission qui étudie les modifications du tarif.

La Maison du médecin a fait appel à Noir pour prendre part aux travaux si intéressants de son Conseil et notre ami Molinéry est venu encore récemment y donner son concours.

Les relations extérieures et la propagande médicale française à l'Etranger sont l'objet de toute notre attention. Noir fait partie du Conseil d'Administration de l'A. D. R. M. Il est même un des délégués de cette Association au bureau des Relations médicales étrangères, sorte d'organisation officielle qui sert d'intermédiaire entre le gouvernement, l'A. D. R. M. et la Faculté. Ce bureau, sous la présidence de M. le Doyen Roger, répartit les maigres subsides, destinés aux relations médicales avec l'étranger.

C'est aussi dans le but de favoriser nos relations extérieures que Boudin, Duchesne et Noir ont répondu à l'appel de Dartigues et se sont efforcés de faire connaître l'existence et la prospérité de l'U. M. F. I. A. et de seconder le plus possible ses efforts.

Dans le même but, nous avons pris part au Congrès médical franco-polonais, où Noir a eu l'honneur de représenter l'Union des Syndicats médicaux et d'être désigné comme vice-président du Comité d'organisation.

Encore dans le même but, nous avons reçu à notre siège social les délégués de la Nouvelle Association internationale professionnelle des médecins, que Decourt a bien voulu nous conduire et leur avons donné des renseignements sur le *Concours médical* et ses œuvres, qui les ont vivement intéressés. Duchesne, d'ailleurs, est allé nous représenter pour la troisième fois aux Journées médicales belges et nos amis du *Bruxelles Médical*, les prestigieux organisateurs de ces journées, ont obtenu la nomination de Duchesne et de Noir comme membres correspondants de l'Association de la Presse médicale belge. Noir a été en outre nommé membre d'honneur de l'Association générale des médecins de Pologne et entretient les relations les plus cordiales avec le Président de la Chambre supérieure des médecins de Pologne et le président de la Chambre médicale de Varsovie.

A Paris, Vimont et Noir, anciens présidents du Syndicat des médecins de la Seine, ont été élus membres du Conseil de famille de ce Syndicat.

La Société d'Etudes du *Concours médical* a été représentée aux Journées de Toulouse par Boudin, à celles de Paris par la plupart de ses membres, et récemment, aux Journées de Montpellier, par Duchesne et Noir qui sont revenus très touchés de l'accueil cordial qu'ils ont reçu et du grand succès, d'ailleurs très légitime, qu'a obtenu la conférence de Duchesne sur l'évolution de la médecine dans ces trente dernières années.

Les travaux de la Société d'Etudes ne peuvent se résumer. C'est toute la rédaction de la Partie Professionnelle du journal.

Dans tous ces travaux où chacun a la liberté de défendre ses propres opinions, et où toutes les doctrines peuvent être librement exprimées, pourvu qu'elles se maintiennent dans les limites de la courtoisie, et évitent de susciter inutilement d'irritantes polémiques, un lien commun cependant existe : avant tout le souci de défendre l'indépendance et l'honneur du Corps médical autant que ses intérêts matériels.

Un but que nous poursuivons depuis de longues années et à l'heure actuelle, plus que jamais, c'est de faciliter l'adaptation de l'exercice de la médecine à l'évolution de la Société nouvelle.

Pour cela nous avons voulu tâter le pouls des médecins praticiens. La générosité de la Société des Eaux minérales de la Reine de Vals nous a permis d'organiser un concours ; tous les mémoires que nous avons reçus et pour la plupart écrits par des confrères que nous n'avions pas l'avantage de connaître personnellement, nous ont montré que le Corps médical avait une très claire compréhension de la situation actuelle et des transformations nécessaires. Vous avez pu lire les mises au point remarquables des trois premiers prix du concours MM. Gosselin, Lavallée et Coste et vous rendre compte qu'ils comprennent les transformations profondes que les moyens de transports (auto et avion), le téléphone et sans doute plus tard la T. S. F., les procédés nouveaux d'investigation pour le diagnostic et de thérapeutique, l'organisation progressive de la médecine sociale, amèneront fatalement dans l'exercice de notre profession.

Ce courant ne peut être arrêté, nous devons le suivre si nous ne voulons pas être engloutis. Il y a 20 ans que nous prêchons ici la coopération des médecins entre eux, leur entente étroite pour répondre aux exigences du Progrès et de la Société nouvelle. Ne nous enfermons pas dans de vaines formules. Marchons avec notre époque si nous ne voulons pas être brisés et réduits comme en Suède au salariat et à la fonctionnarisation, situation qui y existe depuis plusieurs années et qui est donc parfaitement réalisable. Rappelons-nous l'exemple des vieilles corporations et de l'ancienne Faculté de médecine de Paris, véritable corporation médicale, dont Noir a dans le *Concours médical* (novembre 1924) retracé l'histoire. Ces corporations qui eurent pendant plusieurs siècles leur utiltié et une prospérité prodigieuse, ne voulurent en aucun cas s'adapter aux exigences de la Nation qui évoluait. Elles se confinèrent hargneuses dans la défense de leurs privilèges. Sapées par de nouvelles institutions que les Rois de France protégeaient dans un but d'intérêt public, elles étaient agonisantes quinze ans avant la Révo-

lution Française qui épargna à temps à l'égoïste et rétrograde Faculté de Paris, une fin lamentable et sans dignité.

Il en sera de même demain de toute institution et de toute profession qui, ne voyant que ses intérêts égoïstes, ne saura pas s'adapter aux exigences de l'intérêt public.

L'intéressant exposé de M. Noir est écouté avec l'attention la plus vive et recueille l'approbation et les applaudissements unanimes de l'Assemblée.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée.

Syndicat départemental des Médecins de la Sarthe

Assemblée Générale du 14 mai 1926.

Le président évoque le cas de Mlle Pelawsky, doctoresse de nationalité russe, installée à Louplande et y avant exercé bien que non diplômée d'Etat. Son diplôme d'université avait été enregistré par la Préfecture de la Sarthe. Ces faits résultent d'une enquête poursuivie par le bureau syndical.

La préfecture de la Sarthe lui aurait retiré le droit d'exercer jusqu'à légalisation de sa situation.

Referendum sur les dépenses médicales professionnelles

Le président fait à ce sujet la communication suivante :

Résultat du referendum.

Dépenses professionnelles au point de vue fiscal.

Notons d'abord que les réponses trop peu nombreuses des confrères chirurgiens ou spécialistes et même des médecins de la ville du Mans ne permettent pas de tirer des conclusions pouvant avoir une valeur quelconque.

Par contre, les réponses des médecins faisant de la médecine générale et plus particulièrement celles des confrères de la campagne nous ont donné la possibilité de dresser des tableaux comparatifs et de tirer des conclusions intéressantes. Nous vous donnons ces conclusions en suivant l'ordre du questionnaire que nous avions dressé.

Locaux professionnels. — Le quantième du loyer défalqué varie de 20 à 50 %. La plupart 30 %.

Frais de chauffage des locaux professionnels. — 100 à 2.000. Moyenne 600 francs.

Eclairage. — Moyenne 150 francs. Quelques confrères indiquent 500 à 600 fr. Ce chiffre qui ne doit s'appliquer qu'aux locaux professionnels exclusivement paraît exagéré pour les médecins qui font de la médecine générale.

Amortissement du mobilier médical. — Est calculé sur des périodes qui varient de 5 à 20 ans: Beaucoup amortissent en 20 ans et comptent un chiffre annuel de 300 à 500 fr. Quelques chiffres de 1.000, 1.500, 2.000 fr. qui s'expliquent par la moindre durée de l'amortissement.

Amortissement du mobilier et matériel des pro-pharmaciens. — Environ 300 fr. par an.

Amortissement du mobilier et matériel spécial (chirurgiens et spécialistes). Pas de données. Des confrères ne le comptent même pas et font ainsi au fisc un joli cadeau.

Frais de bureau. — Varient de 75 à 500 francs. Beaucoup entre 150 et 300 fr. Moyenne générale 310 fr.

Frais de correspondances. — Moyenne 240 fr. Frais de recouvrement d'honoraires. De 50 à 300 francs.

Achats d'instruments. — De 50 à 2.000 fr. La plupart entre 250 et 500 fr. Moyenne 320 fr. Aucune indication pour chirurgiens et spécialistes.

Revues et ouvrages médicaux. — Moyenne 225 fr. Ce chiffre paraît nettement inférieur à la réalité.

Cotisations syndicales et voyages, réunions professionnelles. — Moyenne 100 fr. qui devra être relevée en raison de l'augmentation des cotisations, des voyages plus coûteux, et de la nécessité où se trouveront les confrères de s'intéresser de plus en plus aux questions d'ordre professionnel et à la vie syndicale.

Frais de téléphone. — Beaucoup comptent 2/3 ou 4/5 pour les besoins de la profession, quelques-uns la totalité. Moyenne 320 fr. qui devra être majorée en raison de l'augmentation de prix des taxes.

Frais de domesticité. — Les 5/6 des réponses n'accusent qu'un seul domestique (ou une bonne) employé pour moitié pour les besoins de la profession. Quelques confrères seulement déclarent employer deux domestiques, dont un chauffeur. Pour les confrères n'ayant qu'un seul domestique (ou une bonne), pourcentage défalqué varie entre 500 fr. et 8.000 fr. S'il s'agit d'une bonne, la plupart défalquent entre 1.500 fr. et 2.500 fr. et s'il s'agit d'un garçon la moyenne défalquée est de 3.000 fr. Pour un chauffeur la dépense oscille entre 7.000 et 9.000 fr.

Impôts professionnels (Patente. Poids et mesures. Impôts cédulaires sur les bénéfices de la profession). — Remarquons que la patente est basée sur la totalité des locaux occupés par le médecin, même sur les garages personnels situés en dehors de leur demeure. Cependant si une partie de la maison du médecin pouvant être distraite de ses locaux personnels (une aile, un étage), est réservée par exemple à des parents ayant leur mobilier particulier, quoique cohabitant sous le même toit, la partie qui leur est afférente ne doit pas entrer en ligne de compte pour le calcul de la patente. Nous observerons que dans ce cas les parents sont exposés à être imposés à la cote mobilière et également de ce fait même à la

taxe vicinale. Remarquons encore que si un jardin est compris dans le loyer, il y a lieu de faire estimer la valeur locative dudit jardin pour la faire défalquer du loyer total dans le calcul de la patente (Ainsi jugé par le Conseil de Préfecture de la Sarthe.)

Assurances. — Les diverses assurances (incendie des locaux et du mobilier professionnels, accidents personnels. Responsabilité professionnelle. Domestiques accidents. Assurance aux tiers. Automobile accidents, Sou médical, etc...) font un total de frais à déduire indiqués par les polices et n'impliquent aucune remarque particulière.

Frais de remplacement. — Variables. Indiqués ici pour mémoire.

Frais de locomotion. — Varient de 3.000 à 25.000 fr. avec une moyenne de 13.400 fr. Nous y reviendrons.

Frais de pharmacie. — Ampoules et médicaments d'urgence, pansements, coton, gaze, bandes, etc.... Indiqués pour mémoire. Moyenne 500 fr.

La moyenne des dépenses professionnelles varie de 10.000 fr. à 49.000 fr. avec une moyenne de 21.500 fr. dans laquelle de façon générale les frais de locomotion entrent pour deux tiers.

Sur 52 réponses complètes obtenues :

4 indiquent un total de dépenses professionnelles de 10 à 12.000 fr.

4 indiquent un total de dépenses professionnelles de 12 à 15.000 fr.

13 indiquent un total de dépenses professionnelles de 15 à 18.000 fr.

5 indiquent un total de dépenses professionnelles de 18 à 21.000 fr.

9 indiquent un total de dépenses professionnelles de 21 à 25.000 fr.

8 indiquent un total de dépenses professionnelles de 25 à 30.000 fr.

3 indiquent un total de dépenses professionnelles de 30 à 35.000 fr.

6 indiquent un total de dépenses professionnelles de 35 à 50.000 fr.

Soit 26 de 10.000 à 21.000 fr. ; 17 de 21 à 30.000 fr. et 9 de 30.000 à 50.000 fr.

Dans la Loire-Inférieure, le Dr Cléret, président du Syndicat de la région nortaise (campagne) évalue le chiffre moyen de dépenses à 22.000 fr. C'est sensiblement le même chiffre que nous.

Le même confrère estime que les dépenses professionnelles doivent être évaluées aux 3/5 des recettes brutes. Pour nous, nous estimons que ce chiffre de 60 % est *actuellement*, dans la grande majorité des cas, un chiffre qui ne doit pas être dépassé. Mais nous tenons pour certain que si nous tenions une comptabilité de nos dépenses professionnelles, elles dépasseraient largement, dans tous les cas, la moitié de nos recettes.

Dépenses automobiles.

Les chiffres que nous avons obtenus portent sur 76 voitures de 5 à 14 HP, dont 38 de 5 à 8 HP et 38 de 9 à 14 HP. Ce qui indique clairement, contrairement à ce qu'on croit dans les administrations et les ministères, que les médecins ne se servent pas à peu près exclusivement de petites voitures peu coûteuses d'achat, de frais de route et d'entretien. J'ai noté 27 voitures seulement de 5 à 6 HP et j'ajoute que ces types tendent à disparaître puisque Citroën, Renault et Peugeot vont renoncer à leur fabrication. Plus des deux tiers sont d'une année de fabrication postérieure à 1922 et je ne souligne cela que pour indiquer qu'elles vont désormais devenir plus coûteuses en réparations.

A la campagne, sur 50 médecins, 29 ont deux autos. Et comme souvent ils n'ont pas de mécanicien sous la main ou que le mécanicien de leur localité n'est pas disponible, ils sont obligés de consacrer parfois beaucoup de temps aux menues réparations, au graissage, à l'entretien de leurs voitures. Ce temps passé n'est pas évalué dans le prix de revient kilométrique, mais si nous en tenions compte, les moyennes seraient sensiblement plus élevées.

La moyenne des dépenses kilométriques, non compris chauffeur ou garçon à tout faire, revenait, en octobre dernier, pour les 5 à 8 HP à 0 fr. 90 et pour les 9 à 12 HP à 1 fr. 20. Avec chauffeur, le prix de revient kilométrique est augmenté de 0 fr. 40 à 0 fr. 50 et les moyennes ci-dessus passent respectivement à 1 fr. 30 pour les petites voitures et 1 fr. 70 pour les autres.

Le parcours total fait par les 76 voitures atteignait 800.000 kilomètres.

La moyenne de parcours annuel par médecin est de 16.000 kilomètres.

Sur 50 médecins de campagne :

25	2	font moins de 6.000 km.
	6	font de 6.000 à 8.000 km.
	6	» de 8.000 à 10.000 km.
	8	» de 10.000 à 12.000 km.
	3	» de 12.000 à 15.000 km.
25	9	» de 15.000 à 20.000 km
	5	» de 20.000 à 25.000 km.
	8	» de 25.000 à 30.000 km.
	3	» de 30.000 à 40.000 km.

Soit la moitié qui parcoururent moins de 15.000 kilomètres et la moitié de 15.000 à 40.000 km.

Evidemment pour ceux-ci la moyenne kilométrique se trouve notablement abaissée, les frais généraux, impôts, assurances, etc... étant répartis sur un plus grand nombre de kilomètres.

Les frais de locomotion varient, nous l'avons vu de 3.000 à 25.000 fr. La moyenne par médecin serait de 13.400 fr. non compris les frais de domestique.

Tous ces chiffres ont été calculés sur l'année 19[illegible] ou le premier semestre de 1925 : ils doivent être actuellement sensiblement majorés.

Tarif des mutilés de guerre.

Le tarif de l'article 64 est en révision. Le mini[illegible]

tère des pensions propose : la suppression des catégories et le tarif uniforme à 8 fr., le kilomètre 1 fr. 10.

Le président demande quel mandat donner à la F. N. Cette question n'est pas résolue.

A. M. G.

Le président donne lecture du rapport de M. le Préfet de la Sarthe à la dernière réunion du Conseil général sur les revendications A. M. G. du Syndicat. Il souligne certaines appréciations selon lui erronées dans la progression des crédits accordés à ce budget depuis les dernières années.

Il rappelle que le Syndicat avait donné mission à la commission de l'A. M. G. conduite par le président, d'exposer encore une fois au Conseil général les desideratas et motifs du corps médical.

Lors de la dernière session le rapport suivant a été lu par le président devant les Commissions des finances et des objets divers, le 4 mai 1926 :

Messieurs,

Vous connaissez par le rapport de M. le Préfet quelles sont les revendications du corps médical en ce qui concerne :

1° Les tarifs d'honoraires pour soins aux indigents assistés ;

2° Les services de vaccination.

Des conflits très aigus éclatent un peu partout entre corps médical et services publics en raison des demandes d'augmentations des médecins.

Dans la Sarthe nous avons jusqu'à ce jour évité le conflit et si nous nous sommes inclinés devant les raisons financières impérieuses invoquées en 1924, si en 1925, malgré des décisions prises dans nos Assemblées générales, nous avons résolu de surseoir à la cessation des services, c'est que nous avons voulu pousser jusqu'à l'extrême limite nos désirs de conciliation. Nous étions d'ailleurs persuadés que le refus formel qui nous avait été opposé par le Conseil général à la session d'août 1925 provenait surtout d'informations erronées concernant les revendications médicales dans les départements voisins. Car ce fut, Messieurs, une erreur de croire que seulement dans la Sarthe les médecins ne voulaient plus se contenter des tarifs d'assistance qu'ils avaient acceptés jusque-là (non d'ailleurs sans formuler des réclamations incessantes).

C'est dans toute la France que le corps médical demande les relèvements de tarifs d'assistance : ici l'on demande l'application du tarif Durafour, là l'application du tarif syndical minimum.

Et pourquoi ? Parce que, Messieurs, si les Conseils généraux ont de la peine parfois à boucler les budgets des départements, il en est de même souvent des médecins dont les charges augmentent sans cesse, alors que leurs honoraires ne suivent pas la marche ascendante proportionnelle du coût de la vie.

On dit couramment que le médecin doit faire de la philanthropie. Mais il doit d'abord vivre en exerçant sa profession dans les meilleures conditions possibles. Il lui faut le temps matériel nécessaire pour se tenir au courant des découvertes de la science et des méthodes nouvelles d'application qui en découlent. Et en raison des paperasseries de toutes sortes dont nous sommes accablés, nos loisirs sont restreints. Si, pressé par les nécessités de la vie, le médecin doit voir un trop grand nombre de malades à honoraires réduits, il fera nécessairement, fatalement de mauvaise médecine. Nos conditions de travail ne sont plus les mêmes qu'autrefois : pour faire de bonne et honnête médecine, nous devons travailler plus que jadis. Nous devons consacrer à chaque malade plus de temps pour l'examiner consciencieusement et le bien traiter.

Les indigents ont droit aux mêmes soins que les riches, nous ne cessons de le répéter et vous êtes bien d'accord avec nous sur ce point. Eh bien, Messieurs, lorsque le médecin soigne un indigent, n'a-t-il pas droit logiquement à la même rémunération de son travail que lorsqu'il soigne un riche ? A travail égal, salaire égal, a-t-on coutume de dire. Est-ce faire de la philanthropie que de consentir à une collectivité, qui peut et qui doit payer, un rabais énorme qui ne profite en rien aux malheureux ? N'oubliez pas que le législateur de 1893 n'a jamais voulu mettre à la charge des médecins un impôt considérable sur leurs honoraires en les obligeant à soigner des indigents à des tarifs parfois ridicules.

Nous médecins, nous payons nos contributions comme tout citoyen : c'est légalement tout ce que nous devons.

Réduire nos honoraires pour les indigents c'est nous imposer une contribution supplémentaire qui atteint, d'après le rapport de M. le Préfet, le chiffre annuel minimum de 175.000 fr.

Et cela, sans profit aucun pour les malheureux, mais uniquement au profit de toute la masse des contribuables imposés au titre départements et communes.

Est-il besoin de faire remarquer que le Parlement nous ayant supprimé la demi-taxe sur nos moyens de locomotion a entendu marquer que nous ne jouirions d'aucun privilège. Nous n'en demandons pas, nous n'en voulons pas. Mais réciproquement nous entendons n'avoir vis-à-vis des collectivités que les mêmes obligations des autres catégories de contribuables.

Nous demandons donc, et le faisant nous ne sommes que les interprètes mandatés de tout le corps médical sarthois, de nous accorder comme tarif d'honoraires pour soins aux assistés, le tarif Durafour avec cette modification que le tarif kilométrique serait de 1 fr. 50 par km. parcouru du domicile du médecin au domicile du malade et vice versa.

Le tarif Durafour a remplacé au mois de janvier dernier le tarif Breton. C'est le tarif officiel des accidents du travail. Ce tarif n'est pas un tarif limitatif des honoraires médicaux. Il est souvent au-dessous de nos tarifs minimum. Il représente seulement la part

que le patron doit obligatoirement verser à l'ouvrier pour les soins qui lui sont donnés. Mais le médecin reste libre de demander à l'ouvrier un supplément s'il le juge opportun. C'est précisément pour cette raison que le Ministre du travail a maintenu l'indemnité kilométrique à 1 fr. 10, alors que le Ministre des pensions accordait dès 1919 une indemnité de 1 fr. 24 au km. pour les blessés de la guerre. Nous devons vous dire d'ailleurs que les Fédérations nationale des Syndicats médicaux poursuivent activement auprès des Ministres du travail et des pensions leurs demandes de relèvements d'indemnités de déplacement.

Vous nous direz que les médecins font des tournées médicales, qu'ils profitent d'un déplacement auprès d'un autre malade pour voir un indigent. La tournée médicale, vraie autrefois du temps de la voiture et du cheval, a cessé d'exister avec l'auto. Nous n'attendons plus comme autrefois d'avoir des malades dans un rayon donné pour les voir tous ensemble. Le malade, indigent comme riche, aime à être visité promptement et le médecin en a pris l'habitude. On nous appelle, nous partons. Et dans l'immense majorité des cas pour chaque malade c'est un déplacement spécial. La visite de passage se fait de plus en plus rare. Pourquoi tenons -nous à cette indemnité kilométrique de 1 fr. 50. Tout simplement parce qu'elle représente actuellement l'indemnité représentative de nos frais. — D'une enquête faite auprès de tous les médecins de la Sarthe, *il y a plus de six mois*, à une époque par conséquent déjà lointaine où l'essence, l'huile, les pneus, les réparations, les assurances, les impôts, étaient moins élevés, il ressortait que pour un parcours moyen annuel de 12.000 à 15.000 kilomètres, la dépense kilométrique était en moyenne, pour les voitures de 5 à 8 HP de 0 fr. 90 et pour les voitures de 9 à 12 HP de 1 fr. 20, non compris les dépnses afférentes à un domestique ou chauffeur. Or un domestique homme coûte au minimum 7.000 fr. par an (entretien, nourriture et gages). Cela relève pour un parcours de 12.000 à 15.000 km. par an les moyennes de dépenses ci-dessus de 0 fr. 50 par km. et les porte respectivement pour les 5 à 8 HP à 1 fr. 40 et pour les 9 à 12 HP à 1.70 Nous n'évaluons pas le temps passé dans nos courses ni celui passé à préparer ou même réparer nos voitures.

On croit communément que le médecin se sert de petites voitures. Voulez-vous des chiffres ? Sur 76 voitures médicales relevées parmi mes confrères sarthois, il y a exactemnet 27 voitures de 5 à 6 HP. et 49 voitures de 8 à 14 HP.

A la campagne plus de la moitié des médecins ont deux autos, non par luxe mais par nécessité, parce que privé momentanément d'un unique moyen de locomotion le médecin obligé de s'adresser à un garagiste a des frais énormes, de beaucoup supérieurs à ses gains.

Nous ne voulons pas, Messieurs, terminer cet exposé sans vous faire remarquer que M. le Préfet commet une erreur lorsqu'il dit dans son rapport : Les médecins en 1925 on reçu une moyenne de 10 fr. par inscrit, soigné ou non, contre 2 fr. en 1914 ; l'honoraire paraît donc quintuplé. — L'affirmation est tendancieuse et nous ne pouvons pas la laisser passer sans objecter que l'honoraire n'a pas quintuplé. Pour que la comparaison ait une base sérieuse et puisse s'établir, il faudrait nous donner les chiffres de visites, de consultations et de km. parcourus en 1914 et en 1925. Alors seulement nous pourrions établir la comparaison entre les honoraires des deux années. Ce qu'il faut voir, ce n'est pas la moyenne des honoraires par inscrit, soigné ou non, c'est le prix de l'acte médical à deux époques différentes.

En ce qui concerne le service de la vaccination, nous demandons :

Par séance de vaccination : 20 fr. jusqu'à 20 vaccinations et 1 fr. pour chaque vaccination en plus ;

Indemnité kilométrique : 1 fr. 50 par km. parcouru aller et retour.

Comme nous l'écrivions à M. le Préfet, étant donnée l'instabilité des conditions économiques actuelles, l'accord sur ces bases serait valable pour l'année 1926 entière, avec effet rétroactif à partir du 1er janvier et renouvelable chaque année si aucune des parties (Syndicat ou administration ne dén once le contrat au plus tard le 1er octobre.

Le Corps médical s'engage à seconder l'administration départementale dans la répression des abus s'il en était commis.

Nous espérons, Messieurs, vous avoir convaincus du bien fondé des revendications du Corps médical et vous prions de formuler auprès de vos collègues des conclusions favorables aux desiderata ci-dessus exposés.

Je tiens, au nom de mes confrères à remercier M. le Préfet de nous avoir ménagé cette entrevue avec nous et vous Monsieur le président et Messieurs les membres des Commissions d'avoir bien voulu nous entendre.

***

Le président invite ensuite le Dr Buquin, à la fois conseiller général, syndiqué et membre de la Commission médicale A. M. G. à éclairer l'assemblée sur les prémisses de la décision du Conseil général.

Le Dr Buquin, sans vouloir en rien enfreindre le secret des séances de commissions, indique qu'à l'ouverture de la session l'atmosphère était défavorable aux demandes du Syndicat. Par la suite des conversations l'état d'esprit s'est modifié en sorte que, comme l'ont publié les journaux locaux, les commissions des Finances et des objets divers, présidées par MM. Montigny et Moulière s'étaient engagées à soutenir en séance publique les chiffres de 8 fr., 10 fr. et 1 fr. 25. Elles avaient demandé au président du Syndicat quelle serait l'attitude du Syndicat devant ces chiffres légèrement inférieurs à

ceux demandés (10-10-1.50). Le président avait nécessairement réservé l'adhésion du Syndicat mais s'était engagé à soutenir les chiffres du Conseil général en Assemblée générale.

Malgré ces propositions du rapporteur en séance publique un amendement proposa 6 fr., 8 fr., 1 fr. 25, chiffres qui furent adoptés par 17 voix, les autres conseillers s'étant abstenus.

Le Président demande aux Syndiqués de décider quelle sera leur attitude vis-à-vis de cette décision. Il est procédé au vote à main levée. A l'unanimité des présents (47), sans aucune abstention, l'Assemblée décide de ne pas accepter le tarif voté par le Conseil général, d'accepter les chiffres 8 fr., 10 fr., 1 fr. 25, de cesser de collaborer au service A. M. G. départemental.

Le bureau de bienfaisance du Mans n'ayant adressé aucune réponse à une lettre du secrétaire formulant en décembre dernier les mêmes desideratas, l'Assemblée décide de rendre les décisions ci-dessus valables pour la ville du Mans.

Les syndiqués absents seront sollicités par referendum de donner leur sentiment sur la décision de l'Assemblée générale. Si elle est, ce qui est à prévoir, conforme en majorité, le bureau aura l'initiative de la date de cessation de service.

Le mouvement sera organisé sur la base de réquisitions demandées aux maires des communes où ils s'engagent à rémunérer les soins à leurs assistés aux tarifs demandés. Avis du mouvement sera donné aux non-syndiqués.

Fonctionnement de la Commission de contrôle des soins aux victimes de la guerre.

	1924 fr.	1925 fr.
Nombre d'inscrits	4.717 »	4.889 »
Nombre d'inscrits soignés	1.610 »	1.616 »
Prix moyen par tête d'inscrit malade	177 »	167 »
Prix moyen par tête d'inscrit malade	60 40	65 60
Nombre de médecins ayant donné des soins	147 »	156 »
Total des sommes payées aux médecins	98.780 »	94.280 »
Moyenne par médecin	721 »	673 »
Total des indemnités kilométriques	18.386 »	17.868 »
Nombre de kilomètres parcourus	14.628 »	14.410 »
Prix moyen et indemnité kilomètrique par ordonnance	13 50	13 70
Moyenne de dépense par pharmacien	1.045 »	1.315 »
Prix moyen de l'ordonnance	17 50	18 80
Total des sommes payées aux hôpitaux publics	22.779 »	26.090 »
Moyenne par hôpital	2.847 »	5.218 »
Moyenne par personne hospitalisée	288 »	383 60
Total des sommes payées aux cliniques	6.800 »	4.215 »
Moyenne par clinique	3.396 »	1.053 »
Moyenne par bénéficiaire soigné dans clinique	219 »	210 »

Dr Neau.

Assurances-vie.

Le secrétaire rend compte de quelques demandes de sociétés d'assurances-vie d'abaissement des honoraires pour examen médical.

L'Assemblée décide de maintenir le tarif actuel qui est :

50 fr. au cabinet.

60 fr. à domicile.

Tarif kilométrique syndical normal.

Sociétés de secours mutuels.

Le secrétaire rend compte d'une entrevue avec une délégation de membres de la Société communale de secours mutuels de la ville du Mans. Cette délégation lui a soumis les désideratas suivants :

1° Abaissement du tarif des honoraires pour soins aux mutualistes peu aisés.

2° Elle demande que le médecin tienne compte de cette situation pour la prescription des médicaments et s'abstienne, quand il sera possible, de remèdes coûteux.

Sur le premier point, l'Assemblée décide d'un commun accord de ne pas revenir sur sa décision déjà ancienne de considérer tous les mutualistes comme des clients ordinaires.

Sur le second point, elle retient la suggestion.

Renouvellement du bureau du Syndicat.

Votants : 35.

Président : Dr Albert, 33 voix, élu ; Dr Buquin, 2 voix.

Vice-président : Dr Delaunay, 34 voix, élu.

Secrétaire : Dr Granval, 34 voix, élu ; Dr Feutelais, 1 voix.

Secrétaire-adjoint : Dr Neau, 34 voix, élu.

Trésorier : Dr Le Petit, 34 voix, élu.

Le président, Dr Albert.

Le secrétaire, Dr Granval.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. Dargelos, (*Suite*).

Mesures spéciales contre la variole et la varioloïde

Les mesures générales d'isolement et d'antisepsie, à domicile, décrites plus haut, sont des plus utiles pour la localisation d'un foyer varioleux. Mair la mesure radicale qui s'impose pour empêcher ou enrayer une épidémie de variole consiste dans la vaccination ou la revaccination.

Lorsqu'un foyer varioleux éclate, on doit vacciner tous les enfants du 1er âge et de la deuxième enfance, qui n'auraient pas encore été vaccinés ou auraient été vaccinés avec insuccès ; on doit revacciner toutes les personnes âgées de 10 ans et au-dessus. On peut excepter de cette revaccination, les individus mâles, de 21 à 30 ans, qui ont été soldats et soumis à cette opération pendant le service militaire.

Ce sont surtout les personnes âgées qui doivent être convaincues de la nécessité de leur revaccination. Elles ont de la tendance à croire qu'elles sont trop vieilles, pour avoir la petite vérole. C'est une grande erreur ! Elles sont les plus éloignées de l'époque antérieure de prise de vaccin ; leurs moyens de protection et de défense sont moindres ; leur revaccination est presque toujours suivie de succès.

Les cas de variole sont fréquents chez elles et présentent, en général, une exceptionnelle gravité. Il y a donc lieu de procéder, dans leur intérêt et dans l'intérêt de tous, à leur revaccination.

Il existe un autre préjugé très répandu, qui fait dire que cette mesure prophylactique est dangereuse en temps d'épidémie, et que son application peut être une cause d'éclosion de la variole.

Nouvelle erreur ! Plus dangereuse encore que la précédente.

Il peut se faire que des personnes vaccinées ou revaccinées, pendant que la petite vérole sévit aux alentours, soient atteintes de cette maladie, pendant la période vaccinale.

C'est certainement l'observation de cas de ce genre qui a donné naissance au préjugé, et l'on a dit : « C'est le vaccin qui lui a donné la variole », et l'on a conclu : « Il ne faut jamais se faire vacciner en temps d'épidémie ».

On s'est bien gardé, après ce raisonnement simpliste, de se demander le nombre de ceux qui se trouvaient déjà en incubation de variole, au moment de leur vaccination.

Les cas très possibles et même réels d'éruption de variole pendant la période vaccinale, prouvent tout simplement, qu'au moment de la vaccination ou de la revaccination, l'ensemencement du virus variolique était déjà un fait accompli, qu'il a évolué malgré le vaccin, ce qui ne serait pas arrivé, si ce dernier avait été inoculé avant l'infection.

Il faut bien que l'on sache, du reste, que la vaccination d'un individu, pendant qu'il couve la petite vérole, ne peut pas lui être nuisible ; le vaccin ne peut qu'exercer une action favorable sur la marche de la maladie qu'il ne pouvait pas juguler.

Conclusions. — En temps d'épidémie de variole, il faut faire une pratique générale de vaccination et de revaccination.

A propos du traitement de la variole, je tiens à signaler le fait suivant qu'il m'a été impossible de tenter de reproduire, pendant ma longue carrière médicale.

Ma pauvre mère, avant son mariage, à l'âge de 18 ans, fut atteinte de fièvre avec céphalalgie intense et vomissements. Le médecin appelé conclut à une congestion cérébrale par insolation. Il ordonna l'application, derrière les oreilles, de 8 sangsues, et un pédiluve sinapisé. La malade habitait la campagne. Le pharmacien du chef-lieu n'ayant pas de sangsues, on dut aller à 20 kilomètres du domicile, pour s'en procurer. Il n'y avait pas d'automobile à cette époque. En attendant, on donna le pédiluve sinapisé.

La malade s'endormit les pieds dans l'eau ; on la laissa dormir en maintenant la chaleur du bain qui dura près d'une heure. A la suite de ce pédiluve, on put constater une rougeur excessive des jambes, sur toute la hauteur atteinte par le liquide, avec une éruption miliaire considérable. La céphalagie avait disparu ; les sangsues ne furent pas appliquées.

Le lendemain, le médecin put constater une éruption de variole ; les jambes furent criblées de pustules, tandis qu'il n'en survint que 15 ou 20, disséminées sur toute la surface du corps.

Ma pauvre mère n'a jamais cessé d'avoir de la reconnaissance à son médecin, pour sa première erreur de diagnostic. Elle attribuait, avec raison sans doute, la localisation de l'éruption aux jambes, à l'action du bain de pieds.

Je m'était toujours promis d'essayer de cette médication, dans la période d'invasion de la variole. Je n'ai jamais pu le faire, n'ayant jamais été appelé à donner mes soins à un varioleux avant la période d'éruption. Mais j'ai cru devoir attirer sur ce cas l'attention de mes confrères ; s'ils réussissent à cette localisation des pustules sur les mollets de leurs clientes, ils peuvent être

sûrs que leur reconnaissance ne leur fera pas défaut.

Varicelle.

Quoique cette maladie ne soit pas comprise dans la nomenclature de celles dont la déclaration est obligatoire, ou même facultative, nous avons cru ne pas devoir la passer sous silence.

Elle atteint surtout les enfants ; elle est contagieuse. Sa période d'incubation est, en général, de 13 jours. Après cette première période, pendant laquelle l'enfant continue sa vie ordinaire survient la deuxième période, d'invasion. Elle, a une durée de 2 jours, et est constituée par les symptômes suivants : fièvre souvent légère, éruption dispersée sur toute la surface du corps, même sur le cuir chevelu, de vésicules acuminées, de bulles de la grosseur d'une tête d'épingle, entourées de taches rouges, plus ou moins prurigineuses. Cette éruption est le plus souvent discrète.

Vers le troisième jour, le liquide des vésicules noircit et se dessèche. Pendant tout ce temps, il est rare que l'état général du malade présente de la gravité.

La varicelle n'est ordinairement suivie d'aucune complication.

Il y a cependant, des exceptions à cette règle de bénignité, et lorsque des complications surviennent, elles ont un caractère sérieux. Elles ont surtout pour localisations : le larynx, les bronches, le rein. C'est dire que la surveillance de la convalescence de la varicelle ne doit pas être négligée.

Les soins prophylactiques sont, pour cette maladie, les mêmes que ceux des autres fièvres éruptives. Ajoutons cependant que les vésicules peuvent s'infecter et s'ulcérer à la suite de grattage déterminé par le prurit, et qu'il peut en résulter des cicatrices indélébiles. Ce sont surtout les vésicules siégeant sur le visage qu'il faut garantir contre cette complication.

Si, ordinairement, elle est sans gravité, la varicelle est très contagieuse. Il est prudent de n'autoriser la reprise de la fréquentation des autres enfants (écoles, lycées), qu'après une période moyenne de 20 à 25 jours.

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Hôpital Necker.** — M. Paul Ribierre, agrégé, médecin de l'hôpital Necker, fait des leçons cliniques, les mardis à 11 h., à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital.

Jeudi, à 9 h. 30. Radioscopie. Vendredi, à 9 h. 30. Consultation externe pour les maladies du cœur et des vaisseaux (salle de consultation H. Huchard).

— **Infirmerie spéciale des aliénés**, quai de l'Horloge). — M. de Clérambault, médecin-chef de l'infirmerie spéciale, a repris ses conférences cliniques et les continue les samedis à 15 heures.

Au cours de ces conférences, auront lieu des exposés sur sujets spéciaux par MM. Logre et Heuyer, médecins du service, et par des confrères neurologistes ou psychiatres.

S'inscrire à l'infirmerie spéciale, 3, quai de l'Horloge. Sont admis les docteurs, internes, externes et étudiants à 16 inscriptions.

— **Goutte de lait de Belleville** (126, boulevard de Belleville). — M. G. Variot a repris ses leçons de puériculture, qui ont lieu le jeudi à 10 h. 1/2.

— **Hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours** (66, rue des Plantes). — M. Schaeffer fait une consultation pour les *maladies nerveuses*, tous les mercredis et vendredis, à 10 heures.

— **Hôpital Lariboisière.** *Maladies du cœur et des vaisseaux.* — M. Antonin Clerc, salles Rabelais et Grisolles.

Mardi 10 heures : Consultation externe et policlinique. — Jeudi 11 heures : Leçon de séméiologie par M. P.-Noël Deschamps, assistant du service. — Vendredi 10 heures : Radiologie et électrocardiographie. — Samedi, 11 heures : Leçon clinique par M. A. Clerc.

— **Hôtel-Dieu.** — M. Halbron fait, le mercredi, à 11 heures, salle Sainte-Marie, une conférence pratique de clinique et de thérapeutique, avec présentation de malades.

Le mardi, à 10 heures : consultation des maladies du cœur et des poumons. Le vendredi et le samedi, à 10 heures : examen des entrants (salles Saint-Louis et Sainte-Marie).

— **Hôpital Laënnec.** *Clinique chirurgicale.* — M. Auvray a commencé ses conférences cliniques, avec présentation de malades (amphithéâtre Landouzy) et les continue les vendredis, à 11 heures, jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Tous les matins, à 9 h. 1/2, opérations et examens de malades dans les salles.

— **Chirurgie orthopédique chez l'adulte.** — Cours de M. Mauclaire, agrégé, les lundis, vendredis, à 17 heures à l'amphithéâtre Vulpian. Appareils, prothèses, rééducation.

— **Pathologie et thérapeutique générales.** — Cours de M. Marcel Labbé, professeur, les lundis, mercredis, vendredis, à 17 heures, au petit amphithéâtre.

— **Clinique des maladies infectieuses.** (Hôpital Claude-Bernard). — M. le professeur Pierre Teissier.

Organisation du service et de l'enseignement. — *Service.* — Visite tous les matins, de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/2, les jours de leçons ; à 11 h. 1/2, les autres jours

L'examen des malades est fait par le chef de service, par les assistants de la clinique (chefs de clinique et chefs de clinique adjoints), ou par les élèves, sous la direction du professeur ou des assistants.

Enseignement. — Le mardi et le jeudi, à 10 h. 1/2, leçon magistrale à l'amphithéâtre provisoire, avec ou sans présentation de malades, ou leçon au lit du malade par M. Teissier, professeur.

Le samedi, à 10 h. 1/2, leçons de technique clinique à l'amphithéâtre ou au laboratoire, par les assistants de la clinique : M. le professeur agrégé Tanon ; MM. Gastinel, Cambessédès, Cathala et Rivalier, anciens chefs de clinique ; Reilly, chef de laboratoire ; Joannon, chef de clinique ; Cochez et Coste, chefs de clinique adjoints.

Une consultation concernant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse, est assurée par M. Mahu.

L'enseignement régulier de la clinique pourra se compléter, au cours de l'année, à des jours et à des heures qui seront chaque fois indiqués à la Faculté, et grâce au concours d'un certain nombre de collaborateurs spécialisés, de leçons magistrales sur des sujets d'actualité concernant la pathologie infectieuse, notamment la pathologie exotique.

Moyens de transport desservant l'hôpital Claude-Bernard. — Moyens de locomotion desservant l'entrée de l'hôpital par la porte d'Aubervilliers : Tramway 49 (Gare du Nord-Aubervilliers). Arrêt en face de l'hôpital. — Nord-Sud, ligne A. Station Porte de la Chapelle, à 10 minutes de l'hôpital. — Métro. ligne 7*bis* (La Villette-Opéra). Station Crimée, à 10 minutes de l'hôpital. — Tramway 9 (Jardin des Plantes-Porte de la Chapelle). Terminus à 10 minutes de l'hôpital. — Tramway 47 (Le Kremlin-Bicêtre-Porte de la Chapelle). Terminus, à 10 minutes de l'hôpital. — Tamway 48 (Saint-Denis-Opéra). Station Porte de la Chapelle, à 10 minutes de l'hôpital. — Tramway 50 (Place de la République-Aubervilliers). Station Crimée, à 10 minutes de l'hôpital. — Tramway 52 (Opéra-Le Bourget). Station Crimée. — Autobus BE (Palais-Royal-Porte de la Chapelle). — Autobus AO (Place d'Italie-Porte de la Chapelle). — Chemin de fer de ceintnre. Station Est-Ceinture, sortie rue d'Aubervilliers, à 3 minutes de l'hôpital.

Moyens de locomotion desservant l'entrée de l'hôpital par la porte du canal Saint-Denis : Métro, ligne 7*bis* (Opéra-La Villette). Station Pont-de-Flandre, à 7 minutes de l'hôpital. — Tramway 52 (Opéra-Le Bourget). Station Porte de la Villette. — Autobus AJ (Porte de la Villette-Opéra). Station Porte de la Villette.

L'enseignement de la chaire de clinique des maladies infectieuses, créé durant la guerre, et dont l'organisation matérielle n'est encore que provisoire, s'adresse plus particulièrement aux étudiants de 4e et 5e années et aux docteurs en médecine.

— **Écoles des mères.** — Ecole d'éducation ménagère, familiale et sociale, 19, quai Malaquais, Paris, 6e. Cette école se propose d'enseigner à la jeune fille tout ce qu'elle doit savoir pour être une excellente maîtresse de maison et une bonne mère. En même temps, elle la prépare aux activités sociales bénévoles ou rétribuées qu'elle peut exercer. Cours de cuisine, de coupe, de modes, de raccommodage, de repassage, de puériculture et de soins aux malades, d'économie domestique, de littérature étrangère, etc.

— **Clinique urologique** (Hôpital Necker, clinique Guyon). — PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — A. Leçons cliniques à l'amphithéâtre, par M. Legueu, le mercredi, à 11 h. — B. Policlinique à l'amphithéâtre, par M. Legueu, le vendredi, à 11 h. — C. Opérations, par M. Legueu, le lundi, de 9 h. 30 à midi ; le mercredi et le vendredi, avant la clinique. — D. Visites et consultations, par M. Legueu, les mardis et samedis, à 10 h. — E. Opérations cystoscopiques, par M. Legueu, le jeudi à 10 h. — F. Examen des malades dans les salles, par MM. Fey, chef de clinique et Fouquiau, assistant, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30. — G. Examen des malades de la consultation et traitement des malades externes, par M. Garcin, tous les jours, à la Terrasse, de 9 h. 30 à 11 h. et par M. Bac, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h. 30. — H. Conférences pratiques sur l'examen fonctionnel des reins, par M. Chabanier, chef du laboratoire de chimie, le samedi, à 11 h. — I. Présentation de pièces anatomiques et histologiques et examens bactériologiques, par M. Verliac, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le mardi, à 11 h. 15. — J. Examens cystoscopiques et urétroscopiques, par M. Flandrin, chef de clinique adjoint, les mardis, jeudis et samedis, à 10 h. — K. Notions d'électrothérapie et d'électrolyse, par M. Marcel, assistant, le jeudi à 10 h. — L. Démonstrations de radioscopie, par M. Truchot, radiologiste de la clinique, le mardi, à 10 h. — M. Service d'actinothérapie, par M. Saïdman, assistant, les lundis, mercredis et vendredis, à 10 h. 30.

Enseignement complémentaire du soir. — N. Un cours complémentaire complet de clinique et de thérapeutique urinaires sera fait, en été, à 16 h., par les chefs de clinique et de laboratoire. Le cours aura lieu tous les jours et sera complet en cinq semaines (30 leçons). — O. Des cours complémentaires de cystoscopie et d'urétroscopie seront faits dans l'après-midi, toute l'année, à 17 h., par les assistants.

Cours de perfectionnement. — P. Ce cours aura lieu au mois de mai 1927. Il comprendra 20 leçons sur le traitement, les indications opératoires et les examens complémentaires se rapportant aux principales affections d'urologie chirurgicale. Il sera fait en liaison avec le cours de technique chirurgicale des voies urinaires fait à l'Ecole pratique de la Faculté.

Des affiches ultérieures en donneront le programme.

Répartition de l'enseignement. — Lundi, à 9 h. 1/2, salle Velpeau, MM. Fey et Fouquiau. — Salle d'opérations, M. Legueu. — A 4 h., amphithéâtre, cours complémentaires.

Mardi, à 9 h. 1/2, Terrasse, M. Garcin. — Cystoscopie et urétroscopie, M. Flandrin. — A 10 h., radioscopie, M. Truchot. — A 11 h., laboratoire, M. Verliac.

Mercredi, à 9 h. 1/2, Salle Velpeau, MM. Fey et Fouquiau. — Salle d'opérations, M. Legueu. — A 11 h. amphithéâtre, M. Legueu.

Jeudi, à 9 h. 1/2, Terrasse, M. Garcin. — A 10 h., Cystoscopie. Opérations endoscopiques, M. Legueu. — A 11 h., électrothérapie, M. Marcel.

Vendredi, à 9 h. 1/2, Salle Velpeau, MM. Fey et Fouquiau. — Salle d'opérations, M. Legueu. — A 11 h., Amphithéâtre. Policlinique, M. Legueu.

Samedi, à 9 h. 1/2, Terrasse, M. Garcin. — Cystoscopie et urétroscopie, M. Flandrin. — A 10 h., Consultation, M. Legueu. — A 11 h., Laboratoire, M. Chabanier.

— **Le XIIIe Congrès de Médecine légale** prendra le nom de « Congrès de médecine sociale et des accidents du travail ». Il se tiendra à Paris, sous la présidence de M. Georges Brouardel, en octobre 1928.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Art. 8. — Tout industriel qui cesse d'employer des procédés de travail comportant l'usage de substances susceptibles de provoquer l'une des maladies professionnelles visées à l'article 1er doit en faire la déclaration à la corporation dont il est membre.

Art. 9. — La corporation transmettra copie des déclarations prescrites par les deux articles à l'inspecteur du travail dans le ressort duquel se trouvent les entreprises pour lesquelles elles sont effectuées.

Art. 10. — Le présent décret entrera en vigueur le premier jour du mois qui suivra sa publication.

Art. 11. — Le président du conseil, ministre des finances, est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*.

(*Suivent 2 tableaux analogues à ceux annexés à la loi du* 25 *octobre* 1919.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Incorporation avant la fin d'un sursis.

9955. — M. Alexandre Duval, député, demande à M. le Ministre de la guerre si un étudiant, susceptible d'être appelé en novembre, qui a obtenu un sursis pour achever ses études et a pu passer avec succès ses examens plus tôt qu'il ne l'avait prévu, peut obtenir de partir avec le prochain contingent qui sera appelé en mai 1927. (*Question du* 16 *novembre* 1926.)

Réponse. — En application de l'article 23 de la loi du 1er avril 1923, les jeunes gens qui ont obtenu un sursis d'incorporation d'un an ne sont incorporés qu'à l'expiration de ce sursis s'ils ont commencé à en jouir. Ledit ne pourrait être transformé en un sursis de six mois, par le conseil de revision, que pour l'un des motifs prévus à l'article 27 de la loi mentionnée ci-dessus, savoir : 1° erreur matérielle dans les pièces sur le vu desquelles le sursis a été accordé ; 2° défaut de justification imputable aux fonctionnaires ou agents civils ou militaires chargés d'établir les pièces ou de les transmettre.

(*J. O.*, 15 décembre 1926.)

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Une commission administrative des hôpitaux est-elle liée par les résultats d'un concours pour la nomination d'un médecin ou chirurgien de l'hôpital ?

L'article 14 de la loi du 7 août 1851 décide que « la commission administrative nomme son secrétaire, l'économe, les médecins et chirurgiens, mais elle ne peut les révoquer qu'avec l'approbation du préfet ».

L'article 11 du règlement modèle des hospices et hôpitaux, en date du 30 juin 1921 est ainsi

conçu : « les médecins et chirurgiens sont nommés par la commission administrative. » Et en note : « la commission administrative peut instituer et il est désirable qu'elle institue un concours préalable à la nomination des médecins et chirurgiens, titulaires ou adjoints et à la nomination des pharmaciens. »

De ces textes, il résulte que la commission administrative d'un hôpital a le droit absolu de nommer, comme bon lui semble, qui bon lui semble.

Ce droit souverain a été consacré par un arrêt du Conseil d'Etat du 26 mars 1915 (*Concours médical*, 1920, 1213).

Mais, lorsqu'en vertu de ce droit souverain, une commission administrative croit utile d'instituer un concours, pour que le jury médical, qu'elle désigne, lui fournisse une appréciation sur la valeur scientifique des candidats, est-elle liée par la décision de ce jury ?

Autrement dit, la commission administrative est-elle en droit de nommer un autre candidat que celui classé premier au concours ?

Cette manière de faire a été reconnue licite par un arrêt du Conseil d'Etat, du 11 décembre 1908 : « Lorsque la commission administrative a institué un concours, dont les résultats n'ont, d'après les termes mêmes de l'affiche qui l'annonce, que la valeur d'une présentation, le candidat classé premier au concours, mais non désigné, ne peut invoquer la violation d'engagement pris vis-à-vis de lui, ni, par suite, obtenir une indemnité. »

Un autre arrêt, du 22 janvier 1909, est rendu dans le même sens.

Un arrêt du Conseil d'Etat du 6 décembre 1911 rejette une demande en nullité contre une nomination qui n'avait pas tenu compte du rang de classement au concours, par cet unique mot, que la commission s'était implicitement réservé le pouvoir d'y déroger en s'appuyant sur d'autres éléments de décision.

Il semblerait donc, à la lecture de ces arrêts, qu'il faudrait conclure que lorsque l'affiche faisant connaître l'ouverture d'un concours pour médecin, ou chirurgien des hôpitaux, réserve à la commission administrative le droit de désigner le titulaire, le classement institué par le jury n'étant donné qu'à titre indicatif, les candidats n'ont aucun recours contre l'arbitraire. Il faudrait que ladite affiche spécifiât que sera nommé le candidat classé premier par le jury.

Or, combien de candidats font-ils attention à la rédaction juridique de ces affiches ?

Néanmoins un arrêt récent du Conseil d'Etat est venu limiter les droits souverains et abusifs des commissions administratives des hôpitaux. Cet arrêt est du premier décembre 1922 et nous relevons les considérants suivants :

« Considérant que les commissions adminis-

tratives des hôpitaux sont libres, pour assurer le recrutement du corps médical attaché à leurs établissements, soit de procéder par voie de nomination directe, sur le vu de titres ou d'épreuves, qui ne sont pour elles qu'un élément d'appréciation, soit d'instituer, sous des conditions qu'elles déterminent, des concours, dans lesquels l'ordre de classement constitue en faveur des concurrents un véritable droit ;

« Considérant que, dans la ville d'Elbeuf, la commission administrative de l'hôpital a édicté, le 5 août 1900, un règlement approuvé par le préfet, dont l'article 11 dispose que les médecins et chirurgiens sont nommés par la commission administrative à la suite d'un concours, lorsque ce concours est possible ; que le 18 novembre 1919, la commission administrative a déclaré ouvert un concours, pour la nomination d'un médecin et qu'elle a arrêté la liste des candidats admis à y prendre part ; qu'il résulte, tant de l'article 11 ci-dessus rappelé du règlement de l'hôpital que des termes mêmes de l'affiche, par laquelle le concours a été déclaré ouvert, que la commission administrative était liée pour la nomination à intervenir, par le classement des candidats qui serait opéré par le jury....

« Considérant que si la commission administrative estimait que le jury ne s'était pas conformé aux conditions régissant le concours, tel qu'il avait été institué, il lui appartenait de ne pas nommer le candidat proposé par le jury et, tenant ainsi qu'elle l'avait fait, les opérations pour nulles et non avenues, de faire procéder à un nouveau concours ; mais qu'elle ne pouvait, sans excès de pouvoir, se substituer au jury, dans l'appréciation des titres des candidats, et nommer médecin celui qui avait été classé second par le dit jury. »

Il en résulte que l'institution d'un concours de nomination (et non de présentation) constitue, pour les candidats, un véritable droit, en ce qui concerne les résultats du concours. Le candidat classé second par le jury ne peut pas être nommé au lieu et place du candidat classé premier.

Mais, *quid* dans le cas suivant : un concours est ouvert pour deux places. Les deux premiers candidats, sur la liste de classement du jury, sont nommés, mais la commission administrative nomme ensuite, après coup, le candidat classé troisième.

Y a-t-il excès de pouvoir ?

Il faudrait connaître les termes du règlement de l'hôpital, en ce qui concerne la nomination du corps médical hospitalier. Il serait également nécessaire de se reporter aux termes mêmes de l'affiche, faisant connaître l'ouverture du concours pour deux places.

S'il est spécifié que les médecins et chirurgiens seront nommés à la suite d'un concours et que ce

dernier ait été ouvert pour deux places seulement, la commission administrative n'a pas le droit de titulariser après coup un troisième candidat. Elle viole son règlement, en n'ouvrant pas un nouveau concours, pour une place ; elle lèse les intérêts des futurs candidats à ce second concours ; elle viole également l'intérêt des autres médecins et chirurgiens de l'hôpital, qui, ayant été nommés à la suite d'un concours, peuvent craindre la dépréciation de la valeur de leur titre, si ce dernier peut être conféré à la faveur et non au mérite.

Par conséquent, un recours en Conseil d'Etat est possible pour l'annulation de cette nomination : mais, avant de former ce recours, il serait nécessaire, au préalable, de rechercher les termes mêmes du règlement de l'hôpital et de l'affiche précitée.

Ce recours peut être formé soit par un médecin, ou chirurgien titulaire de l'hôpital, ou par un futur candidat, ou par le syndicat des médecins local, par l'association professionnelle des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de France, par le syndicat des chirurgiens de France, enfin par l'Union des Syndicats médicaux de France.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Accidents

3891. — Soins à la victime d'un accident d'automobile.

En avril dernier, un automobiliste amène dans mon cabinet avec une fracture de jambe un ouvrier polonais qu'il avait ramassé sur la route.

Je fais la réduction de la fracture et j'applique un plâtre. Le lendemain ce Polonais est transporté à l'hôpital. Il a quitté le pays sans bien entendu payer ses honoraires.

Aujourd'hui l'automobiliste refuse de me régler et se retranche derrière l'enquête de la gendarmerie concluant à sa non responsabilité.

L'assurance à laquelle il avait transmis la note d'honoraires a d'ailleurs refusé le paiement.

Je veux poursuivre cette affaire et je serais heureux de connaître la marche à suivre et la jurisprudence sur laquelle je pourrais m'appuyer pour obtenir gain de cause.

Dr G.

Réponse.

Le premier et le principal débiteur de vos honoraires, dans l'affaire que vous nous exposez, est le blessé qui a bénéficié de vos soins. Si vous connaissiez son domicile actuel et si vous l'estimiez solvable, nous vous conseillerions de vous faire payer par lui et au besoin de le citer devant

le juge de paix, comme un client quelconque. Mais, en effet, puisqu'il a disparu, il faut que vous renonciez à exercer tout recours contre lui.

Reste l'automobiliste. En ce qui le concerne, il est nécessaire tout d'abord de bien préciser que la responsabilité qu'il peut avoir dans l'accident n'engage en rien sa responsabilité envers vous pour le paiement de vos honoraires. Cette responsabilité ne peut se fonder que sur une promesse de vous payer, expresse ou même pouvant avoir été faite d'une façon tacite, suivant les circonstances de la cause.

Si vous êtes en état de justifier d'un tel engagement, au besoin par témoins, vous pouvez citer l'automobiliste devant le juge de paix de son domicile. Dans le cas contraire, nous ne pouvons que vous conseiller l'abstention car vous iriez au devant d'un échec certain.

Application du Tarif Durafour.

3704. — Prix de la visite.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me dire comment établir, dans une note d'honoraires pour accident du travail, le prix d'une visite à heure fixe (art. 3).

Ce prix est augmenté de 50 %, mais comment comprendre ces 50 % avec le nouveau tarif Durafour ?

Avec le tarif Breton c'était clair, soit pour une commune de plus de 100.000 habitants comme Nantes :

10 + 5 = 15 fr.

Mais maintenant que le prix de la visite simple est de 10 + 2 fr. d'indemnité de déplacement, soit 12 fr., faut-il compter pour la visite à heure fixe :

10 + 5 + 2 = 17 fr.

Ou bien 12 + 50 % (soit 6 fr.) = 18 fr.

Ou bien évitant le cumul de deux majorations :

10 + 5 = 15 fr. comme auparavant.

La même question me paraît se poser pour les pansements faits au cours d'une visite dans les cas de blessures multiples (art. 14).

Par exemple pour deux segments de membre est-ce :

10 + 10 + 2 = 22.

ou 10 + 10 = 20 ?

et pour l'article 5 : visite triplée dans les cas graves où un confrère est appelé en consultation est-ce :

3 fois 10 + 2 = 32.

Ou simplement 3 fois 10 = 30 ?

Je vous serais bien reconnaissant de vouloir bien me dire s'il s'est établi un usage qui a déjà prévalu et aussi si, dans la pratique, le tarif des pansements multiples est appliqué *strictement* ou non.

Dr A.

Réponse.

Dans toute la France, le prix de la visite est de 10 francs (article 1er). Par conséquent, avec la majoration de 50 % indiquée à l'article 3 a, cela fait 10 plus 5 soit 15 francs. C'est encore «clair». Les 2 francs d'indemnité moyenne de déplacement (article 2) n'ont aucun rapport avec le

prix même de la visite, c'est une autre affaire. Donc, dans votre cas, à N. ville de plus de 100.000 habitants, vous avez à compter 15 francs plus le prix de l'indemnité fixe, soit en tout 17 francs. Et un confrère de campagne, par exemple, aura à compter toujours de même 15 francs plus le prix de x francs par x kilomètres parcourus.

En cas de visite triplée, il en est de même $10 \times 3 = 30$ francs plus 2 francs, soit en tout 32 francs, et ainsi de suite pour tous autres cas analogues. F. D.

Baux et Loyers.

3715. — Augmentation de loyer.

Résidant dans un village de 1.000 habitants environ, loin de toute ville et dont la population n'a pas augmenté de 5 %, je suis locataire d'une maison d'habitation depuis 18 ans, sans aucun bail écrit. Mobilisé pendant toute la durée de la guerre, la propriétaire me demanda seulement en 1924, 33 % d'augmentation que j'acceptais à l'amiable. En ce moment elle m'écrit par lettre recommandée, qu à partir du 1er janvier 1927, elle me demande une augmentation de 100 % sur le loyer d'avant-guerre, que lui accorde, dit-elle, la dernière loi sur les loyers. Est-ce légal ? et cette augmentation lui est-elle justement due ? Dr B.

Réponse.

Habitant une commune où la loi du 1er avril 1926 sur les loyers n'est pas applicable, n'ayant pas de bail et n'ayant plus de prorogation de guerre, vous êtes entièrement à la merci de votre propriétaire en ce qui concerne votre maintien dans la maison que vous occupez ou le prix du loyer.

Par conséquent votre propriétaire pourrait, si elle le voulait, soit vous donner congé, soit vous demander n'importe quel prix. Dans ces conditions, nous estimons qu'il est avantageux pour vous d'accepter la proposition qui vous est faite.

D'ailleurs, même dans les communes comprises dans le domaine d'application de la loi du 1er avril 1926, le maximum d'augmentation autorisé pour les locaux professionnels ou mixtes (exercice de la profession et habitation) est non pas de 100 % sur le loyer d'avant-guerre, mais de 125 % plus le remboursement des prestations en nature et des impôts. La demande de votre propriétaire n'est en rien exagérée.

3858. — Prorogation et augmentation de loyer.

Comme locataire d'avant-guerre, j'ai bénéficié de l'art. 54 de la loi de 1918. Le 1er janvier 1923, mon propriétaire m'a imposé un bail de 3 ans qui finira

le 31 décembre 1927. Mon loyer d'avant-guerre était de 2.000 fr. ; à partir de 1925 je paie 4.500 fr. par an.

Je désire garder la maison jusqu'en 1930 ou 31.

1° Quelles formalités dois-je remplir ?

2° Dois-je subir une augmentation de loyer ?

Dr C.

Réponse.

Pour que vous ayez droit à une prorogation lorsque votre bail sera fini, il faut que votre commune rentre dans l'une des catégories suivantes (article 1er de la loi du 1er avril 1926) : communes d'une population totale supérieure à 4.000 habitants, ou distantes de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants, ou dont la population municipale a augmenté d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements.

Si votre commmune rentre dans l'une quelconque de ces catégories, vous aurez droit à une prorogation jusqu'au 1er avril 1931. De la fin de votre bail au 1er avril 1929, date à laquelle doit intervenir une nouvelle taxation, vous aurez à payer un loyer égal au loyer d'avant-guerre majoré de 125 % et en outre vous devrez rembourser à votre propriétaire la majoration des impôts (à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière)) et des prestations en nature fournies, par rapport à 1914. Pour le remboursement de ces charges il est possible de convenir d'un forfait dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

La prorogation étant de droit, vous n'aurez aucune formalité à remplir, pas même à la demander.

Mais, dans le cas contraire, c'est le droit commun qui régira vos rapports avec votre propriétaire dès que votre bail sera fini. Dans ce cas, il faudra donc que vous vous entendiez avec votre propriétaire pour la conclusion d'un nouveau bail et vous ne pourrez invoquer aucune taxation de loyer.

Fiscalité.

3518. — Impôt cédulaire et impôt généra sur le revenu.

Je suis en retard pour vous soumettre une observation que j'avais faite en recevant ma feuille d'impôts. J'y voyais porter :

Impôt sur profession non commerciale 16,050, impôt 579 fr. 60. Impôt général sur le revenu net de 18.000, impôt 264 fr. Je suis donc imposé deux fois pour la même somme, soit 16.050 et 2.000 fr. de revenu net, les premiers 16,050 étant le montant de mes honoraires.

Je ne pensais pas que la même somme fût imposable deux fois.

J'avais fait une observation, mais il m'a été répondu par le percepteur et le contrôleur que je n'avais rien à dire. Je m'étais donc incliné lorsqu'en lisant une note du *Concours médical* du dimanche

7 novembre 1926, nº 45, j'ai pensé que vous pourriez m'éclairer sur ce que j'ai à faire.

Voici mes déclarations : bénéfice professionnel, 16.050 fr. ; rente, 2.000 fr.

Voudriez-vous me donner votre avis ?

Dr X.

Réponse.

Tout revenu supporte légalement deux impôts :

1º L'impôt cédulaire qui frappe séparément chacune des catégories de revenus : foncier, bénéfices industriels et commerciaux, bénéfices des professions non commerciales, traitements et salaires, bénéfices agricoles, revenus de valeurs et capitaux mobiliers (ce dernier perçu par l'enregistrement lors du paiement des intérêts ou dividendes) ;

2º L'impôt général qui frappe *le total* des revenus de ces différentes catégories.

A. M.

3508. — Déduction des impôts et des frais de remplacement.

Dans ma déclaration pour l'impôt sur le revenu, j'indique le montant de mes impôts : patente, bénéfice des professions non commerciales, etc., qui sont déduits de mes divers revenus totalisés.

Ai-je le droit, dans le détail de mes *dépenses professionnelles*, de faire figurer : patente, bénéfice des professions non commerciales ?

Je croyais : oui, le contrôleur me dit : non.

Vous m'obligeriez en me faisant savoir la vérité à ce sujet.

Pour les remplaçants que j'ai l'occasion de prendre au cours de l'année (maladie, vacances...), ai-je droit de compter :

1º Honoraire	50 fr. par jour
2º Nourriture chez moi	15 fr. —
3º Nourriture de la domestique que je laisse pour assurer le service du remplaçant	10 fr. —

Dr C.

Réponse.

L'appréciation du contrôleur est inexacte. La patente et les impôts cédulaires des professions non commerciales constituent des dépenses professionnelles, mais elles ne doivent pas figurer une deuxième fois en déduction sur la déclaration du revenu global.

En ce qui concerne les remplaçants, vous avez le droit de tenir compte des frais indiqués, étant entendu que les honoraires encaissés par eux figureront intégralement dans votre bénéfice brut.

A. M.

3251. — Paiement des impôts en cas de changement de domicile.

J'ai cessé d'exercer la médecine à R. en août 1925 pour venir m'installer à S.

En temps utile j'ai fait ma déclaration au contrôleur des contributions de ma nouvelle résidence, et j'ai avisé celui de mon ex-domicile de mon départ de sa région, — avec laquelle je n'ai plus aucun lien de droit, mon successeur n'étant pas mon sous-locataire, mais ayant un bail avec mon ex-propriétaire.

Or, je reçois du percepteur de R. un avertissement d'avoir à verser à sa caisse, des impositions aux titres de la contribtion personnelle-mobilière, et des prestations pour 1926.

Cela me paraît anormal, étant donné que j'ai acquitté mes impositions diverses, impôt cédulaire, impôt sur le revenu, etc. à S., et je croyais réellement ne plus être imposable à R.

Suis-je dans le vrai, et dois-je écrire ma réclamation au contrôleur de R. ?

Ou bien dois-je réellement ces impôts du fait que j'habitais R. le 1er janvier 1925 ? Dr Y.

Réponse.

Votre imposition dans votre ancienne résidence est injustifiée. Retournez votre avertissement au contrôleur en lui précisant que vous avez cessé l'exercice de votre profession et quitté R. en août 1925. D'autre part, que vous êtes imposé dans votre nouvelle résidence.

A. M.

3550. — Exonération d'impôts sur une maison en construction.

J'ai ici une maison en construction, commencée en mars 1926, et que je compte voir terminée en 1927 pour m'y installer. Or, j'apprends aujourd'hui que pour bénéficier des exemptions d'impôts dont jouissent les immeubles neufs, il aurait fallu que je fasse à la mairie une déclaration dans les quatre mois qui ont suivi la mise en chantier. Je ne l'ai pas fait, mais n'y a-t-il aucun moyen pour bénéficier quand même des avantages accordés par la loi et sur lesquels je comptais ?

Quelles démarches tenter alors ? et quelles chances de succès ? Dr X.

Réponse.

La loi du 1er avril 1926 (loi sur les loyers) a prévu que l'exonération de contribution foncière serait de 15 ans à compter de l'année qui suivra celle de l'achèvement de l'immeuble et que la demande d'autorisation de bâtir, lorsqu'elle aura été régulièrement produite, tiendra lieu de la déclaration spéciale prévue par l'article 9 de la loi du 8 août 1890.

Si vous avez régulièrement demandé l'autorisation de bâtir, l'exemption pendant 15 ans vous est acquise ; sinon votre immeuble sera imposé la première année qui suivra celle de son achèvement.

A titre transitoire, la loi avait accordé un délai de six mois pour permettre aux propriétaires constructeurs de réclamer l'exonération, mais ce délai est expiré depuis le 3 octobre. A. M.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 2 — DIMANCHE 9 JANVIER 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **LE CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France.................... 45 fr
Etranger.. (voir conditions page IV)
Etudiants (France) .... 25 fr.
Le Numéro............... 1 fr.
C.P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579.

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

Quarante-neuvième année — N° 2 — 9 Janvier 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 58-IV)

(*Suite du Sommaire*)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

Nous rappelons encore à nos lecteurs que nos bureaux sont transférés depuis le 1er Janvier :

37, rue de Bellefond

côté rue de Maubeuge

Téléph. : Trudaine 29.25. PARIS-IXe

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 14. — Unic, 10 CV., C. I. Weymann très bon état, 9.000 km. Ecr. V. Borrien, 39, rue Boissy-d'Anglas, Paris (8e).

No 15. — De Dion-Bouton, 10 CV, cond. int. 1924, 4 pl. Eclair., démarr. électr. Freins 4 roues. Peinture neuve, excell. état de marche. Dr Capel à Vernouillet (S.-et-O.).

No 16. — Région Nord. Excell. poste méd. génér. ch.-lieu cant. Rapp. 60 à 65.000. Indemn. 27.000 compt.

No 17. — Paris. Quartier popul. Client. méd. génér. Aff. 6.000 par mois. A céd. avec un ou deux appart, de 5. p. chacun, au choix du preneur. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 18. — Banl. Sud-Est très agréable, prox. Paris, nombr. communes, poste anc. à reprend. de suite. Rapp. 40.000 minim. Appart. centre de la ville. Indemn. 35.000 dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 19. — Envir. imméd. nord de Paris, pet. rayon. Poste rapp. 50.000 minim. villa avec tout confort et grand jardin, loyer 5.000. Indemn. demand. 45.000, dont 35.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 20. — Masseur pédicure recom. par Dr dem. travail à domicile. Accepter. place fixe pour les matinées. Pierre Suby, 10, rue de Mora, à Enghien (S.-et-O.)



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les attentats contre les médecins.** — Les attentats contre les médecins se répètent. Il y a quelques semaines, le professeur Froment, de Lyon, était blessé au cours de sa visite hospitalière par un malade névropathe de son service. Ces jours derniers, à Lille, un de nos confrères de l'armée, le médecin major Moy, était également victime d'un attentat de la part d'un militaire réformé n° 2, mécontent de la décision prise à son égard par le centre de réforme. Le Dr Moy n'est pas guéri de sa blessure et le général Lacapelle, commandant le 1er Corps d'armée, vient de remettre à notre confrère la rosette d'officier de la Légion d'honneur.

Nous espérions qu'ici serait close cette liste des victimes du devoir professionnel. Il n'en est malheureusement rien. Une dépêche de Rabat, datée du 3 janvier, annonce la mort du Dr Dormoy, médecin chef de l'hôpital militaire de Meknès, tué par un soldat ivre, d'une balle à bout portant.

Les attentats deviendraient-ils, pour les médecins — partageant ce triste privilège avec les puissants du jour — le « casuel du métier », suivant l'expression qu'employa jadis le roi Humbert ?

— **Académie de médecine.** *Elections.* — M. Balzer est élu vice-président pour l'année 1927.

MM. Burnet (de Tunis) et Chaumier (de Tours) sont élus membres correspondants nationaux pour la IIIe division (Hygiène).

— **Académie de médecine.** *Lettre de M. René Laennec.* — M. Chauffard donne lecture d'une lettre de M. René Laennec, qui offre à l'Académie deux reliques de l'illustre inventeur de l'auscultation : le stéthoscope dont se servait Laennec et la tabatière que Chateaubriand lui avait donnée. L'Académie a accepté la garde de ces précieux objets historiques.

— **Ecole d'anthropologie de Paris.** *Cours de morphologie clinique.* — Le Dr Louis Dubreuil-Chambardel commencera son cours de morphologie clinique le mardi 11 janvier, à 4 heures, dans l'amphithéâtre de l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, et le continuera les mardis des mois de janvier et de février à la même heure.

Ce cours sera consacré à l'étude anatomique et clinique des *malformations congénitales du rachis.* On y exposera plus spécialement les notions nouvelles sur la scoliose congénitale et les malformations du sacrum et du pelvis.

— **Les « Fables » du professeur Ch. Richet.** *Edition de luxe.* — La Société des médecins parisiens de Paris a décidé de faire une édition de luxe à tirage limité des « Fables » de son président d'honneur, le professeur Charles Richet, membre de l'Institut, Prix Nobel. Ces « Fables », intitulées « Pour les grands et pour les petits », seront éditées à 210 exemplaires et formeront un volume de 200 pages environ, illustré de cinquante lithographies originales de Raphaël Drouart (Prix : 350 fr. et 650 fr.). Les souscriptions sont recueillies par le Dr Doin, 8, place de l'Odéon. Paris VIe.

— **Le calendrier du Mont-Dore.** — Le petit calendrier drolatique de poche du Mont-Dore a paru : amusant défilé des maladies qu'on soigne dans la célèbre station des bronches, évoquées avec une grande fantaisie par le maître-crayon de Grand'Aigle.

Envoi sur demande à la Cie du Mont-Dore, 19, rue Auber, Paris (9e).

— **Pâques 1927 au Maroc et en Algérie.** — La Société des Hôtels Nord-Africains et la Compagnie Générale Transatlantique désireuses de faire connaître aux médecins les merveilles de Fez, de Marakech et de notre Maroc ont consenti des conditions spéciales à un voyage médical pour les fêtes de Pâques.

Embarquement à Marseille : 9 *avril* 1927.

Débarquement à Bordeaux : 3 *mai.*

Trajet : Oran, Tlemcen, Oudjda, Taza, Fez (4 jours), Moulay, Idriss, Volubilis, Meknès, Rabat, Marrakech (3 jours pleins), Casablanca (embarquement pour Bordeaux).

25 jours, dont 20 en Afrique du Nord.

Prix médical forfaitaire (absolument tout compris) : 6.900 fr. par personne (médecin et famille), en 1re classe (paquebots et hôtels). Visite des villes et curiosités avec commissaire, guide, pourboires à bord et dans les hôtels.

Nombre de voyageurs limité (à quinze).

Demander des renseignements par lettre au Dr Ségard, 1, rue Clovis, Paris (5e), qui est chargé de centraliser les adhésions.

A TRAVERS L'OFFICIEL

19 *décembre.*

Budget général de l'exercice 1927.

Spécialités pharmaceutiques.

Art. 13. — Sont considérés comme spécialités, les produits dont le fabricant ou le vendeur recommande l'emploi au moyen d'une publicité réalisée par voie d'affiches, annonces, circulaires ou prospectus, lorsque cette publicité est de nature à atteindre d'autres personnes que les médecins, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les vétérinaires.

Soins aux pensionnés de guerre.

Art. 102. — Le paragraphe 10 de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922, est complété comme suit :

« Ces commissions auront qualité pour imputer à l'une des parties en cause, soit isolément, soit conjointement, les sommes indûment réclamées à l'Etat et pour prononcer éventuellement, en cas d'abus caractérisé, l'exclusion temporaire ou définitive du droit de recevoir ou de délivrer des soins ou des produits au titre du présent article. »

22 *décembre*

Médecine coloniale.

Décret du 18 décembre 1926 portant création d'un budget annexe dit « de la santé publique et de l'assistance médicale indigène » au budget spécial du Togo.

24 *décembre* 1926.

Modification du Tarif Durafour.

(*Tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail*).

Par arrêté du 16 décembre 1926, devant prendre effet à partir du 1er janvier 1927, les modifications ci-après ont été apportées au tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail :

1° Le prix de la visite ou de la consudation, fixé à l'article 1er dudit tarif, est porté de 10 fr. à 12 fr. ;

2° L'indemnité de déplacement, fixée à l'article 2, est portée, dans les villes de moins de 100.000 habitants et dans les campagnes, de 1 fr. 10 à 1 fr. 50 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour pour les régions de plaine, et de 1 fr. 65 à 1 fr. 80 pour les régions de montagne. Le régime spécial appliqué aux régions dévastées est supprimé ;

3° A l'article 26, la majoration des frais et honoraires prévus aux paragraphes Ier à VI dudit article pour les médecins électroradiologistes et radiothérapeutes est portée de 20 à 50 p. 100.

Réponse d'un Ministre à la question d'un Parlementaire.

Visite des asiles d'aliénés par les maires.

9789. — M. Coppeaux, député, expose à M. le Ministre du travail qu'en application de l'article 4 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, le maire dela commune a, avec d'autres personnalités, la charge de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés et demande au ministre de lui faire connaître dans quelles conditions un maire d'une commune sur le territoire de laquelle existe un établissement recevant des malades mentaux, au titre de la loi du 30 juin 1838 (placés volontairement et internés d'office) peut remplir la mission dont il est chargé par cet article. (*Question du 12 novembre 1926.*)

Réponse. — Il n'existe pas de texte précisant les conditions dans lesquelles un maire d'une commune, désigné par l'article 4 de la loi du 30 juin 1838 parmi les personnes chargées de visiter les établissements publics et privés concernant les aliénés, doit accomplir sa mission. Mais, si les visites auxquelles il est astreint n'ont fait jusqu'à ce jour l'objet d'aucune réglementation spéciale, son rôle n'en a pas moins été défini par les articles 4 et 12 de la loi. L'article 4 est ainsi conçu : « Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui, ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du

roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics et privés consacrés aux aliénés. Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées et prendront à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position. » L'article 12 de la loi qui institue le livre registre sur lequel seront inscrits les renseignements concernant chaque malade, dispose, *in fine* : « Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, auront le droit de visiter l'établissement lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite ; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu. » Ainsi le rôle de l'administration locale, de par la loi même, est un rôle de surveillance laissée, d'ailleurs, à la bonne volonté et à l'initiative du maire et dont le but est d'éviter les abus, et d'assurer le bon traitement des malades. (*J. O.*, 18 décembre 1926.)

Encore un oublié

GAILLETON

Un de nos lecteurs de la région lyonnaise nous écrit :

Mon cher Confrère,

Vos « Propos du Jour » dans notre *Concours*, nous ont émus, sinon étonnés, en nous apprenant que les tombes de nos gloires médicales au Père-Lachaise, de Dupuytren, de Desormeaux, de Sappey, de Chaussier, de Pinel, de Bichat se trouvaient en état de délabrement et de complet abondon.

Ces hommes cependant ont prodigué à leur pays les trésors de leur intelligence et de leur cœur ; Dupuytren y a ajouté une libéralité de 200.000 francs ; il n'est pas mieux traité et son nom s'est effacé de son mausolée.

Nous avons éprouvé une tristesse et une honte plus profondes encore en lisant cette semaine dans les journaux : « Le fils de l'ancien maire de « Lyon, du docteur Gailleton, professeur à la « Faculté de médecine, vient de mourir à 63 ans « dans la plus complète détresse. Il n'avait aucune ressource et touchait 16 francs par mois « du Bureau de Bienfaisance. »

Et mon souvenir attristé se reporte à 35 ans en arrière ; je revois le savant professeur à son cours de dermatologie à l'hôpital de l'Antiquaille, je le vois dirigeant les débats à l'Hôtel-de-Ville, ou présidant une assemblée électorale avec aux dents sa pipe en terre de deux sous : toujours la même finesse, la même droiture, la même bonté.

Je le revois mieux encore dans son très modeste appartement de la rue de l'Hôtel-de-Ville ou du quai Saint-Antoine.

Pendant un quart de siècle, Gailleton géra les finances de la seconde ville de France, il dépensa des millions pour de grandes et belles choses, pour donner du soleil et de l'air au sinistre quar-

tier Grolée, et Gailleton, que ses successeurs trop pressés accusaient de concussion et de vénalité, Gailleton, après 25 ans de vie consulaire, mourait pauvre !

Et après ? Après, on n'était plus envieux, ni jaloux, on donna son nom à un quai sur le Rhône. Après ? après, pour la satisfaction d'un comité en quête de rubans et d'une coterie, on lui éleva un pompeux monument, qui jure avec la simplicité de sa vie, qui jure plus encore avec l'épilogue de l'histoire.

Gailleton avait un fils ; il l'attacha à une affaire de presse que sa fortune politique contribua à rendre très prospère.

Mais le père mort, donc inutile, le fils fut mis au rancart ; il vient de mourir de faim dans un taudis.

Croyons-en Balzac : « Reconnaissance est un mot d'imbéciles ; on le met dans le dictionnaire, mais il n'est pas dans le cœur humain. »

Docteur B.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7470 Salmon, La Charité-sur-Loire (Nièvre), Syndicat de la Nièvre.
7471 Dubois, Mantes (Seine-et-Oise), Syndicat de Mantes.
7472 Bertemes, Charleville (Ardennes), Syndicat des Ardennes.
7473 Hainault, Epinal (Vosges), Syndicat des Vosges.
7474 Chabert, Cavaillon (Vaucluse), Parrains : Drs Brun et Curel.
7475 Dayet, Pont-de-Roide (Doubs), Syndicat du Doubs.
7476 Henry, Cavaillon (Vaucluse) Syndicat d'Avignon.
7477 Rajade, Montaigu (Tarn-et-Garonne), Syndicat de Tarn-et-Garonne.
7478 Dory, Marcillat (Allier), Parrains : Drs Saillant et Royet.
7479 Alardo, Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), Syndicat des Pyrénées-Orientales.
7480 Mme Labeaume, 14, quai d'Orléans, Paris, Société Médicale de l'Hôtel-de-Ville.
7481 Becue, Bourron-Marlotte (Seine-et-Marne) Syndicat de Seine-et-Marne.
7482 Ginoux, Châteaurenard (B.-du-R.) Association des Médecins de Châteaurenard.
7483 Courty, 3, place de la République, Lille (Nord), Syndicat de Lille.
7484 Jean, 38, rue du Tondu, Bordeaux (Gironde), Parrains : Drs Labau et Papin.
7485 Mme Crussol, Thiers (Puy-de-Dôme), Syndicat de Thiers.
7486 Escalon, Bédarrides (Vaucluse), Parrains : Drs Moreau et Jamain.
7487 Dassonville (Marc), 293, rue de Belleville, Paris, Parrains : MM. les Drs Dassonville.
7488 Mme Joltrois, 125, rue de Sèvres, Paris, Syndicat de la Seine.
7489 Durand, Gérardmer (Vosges), Syndicat des Vosges.

7490 BUJADOUX, 18, rue d'Algérie, Lyon (Rhône), Syndicat du Rhône.
7491 BRANCHU, Cour-Cheverny (Loir-et-Cher), Syndicat de Loir-et-Cher.
7492 RAGOUNEAU, Decize (Nièvre), Syndicat de la Nièvre.
7493 DEBIENNE, Orléans (Loiret), Syndicat du Loiret.
7494 DETES, Raphèle-lès-Arles (Bouches-du-Rhône), Syndicat d'Arles.
7495 CHEVALLIER, 104, boulevard de la Croix-Rousse, Lyon (Rhône), Syndicat du Rhône.
7496 GOURIOU, Pleyben (Finistère), Syndicat de Châteaulin.
7497 ARBEZ, Feurs (Loire), Association Générale des Médecins de France.
7498 VOISIN, Conflans-Sainte-Honorine (Seine-et-Oise), Syndicat de Seine-et-Oise.
7499 PERRIER, Pontcharra-sur-Bréda (Isère), Syndicat de Grenoble.
7500 MEYNARD, Bourg (Gironde), Syndicat de Blaye.
7501 JAÏS ou YAICH, 3, rue de la Lyre, Alger, Syndicat d'Alger.
7502 LABBÉ, Cambrai (Nord), Syndicat de Cambrai.
7503 LEROY, Le Havre (Seine-Inférieure), Syndicat du Havre.
7504 ERTAUD, Nantes (Loire-Inférieure), Syndicat de Nantes.
7505 MALESPINE, Courpière (Puy-de-Dôme), Syndicat de Thiers.
7506 POROT, 29 rue Mogador, Alger, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine. Parrains : Drs Boudin et Maurat.
7507 ROCHAIX, Pont-en-Royans (Isère), Syndicat de Saint-Marcellin.
7508 BRESSOT, Vals-les-Bains (Ardèche), Syndicat du Bas-Vivarais.
7509 GARNIER, Saint-Denis-du-Sig (Oran), Syndicat d'Oran.
7510 ROLLIN, Levallois-Perret (Seine), Syndicat de la Seine.
7511 AUDY, Senlis (Oise), Syndicat des Stomatologistes Français.
7512 PRIVAT, 79, rue de l'Eglise, Paris, Parrains : Drs Delthil et Menguy.
7513 FERRIER, Campagne-lès-Hesdin (Pas-de-Palais), Syndicat de Montreuil.
7514 MOREAU, Saint-Jean-de-Sauves (Vienne), Syndicat de la Vienne.
7515 BETTREMIEUX, Jumilhac (Dordogne), Parrains : Drs Chibrac et Lafon.
7516 AURENCHE, 8, rue Belgrand, Paris, Syndicat de la Seine.
7517 HERROUET, Courbevoie (Seine), Association de la Banlieue -Ouest.
7518 LEROY, Angers (Maine-et-Loire), Syndicat d'Angers.
7519 ADDA, 98, rue Michelet, Alger, Association générale des Médecins de France.
7520 KRAINIK, 1, rue Chardin, Paris, Syndicat de la Seine.
7521 SCHAEPELYNCK, Lille (Nord), Syndicat de Lille.
7522 TROTABAS, Elbeuf (Seine-Inférieure), Syndicat d'Elbeuf.
7523 GIBOTTEAU, Cormery (Indre-et-Loire), Syndicat d'Indre-et-Loire.
7524 CONS, Annecy (Haute-Savoie), Syndicat de la Haute-Savoie.
7525 BOULAI, Rennes (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Rennes.
7526 TSAKIRIS, 144, rue de Flandre, Paris, Parrains : Drs Heins et Bérillon.
7527 DE PARREL, 70, boulevard Malesherbes, Paris, Parrains : Drs Duchesne et Boudin.

7528 Cany, La Bourboule (Puy-de-Dôme), Syndicat du Puy-de-Dôme.
7529 Louis, Versailles (Seine-et-Oise), Syndicat de Versailles-Ville.
7530 Bourdiol, Neuvéglise (Cantal), Prévoyance Médicale.
7531 Deroche, Reims (Marne), Syndicat de Reims.
7532 Margaillon, Pertuis (Vaucluse), Syndicat d'Aix.
7533 Musso, Saintes (Charente-Inférieure), Syndicat de la Charente-Inférieure.
7534 Libold, Lagnieu (Ain), Syndicat de Bourg-Trévoux.
7535 Biard, La Châtre (Indre), Syndicat de l'Indre.
7536 Minard, Brest (Finistère), Syndicat de Brest.
7535 Zuber, Madonne et Lamerey (Vosges), Association des Vosges.
7538 Garraud, Confolens (Charente), Syndicat de la Charente.
7539 Courcelle, Oran (Algérie), Syndicat d'Oran.
7540 Pinel, Pont-Rousseau (Loire-Inférieure), Syndicat de Nantes.
7541 Delattre, Reims (Marne), Syndicat de Reims.
7542 Legal, Fouesnant (Finistère), Syndicat du Sud-Finistère.
7543 Bertrand, Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord) Parrains : Drs Boudin et Maurat.
7544 Buquet, 270, boulevard Raspail, Paris, Syndicat de la Seine.
7545 Adoue, Toulouse (Haute-Garonne), Association de Toulouse.
7546 Hallot, Noyon (Oise), Parrains : Drs Delobel et Veroudart.
7547 Fournier (Jean), Blérancourt (Aisne), Syndicat de Laon.
7548 Barbot, 168, boulevard Baille, Marseille, Syndicat de Marseille.

Les admissions ci-dessus deviendront définitives si elles ne sont l'objet d'aucune protestation dans la quinzaine de la présente publication.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Dans quels cas, en clientèle, un médecin peut-il être rendu responsable des fautes d'une infirmière ?

L'article 1384 du code civil est ainsi conçu :

« On est responsable, non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes, dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde..... Les maîtres et les commettants du dommage causé par leurs domestiques et préposés dans les fonctions auxquelles ils les ont employés..... La responsabilité ci-dessus a lieu, à moins que les père et mère, instituteurs et artisans ne prouvent qu'ils n'ont pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité. »

Une jurisprudence assez abondante a été rendue dans le sens que les maîtres ou commettants sont responsables du dommage causé par leurs

Voir la suite page LI-109

PROPOS DU JOUR

L'importance de la question vitale de l'immigration en France.

Une politique méthodique et réalisatrice est indispensable Quelques données statistiques. Réalisations immédiates nécessaires et possibles : L'examen des immigrés aux frontières et la question de leur logement d'après le rapport de R. Martial au Congrès d'Hygiène.

L'immigration est devenue, après les pertes énormes de la guerre, une question de première importance, même une question vitale pour notre pays. La dépopulation et la pénurie de la main-d'œuvre nous ont obligés d'avoir recours aux étrangers. Si gouverner est prévoir, Gouvernement et Parlement auraient dû, le lendemain même de l'armistice, songer à réglementer l'immigration, à sélectionner les immigrants, à mettre aux frontières un crible destiné à arrêter les indésirables. Cela était nécessaire au double point de vue démographique et sanitaire. Mais nos gouvernants et nos parlementaires avaient mieux à faire qu'une politique utile au Pays. Que leur importaient la santé des Français et l'avenir de notre race ? Il était plus intéressant de se chamailler entre partis, de renverser les ministères, de satisfaire d'inavouables ambitions et de songer à la réélection incertaine.

Cependant la question de l'immigration est d'importance, il suffit pour s'en convaincre de jeter les yeux sur les renseignements statistiques que M. Maurice Reclus a donnés dans un très intéressant feuilleton du *Temps* du 13 novembre 1921.

La question de l'immigration, si elle a pris une importance excessive après la guerre, était posée bien avant.

En 1851, il y avait en France 375.000 étrangers En 1914, leur nombre s'élevait à 1.732.000 et en 1924, il dépassait 2.845.000.

Sur ces 2.845.000 immigrés, l'on comptait :

64.597 Allemands.
460.352 Belges.
467.156 Espagnols.
807.659 Italiens.
310.265 Polonais.
91.461 Russes.

Au cours de 1923, 272.877 ouvriers étrangers étaient entrés en France, et 69.951 seulement en étaient sortis.

Dans le deuxième semestre de 1925, le seul département du Nord, dont la population était de 1.961.780 habitants, comptait 270.212 étrangers dont 184.282 Belges. A la fin du premier trimestre 1926, le département des Alpes-Maritimes, dont la population atteint 357.759 habitants, donnait l'hospitalité à 110.950 étrangers dont 84.724 Italiens. La masse rurale de la France qui comprenait en 1916, 76 % de la population, tombait à 50 % cette année.

Les départements du Gers, du Lot-et-Garonne, de la Haute-Garonne sont cultivés par des Italiens et des Espagnols.

Trois millions d'étrangers vivent actuellement en France. Beaucoup y feront souche. Avec notre faible natalité, ils seront quatre millions avant peu et nous ne comptons pas nos sujets orientaux et africains du Nord qui viennent en grand nombre.

Cet afflux étranger peut être pour nous un bienfait ou un grand danger. Un bienfait si par une sélection rigoureuse, l'on n'ouvre les portes qu'à des individus sains au point de vue physique et moral ; un danger, si l'on accueille sans sélection les malades chroniques et souvent aigus, les aliénés et la lie de tous les autres peuples. L'on conçoit en cas de guerre ou de troubles sociaux, les difficultés qui surgiraient.

Un autre danger qu'il conviendrait de conjurer, c'est celui de la formation de colonies étrangères importantes et compactes sur notre territoire échappant à notre emprise. Il convient de régler la répartition des immigrants en France et de favoriser la naturalisation de bons éléments. Les Etats-Unis qui comptaient 4 millions de citoyens en 1787, en ont grâce à l'immigration 117 millions aujourd'hui et la nation américaine est d'une incontestable solidité.

Il convient de réglementer l'immigration, d'avoir une politique de l'immigration. Pour cela il faut d'abord faire une sélection des immigrants avant de les laisser entrer en France, les répartir utilement, empêcher la formation de colonies importantes et compactes, favoriser surtout l'immigration des familles, les enfants étant toujours plus facilement assimilés.

***

Pour réaliser cette politique de l'immigration, il est deux questions principales qu'il convient, avant tout, de résoudre : 1° L'examen sanitaire des immigrants à la frontière pour en assurer la sélection ; 2° leur logement dans le pays.

Ce sont ces deux questions que le Dr René Martial a traitées magistralement dans un remarquable rapport au Congrès d'hygiène.

En analysant ici le rapport de R. Martial, nous mettrons à la fois en relief l'importance des deux questions qu'il traite et nous montrerons qu'il serait relativement facile de réaliser toutes leurs exigences.

R. Martial rappelle que, lors d'un voyage à Hambourg, en 1912, il fut vivement intéressé par les précautions que prenaient les autorités allemandes au dock aux fruits pour s'assurer, avant de laisser débarquer les cargaisons, que les graines et les fruits ne contenaient pas de parasites nuisibles, capables de se développer sur le territoire de l'Empire. Des prélèvements étaient faits dans les cargaisons, examinés, analysés dans un laboratoire spécial et l'interdiction de débarquer les fruits altérés était absolue.

Pourquoi ne fait-on pas de même pour les immigrants, ce qui nous paraît d'une bien autre importance.

Aux Etats-Unis, des mesures aussi sévères ont été prises pour empêcher l'entrée des indésirables.

D'abord, l'on s'efforce de trier les immigrants dans leur pays d'origine et au port d'embarquement et là s'exercent un veto consulaire et un veto sanitaire effectifs qu'il nous serait bon d'imiter, surtout dans nos colonies où étant absolument maîtres, il nous serait facile de faire un triage sérieux parmi les indigènes avant d'autoriser leur départ.

Les Américains procèdent à l'examen sanitaire des immigrants à la frontière même, au port et non à quelques kilomètres, ce qui facilite toujours les infiltrations d'indésirables. Leurs centres d'examen sont pourvus d'établissements d'hébergement suffisants. La fiche que le consul a remis à l'immigrant avant son départ facilite l'examen. Le médecin sanitaire, par des procédés simples et rapides, juge de l'état de santé général et de l'état mental de l'immigrant et le moindre signe suspect fait réserver ce dernier pour un examen plus minutieux, surtout s'il a dépassé 45 ans. Les individus réservés sont répartis en trois classes.

La classe A composée d'idiots, de faibles d'esprit, d'épileptiques, d'aliénés, d'alcooliques, de tuberculeux, de contagieux est impitoyablement refusée.

La classe B comprend tous les tarés dont les maladies ou les défectuosités diminuent la capacité de travail ou qui nécessitent des soins. Les individus de cette classe peuvent être acceptés ou refoulés après l'examen sérieux de leur dossier.

La classe C comprend tous les cas qu'on ne peut peut faire entrer en A, ni en B.

Rien de tout cela n'existe en France. Dans un de nos grands ports, on a, il est vrai, essayé de faire quelque chose, mais ce fut avec des moyens si ridiculement restreints que le service resta à l'état d'embryon et ne put donner aucun résultat efficace.

***

Le *recrutement des immigrants* se fait, pour la France, par la *Société générale d'immigration* qui est chargée de répondre aux besoins des industries et s'efforce surtout de recruter des familles. Le choix est fait dans le pays d'origine et l'on y procède sur la demande de la Société à un examen médical, moins rigoureux que celui des Américains, mais déjà suffisant.

Aux frontières de France, il n'y a aucun barrage. C'est à une grande distance de ces frontières que l'on procède à l'examen sanitaire. Pour les Espagnols, ce n'est pas à Cerbère, mais à Perpignan..

Pour les Polonais, les Tchéco-Slovaques, l'examen a lieu à Toul. L'on peut se rendre compte avec quelle facilité un individu peut s'échapper après avoir franchi la frontière avant d'atteindre le centre d'examen.

Les centres d'examen doivent être accompagnés de centres d'hébergement. Il en existe à Cerbère, à Jeumont, à Toul, à Saint-Louis-en-Bâle sur lesquels courent des bruits déplorables dont le monde du travail et les milieux féministes reçoivent les échos. Le Président de la Société de médecine publique et de génie sanitaire demanda au ministère de l'hygiène pour R. Martial l'autorisation de visiter ces centres. Le ministère refusa, prétendant qu'aucune enquête en dehors de celles faites par ses inspecteurs n'était nécessaire....

Il serait cependant indispensable d'organiser un contrôle sanitaire sérieux aux frontières même. Cela pourrait se faire sans trop de frais ; en tous cas s'en passer est une économie fort coû-

teuse, car les malades et surtout les aliénés sont des indésirables qui occasionnent de gros frais au Pays. Ce contrôle doit être fait, répétons-le, dans les ports et le plus près de la frontière. A Marseille, ce devrait être dans les îles Pomègues et Ratonneau et non au-delà du Pradeau où actuellement on y procède. Il faudrait construire un centre hôpital, des salles d'examen et des laboratoires. Le coût de tout cela, qui ne serait jamais excessif, se répartirait entre l'Etat, le département, la commune et les groupements industriels, agricoles et commerçants qui réclament le concours de la main-d'œuvre étrangère. Quant au personnel, il existe. Les médecins hygiénistes, les médecins sanitaires maritimes, qui sont à terre, rempliraient volontiers cette mission et le personnel secondaire ne ferait pas défaut, maintenant que les écoles d'infirmières se sont multipliées. Les frais d'hospitalisation qui seraient ainsi économisés, couvriraient facilement les dépenses de la nouvelle organisation. Pour certaines maladies comme la syphilis et les fièvres palustres, on n'éliminerait pas les non contagieux, mais on les astreindrait à se faire soigner sérieusement comme cela se faisait durant la guerre. D'ailleurs, l'initiative privée a pour une faible part remédié à la carence administrative. Les viticulteurs du Languedoc donnent de la quinine aux travailleurs qui se rendent sur le bord des étangs pour y vendanger et à Paris se sont fondées, sous le patronage du Prof. Letulle, des œuvres de prophylaxie polyglottes pour préserver des maladies évitables et surtout de la syphilis, les travailleurs venus de tous les pays.

L'administration n'est pas demeurée absolument inactive. Le ministère de l'Intérieur par un arrêté exige l'examen médical des Nord Africains. Il eût été préférable d'établir l'examen au départ.

Mais tout cela est insuffisant, ce n'est pas une loi qui est à faire, mais toute une législation à codifier.

***

R. Martial a encore étudié l'organisation des logements des immigrants à l'intérieur du pays.

Ubi bene, ibi patria. La question du logement commande celle de la stabilisation et de l'assimilation de la main-d'œuvre étrangère. Les industriels intelligents qui tiennent à conserver leurs ouvriers, préfèrent embaucher des familles et, pour les retenir, leur assurent des logements vastes, aérés, salubres, coquets, avec eau, électricité, chauffage, jardins avec fleurs et légumes.

L'école, elle aussi, est un puissant moyen d'assimilation. Regrettons en outre, avec R. Martial, la méconnaissance en France de l'influence des religions, religions dont il serait facile de tirer parti.

Les industriels ne sont pas les seuls à avoir créé des cités jardins, un effort analogue a été tenté pour les ouvriers agricoles et nous en avons un exemple à quelque cent kilomètres de Paris.

Les célibataires sont infiniment moins stables que les familles ; souvent ils changent d'industrie et finissent par échouer à Paris et dans le département de la Seine où trop souvent leur démoralisation s'aggrave et en fait des indésirables dangereux. L'on a fait dans l'Est, et notamment aux aciéries de la Marne et d'Homécourt, aux mines de fer d'Auboué et aux mines de Pienne de sérieux efforts pour les fixer.

***

Réalisations encourageantes. — R. Martial a fait une enquête minutieuse dans le Bassin de Briey, dans le bassin houiller du Nord, dans les régions agricoles de l'Oise et de l'Aisne. Les résultats de cette enquête sont si intéressants que nous ne saurions les passer sous silence.

Les forges et aciéries de la Marine et d'Homécourt se sont surtout attachées à résoudre le problème des célibataires. Une hôtellerie modèle a été créée pour eux où on leur donne la nourriture sous la surveillance d'une religieuse de Saint-Vincent-de-Paul. Notons qu'au restaurant la constatation curieuse suivante a été faite et elle ne manque pas d'intérêt : un Russe dépense 4 francs par repas, un Français 3 francs, un Italien 1 fr. 50.

Dans ces centres, on ne fait aucune distinction entre Français et étrangers. Non loin de l'hôtellerie, a été, en outre, construit un cantonnement pour 200 célibataires presque tous Polonais qui sont couchés et ont trois bons repas pour un total quotidien de 7 fr. 50.

Le quartier polonais où se trouvent des familles possède une école française obligatoire et une école polonaise complémentaire ; le culte est assuré par des prêtres polonais et cependant un grand nombre d'enfants polonais ne parlent que le français. Les usines d'Homécourt ont fait un effort sérieux pour bien organiser l'école de jeunes filles et elles ont créé un ouvroir pour ces dernières quand elles ne sont pas occupées à l'usine. Des services médicaux avec médecins et infir-

mières Français et Russes fonctionnent régulièrement.

Il est intéressant de donner la statistique des ouvriers employés par les aciéries de la Marine et de Homécourt. Le nombre total des ouvriers est de 3.289. Parmi eux on compte : 1.008 Français, 1.393 Italiens, 615 Polonais, 203 Russes, 27 Belges, 27 Luxembourgeois, 18 Tchécoslovaques, 12 Serbes, 4 Espagnols, 4 Marocains, 2 Portugais, 2 Suisses. La main-d'œuvre italienne est tout praticulièrement appréciée.

Les mines de fer d'Auboué emploient surtout des Italiens et des Polonais. Pour obtenir un meilleur rendement et stabiliser le personnel, le Directeur s'est attaché à en étudier le caractère. C'est ainsi qu'il a constaté une très notable différence entre les Polonais venant de la Ruhr, qui ont subi l'éducation allemande et leurs compatriotes venus directement de Pologne. Dans la région, les maisons publiques sont peu nombreuses ; les maladies vénériennes peu fréquentes, surtout si l'on établit une comparaison avec ce que l'on constate dans le département de la Seine.

Aux mines de Pienne, isolées dans la campagne, loin des centres urbains, le travail est plus dur, les femmes ne peuvent y être employées. Aussi, malgré tous les efforts de stabilisation, les ouvriers se renouvellent tous les ans dans la proportion de 50 pour 100.

Des cités ouvrières avec terrains de culture, un jardin d'enfants, une école ménagère, une salle de conférences avec cinéma, une coopérative, une caisse de secours, les soins médicaux et pharmaceutiques, une consultation de nourrissons, des cercles d'employés, sont mis à la disposition du personnel. Les enfants étrangers fréquentent l'école française. Les logements comprennent de 3 à 6 pièces selon l'importance des familles qui peuvent obtenir l'autorisation d'héberger un parent célibataire comme pensionnaire. La direction songe à créer des ateliers pour occuper les femmes et les jeunes filles qui ne peuvent travailler dans les mines.

La région du Nord est celle où R. Martial a constaté les plus grands progrès. Il connaissait bien cette région avant la guerre, puisqu'il remplissait à Douai les fonctions de directeur du bureau d'hygiène.

A Anzin, 27.513 ouvriers sont actuellement occupés. Avant la guerre leur nombre était de 17.450.

Sur les 27.513 ouvriers, 9.519 sont étrangers et 17.994 sont Français. Les étrangers comprennent 1.390 Belges, 2 Américains, 305 Italiens, 12 Anglais, 8 Russes, 7.096 Polonais, 264 Espagnols, 121 Algériens, 72 Marocains, 94 Hongrois, 125 Tchéco-slovaques, 11 Serbes, 2 Autrichiens, 6 Somalis, 4 Hollandais, 3 Portugais, 1 Suisse, 1 Lithuanien, 2 Sarrois.

Les mines d'Anzin avaient bien avant la guerre fait un sérieux effort pour stabiliser leur main-d'œuvre. En 1913, elles perdaient chaque année 68 % du personnel, en 1925, elles ne perdent que 20 %.

Un élément d'ordre important est le gros contingent de Polonais wespthaliens accoutumés à la discipline allemande. D'ailleurs l'ordre qui y règne est parfait et la moralité publique excellente. L'école y est française et l'église française y est desservie par des prêtres Polonais.

La direction s'efforce de faire des panachages de diverses nations, pour favoriser la stabilisation et l'assimilation.

Les cités-jardins d'Anzin sont de véritables merveilles. R. Martial a visité la Cité Taffin à Vieux-Condé, la Cité Pinson à Raismes. Dès leur arrivées de Valenciennes ou de Toul, les familles ouvrières sont reçues de suite dans un logement hygiénique parfait, et la Compagnie leur cède à prix coûtant le mobilier et les ustensiles dont elles ont besoin.

La Cité Pinson compte 400 maisons pour 1.600 habitants, en moyenne 4 habitants par maison. Les habitants sont des Espagnols, des Polonais et des Français. La Cité est pourvue d'une église, d'une école ménagère d'un dispensaire, d'une consultation de nourrissons, d'une école avec 12 classes de 50 élèves. Chaque maison possède un jardin avec fleurs et légumes. Des autobus transportent les ouvriers qui vont travailler à la mine.

Le logement d'une seule famille revient en moyenne à 30.000 francs ; un logement de 5 pièces à 43.000 francs. Le transport de chaque ouvrier coûte 1.500 francs par an. En trois mois, les enfants étrangers commencent à se faire comprendre en français.

Des bibliothèques sont ouvertes. Les Espagnols lisent beaucoup, les Français ne lisent pas. Les Espagnols et les Français s'unissent souvent en mariages mixtes ; les Polonais ne se marient qu'entre eux. La moyenne quotidienne des malades (sans les blessés) est de 7 à 8 %.

La stabilisation des célibataires va en s'accroissant ; les pertes annuelles qui étaient avant la guerre de 45 %, sont tombées en 1925 à 19 %.

Aux mines de Dourges, les résultats sont ana-

logues bien que la population polonaise soit en plus forte proportion. Là encore on trouve des Cités qui sont des modèles.

René Martial affirme que la France peut être fière des efforts faits et des résultats obtenus dans l'Est et surtout dans la région du Nord.

Mais cette belle médaille a son revers, c'est Paris et le département de la Seine. La constatation est pénible, mais elle s'impose, rien n'a été fait de bon pour le logement des étrangers, pas plus du reste que pour celui des Français.

Les industriels parisiens désirent certainement autant que ceux de l'Est et du Nord loger leur personnel et le stabiliser le plus possible. Ils se heurtent à des difficultés insurmontables, à savoir : le trop grand nombre des célibataires, le surpeuplement du département, le manque de terrain pour y établir des Cités-jardins ou le trop grand éloignement de ces terrains des usines.

Les ouvriers célibataires et même les autres habitent des garnis, véritables taudis où ils prennent des habitudes d'alcoolisme. Certains immigrants, comme les Arméniens, auraient pu être facilement assimilés. Ayant quitté la Turquie sans espoir de retour, les Arméniens, sobres, travailleurs, économes, intelligents se seraient facilement fondus dans la population française, si l'on avait fait un effort pour leur donner une hospitalité convenable.

René Martial, rappelle qu'en avril 1924, il émit le premier dans les *Annales d'Hygiène*, l'idée de créer des foyers musulmans pour les indigènes de l'Afrique du Nord. Dépayser des Nord-Africains sans leur assurer un foyer où ils peuvent retrouver leur religion, leurs habitudes, leurs mœurs, leur cuisine, etc., c'est les vouer à toutes les déchéances physiques et morales. Il est à souhaiter que la création de la Mosquée de Paris détermine la fondation de foyers musulmans.

Le danger le plus grave qui guette l'immigrant à Paris est le danger vénérien. L'œuvre prophylactique de l'Ouest parisien, que patrone le Pr Letulle, pourvu d'un personnel polyglotte qui assure des soins éclairés et répand des tracts sur les précautions à prendre, rédigés en arabe, rend de très grands services et devrait être développée ou imitée.

La conclusion du rapport lumineux de René Martial s'impose :

Il serait très facile de réaliser une bonne politique de l'immigration. Il suffirait d'organiser l'examen sanitaire aux frontières même et, si possible, en partie, dans le pays de départ.

Quant à la question primordiale, celle du logement, facteur le plus important, qui conditionne la stabilisation et l'assimilation des immigrants, elle est résolue dans l'Est et le Nord et souvent merveilleusement. Seuls, Paris et sa région sont dans un état navrant si l'on veut les comparer aux grandes régions industrielles. Et René Martial termine par cette constatation, humiliante pour notre amour-propre de Parisien, mais indiscutablement exacte : Le département de la Seine est le département français le plus mal partagé en matière d'immigration, aussi bien d'ailleurs qu'en hygiène générale.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

FORMES CLINIQUES DES ACCIDENTS SÉRIQUES (1)

Par

R.-J. WEISSENBACH et Gilbert DREYFUS

Médecin des Hôpitaux de Paris. **Interne des Hôpitaux de Paris.**

Les indications de la sérothérapie se sont considérablement étendues depuis quelques années, et il n'est pas de médecin qui n'ait eu à observer et à traiter plusieurs cas d'accidents sériques, d'ordinaire bénins, mais parfois inquiétants, sinon graves.

Les accidents sériques ont été l'objet, surtout dans ces cinq dernières années, de très nombreux travaux, concernant leur description, leur prophylaxie et leur traitement. On a, récemment, décrit des formes cliniques nouvelles, atypiques, comme les paralysies, l'orchite, l'adénite, etc... qu'il y a intérêt à bien connaître pour rapporter ces manifestations à leur véritable cause. Reprenant la question dans son ensemble, au point de vue de l'étude symptomatique, nous voudrions, dans les pages qui suivent, donner une description précise et complète, quoique exempte de tout détail inutile, des formes cliniques des accidents sériques.

Nous envisagerons successivement :

I. — *Les réactions générales précoces.*
II. — *Les réactions générales tardives.*
III. — *Les réactions locales.*
IV. — *Les réactions focales.*

***

I. — Réactions générales précoces.

Dans leur monographie sur les accidents sériques, V. PIRQUET et SCHICK décrivent sous le nom de réactions immédiates (sofortige reaktion) l'apparition d'exanthèmes, de fièvre et d'autres phénomènes généraux pendant les vingt-quatre premières heures. Ainsi envisagé, le groupement est trop vaste. Aussi PÉHU et DURAND ont-ils proposé de le démembrer et de réserver une place spéciale aux cas dans lesquels, dès les premières minutes qui suivent l'injection, apparaissent des phénomènes que l'on est en droit d'assimiler aux phénomènes de choc.

Nous passerons donc successivement en revue :

1° *Les réactions immédiates*, réactions « du premier quart d'heure » de PÉHU et DURAND, qui résument la grande majorité des accidents précoces ;

2° *Les réactions de la première journée*, telles qu'on les observe quelquefois dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection sérique.

1° Réactions immédiates du premier quart d'heure.

« 1° Ces phénomènes surviennent soudainement ou du moins avec une rapidité singulière, avec brutalité ou violence, pendant l'injection elle-même ou dans les minutes qui suivent ;

« 2° Ils apparaissent lors de la pénétration dans l'organisme d'une quantité minime de sérum injecté ;

« 3° Quand ils n'évoluent pas vers la mort, — celle-ci restant une éventualité exceptionnelle, — la réparation se produit avec une rapidité remarquable ;

« Enfin, ces accidents de moyenne ou de grande intensité, bien que pouvant éclater en toutes circonstances (injection première, voie sous-cutanée), s'observent surtout :

« Au cours des réinjections ,

« Lorsqu'on fait appel à la voie intraveineuse (1), la plus sévère de toutes. » (BESREDKA).

Cliniquement, on observe toute une gamme de faits d'intensité et de modalités variables, mais que caractérisent toujours dans l'ensemble la brusquerie de l'installation et de la disparition des phénomènes.

I. — **Accidents suraigus.** — Dès le commencement de l'injection parfois, le sujet devient d'une pâleur effrayante, accuse une sensation d'an-

(1) Les éléments de cet article sont extraits de l'ouvrage suivant, récemment paru : R.-S. WEISSENBACH et GILBERT DREYFUS. LES ACCIDENTS SÉRIQUES. PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. Un volume de la Collection des Actualités de médecine pratique. (G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.)

(1) Ou intrarachidienne ; mais alors le tableau clinique revêt une allure un peu particulière du fait de la prédominance des accidents nerveux et méningés.

goisse, de défaillance ou même de mort imminente. Ailleurs, les accidents à début subit, « pour ainsi dire apoplectique », frappent le malade au moment où il se lève, et le terrassent.

« Un frisson intense, accompagné de claquements de dents, le secoue tout entier, tandis que ses traits changent et s'altèrent à vue d'œil. Le pouls devient extrêmement rapide, incomptable, misérable ; impossibilité de prendre la tension artérielle : l'oscillomètre ne montre aucun battement. La respiration est courte, superficielle. Parfois survient un vomissement ou une abondante selle diarrhéique. La révulsion des globes oculaires, le refroidissement des extrémités, les gouttes de sueur froide sur le front, le cœur sourd et difficile à percevoir, les convulsions — s'il s'agit d'un enfant surtout — donnent bien l'impression que le malheureux est au seuil de la mort... Mais le plus souvent, soit spontanément, soit sous l'influence thérapeutique de l'adrénaline, le sujet revient progressivement à la vie. Il reprend des couleurs, le pouls et le cœur deviennent perceptibles, le malade sort du coma, ouvre les yeux et retrouve la parole. Ce syndrome effrayant disparaît sans laisser après lui de trace. » (R. CLÉMENT).

II. — **Forme habituelle à manifestations aiguë**. — Ici l'évolution est moins brutale, plus longue. Souvent, il s'écoule quelques minutes (une ou deux, à dix, quinze et plus) entre l'injection et l'apparition des premiers troubles. Ceux-ci réalisent le tableau du choc anaphylactique de RICHET ou du choc colloïdoclasique de WIDAL, avec prédominance des perturbations cardio-vasculaires.

1° SIGNES GÉNÉRAUX. — Ils consistent en fourmillements ou frisonnements généralisés avec sensation de malaise ou d'ivresse. Le sujet est obnubilé, angoissé. Son facies est pâle ou au contraire cyanosé ; ses pupilles immobiles, le plus souvent mydriatiques, parfois rétractées. Dans certains cas, la température s'élève brutalement aux abords de 39°, 40 et même 41°.

2° SIGNES CARDIO-VASCULAIRES. — Le pouls est rapide, petit et mou ou filiforme. La tachycardie atteint 180, 200. L'hypotension est constante et porte à la fois sur la maxima et la minima.

3° SIGNES CUTANÉS. — « Avec ces phénomènes circulatoires coïncide souvent un exanthème généralisé, à développement rapide, du type scarlatineux, accompagné d'un prurit de moyenne intensité. Mais il est probable que si la démangeaison est modérée, c'est en raison de l'état grave du sujet ateint d'une hypoesthésie marquée. Par ses caractères subjectifs, l'exanthème a les caractères d'un phénomène dû à la vaso-dilatation intense généralisée plutôt que ceux d'une éruption sérique ; à ce stade, il n'est encore formé d'aucun élément urticarien. » (PÉHU et DURAND)

Urticaire et œdèmes ene semblent donc pas s'observer comme réactions très précoces, mais plutôt comme réactions de la première journée.

4° SIGNES DIGESTIFS. — Ce sont parfois des crampes douloureuses du creux épigastrique, ou bien une dysphagie brusque avec ou sans trismus. L'état nauséeux est de règle, la sialorrhée peut être abondante, les vomissements inconstants tantôt rares, tantôt répétés ; la diarrhée, plus habituelle, se traduit dans certains cas par une évacuation inconsciente des matières.

5° SIGNES PULMONAIRES. — Ils ont été décrits par NETTER (1) de la façon suivante : la respiration est lente, stertoreuse, entraînant l'orthopnée ou une apnée plus ou moins longue avec persistance des contractions cardiaques. En outre, on note parfois des éternuements salivaires et souvent une expectoration abondante, spumeuse, finement aérée, mais qui, d'aprés PÉHU et DURAND, resterait blanchâtre, e t ne traduirait jamais l'existence d'un œdème aigu du poumon. Mais, dans certaines observations, la dyspnée intense, pénible, presque asphyxique, la toux sèche et quinteuse dominent la scène clinique : une expectoration rosée a été notée et l'on a pu discuter le diagnostic d'œdème pulmonaire anaphylactique.

6° SIGNES HUMORAUX. — Dans certains cas exceptionnels, car le plus souvent le médecin est entièrement absorbé par le traitement d'accidents aussi alarmants, on a pu mettre en évidence chez les malades tous les signes de la crise vasculo-sanguine de WIDAL et ABRAMI.

1° Une leucopénie avec inversion de la formule leucocytaire et raréfaction des hématoblastes ;

2° Un abaissement de l'indice réfractométrique du sérum ;

3° Des troubles variés de la coagulation sanguine.

Ces modifications humorales, jointes à l'hypotension artérielle e t aux troubles du tonus neuro-végétatif sont caractéristiques de la crise hémoclasique.

Tel est l'aspect général des accidents sériques immédiats. Bientôt la sudation apparaît, accompagnée d'une chute thermique brutale, aussi rapide que l'ascension préalable. Le malaise intense dure au maximum deux à quatre heures, puis les phénomènes disparaissent et l'hypothermie atteint 36° ou même 35°. Généralement, il ne persiste de la crise qu'un certain degré de courbature ou d'épuisement qui se dissipent en un à deux jours.

---

(1) Lors de leur description, NETTER insistait sur leur apparition fréquente au cours des primo-injections et se refusait à les ranger dans le cadre des accidents anaphylactiques.

III. — **Forme mortelle.** — L'issue mortelle au cours des réactions immédiates reste exceptionnelle ; un certain nombre d'observations attestent cependant de son existence possible et tout particulièrement chez les enfants.

Là encore, si les réinjections par voie veineuse ou rachidienne sont habituellement à leur origine, il n'en demeure pas moins que toute introduction sérique, quels que soient les conditions du sujet, la nature du sérum employé, le lieu où il est injecté, est susceptible d'amener la mort.

Les deux premiers cas classiques ayant succédé à une primo-injection sous-cutanée de sérum anti-diphtérique sont celui de LANGERHANS (1) et celui de MAC KEEN (1911) ; syncope, dyspnée, cyanose, puis mort une demi-heure après, chez un sujet atteint d'hypertrophie du thymus.

Les observations de DOERR, CALCATERRA (1911), de J. DREYFUS (1912) — apparition des phénomènes une demi-heure après l'injection, décès au bout de dix minutes — concernent au contraire des réinjections antidiphtériques.

Plus récemment (1922), LESNÉ et BARREAU ont rapporté à la *Société de pédiatrie*, l'histoire d'un enfant de dix ans qui, dix minutes après l'injection de 50 centimètres cubes de sérum antidiphtérique, présenta des vomissements violents et abondants. Deux à trois minutes plus tard survenaient des convulsions cloniques généralisées avec écume rosée à la bouche, mydriase marquée et cyanose de la face. L'enfant succomba quatre ou cinq minutes après le début des accidents, malgré une injection intraveineuse d'adrénaline.

Dans la discussion qui suivit, Roger VOISIN signala un cas de mort survenu dans des conditions analogues après une injection première de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Dans l'observation de E. TERRIEN, concernant un petit malade de deux ans atteint de faux croup, la mort ne survint que vingt-deux heures après l'injection des dix centimètres cubes de sérum.

CARRIÈRE, de Lille, MAC CALLOW, en Angleterre (1920), citent aussi chacun un cas de mort consécutive à une primo-injection préventive antidiphtérique.

Enfin, dans le courant de 1925, LESNÉ et BARREAU, puis DEBRÉ, apportent des observations identiques.

Mais le nombre total des cas mortels succédant à une injection premièere ne semble pas à l'heure actuelle s'élever à plus de 10 (2).

(1) Le fils du professeur LANGERHANS, âgé de vingt mois, mourut quelques minutes après avoir reçu à titre préventif une injection de sérum antidiphtérique. Le sérum était pur et aseptique ; d'ailleurs, d'autres enfants injectés avec le même produit le supportèrent sans dommage ; il y a donc lieu de suspecter ici une idiosyncrasie spéciale.

(2) LESNÉ et BARREAU affirment que la mort ne survientpas plus d'une fois sur 100.000 injections.

L'un d'eux mérite cependant une place à part : celui de J. DERÖIDE, car, contrairement aux précédents, il concerne la sérothérapiie antitétanique.

Une fillette de cinq ans est piquée au pied par un clou. Par prudence on pratique une injection préventive de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur dans le tissu cellulaire de la cuisse avec une aiguille fine, sans incidents. Une ou deux minutes après, l'enfant crie : « ma gorge », porte les mains à son cou, lève les bras en l'air convulsivement. Elle devient livide, violacée, les conjonctives injectées, les pupilles moyennement contractées, une spume blanche aux lèvres, les pouls imperceptible ; elle ne respire plus, elle agonise. Pendant plus d'une heure, on essaye la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue, le massage transpariétal du cœur ; des injections d'adrénaline sont poussées dans les muscles (six fois un milligramme) et même dans le cœur à travers la paroi thoracique. L'enfant finit par ébaucher un mouvement respiratoire, mais aucun autre ne suivis et l'on ne peut que constater la mort.

2° Réactions de la première journée.

C'est beaucoup plus rarement que les différents tableaux précédemment décrits sont observés quelques heures seulement après l'injection, réalisant en quelque sorte une manifestation immédiate à éclosion retardée.

D'ordinaire, lorsque les accidents s'installent dans le courant de la première journée, on ne note que quelques-uns des traits du syndrome général. C'est ainsi qu'on peut en multiplier à loisir les formes cliniques, qui ne sont que des formes morcellées, oligo ou mososymptomatiques.

1° Parfois c'est un simple malaise ou un état lipothymique avec petitesse et rapidité du pouls. L'hypotension est alors dominante. Pour JOUSSET et L. BINET, il existe d'ailleurs toujours, en cas d'intolérance sérique, des modifications circulatoires immédiates qui atteignent leur maximum de netteté une heure et demie après l'injection pour disparaître en quatre à six heures. (La pression maxima baisse de deux ou trois centimètres de Hg ; la minima de un ou deux.)

2° Parfois, au malaise circulatoire, s'ajoute une ascension thermique variable dans son intensité et sa durée, précédée de frisonnements, accompagnée de sensation subjective de fièvre.

3° Ailleurs, dominent les troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, coliques abdominales, ou bien au contraire des manifestations nerveuses : courbatures, douleurs diffuses et notamment céphalée.

4° Enfin, les formes cutanées ne sont pas rares. Ce sont, à côté des érythèmes, des poussées urticariennes fébriles ou non, parfois très mar-

quées, très étendues, très prurigineuses. Elles apparaissent subtitement dix heures, vingt, vingt-quatre heures après une injection sérique quelconque ; elles ne débutent pas (ARMAND-DELILLE) par la région injectée, mais en un point quelconque du corps et peuvent se généraliser très rapidement ; aux lèvres, à la face, aux organes génitaux, les lésions prennent volontiers le masque de l'urticaire géante, réalisant de véritables infiltrations œdémateuses, douloureuses, cuisantes, analogues à celles qu'on observe dans la maladie sérique tardive (voir plus loin).

Mais tout comme les autres symptômes de la série anaphylactique, leur durée est éphémère, leur disparition rapide, leur guérison absolue.

Sans doute, passées les premières minutes qui suivent l'injection, les accidents mortels se font-ils de plus en plus exceptionnels. Cependant GURD et Emery ROBERT ont rapporté dans *The Lancet*, en 1920, le cas d'un adulte qui, deux heures après une sérothérapie anti-tétanique, fut pris de vomissements, de diarrhée, de tachycardie, de dyspnée avec cyanose : peu à peu le collapsus s'installa pour aboutir à la mort en moins de vingt-quatre heures.

D'autre part, PÉHU et DURAND ont observé au cours de réinjections antidiphtériques, plusieurs cas mortels d'allure variable.

L'un d'eux concerne un enfant de quatre ans qui présenta, un quart d'heure après l'injection, un érythème scarlatiniforme des deux membres inférieurs ; une heure après l'injection, l'éruption se généralisa avec bulles urticariennes, et le décès survint en vingt-deux heures sans aggravation particulière des phénomènes objectifs.

Dans un deuxième cas, la marche des phénomènes fut moins rapide. Le lendemain de l'injection : érythème scarlatiniforme généralisé fébrile ; vingt-quatre heures après, soit quarante-huit heures après l'injection, vomissements, agitation, cyanose, et finalement mort dans l'hyperthermie.

***

Tous ces faits ne prêtent guère à des erreurs de diagnostic. Encore ne faudra-t-il pas confondre les accidents sériques immédiats avec des accidents réflexes. On sait qu'il peut y avoir syncope par simple ponction veineuse, et que des sujets pusillanimes peuvent réagir à une simple injection sous-cutanée. La brusquerie, le caractère immédiat des accidents permettent d'éliminer le collapsus cardiaque, les accidents graves, les syncopes de la diphtérie maligne, de la fièvre typhoïde, de la scarlatine. Dans les cas mêmes ou certains symptômes apparaissent à l'état isolé (et notamment les érythèmes et l'urticaire), la notion d'injection sérique récente permettra de les rattacher aisément à leur cause.

Enfin, en cas de doute, on pourra toujours faire la preuve de la nature colloïdoclasique des manifestations par l'examen du sang et la recherche du syndrome humoral.

***

II. — Réactions générales tardives.

Les réactions générales tardives sont de beaucoup les plus fréquemment observées : elles résument l'immense majorité des accidents sériques. Elles se traduisent par des manifestations nettement définies et groupées en un syndrome plus ou moins caractéristique ; il s'agit en un mot d'une entité morbide à masque particulier, à individualité propre.

On leur réserve parfois le nom de maladie sérique, bien que celui-ci puisse être appliqué aussi à toutes les réactions sériques envisagées dans leur ensemble. D'autres auteurs désignent les manifestations tardives sous le terme d'accidents séro-toxiques pour les opposer aux accidents précoces dits anaphylactiques ; mais si nous admettons cette opposition schématique entre les accidents précoces et les accidents tardifs, c'est en restant sur le terrain de la seule clinique, et sans rien préjuger, comme nous le verrons ultérieurement, des hypothèses pathogéniques.

Quoi qu'il en soit, cette maladie sérique « proprement dite » peut se présenter sous une multitude d'aspects, et il convient de lui décrire un certain nombre de formes cliniques selon la gravité et les symptômes eux-mêmes (habituels ou atypiques).

***

Nous choisirons comme type d'étude la forme d'intensité moyenne et de pronostic bénin, celle qu'on observe dans 15 p. 100 des cas environ et qui constitue la forme habituelle de la maladie sérique en France.

Elle succède soit à une primo-injection, soit à une réinjection ; et cette apparition brusque et tardive d'accidents sériques chez un sujet réinjecté constitue le syndrome toxique secondaire de l'anaphylaxie de LESNÉ et Ch. RICHET fils.

1° Forme commune.

Incubation. — C'est en général entre le huitième et le quatrième jour (et surtout vers le huitième ou le neuvième jour) après l'injection qu'apparaissent les accidents séro-toxiques ; mais la durée d'incubation, véritable phase de latence, est loin d'obéir à une règle absolue. Le tableau suivant de PIRQUET et VON SCHICK en apporte la preuve :

Durée en jours de l'incubation...	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Nombre de cas observés........	3		7	7	16	16	9	6	8	5	3	3	1	1

D'une manière générale, l'incubation est dite courte et les accidents « relativement précoces » si l'incubation est de moins de cinq jours ; elle est dite prolongée et les accidents « particulièrement tardifs » si elle est de plus de douze jours. On admet avec PIRQUET et SCHICK que l'incubation se trouve raccourcie en cas d'accidents de réinjection, et l'on peut en déduire la classification suivante :

1° Apparition de la maladie du quatrième au septième jour : c'est la règle s'il s'agit d'une réinjection ; on dit qu'il y a réaction accélérée (Beschleunigte Reaktion) ;

2° Apparition de la maladie du huitième au treizième jour : c'est la règle s'il s'agit d'une injection première ;

3° Apparition de la maladie du quatorzième au vingtième jour et même vingt-cinquième jour; c'est la « maladie du quatorzième jour » des auteurs allemands ; on dit qu'il y a réaction retardée.

Début. — A quelque moment que la maladie se déclare, le début en est toujours soudain, brusque, inopiné ; les accidents éclatent en pleine santé apparente et réalisent presque d'emblée le tableau de la période d'état.

Etat. — En vingt-quatre ou quarante-huit heures, la maladie est constituée et se manifeste essentiellement par un trépied symptomatique :

1° *Manifestations cutanéo-muqueuses* ;
2° *Manifestations algiques et articulaires* ;
3° *Troubles de l'état général.*

1° MANIFESTATIONS CUTANÉO-MUQUEUSES. — (Troubles vaso-moteurs, érythèmes divers, œdèmes.)

A. — *Manifestations cutanées.* — Les érythèmes et en particulier l'érythème papulo-ortié occupent une place prépondérante et constituent véritablement la signature de la maladie du sérum. Ils débutent habituellement autour du point d'injection, pour s'étndre progressivement aux membres et au tronc, selon une topographie symétrique et une marche envahissante qui aboutit parfois à la généralisation. Dans certains cas, l'éclosion se fait en deux temps ; l'éruption, tout d'abord localisée, se généralise ensuite après plusieurs heures.

1° *Urticaire.* — L'urticaire est la manifestation cutanée la plus fréquente et la plus typique : elle rentre dans le cadre des urticaires toxiques et obéit aux descriptions classiques de la dermatologie. L'élément éruptif en est une efflorescence saillante, bien circonscrite, de coloration rose claire ou d'un blanc opalin avec aréole rose, de configuration arrondie, ovalaire ou polycyclique, de consistance ferme ; sa dimension, ordinairement nummulaire, varie de l'étendue d'une lentille (U. à petits éléments). à celle d'une nappe plus ou moins large (U à grands éléments), Parfois les éléments restent isolés ; parfois ils confluent, et la fusion imparfaite de plusieurs plaques dessine des festons irréguliers (U. figurée).

L'éruption se compose d'un nombre extrêmement variable d'éléments, apparaissant subitement ou en peu d'instants, évoluant de façon fugace et éphémère par dissipation en quelques minutes ou en quelques heures. La teinte rose pâlit, la saillie s'efface, et la lésion disparaît sans laisser de trace.

On ne saurait trop mettre en relief le caractère fondamental de l'urticaire : de s'accompagner toujours de démangeaisons vives, d'ardeur ou de fourmillements, poussant au grattage de façon invincible. Le prurit précède souvent l'apparition des efflorescences ortiées : d'ordinaire, il est plus diffus que l'éruption.

2° *Œdèmes.* — Aux régions où le tissu cellulaire est lâche, le processus peut s'étendre de la zone cutanée à la zone sous-cutanée : les œdèmes remplacent alors l'urticaire proprement dite (U. œdémateuse de HARDY ou érythème exsudatif multiforme) ou plus souvent l'accompagnent, compliquant habituellement une forme urticarienne déjà séreuse. Ce sont en général des œdèmes transitoires, mais dont le volume considérable donne parfois au malade un aspect alarmant.

A la face, aux paupières, aux lèvres, on peut voir s'établir un œdème aigu circonscrit (U. géante ou maladie de Quincke) qui se manifeste par la brusque apparition d'infiltrations œdémateuses, généralement assez bien limitées, fermes, uniformément rosées ou bien porcelainiques au centre et roses à la périphérie. Le volume des éléments atteint celui d'une noisette, d'une noix ou même d'une mandarine ou d'une orange, saillant de plusieurs centimètres, pouvant même, en cas de développement considérable, déformer le visage et les traits.

De telles manifestations ne sont pas sans s'accompagner d'une tension douloureuse qui s'a-

joute au prurit, lui-même particulièrement rebelle dans ces cas. Parfois le tableau observé est véritablement dramatique (J. HALLÉ et BLOCH): à un moment donné, l'aspect devient hideux ; les paupières, les joues, les lèvres sont soudainement le siège d'une bouffissure survenue comme si toute la tête n'était plus qu'un élément urticarien géant. La teinte des téguments est tantôt rouge sombre, violacé ; tantôt pâle, d'une pâleur cireuse, la distension marquée de la peau semblant entraîner un effacement ou un aplatissement des capillaires superficiels.

A côté des œdèmes faciaux et palpébraux, on peut rencontrer des œdèmes, des mains, des pieds, des bourses et surtout de la verge avec phimosis ou priapisme. C'est, de prime abord, tout l'aspect d'une néphrite ; mais la similitude ne va pas plus loin ; on ne note pas de chlorurémie ; et l'albuminurie, fort inconstante d'ailleurs, n'est nullement en rapport avec leur existence.

Ailleurs, les œdèmes sont beaucoup plus discrets : l'infiltration des téguments reste diffuse et peu nette, et il est nécessaire de peser le malade pour les bien mettre en évidence.

3° *Erythème simple.* — Des érythèmes d'un type banal peuvent s'observer, traduisant le premier degré de la perturbation vaso-motrice, sous forme de plaques diffuses, uniformément rouges, et s'effaçant à la pression du doigt ; il existe toujours une plaque initiale et prépondérante au niveau de la zone où a été pratiquée l'injection.

4° *Erythèmes polymorphes.* — Sous le nom d'érythèmes polymorphes, les auteurs groupent deux ordres de manifestations. Les unes tirent leur dénomination de ce qu'elles sont constituées par un mélange de différentes variétés éruptives ; les autres, auxquelles il convient peut-être de réserver plus spécialement le qualificatif de polymorphes, sont constituées par des éléments spéciaux, à centre plus ou moins papuleux ou vésiculeux, à périphérie érythémateuse et rosée.

Ces érythèmes polymorphes, bien que relativement peu fréquents, se présentent sous de multiples aspects dont le mieux individualisé est l'érythème atypique annulaire circiné ou *érythème marginé aberrant* de MARFAN.

Son apparition est tardive (du huitième au douzième et même au quinzième jour), et toujours accompagnée de fièvre, qu'il y ait ou non parallélisme entre l'évolution des éléments cutanés et celle de la courbe thermique.

Les premières taches apparaissent au ventre, à la région lombaire, aux membres inférieurs, puis elles gagnent le tronc, les bras, la face. Ce sont d'abord des macules d'un rouge vif, plus ou moins régulièrement circulaires, souvent un peu saillantes et rappelant l'aspect de la rougeole. Puis ces taches s'élargissent rapidement ; et, en même temps qu'elles s'élargissent, elles pâlissent à leur centre qui devient complètement blanc ; toutefois, par exception, aux membres inférieurs, le centre des anneaux peut garder une teinte pâle, lilas. Mais la progression excentrique des éléments fait que les anneaux arrivent au contact, s'entre-croisent, se brisent, se fusionnent par leurs extrémités, circonscrivant des aréoles assez étendues. Ces festons à contours polycycliques caractérisent essentiellement l'érythème marginé aberrant ; les marges rouges et saillantes sont nettement limitées à leur partie interne, tandis que la partie externe est irrégulière et se fond avec la peau saine par des graduations plus ou moins sensibles.

Un des caractères les plus frappants de cette éruption, c'est la netteté des éléments qui la constituent. En quelques heures, une macule est devenue une couronne ; et une demi-journée après, la couronne, ayant rencontré plusieurs couronnes voisines, il n'en reste plus qu'un segment faisant partie d'une large arabesque. Aussi l'aspect objectif des lésions se modifie-t-il avec une très grande rapidité. Un autre caractère contribue à leur donner une physionomie toute spéciale : c'est la coexistence sur les téguments, à un moment donné, d'éléments éruptifs arrivés à des stades variés de leur évolution ; là sont des macules naissantes ; à côté des anneaux bien formés ; un peu plus loin, des arabesques à festons plus ou moins étendus.

Cette mobilité, cette évolution rapide, cette variabilité d'aspect en un court espace de temps, ont conduit MARFAN et LEMAIRE à donner à cet érythème l'épithète d'aberrant. On en distingue différentes formes : formes typiques et symétriques ; formes légères, fugaces, abortives ; formes localisées et restreintes, respectant le tronc, le visage ou les extrémités des membres ; formes généralisées et intenses avec aspect rouge et bouffi de la peau. Dans l'ensemble, on ne note que peu de prurit ; les muqueuses sont respectées ; jamais on n'observe de desquamation.

Parfois l'érythème marginé aberrant succède *in situ* à une efflorescence urticarienne ; il ne semble cependant pas qu'il s'agisse d'une forme évolutive de l'urticaire, mais bien d'un exanthème autonome, à caractères particuliers.

5° *Autres érythèmes.* — Ce sont les érythèmes scarlatiniformes et morbilliformes (peu fréquents), les érythèmes purpuriques et miliaires (exceptionnels), enfin les formes mixtes et de transition.

Erythème scarlatiniforme. — C'est un exanthème de couleur rouge vif, formé de petits éléments maculeux de la dimension d'une tête d'épingle se touchant les uns les autres, disparaissant à la pression, et légèrement prurigineux. Les placards diffus, ainsi constitués, donnent aux téguments un aspect uniformément granité, et au doigt qui les palpe une sensation de peau de chagrin. Pour MARFAN, les érythèmes scarlatiniformes ne ren-

✦✦✦✦

trent pas dans le cadre des manifestations sériques ; ce sont des érythèmes infectieux, fébriles, apparaissant chez des sujets porteurs de lésions diphtériques le plus souvent (scarlatinoïdes sérodiphtériques). GALITSIS, dans sa thèse, a cru pouvoir en signaler l'agent pathogène, le *diplococcus hemophilis*, opinion généralement abandonnée aujourd'hui. Le streptocoque en est plus vraisemblablement la cause.

Erythème morbilliforme. — Il est rare d'observer un érythème morbilliforme vrai, qui ne serait du reste, lui aussi, que le témoin d'une infection secondaire ou associée (MARFAN). Par contre, on voit parfois, quinze jours après une injection de sérum, éclore un érythème maculo-papuleux qui simule point pour point la rougeole, — sauf que sa marche envahissante se fait selon un mode un peu différent, — mais qui se transforme peu à peu en un érythème annulaire ; il s'agit là d'une forme de transition : érythème marginé aberrant à début morbilliforme.

Erythème purpurique. — L'érythème purpurique que caractérise la présence de suffusions hémorragiques cutanées (pétéchies, vibices ou ecchymose) ne s'effaçant pas à la pression du doigt, est exceptionnellement observé. Son apparition chez des malades atteints de méningite cérébro-spinale plaiderait d'ailleurs en faveur d'une origine méningococcique plutôt que d'une origine sérique.

Eruption miliaire. — Ce sont de petites vésicules contenant un liquide clair et transparent, et auxquelles fait suite une légère desquamation furfuracée.

Erythème noueux. — Un cas en a été rapporté par CADART et PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.

Prurigo. — Enfin, CARRIÈRE a signalé quelques observations isolées de prurigo post-sérothérapique.

6° *Prurit.* — Il convient de mentionner aussi que le prurit, symptôme purement fonctionnel et habituellement satellite des manifestations cutanées de la maladie du sérum, peut exister seul, à l'exclusion de tout érythème, à l'exclusion même de toute autre réaction pathologique. Modéré ou intense, il ne serait autre que la traduction clinique d'une réaction humorale atténuée.

B. — *Manifestations muqueuses.* — Beaucoup moins couramment observées que les accidents cutanés, les manifestations muqueuses ressortissent des mêmes types éruptifs, à savoir l'érythème, l'urticaire ou œdème.

Elles n'apparaissent guère isolément, mais accompagnent plutôt des lésions homologues des téguments, particulièrement au cours des formes un peu sévères de la maladie du sérum. De plus, — et c'est là un caractère important qui les oppose aux accidents cutanés, — elles apportent par elles-mêmes un facteur de gravité à l'affection dont elles peuvent *considérablement* modifier le pronostic.

Au niveau de la bouche, on constate parfois un exanthème fugace et irrégulier dans sa distribution, à la façon des exanthèmes. La langue peut être tuméfiée. De même au niveau du pharynx, on peut observer, soit une simple rougeur diffuse, soit de l'œdème, soit une dysphagie véritable, le malade faisant des efforts désespérés pour déglutir. Ces manifestations s'étendent volontiers au larynx, et les accidents pharyngo-laryngés se présentent alors sous différents aspects.

A un premier degré, on note seulement une respiration un peu difficile, des modifications légères de la phonation. Cette dyspnée et cette dysphonie apparaissent-elles au cours d'une angine diphtérique banale, on peut croire à l'installation d'une complication diphtéro-laryngée et pratiquer à tort le tubage.

A un deuxième degré, le tableau réalisé est extrêmement dramatique, et l'on peut parler ici de pseudo-croup post-sérique. Brusquement, on note — particulièrement chez des enfants antérieurement tubés — un tirage intense sus-sternal et sus-claviculaire, une soif d'air progressive traduisant un œdème glottique (SEVESTRE et AUBERTIN, MYA, MARFAN), qui, dans quelques cas même, a pu aboutir à une asphyxie fatale en quelques minutes.

A côté des accidents pharyngo-laryngés, on a signalé des manifestations exceptionnelles, mais qui montrent l'extension possible du processus à toutes les muqueuses de l'économie : ce sont des rhinites, des conjonctivites, des bronchites diffuses, enfin des douleurs intestinales accompagnées de diarrhée ou même de mélæna (LESNÉ).

En dehors de leur intérêt pronostique, les manifestations muqueuses posent parfois des problèmes diagnostiques importants ; et nous verrons qu'elles ne doivent pas être confondues avec les réactions focales que nous étudierons ultérieurement.

Au total, les manifestations cutanéo-muqueuses de la maladie du sérum se caractérisent dans leur ensemble par : l'apparition de prurit, la production d'érythèmes divers, et un processus d'infiltration œdémateuse susceptible de gagner en surface toutes les régions du corps et en profondeur tous leurs plans de revêtement.

L'infiltration cutanée réalise les lésions d'urticaire ; l'infiltration sous-cutanée et l'infiltration muqueuse constituent les œdèmes proprement dits dont la localisation, au niveau de la glotte surtout, peut occasionner des troubles de signification redoutable.

2° MANIFESTATIONS ALGIQUES ET ARTICULAIRES. — Plus fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant, les arthralgies sont moins précoces dans

leur apparition que les manifestations cutanées auxquelles elles succèdent après quelques heures ou quelques jours ; pour Jousset et Delgove, elles constitueraient toujours un accident tardif.

Elles se traduisent le plus souvent par des douleurs simples, *sine materia*, et qui ne s'accompagnent d'aucun trouble objectif. Ailleurs, il existe un léger gonflement de l'article, un peu de rougeur et de chaleur locales. Toutes les jointures peuvent être prises, mais ce sont avec prédilection les articulations de la partie supérieure du corps (articulations cervico-vertébrales, articulations temporo-maxillaires, dont la raideur devra être différenciée de la contracture tétanique) et aussi les articulations découvertes, les plus exposées au froid : épaules, coudes, poignets, métacarpo-phalangiennes et phalango-phalangiennes. Cependant, les genoux, les cous-de-pied, les orteils et même les hanches sont quelquefois envahis par le processus algique.

Bien plus, celui-ci peut déborder les articulations et se manifester de la façon la plus diverse : courbatures généralisées ou localisées, douleurs systématisées ou diffuses et notamment myalgies à topographie variable.

Dans certains cas, les arthralgies occupent la première place du tableau morbide ; elles peuvent s'accompagner aussi d'un syndrome urinaire particulier et constituer alors une véritable forme clinique nettement individualisée de la maladie du sérum.

3° Troubles de l'état général. — Complétant le trépied symptomatique de la maladie du sérum, les troubles de l'état général peuvent exister à l'état isolé, précéder ou accompagner les autres signes de l'affection.

1° *Fièvre.* — La température est généralement peu élevée, à 38° ; mais, dans certains cas, elle décrit des oscillations aux abords de 40°. Elle n'a rien de caractéristique dans son allure et échappe à tout essai de systématisation. Il importe néanmoins de la bien connaître pour la différencier de la fièvre occasionnée par la maladie originelle.

2° *Troubles digestifs.* — Ils se bornent habituellement à un état saburral du tube digestif. Le sujet se plaint d'inappétence, parfois de nausées ; plus rarement, un ou deux vomissements viennent compléter le tableau. Ailleurs, les douleurs abdominales (Widmer), les poussées diarrhéiques permettent de parler d'une forme digestive de la maladie du sérum.

3° *Troubles nerveux.* — Un malaise général, quelques courbatures, un certain degré de céphalée constituent un cortège fébrile banal. On peut observer en outre une dépression pouvant aller jusqu'à l'adynamie, ou bien au contraire de l'agitation, de l'excitation et même du délire ou des convulsions chez l'enfant (formes nerveuses).

4° *Troubles urinaires.* — Comme au cours de toute pyrexie, l'oligurie est de règle. L'anurie a même été signalée. Quant à l'albuminurie, elle ne semble pas très fréquente : quand elle existe, elle reste d'ailleurs légère et transitoire.

5° *Troubles cardio-vasculaires.* — Le pouls est accéléré, parallèlement à l'élévation thermique, hypotension, qui reste modérée, paraît cependant constante. Le plus souvent, elle demeure un symptôme de second plan, au point de vue fonctionnel tout au moins. Quelquefois pourtant elle domine ou même apparaît à l'état isolé, réalisant une forme hypotensive décrite par Jousset et L. Binet au cours de la maladie du sérum.

6° *Modifications de la formule et de la coagulabilité sanguines.* — Dès 1899, Bize a signalé la leucocytose avec mononucléose au cours de la maladie sérique. Lesné et Richet fils, Schlesinger observent des modifications analogues. Pirquet et Schick notent au contraire la leucopénie comme de règle à l'acmé des accidents. Avec la plupart des auteurs français, il convient d'envisager actuellement deux périodes. La première est caractérisée par la leucocytose, la deuxième, par l'apparition de la leucopénie (que n'a d'ailleurs pas retrouvée Pasteur-Vallery-Radot) avec inversion de la formule leucocytaire et raréfaction des hématoblastes. Si, à la mononucléose vient se substituer la polynucléose, on doit penser à des phénomènes infectieux associés ou surajoutés (séro-infectieux).

De plus, Jousset et L. Binet ont montré qu'à une phase immédiate d'hypercoagulabilité succède dès le troisième jour une phase lente d'hypocoagulabilité sanguine — sans modifications de la rectractilité du caillot (Vallery-Radot).

Evolution. — Dans les cas typiques que nous avons visés dans notre description, la maladie bénigne évolue de façon rapide vers une guérison absolument complète qui survient dans un délai de trois à dix jours. Généralement l'affection atteint son acmé en deux ou trois jours, puis les troubles disparaissent en cinq à six jours pour ne laisser à leur suite aucune trace. Dans l'ensemble, on peut dire que la bénignité de la maladie à forme normale est constante.

Il faut compter cependant avec les rechutes. Elles s'observent dans les quinze jours consécutifs et sans qu'on ait pratiqué de nouvelles injections de sérum. Parfois à une deuxième, succède même une troisième poussée ; sans être graves à proprement parler, ces poussées successives peuvent paraître plus alarmantes que la première.

Pour Mouriquand et Juvin, la fréquence des rechutes atteint 38 à 54 p. 100 des cas ; il convient donc d'en signaler la possibilité au malade ou à son entourage.

2° Formes cliniques.

On peut dire que chaque sujet fait « sa maladie sérique » et les formes cliniques sont, en conséquence, susceptibles d'être multipliées à l'infini. Nous les grouperons schématiquement de la façon suivante :

I. — *Formes frustes ou incomplètes.*
II. — *Formes graves.*
III. — *Formes atypiques* qui sont particulièrement à l'ordre du jour et qui nous retiendront un peu plus longtemps.

I. — **Formes frustes ou incomplètes.** — Ce sont les formes à symptomatologie atténuée, manifestées uniquement par quelques éléments éruptifs, prurigineux et urticariens, quelques douleurs erratiques, un léger malaise avec céphalée, un état subfébrile risquant de passer inaperçu ; — les formes écourtées ou abortives qui durent une demie ou une journée ; — les formes oligosymptomatiques et monosymptomatiques. On distingue parmi ces dernières :

1° *Des formes cutanées.* — Urticarienne (généralisée ou localisée), scarlatiniforme, morbilliforme ou purpurique.

2° *Des formes arthralgiques.* — Où les tuméfactions articulaires multiples et récidivantes réalisent un véritable rhumatisme sérique. Parfois les arthralgies précoces et intenses gagnent les mains, les genoux, les pieds sans y occasionner de rougeur ni de gonflement durables. Ailleurs, on observe un gonflement synovial marqué qui peut, soit évoluer de façon éphémère, soit se prolonger plus que le fait habituellement la maladie du sérum : il s'agit là d'une forme traînante dont la durée dépasse dix jours, mais qui finit par disparaître sans séquelles.

Dans certains, les arthralgies s'accompagnent d'un syndrome urinaire particulier : les urines contiennent un excédent notable de déchets azotés (surtout de purines) : la diminution des phosphates vient augmenter encore le rapport $\frac{\text{phosphates}}{\text{purines}}$ et permet de rapprocher ces manifestations de celles qui caractérisent la goutte : c'est là le syndrome pseudo-goutteux de Jousset et Delgove.

3° *Des formes fébriles.* — La maladie se borne à un simple crochet thermique d'une durée de quarante-huit heures qui n'affecte en rien l'état général et ne s'accompagne d'aucune autre manifestation.

4° *Des formes hypotensives et cardiaques.* — Ce sont les plus intéressantes au triple point de vue clinique, pathogénique et thérapeutique.

Déjà Bertho étudiait, en 1919, les modifications de la circulation et de la tension artérielle chez les tuberculeux traités par la sérothérapie ; puis viennent, en 1921, les observations de Weill-Hallé et P.-P. Lévy, de Lian, de Jousset et L. Binet.

La première concerne un enfant atteint de diphtérie bénigne et qui, cinq jours après une injection de sérum, présenta une arythmie des plus nettes, imputable à un blocage simple du cœur, accompagnée bientôt d'urticaire, d'arthralgies et de fièvre ; mais les troubles circulatoires, apparus les premiers, devaient bientôt dominer la scène clinique (les bruits du cœur s'assourdir) pour disparaître les derniers — cependant qu'on notait une sorte de balancement entre leur installation et celle des manifestations concomitantes de la maladie sérique. Les auteurs se demandent si des phénomènes du même ordre, mais frustes, ne sont pas plus fréquentes qu'on ne le pense ; peut-être des examens radiologiques précis, effectués systématiquement, décèleraient-ils des troubles légers de la condition intracardiaque, signes prémonitoires des accidents sériques.

L'observation de Lian concerne un sujet traité antérieurement par le sérum et qui, six jours après une nouvelle injection de sérum antitétanique, présenta un état lipothymique sérieux avec malaise général intense, gêne respiratoire, pouls imperceptible, hypotension artérielle accentuée (10 1/2 - 5 1/2) et raie blanche de Sergent. Lian attribue ces manifestations cardio-vasculaires à des phénomènes de choc hémoclasique associés à une hypertonie du pneumogastrique.

Dans un travail d'ensemble paru en mars 1921, Jousset et L. Binet étudient les troubles circulatoires tardifs, résultat de trente observations prises chez des tuberculeux traités par la sérothérapie. Ces modifications tardives de la tension artérielle apparaissent six jours en moyenne (quatre à huit jours) après une première injection ; de façon plus précoce (quatre jours généralement) en cas de réinjection sérique. Elles portent à la fois sur la tension maxima qui baisse de un à deux centimètres. L'index oscillométrique tombe de 2,5 — par exemple — à 1,5 et même à moins. La durée des manifestations circulatoires est de quatre ou cinq jours à une semaine.

Tantôt elles accompagnent la fièvre, les troubles cutanés et articulaires, précédant de vingt-quatre à quarante-huit heures l'éclosion de l'urticaire.

Tantôt elles paraissent évoluer isolément réalisant un syndrome qui revêt alors toute sa netteté : c'est la forme hypotensive de la maladie du sérum.

Elle se traduit, au point de vue fonctionnel, par un état de défaillance, des vertiges, des lipothymies et une tendance marquée aux crises syncopales ; au point de vue physique par la pâleur du visage, le refroidissement des extrémités, l'as-

sourdissement du pouls, auxquelles s'ajoute quelquefois une véritable tachyarythmie.

Il convient d'en rapprocher :

a) L'hypnose sérique, qu'on observe chez l'enfant surtout, et qui se traduit par une somnolence invincible succédant à une première et forte dose de sérum.

b) L'asthénie des sujets injectés (torpeur, fatigue intense et tardive) qui serait liée à la dépression circulatoire.

c) Le choc sérique tardif pur (COURTOIS-SUFFIT) qui se manifeste par une angoisse subite avec lividité, hypothermie à 36°, et se termine d'une façon aussi brutale qu'il s'était installé.

Signalons encore les accidents observés par LAFFORQUE au cours de la convalescence d'une méningite cérébro-spinale compliquée, après une série de sept injections pratiquées en l'espace de huit jours. Brusquement : réascension thermique, érythèmes, arthralgies ; et de plus, tachycardie à 140, hypotension et asthénie. Sous l'influence de l'opothérapie surrénale, ces trois derniers symptômes disparurent rapidement ; aussi, tout en rattachant volontiers l'ensemble des troubles à une crise hémoclasique, LAFFORQUE émet-il l'hypothèse d'une insuffisance surrénale — hypoépinéphrie — d'origine sérotoxique.

Quoi qu'il en soit, il faut retenir au point de vue pratique que les manifestations cardio-vasculaires, loin d'être rares, paraissent particulièrement influençables par la médication adrénalinée : administrée par injections ou par suppositoires, l'adrénaline paraît le médicament de choix auquel on pourra joindre accessoirement l'huile camphrée et la caféine, traitements symptomatiques des états de choc.

(*A suivre*)

L'Actualité Scientifique

La Presse

Inversion utérine.

Affection heureusement rare, elle est le retournement en doigt de gant de l'utérus. D'après H. DUCLAUX, pour que ce retournement puisse se produire, deux conditions sont nécessaires : il faut d'abord que la cavité utérine soit agrandie et que ses parois soient amincies ; il faut ensuite un certain degré de ramollissement des parois de l'utérus, qui ne résistent plus ou résistent mal à la pression abdominale.

L'inversion aiguë est obstétricale ; elle a un début brusque au moment de l'accouchement ou de la délivrance ; elle s'accompagne de douleurs vives, d'hémorragies très abondantes, parfois rapidement mortelles ; elle est très grave, et relève de la réduction manuelle par taxis périphérique.

L'inversion chronique a un début insidieux et peut passer facilement inaperçue; souvent elle est annoncée par de petites hémorragies, par de la gêne, des douleurs en général intermittentes revêtant la forme expulsive, par de la leucorrhée Elle est grave par le fait des hémorragies, du sphacèle qui viennent la compliquer ; elle relève de l'hystérotomie ou de l'hystérectomie vaginale. (*La Médecine*, avril 1926.)

Six années d'oculistique ou de lutte antitrachomateuse.

Voici l'essentiel des conclusions d'un intéressant exposé du Dr Junès :

Depuis 1919, c'est-à-dire pendant une période de 6 ans, ont été pratiquées, au dispensaire de la Croix-Rouge de Sfax, environ 1.600 interventions, en moyenne un peu plus de 250 par an. En voici le relevé.

Interventions chez les trachomateux.

Injections sous-conjonctivales massives de cyanure de mercure	350
Grattages des granulations	120
Trichiasis de la paupière supérieure	722
Trichiasis de la paupière inférieure	61
Total	1.253

Interventions à la suite de conjonctivites aiguës.

Iridectomies optiques	195
Tatouages de la cornée	74
Paracentèses de la cornée	8
Staphylectomies	28
Total	305

Autres interventions.

Ptérygions	16
Chalazions	9
Réfections autoplastiques des paupières (par suite de cicatrices vicieuses)	3
Strabismes	3
Incisions de canalicules lacrymaux	22
Dacryocystites	12
Total	65
Total général	1.623

La grande majorité des interventions concerne

donc les trachomateux. A cet égard, nous ferons ressortir le nombre relativement considérable d'injections sous-conjonctivales massives de cyanure de mercure que nous leur avons appliquées. Cette méthode, dont nous sommes redevables, en principe, au docteur Guénod et au sujet de laquelle j'ai publié une étude approfondie dans la *Gazette des Hôpitaux* (1) m'a, le plus souvent donné toute satisfaction, en permettant d'enrayer l'évolution, soit des granulations conjonctivales, soit du pannus.

L'on remarquera aussi, dans cette statistique (qui concerne uniquement le dispensaire de la Croix-Rouge), l'absence d'opérations de la cataracte et d'autres opérations nécessitant une hospitalisation plus ou moins prolongée. La raison en est bien simple ; nous manquons, à ce dispensaire, d'un local disposé à cet effet. Force nous est, par suite, de diriger ces sortes de malades sur les cliniques particulières.

***

Tels sont les quelques résultats de notre pratique ophtalmologique parmi les indigènes de la région sfaxienne. Pour qui connaît l'extension considérable qu'offrent, dans cette région, les maladies d'yeux, une remarque s'impose, après la lecture de cette note. C'est qu'il y aurait encore fort à faire à Sfax, en matière d'assistance oculistique............

Qu'il nous soit permis, toutefois, d'ajouter que les efforts dépensés pendant ces dernières années... n'auront pas été tout à fait vains. Et c'est avec une satisfaction bien légitime que j'ai entendu notre Résident général, M. Lucien Saint, m'adresser récemment, lors de sa visite à la Croix-Rouge, les paroles suivantes : « Je n'ai pas été sans remarquer que les maladies d'yeux sont en régression très sérieuse depuis la dernière visite que j'ai faite à Sfax, il y a cinq années. Dans les écoles, j'ai constaté avec plaisir que les yeux malpropres et malades avaient presque totalement disparu ». (*Archives d'Ophtalmologie*, juillet 1926.)

Sécrétion interne de l'ovaire et opothérapie ovarienne.

La menstruation, qui s'observe normalement chez toute femme adulte non gestante ; la puberté, qui marque l'instauration de la menstruation ; la ménopause, qui en marque la fin, sont subordonnées au fonctionnement de l'ovaire, indépendamment de l'ovulation qui est sa fonction primordiale.

M. Henri Vignes étudie comment l'ovaire régente ces divers phénomènes. Si l'injection de certains extraits ovariens congestionne, hyperémie les organes génitaux, cet effet est surtout marqué avec les extraits lipoïdiques. Or, il semble résulter de ses recherches que le produit actif existe dans le liquide folliculaire, et aussi dans le corps jaune de certaines espèces. « Il ne faut pas attribuer toutes les propriétés de l'ovaire à un seul élément ovarien, mais bien à tous les tissus satellites de l'ovule. » Il faudrait concevoir en effet que le corps jaune est imprégné de la sécrétion active de l'ovaire au début de son évolution ; puis, au fur et à mesure qu'il mûrit, il se gorge de lipoïdes capables de modifier cette sécrétion interne de l'ovaire. C'est ainsi que l'on pourrait expliquer les effets contraires obtenus avec les extraits lutéiniques, tantôt stimulants et tantôt frénateurs.

« Au total, il est vraisemblable qu'il existe dans l'ovaire une substance capable d'accélérer la croissance et les métamorphoses cycliques des organes génitaux, et comparable à ce qu'est l'extrait thyroïdien pour certaines métamorphoses organiques.... C'est la maturation ovulaire qui reste la principale fonction de l'ovaire, c'est l'évolution des tissus satellites de l'ovule qui règle l'activité sécrétoire de tout l'organe, activité plus marquée à la phase folliculaire et se continuant, par vitesse acquise, à la phase lutéinique, jusqu'à l'intervention d'autres substances agissant en sens inverse. »

Pratiquement, cette activité des extraits ovariens permet de combattre l'infantilisme génital et les insuffisances de la formation utéro-ovarienne. Ces effets ne sont pas rares, mais ils ne sont pas constants.

H. Vignes, ayant étudié les rapports de la sécrétion ovarienne avec l'état général, examine rapidement la valeur de l'opothérapie en cas de ménopause chirurgicale. Les résultats en sont inconstants, les syndromes consécutifs à la castration étant dus surtout à la suppression de l'écoulement menstruel, auquel aucun extrait ne peut suppléer.

« ... L'ovaire agit peut-être en mobilisant des réserves de l'organisme aux fins de mûrir l'ovule, et cette mobilisation des réserves est un des plus clairs bénéfices qu'a l'ovaire pour l'individu. » (*Revue franç. d'Endocrinologie*, 1925, n° 6.)

Sur les indications opératoires dans les fibromes compliqués de phlébite des membres inférieurs.

Rappelant que les interventions pour fibrome sont fréquemment exposées aux complications veineuses, à la phlébite post-opératoire, H. Alamartine et L. Mallet-Guy estiment que pour, d'autre part, rechercher les indications opératoires dans les cas de fibromes compliqués eux-mêmes de phlébites des membres inférieurs, il convient de rechercher quelle est l'évolution spontanée de telles complications, et d'autre part le mécanisme de leur apparition.

Ce mécanisme se résume d'une part à l'infec-

(1) La trachomthérapie par l'infiltration sous-conjonctivale de cyanure de mercure. *Gazette des Hôpitaux*, 20 et 22 février 1923, n° 15, p. 237.

tion du fibrome, point de départ d'une embolie microbienne, et à la compression de la veine iliaque externe.

L'intervention, faite dans le cours même de la complication veineuse semble exposer, mais n'expose pas toujours plus à l'embolie pulmonaire que l'hystérectomie faite à froid.

L'état infectieux très développé et l'état grave de la malade peuvent autoriser une intervention très précoce.

Mais, sauf de telles circonstances exceptionnelles, il convient d'attendre un certain délai après l'apparition de la phlébite, et la période où l'opération semble particulièrement indiquée est comprise entre le 10e et le 30e jour. Il n'y a pas intérêt réel à attendre plus longtemps. (*Lyon médical*, 21 mars 1926.)

Le trouble oculaire, premier symptôme d'une affection rénale.

L'hypertension artérielle rétinienne, les hémorragies rétiniennes et la névrite albuminurique constituent fréquemment le premier symptôme de la néphrite azotémique.

Le Dr A. Van Lint, démontre par cette affirmation l'importance de l'examen des yeux, qui peut donner un véritable signal d'alarme.

La rétinite albuminurique impose le diagnostic de néphrite ; les hémorragies rétiniennes y sont si fréquemment observées, qu'elles doivent faire immédiatement penser à la néphrite. Il en est de même de l'hypertension artérielle rétinienne (mouches volantes, points brillants, brouillard de la vue) ; il faut aussitôt rechercher la tension arterielle générale, l'albumine dans l'urine, la quantité d'urée dans le sang. On est alors en possession des symptômes principaux, qui permettent de porter le diagnostic d'une atteinte rénale. (*Bruxelles médical*, 18 avril 1926.)

La révulsion dans la tuberculose pulmonaire.

Le Dr Pierre Lowys estime qu'il est sage de revenir à l'ancienne pratique de la révulsion méthodique, quotidienne et répétée, pour poursuivre les moindres signes de congestions dans les plèvres, dans les bronches et le poumon. Quant à ses contre-indications, elles relèvent uniquement de la tendance congestive du patient : pas de révulsion chez tout individu susceptible de cracher du sang. Naturellement, il y a des nuances à cette restriction ; on peut utiliser les modes les plus doux de révulsion, en laissant de côté ceux vraiment congestionnants (ventouses, pointes de feu).

La teinture d'iode constitue la plus douce des révulsions, pure ou gaïacolée au 1/10e ; pour une révulsion plus énergique on peut ajouter à 15 gr. de teinture d'iode I à II gouttes d'huile de croton.

Les ventouses sèches sont indiquées dans les formes bronchiques, avec ou sans fléchissement cardiaque ; scarifiées, on les emploie soit contre une névralgie tenace liée à de gros placards de pleurite, soit, en plus grand nombre, dans les poussées de dyspnée angoissante.

On peut aussi employer l'essence de térébenthine ; *a*) pure, on trempe une vieille flanelle dans un récipient d'eau très chaude, on l'exprime rapidement et on l'arrose de térébenthine ; on l'applique *loco dolenti* avec un imperméable et une bonne couche de coton ; on laisse 15 à 30 minutes ; *b*) ou mélangée à partie égale avec de l'alcool. Eviter la proximité d'une flamme.

Enfin ce sont les sinapismes, les cataplasmes sinapisés, les pointes de feu, le cautère et le vésicatoire (moins employés). (*Journal des Praticiens*, 17 avril 1926.)

Le choc obstétrical.

Le Dr Klein nous avertit des complications et des accidents qui peuvent survenir après un accouchement même normal, et qui se déchainent brutalement au moment où on s'y attend le moins.

Par choc obstétrical, on a l'habitude de désigner un syndrome, caractérisé par un état lipothymique plus ou moins accentué, sans hémorragie concomitante, par analogie avec le choc traumatique ou opératoire. C'est un complexus d'adynamie suraiguë.

Dans deux cas rapportés, l'auteur croit surtout pouvoir mettre en cause l'état général des parturientes pour expliquer les phénomènes de choc. Chez la première malade, le foie et les reins étaient touchés, l'ictère et l'albumine observés en sont la preuve. De plus, le myocarde fatigué par une grippe récente, n'a pu supporter le travail de l'accouchement, d'où collapsus cardiaque.

Dans le deuxième cas, c'était une femme ayant une mauvaise circulation et ayant accouché très rapidement d'un enfant mort.

Le choc obstétrical est une étiquette, sur laquelle on groupe des faits parfois dissemblables, du moins comme pathogénie. Toujours cependant le traitement devra agir sur le cœur, qui est en somme l'ultimum moriens : toni-cardiaques, strychnine, ouabaïne intraveineuse, transfusion sanguine. (*Journ. des sciences médicales de Lille*, 18 avril 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Fréquence de la bronchite fuso-spirillaire.

(MM. P. Lafosse et J. Langle. — *Académie de médecine* ; 30-11-26.)

MM. Lafossé et Langle, médecins du dispensaire antituberculeux de Vincennes, appellent l'attention sur la fréquence de la bronchite fuso-spirillaire. En quatre années, en effet, ils en ont recueilli 53 cas.

L'affection ne leur a paru ni épidémique, ni contagieuse, leurs malades habitant pour la plupart des maisons ou des localités différentes. Les principaux caractères cliniques sont les suivants : trachéo-bronchite bénigne, mais récidivante et tenace, avec conservation d'un bon état général, apyrexie, absence de lésions radioscopiques importantes. Les hémoptysies s'observent quelquefois (bronchite sanglante de Castellani) mais sont plutôt rares.

Le diagnostic se pose surtout avec la tuberculose. C'est cette dernière qui avait été suspectée chez presque tous les malades. L'examen bactériologique des crachats, en montrant l'absence de bacilles de Koch et la présence de l'association fuso-spirillaire, permet seul de reconnaître la maladie. Lors donc que des analyses répétées de l'expectoration ne révèlent ni directement ni à l'homogénéisation, de bacilles de Koch, il sera nécessaire de rechercher la symbiose bacille fusiforme et spirochètes. La présence de spirochètes dans les crachats conduira à instituer le traitement par les arsenicaux. Bien souvent, cette thérapeutique amène la disparition, au moins passagère, et des troubles morbides et des germes, dont elle accuse ainsi le rôle pathogène.

Le secret médical.

(M. P. Gallois. — *Académie de médecine*; 30-11-1926.)

M. Gallois conclut ainsi sa communication :

Le secret médical est avant tout un contrat entre le médecin et son client et le client peut seul en dégager le médecin ; ce dernier toutefois, dans ce cas, n'est pas tenu de parler. Il le fera d'ailleurs par un certificat remis au client, qui l'utilise s'il le veut.

Le secret ne se borne pas à la confidence faite par le malade . Il s'étend à tout ce que le médecin a pu découvrir ou noter.

A moins de force majeure, le médecin ne peut, auprès d'un même individu, représenter deux intérêts différents, c'est-à-dire être médecin traitant et contrôleur simultanément.

Cette communication, motivée par un travail de M. Perraud-Charmantier, avocat, sur ce sujet, travail primé par l'Académie des sciences morales et politiques, sera — sur la proposition de M. Letulle — discutée ultérieurement en séance de l'Académie de médecine.

Les métastases dans le cancer du col irradié.

(MM. Duvergey et Jeanneney, de Bordeaux. — *Société de chirurgie* ; 27-10-26.)

Les métastases cancéreuses du cancer du col sont-elles plus fréquentes lorsque le traitement radiumthérapique a été mis en œuvre ? Cette question a déjà été envisagée par différents auteurs et discutée il y a deux ans à l'Association pour l'étude du cancer.

MM. Duvergey et Jeanneney, à propos de deux cas personnels de métastases consécutives à un traitement par les radiations, reviennent sur cet important problème.

Tout d'abord, on observe des métastases dans les cancers du col non irradiés, comme diverses statistiques le prouvent. D'autre part, la survie obtenue par la radiumthérapie peut donner à des métastases latentes le temps de se manifester. Néanmoins il est logique aussi d'admettre que les radiations ont parfois favorisé les métastases du fait du trauma assez important de la mise en place des tubes, des doses insuffisantes de radium et peut-être aussi avec des doses suffisantes.

De l'avis des auteurs, il n'est pas impossible que les radiations aient déterminé quelquefois des métastases, mais celles-ci seront de moins en moins fréquentes, à mesure que les manœuvres thérapeutiques seront moins brutales et que la technique et le dosage se perfectionneront.

Les opérations de collapsothérapie pulmonaire.

(MM. Raymond Grégoire et Paisseau. — *Société de chirurgie* ; 27-10-26.)

M. Grégoire communique, en son nom et au nom de M. Paisseau, une observation de gangrène pulmonaire qui semble avoir guéri sous l'influence de la sérothérapie et de la phrénicectomie.

Pour affaisser une cavité gangréneuse du poumon, l'intervention directe, par drainage externe, n'est plus employée ; elle donne de mauvais résultats. C'est par voie indirecte qu'il faut agir. Le décollement pleuro-pulmonaire de Tuffier est une excellente méthode et la seule même applicable aux collections étendues. Pour les foyers moyens, la phrénicotomie, moins traumatisante, peut trouver son indication.

— M. Baumgartner a une opinion moins favorable de la phrénicectomie en pareils cas. Il a pratiqué ou fait pratiquer dans son service cette opération huit fois pour suppuration pulmonaire (dilatation des bronches, abcès du poumon ouvert dans les bronches) et il n'a eu que des effets très inconstants, sans parler des inconvénients de la méthode.

— M. Paul Moure partage les réserves formulées

par M. Baumgartner. La phrénicectomie est une opération simple mais qui a des suites éloignées variables et souvent imprévisibles. Elle ne doit s'adresser qu'à des cavités strictement limitées à la base, et, de plus, comme elle provoque une mutilation définitive (la paralysie de l'hémi-diaphragme), il ne faut y recourir que chez des malades parfaitement étudiés au point de vue médical.

— M. Roux-Berger rappelle les différentes modalités de la collapsothérapie : les résections osseuses thoraciques, la phrénicectomie, le pneumothorax artificiel et le décollement pleuro-pariétal. Les deux premiers procédés créent un état définitif, les deux derniers, un affaissement temporaire.

Les indications respectives de ces procédés sont difficiles à poser. Le siège de la lésion joue un rôle. Une lésion du sommet ne tire pas grand bénéfice d'une phrénicectomie. L'état de la plèvre est à prendre aussi en considération. La plèvre est-elle libre, seuls le pneumothorax et la phrénicectomie peuvent être à considérer. Le décollement pleuro-pariétal s'adressera aux lésions anciennes, avec adhérences.

—M. Bréchot a vu deux cas de suppuration pulmonaire dans lesquels la phrénicectomie n'a procuré que des résultats insignifiants. Dans un de ces cas, l'abcès siégeait cependant à la base du poumon et l'indication de l'intervention paraissait nette.

La méthode de Robertson-Lavalle (greffes osseuses) dans le traitement des tumeurs blanches.

(M. Ombrédanne. — *Société de chirurgie* ; 3-11-1926.)

Nous avons analysé il y a trois ans environ un rapport de M. Auvray sur une nouvelle méthode de traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses proposée par le professeur Robertson Lavalle, de Buenos-Aires. Depuis cette époque, le professeur argentin a poursuivi ses recherches et a exécuté à ce jour 380 opérations, ce qui représente évidemment un chiffre imposant. Appliquée d'abord aux tumeurs blanches du genou, sa méthode fut étendue à toutes les tuberculoses des grandes jointures, au mal de Pott, et même à la tuberculose pulmonaire. C'est ainsi que dans 21 cas, M. Robertson-Lavalle a traversé au moyen de greffons osseux le poumon des malades immédiatement au-dessus de cavernes bacillaires. Il s'agit donc d'un procédé de grande envergure.

Rappelons sur quelles bases s'est appuyé l'auteur. Selon lui, les épiphyses osseuses sont envahies par le bacille tuberculeux à raison de leur nutrition défectueuse. En fixant dans ces épiphyses des greffons osseux, on modifie notablement la circulation artério-veineuse de la partie malade, activant celle-ci et provoquant la guérison. Tel est le principe de la méthode, dont on conçoit dès lors la technique. Quels en sont les résultats ? Si l'on suit les conclusions de son auteur, elles ne tendent rien moins qu'à révolutionner le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et à démontrer que toutes sont curables *en un mois*.

M. Ombrédanne apporte aujourd'hui le résumé de 20 observations qui lui ont été adressées par M. Lavalle, observations accompagnées de photographies. Les résultats paraissent véritablement très bons. Quelques chirurgiens français (M. Mouchet, M. Nové-Josserand, M. Ombredanne lui-même) ont pratiqué une certain nombre de fois cette opération. Les greffes osseuses dans les épiphyses voisines des tumeurs blanches ont semblé, effectivement, avoir une action recalcifiante rapide et aussi un effet sédatif sur les douleurs. Toutefois, les opérés de M. Ombrédanne ont eu de l'ankylose alors que ceux de Robertson-Lavalle ont gardé leurs mouvements. M. Nové-Josserand, d'autre part, rejette les greffes à la période floride de la tuberculose articulaire.

En somme, sans pouvoir être actuellement fixé sur la valeur définitive de la méthode du professeur Robertson Lavalle (son auteur déclare qu'il peut guérir *en un mois* toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses, fistulisées ou non), il est impossible de ne pas être impressionné par les observations du chirurgien argentin. Il serait à souhaiter qu'une opinion chirurgicale se fasse sur ce sujet.

Rétrécissement congénital de l'urèthre.

(M. J. Mock. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 5-11-1926.)

Le malade de M. Mock présentait depuis son enfance des crises de dysurie et de rétention, pour lesquelles il se sondait ou se passait des bougies lui-même. En 1920, à l'âge de 60 ans, il fit un abcès urineux que M. Mock opéra, complétant l'intervention par un uréthrotomie interne.

— M. Raymond Bonneau pense qu'un rétrécissement congénital de l'urèthre peut, s'il n'est pas trop serré, ne se manifester cliniquement qu'assez longtemps après la naissance. Il apporte l'observation d'une femme qu'il examina alors qu'elle avait 34 ans et chez laquelle la dysurie n'apparut que vers la dix-huitième année. Il existait une valvule unique siégeant à deux centimètres en arrière du méat. Urines limpides. Aucun passé uréthral inflammatoire. La dilatation sur conducteur étant restée inefficace, une uréthrectomie fut faite, qui donna rapidement une guérison définitive.

Splénectomie pour anémie splénique.

(M. Victor Pauchet. — *Soc. des chirurgiens de Paris* 5-11-1926.)

M. Victor Pauchet expose sa technique de la splénectomie dans les cas non traumatiques : anesthésie para-vertébrale par bloquage des nerfs 7 à 11 D ; incision oblique para-costale gauche ; décollement colo-épiploïque ; ligature préventive de l'artère splénique seule ; énucléation de la rate ; ligature du pédicule ; fermeture de la paroi.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Ulcère double de l'estomac.

MM. X. Delore et de Girardier. — Homme de 59 ans, souffrant de l'estomac depuis plus de trente ans. Les douleurs sont devenues surtout vives depuis deux ou trois ans ; elles siègent au creux épigastrique, irradient dans le dos et les épaules, apparaissent deux à trois heures après les repas ; de temps à autre, vomissements de liquide clair et aigre mélangé aux aliments et mettant fin à la crise. A l'examen, estomac un peu grand avec léger clapotage. L'intervention montra l'existence d'un ulcère pylorique calleux et, en outre, d'un autre ulcère de la petite courbure, situé juste au-dessous du cardia et adhérent. On fait une gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton. Soulagement immédiat. Guérison actuelle.

Méningite puriforme aseptique au cours d'une otorrhée chronique.

MM. Rebattu et Mounier montrent un enfant de 12 ans atteint d'otorrhée droite intermittente depuis des années ; l'écoulement actuel datait de deux ou trois jours au moment de l'entrée à l'hôpital ; mauvais état général, température : 38°4, pas de douleur mastoïdienne. Quelques jours après, apparition de symptômes méningés ; à la ponction lombaire, liquide louche, un peu verdâtre, coulant sous tension. On pratique d'urgence une trépanation mastoïdienne, puis quatre nouvelles ponctions lombaires successives qui ramènent un liquide de plus en plus clair ; celui-ci *s'est toujours montré amicrobien*. Le malade s'est d'ailleurs rapidement amélioré. A noter une paralysie faciale survenue après l'intervention et qui disparut par la suite.

Pyélotomie élargie pour gros calcul rénal.

M. Gayet expose l'observation d'un homme de 33 ans qui fut atteint brusquement de douleurs lombaires gauches. Une radiographie montra dans la région du bassinet une ombre triangulaire considérable due évidemment à un calcul. On décide de tenter la pyélotomie. Une incision en croix du bassinet permit d'extraire assez laborieusement le calcul. Les tendances actuelles sont en faveur de la pyélotomie qui évite les dangers d'hémorrhagies fréquentes à la suite de la néphrotomie. A noter que ce malade avait eu des coliques néphrétiques déjà dans son enfance, ce qui serait en faveur de l'origine très précoce, quasi congénitale de certains calculs.

Cholécystite calculeuse avec vésicule particulièrement mobile.

M. Condamin présente un malade opéré par M. Patel pour une cholécystite calculeuse. La vésicule était particulièrement mobile et on la sentait dans l'hypochondre gauche quand le sujet se couchait sur le côté gauche. L'opération et les suites furent très simples. La vésicule contenait du liquide clair et filant et trois volumineux calculs, un mûriforme, les deux autres en forme de tonneau.

Pneumonie caséeuse probablement consécutive à une ostéite costo-vertébrale.

MM. Bonnamour et Jamin présentent un poumon totalement transformé en un bloc de pneumonie caséeuse. Il y avait en outre une symphyse pleurale totale avec plèvre très épaissie. Ce sont là deux faits qui ne sont pas classiques, la pneumonie caséeuse, dans la règle, se localisant à un lobe ou à une partie de lobe et ne s'accompagnant pas d'adhérences pleurales. Il y avait enfin une ostéite des premières côtes et des corps vertébraux correspondants, avec abcès. Il semble qu'on doive admettre que cette ostéite a déterminé la lésion pleurale, cause à son tour de l'envahissement pulmonaire.

Calcul de l'ampoule de Vater.

M. Mallet-Guy présente, au nom de M. Wertheimer et au sien, *une malade, tuberculeuse avérée, et* ayant eu en outre plusieurs crises de coliques hépatiques, la dernière accompagnée d'ictère par rétention, avec gros foie, amaigrissement et mauvais état général. Une intervention est néanmoins décidée : cholécystectomie, ligature du pédicule cholécysto-cystique, incision du cholédoque, d'où s'échappent de la boue biliaire ; l'exploration montre que la voie est libre du côté hépatique, mais non du côté duodénal ; à travers le duodénum, on voit un calcul dans la région ampullaire ; on extrait celui-ci après incision du duodénum et débridement de la papille. Dans la vésicule, il y avait un très gros calcul et cinq ou six plus petits. Suites simples. Actuellement, la malade tousse toujours, mais a un état général excellent et fait un travail assez pénible.

Diagnostic du syndrome pancréatite chronique avec ictère.

M. Mallet-Guy fait une communication sur ce sujet. Il montre que le diagnostic du syndrome pancréatite chronique avec ictère passe par trois phases : 1° phase préopératoire : le malade se présente avec un ictère à caractères très variables, précédé généralement de crises douloureuses, accompagné d'amaigrissement et d'asthénie ; le syndrome peut être confondu avec la lithiase cholédocienne accompagnée de réaction pancréatique de voisinage, avec certains obstacles au niveau de l'ampoule de Vater, enfin, avec le cancer de la tête du pancréas ; le plus souvent, tout diagnostic précis est impossible ; 2° phase de l'exploration chirurgicale qui permet de limiter le problème entre pancréatite et cancer ; 3° phase post-opératoire, qui soit précocement, soit par l'étude des suites lointaines, permet de préciser la nature de la tuméfaction pancréatique.

Deux cas de trochantérite tuberculeuse chez l'enfant.

M. André Rendu présente deux observations, avec radiographie, d'ostéite tuberculeuse du trochanter chez des enfants guérie par l'intervention chirurgicale. Ces lésions sont rares chez l'enfant et plus graves que chez l'adulte ; en raison de la plus grande porosité de l'os et de la plus grande proximité de l'articulation, celle-ci risque fort d'être atteinte si l'on n'a pas soin, après évidement et curettage de la lésion trochantérienne, d'immobiliser la hanche dans un plâtre pendant trois ou quatre mois.

Périchondrite laryngée et hémiatrophie linguale syphilitique.

M. Bertein. — Jeune soldat atteint de dysphonie, gêne respiratoire avec gonflement du cou, accidents remontant à l'âge de douze ans. Vers 15 ans, une perforation palatine appela l'attention sur la syphilis et disparut par un traitement intra-veineux. Actuellement, on note : une énorme perforation de la cloison nasale, une rétraction scléreuse des muscles sus-hyoïdiens, l'absence du sterno-cléido-mastoïdien droit ; le larynx est entouré d'une gangue cicatricielle, les cartilages sont rugueux, douloureux à la pression ; enfin, il existe une hémiatrophie linguale. La nature syphilitique de ces lésions ne fait pas de doute, bien que la réaction de Wassermann soit négative.

Péritonite purulente primitive chez le nourrisson.

M. L.-M. Bonnet. — Enfant de deux mois, amené à l'hôpital avec une éruption de nature nettement spécifique ; Wassermann positif. Bon état général. On fait, en trois semaines, quatre injections intraveineuses de novarsénobenzol. Après la quatrième, l'enfant présente un peu de diarrhée, du ballonnement, un ou deux vomissements, et meurt. L'autopsie révèle l'existence d'une péritonite généralisée, avec intégrité absolue des viscères et notamment du foie et du tube digestif, ce qui écarte l'idée d'une intoxication par l'arsénobenzol. On doit donc admettre qu'il s'agissait d'une péritonite primitive de nature infectieuse.

En l'absence d'examen bactériologique, force est de se baser sur les circonstances étiologiques pour tâcher de préciser de quelle infection il s'est agi : or, dans la même salle que le nourrisson en question se trouvait une femme qui fut atteinte de diphtérie, ce qui amène l'auteur à soulever l'*hypothèse* de l'origine diphtérique de cette péritonite.

Ostéomyélite typhique datant de vingt-six ans.

MM. Patel, Gaté et Billa relatent l'histoire d'une femme actuellement âgée de 40 ans, qui eut, à 14 ans, une fièvre typhoïde compliquée d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. Opérée à Marseille deux ans plus tard, elle garde une fistule jusqu'en 1924, date où M. Patel la voit et intervient à nouveau. En 1925, la malade est revue : on trouve dans son pus du B. d'Eberth, et son sérum agglutine à 1/500. On prépare un auto-vaccin que l'on injecte tous les trois jours jusqu'à concurrence de 15 injections. L'état général est amélioré par ce traitement, mais l'état local est peu modifié.

Tuberculose rénale à forme de néphrite hématurique.

MM. Gayet et Cibert. — Jeune fille de 23 ans entrée à l'hôpital pour des hématuries ; le rein gauche est un peu douloureux ; l'examen de l'urine de ce rein montrant un déficit marqué dans l'élimination des chlorures et de l'urée, on décide l'ablation de l'organe. On trouva un rein petit, à parenchyme très pâle, sans granulations apparentes ; l'examen histologique montra l'existence de follicules tuberculeux nets avec cellules géantes.

Anomalie pigmentaire.

MM. Bonnet et Corréard montrent un malade porteur, sur le cou, le tronc et la racine des membres d'une pigmentation simulant les syphilides pigmentaires. Bien que le Wassermann soit positif, il ne s'agit pas de syphilide, car le malade affirme être porteur de cette pigmentation depuis l'enfance ; ses deux frères en sont également atteints.

Société médicale des Hôpitaux.

Tuberculose vertébrale à forme de tumeur intra-rachidienne.

MM. Bériel et Pétouraud rappellent les similitudes signalées par eux dans une précédente communication entre les cancers rachidiens et les ostéites pottiques. Ils présentent aujourd'hui une observation dans laquelle une tuberculose vertébrale, cliniquement latente, avait donné lieu à une prolifération saillante dans le canal, véritable tuberculome dont le lipiodol avait confirmé l'existence et la localisation. Cette tumeur put être enlevée.

Microcéphalie avec aspect anthropoïde.

MM. Mouriquand, Bernheim et Mlle Gardère présentent un enfant de dix ans à développement intellectuel rudimentaire et à aspect simiesque des plus nets : crâne petit, arcades orbitaires saillantes, yeux petits et rapprochés, membres supérieurs très longs.

Anémie aiguë grave par hématémèse. Transfusion.

MM. Savy et P. Delore rapportent le cas d'un jeune homme de 23 ans amené presque exsangue à l'hôpital ayant eu, sans douleurs gastriques antérieures, une hématémèse considérable la nuit précédente. Une transfusion de *quatre-vingts centimètres cubes* seulement (donneur : M. l'interne Lagèze), amena une amélioration remarquable et immédiate.

Deux modalités de la lithiase biliaire.

M. Villard développe un mémoire sur ce sujet. L'auteur distingue deux types très distincts de lithiase vésiculaire : 1° les calculs situés *dans le bassinet de la vésicule* sont volumineux, toujours associés à une grosse distension vésiculaire ; cliniquement, il s'agit de lithiase très ancienne, les coliques hépatiques ont souvent disparu, le symptôme dominant est l'énorme volume de la vésicule s'accompagnant de troubles digestifs avec atteinte de l'état général ; 2° les calculs du *cystique* sont, au contraire, petits, peu mobiles, déterminant de bonne heure l'oblitération du canal, d'où le petit volume de la vésicule ; cliniquement, la lithiase du cystique donne lieu à des crises très douloureuses et souvent répétées, sans ictère. Ces deux formes sont également justiciables de la cholécystectomie.

Gommes tuberculeuses cutanées et sous-cutanées multiples.

MM. Nicolas et Pillon présentent une malade atteinte de lésions gommeuses multiples (on en compte 27) disséminées sur tout le corps. Ces lésions font penser à la sporotrichose, mais les ensemencements sur Sabouraud sont restés négatifs. Bien que la malade soit par ailleurs une syphilitique avérée, les gommes en question ne relèvent pas de sa vérole, car le traitement spécifique (novarsénobenzol, bismuth, iodure) n'a eu aucune action sur elles. Par contre, la nature tuberculeuse de ces lésions a été démontrée par l'inoculation au cobaye. A noter l'absence totale de réaction ganglionnaire et la conservation de l'état général.

Le facteur endocrinien chez les asthmatiques.

MM. Cordier et Mounier-Kuhn concluent à l'existence d'un asthme endocrinien lié à un dysfonctionnement thyroïdien ou ovarien et pouvant être amélioré par l'opothérapie.

Pneumopathie syphilitique.

MM. Bonnamour, Doubrow et Boysset présentent l'observation d'une femme de 60 ans, entrée à l'hôpital pour toux, expectoration abondante et petites hémoptysies intermittentes. Mari hospitalisé en même temps pour *tabes incipiens*. Malade sujette depuis 30 ans à des bronchites à répétition. A l'entrée, on ne note que quelques râles secs, très discrets à l'extrême sommet gauche, pas de B. de Koch. Wassermann négatif.

La malade crache, tous les matins, la valeur d'un crachoir de pus d'odeur fade. La radiographie, après injection intra-trachéale de lipiodol, donne un aspect assez caractéristique de dilatation bronchique. Mort subite. A l'autopsie, on ne trouve pas de bronches béantes, la surface des poumons coupés donne partout la sensation d'un tissu souple, sans induration, ni saillie d'un anneau bronchique épaissi. Le rein droit a sa moitié supérieure transformée en un amas de kystes. Histologiquement, les poumons présentaient des lésions d'inflammation exsudative ; c'était, en somme, une pneumopathie où la sclérose n'a pas encore eu le temps de s'installer. L'aspect radiographique de dilatation bronchique peut s'expliquer par la perte de tonicité des parois des bronches, le stroma normal de l'arbre aérophore constitué par la charpente conjonctivo-élastique du poumon sain ayant été remplacé par du tissu inflammatoire.

Hypertension permanente et cardiopathie valvulaire.

MM. Pallasse et Beaupere. — Femme de 48 ans entrée à l'hôpital pour des phénomènes asystoliques. Ceux-ci paraissent avoir apparu pour la première fois en 1918 à la suite de la grippe. La malade se présentait cliniquement comme une cardio-rénale avec une hypertension marquée : 23/14 au Gallavardin. L'autopsie révéla la coexistence d'un gros cœur avec un rétrécissement mitral serré. Les reins étaient petits avec capsule adhérente et surface granuleuse.

L'encéphalite épidémique et l'étiologie des scléroses en plaques.

MM. Bériel et A. Devic relatent quelques observations de scléroses en plaques tendant à démontrer — opinion qui va à l'encontre des doctrines en cours — que « les syndromes de scléroses disséminées sont à l'encéphalite dans ses formes basses (médullaires, périphériques) comme les syndromes parkinsoniens sont à l'encéphalite épidémique dans ses formes hautes. »

Nous ne pouvons ici qu'indiquer sommairement les conclusions de l'importante communication de ces auteurs : les observations dans lesquelles un syndrome de sclérose en plaques se développe nettement à la suite d'une atteinte d'encéphalite épidémique prouvent que celle-ci peut engendrer celle-là ; le grand nombre de scléroses en plaques observées actuellement, de nombreuses analogies cliniques et anatomiques entre les deux maladies sont autant d'arguments cliniques en faveur de la thèse des auteurs. Ceux-ci pensent en définitive que l'on devra accorder un jour une place prépondérante à l'encéphalite dans l'étiologie des scléroses en plaques.

A. C.

L'avis de quelques MAITRES

M. le Dr Gougerot. — ...*Ils ont (les sels insolubles) l'inconvénient de provoquer parfois des accumulations avec résorption nulle ou incomplète, d'où une action imparfaite, puis des décharges massives dont on n'est plus maître et qui peuvent être dangeureuses en cas d'accidents bismuthiques. Parfois l'injection musculaire donne des accidents locaux, nécrose, abcès, fistule interminable.*

(Le traitement de la syphilis en clientèle, 4e édit., Maloine, Editeur.)

M. le Dr Lacapère. —....*Chez les intolérants aux arsenicaux, les injections intraveineuses ou intramusculaires de sels bismuthiques solubles ou de bismuth colloïdal peuvent être employées avec succès. On doit se défier dans ces cas des préparations insolubles qui demandent un temps assez long pour être aborbées et entrer en action, si bien que, dans les syphilis jeunes, des localisations nouvelles peuvent se produire en cours de la première série d'injections bismuthiques insolubles et atteindre les viscères ou les centres nerveux.*

(L'Hopital, octobre 1926.)

M. le Dr Lortat-Jacob. — *Il nous a semblé que dans les syphilis récentes, certains sels solubles de bismuth en injections intramusculaires (benzobismuth) étaient doués d'un pouvoir très efficace et pouvaient rendre de grands services, lorsque le novar ne pouvait être employé.*

(L'Hopital, octobre 1926.)

M. le Dr Louste. —......*Plus j'acquiers d'expérience, moins j'utilise les préparations insolubles ou les garde en fin de série pour éviter les indurations, les scléroses musculaires, ou les abcès....*

(L'Hopital, octobre 1926.)

M. le Dr Queyrat. —.....*A propos de la communication de M. Pinard* « 61 *cas de rétention bismuthique* » *dues à des injections de bismuths insolubles.*

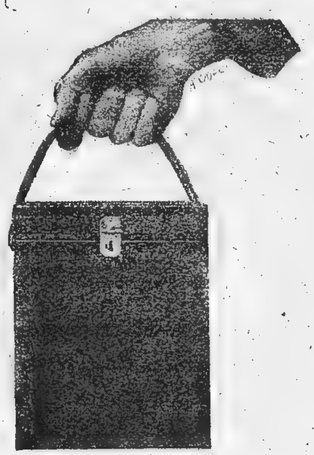
« *Il y a longtemps pour mon compte que j'y ai renoncé après les avoir essayés sans aucun parti pris, en voyant, par l'emploi comparatif, combien les préparations bismuthiques solubles donnent des résultats thérapeutiques plus satisfaisants : je n'emploie plus que ces préparations solubles ; je m'en trouve très bien et mes malades encore mieux.* »

(Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Séance du 12 novembre 1925.)

Cinq années de pratique journalière en clientèle et dans les hôpitaux ont prouvé la parfaite innocuité et l'incomparable activité du BENZO-BISMUTH : *Dérivé sodique de l'acide trioxy-bismutho-benzoïque.*

(Académie des Sciences, février 1922 ; Académie de Médecine, juin 1922, etc.)

Echantillons : **Laboratoires MILLOT, 54, rue de la Bienfaisance, PARIS 8e**



L'OXYGÉNOTHÉRAPIE SOUS-CUTANÉE DANS L'EMPHYSÈME ET LES DYSPNÉES ASTHMATIQUES

Par le Dr Gustave MARY.

Parmi les maladies des voies respiratoires, l'emphysème et l'asthme sont des plus pénibles et trop souvent rebelles aux multiples traitements préconisés pour les combattre.

Quelle que soit la cause déterminante des crises aiguës de dyspnée, les patients les redoutent à juste raison et appellent avec angoisse le médicament libérateur.

Comme il s'agit là de malades à hématose insuffisante, j'ai pensé, après bon nombre de précurseurs (BAYEUX, LESUEUR, BÉRAUD, MARTINET, HECKEL, LELOUP (thèse de Paris, 1926) qu'une oxygénation à hautes doses, devrait être un moyen puissant de lutte efficace.

C'est pour cette raison que, dans un grand nombre de cas, j'ai pratiqué, de parti pris, des injections sous-cutanées d'oxygène pur, à l'état naissant, fourni extemporanément par l'appareil Salvoxyl.

Je me contenterai aujourd'hui de livrer aux réflexions des confrères le résumé de six observations personnelles, auxquelles j'ajouterai six observations dues à l'obligeance de mon excellent confrère, le docteur BOËLDIEU (maladies de clientèle, de ville ou de Dispensaire).

Mme L....., 38 ans.

Première crise violente et prolongée d'emphysème en avril 1925, jugulée en 24 heures par deux injections de 300 cmc. chacune d'oxygène « Salvoxyl » et adrénaline.

Depuis cette époque, n'a jamais fait de crises, mais seulement de la dyspnée intermittente — mais elle n'a jamais cessé de s'oxygéner par l'oxygène « Salvoxyl » — tous les jours ou tous les deux ou trois jours, suivant son état.

L'auscultation révèle une amélioration telle que j'ai le droit de la considérer comme guérie.

M. V..., comptable, 58 ans, emphysémateux depuis 30 ans, avec dilatation des bronches. Depuis deux mois, n'a eu que trois crises aiguës, ayant cédé sans délai à des injections de 300 cmc. d'oxygène « Salvoxyl », répétées à un jour d'intervalle.

Entre temps, M. V... fait régulièrement des inhalations tous les jours ou tous les deux jours. Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce cas, c'est que M. V... est en même temps un insuffisant mitral qui, depuis des années, avait des crises d'hyposystolie accusée, urines rares, œdème prétibial, extrémités cyanosées, etc.

Or, depuis qu'il fait régulièrement ses inhalations d'oxygène Salvoxyl, M. V... n'a plus jamais eu de crises cardiaques ! ! Je continuerai à le suivre.

M. C..., employé, 44 ans.

Emphysémateux avec lésions tuberculeuses confirmées par radioscopie et bacilloscopie.

Devait cesser son travail deux, trois fois par mois, par suite de dyspnée, toux opiniâtre, expectoration abondante. A la suite d'une série de 25 injections d'oxygène « Salvoxyl » espacées sur une période d'environ 75 jours, ce malade qui, dans l'intervalle des piqûres, faisait en outre des inhalations « Salvoxyl » (au moins une fois par jour) a vu sa dyspnée diminuer peu à peu, pour arriver à la disparition à peu près complète, ses forces sont revenues avec l'appétit et même un certain embonpoint. Il dort bien, alors que l'insomnie était chez lui habituelle.

Depuis bientôt dix mois, il n'a pas eu à cesser son travail. A la radioscopie, les lésions paraissent être atténuées et la bacilloscopie est négative.

M. B..., 61 ans, emphysémateux très accusé avec crises fréquentes et, en plus, cardiaque mitral.

A commencé le traitement par inhalations seulement en novembre 1925. Depuis cette époque, il avait vu ses crises s'espacer et diminuer d'intensité, lorsque l'été dernier, étant en vacances dans l'Ouest, il eut une crise d'asystolie avec poussée d'albuminurie abondante. Revenu aussitôt chez lui en ambulance automobile, le traitement appliqué fut, en dehors de la saignée, la digitaline et le traitement diététique. Mais la céphalée persistant, ainsi qu'une dyspnée équivalente, des injections d'oxygène « Salvoxyl » de 300 cmc. tous les deux jours furent pratiquées. Dès la deuxième, la céphalée disparaissait et les urines devenaient plus abondantes ; sept injections furent encore pratiquées, ramenant la quantité d'urine au taux normal, permettant le sommeil qui avait disparu, supprimant la céphalée et la dysnée, faisant en un mot revivre le malade.

Il est bien entendu que la lésion mitrale existe toujours ainsi que l'état emphysémateux et une certaine congestion passive, mais il est manifeste que, dans ce cas, les injections d'oxygène « Salvoxyl » ont eu une action des plus bienfaisantes sur l'évolution de la crise.

Mme V....., 70 ans.

Je suis appelé auprès de cette malade dès six heures du matin. C'est une bronchitique chronique. Je la trouve en état de crise aiguë d'emphysème — avec

anhélence extrême — visage cyanosé et convulsé, tellement la nuit a été pénible.

Je pratique immédiatement une injection sous-cutanée de 300 cmc. d'oxygène « Salvoxyl » et prescris le traitement habituel — *ventouses, solution d'adrénaline*, etc...

Moins de trois heures après, je prends des nouvelles de la malade qui respirait avec beaucoup plus de facilité, si bien qu'elle pouvait sommeiller assez longuement. Une nouvelle injection pratiquée le soir, assura une nuit calme. Le deuxième jour, alimentation légère, le troisième, nouvelle injection de 500 cmc. Cette fois, la crise est totalement disparue. Chez cette malade, il est manifeste que l'oxygène a joué le plus grand rôle dans l'évolution de la crise, avant toute action véritable de l'adrénaline.

M. D......, 25 ans, me fait appeler en octobre 1925, pour une crise aiguë extrêmement accusée d'emphysème, qui fut jugulée en moins de 48 heures, par deux injections sous-cutanées de 300 cmc. d'oxygène « Salvoxyl ». Comme il présentait une déviation de la cloison, je l'ai confié à un confrère (oto-rhino-laryngologiste) qui pratique l'opération habituelle.

Une nouvelle crise dyspnéique étant survenue peu après, le malade réclame lui-même le traitement par injections sous-cutanées d'oxygène qui donne le même résultat satisfaisant que la première fois.

Depuis cette époque, M. D..., fait des inhalations d'oxygène « Salvoxyl » dès qu'il ressent une gêne respiratoire, il n'a plus eu de vraie crise.

25 *novembre* 1925. — Mme C..., 70 ans, rue Marcellin-Berthelot.

Emphysème, bronchite, dyspnée, insomnie, 200 cmc. d'oxygène en injections sous-cutanées et inhalations d'oxygène à 30 %.

27 *novembre*. — Amélioration générale, plus de râles, respiration plus facile, insomnie en régression. 200 cmc. oxygène, inhalations à 30 % à volonté.

2 *décembre* 1925. — L'amélioration persiste. Le malade continue chaque soir les inhalations d'oxygène. Elle déclare n'avoir pas respiré aussi facilement depuis longtemps. 200 cmc. d'oxygène.

5 *décembre*. — Guérison, 200 cmc. d'oxygène.

La malade continue ses inhalations. L'amélioration a persisté et à la date du 20 novembre 1926 n'a plus eu de crise.

M. Le H..., 29 ans.

27 *janvier* 1926. — Emphysème datant de 6 ans. Depuis l'enfance, crises d'asthme qui l'obligent, l'hiver, à suspendre tout travail. Crises de dyspnée la nuit (2 ou 3).

200 cmc. d'oxygène en injections sous-cutanées.

30 *janvier* 1926. — *Idem.*

3 *février* 1926. — *Idem.*

5 *février* 1926. — Accuse de l'amélioration. Dort mieux. Les crises d'étouffement sont moins fréquentes. Respire plus facilement. 200 cmc. d'oxygène.

10 *février* 1926. — Peut reprendre ses occupations qu'il avait dû interrompre avant de s'adresser à nous, depuis déjà un certain temps.

M. B....., 72 ans, avenue de l'Union.

Emphysème, bronchite.

9 *décembre* 1925. — 200 cmc. d'oxygène en injections sous-cutanées.

12 *décembre*. — Déclare être moins gêné au point de vue respiration. 300 cmc. d'oxygène.

Le malade ne revient pas, dans l'obligation où il est de travailler.

M. M. Alexandre, 74 ans, rue des Tilleuls.

Emphysème. Dyspnée surtout nocturne. Le malade est contraint vers 11 heures du soir de s'asseoir sur son lit pour respirer, parfois même il lui faut se mettre à la fenêtre.

20 *février* 1926. — Injection de 200 cmc. d'oxygène

22 *février*. — *Idem.*

A passé deux nuits parfaites. Sommeil complet. N'est plus revenu au dispensaire.

M. D... (Auguste), 54 ans.

Emphysème depuis 1915. Inappétence, lassitude.

Traité sans soulagement à Lariboisière et dans l'Oise.

Août 1926. — Traitement commencé au dispensaire. 200 cmc. d'oxygène en injections sous-cutanées tous les deux jours (12 injections).

Septembre. — A repris un excellent appétit. Respire facilement et dort parfaitement. Les crises de dyspnée ont complètement disparu.

Mme G....., 58 ans, rue Chevillard.

Emphysème avec crises de dyspnée depuis un an.

15 *septembre* 1926. — Grande gêne respiratoire, crises nocturnes de dyspnée. Lassitude.

Injections sous-cutanées d'oxygène trois fois par semaine, deux séries de douze injections de 200 cmc.

15 *octobre* 1926. — Grand soulagement au point de vue respiration. Disparition progressive des crises nocturnes. Retour des forces.

15 *septembre* 1926. — Peut faire son ménage, et même la lessive, ce qui lui était impossible depuis plusieurs mois.

Voilà des observations faites consciencieusement. M'est-il permis d'affirmer maintenant que les injections d'oxygène neuf, à l'état de fraîcheur chimique absolue, ont une action bienfaisante très remarquable sur l'évolution de la cure dyspnéique et sur la marche de la maladie ? Je sais bien que l'on pourra toujours ergoter sur le mécanisme de cette action, mais qu'importe au praticien et plus encore au patient, si le résultat est satisfaisant et durable !

Guérir le malade ou, du moins, lui apporter tous les apaisements possibles, tel est notre rôle, telle doit être notre ambition !

Les Livres

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

Travaux annuels de l'hôpital d'urologie et de sa chirurgie urinaire. (7e *série*), publiés sous la direction du Dr F. CATHELIN. (Un volume de 376 pages, 45 figures dans le texte, dont 4 grandes aquarelles. Prix : 50 francs, 1925.)

C'est tout d'abord une étude statistique d'ensemble, avec considérations cliniques et chirurgicales sur les malades traités à l'hôpital d'urologie. Le Dr CATHELIN y traite de la mortalité dans les opérations rénales, de la question des greffes urétérales ; il expose les résultats d'un millier d'explorations cystoscopiques, réno-vésicales, la thérapeutique des polypes géants de la vessie, des fistules urinaires basses chez la femme, diverses conceptions pour le traitement des urétrites chroniques, le traitement chirurgical des tuberculoses génitales de l'homme.

Le même auteur consacre un chapitre aux considérations cliniques et chirurgicales sur le broiement de la pierre dans la vessie, technique et résultats.

M. R. GAUVIN étudie la recherche et le dosage des médicaments antisyphilitiques dans l'urine ; R.-F. LE GUYON les phosphates urinaires ; le Dr A. BEAUVY les conditions de culture du gonocoque ; le Dr E. DELOT, la phylogénie du tube urinaire, le Dr LOBLIGEOIS les ombres normales et les taches anormales en radiologie urinaire.

Ce sont ensuite des mémoires cliniques originaux. Lésions hypertrophiantes ou humorales de la tuberculose urinaire (Dr CATHELIN). Diagnostic de la désinfection gonococcique chez l'homme (Dr BOULANGER). Curiethérapie en urologie (Dr GRANDJEAN). Dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère (Dr G. BRULÉ). Contribution à la pathologie des petits reins (Dr QUENAY). Calculs récidivés du rein (Dr YVON). L'épreuve de la phénosulfonephtaléine. Les applications en médecine générale et en chirurgie urinaire (Dr G. SIGURET).

Une troisième partie contient un recueil de faits cliniques.

Gaston DOIN ET CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris 6e.

Dr Pierre MATHIEU. — **Syndromes neuro-anémiques.** (Un vol. in-8o de 172 pages, avec 20 figures et une planche. Prix : 20 fr.)

La coïncidence entre l'anémie et des troubles d'ordre neurologique a été observée depuis longtemps, mais il s'agit là de faits relativement peu connus en France. L'auteur montre que cette association est loin d'être exceptionnelle, mais souvent confondue avec d'autres affections.

Ce travail repose sur un grand nombre d'observations cliniques et anatomiques recueillies à la Salpêtrière ou dans d'autres hôpitaux parisiens.

L'auteur s'est attaché à fixer de la façon la plus complète et la plus précise la symptomatologie des troubles neurologiques rencontrés au cours des anémies. A côté des accidents médullaires, l'atteinte des nerfs péripéhériques est fréquente ; il existe, de même, des troubles mentaux.

A propos des cas observés, le Dr M. aborde la question, parfois si délicate, de l'origine médullaire ou périphérique des symptômes observés dans les affections plus ou moins diffuses du système nerveux.

L'importante partie anatomique de cet ouvrage apporte une contribution des plus intéressantes à l'étude des lésions systématiques de la moelle et à la question de leur topographie.

Elle permet à l'auteur, en venant compléter son étude clinique, de poser et de traiter le problème des affections médullaires rencontrées non seulement au cours d'anémies de types divers, mais encore de cachexies, d'infections, de maladies telles que la pellagre ou le lathyrisme, et en particulier au coursd'affections du tube digestif.

Les livres qui viennent de paraître...

LES PRESSES UINVERSITAIRES DE FRANCE.
49, boulevard Saint-Michel.

Dr Stéphen ARTAULT. — **L'amour, école du bonheur.** Etude philosophique, biologique et sociale. (Un vol., 250 p. : 8 fr. 50.)

Chez VIGOT frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

G. CHAUMET, agrégé du Val-de-Grâce. — **Introduction à la radiologie médicale.** Etude simplifiée des notions actuelles sur la nature des rayons X. (In-8o 260 p., 29 fig. : 15 fr.)

A LA LIBRAIRIE DE LA MAISON RUSTIQUE,
26, rue Jacob, Paris VIe.

Michel MAYLIN, secrétaire de la Société d'Horticulture. — **Manuel pratique et technique de l'hybridation des céréales.** (Un vol. 160 p. : 12 fr.)

P. DECHAMBRE, professeur à l'Ecole de Grignon. — **La vache laitière** (3e édition), un vol., 338 p. : 20 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

MÉDECINE SOCIALE

La médecine en 1935,

Dr COLLIGNON.

Patere quam ipse accepisti legem.
Souffre la loi que tu as toi-même acceptée.

(Travail primé de notre Concours de 1926)

En 1913, un confrère me demandait : « Que sera la médecine dans dix ans ? » — Je lui répondis : « Cher ami, la même que celle d'aujourd'hui, mais nous aurons fait tellement de petits qu'il faudra reprendre la seringue aux mains des illégaux et cesser de donner des leçons de technique aux farceurs qui usurpent nos fonctions. Grâce au stratagème de l'interrogatoire auquel nous souscrivons sans mégarde, une foule de guérisseurs connaissent notre arsenal et la manière de s'en servir, mieux que nous, qu'ils disent. Notre rôle consiste à donner la première leçon de technique ; puis, nous sommes remerciés, quelquefois aimablement et remplacés par nos élèves profanes. Si le foisonnement dans notre profession continue, il faudra trouver autre chose. »

Je ne pensais pas dire vrai à ce point.

Certes, nous n'avons pas retiré la seringue et la plupart des attributs médicaux des mains crochues de nos spoliateurs, mais heureusement les intraveineuses, la spirométrie, la sphygmomanométrie, les prises de sang, les vaccins, sont venus nous redonner un nouveau lustre de technique, en attendant que le public s'en empare, grâce à nos leçons ; et alors, il faudra trouver encore autre chose pour justifier l'existence et la présence de notre corporation. Espérons que la marge des nouveautés est encore élastique : examens électriques, microscopie, bactériothérapie, injections intra-rachidiennes, que sais-je !

Il y a donc eu un grand remue-ménage de 1913 à 1926 incontestablement, et il y a eu surtout la guerre. Mais, quand on songe à ce qui doit se passer d'ici une dizaine d'années dans la sphère médicale, on est effaré de se poser la question ou de se la faire poser par le *Concours*.

Au moins, jusqu'à ce jour, nous avons continué à faire nos évolutions sur la terre ferme, d'abord dans les tacots effroyables, sans lumière lorsque la nuit nous surprenait et que les autogénérateurs, rétifs et aggressifs, nous sautaient au nez ; puis, dans les torpédos améliorées où nos jeunes concurrents se sont prélassés tout de suite avec confort, lumière électrique, démarrage... On rêve lorsque l'on compare nos travaux d'Hercule en tacot avec ces véhicules modernes. Mais, dis-je, nous sommes toujours sur la terre fermé.

En 1935, il n'y aura pas de contorsions ni de tergiversations qui tienne, c'est en avion que M. le docteur devra aller voir ses clients. Il faudra s'y coller, les vieux, ceux qui ont déjà troqué les haridelles pour l'auto. Eh bien ! S'ils n'ont pas fait fortune dans la resplendissante profession, ils devront troquer l'auto pour l'avion. Evolution, évolution ! Progrès ! ...

Mais au fait, quels clients irons-nous voir à cette époque et dans cet équipage ? Il me semble que je ne les aperçois plus, ou si peu ! Dans ce nébuleux devenir, je vois des assistés en cohortes serrées, des mutualistes par phalanges, des assurés sociaux, toutes sortes d'abonnés en de telles proportions qu'ils me cachent le rarissime client, vous savez, celui auquel on tient tant et qui vous lâche si prestement, celui pour lequel nous nous faisons une bile sans nom, alors que déjà, l'auto du confrère vole chez lui, en attendant qu'un troisième le déboulonne, et ainsi de suite...

Il n'y aura plus de rapport direct entre client et médecin, mais une vaste trame intermédiaire administrative. Contrat social, coupons, talons. A nous les ciseaux, la colle et les pains à cacheter! Autant que possible, oublier d'en détacher de temps en temps pour ne pas être traité de voleurs ! Nous devons être bons princes.

Je vois le praticien de 1935 submergé sous ses carnets de tickets, et je regrette de ne pas être assez caricaturiste pour le représenter succombant sous le faix, comme le baudet de La Fontaine. Quelque chose comme le receveur d'un omnibus parisien qui desservirait, non pas une ligne, mais trente-six réseaux.

Les tickets seront modérateurs, bien entendu, pour le praticien, au rabais, c'est certain.

On les collectionnera, et à la fin du semestre, quatre hommes d'équipe et quatre femmes, à prix d'or, pendant huit jours, compulseront, étiquèteront, recopieront en triple, quadruple exemplaire, ce pactole de paperasseries...

Voilà l'avenir.....

Au partage des tickets, serons-nous aussi nombreux qu'à l'heure où nous écrivons ces lignes ? Quelque chose me dit que non !

Ce n'est pas que le Corps médical aura fait quoique ce soit pour enrayer l'encombrement, encore moins les Pouvoirs publics qui s'en frottent les mains. Non ! nous continuerons tous, vis-à-vis de la galerie, à faire les braves, à plastronner, prime d'encouragement criminelle aux élèves du baccalauréat pour s'engager tous dans la vie médicale.

Mais je crois qu'il y aura eu de telles désillusions, de tels effondrements, une telle cohue, que tout de même on sera moins tassés.

Voilà pour l'état de la profession médicale.

Perte inévitable de l'individualité forte du médecin,

Collectionneurs de tickets, tels nous serons.

Mais le niveau intellectuel et moral, me direz-vous ? C'est ici que j'arrive à la vie du médecin.

J'ai dit que ce serait un virtuose en écritures, ce qui ne veut pas dire un calligraphe. Oh ! il n'écrira pas mieux que nous, soyez tranquilles, mais beaucoup plus encore ! Et nous qui croyions avoir vu le tréfond de l'horrible et meurtrière paperasserie !

Nous ne sommes que des enfants auprès du confrère de 1935. Aura-t-il une dactylo ? Je ne crois pas, bien que l'envie ne lui en manquerait pas, mais c'est cher ! Alors une machine à écrire, une machine à compter ? Sans nul doute ! Au vestibule, un mannequin affable à déclic électrique, mû par le tirant de la sonnette extérieure, articulé de façon à aiguiller les clients vers le cabinet de consultation, car il y a beau jeu que tout domestique aura disparu.

A la place du garage, l'aérodrome, à la place du potager, le terrain d'atterrissage de M. le docteur. Le mannequin articulé ne sera pas foulé pour introduire les clients dans le cabinet de consultation, car bien entendu, nous ausculterons à distance par microtéléphonie, microphototélégraphie, cardio-électrophonie ; nous ferons de l'électropuncture à distance, du massage, du traitement vibratoire, de la mécanothérapie, de la télégynécothérapie ! Grandes ressources de l'art extrêmement intéressantes, mais les honoraires demeureront eux aussi à longue distance ; ils péricliteront. Qu'importe ! et que sont ces misères en face de la science en marche !

Il ne faudra pas que le secteur nous laisse en panne, car lui commandera tout. Les réparateurs d'auto étaient nos dieux; ils feront place aux dieux électriciens et ils nous seront également chers, hélas !

D'ailleurs, ce seront peut-être les mêmes personnages ; le génie du transformisme est tellement infini !

Je vois le médecin de 1935 sautant de son lit de bon matin, pas pour la première fois, vous ne voudriez pas ! Il a fait une course (un vol) dans le courant de la nuit nullement étoilée.

Il va voir pourquoi ses phares s'obstinaient à s'éteindre, par instants. Dans les airs, n'est-ce pas, ce n'est pas gai à deux heures du matin, au mois de janvier.

Les autres aviateurs ne bougent pas la nuit ; on ne les ferait pas s'aventurer pour un empire! Par exemple, le jour, ils exécuteront des performances. Mais un docteur doit se dévouer ! . . .

On regrette un peu l'auto, c'était moins dangereux. On sentait le sol là, tout près, comme un vieux copain capable de vous recevoir, un peu rudement parfois ; mais, quand les arbres n'étaient pas trop démonstratifs dans leurs épanchements, on s'en tirait vivant.

Avec ce terrible éther, grand prince toujours distant, on n'a rien où se raccrocher que les tiges de paratonnerre. Et le parachute est infidèle ; la nuit, on ne sait seulement pas si on le développerait en temps voulu ! Bah ! on se console en pensant qu'on ne s'en fait pas s'il y a du verglas, antique terreur de l'ex-automobiliste. Tout de même, on relate beaucoup d'accidents d'avion, des docteurs naturellement, c'est si distrait, ces gens-là !...

Le médecin de 1935 pense à cela en inspectant ses phares. Impôt supplémentaire, sacerdoce ! Encore, s'il avait un chauffeur, je veux dire un aide pilote ! Mais voilà, ces coquins veulent bien planer le jour avec le patron, ou de préférence sans le patron, mais la nuit, il n'y a plus d'homme. Alors, ce n'est pas intéressant étant donné le traitement copieux d'un tel compagnon.

La panne d'éclairage, pense le docteur, se reproduira ; elle est due à un défaut de charge. Le seul moyen de se garantir est d'avoir un appareil à recharge et de faire le plein chaque fois que le demande le voltmètre. Donc, au départ, plein d'eau, plein d'essence, plein d'huile, plein d'ampères. Ce n'est rien quand il n'y a pas autre chose à faire...

Mais le mannequin électro-automatique a déjà fait entrer quelques blessés. Vite ! au travail, car le mannequin pas plus que nos bonnes actuelles ne se soucie d'empêcher de filer chez le confrère un client impatient et tyrannique.

Une fois les mains bien barbouillées de pus et de sanie, le docteur de 1935 pense à déjeuner.

Comme il nous ressemble mon Dieu ! Je gage qu'il fera un toucher rectal au milieu de son déjeuner ! Là, ça y est !...

Et maintenant qu'il n'a plus faim (on se demande pourquoi ?) en route pour les airs.

Ne touchons pas au démarreur, nos bras sont là ! On exécute 20 ou 25 tours de manivelle, (autrefois c'était 40. Je parle pour moi, car je serai de 1935 aussi, n'en doutez pas)... et rien ne part.....

Un temps d'arrêt pour souffler et on recommence. Le médecin de campagne doit être une sorte d'Hercule ou ne pas être... Cette fois, on part ! vivent nos biceps ! On passe le manteau, la cagoule, les gants, on ferme hermétiquement et en route ! non ! en l'air !

Erreur, voici que se profile au carreau (à la gélatine) de l'appareil au départ, la figure, je ne dirai pas sympathique, d'un quidam pressé. On le remettrait bien à la consultation d'une heure, mais une de ses prunelles louche déjà vers la demeure du confrère A et l'autre vers celle du confrère B. Allons ! il faut redescendre de la cellule où on avait eu toutes les peines du monde à se pelotonner, retirer gants, cagoule, manteau, éteindre le moteur, et se composer une attitude pas trop empoisonnée...

Nom d'un chien ! il ne s'agit que d'une demande de renseignement : il ne pouvait pas venir à l'heure ce c..... lient-là. Poignée de main affable, autre poignée de main moins affable à la manivelle du moteur, qui part cette fois. Dame ! on peut être nerveux !... Envolée avec nombreux ratés. Direction dure ! Hum ! Et dire qu'on ne peut pas s'empêcher de penser aux malades dans cette position périlleuse ! Peut-on appeler cela de la distraction dans notre magnanime profession ? Oh ! non, n'est-ce pas ?

Atterrissage à deux kilomètres de la ferme où se tapit le client. Nos jambes franchiront ces deux kilomètres, soit quatre, non pas allègrement, mais, quand même, on sait marcher.

En poche, notre carnet à souches Assurance sociale — Maladie. N'oublions pas qu'il y a un assisté Seine dans le quartier, et plus loin, un pupille de l'Assistance publique. En poche donc carnet à souche Seine avec la trousse d'instruments.

Carnet à souche pupilles avec seringues et vaccins dans troisième poche *ad hoc* (confection spéciale pour docteurs avec majoration)... Thermomètre, stylo, boîtes à sérum.

En mains le tensiomètre, le thermocautère, l'inhalateur, le nécessaire aseptique de pansements, l'électro-vibreur (il y a une prise de courant à la ferme). Nous ferons un examen complet ; on est au courant des nouveautés ! Qui est-ce qui parlait de médecine de bazar ?...

Un peu lourd, l'arsenal, mais nous ne sommes pas des paresseux et le devoir l'exige !

Arrivée, examen consciencieux du client. Ordonnances en quadruple exemplaire, talons, épingles ....

Puis, carnet à souches de l'assisté Seine, carnet à souche du pupille. Mensurations, pesées, etc.

Et maintenant, le retour... Si nous oublions quelque chose, notre stylo par exemple, tant pis, pour lui et surtout pour nous : on ne le reverra jamais. *De profundis* !

Ferons-nous ce matin une autre randonnée ?

Impossible, car malgré toutes ces vitesses, midi insidieusement s'approche. Ne manquons pas l'heure des consultations. Déjeûner, entrecoupé de coups de sonnette impérieux et rebarbatifs. Quelques signatures sur d'horribles papiers sales, rédaction de certificats gratuits et compromettants qui seront rapportés pour être recommencés à l'infini, au gré du solliciteur indécis.

Un saut dans le cabinet de consultation. Là nous attend la fortune :

Premier client. — Une quête pour l'œuvre sanitaire cantonale ; signatures sur plusieurs cahiers de desiderata. Transposition de billets bleus d'une poche à celle d'un autre (pas celle du docteur).

Deuxième client. — Une sollicitation pour demande d'augmentation de pension. Trois certificats ; nous ajoutons le timbre, le client n'ayant pas un sou en poche.

Troisième client. — Une dévote qui vient demander si c'est vrai que le docteur fait de la politique. Il va se faire du tort, le docteur...

Quatrième client. — Un employé de chemin de fer qui demande une prolongation de congé à perpétuité. Quatre feuilles à remplir et on les rapportera entièrement culottées à l'heure du dîner, pour modifications.

Un bond au moteur et en route pour la campagne. Nos carnets sont en pagaye ; pourvu qu'il n'y en ait pas d'égarés. L'Administration ne badine pas ! Contravention ! Sanctions !

L'appareil est mou, l'essence carbure mal. Atterrissage : nous verrons plusieurs clients dans le bourg.

En voici un auquel nous ferons de la transfusion. Ce n'est pas tarifé dans le barême Assurances sociales. Un petit oubli ... un rien ! ...

Cette autre est une métrite à stériliser. Beaucoup de temps : écouvillonnage, cautérisations, tamponnements, mèches , piqûres, vaccins. Cela vaut un curettage au tarif de départ ! Mais nous n'oserions jamais inscrire pareille mention sur le carnet. Comptons une visite simple. Mais il est tard ! Rentrons !

Douce illusion. Le maître Jacques de la maison, Madame dont nous avions omis de parler, nous fait un signe qui veut dire « les kilomètres ne sont pas morts ! — Une course urgente sans doute, quelque accouchement ? C'est bien cela : — Mais le dîner ?... Il sera remplacé par l'explora-

tion de quelque urèthre ou vagin aux vertus puissamment antiapéritives.

Départ aux ténèbres, attention aux phares que l'électricien n'a pas daigné venir voir. Au fait, c'est précisément chez un électricien que nous volons d'urgence à pareille heure ! Donc, nous sommes plus... bons que lui ! C'est parfait.

Et demain ou aujourd'hui (car on ne s'y reconnaît plus avec ces nuits qui se prostituent aux jours) nous recommencerons le même programme.

J'entends un contradicteur qui m'objecte : « Allons donc ! vous aurez la journée de huit heures en 1935. Vous aurez les dimanches, le tour de garde comme à Paris ».

Laissez-moi rire ! Et n'y comptez pas. Nous aurons toujours, entendez-vous, la journée de vingt-quatre heures en position verticale, hein ! (aux innocents les mains pleines) ! Aux jours dominicaux, nous continuerons à recoudre gratuitement les poivrots de la région en veine de pugilat. C'est notre bilan pour l'éternité ! Voilà la page qu'il faudrait enseigner à tout potache dès la troisième. Rien de tel pour guérir de l'embarquement pour Clystères.

Et maintenant que je vous ai représenté la silhouette cinématographique du praticien en 1935, étudions ce qu'il sera intellectuellement et moralement.

Rouage, avons-nous dit, puisque fonctionnaire (1), et de plus, extrêmement occupé pour une rémunération restreinte. Il pourrait combler les loisirs d'un secrétaire de n'importe quel sexe, s'il avait le moyen, mais le secrétaire, ce sera sa femme égalementcuisinière, repasseuse, couturière à l'aide de machines perfectionnées, c'est entendu ; mais, tout de même, combien de femmes consentiront à cette époque à mener cette existence de forçat ? Il y a un point d'interrogation auquel je n'ose pas répondre. En vérité, la femme du médecin n'aura pas le temps de voter.

Les conséquences de ces occupations multiples et rebutantes seront que le praticien ne trouvera pas le moment nécessaire pour scruter ses malades, pour se livrer à des investigations cliniques, longuement pesées et mûries (nous connaissons déjà cela). Car malgré tous les rayons pénétrants, toutes les explorations électro-photographiques, la vieille clinique ne perdra pas ses prérogatives.

Bon sens, jugement, réserve et décision ! Comment demander tout cela à un malheureux scribe enfoui sous l'hécatombe des paperasses qu'il lui faudra abattre chaque jour pour vivre ? Comment lire les revues, si intéressantes soient-elles, se perfectionner, s'adapter au mouvement scientifique ?

Nous souffrons déjà de ce trou inique, occupés que nous sommes à tout ce qui n'est pas strictement médical. Que sera-ce quand nous serons des ronds-de-cuir, et, chose paradoxale, des ronds-de-cuir ambulants, je veux dire aérobulants ? Je ne vois pas, malgré toute ma bonne volonté, le confrère trouvant le moment de s'atteler à un cas obscur et d'en tirer l'enseignement profitable qu'il devrait...

Oh ! je vois bien qu'on va conclure que je suis un adversaire irréductible du contrat assurance sociale, un tiers-payanticide. Attendez ; j'ai dit le contre, et il est de taille convenez-en. Mais, d'autre part, j'entrevois que, commis à des fonctions administratives, nous serons plus hardis. Nous n'aurons plus le trac qui nous assaille lorsqu'il s'agit de sonder la mentalité de notre client, de notre malade.

Nous sommes chaque jour en présence du tour de passe-passe suivant, inexécutable comme vous allez le voir (on a beau être un chien savant !)

1° Faire ce que veut le client, et qui est toujours le contraire de ce que son mal réclame, — ou alors il fiche le camp chez le voisin. Le pire ennemi du malade, c'est le client.

2° En même temps, faire ce qu'il faut.

Dire qu'on y arrive quelquefois, mais au prix de quelles courbatures cérébrales !

Nous n'aurons plus à exécuter, nous, agents sanitaires de 1935, ces acrobaties. Si nous sommes répartis par régions pour assurer le service, nous n'aurons que notre conscience pour guide et pour juge. Et je crois qu'on fait ainsi de bon travail.

Si le libre choix joue, et il faut le souhaiter, il entretiendra une émulation salutaire.

Moins de noctambulisme, aussi, car remarquez ce qui se passe déjà pour l'A.M.G. et les pensionnés. Ces catégories nous arrachent moins souvent du lit que les hurluberlus souvent insolvables d'une clientèle ordinaire.

Fonctionnaires ! ! ... Evidemment nous regimbons sous l'épithète, nous ne pouvons l'encaisser, bien que nous le soyons aux trois quarts. Mais on s'agrippe désespérément au quatrième quart qui nous donne l'illusion d'une liberté et d'une indépendance.... dans d'autres variétés de galères.

Voyez ce vieillard qu'on hospitalise. Il préfère à tous les avantages de sa nouvelle condition son taudis irrespirable, parce qu'il y a le mirage de la liberté.

Tel le médecin, esclave de sa clientèle, proclame : « Je suis libre ! Libre d'envoyer promener le client mal poli ! » Voyez-vous cela ?

Je me souviens personnellement d'avoir reconduit en quatrième vitesse, dans ma vie de praticien, trois ou quatre types, à coups de pied plus bas que les lombes, mais je me suis fait plus de mal qu'eux, sachez-le bien...

Le contrat — collectiviste, de même qu'un fonc-

---

(1) Je vois le confrère Merle qui bondit. Effaçons le mot et mettons contrat-collectiviste.

tionnaire, ne prend pas les choses au gros à ce point !

Il est aimable ou rogue, onctueux ou tranchant selon son tempérament, mais au fond, il ne se tirebouchonne pas les humeurs. Il peut rester nature, ce n'est pas fatigant !

Un fonctionnaire (ou un contrat — collectiviste) pourrait, chers confrères, prétendre à quelque repos, voire les dimanches, et bien que j'aie proclamé que nous ne les aurions jamais, qui sait si ce ne sera pas un acheminement vers cette voie ?

Un fonctionnaire (non ! un contrat — collectiviste !) n'a pas à discutailler ses honoraires avec les clients de mauvaise foi ; chaque semestre, ou en fin d'année, le percepteur est là ! Pas de frais de recouvrement, pas de récriminations crispant notre patience, pas de boycottage, pas d'instance en justice où nous avons, même gagnants, l'exacte physionomie de ceux du jardin d'acclimatation.

Car si nous sommes contrat — collectivistes, j'entends que nous le soyons tout à fait. J'aime mieux le tiers payant, rupteur définitif entre le client et nous, que le fonctionnarisme mitigé avec le pire des inconvénients de notre libre exercice, qui est la pêche aux honoraires. Je sais bien que cela dépend des contrées, du surnombre local, mais en général, je vous l'assure, pêche miraculeuse où nous prenons souvent le bouillon et aucun poisson.

Le médecin de 1935 (il me semble que j'y suis déjà) ne pouvant plus être l'homme qui exerce une profession libérale dans le sens où nous l'avons encore connue, sera l'agent sanitaire rétribué peut-être par le client, ce qui réduirait la paperasse et supprimerait le contrôle humiliant, mais présenterait les durs à-coups des rentrées d'honoraires.

Ou bien, il subira le contrôle, mais du moins, contrôle de gens compétents, car le contrôle des profanes nous l'avons toujours, et il n'en est pas de plus insupportable. Il remorque d'ailleurs ses sanctions, lui aussi. Il subira le poids supplémentaire d'une paperasserie infernale.

Il subira l'avilissement de nos traditions, point moral le plus sensible, et devant lequel je m'incline avec Desrousseaux...

Il faut conclure, car le concours n'aurait pas de sel sans l'engagement à fond du candidat dans le nœud gordien de la question.

Je le fais catégoriquement.

Laissez-nous comme nous étions ; c'est-à-dire libres complètement. Est-ce possible ? Oui, dites-vous ? Alors, je serai un des premiers à réintégrer mon île et son splendide isolement, même en 1935.

Mais si nous ne le pouvons plus, engagés que nous sommes déjà dans la voie des concessions pour administrations et organisations techniques (1), hommes d'équipe, disons le mot, alors ne nous imposez plus par surcroît la gymnastique de récupération d'honoraires. Nous n'y avons aucune souplesse, des ours dansants, vous ne direz pas non ?

Vous savez bien que nous n'obtiendrons jamais le comptant, seul moyen d'en sortir. Alors, s'il y a crédit, adieu le salaire !

Et médecine veut dire crédit, comme crédit veut dire médecine.

J'espère toutefois qu'en 1935, nous ne ferons plus la faute d'admettre les administrations à table sans payer leur écot (A.M.G. — Pensionnés).

J'espère qu'au lieu de nous disputer entre nous, de nous scinder, tous nos efforts convergeront vers une tarification potable, quelque chose dans le genre de ce que vient de décrocher Decourt pour les assurances. Cela ne vaudra pas notre vieil exercice libre d'antan ; notre respectabilité sera morte ; mais il faudra mater notre légitime amour-propre, essayer de s'adapter pour vivre en attendant des temps meilleurs, quand devenus moins nombreux, nous serons moins dépréciés et moins faméliques. Qui sait si nous ne remonterons pas comme le franc.......

..... A vos souhaits.

(1) *Patere quam ipse accepisti legem.*

MUTUALITÉ FAMILIALE

Sa raison d'être aujourd'hui comme hier.

Dans une lettre qu'il m'écrivait récemment un confrère me disait :

« Il fut un temps où votre insistance, à recommander les œuvres de prévoyance se comprenait, mais, de nos jours et par les temps où nous vivons, la Mutualité Familiale répond-elle à un besoin réel du Corps médical ? A-t-elle sa raison d'être ? Les temps de la prévoyance sont passés et les assurances sociales vont bientôt balayer et remplacer vos organisations surannées. »

Cette lettre, qui réflète les idées en cours parmi un certain nombre de médecins, demande une réponse : je vais essayer de la faire d'une façon aussi claire et concise que possible.

La Mutualité Familiale répond-elle à un besoin ?

J'ai dit, à maintes reprises, comment elle avait résolu le problème de garantir le praticien français contre le chômage forcé où le mettait une incapacité de travail de cause morbide quelconque, maladie, accident, chronicité, vieillesse, — je ne reviendrai pas sur ce point.

J'ai dit également et, encore récemment, montré pièces en mains ce qu'était pour le médecin le risque-maladie, je me contenterai d'ajouter qu'un risque qui met en permanence sur le flanc près d'un dixième des médecins praticiens, qui fait perdre trimestriellement 6.400 journées de travail et qui entraîne plus de 125.000 francs d'indemnités annuelles est tout de même un risque avec lequel il faut compter et qu'on n'a pas le droit de négliger.

Le risque maladie-accident (j'ose à peine formuler un tel truisme) est éternel ; il est en 1926 ce qu'il était en 1894 quand Cézilly, lassé de demander à l'Association générale de faire quelque chose pour secourir le médecin arrêté dans son travail, fonda notre vieille Amicale, et je ne sache pas que la science médicale et l'hygiène aient fait depuis tant de progrès que les maladies aient à peu près disparu. Or, tant qu'elles existeront et rendront la médecine indispensable, par un juste retour des choses d'ici-bas, elles frapperont le médecin à son tour normal, tout comme un vulgaire client.

Depuis la fondation de notre Société, le pourcentage des malades est resté identiquement le même : sur mille sociétaires, il y en a en permanence de 65 à 70 arrêtés et ayant droit à l'indemnité statutaire.

Le besoin d'une Mutuelle indemnité-maladie reste donc aujourd'hui pour le Corps médical absolument ce qu'il était hier : il n'a pas changé, il ne changera pas parce qu'il est éternel comme la maladie elle-même. Et, si nous nous recrutons lentement, ce n'est pas tant le fait que le médecin refuse de reconnaître le risque maladie que l'ignorance où il se trouve des moyens de défense que nos œuvres de prévoyance mettent à sa disposition.

La Mutualité Familiale a-t-elle encore sa raison d'être ?

Mon correspondant émet un doute à ce sujet, — j'avoue humblement ne pas comprendre pourquoi, en principe, un besoin existant de toute nécessité, un temps peut venir où il serait oiseux de le satisfaire et d'y répondre.

Dans la réalité pratique, cependant, je vois les objections qui hantent l'esprit de notre confrère et qu'il n'a pas toutes formulées.

Le besoin d'être garanti contre le risque maladie existe, soit ! Mais est-il bien nécessaire aujourd'hui d'y répondre par l'organisation de sociétés mutuelles ? Et l'évolution sociale ne nous prépare-t-elle pas un temps où l'Etat prendra à sa charge la réparation des risques encourus par tous les citoyens ? D'autre part, notre situation monétaire ne va-t-elle pas bouleverser non seulement tous nos calculs mais surtout notre trésorerie ? Enfin l'évolution de la pratique médicale, le fonctionnarisme médical qui se prépare ne va-t-il pas à l'encontre de toute idée de prévoyance ?

A ces préoccupations voici ce que je réponds :

Les principes de solidarité, d'union, d'entre aide mutuelle sont aujourd'hui ce qu'ils étaient il y a quarante ans. La solitude, l'individualisme ont fait faillite et ce n'est pas la situation sociale actuelle qui les réhabilitera.

Tout est au Syndicalisme, et la Mutualité est une forme de syndicalisme.

Si bon nombre de nos confrères font grise mine aux futures assurances sociales et n'en attendent rien de bon, ni pour eux ni pour leurs malades, certains ont pu penser qu'ils pourraient les utiliser pour améliorer leur propre sort et qu'un jour les fameuses caisses prendraient à

l'amiable ou de force la place de nos œuvres de prévoyance actuelle.

Je crois que c'est illusion pure : le temps n'est pas encore venu où les assurances sociales ouvriront leurs rangs aux *riches bourgeois que sont leurs médecins* autrement que pour les gruger, tout en criant bien haut qu'elles sont volées par eux ! Et si jamais un jour elles s'apercevaient qu'il est de leur intérêt de songer au nôtre, nous serons d'autant plus forts pour traiter avec elles que nous serons déjà constitués en mutualités puissantes. La Mutualité tient bon en face de la loi prochaine : la Mutualité Familiale n'a donc rien à redouter d'elle, au contraire, si elle est assez puissante pour ne pas se laisser manger.

Et je profite de l'occasion pour signaler le danger qu'il y aurait à éparpiller nos efforts. La Mutualité Familiale est la seule société de son espèce qui étende son action sur toute la France, elle peut donc avoir le nombre, tandis que les petites sociétés locales qui tentent de l'imiter dans leurs régions sont vouées à un échec plus ou moins prochain. L'union fait la force, et je dirais volontiers l'union par la concentration des efforts communs de solidarité.

Serrons les rangs sous le drapeau de la Mutualité Familiale qui a fait ses preuves depuis 32 ans et qui offre toutes les garanties par le nombre de ses adhérents, par son organisation, par son administration et par ses réserves qui dépassent actuellement trois millions. Plus nombreux sont les confrères qui viendront à elle, plus elle sera forte et s'imposera, plus efficaces aussi seront ses efforts de défense mutuelle, de solidarité, d'entre-aide sur le terrain de la Prévoyance professionnelle.

Sa situation financière ? — Je pourrais paraître incompétent et je laisse la parole à notre actuaire M. Fleury qui vient de terminer son inventaire quinquennal.

Voici comme il s'exprime :

« En résumé les conclusions de l'inventaire au 31 décembre 1925 sont satisfaisantes pour toutes les combinaisons et malgré la chute des valeurs mobilières, chute dont les effets se sont trouvés compensés par la bonne marche technique des combinaisons d'assurances maladie et par la présence d'excédents résultant de démissions antérieures et aussi de bénéfices sur les intérêts dans les combinaisons retraites, la Mutualité Familiale, conduite avec tant de dévouement et de sagesse, peut continuer avec confiance son œuvre et même la perfectionner en envisageant des indemnités de 40 et 50 francs par jour en cas de maladie et même la pension de 1.200 francs au lieu de 600 francs pour la combinaison V. »

Quant à la fonctionnarisation — le Ciel nous en préserve ! — elle n'irait en aucune façon à l'encontre des idées de prévoyance. Ne voyons-nous pas autour de nous les fonctionnaires groupés en sociétés mutuelles dont ils retirent les plus grands bénéfices et qu'ils ne sont aucunement disposés à abandonner ?

Celui qui compte sur l'Etat providence risque de compter deux fois : ne renonçons pas à nos efforts individuels, à la force que nous assure notre solidarité confraternelle !

L'intérêt que présente pour nous notre Mutualité Familiale est aujourd'hui exactement le même qu'il était hier ; demain comme aujourd'hui elle répondra à un des besoins les plus essentiels du praticien français et elle lui rendra des services de plus en plus grands, de plus en plus nombreux car elle continuera toujours à s'adapter aux nécessités qui pourront se faire jour.

Les temps de la prévoyance ne sont pas passés.

H. MIGNON.

VARIÉTÉS

De l'origine médicale des cérémonies où fut répandu le sang humain.

Blessé qu'il fût ou malade, la nécessité de se soigner, qui s'imposa de bonne heure à l'homme, a nécessairement précédé chez lui l'éclosion de toute pensée philosophique. Plus vieille ainsi que les religions, la médecine n'en a pas moins fait ses premiers progrès réels dans les temples, parce que ceux dont la pensée sut s'élever jusqu'au pourquoi des choses étaient les plus propres à noter les heureuses rencontres de l'empirisme et à tenter des essais thérapeutiques nouveaux.

Religion et Médecine en eurent l'une sur l'autre une influence réciproque puissante au début et qui, d'ailleurs, si elle a décrû au cours des âges, dure encore et semble devoir durer toujours. On doit à la première la médecine mystique de tous les temps, sous toutes ses formes ; et la Médecine, à son tour, se retrouve à l'origine de certaines idées religieuses, plus encore de maintes manifestations du culte. Les cérémonies où se répandit le sang humain en sont un particulier exemple.

Vieux philosophes et médecins grecs avaient hérité de cette pensée que le sang est le siège de l'âme. « *L'intelligence humaine*, disait Empédocle dans son Poème de la Nature, *trouve son aliment dans les flots bouillonnants du sang ; c'est là que réside proprement la raison. Le sang qui environne le cœur, voilà la raison de l'homme.* » Cette opinion eut ses nombreux partisans pendant toute la période antésocratique et elle lui a longtemps survécu. Il n'y a pas si longtemps que Vanderbercte croyait encore qu'en distillant du sang humain nouvellement tiré, il en sortait un spectre rugissant (1). Laissant et la raison et l'âme, « *c'est sourtout au sang que tient notre vie,* disait Pline (2) ; *elle nous échappe quand il s'écoule.* » Conception vieille comme le monde, qui, chez le peuple, est restée aussi vive aujourd'hui qu'elle fut jadis. Le sang est la vie ; il est la santé et il est la force. Il résume tout pour les simples. De là, des applications innombrables.

Dans certaines, la pensée physiologique apparaît claire. C'est la coutume de boire le sang des vaincus égorgés pour acquérir leurs vertus. Ce sont les vampires, nourris seulement du sang de leurs victimes et qui s'en gorgent au point qu'il coule vermeil de leur poitrine quand, arrachés de leur tombeau, on leur perce le cœur d'un épieu (1). Ce sont les sorcières que la malfaisance fait pénétrer, de nuit, dans les chambres pour y sucer sous leurs ongles les dormeurs, qui ne tardent pas à mourir (2). Et c'est encore le sang d'un rousseau, tenu pour redoutable depuis les Anciens, donné à un ennemi sans soupçon, qui vide le verre, tombe en délire et devient fou (3).

Ici, on compose un philtre avec son propre sang afin que celui ou celle qui le boira, lié désormais par une sympathie de substance, brûle d'amour. Là, certaines peuplades africaines, encore aujourd'hui, pratiquent un rouge échange par blessure volontaire et succion réciproque comme gage d'amitié. De cela, peuvent être rapprochés sans doute les promesses entre individus, les traités entre nations (4) consacrés par un mélange de sang dans une coupe à boire, la farouche cérémonie du serment des conjurés de Catilina (5) et, moins loin de nous, les pactes de Satan avec les sorciers que ceux-ci signaient après s'être piqués au doigt.

On le voit, de l'une de ces applications à l'autre, le rôle matériel du rouge liquide nourricier perd de l'importance ; la pensée physiologique s'efface de plus en plus. Elle tend à disparaître presque quand le sang est offert aux dieux. Par exemple, dans les sacrifices humains des Gaulois, même dans ceux faits pour recouvrer la santé, il n'y a plus qu'une idée de rachat ou de substitution. « *Les Gaulois,* écrit César, *sont tous extrêmement superstitieux. Aussi voit-on ceux atteints de maladies graves immoler des victimes humaines. Ils pensent que la vie d'un homme doit*

(1) « *Observarunt namque in eo varias humani corporis inesse ideas, ac tandem quoque phantasma quoddam humanum, mugitum quemdam edens non sine terrore astantium, quale exemplum in Borelli* Observat. *legi poterit, aliorumque* ». Vanderbercte, *Experim. circa nat. rer. princ.*, l. II).

(2) PLINE. — Historia naturalis, c. XI, § 38 (ou 90 suiv. édit.): « *Magna est in eo vitalitatis portio ; emissus spiritum secum trahit* ».

(1) Cf. Dom Aug. CALMET. — Dissertations sur les apparitions des esprits et sur les vampires ou les revenants de Hongrie, de Moravie, etc., Einsidlen, 1746, IIe partie.

(2) Th. de CAUZONS. — La Magie et la Sorcellerie en France, Dorbon, Paris, s. d., t. I., p. 176.

(3) ZACUTUS LUSITANUS. — Praxis Medica admiranda t. III, c. 19 (Opera omnia, Lyon, 1642, t. II).

(4) Cf. HERODOTE. — Histoires, I, IV (Melpomène), c. 70 : « Ὅρκια δὲ ποιεῦνται Σκύθαι ὧδε πρὸς τοὺς ἂν ποιέωνται. ἐς κύλικα μεγάλην κεραμένην οἶνον ἐγχέαντες αἷμα συμμίσγουσι τῶν τὰ ὅρκια ταμνομένων, τύψαντες ὀπέατι ἢ ἐπιταμόντες μαχαίρῃ σμικρόν τοῦ σώματος, καὶ ἔπειτεν..... κατεύχονται πολλὰ καὶ ἔπειτεν ἀποπίνουσι αὐτοί τε οἱ τὸ ὅρκιον ποιεύμενοι. » — Cf. Mgr. LEROY. *La religion des primitifs,* 2e édit. p. 119.

(5) C. C. SALLUSTE. — Catilina, c. 22 : « *Fuere eo tempestate qui dicerent Catilinam quum ad jusjurandum populares sceleris sui adigeret, humani corporis sanguinem vino permixtum in pateris circumtulisse* ». — On peut rapprocher de ces traditions le fait historique de Duguesclin et d'Olivier de Clisson se faisant saigner ensemble dans la même palette, lorsqu'ils conclurent le pacte de Pontorson (Sim. Luce. *Histoire de Duguesclin*, t. I, p. 71). Voir également Joinville, *Histoire de Saint-Louis*, ch. 97.

être donnée pour sauver celle d'un autre et que les dieux ne peuvent être rendus propices qu'à un tel prix » (1).

Ni l'opinion ne fut particulière à la nation gauloise, ni le motif des horribles cérémonies ne resta aussi étroit. Assez tôt et en maints endroits, on étendit l'idée de rachat à celle plus large d'expiation. Ce ne fut là toutefois qu'une des raisons des oblations rouges. Une autre — et celle-ci davantage nous touche — fut que rien n'étant plus précieux à l'homme que son sang, rien ne saurait être plus digne de la divinité. A propos du *pouroucha médha* des âges védiques, H. A. Wilson (2) a fait la même remarque disant que le but de ce sacrifice semble avoir été de rendre la Divinité propice par l'offrande de ce qui est le plus précieux aux yeux de l homme.

Dans les contrées où les mœurs étaient douces, les dieux, il est vrai, repoussaient une telle offrande, témoin ce Lycaon d'Arcadie, dont parle Pausanias (3), qui fut transformé en loup pour avoir baigné du sang d'un enfant l'autel de Jupiter Lycéen ; mais, ailleurs, le même dieu était d'autre sentiment et, encore au IIIe siècle, les Romains honoraient Jupiter Latiaris (4) en arrosant son image du sang d'un bestiaire (5). Tout est affaire de pays et de temps. En Phocide, pour rendre honneur à Phocus, neveu de Sisyphe, on versait le sang des ennemis vaincus dans son tombeau (6). En Laconie, Diane Orthia exigeait des autels sanglants ; et tout ce que put faire Lycurgue pour épargner des vies humaines fut de substituer aux anciens sacrifices la flagellation des jeunes lacédémoniens poussée assez loin pour que la volonté de la déesse fut respectée, au moins dans sa lettre (7). Près du Pont-Euxin, les habitants du Mont Taurus immolaient leurs hôtes au dieu égyptien Busiris (1) et les Africains sacrifiaient des enfants à Saturne (2). Comme bien l'on pense, les divinités infernales partout n'étaient pas oubliées et la thessalienne Erichto :

« *N'immolait à ses dieux que victimes humaines* » (3).

Les sorcières de tous les temps, qui lui ont succédé, n'ont pas négligé ses leçons et ne manquaient pas, au gré de Satan, héritier des divinités du paganisme, de mêler le sang humain aux invraisemblables éléments de leurs maléfices.

Qu'il s'agisse d'expiation ou d'offrande, c'est toujours au titre de substance précieuse, — et physiologiquement la plus précieuse de toutes, — que, sur cette donnée fournie par la médecine, le sang a servi à des cérémonies et nombreuses et diverses. Ajoutez-y cet autre mérite pour le fidèle de l'emprunter à soi-même et vous aurez, ne contredisant pas ce qui précède, les spectacles farouches que donnaient dans l'antiquité les prêtresses de la sauvage déesse de Comagène, identifiée avec la vieille Bellone (4) et les prêtres de la Déesse Syrienne, sœur de la mère des Dieux (5) ; vous aurez les fêtes qui se dérou-

---

(1) J. César. — Comment de Bello Gallico, l. VI, c. 16 : « *Natio est omnium Gallorum admodum dedita religionibus ; atque ob eam causam qui sunt affecti gravioribus morbis aut pro victimis homines immolant, aut se immolaturos vovent ; . . . . . quod, pro vita hominis nisi hominis vita reddatur, non posse aliter deorum immortalium numen placari arbitrantur* ».

(2) H. A. Wilson. — On the sacrifice of human beings as an element of the ancient religion of India, *Journal de la Société royale asiatique de Grande-Bretagne*, XIII, part. I, p. 106.

(3) Pausanias. — Voyage historique à travers la Grèce, Arcadia, l. VIII, c. 2, § 5 : « Λυκάων δὲ ἐπὶ τὸν βωμὸν τοῦ Λυκαίου Διὸς βρέφος ἤνεγκεν ἀνθρώπου, καὶ ἔθυσε τὸ βρέφος, καὶ ἔσπεισεν ἐπὶ τοῦ βωμοῦ τὸ αἷμα καὶ αὐτὸν αὐτίκα ἐπὶ τῇ θυσίᾳ γενέσθαι λύκον φασὶν ἀντὶ ἀνθρώπου.

(4) Protecteur du Latium.

(5) Cf. Tertullien (Apologétique, chap. IX) et Minutius Felix (Octavius, § XXX).

(6) Pausanias, *loc. cit.* Phocica, l. X, c. 4, § 10 : « Ἔχει δ'οὖν ἐπὶ ἡμέρᾳ τε πάσῃ τιμὰς καὶ ἄγοντες ἱερεῖα οἱ Φωκεῖς τὸ μὲν αἷμα δι'ὀπῆς ἐσχέουσιν ἐς τὸν τάφον. »

(7) Pausanias, *loc. cit.*, Laconica, l. III, c. 16, § 10 : « Καὶ σφισιν ἐπὶ τουτῳ γίνεται λόγιον αἵματι ἀνθρώπων τὸν βωμὸν αἱμάσσειν, θυομένου δὲ ὅντινα ὁ κλῆρος ἀπελάμβανε, Λυκοῦργος μετέβαλεν ἐς τὰς ἐπὶ τοῖς ἐφήβοις μάστιγας. ἐμπίπλαταί τε οὕτως ἀνθρωπων ἅιματι ὁ βωμός. » — Une autre substitution et plus ancienne est celle que les Ariens de l'Inde antique firent, de bonne heure, subir à leurs primitifs sacrifices humains pour les remplacer par la cérémonie que le *Yadjour véda* rapporte. On choisissait dans diverses tribus cent quatre-vingt-cinq victimes de sexe différent. On les liait par groupe à onze poteaux du sacrifice (*Yoûpas*) et l'hymne de l'immolation de *Nârayana* montait vers le ciel. Ce n'était cependant qu'un simulacre, car on délivrait alors les prisonniers sans leur faire aucun mal pour offrir à leur place des oblations de beurre. — Dans la Genèse (XXII, 12, 13) un ange arrête le bras d'Abraham, qui avait pris le glaive pour immoler son fils ; et le patriarche substitue alors un bélier à Isaac.

(1) Minutius Felix. — Octavius, § XXX : « *Tauris etiam Ponticis et Ægyptio Busiridi ritus fuit hospites immolare . . . . . hodieque ab ipsis Latiaris Juppiter homicidio colitur.* »

(2) Cf. Tertullien, *loc. cit.* et, en général, pour les sacrifices barbares des nations païennes, Eusèbe de Césarée, *Panégyrique de Constantin.*

(3) Lucain, *La Pharsale*, chant VI. — Erichto, à la demande de Sextus Pompée, ranime un cadavre en ramenant son âme des Enfers ; elle conjure les divinités infernales :

Exaudite preces ; si vos satis ore nefando,
Polluloque voco, si nunquam hæc carmina fibris
Humanis jejuna cano, si pectora plena
Sæpe dedi, et lavi calido prosecta cerebro,
Si quis, qui vestris caput extaque lancibus infans
Imposuit, victurus erat ; parete precanti.
(v. 706 et ss.)

(4) Tibulle (Elégies, l. I, él. 6) parle d'une prêtresse de Bellone, agitée des transports de sa déesse :

Ipsa bipenne suos cædit violenta lacertos.
Sanguineque effuso spargit inulta Deam.

(5) Lucien. — Lucius ou l'Ane, § 37 : « Οἱ δὲ τὴν κεφαλὴν κάτωθεν ἐκ τοῦ αὐχένος ἑλίσσοντες τοῖς ξίφεσιν ἐτέμνοντο τοὺς πήχεις καὶ τὴν γλῶτταν τῶν ὀδόντων

laient à Rome en l'honneur de cette dernière du 22 au 27 mars, le troisième jour de ces fêtes étant dit le *jour du sang* ; vous aurez enfin, de notre temps, réplique lointaine de ces rites barbares, la *Fête du sang* de nos Aissaouas Africains.

M. V. Preller (1) rappelant ces horribles mutilations volontaires des prêtres de Bellone, ajoute que « *le peuple recueillait avec la main le sang de leurs blessures et le buvait.* » M. G. Boissier (2) attribue cet acte aux blessés eux-mêmes. « *Ce sang,* dit-il, *avait à leurs yeux une vertu purifiante ; ils croyaient, en le buvant, se laver des fautes qu'ils avaient commises.* » Le sang fut, en effet, regardé comme une substance lustrale et cela est la troisième raison de son emploi religieux. Plus encore que les précédentes, on peut lui donner une origine médicale, car il n'est pas douteux que l'utilisation du sang humain en thérapeutique est extrêmement ancienne. Aussi, naturellement, la pratique médicale de purifier le sang d'un malade grâce à celui plus pur d'un homme sain a passé assez vite dans certaines pratiques du culte, modifiée plus ou moins dans ses modes d'application, mais suivant la même pensée de purification.

Ce n'est pas, ici, le lieu de faire l'étude de l'hémato-anthropothérapie, dont la vogue a duré d'ailleurs bien plus longtemps qu'on ne croit, puisque, en 1622 encore, D. Beckher ne lui consacre pas moins de cinquante pages de son *Medicus microcosmicus* (3). Cependant, on peut rappeler que deux affections surtout parurent réclamer ce repoussant remède, l'épilepsie et la lèpre. Pour la première, les textes abondent. « *Il en est,* écrit Celse (1), *qui se sont guéris en buvant le sang encore chaud d'un gladiateur qu'on vient d'égorger, triste remède que fit seul accepter un mal plus triste encore* (2). » Pour la lèpre, je suis, je l'avoue, moins renseigné ; mais il faut croire que la méthode avait d'antiques et bons répondants, puisqu'elle fut appliquée à Louis XI, lépreux et épileptique, il est vrai, tout à la fois, du moins s'il faut en croire ses contemporains (3).

Sans parler des nombreuses préparations hématiques qui furent plus tard en usage (4), ni de la transfusion imaginée sous Innocent VII, les Anciens n'eurent pas seulement recours à la voie buccale. Le grand collecteur



La Déesse Syrienne
(gravure sur bois de V. Cartari. 1571)

ὑπερβάλλων ἕκαστος ἔτεμνε καὶ ταύτην, ὥστε ἐν ἀκαρεῖ πάντα πεπλῆσθαι μαλακοῦ αἵματος. » — Comparer Apulée (Métamorphoses, l. VIII), qui a simplement ici copié Lucien : « *Nonnunquam morsibus suos incursantes musculos, ad postremum ancipiti ferro quod gerebant sua quisque brachia dissecant. Cerneres prosectu gladiorum solum spurcitie sanguinis madescere* ».

(1) V. Preller. — Les Dieux de l'ancienne Rome, Paris, 1866, p. 483.

(2) G. Boissier. — **La religion romaine d'Auguste** aux Antonins, Paris, 1900, t. II, p. 367.

(3) D. Beckher. — *Medicus microcosmicus seu Spagyria microcosmi, exhibens medicinam ex corpore hominis, tum vivi, tum extincti, docte cruendam, sctie præparandam et dextre propinandam,* in-12, Rostock, 1622. — J'ai eu seulement en mains l'édition de Londres de 1660.

(1) C. Celse. — Traité de la Médecine, l. VIII, c. 23 : « *Quidam jugulati gladiatoris calido sanguine spoto tali morbo se liberarunt, apud quos miserum auxilium tolerabile miserius malum fecit* ».

(2) Le fait est confirmé par Pline (*Hist. natural,* l. XXVIII, c. 1 ou 2 suiv. édit.), Aretée (*Car. chron.,* l. 14), Scribonius Largus (*Comp.,* 16), Tertullien (*Apologet.,* c. X), Minutius Felix (*Octavius,* § 30), etc. Mais le remède n'a pas manqué de détracteurs pour mettre en doute ses vertus, (Cf. Fel. Plater, *Praxeos,* Bâle, 1625, t. III, de Vitiis, p. 373), nier ses effets (Cf. Nic. Pison, *De curandis morbis,* Lyon, 1736, l. III, c. 63, p. 356) et même le déclarer dangereux (Cœlius Aurelianus, *Morb. chronicor.,* édit. de Venise 1757, l. 1, c. 4, p. 232). Au grand siècle des diableries, un autre surenchérissant, G. Kov. Tatai, qui consacrait un travail au Mal d'Hercule, déclarait simplement la méthode une invention sataniqne (*Hercules vere cognitus,* Lyon, 1670, p. 121).

(3) Pour M. A. Cabanes, au contraire (*Indiscrétions de l'histoire,* t. VI ; *Morts mystérieuses de l'histoire,* 1923, t. I, p. 192, les prétendus accès épileptiques du roi ne furent qu'une série d'attaques d'hémorrhagie cérébrale ; et pour M. Ch. Samaran (*Biblioth. de l'Ecole des Charles,* t. XXV, 1924), sa lèpre seulement une dermatose sénile. — φ : *Science médicale pratique,* **nº 6, décembre 1966 : Louis XI et sa légende rouge.**

(4) Cf. D. Beckher, *loc. cit.*

d'histoires que fut Pline nous conte (1) que, pour interrompre une crise comitiale, il suffit de frotter de sang la bouche ou le visage du malade, tandis qu'Orpheus et Archelaus faisaient un pareil badigeonnage de la gorge pour guérir les angines. Les modernes sont allés plus loin que les anciens dans cette voie et les civilisés plus loin que les sauvages. Tandis que Rome pour ses *Tauroboles* (2) immolait seulement des taureaux, tandis que les Indiens Ohanagan du Nord-Amérique demandaient la santé à des bains seulement de sang de chien (3), l'auteur du *Tocsin contre les massacreurs et auteurs de confusions en France* accusait le duc d'Alençon, fils d'Henri II, d'avoir tué plusieurs petits enfants pour guérir quelque maladie secrète : Peuchet raconte dans ses *Archives de la police* que le prince russe Krespatki, en 1748, usait de l'horrible balnéothérapie ; et, s'il faut en croire M. Lucien Nass, le comte de Charolais, arrière-petit-fils du grand Condé, fut convaincu d'avoir eu recours à pareille thérapeutique (4). La sorcière, en ces temps, plus pauvre de moyens, se contentait de moins. Empruntant son savoir aux traditions antiques, elle se bornait contre les hémorrhagies à quelques applications extérieures ; mais, renforçant l'action du remède, par la puissance d'une formule, elle écrivait sur le front du malade avec son propre sang ces mots : *Consommatum est.*



Cybèle
(*Gravure de la Mythologie de de Basville*, **1784.**)

Parallèlement aux applications médicales allèrent autrefois les pratiques religieuses. Nous avons vu les fidèles de Bellone boire du sang purificateur. Lucain nous peint les prêtres de Cybèle les cheveux couverts de sang, ce qui ne s'explique que si, blessés à la poitrine ou aux membres, ils versaient ensuite sur leur tête la rouge lustration.

.............................crinemque rotantes
Sanguineum populis ulularunt tristia Galli.
(Lucain. *La Pharsale,* ch. I, v. 566).

Il est enfin dans Tertullien une mention touchant le culte de Bellone, que je n'ai pas ailleurs retrouvée, mais qui présente grand intérêt. On sait que Rome païenne accusait les Chrétiens de meurtres rituels et de communier de pain mouillé du sang des enfants (1). Tertullien défend sa religion et retourne aux Romains leur reproche de cruauté. « *Hodie,* écrit-il, *istic Bellonæ sacratos sanguis de femore proscisso in palmulam exceptus et esui datus signat.* » (2) On vient de lire les deux manières différentes dont V. Preller et G. Boissier ont compris ce texte. L'une et l'autre, je crois, sont inexactes. *Sacrati* ne désigne ni le peuple, ni *exclusivement* les prêtres de la déesse ; le mot signifie **consacré à, voué à,** qu'il s'agisse de prêtres, d'initiés, ou de fidèles. Quant à *Signum,* il est le terme général pour désigner tout signe, tout évènement dont on conclut quelque chose. Si bien qu'on doit traduire, je pense :

---

(1) Pline. — *Histor. natural.*, l. XXVIII, c. 4 (ou 10 suiv. édit.) : « *Sanguine ipsius hominis, ex quacumque parte emisso, efficacissime anginam illini tradunt Orpheus et Archelaus ; item ora, comitiali morbo lapsorum ; exsurgere enim protinus. Quidam si pollices pedum pungantur, exque his guttæ referantur in faciem* ». — Ces derniers procédés furent aussi recommandés par Didyme et par Ætius (*Tetrabib.* II, Serm. 2, c. 15).

(2) Cf. Le Taurobole. — *Concours médical,* n° 26, 27 juin 1926.

(3) Cf. *Correspond. Médic.*, 1er juillet 1895 : « *Les Indiens Ohanagan plongent les articulations malades dans un bain de sang chaud d'un animal récemment égorgé. Ce serait aussi un remède assuré contre la phtisie ; on éventre alors un chien et le malade plonge ses genoux dans les tissus encore chauds* ».

(4) Fel. Plater et Nic. Pison (*loc. cit.*), qui ont fait mention des bains de sang humain employés dans un but thérapeutique, paraissent douter de la réalité d'une pareille médication. — On lit cependant dans l'*Opothérapie* de M. P. Carnot (Paris, 1911, p. 75) : « *On connaît les bains de sang de Louis XI* ». A la vérité, M. P. Carnot ne précise pas qu'il se soit agi de sang humain et je ne le crois pas pour ma part.

(1) Cette tradition tint sans doute à la coutume mal interprétée qu'eurent les chrétiens des premiers siècles de recueillir pieusement le sang de leurs martyrs. Les païens par surcroît devaient aussi mal comprendre les paroles de la Cène : « Ce pain est mon corps ; ce vin est mon sang ».

(2) Tertullien. — *Apologétique,* chap. IX, § 10.

« Aujourd'hui, c'est le sang tiré de la cuisse ouverte, recueilli dans la paume de la main et ensuite bu qui marque ceux qui se vouent à Bellone ». J'interpréterai donc volontiers l'acte comme une consé cration.

Cette consécration, envisagée à la manière dont nous comprenons la consécration d'un pontife ou le sacre d'un roi au Saint-Chrême, semble de toutes les applications rituelles du sang humain la plus éloignée d'une pensée médicale. Mais sans s'arrêter au rite établi, il faut remonter toujours, s'il se peut, à la conception primitive qui l'a créé. Or, si l'on se souvient de la foi barbare qu'en buvant le sang d'un autre, on est lié d'amitié avec lui, de la puissance à inspirer un irrésistible amour que les sorciers de toujours prêtèrent à un pareil philtre, il apparaît bien que le sang ne fut jamais regardé comme une substance inanimée. Passant dans l'organisme d'un autre, il lui apportait un peu de la vie du donneur et le mélange des deux humeurs forçait une sympathie d'âme (1). Ainsi se conçoit le rite du culte de la déesse de Comagène et se découvre le sens de la consécration. Ce rite assurait ésotériquement une communauté de foi et devenait, en affirmant au dehors cette dernière, une consécration publique.

Qu'il s'agisse d'expiation, d'offrande aux dieux ou au diable, de purification ou de consécration, il est donc possible de retrouver toujours une pensée médicale à l'origine des cérémonies religieuses ou des rites magiques, quand dans les uns ou dans les autres, le sang humain est mis en œuvre. C'est le seul point que j'ai essayé de dégager ; mais il me semble que pareil rapprochement pourrait être tenté pour foule d'autres et qu'à ne pas séparer l'histoire des religions antiques de l'histoire de la médecine, elles s'éclaireraient l'une l'autre souvent à souhait.

Albert Garrigues.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. Dargelos, (*Suite*).

Description des symptômes de la rougeole et mesures prophylactiques.

Après une incubation de quelques jours pendant lesquels le malade éprouve des malaises qui, la plupart du temps, ne l'empêchent pas de mener une vie ordinaire, les phénomènes caractérisant la période d'invasion de la rougeole font leur apparition.

Ils consistent dans une fièvre plus ou moins intense, un coryza (rhume de cerveau), avec éternuements fréquents et souvent successifs, un aspect brillant de la muqueuse conjonctivale, et du larmoiement ; de la bronchite. En somme, du catarrhe des muqueuses du nez, des yeux, du larynx et des bronches. Ces symptômes s'accompagnent fréquemment de saignements de nez et de vomissements. En même temps, on voit apparaître sur la muqueuse des joues et dans le sillon labio-gingival, une éruption par groupes isolés, de petites taches rouges surmontées de petits points de couleur blanchâtre. Ce symptôme, désigné sous le nom de signe de Koplik, est considéré par plusieurs auteurs comme pathognomonique de la rougeole. Quelle que puisse être son importance, elle n'égale pas, au point de vue du diagnostic de la rougeole, celle du *coryza* et de la *laryngo-bronchite* ; le signe de Koplik doit être recherché ; *il est caché* ; tandis que le catarrhe oculaire, nasal, et laryngo-bronchique, saute aux yeux de tout observateur.

Dans la troisième période (éruption), on voit apparaître des taches rouges, irrégulièrement arrondies, s'effaçant sous la presison du doigt. Cette éruption débute par le tour des lèvres, le menton, la face et s'étend ensuite sur toutes les parties du corps.

Pendant la quatrième période, les symptômes précédents diminuent graduellement et disparraissent.

Le malade, s'il n'est pas survenu de complications, rentre alors dans la période de convalescence.

La moyenne de durée de chacune de ces périodes, est de cinq à six jours.

(1) D'aucuns admirent même qu'il pouvait déterminer une ressemblance des caractères. Ainsi, J. Capitolinus rapporte que Faustine, épouse de Marc Antoine, ayant bu du sang d'un gladiateur, enfanta un fils féroce et cruel comme un bestiaire. On peut voir encore Dion Græcus, l. 2 *de Cœsar.*, Langius, *Epistol.*, l. I, etc. ; et je ne rappelle que pour mémoire l'invraisemblable histoire contée par Weinrich (*l. demonstr.*, c. 15) d'une jeune fille de Breslau qui, pour avoir bu du sang de chat, avait pris les allures de cette bête, miaulait et faisait la chasse aux souris.

Cette affection contagieuse, frappe surtout les enfants au-dessus de deux ans ; elle peut atteindre aussi les adolescents, les nouveau-nés et les adultes, mais on peut dire que c'est la maladie de la seconde enfance.

Elle est éminemment contagieuse et peut s'étendre avec une extrême rapidité sur tout un hameau, tout un village, on pourrait dire, toute une région.

La raison de cette facile propagation vient surtout de ce qu'elle est contagieuse, dès la période d'incubation.

La rougeole n'apparaissant au début que comme un coryza simple ou une bronchite passagère et bénigne, on ne prend vis-à-vis de l'enfant atteint aucune mesure d'isolement. Le petit rougeoleux sans le savoir continue à fréquenter, pendant dix ou douze jours, la classe et les diverses réunions d'enfants, qui, contaminés à leur tour, deviennent aussi porteurs et propagateurs de germes pathogènes.

L'apparition des premiers cas peut surprendre, de manière que l'on ne songe pas à l'isolement dès l'apparition des premiers symptômes.

Mais, dès qu'un ou deux cas de rougeole se sont produits, l'attention des parents et des maîtres ou maîtresses d'école, ou surveillants quelconques de toute réunion d'enfants, doit être tenue en éveil.

Toute bronchite, tout rhume de cerveau, toute succession d'éternuements, tout malaise avec nausée ou épistaxis, doivent être considérés comme suspects.

Les parents doivent garder chez eux et faire coucher dans une chambre isolée, tout enfant malade ; les chefs d'école, les surveillants de patronages, doivent impitoyablement renvoyer chez lui tout enfant leur paraissant d'un état de santé douteux, et ne plus le recevoir sans être certains, ou qu'il n'a pas eu la rougeole, ou qu'il en est guéri.

Si l'enfant retenu ou renvoyé chez lui n'a pas été atteint de cette maladie, il en sera quitte pour 4 ou 5 jours de repos ; dans le cas contraire on aura évité qu'il continue à propager l'infection. De plus, les précautions prises pour lui, dès le début, lui auront peut-être épargné des complications toujours redoutables.

Lorsqu'un cas de rougeole s'est déclaré dans une maison et que cette maison contient des enfants fréquentant l'école, l'entrée de cette dernière devrait leur être interdite pendant un laps de temps correspondant à la durée de la période d'incubation soit de 15 à 20 jours.

C'est surtout en temps d'épidémie de rougeole, que l'habitude prise d'isoler les malades et de commencer les pratiques de désinfection dès le début de toute maladie fébrile peuvent donner d'excellents résultats.

Mais dès que la rougeole est reconnue, il faut pratiquer ces mesures avec le plus grand soin.

Les précautions spéciales à prendre, en cas de rougeole, importent autant au malade lui-même qu'à l'hygiène publique.

La rougeole n'est pas toujours cette maladie soi-disant bénigne, que les enfants passent à la rue. Il existe malheureusement des cas pour lesquels cette imprudence n'a d'autre inconvénient que d'en semer partout les germes. Et les parents de dire « Oh ! la rougeole, le mien l'a passée dehors, il ne s'en porte pas plus mal. »

Mais il n'en n'est pas toujours ainsi. En passant sa maladie à la rue, tel qui a guéri, malgré tout défaut de soins, aura peut-être communiqué la rougeole à tel autre qui, malgré tous les soins, aura eu une complication mortelle. Car, ne l'oublions pas, il peut survenir dans cette maladie, des complications nombreuses. On peut observer pendant son cours : des broncho-pneumonies, des bronchites capillaires, des laryngites graves, de l'œdème général, des ophtalmies, des abcès de l'oreille, des phlegmons de la mastoïde, des accidents cérébraux...

Si le chiffre de la mortalité dans l'ensemble des cas de rougeole est relativement faible, il est très élevé dans toutes ses complications. Il y a donc lieu de faire tout son possible pour qu'elles ne se produisent pas.

Le séjour au lit dans une chambre aérée, à température tiède et constante, dans laquelle on maintient l'air imprégné de vapeurs d'eau antiseptique, la désinfection de la bouche, de la gorge, des oreilles, du nez, sont les meilleurs moyens pour les prévenir.

Les enfants atteints de rougeole, comme ceux qui sont atteints de variole ou de scarlatine, ne doivent sortir de chez eux, pour se mêler à leurs camarades, même dans la rue, que lorsque le médecin traitant en aura donné l'autorisation écrite.

La durée d'éviction de l'école, dans le cas d'une rougeole normale, est de dix-huit à vingt jours.

Description des symptômes de la scarlatine et mesures prophylactiques.

Nous trouvons encore ici le même nombre de périodes que dans les maladies éruptives précédentes.

Incubation. — Deux ou trois jours de malaises.

Invasion. — Cette période qui précède l'irruption est très courte ; elle ne dépasse pas, quelquefois, vingt-quatre heures ; elle peut durer deux jours. Elle est caractérisée par l'apparition de l'*angine, qui ne fait jamais défaut*, de douleurs de tête, parfois modérées, souvent très fortes, des vomissements, des épistaxis, du délire.

Eruption. — La troisième période suit de très près la précédente.

Elle est caractérisée par l'apparition de taches ponctuées d'un rouge vif, sans saillies. Ces taches se montrent d'abord sur la base du cou, le pli du coude, les plis articulaires, la région sterno-claviculaire, d'où elles s'étendent sur tout le corps.

Ces taches primitivement isolées, finissent par couvrir toute la surface de la peau, qui devient écarlate, avec quelques îlots possibles de coloration normale. Cette période dure environ 5 jours, après lesquels survient la desquamation.

Desquamation. — Pendant cette quatrième période, l'épiderme se soulève et se détache par lamelles plus ou moins grandes, et souvent par larges plaques.

Commencée vers le septième ou huitième jour de la maladie, la desquamation dure de 10 à 12 jours.

Convalescence.. — La cinquième période est celle de la convalescence.

De même que pour la rougeole et la variole, il peut se faire que les premiers cas de scarlatine, développés dans une région surprennent les parents et le médecin, et que l'on prenne pour une angine simple l'angine de début d'une scarlatine.

Ce serait le cas de rappeler ici les avantages des mesures de prophylaxie, prises dès l'apparition d'une maladie fébrile quelconque.

Nous avons vu qu'en temps d'épidémie de variole, il fallait tenir pour suspects, tous les fébricitants atteints de *douleurs vives des reins* ; qu'en temps d'épidémie de rougeole, il fallait agir de la même façon pour les personnes atteintes de catarrhe des voies respiratoires, de larmoiement, de coryza, avec éternuements, de bronchite.

Dans le cas de menace d'épidémie de scarlatine c'est l'angine qui doit déterminer à en suspecter l'invasion. Il n'y a pas plus de scarlatine sans angine, qu'il n'y a de variole sans rachialgie, ou de rougeole sans coryza ou sans bronchite.

Dès qu'il sera connu que la scarlatine a atteint une ou deux personnes, tout individu atteint de fièvre avec mal de gorge, quelque légère que soit l'intensité de cette douleur, doit être considéré et traité comme suspect.

Les maîtres d'école, les directeurs de patronage, doivent exercer sur l'état de santé des enfants une surveillance constante, et renvoyer chez lui tout élève qui éprouverait ce symptôme d'angine. Les parents à qui un enfant se plaindrait de malaise et de douleur, en avalant la salive, devraient ne pas l'envoyer en classe et le garder au lit.

Un enfant resté quelques jours absent de l'école ne doit y être admis de nouveau qu'avec un certificat médical constatant qu'il n'a pas eu de maladie contagieuse ou, dans le cas contraire, que celle-ci est complètement guérie et qu'on a procédé à la désinfection.

Il va sans dire, que les mesures sanitaires générales, indiquées pour tout le cours des maladies contagieuses, doivent être rigoureusement prises aussi pour la scarlatine. Cette maladie exige, en outre, des mesures d'hygiène spéciales dont nous allons parler.

Ces mesures doivent porter sur les points qui peuvent être le siège principal des germes contagieux.

Jusqu'à ces dernières années, on a cru que la contagion se faisait surtout, et presque uniquement par les squames. On sait aujourd'hui que les germes scarlatineux se développent essentiellement dans la bouche, le nez, le pharynx, et que ce sont les produits excrétés de ces régions qui en sont les vecteurs principaux.

Sans discuter ces opinions, il faut admettre que, si la scarlatine se transmet surtout par les sécrétions des mucosités buccales ou pharyngées, il est plus que prudent de ne pas considérer comme inoffensifs les produits de la desquamation, ni les excréta des malades, urines, matières fécales, sueur.

Les soins de désinfection de la gorge, de la bouche, du nez, seront des plus rigoureux.

Les linges contenant des crachats, de la salive, du mucus nasal, ou ayant eu un contact quelconque avec le malade, seront soumis à un trempage antiseptique prolongé. Le malade restera isolé tant que la gorge et la langue ne seront pas normales ,que la desquamation ne sera pas complète et qu'il n'aura pas pris un bain sulfureux.

L'entourage du malade agira sagement en prenant pour son nez, sa bouche, ses oreilles, des moyens de protection contre l'infection, en pratiquant la désinfection préventive de ces organes, à l'aide d'antiseptiques, dont le médecin traitant pourra leur formuler la composition et qui pourront être de la même nature que ceux employés pour le malade lui-même.

La scarlatine présente de graves dangers de complications. Ils consistent dans : l'angine gangréneuse ou à forme diphtéritique ; l'albuminurie avec anasarque et œdème pulmonaire, l'infection des séreuses cardiaques, articulaires, méningées.

Les mesures hygiéniques pour les prévenir, sont : les soins méticuleux d'antisepsie dont nous venons de dire quelques mots, le régime lacté, le séjour au lit et à la chambre maintenue dans une température régulière, tant que le médecin traitant en jugera la nécessité.

Pendant la période de desquamation, le malade doit éviter toute cause de refroidissement.

La durée de la scarlatine, et par conséquent celle de l'isolement, est de 40 jours et quelquefois davantage.

Description des symptômes de la diphtérie et mesures prophylactiques.

La diphtérie débute par de la céphalagie, un mouvement fébrile, avec gêne douloureuse dans l'arrière-gorge. Il survient dans cette dernière des points blancs nacrés, très adhérents, plus ou moins étendus, qui, en se multipliant, se réunissent et finissent par former des plaques membraneuses.

Les membranes localisées au pharynx, sur les amygdales, constituent l'*angine couenneuse.*

Quand elles siègent sur le larynx, elles constituent *la lyryngite couenneuse (le croup).*

Elles peuvent atteindre à la fois le pharynx et le larynx.

Angine couenneuse. — Elle a pour symptômes : la gêne et la douleur dans la déglutition de la salive, de la boisson, des aliments ; des points ou plaques d'un blanc nacré, très adhérents à la surface ou autour des amygdales rouges et gonflées, du gonflement des ganglions du cou, du nasonnement de la voix, de la fétidité de l'haleine, etc...

Laryngite couenneuse. — Lorsque la diphtérie débute d'emblée par le larynx, ou dès qu'elle l'envahit après avoir débuté dans la gorge, les symptômes sont plus graves et deviennent promptement effrayants.

On constate alors : extinction de la voix, toux rauque, tirage dans l'inspiration, anxiété du visage, regard fixe, accès de suffocation. Ces symptômes sont bien connus et sont, avec raison, la terreur des mères.

Les enfants atteints de diphtérie doivent être immédiatement isolés dans une chambre saine, et on doit tout de suite prendre les mesures antiseptiques générales.

Mesures spéciales à la diphtérie.

Installer dans la chambre un réchaud à alcool, sur lequel on place un vase contenant de l'eau, quelques feuilles d'eucalyptus, de thym, ou de la teinture d'eucalyptus, du thymol ou de l'acide phénique ; faire bouillir de façon à maintenir dans la chambre, une atmosphère légèrement chargée de vapeurs humides et antiseptiques.

Appeler le médecin aussi rapidement que possible, pour faire à l'enfant une inoculation de sérum de Roux. Nous disons le plus rapidement possible, parce qu'il ne faut pas oublier que plustôt l'injection est faite, plus le sérum a de l'efficacité.

S'il y a, dans la maison ou dans le voisinage, des enfants ayant eu, ou risquant d'avoir des contacts quelconques, médiats ou immédiats, avec le malade ou les linges contaminés, il est prudent de leur faire subir une injection préventive. En tous cas, il faut les tenir le plus possible à l'écart.

L'enfant qui aura été atteint de diphtérie, ne sera pas reçu, dans les agglomérations d'enfants, école ou patronage ; il ne pourra sortir sur la voie publique, sans certificat médical, constatant la guérison.

La désinfection pendant le cours et à la fin de la maladie, doit être des plus rigoureuses.

Disons en terminant, qu'il existe une maladie (le faux croup) qui, après un enrouement léger, débute brusquement chez les enfants, surtout la nuit, et présente des symptômes de suffocation avec congestion de la face, cyanose des lèvres, inspiration sifflante, ce qui laisse croire à l'invasion du croup. Cette affection, caractérisée surtout par son invasion subitement alarmante, s'accompagne rarement de fièvre et d'aphonie ; elle s'améliore le plus souvent, sous l'influence du repos au lit, de la révulsion produite en appliquant par tapotements rapides et successifs, sur la région du cou et du sternum, à l'aide d'une éponge trempée dans de l'eau bouillante, et fortement exprimée, pour que l'écoulement de cette eau bouillante ne produise pas de brûlures. Cette révulsion doit s'accompagner d'une médication simplement émolliente et anti-spasmodique.

Le médecin, que les parents effrayés ne négligent jamais d'appeler en pareille circonstance, ne tardera pas à les tranquilliser.

L'éviction des écoles, pour la diphtérie, est de quarante jours au minimum. Il peut même se faire, après cette période, que les enfants guéris soient encore porteurs de germes. La prudence exigerait, qu'avant d'être autorisés à prendre contact avec leurs camarades, il fût procédé à l'examen bactériologique de leurs sécrétions pharyngées. Cet examen présentant des difficultés d'ordre pratique, on devrait continuer pendant une période assez longue les soins d'antisepsie, de leur gorge et de leurs fosses nasales.

Après ces considérations au sujet des fièvres éruptives, il est bon de mettre en garde les parents contre une cause occasionnelle de contagion qu'il est de leur devoir d'éviter. Cette cause réside dans la fréquentation des endroits clos ou ouverts, où se trouvent réunies des personnes, en plus ou moins grand nombre. Les promenades publiques, les théâtres, les cinémas, les patronages, toutes les réunions devraient toujours être considérées comme des nids à microbes, et doivent être soigneusement évitées surtout en temps d'épidémie.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie** : le Dr Achille Jeanne, de Rouen. — A Déville-lès-Rouen, le 29 décembre 1926, à 10 heures du matin, s'est éteint le Dr Achille Jeanne, après une longue et cruelle maladie dont il souffrait depuis plus de dix ans et qui le tenait au lit depuis plusieurs mois.

Né le 10 janvier 1870 à la Fère-Champenoise, il fit ses études à Paris où il fut un des élèves préférés du Dr Tuffier avec qui il étudia la chirurgie de l'estomac. Il s'installa à Rouen à la fin de 1898.

Excellent chirurgien et fin anatomiste, il fut le premier à Rouen qui s'occupa de la chirurgie du tube digestif. Il se créa dans cette ville une grosse situation chirurgicale en même temps qu'il conquérait successivement toutes les fonctions de l'Ecole de médecine et des hôpitaux. Mobilisé en 1914, il fut contraint par la maladie d'abandonner l'armée. Après deux grandes opérations chirurgicales successives qui l'immobilisèrent pendant longtemps et lui laissèrent des séquelles douloureuses, il reprit sa vie de travail intensif. Malgré son état de santé et grâce à son énergie et à sa ténacité, il put encore vivre comme auparavant : opérer tous les jours à l'hôpital et en ville, être un consultant très demandé, sans négliger les communications scientifiques.

Au moment où il allait atteindre le faîte des honneurs, bien mérités, la maladie inexorable, après un temps de pseudo-arrêt, reprit sa marche fatale et le terrassa. Chose pénible, il connaissait sa maladie et son pronostic terrible et fatal ; son amabilité n'en fut pas altérée.

Nommé professeur de pathologie externe en avril 1926, il ne put faire que quelques leçons ; en novembre dernier, nommé professeur de clinique chirurgicale, il ne put quitter son lit de souffrances pour prendre possession de son service ; enfin, à la demande de tous ses collègues des hôpitaux et de l'Ecole de médecine de Rouen, il allait recevoir la croix de la Légion d'Honneur le 1er janvier.

Sa bonté et son énergie étaient unanimement reconnues : sa vie professionnelle s'est écoulée sans inimitié ; il put s'élever dans la hiérarchie professionnelle sans se faire d'ennemis ; ses clients l'aimaient, ses aides lui étaient très attachés, ses collègues de l'Ecole et des hôpitaux, sans exception, reconnaissant sa valeur, réclamèrent pour lui la croix ; les praticiens le désignèrent comme président de l'Association professionnelle des médecins de Rouen, fonction qu'il exerça pendant un an, comme le veut le réglement.

Parmi ses nombreux titres scientifiques, on peut rappeler qu'il fut successivement :

Professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale de l'Ecole de médecine de Rouen (concours 1897) ; Chirurgien des hôpitaux de Rouen (concours 1898) ; Chirurgien chef de service de l'hospice général ; Membre correspondant de la Société de chirurgie ; Rapporteur au XXVIIIe Congrès français de chirurgie (octobre 1919) ; Membre du Comité permanent d'administration de l'Association française de chirurgie (1924) ; Professeur de pathologie externe à l'Ecole de médecine de Rouen (avril 1926) ; Professeur de clinique chirurgicale (novembre 1926).

Parmi ses nombreuses publications (environ 237) et les thèses qu'il a inspirées à ses élèves), il faut retenir le rapport (fait en collaboration avec le Dr Mouchet) sur les lésions traumatiques fermées du poignet qu'il fit au XXVIIIe Congrès français de chirurgie en octobre 1919 et qui fait toujours autorité.

Jeanne fut un bel exemple de vie laborieuse, d'altruisme et de courage médical.

A. N.

— **Clinique ophtalmologique** (Hôtel-Dieu). — M. le professeur Terrien fait ses leçons cliniques le vendredi à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Dupuytren.

Ordre du service. — Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 1/2 : Consultation expliquée. — Les mardis, jeudis et samedis, à 9 h. 1/2 : Opérations : à 11 h., enseignement des stagiaires. — Les lundis, à 10 h. 1/2 : Consultations de malades. — Les vendredis, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique.

Cours de neurologie oculaire. — MM. Velter et Foix, agrégés, commenceront en janvier-février 1927, un cours en quinze leçons sur les manifestations oculaires des maladies du système nerveux.

Examen objectif et fonctionnel de l'œil. — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. Cousin, Castéran, Favory, H. Ostwalt, Veil et Goulfier, commencera, le mardi 1er février, à 11 h., un cours pratique de douze leçons sur l'examen objectif et fonctionnel de l'œil, et le continuera les jeudis et samedis suivants.

Cours de perfectionnement. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur agrégé Zimmern, de MM. Sainton, Dupuy-Dutemps, Hautant, Velter, Cousin, Liébault, Castéran, Favory, Ostwalt et Veil, fera, en mai et juin 1927, un cours de technique ophtalmologique (technique opératoire, technique de la lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie oculaire, étude des grands syndromes ophtalmologiques et de leurs rapports avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale. Travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire).

Cours de vacances. — Sous la direction de M. le professeur F. Terrien, MM. Cousin, Castéran, Favory, Ostwalt et Veil feront, pendant le mois de septembre 1927, un cours de technique chirurgicale avec exercices pratiques de médecine opératoire.

— **Clinique oto-rhino-laryngologique.** — Enseignement sous la direction de M. Pierre Sébileau, professeur.

Cet enseignement se fait : 1° pour la partie orale (leçons) à l'amphithéâtre général de l'hôpital Lariboisière ; 2° pour la partie technique (examens de malades et opérations) dans le service de la clinique oto-rhino-laryngologique dudit hôpital.

Il comprend : 1° *L'enseignement magistral* (clinique et technique) par le professeur. Cet enseignement, gratuit pour tous les auditeurs, comprend ; *a*) une leçon clinique le jeudi, à 10 h. (amphithéâtre) ; *b*) des séances opératoires, le lundi et le vendredi, à 10 h. (service de la clinique) ; *c*) une consultation avec présentation de malades, le mercredi, à 10 h. (service de la clinique).

2° *L'enseignement aux stagiaires* par le professeur et les chefs de clinique. Cet enseignement est gratuit. Il est réservé aux étudiants en cours d'études et inscrits à la Faculté. Il sera fait pendant toute l'année cinq fois par semaine, à 10 h.

3° *L'enseignement d'initiation* qui est confondu avec l'enseignement aux stagiaires. S'inscrire à une des

séries annuelles au secrétariat de la Faculté de médecine. Droits d'inscription : 250 fr.

4° *L'enseignement clinique complémentaire* sous la direction du professeur par MM. Dufourmentel, Miegeville, F. Bonnet-Roy, Truffert, Winter, Carrega, Harburger, chefs de clinique, réservé aux praticiens et étudiants déjà initiés à l'examen des malades et au maniement des instruments. Cet enseignement comportera trois séries de dix leçons chacune portant sur des matières limitées (endoscopie, chirurgie des amygdales et des adénoïdes, affections des glandes salivaires, pathologie des maxillaires, diagnostic et traitement des surdités, séméiologie vestibulaire, etc.). Chaque leçon consistera en présentation de malades, examen par les auditeurs, et exercices de petite chirurgie spéciale.

Les séries commenceront le 7 février 1927, le 2 mai 1927, à la clinique oto-rhino-laryngologique (hôpital Lariboisière) et dureront chacune 15 jours. Pour tous renseignements sur horaire et programme, s'adresser au chef de clinique. Inscription au secrétariat de la Faculté de médecine. Droit à verser : 250 francs.

5° *Un enseignement de perfectionnement chirurgical* qui comprendra : *a*) un cours de chirurgie restauratrice et cosmétique de la face, du 30 mai au 12 juin 1927, par MM. P. Sebileau et L. Dufourmentel ; *b*) quatre cours de chirurgie opératoire spéciale, par MM. Winter, Carrega, Harburger. Chacun de ces cours aura lieu en même temps qu'une série de l'enseignement clinique complémentaire. Ils commenceront le 7 février, le 2 mai, le 26 septembre 1927 (série de vacances), à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, les lundis, mercredis, vendredis, à 2 heures.

Pour tous renseignements sur ces deux cours, consulter les affiches spéciales ou s'adresser au chef de clinique, à l'hôpital Lariboisière.

Note. — Des médecins français ou étrangers, les étudiants, non inscrits à la Faculté de médecine de Paris, désireux de faire un stage d'études prolongé, demanderont au professeur une autorisation spéciale pour suivre les travaux de la clinique.

— Clinique chirurgicale de la Salpêtrière (Professeur Gosset). *Cours de perfectionnement de technique chirurgicale.* — Un cours complémentaire, réservé aux docteurs français et étrangers, aura lieu en juin 1927.

Il comprendra : 1° des séances opératoires suivies d'un exposé technique, par M. le professeur Gosset ; 2° des démonstrations à l'amphithéâtre ; 3° des séances de chirurgie expérimentale ; 4° des leçons cliniques et théoriques sur les progrès récents en chirurgie abdominale ; 5° des démonstrations pratiques d'anatomie pathologique.

Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations à l'amphithéâtre et au laboratoire de chirurgie expérimentale. Les droits d'inscription pour ce cours seront fixés ultérieurement.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Relations entre Paris et la Côte d'Azur.* — L'attention des voyageurs se rendant de Paris sur la Côte d'Azur est appelée sur les trains suivants :

Rapide de nuit : places de luxe, 1re classe, wagon-restaurant. Paris, dép. 19 h. 55 ; Marseille, arr. 8 h. 43 ; Toulon, arr. 10 h. 27 ; Saint-Raphaël, arr. 12 h. 12 ; Cannes, arr. 12 h. 45 ; Nice, arr. 13 h. 35 ; Monaco, arr. 14 h. 24 ; Monte-Carlo, arr. 14 h. 30 ; Menton, arr. 14 h. 47.

Rapide de nuit : places de luxe, 1re et 2e classes, wagon-restaurant. Paris dép. 20 h. 45 ; Marseille, arr. 9 h. 38 ; Toulon, arr. 11 h. 17 ; Saint-Raphaël, arr. 13 h. 15 ; Cannes, arr. 13 h. 50 ; Nice, arr. 14 h. 40 ; Monaco, arr. 15 h. 34 ; Monte-Carlo, arr. 15 h. 41 ; Menton, arr. 15 h. 59.

Rapide de nuit : 1re, 2e et 3e classes. Paris, dép. 21 h. 25 ; Marseille, arr. 9 h. 56 ; Toulon, arr. 11 h. 34 ; Saint-Raphaël, arr. 13 h. 32 ; Cannes, arr. 14 h. 7 ; Nice, arr. 14 h. 55.

Rapide de nuit : 1re, 2e et 3e classes. Paris, dép. 21 h. 35 ; Marseille, arr. 10 h. 14 ; Toulon, arr. 11 h. 50 ; Saint-Raphaël, arr. 13 h. 50 ; Cannes, arr. 14 h. 23 ; Nice, arr. 15 h. 15 ; Monaco, arr. 16 h. 8 ; Monte-Carlo, arr. 16 h. 14 ; Menton, arr. 16 h. 31.

Train de luxe quotidien avec wagons-lits et wagon-restaurant. Paris, dép. 19 h. 29 ; Marseille Blancarde, arr. 7 h. 24 ; Toulon, arr. 8 h. 34 ; Saint-Raphaël, arr. 10 h. 13 ; Cannes, arr. 10 h. 43 ; Nice, arr. 11 h. 20 ; Monaco, arr. 12 h. 3 ; Monte-Carlo, arr. 12 h. 10 ; Menton, arr. 12 h. 25.

Il est mis en marche : à Paris, tous les jours depuis le 11 décembre, un nouveau *rapide de nuit* avec places de luxe : 1re classe et wagon-restaurant. Paris, dép. 19 h. 35 ; Marseille, arr. 7 h. 32 ; Toulon, arr. 8 h. 50 ; Saint-Raphaël, arr. 10 h. 27 ; Cannes, arr. 10 h. 37 ; Nice, arr. 11 h. 35; Monaco, arr. 12 h. 19 ; Monte-Carlo, arr. 12 h. 26 ; Menton, arr. 12 h. 45.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. *Agenda P.L.M. pour* 1927. — L'agenda P.L.M. vient de paraître. Son texte, dû aux meilleurs écrivains, est accompagné de plus de 500 dessins originaux et reproductions photographiques. Une suite de 16 hors-texte en couleurs, signés de peintres en renom, enrichit cet ouvrage luxueux, où l'on trouve encore une page inédite de musique. Une pochette de 12 cartes postales illustrées est offerte à tout acheteur.

L'agenda P.L.M. est en vente au prix de 10 francs, à l'agence P.L.M., rue Saint-Lazare, 88, à Paris, et dans les gares et bibliothèques du réseau. On peut se le procurer aussi dans les agences de voyages, grands magasins à Paris et les principales librairies.

Envoi franco à domicile contre mandat-poste (12 fr. 65 pour la France ; 17 fr. 50 pour l'étranger), adressé au service de la publicité P.L.M., 20, boulevard Diderot, Paris.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

domestiques, ou préposés, dans l'exercice des fonctions auxquelles ceux-ci sont employés.

Quel est le lien de droit entre un médecin et un infirmier ?

Je laisse de côté les cas des hôpitaux, car, dans ces établissements, les infirmiers sont recrutés, engagés par la commission administrative de chaque établissement.

En clientèle, trois cas peuvent se présenter :

1° Un médecin, propriétaire d'une maison de santé, recrute lui-même ses infirmiers, les utilise dans l'établissement, pour les soins à donner aux malades qu'il a opérés.

C'est donc à lui qu'incombe le soin de se préoccuper de la valeur scientifique et professionnelle des infirmiers qu'il engage. C'est encore lui qui fixe leur travail, leurs fonctions et la rémunération de ces aides. Enfin, à lui le droit de les renvoyer, lorsque, pour un motif quelconque, il croit devoir se passer de leurs services.

Dans ces conditions, les infirmiers sont véritablement les préposés du médecin : la responsabilité du commettant, quant aux faits de ses préposés, a pour base la faculté possédée par l'employeur de choisir son employé et d'autre part, le droit de surveillance et de commander, qu'il a sur lui.

Un arrêt de la Cour de Paris, du 26 juin 1919 (Dalloz 1919.2.73), décide qu'une maison de santé est responsable de la faute commise par un de ses infirmiers, lorsque ce dernier est placé sous sa direction.

2° Un chirurgien s'attache un infirmier, qu'il choisit, engage, paye et dirige. Cet infirmier l'assiste pour les opérations et soins à domicile chez des clients ; il peut même être laissé au chevet d'un opéré, pour donner ses soins à ce dernier.

En cas de faute de cet infirmier, son patron, le docteur-employeur, est civilement responsable, car l'infirmier est bien le préposé du praticien et est placé sous la direction immédiate de celui-ci.

3° Un médecin croit qu'il est nécessaire de placer un infirmier au chevet d'un de ses malades de ville. Il donne une ou plusieurs adresses, en faisant même connaître qu'il a déjà eu l'occasion de se louer du travail professionnel des personnes qu'il recommande. En cas de faute de cet infirmier, le médecin est-il civilement responsable ?

Remarquons que les conditions d'applicabilité de l'article 1384 du code civil font ici en partie défaut.

L'infirmier n'est pas le salarié du médecin : il n'est pas engagé envers le docteur, par un contrat de louage de services ; il est plutôt l'employé du malade.

En effet, le médecin s'est contenté de donner, à titre indicatif, à la famille, le nom du garde-

malade et son adresse ; mais il ne le choisit pas lui-même, ni ne l'engage, ni ne l'impose.

C'est la famille, qui débat, avec l'infirmier, les conditions de louage de services et souvent même à l'insu du docteur.

Si les conditions pécuniaires sont acceptées de part et d'autre, entre famille et garde-malade, ce dernier entre en fonctions.

A tout moment, le malade ou ses parents peuvent toujours librement accepter ou refuser ces services et même congédier l'infirmier si bon leur semble.

Mais le médecin a cependant un rôle à jouer : il doit considérer cet infirmier comme étant placé sous sa surveillance médicale immédiate. Le praticien a le devoir professionnel de s'assurer si ses prescriptions sont correctement exécutées par l'infirmier et, au cas où il s'apercevrait d'une négligence, il aurait le devoir d'en informer la famille, laquelle verrait si elle doit, ou non, se priver des services du garde-malade.

Ce lien de surveillance professionnelle n'établit aucun point de droit juridique entre médecin et infirmier. Si ce dernier commet une faute, le médecin était-il dans la possibilité de l'empêcher ? Si la faute est due à ce que le docteur n'a pas donné d'explications suffisantes à l'infirmier, le praticien est coupable de négligence (article 1382 et non 1384).

Ce point a été mis en lumière au cours d'un procès qui s'est déroulé devant le tribunal correctionnel de Nîmes.

Un médecin était poursuivi pour avoir provoqué la mort de deux typhiques qui, à la suite d'injections hypodermiques, avaient eu de nombreux abcès. Entre autres, on faisait grief au médecin d'avoir laissé faire les piqûres par une infirmière : le praticien devait être rendu responsable de la faute de cette préposée.

Non, a répondu le tribunal correctionnel de Nîmes (8 décembre 1920 ; *Concours médical*, 9 février 1921) : l'infirmier n'est pas le préposé du médecin ; mais ce dernier serait coupable de négligence s'il ne surveillait pas utilement le garde-malade, pour les actes professionnels.

« Attendu que le médecin traitant, alors même qu'il n'aurait pas choisi l'infirmière placée auprès de ses malades, peut être rendu responsable des fautes commises par celle-ci, dans des circonstances révélant, de la part de ce médecin, un manque de surveillance, que moins un docteur connaît une infirmière, plus il doit la surveiller. »

Et comme le faisait remarquer au cours de ce procès, le Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France : « une telle extension de la responsabilité du médecin doit conduire à des conséquences absurdes et funestes, car aucun membre du Corps médical ne se

soucierait désormais d'accepter la collaboration d'auxiliaires cependant indispensables. »

Un arrêt de la Cour d'appel de Paris, du 4 mars 1898 (Sirey, 1899.2.90) décide qu'on ne saurait faire grief à un accoucheur d'avoir placé près de la femme, une garde-malade, qui aurait précédemment donné ses soins à une personne atteinte d'infection ; de telles situations se présentent fréquemment et ceux qui soignent les malades prennent leurs précautions en conséquence, pour ne pas être un agent de contamination.

En matière d'aide non médecin (infirmier ou pharmacien) assistant un docteur pour une anesthésie générale, il a été décidé, par la jurisprudence, que le docteur n'est pas responsable d'un accident mortel survenu au cours de la narcose, bien que son aide n'ait pas eu la compétence suffisante, lorsqu'aucune faute n'est relevée contre le médecin (Cour d'appel de Bordeaux, 11 juillet 1916 ; — *Concours médical*, 1917, page 43 ; — tribunal civil de Dunkerque, 14 juin 1923 et Cour d'appel de Douai, 23 juin 1924 ; *Concours médical*, 1924-1787).

Conclusions.

Pour qu'un médecin puisse être rendu civilement responsable des erreurs professionnelles d'un infirmier, il faut d'abord apporter la preuve que cet infirmier est l'employé, le préposé du docteur et que ce dernier a engagé ce garde-malade par un contrat de louage de service.

Si ce contrat n'existe pas entre médecin et infirmier, ce dernier ayant été librement choisi par la famille du malade, il faut fournir la preuve que le médecin est coupable de négligence et de manque de surveillance, en ce qui concerne les ordres professionnels qu'il donne à ses assistants.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Sou Médical

4024. — Résultat de la promesse d'appui du « Sou Médical ».

J'ai le plaisir de vous annoncer, en réponse à votre aimable lettre du 10 novembre 1926, que j'ai obtenu entière satisfaction de la Compagnie X.

Pourquoi tous les médecins ne forment-ils pas un seul bloc et pourquoi n'observent-ils pas une discipline déontologique et syndicale ? Quelle force nous serions alors !

« Le Sou Médical » mérite particulièrement notre sympathie en raison des services qu'il ne cesse de nous rendre. Merci beaucoup.

Dr S.

Accidents

3928. — Calcul du salaire d'une femme de ménage.

Une femme de ménage travaillant le matin de 7 h. à midi chez un patron, plus le lundi après-midi, a eu le bras cassé chez celui-ci. Elle travaille, en outre, le reste de la semaine chez d'autres patrons (5 patrons). A combien doit-être évaluée sa journée de travail ? A la moitié de ce qu'elle gagne chez le patron où elle a été blessée ou à la moitié de ce qu'elle gagne chez ses divers patrons ?

Cela est d'autant plus intéressant qu'elle aura droit à une indemnité pour incapacité permanente partielle.

Dr C.

Réponse.

Le demi-salaire et la rente d'une femme de ménage blessée au cours de son travail ne sont calculés que sur le salaire payé par le patron au service duquel l'accident s'est produit, à l'exclusion du salaire payé par les autres patrons qui pouvaient également l'occuper.

4014. — Accident survenu à un facteur.

Je désirerais savoir si un facteur rural blessé au service a droit aux soins ou s'il doit payer lui-même ses soins.

Je lui ai donné un certificat d'origine. A qui dois-je adresser la note d'honoraires ?

Dr R.

Réponse.

La solution dépend de la situation administrative de votre client. S'il s'agit d'un facteur du cadre auxiliaire, c'est un employé d'une entreprise de transport, au même titre que n'importe quel salarié de l'industrie, et par conséquent il a droit au bénéfice de la législation sur les accidents du travail. Dans ce cas, vous pouvez vous faire payer par l'administration des P. T. T. sur la base du tarif Durafour et vous avez contre elle la même action que vous auriez contre n'importe quel autre chef d'entreprise responsable.

Mais si le facteur appartient au cadre permanent, la solution change. Il devient alors un fonctionnaire, ayant droit au bénéfice de la législation sur les pensions civiles, qui exclut la possibilité de bénéficier de la législation sur les accidents du travail. Dans ce cas, vous devez vous faire payer par votre client directement et lui remettre un reçu qui lui permettra de faire valoir ses droits éventuels à remboursement auprès de son administration.

4038. — Droits de l'enfant naturel d'une victime du travail.

Je serais heureux d'avoir votre avis au sujet des droits éventuels de la fiancée d'un de mes accidentés du travail, mort brutalement. Cette fiancée est enceinte de 4 mois 1/2. Le mariage allait se faire sous peu, bien qu'aucune pièce officielle n'en témoigne. Mais le défunt a avoué à plusieurs témoins que sa fiancée était en état de grossesse de son fait et qu'il allait l'épouser sous peu.

Est-ce que ces témoignages produits en justice seraient valables pour faire considérer l'ouvrier décédé comme père de l'enfant qui naîtra et partant, pour faire reconnaître les droits de ce dernier à une pension qui lui serait servie par la Compagnie d'assurances du patron ?

Dr V.

Réponse.

Pour que l'enfant naturel d'une victime du travail ait droit à une rente, il faut qu'il ait été reconnu avant l'accident.

Dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, l'enfant à naître n'aura donc aucun droit, même s'il était jugé ultérieurement qu'il est enfant naturel de la victime.

8857. — Accident à un ouvrier travaillant pour son compte.

Un propriétaire fait monter un couvreur ou un charpentier (petit patron, ou ouvrier de petit patron) sur le toit de son habitation pour une réparation soit à la toiture, soit à une antenne de T. S. F.

L'ouvrier a l'habitude de se faire payer à l'heure, ou d'après sa propre estimation si le travail est dangereux.

Au cours du travail, l'ouvrier fait une chute et se blesse ou se tue.

Dans ces conditions, le propriétaire est-il responsable des conséquences de l'accident, c'est-à-dire est-il tenu de payer frais médicaux, journées d'incapacité, pension d'invalidité, etc. ?

Veuillez remarquer que je ne me place pas ici au point de vue des accidents du travail, mais au point de vue plus général de la responsabilité des propriétaires vis-à-vis des accidents qui pourraient survenir aux ouvriers qu'ils emploient.

Dr M.

Réponse.

Dans les conditions de fait que vous nous indiquez, le propriétaire ne pourrait être rendu responsable de l'accident dont pourrait être victime l'ouvrier au cours de son travail que suivant les règles générales du droit commun.

Or, en vertu des articles 1382 et suivants du Code civil, on n'est responsable que des accidents causés par sa faute, son imprudence ou sa négligence, par la faute, l'imprudence ou la négligence de ses préposés, domestiques ou enfants mineurs, par les choses ou les animaux que l'on a sous sa garde ou enfin, lorsqu'on est propriétaire

d'un bâtiment, par la ruine de celui-ci, si elle est arrivée par suite du défaut d'entretien ou par le vice de sa construction.

Si aucun de ces motifs de responsabilité ne peut être invoqué, l'ouvrier n'a aucun recours contre le propriétaire.

Mais, si la responsabilité du propriétaire est établie, l'ouvrier a droit à la réparation intégrale du préjudice subi, à la différence de la législation sur les accidents du travail qui ne prévoit qu'une indemnité forfaitaire.

Dans ce cas, les frais médicaux et pharmaceutiques doivent être compris dans l'indemnité globale, mais à la différence encore de la législation sur les accidents du travail, le médecin n'a pas d'action directe contre le propriétaire responsable. Il appartient au médecin de se faire payer par le blessé, comme par un client quelconque.

Application du Tarif Durafour.

I

3714. — Lit mécanique en location.

En ma qualité d'abonné au *Concours médical* et membre du « Sou », je vous serai reconnaissant de soumettre au Dr Decourt le cas suivant qu'il voudra bien trancher dans le Concours s'il juge que laquestion intéresse d'autres confrères :

Une femme se fait une fracture du fémur, puis après un mois d'immobilisation (Tillaux) présente une phlébite de l'autre membre inférieur, en relation certaine avec la fracture bien que symétrique. Un lit mécanique s'impose, la location serait-elle acceptée par la compagnie d'assurances et à quel tarif ? Doit-on l'informer ?

Dr R.

Réponse.

A priori, je ne vois pas qu'il y ait un texte officiel permettant de faire payer par le patron ou son assureur substitué le prix de location d'un lit mécanique. Mais ceci n'empêche pas la proposition faite par le médecin traitant, à titre d'accord spécial, à l'amiable et en vue même d'une guérison plus rapidement obtenue.

F. D.

II

3720. — Déplacement entre deux agglomérations dans l'intérieur d'une même commune.

Je vous envoie ci-joint un duplicata de ma note d'honoraires que j'ai envoyée le 8 septembre et qui me revient aujourd'hui seulement amputée de tous mes frais de déplacements et du prix du certificat initial et je joins la lettre que m'adresse en même temps l'agent de la Compagnie.

Je vous fais remarquer que le blessé habite à 7 kilo-

mètres du bourg de L..., dans lequel bourg habite en effet un médecin : je suis moi-même à 10 kilomètres.

Dois-je accepter le mandat et envoyer le reçu ? Je ne le crois pas.

Quelle conduite dois-je tenir pour obtenir le payement intégral de mes honoraires ?

Dr R.

Réponse.

Si vous avez soigné votre blessé dans une agglomération autre que celle que vous habitez ou qu'habite le médecin le plus rapproché, même si ces diverses agglomérations appartiennent à la *même* commune, le prix du déplacement est *tarifable*. C'est celui attribuable au médecin le plus rapproché. Ceci est expliqué très clairement, article 2, alinéas 6 et 7 « Lorsque le blessé et le médecin, etc. »

F. D.

III

3726. — Prix des certificats.

Est-ce vrai que les certificats pour « accidents du travail » sont portés de 5 à 10 francs ? (nouveau tarif). Je ne vois rien de semblable dans le *C.M.*, mais un confrère me l'affirme.

Dr D.

Réponse.

Il n'y a aucun changement, dans le tarif Dufafour, au sujet du prix des certificats.

F. D.

Soins aux pensionnés de guerre

3764. — Hospitalisation obligatoire ?

Je serais heureux d'avoir votre avis très autorisé sur les deux sujets suivants :

Un mutilé soigné par moi a été opéré chez lui, il y a un mois, après autorisation donnée par la commission de contrôle. Il vient de recevoir avis de son hospitalisation à l'hôpital, qu'il n'avait pas sollicitée et qu'il refuse. Voudriez-vous me dire si le préfet a le droit de l'hospitaliser contre sa volonté et s'il peut lui refuser un carnet ? Pour moi, je suis en dehors de la correspondance entre le malade et le préfet et n'ai reçu jusqu'à présent que l'autorisation de faire opérer le malade.

Dr R.

Réponse.

Un blessé de guerre ne peut *jamais* être hospitalisé contre sa volonté. De même, on ne peut lui refuser un carnet... s'il est mis en règle à ce sujet, ce qui, je présume, pourrait fort bien faire défaut, dans le cas que vous me citez.

F. D.

Questions médico-militaires

3083. — Aggravation de blessure de guerre.

M. X. est mutilé de guerre. Blessé en 1916 par une bombe d'avion, il a présenté comme blessures un broiement de la cuisse qui a nécessité l'amputation, une blessure de l'aile du nez et une blessure à la base de l'hémithorax droit. Cette dernière blessure a été pansée comme une plaie sans importance. Le taux de la pension a été fixé à 80 %.

Actuellement, M. X. vient de faire une grosse collection purulente (1/2 litre de pus) s'étendant de la 10e côte à droite à la crête iliaque droite. Cicatrice de la porte d'entrée de l'éclat au centre de la collection suppurée. Hospitalisation dans une clinique privée. Opération et extraction d'un éclat d'obus. Voilà les faits :

Je voudrais savoir à présent quelles sont les démarches à faire :

1° Pour faire inscrire sur son carnet médical cette blessure dont il n'a pas été fait mention en temps opportun ;

2° Pour lui faire rembourser les frais de clinique ;

3° Pour faire une radiographie de contrôle aux frais du Gouvernement ;

4° S'il n'y a pas lieu d'envisager une augmentation du taux de la pension.

Dr V.

Réponse.

Seules, donnent droit aux soins gratuits, par l'inscription sur la liste des bénéficiaires de l'article 64, les blessures ou maladies libellées dans le diagnostic global, ou leurs suites.

S'il n'en a pas été ainsi pour la cicatrice de l'hémithorax, rien à faire actuellement pour le remboursement des frais de traitement. Celui-ci ne pourra être l'objet que d'une mesure bienveillante de la part de la Commission départementale de l'article 64.

Quant à l'augmentation du taux de la pension, adressez aussitôt une demande de visite pour aggravation au Directeur du Service de santé de la région.

Une fois la nouvelle infirmité reconnue imputable au service, vous ferez inscrire le malade sur la liste de l'article 64, et vous obtiendrez la radiographie demandée, qui déjà aura été faite à l'occasion de la visite au centre de réforme.

3441. — Preuve à fournir pour obtenir une pension.

J'ai fait il y a quelques jours une demande de réforme avec pension en y joignant un billet d'hôpital, preuve d'une hospitalisation dans un « hôpital sanitaire pour tuberculose pulmonaire pendant la guerre ».

On me demande conformément à la circulaire mi-

nistérielle n° 79 E.M. /P du 6 février 1926, les certificats des médecins civils (avec les ordonnances afférentes) qui m'ont soigné depuis ma démobilisation.

M'étant soigné seul, je ne puis fournir les pièces réclamées.

Que dois-je répondre ? Si je suis réformé, l'absence de ces pièces me prive-t-elle de mes droits à une pension ?

D'autre part, j'étais médecin auxiliaire au moment de mes hospitalisations et à la démobilisation. Je viens d'être promu au deuxième galon (réserve). Avec quel grade devrais-je être réformé ?

Dr Y.

Réponse.

Cette preuve de filiation entre la maladie première et l'infirmité actuelle est absolument indispensable. Si vous vous êtes soigné seul, vous devez en faire la preuve, et la preuve de votre maladie sans interruption par tous les témoignages en votre possession : copie des ordonnances que vous a délivrées le pharmacien, attestations de personnes autorisées (municipales, etc.) ou de personnes dignes de foi.

Sinon, votre demande de pension ne sera pas suivie d'effet.

Vous serez pensionné d'après le grade que vous possédiez au moment de votre démobilisation.

3712. — Ajournement suivi de réforme temporaire.

Mon fils a eu un ajournement et il a été ensuite pris bon pour le service armé. Il fait actuellement son service militaire et, à la suite d'une affection rénale prise en service, il est proposé pour la réforme temporaire.

Est-il exact qu'un ajournement, plus une réforme temporaire d'un an, donne droit à la même réduction de temps de service légal sous les drapeaux que deux réformes temporaires consécutives d'un an (qui permettent, d'après la loi, de bénéficier de six mois de réduction de service).

En somme, sous forme algébrique, on peut dire :

Un ajournement + un an de réforme temporaire = réduction de service de six mois comme deux ajournements ou deux réformes temporaires égalent six mois de service en moins.

Dr X.

Réponse.

Ayant été ajourné une seule fois, votre fils devait encore 18 mois de service militaire.

S'il eût été ajourné une deuxième fois, puis, au troisième examen annuel, reconnu « apte », il ne devait plus qu'un an de service.

Quant à l'influence de la réforme temporaire sur la durée du service, elle dépend de sa nature même.

« La réforme temporaire n° 2 (cause non at-

« tribuable au service) est renouvelable pour les « hommes du contingent dans les mêmes condi- « tions et selon les mêmes règles que l'ajourne- « ment », — dans votre cas, elle doit diminuer de six mois la durée du service.

« Par contre, le temps passé en réforme tem- « poraire n° 1 (cause attribuable au service) compte comme service actif » (article 21 de la loi du 1er avril 1923).

Les réformés temporaires n° 2 après ajournement et quelques mois de service ne sauraient être désavantagés par rapport à ceux qui, non incorporés, sont d'emblée ajournés deux fois de suite.

3583. — Preuve de la relation entre l'infirmité et le service.

J'ai un malade tuberculeux qui a été évacué en 1916 deux fois pour congestion pulmonaire. Il n'a aucune pièce, et ne se rappelle que vaguement les hôpitaux où il a été soigné.

Où pourrait-on trouver des renseignements sur ces hôpitaux et s'il y a quelque part des restes des papiers qu'on y faisait ?

Dr H.

Réponse.

Que ce malade adresse, par pli recommandé, au Directeur du Service de santé de sa région, une demande de visite pour indemnisation ; qu'il joigne tous ces renseignements sur l'origine de sa maladie et le centre de réforme se chargera de rechercher les pièces originales.

Il ne doit pas oublier que son examen d'indemnisation n'est plus possible qu'au titre de la loi du 9 janvier 1926, et qu'il lui appartient dès lors de faire entièrement la preuve de la filiation entre la maladie primitive et l'infirmité actuelle.

3627. — Cas d'un réformé antérieurement à la guerre de 1914.

Un réformé au corps, classe 1907, après 14 mois de service (phlébite double des deux membres inférieurs consécutive à une fièvre typhoïde), renvoyé sans pension dans ses foyers, maintenu en réforme par les diverses commissions de réforme qui ont fonctionné durant toute la guerre peut-il bénéficier de la dernière loi des pensions ? Dr A.

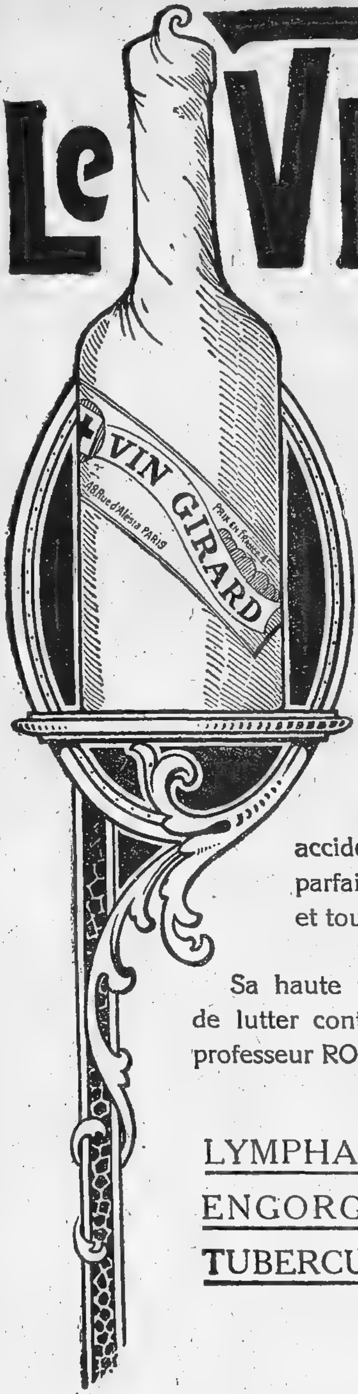
Réponse.

Il ne peut pas bénéficier de la loi du 9 janvier 1926, puisqu'il n'a pas effectué de service après le 2 août 1914.

Cependant, s'il est homme de troupe, caporal, brigadier ou sous-officier, il peut encore, et à tout moment, *faire la preuve de l'imputabilité au service*, et demander une gratification au Ministre.

Les délais de prescription le frappent quant au bénéfice de la loi de 1831, mais ces délais n'existent pas pour une mesure gracieuse, ni pour une demande de secours (article 232 du règlement sur le service courant).

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS

SIROP GIRARD
Même composition
S'ordonne plus spécialement en Médecine infantile



VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 3 — DIMANCHE 16 JANVIER 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « **LE CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS

France........................ 45 fr.
Etranger.. (voir conditions page IV)
Etudiants (France) .... 25 fr.
Le Numéro................. 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION

Dr A. GASSOT, *Directeur*

MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF

Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT

Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : **37, rue de Bellefond, PARIS (9e)** — Téléphone : Trudaine 29-25

Quarante-neuvième année N° 3 16 Janvier 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 120-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Demi-Colonnes

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie, Bayle, Caruette, L. Dubief, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Vercalle.

Cap d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet, Perrimond

Hyères : Clément, Minelli, Pierrugues, Verrier

Juan-les-Pins-Antibes Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*), Bernard (Claude), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Daniel Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs CORSON de Guingamp ; BIGNON, de Neuillé-Pont-Pierre ; GRÉBERT, de Sin-le-Noble, la somme de trente-cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 21. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 22. — A céd. à Berck, cause santé, sanat. en plein rapp., agréé par Minist. hygiène, 180 lits, dont 150 occup. Nécessite aucune connaiss. Beaux bénéfi., prix à débatt. avec facilités. Long bail. S'ad. Me Péladé, notaire à Berck-Plage.

No 23. — Banl. N. O., local agréab., poste anc., titul. méd. du ch. de fer. Belle situat. à jeune méd. Grande mais. avec dépend. et jard., loyer 1.860, bail. Indemn. 28.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 24. — Stat. hydrominérale Centre-Ouest. Ch. d'aff. pour la saison : 22.000 Loyer : 3.000, appart. 5 p. Indemn. 11.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 25. — Doct. expérim. recherche commandite de 150 à 200.000 pour mais. de santé chirurg. en banlieue. Condit. avantag. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 26. — Urgent. Client. méd. génér. dans petite ville Ouest à céder avec auto et beau mobilier, 35.000 compt.

N° 27. — A vend. meubles absol. neufs de la Maison Rongier : 1 table examen av. cuvette, seau, talonnières ; 1 matelas feutre et moleskine ; 1 tabouret ; 1 escabeau ; 1 lavabo roulant, 2 barils avec miroir ovale ; 1 guéridon Leroux avec plateau et laveur ; 1 table comptoir ; 1 pied support av. deux capsules ; 1 distribut. savon liquide , prix actuel 2.905, emballage et port en sus ; laissé à 2.500, emballage et port en sus.

N° 28. — Veuve de méd. hab. Paris, libre l'ap-midi, cherche occupat., représent, pharmaceut., remplirait fonctions secrétaire. Mme Cellier, 21, rue d'Ouessant, Paris (15e).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie :** M. Paul Champetier. — Nous apprenons avec un très vif regret la mort de M. Paul Champetier, administrateur délégué de la société : la *Reine de Vals*. Très grand ami et très vieil ami du *Concours médical*, M. Paul Champetier se montra toujours particulièrement dévoué à nos œuvres. Nous lui en conserverons une sincère reconnaissance et exprimons à sa famille nos sentiments de sympathie et nos bien vives condoléances.

— **Institut international d'anthropologie.** *Conférence et film en première représentation.* — Dimanche 16 janvier 1927 aura lieu, à 15 h., dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, à la Faculté de médecine de Paris, une conférence du professeur Van Loon, de Batavia, sur *les psycho-névroses spéciales aux races malaises* : *l'amok et le lattah.* Le film *le lattah* sera projeté en première représentation. Des films sur la vie des indigènes et des Européens aux Indes Orientales néerlandaises compléteront le programme cinématographique de cette réunion.

— **Institut d'anthropologie.** *Election.* — M. Henri Fischer (de Bordeaux) a été élu membre de l'Institut d'anthropologie, à la séance du 24 décembre 1926, sur les rapports de MM. Paul-Boncour, Capitan et Weisgeber.

— **Comme jadis « la Joconde ».** — Des tableaux, au nombre de 70, don de M. Chaumier, et destinés au musée Jenner de l'Académie de médecine, se trouvaient exposés dernièrement à l'Exposition d'hygiène de l'enfance. L'un d'eux a été dérobé en pleine exposition. Souhaitons, avec M. L. Camus, qu'il reprenne un jour sa place dans cette collection, comme son illustre prédécesseur en fugue : *La Joconde* !

— **Sorbonne.** *Cours libre d'hygiène sociale.* — M. Sicard de Plauzoles commencera son cours libre d'hygiène sociale le mardi 18 janvier à 17 h. 30, à l'amphithéâtre Milne-Edwards. La première leçon aura pour objet : *La production du capital humain.*

— **Hôpital Saint-Louis.** — Depuis le 1er janvier, M. André Léri fait tous les mardis, à 9 h. 1/2, à l'hôpital Saint-Louis, une consultation sur les maladies des os, des articulations et sur les maladies nerveuses.

— **Hôpital Laennec.** — M. L. Ramond fera le dimanche 16 janvier, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Landouzy, une conférence sur *la claudication intermittente.*

— **Lyon.** *Agrégation.* — Sont nommés agrégés de la Faculté de Lyon :

Section de médecine : MM. les Dr André Devic, André Dufour, Dumas. *Section de chirurgie* : MM. les Drs Ph. Rochet, Wertheimer. *Section d'anatomie pathologique* : M. le Dr J. Martin. *Section de physique* : M. le Dr Chevalier. *Section d'anatomie* : M. le Dr Gabrielle. *Section de matière médicale et botanique* : M. le Dr Manceau.

— **Belgique.** — *Les noces d'or du Dr Dejace.* — Notre excellent confrère belge, le docteur Dejace, rédacteur en chef honoraire du journal *Le Scalpel*, et Madame Dejace, ont fêté récemment le cinquantième anniversaire de leur mariage. Le *Concours médical* est heureux de leur adresser ses félicitations et de leur exprimer ses sentiments de vive sympathie.

— **Madrid.** *Le Dr Bandelac de Pariente, Grand-Croix de l'Ordre de la Beneficencia.* — Le roi d'Espagne, sur la proposition du Conseil d'Etat et du Conseil des ministres, vient de conférer au Dr Bandelac de Pariente, président de l'UMFIA, la Grand'Croix de l'Ordre de la Beneficencia. C'est la plus haute distinction qui puisse être accordée à un savant espagnol.

— **Responsabilité médicale.** *Mort après amygdalotomie.* — En juin 1925, le docteur X., diplômé de la Faculté de Beyrouth, qui tient à Paris une clinique de laryngologie, pratiqua sur un enfant de 3 ans, l'ablation des amygdales : au cours de l'opération, l'enfant eut la carotide tranchée et succomba.

Trois experts, qui furent alors commis, affirmèrent que le médecin n'avait aucune faute à se reprocher,

ayant pris toutes les précautions requises. Il n'en a pas moins comparu, il y a quelques jours, pour homicide par imprudence, devant la 10e chambre correctionnelle qui, après plaidoirie de Mes Ragon et L. Mercier, a jugé qu'aux termes du rapport une mauvaise position de la main de l'opérateur avait amené l'accident : il a, en conséquence, prononcé une condamnation à 50 francs d'amende et à 8.000 francs de dommages-intérêts envers la famille (*Bruxelles médical*).

— **Les épidémies.** — Des cas de variole sont signalés dans les départements des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône et de la Drôme.

— **La Semaine odontologique.** — La « Semaine odontologique » aura lieu du 3 au 9 février 1927, « Galerie de la Boétie », 64 *bis*, rue La Boétie. Elle comportera une importante exposition d'appareils et de produits pharmaceutiques intéressant l'art dentaire.

Le banquet, suivi de bal, aura lieu dans les Salons de l'Hôtel Continental, le lundi 7 février, à 19 h. 30.

Pour tous renseignements, s'adresser aux secrétaires du Comité d'organisation : Pour le Salon : M. Regnart, 56, rue Tiquetonne (2e). Pour les Fêtes : M. L. Viau, 109, boul. Malesherbes, (8e).

— **UMFIA.** — L'Assemblée générale annuelle de l'Umfia aura lieu le samedi 15 janvier à 8 heures et demie du soir, Hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, Paris.

A TRAVERS L'OFFICIEL

29 *décembre*

Droits de timbre.

Décret du 28 *décembre* 1926 *portant codification des droits de timbre.*

Nous analyserons dans un prochain numéro ce décret, intéressant pour les médecins surtout en ce qu'il énumère les exemptions de timbre, applicables notamment aux certificats.

Valeurs mobilières.

Décret du 28 *décembre* 1926 *portant codification des textes qui réglementent les valeurs mobilières.*

Ecoles d'infirmières.

Les élections aux fins de désigner un représentant des écoles d'infirmières hospitalières privées en remplacement de Madame la Directrice de l'Ecole d'infirmières de l'hôpital Heine-Fould, ont été fixées au 3 janvier 1926.

30 *décembre*

Police de la circulation.

Décret du 28 *décembre* 1926 *concernant l'unification des compétences en matière de police de la circulation et de la conservation des voies publiques.*

La disposition la plus intéressante de ce décret pour les usagers de la route est celle qui autorise le contrevenant, lorsqu'il a affaire à un agent verbalisateur spécialement pourvu à cet effet d'un carnet de quittances à souches, à effectuer immédiatement entre ses mains le payement de l'amende. Ce versement aura pour effet d'arrêter toute poursuite, sauf si l'infraction constatée a exposé son auteur soit à une sanction autre que pécuniaire, soit à la réparation de dommages causés aux personnes ou aux biens, soit aux peines qui s'attachent à la récidive.

Commission supérieure des soins aux pensionnés de guerre.

Par arrêté du 29 décembre 1926 :

Sont désignés pour faire partie de la commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques pendant l'année 1927, comme membres titulaires :

Représentants de l'administration.

M. le médecin inspecteur Odile, président.

M. Lehmann, inspecteur général au ministère des pensions, vice-président de la commission supérieure.

M. Paloque, chef du service des soins gratuits au ministère des pensions.

M. Sauvalle, inspecteur général des finances.

M. Reynaud, sous-directeur de la comptabilité publique.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

M. Osmont, membre de l'Union nationale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Beurdeley, membre de l'association générale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Salet, membre de l'Union nationale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Garnaud, membre de l'Union nationale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Delfau de Pontalba, membre de l'Union nationale des combattants.

Représentants des médecins et pharmaciens.

M. le docteur Lenglet, de la Seine.
M. le docteur Noir, de la Seine.
M. le docteur Decourt, de la Seine-et-Marne.
M. Barthet, pharmacien de la Seine.
M. Cordier, pharmacien de la Seine.

Sont désignés comme membres suppléants :

Représentants de l'administration.

M. Sevin, sous-directeur au ministère des pensions.

Mlle Mallet, rédacteur principal au ministère des pensions, faisant fonction de sous-chef au service des soins gratuits et de l'appareillage.

M. Lhomme, de la commission consultative médicale.

M. Blanchon, chef du bureau au ministère des finances.

M. Serres, chef de bureau au ministère des finances.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

M. Pichot, président honoraire de l'Union fédérale des associations françaises de mutilés et réformés de la guerre.

M. Cassin, président honoraire de l'Union fédérale des associations de mutilés et réformés de la guerre.

M. Villedieu-Benoit, membre de l'association générale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Granier, secrétaire général de la fédération nationale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Screve, membre de l'Union nationale des mutilés et réformés de la guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens.

M. le docteur Caillaud, du Loiret.
M. le docteur Humbel, de Seine-et-Oise.
M. le docteur Philippeau, de la Seine.
M. Decramer, pharmacien du Nord.
M. Joly, pharmacien de la Sarthe.

Service de santé de la Marine.

Liste des élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine, désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Toulon.

MM. Badelon, Prade, Coupiny, Verliac, Le Meur, Morvan, Herment, Berge, Jaffry, Roudil, Busy, Lajat et Bertrou.

Liste des élèves du Service de santé de la Marine, reçus docteurs en médecine, affectés au corps de santé des troupes coloniales, désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Marseille.

MM. Freyches, Bordes, Mondain, Bonnet, Long, Buquet, Lanzalavi, Sainz, Guitton, Bigot, Labbé, Alain, Bonnetblanc, Gruvel, Hochstetter, Nicolas, Gourmelon, Cabiran, Blocquaux, Le Tallec, Coussin, Besson, Saint-Etienne, Durand, Palud, Lieurade, Le Bouar, Dumas, Courtier, Moreau, Fournier, Mervinfant, Favre, Talec, Valle, Piéri, Renaud, Grinsard, Vialard-Goudon, Balzeau, Passérieux, Huchon, Boullier et Morvan.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse), par suite de la nomination de M. le Dr Legrand à un autre emploi.

Un poste de médecin chef préposé responsable est actuellement vacant à l'Asile d'aliénés de la Providence, à Niort, par suite du décès de M. le Dr Dezwarte.

31 décembre.

Assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

Décret du 28 décembre 1926 modifiant l'article 20 de la loi du 14 juillet 1905.

Art. 1er. — Le troisième alinéa de l'article 20 de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources, est ainsi modifié :

« Il ne peut être inférieur à 5 fr., ni, à moins de circonstances exceptionnelles, supérieur à 20 fr. S'il est supérieur à 20 fr., la délibération du Conseil général est soumise à l'approbation du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, qui statue après avis du conseil supérieur de l'assistance publique ou de la section permanente de ce conseil. »

Médecine militaire.

Décret du 24 décembre 1926 portant addition au décret instituant une Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires.

Art. 1er. — L'article 2 du décret du 31 mai 1904 modifié par les décrets des 6 août 1908, 29 juin 1907, 23 février 1908, 21 novembre 1913, 29 avril 1921 et 15 juin 1926, est complété ainsi qu'il suit :

« Les membres de la commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires autres que les membres de droit, sont nommés régulièrement pour une période d'une année, leur mandat étant susceptible d'être renouvelé par périodes successives et équivalentes d'une année. Toute désignation prononcée en cours d'année est renouvelable régulièrement à la date du 1er janvier suivant. »

Soins aux Mutilés de guerre.

Arrêté fixant les indemnités de déplacement attribuables au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 aux médecins des communes mixtes d e l'Algérie.

Sont applicables aux communes mixtes d'Algérie à partir du 1er janvier 1925, les arrêtés ministériels des 15 janvier 1923 (*Journal officiel* du 17 janvier et du 20 avril 1926) (*Journal officiel* du 21 avril). Toutefois, les indemnités de déplacement attribuables au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 aux médecins des communes mixtes ne devront pas dépasser au total le montant des indemnités forfaitaires telles qu'elles ont été fixées par la décision ministérielle du 24 juin 1924.

Accidents du travail.

Nouveaux tarifs établis par la Caisse Nationale des Retraites pour la vieillesse pour l'application de la loi sur les accidents du travail.

1er janvier.

Assistance publique.

Décret du 29 décembre 1926 portant fixation de nouveaux traitements (Inspection de l'assistance publique).

Ces nouveaux traitements sont les suivants :

Inspecteurs :

3e classe	13.500 fr.
2e classe	15.000 »
1re classe	16.500 »
Hors classe	18.000 »

Avec effet du 1er août 1926.

Service de santé militaire.

Décret du 28 décembre 1926 fixant les taux pour la contribution forfaitaire aux dépenses de relève des officiers du Corps de santé et des infirmiers placés hors cadres à la disposition des services locaux des colonies.

Art. 1er. — Les taux de 4.500 fr. et de 1.700 fr. fixés pour la contribution forfaitaire aux dépenses de relève des officiers du Corps de santé et des infirmiers, placés hors cadres à la disposition des services locaux des colonies, par la loi de finances du 13 juillet 1925, sont portés, à compter du 1er janvier 1927, à 6.100 francs par officier et à 2.500 fr. par infirmier employés et par an.

4 janvier.

Enseignement de la médecine.

La chaire de clinique des maladies des enfants de la Faculté de médecine de Montpellier prend le nom de « chaire de clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge. »

Asiles publics d'aliénés.

Ont été nommés :

M. le Dr Legrand, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse), en qualité de médecin chef de service à l'asile privé faisant fonctions d'asile public de Lommelet (Nord), poste créé.

M. le Dr Rauer, reçu, avec le no 3, au concours des médecins des asiles en 1926, en qualité de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne), en remplacement de M. le Dr Guiard.

M. le Dr Hyvert, reçu, avec le no 6, au concours des médecins des asiles en 1926, en qualité de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de M. le Dr Freys.

M. le Dr Carriat, reçu, avec le no 7 au concours des médecins des asiles en 1926, chargé à titre provisoire du poste de Dury-les-Amiens (Somme), en qualité de médecin chef de service, à titre définitif dans cet établissement, en remplacement de M. le Dr Usse.

Les médecins et la Grande Presse

Mon cher Confrère,

C'est avec le plus grand plaisir que j'ai lu les si justes et si judicieux commentaires que vous a inspirés l'article de Clément Vautel sur « la Vocation ».

Où ce facérieux journaliste exagère, c'est quand il

Voir la suite page LV-175

PROPOS DU JOUR

L'héroïsme médical.

A l'ordre de la Nation. — Il nous faudrait un Plutarque... La stoïcisme du médecin devant la mort.

Dans les quotidiens qui relataient, et souvent avec malice, les méfaits d'un médecin de Versailles ou les détails de l'interminable instruction du procès criminel intenté à un praticien de Marseille, nous avons lu le 5 janvier la note suivante du *Journal officiel* :

Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de :

Pierre-Joseph Falgairolle, chef de laboratoire de la clinique du professeur Ducamp, à Montpellier, jeune médecin doué des plus rares qualités de dévouement et d'une très haute conscience professionnelle.

S'est attaché au perfectionnement de la technique de la transfusion du sang. Poussant le dévouement jusqu'au sacrifice, a donné sept fois son propre sang pour des transfusions urgentes. Surmené par des excès de travail, n'a pu résister aux atteintes d'une maladie pulmonaire aiguë, qui l'a emporté en quelques jours, à l'âge de 27 ans.

Ce fut pour nous comme une bouffée d'air pur et parfumé pénétrant brusquement dans une salle close dont l'atmosphère est empuantie.

Nous étions, il y a deux mois à Montpellier et, dans ce sanctuaire de la vie médicale honnête, noble et digne, l'on trouvait vraisemblablement si naturel l'héroïsme de Pierre-Joseph Falgairolle, que personne ne nous l'avait signalé. La mort s'est chargée de son Apothéose.

Les exemples d'héroïsme médical ne se comptent plus à notre époque. La radiologie, ce nouveau Minotaure, a fait de telles hécatombes que c'est à peine si l'on signale actuellement ses victimes. Les chirurgiens, les médecins, les étudiants atteints de piqûres septiques en opérant, de maladies contagieuses, de tuberculose et qui en meurent, passent pour la plupart inaperçus. Pour beaucoup, ce sont là purs risques professionnels, simples accidents du travail ; aucun d'eux n'en tire vanité, surtout si la victime est un praticien peu connu, perdu dans la campagne, ou noyé dans la multitude des médecins qui exercent dans les quartiers populeux de la grande ville.

Il est bon de signaler de temps à autres ces actes d'héroïsme accomplis sans le souci de la gloire, avec calme et sang-froid. Ils sont certes plus beaux, plus méritoires que les hauts faits vantés au cours de l'excitation des combats et dans l'élan de la victoire.

Il faudrait un nouveau Plutarque pour conter les vies des médecins humbles ou illustres qui, après une existence de fatigues et de dévouement ont avec une stoïque sérénité attendu la mort en souriant.

Les faits de ce genre abondent, nous en citerons quelques-uns qui serviront d'exemples à nos jeunes confrères. En les méditant, ils se rendront compte que la profession médicale n'est pas un métier quelconque et que celui qui y entre avec l'unique désir d'y faire fortune (ce qui est bien décevant aujourd'hui), ne tarde pas, s'il a tant soit peu de conscience et de cœur, à acquérir du fait de l'exercice de la médecine une toute autre mentalité.

L'on n'est pas impunément chaque jour, et pendant de longues années en contact avec la souffrance et la mort, l'on ne reçoit pas indéfinimetnt les confidences de toutes les peines, l'on n'est pas le témoin de toutes les misères physiques et morales, sans subir l'influence de ces émotions. Certains masquent leur sensibilité sous l'apparence d'une froideur voulue mais qui est rarement sincère ; d'autres affectent un aspect bourru ou un ironique dédain, la plupart ont, par habitude, acquis une telle maîtrise de soi qu'ils cachent sous l'apparence du plus parfait sang-froid les émotions les plus poignantes. Mais presque tous conservent au fond de leur être la compassion la plus vive. Il n'y a que lorsqu'il s'agit d'eux, qu'ils savent faire taire leur émotion et envisager sans crainte les éventualités les plus redoutables.

Hier un de nos correspondants nous contait, dans une lettre touchante, la fin d'un de ses amis, un très distingué chirurgien de province :

Sujet à des hématuries, dont il ne pouvait guère ignorer l'origine, il avait subi deux interventions et avait fait mine d'accepter le diagnostic du Maître qui l'avait opéré et qui, par humanité, s'efforçait d'éloigner de sa pensée l'origine cancéreuse de la maladie.

Il vécut quelques années et continua sans faiblir d'assurer son service hospitalier.

Or, un jour, les hématuries reparurent et il constata qu'il rendait de petits fragments papil-

lomateux. Il les recueillit, les porta à un ami histologiste, le priant de les examiner. Ils provenaient, affirmait-il, d'un malade dont il voulait publier l'observation.

« C'est un épithélioma de la vessie dit l'histologiste après examen. »

« Je m'en doutais, répliqua le chirurgien avec le plus grand calme, et c'est moi le malade qui en suis atteint. » Il se retira laissant son ami, l'histologiste, atterré.

Quelques semaines après, il mourait sans se plaindre.

***

Nous nous rappelons d'un cas analogue, tout aussi touchant dans sa simplicité. C'était il y a environ 16 ou 18 ans, nous étions secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France. Lors de l'Assemblée générale, nous vîmes venir à nous le délégué habituel d'un Syndicat du Nord-Ouest, le Dr C. avec lequel nous étions en relations fréquentes. C'était un petit homme maigre et jovial, qui, le sourire aux lèvres nous aborda selon sa coutume.

Et comme nous lui demandions, selon l'habitude banale, des nouvelles de sa santé :

« Ma santé, nous dit-il, elle est telle que c'est la dernière fois que je me rends ici. Je suis atteint d'un cancer du rectum inopérable que le chirurgien Doyen, après d'autres, refuse de traiter. Jugez donc de ce que cela peut être ! »

Ceux qui nous regardaient causer pensèrent que de nous deux, ce n'était pas lui le malade. Il prit part aux discussions, se retira à la fin, nous dit adieu en souriant et quelques semaines plus tard nous reçumes la lettre de faire-part du décès du Dr C., secrétaire du Syndicat des médecins de X., praticien de campagne.

***

Une autre histoire semblable nous a été contée par un directeur de l'hôpital Cochin, mort aujourd'hui. C'est celle d'un grand chirurgien de cet hôpital qui a laissé une réputation de professeur et d'opérateur de premier ordre et dont la mémoire mérite d'être vénérée.

Le sachant gravement malade, le directeur de l'hôpital, qui était son obligé et avait eu d'excellentes relations avec lui, le pria de bien vouloir lui accorder une entrevue. Il le trouva couché, parlant avec difficulté :

« Mon pauvre ami, dit le grand chirurgien, je suis atteint d'un cancer de la gorge et n'en ai plus que pour quelques jours. Dire que je m'en vais sans regrets, n'est pas la vérité. Je venais de faire aménager selon mes goûts un château où j'espérais me retirer et passer dans le calme les dernières années de ma vie. Ce plaisir me sera refusé. »

Très ému, le Directeur de l'hôpital ne put retenir ses larmes devant la tranquillité stoïque avec laquelle le grand chirurgien annonçait sa fin prochaine.

Et ce fut ce dernier qui passa le reste de l'entrevue à consoler son visiteur.

« Vous avez bon cœur. Vous aviez de l'affection et de la reconnaissance pour moi. Ne pleurez pas, mon ami. Je suis déjà vieux, à quoi sert de vivre quelques années de plus ou de moins ? J'ai eu de grands succès, de grandes satisfactions et, somme toute, je puis être classé parmi ceux qui ont eu une vie heureuse. Je ne suis pas à plaindre. Ne pleurez pas. »

N'est-ce pas un spectacle peu banal, nous allions dire sublime, que celui de ce mourant qui, au milieu de ses souffrances, s'efforçait de consoler un ami pleurant à l'annonce de sa fin prochaine.

***

Il ne nous faudrait pas chercher longtemps pour rapporter des faits semblables par centaines. Mais il ne nous paraît pas inutile, à une époque où l'esprit mercantile se manifeste trop fréquemment, de citer quelques exemples de stoïcisme qui peuvent se manifester dans tous les milieux, mais qui ne sont nulle part aussi fréquents que dans le milieu médical.

Nous serions tenté de citer les vers du poète qui, après avoir fait le tableau du néant qui précède et suit notre existence, conclut comme les confrères qui attendaient paisiblement leur fin :

Huc igitur speculum nobis natura futuri
Temporis exponit post mortem denequi nostram.
Numquid ibi horribile apparet, num triste videtur
Quicquam, non omni somno securius extat ? (1).

J. Noir.

(1) Voilà donc le miroir où la nature nous montre ce que nous réserve l'avenir après la mort. Qu'y voit-on d'horrible et de triste ? N'y repose-t-on pas plus paisiblement que sous l'empire de n'importe quel sommeil ?
Lucrèce : *De rerum natura*. Livre III.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

FORMES CLINIQUES DES ACCIDENTS SÉRIQUES (1)

Par

R.-J. WEISSENBACH et Gilbert DREYFUS

Médecin des Hôpitaux de Paris. Interne des Hôpitaux de Paris.

(*Suite et fin*)

II. — **Formes graves.** — 1° Les unes tirent leur gravité d'une évolution prolongée. Chaque jour, ce sont de nouvelles poussées cutanées ou articulaires, de nouvelles manifestations viscérales ; parfois même il y a reprise des accidents après un ou deux jours de rémission.

RAMOND, FLANDIN, ont décrit une véritable forme chronique conduisant à la cachexie en maintenant le malade au lit et en entravant son alimentation. FLANDIN a observé aussi des récidives se succédant pendant quinze mois et dont la guérison soudaine fut obtenue par l'injection d'une dose minime de sérum équin.

2° D'autres sont, de par leur symptomatologie même, des formes sévères de la maladie du sérum. Rares en France, elles sont au contraire couramment observées en Allemagne, et ce sont elles que PIRQUET et SCHICK ont voulu décrire sans doute sous le terme de Sérum Krankheit. Sans doute en Allemagne l'allure générale de la maladie reste-t-elle la même, mais ses manifestations en sont particulièrement fréquentes, graves et étendues.

On distingue à l'affection quatre périodes successives analogues à celles des maladies infectieuses :

a) Une incubation silencieuse de douze à quinze jours.

b) Une invasion marquée par de la rougeur de la peau au niveau du point d'injection et déjà une tuméfaction des ganglions voisins.

c) Une période d'état avec fièvre parfois élevée (continue, rémittente ou intermittente), pouls rapide et petit, angoisse indéfinissable. Les signes urinaires sont marqués : oligo-albuminurie, rétention uréo-chlorurée ; il en va de même des signes nerveux : céphalée atroce, agitation ou délire, insomnie totale et parfois réaction méningée. Les vomissements et la diarrhée empêchent toute alimentation. Le prurit est intense, et l'exanthème, habituellement du type urticarien à grands éléments, envahit la surface tégumentaire tout entière ; les œdèmes ne sont pas rares, siégeant au point d'injection, à la face, aux membres. Les ganglions sont constamment durs et douloureux : c'est là un symptôme important, car leur diminution de volume annoncerait la fin de la maladie. Enfin les arthralgies sont particulièrement vives et tenaces : elles occupent les mains, les pieds et aussi les grosses jointures, et se manifestent par des douleurs intenses empêchant toute mobilisation et rendant le moindre mouvement insupportable. Au cours de ces formes sévères, on note parfois des défaillances cardiaques, ou de vraies syncopes.

d) La maladie évolue cependant de façon rapide, en ce sens que la fièvre et les érythèmes disparaissent et qu'au bout de quelques jours, il survient une décharge urinaire abondante. Mais la convalescence en est longue et pénible : le sujet reste amaigri et adynamique ; il présente des troubles de la nutrition qui réalisent parfois un état voisin de la cachexie.

Les formes graves sont, nous l'avons dit, très rares en France ; il en existe cependant une observation classique due à Marcel LABBÉ. Huit jours après une injection de sérum, le malade tomba dans le collapsus ; on constatait, outre des arthropathies, une anurie complète ; les phénomènes regressèrent, puis réapparurent. Finalement, la guérison survint, mais il a persisté une sensibilisation au poisson avec poussées d'urticaire.

3° Les cas de mort survenant tardivement après une injection sérique demeurent exceptionnels si l'on met à part les accidents graves cardiaques ou nerveux et les œdèmes de la glotte ayant amené l'issue fatale. VEDEL et PUECH ont cependant rapporté récemment le cas d'un sujet qui, au cours d'un traitement par l'hémostyl, et huit jours après une première injection, présenta des accidents graves : urticaire fébrile, puis œdèmes volumineux ; le cinquième jour, le malade fut trouvé mort dans son lit, mais il s'agissait

(1) Voir : *Concours médical*, n° 2, 9 janvier 1927.

d'un individu taré (hépatique et cardiaque) et la pathogénie reste ici des plus délicates à préciser.

III. — **Formes atypiques.** — Le cadre de la maladie du sérum s'étend chaque jour : elle est capable d'engendrer les manifestations les plus diverses au niveau des appareils les plus variés. Il semble que tous les tissus — et plus particulièrement ceux qui sont d'origine mésodermique — soient susceptibles de réagir aux injections sériques. La liste des formes atypiques est donc, vraisemblablement, loin d'être close ; en l'état actuel de nos connaissances, il convient de passer successivement en revue :

1° *Les paralysies* ;
2° *Les adénopathies généralisées* ;
3° *Les orchi-épididymites* ;
4° *Les accidents pleuro-pulmonaires* ;
5° *Enfin, les formes d'insuffisance surrénale,* et les localisations sur le tube digestif et ses annexes — dont on n'a jusqu'alors rapporté que des cas isolés.

1° LES PARALYSIES. — Bien que relativement exceptionnelles — et bien différentes en cela des paralysies qui sont de règle au cours du choc anaphylactique expérimental chez l'animal (FLANDIN), — les paralysies observées à la suite des injections de sérums nous semblent devoir faire l'objet d'un développement suffisamment complet ; car elles n'ont été bien mises en lumière que depuis peu et elles ont fait l'objet de multiples travaux récents.

Historique et généralités. — Signalées dès 1907 par ENGELMANN, elles ont été notées par GRUMBERGER (1904), GANGOLPHE et GARDÈRE (1908), THAON (1910), CAUCHOIS (1912) et dans ces dernières années par HALPRÉ et GOUJARD, ETIENNE BRENECH, WEIL-HALLÉ et LÉVY, MARCHAL, BRENAS, NASON, MOURIQUAND, DECHAUME et RAVAULT, SICARD et CANTALOUBE, MORICHAU-BEAUCHANT, SÉZARY et DESSAINT, etc... LHERMITTE, en 1918-1919, les étudie sous le nom de paralysies amyotrophiques post-sérothérapiques : ce sont habituellement des paralysies du plexus brachial à type supérieur, mais ce sont des paralysies dissociées, car tous les muscles innervés par les mêmes racines ne sont pas également intéressés et il existe en outre une deuxième dissociation aux points de vue sentivo-moteur et moto-trophique. Les conclusions de LHERMITTE, schématisées par SAINTON, sont les suivantes : les paralysies post-sérothérapiques présentent six caractères principaux :

1° Topographiquement, elles affectent le groupe musculaire Duchenne-Erb ;

2° L'amyotrophie est intense et rapide ;

3° Elles s'accompagnent de troubles profonds des réactions électriques ;

4° Il existe des modifications de la réflectivité tendino-osseuse limitées aux segments radiculaires intéressés ;

5° On note l'absence de troubles objectifs de la sensibilité ;

6° Enfin, il y a atteinte inégale des muscles innervés par les mêmes racines.

Dans un travail d'ensemble paru en avril 1924, L. POLLET groupe ces troubles paralytiques sous le terme de polynévrites post-sérothérapiques. Il rapporte 25 observations dont 18 sont consécutives à la sérothérapie préventive antitétanique ; quatre observations concernent le sérum antidiphtérique ; les antisérums gangréneux, streptococcique et tuberculeux se partagent les autres cas. Il faut noter que ces polynévrites semblent être essentiellement l'apanage de l'âge adulte : elles n'ont jamais été observées chez l'enfant. (LESNÉ, HALLÉ).

Incubation. — Exceptionnellement écourtée (CAUCHOIS), parfois prolongée (trois mois dans un cas de GOUJARD), l'incubation est en moyenne de quatre à dix jours — une semaine environ — lorsqu'il s'agit de sérothérapie préventive, de dix à quinze jours dans les cas plus rares où la paralysie succède à une injection de sérum curatif.

Début. — Les manifestations nerveuses éclatent soit en pleine santé apparente, soit chez un sujet qui présentait depuis un jour ou deux tout un cortège d'accidents sériques communs (fièvre, urticaire, arthralgies) d'allure franche ou bien discrète et fugace.

Les douleurs en constituent le premier symptôme clinique ; d'abord généralisées à type de douleurs sériques vulgaires, elles abandonnent bientôt les articulations et les membres inférieurs et se cantonnent électivement au territoire qui sera ultérieurement paralysé, c'est-à-dire l'épaule presque toujours ou la totalité du membre supérieur. Dans la règle, ces douleurs sont intenses, lancinantes, continues et entrecoupées de paroxysmes.

Etat. — Quelques heures, un à deux jours après l'apparition des douleurs, s'installe la paralysie ; c'est une paralysie motrice du type périphérique qui se manifeste essentiellement par une impotence fonctionnelle subite et complète ; de prime abord, elle peut sembler massive (monoplégie brachiale), mais assez rapidement, elle se localise à certains groupes musculaires.

Troubles moteurs. — On est en face d'un tableau de paralysie flasque, siégeant ordinairement à la racine du membre supérieur (paralysie radiculaire supérieure des cinquième et sixième paires cervicales). Les muscles du groupe DUCHENNE-ERB ne sont pas tous intéressés ou du moins le sont-ils à des degrés différents ; le grand dentelé, les sus et sous-épineux, le deltoïde,

puis le biceps et le brachial antérieur, le grand dorsal et le rhomboïde enfin ; dans la plupart des cas, les mouvements du poignet et des doigts restent normalement conservés.

Troubles réflexes. — Les réflexes tendineux et périostés correspondant aux nerfs intéressés sont de règle diminués ou abolis, exceptionnellement vifs, en tous les cas perturbés.

Troubles sensitifs. — Au point de vue subjectif, les douleurs cèdent en général progressivement ; mais il faut souligner surtout l'intégrité presque totale de la sensibilité objective (hormis quelques faits exceptionnels d'anesthésie cutanée). Il y a là un contraste flagrant entre les troubles de la motricité et la conservation d'une sensibilité normale.

Evolution. — L'évolution des paralysies sériques est caractérisée par la précocité et la ténacité de l'amyotrophie avec modifications importantes des réactions électriques. Au niveau des nerfs atteints et des muscles paralysés et atrophiés, on note : l'hypoexcitabilité faradique et galvanique ; l'inversion de la formule polaire ; la lenteur de la secousse à l'excitabilité galvanique des muscles, alors seule conservée (R. D. partielle), ou leur inexcitabilité absolue (R. D. totale), L'amélioration spontanée ou thérapeutique est plus ou moins rapide ; mais la gêne motrice et l'amyotrophie peuvent persister des mois et même, semble-t-il, des années.

Formes cliniques. — A côté des formes habituelles, il convient de décrire :

Des formes tronculaires, du moins en apparence. SICARD et CANTALOUBE ont rapporté trois cas de paralysie radiale réalisant un tableau analogue à celui qu'on observe après la compression du nerf dans la gouttière de torsion ; des formes de polynévrite siégeant aux membres inférieurs (ETIENNE et BÉNECH), avec douleurs vives dans la jambe et parésie du quadriceps ; ailleurs, il semble qu'on soit en présence d'une paralysie du sciatique poplité externe.

Des formes sensorielles : névrites optiques (MASON), décelées à l'ophtalmoscope (œdème papillaire) et accompagnées de modifications du liquide céphalo-rachidien ; mais ces cas de névrite optique transitoire et curable sont pour certains auteurs d'une étiologie et d'un mécanisme discutables. Il convient peut-être d'en rapprocher les névrites du pneumogastrique qui pourraient être à l'origine des manifestations cardio-vasculaires post-sérothérapiques.

Des formes sensitives : soit mixtes : sensitivo-motrices (ETIENNE), soit à prédominance sensitive (type : paralysie sciatique) ; soit purement sensitives : SÉZARY et DESSAINT ont publié l'observation d'un malade qui, huit jours après l'injection de dix centimètres cubes de sérum antitétanique, présenta des fourmillements généralisés sans aucun autre trouble sensitif, moteur, réflexe ni trophique ; ils en ont conclu à l'existence d'une polynévrite sensitive des quatre membres.

Depuis le travail de POLLET que nous venons de résumer brièvement, de nouveaux cas ont été rapportés, dont quelques-uns se distinguent par d'intéressantes particularités. Celui de BABONNEIX (juin 1924) réalisait une forme pseudo-tabétique consécutive à une injection de sérum antistreptococcique chez une femme atteinte d'infection puerpérale : douleurs, signe de Romberg, rétention d'urines, caractérisaient le tableau clinique. SICARD, DE GENNES et COSTE tirent, d'un cas par eux observé, des conclusions pathogéniques du plus haut intérêt. SOUQUES, L. LAFOURCADE et TERRIS présentent à la *Société médicale des hôpitaux* deux observations nouvelles à propos desquelles ils ébauchent une étude générale des manifestations paralytiques post-sériques. Ils notent que, si habituellement elles n'affectent qu'un plexus et se localisent à un seul membre, à deux quelquefois, il n'est pas impossible de les voir réaliser une polynévrite étendue aux quatre membres. SAINTON, DESCOUTS et LE CLERC décrivent une forme fruste, parétique, accompagnée de troubles électriques dont ils soulignent la valeur ; c'est l'examen électrique qui fut la première pierre de touche de leur investigation clinique, et l'on ne saurait trop, disent ces auteurs, insister sur son importance. De plus, il existait dans leur cas, une diffusion manifeste des lésions, non limitées au groupe d'Erb ; la signature radiculaire peut donc n'être pas aussi marquée que dans la description de LHERMITTE ; enfin, et surtout, ils notent un symptôme nouveau, non encore observé jusque-là : les contractions fibrillaires. Plus récemment encore, ANDRÉ-THOMAS (février 1925) a publié deux cas de paralysie dont l'un se distinguait par une participation sympathique : aréflexie pilo-motrice dans le domaine de la cinquième paire cervicale coïncidant avec une zone d'anesthésie dans le même domaine. Alors que les formes habituelles (polynévrites) se comportent comme des radiculites intrarachidiennes, la forme à participation sympathique démontre qu'il s'agit d'un processus local, d'une lésion en foyers qui frappe tous les éléments nerveux rencontrés par un mécanisme encore inconnu, mais au sujet duquel l'auteur émet de séduisantes hypothèses.

Pathogénie. — 1° Commnt les injections sériques déclanchent-elles les paralysies ?

Les observations anciennes de HUATER, KOLLMANN, tendraient à prouver que la toxine tétanique elle-même peut, chez des sujets non sérothérapisés, déterminer une paralysie qui serait due, pour EHRLICH, à une toxine à effets retardés. Les toxines tétaniques et même diphtériques

sont connues pour leur affinité nerveuse, ceci même en présence de l'antitoxine évidemment prépondérante dans le sérum utilisé (Vasselin).

Pour Pollet, c'est l'antitoxine qu'il faut incriminer ; et, parmi toutes, l'antitoxine tétanique paraissant la plus virulente, il est logique qu'elle soit responsable de la plupart des accidents.

Enfin, dans une dernière hypothèse, le sérum lui-même serait l'agent responsable ; cette thèse, à laquelle tendent à se rallier la plupart des auteurs, a l'avantage de faire rentrer la question du mécanisme des polynévrites dans le cadre général de celui des accidents sériques, et d'unifier ainsi le problème déjà si complexe de la pathogénie.

2° Quelle est la lésion anatomique causale des paralysies sériques ?

Myélite (Sainton).

Radiculite (Lhermitte).

Poussée œdémateuse localisée profonde portant soit sur le tissu nerveux lui-même, soit sur le tissu périnerveux tronculaire ou funiculaire.

Le tissu nerveux lui-même (Sézary et Dessaint ; Sicard, de Gennes et Coste ; A. Thomas) peut être le siège d'un œdème inter-fasciculaire analogue à celui du derme ou de l'hypoderme, réalisant une véritable névrite urticarienne.

L'inflammation du tissu cellulo-conjonctif peut étrangler le funicule ou le tronc déjà constitué (radial) dans sa traversée des conduits rigides ostéo-aponévrotiques, sans léser les éléments nerveux eux-mêmes. Il y a là un phénomène analogue à celui qu'on observe au cours des sciatiques dites *a frigore* (névrodocite) ; ainsi les arthralgies et les paralysies reconnaîtraient une cause commune : ostéo-arthrite avec ligamentite fluxionnaire.

Cette théorie est satisfaisante à plus d'un titre : elle attribue les paralysies à une compression simple d'œdème sérique et non à une destruction parenchymateuse ; elle explique en outre pourquoi la localisation se fait presque exclusivement aux membres supérieurs (racines dure-mériennes du plexus brachial n'obéissant pas encore à l'obliquité embryologique des racines plus bas situées ; rétrécissement physiologique du canal vertébral à leur niveau).

Quoi qu'il en soit de la pathogénie invoquée, il convient peut-être de rapprocher des névrites post-sériques le cas de paralysie centrale (hémiplégie) rapporté par Morichau-Bauchant (1924). Seize jours après une injection antitétanique, apparaissent des accidents sériques violents, puis des fourmillements, enfin une hémiparésie avec abolition des réflexes et troubles sphinctériens. Les phénomènes nerveux étaient en voie d'amélioration quand le sujet succomba brusquement à des accidents cardiaques. L'auteur attribue ces manifestations à une atteinte médullaire à marche ascendante avec extension aux centres nerveux supérieurs.

2° Les adénopathies généralisées. — En dehors même des adénites d'origine cutanée et des adénites locales, constituant de véritables réactions de foyer (voir plus loin), il existe des cas d'adénopathies généralisées envahissant toutes les régions du corps riches en organes lymphatiques. Ces adénopathies généralisées ne sont pas mentionnées dans les traités classiques ; certains auteurs (Mouriquand et Decheaume) prétendent même n'avoir jamais observé que des adénites plus ou moins localisées. Il en existe cependant plusieurs cas certains, dont Pasteur-Vallery-Radot (signalant par ailleurs qu'ils ne sont pas exceptionnels) a rapporté, dès décembre 1916, l'un des plus intéressants ; celui-ci concerne l'emploi du sérum antidysentérique : six jours après l'injection, les ganglions s'engorgent et la rate se tuméfie en même temps qu'apparaissent l'anémie, le subictère et des réactions sanguines multiples ; le lendemain éclate tout un cortège d'accidents sériques bruyants (signes généraux, vomissements, éruption cutanée, puis oligurie) ; longtemps après la guérison, les adénopathies ont persisté, accompagnées de pâleur et d'asthénie. Après Vallery-Radot, Leconte et Jacoel, Bouche et Hustin, Robert Clément signalent des formes ganglionnaires de la maladie sérique, succédant à des injections de sérum antidiphtérique, antigangréneux, antitétanique ou même de sérum équin pur.

Les fluxions ganglionnaires apparaissent brusquement, après une incubation dont la durée ne dépasse pas les délais habituels. Tantôt elles sont isolées, monosymptomatiques, constituant le seul signe clinique de la maladie du sérum. Ailleurs, elles précèdent de quelques jours l'apparition de l'exanthème ou lui succèdent à bref délai (dix minutes après une éclosion d'urticaire dans le cas de Clément). Mais il existe beaucoup d'érythèmes évoluant sans l'ombre d'adénopathies ; et l'on peut considérer les deux manifestations comme totalement indépendantes l'une de l'autre. De même les adénopathies semblent indépendantes des variations de la formule sanguine (adénopathies sans leucocytose ; leucocytose sans adénopathies). Par contre, elles s'accompagnent volontiers d'une réaction plus ou moins marquée de la part des organes lymphoïdes qui se traduit cliniquement par une splénomégalie transitoire (forme splénomégalique de la maladie du sérum).

Dans quelques conditions qu'elles apparaissent, les adénopathies sont d'un volume variable, considérable quelquefois : les ganglions cervicaux, occipitaux, axillaires, épitrochléens, inguinaux sont engorgés au maximum et extrêmement douloureux au moindre palper ; leur con-

sistance est habituellement molle, mais parfois ils s'accompagnent de périadénite et revêtent une allure inflammatoire ou même pseudo-phlegmoneuse.

Cependant, sauf dans les formes mixtes (séro-infectieuses) avec polynucléose sanguine et parfois érythèmes infectieux, leur évolution n'aboutit jamais à la suppuration mais bien à la résolution complète au bout de quelques jours (quarante-huit à soixante-douze heures), ou de plusieurs semaines — dans les cas traînants qui ne semblent pas exceptionnels.

3° Orchi-épididymites. — Accident pénible mais sans gravité, l'orchite a été signalée pour la première fois, en 1920, par Blechmann et Stiassnie. Depuis lors, Carrien, Guinon et Lamy, Duval-Arnoult, en ont rapporté plusieurs cas dont le nombre s'élève actuellement à une douzaine environ.

C'est habituellement de façon tardive (douze à vingt jours), après une injection de sérum antidiphtérique ou antiméningococcique que s'installe la complication génitale ; celle-ci est précédée d'ailleurs de quelques jours (cinq à huit environ) par d'autres accidents sériques qui peuvent eux-mêmes être fugaces ou au contraire sérieux et prolongés. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une orchi-épipidymite bilatérale, qui se manifeste par un gonflement douloureux du testicule et de l'épididyme sans induration ni bosselure, sans altération des téguments, sans épanchement vaginal (hydrocèle). Parfois le cordon est épaissi, œdémateux, douloureux jusque dans le canal inguinal. Ailleurs, l'orchite est pure, sans participation de l'épididyme ; plus rarement elle est unilatérale ; en aucun cas, il n'existe d'écoulement uréthral. Mais ces orchites peuvent être précédées ou accompagnées de douleurs iliaques violentes qui, jointes à l'œdème pariétal, ont pu faire craindre l'apparition d'une appendicite aiguë.

Quoi qu'il en soit du tableau clinique réalisé, les accidents restent du type fluxionnaire ; leur évolution est rapidement favorable et ne laisse à sa suite aucune séquelle. La durée totale des manifestations varie entre trois jours et trois semaines (Guinon et Lamy) ; elle est, en moyenne, d'un septénaire.

4° Manifestations pleuro-pulmonaires. — « On observe parfois une dyspnée intense, des bouffées de crépitants fins et une expectoration séreuse rosée qui permettent de supposer qu'il s'agit d'œdème pulmonaire ; mais ces accidents semblent surtout se développer chez des sujets ayant déjà présenté des manifestations pulmonaires, et l'on peut se demander s'ils sont purement sériques ou si le sérum ne fait que réveiller un état congestif antérieur. » (R. Clément).

Par ailleurs, Sabrazès a rapporté l'observation d'une pleurésie séro-fibrineuse qu'il attribue au sérum du fait qu'elle est survenue au cours de réactions sériques après un traitement antidiphtérique intensif. La ponction a ramené un liquide clair, sans dépôt hématique, sans coagulum fibrineux marqué. La formule cytologique en était des plus panachées (polynucléaires neutrophiles, lymphocytes, macrophages, plasmazellen) ; l'inoculation au cobaye resta négative et la guérison succéda rapidement à la ponction. L'auteur pense que de telles réactions séreuses sont assez fréquentes au cours de la maladie du sérum ; mais elles sont habituellement si minimes qu'il peut être difficile de les dépister par les moyens habituels de l'investigation clinique.

5° Manifestations diverses. — Cordier, Morénas et Delore ont publié une curieuse observation d'insuffisance surrénale grave et curable. Début, dix jours après une primo-injection, par une douleur lombaire intense ; puis installation progressive d'une asthénie et d'une mélanodermie qui se manifesta surtout à partir du deuxième mois. C'est seulement après une durée totale de dix mois que les phénomènes rétrocédèrent. Les auteurs pensent que ce syndrome doit être attribué au choc sérique en raison de son début brusque et de son apparition au milieu d'accidents cutanés et articulaires.

Enfin, on sait que des poussées diarrhéiques plus ou moins intenses avec coliques ne sont pas rares au cours des complications tardives de la sérothérapie ; elles indiquent vraisemblablement une localisation du processus œdémateux qui pourrait se produire au niveau de la muqueuse intestinale ou même du tissu lymphoïde de l'appendice.

Quant aux glandes annexes, elles peuvent elles aussi être lésées : témoin le cas d'hépatite post-sérique rapporté récemment par Oudart et Jean.

3° Diagnostic des réactions générales tardives.

Le diagnostic des réactions générales tardives est habituellement aisé : il est basé essentiellement sur les deux points suivants :

Notion d'une injection sérique datant de quelques jours.

Association de manifestations cutanées, articulaires et de troubles de l'état général. Il ne sera donc à discuter que si la maladie sérique se manifeste par un ensemble symptomatique incomplet (formes oligo ou mono-symptomatiques) ou des réactions anormales (formes atypiques).

Mais le point le plus délicat du diagnostic reste de savoir, au milieu des troubles observés, la part qui revient au sérum et la part qui paraît imputable à la maladie originelle. On conçoit l'intérêt pratique d'une telle discrimination.

Manifestations cutanées. — 1° Urticaire. — On éliminera facilement les urticaires de cause externe (piqûre, irritation quelconque des téguments) et la plupart des urticaires de cause interne (états nerveux, troubles digestifs, intoxication alimentaire ou autre survenant chez des sujets sensibilisés, fièvres éruptives et maladies du sang). Lorsque les œdèmes gagnent la face, on pourrait les attribuer à une néphrite, surtout s'il existe de l'albuminurie ; mais les œdèmes sériques s'installent brusquement, sont transitoires et se déplacent sans jamais présenter la fixité ni la durée des œdèmes rénaux.

2° Erythèmes. — Erythèmes médicamenteux par la quinine, l'antipyrine, les iodures.

Erythèmes toxi-infectieux ou maladie éruptive caractérisée ; mais la rougeole est précédée de catarrhe, la rubéole en est accompagnée ; quant à la scarlatine, elle peut être simulée de très près par une scarlatinoïde séro-diphtérique (Mussy) : même début brusque, mêmes troubles digestifs, même ascension thermique, mais ici l'éruption débute par le tronc, respecte toujours le visage, la langue ne présente pas l'aspect de la langue scarlatine, enfin, il existe du prurit, et la desquamation, au lieu de se faire par grands lambeaux, est fine et inconstante.

Il convient d'insister une fois de plus sur le fait que tout érythème post-sérique n'est pas forcément un érythème sérique ; la scarlatinoïde serait pour Marfan due à la toxine diphtérique ou à une infection streptococcique surajoutée ; les érythèmes purpuriques de la cérébro-spinale qui ont valu à cette maladie le nom de *spotrea fever* ne doivent bien évidemment pas non plus être mis sur le compte du sérum (L. Ramond).

Manifestations muqueuses. — Observe-t-on, au cours d'une angine diphtérique traitée par le sérum, de la dysphagie, de la fièvre, une aggravation de l'angine avec engorgement des ganglions cervicaux, on est en droit de se demander s'il s'agit bien d'un exanthème sérique, ou si l'on assiste à une rechute diphtérique, ou bien encore à une réaction de foyer ; le diagnostic s'appuiera alors sur la constatation des symptômes concomitants.

De même le pseudo-croup sérique apparaissant sept à dix jours après le début de la sérothérapie ne sera pas confondu avec le croup à cause de la brusquerie de son installation, la notion anamnestique de l'injection de sérum, l'évolution des accidents.

Manifestations articulaires. — Le diagnostic avec les pseudo-rhumatismes infectieux (scarlatin, pneumococcique, ourlien, gonococcique) et la maladie de Bouillaud se pose à peine. Bien plus importante est, chez un sujet suspect de tétanos ou chez un tétanique avéré, l'apparition d'arthralgies avec raideurs, contractures, fièvre légère et surtout trismus. Il peut être délicat d'éliminer de prime abord un début ou une rechute de tétanos et d'affirmer l'origine sérique de telle arthrite temporo-maxillaire (pseudo-tétanos sérique). Mais la diffusion des symptômes articulaires, l'absence de paroxysmes douloureux et les manifestations cutanées associées lèveront en général les derniers doutes.

Troubles de l'état général. — Evoluant à l'état isolé, ils peuvent en imposer pour toutes les pyrexies, de quelque origine qu'elles soient. De plus, l'albuminurie, fréquente chez un diphtérique en cours de traitement, peut n'être quedifficilement rapportée à sa cause. L'albuminurie séro-toxique semble plus légère, fugace, transitoire que l'albuminurie infectieuse ; il en importe d'ailleurs fort peu, car l'existence de celle-ci ne contre-indique nullement l'emploi du sérum.

Manifestations cardio-vasculaires. — Lorsque des troubles circulatoires apparaissent chez un malade injecté, on peut hésiter à porter un diagnostic étiologique. Les lipothymies, les syncopes, l'asthénie peuvent, en effet, relever de l'infection cause. L'arythmie s'observe, on le sait, au cours des diphtéries malignes ; mais celle du sérum résulterait, pour Weill-Hallé et P.-P. Lévy, d'un blocage simple, ne s'accompagnerait pas d'extrasystoles (?), enfin et surtout, ne donnerait lieu à aucun trouble d'insuffisance myocarditique.

Paralysies. — L'évolution, l'étude des réflexes et des réactions électriques permet d'éliminer rapidement les dystrophies musculaires et même les pseudo-paralysies post-sériques, les amyotrophiques réflexes, les impotences fonctionnelles succédant à l'injection elle-même ou à une arthrite de voisinage, scapulo-humérale le plus souvent. Par ailleurs, on distinguera les paralysies post-sériques des radiculites, funiculites et polynévrites d'origine toxique, infectieuse, syphilitique, etc... Le caractère dissocié des paralysies, l'existence de phénomènes parétiques à distance constituent de grands facteurs de présomption.

Adénopathies généralisées. — Elles ne sauraient être confondues avec les adénites locales ni avec les adénites par réaction de foyer, en raison même de leur topographie et de leurs conditions d'apparition.

Pleurésies. — Entre la pleurésie sérique et la pleurésie tuberculeuse *a frigore*, seuls les caractères du liquide retiré par ponction permettent d'établir une différenciation : l'absence de coagulum fibrineux, la formule cytologique pana-

chée, la négativité de l'inoculation au cobaye affirment la nature non bacillaire d'un épanchement.

Orchiépidymites. — Parfois méconnues à la phase de début (douleurs iliaques parfois pseudo-appendiculaires précédant le gonflement d u testicule), elles sont, à la période d'état, facilement rattachées à leur cause et ne prêtent guère à confusion avec les orchites blennorragiques, ourliennes, tuberculeuses ou méningococciques, (dans les cas concernant un malade atteint de méningite cérébro-spinale).

Au total, et si les diagnostics les plus divers peuvent exceptionnellement être discutés, deux seules difficultés véritables doivent être mises en valeur :

1° Différencier un tétanos d'un pseudo-tétanos sérique ;

2° Différencier un croup d'un pseudo-croup sérique et, accessoirement, chez les enfants atteints d'angine diphtérique, une rechute d'une réaction de foyer ou d'un simple exanthème sérique.

***

III. — Réactions locales.

Il convient de grouper sous le nom de réactions locales ou d'accidents locaux les manifestations pathologiques prenant naissance au lieu même où l'injection a été pratiquée.

Le plus souvent, disent Péhu et Durand, ces phénomènes locaux, d'allure irritative, peuvent être observés directement : c'est le cas des phénomènes cutanés ou sous-cutanés succédant à une injection hypodermique. Dans d'autres cas cependant, le siège des réactions locales n'est pas accessible à l'examen direct : tel est le cas pour les espaces sous-arachnoïdiens. C'est ainsi qu'au cours de la sérothérapie antiméningococcique, peuvent apparaître des accidents divers manifestés par un ensemble symptomatique à la fois physique et fonctionnel qu'il est logique de rattacher à une irritation méningée provoquée par le sérum.

Mais, outre ces accidents cutanés et méningés connus de longue date, la multiplicité des modes d'injection actuellement pratiqués a contribué à élargir le cadre des réactions locales ; et, depuis quelques années, on a signalé la possibilité d'accidents articulaires si le sérum thérapeutique, antigonococcique notamment, a été injecté dans la synoviale d'une articulation malade.

1° Réactions cutanées.

Les accidents cutanés consistent en manifestations locales apparaissant plus ou moins rapidement à la place même de l'injection ou dans son voisinage.

Un certain nombre de caractères lui appartiennent en propre et permettent de les opposer aux réactions générales précoces ;

1° Exceptionnellement notés lors d'une injection première, ils apparaissent dans la règle chez des sujets réinjectés. Il convient donc de les rapprocher de la constatation expérimentale connue sous le nom de *phénomène d'Arthus* (1).

2° Mais ce phénomène d'Arthus n'est pas la conséquence de la répétition des injections en un même point, car il se produit aussi bien à la suite d'une n^e injection, les (n-1) premières ayant été faites sous le péritoine, la dernière seule étant pratiquée sous la peau. On ne peut donc parler de sensibilisation purement locale, mais bien d'une hypersensibilité diffusée à tout l'organisme.

Il en résulte que, pratiquement, le lieu où est poussée l'injection seconde importe peu ; et Péhu et Durand ont relevé fréquemment chez des malades réinjectés dans le tissu musculaire de la fesse une rougeur cutanée étendue, persistant pendant plusieurs jours, ces mêmes sujets ayant été préalablement injectés dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale (2).

3° Le phénomène cutané d'Arthus, si on étend ce terme à toutes les réactions constatées au lieu d'injection du sérum, est d'une grande fréquence en pathologie humaine ; et les statistiques s'accordent à en constater l'apparition dans 48 à 86 p. 100 des cas de réinjection.

4° C'est aussi le plus habituellement un phénomène *précoce*.

A. — Parfois il est « immédiat », apparaissant soit instantanément, soit quelques minutes après l'injection.

B. — Dans la grosse majorité des cas, il se constitue quelques heures (une demi-heure, une heure, deux à tro s heures dans la règle) après celle-ci.

C. — Ailleurs il est retardé, mais reste un accident des deux ou trois premiers jours.

D. — Enfin, il peut être véritablement tardif (après cinq, six jours et plus) ; mais, dans ce cas, les accidents locaux ne sont presque jamais observés à l'état isolé ; ils accompagnent d'ordinaire ou précèdent de vingt-quatre heures les autres manifestations de la maladie du sérum. Ils demeurent alors tout à fait de second plan, se

(1) L'injection sous-cutanée de sérum de cheval chez le lapin fortement anaphylactisé (par des injections répétées de cinq centicubes de sérum) provoque des infiltrations locales qui peuvent évoluer vers la nécrose et la formation d'escarres, dont la guérison est lente et pénible et dont la gravité augmente avec le degré de préparation du lapin.

(2) Cette hypersensibilité sérique est à la base de la méthode préconisée en 1909 par Ohnacker ; elle consiste à rechercher, par l'inoculation de 1 à 2 gouttes de sérum équin, si le sujet a été ou non antérieurement soumis à l'injection de cette liqueur.

traduisant ou bien par un volumineux œdème, ou bien plus souvent par un placard urticarien ou même un simple prurit au lieu de l'injection sérique.

Cliniquement, les accidents cutanés se manifestent habituellement de la manière suivante :

On voit apparaître au point où a été faite la piqûre, une petite tache rouge qui va progressivement s'étendre. C'est bientôt une rougeur, modérée ou accentuée, prurigineuse et sensible au toucher. Parallèlement à elle, s'installe un œdème dur et ferme, qui très rapidement produit une tuméfaction parfois volumineuse. A la cuisson s'ajoute alors une sensation de tension pénible, rarement douloureuse à proprement parler, et qui va s'accroître à mesure que s'étend le placard.

Celui-ci varie, quant à ses dimensions, de la grandeur d'une paume de main à l'infiltration massive de toute la cuisse. Dans les formes typiques, la peau est chaude et luisante, se rapprochant, par ces caractères, de la plaque érysipélateuse. En même temps, on note le plus souvent autour du placard l'existence d'éléments urticariens sous forme d'élevures très discrètes avec prurit modéré.

L'évolution des lésions va se faire de manière rapide pour aboutir à la résolution. Vingt-quatre heures après leur apparition, elles sont déjà en voie de rétrocession. En deux, trois ou quatre jours, elles ont complètement disparu, et les tissus sont revenus à l'état normal. Plus rarement, des signes discrets peuvent persister plusieurs jours ; ailleurs enfin le gonflement et le prurit réppparaissaient le lendemain ou même une semaine plus tard.

Mais, à côté de ces cas habituels, on note toute une gamme de formes, les unes atypiques, les autres frustes (simple papule légèrement indurée), d'autres enfin d'apparence sévère, bien qu'exceptionnellement graves.

A. — Parfois l'exanthème revêt un aspect purpurique, sans qu'il s'agisse à proprement parler de suffusions sanguines très étendues, du fait de l'apparition d'hémorragies superficielles de la peau (ecchymoses).

B. — Parfois on est en présence d'une forme pseudo-phlegmoneuse.

Localement, les phénomènes inflammatoires s'étendent rapidement en surface et en profondeur ; la tuméfaction œdémateuse est intense, diffuse, douloureuse et d'une dureté considérable ; la peau est extrêmement tendue, violacée ; les ganglions de voisinage sont engorgés.

En même temps, des signes généraux apparaissent : agitation fébrile avec dépression pouvant aller jusqu'à l'angoisse, courbatures intenses, nausées et même vomissements, suffocation, pouls petit et rapide, en un mot tableau alarmant.

Cependant, dans l'immense majorité des cas, le pronostic reste bénin et tous les signes s'amendent rapidement. La rougeur se dissiple d'abord, l'œdème diminue peu à peu et la *restitutio ad integrum* s'effectue sans aucune complication locale. Donc, en règle générale, la forme pseudophlegmoneuse n'aboutit pas à la suppuration. Celle-ci, tout à fait exceptionnelle, a été cependant notée par L. MARTIN et DARRÉ, en cas d'infection intradermique ; suppuration aseptique, elle constitue un mode de transition avec les formes suivantes :

C. — Les cas où l'inflammation de la peau, portée à son maximum, s'est compliquée de gangrène, ne se retrouvent qu'en nombre très restreint dans la littérature médicale.

Il semble que le phénomène soit dû véritablement à une mortification locale sans que la quantité de sérum introduit sous la peau ait pu causer la distension exagérée de celle-ci. D'ailleurs, ces accidents locaux graves sont surtout l'apanage des malades infectés et débilités, des convalescents de fièvre éruptive, en un mot des sujets en état de moindre résistance ; il est possible que l'existence d'une septicémie latente ou manifeste intervienne aussi dans leur genèse.

Quoi qu'il en soit, ces accidents graves restent parfois plus ou moins purement locaux (forme gangréneuse ou sphacélique. — V. PIRQUET et SCHICK, PÉHU et DURAND) (1). Mais, parfois, les phénomènes généraux sont intenses, dominent la scène et peuvent même aboutir à la mort (BOULLOCHE et BÉNARD : un cas de mort au dixième jour. — AVIRAGNET et J. HALLÉ ; un cas de nécrose hémorragique mortelle) ; c'est ainsi que tout récemment, CORCKET (janvier 1925) a rapporté l'observation suivante :

Quatre jours après une injection antitétanique (il s'agit donc là d'accidents retardés), on note une douleur locale au siège de la piqûre. La température monte à 39°. L'induration et la rougeur apparaissent, puis un vaste placard érysipéloïde qui gagne tout le côté droit du thorax. A ce moment, l'état général est très atteint ; la langue est rôtie, le facies tiré ; il existe de la prostration, du délire, des hallucinations. Puis, en un point différent du point d'injection, une tache noirâtre se constitue, à laquelle succède une escarre large comme une paume de main, d'où s'écoule une sérosité abondante et fétide. La cachexie progresse et la mort survient au quinzième jour. On peut se demander s'il s'agit là d'un accident

(1) Quelques heures après une réinjection de 100 centimètres cubes de sérum antidiphtérique, apparition dans la peau du flanc droit d'une teinte violacée, ardoisée ; pas d'abcès consécutif ; mais rapidement, en quelques jours, élimination d'une véritable escarre laissant à nu le tissu cellulaire avec décollement profond des bords ; au bout de trois mois ; cicatrisation complète (mai 1919):

sérique pur ou bien modifié par une septicémie surajoutée.

Mais de tels faits constituent, nous l'avons dit, une rarissime exception ; et les accidents cutanés restent dans l'ensemble des accidents fréquents, mais essentiellement bénins dont l'éclosion est précoce et rapide, l'évolution brève, la guérison complète.

Leur diagnostic ne soulève en général aucune difficulté ; et l'on reconnaîtra aisément un phénomène d'Arthus cutané, de la réaction banale succédant à une piqûre quelconque, des phénomènes infectieux liés à une injection septique, enfin des affections d'autre origine pouvant survenir par coïncidence, telles qu'un érysipèle, par exemple.

2° Réactions méningées.

Lorsqu'on se rapporte aux mémoires et aux articles originaux concernant les accidents de la sérothérapie intrarachidienne, on est frappé de la multiplicité et de la discordance des descriptions qui en ont été données. Il convient donc tout d'abord de sérier la question et d'éliminer d'emblée deux classes de faits :

1° Les accidents séro-toxiques d'ordre banal (éruptions, arthralgies, fièvre) qui éclatent fréquemment (30 p. 100 des cas) huit à dix jours après une injection intra-rachidienne de sérum et ne diffèrent en rien de ceux qui succèdent aux injections sous-cutanées ou intraveineuses ;

2° Les accidents imputables à une faute de technique, telle que l'introduction d'une quantité de sérum supérieure à la quantité de liquide céphalo-rachidien retiré par ponction et qui se traduisent cliniquement par une ébauche de syndrome bulbaire ou par une exagération du syndrome méningé (LESNÉ).

Ces faits mis à part, les accidents méningés d'origine sérique locale proprement dits restent difficiles à classifier. C'est que les auteurs qui les ont décrits n'ont jamais perdu de vue la question du problème pathogénique.

Rapportant et commentant les observations classiques de FLEXNER et JOBLING, FINTEY et WHITE, MÉNÉTRIER et MALLET, NETTER, SALEBERT, SICARD et SALIN, COURTOIS-SUFFIT et DUBOSC, LESNÉ, L. MARTIN et les leurs propres, HUTINEL et DARRÉ distinguaient, en 1910, deux ordres d'accidents : les uns graves relevant du choc anaphylactique, les autres beaucoup plus habituels, constituant le phénomène d'Arthus méningé. Mais leur manière de voir n'était pas universellement adoptée. SICARD et SALIN attribuaient à la simple introduction de substance hétérogène certains phénomènes souvent frustes et précoces d'intolérance méningée. NETTER, d'autre part, avait montré que des accidents brutaux peuvent suivre une primo-injection ; et ce « choc toxique », qu'il était alors nécessaire d'opposer à l'anaphylaxie, trouve vraisemblablement son explication dans la notion moderne de choc colloïdoclasique.

Il faut noter en outre la confusion qui risque de se produire lorsqu'on parle de méningite sérique et surtout d'accidents « tardifs ». La méningite cérébro-spinale est justiciable en effet d'un assez grand nombre d'injections successives ; voit-on les troubles s'installer au bout d'une dizaine ou d'une douzaine de jours après le début de la maladie, ou bien lorsque le sujet entre en convalescence, il est quelquefois impossible d'affirmer qu'il s'agisse d'accidents tardifs à proprement parler et non d'accidents précoces déclanchés par une dernière injection de la série.

Pour éviter confusions et redites, nous nous efforcerons de rester le plus possible sur le terrain de la clinique, et nous distinguerons deux formes d'accidents schématiquement opposables :

Les accidents de choc immédiat ;
Les accidents du type méningitique.

1° **Accidents de choc immédiat.** — Peu fréquents à la vérité, mais extrêmement graves ; ces accidents éclatent précocement, soit au cours de l'injection même, soit quelques minutes après pour atteindre d'emblée leur maximum d'intensité.

Ils ont semblé longtemps n'apparaître que chez des sujets réinjectés après quelques jours de traitement et succéder habituellement à une injection séparée de la précédente par un intervalle de trois à cinq jours, de la primo-injection, par un laps de temps notable. En réalité des manifestations peuvent, bien qu'exceptionnellement, suivre une injection première.

Par ces caractères, ils méritent d'entrer dans le cadre des accidents du premier quart d'heure (PÉHU et DURAND) : cliniquement ils réalisent du reste le tableau général du choc sérique, mais d'un choc particulièrement grave où dominent les manifestations nerveuses.

Subitement, en effet, s'installe un syndrome nerveux, avec contractures intenses frappant les membres, le tronc et la tête, qui se porte en hyperextension ; parfois la raideur est pseudo-tétanique et l'opisthotonos marqué ; parfois des mouvements convulsifs s'y surajoutent (crises épileptiformes) ; parfois enfin des paralysies s'y substituent.

La dépression psychique et physique s'accompagne d'un état d'obnubilation qui peut aller jusqu'au coma complet ou incomplet. Les yeux sont alors grands ouverts, les pupilles rétractées ou en hippus, la sensibilité abolie ainsi que les réflexes tendineux et cornéens.

On note en même temps des troubles respiratoires et circulatoires des plus alarmants. L'inspiration est bruyante, suspirieuse, prolongée ; la respiration stertoreuse, ralentie, parfois irré-

♦♦♦♦

gulière, entrecoupée de pauses ou présentant le rythme de Cheyne-Stokes. Le pouls est rapide, incomptable, l'hypotension considérable, les extrémités cyanosées.

Enfin, il peut exister, comme au cours de tout choc sérique, des symptômes digestifs (vomissements, diarrhée), sécrétoires, cutanés (érythèmes).

L'évolution en est variable :

1° Sans doute, dans certains cas, les accidents si graves en apparence, peuvent-ils disparaître plus ou moins rapidement ;

2° Mais souvent on observe la mort (COURTOIS-SUFFIT et DUBOSC, HUTINEL, MARTIN, DARRÉ). Tantôt l'allure des phénomènes est suraiguë : le sujet tombe brutalement dans le coma, le pouls devient irrégulier et la défaillance cardiaque emporte le malade en quelques heures (1). Tantôt l'évolution se fait selon un mode aigu. La ponction lombaire (2) amène une certaine rémission des troubles, mais cette rémission est de courte durée ; bientôt la température s'élève à 40°, et un coma profond s'installe, analogue au coma terminal des méningites tuberculeuses et des cencéphalites aiguës.

2° Accidents du type méningitique. — A quelque moment et dans quelques conditions qu'ils apparaissent, ils se caractérisent par :

1° *Des signes de réaction méningée* ;
2° *Des phénomènes généraux* ;
3° *Des modifications du liquide céphalo-rachidien.*

1° SIGNES DE RÉACTION MÉNINGÉE. — C'est une céphalée violente, généralisée ou localisée, accompagnée de rachialgie, de douleurs articulaires et musculaires siégeant dans les membres inférieurs avec exagération ou réapparition des contractures (raideur de la nuque, signes de Kernig et de Brudzinski).

Plus rarement, on observe du délire, des troubles sphinctériens, des modifications cardio-respiratoires.

2° PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX. — Ils consistent en inquiétude, agitation, malaise. La fièvre se rallume, et atteint progressivement 30 ou 40°. L'état général semble avoir en quelques heures subi une aggravation considérable.

(1) Les tuberculeux présentent, nous le verrons ultérieurement, une sensibilité particulière vis-à-vis du sérum. Dans un cas de HUTINEL et DARRÉ concernant un malade atteint de cérébro-spinale et ayant succombé à des accidents sériques suraigus, l'autopsie montra l'existence de lésions associées de méningite à bacilles de Koch.

(2) La P. L. fournit des résultats variables : liquide jaunâtre, parfois riche en albumine et en lymphocytes, parfois légèrement hémolysé ; ailleurs polynucléaires et hématies dont la présence peut être liée à celle de légères hémorragies méningées (BOIDIN).

3° MODIFICATIONS DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN. — Elles permettent, tant par leurs caractères négatifs que par leurs caractères positifs, d'affirmer la nature sérique des accidents. Le liquide est en général franchement teinté en jaune, poisseux, parfois presque incolore, comme s'il s'agissait de sérum à l'état pur ; mais peu à peu, il devient opalescent et quelquefois franchement trouble au point de prendre un aspect puriforme rappelant celui des méningites aiguës.

Il contient de la fibrine. Le glucose peut être soit à un taux normal, soit diminué, soit augmenté. L'examen du culot de centrifugation montre de grandes cellules endothéliales et une quantité parfois considérable de polynucléaires ; mais, fait capital, ces polynucléaires sont intacts, non altérés. A la polynucléose s'ajoute la présence d'éosinophiles, et d'hématies (en cas d'hémorragie minime). Enfin et surtout les méningocoques sont rares, extrêmement rares le plus souvent, ou bien même totalement absents ; et la culture sur gélose-ascite reste elle-même négative.

Tels sont, dans leurs grandes lignes, les symptômes communs du type méningitique observés à la suite des injections et réinjections sériques. Dans quelles conditions apparaissent-ils ?

I. — Le plus souvent il s'agit d'un sujet atteint de méningite cérébro-spinale et parvenu soit à la fin de la phase d'état, soit à la période de convalescence de la maladie. Depuis dix, quinze jours ou plus (cinq à quarante-deux dans un cas de HUTINEL) il a reçu des injections intra-rachidiennes de sérum et semble en bonne voie de guérison. Une injection sérique est pratiquée à nouveau.

Trois à quatre heures après on assiste à l'éclosion des troubles sus-décrits qu'il est alors logique d'attribuer à un phénomène d'Arthus méningé.

Ceux-ci atteignent leur maximum en dix à dix-huit heures, puis s'estompent progressivement mais rapidement. Au bout de douze à quarante-huit heures, ils ont disparu ; rarement ils mettent plusieurs jours à s'amender.

Si, dans de telles conditions, d'autres injections sont encore pratiquées, on note, à la suite de chacune d'elles, l'apparition de symptômes dont l'intensité et la gravité tendent à augmenter à chaque nouvelle injection. Il importe donc au plus haut point de préciser la nature exacte de ces manifestations méningées.

II. — Mais, écrivent PÉHU et DURAND, ces faits ne sauraient être confondus avec la méningite sérique décrite par SICARD et SALIN : celle-ci peut survenir à une phase quelconque de l'évolution et notamment de façon précoce à la suite d'une injection première.

SICARD et SALIN ont montré, en effet, qu'après une injection sous-arachnoïdienne de sérum de

cheval chez des sujets dont la cavité était anatomiquement et physiologiquement normale, on observe une réaction méningée disparaissant en quarante-huit heures soit spontanément, soit après ponction. Cette réaction méningée se manifeste par un complexe de symptômes et de réactions cytologiques (polynucléose faisant place au bout de trois jours à une lymphocytose parfois persistante). Il s'agit là d'un phénomène purement irritatif, traduisant, de manière souvent fruste, un certain degré d'intolérance méningée analogue à celle qu'on observe par exemple à la suite d'injections intra-rachidiennes de solutions hypotoniques de cocaïne (RAVAUT et AUBOURG).

III. — Enfin, il est des cas où, tout comme la maladie sérique tardive, les phénomènes méningés n'apparaissent que sept à douze jours après la cessation de toute injection. Céphalée fébrile, somnolence, troubles sphinctériens parfois, s'associent alors volontiers aux éruptions cutanées et aux arthralgies, réalisant un syndrome mixte décrit par RAMOND. Là encore c'est la ponction lombaire qui décèlera la nature des phénomènes observés. Ceux-ci ne sauraient être qu'exacerbés par toute tentative d'injection nouvelle ; d'où les inconvénients de la sérothérapie prolongée et la nécessité d'une surveillance minutieuse. Il s'agit, selon nous, dans ces cas, de réactions assimilables aux réactions focales tardives, contemporaines des manifestations générales de la maladie du sérum. De toutes manières, ces réactions doivent être distinguées du phénomène d'Arthus et des réactions d'ordre irritatif décrites par SICARD et SALIN.

Comment se pose en pratique le diagnostic de ces accidents méningés et quelle est la conduite à tenir en pareil cas (1) ?

Nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à DOPTER les quelques lignes qu'il a consacrées à ce sujet :

« Les phénomènes méningés ayant résisté à la première série systématique, on a continué le traitement pendant cinq à six jours consécutifs ; sous son influence la rétrocession des symptômes s'effectue, l'état du liquide céphalo-rachidien s'amende, la formule cytologique et bactériologique revient à la normale ; mais il se produit une légère élévation thermique s'accompagnant de céphalée et de rachialgie: on s'oriente vers l'idée d'une rechute (2).

(1) Nous ne visons ici que la sérothérapie antiméningococcique. Mais on pratique aussi par voie rachidienne la sérothérapie antitétanique. Chez un sujet atteint ou suspecté de tétanos note-t-on une recrudescence ou une apparition de contractures, ce sont les symptômes concomitants qui en révèleront la nature.

(2) A moins, bien entendu, que des symptômes révélateurs de la maladie sérique n'apparaissent en même temps.

On ponctionne alors en vue d'une reprise des injections : le liquide céphalo-rachidien est plus louche que lors de la dernière ponction, il présente une teinte plus jaune. On injecte à nouveau du sérum ; mais, pendant l'injection, le malade se plaint de vives douleurs et d'une sensation pénible de constriction thoraco-abdominale ; le faciès est pâle et angoissé. L'injection, une fois terminée, les souffrance ne cessent pas, la céphalée devient violente, la rachialgie réapparaît, la température s'élève à 39° ou 40°, des vomissements surviennent.

L'idée d'une rechute (1) semble donc devoir se confirmer, mais l'examen du liquide céphalo-rachidien révèle des détails d'une importance capitale.

Le liquide, très jaune, contient une énorme quantité d'albumine, des polynucléaires nombreux mais non altérés, aucun méningocoque, et le sucre est à un taux normal (2). On se trouve en présence non d'une rechute, mais d'un syndrome révélant l'intolérance de la méninge... »

La constatation de ces phénomènes impose, non certes une reprise de nouvelles injections sériques, mais bien au contraire l'abstention. Si, au moment de leur apparition, l'injection méningococcique évolue, alors, la conduite à tenir est des plus délicates et pose un dilemme angoissant que DOPTER conseille de résoudre en faisant appel à la méthode vaccino-thérapique.

3° Réactions articulaires.

MICHON, LEMIERRE, BAZY etc... ont rapporté à côté des réactions générales observées à la suite d'injections intra-articulaires de sérum, plusieurs cas d'accidents locaux, réactions inflammatoires de l'articulation marquées par la reproduction d'un épanchement sous tension et par le réveil de vives douleurs empêchant tout mouvement de la part du malade. Parfois même la réaction est

(1) S'agit-il au contraire d'une méningite cloisonnée, le malade maigrit, se cachectise, somnole en permanence (cloisonnement dorsal) ou présente des signes de paralysie des nerfs craniens (cloisonnement basilaire ; cependant le liquide céphalo-rachidien s'est éclairci, il est même devenu stérile ; mais la P. L. ne permet plus que d'en retirer péniblement quelques centimètres cubes L'injection est difficile et provoque de violentes douleurs, voire même des convulsions ou des syncopes.

(2) Cette proposition concernant le taux du sucre rachidien n'est pas exacte. Comme nous l'avons dit précédemment, dans le liquide céphalo-rachidien des réactions méningées sériques, le taux du sucre peut être normal, augmenté ou abaissé. On ne peut donc pas s'appuyer sur le taux du sucre pour différencier la réaction sérique de la réaction d'infection microbienne. On trouvera dans le travail suivant tous les éclaircissements sur cette question : R.-J. WEISSENBACH. Les variations de la glycorachie dans les méningites microbiennes et dans les réactions méningées aseptiques. Leur signification diagnostique et pathogènique. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Séance du* 5 *décembre* 1924. *Tome XLVIII*, n° 36.

si vive qu'elle déborde largement les limites de la jointure et produit un œdème de tout le membre.

La ponction de l'article à ce moment permet de noter la nature séreuse ou puriforme de l'épanchement. L'examen microscopique montre des globules blancs (mononucléaires surtout), mais pas de microbes. C'est un épanchement stérile, véritable phénomène d'Arthus synovial.

De tels accidents de réinjection sont à redouter à partir du sixième jour après la première introduction de sérum. Aussi MOULONGUET recommande-t-il, en cas d'arthrite gonococcique paraissant justiciable de la sérothérapie, de pratiquer deux ou trois injections fortes et surtout rapprochées, mais de ne pas prolonger davantage le traitement.

***

IV. — Réactions focales.

A côté des réactions générales qui sont de beaucoup les plus fréquentes, et des réactions locales observées au lieu d'injection, on peut voir apparaître, bien qu'assez exceptionnellement, sous l'influence de la sérothérapie, des réactions pathologiques au niveau du foyer infectieux lui-même.

Ces réactions dites de foyer, ou encore réactions focales, ont été comparées à la réaction d'HERNHEIMER qui frappe les syphilitiques au début d'un traitement spécifique et notamment d'un traitement arsenical. Cette comparaison n'est valable que pour les réactions focales précoces.

Le fait a été observé dans le tétanos, où les premières injections curatives de sérum ont pu produire une exacerbation de tous les symptômes : dysphagie, trismus, raideur vertébrale ; dans la gangrène pulmonaire, où il y a parfois augmentation de l'expectoration (R. CLÉMENT), et surtout dans le croup et la diphtérie pharyngée. L'angine qui était alors en voie de régression paraît subitement s'aggraver : la rougeur, les douleurs subjectives subissent une recrudescence ; le malade se plaint d'une tension permanente de la gorge ; parfois même on note un gonflement des ganglions tributaires du territoire enflammé. Cette réaction ganglionnaire peut être prédominante ; elle peut même exister isolément. MOURIQUAND et DECHAUME insistent sur ce fait : ils ont observé à plusieurs reprises une adénopathie sous-maxillaire consécutive aux injections sériques chez des sujets préalablement atteints d'angine scarlatineuse ou diphtérique, alors même que les lésions de la gorge et même les lésions ganglionnaires primitives avaient totalement disparu ; ici la réaction focale s'est manifestée uniquement par une adénopathie fluxionnaire qui a semblé le réveil d'une adénopathie antérieure déjà guérie.

De telles manifestations sont, nous l'avons dit, peu fréquentes ; mais elles présentent un intérêt notable en raison des erreurs de diagnostic et des discussions pathogéniques qu'elles sont susceptibles d'engendrer.

Les réactions focales peuvent être tardives et s'observent alors en même temps que les réactions générales tardives de la maladie du sérum, se perdant plus ou moins dans leur tableau clinique. Il semble que la localisation infectieuse agisse comme point d'appel des réactions sériques.

Ces réactions focales sont parfois la première manifestation des réactions sériques, précédant de quelques heures et même d'une journée les érythèmes et les arthralgies. Elles s'accompagnent d'une réascension thermique qui ajoute encore à la difficulté du diagnostic. Elles peuvent en effet donner le change. On peut, suivant les cas, penser à une reprise de croup, d'angine diphtérique, de tétanos.

Une partie des signes de réaction méningée observés au cours de la sérothérapie antiméningococcique et considérés comme relevant de réaction locale sont peut-être à mettre sur le compte des réactions focales, les deux modes combinant dans ce cas leurs effets sur le même point de l'organisme.

LOIS DE CROISSANCE EN RAPPORT AVEC L'ÉTAT PHYSIQUE CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE.

A priori il semble, sinon impossible, du moins difficile de traduire en lois générales des phénomènes aussi complexes que ceux de la croissance. On sait que l'on se trouve en présence d'individualités qui ne semblent pas pouvoir être comparées et *a fortiori* rentrer dans un cadre commun. Cependant toute loi convenablement choisie, bien que n'étant valable qu'avec une approximation plus ou moins grande, peut toujours conduire à certains résultats, en première analyse d'un phénomène.

Il est du plus haut intérêt de pouvoir répondre rapidement et sûrement à la question journellement posée, en pratique médicale, de la valeur physique d'un enfant ou d'un adulte. Les travaux sur ce sujet sont très nombreux ; le plus souvent les auteurs examinent quels doivent être le poids, la taille, le rapport de ces deux

grandeurs ou leurs relations avec certains facteurs tels que le périmètre thoracique, la taille du buste ... qui correspondent à la normale, permettent de penser que le sujet examiné est ou n'est pas de bonne constitution.

La capacité vitale, mesurée avec la précision possible (volume d'un gaz qui est fonction de la pression et de la température) joue un rôle certain du fait que la cage thoracique et le diaphragme encadrent étroitement le poumon.

3° A partir de 2 ans jusqu'à l'âge adulte.

***

La morphologie du nourrisson de moins de 20 jours est définie par le Dr Mac Auliffe : « Une boule, le tronc, surmonté d'une autre boule, la tête. La première de ces boules, émet quatre petits rayons, les uns près de son pôle supérieur ce sont les membres supérieurs, les autres près de son pôle inférieur ce sont les membres inférieurs »

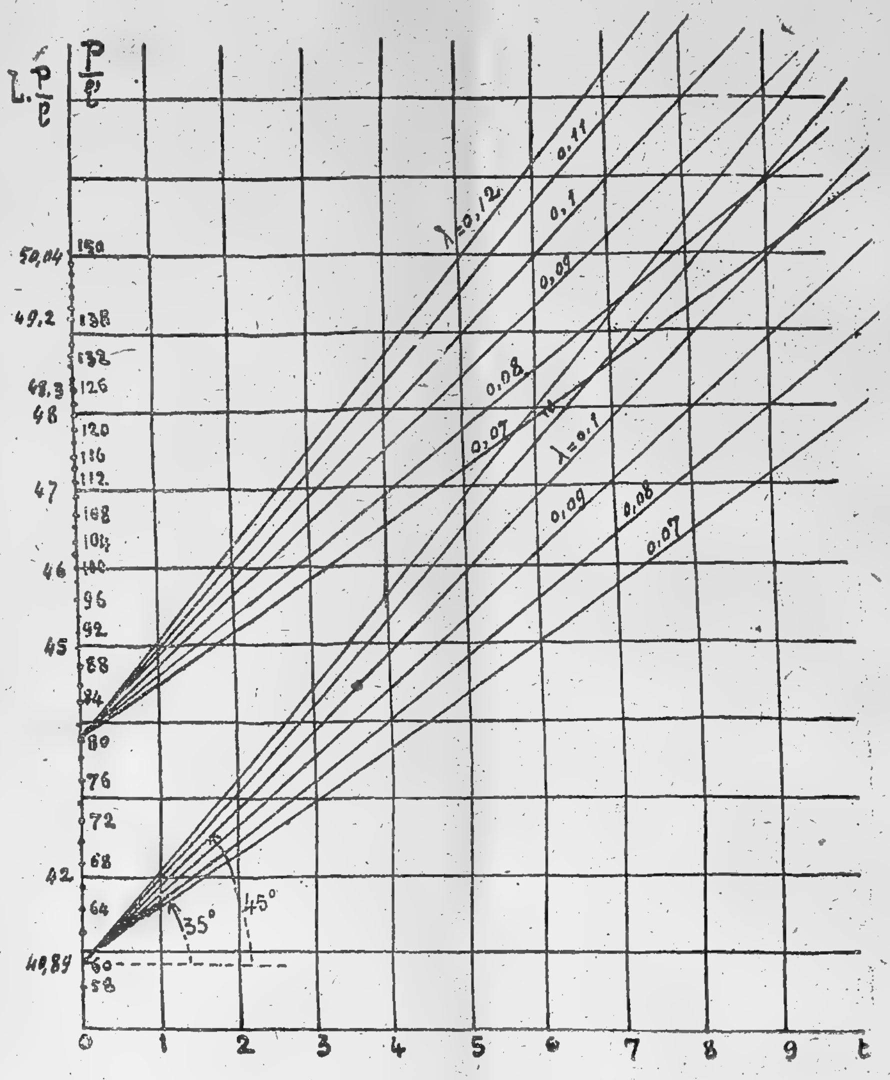


FIG. 1.

Les lois que nous proposons, sont d'aspect plus complexe que celles, si simples, connues sous le nom d'« indices de robusticité » mais faisant appel à des graphiques, les résultats s'obtiennent sans calculs. Ces lois s'étendent :

1° De la naissance à 9 mois, y compris la période de début de quelques jours caractérisée par une dissociation physiologique de la taille et du poids.

2° De 9 mois à 24 mois.

Ce même auteur ajoute que bien qu'il n'existe pas deux êtres humains semblables — disons identiques — pas plus qu'il n'existe deux feuilles d'un même arbre rigoureusement superposables, il n'en est pas moins vrai que la « matière humaine » est régie par des lois qui autorisent une « mise en série ». Il est donc logique d'admettre que la croissance doit satisfaire dès son début à certaines règles caractéristiques de l'espèce.

Dans une première étape, l'enfant gagne 1 ou 2 centimètres tandis que son poids diminue, tout en conservant dans son ensemble, sa morphologie. Un nourrisson qui, à la naissance pèse P_o grammes et mesure l_0 centimètres pèsera P et mesurera l à t jours de telle sorte que l'on ait :

$$P_o / l_o = P/l\ (e^{\lambda t} - 1),$$

s'il croît comme la moyenne des enfants de son âge. Dans cette formule e est égal à 2,718... et l'exposant λt une quantité qui varie dans d'étroites limites ; les valeurs moyennes de λ sont en effet : 0,145 pour t = 5 ; 0,0695 pour t = 10 ; 0,047 pour t = 15, ces deux dernières étant presque la moitié et le tiers de la première. (Résultats tirés de l'étude de 153 observations de Pétrovitch (1).)

En admettant pour λt la moyenne des nombres ci-dessus : 0,708, la relation précédente peut être transformée en développant l'exponentielle $l^{0,708}$ en série limitée au 6e terme, les suivants étant négligeables. On obtient ainsi $P_o/l_o = P/l \times 1{,}013$. D'une façon globale, on peut dire que dans les quinze premiers jours le rapport P_o/l_o à la naissance est au rapport P/l comme 1.013 est à 1.000, c'est-à-dire que le coefficient P/l subit une variation environ égale à 12/1000 de sa valeur primitive P_o/l_o.

À partir du quinzième jour, l'enfant répond aux sensations lumineuses, tactiles et sonores; puis on assiste à l'évolution de la dentition et aux essais de ce que l'on appelle les premiers pas, pour ne citer que les principales des manifestations qui s'échelonnent jusqu'à 2 ans environ. Comme ci-dessus, nous nous appuierons sur des statistiques. Elles ne manquent pas; elles ne sauraient être que les résultats de mensurations se rapportant à des groupes plus ou moins nombreux de sujets choisis arbitrairement et dans des circonstances très différentes: M. Lanfranco Marui, dans la *Rivista mensile di statistica* (octobre-décembre 1924, p. 103-107), attire l'attention sur les grandes variations de poids chez les enfants de même âge suivant la condition sociale des parents, l'état de pureté de la race, la nationalité, le milieu évolutif... il en déduit certaines directives : il estime, en particulier, que les indications tirées de la stature, du poids et de l'âge sont des données suffisantes de l'état physique de l'enfant si on les place en parallèle avec les nombres fournis par des tables pondérales préalablement établies sur des groupements par âge et stature d'enfants du même type pour ainsi dire, que celui étudié. Il est clair qu'en opérant ainsi, on restreint les difficultés, on réduit les objections si faciles qui sont faites lorsque l'on veut généraliser des résultats déduits de statistiques restreintes limitées à quelques cas et établies conditionnellement. Cependant il faut reconnaître que les nécessités actuelles de l'existence exigent et légitiment l'essai tenté depuis longtemps d'avoir notion de l'état physique d'un sujet en s'en rapportant à une loi que l'on sait ne pouvoir être qu'une approximation généralement suffisante.

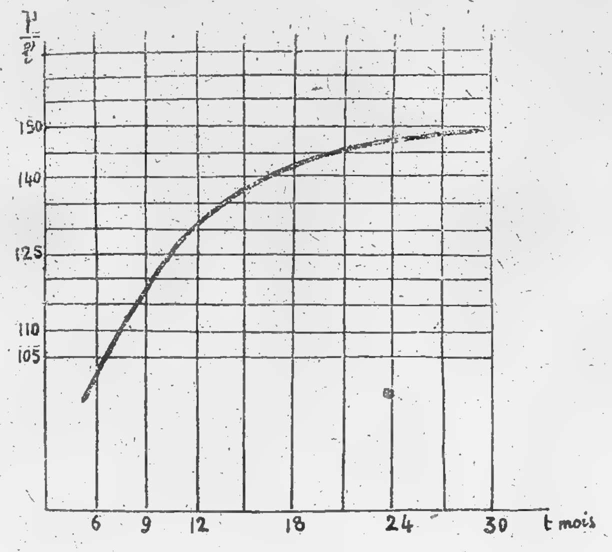


FIG. 2 (Dr Mayet).

Les courbes représentatives du poids en fonction de l'âge et de la taille en fonction de l'âge ont une forme parabolique ; représentées à une échelle convenable, sans arriver à les superposer, on les rapproche assez pour penser qu'il existe entre ces trois grandeurs une relation intéressante. L'idée n'est pas nouvelle puisque le Pr Bouchard affirmait déjà que le rapport

(1) PÉTROVITCH. — L'accroissement des nouveau-nés en taille et poids dans les 15 premiers jours. Thèse Toulouse, 1922-23.

P /l poids moyen de 1 centimètre de l'individu était caractéristique. Ayant étudié quelques-unes des tables donnant le poids et la taille en fonction de l'âge, nous avons constaté que l'équation

$$P/l = P_0/l_0 \ e^{\lambda t}$$

pouvait représenter la croissance jusqu'à 9 mois (P_0, l_0 ; P, l désignent le poids en grammes et la taille en centimètres, à la naissance et au mois t).

Les nombres fournis par ces diverses tables, sont quelquefois très différents ; cependant. chacune d'elles vérifie la relation précédente, l'exposant λ ayant une certaine valeur constante de t = 1 à t = 9.

A notre avis, un enfant possède, de 1 à 9 mois

ceau de droites issues du même point L. K et les diverses valeurs de K fournissent des faisceaux de droites parallèles deux à deux de sommets les points L. K.

Pour plus de commodités, nous avons construit les droites 10 L. P /l = 10L. P_0/l_0 + 10 λt, le coefficient angulaire des droites d'un des faisceaux étant 10 λ.

Pour λ = 0,1 la droite est inclinée à 45 degrés sur les axes ;

Pour λ = 0,01 la droite est inclinée à 35 degrés sur l'axe des temps,..... etc. (figure 1).

Le dessin exécuté à une échelle réduite est employé de la façon suivante : Si on suppose que λ = 0,08 (on accepte pour cela une certaine table de croissance) à 6 mois par exemple, une perpendiculaire à l'axe des t coupe la droite du

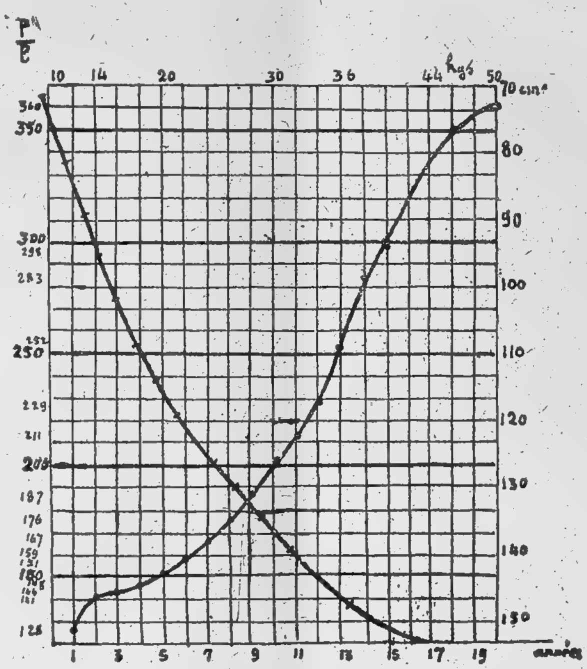


FIG. 3 (d'après Variot et Comby).

une caractéristique de croissance λ permettant, connaissant P_0/l_0, de vérifier si la croissance est normale — en admettant même qu'il s'agit d'une individualité qui, bien que normale à la naissance, semble s'écarter de la moyenne. En tout cas la valeur de λ est toujours positive plus petite que l'unité, le plus souvent voisine de 0,1.

A une valeur de P et de l et à une valeur de P_0/l_0 correspond une fonction de la forme $y = K\,l^x$, si l'on pose y = P /l, λt = x.

Prenant les logarithmes népériens des deux membres, la relation : L. y = L. K + x est représentée par une ligne droite, si on a soin de porter sur l'axe des y les valeurs de L. y que l'on notera y.

Aux diverses valeurs de λ répond un faisceau λ = 0,08 issue du point P_0/l_0 = 60 par exemple, en un point d'où une parallèle à l'axe des t d nne le point P /l = 97 environ ; un enfant pesant 6.280 grammes et mesurant 64 centimètres satisfait à ce résultat.

Si, pour une raison quelconque, on estime que la moyenne des enfants de 1 à 9 mois doit avoir un λ déterminé : tous les cas sont compris sur un graphique constitué par un réseau quadrangulaire formé sur les points 1, 2, 3,..... 9 et 58, 59, ... 150 coupé de droites parallèles inclinées sur l'axe des t d'un angle dont la tangente trigonométrique est λ.

***

En poursuivant le calcul de λ au-delà de 9

mois on constate qu'il décroit de façon continue, quelle que soit la statistique choisie; ce facteur passe de la valeur 0,07 à la valeur 0,034 à 24 mois, suivant, dans cet exemple, une progression arithmétique décroissante de raison 0,003.

Nous en avons déduit que, de 9 à 24 mois la loi de croissance était de la forme :

$$P/l = P_0/l_0 \times e^{[\lambda - r\,(t-9)]\,t}$$

Ici l'exposant de e varie certainement, d'une manière continue (r est la raison de la progression).

On peut obtenir graphiquement P/l, le dessin a l'aspect de la figure 1, les droites des faisceaux ayant tourné, dans le sens des aiguilles d'une montre, d'un angle dont la tangente trigonométrique est r (t-9).

Est-il nécessaire d'ajouter que le rapport P/l, considéré d'ailleurs comme fondamental dans tout examen anthropométrique, a été longuement étudié ? Le Dr Mayet, entre autres, a donné une courbe moyenne et mixte de ce segment, nous la reproduisons figure 2 ; on remarque que ce n'est qu'à partir de 9 mois que la courbure est nette, la ligne représentative se rapproche d'une droite en deça de t = 9 et au-delà de t = 24. Toujours est-il que P/l est une fonction continue de t, mais que la loi doit être scindée, puisqu'à l'origine elle doit donner P_0/l_0 qui, pratiquement a les valeurs les plus diverses.

***

Nous avons atteint le début de la troisième année marquant la fin de la première dentition, et en arrivons à une période s'étendant jusqu'à l'âge adulte.

Les valeurs de P et de l fournies par les tables des Drs Variot et Comby, par exemple, permettent de représenter P/l en fonction de l'âge (figure 3) ; la courbe obtenue, indiquerait une relation de la forme : P/l = fonction de t^3. Nous ne nous y arrêterons pas.

En utilisant les mêmes tables, les points représentatifs des quantités P et l, portées sur deux axes rectangulaires peuvent être considérés comme appartenant à un arc parabolique, conduisant par conséquent à la relation très simple : $l^2 = a.\ P$, a étant une quantité inférieure à 1, car l^2 est toujours inférieur à P.

Posant 1/a = k on a : $P/l^2 = k$, k étant supérieur à 1.

Les valeurs de k calculées d'après les tableaux des moyennes de l et de P des Drs Variot et Comby sont comprises entre 1.45 et 2,15 ; k décroît de 1,8 à 2 ans à 1,45 à 8 ans pour croître ensuite, atteignant 1,8 à 14 ans et 2,15 à 18 ans. Il en résulte que k est une fonction de l'âge présentant un minimum 1,45 à 8 ans et dont les valeurs aux différents âges vérifient assez exactement l'équation de la parabole :

$$k = 0{,}01(t - 8)^2 + 1{,}45.$$

Toute la question revient à l'étude de cette

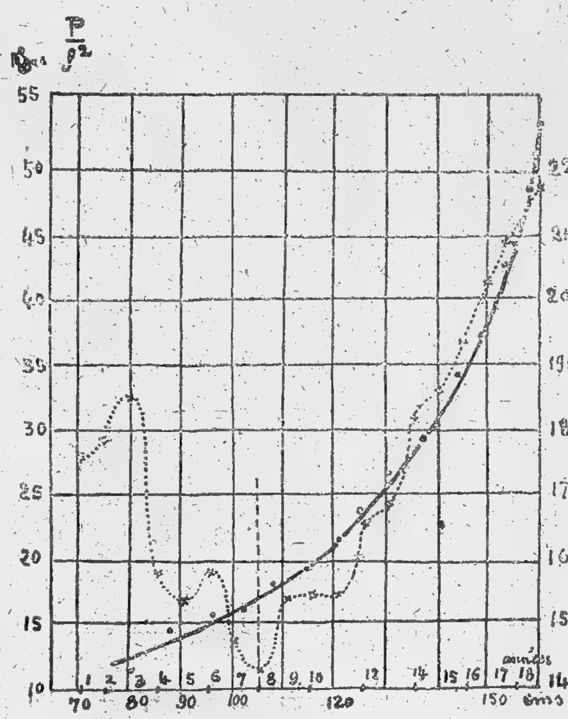


FIG. 4 (d'après Mac-Auliffe).

quantité k. Telle table donnant pour k une expression analogue à la précédente.

Prenons pour second exemple, les statistiques du Dr Léon Mac-Auliffe (1) que nous complétons par les moyennes de P et de l et par les valeurs de k :

	Garçons		Filles		Moyennes			
Age	Poids	Taille	Poids	Taille	Poids	Taille	l^2	k
—	gr.	cent.	gr.	cent.	gr.	cent.		
1 an	9.150	72	8.450	69	8.800	70,5	4.970,75	1,77
2 ans	11.800	84	11.500	77	11.650	80,5	6.482,25	1,79
3 ans	13.200	92	12.500	85	14.350	88,5	7.832,25	1,85
4 ans	14.500	101	15.300	95	14.900	97	9.409	1,58
5 ans	16.200	106	15.800	98	16.000	102	10.404	1,58
6 ans	19.500	111	17.300	104	18.400	107,5	11.556,25	1,59
7 ans	19.500	117	18.500	110	19.000	115,3	12.882,25	1,47
8 ans	21.100	122	20.700	119	20.900	120,5	14.520,25	1,43
9 ans	24.000	128	24.100	121	24.050	124,5	15.500,25	1,550
10 ans	27.000	134	25.500	126	26.250	130	16.900	1,553
11 ans	28.000	138	29.800	137	28.900	137,5	18.906,25	1,53
12 ans	30.100	141	38.100	145	34.100	143	20.449	1,66
13 ans	33.500	148	40.100	148	36.800	148	21.904	1,68
14 ans	41.500	154	43.200	151	42.350	152,5	23.256 25	1,82
15 ans	44.000	158	45.000	152	44.500	155	24.025	1,85
16 ans	50.000	162	46.200	153	48.100	157,5	24.806,25	1,93
17 ans	53.000	163,5	40.800	154	31.400	158,75	25.201,56	2,03
18 ans	57.000	164,5	50.000	155	53.500	159,75	25.520,06	2,09
19 ans	61.500	165	50.500	155,5	56.000	160,75	25.680,06	2,18

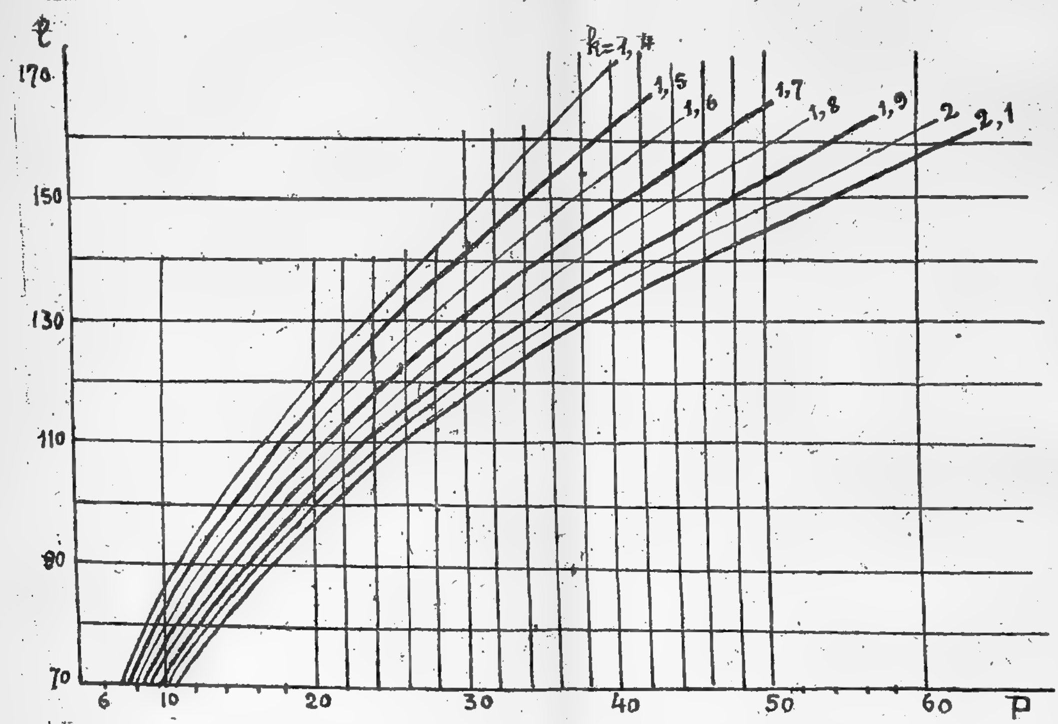


Fig. 5.

Ces résultats sont représentés figure 4 ; elle montre que les points P,l appartiennent à un arc parabolique et que P /l^2 est une fonction de t relativement complexe (courbe en pointillé) ayant cependant un minimum pour t = 8 et qui, dans une première approximation peut être considérée comme étant du second degré (parabole).

Cet exemple est d'autant plus instructif, que les nombres des satistiques des Drs Variot et Chaumet et du Dr Mac-Auliffe sont assez différents pour conduire à des conclusions sensiblement identiques. Voici, en effet quelques termes de comparaison :

(1) Dr Léon Mac-Auliffe. — Développement. Croissance, deuxième fascicule 1923, page 147.

◆◆◆◆◆◆

AGE	AUTEURS	GARÇONS Poids	GARÇONS Taille	FILLES Poids	FILLES Taille	MOYENNES Poids	MOYENNES Taille
5 ans	Variot et Chaumet....	15.900	103,3	15.200	101,9	15.550	102,6
	Mac Auliffe...........	16.200	106	15.800	198	16.000	102
12 ans	Variot et Chaumet....	30.100	137,6	33.800	141,5	31.950	139,5
	Mac Auliffe..........	30.100	141	38.100	145	34.100	143

Dans ces conditions, on peut poser que la croissance de 2 à 18-20 ans suit la loi :

$$P/l^2 = m + n(t - 8)^2$$

m et n étant deux constantes respectivement voisines de 1,45 et de 0,01 déterminées pour une statistique type.

Pratiquement la parabole $k = m + n(t-8)^2$ donnera les valeurs de k comparables aux valeurs de P/l^2 ; ayant k, le plus simple est de vérifier si le poids de l'enfant examiné se rapproche du poids probable des enfants du même âge donné par un abaque à 3 variables $P/l^2 = k$. Cet abaque se composera, par exemple, d'une série d'arcs de paraboles de paramètres 1/2 k variant de 0,35 à 0,24, si k passe de 1,42 à 2,07 (figure 5).

Supposons par exemple que k varie suivant la formule : $k = 1,45 + 0,01(t-8)^2$, pour un enfant de 13 ans, $k = 1,7$; s'il pèse 38 kilogrammes, il devra mesurer 1 mètre 45 environ pour être dans la moyenne des enfants de même âge.

Nous ne pouvons passer sous silence, les coefficients de robusticité : ils tiennent généralement compte du périmètre thoracique. Le plus connu, dû au médecin-major Pignet, a pour expression :

$$I = l - (t + P)$$

(l et t, taille et périmètre thoracique en cms ; P poids en kgrs.)

Ce coefficient peut se réduire. Posons en principe qu'un sujet ayant λ cms de taille au-dessus du mètre pèse $\lambda - \lambda/10$ et calculons 100— I on obtient un coefficient $I' = t - \lambda/10$, qui varie dans le même sens que la robusticité et est toujours positif.

Le coefficient de Pignet a été fort critiqué, jugé par beaucoup comme incomplet, insuffisant et même inexact ou ne pouvant s'appliquer qu'à l'état adulte.

Le coefficient de Rufier, plus spécialement destiné aux sujets de 15 à 25 ans fait intervenir en outre le périmètre abdominal.

Mais certains auteurs préfèrent même ne pas tenir compte du périmètre thoracique : von Pirquet propose le coefficient bien connu sous le nom de « Pelidisi ». Le coefficient utilisé par Wibaux et Bardoux, au préventorium de Camiers, comporte le diamètre bihuméral, les longueurs de l'enfant debout et assis.

Dès 1919, Spehl a attiré l'attention sur un coefficient qui, par sa forme, est en rapport avec le segment anthropométrique de Bouchard : c'est le produit de ce segment par la capacité vitale, le « quotient vital de Spehl », qui a rendu d'immenses services en pathologie respiratoire.

La croissance ayant lieu suivant une loi $P/l^2 = k$, nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas lieu d'étudier un coefficient $P/l^2 \times$ capacité vitale, analogue au coefficient de Spehl.

Etant données les approximations des mesures des quantités P, l, capacité vitale, dues surtout à des causes dont il est impossible de déterminer l'influence, on montre que ce coefficient varie dans le même sens que celui de Spehl ; il est susceptible de représentation en fonction de l'âge par une parabole :

$$\text{Capac. vitale} \times P/l^2 = 1,25 + 0,015(t^2 - 6^2)$$

(Etudes des tables de capacité vitale de Renault et Binet).

Tenant compte des résultats que nous avons trouvés, concernant P/l^2, on peut écrire :

$$\text{Capacité vitale} = at^2 + bt + c / a't^2 + b't + c'$$

dans laquelle, les quantités a, b, c, a' b', c' seraient convenablement choisies. La capacité vitale est représentée par un diagramme de construction immédiate, puisque l'on est ramené à l'étude élémentaire de la variation du quotient de deux trinomes du second degré.

Dr LAMBOLEZ (Nancy).
Licencié ès-sciences mathématiques et ès-sciences physiques.

A PROPOS DE THERMO-ERYTROTHÉRAPIE

Des amis m'incitent à apporter ma note personnelle à l'article de MM. Edouard Antoine et Jacques GRESSARD. Le *Concours médical* étant très lu, j'y souscris volontiers, car est bien inexacte en réalité, cette phrase de l'article paru le 14 novembre 1926 après citation du Dr Alquier :

« Foveau de Courmelles a fait également paraître dans le *Courrier médical* (numéros des 17 et 24 août 1924) un travail très documenté où il fait l'historique et l'apologie de la photothérapie. »

« Historique et apologie » (?) qui furent redemandés et reparurent en 1925 dans le même *Courrier médical*.

Ce n'est pas de la photothérapie qu'il s'agissait là, bien que j'aie fait maints travaux en cet ordre d'idées et simplifié, dès 1900, la Finsenthérapie, par mon radiateur chimique à arc voltaïque présenté par le prof. G. Lippmann à l'Académie des Sciences de Paris le 24 décembre 1900 ; non, il s'agissait là de *chromothérapie* que j'ai dénommée et codifiée en 1890 et 1891, par applications locales et générales. En photothérapie, comme en chromothérapie, le miroir parabolique m'a donné des concentrations efficaces.

A propos de ma brochure sur la *radio-anaphylaxie* « sensibilité aux radiations », en janvier 1923, analysée en le *Journal des Praticiens* d'alors, le Dr Ch. Fiessinger, de l'Académie de Médecine a écrit : « Foveau de Courmelles est arrivé si souvent le premier qu'on l'oublie généralement ». C'est le cas une fois de plus ! Les applications systématiques, locales ou générales, du rouge ou du bleu, m'ont assez valu de railleries au siècle dernier pour que je m'en souvienne.

Vulgarisateur et historien scientifique, je l'ai été et continue de l'être, mais j'ai la prétention de n'être pas que cela. Des savants illustres le furent aussi. On me rend *maintenant*, en général, justice, et j'aurais mauvaise grâce à me plaindre ; l'étranger, qui, disait Péan, est meilleur juge, le fait abondamment et depuis longtemps.

Je ne parlerai pas de mes nombreux articles, depuis 1890, vantant la chromothérapie, mais je puis citer mes quatorze volumes de l'*Année électrique* (1901-1914), où, tous les ans, le chapitre de la photothérapie contenait des applications systématiques et locales, de divers auteurs, du rouge et du bleu, sans préjudice évidemment des autres radiations, de mes 26 ans de cours libre à l'Ecole Pratique de la Faculté de Médecine de Paris dont plusieurs volumes sont issus, etc.

Le rouge, sous forme d'éosine irradiée par l'arc voltaïque (photo-sensibilisation) me servit même dès 1904 à guérir des cancéroses et des dermatoses cutanées. Ce sont là encore des phénomènes récemment retrouvés. Avec J. Risler, du sulfure de zinc placé sur des lupus et irradié de rouge nous a donné des guérisons.

Dirai-je encore que, imitant avant la lettre, le Dr Schekter, j'avais fait faire des boîtes en bois blanc par mon menuisier avec lampes rouges ou bleues destinées à montrer à mes patients à faire chez eux des applications locales et monochromatiques ; et ceux-ci les faisaient reproduire.

Le confrère Schekter a simplifié, ce qui est mieux, en mettant les diverses couleurs dans la même boîte avec des interrupteurs différents. Mes boîtes si simples sont encore dans mes archives instrumentales.

Ajouterai-je que depuis longtemps, connaissant ces travaux que, sur leur demande, j'avais exposés dans les journaux de la spécialité, en Allemagne, en Italie, ... des appareils à lampes interchangeables se vendaient pour applications locales du rouge et du bleu.

Le rouge enveloppant la peau la soustrayait à d'autres radiations en carreaux, rideaux, vêtements, est d'ailleurs bien ancien, aux Vosges, en Chine, au Caucase, ... le Dr J. Regnault (de Toulon), depuis 1900, l'a écrit bien des fois.

L'érythrothérapie est bien vieille, et j'avoue humblement ne l'avoir pas trouvée (bien que je l'ai cru, moi aussi !), mais l'avoir systématiquement appliquée à l'occasion depuis 1890.

Mais on n'ose pas se répéter, de peur de passer pour radoteur ; on est cependant heureux de voir des néophytes ressusciter, vanter, ce qui vous fut cher et l'est toujours. C'est pourquoi je remercie sincèrement MM. Edouard Antoine et Jacques Gressard de rénover, de montrer les avantages de l'érythrothérapie. Ainsi rendent-ils de grands services aux médecins et aux malades.

La cause est du reste entendue. Le Dr Potheau, de Nice, en a montré l'action psychiatrique.

Le Dr H. Bouquet, dans le *Temps*, il y a quatre ans environ, a parlé des merveilles curatives obtenues « sous la lumière rouge » ; le Dr Albert Garrigues, en divers journaux médicaux même au Canada, a fait de même. A propos du Canada, rappellerai-je encore que *La Presse*, de Montréal, donnait en 1906 un long article de moi sur la chromothérapie (rouge compris !) Ah non ! arrêtons-nous ici, car ce serait fastidieux et bien long d'en faire la bibliographie !...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement du tétanos.

Par le docteur PASGRIMAUD.

On sait que le bacille de Nicolaier, après s'être développé au niveau d'une plaie des téguments ou des muqueuses, déverse dans le torrent circulatoire une substance toxique extrêmement nocive dont les effets sont connus de tous. Le but thérapeutique est donc la destruction de cette toxine.

Il est inutile d'insister sur les merveilleux résultats que donne le sérum tétanique comme traitement préventif, et ainsi que le dit le Dr André Philibert (1), dans une étude magistrale, le premier effort du médecin doit tendre à conjurer le tétanos avant son apparition.

Mais à la campagne, où les cas de tétanos sont relativement plus fréquents, le médecin est souvent appelé à traiter un tétanos en pleine période d'évolution, s'accompagnant déjà de trismus, de raideur de la nuque, de douleurs dorsales, etc.

A ce moment, le pouvoir du traitement sérothérapique est beaucoup diminué, et se limite à la destruction de la toxine en voie de formation au niveau de la plaie quand celle-ci n'est pas encore cicatrisée. Des doses massives de sérum sont indispensables, 100, 150, jusqu'à 200 centimètres cubes par jour.

Mais la toxine, transportée par le sang aux centres nerveux, s'est fixée sur la cellule, et c'est en vain qu'on a tenté de l'attaquer par le sérum ; sans succès par les injections épidurales, sans plus de résultats par l'apport du sérum au contact des régions motrices des hémisphères cérébraux après trépanation.

Il est trop tard, l'imprégnation s'est effectuée et les symptômes qui en résultent sont apparus : douleurs vives, continues, avec exacerbations paroxystiques, raideurs, contractures, en particulier le trismus qui complique l'alimentation et le traitement de ces malades.

Il devient indispensable à cette période d'adjoindre au traitement sérothérapique à très fortes doses, une médication antispasmodique permettant au patient une alimentation très légère, et tout au moins le repos.

Parmi les produits qui ont donné de bons résultats, il faut citer le *chloral*, excellent hypnotique, mais dont l'administration n'est pas sans inconvénients dans le cas qui nous occupe ; le trismus rend son emploi *per os* assez délicat ; le chloral doit être en effet très dilué, et la déglutition est difficile ; sa causticité interdit son usage par voie sous-cutanée ; les injections intra-veineuses ne paraissent pas présenter de résultats meilleurs. En lavement même, son absorption est lente, et l'on a signalé des insuccès. Son association aux bromures n'a pas paru influer sur son action. La morphine s'est montrée nettement plus efficace, mais on sait les inconvénients que présente cet alcaloïde, surtout lorsqu'on doit en faire un usage prolongé, et c'est ici le cas.

Il s'agissait donc de choisir un hypnotique qui fût doué également de propriétés sédatives énergiques, et qui, en raison de l'intoxication profonde de la cellule nerveuse déjà existante, fût d'une très faible toxicité.

A cause du trismus, qui ne fait jamais défaut, il fallait que ce produit pût être administré par voie sous-cutanée, donc qu'il possédât peu de causticité, jointe à une solubilité parfaite. L'acide diéthylisopropylallylbarbiturique ou somnifène nous a paru présenter toutes les qualités requises.

Déjà M. Louvard, de Nomexy (1) a signalé les bons effets obtenus dans le traitement du tétanos par le *somnifène*. Un peu plus tard, MM. Hamant et Bénech l'ont employé avec d'excellents résultats dans le service du prof. Etienne, de Nancy (2). Nous même venons de l'utiliser dans un cas excessivement intéressant dont nous donnons l'observation ci-dessous :

« Homme de 43 ans, cultivateur, souffre d'une « raideur des articulations des membres inférieurs et temporo-maxillaires. Pas de réaction « thermique. Bon état digestif, cardiaque et « pulmonaire. Nie toutes causes d'introduction « dans l'organisme du bacille de Nicolaïer : piqûre, coupure, plaie contuse...

« La famille dit : « paralysie ». Je pose, avec « réserves, le diagnostic : « arthritisme ».

« La médication colchi-salicylée ne donne aucun résultat.

« A tout hasard, je prescris 30 grammes de « solution bromuro-chlorurée à 20 % pour 24 « heures : sédation passagère.

« Apparaissent alors les crises paroxystiques « de contractures au niveau des membres inférieurs ; le trismus se resserre. Et le malade

(1) A. PHILIBERT. — Traitement du tétanos. *Progrès méd.*, Paris, n° 6, 7 février 1925.

(1) G. LOUVARD. — Le tétanos confirmé devrait guérir. La sérothérapie antitétanique et ses adjuvants. *Le Médecin français*, Paris, 1921, n° 24, décembre, p. 556.

(2) A. HAMANT et J. BÉNECH. — Le somnifène. *Soc. de méd. de Nancy*, 22 juin 1921, et *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1921, t. XLIX, n° 19, 1er octobre, pp. 596-602.

« avoue enfin avoir été victime une quinzaine de « jours auparavant d'une piqûre à la plante du « pied droit qui, à l'examen, n'a laissé qu'une « trace extrêmement légère.

« Le diagnostic n'est plus douteux. Une con- « sultation avec un confrère le confirme. Il « s'agit d'un cas de tétanos.

« Doses massives de sérum antitétanique et « nouvelle prescription de solution bromuro- « chloralée à 20 %. Ce médicament devient très « rapidement insuffisant et le malade ne l'ingur- « gite qu'avec répugnance.

« Je prescris alors 150 gouttes de somnifène « chaque jour en trois fois. Le résultat est immé- « diat : les paroxysmes disparaissent, la nuit se « fait moins longue au malade et à son entoura- « ge. Après trois jours, la dose quotidienne est « réduite à 100 gouttes.

« L'état du malade — à part une formidable « réaction sérique de quatre jours — ne cesse de « s'améliorer. Actuellement il est guéri. »

Il semble donc que le somnifène soit appelé à donner d'excellents résultats dans le traitement symptomatique du tétanos, soit par voie buccale, soit par voie intramusculaire, ou même à la rigueur endoveineuse, comme il a déjà permis à M. Ramond (1) d'enregistrer des succès dans le traitement du delirium tremens, et à M. Rimbaud (2) dans le traitement de l'état de mal épileptique.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Balano-posthites et vulvo-vaginites non vénériennes

M. F. Balzer, de l'Académie de médecine, consacre un intéressant travail à des lésions, dont l'étiologie a été peu étudiée jusqu'à présent, qui n'ont pas une origine vénérienne, mais qui se développent sur un terrain arthritique ou lymphatico-arthritique dans la région séborréique des organes génitaux externes.

Comme chez l'homme, chez la femme, des conditions pathogéniques analogues de tempérament et d'irritabilité de la muqueuse génitale peuvent, au niveau de la vulve et de la région périanale, favoriser l'éclosion d'une vulvite siégeant sur les petites lèvres, la région clitoridienne et au-devant de l'anus. Cette vulvite peut même s'étendre vers la peau, gagner le vagin et prendre des proportions inattendues sans qu'il y ait aucune intervention de contages vénériens, de diabète, etc.

On peut même pour ces balano-posthites et vulvo-vaginites non vénériennes observer des contages entre maris et femmes.

Le Dr Balzer en cite quelques observations où, chez le mari comme chez la femme, l'affection a revêtu des caractères cliniques semblables, notamment un cas, où le type eczématiformé très caractérisé témoignait encore de l'identité d'origine ; sans doute faut-il tenir compte des grandes analogies de terrain lympho-arthritique chez les deux sujets.

Voici pour la femme (c'est l'observation II de Balzer) :

Mme Z..., âgée de 24 ans et demi, présentant depuis longtemps les démangeaisons vulvaires sans lésions visibles. A cette époque, elle se servait d'injections à base de formol bien tolérées.

Au mois de novembre 1925, en voyage, assez brusquement, après une injection à base de formol trop forte sans doute, elle est atteinte de vives douleurs pendant deux jours et, au retour à Paris, on constate une vulvite avec rougeur accentuée surtout vers la région clitoridienne, sur les petites lèvres, et un peu sur le bord des grandes lèvres. Cette vulvite, peu suintante au début, s'accompagne d'un vif prurit ; la vulvite présente l'aspect d'un eczéma, et la muqueuse vaginale présente un revêtement blanchâtre peu épais ; leucorrhée d'une abondance variable.

Bientôt cette eczématisation s'étend à toute la région des grandes lèvres, à leur surface externe et au pubis ; le prurit redouble d'intensité au point de gêner le sommeil.

Les injections vaginales faites régulièrement améliorent peu cet état, qui est aggravé un ou deux jours par une injection à base de laurénol : à ce moment la sécrétion vulvo-vaginale, qui était déjà un peu plus forte, devient d'une grande abondance, coule claire comme de l'eau, empèse le linge. Au spéculum, pas de douleurs vives, la surface du vagin et du col utérin est très rouge, tuméfiée, avec exsudation en apparence séreuse,

(1) Ramond, Laporte et Quénée. — Traitement du delirium tremens, par les injections intraveineuses de somnifène. *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 14 mai 1926 et *Bulletin et Mém. de la Soc.*, Masson, Paris, 1926, n° 17, 20 mai, pp. 768-774.

(2) Rimbaud, Boulet et Chardonneau. — Le somnifène dans le traitement de l'état de mal épileptique. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 8 janvier 1926 et *Bull. et Mém. de la Soc.*, Masson, Paris, 1926, n° 2, 21 janvier pp. 39-42.

claire, identique à l'eczéma aigu. Aucun signe d'urétrite.

Chez le mari, peu après, explosion d'une balano-posthite, moyenne d'intensité, nettement eczématiforme et tenace ; aucun signe non plus d'uréthrite.

Chez la femme l'eczéma cède au traitement par les injections de décoction de feuilles de noyer et les applications locales d'une pommade au salicylate de soude, à l'acide borique, et à l'oxyde de zinc ; ovule à l'ichthyol. Mais bientôt les phénomènes séro-purulents reprennent avec une eczématisation de la vulve plus légère que la poussée précédente. Des injections avec une solution de nitrate d'argent à 1/4000 font cesser l'eczéma et donnent encore une fois une guérison apparente de tous les symptômes.

Mais ceux-ci, dès qu'on voulut cesser l'emploi du nitrate d'argent, reparurent ; ils ne cessèrent qu'avec des injections faites avec deux cuillerées à bouche de liqueur de Labarraque par litre d'eau bouillie ; ces injections furent alternées tous les trois ou quatre jours avec des injections faites matin et soir avec deux comprimés à base de néol (néolides) par litre d'eau tiède.

Ce dernier traitement a enfin achevé la guérison, qui paraît complète depuis le mois de juin 1925. Cependant une injection quotidienne est continuée avec un ou deux comprimés de *néolide* par litre.

L'observation III, publiée par l'auteur, a trait à un cas à peu près analogue de vaginite et de balano-posthite conjugales, et les deux affections s'étaient manifestées dès les premiers temps du mariage. Après chaque rapport conjugal le mari était pris d'une balano-posthite de légère intensité, mais qui durait plusieurs jours et empêchait les rapports sexuels.

Un gynécologue consulté reconnut l'état de vaginite spéciale de la malade et prescrivit des injections régulières avec la liqueur de Labarraque, alternées avec l'emploi des *néolides* et la situation se modifia rapidement, d'une part et de l'autre dans le sens de l'amélioration.

Ainsi l'amélioration fut rapidement obtenue dans les deux derniers cas par le même traitement, qui avait guéri les deux premiers : liqueur de Labarraque alternée avec le néol.

Les auteurs ont depuis longtemps recommandé les injections acides en raison de l'acidité normale du vagin, qui favorise les saprophytes antagonistes des microbes pathogènes. En ce cas la fermenthérapie lactique, ou l'acide lactique lui-même, seraient indiqués ; mais ils semblent devoir mieux réussir dans d'autres variétés de lésions d'une nature différente.

Mieux vaut ici les injections alcalines avec bicarbonate de soude, 20 à 25 gr. par litre, plus quelquefois 7 grammes de chlorure de sodium.

Et, comme le dit Balzer, l'emploi de l'eau oxygénée ou d'un produit tel que le néol ou les néolides peut être combiné utilement avec une dose légère d'un sel alcalin, bicarbonate ou borate de soude.

On ne devra pas non plus négliger de traiter l'état général.

***

Bref les balano-posthites et vulvo-vaginites non vénériennes étudiées présentent le caractère de se transmettre conjugalement, d'avoir un caractère eczématiforme, de s'aggraver parfois sous l'influence de quelques produits thérapeutiques, d'être rebelles à la plupart des traitements, capables de donner seulement des améliorations passagères. Seuls semblent réussir d'une manière certaine le *néol ou les néolides*, associés soit à la liqueur de Labarraque, soit à des solutions alcalines. (*Progrès Médical*, 7 déc. 1926.)

Gestation et cancer.

Influence de la gestation sur le cancer. D'après le Dr H. VIGNÈS, chez une femme qui est à la fois cancéreuse et en état de gestation, le cancer peut :

1° Diminuer ou même disparaître, soit pendant la gestation, soit pendant les premières semaines qui suivent la parturition, éventualité plus rare ;

2° Rester stationnaire ;

3° Etre aggravé manifestement ;

4° Continuer son évolution comme si la gestation n'existait pas.

En somme, dans l'état actuel de notre documentation clinique, il n'est pas possible d'établir si, dans l'espèce humaine, la gestation exerce une influence, toujours la même, sur l'évolution du cancer.

Influence du cancer sur la gestation. La gestation est assez souvent interrompue par le fait du cancer, soit qu'il s'agisse des effets locaux d'un cancer utérin, vaginal ou rectal, soit que le mauvais état général de la mère influe sur les conditions du développement de l'œuf.

Le produit de la conception né à terme ou au voisinage du terme, est habituellement normal, mais quelquefois sa vitalité est diminuée, et il succombe en bas âge sans cause explicable. Il est vrai qu'étant donné l'état de leur mère, ces enfants ne reçoivent pas toujours les soins nécessaires. (*La Médecine*, avril 1926.)

Les excoriations neurotiques.

Le Dr G. THIBIERGE rappelle que ce sont des lésions cutanées d'aspect varié, mais toutes caractérisées par leur production artificielle au moyen du grattage ou de la friction de la peau, et par le terrain névropathique sur lequel elles

se produisent, un bouton d'acné, un petit adénome, une croûte banale attire l'attention du sujet qui s'en inquiète, espère s'en débarrasser par le grattage, et produit l'excoriation.

On peut en décrire plusieurs types à excoriation unique, rappelant habituellement l'épithélioma ; excoriations multiples développées à l'occasion de pustules acnéiques (acné excoriée des jeunes filles de Brocq) ; excoriations par creusement ; excoriations par arrachement ; excoriations par clivage.

Quelle que soit leur forme clinique, les excoriations neurotiques constituent toujours des affections de longue durée. Certains sujets s'acharnent à écorcher la lésion initiale qu'ils ont produite et l'entretiennent pendant des mois. La plupart, après avoir écorché un élément pendant quelques jours ou quelques semaines, cessent de s'en prendre à lui et le laissent guéri ; mais recommencent les mêmes manœuvres en un ou plusieurs autres points du tégument, provoquent des excoriations multiples, d'autant plus nombreuses que l'affection est plus ancienne, et ne se décident à consulter qu'après avoir mis leur peau à mal pendant des mois et des années.

On voit par là que la guérison de ces excoriations est facile, pourvu que le sujet consente à cesser de les entretenir et de les provoquer. Il suffit de lui montrer la possibilité aussi simple de cette guérison, en opposant un obstacle mécanique aux manœuvres de grattage, en recouvrant les lésions d'un pansement occlusif comme celui qui est en usage dans les dermites provoquées des simulateurs. Mais il est souvent nécessaire de recourir en même temps à la psychothérapie.

Le dermatologiste devra, en outre, porter son attention sur les lésions cutanées et les troubles fonctionnels qui ont pu localiser sur la peau la manifestation de l'état psychopathique des malades ; il traitera donc l'acné, le milium, les adénomes, et évitera le retour des prurits d'origine alimentaire, antitoxique ou autre. (*Le Bulletin médical*, 27 mars 1926.)

De la physiologie pathologique générale des phénomènes de choc et du mécanisme de leurs effets curateurs.

Pour mieux les faire comprendre, le Pr Bard rappelle quels sont leurs caractères communs. C'est d'abord qu'ils ne reposent que sur des désordres purement fonctionnels, transitoires, ne donnant naissance à aucune lésion anatomique durable. C'est ensuite que l'organisme peut être préservé contre leurs atteintes par l'emploi de méthodes préventives, dont la caractéristique commune est de réaliser un choc minuscule, une sorte de choc abortif et latent, capable de protéger contre un choc plus grand.

La quasi-indifférence des substances préservatrices est d'autant plus curieuse qu'elle contraste étrangement avec la spécificité extraordinairement délicate des substances sensibilisatrices.

Ensuite, l'extrême spécificité des réceptivités individuelles et des causes provocatrices ne se retrouvent pas dans leurs effets, car les symptômes qui révèlent leur action présentent les plus grandes similitudes. Ces désordres se montrent essentiellement constitués par le dérèglement plus ou moins accusé des deux phases alternantes qui sont à la base de toutes les fonctions normales. (Ex. : tachycardie et ralentissement du pouls, puis syncope).

Et, si la pathogénie des chocs comporte une grande variété de causes et d'influences, le mécanisme pathogénique des symptômes qui les révèlent est assez simple et assez uniforme pour fournir la base susceptible de leur conférer une réelle unité.

Au point de vue thérapeutique, on utilise les phénomènes de choc suivant deux mécanismes bien distincts, soit comme méthode antianaphylactique pour la cure préventive d'un certain nombre d'affections, dont la crise d'asthme est la plus caractérisée, soit pour provoquer des phénomènes de choc dans un but thérapeutique.

Les progrès à réaliser dans cet ordre d'idées doivent consister à écarter les chocs généraux, irréguliers, aveugles, pour leur substituer en toute occasion des chocs localisés, à action élective sur des équilibres définis, choisis avec clairvoyance, suivant la nature de leur action sur les phases fonctionnelles défaillantes, dans chaque cas particulier. Les badigeonnages de gaïacol, par leur action élective sur le déséquilibre thermique, fournissent un exemple de ce que l'on doit rechercher. On évitera ainsi dans la thérapeutique de choc les risques de l'empirisme et du hasard. (*La Presse médicale*, 3 avril 1926.)

Le vertige gastrique.

D'après le Dr Pernet, le vertige dit gastrique est presque toujours dû à une affection de l'oreille externe ou interne ; mais les troubles dyspeptiques quels qu'ils soient, contribuent à le déclancher, à l'entretenir, à l'accroître, ils jouent donc un rôle indéniable dont il faut tenir le plus grand compte.

Il n'y a pas de traitement gastrique spécial au vertige. Ce qu'il faut soigner c'est l'état dyspeptique coïncidant avec la lésion de l'oreille. Or, cet état dyspeptique est essentiellement varié. Il n'y a pas de trouble stomacal qui soit spécialement lié au vertige, comme on le croyait autrefois et comme le croient encore ceux qui parlent de dilatation gastrique comme origine habituelle de ce syndrome.

Mais il faut aussi s'occuper des causes directes, auriculaires, hypertensives, nerveuses. etc.

Souvent les thérapeutiques étiologiques ne suffisent ni à guérir, ni même à améliorer les vertiges.

En ces cas, l'auteur emploie avec succès le gardénal ; les améliorations sont passagères ou durables. On l'emploie à des doses variables, le matin au réveil ou le soir au dîner par tâtonnement ; on commence par 5 centigr., puis 10, 15, 20 centigr. par 24 heures. Si le gardénal doit agir, l'effet est très rapide ; s'il n'a rien donné après une semaine, il est inutile de persister.

Dans les grands vertiges rebelles à toutes les thérapeutiques, la ponction lombaire est souvent un remède héroïque amenant une amélioration rapide, prolongée et quelquefois une guérison définitive. (*L'Hôpital*, mars 1926-B.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Pneumo-encéphalographie par voie lombaire.

(MM. Sicard, Haguenau et Gally. — *Soc. méd. des hôp.* ; 12-11-26.)

Pour étudier radiologiquement les lésions encéphalitiques, on a pratiqué des injections d'air dans l'espace sous-arachnoïdien : l'air ainsi injecté vient remplir les ventricules cérébraux et permet d'apprécier sous l'écran la forme et la situation de ceux-ci. Cette méthode est à la vérité assez dangereuse, la mise en tension prolongée des ventricules déterminant des réactions graves.

Pour se mettre à l'abri de tels accidents, M. Sicard propose une technique nouvelle qui utilise la table radiologique basculante. L'air est introduit dans le cul-de-sac lombo-sacré, après évacuation de liquide céphalo-rachidien, le malade étant dans la position de Trendelenburg. Dans un deuxième temps, on fait basculer la table : le gaz gagne immédiatement les cavités ventriculaires, et l'on prend alors, en quelques minutes, les clichés radiographiques. Dans un troisième temps, le patient est remis en position déclive, tête basse. L'air repart en sens inverse, à travers les trous de Monro, l'aqueduc de Sylvius, les trous de Magendie et Luchka et il revient dans le cul-de-sac lombo-sacré, où il se résorbe, s'il n'est pas retiré par ponction lombaire.

Cette nouvelle technique de pneumo-encéphalographie évite donc la tension prolongée des ventricules et les accidents de cette tension.

La dysankie (défaut d'extension du coude).

(M. André Léri. — *Soc. méd. des hôp.* ; 29-10-1926.)

M. André Léri pense que la dysankie (ou défaut d'extension du coude) est un syndrome assez banal dans la pathologie congénitale. On l'a observée, en effet, dans toute une série d'affections congénitales, achondroplasie, pléonostéose familiale, acrocéphalosynankie d'Apert, etc.

Angine de poitrine améliorée par l'insuline.

(MM. L. Ambard, Schmid et Humbert. — *Soc. méd. des hôp.* ; 5-11-1926.)

Le malade de MM. Ambard, Schmid et Humbert était atteint de crises d'angine de poitrine depuis 1914. Pas de syphilis, ou du moins pas d'antécédents, et Wassermann plusieurs fois négatif. Soumis au traitement insulinique, alors qu'il était en état de crises intenses, l'amélioration se montra dès le quatrième jour et se maintient. Le patient a pu reprendre ses occupations. Cette observation, malgré son intérêt, n'appelle évidemment aucune conclusion.

Intoxication arsenicale par le vin de vignes soumises aux pulvérisations insecticides.

(M. E. Ledoux. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 5-11-1926.)

L'utilisation des composés arsenicaux, en viticulture, est autorisée pour la destruction de la chenille de la pyrale. La pulvérisation de la vigne par ces produits arsenicaux n'est tolérée que depuis la vendange jusqu'à la floraison. On se sert, à l'habitude, d'arseniate de plomb et d'arseniate ferreux qui est coloré. Après la floraison, pour détruire les vers de la deuxième génération, les arsenicaux sont interdits, a pulvérisation de ces agents sur les grappes, surtout pendant les années de sécheresse, comportant de graves menaces d'intoxication. A cette période, la destruction des parasites s'effectue par d'autres substances (ordinairement les émulsions de nicotine).

Des accidents d'intoxication arsenicale dans les milieux viticoles ont été observés par méconnaissance ou viol des prescriptions légales et on se rappelle les communications de MM. Cazeneuve et Pouchet à l'Académie de médecine, sur ce sujet, il y a cinq ans.

M. Ledoux a eu l'occasion d'observer une intoxication familiale par l'absorption d'un vin arsenié. Il en relate les détails dans un mémoire présenté par M. Trémolières.

Dans une famille, le mari, la femme, le père et la mère de celle-ci, le domestique, furent atteints de troubles d'origine nettement arsenicale (diarrhée, vomissement, parésie des membres, éruptions cutanées, polynévrite). Tous avaient bu du vin fait avec un raisin qu'ils avaient remarqué couvert d'un enduit blanchâtre légèrement pulvérulent. Ce vin, de deux cuvées, analysé, contenait : la première cuvée 0 gr.056 d'arsenic par litre (calculé en acide arsénieux) ; la

seconde cuvée 0 gr. 011 par litre. Les accidents du vin de la première cuvée s'étaient montrés beaucoup plus intenses que ceux du vin de deuxième cuvée.

La vaccination antitétanique par l'anatoxine.

(MM. Chr. Zœller et G. Ramon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 5-11-1926.)

L'immunité anti-tétanique, comme la plupart des immunités anti-toxiques, est faite de deux éléments : l'anti-toxine humorale et la réactivité acquise, c'est-à-dire l'aptitude à produire de l'anti-toxine sous l'influence d'une stimulation nouvelle.

Lorsque l'on fait une série d'injections d'anatoxine, le chiffre de l'antitoxine humorale ainsi créée n'offre rien de très particulier. La réactivité acquise, au contraire, présente une courbe fort intéressante. La production de cette réactivité n'a pas lieu aussitôt après la première injection. Il y a une phase de préparation et c'est la seconde injection qui la déclanche véritablement. Une condition est nécessaire : cette seconde injection ne doit pas être trop précoce. Si elle est pratiquée huit jours seulement après la première, elle est presque inefficace. Si elle est faite au bout de 15 jours, le résultat est beaucoup plus satisfaisant (neutralisation de 10 doses mortelles de toxine par cc.), plus satisfaisant encore lorsque le délai est de 3 semaines (neutralisation de 20 doses mortelles de toxine) et d'un mois (neutralisation de 100 doses mortelles de toxine). Ce bond anti-toxique se constate dix jours après la seconde injection. Mêmes remarques pour la troisième injection dite de rappel : effectuée un mois après, le bond anti-toxique passe à 1000 doses mortelles de toxine.

Ainsi donc, en pratique, dans la vaccination anatoxinique, les injections doivent être espacées.

Quelle est la durée de l'immunité conférée ? Cette immunité décroît si l'on en juge par la seule valeur de l'antitoxine humorale mais la réactivité acquisé persiste et une nouvelle injection de rappel redonne de l'hyperimmunisation.

MM. Zœller et Ramon conseillent, dès lors, la technique vaccinale suivante. Trois injections (de 1 cc., 2 cc. et 2 cc.), la seconde à un mois d'intervalle de la première, la troisième huit jours après la seconde. Telle est la méthode de vaccination d'un sujet sain. On peut injecter ensemble l'anatoxine tétanique et le T.A.B.

Lorsqu'il s'agit d'un blessé, deux cas se présentent. A-t-il été vacciné, une injection de rappel de 1 cc. d'anatoxine sera faite, par prudence. Dans le cas de non vaccination, l'injection prophylactique de sérum est nécessaire. On sait que l'immunité passive ainsi obtenue se rétrécit à mesure qu'on renouvelle les injections de sérum, ce qui explique les tétanos post-sériques tardifs. MM. Zœller et Ramon ajoutent à la sérothérapie prophylactique les injections d'anatoxine qui permettent la suppression ultérieure du sérum. Ils ont adopté la conduite suivante : premier jour, 10 cc. de sérum et 1 cc. d'anatoxine ; dixième jour, 10 cc. de sérum. Injections à maintenir ou à supprimer selon les circonstances (état de la plaie, importance et nature de la blessure...). Au vingtième jour 2 cc. d'anatoxine.

Intoxication saturnine par couverts en métal plombifère.

(MM. Pagniez et L. Lerond. — *Soc. méd. des hôp.* ; 5-11-1926.)

M. Pagniez présente une malade venue consulter pour des troubles graves apparus il y a 18 mois et qui se sont progressivement accentués : fatigue, céphalée, vomissements alimentaires, dyspnée. Examen des organes négatif. Un seul signe devait mettre sur la voie du diagnostic : un *liseré gingival bleu noir* très accusé, qui affirmait l'existence d'une intoxication bismuthique ou plombique. En réalité, il s'agissait de saturnisme provoqué par l'usage de couverts faits d'un métal malléable (provenant de plats anciens) dont la teneur en plomb était considérable : 40 pour 100, à l'analyse. La suppression des couverts, un traitement par le fer et le miel soufré ont déjà amélioré notablement l'état de la malade.

Une observation analogue a été publiée par M. Apert en 1913. Il s'agissait également de cuillers et de fourchettes contenant environ 10 % de plomb. La teneur de 10 pour 100 est à la limite de la tolérance admise par les règlements administratifs pour les ustensiles en poterie d'étain, limite qui semble même beaucoup trop élevée : MM. Apert, Meillère et Rouillard ont recommandé de ne pas dépasser 1/2 pour 100 pour les ustensiles en contact avec les aliments. Les cas d'intoxication ont été observés, d'ailleurs, en général, avec des objets de cuisine anciens.

— M. Apert rappelle que dans son observation de 1913, le métal plombigène des couverts avait intoxiqué deux personnes, le mari (qui accusait des coliques de plomb) et la femme. Tous deux offraient un liseré saturnin des gencives. Les coliques du mari, qui duraient depuis trois ans, cessèrent quand le ménage eut renoncé aux couverts en question.

— M. Babonneix ajoute que dans un cas publié jadis par M. Variot, concernant un enfant, la cause de l'intoxication était une trompette de plomb qui, constamment introduite dans la bouche de l'enfant, avait fini par produire un saturnisme typique.

Il apparaît donc toujours utile, en résumé, dans certains états morbides chroniques mal précisés, de regarder les gencives et d'y rechercher le *liseré saturnin* possible.

Kala azar de l'adulte.

(M. H. Eschbach, de Bourges. — *Soc. méd. des hôp.* ; 12-11-1926.)

En France, le kala-azar (fièvre noire) est surtout connu comme maladie infantile. Il se rencontre aussi cependant chez l'adulte : Klippel et Monnier-Vinard en ont relaté un cas d'origine marocaine, Lemierre,

Kindberg et Bernard un cas d'origine algérienne, Burnet et Masselot un cas d'origine tunisienne. M. Eschbach vient d'en observer un nouvel exemple contracté également en Tunisie.

Son malade, étudiant de 24 ans, ayant toujours vécu en France, sauf un séjour de quelques mois en Tunisie, présentait un état cachectique, de la fièvre, un teint bronzé (kala-azar : fièvre noire) et une grosse rate. Un frottis de pulpe de rate prélevée par ponction montra la présence de corpuscules de Leishmann. Le traitement par l'antimoine, les injections intra-veineuses d'émétique suivant les indications de Ch. Nicolle (0 gr. 02 à 0 gr. 12 d'émétique de sodium pendant trois semaines) amena la rétrocession de tous les troubles morbides. La guérison complète fut obtenue en quatre mois et s'est maintenue.

P. L.

Les Livres

A. Chambard. Rédacteur au service des soins gratuits à la Préfecture de l'Ain. — **Guide pratique des bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, des praticiens appelés à leur donner des soins, des associations de mutilés, des administrations.** Vente chez l'auteur, Villa Pompon, Bel-Air, à Bourg (Ain). Prix : 8 fr.)

Composition du *Guide*. 1° Avertissement. — 2° Conditions requises pour être admis à bénéficier de la gratuité des soins. Formalités à remplir. — 3° Utilisation du carnet médical : Choix du médecin et du pharmacien. Tarifs. Frais de déplacement. Thermomètres, seringues, sérums autorisés, bains médicaux, eaux minérales, etc... — 4° Hospitalisations : *a*) dans un sanatorium, *b*) dans un établissement public, *c*) dans un établissement agréé, *d*) dans un établissement d'aliénés, *e*) dans un établissement thermal, *f*) dans un établissement militaire. — 5° Frais de voyage : *a*) avance, *b*) remboursement, *c*) tierce personne. — 6° Frais de transferts. — 7° Indemnités journalières. — 8° Indemnités spéciales de soins accordées aux tuberculeux, réformés à 100 %. — 9° Commissions départementales : Composition. Attributions. Notification des décisions prises. Pourvois. — 10 Commission supérieure : Composition. Attributions. Notification des décisions. — 11° Tribunal des pensions : Composition. Attributions. Pourvois. — 12° Centre spécial de réforme : Procédure à suivre pour : 1° être admis à pension ; 2° en obtenir la revision. — 13° Centres de rééducation. — 14° Pensions d'ascendants, de veuves. — 15° Visite aux tombes de militaires morts pour la France. Gratuité du voyage. — 16° Cas d'espèces : Nomenclature. Procédure à suivre pour obtenir l'attribution d'une mesure bienveillante. — 17° Office départemental des mutilés : Composition. Avantages offerts par l'Office. Cartes de réduction sur les chemins de fer. Prêts aux mutilés. Secours. Machines à coudre, etc. — 18° Pupilles de la Nation. — 19° Victimes civiles de la guerre. — 20° Infirmières pensionnées. — 21° Pensionnés belges. — 22° Détenus bénéficiaires des soins gratuits. — 23° Sociétés de Secours mutuels. — 24° Modèles nombreux de demandes.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Doin, 8, place de l'Odéon.

R. J. Weissenbach et Gilbert Dreyfus. — **Les accidents sériques. Prophylaxie, traitement.** *Collection des Actualités de médecine pratique.* (Un vol. in-8, 160 p. : 15 fr. 40.)

G. Leven. — **L'aérophagie.** 2e édition. (Un vol. in-8 256 p., 28 fig. : 19 fr. 60.)

P.-R. Flandrin. — **Urologie.** *Collection des consultations journalières.* (Un vol. in-18, 184 p. : 14 fr.)

M. Carle et J. Lacassagne. — **Précis des maladies vénériennes**, 3e édition du Précis de V. Augagneur et M. Carle. *Collection Testut.* (Un vol. 656 p., 44 fig., 8 pl. : 70 fr.)

Chez N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Ch. Fiessinger. — **La pratique thérapeutique en clientèle**, Bibliothèque *Comment guérir.* (Un vol. in-8, 324 p. : 20 fr.)

Pierre Kahn, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris. — Guide de psychiatrie. (Un vol. 252 p. : 18 fr.)

Dr Cuillere. — **Guérison de la tuberculose par l'ail.** (Un vol. in-8, 110 p. : 6 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

MÉDECINE SOCIALE

La médecine en 1935

Il n'est pas si dangereux de faire du mal à la plupart des hommes que de leur faire trop de bien.

(La Rochefoucauld).

Dr S. PICHERIT (Ile d'Ouessant).

(Travail primé de notre Concours de 1926.)

Le *Concours médical* est incontestablement l'organe de défense professionnelle, à juste titre le plus répandu dans le Corps médical français et ses lecteurs assidus n'ont éprouvé aucune surprise en apprenant qu'il ouvrait un concours dans le but de faire connaître leurs prévisions sur l'état de la profession médicale et de la vie du médecin en 1935.

La première question qui se pose est de se demander quelles sont les intentions des promoteurs de ce concours. Faut-il y voir l'expression d'un sentiment de curiosité dans les réponses prophétiques de confrères impressionnés par les discussions du jour ? Ce serait mal connaître les éminents et très sympathiques directeurs du journal, qui, dans ce cas, se seraient adressés aux cartomanciennes et augures de la capitale et cette consultation rapide leur aurait permis d'économiser quelques bons billets, opération à ne pas dédaigner par ces temps de vie chère. Nous croyons au surplus que le jury serait fort embarrassé pour désigner les lauréats.

Cette anecdote me rappelle un concours pour la nomination de deux médecins des hôpitaux qui eut lieu dans une ville de province, il y a environ quarante ans, alors que j'étais étudiant de quatrième année.

Trois candidats se trouvaient en présence : un professeur à l'école et deux anciens élèves revenus récemment de Paris. L'épreuve écrite, très difficile pour l'époque, et très brillante, plaça les trois candidats sur un pied d'égalité. L'épreuve clinique fut différente. Pour la même malade, les deux jeunes portèrent le même diagnostic et le professeur en donna un autre. Résultat : les deux jeunes furent nommés et le professeur fut ajourné.

Quatre jours plus tard, la leçon clinique se tint à l'amphithéâtre sur le cas de cette malade après autopsie. Crac ! cette autopsie donna raison au professeur évincé. Aussitôt les cris, les vociférations, les injures se donnèrent libre cours : A bas le jury ! démission, démission ! ! et après une heure de chahut infernal, l'agitation se continua dans la rue.

Inutile d'ajouter qu'aucune démission n'eut lieu et le professeur malheureux répara son échec... l'année suivante.

Il pourrait bien en être de même du résultat de ce concours, à moins que, dans leur sagesse, les confrères du *Concours médical* ne reportent à 1936, le résultat de l'épreuve sollicitée.

En cette occurrence, qui vivra verra ! ! et les 3.000 francs de prix risquent fort d'aller grossir les fonds de la souscription nationale en faveur des sinistrés de la Martinique.

L'idée qui a présidé à l'ouverture de ce concours, nous semble plus sérieuse et plus opportune que toutes ces calembredaines. Le *Concours médical* a compris combien il serait utile, dans la période que nous traversons, de connaître l'appréciation personnelle des praticiens de France, et comme il sait leur aversion naturelle pour l'écriture, il tente par le moyen d'un concours de secouer leur apathie. Il est, en effet, désirable que cette enquête, nécessaire depuis de longues années, roule sur de très nombreuses collaborations, car il existe dans la pratique journalière de la médecine une infinité de petits détails inconnus dans les grands centres, qui énervent le médecin le plus patient et lui rendent quelquefois l'exercice de son art insupportable. La révélation de ces tracasseries ne suffira probablement pas à les faire disparaître, mais elle aura l'avantage de les faire connaître aux personnes en situation de pouvoir en empêcher le retour par des textes réglementaires plus précis et plus appropriés à notre époque.

Telle est la raison qui seule m'engage à apporter mes propres matériaux à l'enquête du *Concours* sur le présent. Estimant que l'évolution actuelle qui intéresse la profession médicale date d'un certain nombre d'années, je me propose d'en envisager le début, de critiquer le présent et d'en déduire l'avenir.

Avant 1875.

Jetons un rapide coup-d'œil sur la façon dont s'exerçait la médecine de 1860 à 1875.

Peu nombreux — environ 3 par ville de 10.000 habitants — très clairsemés dans les campagnes, les médecins menaient une existence d'une activité surprenante, leur clientèle s'étendant souvent au-delà de 20 kilomètres à la ronde et les moyens de transport dont ils disposaient étant d'une lenteur proverbiale. Aimés et estimés de tout le monde, ils ne comptaient d'ennemis que quelques personnages politiques jaloux de leur influence morale et aussi..... quelques confrères. Chose étrange ! alors qu'ils ne pouvaient suffire à leur propre clientèle, ils vivaient entre confrères soit amis, soit ennemis.

La médecine officielle se réduisait au service de l'hôpital et chacun s'efforçait d'y avoir une salle de malades, bien que ce service fût gratuit.

Les malades pauvres trouvaient en eux des bienfaiteurs aussi dévoués que désintéressés ; à eux, la première visite du médecin à son arrivée dans le village et presque toujours en quittant leur maison, il déposait discrètement sur le coin de la cheminée ou sur une table, la pièce d'argent nécessaire à l'achat des aliments ou des médicaments recommandés.

S i le médecin était d'un dévouement sans borne pour les familles, celles-ci en retour ne savaient rien lui refuser et à ce propos, j'éprouve un grand plaisir à renseigner les jeunes confrères sur les moyens employés jusqu'en 1919 par un vieux médecin de campagne que j'ai vu à l'œuvre et qui, plusieurs fois, me fit ses confidences.

Hiver comme été, il sortait de chez lui à 6 heures du matin et visitait à pied les malades de sa petite ville. Il entrait à l'hôpital à 8 heures et revenait chez lui entre 8 heures 1/2 et 9 heures.

Il prenait son petit déjeûner à la hâte, consultait les quelques malades qui l'attendaient et montait aussitôt en voiture accompagné de son domestique. Le point de direction qu'il choisissait était une maison amie située à environ 15 kilomètres et où un malade l'attendait. En cours de route, il faisait quelques zigzags suivant les exigences de la clientèle et il calculait son temps de façon à arriver au but pour l'heure du déjeuner. Le repas fini, comme il avait eu soin de renvoyer sa voiture, il se faisait conduire par son hôte chez un autre client éloigné auquel il demandait le même service. Et c'est ainsi que ne possédant qu'un cheval, il rentrait chez lui tous les soirs entre 11 heures et minuit après avoir parcouru une moyenne de 72 kilomètres. Quel est le praticien qui, de nos jours obtiendrait de sa clientèle des services quotidiens de cette nature ?

Les honoraires réclamés à cette époque étaient peu élevés, mais le nombre des malades visités chaque jour contribuait à former au total une recette régulière importante qui assurait l'indépendance du médecin ; tout se réglait entre médecin et malade sans interposition de qui que ce fût.

De 1875 à 1895

Après la guerre de 1870, les pouvoirs publics se préoccupèrent comme aujourd'hui de la dépopulation et envisagèrent comme premier moyen d'y remédier la conservation des êtres vivants et plus particulièrement la santé des jeunes enfants. Ainsi naquit la loi Roussel du 23 décembre 1874 qui créa les médecins inspecteurs.

Par application de l'article 5 : « la nomination de ces inspecteurs appartient aux préfets », une catégorie spéciale de médecins officiels était créée, ils devenaient fonctionnaires tout en conservant leur clientèle privée.

Les premières années de ce régime ne furent marquées par aucun incident mémorable.

Il n'en fut pas de même à partir de 1880, époque à laquelle les luttes politiques prirent un caractère aigu. Les préfets avant de nommer les médecins inspecteurs s'assurèrent de leur passé politique et exigèrent des gages de fidélité.

Les relations confraternelles se refroidirent singulièrement et chaque praticien fut coté suivant le clan politique où semblaient le ranger ses opinions personnelles. Jetons un voile sur un passé très regrettable et auquel nous ramènerait certainement le retour des nominations médicales officielles. Il n'en est pas moins vrai que cet article 5 de la loi Roussel fut le premier coup de pioche porté à l'indépendance médicale et que si les médecins de l'époque avaient refusé systématiquement le présent administratif, qui, au surplus ne leur rapportait rien, nous ne nous trouverions pas aujourd'hui en présence de dispositions légales plus politiques que charitables dont le médecin assume la plus lourde charge.

De 1893 à 1902

La facilité avec laquelle le Corps médical avait accepté les désignations d'office de médecins chargés d'un simple service de surveillance ne nécessitant aucune aptitude spéciale encouragea l'administration à entrer dans une voie nouvelle. De la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine nous ne retiendrons que les articles 13 et 15 en vertu desquels les médecins jouissent du droit de se constituer en association syndicale et sont tenus de faire à l'autorité publique la déclaration des cas de maladies épidémiques suivant une liste dressée par arrêté du Ministre de l'intérieur. Cette dernière obligation absolument contraire aux habitudes du Corps médical respectueux du secret professionnel révolta les consciences qui ne se soumirent à la loi qu'avec l'intention d'éviter à la collectivité des maladies dont l'ex-


TRAITEMENT DE LA SYPHILIS
PAR VOIE RECTALE
ACTIF · DISCRET · SIMPLE
INALTÉRABLES
ET
ABSORBABLES
SUPPOSITOIRES
CORBIÈRE
Pour
ADULTES 0,10 Cgr
ENFANTS 0,03 Cgr
NOURRISSONS 0,01 Cgr
d'Arsénobenzol
CORBIÈRE
A L'ARSÉNOBENZOL
(606)
Rigoureusement titré à 30% As pur
Présentés sous enveloppe
métallique hermétique
DOSES & MODE D'EMPLOI :
Le traitement comporte 48 suppositoires
en 2 séries de 24
Un suppositoire tous les soirs
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS (17e)
R.C. Seine 158 539

tension peut, suivant les mesures prises, être arrêtée sur place.

Cette dérogation à l'article 378 du code pénal demandée par l'administration consacre son ingérence dans une question de pratique médicale pure.

Pour aider à la compréhension de ce qui va suivre, je crois bon de révéler une conversation que j'eus à cette époque avec un sous-préfet très coté, très intelligent, parent d'une des personnalités les plus éminentes qui soient passées au pouvoir depuis l'avènement de la République. Après m'avoir fait admirer, de la terrasse de son hôtel, la beauté du paysage, il me regarda fixement et me dit :

« — Quelle belle profession vous avez choisie ! nulle autre ne saurait lui être comparée. Et cependant, il me semble que vous feriez bien d'en changer, car il est impossible qu'elle reste ce qu'elle est.

Le médecin pénètre dans tous les milieux, il est le dépositaire de tous les secrets de famille ; quoi qu'il fasse, ses services sont urgents au moment le plus inattendu et son influence ne peut être contrebalancée par personne. Avec ses idées larges, son dévouement infatigable, ses impatiences et sa droiture naturelle à quelqu'opinion qu'il appartienne il est le croquemitaine de l'administration. Incapable de se plier aux exigences administratives, s'il est mécontent, il commet les pires imprudences : bavardages, réclamations, articles de journaux, pétitions, plaintes, rien ne l'arrête. Il n'existe qu'un seul moyen de le calmer : la perspective d'une décoration dans un avenir incertain.

Non, cette situation ne peut pas durer et l'administration doit trouver quelque chose pour détruire cette influence.

— Et vos médecins fonctionnaires ?

— Le choix n'est pas toujours heureux. Assez dociles en apparence, ils se dédommagent en nous mêlant à tout et en faisant des sottises.

La loi sur l'Assistance médicale ne tardera pas à être votée. Si elle est applicable, la profession médicale perdra tous ses avantages et peut-être deviendra-t-elle avec le temps — surtout, si le nombre des médecins s'accroît, aussi peu enviable qu'elle est recherchée. »

Le sous-préfet qui me tenait cette conversation il y a 34 ans, occupe aujourd'hui un des échelons les plus élevés de la hiérarchie administrative et si je la publie, c'est parce que je lui trouve un caractère vraiment prophétique.

La loi sur l'*Assistance médicale* fut votée et elle est appliquée, ce qui me dispense de l'analyser puisque tout le monde la connaît.

Cette loi, due à l'initiative de l'administration et rédigée par elle, renferme des termes qui laissent à celle-ci une certaine latitude dans les moyens d'exécution : « Le Conseil général délibère sur l'organisation du service de l'Assistance. »

Ainsi donc l'administration propose et le Conseil général adopte ou refuse. C'est la revanche de l'administration sur le législateur qui, suivant une habitude néfaste, s'en remet à un règlement d'administration publique du soin de rendre la loi applicable. Aussi avons-nous vu les préfets tenter de confier le service de l'assistance à des médecins fonctionnaires désignés par eux. Et les Syndicats médicaux ne sont pas encore parvenus à établir dans tous les départements le libre choix du médecin par le malade. Voilà bien la preuve de la tendance administrative à la fonctionnarisation de la médecine.

Pour la première fois, nous voyons s'installer un troisième personnage *le tiers payant*, entre le médecin et son malade, et ce tiers payant, autrement dit l'administration, se fait accompagner comme toujours d'un cortège de fonctionnaires et de formalités. Cette lourde machine prend, en l'espèce, le nom de *contrôle*.

Remarquons en passant que seuls les départements dotés de médecins officiels n'ont pas de contrôle. Depuis plusieurs années, on a dit beaucoup de mal du contrôle et ayant été moi-même contrôleur, je tiens à donner quelques explications qui, je crois, jetteront un peu de lumière dans le débat.

Confrères, quand vous serez appelés dans vos syndicats à élire des médecins chargés de vous contrôler, ne choisissez que des confrères connaissant bien le service et le faisant à la campagne dans des conditions se rapprochant des vôtres. Que ce soit là votre première préoccupation et rejetez la candidature de tout confrère ambitieux, jaloux et autoritaire. Avant d'ouvrir le scrutin, faites bien remarquer aux futurs élus qu'ils ne devront leur élection qu'à leurs confrères et que ceux-ci conservent la liberté de leur demander des comptes et des explications.

Quelques faits feront mieux comprendre la portée de ces recommandations. Le règlement de l'assistance d'un certain département exigeait qu'avant de se déplacer pour aller visiter un malade, le médecin fût en possession d'un billet de visite signé du maire, président du bureau d'assistance. Or, une année, durant la saison des grands travaux agricoles, un maire de mes amis très occupé lui-même à sa culture et désireux d'épargner un temps précieux aux personnes assistées, prit le parti de ne fournir sur le-champ que ce simple billet :

Prière de visiter le malade X, demeurant à . . . . . . inscrit à l'Assistance, le billet réglementaire sera remis ultérieurement.

Signé : Le Maire.

Cette procédure avait l'avantage d'éviter un parcours de 9 kilomètres environ à des gens

pressés de rentrer chez eux. J'en reçus pour ma part 26 et les bons réglementaires me furent délivrés à la fin de décembre. Comme ils portaient tous la date du jour où la visite avait été faite, ils ne cadraient plus avec l'ordre chronologique du registre à souche et la Préfecture ordonna une enquête qui établit la véracité des faits tels que je viens de les donner. Elle conclut à l'annulation des bons délivrés et conséquemment à la réduction des honoraires s'y rapportant. Cette proposition vint devant le comité départemental qui l'approuva. J'en eus connaissance six mois plus tard en recevant un mandat amputé de la somme afférente aux billets ci-dessus. Je m'empressai d'aller demander des explications aux deux confrères contrôleurs et j'obtins cette réponse ahurissante : voyez la préfecture, ceci ne nous regarde pas.

La préfecture se retrancha derrière la décision du comité départemental sans autre explication. J'eus alors recours aux bons offices du « Sou Médical », qui porta mon affaire devant le Conseil d'Etat et en 1915, la préfecture me communiqua la décision de ce tribunal qui rejetait ma requête pour ne pas m'être adressé en premier lieu au Conseil de préfecture.

Si l'espace me le permettait, je copierais pour l'édification de mes confrères, le réquisitoire du secrétaire général, reconnaissant que les visites avaient été faites, que les soins avaient été donnés, mais tendant à établir qu'une entente coupable avait existé entre le maire et moi.

Si, dans ce raisonnement, la logique perdait ses droits, en retour la politique y trouvait largement son compte.

Nous savons tous avec quelle facilité les maires délivrent des billets de visites à des personnes même non dépourvues de ressources quand ils savent que cette mesure peut augmenter leur propre popularité.

Il n'y a donc pas lieu d'être surpris de l'augmentation constante des dépenses d'assistance médicale, mais les préfets, au lieu de solliciter des maires une plus grande sévérité s'en prirent un peu partout à de prétendus abus commis par les médecins, et ce qu'il y a de plus grave, c'est qu'ils ont rencontré dans les médecins contrôleurs des hommes assez faibles pour soutenir cette appréciation ; et je pourrais citer tel département où, à leur instigation, le diagnostic de chaque malade doit être porté sur le carnet de visites.

Quand on entre dans la voie de l'illégalité, de concert avec l'administration, on ne sait plus où s'arrêter et c'est ainsi que les mêmes contrôleurs s'immisçaient dans le traitement en comparant les ordonnances au diagnostic et arrivaient à conclure que les dépenses de pharmacie étaient exagérées et qu'une partie de ces dépenses seraient imputées au médecin traitant.

Me trouvant un jour, en qualité de président de mon syndicat, dans le cabinet du préfet, celui-ci me dit :

— Je vous serais bien reconnaissant de m'indiquer le moyen de supprimer les abus que commettent les médecins de l A. M. G., c'est véritablement scandaleux.

— Oui, lui répondis-je, il se passe un scandale honteux, ma's, à mon avis, c'est la commission de contrôle qui en est l'auteur.

— Je ne comprends plus ; la commission se borne à réduire le nombre abusif des visites et à réprimer l'exagération des prescriptions.

— Mais sur quoi se base la commission ? Pour ma part, j'ai été plusieurs fois frappé par ses sent nces et cependant j'ai conscience de n'avoir jamais commis d'abus.

— Sur le diagnostic du médecin traitant.

— Et si par application de l'article 378 du code pénal des poursuites étaient exercées contre un médecin, prendriez-vous la condamnation à votre charge ?

— Non ! je suis couvert par le règlement.

— Et de quel droit la commission supprime-t-elle des visites quand le médecin produit un billet de la mairie et que votre règlement l'oblige à déférer ? S'il y a abus qu'elle l'impute au maire ordonnateur et non pas au médecin exécuteur.

— Nous n'avons pas de moyen de répression pratique contre les maires.

— Quant à l'exagération des prescriptions, la commission outrepasse son droit de contrôle en s'ingérant dans le traitement des malades.

— Les dépenses de médicaments atteignent un chiffre beaucoup trop élevé.

— Cela ne peut tenir qu'à deux causes : quantité des médicaments prescrits et prix élevé de ces médicaments. Dans l'un comme dans l'autre cas, un seul moyen est efficace ; établir un tableau des quantités maximum de médicaments permises sur une seule ordonnance.

— Mais nous obtiendrons le résultat des taxes officielles sur les denrées de première nécessité ; les médecins prescriront toujours la quantité maximum.

— Il est question de médicaments et non pas de pâtisserie. Toutefois, il ne faut pas s'y méprendre, la restriction du nombre des visites n'est possible qu'à la condition de prescrire au malade assez de médicaments pour lui permettre d'attendre le retour du médecin.

— Votre idée me semble bonne, je vais l'étudier.

Un mois après cette entrevue, le tableau était envoyé à tous les médecins du service et les abus, paraît-il, cessèrent comme par enchantement.

En vertu de ce tableau, le médecin pouvait prescrire 30 grammes d'iode métallique, un gramme de morphine, 100 gr. de pilules d'extrait d'opium, 100 gr. d'une teinture quelconque, mais il ne pouvait prescrire plus d'un gramme de

scammonée, un kilogr. de plâtre à mouler, 500 gr. d'eau blanche, 100 gr. de lactose et 150 gr. de potion gommeuse.

J'ai demandé plusieurs fois, en qualité de contrôleur, quel était l'auteur de ce chef-d'œuvre sans obtenir un renseignement précis.

Ce contrôle entendu comme il vient d'être décrit, en outre des inconvénients signalés ci-dessus, amena un résultat regrettable. Le travail en commun de l'administration d'une part, des médecins et pharmaciens d'autre part, initia l'administration aux actes pratiques de ces deux professions avec application d'honoraires réduits, à tel point qu'à cette heure, dans le même département, tout le contrôle est effectué par l'administration et que la commission est réduite au rôle effacé consistant à approuver le rapport qu'on veut bien lui présenter et à en endosser la responsabilité.

Confrères, méfiez-vous des quémandeurs de décorations. Et cependant le contrôle bien compris a ses avantages en ce sens qu'il est un intermédiaire entre le tiers payant et le médecin, mais n'oublions pas que tant valent les contrôleurs, tant vaut le contrôle.

Les nombreuses critiques apportées au contrôle de la loi d'A. M. G. et que j'ai établies longuement me permettront de passer rapidement sur la loi du 1er avril 1898 concernant les sociétés de *secours mutuels* et sur celle du 9 avril 1898 sur les *accidents du travail*. Si les sociétés de secours mutuels ont vécu jusqu'à ce jour, elles le doivent à la générosité des médecins qui, pour une somme infime et souvent pour rien, donnèrent leurs soins à leurs adhérents. Ils en furent du reste très mal récompensés : quand, par suite des nécessités de la vie, les médecins voulurent augmenter légèrement le tarif de leurs honoraires, ils se heurtèrent à une mauvaise volonté évidente et souvent ces sociétés firent venir de loin de jeunes confrères nécessiteux à qui elles confièrent exclusivement leur service médical.

Avec la *loi sur les accidents*, on enregistre un retour offensif de l'administration contre le libre exercice de la médecine. Les principaux griefs à lui adresser concernent la paperasserie, le contrôle technique et la taxation des honoraires par catégories.

Au début de son application, les compagnies d'assurances empiétaient sur la liberté du blessé en lui assignant plus ou moins ouvertement un médecin de leur choix. De nouvelles dispositions légales mirent fin à ces exigences.

Il est profondément regrettable que le médecin traitant ne conserve pas son entière liberté d'action dans le traitement de son blessé et qu'il soit obligé, sous peine de responsabilités graves, de demander dans certaines circonstances l'avis du tiers payant, en l'espèce le patron et son assurance. Car si, juridiquement, le médecin ne connaît que le blessé et son patron, en fait, c'est l'assurance qui agit au nom du patron ; et comme les assurances sont des sociétés financières qui tiennent à verser chaque année un dividende sérieux à leurs actionnaires, il en résulte qu'à tout moment elles guettent l'occasion de réduire à leur minimum les honoraires du médecin, ne reculant devant aucune procédure pour aboutir à leurs fins. Fort heureusement, le médecin, s'il veut assurer sa tranquillité n'a qu'à adhérer au « Sou Médical », qui se chargera de tenir tête aux Compagnies d'assurances et de les poursuivre à ses frais devant les tribunaux compétents.

De 1902 à 1925

La loi du 15 février 1902 sur la santé publique réédite l'obligation pour le médecin de déclarer à l'autorité les cas de maladies épidémiques et consacre l'obligation pour l'administration de procéder à la désinfection.

Pendant quelques années, ces prescriptions furent régulièrement exécutées, mais l'administration, probablement dans un but d'économie, chargea d'opérer les désinfections un personnel sans compétence, et souvent sans intelligence.

J'ai signalé autrefois, dans le *Concours médical*, le cas d'une désinfection consécutive à la déclaration d'une fièvre typhoïde chez une fillette de 13 ans qui fut commandée et exécutée à jour fixe sans avoir au préalable demandé l'avis du médecin traitant. Quand les cantonniers se présentèrent à la maison, l'enfant était couchée et seule et ayant 38° de température ; ils la contraignirent à se lever et à aller rejoindre sa mère travaillant à 1.500 mètres de là. A ma protestation, on répondit verbalement : la désinfection rendue obligatoire par votre déclaration a été ordonnée et exécutée : c'est légal et réglementaire.

J'avoue que, depuis cet incident, je n'ai fait de déclaration que lorsque je ne pouvais m'en dispenser. Il est probable que de nombreux confrères agissent de la même façon.

Cette même loi crée l'obligation de la vaccination anti-variolique et les revaccinations et, afin d'en assurer l'exécution, l'article 2 du décret du 27 juillet 1903 est ainsi conçu : Dans chaque département le préfet nomme les médecins, les sages-femmes et les autres agents du service de la vaccine. De sorte que cette même loi institua des directeurs départementaux d'hygiène et des agents vaccinateurs. Quant aux autres prescriptions qu'elle renferme, touchant l'hygiène on n'en entendit jamais parler.

Sous la poussée de personnages influents, certainement animés d'excellentes intentions, mais généralement dépourvus de toute compétence, une ère nouvelle s'ouvre pour le législateur ; faisons de l'hygiène, c'est leur mot d'ordre. C'est ainsi qu'on vit naître des lois ; interdisant le bibe-

ron à tube ; protégeant les femmes en couches ; réglementant le travail des mineurs ; assistant les vieillards et les infirmes, etc., etc., lois qui touchent de très peu l'exercice médical.

Il n'en est pas de même de la loi du 31 mars 1919, en faveur des pensionnés de la guerre, qui met au compte de l'Etat les soins médicaux et pharmaceutiques des réformés, quand ces maladies ou blessures ont causé la mise en réforme et conséquemment la pension. Le législateur avait bien imposé sa volonté mais, comme de coutume, l'administration a cherché à restreindre l'application de cette loi et à en ramener la dépense au strict minimum.

Tout d'abord, elle entendit appliquer le tarif d'A.M.G. aux honoraires des soins donnés aux réformés et elle ne prêta l'oreille aux justes réclamations du Corps médical que lorsque celui-ci, uni et discipliné dans ses syndicats, refusa de lui adresser ses mémoires et exigea du blessé ou malade le paiement intégral des sommes dues. Enfin, après quelques mois de discussion, l'incident aboutit à la publication du tarif Maginot.

Le tarif des accidents du travail divisait les médecins en deux catégories suivant l'importance numérique de la population de leur résidence, le tarif Maginot les divise en trois catégories. Il est inutile de faire remarquer combien ces catégories sont injustifiées puisqu'il est admis, en dehors de l'administration intéressée à cet état de chose, que le coût de la vie subit une élévation d'autant plus grande que la localité est plus petite, à l'exception du prix des loyers.

Si le libre choix est écrit dans la loi, le médecin est tenu de subir un contrôle sévère de ses notes et dans le cas où une intervention est nécessaire d'en demander l'autorisation au contrôle.

Que nous voilà loin des conditions de pleine et entière liberté que connaissaient les honorables praticiens qui nous ont précédés dans la carrière ! !

1926

Tuberculeux et vénériens forment depuis quelque temps deux catégories de malades que l'administration cherche à soustraire de la clientèle ordinaire pour les envoyer dans des dispensaires créés à grand frais et dont la direction est confiée à de nombreux médecins fonctionnaires. Réglementairement, ces dispensaires ont pour but unique les recherches de laboratoire afin d'aider le médecin praticien à établir un diagnostic précis. La pratique nous semble bien différente et en voici une preuve : dans la dernière réunion générale d'un grand syndicat de province, le président posa la question suivante : quelqu un d'entre vous a-t-il vu revenir à lui un tuberculeux qu'il avait adressé au dispensaire ? Silence général, il faut donc en conclure qu'à l'instigation d'infirmières bien dressées, les malades, à leur sortie du dispensaire, sont habilement dirigés vers le cabinet du directeur et que celui-ci continue à les soigner jusqu'à épuisement de leurs ressources financières et .... physiques. Alors seulement les malheureux se souviennent de leur médecin traitant et ils vont péniblement lui porter..... leur dernier soupir.

Le nombre des médecins exerçant leur profession en France s'élève actuellement à un chiffre légèrement supérieur à 25.000. Crier contre cette réplétion me semble exagéré, mais il n'est pas douteux que si cet effectif augmentait même dans une légère proportion, la profession médicale ne nourrirait plus son homme. A mon avis, cette question paraît du plus grand intérêt et il n'est que temps de la voir mise à l'étude dans tous les syndicats, de même qu'ils feraient bien de s'occuper dès maintenant d'une meilleure répartition des médecins de façon à satisfaire les légitimes désirs de la population.

Si notre indifférence nous incitait à ajourner la solution de ce problème, l'administration, qui épie nos moindres mouvements, profiterait d'occasions dont l'éventualité semble prochaine pour exploiter les rivalités existantes dans certaines régions trop favorisées et créer dans d'autres de nouveaux médecins fonctionnaires.

Des syndicats.

Des syndicats de médecins sont désormais organisés sur tous les points du territoire et beaucoup se sont fédérés afin de mieux coordonner leurs efforts et d'unifier, quand ils en voient la nécessité, leur tactique offensive et défensive. Syndicats et fédérations entretiennent entre eux un lien commun d'étroite solidarité qui porte le nom d'*Union des Syndicats Médicaux de France* dont le siège est à Paris.

L'intervention des Syndicats dans le règlement des relations médicales avec les multiples collectivités se fait de plus en plus sentir au grand profit des malades et des médecins. Cet organisme peu compliqué devrait rendre de plus grands services qu'il ne le fait s'il ne traînait à sa suite quelques boulets qui embarrassent sa marche.

C'est d'abord le nom qu'il porte : le mot Syndicat sonne mal à certaines oreilles et le public paisible et travailleur se méfie des Syndicats médicaux comme de beaucoup d'autres dont il a eu à se plaindre.

En second lieu, dans nos Syndicats, il existe une catégorie importante de confrères qui, leur cotisation une fois versée, restent indifférents aux décisions syndicales à moins qu'elles ne favorisent leur intérêt personnel immédiat. S'ils assistent aux réunions, ils se rassemblent dans un coin de la salle, conversent entre eux sans se préoccuper de la discussion en cours et finalement votent sans trop savoir pourquoi. De retour chez eux ils ne se souviennent de rien et continuent comme

par le passé des habitudes que leur propre vote a condamnées. Quels services attendre de ces gens-là !

En troisième lieu, il faut bien reconnaître que si 17.000 médecins sont syndiqués, il en reste environ 8.000 à ne pas profiter du syndicat et à exercer leur profession sans se préoccuper du voisinage de leurs confrères.

Dans ces deux dernières catégories, il semble qu'une certaine évolution se manifeste depuis quelques années, tendant à la commercialisation de la médecine.

Le malade se trompe aisément sur l'empressement de son médecin à lui faire de très nombreuses visites qu'il croit d'autant plus urgentes que toujours un diagnostic grave a été porté, nécessitant régulièrement de petites interventions quand ce ne sont pas des grandes. Le rêve est terminé quand la note arrive, et il fait place à une cruelle désillusion.

En général, tant vaut le président d'un Syndicat, tant vaut le Syndicat ; et ce rôle n'est pas toujours aussi facile à tenir qu'on le croit. Trop faible, un président se heurte à mille difficultés pour atteindre le but qu'il poursuit : les syndiqués ne marchent pas. Trop ferme, il entend à chaque instant des menaces de démission et sa meilleure volonté est paralysée.

Je connais un grand Syndicat d'une ville de province d'une importance moyenne qui aurait pu faire de grandes choses si ses membres avaient vécu dans une union plus intime. Convaincu que les divisions qu'il constatait parmi les confrères tenaient à ce qu'ils ne se connaissaient pas suffisamment, un président habile décida la formation d'un cercle médical auquel adhérèrent les pharmaciens et les médecins vétérinaires de tout l'arrondissement. Ce moyen fit merveille ; au bout de quelques mois, les confrères habitués à se réunir chaque jour au cercle vécurent en bonne camaraderie et, par suite ils devinrent des syndiqués actifs. Le procédé mérite d'être répandu.

Quand l'union existe dans un Syndicat, l'intervention de ce dernier est généralement acceptée des collectivités qui sont contraintes après discussion d'accepter les conditions offertes par le Corps médical. C'est ainsi que, dans une région où pullulent les sociétés de secours mutuels et où le tarif médical avait été jusqu'au commencement de 1925 à l'abonnement pour le prix dérisoire de 12 francs par famille et par an, des contrats ont été passés de part et d'autre adoptant, pour un temps limité à deux ans, le tarif à la visite à un chiffre supérieur à celui de l'A. M. G. C'est ce qu'on appelle *le contrat collectif*.

Le projet de loi sur les assurances sociales a amené la dissension à l'assemblée générale de l'Union en 1925. La lecture du compte rendu des séances jette le trouble dans l'esprit du lecteur. Il semble, en effet, qu'un grand nombre de confrères ne s'est pas aperçu de l'extrême subtilité séparant les différents systèmes proposés à leurs votes ; pour ma part, j'en suis à me demander si les termes de *tiers payant*, *de contrats collectifs* et d'*entente directe* sont compris par tout le monde. Que les médecins consciencieux s'insurgent contre le tiers payant et son contrôle, formalité qui s'accompagne de demandes d'explications et de correspondances ennuyeuses, je partage ce sentiment, mais je leur conseille de jeter un regard autour d'eux, de bien examiner les agissements de certains voisins et je leur demande de me répondre en toute sincérité si certains procédés qu'ils voient mis en usage et qui les font bondir d'indignation n'appellent pas un contrôle sévère concluant à des mesures exceptionnelles. Or, ce contrôle doit s'exercer sur tout le monde sous peine de laisser échapper les coupables.

L'*entente directe* du médecin avec son malade, réduit les formalités administratives à leur plus simple expression, comme dans la clientèle ordinaire et à ce point de vue, c'est le système rêvé. A conclure de là qu'il soit applicable, il y a loin, parce que si le médecin a touché sa note sans difficulté, le client assuré se heurtera, quand il se présentera à la caisse de son assurance pour demander le remboursement de la somme versée, à des hésitations, à des remontrances et quelquefois aussi à de la mauvaise volonté. L'administrateur comparera plusieurs notes occasionnées, à son avis, par des maladies semblables et s'il existe une différence notable entre ces notes, il jugera bon de réduire la plus forte. De sorte, que dans bien des circonstances, l'*entente directe* se transformera insensiblement en *tiers payant* sans en présenter les gages de sécurité pour le médecin à qui le malade non dédommagé réclamera ce qu'il appellera un trop perçu. Tous les confrères qui ont eu l'honneur d'être envoyés par leur syndicat à l'Assemblée générale de l'Union se féliciteront du tapage fait en décembre dernier à propos de l'élection des membres du Conseil. Sur la liste qui leur est distribuée peu de temps avant l'ouverture du scrutin combien de candidats sont connus? Comme au Palais-Bourbon, les beaux parleurs jouent leur va-tout dans cette épreuve et plus tard les électeurs, trompés sur la valeur de leurs élus, manifestent leur indignation trop souvent justifiée. Pour représenter exactement le Corps médical, l'élection du Conseil de l'Union doit être régionale et avoir lieu à jour fixe dans tous les syndicats.

1935

De graves événements ont eu lieu. La loi sur les *assurances sociales* que les politiciens escomptaient pour 1926 n'a vu le jour que quelques semaines avant les élections législatives de 1928.

Comme il était facile de le prévoir, cette loi ressemble à s'y méprendre à ce qu'étaient aupara-

vant les Sociétés de secours mutuels. Chaque arrondissement possède sa caisse avec autorisation d'établir des succursales dans quelques chefs-lieux de canton importants fonctionnant sous sa direction. Malgré les subventions accordées à ces caisses par l'Etat, les départements et les communes, leur début fut très difficile ; les populations rurales peu confiantes refusèrent d'abord le paiement de leurs cotisations forcées et quand, enfin, elles les eurent portées à la caisse dont elles dépendaient, elles assiégèrent le cabinet des médecins de demandes de visites. Quand le paysan et même l'ouvrier consentent un versement, ils entendent en tirer un profit supérieur à la somme déboursée. En présence de demandes aussi nombreuses, devant entraîner des dépenses considérables, l'administration des Caisses débordée et inquiète prit des décisions tantôt heureuses, tantôt malheureuses qui augmentèrent le mécontentement général ; on en cite quelques-unes qui ont dû fermer leur porte.

Si les médecins ont été très occupés, en retour, ils ont peu touché et encore leurs honoraires ne leur ont-ils été soldés qu'après un long laps de temps. Dès ce moment, certains confrères marrons prirent le parti de se faire payer par le client sans délivrer de reçu, en même temps qu'ils adressaient leur note à la caisse d'assurance.

Les conflits furent très nombreux et des montagnes de paperasses encombrèrent les tables des cabinets de consultations.

Comme pour l'A. M. G., les conseils généraux eurent l'attribution des tarifs à appliquer et les Syndicats parvinrent avec beaucoup de peine à obtenir une rémunération à peu près convenable.

Dans chaque département, le préfet désigna des médecins contrôleurs de son choix chargés de la vérification des mémoires des médecins et en même temps, des expertises et des inspections requises par les caisses. Et ces médecins choisis dans le milieu où ils avaient exercé n'abandonnèrent rien de leurs anciennes amitiés ou de leurs inimitiés.

Si le libre choix du médecin est écrit dans la loi, des caractères peu recommandables s'ingénient à mettre en action mille petits moyens capables de diriger ce choix sur leur propre personne sans cependant faire échec à la loi. Les fonctionnaires des caisses, dans leurs inspections ou dans le retard apporté au paiement se prêtèrent volontiers à cette tactique ; des faits divers relatés dans la presse élogieuse pour le Dr X ou Y, quelques recommandations, voilà des moyens qui ne tombent pas sous l'application de la loi et qui, cependant, contribuent à détourner la clientèle d'un cabinet pour la diriger sur un autre.

La lutte pour la vie plus acrimonieuse que par le passé devient très pénible à certains caractères peu préparés à ce genre de sport si différent du rêve entretenu pendant les années d'études par des natures sentimentales avides de dévouement pour les malades. Elles réagissent avec courage après les premières désillusions espérant de meilleurs jours, grâce à une plus grande clairvoyance d'un public égaré, mais, quand chaque jour accroît régulièrement le nombre de ces désillusions, elles perdent confiance en elles-mêmes, elles se montrent timides et craintives et elles deviennent incapables d'une réaction salutaire. Et cependant, ce serait parmi ces hommes malheureux que la clientèle trouverait le médecin qu'elle désire, consciencieux, honnête et dévoué.

Combien de ces très honorables confrères, déçus moralement et financièrement, abandonnent leur profession, laissant ainsi la place libre à des hommes peu recommandables !

Une jurisprudence nouvelle, sollicitée par le recours d'un syndicat de compagnies d'assurances contre les accidents, décharge ces dernières des dépenses médico-pharmaceutiques nécessitées par les complications médicales ou résultant du traitement des accidents pour les mettre au compte des caisses sociales. Le rôle du médecin chargé de délimiter les attributions respectives à ces deux sortes d'assurances devient singulièrement délicat, et des aigrefins exploitent cette situation pour réclamer aux deux parties en cause des honoraires résultant de soins uniques.

Il arriva que ce jeu d'escroc fut enfin découvert et une inspection sérieuse de la comptabilité des caisses et des assurances accidents montra au grand jour que ce délit était familier à de nombreux médecins. La presse quotidienne cria : au scandale ! et publia de nombreuses arrestations. Des enquêtes furent ordonnées sur tous les points du territoire et elles aboutirent à démontrer que ce nouveau scandale avait des proportions autrement importantes que jadis celui de Marseille.

Des mesures d'ordre général s'imposaient et le parlement, enfin décidé à écouter les avis des syndicats médicaux, décida la création d'un ordre des médecins sous le nom de Caducée. Désormais, tout médecin désirant exercer son art est tenu de se faire inscrire au Caducée du département dans lequel il entend résider et les jeunes y sont astreints à un stage d'une durée de deux années.

En réalité, le Caducée prend la place des Conseils de famille dans les syndicats et ses décisions sont appliquées suivant la procédure ordinaire de droit commun. Sa juridiction s'étend sur tous les conflits d'ordre médical, soit entre médecins, soit entre médecins et clients.

Puisse cette institution, trop récente pour être jugée sainement, procurer à tous ceux qui exercent leur profession avec loyauté, conscience et probité, de longues années de paix et de prospérité.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Emprise Mutualiste.

Le 24 mars 1926, le Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale adressait à ses préfets la lettre suivante :

A diverses reprises et notamment au cours des dernières sessions du Conseil supérieur de la Mutualité, le désir a été exprimé par des représentants autorisés des sociétés de secours mutuels, que l'élément mutualiste pénétrât dans les Commissions administratives des hospices et des bureaux de bienfaisance.

Le Conseil supérieur de l'assistance publique en a de nouveau délibéré lors de sa dernière assemblée plénière. Il a été d'avis que satisfaction pouvait être donnée à ce vœu et que l'on pouvait recommander aux préfets de faire figurer, parmi les délégués à leur nomination, des personnes qui, étant avant tout qualifiées au point de vue de l'assistance font, par ailleurs, partie des Commissions administratives de Sociétés de Secours mutuels.

Cette manière de voir étant celle de ma circulaire du 23 mai 1924, dont les recommandations semblent avoir été perdues de vue, je ne puis que vous engager à vous reporter à ce document et à vous en inspirer lorsque vous aurez à désigner de nouveaux membres des Commissions administratives des établissements de bienfaisance de votre département.

Le Ministre, DURAFOUR.

Nous trouvons l'écho de cette circulaire dans les vœux de l'Union départementale des Sociétés de Secours mutuels de la Haute-Vienne, dont le numéro 2 est ainsi conçu : Qu'à mesure qu'il se produira des vacances dans les Commissions administratives des hospices et des bureaux de bienfaisance, la circulaire du 24 mai de M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène et de l'Assistance et de la Prévoyance sociales ne soit plus considérée comme lettre morte, qu'il soit fait appel au concours de la Mutualité.

La question n'est certes pas nouvelle. Il y a longtemps que la Mutualité cherche à s'immiscer dans la direction des bureaux de bienfaisance, des hôpitaux et hospices.

Elle cherche toujours à établir une confusion entre les mutualistes et les indigents. Pour cela, elle a déjà réclamé, à maintes reprises, l'inscription d'office des indigents inscrits au bureau de bienfaisance aux Sociétés de Secours mutuels : les communes utilisant les économies réalisées de ce fait à payer les cotisations mutualistes.

La Mutualité aurait en charge le service médical des indigents et l'on pourrait supprimer le service d'assistance médicale gratuite. Il serait oiseux de répéter qu'on ne peut superposer le service médical des Sociétés mutuelles, service n'ayant pas le libre choix du médecin, ne s'occupant que des visites et consultations ordinaires, négligeant le plus souvent les opérations, les accouchements, service médical limité à deux ou trois mois au maximum, rejetant les cas chroniques, etc., avec le service élargi de l'A. M. G. où toutes les interventions médicales et chirurgicales sont autorisées avec un tarif spécial aucunement comparable au tarif médical de famine des Sociétés mutuelles.

Les bureaux de bienfaisance et les commissions administratives sont bien administrés par des citoyens intègres, électeurs cherchant à concilier les intérêts des indigents avec ceux des contribuables. Je ne vois pas, pour ma part, quelle amélioration pourrait amener l'introduction des dirigeants mutualistes au sein de ces conseils.

Mais je vois bien, par contre, les inconvénients qui pourraient en résulter. Les administrateurs des Sociétés mutuelles, au lieu d'être neutres et indépendants, seraient les représentants d'un groupement, d'une coterie, qu'ils auraient à cœur de favoriser s'ils voulaient être réélus au bureau de ces Sociétés.

Leur but, sans souci des finances municipales, serait de procurer aux mutualistes les avantages réservés jusqu'à ce jour aux seuls indigents ; leur but serait de faciliter l'entrée gratuite des hôpitaux et hospices aux membres des Sociétés mutuelles, au détriment des véritables pauvres, qui souvent ainsi, faute de place, seraient privés du lit auquel ils ont droit. Ce serait la mainmise complète des mutualistes sur les services des pauvres et nécessiteux, dépouillés par des sociétaires souvent aisés, et donnant à leur avarice le masque d'une semi-indigence factice.

Vous tous confrères, qui, depuis toujours avez eu à vous plaindre de l'exploitation mutualiste, serez-vous écoutés facilement dans les Commissions hospitalières où vous avez déjà tant de mal à élever la voix, quand les mutualistes auront éliminé peu à peu les autres membres de ces Commissions pour se créer une majorité.

Est-ce avec les mutualistes que vous arriverez à conquérir dans les hôpitaux des honoraires pour les soins donnés aux malades qui ne sont pas des indigents, pour les accidentés du travail, pour les gens aisés qui se faufilent dans les salles de traitement.

Les leçons du passé suffisent à vous garantir des menaces de l'avenir.

J'ai encore à signaler une autre tentative d'emprise mutualiste.

Parmi les vœux de l'Union mutualiste de la Seine-Inférieure et de l'Eure dans son Congrès annuel tenu à Elbeuf, le 20 juin 1926, paragraphe III :

Que le Parlement prenne la défense des Sociétés de secours mutuels en décidant, *dès maintenant*, que les tarifs des consultations et visites médicales appliqués à ces sociétés soient établis annuellement par département, par une Commission désignée à cet effet et comprenant comme président le préfet, assisté des délégués du Syndicat des médecins, ainsi que ceux des Sociétés de Secours mutuels.

Pourquoi le préfet même après avoir consulté les représentants des Syndicats médicaux et des Sociétés de secours mutuels établirait-il en faveur des mutualistes un tarif pour les visites et consultations ?

Ces intéressants mutualistes sont-ils des indigents ? Non, au contraire. Alors pourquoi établir un tarif pour les médecins et pourquoi ne pas établir un tarif analogue pour tous les commerçants et tous les commerces de France et surtout à tous ces commerçants qui pullulent dans les Conseils d'administration des Sociétés mutuelles pour recueillir des bouts de rubans qui tombent à certaines époques aussi nombreux que les feuilles de nos arbres à l'automne. Il y aurait peut être motif de refréner ainsi les appétits de nombreux mercantis qui crient haro sur le baudet de pauvre médecin, pour cacher leurs méfaits et crient au voleur pour ne pas attirer l'attention sur leur compte.

Le médecin, quoi qu'on en dise, n'a pas proportionné le relèvement de ses honoraires à l'index économique ; ses honoraires sont triplés en moyenne, laissant loin derrière eux les tarifs du commerce passant de 5 à 6 fois les prix d'avant guerre et encore il y a des services gratuits pour les indigents ne pouvant payer les honoraires des médecins.

En est-il de même pour les autres commerces ? Un indigent trouvera-t-il gratuitement des aliments chez les fournisseurs ? Je ne le crois pas.

D'autre part, il n'y a guère qu'un commerce qui ait un tarif, la boulangerie. Mais encore tient-on compte des prix des blés, des frais généraux de leur profession, leur calcule-t-on une marge de bénéfices très acceptable et avec laquelle ils font rapidement fortune, mais encore pour augmenter ces bénéfices leur laisse-t-on la vente non surveillée du pain de fantaisie avec la facilité de s'écarter du poids réel annoncé et autorise-t-on des écarts pouvant aller du tiers à la moitié.

Si on voulait adopter ce genre de tarif à la profession médicale, tenir compte des frais généraux d'établissements et autres, je crois que la conclusion qu'on serait obligé de tirer serait l'augmentation des tarifs médicaux, de beaucoup inférieurs à ceux des pays voisins.

Il est encore un autre point à envisager. Jusqu'ici, dans les contrats collectifs de travail, il y avait deux parties en cause, qui discutaient de leurs intérêts collectifs et signaient un compromis librement consenti des deux parts. C'est ainsi que bien des contrats furent conclus entre médecins et Sociétés de Secours mutuels dans maints endroits de France.

Que devient dans l'espèce l'apparition de ce croquemitaine du préfet, qui prend une décision comme Guignol donne des coups de bâton au commissaire. C'est bon pour amuser les enfants et les faire ironiquement sourire.

Il est presque souhaitable que le vœu de ce Congrès ne soit pas pris en considération, car ce serait la fin du service médical des Sociétés mutuelles et le mutualiste qui n'est pas un indigent payerait, ce qu'il aurait toujours dû faire, comme un client ordinaire.

Le compte rendu ne donne pas le nom de l'auteur de ce vœu, c'est regrettable. Car je réclamerais pour lui la croix de la Légion d'honneur, il l'aurait certes bien méritée pour les services insignes rendus à la cause de la Mutualité sacro-sainte avec un grand M.

D[r] M. Vimont.

VARIÉTÉS

Autour du Centenaire de Laennec.

Comme je me rendais à l'Académie, me hâtant, lentement, le long de la rue Bonaparte afin d'arriver, de bonne heure, au Centenaire de Laënnec, le Destin, père des Journalistes, me fit rencontrer M. le D[r] Jules Renault, médecin des hôpitaux de Paris, et l'un de ceux qui ont lu Laënnec sans le dire. Et cela se passait du temps où Debove était le brillant chef de service que ses élèves ont connu.

M. Jules Renault ne m'en voudra pas de citer, en commençant ma chronique, de citer, dis-je, aux lecteurs du *Concours médical*, l'interrogation qui fut comme l'amorce de notre conversation : « *Pourquoi donc a-t-on encore écrit,* depuis Laënnec, *sur la tuberculose pulmonaire ?*..... *Mais pour qui veut lire son traité d'auscultation* (c'est avec un réticence voulue que ce grand médecin d'enfants n'ajoutait pas « médiate »...),

on y trouve tout ce qu'on on a besoin de savoir ». C'était, en somme, vouloir dire pourquoi il n'avait pas été profité du centenaire pour éditer, à nouveau, l'œuvre immortelle du Maître que M. Maurice Letulle n'a pas craint d'affirmer être le plus grand médecin depuis Hippocrate.

... Nous eûmes quelque peine à nous placer, car, même la tribune de la Presse (*horresco referens*) était envahie par certains membres de l'Académie et nous aurions eu mauvaise grâce de leur en vouloir.

Le matin même nous avions rencontré, en une solennelle cérémonie, la plupart de ceux qui fêtaient, au cours de cet aprsès-midi « le, *petit Laennec du pléthorique Broussais* » qui, voici, cent ans, s'endormit dans un pauvre cimetière de village à Ploaré, en Bretagne où, pour déclarer sa mort à l'état-civil, « se présentèrent un cultivateur et un manouvrier qui assurèrent ne savoir signer ». Cent ans !..... Un cardinal remplace l'humble recteur de campagne ; une cathédrale, Notre-Dame-de-Paris, au lieu de l'humble chapelle ; une foule émue, mais immense, s'est rassemblée pour « le culte du Souvenir », en parallèle des quelques personnes qui accompagnèrent à sa dernière demeure l'ermite de Kerlouarnec, à qui quelques années avaient suffi (entre deux airs de flûte pour se distraire ou une heure passée à tourner du bois), pour rénover la compréhension de la pathologie générale de l'arbre pulmonaire. Et comme le R. P. de Tonquédec eut raison de nous montrer, en une sobre mais prenante éloquence, le génie des choses humaines s'allier au génie des choses divines, sans heurt, sans faste, sans recherche : l'alliance des deux conceptions étant, pour Laënnec, « la norme de sa vie »... son esprit modelant la matière ne s'arrêtant qu'à ce qui est digne de fixer son attention : la cause des causes. Ce fait n'est-il pas intéressant à noter chez l'homme même qui a été le plus admirable « positiviste de la science médicale », ne croyant qu'à l'examen des phénomènes dont il voulait, de volonté inébranlable, savoir et pénétrer les origines.

Cela suffit pour que cent cinquante délégués de tous les pays, de toutes les nations, de toutes les Ecoles, de toutes les Académies, soient venus déposer leurs hommages auprès de l'œuvre de Laennec.

Le Comité d'organisation du Centenaire a vu grand : il faut l'en féliciter sans ambage. Il était nécessaire d'élever un monument qui ne fasse pas rougir nos fils quand, voyant le chemin parcouru dans la connaissance de l'auscultation, en quelques instants peut-on dire, eu égard aux 3000 ans qui nous séparent de l'époque hippocratique, nos fils, répétons-nous, puissent dire : « *nos Pères ont magnifié à sa taille le génie de Laennec.* »

Et tandis que les discours décrivaient les côtés divers de cette altière figure, discours que j'ai lus à la lueur de la lampe de la veillée, je m'attardais autour des reliques tangibles que M. Busquet, le savant bibliothécaire de l'Académie, nous présentait pour quelques heures seulement.

..... Voilà le manuscrit de « la guerre des Venettes », sorte de pamplet écrit, le soir, au bivouac pendant les guerres de Vendée alors que le jeune chirurgien était officier de santé de 3e classe.

Un dessin d'une facture curieuse illustre le texte jauni. La plaquette voisine avec une trousse imposante : c'est le grand prix de chirurgie qui est offert à Laënnec, par l'Ecole de Médecine, en l'an XI, comme récompense de ses efforts et de sa place de premier au classement du concours ouvert entre les élèves.

Un peu plus loin, le stéthoscope tourné par Laënnec et qui lui a servi à ses études (à remarquer que le tableau de Chartran, à la Sorbonne, représente notre héros (en 1816) appliquant son oreille, directement, sur la ligne axillaire de son malade, sans même l'interposition de la moindre serviette, tandis que la religieuse écrit sous la dictée du maître). Et comme je relevais la tête, je salue M. le Dr Küss, l'éminent phtisiologue que vous savez, qui est de retour d'Amérique du Sud, où il est allé travailler à l'institut d'hygiène de Saint-Paul, institut dont il rentre enthousiasmé. M. Küss nous dit encore qu'en Argentine, au Congrès de Médecine générale, il se fit un très beau travail d'ensemble : il m'engagea, comme membre de l'UMFIA, à dire à nos adhérents de ne pas trop tarder à organiser une mission d'ensemble vers ces pays où il semble que le repos ne soit pas de mise , mais où la méthode de Laennec est à l'honneur.

..... M. Sergent venait de prendre la parole.

Successeur, à la Charité, cent ans après Laennec, de l'enseignement de la tuberculose, M. Sergent évoque devant nous les souvenirs de ces « vieux murs qui, tout comme les vieux peuples, ont leur histoire » et cela fut bien ainsi, cette note, ce sentiment d'émotion, que nous recherchions et que nous attendions.

Nous l'eûmes, certes ! le lendemain soir dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne où les statues de Robert de Sorbon, de Richelieu, de Descartes, de Pascal, de Lavoisier ont présidé maintes et maintes fois à de nobles commémorations.

La Sorbonne a raison : il lui appartient de donner asile à ceux qui veulent rendre hommage aux hommes qui, dans le cours des siècles, ont fait reculer les bornes de la souffrance et de la mort : Laennec a été parmi ceux-là. Et, cependant, je veux m'arrêter dans une autre tonalité : je l'emprunte à la plaquette du Dr Paul Mevel (qui vient de paraître chez Baillière : *Hommage à Laennec*).

« *Il garde le sourire..... Les foules, il est vrai, ne comprennent pas toujours le sourire ! Les foules se détournent de ceux qui s'effacent.*

En dépit des honneurs et des charges qui lui valurent l'amitié d'un maître et la faveur d'un roi, Laënnec demeura un incompris.

Seules, les femmes, ces pénétrants observateurs, ne s'y sont pas trompées. Dans le clair obscur où se meut cette âme toute de nuances, derrière cette réserve, un peu froide, mais toujours si courtoise, elles ont reconnu la supériorité de l'esprit et du cœur. Les seules satisfactions qu'il ait reçu du monde, en dehors de son foyer et d'un cercle d'intimes, bretons comme lui, ce sont elles qui les lui ont données... L'Histoire est parfois un peu femme.... Nul doute qu'elle ne mette le dernier sceau à sa justice et ne place bientôt à son rang — le premier, peut-être — le savant qui, d'un seul coup, a ouvert toutes grandes les portes de la médecine et l'énigmatique figure de l'homme qui sut élever la dignité de l'âme, la simplicite et la charité du cœur à un palier où nul laïque n'avait encore atteint. »

Vous ne m'en voudrez pas, j'en suis assuré, de vous avoir, en terminant, donné cette citation... mais en voilà pour cent ans !..

Raymond MOLINÉRY.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le froid et les moteurs.

Voici l'hiver, ennemi de la voiture ; la plupart des automobilistes sportifs ou sans chauffeur laissent leur auto au garage. Ce n'est pas, hélàs ! le cas du médecin, qui, par les temps les plus froids, nuit et jour, est obligé de rouler par monts et par vaux.

C'est toujours une sensation désagréable que d'entendre, dans un lit douillet, la sonnette de nuit vous appeler au chevet « d'une petite qui étouffe » à x kilomètres de là. Si l'on maugrée, ce n'est pas à cause de la diphtérie : la seringue et le sérum sont prêts dans la trousse ; mais la « cuisinière » est froide, et le radiateur a été vidé à cause de la gelée, et il faudrait pouvoir le remplir avec de l'eau tiède. A tâtons, le broc d'eau en mains, on s'arrose copieusement les pieds ; un appel d'essence au carburateur et l'on tourne... jusqu'à ce que le moteur, après un dégommage pénible et quelques éternuements, se décide enfin à partir.

C'est là qu'il faut se garder d'emballer votre moteur. Alors que votre huile est figée, laissez tourner au ralenti. Dites-vous que chaque coup d'accélérateur équivaut à un coup de lime entre la bielle et sa portée. Sans doute, il en faudrait beaucoup, en un hiver, pour qu'une bielle « cogne » au point de nécessiter une révision du moteur ; mais rappelez-vous donc le dernier mémoire du garagiste qui, lui, ne laisse pas de notes impayées... et vous vous hâterez lentement dans la première côte.

— Nous savons tout cela, pensez-vous. — Mais ce que vous ignorez, c'est l'heureuse invention d'un nouvel accessoire qui vous délivrera de tous ces soucis paramédicaux : le « Thermoto ». En rentrant le soir, vous le branchez sur le courant comme une bouillote électrique, puis l'accrochez sous le capot sans plus vous en occuper. La chaleur qu'il dégagera pendant la nuit vous permettra de dormir tranquille, et vous retrouverez votre moteur à 20 degrés au-dessus de la température extérieure. Si vous avez besoin de votre voiture la nuit, c'est le départ assuré au quart de tour. Puis, soyez prévoyant pour vous aussi ; une fois débranché, placez le Thermoto dans votre voiture, il dégagera une chaleur douce et agréable près de vos pieds, pendant une heure. Pour de longs déplacements, servez-vous du Thermoto à deux voltages, et branchez-le sur le courant de votre voiture. Il ne consommera pas plus qu'un phare, et peut-être vous évitera-t-il une mauvaise bronchite.

Une simple carte postale au constructeur de cet appareil, M. C. G. BECKER, 38, rue Denfert-Rochereau, à Boulogne-sur-Seine (Seine), et celui-ci vous adressera un appareil à l'essai pendant huit jours. Peut-être serez-vous tranquille la nuit pendant cette semaine ; c'est la chance que je vous souhaite en terminant.

Dr R.

Références données par quelques confrères. — Je me sers de votre appareil du matin au soir et du soir au matin comme chaufferette dans la voiture, et comme radiateur sous mon capot. J'en suis enchanté et estime votre appareil bien supérieur aux similaires que j'ai expérimentés. Dr Delestre, à Piennes.

J'ai bien reçu votre appareil Thermoto que vous m'avez adressé à l'essai. Je l'ai placé deux nuits consécutives et j'ai obtenu un très bon résultat. Je le garde donc et ne manquerai pas de le recommander à mes confrères. Dr G., à M....

Je suis enchanté du Thermoto que vous m'avez livré en octobre. Je l'ai vivement recommandé à un de mes bons amis dont ci inclus l'adresse et vous prie de lui faire l'envoi d'urgence. M. A. D., à G....

SOU MÉDICAL

Assemblée Générale du 21 novembre 1926.

L'Assemblée générale est ouverte à 5 heures et demie, sous la présidence de M. MAURAT, président, assisté des membres du Conseil et de MMes NATTAN-LARRIER et Bernard AUGER, avocats.

Sur la proposition de M. VIMONT, M. le Dr DE GRISSAC, qui a été longtemps Secrétaire général du « Sou Médical », est appelé à prendre place au bureau et nommé par acclamation *Président d'honneur*.

M. de Grissac rappelle en termes émus les premières années du « Sou Médical », son époque héroïque et remercie l'Assemblée de l'honneur qu'elle vient de lui faire.

Décès de M. Quivy.

M. le Président prononce l'allocution suivante, qui est écoutée par l'Assemblée dans un silence respectueux et recueille l'approbation générale :

Mes chers Confrères,

En ouvrant cette séance, j'ai le regret de vous annoncer le décès de l'un des membres les plus dévoués du Conseil du « Sou », le Dr Quivy, inopinément et brutalement enlevé dans la force de l'âge.

Il est probable que personne de vous ici n'ignore la perte que nous avons faite et je n'entreprendrai point de vous retracer la carrière, toute d'honneur et de dévouement, de notre regretté confrère.

D'autres l'ont fait avant moi, dans des termes que je ne saurais égaler, et notre rédacteur en chef du *Concours médical*, mon excellent ami le Dr Noir, lui a rendu dans son numéro du 26 octobre dernier, un hommage mérité en retraçant, en termes émus, cette vie si courte et cependant si bien remplie.

Votre Conseil fait en la personne du Dr Quivy, une perte irréparable. Sa régularité d'assistance à nos réunions, son aménité, et ses conseils judicieux nous y feront toujours regretter son absence.

Comptes de l'exercice 1925.

M. GASSOT, trésorier, rappelle que son rapport sur les comptes de l'exercice 1925 a été publié dans le no 41, du 10 octobre, du *Concours médical*. Il en lit les chiffres et les commente brièvement.

M. VILPELLE, l'un des Commissaires des comptes, donne lecture du Rapport suivant :

Le 21 octobre, le trésorier du « Sou Médical », nous a présenté ses livres et nous avons pu constater le soin avec lequel ils sont tenus. Toutes les explications que nous avons demandées nous ont été données avec la plus grande clarté et nous avons pu vérifier la parfaite concordance entre les chiffres des livres et les chiffres du rapport paru dans le no 41 du *Concours médical*, sauf une erreur d'impression, 2e colonne, page 2594 — 181790 au lieu de 181709 — qu'une simple addition permet de rectifier.

La vérification du portefeuille, caisse générale, caisse de garantie en rentes françaises, bons du trésor, bons de la Défense Nationale, obligations de chemins de fer, valeurs de tout repos, dont les certificats de dépôt nous ont été présentés, nous a montré que les valeurs sont conformes à l'énumération qui figure au rapport.

Notre travail de contrôle nous a amenés à faire deux remarques que nous croyons devoir vous présenter : d'abord, la caisse de garantie n'a eu qu'une dépense de 80 fr. de frais de banque ; en second lieu, les dépenses de ce que nous appellerons les frais de gestion, c'est-à-dire frais généraux, secrétariat général, service des accidents du travail, service fiscal, sont toujours très peu élevées, à peine le quart des dépenses totales. Si vous comparez la somme de travail que donnent les dirigeants du « Sou » avec la minime rémunération qu'ils reçoivent par ces temps de vie chère, vous vous joindrez à nous pour leur adresser nos remerciements bien mérités pour tout le dévouement qu'ils apportent dans l'accomplissement d'une tâche si lourde et souvent bien ingrate.

En terminant, nous vous proposons d'approuver les comptes du trésorier et de le remercier, lui aussi, pour les peines qu'il se donne pour si bien gérer nos deniers.

Dr JACOB, de Paris. — Dr VILPELLE, de Meaux.

M. le Président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1925.

Elle est votée à l'unanimité.

Sur la proposition du trésorier, appuyée par le Conseil, et étant donnée la situation favorable de la Caisse générale, l'Assemblée générale décide, à l'unanimité, qu'une somme de vingt mille francs (20.000 fr.) à prendre sur la Caisse générale, sera versée à la Caisse de garantie, de manière à augmenter la sécurité de l'assurance de la responsabilité professionnelle qui est le but de cette Caisse spéciale.

Fixation de la garantie et de la cotisation pour l'année 1927.

Sur la proposition du Conseil, et par application des statuts, l'Assemblée générale, à l'unanimité, fixe :

A QUARANTE FRANCS (chiffre égal à celui de l'année 1926) la cotisation annuelle, sur laquelle HUIT FRANCS (au lieu de six francs, chiffre de 1926), sont affectés spécialement à la Caisse de garantie.

A soixante-dix mille francs (chiffre égal à celui de l'année 1926) la somme à concurrence de laquelle le « Sou » garantit la responsabilité professionnelle de ses membres, les frais judiciaires étant garantis en sus de cette somme, au moyen de la Caisse générale.

Il est rappelé que, comme pour l'année 1926, le journal *Le Concours médical* garantit la responsabilité professionnelle des membres du « Sou » qui sont en même temps ses abonnés, pour trente mille francs, en sus de la garantie donnée par le « Sou » lui-même.

Par ce moyen, les membres du « Sou » qui sont en même temps abonnés au *Concours* se trouvent garantis pour cent mille francs, outre les frais de procès.

Nomination de deux commissaires contrôleurs.

Les commissaires sortants, MM. Vilpelle et Jacob sont rééligibles.

Sur la proposition de membres de l'Assemblée, MM. Vilpelle et Jacob sont élus, à l'unanimité, commissaires contrôleurs pour l'exercice 1926.

Rapport du secrétaire général.

M. le Dr Paul BOUDIN, secrétaire général, commente brièvement son rapport, qui a été publié dans le nº 44, du 31 octobre, du *Concours médical*.

Il indique notamment que, pour l'année courante, l'appui pécuniaire a déjà été donné aux adhérents dans 224 affaires nouvelles et cite comme exemples plusieurs de ces affaires, notamment deux procès dans lesquels les médecins ont été condamnés à des dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle. Mais il faut noter que les jugements ont été frappés d'appel et que le « Sou » a bon espoir qu'ils seront réformés par la Cour.

Nomination d'un administrateur.

Sur la proposition du Conseil, l'Assemblée générale, à l'unanimité, nomme administrateur, en remplacement de M. le Dr QUIVY, décédé, M. le Dr G. FISCHER, de Paris.

Déontologie.

L'Assemblée générale se constitue en Comité secret pour juger l'appel formé, en exécution de l'article 10 des statuts, par un membre du « Sou » dont le Conseil a prononcé l'exclusion par application du dit article 10.

En conséquence, les personnes étrangères au « Sou Médical » qui se trouvaient présentes dans la salle, se retirent, sur l'invitation du président.

Puis l'appelant est entendu dans ses explications.

Après ces explications, suivies de réponses faites par des membres du Conseil et de l'Assemblée, l'intéressé se retire et l'Assemblée générale, après délibération, confirme la décision prise par le Conseil, à l'unanimité et sans aucune abstention.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. DARGELOS, (*Suite*).

Description des symptômes de la suette miliaire et mesures prophylactiques.

Dans la période prémonitoire de la suette, comme dans toutes les maladies éruptives, on trouve de la lassitude, des frissons, des nausées, des vomissements.

Comme pour toutes les maladies fébriles, on peut croire au début, à une simple courbature, à l'influenza.

Lorsque la suette se confirme, huit jours environ après l'invasion, la peau devient le siège de sueurs profuses, qu'accompagne une éruption granulée de la grosseur d'une petite tête d'épingle et de couleur rouge ; bientôt, sur le siège de ces éruptions, s'élèvent des petites vésicules blanches. La manifestation de l'éruption se fait sur la face antérieure du tronc et sur les faces des membres correspondant à leur flexion ; l'éruption est rare à la face. Elle se fait par poussées, qui accompagnent l'accès quotidien de fièvre, revenant souvent à des heures presque fixes comme les fièvres paludéennes, et atteignant 39 et 40° de température.

Cette période d'éruption dure de 5 à 7 jours, après lesquels survient la dessiccation comme pour la scarlatine.

Souvent bénigne, la suette se complique parfois de symptômes abdominaux, thoraciques ou cérébraux, de la plus grande gravité.

Nous avons été témoin, dans notre jeunesse, d'une épidémie de suette, dans une commune de

l'Ariège. Elle fut très meurtrière, et ne parut céder qu'à l'administration à haute dose de suflate de quinine.

Cette maladie existait autrefois, à l'état presque endémique, dans un village du Var touchant l'arrondissement d'Aix, à Pourrières, où nous avons pu en observer, de 1873 à 1880, divers cas traités par la quinine, avec succès. A la suite de travaux importants d'assainissement (suppression de nombreux cloaques marécageux), la suette y a disparu. Il est permis de supposer que cette maladie qui présente des accès fébriles intermittents, comme le paludisme à accès quotidiens, et qui répond à la même médication, peut être de la même nature que ce dernier, et propagé comme lui, par les piqûres de moustiques. La disparition des mares a entraîné celle de ces insectes. La coïncidence de la disparition de la suette semble bien indiquer qu'elle est due à la cessation des causes qui la produisaient n'ayant plus eu l'occasion d'observer du cas de suette depuis les découvertes et les progrès de la bactériologie, il ne nous a pas été possible de vérifier l'exactitude de cette hypothèse.

Nous conclurons de ces détails que les précautions hygiéniques, en cas de suette, sont les suivantes :

a) Désinfection pendant le cours de la maladie, des linges et des matières alvines, de façon que les moustiques, les mouches et autres parasites ne puissent y puiser un virus que leurs piqûres transmettraient à l'homme sain.

b) Désinfection finale microbicide et insecticide.

c) Et comme hygiène générale : assainissement de la localité.

Il serait logique d'employer contre la suette le moyen utilisé avec succès, comme nous le verrons plus tard, contre les moustiques propagateurs de la fièvre jaune, le déversement d'huiles lourdes de pétrole sur les eaux stagnantes.

Fièvre puerpérale et mesures prophylactiques.

Fièvre infectieuse des femmes en couche.

L'accouchement est une fonction physiologique.

Normalement, il ne devrait être suivi d'aucun trouble fonctionnel, d'aucune fièvre.

La fièvre dite fièvre de lait doit être considérée comme un symptôme de début d'infection, pouvant s'étendre et constituer la fièvre puerpérale.

L'origine en est due à un germe venu du dehors Pour éviter son invasion, l'accouchement doit se faire avec toutes les précautions d'antisepsie : bains fréquents de propreté avant l'échéance, minutie dans les soins hygiéniques spéciaux ; quand l'événement s'annonce, placer la future mère dans une chambre vaste, bien aérée, sans rideaux, ni tentures, ni tapis. Avoir à sa disposition un lit dit de misère, qui puisse être enlevé dès que l'accouchement sera terminé ; s'il existe une maladie contagieuse dans la maison, faire faire l'accouchement ailleurs ; si quelques personnes voisines ou amies ont chez elles des affections de ce genre, ou une femme en couches malade, leur interdire l'accès chez l'accouchée. Il est donc d'une importance capitale que les personnes qui dirigent l'accouchement : médecin, sage-femme et celles qui contribuent à donner les soins consécutifs, garde-malade ou autres, procèdent à la désinfection de leurs mains et de leurs bras.

Pendant et après l'accouchement, on doit procéder à l'enlèvement des linges tachés, à la désinfection des souillures qui peuvent se trouver sur les parquets (on peut pour cela employer une solution de sublimé au millième), à l'examen soigneux du délivre. Si l'on a quelque doute sur son intégrité, on doit appeler le médecin le plus tôt possible.

Pendant les suites de couches, on n'emploiera pour les soins de propreté, que de l'eau bouillie, seule, ou additionnée d'un antiseptique, s'il a été ordonné par le médecin. Enfin, on devra recourir sans retard à ce dernier si, malgré ces précautions ou à cause du manque de précautions, on constatait chez l'accouchée la présence de la fièvre ou d'une plaie quelconque.

Le médecin appelé prescrira, dans ces cas, toutes les mesures à prendre contre l'invasion, ou pour la destruction des germes contagieux et contre leur propagation.

Les mesures de désinfection à prendre, dans le cours et à la fin de la fièvre puerpérale, sont les mêmes que pour les maladies contagieuses précédentes.

Une cause de propagation qui entraînait jadis de véritables épidémies consistait dans le transport du germe aux femmes en couches par les personnes chargées de l'accouchement. Les soins minutieux de désinfection personnelle, que prennent aujourd'hui médecins et sages-femmes, ne doivent plus permettre cette extension du foyer d'infection.

Description des symptômes de l'ophtalmie des nouveau-nés et mesures prophylactiques.

Il arrive parfois, deux ou trois jours après la naissance, que l'on voie chez les enfants une légère rougeur avec un léger gonflement des paupières. L'enfant, ne pouvant pas supporter la lumière, tient les yeux fermés. Bientôt, la rougeur, la douleur, le gonflement des paupières, augmentent, et il s'établit de la suppuration.

Si l'affection n'est pas rapidement combattue, le pus devient abondant, jaune, vert, parfois

strié de sang. Le globe de l'œil peut être atteint par une inflammation capable d'entraîner la fonte de la cornée et la perte de la vision.

Cette affection éminemment contagieuse exige les soins les plus rapides et les plus assidus.

Pour la prévenir, il faut, dès la naissance, nettoyer les yeux des nouveau-nés, qui peuvent être salis de toutes façons, les laver en faisant couler entre les paupières maintenues ouvertes de l'eau bouillie un peu chaude. Cette petite opération hygiénique, se fait en exprimant du coton aseptique, trempé dans cette eau ; après ce lavage, il est de bonne pratique de faire tomber directement dans les yeux, quelques gouttes de jus de citron.

Ces précautions doivent être renouvelées pendant les premiers jours.

Si, malgré ces soins préventifs, on voyait apparaître les symptômes de l'ophtalmie, il faudrait appeler immédiatement le médecin, qui pratiquerait la désinfection et les cautériastions devenues indispensables.

Pendant toute la durée de la maladie, le malade serai isolé ; les linges ou le coton servant aux pansements seront brûlés.

La mère et la garde laveront soigneusement leurs mains, brosseront énergiquement leurs ongles, avec de l'eau chaude et du savon, et les laveront de nouveau avec un liquide antiseptique.

Les opérations de nettoiement des mains, doivent être faites avant et après les pansements. En même temps, les personnes qui soignent l'enfant prendront toutes les mesures pour protéger leurs yeux ; on veillera avec soin, que les mamelons de la nourrice soient garantis de tout contact avec les produits septiques. Ils seront soigneusement lavés et aseptisés après chaque tétée.

On trouve, parmi les maladies à déclaration facultative, la conjonctivite purulente, pouvant survenir sur d'autres personnes que les nouveau-nés.

Toutes les conjonctivites purulentes, comportent l'usage des mêmes procédés de prophylaxie.

Trachome.

Le trachome est une affection constituée par le développement, dans le tissu de la conjonctive, d'un produit néoplasique de granulations vraies, qui altèrent la constitution et la sécrétion de cette muqueuse, et amènent, comme conséquence, des troubles graves de la vision.

Le trachome est très contagieux. Autrefois, inconnu en Europe, il y fut importé par les armées d'Egypte. Endémique dans ce pays, en Algérie, et dans la plupart de nos possessions coloniales africaines ou pays de protectorat, on en voyait encore quelques cas en France, dans la région méditerranéenne. Les mouvements des troupes coloniales et de nombreux émigrants, ont créé de nombreux foyers d'infection. C'est cette constatation qui a déterminé le Ministre de l'Hygiène à l'inscrire sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.

Le trachome se présente toujours sous la forme chronique.

Les granulations, de 2 à 3 dixièmes de millimètres de diamètre, apparaissent généralement dans le cul-de-sac oculo-palpébral inférieur, d'où elles gagnent la paupière supérieure. A la suite de l'épaississement produit, la paupière inférieure s'épaissit, son bord libre s'écarte du globe de l'œil ; la paupière supérieure perd sa faculté de clignotement, pend comme un tablier rigide, sur le globe qu'elle ne peut plus lubrifier. Sous cette influence et celle du frottement des granulations sur le globe oculaire, la cornée, dans sa moitié supérieure, perd sa transparence. Les malades atteints ne ressentent pas, au début, de la douleur, comme on en ressent dans les conjonctivites ordinaires. Ce n'est que lorsque le trachome a pris une certaine extension qu'ils s'adressent au médecin. L'isolement, dès que le trachome est reconnu, est indispensable.

On prendra vis-à-vis du malade et de son entourage les mêmes soins désinfectants et prophylactiques que pour l'ophtalmie purulente. La direction du traitement sera confiée à un oculiste.

Description des symptômes de la dysenterie et mesures prophylactiques.

Le public confond souvent la dysenterie avec la diarrhée. Cette dernière, qui accompagne un grand nombre d'affections intestinales, est caractérisée parce que l'on appelle vulgairement le dévoiement, l'évacuation de matières mal liées, liquides, abondantes.

Dans la dysenterie, au contraire, les évacuations alvines sont peu abondantes ; elles se composent de matières muqueuses, glaireuses, souvent striées de sang ; « les besoins de venir du corps » sont fréquents, accompagnés de ténesmê, de sensation de brûlure, au fondement.

La dysenterie existe souvent dans nos climats pendant l'été, surtout pendant les étés humides et lorsque les fruits sont de mauvaise qualité. Cette dysenterie cède assez aisément, la plupart du temps, au repos et à une bonne hygiène alimentaire.

La dysenterie, endémique dans les pays chauds, y sévit souvent à l'état d'épidémie. On peut encore la rencontrer, avec son caractère contagieux et épidémique, sous tous les climats, dans les grandes agglomérations humaines, soumises à des fatigues ou des privations, dans les camps, dans les prisons, etc.

Elle présente les mêmes symptômes que la dysenterie ordinaire ; seulement elle a une plus grande gravité.

L'absorption se fait mal, les digestions devien-

nent difficiles, l'alimentation est insuffisante. L'anémie progresse de jour en jour. Elle se complique parfois d'hémorragies intestinales et d'une véritable infection de l'organisme, pouvant entraîner les conséquences les plus fâcheuses : abcès du foie, ulcération des intestins.

Autrefois pour ainsi dire inconnue en France, la dysenterie des pays chauds s'est répandue dans nos contrées, où elle a été importée pendant la guerre. Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'une dysenterie qui se prolonge malgré la meilleure hygiène et un traitement rationnel, lorsqu'elle s'accompagne de poussées de fièvre, avec glaires sanguinolentes, alternant avec de petites périodes de rémission, de douleurs intestinales, de troubles du côté du foie, on doit songer à la dysenterie des pays chauds, occasionnée par la présence dans l'intestin, d'amibes, d'où le nom de dysenterie amibienne, donné à cette maladie. La présence des amibes la distingue complètement de la dysenterie épidémique de nos pays. Celle-ci est due à des protozoaires divers que le laboratoire différencie nettement de l'amibe comme il différencie le microbe de la cholérine de nos pays, du bacille du choléra asiatique.

Disons en terminant que les injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine, constituent contre l'amibiase une médication des plus utiles, et, peut-on dire, toujours suivie de succès.

Les matières fécales, dans les dysenteries, contenant les germes de contagion, il faut prendre contre elles les mesures employées contre les maladies infectieuses, comme par exemple la fièvre typhoïde.

Tout ce qui a été dit au sujet de cette dernière comme prophylaxie est applicable à la dysenterie épidémique de nos pays, et à l'amibiase. L'eau de boisson est le principal véhicule du microorganisme pathogène. (*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Le prochain concert de l'Orchestre Médical aura lieu le lundi 24 janvier à 20 h. 30, salle des Concerts du Conservatoire.

S'adresser au secrétaire général, Dr Destouches, 4, rue Thénard, Paris, 5e.

— **Nécrologie.** — Le Dr Courtade, de Vincennes.

— **Médecins parisiens de Paris.** — Les « Médecins Parisiens de Paris » se sont réunis le 16 décembre 1926, à l'auberge de la Devinière, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Charles Richet et du Dr Devraigne, président en exercice. — 42 convives assistaient à ce dîner : MM. Baillière, Barry, Bauer, Mme Benoist-Michel, MM. Blondin, père et fils, Bongrand, Bourguignon, Boutet, Boissier, Chenet, Colin, Constensoux, Cousin, Dartigues, Devraigne, Doin, Dufour, Fège, Galliot, Mme Gayon-Rosenstock, MM. Gérard (Léon), Giraud, Greder, Guébel, Laënnec, Laurent-Gérard, Leroux, Lotte, Luys, Mauban, Merklen, Mlle Mircouche, MM. Papillon, P. Prost, Quiserne, prof. Richet, Schreiber, Springer, Tixier, Trèves, Viguerie. La gaité et l'entrain qui animèrent le repas firent place au plus grand silence lorsque M. le prof. Charles Richet récita quelques-unes des fables de sa composition, dont le recueil va être prochainement publié par les soins de cette Amicale, sous le titre: « Pour les grands et pour les petits », en un tirage de luxe avec lithographies originales de Raphaël Drouart.

Enfin, la présence de plusieurs dames à ce dîner incita l'orateur à dire un sonnet : « l'Amour », dont l'audition fut un vrai régal pour tous.

Puis, avant de se séparer, les « Médecins parisiens de Paris » s'entretinrent de leur grand dîner annuel qui aura lieu en avril, sera suivi d'un bal, et auquel de nombreux invités seront conviés. L'éclat de la dernière fête, organisée par le Dr Devraigne, permet de bien augurer de celle de 1927.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au Secrétaire général, le Dr Pierre Prost, 119, boulevard Malesherbes, Paris, 8e.

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin.** — M. le professeur Fernand Widal fait ses cliniques les mardis, à 11 heures.

— **Ve Congrès des pédiatres de langue française.** — Ce congrès qui devait avoir lieu en septembre dernier, à Lausanne, a été reporté à la fin du mois de septembre 1927. Il se tiendra également à Lausanne. Questions mises à l'ordre du jour : le traitement des paralysies infantiles. La vaccinothérapie de la bronchopneumonie.

— **Clinique gynécologique** (Hôpital Broca). M. le professeur J.-L. Faure. — *Programme de l'enseignement.* — Lundi, 9 h. 1/2. Histologie normale et pathologique de l'appareil génital de la femme avec démonstrations et projections, par M. Ch. Champy, agrégé, chef de laboratoire. — 10 h. Opérations, par M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques.

Mardi, 10 h. Opérations après exposé clinique et avec explications opératoires par le professeur.

Mercredi, 9 h. 12. Electrothérapie gynécologique et radiologie, par MM. Lehmann et Dimier. — 10 h. Visite dans les salles et consultation, par le professeur.

Jeudi, 10 h. Opérations, par M. Walther, chef de clinique. — 10 h. 1/2. Consultation, par M. Douay.

Vendredi, 10 h. Leçon clinique avec examen de malades, par le professeur.

Samedi, 10 h. Opérations, par le professeur.

Consultations : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2, sous la direction de M. Papillon, chef de clinique (service de la consultation externe).

— **Hôpital Laennec.** — *Enseignement de la tuberculose.* Service de M. le professeur Léon Bernard.

Enseignement clinique, radiologique et thérapeutique. — Visite dans les salles et à la crèche tous les matins,

à 10 h., par le chef de service les lundis et mardis, les autres jours par les assistants, MM. Coste, Lelong et Paraf.

L'examen des malades comprend l'étude des clichés radiographiques. L'examen radioscopique des malades du service est pratiqué le mercredi à 10 h. par M. Maingot.

Les séances de réinsufflation du pneumothorax artificiel et l'application des autres traitements ambulatoires ont lieu les mardis et mercredis à 10 h., sous la direction de M. I. Salomon, Baron, Poix et Valtis.

Enseignement médico-social. — La consultation comprenant l'examen radioscopique des malades et de leur famille, ainsi que le service social, est faite au dispensaire Léon-Bourgeois, le jeudi et le samedi à 9 h., et le lundi à 14 h., par le chef de service et par les assistants.

Démonstrations du service social hospitalier les lundis mardis et mercredis à 11 h. Prophylaxie de la première enfance : prophylaxie anténatale, démonstrations le jeudi à 10 h. au dispensaire Léon-Bourgeois. Prophylaxie post-natale : à la crèche, le vendredi à 10 h. Admission des malades proposés pour les préventoriums et sanatoriums : les jeudis et samedis à 10 h., au dispensaire Léon-Bourgeois, par M. Guinon.

Cours spécial. — Un cours spécial de phtisiologie est donné tous les ans, du 10 octobre au 10 novembre, à l'hôpital Laënnec et à la Faculté de médecine (chaire d'hygiène et médecine préventive), sous la direction de MM. Léon Bernard et Robert Debré.

— **Syndicat des chirurgiens français.** — Le *siège social* du Syndicat des chirurgiens français est à Paris, 18, rue de Verneuil.

— **Faculté de Bordeaux.** *Cours spéciaux d'oto-rhino-laryngologie* (professeur Portmann). En 1927, auront lieu à la Faculté de médecine de Bordeaux les cours spéciaux suivants dans le service du prof. Portmann :

1° *Cours sur les nerfs craniens.* Du mardi 15 février au mardi 15 mars 1927, à raison de deux conférences par semaine.

2° *Cours de broncho-œsophagoscopie.* — Du lundi 28 mars au jeudi 7 avril 1927. Il comprendra des conférences théoriques et des exercices pratiques sur le cadavre, les chiens chloralosés et les malades.

3° *Cours d'anatomie pathologique oto-rhino-laryngologique.* Du lundi 9 mai au samedi 28 mai, sous la direction du professeur Portmann.

Il comprendra des conférences théoriques sur les différents processus inflammatoires ou néoplasiques en général et sur les affections de l'oto-rhino-laryngologie. Des travaux pratiques et des démonstrations avec examens de pièces macroscopiques et microscopiques accompagneront ces conférences.

4° *Cours de perfectionnement français.* Du lundi 4 juillet au samedi 18 juillet 1927. Le programme détaillé en sera publié ultérieurement.

5° *Cours de perfectionnement en anglais.* — Le « five weeks American course » aura lieu du lundi 18 juillet au samedi 20 août.

— **Société de graphologie.** — La Société de graphologie, aujourd'hui reconstituée, a élu comme présidents d'honneur MM. le professeur Charles Richet, de l'Institut, et Crépieux-Jamin, expert près le tribunal, et comme président M. Legrain, médecin en chef honoraire des Asiles de la Seine.

La Société, dont le siège est actuellement, 69, boulevard Péreire (XVIIe), publie un journal mensuel : « La Graphologie scientifique », et donne des conférences de graphologie normale et pathologique.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — *Chirurgie du tube digestif et des glandes annexes.* Technique opératoire par M. Louis Michon, prosecteur. — Nombre des leçons : dix. — Jours et heure des leçons : tous les jours à 14 h. — Début du cours : lundi 14 mars, à 14 h. — Droit d'inscription : 350 fr. — Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e).

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Programme du cours. — I. Technique générale des sutures gastro-intestinales. Gastrostomie : gastrostomie continente.

II. Gastro et pyloroplastie. Méthode de Balfour dans le traitement des ulcères. Gastrectomies partielles : résection annulaire, résection en selle. Gastro-entérostomie.

III. Exclusion du pylore. Gastro-entérostomie. Duodéno-jéjunostomie.

IV. La gastrectomie pour cancer : choix des procédés.

V. Appendicectomie. Colopexie en équerre. Technique de la greffe épiploïque.

VI. Résections intestinales. Technique des anastomoses termino-terminale, latéro-latérale, et termino-latérale. Anastomoses aux boutons.

VII. Colectomies pour tuberculose et pour cancer. Anastomoses iléo-coliques. Cæco-sigmoïdostomie. Anus iliaque temporaire et définitif.

VIII. Traitement des hémorroïdes. Traitement des fistules anales. Traitement du cancer et des rétrécissements du rectum : voies périnéale, abdominale, abdomino-périnéale.

IX. Traitement des abcès du foie et des kystes hydatiques. Cholécystostomie. Cholécystectomie. Cholécysto-anastomoses.

X. La cholédochotomie : susduodénale, rétro-pancréatique et transduodénale. Réparation des plaies et pertes de substance de la voie biliaire principale.

— **Clinique médicale** (Hôtel-Dieu) : M. le professeur Gilbert. — M. le professeur Gilbert fait ses leçons cliniques à l'amphithéâtre Trousseau, les samedis, à 10 h. 45. Le mercredi, à 10 h. 45 : présentation de malades, avec l'aide de MM. Herscher, Chabrol et Henri Benard, médecins des hôpitaux ; Lippmann, Saint Girons, anciens chefs de clinique et Dumont, ancien chef de laboratoire.

Une série de leçons sur le diabète sera faite pendant le semestre d'hiver. Une série de leçons sur les maladies du tube digestif sera faite pendant le semestre d'été.

Un enseignement de vacances (juillet à novembre 1927), un cours de révision à Pâques 1927 et deux cours de perfectionnement en juillet 1927 (maladies du foie) et en septembre 1927 (maladies du tube digestif), auront lieu à la Clinique médicale sous la direction de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

semble nier l'existence de l'amateurisme dans l'art médical. Qu'il prenne donc la peine un jour d'exposer quelques symptômes morbides vrais ou faux qu'il prétendra ressentir, à toutes les personnes avec lesquelles il aura l'occasion de s'entretenir dans le cours d'une journée. Huit sur dix au moins d'entre elles lui indiqueront un remède, un régime, un procédé infaillible pour se guérir radicalement. Si cela ne lui suffit pas, qu'il jette les yeux sur le journal dans lequel paraît chaque jour sa prose et, en le parcourant, il trouvera certainement plusieurs remèdes précieux pour guérir les maux dont il souffre ou dont il prétend souffrir.

Sans doute, de même qu'il est défendu de piloter une auto sans avoir un permis de conduire, une loi exige que, pour pratiquer d'une façon habituelle l'art de guérir, on soit muni d'un diplôme spécial. Que les possesseurs de ce diplôme qui leur a coûté plusieurs années de travail, défendent les privilèges qu'il leur confère, rien de plus naturel et c'est ce qui se voit dans toutes les professions similaires. Mais ce que les médecins n'ont jamais prétendu, pas plus d'ailleurs que les architectes, les banquiers, les ingénieurs, les commerçants, etc., c'est d'interdire l'exercice de leur profession à ceux qui en exerçaient en même temps une autre. Je ne connais guère que les avocats à qui, pour des raisons particulières, le cumul de certaines professions soit interdit, et encore, convient-il de remarquer que la profession d'écrivain n'est pas comprise dans cet ostracisme. Chez nous autres les médecins, les exemples abondent de confrères ayant exercé ou exerçant une autre profession, libérale, commerciale ou industrielle en même temps que la médecine et, n'en déplaise à M. Vautel, certains de nos confrères portent la soutane.

Dans le monde des écrivains, si les idées de M. Vautel s'imposaient, il n'en serait plus de même. Plus de comédiens comme Molière, plus d'avocats, plus de savants, plus d'évêques comme Bossuet. Les nombreux fonctionnaires de nos administrations publiques devraient, pour pouvoir se faire éditer, donner leur démission. Le néo-syndicalisme de la société des gens de lettres porterait ses efforts, non pas sur la découverte des chefs-d'œuvre, mais sur la limitation du droit d'écrire à ceux pouvant vivre uniquement de leur plume.

Mais au fait, les droits d'auteur se font en général attendre pas mal de temps et avant de les toucher, il faut bien subsister. Puisque M. Vautel ne veut pas d'amateurs parmi les écrivains, qu'il prenne donc la peine d'indiquer aux jeunes gens qui désirent entrer dans la carrière des lettres quelle profession ils peuvent embrasser sans déchoir, pour assurer leur matérielle s'ils ne possèdent pas de fortune, en attendant que leurs œuvres suffisent à les nourrir. Car enfin, on ne peut pas toujours être journaliste, et les directeurs de journaux ne peuvent pas employer tous les écrivains.

En attendant, et puisque les carrières artistiques nous sont toujours ouvertes, si un de nos humoristes

est embarrassé pour son prochain essai au Salon des médecins, je lui conseille le sujet suivant : « Le grand écrivain Clément Vautel, après son élection à l'Académie Française, est reçu sous la coupole et prend un air de circonstance, à la vue des nombreux amateurs, maréchaux, ingénieurs, savants, évêques, etc., qui occupent des fauteuils de l'illustre compagnie. »

A mes confrères débutants en philatélie

Un certain nombre d'entre nous serait désireux d'échanger leurs doubles, mais le prix des lettres est un obstacle étant donné le peu de valeurs de nos timbres. Je me permettrai de leur proposer la combinaison suivante :

Qu'ils m'envoient la moitié de leurs doubles par poste comme échantillons. Tous ces envois réunis seront envoyés ensuite successivement à chacun d'eux, qui y puisera à sa guise et renverra ensuite le paquet, au suivant de la liste, en y joignant l'autre moitié de ses doubles ; ceci afin d'éviter que les premiers aient tout le choix.

La liste sera établie dans l'ordre des réceptions :

Chacun ne devra garder le paquet que le minimum de temps.

Ceci ne s'adresse qu'aux débutants : cependant si nos confrères plus avancés en philatélie voulaient bien se joindre à nous, peut-être qu'ils trouveraient dans le paquet des variétés ayant échappé à nos yeux de débutants.

Dr Relu,
Six-Fours (Var).

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Un laboratoire peut-il vendre directement des sérums et vaccins à un médecin sans passer par l'intermédiaire d'un pharmacien ?

Nous n'envisageons pas ici la question de l'autorisation préalable, que tout laboratoire doit obtenir du gouvernement pour fabriquer et vendre des sérums.

Nous laissons également de côté le problème des auto-vaccins, lesquels doivent être considérés comme étant une préparation magistrale, formulée par le médecin traitant pour un malade déterminé et exécutée par un laboratoire autorisé (voir une lettre en ce sens du ministre de l'hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, *Concours médical*, 1924-451.)

Nous voulons répondre à la seule question suivante : un laboratoire autorisé reçoit, de la part de médecins, des commandes de flacons de sé-

rums et vaccins également autorisés (sérum antidiphtéritique, vaccin antistreptococcique, etc.).

Pour faire sa commande, le docteur en médecine s'est cru autorisé de se passer de l'intermédiaire d'un pharmacien.

Le laboratoire est-il en droit de déférer à cette commande et d'en exécuter la livraison ?

D'emblée, je laisse de côté le cas des médecins-propharmaciens, autorisés par l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI de détenir et de débiter à leurs clients des médicaments et drogues officinales.

Ces praticiens ont parfaitement le droit d'avoir chez eux des vaccins et sérums et de les débiter, comme le font les pharmaciens.

En ce qui concerne les docteurs en médecine, qui exercent dans des communes, où une officine de pharmacien est ouverte, peuvent-ils faire pareilles commandes et en réclamer l'exécution ?

L'article 2 de la loi du 25 avril 1895, relative à la préparation et à la distribution des sérums thérapeutiques et autres produits analogues, est ainsi conçu ;

« Ces produits seront délivrés au public par les pharmaciens, sur ordonnances médicales. Chaque bouteille ou récipient portera la marque du lieu d'origine et la date de sa fabrication.

« En cas d'urgence, les médecins sont autorisés à fournir à leurs clients ces mêmes produits. »

Urgence. Il faut, d'après la loi, pour que le médecin soit autorisé à faire cette fourniture de vaccin à son client, que le cas soit pressé et urgent. Il n'y a pas de sérums comme il y a toutes sortes de médicaments, dans les officines. Par conséquent, le médecin et principalement le praticien de campagne fera bien, au nom de la préservation de la santé publique, d'avoir, chez lui, une petite provision des sérums et vaccins les plus usuels.

En effet, appelé auprès d'un client qui présente des phénomènes d'angine douteuse, ou de début d'érysipèle, le médecin devra, sans tarder, injecter à son malade les doses curatives, ou préventives, grâce au vaccin, ou au sérum, qu'il possède chez lui.

Je ne crois pas que le pharmacien de la localité aurait bonne grâce, en cherchant noise au docteur, sous le prétexte que lui seul doit vendre des médicaments et autres drogues.

En second lieu, d'après la loi, le médecin ne peut fournir de vaccin ou de sérum qu'à ses propres clients et non pas à n'importe qui.

Il est évident qu'en cas d'urgence, le docteur a tous les droits et qu'il fera bien de délivrer un flacon de sérum, que lui fera demander un de ses confrères, lequel injectera lui-même le produit.

Mais, l'article 2 de la loi de 1895 apporte la même restriction que l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, en ce qui concerne les médecins-propharmaciens : ces derniers, résidant dans des communes où il n'y a pas d'officine ouverte, ne

sont autorisés à fournir des médicaments qu'à leurs seuls clients et non pas à avoir officine ouverte.

Citons maintenant l'opinion du professeur Perreau, professeur à la Faculté de Droit de Toulouse (Législation et jurisprudence pharmaceutiques, page 211) : « Il n'y a pas lieu de s'inquiéter notamment de savoir s'il existe, ou non, dans la commune où réside le médecin, une officine ouverte, approvisionnée du sérum dont on a besoin. En outre, il est libre au médecin de se procurer dans des établissements autorisés de son choix les sérums qu'il désire. Mais cette liberté a son revers, car il est responsable des dommages causés par l'emploi d'un produit défectueux, mal conservé, ou vieilli ; au contraire, il eût couvert la responsabilité du pharmacien, en mentionnant, dans son ordonnance, la provenance et la date du sérum par lui prescrit. »

Conclusions

1° Un laboratoire autorisé a le droit de délivrer directement aux médecins la quantité de sérums ou de vaccins, que ces praticiens commandent directement.

Le laboratoire n'a pas à se préoccuper de savoir si le médecin, dont il s'agit, est propharmacien, ou s'il désire avoir chez lui une provision, utilisable dans les cas d'urgence.

2° Le médecin a le droit de débiter les sérums et vaccins à ses propres clients, en cas d'urgence.

Mais, au point de vue déontologique, et pour éviter tout conflit, le docteur fera sagement soit en s'entendant avec le pharmacien de sa localité, soit en demandant à ce dernier, par l'intermédiaire du client, et au compte de celui-ci, le remplacement du ou des flacons de sérum, utilisés en cas d'urgence.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Durafour

I

3929. — Brûlures multiples.

Le 28 novembre, je vois un blessé de la Société hydro-électrique de la Haute-Isère. Cet homme, la veille, en réparant un alternateur, avait été renversé par une violente décharge électrique. Par chance, il ne fut pas électrocuté, mais brûlé. Il présentait sur l'épaule droite une brûlure profonde du diamètre d'une pièce de 5 francs. Sur le bras gauche (face externe), 5 brûlures voisines (de 5 fr. à 0,50) Brûlures profondes allant jusqu'au plan musculaire avec escarre.

Je délivre le certificat en conséquence.

Mais le 30 novembre, en faisant les pansements, je

découvre une nouvelle brûlure sur la paroi thoracique sous l'omoplate gauche.

Le 3 décembre, apparition d'une autre brûlure sur l'omoplate droite. Naturellement, ces dernières brûlures n'ont pas été portées sur le certificat initial. Dois-je les signaler à l'assurance. Comment établir ma note d'honoraires : je fais 4 pansements séparés. Mais il me semble exagéré de réclamer 40 francs par séance de pansements. Qu'en pensez-vous.

Je panse le blessé environ deux fois par semaine.

Dr M.

Réponse.

a) Vous avez à compter autant de visites que vous faites de pansements *séparés* les uns des autres ;

b) Prévenez la Compagnie des nouveaux symptômes de brûlures constatés.

F. D.

II

3831. — Epluchage et sutures de plaies multiples à la face et au front.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me guider pour établir une note d'honoraires.

Un homme fait une chute de bicyclette et est atteint ensuite par les pédales d'autres cyclistes qui viennent se renverser sur lui.

Je constate :

1° Un large décollement de la joue, multiples lambeaux dilacérés. Une partie du maxillaire supérieur et du malaire est à nu. La paupière inférieure est déchirée jusqu'au rebord ciliaire (sauf le tarse).

2° Une plaie du front, trois lambeaux (5 fr.).

3° La lèvre inférieure est fendue et les tissus recouvrant le maxillaire inférieur sont complètement déchiquetés sur tout un côté du menton.

Les deux dernières plaies sont fortement hémorragiques ; toutes trois sont farcies de graviers et de terre jusqu'aux os dénudés.

L'état de commotion me permet de me passer d'anesthésie.

Nettoyage minutieux, près de trois heures de travail. Excision des tissus trop meurtris. Hémostase par ligatures. Je tente la réunion complète pour le menton, la lèvre, le front et la paupière. Pour la joue, je rapproche les lambeaux les plus larges, jugeant la cicatrisation par première intention (a été obtenue par ailleurs sauf au front) presqu'impossible à obtenir.

Je me propose, adoptant le tarif accident du travail, de compter :

1° Régularisation, plaie contuse superficielle. Menton, lèvre (muqueuse)	40 fr.
2° *Idem* pour le front	40 »
3° Joue et paupière, plaie contuse étendue	100 »
	180 fr.

Il n'y avait pas, il est vrai, d'anesthésie, mais j'ai

passé toute ma soirée du dimanche (20 heures à minuit). Permettez-moi d'autre part de vous demander comment pour un cas absolument identique, je devrais tarifer ces interventions en ne faisant (comme j'aurais probablement dû le faire) aucune suture ?

Je ne vois rien dans le tarif Durafour (?) qui se rapporte au traitement des plaies contuses (régularisation, épluchage parfois très long), lorsqu'on admet qu'on ne doit jamais les suturer ou que les circonstances (shock) permettent de se passer d'anesthésie.

Je m'empresse d'ajouter que dans ce cas, je fais une diminution sur le tarif en indiquant que je me suis passé d'anesthésie ou que je n'ai pas suturé. Les assurances ont toujours accepté.

Dr B.

Réponse.

a) Dans un cas aussi complexe que le vôtre, il faut donner tous détails à l'assurance et proposer un prix global, à l'amiable. Ici, vous pourriez compter : « Régularisation, épluchage et sutures de plaies non profondes mais multiples et situées à la face : 100 francs », par analogie avec épluchage, etc... d'une plaie profonde. Ajoutez à cela « hémostase par ligature ou pince : 40 francs » Donc 140 francs plus 25 % (article 8) pour intervention de *nuit*, soit au total : 175 francs.

b) Dans le cas où vous n'auriez fait aucune suture, là encore il aurait fallu faire un prix global, mais naturellement plus modeste. Aucun tarif ne saurait répondre à tous les cas et, *a fortiori*, quand ils sont complexes comme celui-ci.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

3905. — Maladie causale de pension.

Je vous transmets les documents qui vous éclaireront sur le litige :

Je soigne, une première fois, M. M. pour paludisme d'après l'inscription portée sur le carnet.

M. M. change son carnet, mais la maladie ne change pas. Sur le deuxième carnet, on ne mentionne pas le paludisme qui est la cause de l'endocardite !

Que faire ?

Je vous soumets cette affaire en vous renouvelant ma confiance.

Dr O.

Réponse.

Il est *obligatoire* que les soins donnés soient en rapport avec la ou les affections causales de pension *mentionnées* sur le certificat, — et *a fortiori* sur le carnet, pour que le médecin puisse se faire payer par l'Etat. Autrement, c'est au malade

lui-même qu'incombent les frais de traitement. Or, d'après le dossier joint à votre lettre, il semblerait que ce serait ce dernier cas, alors qu'il n'est plus question de paludisme, non seulement sur le nouveau carnet, comme vous me l'écrivez, mais, chose décisive pour les enquêteurs, sur le certificat définitif de réforme, et étant donné que vous avez déclaré avoir soigné le blessé pour « paludisme ».

F. D.

II

3690. — Séance endovésicale de diathermie et d'étincelage.

Le tarif du décret du 25 octobre 1922 pour les réformés de guerre indique : traitement endovésical des tumeurs (galvano-cautérisation, diathermie), par séance 200 francs.

Peut-on par analogie appliquer le même tarif, quand il a été fait à un réformé une séance endovésicale de diathermie et d'étincelage pour détruire une ou plusieurs ulcérations tuberculeuses ?

Dr B.

Réponse.

Il y a là, ce me semble, une « intervention de spécialiste » (article 18). Donc, le médecin aurait dû en donner *avis dans les vingt-quatre heures* à la commission départementale, afin que celle-ci ait pu déclancher le contrôle sur place, au besoin, ce qui aurait pu être fait même auparavant pour une intervention qui ne semble point avoir été faite d'urgence. Et alors, les deux confrères auraient pu se mettre d'accord tant sur l'utilité de l'intervention que sur sa tarification...

Ceci dit, il m'apparaît, au point de vue tarif, que cette intervention pourrait être considérée comme analogue (sinon identique) à celle tarifée 200 francs que vous me signalez.

F. D.

Fiscalité.

3543. — Consultation dans un local public. Pas de patente.

Sur la demande du maire d'une commune voisine de celle où je suis établi, je passe deux fois par semaine, je m'arrête à la mairie où le secrétaire me donne les noms des personnes qui réclament mes soins.

J' y fais quelques consultations, il est vrai, mais consultations publiques.

Or, le contrôleur m'établit une patente pour cette commune sur un loyer de 150 fr.

Je n'ai pas à proprement parler de cabinet de consultations, c'est une salle publique.

Dois-je cette imposition ?

Dr X.

Réponse.

Nous estimons que vous ne pouvez être assu-

jetti à la patente dans la commune voisine de celle où vous êtes établi que si vous y possédez un local à votre disposition à certains jours et heures déterminés.

Le fait exceptionnel de donner une consultation dans un lieu public n'est pas suffisant pour justifier une imposition.

A. M.

3236. — Patente en cas de changement de résidence.

Ne trouvant pas d'appartement pour m'installer, un confrère me sous-loua à Paris, un local meublé à usage médical que je payais au mois.

J'occupai ce local du 1er décembre 1925 au 1er mars 1926, date à laquelle je déménageai ayant reçu de mon confrère par deux fois congé par huissier pour vente du bail. Je prévins sans retard, de vive voix, le contrôleur des contributions de mon départ, et il en prit bonne note.

Il y a environ une vingtaine de jours, je reçois une feuille d'avertissement m'invitant à payer la patente de ce cabinet médical pour toute l'année 1926.

Que dois-je faire ? Dois-je payer la patente pour toute l'année ou pour le premier trimestre seulement ?

Dr A.

Réponse.

La patente établie d'après les faits existants au 1er janvier 1926 est due pour l'année entière. Vous ne pouvez donc obtenir aucune réduction, parce que vous avez abandonné le local le **18 février**.

Mais si une patente vous était imposée (ce qui est possible pour l'année 1926 jusqu'en mars 1927) pour le nouveau local que vous auriez occupé à partir de cette date, elle devrait être diminuée de la première, ou même annulée complètement, si le loyer de ce nouveau local était inférieur à celui du premier.

A. M.

3483. — Paiement par le locataire du droit d'enregistrement sur les locations verbales.

Je prie le « Sou médical », dont je suis membre, de bien vouloir me dire si étant augmenté prochainement de loyer, je dois payer l'enregistrement pour locations verbales au-dessus de 2.000 fr. à 72 centimes % ou si cette charge incombe à mon propriétaire.

J'avais un bail, suivi de prorogation, je reste dans mon appartement jusqu'en 1931 pour le moins.

Dr S.

Réponse.

Légalement, le propriétaire est seul responsable du paiement du droit de 0,72 % sur les locations verbales au-dessus de 2.000 francs.

Mais une clause des baux ou locations verbales met généralement le locataire dans l'obligation de rembourser ce droit au propriétaire.

Si vous devez subir l'augmentation en vertu de la loi du 1er avril 1926, votre propriétaire sera fondé à vous réclamer le remboursement de cet impôt, car il y a là un supplément d'impôt que la loi autorise le propriétaire à recouvrer sur son locataire. Mais, si vous convenez avec votre propropriétaire d'un forfait pour le remboursement des impôts et charges, forfait dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré, le remboursement de la taxe de 0,72 % sera nécessairement compris dans le forfait.

A. M.

3533. — Contribution personnelle-mobilière. Taxe civique.

Je viens encore une fois faire appel à votre habituelle obligeance pour me renseigner sur ma feuille d'impôts. Je devrais joindre à ma lettre ladite feuille, mais afin de ne pas perdre de temps, j'ai envoyé ma réclamation au maire de la commune qui m'impose, en partie à tort, je pense.

J'exerce à D. et passe l'été dans une maison que je loue et ai meublée dans la commune de M. Je reste électeur et domicilié à D. Or, voici que M. m'envoie une feuille de contributions comprenant :

1° Personnelle mobilière que je paye à D. ; ici aucun doute, j'ai souvenance de la réponse faite par votre conseiller fiscal en septembre, je crois, à une demande. Je la dois à D., je la dois à M. puisque j'y ai une maison, un loyer, n'y passerais-je que quelques jours.

2° Taxe civique, que j'ai payée à D. je pense qu'elle ne doit être payée qu'une seule fois.

3° Cheval-voiture et taxe vicinale qui ne me concerne pas puisque là-bas, je n'ai aucun véhicule.

Bien entendu les impôts pour choses inexistantes, ne sont pas exigibles. Mais :

1° La personnelle-mobilière est-elle payable partout où on a une maison en location ?

2° La taxe civique n'est-elle exigible qu'une seule fois et où doit-elle être payée ?

Dr N.

Réponse.

La contribution personnelle-mobilière est due pour toute habitation meublée à la disposition du contribuable au 1er janvier de l'année de l'imposition.

Vous êtes donc régulièrement imposé à D. et à M.

Au contraire, la taxe civique n'est due qu'une seule fois au lieu du domicile (où est également payé l'impôt général).

Vous pouvez donc demander au contrôleur de M. le dégrèvement de la taxe civique.

La taxe vicinale, constituée par des centimes additionnels à la contribution personnelle-mobilière, est également due.

A. M.

Questions médico-militaires.

3566. — Radiation des cadres.

J'ai reçu le 2 août dernier une note du Directeur du S. de S. de ma région me demandant si je désirais être maintenu ou rayé des cadres en novembre, date à laquelle la classe 1897, à laquelle j'appartiens, doit être dégagée des obligations militaires. J'ai répondu que je désirais être rayé des cadres.

Le 12 novembre, j'ai reçu une autre note me disant de renvoyer mon ordre de mobilisation pour annulation. Et j'ai renvoyé mon ordre rose. Cette formalité suffit-elle pour que je sois dégagé de toutes obligations militaires ? Dois-je recevoir une notification officielle et, dans ce cas qui doit me l'envoyer ? Bref, ai-je d'autres démarches à faire ou pièces à demander et à qui ?

D'autre part, la radiation des cadres entraîne-t-elle la cessation du droit à la Légion d'honneur ?

Dr B.

Réponse.

Puisqu'on vous a demandé de renvoyer votre ordre de mobilisation, il semble que votre radiation des cadres ne fasse pas de doute. Mais, régulièrement, vous devriez être avisé par votre Directeur du Service de santé que votre radiation est acceptée par le Ministre ; c'est à votre Directeur que vous devez vous adresser en cas d'hésitation de votre part.

En principe, la radiation des cadres entraîne la cessation du droit à la Légion d'honneur, au titre militaire. Mais, au titre civil, on tiendra toujours le plus grand compte du nombre des annuités de service militaire.

Divers.

4078. — Enregistrement du diplôme.

Installé à X., j'ai l'intention d'ouvrir un cabinet dans une localité distante de 10 kilomètres, et dépourvue de médecin, localité située dans un autre département. Dois-je, au point de vue réglementaire, déposer mon diplôme de docteur en médecine à la préfecture et au greffe du tribunal de ce deuxième département, étant entendu que ces formalités sont accomplies pour ce qui concerne le département de mon véritable domicile.

Dr Y.

Réponse.

Si, tout en ouvrant un nouveau cabinet dans une localité située dans un département limitrophi, vous conservez votre principal domicile et continuez à exercer dans la localité où vous avez fait enregistrer votre diplôme, vous n'avez pas besoin de le faire enregistrer à nouveau dans l'autre département.

Cette formalité ne serait nécessaire que si vous transportiez votre domicile dans un autre département (article 9, paragraphe 2 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine).

(3)

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 4 — DIMANCHE 23 JANVIER 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France.................... 45 fr
Etranger.. (voir conditions page IV)
Etudiants (France)........ 25 fr.
Le Numéro................ 1 fr.
C.P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579.

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25


Ferment Gastrique naturel
GASTROZYMASE
2 à 3 comprimés dans un peu d'eau au milieu de chaque repas
Extrait Concentré DE BILE DE PORC
Biliol
Capsules Keratinisées 2 à 4 par 24 heures.
LABORATOIRES BOUTY. 3, Rue de Dunkerque. PARIS


Dr MARTINET
16, Rue du Petit-Musc
PARIS
Thérapeutique des Affections Gynécologiques
OVULES AU NÉO-COLLARGOL
DU Dr H. MARTINET
Chaque ovule à base de Glycérine renferme 0.10 de Néo-Collargol
INDICATIONS:
BARTHOLINITES
MÉTRITES. ULCÉRATIONS DU COL
PERTES BLANCHES. SALPINGITES.
MODE D'EMPLOI
Un ovule tous les soirs ou un soir sur deux.
Ovules NÉO-COLLARGOL
Toutes Affections Gynécologiques
POMMADE AU NÉO-COLLARGOL COCAÏNÉE OU NON COCAÏNÉE
Toutes Plaies _ Toutes Dermatoses

Quarante-neuvième année N° 4 23 Janvier 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 186-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les docteurs OLLIVIER, de Binic ; PERRINEAU, de Rambouillet ; ROUX, de Saint-Gervais-les-Bains ; GAUSSEN, d'Avignon, la somme de trente francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 29. — Normandie. — A céd. poste méd. dans stat. baln.,seul méd., affaires 50.000. Indemn. 35 .000; compt. à déb. Mais. remise à neuf.

N° 30. — On dem. nourrisson pays Anjou, personne recomm. par docteur.

N° 31. — Auvergne. Prêtre au courant de l'éduc. prendrait che z lui, (580 m. alt.) un ou deux élèves délicats ou retard. dans études. Soins dévoués.

N° 32. — Dr exerç. dans gr. ville, obligé d'habiter campagne pour santé des siens, reprendr. sanat. Accept. collab. avec futur success. Très sérieuses références.

N° 33. — Mach. à écr. Underwood portative, état neuf, garantie, 1.000 fr.

N° 34. — Paris. Quart. cent. et popul.,gr. clin. de méd. génér. en appart., parf. agencée, très gr. chiff. de rapp. Indemn. 150.000, dont 100.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 35. — Seine-et-Oise. — 12 kilom. Paris-Nord, client. rapp. 150.000 par an, import. A. T., loyer 5.000, mais. indépend. compren. 7 p., dépend. jard. Indemn. 50,000, dont 25.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 36. — Paris. Quart. de plein centre, appart. de doct. compren. 8 p., loyer 7.000, indemn. 50.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e), To. Gob. 36-46

N° 37. — Veuve de médecin dirigerait intérieur chez personne ou s'occuperait dans clinique ou maison de santé ; ou occupation similaire. S'adresser Mme HALBOUT, 4, impasse Toulouse, à Versailles (S.-et-O.).

DERNIÈRES NOUVELLES

Le Concert de l'*Orchestre médical* aura lieu lundi prochain, 24 janvier, à 21 h., salle des Concerts du Conservatoire. En voici le programme :

1re PARTIE.

1° *Egmont*, ouverture. (Bethoven).
2° *Jupiter*, symphonie. (Mozart).
3° *Le défi de Phœbus et de Pan.* (Bach).
Mme BOUCHACOURT.
4° *Rhapsodie*, pour harpe. (Granjany).
Mlle Stella LEROUX.
5° *Rêverie et danses slaves.* (Dvorak).

2e PARTIE.

1° *Ramuntcho*, suite d'orchestre. (G. Pierné).
2° *Noël.* (M. Tournier).
Final de la sonatine, pour harpe. »
Mlle Stella LEROUX.
3° *Les Roses d'Ispahan.* (G. Fauré).
Sérénade inutile. (Brahms).
Mme BOUCHACOURT.
4° *Danses du Prince Igor.* (Borodine).

— Nous apprenons, avec un vif regret, la mort de M. LIAN, père de notre ami le professeur Camille Lian, à qui nous adressons nos bien sympathiques condoléances.

— **Les épidémies.** — Une épidémie de choléra à forme paratyphoïdique a sévi dans une commune du département de la Savoie.

— **Clinique obstétricale Baudelocque.** — Du 1er février au 9 avril, un stage et des cours de perfectionnement auront lieu sous la direction du professeur Couvelaire.

— **Hôpital Beaujon.** — *Démonstration pratique de radiothérapie pénétrante et d'électrothérapie.* — Des démonstrations pratiques, précédées d'un exposé clinique, ont lieu à 10 heures, au laboratoire d'électroradiologie du Dr AUBOURG : le mardi pour la radiothérapie (Dr JOLY), le vendredi pour l'électrothérapie (Dr VIGNAL).

— **Hôtel-Dieu.** — M. le prof. RATHERY fait des conférences de clinique médicale le mardi à 11 h., à l'amphithéâtre Trousseau.

— **Lyon.** — M. SAVY, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon.

— **Nancy.** *Agrégation.* — Ont été nommés agrégés : de médecine, M. Simonin ; de chimie médicale, M. Sannie.

— **Nancy.** *Journées médicales séparées.* — La Faculté de Nancy, a décidé d'organiser des réunions de médecine pratique sur le type général des Journées bruxelloises, mais en journées séparées, formule nouvelle qui facilitera la fréquentation de ces réunions par les praticiens, pour qui une absence

prolongée est difficile. La première réunion aura lieu le 28 janvier prochain. Elle comprendra des conférences sur le cancer et une visite au centre anti-cancéreux.

— **Marseille.** *Internat des hôpitaux.* — Ont été nommés, au dernier concours d'internat :

Internes titulaires : MM. Emperaire, Blanchard, Dor, Verdeuil, Gaspérini, Monthus, Dunan, Nguyen van Tan, Lamouroux et Drapé.

Internes provisoires : MM. Walh, Plasse, Albenois, Bernard et van Cuyck.

— **Algérie.** *Hôpitaux.* — Un concours sera ouvert à Alger, le 28 mars 1927, pour le recrutement de trois chirurgiens adjoints (un pour chacun des hôpitaux d'Oran, de Constantine et de Bône).

— **Chaumont.** *Le Syndicat des médecins de la Haute-Marne et la question du lait.* — Le Syndicat des médecins de la Haute-Marne a adressé au préfet et aux parlementaires du département une lettre pour demander la réglementation du ramassage du lait par les industriels, afin que les enfants et les malades ne soient pas privés de cet aliment.

— **Le grattage thérapeutique.** — Selon une information du *Petit Journal*, M. Métalnikoff, de l'Institut Pasteur, aurait obtenu chez le cobaye, une immunité contre les maladies microbiennes par le grattage de la peau. Les cobayes grattés auraient supporté sans dommage des injections intra-péritonéales de cultures bactériennes. Le mécanisme de cette immunité s'appuierait sur les réflexes conditionnels produits par les excitations cutanées.

— **Les croisières du « Bruxelles médical ».** — Croisière C., 33 jours, *départ de Marseille, 11 mars* : Monaco (6 heures), Naples (198 h.), Athènes (24 h.), Constantinople (42 h.), mer Noire, Beyrouth (16 h.), Kaïffa-Jérusalem-Le Caire-Alexandrie (156 h., trajet par ch. de fer), Messine (12 h.), Monaco (15 h.), Marseille. — Prix : luxe : 340 dollars ; 1re cl. : 315 dol. 2e cl. ext. : 230 dol. ; 2e cl. int. : 218 dol. (*ss. Providence*, 16.000 tonnes).

— **Société d'hydrologie et de climatologie de Toulouse.** — La prochaine session de la Société d'hydrologie et de climatologie de Toulouse se tiendra à la Faculté de médecine et de pharmacie le dimanche 27 mars 1927. Le rapport de M. le Dr Armengaud (de Cauterets) sur le traitement des affections des voies respiratoires supérieures par les eaux sulfureuses, qui doit y être étudié, sera prochainement envoyé.

Les membres de la Société qui désireraient faire une communication sont priés de vouloir bien en adresser le titre, *avant le* 15 *février*, au secrétaire général (Dr Serr, 16, rue des Arts, Toulouse) ; les communications ne pourront durer plus de dix minutes et leur texte devra être remis en séance avec un résumé de huit à dix lignes pour la presse. La Société ne prendra à ses frais que l'impression de trois pages de texte dactylographié ; le surplus sera imprimé aux frais de l'auteur.

A TRAVERS L'OFFICIEL

5 *janvier.*

Stations hydrominérales et climatiques.

Liste des stations hydrominérales et climatiques établie à la date du 1er janvier 1927.

Cette liste comporte les additions suivantes en 1926 :

Stations hydrominérales et climatiques : Salins (Savoie).

Stations hydrominérales : Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin) et Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure).

Stations climatiques : Granville (Manche) ; Chatelaillon (Charente-Inférieure) ; Langrune-sur-Mer (Calvados) et Bugeaud (Constantine).

Soins aux mutilés de guerre.

Commission consultative de prothèse et d'orthopédie.

Sont nommés membres de cette Commission : MM. Valentino, Rieffel, Paloque, Thoumyre, Miellet, Sinsou, Capy, Beaufils, Clavelin, Ripert, Rœderer, Heneau, le Président de la Chambre syndicale des instruments et appareils de l'art médical et chirurgical ou son représentant, le Président de la Chambre syndicale des fabricants de prothèse et d'orthopédie ou son représentant, le Président de la Chambre syndicale du Sud-Est des instruments et appareils de l'art médical et chirurgical ou son représentant, MM. Montier, Vivier, Raux.

6 *janvier.*

Sanatoriums publics.

Décret du 29 décembre 1926 fixant les traitements des médecins des sanatoriums publics.

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 15 avril 1926 fixant les traitements et classes que comportent les emplois de médecins des sanatoriums publics est modifié ainsi qu'il suit :

« Les nouveaux traitements et les classes que comportent les emplois de médecins directeurs et de médecins adjoints des sanatoriums publics sont fixés ainsi qu'il suit :

« Médecins directeurs :

« 1re classe	24.000 fr.
« 2e classe	22.250 »
« 3e classe	20.500 »
« 4e classe	18.750 »
« 5e classe	17.000 »

« Ces traitements sont payés sur le budget de l'établissement. »

Art. 2. — Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont attribués à chaque fonctionnaire suivant sa classe respective, L'attribution de ces traitements est exclusive de la majoration provisoire

de 12 p. cent prévue par le décret du 29 août 1926 ; elle ne sera pas considérée comme un avancement et chaque fonctionnaire conservera dans sa classe l'ancienneté qu'il y a acquise.

Art. 3. — Les dispositions du présent décret auront leur effet à compter du 1er août 1926.

7 janvier.

Service de santé militaire.

Décret du 31 décembre 1926 complétant le décret du 22 février 1912 réorganisant le Comité consultatif de santé.

Art. 1er. — L'article 2 du décret du 22 février 1912 réorganisant le comité consultatif de santé, modifié le 15 septembre 1919, est complété ainsi qu'il suit :

« Les membres titulaires et les membres consultants du comité consultatif de santé sont, à dater du 1er janvier de chaque année, régulièrement nommés pour une période d'une année, leur mandat étant susceptible d'être renouvelé par périodes successives et équivalentes d'une année. Toute désignation prononcée en cours d'année est renouvelable régulièrement à la date du 1er janvier suivant. »

Art. 2. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

8 janvier.

Hygiène publique.

Avis de vacance de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour le Mont-Dore (Puy-de-Dôme).

Le traitement alloué est fixé à 2.400 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

9 janvier.

Enseignement de la médecine.

M. Savy, agrégé, est nommé, à compter du 1er janvier 1927, professeur de thérapeutique, hydrologie et climatologie à la Faculté de Lyon.

10 janvier.

Les emplois d'agrégé à la Faculté de médecine de Paris ci-après son déclarés vacants :

Physique médicale	1
Médecine	4
Chirurgie générale	3
Dermato-syphiligraphie	1

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Les médecins d'asiles publics d'aliénés ont-ils le droit de faire de la clientèle ?

Le médecin-chef d'un asile d'aliénés, nommé au concours, fonctionnaire, rétribué comme tel, peut-il faire de la clientèle en dehors de l'établissement ? Peut-il occuper cetraines fonctions, telles que celles de médecin d'un hopital civil, d'un hospice de vieillards, etc. ?

L'ordonnance du 18 décembre 1839 et le décret du 3 janvier 1922, relatifs au recrutement des médecins des établissements publics d'aliénés, sont muets sur cette question.

Néanmoins, l'obligation, pour le médecin, de résider dans l'établissemnt, d'y soigner des malades, d'observer une surveillance constante sur les aliénés enfermés semble bien indiquer que les médecins d'asiles ne doivent pas avoir le temps de se livrer à l'exercice de la clientèle, en dehors de l'établissement, sous peine de négliger le service public qui leur est confié.

Dans la circulaire du Ministre de l'Intérieur, portant envoi aux préfets du règlement du 20 mars 1857, sur le service intérieur des asiles d'aliénés, on relève le passage suivant, commentant l'article 68 dudit réglement, interdisant au médecin en chef d'être intéressé dans la gestion, ni attaché au service médical d'un établissement privé, consacré au traitement de l'aliénation mentale :

« L'exercice de la médecine extérieure doit lui être absolument interdit : ce n'est point en se formant une clientèle, en dehors de l'asile, c'est en se consacrant tout entiers à leurs fonctions; que les médecins des établissements d'aliénés se créeront des titres à l'avancement et pourront mériter la bienveillance de l'administration. Les mêmes prohibitions s'appliquent aux médecins adjoints. »

Dr Paul Boudin.

Les médecins et la Grande Presse

Dans le numéro du 26 décembre du *Concours médical*, vous parlez de quelques pièces de théâtre, écrites par des médecins et jouées à la scène avec un succès durable et mérité.

Parmi ces comédies, vous citez « L'Enquête », dont vous attribuez la paternité au Pr Charles Richet. En êtes-vous bien sûr ?

Je me souviens en effet d'une pièce portant ce titre, jouée au théâtre Antoine vers 1903, si mes souvenirs sont exacts, pièce signée Georges Henriot.

J'étais à ce moment-là l'externe d'un médecin des hôpitaux, agrégé, et qui exerce actuellement une haute fonction à la Faculté de médecine de Paris.

Or, c'est lui qui était l'auteur de « l'Enquête ».

Le pseudonyme dont il s'était servi permettait et permet encore de le reconnaître.

Cherchez !... vous trouverez... et vous rendrez à G.H.... ce qui lui appartient.

Dr E. Longuet.

Je remercie mon distingué correspondant d'avoir rafraîchi mes souvenirs vieux de plus de 20 ans, et de me permettre de rectifier une erreur involontaire en rendant à César..... et au professeur H. Roger, doyen de la Faculté, ce qui leur est respectivement dû.

Mais Ch. Richet a, lui aussi, quelque pièce à son actif.... En tous cas, ses œuvres littéraires sont assez abondantes et remarquables pour qu'il ne soit nullement diminué de n'être pas l'auteur de l'Enquête.

Et puisque je suis en train de corriger des erreurs de mémoire, c'est à l'auto chir. de Vianney, et non à celle de P. Duval que G. Duhamel a été attaché pendant la guerre.

G.D.

CORRESPONDANCE

Sou Médical

15. — Résultats donnés par son appui.

Je suis heureux de remercier le «Sou Médical », une fois de plus, pour ses bons offices.

J'ai reçu ce matin l'avis de versement à mon compte de chèque postal des frais judiciaires (116 fr.) pour l'affaire dans laquelle m'avait entraîné l'intransigeance de mon propriétaire et pour laquelle le « Sou » m'avait accordé son appui moral, professionnel et pécuniaire.

Vous savez déjà que j'ai eu gain de cause de façon complète, puisque le propriétaire a renoncé à ses prétentions de reprise le jour même du jugement. C'est la seconde fois en deux ans que le « Sou » me

soutient avec succès vis-à-vis du même propriétaire, c'est vous dire avec quel plaisir j'ai versé il y a quelques jours ma cotisation pour 1927.

Veuillez, je vous prie, présenter mes remerciements au Conseil du « Sou ».

Dr P.

Accidents du Travail

3996. — Les médecins des compagnies minières ne sont pas assujettis à la législation sur les accidents du travail.

Permettez-moi de vous poser une question qui intéresse une grande partie des médecins de la région.

Notre service de médecins de mines nous appelle quelquefois à descendre au fond de la mine, pour donner nos soins, non aux blessés, mais aux mineurs « asphyxiés ».

Si au cours de ce travail, il nous arrivait un accident, nous ne sommes pas couverts par la loi de 1898 sur les accidents du travail.

Le fait d'être rémunérés — non pour ce travail en particulier, mais par un forfait, fixé pour une année et par tête de travailleurs — nous permettrait-il, en cas d'accident, de poursuivre la Compagnie en dommages et intérêts ?

Serait-ce un accident de droit commun, entraînant réparation des dommages ?

Ou bien, au contraire, si le fait d'être rémunéré pour un travail médical qui ne prévoit pas, pour nous, l'accident, nous enlève toute possibilité d'être indemnisés en cas d'accident mortel ou d'incapacité permanente, devons-nous demander à la Cie un contrat d'assurance qui nous couvrirait pour une somme de 300.000 fr. ?

Dr D.

Réponse.

Le Ministère du Travail, communication prise de la lettre ci-dessus, nous a fait la réponse qui suit :

MINISTÈRE DU TRAVAIL DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES — *Contrôle des As urances privées*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

Paris, le 5 janvier 1927.

Monsieur,

Après examen de la question posée par le Dr D. dans la lettre que je vous retourne ci incluse, j'ai l'honneur de vous informer, sous réserve d'ailleurs de l'interprétation des tribunaux, qu'un médecin appelé par une compagnie minière à se rendre au fond d'une mine, pour l'exercice de sa profession, même s'il a conclu avec la société minière un contrat de rémunération forfaitaire, ne me paraît pas attaché à l'entreprise par un contrat de louage de services. Il ne peut agir, pour les ordonnances ou les certificats qu'il signe, sous

Voir la suite page XLVII-233

LETTRE OUVERTE

à Monsieur le Docteur Louis Gassot, à Chevilly (Loiret).

Paris, 18 janvier 1927.

Cher Confrère,

Il nous revient que la lettre ouverte que nous vous avons adressée dans le numéro 1 du *Concours Médical* (2 janvier 1927), aurait passé inaperçue d'un certain nombre de lecteurs du journal, qui pourraient croire que nous sommes toujours en désaccord avec vous.

Pour couper court à d'inexacts commentaires, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire intégralement cette lettre, en vous confirmant préalablement que nous n'avons jamais entendu mettre en doute votre honorabilité ni votre bonne foi.

« Comme vous, nous regrettons le différend qui a pu s'élever entre nous.

« Des explications échangées, il résulte :

« 1° Que des malentendus anciens ont pu vous faire croire très légitimement que notre amitié pour certains chefs de l'Union pouvait diminuer notre acuité auditive pour d'autres sons de cloche ;

« 2° Que vous avez reconnu que, si nous avons dû, à plusieurs reprises, repousser vos initiatives qui, si elles étaient très honorables, n'en étaient pas moins inopportunes, nous avions de bonnes raisons pour cela.

« Nous sommes heureux de constater publiquement que nous sommes d'accord.

« Veuillez agréer l'assurance de nos sentiments confraternels.

Le Conseil de Direction. »

PROPOS DU JOUR

De la probité en matière scientifique Pré... histoire de brigands.

A la dernière séance de la Société d'Anthropologie de Paris, M. A. de Mortillet a fait part aux assistants d'une histoire tout à fait abracadabrante qui montre avec quelles réserves l'on doit accueillir les découvertes préhistoriques et de quel contrôle rigoureux elles ont besoin d'être pourvues. Un Alphonse Daudet pourrait écrire sur ce sujet un roman digne de ceux qui ont immortalisé Tartarin. Bornons-nous a en faire un récit sommaire, d'après les articles de journaux que nous a lus M. de Mortillet.

Il y a quelques mois, débarqua à Casablanca, un monsieur relativement jeune, chargé de mission par un gouvernement allié et ami. Il se promenait pensif dans la ville, l'air rêveur et inspiré. L'on apprit que c'était un préhistorien, un anthropologue, venu rechercher dans l'hinterland de Casablanca, à défaut du squelette complet de notre grand ancêtre du Pithecanthropus erectus, tout au moins les traces des premiers hommes, de ceux qui ont laissé dans divers gisements d'Europe et de France, au début de l'époque quaternaire et peut-être à la fin de l'époque tertiaire, des témoins de leur industrie.

Les propos du savant étranger coururent les rues de Casablanca et, dans les milieux les plus divers, les habitants de la ville furent atteints d'une véritable épidémie d'amour de la préhistoire. Ce ne furent pas seulement les membres de l'enseignement, ni les rares intellectuels de la ville, mais les industriels, les commerçants, voire même les militaires. Au souffle enthousiaste du savant étranger, l'on voyait surgir des sociétés préhistoriques, archéologiques, anthropologiques. L'on n'entendait parler dans les comptoirs et sur le port que d'hominien, d'homo faber, d'homo sapiens, et tout Casablanca fit la connaissance de l'ancêtre de Néerdenthal et du vieillard de Cros-Magnon. Evidemment, il y avait mieux dans le bled, non loin de Casablanca, affirmait le nouvel animateur de la Préhistoire marocaine. Enfin, il se décida à partir à la recherche des trésors qu'il convoitait. Absent quelques jours, il explora, affirma-t-il, plusieurs cavernes et revint chargé d'abondantes trouvailles. Les grattoirs, les pointes, les perçoirs, les coups de poing, les haches, les pointes de flèches et de javelots, les lames de silex abondaient. Un véritable délire s'empara des préhistoriens de la

ville, et l'explorateur devint du coup un grand homme. On écouta religieusement ses conférences. Il repartait périodiquement dans le désert et revenait toujours chargé des dépouilles opimes des premiers siècles de l'Humanité.

Un jour, il se montra soucieux. On s'enquit, et il annonça qu'il lui fallait songer au retour. Les fonds qui lui avaient été remis pour faire les frais de sa mission étaientépuisés. Comment ! Une misérable question d'argent allait arrêter les découvertes prodigieuses du grand savant ! Non, cela ne pouvait être toléré dans une ville coloniale française. Une souscription fut ouverte : chacun tint à y porter son obole. Les billets, petits et gros, s'accumulèrent. Un personnage versa jusqu'à 6.000 francs. La cueillette fut abondante et le savant, à l'abri du besoin, continua ses recherches. Après l'âge de la pierre éclatée et celui de la pierre polie, il découvrit des témoins de l'âge de bronze, des poteries, des masques, provenant vraisemblablement de l'ancienne Atlantide. Il ne rencontra pas cependant d'Antinoë. Mais le doute, le doute infâme se glisse toujours dans les milieux où règne la foi la plus aveugle. Quelques intellectuels relevèrent, dans les propos et les conférences du grand savant, des contradictions étranges et des affirmations singulières. Ils voulurent suivre l'explorateur, visiter les grottes, se rendre compte des gisements et de l'importance des fouilles. Ils n'eurent pas de peine à constater que toutes les richesses préhistoriques et archéologiques, prétendues découvertes au Maroc, avaient été apportées d'Europe ou fabriquées sur lieu de toutes pièces. Il n'y avait rien dans les cavernes, pas traces de gisements et encore moins de fouilles. La supercherie crevait les yeux. Le mystificateur dut avouer, prendre le premier paquebot en partance pour quitter en hâte Casablanca.

Or, M. de Mortillet nous a appris que ce maître fumiste n'en était pas à son coup d'essai. Dans sa ville d'origine, il avait tenté de mystifier les archéologues qui eurent vite dévoilé ses supercheries. Il gagna la capitale de son pays, sut en imposer à un véritable savant, un géologue de grand mérite qui, ayant entièrement confiance en lui, le prit sous sa protection et le chargea de fouilles dans des grottes célèbres. Il en rapporta des figurines singulières, taillées dans la craie, que quiconque pouvait reproduire avec un couteau de poche. Des savants se rendirent compte des singuliers procédés du mystificateur et les dévoilèrent, mais ne parvinrent pas à désiller les yeux du savant géologue qui continua de couvrir l'imposteur de sa protection et lui fit donner une mission officielle pour explorer l'hinterland de Casablanca.

Or, il paraît que les supercheries de ce genre sont fréquentes en préhistoire. Boucher de Perthes n'avait pas fait ses premières découvertes que les faussaires apportaient quantité d'objets truqués au Musée d'Abbeville, et le savant dut établir un rigoureux contrôle des prétendues trouvailles qu'on lui offrait. Ces falsifications sont assez faciles à déceler, mais il y a des procédés plus malhonnêtes et plus dangereux pour la science. C'est le vol dans les fouilles authentiques. M. le Dr Henri Martin, le savant explorateur des gisements de la Quina en Charente, en a été victime. Ses fouilles ont été visitées durant la nuit, de nombreux documents y ont été volés. Or l'auteur de ce vol, qui ne peut être qu'un préhistorien, pour tirer un bénéfice de son larcin, devra attribuer l'origine de ces objets à un autre gisement, et l'on conçoit le trouble que peuvent jeter pareilles affirmations dans les recherches préhistoriques. Aussi, conviendrait-il de n'accepter comme réellement authentiques que les découvertes sérieusement contrôlées et sur place ?

Les supercheries que nous avons signalées, bien que très regrettables et capables de faire admettre les plus grossières erreurs pour des vérités, ne peuvent avoir de très graves conséquences. Or, nous sommes certains que, dans tous les domaines scientifiques, il existe des mystificateurs et des bandits. Les uns trompent simplement pour le plaisir de tromper ; les autres pour s'assurer une notoriété de mauvais aloi ; d'autres enfin dans un but matériellement intéressé. De ces pirates de la science, il en est dans les milieux médicaux, et c'est là qu'ils sont véritablement dangereux. Que d'observations truquées, sinon inventées de toutes pièces, ont servi de base à des thèses ou des mémoires d'apparence sérieuse ! Si nous y ajoutons les erreurs presque volontaires que font, au cours de leurs expériences ou de leurs recherches, des personnes de bonne foi, mais qui veulent envers et contre tout démontrer une hypothèse sortie *a priori* de leur imagination déréglée, l'on se rend compte avec quelle prudence, quelles réserves nous devons, nous médecins praticiens, appliquer les innovations. Combien de découvertes sensationnelles, de procédés thérapeutiques merveilleux qui, comme les marionnettes de la chanson font, sur la scène médicale, un petit tour et puis s'en vont pour ne plus revenir !

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIRECTIVES DU TRAITEMENT DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Par M. G. JEANNENEY,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des hôpitaux.

Le cancer de l'œsophage est incontestablement un des plus graves, entraînant très rapidement des phénomènes de dénutrition et de cachexie irrémédiables. Il importe donc au moins autant que pour les autres cancers de faire ici un *diagnostic précoce.*

Or, ce diagnostic est facile. Le cancer de l'œsophage survient en effet dans l'immense majorité des cas chez l'homme (65 pour 35 femmes) de 40 à 60 ans, et le plus souvent chez des sujets exposés à des irritations locales (alcool, tabac, mauvaise hygiène alimentaire), et très souvent aussi chez des syphilitiques. Quelques cancers apparaissent sur des œsophages antérieurement pathologiques soit à cause de la présence de corps étrangers infectés, soit à cause de rétrécissements inflammatoires ou enfin, de dilatations essentielles (méga-œsophagies).

« Toutes les fois qu'une sténose progressive survient sans cause chez un homme après 40 ans, il faut songer au cancer de l'œsophage » (BÉRARD et SARGNON). La *dysphagie* est, en effet, un signe capital ; d'abord spasmodique, due à une défense au-dessus de la lésion, elle est intermittente et capricieuse, se manifestant par une gêne à avaler un bol alimentaire trop volumineux ou trop chaud. Le pain, les grosses bouchées de viande sont les premiers aliments qui sont arrêtés. Cependant avec quelques artifices, une mastication lente et soigneuse, une déglutition prudente, les aliments passent tant bien que mal ; mais au bout de quelques semaines, exceptionnellement de quelques mois, la dysphagie s'aggrave, elle est permanente pour tous les aliments solides et le malade en est réduit à ne prendre que des purées et bientôt même que des liquides. Parfois ceux-ci ne passent plus pendant un jour ou deux ; puis, ce paroxysme dysphagique cesse et les liquides sont de nouveau admis jusqu'au jour où ils sont définitivement arrêtés. Et cependant l'appétit de ces sujets est conservé, ils meurent littéralement de faim et de soif. Les aliments qui, avec quelque patience de la part du malade parvenaient à être conservés au début de l'affection, seront bientôt mal tolérés. Le malade provoquera lui-même l'expulsion, ou bien celle-ci sera spontanée, soit dans les instants qui suivent la déglutition, soit quelques heures après s'ils ont pu s'accumuler dans une poche. Le malade se plaindra alors de deux choses : « les aliments ne passent pas, ils restent sur l'estomac, ils sont vomis. »

En réalité, *il ne s'agit pas de vomissements,* mais bien de *régurgitations.* Celles-ci peuvent être très abondantes, c'est l'exception ; le plus souvent elles sont représentées par quelques débris alimentaires non digérés, par du mucus filant, strié de sang, que DIEULAFOY dénommait « vomique de mucosités » ; enfin par des parcelles de tumeur plus ou moins sphacélées. Jamais l'acide chlorhydrique n'est ici décelable.

La régurgitation, qui est la règle dans le rétrécissement de l'œsophage, est moins fréquente dans le cancer, car elle traduit le développement d'une poche sus-stricturale qui en général n'a guère le temps d'apparaître dans le cancer.

En même temps qu'évoluent ces signes survient une *salivation* très abondante, diurne et nocturne, par réflexe œsophago-salivaire (ROGER, ANTONY) de défense ayant pour but de lubrifier le conduit œsophagien rétréci. Des *douleurs* inconstantes et vagues rétro-sternales ou dorsales irradiant vers le bras, le cou, l'oreille, les espaces intercostaux, peuvent également survenir, mais comme dans tout cancer, elles n'ont aucune valeur pathognomonique. Aussi bien, elles sont très variables comme intensité, allant de la simple gêne à la sensation de transfixion par une broche, et comme rythme, puisque LOEPER a pu décrire un type continu, un type discontinu et un type angineux. Elles sont le plus souvent exagérées par la déglutition, l'effort ou même une simple émotion.

La *fétidité de l'haleine,* le *hoquet,* sont des signes tout à fait inconstants.

En même temps que s'installe et progresse la dysphagie, le sujet maigrit et cet *amaigrissement* peut prendre une intensité telle que son entourage le voit « fondre sous ses yeux ». Cet *amaigrissement rapide* est une des caractéristiques du cancer de l'œsophage. Sans doute l'inanition est-

elle pour une grande part dans sa pathogénie ; le sujet meurt de faim et de soif, ses téguments sont déshydratés : la peau se détache des plans sous-jacents (peau de chien), la contraction idio-musculaire à la percussion est lente (DELBET) ; mais la cachexie, l'intoxication par les produits du néoplasme jouent également un rôle dans cette impressionnante dénutrition, si bien que même après la gastrostomie précoce, et alors que ces malades s'alimentent, l'amaigrissement persiste, l'anémie est toujours marquée, le teint reste cireux, jaune-paille. Enfin surviennent des signes d'infection chronique, subaiguë ; fièvre légère, phlébite, œdème des membres inférieurs, anorexie et asthénie.

De tous ces signes, deux sont à retenir : la *dysphagie progressive et l'amaigrissement*. Il ne faut pas hésiter, lorsqu'ils se présentent, à *explorer l'œsophage, jamais de cathétérisme* même tout au début, même avec des sondes molles tombant par leur propre poids dans l'œsophage (BOUCHARD) : il y a trop de dangers à perforer un œsophage friable ou, en cas d'erreur de diagnostic, à rompre un anévrysme de l aorte.

Le malade sera conduit à la *radiographie* et là, sous l'écran, la bouillie barytée s'arrêtera, marquant au niveau du néoplasme un défilé irrégulier, parfois une image lacunaire, parfois aussi au-dessus de cette sténose, une discrète dilatation du conduit.

On pourra alors présenter le malade au spécialiste qui, prudemment et s'il le juge utile, fera une *œsophagoscopie*. Celle-ci peut, au début, rendre de grands services en montrant une muqueuse œsophagienne leucoplasique avec des placards en langue de chat, un gonflement saignottant, un aspect figé de la muqueuse : une biopsie faite alors permettra d'affirmer le diagnostic.

En résumé, le *diagnostic* sera posé sur la dysphagie progressive, l'amaigrissement et la radiographie complétée au besoin de l'examen œsophagoscopique. Et cependant, on voit encore de temps en temps des *erreurs de diagnostic*, et des malades traités pour des gastrites, pour des anévrysmes de l'aorte comprimant l'œsophage, pour de simples rétrécissements spasmodiques, alors qu'il s'agit de cancer.

La radioscopie et l'examen direct, non seulement font le diagnostic positif, éliminant les *compressions extrinsèques* par ganglions, ou ectasie aortique, les *sténoses* par rétrécissements congénitaux ou cicatriciels, les diverticules et les méga-œsophages dont la symptomatologie peut se rapprocher de celle du cancer de l'œsophage, d'ailleurs beaucoup plus fréquent, mais encore elle fait le *diagnostic de siège et d'étendue* de la lésion.

Une fois le diagnostic posé, quelle conduite faut-il tenir ?

En règle générale, le *traitement chirurgical* du cancer est un traitement d'exérèse large, enlevant en bloc la tumeur et les ganglions (1). Or, le cancer de l'œsophage siège exceptionnellement dans une région aisément abordable : 18 % de cancers sont des *cancers cervicaux*, la grande majorité est représentée par des *cancers thoraciques*, profondément situés dans le médiastin postérieur et dont l'abord est rendu terriblement difficile par la profondeur, par les vaisseaux du voisinage et par la présence de la plèvre. Celle-ci a longtemps arrêté les chirurgiens, qui pour aborder l'œsophage se sont ingéniés à employer des voies détournées ou à utiliser des techniques spéciales, destinées à éviter un pneumothorax artificiel et subit, réputé des plus dangereux.

Ainsi, on opérait autrefois ces malades enfermés dans une chambre de SAUERBRUCH à hypopression, la tête seule étant à l'air libre et les poumons se trouvant ainsi distendus par la différence de presssion. Ou encore on opérait avec une hyperpression au niveau des voies aériennes supérieures, la tête du malade étant seule enfermée dans une chambre de BRAUER, ou bien une canule de DELBET injectait sous pression dans la trachée air et anesthésique.

Les recherches de Pierre DUVAL, en particulier, ont montré qu'on pouvait ne pas s'attarder à ces préoccupations et intervenir directement sans trop craindre les dangers du pneumothorax.

Mais en dehors de ces difficultés d'accès, le cancer de l'œsophage est toujours un *cancer infecté* entouré d'une réaction de *cellulite* médiastinale où l'on trouve des germes dangereux, dont l'intervention risque d'éveiller la virulence.

Enfin, ce cancer est souvent et précocement propagé au voisinage soit *par envahissement lymphatique* que signe la présence d'une adénopathie sus-claviculaire (à gauche : ganglion de Troisier), soit *par propagation de proche en proche* dans le médiastin, autour de l'aorte, autour des nerfs et en particulier du pneumogastrique, ou du récurrent, enfin et surtout vers les *voies respiratoires*. Celles-ci sont très souvent comprimées ou envahies et il arrive même un moment où s'établit une fistule œsophago-aérienne que traduit de la toux à la déglutition, avec expectoration de débris alimentaires, des bruits gutturaux, des éructations à l'expiration, etc.

L'infection péri-œsophagienne, la *propagation* du cancer en font une variété *des plus graves* au point de vue de l'exérèse chirurgicale. Les résultats de l'œsophagectomie le prouvent surabondamment.

L'œsophagectomie cervicale préconisée par BILLROTH, puis par CZERNY qui en obtint un succès en 1877, donne dans les bons cas une mortalité immédiate ou primitive de 60 %, pour un

(1) JEANNENEY. — Le cancer. Petits Précis, Maloine, 1926.

bénéfice de survie atteignant environ 10 % après un an (statistiques de VON HACKER, VON WINNIWARTER, BÉRARD).

Cette intervention consiste à aboucher tout d'abord à la peau, l'œsophage au-dessous du pôle inférieur de la tumeur repéré préalablement par un cathétérisme rétrograde, fait par une bouche de gastrostomie, puis à découvrir la tumeur (voie gauche), à l'isoler et à la réséquer.

Pour l'*œsophagectomie thoracique*, les résultats ne valent guère mieux. Depuis J.-L. FAURE qui, le premier tenta cette opération. En 1903, la mortalité a oscillé entre 90 et 100 % sans que les survies des rescapés aient été appréciables.

L'œsophagectomie thoracique consiste à faire tout d'abord une gastrostomie, puis à découvrir la tumeur, par une voie d'accès transpleurale ou extra-pleurale, à isoler la tumeur en évitant autant que possible de léser les pneumogastriques, à réséquer la tumeur, enfin, à faire soit une suture œsophago-œsophagienne, soit une suture œsophagogastrique si le cancer est bas situé, soit enfin à se contenter d'une gastrostomie définitive Mais on voit par les chiffres que nous avons donnés plus haut que cette chirurgie radicale est si meurtrière qu'*en pratique la chirurgie palliative doit être considérée comme donnant de meilleurs résultats* ; aussi bien, c'est toujours par elle que doit commencer le traitement. C'est une *chirurgie de dérivation*, comme d'ailleurs toute chirurgie des cancers du tube digestif.

Pour les cancers cervicaux, on pratiquera l'œsophagostomie ; pour les cancers thoraciques, la gastrostomie est l'opération de choix. Cette bouche gastrique doit avant tout être continente, aussi tous les procédés employés visent-ils à la faire en un point haut situé de l'estomac et à disposer la bouche de manière à obtenir son obstruction spontanée, soit qu'on fasse traverser à l'estomac un tunnel musculaire, de façon à placer l'orifice cutané loin de l'orifice péritonéal (procédé de HAHN, VILLAR, SARABEJEFF), soit que l'on invagine en soupape le cône gastrique attiré à travers la paroi (*procédé de Fontan*).

Cette chirurgie, pratiquée sous anesthésie locale et précocement, avant que le sujet soit en trop grande dénutrition donne d'assez bons résultats immédiats. Il n'en n'a pas toujours été ainsi : en 1885, alors qu'on employait l'anesthésie générale et qu'on intervenait chez des sujets très déprimés, elle ne donnait que des déboires, et LAGRANGE en était arrivé à la déconseiller.

Les chirurgiens ont enfin imaginé des *opérations plastiques*, cherchant à reconstituer un œsophage artificiel, pour permettre aux sujets de conserver l'illusion de la déglutition normale et les plaisirs de la table. Des œsophages artificiels ont été faits, soit à l'aide d'un canal cutané placé sous la peau thoracique (WULSTEIN), soit à l'aide d'une anse grêle isolée et abouchée d'une part à l'estomac et d'autre part, à l'œsophage. Telle est la jéjuno-gastro-œsophagostomie de ROUX et de TUFFIER.

Grâce à ces opérations, on pourra laisser se fermer la bouche de gastrostomie qui, si bien faite soit-elle, constitue toujours une désagréable infirmité. Et pourtant ces opérations plastiques, à cause de leur gravité, ne sont pas entrées dans le domaine courant et *la gastrostomie reste toujours la base de la chirurgie palliative du cancer de l'œsophage.*

Lorsque le cancer est bas situé, on a pu dans quelques cas aboucher l'œsophage sain à l'estomac à travers le diaphragme, réalisant ainsi par un court circuit l'exclusion de la tumeur. Mais cette œsophago-gastrostomie ouvrant le diaphragme, présente quelques dangers (hernie diaphragmatique) et elle reste avec les plasties dans un domaine quelque peu théorique.

La chirurgie palliative du cancer de l'œsophage, comme toute chirurgie palliative, ne donne, il est vrai, qu'une mortalité immédiate très faible pour des résultats éloignés médiocres, ne retardant que de quelques semaines ou de quelques mois l'échéance fatale de ce *mauvais cancer* qu'est le cancer de l'œsophage.

Peut-on faire mieux avec les méthodes modernes de thérapeutique anti-cancéreuses ?

Il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire et d'un épithélioma infecté. Donc d'une tumeur peu radio-sensible. La *radiothérapie* a cependant été tentée, en Allemagne, aux Etats-Unis, et en France (CLUSET, CHAMBACHER et DESCOUST) ; elle doit ici comporter plusieurs portes d'entrée et donner en huit jours une dose totale d'environ 16.000 R. de rayons convergeant vers la tumeur.

La radiothérapie pénétrante donnée avec des appareils de 200.000 volts a pu ainsi amener quelques régressions des masses profondes, mais elle ne paraît pas avoir résolu la question du traitement du cancer de l'œsophage.

Les résultats de la *curiethérapie* n'ont guère été plus brillants ; seul GUISEZ a obtenu quelques résultats encourageants (deux survies de deux ans) et BECK a rapporté une survie de 30 mois. Et pourtant, lorsqu'on réfléchit à cette question, il semble qu'il n'y ait pas de raisons pour que la curiethérapie ne donne pas ici ce qu'elle donne dans d'autres épithéliomas spino-cellulaires, comme ceux de la peau ou du col utérin par exemple. Sans doute est-ce une question de technique. En attendant, il faut chercher à irradier de façon homogène toute la tumeur, et autant que possible ne l'irradier qu'après désinfection.

Voici donc théoriquement comment on peut envisager le *traitement curiethérapique direct* de l'épithélioma de l'œsophage : commencer par une gastrostomie et chercher à repérer les limites de la tumeur sous l'écran ; placer alors le radium

après cathétérisme sur un fil sans fin ; les tubes de radium bien filtré, sont fixés en tandem, les uns à la suite des autres, avec des doses permettant de détruire deux millicuries par centimètre cube de tumeur, environ. Un mois après ce traitement, faire sous œsophagoscopie, de très prudentes dilatations, et ne fermer la bouche de gastrostomie qu'après plusieurs contrôles œsophagoscopiques.

Enfin, la *curiethérapie par foyers externes*, étudiée aujourd'hui par DE NABIAS, en irradiant de façon plus homogène et plus continue la tumeur, permettra peut être d'obtenir de meilleurs résultats.

Elle sera faite au moyen d'appareils appliqués sur la paroi antérieure du thorax (80 mgr. laissés en place 12 à 15 jours) sur la paroi postérieure (70 mgr. de 15 à 25 jours) en disposant les tubes de radium en quinconces, de façon à éviter autant que possible les gros écrans osseux représentés par le sternum et surtout la colonne vertébrale.

On arrive ainsi à diminuer l'infiltration péri-œsophagienne, et à diminuer le temps d'application de radium intra-œsophagien qui pourra être ainsi dosé : 30 mgr. pendant 4 à 6 jours.

Bien entendu, tous ces traitements ne seront appliqués qu'après une *biopsie* qui renseignera sur l'index karyokinétique de la tumeur et sur ses principaux caractères histologiques.

Au cours de tous ces traitements, le *rôle du médecin* ne sera pas secondaire ; la collaboration du médecin s'affirmera non seulement pour surveiller le régime du malade, pour conseiller au besoin une alimentation rectale complémentaire, mais encore pour donner *avant la gastrostomie* des anti-spasmodiques (belladone) ou des sédatifs (bromure, chloral, morphine) pour conseiller une alimentation substantielle et de préférence liquide (laitages, sucres, jus de viande), et enfin à *toutes les périodes* de la maladie par l'administration de toniques (arsenic à petites doses) ou même de drogues réputées anti-néoplasiques telles que la quinine, les sels de magnésie ou de cuivre, etc.

Localement, on sera dans quelques cas, amené à assurer la désinfection de la tumeur par des lavages (nitrate d'argent, quinine, bismuth).

En aucun cas, le médecin ne placera de sonde à demeure ni ne pratiquera d'œsophago-tubage mais son rôle une fois le diagnostic fait, sera de conduire le plus tôt possible le malade au chirurgien ou au spécialiste, pour une gastrostomie première.

Si nous n'avons rien dit jusqu'ici de la *prophylaxie* du cancer de l'œsophage, c'est qu'elle n'est encore que très mal fixée, pourtant, il semble que la disparition de la syphilis puisse amener une diminution notable du nombre des cancers évoluant sur les plaques leucoplasiques. Il semble encore qu'une bonne hygiène alimentaire, un traitement précoce des spasmes, des sténoses, des dilatations essentielles, permettra d'éliminer bon nombre d'états pré-cancéreux.

Il n'en reste pas moins vrai qu'à l'heure actuelle, le cancer de l'œsophage est un de ceux contre lesquels nous sommes le moins bien armés et dont le pronostic reste des plus décourageants.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Appendicite.

D'après une leçon du professeur DELBET [1]

Ce jeune homme est entré hier pour des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite. Son histoire présente un grand intérêt pratique. Il commence par avoir simplement des nausées, des malaises, puis une douleur abdominale modérée, puisqu'il a pu faire quelques pas. Puis, hier, il est repris brusquement de nouvelles douleurs, d'une intensité bien plus considérable. Elles se sont accompagnées d'une selle diarrhéique qui lui a procuré une sensation de soulagement ; de sorte qu'on pourrait croire à une indigestion, qui ne nécessite aucun traitement chirurgical. La température est peu élevée (38°2), son pouls est à 106, et ceci a une importance, mais chez d'autres sujets cette discordance entre le pouls et la température est beaucoup plus marquée ; avec la même température, on voit le pouls s'élever à 130 ou 140 pulsations par minute.

Je demande au malade de respirer fortement, et vous voyez l'absence de soulèvement de la paroi abdominale au moment de l'inspiration. Il a une inhibition de son diaphragme, et ceci suffit à commander une intervention immédiate.

La douleur de la fosse iliaque est un symptôme intéressant. Hier matin, elle siégeait exactement au point de Mac Burney, situé à peu près au milieu de la ligne ilio-ombilicale, un peu plus rapproché de l'ombilic que de l'épine iliaque. On signale, dans certains cas d'appendicite, le signe

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 25 novembre 1926, recueillie par le Dr Laporte.

de Rovig, douleur provoquée en faisant refluer les gaz du côlon descendant et du transverse vers le côlon ascendant et le cæcum. Ce signe est absent ou presque nul ici. La contracture du grand droit au palper est très nette. Hier, le maximum de la douleur était bien au point de Mac Burney, tandis qu'aujourd'hui il existe une zone plus particulièrement douloureuse autour de ce point ; nous aurons à tirer la conséquence de ce symptôme.

Quels sont les arguments sur lesquels je me fonde pour affirmer la nécessité de l'opération ?

Vous avez ouï parler des discussions interminables qui ont eu lieu sur les indications de l'intervention dans l'appendicite. La règle communément admise est la suivante : dans les 24 ou 36 premières heures , on doit faire immédiatement une intervention. En pratique, il faut l'atténuer, en ajoutant que le diagnostic doit être sûr, et ce diagnostic certain n'est pas toujours facile dans les premières phases. Il y a des erreurs classiques, que vous devez connaître.

On a décrit de fausses appendicites. Le mot est mauvais. Ce sont des erreurs de diagnostic. Voici les deux plus fréquentes. Je laisse de côté les affections génitales féminines. Il n'est pas rare d'éprouver une certaine difficulté pour savoir s'il s'agit d'une poussée de salpingite ou d'une poussée d'appendicite. La topographie ne permet pas toujours de faire ce diagnostic différentiel. C'est qu'en nombre de cas l'appendice est pelvien, il vient au contact de l'ovaire, comme l'a signalé Segond.

En général, l'appendicite provoque presque constamment des vomissements ; c'est, pour ainsi dire, une affection émétisante, tandis que les réactions péritonéales consécutives aux salpingites n'entraînent que très rarement des vomissements. Cette différence est due à la nature de l'infection, comme nous le savons.

Il y a des erreurs qui sont exceptionnelles et qui n'ont pas d'importance, en ce sens qu'elles conduisent elles-mêmes à une intervention immédiate. Ce sont les perforations d'ulcères gastro-duodénaux. Le liquide a tendance à glisser dans la fosse iliaque droite, de sorte que le malade localise sa douleur dans cette région.

Les cholécystites peuvent donner lieu à des difficultés de diagnostic, mais c'est exceptionnel. Ce qui arrive assez souvent, c'est de constater une appendicite chez des malades ayant un passé de cholélithiase. Mais il est assez rare de trouver des difficultés à faire le diagnostic différentiel. Cependant, cela peut arriver, car il y a des appendices ascendants, dont l'extrémité chemine sous le foie, jusqu'au contact de la vésicule biliaire.

L'affection qui est le plus souvent confondue avec l'appendicite est la pneumonie, qui donne fréquemment lieu, chez les enfants, à une douleur abdominale. Une autre cause d'erreur est la fièvre typhoïde. Il arrive qu'au début elle s'accompagne de douleurs localisées dans la fosse iliaque droite. On croit à une appendicite. J'ai été mandé d'urgence pour un fait de ce genre. J'ai rejeté le diagnostic parce que la malade présentait une extrême agitation. Un appendiculaire reste immobile, le moindre mouvement augmentant les douleurs. Je ne l'ai pas opérée, et l'évolution a montré qu'elle avait une fièvre typhoïde, dont elle a d'ailleurs guéri. Dans ces cas-là, s'agit-il vraiment d'une erreur de diagnostic ? Il est possible que le bacille d'Eberth touche l'appendice, dans lequel il y a des follicules clos comme dans les plaques de Peyer. L'erreur consiste à ne pas reconnaître la nature de cette infection.

Ce malade a donc présenté une première crise modérée. On ne l'a pas opéré. Alors, il est survenu une deuxième crise, accompagnée de douleurs beaucoup plus vives, et d'une selle diarrhéique.

Voilà un premier symptôme à noter : chez un individu ayant eu une crise d'appendicite, grave ou légère, après une phase de sédation, il y a une reprise brusque des douleurs. Ce symptôme a une importance capitale, j'y ai insisté depuis vingt ans, et je ne connais aucun fait publié qui controuve cette assertion. Un malade présente le début brusque, le coup de pistolet de M. Roux. On institue le traitement médical : immobilité, diète et glace sur le ventre. La douleur se calme, puis, sans qu'on fasse d'infraction à ce traitement , au bout de quelques heures, quelquefois deux ou trois jours, le malade est repris brusquement de douleur dans la fosse iliaque droite, plus intense que la première.

Eh bien, quand les choses se passent ainsi, aucune hésitation n'est possible, on peut affirmer la gangrène de l'appendice, sa perforation déjà réalisée ou imminente. L'indication opératoire est formelle. Et cette perforation peut survenir dans des cas légers, c'est-à-dire où les premières manifestations symptomatiques ont été extrêmement atténuées. Je fus un jour mandé d'aller voir un jeune malade atteint d'une appendicite bénigne, disait-on. En effet, il y avait peu de réaction douloureuse ; mais il était dans un état d'excitation intellectuelle, dénotant une intoxication grave, si bien que je proposai de revenir le soir. Quand je suis revenu, dans l'antichambre on m'annonça que l'enfant allait très bien et qu'il était inutile de le voir. Or, le lendemain, à midi, le père vient me trouver très inquiet ; à deux heures du matin, son fils a été pris de douleurs abdominales extrêmement violentes. Je lui dis qu'il était perdu, il y avait douze heures que la perforation s'était produite. Il faut opérer dans les deux ou trois heures qui suivent. Dans

ces conditions, la guérison est la règle. Si on tarde le pronostic devient très incertain.

Habituellement, la reprise de la douleur annonce l'existence d'une perforation. Ce symptôme commande une intervention avec le maximum de rapidité possible.

Le malade a eu une selle diarrhéique. Régulièrement, la crise d'appendicite s'accompagne de constipation, et même d'une constipation opiniâtre, mais les exceptions ne sont pas extrêmement rares. L'existence d'une selle diarrhéique ne doit jamais faire rejeter le diagnostic d'une appendicite. Le début d'une crise appendiculaire peut parfaitement s'accompagner d'une crise diarrhéique, et ceci me conduit à vous parler de la péritonite à ses débuts. La constipation fait aussi partie du syndrome. Eh bien, il faut savoir qu'il y a des péritonites, même extrêmement graves, qui s'accompagnent de diarrhée. Il faut savoir faire le diagnostic d'une péritonite alors qu'il n'existe aucun des signes cardinaux, c'est-à-dire : dans les cas où il n'y a pas de constipation, dans les cas où il n'y a pas de ballonnement du ventre, dans les cas où il n'y a pas de hoquet, et même dans certains cas où la température n'est pas très élevée.

La reprise de la douleur suffit, mais il y a d'autres symptômes qui imposent des réserves au pronostic. D'où vient la gravité de certaines appendicites ?

Elle peut dépendre de l'intoxication ; dans certaines formes d'appendicite, le malade succombe à une intoxication générale extrêmement rapide, sans péritonite, mais, dans l'immense majorité des cas, la gravité de l'appendicite tient à la propagation de l'inflammation au péritoine, à la péritonite. Après la crise aiguë d'appendicite, à la période de refroidissement, il est par conséquent de la plus haute importance de surveiller les malades et de savoir dépister les premiers signes de la péritonite. Vous m'avez vu rechercher un signe particulier, sur lequel j'insiste depuis très longtemps : c'est l'inhibition du diaphragme. On invite le malade à faire une inspiration profonde, non pas à soulever la partie supérieure du thorax, ce qui ne signifie rien, mais on lui demande de respirer plus bas, de l'abdomen, c'est-à-dire avec son diaphragme, comme il doit le faire normalement. Dans ces circonstances, vous constaterez que le diaphragme reste complètement immobile. Quelquefois, vous verrez commencer le mouvement du diaphragme, c'est-à-dire commencer un mouvement d'inspiration à type abdominal, puis le malade s'arrêtera brusquement. Ceci n'a pas de signification. C'est la douleur qui, dans ces conditions, arrête le mouvement commencé ; le diaphragme n'est pas en état d'inhibition.

Au contraire, dans les cas où il y a une péritonite, l'inhibition du diaphragme est complète, le malade ne peut pas le contracter. Non seulement, il ne se contracte pas dans la respiration involontaire, mais il ne se contracte pas non plus quand le malade cherche à le contracter. Le diaphragme échappe à sa volonté. Ceci indique toujours l'existence d'une péritonite. Peut-être y-a-t-il certaines formes de péritonites dans lesquelles cette inhibition ne se produit pas, mais il est certain que, lorsqu'elle existe, il y a une péritonite.

A quel moment du développement d'une péritonite se produit cette inhibition du diaphragme ? Si c'était un signe tardif, il n'aurait aucune importance pratique. Heureusement, il se produit dès qu'il y a une réaction du côté du péritoine, alors que la péritonite est encore localisée, — je ne dis pas circonscrite, — mais localisée, et parfaitement curable à la suite d'une intervention et de l'ablation de l'appendice.

Il y a un autre symptôme qui existe chez ce malade ; j'ai constaté une zone douloureuse à distance du point de Mac Burney, et dans la fosse iliaque droite. Au niveau du point de Mac Burney la sensibilité était insignifiante, même presque nulle, c'est-à-dire qu'au point classique de la sensibilité appendiculaire il n'y avait pas de douleur, tandis qu'il y en avait à une certaine distance. Ce symptôme doit-il conduire à rejeter le diagnostic d'appendicite, chez un malade surtout qui a une reprise de douleur ? Pas du tout. Ce fait particulier indique que la zone primitivement sensible, qui correspond à l'appendice, est devenue à peu près indolente, tandis qu'il y a de la douleur autour. Elle indique quelle est la zone du péritoine au niveau de laquelle la réaction péritonéale est en train de se propager. Cette zone de sensibilité en couronne a la même cause qu'avait la douleur appendiculaire au début, elle nous indique la progression de la péritonite, et elle permet de suivre, pour ainsi dire pas à pas, l'évolution de cette péritonite.

Mais comment expliquer la diminution, et quelquefois la disparition complète de la douleur au niveau de l'appendice lui-même ? Elle est due au sphacèle de l'appendice. Ses éléments nerveux étant détruits, il cesse d'être douloureux.

Ainsi, voilà chez ce malade un ensemble de symptômes qui commandent de faire l'intervention immédiate : la reprise de la douleur, l'immobilité complète de son diaphragme, la diminution de la sensibilité appendiculaire, et l'accroissement de la sensibilité dans une zone en couronne indiquant le point où se fait l'extension de la péritonite.

De ceci, vous devez retenir d'abord l'ensemble symptomatique qui commande toujours une intervention immédiate, mais vous devez en retenir ceci surtout, c'est que, lorsque vous ne ferez-

pas opérer immédiatement un appendiculaire, vous devrez le surveiller et le faire surveiller étroitement. L'un des grands arguments de ceux qui sont partisans de l'intervention immédiate, quelle que soit la phase de l'évolution de l'appendicite, est basé sur ceci : c'est qu'on ne sait jamais comment évoluera une appendicite ; on est quelquefois surpris par les évènements, et l'on voit succomber des malades chez qui les choses s'annonçaient comme bénignes. Eh bien, lorsqu'on surveille les malades, ces choses n'arrivent pas. Il y a une foule de circonstances où l'on est obligé de temporiser, ne serait-ce que le diagnostic incertain, etc., et on a le droit de temporiser, à la condition de faire surveiller les malades de la façon la plus étroite. Vous n'avez pas besoin pour cela d'avoir à votre disposition des infirmiers et un médecin expérimentés. Le symptôme capital indiquant le changement de la nature de l'appendicite, c'est la reprise de la douleur, bien qu'on n'ait pas fait d'infraction au traitement médical : immobilité, diète et glace. Il faut l'enseigner à ceux qui soignent l'enfant, leur prescrire, si le malade recommence à souffrir, — (ne pas donner de morphine dans ces circonstances, sinon vous n'aurez plus aucune espèce de renseignements), — de vous avertir immédiatement, et si, dans ces conditions, vous devez faire une opération immédiate, vous n'aurez pas de ces déboires dramatiques comme on en voit.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LES RÉSULTATS DE LA MÉDICATION IODÉE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE DE L'ADULTE.

Par le Dr MAESTRACCI,

Ancien interne de l'hôpital départemental de la Seine.

Le traitement iodé de la tuberculose pulmonaire semble retenir à nouveau l'attention des médecins. Citons à ce sujet les recherches de Bonnamour et Delore, Boudreau, Cornet (de Pau), Rodet (de Mégève), etc. Le professeur Bezançon dans une récente leçon clinique faite dans son service de l'hôpital Saint-Antoine (1), reconnaît à l'iode des effets favorables sur l'état général des tuberculeux qu'il fait engraisser et établit ses indications précises telles que la tuberculose fibreuse. Le docteur Nigoul-Foussal, dans un important travail paru en 1925 (2), a précisé les résultats et les indications de cette méthode de traitement et c'est en adoptant les règles posées par cet auteur que nous avons soumis au traitement iodé un certain nombre de malades convenablement triés et dont nous rapportons ici les observations cliniques.

En dehors des tuberculoses chirurgicales, des adénites scrofulo-tuberculeuses, de l'adénopathie trachéo-bronchique, il faut accepter, comme susceptibles du traitement iodé, tous les malades « se défendant bien », c'est-à-dire les formes sans réactions générales sévères et sans expectoration très abondante, toutes les tuberculoses pulmonaires à évolution lente, bien localisées, peu extensives. Ce sont les tuberculoses à forme fibro-caséeuse commune bien limitée, les formes scléreuses, abortives ou denses (phtisie fibreuse), les formes scléreuses discrètes mais parfois diffuses qui s'accompagnent d'emphysème, de crises d'asthme et de bronchite, évoluant le plus souvent sur un terrain syphilitique ; les tuberculoses dites stagnantes, les pleurites à répétition, les cortico-pleurites, ces états dits prétuberculeux et qui ne sont qu'un état d'attente, de préréchute ; en un mot, toute tuberculose n'évoluant pas au milieu de phénomènes fébriles et toxémiques graves, toute tuberculose non congestive, où l'hémoptysie n'est pas en rapport avec un processus évolutif, et toute tuberculose à lésion limitée non franchement extensive.

Les résultats que nous avons obtenus, en nous basant, pour l'institution du traitement iodé dans la tuberculose pulmonaire, sur les indications précises que nous venons de citer, méritent de retenir l'attention du médecin : le traitement iodé, administré à bon escient, dans la tuberculose pulmonaire garde toujours une grande valeur et doit occuper une des principales places de la thérapeutique ayant pour but l'amélioration des lésions.

Nous avons, dans nos observations cliniques, employé une association d'iode organique, menthol, camphre et éléments radioactifs en solution huileuse, qui a l'avantage de joindre à l'iode radioactif l'action stimulante générale et eupnéique du camphre. Nous avons injecté, chaque jour, par périodes de dix jours, suivies de dix jours de repos, 1 cc. de cette préparation par la voie intra-musculaire.

Observation I. — M. Neu... Charles, mécanicien, 53 ans.

Frère mort de tuberculose pulmonaire à 20 ans.

Pas de maladies antérieures. Fut mobilisé 5 ans

(1) 9 juillet 1926.

(2) *La Presse médicale*, 7 novembre 1925 et *Les Sciences médicales*, 14 novembre 1925.

dans la marine. A 40 ans, à la suite de bronchites répétées, phénomènes d'imprégnation bacillaire. En 1912, lors d'un examen médical, rendu nécessaire par son asthénie et son amaigrissement progressifs, on découvre avec un voile des deux sommets une expectoration bacillifère. Il séjourne alors un certain temps en Haute-Savoie, d'où il revient guéri, tout au moins en apparence.

Mobilisé en 1914. Bronchite et rechute en novembre 1914. Réformé consécutivement, en décembre de la même année, pour « bacillose pulmonaire ».

En 1918 : entre au sanatorium de Saint-Godard.

Jamais d'hémoptysies, mais malgré un traitement longtemps suivi continue à tousser et à cracher en abondance. Il passe son temps à se soigner à la campagne et fait tous les hivers de petites poussées évolutives qui le forcent à s'aliter. Nous le voyons en février 1926.

Son état général est déficient. Asthénie avec anorexie, fort amaigrissement. Le malade est dyspnéique, principalement à l'effort, tousse et crache abondamment, expectoration muco-purulente avec bronchite ; bacilloscopie positive, température aux environs de 38°, sueurs nocturnes.

Examen : Le thorax est amaigri, fonte musculaire, amplitude thoracique presque nulle.

La T. A. est de 10-7.

Cliniquement : Sclérose des deux sommets. A droite : sclérose du lobe moyen, avec spélonque sous-scapulaire.

A gauche : petite spélonque sous-claviculaire (souffle cavitaire, respiration rude et soufflante, râles sibilants et ronflants). Emphysème des deux bases.

Au cœur : insuffisance aortique.

Radiographie : Obscurité complète des 2/3 supérieurs des deux champs pulmonaires. Spelonques bilatérales, clarté exagérée des bases. Diaphragme peu mobile. Aorte élargie, cœur en sabot.

Diagnostic. : Tuberculose fibro-caséeuse à évolution lente, spélonque bilatérale, grosse expectoration bacillifére et mauvais état général.

Traitement : On essaye le traitement iodé par le triradol (association d'iode organique, menthol, camphre et éléments radioactifs pour injection intramusculaire).

Aucun accident au cours du traitement, le médicament est très supporté.

1re *série.* Le 25 février 1926, 12 injections intramusculaires à raison d'une injection par jour.

Résultats : Augmentation de poids de 1 kgr. Chute de la température. Augmentation des forces et de l'appétit, amélioration de la dyspnée. Sensation immédiate de mieux-être.

Dix jours de repos.

2e *série.* Le 18 mars, 10 nouvelles injections.

Résultats : Amélioration continue ; de plus on constate la diminution de l'expectoration et de la toux ; euphorie subjective.

Dix jours de repos.

3e *série.* Le 10 avril : Amélioration notable des lésions pulmonaires. Disparition de la respiration rude et soufflante à gauche. A droite grosse atténuation des râles sibilants et ronflants.

Le poids est passé de 32 kgr. 300 à 56 kgr. 600. Le malade complètement apyrétique le matin (36°8) n'a plus que 37°6 le soir. Il tousse et crache beaucoup moins. La dyspnée est moins marquée. La T. A. est montée à 13-7.

Le malade bien amélioré rentre chez lui et promet de continuer le traitement.

Observation II. — M. Par.. Isidore, 49 ans, propriétaire.

Pas d'antécédents héréditaires. Quatre enfants tous bien portants. Mobilisé en 1914 a toujours été en parfaite santé jusqu'en 1918.

A cette époque, il est atteint de grippe à type pleural. Il ne s'en remet que partiellement après un an de traitement. Il est alors réformé avec pension de 50 % pour « tuberculose pulmonaire à forme cortico-pleurale au début ».

En 1921, nouvelle pleurésie avec épanchement abondant de la base gauche, pleurésie séro-fibrineuse ayant nécessité des ponctions multiples.

En 1924 grosse hémoptysie. Réformé avec une pension d'invalidité de 100 % pour « tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse ».

A séjourné depuis dans de nombreux sanatoria sans jamais reprendre son travail.

Examen. Son état général est excellent, l'appétit est bon, le malade a pris 19 kgr. depuis 1924. Il est complètement apyrétique, crache peu, et son expectoration négative à l'examen direct devient légèrement positive après homogénéisation. Il se plaint de dyspnée d'effort et surtout d'une toux sèche, spasmodique, d'origine laryngée, survenant chez lui au moment des changements de température (deux heures et seize heures). Cette toux s'accompagne de légères douleurs de la base gauche, douleurs plus prononcées au moment de l'inspiration et localisées au niveau de son ancienne pleurésie.

T. A. 14-9. Température 37°5.

Cliniquement. Sclérose bilatérale plus marquée à droite ; à gauche cortico-pleurite de la base, quelques frottements pleuraux intermittents.

Radiographie. A gauche : léger voile du sommet perméable à la toux. Ombres très marquées de la base, avec rétraction partielle du poumon, à ce niveau, sinus costo-diaphragmatique bloqué. A droite, sclérose très prononcée du sommet et du lobe moyen, base claire.

Examen O.R.L. Rien à signaler.

Traitement iodé par le triradol. Aucun incident à signaler.

1re *série* : le 26 février 1926, une injection quotidienne pendant 12 jours. Injections très bien supportées.

Premiers résultats : disparition des points douloureux, diminution de la toux et de la dyspnée, sensation très nette d'euphorie.

Dix jours de repos.

2e *série* : le 19 mars : une injection quotidienne pendant 10 jours.

Résultats : Augmentation du poids et des forces, diminution progressive de la toux. Amélioration de l'état général. Température diminuée. Expectoration négative à l'examen direct.

Dix jours de repos.

3e *série*. Le 11 avril : une injection quotidienne pendant 10 jours :

Résultats : Le malade a passé de 68 à 72 kgr. 100. Son état général est excellent, les forces sont revenues, la toux a presque csesé, l'expectoration est négative après homogénéisation. La dyspnée, quoique beaucoup améliorée, persiste.

Au point de vue pulmonaire on constate la disparition des frottements pleuraux.

Diagnostic : tuberculose fibreuse en bonne voie de cicatrisation ; cortico-pleurite de la base gauche.

Observation III. —. Per... Louis, 45 ans, représentant de commerce.

Pas d'antécédents héréditaires. Pleurésie à 14 ans. Mobilisé en 1915, service auxiliaire.

En 1918, grippe avec pleurésie de la base droite ayant nécessité deux ponctions évacuatrices (de 200 à 300 grammes). Démobilisé en 1919, après une longue hospitalisation.

En 1920, phénomènes d'imprégnation bacillaire avec quelques légers points de côté au niveau de la base droite, siège de l'ancienne pleurésie.

En 1924, légère hémoptysie avec fièvre, la toux s'accompagne de dyspnée et d'expectoration bacillifère. Il fut alors réformé à 60 % pour « tuberculose ancienne fibreuse et évolutive ».

En novembre 1925, nouvelle poussée évolutive avec asthénie et amaigrissement (il aurait perdu 13 kgr.). La dyspnée se montre au moindre effort, l'expectoration est peu abondante ; toux laryngée, spasmodique, sèche, survenant aussi bien le jour que la nuit et laissant peu de répit au malade.

Entré au sanatorium à la fin de sa poussée évolutive en février 1925.

Examen. Etat général satisfaisant, appétit conservé. Apyrexie, dyspnée d'effort, douleurs intercostales assez violentes et toux spasmodique continuelle. Cette toux s'accompagne de deux ou trois crachats au réveil, crachats muco-purulents bacillifères. La T.A. est de 15-10. Température 37°8.

Cliniquement. Matité et obscurité respiratoires de la base droite avec quelques frottements pleuraux, reliquats de son ancienne pleurésie, et sclérose des deux sommets.

Radiographie. — Voile épais des deux sommets qui ne s'éclairent pas à la toux. Opacité très marquée de la base droite, avec adhérence de son ancienne pleurésie, et sclérose des deux sommets.

Examen O.R.L. Larynx légèrement congestionné mais indemne de toute infiltration tuberculeuse.

Diagnostic. Tuberculose fibreuse, ancienne, peu évolutive. Expectoration bacillifère. Toux spasmodique, probablement d'origine pleurale.

Traitement. Devant la lenteur de l'évolution des lésions tuberculeuses, nous essayons le traitement iodé.

Aucun accident survenu au cours du traitement.

1re *série*. Une injection intramusculaire de triradol, tous les jours pendant 12 jours.

Résultats : Sensation très nette d'euphorie, augmentation du poids, atténuation des douleurs intercostales, de la toux et de la dyspnée.

Dix jours de repos.

2e *série*. Le 22 mars : 10 injections pendant 10 jours

Résultats : L'amélioration continue à progresser. On constate la disparition des bacilles dans les crachats. Le poids a augmenté de 2 kgr. depuis le début du traitement. La température est normale.

Dix jours de repos.

3e *série*. 10 injections consécutives. A partir du 15 avril.

Résultats : Le malade a passé de 58 kgr. 200 à 61 kgr. 300. Les douleurs intercostales ont disparu, la toux a beaucoup diminué, et la dyspnée s'est légèrement atténuée, quelques rares bacilles à l'homogénéisation.

Disparition des frottements pleuraux et sclérose bilatérale.

Observation IV. M. Boi... Edouard, comptable, 39 ans.

Mère morte de maladie de foie. Père mort de néogastrique. Quatre frères morts dans le jeune âge.

Pas de maladie dans l'enfance, pas d'antécédents collatéraux. Une fille bien portante.

Mobilisé en 1914, se porte bien jusqu'en juin 1916. A cette époque bronchite aiguë à la suite de laquelle il est d'abord versé dans l'armée auxiliaire ; puis réformé en août 1916, avec 50 % de pension. Depuis, fait de nombreux séjours dans différents sanatoria. Est en 1923 réformé 100 % pour « tuberculose pulmonaire à forme bronchique, bacilloscopie positive ».

Nous le voyons en février 1926, après une orchiépididymite tuberculeuse.

Examen. L'état général est satisfaisant, l'appétit conservé, l'apyrexie complète, l'amaigrissement est assez marqué ; la toux, peu fréquente, s'accompagne d'expectoration muco-purulente peu abondante. L'examen direct ne révèle pas de bacilles, ils sont très rares après homogénéisation, le malade est surtout gêné par sa dyspnée, dyspnée s'exagérant au moindre effort, il avoue d'autre part un léger degré d'éthylisme. Jamais d'hémoptysie. Le thorax est aplati à la partie supérieure, aplatissement dans le sens antéropostérieur, il est au contraire distendu à la base ; les pectoraux sont inexistants, et on note de la fonte musculaire. L'amplitude thoracique est nulle.

Cliniquement. A droite : matité à la partie supérieure du poumon droit ; respiration rude et souf-

flante (quelques craquements humides, broncho-phonie et pectoriloquie aphone).

A gauche : submatité, respiration rude et soufflante, quelques râles humides, avec des sibilants et ronflants au niveau du sommet. Emphysème des bases.

Température 37°6 à 37°8.

Radiographie. A droite : obscurité de l'apex, grisaille et pommelures des 2/3 supérieurs du champ pulmonaire, petite spélonque sous claviculaire.

A gauche : léger voile du sommet. Les deux bases sont claires, le cœur est normal.

Diagnostic. Tuberculose fibro-caséeuse à évolution lente et en bonne voie de cicatrisation. Jamais d'hémoptysies, bacilloscopie faiblement positive.

Traitement. A la cure sanatoriale on adjoint le traitement iodé par les injections intramusculaires de triradol. On commence une première série d'injections le 1er mars 1926.

La première injection provoque un léger choc anaphylactique. Les autres injections sont très bien supportées. Au bout de douze injections on constate :

Au point de vue pulmonaire : une disparition de tous les bruits adventices, avec au contraire mise en évidence des grosses lésions pulmonaires qui sont, en effet, mieux perçues et qui se détachent nettement sous l'oreille. On a d'autre part une augmentation du poids et des forces, température 37° à 37°4.

Dix jours de repos.

Le 23 mars : 2e série de dix injections, celles-ci sont indolores et très bien supportées.

Le malade déclare respirer plus facilement, sa dyspnée s'est atténuée, la toux est très minime, et l'expectoration n'est plus représentée que par deux ou trois légers crachats le matin au réveil.

Dix jours de repos.

Le 17 avril 1926 : 3e série de dix injections.

L'amélioration a encore progressé ; le poids a passé 63 kgr. 200 à 66 kgr. 400 ; les forces sont revenues ; la toux a cessé presque complètement l'expectoration est négative après homogénéisation, la dyspnée est fortement améliorée.

Cliniquement : on note une grosse amélioratio,e le poumon gauche respire dans sa totalité, à droit; les phénomènes de sclérose s'accentuent.

Observation V. M. Ler... Marceau, 30 ans, commerçant.

Mère morte de pneumonie. Pas de maladies de l'enfance. Une fille bien portante.

En 1919 bronchite aiguë. En 1924, imprégnation bacillaire et quleques crachats hémoptoïques.

En décembre 1924, hémoptysie abondante. Se soigne très sérieusement depuis cette époque, a cessé tout travail, vit à la campagne et part pour le midi eprès quelques nouveaux crachats rouillés en mai 1925. A cette date, avec un état général relativement satisfaisant, il présentait de l'amaigrissement, une toux fréquente avec grosse expectoration bacillifère et dyspnée d'effort. La température oscillait aux environs de 38° et le malade se plaignait de quelques points de pleurite au niveau de la base droite.

En février 1926, l'état général est bon, l'appétit est conservé, l'apyrexie est complète, il tousse et crache peu, son expectoration mucopurulente ne présente que de très rares bacilles. Il n'a plus eu de crachats hémoptoïques depuis mai 1925. Sa T.A. est de 15-7 ; il se plaint de points douloureux de la base droite et principalement d'asthénie et de dyspnée d'effort.

Examen. Le thorax est bien développé sans amaigrissement ; la respiration est très ample et s'effectue sans aucune gêne, semble-t-il. Le foie et le cœur sont normaux.

Cliniquement. On note l'induration du sommet gaugauche, avec cortico-pleurite de la base droite.

Radiographie. A gauche : grisailles et pommelures de l'apex et de la zone sous-claviculaire avec fortes ombres hilaires.

A droite : obscurité de la base, bonne respiration diaphragmatique.

Diagnostic. Bacillose pulmonaire fibreuse.

Traitement. Traitement iodé par le triradol. Première série d'injections intramusculaires commencée le 2 mars 1926, ne provoqua aucun accident.

On note une reprise très sensible des forces et une augmentation du poids de 1 kgr. 500.

Dix jours de repos.

Le 25 mars, 2e série, de 18 injections.

A la fin de cette nouvelle série l'amélioration n'a fait que s'accroître, augmentation de poids, d'un kgr., disparition complète des points douloureux, plus d'asthénie, la dyspnée n'existe pour ainsi dire plus. Il en est de même pour la toux. L'expectoration presque nulle est négative à l'examen direct. Au point de vue pulmonaire il n'y a pas de modification appréciable. Les lésions sont en bonne voie de cicatrisation. Le malade rentre chez lui le 20 avril.

Conclusions

Notre expérimentation n'est pas encore assez importante pour nous permettre d'établir des règles fixes au sujet du traitement iodé dans la tuberculose pulmonaire ; il apparaît néanmoins, d'après nos observations, que, avec l'augmentation régulière du poids, le relèvement des forces et de l'appétit, la diminution de l'expectoration et l'action tonique générale, nous devons noter une amélioration véritable des lésions tuberculeuses.

Certes, cette modification ne s'observe pas dans toutes les formes de tuberculose pulmonaire, mais si l'on procède à un choix judicieux des malades, si l'on institue la médication iodée dans les formes peu évolutives, peu fébriles, et uniquement dans celles-là, on obtient une amélioration des lésions, amélioration d'autant plus rapide et durable que l'on adjoindra à ce traitement la cure sanatoriale et calcique.

Très rapidement se manifeste, en effet, sous l'influence de l'iode une stimulation générale de l'organisme, une sensation d'euphorie, qui n'est pas à dédaigner au point de vue psychique. Le malade se trouvant mieux entreprend avec plus de facilité un traitement de longue haleine, ce qui, en matière de tuberculose, constitue le premier élément d'une amélioration possible. Il se produit, ensuite, une sorte de mise à nu de la lésion initiale par l'iode, cette lésion est mieux perçue par l'examen stéthacoustique. Plus tard, les toxines bacillaires sont neutralisées la température tombe, le processus évolutif est arrêté (1), et, chose curieuse, les lésions pulmonaires apparaissent dépouillées des phénomènes inflammatoires secondaires et accessoires, elles s'isolent avec précision sous l'oreille. Enfin l'assèchement des lésions se poursuit, les signes adventices diminuent et disparaissent laissant à leur place une respiration rude, affaiblie, et plus ou moins obscure, dénotant la sclérose pulmonaire, processus de cicatrisation.

Nous noterons, en outre, que le traitement est très bien supporté, les injections intramusculaires de Triradol sont indolores et se résorbent facilement sans laisser de traces.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les varices de la base de la langue.

Le Dr Estéoule étudie les hémorragies dues à la rupture des varices de la base de la langue ; il ne s'agit que des veines dorsales en arrière du V lingual.

Ces varices provoquent des troubles particuliers et une gêne constante ; c'est surtout de cette gêne de la gorge que se plaint le malade ; sensation vague, donnant l'impression d'un fil, d'un cheveu ; pour la faire disparaître, le malade « râcle » constamment de la gorge avec expulsion brève d'air ; il peut résulter de cette irritation permanente de la base de la langue une toux généralement rapide, mais répétée, quinteuse, violente ; puis, un beau jour, survient une petite hémorragie, qui peut faire croire à une hémoptysie.

En réalité, il n'y a pas lieu de s'inquiéter outre mesure de cette hémorragie veineuse, facilement arrêtée par les moyens classiques.

Les varices de la langue apparaissent volontiers, rappelons-le, chez les pléthoriques et les congestifs, les femmes à la ménopause, les buveurs d'alcool.

Le véritable traitement de ces varices est la galvano-cautérisation par le laryngologiste après anesthésie à la cocaïne et sous le contrôle du miroir laryngien. Il suffit de quelques séances pour obtenir la guérison. (*La Semaine dentaire*, 25 avril 1926.)

Des dangers de l'abus de l'automobile chez les femmes enceintes ou atteintes d'affections génitales.

Reprenant les idées déjà développées par le Dr Siredey dans un intéressant article, le Pr Grosse, les commente et y joint ses observations personnelles.

Pour ce qui est des jeunes mariées, tout le monde connaît la fâcheuse influence du voyage de noces sur la genèse des infections utéro-annexielles et sur les avortements précoces. Influence fâcheuse également sur les femmes enceintes ou récemment accouchées, dont l'utérus en subinvolution est encore volumineux et lourd, les ligaments allongés et sans tonicité ; chez ces femmes, où, après les avortements, persiste un certain degré d'endométrite de virulence atténuée et sans conséquence si un repos suffisant est observé ; mais si le sujet entreprend une malencontreuse course en auto, des conséquences graves sont à redouter du côté des annexes et du péritoine.

En dehors de la grossesse, les affections gynécologiques sont aussi fâcheusement impressionnées par l'usage intempestif de l'automobile : kystes de l'ovaire ; fibromes sous-péritonéaux ou intra-péritonéaux.

Malgré toutes les recommandations que l'on peut faire aux intéressées, il faut malheureusement souvent constater combien le tempérament de la femme se prête mal à une résolution tenace. (*Gazette médicale de Nantes*, 15 avril 1926.)

Dangers des sutures primitives dans les plaies traumatiques ouvertes du temps de paix.

Bernard Desplas attire l'attention sur les points suivants :

1° Il ne faut jamais pratiquer de suture primitive dans les traumatismes de la rue, même si le dégât musculaire n'est pas très important ;

2° S'il existe une fracture largement ouverte ,

(1) Le Dr L. David a noté les mêmes constatations dans sa communication au Congrès pour l'avancement des sciences tenu à Lyon en juillet 1926.

avec de gros dégâts musculaires, des lésions nerveuses et vasculaires, il faut faire une amputation élevée sans suture ;

3° Une plaie musculaire, plus ou moins large, avec une fracture nette, peu esquilleuse, par agent extérieur, sans lésions vasculo-nerveuses, doit être excisée largement, et ne doit être, sous aucun prétexte, l'objet d'une ostéo-synthèse, ou d'une suture primitive.

4° Si la plaie traumatique est vaste, avec de grands décollements cutanés, avec une grosse dilacération musculaire, même sans lésion osseuse, vasculaire ou nerveuse, il vaut mieux faire une amputation précoce que de laisser se développer, même sans suture, une infection gangréneuse rapide, dont l'amputation retardée ne vient pas toujours à bout.

Ces interventions doivent être faites le plus soigneusement et le plus aseptiquement possible.

Il est impossible de schématiser les règles thérapeutiques qui s'appliqueraient aux variétés innombrables de traumatismes ; c'est une affaire de bon sens. Avec de justes indications, la suture primitive a donné de très bons résultats ; mais ce n'est pas la technique qui est difficile : la difficulté et aussi le danger résident dans l'exactitude des indications opératoires, qui ne doivent tenir compte ni des théories, ni des doctrines, ni des idées *a priori*. Si ces doctrines brillantes et séduisantes ont été efficaces dans des mains d'exception, elles ont été, par contre, sinistrement dangereuses, quand elles ont été par trop vulgarisées. (*La Presse médicale*, 24 mars 1926.)

La pachyméningite hémorragique du nourrisson.

Pour MM. R. Debré et G. Semelaigne, parmi les hémorragies méningées, la pachyméningite cranienne garde son individualité propre et son autonomie. Elle est assez fréquente, et atteint en général des nourrissons âgés de 2 à 6 mois, le plus souvent normalement développés. Son début est parfois tout à fait insidieux, et on n'observe qu'un peu d'agitation et d'insomnie ; parfois, ce sont des convulsions plus ou moins discrètes, survenant à intervalles de 15 jours à trois semaines ; ou enfin, il s'agit de l'apparition brusque de convulsions généralisées, avec nuque raide, fièvre, strabisme et nystagmus. Dès qu'on examine ces malades, un signe est visible en règle générale : c'est la modification de la forme du crâne, avec fontanelle antérieure très large, bombée et tendue, fontanelle postérieure largement ouverte. A part ces signes de distension cranienne, l'examen somatique est généralement incapable de donner à lui seul la clé du diagnostic ; pour l'établir, il faut faire les ponctions de la fontanelle et ultérieurement l'examen ophtalmoscopique ; ces explorations indispensables permettent souvent, à elles seules, de faire le diagnostic de pachyméningite rachidienne. Le liquide présente les caractères connus des liquides d'hémorragie méningée ; son ensemencement est négatif ; le liquide céphalo-rachidien est normal. Enfin, dans la moitié des cas environ, on constate des hémorragies rétiniennes, unilatérales ou bilatérales.

L'évolution de la maladie est habituellement subaiguë et se prolonge pendant des semaines et des mois. Son pronostic est réservé, les enfants succombent dans 50 % des cas, dans le cours ou le décours de la maladie ; s'il y a survie, il persiste souvent des séquelles.

Cette affection est due à une infection chronique, non la tuberculose, mais, d'une manière infiniment probable, l'hérédo-syphilis. D'où le traitement spécifique devient indiqué. Les auteurs ont obtenu des succès de l'emploi simultané de frictions mercurielles et d'injections de bismuth. Il faut aussi administrer une médication coagulante (chlorure de calcium, sérum de cheval) pour essayer d'arrêter l'hémorragie ; puis décomprimer le cerveau par ponction cranienne ; celle-ci, utile également au diagnostic, ne doit pas être renouvelée en raison des traumatismes qu'elle provoque et des chances d'infection qu'elle fait courir.

La connaissance de la pachyméningite hémorragique chez le nourrisson éclaire un certain nombre de syndromes nerveux encore assez mal connus. Son origine vraisemblablement liée à la syphilis congénitale conduit à un traitement qui peut en améliorer le pronostic. (*La Presse médicale*, 17 mars 1926.)

Sur une forme paroxystique d'hyperexcitabilité vago-sympathique.

MM. P. Mauriac et A. Husson décrivent un syndrome clinique, qui s'est imposé à leur attention par son allure paroxystique et l'état d'angoisse et d'inquiétude, dans lequel il jette celui qui en est atteint.

Il s'agit le plus souvent de sujets nerveux soignés depuis longtemps pour des troubles digestifs : aérophagie, dyspepsie, entéro-colite, insuffisance hépatique, etc.

Au début ou au cours d'un repas, plus rarement à la suite d'une émotion ou d'un effort, le sujet ressent une chaleur intense envahir son visage : il a la sensation que ses vaisseaux gonflent à éclater, que les artères des tempes et du cou battent avec violence. En même temps, et l'émotion aidant, les palpitations du cœur s'installent, et le malade éprouve alors un grand malaise, qui quelquefois se double de la crainte d'une attaque d'apoplexie. Tous ces signes subjectifs correspondent à une vaso-dilatation brusque et intense du visage et du cou, quelquefois

des mains : le visage devient rouge violet, les conjonctives sont injectées, la tachycardie peut être assez marquée.

Et pourtant, si à ce malade inquiet et qui craint une « attaque » on prend la tension artérielle, on la trouve plus souvent basse ou normale. La crise dure une heure ou deux ; elle se répète une à trois fois par semaine. Le plus souvent l'affection est passagère, et soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, les crises s'espacent et disparaissent.

Le diagnostic est le plus souvent très facile à faire ; l'allure paroxystique du syndrome, l'absence de troubles permanents semblent suffire à le distinguer des états dyscrasiques endocriniens.

L'origine sympathique de ces troubles ne prête guère à discussion. Sous quelle influence le système nerveux est-il ainsi mis en branle ? Le rôle de l'ingestion d'aliments ne semble pas douteux dans les observations des auteurs, sans que toutefois il soit nettement question de leur nature propre.

Quelle que soit la pathogénie invoquée, il faut bien admettre une sorte de déséquilibre du système vago-sympathique, que prouvent la tachycardie et les troubles vaso-moteurs accompagnant la forme paroxystique décrite.

Du point de vue thérapeutique, on pourra envisager, d'une part, l'état vago-sympathique du sujet, d'autre part l'épine digestive ou endocrinienne, qui déclanche la crise.

Contre le déséquilibre vago-sympathique, on pourra user alternativement de l'atropine et de l'ésérine.

Le traitement hygiénique, les frictions matinales, l'apaisement moral ne devront pas être négligés. Il faudra surveiller l'appareil digestif et employer l'opothérapie si une insuffisance glandulaire peut être invoquée. (*Le Bulletin médical*, 20 mars 1926.)

Coexistence de la grossesse tubaire avec l'appendicite.

Le Dr Mauclaire a pensé intéressant d'attirer de nouveau l'attention sur la coexistence de la grossesse tubaire, soit avec l'appendicite pelvienne, soit avec la périsigmoïdite, soit avec l'épiploïte pelvienne, car, parmi les causes invoquées pour expliquer la grossesse tubaire, le rôle des infections de voisinage paraît être un peu méconnu.

L'appendicite agirait de deux façons, soit par action mécanique en provoquant les rétrécissements ou la coudure de la trompe, soit encore par infection propagée par contiguïté, d'une salpingite légère, qui provoque l'arrêt de l'ovule dans la trompe.

D'autre part, des travaux récents ont insisté sur les contractions péristaltiques et anti-péristaltiques des trompes de Fallope, par spasme réflexe, dû à une irritation de voisinage, qui détermineraient aussi l'arrêt de l'ovule dans la trompe, d'où la grossesse tubaire. (*Gazette des Hôpitaux*, 21 mars 1926.)

Le mal de terre, choc psycho-colloïdoclasique.

C'est, dit J. Bohec, une forme inversée du mal de mer, qui se produit dès que le navire, au retour de voyage, approche de terre (eaux de la Manche, entrée des ports de l'Atlantique, entrée de l'Hudson, de la Gironde) ; c'est une sorte de fièvre sans température, faite de malaises divers, qui relèvent d'un état sympathicotonique.

Il y a de la courbature générale, de l'agitation avec nervosité, anxiété respiratoire et circulatoire, céphalée, anorexie, insomnie, nausées et vomissements. Les symptômes cardinaux, pour ainsi dire pathognomoniques, sont l'anorexie et l'insomnie.

Pour le définir d'une phrase, le mal de terre est un syndrome de nature psycho-colloïdo-clasique, déclanché par des facteurs multiples, dont le principal est le choc émotionnel sur un terrain prédisposé (état sympathicotonique des accoutumancés, amarinés et réfractaires au mal de mer).

De cette pathologie générale, découle naturellement la thérapeutique désensibilisante du mal de terre. Désensibilisation psychique et biologique. Et, dans ce dernier sens, mise en œuvre du salicylate de génésérine, du benzoate de benzyle, et des hypnotiques malonylurés et barbituriques. L'auteur recommande, pour l'avoir employé avec succès, le somnifène, à la dose de 15 gouttes, à renouveler, qui fait disparaître merveilleusement l'état d'anxiété insomnique fondamental du mal de terre. (*La Presse médicale*, 21 mars 1926.)

Causes et traitement des prurits.

Le Dr Thibierge démontre que les causes des prurits peuvent se ramener presque toujours à des causes toxiques : substances toxiques sécrétées par les parasites, éruptions ortiées, auto-intoxications du diabète, de l'urémie, des toxi-infections intestinales, prurits de la ménopause et dysendocrine, prurit sénile et insuffisance de la dépuration urinaire, aliments avariés, prurits médicamenteux.

Ces causes agissent d'autant mieux qu'il s'agit de sujets nerveux par tempéraments.

La diversité des conditions étiologiques du prurit suffit à faire prévoir que sa thérapeutique est complexe et variable, et ne peut reposer que sur une étude complète et minutieuse du sujet, de son état actuel, de ses prédispositions morbides. Cette thérapeutique doit en effet se proposer un double but : calmer le symptôme pru-

rit par des moyens rapides, ce qui est surtout du ressort des médications externes (simples lotions chaudes faiblement acidulées, goudrons, phénols, eau additionnée de coaltar saponiné à la dose d'une cuillerée à soupe par verre, chloral à 1 %, colles ou gélatines médicamenteuses, rayons X, etc.), puis traiter par voie interne la cause générale. On n'oubliera pas dans ce but les bains à température moyenne, les cures thermales, l'autohémothérapie. (*Journ. de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 avril 1926.)

Le traitement des dermatoses par les méthodes de désensibilisation.

La désensibilisation *spécifique*, disent MM. Hudelo et Rabut, dérive de la méthode de Besredka, qui comporte la connaissance de l'antigène responsable des réactions cutanées (absorption de certains aliments toujours suivie de réaction, etc.).

Lorsque la sensibilisation est vraisemblable, mais non démontrée, on a recours, pour neutraliser les propriétés toxiques du sérum, à des procédés empiriques, à l'aide de différents produits. C'est la désensibilisation aspécifique. La peptone, procédé le plus simple, sera d'abord employée, surtout dans l'urticaire et la maladie de Quincke. L'autosérothérapie a son indication de choix dans les prurits, les prurigos ; on tentera la cure d'hyposulfite de soude dans certains eczémas. Enfin les méthodes ayant pour but de modifier un terrain pathologique, comportent l'opothérapie et le traitement de certains états diathésiques.

Enfin, dans la plupart des eczémas, la furonculose, le zona, l'herpès, les dermatites bulleuses, la sensibilisation est hypothétique. On peut alors, encore recourir aux diverses méthodes aspécifiques, notamment à l'autohémothérapie pour la furonculose, à l'auto-sérothérapie pour l'herpès, le zona, les dermatites bulleuses récidivantes. Mais, c'est surtout, dans ces cas, que la recherche chez le malade d'une déficience ou d'une altération du terrain, d'antécédents familiaux suspects, incitera, suivant les renseignements fournis, à instituer une cure opothérapique ou antispécifique, qui pourra d'ailleurs être associée à la protéinothérapie et à la cristalloïdothérapie. (*Journ. de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 avril 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Transmission transplacentaire de la tuberculose.

(MM. E. Sergent, H. Durand et Benda. — *Académie de médecine* ; 7-12-1926.)

A propos de la communication de M. Couvelaire, dont nous parlions dans un précédent numéro, M. Sergent revient sur la question du virus tuberculeux filtrant et de la transmission transplacentaire de la tuberculose.

Il semble, dit M. Sergent, que l'ensemble des recherches poursuivies ces temps derniers sur le virus tuberculeux filtrant concourent à établir que la tuberculisation *in utero* est plus fréquente que ne l'indiquèrent les rares observations anciennes, recueillies avant la découverte de ce virus filtrant. Cela ne signifie pas que cette transmission soit la règle ; cela ne signifie pas que l'hérédité de graine doive devenir un dogme ; cela ne signifie pas que la contagion post-natale doive rendre à l'hérédité de graine la place qu'elle lui a prise ; cela signifie, une fois de plus, qu'il n'y a pas de dogme en médecine et que nous devons nous garder d'édicter des lois biologiques absolues que viendront saper les découvertes de l'avenir.

C'est là un champ d'étude nouveau qu'il y aura lieu de fouiller et d'approfondir, sans pour cela porter atteinte aux principes de la prophylaxie antituberculeuse dont l'expérience a démontré la valeur et la nécessité.

Apoplexie et traumatisme.

(M. Auvray. — *Académie de médecine* ; 7-12-1926.)

L'apoplexie apparaissant quelque temps après un traumatisme est un fait qui mérite l'attention du médecin, du chirurgien et du médecin-légiste. M. Auvray en présente d'abord un exemple. Une femme de 62 ans fait une chute sur le crâne, qui n'est suivie apparemment d'aucun trouble sérieux. Deux jours et demi après, se développe un état paralytique, avec demi-coma. Pensant à un épanchement intra-cranien on fait la trépanation. On ne trouve aucun épanchement extra ou intra-dural, mais l'opération n'en est pas moins suivie d'une amélioration immédiate, puis de guérison qui s'est maintenue.

L'auteur a pu réunir ainsi 95 cas d'apoplexie traumatique tardive, dont 34 avec autopsie et 47 avec opération. L'apoplexie a été ou brusque ou lente. Les lésions constatées ont été cérébrales ou méningées, généralement méningées (hémorrhagies). Au point de vue chirurgical, la trépanation est ordinairement indiquée.

Le côté médico-légal est particulièrement important. Il doit être admis qu'un traumatisme peut provoquer à lui seul une apoplexie tardive. Il est évident qu'avant d'admettre le rôle du trauma, il est nécessaire d'éliminer les causes médicales des altérations vasculaires (artério-sclérose, syphilis, alcoolisme, etc.), mais, même dans ce dernier cas, la

part du traumatisme peut persister. Elle devient prépondérante dans l'apoplexie traumatique tardive des sujets jeunes, indemnes d'états morbides antérieurs.

Pour que l'on puisse admettre le rôle de trauma, il faut que celui-ci ait porté sur la tête et ait été violent. L'intervalle entre la blessure cranienne et l'apparition de l'apoplexie ne doit pas être trop grand. Passé trois à quatre mois, il est difficile de mettre l'apoplexie sous la dépendance du trauma. Un élément à noter est l'existence d'une série de troubles cérébraux intercalaires (céphalée, vertiges, phénomènes psychiques...) développés depuis l'accident jusqu'à l'apoplexie. Nombre de cas, néanmoins, resteront pour le médecin expert d'une interprétation difficile.

Le saturnisme à la campagne : saturnisme par l'eau de puits.

(M. A. Gendron, de Nantes. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 3-12-1926.)

En dehors du saturnisme professionnel (peintres, ouvriers manipulant les sels de plomb), on ne pense guère à cette intoxication dans la pratique. Nous analysions, dernièrement, une communication de MM. Pagniez et Lerond sur le saturnisme accidentel, à propos d'un cas d'intoxication par des couverts en métal plombifère. M. Gendron complète aujourd'hui cet intéressant sujet de clinique courante en parlant du saturnisme à la campagne et en mettant en cause principalement l'usage de l'eau de puits en boisson journalière.

Ces accidents, qui sont en général méconnus dans leur origine, seraient loin d'être rares. Leur développement serait le fait du progrès. Autrefois, on prélevait l'eau des puits à l'aide de seaux, de chaînes ou de cordages. Aujourd'hui, dans les campagnes, les pompes à tuyau de plomb, plus pratiques, se sont répandues et c'est à elles que l'on s'adresse maintenant pour tirer l'eau des puits. Ce serait là, pour M. Gendron, une source de saturnisme chronique non négligeable.

L'auteur a recontré, en effet, le saturnisme de temps en temps chez les paysans et les habitants de la campagne. Il cite l'exemple particulier suivant. Un de nos confrères ruraux lui conduit un jour en consultation sa propre domestique, qui se plaignait depuis un certain temps de troubles pénibles, mal définis apparemment (douleurs articulaires, crises abdominales, adynamie), pour lesquels il désirait connaître son avis. Ayant examiné la malade, M. Gendron pense à la colique de plomb et constate effectivement un liseré gingival caractéristique. Mais, le plus piquant de l'histoire est que notre confrère — qui lui-même se plaignait de rien — présentait tout comme sa domestique, le même magnifique liseré ardoisé des gencives. Une analyse de l'eau d'alimentation qui était prise à une pompe, mit en évidence des traces très notables de plomb. Ayant fait usage d'une autre eau d'alimentation, la malade s'améliora rapidement et guérit.

Un point demande à être élucidé. Les tuyaux d'adduction de l'eau dans les maisons des villes sont également en plomb. Pourquoi ce saturnisme accidentel paraît-il se manifester plutôt à la campagne. M. Gendron pense que, pour que l'eau devienne toxique dans ces conditions, il faut qu'elle contienne en excès des nitrates et des chlorures qui au contact des tuyaux, forment des nitrates et chlorures de plomb solubles. Les carbonates et phosphates de plomb sont insolubles et par cela même dépourvus de toxicité. Or, à la campagne, le voisinage des matières organiques (des fumiers) apporte dans l'eau un contingent de chlorures et de nitrates, absent dans l'eau des villes.

M. Gendron relate en terminant quelques cas plus sérieux de saturnisme de ce genre, rapportés dans la thèse de son élève, M. Jean Quemar. Une femme atteinte de colique de plomb fut laparotomisée avec le diagnostic d'occlusion intestinale. Un malade mourut d'encéphalopathie saturnine étiquetée urémie. Dans une ferme où gens et animaux buvaient l'eau d'une même pompe, des accidents saturnins furent notés chez les paysans et une série singulière d'avortements fut constatée chez les vaches.

L'hémotripsie hémorrhagipare.

(MM. A. Clerc et R. Lévy. — *Soc. méd. des hôp.* ; 26-11-1926.)

MM. Clerc et Lévy ont observé un exemple de cet état morbide intéressant à connaître en pratique que M. P. Chevallier a signalé sous le nom d'hémotripsie hémorrhagipare. Il s'agit de malades qui, à l'occasion d'une petite hémorrhagie interne, d'un hématome traumatique, font d'autres hémorrhagies, celles-là non motivées en apparence et pouvant dépasser de beaucoup en importance l'hématome initial. La malade de M. Chevallier, une jeune fille, s'était pincé le doigt dans une porte et avait eu un hématome local. Elle eut ensuite un épistaxis et une hémorrhagie anale. Le patient de MM. Clerc et R. Lévy était entré à l'hôpital pour un hématome de la cuisse consécutif à une chute. Il présenta alors une série d'épistaxis et de gingivorrhagies qui durèrent des semaines, entraînant une anémie intense. Pas de lésion nasale. Les transfusions sanguines, loin d'améliorer la situation, parurent amplifier les troubles. Le sujet quitta l'hôpital et finit par guérir. On put constater, chez lui des stigmates d'hémogénie (prolongation du temps de saignement, irrétractilité du caillot, thrombopénie).

L'hémotripsie hémorrhagipare relève sans doute de modifications sanguines dues à la résorption de l'hématome. Le processus n'en est certes pas établi. On peut supposer, avec M. Jean Troisier, que les globules rouges épanchés provoquent l'apparition d'autolysines qui déclenchent d'autres hémorrhagies Certaines transfusions sanguines agissent peut-être

dans un sens analogue et il y a là, en tout cas, un point de vue nouveau à étudier.

— M. P. Emile-Well rappelle des observations analogues qu'il a publiées avec M. Isch Wall. C'est en général dans l'hémogénie que l'on observe l'hémotripsie, les malades en question étant à l'habitude des hémogéniques.

Encéphalite épidémique : traitement salicylé.

(MM. Denéchau, Peignaux et Fruchaud, d'Angers. — *Soc. méd. des hôp.* ; 12-11-1926.)

Le traitement de l'encéphalite épidémique par le salicylate de soude, en injections intra-veineuses principalement (méthode de Carnot et Blamoutier) a fait l'objet déjà d'un certain nombre de publications. M. Denéchau ajoute à ces travaux une observation nouvelle concernant un enfant de deux ans atteint d'encéphalite grave qu'il a traité par le salicylate de soude intra-veineux et qui a guéri, la guérison remontant à dix mois. La médication par l'abcès de fixation avait paru inefficace. Les doses de médicament employées furent assez élevées si on les rapporte à l'âge du malade : 3 grammes, dont 1 gr. par voie intra-veineuse (solution à 5 pour 100 dans le sérum glucosé isotonique à 47 p. 1000) et 2 grammes par voie musculaire.

Formes myélitique, polynévritique et méningée de l'encéphalite.

(M. Denéchau, d'Angers. — *Soc. méd. des hôp.* ; 12-11-1926.)

M. Denéchau rapporte l'histoire de cinq malades atteints de troubles d'ordre myélitique, polynévritique et méningé, qu'il estime devoir être rattachés à l'encéphalite épidémique. Il les a soumis au traitement salicylé avec avantage : salicylate de soude intraveineux (20 cc. de la solution à 5 % dans le sérum glycosé à 47 p. 100, soit 1 gr. de salicylate), 2 gr. intra-musculaires et 1 gr. par voie digestive.

M. Denéchau pense qu'à côté des encéphalites typiques, léthargiques, myocloniques et algo-myocloniques, il existe actuellement des infections neurotropes à type de myélite, radiculite ou polynévrite et aussi à type méningé vrai, curables malgré leur intensité et semblant se modifier heureusement sous l'action du salicylate intra-veineux.

La néphrite grippale douloureuse.

(M. Goia, de Cluj (Roumanie). — *Soc. méd. des hôp.* ; 5-11-1926.)

Dans une note présentée par M. Sergent, M. Goia, après avoir rappelé le polymorphisme des manifestations grippales qui chaque année depuis 1918 prennent un aspect nouveau, signale des cas de grippe avec fortes douleurs lombaires et néphrite, souvent hématurique.

P. L.

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen.

Séance du 19 novembre 1926.

Sur un syndrome psycho-somatique caractéristique d'un état d'acidose rénale.

M. Pagès. — Il est possible de diagnostiquer l'acidose rénale en présence d'un état confuso dépressif avec paroxysmes anxieux et signes cardio-rénaux.

L'auteur donne une analyse du syndrome, propose une interprétation physio-pathologique des troubles observés, indique l'action souvent favorable d'une thérapeutique appropriée et montre l'intérêt pratique et théorique d'une étude basée sur 17 observations.

De la spondylite mélitococcique et de son diagnostic avec le mal de Pott.

M. Roger (de Marseille). — L'auteur rappelle les symptômes de la spondylite mélitococcique qu'il a décrite. Il insiste sur les caractères qui la différencient du mal de Pott, diagnostic souvent délicat. Evolution après une fièvre de Malte nettement caractérisée par la clinique et les épreuves du laboratoire ; douleur provoquée moins limitée à une ou deux vertèbres, douleur spontanée moins bien calmée par le décubitus que dans le mal de Pott ; intégrité habituelle des clichés radiographiques, existence de sueurs et de fièvre. On n'oubliera pas enfin que la mélitococcie fait souvent le lit de la tuberculose pour laquelle elle crée un état anergique.

Séance du 26 novembre 1926.

Etat méningé puriforme aseptique avec état de mal épileptique d'origine alcoolique.

MM. Giraud, Puech et Chardonneau. — Un homme de 45 ans, alcoolique avéré, présente une série de crises épileptiques, généralisées avec prédominance du côté droit du corps et de la face qui, en trois jours, deviennent subintrantes. La ponction lombaire ramène un liquide louche aseptique. Sous l'influence d'injections de somnifène, les crises cessent rapidement pour ne plus reparaître. Trois jours après on retire du liquide céphalo-rachidien normal. Le malade sort bientôt de l'hôpital.

En l'absence d'autre cause infectieuse ou toxique, on doit considérer que l'alcoolisme est à l'origine de cet orage encéphalo-méningé, bien que le dosage de de l'alcool n'ait pu être pratiqué, et malgré la rareté des irritations méningées par l'intoxication alcoolique.

Septicémie éberthienne à forme de bronchopneumo-typhus.

MM. Ducamp, Blouquier de Claret et Chaptal. — Les auteurs rapportent l'observation d'une malade ayant présenté un syndrome asphyxique rapidement mortel avec foyer de broncho-pneumonie gauche et état infectieux grave (temp. à 40°, pouls à 120, splénomégalie).

L'hémoculture donna du bacille d'Eberth.

L'autopsie et l'examen histologique montrèrent des lésions caractéristiques de broncho-pneumonie, en opposition avec des lésions intestinales minimes et tout à fait à leur début.

Les auteurs insistent sur la rareté et la difficulté de diagnostic de ces cas où un syndrome de broncho-pneumonie marque le début de la fièvre typhoïde et lui imprime une allure clinique tout à fait spéciale.

Appendice géant.

MM. Forgue, Mourgue-Moline et Lapeyrie. — — Les auteurs présentent un hydro-appendice, du volume d'une très grosse banane, trouvé fortuitement chez une femme de 60 ans, au cours d'une laparotomie pour fibrome utérin. Cet appendice géant ne s'était signalé par aucun trouble.

Séance du 3 décembre 1926.

Valeur comparée de l'indice de polypeptidémie et de l'indice de désamination.

MM. Puech et Cristol. — Les auteurs critiquent la signification donnée à l'indice de désamination par MM. Fiessinger, Olivier et Herbain (Soc. méd. Hôp., Paris 12 novembre 1926).

Au point de vue théorique, la valeur de l'indice de polypeptidémie qu'ils ont étudié leur paraît plus grande car c'est une valeur absolue, tandis que l'indice de désamination n'est qu'un indice de polypeptidémie relatif rapporté à l'azote total non protéique, qui contient les résultats de métabolismes azotés très différents. Il ne saurait, de ce fait, servir à l'étude de la fonction urégénique du foie.

Des résultats obtenus chez de très nombreux malades, il apparaît que les valeurs des deux indices sont assez variables aussi bien chez les rénaux que chez les hépatiques. Enfin un facteur tissulaire histolytique joue un rôle essentiel dans leur déterminisme. On ne saurait le négliger dans l'interprétation des résultats.

Les réflexes dans la névraxite épidémique.

MM. Euzières et Pagès. — La variabilité des divers réflexes et l'influence de des excitations sur l'apparition des réflexes paraissent assez fréquentes dans la névraxite épidémique et caractéristiques de cette affection.

Ces particularités s'expliquent par la notion de dégénérescence mucocytaire qui gênerait le passage de l'influence nerveuse.

Sur un procédé pratique et facile pour mettre en évidence de minimes quantités de liquide dans les ascites.

M. Lauze (d'Aimargues). — Il consiste en ce que l'auteur appelle le « signe de la toux ». Le malade étant en décubitus horizontal, tête basse, et en résolution musculaire aussi complète que possible, on recherche le phénomène du flot transabdominal. On fait tousser le malade. Sous l'effet de la toux la poussée abdominale collecte le liquide dans les parties déclives et dans ces conditions le flot est nettement transmis.

Les Congrès

XXVIe Congrès français d'Urologie

(*Paris*, 5-9 *octobre* 1926.)

QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

Le reflux vésico-urétéral.

M. C. Lepoutre (de Lille), rapporteur.

Quand le contenu de la vessie remonte vers les voies urinaires supérieures, uretère et bassinet, forçant le méat urétéral, on dit qu'il y a reflux vésico-urétéral ou vésico-rénal.

Il faut distinguer le reflux accident et le reflux maladie.

Le méat urétéral peut-il, dans les conditions normales ou pathologiques, se laisser accidentellement forcer ; telle fut la question qui se posa d'abord. Le flux n'est ici qu'un fait passager, un *accident*.

Tout autre est le syndrome décrit sous le nom de dilatation permanente des orifices urétéraux. Il s'agit ici d'un état permanent, d'une *maladie*, où le contenu de la vessie passe librement et presque sans obstacle jusqu'aux voies urinaires supérieures. Cette affection est souvent congénitale, mais elle peut être acquise (uretère forcé).

La *physiologie* et l'*expérimentation* nous montrent déjà que le reflux acquis est un *phénomène vésical*. L'obliquité de l'uretère intra-mural, le péristaltisme de l'uretère, s'opposent à sa production. Au contraire,

au moment de la contraction vésicale, la disposition anatomique devient plus favorable au reflux. La vessie, par la sangle musculaire qui entoure la portion intra-murale, est seule gardienne des uretères et elle se laisse parfois mettre en défaut.

Il est impossible de provoquer le reflux dans la vessie du cadavre et sur le vivant dans la vessie flasque. Quand on peut le provoquer, chez le lapin par exemple, le reflux se produit toujours au moment d'une contraction vésicale et est exclusivement en rapport avec la tonicité de cet organe.

Les principaux *symptômes* du reflux, chez l'homme, sont :

1° Une douleur lombaire pendant la miction, ou au cours du lavage de la vessie (par distension du bassinet).

2° Signes cystoscopiques. Méat béant, en trou de golf, en gueule de four, analogue à l'entrée d'un diverticule ; mais parfois méat normal. Courant de l'urine lent, paresseux, avec parfois constatation visuelle du reflux. Enfin, la sonde urétérale poussée dans le bassinet, ramène le liquide contenu dans la vessie, ou un liquide injecté quelque temps auparavant (huile goménolée).

3° L'examen aux rayons X donne une confirmation graphique du phénomène ; l'examen radioscopique ou l'étude des radiographies en série, nous montrent aussi que, dans la plupart des cas, le liquide monte progressivement, par à-coups, poussé par la vessie, mais arrêté dans une certaine mesure par la contraction urétérale.

Chez l'homme, on a *observé le reflux dans les cas les plus divers.*

La présence d'une sonde dans l'uretère, l'anesthésie générale, ne provoquent pas le reflux accident. Au contraire si, au cours d'un examen, on observe un ténesme violent et que l'on comprime l'uretère sur la sonde pour empêcher la miction, il faudra craindre le reflux. A notre avis, la rachianesthésie, qui met la vessie dans un état flasque, analogue à la vessie du cadavre, non seulement ne provoque pas le reflux, mais nous met à l'abri de cet incident.

Le reflux maladie est souvent d'*origine congénitale*, chapitre de la dilatation essentielle des organes creux (Bard) ; et l'on peut observer : 1° la dilatation de tout l'arbre urinaire, vessie, les deux uretères, les bassinets ; 2° la dilatation des deux uretères, y compris le méat ; 3° la dilatation d'un seul uretère, avec son méat et du bassinet correspondant.

Le reflux *acquis* relève très souvent de la tuberculose (reflux dans le rein malade, reflux dans le rein opposé au rein tuberculeux, reflux observé longtemps après la néphrectomie). On l'observe aussi à la suite d'une cystite septicochimique, au cours des cysto-pyélites, aiguës ou chroniques, de la lithiase réno-urétérale, des tumeurs de la vessie, des obstacles au cours de l'urine (hypertrophie, cancer, abcès de la prostate, rétrécissement de l'urètre, barre interurétérale), des diverticules de la vessie (coexistence de deux affections congénitales — uretère s'ouvrant dans un diverticule — gêne apportée par le diverticule à l'occlusion active du méat urétéral) ; dans les maladies de la moelle épinière. Dans tous ces cas on observe en même temps de l'infection urétéro-psychique. Les interventions sur le méat n'aboutissent au reflux que s'il existe au préalable une atonie irrémédiable de l'uretère, le plus souvent d'origine inflammatoire. L'urétérocystonéostomie, qui aboutit à la mort du rein, permet aussi le reflux.

L'anatomie pathologique nous montre un uretère dilaté irrégulièrement, flexueux, allongé, déplacé latéralement ; ces modifications de l'uretère sont le fait essentiel du reflux maladie.

Des coupes pratiquées sur des uretères soumis au reflux congénital, nous ont montré l'intégrité de la couche musculaire.

Au point de **vue pathogénique**, l'uretère forcé acquis est en premier lieu un phénomène vésical, mais il faut aussi une lésion du méat urétéral et un certain degré d'atonie de l'uretère qui sont sous la dépendance de causes traumatiques, tuberculeuses ou inflammatoires banales.

Dans certains cas, dans le reflux dans le rein opposé à un rein tuberculeux par exemple, un reflux accidentel survient d'abord qui favorise l'infection urétéro-pyélique, et par ce moyen l'établissement d'un reflux permanent.

Nous ne croyons pas que dans les conditions de la clinique, puissent apparaître des mouvements antipéristaltiques de l'uretère.

Complications. — 1° *Complications vésicales.* — Dans les uretères forcés acquis, on observe souvent de la fréquence des mictions et jusqu'à de l'incontinence. Dans le reflux congénital, il y a souvent de la rétention. Quand le reflux est unilatéral, on peut comparer la rétention à celle qui est couramment observée dans les diverticules de la vessie.

2° L'*infection* est habituelle, soit par infection d'un uretère congénitalement forcé, soit que l'infection urétéro-pyélique ait été une cause de l'établissement du reflux.

3° La *lithiase* secondaire est fréquente.

4° Les *solutions huileuses* injectées dans la vessie ne peuvent, en remontant dans le bassinet, y provoquer et entretenir de l'infection.

5° Les *lavages de la vessie* peuvent, quand l'intolérance vésicale est très grande, provoquer des *accidents* mortels, soit par infection, soit par irritation brutale des cavités pyélorénales.

6° Le *reflux de l'urine par la plaie*, à la suite de la néphrectomie, est une complication non exceptionnelle, et relève de la même pathogénie. Il survient surtout après les néphrectomies pour tuberculose, apparaît dans les jours qui suivent l'intervention mais aussi beaucoup plus tard (un mois ; un an et demi ; deux ans) et guérit le plus souvent par la simple application d'une sonde vésicale à demeure. Un reflux minime et insidieux est souvent à l'origine des infections de la plaie lombaire.

Le diagnostic est en général facile si on veut y penser et mettre en œuvre les moyens d'exploration,en particulier le cathétérisme du bassinet avec constatation du reflux et la radiographie. Si on les recherche on trouvera fréquemment des cas de reflux.

Ceci est important, car le reflux pourrait exposer à *des erreurs dans l'interprétation des résultats du cathétérisme urétéral.* Il faudra en particulier craindre cette erreur, si au cours de l'examen, on observe des contractions violentes de la vessie, et si l'on a comprimé l'urètre sur le cystoscope pour empêcher l'issue de l'urine vers le dehors. Si on laisse la vessie garnie, on emploiera un liquide facile à reconnaître dans les échantillons recueillis (solution lactosée). Mieux vaut maintenir la vessie vide pendant l'examen par l'introduction d'une sonde vésicale à demeure.

Le **pronostic** est évidemment sérieux, car nous ne pouvons pas guérir un reflux bien établi. Cependant la survie peut être très longue. Il faut surtout craindre les reflux accompagnés d'intolérance marquée de la vessie.

Traitement. — 1° Un reflux acquis peut rétrocéder après guérison de l'affection causale, en particulier après la guérison d'une cystite tuberculeuse par l'ablation du rein malade.

2° Il n'y a pas d'intervention plastique à opposer au reflux.

3° L'urétéro-néphrectomie a guéri des rétentions dues au reflux unilatéral. (Analogie avec les diverticules.)

4° Les lavages prudents et réguliers de la vessie donnent des résultats appréciables. La néphrostomie est souvent indiquée.

5° Quand la vessie est très intolérante, il faut de toute nécessité mettre le rein à l'abri de ses contractions. La néphrostomie a donné dans ce sens d'excellents résultats.

Discussion.

M. le professeur André (de Nancy). Le reflux vésico-rénal est plus fréquent qu'on ne le croyait autrefois, mais il passe facilement inaperçu. Il faut le rechercher, et si on le cherche on en trouve d'assez nombreux cas.

La cystoscopie permet de le soupçonner, lorsqu'on voit un orifice urétéral dilaté, et même de l'affirmer lorsqu'on voit des particules flottantes dans le milieu vésical être aspirées dans l'uretère.

Le cathétérisme urétéral le confirme en donnant issue, par la sonde poussée jusque dans le bassinet, au liquide de remplissage de la vessie, ou parfois à de l'huile goménolée introduite dans la vessie plusieurs jours auparavant.

La cystographie montrant l'uretère et le bassinet de l'un ou des deux côtés remplis du liquide opaque révèle aussi le reflux dans certains cas.

Il en est de même de la douleur rénale caractéristique lorsqu'on remplit la vessie au maximum ou lorsque le malade éprouve un fort besoin d'uriner.

Les causes du reflux sont multiples.

Il peut être dû à une dilatation congénitale des uretères et de leur orifice.

Il se voit aussi dans la tuberculose réno-vésicale, soit du côté du rein tuberculeux, l'orifice urétéral étant ulcéré et béant, soit du côté du rein non tuberculeux dont l'orifice urétéral peut être alors forcé par de violentes contractions vésicales.

Chez les prostatiques dont les uretères sont si souvent dilatés, le reflux peut expliquer les infections pyélo-rénales ascendantes, si fréquentes, soit spontanément, soit après le cathétérisme ou les interventions telles que la prostatectomie.

Le chirurgien peut créer lui-même le reflux lorsque, dans les interventions pour tumeur vésicale, il emporte l'extrémité inférieure de l'uretère et réimplante le conduit dans la brèche vésicale.

Dans la tuberculose rénale unilatérale, le reflux du côté sain peut être cause d'un doute sur l'intégrité de ce rein et même être l'origine d'une tuberculisation ascendante urétérale et pyélique de ce côté.

Le traitement est très variable selon les cas.

Dans certains cas, le reflux est temporaire. Il en est ainsi du reflux dans le rein sain au cours de la tuberculose rénale. Il cesse après l'ablation du rein tuberculeux et la guérison de la cystite.

Dans les reflux d'origine congénitale, observés généralement à l'âge adulte en raison d'une infection chronique du rein, on constate le plus souvent une diminution considérable de la valeur fonctionnelle de l'organe.

S'il ne cause pas d'accidents, on peut le conserver et faire un traitement palliatif, lavages de vessie, lavages du bassinet.

Mais, dans certains cas, l'infection s'accompagne de poussées aiguës qui nécessitent une intervention. Celle-ci sera parfois la néphrostomie, si l'autre rein est lui-même malade ou doit être enlevé (tuberculose). Si l'autre rein est sain, ou en tout cas suffisant, ce sera la néphrectomie.

Le reflux par la plaie lombaire après néphrectomie pour tuberculose guérit le plus souvent par l'application prolongée d'une sonde vésicale à demeure.

M. Legueu (de Paris), des dilatations acquises, a vu 4 cas après la néphrectomie pour tuberculose. Dans 3 cas, la guérison s'est faite spontanément : dans un seul cas, après dix-huit mois, il a dû faire une urétérectomie totale.

Dans le reflux vésico-urétéral congénital le fonctionnement rénal se maintient parfois pendant assez longtemps favorable, et M. Legueu a vu une malade donner le jour à dix enfants bien portants, malgré une double dilatation des uretères et des reins.

L'auteur veut surtout signaler dans ces uretères et bassinets dilatés l'existence de contractions très puissantes qui changent complètement l'aspect de ces uretères vus à la simple pyélographie. C'est avec la pyéloscopie que nous étudions ces cas et nous y voyons des contractions de défense pendant l'injection et l'évacuation après. Il ne peut donc être

question d'atonie de l'uretère. C'est une malformation en largeur avec conservation des éléments contractiles.

M. GAYET (de Lyon). Le reflux urétéral, phénomène jugé très rare autrefois, a été reconnu, par nos moyens modernes d'exploration, comme étant au contraire assez fréquent. Il l'est peut-être plus encore qu'on ne se le figure. A côté des formes congénitales et des formes secondaires à toutes les maladies chroniques de l'uretère, l'auteur a insisté sur le reflux dans les cystites suraiguës et fait jouer un rôle important à la contraction désordonnée de la vessie et du sphincter vésical. Ces causes, jointes aux altérations de l'uretère, jouent encore dans les suites de la néphrectomie pour tuberculose, provoquant le reflux par la plaie lombaire. M. Gayet en a de nombreuses observations, et il y en aurait bien davantage si on notait toutes les petites complications infectieuses dues au passage de quelques gouttes après chute de la ligature urétérale. Dans un cas récent de néphrectomie pour gros rein infecté, l'auteur a dû réintervenir et il a trouvé une collection d'urine purulente du volume d'un œuf autour du bout urétéral sectionné. Un drainage soigneux, la position assise du malade et quelques jours de sonde à demeure ont suffi à amener la guérison, et c'est à ces moyens simples qu'il donne la préférence dans le traitement de cette complication.

M. GOURDET (de Nantes) relate un cas de reflux urétéral double chez un prostatique jeune (de cinquante-cinq ans), cas très complexe, avec béance, vue au cystoscope, des deux méats et entre eux l'orifice d'un grand diverticule avec issue d'un énorme prolapsus rectal, lors de violents efforts de miction, dans la position assise.

Ce fait est intéressant en ce qu'après la prostatectomie, toutes les lésions ont rétrocédé. Les méats se sont refermés et le reflux a cessé, le diverticule s'est rétracté au volume d'une grosse noisette alors qu'il atteignait celui d'une mandarine, son orifice étant resté largement béant il s'est désinfecté et ne cause plus aucune gêne. Enfin, le prolapsus rectal, qui était énorme (les deux poings), n'a plus jamais reparu depuis deux ans, le rectum a repris son aspect normal, et le sphincter sa tonicité.

Cette observation soulève un troublant problème de pathogénie, car peut-être que la dysurie est plus souvent en cause qu'on ne le croit, et qu'il suffirait, dans ces cas, d'enlever l'obstacle urinaire pour guérir le prolapsus. En tout cas, on doit y penser avant d'opérer.

M. Maurice GÉRARD (de Lille) croit, comme le rapporteur, que les cas de reflux vésico-urétéral sont plus fréquents qu'on ne le pense. Il a pu, pour sa part, en observer cinq cas, dont deux à une date très ancienne. Le premier était celui d'un prostatique rétentionniste, très infecté, chez lequel les lavages vésicaux refluaient nettement jusqu'en le rein gauche pyonéphrosé ; cette particularité était même employée chez ce sujet comme mode thérapeutique. Le second cas fut étudié chez un sujet atteint de rétrécissement inflammatoire ancien, et qui succomba à des accidents d'urémie, malgré une uréthrotomie interne : à l'autopsie, on put constater que les deux reins étaient atrophiés et scléreux tandis que les uretères dilatés et flexueux communiquaient par des orifices urétéraux béants avec une vessie hypertrophique. Trois autres observations sont récentes ; dans l'une, il s'agit d'une malade chez laquelle il fit une néphrectomie pour une fistule urétéro-vaginale consécutive à une hystérectomie. Le soir de l'intervention, la malade perdait autant de liquide par sa fistule qu'avant l'acte opératoire ; l'auteur attribue, comme le fait Zinner dans un cas analogue, ce reflux à l'action de la narcose. Cet accident fut tout à fait temporaire, puisqu'il cessait, et définitivement dès le lendemain.

L'auteur présente ensuite les radiographies successives faites au cours d'une cystographie, montrant un cas de reflux bilatéral chez un prostatique de soixante-dix ans, ayant de gros diverticules juxta-urétéraux de la vessie.

Il relate, enfin, un cas de reflux consécutif à une néphrectomie pour tuberculose rénale pratiquée chez un jeune homme de dix-neuf ans. L'uretère malade avait le volume du pouce ; le reflux d'urine vésicale commença au cinquième jour, atteignit son maximum au septième jour ; il diminua rapidement ensuite et guérit spontanément en trois mois environ. L'auteur pense que ce reflux, plus ou moins discret, doit être une des causes de réinfection et de fistulisation secondaire des plaies de néphrectomies pour néphrobacillose ayant d'abord guéri par première intention.

(*A suivre.*)

L'avis de quelques MAITRES

M. le Dr GOUGEROT. — ...*Ils ont (les sels insolubles) l'inconvénient de provoquer parfois des accumulations avec résorption nulle ou incomplète, d'où une action imparfaite, puis des décharges massives dont on n'est plus maître et qui peuvent être dangereuses en cas d'accidents bismuthiques. Parfois l'injection musculaire donne des accidents locaux, nécrose, abcès, fistule interminable.*

(Le traitement de la syphilis en clientèle, 4e édit., Maloine, Editeur.)

M. le Dr LACAPÈRE. —...*Chez les intolérants aux arsenicaux, les injections intraveineuses ou intramusculaires de sels bismuthiques solubles ou de bismuth colloïdal peuvent être employées avec succès. On doit se défier dans ces cas des préparations insolubles qui demandent un temps assez long pour être aborbées et entrer en action, si bien que, dans les syphilis jeunes, des localisations nouvelles peuvent se produire en cours de la première série d'injections bismuthiques insolubles et atteindre les viscères ou les centres nerveux.*

(L'HOPITAL, octobre 1926.)

M. le Dr LORTAT-JACOB. — *Il nous a semblé que dans les syphilis récentes, certains sels solubles de bismuth en injections intramusculaires (benzobismuth) étaient doués d'un pouvoir très efficace et pouvaient rendre de grands services, lorsque le novar ne pouvait être employé.*

(L'HOPITAL, octobre 1926.)

M. le Dr LOUSTE. —......*Plus j'acquiers d'expérience, moins j'utilise les préparations insolubles ou les garde en fin de série pour éviter les indurations, les scléroses musculaires, ou les abcès....*

(L'HOPITAL, octobre 1926.)

M. le Dr QUEYRAT. —.....*A propos de la communication de M. Pinard « 61 cas de rétention bismuthique » dues à des injections de bismuths insolubles.*

« Il y a longtemps pour mon compte que j'y ai renoncé après les avoir essayés sans aucun parti pris, en voyant, par l'emploi comparatif, combien les préparations bismuthiques solubles donnent des résultats thérapeutiques plus satisfaisants ; je n'emploie plus que ces préparations solubles ; je m'en trouve très bien et mes malades encore mieux. »

(Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Séance du 12 novembre 1925.)

Cinq années de pratique journalière en clientèle et dans les hôpitaux ont prouvé la parfaite innocuité et l'incomparable activité du BENZO-BISMUTH : *Dérivé sodique de l'acide trioxy-bismutho-benzoïque.*

(Académie des Sciences, février 1922 ; Académie de Médecine, juin 1922, etc.)

Echantillons : Laboratoires MILLOT, 54, rue de la Bienfaisance, PARIS 8e

Les Livres

LIBRAIRIE MÉDICALE A. MOLLAT.
Bordeaux.

Dr J. ANDERODIAS et Paul BALARD. — **Leçons du cours de perfectionnement des sages-femmes.** 2e série, 1926.

Cette brochure est un recueil de 9 leçons professées alternativement, à la Maternité départementale de Bordeaux, par MM. Anderodias et Balard.

Voici les sujets de ces leçons :

Kystes de l'ovaire et fibromes utérins dans leurs rapports avec la puerpéralité. — La mort du fœtus in utero. — La rupture prématurée des membranes. — Sur deux cas de rétention cotylédonnaire. — Le bassin des boiteuses. Ce qu'une sage-femme doit en savoir. — Mort apparente du nouveau-né. — Les infections amniotiques. — L'allaitement maternel. Sa préparation. Sa mise en train et ses complications mammaires.

Ce sont là questions éminemment pratiques, courantes, et de tous les jours. Bien que traitées à l'intention des sages-femmes, les médecins auront tout à gagner à en lire l'exposé par deux maîtres bordelais qualifiés, le professeur Anderodias étant chirurgien de la Maternité, et le Dr Balard, accoucheur des hôpitaux.

Voici le plan du chapitre consacré à la mort apparente du nouveau-né. Nos lecteurs se rendront compte ainsi de l'esprit dans lequel il a été rédigé.

Définition ; « On groupe sous le nom de mort apparente du nouveau-né tous les cas d'apnée pathologique constatés chez l'enfant au moment de la naissance. Cet état est essentiellement caractérisé par l'absence de cris et de mouvements respiratoires, par des battements cardiaques rares ou imperceptibles et par la résolution musculaire. »

Formes cliniques : Forme bleue... Forme blanche.

Etiologie clinique : Troubles de l'hématose fœtale. Traumatismes. Infections.

Pronostic. Diagnostic.

Traitement : Prophylaxie par désobstruction mécanique des voies aériennes. — Excitation des centres respiratoires. Ventilation du poumon. Insufflation... puis, interventions réservées au médecin : injection intra-cardiaque d'adrénaline et ponction lombaire.

« Une fois la respiration rétablie, l'enfant doit encore être longtemps surveillé. Il doit être mis en couveuse ou entouré de boules d'eau chaude pour lutter contre l'hypothermie consécutive qui est la règle dans ces cas là. Les vêtements seront modérément serrés pour ne pas gêner la respiration. Fréquemment, on administrera des inhalations d'oxygène : on pourra même, selon les conseils de Delmas, injecter sous la peau de l'oxygène qui est rapidement résorbé et assure ainsi directement l'hématose, tout en constituant un excitant organique puissant... »

Ab uno, disce omnes. Par cette brève analyse de cet exposé d'un cas si fréquent en obstétrique, on peut se rendre compte de l'allure générale des autres, et quel enseignement précieux ils comportent.

C'est à ce titre que nous les recommandons plus particulièrement à nos lecteurs.

G. DUCHESNE.

F. CALOT. — **Berck et son traitement.** ***Les raisons du choix de Berck.*** **(2e édition in-8°, avec 45 figures,** 3 fr. 50).

L'éloge de Berck et de son climat marin n'est plus à faire, Berck étant devenu un centre de premier ordre pour la guérison des tuberculoses externes et des affections orthopédiques. Ce que l'on sait moins, c'est que, pour importants qu'ils soient, le climat marin, les agents physiques, le milieu extérieur, ne suffisent pas à guérir ces malades et que le chirurgien a aussi un rôle capital à jouer, rôle tout à fait particulier et même paradoxal, le chirurgien, dans ce domaine des tuberculoses dites chirurgicales, devant avant tout se garder de faire œuvre chirurgicale sanglante.

Au dernier Congrès de chirurgie, nous avons assisté à une nouvelle levée de bistouris de la part de quelques chirurgiens, qui pris ou repris du *prurigo secandi*, voudraient *tailler en plein tissu tuberculeux*. Or, Calot et l'Ecole de Berck estiment que le bistouri est ici l'ennemi. On connaît son aphorisme : la tuberculose n'aime pas le bistouri, qui guérit rarement, aggrave souvent, et mutile toujours.

Lorsque, en 1890, Calot vint à Berck en sortant de l'Ecole des Championnière et des Terrier, il agit suivant les dogmes d'alors ; il opéra, gratta, réséqua les grandes tuberculoses du squelette, et malgré tous ses efforts, nombre de ses malades succombèrent à plus ou moins longue échéance, à l'hecticité. Il eut alors le mérite de voir l'erreur de la doctrine interventionniste et le courage de l'avouer. Il laissa alors son bistouri, devint le chirurgien qui guérit sans opérer, et érigea en dogme cette affirmation : « Ne jamais ouvrir les foyers tuberculeux ».

La question est aujourd'hui résolue, dit M. Calot : revenir à l'opération sanglante serait un progrès à rebours, un recul de plus de 30 années.

PARTIE PROFESSIONNELLE

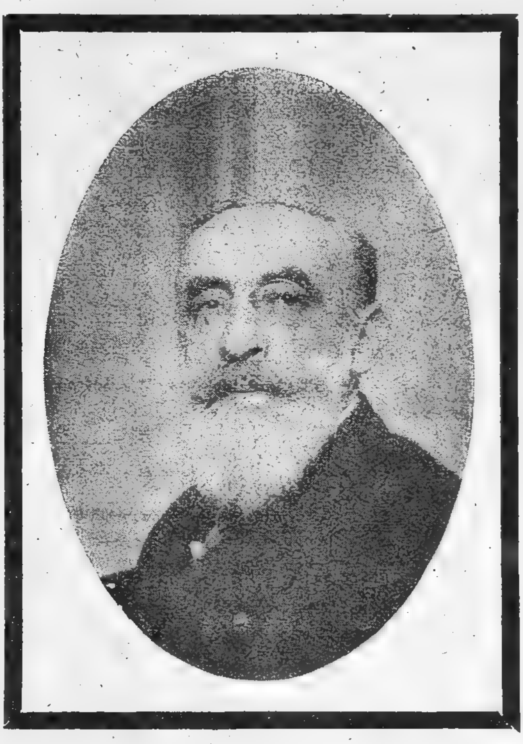
Travaux Originaux

Pierre-Armand RACHET

(1856 - 1926)

Une amitié de quarante années me confère le triste privilège de rendre hommage à la mémoire du docteur Pierre-Armand RACHET, qui vient de succomber à un mal inexorable qui le tenait éloigné de la vie publique depuis plus d'un lustre. Il avait été étroitement mêlé à toutes les joies comme à tous les deuils de ma famille, et je n'oublie pas qu'il y a trente ans, il se penchait sur la tombe fraîchement ouverte de mon père et lui adressait l'adieu suprême, avec les accents émouvants que lui dictait son cœur gonflé de pensées généreuses.

Ancien interne des hôpitaux du Havre, Rachet s'était établi à Honfleur en 1887. Il y connut rapidement le succès et groupa autour de lui une importante et fidèle clientèle, attirée par les solides qualités cliniques que mettaient en valeur sa serviabilité, son affabilité, son dévouement à toute épreuve.



Il y connut aussi les honneurs. A plusieurs reprises, ses concitoyens l'envoyèrent siéger au Conseil municipal avec de magnifiques majorités qui le classaient le premier parmi les élus : preuve manifeste de la popularité dont il jouissait. Après avoir reçu la Médaille de la Reconnaissance française, il fut compris dans la promotion des médecins qui, trop âgés pour prendre du service actif dans les cadres sanitaires de l'armée, entendirent cependant servir activement, dans la mesure de leurs moyens, en se consacrant à la population civile de leur résidence, et en dirigeant des formations de la Croix Rouge, et il reçut, en 1921, la Croix de la Légion d'honneur des mains de son fils Jean, tout jeune légionnaire, décoré sur le champ de bataille.

Médecin en chef et administrateur de l'hôpital, président de la Délégation cantonale, médecin du chemin de fer..., il n'est pas de fonction qu'il n'ait assumée.

Il fut aussi président de la Société de médecine et de chirurgie de Caen et de la Basse-Normandie et président d'honneur de l'Union des Femmes de France.

Rachet avait été des premiers à comprendre le mouvement social qui, à la fin du siècle dernier, poussa les travailleurs à se grouper par professions, pour la défense de leurs intérêts, et dès que les Syndicats médicaux prirent naissance, il s'empressa d'y adhérer et devint rapidement l'un des militants de notre Syndicalisme. Président du Syndicat de l'arrondissement de Pont-l'Evêque, président de la Fédération des Syndicats médicaux du Calvados et de la Basse-Normandie, membre du conseil de l'Union des Syndicats, il prit une part active à nos luttes professionnelles dont furent le théâtre les différents Congrès des Praticiens et l'Union des Syndicats. Il était aussi un fervent mutualiste et fonda, à Honfleur, la section locale des Prévoyants de l'Avenir.

Le tube en bataille, découvrant un front bombé et volontaire, — il demeura longtemps fidèle au haut de forme doctoral, — l'œil pétillant de malice et de finesse derrière les verres du lorgnon campé hardiment sur l'arête fine du nez, la lèvre souriante au milieu d'une barbe luxuriante et calamistrée qui encadrait harmonieusement son visage sympathique et ouvert, tel il circulait dans les rues de sa ville, au gré de ses occupations, tel il apparaissait dans nos réunions, pre-

nant volontiers la parole, qu'il avait abondante et facile, et dont il se grisait parfois lui-même, pour défendre ce qu'il considérait utile à la protection des intérêts corporatifs.

Rachet connut encore à Honfleur les joies pures du foyer.

C'est un peu par l'intermédiaire et sous les auspices de ma famille qu'il avait rencontré celle qui devint sa compagne dévouée et qui lui donna bientôt trois beaux enfants : Jean, Marcel et Suzanne.

Son fils aîné devait lui accorder dans toute leur plénitude les satisfactions qu'un père médecin peut attendre des siens. Ayant commencé ses études à l'Ecole de Médecine de Caen, où il fut interne des hôpitaux et prosecteur, Jean Rachet dut, comme tant d'autres, les interrompre lorsque la guerre éclata. Il fit toute la campagne comme médecin auxiliaire, puis comme aide-major, menant aux tranchées la rude et périlleuse existence de médecin de bataillon. Il avait pris part à l'offensive de Champagne, en septembre 1925, dans un régiment d'infanterie appartenant à une division dont le médecin chef avait donné ordre aux médecins sous ses ordres de sortir en même temps que les successives vagues d'assaut, et de les accompagner jusqu'à... !

La guerre terminée, il reprit ses études à Paris et conquit avec aisance le titre si envié d'interne des hôpitaux. C'est l'an passé qu'il soutint sa thèse sur la *Gastroscopie*, et fut reçu docteur en médecine.

Son frère cadet Marcel, ne devait pas s'écarter sensiblement de la médecine puisqu'il exerce la profession de chirurgien-dentiste dans une ville du Nord : façon para-médicale de continuer le sillon creusé par le père...

Ce n'est pas impunément que l'on vit des semaines, des mois et des années, l'esprit tendu, le cœur angoissé inexprimablement, l'œil fixé sur la ligne de feu où l'on sait ses enfants sous la menace constante de la blessure et de la mort ; où l'on est poursuivi par une idée fixe : « Où sont-ils ? Que font-ils ? Vivent-ils encore à cette heure où ma pensée est pleine d'eux ? ? ? » Pierre-Armand Rachet a vécu ces anxiétés déprimantes, en même temps que son patriotisme s'alarmait des dangers que courait alors la France. Et pourtant, il lui fallut satisfaire sans défaillance aux exigences d'une énorme clientèle, accrue encore du fait de l'absence de deux jeunes confrères locaux, eux aussi mobilisés, et endosser par surcroît la responsabilité d'un hôpital, où malades et blessés ne cessèrent jamais d'affluer.

Quel organisme, vieux déjà de plus de cinquante ans, eût supporté de tels assauts sans faiblir ? Celui de notre ami en fut si profondément ébranlé que, les hostilités suspendues, l'armistice signé, la paix revenue, il cessa peu à peu d'exercer, pour finir par ne plus sortir de sa chambre, assistant désarmé à sa propre agonie, et payant à la souffrance un lourd tribut qui dépassa souvent les limites des forces humaines, jusqu'à ce qu'il succombât, dans une mort qui plonge tous les siens et ses amis dans l'affliction, mais qui, cependant, leur apparaît, — ainsi qu'elle dût lui apparaître à lui-même, — comme une délivrance... La peine que nous éprouvons à voir disparaître ceux qui nous sont chers n'exclut pas le sentiment d'allègement que nous ressentons lorsque, impuissants à le soulager, nous voyons enfin leur martyre cesser à tout jamais.

Alfred Mirande a écrit, il y a quelque temps, une page admirable qui se termine par une impressionnante apologie du médecin, le seul des humains qui entre dans la paix du tombeau les yeux grands ouverts, sans le bandeau consolateur dont il voile lui-même les regards angoissés de ses malades.

Rachet ne se fit jamais illusion sur la gravité de son état. Du moins eut-il la satisfaction suprême de recevoir, sous la direction et la surveillance de son fils Jean, les soins assidus et dévoués de sa femme et de sa charmante fille qui se dépensèrent sans compter pour essayer de tempérer les douleurs atroces qu'il endurait, — et put-il se dire, dans la claire vision de la réalisation définitive de sa destinée : « Je me survis fièrement en mes enfants ! »

Bon citoyen, excellent médecin, confrère parfait, fidèle à ses amitiés, Rachet emporte avec lui les regrets attristés de tous ceux qui l'ont connu, aimé et estimé.

C'est ce qu'a marqué excellemment mon ami, le Dr Georges Bréhier, président en exercice du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Pont-l'Evêque, dans les éloquentes paroles d'adieu qu'il prononça, le jour de ses obsèques, le 30 décembre 1926.

G. Duchesne.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les borgnes, la législation du travail et l'incapacité permanente.

Monsieur le Directeur,

Dans les numéros 47 et 49 du *Concours médical*, ont paru : une note de MM. les docteurs BOUDIN et DUCHESNE et de M. DUMESNY, puis une lettre de M. le docteur CAILLAUD, oculiste à Orléans, se rapportant à ma thèse intitulée : « *La perte de la vision d'un « œil détermine-t-elle une diminution de la capacité « de travail ?* »

Je ne puis, dans les colonnes de votre estimable journal, discuter, d'une manière complète, les avis qui ont été formulés, car ce serait reprendre et développer même, toute ma thèse ; j'abuserais ainsi de votre généreuse hospitalité. Je crois donc plus simple de signaler à ceux de vos lecteurs que la question intéresse, qu'ils trouveront mon étude au bureau de la *Revue générale des accidents du travail*, 17, *rue du Souvenir, à Colombes* (Seine).

Je me permettrai seulement de présenter à M. le docteur CAILLAUD les quelques observations suivantes :

1° C'est par suite de *mon expérience personnelle* que j'ai été amené à réfléchir à cette question, puis à l'étudier au point de vue scientifique, et enfin à publier une partie de mon travail, sous la forme de l'opuscule signalé plus haut. J'ai donc quelques raisons de connaître le sujet dont je traite, tant par l'expérimentation, que par les connaissances juridiques et scientifiques que j'ai pu acquérir.

2° Les bases d'allocation d'indemnités aux accidentés du travail (loi de 1898) et aux mutilés de la guerre (loi de 1919) sont tout à fait dissemblables ; on ne peut donc songer à les comparer.

3° Le borgne subit une *diminution du champ visuel*, mais sans conséquence, en général, sur sa capacité de travail. En effet, c'est la vision directe qui entre en jeu dans le travail, et, exceptionnellement et tout à fait accessoirement, la vision indirecte. Or, la perte de 1/6 du champ visuel, du côté externe, n'influence que la vision indirecte. C'est pourquoi nous lisons dans le Traité de MM. les professeurs IEBERT, ODDO et CHAVERNAC, page 480, édition 1913 : « *La perte d'une partie minime du champ visuel « a peu d'importance* ».

4° *La perte de la notion de la distance et du relief* sont des données qui ont pu avoir autrefois cours mais dont la *persistance* n'est pas établie. A l'heure actuelle, cette question ne paraît plus se poser. M. le professeur d'ARSONVAL a présenté sur ce sujet, à l'Académie des sciences, en février 1926, une note de MM. QUIDOR et Marcel HERUBEL, dont la conclusion est la suivante : « La perception monoculaire du relief, contestée par les uns, admise par les autres et *revendiquée par les borgnes, est donc un fait* ». M. le professeur DE LAPERSONNE a lui-même écrit dans un rapport d'expertise, que la *rééducation* du cerveau était certaine et fatale ; sa rapidité dépend seulement des aptitudes du sujet.

C'est ce même fait que M. le docteur CAILLAUD qualifie : « *accoutumance* », appellation fâcheuse qui ne s'applique, ni juridiquement, ni techniquement à la récupération d'une des fonctions visuelles.

5° Quant à l'accord de tous les oculistes sur l'*appréciation de la diminution de capacité de travail des borgnes*, M. le Dr CAILLAUD voudra bien me permettre de ne pas partager son opinion, et de lui rappeler que le chiffre de 33 % a été, pour la première fois, proposé par ZEHENDER, en se basant sur *la fiction des trois yeux*, théorie que SULZER a jugée en termes sévères, dans un rapport, présenté en 1904 à la Société Française d'Ophtalmologie, en disant : « *L'incroyable arrive quelquefois.... cette formule a « été adoptée ... malheureusement la formule de « ZEHENDER est encore employée journellement dans « l'évaluation de l'incapacité de travail...* »

Les oculistes et avec eux les tribunaux, ont en effet persisté jusqu'à 1910 environ où le taux de 25 et même 20 % fut proposé par le Dr Remy (de Nancy) dans cette erreur, acceptée sans discussion, bien que ZEHENDER (dit M. le Dr BONNAUD) ait déclaré ensuite, très nettement, « *Que la perte d'un œil* (si l'autre est bon) *ne diminue en rien, ou presque rien, « pour l'ouvrier la faculté d'exécuter son travail* ».

Ceci suffirait donc à justifier mes conclusions. Mais il y a mieux : M. le docteur CAILLAUD admet lui-même, — tout au moins implicitement — que la perte de la vision d'un œil ne diminue pas, en général, la capacité de travail, sinon pourquoi aurait-il écrit dans son Guide du Médecin Oculiste, dans les Accidents du Travail (pages 98 et 99) :

« La loi prévoit l'incapacité permanente absolue « donnant droit aux deux tiers du salaire, et l'in- « capacité permanente partielle ne donnant droit qu'à « la moitié de la réduction que l'accident aura fait « subir au salaire. Donc, tout ouvrier, susceptible « de gagner autant après l'accident qu'avant le trau- « matisme ne peut être considéré comme atteint « d'incapacité partielle. C'est au médecin que je juge « s'adresse pour le renseigner sur cette question.

« Ce point bien établi, il faut tenir compte de ce « fait que depuis l'application de la loi *les experts « ont étendu beaucoup cette idée première* et ils ont « été suivis dans cette voie par la jurisprudence.

« Tout en tenant compte des exigences profession- « nelles du blessé, l'*expert a considéré aussi l'acci- « dent en lui-même et a estimé un dommage, là où « l'ouvrier gagnait le même salaire après qu'avant « l'accident* ».

***

De ce texte il résulte clairement : que les experts ont méconnu le texte et l'esprit de la loi du 9 avril 1898 ;

Qu'ils ont entraîné les tribunaux à en fausser l'application, parce qu'ils ont formulé dans leurs rapports des affirmations, sans les éclairer.

C'est précisément, pour tenter d'amener une réaction contre ces errements, que j'ai écrit mon opuscule.

J'ai déjà la satisfaction de constater que mon temps n'a pas été perdu puisque des discussions surgissent et que dans ma correspondance je trouve des encouragements.

Un ophtalmologiste m'écrit en effet : « Vous avez « fait un travail fort utile que nul oculiste n'avait « jusqu'ici aussi parfaitement conçu ».

Sous la plume d'un président de tribunal, je trouve aussi cette phrase :

« Vous rappelez fort justement quelques vérités, « trop méconnues ».

COCRAL.

Réponse du Dr Paul Boudin.

Quelle que séduisante que soit, en apparence, la thèse défendue par M. Cocral, je ne puis l'adopter et même je dois la combattre, car je la crois contraire à l'esprit et au texte même de la loi de 1898.

Dans la septième édition de son ouvrage, nº 491, p. 375, M. Sachet écrit : « Le droit à l'indemnité prend naissance toutes les fois qu'il y a incapacité totale ou partielle de travail, c'est-à-dire toutes les fois que la puissance de travail de l'ouvrier est diminuée, alors même que cette diminution n'aurait pas de répercussion immédiate sur le salaire. »

M. Sachet ajoute, nº 492 : « On doit admettre que l'indemnité légale est due, non seulement lorsque la lésion permanente affecte les membres, ou organes, qui servent directement au travail *spécial* de l'ouvrier, mais encore lorsqu'elle a pour effet d'affaiblir l'état général de ses forces, ou de sa santé, ou de porter atteinte à l'intégrité d'un de ses *organes essentiels*, tels que les organes de la vue. »

Si nous examinons maintenant les décisions de jurisprudence, nous constatons qu'il est unanimement admis aujourd'hui que ce qui doit être pris en considération, ce n'est pas la réduction effective du salaire, mais la réduction de l'aptitude au salaire, c'est-à-dire la capacité de travail (dissertation de M. Dupuich, D. P. 1900.2. 230, note 2 et 4 ; — Douai, 2 mai 1910 sous Cass. Req. 20 février 1911 ; D. P. 1911. 1.412).

Une jurisprudence abondante décide que, pour apprécier la réduction qu'une incapacité partielle et permanente fait subir au salaire d'un ouvrier blessé dans les conditions prévues par la loi du 9 avril 1898, le juge n'est pas tenu de considérer exclusivement le salaire effectivement touché par cet ouvrier, après la reprise du travail ; il doit rechercher dans quelle proportion la capacité professionnelle de l'ouvrier a été diminuée par suite de l'accident et quel abaissement correspondant de salaire doit normalement s'ensuivre (entre autres : Civ. 26 nov. 1901 ; D.P. 1901.1. 552 ; Civ., 7 janv. 1902 ; D.P. 1902.1.339 ; Civ. 19 janv. 1903. D.P. 1903.1.108).

Jugé de même que le législateur n'a fixé aucun minimum au-dessous duquel cette rente ne pourrait descendre. Par conséquent, les juges, après avoir constaté qu'un ouvrier, à la suite d'un accident, a été atteint d'une incapacité permanente de 3 à 5 %, ne peuvent refuser de lui allouer une rente, par le motif que cette diminution de capacité n'est susceptible de faire subir aucune réduction à son salaire (Cass. Civ., 20 mars 1912. D.P. 1912.1.361 avec la note de M. Dupuich ; — Civ., 10 mars 1913. D.P. 1913.1.545 (trois arrêts), Civ. 22 juillet 1914, D.P. 1917.1.1 ; Civ., 22 décembre 1914, D. P. *Ibid.* ; Civ., 3 août 1915, D.P. *Ibid.*).

Ces arrêts indiquent au surplus que la détermination de l'indemnité dépend de la combinaison de deux éléments : le salaire annuel de l'ouvrier, les facultés de travail que lui laisse l'accident.

Dès lors, le juge ne peut, tout en constatant la diminution de la capacité de travail, refuser d'allouer une rente qui y correspond..... par le motif qu'en fait, le salaire demeurerait, après l'accident, le même qu'auparavant. ((Cass. Civ., 20 mars 1912 ; D.P. 1912.1.3161 ; Civ., 23 juillet 1912 ; D.P. 1913.1.13 ; Civ., 10 mars 1913 ; D.P, 1913.5.45 ; Civ. 22 juillet 1914 ; D.P. 1917.1.1.)

Ces arrêts, ainsi que le suivant (Civ., 3 août 1915 ; D. P. 1917.1.1) décident que la rente est due à l'ouvrier, alors que l incapacité, qu'elle soit minime, ou autre, ne fait subir aucune diminution sur le salaire.

Il a été jugé, conformément aux principes ci-dessus, que la réduction effective du salaire, subie par l'ouvrier, n'est pas la condition même et nécessaire de l'allocation d'une rente (Aix, 3 août 1900, D. P. 1901.2.373 ; (Lyon, 4 août 1900. D.P. *Ibid* ; Lyon, 26 décembre 1900 ; *ibid.*)

Et il appartient aux tribunaux, même en l'absence d'une réduction de salaire, d'allouer à l'ouvrier une rente arbitrée proportionnellement à la diminution de sa capacité de travail ; au moyen d'une comparaison entre le salaire qu'il touchait avant d'être atteint ou celui qu'il pourra désormais se procurer (trib. civ. d'Orléan, 14 février 1900, D. P. 1900.2.230.2.230 ; trib. civ. de la Seine, 20 mars 1900, D. P. *Ibid* ; trib. civ., Chambéry, 14 avril 1900 ; D.P. 1902.2.332 ; trib. civ. de la Seine, 10 mai 1900, D. P. 1900.2.230).

De nombreuses décisions de jurisprudence allouent une rente à l'ouvrier atteint d'une incapacité de travail partielle, alors que le patron offre de reprendre l'ouvrier à son service, sans

réduction de salaire, ou bien si l'ouvrier a repris son travail, moyennant le même salaire qu'avant l'accident, ou même moyennant un salaire supérieur.

Comme conclusion et sans rappeler les jugements et arrêts qui allouent une rente à un ouvrier, qui a perdu un œil, nous pouvons dire que la jurisprudence est fixée, conformément au sens indiqué par la loi de 1898, c'est-à-dire que lorsque du fait du travail, il existe une lésion permanente qui diminue, ou peut diminuer la capacité de travail, une rente est due au blessé, alors même qu'après l'accident, son salaire est le même qu'avant le traumatisme.

En fait, il me sera permis de prendre la défense de l'ouvrier, puisque la thèse de M. Cocral est tout en faveur des intérêts des Compagnies d'assurances.

En apparence, il est très séduisant de soutenir que, si un ouvrier devenu borgne par accident du travail, gagne le même salaire, il n'a droit à rien, tant que son autre œil est suffisant pour que le salaire reste le même.

Je ne rappelle pas les arguments cliniques, donnés par le docteur Caillaud, arguments auxquels je m'associe pleinement.

Il est vrai que si l'ouvrier perd son second œil, à la suite d'un autre accident du travail, l'assurance devra payer la rente, pour infirmité permanente totale.

Mais pourquoi faire supporter au chef d'entreprise, qui emploie l'ouvrier lors de son second accident, cette rente pour incapacité permanente totale, alors que le premier patron, qui employait l'ouvrier lors du premier accident, qui n'avait intéressé qu'un œil, n'aurait plus rien à supporter ?

Rappelons la loi du 25 novembre 1916, concernant les mutilés de guerre victimes d'un accident du travail (modifiée par la loi du 26 avril 1924). Ce texte législatif dispose des quotités de responsabilité qui doivent rester à la charge du chef d'entreprise, déduction faite de la part qui doit être supportée par l'Etat, du fait de l'état antérieur, provenant de la blessure de guerre.

Disons enfin que cette thèse n'est pas soutenable, alors qu'on vient prétendre que l'ouvrier, devenu borgne, du fait d'un accident du travail, ne voit pas ses intérêts être diminués, puisque s'il devient aveugle, à la suite d'un autre accident du travail, il est certain de toucher la rente, pour invalidité permanente totale.

Mais, si l'accident qui prive l'ouvrier de son second œil est un accident de droit commun, ne relevant nullement de la loi du 9 avril 1898, si la cécité survient à l'occasion d'une maladie ? L'ouvrier, borgne du fait d'un accident du travail, n'aura aucun recours contre son employeur, pour obtenir une rente, alors qu'il est privé de son second œil, à la suite d'un traumatisme, ou d'une maladie, ne lui donnant pas le bénéfice de la législation des accidents du travail.

Conclusion. — J'estime, pour ma part, ne pas pouvoir m'associer à la thèse de M. Cocral. Son opinion me semble être en contradiction formelle avec l'intention du législateur de 1898.

Un ouvrier est blessé au cours de son travail, le dommage doit être réparé, alors même que, pour le moment, il ne s'en suit aucune réduction de salaire.

La perte de l'œil est une chose trop grave, pour un homme, pour qu'il soit possible de la passer au compte de profits et pertes. Médicalement et juridiquement, je crois que le borgne a parfaitement droit à une rente, juste réparation du préjudice, qui lui a été occasionné du fait du travail.

Dr Paul Boudin.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Les grandes assises Médicales de 1926

I

FÉDÉRATION NATIONALE DES SYNDICATS MÉDICAUX

Assemblée Générale des 28 et 29 novembre 1926

ORDRES DU JOUR

La F.N. déclare ne pouvoir accorder sa collaboration à l'Assurance Sociale que si les conditions suivantes, nécessaires à l'exercice normal de la médecine, sont pleinement respectées :

1° Respect du secret professionnel ;
2° Libre-choix du médecin par le malade ;
3° Entente directe du médecin et du malade suivant les conditions de la pratique ordinaire.

La F.N. déclare rejeter tout contrat collectif de « prise-en-charge » des soins aux assujettis. Par contre, les S.M. concluront avec les Caisses des accords locaux respectant les principes ci-dessus énoncés.

Ces accords ne comporteront ni tarification,

ni indication d'un pourcentage quelconque de participation des Caisses aux honoraires médicaux. Ils n'institueront sur les médecins aucun autre contrôle que celui qui sera exercé par les Syndicats. Les certificats remis à l'assuré par son médecin se borneront à indiquer :

1° Le fait de la maladie ;

2° L'indication du nombre de visites ou de consultations.

Assurances sociales.

Considérant :

Qu'un tarif non-limitatif stipulé par contrat serait dans la pratique aussi limitatif que celui des accidents du travail ;

Que si un tarif de responsabilité proportionné non aux honoraires, mais aux ressources des Caisses, peut être inscrit dans le règlement intérieur de celles-ci, par contre ce tarif ne saurait figurer dans la convention Syndicat-Caisse puisqu'il ne concerne par les médecins ;

Qu'au surplus il faut reconnaître que le terrain des tarifs doit apparaître comme secondaire ;

Que par conséquent le Corps médical ne peut pas se contenter d'une simple tolérance en faveur des tarifs non-limitatifs dans une loi fondée sur la couverture intégrale du risque maladie ;

Mais qu'il a le devoir d'exiger l'inscription de l'entente directe *comme règle* dans la loi pour cette seule raison qu'elle est la condition essentielle d'une médecine normale ;

L'A.G. de la F.N.

Déclare ne pouvoir se rallier à la revendication de tarifs contractuels non-limitatifs ;

Décide de ne pas collaborer à l'application de la loi que si l'entente directe y est explicitement inscrite, non comme une exception à la rigueur possible, mais comme un principe fondamental.

Participation à la gestion des Caisses.

Considérant :

Que la participation à la gestion administrative des Caisses entraîne pour le Corps médical, sans aucun avantage compensatoire, des responsabilités étrangères à notre profession.

L'A.G. de la F.N.: déclare rejeter cette participation ; mais demande que les Caisses soient tenues de ne rien entreprendre dans le domaine médical sans avoir pris conseil d'un Comité technique consultatif où les Syndicats médicaux devront être largement représentés.

Définition de l'entente directe.

Les assurés auront le libre choix de leur médecin sous les garanties énoncées par les Lois de 1898 sur les accidents du travail et de 1919 sur les maladies professionnelles ; ils se feront traiter par lui dans les conditions ordinaires de la pratique médico-chirurgicale et auront à régler directement ses honoraires.

Les Caisses concluront avec les Syndicats de médecins régulièrement constitués des accords réglant le mode de délivrance, aux assurés, des attestations du fait de maladie et des justifications de payements effectués, pour permettre le versement des indemnités représentatives de frais de maladie fait par les Caisses aux assurés.

Le secret professionnel aux termes de l'article 378 du Code pénal, devant être rigoureusement garanti en tout état de cause aux assurés, les Caisses n'auront aucun renseignement à demander directement aux médecins traitants, qui remettront aux assurés eux-mêmes, en mains propres, les justifications prévues par les accords ci-dessus.

Ordre du jour sur le syndicalisme médical.

Considérant :

Que la cause des difficultés où se débat le Corps médical réside surtout dans le fait que sa charte professionnelle, consacrée par une longue tradition, n'a jamais été codifiée en un texte précis ;

Que cette carence a permis à certains esprits chimériques d'imaginer une soi-disant tradition syndicale qui ne remonte pas plus loin qu'à eux-mêmes ; que l'erreur de ces réformateurs en chambre a été de vouloir calquer le syndicalisme médical sur le syndicalisme ouvrier ;

Que celui-ci doit naturellement tendre à améliorer les conditions de travail et de salaire par contrat débattu avec le patron ;

Que bien au contraire, loin d'apporter au Corps médical des garanties supplémentaires, le contrat de prise en charge détruirait l'entente directe, seul lien de droit entre malade et médecin ;

Qu'il s'ensuivrait une véritable abdication au profit des collectivités interposées, la médecine cessant d'être une profession libérale pour devenir une sorte de salariat dans un cadre syndical ;

L'A. G. de la F.N.

Rejette la doctrine qui revendique pour les Syndicats la prise en charge de toute la médecine par contrat collectif de louage ;

Fait sienne la conception qui voit dans le syndicalisme le garant de notre charte professionnelle basée sur l'entente directe du médecin et du malade ;

Adopte le texte de cette charte tel qu'il est établi dans le *Bulletin de la F.N.* (numéro de septembre, page 114) et reproduit ici :

« Les Syndicats ont pour premier objet l'étude et la défense des intérêts moraux du Corps médical :

1° Le principe de la *liberté de confiance* exige que le médecin, qui est fait pour le malade, puisse s'employer pour lui en toute indépendance, celle-

ci n'ayant d'autre limite que les lois morales, les lois civiles et les règles reconnues indispensables au bon exercice de la profession.

2° Les Syndicats doivent avant tout veiller au maintien de cette indépendance. Le syndicalisme est un moyen, non un but. Loin de prétendre résorber dans un agrégat anonyme la personnalité de ses membres, le Syndicat doit en assurer la protection et le développement.

3° C'est au malade ou à ses représentants naturels et immédiats (famille) de s'entendre avec le médecin, d'apprécier comment il s'acquitte de sa tâche et de le rémunérer de ses soins. Toute tentative, d'où qu'elle vienne, en vue de supprimer cette libre entente par l'intrusion d'un tiers doit être résolument repoussée.

4° *C'est uniquement en cas d'absence ou de carence de la famille* qu'une autre personne morale doit en assurer le rôle et devenir en quelque sorte le tuteur du malade, avec charge de contrôler et de rémunérer le médecin.

Si une pareille substitution est inévitable, elle n'en est pas moins anormale. Elle le sera d'autant plus que la personne morale substituée à la famille sera plus loin du malade, plus étrangère à lui, moins personnelle et plus administrative.

5° Les « organisations de soins » ne peuvent donc être que des pis aller. Les moins mauvaises sont celles où le tuteur est représenté par une association professionnelle ou par un groupement local. Le contrôle s'y fait à peu près de lui-même et les règlements d'honoraires peuvent garder une souplesse relative.

6° Le pire de tous les tuteurs est l'Etat, parce que le plus lointain et le plus impersonnel. L'ingérence du Pouvoir Central en cette matière ne peut être tolérée que dans le cas de nécessité absolue.

7° Les inconvénients d'une « organisation de soins » créée par l'autorité de l'Etat ne seraient qu'à peine atténués si la direction générale et le contrôle en étaient confiés à des médecins. Il faut éviter toute coopérative de soins rendue *légalement obligatoire*. En effet, ce régime aboutirait fatalement à une réglementation par l'Etat c'est-à-dire à la fonctionnarisation des médecins et à la négation de la médecine.

8° Si les Syndicats médicaux ne peuvent que s'opposer de toutes leurs forces à une pareille déchéance, il est par contre de leur devoir de favoriser la bonne entente et la collaboration libre entre les médecins, pour le plus grand bien des malades. Il se déclare également prêt à collaborer au fonctionnement des lois sociales à titre purement professionnel, en écartant toute participation administrative, et sous réserve que les principes qui régissent l'exercice de la médecine ne subiront pas la moindre attaque.

9° Ces principes sont les suivants :

Respect absolu du secret professionnel ;

Libre choix du médecin par le malade ;

Entente directe entre le médecin et le malade (ou *sa famille*) *suivant les conditions de la pratique ordinaire.*

10° Tout accord conclu par les Syndicats respectera et garantira les conditions ci-dessus.

11° Mais le syndicalisme n'a pas seulement pour objet de sauvegarder les intérêts moraux de la profession. Il a pour devoir de veiller aux intérêts matériels. Il faut éviter (1) que le médecin soit tenté de compenser l'insuffisance de ses gains en recourant à des combinaisons plus ou moins légitimes.

Le médecin a droit pour ses soins à une rémunération juste, c'est-à-dire basée sur l'importance des services rendus, la situation sociale du malade, la valeur du médecin, les conditions économiques.

Attitude à tenir à l'égard des diverses collectivités.

Considérant :

Que l'ère des difficultés pour le Corps médical a commencé avec les atteintes qu'il a laissé porter au principe de l'entente directe ;

Que l'apparition de chacun des tiers-payants qui se sont succédés a marqué une nouvelle étape dans la diminution morale et matérielle du Corps médical ;

Que cette situation a eu pour effet de l'engager dans la voie peu attrayante d'un syndicalisme revendicateur de tarifs ou plus exactement de salaires ;

Qu'au surplus cette lutte contre les taxations étatiques ou autres a donné et donne de piètres résultats ;

Que ces taxations arbitraires subies par le Corps médical le mettent dans une fausse position vis-à-vis de la clientèle libre quant au taux des honoraires ;

Que, s'il serait difficile de supprimer du jour au lendemain les divers tiers-payants, l'histoire des Mutualités montre qu'il est possible de revenir progressivement à l'entente directe,

L'A.G. de la F.N.

Décide d'étudier et de poursuivre le retour à l'entente directe pour les collectivités qui sont soumises au régime du tiers-payant en commençant par les Mutualités, puis par les pensionnés art. 64.

Ordre du jour sur la question des dentistes.

I. — La Fédération Nationale des Syndicats médicaux considère comme contraire aux droits que les docteurs en médecine tiennent de leur diplôme, en vertu de la loi du 30 novembre 1892,

(1) Grâce à des honoraires suffisants.

la mesure demandée par la Commission des études dentaires, qui exigerait le diplôme de chirurgien dentiste des docteurs en médecine désirant exercer l'art dentaire, qui reste une spécialité médico-chirurgicale.

II. — Mais, reconnaissant que, si quelques Facultés possèdent des écoles destinées à la formation des chirurgiens-dentistes, aucune ou à peu près n'a sérieusement organisé l'enseignement de la stomatologie pour les étudiants en médecine et les docteurs désireux de se spécialiser dans cette branche, elle demande instamment que cette organisation soit mise en œuvre dans toutes les Facultés, pour qu'il soit possible aux médecins de se spécialiser en stomatologie comme dans les autres branches spéciales, par des stages en cours d'études et des stages post-scolaires, sans être obligés de passer par des institutions destinées à des étudiants en chirurgie dentaire dont l'instruction de base et les connaissances théoriques sont différentes.

III. — La F.N. ne s'oppose pas à ce que, suivant la demande des dentistes, le baccalauréat soit rendu obligatoire au début des études dentaires et les connaissances médicales augmentées pour les futurs dentistes, à la condition que ces modifications ne conduisent pas dans l'avenir à l'institution du doctorat en chirurgie-dentaire, mais à l'obligation du doctorat en médecine pour les dentistes.

II

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

Assemblée Générale des 2, 3 et 4 décembre 1926.

ORDRES DU JOUR :

Trésorerie.

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, réunie le 2 décembre 1926,

1° Donne quitus au Conseil d'administration et au trésorier pour la gestion financière de l'exercice 1925-1926.

2° Constate que le budget de 1925-1926 accuse un léger excédent des recettes sur les dépenses.

3° Le Conseil ne propose pas de versement au fonds de réserve .

4° Le nombre de pages des numéros ordinaires du *Bulletin* pour 1926-1927 sera de 40 à 48 pages.

5° Le Trésorier avait posé la question d'une modification éventuelle à la date de l'Assemblée générale de l'Union. Divers Délégués rappellent que les Syndicats ont déjà été saisis de la question il y a deux ans et qu'ils ont conclu au maintien de la date actuelle.

Au reste les statuts portent que l'Assemblée générale doit avoir lieu en novembre ou en décembre.

Le Trésorier fait observer qu'il y aurait cependant utilité au point de vue trésorerie à ce que les comptes fussent désormais arrêtés en fin d'année et l'Assemblée générale reculée au mois de mars.

Il est décidé que cette question fera l'objet d'un referendum auprès des Syndicats au cours de l'année 1926-1927.

6° Un certain nombre de Délégués se déclarent partisans de l'élévation du chiffre de la cotisation à 30 fr., le principe de la contribution volontaire leur paraissant à rejeter pour l'établissement des prévisions budgétaires ordinaires. D'autres Délégués font observer qu'ils ne sont pas mandatés à cet effet.

Le Trésorier reconnaît que l'Assemblée générale précédente a voté le principe de la cotisation variable, mais affirme qu'il serait inopportun, à l'heure actuelle, de procéder à une élévation de la cotisation.

Il compte pouvoir faire face aux exigences de la Trésorerie en maintenant la cotisation à 25 fr., quitte à recourir à des contributions volontaires si la situation l'exigeait.

A une forte majorité :

L'Assemblée générale maintient le principe de la cotisation variable fixée chaque année par l'Assemblée générale (Principe voté l'an dernier), elle maintient cette année le chiffre à 25 fr. étant entendu qu'un appel aux contributions volontaires des Syndicats pourra être fait en cours d'année.

A. M. G.

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, réunie à Paris en décembre 1926 :

1° Félicite les Syndicats ayant montré assez de cohésion et de fermeté pour améliorer le service d'Assistance médicale gratuite en 1926.

Elle est heureuse d'enregistrer le nombre important de départements s'étant occupés de la question au cours de l'année.

2° Invite les Syndicats n'ayant pas encore fourni cet effort à commencer de suite une campagne pour faire honorer convenablement les médecins assurant ce service public, sur les bases suivantes :

a) Le libre choix devra être acquis, dans les sept derniers départements n'ayant pas encore adopté cette formule libérale.

b) De même, la rémunération à l'acte médical devra être réclamée et au besoin imposée dans les dix départements encore au forfait ou à l'abonnement.

c) Les prix de consultations et de visites, l'indemnité kilométrique, les tarifs chirurgicaux d'accouchements et de spécialités se confondront avec le tarif syndical minimum, sans réduction (échelle mobile).

d) En présence de l'instabilité du coût de la vie, les contrats et accords ne seront faits que pour un an.

e) D'autre part, le contrôle technique est le seul offrant des garanties aux divers intérêts en présence : il sera demandé dans tous les départements.

f) L'Assistance partielle étant légale, les Syndicats n'ont aucune raison de s'opposer à son développement. Toutefois l'extension de cette Assistance à la classe des demi-nécessiteux est une raison impérieuse pour appliquer à l'A. M. G. le tarif syndical minimum intégral, d'une part ; la collectivité, d'autre part, fera son affaire personnelle des participations qu'elle entend réclamer aux demi-nécessiteux.

Accidents du travail.

L'ordre du jour suivant est renvoyé à l'étude du Conseil de l'Union et de la Commission compétente :

« L'Assemblée générale de l'Union, ayant « entendu les explications du Dr DECOURT, Pré- « sident de son Conseil d'administration, concer- « nant la question des accidentés du travail,

« Considérant :

« 1° Que la formule du « tout compris » en « matière d'hospitalisation des accidentés du « travail, est un véritable déni de justice que le « Corps médical ne veut plus tolérer.

« 2° Que les différentes parties intéressées « (Assureurs, Commissions hospitalières et mé- « decins) paraissent d'accord sur le principe « qu'il y a lieu de la supprimer, et d'assurer au « médecin d'hôpital, la rémunération de ses « actes de traitement, pour cette catégorie de « malades, sur la base des tarifs légaux.

« 3° Que la difficulté principale paraît résider « dans les objections des Commissions hospi- « talières concernant la répartition et le mode de « perception des sommes versées par l'Entre- « prise ou son Assureur substitué.

« 4° Que cette question de procédure ne se « présente pas partout sous le même aspect et « qu'en conséquence elle doit être débattue en- « tre les Commissions administratives et les « Groupements professionnels locaux.

« Donne mandat au Conseil d'administration « de l'Union de poursuivre activement la sup- « pression de la formule « tout compris » ins- « crite dans la loi du 6 juillet 1920, et à cet effet « de se mettre en rapport avec les autres Grou- « pements médicaux compétents, notamment « le Syndicat des chirurgiens français et l'Asso- « ciation professionnelle des médecins et chi- « rurgiens des hôpitaux de France.

Assurances sociales.

I

L'Assemblée générale, après avoir affirmé de nouveau le principe général de la liberté de droit commun des Syndicats médicaux adhérents à l'Union d'une part, de toute collectivité intéressée d'autre part, de contracter sans restriction dans les formes réglées par la loi du 25 mars 1919 (1).

Considérant que les modalités contractuelles diverses proposées par les Syndicats adhérents à l'Union telles que :

Tarif contractuel limitatif ;

Tarif contractuel non limitatif ;

Entente directe contractuelle quant aux honoraires,

ont un lien commun qui est la liberté contractuelle des parties,

Affirme que le Corps médical refusera sa collaboration à la loi si la liberté contractuelle, droit naturel des parties en présence, est violée par des dispositions préalables de cette loi.

(*Adopté à l'unanimité sans abstention.*)

II

Fidèle à ses traditions qui associent étroitement les intérêts des malades et des médecins et tendent à l'exercice d'une médecine saine par un Corps médical sain.

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux déclare qu'elle reste irréductiblement attachée aux deux principes suivants :

1° Principe de la participation des Syndicats médicaux à l'organisation technique de toute institution de médecine publique, garantie nécessaire au bien des malades.

2° Principe de la liberté des contrats syndicaux, garantie de la liberté et de la dignité professionnelles.

En conséquence,

L'Union des Syndicats médicaux ne pourra donner sa collaboration à la loi d'Assurance sociale que si celle-ci respecte ces principes, c'est-à-dire :

1° Si la loi admet la possibilité de la participation des Syndicats médicaux qui le désireront

(1) Loi sur les Conventions collectives.

à l'organisation technique du service médico-chirurgical (milieu familial, hôpital, cliniques, dispensaires, etc...)

2° Si la loi permet, dans le cadre des contrats Syndicats-Caisses le libre jeu des divers modes de règlement d'honoraires dont les Syndicats se sont déclarés partisans :

Ou tarif contractuel limitatif.

Ou tarif contractuel non limitatif.

Ou entente directe quant aux honoraires (1).

La discipline syndicale doit tendre à exclure tout contrat forfaitaire.

(*Adopté à l'unanimité*).

La troisième question posée dans le Rapport du Secrétaire général (à titre d'indication) :

« Dans l'éventualité où vous seriez attachés à « l'entente directe quant aux honoraires (contrat « sans tarif) (2) au point de refuser votre collabora- « tion à la loi si celle-ci n'en laisse pas la possibilité, « quelle mesure votre Syndicat envisage-t-il pour « s'opposer à la constitution de Syndicats médicaux « uniquement créés à l'effet d'assurer, en dehors de « vous, le service médico-chirurgical des Caisses aux « conditions fixées préalablement par celles-ci. »
donne lieu à un échange de vues qui amène l'Assemblée à envisager le problème de l'unité du Corps médical en face de la loi d'assurance sociale.

La quatrième question (posée à titre indicatif) :

« Dans l'éventualité où les dispositions du projet « de loi actuel (3) vous donneraient satisfaction, « votre Syndicat s'engage-t-il, par discipline syndi- « cale, à pratiquer la grève administrative, si la ma- « jorité des Syndicats adhérents à l'Union en déci- « dait ainsi. »
amène une intervention du Secrétaire général. Le Dr Lenglet déclare que l'ordre du jour voté réclamant la liberté contractuelle suppose que tous les Syndicats feront tout le nécessaire pour appuyer la revendication qu'ils viennent de formuler au cours de l'Assemblée générale de l'Union.

Loi des pensions.

1° L'Assemblée prend acte de l'unification des catégories qui est maintenant un fait accompli.

2° Une longue discussion s'engage sur le relèvement nécessaire des tarifs.

En fin de discussion, l'ordre du jour suivant est adopté à l'unanimité :

L'Assemblée constatant que le tarif des mutilés ne correspond plus au coût de la vie.

Donne mandat au bureau de l'Union d'en poursuivre le relèvement.

Elle décide de faire la grève administrative si satisfaction ne lui est pas donnée.

La date de cette grève administrative sera fixée après referendum auprès des Syndiats.

L'Assemblée donne comme indication du relèvement à obtenir :

a) Le chiffre de 13 fr. (chiffre moyen actuel de la visite et consultation calculé en appliquant au tarif des Pensions de 1922 l'indice d'augmentation du coût de la vie depuis cette époque.

b) Le tarif Durafour augmenté de 25 %.

3) L'Assemblée reconnaît que pour les villes de grande étendue une indemnité spéciale devra être prévue en rapport avec les frais de déplacement et l'élévation de l'index économique.

Sur la proposition du Dr Hartmann (Seine) il est décidé qu'une Commission de 6 membres (3 médecins de campagne, 3 médecins de grande ville) sera formée à l'Union. Elle réunira tous les documents permettant de se rendre compte du coût comparatif de la vie dans les grandes villes et à la campagne.

Modifications aux statuts de l'Union.

1. Représentation régionale au Conseil.

L'unanimité se fait sur l'ordre du jour suivant :

L'Assemblée générale,

Considérant que le § C de l'article II permet aux Syndicats qui le désirent, en se groupant en Fédération, de désigner des représentants régionaux au Conseil d'administration,

Décide qu'il n'y a pas lieu de modifier pour le moment les statuts de l'Union.

Mais demande instamment que les régions soient représentées dans les Commissions d'étude.

Elle renvoie à l'étude de la Commission des statuts avec avis favorable la suppression du paragraphe e de l'article II (1).

Un amendement du Dr Lefèvre relatif au nombre de voix dont disposeront pour la nomination habituelle des membres du Conseil, les Groupements ayant déjà désigné un ou plusieurs représentants par le jeu du quotient est renvoyé à la Commission des statuts pour étude.

---

(1) Les signataires de l'ordre du jour ci-dessus déclarent accepter la définition de l'entente directe donnée par le Dr Cibrie et qui est la suivante :

L'entente directe se définit :

« Les conditions de la clientèle ordinaire, c'est-à-dire « pas de tarif fixe, pas de tiers-payant, étant bien entendu « que doit être exclue, par tous les moyens pos- « sibles, la médecine au rabais, et que le taux inférieur « des honoraires ne doit jamais descendre au-dessous « du tarif syndical minimum. »

(2) Etant entendu par ailleurs que suivant les décisions de la majorité des Assemblées syndicales, le refus par la loi du tarif non limitatif entraîne la grève.

(3) Contrat Syndicat-Caisse. Tarif à l'acte médical déterminé par ce contrat et révisible suivant les dispositions du contrat.

(1) *e*) Ces candidats doivent être en nombre double de celui des Conseillers auxquels a droit le Groupement et pris parmi les membres des Syndicats qui les composent. Celui qui obtient le plus de suffrages devient titulaire, l'autre, suppléant.

2. Spécialistes.

Le Secrétaire général donne lecture à l'Assemblée d'une note du Groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés, par laquelle on l'informe que :

1° Ce groupement est officiellement constitué et a déposé ses statuts ;

2° Ce groupement demande à l'unanimité le renvoi du statut des spécialistes à l'étude de la Commission des statuts.

3° Ce Groupement demande à être représenté officiellement par un représentant qu'il aura désigné dans toutes les Commissions où ses intérêts seront débattus.

Le Dr Batier (O.R.L.) lit l'ordre du jour suivant du Groupement des Syndicats de médecins spécialisés:

« Les Syndicats affiliés à l'Union ont reçu la circulaire 69 qui transmet la proposition suivante du « Conseil de l'Union :

« Qu'un Syndicat général de spécialistes ne sera « pas, dans l'avenir, rattaché à l'Union, tant que « tous les spécialistes inscrits dans ce Syndicat général, ne feront pas partie de leur Syndicat local. »

« Le Groupement des médecins spécialisés fait « observer que :

« 1. La question posée est une modification aux « statuts et que pareille modification doit être mentionnée comme telle.

« 2. Les médecins spécialisés n'ont pas été convoqués devant la Commission des Statuts alors que, « dans l'ordre du jour déposé l'an dernier sur le bureau de l'Assemblée générale, ils demandaient « d'eux-mêmes à ce que fût étudié, d'accord, le protocole des relations à établir entre les Syndicats « de spécialistes et les Syndicats locaux d'une part, « et l'Union, d'autre part.

« Ils maintiennent la demande que la Commission « des Statuts de l'Union étudie d'accord avec eux la « question de leur situation dans l'Union et le Corps « médical organisé.

« En conséquence le Groupement des médecins « spécialisés demande à l'Assemblée générale de « renvoyer la question à la Commission des statuts.

Le Secrétaire général invite l'Assemblée à ne pas discuter sur le fond et à renvoyer à la Commisison la question des spécialistes.

Ce qui est décidé à l'unanimité moins une voix.

Droit syndicaliste et code de déontologie

A l'unanimité, l'Assemblée générale décide de renvoyer la question à la Commission compétente avec mission au Conseil de proposer à la prochaine Assemblée générale un projet précis de code de déontologie et des conclusions sur l'Ordre des médecins suivant les directives proposées dans le rapport du secrétaire général. Ces travaux devront être connus des Syndicats assez tôt pour qu'ils puissent en discuter dans leurs Assemblées générales.

L'Assemblée demande que MM. Sorel, Cibrie, Gaussel, Merle fassent partie de cette Commission d'études.

Fléaux sociaux et hygiène publique.

1° L'A. G. invite les Syndicats à participer à l'organisation de l'hygiène publique dans le cadre des « ententes collectives » telles que les définit la loi du 25 mars 1919.

Elle invite les Fédérations départementales ou les Syndicats départementaux à constituer, dans leur cadre administratif, un office syndical d'hygiène publique en collaborant, au titre de ces « ententes collectives », avec l'Office départemental d'hygiène publique.

(*Adopté à l'unanimité sans abstension*).

2° L'A. G. de l'Union des Syndicats réunie le 4 décembre 1926, décide d'inviter les Syndicats à organiser leur secrétariat, à créer des Commissions d'études, à se préparer à une action efficace afin de réaliser la lutte pour la défense sanitaire contre les fléaux sociaux.

(*Adopté à l'unanimité sans abstention.*)

Chirurgiens dentistes.

L'A. G. de l'Union des Syndicats médicaux de France charge son bureau de faire auprès des parlementaires et des pouvors publics les démarehes nécessaires pour que l'art dentaire ne puisse être exercé dans le plus bref délai possble que par les docteurs en médecine.

Scission.

Le Président communique à l'Assemblée de l'Union, suivant le désir exprimé par l'Assemblée générale de la Fédération, les ordres du jour votés par celle-ci :

Sur la proposition du Dr Gaussel, l'Assemblée générale de l'Union décide à l'unanimité sans abstention de prier le président de la Fédération de communiquer officiellement à la prochaine A. G. de la Fédération les ordres du jour votés par l'A. G. de l'Union qui lui seront adressés.

Bulletin de l'Union et comptes rendus. Propagande.

L'Assemblée générale donne mandat au Conseil d'intensifier dans le *Médecin Syndicaliste* la propagande en faveur des idées dont l'Union est la protagoniste, telles qu'elles ressortent des votes des Assemblées générales de l'Union et notamment des ordres du jour votés par la présente Assemblée.

Questions diverses.

1. Association professionnelle internationale des médecins (1).

L'Assemblée générale de l'Union décide d'adhérer à l'Association professionnelle internationale des médecins.

2. Statut des médecins de complément.

A l'unanimité, l'Assemblée générale a répondu affirmativement aux questions suivantes posées dans le rapport du secrétaire général.

1° Un décret spécial établissant le statut particulier des médecins de complément du Corps de santé militaire doit-il être prévu dans le texte d'une loi portant réorganisation du Service de santé militaire.

2° Etes-vous d'avis :

a) D'engager chaque Syndicat à agir près des parlementaires de son ressort pour leur démontrer la nécessité de l'établissement du statut légal des médecins du cadre complémentaire du Service de santé ?

b) D'engager l'Union à agir dans le même sens près du groupe médical interparlementaire et près des administrations complétentes ?

3. Certificats d'assurance-vie.

L'assemblée générale de l'U. S. M. F. décide de réclamer des Compagnies d'Assurances-vie à partir du premier janvier 1927, le chiffre de 80 fr. pour examens et certificats, ce chiffre étant déjà payé dans un certain nombre de départements.

Les Compagnies seront avisées officiellement de cette décision par les soins du bureau de l'Union.

(*Adopté à l'unanimité.*)

4. Impôts sur les spécialités.

L'Union des Syndicats médicaux de France, réunie en Assemblée générale à Paris le 2 décembre 1926, émet le vœu :

1° Que dans l'intérêt des malades le parlement maintienne définitivement au point de vue de l'impôt la démarcation fort nette qu'il a établie par la loi du 6 avril 1926 entre la spécialité pharmaceutique purement médicale qui ne fait de publicité qu'auprès du médecin et celle dont la publicité en dehors de tout contrôle scientifique et sous des formes diverses ne s'adresse qu'au grand public.

(*Adopté à l'unanimité sans abstention.*)

Conclusions générales.

Le Président met aux voix les conclusions générales du Rapport du Secrétaire général :

I. L'Assemblée générale de 1926, après avoir pris connaissance de la gestion du Conseil, tant dans ses rapports avec les pouvoirs publics qu'avec les Syndicats, lui donne son entière approbation.

II. Elle félicite ceux des Syndicats qui se sont efforcés d'entrer dans la voie des réalisations syndicalistes en matière d'organisation syndicale, de défense sanitaire, de lutte contre les fléaux sociaux et qui ont tenté de mettre en rapport les conditions d'exercice de la profession avec la situation économique actuelle.

III. Elle attire l'attention des Syndicats et des syndiqués sur l'urgence et l'étendue de l'œuvre qui reste à accomplir, œuvre qui ne pourra être menée à bien que par la collaboration effective et disciplinée de tous les syndiqués dans le cadre du Syndicat, de tous les Syndicats dans le cadre de l'Union.

IV. Elle décide qu'il y a lieu de poursuivre, tant au Conseil de l'Union que dans les Syndicats pour la défense et l'organisation de la profession, l'application des principes traditionnels du Syndicalisme médical, qui tend notamment à substituer le Syndicat aux individus pour tous rapports avec les collectivités.

V. Elle donne mandat au Conseil de l'Union d'appliquer les directives qui résultent des conclusions présentement votées et invite les Syndicats et les syndiqués à s'en inspirer en toutes circonstances.

(*Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité sans abstention.*)

(1) *Médecin Syndicaliste*, 15 octobre 1926.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. Dargelos, (*Suite*).

Description des symptômes de la méningite cérébro-spinale, et mesures prophylactiques.

Cette affection débute assez brusquement par des douleurs très vives de la tête et de la colonne vertébrale. Les malades, en proie à la fièvre, au délire, ont des raideurs tétaniques ; leur tête est renversée en arrière, immobile sur le cou ; les muscles sont contracturés ; il est impossible au malade de s'asseoir ou de se maintenir assis en ayant les jambes étendues ; toute la surface de la peau est hyperesthésiée ; les mouvements respiratoires sont accélérés et n'ont plus leur amplitude. Le malade est dans un état extrême d'agitation. Il paraît être, par moment, dans la somnolence, quoique l'insomnie soit complète. Tels sont les symptômes de la première période de la méningite épidémique cérébro-spinale.

Il est certain qu'en présence de l'explosion de phénomènes de ce genre, on aura rapidement recours au médecin, qui ordonnera toutes les mesures que commande cette situation.

La méningite cérébro-spinale est due à la présence d'un microbe : le méningocoque, dans le liquide céphalo-rachidien.

Cette malade éclate particulièrement chez les enfants et les jeunes gens. Elle est assez fréquente dans les agglomérations, comme les casernes.

Si l'on a pu dire autrefois que la mort en était la terminaison ordinaire, on peut affirmer aujourd'hui qu'il n'en est plus ainsi.

La ponction lombaire suivie de l'injection de sérum anti-méningococcique amène fréquemment sa guérison.

Cette maladie est franchement contagieuse et par conséquent, on doit lui appliquer toutes les mesures d'isolement et de désinfection.

Polyomyélite antérieure aiguë.

Paralysie aiguë atrophique de l'enfant. — Cette affection frappe les enfants de 1 à 2 ans ; surtout les garçons. Elle est due à une infection du pharynx et des fosses nasales par un germe que laissent passer les bougies filtrantes (virus filtrant). Son évolution paraît être favorisée par le froid et les fatigues de la dentition. La maladie débute par de la fièvre. Puis survient de la paralysie, avec localisation ultérieure à certains groupes musculaires qui s'atrophient. Cette affection peut entraîner un défaut de développement des os et d'autres troubles nerveux.

L'observation de certains cas simultanés et son inoculation possible au singe l'ont fait considérer comme contagieuse et pour cela, sujette à déclaration.

Encéphalite léthargique.

Cette affection, qui semble frapper de préférence les enfants, survient aussi chez les adolescents et les adultes.

Elle présente une symptomatologie consistant en fièvre les premiers jours, avec somnolence et douleurs de tête ; troubles du côté des organes de la vision (strabisme, diplopie (vue double); troubles de la voix par suite de paralysies partielles du larynx ; quelquefois, paralysie des sphincters ou constipation opiniâtre et rétention des urines ; facies empreint de stupeur...

Ces troubles attirent promptement l'attention de l'entourage qui ne tarde pas, à appeler le médecin. Celui-ci fait prendre les mesures nécessitées par le caractère contagieux de cette affection, dont l'issue n'est pas toujours fatale (décès 25 %) mais qui peut être suivie de lésions permanentes, analogues à celles de la paralysie agitante ou maladie de Parkinson. Beaucoup d'auteurs pensent que le microbe de l'encéphalite léthargique se comporte comme celui de la grippe, avec lequel plusieurs même le confondent, et qu'il pénètre dans l'organisme, par les muqueuses rhino-pharyngées. D'où la nécessité en temps d'éipdémie d'assurer autant que possible l'antisepsie des fosses nasales.

Les mesures à prendre sont, comme pour toutes les maladies contagieuses, la déclaration, l'isolement, la désinfection pendant tout le cours et à la fin de la maladie.

Fièvre ondulante. — Fièvre méditerranéenne. — Fièvre de Malte.

Cette maladie est nettement contagieuse. Elle se transmet à l'homme par l'introduction dans ses voies digestives d'un germe pathogène bien défini : le Micrococcus melitensis. Celui-ci, cause d'une maladie spéciale des chèvres et des brebis, passe dans le lait et dans les urines de ces animaux. L'usage de ce lait, soit pur, soit à l'état de fromage, apporte le microbe dans les voies digestives où il peut aussi être apporté par l'eau de boisson ou des légumes crus contaminés. L'absorption du micrococcus melitensis et son introduction dans le sang donnent naissance à une maladie aiguë ayant les symptômes suivants : fièvre régulièrement ascendante, avec embarras gastrique, asthénie (faiblesse générale), hypertrophie de la rate, diarrhée, douleurs articulaires,

parfois complications pulmonaires, en somme (sauf absence de taches rosées lenticulaires), les symptômes apparents d'une fièvre typhoïde. Le diagnostic d'avec cette dernière est assuré par le laboratoire (absence du bacille d'Eberth, présence du micrococcus melitensis), et par la marche de la maladie. Quinze ou vingt jours après le début, la fièvre tombe graduellement ; tout semble rentrer dans l'ordre ; mais, après un laps de temps souvent très court, la convalescence est enrayée par une rechute présentant les mêmes allures que le stade initial. Des alternances de ce genre peuvent se présenter plusieurs fois et dérouter l'entourage comme le médecin, si on n'a pas fait appel au laboratoire pour l'analyse bactériologique du sang.

Au point de vue de l'hygiène publique, les chèvres et les brebis de toute la région devront être tenues pour suspectes. Leur état sanitaire sera vérifié ; l'analyse du lait sera faite avec le plus grand soin ; celui provenant d'animaux contaminés ne sera plus livré au public, sous quelque forme que ce soit. Dans les pays sujets à la fièvre de Malte, c'est-à-dire dans les pays où l'on exploite le lait des chèvres et des brebis, pour en faire des fromages, ceux-ci ne devraient être fabriqués, qu'avec du lait pasteurisé.

Entre temps et pour plus grande sûreté, le lait dont on serait obligé de faire usage sera bouilli avec soin. Il va de soi qu'il n'en sera plus donné au malade sans cette précaution préalable.

L'examen portera aussi, sur la source des eaux de boisson. On en fera l'analyse pour s'assurer qu'elles ne sont pas contaminées.

Il est inutile d'ajouter que ces mesures de prophylaxie spéciale, devront s'accompagner de toutes celles à prendre d'une façon générale contre la propagation des maladies contagieuses.

Grippe.

Quoique la grippe n'ait pas été inscrite sur la liste des maladies à déclaration obligatoire, son caractère éminemment contagieux, la gravité trop grande et trop fréquente de ses complications ne nous permettent pas de la passer sous silence.

La grippe est une maladie fébrile, infectieuse, contagieuse et épidémique.

Son début est généralement brusque ; il est caractérisé par de la courbature générale, des frissons, des douleurs erratiques, du catarrhe des muqueuses du rhino-pharynx et du larynx (coryza, toux, quelquefois quinteuse, surtout quand elle est laryngée), abattement, embarras gastrique ; température généralement ascendante, pendant 3 ou 4 jours et pouvant atteindre 40°...

La grippe est essentiellement protéiforme, Elle peut prendre la forme ordinaire nerveuse. la forme respiratoire, la forme gastro-intestinale, la forme circulatoire ou cardiaque.

Généralement bénigne, elle entraîne souvent, avons-nous dit, de graves complications. Nous nous contenterons d'en énumérer les plus fréquentes : pleurésie, pneumonie ou broncho-pneumonies, otites, mastoïdites suppurées, même méningites ; asthénie générale, faisant ressentir son effet de dépression sur la plupart des fonctions organiques, principalement dans la forme circulatoire où l'on peut observer, avec l'hypotension artérielle, de l'arythmie, de l'infection du myocarde (infection du muscle du cœur).

Le traitement de la grippe, consiste d'abord dans le séjour au lit, dès le début de l'affection. C'est surtout dans cette affection qu'il faut prendre les mesure sanitaires indiquées comme nécessaires dans l'invasion de toute maladie fébrile.

Cette précaution du début permettra le plus souvent d'éviter les complications qui peuvent résulter de l'infection grippale.

Le médecin, appelé le plus tôt possible, ordonnera ce qui sera utile pour éviter ces complications et y parer de son mieux, si elles surviennent.

Prophylaxie. — Assurer la désinfection de la gorge, à l'aide de gargarismes à l'eau de thym ou d'eucalyptus, boriquée ou salicylée, et celles des fosses nasales, à l'aide d'huile goménolée, pommade camphrée, mentholée ou à la résorcine. Pour le choix, consulter le médecin.

La grippe exige toutes les mesures de désinfection.

Après cet exposé sur les maladies contagieuses, endémiques dans nos climats, il nous reste à parler de trois fléaux d'origine exotique, contre l'invasion desquels nous avons à nous défendre : la fièvre jaune, la peste et le choléra.

Pour l'étude succincte que nous avons faite de ces trois maladies épidémiques, nous avons, avec la bienveillante autorisation de l'auteur, puisé une grande partie de notre documentation dans le remarquable ouvrage de M. le Dr Toy, médecin en chef de l'Asile d'Aix-en-Provence : *La réglementation de la défense sanitaire.* Nous n'osons pas, après les hautes récompenses que lui a values son livre, lui adresser nos plus que modestes félicitations ; nous nous contenterons de le prier d'agréer nos remerciements bien sincères.

A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Clinique médicale propédeutique** (Hôpital de la Charité). — M. le professeur Emile Sergent.

I. *Programme général de l'enseignement.* — Tous les matins, à 9 h. Visite dans les salles.

Lundi et jeudi, à 11 h. : Démonstrations radiologiques sur les malades du service et sur ceux de la clinique externe.

Le lundi et le mercredi, à 9 h. 1/2, séance de pneumothorax artificiel, sous la direction de M. René Mignot, ancien chef de clinique.

Jeudi, à 9 h. 1/2 : Consultation sur les maladies du nez, du larynx et des oreilles, par M. Viguerie.

Mardi, à 10 h. : M. René Mignot, ancien chef de clinique, fera une conférence-consultation sur les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins. (Exposés cliniques et thérapeutiques à propos des malades du service et de la policlinique).

Samedi, à 10 h. : Policlinique pour les malades atteints d'affections des voies respiratoires.

Lundi, mardi et jeudi, à 9 h. : Leçons de technique et de sémiologie élémentaires, par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique, MM. Pignot, Mignot, de Massary, Oury, Grellety-Bosviel et Turpin, et les chefs de laboratoire, MM. H. Durand et Cottenot.

Mercredi, à 11 h. : Conférence clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Vendredi, à 11 h. : Conférence clinique par les chefs et les anciens chefs de clinique, à propos des malades en traitement dans le service. Une conférence sera faite par M. Mirande, au début de chaque semestre, sur la déontologie hospitalière.

II. *Enseignement élémentaire des stagiaires.* — L'enseignement propédeutique sera tout particulièrement réglé sur un programme détaillé affiché dans les salles de la clinique. Des démonstrations théoriques et pratiques seront faites chaque jour au lit du malade et au laboratoire. Elles porteront sur la technique des principaux procédés d'exploration utilisés en clinique et sur la sémiologie.

III. *Enseignement complémentaire de perfectionnement.* — Cet enseignement, réservé aux médecins et aux étudiants en fin d'études, comportera trois sortes de cours, dont les dates seront précisées ultérieurement.

1° Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, de mi-juin à mi-juillet ; 2° un cours de révision et de mise au point des principales questions d'actualité dont la connaissance est indispensable aux médecins praticiens (fin octobre) avec la co-direction de M. Lian, agrégé ; 3° des cours pratiques de radiologie médicale, sous la direction du professeur et de M. Cottenot, chef du laboratoire de radiologie de la clinique.

Un droit de laboratoire de 250 fr. pour chacun de ces cours devra être versé au secrétariat de la Faculté.

— **Institut de médecine légale et de psychiatrie.** — Tous les cours et conférences ont lieu l'après-midi.

Médecine légale. — *Cours théorique de médecine légale.* — Ce cours sera professé les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 6 h. à 7 h., pendant le semestre d'hiver : 1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le professeur Balthazard et M. Duvoir, agrégé ; 2° législation et jurisprudence médicales, par M. le professeur Hugueney, de la Faculté de Droit.

Cours d'accidents du travail et maladies professionnelles. — Accidents du travail, maladies professionnelles et infirmités de guerre (loi des 9 avril 1898, 25 octobre 1919 et 31 mars 1919), par M. le professeur Balhazard, assisté d'agrégés, de médecins et chirurgiens des hôpitaux tous les jours, de 6 à 7 h. (pendant les mois de mars et avril).

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal (place Mazas), pendant le semestre d'hiver, de 2 h. à 3 h. : le samedi, par M. le professeur Balthazard ; le jeudi, par M. Duvoir, agrégé ; le mardi, par M. Dervieux, chef des travaux . Pendant le semestre d'été, les élèves procèderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, aux mêmes heures.

2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les jeudis, de 3 h. à 4 h. 1/2, sous la direction de M. Dervieux, chef des travaux, et de M. Piédelièvre, chef de laboratoire.

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. Kohn-Abrest, docteur ès sciences, chef des travaux toxicologiques au laboratoire de toxicologie (Institut médico-légal), les mardis, de 3 h. à 4 h. 1/2 (semestre d'été) :

4° Expertises d'accidents du travail, sous la direction de M. le professeur Balthazard, assisté d e MM. Duvoir et Dervieux, le samedi, à 3 h. (laboratoire de médecine légale, à l'Institut médico-légal).

Psychiatrie. — *Cours de clinique psychiatrique.* — Le cours aura lieu tous les mercredis, à 10 h., à la Clinique des maladies mentales, Asile Saint-Anne. Les élèves pourront également suivre les policliniques de M. le professeur H. Claude, les samedis matin.

Cours de psychiatrie médico-légale. — M. le professeur H. Claude, assisté d'agrégés et de médecins des hôpitaux, fera pendant le mois de mars un cours de psychiatrie médico-légale, à la Faculté de Médecine (12 leçons), à 15 heures.

Examen des malades et rédaction des rapports. — MM. les chefs de clinique dirigeront ces exercices à la Clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, tous les mercredis, de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de 16 inscriptions A. R. et 20 inscriptions N. R.), sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de Médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. — Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de : 1 droit d'immatriculation, 60 fr. ; 1 droit de bibliothèque, 10 fr. ; 4 droits trimestriels de laboratoire de 100 fr., soit 400 fr. ; 1 droit d'examen , 100 fr.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

les ordres et l'autorité du chef d'entreprise, et demeure par conséquent un travailleur intellectuel indépendant auquel la loi du 9 avril 1898, dans les termes actuels de la législation, ne saurait être applicable.

Recevez, etc.

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale
Par autorisation :
Le Conseiller d'Etat, Directeur,
SUMIEN,

4077. — Salaire de base des victimes d'accidents du travail.

Il paraît que le salaire de base de 4.500 fr. (plus le quart de l'excédent), a été modifié par le calcul des I.P.P., accidents du travail. Il paraît aussi que l'évaluation des diverses infirmités a été augmentées.

Je vous prie de bien vouloir me renseigner sur ces divers points et de m'indiquer, s'il y en a, un barème récent.

Dr C.

Réponse.

Il est exact qu'une loi du 8 juillet 1926 a élevé de 4.500 à 8.000 francs la partie du salaire qui entre en totalité en ligne de compte pour le calcul de la rente en cas d'incapacité permanente ou de décès et de 15.000 à 18.500 la partie du salaire au-dessus de laquelle seul le huitième du salaire doit être retenu.

Cette loi ne doit entrer en vigueur que le 1er février prochain et ne s'appliquera qu'aux accidents postérieurs à cette date.

Il n'existe pas de barème officiel pour l'évacuation des incapacités résultant des accidents du travail. Comme par le passé, cette évaluation est soumise au pouvoir d'appréciation des tribunaux.

44. — Privilège pour soins donnés a des blessés du travail.

J'avais donné en juillet 1926 mes soins à des ouvriers victimes d'accidents du travail. J'avais adressé ma note au patron, qui ne m'avait pas réglé. J'ai dû le faire appeler en justice devant le juge de paix et il a été ocndamné par défaut à me régler mes honoraires. Trois à quatre jours après le jugement, j'ai appris qu'il était en faillite et en liquidation judiciaire ; j'ai fourni mes titres de créance au syndic de la faillite et je lui ai fait observer que les honoraires de médecin pour soins donnés aux ouvriers d'une entreprise en faillite, étaient privilégiés ; il me soutint que non et ne veut m'admettre que comme un créancier ordinaire ; je désirerais que vous me renseigniez à ce sujet et me fassiez connaître, dans l'affirmative, les jugements ou décisions de justice qui appuieront ma thèse, car il me semble me rappeler

que la question s'est assez souvent présentée pour des confrères dans le même cas que moi.

Dr S.

Réponse.

Nous sommes étonnés de voir que l'on vous conteste votre privilège pour soins donnés à des ouvriers victimes d'accidents du travail, étant donnés les termes de l'article 23 de la loi du 9 avril 1898, qui ne laissent place cependant à aucune obscurité. Voici d'ailleurs, le texte de cet article :

« La créance de la victime de l'accident ou *de ses ayants droit relative aux frais médicaux*, pharmaceutiques et funéraires, ainsi qu'aux indemnités allouées à la suite de l'incapacité temporaire de travail, est garantie par le privilège de l'article 2101 du Code Civil et y sera inscrite sous le numéro 6.... » Or, comme médecin traitant, vous n'avez pas un droit personnel contre le patron, mais une action seulement, qui repose sur le droit de l'ouvrier. Par conséquent, aucun doute n'est possible sur votre qualité « d'ayant droit ».

Il n'existe pas de jurisprudence sur la question, mais, à plusieurs reprises, nous avons eu à produire à des faillites devant le Tribunal de Commerce de la Seine pour des médecins qui se trouvaient dans votre cas et jamais aucune difficulté n'a été soulevée au sujet de l'exercice du privilège. Nous pouvons vous signaler seulement un jugement en sens contraire du Tribunal de Commerce de Vire, qui est actuellement déféré à la Cour de Cassation par le « Sou Médical » sur l'avis formel de notre avocat à la Cour de Cassation, Me Bernard Auger.

Produisez donc à la faillite en demandant expressément à être admis par privilège ; si le syndic refuse d'admettre votre privilège, avertissez-nous et nous pourrons demander au Conseil du « Sou Médical », qui seul a qualité pour cela, de vous accorder l'appui de la ligue pour vous faire obtenir gain de cause.

72. — Assujettissement d'un jardinier à la loi sur les accidents du travail.

Abonné du *Concours médical*, je serais heureux de savoir si je dois assurer un jardinier qui vient travailler dans mon jardin une demi-journée par semaine, contre les accidents du travail bien entendu.

Dr G.

Réponse.

Aux termes de l'article 2 de la loi du 15 décembre 1922, qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, sont assimilés aux ouvriers agricoles, au point de vue de l'application de la loi, ceux qui n'étant pas petits patrons sont occupés par des entrepreneurs ou par des *particuliers*, à l'entretien et à la mise en état des jardins.

Par conséquent, vous êtes responsable des accidents dont votre jardinier pourrait être victime au cours de son travail chez vous et il est indispensable que vous contractiez une assurance paour vous couvrir de ce risque.

Application du Tarif Durafour.

I

3873. — 1° Appareil provisoire. 2° Anesthésie.

Je vous prie de vouloir bien me donner le renseignement suivant : Faisant, en mai passé, de la médecine générale, j'ai eu à réduire une fracture du poignet pour une accidentée du travail au compte de la Cie d'assurances. J'avais placé immédiatement un appareil provisoire et le surlendemain j'ai fait, après radiographie, une réduction sous anesthésie générale au domicile de la blessée. L'anesthésie fut faite par mon infirmière comme d'habitude et commencée par moi.

La Cie me répond ceci :

« Nous n'agréons la demande de 467 fr. que pour 367 fr., en excluant : 1° les 50 fr. de l'appareil provisoire qui ne sont pas dus puisque la réduction de la fracture a été faite par le même médecin.

2° Les 50 fr. de l'anesthésie générale qui ne peuvent être ajoutés à la note du médecin traitant, celui-ci n'étant en droit de nous réclamer que les soins qu'il a donnés lui-même. Il demeure entendu que nous payerons les 50 fr. sur production d'une note personnelle établie par le médecin anesthésiste.

Dois-je accepter ? Dr B.

Réponse.

1° L'appareil provisoire n'est dû que s'il est fait « en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin » (article 18, *in fine*, note 1).

2° Ce n'est pas l'anesthésie qui est tarifée, mais le « médecin anesthésiste » (article 12). De plus, il est payé sur sa *propre* note, « pour les soins qu'il a donnés *lui-même* » (article 30, *in fine*). F. D.

II

3777.— « Pansements multiples » de doigts.

Vous m'obligeriez si vous vouliez bien me faire savoir comment on doit tarifer, dans l'accident de travail, chaque séance de massages ou pointes de feu faits sur deux doigts différents (pouce et index), d'une même main. Etant donné que chacun de ces deux doigts a reçu des soins à chaque séance, que faut-il compter pour chaque séance ?

1° Au tarif de 1925 ;

2° A partir du 1er janvier 1926.

Ces soins doivent-ils être considérés comme des pansements multiples sur un même segment, ou y a-t-il un autre tarif à appliquer et lequel ?

Dr B

Réponse.

L'article 17 dit que pour pouvoir compter « pansements multiples » en cas de blessures de doigts, il faut que lesdites blessures ne soient pas « *superficielles* ». Or, dans votre cas, il ne s'agit pas de blessures *non* superficielles, puisque vous parlez de massages, pointes de feu... Vous n'avez donc pas eu à faire (je parle d'après les termes même de votre lettre) de « pansements » à plusieurs doigts *séparément*, donc *plusieurs pansements*. C'est pourquoi il m'apparaît que ce ne peut être là un cas réclamable de la tarification due aux « pansements *multiples* » ; d'où il en résulte que c'est une affaire de pansement ordinaire compris dans le prix de la visite ou consultation.

F. D.

III

3916. — Contrevisite. Certificats.

Abonné du « Sou » et du *Concours*, je vous serais très reconnaissant de me donner les renseignements suivants :

1° Combien doit se tarifer la contre-visite pour un accidenté du travail, faite naturellement en présence du confrère ?

2° Combien doit se tarifer le certificat descriptif fait à cette occasion.

3° Combien doit se tarifer le certificat descriptif fait toujours à l'occasion d'une contre-visite, mais, à la demande de la Compagnie, évaluant l'état actuel de la blessure au point de vue incapacité ;

4° Combien doit se tarifer le certificat fait à la demande de la Compagnie pour estimer l'incapacité (I. P. P.) d'un accident guéri.

Dr S.

Réponse.

1° La contre-visite est indiquée à l'article 3. *a*) le médecin traitant touche une majoration de 50 %, soit 10 plus 5, au total 15 francs, plus le déplacement s'il y a lieu. Quant au médecin *contrôleur*, il agit comme médecin de l'assurance et, comme tel, celle-ci le payera suivant leurs conventions *particulières*.

2° Tout certificat descriptif et, *a fortiori* estimant une incapacité permanente partielle, est tarifable 10 francs.

F. D.

Hôpitaux

3681. — Création d'un hôpital.

Il est fortement question de créer un hôpital communal dans la localité que j'habite, localité indus-

trielle, une population presqu'exclusivement ouvrière.

Vous seriez bien aimable de me donner quelques conseils sur l'attitude que mon confrère et moi devrons tenir, vis à vis du Conseil d'administration du futur hôpital lorsque nous serons sollicités d'être médecins dudit hôpital. Cette démarche serait paraît-il prochaine !

Dr X.

Réponse.

Pour le moment, je ne puis que vous donner certaines considérations générales, réservant pour plus tard, des indications plus précises, lorsque l'hôpital vous aura fait connaître ses propositions.

Tout d'abord, le médecin d'un hôpital est l'employé de cet établissement. Quel que soit le mode de nomination (concours ou choix), il y a véritable contrat de louage de services entre la commission administrative et le médecin.

Donc, puisqu'aucune loi ne vous oblige à donner vos soins aux malades hospitalisés, vous avez le devoir de discuter vos intérêts et de n'accepter de faire un travail que selon des conditions librement débattues. L'hôpital est un client tout comme un autre.

Il en résulte que votre confrère et vous êtes en droit de faire connaître à la commission administrative comment vous comprenez l'organisation et le fonctionnement du service médical : ferez-vous votre service six mois chacun ? ou bien l'un prendra-t-il la chirurgie et l'autre la médecine ? l'un choisira-t-il le service des hommes et l'autre celui des femmes, avec faculté de changer au bout d'un certain temps ?

En second lieu, la question de la rémunération. Depuis toujours, les médecins se sont associés à l'œuvre philanthropique des hommes de bien qui administrent l'hôpital ; mais, dans un zèle intempestif, ces mêmes philanthropes ont dépassé les limites : afin de créer des ressources nouvelles à l'établissement, ils ont admis des malades payants, lesquels rapportent un certain bénéfice, à la caisse hospitalière.

Les médecins n'entendent pas donner leurs soins gratuits à ces payants : il faut donc que votre contrat de louage de service avec l'hôpital comprenne l'autorisation de percevoir des honoraires directement de ces malades payants.

De même pour les accidents du travail, puisque vous avez pu lire tout récemment, dans le *Concours*, un de mes articles où je m'appuie sur la jurisprudence toute dernière de la Cour de Cassation, autorisant le médecin à contracter avec le chef d'entreprise, préalablement à l'hospitalisation d'un blessé, pour que le praticien puisse être rémunéré, par ce patron, selon le tarif ministériel.

Enfin, décidez la question du libre choix du

médecin, entre votre confrère et vous, en ce qui concerne ces malades payants.

Voici les grandes lignes, que vous connaissez fort bien et je reste à votre entière disposition, pour tout renseignement ultérieur plus précis.

Dr Paul BOUDIN.

Fiscalité.

3531. — Frais professionnels. Déduction.

En mars 1926, j'ai adressé ma déclaration au contrôleur pour 1925.

Bénéfices professionnels : 27.000 fr.

Dépenses professionnelles : 12.315 fr.

J'ai reçu en août mes feuilles d'impositions et acquitté en septembre la somme de : 936 fr. 80 d'impôts (je suis marié, sans enfant).

Aujourd'hui 14 novembre, je reçois un mot du contrôleur me disant que la somme de 8.000 fr. que je compte comme frais d'automobile pour 1925 (amortissement, essence, réparations, etc.), lui paraît exagéré et pourtant factures en mains, le montant de mes dépenses auto est de 8.508 fr., j'ai mis 8.000 en chiffres ronds (et je suis menacé d'être taxé d'office).

J'ai passé le mois d'août 1925 dans une clinique pour intervention chirurgicale et j'ai eu durant 32 jours un jeune confrère, docteur en médecine pour me remplacer. J'ai déduit de mes recettes professionnelles.

32 jours à 50 fr.	1.600 fr.
Voyage aller et retour, nourriture, logement	500 »
	2.100 »

Puis-je déduire mes frais de remplacement ou non?

Dr X.

Réponse.

Répondez au contrôleur en lui adressant un relevé des factures se totalisant par 8.508 fr., ou mieux, allez lui soumettre ces factures. Il est à présumer qu'il admettra cette justification.

Vous avez également droit de déduire vos frais de remplacement.

A. M.

3731. — L'indemnité de cession de clientèle n'est pas un revenu.

Comment considérer l'indemnité reçue d'une cession de clientèle dans les déclarations d'impôts ?

Dr X.

Réponse.

Les indemnités de la nature de celles visées cidessus ne constituent pas un revenu et, par conséquent, ne sont pas à comprendre dans les déclarations de bénéfices cédulaires ou pour l'impôt général.

A. M.

3631. — Décharge de patente en cas de décès.

Je viens de nouveau avoir recours à votre obligeance en ma qualité de veuve du Dr D., membre du *Concours* et du « Sou Médical ». Dois-je payer la patente pour l'année 1926. Mon mari a cessé d'exercer le 4 décembre 1925. Depuis ce jour il n'est plus sorti de son domicile, où il est décédé le 7 octobre 1926. Il était pensionné et réformé à 100 % avec bénéfice de l'article 10. Ce qui démontre qu'il était bien malade et incapable d'exercer sa profession.

Or, le percepteur me réclame 399 fr. de patente, j'ai déposé une réclamation à la mairie et malgré cela le percepteur continue à m'envoyer des avertissements. Que dois-je faire ?

Je vous serais reconnaissante de vouloir bien m'indiquer la marche à suivre dans cette affaire.

Veuve D.

Réponse.

Si le Dr D. a effectivement cessé l'exercice de sa profession antérieurement au 1er janvier 1926, vous pouvez obtenir décharge de la patente établie pour ladite année.

Puisque vous avez déjà présenté une réclamation à la mairie, écrivez au contrôleur des contributions directes pour lui demander quelle suite il entend donner à cette réclamation : adressez-lui la dernière sommation du percepteur, ce qui l'incitera à vous répondre.

Si le contrôleur ne vous donnait pas satisfaction, il y aurait lieu de présenter une réclamation au Préfet dans le mois suivant la date de réception de l'avis de rejet par le contrôleur.

Observation : les réclamations ne sont pas suspensives de payement.

A. M.

3760. — Patente. Application. Base.

J'ai l'intention de renoncer à la clientèle pour l'année 1927.

En 1926, je n'aurai guère eu comme consultation qu'un seul malade, un mutilé de la guerre, venant chez moi, même trop souvent, et qui m'aura rapporté environ 400 francs.

D'autre part, pour un loyer de 1800 fr., je paye actuellement comme patente :

1° Au 15e sur une valeur locative de 1600 fr.	616,66
2° Taxe vicinale sur la contribution des patentes	45,80
Total	662,46

Or mon bail actuel se termine le 29 septembre 1927, et je le renouvelle, mais au prix de 5000 fr., succédant à celui de 1800 francs.

Je vous demande : 1° quelle serait ma nouvelle patente ultérieurement, si je continuais l'exercice professionnel ?

2° Et le nouveau prix de location ne commençant

que le 29 septembre 1927, quand serait applicable le nouveau tarif de la patente ? Pour 1927 ou 1928 ?

3° Enfin, dans le cas très probable où je renoncerais à la médecine, pourrais-je toutefois, sans inconvénient et sans réclamation du fisc, continuer à donner des consultations à mon seul mutilé, ce qui, pour me faire payer, entraîne un mémoire trimestriel à la préfecture et la délivrance d'un mandat de payement ?

4° Pour cesser d'être regardé comme exerçant la médecine, et par conséquent pour éviter la patente, faut-il en faire, avant le 31 décembre, la déclaration à la mairie seule, ou bien à la mairie, à la préfecture et aux contributions directes ?

Dr Z.

Réponse.

La patente basée sur un loyer de 5.000 francs atteindrait environ 2.000 francs. Le nouveau bail ne commençant à courir qu'en septembre 1927, c'est seulement en 1928 que vous subiriez l'augmentation.

A notre avis, le fait de donner vos soins à un seul mutilé, étant donné la faible rémunération, ne saurait constituer l'exercice de la profession médicale. Cependant, comme légalement la patente est due malgré la modicité des bénéfices, vous feriez bien de soumettre votre cas, non seulement au contrôleur, mais au Directeur départemental des contributions directes, en lui demandant l'exonération pour l'avenir.

Si vous cessiez complètement l'exercice de la médecine, prévenez-en le contrôleur par lettre recommandée avant le 1er janvier. A. M.

Questions médico-militaires

3780. — Accident survenu à un militaire pendant une séance de foot-ball.

Le fils d'un de mes clients actuellement au régiment, pendant une séance d'entraînement de foot-ball, se fait une luxation du coude, qui a nécessité une intervention sanglante pour résection ou ablation d'esquilles (je l'ignore), il est en permission de convalescence avec une assez grave impotence fonctionnelle (limitation des mouvements de pronation et de supination).

A mon avis, il persistera de l'impotence définitive : cette blessure peut-elle être considérée comme survenue en service commandé et peut-il exiger un certificat d'origine de blessure ?

Dr C.

Réponse.

Si la séance de foot-ball était suivie par l'intéressé après autorisation de l'autorité militaire, ou même sur l'ordre de l'autorité militaire, il y a là accident en service commandé, et votre client a droit à un certificat d'origine, ou mieux, à un « extrait du registre des constatations ».

Il ne doit pas négliger ses intérêts en vue d'une indemnisation possible.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Dans une revue mensuelle : La Dépêche Médicale, *une polémique en vers s'est établie depuis quelques mois entre une femme aux cheveux courts et un homme barbu. La discussion devenant..... comment dirai-je ?.... plutôt risquée, je me permets d'y prendre part à la manière de La Fontaine.*

Oh ! Madame, qu'en termes par trop crus
Ces choses-là sont dites !
Dans tous les cas jamais je n'aurais cru
Qu'elles puissent être redites.
Si seulement vous parliez latin,
Peut-être on souffrirait ces termes de catin.
Mais vous parlez français. Voyons rendez-vous [compte :
Braver l'honnêteté, c'est vous couvrir de honte.
D'ailleurs, comme à plaisir, vous sortez du sujet,
Permettez, s'il vous plaît, rappelez-m'en l'objet.
Cheveux coupés à la garçonne ?
Faut-il pour ça qu'on vous soupçonne
D'être en mal de virilité ?
Je vois autre la vérité.
Oui bien Madame, car je pense à cette fable
Dans laquelle certain renard,
Malgré son fin parler, malgré son air affable,
Fut en somme bien moins veinard
Que celle d'entre vous qui se vit la première
Dans la nécessité de couper sa crinière.
Tout comme celui-ci dont la queue un beau soir
Dans un piège resta, celle-là, sans espoir
De n'avoir jamais plus de chignon, ni de tresse,
Honteuse et désirant sortir de sa détresse,
S'imagina de persuader,
Pour avoir beaucoup de pareilles,
A toute femme de couper
Sa toison au ras des oreilles.
Le renard n'eut aucun succès,
La dame sans cheveux en eut un formidable,
Ce qui, je crois, vous prouve assez
Que les bêtes souvent, la chose est remarquable,
Ont plus d'esprit que bien des gens
Qui passent pour intelligents.

Docteur J. COSTE.

Impôts sur les revenus

Pendant la période des déclarations un « Guide pratique » au courant 1927, donnant les principes généraux et toutes les solutions particulières, est offert moyennant 20 fr. au lieu de 30, à tout lecteur qui en verra cette annonce et un mandat au *Contribuable français* (service C. M.) 42, rue du Four, Paris, 6e. Cette souscription donne droit :

1° A un abonnement de 6 mois au *Contribuable français* 1927.

2° A des réponses gratuites au sujet des impôts, de la comptabilité, de la formation de sociétés.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 5 — DIMANCHE 30 JANVIER 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

Quarante-neuvième année | N° 5 | 30 Janvier 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 242-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie. Bayle, Caruette, L. Dubief. Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.

Cap-d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. G. Fisher.

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet, Perrimond

Hyères : Clément, Minelle, Pierrugues, Verrier

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*), Bernard (Claude), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Daniel Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Caldagues, Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 38. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 39. — A vend. très bon piano Kriegelstein, son tabour. et une banquet. cannée de style Louis XIV ; une table à jeu pliante ; une médail. du prof. Pinard.

N° 40. — Méd. franç. libre toute la journée, ch. occup. méd., collab. dans clin., etc.

N° 41. — Par suite décès, à vend. différ. instrum. de chirurg., sphygmomètre Pachon, thermocautère, aspir. Potain, etc.

N° 42. — Doct. lib. jusqu'au 15 avril, fer. intérim. Paris ou banl. (clin. ou A.T.), ou rég. Midi. Utilis. au besoin sa voit.

N° 43. — Veuve de méd. dirig. intérieur chez pers. seule ou s'occup. dans clin. ou mais. de santé ou occup. similaire. S'ad. Mme Halbout, 4, impasse Toulouse, à Versailles.

N° 44. — Paris. Quart. ouvr., anc. cab. méd. génér., bonne client., tt. compt., loyer 5.000, appartem. agréable sur rue. Indemn. 35.000, dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 45. — Résid. agréable, 40 km. Paris, poste rapport. 56.000, en progress., maison 8 p., grand jardin. Indemn. 26.000 à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 46. — Banl. imméd. de Paris. Par suite décès, client. méd., conven. à célibat. à reprend. sans indemnité.

N° 47. — A vendre petite spécialité médicale, 700 unités par mois, marque et marchandises 110.000 fr. comptant.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Chambre des Députés.** — Notre excellent collaborateur et ami, le docteur Paul-Manceau, dont nos lecteurs ont souvent remarqué dans le *Concours* les brillantes chroniques théâtrales, vient d'être appelé par M. le Président de la Chambre des Députés aux fonctions de chef de cabinet de la Présidence de la Chambre. Nous sommes heureux d'exprimer à notre ami nos plus vives félicitations.

— **Hôpitaux de Paris.** *Service des consultations de médecine.* — Sont désignés comme chefs de services des consultations : Hôtel-Dieu, M. Henri Bénard ; Pitié, M. Faroy ; Charité, M. Duvoir ; Cochin, M. René Bénard ; Beaujon, M. Weissenbach ; Lariboisière, M. Pruvost ; Tenon, M. Léon-Kindberg ; Laënnec, M. Jacquet ; Bichat, M. Stévenin ; Andral, M. Moreau ; Broussais, M. Heuyer ; Boucicaut, M. Rouillard ; Trousseau, M. Richet ; Bretonneau, M. Huber ; Hérold, M. Hutinel ; Ambroise-Paré, M. Flandin.

— **Hôpital Saint-Michel,** 33 rue Olivier-de-Serre, Paris, XVe. *Internat.* — Concours sur titres pour deux places d'interne ; adresser les demandes avant le 10 février.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — Le 30 janvier, à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain)

conférence de M. DESPLAS, chirurgien des hôpitaux, sur : *les formes cliniques des pancréatites aiguës chirurgicales.*

— **Les épidémies.** — Des cas de variole ont été signalés à Valenciennes (Nord) et à l'asile d'aliénés de Privas (Ardèche).

— **L'Université de Louvain** célébrera les 28 et 29 juin 1927, le centenaire de sa fondation.

— **Syndicat des médecins de la Seine.** *Bureau pour 1927.* — Dans sa séance du 11 janvier 1927, le Conseil a nommé son bureau pour 1927 : Président : M. JAYLE ; Vice-présidents : MM. Pierre DESCOMPS et QUIDET ; Secrétaire général : M. BARLERIN ; Secrétaire adjoint : M. JOLLY ; Commissaire aux Sections : M. PAMART ; Commissaire adjoint : M. Marcel SÉNÉCHAL ; Trésorier : M. Armand LÉVY ; Exercice illégal : M. COLDEFY.

— **Ecole de Psychologie,** 49, rue Saint-André-des-Arts. — La réouverture des cours a eu lieu le 20 janvier 1927, sous la présidence du professeur Charles Richet.

Le Dr BÉRILLON fait son cours les jeudis à 17 heures sur *le problème social du sommeil et la psychothérapie des insomnies.*

— **Congrès de climatologie.** *Aux médecins des stations thermales et climatiques.* — M. LAIGNEL-LAVASTINE nous prie d'insérer la lettre ouverte suivante qu'il adresse aux médecins des stations thermales et climatiques :

« Mon cher Confrère,

« Chargé pour 1927, au Congrès de climatologie, d'un rapport sur les relations du sympathique et des climats, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner quelques indications sur ces questions relatives à votre station.

« Comment réagissent au climat de votre station les déprimés, les anxieux, les vagotoniques, les asthmatiques, les entérocôlitiques, les urticariens, les migraineux ?

« Avez-vous fait quelques remarques relatives à l'influence des climats sur les troubles du grand sympathique et du vague ? Quelles variétés de nerveux bénéficient de votre cure ? Pour quelles variétés est-elle indiquée ou contre-indiquée ?

« Quel élément climatique : altitude, humidité, orientation, luminosité, voisinage de la mer, régime des vents, électricité atmosphérique, vous paraît jouer le rôle le plus important sur l'équilibre sympathique de vos malades ? »

LAIGNEL-LAVASTINE
(12 *bis*, place de Laborde, Paris, VIIIe).

— **Hôtel-Dieu.** — *Leçons d'hydrothérapie pratique.* — Le jeudi, à 10 h., à l'amphithéâtre Trousseau, leçons d'hydrothérapie par MM. DAUSSET et GÉRARD (jusque fin février).

— **Hôpital Lariboisière**. *Oto-rhino-laryngologie.* — Un cours d'enseignement clinique complémentaire, qui aura lieu, sous la direction du professeur P. Sebileau, à la Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, commencera le lundi 7 février 1927, à 10 heures. Il comprendra dix leçons. Pour le programme, s'adresser au chef de clinique, hôpital Lariboisière (Prix : 250 fr.). S'inscrire à la Faculté.

— **Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux,** 15, rue du Fer à Moulin. *Oto-rhino-laryngologie.* — Dix leçons de chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique (technique opératoire) par MM. Winter, Carrega et Harburger, chefs de clinique. Début du cours : 7 février. Droits : 350 fr. Inscriptions : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris, Ve Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

— **Ecole française de stomatologie,** 20, passage Dauphine. *Cours de pathologie buccale.* — Le docteur Rousseau-Decelle, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole de stomatologie, commencera, le vendredi 11 février à 17 heures 30, Salle des Conférences de l'école, une série de leçons sur : « *Les infections générales dans leurs rapports avec la pathologie buccale* ».

Cet enseignement comporte cinq conférences et se continuera les vendredis suivants à la même heure.

— **Orchestre médical.** — Le concert donné lundi dernier par l' « Orchestre médical », à la Salle des Concerts du Conservatoire, a obtenu un très vif succès. Nous en donnons plus loin le compte rendu en tête de notre rubrique **Reportage.**

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 *janvier.*

Brevet d'infirmières.

Des sessions d'examen d'Etat ont été ouvertes :

A Strasbourg, pour les infirmières-visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance et pour les infirmières hospitalières ;

A Paris, pour les infirmières hospitalières et les infirmières-visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose ;

A Montpellier, pour les infirmières hospitalières ;

A Dijon, pour les infirmières hospitalières.

Accidents du travail.

M. Augé-Larribé, secrétaire général de la Confédération nationale des associations agricoles, est nommé membre de la Commission du tarif des accidents du travail, en remplacement de M. J.-H. Ricard, démissionnaire.

13 *janvier.*

Service militaire de santé.

Par décret du 7 janvier 1927, l'indemnité de séjour aux infirmières des hôpitaux militaires et de la Croix-Rouge française en service au Maroc est portée de 6 à 9 francs.

16 *janvier.*

Enseignement de la médecine.

M. Parisot, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'hygiène et bactériologie à ladite Faculté.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Honoraires pour soins à un individu qui vient d'être arrêté.

10193. — M. Georges Faucère, député, demande à M. le ministre de la Justice : 1° si les honoraires d'un médecin, qui a examiné, en vue de dire s'il était ou non transportable à la prison, un individu qui venait d'être arrêté et avait été blessé en commettant un cambriolage, individu qui lui a été amené par un gendarme, doivent être payés, conformément au décret du 5 octobre 1920, sur les frais de justice criminelle ; 2° dans le cas de la négative, qui doit payer ses honoraires et suivant quel tarif. (*Question du* 29 *novembre* 1926.)

Réponse. — En l'état des renseignements fournis, la dépense paraît imputable sur les crédits de la justice criminelle.

(*J.O.*, 12 janvier 1927.)

Prise de clichés radiographiques sur des malades par des non diplômés.

10266. — M. Henry Franklin-Bouillon, député, demande à M. le ministre de la justice si une personne non diplômée a le droit de prendre des clichés radiographiques sur des malades adressés par des médecins et chirurgiens dentistes ; il ajoute que son rôle se borne uniquement à la prise de la radiographie et au développement des clichés. (*Question du* 3 *décembre* 1926.)

Réponse. — Aux termes de l'article 16, paragraphe 1er, de la loi du 30 novembre 1892, l'exercice illégal de la médecine consiste dans le fait par une personne non munie d'un diplôme, de prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf le cas d'urgence avérée. Il appartient aux tribunaux compétents d'apprécier sous le contrôle de la cour de Cassation, si les éléments constitutifs du délit se rencontrent ou non dans chaque cas d'espèce qui leur est soumis.

(*J.O.*, 12 *janvier* 1927.)

Vaccination antituberculeuse des nouveau-nés et revaccinations.

Ayant fourni l'an dernier, à la demande d'un certain nombre de lecteurs du *Concours médical* (1), des précisions sur l'emploi du vaccin B. C. G. (bacille Calmette-Guérin) pour la prémunition des nouveau-nés contre l'infection tuberculeuse, je crois utile aujourd'hui de revenir sur ce sujet pour dire un mot des *revaccinations*, à l'aide du même vaccin.

Le vaccin B. C. G. ne doit être employé que pour les nourrissons *dans les dix premiers jours qui suivent la naissance.* Toutefois il peut servir également à la fin de la première et de la troisième année, pour la *revaccination* des enfants qui ont déjà été vaccinés une première fois à la naissance.

L'expérimentation sur les bovidés entreprise par MM. Calmette, Guérin, Nègre et Boquet (2) a permis à ces auteurs d'affirmer que l'immunité conférée par leur vaccin dure de 15 à 18 mois vis-à-vis d'une infection virulente d'épreuve. Ils admettent que vis-à-vis d'une contamination naturelle ce délai puisse être prolongé ; mais de toute manière ils ont pu constater que des *revaccinations* peuvent être répétées sans inconvénient au besoin chaque année et qu'elles renforcent l'immunité.

Partant de ces données expérimentales, les mêmes auteurs estiment qu'il y aurait probablement de grands avantages à renouveler chez l'enfant à la fin de la première et de la troisième année, l'ingestion de vaccin B. C. G.

Cette modification apportée à la technique primitive ne doit pas être attribuée à un échec de cette méthode de prémunition antituberculeuse. En effet, aucun des enfants vaccinés par M. Calmette et ses collaborateurs en 1922 n'a succombé à la tuberculose, mais la durée exacte de l'immunité conférée par le vaccin B. C. G. ne peut encore être fournie avec précision, d'où l'intérêt des revaccinations.

Georges SCHREIBER.

(1) *Concours médical*, n° 25, 20 juin 1926, p. 1639.

(2) A. CALMETTE et C. GUÉRIN, L. NÈGRE et A. BOQUET. — Prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin B.C.G. (1921 à 1926). *Annales de l'Institut Pasteur*, février 1926, t. XL, p. 89.

CORRESPONDANCE

4058. — Secret professionnel.

Il y a quelques jours, une dame de la campagne vient me trouver pour me demander un certificat attestant que le décès de son mari était dû aux suites de la guerre. En fouillant attentivement dans mes souvenirs, je me rappelai avoir soigné ce malade, en 1917 ou 1918. La femme a prétendu que c'était en 1919. Quant à la maladie, je me rappelle qu'il s'agissait d'une affection hépatique. Mais il m'est impossible de me rappeler s'il s'agissait d'une cirrhose ou s'il s'agissait d'un cancer. Mes notes, « chambardées » au cours d'un déménagement en 1920, sont muettes à ce sujet puisque je les ai égarées. Mais il me semble qu'il s'agissait d'un cancer. A aucun moment il n'avait été question d'affections contractées en service. En ce moment d'ailleurs, il ne m'est communiqué aucun bulletin d'hôpital ou document analogue permettant de dire : « le malade est mort de l'affection qu'il avait en service et mentionnée sur tel ou tel bulletin ou certificat de visite. »

Quelle est ma situation ?

1° Il existe une loi sur le secret professionnel. Elle m'interdit, il me semble, de dévoiler à qui que ce soit, *même aux héritiers*, la maladie du défunt. Y a-t-il une exception pour ceux qui réclament une indemnité à l'Etat à la suite d'une maladie de guerre ? L'Etat demande-t-il une chose illégale lorsqu'il réclame une attestation de la maladie de ceux qui sont morts ?

2° S'il existe une loi me relevant du secret professionnel vis-à-vis des héritiers des malades de guerre décédés de leur affection de guerre, quand a-t-elle été votée et pouvez-vous m'en indiquer le texte ?

3° Si cette loi existe comment dois-je procéder ?

a) Faire un certificat expliquant mes constatations, quitte à la Commission de réforme à comparer mes assertions avec les documents qu'elle a, de son côté, et voir s'il y a concordance ?

Mais alors, ne peut-il y avoir abus en ce sens que n'importe qui pourrait venir nous demander des certificats sur les défunts sous prétexte de demander une pension, et cela, afin de connaître des secrets dans des buts quelconques mais que nous n'avons pas à connaître ?

b) Rédiger le certificat sans dire la maladie et dire simplement : « Un tel est mort des suites de la maladie pour laquelle il a été réformé (ou bien soigné à tel hôpital), ou bien : une maladie rapportée du régiment ?

4° Peut-on m'obliger (ou m'attaquer en dommages-intérêts) si je refuse un certificat ? Dans le cas actuel, j'avais dit simplement à la femme du décédé : « Madame, il m'est défendu, par la loi, de vous donner un certificat attestant la maladie de votre mari. » J'ai répondu ainsi, poliment, pour ne pas lui répondre une autre vérité qui aurait été celle-ci : « Foutez-moi le camp, Madame. Votre mari est mort d'un cancer.

Je ne vois aucun rapport possible avec la guerre. D'ailleurs, vous claquez tous ainsi, dans la famille, et je ne peux pas mentir en vous délivrant un certificat. » La bonne femme s'est retirée, accompagnée bien poliment et gentiment par moi à la porte. Mais il n'est pas douteux qu'elle a lu dans ma pensée. Je viens de recevoir ce matin, une lettre RECOMMANDÉE ainsi libellée :

« M. le Dr S., ayant soigné mon mari X, de la ne territoriale, des commis et ouvriers d'administration, alors qu'il était en sursis d'appel, j'avais eu l'honneur de vous demander en 1919 un certificat médical que je proposais de fournir à l'appui d'une demande de pension comme veuve de militaire décédé par suite de maladie contractée en service. L'origine de la maladie de mon mari n'était pas douteuse. Mobilisé en 1914 dans le service armé, il passait en mars 1915 devant la Commission de réforme qui le classait dans les services auxiliaires et depuis son état n'a fait que s'aggraver. Ignorante de mes droits et, n'ayant pas à vous expliquer le motif de ma requête vous n'avez pas jugé utile de me délivrer la pièce demandée.

Je me suis vue de cette façon lésée dans mes droits. veuve sans ressources, ayant à subvenir seule aux besoins de 5 enfants.

Je viens donc, M. le docteur, vous supplier de vouloir bien m'aider à la réparation d'une injustice en me délivrant un certificat constatant que vous avez soigné mon mari afin que je puisse, comme les autres, profiter des avantages de la loi du 31 mars 1919.

Je compte, M. le docteur, sur votre bienveillance et vous prie d'agréer, avec mes remerciements anticipés, mes respectueuses salutations. »

Cette lettre de cette Mme de Sévigné campagnarde m'a fait pousser des réflexions autres que celles que mérite le style. Il y a quelqu'un derrière. Et puis, je me demande où elle veut en venir. Elle affirme qu'elle m'a demandé déjà un certificat en 1919. Or, je n'en ai aucune souvenance. Et je suis persuadé qu'il y a là une affirmation tendancieuse dans un but facile à deviner par la suite, puisqu'il est question de « droits méconnus » et par ma faute.

Que pensez-vous de cette affaire ? Je vais rester muet jusqu'à ce que vous me répondiez.

Dr X.

Réponse.

Le principe du secret professionnel est absolu. L'article 378 du code pénal, qui oblige le médecin à se taire, en toutes circonstances, n'a été modifié qu'en ce qui concerne la déclaration des maladies contagieuses (lois du 30 novembre 1892 et du 15 janvier 1902).

La jurisprudence est nettement fixée en ce sens.

En ce qui concerne la délivrance de certificats *post mortem*, il a été jugé, par le tribunal civil du

Voir la suite page XLVII-289

PROPOS DU JOUR

Les relations médicales franco-ibéro-américains.

Un bel exemple d'activité et d'énergie : l'action féconde de l'U.M.F.I.A. — Une mission médicale française en Colombie et au Vénézuéla.

Avec de l'activité, de l'énergie et de la ténacité, l'on triomphe de bien des difficultés et c'est vraiment un truisme que d'émettre pareille affirmation dans les colonnes du *Concours médical*. Toutefois, aujourd'hui, nous ne parlerons pas de nous, mais de l'Union médicale franco-ibéro-américaine, de l'U. M. F. I. A.

Nous avons assisté à sa dernière assemblée générale et nous avons pu constater les brillants résultats obtenus par le Président-fondateur, notre ami Dartigues, puissamment secondé par les Dr Bandelac de Pariente, Molinéry, Digeon, Berry et quelques autres, auxquels l'animateur de l'U. M. F. I. A. a su transmettre son enthousiasme et son activité.

Tout d'abord constatons que dans l'année 1926, l'U. M. F. I. A. a reçu *quatre cent soixante-dix adhésions nouvelles*, nous disons bien 470. Et ce sont des adhésions consenties et réelles ; nous avons pu feuilleter les bulletins, signés des adhérents et de leurs parrains. Quelle Société médicale peut se vanter d'un pareil recrutement ?

Sur ces 470 nouveaux adhérents, nous devons signaler 60 médecins espagnols recrutés par le seul Dr Bandelac de Pariente, le distingué vice-président de l'U. M. F. I. A. et 80 médecins de Colombie et du Vénézuéla qui ont donné leurs adhésions au Dr Reinburg. Ce dernier à peine revenu de la mission où il avait accompagné le professeur Cunéo, a tenu à rendre compte à l'U. M. F.I.A. des amitiés solides que nous avions dans ces pays neufs, prospères et pleins d'avenir de l'Amérique latine, trop peu fréquentés par les Français.

Après l'exposé des comptes du trésorier Digeon qui montra par la seule éloquence des chiffres que l'U. M. F. I. A., malgré sa dévorante activité, se suffisait à elle-même et bouclait son budget avec une plus-value appréciable, Dartigues et Molinéry firent le tableau rapide de l'effort de l'Association. Elle a été représentée aux Journées médicales de Tunis, à celles de Bruxelles, à celles de Montpellier. A ces dernières, le Secrétaire général Molinéry a, dans une conférence remarquable et très applaudie, exposé l'historique, le but et les résultats déjà obtenus par l'U. M. F. I. A. Cette conférence a été faite dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, en présence du Doyen et de nombreux Professeurs de la Faculté la plus ancienne de France et l'on peut affirmer qu'à Montpellier l'U. M. F. I. A. ne compte que des amis et de chauds partisans.

Le succès du Banquet d'automne a dépassé toutes les espérances. Le nombre des hauts personnages officiels français et ibéro-américains y était tel, que ce banquet a détenu le record des discours : trente en effet ont été prononcés. Et Dartigues a fait judicieusement remarquer que ces trente discours avaient leur raison d'être dans une fête de ce genre où des délégués officiels de nombreuses nations étaient accourus pour apporter le concours de leur nom et de leur autorité à l'œuvre féconde de l'U. M. F. I. A. ; tandis qu'à cette assemblée générale où il s'agissait de travailler et d'épuiser un ordre du jour très important, le Président dont tout le monde connait bien le talent d'orateur, s'abstenait de prononcer même une simple allocution.

L'U. M. F. I. A. est partout où elle peut se rendre utile et entretient de cordiales relations avec toutes les Associations médicales, notamment avec l'Association pour le développement des relations médicales internationales, l'A. D. R. M., une sœur cadette dont le programme est plus étendu que le sien. Le Président de l'U. M. F. I. A. fut invité à la réception donnée par l'A. D. R. M. à deux célèbres professeurs brésiliens et au déjeuner que leur offrit l'Ambassadeur du Brésil. Le vice-président de l'U. M. F. I. A., Bandelac de Pariente a pris part, comme Président d'honneur, au Congrès International de la Protection de l'Enfance à Madrid, où la France et l'U. M. F. I. A. étaient brillamment représentées.

Ce n'est pas tout, l'Association a été priée par le Comité des Journées médicales de Marseille, qui auront lieu en avril, de bien vouloir concourir à leur succès. Elle s'y est déjà très activement employée. La dernière de ces Jour-

nées doit être la Journée de l'U. M. F. I. A. Invitée aux Journées espagnoles en août, à celles du Caire, à celles de Varsovie, elle sera officiellement représentée partout.

Elle doit encore prendre part au Congrès prochain de la Presse médicale latine et le D Pierra, organisateur de ce Congrès, a exposé qu'en réalisant ce dernier, son but était de grouper en un faisceau toutes les nations latines et qu'il comptait bien que l'U. M. F. I. A. ne tarderait pas à devenir l'Union Latine. C'est d'ailleurs l'espérance de tous les Umfistes. M. Desfosses exposa le projet qu'il est chargé de réaliser et qui consiste à créer un Comité permanent de Dames pour recevoir les femmes des médecins ibéro-américains de passage à Paris, les guider et les distraire durant leur séjour. leur ouvrir les foyers des médecins parisiens dans les réceptions intimes, leur montrer ce qu'est la famille française et que la vraie Parisienne n'a rien de commun avec l'habituée des Cabarets de Montmartre que trop souvent les étrangers considèrent comme le prototype de la femme française. Molinéry a annoncé la formation d'une section cadette, la Jeune U. M. F. I. A., destinée à répandre dans la jeunesse des écoles l'action de l'Association. Cette nouvelle section sera inaugurée par un déjeuner qui aura lieu à la fin du mois. L'œuvre de l'Association a été complétée par la réalisation de sa revue dont le succès n'est pas discutable, par les 20.000 francs de Bourses de voyage et de Prix dont certains sont dus à la générosité de Dartigues, de Pauchet, de Bandelac de Pariente, de Voronoff, de Georges Luys, de Cathelin, par le Prix de la Revue, attribué aux travaux des internes des diverses villes de Faculté.

En terminant, Dartigues a annoncé qu'ayant toujours considéré la Présidence de l'U. M. F. I. A. comme une fonction laborieuse et non comme un honneur, il espérait pouvoir avant peu la céder à un autre. Sa réélection par acclamations unanimes a prouvé que les membres de l'Association étaient loin de considérer sa tâche laborieuse comme terminée.

***

Au cours de l'Assemblée, M. le Dr Reinburg, dans une très intéressante communication, a raconté les péripéties du voyage qu'il vient de faire en Colombie et au Vénézuela, accompagnant le Pr Cunéo, envoyé en mission officielle. Cette communication très clairement et très pittoresquement exposée, a rempli au cours de l'Assemblée générale le rôle d'un distrayant intermède.

Le Pr Cunéo et le Dr Reinburg s'embarquèrent, le 18 août 1926, pour la Colombie. Après une escale à la Martinique dont ils déplorèrent le délabrement, rendu plus pénible pour des Français par la prospérité surprenante de l'île anglaise voisine, Trinidad, ils débarquèrent à Puerto-Colombia et gagnèrent Barraquilla d'où ils devaient, par voie fluviale, en remontant le beau fleuve de la Magdalena, se rendre à Jirardot, point terminus du chemin de fer de Bogota, la capitale.

Remarquons d'abord qu'à Puerto-Colombia, ils avaient été salués à bord du paquebot par un délégué du gouvernement colombien, venu tout exprès de Bogota pour se mettre à la disposition des voyageurs.

La navigation sur la Magdalena, très beau fleuve, est généralement facile. Un malencontreux hasard voulut que la sécheresse eût considérablement réduit l'étiage de la rivière dont le large cours était encombré de bancs de sables. Si bien qu'après quinze jours de navigation laborieuse, les voyageurs arrivèrent à Puerto-Berrio où ils ne purent plus avancer. On télégraphia à Bogota et un avion fut envoyé qui, après trois heures de vol, les déposa à Jirardot au pied des montagnes. En quelques heures le chemin de fer pouvait les conduire à Bogota. Mais la capitale est à plus de 2.600 mètres d'altitude et comme l'avion n'avait pu apporter les bagages et que les voyageurs étaient en costume de toile blanche, force leur était d'attendre.

Leur arrivée à Jirardot fut sensationnelle ; tous les médecins de la région étaient venus en corps les saluer. Au milieu de la nuit, ils furent réveillés par un tapage infernal, c'étaient les étudiants de Bogota qui étaient venus les acclamer. Le Pr Cunéo dut paraître au balcon de l'Hôtel, prononcer un discours et supplier les étudiants de lui laisser prendre quelque repos. Le lendemain, toute la Faculté de médecine de Bogota arrivait par train spécial et souhaitait la bienvenue aux délégués de la France.

Après quinze jours les bagages étant arrivés, MM. Cunéo et Reinburg purent gagner Bogota. Le Ministre de l'Instruction Publique, un confrère, les attendait à la gare.

La mission avait un double but. D'abord de permettre un rapprochement universitaire et médical, puis mettre les Colombiens au courant de ce qu'était à Paris la Cité universitaire et les engager à y construire une Maison pour les

étudiants colombiens, venus à Paris pour compléter leurs études.

L'inauguration des conférences du Pr Cunéo fut remarquable. Le Président de la République y présidait en personne. Le corps diplomatique, tous les hauts personnages de l'Etat y assistaient et le maître français qui se surpassa, mérita et accueillit un formidable succès. Il était d'ailleurs le premier professeur français qui avait tenté le voyage de Bogota.

La question de la Maison universitaire fut vite réglée ; en deux jours, la Chambre des Députés et le Sénat votèrent, sans discussion et en trois lectures, comme l'exige la Constitution, les 30.000 dollars demandés, trouvant la somme insuffisante.

Le programme comprenait la visite des deux autres universités colombiennes, Medellin et Carthagène. A Medellin, l'accueil fut identique à celui de Bogota et les conférences du Pr Cunéo y eurent le même succès considérable. La crue de la Magdelena rendit le retour facile et rapide, mais les délégués ne purent, faute de paquebot en partance, se rendre à Carthagène.

Ils gagnèrent donc le Vénézuéla. L'accueil reçu à Caracas et le succès qu'y remporta le Pr Cunéo ne furent pas inférieurs à ceux de la Colombie. Le général Gomez qui préside aux destinées du Vénézuéla, promit de prendre en main la réalisation de la Maison vénézuélienne, mais les exigences constitutionnelles ne permirent pas d'obtenir aussitôt le crédit demandé.

M. Reinburg eut le plaisir de constater que tant en Colombie qu'au Vénézuéla, tous les médecins et toutes les personnes instruites comprenaient le français et le parlaient et qu'un Français, ignorant l'espagnol, n'aurait aucune difficulté à se faire comprendre à Bogota, ni à Caracas. Il remarqua que tous les libraires y vendaient les œuvres les plus connues des écrivains français. Il trouva un nombre notable de membres de l'U. M. F. I. A. qui étaient d'ailleurs très flattés de faire partie de cette Association et il n'eut aucune peine à obtenir 80 adhésions nouvelles.

Pareilles constatations ne sont-elles pas faites pour stimuler le zèle des dirigeants de l'U. M. F. I. A. et pour encourager l'action de tous ses membres et de tous ses amis ? J. NOIR.

Samedi 22 janvier, M. le Pr Cunéo à fait à l'A. D. R. M. une très intéressante causerie sur son voyage en Colombie et au Vénézuéla. Il a fait au cours de sa mission de très intéressantes constatations dans ces pays où la France tient la première place au point de vue moral et peut-être la dernière au point de vue matériel. Nous reviendrons sur la haute portée de la conférence de M. le Pr Cunéo, mais nous pouvons aujourd'hui conclure que si nos administrations, nos industriels, nos commerçants et les professeurs de nos Facultés ont le droit de négliger leurs intérêts, nous avons le devoir de les juger sévèrement quand leur négligence porte préjudice au prestige et à l'avenir de la France.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Par DUPUY DE FRENELLE.

Il est actuellement deux clichés que répètent volontiers médecins et chirurgiens :

Un grand nombre de malades opérés pour une appendicite chronique qu'ils n'ont pas continuent à souffrir autant après leur opération qu'avant.

Il est impossible de percevoir par la palpation un appendice, chroniquement enflammé.

C'est contre ces deux affirmations que je voudrais protester aujourd'hui.

La très grande majorité des malades que j'ai opérés d'appendicite chronique depuis vingt ans ont été complètement guéris. Ceux qui n'ont pas été complètement guéris ont été très améliorés et ne regrettent pas d'avoir été opérés.

La plupart des adultes que l'on opère pour appendicite chronique, sans que celle-ci ne soit consécutive à une crise aiguë, souffrent depuis longtemps ou de leur gros intestin, ou de leur foie, ou de leur estomac, ou de leur duodénum.

Beaucoup de chirurgiens français et américains considèrent que ces troubles digestifs et hépatiques sont souvent consécutifs à l'appendicite chronique.

MAYO insistait dernièrement encore dans les *Annales of Surg. Gyn. Obst.* sur ce point que cer-

tains ulcères du duodénum, ou de l'estomac, s'accompagnant d'hémorragie, pouvaient être très améliorés par l'ablation de l'appendice chroniquement enflammé.

Certes l'appendicectomie ne peut prétendre à elle seule à la guérison immédiate des troubles secondaires greffés depuis longtemps sur le tube digestif ou sur la vésicule biliaire. Mais elle permet d'entreprendre avec plus de chance de succès le traitement médical de ces lésions. Et ce n'est qu'en cas d'insuccès de ce traitement médical prolongé que se posera l'indication de la gastro-entérostomie, de la cholécystostomie, de la cholécystectomie.

Pour être certain de ne pas faire une opération inutile en enlevant un appendice sain, il faut pouvoir se baser sur le signe suivant :

La perception du cordon appendiculaire qui roule sous les doigts explorateurs du chirurgien, cependant que le malade accuse une douleur très nettement localisée.

Dans une des dernières séances de la Société de Médecine, plusieurs chirurgiens expérimentés ont affirmé qu'ils n'avaient jamais perçu une pareille sensation. Comme il y a plus de vingt ans que j'ai eu l'attention attirée sur ce signe et que devant le scepticisme de certains de mes collègues j'ai vérifié par la radiographie et par l'opération, l'exactitude de mes senstations, je me crois autorisé à penser que je ne me suis pas trompé et je juge nécessaire de décrire la technique qui m'a permis, dans un certain nombre de cas, de percevoir nettement la sensation du cordon appendiculaire roulant douloureusement sous mes doigts.

Certes, pour obtenir cette sensation, il faut des conditions favorables, et c'est, à mon avis, seulement sur le degré de fréquence des cas où sont réunies ces conditions que chaque clinicien peut discuter. Ces conditions favorables sont les suivantes ; il faut que le sujet soit maigre avec une paroi musculaire atonique et que l'appendice siège dans la fosse iliaque. Je considère que sur les enfants et chez les adultes qui souffrent vraiment depuis longtemps d'une appendicite chronique ces conditions favorables se rencontrent fréquemment. Certes, dans ces conditions, on ne perçoit pas toujours le roulement du cordon douloureux, mais on le perçoit souvent lorsque l'on procède de la façon suivante.

La première condition est de ne pas examiner un malade dans son lit. Il faut que le sujet soit placé sur une table à élévation variable de telle sorte que la paroi de son ventre soit au même niveau que le prolongement des avant-bras fléchis du clinicien.

Il faut que la main soit placée à plat sur la paroi abdominale. Il faut qu'elle ait obtenu le relâchement complet des muscles de cette paroi avant de commencer à la déprimer. Il faut que les doigts placés à plat sur la paroi abdominale viennent prendre contact avec le plan profond de la fosse iliaque par toute la longueur de leur phalange unguéale, par toute la largeur de leur pulpe charnue. Des doigts recourbés plus ou moins en crochet, et plongeant rapidement de haut dans la paroi abdominale réveilleront une douleur et une défense des muscles qui rendront très difficile, le plus souvent impossible, la perception du cordon douloureux.

La deuxième condition indispensable pour percevoir le cordon appendiculaire, c'est de placer le sujet en déclive, par une inclinaison très lentement progressive, pour ouvrir l'angle iléo-cæcal. En outre, pendant que s'opère cette mise progressive en position déclive, le sujet doit avoir le tronc légèrement relevé et les jambes à demi fléchies, il doit être bien maintenu sur la table de façon à n'avoir aucune tendance à glisser.

Normalement, les premiers centimètres de l'appendice sont cachés par la soufflure interne de la paroi cæcale, fréquemment le milieu de l'appendice est masqué par la fin de l'intestin grêle.

Pour arriver sur ce cordon, il est donc nécessaire d'ouvrir l'angle iléo-cæcal en refoulant la paroi interne du cæcum en dehors et la fin de l'intestin grèle en dedans. La position déclive favorise cette manœuvre.

Fréquemment, les anses grêles recouvrent la région iléo-cæcale, c'est encore la position déclive qui permettra au clinicien de se débarrasser de cet obstacle.

Pour arriver à percevoir la sensation du roulement du cordon douloureux, après avoir obtenu par simple contact prolongé ou par un massage-effleurage, le relâchement de la paroi, la face palmaire des pulpes digitales vient prendre contact avec la saillie du bord interne du muscle psoas. Puis doucement, lentement, progressivement et sans aucune violence, les pulpes digitales raclent la paroi profonde de la fosse iliaque. A un moment donné, elles sentent rouler le cordon appendiculaire cependant que le malade fait une grimace exprimant la souffrance de ce cordon. Au moment où les pulpes digitales arrivent sur le cordon, elles se sont en quelque sorte insinuées sous la face profonde du cæcum, comme si elles voulaient soulever par sa face profonde l'angle iléo-cæcal. Ce qu'il y a de caractéristique, c'est que la même manœuvre provoque invariablement au même endroit la même sensation pour le clinicien et la même douleur pour le malade.

En dehors de ce cordon douloureux, les pulpes digitales diminuant leur pression, sentent ou devinent la large surface du cæcum, qu'elles balayent puis, tout à fait en dehors, le pli formé par la paroi externe du cæcum comprimé.

A ce sujet, deux opinions peuvent être émises : cette sensation du roulement du cordon doulou-

reux n'existe pas. Une pareille affirmation ne prête à aucune discussion.

La deuxième opinion est que ce cordon douloureux n'est pas l'appendice. Que pourrait-il bien être ?

Le bord externe du grand droit ? Un faisceau contracturé du grand oblique ? Une palpation attentive ne permet pas une pareille erreur.

Les vaisseaux iliaques ? Ils sont sur la saillie longitudinale du bord interne du psoas ; ils battent. Lorsque l'appendice les escalade pour plonger dans le petit bassin, il n'a pas la même direction, il les croise plus ou moins obliquement, ou transversalement, et l'on sent rouler son cordon transversal sur la saillie longitudinale du psoas. Les deux seules causes d'erreur alléguées qui méritent d'être prises en considération sont : la fin de l'intestin grêle et le cæcum. Certes, surtout chez l'enfant, la fin de l'intestin grêle peut donner la sensation d'un cordon de petit diamètre. Mais alors pourquoi serait-il douloureux ? Il existerait une affection de l'intestin grêle qui le rendrait douloureux, affection qui aurait été méconnue par tous les chirurgiens de notre époque. Cela me paraît bien peu vraisemblable, d'autant plus que chez les enfants normaux la palpation ne révèle, dans la région qui correspond à la fin de l'intestin grêle aucune douleur. Peut-être la fin d'un grêle coudée et fixée par une bride adhérentielle peut-elle donner cette sensation. Mais alors l'indication opératoire est la même et un chirurgien averti ne doit pas enlever un appendice sans examiner les dix derniers centimètres du grêle.

Il est impossible, je crois, à un clinicien averti de confondre la sensation fournie par un cordon appendiculaire de quelques millimètres de diamètre avec celle d'un cæcum même contracturé qui occupe une surface large de plusieurs centimètres. En outre, ce qui confirme la sensation de cordon appendiculaire, c'est la perception plus ou moins nette de la surface cæcale qui se trouve presque toujours, sinon toujours, en dehors de ce cordon. A la rigueur, le pli formé par la paroi externe du cæcum pourrait prêter à confusion. Mais ce pli est beaucoup moins net, moins saillant, moins épais que le cordon appendiculaire. Il siège généralement plus en dehors sur les confins externes de la fosse iliaque. Dans tous les cas, la radiographie, faite après repérage sur la paroi à l'aide d'agrafes, permettra de reconnaître si la sensation de cordon appendiculaire correspond au niveau de l'angle iléo-cæcal et le diagnostic sera exact, ou au voisinage du bord externe du cæcum, ce qui infirmera le diagnostic.

Une corde épiploïque, ou une chaîne ganglionnaire dans le méso-appendiculaire peuvent donner la sensation d'un cordon douloureux. Mais alors l'indication opératoire est la même que pour l'appendicite chronique.

C'est surtout lorsque l'appendice remonte derrière le cæcum et le côlon ascendant, vers le pôle inférieur du rein droit qu'il est difficile de le sentir. Cette disposition est assez fréquente dans l'appendicite chronique. Pour faciliter la recherche du cordon appendiculaire, il faut préparer le sujet de la façon suivante :

Pendant trois ou quatre jours, on met le sujet au lit et à la diète légère. On applique de la glace sur la fosse iliaque droite. On donne chaque soir une cuillerée à café d'huile de ricin et quatre fois par jour un comprimé de charbon ou un cachet de charbon végétal.

Après ce régime, il est parfois possible de sentir le long du bord interne du côlon ascendant un cordon douloureux. Lorsque l'on n'obtient pas la sensation de cordon, on peut dessiner en projection sur la paroi abdominale, le trajet étroit de l'appendice douloureux ; trajet que l'on ne peut confondre avec la large zone douloureuse que fournirait le côlon ascendant.

L'appendicectomie ne saurait prétendre à faire disparaître tous les troubles qui affectent un sujet atteint d'appendicite chronique.

Il est des malades assez nombreux qui souffrent de tout leur côlon droit, c'est-à-dire du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse ; ceux-ci peuvent être améliorés ; mais on ne peut leur promettre la disparition complète des troubles dont ils se plaignent, après l'opération. Chez certains de ces malades, la palpation du côlon pelvien révèle un intestin terminal douloureux, spasmodique. Ce sont surtout ceux-ci qui continuent à souffrir de leur entéro-colite, après l'appendicectomie.

Certains ont une vésicule douloureuse que l'on reconnaît par la palpation profonde sous le rebord costal droit. S'ils sont jeunes, l'appendicectomie pourra espérer faire disparaître, à la longue, la cholécystite secondaire. S'ils sont âgés, ils continueront à souffrir de leur foie, mais je crois néanmoins que l'appendicectomie aura allégé leurs souffrances et enrayé l'évolution des troubles secondaires à l'appendicite chronique.

Certains malades souffrent de la deuxième portion du duodénum. On réveille cette douleur en comprimant le duodénum contre le flanc droit de la colonne vertébrale. Cette douleur se différencie de celle de l'appendice rétrocolique par ce fait que cette dernière est réveillée par une palpation qui racle la paroi lombaire en allant de la colonne vers le dehors ; alors que la douleur duodénale s'obtient en déprimant la paroi de dehors en dedans pour prendre contact avec le flanc droit de la colonne vertébrale.

Chez certains malades, ces deux régions douloureuses existent. Dans une dizaine de cas, j'ai vu disparaître à la longue la douleur duodénale après l'appendicectomie.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les hernies crurales,

M. J.-P. TOURNEUX,
Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Je vous ai entretenus, à plusieurs reprises, des hernies inguinales, de leurs diverses variétés, ainsi que des différents accidents qu'elles pouvaient présenter. Je désire vous parler aujourd'hui des hernies crurales : elles s'observent assurément beaucoup moins souvent que les hernies inguinales, mais se rencontrent encore cependant avec une certaine fréquence, puisque nous en possédons actuellement plusieurs fort beaux exemples dans notre service. Et, à ce propos, je vous dirai tout de suite que je n'ai pas l'intention de m'attarder à vous rapporter les observations des différents malades que vous m'avez vu opérer : elles ressemblent d'ailleurs sensiblement les unes aux autres, et la répétition successive de tous les signes que présentaient nos sujets serait non seulement des plus monotones, mais encore dépourvue totalement du moindre intérêt. C'est pourquoi, je m'attacherai aujourd'hui à envisager les hernies crurales d'une façon un peu générale, en ayant toutefois le souci de vous signaler les particularités intéressantes qu'il nous a été permis de relever chez nos malades.

Et d'abord qu'appelle-t-on hernies crurales ? On désigne sous ce nom des hernies qui sortent de l'abdomen en passant entre la branche horizontale du pubis et l'arcade de Fallope, à travers l'anneau crural et qui viennent se loger à la partie supéro-interne de la cuisse, dans le triangle de Scarpa.

Décrites sous le nom de *mérocèles* par Nicolas Lequin en 1665, puis par Philippe Verhayen, qui avaient reconnu quelques-uns de leurs principaux caractères, ces hernies furent étudiées successivement par Barbette, par Gorengeot, par Mochart, par Koch, par La Chausse, par Barsuel, par Arnaud et par Don Antonio de Gimbernat, qui en 1793, eut le mérite de bien mettre en évidence le rôle que joue la bandelette fibreuse, qui porte son nom, dans le mécanisme de l'étranglement herniaire. Ultérieurement, les recherches de Scarpa, de Cloquet, de Malgaigne, de Gosselin, de Richet et de Berger établirent d'une façon définitive les caractères anatomiques de cette variété de hernies.

L'orifice par lequel elles s'échappent de l'abdomen est formé par la partie la plus interne de l'anneau crural, qui est fermé à ce niveau par une lame celluleuse, le *septum crural* : il se trouve donc en rapport en dedans avec le rebord falciforme du ligament de Gimbernat, en dehors avec la veine fémorale et avec la gaine des vaisseaux, en avant avec l'arcade de Fallope, et en arrière avec le bord antérieur du pubis. Cet orifice une fois franchi, la hernie descend dans la partie la plus interne de la gaine des vaisseaux, l'*infundibulum femorali vasculaire* de Thompson, qui est limité en dehors par la veine fémorale, en arrière et en dedans par l'aponévrose du pectiné et en avant par un plan aponévrotique, le fascia cribriformis.

Cet espace triangulaire, qui, à l'état normal ne renferme que les troncs lymphatiques ascendants du membre inférieur, est alors transformé en une espèce de canal, le canal crural, qui n'a d'autre aboutissant vers sa partie inférieure que les orifices que présente le fascia crebriformis. Aussi la hernie, qui s'est engagée de haut en bas dans le canal crural, en sort-elle par un de ces orifices pour venir se placer sous le fascia superficialis, en quelque sorte sous la peau.

Suivant leur durée d'évolution, les hernies crurales présentent certaines différences tenant à la constitution de leur trajet : c'est ainsi que ce n'est que lorsqu'elles sont *récentes*, qu'elles affectent un trajet véritable, le canal crural, et deux anneaux, l'un supérieur, l'anneau crural, l'autre inférieur, l'ouverture du fascia crebriformis, car lorsqu'elles sont un peu *anciennes*, l'orifice élargi de ce fascia ne tarde pas à venir se confondre avec l'anneau crural, ce qui réduit le trajet herniaire à un simple orifice. C'est d'ailleurs cette dernière disposition que l'on rencontre le plus fréquemment, et je n'ai pas manqué de la relever chez les quatre malades que j'ai récemment opérés de leur hernie crurale.

Certains auteurs, par analogie avec les hernies inguinales, ont voulu également distinguer dans la hernie crurale, un certain nombre de degrés ; c'est ainsi qu'ils ont décrit la *pointe de hernie*, correspondant au refoulement du septum crural, la *hernie interstitielle* qui distend le canal crural, et la *hernie complète* qui s'échappe par un orifice du fascia crebriformis. En réalité, vous n'aurez guère à vous préoccuper à relever ces distinctions, car en pratique, il n'existe vraiment que deux degrés de hernie crurale, la hernie incomplète qui n'a pas encore franchi le fascia crebriformis et la hernie complète qui est sortie par un des orifices qu'il présente.

Une fois en dehors de ce fascia, la hernie cru-

rale complète peut dans son accroissement se mettre à suivre différentes directions : elle peut se développer sur place, occupant toute la région du triangle de Scarpa ; elle peut se porter en bas du côté de la saphène interne et des muscles adducteurs, ou encore, arrêtée et bridée dans son évolution par les multiples adhérences qu'elle rencontre, elle peut se recourber de bas en haut, et remonter jusqu'au-dessus de l'arcade de Fallope. Plus rarement enfin, la hernie arrive à se pédiculiser et à former une sorte de sac venant pendre plus ou moins bas sur la cuisse.

Un point très important, dont vous devinez immédiatement les conséquences pratiques, et sur lequel je me permets d'insister tout spécialement, c'est que la hernie crurale se trouve pendant tout son trajet en rapport avec des vaisseaux très importants : d'abord avec des veines, veine fémorale et veine saphène interne, qui vient par son embouchure se placer en avant et en dehors d'elle, et ensuite avec des artères. Normalement, l'épigastrique envoie à l'obturatrice un rameau anastomotique très grêle, qui, descendant en arrière du ligament de Gimbernat, contourne le bord interne de l'anneau crural ; or, cet anneau peut être dans certains cas particulièrement développé, surtout lorsqu'il représente une anomalie d'origine, et vous comprendrez aisément que sa section au cours des manœuvres nécessitées par la kélotomie puisse donner lieu à une hémorragie des plus sérieuses. Il ne faut pas oublier, en outre, que l'épigastrique, lorsqu'elle provient de la fémorale, contourne le collet de la hernie sur son côté externe, comme l'obturatrice, lorsqu'elle nait d'un tronc commun avec l'épigastrique, longe le bord interne de l'orifice herniaire. Vous pouvez par suite vous rendre compte des conséquences graves que l'existence de ces anomalies peut entraîner dans le débridement d'une hernie étranglée, anomalies dont on doit toujours envisager la possibilité au cours d'une intervention.

Le sac de la hernie crurale est formé comme tous les sacs de hernie, par le péritoine, mais ici cette membrane se trouve doublée par une couche fibreuse provenant du septum crural que la hernie a refoulé devant elle, et dont la face externe est souvent recouverte par des formations lipomateuses plus ou moins bien développées.

Quant au contenu de la hernie, il est ordinairement représenté par de l'intestin grêle et par de l'épiploon, mais en raison du faible volume de la hernie, bien souvent le sac ne loge qu'une anse incomplète, ce qui explique la fréquence des pincements latéraux : par contre, l'épiploon hernié devient souvent irréductible par suite des adhérences qu'il a contractées soit avec le sac lui-même, soit avec un collet. En dehors de l'intestin grêle et de l'épiploon, hôtes habituels, on peut encore rencontrer dans les hernies crurales le cæcum, l'appendice, l'ovaire, la trompe, ainsi que la vessie ; la présence de l'estomac a été signalée par Keller, et celle de la vésicule biliaire par Skey. Le sac peut encore être complètement déshabité, et présenter des fluctuations de volume tenant vraisemblablement à des phénomènes irritatifs intra-péritonéaux d'origine annexielle ; il peut enfin s'isoler entièrement du péritoine et former une poche close, qui simulera alors en quelque sorte une véritable tumeur.

La hernie crurale ne se présente pas toujours avec les caractères anatomiques que je viens de vous signaler : assurément, il s'agit bien là de la variété commune, celle que l'on rencontre ordinairement, et que j'ai retrouvée chez nos quatre malades, mais il existe cependant certains cas de hernies, rares il est vrai, qui diffèrent, par suite de leur siège, de la forme classique et qu'il convient que vous connaissiez. Cependant, gardez-vous bien d'oublier que toutes ces variétés de hernies, que je vais maintenant vous énumérer, sont en somme presque exceptionnelles, et que pour ma part, je n'ai jamais eu encore l'occasion de les observer.

C'est ainsi qu'il existe une hernie dite *crurale externe* qui déprime le péritoine en dehors des vaisseaux épigastriques, qui s'engage dans l'anneau crural en avant ou même en dehors de l'artère iliaque externe et qui vient s'étaler dans le triangle de Scarpa en avant des vaisseaux fémoraux. Un deuxième type nous est fourni par la *hernie de Laugier*, qui traverse le ligament de Gimbernat en se plaçant en dedans et en dehors du cordon de l'artère ombilicale. La *hernie pectinéale* ou de *Cloquet*, est d'abord située dans le canal crural, mais elle ne tarde pas, au niveau de la gouttière sous-pubienne, à perforer l'aponévrose pectinéale pour venir se loger entre celle-ci et le muscle qu'elle recouvre, simulant ainsi une hernie obturatrice. Enfin, il existe également des *hernies en bissac* suivant plusieurs catégories, des *hernies diverticulaires cruro-propéritonéales* relevant probablement de malformations congénitales du péritoine, et quelques rarissimes cas de *hernies à double sac.*

La hernie crurale s'observe beaucoup plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, c'est là un fait admis par tout le monde et dont vous avez pu facilement vous rendre compte vous-mêmes, puisque les quatre cas de hernie crurale que nous avons actuellement dans notre service appartiennent tous au sexe féminin ; je pourrais assurément vous donner quelques chiffres à ce sujet, mais je préfère m'en dispenser, car suivant les auteurs, les rapports de la fréquence ont été très diversement appréciés, allant presque du simple au double. Retenez donc seule-

◆◆◆

ment que la hernie crurale est la variété de hernie que l'on signale le plus souvent chez la femme, et qu'elle dépasse sensiblement le chiffre des hernies inguinales qui, chez l'homme, sont au contraire celles que l'on rencontre avec le plus de fréquence. D'un avis unanime, elle s'observe un peu plus souvent à droite qu'à gauche, ce qui est également en rapport avec les faits que vous avez actuellement sous les yeux, trois hernies droites et une gauche : mais souvenez-vous que les hernies crurales peuvent être également doubles et qu'elles peuvent aussi coïncider avec des hernies inguinales, généralement du même côté.

Certains auteurs, tels que Jaboulay et Patel, ont pensé que l'on pouvait distinguer pour la hernie crurale, comme pour la hernie inguinale, une forme *congénitale* et une forme *acquise* : pour soutenir cette opinion, ils se sont appuyés sur deux ordres de faits : d'abord, sur ce que cette hernie avait parfois été relevée chez des enfants de 4 à 10 ans, et ensuite sur ce que l'on trouve parfois dans le sac herniaire de véritables diaphragmes, analogues à ceux des diverticules vagino-péritonéaux. Cette opinion n'est pas admise par un grand nombre d'auteurs, et en ce qui me concerne, je ne saurais y souscrire : les diaphragmes qui ont été observés, l'ont presque toujours été dans de vieilles hernies et me paraissent être plutôt d'origine inflammatoire que d'origine congénitale, et en second lieu l'absence presque complète de hernie crurale dans la toute première enfance, me semble constituer un argument tout à fait décisif. Je ne pense donc pas qu'il puisse y avoir de hernie crurale congénitale et cela bien qu'il m'ait été donné d'observer un cas d'étranglement chez un jeune enfant de huit mois : il s'agissait dans ce cas d'un nourrisson qui venait de présenter à la suite d'une gastro-entérite un amaigrissement très considérable et j'ai estimé par suite que c'était là d'une lésion acquise, analogue à celles que l'on observe chez l'adulte, après la fonte des amas adipeux qui obturaient les canaux naturels.

Cette hernie, exceptionnelle dans l'enfance, est rare dans l'adolescence et sa fréquence s'accroît ensuite ; son maximum s'observant de 40 à 45 ans : la hernie crurale est donc essentiellement une hernie de l'âge adulte, favorisée par les grossesses, les accouchements et les périodes d'amaigrissement : comme vous avez pu le relever chez nos quatre malades, elle représente bien une hernie de faiblesse qui fait irruption en dehors, soit sous l'influence d'un effort, soit spontanément.

La hernie crurale est caractérisée par la présence d'une tumeur à la partie supéro-interne du triangle de Scarpa, au-dessous de la ligne de Malgaigne qui réunit l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure, en dedans des battements de l'artère fémorale. Généralement peu saillante, et de consistance plutôt molle, elle affecte une forme ovoïde ou ovalaire, et son pédicule, situé directement en arrière de la tumeur, s'enfonce au-dessous de l'arcade de Fallope ; le plus souvent cette hernie se réduit en totalité dans le ventre, et il est alors possible de bien préciser son siège, au-dessous de l'arcade, en dedans de l'artère iliaque.

Les symptômes fontionnels qu'elle détermine sont très peu marqués ; ils consistent en une sensation douloureuse à la racine de la cuisse que ressent le malade lorsqu'il cherche à l'étendre ; cette douleur, qui se propage à l'estomac et qui occasionne des nausées, le force à fléchir le membre ce qui amène un prompt soulagement. Ce phénomène, sur lequel Astley Cooper a bien insisté, est malheureusement très inconstant, et également peu sûr, car il se voit aussi dans d'autres affections de la région.

Le gargouillement, lorsqu'il existe, et la réductibilité de la tumeur, dont il s'accompagne, sont plus caractéristiques, mais sont bien souvent presque impossibles à mettre en évidence ; il en est de même du gonflement et de l'impulsion à la toux.

Et c'est ce qui vous explique que la hernie crurale, lorsqu'elle est très petite, peut passer complètement inaperçue, et que chez une femme un peu grasse, il est fort difficile de la reconnaître à coup sûr, tant elle est peu saillante et enfouie sous des productions lipomateuses qui masquent totalement ses contours.

Le diagnostic de la hernie crurale se pose dans des conditions tout à fait différentes, suivant que la hernie est réductible ou qu'elle ne l'est pas.

Les hernies réductibles peuvent être complètement méconnues lorsqu'elles ne sortent que rarement, ou qu'elles se trouvent réduites au moment même où l'on pratique l'examen ; les efforts et la toux sont souvent insuffisants pour faire apparaître la tumeur, et si l'on ne sent pas sous l'arcade de Fallope une dépression où puisse s'engager l'extrémité du doigt, il est impossible de se prononcer. Fort heureusement, nous ne nous sommes pas trouvés en pareille situation, car chez nos quatre malades, la tumeur, bien que chaque fois parfaitement réductible, était cependant suffisamment accusée pour être parfaitement perçue : elle présentait de l'impulsion nette dans la toux et dans les efforts, et pouvait être facilement réduite par la pression.

Pourtant, avant d'affirmer qu'il s'agissait bien là d'une hernie crurale, il nous a fallu songer aux différentes lésions que l'on peut voir survenir au niveau du triangle de Scarpa et qui sont capables de la simuler, les abcès par congestion, et la dilatation ampullaire de la saphène.

Certains abcès froids, passant sous l'arcade de Fallope, offrent en effet les mêmes phénomènes

de réductibilité et de propulsion, mais ils présentent en outre de la matité et de la fluctuation, qui peut généralement se transmettre à une collection existant dans la fosse iliaque ou dans le flanc, ce qui permet de les distinguer. De plus, les différents phénomènes qui accompagnent la formation et la migration de ces vastes abcès, la constatation d'une affection de la colonne vertébrale ou du bassin rendent toute erreur impossible.

La veine saphène interne présente assez souvent au niveau de son embouchure dans la veine fémorale une dilatation ampullaire que l'on a pu parfois confondre avec une hernie crurale. Lorsque la valvule qui s'oppose au reflus du sang devient insuffisante, la tumeur constituée par la dilatation veineuse se tend dans la toux et dans les efforts, comme elle s'affaisse et disparaît sous une pression. Mais la consistance plus molle de la tumeur, l'impossibilité de lui trouver un pédicule, la réduction graduelle sans gargouillement et enfin la reproduction immédiate de la saillie veineuse lorsque l'on cesse la pression, jointe à l'existence de varices, sont autant de signes qui ne peuvent laisser subsister aucune incertitude.

L'existence d'une tumeur herniaire étant donc bien reconnnue, il ne reste plus qu'à déterminer s'il s'agit bien d'une hernie crurale et non d'une hernie inguinale. Chez l'homme, dont la hernie inguinale descend naturellement vers les bourses, et il dont il est si facile de sentir l'anneau externe ce point de diagnostic ne se pose guère ; mais il n'en est pas de même chez la femme, où il est parfois fort difficile de se prononcer d'emblée pour l'une ou pour l'autre de ces deux hypothèses. Dans ce véritable problème, il convient de rechercher le point de repère établi par Malgaigne qui consiste dans la ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis. Mais ce faisant, il importe d'éviter de suivre l'opinion commune déclarant inguinal tout ce qui se trouve au-dessus, et crural tout ce qui est situé en dessous de cette ligne, car on pourrait en agissant ainsi commettre une erreur complète. Le corps et le fond d'une hernie crurale peuvent en effet remonter de bas en haut sous la peau jusqu'au-dessus de l'arcade de Fallope, comme des hernies inguinales multilobées ou à évolution irrégulière peuvent fort bien être placées en dessous.

Ce n'est donc par suite pas le fond de la hernie que vous devrez rechercher, mais bien son pédicule, toujours situé en arrière de la tumeur, pédicule dont vous aurez à déterminer la situation par rapport à la ligne de Malgaigne : s'il est situé au-dessus d'elle, la hernie sera inguinale, et s'il se trouve au-dessous, elle sera au contraire crurale.

Cette recherche, qu'un certain nombre d'entre vous ont pu exécuter sous mes yeux a été chez nos malades assez facile, car vous avez pu vous prononcer presque sans difficultés sur le caractère crural des hernies que vous examiniez ; retenez pourtant qu'il n'en est pas toujours ainsi et que chez certaines malades très chargées d'embonpoint, ce diagnostic a paru impossible à des observateurs de la valeur de Nivet et de Malgaigne.

Lorsque la hernie ne présente pas de réductibilité, qu'elle est irréductible, il s'agit ou d'épiplocèle adhérente ou de lipome qui se rattache si communément à l'évolution du sac herniaire dans les hernies crurales. Ces tumeurs ne peuvent guère être confondues qu'avec une adénopathie chronique du ganglion de Cloquet. La constatation d'autres ganglions, soit du côté opposé, soit au-dessus de la tumeur, le caractère particulier de cet engorgement ganglionnaire, plus dur et moins souple qu'une épiplocèle, ou qu'un lipome herniaire, la recherche de la cause dont il dépend, et enfin l'absence de toute espèce de pédicule permettent de les différencier. Il resterait à préciser s'il s'agit d'un lipome herniaire, d'une épiplocèle adhérente, ou même dans certains cas d'un kyste sacculaire, mais c'est là un diagnostic à peu près impossible par le seul examen physique, et d'ailleurs cette précision ne présente qu'un intérêt pratique des plus modérés.

Je n'ai pas l'intention d'insister bien longuement aujourd'hui sur les différents accidents que peuvent présenter les hernies crurales, accidents analogues à ceux qui se manifestent dans toutes les diverses variétés de hernies et dont je vous ai déjà entretenus à plusieurs reprises ; je me bornerai à vous les rappeler.

En dehors de l'étranglement, qui est l'accident le plus commun et le plus grave, et qui est occasionné soit par le ligament de Gimbernat, soit par le fascia cr briformis, la hernie crurale peut présenter des complications de tuberculose ou de tumeur herniaire, d'épiploïte subaiguë, aboutissant à une irréductibilité définitive, ou de torsion épiploïque. La plupart de ces accidents sont, je je vous le signale, très souvent méconnus et constituent de véritables trouvailles opératoires, car leur diagnostic est des plus difficiles. Parfois même, l'étranglement, au lieu d'évoluer avec tout le fracas dont il s'accompagne ordinairement, se présente sous une forme insidieuse avec le minimum de réaction générale, et il est arrivé, dans certains cas où la lésion était si peu saillante qu'elle échappait presqu'à la vue, qu'elle a été complètement méconnue.

J'ajouterai encore, que la hernie crurale peut être compliquée d'accidents de péritonite herniaire dus à une appendicite intra-sacculaire : ces faits, qu'il faut bien se garder de confondre avec l'étranglement vrai de l'appendice, sont en somme assez rares, et se caractérisent d'une ma-

nière suffisante pour pouvoir être aisément reconnus.

Le diagnostic de ces complications devra être fait, en dehors des commémoratifs, avec les accidents inflammatoires aigus qui peuvent se produire dans cette région, et qui sont, l'adénite des ganglions de Cloquet, la phlébite de la saphène et l'orchite d'un testicule ectopié.

Etant donné ce que vous savez de la morphologie de la région crurale, vous devez facilement comprendre que cette hernie est de toutes les hernies la plus difficile à maintenir réduite par un bandage, car ce dernier se déplace perpétuellement sous l'influence des mouvements du membre inférieur ainsi que des changements d'attitude du tronc. Aussi, comme il est tout à fait impossible de compter sur une contention exacte, et que les hernies crurales sont celles qui exposent le plus aux accidents d'étranglement, a-t-on cherché à faire pour elles, ce que l'on avait fait pour les hernies inguinales, c'est-à-dire les opérer pour les guérir radicalement. Les seules contre indications à l'acte opératoire tiennent à l'état général du malade, à son âge, ou encore au trop gros volume de sa hernie.

L'intervention est par elle-même beaucoup plus simple que celle de la hernie inguinale ; le sac se laisse en effet séparer assez aisément des parties environnantes, et comme il n'y a pas ici d'organes à ménager, point n'est besoin d'isoler par une dissection minutieuse le sac séreux de la couche fibreuse du septum crural. On n'éprouve quelques difficultés qu'au moment où l'on arrive sur le collet du sac, qui est souvent adhérent, et qu'il est parfois assez malaisé de libérer et d'attirer, afin de ne pas laisser subsister d'infundibulum péritonéal.

Mais la ligature et l'excision du sac herniaire seraient tout à fait insuffisantes, si l'on avait l'idée de laisser intact l'anneau crural, largement ouvert, rigide et béant ; il faut songer à l'obturer, ce que l'on réalise en amenant l'arcade de Fallope au contact du pubis.

Je ne vous décrirai certes pas les innombrables procédés de cure radicale qui ont été imaginés et qui tous ont donné des résultats plus ou moins satisfaisants suivant les cas. Bornez-vous à retenir que si l'anneau crural peut être attaqué par trois voies, abdominale, inguinale, et crurale, c'est cette dernière qui constitue à mon avis la voie d'élection : c'est donc elle que je vous conseillerai de suivre, plutôt que la voie inguinale qui me paraît non seulement être une complication inutile, mais encore entraîner un affaiblissement de la résistance de la paroi.

Vous pourrez exécuter indifféremment dans la cure radicale, le procédé de Berger ou celui de Delagénière que vous m'avez vu exécuter : ils ont tous deux pour principe l'abaissement de l'arcade de Fallope sur l'aponévrose pectinéale, mais comme celui de Delagénière, qui sectionne tout d'abord l'arcade dans toute son épaisseur, permet de réséquer le sac très haut, vous aurez intérêt à l'utiliser dans les cas où le dégagement de l'anneau crural vous paraîtra offrir quelques difficultés.

Parmi les autres procédés opératoires, il en est un que je ne vous engagerai pas à suivre, c'est celui de Roux, qui consiste à enclouer l'arcade dans le squelette sous-jacent au moyen d'une pointe de tapissier : cette pratique qui a donné d'excellents résultats et qui a été à l'honneur pendant un certain temps, paraît complètement abandonnée en raison des lésions d'ostéite qui ont été déterminées.

Il est malheureusement des cas où de semblables méthodes sont totalement insuffisantes, car elles ne permettraient pas de combler un anneau crural par trop dilaté ; aussi certains auteurs ont-ils cherché l'oblitération au moyen d'autoplasties de voisinage en prélevant des lambeaux musculaires sur le pectiné ou sur les adducteurs, ou encore au moyen d'hétéroplasties avec des plaques osseuses ou cartilagineuses, ce qui leur a permis d'obtenir parfois des résultats satisfaisants.

En ce qui concerne les résultats éloignés de la cure radicale de la hernie crurale, je me garderai bien de vous donner lecture de statistiques, car comme elles ne s'adressent pas à des variétés de hernies identiques, elles sont loin d'avoir une signification absolue. Il faut, en effet, dans cet ordre d'idées distinguer deux sortes de hernies, les unes à orifice étroit, entouré de tissus résistants, et les autres à orifice large, environné de tissus affaiblis : les premières guérissent par tous les procédés, les autres présentent au contraire toutes les chances de récidive et ne donnent souvent pas les résultats que l'ingéniosité des méthodes chirurgicales semblait devoir faire espérer.

En terminant, je ne vous dirai qu'un mot du traitement des complications des hernies crurales toutes, loin de contre-indiquer une intervention, la commandent au contraire impérieusement. En ce qui concerne plus particulièrement l'étranglement, souvenez-vous bien que la kélotomie est le seul traitement qui convienne, et que le taxis, qui présente ici le maximum de dangers, doit être absolument proscrit.

NOTE SUR LA PHYSIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE

Il y a deux ans, après un échange de vues entre confrères, j'ai rédigé cette note sur la tuberculose ; elle n'a pas encore été publiée.

Il était question, dans certains cas de tuberculose, surtout tuberculose avancée, de l'insensibilité complète du malade à toute thérapeutique, à tout médicament en particulier.

Une explication peut en être donnée.

Pour me faire comprendre, je citerai d'abord une expérience de laboratoire. Si lon met dans un placard un flacon rempli de crachats tuberculeux (flacon bien bouché), on constate, après six mois, que les bacilles sont morts ; ils ne cultivent plus ; ils ne tuent plus un cobaye.

Si, au lieu de laisser le flacon constamment bouché, on le laisse ouvert de temps en temps, on constate qu'après six mois, il y a des bacilles vivants. Que s'est-il passé ? L'air introduit a réactivé les bacilles, les a empêchés de mourir. Si on réfléchit, cela n'a rien d'extraordinaire, puisque le bacille de Koch est un bacille aérobie.

Si l'on examine les conditions de vie pour le bacille parasite du malade, que constate-t-on ? L'emphysémateux, par exemple, a une respiration nettement diminuée et aussi un excès d'acide carbonique dans ses poumons. Les bacilles recevront donc peu d'air, ils auront une vie ralentie, latente, qui permettra une transformation fibreuse des lésions, mais si quelques-uns de ces mêmes bacilles arrivent à contaminer un autre poumon qui respire mieux chez un autre malade, ils pourront devenir virulents et l'évolution de la maladie sera tout autre.

Quand on fait un pneumo, que se passe-t-il ? On garde intacts les vaisseaux du poumon tout en réduisant ce dernier à un volume très restreint. Si la respiration n'est pas complètement abolie (on voit, en effet, à la radio, chez certains sujets, des battements perceptibles de la paroi pulmonaire), du moins est-elle fortement ralentie et on constate que des bacilles en pleine activité provoquant une évolution rapide de la maladie se transforment du jour au lendemain en bacilles à vie ralentie, latente, qui finiront par mourir au bout de deux ans environ, si on a la patience de les maintenir dans cet état.

Dans le poumon rétracté par le pneumo, on constate à l'autopsie une évolution fibreuse autour des foyers tuberculeux qui s'éteignent progressivement ; le processus de sclérose se fait autour des productions caséeuses là où la compression (ou diminution oxygénée) existe, mais l'évolution tuberculeuse se reproduit si l'on cesse la compression.

La question des pneumo-conioses éclaire encore cette conception. Au dispensaire Léon Bourgeois, on avait été très étonné, au début, que des anciens tuberculeux faisant fonction de conducteurs d'autos pouvaient, l'été surtout, non seulement absorber impunément de la poussière en quantité, mais aussi s'améliorer beaucoup. En réfléchissant, on peut comprendre qu'il y a là une action double. D'abord, il y a absorption de poussières stérilisées par les rayons solaires (cette question se rattache à la stérilisation des microbes et spécialement du bacille de Koch par les rayons solaires), ensuite il y a enveloppement plus ou moins marqué du bacille de Koch par la poussière, la respiration de ce dernier est donc diminuée.

Dans l'atmosphère des fours à chaux que la Société du Calcophore a cherché à réaliser, l'intervention solaire n'existe plus. Un nuage de chaux vive se transformant en carbonate de chaux enrobe les bacilles de Koch ; on fait agir un gaz très riche en anhydride carbonique et l'explication de l'immunité des chaufourniers — que la Société du Calcophore dit ne pas saisir — peut être donnée par ce qui précède.

Tous ceux qui sont allés au Dispensaire Léon-Bourgeois savent avec quel soin particulier on examine les photos des poumons avant de faire un pneumo. On sait, en effet, que si des taches existent près du hile dans le poumon considéré comme sain (1), c'est-à-dire si des bacilles de Koch se trouvent à cet endroit, au moment de faire le pneumo, ils passeront d'une vie latente à une autre vie remarquablement active. Pourquoi ? parce que, par suite de respiration anormale, exagérée puisqu'il n'y a qu'un poumon pour l'organisme, le premier étant contracté, le bacille aérobie se trouvera activé par l'oxygène de l'air.

Le coup de vent au bord de la mer, surtout sur les plages du Nord, agit dans le même sens ; la respiration par effort dans le cas d'exercice violent agit de même. Tous ces cas sont donc ceux de respiration anormale que j'appellerai pathogène et qui tous favoriseront l'activité du bacille de Koch, surtout si ces anomalies de la respiration arrivent à se succéder fréquemment ; c'est le cas du poumon considéré comme sain alors qu'il est légèrement contaminé, en cas de pneumo, comme c'est le cas dans la crise dyspnéique chez certains tuberculeux, avec respiration saccadée ; également comme c'est le cas de toux persistante incessante (respiration convulsive), chez certains malades en état d'éréthisme nerveux.

Or comment a-t-on cherché à éviter ces in-

(1) Par rapport au poumon malade. A noter que, dans certains cas, on a pu obtenir un pneumo heureux, même avec un deuxième poumon contaminé.

convénients ? En diminuant la pression de l'air par l'altitude, en faisant faire de la chaise-longue pour empêcher tout effort, en évitant les endroits où se trouve le vent, en faisant une ville d'hiver à Arcachon où les sinuosités des chemins et les pins de la forêt empêchent le vent, le brisent avant son arrivée. Il y a aussi l'essence des pins qui est un modérateur de l'oxygène de l'air, tout en provoquant l'ozone. Si je me rappelle bien, il y a un médecin d'Arcachon qui engageait ses malades à vivre dans une atmosphère d'essence de térébenthine répandue dans les pièces d'habitation. Peut-être certains médicaments modérateurs injectés dans le poumon par la trachée auraient une action plus marquée encore.

Est-ce à dire que l'air, bienfaisant pour le bacille dans la respiration pathogène, ne peut l'être pour le malade. Je crois que ce serait une grossière erreur. L'air et l'ozone lui sont nécessaires ; vivre et dormir avec le plus d'air possible est à recommander. Il suffit cependant de comprendre l'action antagoniste de l'air vis-à-vis du malade et du bacille parasite.

Le malade qui a une respiration régulière normale absorbe l'oxygène qui est nécessaire à son organisme, lequel passant dans le sang se fixera sur les globules rouges pour former l'oxyhémoglobine. Or l'oxygène sous cette forme est éminemment microbicide ; jamais il ne pourra être favorable au bacille. Par quoi est constitué le terrain quand il s'agit du bacille de Koch ? Il faut tenir compte de l'anticorps qui n'existe pas chez les tout jeunes enfants ni chez les indigènes vivant loin de tout bacille de la tuberculose. (Vu, à plusieurs reprises, des indigènes , Africains ou océaniens, disparaître après trois mois de maladie, à Léon-Bourgeois), mais cet anticorps ne se formera bien que si le sujet est en bon état, c'est-à-dire s'il a de l'oxyhémoglobine.

Qu'est-ce qu'il faut pour cela ? Il faut d'abord qu'il y ait un nombre suffisant de globules rouges, il faut ensuite que chaque globule rouge contienne une quantité suffisante d'oxyhémoglobine.

Du reste, quels sont les facteurs qui entrent en jeu pour le pronostic en cas de tuberculose pulmonaire ? On peut citer la fièvre, la cutiréaction, la tension artérielle, le pouls.

La fièvre indique une combustion excessive dans un organisme qui se défend. La cutiréaction positive indique la présence d'anticorps. L'hypotension existe en général avec l'anémie. Le pouls est intéressant ; en effet, si la tachycardie coïncide avec la fièvre, cela indique que le travail du cœur est augmenté par suite du besoin d'un excès d'oxygène pour une combustion excessive ; si, au contraire, il n'y a pas de température, la tachycardie indiquera une carence d'oxyhémoglobine (l'organisme n'ayant pas la quantité d'oxygène suffisante) et le pronostic sera beaucoup plus sombre.

Comment favoriser la formation de cette oxyhémoglobine ? On pourrait répondre : tout ce qui excite, ce qui provoque l'hématopoïèse. Mais il y a un corps, l'ozone, sur lequel j'insisterai volontiers. L'ozone qu'on trouve plus abondant sur la montagne, au bord de la mer, sur la mer, n'a jamais, au moins dans les proportions où il existe, où il est employé, d'action favorisante pour le bacille. Au contraire, il a une action très nette favorisant l'hématopoïèse, qu'il soit inspiré par le poumon, qu'il soit absorbé en liquide, par l'estomac, ou en injections intramusculaires. Les essais que je connais pour l'ozone inspiré ont été faits dans des dispensaires une demi heure, par exemple, deux ou trois fois par semaine. Or, pour faire un essai sérieux, il faudrait que le malade ait à sa disposition un appareil producteur d'ozone (qui existe) et qui fournisse à respirer de l'ozone d'une *façon continue*. A Bruxelles, particulièrement, on a étudié l'action de l'ozone absorbé par la bouche et en injections.

D'après ce qui précède, il me semble donc pouvoir répondre à la question posée au début comme il suit : quand un malade a une respiration pathogène et n'a pas d'oxyhémoglobine, on peut le comparer à un morceau de bois dont le feu couve sous la cendre. Sa respiration anormale active le feu comme un soufflet. L'oxyhémoglobine jouerait le rôle d'extincteur si elle existait, mais comme elle est absente, il n'y a pas de contrepartie. Dans de telles conditions, est-on cependant complètement désarmé ? Ce n'est pas mon avis. Une thérapeutique très simple et non encore employée serait la radiothérapie intrapulmonaire. Celle-ci associée à l'emploi continu de l'ozone, à l'emploi des R. U. V. et de certains médicaments pouvant alors agir, un résultat favorable pourrait être envisagé ; malheureusement, je n'ai pas encore été à même de faire cet essai.

Ceci est, en somme, une explication de l'anergie, dont il est souvent parlé, mais dont je n'ai pas encore vu donner d'explication.

Docteur Marcotte,
Arcachon.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Sueurs d'urée.

Dans l'insuffisance rénale, les substances que les reins ne peuvent plus éliminer au taux de leur concentration physiologique s'accumulent dans le sang et tendent à s'emmagasiner dans les tissus. La peau et les muqueuses sont des accumulateurs de ces substances, les unes relativement peu toxiques, d'autres ayant un haut degré de toxicité. Les téguments jouent un rôle d'émonctoire ; on s'efforce de les faire fonctionner dans l'espoir qu'ils soulageront les reins défaillants. Mais trop souvent la situation est si grave qu'alors même que la sueur est chargée en urée au point de la laisser cristalliser à la surface de la peau, on ne saurait, dit le Pr Sabrazès, escompter une action vicariante favorable de ces sueurs d'urée. Bien loin de là, on peut affirmer que le pronostic s'assombrit au point de devenir fatal quand ce phénomène se produit ; il extériorise une azotémie et une ammoniémie devenues irrémédiables malgré les décharges toxiques par les émonctoires.

De même quand, dans la néphrite chronique avec azotémie, l'hypotension suit de très près l'hypertension, il est à craindre que l'issue fatale soit très proche. (*Gazette hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 11 avril 1926.)

Les cavernes pulmonaires tuberculeuses chez le nourrisson et leurs complications.

L'extrême latence de l'infection tuberculeuse chez le nourrisson est bien connue ; et le Dr A. Dufourt remarque qu'il s'ensuit que les lésions rencontrées aux autopsies sont presque toujours beaucoup plus étendues, plus disséminées et plus profondes que l'examen clinique, le plus minutieux et le plus averti, permettait de le soupçonner. En pratique, c'est à partir du 5e mois que l'on commence à rencontrer les cavernes. La proportion va en croissant rapidement.

Les symptômes fonctionnels et généraux sont des plus variables ; mais à l'existence des cavernes pulmonaires sont liés étroitement l'hémoptysie, la vomique et le pneumothorax.

L'hémoptysie est d'une extrême rareté chez le nourrisson, elle ne se produit qu'exceptionnellement avant le 8e mois, la quantité de sang rejetée est variable.

La vomique est également un accident exceptionnel.

En ce qui concerne le pneumothorax, on est surpris de la discordance qui existe entre sa grande rareté et la fréquence des processus cavitaires. C'est d'autant plus curieux que chez le nourrisson, les cavernes affleurent souvent la plèvre, et que les adhérences sont loin d'être la règle. Son début est dramatique, et la mort peut être extrêmement rapide. Dans les cas douteux, la radioscopie confirme le diagnostic.

L'évolution est ordinairement courte et varie de quelques heures à quelques jours. Certains enfants ont survécu deux semaines. Le pronostic doit donc être considéré comme fatal à brève échéance, sauf dans les cas exceptionnels. (*Lyon médical*, 18 avril 1926.)

Les arsenicaux, par voie buccale, dans le traitement et la prophylaxie de l'amibiase et des diverses infections intestinales.

En constatant pour la première fois, en 1915, que les sels arsenicaux n'agissent efficacement sur les formes kystiques de divers parasites intestinaux que lorsqu'ils sont administrés par la voie buccale ou en lavements, alors que les injections intraveineuses ne donnent que des résultats insuffisants, il a été possible à Paul Ravaut d'améliorer et même de transformer le mode de traitement de nombreuses formes d'entérites chroniques. Tout le monde est d'accord sur les résultats de cette méthode thérapeutique, qui a maintenant fait ses preuves et dont l'efficacité s'accroîtra avec l'activité des sels arsenicaux mis en œuvre (efficacité de l'arsenobenzol, 606).

En même temps deviennent possibles la prophylaxie et la prévention de ces maladies ; aussi serait-il intéressant de commencer sans retard des recherches plus étendues en ce sens. (*La Presse médicale*, 21 avril 1926.)

Traitement des troubles de la croissance et de la puberté.

Quels que soient ces troubles, une notion, d'après les prof. G. Lemoine et J. Minet, domine l'exposé de leur thérapeutique : c'est la notion de prophylaxie. Il faut, en effet, apporter aux cellules de l'organisme en voie de multiplication et de développement, tout ce qui est nécessaire à cette multiplication et à ce développement. De sorte que la prophylaxie elle-même des maladies de la croissance est à son tour dominée par la notion d'alimentation.

A ce point de vue l'hypothrepsie de la première enfance mérite toute l'attention : il faut faire analyser le lait de la mère, régler les tétées, et surtout surveiller le poids, qui jugera en dernier

ressort de la valeur de telle ou telle alimentation ; ne pas oublier les carences diverses possibles pour y suppléer ; ne pas oublier non plus le rôle que parfois jouent les glandes endocrines, en particulier la thyroïde et qu'une toute petite quantité de thyroïdine (un centigramme par jour), associée ou non à l'extrait hypophysaire ou surrénal, met assez souvent un terme à des arrêts de croissance rebelles à d'autres médications.

Dans la deuxième enfance, il convient de se rappeler combien peut être dangereux un régime strict trop longtemps continué, notamment le régime farineux préconisé contre les infections et l'auto-intoxication intestinales. Signalons le rachitisme, les dystrophies relevant à la fois d'un trouble de l'alimentation, et d'un dysfonctionnement endocrinien, qui réclament l'administration judicieuse des extraits thyroïdien, hypophysaire, surrénal, pour arriver à un résultat satisfaisant.

Mais c'est peut-être entre 12 et 15 ans, période la plus active de la croissance, que l'on observe les troubles les plus fréquents : douleurs osseuses, poussées de fièvre, exostoses ostéogéniques, scolioses, palpitations, céphalées, etc. Leur traitement comprend une part diététique, une part hygiénique, une part médicamenteuse (se méfier des « fortifiants », qui peuvent augmenter la dyspepsie et par conséquent les facteurs d'auto-intoxication).

Chez les enfants amaigris, prescrire l'opothérapie hépatique et splénique et donner des bains salés quotidiens. Ajouter aux extraits d'organes une petite dose journalière de sels de chaux, phosphate et carbonate. La polyopothérapie endocrinienne donne de bons résultats.

On doit encore signaler, comme troubles de la croissance, l'obésité chez l'enfant : thyroïdienne et génitale, hypophysaire, épiphysaire, surrénale. Ne pas négliger le traitement spécifique si l'on soupçonne la syphilis. (*Gazette des Praticiens*, 1er mai 1926.)

Diagnostic clinique et radiologique des appendicites chroniques.

Ainsi que le démontre Jean Baumel, les troubles appendiculaires peuvent revêtir des allures protéiformes, ne rappelant en rien la pathologie de l'appendice, telle qu'on croyait la connaître ; ainsi s'explique-t-on pourquoi on ne diagnostique pas avec plus de certitude la plupart des appendicites subaiguës et chroniques. Ce sont ces infinies variantes qu'il faut bien connaître pour arriver à les rattacher à leur véritable cause : l'altération appendiculaire.

Il n'y a pas très longtemps le diagnostic s'en établissait de façon assez simple par la recherche des divers points de Mac Burney, Lorenz, Morris. Mais ils n'ont pas de valeur absolue ; il n'y a qu'un point, le point appendiculaire, qui d'ailleurs est éminemment variable avec chaque individu. Le mérite de l'examen radioscopique est précisément de le localiser strictement dans chaque cas particulier.

L'appendicite chronique s'observe à tout âge ; elle évolue presque toujours sans attirer spécialement l'attention du côté de l'appendice. C'est une crise que traduit un malaise abdominal, un gonflement plus qu'une douleur ; la température reste normale ou s'élève de quelques dixièmes à plusieurs degrés.

Enfin, il faut bien savoir que certains malades accusent une symptomatologie purement gastrique, brûlures, nausées surtout à jeun, vomissements, etc. La symptomatologie intestinale peut, elle aussi, varier du type duodénal au type vésiculaire.

De la lecture des observations, il découle que les malades demandent très rarement des conseils pour des troubles nettement classés, et cependant la plupart ont vu de nombreux médecins. Les uns ont soi-disant une dyspepsie nerveuse ; les autres un estomac dilaté, d'autres encore une dyspepsie hypochlorhydrique. Il faut savoir que la langue est non pas le miroir de l'estomac, mais uniquement de l'intestin. L'examen clinique révèle toujours une certaine sensibilité de la fosse iliaque droite, et le point douloureux varie de situation avec chaque individu. Il ne peut être rapporté à l'appendice qu'au cours de l'examen radioscopique. La plupart du temps, il existe une réaction cæcale : cæcum boudiné roulant sous le doigt, de tension changeante, avec alternative de contraction et de relâchement, gargouillement cæcal avec production de bruits hydro-aériens. Ces troubles coliques s'expliquent aisément par propagation de l'infection appendiculaire.

Mais tous les signes cliniques et coprologiques ne sont certainement pas pathognomoniques d'une infection appendiculaire. Si de leur recherche méthodique, il nous est possible de penser à la possibilité d'une appendicite chronique, il nous faut, avant d'affirmer son existence, contrôler derrière l'écran radioscopique les symptômes relevés, faire leur discrimination, y ajouter divers signes radiologiques et surtout essayer de voir l'appendice malade.

Dans 95 % des cas, l'appendice physiologique normal est nettement visible sur l'écran vers la cinquième heure après l'absorption de bouillie barytée, soit spontanément, soit à la suite de manipulations plus ou moins importantes pratiquées par l'opérateur, à la main ou avec un distincteur. Mais, même à la sixième heure, il peut, bien que sain, n'être pas visible (position rétro-cæcale, stase iléale, etc.).

Il faut d'abord rechercher l'appendice sur l'écran fluorescent pour affirmer qu'il est sain ou au

contraire qu'il est le siège d'une inflammation subaiguë ou chronique. Le canal appendiculaire peut être dilaté, toujours rempli de baryum même après l'évacuation du cæcum ; il peut, par suite d'inflammation ou d'un bouchon, être frappé d'occlusion permanente ou temporaire. Une fois repéré, il faut chercher le grand signe radiologique d'atteinte appendiculaire, qui est la douleur provoquée ; il est indispensable de pratiquer sur toute son étendue des pressions répétées en tous sens et il importe surtout de localiser strictement la douleur. Quand le conduit appendiculaire est visible dans une certaine étendue, l'appendice enflammé a souvent un trajet sinueux, des coudures. Malgré toutes les adhérences possibles, on arrive toujours à mobiliser quelque peu l'appendice, et ce n'est que par la relativité de cette mobilisation, et surtout par la constance relative des rapports que l'on arrive à affirmer l'existence d'adhérences appendiculaires.

Si l'appendice n'est pas visible, c'est que la lumière est obstruée et n'a pu laisser passer la bouillie barytée. Il faut alors faire une étude approfondie des symptômes extra-appendiculaires. Les recherches cliniques soigneuses, la stase iléale (des plus constantes), le repérage minutieux des points douloureux à la pression profonde toujours identiques à eux-mêmes, extra-cæcaux, l'intégrité de la valvule de Bauhin recherchée par lavement, la non existence d'ulcération de l'intestin grêle permettent d'établir un faisceau de symptômes qui autorise le médecin averti à diagnostiquer tout de même en recherchant soigneusement les anamnestiques (existence de crises antérieures), la présence d'une appendicite. (*Arch. des Mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutrition*, mai 1926.)

De la désinfection du rhino-pharynx et de ses cavités annexes.

La conformation très anfractueuse des fosses nasales et de leur arrière-cavité, la nécessité aussi de confier le plus souvent au malade lui-même l'application des moyens employés font que le but qu'on se propose est rarement atteint.

Les poudres médicamenteuses prisées ou insufflées par le malade ne pénètrent pas dans la cavité du pharynx. Les pommades n'ont guère d'avantages sur les poudres.

Les instillations et pulvérisations d'huiles médicamenteuses constituent un moyen théoriquement plus efficace que les précédentes ; cependant, estime le Dr Mirguet, il faut que le malade se place dans la position horizontale, la tête repliée en arrière, pendant au moins trois minutes pour donner à l'huile le temps de se répandre de proche en proche sur la face postérieure du voile du palais et sur les parois du pharynx.

Les gargarismes antiseptiques n'ont aucune action sur les muqueuses du rhino-pharynx qu'ils ne peuvent baigner.

Le meilleur moyen à recommander pour faire pénétrer, profondément et à coup sûr, des substances antiseptiques à travers le nez et jusque dans la cavité du rhinopharynx, est l'inhalation ; mais pour éviter, la congestion de la muqueuse pituitaire (par irritation des substances volatiles employées), on peut employer la cocaïne à très faible dose ; elle est anesthésique et vaso-constrictive ; la muqueuse, même si elle est tuméfiée, se rétracte et laisse le passage libre aux vapeurs médicamenteuses, dont elle supporte le contact sans réagir ; il est indispensable d'employer la cocaïne en solution isotonique, un peu chaude.

1° Instillation dans chaque narine, trois fois par jour, de 8 à 10 gouttes d'une solution chaude :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 30
Chlorure de sodium	0 gr. 75
Solution phéniquée à 25/1000	5 gr.
Eau bouillie	100 gr.

Chez les enfants réduire de moitié la cocaïne.

Pour chauffer la solution, il suffit de chauffer le compte-gouttes, une fois rempli, sur la flamme d'une lampe à alcool et de vérifier la température obtenue en laissant tomber une goutte de liquide sur le dos de la main.

2° Cinq à dix minutes après l'instillation, inhalation médicamenteuse : dans un bol d'eau chaude (non bouillante), pour chaque inhalation de cinq minutes, 30 à 40 gouttes de :

Menthol	1 gr.
Chlorétone	2 gr.
Teinture de benjoin	4 gr.
Créosote pure de hêtre	4 gr.
Teinture d'eucalyptus	40 gr.

Trois à six inhalations par jour. (*Arch. de médecine et de pharmacie navales*, n° 1926.)

Les pyodermites et leur traitement.

En raison des agents qui les provoquent, Ch. Fouquet estime que les pyodermites pourraient recevoir le nom de staphylococcies et streptococcies cutanées. Une solution de continuité des téguments ou les follicules pilo-sébacés sont une porte d'entrée fréquente. L'endocardite infectieuse, l'ostéomyélite et d'autres graves infections ont souvent pour origine un furoncle ou un anthrax de la peau.

Comme traitement, on a recommandé les antiseptiques : alcool, acide phénique, sublimé, sulfate de cuivre, colorants (bleu de méthylène et rouge de Ziehl), calomel, oxyde jaune d'hydrargyre. Ces deux derniers sont surtout employés en pommades, les précédents en solutions. Mais ces

préparations, évidemment microbicides, ne sont pas sans une action nocive sur les tissus, sur les cellules de la peau.

L'asepsie, loin d'être efficace, entretient une humidité chaude favorable à l'existence et à la multiplication des microbes, macérant les tissus, dont elle diminue ainsi la résistance.

Enfin, la vaccinothérapie s'est efforcée, ces temps derniers, de réaliser une immunité active soit par stock-vaccins, soit par auto-vaccins.

On a aussi traité les pyodermites par des vaccins en pansements : pommade au propidon, immunizols-bouillons. Besredka conseille l'emploi de cultures filtrées qui contiennent le principe vaccinant ou antivirus, et qui se montrent aussi actives que les cultures entières non filtrées. (*La Consultation*, juin 1926.)

Rupture de l'aorte abdominale.

Elle est exceptionnelle par rapport à la rupture de l'aorte thoracique ; A. Buisine et A. Savoie ne parlent pas naturellement des ruptures assez banales des anévrysmes abdominaux ou thoraco-abdominaux.

On en connaît environ trente observations ; il s'agit en général d'hommes et de vieillards athéromateux. Mais les causes prédisposantes ne sont pas indispensables et on a vu des traumatismes violents rompre une artère parfaitement saine.

Cette rupture est traumatique ou spontanée.

Les auteurs en rapportent un cas intéressant par le siège rare, un centimètre au-dessus de la bifurcation de l'aorte, par la rareté d'une rupture transversale complète, et par la survie particulièrement longue de la malade (vingt jours). (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 16 mai 1926.

A propos de l'anesthésie générale au Schleich avec l'appareil d'Ombrédanne.

MM. Desgouttes et A. Ricard bornent leur étude aux anesthésiques par inhalation. L'éther et le chloroforme perdent dans des proportions considérables leurs inconvénients quand on les mélange.

La formule de Schleich doit être employée en poids : 10 grammes d'éther, 7 grammes de chloroforme, 3 grammes de chlorure d'éthyle.

On garnit l'appareil avec 30 grammes environ du mélange et on commence directement l'anesthésie très doucement : en partant du 0 de l'appareil, on augmente progressivement, passant à 5 ou 6 en dix minutes. Il est rarement utile de pousser l'aiguille jusqu'au maximum de 8 ; un très bon sommeil, obtenu en dix minutes environ, ne demande généralement pas de pousser au-delà de 6. L'essentiel, c'est de ne pas vouloir aller trop vite. Ce n'est guère qu'au bout de 35 à 40 minutes depuis le sommeil complet qu'il est bon, si l'intervention doit encore se prolonger, de renouveler la provision d'anesthésique.

Par le mélange de Schleich disparaissent des contre-indications fréquentes de l'éther pur, poumons tarés par la tuberculose ou les gaz, malades trop susceptibles, quant à leur appareil respiratoire, les goitreux par exemple. De même disparaît la trop grande toxicité du chloroforme pur.

Enfin l'anesthésie peut être faite par n'importe quelle personne tant soit peu au courant.

Cette méthode, de par ses excellents résultats, mérite de se répandre davantage et d'être plus adoptée en chirurgie générale. (*Lyon médical*, 6 juin 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur les études médicales.

(*Académie de médecine* ; 21-12-1926.)

A propos d'une communication de M. Weiss sur le rôle de la science dans l'avenir du corps médical, et après une discussion à laquelle prirent part MM. Chauffard, Richet, Pinard, Quénu, Sergent et Louis Martin, l'Académie adopte les deux propositions qui suivent :

Première proposition. — L'Académie regrette que les jeunes gens abordent les études médicales avec une préparation littéraire et scientifique insuffisamment appropriée.

Deuxième proposition. — L'Académie émet le vœu que l'enseignement du P. C. N. soit réformé dans un sens médical et donné dans les Facultés de médecine.

Les eaux bicarbonatées calciques et l'élimination de l'acide urique.

(MM. Desgrez, Rathery et Lescœur. — *Académie de médecine* ; 21-12-1926.)

MM. Desgrez, Rathery et Lescœur concluent ainsi une étude sur les eaux bicarbonatées calciques considérées comme éliminatrices d'acide urique :

Chez les hypo-uricémiques relatifs B, l'eau de Pougues n'a produit aucun effet modificateur appréciable, tant sur l'élimination urinaire que sur le taux de l'acide urique du plasma. Chez les hyper-uricé-

miques relatifs A, on a observé au contraire une réaction à l'eau de Pougues le premier jour de la cure. Cette réaction est constituée essentiellement, dans l'urine, par une augmentation de l'excrétion urique et calcique et, dans le plasma, par un abaissement du taux de l'acide urique.

L'examen comparé de l'urine et du sang donne la preuve d'une débâcle évacuatrice d'acide urique survenant tout au début du traitement. En résumé, les analyses s'accordent pour confirmer le rôle joué par l'eau de Pougues comme agent éliminateur vis-à-vis de l'acide urique chez certains sujets prédisposés.

Nouvelle méthode de stérilisation des plaies.

(M. Chevrier. — *Académie de médecine* ; 21-12-1926.)

En 1915, Gley et Lœwy préconisèrent la solution de Ringer-Locke dans le traitement des plaies. Carrel recommanda, vers la même époque, le liquide antiseptique de Dakin. M. Chévrier préconise aujourd'hui une solution qui a les avantages physiologiques du Ringer-Locke et le pouvoir bactéricide du Dakin. Il l'obtient par électrolyse du liquide de Ringer-Locke, qui amène un dégagement d'ozone et de chlore.

La méthode est originale. L'auteur immerge la partie malade (membre, corps entier même) dans un bain de solution de Ringer-Locke, à 37°, et il procède à l'électrolyse du bain, qui devient ainsi antiseptique et stérilisateur. Il a employé ce traitement sur une trentaine de plaies atones et d'ulcères de jambes : tous ont été guéris dans un délai de 15 à 45 jours, sans repos et sans interdiction de marcher. Deux pyodermites (dont l'une existait depuis un an) ont disparu en trois séances.

Pleurésie purulente chez un vieillard : guérison par pleurotomie simple.

(MM. Maurice Renaud et Peytavin. — *Soc. méd des hôp.* ; 29-10-26.)

En présence d'une pleurésie purulente, le traitement généralement considéré comme celui de choix est la thoracotomie large. La pleurotomie minime, la simple incision du thorax n'a que peu de partisans : peut-être sa simplicité même semble-t-elle lui enlever le pouvoir d'amener la guérison.

M. Maurice Renaud montre qu'il ne faut pas s'arrêter à cette conception *a priori*. Un de ses malades, vieillard de 78 ans, atteint de broncho-pneumonie avec pleurésie purulente, fut soumis à l'intervention la plus économique, l'incision suivie de lavages et de soins médicaux. Il guérit d'une façon complète.

— M. Dufour est d'accord avec M. Renaud lorsqu'il préconise la substitution de la simple pleurotomie à la résection costale dans le traitement des pleurésies purulentes et putrides. Chez plusieurs malades de l'auteur, cette conduite a été couronnée de succès et a procuré la guérison. Cependant il est évidemment des cas où une incision pleurale ne serait pas suffisante pour permettre l'élimination de fausses membranes épaisses. Comme toujours, il faut approprier le traitement à chaque état particulier.

Anémie pernicieuse causée par le thorium.

(MM. Laignel-Lavastine et George. — *Soc. méd. des hôp.* ; 19-11-1926.)

MM. Laignel-Lavastine et George relatent un cas d'anémie pernicieuse causée par l'emploi thérapeutique du thorium X.

— M. P.-Emile Weil, à propos de cette observation, remarque que les progrès de la thérapeutique ont permis de rencontrer chez l'homme des anémies pernicieuses véritablement expérimentales : celles que provoquent les arsénobenzènes et le benzol ; celles que déterminent les corps radio-actifs : radium, rayons X, thorium.

Les anémies pernicieuses suscitées par le radium et les rayons X relèvent soit d'une intoxication professionnelle, soit d'une intoxication thérapeutique. Les radiographes et le personnel maniant les substances radio-actives prennent aujourd'hui des précautions (isolants, examens réguliers du sang avec mise au repos dès l'apparition des signes anémiques). L'anémie pernicieuse thérapeutique des rayons X a été surtout vue après la guerre, au début de la radiothérapie pénétrante à doses massives. Des cancéreux, des leucémiques ont ainsi succombé à l'anémie pernicieuse. Les cas d'anémie post-thoriques professionnels sont plus rares. Les cas thérapeutiques ne sont pas non plus très communs. Il importe néanmoins d'y penser lorsqu'on veut employer ces agents chez les malades, les leucémiques par exemple.

Diphtérie et pneumobacille (antagonisme microbien)

(M. Jean Gaté, de Lyon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-12-1926.)

Dans un mémoire présenté par M. Lereboullet, M. Jean Gaté expose le problème de la pneumobacillo-diphtérie, nouvel exemple d'antagonisme microbien.

Nicolle et Hébert ont trouvé quelquefois le pneumobacille associé au bacille de Löffler. Avec MM. Lebeuf et Papacostas, M. Gaté a rencontré assez fréquemment cette association (7.5 %) et il en possède actuellement plus de 20 observations. Un point intéressant est la courte durée habituelle de cette symbiose. S'appuyant sur la clinique et aussi sur des recherches expérimentales, l'auteur pense pouvoir conclure qu' « il existe entre le bacille diphtérique et le pneumobacille un antagonisme unilatéral. Le bacille de Friedlander atténue le bacille de Löffler, dont il diminue la végétabilité et le pouvoir toxigène par ses produits de sécrétion. Le bacille diphtérique, par contre, n'agit pas sur le pneumobacille ».

Selon l'auteur, l'association du pneumobacille et du bacille de Löffler semble écourter l'évolution des angines diphtériques et leur assurer une remarqua-

ble bénignité. L'apparition du pneumobacille au cours d'une diphtérie permet de prévoir la disparition prochaine du bacille de Löffler.

S'inspirant de ces recherches, M. Lesbre a utilisé avec succès la bactériothérapie pneumobacillaire chez les porteurs de germes. M. Gaté croit que cette bactériothérapie pourrait être utile dans le traitement même de la diphtérie en se servant d'endotoxines du bacille de Friedlander. Il se propose d'étudier cette question de thérapeutique.

Traitement iodé de la maladie de Basedow.

(M. LANDAU, de Varsovie. — *Soc. méd. des hôp.* ; 14-5-26.)

L'iode est-il utile ou dangereux dans la maladie de Basedow ? Frappé par le fait (observé en clinique) de la transformation toxique du goitre simple par l'iode, Kocher a créé le terme de « Basedow iodique ». Sous l'influence de ses idées, l'iode fut radicalement rejeté de la thérapeutique du goitre exophtalmique.

Et cependant, divers auteurs ont signalé des améliorations de cette maladie par le traitement iodé. Déjà, Trousseau raconte l'histoire suivante : soignant une jeune femme de 28 ans atteinte de goitre exophtalmique avec un pouls à 150 à la minute, et voulant prescrire de la teinture de digitale, il écrivit, par erreur : teinture d'iode, XX gouttes par jour. Revoyant la malade après deux semaines, il remarque son erreur, la rectifie, mais en même temps il est étonné de constater une amélioration de la patiente dont le pouls est tombé à 90. Puis, la jeune femme ayant cessé l'iode et pris de la digitale, il la réexamina deux semaines plus tard : le pouls était de nouveau à 150.

Dans ces dernières années, les auteurs américains (Plummer, Peuberton...) ont nettement critiqué les idées de Kocher. En 1922 même, Plummer a proposé de traiter par l'iode sous forme de solution de lugol (X gouttes deux à trois fois par jour) la maladie de Basedow (qu'il distingue du goitre basedowifié, ce dernier contre-indiquant l'iode). Pour lui, c'est une excellente médication, qu'il convient de compléter par la strumectomie.

Dans un travail présenté par M. Marcel Labbé, M. Landau rapporte une observation personnelle de goitre exophtalmique très amélioré, temporairement tout au moins, par la cure iodée.

Intoxication par le tréparsol.

(MM. DARGEIN et DORÉ, de Toulon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 19-11-26.)

M. E. May a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, le 23 juin dernier, un cas de mort par le tréparsol. MM. Dargein et Doré relatent aujourd'hui un fait analogue. Il concerne un homme de 55 ans, éthylique, entré à l'hôpital pour hématémèse. En raison de quelques stigmates de spécificité (myosis, abolition des réflexes, Wassermann positif) on prescrit pendant quatre jours du tréparsol à la dose de 4 comprimés par jour. Cinq jours après la dernière prise, le médecin de garde est appelé d'urgence et constate un état comateux. Mort le soir, sans reprise de la connaissance. A l'autopsie, piqueté hémorrhagique au niveau du cerveau.

Les auteurs concluent qu'il sera bon, surtout chez les sujets âgés ou tarés, de tâter la susceptibilité à la médication arsenicale *per os*, et de ne donner que des faibles doses au début, en les augmentant progressivement.

Etiologie et prophylaxie des oreillons.

(M. Yves KERMORGANT. — *Soc. de médecine de Paris* ; 20-10-26.)

M. Kermorgant a découvert dans la salive de malades atteints d'oreillons un spirochète filtrant qu'il considère comme le germe de la maladie. Inoculant des cultures de ce germe, il a pu obtenir chez le singe une infection ourlienne. Les intéressantes recherches de M. Kermorgant n'ont pas encore subi l'épreuve du contrôle d'autres bactériologistes. Elles n'ont été infirmées non plus par personne et l'on peut en admettre, jusqu'à plus ample informé, le bien fondé. Elles sont, en tout cas, du plus grand intérêt.

L'auteur s'est adressé, dans ces conditions, à la thérapeutique des spirochétoses : les arsenicaux. Il a vu, par exemple, une orchite ourlienne fondre rapidement sous l'action du traitement arsénobenzolique. A son avis, la prévention de la maladie doit être assurée, d'abord par la désinfection journalière matin et soir, du rhino-pharynx, ensuite et surtout par l'usage régulier de composés arsenicaux administrés par voie buccale, poursuivi pendant une vingtaine de jours. Ces mesures ne s'appliquent, qu'aux sujets ayant eu un contact infectant et sont d'autant plus efficaces que leur mise en œuvre est plus précoce.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Arthrodèse sous-astragalienne pour pied plat.

M. André RENDU. — Garçon de 17 ans, cultivateur, atteint depuis deux ans de pied plat valgus bilatéral mais surtout marqué à gauche, où il existe des douleurs, des contracteures et une déformation très accentuée, l'axe de la jambe laissant en dehors de lui le talon tout entier. On pratiqua de ce côté une arthrodèse sous-astragalienne cunéiforme à base interne. Immobilisation de quatre mois en plâtre. Actuellement (sept mois après l'opération), le malade ne souffre plus, ne se lasse plus et est très satisfait du résultat fonctionnel ; le pied est cependant resté plat, ce qui montre le peu d'importance de la voûte. On

sait d'ailleurs que nombre de « pieds plats » sont d'excellents marcheurs.

Hématome spontané intra-dure-mérien.

MM. LANGERON et H. MOLLARD présentent le cerveau d'un malade mort dans le service de M. Bard, après avoir présenté un syndrome méningé vague, sans signe de déficit localisé. On pensa à une méningite tuberculeuse. L'autopsie montra qu'il s'agissait en réalité d'un volumineux hématome intra-dure-mérien, constitué par du sang liquide. A noter l'absence de signes de localisation malgré l'aplatissement presque complet d'un hémisphère et l'absence d'hypertension rachidienne. Le malade n'était ni alcoolique ni syphilitique.

Tumeur latente de la dure-mère.

MM. BARBIER et MOLLARD montrent une pièce provenant de l'autopsie d'une malade entrée à l'hôpital avec une hémiplégie discrète, un gros cœur et de l'albuminurie. On trouva une hémorrhagie cérébrale expliquant l'hémiplégie et de plus une tumeur très dure, en partie ossifiée, de la dure-mère au ni veau de la région du lobe frontal gauche.

Séminome testiculaire.

MM. BÉRARD er DUNET relatent un cas de tumeur maligne du testicule (séminome) chez un vieillard de 72 ans. Une telle lésion est exceptionnelle à cet âge.

Abcès du cerveau et zona.

MM. A. DEVIC et PÉTOURAUD. — Jeune homme de 22 ans qui plusieurs mois après une tentative de suicide (coup de revolver, la balle ayant traversé de part en part le lobe frontal) présenta de l'obnubilation intellectuelle, du Kernig avec raideur de la nuque, en même temps qu'une éruption typique de zona. Il y avait en outre un œdème très net de la papille droite. Ponction lombaire, tension 30 cm. ; lymphocytose. L'intervention montra l'existence d'un petit abcès au voisinage de l'orifice d'entrée de la balle. Les auteurs pensent qu'il n'y a pas simple coïncidence entre l'abcès cérébral et le zona, mais que celui-là a été l'intermédiaire entre l'infection du lobe frontal et celle des ganglions rachidiens.

Hématuries au cours d'une néphrite subaiguë.

MM. LANGERON et JEANNIN exposent l'histoire d'un malade de 66 ans entré à l'hôpital pour de l'oppression et des œdèmes. On constatait l'existence d'un bruit de galop, de l'hypertension, un épanchement pleural droit, un gros foie, de l'albuminurie. Brusquement, le malade fut pris d'hématurie, en même temps qu'il présentait une éruption purpurique généralisée et un syndrome hémogénique.

Rétention d'urine et grossesse extra-utérine.

MM. MICHON et POUZET. — Femme de 42 ans amenée à l'hôpital pour une rétention d'urine. La vessie vidée, on pensa à un fibrome postérieur enclavé. L'intervention montra qu'il s'agissait en réalité d'une volumineuse hématocèle consécutive à un avortement tubaire droit. La rétention d'urine avait été le premier signe de cette grossesse extra-utérine.

Priapisme.

M. IMBERT présente, au nom de M. Patel, l'observation d'un homme de 48 ans, éthylique et rhumatisant. Peu de temps après, une nouvelle crise de rhumatisme, il fut pris de priapisme avec douleurs vives et contracture périnéale. Un traitement médical intensif (gardénal, somnifène, bromure, chloral ; compresses laudanisées ; suppositoires opiacés et belladonés) n'amena aucun résultat. L'anesthésie générale, une injection épidurale de scurocaïne n'amenèrent également aucun changement. M. Patel pratiqua alors l'incision des corps caverneux qui amena enfin la disparition de l'érection. A noter l'apparition d'une nouvelle poussée rhumatismale après l'intervention, ce qui incite à penser à l'origine rhumatismale de ce priapisme.

Môle hydatiforme et perforation utérine.

MM. MICHON et POUZET rapportent une observation de môle hydatiforme pour laquelle un curage digital ayant été pratiqué, une perforation utérine se produisit. Malgré l'hystérectomie et une transfusion la malade succomba à l'abondance de l'hémorrhagie.

Tumeur médiastino-pleurale.

MM. J. BARBIER et H. MOLLARD rapportent l'observation d'un malade entré dans le service du prof. Bard pour de l'oppression ; il présentait des signes d'épanchement pleurétique, mais les signes auscultatoires et radiologiques montraient dès le début qu'il ne s'agissait pas d'un épanchement banal. Plus tard une dyspnée intense, avec œdème du cou, fit évoquer une compression médiastinale. L'autopsie montra qu'il s'agissait en réalité d'une médiastinite envahissante, de nature sarcolipomateuse qui avait provoqué à la fois l'épanchement et un refoulement mécanique des poumons.

Tuberculose iléo-cæcale.

M. ROLAND présente une pièce de tuberculose iléo-cæcale pour laquelle son maître, M. Delore, a pratiqué l'exérèse en un temps.

Lithiase rénale. Abcès périnéphrétique.

M. GAYET présente un rein enlevé à un malade de 35 ans. Cet homme avait commencé par avoir de la pollakiurie douloureuse, puis des signes d'abcès

périnéphrétique gauche. Opéré dans une ville voisine, il gardait une fistule. La radiographie montrait un petit calcul. On décida de tenter une néphrolithotomie. Mais au cours de l'intervention, on se rendit compte que l'uretère étant obturé, la néphrectomie s'imposait. Elle fut d'ailleurs très difficile, le rein étant englobé dans une épaisse carapace de périnéphrite scléro-lipomateuse. Le calcul, cause de tous les accidents, fut très difficile à retrouver sur la pièce, ce qui montre bien qu'en pareil cas il serait vain de tenter la néphro-lithotomie, et que la néphrectomie est la seule ressource.

Ulcération syphilitique trachéo-bronchique.

M. R. Rendu. — Homme de 60 ans, vieux tousseur, qui, à un moment donné, vit son état général décliner au point que divers médecins consultés firent le diagnostic de tuberculose pulmonaire avancée, d'autant que le malade avait des crachats hémoptoïques, de l'enrouement, et une scoliose qui fut prise pour un mal de Pott ; l'auscultation était d'ailleurs rendue difficile par la dysphonie et les déformations vertébrales. La constatation d'une *paralysie récurrentielle gauche* et d'une *fétidité toute spéciale de l'haleine*, en même temps que d'une *cyanose intense* et une forte *dyspnée d'effort* incitèrent M. Rendu à éliminer la tuberculose et à penser plutôt à un cancer pulmonaire. Il résolut toutefois de tenter un traitement d'épreuve : le stovarsol n'ayant pas donné de résultats, on institua un traitement ioduré qui transforma le malade, tant au point de vue des symptômes locaux que de l'état général. Tout fait donc supposer qu'il s'agissait de gomme ulcérée située dans le voisinage de la bifurcation trachéale, probablement sur la bronche gauche. La bronchoscopie était impossible en raison de la scoliose.

Ectasie aortique. Compression trachéale.

M. Rebattu et Mlle Bériel. — Femme de 49 ans, soignée depuis deux ans pour albuminurie et bronchite et chez laquelle apparut de la dysphagie et une dyspnée progressive qui, à son entrée à l'hôpital, s'accompagne de tirage et de cornage léger. Il n'y avait ni signes laryngoscopiques ni signes du côté du cœur et de la circulation. Seule la radioscopie, en montrant une masse sombre, *régulière*, surmontant le cœur, et une autre saillie un peu plus haut à droite, permit de faire le diagnostic d'anévrysme de l'aorte. La malade mourut à la suite de crises de suffocation et l'autopsie montra l'existence d'une double ectasie aortique : l'une sur la portion ascendante, l'autre sur la partie descendante de la crosse. La trachée était coincée entre les deux sacs, en position médiane et non déviée, comme il est habituel.

Constriction permanente des mâchoires de cause articulaire.

M. Mollet-Guy montre les pièces prélevées à l'autopsie d'une malade morte de pleuro-pneumonie dans le service de M. Gallavardin. C'était une jeune fille atteinte d'ankylose double temporo-maxillaire remontant probablement à l'enfance. Ne pouvant ouvrir la bouche, elle ne pouvait ingérer que des aliments liquides ou semi-liquides introduits par une brèche pratiquée dans sa denture. Aussi se trouvait-elle dans un état de misère physiologique qui ne lui permit pas de résister à une infection pulmonaire qui ne présentait par ailleurs aucun caractère spécial de gravité. De tels cas sont intéressants au point de vue chirurgical en raison des interventions d'ailleurs difficiles que l'on peut être amené à tenter : résection du condyle du maxillaire inférieur ou ostéotomie de la branche montante.

Société médicale des hôpitaux.

Hérédo-syphilis. Acromégalie fruste.

MM. Mouriquand, Bernheim et Mme Gardère relatent l'observation d'un enfant de 12 ans, hérédo-syphilitique évident, présentant des symptômes d'une acromégalie fruste portant sur le massif facial. L'enfant mesure 1 m. 53 et offre en outre un développement exagéré du système génital (pubis couvert de poils, verge volumineuse). Les extrémités ne sont pas hypertrophiées. Selle turcique normale à la radiographie. Wassermann du sang positif, triade d'Hutchinson. Les auteurs notent la fréquence, chez les hérédo-syphilitiques, en dehors de l'acromégalie, des dystrophies portant sur l'ossature de la face et donnant aux sujets un visage ravagé que l'on peut opposer à celui des enfants de tuberculeux qui présentent, au contraire, une douceur et une régularité souvent remarquables.

Bruit musical diastolique intermittent dans une insuffisance aortique.

MM. Gallavardin, Gravier et A. Josserand relatent l'observation d'une femme de 74 ans, qui présentait un gros cœur avec galop, gros disque d'albumine, et un *bruit musical diastolique intermittent*, soit d'un jour à l'autre, soit dans une même séance d'auscultation. Quand il n'était pas perçu, on n'entendait à sa place aucun souffle diastolique. L'autopsie montra des lésions sigmoïdiennes aortiques bien minimes, mais une insuffisance aortique certaine, vérifiée à l'aide de l'appareillage décrit par deux des auteurs (*Journal de médecine de Lyon*, 1923) avec un débit à la seconde assez faible pour expliquer l'absence de souffle. De leurs constatations les auteurs concluent que le bruit musical diastolique aortique n'est pas une simple modification du souffle diastolique banal, mais un phénomène acoustique surajouté, dont la pathogénie reste obscure.

Tunnellisation et reviviscence fonctionnelle des artères thrombosées.

MM. Gallavardin et P. Ravault rappellent qu'il

est actuellement hors de doute que certaines artères, anciennement oblitérées, peuvent à la longue recouvrer leur perméabilité et se remettre à battre. Quel est le mécanisme de cette désobstruction ? Tout d'abord, c'est seulement dans les artères *thrombosées* que l'on peut observer ce retour à la perméabilité, le processus oblitérant de l'endartérite n'étant pas favorable à un tel phénomène. Dans un premier stade, il y a transformation conjonctive du caillot ; puis à cette organisation du thrombus succède sa *tunnellisation* : de nouvelles lumières vasculaires s'y creusent, s'agrandissent, aboutissant en fin de compte à la formation d'une seule grande artère inscrite à l'intérieur de l'artère primitive.

Pseudo-tumeur méningée.

MM. Bériel et Puig. — Femme de 58 ans, de bonne santé habituelle, mais ayant toujours eu une tendance marquée aux hémorragies. A la suite d'une chute sur la partie droite de la tête n'ayant déterminé immédiatement qu'une petite plaie frontale et un étourdissement, la malade présenta une série de crises jacksoniennes qui allèrent en s'aggravant. Une trépanation pratiquée par le Dr Desgouttes conduisit, après ouverture de la dure-mère, sur une masse lobulée, brunâtre, friable, déprimant les circonvolutions, et qui put être extirpée assez facilement. L'examen histologique montra en plusieurs points des aspects sarcomateux, mais la comparaison de séries de coupes permit de se rendre compte qu'il s'agissait sans aucun doute d'un caillot en voie d'organisation, caillot résultant d'une suffusion hémorrhagique produite lors de l'accident. La guérison fut complète.

Tumeur de la dure-mère spinale.

MM. L. Bériel et Desgouttes présentent les pièces d'un nouveau cas de tumeur intra-rachidienne opérée. Cliniquement on n'avait observé qu'une simple paraplégie motrice évoluant progressivement depuis six ans et des troubles objectifs très discrets de la sensibilité (mauvaise discrimination des sensations provoquées). On trouva une tumeur fibreuse de la dure-mère, avec des points calcifiés. L'ablation se fit sans incident, les suites furent bonnes et la malade montra très rapidement des signes de récupération fonctionnelle.

Nouvelle réaction du liquide céphalo-rachidien.

MM. J. Gaté et H. Gardère ont décrit une réaction nouvelle du liquide céphalo-rachidien : à deux centimètres cubes de ce liquide on ajoute trois gouttes d'une solution à 1/20 de nitrate d'argent ; il se produit un précipité blanc qu'on fait virer au noir en ajoutant goutte à goutte du lugol et en agitant constamment ; le précipité noir, exposé à l'air, vire assez rapidement au jaune pâle. Il en est ainsi pour le liquide céphalo-rachidien normal. Par contre, certains liquides céphalo-rachidiens pathologiques virent immédiatement au jaune par addition de lugol, sans passer par le stade du précipité noir. Il semble que cette réaction décèle une modification pathologique encore mystérieuse du liquide céphalo-rachidien et que les autres modes d'observation ne mettent pas en évidence.

Sur la recherche de la trépidation épileptoïde.

MM. Froment et P. Debove attirent l'attention de la Société sur ce fait que dans certains cas de lésion de la voie pyramidale, la trépidation épileptoïde ne se produit pas au repos, mais seulement après une marche plus ou moins longue. D'après ces auteurs, on n'a donc pas le droit de dire qu'il n'y a pas trépidation épileptoïde tant que l'on n'a pas fait précéder la recherche de la trépidation d'une épreuve de marche.

Insuffisance et rétrécissement aortiques avec souffle systolique intense et absence habituelle de souffle diastolique.

M. A. Dumas et Mlle Guillemin présentent les pièces provenant de l'autopsie d'une malade hospitalisée pour hémiplégie et chez laquelle existait en même temps un souffle systolique très marqué et constant de rétrécissement aortique ; le deuxième bruit n'était pas perçu au niveau du foyer aortique. *Il n'existait pas de souffle diastolique*, du moins d'une manière habituelle : ce n'est qu'une ou deux fois, au cours d'un séjour de trois mois, avec des examens très répétés, que l'on parvint à percevoir un souffle diastolique extrêmement léger qui ne persiste pas. L'existence d'une tension différentielle très élevée avait même, avant cette constatation, fait considérer comme très probable l'insuffisance aortique, qui fut confirmée par l'autopsie.

Sténose mitrale sans signes cliniques.

MM. A. Dumas et Dubouloz présentent un cœur provenant de l'autopsie d'un homme de 58 ans, mort à l'hospice du Perron. Ce cœur présente une sténose de la mitrale comme il est rare d'en rencontrer. La valvule est entièrement immobilisée par une calcification massive ne laissant persister au centre qu'un pertuis linéaire de quelques millimètres. Or cette lésion était restée complètement silencieuse pendant la vie ; on notait seulement des bruits sourds et lointains. Le malade était dyspnéique, mais sa dyspnée ressemblait plutôt à celle d'un emphysémateux, expliquée d'ailleurs par une symphyse pleurale constatée à l'autopsie.

Société d'ophtalmologie.

Paralysie du nerf moteur oculaire commun consécutive à la rachianesthésie.

MM. Rollet, Guilleminet et Colrat relatent l'observation d'un malade opéré par le prof. Bérard

pour une sténose médio-gastrique : gastro-entéro-anastomose sous rachianesthésie. Quatre jours après le malade accuse de la diplopie et l'on constate des signes d'une paralysie du moteur oculaire commun. Il s'agit là d'un trouble rare, alors que les paralysies du moteur oculaire externe après la rachianesthésie sont très fréquentes. Roche, dans sa thèse (Lyon, 1923) en a réuni 107 cas.

Rétinite pigmentaire unilatérale.

M. Genet présente un cas de rétinite pigmentaire unilatérale. On sait que cette affection est, dans la règle, bilatérale. Suivant la règle classique, il s'agit d'un cas de consanguinité.

Névrite rétro-bulbaire.

MM. Rollet, Sargnon et Colrat rapportent un cas de névrite rétro-bulbaire à étiologie mixte, infectieuse et toxique (éthylisme) guérie par la résection des cornets moyens. La tension artérielle rétinienne était élevée.

Ophtalmie sympathique.

MM. Jacqueau et Bujadoux présentent une observation d'ophtalmie sympathique consécutive à l'opération de la cataracte.

A. C.

Les Thèses

P. — Dr E. Sauteraud. — **Contribution à l'étude de la rupture artificielle précoce des membranes au cours de l'accouchement normal.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris 1926.)

La rupture artificielle précoce des membranes, observée par l'auteur au cours de quatre-vingts accouchements normaux, a eu pour résultat constant d'abréger, tant chez les primipares que chez les multipares, la durée de la période de dilatation et le temps de la période d'expulsion.

Les meilleurs résultats ont été obtenus quand les membranes étaient rompues lorsque le col atteignait une dilatation de trois centimètres, c'est-à-dire environ le diamètre d'une pièce de monnaie de deux francs. Dans de tels cas eutociques, par rapport au temps qui s'écoule entre la dilatation de trois centimètres et la dilatation complète lorsque les membranes sont intactes, la rupture artificielle précoce a permis de gagner trente minutes sur une heure chez les primipares, trente-six minutes chez les multipares au point de vue de la longueur de la période de dilatation ; la période d'expulsion tant chez les primipares que chez les multipares était réduite de moitié. Il faut insister sur ce fait qu'il s'agit de présentation du sommet et de cas non dystociques.

La rupture artificielle précoce des membranes, pratiquée aseptiquement dans les conditions observées, a été sans influence sur la morbidité des suites de couches et sur le développement du nouveau-né.

Mtp. — Dr Camille Gautier. — **L'hygroma de la bourse séreuse du psoas.** (Imprimerie Firmin et Montane, Montpellier, 1925.)

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

De l'emploi de l'insuline.

PAR

M. le docteur W. Fornet.

Institut Microbiologique à Sarrebruck

Discutant avec des confrères sur la thérapeutique de l'insuline, je me suis bien souvent heurté à cette idée préconçue que seul le diabétique grave en devait profiter. Les autres diabétiques, qui cependant sont la grande masse, devraient d'après ces confrères se contenter simplement de suivre un régime d'efficacité plus ou moins problématique.

J'ai pourtant maintes fois constaté l'influence heureuse qu'exerce presque toujours une insulinothérapie précoce sur les cas de diabète léger.

Considérant la grande importance qu'aurait socialement la possibilité de rendre à l'activité un grand nombre de malades, je me suis proposé d'analyser de plus près les raisons qui ont pu jusqu'à présent empêcher tant de confrères de faire bénéficier la majorité de leurs malades diabétiques d'une des plus importantes découvertes de la science médicale.

Un peu de psychoanalyse suffit pour s'apercevoir que pour beaucoup de médecins malheureusement, le mot « hypoglycémie » est devenu comme l'associé obligatoire du maître-mot « Insuline ».

C'est en effet ce phénomène d'un abaissement trop brutal du taux de sucre dans le sang qui

Une nouvelle Méthode curative de la Grippe

La grave épidémie grippale qui sévit actuellement sur notre pays et qui cause une si regrettable augmentation de la mortalité, nous fait un devoir de signaler la nouvelle méthode de traitement de la grippe, utilisée depuis quelque temps en France, en Allemagne, en Hollande, en Italie, en Angleterre, aux Etats-Unis, au Canada, et nombre d'autres pays.

Il s'agit d'injections sous-cutanées d'oxygène naissant et catalysé par l'oxyde de chaux à l'état colloïdal (oxygène « SALVOXYL ») ; ces injections sous-cutanées se font à la dose journalière d'environ 200 cmc., elles sont totalement indolores, se résorbant parfaitement et leur action est quasi-immédiate. Pratiquées aussitôt que possible et de préférence dès le début de l'évolution de la maladie, elles provoquent en quelques heures une diminution considérable de la température, empêchent la généralisation de l'infection et toutes ses complications si redoutables, suppriment ou diminuent rapidement la toux et la céphalée et opèrent une très énergique désintoxication générale. La maladie tourne court en quelques heures et le malade entre rapidement en convalescence. Il est notoire, en outre, que l'infection grippale est surtout redoutable par les complications trop souvent mortelles qu'elles provoquent sur les organes tarés ou déficients de chaque malade. Grâce au « SALVOXYL », ces complications ne seront plus à craindre.

Pour tous renseignements complémentaires à ce sujet, comme aussi pour ce qui regarde le traitement par le « SALVOXYL » de diverses autres maladies (tuberculose, urémie, coqueluche, etc.), Messieurs les Médecins sont priés de s'adresser aux Laboratoires du « SALVOXYL », 237, rue La Fayette, Paris.

effraye également médecins et malades, et qui les empêche de faire un emploi plus généralisé de l'insuline.

Dans la pratique pourtant, ce danger n'existe pas pourvu que l'on suive les règles d'une thérapeutique prudente, évitant toute brusquerie. Un peu de circonspection, autant de chocolat ou de jus d'orange, suffisent pour parer à tout danger hypoglycémique.

Un autre obstacle à la généralisation de l'insulinothérapie en est certainement le prix. Pourtant, il faut considérer que l'argent ainsi dépensé sera largement récupéré, car la prescription précoce de l'insuline empêche ou retarde sensiblement le progrès du diabète et permet ainsi au diabétique de continuer à gagner sa vie au lieu de tomber à la charge d'autrui. Il est même bien regrettable que ce côté économique de l'emploi de l'insuline n'ait encore été compris, ni par l'Etat pour ses pensionnés de guerre, ni par les associations charitables, ni par les nombreuses Sociétés de secours mutuels ou d'assurance sur la vie.

Prévenir vaut mieux que guérir, surtout quand il s'agit d'une maladie qui ne guérit presque jamais, comme le diabète. Cependant, si nous ne sommes pas encore capables de la guérir, nous avons guéri les diabétiques de leurs affections secondaires. L'insulinothérapie n'est donc pas une médication de luxe, mais plutôt d'économie bien entendue.

Outre ces deux préjugés contre l'insuline, danger hypoglycémique et prix élevé, un autre facteur entre pour beaucoup dans la réserve des médecins et des malades en face de ce médicament nouveau : c'est la nécessité présumée de l'appliquer par piqûres.

Beaucoup de médecins n'ayant pas encore le courage de confier la seringue aux mains plus ou moins propres de leurs malades renoncent entièrement au traitement par l'insuline du moment que cette corvée d'une injection quotidienne ou même bi-quotidienne ne leur paraît pas absolument indispensable.

La possibilité d'un traitement insulinique *per os* n'a pas encore conquis l'esprit du praticien ; elle est même férocement combattue par quelques cliniciens qui se sont fait un renom par leur maniement habile de la seringue à l'insuline.

Psychologiquement, cette aversion contre l'administration de l'insuline par voie buccale ne se comprend que trop bien quand on se rappelle les premières nouvelles qui nous venaient d'Amérique à ce sujet. L'impression était si forte, l'émotion était si vive qu'encore aujourd'hui nous gardons le souvenir exact de tous les détails qui ont accompagné la publication de cette découverte sensationnlle.

Nous en avons retenu que l'insuline était une substance très fragile et facilement détruite par la chaleur, la putréfaction ou les sucs digestifs.

Ce n'est que beaucoup plus tard qu'une étude plus approfondie de l'insuline a démontré qu'elle peut très bien résister même à l'ébullition et que sa destruction dans l'estomac n'est nullement obligatoire. N. F. Fischer, C. W. Best et d'autres ont en effet pu récupérer dans l'urine la quantité totale d'insuline qu'ils avaient administrée par la bouche. Lafitte, Holtins, etc., ont pu faire disparaître la glycosurie de diabétiques en les nourrissant avec du pancréas de bœuf cru.

Il n'y a donc plus de doute possible : l'insuline n'est pas cette substance extrêmement fragile que l'on s'imaginait autrefois ; néanmoins beaucoup de médecins chérissent encore aujourd'hui cette idée primitive que l'insuline est détruite dans le tube digestif et que partant une insulinothérapie interne est impraticable. Il existe pourtant un grand nombre d'observations médicales sur la possibilité et le succès d'une insulinothérapie *per os* ; l'on en pourrait donner de nombreux exemples ; mais l'opinion courante n'est guère favorable à cette sorte de documentation et mille attestations médicales, élogieuses et authentiques, ne convaincraient pas un seul confrère de l'efficacité de l'insuline buccale.

Nous renonçons donc à la tentation de publier ici les observations autorisées que nous avons eues sous les yeux, de médecins qui depuis longtemps déjà emploient régulièrement et apprécient l'insuline buccale.

Nous nous bornerons donc à passer rapidement en revue ce qui a été publié jusqu'ici, non pas sur les qualités antidiabétiques de l'insuline-buccale qui sont encore l'objet d'une discussion animée, mais sur ses autres propriétés qui sont encore plus faciles à vérifier.

Si vraiment l'insuline buccale ne se distingue de l'insuline injectée que quantitativement, ainsi que le suggèrent les observations auxquelles nous faisions précédemment allusion, l'administration buccale de l'insuline doit produire les mêmes réactions que son application par piqûres.

En étudiant l'influence de l'insuline sur l'organisme non diabétique, Fornet et Christensen constatèrent que son injection sous-cutanée faisait apparaître dans l'urine une substance déviant à gauche la lumière polarisée. En répétant cette expérience avec de l'insuline buccale, ils obtinrent absolument le même résultat ; une réaction identique se produisit chez un diabétique qui avait exagéré sa dose quotidienne d'insuline buccale.

Poursuivant leurs recherches, Fornet et Christensen eurent la surprise de voir apparaître chez leurs sujets d'expérience, non diabétiques, une glycosurie passagère mais assez prononcée, au moment où l'on interrompait brusquement l'administration de l'insuline.

Ce phénomène paradoxal, d'une glycosurie

provoquée par l'insuline, est indépendant de la voie par laquelle elle est administrée et peut être réalisé aussi bien avec des pilules qu'avec des piqûres d'insuline.

Une troisième propriété de l'insuline, indépendante de son pouvoir antidiabétique et de contrôle également facile, est sa faculté d'augmenter d'une façon extraordinaire l'appétit et de faire gagner rapidement du poids. Vogt, de la clinique obstétricale de Tubinge, a obtenu chez des malades non diabétiques avec des pilules d'insuline la même augmentation rapide de poids que Falta avait auparavant décrite comme une conséquence des piqûres d'insuline.

D'après ces observations concordantes sur la similarité et même l'identité des effets produits par l'insuline injectée et celle absorbée par la bouche, il paraît très difficile de comprendre pourquoi un certain nombre de cliniciens nient encore la possibilité d'une insulinothérapie interne.

L'explication ne nous en semble cependant par trop compliquée : une clinique médicale n'a pas l'occasion de pouvoir étudier à fond l'effet antidiabétique d'une insuline buccale par la simple raison que la plupart des diabétiques traités dans la clinique sont des diabétiques graves qui d'après ce qui vient d'être dit plus haut, doivent être traités exclusivement par injections.

Vu l'action assez lente et limitée de l'insuline buccale, il ne suffit pas de ne s'adresser qu'à des diabétiques moyens ou légers, il faut encore avoir la patience d'attendre que les pilules d'insuline-Fornet aient eu le temps de déployer au maximum leur pouvoir antidiabétique, ce qui n'arrive pas avant la sixième ou septième journée d'un traitement énergique et ininterrompu.

Négliger ces précautions, c'est méconnaître les règles les plus élémentaires de la recherche scientifique. Si l'on veut contrôler l'efficacité d'un remède nouveau, il faut se placer soi et ses malades exactement dans les mêmes conditions d'expérience que recommandent les initiateurs de la méthode ; agissant autrement, il serait absurde d'en attendre les mêmes résultats.

Considérant la simplicité de ces réflexions et la banalité de leur logique, on est étonné d'être obligé de constater que jusqu'ici aucun adversaire de l'insulinothérapie interne n'a publié une seule observation basée sur ces conditions indispensables. Il est inexplicable que ces adversaires se contentent de donner leurs impressions personnelles et se dispensent de faire connaître les expériences sur lesquelles se basent ces impressions.

Ecartons toute possibilité d'une influence matérielle sur les recherches des susdits cliniciens et tâchons de comprendre psychologiquement la résistance de certains médecins à l'application de l'insuline par la voie buccale.

Dès les premières communications sur la découverte de l'insuline, l'on apprenait qu'elle faisait baisser brusquement le taux du sucre du sang. Depuis, toute substance qui n'amène pas promptement une hypoglycémie prononcée n'est pas aux yeux de ces fétichistes, une insuline du tout. On oublie cependant que l'insuline existait déjà avant sa découverte par les savants canadiens et que jusqu'à ce moment elle n'avait jamais causé d'hypoglycémie. L'insuline sécrétée constamment dans notre organisme n'y produit pas cette chute rapide du sucre sanguin sans cesser pourtant d'être de l'insuline et de la meilleure. L'hypoglycémie n'est donc pas une caractéristique de l'insuline elle-même, mais uniquement de son administration aphysiologique par piqûres.

Administrée par voie buccale l'insuline-Fornet imite par sa résorption graduelle le fonctionnement physiologique du pancréas ; quiconque attendrait quand même une hypoglycémie comme conséquence obligatoire de son administration doit être nécessairement déçu.

Il faut cependant admettre que l'observation des lois physiologiques dans une insulinothérapie interne ne suffit pas toujours pour éviter un échec. Plus d'un auteur consciencieux et savant paraît n'avoir pu réaliser un traitement efficace avec l'insuline interne parce qu'il se servait d'une insuline quelconque, originairement destinée aux injections. Or l'insuline en solution ne se prête pas à l'administration par voie buccale et la poudre d'insuline ordinaire ne donne pas non plus de résultats satisfaisants.

Vis-à-vis de sa résorption par l'intestin, l'insuline se comporte un peu comme un autre produit physiologique, l'antigène bactériel qui, administré seul passe dans la plupart des cas le tube digestif sans laisser dans l'organisme de trace de son passage. Il faut à l'insuline comme à l'antigène bactériel une préparation spéciale pour qu'elle puisse, administrée par voie buccale, déployer les mêmes effets thérapeutiques que celle administrée par piqûres.

Le traitement interne à l'insuline n'est donc plus une chimère. Il est théoriquement bien fondé, il a pratiqueement déjà fait ses preuves, et il est légitime d'en faire l'éloge.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

QUELLE EST LA DIFFÉRENCE LÉGALE ENTRE UN PRODUIT PHARMACEUTIQUE ET UN PRODUIT HYGIÉNIQUE ?

Il est bien difficile souvent de tracer la distinction du produit pharmaceutique, que seul peut préparer et vendre le pharmacien, avec le produit dit hygiénique, que vendra le parfumeur, le pâtissier, le confiseur, ou le pédicure.

Tolérance d'une part, établie par l'usage, transformation de la science, qui conduit à considérer comme thérapeutiques les seuls dérivés toxiques, ou actifs de plantes, ou autres corps simples, alors que ces derniers n'ont pas grande efficacité par eux-mêmes.

Néanmoins, la question est complexe et chaque cas particulier doit être examiné en fait, alors qu'il est impossible, en s'appuyant sur la jurisprudence, de tracer les limites de ce qui est permis et de ce qui est défendu à quiconque ne possède pas le diplôme de pharmacien.

Ainsi, un de nos confrères nous demande : « quelle est légalement la différence entre un produit hygiénique et un produit pharmaceutique et, en particulier, la teinture alcoolique de quinine, vendue chez tous les coiffeurs sous le nom d'eau de quinine, peut-elle être fabriquée et vendue sans le contrôle d'un pharmacien ? »

Un premier principe est à dégager: en vertu des articles 25, 33 et 36 de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens ont seuls le droit de débiter les drogues simples au poids médicinal, de fabriquer et de débiter, quel que soit le poids, les préparations et compositions pharmaceutiques.

En second lieu, par médicament, il faut entendre toute substance d'origine animale, végétale ou minérale, servant au soulagement, à la guérison, ou à la préservation des maladies humaines.

A défaut de définition contenue dans la loi de germinal, la jurisprudence a essayé de préciser une distinction entre le médicament et le produit sans importance thérapeutique.

Il n'est d'ailleurs pas nécessaire qu'une substance agisse sur une maladie déterminée ; il suffit qu'elle ait une action thérapeutique sur l'organisme, ainsi qu'il a été jugé pour un produit destiné à combattre l'alcoolisme, par son action sur l'estomac (Cour de Paris, 8 novembre 1892 et Cour de Cassation , crim. 9 mars 1893).

Les sangsues ont été considérées comme médicament (Cour de Cassation, crim. 9 juillet 1858, deux arrêts).

D'ailleurs, la jurisprudence de la Cour de cassation décide que les juges du fait n'ont pas qualité pour affirmer les propriétés curatives d'un produit qui a le caractère d'un médicament, il suffit qu'ils constatent que ce produit a été mis en vente en vue d'un emploi curatif. Cette constatation est d'ailleurs souveraine (Cassation, 20 mars 1897 ; 9 mars 1923).

Donc, aux juges de dire si le produit est ou non vendu dans un but curatif, si ce produit constitue ou non une préparation pharmaceutique, en tenant compte à la fois de sa composition et des conditions dans lesquelles il est débité (Cassation, 29 juin 1902).

En ce qui concerne plus spécialement les produits mis en vente par les coiffeurs et parfumeurs, voici quelques décisions de jurisprudence :

Tribunal correctionnel de la Seine , 10e Chambre, juin 1910 : Un parfumeur, qui prépare et met en vente un produit, contenant de la pilocarpine, commet le délit d'exercice illégal de la pharmacie, alors surtout qu'il ne présente pas son produit comme simplement hygiénique, mais ayant une vertu curative et souveraine contre les affections du cuir chevelu.

Tribunal correctionnel de la Seine, 10e chambre, 15 juin 1911 : Une lotion, présentée au public, non comme un produit hygiénique, mais comme une lotion régénératrice, composée selon la formule d'un des grands spécialistes du cuir chevelu, à base de pilocarpine, de cantharides, huile de ricin et sublimé, est un médicament, alors surtout que les prospectus indiquent qu'elle a pour but de supprimer les pellicules, les démangeaisons et d'arrêter la chute des cheveux.

Tribunal correctionnel de Mirecourt, 28 février 1912. Ne doit pas être considérée comme un médicament une lotion capillaire, mise en vente par un coiffeur, et contenant du chlorhydrate de pilocarpine en doses minimes, par suite ne pouvant pas nuire à la santé publique.

Tribunal correctionnel de la Seine, 10e Chambre, 12 juillet 1912 : La présence de quinine dans une lotion capillaire, vendue par un coiffeur, ne

transforme pas ce produit en substance médicamenteuse, alors que cet alcaloïde n'entre qu'à doses très faibles dans le produit.

Tribunal correctionnel de la Seine, 10e Chambre, 27 mai 1910 : Un produit, dénommé « lotion antipelliculaire végétale, à base de pilocarpine », bien que ne contenant pas trace de cet alcaloïde, mais contenant de l'acide salicylique et de l'acide borique, et vendue à titre de remède, ne peut être débité par un coiffeur et cette vente fait condamner ce dernier pour exercice illégal de la pharmacie.

Tribunal correctionnel de la Seine, 10e chambre, 23 juin 1910 : Un produit, dénommé « Cheveline », dit à base de pilocarpine, mais n'en contenant pas, constitué par de la glycérine et du tanin, ne rentre pas dans la catégorie des médicaments. Mais le vendeur est condamné, non pas pour exercice illégal de la pharmacie, mais pour tromperie sur la composition de la marchandise vendue.

Tribunal correctionnel de la Seine, 10e chambre, 23 juin 1910 : Une lotion, donommée « Pilocarpia du docteur Robert » et présentée comme contenant de la pilocarpine et de la quinine, ne contenait que du chloral. Une autre lotion, vendue par le même prévenu, sous le nom de « Pétrole Oural du docteur Jovin » n'était qu'une solution de chloral, sans traces de pétrole.

« Attendu, dit le tribunal, qu'en ajoutant dans la lotion offerte au public du chloral, substance douée de propriétés irritantes et caustiques pour la peau, on donne à la « Pilocarpia », un caractère médicamenteux très net et on en fait une préparation médicamenteuse, dont la vente et la fabrication en vue de la vente sont exclusivement réservées aux pharmaciens. »

Un autre considérant semblable était appliqué au « Pétrole Oural » et le jugement ajoute :

« Attendu, en outre, que pour essayer de mieux tromper le public, C. a imaginé d'indiquer que ses deux produits avaient été confectionnés, quant à la formule, par des soi-disant docteurs Robert et Jovin, dont l'existence est inconnue. »

Tribunal correctionnel de la Seine, 17 octobre 1912 : Doit être relaxé le prévenu qui met en vente une préparation, qui n'est douée d'aucune propriété curative et ne renferme aucun produit médicamenteux.

Tribunal correctionnel de Saint-Marcellin, 4 mars 1908 : Une lotion capillaire, qui est mise en vente comme ayant des propriétés curatives, doit être considérée comme une composition pharmaceutique, sans qu'on ait à s'inquiéter de la nature, ni de la dose des éléments, qui composent le produit.

Un savon à base de soufre avait été mis en vente par un non-pharmacien, dans les tranchées, pour la destruction des poux et autres parasites du corps.

Le tribunal correctionnel de la Seine avait condamné le prévenu, avec les considérants suivants :

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que, depuis moins de trois ans, P. n'étant pas pharmacien, a exercé illégalement la pharmacie, en vendant et mettant en vente un savon spécial « Gloria » qui, à l'analyse, a été reconnu médicamenteux et ne pouvant être vendu que par les pharmaciens diplômés, délit prévu et puni par les articles 25 de la loi du 21 germinal an XI et 6 de la déclaration royale du 25 avril 1777 ;

« Attendu que, dans les mêmes circonstances, Z, pharmacien s'est rendu complice du délit ci-dessus spécifié en fournissant à P. les moyens de commettre ce délit, sachant qu'ils devaient y servir...

Les condamnés firent appel et, par arrêt du 18 octobre 1913, la Cour de Paris les acquitta :

« Considérant qu'il n'est pas établi que les éléments du savon « Gloria » entrent dans le corps humain ; que le soufre qu'il contient ne peut s'assimiler à l'organisme, étant insoluble dans l'eau et dans les graisses, ainsi que l'ont déclaré les experts ; que le délit relevé contre les appelants n'est donc pas établi. »

Arrêt dangereux, qu'invoqueront tous les non-pharmaciens, mettant en vente des produits qui « n'entrent pas dans le corps humain ». Rappelons un arrêt rendu en sens contraire par la Cour d'Aix, le 21 janvier 1897 :

« Attendu qu'il faut retenir que l'antisepsie est de création récente ; qu'aucune disposition légale n'en a réglementé la fabrication ou la vente ; que le Codex même, au moment de la contravention relevée contre C., ne contenait aucun renseignement sur la nature et le caractère de ces pansements que C, comme tous les bandagistes, orthopédistes, ou droguistes, pouvait se croire autorisé à mettre en vente des préparations, qu'il considérait comme n'étant que des préparations hygiéniques, n'ayant pas le caractère véritable de médicament entrant au corps humain, qui leur a été reconnu et donné par leur inscription au supplément du Codex de 1895, mais que cette bonne foi ne saurait mettre le prévenu à l'abri de l'application de la loi punissant la contravention relevée contre lui. »

Pour terminer, citons un arrêt de Cassation, chambre criminelle, du 10 mai 1924 : Ne constitue pas une préparation pharmaceutique la lotion capillaire composée d'une infusion de plantes indigènes et destinée non à un emploi curatif, mais à la destruction des poux et des lentes.

« Attendu qu'il appartenait au juge du fait, qui a statué après expertise, d'examiner, si, dans les circonstances de la cause, la substance fabri-

quée et mise en vente par S. sous le nom de « lotion Marie-Rose », constituait une préparation pharmaceutique, en tenant compte à la fois de sa composition, des conditions dans lesquelles elle était débitée et de sa destination.

« Attendu que la Cour d'appel de Rouen a constaté que le produit appelé « Marie-Rose » est une infusion de pied de griffon, plante indigène ; que, si on y trouve de la vératrine, de la verveine et de l'elléborine en quantité minime, ces substances ont pu se produire par suite de réactions indépendantes de la volonté du fabricant ; que, par sa composition, cette substance n'est pas un remède, mais une lotion pour cheveux, un produit d'hygiène et de propreté ; que S. présente au public la lotion « Marie-Rose » comme étant propre à la destruction des poux et des lentes, mais qu'il ne lui attribue aucune vertu curative ou préventive d'un état morbide quelconque ; que d'ailleurs la présence des parasites dont il s'agit sur le cuir chevelu ne constitue pas une maladie.

« Attendu qu'en l'état de ces constatations l'arrêt attaqué a pu légitimement décider que la lotion « Marie-Rose », qui ne possède aucune propriété médicamenteuse, n'était pas une préparation pharmaceutique, dont la fabrication et la vente sont réservées aux seules personnes munies du diplôme de pharmacien. »

En ce qui concerne les produits de toilette ou de beauté, contenant des doses minimes de produits toxiques, inscrits aux tableaux A et C, il a été jugé, par la Cour de Cassation, chambre criminelle, 9 mars 1923 (*Concours médical*, 1923, 3019) que les juges du fait n'ont pas qualité pour affirmer les propriétés curatives d'un produit, qui a le caractère d'un médicament ; il suffit qu'ils constatent que ce produit a été mis en vente en vue d'un emploi curatif. Cette constatation est d'ailleurs souveraine.

Les prescriptions des articles 4, 14 et 24 du décret du 14 septembre 1916 sont applicables aux produits de toilette, dits de beauté, contenant des substances toxiques, inscrites aux tableaux A et C, quelle que soit la proportion desdites substances.

Conclusions.

De tout ceci il résulte que, pour pouvoir poursuivre un non diplômé pharmacien, pour exercice illégal de la pharmacie, il faut d'abord prouver que le produit, qu'il met en vente, contient des substances qui ne peuvent être débitées au poids médicinal que par les seuls pharmaciens.

En second lieu, il faut apporter la preuve que le produit dont il s'agit, est livré au public dans un but thérapeutique ; qu'il est présenté, non comme préparation purement hygiénique, mais comme médicament préventif ou curatif.

Les syndicats de pharmaciens ont qualité pour poursuivre ces cas d'exercice illégal de la pharmacie.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

L'instruction des médecins de réserve.

Le projet de stages d'instruction des jeunes médecins de réserve, que j'ai exposé dans le *Concours médical* du 12 décembre dernier, m'a valu une volumineuse correspondance qui me prouve que cette question ne laisse pas le monde médical indifférent. Parmi les lettres que j'ai reçues, je n'en retiendrai que deux, parce qu'elles émanent de confrères appartenant aux cadres actifs du service de santé, et qui jugent très sainement la situation.

Mon cher confrère,

... Les médecins de complément forment l'armature de notre service, car il ne viendra à l'esprit de personne que, dans la Nation mobilisée, les seuls médecins du cadre actif puissent revendiqur toute l'organisation du Service de santé. Vous avez rudement raison d'essayer de convainre les jeunes qu'il y a quelque tour de main à acquérir au point de vue service de santé à l'intérieur et en campagne, et une formule comme celle quc vous indiquez serait à retenir. Il est évident qu'avant la guerre, les périodes étaient conçues de façon détestable. Il ne s'agit pas de faire perdre un temps précieux à des praticiens accablés par les difficultés de la vie. Je ne sais où cela en est actuellement, mais il faudrait persuader les grands chefs de l'inutilité de périodes envisagées comme jadis... »

Mon cher Camarade,

... Je suis heureux que vous ayez justifié les manifestations du Service de santé s'intercalant dans les Journées médicales. Puisque vous voulez bien reconnaître que la formule est bonne, je me permettrai de vous dire que, dans le programme d'instruction des médecins de réserve que vous développez, il devrait y être plus largement fait appel. Moins de conférences et plus de démonstrations de matériel qui concrétisent, sous une forme plus frappante, notre mode de fonctionnement. Cela intéresse, cela instruit ; on n'y dort pas.... »

Donc, le principe de la formule est excellent. Il s'agit de la mettre en application aussi pratiquement que possible. Et je suis bien de l'avis de mon distingué correspondant, quand il réclame une prédominance des démonstrations pratiques sur les conférences théoriques. Si j'ai fait à celles-ci, dans mon programme, une place assez importante, c'est que je me suis demandé si des considérations d'ordre budgétaire ne s'opposeraient pas à ce que les exercices et les manœuvres fussent aussi nombreux qu'il serait désirable. Mais, si ces considérations peuvent être négligeables, c'est tant mieux, et dans mon programme de six jours, l'après-midi de la première journée pourra seul être consacré à une révision rapide de l'organisation de l'armée, du recrutement, des réformes, des divers règlements, — les autres étant réservés à des présentations de matériel, de préférence en action, — des démonstrations, des exercices, des manœuvres, etc.

***

L'article du Dr CHALLAMEL, paru dans le *Concours médical* du 26 décembre dernier, m'a valu un mot aimable du Dr LENGLET, secrétaire général de l'Union des Syndicats, me demandant l'insertion de l'ordre du jour suivant, voté à l'unanimité par l'Assemblée générale de l'Union (1).

Réponse à l'article du Dr Challamel paru dans le « Concours Médical » du 26 décembre 1926.

« POURSUITE DE LA RÉORGANISATION DES CADRES DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE ».

Vote de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France dans sa séance du 4 décembre **1926.**

STATUT DES MÉDECINS DE COMPLÉMENT.

A l'unanimité, l'Assemblée générale a répondu affirmativement aux questions suivantes posées dans le rapport du Secrétaire général :

1° Un décret spécial établissant le statut particulier des médecins de complément du Corps de santé militaire doit-il être prévu dans le texte d'une loi portant réorganiastion du service de santé militaire.

2° Etes-vous d'avis :

a) D'engager chaque Syndicat à agir près des parlementaires de son ressort pour leur démontrer la nécessité de l'établisement du statut légal des médecins du cadre complémentaire du service de santé.

b) D'engager l'Union à agir dans le même sens près du groupe médical interparlementaire et près des administrations compétentes ?

(1) L'article du Dr Challamel, daté *du* 21 *novembre* 1926, imprimé et publié dans un numéro du *Concours médical* dont le *Bon à tirer* a dû être donné par nous, alors que l'auteur ignorait l'ordre du jour ci-dessus rappelé, ne pouvait en faire état. N. D. L. R.

***

Enfin, à propos de la création de la Carte de surclassement par une circulaire ministérielle qui a été publiée dans le numéro du 26 décembre, j'ai reçu la lettre suivante que le publie très volontiers.

Le 31 décembre 1926.

Mon cher Confrère,

Vous avez publié, dans le dernier numéro du *Concours médical*, la circulaire ministérielle qui a créé la carte de surclassement en chemin de fer et qui précise dans quelles conditions elle sera accordée aux Officiers de réserve. Je crois qu'il serait bon d'ajouter quelques commentaires à ce document, pour éviter bien des désillusions à ceux de nos confrères que la question intéresse.

En somme, l'assiduité aux cours et exercices des Ecoles de perfectionnement, organisées dans la plupart des villes de garnison, devient la rançon de cette carte de surclassement.

Je crois que les bonnes intentions du Ministre de la guerre sont au-dessus de tout soupçon ; mais, comme d'habitude, ses bureaux n'ont pas compris les conséquences des conditions qu'ils imposaient : ils ont raisonné comme si tous les O. de R. habitaient Paris ou sa banlieue immédiate.

Certainement, il faut favoriser la fréquentation des Ecoles de perfectionnement, mais à condition que leur enseignement soit fructueux et facile à suivre pour tous les intéressés.

A Paris, où les ressources sont illimitées, chaque O. de R., quelle que soit sa spécialisation, peut trouver la série de cours et d'exercices appropriés à sa spécialité, et cela sans perte de temps excessive, ni dépense appréciable.

Mais il n'en est plus de même en province, et il faut que nos confrères provinciaux sachent qu'ils ne pourront, pour la plupart, bénéficier de la carte de surclassement, que s'ils acceptent de subir un véritable pensum.

Tout d'abord les O. de R. qui ne résident pas dans la ville où fonctionne l'Ecole de perfectionnement et qui en sont parfois fort éloignés, sont obligés de perdre beaucoup de temps pour venir assister aux cours et exercices, qui ont lieu, en moyenne, deux fois par mois. Il en résulte des frais de déplacement imparfaitement compenssés par des indemnités insuffisantes, quoique améliorées par un décret récent, auquel vient s'ajouter, pour beaucoup, pour nous médecins, par exemple, le manque à gagner.

S'ils consentent ces dépenses, non négligeables à l'époque où nous vivons, un grand nombre d'O. de R., les médecins notamment, n'auront même pas la satisfaction morale d'avoir fait un sacrifice utile. Presque toutes les Ecoles de province sont embryon-

naires et ne disposent que de moyens très limités ; aussi leurs cours et exercices ne s'adressent guère qu'aux commandants d'unité d'infanterie ou d'artillerie, et encore les conférences ont-elles souvent un intérêt plus historique que technique. Or, plus de la moitié des O. de R. sont spécialisés dans les armes et services et, par suite, l'enseignement de leur Ecole ne peut leur être profitable. C'est ainsi qu'en quatre ans, à l'Ecole où je suis inscrit, il a été fait une seule conférence médicale, et encore, s'adressait-elle aux Officiers n'appartenant pas au Service de santé.

Par conséquent, tant que *tous* les O. de R. ne trouveront pas dans leurs Ecoles de perfectionnement l'enseignement utile et approprié au rôle qu'ils doivent assumer en temps de guerre et tant que *tous* ne seront pas équitablement indemnisés des pertes et frais qu'ils doivent supporter pour suivre cet enseignement, il sera inique de leur imposer la fréquentation de ces Ecoles comme condition à la délivrance de la carte de surclassement.

J'ai déjà présenté à la Société des O. de R. à laquelle j'appartiens une protestation qui a été votée à l'unanimité et transmise à qui de droit. Il faut que tous les intéressés, et notamment les médecins de réserve, protestent également contre la brimade qu'ils sont obligés de subir, s'ils veulent bénéficier de la carte.

La solution du problème est du reste facile. Nous avons déjà demandé la suppression de ces écoles de perfectionnement rudimentaires et à peu près sans valeur et leur remplacement par une période d'instruction annuelle de deux à trois jours dans un centre d'armée. Les O. de R. n'auraient donc à supporter qu'un seul déplacement dont la date serait connue longtemps à l'avance, leur indemnisation serait facile et chacun d'eux recevrait un enseignement profitable suivant sa spécialisation. La carte de surclassement pourrait alors servir équitablement de récompense à leur présence à ces périodes.

Veuillez croire, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments.

Dr Ch. LAFON.

Je suis de l'avis de mon sympathique correspondant. Il y a quelque chose de draconien à imposer à tous les Officiers de réserve *indistinctement* l'obligation de suivre les deux tiers des conférences de l'Ecole d'Instruction dont ils dépendent. Qu'à la rigueur, cette condition soit obligatoire pour les jeunes médecins, cela serait compréhensible. Mais pour tous ceux qui ont fait la campagne de 1914-1918, qui possèdent un grade assez important, n'est-ce pas abusif de les obliger à écouter des conférences théoriques qui ne vaudront jamais les enseignements de la pratique qu'ils ont vécue longtemps ? Et s'ils ont, en outre, accompli quelque stage bénévole, — à propos des Journées médicales, — n'aurait-on pas dû leur en tenir compte, dans la distribution de la carte de surclassement ? Il appartient aux Associations de médecins d'appeler l'attention de l'autorité supérieure sur ces observations.

La Nation mobilisée aura pour cadres des officiers de réserve en nombre infiniment plus important que leurs camarades de l'active. Il importe donc, dès maintenant, de garnir ces cadres d'individualités possédant une instruction suffisante pour qu'en quelques jours, elles soient à la hauteur de leur tâche. L'Etat a intérêt qu'il en soit ainsi ; il a intérêt à ce que le titre d'officier de réserve soit recherché. Pour cela, il suffit de faire à ceux-ci quelques avantages, parmi lesquels celui auquel ils attachent peut-être le plus de prix est la possibilité de jouir de facilités de circulation sur les réseaux ferrés. Et c'est tellement vrai qu'à l'annonce de la création de la carte de surclassement, l'effectif d'une Ecole d'instruction parisienne est passé de 400 à 1.100.

Cela coûte si peu à l'Etat et aux Compagnies, et l'organisation des réserves peut en être si heureusement influencée, qu'on se demande pourquoi l'obtention de cette carte n'est pas plus simplifiée.

Quant à l'instruction du personnel technique du Service de santé, de courtes périodes, judicieusement préparées et pratiquement employées seraient très supérieures aux conférences des Ecoles d'instruction, pour la dispenser.

G. DUCHESNE.

LA DERNIÈRE ASSEMBLÉE DE L'UNION DES SYNDICATS

Par Gabriel BATIER (de Strasbourg).

Ce fut une assemblée sérieuse, presque trop grave, qui travailla sans éclats de voix, sans violences, à sa tâche annuelle. Elle y apporta beaucoup d'intérêt et une grande intelligence des problèmes posés. Il est vrai que ces problèmes sont sur le chantier depuis quelque temps ; ils sont devenus familiers aux militants que l'assemblée réunit au début de chaque hiver.

1° Les assurances sociales.

Ceux que la question intéresse — ce devrait être tout le corps médical — ont lu le rapport remarquable de LENGLET dans le *Médecin syndicaliste*. Ce n'est pas ici le lieu de la ressasser. Ce qu'il importe de dégager, c'est l'orientation de l'assemblée.

La note dominante a été très nettement le

souci de conserver au corps médical sa liberté d'action. Toute entrave à cette liberté a paru insupportable, d'autant plus que les médecins ne comprennent pas qu'il soit nécessaire de sacrifier leur indépendance sur l'autel des assurances sociales.

Lenglet, qui sans doute savait les préoccupations générales des confrères, a merveilleusement rendu ce sentiment dans un ordre du jour qui recueillit l'unanimité :

« L'assemblée générale, après avoir affirmé de nouveau le principe général de la liberté de droit commun des syndicats médicaux adhérents à l'Union d'une part, de toute collectivité intéressée d'autre part, de contracter sans restriction dans les formes réglées par la loi du 25 mars 1919 ;

« Considérant que les modalités contractuelles diverses proposées par les syndicats adhérents à l'Union telles que :

tarif contractuel limitatif,

tarif contractuel non limitatif,

entente directe contractuelle quant aux honoraires,

ont un lien commun qui est la liberté contractuelle des parties ;

« Affirme que le corps médical refusera sa collaboration à la loi si la liberté contractuelle, droit naturel des parties en présence, est violée par des dispositions préalables de cette loi ».

Tous ceux qui demeurent respectueux de l'autonomie syndicale, qui n'entendent point régenter les divers syndicats et réclament seulement la liberté d'organiser le service des assurances sociales selon leur conception propre, laissant aux autres la même liberté, trouveront là une excellente base de lutte contre les ennemis de la profession. Je crains malheureusement que les propagandistes de l'autonomie syndicale ne l'entendent que dans le cadre de leurs idées personnelles...

Et cela m'amène à parler de l'ordre du jour qui, en apparence, fut la conclusion du débat. Conçu par Cibrie dans l'intention de jeter un pont entre les deux fractions du corps médical, corrigé et signé par quelques autres dans le même esprit, il est dans la tradition de l'Union plus que son auteur ne l'a cru, et je crois que la motion précédemment votée aurait plus de chances de réunir l'unanimité des médecins. J'ai participé à la rédaction de cet ordre du jour et je l'ai signé ; on voit que la paternité — totale ou partielle — n'annihile pas en moi l'esprit critique.

Notons en passant la proposition de Legras qui, soucieux de refaire à tout prix l'unité du Corps médical, a suggéré la dissolution de l'Union et l'adhésion de tous les syndicats à la Fédération. L'esprit de l'auteur est cause que beaucoup crurent à une plaisanterie. Pourtant, l'idée mérite examen.

L assemblée fut particulièrement grave quand Lenglet lui eut rappelé la question relative au refus éventuel de collaboration à la loi : quelles mesures prendre pour s'opposer, dans ce cas, à la constitution de syndicats médicaux, uniquement créés à l'effet d'assurer, en dehors des syndicats actuels, le service médico-chirurgical des Caisses aux conditions fixées préalablement par celles-ci ?

Aucune réponse ne fut donnée ; aucune ne pouvait être donnée. Cela montre combien la situation du corps médical est périlleuse. Criminels seraient les militants qui pousseraient à la révolte avant d'avoir victorieusement résolu ce problème.

2° Les soins aux mutilés de guerre.

Les catégories sont supprimées et l'assemblée en a pris acte.

Mais le tarif est loin de donner satisfaction. Il s'agit non pas d'indigents, mais de gens de toutes classes sociales, dont l'Etat a pris en mains les soins, en raison d'une dette sacrée dont ils étaient créditeurs. Comme l'Etat n'a jamais pris en considération le rôle social des médecins pour adoucir leurs charges vis-à-vis de lui-

(1) Il me revient d'excellente source que certains confrères n'ont pas compris que l'ordre du jour Gaussel (assemblée de l'Union de déc. 1925) comportait la liberté pleine et entière *des syndicats* de régler directement avec les Caisses tout ce qui concerne le service médical.

Cependant, voici le texte, avec la correction connue de l'erreur matérielle commise en séance : « ... demande... que tout ce qui a trait aux honoraires, au service médico-chirurgical, à son contrôle et aux conflits éventuels soit réglé en toute liberté par des contrats *entre caisses d'assurances et syndicats professionnels* affiliés à l'Union, étant entendu qu'un contrat collectif avec entente directe est le mode préférable. »

Il n'est pas douteux que les contrats ainsi envisagés seraient à passer par chaque syndicat avec la Caisse de son ressort. S'il en fallait une preuve, on la trouverait dans les mots : « affiliés à l'Union », car la précaution ainsi prise contre les syndicats de médecins marrons n'a de raison d'être que si les syndicats sont libres de contracter, chacun en ce qui les concerne.

D'autre part, dans le commentaire que j'ai donné de l'ordre du jour (*Concours médical*, janvier 1926), on lit : « ... L'assemblée entend que *les syndicats* affiliés à l'Union restent absolument maîtres de régler, de gré à gré avec les Caisses... La loi ne doit contenir aucune clause qui limite la liberté *des syndicats* de contracter en la matière sur la base du droit commun... Ainsi *chaque syndicat* resterait maître de régler par contrat avec la Caisse toutes les conditions de la pratique médicale, d'admettre ou d'interdire même le contrôle : ce serait entre eux question de force et de diplomatie... Ce magnifique ordre du jour dont le grand mérite est de réclamer *pour chacun* le maximum de liberté... »

C'est tellement clair que, sur le sens de ce passage essentiel, l'erreur ne peut s'expliquer que si l'on se souvient qu'il y a un an, l'opposition ne voulait absolument pas de la liberté complète de chaque syndicat. Craignant sans doute que les syndicats en fassent mauvais usage, elle voulait alors imposer par la loi sa conception propre.

même, nous n'avons aucune raison de lui consentir, en la matière, la moindre diminution. Voilà pourquoi j'aurais aimé la revendication pure et simple du tarif privé minimum. Cette thèse n'a pas prévalu, peut être parce qu'elle venait trop tard.

L'assemblée a réclamé le relèvement du tarif, donné pour bases au Conseil le chiffre de 13 fr. comme prix moyen de la visite-consultation et le tarif Durafour majoré de 25 % en ce qui touche les autres actes médicaux, décidé la grève administrative en cas d'échec, le déclanchement de la grève étant subordonné à un referendum auprès des syndicats.

Certains militants ont fait des réserves au sujet de la grève, car ils redoutent de n'être pas suivis. Si cela était vrai, si les médecins étaient capables d'un tel abandon, alors que le sacrifice serait minime et que leur activité principale ne serait pas atteinte, il faudrait que la grève ait lieu. L'échec serait sérieux ; mais, au moins, il servirait de leçon et l'on saurait que nulle résistance n'est à attendre du corps médical, le jour où les assurances sociales viendront bouleverser son existence et où la résistance nécessitera peut-être de véritables privations. Il vaudrait mieux faire l'épreuve de la résistance des confrères sur le terrain limité de la loi des pensions que sur l'immense terrain des assurances sociales : le succès serait de bonne augure pour l'avenir ; l'échec serait un avertissement pénible de n'avoir pas à compter sur la solidarité confraternelle pour des luttes plus importantes.

3e L'assistance médicale gratuite.

Rinuy est une espèce de bénédictin laïque, pour qui l'assistance médicale gratuite n'a pas de secret. Ses rapports sont remarquables et constituent une collection de première importance au point de vue documentaire.

Il sort du cadre de cet article de résumer son travail de cette année. Mais il faut en extraire une idée essentielle.

L'assistance partielle se développe et change le caractère de nos rapports avec les pouvoirs publics. Qu'on y prenne garde ! L'assistance partielle, c'est l'assurance sociale, réalisée en moins bien et par un détour, du moins vue de la fenêtre médicale. Or, il y a encore sept départements qui n'ont pas le libre choix, dix départements qui ont le forfait, sans compter des dispositions fâcheuses en matière de contrôle, d'hospitalisation, etc. Il est indispensable que les syndicats révisent leurs contrats à ce sujet, en établissant comme règle que ces contrats doivent se rapprocher autant que possible de ce qu'ils souhaitent pour l'application des assurances sociales, car les assistés partiels d'aujourd'hui, ce sont les assurés de demain.

4o La révision des statuts.

Deux questions se posaient au sujet de la vie intérieure de l'Union, l'une ancienne qui avait un aspect désuet, l'autre d'une actualité brûlante.

La question ancienne concernait la représentation régionale. Avant la scission, la représentation régionale aurait eu l'avantage à mes yeux, l'inconvénient disent d'autres, de réaliser la représentation de toutes les opinions au Conseil de l'Union : ç'aurait été une façon de proportionnelle indirecte. Depuis la scission, l'intérêt en a beaucoup diminué et par conséquent l'on en voit mieux les inconvénients que j'ai signalés déjà en toute impartialité.

L'assemblée a estimé que le jeu du quotient suffit pour réaliser la représentation régionale dans la mesure même où le désirent les syndicats. Deux ou trois articles de statuts suffisent pour constituer les groupements qui peuvent bénéficier de cette clause ancienne.

A noter que les régions sont généralement représentées au Conseil aussi également que possible. Mais la réforme si énergiquement réclamée en son temps par les dissidents actuels et que le jeu du quotient permet de réaliser dans la pratique, consistait à transporter le droit électoral, de l'assemblée des délégués aux groupements de syndicats.

Lefèvre (du Cher) a soutenu très justement que, pour l'élection complémentaire en assemblée, les groupements qui usent du quotient, ne doivent plus disposer de toutes leurs voix, mais seulement des voix restantes. Cette clause, renvoyée pour étude à la commission compétente, sera certainement adoptée l'an prochain.

La question nouvelle concernait les syndicats de spécialistes. Le syndicat des chirurgiens ayant quitté l'Union, sans d'ailleurs donner à ce geste le moindre caractère de désapprobation, le Conseil de l'Union proposait que les syndicats de spécialistes ne soient plus admis désormais, tant que tous leurs membres ne seraient pas affiliés à leur syndicat local.

J'expliquerai quelque jour la situation et le rôle des syndicats de spécialistes, le problème qu'ils posent au corps médical envisagé dans son ensemble. Mais il faut tout de suite remarquer que ces syndicats ont leurs membres répartis sur tout le territoire, que par suite ils réunissent des « Unionistes » et des « Fédéralistes » et que, soucieux de leurs buts statutaires, ils entendent maintenir leur unité envers et contre tout. On voit dans quelle atmosphère était tombée la proposition du Conseil ! Cette proposition risquait d aboutir au résultat exactement inverse du but poursuivi.

Le Groupement des syndicats de médecins spécialisés fit remarquer que la proposition était une modification aux statuts et aurait dû être mentionnée comme telle ; que l'an dernier, ils

avaient eux-mêmes demandé que le problème des rapports entre syndicats locaux et syndicats de spécialistes soit étudié par la commission des statuts qui aurait à les entendre ; que cela n'a pas été fait et qu'ils maintiennent en conséquence leur proposition de l'an dernier. J'étais chargé de présenter cette motion. Très heureusement, je fus devancé par LENGLET qui, au nom du syndicat des radiologistes, soutint le point de vue des syndicats de spécialistes unanimes. Je n'eus qu'à l'appuyer, en évitant tout débat sur le fond.

5e La cotisation.

N'est-il pas misérable de discuter une augmentation de cinq fr., soit un peu moins de un franc d'avant-guerre, quand le travail de l'Union rapporte plusieurs millions au Corps médical ? C'est pourtant ce qu'on a vu cette année encore. En Alsace où je vis, on sait que les cotisations syndicales sont le meilleur des placements et les délégués de notre région ont été profondément attristés devant l'incompréhension des intérêts professionnels que traduit ce refus de cotiser largement.

Avec un budget basé sur la cotisation de 25 fr., il faudrait réduire l'activité de l'Union aux dimensions de ce budget, au lieu que normalement, c'est le budget qui devrait s'étendre pour faire face aux frais causés par l'activité de nos mandataires.

Espérons que le Conseil retiendra ce qui a été dit en assemblée et qu'il fera toutes les dépenses nécessaires, quitte à faire couvrir le déficit éventuel par l'assemblée de 1927.

6e Divers.

Je supplie le lecteur de ne pas m'accabler si je range sous ce titre des problèmes de première importance. Il s'agit ici de rendre compte du travail de l'assemblée, sans aliéner toute personnalité. Force est donc de mettre en évidence ce qui a retenu spécialement l'attention et de mettre au second plan les autres sujets.

Donc on a décidé l'élaboration d'un code général de déontologie. La commission d'études établira également des conclusions au sujet d'un ordre éventuel des médecins.

On a maintenu l'invitation permanente aux syndicats de ne pas laisser l'hygiène publique s'organiser en dehors d'eux, de conclure des ententes collectives pour en assurer les services. On a invité les syndicats à créer un Office syndical d'hygiène publique qui collaborerait avec l'Office départemental.

On a mandaté le Conseil pour revendiquer que l'art dentaire soit réservé aux docteurs en médecine.

On a réclamé à l'unanimité un statut particulier des médecins de complément de l'armée. On a décidé une action sur les parlementaires à ce sujet, action centrale qui est du rôle de l'Union, action locale qui est du ressort des syndicats.

On a relevé à 80 fr. les honoraires pour certificats d'assurance-vie, en notifiant la chose aux compagnies.

On a réclamé que, dans l'intérêt des malades, le Parlement maintienne la différence fiscale que la loi du 6 avril 1926 a établie entre les spécialités qui s'adressent directement au public et celles qui limitent leur publicité au Corps médical.

7e Conclusion.

L'Union continue sa route, avec, comme directives, la cohésion des médecins et le contrat collectif partout où une collectivité s'interpose entre le malade et le médecin. Ce n'est pas sa faute si ces collectivités dont l'Etat n'est pas la moindre, poussent et se développent comme champignons en automne. Elle leur fait front avec les seules armes du corps médical, qu'il tient à lui de rendre plus fortes ou plus faibles.

Ne cachons pas que l'Union connaît des jours d'épreuve. Le mal est venu de l'intérieur et non de l'extérieur ; il n'en est que plus douloureux. Ceux qui s'en réjouissent — car il en est d'assez insensés parmi nous pour en avoir de la joie — devraient penser que tous les médecins, même les non-syndiqués, subissent les conséquences funestes d'une division détestable. Ce n'est pas le lieu de rechercher les responsabilités. Au surplus, ce n'est pas l'heure. La besogne urgente est de recoudre avant qu'il soit trop tard, non de chercher qui est coupable, de celui qui a fait le trou ou de celui qui a usé l'étoffe.

A PROPOS DES INFIRMIÈRES

Depuis qu'à l'exemple d'autres corporations, la profession d'infirmière se trouve réglementée, notamment par le décret du 27 juin 1922, on pourrait être tenté de considérer comme privilégiée cette catégorie si intéressante de personnel.

Il reste cependant à leur sujet une question qui n'a jamais été résolue d'une façon satisfaisante : la question de leur recrutement et de leur placement.

Avant la guerre, le recrutement des infirmières était assuré principalement par des groupements ou associations à caractère plus ou moins confessionnel. Depuis, les formations sanitaires se sont multipliées, nécessitant le concours d'un personnel nombreux d'infirmières. Combien de personnes renoncèrent alors au bien-être d'un intérieur où jusqu'à présent elles avaient vécu dans une aisance relative pour se consacrer aux œuvres d'assistance ! Toutes n'avaient peut-être pas la compétence nécessaire, mais au début, elles pouvaient suppléer à cette insuffisance par les ressources de dévouement dont toute femme de cœur est animée en face de la souffrance humaine.

Pour les plus favorisées d'entre elles, c'est-à-dire pour celles qui, n'ayant pas dépassé un certain âge, étaient en mesure de compléter utilement leur formation, le problème a été vite résolu.

Les écoles officielles d'infirmières, les diverses « Croix-Rouge » ont organisé, au bénéfice de leurs élèves et anciennes élèves, des œuvres d'entr'aide tels que foyers, caisses de mutualité, etc...

Mais, pour la masse des infirmières qui, trop âgées pour postuler au diplôme d'Etat institué par le décret du 27 juin 1922, continuaient néanmoins à exercer leur profession, les pouvoirs publics ont pensé qu'ils se devaient également de les aider en assurant tout au moins leur recrutement et leur placement dans des conditions plus décentes. C'est qu'en effet, infirmières et gardes-malades privées sont encore actuellement victimes d'abus dont certaines agences, ou qui s'intitulent telles, sont en grande partie responsables.

Des enquêtes sérieuses avaient démontré que ces malheureuses femmes étaient soumises, dans la place procurée par ces agences, à un travail très dur, souvent excessif pour leurs forces, sans pouvoir prétendre à la totalité de leur salaire, le reste étant retenu sous forme d'un pourcentage allant jusqu'à 30 % de la rémunération, et cela, en dépit des lois et règlements en vigueur.

La Commission départementale du travail des femmes dans l'industrie, qui dépend de la Préfecture de police, s'est préoccupée de la question, y consacrant une séance entière au moins de mars dernier. Comme conclusion à la discussion qui s'est instituée à cette occasion, un vœu a été transmis au Ministère du Travail pour demander que cessent à bref délai les agissements signalés à l'encontre des bureaux de placement privés, en ce qui concerne le recrutement des infirmières et gardes-malades

Des préoccupations analogues se sont fait jour dans d'autres assemblées, notamment au Congrès National des Commissions départementales du Travail tenu à Nîmes en septembre dernier, ce qui prouve combien la question dépasse en portée les limites de la capitale.

Mis en présence des abus que nous venons de signaler, les pouvoirs publics ont cherché à y mettre un terme en moralisant le placement pour l'ensemble de la corporation. Dans ce but, on a institué près de l'Office départemental du placement de la Seine, une section réservée aux infirmières et gardes-malades.

Les promoteurs de cette institution ont pensé servir les intérêts de toutes les infirmières sans distinction, mais particulièrement des isolées et de celles qui, tout en pouvant justifier de longs états de service, avaient dépassé l'âge requis pour postuler au diplôme d'Etat.

Situé 21, rue des Tournelles, près de la Bastille, par conséquent dans un quartier bien central, doté en outre d'une ligne téléphonique (Archives, 44-87), le Service de placement des infirmières et gardes-malades est un organisme officiel mais qui n'a rien d'administratif.

A beaucoup de points de vue, il répond bien à l'idée que le corps médical se fait d'un tel service. Il constitue, en effet, une véritable « œuvre sociale ». D'autre part, sa valeur technique mérite de retenir l'attention. Par l'institution d'un fichier très pratique qui permet de classer les candidates selon leurs références, leur spécialité, le quartier qu'elles habitent, il est en mesure de renseigner rapidement et complètement les docteurs qui s'adressent à lui dans l'intérêt de leur clientèle.

Réaliser suivant les méthodes les plus modernes le placement des infirmières et gardes-malades vraiment qualifiées, apporter aux malades l'aide immédiate et sûre qu'ils sont en droit d'espérer, donner toutes garanties sous le rapport de la rémunération, tant à l'égard de l'employeur qui rétribue directement l'infirmière procurée qu'à l'égard de cette dernière qui peut ainsi compter sur l'intégralité de son salaire, en assurant au bénéfice des deux parties *l'entière gratuité du placement*, tels sont les buts que se propose le service de la rue des Tournelles.

Ce dernier peut rivaliser avantageusement avec les organisations similaires, mais pour qu'il devienne véritablement le grand centre qu'on s'est proposé d'instituer, en dehors de tout particularisme, il y aurait intérêt à ce que les médecins s'efforcent de mettre leur autorité à la disposition d'une telle œuvre et la signalent en toutes occasions à leur clientèle.

TOUZA,
Directeur de l'Office départemental de placement.

Dr René MARTIAL.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. Dargelos, (*Suite*).

Description des symptômes de la fièvre jaune et mesures prophylactiques.

La fièvre jaune a pour berceau les Côtes des Antilles et le Golfe du Mexique. Les premiers Européens atteints étaient les compagnons de Christophe Colomb.

De ce foyer primitif, la fièvre jaune a gagné les côtes du Brésil, et, en Afrique, la région du Soudan, du Sénégal, du Haut Niger, où elle s'est implantée.

Ce sont surtout les foyers endémiques africains qui constituent pour l'Europe une menace permanente et c'est presque toujours dans les ports que l'on constate les cas d'importation.

Nous allons voir que cette maladie peut faire, en Europe, des victimes plus ou moins nombreuses,mais qu'elle ne peut pas y devenir endémique.

Le développement de la fièvre jaune et son endémicité exigent en effet, des conditions thermiques et géologiques spéciales. On sait aujour, d'hui que ses germes sont inoculés à l'homme par la piqûre d'un moustique : le stégomyia fasciata. Or, ce moustique est extrêmement sensible aux variations de température. Au-dessus de + 39, il ne peut pas vivre ; vers + 16°, son activité est faible ; à + 12 il est engourdi et titubant. On comprend qu'il lui soit difficile de s'acclimater en Europe.

Les conditions thermiques qui lui sont favorables ne se réalisent qu'entre les parallèles 40 ou 42, au Nord ou au Sud de l'Equateur.

Les côtes d'Espagne et de Portugal, étant celles qui réalisent de plus près ces conditions thermiques, sont aussi celles qui ont été le plus souvent éprouvées par cette maladie contagieuse.

Les moustiques stegomyia vivent de 40 à 60 jours. Avec les moyens rapides de locomotion maritime, les navires peuvent en importer dans les ports. L'attention du service d'hygiène coloniale doit rester éveillée sur ce point, afin d'éviter sinon une épidémie difficile à réaliser à cause du milieu peu favorable que nos climats offrent à la vitalité des insectes inoculateurs, du moins, dans la plus grande mesure possible, les contaminations isolées.

A la Havane, berceau de la fièvre jaune, cette maladie a disparu.

Depuis 1901, une guerre acharnée et méthodique a été dirigée contre les moustiques. Le résultat de ces mesures de destruction des stégomyias a été la décroissance et ensuite la disparition de la fièvre jaune, dans les Antilles.

Cette lutte et ces merveilleux résultats ne peuvent pas être relatés, sans rappeler les noms du Dr Carrol et du Dr Laziar qui, tous deux, en dirigeant cette périlleuse entreprise d'assainissement furent atteints de la fièvre jaune. Le Dr Carrol échappa heureusement à la mort ; le Dr Laziar paya de sa vie son dévouement. Tous deux ont droit de prendre rang parmi les plus grands bienfaiteurs de l'humanité.

Les résultats obtenus dans les Antilles indiquent la marche prophylactique à suivre en cas de menaces du typhus jaune :

1° Désinfection des navires par les fumigations sulfureuses pour détruire les moustiques que le navire peut apporter ;

2° Isolement des malades qui doivent être entourés par un treillis ne permettant pas l'accès des moustiques ;

3° Fumigations avec la poudre de pyrèthre, pour anesthésier les moustiques qui tomberont sur le sol où on les cueillera pour les brûler ;

4° Traitement des pièces voisines par les vapeurs de soufre ;

5° Il faut brûler ou désinfecter à fond les linges des malades pour qu'ils ne puissent pas servir à l'infection des insectes inoculateurs ;

6° Surveiller tous les endroits du voisinage contenant des eaux stagnantes où éclosent les larves de moustiques : mares, fosses à purin, récipients quelconques contenant de l'eau en plein air vases de jardins, gouttières, égoûts, etc... Tous ces réservoirs doivent être arrosés d'huile lourde de pétrole ou autre.

La petite quantité de corps gras disposée à la surface de l'eau asphyxie les larves de moustiques, en obturant leurs voies respiratoires.

Telles sont les mesures à prendre en présence d'un cas de fièvre jaune.

Il va sans dire que les personnes qui soignent les malades ou vivent autour d'eux doivent prendre les plus grandes précautions contre l'inoculation des germes contagieux, en s'appliquant surtout à combattre les moustiques et à éviter leurs piqûres.

En 1905, à Rio de Janeiro, plus de deux mille employés étaient occupés au service des fumigations, à la suppression des eaux stagnantes ou à leur traitement par l'addition de pétrole. On a

obtenu le résultat cherché : plus de moustiques, plus de fièvre jaune.

Mais nous avons tous le désagrément de connaître un autre moustique des plus incommodes qui est, très probablement un inoculateur de la fièvre paludéenne et de beaucoup d'autres infections. C'est le Culex pipiens, le vulgaire cousin. La femelle de cet insecte, comme celle du Stegomyia, pond environ 2.000 œufs qu'elle dépose aussi dans les eaux stagnantes. Les générations d'un couple peuvent atteindre plus de 2.000.000 d'individus.

En outre de ce moustique que l'on trouve dans toute l'étendue de notre territoire, il existe un de ses congénères, du genre Anophèle, dont l'intervention dans la production de la fièvre paludéenne a été sûrement démontrée (1).

Deux espèces du genre Anophèle habitent l'Europe. On les voit surtout autour des salins, des étangs, de tous les terrains lacustres, marécageux ou simplement humides qui bordent la Méditerranée. En Provence, à certaines époques de l'année, ils constituent parfois de vrais nuages qui s'étendent sur la Camargue ou sur la Crau.

Le cousin et l'anophèle ont les mêmes mœurs et la même fécondité. Contre ces insectes buveurs de sang et agents de transmission de maladies infectieuses, nous devons employer toutes les mesures possibles de défense, afin de nous préserver de leurs piqûres et des dangers pouvant en être la conséquence.

Cette digression au sujet qui nous occupe n'est pas faite dans l'espoir de déterminer, comme à La Havane ou à Rio-de-Janeiro, l'organisation d'une armée destinée à la destruction des moustiques. La lutte contre les anophèles, cantonnés, peut-on dire, dans certaines régions serait loin cependant de présenter les difficultés de cette entreprise contre le stegomyia. Sans avoir la gravité de la fièvre jaune, les fièvres paludéennes exercent de grands ravages. Tout le monde connaît les fièvres de la Camargue, les fièvres de Corse, les fièvres d'Algérie....., pour ne citer que celles-là. Les conséquences de l'infection paludique sont incontestables. Elles exercent trop souvent sur les organismes atteints les influences les plus néfastes. Aussi les hygiénistes verraient certainement avec plaisir l'Etat entreprendre contre les agents producteurs de cette infection, une lutte bien organisée dont les populations, actuellement exposées à un danger continuel, lui seraient reconnaissantes. En attendant, nous avons pensé qu'il serait utile d'attirer sur les moustiques, l'attention de ceux qui en sont les victimes. Les moyens de destruction et de préservation à employer contre eux, quelque soit leur genre, sont les mêmes. On doit y recourir avec la constance et la rigueur nécessaires. Leur piqûre cruelle donne certainement la fièvre paludéenne. Mais les moustiques qui ont sucé le sang d'un typhique, d'un malade atteint de grippe, de choléra... peut être et est très probablement un agent propagateur de ces maladies.

Ce sont là des raisons sérieuses pour employer contre eux les fumigations de soufre, ou de pyrèthre afin de les éloigner, de les faire disparaître des appartements et d'empêcher leur pullulation en entretenant la propreté des éviers, en desséchant les petites mares d'eau croupissantes ou de purin, en arrosant d'huile lourde de pétrole tous les réservoirs d'eau stagnante pouvant se trouver autour de nos habitations.

(1) Dr Edmond et Etienne SERGENT (de l'Institut Pasteur). — Moustiques et maladies infectieuses. Paris, Masson et Cie, éditeurs

Description des symptômes de la peste et mesures prophylactiques.

Le berceau de ce fléau est dans l'Inde, dans les provinces voisines du Gange.

Elle existe dans un état devenu endémique en Mésopotamie, en Cyrénaïque, en Chine, en Sibérie, au voisinage du lac Baïkal.

C'est de ces foyers que la peste peut menacer l'Europe.

Comme pour la fièvre jaune et le choléra, les risques d'importation sont en raison directe de la facilité des moyens de communication. Le danger d'invasion de ce fléau est largement atténué par la surveillance internationale dont il est l'objet et par l'application des mesures antiseptiques basées sur la connaissance exacte de ses moyens de propagation.

Après une incubation de 3 à 5 jours, la peste débute généralement brusquement ; mal de tête violent, vertiges, frissons, vomissements, douleurs lombaires, fièvre intense, soif inextinguible, refroidissement des mains et des pieds ; par ailleurs, peau sèche et brûlante, anéantissement des forces ,tels sont les symptômes de début, malgré la gravité desquels le facies du malade ne révèle pas de souffrance. On constate d'abord des taches rouges ayant la forme de piqûres de puces sur les jambes et ensuite sur tout le corps.

Du deuxième au troisième jour, on voit les ganglions inguinaux, axillaires, cervicaux, gonfler et devenir douloureux (bubons), d'où le nom de peste bubonique donné à cette maladie.

La peste peut se manifester aussi sous forme de pneumonie (peste pneumonique). Elle est plus grave que la peste bubonique, qui, cependant, est très meurtrière.

Le germe qui la produit, est un bacille qui a été découvert par Yersin.

Les épidémies de peste humaine sont précédées par les épidémies chez certains rongeurs : rats gris, rats d'égoût. En Sibérie, elles se montrent, en outre, chez des marmottes appelées sarbagans.

(à suivre.)

SOUSCRIPTION QUIVY

(3e liste)

Syndicat médical de Cambrai, Hôtel de Ville, Cambrai	100
Dr Caillaud, Orléans	100
Dr Noir, rue Linné, 9 (5e)	100
Dr Ducreton, Le Fouquet (Pas-de-Calais)	20
Dr Dohen, rue J.-Ferry, 7	10
Dr Louart, 7, rue Crosatier	25
Dr Corvisy, Egriselles-le-Bocage (Yonne)	20
Dr Vignal, 51, rue de Lille (7e)	100
M. Mercier, Mazingarbe (Pas-de-Calais)	100
Dr Mornard, 2, rue de Villersexel	20
Dr Druelle, 21, rue de Turin	20
Dr Pagniez, 24, rue J.-Goujon	20
Dr Bourdon, Maffliers	20
Dr P. Bretton, Franconville	20
Dr Lelong, 48, rue Madame	20
Dr Amiard, 9, rue de l'Avenir, Asnières	20
Dr Parmentier, 135, boul. Haussmann	100
Dr Buquet, 270, boul. Raspail	20
Dr François, 50 av. Parmentier	20
Dr Real, 3, rue Richelieu	50
Dr de Chabert, Château des Coudraies, Etiolles	20
Drs Dupret, 1, rue J.-Hérard, Ecouen	20
Dr Sagot, 3 boul. Barbès	20
Dr Hallez, 17, rue de la Trémoille	30
Dr Mabille, 17, rue de Courcelles	20
Dr Héal, 40 foub. St-Honoré	20
Dr Vornière, Eu	20
Dr Lerouge, 4, av. Aug.-Dumont, Malakoff	20
Dr Vandeputte, 2*bis*, rue Carnot, Chaville	50
Dr Dequidt, 4, rue de Sèvres	20
M. Jonas, 1, rue Cothenet, 16e	20
M. Molissard	20
Dr Thibaut, 15, av. Emile-Deschanel, Paris	20
Association générale des Médecins de France	300
Dr Quenay, 56, rue de Seine, Paris	50
Dr Boeldieu	15
Fédération corporative des Médecins de la Région parisienne	100
Dr Léchelle, 22, rue de Dunkerque, Paris	20
Dr Gaudier, 12, rue Parrot, Paris	20
Dr François, 268, boul. Raspail	100
Syndicat de Montreuil et St-Pol	100
Dr Lautier, Bédarieux (Hérault)	25
Dr Forestier, 15, rue Brézin, Paris	20
Société médicale du 14e	100
Dr Gaehlinger, 10, square Desaix (15e)	30
Dr Larivière	20
Dr Eloire	20
M. Binet, 28, rue Serpente (6e)	20
Syndicat médical des Landes	100
Dr Dibos, Villa la Ribère, à Mont-de-Marsan	100
Dr Casteras, 22, rue de Tocqueville	20
Dr Daubresse, 113, boul. Voltaire	20
Dr Delong, 21, rue Bayard, Toulouse (Syndicat médical de Toulouse)	150
Dr Huber, 36, rue du Colisée	99,90
Dr Crussaire, 3, av. Sylvestre-de-Sacy	20
Dr Dartevelle, 163, rue Montmartre	48,85
M. Aeremant (Albert), 1 av, Mac-Mahon	10
M. Coudoux, 18, rue Château-d'Eau, 10e	10
M. Dupas, 28, rue de Lorraine, 19e	10
M. Victor	10
M. Vermersch, 4, rue Christophe-Colomb, 5e	20
M. Payen, 32, av. Kléber, 16e	50
Dr Huber, 36, rue du Colisée, Paris	20
Dr Chicondard, 219, boul. Raspail, Paris	100
Dr Vanlaude, 88, boul. Port-Royal, Paris	10
Dr Beauprez, 32, rue Desaix, Paris	20
Dr Desesquelle, 21, rue du Bac, Paris	20
Dr Tierny, 3, rue de l'Abbé-Halluin, Paris	20
Dr Plantier, Laboratoire de la Panbiline, Annonay	100
Dr Wéry, 15, rue de Vézelay, Paris	20
Dr Moses, 11, boul. Magenta	20
Dr Combault, 3, rue Victor-Massé, Paris	30
Union Valenciennoise	705
Syndicat de Laon	200
Dr Dorvaux, 20, rue de la République, St-Denis	20
Dr Guersant, 121, av. Gambetta, Paris	50
M. Vandenbroucque, 18, rue L.-Blanc	20
Dr Wagon, 39, rue Washington, Paris	20
Dr Caudmont, 24, av. Rochegunne, Nanterre	20
Dr Paul, 52*bis*, rue de Varenne, Paris	100
Dr Devraigne, 7, rue Gustave-Flaubert, 17e	100
Dr Khayatt, 30, rue de la République, St-Mandé	50

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Le Concert de l'Orchestre Médical.** — Salle remplie d'un public attentif et sympathique, prompt à témoigner sa satisfaction et son émotion par des salves répétées et nourries de bravos ; solistes vigoureusement applaudis ; orchestre de grand style, exécutant avec éclat un programme particulièrement chargé. Tel pourrait être le résumé du très beau concert qu'a donné, le 24 janvier, l'Orchestre médical, supérieurement dirigé par M. Petiot.

Egmont, Jupiter, Symphonie de Mozart, Ramuntcho, les Danses slaves de Dvorak et celles du Prince Igor, formaient un programme symphonique très heureusement diversifié, et très coloré. Ces différents morceaux furent parfaitement rendus.

Mme Bouchacourt détailla avec esprit et bonne grâce, des morceaux de Bach, de Fauré et de Brahms. Mlle Ledoux, virtuose de la harpe, se révéla comme un beau tempérament artistique et fut très goûtée.

Ce concert fait honneur à l'Orchestre médical et à ses dévoués dirigeants, nos amis Destouches, Didsbury et Burnier, qui se dépensent sans compter pour maintenir la vitalité de cette phalange médico-musicale. Et le succès doit légitimement leur en revenir, ainsi que le mérite, autant qu'au chef d'orchestre dont le dévouement est d'une telle ardeur qu'il put épuiser ses forces, au point que, durant quelques secondes, il dut s'interrompre. Mais la salle lui fit une belle ovation, dès que, surmontant son malaise, il remonta au pupitre et reprit le bâton pour conduire avec maestria le dernier motif de Borodine. Ovation très méritée, qui, comme un baume salutaire, contribua à faire disparaître complètement les dernières traces de sa fatigue.

— **Hôpitaux de Paris.** *Prix de journée pour les accidents du travail.* — Le Conseil municipal de Paris vient de fixer à 34 fr. 96 pour la médecine et à 36 fr. 79 pour la

chirurgie, le prix de la journée d'hospitalisation en matière d'accidents du travail.

— **Académie de médecine.** — Le bureau de l'Académie, pour l'année 1927, est ainsi composé : M. Gley, président, M. Balzer, vice-président, M. Achard, secrétaire général, M. Souques, secrétaire annuel, M. Hanriot, trésorier.

— **Journées médicales Marseillaises et Coloniales,** du 20 au 24 avril 1927, organisées par le *Marseille-médical. Programme sommaire* :

Le programme des Journées médicales qui se dérouleront du 20 au 24 avril 1927 comprendra :

1° Des conférences. Sont déjà prévues les conférences suivantes :

Pr Cantacuzène, de Bucarest (Roumanie), sur « Le rôle du streptocoque dans l'étiologie de la scarlatine ».

Dr Mayer, de Bruxelles, « Les acquisitions récentes dans le traitement du cancer ».

Pr Ottolenghi, de Bologne (Italie), sur « Le paludisme ».

Pr Léon Bernard, de Paris.

Dr Noël Bernard, Directeur des I.P. d'Indo-Chine, sur « Le Béribéri ».

Pr Sicard, de Paris.

Pr Imbert, de Marseille, sur « La greffe osseuse ».

2° Des démonstrations pratiques dans les divers services hospitaliers : médecine, chirurgie, spécialités, laboratoire.

3° Une exposition de tous produits pharmaceutiques, de laboratoire, d'hygiène, d'instruments de chirurgie, d'appareillage radiologique, de journaux et de livres médicaux et scientifiques, etc.

4° Des réceptions par la Municipalité et par la Chambre de Commerce.

5° Des excursions : *a*) Visite des ports, des installations sanitaires des ports et du canal souterrain du Rove, offerte par la Chambre de Commerce de Marseille ; *b*) excursion de 3 jours en Corse, organisée par les Syndicats d'initiative de la Corse (Bastia, Dr Zuccarelli ; Ajaccio) ; *c*) excursion sur la Côte-d'Azur, organisée par la Société médicale du Littoral Méditerranéen : *d*) excursion en Provence.

7° Un banquet de clôture.

Les conférences, l'Exposition, la démonstration du service de santé auront lieu dans le même local : Grand-Palais de l'Exposition, au Parc Amable-Chanot, Rond-Point du Prado, mis aimablement à la disposition du Comité par M. le Maire de Marseille.

Inscriptions.

Peuvent se faire inscrire aux Journées médicales Marseillaises et Coloniales :

A. — Comme membres adhérents : Les médecins civils, militaires et coloniaux ; les pharmaciens civils, militaires et coloniaux ; les étudiants en médecine et en pharmacie, les internes et externes des hôpitaux ; les chirurgiens-dentistes, les étudiants des écoles dentaires ; les vétérinaires civils et militaires ; les officiers de réserve du service de santé militaire ; les sages-femmes et élèves sages-femmes.

B. — Comme membres associés : Les membres des Sociétés de Croix-Rouge ; les membres des familles des adhérents (femme et enfants) ; les membres des familles des exposants.

Cotisation. Elle est fixée à : 50 fr. pour les membres adhérents ; 25 fr. pour les étudiants et les membres associés. Les cotisations doivent être versées à M. le Dr Félix Piéri, trésorier des Journées médicales Marseillaises et coloniales. Compte chèque postal, Marseille 194-86.

Toute la correspondance des Journées médicales Marseillaises et coloniales doit être adressée à M. le Dr André Sauvan, secrétaire général, 40, allées Léon-Gambetta, Marseille. Pour l'Exposition, s'adresser à M. Lépine, délégué technique, 3, rue Vézelay, Paris (8e). Téléphone : Laborde 07-23.

— **Les Croisières du « Bruxelles médical ».** — Croisière D., 25 jours, *départ 21 avril* : même itinéraire que la croisière C., mais l'escale de Naples est réduite à 30 heures, et Monaco n'est touchée qu'une fois. Prix : 1re cl. : 305 dollars ; 2e cl. extér. : 220 dol. ; 2e cl. int. : 208 dol. (*s.s. Patria.* 16.000 tonnes).

Croisière F. tout spécialement recommandée en raison de son exceptionnelle diversité et de la modicité relative de ses prix. Elle dure 29 jours et quitte Marseille le 29 mars. Sauf Monaco qui n'est pas touchée, elle a le même itinéraire et approximativement le même horaire que les précédentes mais en y ajoutant, Palerme (12 h.) et Syracuse (outre Messine qui est maintenue), Ajaccio (13 h.), Alger (16 h.) et Barcelone (13 h.). Prix : 1re cl. : ordinaire : 305 dollars ; 1re cl. B. extér. : 265 dol. ; 1re cl. B. intér. : 250 dol. Les 1res classes « B » sont des cabines habituellement utilisées comme deuxièmes, mais nos passagers qui y seront logés auront les mêmes droits que les passagers de 1re, c'est-à-dire les excursions, l'accès des ponts et salons de 1re cl., mais les repas leur seront servis dans une salle à manger différente (*s.s. Canada*, 14.000 tonnes).

Etudiants : Des installations et conditions spéciales en 3e cl., sont demandées pour étudiants.

Autres voyages. — *Sahara* (en préparation). — *Pologne* (par mer, pour les membres du Congrès de Varsovie). — *Corse* (organisé par les Journées médicales de Marseille, après le 24 avril).

— **Assemblée générale de la Société d'histoire de la médecine.** — Tout récemment, sous la présidence de M. le Pr agrégé Laignel-Lavastine, s'est tenue à la Faculté de médecine de Paris l'assemblée générale annuelle de la Société internationale d'histoire de la médecine.

Après que M. Fosseyeux eut donné lecture des nombreuses lettres d'excuses marquant toute la sympathie et les regrets de tous ceux qui, ce soir-là, se pouvaient être des nôtres, M. le Président salue MM. les délégués étrangers. La Société internationale d'histoire de la médecine a tenu successivement ses assises à Anvers, Londres, Paris, Genève. Amsterdam a été choisie cette année et, le très distingué président de la Société hollandaise d'histoire de la médecine, M. le Dr de Lynt, a dit excellemment combien on sera heureux en pays néerlandais de recevoir tous ceux qui se rendront en Hollande en juillet prochain.

De savantes communications furent faites sur divers points de la médecine historique.

Le dîner traditionnel, servi dans les salons du Cercle de la Renaissance, fut un succès, tant par une chère exquise que, dirent plusieurs, Brillat Savarin n'eût pas désavouée, que par le charme des conversations qui permirent aux uns et aux autres de se mieux connaître, donc de mieux s'apprécier.

Quelques dames avaient répondu à l'appel du Comité mettant la note gaie sur le « deuil » des habits noirs. Et cela est bien la condamnation sans appel des « grands couturiers » qui voudraient masculiniser la toilette de soirée de celles qui nous aident à faire le voyage...

R. M.

— **Association médicale thermale du centre de la France.** — *Statuts.*

ART. Ier. — Une association médicale est formée, ayant pour but de préciser et de faire connaître les méthodes et les indications thérapeutiques des villes d'eaux du centre de la France.

Art. II. — Pour arriver au but que se propose cette association médicale thermale : 1° On centralisera tous les travaux qui seront publiés sur les villes d'eaux du Centre de la France, et on les enverra à tous les membres

de l'Association qui en feront la demande ; 2° on organisera ,chaque année, des Journées médicales thermales à Clermont-Ferrand, qui comprendront : des visites à une ou plusieurs villes d'eaux, puis, le dernier jour, l'exposition et la discussion de plusieurs rapports consacrés à des maladies que l'on soigne dans les villes d'eaux visitées, ou à des méthodes thérapeutiques que l'on y utilise ; 3° si les ressources de l'Association le permettent on créera chaque année : d'une part, des bourses de voyage destinées à des internes de Paris ou de province pour leur permettre d'assister, sans frais, aux Journées médicales thermales ; et, d'autre part, des bourses de séjour permettant à des étudiants en médecine, en fin de scolarité, de venir faire, à l'Université de Clermont, des travaux sur les eaux minérales.

Art. III. — L'Association est composée de membre actifs et de membres honoraires.

Pour être membre actif, il est nécessaire d'être docteur en médecine, pharmacien ou étudiant en médecine ; la cotisation annuelle de chacun d'eux est fixée au minimum à 20 fr. pour les docteurs et les pharmaciens, et à 10 fr. pour les étudiants.

Pourront adhérer comme membres honoraires, tous ceux qui s'intéressent aux eaux minérales du Centre ; la cotisation annuelle minima est fixée, pour eux, à 50 francs.

Chaque membre actif ou honoraire recevra gratuitement : le *Centre médical*, et les rapports *in extenso* des Journées médicales thermales, que ce journal s'engage à publier ; l'ensemble des publications faites sur les eaux minérales du Centre. De plus, on obtiendra, pour tous les adhérents, des conditions spéciales trèsavantageuses, leur permettant plus facilement le voyage vers le Centre et le séjour dans les villes d'eaux, et à Clermont pendant les Journées médicales.

Art. IV. — Le bureau de la prochaine Journée tel qu'il a été fixé à la Journée médicale thermale de 1926, comprend des présidents d'honneur au nombre de quatre : le Pr Billard et le Pr Bousquet, anciens directeurs de l'Ecole de médecine de Clermont ; le Pr Carnot (de Paris) ; le Pr Pic (de Lyon). Président : le Pr Castaigne, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont. Vice-présidents : les Prs Serr, Perrin et Cellier, les Prs agrégés Harvier (de Paris) et Giraud (de Montpellier). Secrétariat général et trésorerie : Drs Ranglaret et Valois. Secrétaire général adjoint pour Paris : Dr Desfosses. Secrétaires : Drs Godlewski, Luton.

Ce bureau fonctionne provisoirement pour diriger l'Association, mais on le complètera immédiatement par le directeur de l'Institut d'Hydrologie de l'Ecole de médecine de Clermont, le Pr d'Hydrologie de l'Ecole de médecine de Clermont, le président de la Société médicaledes hôpitaux de Clermont ; le vice-président de la Société de Gannat, et le président de la Société médicale de chacune des villes d'eaux du Centre, ayant adhéré à l'Association.

Chaque année, le bureau se réunira en Assemblée générale à l'occasion des Journées médicales de Clermont ; la situation matérielle et morale de l'Association sera exposée par le président, le secrétaire général et le trésorier, et l'on décidera le programme de l'année suivante.

Chaque année, à la fin de septembre, les membres de l'Association médicale thermale seront convoqués en réunion scientifique à Clermont-Ferrand, pour étudier et discuter entre eux toutes les questions d'ordre médical et professionnel pouvant intéresser les médecins des villes d'eaux du Centre de la France.

Nota. — Les adhésions et cotisations doivent être envoyées soit au président : M. le Pr Castaigne, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont, soit au secrétaire général ou au trésorier : Drs Ranglaret et Valois, au *Centre médical*, 21, place Bréchimbault, Moulins ; soit au secrétaire général adjoint pour Paris : Dr Desfosses, 17, rue de Tocqueville.

— **VIe Congrès national de la tuberculose.** (Lyon, du 11 au 14 avril 1927) organisé par le Comité national de Défense contre la tuberculose, l'Œuvre de la tuberculose et le Comité du Rhône pour la lutte contre la tuberculose.

Le bureau est ainsi composé : Prof. Letulle, Calmette et Bard, présidents d'honneur ; Dr Monisset, président, Pr Léon Bernard, Bezançon, Courmont, Dr Guinard, Mlle Mugnier, M. Georges-Risler, Dr Rist, et Pr E. Sergent, vice-présidents, Pr Arloing, Dr Courcoux et Dr G. Poix, secrétaires généraux, Dr Royer, secrétaire et M. P. Masson, trésorier.

Questions à l'ordre du jour. Section biologique : 1° Bases expérimentales des réactions allergiques dans l'infection tuberculeuse, par le Pr P. Courmont (Lyon). 2° Les facteurs de terrain, autres que l'allergie, dans l'infection tuberculeuse, par le Pr Sergent et le Dr Turpin (Paris). *Section clinique* : 1° La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par le Pr L. Bérard (Lyon) et le Dr Dumarest (Hauteville). 2° Valeur séméiologique de l'examen des crachats dans la tuberculose pulmonaire. Conformément à la décision prise par le Congrès de Strasbourg, cette question reste à l'ordre du jour et l'état actuel de la discussion sera exposé par le Dr Cordier (Lyon). *Section médico-sociale* : 1° Préventoriums et placement familial, par le Pr Léon Bernard et le Dr G. Poix (Paris). 2° Collaboration du Corps médical avec le dispensaire, par le Pr J. Parisot (Nancy). *Section des infirmières-visiteuses* : 1° De l'infirmière-chef départementale, son rôle social, par Mlle Delagrange (Paris). 2° La part de l'initiative dans le travail des infirmières-visiteuses antituberculeuses, par Mme Delafontaine (Paris). 3° De l'importance de la formation hospitalière pour les infirmières-visiteuses d'hygiène sociale et pour les infirmières polyvalentes, par Mlle Hervé (Rouen).

Pendant le Congrès et après la clôture auront lieu des visites aux divers établissements antituberculeux de la ville de Lyon et du département du Rhône et à la Station climatique d'Hauteville.

Les membres titulaires du Congrès bénéficieront de la part des Compagnies de chemins de fer français, de bons de transport à tarif réduit de 50 % de leur résidence habituelle à Lyon, avec retour.

La cotisation est fixée à 40 francs pour les membres titulaires et à 30 francs pour les membres associés. Une réduction de 50 % est accordéeaux étu diants en médecine et aux infirmières-visiteuses diplômées qui se font inscrire comme membres titulaires.

Les personnes qui désirent prendre part au Congrès sont priées d'envoyer le montant de leur cotisation à M. P. Masson, trésorier, 120, boul. St-Germain, Paris, 6e, ou mieux de verser cette somme au bureau de poste, au compte-courant de M. Masson (Chèques-postaux n° 599, Paris).

Pour renseignements s'adresser au secrétariat du Congrès, au Siège social du Comité national de Défense contre la tuberculose, 66*bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris. Téléphone Fleurus : 11-14.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Havre, 30 juillet 1886, que les héritiers d'une personne décédée ne peuvent pas relever le médecin du secret professionnel, en ce qui concerne le défunt.

De même, en matière de certificats après décès, réclamés par les assurances sur la vie, il a été jugé que quelles que soient les clauses inscrites dans la police d'assurances, le médecin traitant est toujours en droit de refuser tout certificat, délivré à la famille du *de cujus* (Tribunal civil de Besançon, 17 février 1887, Cour de Paris, 4 février 1891).

Vous pouvez donc vous refuser absolument à délivrer un certificat à une veuve, qui croit pouvoir avoir droit à une pension.

Mais, convient-il de se retrancher d'une manière absolue derrière le secret professionnel ?

Ce refus peut être mal interprété par la veuve et par ses conseils. On peut vous opposer que ce certificat est destiné à une commission, qui est liée elle-même par le secret professionnel comme le rappelle une circulaire ministérielle, en date du 25 mars 1925.

Une circulaire ministérielle ne peut pas modifier les obligations contenues dans le Code pénal.

En second lieu, rappelons que les réponses ministérielles, en date des 6 juin 1925 et 8 avril 1925, se rapportent aux diagnostics que les médecins traitants des réformés inscrivent sur les bulletins de visite.

Ayant lui-même demandé son droit à une pension, en fournissant toutes les attestations possibles, le réformé a dévoilé, en toute liberté et connaissance de cause, ses tares morbides.

Ici, le cas n'est pas semblable, puisqu'il s'agit d'une veuve, qui demande un certificat au médecin traitant, pour dévoiler la maladie et la cause du décès de son mari.

En troisième lieu, il paraît difficile, pour un médecin, de délivrer un certificat médical, lorsque le diagnostic rétrospectif ne repose sur aucune note, ni sur aucun bulletin d'hôpital. Il est bien aléatoire de certifier le décès d'une personne, morte depuis plusieurs années. La mairie, ou les registres de l'état civil, doivent comporter peut être une mention de la cause du décès : ce document officiel peut servir à la veuve de commencement de preuve.

En toute honnêteté professionnelle, il est impossible à un praticien de délivrer une attestation quelconque, lorsque les faits remontent à plusieurs années.

Quant à la tenue de fiches, concernant les affections de nos malades, elle n'est pas obligatoire. Je dirais même que nous ne devrions pas le faire, *stricto sensu* ; car, après décès du médecin, ou lors d'un cambriolage quelconque, d'une perquisition, voire tout simplement d'une boite de fiches laissée ouverte par mégarde, des tiers peuvent pénétrer les secrets qui nous ont été

confiés et que nous avons consignés sur des fiches.

Dans ces conditions, je crois que vous pouvez vous refuser complètement à délivrer le certificat qui vous est réclamé.

Dr Paul Boudin.

Accidents du Travail

164. — Rupture de varices par effort.

Un cultivateur ressent une vive douleur au mollet droit en courant après un cheval échappé. Le mollet se teinte consécutivement légèrement en jaune ; en résumé, rupture de varices par effort. La Compagnie d'assurances refuse d'indemniser l'intéressé, sous prétexte que le certificat médical relatant la lésion ci-dessus ne conclut pas à un traumatisme, c'est-à-dire qu'une douleur ressentie dans le mollet en courant après un cheval, n'est pas un accident ayant entraîné plaie ou blessures, pas plus qu'un coup de fouet reçu ou douleur ressentie dans les reins. Cette interprétation me paraît excessive. Toute contusion sans solution de continuité, révélée seulement par une trace ecchymotique serait donc exclue des accidents du travail. Qu'en pensez-vous ? l'intéressé est venu me demander mon avis ?

Dr H.

Réponse.

Suivant M. Sachet, no 303 de son ouvrage sur les accidents du travail, le coup de fouet ou toute affection de la même nature, provenant d'un effort, doit être considéré comme un accident du travail lorsque l'effort générateur a été immodéré et c'est à l'ouvrier demandeur qu'il appartient de démontrer la violence excessive de cet effort et sa relation avec le travail.

Il semble qu'il doive en être ainsi d'un effort fait en courant après un cheval échappé, car la course, chez un cultivateur, constitue un effort anormal.

Application du Tarif Durafour

I

9. — 1° Double intervention dans une même blessure ; 2° Les certificats en double.

1° Je viens vous demander conseil pour le cas suivant :

Il s'agit d'un accident du travail, fracture de l'extrémité inférieure du radius avec *énorme luxation* du carpe. J'ai dû réduire le tout sous anesthésie générale avec l'aide d'un confrère anesthésiste et j'ai mis un plâtre. Qu'est-ce que je dois compter ?

A mon avis je compterais :

Fracture de l'extrémité inf. du radius...	80 fr.
Luxation du carpe..................	75 »
Anesthésiste	50 »
Plâtre	50 »

Je ne sais pas si j'ai le droit de compter un plâtre ? Mais combien dois-je compter l'appareil provisoire fait aussitôt après l'accident, en attendant la réduction sous anesthésie ?

Cette fracture sortait vraiment de l'ordinaire et quand j'ai vu le blessé ,une demi heure environ après l'accident, la main se trouvait presque en équerre par rapport à l'avant-bras, c'est-à-dire que le dos de la main et l'avant-bras formaient presque un angle droit. C'est ce qui m'engage à compter la luxation en plus de la fracture d'autant plus que cette luxation existait et était considérable.

2° Au moment de cacheter ma lettre, on m'apporte une note d'honoraires de 76 fr., à la Société d'assurances la P. Cette note d'honoraires a été ramenée à 71 fr. avec cette annotation :

Réduction de 5 fr. parce que sur les deux certificats portés un seul est dû.

Depuis que j'ai lu dans le *C.M.* que l'on avait le droit de porter les deux certificats initiaux, je l'ai fait sur toutes mes notes. C'est la première fois qu'on refuse de payer les deux. Je ne peux pas vous envoyer la facture, car je l'ai acquittée après avoir encaissé et l'agent l'a gardée. Mais je dois envoyer ces jours-ci une seconde note d'honoraires à la même Société pour un accident du travail et j'attendrai votre réponse pour savoir comment je dois m'y prendre pour obliger cette Compagnie à payer les deux certificats.

C'est surtout une question de principe et une question à régler pour l'avenir.

D[r] O.

Réponse.

1° D'après ce que vous m'écrivez, il s'agit d'une « énorme luxation du carpe à réduire », *plus* une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Je pense que cette fracture est celle ou analogue à celle en dos de fourchette et *non pas* un simple éclat de l'apophyse styloïde du radius qui ne serait plus, alors, qu'un épiphénomène de la luxation elle-même. Dans le cas que je pense être le vôtre, vous êtes en droit, à mon avis, de compter d'abord la réduction de luxation (première intervention), puis la réduction et *contention* de fracture radiale (seconde intervention).

Mais, par contre, votre plâtre faisant partie intégrante de la dite contention, vous n'avez pas à le compter en plus.

Enfin, un *appareil provisoire* ne peut être compté que « en vue d'une réduction ultérieure par un *autre* médecin » (note 1 de l'article 18).

2° La solution la plus simple pour les deux certificats est de n'en fournir jamais *qu'un seul,*

comme il est *légal*, à moins d'une demande écrite de la Compagnie d'en fournir d'ordinaire un deuxième ; auquel cas elle s'engage, par cette demande même, à le payer. Sans cette précaution je ne vois aucune ligne du tarif qui vous donne *le droit* de réclamer un double payement et ce n'est plus alors qu'une question de règlement à l'amiable. F. D.

II

3981. — Ouverture latérale de l'articulation du genou.

J'ai fait ce jour à un blessé atteint d'hémarthrose du genou dont les caillots n'avaient pu être évacués par une première ponction faite le 17 déc., ce jour 19 déc, après anesthésie locale et injection de scurocaïne dans l'articulation, une ouverture latérale de l'articulation au bistouri, évacuation des caillots, avec lavage antiseptique, *larga manu*, de l'articulation.

Quel tarif appliquer, par analogie avec ponction et lavage de la vaginale : 2 fois 30 = 60 ; je crois qu'il y aurait lieu ici à : 60 × 2 = 120 fr.

Dr H.

Réponse.

Une ouverture quelconque de l'articulation du genou me paraît une intervention toujours grave, à tous points de vue. Je la comparerais, par *analogie*, avec « ouverture d'abcès profonds non viscéraux : 100 francs ». F.D.

III

3958. — Arrachements ligamenteux sans fracture réelle d'os long.

Je vous serais reconnaissant si vous voulez bien m'indiquer votre avis au sujet d'un léger différend d'honoraires avec une Compagnie d'assurances. J'ai traité pour un traumatisme du cou-de-pied un accidenté du travail d'après un examen confirmé par radio ; il y avait plutôt arrachement ligamenteux que véritable fracture. J'ai fait un appareil plâtré. Que dois-je demander : 150 fr. (fracture du tibia) ou bien 50 fr. (pose d'appareil plâtré) ?

Dr O.

Réponse.

Vous ne pouvez compter une *réduction* et contention d'une fracture, s'il n'y a aucun déplacement et, *a fortiori*, s'il n'y a pas réellement de fracture. Par contre, vous avez été dans la nécessité de faire un appareil plâtré. *Conclusion* Vous avez fait un plâtre, sans réduction, vous rentrez donc, par *analogie*, dans la rubrique : « Répétition d'appareil plâtré, etc... 50 fr. » (article 18 *in fine*). F.D.

IV

4025. — Suture d'une hernie musculaire des jambes.

Un conseil s'il vous plaît de votre compétence bien connue.

Je viens de faire opérer par un chirurgien des hôpitaux (avec l'assentiment de la Compagnie d'assurances) un malade ayant présenté une plaie du jambier antérieur au cours d'un accident du travail. La plaie cutanée s'est cicatrisée laissant une hernie musculaire qui, dans certains mouvements, présente un volume d'une noix et gêne la marche.

Détail de l'opération : incision, cerclage au catgut du muscle exubérant, suture par 5 points de l'aponévrose, suture cutanée, anesthésie générale à l'éther (un aide) et un assistant. Ne trouvant rien d'approchant dans les interventions tarifées, je viens vous demander combien compter ? Dr S.

Réponse.

Pour cette intervention, je compterais une « régularisation, épluchage, etc.. d'une plaie étendue et profonde : 100 francs ». De plus, le médecin anesthésiste réclamera *lui-même* (article 30), la somme de 50 francs (article 12). Quant à un troisième médecin, sa nécessité semble *a priori* moins démontrée et, il y aurait là, je le crains, matière à chicane. En tout cas, il aurait également à réclamer 50 francs (article 11).

F.D.

V

4010. — Date des déclarations.

Abonné au *Concours médical*, j'aurai recours à votre obligeance en vous priant de vouloir bien m'éclairer sur les points suivants concernant des accidents du travail :

I. Au cours d'une même consultation j'ai effectué les opérations suivantes :

1° Ouverture abcès superficiel de l'avant-bras droit ;

2° Pansement de l'avant-bras droit ;

3° Pansement du genou droit.

Dois-je compter 20 + 10 + 10 = 40 fr., ou bien seulement 20 + 10 (genou) = 30 fr.

Dois-je compter 10 + 10 les consultations suivantes pour 2 pansements éloignés (avant-bras, genou), sans intervention.

II. La déclaration d'un accident du travail est-elle absolument obligatoire dans les 48 heures ? Si oui, comment faire (pour être en règle) lorsqu'un accidenté présente déjà une plaie infectée à la première consultation. C'est la règle pour les panaris en particulier, le blessé ne consulte que plusieurs jours après l'accident (la piqûre) et il ne peut en être autrement. Dr G.

Réponse.

1° Le premier jour, comptez « ouverture d'abcès superficiel : 20 francs », compris le pansement du dit, plus pansement du genou droit 10 francs (article 14), et les jours suivants deux pansements, soit 10 plus 10.

2° Le certificat *patronal* doit être remis à la mairie dans les 48 heures, mais le certificat mé-

dical dans les quatre jours qui suivent l'accident (article 11 de la loi du 9 avril 1898).

Quant à ce certificat médical, le médecin traitant n'a pas à se préoccuper du jour de l'accident qu'il n'a pas à certifier. Il n'a qu'à noter la ou les lésions que présente le blessé, au jour de son examen, rédiger son certificat en conséquence et le dater du dit jour.

F. D.

VI

3879. — Hémostase et sutures.

Je vous serais tout particulièrement obligé de bien vouloir me tarifer l'intervention ci-dessous :

Pour section de l'arcade palmaire superficielle : le *dimanche* 24 octobre 1926, à 10 *heures du soir*.

Hémostase par pince.

Dr P.

Réponse.

Vous n'avez pas fait, d'après ce que vous m'écrivez, une « suture d'arcade palmaire » mais une « hémostase par pince à demeure au fond d'une plaie : 40 francs ». Plus, je présume, une suture de la peau avec 3, 4 ou 5 points (25 francs) plus 25 % de majoration pour intervention de *nuit* (article 8), plus certificat.

Donc : 65 plus 25 %, soit : 81 fr. 25 plus 5 fr. de certificat, soit au total : 86 fr. 25.

F. D.

Fiscalité.

64. — Amende pour certificats faits sur papier libre.

J'ai donné en octobre 26, mes soins à un italien qui fut victime d'un accident du travail. Le blessé faisait partie d'une assurance individuelle et m'a demandé deux certificats : un de constatation, et un de guérison, que je lui ai délivrés *sur papier libre.*

Ce matin, je reçois de l'inspecteur de l'enregistrement des domaines et du timbre, un avis me réclamant la somme de 187 fr. 20 « pour droits simples et amendes sur deux certificats délivrés sur papier libre, les 9 et 20 octobre 26, dans l'affaire B. ». L'avis dit : « Vous pouvez déposer une demande sur papier timbré pour demander la remise des amendes, et dans la huitaine. »

Je vous serais reconnaissant de me dire si je suis réellement passible d'une amende : dans le cas contraire, quelle conduite dois-je tenir ?

Dr X.

Réponse.

En principe, tout certificat doit être rédigé sur papier timbré, à moins qu'une dispense de timbre n'ait été accordée par une loi spéciale.

C'est ainsi que tous les certificats délivrés pour l'application de la législation sur les accidents du travail bénéficient de l'exemption. Par conséquent, s'il s'était agi de certificats destinés au

patron ou à son assurance, vous n'auriez encouru aucune amende pour défaut de timbre. Mais, en l'espèce, les certificats que vous avez délivrés étaient destinés à la Compagnie auprès de laquelle le blessé avait contracté une assurance individuelle et il n'existe aucune exemption dans ce cas.

Il en résulte que c'est à bon droit que l'amende vous est réclamée et nous ne pouvons que conseiller de payer et de faire une demande en remise, par la suite, comme vous le dit l'inspecteur de l'enregistrement.

Patente en cas de changement de poste.

I. — 3755

Au 1er janvier 1926, j'étais installé à A. et suis venu exercer la médecine à G. en février 1926.

J'ai été imposé à A. pour l'année entière 1926 (cote mobilière, taxe vicinale, patente, etc.) et j'ai acquitté entièrement ces impôts, y compris la patente.

Je reçois un avertissement du percepteur de G., m'avisant que je dois verser, au titre *patente*, d'après le rôle supplémentaire et pour le logement que j'occupe à G. depuis février 1926, la somme de 138 fr.

J'ai fait auprès de la Préfecture une demande en décharge de cette cotisation de 138 fr. en joignant à ma demande l'avertissement d'A. et celui de G.

Le percepteur de G. me réclame avec insistance le versement de la patente de G., prétextant que c'est sur ma *patente* 1926 sur A. que j'aurais dû demander une réduction au prorata du temps restant à s'écouler depuis mon départ d'A. jusqu'au 31 décembre.

Que dois-je faire pour être dégrevé de ma cotisation de G. ?

Dr X.

Réponse.

Votre réclamation est bien fondée, c'est la deuxième patente qui doit faire l'objet d'un dégrèvement.

Mais n'oubliez pas que les réclamations ne sont pas suspensives du payement et que le percepteur est en droit de vous poursuivre.

Vous pourriez voir le contrôleur pour obtenir une solution plus rapidement.

A. M.

II. — 3804

Je vous serai très obligé de vouloir bien me donner votre avis au sujet de ma patente :

J'avais un cabinet médical à P. que j'ai cédé à un confrère avec l'appartement le 15 juin dernier. J'ai prévenu le contrôleur de mon quartier de ce changement. Du 15 juin au 5 juillet, je n'ai eu ni cabinet médical ni domicile fixe et ce n'est que le 5 juillet

que je me suis installé à A. Or, j'ai reçu deux feuilles de patente. L'une de P. m'invitant à payer dans les 8 jours (sous menace de la majoration), une patente à P. pour l'année entière, l'autre de X. m'invitant à payer d'urgence (sous menace de majoration) une patente à A. Naturellement, je me suis exécuté. Mais à qui dois-je adresser une réclamation en remboursement ? J'ai bien écrit aux deux contrôleurs, mais celui de X. me dit que je dois payer ma patente dans la localité où j'exerce ma profession, à dater du jour de mon installation. Celui de P. m'a répondu qu'en vertu de la loi de 1880 modifiée par celle de 1890, je dois ma patente dans la localité où j'exerçais ma profession le 1er janvier de l'année courante.

Pourtant, malgré mon incompétence, il me semble que je ne devrais plus payer de patente à P. à dater du jour de la cession de mon cabinet. Et cela me paraît logique.

Dr E.

Réponse.

La réponse de votre contrôleur de P. est exacte : la patente de P. est due pour l'année entière.

Celle de votre contrôleur de X. est inexacte : la patente d'A. doit tenir compte des droits primitivement imposés à P. pour la période correspondante ; si ces derniers sont supérieurs, aucune imposition ne peut être établie à A.

Présentez une réclamation au Préfet dans laquelle vous exposerez votre situation et à laquelle vous joindrez les deux avertissements.

3852. — Base de la patente.

La patente est basée sur la valeur locative des locaux occupés, cette valeur locative étant déterminée :

1° Par la référence au bail ;
2° Par comparaison ;
3° Par appréciation.

Dans le cas où il existe un bail, le chiffre de ce bail est-il, dans tous les cas, celui qui servira de base à la patente ? Car il peut se faire que ce chiffre soit de beaucoup différent de la valeur locative réelle. Et dans ce cas ne peut-on demander de fixer celle-ci par comparaison ou par appréciation ? par exemple, venu m'installer à X. je ne trouve absolument rien à louer dans l'agglomération, mais (ce qui me gêne beaucoup) en dehors je trouve deux petits appartements (3 pièces et 1 cuisine) dans la même maison. J'accepte le bail pour 3800. Cette maison avait été offerte en vente pour 30 mille et était imposée en totalité pour 600, revenu cadastral. De l'avis de tous, mon propriétaire a profité de l'occasion et me fait payer beaucoup plus. Je paye 1500 fr. de patente (un confrère *en ville* paye 300 fr.). J'ai demandé un dégrèvement basé sur les faits exposés ci-dessus ; on me répond : imposition régulière.

Dr Z.

Réponse.

Il est bien exact que la patente basée sur le prix du loyer est régulièrement établie, l'évaluation par comparaison ou par appréciation ne pouvant être faite qu'en l'absence de bail (cas d'occupation gratuite ou par le propriétaire).

Une réclamation n'aurait chance d'aboutir que si vous aviez demandé la réduction du prix de votre bail en invoquant les lois sur les loyers, si ces dernières vous sont applicables.

A. M.

3901. — Exonération d'impôts sur les constructions neuves.

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant. N'ayant pu trouver à me loger, je me vois obligé de faire bâtir. La maison doit m'être livrée le 1er août 1927. Elle revient dans les cent mille francs.

Est-ce que je me trouve dans les conditions de la loi du 31 mars 1922 qui dit que les constructions nouvelles sont exemptes d'impôts fonciers et de la contribution des portes et fenêtres ainsi que de toutes taxes spéciales prévues au profit des départements et des communes pendant quinze ans.

Si oui, est-ce qu'il m'est nécessaire de faire des démarches quelconques.

Dr N.

Réponse.

Avant d'entreprendre la construction, vous avez dû faire à la mairie une demande en autorisation de bâtir. Cette demande tient lieu de la déclaration spéciale exigée par la loi du 8 août 1890 qui prévoyait l'exemption pendant trois ans seulement et constitue la seule formalité à remplir pour bénéficier de l'exonération pendant 15 ans.

A noter que cette exonération de 15 ans n'est pas accordée aux immeubles ou portions d'immeubles affectés à un autre usage que l'habitation. C'est le cas de vos locaux professionnels qui ne seront exonérés que l'année de l'achèvement et les deux années qui suivront.


LACTATE DE MAGNÉSIE BIOLOGIQUE
VITAMINES DE POMMES CRÛES
LACTO MAGNÉSIE VITA
Lacto-Magnésie Vita
CONSTIPATION DE TOUTE ORIGINE
LAXATIF DOUX
ÉCHANTILLON & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
POUR ADULTES: 1 à 2 cuillerées à café
POUR ENFANTS: 1/2 cuiller à café
le soir, au coucher
dans un peu d'eau sucrée, ou mieux dans du lait
UNION BIOLOGIQUE
21, Rue Desrenaudes 17e PARIS

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 6 — DIMANCHE 6 FÉVRIER 1927

LE

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY

Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « **LE CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS

France........................ 45 fr
Etranger.. (voir conditions page IV)
Etudiants (France)......... 25 fr.
Le Numéro.................... 1 fr.
C.P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION

Dr A. GASSOT, *Directeur*

MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF

Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT

Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

Quarante-neuvième année N° 6 6 Février 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 298-IV)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical », de M. le Dr Boury, d'Ivry-le-Temple, la somme de cent francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 48. — A céd. à Berck, cause santé, sanat. en plein rapp., agréé par Minist. d'hygiène, 180 lits, dont 150 occup. Nécessite aucune connaiss. Beaux bénéf., prix à débatt. avec facilités. Long bail. S'ad. Me Péladé, notaire à Berck-Plage.

No 49. — A céd. bonne client. à une demi-heure de Paris. S'adres. à Mme Rechner, 3, av. Gambetta, au Parc-St-Maur (Seine).

No 50. — A vend. cause double empl. cabriol. Citroen 5 CV, roulé 20.000 km. environ, entièr. remis à neuf. Dr Galy à Mazamet (Tarn).

No 51. — Nord-Est. Excell. poste à céd. dans s-préf. Rapp. 90.000 touchés. Cause départ. chang. de situat. Indemn. 15.000, facilit. payem. Pressé.

No 52. — A céd. poste méd. dans stat. thermale du Centre, en plein développ.

No 53. — Urgent. Client. à reprend. après décès, centre grande ville de l'Est 100.000 habit. Bail à céder av. mobil. et install. luxueuse. Prix avantag.

No 54. — Près Paris, à céd. 120.000, mais. de santé bien install. en plein rapp., habit. séparée pour le docteur. Grand parc. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 55. — Manche Ch.-lieu de cant., proxim. plages agréables, anc. poste, rapp. 80.000, à céder d'urgence avec petit compt., Vaste mais. bien située. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 56. — Dr expérim. demande commanditaire avec 150 ou 200.000 fr. d'apport, pour mais. de santé médico-chirurg. très bien située, en marche et appelée à extension. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 57. — A vendre petite spécialité médicale, 700 unités par mois, marque et marchandises 110.000 fr. comptant.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpital des Enfants-Malades.** — M. LEREBOULLET, agrégé, commencera, le lundi 14 février, un enseignement pratique *du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* Le cours sera complet en 15 jours. Inscriptions à la Faculté.

— **Hôpital Saint-Antoine.** — Le 10 février, à 9 h. 1/2, à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, conférence de M. PAGNIEZ sur *les délires en chirurgie.*

— **Paris.** *Médecins de l'Etat-civil.* — Sont nommés dans le personnel des médecins de l'état-civil de la Ville de Paris, pour le Ve arrondissement : MM. Luy, Guyot et Chapelain.

— **Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales.** — Le 7 février, commenceront les cours (à la Faculté), les démonstrations (à l'Institut du radium, 26 rue d'Ulm) et les stages (dans les hôpitaux) de l'enseignement radio-électrologique organisé avec la collaboration des médecins spécialisés des hôpitaux. Durée de l'enseignement : deux mois.

— **Quenottes ou le triomphe de la dentisterie.** — Sous ce titre, inspiré de Knock, les étudiants en chirurgie dentaire donneront, durant la Semaine odontologique, leur revue annuelle, organisée par la Section Dentaire de l'« A ». Cette revue, en deux actes et 20 tableaux a pour auteurs MM. Hornez et Pendariés. Elle sera jouée au Théâtre Albert-1er, les dimanches 6 et 13 février.

— **Lyon.** *Le téléphone et les médecins.* — Le Syndicat des médecins du Rhône a décidé de faire paraître dans les journaux politiques de Lyon la note suivante, votée à l'unanimité :

« Les médecins de Lyon et du département du Rhône avertissent les malades des défectuosités du service des téléphones. Ils ont contrôlé que les expressions « Pas libre », « Ne répond pas, », n'étaient souvent pas exactes. En cas d'urgence les malades feront donc bien de ne pas se fier à ces indications et d'employer des moyens de correspondance plus sûrs. »

— **Espagne.** *Trop d'étudiants en médecine...* — Les étudiants des universités de Santiago, Grenade, Saragosse et Barcelone ont adressé une requête au ministre de l'instruction publique tendant à obtenir du gouvernement la diminution du nombre des étudiants en médecine, « car, disent les pétitionnaires, si on n'y met bon ordre, il y aura dans quelques

années, en Espagne, autant de médecins que de malades ». — (*Journal.*)

— **Marseille.** *Salon médical.* — Un salon médical se tiendra à Marseille, au Grand Palais du parc Chanot, du 20 au 24 avril 1927 (pendant les Journées médicales marseillaises), puis à la galerie Detaille, 21, rue de Noailles, du 29 avril au 15 mai. S'inscrire chez le Dr Castueil, 8, rue Lacédémone, à Marseille.

— **Amphithéâtre des hôpitaux.** *Cours de bactériologie clinique.* — Conférences suivies de travaux pratiques, par M. Georges FAROY, médecin des hôpitaux.

Nombre des leçons : quinze. Jours et heure des leçons : lundi, mercredi, vendredi, à 14 h. Début du cours : lundi 7 mars, à 14 h. Droit d'inscription : 350 fr. Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Ce cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Le nombre des auditeurs n'est pas limité ; trente élèves seulement seront admis aux manipulations.

— **Société des chirurgiens de Paris.** *Prix de la Société.* — La Société a décidé de reporter au 28 février 1927 la limite d'inscription pour les candidatures aux Prix de la Société.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Syphiligraphie.* — M. GOUGEROT, agrégé, fera à la consultation du soir de l'hôpital Saint-Antoine, à 20 h. 45, le 11 février, une conférence sur *les traitements d'attaque de la syphilis.*

— **Prix de l'UMFIA.** — Prix de 3.000 fr. du Dr Georges Luys, membre de l'Umfia, décerné au meilleur travail sur le sujet suivant : *Traitement de l'adénome prostatique par la voie endoscopique.*

Le prix sera décerné en novembre 1927. Il ne pourra être attribué qu'à un candidat faisant partie de l'Umfia. Les travaux imprimés ou les manuscrits dactylographiés devront être adressés au siège de la Société de l'Umfia, chez le Dr Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris, 16e.

— **Naissance.** — Le docteur Molines (du Mont-Dore) et Madame Molines nous font part de la naissance de leur fille *Mireille.*

A TRAVERS L'OFFICIEL

19 janvier.

Lutte antivénérienne.

Décret du 29 décembre 1927 fixant les nouvelles indemnités du médecin du service central de prophylaxie des maladies vénériennes.

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 31 mars 1926 fixant les traitements et les classes que comportent

les emplois du service central de prophylaxie des maladies vénériennes, est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 1er. — Les nouvelles indemnités annuelles non soumises aux retenues pour pensions civiles attribuées au personnel du service central de prophylaxie des maladies vénériennes, sont fixées comme suit :

Médecin.......... 23.000, 28.500, 34.000 fr.

Art. 2. — Les nouvelles indemnités fixées par le présent décret seront attribuées au médecin suivant son échelon actuel. L'attribution de ces indemnités est exclusive de la majoration provisoire de 12 p. 100 prévue par le décret du 29 août 1926 ; elle ne sera pas considérée comme un avancement et le médecin conservera dans son échelon l'ancienneté qu'il y a acquise.

Art. 3. — Les dispositions du présent décret auront leur effet à compter du 1er août 1926.

Service de santé des Troupes coloniales.

Par arrêté en date du 17 janvier 1927, le Ministre de la Guerre cite à l'ordre de l'armée :

L'École d'application du Service de Santé des Troupes Coloniales : « a, par son enseignement, a su inspirer le culte de la science et l'esprit de sacrifice aux médecins des troupes coloniales qui, tant par les services qu'ils ont rendus au cours de la conquête de notre empire colonial que par l'abnégation et le dévouement dont ils ont fait preuve au cours de la grande guerre, se sont acquis les plus grands titres à la reconnaissance du pays. »

22 *janvier*.

Accidents du travail.

Par arrêté en date du 19 janvier 1927, est nommé membre de la 1re section (tous accidents du travail autres que les accidents agricoles) de la commission chargée de l'élaboration des tarifs de remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail : M. Hubert Giraud, vice-président de l'association des employeurs de main-d'œuvre dans les ports de France, président de la Société générale de transports maritimes à vapeur, en remplacement de M. Emile Dupont, démissionnaire.

Médecins de sanatoriums.

Avis de concours pour un poste de médecin directeur et trois postes de médecins adjoints des sanatoriums publics.

Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur du sanatorium public de Montfaucon (Lot) et trois postes de médecins adjoints aux sanatoriums de Plougonven (Finistère), Saint-Jodard (Loire) et Montfaucon (Lot).

Les candidats devront être Français et produire :

1° Un extrait de leur casier judiciaire ;

2° Un extrait de leur acte de naissance.

3° Une copie certifiée conforme d'un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat.

4° Toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les candidats au poste de médecin directeur devront, en outre, justifier de connaissances et d'une pratique administratives suffisantes.

La limite d'âge exigée est de cinquante ans pour les candidats au poste de directeur et de trente-cinq ans pour les candidats à l'emploi de médecin adjoint.

Le traitement du début des médecins directeurs est fixé à 17.000 fr. et peut atteindre 23.000 fr. Le traitement de début des médecins adjoints est de 10.000 fr. et peut atteindre 14.000 fr. En sus du traitement, les intéressés bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

Les médecins des sanatoriums publics peuvent être maintenus en fonctions jusqu'à soixante ans et exceptionnellement jusqu'à soixante-cinq ans.

Les demandes seront reçues jusqu'au 20 février 1927 au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Payement des honoraires des médecins chargés de l'examen des candidats aux emplois réservés.

7699. — M. Bergeon, sénateur, demande à M. le Ministre des Pensions, si des instructions ont été données pour que soient réglés les honoraires dus pour l'année 1923 aux médecins experts chargés de l'examen des candidats aux emplois réservés. (*Question du 12 novembre* 1926.)

Réponse de M. le Ministre des Finances. — Le projet de loi spécial portant ouverture de crédits au titre d'exercices clos et périmés sera mis en distribution au début de la prochaine session parlementaire. (*J. O.*, 19 janvier 1927.)

Un docteur d'Université ne peut exercer dans les colonies.

7786. — M. Chauveau, sénateur, demande à M le Ministre des Colonies s'il est exact qu'un docteur en médecine pourvu seulement du diplôme d'université, peut s'installer dans les colonies françaises. (*Question du 6 décembre* 1926.)

Réponse. — L'exercice de la médecine dans les colonies françaises est soumis par le décret du 17 août 1897 aux dispositions de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Les conditions d'admission à la pratique de l'art médical dans les colonies sont donc les mêmes que dans la métropole. (*J. O.*, 19 janvier 1927.)

Remploi de dommages de guerre par installation d'appareils de radiologie et d'électrothérapie.

7690. — M. CAVILLON, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances si l'installation d'appareils de radiologie et d'électrothérapie à poste fixe, dans un immeuble bâti par un médecin, peut être considérée comme remploi de dommages immobiliers. (*Question du 8 novembre* 1926.)

Réponse de M. le Ministre des travaux publics. — Réponse affirmative, sous la réserve que lesdits appareils :

1° Puissent être considérés comme immeubles par destination au sens de l'article 525 du code civil ;

2° Soient placés dans un immeuble situé dans le périmètre légal du remploi.

(*J. O.*, 19 janvier 1927.)

Protestation

Paris, le 25 janvier 1927,

Mon cher Ami,

J'ai reçu un prospectus d'une Société financière « L'Economiste et le Rentier » que je ne connais que par des réclames précédentes.

Cette fois, il s'agit d'une émission de titres en faveur d'un « *Géroclub* » (?) qui aurait rapport au *Foyer médical*.

Et j'eus la surprise de voir mon nom parmi les membres d'un Comité technique placé en tête de ce prospectus, alors *que je n'en fais et n'en ai jamais fait partie, ni de près, ni de loin.*

J'ai immédiatement protesté auprès du président de ce Comité, mais je suis désireux que cette protestation soit connue par nos confrères du *Concours*, et dans l'espoir que vous voudrez bien publier cette rectification, je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr Fernand DECOURT,
Président de l'Union des Syndicats.

Documentation interconfraternelle

L'Euthanasie.

Un confrère pourrait-il m'indiquer un ouvrage ou une thèse traitant de l'Euthanasie, — en dehors de l'article du Pr Forgue paru dans la *Revue de Paris* en 1925 ?

Dr SÉVAL,
Astaffort (Lot-et-Garonne).

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

Les borgnes et la législation sur les accidents du travail.

J'ai suivi quelque peu le débat qui s'est ouvert dans le *Concours* et je crois devoir me permettre de vous approuver, au nom des travailleurs, pour l'attitude que vous avez prise ; vous vous êtes, à mon avis, inspiré du droit et de l'équité. Vous avez absolument raison d'abord de faire observer que si le borgne ayant perdu un œil, ou tout organe au service d'une entreprise, il serait injuste, en cas de nouvelle infirmité aggravant son infériorité d'ouvrier, de faire supporter la totalité de son incapacité au dernier employeur.

Puis, le borgne devenant aveugle par suite d'une cause le privant de toute indemnisation.

Je ne suis pas capable de discuter, techniquement, si celui qui possède un seul œil est apte à faire les travaux qu'il exécuterait ayant ses deux yeux ; mais il me semble que le borgne est plus exposé aux accidents par suite de la difficulté qu'il doit éprouver à voir le danger venant du côté où il est privé de son œil, principalement dans les travaux de construction ou de démolition, pour la conduite des voitures, dans les usines aux nombreuses machines, etc.

A d'autres causes de réduction de valeur-travail, on peut ajouter la difficulté qu'éprouvera un borgne à trouver à s'employer.

Chez un patron qui s'assure, celui-ci hésitera à l'occuper dans la crainte de voir majorer la prime d'assurance. Si l'entreprise s'assure elle-même, l'hésitation sera plus grande en prévision des conséquences que provoquerait un accident nouveau.

Le borgne, au moins autant que celui qui est affecté d'une infirmité quelconque, se verra refuser l'accès des emplois de toutes les administrations où le postulant doit subir un examen physique.

Pour toutes ces raisons, il paraît singulier que le borgne conserve ses facultés de travail.

Si l'on voulait faire une règle avec des exceptions, avec un peu de hardiesse, on pourrait soutenir que nombre de grosses mutilations ne sont pas de nature à nuire à ceux qui en sont victimes.

Je connais un pauvre garçon qui a perdu une jambe des suites d'un accident du travail, qui n'a pas été admis alors qu'il était manœuvre dans une Compagnie de transports.

Il parvint à apprendre le métier de sellier-garnisseur en voitures et maintenant, il gagne le double de ce qu'il gagnait avant son accident.

Un ouvrier ajusteur ayant perdu la main gauche est devenu par la suite directeur d'usine. Avec un peu d'esprit de paradoxe, on dirait que ces accidentés ont gagné à être amputés et que ce sont eux qui de-

vraient en récompenser l'entreprise où ils ont trouvé le bonheur.

Je vous prie d'agréer, etc.,

E. QUILLENT,
Secrétaire du conseil judiciaire de la Confédération Générale du Travail.

286. — Majoration de primes demandées par les assurances-accidents.

Je vous adresse ci-dessous copie d'une lettre que j'adresse à la Compagnie d'assurances qui assure ma bonne contre les accidents : je crois qu'il serait bon d'avertir nos confrères des exigences injustifiées des assureurs pour qu'ils puissent réclamer des conditions plus équitables :

Dr R.

Monsieur le Directeur de la P...,

Je viens de recevoir votre circulaire et l'avenant relatif à l'augmentation de 15 % de la prime d'assurance « gens de maison » pour vous couvrir des charges supplémentaires qu'entraînera l'application de la loi du 9 juillet 1926.

En ce qui me concerne, je ne saurais accepter pareille augmentation qui est loin d'être justifiée.

Voici mon cas :

J'assure une bonne pour un demi salaire de 8 fr., soit pour l'année un gain de 4.800 fr. ; avec la législation actuelle et pour une invalidité totale, vous auriez à payer une rente de $\frac{100 \times 4.500}{2 \times 100} + \frac{300}{4} = 2.325$; avec la législation future, vous verseriez $\frac{100 \times 4.800}{2 \times 100}$ = 2.400 fr., soit en plus 75 francs.

Ces 75 francs supplémentaires ne sauraient augmenter la totalité de la prime de 15 %, mais bien de 3.22 % et encore, faut-il ne pas tenir compte de certaines charges qui n'ont pas varié : frais médicaux et pharmaceutiques, frais de demi-salaire, frais de gestion.

Je ne sais pas quelle part de la prime absorbe le paiement des invalidités permanentes, mais je suis certain que dans le cas qui me concerne, l'augmentation de prime ne ressortirait pas à plus de 2 %.

Comme je n'ai pas eu de sinistre depuis que je suis assuré, j'ose espérer que vous voudrez bien me continuer ma police d'assurance « gens de maison » aux conditions actuelles.

Agréez, M., etc.

Réponse.

Il nous revient, en effet, de divers côtés, que les Compagnies d'assurances accidents se sont concertées pour imposer à leurs assurés une augmentation de primes de 15 %, par suite de l'application le 1er février 1927 de la loi qui modifie

Voir la suite page LV-353

PROPOS DU JOUR

LÉONCE MANOUVRIER.

Le dernier collaborateur de Paul Broca, Manouvrier, vient de disparaître.

Le nombre et l'importance de ses travaux, la conscience de ses recherches, la rigueur de sa méthode, l'étendue et la profondeur de sa pensée, enfin la simplicité de sa vie et l'horreur de toute réclame lui assureront la place qu'il mérite au premier rang des savants de cette époque.

Né le 28 juin 1850, à Guéret, Léonce-Pierre Manouvrier était le troisième d'une famille de douze enfants.

Fils d'un médecin de campagne et comptant trois médecins parmi ses ascendants, il fut d'abord destiné par ses parents à devenir fonctionnaire, car il eût été difficile à un praticien de province, avec les charges familiales qui l'accablaient, de subvenir pour l'un de ses fils aux frais de longues études. Mais le jeune Manouvrier voulut comme ses ancêtres devenir médecin et, une fois pourvu de son baccalauréat, il prépara le concours pour être admis à l'Ecole de santé militaire de Strasbourg. La guerre de 1870 survint. Il la fit comme simple volontaire et l'Ecole de Strasbourg n'existant plus, il vint à Paris où il termina ses études médicales. Docteur en 1878, lauréat de la Faculté, il exerça la médecine à Paris en se spécialisant autant que possible dans l'art de l'obstétrique.

P. Broca qui avait pu le juger, se l'attacha comme préparateur du laboratoire d'Anthropologie de l'Ecole des Hautes-Etudes et en fit son collaborateur.

La mort imprévue de Broca en 1881 le décida à abandonner l'exercice de la médecine et à se consacrer entièrement à la science. Il devint successivement professeur d'anthropologie physiologique à l'Ecole d'Anthropologie, directeur du laboratoire d'Anthropologie de l'Ecole des Hautes-Etudes.

Le grand physiologiste Marey se l'adjoignit comme sous-directeur de la Station physiologique du Collège de France. En 1910, il fut désigné comme professeur suppléant au Collège de France et y occupa durant deux ans la chaire de Philosophie scientifique.

En 1902, il avait succédé à Charles Letourneau comme secrétaire général de la Société d'Anthropologie de Paris, dont Broca avait été le fondateur et le premier secrétaire général.

***

Nous n'avons pas la prétention d'énumérer ici les travaux de Manouvrier. Contentons-nous de dire qu'il démontra les services que les applications de l'anthropologie pouvaient rendre à l'hygiène, à la morale, au droit, à l'éducation, à la politique et même à l'esthétique ; qu'il fut l'auteur de nombreux perfectionnements techniques de laboratoire ; que, doué d'un robuste bon sens, il protesta avec énergie contre l'abus que certains faisaient de l'application de l'anthropométrie à la détermination des aptitudes individuelles ; il s'éleva en outre avec vigueur contre les déviations néfastes de l'éducation physique. Ses études sur les contractions musculaires et sur la marche rendirent de grands services aux armées et permirent de faire plus facilement une sélection parmi les soldats.

Si Manouvrier eût été un homme capable de tirer parti de ses travaux et de les mettre au service d'une ambition qui, après tout, eût été légitime, trois groupes de ses recherches scientifiques eurent suffi chacun à lui assurer une réputation sans égale et à le placer au tout premier rang des savants de son pays et du monde entier. Ce furent :

1° L'établissement par des données scientifiques de l'égalité du cerveau de l'homme et de la femme (1884). Manouvrier démontra par des pesées, des mensurations et l'établissement de rapports entre le poids du cerveau et celui des diverses parties du corps, que, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue physiologique, rien ne permettait d'affirmer *l'infériorité intellectuelle* de la femme.

L'on peut se douter du succès qu'aurait eu le savant anthropologiste s'il avait consenti à soutenir dans des tournées de conférences les revendications féministes, tant en Europe qu'en Amérique.

2° La réfutation de la théorie de Lombroso sur l'innéité criminelle qui, si elle avait été admise dans son intégralité, eût été un véritable danger

social. (Congrès de Paris, 1889. Congrès de Bruxelles, 1892).

3° La réfutation scientifique de la théorie de Lapouge, inspirée par de Gobineau, qui prétendait que les dolichocéphales blonds du Nord, et en particulier les Germains, constituaient une race supérieure et que cette supériorité devait leur assurer une légitime suprématie sur les autres races humaines. C'est sur ce paradoxe que s'appuyaient les monstrueuses ambitions des pangermanistes qui déchaînèretnt la grande guerre.

L'importance des travaux de Manouvrier fut plus appréciée à l'étranger qu'en France. Il était en effet membre d'honneur de l'Académie des Sciences de Washington, du Royal Anthropological Institute of Great Britain, de l'Institut National Génevois, des Sociétés d'Anthropologie de Florence, de Berlin, de Vienne, de Moscou, de Stockholm, etc., etc. Il fut membre de la Société de Biologie, président ou vice-président des Sociétés d'anatomie, de physiologie, de sociologie, d'eugénique et de nombreux Congrès internationaux.

La réunion générale des Académies à Berlin l'élut à l'unanimité membre de la Commisssion internationale pour l'étude du cerveau.

Les Corps savants des Etats-Unis le désignèrent comme représentant européen de l'Anthropologie physique et, à ce titre, il prit part en 1904 au Congrès Mondial of Arts and Sciences, à l'Exposition de Saint-Louis. Ce fut alors qu'il visita les grandes Universités Américaines.

Manouvrier prit part, en outre, à une exploration scientifique, dans le Sud-Oranais et dans la région des Chotts.

***

Nous avons eu l'honneur d'entrer depuis plusieurs années dans l'intimité du Maître et de bénéficier de son affection et de sa confiance. Nous avons pu apprécier les hautes qualités morales de cet homme de caractère, comme on n'en voit plus guère aujourd'hui, dédaignant les honneurs et l'argent, ne dissimulant jamais sa pensée et se refusant à toute compromission et à toute complaisance illicite.

Sa franchise un peu rude n'était pas sans lui faire des ennemis et ne lui facilitait certes pas la marche dans la voie des places ni des honneurs.

Véritable Alceste, il ne pouvait souffrir

> .... les contorsions
> De tous ces grands faiseurs de protestations,
> Ces affables donneurs d'embrassades frivoles,
> Ces obligeants diseurs d'inutiles paroles,
> Qui de civilités avec tous font combat,
> Et traitant du même air l'honnête homme et le fat.

Malgré cette misanthropie, dont la vue de trop d'intrigues et la constatation de trop d'injustices avaient imprégné son esprit, le Pr Manouvrier était bienveillant et affable, dévoué à ses amis et le plus affectueux et le meilleur père de famille.

Tous ceux qui ont eu l'avantage de le bien connaître concluront avec nous qu'il fut un grand savant, un noble caractère et un honnête homme dans l'ancienne acception du mot.

J. Noir.

***

Les dernières volontés de M. Manouvrier exigeaient le transport de son corps à Guéret en évitant le plus possible toute cérémonie à Paris. La levée du corps eut lieu à la gare d'Austerlitz devant un assez grand nombre d'amis.

M. le professeur Gley, au nom du Collège de France; M. Weisberger, comme sous-directeur de l'Ecole d'Anthropologie, M. le Dr Papillaut, directeur adjoint du laboratoire d'Anthropologie, prirent successivement la parole. Nous reproduirons le discours que prononça, en dernier lieu, M. Anthony, professeur au Muséum d'Histoire Naturelle, au nom de la Société d'Anthropologie de Paris. M. Anthony, qui était un collaborateur et un ami intime du Pr Manouvrier, pouvait mieux que nul autre faire l'éloge de l'homme et du savant :

Discours de M. Anthony, Professeur au Muséum d'Histoire Naturelle, secrétaire général adjoint de la Société d'anthropologie de Paris.

Mesdames,
Messieurs,

La Société d'Anthropologie de Paris m'a confié la douloureuse mission de venir apporter ici son dernier et son suprême hommage à celui qui, non seulement, fut son secrétaire général pendant vingt-cinq années, mais qui, depuis la mort de Broca, contribua le plus à établir la haute réputation dont elle jouit aujourd'hui dans le monde.

Aucune vie n'a été plus complètement consacrée à la science que celle de Manouvrier. Aussi m'est-il impossible d'essayer de vous donner ici une idée de l'étendue de son œuvre. Il me faudrait tracer le tableau des progrès de l'Anthropologie anatomique et physiologique pendant toute la période de temps où s'est déployée sa laborieuse activité. Qu'il me suffise de rappeler que c'est à lui que nous devons la solution du difficile problème de l'interprétation du poids cérébral, problème auquel tant d'hommes de talent, ou même de génie, Cuvier par exemple, s'étaient attachés sans parvenir à le résoudre. A un point de vue plus général, c'est aussi en grande partie à lui que nous sommes redevables des grands progrès que nous avons vu la science biologique réaliser en ces dernières années : en mettant en lumière, dès 1887, l'influence des causes fonctionnelles sur la genèse de tant de va-

riations anatomiques incomprises jusqu'à ses travaux, il est hors de doute que plus que personne, il a contribué à attirer l'attention sur les doctrines lamarckiennes autour desquelles évoluent aujourd'hui, qu'on les adopte ou qu'on les rejette, toutes nos tentatives d'explication.

Il est rare que des recherches d'anatomie ou de physiologie puissent avoir une portée d'ordre social. C'est pourtant le cas d'à peu près toutes celles que Manouvrier a entreprises et pu conduire jusqu'à leur terme. Tantôt, elles nous ont débarrassés d'erreurs socialement dangereuses : soit la théorie lombrosienne de l'innéité du crime, soit les rêveries de Gobineau et de Lapouge qui aboutissaient à attribuer aux races germaniques sur les races celtes et latines une supériorité d'ordre intellectuel et moral et, par suite, un droit naturel de domination. Tantôt, elles ont conduit à des bouleversements d'opinions et de tendances qui ont été jusqu'à forcer les barrières de nos institutions qu'on pouvait croire les plus définitives ; en réhabilitant le cerveau féminin considéré jusqu'à lui comme inférieur, il est manifestement l'un de ceux qui ont le plus fait pour ouvrir aux femmes les carrières scientifiques, artistiques, libérales et administratives.

Manouvrier ne fut donc pas seulement un grand anatomiste et un grand physiologiste dans le sens que nous attribuons habituellement à ces termes ; s'il voulut et sut donner aux résultats de ses travaux et de ses recherches une portée à laquelle les anatomistes et les physiologistes ne songent le plus souvent pas, c'est qu'il possédait une intelligence d'une vigueur extraordinaire, certainement une des plus belles et des plus puissantes qui aient existé dans tous les temps. Il est hors de doute qu'on verra un jour, en lui, un des plus profonds penseurs de la dernière moitié du XIXe siècle et du commencement du XXe. Dès maintenant, nous pouvons affirmer que ses écrits, trop peu répandus d'ailleurs, sur la classification des sciences, le placent, à côté d'Auguste Comte, sur le même plan qu'Herbert Spencer.

Malheureusement, et bien que son œuvre philosophique écrite soit tout aussi considérable que son œuvre anatomophysiologique, ceux qui n'ont pas eu, comme moi, le bonheur de jouir de son intimité, d'être ses amis presque de tous les instants, ne connaîtront jamais sa pensée tout entière. Que de jours, que de nuits même, j'ai passés en longues conversations avec lui, soit dans son laboratoire de l'Ecole de médecine, soit marchant tous deux à travers les rues de Paris jusqu'aux premières lueurs du matin. C'est surtout au cours de ces promenades prolongées et que, seule, la fatigue physique nous faisait interrompre, que j'ai appris ce que c'était d'avoir un maître, que j'ai compris le véritable sens de ce terme qui ne convient pas à ceux qui vous transmettent leurs connaissances, mais à celui-là seul qui a dirigé votre intelligence et formé votre jugement.

Doué de qualités intellectuelles incomparables, donnant tout son temps au travail, publiant incessamment, et avec un talent que chacun se plaisait à lui reconnaître, les résultats de ses recherches et de ses travaux, Manouvrier eut dû logiquement occuper les plus hautes fonctions officielles, aucun honneur n'eût dû lui manquer. Malheureusement, avec toutes ses belles qualités, il était affligé d'un malheureux défaut : dès que ses intérêts personnels entraient en cause, il devenait indifférent, négligent, abandonnant toute activité. D'une honnêteté et d'une moralité intransigeantes, serviable presque à l'excès pour ceux qu'il estimait, il avait pour principe de ne cacher jamais sa pensée, même lorsque la franchise pouvait être périlleuse, il se refusait aux plus légères compromissions, il rejetait loin de lui toutes ces petites lâchetés que le monde pardonne et que l'on se pardonne si aisément à soi-même, mais qui aident tant à arriver. On s'étonnera plus tard que Manouvrier n'ait pas eu, dans son pays, la place à laquelle lui donnaient droit sa haute valeur intellectuelle et les services qu'il a rendus. Et on s'en étonnera d'autant plus que les corps savants étrangers ne lui ménagèrent ni les honneurs dont ils disposaient, ni les marques de leur haute estime : il était membre associé ou honoraire de presque toutes les plus importantes Sociétés savantes et Académies étrangères. On se rappelle qu'en 1903, il fut élu membre de la Commission permanente pour l'étude du cerveau à l'Association internationale des Académies.

Que Madame Manouvrier et son fils trouvent ici l'expression de la tristesse de toute la Société d'Anthropologie de Paris, consciente de la perte qu'elle vient de faire ainsi que celle de ma plus profonde douleur personnelle : ils savent que je perds le maître auquel je dois ma formation intellectuelle, le plus cher ami de ma jeunesse et que rien, pendant tout le temps que nous nous sommes connus, n'est venu troubler notre mutuelle affection.

Qu'ils soient fiers tous deux du nom qu'ils portent ; plus les années s'écouleront, plus ce nom grandira dans le monde, car l'œuvre de Manouvrier est de celles dont la portée et la valeur ne se distinguent nettemnent qu'avec le recul du temps.

A propos de notre article sur la Probité scientifique.

Un de nos collaborateurs, qui poursuit avec conscience, prudence et ténacité, des recherches thérapeutiques qui ont déjà donné de brillants résultats, interprétant mal la fin de notre *Propos du jour* sur la Probité scientifique, nous reproche de faire planer la suspicion sur tous ceux qui font œuvre de chercheurs, et de fournir « aux adversaires de la médecine et aux ennemis de la science médicale française, une copie précieuse. » Nous regrettons vivement d'avoir été aussi mal compris. Lorsque Molière a flétri, dans Tartuffe,

le dévot hypocrite, il n'eut jamais l'intention de s'attaquer à la religion, et les hommes pieux et sincères ne se sentirent pas atteints par le grand poète comique.

Notre correspondant nous accuse de ne pas donner de criterium permettant aux praticiens de s'y reconnaître. Ce criterium, savants et praticiens peuvent le trouver en lisant et méditant un chef-d'œuvre qui devrait être le livre de chevet de tout médecin, réputé ou humble, grand ou petit, c'est l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, de Claude Bernard.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES CRISES HYSTÉRIQUES DANS L'ARMÉE ET DANS LES PRISONS

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

SOMMAIRE. — *Crises hystériques et mythomanie. L'hystérie à l'hôpital ; l'hystérie dans l'armée ; l'hystérie dans les prisons. — Les caractères de la crise d'hystérie. Analyse détaillée de ces caractères. — Le mot « crisard » ; le qualificatif « épileptiforme ». La crise d'hystérie spontanée et l'hystéro épilepsie. — Une observation. — Conclusion.*

Chacun s'en va répétant que les crises d'hystérie n'existent pas, que les crises d'hystérie sont pure simulation, ou bien que l'hystérie s'apparente au mensonge, qu'elle n'est autre chose que la mythomanie, c'est-à-dire qu'elle représenterait un état dysphrénique d'auto ou d'hétéro-suggestion, mais non pas un état hyperémotif spécial. L'idée de Dupré de séparer l'hystérie mythomanie des phénomènes dysthymiques, — phénomènes qu'il rangeait sous l'appellation, pas très heureuse, de « constitution émotive » —, cette idée semble avoir un intérêt réel, mais la question se trouve être déplacée sans être résolue.

Les crises hystériques sont un fait : on ne saurait nier leur existence avérée depuis des siècles.

A l'hôpital, l'élève n'apprend plus à les connaître : dès que, chez un malade, l'hystérie est suspectée, l'exeat est prononcé presque d'urgence. Au reste, cette pratique est défendable : toute crise d'hystérie étant sans gravité, le séjour à l'hôpital est à peu près inutile, surtout que la psychothérapie dans la hâte des temps modernes est inexistante. Si l'exeat du patient n'est pas signé sur le-champ, une attitude très réservée, assez distante, est prise vis-à-vis de lui : c'est que le praticien, devant l'hystérique, a le sentiment d'une sorte d'insécurité, d'une espèce d'incertitude diagnostique qui le pousse à s'écarter d'un pareil motif d'observation et de discussion.

Dans les hôpitaux militaires, il n'est pas aussi facile de décider du sort d'un convulsionnaire hystérique. Là, l'exeat ne peut pas être prononcé immédiatement, sans délai en quelque sorte. Il faut constituer un dossier, pratiquer des enquêtes, apporter ou, tout au moins, essayer d'apporter devant la Commission de réforme la preuve de l'état hystérique.

Maintes fois, les médecins militaires, étant donné s les notions actuelles concernant l'hystérie hésitent à proposer pour la mise en congé un sujet affecté simplement de crises hystériques ; aussi, afin que la réforme soit acceptée, ils tournent la difficulté à l'aide d'une terminologie complexe et appropriée. Si au contraire, la réforme n'a pas lieu, le soldat est renvoyé à son corps avec ou sans mention de simulation de crises nerveuses. Mais au corps, les crises se répètent, se multiplient : elles déterminent dans les chambrées de telles réactions que le commandement proteste, s'irrite, parle d'épilepsie, expose la gravité des faits, etc. Le médecin du corps a beau affirmer la simulation, invoquer le caractère utilitaire des crises, il ne parvient pas à convaincre les chefs de l'unité, surtout s'il s'agit d'un militaire dont la moralité n'est pas suspectée, surtout si les renseignements demandés sur le patient sont de tous points favorables. Dans ces conditions, au bout de trois ou quatre semaines, l'officier demande à nouveau au médecin de réaliser une seconde ou une troisième mise en observation à l'hôpital militaire. Cela peut durer plusieurs mois et les crises continuent de se dévelop-

per. La décision à prendre dans de tels cas, lorsque le sujet n'est pas un « pervers », est la réforme temporaire, sans relation de cause à effet avec le service.

Dans les prisons, aussi, les crises d'hystérie seraient d'observation assez courante. Nous avons eu l'occasion d'en étudier récemment un exemple chez un inculpé, mais c'est surtout chez les condamnés en cours de peine, dans les maisons centrales, qu'elles seraient communes. D'après une petite enquête non officielle à laquelle nous nous sommes livré en plusieurs villes, il y aurait toujours un certain nombre de convulsionnaires hystériques dans ces établissements de correction. Or, ces hystériques, le personnel expérimenté les distingue assez nettement, semble-t-il, des épileptiques ; on se garde bien de les maintenir de crainte qu'ils ne se blessent. Même dans leurs plus violentes crises, chacun sait qu'ils ne se font jamais aucun mal et qu'en essayant de s'emparer de leur personne, on risque de recevoir un coup de pied ou un coup de tête, d'être égratigné ou mordu. Que l'hystérie, — pour les médecins qui en clinique nerveuse vont comme au hasard et ne voient pas l'hystérie quand elle existe, ou la voient quand elle n'existe pas, — que l'hystérie se soit réfugiée dans les établissements pénitenciers, c'est là un fait social assez digne de remarque et qui doit contribuer à déterminer les Pouvoirs publics à déléguer des spécialistes dans les fonctions d'inspection médicale des maisons de longue ou courte détention.

***

Les caractères de la crise d'hystérie. — Les caractères des crises hystériques sont si particuliers qu'on ne saurait jamais les confondre avec ceux des crises comitiales. Ils sont à préciser : avant la chute (sensations initiales éprouvées par l'hystérique) ; immédiatement avant la chute (pas de cri) ; au moment même de la chute (ce qu'est la chute et *quid* de l'état de la connaissance ?) ; pendant la crise (les mouvements, l'attitude du pouce, l'écume, la coloration du visage, l'état des pupilles, le mode respiratoire, les morsures de la langue, l'émission des urines) ; à la fin de la crise (les attitudes passionnelles, les pleurs) ; après la crise (le sommeil, l'asthénie, l'amnésie, la durée de la crise). Enfin que faut-il penser de la reproduction possible de la crise par l'épreuve électrique ?

1° *Le début. Prodromes : sensations et idées.* — Le début de la crise hystérique ordinaire n'est jamais brutal. Alors que l'épileptique est saisi subitement, à l'improviste, de sa crise convulsive, après ou sans avoir éprouvé une aura qui dure l'espace d'un éclair, l'hystérique accuse à l'origine de son accès des sensations variées, persistantes, qui lui annoncent sa crise. Toutes ces sensations sont en rapport avec un état émotionnel d'énervement qu'il subit du fait d'une contrariété récente, d'une vexation d'amour-propre, d'une mortification cuisante, d'une grande déception imprévue, etc. Il ressent de l'épigastralgie (serrement au creux de l'estomac), de l'oppression, de la constriction à la gorge, des douleurs musculaires ; il s'agite, va et vient, trépigne, tremble, fléchit et étend brusquement les doigts, fronce les sourcils ; il peut sentir comme une boule qui progresse de l'estomac à la base du cou (spasmes de l'œsophage), etc. Pendant toute cette phase, il a dans l'esprit l'idée obsédante du mal qu'on lui a fait. Il lutte, il essaye de ne pas avoir de crise : vaincu, il tombe. C'est pour ces motifs qu'il dit, maintes fois, quand il va et vient, quand on le voit tourmenté : « Je sens que je vais avoir une crise. »

2° *Pas de cri initial.* — Le sujet hystérique n'émet pas de cri au moment de sa chute. Le cri effroyable que poussent certains comitiaux au début de leur crise, — cri effroyable parce qu'il n'a aucun des caractères des cris humains, — fait toujours défaut chez le convulsionnaire hystérique. Lorsque celui-ci, exceptionnellement, jette un cri, c'est un cri qui correspond au mal moral supporté, et il peut s'accompagner d'un mot ou d'un geste significatif.

3° *La chute : sorte d'affaissement.* — La chute de l'hystérique n'offre jamais la rapidité, la brusquerie, la violence de la chute de l'épileptique. Cela explique que l'hystérique ne se fait dans sa chute aucune blessure. Du reste, il s'agit moins d'une chute que d'un effondrement ou d'un affaissement du sujet en lutte contre un état douloureux. Il se pourrait que cette chute soit de cause asthénique, comme la chute qu'on observe dans la peur, après la fuite.

Fréquemment, on a le sentiment que l'hystérique choisit le lieu de sa chute. D'ailleurs, il reconnaît souvent que, prévoyant sa crise, il a eu le temps de se rendre chez lui, de gagner sa chambre, de s'étendre sur un lit. Jamais il ne tombe ni dans l'eau, ni dans le feu, ni à la rue, ni à l'église, ni au spectacle, ni en chemin de fer, etc. Il faut des circonstances données pour que la crise éclate. Un facteur qui favorise constamment l'apparition de la crise, c'est la présence, devant le sujet, de la personne qui lui a fait du mal, par parole ou par geste.

4° *La perte de connaissance est incomplète.* — Dans l'hystérie la perte de connaissance n'est que partielle, alors qu'elle est totale dans la névrose comitiale. Quand l'hystérique s'effondre ou s'affaisse, il a souvent le sentiment, l'impression de tomber dans le vide, dans un trou noir, dans un

précipice. Par terre, en proie à ses convulsions, il n'est pas sans connaissance ; il perçoit ce qui se dit, ce qui se fait autour de lui, sans doute assez vaguement, assez confusément, mais d'une manière suffisante pour que des réactions spéciales en résultent, et ces réactions, un observateur averti ne les laisse pas échapper. Nous pensons que dans quelques cas exceptionnels, la perte de connaissance peut être complète ou paraît telle dans l'hystérie à l'examen le plus minutieux. De toutes manières, il est formellement indiqué de ne pas tenir de conversation devant le sujet et de faire la solitude autour de lui.

5° *Les convulsions de l'hystérique.* — Les convulsions de l'hystérique ont des caractères propres. Alors que dans le haut mal, les convulsions toniques et cloniques se succèdent dans le temps avec régularité, obéissent à un système précis, à une sorte de rythme, dans l'hystérie les convulsions sont désordonnées, mobiles et étranges au possible : les convulsions toniques succèdent aux convulsions cloniques, les convulsions cloniques aux convulsions toniques et, ceci, durant un quart d'heure, une demi-heure ou plus. Maintes fois les convulsions cessent pour reprendre de plus belle, à l'occasion d'un mot ou d'un geste de l'entourage mal informé. Toutes ces convulsions traduisent de l'énervement : ce sont des coups de pieds, des coups de poings, des coups de tête. Tantôt le sujet s'accroche à un objet et le tord ou le brise, tantôt il cherche à mordre, il crispe la face, fronce les sourcils, grince des dents. Parfois, il fait le pont, sans érotisme certainement, ou se roule sur lui-même, ou se contorsionne comme le lutteur. Cet ensemble de convulsions toniques et cloniques, si incohérentes, si variées, si bizarres (on a parlé de sauts de carpe, de frétillements d'anguille, de contorsions de clown sur la scène), pourrait être désigné, en jouant sur les mots, des convulsions de forme « clownique ». Mais cette qualification fantaisiste ne serait pas exacte, parce qu'on ne saurait dire que les convulsions de l'hystérique ne dépendent que de sa volonté.

6° *L'attitude du pouce.* — Le signe du pouce est un signe dont on ne parle plus guère pour le diagnostic différentiel de la crise d'hystérie et de la crise comitiale. Il a pourtant son intérêt et il correspond à la réalité, semble-t-il, dans la grande généralité des cas. Ce signe, on le sait, consiste chez les épileptiques dans le fléchissement du pouce sur la paume de la main et dans le recouvrement de ce pouce par les autres doigts ; fait particulier, cette attitude est conservée pendant toute la durée des convulsions. Chez les hystériques, on peut incontestablement observer le même phénomène, mais il est, pour nous, l'exception ; de plus, c'est un phénomène mobile, épisodique, et on le voit se produire, puis disparaître, puis se reproduire, ce qui n'a jamais lieu dans le haut mal. Il faut, pensons-nous, continuer à dire que le signe de l'attitude du pouce en flexion dans la paume de la main n'est pas pathognomonique de la crise épileptique ; toutefois, il ne faut point négliger de le rechercher.

7° *L'écume à la bouche.* — L'apparition de l'écume à la bouche n'a pas grande valeur pour le diagnostic entre la crise hystérique et la crise épileptique. Ces phénomènes d'hypersécrétion salivaire sont peut-être plus tardifs dans l'hystérie que dans le mal caduc. Il est vrai que la crise d'épilepsie est relativement brève, tandis que la crise d'hystérie tend à se prolonger : il peut résulter de ce fait des causes d'erreur d'observation. Ce qu'il importe de savoir, c'est que l'écume est fréquemment sanguinolente dans l'épilepsie, tandis qu'elle ne l'est qu'exceptionnellement dans l'hystérie. Chez l'hystérique, lorsque l'écume est colorée, il s'agit d'une écume légèrement rosée plutôt que d'une écume rouge. L'oreiller de l'hystérique peut cependant être taché de sang. Nous verrons, tout à l'heure, quand nous étudierons les morsures de la langue, comment il convient d'expliquer cet aspect de la salive chez l'hystérique.

8° *La coloration du visage.* — La coloration du visage chez l'hystérique est nettement différente de celle qu'on observe dans le mal caduc, non pas au début tout à fait de la crise, mais au milieu ou à la fin de la crise. Chez l'épileptique, le visage petit à petit prend une couleur violacée, ou rouge foncé, qui est assez caractéristique. Chez l'hystérique qui d'abord est blême de figure par vasoconstriction, on voit bientôt se développer une rougeur claire de la face, qui dure pendant toute la crise. Ce point clinique est important : étant donné qu'il est difficile au médecin d'observer l'hystérique ou l'épileptique au moment même où il tombe, on ne manquera pas dès l'abord du malade de noter la coloration du visage. Il ne faut pas faire de ce signe un signe pathognomonique, il a moins de valeur que les convulsions propres, mais son intérêt est assez grand dans la pratique hospitalière.

9° *L'état des pupilles.* — Il est classique de se hâter d'examiner les pupilles lorsqu'on est appelé près d'un convulsionnaire. Les phénomènes qui se produisent du côté des yeux sont intéressants parce que, d'abord, on peut constater des convulsions toniques et cloniques du globe oculaire, avec déviation de la face, ce qui est propre à l'épilepsie ; ensuite, on peut relever du clignotement des paupières fermées, signe qui ne se voit guère que dans le mal « hystérique ». Quant à l'état des pupilles, elles n'offrent en général

rien de caractéristique : dans l'épilepsie, on note habituellement de la mydriase, tandis que dans l'hystérie, les pupilles sont normales ou en myosis. Il paraît assez singulier d'observer du myosis chez les hystériques qui sont plutôt des sympathicotoniques que des vagotoniques.

10° *Le mode respiratoire.* — Les troubles respiratoires, pendant la crise hystérique, sont bien différents de ceux qu'on observe dans l'épilepsie. Un physiologiste ne manquerait pas, croyons-nous, de trouver des caractères différentiels spéciaux au cours des deux accès. Dans l'épilepsie, après les spasmes inspiratoires violents du début, le soufflet pulmonaire tend assez vite à reprendre son jeu normal. Dans l'hystérie, d'abord au début de la crise tous les sujets accusent de l'oppression, un sentiment de poids sur la poitrine, lequel se surajoute à la sensation de serrement au creux épigastrique ; ensuite, pendant toute la durée de la crise, on assiste à des alternatives de respiration spasmodique et de respiration normale, d'inspirations brusques et d'expirations saccadées. Le désordre respiratoire correspond au désordre musculaire général.

A la fin de la crise, surtout si on ne touche pas intempestivement le sujet, si on a fait le vide autour de lui, c'est un bon signe de la terminaison des accidents convulsifs que de voir la respiration revenir à son type normal, même un peu rapide.

11° *Les morsures de la langue.* — Une morsure nette, bien tranchée, de la pointe ou des côtés de la langue, est évidemment caractéristique de la crise épileptique, au même titre que certaines cicatrices de la face ou les cicatrices de brûlure, à la condition, cela va de soi, qu'elles correspondent à une histoire clinique classique ; jamais on n'observe rien de tel chez l'hystérique. Toutefois, ce dernier, par pincement, mordillement ou mâchonnement (signes d'énervement), peut se faire de petites plaies superficielles de la pointe ou des côtés de la langue, ou encore de la face interne des lèvres supérieure ou inférieure. Le lendemain de la crise, il n'est pas rare d'observer des ecchymoses de la pointe de la langue, soit à gauche, soit à droite, qui coexistent avec de petites érosions de l'organe ou même qui existent sans elles.

12° *L'émission des urines.* — L'émission des urines au cours de la crise est encore un signe presque caractéristique du mal caduc, d'autant qu'elle peut s'accompagner d'évacuation des matières fécales, mais ce fait est rare. Ce qu'il importe de préciser, c'est que, dans l'épilepsie, l'émisssion des urines est précoce : elle a lieu soit de suite au cours des convulsions toniques, soit en même temps que les grandes convulsions cloniques. Dans l'hystérie, on peut exceptionnellement trouver le lit souillé d'urines. Si on a soin de remarquer ou de rechercher à quel moment cette évacuation urinaire se produit, on ne manque pas de constater qu'elle a lieu tardivement à la fin de la crise, soit au bout d'un quart d'heure, soit au bout d'une demi-heure, soit enfin, pendant la période de repos qui suit la crise. Elle s'explique par le fait que le sujet, avant d'avoir sa crise, n'avait pas uriné depuis longtemps, ou par le fait des phénomènes d'hyperexcrétion qui accompagnent l'hystérie.

13° *Les attitudes passionnelles.* — On ne note jamais d'attitudes passionnelles dans l'épilepsie : on peut observer de la confusion mentale, et encore de courte durée ordinairement, de l'excitation maniaque, douze, vingt-quatre, quarante-huit heures, ou plus, après la dernière crise épileptique, ou mieux après la dernière série de crises épileptiques, mais les attitudes dramatiques, avec ou sans paroles, sont inexistantes dans le haut mal. Elles sont rares, en vérité, chez les hystériques : elles sont assez caractéristiques quand elles apparaissent. Elles peuvent s'accompagner de l'expression de vagues idées vésaniques. Les attitudes ou scènes observées sont toujours d'ordre émotionnel : elles traduisent tantôt je la peur ou de la colère avec injures, tantôt de la joie ou de l'extase. L'attitude de suppliant, les yeux au ciel, est assez commune. Toutes, elles expriment les passions du sujet et elles ont un intérêt réel pour le psychothérapeute.

14° *Les pleurs à la fin de la crise.* — Les pleurs, les sanglots à la fin de la crise hystérique sont presque constants. Ils ne se produisent pas après la crise, ils en marquent la terminaison : ce détail a quelqu'intérêt ainsi qu'on le verra tout à l'heure. L'entourage d'un sujet hystérique, lorsqu'il a observé plusieurs crises, est bien au courant de la valeur de ce symptôme, et il ne manque pas souvent de le signaler lorsque l'on fait avec lui l'analyse psycho-clinique rétrospective des accès critiques. Il est très rare, croyons-nous, que les grandes convulsions hystériques reparaissent quand les pleurs se sont manifestés. On peut observer des pleurs chez le comitial après sa crise. Mais comment surviennent-ils ? C'est le point digne de remarque. Ils apparaissent longtemps après la crise, à moins que celle-ci ne soit de courte durée, ou que le patient ne revienne vite à lui. Alors le malade, d'abord égaré, se ressaisit, voit le désordre qui l'entoure, voit les siens penchés sur lui, comprend qu'il vient encore d'avoir une ou plusieurs crises, alors il fond en larmes. Si le médecin est près de lui, il peut prendre une attitude de suppliant, mais c'est pour lui dire : « Oh ! Docteur, guérissez-moi ! » Il y a loin, toujours de la modestie de l'épileptique, à la va-

nité, à la suffisance, à la simple coquetterie de la grande majorité des hystériques.

15° *Le sommeil et l'asthénie post-critiques.* — La crise épileptique est suivie d'une période spéciale, dite phase de stertor, durant laquelle le patient est insensible aux excitations cutanées, a les membres inertes et ronfle bruyamment. Puis il sort de cet état, réagit aux piqûres, mais reste abattu, anéanti (asthénie post-critique). Quand il revient à lui, quand il a identifié les lieux, les personnes et les objets, il accuse souvent de la céphalée, des douleurs musculaires et un besoin impérieux de repos. Chez l'hystérique, le sommeil qui suit la crise n'est jamais, semble-t-il, aussi profond, aussi bruyant que dans le mal comitial.

L'asthénie post-critique hystérique, qui peut donner lieu à une variété d'asthéno-manie, — mais nous n'en avons observé aucun cas,— est moins accusée que dans l'épilepsie. On voit même assez souvent l'hystérique, après une crise violente, très vite, aller et venir, partir en promenade ou se rendre au spectacle. Dans ces cas, il s'agit de sujets qui, étaient joyeux et qu'on a contrariés à la dernière minute.

16° *L'amnésie chez l'hystérique.* — L'amnésie, après la crise hystérique, est l'exception : nous ne disons point qu'elle n'existe pas, nous l'avons quelquefois constatée ; elle est très rare. Elle paraît commune à un examen superficiel, rapide ; pour démontrer son inexistence dans la grande majorité des cas, il faut observer les malades longuement, à plusieurs reprises ; il faut faire témoigner les tiers ; il ne faut pas se lasser de rechercher le fait qui mettra en lumière que l'amnésie n'était pas complète. Si nous devions évaluer en chiffres la rareté de l'amnésie dans l'hystérie, nous dirions qu'elle n'existe pas dans dix pour cent des cas. Au contraire, chez l'épileptique, l'amnésie de la crise est la règle. Nous l'avons déjà écrit et nous le répétons après d'autres auteurs : là où il n'y a pas amnésie, il n'y a pas épilepsie. Faisons remarquer que l'épileptique peut présenter des troubles psychiques qui ne sont pas suivis d'amnésie ; cela démontre simplement, pour nous, que ces troubles ne sont pas de nature épileptique, mais coexistent avec l'épilepsie. La manie post-épileptique, qui n'est jamais suivie d'amnésie, en est un exemple lumineux et éclatant.

17° *La reproduction de la crise.* — La reproduction de la crise hystérique par l'application d'un courant électrique de chaque côté des deux régions temporales, n'a pour nous qu'un intérêt secondaire. Il nous plairait d'assister à ces reproductions de crises hystériques près d'un médecin qui aimerait la controverse et qui ne serait pas pressé. On se tromperait si on croyait que nous avons tendance à nier l'existence de ces faits : nous demandons simplement à les examiner avec un contradicteur paisible ; nous désirons voir, avec tout le temps qui convient, les conditions dans lesquelles ces phénomènes sont réalisés. A-t-on pratiqué une analyse suffisante de l'état psychique. Lorsqu'on fait agir la suggestion (auto ou hétéro-suggestion), est-on bien sûr qu'une action psychique différente exercée par une tierce personne n'empêcherait pas la crise d'éclater ? Est-ce qu'on tient compte de l'élément douloureux, physique, déterminé par le courant électrique chez un sujet souvent hypersensible ? L'énervement qui résulte de la douleur physique provoquée ne joue-t-il pas là un rôle essentiel ? Le sujet, devant l'appareil, et à cause de l'entourage, ne fait-il pas de l'inquiétude, puis de l'énervement ? La question de la reproduction de la crise hystérique par l'électricité est moins simple qu'on le suppose.

18° *La durée de la crise.* — La durée de la crise hystérique est si différente, d'une manière générale, de la durée de la crise comitiale qu'il y a là une notion de premier ordre en matière de diagnostic différentiel des deux névroses. En fait, la crise de l'épileptique ne dure que peu de temps ; en quelques minutes, elle est passée , sauf exception et à moins que les accès ne surviennent en série. La crise d'hystérie est toujours longue, surtout si l'entourage est spécialement interventionniste : l'hystérique doit être abandonné à lui-même, parce qu'il n'y a pas à craindre qu'il se fasse mal sérieusement ; ses contorsions fantastiques doivent laisser l'observateur tout à fait impavide et le plus possible abstentionniste. La durée des crises d'hystérie inconsciemment entretenues peut aller d'une demi-heure à une ou plusieurs heures.

***

Il nous reste à faire quelques remarques générales au sujet des crises hystériques : elles auront trait particulièrement à une certaine terminologie, à certaines expressions qui assurément ne sont pas destinées à vivre, mais qui, dans le présent déterminent des attitudes fâcheuses ou sont cause de véritables erreurs.

L'emploi du mot « crisard ». — Le mot « crisard » est employé de temps en temps par quelques médecins, — et il a même été imprimé, — pour désigner l'hystérique qui fait des crises répétées, ou qui, pour mieux dire, d'après ces médecins, fait des crises quand il lui plaît : c'est un terme né de la notion tendancieuse de l'hystérie-simulation ou de l'hystérie-exagération. Nous ne voulons pas déclarer qu'il n'y a absolument rien de vrai dans ces concepts, mais nous affirmons que l'expression de « crisard » pour désigner l'hys-

térique est une expression de policier ou d'adjudant, non pas une expression médicale. Sa terminaison, sa tonalité ont des aspirations, ou des prétentions moralistes qui ne sont point d'ordre scientifique. Il est désagréable pour un praticien de douter de la sincérité de son patient : cela est la conséquence de faits sociaux que nous n'avons pas à apprécier directement, car il est des fonctions de juge qui, chacun le reconnaît, sont bien indispensables dans les sociétés en évolution et vis-à-vis desquelles le médecin ne doit se livrer à aucun empiètement. Ajoutons que le mot « crisard », peut, à notre avis être avantageusement remplacé par le mot convulsionnaire, très français et déjà connu.

La crise épileptiforme. — L'emploi de l'adjectif « épileptiforme » pour qualifier une crise nerveuse qui paraît complexe nous ramène au domaine de la clinique que le mot crisard nous avait obligé à délaisser. Cet adjectif néfaste indique, sans aucun doute, dans la bouche ou sous la plume de celui qui l'utilise, une ignorance profonde de l'observation et de l'analyse des crises nerveuses ; il indique aussi quelquefois simplement une douce inclinaison au moindre effort, car c'est un travail véritable, souvent, que de vouloir faire le diagnostic d'épilepsie ou d'hystérie. La crise comitiale et la crise hystérique sont des crises extrêmement différentes de nature et de forme, cela est certain ; mais, au lit des malades, le diagnostic, dans 95 % des cas, doit se faire par l'analyse psycho-clinique, par les anamnestiques, par les témoignages des tierces personnes, par des enquêtes... N'est-ce pas plus simple, dans l'incertitude, d'écrire crise épileptiforme ? La guerre, semble-t-il, a empiré la situation : on ne saurait imaginer le nombre de pièces militaires officielles sur lesquelles on voit le mot épileptiforme. Cela nous remet en mémoire la justesse des foudres de Dupré quand un auditeur malheureux, qu'il venait à questionner, proférait devant lui cette insuffisante expression clinique.

La crise d'hystérie spontanée. — Il existe des crises d'hystérie spontanée, à caractère périodique, qui surviennent brusquement, sans prodromes, sans contrariété déterminante : ce sont, ces crises hystériques spéciales que l'on confond le plus souvent avec le mal caduc, à cause de la soudaineté de leur début, à cause de l'absence de motifs initiaux d'énervement, à cause aussi de la violence moindre des convulsions et de leur durée relativement courte, à cause de la rareté, sinon de l'inexistence, ici, des attitudes passionnelles, à cause enfin de ce fait que l'exagération ou même la supercherie paraissent très peu probables à l'observateur. Ces crises d'hystérie périodique ont amené certains médecins à parler d'*hystéro-épilepsie*. Mais le fait est acquis, il n'y a pas d'hystéro-épilepsie. Les auteurs qui ont étudié avec soin les crises nerveuses sont d'accord pour conclure que l'hystéro-épilepsie est toujours de l'hystérie. Cependant, dira-t-on, un comitial très susceptible ne peut-il pas présenter de véritables crises hystériques ? Sans doute, et ces cas sont extrêmement rares bien que l'irascibilité de l'épileptique soit commune ; c'est qu'à cette irritabilité, il y a d'autres causes (les manifestations dysthéniques par exemple), et elles sont hors de notre sujet actuel.

***

Voici une observation de crises hystériques bien caractérisées, constatées à la prison, qui ont nécessité la mise en observation dans un asile d'aliénés en raison des réactions désordonnées du patient à l'établissement pénitencier. On ne manquera pas de remarquer que les crises sont apparues après l'inculpation : cela ne veut pas dire, pour nous, qu'elles étaient simulées :

Le nommé Ederfl..., Marcel, manouvrier, 28 ans, né à C..., Seine, demeurant rue de la Gare, à B.., Loire-Inférieure, est inculpé de coups et blessures.

Les faits et le dossier.— Le 21 décembre 1925, vers 18 h. 30, chez le sieur Francis, 23 ans, débitant à B..: au lieu dit le Pont-Allard, se trouvaient réunis d'une part les nommés Bell... et Chat..., pensionnaires de M. Francis, qui se disposaient à dîner, pour se rendre ensuite au travail à l'usine et d'autre part les nommés Tond..., Tant..., Ederfl... et une femme, la nommée Dav... Madeleine, 18 ans, lingère, qui habiterait, 64, boulevard..., à Nantes, et qui serait l'amie de l'inculpé. Le pensionnaire Bell... (ou Chat...) joue de l'accordéon et l'on se met à danser. La nommée Dav... danse avec son ami. Invitée à danser par Bell... (ou Chat...), elle refuse : l'un d'eux, alors fait disparaître sa fourrure. Au moment de partir, elle réclame son vêtement. Comme on ne le lui rendait pas, une querelle, puis une rixe ont lieu entre les nommés Bell... et Chat... d'un côté, et Tant... et Ederfl... de l'autre. Ces derniers ayant été mis dehors par le débitant, Bell... et Chat... dînent. Vers 19 heures, ils sortent du café-restaurant pour aller prendre leur travail de nuit. Ils avaient à peine fait quelques mètres dans la rue qu'ils sont assaillis subitement et brutalement à coups de rasoir par un individu qu'ils ne reconnaissent pas. Bell... est blessé à la région antérieure du cou et à la région temporale gauche ; Chat... à la région antérieure du cou et à la joue gauche. La rumeur publique accuse Ederfl... qui aurait fait la déclaration suivante : « Si je n'avais pas fait cela, c'est moi qui y aurais passé ». Il a été arrêté le 19 janvier 1926. — Les nommés Ederfl..., Chat..., Bell... et Tond... ont tous déjà été condamnés à une ou plusieurs reprises. — L'enquête a établi que le rasoir dont s'est servi l'inculpé lui a été fourni par le nommé Tond...

Le nommé Ederfl..., détenu en 1920 à la Maison d'arrêt de S..., a été interné à l'asile des aliénés de cette ville, du 23 décembre 1920 au 25 mars 1921 ; il aurait été affecté à ce moment de crises convulsives, avec impulsivité violente et troubles hallucinatoires ; il aurait eu aussi de la diminution des facultés intellectuelles. En sortant de l'asile, il fut réintégré à la prison.

Comme il a présenté à la Maison d'arrêt de N..., en janvier, février 1926, des crises nerveuses avec agitation, il a été placé en observation à l'asile des aliénés de Saint-Jacques, le 7 février 1926.

Antécédents. — Les renseignements qui suivent ont été puisés au dossier ou fournis par l'inculpé.

Son père, fermier, serait décédé à Questembert, à 50 ans environ (1915 ?). Sa mère, cardiopathe, est morte dans la même commune, à 48 ans, en 1916. Ils avaient sept enfants : deux sont décédés ; une fille est morte en bas âge ; un garçon a été tué à la guerre au champ d'honneur. L'inculpé a deux frères et deux sœurs dont il n'a pas de nouvelles depuis plusieurs années. L'un d'eux, atteint de troubles mentaux depuis son enfance, est hospitalisé à Vannes.

Elevé à Questembert, il a reçu une assez bonne instruction primaire ; il sait rédiger une lettre. A l'âge de 13 ans et demi, il s'est placé comme domestique, puis il est parti sur le « trimard », et a travaillé à Rennes, à Saint-Nazaire, à Nantes, à Rouen, au Havre, à Paris. C'est à Nantes et aux environs qu'il a passé le plus de temps : huit ou neuf ans. Il n'est pas marié, il ne vit pas en concubinage.

Appelé sous les drapeaux en 1917, il aurait été réformé sans pension à Tunis, à l'hôpital du Belvédère, pour crises épileptiques, après quatre mois de présence au service.

Il n'a jamais été malade, sauf du fait de ses crises nerveuses : il aurait été plusieurs fois hospitalisé à la suite d'accidents de cette sorte. — Il n'aurait pas contracté la syphilis et ne s'adonnerait pas à l'alcoolisme.

Une enquête établit que le nommé Ederfl... est un garçon sérieux et travailleur. Il a encouru plusieurs condamnations pour vols (novembre-décembre 1914) ; pour recel (février 1917) ; pour vol et complicité (mai 1919). Enfin il aurait été condamné le 12 septembre 1920, par le tribunal correctionnel de S... à deux ans de prison et d'interdiction de séjour, après inculpation de vol. C'est pendant sa détention à la maison d'arrêt de S..., que, pris de crises nerveuses, il fut placé à l'asile des aliénés du département.

Examen spécial. — Le nommé Ederfl... a été examiné aux différents poitns de vue mental, nerveux et physique.

Pendant la longue période d'observation (26 janvier 1926, 31 mars), à laquelle il a été soumis, nous n'avons constaté chez lui ni délire, à proprement parler, ni démence (ce mot étant pris dans le sens clinique), ni excitation maniaque, ni asthénie pathologique, ni confusion mentale, ni état second. En revanche, il a présenté huit crises nerveuses, toutes identiques, dont les caractères essentiels sont les suivants : il sent venir sa crise ; celle-ci ne se produit pas à l'improviste. Il dit : « Ça me serre sur le cœur (épigastre) ; ça commence par là. Je ne suis pas à mon aise. C'est parce que ma tête travaille, c'est que j'ai des contrariétés. Il me faut du mouvement : je suis énervé... » Au moment de tomber, il a les yeux comme brouillés. La chute n'est jamais brutale ; il s'agit plutôt d'un affaissement que d'une chute. Le sujet ne se blesse jamais gravement en tombant. Il ne jette pas de cri à cet instant. La perte de connaissance, pendant la crise, ne paraît pas totale. Les mouvements qu'exécute le sujet par terre sont désordonnés et de grande amplitude : c'est une succession de convulsions variées, toniques et cloniques. Par moments le corps ou les membres sont d'une raideur cadavérique. Puis les bras sont placés en croix et battent l'air et le sol à tort et à travers. Les membres inférieurs sont également lancés à droite et à gauche ou frappent le sol du talon. Le tronc est fortement cambré. Puis, ce sont des « sauts de carpe » ou des « frétillements d'anguille ». Avec les mains, il cherche à s'accrocher aux choses ou aux personnes. La figure est contractée, crispée, les yeux fermés et animés de trémulations. Il grince des dents. Il écume de la bouche. Maintenu par l'entourage, il donne des coups de pieds, des coups de poings, des coups de tête, ou il cherche à mordre. Livré à lui-même, il se roule par terre, se contorsionne, frappe le sol de ses poings, ou de ses pieds ou de la tête, sans se blesser sérieusement, puis il se calme au bout d'une demi-heure environ. Pendant la crise, la respiration est oppressée, la face rouge, les pupilles en myosis. Une fois, on a noté quelques érosions de la pointe de la langue, à la face supérieure, avec le lendemain, à la face inférieure une sorte d'ecchymose de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes : ce jour, l'écume de la bouche était rosée, sinon sanguinolente. Il n'y a jamais eu émission spontanée des urines. A la fin d'une de ses crises, dans le cabinet du juge d'instruction, le sujet s'est mis à genoux, et a pris une attitude de suppliant : il joignait les mains et regardait le ciel. A plusieurs reprises, la crise nerveuse s'est terminée par des pleurs. Après sa crise, tantôt le sujet se repose et reste calme, tantôt il se lève, circule en disant des injures : « Vieille vache ! Enc... ! Je n'ai pas besoin de toi ici ». — L'examen somatique, d'une manière générale et, en dehors des crises, ne révèle aucune affection organique des grands appareils de l'économie.

Au moment de l'acte, quel était l'état psychique de l'inculpé ? Il n'était certainement pas en proie au délire, ni à la manie, ni à la démence (affaiblissement intellectuel). D'autre part, à cette date, il n'avait encore présenté, récemment, aucune crise nerveuse : les témoins ont fait des déclarations catégoriques sur ce point. Toutefois, auparavant, — et spéciale-

ment, en 1917, lors du service militaire, à Tunis, et en 1920, à S..., au cours d'une période de détention — il a été affecté d'accidents analogues. Ils seraient apparus chez lui pour la première fois en 1915 ou 16 (à 17 ou 18 ans), alors qu'il travaillait sur une ligne de chemin de fer dans les environs de Rennes.

***

Dans un pareil cas, on pouvait affirmer que l'hystérie était en cause. L'inculpé fut déclaré responsable et réintégré à la prison. Fallait-il diminuer sa responsabilité vis-à-vis des faits qui lui étaient reprochés ? Oui, sans doute, du point de vue scientifique ; mais, en pratique sociale, cela est à peu près certainement une erreur.

Chez ce sujet, le diagnostic de la névrose hystérique était facile. Il arrive assez souvent que ce diagnostic est presque impossible d'emblée, et même ensuite, à l'aide de la meilleure anamnèse et des témoignages les plus variés. Alors pour avoir une certitude, il faut absolument que le praticien voie lui-même la crise. Nous avons dû quelquefois attendre plusieurs mois pour arriver à notre but : il ne faut pas trop s'obstiner dans ce que l'on appelle la vérité, mais il faut s'obstiner dans l'observation des faits (1).

(1) V. Benon (R.). — Crises hystériques spontanées. (*Presse méd.*, 1920, supplément 18 sept., p. 1230, n° 67). — *Eléments de pathologie mentale. Clinique et médecine légale* (Paris, 1922, p. 191, édit. G. Doin).— Hystérie, crises hystériques (*Journ. des praticiens*, 1923, 7 juillet, p. 436. n° 27). — La crise d'hystérie (*Gaz. des hôp.*, 1924, 18-20 nov., p. 1533, n° 93).

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le professeur Nobécourt

L'hypertension artérielle permanente dans l'enfance (1).

Cette petite fille, née le 27 octobre 1913, a une histoire très simple On ne signale rien dans ses antécédents héréditaires. Elle-même n'a eu aucune maladie, n'a éprouvé aucun trouble appréciable jusqu'au mois de juin de cette année. A cette époque, apparaît le soir de l'œdème malléolaire. C'est pour ce symptôme qu'elle entre salle Parrot le 21 juin.

Elle est âgée de 12 ans et huit mois. La face est bouffie. Les dos des pieds, les chevilles et les jambes dans leur tiers inférieur sont le siège d'un œdème blanc et mou, que la pression du doigt déprime en godet.

Cette enfant est plutôt petite ; elle ne mesure que 136 cent. au lieu de 142 cent.

Elle est maigre ; elle ne pèse, malgré l'œdème, que 30 kgr. 400 au lieu de 34 kgr. Elle a une température de 38° avec laquelle contraste un pouls très rapide, à 170, mais régulier. La pression artérielle, tant la minima que la maxima est forte ; elle atteint 17-14 au sphygmomètre de Vaquez-Laubry, au lieu de la moyenne, qui avec l'oscillomètre de Pachon, est 13-8 à son âge.

Le cœur est gros, la matité précordiale agrandie dans tous les sens, dans le sens horizontal et dans le sens vertical. La pointe est reportée vers l'aisselle, au niveau de la septième côte ; Le bord droit déborde de deux centimètres le sternum.

Le foie est gros ; sur la verticale mamelonnaire, il mesure 14 cent. et déborde le rebord costal de 4 centimètres.

Sur l'orthodiagramme dessiné par M. Duhem, nous voyons un cœur très gros, globuleux, agrandi dans le sens vertical comme dans le sens horizontal, par suite de l'augmentation des cavités droites et du ventricule gauche. En outre, à la partie supérieure, l'ombre vasculaire, notablement élargie, mesure 58 mm., l'arc aortique forme une légère saillie. En oblique, l'espace clair postérieur est comblé et l'oreillette gauche touche la colonne vertébrale, l'aorte ascendante mesure 25 mm., tandis que normalement elle ne dépasse pas 13 mm.

A l'auscultation, on entend un rythme à trois temps et sur la pointe, au foyer mitral, un léger souffle systolique.

En arrière, à la base droite du thorax, il existe des signes d'un épanchement pleural peu abondant. M. Boulanger-Pilet ponctionne la plèvre ; il retire un peu de liquide séro-fibrineux, contenant des mononucléaires avec prédominance des lymphocytes, de nombreuses cellules endothéliales isolées et en placards, formule qui caractérise les épanchements mécaniques.

Il n'y a pas de troubles digestifs.

Les urines sont rares, ne dépassent pas un demi litre en vingt-quatre heures ; elles contiennent de l'albumine en quantité très minime, insuffisante pour le dosage au tube d'Esbach.

La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann négatif (H8).

En présence de ces symptômes, M. Boulanger-Pilet prescrit 20 gr. de sulfate de soude, XX

(1) Leçon du 27 novembre 1926, recueillie par le Dr Laporte et revue par le Professeur.

gouttes de digitaline et de solubaïne. Ces médicaments sont continués aux mêmes doses pendant cinq jours.

Le lendemain, la fièvre a disparu.

Les jours suivants, l'œdème diminue progressivement. Le 29 juin, l'enfant ne pèse que 26 kgr. 800 ; le poids a diminué de 3 kgr. 800 en huit jours. La matité cardio-hépatique diminue un peu. Les bruits du cœur sont mieux frappés ; le souffle systolique mitral devient plus net, il se propage dans l'aisselle ; le deuxième bruit aortique s'accentue, devient presque clangoreux. Le pouls se ralentit à 100, le 23 juin, à 72, le 30 juin. Les urines atteignent un litre à un litre et demi ; l'albumine disparaît complètement. Mais la pression artérielle reste forte :

26 juin	18-12
28 juin	16-12

L'amélioration est toute relative. Il persiste un état chronique pour lequel l'enfant reste dans le service. Nous faisons une série de constatations.

Voyons d'abord la *pression artérielle*. Elle reste élevée avec quelques variations. Nous mentionnons dans la première colonne, les pressions les plus fortes, dans la seconde, les plus faibles.

Juillet	20-15	17-12
Août	18-14	16-12
Septembre	16-12	15-13
Octobre	17-12,5	14-8,5
Novembre	17-13	15,5-13,5

La pression normale étant de 13-8, on voit que les pressions de la malade l'ont dépassée notablement, à certains moments de 7 ; la pression différentielle, a été de 5,4 ou 2, au lieu de 5. La pression maxima s'abaisse avec la durée de la maladie, mais la minima reste élevée.

Pendant ce temps, le *cœur* augmente de volume. On le constate sur la série des orthodiagrammes qui ont été relevés. Voici les mensurations faites sur le premier et le dernier, à cinq mois d'intervalle.

Le 23 juin, les mesures sont les suivantes :

D' G'	107	mm.
G G'	70	—
$\frac{D'G'}{G\ G'}$	1,52	
Flèche du ventricule gauche	14	mm.

Le 24 novembre, elles sont :

D' G'	130	mm.
G G'	107	—
$\frac{D'G'}{G\ G'}$	1,21	
Flèche du ventricule gauche	20	mm.

Les ventricules augmentent ; le diamètre du droit (D'G') passe de 107 à 130 mm. ; celui du gauche (GG') de 70 à 107, la flèche de ce dernier de 14 à 20 mm. Le ventricule gauche augmente proportionnellement plus que le droit, comme en témoigne la diminution de l'indice ventriculaire $\left(\frac{D'G'}{G\ G'}\right)$: il passe de 1,52 à 1,21.

Les oreillettes restent volumineuses.

La baisse de la pression sanguine maxima et la persistance d'une minima élevée indiquent qu'il y a un barrage persistant et que l'impulsion systolique du ventricule gauche s'affaiblit ; l'augmentation du volume du cœur montre que le ventricule gauche se laisse forcer.

Le diamètre de l'aorte ascendante augmente : 25 mm., le 22 juin, 27 mm., le 7 juillet, 30 mm., le 30 novembre. La saillie de l'arc aortique atteint un jour 18 mm.

Nous avons ausculté le cœur à maintes reprises. Nous avons trouvé de façon à peu près constante le souffle systolique de la pointe, qui est peu intense, assez bref, se propage peu. On peut en discuter la cause : est-ce une insuffisance mitrale organique ou un souffle fonctionnel lié à la dilatation du ventricule gauche ?

En outre, nous avons entendu au foyer aortique, par intermittences, en plus du second bruit aortique clangoreux, un léger souffle diastolique. Il est possible que ce soit une insuffisance fonctionnelle conséquence de la dilatation de l'aorte et du ventricule gauche.

Souvent, on entend, vers le sternum, un bruit de galop plus ou moins net.

Les *urines* sont en moyenne peu abondantes : 500 à 1.000 cc. L'albumine a reparu à la fin de juillet ; elle est habituellement de 0 gr. 50 à 0 gr. 75 par litre ; elle descend parfois à 0 gr. 10 ou 0 gr. 25 ; parfois elle monte à 1, 2 ou 3 grammes par litre. Ces symptômes indiquent l'existence d'une lésion rénale, dont nous allons trouver d'autres témoignages. De plus, il existe vraisemblablement de la stase rénale, un rein cardiaque, liés à la dilatation du cœur.

L'*œdème* est variable : il apparaît par périodes et disparaît à d'autres. Le poids, généralement de 28 ou 29 kgr., monte à certains moments à 30 et 31 kgr. Alors les urines deviennent plus rares, plus chargées d'albumine. Il existe donc, un trouble des échanges hydrochlorurés.

Pendant une première phase, il y a eu un peu d'*azotémie*.

M. Bidot a dosé dans le sérum sanguin :

23 juin	0 gr. 55 d'urée
20 juillet	0 gr. 42 —
29 juillet	0 gr. 60 —
28 août 9 novembre	0 gr. 28 —

Malgré la disparition de l'azotémie, l'*épreuve de la phénosulfonephtaléine* montre une diminution importante de l'activité excrétrice du rein : une heure et demie après l'injection sous-cutanée, il n'en passe dans les urines que 35 ou 30 %, au lieu de 50 à 60 %, quand le rein est normal.

La *constante d'Ambard* est très élevée : K = 0,13 au lieu de 0,065 à 0,075 ; cette élévation démontre également une diminution de l'activité sécrétoire du rein.

Enfin, dans le sérum sanguin, M. Bidot a dosé, le 13 octobre, la *cholestérine* ; elle est de 1 gr. 30 par litre.

Malgré la pâleur et la décoloration des muqueuses, la composition du *sang* est peu modifiée. A plusieurs reprises, et encore hier, on y compte 5.000.000 d'hématies, avec 70 ou 75 % d'hémoglobine, 6.000 à 6.800 leucocytes, 40 à 60 polynucléaires neutrophiles, sans formes anormales.

Depuis le mois de juin, l'enfant n'a grandi que d'un centimètre. Voici les mensurations pratiquées le 26 octobre. Elle mesure 137 cm. ; elle devrait mesurer 145 cm. Elle pèse 29 kgr. 700, au lieu de 36 kgr. ; comme elle a un peu d'œdème, son poids réel est encore inférieur. Le rapport du poids à la taille est 216, au lieu de 248 ; le rapport de Manouvrier est 0,90 au lieu de 0,88, le coefficient de Pignet de 0,37. Il s'agit d'une hypotrophie simple.

La radiographie du poignet et de la main montre que l'ossification se poursuit régulièrement.

Enfin, le métabolisme basal n'est pas troublé. MM. Janet et Lebée ont trouvé un dégagement de 50 calories par heure et mètre carré, soit de 8,4 % au-dessus de la moyenne, c'est-à-dire dans les limites physiologiques.

La malade a été soumise à une série de traitements. D'abord, dans l'hypothèse d'une syphilis possible, elle a reçu, du 27 juillet au 3 août, neuf injections de sulfarsénol, au total 0 gr. 90. On a donné à certains moments de la solubaïne ou de la théobromine. On donne un régime hypochloruré et hypoazoté ; il comporte 38 gr. de protéines, 231 gr. d'hydrates de carbone, 18 gr. de graisse, et dégage 1.406 calories. C'est un régime de misère ou de famine, il peut expliquer en partie le mauvais état général et la maigreur ; mais c'est surtout la maladie qui en est responsable.

En résumé, cette enfant, qui est une hypotrophique, est entrée avec des phénomènes d'insuffisance cardiaque apparus rapidement sans cause appréciable. Avant tout, elle présente une hypertension artérielle permanente, ce qui ne veut pas dire immuable. Celle-ci a entraîné l'hypertrophie et la dilatation du ventricule gauche et la dilatation de l'aorte; secondairement, il s'y est associé une dilatation du cœur droit. Actuellement, tout le cœur faiblit, le droit comme le gauche. Enfin, il existe des signes d'une altération des reins.

***

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE est souvent difficile à apprécier chez les enfants, parce que la pression artérielle, la maxima comme la minima, varie d'une année à l'autre. La pression augmente avec l'âge mais ne suit pas une courbe régulière.

De plus, des enfants de même âge ont des pressions différentes, ce qui tient notamment à leur état de développement physique ; des enfants petits ont une pression d'enfants plus jeunes ; des enfants grands ont une pression soit plus élevée, soit plus faible que celle des sujets du même âge.

Certains enfants ont véritablement, les uns des pressions faibles, les autres des pressions fortes. Je n'envisage que cette seconde éventualité.

Quand la pression artérielle est nettement supérieure aux moyennes, il n'y a aucun doute sur l'existence d'une hypertension. Dans d'autres cas, la courbe des pressions montre que la pression a été manifestement forte à un moment donné.

L'HYPERTENSION n'est pas rare chez les enfants.

Tantôt il s'agit d'une *hypertension passagère*, par exemple, au cours d'une néphrite aiguë ou d'une poussée aiguë survenant dans une néphrite subaiguë ou chronique ; quand l'hypertension s'installe brusquement, elle peut entraîner l'éclampsie.

Tantôt l'*hypertension* est *permanente*. Elle dure des semaines, des mois avec des variations plus ou moins étendues. C'est ce type que présente notre malade et que je désire étudier aujourd'hui.

***

Les HYPERTENSIONS PERMANENTES des enfants sont peu connues.

On peut les voir dans la petite enfance, mais les observations en sont rares, peut-être parce qu'on n'a pas l'habitude de mesurer la pression à cet âge. On les rencontre surtout dans la moyenne enfance et principalement dans la grande.

Tantôt l'hypertension constitue un symptôme isolé, tantôt elle est associée à des symptômes de néphrite chronique.

L'HYPERTENSION PERMANENTE ISOLÉE n'a guère été étudiée. MM. Genévrier et Brenniel les ont signalées, en 1924, à la *Société de pédiatrie* et dans la thèse de ce dernier. M. Genévrier y a consacré un article dans *Le Bulletin médical* du 11 février 1925. Ces auteurs la rattachent à l'hérédo-syphilis.

On l'observe à partir de 7 ou 8 ans. Les enfants

ne présentent pas de troubles subjectifs, pas de troubles fonctionnels, n'ont aucun symptôme rénal, cardiaque ou aortique. Généralement, ils ont une taille et un poids peu élevés, une maigreur relative, une apparence anémique. On décèle de la microadénopathie. Le nombre des hématies et le taux de l'hémoglobine sont souvent normaux, parfois un peu abaissés; la formule leucocytaire est normale.

Assez souvent, il existe des stigmates de syphilis congénitale et le Bordet-Wassermann est positif. Il n'y a pas d'albuminurie.

La pression artérielle est de deux centimètres au moins au-dessus des moyennes. Généralement, la minima est plus augmentée que la maxima.

Les observations sont peu nombreuses. Sur sept observations succinctes relatées dans la thèse de M. Brenniel, trois notamment sont à retenir.

Il est possible que ces hypertensions de l'enfance soient le stade initial des fortes hypertensions rencontrées quelquefois chez les jeunes gens ou les adultes jeunes. M. Magniel, dans *Paris médical* du 20 septembre 1924, en a cité quelques cas, dont certains avec des complications graves. Une fille de 18 ans est prise brusquement d'aphasie et d'hémiplégie droite, qui rétrocèdent au bout de quelques jours ; elle a, au Vaquez, une pression de 27-18. Un garçon de 16 ans, soigné par le professeur Vaquez, a une pression de 24-13 ; au cours d'une grippe, il présente des signes de défaillance cardiaque et une crise d'œdème aigu du poumon.

Plus connues sont les HYPERTENSIONS PERMANENTES ASSOCIÉES A DES NÉPHRITES CHRONIQUES. Dans ces néphrites des enfants, il convient de distinguer deux catégories de faits.

Dans les *néphrites subaiguës* ou *chroniques banales*, la pression sanguine, comme je l'ai écrit avec Roger Voisin dans les *Archives de médecine des enfants* de décembre 1909, est généralement « égale ou inférieure aux moyennes normales des enfants de même âge. » Quand une néphrite aiguë évolue vers la chronicité, « on assiste à l'abaissement progressif de la pression, si elle a été élevée dans la phase initiale. » Pendant les poussées aiguës, la pression peut s'élever de façon transitoire ; à la période terminale, elle s'élève assez souvent. L'évolution se poursuit pendant deux ou trois ans.

Nombre d'auteurs relatent des constatations analogues ; sans les citer tous, je mentionnerai le professeur Marfan, MM. Hugh Berkley et John Lee, dans *American Journal of Diseases of Children* d'avril 1917, Mlle de Neufville dans sa thèse sur l'*hypertension artérielle dans les néphrites des enfants*, soutenue à Paris en 1922.

A côté de ces néphrites, il en est d'autres, *essentiellement chroniques*, dans lesquelles l'hypertension est manifeste et permanente.

Les observations assez nombreuses sont disséminées. On les trouve notamment dans les mémoires consacrés à la *néphrite chronique avec infantilisme* par le médecin anglais Parsons, en 1911, puis par les médecins anglais et nord-américains Morley Flechter, en 1911, Hugh Barber, en 1917, etc. M. Lewis Webb Hill en fait mention dans ses *études sur les néphrites des enfants*, parues dans *American Journal of diseases of Children* d'avril 1919 ; Mlle de Neufville, dans sa thèse. M. Hermann Schwartz en rapporte trois observations dans *American journal of Diseases of children* de mars 1924.

Moi-même j'en ai parlé dans une leçon clinique sur la *néphrite chlorurémique, azotémique et hypertensive avec infantilisme*, publiée par *Le Monde médical* de mai 1920 ; dans une leçon sur les *néphrites chroniques azotémiques et hypertensives chez les enfants*, reproduite dans le *Progrès médical* du 7 octobre 1922 ; dans une leçon sur les *pyélites et pyélo-néphrites des enfants* parue dans *La Pédiatrie pratique* du 5 février 1924.

Les hypertensions permanentes s'installent d'une façon véritablement occulte. On les découvre chez des enfants de 3, 4 ou 5 ans, plus souvent chez des enfants de 10 à 14 ans. Tantôt c'est à l'occasion d'une maladie aiguë, ou d'un examen systématique; tantôt l'enfant est amené à la consultation parce qu'il est anémié, pâle, faible, parce qu'il pousse mal, présente un retard de croissance. D'autres fois, il éprouve des crises de céphalée avec vomissements ou un accès d'éclampsie. D'autres enfants présentent des palpitations, de la dyspnée d'effort, ou bien de l'œdème.

J'ai observé quatre enfants ayant des hypertensions permanentes.

Un garçon de 16 ans était pâle et fatigué depuis longtemps quand apparut un œdème de la face et des membres, qui fit examiner l'urine et trouver de l'albumine.

Une fille âgée de 12 ans et demi, dont j'ai rapporté l'histoire en 1922, avait des crises de céphalée avec vomissements depuis l'âge de 10 ans et demi, par leur importance ces crises ont justifié une leçon sur le *diagnostic des céphalées de l'enfance*, publiée dans *La Pédiatrie pratique* d'octobre 1922 ; quelque temps après la céphalée, étaient apparues de la polyurie, de la pollakiurie nocturne, des crampes dans les jambes et les cuisses ; la malade avait au Pachon une pression de 21-13, un gros cœur ; l'urine contenait 0 gr. 50 d'albumine.

Une autre enfant, observée en 1923, avait eu à 3 ans la coqueluche ; depuis, elle avait des urines troubles et des crises de céphalée avec vomissements. A 8 ans, nous constatons une pyélonéphrite ; une pression de 18-14 au Pachon, un

gros cœur, une aorte dilatée, un deuxième bruit clangoreux, une azotémie de 0 gr. 67.

Chez notre jeune malade de 8 ans, la première manifestation a été l'œdème.

Les SYMPTOMES forment trois groupes : tout d'abord l'*hypertension artérielle permanente* avec ou sans *syndrome cardio-vasculaire*, avec ou sans *troubles fonctionnels* ; ensuite un *syndrome rénal* ; enfin des *troubles de l'état général, de la nutrition et de la croissance*.

L'*hypertension artérielle* est le phénomène important. Les exemples que je viens de donner montrent qu'elle est réelle. Une fille de 8 ans et 8 mois a 18-14 et, un an après, 22,5-16,5 ; une autre fille de 12 ans et demi, a 21-13, et quelque temps après, 25-18 ; une troisième, du même âge, a 18-12 et, quelque temps après, 20-15.

Or, d'après Mlle Kœsler, les pressions moyennes au Pachon sont, à 8 ans et demi, 11-7, à 12 ans et demi, 13-8. Ces hypertensions seraient même fortes pour un adulte.

Les modalités de l'hypertension ne sont pas toujours les mêmes.

Tantôt l'élévation est parallèle pour la maxima et la minima, la pression différentielle conserve une valeur normale.

Tantôt la maxima est proportionnellement plus élevée que la minima ; la pression différentielle est donc plus grande que normalement.

Tantôt enfin la maxima est relativement moins élevée que la minima et la pression différentielle est réduite.

Ces trois types se rencontrent non seulement chez des malades différents, mais, chez le même malade, à différentes phases de l'évolution.

Somme toute, l'hypertension est permanente ; mais elle varie, soit pendant une même période, soit pendant des périodes différentes. Notre malade en est un exemple.

En même temps, que l'hypertension, on constate souvent un *syndrome cardio-vasculaire*, le *syndrome cardio-aortique*. L'hypertension artérielle retentit en effet sur le cœur et sur l'aorte.

La percussion et l'orthodiagraphie décèlent l'augmentation du volume du cœur ; elle peut être considérable ; dans certains cas, on assiste à une augmentation progressive du volume du cœur, à mesure que la pression s'élève, ce qui montre bien la subordination du syndrome cardiaque à l'hypertension.

Le ventricule gauche se dilate et s'hypertrophie. On remarque l'impulsion forte du cœur et le clangor du deuxième bruit aortique. A un moment donné, le ventricule devient insuffisant ; on peut entendre un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle et un bruit de galop gauche. L'oreillette gauche se distend. Le cœur droit luimême est souvent intéressé à son tour, le ventricule droit ainsi que l'oreillette augmentent de volume, se dilatent ; un syndrome d'insuffisance du cœur droit se surajoute au syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche ; alors le foie devient gros et la forme du cœur se modifie. Divers auteurs ont signalé ces modifications du cœur ; elles ne sont pas exceptionnelles.

Les modifications de la crosse aortique sont moins connues. Cependant, on en trouve dans la littérature un certain nombre d'observations.

M. Sheldon, dans *The British Journal of Children's diseases* de décembre 1923, l'a notée chez un garçon de 10 ans et demi qui avait une pression de 21-15,5.

MM. Enrique et Juan-Jose Bérétervide, de Montévidéo, dans un mémoire des *Archives de médecine des enfants*, de mars 1924, sur *aortites et syphilis congénitale chez l'enfant*, citent une fille de 14 ans, ayant une pression de 26-17 au Vaquez-Laubry, un ventricule gauche hypertrophié, un pédicule vasculaire très élargi (58 mm.), une corde aortique de 48 mm., une flèche aortique de 8 mm., une aorte ascendante opaque, d'un diamètre de 19 mm. ; il me semble que cette malade rentre plutôt dans le groupe des dilatations aortiques que dans celui des aortites.

Dans les *Archives de médecine des enfants* de janvier 1926, MM. Bibant et Pierre Bézy citent un garçon de 12 ans, ayant une pression de 23-16 au Pachon-Gallavardin, qui avait une aorte très développée, large de 48 mm. en position frontale.

La dilatation de l'aorte peut entraîner une insuffisance aortique fonctionnelle, comme notre malade semble bien en avoir réalisé un exemple.

Il peut ne pas y avoir de *troubles fonctionnels* ou *subjectifs* liés à l'hypertension artérielle. Parfois, apparaissent des symptômes qui retiennent l'attention.

J'ai déjà signalé la *céphalée* qui revient par crises très douloureuses, accompagnées de vomissements, qui peut être le symptôme initial et se répéter pendant des mois. Elle était très caractérisée chez deux de nos malades, chez la malade de Béréterv̈ide, chez le malade de MM. Bibant et Pierre Bézy.

L'*amaurose* n'est pas exceptionnelle et peut être associée à la rétinite albuminurique comme chez la malade de M. Scheldon et chez deux des enfants observés par M. Herman Schwartz.

M. Herman Schwartz insiste sur les *crises de douleurs abdominales* très vives, accompagnées de vomissements et de constipation, causées par des spasmes intestinaux dus à la vaso-constriction excessive des vaisseaux de l'abdomen. Elles sont semblables à « l'angine abdominale » des adultes hypertendus.

On peut voir l'*hématurie* chez les enfants comme chez les adultes hypertendus. Témoin une de mes malades, une fille de 12 ans et demi, qui présenta ce symptôme, en même temps qu'une

✦✦✦✦✦

céphalée très vive et des douleurs abdominales très fortes, sans aucun signe d'aggravation de la néphrite. M. Sheldon en a vu également un cas chez un garçon de 10 ans et demi.

Importantes également sont les *crises d'éclampsie* à laquelle j'ai consacré une leçon publiée par *Le Progrès médical* du 16 février 1924. L'éclampsie se voit surtout au cours de certaines néphrites aiguës hypertensives. Elle se voit également chez les enfants présentant de l'hypertension permanente, à l'occasion de poussées aiguës ou à la phase terminale ; quelquefois, elle constitue la première manifestation apparente, comme chez une fille de 13 ans, soignée par M. Herman Schwartz ; elle peut se répéter, comme chez le malade de M. Bibant et Pierre Bezy. Chez une fille de 11 ans, Mlle Kœssler a pu suivre la courbe de la pression :

2e jour de l'éclampsie	18,5-13,5	
3e jour de l'éclampsie	16-9	
4e jour de l'éclampsie	13-8	Mort.

L'enfant avait de l'œdème et une aozotémie de 0 gr. 83.

Le deuxième syndrome, le *syndrome rénal*, offre plusieurs modalités.

Il s'apprécie par les modifications des urines, le taux de l'albuminurie, la rétention hydrochlorurée, l'azotémie, les épreuves de la perméabilité rénale.

Dans une première catégorie de faits, il existe des signes indiscutables de *néphrite banale* à évolution chronique. Le garçon de 16 ans, dont j'ai publié l'histoire en 1920, en est un exemple. Il avait des urines troubles, une albuminurie assez forte de 3 ou 4 gr. et plus, des œdèmes, de l'azotémie atteignant 1 gr. environ. La pression était de 17,5-9,5 ; il était très hypotrophique ; à l'âge de 16 ans, il en paraissait 13.

Dans une seconde catégorie de faits, les signes de néphrite sont discrets, comme dans la néphrite interstitielle des adultes. Pendant une première phase, on constate de la polyurie, de la pollakiurie ; les urines sont claires, l'albuminurie très minime et parfois même absente.

Tantôt l'hypertension existe seule, avec un peu d'albumine, sans rétention azotée, ni hydrochlorurée. Une de mes malades, âgée de 12 ans et demi, est dans ce cas. Elle n'a pas d'œdèmes, pas d'azotémie, même après les épreuves de la chlorurémie et de l'azotémie provoquées, elle émet 1500 cmc. d'urine, contenant 0 gr. 20 d'albumine par litre.

Tantôt, il y a de l'azotémie sans œdème ni traces de rétention chlorurée. Une de mes malades avait, à 8 ans et 8 mois, une azotémie de 0 gr. 67 et, après l'épreuve de l'azotémie provoquée, de 1 gr. 28 ; elle est morte à 9 ans et 3 mois de broncho-pneumonie après huit jours de maladie ; à ce moment, le taux de l'urée du sang s'est élevé à 2 gr. 40, 3 gr. 22, 4 gr.

Tantôt, l'hypertension est associée à la chlorurémie et à l'azotémie ; en général, elles sont légères.

Même quand la symptomatologie rénale est discrète, les épreuves de la perméabilité rénale peuvent déceler l'existence de troubles plus ou moins importants.

Chez notre malade, l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine et la constante d'Ambard, ont montré une perméabilité rénale très diminuée. M. Herman Schwartz a observé, chez ses trois malades que l'élimination de la phénolsulfonephtaléine se faisait dans les proportions de 56 %, 30 %, 3 %.

Le syndrome rénal se modifie d'ailleurs aux différentes phases de l'évolution.

Le troisième syndrome est constitué par des *troubles de l'état général, de la nutrition et de la croissance.*

Généralement, les enfants sont maigres, chétifs ; ils ont l'apparence d'anémiques.

Cependant l'examen du sang révèle peu de modifications. Chez notre malade, qui a l'aspect très anémique, le sang contient 5.000.000 de globules par mmc. et 75 % d'hémoglobine. Rares sont les cas où s'installe une anémie grave. M. Hermann Schwartz cite une fille de 11 ans, qui avait 1.600.000 globules rouges et 19 ou 20 % d'hémoglobine.

Ce qui domine, c'est un *retard de la croissanöce staturale et pondérale.* Certains enfants présentent un syndrome spécial, isolé par Parsons en 1911 sous l'appellation d'*infantilisme associé à une néphrite chronique interstitielle.*

Cet auteur parle d'une fille de 6 ans qui avait le développement physique et mental d'une enfant de trois ans.

Ce type clinique est assez rare : J. W. Hill le trouve une fois contre 21 néphrites chroniques du type habituel.

Les enfants restent petits, ne se développent pas ; ils présentent les caractères de l'*hypotrophie simple*, que j'ai décrite dans une leçon reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *troubles de la nutrition et de la croissance.*

Une fille de 8 ans et 8 mois a un développement à peu près normal ; à 9 ans et 3 mois, elle n'a pas grandi et est petite pour son âge. Une fille de 13 ans et demi en paraît 11 ans et demi. Notre fille de 13 ans en paraît 12. Un garçon de 16 ans et demi en paraît 13.

Je pourrais citer d'autres exemples relatés dans la littérature. Par exemple, M. Morley Felchter cite une fille de 14 ans, qui en paraît 5 ou 6.

Il s'agit d'hypertrophie simple de par l'aspect, les caractères anthropométriques, la radiologie

du squelette, dont l'ossification se poursuit normalement, et enfin le métabolisme basal ; il était normal chez une fille de 13 ans et chez notre malade, comme je l'ai constaté avec MM. Janet et Lebée.

Telle est la symptomatologie des hypertensions permanentes. Vous comprenez les difficultés que comporte le *diagnostic.*

On parle de faiblesse générale, d'anémie, de retard de croissance.

D'autres fois, un symptôme important, tel que la céphalée ou l'éclampsie, fait penser à l'épilepsie essentielle ou à une tumeur cérébrale : c'est ce diagnostic qui fut considéré comme vraisemblable, pendant trois ans, pour le garçon observé par MM. Bibant et Pierre Bézy.

Quand on découvre des symptômes cardiaques on peut, en présence d'un gros cœur et des troubles divers, penser à un syndrome cardio-hépatique lié à l'asystolie ; à un moment donné, celle-ci peut d'ailleurs intervenir et il importe d'en trouver le point de départ.

Quand on constate une dilatation aortique, on peut penser à une aortite chronique. Celle-ci peut se rencontrer chez l'enfant et j'en ai cité des exemples dans une leçon publiée par le *Concours médical* du 5 septembre. Mais la même dilatation de l'aorte peut être la conséquence de l'hypertension et le diagnostic peut être l'objet d'interprétations différentes, comme pour la fille de 14 ans, observée par MM. Béretervide, dont je parlais tout à l'heure.

Enfin l'existence du syndrome rénal peut être facilement méconnue, si on ne le recherche pas attentivement.

En réalité, il n'y a qu'un moyen de faire le diagnostic de l'hypertension, c'est de prendre la pression artérielle et d'interpréter judicieusement les constatations.

L'hypertension artérielle permanente comporte chez l'enfant un PRONOSTIC grave. Certes, pendant longtemps, elle peut rester occulte : mais, quand sont apparues les manifestations qui la feront découvrir, l'enfant est définitivement un malade, dont l'existence est troublée. La mort est la terminaison plus ou moins rapide. A partir de ce moment, la survie est de 1 à 5 ans.

La mort survient du fait de l'azotémie, au milieu de troubles gastro-intestinaux, dans une attaque d'éclampsie, par une hémorragie cérébrale ou méningée, qui peut entraîner une hémiplégie gauche avec aphasie. Elle peut être enfin causée par des complications infectieuses.

Trois de mes quatre malades sont morts : le garçon à 17 ans, de péritonite purulente consécutive à une angine, après trois ans de maladie ; une fille à 13 ans et demi, après trois ans et demi de maladie, sans que la cause nous ait été communiquée ; une autre à 9 ans et 3 mois de broncho-pneumonie.

A l'AUTOPSIE, on trouve des *lésions des reins.*

Dans un *premier type,* réalisé par le garçon mort à 17 ans, le rein a un volume à peu près normal ou est un peu gros ; il est blanchâtre, granuleux ; il présente au microscope de la sclérose interstitielle et glomérulaire.

Le cœur est gros, dilaté plus qu'hypertrophié ; le ventricule gauche est très dilaté.

Le type clinique est celui d'une néphrite chronique, chlorurémique, azotémique et hypertensive. L'hypertension était moyenne.

Dans un *second type,* les reins sont petits ; quelquefois ils ne pèsent que 5 ou 6 gr. La substance corticale et, à un moindre degré, la substance médullaire sont très réduites. On trouve une sclérose étendue, ancienne ; quelquefois, comme l'ont fait remarquer MM. Hutinel et Maillet, elle est « systématisée autour des vaisseaux, dont les lésions sont nettement prédominantes ».

On parle de *néphrite interstitielle avec atrophie rénale* ; cette appellation peut faire penser à tort à un processus inflammatoire, qui est peu vraisemblable. Ainsi que l'écrit le professeur Hutinel, chez l'enfant « quelque grave et longue que l'on suppose une néphrite, elle aboutira difficilement à une atrophie telle que l'un des reins pèse cinq grammes et l'autre six ».

C'est pourquoi on a proposé d'autres dénominations pour éviter une telle interprétation ; celle de *néphrose chronique,* adoptée par Heubner, celle d'*aplasie rénale,* adoptée par le professeur Hutinel. Celle-ci est comparable à la néphrite liée à l'aplasie vasculaire de Lancereaux ou à la néphrite hypogénétique de Babès. Il s'agit, somme toute d'une dystrophie rénale plutôt que d'une atrophie.

Dans cette variété, le cœur est gros, le ventricule est hypertrophié et dilaté, et la dilatation entraîne quelquefois une insuffisance mitrale fonctionnelle ; le ventricule droit est souvent dilaté.

L'aorte est quelquefois moins dilatée qu'elle ne paraissait l'être pendant la vie ; il s'agit en effet d'une dilatation fonctionnelle. Chez un garçon de 10 ans et demi, M. Sheldon n'a pas constaté de lésions macroscopiques ni histologiques. D'autres fois, l'aorte reste dilatée et présente des altérations : chez une fille de 11 ans, M. Herman Schwartz a trouvé des plaques d'athérome et de grosses lésions dégénératives des fibres élastiques de la tunique moyenne ; l'artère iliaque externe présentait les mêmes altérations.

Ce second type se voit surtout à l'autopsie d'enfants très hypotrophiques, ayant présenté des dystrophies plus ou moins profondes. L'hypertension est forte, le cœur et l'aorte très modi-

fiés. Jusqu'à la phase terminale tout au moins, l'albuminurie est faible, les œdèmes sont nuls ou discrets, l'azotémie existe ou non.

Dans ce type anatomo-clinique, l'hypertension est presque constante, d'après Sawyer, Guthrie, Brill et Libmann ; d'après H. Barber, au contraire, elle serait rare. Elle n'a d'ailleurs pas toujours été recherchée.

***

L'ÉTIOLOGIE des hypertensions permanentes présente encore bien des inconnues.

Pour les *hypertensions isolées*, M. Génévrier incrimine la *syphilis*. « Cette origine, écrit-il, se révèle avec une telle fréquence, nous serions tentés de dire avec une telle constance, que la constatation de l'hypertension artérielle a pour nous la valeur d'un véritable *stigmate* de l'hérédo-syphilis. » Il convient toutefois de remarquer que jusqu'à présent, l'hypertension n'a été que rarement constatée chez les enfants atteints de syphilis congénitale. Les observations de la thèse de M. Brenniel n'entraînent d'ailleurs pas toute la conviction.

Pour les *hypertensions avec lésions chroniques des reins*, il y a des cas où la *syphilis* est certaine; le garçon de 16 ans dont j'ai rapporté l'observation en est un bel exemple. Mais souvent on n'arrive pas à déceler la syphilis. Les trois filles que j'ai observées n'avaient aucun signe de syphilis ; les Bordet-Wassermann étaient négatifs et il n'y avait pas de raison de soupçonner la syphilis dans la famille. Il en était de même pour la malade de M. Sheldon, pour deux des filles de M. Hermann-Schwartz, etc. ; une des malades de M. Schwartz présentait toutefois des lésions fort suspectes des fibres élastiques de l'aorte.

Parfois, on trouve des *maladies infectieuses*, scarlatine, rougeole, diphtérie, infections pharyngées, une pyélo-néphrite, comme chez une de mes malades : leur rôle paraît peu probable.

Le plus souvent, comme le remarque M. L.-W. Hill, on ne trouve *pas de cause connue*.

Quelquefois, il y a une *hypertension familiale*. M. Magniel rapporte le fait suivant qu'il tient de M. Heitz : la mère, à 52 ans, est une grande hypertendue ; la fille, âgée de 12 ans, a de la tachycardie, une pression au Vaquez de 22-11 ; elle est pâle, anémique, maigre, elle a un peu d'œdème de la face, de l'albuminurie ; elle meurt à 16 ans d'accidents azotémiques ; or, chez la mère et la fille, il n'y a aucun signe de syphilis et le Bordet-Wassermann est négatif.

Le temps me manque pour étudier la PATHOGÉNIE des hypertensions permanentes isolées ou associées à des lésions rénales. Les problèmes sont les mêmes que pour les hypertensions de l'adulte. L'hypertension est-elle primitive ou consécutive à la néphropathie ? La sclérose rénale est-elle la conséquence de l'hypertension ?

Il convient de remarquer le syndrome particulier réalisé par l'hypertension et l'hypotrophie. Il existe une dystrophie totale.

A ce propos, on peut discuter le rôle des glandes endocrines dans la production de la dystrophie et de l'hypertension. Mais on est réduit à des hypothèses et mes observations ne conduisent à aucune conclusion positive à cet égard.

L'absence de données précises sur l'étiologie et la pathogénie peut expliquer les faibles ressources de la THÉRAPEUTIQUE.

Si l'enfant est syphilitique et même à tout hasard, on essaye le mercure, l'arsenic ou le bismuth. Il faut être prudent, car ces malades tolèrent souvent très mal ces médicaments.

Les divers hypotenseurs n'ont eu aucune action entre les mains de M. Génévrier.

On insiste surtout sur l'hygiène générale et l'hygiène alimentaire. On fait vivre les enfants dans les meilleures conditions ; on leur donne un régime simple, lacto-végétarien, hypochloruré ou hypoazoté, s'il y a lieu ; on veille au bon fonctionnement de leur tube digestif, de leur peau, etc.

***

EN RÉSUMÉ, on observe, chez les enfants des *hypertensions permanentes* ; il faut savoir les découvrir, car elles restent souvent occultes pendant un certain temps. Leur étiologie est souvent ignorée ; quelquefois, on fait la preuve de la syphilis.

Ces hypertensions peuvent exister sans signes d'affection rénale ; plus souvent elles sont liées à une néphropathie chronique, soit à une néphrite véritable, soit à une dystrophie rénale. En général, les enfants sont des hypotrophiques ; ils présentent des retards de croissance plus ou moins importants.

L'hypertension peut entraîner des syndromes cardio-aortiques plus ou moins apparents.

La malade que je vous ai présentée est un bel exemple d'hypertension associée à une néphropathie chronique.

L'évolution à laquelle nous assistons depuis cinq mois témoigne d'une aggravation progressive et doit nous faire craindre, à assez brève échéance, la terminaison fatale, qui est la règle pour ces malades.

TUBERCULOSE ET SYPHILIS

Par Robert SOREL.

Parmi les cas de syphilis que j'ai relevés au Sanatorium marin des Grandes Dalles, je désire en publier deux observations qui prêtent à des considérations très utiles dans la pratique médicale.

Dans ce Sanatorium, on ne reçoit que les malades atteints de tuberculose, auxquels il est spécialement destiné. Cependant j'ai pu soupçonner que les lésions dans dix-huit cas relevaient de la syphilis. J'en ai publié la statistique détaillée au dernier Congrès de chirurgie (1). Le sanatorium est éloigné de tout centre, à 15 km. de la gare de chemin de fer ; aussi, je n'ai aucune consultation externe et les malades sont choisis par les médecins de la famille ou des institutions départementales d'assistance ou de prophylaxie. Je tiens à faire cette remarque pour que l'on ne croie pas que, m'intéressant spécialement à la question syphilis, j'ai choisi mes cas. Voici les deux observations :

OBSERVATION I. — F... Louise, née le 31 décembre 1914, est entrée au sanatorium le 15 septembre 1924.

Antécédents héréditaires. — Le père est décédé en 1919 de cause que nous ignorons. La mère a eu deux couches avec deux enfants nés vivants, elle n'a pas eu de fausse couche. Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Nous savons seulement que l'on a pratiqué une réaction Wassermann qui a été positive et qu'on lui aurait fait quelques piqûres de biodure de Hg.

Etat à l'entrée. — Etat général assez bon, mais pâle. Localement nous trouvons : 1° une ostéoarthrite du genou droit avec mouvements limités, avec douleur à la pression sans abcès ; 2° une ostéoarthrite du genou gauche avec creux poplité bombé sans abcès, avec mouvements limités et douleur à la pression ; 3° poignet droit en attitude naturelle avec mouvements libres, sans douleur à la pression, au dos du poignet il y a une petite tumeur fluctuante avec enveloppe épaissie que nous supposons une hydarthrose avec épaississement de la synoviale ; 4° poignet gauche même symptomatologie, ganglions de l'aisselle et du triangle de Scarpa.

Cutiréaction le 28 janvier 1925.

Poids 20 kgr. Toise 123 cm. 5. Toute l'année 1925 la courbe de poids a peu varié. Augmentation à partir de 26. Actuellement, septembre 1926 : 24 kgr. 900. Toise, 130 cm. 5.

Traitement. — Immobilisation plâtrée des deux genoux, et traitement spécifique commencé le 27 octobre 1924.

10 décembre 1924. La saillie des poignets est très diminuée.

Le 21 janvier 1925, les mouvements des genoux sont complets, cessation de l'immobilisation.

13 mai 1925. La malade marche sans gêne, elle passe aux marchants. Il semble que les genoux soient guéris. Les poignets sont encore enflés.

22 juillet. Les poignets sont très diminués.

23 septembre. A gauche, gonflement du poignet disparu ; à droite très diminué.

Le 13 janvier 1926. Guérison des poignets et des genoux.

Le 3 mars 1926. Le Wassermann, Hecht Verne 0.

Actuellement septembre 1926 la guérison se maintient.

Voici le traitement spécifique que nous avons institué :

Première série sulfarsénol en injections sous-cutanées, une fois par semaine. 0.04 centgr., 0.06, 0.09, 0.12, 0.18, 0.24, 0.30, 0.36, 0.36, 0.36.

Six semaines d'intervalle.

Deuxième série. Même progression, mais début à 0.09.

Deux mois d'intervalle.

Troisième série, tréparsol trois jours par semaine, 1 1/2 comprimé 30 journées. Amélioration des genoux au milieu de cette série.

Six semaines d'intervalle.

Quatrième série, tréparsol même doses. A la fin guérison, après quatre séries de traitement, une année et trois mois.

Nous avons fait ensuite une cinquième et une sixième série de sulfarsénol pour achever le traitement général.

OBSERVATION II. — C..., Nelly, née le 25 décembre 1908, est entré le 25 mai 1926.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère décédée de tuberculose pulmonaire ; quatre frères bien portants, une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — En 1914 a eu des ganglions du cou qui se sont plus tard fistulisés, et ont laissé de larges cicatrices gaufrées. Plus tard elle aurait eu une tuméfaction du genou droit. Elle a fait un séjour de deux ans environ à Berck.

Etat à l'entrée. — Etat général est très bon. Localement on trouve les cicatrices des deux côtés du cou, puis les deux genoux sont tuméfiés au-dessus de la rotule, mais le droit beaucoup plus que le gauche, avec une différence telle que l'on peut prendre le genou gauche comme normal. Ce dernier contient

(1) Robert SOREL. — Tuberculose et syphilis. (Congrès de chirurgie, octobre 1925, p. 765.)

du liquide avec choc rotulien et épaississement de la synoviale. Les deux jambes ont des cicatrices noirâtres, avec encore quelques plaies très petites.

Le Wassermann est négatif et la cuti-réaction positive.

L'attitude des membres inférieurs est normale, et tous les mouvements actifs et passifs sont possibles. Au cou, sous les cicatrices, il y a encore un ganglion sous-maxillaire des deux côtés.

La radiographie a été faite le 17 juin 1925, l'image thoracique est normale à la radioscopie.

Le 2 juillet 1925, les plaies des jambes sont guéries. Poids 47 kgr. 800. Taille 156,5.

Malgré la mort par tuberculose de la mère et la cuti-réaction positive, nonobstant le Wassermann négatif, nous pensons à la syphilis héréditaire et instituons le traitement le 11 juin 1925.

Première série. Novo-arsénobenzol intra-veineux; doses : 0.10, 0.20, 0.30, 0.45, 0.60, 0.70, 0.70, 0.70.

Six semaines de repos.

Deuxième série. 0.20, 0.50, 0.45, 0.60, 0.75, 0.75, 0.75.

Six semaines de repos.

Troisième série. 0.20, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.75, 0.75.

Deux mois de repos.

Quatrième série. Sulfarsénol en injections sous-cutanées 0.30, 0.42, 0.54, 0.60, 0.72, 0.72, 0.72.

Deux mois de repos.

Cinquième série. Sulfarsénol 0.30, 0.45, 0.60, 0.72, 0.72, 0.78.

MENSURATIONS	A droite cm.	A gauche cm.
25 mai 1925, au niveau de la rotule	38	35
25 nov. 1925 au niveau de la rotule	35,5	35
13 janv. 1926 au niveau de la rotule	35	34
2 sept. 1926, au niveau de la rotule	35	35
Mollet	32	32
Demi-cuisse	40	40
Racine de la cuisse	51	51

La malade peut marcher sans fatigue, sans douleur, sans gêne. L'amélioration a été notée à la moitié de la troisième série. La guérison à la fin de la cinquième série après 15 mois de traitement.

Le 2 septembre 1926 : poids 52 kgr. 700. Taille 159.

Réflexions. Diagnostic. — Dans la première observation le diagnostic a été facilité. Le confrère qui soignait la malade a pensé à la syphilis et a commencé un traitement spécifique. Je n'ai eu qu'à suivre la bonne voie tracée par mon confrère. Dans la deuxième observation la question était plus délicate. Le Wassermann était négatif, la lésion était surtout marquée au genou droit, il y avait des cicatrices ganglionnaires de chaque côté du cou, la mère de la malade était morte phtisique ; elle-même avait été soignée à Berck pendant deux ans, ville de tuberculeux chirurgicaux. La cuti-réaction était positive. Cependant j'ai pensé à la syphilis.

Résultats thérapeutiques. — L'amélioration, d'abord légère, ne s'est manifestée qu'au cours ou à la fin de la troisième série d'un traitement régulier avec les arsénobenzènes, médicaments des plus actifs. La guérison ne s'est manifestée qu'à la fin de la quatrième série. J'attire l'attention des praticiens sur ce fait que les lésions de la synoviale de la syphilis acquise ou héréditaire sont plus rebelles que celles de l'os lui-même. Si l'on veut un résultat il faut donc persévérer longtemps. Le traitement dans nos deux cas a duré quinze mois.

Traitement d'essai. — Il est classique de dire que dans le cas de doute, on doit faire un traitement d'essai qui sert de pierre de touche. Sur la foi des traités, le praticien essaye un traitement pendant un mois ou six semaines et s'il n'y a pas de résultat, il déclare qu'il n'y a pas de syphilis. C'est une erreur reconnue aujourd'hui et j'insiste sur ce fait que dans la syphilis héréditaire tardive, s'il y a doute, le traitement d'essai par les médicaments énergiques à doses croissantes jusqu'à 1 gr. 5 par kilo doit durer un an au moins.

Difficulté de cette méthode. — Certes, pour un médecin isolé consciencieux, scrupuleux des intérêts de ses malades, il peut paraître difficile d'engager un malade dans une dépense aussi considérable, sans être sûr du résultat. Aussi est-il utile que les maîtres, professeurs, dans leurs leçons officielles, chefs de grands services dans les sociétés savantes, diffusent les idées modernes sur la syphilis héréditaire tardive et la nécessité d'un long traitement.

Il faut savoir également que l'enquête familiale réclamée avec insistance par mon ami Leredde est difficile à faire et souvent illusoire. Ces jours-ci, j'ai vu le père d'un de mes malades que j'avais exprès fait venir, qui paraissait très désireux de collaborer au traitement de son enfant, il m'a nié toute syphilis possible et le lendemain j'ai vu le Wassermann du petit malade positif. Or, souvent chez les héréditaires tardifs le W. est négatif, alors on est bien obligé de se fier à la probabilité même vague pour commencer un traitement.

Conclusions. — 1° La syphilis héréditaire tardive est très fréquente, y penser toujours ; 2° en cas de doute, instituer un traitement intensif et longtemps prolongé.

DE LA CONTENTION ABDOMINALE

Par le docteur CHARNAUX (de Vichy).

La contention abdominale doit être souple ou ne pas être.

Par contention abdominale, il faut entendre : la mise en place et le maintien des organes abdominaux, dans le but d'améliorer leurs fonctions.

Mais ce n'est pas une *mise en place* et un maintien *quand même* et *malgré tout* de ces organes, à l'aide d'une compression excessive et brutale. *Primum non nocere.*

Or, certains ont été entraînés à cette conception fausse, *séduits par l'ascension immédiate sur l'écran radioscopique* des organes abdominaux.

Qu'on serre une sangle quelle qu'elle soit au maximum et l'on verra toujours les organes remonter.

Si le ventre est creux, avec une pelote dure « un caillou » on obtiendra sur l'écran, le même brillant résultat.

Qu'advient-il alors ?

La compression exagérée gêne la circulation de l'abdomen, dans tous ses plans. D'où, comme résultats :

— *Dénutrition* et *déchéance progressive* et fatale des parois et des organes profonds.

— *Obstacle mécanique* du transit gastro-intestinal.

— Traumatisme des éléments nerveux de toutes catégories, avec douleurs de toutes natures, etc...

Voilà le tableau.

Ce n'est pas ainsi que l'on doit comprendre la contention abdominale.

Là, avant tout, il faut l'équilibre, la mesure, l'honnêteté.

La compression doit être agissante, oui, mais *souple*, mais *graduée*, mais *clairvoyante* et *répartie* comme il convient — au lieu d'être une compression *dure*, *aveugle* et traumatique, et les appareils ne doivent être ni des harnachements, ni des instruments de supplice.

J'ai essayé de réaliser cette *contention abdominale souple*, par une gaine spéciale : la gaine polyvalens et par une pelote nouvelle : la pelote spongio-pneumatique.

Gaines polyvalens.

Ces appareils bien « polyvalens » de par leurs nombreuses indications et leur adaptation à chaque cas particulier, sont en *caoutchouc total*, très largement et scientifiquement perforé, d'où :

1° *Contention élastique très spéciale*, puissante et douce ;

2° *Evaporation cutanée parfaite* : ces appareils doivent toujours être portés par-dessus le linge de corps qui fait *drain*.

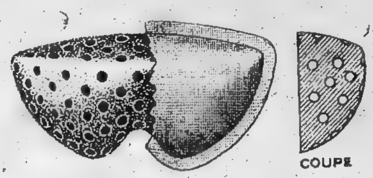
3° *Variation des actions mécaniques à volonté.* Principe : une zone est d'autant plus souple qu'elle est plus perforée, et d'autant plus *puissante et contentive* qu'elle est moins perforée.

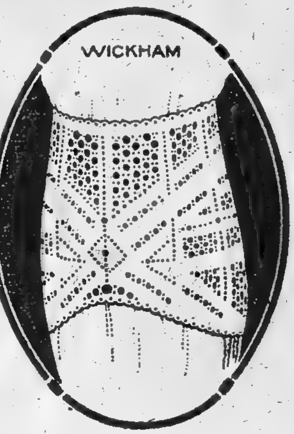
Ainsi, dans nos types *anti-ptosiques*, les perforations augmentent d'importance, progressivement de bas en haut, développent ainsi une force *ascensionnelle* qui remonte et maintient les organes abdominaux.

De plus, des *jambes de force* (bandes peu ou pas perforées) doublant et renforçant les *muscles obliques* de l'abdomen, accentuent cette action.

En somme, c'est comme une *gaine musculaire* surajoutée.

4° Appareils variés *ad libitum*, adaptables à chaque cas particulier : souples, agréables à porter et *lavables à volonté.*





Objection : le caoutchouc est malsain. Non ; en aucun cas, quand il est séparé de la peau par le linge de corps — et quand l'évaporation cutanée est comme ici, par les perforations, largement assurée.

Pelote spongio-pneumatique.

Inventeur (en 1907) de la pelote pneumatique à insufflation, je dois reconnaître que, malgré ses avantages certains, elle présente les inconvénients suivants :

— *Complication du gonflage* et dégonflage fréquent.

— *Compression dure* (ventres sensibles) quand

elle est bien gonflée et quand elle ne l'est pas assez : *compression flottante* et *non fixée.*

Nouvelle pelote, constituée par un bloc de *caoutchouc spongieux spécial,* son système cellulo-lacunaire en fait pratiquement une véritable pelote pneumatique.

En plus, elle est traversée en tous sens par des canaux d'aération qui favorisent l'évaporation cutanée.

Forme. — Taillées à volonté, ces pelotes peuvent avoir toutes les formes voulues, plus globuleuses à gauche, en cas de ptose gastrique ; à droite, en cas d'atonie cæcale ou de rein flottant, en proue de navire à leur centre, en cas de ptose du transverse.

Mode d'action. — Ici, la compression n'est ni *brutale,* ni *mobile.* Cette pelote *très souple,* pénètre et s'étale mollement dans le ventre, se développe et agit automatiquement là où manque la pression ultra-abdominale.

C'est par-dessus tout une compression *souple, constante* et *fixe.*

Indications et types de pelotes. — Tout d'abord, les mêmes indications et les mêmes types que toutes les pelotes. *Indication très spéciale et pelote galette.*

Les algies abdominales de toutes causes et spécialement les *algies troubles* du sympathique.

En général, ici la pelote est mince : c'est la *pelote galette* qui opère par sa compression étalée, nuancée, comme tamisée — et aussi par le massage continu qu'elle exerce doux et discret.

Atonie, dilatation du cæcum. — Action combinée de la compression et du massage.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La thalassothérapie chez les enfants.

La thalassothérapie est une arme à deux tranchants, qu'il faut savoir manier pour ne pas nuire aux enfants qu'elle réclame. Elle comporte, dit le Dr Comby, l'intervention de trois facteurs : 1° Air salé et iodé venant du large ; 2° bain de mer froid ou chaud, bain de sable ; 3° bain de soleil sur la plage ou à domicile.

Il faut savoir combiner tous ces éléments, excellents, soit ensemble, soit séparément, suivant les maladies, les tempéraments, les âges, les réactions individuelles.

Des plages du Nord, de la Manche, de l'Océan, on doit éloigner les enfants atteints de tuberculose ouverte, à quelque degré qu'elle soit parvenue, ceux qui toussent habituellement, qui ont du catarrhe aigu ou chronique des bronches, de l'asthme avec ou sans emphysème, du coryza spasmodique. De même, les rhumatisants aigus, subaigus ou chroniques, les cardiopathies, les maladies de la peau et des organes des sens, les maladies du système nerveux.

Mais tous ces malades, dont l'état risquerait d'empirer dans les stations très froides et trop éventées, peuvent séjourner sur la Côte d'Azur.

Les tuberculoses chirurgicales, considérées comme tuberculoses fermées, sont soignées sur les plages froides, comme sur les plages tempérées, avec un égal succès ; il est cependant une réserve à faire pour les plages excitantes du Nord.

Enfants bien portants. Les nourrissons, les enfants ne marchant pas seraient mieux à la campagne, dans un coin tranquille, salubre, boisé, à l'air pur et ozonisé qu'à la mer. Cependant, à la mer les bébés ne sortiront pas les jours de grande pluie et de tempête, ils n'iront à la plage que peu de temps, s'ils n'ont pas d'insomnie, d'excitation ; on s'abstiendra des bains de mer. Les enfants plus grands s'amuseront à loisir à la plage, s'ils ne sont pas trop nerveux, s'ils ne perdent pas l'appétit et le sommeil.

Les bains de lame qu'on ne permettra qu'aux enfants un peu âgés et calmes, après acclimatement (3e jour), seront courts ; une à trois minutes, puis cinq et six minutes si la réaction se fait bien. Ne pas prolonger la durée du séjour au-delà d'un mois, six semaines ; aller ensuite à la campagne, au calme, après le coup de fouet de l'air salin.

Enfants malades. — On enverra à la mer, les petits rachitiques, qui ne se sont pas redressés par les traitements classiques et par le séjour à la campagne. Avant l'âge de deux ou trois ans, ils ne fréquenteront les plages du Nord que pendant la belle saison pour éviter le froid et l'humidité qui exposent à la broncho-pneumonie ; ils descendront vers les plages du Sud-Ouest ou de la Méditerranée, quand viendront l'automne et l'hiver. La thalassothérapie triomphe dans le rachitisme en évolution, de 2, 3, 4 ans. Après cet âge, à la période de consolidation et d'éburnation, il ne faut plus compter sur le redressement spontané des incurvations ; l'orthopédie doit intervenir.

La mer est encore indiquée pour les anémiques, les lymphatiques pas trop nerveux, les chlorotiques, les enfants qui souffrent de troubles de croissance ; elle fait merveille dans les engorgements lymphatiques simples ou bacillaires,

dans les tuberculoses locales, externes, chirurgicales, à toutes les périodes. Quand on conseillera la mer pour les enfants scrofulo-tuberculeux du premier âge, on n'oubliera pas les risques qu'elle leur fait courir (poussée granulique, méningite tuberculeuse) ; ils habiteront loin de la plage, fréquenteront modérément cette plage, pas de bains, etc. (*Journ. de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 juin 1926.)

Les bromurides.

De tous les composés du brome, celui qui provoque le plus souvent des éruptions est le bromure de potassium. C'est lui, en effet, le plus souvent employé en thérapeutique à des doses fortes et prolongées, particulièrement chez les épileptiques. Le Dr Danel rappelle le rôle des troubles intestinaux dans l'apparition et le développement de ces dermatoses.

Les érythèmes, œdémateux ou non, sont rares ; mais le plus fréquemment, on observe des exanthèmes pustuleux : acné bromique. Plus rare, mais pathognomonique est la bromide papulo-tubéreuse végétante. Ces toxicodermies végétantes bromuriques, ces efflorescences papillomateuses, végétantes, quelquefois verrucoïdes, sont en général assez caractéristiques pour être reconnues au premier coup d'œil. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 23 mai 1926.)

La transfusion du sang.

C'est, dit le Pr Jeanneney, la métode la plus efficace de relèvement de l'organisme épuisé.

Pour en obtenir les bons résultats qu'elle est capable de donner, il faut l'appliquer précocement, et la répéter avec persévérance selon les indications :

Diathèses hémorragiques et hémophilie, syndromes hémorragiques des intoxications (arsenicales) et des infections graves, anémies (sauf avec splénomégalie ou hémolyse).

Dans les hémorragies, on l'emploiera dès que l'état général reste inquiétant ; la chute progressive des valeurs sphygmomanométriques et oscillométriques, malgré le sérum intraveineux, chez un sujet qui ne saigne plus, indique la transfusion. Dès que Mx s'abaisse au-dessous de 7 et Mn au-dessous de 4, le pronostic est très grave. Il le devient surtout lorsque le cœur ne peut plus lutter lorsque les systoles deviennent insuffisantes, ce qui se traduit par une Mx très basse proche de Mn : lorsque la pression variable (Mx—Mn = P.V) est inférieure à 2, il y a hypotension décompensée, le collapsus est proche.

Dans le choc, la transfusion est utile, à condition d'être précoce ; enfin, grâce à la transfusion, dans les septicémies chirurgicales graves, les accidents infectieux peuvent s'atténuer en quelques heures.

Pour le choix du donneur, l'auteur conseille le procédé de Bécart.

1° Laisser tomber dans un verre de montre contenant une solution citratée une petite goutte de sang du donneur ; on a ainsi une suspension de globules du donneur G. D ;

2° Laisser tomber dans un verre de montre contenant de l'eau distillée une goutte de sang du récepteur ; on a ainsi du sang laqué, du sérum dilué, du récepteur S.R ;

3° Sur une lame, on mélange une goutte de sang du donneur avec une goutte de sérum du récepteur. S'il n'y a pas agglutination, donneur et récepteur sont compatibles ; on peut transfuser.

Comme technique vraiment pratique, l'auteur conseille de recourir à des procédés qui recueillent le sang dans un vase, où il est citraté, d'où il sera transfusé au récepteur, soit avec un bock et une aiguille, par ponction veineuse, soit avec une simple seringue dans le genre de celle de Rosenthal, ou mieux encore avec la seringue de Weil et Isch-Wall.

1° Coucher le donneur et le récepteur ;

2° Verser 15 cmc. de la solution citratée à 1/10° dans un récipient stérile, cuvette ou verre graduée, de 300 à 400 cmc. ;

3° Placer un garrot pour prise de sang sur le donneur. Ponction veineuse, de préférence avec la longue aiguille de Bécart ;

4° Recueillir le sang dans un récipient stérile et faire le mélange ;

5° Charger la seringue de Weil et Isch Wall ; la purger. Ponctionner à l'aiguille la veine du récepteur, *transfuser très lentement*. On transfusera ainsi trois ou quatre seringues de 100 cmc. suivant les besoins ;

6° Retirer l'aiguille de la veine du récepteur ; faire les pansements habituels.

Cette technique très simple, est à la portée de tout praticien.

Parfois on observe, à la suite, des troubles légers, tels que vomissements, hyperthermie, le plus souvent sans grande gravité. Plus sévères et parfois mortels sont les accidents dus à l'incompatibilité, fourmillements, oppression précordiale, douleurs lombaires, cyanose, dyspnée, relentissement du pouls. On cessera la transfusion dès les premiers signes. ((*Journ. de Médecine de Bordeaux*, 25 juin 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les vaccinations en France et aux colonies en 1925.

(M. L. Camus. — *Académie de médecine* ; 28-12-1926.)

M. L. Camus présente le rapport général annuel des vaccinations et revaccinations pratiquées en France et aux Colonies en 1924-1925.

L'auteur signale les vœux émis par quelques Commissions départementales de vaccine. La Commission de la Loire-Inférieure demande que « le législateur inscrive dans la loi l'obligation pour toute personne désirant entrer dans un atelier, dans une maison de commerce, dans une exploitation agricole, de produire un certificat de revaccination récente ». La Commission du territoire de Belfort renouvelle le vœu qu'elle a déjà émis que « lors du mariage, les futurs époux soient mis dans l'obligation de produire un certificat de revaccination ».

Aux colonies, les réglements de la vaccination restent bien des fois lettre morte. Les cas de variole sont, dans ces conditions, assez nombreux. M. Sieur rappelle qu'à Alger il lui a été donné de voir circuler en ville et notamment dans les tramways des malades porteurs de croûtes varioliques. La plupart d'entre eux étaient des Espagnols peu enclins à se laisser vacciner. Il serait bon de défendre nos colonies contre cette importation indésirable, comme il serait bon de défendre la métropole contre l'entrée de sujets coloniaux non vaccinés. Les épidémies de variole constatées en France depuis quelques années ont souvent eu une origine de cette nature.

M. Camus demande qu'il soit exigé dans les colonies et les pays de protectorat une revaccination effective des personnes désirant s'embarquer à destination de la France.

Ce vœu, appuyé par M. Pinard et M. Sieur, est adopté.

Purpura grave à répétition. Guérison par splénectomie.

(M. J. Lafourcade, de Bayonne. — *Académie de médecine* ; 28-12-1926.)

M. Lafourcade communique une observation de purpura hémorrhagique grave, à répétition, chez une enfant de neuf ans. Après échec du traitement médical, l'auteur pratiqua une splénectomie, qui fut suivie de guérison de la petite malade. Les cas de ce genre publiés sont très rares encore, en France particulièrement.

Action du permanganate de K sur les tissus cruentés.

(M. Aurégan, de Lannion. — *Académie de médecine* ; 28-12-1926.)

M. Aurégan est l'auteur d'un traitement du lupus par le curetage et la scarification suivis de pansement au permanganate de potasse en poudre. L'application de tampons chargés de poudre de permanganate sur une plaie opératoire produite par scarification ou curetage a pour première conséquence d'arrêter l'hémorrhagie. En même temps, se fait un dégagement assez intense de chaleur. Il se forme à ce niveau une croûte noire au-dessous de laquelle les tissus se cicatrisent en 15 à 20 jours. Dans le traitement du lupus, cette méthode procure de bons effets même dans les cas rebelles. L'auteur l'emploie, à Lannion, depuis plus de vingt ans.

Le borate de soude en thérapeutique interne.

(MM. Loeper, Garcin et Tonnet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 19-11-1926.)

Le borate de soude se prescrit à l'habitude pour l'usage externe. On l'utilise, dans les inflammations bucco-pharyngées principalement, comme antiseptique et alcalinisant.

L'administration de ce médicament en médecine interne est de date assez récente. Elle découle des travaux physiologiques de Cyon, Liebreich, Vigier, et d'études cliniques de Gaucher, Féré, Marie, Crouzon, etc.

Tout d'abord, c'est un corps peu toxique, ainsi qu'il résulte des essais de Pouchet et de Wild. Sa toxicité est souvent attribuable d'ailleurs aux impuretés et spécialement au plomb qu'il peut contenir. Pur, il ne paraît susceptible de déterminer que de petits troubles sans gravité : quelques nausées, un peu de diarrhée, de discrètes réactions cutanées.

Son action physiologique et thérapeutique n'est à la vérité pas très bien connue. Il jouit de propriétés sédatives et peut rendre des services dans l'épilepsie, bien que Marie, Crouzon et Bouttier lui aient préféré le borico-tartrate de potasse dont l'efficacité est due en grande partie au bore.

MM. Loeper, Garcin et Tonnet ont entrepris une série de recherches sur l'animal et sur l'homme avec le borate de soude en injections intra-veineuses et par voie buccale. Leur travail, qui ne pose pas encore de déductions définitives, n'en comporte pas moins des constatations fort intéressantes. La dose, *per os*, est de 2 à 4 grammes en solution à 1 pour 20, prise avant ou pendant les repas. Les auteurs lui ont associé, dans les mêmes proportions, le citrate de soude, donnant une sorte de citrate borico-sodique, rappelant le tartrate borico-potassique, mais moins irritant pour l'estomac. Par voie veineuse, en raison de la faible solubilité du médicament, il faut injecter une certaine quantité de liquide, qui est bien toléré par les veines.

M. Loeper a noté, à la suite de l'administration interne du borate de soude, chez l'animal ou chez

l'homme, une augmentation de poids appréciable, une action sédative, antispasmodique, une élévation de la diurèse, la diminution de la glycémie, de l'oxalémie, de la cholestérinémie. L'auteur pense que ces propriétés découlent en partie de modifications portant sur la glande thyroïdienne.

Il serait prématuré de tirer de l'étude de MM. Loeper, Garcin et Tonnet des conclusions intangibles. Leur travail permet d'espérer néanmoins que nous trouverons dans le borate de soude un médicament intéressant en thérapeutique interne. Les doses paraissent devoir s'établir entre 2 et 3 grammes (dose utile) *per os*, 0 gr. 50 à 1 gr. 30 par voie veineuse. Ce serait un modificateur de la nutrition, du métabolisme des sucres, des protéides et des graisses, pouvant rendre des services dans la goutte, le diabète, le goitre exophtalmique. Sa prescription serait possible dans certains états nerveux et chez les amaigris de tout ordre en dehors des infections graves et des néoplasmes incurables. La voie veineuse donne des résultats plus immédiats, la voie digestive des résultats plus durables.

La méthode de Robertson-Lavalle dans le traitement des tumeurs blanches.

(M. Mouchet, M. Mauclaire. — *Société de chirurgie*; 24-11-1926.)

Le professeur Robertson-Lavalle (de Buenos-Ayres) traite les arthrites bacillaires par l'introduction de greffons osseux dans les épiphyses malades. Il déclare qu'on peut guérir ainsi en un mois toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses.

M. Mouchet a eu l'occasion de faire opérer par M. Robertson-Lavalle lui-même deux malades de son service atteints de tumeurs blanches. Le premier eut, à la cinquième semaine après l'intervention, un gonflement notable du genou avec fistulisation et élimination de masses fongueuses épaisses. Il succomba deux semaines plus tard, à une méningite tuberculeuse. La seconde malade, fillette de treize ans, eut également une aggravation de l'état local et de l'état général tel que la résection s'imposa. Celle-ci fut suivie d'un mieux immédiat. Le genou enlevé renfermait des fongosités abondantes.

M. Mauclaire n'a pas été convaincu par les observations que l'auteur de la méthode a rapportées. Les résultats de cette technique nouvelle ont besoin d'être confirmés par d'autres opérateurs et M. Mauclaire se propose de l'essayer dans un sanatorium où il soigne de nombreuses tuberculoses chirurgicales articulaires.

Iléus biliaire. Diagnostic et mobilisation par le toucher vaginal.

(M. Cochez, d'Alger. — *Société de chirurgie* ; 24-11-1926.)

M. Okinczyc rapporte, au nom de M. Cochez, d'Alger, l'histoire d'une femme de 63 ans qui eut, consécutivement à une symptomatologie de calculose hépatique, des phénomènes d'occlusion intestinale. Le toucher vaginal permit de constater, en repoussant très haut le cul-de-sac de Douglas, la présence d'un corps dur au niveau des anses intestinales. Des manœuvres de propulsion furent assez heureuses pour mobiliser ce calcul et la patiente guérit sans autre intervention.

M. Okinczyc ajoute que la perception d'un calcul pendant sa migration intestinale au cours de l'occlusion, est chose rare. Un tel diagnostic objectif, d'après les observations publiées, n'aurait été porté que neuf fois. Sick, Murphy et Köstlin ont senti le calcul dans la fosse iliaque droite, Ricard dans la fosse iliaque gauche, Elsner dans la région pyloro-duodénale. Guibal et François l'ont perçu à la palpation de l'abdomen, Delagénière et Villar par le toucher rectal.

Il ne sera donc pas sans intérêt de recourir à ces diverses explorations en pareille circonstance. Les chances, toutefois, de découvrir le calcul ainsi ne sont pas très grandes.

Sur le diagnostic histologique des tumeurs.

(M. H. Judet. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 5-11-1926.)

M. Judet relate l'observation d'un homme de 41 ans, qui, six mois après un traumatisme du genou, présenta une tumeur du tibia à évolution très rapide. A la radiographie, tout le tiers supérieur de l'os apparaissait soufflé et transparent ; la corticale était respectée, sauf vers le plateau tibial externe. Un prélèvement histologique fut pratiqué et le laboratoire répondit : *fibro-sarcome* à myéloplaxes. A l'opération, le tiers supérieur du tibia était envahi par une formation pulpeuse, rouge lie de vin. La conservation ayant paru impossible en raison de l'étendue de la dégénérescence, l'auteur fit une amputation de cuisse au tiers supérieur. La guérison se maintient depuis 20 mois. M. Judet pense que dans ces cas, comme on tend à l'admettre actuellement, il s'agit de tumeurs de nature bénigne et non maligne : il conviendrait de les appeler *non pas sarcomes* à myéloplaxes *mais tumeurs* à myéloplaxes.

— M. Peugniez remarque que les données de laboratoire, malgré leur intérêt, doivent céder le pas, s'il y a désaccord, aux données de la clinique.

— M. Cathelin insiste sur les difficultés du diagnostic histologique de toutes les tumeurs en général.

— M. Mornard cite trois cas de tumeurs histologiquement à myéloplaxes qu'il a opérées par simple curetage et plombage et dont la guérison persiste depuis des années, témoignant de leur bénignité relative.

Les sels de cobalt en thérapeutique.

(M. Le Goff. — *Soc. méd. des praticiens* ; 19-11-1926.)

Parlant des propriétés physiologiques des sels de

cobalt, M. Le Goff indique qu'il a injecté chez le **lapin jusqu'à** 6 centigr. de chlorure de cobalt par **jour** ; **par la** voie buccale, il a fait prendre pen**dant 120** jours une moyenne de 15 centigr. du même **corps** sans observer aucun symptôme d'intoxication. Une partie du produit ingéré est éliminé par l'urine et les selles, une partie se fixe dans les tissus. Chez **l'homme**, l'auteur a prescrit de 10 à 50 centigr. de **sel par jour** dans les maladies de la nutrition et il a **obtenu** souvent une grande amélioration.

Traitement des hémorrhoïdes par les injections sclérosantes de Sicard.

(M. FILDERMANN. — *Soc. médicale des praticiens* ; 17-12-1926.)

M. Filderman expose son procédé de traitement des **hémorrhoïdes** par la méthode varico-sclérosante de Sicard. Cette technique d'injection intra-veineuse est simple, ambulatoire, et efficace, non seulement pour les hémorrhoïdes ordinaires mais encore pour les hémorrhoïdes ulcérées ou compliquées de fissures et de fistules. L'auteur parle, en outre, d'une façon plus générale, de ce qu'il appelle la maladie hémorrohoïdaire ; pour lui, c'est une véritable maladie infectieuse chronique susceptible, par des petites inoculations répétées de se propager au foie par le système porte, et au poumon par le système cave.

P. L.

Marseille

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Fugues et réactions d'allure perverse chez une jeune encéphalique. Influence des tares antérieures.

MM. ROGER, J. REBOUL-LACHAUX et POURCINE présentent une jeune fille de 13 ans, atteinte d'encéphalite épidémique à forme léthargique et myoclonique il y a deux ans, qui a fait de nombreuses fugues dont trois en prenant le chemin de fer et qui est devenue grossière, insolente, coléreuse, méchante envers les siens et les animaux ; elle a notamment essayé de frapper son père à coup de hache et se livre à des attouchements sexuels sur les grandes personnes, sur ses frères et sœurs, ainsi que sur les animaux. Les auteurs soulignent à nouveau qu'il ne s'agit pas là de psychose perverse mais de réactions dues à un état d'excitation globale de l'humeur exacerbant des tendances antérieures anormales et certaines dont l'origine première est trouvée dans une lourde hérédité : alcoolisme mental intense chez le père et le grand-père, deux avortements et deux morts en bas-âge du côté de la mère.

Volumineux rein calculeux.

M. ESMENARD présente un volumineux calcul rénal pesant 114 gr. chez un malade âgé de 32 ans s'étant plaint depuis 4 ans de douleurs sourdes dans la région lombaire droite. Calcul enlevé par néphrectomie.

Méningite cérébro-spinale à forme mentale ; diagnostic tardif, guérison.

MM. J. REBOUL-LACHAUX et Mlle CERTONCINY relatent le cas d'une femme de 30 ans conduite à la consultation externe (service du Prof. Roger) pour état mélancolique. Il s'agit d'un syndrome très typique de mélancolie anxieuse qui aurait débuté trois semaines auparavant. L'examen neurologique ne montre aucun symptôme objectif en dehors d'un signe de Kernig léger mais net. La malade est hospitalisée en vue d'une ponction lombaire qui donne issue à un liquide purulent avec 3 gr. 50 d'albumine, 900 leucocytes par millimètre cube, dont 90 % de polynucléaires, absence de germes à l'examen direct, mais présence de méningocoques après 24 heures à l'étuve. Sédation rapide des troubles psychiques par sérothérapie sous-arachnoïdienne et intra-musculaire. Après une réaction due à une méningite sérique, la malade sort guérie un mois après son admission.

Un cas de fièvre de Malte d'origine bovine probable.

M. Paul GIRAUD. **Il s'agit** d'une fièvre ondulante durant trois mois et demi et terminée par la guérison, pour laquelle le séro-diagnostic de Wright fut positif à 1 pour 150. Or la malade avait, trois semaines environ avant le début des accidents, donné des soins à une vache atteinte d'avortement compliqué de rétention placentaire. Cette malade ne pouvait avoir eu que des contacts très peu fréquents avec des moutons en parfait état de santé ; elle ne possédait pas de chèvre et ne buvait que du lait de vache bouilli. Elle seule avait donnée des soins à la vache et elle fut seule atteinte dans sa famille. Cette observation, qui réalise une expérience assez précise, pose de nouveau la question de l'identité du m. melitensis et du microbe de Bang et doit être versée au dossier de la discussion en faveur de cette identité.

Un cas de réinfection syphilitique.

M. Paul VIGNE rapporte l'observation d'un malade âgé de 40 ans, qui a présenté il y a 6 ans un accident primitif de la lèvre avec présence de tréponèmes. Ce malade traité précocement n'a pas eu d'accident depuis et a eu trois enfants bien portants. Le nouveau chancre, situé sur la verge présente tous les caractères chronologiques et cliniques d'un chancre induré. Il s'accompagne de l'adénopathie inguinale habituelle et montre des tréponèmes à l'ultra-microscope. Les caractères de cette observation satisfont pleinement aux conditions exigées par le dernier congrès de dermatosyphiligraphie pour affirmer la réinfection.

Polynévrite sensitivo-motrice chez une bacillaire après injection de phosphate de créosote.

MM. Roger, Siméon et Mlle Certonciny présentent une malade qui, au cours d'une bacillose discrète (sclérose du sommet gauche) traitée par des injections répétées de produits non arsenicaux, a réalisé une polynévrite sensitivo-motrice de type chiropodal. Après avoir éliminé la possibilité de tout autre facteur étiologique (éthylisme, diphtérie) les auteurs incriminent le phosphate de créosote employé par voie hypodermique et attirent l'attention sur le danger que présente ce produit dont la toxicité est peu connue des praticiens quoiqu'un certain nombre de polynévrites phosphocréosotiques ait été autrefois signalé.

Cystite rebelle après néphrectomie pour tuberculose rénale. Guérison après quatre ans de traitement.

M. Tristant rapporte l'observation d'une malade ayant subi une néphrectomie pour bacillose rénale gauche. Suites vésicales particulièrement tenaces pendant 4 ans et fistule lombaire débridée deux fois ; à noter 4 érysipèles cataméniaux. Les phénomènes vésicaux étaient intenses quand la fistule semblait se tarir. Ce n'est que par la diathermie répétée sur les ulcérations vésicales, par des cautérisations par instillations concentrées de nitrate d'argent dans la fistule lombaire, profonde de 17 cm. et allant jusqu'à la région vésicale, que les phénomènes vésicaux ont disparu et que la fistule s'est fermée. L'auteur insiste sur la haute valeur de la diathermie dans ces formes persistantes et rebelles de cystite après la néphrectomie, et sur l'effet sédatif de l'huile goménolée en pansements vésicaux.

Le traitement du chancre mou par la thermocautérisation.

M. E. Chauvin croit devoir revenir sur cette vieille méthode thérapeutique pour en préciser les indications et la technique et pour vanter l'excellence et la constance de ses résultats.

Emile Castelli.

Les Congrès

XXVIe Congrès d'Urologie.

(*suite et fin*) [1].

Le reflux vésico-urétéral.

(*Discussion.*)

M. Marion (de Paris), insiste sur l'importance du reflux vésico-urétéral dans les cas de vessie intolérante et restant intolérante après la néphrectomie pour tuberculose rénale. Il a constaté à plusieurs reprises dans ces cas des reflux vésico-urétéraux très nets, qui naturellement exposent le rein restant et considéré comme sain à des inoculations tuberculeuses. Il conseille donc de faire de parti-pris une cystographie de ces vessies restées intolérantes afin de juger s'il y a oui ou non passage du liquide vésical dans l'uretère. Au cas où ce passage serait manifeste il conseille formellement l'exclusion vésicale par urétérostomie qui soulage d'une part les malades en empêchant l'arrivée de l'urine dans la vessie et qui d'autre part met le rein à l'abri d'une inoculation tuberculeuse.

M. Hogge (de Liège) a observé, cinq ou six fois, des fistules urinaires récurrentes lombaires, à la suite de néphrectomie pour tuberculose rénale. Ces fistules se sont taries spontanément ; c'est-à-dire sans traitement spécial.

En son nom et au nom de son assistant Forest, il montre une très belle cysto-radiographie latérale montrant un méga-uretère, une toute petite vessie et une dilatation énorme de l'uretère. Comme il n'existe pas de rétrécissement du canal en aval de cette dilatation, ni aucune lésion destructive ou végétante des parois de celle-ci, ces faits ont une pathogénie obscure.

C'est en tout cas la première fois que pareille coïncidence d'uretère et d'urètre postérieur forcés est constatée.

M. Ravasini (de Trieste) a observé le reflux une vingtaine de fois. Quand on le cherche et qu'on y pense, on le trouve souvent. Ses cas sont cités dans le rapport de M. Lepoutre. Il mentionne un cas de reflux congénital, dans lequel à la néphrectomie il a trouvé une malformation rare du rein : deux uretères, une moitié de rein fonctionnante, l'autre embryonnaire, trilobée, dégénérée en graisse. Dans un cas le reflux a été cause d'erreur opératoire. L'auteur a observé des phénomènes intéressants dans le cas de reflux dans le second rein ; persistance de la dilatation du moignon urétéral, persistance du péristaltisme, absence d'infection dans le rein resté, même après cinq ans après la néphrectomie.

Il faut se mettre d'accord sur la terminologie ; dans la littérature il y a une confusion sur cette question. Enfin il veut rappeler le travail récent de Bellucci qui a obtenu chez l'homme le reflux artificiel dans l'anesthésie vésicale locale, dans l'anesthésie générale et dans la rachi-anesthésie.

M. Covisa (de Madrid). On peut partager les cas

(1) V. *Concours médical* no 4.

de reflux vésico-urétéral en deux groupes : reflux acquis et reflux congénital, tous deux liés à la dilatation des uretères.

Le reflux acquis peut être consécutif à des lésions obstructives qui rendent difficile l'évacuation de l'uretère ; ou à des lésions inflammatoires de la vessie sans obstacle pour la sortie de l'urine. La pathogénie du reflux varie dans chacun des cas.

Le reflux acquis peut être permanent ou temporaire selon que la lésion qui en est cause persiste ou non après avoir été guérie.

Le reflux congénital peut coexister ou non avec la dilatation de l'orifice urétéral.

L'infection accompagne toujours le reflux acquis ; si tous les urinaires infectés n'ont pas de reflux, il faut admettre qu'une altération congénitale préalable est nécessaire pour que le reflux ait lieu. En résumé, trois facteurs entrent en jeu normalement : facteur mécanique, facteur infectieux, facteur congénital.

Depuis 1917, date de la publication de nos premiers cas, nous avons réuni 10 observations nouvelles (2 d'origine congénitale, 4 associées à la tuberculose, 4 au cours de cystite chronique et de pyélonéphrite, 2 avec cystite et calcul vésical).

M. Duverney (de Bordeaux). Le reflux vésico-urétéral est fréquent ; il serait observé encore davantage s'il était recherché systématiquement par la cysto-radiographie. Il est dû à des causes multiples. Congénital, il est le plus souvent acquis et se trouve sous la dépendance des contractions vésicales, des lésions du méat urétéral, de l'atonie urétérale et des obstacles apportés au libre écoulement de l'urine.

Il peut être unilatéral, partiel ; presque toujours il est total et bilatéral.

Les malades se présentent à l'examen tantôt avec une symptomatologie très atténuée, tantôt avec le syndrome de la pyélonéphrite ou de la cystite rebelle. La cystoscopie et la cystoradiographie imposent le diagnostic.

En dehors du traitement hygiénique et médicamenteux, les lavages et les instillations du bassinet au nitrate d'argent longtemps répétés donnent des résultats thérapeutiques intéressants.

M. Papin (de Paris). Il n'y a rien à ajouter à ce qu'a dit M. Lepoutre en ce qui concerne la partie anatomique et physiologique de son remarquable rapport.

La section du méat ne suffit pas à reproduire le reflux vésico-urétéral. Dans beaucoup de cas où il a fulguré le méat pour calculs, tumeurs ou d'autres lésions, il n'a jamais observé ce reflux bien qu'il l'ait recherché fréquemment.

L'obstacle au reflux vésico-urétéral, c'est le muscle vésical lui-même. Son action peut être annulée de deux façons, ou par redressement du trajet intramural qui met face à face l'orifice d'entrée et de sortie ; c'est le cas dans les malformations congénitales ou dans les obstacles sous-jacents à la vessie ; soit par induration de l'uretère qui ne se laisse pas aplatir, c'est le cas dans la tuberculose rénale et dans certaines tumeurs de la vessie.

Dans les diverticules de la vessie, l'action du muscle vésical est également entravée par le développement du diverticule dans la portion intra-murale.

Dans son travail de 1913, M. Papin a indiqué les différents procédés pour mettre en évidence le reflux vésico-urétéral. Depuis cette époque, il a, en outre, pratiqué dans deux cas la radiographie latérale de la vessie et de l'uretère.

La présence d'une sonde urétérale peut dans certains cas d'atonie de l'uretère faciliter le reflux.

Il l'a observé dans plusieurs cas et n'a pas vu que le reflux soit fréquent chez l'enfant ni qu'il soit favorisé par l'anesthésie.

La comparaison de l'uretère forcé avec un diverticule de la vessie est tout à fait juste. Le traitement devrait être le même mais cela n'est possible qu'en cas de lésion unilatérale. Dans le cas contraire, on se contentera de lavages vésicaux qui lavent en même temps les uretères et le bassinet, dans certains cas on pourra être obligé de faire un drainage.

Il faudra donner la préférence à la néphrostomie sur l'urétérostomie qui ne convient pas à ces canaux dilatés et tortueux. En tous cas, la cystostomie est logique.

M. Oraison (de Bordeaux) rappelle qu'il a présenté, il y a deux ans, l'observation d'une fillette de sept ans, dont tout l'appareil urinaire, vessie comprise, était très dilaté, communiquant largement et était en rétention infectée.

Devant la gravité probable d'une néphrectomie double dans ce cas particulièrement compliqué, il conseilla simplement l'évacuation biquotidienne de la vessie, et par conséquent, des uretères et des reins et leur lavage au nitrate d'argent.

Sous l'influence de ce traitement palliatif, l'enfant se maintint en parfaite santé à la condition de ne pas l'interrompre.

Ceci prouve que cette thérapeutique minima peut rendre des services appréciables dans les cas complexes et graves de reflux vésico-urétéro-rénal, alors qu'il est impossible de rien entreprendre de chirurgical.

M. Gripekoven (de Bruxelles). Au sujet du reflux de l'urine par la plaie à la suite de la néphrectomie, le rapporteur a totalisé une quarantaine de cas publiés. On peut y ajouter quelques observations qui ont paru dans la Presse médicale belge entre autres ceux de J. De Smeth, deux de Van den Branden et une de Quignon (Mons).

Le reflux après néphrectomie pour calcul est beaucoup plus rare puisque, dans le rapport, ne sont cités que le cas de Desnos et de Modlensky ; l'auteur peut en ajouter un troisième observé par Leclerc-Dandoy (Bruxelles) qui a été relaté dans le journal *La Clinique* en 1904.

S'il est vrai, comme le pense le professeur André, que d'une façon générale, le reflux apparaîtra bien souvent dès qu'on se donnera la peine de le rechercher,

nos recherches ont montré qu'au moins dans l'hypertrophie prostatique,il ne doit pas exister souvent.

Depuis 1919, dans le Service des Voies urinaires de l'Institut chirurgical de Bruxelles, l'auteur a systématiquement fait des cystographies chez les rétentionnistes prostatiques.

Or, sur 85 radiographies, il n'a jamais vu le liquide opaque remonter vers l'uretère.

L'auteur présente les cystographies d'un malade, cystographies prises d'abord après l'injection de 250 centimètres cubes d'un liquide opaque et prises ensuite après miction.

C'est un cas de reflux avec rétention considérable allant jusqu'à 600 centimètres cubes où l'uretère béant agit à la façon d'un diverticule vésical.

Quand la vessie se contracte, elle chasse l'urine non seulement au dehors, par l'orifice de l'urètre mais aussi vers l'uretère et le bassinet et bien plus facilement vers ces cavités que vers le dehors.

M. Pasteau (de Paris). Après avoir constaté que d'un commun accord on divise aujourd'hui les reflux vésico-urétéraux en reflux congénitaux bien étudiés en 1913 par Legueu et Papin, et reflux acquis sur lesquels il a attiré l'attention en 1914, l'auteur s'attache surtout à la question du diagnostic.

Les signes fonctionnels accusés par le malade n'ont pas grande valeur, et pour ne pas méconnaître les reflux, qui sont d'ailleurs fréquents, une série d'examens sont nécessaires : recherche de l'écoulement par la plaie lombaire de l'urine vésicale après néphrectomie ; cystoscopie qui permet de connaître les différents aspects du méat urétéral ; remplissage vésical qui permet de constater que par l'évacuation immédiate de la vessie on retire moins de liquide qu'on ne vient d'en introduire ; cathétérisme urétéral qui permet parfois d'évacuer par la sonde introduite jusqu'au bassinet le liquide vésical ; cysto-urétéropyélographie qui peut montrer l'ascension du liquide dans l'uretère après simple remplissage de la vessie.

Pour établir la cause, il faut rechercher l'existence de lésions urétérales (calcul) ou de cystite, de diverticules vésicaux, voire de troubles anatomiques consécutifs à la prostatectomie.

Le pronostic et le traitement varient suivant les circonstances. S'il s'agit d'un reflux congénital, pronostic réservé ou mauvais, pas de traitement curatif. S'il s'agit de reflux acquis, deux cas ; s'il y a cystite, calcul urétéral, la maladie peut être curable par le traitement de la cause ; mais si les lésions sont anciennes et définitives, pas de guérison à espérer ; il ne reste qu'à traiter de son mieux les complications inflammatoires.

Conclusions. — M. C. Lepoutre (de Lille). « Sur la plupart des points,la discussion du rapport a montré un accord parfait. Tous nous considérons le reflux comme un syndrome fréquent, d'origine congénitale ou acquise, et, dans ce dernier cas, dû à l'infection tuberculeuse, mais aussi à l'infection banale ; susceptible de provoquer des hésitations et même des erreurs dans l'interprétation des résultats du cathétérisme urétéral. Son pronostic, tout en étant fatal, n'est pas absolument défavorable, et je n'en veux pour preuve que la malade de M. le professeur Legueu à qui un reflux bilatéral n'a pas empêché de mener à terme dix grossesses. Nous admettons aussi l'intérêt des reflux minimes, capables d'infecter la plaie après la néphrectomie. Le traitement par les lavages prudents et répétés donne d'excellents résultats. Quant il n'a pas suffi, la néphrotomie a soulagé les patients pendant de nombreuses années.

Sur la fréquence relative du reflux congénital et du reflux acquis, quelques collègues ont émis des opinions contradictoires. La disparition du reflux après guérison de la maladie causale me paraît, entre autres, une preuve certaine de l'existence du reflux acquis, sans addition d'aucun élément congénital.

La rachi-anesthésie peut-elle provoquer le reflux ? Sur ce point notre collègue Ravasini (de Trieste) a apporté des expériences qui contredisent ce que nous avons observé. Il y a là un point qui mérite encore toute notre attention.

Je voudrais surtout mettre en relief, après cette discussion, quelques faits qui sont nouveaux et particulièrement dignes d'intérêt.

1° Les belles radiographies en série de M. le professeur Legueu, qui résument les nombreuses observations faites par lui à la pyéloscopie, montrent que dans les reflux congénitaux les plus accusés, les contractions de l'uretère et du bassinet sont encore puissantes. Ce fait s'accorde bien avec les constatations anatomiques que j'ai pu faire sur des uretères soumis au reflux congénital, et où la couche musculaire, non seulement n'est pas atrophiée, mais paraît même hypertrophiée. Il concorde aussi avec nos observations qui montrent que l'uretère oppose une certaine résistance au reflux, le liquide poussé par la vessie ne montant que par à-coups.

Ceci nous montre que le terme d'atonie, qui tend à se généraliser, n'est pas tout à fait exact. Quant à nous, nous préférons employer avec Bard le terme plus imprécis, mais plus juste de dilatation essentielle des organes creux.

2° Nous avons à plusieurs reprises comparé le reflux unilatéral au diverticule. La première observation apportée par Gérard vient confirmer cette analogie. Un malade a les urines troubles. On lui lave la vessie à fond ; et, lorsque le milieu vésical est limpide, on met le malade en position genu-pectorale ; le liquide se trouble à nouveau. C'est là un phénomène absolument caractéristique du diverticule. Il est intéressant d'apprendre qu'il s'observe aussi en cas de reflux unilatéral, et ceci a une importance thérapeutique. Quand nous lavons un diverticule nous recherchons la position du malade la plus favorable : tantôt c'est la position genu-pectorale, tantôt c'est le décubitus latéral droit ou gauche. Désormais, quand nous ferons des lavages vésicaux pour désinfecter un uretère soumis au reflux, nous aurons à rechercher la position du malade la plus favorable.

3° Ce que l'on a appelé le « reflux fermé » mérite aussi de retenir un instant l'attention. Après la néphrectomie, la plaie se ferme et la section de l'uretère s'oblitère. Mais l'uretère demeuré béant provoque des accidents immédiats ou lointains. J'ai publié la première observation de ce genre dans mon travail des Archives d'Ambard et Papin. Dans le rapport, j'apporte une observation de Lasio et une autre inédite de Ravisini. Enfin, la discussion apporte les faits de M. André et de M. Gayet. Ces faits sont intéressants. Et je me demande si, dans ces cas, un reflux par la plaie n'eût pas été plus favorable, permettant l'évacuation des sécrétions, permettant une action directe sur l'uretère malade, favorisant son oblitération ultérieure. Ils montrent qu'il ne faut pas s'opposer par tous les moyens au reflux par la plaie, qui peut dans quelques cas être salutaire. Ils légitiment en tout cas la communication de Colombino à propos de la diathermie de l'uretère restant et montrent tout l'intérêt de cette intervention.

Enfin, je voudrais dire deux mots des reflux survenus longtemps après la néphrectomie pour tuberculose, dans le rein restant. J'en signale plusieurs dans le rapport. Ces uretères sont toujours infectés mais c'est une infection banale, et jusqu'ici, on n'a pas apporté la preuve que le rein devienne tuberculeux. La seule observation de MM. André et Grandineau, qui montre une tuberculose s'arrêtant au tiers inférieur de l'uretère après une longue évolution, montre quelle résistance apporte le rein, même soumis au reflux, à se laisser atteindre par une tuberculose ascendante ».

Les Thèses

P. — Dr R. Fritz. — **La libération des brides pleurales sous contrôle pleuroscopique au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1925.)

Voici un mémoire inaugural qui, en dehors de son intérêt pratique, emprunte une valeur particulière aux conditions dans lesquelles il a été conçu et rédigé.

L'auteur nous l'apprend en effet dans son Avant-Propos.

Ce qu'il faut retenir de la thèse de M. Fritz :

La compression partielle , d'emblée ou secondaire, apparaît fréquemment comme une cause d'échec, absolu ou relatif, dans la cure de P.A. L'élongation des brides pleurales par des pressions élevées s'avérant souvent impuissante et parfois dangereuse, la section des adhérences sous contrôle pleuroscopique mérite d'être tentée avant de recourir à une thoracoplastie extra-pleurale.

L'examen pleuroscopique apparaît comme le moyen idéal d'exploration de la plèvre, complétant les renseignements manométriques, radioscopiques et radiographiques ; les indications opératoires sont notablement réduites par cet examen endoscopique, ce qui donne à la méthode un caractère d'exception.

Les brides, filiformes ou membraniformes, de nature fibreuse, non vasculaires, sans pénétration de parenchyme pulmonaire, siégeant au niveau des 3e ou 4e espaces, facilement accessibles, constituent l'indication optimum, chez un pneumothoracisé de quelques mois, à lésions avancées, incomplètement collabées, à plèvre asséchée et dont le poumon opposé permet la continuation de la cure par le P. A. Les brides apexiennes et diaphragmatiques sont des indications relatives. Les adhérences symphysaires courtes, étendues, épaisses sont des contre-indications.

L'intervention exige une mise au point attentive des appareils, une technique minutieuse et une surveillance rigoureuse du résultat acquis.

Dans les complications opératoires et post-opératoires, l'hémorragie est rarement dangereuse ; les réactions pleurales sont plus fréquentes et de gravité diverses. Parmi les épanchements pleuraux, les uns, de type réactionnel et peu fébriles sont séreux, lymphocytaires, aseptiques, d'un bon pronostic, répondant au traumatisme pleural ; les autres, plus rares, purulents d'emblée ou plus souvent secondairement, à polynucléose et flore associée, d'un pronostic grave, résultent d'ensemencement pleural par ouverture d'un foyer tuberculeux, ou par perforations pulmonaires.

Le résultat clinique, jugé en quinze jours à deux mois après le résultat technique, tend à rendre au malade le pronostic d'un pneumothorax total. Des sections partielles peuvent se compléter, au cours des insufflations ultérieures.

La section de brides, sous le contrôle pleuroscopique, avec ses indications bien posées, malgré ses risques certains, mais réduits par une technique rigoureuse doit améliorer le pronostic du P.A. :

Par l'efficacité du collapsus qu'elle rend probable,

Et par la prophylaxie qu'elle réalise contre :

a) L'extension locale des lésions ;

b) Les symphyses précoces du P.A.

MÉDECINE MODERNE

L'usage interne du Néo-Rhomnol (Comprimés)

« L'avenir est à la médication cellulaire ».
SCHWANN.

Chacun sait, que, sous le nom de « Rhomnol », l'acide nucléinique pur fut introduit dans la thérapeutique, il y a trente-cinq ans, par le Dr M. LEPRINCE. Ce corps n'est autre que le principe actif des noyaux cellulaires, le phosphore organique, vital, assimilable. Beaucoup plus tard, sous l'appellation de « néo-rhomnol », LEPRINCE créait une sorte de symbiose énergétique, par association définie de nucléinate de strychnine et d'arsenic organique. C'est la quintessence de la médication hyperleucocytaire, ainsi qu'en témoignent les observations des milliers de praticiens, qui utilisèrent les ampoules de néo-rhomnol, primitivement réservé pour l'emploi hypodermique et dont le succès sous cette forme ne s'est jamais démenti.

Aujourd'hui, à la demande générale du Corps médical et pour en généraliser l'emploi, le néo-rhomnol est présenté pour l'usage interne, sous la forme commode de *comprimés*. La sanction clinique la plus étendue démontre leur valeur toni-stimulante remarquable, sur le sang, les muscles et le système nerveux. Dynamophore et reminéralisant, bioplastique et morphogène, anti-toxique et régénérateur, le néo-rhomnol est le meilleur soutien de la résistance cellulaire et le remède désigné de toutes les insuffisances trophiques.

Le phosphore forme la trame des cellules vivantes ; c'est le recorporatif par excellence, à la condition d'être absorbé intégralement et directement fixé. La forme nucléinique nous représente le ferment phosphoré biochimique et hyperleucocytaire, le nutriment de réserve, de reminéralisation et de réintégration, n'apportant aucun trouble aux colloïdes humoraux, lorsqu'on l'utilise pour renforcer les défenses contre les infections, pour revivifier le métabolisme, augmenter le potentiel du sérum et du plasma sanguin lutter pour la croissance des jeunes organismes et contre leurs hérédités morbides.

La strychnine est le renfort de l'influx nerveux et de l'excitabilité cérébro-bulbaire. Elle corse l'activité sensorielle, tonifie le myocarde, stimule le pneumogastrique. A la lassitude habituelle, elle substitue l'euphorie intégrale, combat la neurasthénie, relève la vigueur de l'impuissant, du convalescent et du surmené. En réveillant les forces vives, en transfigurant l'équilibre nutritif, en supprimant l'essoufflement et la courbature, en réalisant l'agilité musculaire et l'acuité sensorielle, la strychnine opère, parfois, une véritable résurrection physico-mentale et mérite d'être considérée comme le plus fidèle des stimulants nervins.

Le méthylarsinate disodique est le type d'arsenic organique le meilleur pour l'administration *per os* : toléré aux plus hautes doses, sans relents alliacés, il procure le maximum des bienfaits dévolus aux arsenicaux, invigoration des forces, perfectionnement de l'hématose et de la fonction respiratoire, santé et beauté de la peau, souplesse, endurance, résistance à la fatigue, augmentation du poids, élimination toxinienne, pouvoir antidyscrasique s'exerçant contre toutes les variétés de la précarité constitutionnelle. Dans le néo-rhomnol, l'arsenic manifeste ses vertus pour rehausser la richesse globulaire et les oxydations organiques, rétablir l'équilibre nerveux et nutritif, amender le terrain morbide.

On voit que, par sa composition, le néo-rhomnol, est une sorte de triple alliance en faveur de l'énergétique humaine : sa valeur bactéricide, phagocytaire, antitoxique, en trace l'emploi évident pour le traitement des anémies et chloroses, lymphatisme et scrofule, tuberculose et prétuberculose, atonies, asthénies, adynamies. La médecine journalière en fait grand cas dans la fatigue habituelle, la grossesse, l'allaitement, la formation pubérale, les péripéties de la croissance et de la convalescence et toutes les variétés de surmenage et de dépression : séquelles grippales, tendances consomptives, cachexies goutteuses et diabétiques, asthme, emphysème, céphalées et névralgies rebelles, maigreur, phosphaturie, dénutrition, débilité.

Chacun sait que l'association de principes dirigés dans le même sens curatif renforce singulièrement l'action médicamenteuse et favorise aussi leur tolérance. C'est ce qu'il est loisible de constater pour le néo-rhomnol, source vive d'énergie, de vigueur, de revivification cellulaire, de neuro-hématogénèse et d'excitabilité réflexe, sans aucune suspicion de toxicité.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

PUBLICITÉ MACABRE

La publicité est, dit-on, l'âme du commerce. C'est grâce à elle que le producteur s'adresse au consommateur pour lui offrir ses produits. Et comme le nombre de ceux-ci est illimité, tout au moins dans le domaine de la spécialité pharmaceutique et para-médicale, les moyens les plus divers sont employés pour attirer l'attention.

La publicité a en effet ses lois : c'est une science. Encore est-il qu'il faut savoir les mettre en pratique : c'en est l'art.

Chacun s'ingénie à trouver la formule qui, par son originalité, son élégance, son intérêt, captera le regard et s'implantera dans l'esprit.

Mais, là comme ailleurs, tout est dans la mesure, et l'originalité peut être de très mauvais goût. Ainsi en est-il du procédé cher à un industriel de l'Ile-de-France, que nous signale un de nos bons correspondants. Ce macabre personnage enclôt en effet son prospectus dans une large enveloppe endeuillée d'un cadre noir, du type qui sert journellement aux avis de décès et d'inhumation.

« Que pensez-vous, nous écrit le Dr Th., qui nous remet en même temps les pièces à l'appui, — que pensez-vous du saligaud qui, pour nous obliger à lire sa réclame et l'augmentation de 80 % sur ses articles, ne trouve rien de plus élégant que d'enclore ses papiers dans une grande enveloppe de deuil d'un faire-part de décès ? Quand on songe à l'émotion qui étreint chacun de nous quand on reçoit un faire-part de cette nature, on se demande quelle peut être la mentalité et la psychologie d'un pareil individu. Et ne pensez-vous pas qu'il serait nécessaire qu'une pareille réclame, aussi macabre qu'inconvenante, fût stigmatisée comme il convient dans votre journal ?

« Si cette façon de faire se généralise, ce que je ne pense pas, en France, le dépouillement de notre courrier nous promet de douces perspectives, car on peut aller loin dans cette sinistre voie... »

Ce que nous pensons de l'industriel en question ? C'est qu'il doit être convaincu d'avoir eu un trait de génie. Il a voulu s'assurer que son prospectus, parvenant aux destinataires sous ce masque trompeur, sans que rien n'en décèle la nature ni l'origine, serait lu. Il s'est dit qu'on ouvre toujours un faire-part mortuaire, et qu'il avait ainsi toutes chances de faire voir et lire sa notice.

Mais il a dépassé le but, et son ingéniosité se retournera contre lui. Car, ayant commis un véritable abus de confiance, il ne devra pas s'étonner que les médecins ainsi dupés retiennent son nom pour éviter de jamais lui rien commander.

Cet industriel a bien fait de prendre à l'avance le deuil. Car, c'est en effet à la mort que court une entreprise, qui a l'inconscience ou le cynisme de se placer sous un pareil emblème.

G. DUCHESNE.

ON VEUT « TAXER » NOS HONORAIRES DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par le Dr Fernand DECOURT.

Au moment où nous nous efforçons de nous mettre tous d'accord *sur ce que nous acceptons et sur ce que nous refusons*, devant la grande menace pour la pratique de l'exercice de la médecine que représente la future loi sur les *assurances sociales*, voilà que, tout doucettement, *en dehors* même de la loi, le Carcan s'apprête...... Oui ! en dehors même de la loi assurance-maladie, il se fait des travaux d'approche, *on prépare des précédents* afin de nous museler, dans la suite, d'un tarif obligatoire, « *taxé* » (vous lirez le mot tout à l'heure officiellement) dans le fonctionnement des Caisses, après que nous aurons déjà été « taxés », sous couleur de libre choix (?!) dans les soins donnés aux accidentés du travail.

Je veux parler du RAPPORT déposé par M. Gros député, au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance de la Chambre, en vue de modifications à faire à la loi du 9 avril 1898.

Ce Rapport contient exactement trente pages d'annexes du *Journal officiel* (documents parlementaires, Chambre, annexe n° 3.159). Il passe en revue la loi tout entière qu'il modifie, heureusement parfois, à de nombreux articles. Il est inutile de dire que le Conseil de l'*Union des Syn-*

dicats médicaux s'est déjà occupé de la question : un Rapport sera même présenté, à la prochaine réunion, en vue de l'action à entreprendre. Mais, dans les multiples changements proposés, nous nous occuperons uniquement aujourd'hui — le morceau est assez gros pour cela — de la *taxation de nos honoraires*, par modification du deuxième alinéa de l'art. 4 de ladite loi.

Il y a un certain temps, le Gouvernement avait déjà déposé un projet de loi sur ce point et, nous autres, les délégués de l'Union à la Commission du tarif des accidents du travail, nous nous en étions émus et avions demandé des explications à qui de droit. Il nous avait été répondu que le projet paraissait abandonné... Or, le voici repris par une Commission de la Chambre. N'est-il pas utile de le faire connaître à nos confrères afin de les « alerter », si je puis dire ? Peut-être se décidera-t-on enfin à quitter les hautes sphères de ces discussions académiques sur l'*avenir* pour prendre conscience des dangers du *présent* et des embûches qu'on dresse sous nos pas. En vérité, nous ferions bien, tous, de relire l'apologue du bon Lafontaine, alors qu'il nous conte la mésaventure de l'astrologue qui se laisse tomber dans un puits.......

***

Donc, le Rapport Gros, — au sujet de ce deuxième alinéa de l'art. 4 — commence, très habilement par ce sous-titre alléchant « LIBRE CHOIX DU MÉDECIN » et il s'indigne, avec raison d'ailleurs, contre les patrons et les assureurs voulant imposer leurs médecins à un blessé. Il propose de punir de tels agissements, c'est parfait... Puis, il ajoute avec une touchante bonhomie :

« Dans le cas où la victime fait choix elle-même de son médecin et de son pharmacien, dit le même article 4, alinéa 2, le chef d'entreprise ne reste tenu de payer les frais médicaux et pharmaceutiques reconnus nécessaires pour sa guérison, que jusqu'à concurrence de la somme fixée par un tarif établi par arrêté du ministre du travail.

Cette disposition paraît ne viser que les relations de l'ouvrier et du patron mais non pas celles qui peuvent naître entre l'ouvrier, le médecin ou le pharmacien. Une action directe a bien été prévue de la part des médecins et des pharmaciens contre les chefs d'entreprise pour se faire payer leurs émoluments dans la limite du tarif, mais *rien ne semble empêcher le médecin ou le pharmacien de réclamer, dans les termes du droit commun, à l'ouvrier* (1) qui l'a choisi, le prix de ses soins ou de ses fournitures sur les bases qu'il applique à sa clientèle ordinaire.

« Jusqu'à ces derniers temps cette interprétation était restée, pour ainsi dire, du domaine de la théorie et médecins et pharmaciens s'étaient contentés de l'application du tarif officiel. Il n'en est plus de même, à l'heure actuelle, notamment en ce qui concerne le règlement des accidents agricoles dans les termes de la loi du 15 décembre 1922 et un article du *Concours médical* du 11 janvier 1925 s'exprime en ces termes à ce sujet : « si, en pratique, les médecins se sont accoutumés à se contenter de la part que la loi impose aux patrons, ils n'en conservent pas moins le droit de réclamer au blessé le complément de leurs honoraires, s'ils le jugent utile ». Cette interprétation est conforme à celle donnée par M. Sachet, conseiller à la cour de Cassation dans son *Traité*, etc... »

« ... D'autre part, des décisions judiciaires viennent confirmer cette thèse.... Ainsi le tribunal civil d'Annecy... Le tribunal civil de Rouen a également jugé, etc... »

« Cette interprétation stricte de la loi aboutirait, si elle se généralisait *à restreindre la faculté, pour l'ouvrier, de choisir librement son médecin* ou son pharmacien puisqu'il risquerait, en ce cas, d'avoir à supporter les frais supplémentaires alors que s'il accepte le médecin désigné par le patron ou l'assureur, il est certain que rien ne restera à sa charge. Cela paraît manifestement contraire à la volonté formelle du législateur qui a entendu laisser à la victime la *liberté la plus entière* pour se soigner et pour s'adresser *à son médecin habituel.*

« *Dans le but de mettre fin* à toutes les controverses susceptibles de *faire échec au libre choix* du médecin ou du pharmacien, le gouvernement, par son projet de loi n° 2.191, propose *de supprimer toute rémunération venant s'ajouter au tarif légal*, à la charge de l'ouvrier, aussi bien lorsqu'il a choisi son médecin, que quand celui-ci aura été désigné par le patron.

« D'accord avec le gouvernement, nous estimons que le *principe du libre choix* du médecin ou du pharmacien, auquel d'ailleurs ceux-ci attachent également le plus grand prix, *doit être strictement sauvegardé* et nous nous proposons d'insérer au paragraphe 2 de l'art. 4 la modification projetée. La Commission a simplement remplacé dans le texte du gouvernement le mot « *fixés* » par le mot « *taxés* » voulant marquer ainsi, plus nettement encore, que le montant des frais ne pourrait être arbitrairement fixé par le juge mais qu'il devait *toujours être limité par le tarif prévu* ».

Ce qui précède est l'explication préalable du texte à proposer. Quant à celui-ci, lui-même, on le trouve plus loin mis en face du texte actuel pour mieux en faire ressortir la différence. Pour l'édification de nos confrères, nous allons les mettre ici tous deux, successivement.

ART. 4, ALINÉA 2

TEXTE ACTUEL.

« La victime peut toujours faire choix, elle-même, de son médecin et de son pharmacien. *Dans ce cas,*

(1) C'est nous qui soulignons, dans ces citations du texte même du rapport Gros.

le chef d'entreprise *ne peut être tenu des frais médicaux* et pharmaceutiques, *que jusqu'à concurrence de* la somme *fixée* par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du ministre du commerce, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de Syndicats de médecins et de pharmaciens, de Syndicats professionnels ouvriers et patronaux, de Sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de Syndicats de garantie et qui ne pourra être modifié qu'à intervalles de six mois ».

TEXTE PROPOSÉ.

« La victime peut toujours faire choix, elle-même de son médecin et de son pharmacien. Le patron est tenu de délivrer à la victime un bulletin de visite sur lequel il sera interdit de mentionner le nom et l'adresse d'un médecin, d'une clinique ou d'un dispensaire quelconque. *Dans tous les cas*, le chef d'entreprise *est* SEUL *tenu des frais médicaux* et pharmaceutiques TAXÉS par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif, etc... (le reste de l'alinéa sans changement) ».

***

J'ai souligné les modifications qui nous touchent spécialement au point de vue des honoraires. « Dans tous les cas, le chef d'entreprise est seul tenu ». Le mot seul ainsi placé est la *suppression du tarif non limitatif*, par rapport au bénéficiaire des soins donnés. Qu'il soit ouvrier ou millionnaire, qu'il vienne à pied ou dans *son auto* de quarante mille francs (cela s'est vu en Alsace pour des fils de patrons ou des employés supérieurs) le paiement ne le regardera plus et le médecin traitant ne pourra jamais lui demander, comme c'est notre habitude et notre honneur, *des honoraires proportionnés à ses ressources personnelles.*

C'est que le tarif actuel, comme le fait remarquer le rapporteur, ne vise que les relations de l'ouvrier et du patron et non pas celles qui peuvent naître entre l'ouvrier et le médecin..... rien ne semble empêcher ce dernier de réclamer, *dans les termes du droit commun*, à l'ouvrier qui l'a choisi le prix de ses soins sur les bases qu'il applique à *sa clientèle ordinaire*... »

Aussi est-ce ce droit commun que l'on propose de retirer au médecin ; autrement dit, on proclame qu'en matière d'accidents du travail, **le médecin doit être mis hors du droit commun.** Et cela pourquoi ? Simplement pour assurer à l'ouvrier le libre choix du médecin. Ah ! confrères, avouez que si la pilule est amère pour nous, elle est enrobée d'une formule ingénieuse, séduisante même *à priori*. Son seul défaut est que cette formule est contraire à la réalité ainsi que le démontrent les faits, eux-mêmes, et nous avons le droit de proclamer bien haut que :

La taxation des honoraires médicaux par un tarif limitatif, au lieu d'assurer le libre choix au médecin du malade, lui est absolument contraire.

En voici la preuve qui n'est que trop « vécue » par les intéressés :

Le *tarif des pensionnés de guerre*, dit tarif Maginot, est un tarif *limitatif*, accepté comme tel par le Corps médical qui, au lendemain d'une guerre si cruelle, ne voulut pas réclamer le *droit* de demander quoique ce soit à un blessé, si bas que fût le tarif officiel. Aussi, pour un pensionné, le médecin ne peut jamais réclamer son tarif ordinaire, de clientèle, s'il le soigne à titre de pensionné. S'il demande 20 francs d'habitude pour une consultation, par exemple, il n'a pas le droit de faire payer par l'Etat les huit francs que celui-ci alloue en ce cas et par le blessé le complément de ses honoraires. C'est l'un ou l'autre : ou il se contentera des 8 francs, ou il priera le bénéficiaire de s'adresser à un autre médecin.

Mais si le bénéficiaire désire quand même avoir recours aux soins de ce médecin ? Dans ce cas, **s'il est riche, il conservera son libre choix**, puisqu'il aura le moyen de payer de sa poche les consultations qu'il désire. **Mais s'il est pauvre, il perdra son libre choix** puisqu'il n'aura pas le moyen de payer *x fois 20 francs, plus les médicaments* ordonnés, car le médecin n'acceptant pas le tarif de 8 francs ne peut *rien* inscrire sur le carnet. Et le pensionné de guerre pauvre en sera réduit à aller consulter un autre médecin que celui qu'il avait désiré.

Par suite (surtout avec les tarifs actuels si infimes) *le libre choix est de plus en plus restreint pour les pensionnés de guerre*, ainsi que s'en plaignent amèrement leurs délégués dans les Commissions officielles, je puis le certifier.

Et ce serait ce cadeau-là qu'on rêve de faire aux accidents du travail ? Et, cela au nom même du libre choix ? En vérité, c'est pousser un peu loin le paradoxe et il est à espérer, *pour les accidentés eux-mêmes*, qu'ils trouveront à la Chambre un défenseur de la « liberté de confiance » (pour employer le beau mot de Noir) qui opposera au « faux mouvement » que l'on tente, les règles de la logique, de la raison — et la dure leçon des faits.....

Ou alors, si l'on veut, à la fois, le tarif limitatif, taxé, et le libre choix du médecin par le blessé, je ne vois plus qu'un moyen. C'est de décréter que tout Français, ayant commis le crime de se faire recevoir docteur en médecine, sera condamné aux travaux forcés à perpétuité et ne pourra jamais refuser — de jour ni de nuit — ses soins à quiconque les lui demandera. Et cela, même si, par exemple, quelques mauvais plaisants ou quelques mécontents, imaginaient de se pendre, chaque nuit, à sa sonnette pour *exiger*

qu'il aille rendre visite à Pierre ou à Paul qui l'a « choisi » .....

Vous souriez, confrères, vous croyez à une simple boutade ? Et cependant, de cette idée de *soins médicaux non refusables par un médecin*, j'en ai entendu personnellement les échos dans certains milieux officiels — sous une forme sinon aussi brutale, du moins analogue, au fond, comme résultat, pour le malheureux praticien.

***

Toutes ces tristes constatations me ramènent à ce que je disais au début de cette causerie : *le carcan s'apprête*..... sous couvert des accidentés du travail, **on prépare des précédents pour les assurances sociales.**

Et malgré moi, je ne puis m'empêcher de songer au changement qui se fait peu à peu dans la manière d'être des parlementaires envers le médecin. On escompte, peut-être, des divisions entre nous, au moment de la lutte ? Il faut démontrer par des *faits*, que nous saurons toujours faire trêve à nos querelles intestines quand il s'agira de faire front devant l'ennemi. On veut nous museler ? Montrons que nous ne sommes pas encore mûrs pour porter le collier.....

Devant l'attaque de grand style qui se monte, ne songeons plus qu'à une seule chose : conserver à l'exercice de l'art médical son caractère de profession libérale... Laissons de côté, actuellement, nos diverses théories, si resplendissantes qu'elles puissent paraître à chacun. Ne voyons que le *mouvement tournant* esquissé par une Commission parlementaire pour taxer nos honoraires en matière d'accidents du travail et *créer un précédent* en vue des assurances sociales. Ne considérons que ce fait grave et reformons un front unique, par une entente générale, *possible.* Alors, alors seulement, nous serons certains de repousser victorieusement tout essai de mainmise sur nos libertés professionnelles.

Dr Fernand DECOURT.

LES OPTICIENS ONT-ILS LE DROIT D'EXAMINER LA VUE DE LEURS CLIENTS ?

Dans l'état actuel de notre législation, la liberté du commerce de l'opticien est absolue. Ce commerçant a le droit de vendre des verres à qui en demande, sans ordonnance de médecin.

Le client peut se soigner lui-même, comme bon lui semble et, par conséquent, peut commander les verres qu'il croit appropriés à sa vue. Tant pis pour lui, si son choix est défectueux. Il ne pourra que s'en prendre à lui-même de son erreur.

Je ne discute pas ici ce qui devrait être : je ne considère que ce qui est permis, ou défendu, selon les prescriptions de la loi du 30 novembre 1892 et les données de la jurisprudence.

Qu'il me soit cependant permis de rappeler que, lorsque j'ai eu l'honneur, en 1906, d'être rapporteur au Congrès de l'exercice illégal de la médecine, je demandais déjà que bandages herniaires, ceintures orthopédiques, ou autres appareils ne soient délivrés que sur présentation d'ordonnance de médecin, indiquant ce qui est nécessaire au malade.

Mais, si l'opticien défère au désir du client, qui lui commande des verres, ce commerçant n'a pas le droit d'intervenir pour rechercher quel est le verre qui est le mieux approprié à la vue de l'acheteur, en dehors des méthodes simples et subjectives.

Ainsi, par tâtonnements, l'opticien peut essayer toute une série de verres au patient, engager ce dernier à lire à distance, ou de près. Le client fait lui-même son choix, en déclarant qu'il voit mieux ou moins avec tel ou tel verre.

Cette méthode de tâtonnement, dite de Donders, aboutit, en fait, au choix fait directement et personnellement par le client des verres qu'il estime le mieux appropriés pour la correction de la vue.

Il s'ensuit que l'opticien, qui fait de la réclame dans les journaux, en annonçant l'examen gratuit de la vue pour attirer la clientèle, ne peut être répréhensible à deux points de vue.

D'abord, cette méthode simple, subjective est licite. En second lieu, attirer les clients par une annonce, ce n'est pas commettre un délit, mais cela constitue une simple tentative de délit, qui, pénalement, n'est pas punissable.

En admettant que la jurisprudence vienne un jour à décider que l'examen de la vue, par la méthode de Donders, soit réservé uniquement aux médecins spécialisés, ne deviendrait répréhensible que le fait lui-même de l'examen, et non pas l'annonce de l'examen gratuit. *Dura lex sed lex* : une loi pénale doit toujours être interprétée restrictivement et la loi du 30 novembre 1892 ne punit que ceux qui prennent part d'une manière habituelle et suivie au traitement des maladies.

Faire un diagnostic, ce n'est pas instituer un traitement.

Disons à la vérité que tout examen de la vue aboutit à un traitement de la vision par des verres appropriés et c'est là qu'il faut rechercher où commence l'exercice illégal de la médecine.

D'après le jugement du tribunal correctionnel de la Seine (10e chambre) du 21 février 1924

(*Concours médical*, 1924.1515) confirmé par la cour de Paris, 9e chambre, 24 mars 1925 et par la cour de Cassation, 4 décembre 1925 (que nous publions ci-après), le délit d'exercice illégal de la médecine est constitué par le fait, pour un opticien, de rechercher lui-même, par des procédés d'examen objectif (et non plus subjectif) quelles sont les lésions de la vue qui nécessitent une correction par des verres.

COUR D'APPEL DE PARIS (9e Ch.)

24 *mars* 1925.

Le commerce de la lunetterie étant libre, les opticiens peuvent sans ordonnance de médecin délivrer des verres à toutes personnes.

S'ils peuvent mettre à la disposition du client les moyens qui lui permettent de faire lui-même son choix, ils n'ont pas, au contraire, le droit de se livrer personnellement à des expériences pour déterminer quel est le verre qu'il convient d'adopter pour remédier à l'insuffisance de la vision pour chaque client.

Le fait par un opticien de déterminer par la skiascopie les causes et le degré d'insuffisance de la vision et de prescrire après cet examen le verre qui doit être employé constitue un traitement au sens de l'art. 16-1° *de la loi du* 30 *novembre* 1892 ; *par suite, si l'habitude est constatée, cet opticien tombe sous l'application des sanctions pénales prévues par cet article.*

La Cour,

Considérant, que de l'instruction et des débats, il résulte que Augier s'étant présenté chez Odin, opticien, pour faire remplacer les verres de son lorgnon qui s'étaient brisés, celui-ci a fait un examen très détaillé de ses yeux dans une chambre noire par la méthode dite de la skiascopie ; — que les verres qui lui ont été vendus ne lui ayant pas donné satisfaction, Augier est revenu chez Odin, qui a procédé à un nouvel examen et lui a remis de nouveaux verres qui n'ont pas donné le résultat désiré ; que, d'ailleurs, Odin reconnaît qu'il a toujours recours à la skiascopie pour déterminer les verres qui conviennent à ses clients ;

Considérant que, poursuivi à raison de ces faits pour exercice illégal de la médecine, Odin soutient qu'il n'a pas commis ce délit, n'ayant fait qu'user d'un droit qu'il tenait de sa profession d'opticien ;

Considérant que le commerce de la lunetterie est libre ; que non seulement les opticiens, mais toutes personnes peuvent librement vendre des verres ; qu'une ordonnance de médecin n'est jamais préalablement exigée ;

Considérant que le client a le droit de venir choisir les verres qui lui conviennent ; que le marchand, qu'il soit opticien ou non, peut mettre à sa disposition des moyens qui lui permettent de faire plus sûrement son choix :

Mais considérant que Odin ne s'est pas borné à faciliter à ses clients le choix des verres qui leur convenaient, qu'il a eu recours à la skiascopie, c'est-à-dire à une méthode spéciale qui permet par le déplacement de l'ombre pupillaire de déterminer la réfraction du globe oculaire ; que, par cet examen personnel et après s'être rendu compte des causes de l'insuffisance de la vision, il a prescrit le remède approprié ; qu'il a ainsi pris part habituellement ou par une direction suivie au traitement d'une maladie, ce qui constitue le délit prévu par l'art. 16-1° de la loi du 30 novembre 1892 ;

Considérant, il est vrai, qu'Odin soutient qu'une affection de la nature de celle dont était atteint Augier est une infirmité congénitale, qui ne peut être considérée comme une maladie :

Mais considérant que le mot *maladie*, au sens dudit article 16-1°, doit être pris dans son acception la plus large ; qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait des lésions organiques ou des troubles fonctionnels ; qu'il suffit que celui qui a été traité présente, relativement à un de ses organes, un état de faiblesse ou d'insuffisance de fonctionnement à raison duquel il réclame des soins ;

Adoptant, au surplus, les motifs non contraires des premiers juges.

Sur l'application de la peine :

Considérant qu'à raison des circonstances de la cause, il y a lieu de faire à Odin une application plus modérée de la loi pénale et de le faire bénéficier de la loi du 26 mars 1891, sur le sursis ;

Vu également l'article 463 du Code pénal ;

Sur les réparations civiles.

Adoptant les motifs des premiers juges en ce qui concerne le principe de la réparation ;

Considérant que la Cour a les éléments nécessaires pour apprécier le montant du préjudice subi par le syndicat des oculistes et pour décider qu'il sera réduit ;

Par ces motifs :

Dit le syndicat des opticiens non recevable dans son intervention ;

Le condamne aux frais de ladite intervention ;

Confirme le jugement dont est appel en tant qu'il a déclaré Odin coupable du délit d'exercice illégal de la médecine ;

Réduit à 100 francs l'amende prononcée par les premiers juges ;

Réduit à 500 francs le montant des dommages-intérêts alloués ; maintient les insertions ordonnées ;

Confirme pour le surplus le jugement dont est appel ;

Condamne Odin en tous les dépens de première instance et d'appel.

COUR DE CASSATION (Ch. criminelle).

4 décembre 1925.

Gaz. Pal., 22 *décembre* 1925.
D. H. 1926-2.

Commet un acte d'exercice illégal de la médecine l'opticien qui recourt à la méthode de la skiascopie

pour délivrer à un client atteint de défectuosité congénitale de la vue, c'est-à-dire de maladie, et qu'il a examiné deux fois, des verres appropriés à son état.

La Cour,

Sur le 1er moyen ....

Sur le 2e moyen pris de la violation des art. 16, 17, 18 de la loi du 30 novembre 1892, de l'art. 195 C. inst. crim. et de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810, défaut et contradiction de motifs, manque de base légale, en ce que, d'une part, l'arrêt attaqué qui a prononcé condamnation contre le demandeur pour exercice illégal de la médecine, ne contient pas les constatations suffisantes de tous les éléments constitutifs de ce délit et est, dès lors, dépourvu de toute base légale, et en ce que, d'autre part, l'arrêt constatant expressément et à juste titre que le commerce des verres de lunettes est libre, il ne saurait, sans se contredire lui-même, considérer comme un traitement médical ou un remède le fait de fournir au client des verres appropriés ;

Attendu que, par le jugement et l'arrêt attaqué qui en adopte les motifs, il est constaté que, pour faire remplacer les verres d'un lorgnon, Augier s'est présenté chez l'opticien Odin qui a procédé à l'examen très détaillé des yeux de ce client dans une chambre noire, par la méthode dite « skiascopie », que les verres vendus n'ayant pas donné satisfaction, l'acheteur est revenu chez Odin qui lui a fait subir un second examen skiascopique approfondi et lui a remis de nouveaux verres dont Augier n'a pu se servir utilement ; que d'ailleurs Odin a toujours recours à la skiascopie pour déterminer les verres qui conviennent à ses clients ; que de l'examen médical auquel il a été procédé, il résulte qu'Augier est atteint d'un vice de réfraction, qui constitue une véritable infirmité congénitale, se compliquant d'un trouble fonctionnel de l'accommodation et nécessitant des vérifications et des prescriptions médicales toutes spéciales ;

Attendu que, pour reconnaître aux faits ainsi constatés les caractères du délit prévu par l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892, le juge du fait déclare que la défectuosité congénitale de la vue est une maladie, au sens de ladite loi puisqu'elle nécessite un examen pathologique, un diagnostic et un traitement médical ; qu'Odin, qui a vu et examiné deux fois Augier, a pris part ainsi, par une direction suivie, au traitement de sa maladie qu'il prétendait atténuer ou guérir par l'emploi de verres appropriés ; que les termes exprès de l'art. 16 précité n'excluent de la qualification légale du délit aucun mode de traitement dès lors qu'il est habituel et suivi ;

Attendu qu'en prononçant en cet état contre Odin les peines portées par la loi, la cour d'appel a fait une exacte application des textes visés au moyen ; que la prohibition d'exercer la médecine ou la chirurgie, sans être pourvu de diplôme, est générale et absolue ;

Et attendu que l'arrêt est régulier ;

Par ces motifs,

Rejette...

NOTE. — La Cour de cassation a posé en principe que les termes de l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892 n'excluent de la qualification légale du délit d'exercice illégal de la médecine aucun mode de traitement, dès lors qu'il est habituel ou suivi : Cass. 29 décembre 1900 (S. 1901.1.108 — D. 1901.1.529) ; rappr. Cass. 5 février 1904 (*Gaz. Pal.* 1904-1.427 — S. 1905.1.473, note de M. Perreau— D. 1904.1.104) ; 15 novembre 1906 (*Gaz. Pal.* 1906.2.441 — D. 1910. 1.174).

L'arrêt ci-dessus reprend ce principe pour l'appliquer à un oculiste qui, pour donner des verres appropriés à ses clients, avait recours au procédé appelé skiascopie (du grec skia, ombre et skopein, examiner). Ce procédé consiste à examiner, au moyen d'un petit miroir percé en son milieu d'un trou, la réfraction d'un œil, c'est-à-dire à examiner les ombres et les reflets provoqués dans le champ de la pupille par les rayons lumineux arrivant au fond de l'organe. C'est le procédé généralement employé par les médecins ophtalmologistes pour regarder l'œil de leurs clients. Ce procédé est-il interdit aux oculistes, et son emploi habituel par eux peut-il justifier l'application de l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892 ?

Pour prétendre au caractère licite de la skiascopie le pourvoi soutenait que c'est là un procédé purement mécanique, s'imposant pour la fabrication et la vente de lunetterie, dont le commerce est libre, et que la liberté de la vente impliquait nécessairement le droit d'essayer et de fournir au client les verres appropriés à l'état de sa vision, ce qui ne constitue pas un traitement ; qu'au surplus la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme qu'il s'agit de corriger par des verres ne sont pas des maladies, même au sens le plus large de ce mot.

Par l'arrêt ci-dessus, la Cour de cassation, sans se prononcer d'une manière absolue sur la liberté du commerce de la lunetterie, décide que le procédé skiascopique n'est pas licite pour les opticiens quand il est employé d'une manière suivie pour choisir des verres à des sujets malades. Il semble bien par là que la Cour suprême ne repousse pas *a priori* la distinction que nous avons proposée dans notre note sous Trib. civ. Seine 21 février 1924 (*Gaz. Pal.* 1924. 1.660), rendue dans la présente affaire, entre les troubles pathologiques, véritables maladies dont le traitement est réservé aux médecins ophtalmologistes et les déformations congénitales permanentes considérées comme étant du domaine commun des médecins et des opticiens, parce qu'elles ne nécessitent aucun traitement. Mais, il faut le reconnaître, la démarcation est souvent bien délicate.

Ce procès soulevait la discussion juridique suivante : quel sens et quelle portée faut-il attribuer au mot « traitement » et au mot « mala-

die », puisque l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 décide que « exerce illégalement la médecine toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien dentiste, ou de sage-femme prend part, habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies, ou des affections chirurgicales... sauf le cas d'urgence avérée ».

Les vices de la vision, myopie, presbytie, constituent-ils une maladie ?

Le fait de prescrire un verre peut-il être considéré comme un traitement ?

La jurisprudence a assimilé à des maladies des faiblesses de l'organisme, ou des infirmités. En ce sens Cour de cassation, chambre criminelle, 5 février 1904.

Dans le dictionnaire des Parquets, de M. Le Poittevin, v° médecine n° 8 nous lisons cette définition : « le mot maladie doit être pris dans son acception la plus large. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait des lésions organiques, ou des troubles fonctionnels. Il suffit que celui, qui a été traité, présente un état de dépression, ou de faiblesse, à raison duquel il a réclamé des soins ».

Commentant l'arrêt de Cassation du 5 février 1904, dans une note au Sirey 1905.1.473, M. Perreau, professeur à la Faculté de Droit de Toulouse écrit : « dans cet arrêt la cour de cassation a assimilé à des maladies des faiblesses de l'organisme. Il est inutile d'examiner si, au point de vue médical, le mot maladie est susceptible d'une aussi large acception ; il suffit que la loi autorise cette interprétation et, à cet égard, il n'existe pas le moindre doute ».

Cette thèse a été reprise par M. l'avocat général Gazier, dans ses conclusions au cours du procès devant la cour d'appel de Paris et qui a abouti à l'arrêt du 24 mars 1925.

Quant au traitement, nous trouvons la définition suivante tirée encore du dictionnaire des Parquets : « par traitement, il faut entendre tous les actes, qui ne rentrent pas dans les actes de pure humanité, notamment la prescription de potions ne contenant aucun toxique, dont le débit, sans ordonnance de médecin, est toléré dans les pharmacies. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait prescription de médicaments proprement dits, ou qu'il y ait recours à des opérations chirurgicales ».

« Le mot traitement, lit-on aux Pandectes (Rep. v° médecine, n° 522) doit être entendu de tout acte, ou conseil, tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie. »

Un arrêt de Cassation du 29 décembre 1900 décide que le délit d'exercice illégal de la médecine résulte de tout mode de traitement, pourvu qu'il soit habituel ou suivi, encore bien qu'il n'y ait ni prescription de médicaments, ni recours à des opérations chirurgicales.

Personne ne peut se substituer au médecin, même au nom de la liberté du commerce, pour examiner un patient objectivement et indiquer le traitement à suivre.

C'est ainsi qu'a été condamné pour exercice illégal de la médecine le mécanicien dentiste qui, non content de fabriquer un appareil de prothèse dentaire, prenait lui-même les empreintes, puis essayait et enfin posait l'appareil (Cassation 15 novembre 1906).

Il en résulte que l'opticien, comme tout marchand, fabricant ou spécialiste en prothèse, appareils ou accessoires de toutes sortes, a le droit de vendre librement tous appareils que le client demande.

Celui-ci a la liberté d'essayer et de commander tout ce qu'il croit pouvoir le soulager. Par toute méthode subjective, le commerçant peut aider son client à faire son choix.

Mais il est formellement interdit d'examiner directement et objectivement le patient, sans encourir les pénalités prévues pour réprimer l'exercice illégal de la médecine.

Tout le monde peut vendre des lunettes ; mais seul le médecin a la possibilité d'examiner le malade, de diagnostiquer la maladie ou l'infirmité, pour aboutir à la rédaction d'une ordonnance qu'exécutera l'opticien.

M. l'avocat général Gazier s'exprime ainsi dans ses conclusions : « le client a le droit de se soigner lui-même. Le client a le droit d'aller chez l'opticien, en lui disant : « je désire tel verre de tel numéro » ; mais l'opticien n'a pas le droit d'examiner le client et de lui indiquer les verres qu'il doit porter. Le client a le droit d'aller chez le pharmacien, de monter sur la bascule automatique, de se peser lui-même et de dire : « j'estime que j'ai besoin de tel ou tel fortifiant, qui se trouve normalement dans le commerce. » Le client a le droit de faire cela ; mais le pharmacien n'aurait pas le droit d'interpréter la pesée faite par le client et de dire, d'une manière habituelle : « prenez tel ou tel médicament, comme reconstituant. »

Comme conclusion, nous devons nous reporter aux vœux émis, en 1906, par le Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine et souhaiter que, pour protéger efficacement la santé publique, le législateur apporte certaines modifications à la loi du 30 novembre 1892, qui n'est plus en conformité avec les données actuelles de la science médicale.

L'Union des Syndicats médicaux, le Syndicat des médecins de la Seine et certains Syndicats de médecins spécialistes ont déjà publié des travaux fort intéressants, aboutissant à des textes,

pouvant servir de base pour un projet, ou une proposition de loi. Le *Concours médical* a maintes fois publié ces études ; mais le législateur est trop occupé à renverser des ministres, ou à faire de la cuisine politique et électorale, pour avoir une minute pour s'intéresser à la santé publique.

Dr Paul BOUDIN,

MUTUALITÉ FAMILIALE

Conseils à un jeune confrère.

Dernièrement un membre de la Mutualité Familiale me présentait un jeune confrère de ses amis, frais émoulu de l'Ecole et installé en province. Il lui avait parlé de notre société et l'avait vivement pressé de s'y faire inscrire, mais, disait-il, je ne suis pas assez ferré sur la question et j'ai pensé que mieux que personne vous pourriez le documenter à fond.

Je remerciai l'aîné de son effort de propagande et félicitai le jeune de s'être laissé convaincre.

— Mais que voudriez-vous ? dis-je au postulant, car j'ai beaucoup de choses à vous offrir et toutes peuvent ne pas vous convenir.

— Je voudrais m'assurer l'indemnité en cas de maladie et la retraite ; je ne suis pas marié et n'ai pas à songer à la pension aux veuves, du moins actuellement.

— Je puis vous proposer pour l'indemnité-maladie dix, vingt, trente, quarante ou cinquante francs par jour et pour la retraite, six cents, douze cents, dix-huit cents, deux mille quatre cents francs par an ; je pourrais même ajouter quatre mille huit cents francs. Tout dépend de ce que pouvez vous admettre comme cotisation.

— J'ai la chance de m'être installé dans un pays où je crois pouvoir assez rapidement me faire une clientèle sortable, mais je suis encore à mes débuts et mon porte-monnaie n'est pas trop bien garni.

— Quel âge avez-vous ?

— J'aurai prochainement 28 ans.

— Pour nous, c'est comme si vous les aviez : l'âge est celui que l'on a eu ou que l'on aura au cours de l'année courante.

Que diriez-vous d'une indemnité de 30 francs par jour?

Ce n'est pas énorme, mais vous aurez toujours la possibilité d'augmenter si vous le jugez à propos.

Vous auriez à payer annuellement 237 francs.

— Alors, si j'étais arrêté par la maladie ou un accident, je recevrais pendant toute la période de chômage trente francs par jour.

— Oui et non. Vous auriez droit à l'indemnité de trente francs si le chômage n'excédait pas 60 jours, mais, s'il se prolongeait, vous ne recevriez, passé ce terme, que trois cents francs par mois.

Précisons : l'indemnité ne commence qu'au cinquième jour et dure 60 jours en tant qu'indemnité journalière ; à partir du 65e jour, elle devient mensuelle, mais se continue quelle que soit la durée du chômage : elle ne se termine que par la guérison, la mort ou l'arrivée à 65 ans, car, à ce dernier âge, la participation cesse de plein droit.

— Mais si, après avoir repris mes occupations, je tombais à nouveau malade ?

— Deux cas peuvent se présenter : ou bien il s'agit d'une maladie nouvelle et le droit à l'indemnité repart à nouveau, ou bien il s'agit d'une rechute et alors l'indemnité n'est que la continuation de la première, c'est-à-dire reste journalière jusqu'au complément des 60 jours, s'il y a lieu, pour devenir ensuite mensuelle, ou bien reprend mensuelle d'emblée.

— Et à 65 ans, je n'ai plus droit à rien ?

— Non, vous serez sortant au 31 décembre de l'année où vous aurez atteint vos 65 ans : vous ne payerez plus de cotisation et n'aurez plus droit à l'indemnité maladie, mais c'est alors que la retraite commencera et vous la recevrez, malade ou non, pendant le reste de votre vie. Nous reviendrons à cette question de la retraite, restons à l'indemnité maladie.

Trouvez-vous trop élevée la cotisation de 237 francs ? Vous pourriez avec 157 francs avoir l'indemnité journalière de vingt francs.

Pouvez-vous faire davantage ! Avec 326 francs vous aurez l'indemnité de 40 francs ; pour 412 fr., l'indemnité de 50 francs.

Remarquez que, dans tous les cas, l'indemnité mensuelle est égale à dix fois l'indemnité journalière.

— Tout cela est un peu gros, d'autant que je voudrais avoir également la retraite.

— Nous y arrivons : quelle retraite voulez-vous ? Si vous n'êtes pas fixé, je vous conseille la retraite à 65 ans, celle qui commence au moment même où cesse le droit à l'indemnité-maladie.

Si vous voulez la retraite de 1.200 francs, vous aurez à verser annuellement 77 francs. Si vous voulez celle de 2.400 fr. ce sera le double, soit 154 francs.

— Donc pour 237 + 154, soit 391 francs, je pourrais avoir l'indemnité journalière de trente

francs et mensuelle de 300 francs puis, à 65 ans, la pension annuelle et viagère de 2.400 francs.

— Parfaitement, cependant, pour être complet, je dois vous dire qu'à cette somme, il faut ajouter un complément de 10 % représentant les frais de gestion. Les cotisations sont, dans leur entier, versées aux comptes spéciaux auxquels elles se réfèrent et la gestion forme un compte à part alimenté par ce complément de 10 %. Donc au lieu de 391 francs, dites 430 fr. 70 et vous serez absolument dans le vrai.

— Cette combinaison me conviendrait assez pour le moment bien que, par le temps qui court, la somme de trente francs soit un peu maigre ; elle ne représente pas, tant s'en faut, les frais de remplacement.

— Evidemment, mais vous me demandez conseil et je vous réponds : voyez ce que vous pouvez faire ; ce sont vos possibilités actuelles qui doivent vous déterminer.

Notez que vous aurez toujours la faculté d'augmenter et l'indemnité et la pension le jour où vous croirez possible de le faire : l'indemnité en passant à 40 ou à 50 francs, la pension en souscrivant une seconde pension à 60 ans.

Vous auriez alors l'indemnité maladie de 50 francs jusqu'à 65 ans ; à 60 ans, vous recevriez une première pension de 2.400 francs et, à 65 ans, une seconde pension de même somme, ce qui à ce dernier âge ferait 4.800 francs.

Cela certainement vous coûtera annuellement un peu plus cher que si dès maintenant vous preniez ce maximum puisque, lorsque vous prendrez cette détermination d'augmenter ce que vous allez faire actuellement, vous serez plus âgé et que les cotisations s'élèvent avec l'âge, mais, je vous le répète, ce sont vos possibilités actuelles que vous devez consulter.

Si vous aviez 35 ans, si votre situation médicale était complètement assise, je ne vous tiendrais pas le même langage, je vous dirais : prenez immédiatement l'indemnité de 50 francs avec la pension de 2.400 fr. à 60 ans et la même pension à 65 ans. Vous auriez une cotisation annuelle de 1.156 francs — avec la gestion 1.271 fr. 60 — mais vous auriez aussi une garantie vraiment sérieuse.

— Et si je venais à mourir, mes versements seraient acquis à la Société ?

— Oui, dans l'exemple que je vous ai donné : vous êtes célibataire, je ne me suis donc pas préoccupé d'une famille éventuelle. Si vous veniez à vous marier, vous pourriez contre assurer les versements en vue de la pension, vous pourriez même le faire dès maintenant : la cotisation serait un peu plus élevée mais, si vous veniez à mourir avant d'avoir touché la première annuité de cette pension, vos versements, y compris la prime de contre-assurance, seraient remboursés à vos ayants droit.

Je m'explique : vous allez verser 430 fr. 70, sur cette somme 154 francs revenaient à la pension à 65 ans. Si vous contre-assurez cette dernière partie de la cotisation, vous payez 190 francs au lieu de 154, ce qui vous fait un total de 469 fr. 70, mais si vous mourez au bout de 20 ans par exemple, c'est-à-dire à 58 ans, la Société rembourse à vos ayants droit 190 × 20 = 3.800 francs.

Il est évident que, si vous ne vous contre-assurez que dans le cours de la participation, la contre assurance ne peut porter que sur les sommes à verser et qu'en aucun cas, les sommes déjà versées ne peuvent être contre assurées.

— Tout cela est un peu compliqué et je m'y perds.

— Mais non, mon cher confrère, résumons notre entretien : vous me dites que vous voulez une indemnité journalière de 30 francs et mensuelle de 300 francs, que vous voulez en outre une pension de retraite de 2.400 francs à 65 ans — je vous réponds : à 28 ans vous avez à payer annuellement 430 fr. 10.

Vous ajoutez que vous voulez que vos versements pour la pension soient contre-assurés — je vous dis que la cotisation est de 469 fr. 70.

C'est, je crois, absolument clair. Ce qui pourrait vous embrouiller, ce sont les hypothèses que nous avons envisagées pour l'avenir ; mais laissons-les de côté, il sera temps de reprendre ces questions au moment opportun. Actuellement, il suffit que je vous en aie indiqué la possibilité.

J'ai tenu à rapporter cette conversation parce qu'elle m'a paru absolument typique et que prise dans son ensemble en faisant abstraction des chiffres, elle pourrait s'appliquer à tous nos confrères.

Evidemment, chaque cas doit être examiné en particulier de manière à être solutionné d'une façon concrète et c'est à quoi s'applique le Dr Mignon, notre si dévoué secrétaire général toutes les fois qu'on le consulte — mais il est une sorte de canevas commun sur lequel il faut toujours broder et c'est lui qu'il m'a paru intéressant de soumettre à nos lecteurs.

Sans doute, les statuts pourraient leur donner réponse à toutes les questions qu'ils peuvent se poser, mais combien lisent les statuts avec attention ?

A. Gassot.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex.

Réunion du Syndicat du 14 Novembre 1926 à Bellegarde.

I. — *Questions posées par la Férération nationale.*

L'Assemblée vote, après discussion, sur les questions posées par la *Fédération nationale des Syndicats médicaux de France.*

1° *La Charte du syndicalisme médical* (Entente directe — Libre choix — Secret professionnel), et le point de vue particulier de la question des *Assurances sociales*, sont adoptés, tels qu'ils sont définis dans le *Bulletin de la Fédération nationale*, *en date de septembre* 1926.

2° Même solution au sujet de la *scission.*

II. — *Collectivités. — Médecine sociale.*

1° *Assistance médicale gratuite.* — Après exposé de la question, et lecture de la correspondance entre *les deux syndicats médicaux de l'Ain*, d'une part, entre le *Syndicat du Bugey et du Pays de Gex et la Préfecture*, d'autre part ; l'Assemblée vote et accepte les prix de : 6 *francs pour la consultation et* 8 *francs pour la visite* (le tarif kilométrique restant à 3 francs le kilomètre, à l'aller), votés par le Conseil général.

Ce nouveau tarif de l'Assistance gratuite sera applicable à partir du 1er *janvier* 1927.

L'Assemblée *exige*, qu'à partir du 1er juillet 1927, des tarifs en rapport avec le prix de la vie soient adoptés, avec minimum de 7 francs pour la consultation et 8 francs pour la visite, et 4 francs par kilomètre parcouru, à l'aller.

2° *Vaccination.* — Pour la vaccination, il sera demandé : 1 franc par personne vaccinée, avec *minimum* de 10 francs par séance, *suppression du maximum*, et 4 francs par kilomètre parcouru, à l'aller.

III. — *Pupilles de la Nation.*

Pour les Pupilles de la Nation, il sera répondu à la Préfecture, que le *tarif syndical, seul, sera applicable.*

IV. — *Relèvement des honoraires médicaux.*

Les tarifs suivants sont adoptés à l'unanimité.

En semaine :

La consultation au cabinet du médecin reste fixée à 15 francs. — Visite à domicile, dans la localité du médecin, *le jour*, 20 francs. — Visite de passage, dans une autre localité, *minimum*, 25 francs.

Tarif de nuit. — Tarif des dimanches et jours fériés.

Les visites de nuit (de 7 heures du soir à 7 heures du matin), de même que les visites du dimanche et des jours fériés, seront comptées à double tarif : visite 40 francs, kilomètre 8 francs (kilomètre à l'aller), Consultation, les dimanches et jours fériés, au cabinet du médecin, 30 francs.

Ce nouveau tarif sera applicable au 1er *janvier* 1927.

V. — *Cotisation à la Fédération nationale.*

Cotisation pour l'année 1926. — Il sera prélevé sur la caisse du *Syndicat médical du Bugey et du Pays de Gex*, la somme de 10 francs par membre syndiqué français. Cette somme sera adressée immédiatement au Trésorier de la *Fédération Nationale des Syndicats médicaux de France.*

Le secrétaire adjoint,

Dr Marichal.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. Dargelos, (*Suite*).

Le bacille de Yersin vit dans le sol et se communique à ces animaux. La transmission se fait à l'homme par l'intermédiaire des puces de ces rongeurs pestiférés.

Ce mode de contamination a été démontré expérimentalement par le transport de puces infectées de sang de rats pesteux sur des rats absolument sains qui ont succombé à l'inoculation opérée par ces parasites.

La contamination peut s'effectuer aussi par contact direct et par l'intermédiaire des mouches, moustiques, punaises, ayant puisé le virus sur les personnes atteintes de peste ou sur les matières et objets contaminés par le bacille de Yersin.

Les pratiques suivies pour se garantir contre l'invasion de la peste sont les suivantes :

Notification des pays contaminés, surveillance rigoureuse des navires, des marchandises de cette provenance, désinfection des navires infectés ou suspects application de ces mesures aux personnes, passagers et équipages, ainsi qu'aux marchandises.

Toutes les personnes se trouvant sur un navire suspect subissent une visite médicale.

Les malades sont immédiatement débarqués et isolés ainsi que leurs gardes-malades ; les non malades sont débarqués et soumis à une observation de 5 à 10 jours.

Les linges sont détruits par le feu, ou désinfectés à l'étuve ; le navire lui-même est désinfecté.

On s'attache surtout y à pratiquer la destruction des rats et de leurs puces, à l'aide de vapeurs insecticides d'acide sulfureux.

La dératisation obligatoire pour les navrires infectés est facultative pour les autres. Il serait bien à désirer, comme le fait remarquer le Dr Toy, que cette mesure fût obligatoire pour tous les navires, même en dehors de toute épidémie et à des intervalles déterminés. L'Institut Pasteur prépare un sérum très efficace pour amener la destruction des rats. Il est difficile de comprendre pour quoi son usage n'est pas imposé dans tous les navires et en tout temps.

La dératisation devrait aussi être une mesure constamment appliquée dans tous les ports, puisque ces rats risquent toujours d'être contaminés par les germes importés et d'être des propagateurs de la peste. On se demande pourquoi la dératisation des égoûts ne serait pas généralisée dans toutes les villes de France. Ces immondes rongeurs semblent y avoir un véritable lieu d'asile.

Les malades débarqués sont, avons-nous dit, isolés, eux et leurs infirmiers, et on procède à la désinfection rigoureuse ou à la destruction des linges qui ont eu un contact quelconque avec eux, ainsi que de toutes les matières excrémentitielles. Le public peut être certain que ces mesures sont prises avec le plus grand soin, aussi sont-elles efficaces. C'est certainement grâce à leur application que nous devons de ne plus voir ces épidémies terribles de peste qui, comme celle de Marseille en 1720, ont pu faire éclore des dévouements sublimes,mais répandaient partout la ruine, la terreur et la mort.

Les mesures dont nous venons de parler sont prises par les Pouvoirs publics (1). Ce n'est pas une raison pour que les mesures individuelles soient négligées.

En cas d'explosion d'un foyer pesteux, même sans qu'il y ait menace d'épidémie, tout le monde devrait en tout temps faire la guerre aux rats et aux insectes parasites, suceurs de sang, qui encombrent nos demeures (puces, punaises, moustiques, mouches) et qui peuvent tous être des agents inoculateurs de tous les virus. Il faudrait entretenir la propreté du corps et de l'habitation. Si ces mesures étaient prises constamment, on éviterait ou on diminuerait dans une grande proportion, non seulement les dangers d'inoculation de la peste, mais encore ceux de beaucoup d'autres maladies infectieuses.

On emploie comme traitement et comme immunisation préventive de la peste des sérums obtenus par le sérum de cheval, préparés pour cette affection par Yersin, comme celui de Roux pour le croup ; on a employé aussi des vaccins préparés avec des cultures du bacille. Leur emploi, comme traitement curatif et préventif, a permis d'obtenir les meilleurs résultats.

(1) Il est très regrettable que les Pouvoirs publics suivent les errements des populations et n'appliquent les mesures prophylactiques qu'en temps d'épidémie.

Description des symptômes du choléra et maladies cholériformes, et mesures prophylactiques.

Les symptômes prémonitoires du choléra épidémique (choléra asiatique, choléra indien) sont: la diarrhée et des malaises avec nausées. Cette période, généralement de courte durée, manque quelquefois, surtout en cours d'épidémie. Elle se confond alors avec la deuxième période, période algide qui survient brusquement et réalise ce qu'on appelle en langage ordinaire l'attaque de choléra.

La maladie présente, dans cette période, les symptômes suivants : langue froide, soif excessive, vomissements, selles aqueuses, contenant des matières blanchâtres, analogues à de l'eau de riz, ventre douloureux, rétracté, crampes violentes, suppression des urines, pouls déprimé, sueurs froides et visqueuses, amaigrissement rapide, refroidissement de toute la surface du corps. La mort survient généralement dans cette période.

La troisième période est une période de réaction qui peut présenter encore de grands dangers et pendant laquelle on doit prendre et suivre exactement les conseils de son médecin.

Le choléra épidémique est originaire de l'Inde. Les divers sièges de son endémicité sont : le Golfe du Bengale, Calcutta, Madras, Bombay, et toutes les localités où ont lieu des agglomérations de pélerins indous.

C'est de ces régions que le choléra tend à envahir l'Europe, en suivant les courants humains soit par voie de terre (Perse, Chine, Russie), soit par voie de mer (Mer Rouge, Egypte, Tunisie, Algérie, Méditerranée), soit par la voie des airs (avions).

L'infection est produite par un bacille, auquel Koch a donné, à cause de sa forme, le nom de bacille virgule.

Ce bacille pullule et se reproduit dans l'intestin des malades, qu'ils soient atteints de choléra grave ou seulement de diarrhée cholérique. Aussi, deviennent-ils, ces derniers surtout, parce qu'ils peuvent encore faire des voyages assez longs, des agents de dissémination et des facteurs de nouveaux foyers d'épidémie.

On observe souvent pendant la période estivale des diarrhées cholériformes, qui présentent les mêmes symptômes que le choléra indien et dont la gravité peut aller jusqu'à entraîner la mort.

La seule différence que ces cholérines, désignées aussi sous le nom de choléra nostras, présentent avec le vrai choléra, c'est que l'examen bactériologique des matières n'y révèle pas la présence du bacille virgule caractéristique de ce dernier.

La loi sur la protection de la santé publique a rendu obligatoire la déclaration de toutes les diarrhées cholériformes.

Cette précaution a été prise pour que l'on procède chaque fois à l'analyse bactériologique, permettant seule d'établir si l'on se trouve ou non en présence d'un cas contagieux de choléra asiatique. Les épidémies européennes ont toujours succédé à un réveil de l'endémicité dans les pays d'origine.

De là comme il a été dit plus haut, le fléau est transporté en Europe. Le plus souvent, il est d'abord importé à la Mecque par les pèlerins indous ; il y est contracté par les pèlerins musulmans, venus de Turquie, d'Algérie, de Tunisie, du Maroc... *Ces nouveaux porteurs de germes*, peuvent, à leur retour, créer chez eux des foyers secondaires d'où des voyageurs contaminés, amenés par les navires dans les ports de la Méditerranée, importeront le fleau dans ces ports et dans les divers lieux de leur destination.

La connaissance de la cause exacte et de la marche du choléra, a donné lieu à l'établissement de mesures administratives contre sa propagation.

Ces mesures concernent : les navires, les équipages, les voyageurs, les bagages et les marchandises.

Les navires provenant d'un foyer déclaré d'épidémie sont l'objet d'une surveillance toute spéciale et d'une visite médicale avant leur entrée dans les ports.

Si le navire a eu un décès cholérique à bord, ou s'il porte des malades suspects, ces malades sont immédiatement débarqués et isolés. Les autres personnes sont également débarquées et soumises à une observation qui ne peut pas dépasser 5 jours.

Le linge sale, tous les effets ayant servi à l'équipage ou aux passagers sont désinfectés ainsi que le navire lui-même ; les mesures prises dans les ports, vis-à-vis des arrivants, malades ou suspects, sont prises aux frontières de terre pour les voyageurs arrivant en chemin de fer ou par les voies fluviales.

C'est ainsi que les trains pouvant contenir des voyageurs suspects sont l'objet d'une surveillance spéciale quoique discrète.

Tous les incidents sanitaires observés en cours de route sont signalés. Des voyageurs provenant d'un pays contaminé subissent à la frontière une visite sommaire. Leur billet est frappé d'une marque spéciale qui permet à leur arrivée à destination de connaître leur provenance et de les soumettre à une surveillance de la plus haute utilité. Cette surveillance est exercée par le délégué sanitaire de la circonscription où se trouve le voyageur suspect, dont l'adresse lui a été fournie par l'autorité préfectorale.

Aujourd'hui, ces mêmes mesures devront être prises pour les pilotes et les voyageurs venus par avions de pays contaminés ou y ayant fait escale.

La surveillance des individus suspects ne doit pas dépasser 10 jours à partir de la date du départ. Elle est faite par les soins de l'autorité administrative.

Ces mesures générales n'excluent pas celles que l'on doit prendre individuellement.

Les mesures individuelles de protection, sont celles qui ont été indiquées pour toutes les maladies contagieuses : isolement du malade dans une chambre aérée, soins méticuleux de propreté, précautions d'antisepsie prises par la garde-malade, désinfection des linges par le trempage, désinfection des matières excrémentitielles, des cabinets d'aisance, des éviers, etc. Toutes ces précautions ont été déjà exposées en détail. Elles doivent être prises en temps d'épidémie ou de menace d'épidémie de choléra, avec d'autant plus de soins que la maladie est des plus graves. Si, malgré les précautions prises, il survient un cas de diarrhée, celle-ci doit être traitée, quelle qu'en soit la cause ou l'intensité. Le non traitement d'une diarrhée quelconque, en temps d'épidémie de choléra, constitue une imprudence grave. Sa guérison, par des soins donnés au début, peut empêcher l'invasion d'une attaque de choléra.

Le médecin traitant doit veiller à ce que les mesures de désinfection soient prises avec la plus grande rigueur, dans le domicile du malade, pendant tout le cours de la maladie.

La déclaration doit être faite le plus rapidement possible.

Les municipalités doivent veiller à ce que les eaux de boisson soient protégées contre toutes contaminations. Les eaux de boisson sont, en effet, pour le choléra, comme pour la fièvre typhoïde, les dysenteries, le principal véhicule du bacille. Aussi, lorsqu'il existe un foyer cholérique, même restreint, on doit considérer les eaux de puits ou de sources du vosisinage comme suspectes et n'user, comme eau de boisson, que de l'eau bouillie.

Cette précaution doit être prise pendant toute la durée de l'épidémie. Après la cessation de celle-ci, lorsque la possibilité de contamination nouvelle des sources peut être écartée, on doit

faire procéder à l'analyse bactériologique de l'eau et ne s'en servir directement que si cette analyse en a démontré la pureté ; dans le cas contraire, il convient de procéder aux travaux d'assainissement nécessaires à sa stérilisation.

Les eaux de boisson sont, en effet, le principal agent de propagation du choléra. Mais le bacille virgule peut aussi être introduit dans l'organisme par les autres aliments, d'où la nécessité de prendre les précautions les plus grandes de propreté en tout ce qui concerne l'alimentation, comme il a été dit pour la fièvre typhoïde.

Toujours selon l'adage : « Aide-toi, le Ciel t'aidera », chacun devrait, sans attendre, pour avoir de l'eau potable, la réalisation souvent tardive des projets conçus ou promis par les municipalités, utiliser en son particulier les filtres à sable non submergé, à leur défaut, de l'eau bouillie.

Le bacille introduit dans le corps humain doit trouver, pour son évolution, les facteurs nécessaires à son développement. Ces conditions favorables sont loin d'être toutes connues. Mais on sait, par l'observation clinique, que tout ce qui diminue la résistance de l'organisme favorise l'action du choléra. Ainsi, les personnes qui ont eu des congestions ou des hémorragies cérébrales, les aliénés, toutes les personnes qui ont une maladie organique du système nerveux, tous ceux qui sont déprimés par une cause quelconque, offrent au choléra une faible résistance et cette maladie présente chez eux le caractère de la plus haute gravité (1).

Tout ce qui peut troubler la digestion stomacale ou intestinale favorise l'éclosion de cette maladie. Un repas trop lourd, trop copieux, l'usage de crudités, une glace intempestive qui, en temps ordinaire, n'entraîneraient qu'une fatigue bientôt résolue par un vomissement, un peu de diarrhée ou de simples coliques, peuvent entraîner, en temps d'épidémie, une véritable atteinte de choléra.

Le refroidissement des entrailles comme cause occasionnelle de cette affection est absolument indiscutable. Tout le monde sait que la diarrhée simple est souvent amenée, en temps normal, par la même cause. En temps d'épidémie, cette diarrhée débilite le sujet qui en est atteint et devient, en favorisant l'évolution du bacille virgule, une diarrhée cholérique.

(1) Pendant les épidémies de 1884-1885, nous avons observé six cas de choléra chez des personnes de 65 à 70 ans qui avaient été précédemment atteintes de troubles cérébraux. L'attaque a été, peut-on dire, subite ; la période prémonitoire presque nulle. Il n'a été possible chez aucune d'elles d'amener la moindre réaction; l'algidité a été rapidement progressive ; la mort est nervenue en 6 ou 7 heures. Cette observation est une preuve péremptoire de la nécessité, pour résister à l'influence des microbes pathogènes d'agir sur la force vitale en fortifiant l'action du système nerveux.

Pendant l'épidémie de 1884, où j'ai traité dans ma clientèle, 97 cas de choléra, je n'en ai, puis-je dire, pas vu un seul qui n'ait été précédé d'un refroidissement constaté.

Pendant cette même période, quoique nous fussions aux mois de juillet et d'août, nous avons pu constater des alternatives de chaleur et froid assez rigoureux ; ce dernier était occasionné par des rafales de mistral, avec l'apparition desquelles concordait toujours une augmentation notable de nouveaux cas de décès.

Cette observation m'a fait donner, à cette époque, l'explication suivante d'un dicton populaire que j'avais entendu de la bouche de plusieurs vieillards aixois.

Le choléra de 1884 avait débuté par Toulon. Ces personnes diverses à qui je manifestais les craintes de son apparition à Aix, me répondaient: « Nous ne craignons encore rien ! Le choléra ne nous vient jamais de Toulon, il nous vient d'Arles ! » Ajoutons que l'on avait toujours supposé, avant la découverte du microbe virgule, que le choléra était dû à des miasmes qui pouvaient être apportés par les vents. Or, le Mistral vient à Aix de la direction d'Arles. Ce vent est très avide d'eau ; agréable et tonique quand il est léger ; lorsqu'il souffle avec plus ou moins de violence, il dessèche rapidement l'humidité du sol et de l'atmosphère, et excite l'évaporation cutanée. Il en résulte un abaissement de température contre lequel il est difficile de se prémunir et dont l'action se répercute souvent sur l'intestin ; surtout chez les non acclimatés ou les prédisposés aux troubles de cet organe. La diarrhée en est la conséquence. Il suffit, en général, de porter une ceinture de flanelle pour s'en préserver.

Il n'y aurait rien d'étonnant à ce que la constatation de l'apparition et de l'aggravation du choléra, pendant que le Mistral souffle, ait fait admettre qu'il apportait à Aix des miasmes arlésiens ; alors que selon nous, il ne faisait qu'occasionner des refroidissements, favorisant l'évolution des bacilles endormis dans l'intestin.

L'explication que j'ai donnée de ce dicton populaire peut ne pas être exacte, mais elle me paraît logique. Quoi qu'il en soit, j'ai cru intéressant de la signaler, son origine ayant certainement pour base une réelle observation, sinon une vraie interprétation des faits.

Quelles conclusion faut-il tirer de ce qui précède ?

C'est qu'en temps d'épidémie, il faut être sobre, user d'aliments faciles à digérer, éviter les crudités, surtout les légumes et les fruits crus qui, se trouvant au ras du sol, peuvent être infectés par les eaux d'arrosage ; éviter les excès de tous genres, surtout les grandes fatigues, les excès alcooliques, faire bouillir l'eau de boisson, etc.

Cette question d'hygiène alimentaire m'amène

à dire quelques mots sur l'usage des fruits dans l'alimentation, pendant les épidémies de choléra. En règle générale, on attribue aux fruits, une influence néfaste sur la production de la maladie. Je crois pouvoir dire qu'il y a là une erreur. Ce ne sont pas les fruits qui sont dangereux, ce sont les fruits mauvais, mal mûris ou en partie gâtés. Quand les fruits sont de bonne qualité, le danger ne consiste pas dans l'usage, mais dans l'abus que l'on peut en faire.

Nous avons vu plus haut qu'en temps d'épidémie de choléra, il faut éviter tout ce qui peut déterminer la diarrhée ; or, sa production trouve une cause réelle dans l'usage des fruits mauvais ou trop mûrs, et l'abus de ceux qui sont bons.

Pendant l'été de 1884 et de 1885, il y eut surabondance de fruits : pêches, poires, melons... ils étaient exquis, comme ils le sont presque toujours lorsqu'ils sont abondants. Ils étaient, en outre, d'un prix minime, les marchés en étaient encombrés et la vente difficile à cause de la mauvaise réputation qui les accompagnait. Nous n'avons jamais vu, à cette époque, des cas de choléra occasionnés par leur usage. Nous avons observé, au contraire, beaucoup de personnes qui se soumettant à une alimentation spéciale, dont les fruits étaient exclus pour éviter le choléra, arrivaient à se procurer une constipation inquiétante. Ajoutons que, comme tant d'autres, nous suivîmes ce même errement. L'usage des fruits a été des plus efficaces et des plus utiles pour faire disparaître ces états et ramener, sans à-coup, le fonctionnement normal du tube digestif. Nous n'avons jamais constaté à cette époque, un ca sde choléra attribuable à ces fruits qui, je le répète étaient absolument parfaits.

Il a été dit plus haut que tout refroidissement était à éviter. Pour cela il est prudent, même nécessaire, de maintenir jour et nuit son ventre à une température constante, à l'aide d'une ceinture de flanelle.

Les attaques de choléra sont fréquentes vers 3 ou 4 heures du matin, parce que vers ces heures, si l'on n'est pas bien couvert dans son lit, on peut y sentir l'influence du refroidissement terrestre. Aussi, pendant la nuit, il faut être muni d'une couverture de laine.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Le Dr Paul Cornet. — Nous avons eu le douloureux devoir d'assister, le 26 janvier, à 'église Saint-Séverin, aux obsèques de notre vieil et excellent ami, Paul Cornet, médecin en chef honoraire de la Préfecture de la Seine, secrétaire de la rédaction de *Paris médical*, enlevé brutalement à sa famille et à ses amis par une pneumonie grippale, à l'âge de 66 ans.

Paul Cornet était venu de la Réunion en France pour s'y faire une situation. Avec une énergie peu commune, il entreprit les études de pharmacie, devint interne des hôpitaux ; puis, entreprit ses études médicales. Une fois docteur, il abandonna la pharmacie et se consacra plus particulièrement aux maladies du tube digestif.

Ayant été interne en pharmacie à Bicêtre dans le service du Dr Bourneville, il sut conquérir l'estime et l'affection de son maître qui l'attacha à la rédaction du *Progrès médical*, et le fit nommer professeur des écoles municipales d'infirmières de la Ville de Paris, il y a environ 35 ans. Ce fut à cette époque que nous eûmes l'avantage de le connaître, et il nous remplaça comme secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, lorsque nous fûmes nommé rédacteur en chef du *Concours médical*. Quelques années plus tard, Paul Cornet fut appelé par le Pr Gilbert au secrétariat général de *Paris médical* qu'il venait de fonder.

Praticien très instruit et fort apprécié, journaliste de talent, d'une exquise courtoisie, homme droit et ami sincère, Paul Cornet n'avait que des amis. Lorsque Bourneville, à la fin de sa vie, affaibli, malade, eût perdu toute influence, la plupart de ceux qui lui devaient leur situation, l'abandonnèrent comme les parasites fuient le cadavre de l'animal sur lequel ils vivaient. Paul Cornet fut un des rares qui lui restèrent fidèles et se rencontra avec nous au chevet du mourant dont il eut l'honneur d'être avec nous l'exécuteur testamentaire.

Nous adressons à Madame Paul Cornet et à son fils le Dr Pierre Cornet, ancien interne des hôpitaux, oto-rhino-laryngologiste à Amiens, l'expression la plus sincère de notre cordiale sympathie.

J. Noir.

— **Hôpitaux de Paris.** *Service de tuberculeux.* — La situation hospitalière a fait apparaître l'insuffisance des services d'isolement de tuberculeux, puisque, à la date du 21 octobre dernier, 575 malades tuberculeux se trouvaient traités dans les services de médecine générale. En vue de remédier à cet état de choses qui constitue un danger pour les autres malades, l'Administration vient d'affecter de nouveaux lits à l'isolement des tuberculeux.

Le service de médecine laissé vacant à l'Hôtel-Dieu par le départ de M. le Dr Caussade, sera consacré en totalité aux tuberculeux. Ultérieurement, l'Administration est décidée à étendre les services de tuberculeux dans les établissements suivants :

Necker, 44 tuberculeux en médecine générale, Beaujon, 55 tuberculeux en médecine générale, Lariboisière, 69 tuberculeux en médecine générale Tenon, 83 tuberculeux en médecine générale.

— **Institut de Criminologie.** — Programme des cours. — Section de droit criminel. (Le cours ont lieu à la Faculté de Droit) — *Droit pénal spécial*: M. Hugueney, — *Droit pénal spécial* : M. Donnedieu de Vabres. — *Droit criminel approfondi et comparé* : M. Hugueney. — *Procédure criminelle* : M. G. Le Poittevin, président de chambre à la Cour d'appel. — *Médecine légale* : M. Dervieux. — *Médecine mentale* : M. Laignel-Lavastine, agrégé à la Faculté de médecine.

Section de médecine légale et de psychiatrie criminelle (Les cours ont lieu à la Faculté de médecine, à l'Asile Sainte-Anne et à l'Institut médico-légal).

A la faculté de médecine. — *Médecine légale* : M. Balthazard, professeur à la Faculté de médecine, et M. Duvoir, agrégé. — *Accidents du travail et maladies professionnelles* : MM. les professeurs Balthazard et Claude, assistés d'agrégés, de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, en mars et avril. — *Pathologie mentale* ; M. Claude, professeur à la Faculté de médecine. — *Psychiatrie médico-légale* (12 conférences) : M. le professeur Claude et M. Lhermitte, agrégé, en mars, tous les jours, à 5 h. — *Législation et jurisprudence médicales* : M. le professeur Hugueney.

A l'asile Sainte-Anne. — *Clinique psychiatrique* : M. le professeur Claude, les mercredis et samedis matin, à 10 h. — *Examen des malades et rédaction de rapports* : MM. les chefs de clinique, le mercredi, à 3 h. 1/2.

A l'institut médico-légal. — *Travaux pratiques* (pendant toute l'année . *Autopsies* : M. le professeur Balthazard, le samedi, à 2 h. ; M. Duvoir, agrégé, le jeudi, à 2 h. ; M. Dervieux, le mardi, à 2 h. — *Médecine légale* : MM. Dervieux et Piédelièvre, à partir du 1er janvier, le mardi à 3 h.

Cours théorique (en mai et juin . — *Police scientifique* : M. Bayle, chef du service d'identification judiciaire à la préfecture de police, tous les jours, à 6 h.

Section de police scientifique (Les cours ont lieu du 25 avril au 16 mai 1927, au Service de l'identité judiciaire . — *Organisation et technique policières* (10 conférences ; M. Faralicq, commissaire à la Direction des recherches, tous les jours, à 5 h. — *Médecine légale générale* (10 conférences) : M. Balthazard, professeur à la Faculté de médecine, tous les jours, à 6 h. — *Médecine légale psychiatrique* (10 conférences) ; M. Claude, professeur à la Faculté de médecine, tous les jours, à 6 h. — *Police scientifique* (10 conférences ; M. Bayle, chef du service d'identification judiciaire à la Préfecture de police, tous les jours, à 6 h.

Section de science pénitentiaire (Les cours ont lieu à la Faculté de Droit et à l'Institut médico-légal). — *Semestre d'hiver* (à la Faculté de Droit . — *Science pénitentiaire* (8 conférences : M. Mossé, inspecteur général des services administratifs, mercredi, à 5 h. — *Régime pénitentiaire* (2 conférences) : M. Catry, directeur de la prison de la Santé ; M. Dufour, directeur de la prison de Fresnes. — *Médecine mentale* ; M. Laignel-Lavastine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, lundi, à 11 h. 1/4, amphithéâtre III. — *Procédure criminelle* : M. G. Le Poittevin, président de chambre à la Cour d'appel vendredi, à 5 h. — *Médecine légale* : M. Dervieux, vendredi, à 6 h.

Semestre d'été (mai et juin) au service d'identité judiciaire. — *Organisation et technique policières* (10 conférences) : M. Faralicq, commissaire à la Direction des recherches tous les jours, à 5 h. — *Police scientifique* : M. Bayle, chef du service d'identification judiciaire à la préfecture de police, tous les jours, à 6 h.

Les inscriptions doivent être prises : Pour la section de Droit criminel et la section de Science pénitentiaire à la Faculté de Droit. Pour la section de médecine légale et de Psychiatrie criminelle et la section de Police scientifique, à la Faculté de Médecine.

Le droit d'immatriculation est fixé à 100 fr. pour l'année scolaire Les étudiants inscrits, soit à la Faculté de Droit, soit à la Faculté de Médecine, sont dispensés du droit d'immatriculation.

Sont perçus en outre : Section de Droit criminel et section de Science pénitentiaire : 4 droits trimestriels d'exercices pratiques à 25 fr. et 1 droit d'examen (comprenant la délivrance du diplôme de 20 fr.

Section de Médecine légale et de Psychiatrie criminelle : 4 droits trimestriels de laboratoire à 100 fr. et 1 droit d'examen de 100 fr.

Section de Police scientifique : 1 droit d'études de 60 fr. et 1 droit d'examen (comprenant la délivrance du diplôme de 20 fr.

La première session d'examens aura lieu en juillet 1927.

— **La « Saignée Blanche »**, publication médicale illustrée internationale, est adressée aux médecins qui en font la demande à la maison d'édition : The Denver Chemical M.F.G. C°, 163, Varick Street, New York, ou au Laboratoire de l'Antiphlogistine, à Paris.

— **Clinique des maladies du système nerveux.** *Hospice de la Salpêtrière.* — M. le professeur Georges Guillain. — Leçons, les mardis à 10 h. (policlinique à la salle de consultations externes de l'hôpital), et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

Tous les matins, à 9 h. 1/4 conférences de séméiologie et de clinique, par M. Ch. Foix, agrégé, de la Faculté M. Th. Alajouanine, médecin des hôpitaux : MM. Girod, Périsson, Péron et Thévenard, chefs de clinique ; M. Mathieu, ancien chef de clinique. A 10 h. 1/2, examen et présentation de malades par le professeur.

Démonstrations biologiques, examens du liquide céphalo-rachidien, par M. Léchelle, médecin des hôpitaux chef du laboratoire de biologie, les jeudis à 10 h.

Démonstrations d'anatomie pathologique par M. Ivan Bertrand, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, les lundis à 10 h.

Examens d'électro-diagnostic et démonstrations électro-physiologiques, par M. G. Bourguignon, chef du service d'électro-radiothérapie de la Salpêtrière, les mardis, jeudis et samedis, à 10 h.

Examens de neurologie oculaire, par M. Lagrange, les mercredis à 10 h., les lundis et vendredis, à 11 h.

Examens otologiques, par M. Truffert, les samedis à 10 h. et lundis, à 15 h.

Des cours complémentaires et de perfectionnement de neurologie théorique et pratique seront faits en janvier, février, mai et juin 1927, sous la direction de M. le professeur Guillain et de M. Ch. Foix, agrégé. Un cours complémentaire d'anatomie pathologique et de technique sera fait par M. Ivan Bertrand, en juin 1927.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

le salaire de base des blessés du travail pour le calcul des rentes.

Il nous semble, comme à vous, que cette mesure générale peut être discutée et que, notamment, elle n'est pas justifiée lorsqu'il s'agit de domestiques dont le salaire ne dépasse pas 4.500 francs et pour lesquelles la modification dont il s'agit est par suite sans intérêt.

279. — Accident domestique survenu à un ouvrier agricole.

Voudriez-vous éclairer ma lanterne sur le cas suivant :

Domestique agricole, qui se blesse avec un couteau, à l'extrémité du pouce, en coupant du pain, à la table de son maître. Cette blessure, peu profonde, guérit sans traitement et n'empêche nullement ce domestique de continuer son travail.

Cinq jours après, phlegmon de la gaine du pouce avec irradiation au poignet et à la paume, état infectieux, qui nécessitent l'ouverture de la gaine et le drainage à la base du pouce, à la paume et au poignet sous anesthésie générale, par un chirurgien.

Le patron est assuré à la Compagnie La P. et fait sa déclaration.

La Compagnie refuse le sinistre, en prétendant que l'accident n'est pas arrivé pendant le travail.

Je serais heureux d'avoir votre avis. Dr S.

Réponse.

Suivant Sachet (traité de la Législation sur les accidents du travail, édition de 1926, no 2385), l'ouvrier agricole, nourri et logé dans la ferme, qui est victime d'un accident en accomplissant, même en dehors des heures habituelles du travail de l'exploitation, des travaux de ménage, tels que préparation des aliments, nettoyage de la vaisselle, etc. a droit au bénéfice de la législation sur les accidents du travail.

Dans l'espèce que vous nous exposez, le domestique a été blessé en coupant du pain, à la table de son maître. S'il coupait du pain pour les convives qui prenaient ou allaient prendre leur repas à cette table, il doit être garanti par la loi.

Il n'en serait autrement, à notre avis, que s'il avait coupé du pain pour lui seul, et avait été blessé alors qu'il mangeait lui-même et coupait le pain pour son usage personnel, par exemple avant de le porter à sa bouche.

Application des Tarifs Durafour et Fallières.

I

4083. — Sutures multiples et blessures multiples.

Je vous serais obligé de vouloir bien me faire savoir, par la voie du *Concours*, comment je dois tarifer :

Sept blessures du cuir chevelu plus une plaie de la face, plus une plaie du nez ; il s'agit (art. 14) de blessures multiples sur un même « segment de membre », si j'ose dire. Il me paraît cependant injuste, que tous ces soins ne méritent que le prix d'une visite.

Le blessé en question était bien servi : il présentait, en outre, une blessure au coude et une blessure au genou. Tout cela représente-t-il trois interventions (tête, coude, genou) ou davantage ?

D[r] C.

Réponse.

Deux articles, 14 et 17, sont ici en jeu, à propos du mot « multiples » et, tarif en main, vous avez à compter :

a) Sutures multiples (article 17) de la tête	25 fr,
b) Blessures multiples ((article 14) du coude	10 »
Plus du genou	10 »
c) Certificat descriptif	10 »
Total	55 fr.

F. D.

II

4061. — Cumul.

La P. me renvoie une note ainsi rédigée :

Visite	10 fr.
Service A. T.	20 fr.

En disant : l'injection de sérum fait l'objet d'une tarification spéciale et, en conséquence, assimilée à un acte opératoire quelconque ne peut être cumulée avec la visite ou la consultation effectuée le même jour (art. 13).

Cette interprétation me paraît abusive et en contradiction avec le même article 13 — *in fine* — qui admet le cumul précisément parce que l'injection A. T. fait l'objet d'une tarification.

D[r] T.

Réponse.

L'article 13 signifie qu'on ne peut, à la fois, compter une visite *plus* une intervention, mais seulement l'une ou l'autre. Et pour plus de clarté, on a ajouté le deuxième alinéa qui comporte le mot « adjonction ». La Compagnie est donc dans son droit en biffant le prix de la visite que vous avez *ajouté* à celui de l'intervention.

F. D.

III

17. — 1° Prix de la visite ; 2° Cumul.

Je me permets de vous demander le renseignement suivant au point de vue tarification des honoraires médicaux dans les accidents du travail. Connaissant votre haute compétence dans la matière et l'activité que vous avez donnée à cette branche un peu spéciale de la médecine dans votre journal *Le Concours Médical*, je ne saurais mieux m'adresser.

1° La ville de C. ayant actuellement 107.000 habitants, chiffre officiel publié par la mairie, publié également dans les trois journaux de la région en juin dernier à la suite du dernier recensement, une visite à domicile doit-elle être tarifée 10 fr. ou 12 fr.

2° Lorsqu'un médecin reçoit à son cabinet un malade, accidenté du travail, atteint d'abcès et qu'il lui fait un pansement et une injection de propidon, la tarification suivante est-elle juste : –

1° Une visite et pansement .... 10 fr.
2° Une injection de propidon .... 20 fr.

Ou si vous aimez mieux, doit-on tarifer l'injection de propidon en même temps que la visite et le pansement, car la Compagnie refuse de payer la visite et le pansement, soit 10 fr. Est-elle dans son droit ?

Elle objecte pour ceci l'article 10 et elle catalogue l'injection de propidon comme une intervention ou un acte opératoire.

Dr P.

Réponse.

1° *a*) La *visite* à domicile est tarifée (article 1er) pour toute la France, avant le 1er janvier 1927 (tarif Durafour), 10 francs, et, depuis ce jour (tarif Fallières), 12 francs.

b) Dans les villes de plus de 100.000 habitants, une indemnité de déplacement moyenne fixe de 2 francs (article 2) vient s'ajouter, dans les deux tarifs, au prix de la visite. Le total donne pour la visite et le déplacement moyen 12 francs avant et 14 francs après le 1er janvier 1927.

2° Vous ne pouvez compter, à la fois, une visite plus une intervention, quelle qu'elle soit. Ce serait le cumul interdit par l'article 13 (et non 10 comme l'écrit la Compagnie, dites-vous).

F. D.

IV

38. — Double plan de sutures plus hémostase.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de m'indiquer la rédaction de la note d'honoraires d'un accidenté du travail ?

Large blessure et profonde au bord inférieur du genou, intéressant peut-être l'articulation (hémorragie assez gênante).

Sutures plan profond ;

Sutures plan superficiel après hémostase par pinces.

Le lendemain :

Visite à domicile ;

Sérum antitétanique ;

Pansement.

Ne pouvant continuer à lui donner des soins à domicile (trop loin), j'ai cessé en lui conseillant de s'adresser à un autre confrère.

Dr F.

Réponse.

1° Vous avez là, dites-vous, « hémostase par pince, plus sutures profondes, plus sutures superficielles ». Je compterais, par analogie avec « régularisation, épluchage, etc... d'une plaie pro-

fonde : 100 francs », en donnant à la Compagnie toutes explications désirables.

2° Le lendemain, injection antitétanique 20 fr. et pas davantage, sans quoi ce serait le cumul interdit par l'article 13.

F. D.

V

101. — Visites multiples et « temps payé » le même jour.

Dimanche 18 juillet 1926 : visite....... 20 fr.
Indemnité kilométrique de mon domicile au lieu de l'accident (6 kil.).......... 6 60
(Examen qui ne pouvait être que superficiel).
Indemnité kilométrique du lieu de l'accident au domicile du décédé (3 kil.).. 3 30
Attente de deux heures au domicile du décédé. Attente forcée. Examen du corps du décédé à son domicile.
Indemnité kilométrique du domicile du décédé à mon domicile personnel (4 kilom.)................................ 4 40
Certificat initial et son duplicatum sur timbre.

Dr V.

Réponse.

Première hypothèse. — Si le blessé était décédé quand vous l'avez examiné au lieu de l'accident, il devient difficile de compter une deuxième visite plus un deuxième déplacement, *a fortiori*, deux heures d'attente... Et cela d'après l'adage : *Non bis in idem.* Si vous avez pris la peine, dira-t-on, de faire six kilomètres pour examiner un blessé, c'est bien le moins de faire, à ce moment, un examen *suffisant.* Et alors qu'aviez-vous besoin de retourner le voir une deuxième fois ?

Seconde hypothèse. — Au contraire, si c'est un blessé *vivant* qui a reçu vos soins sur le lieu de l'accident et que vous ne l'avez trouvé mort que lors de votre deuxième visite, vous avez tout naturellement à compter vos deux visites et vos deux déplacements. Mais, là encore, je ne comprends pas votre « attente » que vous ne pourriez compter, en tout cas, que si vous étiez resté, durant ce temps, *auprès du malade,* dans l'éventualité de complications menaçant sa vie » (article 6). Et il semble, d'après votre terme « attente » que ce ne soit pas le cas.....

F. D.

Fiscalité.

3841. — Pas d'exonération d'impôts pour les locaux professionnels.

Ayant fait construire une maison d'habitation avec garage attenant en 1921-1923, j'ai fait la déclaration à la mairie pour l'exemption de taxe foncière pendant quinze ans. Or cette année (au bout de 3 ans) le contrôleur me taxe comme foncier sur une

partie de mon habitation (cabinet de consultation, salle de médicaments, garage), comme partie pas à usage d'habitation pure.

Est-ce normal ? Dr R.

Réponse.

La loi du 31 mars 1922 n'accorde pas l'exemption d'impôt foncier pendant 15 ans pour les immeubles ou portions d'immeubles affectés à un autre usage que l'habitation ; c'est le cas de vos locaux professionnels.

Leur imposition en 1926 est donc régulière.

A. M.

3843. — Dans quelle cédule doivent être classés les traitements fixes alloués à un médecin.

Je vous serais reconnaissant de me faire connaître votre avis sur la réponse ci-incluse du contrôleur à ma réclamation.

Il s'agit, en l'espèce, de deux traitements fixes annuels qui me sont alloués l'un par une Banque, l'autre par la Préfecture (inspection médicale des écoles).

Ne sont-ce pas là des traitements ?

Si d'après vous, j'ai raison, que dois-je faire ?

Dr B.

Réponse.

La thèse de l'administration est exposée en partie par la réponse du contrôleur. Nous la complèterons en disant que le caractère de salaire n'est reconnu au médecin que si le contrat qui le lie à l'administration publique ou privée lui reconnaît les mêmes avantages que ceux dont bénéficient les véritables employés, soit en vertu d'une règle propre à l'entreprise (congés de maladie, retraites, etc.) ou en vertu de la loi (limitation de la durée du travail, accident du travail, retraites ouvrières, etc.), ce qui laisse supposer que le médecin se trouve en situation d'étroite dépendance vis-à-vis de l'administration qui a recours à ses services.

Cette thèse est contestable, mais jusqu'ici aucun arrêt du Conseil d'Etat n'est intervenu sur ce point.

Il y a lieu de contester l'imposition, par voie de réclamation adressée au Préfet.

A. M.

Baux et locations.

142. — Prorogation. Reprise par le propriétaire.

Le « Sou Médical » pourrait-il me donner un conseil, question loyers.

J'occupe, depuis le 1er avril 1914, une maison où j'exerce la médecine. Bail de 9 ans conclu en 1914, loyer fixé à 1800 fr. A l'expiration du bail, je bénéficie de la prorogation de 5 ans et 3 mois qui s'étend jusqu'au 1er juillet 1928.

D'après la loi d'avril 1926, je suis dans les conditions requises pour être prorogé jusqu'au 1er avril 1931.

Le « Sou » pourrait-il me dire si j'ai cette prorogation *de plein droit* ou si j'ai à la demander, et sous quelle forme ?

Deuxième question. D'après la loi d'avril 1926, le droit de reprise du propriétaire ne s'applique pas aux locaux à usage professionnel. Suis-je absolument garanti à ce sujet contre le propriétaire qui a manifesté à plusieurs reprises son intention d'habiter la maison ?

Dr S.

Réponse.

1° A la différence des lois antérieures sur les loyers qui, toutes, obligeaient les locataires à demander la prorogation à leurs propriétaires, la loi du 1er avril 1926 la leur accorde de plein droit, sans qu'ils aient aucune formalité à remplir, ni à la demander sous une forme quelconque.

2° La loi dit, en toutes lettres, que le droit de reprise du propriétaire ne peut s'exercer que sur des locaux servant *exclusivement* à l'habitation. Il en résulte que jamais le droit de reprise ne peut être exercé sur un local professionnel ni sur un local mixte, c'est-à-dire servant à la fois à l'habitation et à l'usage de la profession, comme c'est votre cas.

Il n'en est autrement que lorsque le propriétaire veut reprendre, non pas pour habiter par lui-même ou par un membre de sa famille, mais pour démolir l'immeuble afin de le reconstruire.

118. — Droit à la prorogation.

Installé depuis 1921 dans un village de 2200 habitants (en augmentation sur le dernier recensement), j'habite le 1er étage d'une maison dont la propriétaire habite le rez-de-chaussée. Celle-ci venant de mourir, je voudrais savoir si les héritiers ont le droit de me donner congé et combien de temps j'aurai pour vider les lieux.

Dr C.

Réponse.

Si la loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable dans votre commune en raison de l'accroissement de la population, vous avez droit à une prorogation jusqu'au 1er avril 1931 et les héritiers de votre propriétaire ne pourront prétendre reprendre votre appartement pour leur usage personnel, l'exercice du droit de reprise étant limité par la loi aux locaux servant *exclusivement* à l'habitation et ne pouvant s'appliquer, par conséquent, au local habité par un médecin qui y exerce sa profession.

Mais si la loi du 1er avril n'était pas applicable dans votre commune, les héritiers de votre propriétaire pourraient vous donner congé, à la

condition de respecter les délais en usage dans votre localité, à moins toutefois que vous ne soyez en possession d'un bail, auquel cas votre location ne pourrait prendre fin qu'à l'expiration du bail.

Questions médico-militaires.

3772. — Promotion dans la Légion d'honneur.

Je viens de lire au sujet de l'attribution de la Légion d'honneur aux officiers oubliés volontairement ou non, que la Promotion Fayolle était terminée. J'ai été proposé par mon Corps d'Armée pour la Légion d'honneur en 1920. Depuis ce temps je n'ai rien vu venir, mais je me pique de curiosité un peu tard sans doute, et vous demande de bien vouloir me répondre aux questions suivantes si vous pouvez :

Proposé pour campagne 1914-15, sans que je le demande :

1° Puis-je savoir à quelle date le dernier tableau de proposition a paru cette année ?

2° Ai-je pu être compris dans la promotion Fayolle ?

3° Est-il utile de faire une demande ?

Dr N.

Réponse.

Quelques précisions semblent nécessaires : vous demandez vraisemblablement à quelle époque de l'année actuelle a paru le tableau de concours pour la Légion d'honneur ? Alors, c'est au mois de juillet 1926 ; consultez l'*Officiel*.

Cependant, si vous avez été inscrit à ce tableau en 1915, ou en 1920 par la commission Fayolle, depuis de longues années vous eussiez été prévenu et décoré effectivement ou par remise des insignes de la Légion d'honneur.

A titre de renseignement : le tableau publié chaque année est épuisé en 12 ou 15 mois au maximum, généralement en deux promotions (14 juillet-1er janvier) ou trois promotions (14 juillet-armistice-1er janvier). Il existe au cabinet du Ministre de la guerre un bureau civil dit des « décorations », auquel sont adressées les demandes de cet ordre.

3817. — Enquêtes pour promotion dans la Légion d'honneur.

J'ai été pendant la guerre cité à l'ordre de la brigade puis ensuite blessé. Depuis 1920, tous les ans j'ai reçu du service de santé des pièces à signer en vue de ma nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur. Je n'ai jamais vu venir aucune décoration.

Depuis deux ans, peut-être trois, les feuilles ne viennent plus jusqu'à moi, mais je reçois la visite du brigadier de gendarmerie qui me demande si je ne suis pas encore décoré et qui fournit toutes attes-

tations nécessaires sur mon absence permanente de croix, sur mes bonnes mœurs, etc., etc.

Je trouve qu'il s'agit là d'une comédie assez ridicule.

Je suis loin d'avoir les vingt-neuf annuités demandées. Peut-être mes états de service m'en dispensent-ils au moins pour une part.

Puis-je espérer être décoré rapidement ou verrai-je pendant encore de longues années se renouveler la visite annuelle du brigadier avec tout ce qu'elle comporte de paperasseries et de chinoiseries.

Dr X.

Réponse.

De nombreux confrères et officiers de réserve se trouvent dans votre cas, en ce qu'annuellement ils reçoivent la visite plus ou moins discrète, souvent maladroitement accomplie et difficilement interprétée, mais cependant réglementaire de la maréchaussée. C'est qu'ils sont proposables pour l'avancement ou pour la Légion d'honneur, et que le règlement exige à ce moment une enquête sur la situation professionnelle comme sur la moralité des candidats.

Vous ne pouvez être proposé qu'à 29 annuités de service, vos années de service étant majorées des années de guerre, et d'une annuité par blessure de guerre comme par citation à l'ordre de l'armée.

3824. — Radiation des cadres.

Faisant partie de la classe 1897 et père de 3 enfants, je reçus il y a environ six mois de la Direction du Service de santé, une feuille m'avisant qu'ayant dépassé la limite d'âge, je pouvais, sur ma demande, me faire rayer des cadres de l'armée. Je répondis immédiatement que je demandais ma radiation.

Or, je ne reçus à ce sujet aucune réponse, mais il y a quelque temps il m'arriva une feuille rouge m'indiquant, en cas de mobilisation, un changement d'affectation.

Comme j'estime avoir droit à un repos bien gagné après 5 ans de guerre passés comme médecin de bataillon ou de G.B.D. au front, je voudrais bien savoir comment m'y prendre pour me dégager de toute obligation militaire et vous prie de m'indiquer la voie à suivre.

Dr G.

Réponse.

Adressez au ministre de la guerre (7e Direction) une demande de radiation des cadres pour raison de limite d'âge. N'oubliez pas de la faire passer par la voie hiérarchique de votre Directeur du Service de santé, en le priant de vous en accuser réception et de vous faire connaître la réponse du Ministre, dès qu'il l'aura reçue, enfin de vous dire si vous pouvez *dès maintenant*, lui renvoyer votre ordre de mobilisation.

Il s'agit là probablement d'une erreur des bureaux, mais, de cette façon, il vous répondra certainement.

ANTHOLOGIE

Aux quémandeurs d'or

tui Catulli
Plenus sacculus est aranearum.
CATULLE à FABULLUS.

Où voulez-vous que je les prenne
Les jaunets absents du logis.
Croyez-vous que chez moi ça traîne,
Comme chez Messieurs les Marquis ?

Ma bourse plate, à blanc saignée,
Moisit dans un coin de tiroir,
Où la toile d'une araignée,
Tisse une dentelle au fermoir.

Je n'ai pas attendu l'époque,
Pour verser mon or au guichet,
Que sa valeur six fois se troque
Contre son poids au trébuchet.

Ah ! je comprends, pour la victoire
Quand je l'ai versé de bon cœur,
Pourquoi l'on me traitait de poire.
Mais hélas ! votre serviteur

Appartient à l'espèce bête
Qui du matin au soir ne sait
Que bourrer de vide sa tête,
Au lieu de remplir son gousset.

Les rêveurs, les pêcheurs de lune,
Pauvres garçons écervelés,
N'arrêtent point dame Fortune
De leurs maigres doigts fuselés.

Et j'ai beau retourner ma poche,
Je n'y trouve pas un écu.
Je suis sans peur et sans reproche ;
Mon dernier louis a vécu.

Je l'ai donné pour la bataille,
A mon pays sur les genoux.
Mon or, se muant en mitraille,
Chassa le Boche de chez nous.

***

En remerciement la Patrie,
M'a gentement gratifié
D'un papier à marge fleurie
Comme un diplôme d'écolier.

Je l'ai mis derrière une vitre,
Dans un cadre de bois doré,
Avec le rire de son titre,
Sa Minerve et son coq lauré.

Dans ma salle, face à la huche
Près d'un vieux portrait qui se tord,
Il trône, voisin d'une cruche,
Sous le regard d'un hareng-saur.

Il ne vaut pas une poularde,
Je l'avoue à mon grand regret,
Mais quand j'ai faim, je le regarde,
En dansant devant le buffet.

1926. Dr Paul GROSSIER.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE N° 7 DIMANCHE 13 FÉVRIER 1927

LE *Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY*
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR
ABONNEMENTS
France........................ 45 fr.
Etranger.. (voir conditions page IV)
Etudiants (France)........ 25 fr.
Le Numéro.................. 1 fr.
C.P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579.

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

Quarante-neuvième année — N° 7 — 13 Février 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 362-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical* de MM. les Drs COLLIGNON, de Fresnay s / Sarthe ; COLAS, de Bassuet ; GODEMEL, de Gannat, la somme de vingt-huit francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Bayle, Caruette, L. Dubief. Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : Clément, Minelle, Pierrugues, Verrier
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Camaret, P. de Laugenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*), Bernard (Claude), Bernardbeig, Gauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Daniel Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*aroi. aerm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 58. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru prov. excl. des récoltes de ses vignes de Cumières (pr. Ay et Epernay). Lui écr. dir.

No 59. — Auvergne. Prêtre au courant de l'éduc. prendrait chez lui (580 m. alt.) un ou deux élèves délicats ou retard dans études. Soins dévoués.

No 60. — Cabr. 5 CV Citroen, excell. état mécan. et. carross., access. variés, syst. spéc. de freins ménageant le pont AR, à vend.. cause double empl. même v. fac. paiem.. Dr Boussange, 56, boul. de Verdun, à Courbevoie.

No 61. — Doct. recomm. famille pouvant prendre en pens. ou en nourrice enfants ayant besoin campagne. Ecr. Rigaudie, Le Coudray-Saint-Germer (Oise).

No 62. — A vend. 500 fr., voit. de malade en bon état, permett. posit. assise ou couchée. Capote et tablier cuir. S'ad. Concierge, 28, rue des Boulets, Paris.

No 63. — Deux ou trois pièces pour bureaux à louer prix avantag. Conviendr. pour Revue ou Société médicale ou scientifiq. Tél. Louvre 08-85.

No 64. — A louer, pavillon libre, 14 p. à Fontenay-aux-Roses. Conviend. à maison d'accouch. ou de repos. S'ad. M. Lorsignol, architec., 13 *bis*, Gde-Rue, à Montrouge, mardi et samedi matin. Tél. 48 à Montrouge.

No 65. — Infirmière pour chirurgie demandée pour direct. petite cliniq. province.

No 66. — 70 km. Paris. Dans site agréab., poste rapp. 73.000, gr. mais. A céd. d'urg. pour raisons de santé. Prix 35.000, dont 20.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 67. — Centre. Client. de stat. thermale, rapp. 75.000, aff. ancien. A céder 60.000, dont 40.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 68. — 1 h. de Paris, jolie contrée, poste seul méd., rapp. 100.000 envir., mais. confort. A céder d'urgence. Prix à débatt. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 69. — Bonne sténo-dactylo sérieuse possédant machines gd. modèle et portative et duplicateur p. copies multiples dem. travaux chez elle ou domicile même soirée. Mme Réveillard, 75, r. de Flandre. T. : Nord 28-82.

Nº 70. — A vendre Torpedo luxe 10 C. V. Citroën 1921 imposée 8 C. V., petite consommation, moteur excellent, pistons alpax, 4 amortisseurs Houdaille, graissage Técalémit, très bon état. Ecrire M. Martinot, 42, rue du Four, Paris (6e).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Victime du devoir.** — Notre jeune confrère, M. Henri Tariel, interne des hôpitaux de Paris, vient de mourir à l'âge de 28 ans d'une scarlatine contractée dans ses fonctions à l'hôpital Trousseau. Il était le fils du Dr Tariel, d'Issy-les-Moulineaux. Nouvelle victime du devoir médical, le Gouvernement l'a cité à l'ordre de la Nation en les termes suivants :

« Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Tariel (Henri-Marie-Joseph), interne de l'hôpital Trousseau.

« M. Tariel s'est toujours distingué par sa conscience professionnelle et son dévouement.

« Au cours de son externat, il s'était déjà prêté à une transfusion du sang pour ranimer un malade de son service.

« Affecté récemment aux soins des contagieux, il a contracté une fièvre scarlatine, dont il est décédé en quelques jours, à l'âge de vingt-huit ans. »

— **Prix du Touring-Club.** — M. le Dr L. Hedon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, a reçu le 18 janvier dernier, le premier prix du concours A, du Touring-Club, pour son travail manuscrit intitulé : *Huit cents kilomètres en Corse, à bicyclette*. Le concours concernait des récits de voyages cyclistes et pédestres.

— **Hôpital Tenon.** *Cardiologie.* — Dans le service de M. Camille LIAN, des démonstrations d'auscultation du cœur seront faites les mardis et vendredis, à 10 h., à la consultation externe du service pour les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins : auscultation simultanée des malades par tous les auditeurs grâce au télécardiophone.

— **Hôpital de la Pitié.** *Cours de sympathologie.* — Le 2 mars 1927, M. LAIGNEL-LAVASTINE agrégé, commencera un cours complémentaire de sympathologie, avec la collaboration des assistants et internes du service. Droits : 200 fr. Chaque leçon sera suivie de travaux pratiques.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Syphiligraphie.* — Le 15 février, à la consultation du soir (20 h. 15), conférence de M. GOUGEROT, agrégé, sur *les syphilis arséno-résistantes et arséno-récidivantes (demi-arséno-résistance).*

— **Voyages du « Bruxelles médical ».** — Un voyage au Maroc aura lieu du 10 avril (départ de Bordeaux) au 28 avril (débarquement à Marseille). Prix spécial : 5.975 fr. Pour renseignements s'adresser à la « Section des Voyages » du *Bruxelles médical*, 29, boulevard Rodolphe-Max, Bruxelles.

— **Naissance.** — Le D[r] BAILLY-SALIN (de Sens) et Madame nous font part de la naissance de leur fils, *Pierre.*

— **Lyon.** — M. le professeur J. Teissier, a légué aux hôpitaux de Lyon une somme de 20.000 fr. et à la Faculté de médecine une somme de 5.000 fr., une collection de médailles, et un portrait de Potain.

— **Institut de Paléontologie humaine.** — Du 12 février au 19 mars, conférences tous les samedis à 17 h., 1, rue René-Panhard (boulevard Saint-Marcel).

— **Hôpitaux de Paris.** *Prix de l'internat (médecine).* — Le dernier concours du prix de l'internat (médecine) s'est terminé par les nominations suivantes : M. Garcin, médaille d'or ; M. Coffin, médaille d'argent ; M. Huguenin, accessit.

— **Médaille des épidémies.** — Notre très distingué collaborateur, le D[r] SAINT-GIRONS, vient de recevoir la médaille d'argent des épidémies. Chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades, attaché au service du professeur Lereboullet, le D[r] Saint-Girons contracta l'an dernier la diphtérie dans ses fonctions hospitalières. Nos lecteurs se souviennent des articles quelque peu vécus qu'il publia récemment dans nos colonnes sur les données récentes concernant cette maladie.

— **Concours sur titres.** — Le poste de chirurgien médecin-chef du sanatorium marin des Grandes Dalles (Seine-Inférieure) est déclaré vacant à la date du 10 avril prochain (1927). Traitement annuel, 30.000 francs. Lieu de résidence à déterminer d'ac-

cord avec le Conseil d'administration. Obligation d'assurer à la fois le service chirurgico-médical (150 lits) et la partie médicale du service administratif. Autorisation de faire de la clientèle dans les conditions compatibles avec les exigences du service de l'établissement.

La date d'inscription des candidatures sera close le 10 mars. Demander renseignements complémentaires, soit au Président de l'Œuvre aux Grandes-Dalles, par Saint-Pierre-en-Port, soit au Dr Profichet, Président de la Commission médicale, 5, rue du Général-Faidherbe, Le Havre.

— **Asile d'aliénés de Saint-Ylié.** *Internat.* — L'asile de Saint-Ylié (Jura) demande, pour les fonctions d'interne, un étudiant ayant au moins huit inscriptions, Avantages : indemnité annuelle de 3000 à 4000 fr., logement, nourriture, etc.

— **Sanatorium des étudiants.** — Le Conseil municipal de la Ville de Paris a voté une subvention supplémentaire de 60.000 fr. à l'Œuvre du Sanatorium des étudiants.

— **Paris.** *Concours de médecin des hôpitaux.* — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le 28 février à l'administration de l'assistance publique (salle des concours, 49, rue des Saints-Pères).

A TRAVERS L'OFFICIEL

27 janvier.

Assistance publique.

Est nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, M. Leredu, sénateur, ancien ministre, au titre de compétence spéciale, en remplacement de M. Henri Morgand, décédé.

Asiles d'aliénés.

Concours pour des emplois de médecin directeur et de médecin chef de service.

Arrêté du 26 janvier 1927.

Art. 1er. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le lundi 28 mars 1927, pour l'admission aux emplois de médecins directeurs et médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics d'aliénés.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à sept.

Art. 2. — Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations mili-

taires, des pièces justificatives de leurs états de services et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyances sociales, 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au samedi 26 février 1927 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

28 *janvier.*

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira le 20 octobre 1927, devant la Faculté de Nancy, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales à l'Ecole préparatoire de Besançon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

29 *janvier.*

Médecine coloniale.

Conditions des épreuves d'examen pour les élèves diplômés des écoles de médecine indigène de Hanoï, Tananarive et Dakar, candidats au grade d'officier de santé auxiliaire du cadre des officiers de santé auxiliaire et officiers de santé militaires indigènes. (Exécution de l'article 3 du titre II du décret du 7 décembre 1926.)

Date des examens.

Il est procédé chaque année et, s'il y a lieu, à des dates différentes pour les appelés et les engagés au chef-lieu de chaque groupe des colonies d'Indochine, de Madagascar et d'Afrique occidentale française, aux examens d'aptitude prescrits par le décret du 7 décembre 1926 pour les candidats, engagés et appelés, au grade d'officier de santé auxiliaire.

Les examens ont lieu aux dates fixées dans chaque groupe de colonies par le gouverneur général, sur la proposition du directeur du service de santé et du général commandant supérieur.

Convocation des candidats.

Dans le mois qui précède leur sortie de l'école de médecine, les étudiants désireux de subir l'examen adressent, par la voie du directeur de l'école, au médecin inspecteur directeur du service de santé de la colonie, une demande en vue d'être admis à prendre part à l'examen exigé des candidats au grade d'officier de santé auxiliaire.

Lorsque la date des examens a été arrêtée, le directeur adresse une convocation à tous les candidats qui ont demandé à y prendre part.

Programme de l'examen.

L'examen consiste pour tous les candidats en interrogations orales sur les matières indiquées ci-après :

a) Organisation générale de l'armée. — Discipline et hiérarchie militaires :

b) Service de santé aux colonies. — Organisation générale des services, fonctionnement du service de santé régimentaire, des infirmeries régimentaires, hôpitaux du service général. — Rôle des infirmiers et des brancardiers. — Notions d'hygiène collective, mesures de destruction des insectes. — Rôle social de l'officier de santé indigène auprès du soldat indigène et de sa famille. — Hygiène des camps et des villages indigènes annexés aux casernes.

En campagne. — Fonctionnement du service de santé dans les corps de troupes. — Rôle du médecin de bataillon et des médecins auxiliaires. — Premiers soins à donner aux blessés. — Appareils improvisés. — Relèvement et transport de blessés. — Emploi des brancards.

Etablissement du certificat d'aptitude et destination des pièces.

L'examen terminé, le président fait établir :

a) Au nom de chaque candidat qui a satisfait aux épreuves et, en double expédition, un certificat d'aptitude conforme au modèle annexé.

Le certificat d'aptitude sera délivré aux seuls candidats ayant obtenu au moins la mention « passable » ;

b) Un procès-verbal contenant la liste nominative de tous les candidats qui se sont présentés, avec la mention pour chacun d'eux des résultats de l'examen.

L'encéphalite léthargique n'est pas soumise à la déclaration obligatoire

C'est par erreur que notre confrère Dargelos met l'encéphalite léthargique au nombre des maladies contagieuses à déclaration *obligatoire*. Il n'existe qu'une simple *invitation* de l'Administration à *signaler les cas* (textuel).

La circulaire ministérielle, la dernière en date (février 1923), renferme même cette clause curieuse :

« A ma circulaire du 25 février 1921 était « joint un modèle de questionnaire que l'Ad- « ministration supérieure a cru opportun de mo- « difier légèrement en ce qui concerne les der- « nières questions portant sur les faits et non « sur une opinion pathognomonique ».

Pathognomonique ? c'est probablement pathogénétique que les bureaux ont voulu dire.

Voilà donc qui est bien entendu. Les médecins qui penseraient que cette maladie est causée par des farines adultérées sont invités à garder leur opinion pour eux. Cette observation se comprend facilement quand on sait que les farines étaient alors fournies par les Offices de ravitaillement dépendant de l'Administration.

L'Académie de médecine s'était refusée à donner un avis ferme sur la question, mais l'Ad-

ministration, dans l'intérêt de sa propre défense, lançait une circulaire qui tendait à faire considérer l'encéphalite léthargique comme maladie contagieuse devant donner lieu à déclaration.

A. VEILLARD.

NOUVELLE

Le mort récalcitrant.

Je vais vous en conter une bien bonne, nous dit le Dr Z...

J'exerçais alors à N... petite ville du département de la S...

Entre autres malades, je soignais, dans une commune assez éloignée de ma résidence, un nommé Louis D..., alcoolique invétéré, qui me faisait une pneumonie compliquée de *delirium tremens*.

L'état de ce malade, que je visitais tous les jours, était tellement alarmant que je ne fus nullement surpris, lorsque, un beau matin, on vint m'annoncer sa mort et réclamer le certificat de décès que je délivrai incontinent.

Or, la nuit suivante, alors que quelques parents du mort veillaient à son chevet, à la lueur tremblotante d'une bougie qui épandait sur les ténèbres de la chambre de vacillantes et incertaines lueurs, voici le mort qui s'agite, qui se dresse sur son séant, qui se lève, et qui, descendant l'escalier, va tranquillement se promener, cependant que les veilleurs, dérangés dans leur somnolence, en proie à une terreur folle, se sauvent dans toute la maison en poussant des cris épouvantables.

Le premier moment de frayeur passé, on se rendit compte qu'il s'agissait là d'un cas banal de léthargie qui présentait de la mort toutes les apparences extérieures, et l'on parvint, tant bien que mal, à faire réintégrer son lit à ce mort récalcitrant, — que l'on continua d'ailleurs à soigner.

Mais il y avait autre chose : le décès de Louis D... avait été bel et bien transcrit sur les registres de l'état civil. Que faire ? Le cas était embarrassant.

Et l'on se perdait en conjectures sur la solution à donner à cette épineuse affaire macabre et administrative, lorsque le pseudo-mort vint fournir lui-même la solution définitive : il *re*-mourut, et cette fois-ci, pour tout de bon.

Mais depuis, conclut le Dr Z..., je n'ai jamais plus délivré de certificat de décès sans l'avoir constaté moi-même.

Dr M. RIGAL (Paris).

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale.

Situation des médecins qui n'exercent plus d'une manière active.

Ma santé m'oblige à ne plus exercer la médecine à la campagne et je deviens, à partir du 1er janvier 1927, médecin résidant d'une maison de régime à B... Quel sera mon droit à l'indemnité maladie et quelles pièces pourront remplacer ma patente quand, à 60 ans, j'arriverai à l'âge de la retraite ?

Dr L.

Réponse.

Pour l'indemnité-maladie, vous tombez dans la catégorie des médecins qui n'exercent plus, vous n'y avez droit que si vous êtes obligé de garder la chambre.

Pour la retraite, rien de changé : vous payez votre cotisation jusqu'en 1937 inclusivement et, au 1er janvier 1938, vous touchez la première annuité de votre pension. La patente n'a rien à faire en l'occurrence, il suffit de présenter un certificat de vie au 1er janvier pour recevoir, d'un seul coup, le montant total de la pension de l'année qui commence.

A. G.

Accidents.

4070. — Soins à des prisonniers accidentés du travail

Médecin de la maison d'arrêt qui m'honore pour cela de 125 francs par mois, il m'arrive parfois d'avoir à continuer des traitements d'individus blessés au cours d'accidents du travail qui ont eu lieu à l'extérieur de l'établissement.

N'ai-je pas le droit de me faire rétribuer par la compagnie d'assurance en cause *en dehors de l'administration* ?

D'autre part les détenus se livrent à des travaux manuels dirigés par des entrepreneurs particuliers, il arrive assez souvent que ces gens-là se blessent. Ne devrait-on pas les faire entrer dans le domaine de la loi des accidents de travail et partant exiger des honoraires d'une compagnie d'assurances garante, l'Etat exigeant somme toute de nous strictement les soins médicaux aux détenus *malades*.

Qu'en pensez-vous ? J'aurais voulu en faire part à l'association des médecins des prisons, à laquelle vous avez généreusement offert l'hospitalité de vos colonnes, mais l'occasion se présentant, j'ai tenu à demander votre opinion.

Dr F.

Réponse.

Nous avons communiqué cette lettre au Minis-

Voir la suite page LV-417

PROPOS DU JOUR

Les enseignements que comporte la mission de M. le Pr Cunéo en Colombie et au Vénézuéla.

Quand les Français consentiront-ils à s'organiser d'une façon pratique ? Quand le Corps médical enseignant, officiel ou non, voudra-t-il bien prendre en considération, dans l'organisation de l'Enseignement complémentaire, les besoins et les intérêts de ceux qui viennent de fort loin pour recevoir cet enseignement ?

Nous avons déjà rendu compte de la mission médicale française en Colombie et au Vénézuéla où le professeur Cunéo et le Dr Reinburg sont allés, il y a quelques mois, tant pour répondre au désir des nombreux amis de la France dans ces beaux pays par trop délaissés par nos voyageurs, que pour inciter les Colombiens et les Vénézuéliens à fonder des maisons de leur Nation dans la Cité Universitaire de Paris.

A l'Association pour le développement des Relations médicales, l'A. D. R. M., en présence de M. le Doyen Roger et du président, le Pr Hartmann, M. Cunéo, avec une grande sincérité, tout en résumant les péripéties de son beau voyage, et en décrivant l'accueil enthousiaste que la mission médicale avait reçu, a fait une critique sévère du manque d'initiative et d'organisation pratique de nos compatriotes dans leurs rapports économiques et moraux avec la Colombie et le Vénézuela, où cependant la France ne compte que des amis.

Les critiques de M. le Pr Cunéo reposent sur des constatations, sur des faits et non sur des impressions, ni sur des conversations. Il les a faites avec une belle franchise, devant un auditoire nombreux, elles ont une importance telle pour l'avenir de l'influence française et pour les intérêts de notre pays, que nous n'hésitons pas à les résumer ici.

M. le Pr Cunéo fait d'abord remarquer que son voyage était opportun, car jamais un professeur français n'avait été envoyé avant lui en mission en Colombie ni au Vénézuela, tandis que le Brésil, l'Argentine, l'Uruguay, le Chili, le Pérou avaient été fréquemment visités.

La première constatation que fit le Pr Cunéo, fut que, jouissant en Colombie et au Vénézuéla d'un prestige moral considérable, possédant dans ces deux Nations les amis les plus nombreux, les plus fidèles et les plus dévoués, la France y voit cependant ses intérêts économiques réduits à zéro, et cela, par la faute de ses nationaux.

Dans les hôpitaux de Bogota, de Medellin, de Caracas, si les chirurgiens se servent souvent d'instruments français qu'ils ont rapportés eux-mêmes de leurs voyages, le mobilier et le matériel hospitalier, les objets de pansements viennent tous de Suisse ou des Etats-Unis. Cependant, les Etats-Unis sont suspects aux Colombiens et aux Vénézuéliens depuis la séparation de Panama de la Colombie, et depuis que les capitalistes Nord-Américains paraissent convoiter avec quelque avidité les riches gisements pétrolifères du Vénézuéla.

Quant à la Suisse, elle ne se trouve pas dans une situation plus favorisée que la France pour exporter ses produits dans les Républiques Sud-Américaines.

Le Pr Cunéo, qui avait su gagner la confiance des médecins de ces pays, put leur demander en toute franchise de lui expliquer les raisons de cette carence de la France. Il lui fut répondu que des commandes importantes avaient été faites à des maisons françaises, mais que ces dernières n'avaient pu vaincre les difficultés de transports, très réelles, surtout en Colombie.

Le matériel français acheté pour les hôpitaux de Bogota ou de Medellin était resté de longs mois en panne dans les docks de Baraquilla, à plusieurs centaines de kilomètres de Bogota.

Les maisons françaises n'avaient pas consenti à avoir à Baraquilla un agent pour hâter et surveiller les transports, tandis que les Suisses et les Nord-Américains, plus pratiques, avaient trouvé facilement le moyen de résoudre cette difficulté.

Un nouvel et superbe hôpital est sur le point d'être terminé à Medellin ; il a été construit par un architecte français de grand talent, M. Justin Rochet, l'auteur de la Nouvelle Pitié de Paris. Ne serait-il pas navrant de voir cet établissement, œuvre d'un Français, meublé par des maisons suisses ou nord-américaines ?

Pour aller de Bogota à Medellin, le Pr Cunéo voyagea en avion. L'avion est en effet le mode de

transport le plus agréable et évidemment le plus pratique dans un pays très montagneux et couvert de forêts vierges. L'avion qui assurait le service entre Bogota et Medellin était magnifique et très confortable. M. Cunéo s'enquit de son origine. Il avait été acheté à une maison allemande. Pourquoi ? La France a la réputation de venir en tête de toutes les nations pour la fabrication des avions. Oui, mais tous les aviateurs français, qui furent en Colombie ou au Vénézuéla, ne pilotèrent que des appareils démodés et de rebut que, décemment, les Sud-Américains ne pouvaient acheter. La raison, donnée pour expliquer ce fait étrange, était que les maisons françaises ne voulaient pas laisser divulguer leurs secrets de fabrication. Est-ce sérieux ?

M. Cunéo, bien qu'il n'eût pu apporter en Amérique du Sud que *deux* brochures sur la Cité Universitaire (ce qui est un peu maigre pour faire de la propagande) obtint un grand succès quand il fit une conférence sur ce sujet. Il fut décidé que la maison colombienne et la maison vénézuélienne seraient des fondations nationales et non des créations privées comme les maisons de Belgique, du Canada, etc., déjà élevées à la Cité Universitaire. Le Parlement colombien se déclara prêt à voter immédiatement les fonds nécessaires. Le Pr Cunéo demanda un million de francs, somme qu'on lui avait indiquée à son départ de Paris. Les Colombiens firent observer que cette somme leur paraissait bien insuffisante. Elle fut votée. Quand le Pr Cunéo annonça le vote du million à son retour à Paris à ceux-là même qui lui avaient fixé cette somme, on lui répondit que l'on ne pouvait rien faire avec aussi peu d'argent. Croyez-vous qu'en agissant avec une pareille incurie, l'on arrivera à inspirer confiance à ces peuples ?

Au cours de ses conversations avec les médecins et les professeurs, M. Cunéo s'enquit des intentions de ses hôtes au point de vue de l'enseignement médical.

« Nous tenons à instruire nos médecins, lui fit-on observer, nous avons des Facultés et nous pensons que chez nous, ils peuvent travailler davantage que dans une grande ville étrangère où il seraient dépaysés. »

Le Pr Cunéo reconnut que ce raisonnement était juste.

« Mais vous venez de créer une Maison Universitaire ? Dans quel but ? » — « Nous avons l'intention d'y envoyer nos jeunes gens lorsqu'ils auront terminé leurs études pour s'y perfectionner. Nous vous enverrons nos jeunes docteurs en médecine si vous voulez bien consentir à organiser des cours pratiques d'enseignement complémentaire. »

— « Mais ils existent, protesta le Pr Cunéo. »

— « Ils n'existent pas, lui répliqua-t-on, ou du moins, ils n'existent pas en France comme nous les désirons. Un jeune médecin sud-américain qui va à l'étranger, et surtout en Europe, pour se perfectionner fait de sérieux sacrifices. Il ne peut rester six mois ou un an pour recevoir l'enseignement complémentaire qu'il désire. Or, votre enseignement est organisé de telle façon que ceux qui le suivent restent la plus grande partie de la journée inoccupés.

Ce qu'ils veulent, c'est travailler matin et soir pour apprendre en quelques semaines ce qu'ils ont besoin d'apprendre.

En outre, un médecin qui aurait suivi consciencieusement les cours tiendrait à rapporter un certificat, brevet ou diplôme, obtenu par son assiduité, au besoin après examen. Il voudrait que ce certificat ait un caractère sérieux, une valeur véritable.

Actuellement vous délivrez de beaux certificats, mais qui sont donnés à tout venant et qu'utilisent chez nous des charlatans ignorants pour tromper le public en suspendant dans de beaux cadres sous verre, dans leurs salons d'attente, ces vignettes artistiques facilement obtenues.

Si vous organisez l'enseignement complémentaire comme nous le désirons, nos jeunes médecins iront en foule le suivre en France et à Paris. Mais, si vous continuez à persévérer dans les errements actuels, ils iront en Amérique ou à Vienne en Autriche, où cet enseignement complémentaire est parfaitement organisé. »

Voilà les leçons que rapporte M. le Pr Cunéo de sa mission. Nous devons le remercier du courage qu'il a mis à ne pas farder la vérité. Combien de fois à l'A. D. R. M. avons-nous entendu le Pr Hartmann se faire l'avocat, auprès de M. le Doyen Roger, de réclamations identiques de médecins étrangers, venus à Paris, pour se perfectionner ? Combien de fois M. le Doyen Roger a-t-il reconnu le bien fondé de ces réclamations ?

Et, malgré la bonne volonté et le dévouement de ces maîtres universellement estimés et respectés, les choses restent en état devant l'inertie et la paresse de certains qui ne peuvent même pas faire parvenir à temps le programme de leurs cours ou de leurs conférences, pour permettre de le publier et de l'envoyer à l'étranger en temsp utile.

Vraiment, ce n'est pas avec une organisation

pareille que nous arriverons à attirer dans nos centres universitaires les médecins étrangers et c'est parce que, à ce sujet, on ne saurait soupçonner nos propres intentions, parce que nous sommes désintéressé personnellement en pareille matière, parce que nous avons qu'un souci, celui des intérêts de notre pays et du bon renom de tout ce qui touche à la France, que nous avons résolu de donner toute notre publicité aux critiques du Pr Cunéo, espérant que, peut-être, ce ne sera pas en vain.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES RAPPORTS PATHOLOGIQUES ENTRE L'INTESTIN ET L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Par L. Pron.

I

Intestin et appareil génito-urinaire.

Dans un article récent (1), j'ai parlé du syndrome entéro-pulmonaire de Mélamet. Il y a quelques années, Heitz-Boyer avait consacré tout un travail au syndrome entéro-rénal, qu'il définissait : un ensemble d'accidents traduisant le retentissement sur l'appareil urinaire de troubles siégeant dans l'intestin. Guyon avait autrefois insisté sur l'utilité de combattre la constipation chez les prostatiques ; d'autre part, Legueu et Albarran avaient attribué à une infection intestinale certaines suppurations des voies urinaires ; mais il ne s'agissait que de faits isolés ; Heitz-Boyer a ramené sous un même groupe les manifestations urinaires entérogènes.

Le syndrome entéro-rénal a une symptomatologie multiple et souvent touffue. Heitz-Boyer a fait, des troubles qui le constituent, une double classification, basée sur l'existence ou non d'une suppuration et sur la présence ou non d'un obstacle sur le trajet rein-urèthre. Sans la reproduire, ce qui serait un peu long, je dirai qu'on peut distinguer une forme générale, grave ou légère et une forme localisée.

La *forme générale grave ou septicémique* a l'allure de toutes les infections sévères : début souvent brusque, fièvre à 40-41°, frissons, céphalée vive, insomnie, etc. Les urines, non très abondantes, comme dans les pyélo-néphrites, sont uniformément troubles, la pyurie pouvant procéder par débâcles ; on y trouve de l'albumine, des leucocytes, des hématies, quelquefois des cylindres et, presque toujours, le *coli-bacille*. Les reins sont douloureux, la cystite est de règle. Ces accidents durent de trois à six jours, se terminant souvent par la guérison, si la thérapeutique a été suffisamment précoce et active.

Quand l'infection est moyenne ou légère, c'est la localisation urinaire qui attire l'attention du médecin : urines pâles, abondantes, ne s'éclaircissant pas par le repos, présentant des « ondes soyeuses », et surtout une grande variabilité de leur teneur en pus. Quand l'affection est un peu ancienne, elles dégagent une mauvaise odeur et peuvent contenir une certaine quantité de sang. Fonctionnellement, il y a douleur rénale et le long de l'uretère, et cystite, celle-ci ayant comme caractères : la ténacité et la facilité de récidive. Aussi, a-t-on donné à cette forme le nom de *forme réno-vésicale*. Les manifestations générales sont peu marquées ou font défaut : fièvre légère ou absence de fièvre, asthénie dans les états anciens.

La *forme vésicale* est la plus fréquente. Le médecin se trouve devant une cystite qui peut revêtir toutes les modalités possibles et qui a de particulier, comme dans la variété précédente, sa ténacité et sa tendance aux récidives. Quoique le rein paraisse indemne, on trouve du pus dans le bassinet, si l'on pratique un cathétérisme de l'uretère.

La présence d'un obstacle le long du tractus rein-urèthre crée la *forme compliquée*, qu'il y ait calcul, rétrécissement, tumeur (hypertrophie prostatique), compression extérieure (grossesse), etc.

La symptomatologie peut prendre une allure quelque peu particulière du fait d'une manifestation à distance (yeux, articulations, testicules, etc.), de l'association d'autres troubles, du sexe, etc.

Quoi qu'il en soit, deux caractères individua-

(1) *Concours médical*, 17 octobre 1926.

lisent le syndrome entéro-rénal au point de vue clinique : la ténacité avec récidives, la variabilité, d'un jour à l'autre, de la pyurie. La tuberculose et la gonococcie étant éliminées, c'est à la nature, ou plutôt, à l'étiologie intestinale qu'il faut s'arrêter *devant toute infection urinaire,* dit HEITZ-BOYER.

La preuve étiologique est fournie par l'examen microscopique du dépôt urinaire ou du sang : présence de *colibacille* ou d'*entérocoque,* et par la thérapeutique : la guérison ne peut pas être obtenue autrement que par un traitement visant l'intestin, soit unique (dans les cas chroniques simples), soit en y associant un traitement urinaire (dans les cas subaigus). Il va de soi que, dans les cas compliqués, c'est-à-dire avec obstacle, il faut lever cet obstacle et que, dans la forme septicémique, c'est l'infection grave générale qui doit diriger l'effort thérapeutique ; là, comme dans beaucoup d'infections aiguës, c'est l'élément symptôme qui dicte la conduite immédiate.

Dans le mécanisme pathogénique, HEITZ-BOYER distingue trois étapes : 1° une étape intestinale originelle : troubles mécaniques, ptose et coudures, surtout du côté droit, amenant de la dilatation colique et de la stase fécale ; troubles d'hyposécrétion générale (duodénale, jéjunale, pancréatique et hépatique) ; troubles infectieux, dus à la pullulation du colibacille ou de l'entérocoque, rarement du pneumocoque, qui détermine des poussées de colite, d'entéro-colite et quelquefois d'appendicite ; petits traumatismes, provenant soit de la fixation de parasites sur la muqueuse de l'intestin, soit de purgations ou de lavements irritants ; 2° une étape intermédiaire, encore mal connue dans ses modalités, mais qui se manifeste au moyen de la voie circulatoire, d'abord les chylifères, puis les vaisseaux sanguins ; 3° une étape urinaire, qui s'installe presque toujours de *haut en bas,* c'est-à-dire en commençant par le rein.

La conception de HEITZ-BOYER a été acceptée d'emblée par un certain nombre de cliniciens, entre autres BŒCKEL (1), qui a relaté deux observations de *forme hématurique,* confirmant « pleinement cette doctrine ».

Les modifications de l'urine, aux points de vue qualitatif et quantitatif, sont fréquentes dans de nombreux états intestinaux chroniques.

Dans l'auto-intoxication, COMBE a signalé l'*oligurie,* quoique les malades ingèrent une quantité normale ou exagérée de liquides. Malgré cette réduction de volume, la concentration urinaire n'est pas augmentée, le poids spécifique est au-dessous de la normale. On constate par la mesure de la réfraction et l'analyse chimique une *augmentation importante du déchet anormal* (jusqu'à 40 % au lieu de la moyenne 10), ce qui traduit une imperfection du métabolisme.

(1) *Société de médecine du Bas-Rhin,* 29 novembre 1924. Compte rendu in *Presse médicale.*

Il est banal de rappeler l'*augmentation des sulfo-éthers et des substances aromatiques,* la *diminution du coefficient* de BOUCHARD (rapport de la quantité d'urée au résidu total), l'*augmentation du coefficient de déminéralisation* (1), la *diminution du coefficient de l'utilisation azotée* ; mais il ne faut pas, dans la pratique, se laisser hypnotiser par les chiffres (coefficient d'Amann, de Baumann, de Combe, etc...), et poser, les yeux fermés à la clinique, un diagnostic ferme, sur le vu d'un résultat d'analyse.

Relativement à la coloration de l'urine dans l'auto-intoxication, COMBE dit qu'en général, elle est plutôt faible que forte. Il n'est pas rare de la trouver foncée, en raison de sa haute teneur en indican (2) et en alcaptan, ce dernier produit tachant la chemise du patient.

L'irritation des cellules rénales par l'indol, le scatol, etc., provoque, quelquefois, de l'*albuminurie* ou de la *nucléo-albuminurie* ; celle-ci a les mêmes caractères que l'albuminurie dyspeptique : quantité minime, absence le matin, apparition pendant la période digestive. C'est l'inverse dans l'albuminurie prétuberculeuse : présence surtout le matin à jeun.

De même, la *glycosurie transitoire* peut se montrer dans certaines affections aiguës de l'intestin. Quant au *diabète vrai,* HERZ en a observé quelques cas à la suite de la dysenterie et de la colite ulcéreuse. D'une façon générale, dans le diabète franc, la quantité de sucre augmente à l'occasion de troubles intestinaux.

L'*amibiase,* loin de se cantonner à l'intestin, est susceptible de toucher tous les organes : bronches, cerveau, rate, etc. En ce qui touche aux voies urinaires, PETZETAKIS a étudié la *localisation rénale,* dans laquelle, comme ailleurs, l'émétine donne des résultats immédiats et FRANCHINI a publié deux cas de *cystite amibienne* (3). Il faut voir dans cette infection une amibhémie et non une maladie intestinale.

L'helminthiase fait sentir également ses effets à distance. Au point de vue urinaire, LÉO (4) a communiqué quatre cas de *colibacillurie* avec *oxyurase,* guéris par l'administration de carbo-

(1) Les ferments lactiques augmentant la déminéralisation, il convient d'être sobre dans leur prescription chez les entéro-colitiques et non de les leur distribuer *larga manu,* comme on le faisait surtout dans ces dernières années.

(2) Je signale, en passant, que l'acide *azotique* fournit, au-dessus de l'anneau jaune, brun ou brun foncé des dérivés hépatiques, ou mieux biliaires, un liseré violet-noir ou mauve foncé, caractéristique de l'indican.

(3) *Patologica,* 15 mai 1925.

(4) *Société des chirurgiens de Paris,* 5 février 1926.

nate de bismuth. Ces observations confirment la première du même auteur de mars 1924, que LE LORIER et FISCH ont appuyée de leurs propres constatations en décembre 1925.

Relativement à l'influence de l'intestin sur l'appareil génital, en laissant de côté la *propagation des infections inflammatoires de l'intestin à l'utérus et aux annexes*, je rappellerai que LEMELAND et RISACHER (1) ont présenté quatre observations de syndrome péritonéal, dont trois d'origine appendiculaire, avec *contracture permanente et douloureuse de l'utérus*.

La *leucorrhée*, symptôme si fréquent et de cause si multiple, est quelquefois la conséquence de l'intoxication générale de l'organisme à point de départ intestinal.

MAYR, qui a étudié à fond les retentissements de l'auto-intoxication digestive, a attribué certains cas de *prolapsus utérin* à l'atonie des cloisons musculaires du petit bassin et à celle des ligaments périutérins, la perte d'élasticité des fibres musculaires et élastiques étant la règle chez les auto-intoxiqués chroniques.

II

Appareil génito-urinaire et intestin.

La muqueuse intestinale représente, en raison de la longueur du tractus digestif, une large surface d'élimination ; c'est par elle que se font issue les matériaux d'usure métabolique, qui ne trouvent pas libre leur voie normale d'excrétion.

En particulier, quand le rein est déficient, l'intestin sert d'organe complémentaire d'évacuation ; la *diarrhée éliminatrice*, connue depuis longtemps, a fait le sujet de thèse de Ch. RICHET fils, il y a quelques années. L'urémie à forme digestive est caractérisée, entre autres symptômes, par une diarrhée séreuse, abondante, incoercible, et qu'il faut bien se garder de combattre. Sur une série de 108 cas étiquetés entérite simple, LAUFER (2) en a trouvé 28 accompagnés d'azotémie ; il convient donc, en face de toute diarrhée tenace, même en l'absence de signes subjectifs d'hypertension et d'intoxication uréique (céphalée quotidienne, vertige, bourdonnements d'oreille, etc.) de penser à une origine rénale possible.

BENSAUDE, CAIN et ANTOINE (1) ont relaté une observation dans laquelle les symptômes intestinaux (recto-colite hémorragique) occupaient le premier plan du tableau clinique, alors qu'ils n'étaient que le résultat d'une urémie à signes atténués. Des lésions franches ont même été observées et signalées dès 1875 par MOXON et WILKS : *érosions multiples du duodénum*, entraînant des hémorragies répétées ; c'est là une donnée devenue courante.

C'est surtout par la voie réflexe que le rein agit sur l'intestin.

Outre les liaisons anatomiques classiques existant entre les deux organes, VERNET et GALLART-MONES (1) ont décrit un nouveau ganglion : le *ganglion mésentérique inférieur*, qui est situé sur la ligne médiane, à la face antérieure de l'aorte, au niveau du point d'origine de l'artère mésentérique inférieure, à cinq millimètres audessous du pédicule rénal. Ce petit ganglion reçoit latéralement deux ou trois filets issus des ganglions de la chaîne lombaire ; il envoie par le haut quelques filets, qui s'anastomosent avec les mailles du plexus rénal, et par le bas, deux filets plus importants, dont l'un, à direction verticale, qui vient se ramifier à la face postéro-externe de la vessie et envoie, en outre, des ramuscules très ténus à l'utérus et aux annexes chez la femme, à la prostate et aux vésicules séminales chez l'homme.

Quelle est l'importance physiopathologique de cette « nouvelle communication entre les organes des appareils digestifs et génito-urinaires » ? Elle paraît bien difficile à déterminer cliniquement. Toujours est-il que dans la lithiase rénale, on observe couramment des retentissements intestinaux qui vont de la simple *constipation*, à l'*occlusion*, en passant par le *spasme douloureux* et le syndrome de la *colite muco-membraneuse*. Il existe toute une série d'observations, en particulier de LOEPER, ESMONET et QUÉNU, dans lesquelles le premier symptôme de la colique néphrétique fut une *diarrhée* accompagnée de *ténesme violent*.

Accidentellement, on a observé des accidents graves. C'est ainsi qu'OUDARD (2), après une néphrectomie pour tuberculose rénale, a constaté un syndrome d'occlusion avec aérophagie, vomissements bilieux et oligurie. On aurait pu accuser la rachianesthésie, appliquée chez ce malade ; mais CHEVASSU a rencontré les mêmes accidents, après anesthésie à l'éther, de même que MICHON.

On peut les observer également après la prostatectomie. GAYET (3), qui en a observé plusieurs cas, insiste sur l'obligation de surveiller les opérés au point de vue intestinal et sur la nécessité de pratiquer une colostomie, appendicostomie ou entérostomie, pour sauver les patients.

Dans le domaine de la pratique courante, il est banal de rappeler les troubles mécaniques (généralement *compression du rectum*), résultant de la

(1) *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 11 janvier 1926.
(2) *Bulletin général de thérapeutique*, janvier 1918.
(3) *Annales de médecine*, janvier 1920.

(1) *Archives des maladies de l'appareil digestif*, février 1921. LEVEN père, a décrit autrefois un point douloureux sous-ombilical, à six centimètres de l'ombilic, qui pourrait correspondre à ce ganglion.
(2) *Société française d'urologie*, 16 novembre 1925.
(3) *Lyon médical*, 25 octobre 1925.

rétroversion de l'utérus ou de la présence de tumeurs utéro-annexielles et se traduisant par de la *constipation* et des *hémorroïdes,* suites elles-mêmes de la stase sanguine.

Les prolapsus génitaux chez la femme déterminent de la constipation ; mais plus souvent de l'*entéro-colite muco-membraneuse* par irritation réflexe (1).

Les infections lésionnelles de l'utérus et de ses annexes créent du côté de l'intestin des troubles, soit fonctionnels, soit inflammatoires ou organiques, en agissant par contiguïté, par la voie lymphatique ou par la voie sanguine. Les *adhérences ovaro-appendiculaires,* la colite localisée (*typhlite, sigmoïdite,* etc.), avec *péricolite adhésive* souvent multiple, sont bien connues, de même que la *colite généralisée,* conséquence de l'infection sanguine à point de départ génital.

Uzan (de Tunis) a insisté sur les troubles intestinaux dus aux troubles fonctionnels de l'ovaire, mais c'est là un point de pathologie qui trouvera plutôt sa place dans l'action des perturbations endocriniennes envisagées globalement.

Pour en revenir aux retentissements réflexes, il est intéressant de mentionner que Simon (1) a rapporté deux cas de coliques intestinales graves, chez des garçons de 3 et 14 ans, dues uniquement à des adhérences préputiales ; l'intervention chirurgicale amena une guérison complète.

En terminant, je rappellerai que Matignon (2) a signalé l'heureuse influence du coït chez la femme sur la constipation, l'acte sexuel provoquant une selle, soit immédiatement, soit le lendemain et pouvant même amener de la diarrhée. On a observé le même phénomène chez l'homme, mais beaucoup plus rarement, quelquefois même après un simple rêve érotique.

(1) L'entéro-colite, qui a dominé pendant longtemps la pathologie intestinale, n'est presque toujours qu'un syndrome secondaire, engendré le plus souvent par une affection de l'estomac ou du foie.

(1) *Médecine moderne,* 18 mai 1904.

(2) *Archives des maladies de l'appareil digestif,* novembre 1912.

CLINIQUE MÉDICALE

Les bronchites

D'après une leçon du professeur F. Bezançon (2).

Dans la dernière leçon, j'ai essayé de vous montrer comment nos idées ont évolué depuis l'époque de Laennec sur la conception du rhume vulgaire, du coryza. Il y a deux notions principales que je vous rappelle rapidement, parce qu'elles vont nous servir encore pour l'étude des bronchites. D'abord, c'est l'importance extrême de toutes les causes mécaniques d'obstruction nasale entraînant une modification dans la perméabilité des voies respiratoires. Puis, c'est le rôle de certains repaires à l'infection, l'importance des infections du cavum et des sinus de la face.

Nous allons les retrouver dans l'étiologie des bronchites. Je vous ai montré qu'à côté du coryza infectieux inflammatoire, ou du coryza dû aux phénomènes vaso-moteurs, devenu secondairement infectieux, il y avait place pour des coryzas spasmodiques : les uns sont périodiques ; tel le rhume des foins, où les albuminoïdes des graminées semblent la cause de la répétition des accès, par suite de phénomènes de l'ordre de l'anaphylaxie. D'autres sont apériodiques ; ils peuvent quelquefois rentrer dans l'anaphylaxie de cause alimentaire, mais pour d'autres, il faut admettre qu'il y a simplement une sensibilité particulière de la muqueuse aux conditions météorologiques, en particulier au refroidissement. Récemment, M. Lermoyez, — un précurseur, — a montré que certaines rhinorrées pouvaient être en rapport avec des troubles de la fonction rénale. Nous retrouverons ceci dans l'étude des rhinobronchites.

Etudions maintenant les bronchites. D'abord, cherchons à faire, là encore, une grande division. Il y a vingt ans, on se rattachait à la description de Laennec, c'est-à-dire d'un état pathologique débutant par des phénomènes inflammatoires du côté du nez, puis, plus tard, par de la laryngo-trachéite, mais la notion nouvelle apportée à la suite des travaux de M. Martin du Magny, de Bordeaux, de MM. Flurin, Rist et Sergent, etc., c'est le retentissement du nez sur la bronche et le poumon, la notion des rhinobronchites descendantes. Il est certain qu'on a exagéré la fréquence et l'importance de la tuberculose à l'origine des bronchites. MM. Rist et Sergent ont montré, à l'occasion de la guerre, qu'un certain nombre d'individus considérés comme des tuberculeux n'étaient que des porteurs de lésions nasales. N'oubliez pas que, dans bien des cas, la rhinobronchite est un agent de déclanchement des poussées tuberculeuses.

De même qu'il y a des coryzas inflammatoires,

(2) Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, le 26 novembre 1926, recueillie par le Dr Laporte.

il y a un grand nombre de rhinobronchites inflammatoires, relevant tout simplement de l'obstruction nasale (déviation de la cloison, hypertrophie des cornets, rétrécissements, etc.). Comme a dit M. Sergênt, c'est la bronchite des nez bouchés. Dans le cavum, on trouvera souvent des végétations adénoïdes tardives. Dans quelques cas, la bronchite sera en rapport avec l'angine granuleuse de Guéneau de Mussy, qui est en réalité une folliculite.

Une cause intéressante et méconnue, c'est l'existence de sinusites, non pas seulement d'une sinusite aiguë, sur laquelle l'attention sera attirée facilement par la douleur présentée par le malade, mais d'une sinusite chronique.

Ces rhinobronchites tantôt sont descendantes, commencent par un coryza, s'accompagnant souvent de laryngite, puis de trachéobronchite. Très souvent le larynx n'est pas touché, et l'infection va directement du nez à la bronche, en sautant, pour ainsi dire, par-dessus le larynx. Dans d'autres cas, le nez, la trachée et la bronche semblent pris d'emblée. Voilà des notions bien connues, mais il en est une dont je dois dire un mot, parce qu'elle est de celles qui ont beaucoup troublé les esprits, c'est la possibilité de voir se produire, à la suite des lésions du rhinopharynx, — non pas des rhinobronchites descendantes ou généralisées, — que tout le monde admet facilement, — mais des bronchites localisées. C'est un médecin des hôpitaux de Bordeaux, M. Martin du Magny, qui, en 1901, a été le premier à montrer l'intérêt de cette notion. Avec son élève M. Chauvet, il a insisté sur la bronchite de l'angle, localisée à la région supéro-interne de l'angle de l'omoplate. C'est la région où apparaissent les premiers signes de la tuberculose, appelée zone d'alarme par M. Sergent. Il s'agirait alors, non pas de tuberculose, mais purement de phénomènes en rapport avec l'état du nez, puisqu'il suffirait de modifier l'état nasal pour aboutir à la disparition de ces symptômes. C'est à ce propos surtout que MM. Rist et Sergent ont insisté sur les difficultés du diagnostic entre la tuberculose et les affections nasales.

Nous venons de voir qu'un grand nombre de rhinobronchites sont tout simplement liées à des lésions nasales, ou à des infections à point de départ nasal, mais, dans un certain nombre de circonstances, ce sont d'autres causes : par exemple, les poussières. On connaît les bronchites des boulangers, des grainetiers, des coiffeurs, des cardeurs de laine, etc., dues aux poussières qu'entraînent ces professions ou aux poussières de fer et de silice.

Il y a un état particulier dans lequel l'individu réagit par des troubles sur l'appareil respiratoire, sans avoir de lésion ni d'infection nasale. C'est ce qu'on a appelé les bronchites diathésiques. Les anciens parlaient de bronchites goutteuses, ils avaient noté l'alternance de la manifestation articulaire de la goutte et de la bronchite. Nous savons que la goutte est fréquente dans les antécédents des asthmatiques (20 ou 30 %). Beaucoup de bronchites survenant chez les goutteux sont des bronchites d'un type particulier, que nous appelons dyscrasiques, parce que nous ne pouvons pas en expliquer le mécanisme d'une façon plus précise, mais qui tiennent à la nature, à la constitution même de l'individu. Ces bronchites goutteuses ne sont peut-être que des bronchites asthmatiques, et d'ailleurs une partie des manifestations que nous étudions ne sont probablement que des équivalents de l'asthme, mais il n'y a pas la signature particulière, les crises d'oppression, qui font penser à l'asthme.

De même qu'il y a des bronchites chez les goutteux, de même il y a des bronchites chez les sujets atteints d'urticaire ou d'eczéma. Les médecins du Mont-Dore, de La Bourboule, comme M. Ferrière, ont beaucoup insisté, chez les enfants, sur l'alternance des phénomènes d'eczéma et de bronchite.

Enfin, il y a d'autres faits très curieux, encore assez mal classés, mais importants à connaître. Les médecins d'enfants ont signalé la fréquence de la bronchite chez les gros bébés suralimentés. Elle se traduit par des phénomènes de sibilances, de piaulements, quelquefois par un peu d'oppression qui peut aller jusqu'à l'asthme, mais le plus souvent, elle ne s'accompagne pas de véritables accès asthmatiques. Elle guérit du jour où l'on réduit la ration alimentaire. Faisant pensait que certains individus atteints de bronchite chronique étaient également des suralimentés ou avaient des troubles d'intoxication alimentaire. Il disait qu'un certain nombre de ces bronchites devaient être traitées par les purgatifs, par le régime lacté (thèse de M. Bernstein).

Dans quelques cas, on peut trouver la signature de l'accès asthmatique. J'ai étudié avec M. de Jong quelques cas de bronchitiqus atteints de toux presque coqueluchoïde, incessante, avec bon état général, sans fièvre ; l'examen des crachats révélait la présence d'une grosse éosinophilie ; de même l'examen du sang. Mais il y a beaucoup d'états touchant à l'état anaphylactique et dans lesquels il n'y a pas d'éosinophilie. Avec M. Moreau, nous avons vu dans certains cas d'urticaire l'éosinophilie faire défaut ; on n'a donc pas le droit de généraliser la valeur de l'éosinophilie dans ces cas.

Je viens de vous rappeler les principales causes de ces rhinobronchites, leur parenté avec l'asthme. Il me reste à indiquer le déterminisme pathogénique de ces incidents. Ils se déclarent à l'occasion d'un mauvais fonctionnement des glandes endocrines, ou même à l'occasion de phénomènes physiologiques. Il n'est pas rare, chez les femmes, dans la période prémenstruelle,

◆◆◆

de voir ces phénomènes asthmatiques, indépendamment de toute affection nasale, et accompagnés de poussée eczémateuse ou urticarienne. J'ai vu une malade chez qui le mariage suspendit ou atténua les crises de rhinobronchite prémenstruelle ; les phénomènes revinrent après la ménopause ; en même temps, je constatai de l'hypertension artérielle.

Certaines de ces bronchites sont prises par contagion. Il se crée des susceptibilités particulières. Le malade arrive à être sensible à tout : mauvaise alimentation, troubles émotifs, refroidissement. La réalité des phénomènes anaphylactiques comme cause de bronchite et d'emphysème a été vérifiée expérimentalement.

J'en arrive à l'histoire des bronchites qui ne sont pas précédées de rhinite, qui sont, pour ainsi dire, des bronchites initiales. Celles-là, hélas, sont beaucoup plus graves, généralement, que les premières. Toute bronchite qui ne commence pas par le nez, dit Lasègue, n'est pas une bronchite simple. Il est en effet bien réel qu'une bronchite qui, d'emblée, tombe sur les bronches, est presque toujours symptomatique d'un état pulmonaire ou d'un état thoracique. Il peut y avoir cependant des bronchites aiguës simples. Il m'a semblé en voir chez les jeunes soldats ; c'étaient des infections aiguës frappant la muqueuse bronchique, sans qu'il y ait d'emphysème ou de tuberculose, ou d'autre cause. La bronchite aiguë primitive peut exister chez les jeunes gens et les enfants, mais chez l'adulte, elle est bien exceptionnelle. La bronchite aiguë de l'adulte est, ou bien d'origine nasale, ou symptomatique d'une altération de l'appareil respiratoire. Cette bronchite de l'adulte, quelquefois aiguë, mais surtout chronique ou à répétition, peut relever d'inhalation de poussières. Pendant la guerre, nous l'avons vue souvent à la suite d'irritation de la muqueuse par les gaz asphyxiants, en particulier par l'ypérite. Mais il semble que toutes les causes qui entravent le jeu normal de l'inspiration et de l'expiration entraînent facilement de la bronchite : malformation du gril costal, modifications de la colonne vertébrale. Ces bronchites chroniques sont fréquentes chez d'anciens rachitiques présentant soit de la cyphose, soit de la lordose, soit surtout de la scoliose. Il y a aussi à invoquer le mal de Pott. Les altérations de la plèvre semblent jouer un rôle important. Il est à noter la fréquence de ces bronchites chroniques à la suite des symphyses pleurales.

M. Sergent a montré des dilatations bronchiques considérables développées à la suite d'une symphyse pleurale. M. Picot, dans sa thèse sur la gangrène pulmonaire, a montré combien fréquemment, toutes les fois qu'on touche au poumon et à la plèvre, et qu'il se fait des symphyses d'un côté, du côté opposé la bronche se dilate facilement. La bronchite est fréquente aussi lorsqu'il y a des troubles de la circulation pulmonaire, en particulier dans le rétrécissement mitral. Dans certaines circonstances, on peut observer des bronchites chez des individus présentant de la déficience rénale. Avec MM. Merklen et de Jong, nous avons insisté sur ces faits. L'une des causes les plus fréquentes de la bronchite est bien, comme l'avaient vu les anciens, la tuberculose pulmonaire. Nous verrons que la syphilis, surtout la syphilis héréditaire, est une des causes importantes de la dilatation des bronches. La syphilis joue un rôle dans la pathogénie de certaines bronchites. La bronchite des syphilitiques a une allure un peu spéciale.

Voici, pour terminer, quelques brèves indications thérapeutiques. Vous savez que la prophylaxie du coryza est à peu près illusoire. On peut quelquefois par l'isolement empêcher la contagion, mais toutes les poudres, les huiles, les antiseptiques qu'on peut se mettre n'ont jamais empêché la contagion. Par conséquent, la prophylaxie du coryza n'est guère possible. Votre premier devoir sera de traiter les déformations nasales ou les infections chroniques des fosses nasales. Certains individus, tout en n'ayant pas de grosses lésions respiratoires, ont de mauvaises habitudes respiratoires, ils ne respirent pas par le nez, ils respirent par la bouche ; il faut corriger leur mauvaise habitude. La notion vulgaire du refroidissement est peut-être la plus importante, parce qu'on peut corriger, chez certains individus, leur tendance au refroidissement. Par exemple, chez un asthmatique ayant des rhinobronchites à répétition, au point que la vie lui devient insupportable, souvent on se bornera à lui prescrire une discipline qui modifiera les choses. On le soumettra à une véritable rééducation de la peau, à l'hydrothérapie froide.

Dans certains cas, il y a des troubles des glandes endocrines expliquant la frilosité. Chez certains individus, le corps thyroïde améliore cette sensibilité au froid.

On a essayé de traiter le coryza spasmodique, l'asthme des foins, par la désensibilisation, aux protéines. On a surtout obtenu des résultats par la désensibilisation générale, telle que l'auto-hémothérapie ou l'auto-sérothérapie, et surtout par les injections de peptone faites sous la peau.

On agira au besoin sur le terrain goutteux, ou sur le mauvais fonctionnement hépatique qui intervient dans certains cas ; on se rappellera que certains individus ont un rhume de cerveau pour avoir bu du vin de Bourgogne, d'autres pour avoir fait un trop bon dîner.

Le rhume de cerveau survenu, le plus souvent, on se bornera à l'usage des boissons chaudes, des grogs, etc. L'auto-vaccination donnera de bons résultats dans les cas où il existe un élément asthmatique.

Dans la bronchite, nous n'avons pour ainsi dire presque plus de moyens thérapeutiques à notre disposition, en dehors des moyens vulgaires et courants consistant à faciliter l'expectoration à la période d'acuité, à essayer de la sécher plus tard, quand il s'agit de bronchite banale.

Là encore, on peut se demander si, dans un certain nombre de cas, il ne serait pas utile de faire la rééducation de la peau, de diminuer la sensibilité au refroidissement, et, s'il s'agit de troubles protéiniques, d'agir par les méthodes de désensibilisation, ou l'emploi des vaccins. La rééducation de la respiration, avec l'emploi du spiromètre, dans certains cas, donnera d'heureux résultats. S'il s'agit de tuberculose, on mettra l'individu dans des conditions propres à diminuer l'infection tuberculeuse, à empêcher le retour fréquent des bronchites, à éviter que cette tuberculose probablement fibreuse ne se transforme en une forme plus grave.

LA NUTRITION CELLULAIRE ILLIMITÉE CAUSE EFFICIENTE DU CANCER

Par le docteur Henri Lalande (St-Jean-de-Maurienne).

Dans les lignes qui suivent, nous nous proposons de donner une explication pathogénique du cancer. Les auteurs qui jusqu'à présent ont cherché à discerner les causes de cette maladie l'ont tous attribuée à l'acquisition par les cellules d'une propriété nouvelle excitatrice de leur multiplication. Beaucoup ont cru que cette faculté multiplicatrice exagérée relevait de parasites bactériens ou autres. D'autres ont pensé qu'elle était due à une irritation cellulaire. Quelques-uns enfin y ont vu l'action primitivement locale d'une diathèse générale. Mais personne n'a pensé à comparer les conditions de la multiplication cellulaire normale à celles de la multiplication cancéreuse. Cette comparaison cependant conduit, à la solution définitive du problème et apprend que toute tumeur dérive directement des cellules normales sans qu'il soit besoin de propriété nouvelle excitatrice de leur multiplication.

Comment se multiplie une cellule normale ? Elle commence par grossir, puis, parvenue à une certaine croissance, elle se divise en deux autres à peu près égales à la cellule initiale, de telle sorte qu'entre le début et la fin du phénomène, la quantité totale de matière cellulaire est devenue deux fois plus considérable ou à peu près. Mais puisque rien ne se crée, il faut que la cellule prenne en dehors d'elle la substance qui va doubler son volume. C'est dans le plasma interstitiel environnant qu'elle prend, par assimilation, les matériaux nécessaires à son accroissement et à sa multiplication. La condition essentielle, primordiale de toute multiplication cellulaire, c'est donc l'assimilation du plasma interstitiel, c'est-à-dire la nutrition cellulaire.

L'étude de l'épithélium normal, tissu spécialement intéressant puisque le cancer est d'origine épithéliale, nous montre que la multiplication cellulaire est réservée uniquement à la couche de cellules qui repose sur la membrane basale. Seules, en effet, ces cellules peuvent par leur situation absorber et assimiler le plasma issu du réseau capillaire sous-jacent qui transsude à travers cette membrane. Les autres nées d'elles par division, privées de plasma déjà pris par leurs génératrices, meurent et s'éliminent. Elles abandonnent immédiatement l'organisme dans les épithéliums simples ; dans les stratifiés, elles se superposent en assises stériles progressivement refoulées par les générations cellulaires successives jusqu'à leur desquamation définitive.

Si nous comparons ce mode de nutrition et de multiplication à celui des cellules cancéreuses, nous voyons qu'à l'encontre des épithéliums, l'assimilation, la vie et la multiplication ne sont point le privilège d'une certaine catégorie d'éléments cellulaires, mais bien de la totalité des cellules de la masse néoplasique. Le cancer est en effet entouré, traversé de toutes parts, par des ramifications conjonctives et vasculaires dont les capillaires répandent dans tous les sens de l'espace le plasma nutritif. Aussi chaque cellule considérée isolément s'accroît et se divise en deux nouvelles qui, se trouvant dans les mêmes conditions de nutrition envahissante par la distribution extensive du plasma, se divisent à leur tour, et les générations se succèdent tendant à augmenter le nombre des cellules suivant une progression géométrique. Le foyer cancéreux s'accroît ainsi inexorablement par le simple fait d'une distribution plasmatique illimitée dans l'espace.

La différence essentielle entre un cancer et un épithélium normal, c'est donc que le néoplasme, tout pénétré de rameaux conjonctivo-vasculaires contient des vaisseaux, tandis que l'épithélium en est privé. Il en résulte que le volume d'un épithélium reste constant parce que sa nutrition est limitée à la seule assise cellulaire qui tapisse la membrane basale et que par suite il meurt autant de cellules qu'il en naît. Dans le cancer il en naît plus qu'il n'en meurt par l'effet de la distribution plasmatique dans tous les sens de l'espace et de la nutrition extensive dans toutes les directions qui en est la conséquence, la puissance de la pullulation étant

subordonnée à la richesse vasculaire de la production néoformée.

On peut étendre ces conclusions à tous les tissus et à toutes les tumeurs et dire qu'un tissu conserve son volume et sa forme normale lorsque la distribution plasmatique n'atteint qu'un nombre constant de ses cellules car dans ce cas, la natalité et la mortalité cellulaires se compensent. Au contraire, si l'afflux plasmatique et par suite la nutrition gagnent un nombre croissant de cellules, il se produit un accroisement continu de volume c'est-à-dire une tumeur, parce que la natalité cellulaire en excède la mortalité. Il y aura enfin ulcère lorsqu'une nutrition insuffisante laissera mourir plus de cellules qu'il n'en naît.

Telle est la cause nécessaire de la pullulation cellulaire du cancer qui rend inutile et vaine toute hypothèse de faculté multiplicatrice anormale, tandis que cette hypothèse elle-même ne supprime pas la nécessité de cette cause. Quelle que soit la puissance multiplicataire d'une cellule, elle ne peut se multiplier si elle ne se nourrit pas.

Cette explication évidente et nécessaire rend compte de tous les faits relatifs au cancer. La vitesse d'accroissement d'un cancer et par suite sa gravité sont en rapport avec l'abondance de sa vascularisation. L'encéphaloïde à évolution rapidement fatale possède un stroma conjonctif extrêmement riche en capillaires, tandis que le stroma du squirre beaucoup plus lent dans sa marche est pauvre en vaisseaux. D'une façon générale le cancer est d'autant plus rapide qu'il atteint un sujet plus jeune. Ce fait est en rapport encore avec l'intensité de la nutrition aux divers âges de la vie. Les tumeurs des vieillards ont une allure torpide s'opposant à la marche parfois foudroyante des néoplasmes de même tissu chez les personnes jeunes.

Certains cancers présentent par endroits dans leur masse un mode de nutrition qui se rapproche de la nutrition normale des épithéliums. Nous voyons aussitôt les cellules issues pourtant de cellules cancéreuses reprendre l'évolution normale. Telle est la formation des globes cornés dans l'évaisseur des épithéliomas lobulés. Sur la paroi d'une niche conjonctive, on trouve tout d'abord une couche de cellules génératrices, puis par-dessus elles s'étayent des cellules infécondes qui se dessèchent progressivement et convergent vers un centre où n'existent plus que des cellules desséchées, aplaties, le globe corné. C'est en tous points la structure et l'évolution épidermiques parce qu'en ce lieu du cancer la nutrition se fait sur une surface comme dans l'épiderme et les autres épithéliums.

Depuis les réalisations de cultures de tissus par M. Carrel et de nombreux autres expérimentateurs, nous assistons à la production de véritables cancers *in vitro*. Dans les cultures, les cellules se multiplient sans limites dans tous les sens de l'espace parce que l'infiltration plasmatique les atteint toutes comme dans le cancer. De plus, les cultures réalisent exactement l'anarchie cellulaire. Là, comme dans les tumeurs malignes, nous assistons à une différenciation très marquée des cellules qui perdent en grande partie leurs caractères tissulaires. De part et d'autre la variété de formes et d'évolution est considérable. Les cellules avant tout obéissent à la loi de la nutrition. Régulièrement rangées en couches et ordonnées en assises à éléments égaux lorsque la nutrition se fait sur une surface, leur développement s'effectue au hasard de la place libre et de la distribution plasmatique, dans les intervalles variables et de toutes formes laissés par le stroma vasculo-conjonctif. Là encore, ce caractère que l'on a cru essentiel du cancer, l'anarchie cellulaire, se trouve parfaitement expliqué par une distribution plasmatique illimitée dans des espaces interconjonctifs irréguliers.

Enfin, les cultures de tissus faites soit avec des cellules cancéreuses, soit avec des cellules de tissus normaux se comportent de même manière et il est impossible de les distinguer. Ceci est encore la démonstration expérimentale de l'identité des cellules normales et cancéreuses, et de la négation de toute propriété excitatrice de la fécondité cellulaire dans le cancer.

A l'état normal, avons-nous dit, la nutrition est le privilège exclusif des cellules épithéliales qui tapissent la membrane basale à travers laquelle elles reçoivent le plasma épanché par les capillaires sous-jacents. Pour que ces cellules deviennent cancéreuses, c'est-à-dire possèdent une nutrition et une multiplication illimitées, il faut que cette barrière basale cède en un point, et que par cette ouverture, les cellules se trouvent baignées par une quantité inépuisable de plasma se répandant dans tous les sens de l'espace. Tel est bien le mécanisme de mise en train du cancer. Les observations anatomo-pathologiques montrent que le début du néoplasme coïncide toujours avec la disparition de la membrane basale en un point d'un épithélium.

Cette solution de continuité ne saurait être déterminée par une effraction brutale consécutive à un traumatisme par exemple, perforation ou contusion. Il se produit alors une coagulation immédiate qui empêche tout débit plasmatique et par suite toute assimilation de la part des cellules épithéliales voisines. Il faut que cette disparition de la basale s'opère lentement par usure progressive de telle sorte que la plasma reste liquide et assimilable.

La clinique démontre bien que cette conséquence logique est exacte. Très souvent, toujours peut-être, l'éclosion du cancer est précé-

dée d'une altération localisée de l'épithélium qui a pour effet de le durcir. Les cancroïdes cutanés apparaissent fréquemment sur les peaux sèches et raides des vieillards, plus particulièrement au niveau de plaques cornées, crasses séniles, verrues, vieilles cicatrices d'ulcères, de brûlures, de lupus, etc. Le xéroderma pigmentosum des enfants, les plaques cornées des radiologistes, les cornes du cancer expérimental par le goudron en sont encore des exemples. Aux muqueuses nous retrouvons les leucoplasies, kraurosis, bords cicatriciels d'ulcères, vieilles inflammations chroniques, gastrites, métrites, laryngites, comme lésions précancéreuses. Dans les glandes, l'adénome, tumeur bénigne constituée par l'entassement dans les tubes glandulaires de cellules épithéliales non évacuées, précède le carcinome. Toutes ces formations précancéreuses ont pour caractère commun de s'opposer à l'évacuation normale des cellules épithéliales mortes, soit par l'épaississement en une corne des couches épithéliales superficielles retenant sous elles les cellules qui naissent incessamment de la couche génératrice, soit par leur accumulation dans l'espace restreint des cavités glandulaires. Sous la pression constante et croissante qui s'exerce ainsi sur la basale, cette membrane s'use et cède lentement. Dès lors, le plasma se répand entre les cellules nées de la basale ; celles-ci aussitôt l'assimilent et se divisent en nouvelles cellules, proliférant par dessus et par dessous le plan rompu de la membrane. La multiplication cellulaire suivant une progression géométrique commence, s'enfonce dans les tissus conjonctifs sous-épithélaux où ils trouvent le plasma en quantité surabondante. La masse néoformée est bientôt pénétrée de prolongements conjonctivo-vasculaires qui en forment le stroma. La nutrition du cancer est réalisée, les vaisseaux nouveaux étendent de proche en proche l'infiltration plasmatique dans laquelle de nouvelles cellules se multiplient à leur tour et forment une trame dans laquelle de nouvelles ramifications conjonctivo-vasculaires vont s'allonger encore. La masse cancéreuse s'accroît ainsi inexorablement, détruisant les dispositions des organes normaux. Parfois quelque fragment détaché de la masse principale, emporté par la circulation lymphatique ou sanguine se greffe sur un tissu vierge, opérant ainsi une véritable inoculation cancéreuse métastatique, point de départ d'une nouvelle pullulation épithéliale envahissante.

Telle est la nature du cancer. Ce n'est ni une maladie parasitaire, ni même une maladie cellulaire. C'est le résultat d'une distribution plasmatique anormale dans tous les sens de l'espace, déterminant une multiplication cellulaire croissant sans cesse en progression géométrique, par suite d'une nutrition illimitée dans toutes les directions, tandis qu'à l'état normal, la nutrition n'atteignant qu'un nombre constant de cellules, réalise l'équilibre entre leur natalité et leur mortalité. C'est la loi de Malthus appliquée au peuple cellulaire.

CURE AMBULATOIRE DES HÉMORRHOÏDES

La majorité des cas d'hémorrhoïdes peut être aujourd'hui traitée et guérie sans qu'il soit nécessaire de faire interrompre au malade ses occupations même pour quelques jours. Il suffit pour cela d'employer une technique bien réglée, qui se propose de faire disparaître progressivement et lentement les dilatations variqueuses.

Nous avons l'intention d'indiquer ici les moyens très simples que nous avons l'habitude de mettre en œuvre avec une complète satisfaction.

Pour cela nous utilisons les effluves de haute fréquence et l'action sclérogène des solutions de salicylate de soude. Il est en effet indispensable de disposer d'un moyen de calmer les phénomènes douloureux si fréquemment observés chez les hémorrhoïdaires avant d'aborder la destruction proprement dite et ce sont les effluves de haute fréquence qui donnent les meilleurs résultats à ce point de vue.

Nous allons envisager les différents aspects que peut présenter l'anus d'un hémorrhoïdaire et nous indiquerons à propos de chacun d'eux la conduite que nous tenons.

I. — En cas de petite hémorrhoïde, dure, tendue, douloureuse, avec parfois contracture du sphincter, il faut d'abord faire quelques séances d'effluvation. Le spasme cesse, la petite boule se flétrit. Si la dilatation variqueuse reste assez marquée pour qu'on puisse ultérieurement craindre une nouvelle poussée, il suffira d'injecter une goutte de solution de salicylate de soude à 20 % dans la lumière même du vaisseau. Mais il arrive fréquemment que, dans ces cas, la poussée inflammatoire a transformé la petite boule en une masse scléreuse au niveau de laquelle toute injection sclérosante est formellement contre-indiquée.

II. — Ce serait aux effluves seules qu'il faudrait avoir recours en cas de sphinctéralgie. Il arrive assez fréquemment que de petites hémorrhoïdes existent et présentent une fissure à leur base. Dans ce cas, les hémorrhoïdes sont sans im-

portance, il faut traiter seulement la fissure et la contracture réflexe qui l'accompagne.

III. — Pour les hémorrhoïdes de grosseur moyenne avec phénomènes douloureux peu marqués , on pourra se contenter d'une ou deux séances d'effluves pour passer ensuite aux injections sclérosantes que l'on devra faire de la façon suivante :

On disposera de plusieurs solutions de salicylate de soude dont les concentrations s'échelonneront de 5 % à 20 %.

Les concentrations les plus fortes, soit de 15 à 20 %, devront être mises seulement dans la lumière même de la veine, tandis que les concentrations les plus faibles pourront être mises dans le tissu cellulaire. Une solution trop forte dans le tissu cellulaire pourrait amener des phénomènes inflammatoires très douloureux.

Il arrive d'ailleurs asse z fréquemment qu'en présence d'un renflement hémorrhoïdaire, on ne sait pas d'avance quelle solution on emploiera. Si on est bien dans la veine ce sera une solution forte. Si le sang ne vient pas, on devra se contenter d'une solution faible. D'une façon générale, d'ailleurs, les injections dans le tissu cellulaire doivent être plutôt faites au-dessus de la dilatation hémorrhoïdaire.

On pourra dans la même séance faire deux injections semblables en des points différents.

IV. — Les hémorrhoïdes non douloureuses pourront être injectées d'emblée.

V. — Les malades qui présentent de petites hémorrhagies de sang pur sous forme d'un jet de sang au moment de la défécation verront rapidement leurs hémorrhagies cesser si on injecte dans la veine qui saigne une solution à 20 %. On pourra rechercher le ou les points qui saignent et introduire l'aiguille par l'orifice même d'où le sang jaillit. Dans le cas de grosses dilatations, après avoir introduit l'aiguille et s'être assuré qu'on est bien dans le vaisseau, on peut aplatir l'hémorrhoïde avec le doigt et faire passer la solution sclérosante directement sur la paroi veineuse.

V. — On peut se trouver enfin en présence d'une muqueuse rectale qui s'extériorise au moment des selles. Cette muqueuse rouge vif, saignante ne présente pas d'hémorroïdes. On devra injecter en divers points sous la muqueuse quelques gouttes de salicylate à 3 % afin d'amener une sclérose légère. La muqueuse se rétractera et n'aura plus tendance à sortir.

Les cinq types que nous venons de décrire sont plutôt schématiques. Il est rare de les trouver à l'état pur. Mais ce qu'on rencontre plus fréquemment, c'est un mélange de ces divers types.

En sorte qu'il faudra varier la technique suivant les points considérés de la muqueuse et suivant les phénomènes réactionnels.

Peu à peu, en effet, on voit les bourrelets violacés se réduire de volume, devenir fermes, blancs, indolores. En certains points, les bourrelets apparaissent comme capitonnés. Ce sont des points de sclérose qui en se rétractant attirent la muqueuse vers la profondeur.

Peu à peu, les phénomènes de sclérose s'accentuent et ne permettent plus l'issue hors de l'anus des bourrelets internes procidents.

On assiste à des phénomènes progressifs de guérison que la nature emploie d'ailleurs parfois elle-même lorsqu'après une poussée aiguë, elle transforme une hémorrhoïde en marisque. C'est comme un processus de guérison naturelle dont le médecin serait maître.

Les indications de ce procédé sont essentiellement les hémorroïdes douloureuses ainsi que celles qui sont petites et moyennes.

Quant aux très grosses hémorroïdes avec prolapsus de la muqueuse, il est préférable de procéder à leur ablation. Elles ne sont plus justiciables du procédé ambulatoire.

Dr Lorain.

ACTION DU SOLEIL SUR LE POTASSIUM DE L'ORGANISME VIVANT

Par MM. J. Risler et Foveau de Courmelles (1).

Le potassium se trouve dans les organismes vivants, particulièrement dans les globules sanguins.

Zwardemaeker a montré que la présence de cet élément dans l'organisme est lié intimement à la fonction des principaux organes. La fonction cesse en effet lorsqu'on retire le potassium par lavage. Les expériences récentes bien connues du savant professeur à l'Université d'Utrecht ont démontré que cette action du potassium sur les fonctions organiques était due non aux propriétés chimiques de ce métal, mais à sa propriété de radioactivité.

Expérimentant sur des cœurs de grenouilles, Zwardemaeker, a montré le rôle de cet élément sur l'automatisme de la fonction cardiaque. En effet, l'organisme privé de potassium, la fonction cesse ; si l'on introduit un élément radio-actif de remplacement autre, par exemple :

(1) Communication au *Congrès pour l'avancement des Sciences* (Lyon, juillet 1926).

thorium, uranium, ionium ou du radium ; la fonction reprend. Nous n'entrerons pas plus en détail dans les expériences remarquables et minutieuses du savant éminent ; en effet, ces travaux ne nous intéressent qu'en raison des différences considérables d'énergie radio-active nécessitée pour la reprise de l'automatisme fonctionnel, en cas de remplacement du potassium par les autres éléments radioactifs que nous avons cités.

La dose d'élément radioactif qui doit être réintroduite pour permettre un fonctionnement de longue durée de l'organisme varie en effet avec les saisons. Nous relatons ici le tableau comparatif d'hiver et été donné par Zwardemaeker.

Hiver		Eté
52 microcuries	K	20 microcuries
75 —	rubidium	34 —
24 —	thorium	5 —
12 —	uranium	2,4 —
1 —	ionium (+ th)...	0,2 —
3,10-6 —	radium	0,5 10-6 —
1/100 —	radon (émanation)	1/300 —

Cet abaissement anormal de l'énergie radioactive suffisante pendant l'été pour le maintien de l'automatisme fonctionnel du cœur d'animaux inférieurs (anguille, grenouille, tortue) constaté par Zwardemaeker nous a fait penser que l'action du soleil pendant l'été en devait être la cause.

Certains auteurs ont montré en effet récemment l'augmentation des constantes de radioactivité d'éléments radioactifs exposés au soleil. Nous avons voulu savoir si le potassium se comportait de la même manière. Dans ce but, nous avons exposé sur des plaques sensibles Gevaert Sensima des échantillons de chlorure de potassium

Ces échantillons placés sur des plaques de verre avaient été insolés au préalable pendant deux ou trois heures. Afin d'éviter toute action chimique de l'élément sur la plaque sensible, nous avons eu soin de l'isoler à l'aide de fines lamelles de quartz provenant de résidus de soufflage. Les clichés ont été développés à l'obscurité. Les premières épreuves révélées après des expositions correspondant à 17 et 25 jours n'ont donné aucune impression. Au 48e jour deux des clichés accusent des impressions très nettes. Or, les durées d'exposition énoncées par les auteurs ayant étudié la radioactivité du potassium par la photographie sont de 56 jours (Buchner) et 60 jours (Roffo). D'autres expérimentateurs ont trouvé des résultats discordants, sans être cependant inférieurs aux chiffres que nous venons de citer.

Dans nos travaux, l'exposition au soleil a donc réduit notablement le temps de pose nécessaire pour l'obtention d'une impression. D'autre part, les conditions rigoureuses des expériences dans lesquelles nous avons pris soin d'isoler l'élément radioactif de la plaque à l'aide d'une lamelle de quartz, éliminent toute hypothèse d'impression due à une propriété chimique de l'élément.

Une conclusion s'impose donc : l'action incontestable du soleil sur le potassium, en ce qui concerne le temp s de pose nécessaire à l'impression de la plaque sensible.

Les résultats que nous avons obtenus peuvent encore être améliorés. En effet, les insolations ont été effectuées dans des conditions particulièrement défavorables au point de vue atmosphérique, en avril 1926, à l'un des rares moment où le ciel s'est montré clément. Il est légitime de supposer que l'insolation par les jours chauds de l'été permettra encore une réduction de temps de pose.

La conséquence de cette conclusion est que : l'on peut déterminer enfin d'une manière précise une des pricncipales modalités de l'action du soleil ou des rayons de grandes longueurs d'onde sur l'organisme vivant. Le soleil en effet irradie l'élément potassium situé principalement dans l'écran sanguin. Etant donnée la pénétration connue des rayons de grandes longueurs d'onde jaune, rouge et les épreuves photographiques réalisées à travers les tissus par Gunni Busk, cette action solaire est parfaitement vraisemblable.

Nos modestes travaux orientés par hasard par les recherches de Zwardemaeker montrent une des formes de l'énergie d'appoint que l'on attribue à la lumière.

La lumière du soleil augmente, en effet, le nombre des particules émises par l'élément potassium ; ces particules provoquent les ionisations des systèmes atomiques voisins, changent leur masse, abaissent les chaleurs de formation, accélèrent en un mot les phénomènes vitaux en augmentant la consommation d'oxygène.

Nos expériences sont trop récentes pour que nous puissions savoir la durée de l'action pendant laquelle persiste cette augmentation de l'émission des particules du potassium sous le rayonnement solaire.

Pour les corps radioactifs, A. Nodon, Mlle Maraccéanu ont montré que les phénomènes persistent plusieurs mois après l'insolation, avec des augmentations et des diminutions encore inexplicables. Cette constatation de l'activité du soleil sur la microradioactivité du potassium n'infirme en rien l'augmentation de l'effet photoélectrique du même élément sous le même rayonnement.

On connaît en effet aujourd'hui l'effet photoélectrique sélectif que provoquent certaines radiations de grandes longueurs d'onde sur le potassium. Nous rappelons que dans un récent travail, présenté à la Société de Pathologie nous avons donné une explication physique du rôle que la photoélectricité joue en biologie.

Les métaux contenus dans l'organisme sont

sensibles à l'action de toutes les radiations. On peut admettre aujourd'hui, à notre sens, que, dans les conditions biologiques dans lesquelles ils se trouvent ils sont soumis ainsi qu'à l'état libre aux lois du rayonnement et il n'est pas absurde de signaler qu'il est possible et logique de ramener les phénomènes biologiques sous la dépendance directe de la théorie des quantas.

Ces constatations n'offrent pas seulement l'intérêt de montrer le merveilleux enchaînement qui ramène les phénomènes biologiques aux lois de la physique, mais elles nous montrent qu'il existe au point de vue biologique un certain équilibre de rayonnement. Si cet équilibre est rompu, le cas pathologique surgit. Nous rappelons ici par exemple, l'augmentation de la quantité du potassium dans certaines tumeurs cancéreuses. Zwardemaeker a montré par contre d'ailleurs, qu'il était possible de rétablir cet équilibre en provoquant un rayonnement radioactif antagoniste de très faible intensité.

Il paraît donc nécessaire, à notre sens, d'orienter les recherches sur les modifications d'énergie qui interviennent dans l'élément potassium dans des circonstances variées, car il est indispensable d'être éclairé d'une façon précise sur le rôle fonctionnel du principal élément radioactif de l'organisme.

RHUMATISME ET HYPERURICÉMIE

Traitement préventif et curatif,

Par le Dr Luc O. Merson.

Le mot rhumatisme (ρευμα, fluxion) a dans la nosographie clinique une signification générique englobant une grande variété de maladies qui n'ont souvent d'autre lien commun que leurs localisations articulaires : toute affection provoquant au niveau d'une ou plusieurs articulations un gonflement, une gêne, une douleur, sera qualifiée *a priori* de rhumatismale. Mais il importe de démêler dans cet ensemble symptomatique les éléments d'un diagnostic plus précis.

Sydenham, le premier, montra que la goutte possède dans ce groupe confus une entité propre, Landré-Beauvais confirma ses vues, et, depuis, nombreux sont les auteurs qui ont attaché leur nom à des travaux ayant pour but de classer en un ordre scientifiquement établi l'ensemble des affections dites rhumatismales. Qu'il nous suffise de rappeler les noms de Bouchard, Hanot, Lancereaux, Landouzy, Pierre-Marie. Poncet, Rathery, Léopold Lévi. Roque et Teissier, ont montré le rôle souvent prépondérant de l'infection (tuberculose, syphilis, blennorragie) et de l'intoxication, endogène (troubles métaboliques et endocriniens), ou exogène (alcool, saturnisme) dans l'étiologie, presque toujours complexe d'ailleurs, du rhumatisme chronique. Ces notions ont été exposées dans un mémoire récent par P. Gillet, qui dans un essai de classification etde « démembrement » du rhumatisme chronique, conclut que l'on en peut distinguer trois grandes classes : le rhumatisme déformant progressif, les rhumatismes chroniques infectieux et les rhumatismes d'intoxication, lesquelles peuvent en réalité et en dernière analyse se réduire à deux : *le rhumatisme infectieux, le rhumatisme toxique* (1).

Si ce dernier revêt souvent les apparences d'une névrose vaso-trophique, la conception de G. Lyon, ramenant à l'imprégnation du système nerveux par les toxi-purines la pathogénie de ces accidents, nous paraît tout à fait défendable.

Quant à l'humidité, facteur étiologique si important naguère, elle ne joue sans doute qu'un rôle purement adjuvant et occasionnel, par libération brusque de toxines ou floculation colloïdoclasique.

Mis à part le rhumatisme nettement infectieux (blennorragique, scarlatin, syphilitique ou tuberculeux) ; mis à part encore le rhumatisme saturnin, on peut admettre que la presque totalité des autres formes de rhumatisme chronique ressortissent à l'hyperuricémie et sont justiciables, tout au moins en partie, du traitement de cette dernière. Peu de doutes, en tout cas, sur l'origine uricémique des nodosités d'Eberden et Bouchard comme de celles dermiques et sous-dermiques, dites de Ferréol et Meynet, ainsi que du rhumatisme noueux déformant des vieillards.

A la souche hyperuricémique, dont la goutte est le rameau le mieux identifié, viennent s'en rattacher d'autres : dyspepsie, asthme, gravelle, obésité, rhumatisme, diabète, artério-sclérose, névralgies diverses. On retrouve chez beaucoup de ces malades des stigmates de l'hyperuricémie que l'analyse de leur sang met en évidence : alors que normalement le taux de l'acide urique sanguin oscille autour de 0 gr. 04 (ac. u. salifié) et 0 gr. 13 (ac. u. des globules), il est fréquent de trouver chez eux des taux de 0 gr. 05, 0 gr. 06, et 0 gr. 15 0 gr. 17. On sait que chez le goutteux avéré, ces taux peuvent monter jusqu'à 0 gr. 13 et 0 gr. 30, et varient d'ailleurs considé-

(1) P. Gillet. Essai de classification du rhumatisme chronique. (*Bulletin médical*, 12 septembre 1925). — *Idem*. De l'importance du diagnostic étiologique dans le traitement du rhumatisme chronique. (*Concours Médical*, 14 mars 1926).

rablement suivant que la prise de sang est faite en période de plein accès, de début ou de déclin de celui-ci.

Pourquoi certains sujets ont-ils cette propension particulière à faire de l'uricémie, qui, pathologiquement, s'extériorise par les affections que nous avons mentionnées, et dont une des plus fréquentes est le rhumatisme chronique ? Sans doute les erreurs alimentaires prolongées comportant un excès d'aliments puriniques peuvent-elles être invoquées dans nombre de cas, mais il y a évidemment autre chose : un trouble du métabolisme azoté avec probablement hypo-fonctionnement hépatique et rénal. Ce dernier est sans doute prépondérant : le rein normal est un filtre électif qui se laisse traverser par certaines substances du sang, quelle que soit la proportion de celles-ci dans le sérum, cas de l'urée et de l'ammoniaque (substances sans seuil), mais qui ne laisse passer les autres, telles que le chlorure de sodium et le glucose (substance à seuil), que si leur taux s'élève au-dessus d'une certaine limite. On dispute encore pour savoir si l'acide urique est une substance à seuil ou sans seuil, mais un fait certain c'est que, chez certains sujets, et précisément chez tous les uricémiques, ce seuil, si normalement il doit être, est considérablement augmenté. Il y a, en somme, déficience rénale vis-à-vis de l'élimination de l'acide urique d'où l'hyperuricémie.

Si l'on obtient thérapeutiquement la cessation de cette déficience, on voit alors apparaître l'hyperuricurie et s'abaisser l'hyperuricémie : processus de guérison.

La thérapeutique des états uricémiques doit donc se préoccuper, à côté des mesures hygiéniques indispensables, de restituer au rein son aptitude normale à « considérer » l'acide urique sanguin comme substance sans seuil ou à peu près.

Il est un médicament particulièrement propre à jouer ce rôle, c'est le phénylcinchoninate d'allyle, ou atoquinol. Comment, par quel mécanisme agit-il ? La question n'est pas encore résolue et apparaît d'ailleurs complexe, mais un fait hors de doute, c'est qu'il libère la sécrétion urique du rein (de nombreuses analyses le montrent) (1), et qu'il mobilise, d'autre part, l'acide urique constitué en dépôt dans l'organisme. Ce dernier, mis ainsi en liberté, augmente temporairement l'hyperuricémie qui, grâce à l'abaissement du seuil rénal, provoque l'hypercuricurie pendant la durée du traitement et tant que la proportion de l'acide urique est anormalement élevée dans l'organisme.

Aussi les résultats des analyses du sang et des urines de sujets soumis à un traitement atoquinolique sont-ils complètement différents, suivant que ces sujets sont sains ou malades.

Voici par exemple le cas d'un sujet sain :

Sujet : homme sain, 27 ans. Régime sans purines.

Dates	Atoquinol	Quantité d'urine gr.	Acide urique par 24 h. gr.	Urée sanguine par litre gr.	Constante uréo-sécrétoire	Tension artérielle
8 janv.	Pas	2.000	0,37	0,26	0,063	13,8
9 »	»	1.750	0,43			12,5 — 7,5
10 »	»	1.750	0,50			12,5 — 8
11 »	»	2.000	0,48			12,5 — 8
12 »	»	1.850	0,46			13,7 — 5
13 »	2 gr.	1.750	0,96	0,25	0,065	13 — 7
14 »	Pas	1.750	0,44			
15 »	»	2.000	0,36			
16 »	2 gr.	1.850	0,78			13 — 8
17 »	2 gr.	1.750	0,47			13,5 — 8
18 »	2 gr.	1.900	0,45	0,28	0,067	13 — 8
19 »	Pas	1.700	0,33			
20 »	»	1.750	0,42			
21 »	»	2.000	0,40			
22 »	»	2.000	0,49			
23 »	0 gr. 50	1.850	0,58			
24 »	0 gr. 50	1.700	0,45			
25 »	0 gr. 50	1.750	0,50	0,26	0,061	13,5 — 8
26 »	1 gr.	1.900	0,69			13,5 — 8
27 »	1 gr. 50	1.850	0,58			12,5 — 7
28 »	2 gr.	1.750	0,60			13 — 8
29 »	2 gr.	1.750	0,59	0,28	0,062	12,5 — 8
30 »	Pas	1.900	0,31			

(1) Cf. M. Reynaud. — Contribution à l'étude thérapeutique de la goutte, le phénylcinchoninate d'allyle, solvant de l'acide urique. Thèse Paris, 1925.

On voit que l'excrétion urique, dont la moyenne avant la médication était de 0 gr. 45, monte à 0 gr. 96 après une première dose d'atoquinol, — elle descend deux jours après à 0 gr. 36, — remonte à 0 gr. 78 par une nouvelle dose du médicament, — s'établit à la moyenne, celui-ci étant continué quelques jours, — remonte encore à 0 gr. 60 avec 2 et 3 gr., — puis, — la médication étant suspendue, — baisse à 0 gr. 31, chiffre au-dessous de la normale.

Voyons maintenant ce qui se passe chez le malade, et prenons le cas d'un goutteux chronique :

Sujet : M. Alfred, 56 ans ; goutte. Régime sans purines.

Dates	Atoquinol	Quantité d'urine gr.	Acide urique par 24 heures gr.
14 oct.	Pas	2.000	0,40
17 »	»	2.000	0,76
18 »	1 gr.	2.000	1,08
19 »	1 »	2.000	1,20
20 »	1 »	2.250	0,80
21 »	1 »	2.250	0,90
24 »	1 »	2.250	1,21
26 »	1 »	2.500	0,95
1 nov.	1 »	2.250	1,05
9 »	1 »	2.250	0,87
10 »	Pas	2.250	0,65
11 »	»	2.250	0,60
15 »	»	2.000	0,58
19 »	»	2.250	0,50
23 »	»	2.000	0,56
11 déc.	»	1.750	0,60
15 »	»	1.250	0,45
16 »	1 gr.	1.750	1,13
17 »	1 »	1.500	0,93
18 »	1 »	1.750	1,08
19 »	1 »	1.750	0,75
23 »	1 »	1.750	1,45
25 »	1 »	2.000	1,17

Le contraste est frappant. L'élimination urique qui, avant le traitement, était de 0 gr. 58 (moyenne), s'élève, avec seulement 1 gr. d'atoquinol, à plus d'un gramme par jour, pendant huit jours ; elle s'abaisse avec la suspension du médicament à 0 gr. 56 (moyenne de 7 jours), et remonte avec la reprise du traitement à 1 gr. 08 (moyenne de 6 jours). En totalisant les chiffres correspondant aux périodes de traitement, on voit que, grâce à celui-ci, le sujet a éliminé en 14 jours 14 gr. 57 d'acide urique (1).

Une expérience personnelle, chez un sujet apparemment sain, nous a donné des résultats assez analogues et confirmatifs de ceux du premier tableau, mais avec, cependant, des différences pouvant donner lieu à une interprétation de diathèse en puissance.

Sujet sain (apparemment), homme de peine, 29 ans, 72 kgr., régime mixte.

	Urines recueillies en 24 h.	Acide urique par 24 h.	Urée par 24 h.
2 jours sans traitement (moyenne)	1.850	0,69	25,66
1er jr (atoquinol : 1 gr.)	1.560	0,77	21,33
2e jr (atoquinol : 1 gr.)	1.920	0,98	20,23
3e jr (atoquinol : 1 gr.)	1.810	0,58	22,50

Nous nous trouvons ici en présence d'un sujet encore jeune, sans tares viscérales. Cependant son taux d'élimination urique, assez élevé en l'absence de toute prise médicamenteuse, semble montrer qu'il n'est point physiologiquement normal. A moins que ce taux ne soit justifié par une alimentation très purinique inavouée, il faut penser à une surproduction urique par déviation du métabolisme, surproduction encore bien compensée par l'élimination rénale, mais indicatrice d'une diathèse en puissance, d'ailleurs présente chez un des ascendants autant que nous en avons pu juger par les renseignements assez vagues que nous a donnés le sujet en question.

Sous l'influence d'un gramme d'atoquinol par 24 heures, on voit l'excrétion urique de ce sujet, monter à 0 gr. 77 le premier jour, à 0 gr. 98 le second, 0 gr. 58 le troisième, courbe d'élimination avec clocher au second jour et baisse au-dessous de la moyenne le troisième, ce qui semble indiquer que le sujet en question, sous l'influence de 3 grammes d'atoquinol, pris en trois jours, s'est vidé de ses réserves uratiques encore facilement mobilisables. S'il nous avait consulté, nous lui aurions conseillé une cure mensuelle de ce genre, à titre de prévention contre des accidents ultérieurs dont on peut le présumer menacé en raison de sa légère hyperuricémie habituelle.

Voici maintenant le cas d'un malade intéressant, parce que nous avons pu établir sa fiche généalogique, qui montre bien la filiation diathésique aboutissant chez lui à des accès de goutte classiques récidivantes (diagramme ci-après) :

Il s'agit d'un entrepreneur de transports, âgé de 45 ans, obèse héréditaire. Homme de forte corpulence, coloré, jovial. Une blennorragie à 25 ans, complètement guérie, aucune maladie infectieuse. Ni gravelle, ni lithiase biliaire cliniquement perceptible. Obésité depuis l'âge de 20 ans (114 kilogr. à cet âge), il pèse actuellement 102 kilogr. Gros mangeur et gros buveur de vin (environ trois litres par jour).

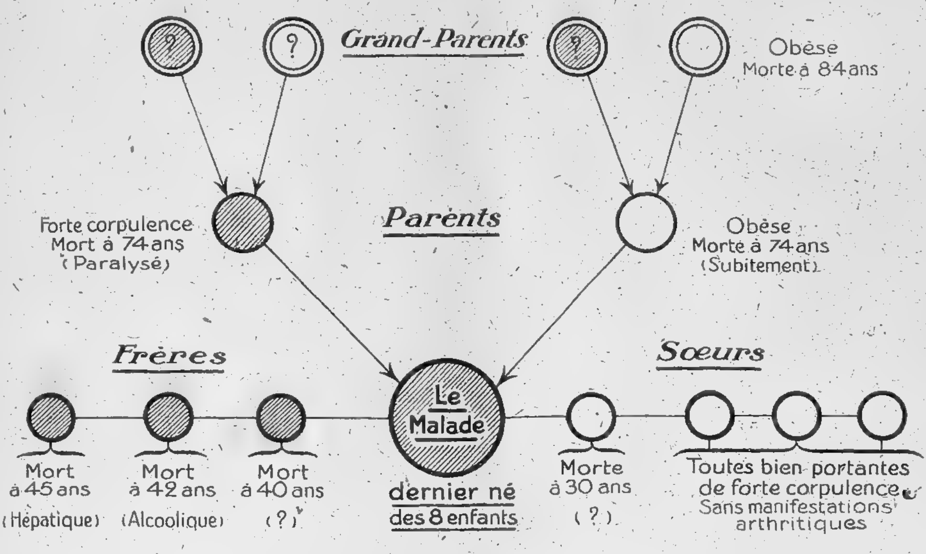
(1) Ces deux tableaux ont été extraits de la thèse Reynaud. *Loc. cit.*, pages 59 et 62.

Au lobe de l'oreille droite, le malade présente depuis six mois une petite perle blanc-jaunâtre dure, et dans le contenu de laquelle la réaction de Liebermann est positive, tension actuelle 14-8. Jusqu'en décembre 1925, il n'avait présenté aucune manifestation goutteuse. Le 15 décembre il ressentit brusquement une très vive douleur à l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil du pied gauche. Le lendemain la douleur s'étendait à tout le pied, qui présentait, outre un nouveau point douloureux au petit orteil, une tuméfaction généralisée rouge vif, chaude, très douloureuse à la pression, remontant jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne. Température 38°-38°5. Dix jours après, les mêmes phénomènes se manifestèrent au pied droit, crises accompagnées de frissons, malaises, urines troubles, donnant une sensation de brûlure au méat.

Cliniquement, les symptômes évoluèrent parallèlement à l'amélioration du chimisme sanguin et urinaire ; la douleur et le gonflement diminuèrent progressivement, et quinze jours après le malade put se lever. Guérison clinique deux mois après, mais avec persistance d'une raideur articulaire.

Le malade reste évidemment en puissance d'accidents ultérieurs ; il a consenti à amender quelque peu son régime, il prend, cinq jours par mois, un cachet de 0,50 d'atoquinol à titre préventif ; — depuis un an, il reste sans récidive.

Le diagnostic étiologique des manifestations rhumatismales trouve donc dans la recherche de l'acide urique sanguin son appui le plus solide, mais c'est un appui qui manque souvent dans la pratique, soit que la prise de sang soit mal



Appelé à ce moment seulement, je prescrivis un traitement atoquinolique, un cachet de 0,50 par jour, pendant 10 jours, associé au régime hydro lacté, puis hydro-végétarien.

En même temps, je fis procéder à un dosage de l'acide urique sanguin et urinaire qui donna les résultats suivants (noter la grosse cholestérinémie) :

SANG

Avant le traitement		Après le traitement	
Glucose	1.15	Glucose	1.10
Cholestérine	1.66	Cholestérine	1.66
Acide urique	0.062	Acide urique	0.031
Urée	0.24	Urée	0.28

URINE

Avant le traitement		Après le traitement	
Volume : 1.200 cmc.		Volume : 1350 cmc.	
Acide urique	0 gr. 60	Acide urique	0 gr. 46
Urée	0 gr. 23	Urée	0 gr. 26

acceptée du malade, soit que le praticien n'ait pas à sa disposition un laboratoire compétent (1). Le diagnostic sera donc forcément hésitant au début, et procèdera par élimination. Toute manifestation rhumatismale qui ne trouvera pas son explication dans des antécédents pathologiques bien établis, suppuration chronique, gonococcie, tuberculose, dysfonction de la thyroïde, ou de l'ovaire, syphilis, sera présumée d'origine hyperuricémique et traitée comme telle, par 0 gr. 50 ou 1 gr. d'atoquinol par jour, pendant 5 ou 6 jours. Ce traitement aura d'ailleurs le grand avantage d'être dans les cas douteux, un

(1) Le dosage de l'acide urique du sang avec différenciation de l'ac. u. du plasma et des hématies, constitue une recherche très délicate. Cette différenciation est cependant utile, car elle comporte une donnée diagnostique : c'est l'élévation du taux de l'ac. u. combiné des globules qui est surtout symptomatique d'un trouble nutritif, l'augmentation de l'acide urique du sérum allant généralement de pair avec celle de l'urée et traduisant par conséquent plutôt la déficience globale du rein.

traitement d'épreuve qui jugera le diagnostic, surtout s'il est accompagné de la recherche de l'uricémie. La sédation des symptômes douloureux et fonctionnels concomitants à l'augmentation de l'uricémie, sera la signature de l'étiologie hyperuricémique du rhumatisme. Un tel traitement, en éliminant d'emblée les formes non justiciables de la médication, et en agissant curativement sur les autres, est donc doublement précieux à titre diacritique dans toutes les formes de rhumatisme dont l'origine hyperuricémique peut être soupçonnée et, dans la pratique, on peut bien affirmer qu'il en est ainsi du plus grand nombre.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les indications de la diurèse dans les affections des voies urinaires.

D'une étude du Dr H. Blanc, il résulte que toutes les affections des voies urinaires ne réclament pas la mise en œuvre d'une médication diurétique ; s'il est des malades qu'il faut faire uriner, il en est d'autres, au contraire, qui ont intérêt à uriner le moins souvent possible.

Les suppurations rénales non tuberculeuses et les affections gravelleuses bénéficieront d'une diurèse abondante, au même titre que les infections chroniques de l'appareil urinaire en général.

Mais les affections tuberculeuses et les états inflammatoires aigus et congestifs, les malades vidant mal leur vessie ou ayant des reins réagissant mal à la polyurie provoquée, devront être dispensés d'une thérapeutique qui leur serait plus funeste qu'utile. (*Gazette hebd. des Sciences médicales*, 4 juillet 1926.)

Sur les kystes hydatiques du foie, qui s'ouvrent dans les voies biliaires. Valeur diagnostique de l'éosinophilie.

Le Pr Sabrazès rapporte en détails l'observation d'un malade, considéré comme perdu par les chirurgiens, qui pensaient, après laparotomie, être en présence d'un cancer inopérable. Or, celui-ci guérit, après avoir rejeté par l'anus du pus, de la bile, des vésicules et des débris de poche hydatique.

Il s'agissait donc d'un kyste hydatique du foie ayant provoqué une compression des voies biliaires et une angiocholécystite, qui en avait imposé pour une néoplasie secondaire. Ce kyste en s'ouvrant par les voies biliaires et en s'évacuant par l'intestin, avait entraîné avec lui les produits de cette infection biliaire. C'est à la faveur de ce drainage spontané des voies biliaires que la guérison avait été obtenue.

Cependant, deux analyses hématologiques pratiquées en période de fièvre et d'ictère dénotaient une éosinophilie à 8,5 % et à 578 par millimètre cube au lieu de 180, taux normal, une première fois, et une seconde fois, six mois après, la fièvre étant intense, à 5 %, soit 341 par mm. c. A noter qu'il existait des leucocytes iodophiles à cet examen, témoignant de l'intensité de l'infection, et que, malgré l'aggravation de l'infection, l'éosinophilie se maintenait assez élevée.

Chez les sujets atteints d'ictère, l'éosinophilie, abstraction faite de toute autre cause susceptible de la provoquer, peut permettre de soupçonner le kyste hydatique. Elle est d'ailleurs loin d'être toujours identique à elle-même, car elle dépend du volume, du siège, du degré d'enkystement de la poche, de son infection, de son évacuation partielle et intermittente.

La recherche de l'éosinophilie s'impose ; il faut savoir la dépister et multiplier les examens ; elle peut donner de précieux renseignements. (*Gazette hebd. des Sc. médicales de Bordeaux*, 13 juin 1926.)

Sur l'ulcère de l'estomac.

L'ulcère de l'estomac, d'après G. Faroy, se voit surtout chez les jeunes ; il a une tendance désespérante à la chronicité et à la récidive après des intervalles parfois très longs de guérison apparente.

Les douleurs sont réglées par les repas, survenant plus ou moins tardivement après eux, et sont en général calmées par l'alimentation et les alcalins ; elles présentent habituellement une certaine intensité et sont dues à des spasmes gastriques de sièges variés. Le chimisme gastrique décèle de l'hyperchlorhydrie et une activité peptique très grande.

Les différentes localisations de l'ulcère de l'estomac donnent naissance à des syndromes fréquemment différenciables cliniquement, mais parfois aussi, frustes et peu faciles à distinguer les uns des autres.

Sans parler de l'ulcère juxta-cardiaque, ou de l'ulcère de la petite courbure, l'ulcère pylorique ou juxtapylorique donne naissance au syndrome le plus anciennement connu et le mieux caractérisé : c'est le syndrome pylorique (sténose pylori-

que incomplète ou complète), fort bien décelé par la radioscopie.

Les complications sont les gastrorragies, la périgastrite, les perforations, le cancer.

Le traitement est diététique et médicamenteux.

Le régime hypochloruré peut être avantageusement sucré, le sucre diminuant la sécrétion de l'estomac. Dans les cas sérieux, au début, le régime doit être strictement lacté ; puis, on donne des potages, des bouillies aux farines, puis des jaunes d'œuf, des pâtes, des purées ; quand le malade ne souffre plus depuis deux ou trois semaines, on lui laisse prendre un peu de viande rouge saignante, de volaille maigre, de poisson maigre.

Quant au traitement médicamenteux, il consiste à prescrire :

1° Un antispasmodique : la belladone (extrait de belladone et poudre de belladone, un centigramme pour une pilule ; trois pilules par jour au début des repas) ou l'atropine.

2° Une poudre ou solution saturante (au début des crises, dans un peu d'eau, une cuillerée à café de la poudre suivante : bicarbonate de soude 15 grammes, magnésie calcinée 5 grammes ou craie préparée, magnésie calcinée, carbonate de bismuth ââ 10 grammes, 4 à 5 cuillerées à café par jour entre les repas et régulièrement espacées).

3° Un pansement de bismuth (à jeun, dans un verre d'eau,10 grammes de carbonate de bismuth le malade se couchant et changeant de position toutes les cinq minutes. (*Le Progrès médical*, 19 juin 1926.)

Fibrose curative des varices, propriétés de quelques solutions sclérogènes.

G. DELATER résume ainsi l'action comparée des trois principales solutions sclérogènes :

1° Le salicylate de soude est parfois douloureux à 30 p. 100 ; il est inconstant dans ses effets ; il n'agit pas toujours au début et exige l'emploi de fortes doses douloureuses ; parfois, il cesse d'agir tardivement, même aux très fortes doses, comme si l'organisme s'accoutumait à sa présence.

2° Le biiodure de mercure (Biiod. et NaCl : ââ 1 cmc. pour 100 d'eau distillée) est peu douloureux, mais inconstant ; dans certains cas, on remarque la coïncidence d'une sensibilisation avec l'établissement d'un traitement intensif par la teinture d'iode en ingestion.

3° La quinine à 15 p. 100 n'est pas douloureuse, à condition de n'avoir de contacts qu'avec la paroi interne du vaisseau. Les effets sont plus constants et s'étendent, quand on l'emploie après le salicylate, aux segments traités par ce dernier Agressive en première injection, elle ne sera employée qu'après deux ou trois séances de salicylate.

Les trois solutions sont escarrotiques, quand elles sont injectées à côté de la veine. On utilisera des aiguilles à biseau court, pour éviter que celui-ci, trop allongé,ne reste à cheval sur la paroi piquée d'une veine amincie et que l'injection ne se fasse à la fois dans la lumière et dans l'adventice.

On essaye parfois, avec un succès partiel, les procédés physiothérapiques (ultra-violets en douche locale ou en bains généraux, haute fréquence ; électrisation galvanique du corps thyroïde), Mais, si avant d'y avoir recours, on a pratiqué des injections dans les varices accessibles, on peut constater un réveil inflammatoire dans les foyers précédemment traités par l'une ou par l'autre solution sclérogène plusieurs mois auparavant. La galvanisation de la thyroïde et la diathermie y exposent plus que les autres procédés. (*La Presse Médicale*, 2 juin 1926.)

Le traitement des varices par les injections sclérosantes.

MM. SICARD et GAUGIER reviennent à nouveau sur les indications et contre-indications de la méthode, ainsi que sur les résultats que l'on est en droit d'en attendre.

Quels que soient les modificateurs irritants choisis, aucun d'eux ne saurait mettre complètement à l'abri d'un sphacèle local, si l'injection est poussée maladroitement, et en quantité inopportune, dans le tissu périveineux.

Aussi les auteurs décrivent-ils une nouvelle fois, avec tous les détails pratiques, la position à donner au malade, le choix de la région à injecter, le mode opératoire, les effets immédiats, les effets secondaires, les doses à injecter et l'étude comparative des différentes solutions sclérosantes.

C'est le salicylate de soude, qui leur paraît être la substance de choix. Douce dans son action, la solution salicylée sodique permet d'obtenir, sans risque d'aucune sorte et sans douleur, la guérison des varices, pendant un temps plus ou moins long, dans 95 p. 100 des cas. C'est à cause de ses qualités, la substance sclérosante idéale, que l'on devra utiliser pour les varices petites et moyennes, et chez les malades de ville.

On réservera le biiodure et la quinine aux cas rebelles au salicylate de soude ou chez les malades porteurs de volumineuses varices, ou encore chez les variqueux qui veulent guérir plus rapidement. On se rappellera que le biiodure peut déterminer une veinite à déclanchement tardif et que la quinine, souvent douloureuse, nécessite la plupart du temps un repos au lit de quelques jours.

Sur plusieurs milliers d'injections pratiquées dans ces dernières années,jamais les auteurs n'ont observé un seul cas de phlébite, ni un seul cas d'embolie.

Cependant tous les variqueux des membres inférieurs ne sont pas justiciables du procédé sclérosant. Il faut éliminer les pléthoriques, les hypertendus, les cardiopathes, surtout les cardiopathes rénaux, les malades chez lesquels on note de l'albumine malgré un bon état général, et surtout ceux qui ont été anciennement atteints de phlébites profondes.

En 1926, comme en 1921, on peut dire que cette méthode représente le plus gros progrès accompli depuis quelques années. C'est un véritable traitement étiologique, rapide, actif, et qui rend d'immenses services. (*La Presse médicale,* 2 juin 1926.)

Les kystes osseux (kystes hydatiques exceptés).

Pour P. Moulonguet, grâce aux progrès de la clinique, de l'histologie, grâce aux rayons X, il y a trois espèces distinctes de kystes osseux : les kystes parasitaires, que nous n'étudierons pas ici ; les kystes vrais, les kystes faux.

Les kystes vrais n'existent, au niveau du squelette, qu'en deux endroits, au crâne et aux maxillaires. Leur pronostic est bénin ; ils ne peuvent guérir que par ablation complète ou destruction complète d e leur paroi propre ; il n'en est pas de même des faux kystes osseux.

Tout d'abord, il existe une affection systématique avec formation de kystes multiples : c'est la maladie de Recklinghausen osseuse, où il faut retenir la fréquence d'adénomes parathyroïdiens. L'évolution est progressive et incurable ; il n'y a pas de thérapeutique efficace.

Ce sont les kystes osseux essentiels juxta-épiphysaires de l'adolescence, qui sont les plus intéressants, car, en ces dernières années, des progrès ont été réalisés au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique.

Ce sont habituellement des enfants de 7 à 15 ans, qui en sont atteints. La radiologie nous montre qu'ils siègent d'une façon presque constante au niveau de la métaphyse, très rarement à la diaphyse, exceptionnellement à l'épiphyse. La forme la plus typique est celle du kyste ovalaire inscrit dans le contour normal de l'os, et possédant une paroi relativement épaisse. Au contact du kyste osseux, il n'y a aucune réaction périostique ; la corticale osseuse n'est nullement effondrée ; en règle générale, le kyste osseux solitaire est uniloculaire. Le diagnostic est surtout un diagnostic radiologique.

Ce kyste n'est jamais une affection maligne. Le traitement chirurgical a beaucoup amélioré le pronostic fonctionnel des kystes ; il permet d'obtenir une guérison parfaite et rapide. La ponction est insuffisante ; il faut réaliser une ouverture chirurgicale du kyste. (*Gazette des Hôpitaux,* 30 juin 1926.)

Traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Le spécifique de la polyarthrite rhumatismale aiguë est le salicylate de soude. En dehors de l'imperméabilité rénale, l'administration du salicylate n'a pas de dangers, mais elle présente quelques inconvénients (bourdonnements d'oreille, nausées, intolérance gastrique). Mais Paul Chevalier le rappelle, le procédé qui consiste à faire ingérer deux fois plus de bicarbonate que de salicylate ; a modifié le pronostic du rhumatisme articulaire aigu franc. Il faut encore le prescrire *très dilué* dans une grande quantité d'eau, par doses fractionnées, toutes les deux heures pendant le jour, toutes les quatre heures pendant la nuit.

L'administration du salicylate, dès le début de la crise, évite ou jugule les complications cardiaques. Il faut cependant commencer par donner le premier jour une purgation au citrate de magnésie, 50 grammes.

Le salicylate doit être poursuivi longtemps ; le malade étant apparemment guéri, il faut continuer le traitement, en diminuant les doses, 15 jours au moins.

Chez l'enfant, les doses classiques moyennes sont : 3 grammes à 3 ans, 4 grammes de 6 à 10 ans, 6 grammes de 10 à15 ans.

Il faut, durant la période aiguë, le repos complet au lit ; le lait est excellent ; on l'additionne de café ou de thé ; il faut aussi nourrir les rhumatisants de farineux et sucreries. Localement, on fait des applications calmantes.

S'il y a intolérance digestive au salicylate, on peut donner des globules kératinisés, ou faire, voie seule recommandable, des injections intraveineuses, 4 grammes au maximum par jour, en plusieurs fois.

L'antipyrine est le moins mauvais des succédanés des salicylés. (*L'Hôpital,* juin 1926-A.)

Les maladies par sensibilisation des téguments à la lumière.

D'après une étude du Dr A.-C. Guillaume, les faits d'observation clinique témoignent d'un accroissement de la sensibilité à la lumière sous l'influence de causes pathologiques humorales, ou de médicaments administrés par voie interne.

Cette sensibilité anormale aux radiations lumineuses se produit, notamment, chez les individus auxquels, dans un but thérapeutique, on a fait ingérer certaines substances colorantes, ou chez lesquels on a pratiqué, également dans un but thérapeutique, des injections intra-circulatoires de ces mêmes produits colorants.

C'est ainsi qu'il faut signaler les accidents consécutifs à l'emploi de l'éosine, la fluorescéine, l'érythrosine, les dérivés de l'acridine (acriflavine, gonacrine).

Il est d'autres accidents actiniques que l'on

voit apparaître en dehors de toute introduction connue d'une substance sensibilisante. Les maladies pellagreuses présentent toutes ce caractère commun d'une sensibilité anormale des téguments à la lumière solaire, et d'exagération des troubles viscéraux et généraux sous l'influence de l'éclosion des accidents cutanés, qui surviennent comme suite à l'exposition à la lumière solaire.

Il faut également citer les accidents cutanés de l'arsénicisme, de l'insuffisance hépatique, de la grossesse, et de certains épisodes du fonctionnement de la glande génitale de la femme (ménopause). (*Le Bulletin médical*, 8 mai 1926.)

Traitement des anémies simples de la puberté.

D'après Paul CHEVALLIER, les anémies de la puberté ne surviennent que chez des prédisposés : leur pronostic est généralement bon, mais on doit redouter, chez les sujets qui en ont souffert, des reprises d'anémies à d'autres époques de la vie.

1° Anémies par surmenage scolaire. Examiner soigneusement le poumon. Cacodylate. Hémostyle. Interdire le sport et la marche prolongée. Repos. Bonne alimentation. Phosphore : acide phosphorique officinal, 6 à 15 gouttes dans un tiers de verre d'eau au début des principaux repas.

2° Au surmenage peut s'ajouter la carence de nourriture et de soleil. Séjour à la campagne.

3° Anémie des hérédo-syphilitiques. Elle débute presque toujours quelque mois ou quelques années après la puberté, et revêtent toutes les intensités et tous les types. Le diagnostic se fait davantage par l'examen des parents que par celui des enfants. Traitement spécifique.

4° Anémie des tuberculeux très légers. Diagnostic délicat. Ne donner du fer que s'il n'y a pas de fièvre, et si les jeunes gens ne sont pas des excités du système végétatif.

5° Anémies de la maladie de Basedow, mal caractérisées. Traitement habituel de l'hyperthyroïdie.

6° Anémies du rétrécissement mitral pur. Contraste entre la pâleur du teint et la rougeur des lèvres. Toujours y penser.

7° Anémies des dyspeptiques. Se défier de l'appendicite chronique et de l'ulcère simple de l'estomac. Les fortifiants amènent souvent le syndrome de la chlorose dyspeptique.

8° Les chloroses graves ou moyennes . Les signes pathognomoniques sont l'existence de souffles veineux et une anémie caractérisée par un abaissement très marqué de l'hémoglobine contrastant avec une hypoglobulie très légère. La seule complication redoutable est la phlébite.

Nous ne parlerons ni des prescriptions générales, ni du régime.

Quand il y a des troubles digestifs, savoir que chez les hyperpeptiques, ils sont aussitôt exagérés par le fer ; il faut savoir attendre pour le prescrire, sous peine de rendre la chlorose rebelle. Donner des stimulants de la digestion : pepsine, acide chlorhydrique, solution alcaline de Bourget.

Troubles nerveux : fortifiants. Frictions à l'eau de Cologne aux hyposthéniques ; douches tièdes aux hypersthéniques.

Troubles endocriniens : extraits ovariens, thymus.

La chlorose guérit mieux à domicile que dans les st tions climatiques ou ferrugineuses.

9° Chloroses légères et convalescence des chloroses. — A ce moment, les stations ferrugineuses, le séjour à la campagne, à la mer sont à conseiller. A la mer, cependant, on choisira les stations douces (La Baule, Hendaye) et l'on défendra les bains de mer.

Ne pas oublier que les chlorotiques guéries, sont exposées aux anémies de la grossesse, à la chlorose de la ménopause, et en général, restent toute leur vie des anémiques en puissance. (*L'Hôpital*, mai 1926-A.)

Les insuffirances ovariennes et leur traitement.

Le Dr SIREDEY et Mlle G. LABEAUME démontrent d'une manière fort judicieuse que la thérapeutique de l'insuffisance ovarienne est loin d'être aussi simple qu'on l'imagine. L'incertitude qui persiste sur le siège et la nature de la glande interne de l'ovaire ne permet pas de compter sur l'efficacité des médications, en quelque sorte spécialisées, ne visant qu'une partie limitée de l'ovaire et des fonctions ovariennes (cellules interstitielles, corps jaune, lutéine). Pour être réellement efficace, l'opothérapie ovarienne doit comprendre les éléments complets de l'organe.

Ensuite les troubles observés en pareil cas sont rarement localisés aux fonctions ovariennes. En raison de la solidarité des glandes endocrines, une observation attentive ne tarde pas à révéler des désordres imputables à un mauvais fonctionnement de la thyroïde, de l'hypophyse, des surrénales, soit par ce qu'elles ont subi des réactions dues à la rupture momentanée de leur équilibre sous l'influence de l'insuffisance ovarienne, soit parce que la même cause générale a simultanément agi sur les diverses glandes.

A la ménopause, la menstruation devient irrégulière pour s'arrêter, et l'organisme subit peu à peu les modifications nécessaires ; il s'adapte, sans efforts, sans secousse, à une modification physiologique inéluctable. On peut observer les accidents de la ménopause sous des formes très variées, et il n'est pas toujours facile de faire la part exacte de l'insuffisance ovarienne, des perturbations des divers organes et de celle des réac-

tions morales, purement nerveuses. D'autre part, c'est vers la cinquantaine que se font sentir plus vivement les tendances diathésiques, les séquelles résultant des infections, des intoxications, du surmenage.

On ne peut réellement imputer à l'insuffisance ovarienne que les bouffées de chaleur, les variations du pouls, la tendance à l'embonpoint, certaines poussées congestives périodiques.

C'est à ce propos seulement que l'opothérapie est nettement indiquée, mais il faut éviter l'abus que l'on fait trop souvent, au grand préjudice des malades.

La ménopause artificielle par opération, radiothérapie ou radiumthérapie peut être plus accentuée ; mais ce n'est qu'exceptionnellement que les phénomènes d'insuffisance ovarienne prennent une intensité gênante. Dans la majorité des cas, il suffit d'une bonne hygiène physique et morale, en évitant l'autointoxication, et en faisant fonctionner normalement l'intestin et les reins.

Généralement, l'opothérapie ne s'impose pas ; on peut l'employer contre les bouffées de chaleur très prononcées revenant jour et nuit. Elle ne doit pour ainsi dire jamais être ovarienne, les réactions des autres glandes endocrines dominant presque toujours dans ces conditions. Lorsqu'on constate de l'obésité, des phénomènes d'insuffisance ovarienne, on doit insister sur le traitement thyroïdien, associé à l'hypophyse, et même à la surrénale s'il existe une tension faible. On n'y ajoutera de l'ovaire qu'à très petites doses : dix centigrammes et au-dessous, contrairement à la pratique habituelle. En donnant des doses plus élevées on aggrave les troubles, en provoquant des douleurs de reins, des poussées congestives pénibles.

Les auteurs se contentent de prescrire trois ou quatre fois par semaine au plus, par périodes de deux ou trois semaines séparées par une ou deux semaines de repos, des cachets :

Thyroïde .... de cinq à vingt-cinq *milligrammes*
Hypophyse .. deux centigrammes.
Ovaire ...... cinq à dix centigrammes.

ou bien :

Thyroïde .... un centigramme.
Surrénale .... cinq à dix centigrammes.

Si l'opothérapie ovarienne à doses faibles est acceptable après une exérèse complète, elle est *absolument contre-indiquée* après la radiothérapie et la radiumthérapie en raison des poussées congestives, des hémorragies même qu'elle peut déterminer.

Quant à l'insuffisance ovarienne primitive, elle apparaît à l'époque de la puberté, quelquefois au début du mariage, plus rarement à la suite d'un accouchement, ou d'un allaitement prolongé, ou après une maladie grave. Elle coïncide d'ailleurs presque toujours avec des troubles des autres glandes endocrines. Ces désordres se présentent sous des aspects variés. Ils ont souvent une autre importance que les défaillances consécutives à la ménopause naturelle et même à la ménopause précoce par chirurgie ou agents physiques.

Il n'est pas toujours facile d'en déterminer l'origine. Dans la majorité des cas, lorsque les désordres apparaissent dès la puberté, on doit soupçonner une tare héréditaire ou une maladie de l'enfance. La plus fréquente est la tuberculose. Plus rarement, on relève des signes d'hérédo-syphilis, quelquefois même de l'entérite chronique, de l'appendicite. D'où la nécessité, en pareil cas, d'un traitement général approprié. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratique,* 10 mars 1926.)

Pathogénie de l'hypertension artérielle.

Etudiant les diverses modalités, Ch. LAUBRY et Ed. DOUMER ne rejettent pas l'origine rénale de certaines hypertensions ; mais c'est une éventualité rare. Beaucoup plus fréquemment l'hypertension précède la sclérose rénale ,elle en est même probablement l'un des facteurs. Mais, très probablement aussi, quand la lésion du rein est constituée, elle intervient à son tour pour entretenir, augmenter et fixer l'élévation des chiffres de la tension. Il existe aussi une théorie surrénale et une théorie artérielle.

Mais, quand on les serre de près, aucune de ces théories ne donne une pleine satisfaction. Toutes restent en deçà des faits qu'il s'agit d'expliquer et toutes se heurtent à la nécessité d'un déséquilibre profond dans le mécanisme régulateur de la pression sanguine. Sans lui, tous les facteurs directs ou indirects d'hypertension sont vains, parce qu'ils sont immédiatement compensés. L'hypertension est donc, avant tout, un syndrome de dérèglement ou d'hyperexcitation des centres du tonus vasculaire.

A cette expression générale, vague et compréhensive, doivent se borner aujourd'hui, nos certitudes. Nous entrevoyons que des lésions organiques, des troubles fonctionnels, une nutrition défectueuse, une influence toxique ou infectieuse sont à la base du syndrome, mais nous ne saisissons pas comment ils déterminent ou entretiennent l'hyperexcitation des centres régulateurs du tonus vasculaire ; et le problème des causes de l'hypertension exige de nouvelles recherches. (*La Presse médicale,* 30 juin 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Existe-t-il des diabètes réfractaires à l'insuline ?

(M. Marcel LABBÉ. — *Académie de médecine* ; 4-1-27.)

Existe-t-il des diabètes réfractaires à l'insuline ? A cette question, M. Marcel Labbé répond qu'il faut considérer ici plusieurs ordres de faits. Ceux, d'abord, où le médicament a été employé à tort contre des glycosuries non diabétiques. Il en est ainsi dans le diabète rénal, état pathologique caractérisé par une simple hyperperméabilité du rein au glycose, sans hyperglycémie, ni trouble de la glyco-régulation. Il en est ainsi dans les glycosuries liées à une affection hépatique, à la congestion du foie des gros mangeurs et des forts buveurs. Les diabètes vrais compliqués de cirrhose hépatique paraissent également assez résistants à l'action de l'insuline.

Un certain nombre de glycosuries non influencées par l'insuline sont peut-être attribuables à une affection endocrinienne, thyroïdienne, hypophysaire, ou surrénale. La question se pose aussi de savoir si les diabètes associés au goitre exophtalmique ou à l'acromégalie peuvent être traités par l'insuline.

Il est des diabètes aggravés, par une infection aiguë (abcès, pneumonie...) ou par une infection chronique (tuberculose) chez lesquels l'insuline perd apparemment sa valeur. M. Labbé pense qu'il s'agit alors d'insuffisance de doses. A diabète aggravé doit correspondre une administration plus large de l'insuline. Celle-ci reste, au contraire, le remède à prescrire rapidement et plus amplement.

M. Labbé relève une autre circonstance où l'insuline semble demeurer inutile. Les diabétiques auxquels on donne cet agent thérapeutique sont enclins parfois à négliger leur régime. Ils ne l'avouent pas toujours et il importe de penser à ces erreurs diététiques que le médecin lui-même, quelquefois, par crainte de l'hypoglycémie insulinique, encourage. Il ne faut pas oublier que cette nouvelle médication n'a pas supprimé la diététique.

A la vérité, l'auteur n'a pas rencontré de cas de diabète véritablement rebelle à l'insuline. C'est affaire de dose, de surveillance, d'étude du malade. Le médicament agit plus ou moins bien, plus ou moins vite, mais il agit toujours pareillement, à la condition que le dosage soit adapté à la gravité de l'état pathologique. Assurément, on ne saurait établir une équation mathématique entre la quantité d'insuline injectée et la quantité d'hydrates de carbone utilisée. Malgré que l'on admette que chaque unité d'insuline permet en moyenne l'assimilation d'un gramme d'hydrocarbonés, il ne convient pas d'être aussi absolu. L'insuline a toujours une action thérapeutique, et d'autant plus que son usage est mieux combiné au régime.

L'appendicite parasitaire.

(M. C. PŒNARU CAPLESCO, de Bucarest. — *Académie de médecine* ; 4-1-1927.)

M. Caplesco a poursuivi une série de recherches sur l'appendicite parasitaire. Il a trouvé, sur un total de 1500 appendicites opérées, 105 cas où l'organe enlevé contenait des parasites. Toutefois, il lui est apparu que, la plupart du temps, le parasite rencontré n'était pas la cause de la lésion appendiculaire. On sait, d'ailleurs, que chez les peuples de l'Afrique et de l'Extrême-Orient, chez lesquels l'helminthiase intestinale est fréquente, l'appendicite est au contraire rare. M. Caplesco estime que, dans ces conditions, il vaudrait mieux substituer le nom d'appendicite *parasitée* à celui d'appendicite *parasitaire.*

Paralysie sérique grave.

(M. Jean LEROND. — *Société méd. des hôp.* ; 10-12-26.)

M. Jean Lerond a observé un malade qui, à la suite d'une injection prophylactique de sérum antitétanique, présenta des accidents sériques comportant, en particulier, un syndrome de paralysie ascendante à allure grave, atteignant la face, et ayant néanmoins régressé. Cette observation ne rappelle en rien le type commun des paralysies post-sérothérapiques dissociées et localisées au plexus brachial. Elle se distingue nettement aussi des formes sensitives par l'absence de douleurs. L'évolution impose l'idée de poliomyélite. Un degré de plus et l'on eût observé une marche ascendante fatale avec signes bulbaires.

Les paralysies post-sérothérapiques peuvent donc réaliser des altérations non seulement nerveuses ou radiculaires mais encore poliomyélitiques.

La spirochétose broncho-pulmonaire chez les blessés du thorax.

(M. A. PELLÉ, de Rennes. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-12-1926.)

On commence à mieux connaître les spirilloses des voies respiratoires dont l'intérêt diagnostique est grand puisqu'il se double d'une action thérapeutique efficace.

Le prof. Bezançon et ses élèves, d'autres auteurs également, ont attiré l'attention, ces temps derniers, sur cet intéressant groupe morbide que l'on avait trop tendance à considérer comme appartenant surtout à la pathologie exotique. En présence d'une affection broncho-pulmonaire chronique, principalement lorsqu'elle évolue par poussées et s'accompagne d'expectoration sanglante, d'ailleurs modérée

à l'habitude, il est bon de penser à la spirillose et de rechercher les spirochètes dans les crachats. Leur présence, coïncidant avec une absence répétée de bacille de Koch, pose le diagnostic et conduit à un traitement par les arsénobenzols qui améliorent rapidement et peuvent même guérir ces malades.

Dans une note présentée par M. Ameuille, M. Pellé montre que la spirochétose broncho-pulmonaire se rencontre parfois chez des blessés du thorax par projectiles de guerre. L'auteur en rapporte quatre exemples.

Les hémoptysies récidivantes (quelquefois à échéance éloignée) chez les blessés du thorax par projectiles de guerre constituent, d'après Courtois-Suffit, un fait banal. Ces hémoptysies ,sans retentissement notable sur l'état général, ne sont pas forcément liées à un processus tuberculeux, la tuberculose restant une complication rare des plaies pénétrantes du poumon. Les hémoptysies en question peuvent, dans certains cas du moins, découler d'une origine spirillaire.

Ictère syphilitique très précoce.

(M. P. NICAUD. — *Soc. méd. des hôp.* ; 10-12-26.)

M. Nicaud a vu un ictère syphilitique primaire, survenir au 10e jour de l'évolution d'un chancre de l'anus, avant la roséole, et 2 ou 3 jours avant la réaction de Wassermann.

Les cas publiés d'ictère syphilitique primaire sont encore en petit nombre. En dehors des trois premières observations de M. Milian (1920) on connaît un cas de MM. Chatelier et Bonnetière en 1921, et un cas de MM. Gastou et Tissot, en 1925.

L'atteinte hépatique précoce atteste que le tréponème est déjà en circulation dans le sang à l'époque du chancre, dans certaines circonstances tout au moins. Ledit ictère primaire paraît très sensible au traitement antisyphilitique et il indique une cure précoce et intensive.

Sérothérapie massive dans le tétanos.

(MM. H. GRENET et J. DELARUE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 10-12-1926.)

D'après L. Martin, on ne peut tirer bénéfice de la sérothérapie dans le traitement du tétanos qu'avec des doses massives, prolongées pendant au moins huit jours. Dans ces dernières années, des cas, en nombre assez important, de guérison de tétanos par la sérothérapie intensive ont ete relatés. M. Grenet ajoute deux nouveaux faits de cet ordre à ceux déjà signalés dans la littérature médicale. Ses malades reçurent chacun près de deux litres de sérum par voies diverses, par voie rachidienne en particulier. Les plaies étaient cicatrisées, ce qui est une circonstance favorable.

Sans doute, comme le remarque M. Achard, il est difficile de faire la part exacte de la sérothérapie dans la guérison de tétanos traités par le sérum ; l'amélioration des statistiques depuis l'emploi des doses intensives de sérum antitétanique semble néanmoins très nette.

Traitement de la septicémie méningococcique.

(MM. DE LAVERGNE et CARROT, de Nancy. — *Soc. méd. des hôp.* ; 10-12-1926.)

MM. de Lavergne et Carrot ont soigné un patient qui a été atteint, à la suite d'une méningite cérébro-spinale à méningocoque B, d'une septicémie méningococcique. La maladie a évolué sous sa forme habituelle, à type pseudo-palustre (accès de fièvre répétés, accompagnés d'éruptions et d'arthralgie). L'hémoculture était positive au cours des accès. La sérothérapie et la vaccinothérapie spécifiques sont restées sans effet utile. L'abcès de fixation a eu une influence plus satisfaisante.

Rapprochant ce cas de trois autres observations personnelles de la même affection, M. de Lavergne conclut qu'il n'existe pas de thérapeutique héroïque des septicémies méningococciques. D'après son expérience, la sérothérapie (par voie sous-cutanée ou intraveineuse) est inefficace et la vaccinothérapie échoue. L'abcès de fixation a paru influencer quelquefois favorablement la marche de l'infection. Le traitement des méningococcémies n'est pas nettement fixé et diffère profondément de celui des méningites, si bien réglé. Il faut intervenir là par essais successifs des différentes méthodes. Il peut, du reste, arriver qu'en procédant ainsi survienne une heureuse terminaison spontanée, à moins que celle-ci ne soit due à l'action retardée d'une des médications mises en œuvre.

Ossification de cicatrice abdominale.

(M. Pierre MORNARD. — *Soc. des chirurgiens de Paris*; 15-10-1926.)

M. Pierre Mornard rapporte un cas d'ossification d'une cicatrice abdominale consécutive à une opération de kyste hydatique du foie.

Les ossifications de ce genre, étudiées dans la thèse de Bouton, sont rares. On les rencontre plutôt chez l'homme et leur siège d'élection réside dans les cicatrices de la ligne blanche. Le volume de ces os de néo-formation est petit, atteignant ordinairement la grosseur d'un pois, d'une lentille. Le plus volumineux est celui enlevé par Didier : il mesurait 10 centimètres. Celui extrait par M. Mornard avait 6 centimètres.

L'auteur pense qu'une cause locale intervient dans la genèse de ces troubles. Au niveau de la ligne blanche, prolongation du sternum, l'ossification est susceptible de rester en puissance et de se manifester à l'occasion de cicatrices, ayant suppuré longtemps surtout.

Corps étrangers multiples de l'estomac.

(M. GOLDMAN, de Lodz. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 15-10-1926.)

M. Goldman a enlevé, chez un homme de 23 ans, 46 corps étrangers métalliques de l'estomac, du poids total de 446 gr. Ces corps (aiguilles, fils métalliques, fragments divers) ont séjourné 4 mois dans la poche gastrique. Le malade les avait avalés à la suite d'un pari et en deux semaines environ.

P.L.

Montpellier

Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

Crises d'angiospasme avec érythromélalgie et manifestations angineuses d'origine névraxitique probable.

MM. VEDEL, PUECH et CHARDONNEAU. — Une malade de 17 ans présente des crises douloureuses d'abord continues, localisées du côté gauche du corps et accompagnées de fièvre, d'herpès, de délire et de diplopie, puis paroxystiques et localisées au membre supérieur gauche. Ces dernières s'accompagnent parfois d'algies précordiales du type angine nervo-motrice, avec tachycardie, abolition de l'indice oscillométrique au bras gauche, parfois d'érythromélalgie de la main gauche. Ces troubles évoluent sur un terrain sympathicotonique et névropathique : une anesthésie cutanée généralisée, cornéenne et pharyngée, est la signature de cet état. Il faut aussi signaler l'influence de la suggestion sur l'apparition des crises.

Les auteurs discutent l'origine encéphalitique du syndrome, le rôle du spasme artériel et du système sympathique sur le déterminisme de ces manifestations paroxystiques, l'importance respective du trouble fonctionnel et de l'hystérie.

A propos de la pathogénie des hanches en porte à faux. Deux observations de coxa valga congénitale.

MM. MASSABUAU et GUIBAL. — Chez ces deux enfants, l'observation clinique révèle des troubles qui, apparus dès les premiers pas, s'accusaient progressivement : boiterie légère, douleur de la hanche accusée par la fatigue.

Dans les deux cas la radiographie révèle que les rapports normaux entre tête fémorale et cotyle sont faussés : désorientation de la tête par hypo-inclinaison et hyperdéclinaison du col ; dans une observation se surajoute un léger agrandissement du cotyle.

Les auteurs soulignent :

1° *Ces arthralgies tenaces des hanches en porte à faux.*

2° *Leur prédisposition au développement des arthrites chroniques.*

M. ETIENNE se demande si ces malformations ne sont pas l'expression locale d'une dystrophie générale du squelette. Il emploie volontiers l'opothérapie et doit de très beaux résultats à l'emploi prolongé de l'extension continue.

M. MOURGUES-MOLINES précise les causes d'erreur dans le diagnostic radiologique de la coxa valga. A propos des observations présentées, il demande que l'un des malades soit suivi et périodiquement radiographié, dans l'hypothèse du développement ultérieur possible d'une ostéochondrite.

Sur les phénomènes qui se produisent pendant la coagulation du blanc d'œuf de poule.

M. J. DE REY-PAILHADE. — L'auteur qui a préludé à ses travaux nombreux et bien connus sur la biologie du soufre par sa thèse de Montpellier (1885) « sur la formation d'hydrogène sulfuré dans l'organisme à la suite d'ingestion de soufre » montre que le blanc d'œuf, coagulé en milieu légèrement acide par l'acide acétique salé ou non, contient une substance possédant une chaîne libre SH et qu'au contraire le blanc d'œuf coagulé en milieu non acide, salé ou non, ne contient plus cette chaîne. L'auteur suggère une explication en rapport avec ses travaux antérieurs.

A quel moment doit-on tenter chez un tuberculeux pulmonaire le pneumothorax artificiel ?

M. BAILLET (de Nîmes). — L'auteur montre d'après plusieurs statistiques, et notamment une statistique personnelle de 47 cas, que le pneumothorax artificiel doit être réservé aux tuberculeux pulmonaires unilatéraux et que ses résultats dépendent d'une manière absolue de l'intensité et de l'évolution de la maladie. Ceux-ci sont précaires dans les cas évolutifs avec fièvre, au contraire chez les subfébriles et les apyrétiques on peut obtenir des guérisons durables. C'est au début de la maladie que doivent être mis en œuvre les moyens les plus efficaces et plus particulièrement le pneumothorax artificiel. Cette méthode a non seulement l'avantage de guérir des lésions au début, mais d'abréger considérablement la durée de la cure sanatoriale.

Quelques expériences sur l'eau de boisson épurée par autojavellisation imperceptible (système de Ph. Bunau-Varilla).

MM. J. BLANC et BLANCHARD (de Carcassonne). — Quatre séries d'expériences ont montré aux auteurs les faits suivants : La destruction des colibacilles par l'autojavellisation est instantanée et complète. L'hypochlorite n'intervient qu'au début de l'opération, d'une manière quasi-foudroyante et l'eau conserve pendant quelques heures un pouvoir stérilisant actif en moyenne sur 100 à 300 colibacilles par litre. De plus, cette action antiseptique continue à s'exercer avec de l'eau de rivière légèrement troublée. Cette

méthode est applicable à toutes les canalisations ; elle est simple (pas de neutralisation secondaire, pas de dosage de matières organiques), elle est la moins dangereuse.

Les formes psychiques des périviscérites digestives.

MM. Pagès, Euzière et F. Jaulmes. — Les auteurs considèrent que certaines manifestations psychiatriques, admises comme complication des périviscérites digestives sont en réalité assez constantes pour qu'on puisse les considérer comme réalisant un état mental propre à ce genre d'affection.

Quelquefois, les troubles psychiques dominent la scène clinique : alors on a affaire aux formes psychiques des périviscérites. Deux formes sont à considérer : la plus fréquente est la forme de psychasthénie hypocondriaque avec paroxysmes anxieux ; plus rarement on observe un état de dépression mélancolique.

Ces troubles, importants à rattacher à leur vraie cause, relèvent quelquefois d'une auto-intoxication, plus fréquemment d'une irritation des plexus nerveux abdominaux.

Saint-Germain-en-Laye

Société médico-chirurgicale de la région de Saint-Germain-en-Laye.

Un cas de grossesse angulaire.

MM. Grenier et Lamare rapportent l'histoire d'une malade de 32 ans qui présente des signes d'une grossesse extra-utérine droite : arrêt des règles, petites pertes continuelles, tendances syncopales, augmentation de volume des seins, masse kystique latéro-utérine droite douloureuse. A l'intervention on trouve un utérus gravide normal. Il s'agit probablement d'une grossesse angulaire.

Rupture partielle du grand pectoral.

M. Lamare relate un cas de rupture du faisceau sternal inférieur du grand pectoral droit ayant abouti à la formation d'une masse musculaire volumineuse et douloureuse fixée contre la paroi antérieure de l'aisselle et qui fut enlevée chirurgicalement sur les instances du malade.

La laryngite postérieure signe d'alarme d'une poussée de tuberculose pulmonaire évolutive.

M. Dupont. — Il s'agit d'une femme de 32 ans dont le premier accident pulmonaire fut une bronchite aiguë généralisée bientôt suivie de laryngite. Les premiers examens, bactériologique et radiologique, furent négatifs. Par contre l'examen du larynx montra une inflammation catarrhale de la commissure postérieure sans cause rhino-pharyngée et permettant de ce fait de soupçonner la tuberculose. Peu de temps après, on put mettre en évidence des bacilles dans des crachats. L'auteur rappelle à ce sujet des caractères de la laryngite tuberculeuse pseudo-primitive.

Sur les formes filtrantes du bacille de Koch.

M. Paulin .— Revue générale de la question.

Un cas de méningite ourlienne avec œdème périorbitaire.

M. Bertrand. — Enfant de 6 ans qui, au décours d'oreillons, présenta une méningite typique avec œdème dur préorbitaire, amblyopie de l'œil droit, photophobie très accentuée. L'auteur pense que l'œdème est dû à une compression du sinus caverneux et de la veine ophtalmique par l'hypertension intra-cranienne ; la compression du nerf optique serait la cause de l'amblyopie. Guérison.

Un cas de sarcoïdes hypodermiques du type Darier-Roussy.

M. Fauvel. — Ces sarcoïdes qu'on a coutume de classer dans le groupe des tuberculides, évoluent dans notre observation sur un terrain syphilitique, indemne de tuberculose et ont été très améliorées par le traitement combiné : arsénobenzol, bismuth, iodure. Dans le cas présent, elles étaient localisées au membre inférieur et un certain nombre d'entre elles avaient subi la dégénérescence fibreuse.

Hémorragie ombilicale récidivante.

M. Lamy présente l'observation d'un enfant nouveau-né atteint d'hémorragie ombilicale récidivante des premier et deuxième jours, se reproduisant au point d'insertion du cordon. Il n'y avait pas d'antécédents pathologiques autres que l'hémophilie de l'oncle maternel de l'enfant. L'accouchement avait été rapide ; l'enfant pesait 4 kgr. 700 à la naissance. Les hémorragies étaient accompagnées de purpura facial (manifestation qui passe pour infectieuse), de céphal-hématome, et de léger état fébrile. Le traitement consista surtout en hémothérapie (sang maternel) et en la constriction par une pince de Kocher de la région péri-ombilicale. L'amélioration fut rapide et la guérison obtenue le 11e jour.

M. Dupont.

CHIMIO-THÉRAPIE-STRYCHNO-FERRO-CACODYLIQUE INTENSIVE

L'HÉMO-PHAGOSTHYL

(PHAGOSTHYL FERRUGINEUX)

AMPOULES DE 5cc



CHLORO-ANÉMIE
GLOBULATION DÉFICITAIRE
FAIBLESSE GÉNÉRALE
TROUBLES MENSTRUELS
LEUCÉMIE

TOLÉRANCE ABSOLUE
INJECTIONS INDOLORES

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES ANDRÉ PARIS
4 Rue de La Motte Picquet PARIS

Traitement de la

Tuberculose

à évolution lente et à lésion limitée

par le **TRIRADOL**

Association d'iode, de menthol, de camphre et d'éléments radioactifs

Dose : Une ampoule de 1 cc. par jour pendant un mois

(faire plusieurs séries après des périodes de repos)

Littérature et échantillons sur demande.

Laboratoire G. FERME, 55, Boulevard de Strasbourg, PARIS
Tél. Nord 12-89. — R. C. Seine 143.981

Les Thèses

P. — Dr A.-P. DUGUYOT. — **Contribution à l'étude du tricresol sulfonate de calcium et de son emploi en thérapeutique.** (Moderne imprimerie, Paris 1926.)

DUGUYOT, dans sa thèse, étudie l'action thérapeutique du Tricrésol sulfonate de calcium, corps obtenu à partir des crésols, préparé dans les usines des Laboratoires Clin et mis par eux à la disposition de l'auteur.

Parmi les corps qui entrent dans la composition de la créosote, la plus grande importance était attribuée jusqu'à présent au gaïacol.

Mais des travaux récents ont montré que les propriétés balsamiques et antiseptiques de la créosote sont liées en réalité à la présence de monophénols représentés par trois formes isomères du crésol ou tricrésol, qui entrent jusqu'à 34 % dans la composition de la créosote.

DUGUYOT établit que les crésols peuvent être facilement utilisés en thérapeutique, sous forme de tricrésol sulfonate de calcium. Les expériences faites sur l'animal montrent que les propriétés physiologiques de ce corps sont voisines de celles de la créosote. Sa toxicité est réduite. Aucun trouble, aucune action sur la nutrition, sur la pression artérielle ou sur la respiration, ne se manifestent au-dessous de la dose toxique qui peut être fixée à 0 gr. 50 par kilo en injections intraveineuses.

Le tricrésol, comme la créosote, s'élimine par les poumons et par les reins.

Absorbé sous forme de tricrésol sulfonate de calcium, le tricrésol est parfaitement supporté par le tube digestif, même chez des malades qui présentent une certaine susceptibilité à cet égard. Progressivement libéré par la dissociation du tricrésol sulfonate de calcium, le tricrésol exerce d'une façon prolongée son action thérapeutique.

Cette action consiste principalement dans la sédation rapide de la toux.

Administré à des malades dont la toux était le fait d'affections variées (bronchites aiguës ou chroniques, congestions pulmonaires, tuberculose ou simples rhumes), il les a dans tous les cas rapidement et indiscutablement soulagés.

En même temps l'expectoration est facilitée, fluidifiée, et souvent rapidement tarie.

Un certain nombre d'observations conduisent l'auteur aux conclusions suivantes :

1° Le Tricrésol sulfonate de calcium est dérivé d'un des produits actifs de la créosote.

2° Il ne présente ni goût, ni odeur déplaisante, ce qui rend son administration très facile.

3° Il ne provoque jamais d'intolérance, ni gastrique, ni gastro-intestinale.

4° Ce corps a une action très nette sur la toux et sur l'expectoration.

La toux diminue rapidement de fréquence et d'intensité ; l'expectoration est rendue plus facile, puis est rapidement tarie.

5° Il est très soluble dans l'eau et peut facilement être présenté sous forme de sirop.

6° Ce sirop titrant 0 gr. 50 par 15 cc. (sirop de Sirtal) sera donné à la dose de six cuillerées à bouche par jour.

Les livres qui viennent de paraître...

A LA LIBRAIRIE DE LA MAISON RUSTIQUE,
26, rue Jacob, Paris, VIe.

A. PAVIE. — **Comment rédiger un bail à ferme payable en denrées**. (broc. 32 p. : 3 fr.)

J. LOCHOT, ancien directeur des Jardins royaux de Bulgarie. — **Le chrysanthème**, 2e édition. (Un vol. 19 × 12, 186 p. : 44 fig., 11 fr.)

Chez VIGOT, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Marcel CLERC. — **La tuberculose dans la marine marchande**. (In-8, 64 p. : 7 fr.)

ÉDITIONS DE LA REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE
8, rue des Acacias, Paris, XVIIe.

Jules BLIER, docteur vétérinaire. — **Un nouveau facteur plausible d'obésité : la lipodiérèse pulmonaire**. (Un vol. : 15 fr.)

ÉDITIONS DE LA REVUE DES MUTILÉS DE L'OREILLE,
103, avenue de Marne, Asnières.

Robert MORCHE, secrétaire général de l'Association des mutilés de l'oreille. — **Guide du mutilé de l'oreille et des personnes sourdes et dures d'oreille.** (Un vol., 241, p. : 12 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE SECRET MÉDICAL (1)

Par M. le Dr P. Gallois.

La question du secret médical est des plus controversées. Tantôt le médecin d'une verrerie est condamné pour violation du secret parce qu'il a interdit à un ouvrier de souffler dans un tube ; tantôt le médecin d'une accouchée syphilitique est condamné pour n'avoir pas prévenu la nourrice. En présence de ces deux arrêts contradictoires, où il est toujours condamné, le médecin ne sait plus que faire. De plus, depuis l'avènement de la médecine sociale, des certificats sont continuellement demandés au médecin et ces certificats sont forcément une divulgation. Il y aurait donc lieu d'établir une sorte de code du secret médical.

Le moment est particulièrement opportun. En effet, l'Académie des Sciences morales et politiques a mis récemment au concours la question : « Le secret professionnel, ses limites, ses abus. » Le prix a été attribué à un avocat, M. Perraud-Charmantier, et il est probable que les Chambres s'inspireront de ses conclusions, si elles se décident, comme on le leur demande, à retoucher la législation sur ce point, Il serait important que le corps médical fît connaître son opinion pour que des décisions ne soient pas prises sans sa collaboration.

Un premier point à trancher. Le secret médical est-il un contrat ou est-il une institution d'ordre public ? La réponse ne me paraît pas faire de doute. Le secret est avant tout un contrat. C'est une convention tacite entre mon client et moi. La preuve en est que le serment d'Hippocrate est bien antérieur à la loi du 21 germinal an XII qui a codifié le secret. L'Etat, en la formulant, a surajouté des sanctions pénales aux sanctions purement morales qu'entraînait la violation du secret. La conclusion est que l'Etat ne peut me dégager de l'obligation du secret ; il ne peut que renoncer aux sanctions pénales qu'il a édictées. Seul mon client peut me dégager. Mais sous quelle forme ?

Tout d'abord le médecin, dégagé du secret par son client, est-il obligé de parler et de dire tout ce qu'il sait ? M. Perraud-Charmantier considère que, l'obligation du secret étant un contrat à deux, le secret ne peut être divulgué que du consentement des deux contractants. Par suite, le médecin est libre de se taire. On fait valoir d'ailleurs que le médecin ne dit pas toujours toute la vérité à son malade et que, par conséquent, celui-ci ne sait pas à quoi il s'expose en dégageant son médecin du secret. Il y a, je crois, une solution à cette difficulté. Le malade, en dégageant son médecin du secret, n'a pas l'intention de le dégager de tous ses secrets, mais seulement de certains secrets. Le médecin doit donc être réservé pour ne pas trahir la confiance de son client. Le mieux est, par suite, que le médecin ne parle pas, mais qu'il rédige un certificat constatant ce que le malade tient à faire savoir et qu'il remette ce certificat à son client. Celui-ci verra s'il doit l'utiliser.

Quel est l'objet du secret ? Certains juristes voudraient faire limiter le secret à la chose confiée. Cette solution est peut-être valable pour un avocat ; elle est absolument inadmissible pour un médecin. Ce n'est pas, en général, le malade qui nous confie qu'il a la syphilis ; c'est nous qui la découvrons, et cela ne nous autorise pas à le conter à des tiers. Pour nous, le secret couvre tout ce que nous avons vu, entendu ou surpris.

Cette formule est évidemment trop absolue. Il y a des choses indifférentes que nous pouvons dire à des tiers. Peut-on établir des catégories de faits qui seraient secrets par nature et d'autres qu'il nous serait loisible de divulguer ? Cela me paraît impossible. Si mon malade a intérêt à faire savoir qu'il a la syphilis, par exemple, sa syphilis n'est plus un secret. Si, par contre, il ne veut pas qu'on sache qu'il a un panaris, le médecin n'a pas le droit de le dire ; c'est, en somme, la volonté du malade qui fait le secret, c'est au médecin à savoir ce que son malade entend tenir caché.

M. Perraud-Charmantier voudrait qu'une violation du secret professionnel ne fût répréhensible que si elle est faite avec l'intention de nuire. Cela me paraît trop restreint. Il suffit, à mon avis, qu'elle puisse nuire à mon client pour que celui-ci soit en droit de porter plainte. Il suffit même que la divulgation lui soit désagréable pour qu'il m'en garde rancune.

En somme, c'est le client qui est maître du secret. Aussi est-il important pour le médecin de préciser qui est son client. Là intervient ce que j'ai proposé d'appeler le principe du médecin défenseur de son client. En raison de la complexité de notre civilisation, il se trouve que la maladie d'un individu n'in-

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 30 novembre 1926.

téresse pas que lui seul, mais qu'elle intéresse encore d'autres personnes, des administrations diverses, la justice, l'Etat. Trop souvent, actuellement, un même médecin est à la fois le médecin traitant du malade et le médecin d'une organisation quelconque. Le médecin, dans ce cas, ne sait plus à qui il doit le secret. La solution est, pour moi, que, si pour un sujet déterminé plusieurs intérêts sont en cause, chaque intérêt doit être représenté par un médecin différent. Il devrait être spécifié par la loi que, sauf impossibilité matérielle, le médecin d'un malade ne peut être en même temps ni contrôleur pour le compte d'un patron ou d'une administration, ni expert près d'un tribunal ou d'une compagnie d'assurance, ni représentant de l'Etat ou d'un intérêt autre quelconque. Les médecins militaires, quoique traitant les soldats, sont défenseurs des intérêts de l'armée. Leur client, ce n'est pas le soldat, mais l'Etat. De la sorte, le médecin saurait sans hésitation possible qui est son client et à qui, par conséquent, il doit le secret.

Cette règle, dira-t-on, tombe sous le sens. Or, elle est constamment violée.

En voici un exemple :

Pendant la maladie de Rodin, un tribunal désigna comme expert le médecin traitant, ce qui devrait être interdit. Il en résulta qu'au cours du procès qui suivit la mort du sculpteur, le médecin appelé en témoignage ne sut plus s'il devait parler ou se taire. On voit par là combien il serait important qu'une loi interdît le cumul des fonctions par un même médecin.

C'est précisément parce que la maladie d'un individu intéresse d'autres personnes qu'il est question de nous dégager du secret. La Société, dit-on, a besoin de se défendre. On a déjà exigé des médecins la déclaration de certaines maladies contagieuses ou professionnelles, il est question de leur imposer la déclaration de la tuberculose, de la syphilis, des causes de décès, des avortements criminels. Il me semble qu'avec le procédé du certificat on pourrait atteindre le but sans violer le secret professionnel. Pour tous les cas en question l'Etat demanderait au malade un certificat de son médecin. C'est à son client ou à ses ayants droit que le certificat serait remis. Suivant le conseil du Dr Boudin, docteur en droit, il serait bon que ce certificat fût contresigné par le client pour attester qu'il l'a eu entre les mains. Le médecin serait alors en droit de l'envoyer à qui de droit. Il serait mieux, même, comme le propose M. Vallée, qu'il laisse ce soin à son client. Si c'est le client qui fait l'envoi, le médecin n'est pas responsable de la divulgation du secret. Mais le médecin n'est pas obligé de délivrer un certificat. En l'absence de ce document l'Etat n'a qu'à faire faire une enquête par des médecins à lui, qui, n'étant pas les médecins du malade, ne devront pas le secret à ce dernier.

Reprenons les divers cas ci-dessus.

Pour les maladies contagieuses soumises actuellement à la déclaration, la question du secret ne se pose plus guère, puisque les malades acceptent en général l'envoi de notre bulletin. Cependant si un de mes clients s'opposait à cet envoi, je ne me croirais pas autorisé à le faire. Je m'exposerais peut-être à une pénalité, mais l'Etat ne peut m'obliger à parler si ma conscience me le défend. L'exemple de MM. Billiet et Ratier en est une preuve.

Pour la déclaration de la syphilis et de la tuberculose, l'Etat, s'il y tient, n'a qu'à donner des avantages aux malades en échange du certificat de leur médecin. Qu'il fournisse aux syphilitiques des arsénobenzènes comme en Belgique, qu'il place les tuberculeux dans des sanatoriums et il aura tous les certificats qu'il voudra, sans nous obliger à dénoncer nos malades.

Pour les déclarations des causes des décès, l'Etat n'a qu'à demander à la famille un certificat du médecin traitant. Celle-ci y consentira généralement et le médecin sera dégagé du secret par les seules personnes qui ont pouvoir de le faire.

Au sujet des avortements criminels la question est plus complexe. Tout d'abord, le médecin n'est pas en général au courant des manœuvres qui ont été pratiquées. Il peut se douter de quelque chose, mais il lui serait scientifiquement impossible de rien affirmer. En tout cas, même s'il a la certitude, il lui est moralement impossible de dénoncer sa cliente. A la rigueur, à la demande formelle de celle-ci, il pourrait signaler des manœuvres abortives et peut-être même dénoncer l'avorteuse. Mais il doit se méfier d'être le complice d'une vengeance ou d'une mythomanie. Il sera plus prudent pour lui de se taire dans la plupart des cas. Pratiquement donc la déclaration des avortements criminels n'est pas possible. Mais avec le certificat de décès du fœtus, ou de la femme, si elle a succombé, l'Etat sera suffisamment averti. Si le médecin ne délivre pas le certificat, l'Etat pourra faire faire une enquête ou une autopsie. Les partisans du secret médical absolu objectent que le refus du certificat par un médecin équivaut à une dénonciation. Non, puisque le médecin n'est jamais obligé de délivrer un certificat. Evidemment ce refus doit mettre l'Etat en éveil ; à lui de voir ce qu'il devra faire. Ce procédé me paraît le seul qui puisse concilier les intérêts du malade et ceux de l'Etat. Je ne parle pas du médecin, parce que, quoi qu'on en pense en dehors des milieux médicaux, ce n'est pas dans son intérêt que le secret professionnel a été établi.

La conclusion c'est que le médecin ne peut révéler ce que son client veut garder secret. C'était la doctrine d'Hippocrate, elle est toujours vraie.

Il y aurait lieu, par suite, de demander aux Chambres d'inscrire dans la loi les clauses suivantes :

Le secret médical est avant tout un contrat entre le médecin et son client.

Le médecin ne doit pas le secret à une personne qui n'est pas son client.

Le client peut seul dégager le médecin du secret, mais le médecin dans ce cas n'est pas tenu de parler.

C'est seulement par un certificat que le médecin peut révéler le secret de son client, mais ce certificat

doit être remis au client qui l'utilise s'il le veut et qui prend ainsi la responsabilité de la divulgation.

Le secret ne se borne pas à la confidence faite par le client ; il s'étend à tout ce que le médecin a pu voir, entendre ou surprendre et dont la révélation peut être nuisible ou simplement désagréable au client, même sans que le médecin ait eu l'intention de nuire.

A moins de force majeure, un médecin ne peut, auprès d'un même individu, représenter deux intérêts différents et par conséquent remplir deux fonctions opposées : être par exemple à la fois le médecin traitant et médecin contrôleur ou expert. Il doit éviter d'être à la fois médecin traitant de deux personnes dont les intérêts sont contraires.

Si, pour la défense de la collectivité, l'Etat a besoin de renseignements d'ordre médical, il peut les obtenir en demandant au malade ou à ses ayants droit un certificat du médecin traitant. Il doit, en outre, avoir ses médecins officiels qui en cas d'absence ou d'insuffisance du certificat réclamé pourront faire une enquête.

Commentaires.

Mon excellent ami, le docteur Paul GALLOIS, émet des opinions fort judicieuses, en se faisant le défenseur du secret professionnel.

Mais, dans son commentaire du livre de M. Perraud-Charmantier, il s'est laissé convaincre par la thèse de cet auteur, sans en voir, au point de vue juridique, les erreurs, ni les conséquences inadmissibles.

Personnellement, j'ai déjà réfuté les arguments de M. Perraud-Charmantier (*Concours médical*). Cet auteur n'a pas compris, comme nous médecins, l'obligation au silence : il ne l'a envisagée qu'à son point de vue professionnel : celui de l'avocat.

Celui qui donne ses soins est beaucoup plus strictement lié par le serment d'Hippocrate que le juriste, qui développe ses arguments devant un tribunal.

Aussi, M. Perraud-Charmantier est-il partisan de la modification de l'article 378 du code pénal, pour que le médecin ne soit plus aussi sévèrement tenu au silence, et mon ami Gallois s'est laissé prendre au raisonnement séduisant du livre qu'il a analysé.

Reprenant, les uns après les autres, les arguments du Dr Paul Gallois, selon l'ordre où il les a exposés, je pourrais lui faire les objections suivantes.

Si un médecin de verrerie examine un ouvrier, c'est au nom de l'établissement, dont il est l'employé médical, qu'il agit.

Pour protéger les autres ouvriers contre une contagion possible, pour obtenir du personnel un maximum de rendement, le médecin doit à son employeur toute la vérité.

L'ouvrier malade ou blessé, qui accepte de se faire examiner par le docteur de son patron, sait fort bien que ce praticien rendra compte de sa mission à celui qui l'envoie.

Au malade, s'il ne veut pas que son secret soit divulgué, de se refuser à cet examen médical : il en supportera les conséquences, qui seront peut être le renvoi ; mais son secret sera sauvegardé.

Le médecin du patron ne doit la vérité qu'au malade, chose nécessaire pour le traitement, et au chef d'entreprise, son propre patron, qui l'a commis pour l'examen médical de l'usine.

Vis-à-vis de toute autre personne, il est lié par le secret professionnel.

Quant à la situation d'un docteur par rapport à une accouchée d'une part, et à une nourrice de l'autre, c'est tout différent.

Par rapport à sa cliente, l'accouchée, le médecin est lié par le secret absolu. Il ne peut révéler à quiconque que l'enfant présente des signes d'hérédo-syphilis.

La nourrice est un tiers, qui ne doit pas connaître ce secret ; mais le docteur a le devoir impérieux de démontrer à la mère le crime qu'elle commettrait en confiant son enfant à une nourrice au sein, sans compter les dommages-intérêts, qui devraient être alloués en cas de contamination d'une ou plusieurs personnes.

En gardant le secret, par rapport à toutes personnes autres que la mère et le père, le médecin peut et doit avoir l'autorité nécessaire, pour que l'enfant soit mis au biberon et que le père ou la mère puisse avertir la nourrice des dangers de la contagion.

Mais, si le docteur, de sa propre initiative, avertit lui-même la nourrice à l'insu de la famille, il viole le secret professionnel.

Ici, comme en matière d'avortement, je me suis toujours heurté avec des juristes distingués, comme avec des sociologues épris de philanthropie.

Que de fois, ne m'a-t-on pas objecté que l'intérêt social doit primer l'intérêt égoïste d'un particulier. En conséquence, le docteur devrait s'inspirer des suites de sa dénonciation, ou de celles de son silence. Pour que la nourrice ne fût pas contaminée, le devoir du praticien serait de déclarer à celle-ci que l'enfant est contagieux, partant ne peut être confié à une nourrice au sein.

Le sentiment, le devoir social sont choses fort respectables, certes ; mais, par l'article 378 du code pénal, le législateur, à tort ou à raison, m'ordonne de me taire, dans tous les cas, sans exception, sauf dans les cas de maladies transmissibles, que je dois déclarer, en vertu des lois du 30 novembre 1892 (article 15) et du 15 février 1902 (article 4).

J'obéis à la loi, telle qu'elle est, tant que le Parlement ne l'a pas modifiée ; mais je dois exercer toute ma pression morale, auprès des parents,

pour les détourner de leur dessein de confier leur enfant à une nourrice au sein ; je dois leur démontrer la responsabilité pécuniaire qui peut leur incomber. Au besoin, je leur consigne par écrit ma défense, que je leur remets en mains propres : j'aurai fait mon devoir social, sans enfreindre le secret professionnel.

Mais, si j'ai omis d'examiner attentivement l'enfant, pour rechercher les stigmates de l'hérédo ; si, les ayant trouvés, je n'avertis pas, sans ambages, les parents, de l'impossibilité radicale d'élever l'enfant autrement qu'au biberon, ou au sein de sa mère, si je n'institue pas immédiatement le traitement approprié, je suis coupable de négligence et, par suite, ma responsabilité peut être mise en jeu.

Mon ami Gallois me pardonnera de lui chercher chicane sur un autre point : médecin, il s'est laissé séduire par la thèse juridique de M. Perraud-Charmantier, qui croit pouvoir soutenir que le secret professionnel est avant tout un contrat.

Dans mon article cité plus haut, j'ai juridiquement combattu la thèse de M. Perraud-Charmantier. Le secret médical ne dérive nullement d'un contrat passé entre client et docteur ; c'est une institution d'ordre public.

L'article 378 du code pénal est très net sur ce point ; également est constante la jurisprudence, qui a souvent appliqué ledit article : le secret professionnel a été imposé par le législateur, dans un but de paix publique, afin que le malade puisse se confier librement au praticien, qu'il a choisi en toute confiance et pour que le docteur soit obligé de garder secret tout ce qu'il a appris, entendu, surpris, deviné, dans l'exercice de sa profession.

Aussi, malgré l'affirmation de M. Perraud-Charmantier, je prétends, et la jurisprudence en fait foi, que le malade ne peut pas me délier du secret professionnel, en aucun cas.

Certes, il y a beaucoup de choses, qui sont loin d'être secrètes ; mais je n'ai pas à faire de distinction entre ce qui pourrait nuire à mon client et ce qui peut lui être utile, ou voire même indifférent. Je dois me taire dans tous les cas.

Permettre au malade de délier le médecin de l'obligation au silence n'est nullement inscrit dans l'article 378 du code pénal.

D'ailleurs, je me rappelle toujours une circonstance de ma vie de praticien, qui démontre bien que le malade ne doit pas délier du secret.

Médecin traitant d'un enfant, qui était mort à la suite de coups reçus, je fus convoqué chez le juge d'instruction, en présence du Procureur de la République et de l'accusé. A un moment donné, le procureur interpella l'inculpé et lui dit : « Eh bien, pour prouver votre innocence, déliez le docteur du secret professionnel et autorisez-le à dire tout ce qu'il sait. »

J'arrêtai immédiatement le procureur et lui répondis : « Cet homme n'a pas le droit de me délier du secret professionnel, car ce n'est pas inscrit dans la loi. De toutes façons, je refuse de parler, lié que je suis par les obligations impérieuses de l'article 378, car je n'ai nullement à me faire, directement, ou indirectement, l'auxiliaire de la justice répressive. »

En effet, si l'inculpé refusait de me délier du secret, ce refus était interprété comme un aveu de culpabilité. En m'y autorisant, je me portais peut-être dénonciateur.

De même pour les avortements : ce n'est pas un contrat intervenu entre ma malade et moi, qui m'oblige au silence : je me tais au nom du code pénal, pour que je puisse soigner la personne, qui s'est confiée à moi en toute liberté, pour que je puisse la guérir. Aux autres, de poursuivre les crimes et les délits : ce n'est pas mon rôle social.

Au surplus, comme je l'ai déjà démontré, dans le *Concours médical*, le malade se rend-il bien compte des conséquences, auxquelles il s'expose, en m'autorisant à parler devant des tiers ?

Mais, me dira-t-on, pourquoi délivrez-vous des certificats ?

Tout d'abord, je ne suis nullement tenu de dresser pareille pièce et j'ai toujours le droit de m'y refuser.

A part les cas, où un texte de loi exige un certificat médical (loi sur les accidents du travail, sur les réformés de guerre, etc.), je reste maître d'accepter ou de décliner la demande de mon client.

Vais-je accepter ? qu'avant d'écrire, je démontrerai à mon malade les conséquences possibles de la divulgation de certaines affections. A lui de voir s'il a intérêt à se passer de la pièce qu'il me demande, ou s'il se range à mes avis de prudence.

Maître du certificat, rédigé après discussion avec lui, le client est libre de faire tel usage que bon lui semble, même s'il sait d'avance que cela peut lui porter préjudice.

Mais ériger la pratique du certificat en règle générale, comme le veut le docteur Gallois, ce serait adopter la politique de l'autruche. Pour ne pas violer l'article 378 du code pénal, je devrais, dans tous les cas, donner un certificat à mon malade, disant toute la vérité.

Eh bien, non : l'obéissance au code pénal me met dans l'obligation de refuser parfois ledit certificat, comme constituant une violation plus ou moins déguisée de mon devoir au silence.

Je ne puis donc souscrire aux conclusions du Dr Gallois demandant au législateur ce que ce dernier n'acceptera jamais de faire : d'abord, de codifier une discussion doctrinale juridique, à savoir : si le secret professionnel découle ou non d'un contrat entre client et médecin.

En second lieu, le malade pourrait dégager le médecin du secret professionnel. Autant suppri-

mer immédiatement celui-ci, car, toutes les fois que les autorités administratives ou judiciaires auront besoin de faire parler le médecin, on obligera le malade à délier le docteur de l'obligation au silence.

Quant aux certificats après décès, je me sépare encore du docteur Gallois ; mon excellent confrère a perdu de vue la jurisprudence constante, par laquelle il a été reconnu que les héritiers n'ont pas le droit de demander au médecin du *de cujus* un certificat concernant ce dernier.

Au reste, lorsque, dans le *Concours médical*, j'ai maintes fois discuté la question du certificat de décès, j'ai toujours rappelé la réponse que fit fin 1923, le Ministre de la Justice au Ministre de l'Hygiène, à savoir qu'en l'état actuel de la législation, le médecin est tenu au secret professionnel, même envers un confrère également tenu au secret.

Revenant sur la question des maladies contagieuses, le docteur Gallois semble oublier les stipulations des lois du 30 novembre 1892 et du 15 février 1902 : si nous déclarons les maladies transmissibles, c'est parce que ces textes de lois ont aboli la portée de l'article 378, en ce qui concerne la lutte contre certaines affections transmissibles.

Par conséquent, mon malade n'a pas à accepter ou à refuser que j'envoie, à l'autorité compétente, ma déclaration de maladie contagieuse : je n'ai pas à lui demander son avis et je me borne à obéir à la loi. L'exemple cité de MM. Ratier et Billiet n'est nullement applicable à l'exercice de la médecine.

Mon ami Gallois me pardonnera d'être son amical adversaire ; mais qu'il relise les textes législatifs ; il verra que la loi du 21 germinal an XI (il a écrit par erreur an XII) est la loi sur l'exercice de la pharmacie et que ce texte législatif n'a jamais prévu le secret professionnel imposé aux docteurs en médecine.

Mais Gallois a raison en demandant que le médecin traitant ne puisse jamais être expert, pour ce qui concerne son malade. La confusion des fonctions est très préjudiciable, tant aux clients, qu'aux collectivités publiques et privées, qu'aux médecins eux-mêmes.

Un homme ne doit jamais être mis à même de choisir entre son intérêt et son devoir.

Médecin traitant, le docteur doit le secret à son malade ; médecin expert, ou contrôleur, il doit dévoiler ce secret à son employeur, d'où conflit moral.

Mais, point n'est besoin d'une loi pour faire cesser cette confusion de fonctions : si la Faculté de médecine nous enseignait les données élémentaires des lois que le médecin doit appliquer dans l'exercice de ses fonctions, nous saurions que nous ne devons pas accepter ce cumul. Aussi, désignés comme expert, ou contrôleur, en ce qui concerne un de nos clients, devons-nous répondre à l'autorité qui nous requiert, ou à la personne qui nous met en œuvre, que nous ne pouvons pas accepter cette mission d'expertise ou de contrôle, parce qu'au préalable, liés par le secret professionnel envers le malade à examiner.

Le docteur Gallois a parfaitement raison de soulever tous ces problèmes : l'agitation faite autour de ces discussions servira à l'éducation juridique de nos confrères.

Dr Paul Boudin.

LE SECRET PROFESSIONNEL DANS L'A.M.G.

.... et ailleurs

Le secret professionnel, c'est le secret de polichinelle, Dr Duchesne, vocalisiez-vous fort plaisamment au dernier banquet du *Concours*. Ci-joint un papier qui dit la même chose, en termes administratifs.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ

Préfecture du département de la Seine.

ASSISTANCE MÉDICALE GR TUITE

Commune de..........

FEUILLE DE MALADIE

valable du (1) .... 192.... au.......... 1927
délivrée à M..........
demeurant à..........
inscrit sous le n°..........

PARTIE MÉDICALE

....
....
....
....
....
....
....

Docteur.........., à..........

A.........., *le*.......... 192...

(2)

(1) 15 jours (art. 8 du Règlement).

(2) Signature du médecin. A la fin de la maladie, la feuille est remise au médecin *qui la joint à son mémoire d'honoraires* (art. 8 du Règlement).

Vous êtes au courant du conflit qui s'était élevé l'an dernier en banlieue, à propos de l'A. M. G., entre les Syndicats médicaux et la préfecture.

Conflit de grand style s'il en fut et qui évoque les heures héroïques du tarif Maginot. Echange préalable d'amé.iités (voir les débats de décembre 1925 au Conseil général), escarmouches, parlottes, ultimatum, re-parlottes, grande offensive et grève générale, plus que jamais parlottes, envoi de parlementaires, repli des parlementaires (et quel repli ! jusqu'à plat ventre), armistice, et traité de paix le 29 décembre dernier, le Conseil général nous accord nt les huit et dix demandes à dater du 1er janvier. Mais, à dater du 1er janvier aussi, nécessité absolue (je m'en suis assuré à la mairie) de joindre au mémoire d'honoraires trimestriel les feuilles de maladie analogues à celle que je vous envoie. Vous y trouvez une large place réservée à la « partie médicale » et qui doit être remplie par le médecin. Il y notera le nom de la maladie et les diverses particularités qui ont nécessité telle ou telle intervention. Et voilà le « secret de polichinelle » élevé à la hauteur d'une institution préfectorale.... .

A la vérité, je n'y vois pour ma part aucun inconvénient. Ce que vous exprimiez sous forme de chansonnette, je le pense très sincèrement. Il suffit d'avoir entendu des commères bavarder dans la rue, chez les commerçants (ou dans un salon, du reste) pour se rendre compte que le public ne conçoit pas du tout le secret médical. Et je suis persuadé que le notaire est dépositaire de secrets autrement plus précieux à ses clients que n'est le médecin.

Et puis, enfin, qu'est-ce que ce secret professinnel, théoriquement inviolable et que la pratique montre être une de ces demi-vierges à qui la moitié ne peut vraiment plus tenir lieu du tout ? J'ai là, dans un tiroir, un carnet (de la préfecture encore ! mais de police, cette fois) qui m'énumère les maladies contagieuses que je suis *obligé* de déclarer —, et d'autres que je puis, à mon gré, déclarer ou non. — J'ai aussi des bulletins de réformés de guerre où je dois noter la maladie de mon client. Je fais, de temps à autre, des examens pour assurances sur la vie où je livre aux méditations d'un tiers absolument inconnu les plus extrêmes secrets de mon candidat. Tous les jours, je rédige des certificats de maladie destinés à des administrations de Sociétés de Secours mutuels, à des assurances individuelles. Chaque fois, à titre d'expérience, je demande au client s'il faut spécifier le nom de la maladie. J'essaye de lui expliquer la nature du secret médical et que ce certificat étant destiné à justifier une absence, il devrait suffire d'y indiquer que Monsieur Un Tel est malade et que son indisposition durera vraisemblablement tant de jours. Le client en convient d'un air, au reste, parfaitement indifférent. Après quoi il me prie d'inscrire le nom de sa maladie.

Le secret professionnel est une survivance de nos pères, mais nos fils n'en hériteront point.

Je crois que vous n'êtes pas loin de penser comme moi. L'antique profession médicale tombe actuellement par larges pans. Ce n'est pas une évolution, c'est un bouleversement qui commence et que chaque année affirme.

N'est-ce pas une vaine besogne qu'essayer de s'y opposer ? Quand la maison croule, vaut-il pas mieux se mettre en quête de nouveaux plans pour la reconstruire que l'étançonner ?

L'on peut prononcer une belle plaidoirie dans un mauvais procès. La langue française y gagnera sans doute. Mais sans doute, le client y perdra. Et peut-être aussi l'avocat...

Dr LAVALÉE.

UNE ÉCONOMIE A RÉALISER

La suppression du P. C. N.

On veut faire des économies, j'en propose une et importante à tous égards : la suppression du P. C. N.

Je ne reviendrai pas sur la question au point de vue général ; elle a été cent fois discutée et jugée : le P. C. N. n'est d'aucune utilité pour les études médicales, il retarde d'un an la mise en contact de l'étudiant avec l'hôpital et on peut dire qu'au point de vue formation des futurs médecins, c'est une année complètement perdue. Mais ces raisons n'ont jamais paru suffisantes et le P. C. N. a résisté à tous les assauts livrés jusqu'à ce jour, parce qu'il renforce les effectifs anémiques des Facultés des sciences et justifie quelques chaires de plus dans ces Facultés.

Aujourd'hui où il semble qu'on ne s'embarrasse plus de ces questions de sentiment et où on paraît décidé à supprimer toutes les fonctions inutiles et coûteuses, à faire, entre autres, une révision sérieuse des chaires de Facultés, c'est le cas de reprendre la question du P.C. N. sous une autre forme et de montrer l'économie qui résulterait de sa suppression.

Celle-ci entraînerait la disparition dans chaque Faculté des Sciences de quatre à cinq postes de professeurs ou maîtres de conférences (et bien plus pour Paris) et du personnel qui gravite autour de ces chaires. On supprimerait aussi des laboratoires, des travaux pratiques qui entraînent également de fortes dépenses. On peut

estimer qu'on pourrait réaliser une économie de 2 à 300.000 fr. environ *en moyenne*, sur le budget de chaque Faculté des Sciences.

Mais, dira-t-on, les étudiants devant suivre les cours de physique, chimie, botanique, zoologie, à la Faculté de Médecine, il faudra des professeurs, du personnel, des laboratoires nouveaux, donc pas d'économie. Erreur profonde, car ces professeurs, ces laboratoires existent actuellement, puisqu'en 2e, 3e années, les étudiants en médecine refont à nouveau de la physique, de la chimie, de la parasitologie, etc., et puisque dans la plupart des Facultés de médecine, ces cours, supprimés pour les étudiants en médecine de première année, ont subsisté pour les étudiants en pharmacie. En créant le P. C. N. on n'avait à peu près rien supprimé dans les Facultés et Ecoles de médecine, on retrouvera donc tout en état en supprimant le P. C. N. Peut-être faudra-t-il renforcer quelque peu le personnel subalterne et les dépenses de laboratoires, mais dans une proposition peu considérable, et dans l'ensemble, il en résultera une grosse économie pour les deniers de l'Etat.

On profiterait d'ailleurs de la réforme pour décongestionner les études médicales qui s'étendraient désormais sur six années de scolarité au lieu de cinq. La première année pourrait comprendre comme jadis : outre la physique, la chimie, la botanique, la zoologie *médicales*, des cours d'anatomie, histologie et physiologie., Les matinées seraient réservées à l'hôpital — point le plus important de la réforme. La deuxième année serait consacrée surtout à l'anatomie, histologie, physiologie commencées en première année et qui sont sacrifiées dans les programmes actuels, l'anatomie surtout qui ne comporte qu'un an de cours et de dissection, ce qui n'est pas suffisant.

Les études médicales y gagneraient considérablement, des économies seraient réalisées, on peut donc dire qu'il n'y aurait que des avantages à supprimer cet inutile et encombrant P. C. N.

Dr E. RAVON.

UN CAS DE TRÉPANATION PRÉHISTORIQUE

Variété rare et premier fait observé en Vendée.

Dr Marcel BAUDOUIN (Croix-de-Vie, Vendée).

En 1925, au mois de décembre, des ouvriers ont mis au jour, à Bazoges-en-Pareds (Vendée), au sud du lieudit « Fief-des-Coux », — là où la *Société préhistorique française* possède deux magnifiques monuments: la *Ciste-Galgal* des Coux (1) et l'*Allée couverte* des Pierres-Folles (2) — sauvés par nos soins, un amas de squelettes inhumés presqu'à même le sol, au-dessus de la roche calcaire sous-jacente et au milieu d'un Galgal peu important (3).

Parmi les sépultures, que nous décrirons ailleurs, et qui n'ont donné en surface (4) qu'un mobilier fort restreint et de l'âge du *Fer*, on a trouvé un crâne, fort intéressant, que M. Lucien Rousseau, ancien maire de Cheffois, l'inventeur, a pu sauver et qu'il nous a soumis pour l'étude.

Cet objet est aujourd'hui dans ses collections.

Or ce crâne (no 1 de la sépulture) est un très beau cas d'une variété rare de trépanation, dite *occipitale supérieure*.

L'opération a été exécutée à la manière des Néolithiques.

Elle est nettement médiane, autre caractère exceptionnel et siège au niveau du sommet de l'os occipital, très rarement intéressé par cette opération.

I. LE CRANE. — *Caractères.* — Ce crâne, malheureusement, n'est pas intact. Il lui manque *à droite*, toute la base ; et il ne persiste de l'occipital que la partie *gauche* du bas. Aussi le condyle *droit* est-il absent ; mais le condyle gauche, heureusement, persiste et est mesurable. De plus, la plus grande partie du trou occipital persiste aussi ; et l'orifice est aussi mesurable.

On ne remarque rien de particulier, sur la partie *gauche* de la base, conservée. L'apophyse mastoïde est peu considérable ; mais la gouttière rétro-mastoïdienne est extrêmement marquée.

(1) Marcel BAUDOUIN et Lucien ROUSSEAU. — *L'ossuaire de la Ciste des Cous à Bazoges-en-Pareds*, etc. Paris, S.P.F., 1915, in-8o, 242 p., 40 fig., dont 10 pl. h. texte.

(2) BAUDOUIN et ROUSSEAU. — *Allée couverte de la Pierre folle des Cous, à Bazoges-en-Pareds. Fouilles.* Paris, S.P.F., 1918, 60 p., 18 fig.

(3) Le *galgal* en question se trouvait au nord du Menhir Sud de l'Allée couverte, à la limite des champs nos 188 et 189, section G, sur la méridienne du Mégalithe dolmenique, au sud-ouest du galgal de l'*Arrachail*. (Cf. le plan cadastral publié dans le 2e ouvrage cité ci-dessus).

Il se pourrait que ce galgal ait contenu dans son intérieur des ossements de la *fin* de la *Pierre polie*, comme celui de la Ciste des Cous, ou de l'âge de cuivre.

(4) Il est possible qu'on ait, à l'époque du fer, enterré au sommet ou sur un point de ce galgal. Il est impossible de préciser. Cependant, aux alentours de ce crâne, on a trouvé : 1o des silex taillés néolithiques ; 2o des débris de poterie néolithique.

Par suite, il est permis de croire que la base du galgal contenait bien une sépulture au moins, — sinon davantage — de cette époque.

Le muscle qui s'y insérait devait être exceptionnellement puissant. La styloïde est brisée.

Il ne persiste rien, bien entendu, de la face ; mais le frontal est intact.

Le maxillaire inférieur, ainsi que les deux maxillaires supérieurs, font défaut : ce qui est bien regrettable. Nous n'avons donc pas une seule *dent* de ce crâne.

Le temporal *droit* est désarticulé ; mais il n'a pas été égaré et on le possède. La gouttière de son apophyse mastoïde ressemble à celle de l'autre côté ; elle est tout aussi large et aussi profonde, surtout en haut, que celle de l'autre os.

Déformation. — Ce crâne a manifestement subi la déformation crânienne du type néolithique (1). Les angles antéro-supérieurs des deux pariétaux sont aplatis, surtout à gauche. Le sillon mesure, à gauche, 80 mm. d'étendue pour une largeur moyenne de 40 mm. A droite, la dépression aplatie n'a que 50 mm. et descend moins bas ; mais la largeur est la même. En passant la pulpe de l'index, sur le crâne à ce niveau, le doigt ressent très nettement le soubresaut et constate facilement l'existence non seulement d'un aplatissement, mais d'une véritable *dépression* avec ressaut de chaque côté, comme d'ordinaire.

Cette déformation, qui n'est pas spéciale aux préhistoriques, puisqu'on la retrouve encore de nos jours, ne peut pas servir à dater cette pièce.

(1) Cf. nos nombreuses publications sur cette coutume préhistorique, d'origine cultuelle, et probablement *totémique*.

En procédant ainsi, on voulait donner au crâne de l'enfant la forme de celui de l'animal totem du clan. Mais nous ignorons encore de quel animal il s'agit en l'espèce.

Elle est bien limitée ici à la partie supérieure de la voûte cranienne et ne descend pas très bas sur les côtés. Ce qui la différencie, comme on le sait, des déformations historiques, généralement plus accentuées latéralement.

Epoque. — Je crois que ce crâne est de la fin du Néolithique ou du Cuivre, quoiqu'on ait trouvé, en ce point même, un mobilier de l'âge du *Fer*, assez récent (Fin mérovingien). — Voici pourquoi :

1° M. Rousseau a recueilli dans le galgal qui recouvrait les ossements :

a) Des fragments de *poterie noire*, avec grains de quartz, de type néolithique ;

b) Des débris de *vases* à parois plus minces, *non faites au tour.*

c) Un *grattoir* en silex ;

d) Quatre éclats de silex noir, d'aspect spécial.

2° La forme de la trépanation, avec *gouttière longitudinale* de *grattage*, est typique du manuel opératoire néolithique !

3° Le siège, au sommet de l'occipital, permet de rapprocher ce cas de la trépanation (1) du dolmen d'Assignan (Hérault), lequel est indiscutablement de l'âge du *Cuivre* (2).

Sépulture. — Il correspondrait dès lors à une inhumation du *Cuivre*, dans un petit Galgal, sur lequel on aurait continué à enterrer à l'époque mérovingienne.

(1) M. Baudouin. — *Le Concours médical*, Paris, 1926, LXVIII, n° 14, 4 avril, p. 929-930.

(2) Analyses chimiques de notre collègue Hubert (Mayenne, M.).



Fig 1. — Trépanation occipitale supérieure.
Existence d'une Gouttière, par Grattages, au-dessus de l'orifice.

RACE. — D'ailleurs le crâne est *sous-brachycéphale* et non pas nettement *brachycéphale*.

Il est vrai qu'il y a des Dolicocéphales au Mérovingien. Mais alors ils correspondent à des hommes de grande taille, tandis que ce crâne est celui d'une race de petite taille, vu ses dimensions.

Dimensions. — Voici les seules possibles à mesurer que nous ayons pu prendre sur ce crâne, dont la base manque.

1° Diamètres	*longitudinal* ou antéro-postérieur		maximum	172
			métopique	94
	tranversal		maximum	138
			biauriculaire	120 (?)
	frontal		maximum	115
			minimum	92
2° *Courbes*	*générale*	ensemble horizontale	totale	500 (1)
			préauriculaire	265 (2)
		transversale	sus-auriculaire	310 (3)
	antéro-postérieures spéciales	sous-cérébrale		15
		frontale cérébrale		100
		pariétale		130
		occipitale	supérieure	50
			inférieure	50
3° *Trou occipital*	Longueur			36
	Largeur			28

D'où on déduit :

$$\text{INDICE CÉPHALIQUE} : \frac{138 \times 100}{172} = 81,4$$

Il s'agit donc là d'un *sous-brachycéphale*, de fort petite taille, vu la courbe horiozontale totale (500 mm. seulement).

Absence de face. — On a vu que le crâne n'est pas entier. Il lui manque toute la face et la base du crâne à droite. On n'en peut donc rien dire de plus. Mais il est remarquable par sa *petite taitlle* et *sa finesse*, si bien qu'on le croirait du sexe féminin !

SEXE. — Pourtant le siège de la trépanation m'empêche d'admettre cette détermination et je conclus à un crâne MASCULIN (1).

D'ailleurs, un *condyle occipital*, celui du côté *gauche*, persiste ; et il donne les dimensions suivantes, caractéristiques au demeurant.

Longueur (en courbe : 30 mm.

Largeur (en courbe) : 14 mm.

D'où l'INDICE CONDYLIEN (1) : 46,66.

Cet indice indique nettement le sexe MASCULIN, puisqu'il est inférieur à 55,00, comme je l'ai prouvé jadis (2).

Il n'y a donc pas lieu de discuter davantage sur ce point. Le sexe est certain (3).

AGE. — Toutes les sutures craniennes étant soudées et devenues absolument *invisibles* et la face externe du crâne étant abondante en dépressions veineuses, le sujet devait être *assez âgé*, quand il est mort.

II. TRÉPANATION.

1° ORIFICE. — L'orifice siège au niveau du sommet de l'occipital et a fait disparaître les deux fosses cérébrales de cet os. Il correspond en haut, à peu près au *Lambda*, invisible, parce qu'il a été enlevé par l'opération, et, en bas, à la protubérance occipitale externe, par ce qu'une partie de l'os a été brisé en ce point.

La trépanation ne descendait donc pas tout à fait à ce niveau et était peu haute (Fig. 1).

Le trou est *ovalaire*, à grand axe allongé transversalement et symétrique, de façon parfaite.

Il mesure 60 mm. tranversalement et a, au maximum, comme hauteur, 30 mm.

Il est à cheval sur le milieu de l'occipital avec 30 mm. à gauche pour 30 mm. à droite.

Cette régularité est vraiment étonnante ; et on se demande comment les Néolithiques repéraient ainsi la ligne sagittale médiane du crâne.

Bords. — Les bords de l'orifice sont en plan incliné, et plus ou moins à pic. A gauche, l'inclinaison est telle que la perte de substance extérieure atteint presque 10 mm. En haut, elle n'a que 5 mm. ; à droite, elle ne dépasse pas trois mill.

Par suite, il semble que l'on ait enlevé la ron-

(1) *C.R. Ac. des Sc.*, Par., 1920, n° 16, 19 avril, p. 954-5. — *Progrès médical*, 1926, n° 14, 3 avril, p. 539-540.

(2) La moyenne de la femme est 60,00 ; celle de l'homme 45,00.

(3) Malgré les réserves que faisait encore récemment (*Anthr.* 1926, p. 400), M. R. Verneau, sur la valeur de cet indice.

(1) Cette dimension indique un petit crâne.

(2) Calculée sur la moitié *gauche*.

(3) Calculée par la moitié *gauche*.

delle par grattages à gauche et en haut ; et par *sciage* à droite.

La plaie osseuse est *cicatrisée*, mais sans *ostéophytes*. L'opéré a donc bien guéri sans suppuration. Tous les orifices osseux sectionnés sont bien obturés. La cicatrisation est complète et partant fort ancienne.

A l'intérieur du crâne, on ne remarque rien de spécial, le bord étant bien entendu très mince et tranchant à gauche.

Il s'agit donc là d'un fait de *Trépanation occipitale* (1), et de l'angle supérieur de l'*os* (2), variété fort exceptionnelle (3).

GOUTTIÈRE. — Chose curieuse et fort rare aussi, on trouve, au-dessus de la trépanation, sur la ligne *médiane*, c'est-à-dire au niveau de la partie postérieure de la suture longitudinale, correspondant aux angles supérieurs et postérieurs des pariétaux, une GOUTTIÈRE, due à des GRATTAGES, exécutés sur le vivant.

Celle-ci mesure 50 mm. de longueur pour une largeur maximum de 30 mm. Sa profondeur est peu marquée sur les bords, très inclinés en pente très douce ; mais, au milieu, une dépression très nette de 8 à 10 mm. de large atteint 2 mm. de profondeur !

Il ne peut s'agir là que d'un *travail humain*, qui est d'ailleurs *cicatrisé*, comme les bords de la trépanation ; il a donc été exécuté sur le *vivant* !

Il n'a pu être obtenu que par des grattages du crâne ; mais la cicatrisation et l'âge ont fait disparaître toute trace de *stries de silex*, si apparentes sur des crânes de Vendrest (S.-et-M.), pour des actions de ce genre, *post mortem* ou non.

Cette gouttière est très comparable à celle par nous décrite pour un crâne (n° II) de Vaudancourt (Oise) (4), qui présentait lui-même une trépanation latérale gauche, sur l'arrière du pariétal, et dont la gouttière commençait également au-dessus du lambda, mais était moins large (1).

(1) Cf. Dr S. WOLFHEL. — *Die Trepanation in Melanesien und Amerika*. — *Anthropos*, 1925, t. 20, 50 p., 6 fig.

(2) Cf. Marcel BAUDOUIN. — *La trépanation préhistorique expérimentale*. *Gaz. méd. de Nantes*, 1924, passim. Brochure, Parthenay, 1924, in-8°, 42 pages, 10 fig.

(3) G. CANU, dans sa thèse (*Trép. préh.*, 1908) ne cite pas un seul fait de trépanation nettement *occipitale*.

Dans son grand mémoire, R. Flechter (1882) ne cite comme telle que celle du crâne de Vauréal (Oise), actuellement au Musée Broca, à Paris.

Un cas publié par Schmidt (A.F.A.S., 1920, in-8°, p. 20, fig. 29), est bien *occipital*, et voisin du lambda ; mais l'orifice empiète sur le *pariétal* gauche et n'est pas médian.

Si bien qu'en somme je ne puis rapprocher du fait de Bazoges-en-Pareds que celui de Vauréal.

(4) Marcel BAUDOUIN. — Allée couverte de Vaudancourt. *Mém. de la Soc. préh. franç.*, Paris, 1919, p. 66 et 68, fig. 3). — Cette *raincure sagittale* a neuf centimètres de long et 20 mm. de large seulement.

REMARQUES. — C'est là le premier cas de Trépanation, nettement *préhistorique*, observée en Vendée, car, jusqu'à présent, je n'ai décrit pour cette contrée, que des faits de *rondelles craniennes* (2) ou des *débris d'os trépanés* (3) ; et un seul fait de fausse trépanation *mérovingienne*.

Il est bien malheureux qu'on ne puisse (4) pas le dater de façon certaine ! Mais j'incline à croire, vu l'*inhumation*, qu'il s'agit d'une sépulture du Cuivre, car les Néolithiques de Bazoges-en-Pareds étaient des *Dolicocéphales purs* et non des *Brachycéphales*, comme je l'ai antérieurement prouvé, et ne sont connus que par des *ossuaires* (Ciste-des-Coux).

Certes, on a signalé des trépanations des époques gauloise (5) et franque (6) ; mais ces faits restent discutables (7) comme époque et nature (8).

Et ici je crois qu'on peut émettre l'hypothèse que j'ai formulée, parce qu'à quelques vingtaines de mètres de la sépulture qui a fourni ce crâne, il y avait quatre ou cinq importants *Ossuaires* néolithiques (Ciste des Coux ; Ciste Garioleau ; Galgal de l'Arrachail ; Dolmen des Pierres Folles, etc., etc.).

CONCLUSION. — Il s'agit d'une forme de *Trépanation* rare et par son siège et sa forme, exécutée sur le vivant, ainsi que la Gouttière creuse qui la surmonte, et qui a parfaitement *guéri*, l'opéré étant mort dans un âge avancé (9).

(1) Cette gouttière est pourtant moins grande que celle du crâne de Champignolles (Manouvrier).

(2) Allée couverte de la *Planche à Puare*, à l'Ile d'Yeu (Fouille latérale, 1909) : rondelle cranienne (Con M. B., n° 187).

(3) Allée couverte du *Terrier de Savatole*, n° 3, au Bernard (1904). Pariétal droit. Bosse pariétale. (Con M. B. n° 1643).

(4) Observation Marcel BAUDOUIN. — Pièce n° 2.108 de sa C. personnelle. Don Bourasseau.

Cf. Thèse Dr A. ROUILLON. *Lésions os. Préh. de la Vendée*. Thèse, Paris, 1923.

(5) Crâne de Blangy (Muséum de Paris).

(6) Cas du crâne de Pilloy (1887). B. S. A. P., t. IX. p. 668 et 686. — Dr Paris. Crâne de Luxeuil. (*Bull. Soc, Hte-Saône*, 1888, LXXI, p. 35).

(7) Le cas de Chelles, classé par Chambroux au mérovingien, n'est qu'une perforation traumatique, d'ailleurs latérale.

(8) SCHMIDT (A.F.A.S., 1920) a résumé ce qu'on sait à ce propos, mais n'a pas l'air d'y croire.

(9) Pour la signification de la Trépanation, voir le mémoire *expérimental*, cité plus haut et mon livre : *La Préhistoire par les Etoiles*. (Paris, Maloine, in-8°, 1925, 300 pages, 120 fig.).

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunions du Conseil d'Administration

28 *décembre* 1926 *et* 1er *février* 1927.

Présents : MM. MAURAT, *président* ; VIMONT, NOIR, MIGNON, GASSOT, PAMART, HUGUENIN, DUCHESNE, DE LA ROCHEFORDIÈRE, LEVASSORT, MAZEROUX, HENNE et BOUDIN, *secrétaire*.

Sur la proposition du président, le Conseil décide que le siège social de la Mutualité Familiale et professionnelle du Corps médical français, sera, à dater du 1er janvier 1927, transféré, 37, rue de Bellefond, Paris, IXe.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

Combinaison MA.

N°	Nom	Département	Durée	Indemnité
84	GIROD	Jura	6 mois	600 »
97	HEURTEAU	Loiret	3 mois	300 »
100	COQUERET	Aube	3 mois	300 »
125	PERRET	Seine	10 jours	100 »
142	DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
164	DE GRISSAC	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
165	GOOD	Deux-Sèvres	50 jours	500 »
175	ROUSSEAU	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
176	VOYER	Loire-Inférieure	7 jours	70 »
192	HOUDART	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
193	COLIN	Finistère	17 jours	170 »
219	DELATTRE	Loiret	un mois	100 »
228	TACHERON	Aube	3 mois	300 »
236	HERLAND	Côtes-du-Nord	6 mois	600 »
249	DEFLINNE	Nord	19 jours	190 »
255	DEMMLER	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
256	JOUVE	Bouches-du-Rhône	44 jours	440 »
260	JACQUOT	Oise	3 mois	300 »
290	MIRIEL	Seine	5 jours	50 »
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
328	GAUCHE	Ille-et-Vilaine	20 jours	200 »
341	CHABANON	Lozère	3 mois	300 »
357	MATHIEU	Yonne	3 mois	300 »
368	EMONIN	Côte-d'Or	11 jours	110 »
373	PÉRICHON	Indre	8 jours	80 »
379	MARTY	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
389	PLUYAUD	Seine-et-Oise	56 jours	560 »
396	OBLIN	Manche	20 jours	200 »
409	CAFFEAU	Nord	6 mois	600 »
412	DUROS	Calvados	3 mois	300 »
430	PROBY	Rhône	13 jours	130 »
488	HAMANT	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
499	ABITBOUL	Alger	8 jours	80 »
504	DELUCQ	Gers	3 mois	300 »
516	BARDON	Corrèze	3 mois	300 »
524	FRAIKIN	Seine	24 jours	240 »
534	EPRON	Vendée	3 mois	300 »
535	CUNNAC	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
539	DEVOIR	Yonne	9 jours	90 »
589	BAUDE	Pas-de-Calais	34 jours	340 »
671	JUIF	Saône-et-Loire	18 jours	180 »
616	CÉZILLY	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
699	GOUEZ	Finistère	42 jours	420 »
700	REY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
730	LEFER	Meuse	15 jours	150 »
731	VOLPERT	Moselle	18 jours	180 »
733	GIBAL	Gard	20 jours	200 »
763	RAULT	Ille-et-Vilaine	4 jours	40 »
768	PAMART	Paris	un jour	10 »
777	THOMAS	Loire-Inférieure	60 jours + 3 jours chr	610 »
793	BINET	Doubs	36 jours	360 »
384	MOHAMED	Mayenne	3 mois	300 »

A reporter .... 14.500 »

			Report	14.500 »
853	Duballen	Saône-et-Loire	32 jours	320 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
900	Duclos	Seine	3 mois	300 »
934	Girard	Paris	12 jours + 3 mois et 10 jours chr	453 20
958	Saint-German	Haute-Garonne	22 jours	220 »
976	Eyraud	Haute-Loire	60 jours + 3 mois et 3 jours chr	910 »
993	Boutard	Eure	3 mois	300 »
1057	Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1074	Bleicher	Ain	2 mois et 20 jours chr	266 65
1081	Lacombe	Aveyron	10 jours	100 »
1213	Etienne	Ardennes	un mois et 4 jours chr	113 30
1233	Bourgraff	Meurthe-et-Moselle	44 jours	440 »
1259	Rilhac	Haute-Vienne	3 mois	300 »
1272	Molinéry	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1281	Kerrien	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1396	Orliac	Lot-et-Garonne	39 jours	370 »
1401	Joly	Allier	3 mois	300 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1410	Montigny	Nord	19 jours + 2 mois et 12 jours chr	429 95
1523	Denance	Loiret	17 jours	170 »
1573	Lecouillard	Paris	3 mois	300 »
1675	Frenel	Oise	3 mois	300 »
1717	Desanti	Bouches-du-Rhône	41 jours	410 »
1741	Le Pipe	Morbihan	60 jours + 18 jours chr	659 95
1796	Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1820	Priouzeau	Charente	44 jours	440 »
1829	Emon	Charente-Inférieure	6 jours	60 »
1830	Le Prieur	Manche	14 jours	140 »
1840	Angellier	Saône-et-Loire	60 jours + 11 jours chr	636 65
1851	Dabasse	Tarn-et-Garonne	7 jours chr	23 30
1896	Roure	Charente-Inférieure	6 mois	600 »
1906	Perretant	Isère	26 jours	260 »
1946	Parmentier	Vendée	un mois	100 »
1968	Moré	Finistère	25 jours	250 »
1976	L. Lafont	Basses-Pyrénées	30 jours	300 »
			Total	25.773 »

Combinaison MAD.

125	Perret	Seine	10 jours	200 »
249	Deflinne	Nord	19 jours	380 »
276	Molin de Teyssieu	Gironde	6 jours	120 »
284	Paulet	Gard	10 jours	200 »
290	Miriel	Seine	5 jours	100 »
294	Bonnel	Gard	4 jours	80 »
346	Mlle Cabanis	Oran	3 mois	600 »
353	Dubois	Seine-Inférieure	23 jours	460 »
368	Emonin	Côte-d'Or	11 jours	220 »
373	Périchon	Indre	8 jours	160 »
377	Potié	Nord	12 jours	240 »
393	Goniondsky	Isère	7 jours	140 »
396	Oblin	Manche	20 jours	400 »
427	Lavigne	Pas-de-Calais	24 jours	480 »
474	Michel	Ardèche	41 jours	820 »
499	Abitboul	Alger	8 jours	160 »
524	Fraikin	Seine	24 jours (1/2)	240 »
671	Juif	Saône-et-Loire	18 jours (1/2)	180 »
763	Rault	Ille-et-Vilaine	4 jours (1/2)	40 »
777	Thomas	Loire-Inférieure	60 jours + 3 jours chr (1/2)	610 »
793	Binet	Doubs	36 jours (1/2)	360 »
1081	Lacombe	Aveyron	10 jours (1/2)	100 »
1213	Etienne	Ardennes	un mois et 4 jours chr (1/2)	113 35
1396	Orliac	Lot-et-Garonne	37 jours (1/2)	370 »
1968	Moré	Finistère	25 jours (1/2)	250 »
			Total	7.023 35

Pensions aux veuves.

Le Conseil alloue, pour leur pension du quatrième trimestre de 1926, les sommes suivantes à :

4	Mme Vve Lepage, Paris	150 fr.
38	Mme Gillette, Calvados	150 »
43	Mme Vve Chevreux, Paris	150 »
45	Mme Vve Valot, Hautes-Alpes	60 »
51	Mme Vve Rousselot, Marne	150 »
13	Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	100 »
	Total	760 »

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 31 décembre 1926.

Pensions pour l'année 1927.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue, pour leur pension de l'année 1927 les sommes suivantes à MM. :

Combinaison P.

1	du Fayet de la Tour, Ch.-Inf.....	1.200 fr.
10	Gallois, Côte-d'Or..............	720 »
	Total	1.920 »

Combinaison R.

10	Gilbert Laurent, Alpes-Marit....	1.200 fr.
39	Siguan, Bouches-du-Rhône,.....	1.200 »
77	Scheydt, Hérault..............	1.200 »
23	Bonnefous, Aveyron	1.200 »
70	Meyer, Seine-et-Oise..........	1.200 »
101	Patron, Gard..................	1.200 »
7	Pardoux, Paris................	480 »
9	Cornet, Paris.................	1.200 »
78	Pélissié, Lot.................	360 »
185	Jouve, Bouches-du-Rhône......	1.200 »
223	Vimont, Paris.................	120 »
	Total.............	10.560 fr.

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 1er janvier 1927.

Remboursement de cotisations contre-assurées.

Le Conseil ordonnance le remboursement à sa succession de la somme de 6.385 francs versée par le Dr Parmentier, décédé, en vue de se constituer une retraite à 60 ans.

Ratifications d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de MM. :

Combinaison MA.

M. le Dr Jean.

Combinaison MAD.

MM. les Dr Jean, Costes, Léon et Mlle Aizière.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission à titre provisoire de MM. :

Combinaison MA.

MM. les doteurs :
Castera (Martin), de Hagetmau (Landes).
Vernier (Achille), de Cambrai (Nord).
Clément (Raoul), de Cérilly (Allier).
Bouchet (Pierre), de Navarrenx (Basses-Pyrénées).
Feige (Paul), d'Albertville (Savoie).
Nougaret (Roger), de Port-St-Louis-du-Rhône (B.-du-Rhône).
Bonifay (Laurent), de Salernes (Var).
Bordenave (Pierre), de Léognan (Gironde).
Cheynel (J.), de St-Agrève (Ardèche).
Le Troadec (Louis), de Plougasnou (Finistère).
Brabant, d'Anzin (Nord).
Nappez, de Morteau (Doubs).

Combinaison MAD.

MM. les docteurs :
Castéra (Martin), de Hagetmau (Landes).
Vernier (Achille), de Cambrai (Nord).
Barbot (Marcel), de Marseille.
Mevel (Fernand), de Cransac (Aveyron).
Taviani (Auguste), d'Ajaccio.

Combinaison MAD².

MM. les docteurs :
Charvin (Eugène), de Saint-Etienne.
Clément (Raoul), de Cérilly (Allier).
Agard (Ferdinand), de Nontron (Dordogne).
Surun (Robert), de Brive (Corrèze).
Guittard (Alfred), de la Chataigneraie (Vendée).
Bouchet (Pierre), de Navarrenx (B.-Pyrénées).
Deumié (Louis), de Saint-Etienne).
Feige (Paul), d'Albertville (Savoie).
Nougaret (Roger), de Port-St-Louis-du-Rhône (B.-du-Rhône).
Ficat (Joseph), de Monterabau (Lot-et-Garonne).
Dimey (Jean), des Andelys (Eure).
Bonifay (Laurent), de Salernes (Var).
Bordenave (Pierre), de Léognan (Gironde).
Le Troadec (Louis), de Plougasnou (Finistère).
Brabant, d'Anzin (Nord).
Nappez, de Morteau (Doubs).
Moisau, de Merdrignac (Côtes-du-Nord).
Rougelot, de Draguignan.
Brot, d'Ancy-le-Franc (Yonne).
Briéry, de Saint-Germain-Laval (Loire).
Phelebon, de Montrichard (Loir-et-Cher).
Lalaurie, de Cuxac-d'Aude (Aude).
Denier, de la Tour-du-Pin (Isère).
Rolland, de Pont-de-Claix (Isère).
Carrié, d'Haybes-sur-Meuse (Ardennes).
Bézine, d'Auxon (Aube).

Les admissions définitives seront prononcées dans la séance de fin mars.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P.

MM. les docteurs :
Castera, de Hagetmau (Landes).
Guittard, de la Chataigneraie (Vendée).
Dimey, des Andelys (Eure).
Bancillon, de Nîmes (Gard).
Bonifay, de Salernes (Var).
Lalaurie, de Cuxac-d'Aude (Aude).
Rolland, de Pont-de-Claix (Isère).
Forgues, de Teboursouk (Tunisie).
Carrié, d'Haybes-sur-Meuse (Ardennes).

Combinaison R.

MM. les docteurs :
Castéra, de Hagetman (Landes).
Nougaret, de Port-St-Louis-du-Rhône (B.-du-R.).
Remy, de Nancy.
Madame :
Wagner, de Lieurey (Eure).

Combinaison V.

M. le docteur :

Forgues, de Teboursouk (Tunisie).

Le secrétaire général communique au Conseil les premiers résultats du travail qu'il a entrepris sur la morbidité médicale à la Mutualité Familiale.

Le Conseil, vu le très grand intérêt que présentera ce travail, est d'avis qu'il y aura lieu, lorsqu'il sera terminé, de le présenter à l'Académie de médecine.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant terminé, la séance est levée.

Le Secrétaire, P. Boudin.

Le Président, A. Maurat.

Projet de loi étendant la législation sur les accidents du travail au personnel médical des hôpitaux.

Rapport de M. Fié, député.

Le problème du droit à réparation du personnel médical et pharmaceutique hospitalier, victime du devoir professionnel, vient de se poser avec une extrême acuité par suite des accidents mortels survenus ces années dernières.

L'opinion publique, la presse et les pouvoirs publics se sont émus, et M. Durafour, ministre du Travail et de l'Hygiène, a déposé, en juin dernier, un projet de loi qui vous propose, en un langage émouvant, de réparer l'injustice qui atteint ces nobles serviteurs de la science.

Côtoyant le danger à chaque instant et avec une rare abnégation, ces hommes ne se préoccupent guère de l'avenir et c'est avec une douloureuse émotion que, de temps en temps, nous apprenons l'accident, la maladie, et trop souvent hélas ! le décès de l'un d'eux.

Hier, c'étaient des radiologistes, victimes de leur dévouement, payant d'une mutilation lente et progressive, voire même de leur vie, l'emploi quotidien des rayons X.

Aujourd'hui, ce sont des externes, des internes ou des médecins des hôpitaux succombant à une maladie infectieuse, contractée au chevet des hospitalisés, ou encore des aides chirurgicaux ou des chirurgiens subissant de graves opérations pour lutter contre l'infection provoquée par une piqûre anatomique.

Ces accidentés du travail n'ont droit à aucune compensation, ni eux, ni leurs familles, en cas de décès, s'il ne plaît pas à la commission administrative de l'hôpital dont ils dépendent d'avoir un geste généreux. Ils sont placés dans la situation antérieure à la loi du 9 avril 1898, c'est-à-dire qu'il leur est presque matériellement impossible de démontrer, conformément aux articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil, que l'accident a été provoqué par la faute ou la négligence de l'employeur ou par le mauvais état de la chose dont il a la garde.

Devant l'extension progressive et judicieuse de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, nous venons vous demander s'il ne serait pas de toute justice que le bénéfice de cette législation soit étendu aux membres du Corps médical qui ne ménagent ni leur peine, ni leur science, ni leur dévouement, pour le plus grand bien des malades hospitalisés.

2° *Précédents législatifs.*

Depuis longtemps, la situation anormale du personnel hospitalier au point de vue accident préoccupe le législateur. A la séance du 28 janvier 1907, un projet de loi, d'initiative gouvernementale, fut déposé sur le bureau de la Chambre, demandant au Parlement d'étendre le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 aux employés des établissements pénitentiaires et hospitaliers.

Le 3 décembre 1912, une proposition de loi eut pour objet d'étendre l'application de la législation du travail au personnel salarié des établissements hospitaliers publics et privés.

Ce fut l'œuvre de la loi du 2 août 1923 qui, dans son article premier, assujettit à la législation des accidents du travail les domestiques, gens de maisons, serviteurs aux gages, concierges et salariés du même genre, à un titre quelconque, attachés ou non à la personne. Interprétant ce texte, le Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail a émis l'avis, dans sa séance du 24 octobre 1925, que la loi du 2 août 1923 était applicable aux infirmiers et gens de service d'un hôpital. Il ne s'inspirait ainsi que du rapport de M. Paul Duquaire, au Sénat, qui, le 2 mars 1923, disait avec juste raison que désormais tous les travailleurs manuels étaient protégés et que seuls se trouvaient exclus les travailleurs intellectuels.

Pour combler cette lacune, une proposition de loi du 11 juin 1925 a réclamé l'applicabilité de la loi de 1908 à tous les salariés, à quelque titre que ce soit, sous quelque forme qu'ils soient rétribués et à quelques travaux qu'ils soient affectés.

Enfin, M. Justin Godart, ministre du Travail, a déposé le 7 avril 1925 un projet de loi demandant que la législation du travail soit étendue à tous les salariés et notamment aux travailleurs intellectuels. Dans l'exposé des motifs sont visés les médecins, pharmaciens, internes et externes des hôpitaux.

3° *Situation juridique du personnel médical hospitalier.*

Le personnel médical hospitalier peut-il être assimilé à des salariés ? — Sans aucun doute.

Ces hommes de science recrutés par voie de concours dans les grands établissements hospitaliers, au choix ou par roulement dans les hospices de moindre importance, acceptent un contrat qui les lie à la Commission administrative hospitalière et devient ainsi un véritable contrat de louage de services unilatéral.

C'est en vertu de l'article 14 de la loi du 7 août 1851 que, dans son autonomie pleine et entière, la commission administrative hospitalière arrête le règlement de son service de santé sous réserve seulement de l'approbation préfectorale. Jamais le personnel médical hospitalier n'est appelé à discuter les termes de ce contrat de travail, il n'a que la liberté de soigner les malades de son employeur avec science et conscience, mais dépend totalement de l'administration au point de vue discipline et réglementation.

Objectera-t-on qu'il touche non un salaire, mais une indemnité ? La dénomination exacte de la rémunération importe peu : traitement, honoraire, indemnité ou salaire n'en sont pas moins le prix d'un service rendu ou d'un travail accompli.

La modique indemnité, hors de proportion avec le travail physique et intellectuel fourni, tient à ce qu'autrefois, alors que l'hôpital était le seul refuge des indigents, le Corps médical a fait œuvre de philanthropie et il est hors de conteste, qu'avec l'évolution morale et scientifique actuelle, cette indemnité confère des honneurs tardifs au détriment de précoces profits.

4° *Accroissement des accidents professionnels.*

Les accidents professionnels du Corps médical des hôpitaux deviennent de plus en plus nombreux.

Quelles en sont les causes ?

Ainsi que le formulait judicieusement M. le docteur Paul Boudin, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, animateur de la réparation, incriminons tout d'abord le nombre croissant des hôtes habituels des hôpitaux : « jadis l'établissement hospitalier était uniquement consacré à la bienfaisance. Aller à l'hôpital était un signe d'indigence, mais depuis l'extension de la chirurgie et des services de spécialistes, il n'en est plus de même : l'hôpital se transforme en maison de santé à bon marché. Le malade y trouve des soins dévoués, des chirurgiens de valeur, cependant qu'il ne paye qu'un prix de journée minime et n'a pas d'honoraires à débourser. Abusant de l'autonomie que lui a conférée la loi du 7 août 1851, la commission hospitalière reçoit facilement la clientèle particulière. Je dirai même qu'elle la recherche comme source de bénéfices. L'hôpital fait ainsi concurrence à la maison de santé privée qui, subissant des impôts et des taxes auxquels échappe l'hospice et devant rémunérer plus cher son personnel, se trouve dans l'obligation de demander des prix plus élevés que ne le fait l'hôpital. »

Ne nous étonnons donc point de la fréquence des accidents professionnels de ces dernières années : le chirurgien assume un surmenage intense, et les médecins, les bactériologues, les internes et les externes sont en contact incessant avec nombre de maladies épidémiques dont la majeure partie, pour la protection de la population saine, est isolée dans les établissements hospitaliers publics ou privés.

Une autre cause, ensuite, favorise cette augmentation des accidents professionnels et celle-ci est d'ordre scientifique ; c'est la rançon du progrès : la radioscopie, la radiothérapie et la curiethérapie qui ont fait tant de victimes et tant d'infirmes.

Citons quelques-unes des nombreuses victimes des rayons X : le docteur Ménard, , l'abbé Tauleigne, Radiguet, Gaston et Jacques Danne, Paulin Méry, Rehms, de l'institut Pasteur ; Demont, Reisse, Caré, A. Leray, Ch. Infroit, Baéteau, Guilloz, Oudin et Jaujard. Plus récemment ce sont : Augé, Mordagne, H. Lepage, A. Gauthier, Casséeus, Bouchard, J. Bergonié et les chimistes Deménitroux et Demalander, en janvier 1925. Parmi les invalides nous trouvons, A. Soret, du Havre ; Gonet, Lobligeois et Vaillant, secouru par la fondation Carnegie, ainsi que la mère de l'interne Perrochaud , mort d'une fièvre infectieuse contractée au chevet de ses malades.

A côté de ces victimes ou de ces infirmes, combien d'autres faudrait-il citer et combien dans quelques années, radiologues ou assistants de radiologie, maniant chaque matin à l'hôpital, pendant un trop grand nombre d'heures, des appareils d'une puissance redoutable, seront à leur tour frappés de déchéance ?

Devant l'augmentation sans cesse croissante du travail hospitalier, en présence d'un pareil mépris du danger, il est équitable de donner immédiatement une garantie à ces travailleurs intellectuels et à ces pionniers de la science.

5° *Garantie actuelle.*

Dans son rapport, qui fut adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique à la session de juin 1923, M. le docteur Paul Boudin montra que certains hôpitaux avaient déjà accordé aux internes et externes les soins de l'hospitalisation gratuite pour les maladies et les accidents survenus au cours de leur service.

A la suite de ce rapport, le Conseil supérieur de l'Assistance publique émit le vœu « qu'en sus de la rémunération pécuniaire qui leur est attribuée, les médecins, chirurgiens, spécialistes, internes, externes, pharmaciens et sages-femmes des hôpitaux recevront de l'hôpital les soins, médicaments, et s'il y a lieu, l'hospitalisation, en cas de maladie ou d'accident survenu au cours de leurs fonctions hospitalières. »

Cette rédaction devait faire l'objet d'une adjonction au premier paragraphe de l'article 11 du règlement modèle du 30 juin 1921.

Par circulaire du 17 octobre 1923, M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales invita les préfets à recommander, aux commissions hospitalières de tenir compte de ce vœu émis par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Mais en vertu de l'autonomie que leur confère la loi du 7 août 1851, les commissions des hôpitaux ont parfaitement le droit de ne tenir aucun compte de cette circulaire.

Une disposition législative doit la rendre obligatoire, nous l'insérons dans le texte du présent projet.

Les accidents pouvant entraîner la mort ou une incapacité permanente partielle de travail n'ont reçu jusqu'ici aucune solution.

6° *Mode d'application de la réparation.*

Plusieurs systèmes se présentent pour remédier à cette carence de la collectivité envers ces intellectuels tombés sur le champ de bataille du travail : placer le personnel médical hospitalier sous le régime du droit commun, l'admettre au bénéfice de la loi du 31 mars 1919 ou lui accorder les avantages de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

La première solution est inapplicable : c'est, pour la victime ou ses héritiers, l'obligation, dans chaque cas d'espèce, de faire la preuve de la faute de l'établissement hospitalier, preuve insaisissable dans une contagion la plupart du temps.

Recourir à la loi du 31 mars 1919 est une noble idée, assimiler les victimes de la science aux victimes militaires est assez séduisant, mais, dans ce cas, on met à la charge de l'Etat la totalité des rentes ou des indemnités à allouer et on se heurte à une difficulté d'application : l'assimilation de chacun des éléments du personnel hospitalier à un grade particulier.

Reste donc la voie législative de 1898, prônée par M. Justin Godart et dans laquelle s'est engagé résolument M. Durafour. Les victimes de la science sont, en effet, des travailleurs d'une espèce et d'une qualité particulières, voués à une noble tâche, doués d'une vaste érudition qui, comme tous les travailleurs manuels qu'ils soignent, doivent bénéficier de la législation protectrice de 1898. On ne peut objecter que cette loi va mettre une charge nouvelle sur les établissements hospitaliers, puisque ces établissements béneficieront du principe forfaitaire de la loi du 1898 et qu'en présence de la responsabilité morale toute particulière qui pèse sur les administrations, ils ont le devoir de s'assurer pour se couvrir des risques qui peuvent, sans la loi, les frapper, être très onéreux et surcharger leur budget à l'improviste.

D'un autre côté, le devoir de ceux qui sont à la tête d'établissements de bienfaisance est de donner l'exemple de la prévoyance. Du reste, la loi sur les accidents du travail a fait ses preuves, la jurisprudence a résolu les difficultés d'espèces, la loi est maintenant appliquée facilement, elle demande à être améliorée sur certains points et quand ces améliorations seront votées, le personnel médical hospitalier en profitera comme les travailleurs manuels.

Nul ne saurait contester la possibilité d'étendre l'application de la loi de 1898 aux établissements hospitaliers sous prétexte qu'ils ne réalisent aucun bénéfice, ce qui serait fort douteux si on augmentait le prix d'hospitalisation des accidentés du travail qui sont à la charge de l'employeur ou d'une compagnie d'assurances. Même, en supposant que l'on considère l'hôpital tel qu'il doit être, c'est-à-dire le refuge des pauvres, de ceux qui n'ont pas le moyen de recevoir chez eux les soins que nécessite leur état et sur lesquels on ne doit pas prendre de bénéfice, même lorsque le paiement est assuré par les communes, on peut répondre que la loi de 1898 est applicable aux entreprises des communes dont toute idée de lucre est écartée.

7° *Salaire de base.*

Comment établir le véritable salaire de base d'après lequel serait déterminée la rente à toucher ? Actuellement, le corps des hôpitaux jouit d'une indemnité infime qui ne peut être prise pour salaire de base. Il est indispensable de fixer un salaire moyen, à l'exemple, d'ailleurs, de ce qui existe déjà pour certaines hypothèses déterminées dans la législation des accidents du travail.

Le salaire moyen serait déterminé par arrêté du Ministre du Travail et de l'Hygiène, après avis d'une commission composée mi-partie de représentants des divers hôpitaux, hospices ou asiles, et mi-partie du Corps médical hospitalier à tous les échelons. Cette commission aurait pour mission de déterminer le salaire de base que serait censé toucher le Corps médical, pour chaque établissement particulier, selon l'importance de celui-ci. Ce salaire moyen doit être calculé de telle façon que, dans le cadre de la loi du 9 avril 1898, il indemnise d'une façon équitable, non seulement les intéressés, mais encore leur famille et, en particulier, les ascendants qui, souvent, ont fait d'énormes sacrifices pour faire poursuivre à leurs enfants la voie pénible des études supérieures et qui se trouvent réduits à ladétresse par suite du deuil qui les frappe.

En outre, il serait prescrit aux commissions hospitalières de ne pas invoquer les maxima fixés par l'article 2, paragraphe 2, de la loi du 9 avril 1898, conformément d'ailleurs à la disposition finale de ce texte même qui prévoit *« les conventions contraires ».*

Votre Commission d'assurance et de prévoyance sociales a donc l'honneur de vous proposer de voter le projet de loi suivant :

PROJET DE LOI

Article premier.

La législation concernant les responsabilités des accidents du travail est étendue aux hôpitaux, hospices, asiles d'aliénés ou autres établissements d'assistance ou de bienfaisance publics ou privés, au profit des médecins, chirurgiens, aliénistes, radiologues, chefs de clinique ou de laboratoire, assistants de médecine et de chirurgie, internes, externes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, étudiants, sages-femmes, infirmiers, infirmières, et tous autres praticiens

non dénommés, appelés à donner leurs soins moyennant une indemnité permanente ou provisoire, aux malades admis dans lesdits établissements, sous réserve des dispositions spéciales fixées à l'article 4.

Art. 2.

Les maladies professionnelles contractées par le fait ou à l'occasion du service dans les établissements visés à l'article premier ci-dessus donneront lieu aux mêmes réparations que les accidents du travail.

Art. 3.

Les médecins, chirurgiens, spécialistes, internes, externes, pharmaciens, sages-femmes et tout personnel hospitalier salarié recevront de l'hôpital les soins, médicaments et s'il y a lieu l'hospitalisation au cas de maladie ou d'accident survenus par le fait ou à l'occasion de leurs fonctions hospitalières.

Art. 4.

Le salaire de base pour la fixation de l'indemnité journalière et de la rente sera déterminé par arrêté du Ministre du Travail et de l'Hygiène, après avis d'une commission comprenant des représentants du personnel médical des établissements hospitaliers, d'assistance et de bienfaisance et de l'Administration.

Si la victime n'a ni conjoint, ni enfants dans les termes de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, chacun des ascendants recevra une rente viagère égale à 10 % du salaire de base de la victime, soit immédiatement, à moins que l'employeur prouve qu'il est dans une aisance telle qu'il n'aurait pu obtenir de la victime une pension alimentaire, soit lorsqu'il atteindra l'âge de 60 ans ou dès qu'il se trouvera dans l'incapacité de gagner sa vie par suite d'infirmités ou de maladies.

***

Commentaires

Ce projet a été adopté intégralement par la Chambre des Députés dans sa séance du 27 janvier 1927.

Au Sénat, maintenant, de ne pas laisser dormir cette loi dans des cartons.

Rappelons que, jusqu'ici, les établissements de bienfaisance, les hospices et hôpitaux échappaient à la législation des accidents du travail.

Du moment où ces établissements publics ont une destination déterminée, celle de recueillir et de soigner les pauvres, sans faire de bénéfices, la loi de 1898 n'était pas applicable.

Au contraire, un arrêt de Cassation du 12 novembre 1923 décide qu'en matière d'accidents du travail, atteignant le personnel infirmier des maisons de santé et cliniques privées, la loi de 1898 devait être applicable, ces établissements devant être considérés comme entreprises commerciales pour l'applicabilité de cette loi.

Mais, les hôpitaux se transforment peu ou prou en maisons de santé. Pour augmenter leurs bénéfices annuels et boucler leur budget, les établissements publics admettent des malades payants, sur lesquels on prélève un certain bénéfice.

Je ne discute pas ici la validité juridique de pareils agissements, ni l'utilité sociale de cette transformation commerciale de fondations jusqu'ici uniquement réservées aux miséreux.

Je constate simplement que les commissions administratives hospitalières émettent la prétention d'obliger leur personnel médical à soigner indistinctement riches comme pauvres hospitalisés.

Certes, il n'existe pas une médecine pour payants et une autre pour gratuits. Néanmoins, le Corps médical hospitalier veut bien s'associer à une œuvre de bienfaisance, en donnant gratuitement ses soins aux déshérités de la vie.

Mais il n'entend pas faire pareille largesse à des gens qui, pour divers motifs, préfèrent l'hôpital à la maison de santé et qui sont parfaitement en mesure d'honorer leur docteur.

Et par extension, le personnel médical hospitalier ne veut pas qu'en cas d'accident ou de maladie contractée en service, l'hôpital se retranche derrière son but philanthropique, pour décliner toute responsabilité, au cas où l'accident serait survenu dans la partie commerciale de l'établissement : celle affectée aux payants.

L'augmentation du nombre des malades hospitalisés, du fait de l'admission des payants, accroît le travail, partant les possibilités d'accident du travail, ou de maladies contractées en service.

Il est donc juste que les internes et externes des hôpitaux soient garantis et puissent recevoir une certaine indemnisation, lorsqu'ils sont victimes de leur dévouement.

Les médecins, spécialistes et chirurgiens sont dans une situation plus particulière, car ils exercent également en ville, dans leur clientèle. Il faut donc faire le départ, ou de l'accident sournois, ou de l'infection.

Aussi, une commission spéciale, prévue par la loi qui vient d'être votée par la Chambre, décidera de toutes les modalités et des points de détail.

Cette assemblée aura également à se préoccuper de l'assimilation des salaires touchés réellement, par le Corps médical hospitalier, avec les salaires fictifs, qui serviront de base à l'indemnisation.

Les diverses associations professionnelles doivent donc, dès maintenant, mettre ces questions à l'étude, pour pouvoir répondre à l'appel de la commission, dès que la loi sera votée par le Sénat.

Remarquons que la loi votée par la Chambre englobe tout le personnel médical des hôpitaux, hospices et asiles, y compris les infirmiers.

Le législateur a bien fait de préciser sa volonté, parce que jusqu'ici, la question était très controversée, à savoir si les infirmiers devaient, ou non, bénéficier des dispositions de la loi du 9 avril 1898.

En tous cas, cette question de la responsabilité des hôpitaux vis-à-vis de leur personnel médical a été l'objet de nombreuses publications, tant dans le monde médical, que dans les grands quotidiens ; aussi, crois-je inutile d'insister. Je me borne à signaler le travail utile que vient d'accomplir la Chambre des Députés.

Dr Paul BOUDIN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Paul GUILLAUMET, ancien médecin adjoint de Saint-Lazare, à Paris. — M. le Dr Henri DONADIEU DE LARIT, de Bédarieux (Hérault). — M. le Dr A. TULASNE, d'Asnières. — M. le Dr Félix GAILLARD, de Plouharnel. — M. le Dr MONFORT, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Nantes. — M. le Dr DELMAS SAINT-HILAIRE, de Bordeaux. — M. le Dr BOURGEOIS, de Champagnole (Jura). — M. le Dr Henri TISSIER, de Paris. — M. le Dr SURTOUQUES, de Lisieux (Calvados). — Le Dr THÉBAUT, de Corbeil. — M. le Dr PARMENTIER, de Sainte-Cécile (Vendée).

— **Enseignement de la technique physiologique appliquée à l'homme et à l'animal,** sous la direction de J. GAUTRELET, directeur du laboratoire de biologie expérimentale à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, avec le concours de P. CHAILLEY-BERT, chargé de cours, et P. BOYER, assistant au laboratoire de pharmacologie, à la Faculté de médecine.

Programme : Les divers procédés d'anesthésie et d'injection chez l'animal (toxicologie). — Perfusion d'organes isolés ; cœur, intestin, utérus (pharmacodynamie). — Oscillométrie, manométrie (pressions artérielle et veineuse), sphygmographie, cardiographie chez l'homme et l'animal. — Viscosimétrie, réserve alcaline du sang (méthode de Van Slyke). Mesure du pH. — Spirométrie, eudiométrie (métabolisme basal). — Fistules digestives ; ablations d'organes. — Exploration de la rate et du rein. On cométrie. — Myographie. Mesure de la chronaxie. — Exploration chez l'animal des divers appareils nerveux : central, sympathique, vaso-moteur. — Réaction psycho-motrice, réflexométrie. — Notions de travail du verre et de réparation d'urgence des appareils.

Le cours comprendra 12 *séances de manipulations individuelles, l'après-midi, du* 7 *au* 19 *mars* 1927.

S'inscrire, l'après-midi, au laboratoire de biologie expérimentale des Hautes Etudes, à la Faculté de médecine de Paris, 21, *rue de l'Ecole-de-Médecine.* Une provision de 200 fr. sera déposée par chaque élève pour couvrir les frais de matériel, de produits et d'animaux.

— **Réunions médicales de Nancy.** 2e *Journée : vendredi* 11 *mars* 1927. — *Programme* : 10 h. : Conférence de M. le prof. Etienne. Visite des nouveaux pavillons chirurgicaux, hôpital civil. — 11 h. : Conférence de M. le prof. Frœlich. Traitement actuel de la paralysie infantile. — 12 h. 30 : Déjeuner, hôtel Thiers, place Thiers. — 14 h. 30 : Conférence de M. le prof. André. Les procédés actuels d'exploration des fonctions rénales en chirurgie urinaire. Visite du pensionnat Bonsecours. — 16 h. 30 : Conférence de M. le prof. Fruhinsholtz. Traitement de l'infection puerpérale en clientèle. Visite des travaux de la nouvelle Maternité.

— **Congrès du paludisme.** — Le prochain Congrès international du paludisme, conformément à la proposition qui en a été faite au récent congrès de Rome, se tiendra en 1930 à Alger à l'occasion du centenaire de l'occupation française de l'Algérie et du cinquantenaire de la découverte du microbe du paludisme faite à Alger par un savant français, le Dr Laveran.

— **Ecole de psychologie,** 49, rue Saint-André-des-Arts. *Cours de* 1927. — Des cours pratiques de psychothérapie, d'hypnologie, d'orthopédie mentale et de psycho-physiologie ont lieu sous la direction des Drs BÉRILLON, Paul FAREZ, COURTOIS et de M. H. GOSSET, les jeudis à dix heures aux Dispensaires neurologique, pédagogique et anti-alcoolique annexes de l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Les consultations des Dispensaires neurologique pédagogique et anti-alcoolique ont lieu, 49, rue Saint-André-des-Arts, les mardis, jeudis et samedis, de 10 heures à midi. Les étudiants des nations alliés et amies sont invités à y assister.

— **Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire.** — *Sommaire* du no 4, 1926 : Du rôle de l'élasticité et de l'extensibilité du poumon dans la physiologie normale et pathologique de l'appareil pleuro-pulmonaire, par le prof. L. Bard, de Lyon. — L'hypotonie et la chute du diaphragme dans le pneumothorax, par E. Sergent et P. Oury. — Sur le phénomène de Kienbœck, par F. Parodi. — Le faux pneumothorax d'origine digestive par René A. Guttmann. — Hernies diaphragmatiques par Jean Quénu. — Bibliographie. Analyses.

— **Société médicale des hôpitaux de Paris.** — *Bureau* pour 1927. — Le bureau de la Société médicale des hôpitaux de Paris, pour 1927, est ainsi composé : Président, M. Le Noir ; vice-président, M. P. Teissier ; secrétaire général, M. Rist ; trésorier, M. Faroy ; secrétaires annuels, MM. R.-J. Weissenbach et Rouillard.

— **Première réunion de la Presse médicale latine** (Paris, 28-30 avril 1927) sous le haut patronage de M. le Ministre des affaires étrangères et de M. le Ministre de l'Hygiène. — La première réunion de la Presse médicale latine a pour but de grouper en une Fédération commune les Associations de Presse médicale, les revues et journaux médicaux et les journalistes médicaux comprenant, dirigeant ou rédigeant des journaux dans une des langues latines : espagnol, français, italien, portugais et roumain. Des rapports seront présentés sur des questions susceptibles d'intéresser la grande majorité des représentants de la Presse médicale : directeurs, administrateurs, collaborateurs de tous ordres. La

réunion d'avril 1927 sera la première manifestation d'une activité qui se renouvellera ultérieurement sous la même forme dans les différentes capitales du monde latin.

Programme sommaire : jeudi 28 avril 1927, à 21 h. : Réception des adhérents étrangers par l'Association de la Presse médicale française. Vendredi 29 avril, à 9 h. : Séance d'ouverture. Examen et vote des statuts de la Fédération latine ; élection du bureau définitif. Conférence de M. le prof. Forgue (de Montpellier), sur : Théophraste Renaudot, médecin et père du journalisme. A 14 h. 30 : Lecture et discussion du 1er rapport : Unification de la terminologie, du classement et de la bibliographie dans la littérature médicale. Rapporteurs : M. Mirande (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*) ; M. Lucien Hahn, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris ; M. le Dr Rondopoulos, d'Athènes (*La Grèce médicale*) ; M. le Dr Tecon, de Lausanne (*Revue suisse de médecine*), etc. Samedi, 30 avril 1927, à 10 heures, lecture et discussion du 2e rapport : La propriété littéraire et la presse médicale. Rapporteurs : M. le Dr Gardette (*La presse thermale et climatique*) ; R. Ribadeau-Dumas, avocat à la Cour d'Appel de Paris, etc. A 14 h. 30, lecture et discussion du 3e rapport : Du rôle de la Presse médicale dans la préparation, l'organisation et les comptes rendus des Congrès médicaux. Rapporteurs : M. le Dr Le Sourd (*Gazette des hôpitaux*) ; M. le Dr R. Beckers, de Bruxelles (*Bruxelles médical*) ; M. le Dr de Azevedo, de Lisbonne (*A Medicina contemporanea*), etc. A 20 h. : Grand banquet officiel, par souscription, au Palais d'Orsay.

Cotisations : La cotisation est fixée à :

60 francs par membre, pour les Associations de Presse médicale adhérant collectivement à la réunion ;

100 francs pour les revues et journaux adhérant individuellement ;

50 francs pour les collaborateurs réguliers des journaux médicaux ;

50 francs pour les femmes ou enfants des membres de la réunion.

Des démarches seront faites auprès des Compagnies de Chemin de fer françaises afin d'obtenir d'elles une réduction des tarifs de transports.

Les directeurs et rédacteurs des journaux médicaux qui désirent prendre part à la Conférence de la Presse médicale latine sont priés de retourner le bulletin ci-joint à M. le Dr Pierra, secrétaire général, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe), en indiquant le nombre de personnes de leur famille qui les accompagneront. On est prié de lui adresser, en même temps, le montant des cotisations par chèque sur Paris, mandat international ou chèque postal, établis au nom du trésorier M. Georges Baillière. Toute la correspondance doit être adressée au secrétaire général.

— **Congrès de l'arthritisme**, à Vittel, les 5 et 6 juin 1927 (Pentecôte). — Sous la présidence de M. le prof. P. Carnot, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, un Congrès de l'arthritisme, organisé sous les auspices de la Société d'Hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est et de la Société de médecine de Vittel, se réunira à Vittel les 5 et 6 juin 1927 (Pentecôte).

Rapports : La conception moderne de l'arthritisme, maladie précipitante (M. le prof. agrégé Loeper, de Paris). — Foie et arthritisme (M. le prof. Perrin, de Nancy). — Rein et arthritisme (M. le prof. Merklen, de Strasbourg). — Appareil circulatoire et arthritisme (M. le prof. agrégé Doumer, de Lille). — Arthritisme infantile et son traitement (M. le prof. Mouriquand, de Lyon). — Les régimes chez les arthritiques (M. le prof. Marcel Labbé, de Paris). — La cure de diurèse et les adjuvants de la cure (M. le prof. Castaigne, de Paris et Clermont-Ferrand).

Les adhésions seront reçues jusqu'au 1er mai, dernier délai imposé en raison : 1° du temps nécessaire pour l'envoi des rapports avant le Congrès ; 2° des demandes de billets de transport à tarif réduit. Cotisations : 25 fr. pour les membres adhérents, 10 fr. pour les membres associés (internes, externes, étudiants et membres de la famille accompagnant les adhérents). Les communications (sur l'arthritisme seulement) devront être succinctes, ne pas dépasser 125 lignes de texte à 43 lettres par ligne, être dactylographiées, lues par l'auteur et remises en séance, corrigées très lisiblement et *ne varietur*, les épreuves ne pouvant être envoyées à correction aux auteurs. Un résumé, en 30 lignes, de celles ayant trait aux questions rapportées pourra être inséré dans le fascicule contenant les rapports, qui sera envoyé avant le Congrès.

Les inscriptions pour communications et les résumés ci-dessus seront reçus jusqu'au 31 mars 1927 avec leurs titres exacts, pour être annoncés ou imprimés. Les adresses au Dr M. Boigey, secrétaire général au Congrès, 81, rue Frère, à Bordeaux. Toute la correspondance administrative (demandes d'inscription au Congrès et de renseignements divers, cotisations, conditions d'installation et séjour à Vittel, excursions, s'il y a lieu, etc.), sera adressée à M. Renard, Société générale des eaux, à Vittel, Vosges.

— **XIIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie.** — Ce Congrès se tiendra à Lyon, du 8 au 11 octobre 1927, avec le bureau et le programme suivants :

1° *Bureau du Congrès* : Président d'honneur : Pr Gilbert ; président : Pr Pic ; vice-présidents : Prs Bard, Desgrez, Dr Durand-Fardel, Prs J. Lépine, Raque, Savy, MM. les délégués des Gouvernements étrangers ; secrétaire général : Pr agrégé Piery ; secrétaires généraux adjoints : Dr Piatot, Milhaud, Poirot-Delpech ; trésorier : Dr Mazeran.

2° *Programme* : *a*) Section d'hydrologie. — Présidents : Prs Pinilla et Sellier ; vice-présidents : Pr Serr, Dr Blum. — *Rapports* : L'équilibre acide-base et la thérapeutique hydrominérale. Drs Glénard, Mathieu de Fossey et E. Manceau. — Gynécologie médicale et cures hydro-minérales. Drs David, Macé de Lépinay, Magrez, Pierra. — Les bases pathogéniques des cures hydrominérales en gynécologie. Pr agrégé G. Cotte. — Thorium et cures hydro-minérales. Pr Cluzet et Pr agrégé Chevallier.

b) Section de climatologie. — Présidents : Prs Ceresole et Chassevant ; vice-présidents : Pr Perrin, Dr Lalesque. — *Rapports* : La radio-activité de l'atmosphère et son rôle en climatologie. Pr Pech, M. Lepage. — Le sympathique en climatologie. Pr agrégé Laignel-Lavastine, Dr Sardou.

c) Section de géologie. — Président : Pr Dejerret ; vice-présidents : Dr Mayet et X. — *Rapports* : L'origine géologique des eaux minérales radio-actives. MM. Jacques Urbain et X.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

tre du travail, dont nous avons reçu la réponse suivante :

MINISTÈRE DU TRAVAIL DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES — *Contrôle des assurances privées* — *Contrôle des Sociétés d'assurances contre les accidents du travail*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Vous m'avez communiqué une lettre de M. le Dr F., qui demande :

1° Si le médecin attaché à une maison d'arrêt, qui soigne un détenu victime d'un accident du travail avant son incarcération, peut se faire rétribuer de ses soins par le chef d'entreprise de la victime ; 2° si ce praticien peut se faire attribuer des honoraires par les employeurs de main-d'œuvre pénitentiaire ou par leur asusreur, pour les soins qu'il donne à des détenus victimes d'accidents survenus au cours de travaux manuels dirigés par des entrepreneurs particuliers.

J'ai l'honneur de vous informer, en ce qui concerne la première question, que le médecin d'un établissement pénitentiaire ne saurait, au sentiment de mon Administration, être admis à se réclamer des dispositions de la loi du 9 avril 1898, attendu qu'il est *imposé* à la victime et non pas « librement choisi » dans les conditions prévues par l'article 4 de la loi susvisée. J'ajoute que le médecin de la maison d'arrêt étant un préposé de cette dernière, c'est seulement celle-ci qui pourrait demander une indemnisation au patron de la victime pour les soins qu'elle fait donner au blessé par son personnel médical et dont ledit patron se trouve ainsi exonéré.

En ce qui concerne le second point, il ne saurait être question de frais médicaux dans les termes de la loi du 9 avril 1898, puisque cette loi ne s'applique pas aux prisonniers mis au service d'un entrepreneur. En effet, pour que ladite loi s'applique, l'existence d'un contrat de travail est nécessaire. Or, aucun lien juridique ne rattache le détenu à l'entrepreneur pour le compte de qui il travaille ; il est resté étranger au traité passé entre cet entrepreneur et l'État représenté par l'Administration pénitentiaire (Sachet, Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail, 7e édition, tome I, n° 218).

Recevez, etc.

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance sociales

Par autorisation :

Le Conseiller d'Etat, Directeur,

SUMIEN.

---

407. — Une lingère n'est pas garantie par la législation sur les accidents du travail.

Dans le dernier numéro du *Concours médical*, je lis, à propos d'une consultation juridique que vous demande un confrère, qu'un jardinier, employé une fois ou deux par semaine, doit être garanti contre les accidents du travail par son employeur.

Je me permets à mon tour de vous demander si une lingère, employée une fois ou deux par semaine, est dans le même cas que ce jardinier.

Sachet, dans son opuscule, publié en 1924, dit non ; mais peut-être une nouvelle législation, que j'ignore, a-t-elle modifié la loi du 2 août 1923. Vous m'obligeriez en me fixant, je vous en remercie bien d'avance.

Enfin je me permets en outre — excusez je vous prie, cet abus — de vous demander un second renseignement, toujours à propos d'assurance :

La compagnie à laquelle j'ai assuré mon personnel domestique m'a adressé tout dernièrement une circulaire m'invitant à signer un avenant devant entraîner une augmentation de ma prime de 15 % pour me garantir complètement me dit-elle, contre la nouvelle aggravation découlant, paraît-il, de la loi récente du 9 juillet 1926, qui porte le salaire de base pour le calcul de la rente de 4.500 fr. pour la totalité et de 1.500 fr. pour le surplus, à 8.000 fr. et à 1.800 fr. Or, mon personnel touche un salaire annuel tout compris, inférieur à 4.500 fr. La loi dès lors ne me paraît pas applicable à mon cas.

Suis-je dans le vrai ou dois-je signer l'avenant proposé ?

Dr B.

Réponse.

1° Au point de vue de l'application de la législation sur les accidents du travail, le cas d'une lingère n'est pas tout à fait semblable à celui d'un jardinier. En effet, les jardiniers bénéficient de la loi sur les accidents du travail en vertu d'une disposition spéciale de la loi du 15 décembre 1922 qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, tandis qu'une lingère ne pourrait bénéficier que de la loi du 2 août 1925 qui a étendu le bénéfice de la dite législation aux « domestiques, gens de maison, serviteurs à gages, concierges et salariés du même genre à un titre quelconque... »

Il est de fait que Sachet, dont l'ouvrage fait autorité en la matière, considère les lingères comme des artisans auxquels la législation sur les accidents du travail n'est pas applicable, mais son opinion est fondée sur l'indépendance que, selon lui, conserveraient les lingères, au point de vue professionnel, vis-à-vis de la personne qui les emploie.

Mais la question de savoir jusqu'à quel point une lingère qui travaille à l'heure ou à la journée

conserve son indépendance professionnelle est une pure question de fait, soumise à l'appréciation des tribunaux et qui ne peut comporter que des solutions d'espèces.

A notre avis, il serait dangereux pour vous de penser que l'opinion de Sachet pourrait être suivie en toutes circonstances par un tribunal et il serait préférable de faire comprendre votre lingère dans les salariés couverts par votre police gens de maison. Etant donné les conditions dans lesquelles vous l'employez, le supplément de prime ne serait certainement pas très élevé.

2° Si les personnes que vous employez touchent chacune un salaire inférieur à 4.500 francs par an (logement et nourriture compris), il n'y a pas de raison pour que vous acceptiez une majoration de prime, les obligations de l'assurance ne subissant aucune modification du fait de la loi nouvelle.

---

247. — L'état antérieur dans les accidents du travail

Je viens vous demander d'éclairer ma lanterne sur deux cas qui se sont présentés ces jours-ci dans ma clientèle et qui m'embarrassent beaucoup.

Dans le premier cas, il s'agit d'un ouvrier mineur ardoisier qui souffre depuis longtemps d'une dyspepsie. Il y a trois jours, après avoir fait la veille quelques excès de boisson et s'être couché tard, il est descendu comme d'habitude dans la mine à 4 h. du matin. Arrivé sur le lieu de son travail, après avoir peiné quelques minutes, il a eu une syncope et en tombant s'est blessé légèrement au coude droit et aux deux jambes. Dois-je le classer comme accidenté du travail ?

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un ouvrier électricien qui travaillait de nuit à la réfection des lignes électriques de la mine. A minuit, après le repos qui lui est accordé pour faire collation, il s'est assis sur un tas de pierres, le bras appuyé en son milieu sur le bord d'une cloison en planches et s'est endormi dans cette position. Pendant son sommeil sa tête a glissé, le bras entraîné par le poids de la main et de l'avant-bras a fait une rotation de 90° qui a amené l'appui juste au niveau des vaisseaux et nerfs huméraux, sans pour cela que l'ouvrier s'éveille. A son réveil, il a constaté une gêne considérable dans le mouvement des doigts et est venu me trouver. J'ai diagnostiqué une paralysie radiale. L'ouvrier insiste pour être considéré comme accidenté du travail, je m'y suis refusé jusqu'ici, ai-je eu raison ?

Dr C.

Réponse.

1° D'après de nombreuses décisions de jurisprudence, il ne doit pas être tenu compte de l'état antérieur de la victime pour l'allocation des indemnités dues en vertu de la loi sur les accidents du travail.

C'est ainsi que, dans le cas d'espèce que vous nous soumettez, à notre avis, il y a accident du travail, puisque l'accident s'est produit *à l'occasion* du travail, sans qu'il y ait lieu de rechercher si les excès de boisson commis la veille par l'ouvrier ont pu amener la syncope et, par suite, l'accident.

2° Même solution dans le second cas, l'accident s'étant produit sur le lieu du travail, alors que l'ouvrier était toujours sous la direction et la surveillance de son patron.

Application des Tarifs Durafour et Fallières

I

266. — Blessures multiples

Abonné au *Concours médical*, je viens vous demander quelques renseignements et vous prier de me guider pour ma note d'honoraires.

J'ai en traitement un blessé qui présente des plaies à la tête, à la main droite, à la main gauche et au genou gauche. Je fais donc tous les jours quatre pansements.

Que dois-je compter ?

4 × 12 = 48 tous les jours ou seulement le premier jour.

Et encore le premier jour ne dois-je pas enlever une fois 12 fr. puisque le prix de l'injection antitétanique m'interdit de compter la visite.

Donnez-moi quelques détails.

Dr R.

Réponse.

1° S'il ne s'agit pas d'*insignifiantes érosions*, vous avez à compter autant de consultations que de pansements pratiqués sur des segments de membre différents (article 14), et cela chaque jour où vous vous êtes trouvé dans l'obligation de les pratiquer, suivant l'importance des blessures et votre conscience professionnelle.

2° Le jour où vous comptez une injection antitétanique, c'est avec raison que vous parlez de supprimer le prix *d'un des pansements*, le tarif de l'injection comprenant la visite concomitante, donc le pansement que celle-ci comporte éventuellement.

F. D.

II

195. — Injection intra-musculaire.

J'ai l'honneur de vous demander le renseignement suivant qui peut aussi intéresser quelques confrères.

Le tarif des accidents du travail ne prévoit pas les injections intra-musculaires. Quel est le prix à compter ?

Dans le cas qui m'est particulier, il s'agit d'un blessé du travail qui ayant une plaie contuse de jambe

ne s'améliorait pas. D'accord avec le médecin de l'assurance, je fais tous les trois jours, une injection intra-musculaire (fessière) de muthanol. Je fais le pansement le même jour.

Je pense qu'il faut compter le pansement, plus la piqûre, mais à combien ?

Dr C.

Réponse.

1° Il n'y a pas de tarif spécial pour injection intramusculaire. Elle rentre dans les menues interventions comprises dans le prix de la visite.

2° Mais, au cas de tarif spécial, vous n'auriez pas à « compter le pansement *plus* la piqûre », comme vous me l'écrivez ; ce serait ainsi le *cumul* interdit par l'article 13.

F. D.

III

212. — 1° Menus soins non tarifés. Luxation du poignet.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer comment et combien je dois tarifer les actes médicaux suivants chez un accidenté du travail :

1° Plaie superficielle du cuir chevelu, région occipitale, j'ai fait un nettoyage, j'ai coupé quelques cheveux et fait un pansement.

2° Hémorragie nasale, deux déchirures de la lèvre inférieure, j'ai mis dans le nez quelques tampons imbibés d'eau oxygénée qui ont arrêté le sang et fait un pansement à la lèvre.

3° Luxation et probablement fracture du poignet droit ; j'ai réduit la luxation sans peine et j'ai enfermé avant-bras et main entre deux planchettes que j'ai découpées et maintenues avec une bande.

Dr J.

Réponse.

1° Dans ce cas, c'est le pansement *simple* compris dans le prix de la visite ou de la consultation, si, comme il apparaît, vous n'avez fait aucune suture.

2° *Idem.*

3° J'ai déjà plusieurs fois proposé avec acceptation des deux parties « réduction de luxation du poignet : 75 francs », par analogie avec celle de l'épaule.

F. D.

IV

234. — Réduction de fracture du calcanéum et de l'astragale.

Voulez-vous me dire ce que je dois demander aux compagnies d'assurances : réduction et contention fracture calcanéenne et fracture de l'astragale. Je ne vois pas ce cas dans le tarif actuel des accidents du travail.

Dr J.

Réponse.

Pour réduction de fracture du calcanéum et de l'astragale, avec la responsabilité du praticien au sujet de la marche dans l'avenir, il me

semble équitable de demander 150 francs, par analogie avec la fracture de Dupuytren.

F. D.

V

48. — Lésion et intervention.

Je soigne un blessé du travail pour une fracture de la phalange du pouce droit n'exigeant pas d'immobilisation, dois-je moi-même compter une fois la somme de 20 fr. de l'article 18, réduction et contention de fracture.

Dr L.

Réponse.

Ce n'est pas la *lésion* présentée par le blessé, mais l'*intervention* pratiquée par le médecin, qui est en cause dans la tarification. Si vous n'avez fait ni « réduction » ni « contention » de cette fracture, vous ne pouvez compter autre chose que visite simple.

F. D.

VI

60. — Intervention plus pansements multiples.

A peine en possession de votre réponse pour laquelle je vous adresse mes plus vifs remerciements, je me trouve à nouveau en présence d'un cas embarrassant pour lequel je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner conseil. Il s'agit de :

1° Plaie contuse profonde de la main droite ;

2° Plaie *superficielle* de l'*auriculaire* de la main gauche.

Dois-je compter, premier jour :

Sérum antitétanique	20 fr.
Pansement main droite	10 fr.
Pansement main gauche (doigt)	10 fr.

Et les jours suivants, deux pansements à 10 fr.

Je sais bien que le pansement (singulier) est compris dans la consultation, mais les pansements ne rentrent-ils pas dans le tarif chirurgical dont le cumul avec le sérum est permis ? Faut-il comprendre l'un des pansements (doigt) dans la consultation qui ne compte pas en raison du sérum ce qui ferait 20 + 10. Je désirerais m'instruire sur ces questions.

Dr G.

Réponse.

1° Vous ne pouvez *cumuler* (article 13) une visite (ou *le* pansement qu'elle comprend), plus une intervention. Comptez donc 20 fr. pour l'injection antitétanique plus *le premier* pansement. Et vous ajouterez 10 francs pour le *second* pansement, soit : 20 plus 10, au total : 30 francs. J'ai, plusieurs fois déjà, proposé ce *modus agendi* qui me paraît découler de l'esprit même du tarif et, chaque fois, avec acceptation des deux parties.

2° Pour les jours suivants : deux pansements, soit 10 plus 10, en tout : 20 francs.

F. D.

Fiscalité.

4006. — L'exonération de l'impôt pendant 15 ans ne s'applique qu'aux constructions neuves à usage d'habitation.

A titre d'abonné au *Concours médical*, je viens recourir à votre extrême amabilité et vous prier de me fixer sor le point suivant : je fais construire une clinique pour mon usage personnel. A l'enregistrement on me dit que l'exonération d'impôt de l'immeuble pour les cliniques n'a qu'une durée de 2 ans, une clinique étant une construction à usage commercial. Cette clinique étant réservée à mes malades, je ne l'installe pas dans un but commercial mais dans un but professionnel. Ne puis-je, dans ces conditions bénéficier de l'exonération de 15 ans comme pour les locaux d'habitation ?

Dr X.

Réponse.

L'exonération d'impôt foncier pendant 15 ans n'est pas accordée pour les constructions d'immeubles réservés à un autre usage que l'habitation. Dès lors tous les immeubles (ou les parties d'immeubles) affectés à un usage professionnel (commercial ou non), ne sontexonérés que pendant deux ans.

A noter que l'exploitation d'une clinique est considérée comme commerciale par le fisc en ce qu'elle se rapporte à la fourniture aux malades du logement et de la nourriture. Cette thèse qui s'appuie sur un arrêt de la Cour de Cassation est contestée devant le Conseil d'Etat qui n'a pas encore statué.

A. M.

40. — Lieu où doivent être faites les déclarations des revenus

J'ai exercé à P. jusqu'à fin juin, je dois donc 6 mois de bénéfices professionnels. Un journal médical, lu hier semble dire qu'il doit être fait une déclaration de bénéfices au domicile où l'on exerce et une déclaration de revenu au domicile où l'on habite. Est-ce votre avis et dois-je faire deux déclarations bien distinctes, une à R. et une à P.

De plus, ayant cessé complètement la médecine, comment dois-je faire pour faire supprimer la patente ?

Dr B.

Réponse.

C'est au contrôleur de P., où vous avez exercé jusqu'à la fin de juin, que vous devez adresser votre déclaration de bénéfices non commerciaux. Votre déclaration pour l'impôt général sur le revenu devra être adressée au contrôleur de votre résidence au 1er janvier 1927.

Pour éviter une double imposition à la cédule, vous préciserez à ce dernier contrôleur que la déclaration des bénéfices non commerciaux a été faite au contrôleur de P.

En ce qui concerne la patente, avisez le contrôleur par lettre recommandée.

23. — Déclaration à faire au fisc pour les bénéfices professionnels.

Demande de renseignement :

J'ai fait 60.000 fr. de recettes professionnelles.

J'ai dépensé en fournitures 30.000 fr. (*dépenses d'exploitation*).

Que dois-je déclarer au fisc ? Dr X.

Réponse.

Conformément à la loi, vous devez déclarer au contrôleur :

1° Vos bénéfices bruts, égaux au montant de vos recettes, soit .... 60.000 fr.
2° Vos dépenses professionnelles... 30.000 »
3° La différence représentant votre bénéfice net, soit.................. 30.000 »

Les trois chiffres doivent obligatoirement figurer sur votre déclaration.

A. M.

3989. — Les propharmaciens ne sont pas soumis à l'impôt sur le chiffre d'affaires.

Je viens vous demander un avis au sujet de difficultés que j'ai en ce moment avec les Contributions indirectes.

Mon prédécesseur (décédé), médecin-propharmacien, avait, je ne sais pourquoi, accepté de payer l'impôt sur le chiffre d'affaires pour la partie pharmacie sur un forfait de 16.000 fr.

Lorsque je me suis installé ici, il y a 18 mois, assez peu averti au point de vue fiscal, j'ai continué à payer pour avoir la paix, le chiffre de l'impôt étant d'ailleurs peu élevé.

Tout récemment, j'ai reçu la visite de l'inspecteur des Contributions indirectes me priant de lui faire une proposition de forfait « plus conforme à la situation actuelle, mon chiffre d'affaires ayant certainement dû subir une augmentation en rapport avec la hausse des marchandises. »

J'ai refusé de faire une proposition quelconque, disant que les propharmaciens n'étaient pas légalement soumis à cette taxe qui m'avait été jusqu'à présent arbitrairement imposée. A cela, l'inspecteur m'a répondu que c'était exact, mais à la *condition formelle de ne vendre aucun médicament ou spécialité* de la main à la main sans ordonnance ou prescription préalable, qu'au surplus, il savait qu'à X., pays ouvrier à 9 kil. de toute pharmacie, il ne pouvait en être autrement. Il m'avertissait d'ailleurs charitablement que je ne manquerais pas de me faire pincer, d'où j'en ai conclu que je serais surveillé.

Malgré tout, j'ai persisté dans mon refus, désirant me renseigner sérieusement à ce sujet. La réponse du président du Syndicat des médecins, pressenti par moi, n'étant pas très nette, et ayant l'air de donner

raison jusqu'à un certain point à l'Administration, pour ce qui est des ventes directes à la clientèle, j'ai préféré vous écrire pour me documenter sérieusement sur la question. Elle est d'importance et intéresse tous mes confrères, car si on laisse tant soit peu l'huis ouvert au fisc, il sera bientôt maître dans la place.

Pour ce qui est de ma situation personnelle, étant médecin d'une usine importante, je fais en réalité un assez gros chiffre de pharmacie : ordonnances, pansements et accessoires et il est possible que mes réceptions de produits en gare et le chiffre de mes traites aient impressionné l'administration. En fait quoique très éloigné de toute officine et par là même obligé à la vente directe, je la pratique fort peu et le total de celle-ci ne doit pas dépasser 200 ou 300 francs par mois, ce qui est insignifiant sur le total de mes affaires.

J'ai, malgré mon refus de faire une proposition d'augmentation, reçu ce matin l'avis officiel qu'on me taxait à 28.000 fr. ce qui à 2 % fait un impôt de 560 francs. Dois-je payer ? Dans le cas contraire peut-on me poursuivre, si je continue à délivrer des produits sans ordonnance ? Dans cette alternative, j'aurais grand intérêt à fermer ma porte, mais peut-on refuser 15 gr. de teinture d'iode, une purgation ou un cachet d'antipyrine ?

Je vous serais très obligé de me tuyauter sérieusement sur la question.

D^r L.

Réponse.

Il résulte d'une réponse du Ministre des Finances à une question posée par M. Raynouard, député (*J. O.*, 13 mars 1926, débats, Chambre, page 1307) que « le médecin qui se borne à fournir aux malades qu'il soigne les médicaments nécessaires, sans tenir boutique et sans vendre à tout venant, ne fait pas acte de commerce et ne peut, dès lors, être soumis à la taxe sur le chiffre d'affaires ».

Cette réponse est conçue dans des termes un peu plus larges que ceux de la loi du 21 Germinal an XI, article 27, lequel n'autorise le médecin à fournir des médicaments simples ou composés qu'aux personnes auprès desquelles il est appelé.

A notre avis, même lorsque les ventes visées dans la question sont faites à des clients habituels, même en l'absence d'ordonnance, la taxe sur le chiffre d'affaires n'est pas due. Mais aucune décision de jurisprudence n'est intervenue sur la question et, si le service des contributions indirectes maintenait sa prétention, il y aurait lieu de faire trancher la question par le Conseil de préfecture et, en appel, par le Conseil d'Etat.

A.M.

Baux et locations.

341. — Prorogation de bail.

J'ai recours à l'obligeance du *Concours* afin de m'y reconnaître dans les nombreuses lois concernant les loyers.

J'ai en ville un local à usage purement professionnel et je loge dans la banlieue dans une commune de 12.000 habitants.

J'ai, pour ce logement d'habitation, un bail de six ans qui expire le 1er février 1928 (1.400 fr. par an).

Comme il est fort probable que la crise des logements durera encore à cette époque, je désire pouvoir y rester à l'année.

Quel est mon droit ?

2° Comment et quand dois-je le faire valoir ?

Dr B.

Réponse.

La commune dans laquelle vous habitez comptant plus de 4.000 habitants, la loi du 1er avril 1926 sur les loyers s'y trouve applicable.

Par conséquent, lorsque votre bail sera expiré, vous bénéficierez de plein droit d'une prorogation jusqu'au 1er avril 1931, prorogation que vous n'aurez même pas besoin de demander.

En échange de la prorogation, vous aurez à payer, jusqu'au 1er avril 1929, date à laquelle doit intervenir une nouvelle taxation des loyers, un loyer égal au loyer d'avant-guerre majoré de 100 %. En outre, vous devrez rembourser à votre propriétaire les majorations subies, depuis 1914, par les prestations en nature fournies par lui et les impôts, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière. Pour le remboursement de ces charges, il peut être établi un forfait dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

Impôts sur les revenus

Pendant la période des déclarations un « Guide pratique » au courant 1927, donnant les principes généraux et toutes les solutions particulières, est offert moyennant 20 fr. au lieu de 30, à tout lecteur qui enverra cette annonce et un mandat au *Contribuable français* (service C.M.) 42, rue du Four, Paris, 6e. Cette souscription donne droit :

1° A un abonnement de 6 mois au *Contribuable français* 1927.

2° A des réponses gratuites au sujet des impôts, de la comptabilité, de la formation de sociétés.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 8 — DIMANCHE 20 FÉVRIER 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

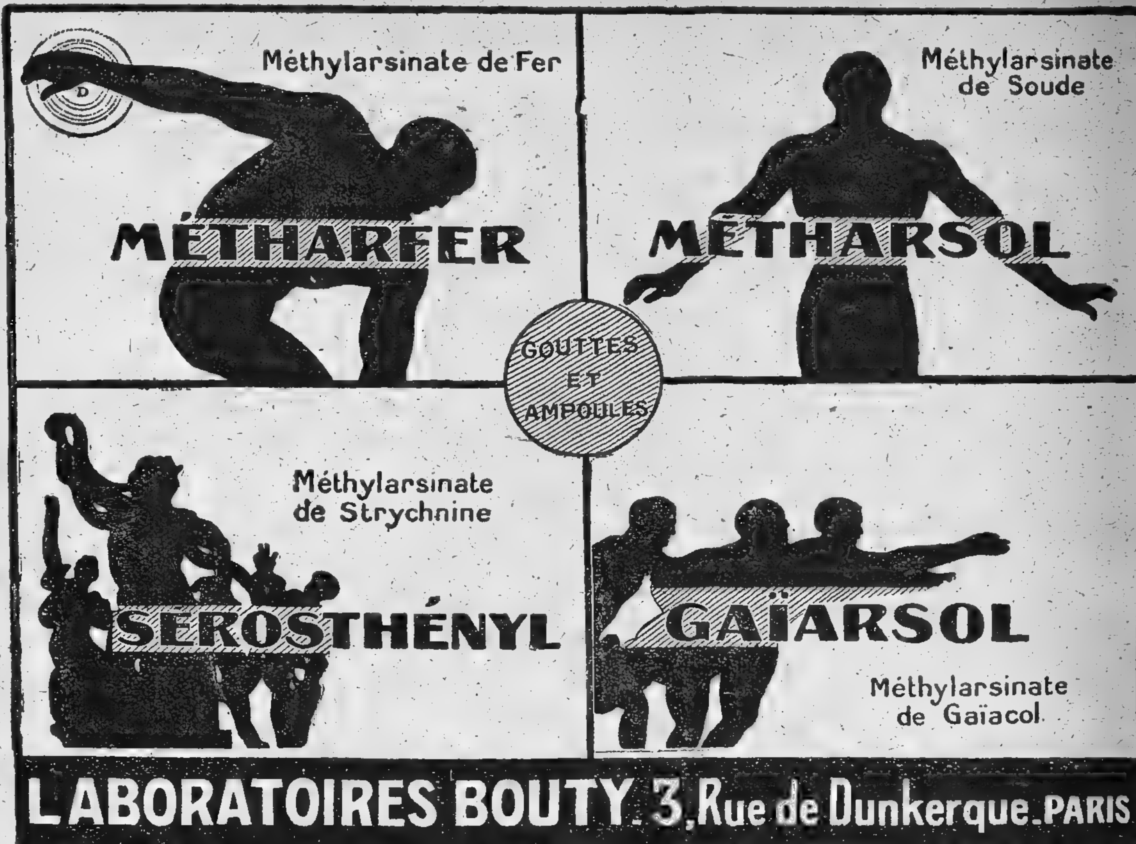
ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France........................ 45 fr.
Etranger.. (voir conditions page IV)
Etudiants (France)........ 25 fr.
Le Numéro.................. 1 fr.
C.P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25


Méthylarsinate de Fer
MÉTHARFER
Méthylarsinate de Soude
MÉTHARSOL
GOUTTES ET AMPOULES
Méthylarsinate de Strychnine
SÉROSTHÉNYL
GAÏARSOL
Méthylarsinate de Gaïacol
LABORATOIRES BOUTY. 3, Rue de Dunkerque. PARIS


Dr MARTINET
16, Rue du Petit-Musc
PARIS
Thérapeutique des Affections Gynécologiques
OVULES AU NÉO-COLLARGOL
DU Dr H. MARTINET
Chaque ovule à base de Glycérine renferme 0.10 de Néo-Collargol
INDICATIONS:
BARTHOLINITES
MÉTRITES. ULCÉRATIONS DU COL
PERTES BLANCHES. SALPINGITES.
MODE D'EMPLOI
Un ovule tous les soirs ou un soir sur deux.
Ovules Néo-Collargol
Toutes Affections Gynécologiques
POMMADE AU NÉO-COLLARGOL COCAÏNÉE OU NON COCAÏNÉE
Toutes Plaies _ Toutes Dermatoses.

Quarante-neuvième année | N° 8 | 20 Février 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 428-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr COUTAUD, d'Auterive, la somme de quarante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 71. — Infirmière pour chirurgie demandée pour direct. petite clinique province.

No 72. — Banl. immed. de Paris. Par suite décès, client. méd., conven. à célibat. à reprend. sans indemnité.

No 73. — Sud-Ouest, client. 25 à 30.000, méd. du ch. de fer, à céder. Petite indemn., conviendr. à jeune méd.

No 74. — A vend. radiodiagnostic Massiot en tr. bon état de marche, prix 3.200, S'ad. Dr Dardel, fils, à Gisors (Eure).

No 75. — A 10 km. de Blois, sur grande ligne Bordeaux à Tours, très bien desservie, 3 h. de Paris, un cab. méd. conviendr. à débutant ou doct. désir. client. restreinte. Logem., assuré.

No 76. — A vend. : 1o microscope Leitz, 5 oculaires objectifs 2, 4 ,6a et 1/16. Grossissem. 1400. Platine mobile ultra-microscop. Boitier ébénisterie vernie. N'a jamais servi. 2o Pneumo-oxygénateur de Drapier, complet. neuf.

No 77. — Méd. 20 ans de pratiq., obligé quitter son poste, cause expuls. par propriétaire, dem. d'urgence poste rural ou autre. Prière aux confr. signaler poste possible au Secrét. du Synd. des méd. du Médoc, Dr Meignié, à Lesparre (Gironde).

No 78. — A céd. à Berck, cause santé, sanat. en plein rapp., agréé par Minist. d'hygiène, 180 lits, dont 150 occup. Nécessite aucune connaiss. Beaux bénéf., prix à débatt. avec facilités. Long Bail. S'ad. Me Peladé, notaire à Berck-Plage.

No 79. — Seine. Banl. proche Paris, dans local. agréab., anc. poste rapp. 150.000, villa confort. Prix 110.000 dont compt. à déb. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 80. — Rég. Est, local bien desservie, 18 km. ville, poste seul méd. propharm. Rapp. 155.000, sans pharm. Mais. avec conf. Indemn. 80.000, dont 50.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 81. — Stat. therm. réputée, anc. cab. Rapp. pour la sais. 73.000. Mais. 2 étages, A céder d'urg. pour cause santé. Prix : 60.000 dont 40.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 82. — A vendre Torpédo luxe 10 C. V. Citroën 1921 imposée 8 C. V., petite consommation, moteur exellent, pistons alpax, 4 amortisseurs Houdaille, graissage Técalémit, très bon état. Ecrire M. Martinot, 42, rue du Four, Paris (6e).

CHÈQUES POSTAUX

Un certain nombre de nos confrères ont éprouvé des difficultés pour l'envoi de leurs cotisations par chèques postaux.

Il y a eu à cela deux causes :

La première, c'est que, dans le désarroi d'un déménagement, le *Concours* a donné des indications inexactes. Les comptes de chèques postaux sont :

Pour la Mutualité Familiale : 182.32.
Pour le « Sou Médical » : 182.31.

La seconde, c'est que quelques uns libellent mal leurs chèques et mettent Mutualité Familiale à Paris ou « Sou Médical » à Paris alors que les chèques doivent être libellés :

Paris 182.31 « Sou Médical »,
Ou bien Paris 182.32 Mutualité Familiale.

L'indication Paris signifie que le compte est tenu par le bureau des chèques postaux à Paris, et non pas l'adresse du Trésorier qui est à Chevilly (Loiret).

Nous prions nos confrères de bien vouloir tenir compte de ces indications.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Errata.** — 1° C'est à tort que nous avons annoncé le décès du Dr TULASNE, d'Asnières. Notre distingué confrère proteste avec raison contre la confusion regrettable qui a été commise involontairement entre lui et M. Tulasne, pharmacien, décédé.

2° Dans l'article du Dr LALANDE, sur le cancer, paru dans le numéro 7 du 13 février, il faut lire, page 780, 2e colonne, 7e ligne :

« Là, comme dans les tumeurs moliques, nous assistons à une DÉDIFFÉRENCIATION très marquée des cellules...... »

Ce qui est juste l'opposé de *différenciation*, imprimé par erreur.

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. AUVRAY est élu membre titulaire dans la deuxième section (chirurgie et accouchements).

— **Académie française.** — M. le professeur Charles RICHET a posé sa candidature au fauteuil laissé vacant par la mort de M. Boylesve.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Syphiligraphie.* — Le 22 février, à la consultation du soir (20 h. 45), M. GOUGEROT, agrégé, fera une conférence sur les *données nouvelles concernant le chancre syphilitique* (syphilis sans chancre, période préhumorale, etc.).

— **Hôpitaux de Paris.** *Prix de l'internat (chirurgie).* — Le récent concours des prix de l'internat (chirurgie) s'est terminé par les nominations suivantes : médaille d'or, M. Banzet ; médaille d'argent, M. Iselin ; accessit, M. Ménégaux.

— **Association française pour l'avancement des sciences.** — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra entre le 10 et le 24 avril 1927, pendant les vacances de Pâques, à Constantine. Renseignements au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris VIe.

— **Naissance.** — Notre excellent confrère et ami, le docteur Roger TRUELLE, médecin consultant aux eaux de Plombières, et Madame, nous informent de la naissance de leur fils Jacques, sixième enfant de cette belle famille médicale. Nous sommes heureux de leur présenter toutes nos félicitations.

— **Nord médical.** — Le XVe Banquet du *Nord Médical* (Association amicale des Médecins du Nord à Paris) aura lieu le jeudi 10 mars, à 7 h. 3/4, au *Cercle de la Reconnaissance Française.* Il sera présidé par les Dr DOUAY et PAUL. Tous les confrères, originaires du Nord y seront les bienvenus. Pour adhésions et renseignements, s'adresser au Dr M. RENAUDEAUX, 22, rue de Madrid, à Paris (Téléph. Laborde 01.26).

— **Salon des médecins.** — Pour la huitième fois, il s'ouvrira du dimanche 3 au 12 avril prochain inclus, au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements s'adresser au docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (15e). Joindre un timbre pour la réponse.

— **Val-de-Grâce.** *Cours d'actualités médico-chirurgicales.* — Le 28 février, à 17 h., au petit amphithéâtre de l'Ecole du Val-de-Grâce, leçon du professeur SERGENT sur *la dilatation des bronches.*

Le 12 mars, leçons du professeur agrégé ZOELLER sur *les acquisitions nouvelles concernant la scarlatine.*

— **Hospice national des Quinze-Vingts.** — Les dimanches à 10 h., présentation de malades et conférences par M. CHAILLOUS, médecin de la clinique (entrée, 13, rue Moreau).

— **Lyon.** *Institut d'hydrologie et de climatologie médicales.* — Un cours de perfectionnement d'hydrologie et de climatologie médicales aura lieu du 3 au 26 mars, à la Faculté de Lyon. Il est destiné aux médecins se spécialisant dans les cures thermales et climatiques.

— **Faculté de Paris.** *Chirurgie gastrique.* — Un cours de chirurgie gastrique sera commencé le 1er mars au laboratoire de M. le professeur CUNÉO. Ce cours comprendra quatre leçons avec répétition cadavérique et sur l'animal.

— **Institut prophylactique**, 36, rue d'Assas, Paris VI[e]. — MM. Chatelin et Patrikios font, les vendredis à 18 h., des conférences sur la *syphilis du système nerveux*.

— **Algérie**. *Médecins de colonisation*. — Un concours pour le recrutement de dix médecins de colonisation en Algérie sera ouvert le 2 avril 1927. Traitement de début : 24.000 fr., plus 25 % d'indemnité algérienne. Renseignements à l'Office de l'Algérie, 10, rue des Pyramides, Paris, 1[er].

— **Monaco**. *Internat*. — Deux places d'interne seront vacantes à l'hôpital de Monaco le 1[er] avril prochain. Conditions : 14 inscriptions, fournir un dossier de notes des chefs de services hospitaliers et de notes d'examens des Facultés, engagement d'un an, certificat de bonne santé, être Monégasque ou Français. Avantages : logement, nourriture, indemnité annuelle de 3.600 fr.

— **Postes d'interne**. — Une place d'interne à l'Asile d'aliénés de Dury-lès-Amiens (Somme) est à pourvoir.

Deux emplois d'interne stagiaire sont vacants à l'asile de convalescents de Saint-Maurice (Seine).

A TRAVERS L'OFFICIEL

2 février.

Médecins des P. T. T.

Par décret du 7 janvier, l'indemnité fixe annuelle allouée aux médecins titulaires du département de la Seine, hors Paris, est élevée de 2.000 à 3.000 fr., à partir du 1[er] janvier 1927.

Hygiène publique.

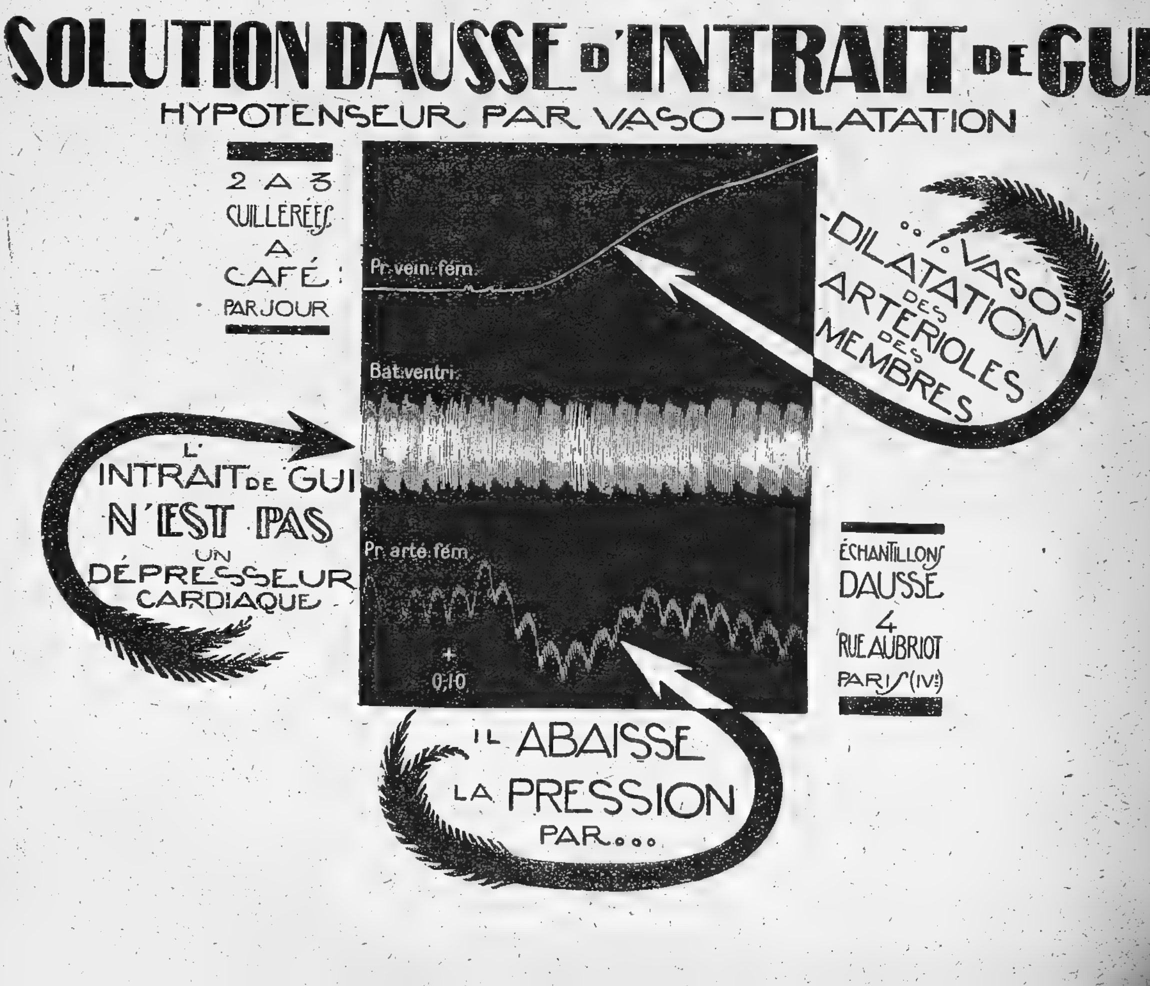
Avis de vacance d'un poste de directeur du bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Hauteville (Ain).

Le traitement alloué est fixé à 1.500 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6[e] bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.



3 février.

Accidents du travail.

Loi du 2 février 1927 portant modification de l'article 4, alinéa 2, de la loi du 9 avril 1898.

Article unique. — La disposition finale du paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 6 janvier 1921, ainsi conçue : « ...et qui ne pourra être modifié qu'à intervalles de six mois », est remplacée par la disposition suivante : « L'arrêté fixe la durée d'application du tarif ».

Il s'agit de la fixation du délai après lequel le tarif ministériel des accidents du travail peut être modifié. Par suite de la modification qui précède, l'Arrêté ministériel qui détermine le tarif fixera lui-même la durée de son application.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Payement des jetons de présence des examinateurs dentistes de la Faculté de Paris.

10704. — M. Perreau-Pradier, député, demande à M. le ministre de l'instruction publique pour quelles raisons les examinateurs dentistes de la faculté de médecine de Paris n'ont pas encore touché les jetons d'examens qui leur sont dus depuis janvier 1926. (*Question du* 18 *janvier* 1927.)

Réponse. — Les indemnités dues à des chirurgiens dentistes, en qualité de membres des jurys d'examens passés devant la faculté de médecine de Paris, sont actuellement en cours d'ordonnancement. Les intéressés vont être incessamment mis en possession des sommes qui leur reviennent. Le retard apporté au payement est dû à ce que les pièces comptables n'étaient pas parvenues au ministère et ont dû être refaites. (*J.O.*, 2 *février* 1927.)

Examen médical des candidats aux emplois réservés.

10224. — M. Coppeaux, député, expose à M. le ministre des pensions que, de sa réponse à la question écrite nº 9852, parue au *Journal officiel* du 13 novembre 1926, il ressort que tous les candidats aux emplois réservés doivent subir un examen médical devant la commission constituée en exécution de l'article 5 du décret du 13 juillet 1923 ; que les candidats à certains emplois spéciaux doivent, au préalable, passer la visite médicale prévue par l'article 4 de ce décret ; que ce dernier examen est décisif et que l'avis de la commission médicale, constituée dans les conditions fixées par l'article 5, ne peut annuler l'avis émis au cours de la visite spéciale prévue par l'article 4 ; que, contre ce dernier avis, s'il est défavorable, seul peut prévaloir l'avis de médecins experts spécialement désignés par le ministre, que, dans ces conditions, il semble que, au cas de

refus du certificat d'aptitude physique, en suite de la visite spéciale prévue par l'article 4 du décret, l'examen par la commission médicale prévue par l'article 5 est inutile; que cet examen ne peut qu'entraîner une perte de temps à l'intéressé et des frais inutiles ; et demande au ministre s'il ne croit pas utile, dans les cas de refus du certificat d'aptitude par le médecin chargé de la visite spéciale prévue à l'article 4 du décret, de simplifier la procédure en supprimant, simplement, l'examen de la commission prévue à l'article 5. (*Question du 1er décembre 1926.*)

Réponse. — Il peut paraître, à première vue, inutile de faire passer la visite prévue par l'article 5 du décret du 13 juillet 1923, étant donné qu'une visite spéciale est déjà prescrite par l'article 4 du même décret. Mais la visite de l'article 4 est exclusivement organisée par l'administration ou par la compagnie intéressée ; il est donc de l'intérêt des candidats d'être, en outre, examinés au titre de l'article 5 avec les garanties normales. Notamment, au cas où les médecins de l'article 4 auraient conclu à l'inaptitude, l'intéressé trouverait, pour son recours, un important appui dans les conclusions favorables des médecins de l'article 5. (*J.O.*, 2 *février* 1927.)

Les médecins et les accidents d'auto

Je viens de lire votre article de l'*Hôpital* du mois de janvier 1927, extrait du *Concours médical.*

Je ne suis installé que depuis quatre ans sur la route de Flandre de La Courneuve, voie très fréquentée par des autos et j'ai eu plus de 100 (cent) fois l'occasion de donner mes soins aux victimes des automobilistes et aux automobilistes mêmes.

Je crois avoir été réglé deux ou trois fois pour mes interventions et encore ce fut par les écrasés, car ces messieurs en costumes extra-chic se contentaient de me lancer leur nom et celui de leur assurance. C'était à moi de me débrouiller pendant un an, de savoir si la faute était au chauffeur ou au passant. C'est dire de suite qu'après avoir donné mes soins, je me contentais du Merci docteur, et partais avec l'espoir de ramasser une petite fortune qui me sera réglée dans un monde meilleur.

M. de P. me dira que je n'avais qu'à m'adresser à l'agent de police et lui donner ma note d'honoraires pour être finalement réglé par le commissaire de police. Je le sais très bien, mais je n'ignore point que les agents ont comme mot d'ordre de ne réquisitionner les médecins que lorsqu'il ne sera pas possible de faire autrement.

Et souvent il m'est arrivé que, perdant mon temps à surveiller des blessés jusqu'à l'arrivée de l'ambulance, je tendais à la fin ma note à l'agent qui me répondait : Je ne vous ai pas réquisitionné, et le bon peuple me demander : Qui vous payera ? Et moi de répondre : Le Pape. Tout le monde travaille pour gagner sa vie et tous les soins que nous donnons dans ces occasions sont *Pro anima Deo.*

Car, pour être réglé, il faut faire de la manière suivante: sitôt qu'on sait qu'il y a eu un accident sur la route, s'enfermer chez soi et attendre un agent qui vienne vous dire : Docteur, je vous réquisitionne, suivez-moi. Dans ce cas, il n'y a pas de doute : au bout d'un mois, on est payé.

Mais quel est le médecin qui resterait ainsi chez lui, lorsqu'on l'appelle pour un accident sur la voie publique ?

Quant au garden party, M. de P. a eu de la veine de rencontrer un médecin heureux. Qu'il vienne nous suivre dans notre travail pendant 24 heures seulement, nous, les petits médecins, et s'il est sincère, qu'il nous indique une seule profession comparable à la nôtre, profession de perpétuelle abnégation, dont la seule récompense sentimentale est un petit sourire d'un enfant qui sort d'une maladie grave, sourire annonçant une guérison prochaine. Et le front si souvent plissé du médecin se déplisse et derrière nos yeux durcis par tant de misère qui nous environne, jaillit un éclair de contentement. Nous gardons cette impression pour nous car il y a bien peu qui sachent nous comprendre.

Dr A. FARMACHI.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale.

Le droit à l'indemnité maladie ne cesse qu'à 65 ans.

Je vais avoir 60 ans en octobre 1927, voudriez-vous me dire à quelle date prendra fin mon droit à l'indemnité maladie.

N'y a-t-il rien eu de créé récemment pour les confrères sexagénaires qui exercent encore ?

Dr L.

Réponse.

Le droit à l'indemnité maladie dure jusqu'au 31 décembre de l'année où vous atteindrez 65 ans, c'est-à-dire jusque fin 1932.

Vous avez donc encore six années de participation.

Nous sommes dans l'impossibilité de rien créer pour les confrères qui ont dépassé cet âge et nous avons dû, vous vous en souvenez sans

doute, fermer le recrutement de la combinaison B qui donnait la participation vie entière.

Pourquoi n'avoir pas adhéré, pendant que vous le pouviez, à une combinaison retraite ?

Comme bien d'autres, vous le regrettez sans doute. A. G.

Accidents du Travail

271. — Soins à un blessé aisé. Choix du médecin par le patron.

En octobre 1925, je suis appelé à soigner, à la suite d'un accident, un jeune homme qui présentait une plaie assez grave du genou (capsule apparente au fond de la plaie). La suture et le pansement faits, je dis à la famille que le blessé devait être surveillé de près pendant quelques jours. Mais la sœur du jeune homme, qui était en même temps sa patronne, me prie d'aller le panser chez lui à F. à 19 kilomètres de B.

J'y vais le lendemain. Le blessé habite chez ses parents dans une très luxueuse maison. Le père, ancien marchand de volaille, a cédé à son gendre, dont son fils était paraît-il l'employé. Il me fait signer un papier d'assurance.

Je vais six fois à F. et le malade guérit.

J'envoie ma note quelque temps après au père du blessé. J'ai compté les opérations et les visites au tarif Durafour, mais les déplacements au tarif syndical (3 fr. par km. aller) Pas de réponse. J'apprends plus tard que la Compagnie d'assurance intéressée a d'abord refusé de payer les déplacements puisqu'il y a un médecin dans le village du blessé. Mais sur l'insistance de l'agent, la Compagnie consent à payer les déplacements au tarif Durafour de 1 fr. par km. au lieu de 1 fr. 50 que j'ai compté.

Officieusement l'agent d'assurance m'offre de me règler au tarif officiel et je refuse.

J'envoie de nouveau ma note au père du blessé en le menaçant de le poursuivre.

Il me répond enfin en le prenant de haut et en disant que je n'ai qu'à m'adresser au patron de son fils (son propre gendre) qui est responsable de l'accident.

L'affaire en est là. Je trouve abusif que des gens riches nous prient de venir les soigner à 19 km. ayant un médecin chez eux et refusent ensuite de nous payer.

Que dois-je faire. Poursuivre ? Mais devant quelle justice de paix ? L'accident et les premiers soins ont été donnés à B. mais le jeune homme et son patron habitent dans un canton voisin.

D'autre part ma note s'élevant à 490 francs, pourrai-je faire appel si la décision du juge de paix ne m'est pas favorable ? Peut-elle m'être défavorable ?

Dr E.

Voir la suite page LV-483

PROPOS DU JOUR

Les victimes du Devoir Professionnel. Un projet de Livre d'Or.

Les médecins victimes du devoir professionnel se multiplient, et récemment, était cité à l'ordre de la Nation Henri TARIEL, mort à 28 ans de scarlatine contractée à l'hôpital Trousseau, où il était interne en médecine dans le service du Dr Papillon.

L'interne Henri Tariel avait déjà une réputation de dévouement bien établie. Lorsqu'il était externe à l'hôpital Andral, il s'était offert pour donner du sang à un malade que la transfusion pouvait sauver, et il s'opposa à ce que l'on fit à ce sujet la moindre publicité.

L'interne Henri Tariel était un des fils de notre confrère, le Dr Tariel, qui exerce depuis plus de trente ans à Issy-les-Moulineaux, aux portes de Paris. Nous lui adressons l'expression de nos plus confraternelles et plus sincères sympathies, et c'est avec un sentiment de fierté que nous, fils de praticien et membre d'une famille médicale, constatons que c'est au foyer paternel que Henri Tariel a puisé ces nobles sentiments de respect du devoir professionnel, qu'il poussa jusqu'à l'ultime sacrifice.

Pareils exemples nous consolent des défaillances rares, mais toujours pour nous trop fréquentes, de ces docteurs en médecine qui n'ont du médecin que le titre, et qui considèrent leur profession comme une entreprise à exploiter dont ils cherchent à accroître le rendement par tous les moyens possibles.

Henri Tariel n'est pas le seul étudiant en médecine victime du devoir : il vient le dernier sur une liste bien longue qui contient les noms de Baudet, de Perruchaud, de Jéramy, de Lœb, de Vadon.

Tous les jours, les quotidiens nous font connaître le martyre de quelque radiologistes qui, persévérant, malgré les lésions dont il est frappé et sur le pronostic desquelles il ne peut plus guère s'illusionner, subit amputation sur amputation, jusqu'au moment où la mort clémente met fin à ses souffrances et couronne son héroïsme.

Mais combien de dévouements restent inconnus, surtout parmi ces médecins de campagne qui vivent isolés et succombent à la tâche sans que l'on connaisse, en dehors de leur région, les services qu'ils ont rendus et la cause de leur mort ?

Un de nos très distingués lecteurs de Toulouse, le Dr Ch. LEFEBVRE, ancien chef de clinique, agrégeable à la Faculté de médecine, membre du Bureau du Syndicat médical, nous écrivait, il y a un mois, la lettre suivante qui, à ce jour, prend un véritable caractère d'actualité.

Mon cher Confrère,

Votre propos du jour sur l'héroïsme médical, publié dans le *Concours médical* du 16 janvier 1927, m'incite à vous faire part d'une idée, qui réalisée, ne pourrait que rehausser, dans l'esprit du public, l'opinion que ce dernier devrait avoir des médecins et du Corps médical.

La Presse, plus ou moins intéressée, qui nous dénigre, nous fait plus ou moins de mal, et un moyen de lutter contre les manifestations tendancieuses de certaines feuilles et de certains littérateurs, ne serait-il pas celui-ci ? Que chacun de nous dépose ou affiche dans sa salle d'attente, convenablement présenté, un tableau, véritable tableau d'honneur des confrères morts de par leur profession, portant les noms des victimes et les causes de leur mort. Pour cela, il serait nécessaire de rechercher et d'établir cette liste que le *Concours médical* pourrait publier sur une page à détacher, présentée comme il convient, liste qui serait complétée par la suite, au fur et à mesure qu'elle s'allongerait !

Dans l'espoir que cette idée pourra être facilement réalisable, je vous prie de croire, mon cher Confrère, à l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Ch. LEFEBVRE.

L'idée du Dr Charles Lefebvre mérite d'être prise en considération, mais, à notre avis, ce n'est pas un journal, même doublé d'œuvres professionnelles importantes comme notre *Concours médical*, qui doit prendre l'initiative de cette réalisation. Il faudrait que ce fût un groupement important, jouissant, de par son passé, d'une grande autorité morale sur le corps médical tout entier. L'Association générale des médecisns de France nous paraît être la personnalité morale la plus autorisée à réaliser l'idée de notre

confrère toulousain, et à créer le Livre d'Or du Corps médical français.

Après une enquête sérieuse sur les actes méritoires qui lui seraient signalés et qui devraient sortir des limites du dévouement banal que tout médecin, digne de ce nom, doit à ses malades, après leur vérification par une commission nommée dans ce but, le Conseil général de l'Association demanderait à son assemblée générale de décider que le docteur X mérite d'être cité à l'ordre du Corps médical français. Cette citation serait inscrite au Livre d'Or et livrée à la publicité. Les vivants comme les morts pourraient être les objets de ces honneurs, mais il importerait que pour les premiers, la citation tout à fait exceptionnelle fût la récompense d'un acte réellement héroïque.

En somme, il serait procédé par l'Association, pour ces citations (toute proportion gardée) un peu comme l'Eglise catholique procède pour la canonisation de ses Saints.

Rien n'empêcherait alors de faire la plus large publicité aux citations du Livre d'Or, de demander aux spécialistes pharmaceutiques d'adresser comme prime, aux médecins français, des copies de ces citations, artistiquement illustrées, qui pourraient être encadrées et livrées ainsi dans nos salons d'attente ou dans nos cabinets de consultation, aux regards et aux méditations de nos clients. Nous pensons que l'idée du Dr Charles Lefebvre ainsi réalisée contribuerait beaucoup à relever le prestige du Corps médical.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

THÉRAPEUTIQUE PHYSIQUE DU CANCER

Traitement roentgenthérapique et radiumthérapique associés.

Dr Ch. Guilbert,
Radiologiste des hôpitaux.

Dans la lutte contre le cancer, les rayons X et le radium se sont montrés des médications énergiques comparables à l'action chirurgicale qu'elles préparent ou complètent.

Mais aucune thérapeutique n'est spécifique et les agents physiques n'ont eu qu'un tort, c'est de ne pas répondre entièrement aux espoirs enthousiastes que l'on avait eus en leur spécificité.

Depuis deux ans, nous avons combiné pour le traitement du cancer du col l'action du radium et celle des rayons X et les résultats nous ont paru nettement supérieurs à ceux obtenus par l'une ou l'autre de ces thérapeutiques isolées, employées séparément.

Cause des échecs de la roentgenthérapie.

Malgré l'augmentation de la puissance des appareils de radiothérapie, les doses possibles sur la tumeur restent voisines de la dose érythème, car elles sont sous la dépendance de la résistance des téguments, et si l'on imaginait (ce qui est impossible) une radiation X tellement puissante que l'absorption fût presque négligeable, il faudrait tenir compte de la dispersion, et quelle que soit la puissance en volts de l'appareil générateur muni d'une ampoule encore inconnue, capable de transformer toute l'énergie électrique en énergie rœntgen, on resterait limité dans l'action en profondeur par la résistance de la peau. Par la multiplication des champs, cette action pourrait être élevée de quelque 10 ou 20 %, mais de ce fait, les dangers de lésion viscérale par défaut de technique augmente. Enfin quelque 10 ou 20 % en plus sont-ils suffisants dans tous les cas ? Nous verrons plus loin qu'il n'en est rien trop souvent.

Cause des échecs de la radiumthérapie.

A l'inverse, la radiumthérapie a une action locale intense, mais très limitée à une courte distance du foyer. La décroissance de l'énergie est telle qu'à six centimètres de profondeur, elle est négligeable avec les doses thérapeutiques usuelles.

Roentgenthérapie et radiumthérapie combinée.

Les deux thérapeutiques se complètent donc. La rœntgenthérapie donne une action *homogène* diffusée ; la radiumthérapie une action locale

dont l'intensité n'est pas limitée par la peau, mais par la sensibilité des muqueuses rectale et vésicale.

Dose limite de la rœntgenthérapie.

Par champ, cette limite correspond à la D.E. allemande, d'après nos calculs à 2.750 R. exactement. La distribution des champs sera de 6 ou 7, selon les possibilités de la paroi. Filtrage 0,5 millimètres de Cu plus trois millimètres d'aluminium. A trente centimètres de distance focale, la dose profonde sous dix centimètres pour les constantes ordinaires de quarante centimètres d'étincelle équivalente, est de 22 % maximum.

Six champs donneraient environ, avec la perte pour l'obliquité des champs latéraux, 100 à 110 % de la dose ; sept champs ne donneraient guère plus de 120 à 125.

Les quatre champs larges de Warnekros et Dessauer donneront entre 90 et 110 %. La peau est à la limite de résistance et la profondeur n'a guère reçu plus de 110 à 130 pour % soit 3.000 à 3.600 R. de Solomon.

Or, dans une irradiation du col, la dose maximum est fixée par la résistance de la muqueuse vésicale et surtout rectale. L'expérience a démontré que cette limite est aux environs de 190 % de la D. E. soit 5.000 à 5.500 R (tous ces chiffres donnés par les différents auteurs ont été contrôlés par une expérience que nous ne saurions dédaigner (Wintz, Warnekros, Lahn, Dotterlin). Nous allons voir que, sans faire courir aucun risque à la malade, du côté des téguments ou du côté des muqueuses profondes, il nous est possible d'augmenter très sensiblement l'action physique par le radium *in situ*.

Si nous employons dans notre exposé la D. E. dose érythème, ce n'est point comme mesure ni dans un but de polémique, mais parce qu'il est nécessaire d'avoir un terme de comparaison biologique.

Limite des doses dans la radiumthérapie.

Pour la facilité de l'exposition, nous adopterons l'expression des doses milligrammes-heure-élément-centimètres $\frac{\text{mgeh}}{\text{cm}}$ qu'il est facile à chacun d'exprimer en millicuries détruits comme l'a proposé Regaud.

Au point de vue état général, il est dangereux de dépasser 12.000 milligrammes-heure-élément-centimètre, même en plusieurs séances espacées. Il se produit une anémie grave, un état nauséeux permanent que chaque nouvelle application aggrave. D'autre part, la dose *in situ* est fixe par le rectum 1440 $\frac{\text{mgeh}}{\text{cm}}$ (Lahn) qui correspond à 190 % de la D. E. La D. E. radium étant à 750 $\frac{\text{mgeh}}{\text{cm}}$ l'action du radium est très rapidement décroissante. Ainsi une concentration locale de 100 milligr. élément donne à 2 cent. 20 % et à 3 cm. 11,8 %.

Il nous est donc possible maintenant, d'après la distance qui sépare la muqueuse rectale du canal cervical de préciser la dose maxima qui pourra être appliquée. Si le rectum est à deux centimètres : 7.500 $\frac{\text{mgeh}}{\text{cm}}$ — s'il est à trois centimètres, on peut aller jusqu'au maximum 12.000 $\frac{\text{mgeh}}{\text{cm}}$. Ceci ne s'entend que dans le cas d'une application de radium seul.

Doses dans le traitement combiné.

Rayons X. — A notre avis, il vaut mieux donner la dose de radiation maximum, afin d'avoir une dose homogène plus grande dans le tout petit bassin. Cette dose en profondeur, nous l'avons vu, est voisine, dans la technique de Warnekros (deux et quatre champs) de la dose reçue par la peau, soit environ 2.750 R à 3.000 R. Cette dose correspond à 750 milligrammes élément heuré-centimètre. Sans lésion, nous avons donc la latitude de donner sur le rectum une dose supplémentaire de 690 milligrammes heure élément, soit *in situ*, sur le col, entre 3.000 et 5.000 milligrammes heure, selon que la muqueuse est à deux ou trois centimètres du canal cervical.

Avantage de l'irradiation combinée.

Tout le bas-ventre et le paramètre reçoivent ainsi une dose équivalente à celle que produirait à 4 cent. 5 de distance la dose que nous considérons avec la plupart des auteurs comme dose limite d'une application de radium : 12.000 milligr. heure-élément. En d'autres termes, la radiumthérapie ne permet point, seule, d'obtenir un taux aussi élevé de rayonnement dans tout le petit bassin.

Localement, toutefois, la dose correspond à 5.750 milligrammes-heure élément ; la dose locale totale *in situ* est un peu inférieure aux doses limites que nous avons définies plus haut. Mais en revanche tout le petit bassin a reçu une dose totale de 750 milligrammes heure-élément, ce que ne peut donner aucune technique radiumthérapique, sans intervention chirurgicale.

Technique des applications.

Avant toute application, il importe de désinfecter la malade ; on ne saurait trop répéter qu'une tumeur infectée est radiorésistante et, de plus, qu'une irradiation risque dans ce cas de provoquer une généralisation de l'infection.

Premier temps. — Radiothérapie : 4 à 6 champs selon que l'on a affaire à une malade mince ou épaisse.

Distance focale 30 à 45. Durée de 6 à 8 heures.

Le schéma d'irradiation doit être établi quand on connaît l'épaisseur du sujet, de façon à avoir une dose profonde de 100 à 120 % de la dose incidente, soit 2750 à 3600 R. en profondeur.

Deuxième temps. — Radiumthérapie : L'expérience nous a montré que la concentration la plus favorable est celle de 50 à 60 milligrammes élément en trois foyers. Un foyer intra-utérin aussi LONG que possible, contenant la moitié de la dose et deux foyers du quart de la dose placés dans les culs-de-sac latéraux. La dose totale sera de 60 à 100 heures en une, et mieux, deux et même trois séries d'application de 24 à 30 heures maximum, séparées par un temps de repos. La durée totale de l'irradiation curiethérapique varie de 4 à 10 jours. L'application rœntgen et l'application radiumthérapique ne doivent pas être séparées par un temps de repos excédant quinze jours à trois semaines, de façon à ce que les deux actions s'additionnent aussi complètement que possible.

Importe-t-il de faire précéder l'application de radium du traitement radiothérapique ou inversement ? Cela nous a paru indifférent quant au résultat obtenu.

Résultat.

Il n'y a guère que deux ans que nous avons employé cette technique et il serait prématuré de parler de statistique. Cependant, sur dix cas que nous avons traités de la sorte, nous n'avons guère eu que deux décès depuis deux ans, dont un pour une affection pulmonaire aiguë après trois mois de guérison apparente et deux malades actuellement en récidive survenue faute de surveillance. Dans tous les cas, les résultats immédiats ont été brillants. Les formes ulcéreuses, entre autres, sont cicatrisées avec une rapidité que ne nous a donnée aucune des deux méthodes employées seules : quinze jours dans un cas, un mois dans un autre.

Mais on ne saurait trop répéter que ces malades doivent être surveillées avec soin et examinées régulièrement, au moins une fois par mois, ce qui, malheureusement, est l'exception.

Conclusion.

Nous n'avons nullement la prétention de proposer une technique toujours efficace. Elle ne nous est pas personnelle, du moins dans l'idée directrice de la combinaison des deux thérapeutiques physiques. En Allemagne, Dotterlin, Lahn, Martius, Wintz et d'autres, l'emploient systématiquement. Et si peu de chose a été publié en France sur ce sujet, ce n'est point à dire qu'elles ne soient essayées de divers côtés. Les partisans de l'action élective des courtes longueurs d'onde objecteront sans doute le manque d'homogénétité du rayonnement employé. Il n'en reste pas moins vrai que les deux thérapeutiques ont une action semblable sur le cancer et qu'il semble logique de les combiner.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Abcès froid de la paroi thoracique et abcès ossifluent de l'omoplate.

D'après une leçon du professeur DELBET (1).

Cet homme, âgé de 58 ans, entre à l'hôpital pour une grosseur située au sommet de l'hémithorax gauche, au-dessus et en dehors du mamelon. Ses dimensions sont celles d'une grosse orange, environ huit centimètres de diamètre. Au toucher, elle semble rénitente et un peu fluctuante. Elle n'est pas très douloureuse. A la radioscopie, l'ombre du poumon gauche paraît en communication avec la tumeur observée. Ce malade a, depuis huit ans, des bronchites tous les hivers. En 1886, il a eu une fièvre typhoïde, en 1889, une blennorragie. Il se plaint depuis environ quinze mois de dyspnée et de douleurs en ceinture. Il a une autre tumeur à l'omoplate droite, adhérente à l'omoplate, ce qu'on constate facilement en faisant remuer le bras du malade.

Vous voyez que son histoire, — en dehors d'un passé assez lointain, des bronchites répétées, une fièvre typhoïde, une blennorragie, ce qui n'a pas grand intérêt, la fièvre typhoïde remontant à 1886 — se ramène à ces deux lésions, l'une siégeant à la partie supérieure de l'hémithorax gauche, et l'autre à l'omoplate droite ; elles se sont développées insidieusement. Le malade s'en est aperçu seulement il y a quelques semaines, mais il est vraisemblable que c'est beaucoup plus ancien.

Cette saillie que nous voyons sur le thorax empiète manifestement en dedans, sur le grand pectoral. Est-elle située au-dessus ou au-dessous du grand pectoral ? D'après sa topographie, elle doit être située dessous, puisqu'elle déborde dans l'aisselle, mais nous allons faire une manœuvre qui consiste à faire contracter le muscle qui est en rapport avec la lésion. Quand la tuméfaction est en avant du muscle, elle devient plus apparente, mais ne subit pas de modifications dans son vo-

(1) Leçon faite le 18 novembre 1926, à l'hôpital Cochin, recueillie par le Dr LAPORTE.

lume réel ni dans sa consistance. Au contraire, si elle est située sous le muscle, elle devient moins apparente, plus ferme et plus dure. Nous disons au malade de chercher à rapprocher le coude du corps, pendant qu'on cherche à l'en empêcher, et vous voyez nettement que la tumeur s'est enfoncée, et paraît moins saillante. C'est donc une tumeur située profondément sous le muscle grand pectoral. Les lésions de ce genre, chez la femme, peuvent faire croire à une lésion du sein, quand on est inexpérimenté, alors que la lésion est sous-mammaire.

La partie inférieure de cette tumeur arrive jusqu'au mamelon. Elle est absolument immobile sur la paroi thoracique, même quand le grand pectoral est relâché. On ne constate aucune modification du tégument, aucun symptôme inflammatoire. Il y a peut-être une légère élévation de température locale, mais c'est difficile à apprécier sur une région dont la température est normalement assez élevée.

Il n'y a que deux espèces de tumeurs présentant ces caractères (connexions profondes avec la paroi thoracique, développement tout à fait subaigu, sans phénomènes inflammatoires manifestes) : certaines tumeurs malignes extrêmement rares, d'une gravité particulière, qui sont des chondro-myxo-sarcomes. Leur diagnostic est difficile au début, on peut les confondre avec les abcès froids de la paroi thoracique, infiniment plus fréquents. Ici, la consistance est régulière, uniforme, on peut éliminer l'hypothèse d'un myxo-chondro-sarcome de la cage thoracique. Nous sommes donc conduits à penser que ce malade a un abcès froid de la paroi thoracique, et nous allons chercher si la tumeur présente quelques autres caractères de ces abcès.

Au début, ces abcès forment une masse de consistance ferme dans laquelle on ne sent pas la moindre fluctuation. Lorsqu'ils sont plus avancés, — et celui-ci est déjà assez avancé —, on peut souvent sentir une fluctuation très nette. Ici, on constate par la palpation que la tumeur est assez bien circonscrite, mais dans la profondeur, elle est fusionnée avec la paroi thoracique. Sa consistance générale est ferme, plutôt rénitente que molle. Il y a une fluctuation très nette. Ma main gauche représente l'appareil enregistreur. Avec mon index droit, j'exerce des pressions qui refoulent le liquide, et vous voyez manifestement mon index gauche soulevé. Le contenu de ces collections est, en effet, souvent une matière un peu pâteuse.

Le malade étant assis, vous voyez qu'il présente de l'autre côté, au niveau de l'omoplate, une tuméfaction ayant à peu près les mêmes caractères que la précédente. Elle est très nettement fluctuante et la ponction qui a été négative ne doit pas suffire pour faire penser à une tumeur solide. A-t-elle pour origine la paroi thoracique ? Cette question se pose ; on trouve de ces abcès froids évoluant d'une manière subaiguë ou chronique, et qui, au lieu d'avoir pour origine le thorax lui-même, ont pour origine l'omoplate. Pour faire le diagnostic, il suffit de faire exécuter au bras des mouvements étendus. Vous savez que lorsque l'abduction dépasse l'horizontale, l'omoplate est entraînée suivant un mouvement de bascule. S'il s'agit d'un abcès ossifluent ou d'une tumeur ayant pour origine l'omoplate, la tumeur se déplacera en même temps que l'omoplate. C'est le cas ici.

Quelle est la lésion de l'omoplate qui a été l'origine de cet abcès ? Vous voyez que cette tuméfaction occupe le bord axillaire de l'omoplate. Mais il ne faut pas en conclure que la lésion est sur le bord axillaire. Elle peut être située sur son bord spinal. En général, la propagation de l'abcès semble se faire surtout par la face profonde de l'omoplate, c'est-à-dire entre l'omoplate et le thorax. La recherche d'un point douloureux est souvent infructueuse et n'a pas une très grande importance.

En somme, nous avons affaire à un malade atteint d'un abcès froid de la paroi thoracique du côté gauche et d'un abcès ossifluent de l'omoplate du côté droit.

Ne faudrait-il pas penser aux lésions syphilitiques ?

D'une manière générale, les tuberculoses osseuses produisent peu de séquestres. Nous opposons ainsi la tuberculose à la syphilis. Les lésions syphilitiques osseuses produisent, au contraire, des hyperostoses considérables.

Notez que les lésions syphilitiques du sternum, en particulier du manubrium et de la deuxième pièce, ne sont pas rares. Or, les abcès froids de la paroi thoracique sont généralement des lésions graves, nécessitant une intervention sévère, tandis que les gommes syphilitiques, guérissent sans aucune intervention, sous l'influence seule du traitement spécifique. Il y a donc un énorme intérêt à faire le diagnostic différentiel. La réaction de Wassermann peut être négative chez un syphilitique ; de plus, la syphilis ne met pas à l'abri des autres lésions ; un syphilitique devient tuberculeux comme un autre sujet. C'est, dans les caractères propres de la lésion qu'il faut chercher les éléments du diagnostic différentiel. Lorsqu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse, il n'y a pas d'hyperostose autour de la partie contenant le liquide. Dans la syphilis, il y a toujours un rebord osseux saillant. Ce seul caractère permet de faire le diagnostic de gomme syphilitique du sternum. La tuberculose, en général, ne produit pas de séquestres, mais il y a cependant des régions où la tuberculose produit ordinairement des séquestres, par exception : c'est la colonne vertébrale, le pubis, l'omoplate. Si on fait une intervention,

il faut aller jusqu'au séquestre pour donner au malade quelque chance de guérison.

Les abcès froids de la paroi thoracique sont une lésion extrêmement fréquente. Elle a été étudiée surtout en 1865 par le médecin militaire, Leplat. On les observe dans la période de la jeunesse, d'une manière habituelle aux points où les vaisseaux de l'intérieur du thorax envoient des branches perforantes traversant les espaces intercostaux. Sont-ils des abcès ossifluents d'origine costale ou chondro-costale ? Viennent-ils de la plèvre, voire même du poumon ? C'est Leplat qui le premier a déclaré que ces abcès avaient pour origine, non pas les côtes, comme on l'admettait à cette époque, mais la plèvre. Mon maître Gubler comparait les abcès de la région para-sternale à une forme de tumeur blanche. En réalité, leur siège en cette région tient à la présence des branches perforantes de la mammaire interne. On a nié leur origine dans le cartilage en disant qu'il n'y avait pas de vaisseaux dans les cartilages costaux, mais, nous savons aujourd'hui que ces cartilages s'ossifient, et qu'à ce moment ils se vascularisent, ce n'est donc pas là un argument décisif.

Le traitement de ces abcès doit être très sérieux. Lorsqu'on se borne à faire la résection du foyer osseux qui, généralement, est très minime, la récidive est constante. Il faut chercher dans la profondeur s'il n'y a pas d'autres lésions. On est ainsi conduit, dans un certain nombre de cas, à réséquer plusieurs côtes, à cause de l'extension en hauteur. Il arrive qu'on est conduit dans le poumon. C'est qu'au niveau de l'abcès les deux feuillets de la plèvre ont contracté des adhérences, et que le foyer tuberculeux primitif qui a engendré cet abcès froid a, en réalité, pour origine le poumon. Il nous est arrivé plusieurs fois d'être obligé de réséquer un fragment de poumon en opérant un abcès froid de la paroi thoracique.

Ce malade a deux foyers tuberculeux : un abcès froid de la paroi thoracique du côté gauche, un abcès ossifluent de l'omoplate, c'est-à-dire une ostéite de l'omoplate, de l'autre côté. D'abord, par où les bacilles sont-ils arrivés pour coloniser en deux régions si distinctes du corps ? Incontestablement, par la voie sanguine, c'est-à-dire que le malade a eu, a peut-être encore, une phase de bacillémie, dans laquelle les bacilles tuberculeux sont charriés dans le torrent circulatoire. Il n'y a rien de plus banal. Cette phase de bacillémie tuberculeuse, nous l'avons tous eue, comme tout le monde, dans les grands centres, et nous savons à l'heure actuelle que la seule manière de ne pas devenir tuberculeux, c'est de l'être. Ceci paraît quelque peu paradoxal, mais je vais vous l'expliquer.

Jadis, on admettait comme un dogme que la tuberculose était avant tout une maladie héréditaire ; l'enfant venu au monde était porteur de bacilles tuberculeux venant de la mère. Puis on admit, jusqu'à ces derniers temps, le dogme inverse : l'enfant naissait peut-être tuberculisable, mais non pas tuberculeux ; le bacille tuberculeux était incapable de franchir le placenta maternel. Cette doctrine a été l'origine d'un grand mouvement philanthropique social ; les œuvres de préservation des enfants étaient destinées à soustraire les enfants de tuberculeux à la contamination de leurs parents. Mais voici que nous entrons dans une autre phase. On s'est aperçu que le bacille tuberculeux est extrêmement polymorphe. En dehors de la forme dite granuleuse, qu'on peut considérer comme adulte, on admet des formes de résistance d'ordre ultramicroscopique et même des bacilles plus petits encore, des formes filtrantes, c'est-à-dire passant au travers des bougies les plus fines, mais qui sont capables de reproduire la forme adulte et, par conséquent, d'engendrer la tuberculose. Il peut arriver que, sous cette forme filtrante, le virus tuberculeux traverse le placenta et vienne directement coloniser chez le fœtus.

Pour en revenir aux abcès froids thoraciques en règle — il faut l'admettre dans ces cas-là, — la localisation primitive du bacille est dans les organes thoraciques profonds ; le plus souvent, c'est du côté de la plèvre ou du poumon. Ensuite le bacille gagne les lymphatiques intra-pulmonaires quelquefois, mais le plus souvent ceux de la région pleurale ou sous-pleurale. Il y a donc une première phase, susceptible d'une très longue durée, dans laquelle les lésions sont absolument incluses dans la cage thoracique, par conséquent, inaccessibles à nos examens ordinaires. Puis l'abcès force la cage thoracique dans les points faibles, de préférence. Il n'y a plus seulement une poche endo-thoracique, il y a une poche extra-thoracique. Dans la première partie de son développement, elle est profonde, sous-musculaire ; c'est généralement, une masse un peu diffuse, souvent à peine perceptible, presque pas douloureuse. Le diagnostic peut être très difficile à cette phase, si on est inexpérimenté. Puis elle devient de plus en plus volumineuse, soulève les muscles, et peut même arriver à se fistuliser. Ce sont, régulièrement, des abcès froids dits en bouton de chemise. Les deux poches communiquent par un canal extrêmement rétréci ; on le trouve parfois difficilement, avec l'aide d'un stylet ou d'une sonde cannelée. Il ne faut pas hésiter à faire des résections costales, même si les côtes ne sont pas malades, de manière à mettre à nu toute la poche endo-thoracique, pour la nettoyer. Il arrive qu'on est conduit à aller jusque dans le poumon. Il ne faut pas hésiter dans ce cas à enlever un morceau de poumon quand c'est indiqué.

Il faut toujours, en examinant ces abcès, cher-

cher le phénomène de l'impulsion : le contenu de l'abcès endo-thoracique doit, lorsque la pression s'élève dans la cage thoracique par suite d'un effort, refluer dans la poche extra-thoracique. On peut ne pas le rencontrer, si la communication est insuffisante pour donner passage à une quantité de liquide notable. Il existe chez ce malade.

Les renseignements radioscopiques conduisent à penser ici que l'origine de la lésion n'est pas seulement pleurale, mais aussi pulmonaire.

Ces abcès nécessitent des interventions chirurgicales considérables, et qui ne donnent pas toujours toute satisfaction. J'ai fait dans un certain nombre de cas des greffes musculaires. Vous savez que le muscle oppose une résistance particulière à l'envahissement du bacille tuberculeux. Nous avons obtenu dans quelques cas des guérisons extrêmement brillantes.

Chez le malade actuel, il y a une lésion du poumon. C'est toujours un symptôme fâcheux. Notre décision doit dépendre de son état général. Si ce malade a des lésions considérables de son autre poumon ou d'autres parties de ce même poumon, il vaut mieux l'abandonner à lui-même.

On a constaté des signes de défaillance ventriculaire gauche en rapport avec une altération artérielle, et particulièrement aortique. Je crois donc prudent de ne faire, en cas d'intervention, que le strict indispensable, d'autant que l'état général est mauvais. La question est tranchée. Nous ne pouvons faire, chez ce malade, qu'une thérapeutique générale, et aucune thérapeutique chirurgicale.

LA RECALCIFICATION SERAIT-ELLE UN LEURRE ?

Facteur acide-base dans la tuberculose pulmonaire ; étude physiologique du terrain dans la tuberculose — Sous ce titre d'apparences fort innocentes, le docteur Pierre Delore vient de publier une œuvre qui fera, croyons-nous, date dans l'histoire de la phtisiothérapie.

Comme tous les constructeurs, l'auteur se révèle d'abord un remarquable démolisseur. Presqu'aucune, aucune pourrait-on dire, des notions que nous avons accoutumé de considérer comme classiques ne trouve grâce devant sa critique acérée, et c'est merveille de l'entendre réduire à néant ce qui nous apparaissait depuis notre enfance médicale, ainsi que d'intangibles vérités premières.

Une telle iconoclastie ne serait qu'un jeu sacrilège venant d'un auteur sans autorité et sans répondants scientifiques, mais le volume de Delore n'est que la synthèse d'une longue série de travaux et de recherches personnelles jointe à de nombreux travaux et recherches épars dans la littérature scientifique de ces quinze dernières années.

Revue générale à la fois et mise au point, tel apparaît ce volume de 380 pages qui, grâce au talent de l'auteur se lit comme un roman.

Chaque chapitre, chaque paragraphe mériterait qu'on s'y arrêtât longuement, mais la partie qui nous a paru, sinon la plus intéressante, tout au moins la plus originale et si l'on peut dire la plus révolutionnaire, c'est celle qui a trait au *rôle du calcium dans la tuberculose*.

La calcithérapie dans la tuberculose pulmonaire est passée, en France du moins, à l'état de dogme. Pierre Delore exerce à son égard une critique impartiale et documentée qui vaut qu'on y insiste.

Ferrier fut le grand initiateur de la notion de décalcification dans la tuberculose ; à sa suite, de très nombreux auteurs français se rallièrent à sa thèse qui, chez nous, devint rapidement classique. C'est un point fort intéressant en lui-même et sur lequel l'auteur a raison d'appuyer, que l'incrédulité, voire l'hostilité rencontrée à l'étranger par la théorie de la décalcification et partant de la thérapeutique récalcifiante.

De l'ensemble des critiques relevées par l'auteur, il ressort que la perte en calcium n'est pas plus marquée chez le tuberculeux que chez tout autre malade qui perd du poids, que la calcification des tubercules est vraisemblablement consécutive à la guérison des lésions et par conséquent n'en saurait être la cause, que les tuberculeux n'ont pas plus de mauvaises dents que les autres individus vivant dans les mêmes conditions hygiéniques et sociales.

D'autre part, selon de récentes expériences, il apparaît que les tissus tuberculeux ne subissent, du fait de la tuberculisation, aucune perte notable en calcium, non plus que le sang des tuberculeux ne se trouve moins riche en Ca que le sang normal ; d'ailleurs, le calcium se trouvant normalement à l'état de saturation dans le sang, l'administration thérapeutique de sels calciques est impuissante à en augmenter la teneur.

Il faudrait donc conclure avec Wells et Delore que : « En dépit de l'opinion très répandue que la tuberculose est caractérisée par la déminéralisation et peut être subordonnée à elle, un tel processus n'apparaît pas évident. »

Immédiatement une objection s'impose et P. Delore est trop averti pour ne pas se l'être faite. Comment se peut-il que tant de cliniciens de chez nous aient pu, pendant si longtemps, administrer du calcium à leurs tuberculeux, si cette substance est véritablement sans aucun effet ?

A cette question vraiment angoissante, notre auteur répond qu'à tout le moins, si le pouvoir récalcifiant du calcium peut être mis en doute, « l'ion calcium a, sur les êtres vivants une multitude d'influences » dont certaines ne doivent pas être sans profit pour les tuberculeux, à savoir : l'activation des diastases, la stimulation de la phagocytose, l'action antitoxique.

Les effets thérapeutiques du calcium seraient donc comparables à ceux de l'iode et des sels de terres rares. Les faits expérimentaux sont là qui semblent donner raison à cette conception. Cependant, la déminéralisation est un fait ; en admettant que la tuberculose ne joue là qu'un rôle très effacé, il n'en est pas moins vrai que chaque fois qu'il y a déficience organique, il y a perte en sels minéraux. Notre auteur le reconnaît implicitement lorsqu'il écrit : « Les pertes en sels minéraux ne sont pas supérieures dans la tuberculose à ce qu'elles sont dans les autres états où la perte de poids est correspondante. »

Nous faut-il alors nous résigner à cette constatation désolante que les maladies cachectisantes entraînent une perte minérale que l'apport de sels minéraux est impuissant à combler ?

Dans les cas où la déminéralisation est évidente, dans la carie dentaire par exemple, une thérapeutique appropriée dans laquelle figurent précisément des sels de calcium, permet d'obtenir une reminéralisation indéniable. Par quel mécanisme l'ion Ca parvient-il dans ces cas à se fixer ? Sans doute est-il bien difficile de le dire, mais le fait est qu'il se fixe.

Au fond, c'est là le point névralgique de la question. Comme le dit P. Delore : « l'administration des sels de calcium n'est pas seule à considérer, il faut assurer leur fixation. »

Et c'est ainsi qu'insensiblement, nous sommes ramenés à la notion de l'efficacité des sels de calcium, efficacité subordonnée à leur impossibilité de fixation par l'organisme. C'est ainsi également que P. Delore nous ménage une autre surprise qui, tout entière, pourrait tenir dans ces quelques mots : « *La médication calcique ne peut se faire efficacement qu'en milieu acide.* »

Voilà qui, une fois de plus, bouleverse l'antique routine. Instituer un régime acide chez les tuberculeux ! Il semble qu'à ce seul énoncé, on assiste déjà horrifié à la fonte rapide des quelques sels minéraux restant encore de-ci de-là dans l'organisme de nos malheureux malades.

« Cette opinion vient sans doute de la croyance à l'action décalcifiante des acides, croyance symbolisée par la théorie de Ferrier. Pour cet auteur, on le sait, non seulement les acides tout formés mais encore tous les corps susceptibles de se transformer en acides dans l'estomac, décalcifient les os et entraînent de la phosphaturie. Aussi Ferrier considère-t-il comme décalcifiants et proscrit-il comme tels les acides phosphorique, lactique, chlorhydrique, etc., la salade, le cidre et les fruits comme l'orange qui renferment des acides organiques, bref *tout ce qui est acide.* »

Une telle opinion ne repose sur aucun fait clinique ni aucune expérience digne de crédit. Cette conception du rôle décalcifiant des acides est un peu simpliste, un peu primaire, car l'organisme humain n'a pas la simplicité d'un verre à expérience dans lequel un acide dissout un morceau de craie avec une rapidité et un bouillonnement impressionnants.

L'acide phosphorique, pour ne citer que celui-là, est, depuis des années, administré par certains phtisiologues à des doses énormes non seulement sans inconvénients, mais avec des résultats thérapeutiques encourageants qui permettent de considérer précisément l'acide phosphorique comme un des meilleurs agents de récalcification indirecte que nous possédions.

La vérité, c'est que les sels basiques de chaux et les sels neutres ne sont pas assimilables pour la plupart, et en tout cas, se montrent, bien qu'à un degré moindre, des décalcifiants énergiques au même titre que le bicarbonate de soude, qui pour P. Delore, semble être particulièrement contre-indiqué dans la tuberculose.

Les tuberculeux pour la plupart sont des hypopeptiques, des hypochlorhydriques : leur donner des alcalins est une hérésie thérapeutique, proscrire les acides au nom d'un danger de décalcification absolument illusoire est une erreur. La médication acide, et particulièrement la médication phosphorique, est indiquée chez le tuberculeux en raison de son action eupeptique et stimulante des fonctions hépatiques. L'action heureuse de la médication acide sur le métabolisme et par conséquent sur le terrain, contrebalance largement ses inconvénients hypothétiques, d'autant plus hypothétiques que « les acides introduits dans le tube digestif — à dose thérapeutique bien entendu — doivent y être neutralisés par la bile et le suc pancréatique et par suite ne pas être absorbés en tant qu'acides. »

En ce qui regarde le rôle des acides dans la réminéralisation, il semble que leur présence dans une préparation thérapeutique chargée en sels minéraux soit indispensable pour assurer la solubilité et parlant l'absorbabilité si l'on peut dire, de ceux-ci.

Les sels insolubles de calcium, carbonates par exemple ou phosphates alcalins et alcalino-terreux, non seulement risquent de subir le sort des fameuses pilules perpétuelles, mais encore peuvent, dans certains cas, aller à l'encontre du but proposé, se conduire comme de véritables agents de décalcification.

Corpora non agunt nisi soluta. Sans préjuger de la valeur du Ca comme réminéralisant, il semble démontré que son action n'est possible qu'en milieu acide.

S'il m'est permis, pour terminer, de rappeler des recherches personnelles, je dirai que c'est en partant d'idées analogues que nous avons été amenés, le docteur Grenet et moi-même, à administrer le calcium, le didyme et le manganèse en milieu acide phospho-chlorhydrique pour le traitement de nos pré-bacillaires et d'une façon générale de tous nos malades entachés de troubles du métabolisme et déminéralisés.

Des recherches sont actuellement en cours chez des malades atteints de carie dentaire de cause interne ; des premiers résultats, il semble déjà permis de conclure à une action réminéralisatrice réelle de cette médication. Nous serions heureux que nos essais vinssent confirmer les recherches de P. Delore.

En tout état de cause, un fait reste acquis ; l'opinion trop répandue des dangers, de la médication acide chez les tuberculeux est un préjugé qu'il faut détruire.

Ce court article n'a d'autre but que d'attirer l'attention des praticiens sur ces deux points : il n'y a de reminéralisation efficace qu'en milieu acide, la médication acide est sans danger chez les tuberculeux et plus généralement chez les déminéralisés.

En écrivant, cette rapide étude nous avons pourtant un autre dessein par lequel il faut conclure : donner à ceux qui voudront bien nous lire le désir de connaître en son entier l'œuvre si intéressante du docteur Delore.

H. Drouin.

HYDROLOGIE ET CLINIQUE

Considérations générales sur les les possibilités thérapeutiques du vaporarium de Luchon (1).

Par le docteur Raymond Molinéry.

Médaille d'or de l'Académie de Médecine
Directeur technique des Et. Th. de la C. F. L.

Le *Vaporarium* de Luchon va être l'application large, complète et totale de l'idée que les anciens et en particulier les Romains, s'étaient faite de leur organisation balnéothermale.

Lorsque, en 1848, l'architecte Chambert étudia le plan de l'Etablissement thermal qui devait être livré en 1860, il releva, dans les fouilles qui furent pratiquées, les vestiges remarquables de l'ancienne installation d'un balnéotarium romain.

L'hypocauste, en particulier, était très nettement conservé, et celui qui vient de découvrir M. Sapène, à Saint-Bertrand-de-Comminges, permet de les identifier tous deux comme appartenant à la période gallo-romaine.

Les Romains n'avaient utilisé, à Luchon, pour leurs étuves, que les eaux les plus chaudes, celles qui sourdent dans les terrains schisteux, au nord de notre périmètre géothermal. Au reste, les trois grandes piscines de marbre blanc qui, malheureusement, ont été enfouies lors de la construction des Thermes actuels, étaient alimentées par une canalisation qui ne laisse aucun doute à cet égard.

Franchissant quinze siècles, nous signalerons les premières recherches du baron d'Etigny, les analyses de Bayen, et de Richard, de Hautesierck, pour en arriver, ensuite, aux travaux présentés à la Société Royale de médecine par Campardon et, plus tard par les Barrié, plus tard encore par Fontan et Lambron.

Cette dernière époque, qui va de 1836 à 1865 environ, voit publier, en 1842, dans le tome I des *Annales des Mines*, le projet dressé par François de Neufchateau. Là, on peut lire tous les détails de la mise à exécution des creusements de galeries destinées à aller chercher l'émergence des eaux sur la roche en place afin de bien discriminer les griffons les uns des autres, en établir l'analyse individuelle et en fixer les degrés de température.

Ce fut en 1868, que le dernier coup de mine annonça la fin de cette période que nous qualifierons véritablement d'héroïque.

A diverses reprises, dans ses conversations privées (nous avons pu en avoir l'écho par le dernier de ses collaborateurs, M. François Burgala), François de Neufchateau avait émis la possibilité d'utiliser ces galeries de captage en galeries de cure et continuer le creusement de celles-ci vers le sud : perpendiculairement à la galerie dite du Saule, on devrait trouver, avec des eaux plus chaudes encore, des températures qui, naturellement, seraient plus élevées dans les logettes qui y seraient pratiquées.

Cette idée d'un inhalatorium naturel, d'un vaporarium comme on l'a appelé aujourd'hui, avait été plusieurs fois, reprise et jamais mise à exécution.

Cependant, depuis une quarantaine d'années, quelques rares malades avaient séjourné dans ces galeries pour y suivre un traitement. Mais, depuis 1920, sous l'influence des travaux de MM. Charles Moureu, Lepape sur la radioactivité ; des recherches physiologiques et les observations poursuivies, par quelques auteurs et, publiées au sujet de malades ayant suivi le traitement des grandes étuves,

(1) Communication à l'Académie de Médecine, 28 décembre 1926, par M. le Prof. Desgrez, membre de l'Institut.

certains médecins de la station prirent, peu à peu l'habitude de diriger les cas qui leur étaient soumis, vers la galerie de captage la plus accessible, celle de la Grotte et de Richard.

Nous dirons tout à l'heure, comment des observations relevées au Pachon et les résultats des examens hémoglobinométriques, pratiqués avec l'échelle de Talqwist, et enfin le contrôle de la bascule médicale, nous ont permis, comme directeur technique des établissements thermaux, de suggérer à la ville de reprendre cette idée ancienne et de l'adapter aux exigences modernes, à la fois de nos recherches biologiques et encore d'une clientèle plus avertie.

La ville de Luchon, qui avait alors (1920-1926) ses Thermes en régie, pria, sur notre demande, M. le docteur Bardet, secrétaire général de l'Institut d'hydrologie de Paris, de vouloir bien venir, sur place, étudier, d'aussi près que possible, la possibilité et l'opportunité de l'installation d'une étuve ou *inhalatorium naturel*, auprès des sources de Luchon.

Dans un très remarquable rapport, publié, en 1923, dans les *Annales de l'Institut d'hydrologie et de climatologie de Paris*, M. Bardet exposa sa conception.

Se basant sur ce qu'il avait personnellement étudié en Europe Centrale, mais surtout en Italie, et en particulier dans la région volcanique de Naples, à Agnano, Pouzzoles, Ischia et Terra-Annunziata, et, de façon plus systématique encore à Monsummato, M. Bardet insista sur la valeur thérapeutique de ces organisations et sur les avantages immenses que les malades de Luchon retireraient d'une organisation similaire.

Le *vaporarium de Luchon* consistera en une grande salle circulaire, de 30 mètres de circonférence environ, 5 mètres de hauteur, creusée à même la roche granitique, dans le massif sud du périmètre géothermal où des galeries déjà existantes accusent des températures passant de 38 à 46 et 48°.

De cette salle partiront des galeries de recoupement qui iront rejoindre celles dont nous avons parlé déjà, ce qui, par conséquent, permettra aux malades d'user de températures diverses suivant les indications du médecin.

Un petit plan schématique portant l'emplacement des griffons, la température, la sulfuration et les indications d'émanation de radon aux divers endroits, donnera aux malades la facilité de se diriger facilement dans le vaporarium.

Pour justifier cette création thérapeutique, il fallait s'appuyer sur des faits, qui, déjà, avaient fourni leurs preuves.

En dehors des assertions du regretté docteur Bardet, j'ai pu fournir, à la ville de Luchon, un rapport sur la mission que m'avait confiée, en Espagne, l'Union médicale franco-ibéro-américaine (1924).

Au sud-est de l'Espagne, dans la province de Murcie, se trouvent deux stations thermales qui me frappèrent beaucoup à ce sujet.

A *Fortuna* existe un « *vaporarium type* », constitué par une salle d'environ 5 mètres de hauteur, sur 6 à 7 mètres de diamètre. Cette salle, tout entière lamée de plaques de marbre blanc, reçoit, dans son pourtour des stalles également de marbre, sur lesquelles prennent place les malades.

Le sol, dallé de marbre, est constamment lavé par un cours d'eau thermal, d'une température élevée et dont l'épaisseur est de 4 à 5 cm., les malades se trouvent dans un pédiluve dont la température est supérieure aux vapeurs ambiantes. La transpiration y est extrêmement abondante, mais la congestion cérébrale n'a jamais été constatée.

A Archéna existe, également, un *vaporarium*, moins grand, mais qui se distingue par ce fait qu'il n'existe pas d'eau courante pour le pédiluve. En revanche, au centre même de la circonférence constituée par les stalles, s'élève un griffon tubulaire d'où s'échappent les vapeurs sulfurées chlorurées sodiques, et peut être radio-actives, nées de ces eaux.

*
* *

La ville de Luchon, *concédant pour* 35 *ans ses Etablissements thermaux et annexes à une Compagnie Fermière*, faisait figurer dans son cahier des charges la nécessité de creuser et de réaliser le *vaporarium* en s'entourant de toutes les garanties scientifiques qui permettraient de mener à bonne fin ce grandiose projet.

En plein accord des deux parties, M. Léon Bertrand, professeur de géologie appliquée en Sorbonne, M. A. Lepape, chef des travaux d'hydrologie et assistant de M. le professeur Charles Moureu au Collège de France, furent désignés pour faire toutes recherches utiles de prospections nécessaires dans le massif sud qui avait été désigné.

MM. Bertrand et Lepape remirent à la municipalité et à la Compagnie Fermière les rapports concernant leurs études préliminaires qui, tous deux, concluaient dans le même sens : « *la région particulièrement intéressante à explorer est celle qui est comprise entre la galerie du Saule à Etigny au nord-est, le recoupement Bordeu au Saule à l'ouest et la galerie du Saule au sud-est formant approximativement, un triangle irrégulier* ».

MM. Bertrand et Lepape demandaient que des forages de prospection soient dirigés dans le sens qu'ils avaient étudié, de telle sorte que ces forages puissent permettre à l'un d'eux de relever la température dans l'intimité même des roches, et, ainsi, circonscrire, d'une façon quasimathématique, l'endroit même, où la salle principale pourrait être édifiée.

En ce qui concerne les recherches préliminaires de M. Lepape, celles-ci ont surtout porté sur la teneur relativement importante, en éléments actifs, que possédera l'air du futur *vaporarium*, températures, vapeurs d'eau, vapeurs sulfurées (hydrogène sulfuré, soufre libre), et enfin, *radon* ou *émanation de radium*.

La galerie Léon Bertrand est complètement achevée et débouche dans la galerie du Saule. Une transversale a été immédiatement ouverte qui re-

joint la partie est de l'« *îlot* ». 150 *mètres de larges galeries sont dès maintenant agencées et cinq sources sulfurées ou sûrement radioactives ont été découvertes*.

Nous citons, ici, le rapport envoyé par M. LEPAPE à la Compagnie Fermière et qui a une importance capitale : « *J'ai effectué*, dit cet auteur, *plusieurs déterminations d'après lesquelles l'air de la galerie du Saule serait environ deux fois plus radioactif que celui de la galerie François et* 1.000 *à* 1.500 *fois plus radioactif que l'air libre ordinaire* ».

En note, M. LEPAPE ajoute : « *Il convient de noter, à ce sujet, que l'air est, à Luchon, du fait de la teneur élevée, en radium, des roches de la région, plus chargé de radon qu'ailleurs, et, au point de vue physiologique, il n'est probablement pas indifférent de baigner pendant un temps prolongé, dans une atmosphère plus radioactive que celle du milieu habituel* ».

Or, le 25 novembre 1925, M. LEPAPE, dans sa communication à l'Académie de médecine écrivait : « *Les galeries des sources de Luchon constituent de véritables émanatoria naturels où agissent, en dehors du radon, les vapeurs sulfurées des griffons et une température élevée, c'est-à-dire, un ensemble d'agents thérapeutiques difficiles à réunir artificiellement* ».

Nous nous garderons bien d'omettre de signaler la conférence que M. René AUDIBERT, chargé de cours en Sorbonne, fit à Luchon, sur le P. H. des eaux thermales et, en particulier, sur les réactions physico-chimiques présentées par les eaux blanchissantes de Luchon.

Rappelons également, pour mémoire, les travaux de M. le professeur DESGREZ, membre de l'Institut, de son assistant, M. le professeur agrégé BIERRY, sur la valeur ionique des eaux de Luchon, et de M. Dufrénoy sur nos sulfuraires.

***

Qu'il me soit permis, actuellement, d'exposer, très brièvement, les résultats médicaux qui ont été observés par nos confrères dans les galeries de captage (galerie Richard) et qui font, par conséquent, bien augurer de ce qu'on pourrait obtenir, mais en beaucoup mieux, dans le *vaporarium*.

Depuis notre séjour à Barèges, où nous avions, systématiquement, à partir de 1913, étudié les modifications de la tension artérielle, du poids et de la valeur hémoglobinométrique des modifications urinaires de chacun de nos malades, nous nous sommes astreint à étudier plus spécialement *la tension artérielle* des patients ayant suivi un traitement aux étuves et dans les galeries de captage de Luchon.

Nous n'avons pas été le premier à exposer nos vues à ce sujet car, dès 1900, le docteur H. Racine, au cours de différentes notes, publiées à cette époque, constatait que sur les élèves de l'ancienne école d'hydrologie des Pyrénées, dont il avait relevé l'observation complète, le pouls passait, en moyenne, de 60 à 120, après un séjour de 30 minutes dans les galeries dont nous venons de parler ; le nombre des inspirations passaient de 16 à 20, tandis que la diminution du poids de l'individu était, d'environ 50 à 800 grammes.

Plus tard, M. le docteur de GORSSE reprenait les observations de Henri Racine et, en 1909, relevait, au moyen du sphygmomanomètre de Pachon, les modifications subies par la tension artérielle et notait, chez des hypertendus, un abaissement de cette tension, et dans certains cas, un retour à la normale.

Dans notre premier mémoire présenté à l'Académie de médecine en 1914, par M. le professeur Albert ROBIN, nous relevions 200 observations de malades ayant suivi un traitement hydrominéral, et nous constations que, dans les deux tiers de cas, une modification heureuse dans leur tension s'était produite chez eux, soit que nous ayons eu un relèvement de la tension chez un hypotendu, soit au contraire, une diminution de la tension chez un hypertendu.

L'explication de ce fait, en apparence paradoxal, est facile, puisque, dans le premier cas l'action tonique des eaux sulfurées relève le taux de l'hémoglobine et par l'hématopoïèse remonte l'état général ; tandis que dans le cas d'hypertension (et nous parlons surtout d'auto-intoxiqués) l'élimination des toxines et, en particulier, de l'urée, fait diminuer cette tension (1).

Un certain nombre de nos confrères de Luchon nous ont adressé, à la Direction technique, un grand nombre de malades pour que soit relevé leur tracé sphygmomanométrique *avant* et *après* l'entrée dans les galeries, et cela, pour chaque malade, au moins une dizaine de fois.

Nous avons noté, d'une façon presque absolue, une exagération très nette du nombre des pulsations, passant du simple au double. Chez un certain nombre de malades, la tension s'élevait, pendant qu'ils suivaient leur traitement, pour diminuer au cours de l'après-midi.

Chez d'autres malades au contraire, immédiatement après une sudation considérable, le malade accusant une dépression, l'oscillomètre enregistrait lui aussi, une diminution de la tension artérielle. Nous pouvons citer 14 cas d'hypertension (dont l'un à maxima 24, minima 11, différentielle 13, indice 5) où nous avons vu la maxima baisser très rapidement dans les 8 premiers jours, tandis que la minima restait identique à elle-même. D'autre part, vers la fin du traitement, la maxima restait par exemple à 16 ou 17, tandis que la minima ne marquait plus que 9 1/2 à 10.

---

(1) Cf. Notre communication à la Société de médecine de Paris (1920). — Les travaux de Billard, sur le pouvoir anagotoxique des E M., ceux de Ferreyrolles ; ceux enfin qui sont actuellement poursuivis auprès des Laboratoires de l'Intitut d'Hydrologie de Paris et de diverses facultés apportent déjà un jour nouveau sur cette difficile question.

Ce traitement à l'étuve ou aux galeries de captage ne vas pas sans quelque fatigue, aussi est-il recommandé aux malades qui le suivent de se reposer une partie de la matinée au sortir de l'étuve.

Mais ce qu'il faut bien remarquer, c'est que vers la dixième ou la treizième séance, ces malades voient leur teint d'intoxiqué se transformer, leur appétit et leur sommeil sont infiniment meilleurs, et, dans le mois qui suit, ils écrivent qu'ils ressentent *comme une véritable rénovation leur permettant l'effort continu dans le travail.*

S'il nous a semblé que les galeries de captage (1) agissaient surtout sur les grands intoxiqués par le surmenage en particulier, il n'est pas moins vrai que leur action est tout à fait remarquable dans certaines formes de rhumatismes et, surtout, dans ces *myalgies* si tenaces qui sont, quelquefois, la séquelle pénible d'un rhumatisme articulaire aigu.

Dans les dermatoses profondes (et nous avons ici encore plusieurs exemples de psoriasiques invétérés), l'étuve, la galerie transformant la circulation périphériques nous ont fait assister, en 5 ou 6 semaines à une véritable transformation de l'épiderme.

A toute cette action thérapeutique, obtenue, dès maintenant, dans les étuves à température unique, le *vaporarium* ajoutera la possibilité de passer progressivement de températures inférieures à 32°, à celles de 34°, 38°, et jusqu'à 42° et 45° : ceci constitue un immense progrès.

Beaucoup de malades redoutent de demeurer seuls dans l'étuve, le *vaporarium* leur permettra d'être en nombre et d'éviter toute crainte de se trouver mal dans la solitude. Mais d'autre part, les étuves actuelles étant de dimensions restreintes, il est impossible d'aller et venir librement, le *vaporarium* permettra une véritable promenade et la possibilité de chercher une température optima.

Des thermomètres, spécialement construits, permettront à chacun de se rendre compte des températures des différentes loges.

Il est à remarquer que dans la galerie Richard où ont passé plus de 150 malades au cours de ces dernières années, les malades n'ont jamais éprouvé de gêne respiratoire ni de céphalée, alors que la chose se produit quelquefois dans les grandes étuves.

Cependant, étant donné les si curieux résultats obtenus à Fortuna, je me permettrais de suggérer s'il ne serait pas possible de construire, à même la roche, des stalles analogues à celles dont j'ai parlé plus haut, et de pratiquer, au niveau du sol, *un caniveau circulaire*, de 50 cm. de large environ, sur 20 cm. de profondeur, dans lequel circulerait, constamment, une eau sulfurée thermale d'une température de 3 à 5 degrés, supérieure à la température centrale du vaporarium.

Enfin, nous nous demandons s'il ne serait pas possible de faire émerger, *au centre du vaporarium*, et au sein d'une vasque, l'*eau la plus radioactive* que M. Lepape nous signalerait.

Conclusions.

La Compagnie Fermière de Luchon, en réalisant le vaporarium dont nous venons de donner une esquisse, permettra le traitement en commun d'un très grand nombre de malades atteints d'affections de la gorge et des bronches, de manifestations articulaires de l'arthritisme et (dans des conditions à étudier), de dermatoses chroniques.

Température, vapeurs sulfurées, gaz rares, émanation de radium, constitueront, en effet, un ensemble thérapeutique dont nous ne connaissons pas de similaire ailleurs.

Nous soumettons respectueusement ces réflexions à la Commission permanente des Eaux minérales de l'Académie de médecine : la technique du vaporarium de Luchon intéresse l'ensemble du Thermatisme Français.

(1) Le humage des vapeurs sulfurées naturelles spontanément émises est le mode le plus sûr et le plus précieux de pénétration de soufre dans l'organisme.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les régimes hypoazotés.

Ch. Richet fils et R. Monceaux, étant donné l'embarras du praticien du fait que le régime hypoazoté n'a pas été établi avec la même précision que le régime déchloruré, ont deux régimes hypoazotés.

L'un est très sévère ; c'est un régime d'exception ; l'autre, moins sévère, est le régime normal pour certains malades.

La base du régime strict est constituée par un gâteau ou pain sans azote, par la crème, par des fruits. Pour préparer ce gâteau, on mélange 50 grammes d'amidon avec 22 gr. de beurre de table très frais et 28 grammes de sucre en poudre ; on met un peu d'eau chaude pour dissoudre le sucre et on fait une pâte épaisse. On ajoute une parcelle de levure fraîche de boulanger et on laisse 24 h. au frais ; on fait de petites galettes

que l'on cuit au four à chaleur vive ; elles ont le goût de sablé.

Si on élimine les noisettes, amandes, noix et marrons, très riches en matières protéiques, tous les fruits peuvent être conseillés, crus ou cuits, avec ou sans sucre, le fruit le moins azoté étant la pomme. Les confitures constituent aussi un excellent aliment. Il y a toute une série d'aliments pauvres en azote que l'on peut encore donner : le bouillon de légumes, le petit lait, les pommes de terre, les carottes, les choux.

Les auteurs ne conseillent pas les salades relativement riches en matières protéiques, non plus que les navets, les tomates et les radis. Ils déconseillent le riz, le pain, les pâtes, les farines, les haricots verts et surtout les lentilles et autres légumineuses.

Les besoins en eau de l'organisme étant largement satisfaits, et la polyurie étant la règle, les boissons peuvent être réduites au minimum : pas de lait (riche en azote), mais des boissons alcooliques (par jour 3 centilitres de cognac ou 15 centilitres de vin).

Quant au régime hypoazoté mitigé, il est facile, en suivant les mêmes règles générales, d'en composer un qui renferme 15 à 30 gr. de protéiques à calculer aisément pour chaque malade d'après les tableaux donnés par les auteurs.

Comme il est indispensable de varier l'alimentation, on tolèrera, sauf contre-indications particulières, deux fois par semaine, 75 gr. de viande ou de poisson.

Il faut se rappeler qu'il s'agit là d'un régime non pour les affaiblis tels que, anémiques, tuberculeux, convalescents, ni pour les gens bien portants, mais pour les malades, hypertendus, azotémiques, néphro-scléreux, et même goutteux (*La Presse médicale*, 10 juillet 1926.)

La vaccination contre la tuberculose par le B.C.G.

B. C. G. veut dire bacille b lié Calmette-Guérin, en raison du procédé, dû à Calmette et à ses collaborateurs, pour atténuer le bacille. Celui-ci consiste à cultiver le bacille en séries ininterrompues en présence de bile de bœuf, afin de modifier héréditairement sa constitution physico-chimique, en l'entraînant à se développer dans un milieu extrêmement alcalin et particulièrement riche en lipoïdes. Après 230 cultures successives, ainsi réalisées en 13 ans, sur pommes de terre cuites dans la bile de bœuf glycérinée, les colonies deviennent inoffensives, même à haute dose, pour toutes les espèces animales, y compris les singes anthropoïdes. Elles ne peuvent plus provoquer la formation de tubercules par inoculation, pas plus que par ingestion. Reportées sur les milieux de cultures habituels, tout en restant non virulentes, elles continuent, comme les bacilles virulents, à sécréter de la tuberculine et à déterminer chez les animaux auxquels on les injecte la formation d'anticorps décelables par la réaction de fixation du complément.

G. Poix expose en détail la pratique de cette vaccination, à laquelle il importe de se conformer strictement pour éviter des accidents.

Il résulte de nombreux essais que certains points restent encore à élucider relativement à l'immunisation antituberculeuse chez l'homme par le B. C. G. et particulièrement la durée de cette immunité. On sait que chez les jeunes bovins l'immunité est en moyenne de deux ans. En est-il de même chez l'enfant ? Peut-être y a-t-il lieu de procéder à des vaccinations périodiques chez l'enfant pendant les deux premières années de la vie, malgré qu'à cet âge la capacité d'absorption de l'intestin pour les corps microbiens soit réduite.

On mélange 2 cmc. de vaccin à un peu de lait que l'enfant prend avant la tétée. Il doit absorber trois doses de deux en deux jours, le plus près possible de sa naissance. L'émulsion vaccinale de B. C. G. ne doit être utilisée que dans les dix jours qui suivent sa préparation.

Seul, l'avenir nous apprendra si les revaccinations réalisées pendant la première période de la vie, qui est la plus meurtrière, permettront à l'enfant d'arriver à l'âge adulte dans les mêmes conditions d'immunité relative que lui aurait conférée une primo-infection bénigne naturellement acquise. (*La Presse médicale*, 19 juin 1926.)

L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine intraveineuse dans l'exploration fonctionnelle rénale.

Alors que la P. S. P. intra-musculaire dépend à la fois des fonctions rénales et circulatoires locales et générales, M. Hélouin fait remarquer que cette même épreuve par voie intra-veineuse ne dépend plus que de la fonction rénale seule. Elle se rapproche ainsi beaucoup mieux des conditions physiologiques de la constante, et, de plus, elle présente une exactitude de technique bien plus grande.

Il est en effet plus facile d'injecter *exactement* dans une veine 3 milligr. de substance ou 4 cmc. que d'injecter dans un muscle 6 milligr. de substance en un seul cmc. Il est entendu qu'il faut toujours un ajustement soigneux des teintes avant la comparaison de leurs intensités, et qu'on ne saurait jamais, sans graves erreurs, se contenter de comparer la solution urinaire à une solution aqueuse du colorant.

La technique est facile, exacte et sans dangers ; la durée de l'épreuve dure 60 minutes. Les urines sont recueillies une première fois au bout de 30 minutes et une seconde fois au bout de 30 nouvelles minutes.

L'étude comparée de la P. S. P. avec la constante conduit à admettre que l'élimination de

60 p. 100 durant les 30 premières minutes, et de 50 p. 100 pour les 60 minutes doit être considérée comme normale ; en dessous de ces chiffres l'élimination de la P. S. P. est pathologiquement diminuée.

Si la valeur de la constante dépend de la perfection (toujours douteuse) de deux évacuations vésicales (avant et après), celle de la P. S. P. ne dépend que de la perfection d'une seule de ces évacuations, car elle n'est pas faussée du fait d'une évacuation incomplète de la vessie avant l'injection intraveineuse. Elle présente une cause d'erreur très appréciable de moins que la constante.

D'une manière générale d'ailleurs, c'est l'épreuve la moins favorable (constante ou P. S. P.), qui doit servir de critère à la valeur fonctionnelle rénale.

A l'heure actuelle, une exploration fonctionnelle rénale doit comporter, indépendamment des autres recherches, l'évaluation simultanée de la constante et de la P. S. P. (*La Presse médicale*, 16 juin 1926.)

Les deux étapes de la typhlocolite chronique.

MM. G. Faroy et J. Baumann lui décrivent une première phase aiguë, dont le début se confond presque toujours avec l'affection causale (état infectieux des voies digestives par fièvre typhoïde, grippe, angine, etc.) ; elle comporte des lésions encore en activité ; c'est une série de crises subaiguës alternant avec des périodes de rémission et ayant l'apparence de la chronicité : cette phase est récidivante, subfébrile, douloureuse et spasmodique ; les crises se reproduisent à intervalles inégaux ordinairement courts, sous une influence banale, un écart de de régime, un petit état infectieux, et se termine par une débâcle glaireuse, souvent liquide. Les malades sont des vagotoniques : asthéniques, anémiques à teint pâle avec hypotension artérielle, bradycardie, cryesthésie et surtout des tendances syncopales.

Plus tard, à cette étape infectieuse et vagotonique, quand les lésions se sont amendées, refroidies, subsistent des séquelles ; peu à peu apparaît un syndrome iliaque droit, dont les éléments diffèrent notablement de la phase précédente. La dilatation cæcale en est le symptôme le plus banal ; il y a typhlatonie, avec stase et syndrome d'intoxication, et tendance à l'hypertension artérielle.

Sans doute cette division en deux étapes est un peu schématique, mais elle paraît utile en thérapeutique, où l'on est si souvent désorienté par les échecs ; on peut ainsi établir des directives générales, en conseillant de s'attaquer, suivant l'étape considérée, à l'élément colite d'une part, et au processus atonie et stase, par des moyens différents.

Il est certain que certains moyens, la vaccinothérapie, par exemple, donneront des résultats dans les formes ou étapes statiques. De même les régimes, l'antisepsie intestinale, la physiothérapie et les autres modalités de traitement devront être appliqués à leur heure, et c'est sur ces données que les auteurs proposent de baser le traitement habituel de la typhlocolite et son traitement hydrominéral. (*La Presse médicale*, 23 juin 1926.)

Du pronostic des brûlures chimiques de l'œil, plus spécialement de ses brûlures par la baryte.

Le Pr Gérard a observé, fait rarement signalé, trois cas de brûlures de l'œil par la baryte. En général les agents de brûlures de l'œil agissent par action thermique, par action chimique, par action trophique (acides forts) ou par action caustique.

L'action de la baryte est assez difficile à déterminer ; elle diffère suivant que cette base se présente à l'état anhydre, conglomérée ou en poussière, ou à l'état d'hydrate, boue barytique. Elle peut agir tantôt par son action thermique, tantôt par action chimique, à la façon de la chaux, ou de la soude fortement hydratée.

Les brûlures par la baryte semblent, d'après ces trois cas, d'un pronostic favorable. En effet, malgré leur gravité immédiate apparente, elles paraissent se limiter, quant à la cornée et à son épithélium, et tendre à évoluer d'une façon plutôt favorable pour ce qui est — point capital — de la restitution de la fonction visuelle passagèrement perdue. (*La Clinique ophtalmologique*, mai 1926.)

L'état de mal angineux hyperalgique et l'infarctus du myocarde.

Le tableau clinique traduisant l'infection du myocarde est d'une extrême variabilité ; latent parfois, il entraîne aussi dès sa production la mort subite.

M. M. Weissenbach et Kaplan essayent d'individualiser un syndrome, qui, lorsque tous ses éléments sont réunis, permet d'affirmer l'existence d'un infarctus du myocarde.

Les douleurs irradiées s'étendent hors des limites habituelles, aussi bien vers les régions sous-diaphragmatiques que vers la partie supérieure du thorax et l'extrémité céphalique. Elles ont pour caractères d'être particulièrement intenses et prolongées. D'autres signes importants sont la déchéance rapide du myocarde, l'effondrement rapide de la tension artérielle portant *toujours à la fois* sur les deux pressions, et les troubles du rythme cardiaque.

L'apparition de ce syndrome peut être précédée de quelques accès angineux.

Dans les névralgies intercostales, cervicales et phréniques, les pleurodynies, les douleurs des

affections pleuro-pulmonaires, outre l'existence d'affections capables de les provoquer, on ne note pas la douleur constrictive, rétrosternale si spéciale au syndrome angineux, ni les signes d'insuffisance ventriculaire, qui accompagnent rapidement le syndrome douloureux de l'infarctus.

Comme traitement de l'état de mal angineux hyperalgique, symptomatique de l'infarctus du myocarde, on doit calmer la douleur (opium et ses dérivés) et combattre l'insuffisance cardiaque (huile camphrée, digitaline, ouabaïne). Mais la maladie résiste généralement à toutes les médications, y compris les hypotenseurs, et c'est une des caractéristiques de l'insuffisance cardiaque par infarctus. (*La Presse médicale*, 14 juillet 1926.)

La mastoïdite récidivante.

Le Pr Portmann et H. Retrouvey précisent qu'il s'agit d'une mastoïdite opérée récidivante, c'est-à-dire d'une nouvelle infection mastoïdienne dans une apophyse antérieurement opérée de mastoïdite et cliniquement guérie.

Pour qu'il y ait récidive, il ne faut pas que plusieurs années se soient écoulées entre la première et la deuxième atteinte, avec guérison observée. La récidive se produit généralement au cours de l. première année, surtout chez les jeunes sujets, et sous l'influence des mêmes causes, infections rhino-pharyngées et fièvres éruptives. Quand elle se produit au bout de quelques mois, alors que la réparation mastoïdienne n'a pas encore eu le temps de s'effectuer, son évolution est plus rapide et sa gravité moindre. Ceci se conçoit aisément si l'on étudie le travail de réfection qui se produit sur une mastoïde opérée.

Il en existe trois types cliniques, suivant que la mastoïde a repris son architecture à peu près normale, ou bien qu'elle est partiellement réparée, ou ne présente aucune réfection.

L'évolution et le pronostic sont commandés par l'état anatomique de la cicatrice. Si celle-ci est simplement fibreuse, la marche vers la peau est rapide, et cette extériorisation rapide est un facteur relatif de bénignité. Lorsque la corticale osseuse est refaite, elle l'est rarement avec une solidité égale à celle de la mastoïde saine, et là encore le pus trouve une issue facile. Ce n'est que si elle est compacte et résistante que la mastoïdite récidivante peut se compliquer des mêmes accidents veineux ou encéphaliques que la mastoïdite primitive. (*La Presse médicale*, 5 mai 1926.)

Stomatite végétante pré-épithéliomateuse cancérigène

Le Pr Gougerot relate une intéressante observation de stomatite végétante pré-épithéliomateuse avec leucoplasie régressante d'abord par les arsénobenzènes ; par la suite apparut un îlot de leucokératose, qui dégénéra et tua le malade par cancer lingual.

On a l'impression, dit l'auteur, d'être devant une infection inconnue ; l'action heureuse du 914 sur les lésions épithéliales élimine un cancer naissant diffus ; alors que l'infiltrat dermique persiste, un cancer aurait résisté au 914.

On conçoit l'importance pratique de cette dermatose. En effet, si l'on connaissait la cause et le traitement de cette stomatite végétante, on pourrait espérer faire disparaître cette graine de cancer et par conséquent arrêter ce processus cancérigène. (*La Presse médicale*, 8 mai 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le paludisme et les étangs des Dombes et de la Camargue.

(M. Marchoux. — *Académie de médecine*; 11-1-1927)

Les Dombes, qui représentent la plus grande partie de l'arrondissement de Trévoux, dans l'Ain, sont constituées par un plateau ayant ses points culminants entre Chalamont et Meximieux. On y rencontre de très nombreux étangs qui constituent une des richesses du pays : lorsque ces étangs sont vidés et asséchés, on y recueille une quantité considérable de poisson et, d'autre part, les terres qui en forment le fond sont particulièrement fertiles.

La Camargue est une île comprise entre les branches du Rhône, après Arles, comportant des dépressions de terrains souvent inondées, avec marais et étangs d'étendue variable.

Dans les Dombes comme en Camargue, on trouve de nombreux moustiques et les porteurs d'hématozoaires n'y manquent pas. Malgré ces conditions analogues, toutes deux favorables au développement du paludisme, un fait singulier se produit : la malaria est rare dans les Dombes et fréquente en Camargue. M. Marchoux s'est efforcé d'établir les causes de cette différence. Elle tiendrait, selon lui, à ce que les populations des Dombes vivent actuellement dans l'aisance, se soignent, se trouvent dans des conditions physiologiques meilleures, cette aisance se manifestant aussi par l'abondance et la qualité des troupeaux. On sait que les anophèles préfèrent piquer le

bétail, ne s'attaquant à l'homme qu'ensuite. Là où les troupeaux sont nombreux et vigoureux, le moustique est moins dangereux pour l'homme. La Camargue, pays plus pauvre, où l'élevage est beaucoup moins favorisé, est de ce fait en état d'infériorité dans la défense contre le paludisme. Le remède serait dans une amélioration du sort des habitants de l'île de la Camargue, la mise en valeur des terrains, le développement de l'élevage. Les propriétaires trouveraient vite une rémunération des frais qu'ils engageraient et l'hygiène du pays s'améliorerait notablement.

L'infection du cristallin.

(M. Morax. — *Académie de médecine* ; 11-1-1927.)

Au point de vue de l'infection, le cristallin est un organe très particulier. Sa capsule élastique oppose à la pénétration des micro-organismes une barrière infranchissable. Tant qu'une lésion, habituellement traumatique, n'a pas créé une brèche dans l'enveloppe cristallinienne, le cristallin reste à l'abri de l'infection.

Introduisant par effraction des micro-organismes à l'intérieur du cristallin, M. Morax a noté une autre singularité. Les microbes ordinaires de la suppuration oculaire (pneumocoque, streptocoque, staphylocoque) ne sont pas ceux auxquels le cristallin est le plus sensible. Les agents microbiens qui s'y développent le mieux sont les bactéries du sol: bacilles sporulés, bacillus subtilis, etc.

La synthaline dans le traitement du diabète.

(MM. Pr. Merklen et M. Wolf, de Strasbourg ; MM. Léon Blum et Carlier, de Strasbourg. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 31-12-1926 et 14-1-1927.)

La synthaline est un médicament nouveau introduit, il y a un an environ, dans la thérapeutique du diabète par le professeur Frank, de Breslau. Selon cet auteur, son action rivaliserait avec celle de l'insuline, dont elle pourrait constituer tout au moins un succédané, d'emploi facile.

Les recherches de Frank sont parties de la guanidine, substance qui a été incriminée dans la pathogénie de la tétanie et qui est susceptible de provoquer de l'hypoglycémie. Comme elle se montre assez toxique chez l'animal, l'auteur allemand dut la modifier pour arriver à des composés supérieurs, doués de la propriété de diminuer la glycémie tout en n'engendrant qu'un minimum de phénomènes toxiques : nausées, vomissements, diarrhée, etc. Des composés en question, Frank s'est arrêté à l'un d'eux, la synthaline, actuellement fabriquée en grand par une maison allemande et utilisée déjà assez largement en Allemagne. Elle est livrée sous forme de comprimés de 10 à 25 milligrammes dont on pourrait donner de 50 à 150 milligr. par 24 heures.

MM. Merklen et Wolf ont soumis deux de leurs malades atteints de diabète grave au traitement par la synthaline, associée d'ailleurs à l'insuline pour ne pas faire perdre aux patients le bénéfice de cette dernière. Les auteurs eurent à enregistrer quelques accidents d'intolérance (vomissements, somnolence, inappétence) et il ne leur a pas paru que l'adjonction du médicament nouveau ait été utile. Chez les deux malades en question la synthaline a été inopérante soit à titre de médicament adjuvant de l'insuline, soit à titre de médicament de substitution. Il s'agissait, il est vrai, de formes graves de diabète.

L'opinion de MM. Léon Blum et P. Carlier est beaucoup plus favorable à la synthaline que celle de M. Merklen. L'expérience de ces auteurs s'étend sur vingt cas, et sur des formes cliniques diverses. Ils formulent les conclusions suivantes :

1° Si l'on excepte les diabètes très graves, la synthaline peut partiellement remplacer l'insuline ; son usage permet ou de diminuer les doses d'insuline ou de réduire le nombre des piqûres ;

2° Dans certaines formes de diabète, où, avec une hyperglycémie relativement basse et une glycosurie plus ou moins élevée, on note une acétonurie constante assez forte, on a pu, grâce à la synthaline, faire baisser l'acétonurie sensiblement, résultat que n'avaient pas donné le régime et l'insuline ;

3° Chez les diabétiques gros mangeurs, l'administration de la synthaline, en diminuant l'appétit, contribue à réduire l'alimentation et facilite par là le traitement.

L'usage de la synthaline comporte toutefois une série d'inconvénients : perte d'appétit, lourdeurs d'estomac, vomissements, coliques, diarrhée. Ces troubles surviennent facilement avec les doses de 50 milligrammes indiquées par Frank. Les doses plus faibles de 10 à 30 milligrammes sont mieux tolérées. Un autre inconvénient de la synthaline est l'action déprimante qu'elle exerce quelquefois et qui contraste avec l'action stimulante et vivifiante de l'insuline.

En somme, pour M. Blum, la synthaline se révèle comme un adjuvant utile dans le traitement du diabète, pouvant rendre d'autant plus de services que son emploi sera mieux adapté à la forme de diabète à traiter.

Toux avec hémoptysies due au tænia inerme.

(MM. Pagniez et Lerond. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-12-1926.)

La malade de MM. Pagniez et Lerond était atteinte depuis deux ans d'une toux quinteuse intense, rebelle aux calmants habituels, avec hémoptysies et fatigue générale. Pas de bacilles de Koch dans les crachats, et auscultation à peu près négative. Un examen du sang ayant été fait, on constata une forte éosinophilie (60 % d'éosinophiles) qui fit penser à l'helminthiase. L'administration du thymol et de l'extrait de fougère mâle amena effectivement l'éva-

cuation de trois tenias saginata. A la suite de cette expulsion d'helminthes, les hémoptysies et la toux cessèrent.

Encéphalite aiguë et injections de salicylate de soude.

(MM. R. Bénard, Marchal et Bureau. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-12-1926.)

Il y a deux ans, M. Bénard présentait à la société une jeune fille entrée dans son service de l'hôpital Broussais avec un syndrome de chorée fébrile aiguë grave. Soumise au traitement de Carnot et Blamoutier (injections intra-veineuses de salicylate de soude additionné de glycose), les troubles s'amendèrent et la guérison s'ensuivit.

L'auteur a eu l'occasion de recevoir régulièrement des nouvelles de cette malade. La guérison s'est maintenue, cette jeune femme exerçant aujourd'hui sans fatigue, la profession d'employée dans un hôtel.

L'histopolychrome de Gaussen.

(M. Ch. Gaussen, d'Avignon. — *Société de biologie* ; 20-11-1926.)

M. Gaussen donne une formule nouvelle de colorant des coupes histologiques qui pourra, dit-il, rendre de réels services aux laboratoires et aux médecins pratiquant des analyses biologiques. Voici cette formule :

Solution saturée de bleu d'aniline...	0.8	cc.
Solution de ponceau de xylidine....	1.2	cc.
Solution alcoolique saturée d'acide picrique	6	cc.
Solution alcoolique de Magenta....	6	cc.
Eau distillée ordinaire	11	cc.

Mélanger dans l'ordre indiqué. N'ajouter les solutions alcooliques que peu à peu, en agitant.

Cette préparation se recommanderait par la facilité de son emploi, qui ne nécessiterait aucune habileté spéciale.

Dermite professionnelle des ramasseurs de céleri.

(MM. Legrain et R. Barthe. — *Soc. de derm. et syph.* ; 18-11-1926.)

Un malade de MM. Legrain et Barthe exerçant la profession de ramasseur de céleri dans les cultures maraîchères de Gennevilliers, présenta une dermite à type érythémato-vésiculeux, cessant par l'arrêt du travail, revenant à la reprise du même travail, et se localisant aux endroits touchés par le suc du céleri-rave. L'ouvrier agricole ramasseur de céleri sort le pied de céleri avec un crochet, le saisit de la main gauche entre le pouce et l'index et le râcle avec un couteau tenu de la main droite. Le suc du céleri-rave jaillit sur les parties des mains et des avant-bras qui sont à proximité, déterminant la topographie des lésions observées ici. On conçoit la production de cette dermite, chez un sujet prédisposé et même sensibilisé, qui arrache par jour 300 à 400 pieds de céleri et se trouve en contact d'une façon prolongée avec l'huile volatile de ce légume.

Il est difficile d'apprécier la fréquence de cette éruption professionnelle. Les ouvriers la déclarent fréquente alors que les patrons la considèrent comme exceptionnelle et la nient même. Une prédisposition apparaît en tout cas nécessaire, voire une sensibilisation, car nombre d'ouvriers agricoles manipulant cette plante très répandue n'accusent jamais de lésions cutanées des mains.

Si l'éruption de céleri n'a pas encore été décrite, on connaît par contre, les éruptions dues à la *berse* (vulgairement panais des vaches). Cette dermite nommée panaisie ou mal de panais en Belgique, est érythémato-vésiculeuse ou bulleuse comme celle du céleri et siège au niveau du bras gauche et des poignets, les ouvriers arrachant la plante de la main droite et la déposant ensuite sur leur bras gauche avant d'en faire des bottes.

Zona bismuthique.

(MM. Sezary, Pernet et Gallerand. — *Soc. de derm. et syph.* ; 18-11-26.)

On admet, en général, l'existence d'un zona dit arsenical, survenant chez des syphilitiques, au cours du traitement arsénobenzolique. Existe-t-il un zona bismuthique ? M. Sézary rapporte deux observations de zona apparu pendant la cure bismuthée. Ces observations et quelques autres du même ordre recueillies dans la littérature médicale, sans affirmer la réalité du zona bismuthique, permettent d'en accepter la possibilité.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Accidents consécutifs à un taxis.

M. Mallet-Guy relate l'observation d'un malade de 40 ans, réfugié russe, entré à l'hôpital avec un syndrome péritonéal. Porteur depuis très longtemps d'une hernie inguinale droite, cet homme avait vu quatre jours auparavant cette hernie s'étrangler, et ayant la phobie des médecins et surtout des chirurgiens, avait lui-même pratiqué pendant plusieurs heures des manœuvres brutales de réduction. Herniolaparotomie d'urgence. On trouve d'abord un sac complètement déshabité, puis refoulé dans l'abdomen, le testicule qui était en ectopie inguinale, enfin une anse distendue, rouge, avec un sillon d'étranglement très marqué et paraissant à la limite du sphacèle. Résection de 20 centimètres de grêle. L'état général étant très précaire, on se contente d'abou-

cher à la peau les deux extrémités intestinales. Ultérieurement, on pratiqua une anastomose au bouton des deux bouts d'intestin et dans un troisième temps la suture de ces deux bouts et la cure radicale de la fistule. Trois mois après la première intervention, le malade était sur le point de partir en convalescence, lorsqu'il succomba en moins d'un jour après avoir présenté un coma progressif dont rien, pas même l'autopsie, ne permit de déceler la cause.

Les sangsues dans les phlébites puerpérales.

MM. Gonnet, Jeannin et Josserand rapportent six observations de phlébite puerpérale dans lesquelles ils ont eu recours aux applications de sangsues, conseillées par Graves, et plus récemment par M. Termier, dans le but de provoquer une diminution de la coagulabilité du sang. Cette médication leur a paru modifier l'évolution de la phlébite : l'œdème n'apparaît pas ou rétrocède si l'application est faite de bonne heure. Par contre, les douleurs spontanées ou provoquées, l'impotence fonctionnelle, l'hyperthermie, persistent. Il semble même que, dans certains cas, la médication en s'opposant aux coagulations, empêche l'organisme d'élever une barrière contre l'infection, d'où l'indication de la supprimer si la température monte.

Ulcère de la face antérieure de l'estomac adhérent à la paroi.

MM. Laroyenne et Levrat. — Femme de 48 ans atteinte de douleurs abdominales sans horaire précis, avec amaigrissement et mauvais état général ; pas d'hématémèses ni de melæna ; on sentait à gauche de l'ombilic une petite tumeur dure, assez bien limitée, peu mobile, paraissant superficielle. Après une amélioration amenée par un traitement médical, les douleurs réapparaissent et on décide d'intervenir. On trouve un ulcère calleux perforé siégeant sur la face antérieure de l'estomac et adhérent à la paroi abdominale antérieure qui obturait la perforation. Cet ulcère put être facilement réséqué, sans qu'il fût nécessaire de faire une gastro-entérostomie, l'estomac n'étant que peu rétréci. Suites simples. La malade revue six mois après ne souffre plus et a repris du poids.

Cancer du cæcum chez une jeune fille de 29 ans.

MM. Laroyenne et Mestrallet. — Jeune fille de 29 ans, entrée à l'hôpital pour des douleurs à l'hypochondre droit, avec amaigrissement et diarrhée. Intervention : on trouve une tumeur cæcale qui histologiquement était un épithélioma atypique à tendance colloïdale.

Ostéomyélite de la crête iliaque.

MM. Laroyenne et Mestrallet. — Jeune homme de 17 ans, qui présenta successivement une ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, puis de l'extrémité inférieure du même os ; on constata ensuite un abcès de la jambe gauche, sans lésions du tibia et enfin une ostéomyélite de la crête iliaque droite, qui fut la dernière localisation du processus infectieux.

Arséno-résistance.

MM. L.-M. Bonnet et Garcin. — Homme de 31 ans, contracte un chancre syphilitique pour lequel il reçoit une première série d'injections de novarsénobenzol. Un mois après survient une éruption secondaire psoriasiforme. Deuxième série de cinq injections. A la troisième l'éruption a disparu, mais récidive avant la fin de la série. Il s'agit d'une arséno-résistance secondaire. En pareil cas, il faut changer de traitement et attaquer la maladie avec le mercure ou mieux le bismuth ; il est d'ailleurs généralement possible de reprendre avec succès dans la suite le novarsénobenzol.

Kyste hydatique ancien du foie.

MM. Dumas et Brunat présentent des pièces provenant de l'autopsie d'une femme de 75 ans, morte d'un cancer de l'estomac de forme classique. On avait senti au niveau de l'hypochondre droit une masse résistante, du volume d'une poire, que l'autopsie montra être la vésicule biliaire a paroi envahie par des hydatides flétries, certainement très anciennes; à la partie médiane et postérieure du foie on trouva un kyste contenant des hydatides dégénérées.

Diabète. Hypertrophie de la prostate. Dilatation et hypertrophie vésicales.

M. A. Dumas relate l'histoire d'un homme de 68 ans, diabétique, avec polyurie marquée, polyphagie, asthénie, troubles parétiques du membre supérieur gauche ; en outre il existait une pollakiurie considérable avec mictions pénibles ; au toucher rectal, prostate légèrement bosselée, de consistance ferme. Le malade mourut subitement et l'autopsie montra une vessie géante, à parois très épaisses, du type de la vessie à colonnes avec diverticules. Prostate augmentée de volume.

Phlegmon septique de la région sous-maxillaire.

M. Ponthus. — Homme de 39 ans, atteint d'une tuméfaction sous-maxillaire survenue après une angine. L'examen clinique faisait penser à un adénophlegmon banal ; l'intervention montra qu'il s'agissait d'un phlegmon septique avec infiltration de la région par un liquide fétide et louche. Malgré un traitement général et la sérothérapie antigangréneuse la mort survint au milieu des signes d'une intoxication générale.

Diabète et hypertrophie prostatique.

M. Gayet, comme suite à la présentation de M. Dumas, note que la coïncidence du diabète et de

l'hypertrophie prostatique est loin d'être exceptionnelle, mais cela paraît n'être qu'une coïncidence L'insuline permet actuellement d'élargir en pareil cas les indications opératoires.

Cancer gastrique à forme de linite.

MM. PALLASSE et G. CLUZET. — Femme de 54 ans; depuis un an, troubles digestifs à type œsophagien (douleurs violentes au moment de l'ingestion alimentaire, dysphagie, vomissements précoces). Amaigrissement considérable ; aspect d'inanitiée ; tendance à l'hypothermie. Masse très dure occupant l'épigastre. Autopsie ; estomac en forme de boudin, à parois très épaissies. Sténose très serrée du cardia.

Société médicale des hôpitaux.

Mégacôlon chez un enfant myopathique.

MM. G. MOURIQUAND et BERNHEIM. — Enfant de 9 ans, microcéphale, arriéré mental et atteint de myopathie pseudo-hypertrophique arrivée à la troisième période décrite par Duchenne (de Boulogne). Actuellement cet enfant présente, en outre, des accidents intestinaux remontant à juillet 1926. A ce moment se manifesta un syndrome d'occlusion intestinale aiguë qui céda à l'administration de plusieurs grands lavements huileux. Une radiographie montra une dilatation générale marquée de tout le gros intestin. Depuis lors, l'abdomen demeure ballonné et la constipation est opiniâtre. Les auteurs se sont demandé si ces accidents ne devaient pas être interprétés comme étant sous la dépendance d'une atrophie de la musculature lisse du gros intestin. Mais si celle-ci a pu être observée, notamment par A. Léri, au cours d'une amyotrophie myélopathique, elle ne l'avait jamais été au cours des myopathies. On doit donc, et c'est l'avis de M. Bard, conclure à une coïncidence.

Lymphangiome de la langue.

MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE. — Fillette de 13 ans, porteur d'une tumeur du dos de la langue qui aurait été constatée deux mois après la naissance et a surtout grossi depuis deux ans. Tumeur arrondie à bords non adhérents à la partie sous-jacente; au centre et en avant, elle présente un aspect mûriforme, avec de petites vésicules contenant, les unes un liquide hématique, les autres un liquide citrin. Il y a seulement un peu de gêne de la déglutition. L'examen histologique d'un fragment prélevé par biopsie montra qu'il s'agissait d'un lymphangiome.

Méningites à méningocoques et pneumocoques. Essai de traitement par l'optochine.

MM. MOURIQUAND et SÉDALLIAN relatent l'histoire d'un enfant de 3 mois et celle d'un enfant de 2 mois qui furent atteints tous deux de méningite à méningocoques et pneumocoques associés. La double infection a été constatée d'emblée, le méningocoque ayant paru d'abord prédominant ; plus tard la sérothérapie le fit diminuer puis disparaître en apparence, laissant la place au pneumocoque. L'optochine, qui fut injectée pour tenter de l'atteindre, resta impuissante. Ce médicament, étudié par l'école allemande, est un éthyl-hydrocuprin (alcaloïde du quinquina) qui possède d'énergiques propriétés bactéricides *in vitro*. La dose fut de 1 centigramme en injections intra-rachidiennes. A partir de cinq ou six ans, on peut injecter 0 gr. 25 à 0 gr. 50.

Péricardite tuberculeuse. Injections de lipiodol.

MM. GATÉ et H. GARDÈRE ont essayé, à l'exemple de MM. Fiessinger et Lemaire, de traiter la péricardite tuberculeuse par les injections de lipiodol. L'observation qu'ils présentent a trait à un malade atteint d'épanchement pleural et d'épanchement péricardique. Les signes fonctionnels dus à ce dernier ont paru heureusement influencés, mais le lipiodol n'empêcha pas la transformation purulente et ne parut pas allonger sensiblement le temps de reproduction du liquide. Il ne semble donc pas que le lipiodol puisse être considéré comme un agent modificateur vraiment efficace dans la péricardite tuberculeuse.

Septicémie coli-bacillaire avec purpura et pyélonéphrite chez un nourrisson.

MM. DUFOURT et LEVET. — Fillette de 8 mois présentant depuis peu de temps de grosses poussées thermiques. Enfant pâle et d'aspect souffreteux. Examen somatique négatif. Les urines retirées par cathétérisme sont troubles, renferment une petite quantité d'albumine et de nombreux coli-bacilles. Malgré un traitement par l'urotropine, puis par un auto-vaccin, l'état de la malade s'aggrava progressivement et elle finit par succomber au milieu d'un syndrome purpurique avec hémorrhagies muqueuses. Une culture du sang donna des coli-bacilles. Selon MM. Dufourt et Levet, on ne pense pas assez à la pyélo-néphrite, en présence de nourrissons ayant une fièvre d'origine obscure. Ces infections sont cependant assez fréquentes. Elles ne sont pas habituellement aussi graves que dans le cas présenté.

Endocardite infectieuse sans signes sthétoscopiques.

MM. GALLAVARDIN et A. JOSSERAND. — Homme de 58 ans, entré à l'hôpital avec une température élevée datant d'une quinzaine de jours. Examen clinique négatif. A la radioscopie, obscurité allongée sur le bord gauche de l'aorte ascendante. Cachexie progressive et mort 18 jours après l'entrée, sans que, malgré l'auscultation quotidienne attentive du cœur, on n'ait perçu le moindre souffle. Or l'autopsie montra une très grosse endocardite végétante des sigmoïdes pulmonaires.

Pachypleurite cancéreuse massive.

MM. Bonnamour, Daubron et Beaupère relatent un cas de cancer de la plèvre qui diffère sensiblement des types classiques de cette affection. Les auteurs ont pu réunir, dans la thèse de Montègue, sept observations analogues, se rapportant au même type clinique caractérisé par un début insidieux, une évolution lente (deux à cinq ans), une absence presque complète de signes fonctionnels contrastant avec des signes pseudo-liquidiens importants (matité de bois, abolition des vibrations, obscurité respiratoire complète) ; à l'écran, on n'a pas de ligne horizontale nette limitant la zone d'obscurité. Les ponctions exploratrices restent négatives. Les organes abdominaux sont notablement abaissés, le cœur, par contre, peu dévié. Anatomiquement, cette forme se traduit par l'envahissement total de la plèvre malade qui forme une carapace épaisse autour du poumon, sans liquide libre dans la cavité d'où le nom de *pachypleurite cancéreuse massive* que les auteurs proposent de donner à cette forme de cancer de la plèvre.

Syphilis et cancer du poumon avec métastases rénale et vertébrale.

MM. Bonnamour, Daubron et Bouysset. — Homme de 62 ans, entré à l'hôpital pour une sciatique droite. Grand fumeur, tousse et crache souvent le matin depuis quinze ans. Depuis six mois, petites hémoptysies répétées. Il y a quatre mois, le malade a eu deux jours de suite une hématurie. Amaigrissement de dix kilos. Enfin, depuis un mois, douleurs lombaires avec irradiations intermittentes dans le mollet droit. A l'entrée, obscurité respiratoire complète et diminution des vibrations dans la région sous claviculaire. Région lombaire douloureuse à la pression. Signe de Lasègue à droite. Radioscopie : ombre sphérique dense, à contours nets, de la dimension d'une bille de billard, au sommet gauche. Crachat « gelée de groseilles ». Le malade a eu encore une hématurie dans le service. Mort subite. *Autopsie* : masse néoplasique blanchâtre au sommet gauche, hépatisation du reste du poumon ; deux noyaux néoplasiques dans le rein droit ; nombreuses exostoses au niveau de la colonne avec aspect éburné de certaines vertèbres à la coupe (cet aspect passe pour la caractéristique anatomique de la métastase vertébrale du cancer prostatique, mais ici la prostate était saine).

De la pyloroduodénite.

MM. Bouchut et Pierre P. Ravault. — Une évolution s'est faite depuis quelques années en pathologie gastrique au sujet des douleurs tardives : l'ancienne dyspepsie hyperchlorhydrique et la gastrite ont été dépossédées au profit de l'ulcus. Des douleurs gastriques survenant trois à quatre heures après les repas, calmées par l'ingestion d'aliments ou d'alcalins, évoluant par périodes entrecoupées de rémission, un point sensible bien localisé, un léger syndrome pylorique, suffisent à faire porter le diagnostic d'ulcère — étant éliminée la possibilité d'une cholécystite ou d'une appendicite. Or, d'après MM. Bouchut et P. Ravault, cette conception est loin de cadrer avec la totalité des faits et ils ont pu réunir sept observations indiscutables dans lesquelles le diagnostic d'ulcère gastrique ou duodénal paraissait s'imposer et où, à l'intervention chirurgicale, on ne trouva, ni ulcère, ni altération grossière de l'estomac, ni lésions à distance. Pour les auteurs, ces « pseudo-ulcères gastriques » sont en réalité la traduction clinique de lésions de *pyloro-duodénite* : muqueuse pylorique et duodénale rouge, saillante et granuleuse, avec quelques exulcérations très superficielles ne ressemblant en rien à l'ulcère de Cruveilhier ; histologiquement, on trouve une inflammation intense de la muqueuse, véritable gastrite subaiguë à la fois parenchymateuse et surtout interstitielle. L'étiologie de ces lésions est encore obscure ; toutefois il semble logique de penser qu'elles sont la localisation sur la muqueuse gastrique d'une infection de nature indéterminée. Quant au traitement à appliquer à de tels malades, c'est le traitement *médical* de l'ulcus.

Acrodynie infantile.

MM. Péhu et Lesbroc présentent une fillette de 13 ans, atteinte d'acrodynie, affection caractérisée par les symptômes suivants : 1° *manifestations cutanées* : sueurs généralisées, érythrodermie localisée aux mains et aux pieds et rappelant l'éruption de la scarlatine, desquamation, cyanose ou état demi-syncopal des extrémités rappelant la maladie de Reynaud ; 2° *manifestations nerveuses* : fonte musculaire rapide, parésie des membres ; 3° *manifestations psychiques* : changement de caractère, tristesse, insomnie ; 4° *manifestations circulatoires* : tachycardie

La maladie est de longue durée et aboutit à la guérison complète au bout de quatre à six mois.

Société d'Ophtalmologie.

Rétinite albuminurique avec longue survie.

M. Genet présente deux observations de rétinite albuminurique avec survie de trois ans dans un cas, de quatre ans dans l'autre, alors que, classiquement, on admet que l'apparition de cette complication est suivie de mort dans les deux ans qui suivent. Dans les cas où la survie est plus longue on observe des signes ophtalmoscopiques particuliers : moindre étendue des exsudats qui sont susceptibles de se résorber.

Dacryocystite congénitale.

M. Rollet. — La dacryoscystite congénitale survient quelques jours après la naissance et revêt les diverses formes de la dacryocystite banale de l'a-

dulte. Au point de vue pathogénique il faut incriminer l'imperméabilité temporaire du canal nasal. L'auteur est partisan d'un traitement purement médical : petits massages pour favoriser l'expulsion du bouchon muco-gélatineux, lavages au permanganate de potasse à 1 p. 5000, collyre à l'argyrol à 0 gr. 45 p. 10.

A. C.

Les Livres

LIBRAIRIE DALLOZ, Paris.

M. SUMIEN, Conseiller d'Etat, Directeur au Ministère du Travail. — **Traité théorique et pratique des assurances terrestres et de la réassurance.**

Depuis quelques années, l'assurance a pris en France une extension considérable. Elle entre de plus en plus dans les mœurs, comme mesure tant de conservation (assurances incendie) que de précaution (assurances responsabilité) ou comme mesure de prévoyance, d'épargne (assurances vie, dotale, capitalisation, etc.).

M. Sumien aborde chacune d'elles, sous leurs différents aspects.

Après avoir consacré quelques pages d'introduction, pour définir la notion d'assurance et son rôle économique, il aborde la construction doctrinale de l'assurance et de la réassurance : le contrat en lui-même, son objet, ses preuves, ses principales clauses.

Il considère ensuite les parties en présence : le souscripteur, le bénéficiaire et l'assureur (tant sociétés anonymes que mutuelles). Il expose les conditions et obligations, auxquelles la loi les soumet et enfin expose leur gestion.

Une place à part est faite à l'assurance-vie, à ses formes et modalités variées, aux conditions qui les régissent.

Après avoir exposé les causes d'extinction des contrats, l'auteur aborde, dans une deuxième partie de son livre, les différentes catégories d'assurances maritimes, terrestres, assurances sur la vie, contre l'incendie, contre la responsabilité, ou réparation d'accident.

Des développements appropriés sont consacrés aux formes récentes de garantie : assurance-transport, assurance-crédits, assurance des expositions, assurances contre des risques divers, tels qu'assurance contre la pluie.

Une partie de l'ouvrage est consacrée à la réassurance, organisme international, dont il démontre le mécanisme, en en faisant l'historique et en précisant la course aux marchés internationaux. Sur ce dernier point, l'Allemagne avant la guerre se classait bonne première, alors qu'aujourd'hui, c'est la Suisse qui arrive en tête.

L'étude du fonctionnement intérieur des compagnies d'assurances termine cette partie, avec, en appendice, la législation de guerre des assurances.

Dans une troisième partie, M. Sumien nous parle du contrôle et de la surveillance des assurances, par les organismes de l'Etat, tant en France qu'à l'étranger.

Une quatrième partie est consacrée au régime fiscal des assurances.

On voit, par ce sommaire, que M. Sumien n'a négligé aucun détail, pour tout ce qui concerne les assurances. Tout ce qui se rapporte à ces dernières est traité dans ce livre, tant au point de vue technique que pratique.

Nombre d'ouvrages ont déjà été publiés sur les assurances ; mais aucun n'avait présenté aussi magistralement un tableau, une vue d'ensemble.

Pour les non-initiés, l'assurance est une matière hermétique et la plupart des personnes s'en remettent au courtier, au démarcheur, avec lequel ils traitent.

Les assurés signent les polices sans les lire, sans en connaître les conditions générales et de bonne foi, n'en observent pas les clauses, puisqu'ils les ignorent. Ils peuvent donc se trouver en déchéance le jour d'un sinistre. Le traité de M. Sumien explique clause par clause le contenu des polices qu'ils peuvent avoir à contracter. Avec ce livre les assurés connaîtront exactement l'étendue de leurs obligations et pourront utilement défendre leurs droits.

D'autre part, comme nous l'avons vu, M. Sumien a consacré une grande partie de son livre au fonctionnement des Compagnies tant mutuelles qu'à primes fixes. Il en étudie la formation, leur capital, leurs réserves, les formalités de constitution auxquelles elles sont soumises, les autorisations qu'il leur faut avoir, les garanties qu'elles sont obligées de fournir, le mécanisme de leur bilan.

En s'inspirant de ce traité, on ne contractera plus une assurance à la légère ; mais on pourra étudier quelles Compagnies sont les plus solvables, et l'on risquera moins, en cas de sinistre, de se trouver à découvert.

Ce livre est fortement étayé par de continuels renvois à la jurisprudence et par les documents statistiques les plus récents.

Mis au courant des plus récentes opérations d'assurance, pratiquées en France et à l'étranger, des dernières questions fiscales, ce livre est utile à tous. Les assureurs eux-mêmes trouveront profit à le consulter, car il réunit sous un assez faible volume toutes les bases de l'assurance. Les hommes d'affaires en auront un perpétuel besoin. L'industriel, le commerçant, ce plus gros client de l'assurance, le médecin qui si souvent est en rapport avec les Compagnies

garantissant les accidents du travail et qui a besoin d'assurer, à des Compagnies sérieuses, la responsabilité qu'il encourt de par sa profession, chacun fera son profit de ce traité qui est écrit dans une langue claire, évitant les termes techniques, dont usent les assureurs ou les commentant en détail. Toute personne soucieuse de ses intérêts devra le posséder dans sa bibliothèque, elle aura certainement l'occasion de s'y référer.

Dr Paul Boudin.

Les Presses universitaires.

Dr St Artault. — **L'amour, école du bonheur.**

Alph. Daudet a dit, jadis, son rêve de s'établir marchand de bonheur. Notre talentueux confrère, le Dr St-Artault vient, lui, de réaliser ce rêve. Bien entendu il ne nous vend pas sa panacée : libéralement, il nous l'offre sous les espèces d'une étude philosophique, biologique et sociale, dédiée à la jeunesse française. Cette panacée du bonheur c'est, affirme-t-il, l'amour et il s'efforce à le prouver. Ecrire sur l'amour n'est-ce pas un peu s'essayer à écrire sur le sable. L'amour est, en effet, si fugace, si protéiforme. Cependant, comme toute manifestation de l'esprit, du cœur humain, il a ses fondements, oserais-je dire qu'il a ses règles ! Eh ! bien oui, si nous en croyons notre confrère, et tout le premier je l'en crois. Ecrire sur l'amour qui n'en a été tenté ? Quand même il restait encore à dire et le dernier mot n'en sera dit qu'avec la fin du monde. Le livre du Dr Artault est l'ensemble d'une série de conférences qu'il a faites à des mères et à des jeunes filles. Tout d'abord il commence par exposer les raisons vitales, impérieuses, qui l'ont décidé à aborder ce sujet et ensuite, au cours d'une série de chapitres bien enchaînés et déduits, il étudie l'affectivité, l'évolution de l'amour platonique, sa première étape, son unité biologique ; l'amour sensoriel, sa deuxième étape ; le rôle prépondérant de l'esprit et du cœur, la philosophie de l'amour ; enfin sa troisième étape : le mariage, le couple, unité sociale. Entre temps, avec une verve satirique heureuse, il traite de la dot et donne le secret du bonheur conjugal. Passant en revue les diverses mentalités des amoureux, la fidélité, la psychologie féminine, la venue de l'enfant qui sanctifie l'amour et est le sceau de la famille, il recommande le tact et la délicatesse dans le saint office du mariage. Il montre la femme, centre d'attraction, foyer rayonnant des inspirations humaines, si bien que l'on peut dire que son livre est écrit à la gloire de la femme et pour son bonheur. Enfin en des conclusions tout à la fois d'une belle envolée littéraire et d'une grande solidité biologique — car notre confrère est, ce dont, volontiers, il se vante, un naturaliste et j'ajoute doublé d'un fin lettré — il nous prouve que seul l'amour sain, bien compris peut régénérer le monde. Ajoutons que le tout est émaillé de nombreuses citations qui trahissent l'érudit et aiguisé de traits satiriques dont certains seraient à citer. Nous dirons encore que ce livre tout de sincérité a été surtout écrit dans le but de faire renaître par la glorification de l'amour, notre foi en nos destinées, en notre dignité, en notre force. Qui le lira aura bien employé son temps, y trouvera selon ses tendances à satisfaire sa dilection pour la forme littéraire, son souci des réformes sociales et morales souhaitables, car ce livre remue des idées et cela dans un style alerte et élégant. Encore une fois simultanément: littéraire dans sa forme, scientifique dans son fond, sociologique dans son but il est, à n'en pas douter, destiné à être lu, relu et mis à part dans la bibliothèque de chacun de nous. Confrères, faites-le lire à vos jeunes gens et à vos jeunes ménages, si m'en croyez.

P.R.

N. Maloine, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

F. Coste. — **Séméiologie médicale. Tome I. : Du symptôme à la maladie**, 6e édition. (1 volume, 350 pages, 1927.)

L'auteur présente au lecteur le résumé aussi complet, mais surtout aussi clair que possible du travail cérébral d'un praticien, qui mis en présence d'un symptôme, cherche à en déduire un diagnostic exact.

C'est aujourd'hui le tome I, de cette collection de guides du diagnostic clinique, qui paraît. Il serait la reproduction du volume paru sous le titre « Du symptôme à la maladie », si des modifications importantes n'avaient pas paru indispensables.

Certains chapitres, qui sont du domaine de la chirurgie, ou de la spécialité — les anuries, les hématuries, les pollakiuries, les pyuries, les tumeurs abdominales — ont été supprimés, puisqu'ils ont trouvé ailleurs leur place normale. Si les polyuries et les épistaxis ont été maintenues dans ce volume, c'est que ces symptômes sont souvent révélateurs d'une maladie.

Quatre chapitres ont été ajoutés : les aphasies, les délires, les enflures des membres inférieurs, les purpuras. Tous les autres ont été revus et mis au courant des connaissances actuelles.

La mission du médecin praticien, qui veut traiter rationnellement ses malades, consiste 1° à constater et hiérarchiser les symptômes ; 2° à en déduire l'état anatomique et fonctionnel des organes ou des appareils altérés ; 3° à diagnostiquer la *maladie*, qui tient sous sa dépendance ce fonctionnement, cette lésion, ces symptômes.

Du symptôme à la maladie c'est toute la médecine pratique. Ce livre rendra certainement les plus signalés services à tous nos confrères.

L'avis de quelques MAITRES

M. le Dr GOUGEROT. — ...*Ils ont (les sels insolubles) l'inconvénient de provoquer parfois des accumulations avec résorption nulle ou incomplète, d'où une action imparfaite, puis des décharges massives dont on n'est plus maître et qui peuvent être dangeureuses en cas d'accidents bismuthiques. Parfois l'injection musculaire donne des accidents locaux, nécrose, abcès, fistule interminable.*

(Le traitement de la syphilis en clientèle, 4e édit., Maloine, Editeur.)

M. le Dr LACAPÈRE. —...*Chez les intolérants aux arsenicaux, les injections intraveineuses ou intramusculaires de sels bismuthiques solubles ou de bismuth colloïdal peuvent être employées avec succès. On doit se défier dans ces cas des préparations insolubles qui demandent un temps assez long pour être aborbées et entrer en action, si bien que, dans les syphilis jeunes, des localisations nouvelles peuvent se produire en cours de la première série d'injections bismuthiques insolubles et atteindre les viscères ou les centres nerveux.*

(L'HOPITAL, octobre 1926.)

M. le Dr LORTAT-JACOB. — *Il nous a semblé que dans les syphilis récentes, certains sels solubles de bismuth en injections intramusculaires (benzobismuth) étaient doués d'un pouvoir très efficace et pouvaient rendre de grands services, lorsque le novar ne pouvait être employé.*

(L'HOPITAL, octobre 1926.)

M. le Dr LOUSTE. —......*Plus j'acquiers d'expérience, moins j'utilise les préparations insolubles ou les garde en fin de série pour éviter les indurations, les scléroses musculaires, ou les abcès....*

(L'HOPITAL, octobre 1926.)

M. le Dr QUEYRAT. —.....*A propos de la communication de M. Pinard « 61 cas de rétention bismuthique » dues à des injections de bismuths insolubles.*

« Il y a longtemps pour mon compte que j'y ai renoncé après les avoir essayés sans aucun parti pris, en voyant, par l'emploi comparatif, combien les préparations bismuthiques solubles donnent des résultats thérapeutiques plus satisfaisants ; je n'emploie plus que ces préparations solubles ; je m'en trouve très bien et mes malades encore mieux. »

(Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Séance du 12 novembre 1925.)

Cinq années de pratique journalière en clientèle et dans les hôpitaux ont prouvé la parfaite innocuité et l'incomparable activité du BENZO-BISMUTH : *Dérivé sodique de l'acide trioxy-bismutho-benzoïque.*

(Académie des Sciences, février 1922 ; Académie de Médecine, juin 1922, etc.)

Echantillons : Laboratoires MILLOT, 54, rue de la Bienfaisance, PARIS 8e

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

APPENDICITE SOUS-HÉPATIQUE, par Maurice TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, novembre 1926.

APPENDICITE VERMINEUSE, par Maurice TUSSAU, Société des chirurgiens de Paris, 3 décembre 1926.

CAMPINGS THERMAUX, par R. MOLINÉRY, *Médecine intern. illust.*, décembre 1926.

CANCER DE L'UTÉRUS (résultats de l'hystérectomie élargie), par J. DE FOURMESTRAUX, *Concours médical*, nº 1, 2 janvier 1927.

CATAPLASME DE FARINE DE LIN, par H. LECLERC, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 décembre 1926.

CŒUR ET CARDIOPATHIES, par J. SABRAZÈS, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, nº 49, 5 décembre 1926.

COMPÉRAGE (entre médecins et pharmacien), par P. BOUDIN, *Concours médical*, nº 50, 12 décembre 1926.

DÉONTOLOGIE (Le dénigrement intermédical), par G. DUCHESNE, *Concours médical*, nº 1, 2 janvier 1927.

DENTS ET DENTISTES DANS LES PROVERBES, par Albert GARRIGUES, *Semaine dentaire*, nº 52, 26 décembre 1926.

DEVOIR MÉDICAL, par A. RAYBAUD, *Gazette de médecine pratique et de thérapeutique appliquée de Marseille*, nº 1, novembre 1926.

ENCÉPHALOMYÉLITE ÉPIDÉMIQUE (Séquelles convulsives), par R. CRUCHET, Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 26 novembre 1926.

FIGUE DE BARBARIE, par H. LECLERC, *Presse médicale*, nº 3, 8 janvier 1927.

FRACTURES COMPLIQUÉES (Traitement), par R. LERICHE, Société de chirurgie, 24 novembre 1926.

HÉRÉDITÉ (Le mal héréditaire), par CABANÈS, 1 vol., Albin Michel, Paris 26.

HYPOPHYSE (Un cas d'adéno-épithéliome de l'), par J. SABRAZÈS, Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 3 décembre 1926.

HYGIÈNE (La conférence sanitaire internationale de Paris en 1926), par A. RAYBAUD, *Marseille médical*, nº 33, 25 novembre 1926.

IMMIGRATION EN FRANCE, par J. NOIR, *Concours médical*, nº 2, 9 janvier 1927.

LAENNEC : *a*) par CABANÈS, *Gazette des hôpitaux*, nº 101, 18 décembre 1926 ;
b) Par R. CRUCHET, *Journal de médecine de Bordeaux*, nº 22, 25 décembre 1926.
c) Cérémonies du Centenaire, par J. NOIR, *Concours médical*, nº 52, 26 décembre 1926.

LEREDDE, par J. NOIR, *Concours médical*, nº 50, 12 décembre 26 ; par R. MARTIAL, *Presse médicale*, nº 99, 11 décembre 1926.

LUCHON (Le Vaporium de), par R. MOLINÉRY, Académie de Médecine, 28 décembre.

MAISON DE SANTÉ A BON MARCHÉ (Organisation par un hôpital d'une), par Paul BOUDIN, *Concours médical*, nº 51, 19 décembre 1926.

MÉDECINS COLONIAUX, par J. NOIR, *Concours médical*, nº 51, 19 décembre 1926.

MÉDECINE MILITAIRE (La journée médico-militaire aux Journées de Montpellier), par G. DUCHESNE, *Concours médical*, nº 50, 12 décembre 1926.

PAMPLEMOUSSE, par H. LECLERC, *Presse médicale*, nº 102, 22 décembre 1926.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE, par Maurice TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, décembre 1926.

POISSON (Augmentation de la consommation du), par A. LOIR, *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, nº 35, novembre 1926.

PRATIQUE (Questions de). — (La fièvre dans les angines. — Action intestinale segmentaire des purgatifs. — Comment prescrire la maltine), par Albert GARRIGUES, *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, nº 35, novembre 1926.

PRESSE (La grande) ET LES MÉDECINS, par G. DUCHESNE, *Concours médical*, nº 52, 26 décembre 1926.

PHYTOTHÉRAPIE (Les matières minérales dans les végétaux), par Albert GARRIGUES, *Médecine internationale illustrée*, nº 1, janvier 1927.

RABELAIS BOTANISTE (Variations sur un thème de Rabelais), par Albert GARRIGUES, *L'Association médicale*, nº 12, décembre 1926.

SANG (Louis XI et sa légendre rouge), par Albert GARRIGUES, *Science médicale pratique*, nº 6, décembre 1926.

SANG HUMAIN (Origine médicale des cérémonies religieuses où fut employé le), par Albert GARRIGUES *Concours médical*, nº 2, 9 janvier 1927.

SOUFRE (En thérapeutique oculaire), par R. MOLINÉRY, Société d'hydrologie médicale de Paris, 6 décembre 1926.

SYPHILIS ET CAMPHORATE HUILEUX DE BISMUTH, par L. BISARD, *Annales des maladies vénériennes*, octobre 1926.

SYPHILIS ET SYPHILITIQUE, par R. MOLINÉRY, *Médecine internationale illustrée*, nº 1, janvier 1927.

TUBERCULOSE ET HÉRÉDITÉ, par H. BOUQUET, *Monde médical*, nº 500, janvier 1927.

VASOMOTRICITÉ (Théories actuelles), par R. LERICHE, Académie des sciences, 27 décembre 1926.

VIE, MORT ET MÉDECIN, par Jules TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, novembre 1926.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

TRANSFORMATION D'UN HOPITAL EN MAISON DE SANTÉ AU SEUL PROFIT DES MÉDECINS DE L'ÉTABLISSEMENT

Pour se créer des ressources complémentaires, un hôpital fait acte de commerce, en recevant, moyennant bénéfice, des malades payants.

Mais, pour attirer la clientèle de ces derniers, la commission administrative donne à ses seuls médecins le droit de soigner les hospitalisés payants, moyennant honoraires versés directement par le malade à son docteur et ce, au détriment des autres praticiens, établis dans la localité.

La commission administrative estime qu'en agissant de la sorte, elle remercie, d'une manière indirecte, son corps médico-chirurgical, qui donne gratuitement (ou presque) ses soins aux hospitalisés indigents.

Cette situation est-elle légale ? Est-elle déontologique ?

Au point de vue légal.

Un hôpital peut, dans les limites fixées par le règlement modèle du 30 juin 1921, article 28, note, recevoir des malades payants, mais d'une manière exceptionnelle, à la condition que pareils agissements ne lèsent pas les intérêts des propriétaires de maisons de santé privées.

S'il n'y a pas de clinique particulière, dans la commune, l'hôpital peut parfaitement admettre des malades payants, faisant ainsi fonction de maison de santé.

Mais, établissement public, l'hôpital ne peut pas faire acte de commerce. Par conséquent, pour rester dans les limites permises et pour ne pas être accusé de faire du commerce, la commission administrative devrait fixer le prix de journée des payants à un taux égal à celui arrêté pour la journée d'assistance médicale gratuite, c'est-à-dire établi de telle sorte qu'il n'y ait ni perte, ni bénéfice pour l'établissement.

Bien entendu, la question des honoraires médicaux reste complètement en dehors. Aux malades à s'entendre directement avec leurs médecins, pour fixer le quantum des honoraires, selon les règles du droit commun.

En ce qui concerne cette fixation des honoraires médicaux, plusieurs objections ont été déjà soulevées.

Les commissions administratives craignent que les docteurs puissent exiger des honoraires trop élevés, de la part de malades hospitalisés, mais de condition modeste.

Aussi certains administrateurs ont-ils émis la prétention, lors des discussions en Conseil supérieur de l'Assistance publique, de percevoir eux-mêmes les honoraires des médecins et de donner à ces derniers tout ou partie des sommes récupérées.

A cela je réponds qu'il est plus simple de laisser la liberté des tractations, comme cela se passe sous l'empire du droit commun. Mais, si une plainte est portée contre un docteur, la commission administrative, d'accord avec le conseil de famille du syndicat local, pourra arbitrer le conflit et prendre, par exemple, comme base d'appréciation de la note d'honoraires contestée, un tarif officiel, tel que le tarif syndical local ou celui établi par le Ministre du travail, pour l'application de la loi du 9 avril 1898.

En second lieu, certaines commissions administratives d'hôpitaux, traitant le Corps médical de l'établissement à l'instar de vulgaires employés salariés, prétendent toucher elles-mêmes les honoraires, qui seraient dus aux médecins et ne donner à ces derniers que la part qu'elles voudraient bien leur concéder.

Elles estiment devoir ainsi retenir une somme, pour frais divers de salle d'opération, d'utilisation des instruments et appareils, propriété de l'hôpital, enfin utilisation du personnel infirmier.

Certes, le Corps médical ne se refusera jamais à payer la part de frais qui lui incombe ; mais ces frais peuvent être incorporés pour la fixation du prix de journée de médecine, ou de chirurgie.

De plus, seraient-ils dus, ces frais seront remboursés par les médecins eux-mêmes, à l'hôpital, sans que cet établissement ait besoin de prendre des précautions contre les docteurs, en percevant les honoraires qui sont dus à ces derniers.

Donc, au point de vue légal, un hôpital a parfaitement le droit d'utiliser l'établissement, son matériel et son personnel, comme bon lui semble, à la condition de ne pas faire acte commercial.

Or, c'est faire du commerce que de recevoir des malades sur lesquels on prélève un bénéfice, celui-ci ne devrait-il servir qu'à un but philanthropique et non intéressé.

Au préfet, tuteur légal des hôpitaux, de dire si

l'établissement sort de son rôle d'assistance, en admettant d'autres clients que les indigents.

Au conseil municipal de décider si ses subventions ne sont pas détournées de leur véritable but : l'assistance aux miséreux.

Aux contribuables locaux de protester auprès du maire et du préfet, si des centimes additionnels sont votés, pour subvenir aux dépenses hospitalières locales et si ces fonds sont détournés de leur véritable but.

Les malades payants ne doivent acquitter que la somme nécessaire pour défrayer l'hôpital de toutes les dépenses qu'ils occasionnent par leur présence, sans que l'établissement fasse ni perte, ni bénéfice.

Au point de vue déontologique.

Depuis le Congrès des Praticiens de 1907, les Syndicats ont toujours voté que les malades devaient avoir le libre choix de leur médecin et que les praticiens ne doivent pas accaparer la clientèle, au détriment des autres confrères.

C'est pour ce principe, que les Syndicats médicaux ont combattu les situations dites fixes et les honoraires à forfait.

Lorsque, dans une ville, les praticiens sont trop nombreux, pour être tous appelés à certaines fonctions, comme celles des hôpitaux, il est équitable qu'une sélection soit organisée par voie de concours, sur épreuves, ou sur titres.

Mais, lorsque les praticiens sont peu nombreux, il est de doctrine syndicale que tous ceux qui désirent participer à un service ont droit à leur part.

Aussi, ne faut-il pas que les fonctions de médecin de petit hôpital, fonctions souvent données à la faveur et à l'intrigue et nullement au mérite, ne soient pas ensuite le point de départ d'un monopole médical pour l'heureux titulaire.

Tous les médecins, qui exercent dans une région, ou dans une ville, ont droit à l'existence. Aussi ne convient-il pas que quelques-uns, parmi eux, accaparent la clientèle payante, au détriment de tous les autres.

C'est ainsi que de nombreux syndicats médicaux ont mis à l'index certains médecins salariés de mutualités, ou autres collectivités publiques ou privées, qui, moyennant une rétribution à forfait, ou à la tâche, soignaient seuls les malades de ces collectivités, violant ainsi les grands principes syndicaux du libre choix du médecin.

D'ailleurs, le législateur des temps modernes a, par plusieurs fois, reconnu la légitimité du libre choix du médecin, en inscrivant ce droit soit dans la loi sur les accidents du travail, soit dans celle des réformés de guerre.

Presque tous les départements ont renoncé au médecin de circonscription, imposé aux indigents, pour adopter le mode du libre choix du praticien, pour le fonctionnement de la loi sur l'assistance médicale gratuite.

Mais la liberté du travail ne met pas obstacle à des ententes entre quelques médecins et une commission hospitalière.

L'employeur, l'hôpital, peut contracter avec ses employés médecins, demander à ceux-ci de soigner gratuitement les indigents hospitalisés. En retour ces praticiens auront seuls le monopole des soins à donner aux malades payants et, par voie de conséquence, le droit de percevoir des honoraires sur ces payants.

Ce contrat ne va pas à l'encontre du règlement modèle des hospices et hôpitaux, adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, le 30 juin 1921.

Mais ce même règlement fait observer que les malades payants ne doivent être qu'exceptionnellement admis à l'hôpital, à moins qu'il n'existe pas de maison de santé dans la commune.

Ici, les questions de sentiment jouent sur une grande échelle. On a vite fait d'invoquer la nécessité de recevoir quelque part les malades payants, de les soigner près de leurs familles, dans leur localité, puisqu'il n'existe pas de maison de santé *ad hoc*.

Aussi, sans faire du commerce, l'hôpital fait-il fonction de maison de santé.

Voies et moyens.

Que faire, dans le cas particulier où un hôpital transforme une partie de l'hôpital en maison de santé (alors qu'il n'en existe pas dans la commune) et donne le monopole des soins aux seuls médecins attachés à l'établissement ?

Faire une démarche auprès du préfet et au besoin, auprès du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, ainsi qu'au Conseil supérieur de l'Assistance publique, pour signaler, si elle est mauvaise, la gestion du patrimoine hospitalier.

Il y a mauvaise gestion, lorsque le prix de journée est inférieur au prix de revient, parce que l'hospitalisation des malades payants est onéreuse pour les fonds communaux.

Mauvaise gestion également, si ce prix de journée est supérieur au prix de revient, car il laisse alors un bénéfice, ce qui permet de dire que l'hôpital, établissement public, fait du commerce.

Il faut également signaler aux autorités administratives le détournement de clientèle au détriment des médecins, qui ne font pas partie du personnel hospitalier.

Il faut faire valoir que, si les hôpitaux et hospices tiennent de la loi du 7 août 1851 le droit de nommer leurs médecins, c'est en vue du fonctionnement de l'établissement, dans sa destination première, celle des soins à donner aux miséreux.

Mais, dès que l'hôpital sort des attributions que lui confère la loi et se transforme partiellement en maison de santé, c'est-à-dire fait plus ou moins acte commercial, en hébergeant des payants, dont il tire bénéfice, il ne faut plus que cette transformation devienne une gêne pour l'exercice normal d'une profession, celle de médecin.

En cas de refus de la part du préfet, ou du ministre, que répondraient les tribunaux, s'ils étaient saisis d'un pareil procès en détournement de clientèle, c'est bien difficile à prévoir, le cas n'ayant jamais été jugé.

Au point de vue syndical, les médecins lésés peuvent citer les médecins de l'hôpital devant le conseil de famille du syndicat, pour que les accapareurs partagent, avec leurs confrères, ne faisant pas partie du personnel hospitalier, le droit de soigner leurs malades, dans la partie payante de l'établissement.

Le syndicat peut faire entendre sa voix conciliatrice ; sinon, il peut procéder à l'application de sanctions, soit par exclusion, soit par mise à l'index.

Mais de telles sanctions ne peuvent être prononcées que lorsque toutes les tentatives de conciliation ont échoué et lorsque les médecins délinquants, régulièrement cités devant le syndicat, auront présenté librement leur défense ou auront fait défaut.

Quant à l'admission des blessés du travail, tant dans les salles payantes de l'hôpital que dans la consultation externe, alors que les soins ne seront donnés que par les seuls médecins de l'établissement, on peut toujours soutenir que ces blessés ont librement choisi leur docteur et qu'ils n'y ont pas été obligés par la force, ou par menaces.

L'hôpital peut-il recevoir des blessés du travail ? Oui, répond la loi de 1898 ainsi que la jurisprudence ultérieure.

La Cour de Cassation a souvent jugé que le « tout compris » est applicable tant pour les victimes du travail hospitalisées que pour celles qui sont uniquement soignées à la consultation externe.

La Cour suprême reconnaît ainsi que l'hôpital doit faire assurer ces soins par ses médecins-employés, ou salariés et que le chef d'entreprise ne doit qu'un prix forfaitaire de journée, sans avoir à s'occuper de la ventilation possible des frais médicaux et pharmaceutiques.

En tous cas, et pour terminer, il nous faudrait avoir en mains le règlement de l'hôpital et celui de la maison de santé annexée à l'établissement.

Il nous faudrait également connaître le mode de nomination des médecins et le contrat qui les lie à l'hôpital.

Dr Paul BOUDIN.

ASSISTANCE ET MUTUALITÉ

Nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion de parler des grands desiderata de la Mutualité, concernant l'assistance publique.

Comme tous les grands philanthropes, plus généreux que clairvoyants, elle veut supprimer le paupérisme et les indigents en les absorbant, en en faisant des mutualistes.

Elle y trouverait un avantage de façade. Elle augmenterait sensiblement ses effectifs et pourrait clamer partout la magnifique floraison de la Mutualité et le développement incessant de son organisation.

D'autre part, elle arriverait à établir la confusion entre les assistés de l'assistance médicale gratuite et les mutualistes, ce qui permettrait de soigner ceux-ci, quelle que soit leur situation, au tarif des indigents.

Nous avons déjà dit suffisamment les inconvénients de cette confsusion, pour les vrais indigents, qui auraient plus à y perdre qu'à gagner, car ils préfèreront toujours le libre choix de leur médecin, le paiement à la visite des soins complets, même obstétricaux ou chirurgicaux, au régime caporalisé de la plupart des Sociétés Mutuelles.

Ce programme a déjà reçu son exécution dans le département de la Gironde, si je m'en rapporte à la lettre circulaire du préfet de ce département ainsi conçue :

« Le Préfet de la Gironde, à Messieurs les Présidents des Sociétés de Secours Mutuels à l'Assistance médicale gratuite,

« Bordeaux, le 1er octobre 1926,

« Vous savez que la loi du 15 juillet 1893 a institué l'assistance médicale gratuite obligatoire.

« Le but de cette loi est d'assurer gratuitement aux malades, dans la mesure où ils sont privés de ressources, les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art des accouchements. Ces secours doivent donc être accordés suivant les circonstances de maladie et les conditions matérielles de celui qui en demande le bénéfice, etc.

« Révisant le règlement départemental régissant la matière, le Conseil général de la Gironde au cours de ses sessions ordinaires de 1926 a décidé ce qui suit :

« **Art. 2 du règlement. — Tout indigent inscrit à l'assistance médicale gratuite ou en situation**

d'être inscrit pourra être affilié aux Sociétés de Secours mutuels locales s'il se trouve dans les conditions physiques et morales qui permettent à une société mutuelle de l'accepter après le vote statutaire.

« Le droit d'admission dans la Société sera alors payé pour eux par le département.

« Le service départemental pourra également payer les cotisations mensuelles pendant la période de défaillance pour tout mutualiste qui serait par suite d'invalidité, de chômage, etc., dans l'impossibilité manifeste de les payer et menacé pour cette raison de suspension ou d'exclusion.

« Les sommes à mandater, dans ces conditions, par le préfet, chef du service départemental de l'assistance, devront être arrêtées d'un commun accord par les bureaux d'assistance d'une part et d'autre part par les bureaux de la Mutualité intéressée.

« Le service de l'assistance médicale gratuite prendra également à sa charge après avis conforme de ses bureaux d'assistance et des Mutualités, les dépenses médicales et pharmaceutiques occasionnées par des mutualistes indigents, tendant à la chronicité et menacés de suspension ou d'exclusion conformément aux statuts de la Société locale.

« En portant cette décision à votre connaissance, j'ai l'honneur de vous faire savoir que l'assemblée départementale, en la prenant, a eu la louable pensée de s'assurer le concours des Sociétés de Secours mutuels pour l'application de la loi susvisée.

« D'ailleurs, il ne peut en résulter pour les Sociétés aucune charge financière ; mais par contre, le contrôle qu'elles seront ainsi appelées à exercer à l'égard des membres qui bénéficieront de la mesure ne peut être que profitable aux budgets publics dont les dépenses d'assistance vont sans cesse croissant.

« Avec le Conseil général, je crois pouvoir compter sur le concours des Sociétés mutuelles, je dirai plus, je suis certain qu'il nous est pleinement acquis. Je les en remercie vivement.

« *Le Préfet* : Ch. ARNAULT. »

Au premier abord, nous pensons que le Conseil général fait un métier de dupe. En effet, les sociétés mutuelles prennent, parmi les indigents, les meilleurs risques, grâce à leurs statuts et à l'examen médical à l'entrée qui se pratique dans nombre de celles-ci. Elles éliminent les gens âgés, les malades et les chroniques ; elles gardent donc la bonne part.

De plus, l'assistance médicale gratuite prend en charge tous les mauvais risques des mutualistes. Elle se substitue au sociétaire qui ne peut payer ses cotisations par suite d'invalidité, de chômage, etc.

De plus, elle revendique les dépenses médicales et pharmaceutiques occasionnées par les mutualistes indigents, s'acheminant vers la chronicité. Je sais bien qu'on parle de mutualistes indigents ; mais c'est un mot. On classera dans cette catégorie bien des malades, puisqu'en principe, on cherche à nous persuader que les Mutualistes sont tous des indigents ou des nécessiteux, mais le dernier alinéa montre le bout de l'oreille. C'est simplement pour arriver à diminuer les frais médicaux. Les médecins réclament des honoraires en rapport avec le coût de la vie pour les soins aux indigents. Les Conseils généraux, qui trouvent tout naturel d'augmenter toutes les innombrables séries de fonctionnaires, trouvent que le médecin va un peu fort quand il réclame pour lui-même de l'augmentation Pour ne pas refuser l'amélioration des tarifs et risquer la grève administrative du service de l'assistance gratuite, on cherche à passer le service médical aux Mutualités. On sait bien qu'elles ont acquis une science achevée de l'exploitation des médecins. Elles arriveront à réduire les honoraires des praticiens : si la qualité des soins en souffre, c'est bien là le moindre de leurs soucis.

Du reste, le département de la Gironde a la spécialité de ces organisations bâtardes pour les Mutualistes nombreux dans un département et par là électeurs influents. Un de nos amis nous met sous les yeux un article tiré de la *Petite Gironde* du 9 janvier 1927, donnant le compte rendu des Sociétés mutuelles de l'arrondissement de Libourne du 28 décembre 1926.

On y discute longuement la création, à Bordeaux, d'une clinique chirurgicale mutualiste analogue à celle de Montpellier. Je ne connais pas le fonctionnement de cette organisation. Je sais que, faisant jouer la loi des nombres, on peut faire cette création avec des droits d'entrée et des cotisations minimes. Par conséquent, la chose est possible, mais encore avec de fortes subventions du pari mutuel, qui seraient peut-être mieux utilisées à des œuvres d'un intérêt plus général ; mais ce que j'ignore, c'est le sort réservé au chirurgien. Sera-t-il honoré d'un traitement annuel fixe ou bien recevra-t-il des honoraires spécifiés pour chaque genre d'opération ?

En tout cas, on constate que « l'accord ne s'est « pas encore produit avec les médecins, mais « cela n'est pas fait pour surprendre les Mutua« listes qui savent très bien les difficultés que « nécessite ce genre de négociations avec les mé« decins. »

Pour le choix du chirurgien, c'est peut-être encore plus important, car il faut qu'il y ait accord préalable entre lui et avec ses confrères.

Si ces derniers le mettaient à l'index pour avoir accepté des honoraires au rabais, sa situation serait critique et je doute qu'il trouve une compensation suffisante dans la clientèle mutua-

liste habituée à couvrir d'or ses médecins et chirurgiens comme chacun le sait. L'économe de l'hôpital de Libourne prend la parole et dit :

« Notre arrondissement est doté d'un établissement médical et chirurgical très important qui se nomme l'hôpital Sabatié.

Se conformant à un usage des plus anciens, l'administration de cet hôpital reçoit les malades de médecine et chirurgie, membres de Sociétés de Secours mutuels, au tarif de l'Assistance médicale gratuite, à moins de 10 fr. par jour, tous frais compris et les chirurgiens ne perçoivent aucun honoraire.

Il va sans dire que cette faculté n'est accordée qu'aux mutualistes de conditions modestes. »

Il reconnaît que la clinique en formation drainera les opérés dans tout le département, ne pourra pas servir aux cas d'urgence et il dit avec raison que lorsqu'on appellera occasionnellement un chirurgien de la région vu l'urgence, on sera reçu froidement.

A son avis, la répercussion certaine sera une augmentation de tarifs d'honoraires des visites et des consultations, car tous les médecins sont syndiqués.

Je me demande si les mutualistes trouveront des soins et un bien-être plus grands dans ces cliniques chirurgicales toujours en mal d'argent que dans les cliniques privées (et il y en a pour toutes les bourses) si le malade peut payer, ou à l'hôpital s'il est indigent, avec un chirurgien imposé, non pour sa capacité, mais pour le rabais qu'il pratique sur ses honoraires. Ceci est l'affaire des mutualistes. Ils n'ont qu'à se prêter à cette petite combinaison, qui sera sans doute médiocre pour lui, mais qui procurera au moins une décoration à quelqu'un des organisateurs. Pourquoi un établissement d'assistance publique fait-il des rabais à des mutualistes qui ne sont pas des indigents, puisqu'ils sont couverts par leurs sociétés et qu'ils paient des cotisations ?

Pourquoi un chirurgien ne perçoit-il pas d'honoraires pour les opérations à ces mutualistes, qui pourraient l'honorer dans des proportions compatibles avec leur situation sociale ? Car le fait d'être mutualiste n'implique pas l'indigence et j'ai soigné, dans mon existence, des mutualistes plus riches que moi et touchant des appointements laissant loin mes recettes d'honoraires.

Ils payent comme contribuables des contributions pour l'entretien de l'hôpital et parfaire les sommes insuffisantes à un traitement chirurgical versées par les mutualistes. En retour, leur accorde -t-on des modérations d'impôts et le percepteur leur remet-il une somme sur leurs feuilles de contributions ?

J'ai toujours entendu dire qu'on trouvait surtout des poires dans les vergers des curés, des officiers et des médecins. Je ne sais si cela est authentique pour les deux premières professions, mais l'expérience de la vie m'a prouvé que cela était vrai pour les médecins.

Dr M. Vimont.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

IIIme VOYAGE INTERNATIONAL D'ÉTUDES MÉDICALES

Sur la Côte d'Azur.

(16-24 *décembre* 1926.)

Dr Roger Renaux.

Huit heures du soir, Paris, gare de Lyon. — Dix heures du matin, Toulon.

Au sortir de la gare, premier effet de contraste : la brume de Paris a fait place au radieux soleil, le froid à une douce tiédeur, les arbres couverts de givre à la silhouette gracieuse des palmiers exotiques Instinctivement, on sent le besoin de remplir ses poumons de cet air pur et léger ! Voici, devant nous, un groupe d'hommes jeunes qui, à Paris, seraient au travail. Ici, ils jouent au « cochonnet », très adroitement d'ailleurs, entourés d'une petite galerie de promeneurs. Dérangeant un de leurs admirateurs : « Pardon, Monsieur, l'autobus pour Hyères ? » — C'est ici, devant le poste de Police ». — « A quelle heure ? » — « 11 heures ». L'agent de police, naturellement Corse, nous confirme ce renseignement. Le temps passe en devisant sur le pays ; mais à 11 h. un quart, pas d'autobus. « Vé, fit l'agent de police, peut-être bien qu'il n'y en aura pas aujourd'hui ! »

Vaguement inquiet, je commence à chercher sur la place de la Gare, les personnes pouvant avoir l'air « médical ». Après quelques conversations avec des gens qui me reconnaissent sans m'avoir jamais vu, arrive enfin, rutilante, une conduite intérieure Citroën, qui, après un tour sur la place, va se ranger à l'ombre. Un homme en descend : complet jaquette, Légion d'honneur, binocle, ce ne peut être qu'un médecin . . .

En l'abordant, je fais connaissance de l'aimable Dr Jaubert, de Hyères, vice-président de la Société

Médicale, qui vient à notre rencontre, et nous présente au Dr Maurice FAURE, de Nice, président de la Société Médicale, en faction sur le quai de la Gare depuis 7 h. du matin, pour recueillir les étrangers et les diriger sur Hyères.

Quelques retards, des défections, le temps perdu à chercher trois Persans et deux Polonais annoncés, mais égarés en route... enfin, à midi et demi, nous restons encore une douzaine sur la place de la Gare. Des taxis sont frétés pour Hyères. Il m'échoit une vieille Ford d'avant-guerre, qui, après quelques éternuements sonores, démarre dans un bruit de ferraille et me donne l'impression d'être à l'arrière d'un de ces « mails-coach », qui parcourent les Champs-Elysées le jour du Grand Prix. A part les cahots et les virages un peu raides, j'étais admirablement placé pour voir défiler le paysage...

Le déjeuner expédié à Hyères, nous faisons tous connaissance en montant dans les auto-cars : les Roumains sont en tête, conduits par le Dr IRIMESCU, président de la Société pour la prophylaxie de la tuberculose et directeur du Sanatorium Filaret, à Bucarest. Puis viennent les Hollandais, avec le Dr DE WILDE, directeur du Journal « *Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde* » ; et les Espagnols avec le Dr NEBOT, adjoint au maire de Barcelone. Nous déplorons l'absence de 26 médecins Anglais annoncés, que l'intransigeance du Gouvernement et des Compagnies de Chemins de fer, refusant toute réduction de tarifs, a fait reculer. L'un d'eux, cependant, nous rejoindra en cours de route. Et nous témoignons une sympathie particulière à l'unique représentant du Danemark, que cet obstacle n'a pas arrêté.

Quelques souhaits de bienvenue en langue étrangère, puis, d'un accord tacite, on adopte un français mitigé de quelques mots anglais ou allemands, et tous comprennent, si l'on parle lentement

En route, pour la visite des Etablissements climatiques, sous la direction du Dr JAUBERT : premier arrêt à l'Institut hélio-marin de la plage d'Hyères, établissement d'ordre privé, spécialisé dans la cure solaire et marine pour les enfants. Arrêt plus long à l'hôpital Renée SABRAN, dans la presqu'île de Giens, appartenant aux hospices civils de Lyon. L'on nous présente des malades atteints de coxalgie, mal de Pott, tuberculoses externes diverses, en exposant les grandes lignes du traitement héliothérapique et les excellents résultats obtenus.

Troisième station à l'hôpital de la ville de Paris, à San Salvadour. Le Dr FOHANNO nous fait, à la nuit tombante les honneurs des bâtiments magnifiques, conçus peut-être de façon plus grandiose que pratique, par Sœur Candide, qui depuis........

Ensuite, retour à Hyères et cordiale réception au Casino municipal par le maire, qui nous explique ce que sa modeste ville a fait pour procurer confort, calme et distractions aux hivernants.

Le lendemain, premier réveil sur la Côte d'Azur ! Par une délicate attention, nos chambres étaient orientées au sud-est. Vers 7 h., une tiède caresse de chaleur et de lumière nous fait ouvrir les yeux : le soleil levant, à peine au-dessus de l'horizon, se réfléchissait dans une mer calme et bleue, bordée de palmiers. Vision bien imprévue pour une matinée d'hiver !

Petit retard d'un quart d'heure (soyons indulgents pour les dames !) ; mais cela n'a pas d'importance, car un train spécial nous attend, appartenant à la Compagnie des Chemins de fer de Provence.

L'enchantement commence : ce n'est pas encore la féerie de Nice et de Monte-Carlo, car la nature n'est pas ici aussi riche. Sur notre gauche, les monts des Maures dressent leur fière silhouette ; à droite s'étend la mer que l'on frôle et surplombe souvent. L'allure réduite de la locomotive poussive nous permet d'admirer à notre aise les Iles du Levant : Port-Cros, Porquerolles ; plus loin, c'est la Baie de Cavalaire et la presqu'île de SaintTropez. Sa traversée est un long défilé d'oliviers, de chênes-verts, de chênes-liège et d'eucalyptus aux troncs pelés, comme si des animaux préhistoriques y avaient frotté leurs larges flancs !

Le mimosa et ses boutons d'or nous fait une haie d'honneur, pour notre arrivée à Saint-Raphaël. Le maire et le président du Syndicat d'initiative nous offrent des fleurs et nous présentent les médecins du pays, en particulier le Dr CALDAGUÈS, qui, malgré sa grande barbe poivre et sel, a gardé toute sa verdeur d'étudiant. Un indiscret mistral commence à souffler, mais à « La Réserve », nous sommes à l'abri et la douce tiédeur du soleil nous pénètre, pendant que nous contemplons les rides de la mer et les quelques nuages qui accourent dans le ciel : pour le pays, c'est un temps affreux ; à Paris, la plus belle journée de décembre n'a pas un soleil aussi clair !

Un déjeuner très agréablement servi, — quelques mots de bienvenue, — une pensée émue pour le Dr VADON, père de notre jeune confrère, victime du devoir professionnel, dont on ramenait ici le corps ce jour même, — et nous remontons en auto-cars pour la visite de Valescure, pays favori de Lloyd Georges. Quelle vue splendide du hall du Grand-Hôtel ! Au premier plan, un jardin anglais impeccable, avec un gazon en pleine verdure, émaillé de fleurs et de palmiers nains ; plus loin, les grands pins parasols guident nos yeux jusqu'à la rade de Fréjus, où se balancent mollement quelques contre-torpilleurs ; au dernier plan Saint-Tropez, et les Iles d'Hyères.

Mais l'heure, en passant, nous arrache à notre contemplation. En route pour la Corniche de l'Estérel ! Changement de décor : Les Maures, de teinte grisaille et de faible altitude font place aux roches rouges et altières de l'Estérel. Il est impossible de décrire cette corniche, œuvre hardie du Touring Club, souvent suspendue à une centaine de mètres au-dessus de la mer, qui nous réserve à chaque tournant une vue toujours plus belle, beauté accompa-

gnée quelquefois d'un petit frisson, en songeant que la moindre embardée du car aurait raison de ce remblai ridiculement petit ! Nous laissons derrière nous les Iles d'Or, puis Agay, le Trayas, le Château de Théoule, pour arriver au Golfe de la Napoule, où, après un merveilleux coucher de soleil, avec ses reflets de sang sur les roches rouges, nous attend un spectacle encore plus féérique, qui arrache une larme d'attendrissement à notre confrère Danois murmurant « c'est un rêve ! » Au sortir d'une voûte de rochers, Cannes, avec ses lumières, apparaît semblable à une immense ver luisant, entre la mer et la montagne dominée par la lune. Ah ! ce clair de lune et son reflet argenté, qu'une eau, encore agitée par les derniers souffles du mistral mourant, fait étinceler... immense ! Il faudrait être l'auteur de Jean d'Agrèves pour le décrire....

Nous stoppons à la mairie de Cannes, où nous attendent maire, adjoints, confrères, président du Syndicat d'initiative, etc. Après quelques paroles de bienvenue, le Dr Bufnoir, dans une conférence courte mais très scientifique, nous intéresse à la météorologie du Littoral. Abritée à l'ouest par la muraille étanche des Maures et de l'Estérel ; à l'est et au nord par les Alpes et leurs rideaux de pins, toute la côte, depuis Cannes jusqu'à la frontière italienne, est protégée contre les vents violents et froids. La limpidité de l'atmosphère, favorisant le réchauffement diurne du sol, crée des courants doux de brise marine adoucissant la température, même l'été, et entraîne une abondance extraordinaire des heures d'insolation, dont le rapport aux heures de présence du soleil audessus de l'horizon astronomique atteint 55 %, chiffre inconnu dans toutes les stations étrangères. La rareté des jours de pluie n'empêche pas une quantité d'eau annuelle voisine de celle de Paris, parce que les averses sont abondantes ; mais, une heure après, le ciel est serein. En résumé, l'égalité de la température, la douceur de l'air la transparence de l'atmosphère, contribuent à faire de la Côte d'Azur un lieu idéal pour l'héliothérapie, associée à la mer pour les tuberculoses externes, ou à la montagne pour les pulmonaires.

***

Après une aimable soirée, prolongée au Casino devant un magnifique spectacle, quelques dames trouvèrent le réveil un peu matinal pour faire le circuit des cliniques, les unes privées (Dr Bufnoir et Jouffray) les autres hospitalières. C'est à l'hôpital Santa-Maria, dépendant de la ville de Paris, que le Dr Pascal, présentant une centaine d'enfants atteints de tuberculoses externes, nous résume ses idées : Aucune thérapeutique autre que le soleil à tous, et les bains de mer aux valides, une simple immobilisation des lésions osseuses sans plâtre (sauf pour les indociles), peu de ponctions, pas de médicaments, jamais d'opérations. Le soleil suffit à tout et donne des résultats anatomiques et fonctionnels merveilleux : les adénites laissent à peine une cicatrice ; les tuberculoses du genou et de la hanche guérissent sans impotence ; les maux de Pott n'ont pas d'atrophie musculaire, mais... il faut deux et trois ans de traitement ! Il semble, toutefois, qu'une association bien comprise de la radiothérapie, ou de la thérapeutique médicale (qui, employées seules dans nos hôpitaux d'enfants à Paris, donnent déjà de si beaux résultats) pourrait réduire dans une certaine mesure la durée du traitement, et, par conséquent, permettre à un plus grand nombre d'enfants de venir consolider leur guérison au pays du soleil. Au coup de sifflet, les valides se lèvent, gagnent la mer et prennent leur bain de quelques minutes (18° au thermomètre le 19 décembre), suivi d'une course sur la plage. Puis les enfants rentrent dans leur box d'insolation.

Sur une terrasse dominant la plage, nous assistons ensuite, assis devant un excellent Porto, à la leçon de culture physique des enfants, en caleçon de bain, sur le sable. Et nous remontons en auto-car, pour le Cannet et la route des Alpes.

Agréable réception à notre arrivée à Grasse, par notre confrère Perrimond, maire du pays. Très bon déjeuner, qui nous rend l'esprit bienveillant pour écouter les Dr Mantoux et Bertier. Ce sont les tuberculoses pulmonaires, à forme fibreuse et pas trop hémoptoïques, qui profitent le mieux du climat du Cannet, de Grasse et de Vence, situés dans l'hinterland de Cannes, sur les premiers contreforts des Alpes, dont les pentes ne sont qu'un bouquet de fleurs.

La visite d'une parfumerie apprend à nos oreilles étonnées que certains parfums s'extrayent en étalant les fleurs sur une couche de graisse de porc, qui absorbe les huiles essentielles, retirées ensuite par distillation.

La route magnifique, que nous longeons par le Bar et les Gorges-du-Loup, Tourettes-sur-Loup et Cagnes, épuise, pour ce jour-là, toutes nos facultés d'admiration !

Nous arrivons à Nice, à la nuit, par la célèbre Promenade des Anglais. Logés à Cimiez, dans le Palace le plus splendide du temps de la Reine Victoria, nous avons, sur toute la ville et ses environs, une vue féérique le soir, plus féérique encore le matin, au lever du soleil...

***

Le cinquième jour, nous écoutons la technique de l'ozonisation des eaux, scientifiquement expliquée par les Drs Planat et Geneuil, aux usines du col de Villefranche.

Ensuite, départ de la route de la Grande Corniche et arrêt, hélas trop court, au Mont-Agel. A peine le temps de respirer un instant l'odeur de la lavande, de jeter un coup d'œil émerveillé à droite, sur la mer bleue étendue d'Hyères à Bordighera sur 250 kilomètres, et, à gauche, sur les cimes éternellement blanches des grandes Alpes ! Et nous remontons en car pour nous rendre à La Turbie, où nous visitons

la Tour d'Auguste, véritable travail de Romains commémorant la soumission des dernières tribus rebelles de la région. Après avoir subi les injures du temps et des barbares, puis servi de carrière pour la construction du village, cette tour est aujourd'hui en belle voie de restauration, sous l'intelligente impulsion de l'homme érudit qu'est M. CASIMIR, le maire du pays.

Suit la descente de la côte fameuse, aux virages impressionnants : Nous arrivons au « pays des fruits d'or et des roses vermeilles ». Sur la place de Menton, les messieurs en veston, les dames en toilettes claires, l'ombrelle à la main, font leur promenade matinale. Excellent accueil du maire et du Conseil municipal, présentation des confrères, quelques-uns d'entre nous se connaissent et retrouvent des abonnés du *Concours*. Après un déjeuner délicieux, une excursion était prévue aux Grottes de Grimaldi : nous regrettons que quelques récents incidents de frontière n'aient pas permis d'obtenir le sauf-conduit demandé. Nous visitons « Garavan » aux jardins merveilleux : poivriers, bananiers, toutes les variétés d'orangers et de citronniers, bénéficient d'une situation exceptionnelle dans une sorte de cirque, ouvert seulement au midi, dont les bords abrupts de plus de 300 m. de haut, contribuent à donner à Menton le plus doux climat du littoral.

Retour par le Cap Martin, à la végétation exubérante : les jardiniers coupent à la serpe les aloès pour dégager les allées, pendant que les œillets poussent à l'état sauvage, comme le liseron. Sous les pins parasols, notre auto-car avance lentement vers Monte-Carlo, où nous attend la grande réception du voyage.

Le Ministre du Prince et le Dr VIVANT, président de la Société de médecine de Monaco, nous traitent luxueusement à l'Hôtel de Paris, et, après des paroles de bienvenue particulièrement aimables, nous font entendre un concert d'une rare tenue musicale. Encore sous l'impression des virtuoses du violon et de la harpe, nous visitons le Casino, immense morceau d'architecture de GARNIER, dans le style de l'Opéra. Quelques-uns d'entre nous tentent leur chance à la roulette ou au 30 et 40.

Une salle de jeux est un lieu d'observations unique pour un médecin amateur de psychologie. Que ce soit Deauville, les Cercles de Paris ou de Monte-Carlo, on y rencontre les mêmes types internationaux de joueurs. Voici, au dernier rang debout, l'amateur occasionnel, qui pousse son louis avec hésitation, en se faisant expliquer la règle du jeu. Lorsqu'il parvient à la table pour toucher son bénéfice, il ne trouve que de deux louis sur la douzaine gagnante car le troisième a glissé, par erreur sans doute, devant ce professionnel assis « matérialiste » (1) impénitent, vivant mieux de l'art subtil de la « poussette » (2) et de l'adoption des « orphelins » (3) que de sa science du jeu. — Dans les premiers rangs, changeant facilement de table, se tiennent les joueurs d'habitude, qui courent après leur argent et se plaignent en chœur après une mauvaise « passe ». Beaucoup de femmes dans cette catégorie, en général d'âge incertain, ou plutôt trop certain, dont l'expression de physionomie a perdu l'aspect féminin, pour acquérir un masque plus impassible que celui de l'homme. Signe particulier : pas de bijoux, ou quelques bijoux faux voisinant avec des vrais. Enfin, voici le clou du Cercle privé : l'aventurier international, qui cherche le gros coup en misant régulièrement le maximum sur toutes les combinaisons qui lui semblent sortir fréquemment avec certain croupier. Métis, portant beau, d'excellente famille, des Grieux sans ressources officielles en dehors de quelques vagues affaires de bourse, il fait varier devant lui, avec le même sourire, la hauteur des plaques de 10.000. Une assez jolie femme, en manteau imitation vison, déplore bien haut derrière lui, le malheur d'avoir un homme joueur. On chuchote que, hier, il a gagné 400 « billets » ; mais, aujourd'hui, il en perd 800... « pour ce que cela lui coûte », ajoute une mauvaise langue trop bien informée sans doute...

Le lendemain visite du splendide Institut Océanographique. Sous la conduite du Dr RICHARD, nous admirons l'élégance avec laquelle une baleine a su réparer une fracture de côtes, puis nous descendons à l'aquarium. Depuis la sauvage rascasse, les squales faméliques poursuivant aveuglément un morceau de viande qu'ils ne trouvent qu'à tâtons, jusqu'au poulpe méfiant, qui allonge un bras gélatineux vers l'œuf qu'il va gober, tous semblent heureux de leur sort, les plus familiers venant prendre leur nourriture dans la main du gardien, sous l'œil paternel du Dr OXNER.

Nous quittons cette intéressante visite pour une causerie au Musée d'Archéologie. Le Dr Maurice FAURE, qui joue de la préhistoire comme INGRES autrefois du violon, nous explique la trouvaille, dans les grottes de la région, de deux types de squelettes absolument différents, l'un, déjà connu sous le nom de « type de Cro-Magnon », sorte de géant émigré de l'ouest ; l'autre inconnu, de type négroïde et de petite taille, venant du sud ou de l'est, appelé « type de Grimaldi ». La coïncidence de ces deux races achevées, déjà aussi différenciées à la dernière époque glaciaire, qu'aujourd'hui un blanc d'un nègre, voisinant avec des os de mammouth, d'éléphant et d'hippopotame, démontre que l'apparition de l'homme sur la terre est beaucoup plus lointaine que nous ne l'imaginons et remonte certainement à la période tertiaire. On reste confondu devant ces constatations plaçant notre origine à plusieurs mil-

(1) *Matérialiste* : Joueur limitant son gain à la somme nécessaire pour vivre une journée.

(2) La *poussette* consiste, lorsque le coup est gagnant, à pousser, sans se faire voir, la plaque mise à cheval, pour toucher la totalité de la plaque en en ayant risqué la moitié.

(3) *Orphelin* : jeton d'une unité non réclamé par un propriétaire distrait.

liers de siècles, alors que nous n'avons aucun document certain antérieur à 6.000 ans !

Dans l'après-midi, une autre merveille nous attendait, après la visite d'un hôpital, bien moderne de conception, malgré ses 25 ans d'âge : c'est le magnifique jardin botanique de Monaco. Après avoir admiré les phénix et les chamœrops de 20 mètres de haut, nous descendons par un petit escalier de fer dans les jardins suspendus, où foisonnent les plantes grasses, comme dans un oasis d'Afrique. Des dizaines de variétés d'aloès voisinent avec des yuccas des agaves, et des centaines de cactées, dont quelques représentants sont chargés de figues rouges mordues par les rats. En dehors de cette végétation unique en France, ce qui frappe d'étonnement le visiteur, c'est que ce jardin est un exemple extraordinaire de la victoire de l'homme sur la nature. Là où il n'y avait que des rochers stériles à pic, on a créé des jardins en amoncelant paniers de terre sur paniers de ciment. Les plates-bandes semblent accrochées à flanc de coteau, comme les couchettes d'un compartiment de chemin de fer, et l'on passe de l'une à l'autre par de petits escaliers en colimaçon au-dessus de la mer, qui bat la falaise à 200 mètres sous nos pieds !...

Nous reprenons ensuite la route du bord de mer, pour arriver, sous une pluie d'orage, à Beaulieu.

L'aimable Dr Hérard de Bessée nous attendait pour la dernière conférence. Il sut captiver notre attention pendant près d'une heure, malgré la fatigue du voyage, en nous parlant des indications médicales du climat de la Côte d'Azur, en dehors de la tuberculose. Sans s'attarder à des controverses, combien intéressantes sur la pathologie de l'asthme, il sut nous dire que presque tous les asthmatiques avaient des sédations extraordinaires sur le littoral, en raison du peu de variation des températures de l'air, évitant tout refroidissement pulmonaire. On sait, en effet, que, contrairement à l'opinion populaire, le « petit froid bien sec », tant désiré, est malsain pour les chroniques du poumon. Ceux-ci respirent à leur aise sur le littoral, laissant reposer leur cœur d'asthmatique, de vieillard et de scléreux. C'est pourquoi, toutes les maladies de la nutrition se donnent ici rendez-vous : Hyères et Cannes conviennent aux tuberculoses chirurgicales ; le Cannet, Grasse et Vence aux pulmonaires à forme peu évolutive ni trop congestive; Saint-Raphaël, Nice, Monaco, Menton, sont indiqués aux hépatiques, rénaux, cardiaques et scléreux.

Le lendemain, nous montons par la route forestière au Mont Boron et au Mont Alban. Une bise du nord, suite de la neige de cette nuit, et l'absence de toute végétation, nous transportent soudainement près du pôle, alors que quelques mètres plus bas, dans les lieux mieux abrités, les aloès sauvages de la prairie en fleur ont deux mètres de haut !

Grand déjeuner d'adieux au Miramar Palace à Nice, avec musique classique et cantates napolitaines, fleurs et cigares offerts par deux jolies Niçoises en costume local. Toasts amicaux, regrets du départ prochain ! Remerciements chaleureux au Dr Maurice Faure, prestigieux organisateur de ce magique voyage, qui nous a accompagnés de l'arrivée au départ, nous décrivant avec science et humour géographie climatique, géologie et histoire de la région.

Puis le lendemain, dernier jour : déjeuner simple, à Nice, fort remarquable pour un buffet de gare, convenant tout à fait à nos estomacs un peu surmenés — une dernière photo sur le quai — des au revoir — des poignées de mains — et presque la moitié du groupe lâche la caravane, pour prolonger son séjour dans ce pays enchanteur, si bien agencé pour recevoir ses visiteurs.

Nous pourrions proposer comme modèle, à bien des groupements médicaux, l'organisation de la Société médicale du Littoral, dont le Siège est à Nice, 5, rue Longchamp. Fonctionnant depuis 27 ans, son but est de perfectionner sans cesse l'hygiène, le confort et les études climatiques sur la Côte d'Azur, qu'elle s'applique à faire mieux connaître. C'est pourquoi elle a créé des voyages annuels d'études médicales et a installé un Office de renseignements ouvert à tous, combattant ainsi l'ignorance et la malveillance, éternels ennemis de l'effort, de la science et du succès !

Dr Roger Renaux.

P.-S. — Prochain voyage réduit, du 23 au 26 avril; le suivant, de durée normale, à Noël prochain.

RÉSULTATS DE LA LUTTE ANTISYPHILITIQUE APPLIQUÉE PENDANT UN AN DANS LE DÉPARTEMENT DU LOIRET

Par le Dr CAILLAUD,

Président de la Fédération des Syndicats médicaux du Loiret.

Nos confrères qui voudront bien se donner la peine de lire ce travail se rendront compte de l'œuvre intéressante que nous avons pu réaliser dans le Loiret, et ils verront que dans l'organisation de la lutte antivénérienne, nous avons sauvegardé tous les principes de la charte médicale que nos Syndicats défendent.

1° Le *libre choix* du médecin est accordé à tous les malades syphilitiques.

2° Le *secret professionnel* est sauvegardé, le médecin n'a pas à dévoiler le nom ni l'adresse de son malade qui n'est connu de l'administration que par un numéro que le médecin lui attribue.

3° Les honoraires sont *payés à l'acte médical.*

4° Le contrôle est un *contrôle technique* fait par une commission de deux médecins, dont l'un désigné par les Syndicats médicaux. Ce contrôle n'a pas à s'inquiéter du nom des malades.

5° Innovation intéressante : c'est le médecin qui est seul juge de classer son malade dans l'une des classes sociales de son choix : aisé, modeste, indigent. L'aisé paye médecin et pharmacien, et ne rentre pas dans le cadre du règlement. Le modeste honore directement le médecin selon le tarif habituel, mais il peut obtenir la gratuité des médicaments et examens de laboratoire. L'indigent, inscrit ou non sur les listes d'assistance, n'a rien à payer, mais le médecin est rémunéré de ses soins d'après le tarif d'assistance médicale gratuite.

Dans les derniers jours de l'année 1924 fut publié un règlement médico-pharmaceutique concernant la lutte antivénérienne dans le département du Loiret.

L'établissement de ce règlement a demandé trois années de pourparlers avec le Ministère de l'Hygiène, pourparlers qui avaient dû plusieurs fois être interrompus du fait des difficultés rencontrées pour l'adoption des principes que le Corps médical entendait défendre dans l'intérêt des malades et du succès de l'organisation. Le règlement lui-même fut publié sans que le texte ait été soumis au corps médical, si bien qu'une lettre officielle explicative a dû être écrite par les services du Ministère. Malgré toutes ces difficultés, il convient cependant de rendre hommage à M. le Dr Faivre, inspecteur à la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène et à son successeur, M. le Dr Cavaillon. Ils ont bien voulu comprendre que pour faire œuvre utile, il convenait que l'Etat modifiât un peu ses formules pour les adapter au but poursuivi. Ce fut aussi, dans ce cas particulier, le mérite de M. le Préfet du Loiret

Bref, grâce aux efforts de chacun, put être institué le règlement médico-pharmaceutique, le premier du genre.

Sitôt ce règlement communiqué aux médecins par une circulaire préfectorale en date du 26 décembre 1924, la lutte antivénérienne fut complétée par la constitution d'un Comité de propagande dont nous indiquerons la constitution, les efforts et les résultats.

Il résulte de cet exposé qu'il y a dans le Loiret deux organismes distincts, et qui se complètent, concernant la lutte antivénérienne : d'une part l'organisation médico-pharmaceutique, d'autre part un Comité de propagande chargé de faire connaître cette organisation, en particulier aux vénériens qui, sans elle, risqueraient de ne pas se faire soigner. Nous allons les décrire successivement.

I. — Organisation médico-pharmaceutique de la lutte antisyphilitique.

Tout d'abord, il convient de faire remarquer que si tous les documents que nous publions portent le nom : *lutte antivénérienne,* il ne s'agit en fait que de la *lutte antisyphilitique.* Le corps médical a estimé que, pour un essai de ce genre, il convenait de tracer des limites à l'organisation. La prudence recommandait en effet de ne pas s'aventurer dans une organisation qui risquait soit de manquer son but entrevu trop vaste, soit de léser plus ou moins les intérêts moraux ou matériels des médecins. D'un commun accord, la lutte fut circonscrite à la syphilis. Il est possible que dans l'avenir les résultats heureux obtenus permettent d'étendre cette organisation sociale aux autres maladies vénériennes. Peut-être même pourra-t-on entrevoir une organisation de semblable coopération médico-administrative pour d'autres maladies sociales. Le règlement n'a donc prévu que la lutte antisyphilitique, et même son article 2 n'envisage expressément que le cas de syphilis, danger social : malades contagieux ou susceptibles de le redevenir, femmes enceintes, enfants.

En fait, dans la pratique, les médecins se sont aperçus que de semblables limites étaient difficiles à préciser, et le Ministère de l'Hygiène a été le premier à laisser les praticiens libres de soigner dans les limites du règlement tous leurs syphilitiques.

Nous ne voulons pas nous étendre sur les

caractéristiques de ce règlement, dont le texte suffira à renseigner le lecteur. Sa plus grande originalité est qu'il fait confiance absolue au corps médical, tant en assurant l'anonymat du malade qu'en laissant au médecin le soin de juger par lui-même si son malade doit être considéré comme aisé (ne participant pas au règlement), modeste (bénéficiant des médicaments et examens de laboratoire) ou nécessiteux (ayant de plus la gratuité des soins médicaux).

Les prix payés au tarif de l'assistance médicale gratuite sont actuellement (1926) les suivants :

Consultation au cabinet	5 fr.
Visite à domicile	5 fr.
Visite en passant	7 fr.
Indemnité kilométrique	1 fr.
Injection intramusculaire au cabinet du médecin	5 fr.
Injection intramusculaire au domicile du malade	10 fr.
Injection sous-cutanée de sulfarsénol (comme les injections intramusculaires).	
Injection intraveineuse au cabinet du médecin	10 fr.
Injection intraveineuse au domicile du malade	15 fr.
Injection intraveineuse de novarsénobenzol au cabinet du médecin	15 fr.
Injection intraveineuse de novarsénobenzol au domicile du malade	20 fr.
Prise de sang	10 fr

RÈGLEMENT

concernant la lutte antivénérienne dans le département du Loiret.

Article premier. — Un service destiné à la prophylaxie et au traitement des maladies vénériennes est institué, avec le concours des médecins du département du Loiret, sous l'autorité du Ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (Services de prophylaxie des maladies vénériennes), par les soins de l'administration préfectorale.

Art. 2. — Ce service s'adresse aux syphilitiques contagieux ou susceptibles de le redevenir, aux femmes enceintes et aux enfants hérédo-syphilitiques.

Tout malade indigent ou de situation modeste peut être traité dans les conditions prévues au présent règlement.

TITRE PREMIER

Service médical.

Art. 3. — Les médecins qui acceptent de se conformer à ce règlement participent au fonctionnement du service, sauf avis contraire de la Commission technique prévue à l'article 11.

Art. 4. — Chacun de ces médecins est muni d'un carnet à souche comportant des talons restant en la possession du médecin et des coupons détachables.

Les mêmes mentions doivent être portées sur talons et coupons sauf l'indication du nom du malade qui est inscrite seulement sur le talon, ce sont :

1º Un numéro d'ordre attribué à chaque malade.

2º La catégorie dans laquelle est classé le malade, conformément à l'article 7 :

Catégorie A, malades non nécessiteux.

Catégorie B, nécessiteux.

3º Le diagnostic : syphilis primaire, secondaire etc...

4º L'indication de tout acte médical accompli par le médecin.

a) Simple examen médical.

b) La nature des injections pratiquées (sous-cutanées, intramusculaires, intraveineuses), la nature et la dose des médicaments utilisés, les interventions telles que prise de sang, ponction lombaire, etc.

Au fur et à mesure des actes médicaux accomplis, le médecin remplit talons et coupons, les talons restent adhérents au carnet ; le coupon est adressé directement au médecin inspecteur d'hygiène, à la Préfecture, du 1er au 5 de chaque mois. Toutefois, lors de la première consultation, le médecin fait parvenir de suite un premier coupon en indiquant le diagnostic.

Art. 5. — A Orléans et à Gien les malades auxquels s'applique le présent règlement sont normalement soignés aux dispensaires antivénériens à moins qu'ils n'aient été autorisés par l'inspecteur départemental d'hygiène à y être traités par un médecin de la ville. Cette autorisation peut également être donnée directement au médecin.

Art. 6. — Le laboratoire départemental de bactériologie situé à l'hôpital d'Orléans est mis à la disposition des médecins du service pour tous examens concernant les maladies vénériennes, en particulier les examens sérologiques en vue desquels le matériel nécessaire leur est fourni sur simple demande.

Ces examens étant effectués gratuitement, aucun honoraire ne peut être réclamé aux malades ; leurs résultats sont adressés en double au médecin traitant et à l'inspecteur d'hygiène qui les joint aux bulletins concernant le malade.

Art. 7. — Les malades bénéficiaires du service sont répartis en deux catégories *suivant l'appréciation des médecins eux-mêmes.*

A) Les malades non nécessiteux, qui, tout en bénéficiant comme il est indiqué plus loin, de la fourniture gratuite des médicaments honorent eux-mêmes leurs médecins.

B) Les malades nécessiteux, qu'ils soient ou non inscrits à l'Assistance médicale gratuite.

Pour ces derniers, les honoraires dus aux médecins sont réglés par la Préfecture (Inspection d'hygiène) sur le tarif de l'Assistance médicale gratuite pour visites au domicile du médecin. A titre exceptionnel et pour raison spéciale, le médecin inspecteur d'hy-

giène peut autoriser un médecin à soigner un malade au domicile de celui-ci ; cette autorisation est donnée par écrit.

Le règlement des honoraires est effectué tous les trois mois sur production par le médecin d'un relevé contrôlé par la Préfecture au moyen des coupons envoyés au cours du trimestre. Pour les visites au domicile du malade et les frais de déplacement qu'elles peuvent entraîner (réglés également au tarif de l'Assistance médicale gratuite), l'autorisation donnée est jointe au mémoire.

TITRE II

Délivrance des médicaments.

Art. 8. — Les malades soignés ont droit à la gratuité des médicaments dont les uns sont fournis par le Ministère, et les autres acquis sur place ; ces médicaments sont délivrés par les pharmaciens du département qui ont accepté de participer au service, sur remise d'un bon de commande du médecin.

Art. 9. — L'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France désigne un pharmacien du département chargé de recevoir les médicaments fournis par le Ministère aux dispensaires antivénériens (principales préparations arsenicales, bismuthiques, mercurielles), ce pharmacien est chargé de répartir les dits médicaments entre ceux de ses confrères (ainsi qu'aux médecins propharmaciens) qui participent au service dans le département, cette participation devant être demandée aux pharmaciens par l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France.

Il justifie du débit des produits à lui confiés par la production des bons de commande des médecins. Il dresse un inventaire trimestriel de son stock et le fait parvenir au Ministère avec les justifications utiles.

Pour exécution de ce travail, le Ministère lui verse une rémunération forfaitaire, dont il remet une partie aux pharmaciens locaux.

Art. 10. — Les produits que le Ministère ne fournit pas lui-même sont envoyés aux médecins par les pharmaciens locaux sur remise par le médecin au pharmacien du bon de commande. Ces produits sont exclusivement destinés au traitement des syphilitiques.

Les pharmaciens reçoivent payement des médicaments ainsi fournis conformément au tarif départemental de l'Assistance médicale gratuite sur production de mémoires adressés à la Préfecture (Inspection d'hygiène). Les bons de commandes des médecins servant de pièces comptables doivent être joints aux mémoires.

TITRE III

Inspection et contrôle.

Art. 11. — Le contrôle est assuré par une Commission technique comprenant le médecin inspecteur départemental d'hygiène et un médecin désigné par la Fédération des Syndicats médicaux du département.

Ce médecin peut être éventuellement remplacé par un médecin suppléant désigné dans les mêmes conditions.

Art. 12. — Dans le cas où une enquête est jugée nécessaire, toutes justifications utiles et en particulier les livrets à souche doivent être présentés sur place à la Commission technique.

Art. 13. — Chaque année, l'inspecteur départemental transmet, sous forme de rapport au Préfet, les renseignements et résultats obtenus par l'organisation antivénérienne fonctionnant dans le département. Il adresse copie de ce rapport au Comité de propagande pour la lutte antivénérienne.

Art. 14. — Les sanctions applicables aux médecins et aux fournisseurs du service sont conformes au règlement départemental de l'assistance médicale gratuite. Elles sont proposées par la Commission technique et par l'intermédiaire du Préfet au Ministère du travail, de l'hygiène, de l'Assistance et de la prévoyance sociales qui les prononce.

TITRE IV

Ordonnancement des dépenses.

Art. 15. — Les dépenses relatives au fonctionnement de la lutte antisyphilitique prévue dans le présent règlement sont supportées par le Ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et mandatées par le Préfet.

Art. 16. — Le service auquel s'applique le présent règlement est créé à titre d'essai. Il sera, après un an de fonctionnement, continué, modifié ou supprimé, sur décision du Ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

***

Ce règlement doit être complété par la lettre explicative suivante, en réponse à une lettre que j'avais adressée à M. le Ministre de l'Hygiène, sitôt la publication du règlement :

3 septembre 1924.

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale

A Monsieur le Préfet du Loiret,

Service de Prophylaxie des Maladies vénériennes
4, rue Saint-Romain.

En réponse à votre lettre concernant le règlement du service de prophylaxie antivénérienne créé dans votre département en application de ma lettre du 5 juillet dernier, j'ai l'honneur de vous informer qu'il ne me paraît pas possible de modifier maintenant les termes de ce règlement.

Toutefois, les demandes présentées par M. le Dr Caillaud, Président de la Fédération des Syndicats médicaux du Loiret, tendent à n'apporter de modifications que dans la lettre et non dans l'esprit du règlement.

Je vous autorise, en conséquence, à appliquer celui-ci dans le sens des demandes de M. le Dr Caillaud, soit :

1. *Article* 5. — *Il est évident qu'il s'agit des malades « nécessiteux » puisque, comme vous voulez bien me le faire remarquer, les malades non nécessiteux honorent eux-mêmes leur médecin, ne bénéficiant que de la gratuité des médicaments, qu'ils s'adressent au dispensaire ou à leur médecin.*

2. *Article* 7. — 4e *alinéa, il va de soi que les différents actes médicaux indiqués d'ailleurs art.* 4 (§ 4) *donnent droit à honoraires.*

3. *Article* 10. — *Il est entendu que les médicaments non fournis par le Ministère sont délivrés de préférence « aux médecins » par les pharmaciens locaux, mais il n'y a pas d'inconvénient à ce que, si cela est nécessaire, et pour éviter des difficultés pratiques, le médecin remette le bon signé de lui au malade, afin de permettre à ce dernier de se fournir des médicaments chez le pharmacien.*

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir communiquer copie de cette lettre à M. le Dr Caillaud.

Je ne crois pas utile, dans ce travail, de donner une copie des divers documents que les médecins du Loiret ont eu en leur possession en même temps que le règlement, et qui sont : un registre à souche prévu par l'art. 4, comprenant 120 pages, et dont le texte, malheureusement établi directement par les bureaux du Ministère, est en partie en contradiction avec le règlement, et incomplètement rédigé ; des bons de commande de médicaments (préparations magistrales) préparés par les pharmaciens, et des bons de commande de médicaments fournis par le Ministère donnant la liste de ces produits (liste revisable), et qui comportait au début : eau bidistillée, huile grise, novarsénobenzol, sulfarsénol, galyl, hectine, hectargyre, muthanol, curalues, quinby, Depuis, cette liste a été considérablement allongée.

En conformité de l'art. 9, l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France a désigné M. Pinet, pharmacien à Orléans, pour centraliser les médicaments fournis par le Ministère et les répartir. Cette désignation a été portée à la connaissance des pharmaciens par une circulaire de juillet 1924, signée de M. E. Collard, secrétaire de l'Association. Au sujet de la somme forfaitaire envisagée à l'art. 9, cette circulaire dit :

« Une somme forfaitaire sera versée par l'Etat au dépositaire du département ; celui-ci fera le relevé des délivrances effectuées par chacun des confrères, et leur versera une somme proportionnelle au nombre des unités délivrées. A titre d'expérience, en attendant d'être fixés sur les frais qui incomberont aux dépositaires et aux confrères, un tiers de la somme reçue de l'Etat reviendra au dépositaire ; les deux autres tiers de cette somme seront répartis entre les confrères proportionnellement au nombre d'unités délivrées par eux sur bons de commande des médecins. »

Pour l'année 1925, la somme forfaitaire a été de 7.000 fr. La pratique a montré qu'il était plus juste et préférable de faire porter la ristourne aux pharmaciens sur le nombre des ordonnances plutôt que en proportion des unités délivrées.

La Fédération des Syndicats médicaux du Loiret a, conformément à l'art. 11, délégué comme membre de la Commission technique de contrôle M. le Dr Mercier (suppléant, Dr Auboyer). Le Dr Mercier a, selon sa coutume, apporté tous ses soins au rôle que ses confrères lui avaient confié. Il se mit de suite en rapport avec le Dr Le Page-Viger, médecin inspecteur départemental d'hygiène pour organiser, d'accord avec lui, un contrôle efficace et nullement tracassier. Ce contrôle a fonctionné à la satisfaction générale. Grâce à lui, le côté paperasserie, prévue par le règlement, a été simplifié et réduit au minimum, et en adaptant en certains points le texte du règlement à son esprit, il a été possible d'obtenir du service le maximum de rendement efficace.

Avant de publier le rapport sur le fonctionnement du service pendant l'année 1925, il convient de faire remarquer qu'il s'agit d'une première année d'application, et que, de ce fait, beaucoup de médecins n'ont pas encore ressenti tous les avantages que ce service présente, et n'ont peut-être pas osé ou su l'employer, de même que beaucoup de malades ignorent son existence. Il est à prévoir cependant que ce service se développera dans les premières années à venir. En tous cas, tous les médecins qui ont eu à prendre des malades en charge au compte du règlement n'ont eu qu'à se louer de ce service.

RAPPORT

présenté à l'Assemblée générale de la Fédération des Syndicats médicaux du Loiret, le 13 juin 1926, par le Dr MERCIER, délégué de la Fédération.

Lutte antivénérienne

Fonctionnement du service antivénérien pendant l'année 1925.

240 malades ont été soignés. 54 médecins sur 170 ont pris des malades en charge.

Ces malades se répartissent de la façon suivante : 114 catégorie A, et 126 catéogrie B.

Les 114 malades de la catégorie A ont été soignés avec les diagnostics suivants :

7 pour syphilis primaire ;
35 pour syphilis secondaire ;
5 pour hérédo-syphilis ;
51 pour syphilis tertiaire ;
16 pour syphilis sans autre indication.

Les 126 malades de la catégorie B se répartissent ainsi :

7 pour syphilis primaire ;
36 pour syphilis ssecondaire ;
34 pour hérédo-syphilis ;

40 pour syphilis tertiaire ;
9 pour syphilis sans autre indication.

120 réactions de Bordet-Wassermann et Hecht ont été pratiquées.

Le Wassermann a été positif chez 31 malades, la réaction de Hecht chez 56.

Ce service fonctionne très normalement, et donne entièrement satisfaction dans l'ensemble. Je me permettrai cependant de faire les remarques suivantes :

1° Il est nécessaire d'envoyer très rapidement à l'inspection d'hygiène le premier coupon qui indique la prise en charge d'un malade nouveau.

2° Il faut envoyer *sans trop de retard* tous les autres coupons en fin de trimestre. On peut mettre sur le même coupon toute la série d'un même médicament en ayant soin d'indiquer les dates des différentes injections et les doses de novarsénobenzol ou de sulfarsénol.

3° En principe, les malades doivent être soignés au cabinet du médecin. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils peuvent recevoir des soins à domicile : l'autorisation doit être demandée au médecin inspecteur d'hygiène.

4° Il ne faut plus soigner aucun malade syphilitique au titre de l'Assistance médicale gratuite.

5° Il serait très utile pour la Commission de Contrôle d'avoir quelques indications sur l'état du malade. Quelques mots seraient suffisants :

Exemple : syphilis secondaire, accident initial en l'année X, deuxième année de traitement, R. W. positive ou négative.

On encore : syphilis tertiaire, gomme, ulcère de jambe, R. W. positive.

D'après les diagnostics que je vous ai donnés, vous pourrez être frappés comme moi de la proportion assez considérable de malades soignés avec le diagnostic suivant : syphilis tertiaire ou syphilis sans autre indication — 67 malades sur 114 série A, 49 malades sur 126, série, série B. Je tiens à rappeler que le service ne vise que les syphilitiques contagieux ou susceptibles de le redevenir, les femmes enceintes ou les hérédo-syphilitiques ; or certains médecins, assez rares il est vrai, ont pris en charge des malades atteints d'accidents qui n'ont avec la syphilis que des rapports très éloignés : eczéma suspect, ou eczéma simple, psoriasis, adénopathie trachéo-bronchique, tumeur de l'abdomen, etc., sont des diagnostics relevés sur les coupons. Ces malades douteux avaient d'ailleurs une réaction de Wassermann et une réaction de Hecht entièrement négatives ; ils ne constituent aucun danger pour la collectivité.

Il est bien difficile de donner des précisions sur la contagion de la syphilis : tel malade non contagieux peut le redevenir, tel autre malade non contagieux peut procréer des enfants hérédo-syphilitiques. On pourrait donc envisager cette question dans le sens le plus large au point de vue clinique et dire que le service antivénérien s'adresse : *a*) aux syphilitiques contagieux ou susceptibles de le redevenir ;

b) Aux manifestations viscérales de la syphilis avec une réaction de Bordet-Wassermann positive.

c) Aux femmes enceintes et aux enfants hérédo-syphilitiques.

6° Les dépenses pour le fonctionnement de ce service pendant l'année 1925 ont été réparties de la façon suivante :

Honoraires médicaux.........	10.262 fr. 40
Médicaments non fournis par le Ministère	2.704 fr. 38
Indemnité à M. le médecin inspecteur départemental d'hygiène	1.200 fr. »
Indemnité aux pharmaciens...	7.000 fr. »
Frais d'imprimés	332 fr. »
Soit un total de..........	21.498 fr. 78

D[r] F. MERCIER.

Il résulte de ce rapport que, pour l'année, les dépenses du service par malade (non compris la fourniture des médicaments provenant du ministère), ne peut aller qu'en diminuant à mesure que le service se développera, puisque certaines dépenses restent fixes.

En somme, pour 1925, résultat très satisfaisant, confirmé par la continuation du service depuis le début de 1926.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat des médecins de la Lozère.

Compte rendu de l'Assemblée générale annuelle tenue à Mende le 6 juin 1926.

Modifications aux divers tarifs.

Après discussion, l'Assemblée décide d'adopter pour la clientèle les tarifs minima suivants déjà appliqués par les médecins de Mende depuis janvier dernier.

Visite ou consultation	15 fr.
Visite de passage	20 fr.
Indemnité kilométrique	4 fr.

Ces tarifs seront portés à la connaissance du public par la voie de la presse locale. Ils ne con-

cernent ni les spécialistes ni les médecins appelés en consultation.

Le Dr Joly, président du syndicat, est chargé de demander à l'Administration les modifications suivantes aux tarifs d'A.M.G.

Tarif kilométrique de nuit 5 fr. avec attestation du maire sur le bulletin d'assistance.

Tarif kilométrique de jour : tarif Durafour soit 3 fr. 20.

Accouchements simples tarif minimum : 100 fr.

Accouchements avec forceps ou version : 180 fr. (1).

Le Dr Joly est également chargé de demander le relèvement du tarif des visites aux nourrissons que ce syndicat désire voir fixer à 5 fr. au minimum.

Questions diverses.

A la demande du Dr Constans et à l'unanimité des membres présents, le syndicat réclame la suppression, sur les bulletins d'assistance, de la mention suivante.

« *Maladie qui motive la visite ou la consultation* »

En aucun cas les médecins de la Lozère ne fourniront une telle indication qui serait une violation du secret professionnel.

Cette décision sera communiquée à la Préfecture.

Adhésion à la Fédération Nationale des syndicats médicaux de France.

Les membres du syndicat des médecins de la Lozère présents à l'Assemblée générale, considérant que depuis plusieurs années, la politique de l'Union des syndicats médicaux de France tend à la fonctionnarisation de la médecine, décident à l'unanimité de se séparer de l'Union pour adhérer à la Fédération nationale des Syndicats médicaux qui défend la médecine traditionnelle.

Le président : Dr JOLY ; *Le secrétaire* : Dr Ch. MOREL.

(1) Le Conseil général de la Lozère, pendant sa session d'août, a voté les modifications suivantes aux tarifs d'A.M.G. :

Tarif kilométrique de nuit 5 fr. au lieu de 2 fr. 70.
Tarif kilométrique de jour 3 fr. 20 au lieu de 2 fr. 80.
Accouchements simples : 100 fr. au lieu de 50 fr.
Accouchements dystociques : 150 fr. au lieu de 80 fr.

Notre assemblée départementale s'est enfin montrée plus royaliste que le roi en déclarant que l'attestation du maire sur le bulletin d'assistance pour la visite de nuit était absolument inutile et que l'on se fiait absolument pour ce sujet à la bonne foi des médecins.

Ch. M.

Syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys.

Réunion du 3 octobre 1926.

En ouvrant la séance, le Dr Dimey, dans une émouvante allocution, prononce l'éloge du regretté président Mordagne. Il rappelle la maîtrise avec laquelle il présidait nos réunions, le talent de parole qui faisait tant apprécier ses moindres discours, et enfin son activité, si agissante près des pouvoirs publics, pour tout ce qui concernait la profession médicale et en particulier le syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys.

Puis, se tournant vers le Dr Bourdon, médecin à Etrépagny, depuis 40 ans, fondateur et secrétaire du syndicat depuis 20 ans, le Dr Dimey le remercia, au nom de tous, pour les immenses services que, pionnier de la première heure, il a rendus à la cause syndicale. Animateur passionné du syndicalisme dans l'arrondissement, croyant à sa vertu, à sa seule vertu pour améliorer, en l'élevant, la profession médicale, malgré des difficultés sans nombre qui eussent rebuté des caractères moins bien trempés, le Dr Bourdon resta en toutes circonstances : syndicaliste quand même ! Aujourd'hui, à la veille de se retirer, le Dr Bourdon a la satisfaction de constater que son travail considérable (dont témoigne le volumineux dossier laissé à son successeur comme secrétaire) n'a pas été vain, puisque le syndicat groupe la totalité des médecins de l'arrondissement.

L'allocution du Dr Dimey est unanimement applaudie et, sur la proposition du Dr A. Dardel, le Dr Bourdon est élu par acclamations président d'honneur du syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys. Il est procédé ensuite à la nomination du bureau. Nombre de votants : 11.

Président : Dr Jules Dimey : 10 voix.
Vice-président : Dr A. Bardel, 9 voix.
Secrétaire : Dr Mazoux : 10 voix.
Trésorier : Dr Vignal : 10 voix.

Le Dr Rancier, successeur du Dr Mordagne à Tourny, est admis à l'unanimité membre du syndicat.

La lecture du procès-verbal de la réunion du 2 mai ne donne lieu à aucune observation.

Le Dr Jules Dimey remplaçant le Dr Jean Dimey empêché, rend compte de la réunion de la Fédération à Evreux le 27 juin : La création d'une Fédération normande est approuvée, et le Syndicat accepte de porter la cotisation à la Fédération à 10 francs par membre au lieu de 4.

La proposition du Dr Bourdon de rémunérer les médecins chargés de contrôler les mémoires d'A.M.G. est admise en principe par la Fédération.

Le président exhorte les confrères à adhérer

aux œuvres de défense, de prévoyance ou de solidarité médicales : le *Concours médical*, le « Sou Médical », la *Prévoyance médicale* (Dr Chapon, 30, rue de Londres à Paris), l'Association des médecins de l'Eure, filiale de l'Association des médecins de France.

Le Dr Louis Bardel, délégué du Syndicat à la Réunion extraordinaire de l'Union des Syndicats médicaux de France, les 3 et 4 juillet, rend compte de sa mission : Il a assisté pendant 2 jours aux débats de l'Assemblée générale de l'Union. Son impression est très nette : on ne s'entend pas sur les mots, d'où des discussions trop longues, souvent confuses. Sur ces suggestions, le Syndicat décide de donner à son délégué à l'A.G. de l'Union un mandat net, précis et impératif, au sujet de la loi d'assurances sociales, sur les bases suivantes :

Refus absolu du forfait ;

Refus absolu du tiers payant.

Payement des honoraires par le malade à son médecin avec tarif limitatif minimum.

Au cas où la loi ne donnerait pas entière satisfaction au corps médical sur ces trois points, le délégué votera la non collaboration des Syndicats à la loi, donc, la grève administrative.

Délégués à l'Assemblée générale de l'Union :

2 décembre : Dr Jules Dimey.

3 et 4 décembre : Dr Louis Dardel.

Suppléant : Dr Ladevie.

Le délégué demandera le relèvement de l'indemnité kilométrique (Loi de 1898 sur les Accidents du travail) et déposera le 2 décembre sur le bureau de l'Union une motion contre la transformation du tarif Durafour en tarif limitatif.

La scission ayant apporté quelques troubles dans les Finances de l'Union, le bureau du syndicat a répondu à la demande du trésorier de l'Union en envoyant 150 fr. à titre de cotisation volontaire.

Approuvé par le Syndicat.

Sont nommés contrôleurs pour 1927 (pensionnés de guerre) :

Dr Jules Dimey.

Suppléants : Dr Mazoux, Dr A. Dardel.

Le tarif syndical est modifié ainsi qu'il suit :

Consultations et visites : 12, 15, 20.

Tarif kilométrique : 1 fr. 25.

Tout augmente, même la cotisation au Syndicat portée à 60 fr. au lieu de 50.

Le Dr Mordagne n'ayant pas reçu la récompense que lui avaient amplement acquise 40 années de soins gratuits et 15 ans de fournitures de médicaments aux gendarmes d'Ecos, le Syndicat décide que les soins aux gendarmes cesseront d'être gratuits. En conséquence les médecins assurant encore ces soins devront immédiatement cesser leurs fonctions. Un extrait de cette délibération sera adressé au Colonel Ct la 3e légion de gendarmerie et au Lieutenant de gendarmerie.

10 décembre 1926.

Le Secrétaire : Dr MAZOUX.

Addendum. — La Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure a décidé dans sa réunion du 28 novembre de porter l'indemnité kilométrique à 1 fr. 50. Sont joints à ce rapport deux tarifs : l'un pour être affiché dans la salle d'attente, l'autre pour servir au médecin.

TARIF D'HONORAIRES

(1926)

I. Consultations et visites dans la résidence

1re Catégorie. — Gens riches, industriels, gros commerçants et cultivateurs	20 fr. »
2e Catégorie. — Gens de condition moyenne	15 fr. »
3e Catégorie. — Ouvriers	12 fr. »
Visite d'urgence ou à heure fixe, *majoration*	50 %
Consultations et visites de 19 h. à 21 h., *majoration*	50 %
Consultations et visites de 21 h. à 7 h., *majoration*	200 %
Consultations et visites demandées le dimanche *majoration*	100 %
Consultation avec un confrère de la région ; pour chacun des 2 médecins au minimum, visite avec *majoration*	200 %
Consultation avec un professeur, médecin des hôpitaux, spécialiste, minimum	100 fr. »
Assistance à une exhumation	30 fr. »

IV. Accouchements

Accouchement simple	300 fr. »
— avec version ou forceps	500 fr. »
Délivrance artificielle	200 fr. »
— simple	100 fr. »
Hémorragie post partum	200 fr. »
Périnéorraphie, petite déchirure.. 50 à	100 fr. »
— grande déchirure	200 fr. »

Visites en plus.

V. Opérations

Le prix de l'opération s'ajoute toujours à celui de la consultation ou de la visite.

Le prix des opérations est celui indiqué dans les tarifs pour soins donnés aux accidentés du travail et aux victimes de la guerre avec :

Pour la 1re catégorie	*majoration* 100 %
Pour la 2e catégorie	*majoration* 50 %
Pour la 3e catégorie	*majoration* 33 %

II. Visites en dehors de la localité

Prix de la visite dans la localité, plus par kilomètre parcouru	1 fr. 50
La nuit, par temps de neige, les dimanches et jours fériés, en plus de la visite, le déplacement est payé avec.. *majoration*	100 %

Il n'est pas fait de visite de passage.

III. Certificats

Certificats sur papier libre	10 fr. »
— sur papier timbré	20 fr. »
— assurance sur la vie, minimum	50 fr. »
— pour l'internement d'un aliéné	50 fr. »
Rapport sur la demande d'une compagnie d'assurances	50 fr. »
Examen d'un fonctionnaire sur la demande de l'Administration	40 fr. »

Les interventions suivantes sont tarifiées pour la 3e catégorie :

Anesthésie locale	10 fr. »
Pansement simple	10 fr. »
Pointes de feu	10 fr. »
Ventouses sèches	10 fr. »
Ventouses scarifiées	20 fr. »
Injections hypodermiques	10 fr. »
Examen au spéculum	10 fr. »
Toucher rectal	20 fr. »

Ablation de kystes ou lipomes.

De petites dimensions	50 fr. »
De grosses dimensions	100 fr. »
Thoracentèse	100 fr. »

Syndicat médical de l'arrondissement de Béthune.

Assemblée Générale.

L'Assemblée générale du Syndicat médical de l'arrondissement de Béthune, a eu lieu dimanche 7 novembre 1926, à Béthune, à l'Hôtel du Vieux-Beffroi sous la présidence du Dr Quenée, président.

1° *Procès-verbal de la dernière assemblée* :

Après adoption du procès-verbal de la dernière assemblée, le Dr Quenée prend la parole pour adresser ses remerciements à ceux qui, malgré lui, l'ont porté à la présidence; et, pour dégager des événements passés auxquels il fut mêlé comme secrétaire et ensuite comme vice-président du Syndicat, quelques leçons, qui restent d'actualité, puisque ce sont toujours les mêmes questions qui sont discutées depuis 20 ans.

Malgré tous les services que le Syndicat ait pu rendre aux médecins, surtout dans la période d'après-guerre, il reste encore un grand pas à faire, dans la voie de nos justes revendications.

Pour arriver à ce but, il faudrait, non seulement que tous les médecins soient syndiqués, mais que tous les syndiqués fassent œuvre de parfaits syndicalistes, fidèles à la devise de l'Union « *Optima medicorum concordia* ».

Dans une question qui intéresse au plus haut point l'ensemble des médecins, ce but à atteindre, le Dr Quenée le voit différent de celui de ces prédécesseurs et de la majorité des syndiqués : les médecins ont-ils intérêt à voir rentrer les Caisses de secours houillères dans les Assurances sociales ?

Le Dr Quenée ne le pense pas : on ignore encore ce que sera cette loi, et dans combien de temps elle pourra être appliquée. Par ailleurs, les dirigeants des Caisses de secours s'efforcent de garder leur indépendance et de rester en dehors des assurances sociales. Et enfin, l'Union, malgré l'intervention du Dr Carette, ne paraît pas faire grand'chose pour les médecins des mines. Alors, plutôt que de compter sur les bienfaits, très hypothétiques, d'une loi qui n'est encore qu'à l'étude, mieux vaut que l'action syndicale s'efforce d'obtenir du système actuel les améliorations indispensables, en tête desquelles le Dr Quenée place le contrat qui devrait être établi entre les Caisses de secours et les médecins. Ce contrat, qui règlerait les rapports des Caisses de secours avec les médecins par l'intermédiaire du Syndicat, le Dr Quénée nous en trace les grandes lignes ; et souhaite que les pourparlers déjà engagée avec les présidents des Caisses de secours, soient repris dans ce sens.

Le Dr Lafaye trouve que c'est un abus d'autorité que de forcer un ouvrier ou un employé des mines à cotiser à une caisse de secours, et à se faire soigner par un médecin désigné ; à son avis, on devrait, au moins, laisser au mineur le choix de son médecin.

Le Dr Hemery est de cet avis également : l'ouvrier, malade ou blessé, doit pouvoir choisir son médecin. Il demande que, dans les pourparlers qui vont être repris avec les dirigeants des Caisses de secours, cette question du libre choix du médecin soit portée à l'ordre du jour ; et souhaite que les médecins qui ne sont pas tenus vis-à-vis des compagnies houillères par la question du logement, tentent les premiers, une action entraînant l'application de la loi de 1898 sur les accidents du travail, action qui devrait être suivie ensuite par la totalité des médecins.

Le Dr Bridoux (Hénin-Liétard) trouve que dans la question des Assurances sociales, on n'a pas su intéresser suffisamment l'Union au sort des médecins des Caisses de secours, et s'oppose au vote sur le principe des assurances sociales, parce que cette question, résolue par un vote précédent, n'était pas portée à l'ordre du jour.

Enfin, le Dr Courteville nous parle des entrevues antérieures avec les dirigeants des Caisses de secours, et du petit résultat qu'elles ont eu. Pour clore cette

discussion, il est décidé qu'une réunion de la Commission des médecins des mines, chargés des desideratas des confrères de leurs compagnies respectives, se tiendra très prochainement à Béthune ; et qu'ensuite une entrevue sera demandée au Syndicat ouvrier.

2° *Démission et nomination d'un vice-président* :

Par lettre adressée au président, le Dr Carette avait fait savoir qu'après, comme avant le vote de l'assemblée de mai, il restait démissionnaire de la vice-présidence.

Sur la proposition du Dr Theret, et à la demande générale, le Dr Carette reste en fonction jusqu'à la prochaine assemblée.

3° *Compte rendu de l'Assemblée générale extraordinaire de l'Union* :

Le Dr Quenée qui fut délégué à l'Assemblée extraordinaire de l'Union, nous fait le résumé des questions qui furent discutées ,qui ont été publiées dans le *Médecin Syndicaliste* et qu'il est superflu de rapporter à nouveau.

A quelques confrères qui se demandaient si l'Union avait tout fait pour ramener l'accord avec la Fédération dissidente, le Dr Quenée, répond affirmativement, et nous dit, d'après ses impressions de séance, que ce sont les dirigeants de la Fédération qui se sont refusés à serrer la main qui leur était suffisamment tendue par ceux de l'Union.

4° *AM.G.* :

La question de l'A.M.G. est de celles qui reviennent régulièrement à l'ordre du jour de chaque assemblée.

Le président en fait un bref résumé, et demande au Syndicat de rester fidèle à sa ligne de conduite votée lors de l'Assemblée de mai ; savoir : Libre choix du médecin et rémunération à l'acte médical, suivant le tarif des mutilés.

Tout médecin qui n'aura pas obtenu satisfaction suivant ces deux principes dans les communes où il donne des soins aux indigents, devra envoyer sa démission à la préfecture avant le 1er janvier prochain.

Les médecins démissionnaires continueront, à partir du 1er janvier, à donner leurs soins aux indigents en se faisant honorer directement par l'indigent, à qui il sera délivré un reçu.

Aux gens par trop nécessiteux, qui ne sauraient disposer du prix d'une visite, le médecin délivrera une facture avec le montant des honoraires, en la faisant présenter dans le plus bref délai à la mairie en vue du règlement.

C'est d'ailleurs la ligne de conduite arrêtée par le Syndicat d'Arras, lors de sa dernière assemblée.

Le Dr Dervaux, président de la Fédération, sera tenu au courant de ces décisions et invité à provoquer une réunion de la Commission tripartite.

5° *Communications et questions diverses* :

Contribution volontaire pour le relèvement du franc.

Le bureau demande la ratification par l'assemblée de la contribution volontaire de 5.000. fr. qu'il avait décidée, et dont les syndiqués ont été avisés par une circulaire envoyée en juin dernier.

Quelques confrères trouvent que l'argent du Syndicat devrait servir exclusivement à la défense des intérêts professionnels, et demandent que le bureau ne puisse disposer d'une somme supérieure à 500 fr., sans en référer au préalable à l'Assemblée.

Ces réserves faites pour l'avenir, l'Assemblée contresigne le geste patriotique de son bureau.

Contribution volontaire pour soutenir la trésorerie de l'Union.

Une contribution de 1.000 fr. est votée à l'unanimité, mais à la condition que « l'Union daigne s'intéresser un peu plus au sort des médecins de mines, demande et obtienne du groupe parlementaire, par tous moyens dont elle dispose, l'entrée des Caisses de secours dans le cadre des Assurances sociales.

Modification des tarifs Maginot et Breton :

Lecture est faite du nouveau décret, fixant, à partir du 1er juillet 1926, le prix de la visite et celui de la consultation à 8 francs pour les mutilés. Le chiffre de 2 francs, révisible tous les ans, est enfin adopté et sera demandé par notre délégué à l'Assemblée de l'Union, comme indemnité kilométrique dans le tarif des accidents du travail.

Fédération des Syndicats médicaux du Finistère.

COMPTE RENDU DE LA DEUXIÈME RÉUNION DE 1926 TENUE LE 28 NOVEMBRE, A LANDERNEAU

Tarifs de l'Assistance médicale gratuite.

La Fédération s'efforcera d'obtenir un relèvement de tarif et de s'entendre avec les Fédérations voisines, à fins d'unification,

Il est entendu que l'on s'efforcera d'obtenir une échelle mobile calculée sur le tarif minimum de clientèle (actuellement : consultation 10 francs, visite 12 francs) avec diminution de 20 %. Tarif doublé la nuit.

Pour les interventions : le tarif accidents du travail, diminué de 10 %.

Pour les accouchements (par exception à ce tarif) 150 francs pour les accouchements simples, 200 francs pour les dystociques. Pour les déplacements : indemnité kilométrique de 4 francs le jour, 5 francs la nuit.

Il est entendu que, comme l'an dernier, nous demanderons que nos délégués aient accès près du Conseil général, ou tout au moins de sa commission de l'intérieur.

Les budgets d'assistance sont grevés surtout par les hospitalisations. Un nouvel appel est donc adressé

aux praticiens en vue de leur limitation à la nécessité réelle, et aux médecins des hôpitaux pour qu'ils en restreignent la durée, parfois manifestement exagérée.

Revision des distances kilométriques.

Le travail vient d'être envoyé aux Mairies, en doubles exemplaires. Les médecins devront en réclamer un aux mairies qui les intéressent pour le reviser ; étant entendu que nous ne devons admettre que les chemins carrossables et non les plus courts chemins, car ceux-ci sont parfois impraticables pour nous sans perte énorme de temps.

Soins médicaux aux victimes de la guerre.

La Fédération demandera (par l'Union) que le prix de base soit porté à 10 francs pour la consultation et 15 francs pour la visite.

Assurances sur la vie.

La Fédération fera faire par l'Union une démarche près du Consortium des compagnies d'assurance pour le payement à 60 francs des examens de candidats.

Si le consortium ne répondait pas, nos Syndicats signifieraient directement aux compagnies leur décision d'exiger ce taux.

Certificats pour coups et blessures.

Les Syndicats devront discuter l'augmentation nécessaire du prix de ces certificats.

Accidents causés par des tiers.

(Automobiles ou autres)

Comment se faire payer ?

Le Syndicat de Chêteaulin a eu à étudier cette question, et a proposé :

1° Si possible se faire honorer sitôt les premiers soins donnés ;

2° Ne délivrer de certificat (à établir sur papier timbré) que contre payement des honoraires ;

3° Savoir qui a payé le pharmacien ;

4° Ne se préoccuper d'aucun tarif, mais tenir compte de l'importance du service rendu.

Nota. — En pareil cas, il est utile d'être membre du « Sou Médical ».

Le Dr Marchais devra saisir l'Union de cette question, source de conflits de plus en plus fréquents et ennuyeux.

Honoraires de médecine légale.

L'Union devra réclamer une augmentation des tarifs, actuellement ridicules, de la médecine légale.

Vente de médicaments par des commerçants non pharmaciens:

Le Président n'ayant pas encore reçu la réponse du Syndicat des pharmaciens, le Dr Le Gorgeu est chargé d'en voir le Président qui habite Brest.

Internement des aliénés.

Les médecins sont avisés qu'en cas de nécessité d'interner à nouveau un malade qui l'a déjà été, le passage par un hôpital d'observation ne sera plus exigé : le malade sera dirigé directement sur l'asile qui le soigna déjà.

Assemblée extraordinaire de l'Union (juillet 1926).

La Fédération approuve l'attitude de nos délégués à cette assemblée.

Le Dr Le Gorgeu explique que les délégués n'ayant pas reçu de mandat précis pour certaines questions ne purent prendre de décision à leur sujet. C'est pourquoi les Syndicats se sont vu soumettre à nouveau ces questions.

Assemblée ordinaire de l'Union (décembre).

Sont délégués : Dr Marchais et Jourdain.

Les Syndicats du Finistère restent tous fermement résolus à exiger pour les Assurances sociales le maintien des trois points fondamentaux : liberté de confiance, secret professionnel, payement à l'acte médical.

Ils sont partisans de l'entente directe qu'ils conçoivent de la façon suivante : les rapports des médecins et de leurs malades doivent rester basés sur la liberté de confiance, et être régis pour la déontologie et la tarification par nos Syndicats, sans l'intrusion d'aucun tiers.

C'est dire que nous n'admettons pas les mots de « couverture totale » du risque maladie, ni la limitation (forfait déguisé) des honoraires selon les disponibilités financières des caisses.

Représentation régionale.

Il semble bien que la représentation des Syndicats au Conseil de l'Union soit améliorable, mais la question n'est pas mûre.

Cotisation volontaire à l'Union.

Seul, le Syndicat de Châteaulin en a voté une ; les autres Syndicats ne sont pas partisans de cotisations inégales à l'Union, et font remarquer que si l'on maintient la dépense élevée qu'entraîne le *Médecin syndicaliste* encore faudrait-il le faire tel *qu'il fût lu, ce qui n'est pas* !

On demandera à l'Union :

1° De poursuivre le relèvement des tarifs pour l'article 64 (voir plus haut) ;

2° De faire près du Consortium des Assurances-Vie la démarche spécifiée plus haut ;

3° Accidents du travail : de protester énergiquement contre le projet Durafour tendant à transformer le tarif de responsabilité patronale en un tarif limitatif de nos honoraires, ce que nous ne saurions admettre.

Déontologie.

Il faudra établir un code de déontologie général

mais adaptable, pour certains points, aux coutumes des différentes régions.

Les engagements déontologiques devront, pour avoir force de loi, comporter obligatoirement la signature de chacun.

Médecine militaire.

Un statut spécial est nécessaire pour les médecins de complément (c'est-à-dire un statut différent de celui des autres officiers de complément).

Médecins et dentistes.

La Fédération maintient ses décisions au sujet du Doctorat en Médecine et des Dentistes (Pas de restriction au Doctorat en Médecine).

Fléaux sociaux.

Pour la lutte contre ces fléaux, la collaboration syndicale s'imposera, mais non la « prise en charge ».

Quimper, le 1er décembre 1926. Douarnenez.

Le Président, Dr F. CHAUVET.

Le Secrétaire, Dr E. DAMEY.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. DARGELOS, (*Suite*).

Nous ajouterons, pour terminer cet exposé assez incomplet de prophylaxie que, s'il faut prendre des précautions en temps d'épidémie de choléra, il faut aussi bannir toute peur et garder sa sérénité. La peur est une cause de débilité nerveuse ; elle diminue la résistance de l'individu, peut même donner la diarrhée, et le prédispose aux atteintes du fléau. Celui qui ne peut pas surmonter cette peur doit quitter le foyer épidémique autant pour sa sécurité que pour celle de ses voisins et amis, à qui il pourrait bien faire partager sa frayeur et sa débilité morale.

Des mesures de prophylaxie générale doivent être prises par les maires des diverses communes atteintes ou menacées.

Les milieux de culture favorables aux microbes infectieux en général et en particulier au bacille du choléra sont : l'eau sale, les terrains humides, les cloaques, les fumiers, les purins, les eaux d'éviers, les accumulations d'immondices, les fosses d'aisance mal tenues...

La dissémination des matières excrémentitielles, en dehors des lieux d'aisance, dans la rue, dans les terrains vagues, favorise, sous l'influence des pluies et des orages, la contamination des eaux de boisson.

La suppression de tous ces réceptacles de germes infectieux s'impose à l'attention des municipalités. C'est à ces sources que les mouches, les moustiques, viendront les puiser pour les transporter à l'homme, soit par inoculation, soit en les déposant sur les aliments. Il va sans dire qu'une guerre impitoyable doit être faite en temps d'épidémie de choléra à ces insectes ainsi qu'aux puces et aux punaises dans les locaux habités.

Il est rare que dans une période critique, les maires trouvent de la résistance à l'application des mesures d'hygiène, mais dès que le danger s'est éloigné, on retourne aux errements passés et le village se couvre de nouveau de ses verrues repoussantes.

Cependant les mesures d'hygiène devraient être prises en tout temps. La constance dans leur application aurait une influence des plus heureuses sur la santé publique et en temps d'épidémie, on ne serait jamais pris au dépourvu.

Les maires rencontrent souvent des difficultés pour faire respecter leurs arrêtés qui vont contre des habitudes invétérées.

Cependant si la loi leur donne tant de pouvoirs en ce qui concerne la santé publique, c'est qu'elle leur impose implicitement le devoir et la responsabilité de sa protection.

Dans l'exécution de ces mesures de protection, les maires ne doivent avoir, pour objectif, que l'intérêt de leurs administrés. Ils ne doivent prendre en considération aucune raison d'ordre électoral ou politique.

Quand un honnête homme accepte l'écharpe, ce ne doit être ni dans un but d'intérêt personnel, ni pour une simple gloriole. Il l'accepte pour bien administrer la commune et veiller aux intérêts de tous.

Or, il n'y a pas d'intérêt supérieur à celui de la santé publique et l'observation des arrêtés municipaux pris pour sa protection devrait être rigoureusement exigée, quels que soient les dangers de non réélection.

Je suis convaincu du reste que ces dangers ne seraient qu'illusoires.

Le maire qui aurait imposé sa volonté sur ce point pendant toute sa magistrature aurait bien pu soulever quelques haines et beaucoup de protestations. Mais, lorsqu'au moment de l'expiration de son mandat, il établirait le bilan des services rendus, lorsqu'il pourrait montrer à ses administrés, en même temps que la preuve

d'une bonne gestion financière, leur village propre, leurs maisons salubres, leurs fontaines débitant de l'eau vraiment potable, la diminusion des maladies et des décès, la bénignité, sinon la disparition des maladies épidémiques, de la fièvre typhoïde, de la variole, de la tuberculose, il est certain que les électeurs qui n'auraient pas attendu ces délais pour oublier leur rancune, seraient les premiers à lui demander de garder son écharpe. Il serait obligé de céder à l'unanimité de ses électeurs, convaincus par l'expérience que leurs intérêts sont confiés à un magistrat qui n'avait accepté et n'accepte de nouveau sa fonction que pour être utile à sa commune et à son pays.

Le touriste qui va de Luchon à la frontière espagnole, traverse un village assez important, remarquable par sa coquette propreté.

Il n'en avait pas été toujours ainsi.

Je tiens d'un ancien ceceveur des Domaines, qui en a été témoin, et je me fais un plaisir de citer ici, comme un heureux exemple, les détails de la transformation de ce village.

C'était, il y a environ 60 ans, M. G., officier, père d'un de nos plus éminents généraux, élevé après sa mort à la dignité de Maréchal de France, venait d'y prendre sa retraite. On le sollicita d'accepter les fonctions de maire ; il finit par céder... on cède toujours.

Mais il prévint qu'une fois investi du pouvoir, il en userait pour transformer l'hygiène de la petite ville, malgré et contre tous.

Il fut élu. Son premier soin, en arrivant à l'Hôtel de ville, fût de prendre des arrêtés concernant la propreté des rues et des habitations. Il y était spécifié, en même temps, pour les transformations et mesures à prendre, un délai, après lequel il devait y être procédé d'office, sans préjudice de sanctions pénales.

A l'expiration des délais, le maire, accompagné de son garde, procéda lui-même à une inspection.

Entr'autres infractions au dit arrêté, il fut trouvé un tas d'ordures ménagères au coin de la petite place. Le garde dressa un procès-verbal de constat, qui fut suivi d'enquête. Celle-ci démontra que les immondices provenaient de la maison de M. le maire et avaient été déposées là par sa domestique.

M. G. n'en donna pas moins suite à des poursuites devant le juge de paix jugeant en simple police, et demanda, en qualité de ministère public, la condamnation à l'amende de sa cuisinière dont il se savait légalement responsable. Cette aventure fût l'occasion de rires et de quolibets d'un grand nombre d'habitants. Quelques-uns peut-être plus avisés, soupçonnèrent qu'on se trouvait simplement en présence d'une ruse de guerre, au moyen de laquelle M. G. voulait démontrer qu'il avait la volonté de faire exécuter son arrêté avec d'autant d'impartialité que de fermeté.

Quoi qu'il en soit, la petite ville devint ce que le maire voulait qu'elle fût. Le mandat de M. G fut constamment renouvelé. Aujourd'hui, les habitants de Saint-Beat ont conservé leurs habitudes d'hygiène, et gardent du magistrat qui a su et voulu les leur imposer ,le plus reconnaissant souvenir.

On ne peut certainement pas promettre à tous les maires qui suivront cet exemple qu'ils obtiendront la même gratitude de la part de leurs administrés. Quoique le cas que je viens de citer ne soit pas isolé et que le plus grand nombre de maires soient récompensés de leur dévouement à l'intérêt public, il est possible qu'une majorité ignorante, exploitée par quelques envieux ou par quelques ambitieux vulgaires qui aspirent à atteindre le pouvoir dans un but de sotte vanité ou pour satisfaire leurs intérêts personnels, il peut se faire, disons-nous que cette majorité inconsciente lui retire sa confiance pour un certain temps.

En attendant que cette majorité désabusée et mieux éclairée le rappelle à ses fonctions, un magistrat digne de ce nom, rentrera dans le rang sans la moindre amertume. Il aura dans sa retraite, certainement momentanée, en même temps que l'approbation et le dévouement plus grand de ses amis, l'estime forcée de ses adversaires, la satisfaction sans égale d'entendre la voix de sa conscience lui disant qu'il a fait son devoir.

Maladies contagieuses à déclaration facultative.

L'étude, même succincte, de ces diverses affections, nous entraînerait au delà des limites que nous nous sommes imposées. Nous ne nous occuperons spécialement que de celles qui interdisent l'accès des écoles aux enfants malades : la coqueluche, les oreillons, la teigne, et nous clôturerons par quelques aperçus sur la tuberculose.

Description des symptômes de la coqueluche et mesures prophylactiques.

Tout le monde connaît cette maladie qui, après des symptômes de bronchite en apparence très simple, atteint cet état caractéristique auquel personne ne peut se tromper.

Qui n'a pas devant les yeux le tableau de cet enfant en proie à une toux convulsive, revenant par quintes plus ou moins fréquentes, entrecoupée d'inspirations bruyantes, sonores, appelées *reprises*.

Pendant ces quintes caractérisées par des secousses de toux, se succédant coup sur coup, sans que l'enfant puisse faire une inspiration,

la face est violacée, les yeux sont saillants et larmoyants ; souvent, la quinte s'accompagne de vrais symptômes d'asphyxie, de sueurs froides, de vomissements, de saignements de nez ; ces quintes se succèdent ainsi plusieurs fois et se terminent par une expectoration de mucosités filantes.

Cette affection est éminemment contagieuse ; aussi, généralement, lorsqu'un cas se produit dans un village ou dans une agglomération d'enfants, elle devient rapidement épidémique.

La propagation de la contagion est d'autant plus facile que l'isolement du petit malade, seul préservatif utile, n'est pour ainsi dire jamais pratiqué. Il faut avouer du reste, qu'il est difficilement praticable.

Dans quelque pays que l'on se trouve, il n'est pas rare d'avoir son attention attirée par la toux spéciale d'un coquelucheux qu'on laisse en compagnie d'autres enfants et l'on se garde bien, du reste, d'éloigner ceux-ci de ce foyer contagieux.

Cela tient à ce que la coqueluche est souvent, malgré l'aspect émouvant de ses symptômes, une maladie bénigne, et l'opinion populaire est que c'est une maladie comme la rougeole : « Tous les enfants doivent y passer ! »

On se souvient trop des nombreux cas dont la terminaison a été heureuse, malgré l'absence de soins. Seules, les mères qui ont perdu des enfants à la suite des complications graves de la coqueluche gardent le souvenir des souffrances morales qu'elles ont endurées en présence du martyre qui a précédé leur mort.

Les complications de la coqueluche sont d'ordre pulmonaire : broncho-pneumonie, œdème et quelquefois tuberculiastion du pou-mon. Mais en dehors d'elles, il faut signaler celle qui résulte de la longue durée de la maladie et de la fréquence des quintes et des vomissements.

On peut voir, dans ces conditions, de pauvres enfants accablés par les reprises de toux, incapables de supporter la moindre alimentation, maigrir de jour en jour, et aboutir à une espèce de marasme dont la mort est le plus souvent la terminaison.

Le meilleur moyen à employer pour arrêter ces complications résultant de la prolongation de la coqueluche est de changer de milieu le petit malade. Cette mesure doit être prise toujours lorsqu'on voit échouer les autres moyens thérapeutiques. Nous l'avons vu réussir avec une rapidité étonnante, dans des cas qui paraissaient absolument désespérés. Cette mesure ne doit être prise qu'au déclin de la coqueluche, et non dans les premiers jours de son invasion.

Conclusions.

Les coquelucheux doivent être isolés. Si on les laisse sortir, il faut que le temps soit beau, calme ; on doit éviter pour eux l'humidité, le vent et la poussière. Les enfants du premier âge exigent plus de précautions que ceux de la seconde enfance, parce que les complications sont chez eux plus fréquentes et plus graves. Aussi, les nourrices doivent s'éloigner avec leurs nourrissons, dès qu'elles entendent autour d'elles une toux suspecte. Lorsque la coqueluche tend à se généraliser, elles ne devraient pas fréquenter lespromenades publiques, ni aucun endroit de réunion d'enfants.

Pendant une épidémie de coqueluche, on devrait éviter les réunions de nourrices sur les promenades ou dans les jardins publics.

Les parents devraient éviter de conduire leurs enfants dans les agglomérations de personnes dans les cinémas et tous les locaux de réunion quelconque. Cette précaution d'isolement doit être prise surtout à l'école. Les maîtres et maîtresses doivent considérer comme suspect, en temps d'épidémie, tout élève qui aura une quinte de toux avec congestion de la face ou larmoiement.

Les élèves ainsi renvoyés à leurs parents ou ceux absents de la classe pendant cette période ne doivent être réadmis que munis d'un certificat médical, constatant que leur retour ne constitue pas de dangers de contamination.

Description des symptômes des oreillons et mesures prophylactiques.

Les oreillons sont plus particulièrement une maladie de la seconde enfance, de l'adolescence et de la jeunesse. Ils sont beaucoup plus fréquents sur les personnes du sexe masculin.

Connus en Provence sous le nom : « Lei Cournudo » ils débutent après un mouvement fébrile de 2 ou 3 jours, par de la douleur, du gonflement, localisés au-dessous du lobe de l'oreille, vers l'articulation du maxillaire inférieur. Ces symptômes résultent d'une inflammation de la parotide et du tissu cellulaire qui l'entoure.

Les deux côtés ne sont pas, en général, pris en même temps ; mais ils le sont successivement, à deux ou trois jours d'intervalle.

Cette maladie peut se compliquer d'abcès plus ou moins superficiels.

C'est surtout pendant le cours de certaines épidémies que l'on constate cette terminaison par suppuration, rare dans les cas ordinaires.

Il peut survenir dans cette affection d'autres complications toutes spéciales, qui ne sauraient manquer d'ailleurs d'attirer l'attention et de déterminer l'appel du médecin.

La parotidite ourlienne (oreillons) est très contagieuse. Elle nécessite toutes les précautions d'isolement et de désinfection, indiquées au début de ce travail, pour les maladies contagieuses en général.

La mesure prophylactique à prendre pour es-

sayer de garantir les personnes de l'entourage prédisposées par leur âge à l'infection est l'emploi des soins antiseptiques de la muqueuse nasale, de la bouche et du conduit auditif.

Description des symptômes de la teigne et mesures prophylactiques.

Nous ne ferons que mentionner cette maladie qui peut atteindre aussi bien les parties glabres du corps que la barbe et le cuir chevelu.

Ne parlant de la teigne qu'à cause de la mention qui en est faite dans le règlement hygiénique des écoles, nous ne dirons que quelques mots sur celle qui attaque rle cuir chevelu.

Cette maladie est due à un champignon qui forme autour de chaque cheveu, sous l'épiderme, une production jaunâtre, arrondie, déprimée vers le centre en forme de godet. Le diamètre de ces godets est très variable. Tandis que les uns ont à peine le diamètre d'une tête d'épingle, d'autres atteignent un diamètre beaucoup plus grand.

Le cheveu se trouve au centre du godet.

Cette affection demande des soins très minutieux, sans lesquels le malade peut devenir complètement chauve.

La teigne est contagieuse par inoculation des spores du champignon par lequel elle est constituée.

La coiffure d'un enfant atteint ne doit pas servir à un autre.

On doit réserver pour lui seul les peignes et brosses dont il fait usage ; on doit les désinfecter après chaque emploi qu'on en a fait.

Les personnes qui le soignent et l'entourage, doivent tenir leurs mains dans un état parfait de propreté.

L'épilation est indispensable pour le traitement. Les cheveux arrachés, les squames qui se détachent du cuir chevelu, le coton ayant servi pour porter sur le cuir chevelu malade des pommades ou solutions anti-parasitaires, doivent être brûlés.

La teigne est un cas d'éviction des écoles, jusqu'à complète guérison.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Centre anticancéreux de la région parisienne** (Hospice Paul Brousse). — Le conseil général vient d'adopter les propositions suivantes :

Art. premier. — Le prix de journée provisoire pour 1927 du centre anticancéreux est porté de 25 à 26 fr. à partir du 1er janvier 1927.

Le remboursement à l'hospice départemental Paul-Brousse des journées de traitement des malades dans le service de chirurgie est également porté de 25 à 26 fr.

Art. 2. — Sont adoptés pour les consultations externes du centre anticancéreux les tarifs admis par l'Administration générale de l'Assistance publique en ce qui concerne l'électrothérapie, la radiothérapie superficielle et profonde, savoir :

Electrothérapie, 8 fr. ; radiothérapie superficielle, 16 fr. ; radiothérapie profonde, 50 fr. ; curiethérapie superficielle, 16 fr. ; curiethérapie profonde, 50 fr. ; en ce qui concerne la radioscopie et la radiographie, les tarifs fixés par l'arrêté Breton.

— **Clinicat.** — Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français sans limite d'âge. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

— **L'immigration dans le département de la Seine.** — Le conseil général de la Seine vient d'émettre le vote suivant :

M. le Préfet de police et M. le Préfet de la Seine sont invités à prendre toutes mesures utiles à l'égard des émigrants étrangers arrivant à Paris, en vue d'éliminer les malades chroniques ou contagieux, tant physiques que neuro-psychiques qui tendent à encombrer nos hôpitaux et asiles.

— **Centre de Prophylaxie mentale infantile de Vanves.** — Organisé par la collaboration de l'Institut Lannelongue d'Hygiène sociale à Paris et de la Ville de Vanves, à l'Ecole de Pratique sanitaire, 29, rue Diderot, à Vanves (à dix min. de Paris-Montparnasse), le Centre de prophylaxie mentale infantile est placé sous la direction de M. J. Roubinovitch, médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière. Il fonctionne en étroite liaison avec les consultations de neuro-psychiatrie pour adultes dirigées au bureau municipal d'hygiène de Vanves par M. Arnaud, les premiers et troisièmes vendredis de chaque mois, à 10 h. 1/2 du matin.

— **Réunion annuelle (à Bordeaux) de l'Association des chirurgiens oto-rhino-laryngologistes de Grande-Bretagne.** — « The visiting Association of throat and ear surgeons of Great Britain » tiendra sa sixième réunion à Bordeaux à la Clinique du professeur Portmann, sous la présidence de Sir William Milligan, les lundi 11, mardi 12 et mercredi 13 avril 1927.

C'est la première fois que cette Association vient en France pour son Congrès annuel qui eut lieu, en 1926, à Vienne, dans les cliniques des professeurs Hajek, Alexander et Neumann.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Réponse.

Le tarif Durafour ne concerne que la part des frais médicaux qui doit être supportée par le patron, lorsque le blessé a choisi lui-même son médecin.

Mais, dans l'espèce, la situation est toute différente, puisque vos soins ont été requis par les patrons du blessé eux-mêmes. Il en résulte que le tarif Durafour n'a pas lieu d'être appliqué et que vous pouvez vous faire payer, tant par le blessé que par son beau-frère, son patron, conformément à votre tarif habituel de droit commun. Sans doute l'assurance ne remboursera au patron que les honoraires qu'il aurait dû payer en vertu du tarif Durafour, mais cela ne vous regarde pas et n'affecte en rien vos droits.

Si vous ne pouvez obtenir satisfaction à l'amiable, vous devrez citer conjointement et solidairement le blessé et son beau-frère, devant le juge de paix du domicile de l'un d'eux, à votre choix, suivant la procédure ordinaire.

Application des Tarifs Durafour et Fallières.

I

404. — Le libre choix du blessé.

Abonné du « Sou Médical » et du *Concours*, je vous serais très reconnaissant de me donner les renseignements suivants :

a) Je suis appelé à 2 *heures* ce *matin* pour un blessé qui s'est donné un coup de hache sur le cou-de-pied hier soir à 17 h. en fendant du bois (accident du travail). Lésion : plaie profonde saignant abondamment. Je fais : nettoyage, hémostase et suture primitive (3 crins).

Je retourne voir ce blessé cet après-midi et lui fais 10 cc. sérum antitétanique. Distance kilométrique : 6 km. (pays de montagne).

Comment dois-je établir ma note d'honoraires pour ces deux premières visites (+ certificat initial) ?

b) Un médecin peut-il délivrer à un blessé un certificat de prolongation d'incapacité temporaire de travail, alors que ce n'est pas lui qui a établi le certificat initial. De même pour le certificat de guérison.

Dr M.

Réponse.

a) Vous avez à compter :

1° Ou une « visite de nuit », soit trois fois 10 francs, ou « sutures multiples » (25 francs) plus 25 % de majoration pour la nuit (article 8), donc : 31,20, plus le déplacement dans les deux cas ;

2° La deuxième visite avec injection antitétanique est à compter (article 16) 20 francs plus le déplacement.

b) Le blessé, ayant le libre choix, peut changer de médecin à son gré, tant pour les soins que pour les attestations.

F.D.

II

362. — Deux « sutures multiples » sur un même segment de membre.

Je serais heureux d'avoir votre avis sur l'établissement d'une note d'honoraires pour accident du travail

Le 1er janvier, à 7 h. du matin, je suis appelé chez un boulanger voisin ; un de ses ouvriers en coupant des biscottes s'est sectionné l'extrémité du pouce par le milieu de l'ongle, et s'est fait une large plaie sur la face dorsale de l'index. J'ai fait 4 points de suture au pouce et 5 à l'index. Réunion par première intention.

Dr A.

Réponse.

Il y a là deux plaies séparées et, sur *chacune* d'elles, vous avez fait (donc *deux fois*) une « réunion par sutures multiples : 25 francs », puisque chaque réunion a nécessité plus de 1 ou 2 points comme lorsqu'il s'agit d'une suture simple. Je sais bien que nous sommes ici « sur un même segment de membre », mais l'article 14 met ce cas à part pour les pansements *seulement*, et non pour les interventions. Il dit, en effet, « ... hors le cas prévu de *pansements* sur un même segment de membre, les soins donnés sont tarifés pour chacun des pansements ou chacune des *interventions*... ». Donc, et ceci en vous basant sur cet article 14 lui-même, vous avez à compter, à mon avis, *deux fois* « sutures multiples : 25 francs », soit 50 francs.

F. D.

III

373. — La suppression des catégories remonte au 1er janvier 1926 avec le tarif Durafour.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me renseigner sur un point des décrets ministériels que nous n'arrivons pas à comprendre, de même façon, l'administration des Ponts et Chaussées et moi.

Voici le point litigieux.

Le *Journal Officiel* du 8 janvier 1926 fixe le tarif des frais médicaux en matière d'accident du travail, comme suit :

Art. 2 ; Les *visites* au domicile du blessé..... donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes :

1) Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue 2 fr. par visite, quelle que soit la distance, c'est-à-dire première catégorie. Or, dans cette catégorie figurent les régions dévastées (Arrêté ministériel du 8 juillet 1920, modifié par celui du 24 décembre 1924).

L'ingénieur de ma section, à F. dit non, puisque

l'arrêté du 8 janvier 1926 ne parle pas des régions dévastées. A cela je réponds, pour que les régions dévastées cessent d'être comprises dans la première catégorie, il serait nécessaire que leur privilège fût aboli par une mention spéciale.

Et d'ailleurs (suppression des régions dévastées) *c'est ce qui s'est produit* dans l'arrêté du 16 décembre 1926 à compter du 1er janvier 1927. Ce qui n'est pas *supprimé* subsiste toujours, en droit pur.

Je suis donc autorisé pour établir mes notes d'ajouter 2 francs au prix de la visite à domicile, durant le 2e semestre 1926, puisque résidant dans les régions dévastées (jusqu'en 1927), mon ingénieur ne veut rien entendre et prétend que je n'ai pas droit à ce supplément.

Qui a raison ?

Cependant toutes les Cies d'assurances m'ont réglé sur cette base. J'attends donc le plaisir de vous lire bientôt, au *Concours*, à la place où nous prenons toujours le plus grand intérêt à nous nourrir de vos substantielles interprétations.

D. B.

Réponse.

Après avoir cité le texte : « 1° dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus ou leur banlieue : 2 francs par visite, quelle que soit la distance », vous ajoutez « *c'est-à-dire de première catégorie* ». C'est de là que part votre erreur de déduction générale, attendu que le tarif Durafour, qui est ici en jeu, fut caractérisé précisément par la *suppression des catégories*. Et cela aussi bien pour les prix de visite ou consultation que pour ceux des diverses interventions mentionnées tout le long du tarif. Comparez le tarif Breton, où il est parlé plusieurs fois, en toutes lettres, de première et seconde catégories, avec le tarif Durafour où ce mot *n'existe plus*. Il n'y a de différence de prix, pour certaines contrées en tant que « régions dévastées », dans le tarif Durafour, qu'au paragraphe *qui suit* celui que vous citez et pour les assimiler aux *régions de montagne* avec un tarif de déplacement kilométrique de 1,65 au lieu de 1,10. Ajoutons, pour être complet, que cette assimilation a disparu dans le tarif Fallières. Et ceci fut, *cette fois*, notifié de façon expresse, simplement parce qu'on n'a pas *refait le tarif en entier* et qu'on s'est contenté de *noter les différences* entre le tarif nouveau et l'ancien. Enfin, si des Compagnies d'assurances vous ont déjà réglé sur cette base, c'est que, sans doute, vous connaissant et vous faisant confiance, elles n'ont pas épluché vos notes de près.

F.D.

Application du Tarif Maginot.

231. — Double ouverture d'abcès profond eodem loco

Je lis dans le *C. M.* du 15 octobre que vous faites partie de la « Commission supérieure des soins aux

pensionnés de guerre ». J'en profite pour vous demander s. v. p., avis sur le cas suivant :

La Commission de contrôle m'a fait savoir qu'elle « faisait sursis à statuer sur le règlement des soins « donnés à L., désirant être renseignée sur la « deuxième ouverture d'abcès profond pratiquée (par moi) etc. Aussitôt (comme voilà bientôt un an qu'on n'a rien touché) j'ai écrit au secrétaire de la Commission de contrôle « que j'acceptais n'importe quel prix pour l'opération que j'avais faite, ceci dans le but de ne pas retarder : encore ! ! le payement.

Voici la deuxième réponse de la Commission qui ne refuse plus de payer ! ? ! mais qui demande des explications. Quelle explication voulez-vous que je donne ? C'est tellement bête un pareil questionnaire que je ne sais quoi répondre.

Vous m'obligeriez en me facilitant ma tâche pour procurer à ces Messieurs, une réponse « officiellement, suffisante. Je leur avais déjà écrit, (et c'est ce qui a envenimé l'affaire, « que, par définition, le médecin « n'était ni un ignorant, ni une crapule et que le plus « simple était de faire une enquête sur place.

D^r^ D.

Réponse.

Le confrère secrétaire de la commission départementale, vous demande simplement, ce me semble, ce qui s'est passé pour que, six jours après l'ouverture d'un abcès, sous anesthésie *générale* par un Dr X..., un Dr Y... se soit trouvé dans l'obligation de faire une *deuxième* ouverture d'abcès profond, au *même* endroit, le fait de l'anesthésie générale dans la première intervention dénotant une grave et profonde ouverture.

Vous me mettez au crayon en marge de la lettre même du secrétaire de la commission, que la première ouverture a porté sur l'os et la deuxième sur les parties molles. C'est déjà une explication qui serait presque suffisante si (comme cela a dû se passer), je suppose, vous étiez en droit d'ajouter que postérieurement à l'ouverture du foyer osseux, s'est formée une fusée purulente intermusculaire que vous avez dû débrider et mettre à jour.

F. D.

Fiscalité.

45. — Rémunérations fixes. Dans quelle cédule les porter ?

Permettez-moi de vous prier de vouloir bien soumettre à notre conseiller fiscal un cas, qui doit être celui de pas mal de nos confrères en matière de déclaration de revenus.

Je touche 4.200 fr. comme secrétaire de la Commission tripartite de l'art. 64, 1.200 fr. comme médecin d'hôpital, 1.400 comme médecin du dispensaire antivénérien.

Jusqu'à présent j'ai fait figurer ces sommes dans ma déclaration à l'article 7, traitements publics et privés, indemnités et émoluments, etc. Cette manière de faire n'a soulevé aucune objection de la part du contrôleur.

Mais il y a quelques mois, j'ai lu dans le *Concours*, une réponse à une question analogue d'un confrère, réponse qui conseillait de faire figurer ces « fixes » à l'article 8, bénéfices des professions non commerciales.

Existe-t-il donc une nouvelle réglementation à ce sujet ? et si le contribuable a le droit de choisir, a-t-il avantage à l'un plutôt qu'à l'autre des articles ?

Dr X.

Réponse.

A notre avis, la rémunération allouée au secrétaire d'une commission tripartite constitue un traitement au sens fiscal du mot. L'administration conteste cette qualification aux rémunérations forfaitaires allouées aux médecins d'hôpital ou de dispensaire et les impose généralement à la cédule des professions non commerciales en les totalisant avec les recettes provenant d'une clientèle particulière.

Cette question n'a encore fait l'objet d'aucune jurisprudence du Conseil d'Etat.

L'imposition à la cédule des traitements et salaires est plus avantageuse parce qu'elle donne droit à des abattements en raison de la situation de famille (3.000 francs pour la femme, 3.000 francs par enfant de moins de 18 ans, 2.000 francs pour les autres personnes à charge).

A. M.

3962. — Base et taux de la patente.

Nouvellement installé, je viens vous prier de vouloir bien me répondre sur la question suivante :

J'occupe pour me loger avec mes enfants, un pavillon, loyer, 7.500 fr. N'ayant pas là, de place suffisante pour y installer un cabinet de consultation, j'ai l'intention de louer deux pièces et un pas-de-porte ailleurs : 2.000 fr. Sur quel taux sera établie la patente ? Et à votre avis à combien peut-elle s'élever pour l'année 1927 ?

Dr B.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente est basé sur la valeur locative de l'ensemble des locaux professionnels et des locaux d'habitation. Donc, en ce qui vous concerne, sur un total de 9.500 fr., au taux du douzième, soit un principal de 891 fr. 66. La contribution sera obtenue en multipliant ce principal par le « centime le franc » lequel n'est pas encore connu pour 1927, mais variera dans la région parisienne de 5 à 10 suivant les localités, c'est-à-dire que votre patente sera comprise entre 3.500 et 7.000 francs. (Il s'agit là d'une approximation, le minimum pouvant ne pas être atteint et le maximum dépassé).

A. M.

Où doit être faite la déclaration du revenu d'un médecin d'eaux habitant Paris l'hiver ?

Médecin dans une station thermale, je n'y exerce qu'une partie de l'année (quatre mois environ) et, le reste de l'année, j'habite Paris, où je n'exerce pas la médecine, mais où j'ai d'autres occupations para-médicales, telles que rédaction d'articles dans des journaux médicaux, etc. occupations qui me donnent cependant quelques bénéfices.

Où dois-je faire mes déclarations pour l'impôt sur le revenu global et pour l'impôt sur les bénéfices de ma profession ? Est-ce à Paris ou au lieu où j'exerce ma profession, c'est-à-dire dans la station thermale ?

Dois-je faire une seule déclaration ou deux déclarations séparées ?

Dr X.

Réponse.

Etant donné que le médecin visé dans la question exerce deux professions non commerciales, celle d'écrivain (rédaction d'articles, etc.) à Paris et celle de médecin, et qu'il est imposable à une seule cédule sur le total de ses bénéfices, nous estimons que votre confrère sera en règle avec la loi s'il souscrit sa déclaration spéciale de bénéfices non commerciaux au contrôleur auquel il adressera sa déclaration pour l'impôt général sur le revenu et s'il en avertit l'autre contrôleur.

A. M.

153. — La patente porte sur le prix de location d'un garage.

Un garage particulier où est remisée une voiture automobile servant à l'exercice de la profession, doit-il être considéré comme local professionnel ? Et le loyer annuel payé peut-il servir à établir une patente supplémentaire ?

Je reçois ces jours-ci un premier avertissement de contributions, comportant la patente établie sur la valeur locative des locaux que j'occupe.

Aujourd'hui un second avertissement ayant trait à la contribution des patentes également où je lis « Ici pour dépendances ». La dépendance en question est le garage voisin de mon habitation que je loue au mois.

Dr D.

Réponse.

Votre garage particulier, qu'il soit considéré comme local professionnel ou comme dépendance de l'habitation (au cas où votre voiture serait réservée à votre usage particulier et à celui de votre famille), doit être imposé au droit proportionnel de patente qui porte à la fois sur la valeur locative des locaux professionnels et sur celle des locaux d'habitation.

A. M.

129. — Patente en cas de changement de résidence.

J'ai l'intention de changer de résidence dans un mois ou deux. Devrai-je dans ce cas payer patente

pour mon domicile actuel, ou pour mon domicile projeté ou pour les deux à la fois pour 1927 ?

Quelles démarches à faire et quelle administration avertir dans le cas où je ne serais imposé que pour l'une des deux résidences que j'aurai consécutivement dans l'année. Dr M.

Réponse.

Vous serez imposé à la patente à votre ancienne résidence pour 1927 ; il est à présumer que vous le serez également dans votre nouvelle résidence par voie de rôle supplémentaire, mais cette deuxième patente devra tenir compte de la première à imputer en déduction. Si cette déduction n'était pas faite, il vous suffirait de voir le contrôleur. A. M.

Médecine légale.

419. — Timbre des mémoires d'honoraires.

Muni d'un réquisitoire unique, valant 15 fr. + (1 km.) 2,40, dois-je faire une note d'honoraires sur papier timbré ou non ?

Article 133 : « Il n'est fait que 2 expéditions de chaque état l'un sur papier timbré. »

Article 134. « Toutefois.... ne sont pas sujets les mémoires qui ne s'élèvent pas à plus de 50 fr. »

Comme il est dur de payer 4 fr. d'impôts pour 17 francs, j'ai recours à vos bons conseils. Dr B.

Réponse.

Si votre mémoire d'honoraires de médecine légale ne dépasse pas, tout compris, la somme de 50 francs, les deux exemplaires que vous devez envoyer au Procureur de la République peuvent être établis sur papier libre.

Il ne serait nécessaire d'établir un exemplaire sur papier timbré que si la somme réclamée dépassait 50 francs.

Honoraires de droit commun.

379. — Droits du médecin en cas de faillite.

Je vous serais très obligé si vous vouliez faire me préciser les droits du médecin en matière de faillite. Quelle procédure faut-il suivre pour faire reconnaître ces droits ? Dr G.

Réponse.

Lorsqu'un débiteur est en faillite, toutes les poursuites individuelles de ses créanciers se trouvent suspendues. Il est nommé alors un syndic de faillite, qui représente la masse des créanciers et entre les mains duquel ceux-ci doivent produire leurs créances en déposant à l'appui toutes les pièces de nature à les justifier. Ensuite, il est procédé à l'affirmation et à la vérification des créances par un juge-commissaire nommé par le Tribunal de Commerce. Si la

créance est admise, le créancier n'a plus qu'à attendre que les opérations de liquidation et de répartition soient effectuées par le syndic ; dans le cas contraire, il doit assigner le syndic devant le Tribunal de Commerce pour se faire admettre au passif de la faillite.

En cas de faillite, la créance du médecin est privilégiée dans deux cas : lorsqu'il s'agit de soins donnés au failli lui-même au cours de sa dernière maladie, ou bien lorsqu'il s'agit de soins donnés à des ouvriers du failli, blessés dans leur travail. Les créanciers privilégiés sont payés avant tous les autres créanciers et, si l'actif est suffisant pour les désintéresser, n'ont pas à subir de réduction sur leurs créances comme les autres créanciers.

Assistance.

942. — Refus d'inscription d'un mutualiste sur la liste d'assistance.

Un ménage ouvrier ayant 5 enfants en bas âge (l'aîné doit avoir 7 ans) a-t-il droit à l'inscription à l'Assistance médicale gratuite ? Le père fait partie d'une société de secours mutuels de la ville et c'est pour cette raison que la mairie lui refuse son inscription sur la liste d'A. M. G. consentant seulement à inscrire la femme et les enfants. Est-ce légal, sinon que faire pour obtenir satisfaction ?

Dr H.

Réponse.

L'article 1er de la loi du 15 juillet 1893 accorde l'assistance médicale gratuite à « tout Français malade, privé de ressources ».

Il faut comprendre, bien entendu, privé de ressources pour se faire donner les soins nécessaires à son état, puisqu'il s'agit de soins médicaux et de médicaments. Or, le membre d'une Société de Secours mutuels n'est pas dans cette situation et il est absolument logique et conforme à la loi qu'il ne soit pas inscrit sur la liste d'assistance.

Il n'en est pas de même de sa femme et de ses enfants, s'ils n'ont pas droit aux soins de la Société de Secours mutuels et il est encore conforme à la loi et à l'équité que, si par ailleurs ils sont privés de ressources, ils soient inscrits sur la liste d'assistance, qui doit comprendre nominativement tous ceux qui sont admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille (art. 13 de la loi).

Questions médico-militaires.

3952. — Aggravation d'infirmité provenant du service.

H. P. réformé en 1919 pour lésions multiples de la main droite, qui lui rendent l'usage de ce segment de membre très difficile, se plaint actuellement de

son poignet gauche. La flexion en est limitée et douloureuse. Il attribue cet état au surmenage que l'état de sa main droite l'oblige à imposer à son bras gauche.

Cette nouvelle lésion du poignet gauche peut-elle légitimer une demande d'augmentation de pension ?

Dr P.

Réponse.

Cette aggravation est très facile à défendre en fait ; mais, en droit, il y a peu de chances qu'elle soit admise par les Pensions.

L'intéressé peut néanmoins demander à être visité pour aggravation par le Centre spécial de réforme, dont il dépend.

3994. — Médailles et diplômes.

Quand vous aurez un moment, voudriez-vous me dire par la voie du *Concours* :

1° A qui je dois m'adresser pour obtenir le diplôme de la *médaille commémorative de la guerre* et de la *médaille interalliée* ;

2° A quelles autres médailles (on vient d'en créer deux ou trois : Orient, Syrie, etc.) peut avoir droit un marin ayant fait les campagnes suivantes :

1915-1919 : *Armée navale* et en particulier *Athènes*, 1er décembre 1916 et jours suivants ; *torpillage du Golo-II*, 22 août 1917 ; *mer Noire* 1919 ; *côtes de Syrie* 1919.

Dr X.

Réponse.

C'est à son corps de troupe d'origine que l'intéressé doit s'adresser pour obtenir les diplômes en question.

Celui-ci le renseignera également sur ses droits éventuels aux autres médailles dont vous parlez.

4018. — Droit à pension militaire pour tuberculose pulmonaire.

Je vous prie de vouloir bien me renseigner dans le cas suivant concernant un de mes malades.

C'est un jeune soldat, de la classe 1925, qui fait une tuberculose pulmonaire bilatérale à évolution assez rapide. Il a été ajourné en 1924 une première fois, puis en 1926, et envoyé au 6e Rég. de tirailleurs Nord-Africains. Parti de chez lui le 15 mai, il a été incorporé à T. le 20 mai ainsi que l'atteste son livret militaire où son incorporation est mentionnée. Il est entré le 7 juin à l'infirmerie de son corps et a été présenté à la Commission de réforme le 18 juin, où il a été réformé temporaire no 2. Ne peut-il prétendre à rien d'autre qu'à sa réforme temporaire no 2. Evidemment il soutient qu'il n'était pas malade quand il est parti, ce dont je doute puisqu'il a été ajourné en 1924.

Veuillez avoir l'obligeance de me faire savoir s'il peut prétendre à une réforme autre que celle qui lui a été attribuée, étant à la charge de son frère, père de famille.

Dr S.

Réponse.

Ce jeune homme a droit à la présomption légale d'origine, s'il avait été réellement incorporé, c'est-à-dire si les opérations d'incorporation étaient terminées en ce qui le concerne, au moment de son entrée à l'infirmerie. Malheureusement, la preuve contraire, détruisant cette présomption, est facile à faire en raison de la courte durée du service effectif (moins d'un mois). Seul pourrait le sauver un rapport du corps témoignant de fatigues exceptionnelles subies durant le séjour sous les drapeaux. Dans ces conditions, il ne peut guère prétendre à une indemnisation.

7. — Médaille de l'expédition des Dardanelles.

La loi du 16-VI-26 institue une médaille commémorative en faveur des militaires et marins ayant pris part aux opérations exécutées aux Dardanelles et en Orient, au cours de la guerre 1914-18.

Les militaires ayant fait partie de la Mission française en Roumanie (1916-18) ont-ils droit au port de cette médaille ?

Si oui, à qui doivent-ils s'adresser pour obtenir notification de ce droit ? D^r C.

Réponse.

Les militaires ayant fait partie de cette mission ont certainement le droit au port de cette médaille commémorative.

Il faut vous adresser au corps de troupe auquel vous apparteniez à cette époque, ou, si celui-ci a été dissous, au cabinet du Ministre de la guerre, bureau des décorations, 12, rue Saint-Dominique, Paris, 7e.

Au cas où vous auriez appartenu à une formation sanitaire, il vous est encore possible d'écrire au Directeur du service de santé du 15e corps à Marseille.

Impôts sur les revenus

Pendant la période des déclarations un « Guide pratique » au courant 1927, donnant les principes généraux et toutes les solutions particulières est offert moyennant 20 fr. au lieu de 30, à tout lecteur qui enverra cette annonce et un mandat au *Contribuable français* (service C.M.) 42, rue du Four, Paris, 6e. Cette souscription donne droit :

1° A un abonnement de 6 mois au *Contribuable français* 1927.

2° A des réponses gratuites au sujet des impôts, de la comptabilité, de la formation de sociétés.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — Nº 8 bis (Nº Supplémentaire) — MERCREDI 23 FÉVRIER 1927

LE
Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR
ABONNEMENTS :
France.................... 45 fr.
Etranger.. (voir conditions page IV)
Etudiants (France) .... 25 fr.
Le Numéro.................. 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE,
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

Numéro envoyé à tous les Médecins de France et des Colonies (23.000 exemplaires)

EAU DE St CYPRIEN



eau des Arthritiques et des Rénaux ; rénaux uratiques : Graveleux, Calculeux ; rénaux scléreux : Azotémiques, Hypertendus.

Elle est délicieuse au goût, légère et très douce à l'estomac, car elle ne contient que de « doux minéraux » ; elle traverse l'organisme en entraînant les poisons, les toxines ; elle désinfecte les voies biliaires, le rein, le bassinet, la vessie ; elle dissout l'acide urique, les urates ; décrasse les jointures ; emporte dans les urines pus, graviers et calculs. Elle diminue l'hypertension artérielle en levant le barrage rénal.

Eau de Lucine

L'action anti-vomitive de l' " Eau de Lucine", eau minérale très douce, dans les vomissements de la grossesse, du chloroforme, du mal de mer.



Bronze du Musée d'Athènes provenant des fouilles du temple d'Esculape, a Epidaure

L'*Eau de Lucine*, eau de la source Saint-Savin de la Roche-Posay, jaillit en plein roc, à 3 m. seulement de la source Saint-Cyprien. Elle est légère et douce à l'estomac : l'appellation ancienne d' " Eau de Velours " lui convenait à merveille. C'est une eau essentiellement calmante et sédative. Tient-elle son moelleux, son velouté, des bancs d'*argile* (silicate double d'alumine et de potasse) qu'elle traverse ou de son *carbonate de calcium* ? Peu importe. Toujours est-il que sa vertu calmante *en profondeur* et *en durée* relève à n'en pas douter de l'*ion calcium*, sédatif bien connu du *grand sympathique* et en particulier du plexus solaire dont le réseau s'étale sous la muqueuse gastrique. C'est l'ion calcium qui explique son activité merveilleuse et connue depuis bien longtemps dans les *vomissements de la femme enceinte*, comme il explique son action connue plus récemment, mais aussi certaine, dans les *vomissements du mal de mer, du chloroforme.*

Quarante-neuvième année. N° 8 *bis*. 23 Février 1927.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 494-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

SERVICE de PROPAGANDE du « CONCOURS »

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical*, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

SOU MÉDICAL

A un confrère qui n'est pas encore membre du Sou Médical.

Vous en avez certainement entendu parler, mon cher confrère, qui n'en faites pas encore partie. Vous avez déjà lu à coup sûr les renseignements que nous publions régulièrement sur cette Ligue de Défense professionnelle.

Peut-être avez-vous pensé déjà y adhérer ! ! !

Peut-être ne l'avez-vous pas encore fait parce que vous vous demandez à quel besoin il répond, quels services il peut rendre...

Je vais vous répondre par un exemple très récent.

Le Matin du 6 février publiait, en première page, une longue information relative à la condamnation qui venait d'être prononcée, par la Cour d'Appel de Nancy, contre un médecin accusé de faute lourde, pour avoir laissé dans une plaie profonde un fragment de drain qui avait entretenu là une infection prolongée.

Bien que ce confrère se défendit d'avoir commis la faute qui lui était reprochée, et expliquât pourquoi il n'avait aucune responsabilité dans cette affaire, la Cour, confirmant un jugement de première instance du tribunal d'Epinal, n'a pas voulu accepter son argumentation et, concluant au contraire à sa responsabilité, l'a condamné à payer à son client *douze mille francs de dommages-intérêts.*

Sachez donc que c'est le « Sou médical » qui a soutenu ce confrère dans cette regrettable affaire ; que c'est son avocat qui est allé plaider devant la Cour ; que c'est sa Caisse qui a fait tous les frais de procédure et de défense nécessaires ; que c'est enfin sa Caisse de garantie qui supportera les dommages-intérêts accordés à l'adversaire.

Mais, direz-vous peut-être, cela, c'est de l'assurance pure et simple contre les risques de responsabilité professionnelle ! !

Certes ! Mais combien particulière ! ! ! Jugez-en : une assurance ordinaire aurait sans doute cherché un terrain transactionnel afin d'éviter le procès. Si elle avait dû subir celui-ci, derrière son assuré, elle s'en serait tenue vraisemblablement à la condamnation prononcée par la juridiction de première instance.

Le « Sou médical » n'a pas hésité à engager les dépenses considérables que représente un appel, pour qu'il ne soit pas dit qu'il n'avait pas épuisé tous les moyens de soutenir son adhérent.

Mais là ne se borne pas l'activité du « Sou médical ». Et nombreuses et diverses sont les circonstances de la vie professionnelle du méde-

cin, distinctes des questions de responsabilité, dans lesquelles il intervient pour défendre les intérêts de ses membres.

En voici un cas, qui s'est présenté à plusieurs reprises dernièrement :

Un médecin est locataire d'un garage séparé de son habitation et appartenant à un autre propriétaire. Celui-ci cherche noise à ce médecin, prétendant qu'il a le droit de reprendre son immeuble, auquel il refuse de reconnaître le caractère de local professionnel.

Aucune assurance ne s'occupe, que je sache, de semblables litiges.

Mais le « Sou médical », qui a d'autres buts, infiniment plus étendus, donne son appui moral et pécuniaire au médecin ainsi lésé, et lui fait rendre justice...

Si j'ajoute que la cotisation annuelle du « Sou médical » est loin d'être ruineuse : *quarante fr.* — que sa garantie contre le risque de responsabilité s'étend jusqu'à *soixante-dix mille fr.* ! ! ! — et qu'enfin, si le membre du « Sou médical » est en même temps abonné au journal le *Concours médical* (45 fr. par an), le maximum de la susdite garantie est porté à *cent mille frs.* ; — je veux être convaincu qu'enfin éclairé, vous allez prendre votre stylo et remplir le bulletin d'adhésion que vous trouverez plus loin page XXXIII.

Voici d'ailleurs le texte de l'article 2 des Statuts du « Sou médical » :

« Le but de la Ligue est de fournir son influence, ses conseils juridiques avec consultations d'avocats spécialisés, son appui moral, et, s'il y a lieu pécuniaire, à ceux de ses membres qui se trouveraient lésés ou menacés dans les intérêts qui découlent de leurs *droits professionnels* et de les soutenir dans toutes les *difficultés professionnelles* dont la solution intéresse le Corps médical tout entier...

« Toutefois, la Ligue n'étant pas une agence de recouvrements, ne peut se charger de l'encaissement des notes d'honoraires.

« En outre, elle couvre chacun de ses adhérents contre les actions civiles en responsabilité qui pourraient lui être intentées pour des *actes cliniques ou thérapeutiques* accomplis par lui, jusqu'à concurrence de la somme fixée chaque année par l'Assemblée générale ».

G. DUCHESNE,
Secrétaire général adjoint du « Sou médical ».

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Loyers. Prorogations. Taux-Limite. Cliniques privées.

COMMISSION SUPÉRIEURE DE CASSATION.

Audience du 27 janvier 1927.

Sur le moyen pris de la violation des articles 10 de la loi du 31 mars 1922, 632 Code de Commerce, manque de base légale ;

Attendu que B., chirurgien, locataire d'avant guerre d'un immeuble dans lequel il a installé son cabinet de consultation, sa salle d'opération et une maison de santé à l'usage de ses clients a obtenu la prorogation légale de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 et ensuite demandé le bénéfice de la prorogation facultative jusqu'au 1er janvier 1926, dans les termes des lois des 31 mars 1922, 29 décembre 1923 et 2 août 1924, en offrant de payer un loyer majoré de 75 % ; que le tribunal a fait droit à sa demande mais a fixé à 150 % la majoration qu'il aurait à payer du 1er avril 1925 au 1er janvier 1926 ;

Attendu que le pourvoi reproche au jugement attaqué d'avoir majoré ainsi le loyer en attribuant à la clinique de B. un caractère partiellement commercial, alors qu'ayant pour objet exclusif de faciliter l'exercice de la profession chirurgicale à ce dernier, elle aurait dû être envisagée comme ayant uniquement un caractère professionnel ;

Attendu, il est vrai, que le jugement énonce parmi ses motifs « qu'il s'agit de locaux à la fois professionnels et commerciaux dans lesquels sont logés et nourris les malades en même temps qu'ils sont soignés, ce qui constitue le caractère commercial de l'exploitation » ;

Mais attendu d'une part, qu'en supposant que les locaux litigieux ne soient pas partiellement commerciaux, ils sont en tout cas professionnels, et qu'à cet égard la liberté d'appréciation du Tribunal était tout aussi grande pour la fixation du loyer ; que le prix limite établi par la loi du 29 décembre 1923 n'est pas plus applicable aux locaux professionnels, qu'aux locaux commerciaux ;

Attendu, d'autre part, qu'en dehors de l'énonciation précitée, le tribunal a apprécié, à l'appui de sa décision, la composition et l'importance de l'immeuble loué à B. ainsi que le quartier où il est situé ;

Attendu que, dans ces conditions, le jugement attaqué se trouve légalement justifié ;

Qu'il n'y a pas eu violation des textes visés au moyen ;

PAR CES MOTIFS :

Rejette le pourvoi.

Commentaires.

Si la loi du 1er avril 1926 a fixé, pour les lo-

caux professionnels, et jusqu'au 1er avril 1929, dans les localités où elle est applicable, un taux limite de majoration de 125 pour 100, il n'en était pas de même de la loi du 29 décembre 1923, qui était applicable dans l'espèce de l'Arrêt qui précède.

C'est sur ce point seulement qu'avait à se prononcer la Commission supérieure de Cassation et sa décision n'a pas une grosse importance au point de vue professionnel, puisque la loi du 29 décembre 1923 a cessé d'avoir effet, et que c'est celle du 1er avril 1926 qui est actuellement en vigueur.

Mais l'arrêt du 27 janvier 1927 avait à se prononcer sur le mérite d'un moyen soulevé par le pourvoi et consistant en ce que le jugement attaqué avait attribué à la clinique, dont le loyer avait été majoré de 150 pour 100, un caractère partiellement commercial, alors qu'elle aurait dû être envisagée comme ayant uniquement un caractère professionnel.

La Commission supérieure, estimant que le seul caractère professionnel, non dénié à la clinique, suffisait pour que le jugement écarte l'application du prix limite et apprécie librement la majoration qui devait être appliquée au loyer, n'a pas tranché la question de la commercialité d'une clinique privée.

Son arrêt ne vient donc pas renforcer celui de la Chambre civile du 12 novembre 1923 (*Gazette du Palais*, 2 décembre 1923 ; *Concours médical*, 1924.268), qui a admis que « les maisons de santé et les cliniques médicales qui procurent, moyennant rémunération, aux malades, avec les soins médicaux, le logement et la nourriture, sont, en principe, des entreprises commerciales assujetties par la loi du 12 avril 1906 à la législation sur les accidents du travail, alors même qu'elles sont tenues par un médecin et quelle que soit l'importance du traitement médical eu égard aux autres fournitures ».

Mais il ne le contredit pas non plus et la question reste entière, ou tout au moins dans l'état où l'a placée l'arrêt de la Chambre civile du 12 novembre 1923, qui a été et est toujours très critiqué.

D'autre part, la décision du Conseil d'Etat, sur le recours formé contre l'arrêté du Conseil de Préfecture de la Seine, qui a déclaré assujetti à l'impôt sur le chiffre d'affaires le médecin propriétaire d'une maison de santé, est toujours attendue et la situation fiscale des maisons de santé privées reste indécise.

J. DUMESNY.

CORRESPONDANCE

Accidents

4037. — Soins à la victime d'un accident d'automobile.

Je prends la liberté de vous soumettre un cas litigieux de règlement d'honoraires sur lequel je sollicite votre avis. Je serais heureux de recevoir les indications utiles pour obtenir satisfaction.

Le 28 août, d'une luxueuse torpedo est descendu à ma porte un enfant dont les parents qui l'accompagnent me sont connus ; ils habitent une commune du canton distante de 5 km. de mon domicile et j'ai déjà eu affaire avec eux.

On m'explique que l'enfant a été atteint et roulé par la voiture qui l'amène et qu'il m'est conduit pour examen et soins. Les propriétaires de la voiture — ils sont deux messieurs — insistent pour que l'examen auquel l'un d'eux assiste soit bien complet et me proposent, si j'ai le moindre doute, de faire pratiquer une radiographie. Cette mesure me paraissant superflue, je décline leur offre, mais je promets de ne rien négliger pour que le blessé soit promptement rétabli. Au moment du départ, l'un de ces messieurs me laisse sa carte, en me disant qu'ils sont assurés et l'adresse de son hôtel où je dois lui faire parvenir le certificat de blessure destiné à son assurance. Du reste on doit me revenir voir le lendemain quand j'aurai revu le blessé ; le lendemain, en effet, on était au rendez-vous ; on apprend avec plaisir que le pronostic favorable de la veille se confirme et que l'accident n'aura pas de suites fâcheuses : « Surtout, Docteur, ne négligez rien, me répète une dame qui accompagne ces messieurs, nous sommes assurés ».

Je donne donc les soins ; j'envoie le certificat initial après consolidation, j'envoie le certificat de guérison en Belgique, au domicile des propriétaires de la voiture ; j'y joins ma note (520 francs). Ceci à la date du 11 novembre ; le 22, la compagnie d'assurances me répond :

« Nous regrettons de ne pouvoir intervenir dans le paiement de ces honoraires, attendu que la responsabilité de notre assuré ne peut en aucun cas être mise en cause.

« En conséquence, vous voudrez bien réclamer la somme qui vous est due aux parents de la petite victime ».

Et voilà ! Et si j'avais cédé à la tentation de la radio, « les parents de la petite victime », en étaient encore pour ces frais supplémentaires ! Doivent-ils donc supporter aussi les frais de correspondance, de papier timbré, de certificats occasionnés par l'accident ?

Mais je ne suis pas disposé à les garder pour mon compte et je vous demande de me dire s'il y a un moyen d'atteindre ces Messieurs. Je leur ai écrit

pour leur signifier que je n'accepte pas la décision de leur assurance quant à leur responsabilité : ils n'ont pas soufflé mot depuis un mois. Et je suis résolu de n'avoir recours au conseil que me donne l'assurance qu'après avoir épuisé toutes les autres possibilités. Dr B.

Réponse.

Les automobilistes qui ont renversé l'enfant, quel que soit le degré de leur responsabilité dans l'accident, sont responsables envers vous du payement de vos honoraires, parce que ce sont eux qui vous ont mis en œuvre, qui ont commandé vos soins, sans faire aucune réserve. Mais c'est à vous qu'il appartiendra de faire devant le juge compétent la preuve des circonstances de fait dans lesquelles vous avez été appelé à donner vos soins, circonstances d'où découle l'engagement tacite de payer vos honoraires. D'autre part, vous avez aussi comme débiteurs les parents de l'enfant qui a bénéficié de vos soins.

Si vous citiez en justice les automobilistes seuls, il faudrait que vous les appeliez devant le tribunal de leur domicile, par conséquent à Bruxelles. Au contraire, en les citant conjointement et solidairement avec les parents de l'enfant, le juge de paix du domicile de ces derniers sera compétent. Mais, de toute façon, le jugement que vous obtiendrez en France ne sera exécutoire en Belgique qu'après décision d'exequatur rendue par un tribunal belge.

Vous aurez donc à supporter, tant en France qu'en Belgique, des frais de procédure assez élevés.

Il est regrettable que vous ne fassiez pas partie du « Sou Médical », car il y a tout lieu de croire que son appui vous aurait été accordé dans cette affaire.

---

476. — Une laveuse est assujettie à la législation sur les accidents du travail.

Veuillez bien me renseigner si une laveuse à la journée, occasionnelle, victime d'un accident sur les lieux de son travail, a droit au bénéfice de la loi du 9 avril 1898, étendue aux gens de maison ?

Si oui, quelle est la date de promulgation de cette loi. Dr K.

Réponse.

Une loi du 2 août 1923, entrée en vigueur depuis le 2 février 1924, a étendu la législation sur les accidents du travail « aux domestiques, gens de maison, serviteurs à gages, concierges et salariés du même genre à un titre quelconque, attachés ou non à la personne ».

Les termes de la loi étant très généraux, il n'est pas douteux, à notre avis, qu'une femme

(Voir la suite page XXXV-533)

PROPOS DU JOUR

Héros sans gloire.

Il n'est jamais trop tard pour parler encore d'eux. C'est de nos confrères tombés glorieusement au champ d'honneur, ou morts victimes de la guerre, que nous voulons nous entretenir. Aujourd'hui, nous conterons l'histoire très simple d'un jeune héros, dont une idylle touchante et tragique termina la trop courte existence.

***

Il avait à peine 21 ans et terminait ses études de médecine à la Faculté de Bordeaux lors de la mobilisation. Envoyé le 2 août 1914 au 100e régiment d'infanterie à Tulle, puis au 52e d'artillerie à Angoulême, il fit aussitôt une demande pour partir au front et fut versé au 3e régiment de zouaves comme médecin auxiliaire, et, en dernier lieu, au 5e génie. Il était fiancé à une jeune fille charmante, intelligente et instruite qu'il aimait et dont il était aimé, mais il n'écouta que la voix de sa conscience qui lui dictait son devoir de Français.

Comme le preux Roland de la chanson de gestes, il songeait toujours à sa fiancée, et c'est dans les lettres qu'il lui adressait, que nous pouvons admirer toute la simplicité et la grandeur de son héroïsme.

Voici le texte de la première :

Sect. postal 132, novembre 1914.

Ma fiancée si chère, je vous écris au plus fort d'une attaque, les marmites pleuvent autour de moi, et les balles passent en rafale. Je suis blotti dans une tranchée où l'on va m'amener des blessés. Je joue tous les jours le gros jeu ici, et, comme les membres du « Hampton Club », je gagne jusqu'à présent tous les jours ma vie avec une veine insolente ; malgré tout, quoique courageux, on a parfois des défaillances. La nuit surtout, quand je suis seul.

Le 3e zouaves est un régiment de braves, c'est le « régiment de fer » : Magenta, Sedan, etc. Je suis fier d'être des siens. Mais quand on a échappé une fois de plus au danger, on a des heures grises. A ces heures-là, votre souvenir adoré est pour moi un réconfort. S'il m'arrive un accident, on trouvera dans mon portefeuille une lettre qui vous parviendra. Sachez dès à présent que mes dernières pensées seront pour vous, mon seul souvenir de bonheur. »

Et les lettres se succèdent, presque quotidiennes, racontant par le menu les incidents d'une vie périlleuse où, à chaque instant, la mort le frôle de son aile. Mais il adore sa profession autant que sa fiancée :

« J'ai ici une belle tâche, écrit-il le 12 décembre 1914, je m'y donne de tout mon cœur et ne plains jamais ma peau pour aller soigner un blessé. J'en suis récompensé par la joie de ces malheureux, lorsque je les réconforte en leur assurant que ce n'est rien ; ensuite par l'estime des officiers, ils m'aiment bien tous ici. J'ai 21 ans, je suis le plus jeune, ils sont cependant tout à fait camarades, ils viennent causer avec moi. . . . . »

Comme, sans doute, sa famille lui adressait des lettres désolées, il écrivait le 5 janvier 1915 :

« Je ne veux pas que l'on me plaigne, je fais mon devoir comme les autres. »

Il ne veut pas quitter ses zouaves :

« Malgré ma fatigue extrême, dit sa lettre du 15 janvier 1915, je ne veux pas demander de congé ; 1° parce que l'on refuse tous les jours des congés de ce genre à des zouaves qui sont plus facilement remplacés dans un bataillon que le médecin ; 2° parce que la guerre actuelle n'est pas une plaisanterie. J'aurais honte d'être évacué pour fatigue quand cette fatigue n'a pas empêché mon jeune frère d'aller courageusement à un assaut où il avait 80 chances sur 100 d'être tué. »

Le 26 janvier cependant, il tombe évanoui dans un boyau en allant secourir les officiers blessés, mais écrit-il :

« La machine est fatiguée, je veux résister encore, tenter de reprendre le dessus. »

Et il résista. Son régiment battait le « record de la tranchée », plus de 132 jours en première ligne, sans avoir jamais été relevé.

« Advienne que pourra, répond-il à sa fiancée l'essentiel est que j'aie bien régulièrement de vos nouvelles, vous êtes ma vie ici, et vous seule me faites tenir à ma peau. »

Le 18 avril 1915, il fait son testament et lègue à celle qu'il doit épouser tout ce qu'il possède.

« Qu'elle sache bien, y écrit-il, que je l'ai aimée de toutes mes forces, de toute mon âme. C'est elle

qui m'a constamment soutenu dans mon long séjour aux tranchées par ses lettres *quotidiennes*, si affectueuses et si courageuses, qui m'apportaient chaque jour un peu de sa belle âme et de son amour... »

Le 20 mai, son chef de service, le voyant exténué, veut lui-même le remplacer pendant un mois. Simplement, il refuse.

Dans une lettre du 9 juin 1915, nous lisons :

« Je vous disais, dernièrement, que vous seriez fière de moi après cette guerre. Vous pouvez l'être, ma bien-aimée, je le dis sans fausse modestie. J'ai fait partie de la seconde vague d'assaut et j'ai soigné les blessés quelques secondes après qu'ils étaient tombés... Je ne peux plus écrire, j'ai des vertiges, je crois que je vais me trouver mal. »

Le 11 juin, il annonce qu'il est cité à l'ordre de l'armée et a la croix de guerre. En juillet 1915, il est envoyé au 5e génie à l'arrière. Mais, bien que pouvant se reposer, il regrette constamment ses zouaves, « ces braves cœurs ».

« J'essaye de me consoler, écrit-il de Revigny, en pensant que je rends ici de grands services. Quelle honte j'aurais après la guerre, si je n'étais malade, d'être resté à l'arrière. Je remplis du reste les fonctions d'aide-major ; je demanderai ce galon, si cela peut vous faire plaisir. »

A cette époque, il se marie, mais n'oublie pas son devoir :

« Et maintenant que nous sommes mariés, que j'ai pu réaliser mon rêve si cher, caressé pendant presque trois ans, que je suis plus heureux que je n'avais osé l'espérer, il faut que je sois à la hauteur de ce que j'ai été, et vous aussi. »

Il se prépare au grand sacrifice de Verdun, quand le 4 février, il annonce à sa femme qu'il s'est blessé en montant son cheval arabe et que sa plaie est infectée ; il se plaint de crises cardiaques. Il ne veut pas se faire évacuer avant d'avoir un remplaçant. Le 9 février 1916, le lendemain de son arrivée à Bordeaux, en permission, le médecin auxiliaire René BROUILLHET, qui avait mille fois risqué sa vie, succombait « des suites de maladie contractée en service commandé », dit froidement le communiqué officiel.

***

Nous regrettons de n'avoir pu reproduire intégralement la correspondance de René Brouillhet, mais on peut la lire dans le livre que sa veuve, Madame A. René Brouillhet, vient de publier sous le titre : *Les héros sans gloire*, chez les éditeurs militaires Charles Lavauzelle (1), et que M. le médecin inspecteur général Rouget a tenu à préfacer.

Nous savions que Madame A. René Brouillhet avait l'intention, en souvenir de son dylle héroïque et tragique, d'écrire un livre documenté sur nos confrères victimes de la guerre ; elle nous avait fait l'honneur de nous demander quelques renseignements et de nous en adresser, que nous avons publiés dans ce journal. Sachant que Mme A. René Brouillhet était un auteur de talent qui terminait son quatrième roman, nous nous attendions à lire une brillante épopée, émaillée de citations et de fragments de lettres et de journaux de route. Il n'en est rien. *Les héros sans gloire* sont un simple recueil de documents poignants. A part quatre pages de préface de M. le médecin inspecteur général Rouget, et une seule page de glorification de l'auteur, le livre est entièrement composé des écrits passionnants des héros eux-mêmes, et de leurs citations à l'ordre du jour.

Quand nous avons lu, à son rang alphabétique, page 30, les extraits de la correspondance de René Brouillhet à celle qui devint sa femme, nous avons compris. Rien de plus noble, de plus grand ne pouvait être écrit et Mme A. René Brouillhet, dans son pieux respect pour la mémoire de son mari et de ses camarades, a jugé que ce serait un sacrilège d'ajouter quelque chose aux propres souvenirs des héros sans gloire.

La tendre délicatesse du cœur a fait taire chez elle l'orgueil légitime de l'écrivain et nous l'en félicitons (2).

J. NOIR.

(1) Paris, 124, boulevard Saint-Germain. — Limoges, 62, avenue Baudin. — Nancy, 53, rue Stanislas.

(2) Il faut lire *Les héros sans gloire*. Quel est le médecin français qui n'y trouvera les reliques d'un parent ou d'un ami ? J.N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE MOUVEMENT CHIRURGICAL EN 1926

Dr Raphaël MASSART,

Assistant du service de chirurgie à l'Hôpital Bretonneau.

La Chirurgie dans la tuberculose des os et des articulations.

Parmi toutes les techniques qu'on décrit et tous les sujets qu'on étudie au cours d'une année chirurgicale, il est curieux de voir qu'une branche de la chirurgie a plus spécialement intéressé nos collègues, que les recherches se sont poursuivies sur un sujet plus particulier, que les efforts, couronnés ou non de succès, se sont portés sur la chirurgie de tel ou tel appareil.

En relevant tout ce qui a paru au cours de l'an passé, on est frappé de voir comme **la tuberculose** dans ses manifestations **osseuses et articulaires** a pu tenter le chirurgien, soit qu'il s'agisse d'enlever un segment malade, soit qu'il s'agisse de réaliser l'immobilisation d'une articulation, soit qu'il s'agisse de réparer les dégâts causés par une tuberculose qui n'évolue plus.

Dans chacun de ces ordres de faits, nous avons noté des idées très originales et des réalisations dont l'intérêt ne pourra échapper au lecteur.

La tuberculose osseuse et articulaire, quoi qu'on ait pu dire et écrire, ne relève pas seulement du plâtre et du repos ; si, dans bien des formes et surtout chez l'enfant, sujet en croissance, il en est ainsi, on ne peut ignorer l'intérêt qu'offre pour un adulte le membre solide qu'on obtient après la résection du genou.

Si les résultats ne sont pas toujours satisfaisants, s'il y a des récidives, s'il y a de mauvaises consolidations, c'est que bien souvent la technique employée n'a pas été exactement celle qui pouvait convenir, on a pu au cours de l'opération ensemencer des tissus sains, et nous croyons être utile à bien des lecteurs en leur signalant la manière extra-capsulaire dont FREDET pratique la résection du genou. Nous avons eu nous-même l'occasion de l'employer et les résultats que nous avons obtenus ont été les mêmes que ceux que rapporte Fredet.

Pour obtenir par la résection du genou, chez l'adulte, une guérison réelle et prompte, sans fistules, avec cicatrisation d'emblée, il faut extirper toutes les parties malades, c'est-à-dire toute la synoviale et ses diverticules, et cela, LANNELONGUE et notre maître MAUCLAIRE nous l'avaient déjà appris. Mais pour avoir la certitude d'enlever toute la séreuse, il faut le faire sans morcellement, et passer hors de la capsule.

La résection intra-articulaire d'emblée, telle qu'on la pratique couramment est une opération septique dès le début, où on risque des réensemencements bacillaires.

Fredet utilise comme voie d'abord l'incision en H, à branches inégales, celle que préférait Ollier, et comme Ollier, Fredet conseille de faire les incisions verticales très postérieures, pour bien dégager la synoviale sur les parties latérales.

Après section du ligament rotulien et dissection des deux culs-de-sac ménisco-tibiaux qui se trouvent de part et d'autre, on commence la dissection du grand cul-de-sac sous quadricipital.

Quand les fongosités ne sont pas ramollies, c'est là chose aisée, le cul-de-sac apparaît comme injecté et se laisse cliver facilement ; s'il est ramolli, il faut redoubler de vigilance pour éviter de l'ouvrir. En général il faut remonter haut sur la cuisse et dès qu'on a réussi à isoler l'extrémité supérieure, la dissection en devient aisée, elle se poursuit ainsi jusqu'au rebord cartilagineux de la trochlée, puis au niveau des condyles du fémur ; en ce point, la dissection est plus délicate, il faut désinsérer les ligaments latéraux, le tendon du muscle poplité. Toute la synoviale de la partie antérieure de la capsule articulaire est alors isolée ; pour disséquer la synoviale de la partie postérieure de la capsule, et pour juger de l'étendue des dégâts osseux, Fredet conseille d'ouvrir l'articulation, de désinsérer les ligaments croisés à leur attache fémorale, et de détacher du fémur, avec soin, pour ne pas blesser le paquet vasculo-nerveux du creux poplité, les coques condyliennes. On extirpe en dedans la bourse du jumeau interne et du demi-membraneux, en dehors, on enlève avec le muscle poplité, qui n'a plus aucune utilité, sa bourse séreuse et ainsi la synoviale libérée ne reste plus unie qu'aux plateaux tibiaux.

Il est facile de l'en libérer ; la synovectomie ainsi faite a été complète et a suivi par le dehors, tous les contours et tous les diverticules.

Fredet, au lieu de scier les os selon la manière classique, c'est-à-dire le genou fléchi, le fait en mettant la jambe en extension et protège les parties molles du creux poplité ; il réalise ainsi facilement le parallélisme des surfaces osseuses, ce qui permet une coaptation exacte qui est maintenue par la suture des os.

Le procédé décrit par Fredet a été appliqué 27 fois par son auteur, il a subi l'épreuve de la

pratique et du temps, il a donné entre les mains du chirurgien de la Pitié des excellents résultats.

Dans l'ensemble, il apparaît simple, sûr, et rapide ; nous-même lorsque nous l'avons appliqué à l'hôpital-école d'Auteuil, nous n'avons eu qu'à nous en louer et nous pensons qu'on ne saurait trop répandre des techniques opératoires qui, dans la chirurgie de la tuberculose ont une importance considérable et font que certains opérateurs ont des résultats intéressants, là où d'autres n'avaient eu que des échecs.

C'est en obéissant à la même intention que je voudrais ici dire ce qu'on doit penser sur l'immobilisation du mal de Pott par l'opération portant sur la partie postérieure de la vertèbre (lames ou apophyses épineuses) communément appelée *méthode d'Albee.*

Elle a eu, cette méthode, une bien mauvaise presse à ses débuts et combien d'entre nous vivent encore sur cette idée et poussent des hauts cris lorsqu'on vient à proposer cette opération à un malade.

Cependant les résultats s'affirment, nous voyons de plus en plus d'opérés, de Paris, de province, de Berk même, qui restent guéris, et dont la lésion n'évolue plus.

L'opération d'Albee, pour donner tous les résultats qu'on est en droit d'attendre d'elle ne doit pas, croyons-nous, être une opération contre le mal de Pott, au début. Pendant les trois premières années du traitement, qui correspondent à la période aiguë de la maladie, à celle où se forment les abcès, où les dégâts de l'ulcération compressive ne peuvent être atténués que par une immobilisation absolue en position horizontale nous ne pensons pas que la greffe osseuse puisse suppléer au repos complet, nous ne pensons pas plus pendant cette période à faire une greffe, que nous ne pensons mettre au malade un corset plâtré et le laisser aller et venir. La greffe d'Albee a pour nous la même valeur que le corset plâtré, et nous pensons que ces deux techniques combinées permettent de réaliser au niveau des vertèbres une immobilisation idéale et permettent de réduire cette longue période, qui suit la guérison clinique et pendant laquelle nos malades sont condamnés, par crainte des récidives à conserver leur grand corset plâtré.

Pour être efficace la greffe osseuse doit être faite sur des sujets dont la gibbosité est minime; les grandes bosses du mal de Pott dorsal ne bénéficieront que bien peu de la pose d'un greffon, par contre, les petites gibbosités lombaires, que le plâtre maintient mal sont de celles qui doivent être traitées par la greffe d'Albee, il en est de même des maux de Pott cervico-dorsaux.

La plupart des auteurs et le professeur Ombrédanne déconseillent l'opération chez l'enfant ; cependant pourquoi refuser à un enfant de 14 à 15 ans, en général remuant, indiscipliné, marchant malgré la défense du médecin, les avantages d'une méthode qui semble avoir fait ses preuves chez l'adulte, puisque Sorrel a pu rapporter à la Société de chirurgie une statistique portant sur 112 cas.

Sur tous ces cas, il n'y a pas un seul insuccès, les phénomènes de choc dont on a pu parler n'ont pas été observés par Sorrel, et il est bien probable que le choc est surtout à craindre dans les cas où la gibbosité est importante et où le chirurgien tente un redressement, ce qu'on sait être une manœuvre dangereuse, même en dehors de toute greffe osseuse.

La proportion de guérisons de longue durée est considérable et, comme le fait observer Sorrel, ce sont des gens qui vivent de façon normale, qui reprennent une existence vraiment active, ce qui est difficile avec l'appareil orthopédique qu'il soit en plâtre, en cuir ou en celluloïd.

Il nous paraît donc utile de revenir sur l'ostracisme qui pèse encore sur l'opération d'Albee et qui prive ainsi bien des malades d'une intervention relativement simple, rapide, et donnant une guérison fonctionnelle excellente.

En sachant ne pas opérer tous les maux de Pott qui se présentent, en sélectionnant les cas, en attendant, depuis le début de l'évolution du mal de Pott, une période qu'on peut approximativement fixer à trois ans, et pendant laquelle le malade aura été immobilisé sur la planche, sans plâtre, on pourra, par la greffe d'Albee, réaliser une immobilisation, un verrouillage permanent des vertèbres frappées de tuberculose.

Faut-il rappeler que deux méthodes d'immobilisation par greffe osseuse ont leurs partisans.

L'*opération d'Albee* utilise un greffon tibial total, c'est-à-dire comprenant périoste et os, on place le greffon dans un dédoublement des apophyses épineuses.

La *méthode de Hibbs* utilise, pour former le cal, les apophyses épineuses des vertèbres et les lames vertébrales tout entières.

Après avoir ruginé le périoste des apophyses épineuses et des lames vertébrales jusqu'à la base des apophyses transverses, on fracture, dans le sens vertical, la base des apophyses épineuses, de façon à rabattre chacune d'elles dans l'échancrure présentée par l'apophyse sous-jacente, fracturée elle-même.

C'est par ce procédé que Guyot et Dehelly ont obtenu un bloc osseux parfait ainsi qu'en fait foi une belle pièce anatomique montrant la fusion des 5 vertèbres lombaires, que ces auteurs ont présentée à la Société nationale de chirurgie.

Des procédés différents conduisent au même but : former un bloc osseux rigide, postérieur, immobilisant de façon parfaite le foyer tuberculeux antérieur.

Ces opérations ankylosantes constituent d'excellentes opérations dans le traitement des tuberculoses osseuses et il est à souhaiter de les voir se répandre de plus en plus.

Elles trouvent en effet leurs indications ailleurs qu'au niveau des vertèbres, et au cours de l'année, nous avons eu la bonne fortune d'en voir exécuter une série au niveau de la hanche par notre maître Paul Mathieu à l'hôpital Bretonneau et d'en exécuter nous-même chez des malades, dont la coxalgie paraissait guérie.

Parmi toutes les séquelles de l'arthrite tuberculeuse de la hanche, la mobilité constitue la plus douloureuse des infirmités. La tuberculose, en détruisant les surfaces osseuses de la tête et du cotyle, réalise une articulation mal ajustée, dont les ligaments épaissis, en partie détruits, viennent limiter l'étendue des mouvements normaux et créer ainsi un état permanent d'entorse.

Ces coxalgiques à hanche mobile, s'ils ont la petite consolation de pouvoir s'asseoir ont beaucoup à envier aux malades dont les hanches sont ankylosées.

Lorsque la hanche conserve des mouvements le malade doit garder un appareil de protection pendant des années, il est à la merci du moindre caillou du chemin, de la moindre irrégularité du sol, qui en déterminant à la hanche un mouvement trop étendu, lui inflige aussitôt une entorse. Ces petits traumatismes journaliers sont douloureux, et en outre ont le grave inconvénient d'être des amorces de récidives.

Combien de coxalgiques adultes enlèvent un appareil de protection qui les gêne alors que leur hanche n'a pas acquis la solidité désirable.

Le problème de la fixation de la hanche s'est posé depuis bien longtemps et jusqu'ici toutes les opérations qu'on avait pu pratiquer n'avaient donné que de médiocres résultats.

L'immobilisation de la hanche, ou arthrodèse coxo-fémorale, pour être pratiquée chez des sujets qui ont eu une coxalgie, ne doit pas être intra-articulaire. Les surfaces articulaires sont usées, érodées et constituent un matériel médiocre pour obtenir une bonne soudure osseuse. Les opérations conseillées par Nové-Josserand par Tavernier, qui transpercent le col avec un fragment de péroné ont l'inconvénient de s'exécuter dans le foyer même de la coxalgie et nous pensons avec bien des chirurgiens, que l'opération extra-articulaire ou même para-articulaire lui est bien préférable.

La technique employée par notre maître Mathieu et qui fait de cette opération une intervention simple, facile à exécuter, non choquante et réellement efficace mérite d'être étudiée en détail.

L'incision adoptée pour découvrir la hanche est celle de *Smith Petersen*. Elle suit le 1/3 antérieur de la crête iliaque jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure et de là descend verticale sur 12 cm. environ, entre le couturier et le tendeur du fascia lata. Puis les masses musculaires des moyen et petit fessier qui s'insèrent sur l'aile externe de l'os iliaque sont ruginées et désinsérées, réclinées en dehors et on découvre ainsi admirablement toute la partie supéro-antérieure de l'articulation de la hanche. Peu d'incisions donnent un jour aussi grand et permettent d'intervenir aussi facilement sur l'articulation.

L'arthrodèse extra-articulaire selon le procédé de Mathieu consiste alors à placer un greffon prélevé sur le tibia et unissant le grand trochanter à la fosse iliaque, juste au-dessus du cotyle.

On forme ainsi un pont osseux qui réalise une union intime du fémur et de l'os iliaque.

Des radiographies prises en série après les interventions ont montré une soudure osseuse rapide, d'ailleurs les malades opérés depuis plus d'un an marchent et ne présentent plus les douleurs continuelles qui les avaient décidés à supporter une nouvelle intervention.

Ces opérations, dont on n'a encore qu'une petite expérience, sont vouées au plus grand avenir. Elles permettront, lorsqu'elles seront mieux connues, de faire bénéficier des avantages d'une opération orthopédique quantité d'anciens tuberculeux guéris, qui restent des infirmes parce qu'ils souffrent, parce que le membre, qu'ils conservent guéri, est pratiquement inutilisable. A tous ces malades, la chirurgie orthopédique offre le secours de ses méthodes qui sont encore trop ignorées, mais dont les résultats sont excellents entre les mains de tous ceux qui ont eu à les appliquer.

Il est bien difficile de juger d'une méthode ou d'un procédé quand on ne les voit pas exécuter couramment autour de soi et qu'on est obligé de s'en tenir à des articles ou à des rapports.

C'est un peu ce qui se passe pour une méthode préconisée par Robertson Lavalle et que le professeur Ombrédanne a exposée à la Société de chirurgie.

Là encore, il s'agit de chirurgie dans la tuberculose articulaire, mais à la période où les lésions sont en pleine activité, où l'articulation est pleine de fongosités ou les surfaces osseuses sont ulcérées.

Si l'on en croit l'auteur, les opérations très simples qu'il pratique ont un effet miraculeux sur l'évolution des tuberculoses. Des coxalgiques, des malades porteurs de tumeurs blanches du genou marchent vingt-cinq jours après l'opération.

Les résultats paraissent si différents de tout ce qu'on est habitué à voir qu'il faut, croyons-nous, soumettre à la plus rigoureuse des critiques la méthode de Robertson-Lavalle, non seulement avant de conseiller cette méthode, mais même avant de la réaliser sur un malade.

Le rôle du chirurgien dans le traitement des tuberculoses des os et des articulations peut,

comme nous venons de l'exposer, être des plus importants. Si bien souvent pendant la période aiguë de la maladie, c'est-à-dire tant qu'il y a des fongosités, il se borne à limiter les dégâts anatomiques en prescrivant l'immobilité et le repos, son action peut être des plus utiles pendant toute cette longue période où on se borne souvent à attendre une ankylose qui se fait incomplète alors que la greffe osseuse peut la réaliser assez rapidement.

Si je me suis borné à étudier cette question si importante de savoir si la tuberculose des os et des articluations est ou n'est pas justiciable de la chirurgie et dans quelle mesure elle l'est, c'est qu'élevé moi-même dans cette idée qu'il ne fallait pas porter le bistouri dans un os ou une articulation frappés par le bacille de Koch, j'ai vu guérir par des interventions bien conduites, par des exérèses larges, comparables à celles qu'on pratique contre le cancer, des tuberculoses souvent étendues. Ces opérations demandent une asepsie rigoureuse, une hémostase des plus saignées, une absence complète de drainage ; la plaie doit se cicatriser par première intention. Laisser un drain, une mèche ou même des crins, équivaut à porter le trocart au plein milieu d'un abcès froid, c'est aller au devant d'une fistule.

Loin de moi, l'idée de livrer au chirurgien toutes les tuberculoses, mais il est certain que souvent une intervention comme celles qu'ont pratiquées Albee et Hibbs, comme celles que préconisent Haas, Mathieu, Sorrel, trouve dans bien des cas son indication et que négliger de la faire c'est se priver d'une méthode qui peut assurer au malade une convalescence plus rapide et une guérison plus complète.

CLINIQUE MÉDICALE

Pathogénie de l'asthme.

D'après une leçon du professeur BEZANÇON (1).

Nous ne devons pas considérer l'asthme comme un syndrome, mais comme une maladie véritable, ayant son individualité ; avec M. de Jong, nous l'avons défini une dyspnée paroxystique présentant ce caractère particulier : le malade au cours de l'accès est en état d'inspiration forcée. C'est, pour ainsi dire, la création momentanée d'un emphysème accidentel.

Germain Sée a bien insisté sur l'état asthmatique de dyspnée inspiratoire momentanée et l'état permanent de l'emphysémateux. C'est, d'autre part, un individu qui présente des équivalents, non seulement le coryza spasmodique, bien connu, mais encore la trachéobronchite spasmodique, mais encore des phénomènes de bronchites n'ayant presque plus le caractère spasmodique.

A côté de ces équivalents, je vous ai dit qu'il y a les parentés morbides de l'asthme : l'urticaire, qui peut se présenter en même temps que l'asthme dans certains cas, et dans d'autres cas alterner avec lui ; l'eczéma, surtout chez les enfants. C'est un asthme dartreux, disait-on autrefois.

Nous avons beaucoup insisté avec M. de Jong sur l'éosinophilie du sang et des crachats. On savait que le sang de l'asthmatique contient des éosinophiles en excès. Cette notion appartient à Ehrlich, mais nous avons montré qu'il y a une éosinophilie importante qui précède l'accès, qui existe à un degré plus fort au moment de l'accès, et souvent persiste même quand l'accès est terminé. Cette éosinophilie est spéciale à l'asthmatique. Dans les dyspnées asthmatiformes, l'éosinophilie est normale. Mais le point le plus intéressant, c'est que dans l'asthme, il y a une éosinophilie locale. Un crachat d'asthmatique est formé de mucus épais, concret, translucide, contenant des cellules de la trachée et des bronches abrasées, mais non enflammées, et, au lieu des leucocytes polynucléaires neutrophiles qu'on voit dans les suppurations ordinaires, dans les bronchites banales, on trouve ici une quantité colossale d'éosinophiles. Ce sont des leucocytes mononucléés dont certains ont l'aspect losangique. Cette éosinophilie locale apparente l'asthme à d'autres maladies, par exemple au kyste hydatique. On sait que souvent à la suite de la ponction d'un kyste hydatique, se produit l'urticaire.

On a supposé pendant longtemps que la crise d'asthme était déterminée par l'accumulation dans la bronche de matières visqueuses. Cette vieille théorie, qui remonte à Galien, n'est pas complètement sans intérêt. La crise est terminée par l'expectoration de mucosités plus ou moins abondantes qui pourraient jouer un rôle mécanique. Certaines substances, l'adrénaline, par exemple, agissent en rétractant la muqueuse bronchique et en favorisant l'expuition. M. Lemierre, récemment, dans un cas d'asthme, a montré l'importance d'une accumulation particulière de mucus formant de véritables fausses membranes.

Voilà donc un mécanisme possible : une sorte d'obstruction par une sécrétion particulière.

A cette notion ancienne a succédé une autre notion, celle du broncho-spasme. Les physiologistes ont vu qu'en excitant la partie périphérique du pneumogastrique, on peut produire un spas-

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, le 14 janvier 1927, recueillie par le Dr LAPORTE.

me des bronches. D'autre part, depuis les travaux de Reissessen, on sait qu'il existe des fibres musculaires lisses dans les bronches, et on a pensé que la contracture de ces muscles était la cause de là dyspnée de l'asthmatique.

Quel que soit l'intérêt de ces notions, ce qui caractérise l'état de crise asthmatique, c'est que l'individu présente un état d'inspiration forcée. Il est difficile de l'expliquer par le bronchospasme. Aussi a-t-on cherché une autre explication. Aujourd'hui, on pense que le principal caractère de la crise d'asthme est un état de tétanisation des muscles inspirateurs, surtout du diaphragme.

A la suite des grands physiologistes du milieu du dix-neuvième siècle, et surtout après les travaux de Charcot, de Vulpian, etc., on a proposé une théorie de l'asthme névrose. Parrot, Brissaud, dans leurs articles, montraient la part importante du nervosisme du sujet dans la production de l'asthme. Ils le comparaient jusqu'à un certain point à l'hystérie et même à l'épilepsie. Ils ont insisté particulièrement sur le caractère spécial des asthmatiques, sur l'état d'esprit de ces malades, qui sont souvent en même temps des anxieux, qui ont souvent de la névrose d'angoisse, des phobies, qui, dans certains cas sont de véritables pithiatiques. Chez tel malade, il suffisait de faire respirer une rose artificielle, pour déclancher l'accès d'asthme. J'ai vu un individu pris d'une crise asthmatique pour avoir vu un accident se produire (troubles émotifs).

Tous les auteurs de cette époque, en même temps qu'ils montraient l'importance de l'excitabilité particulière du système nerveux, insistaient sur l'importance de l'hérédité similaire ou asimilaire. Le travail de Germain Sée marque une étape importante dans l'étude de l'asthme. Dans son livre sur les maladies simples du poumon, il fait de l'asthme une névrose bulbaire. Il insiste beaucoup sur la parenté qu'il peut y avoir entre l'asthme et l'emphysème, non pas qu'il fasse de l'emphysème une conséquence de l'asthme, mais il fait presque de l'emphysème un équivalent de l'asthme. Dans certains cas, assez souvent, l'asthme survient chez un individu qui a déjà un thorax rappelant plus ou moins le thorax de l'emphysémateux.

Germain Sée est frappé de l'importance de ce qu'on appellera plus tard l'asthme réflexe, il est frappé de l'importance des irritations périphériques qui vont déclancher l'asthme. Il rappelle que le pneumogastrique est un nerf sensitif et qu'il est l'objet d'excitations périphériques qui déterminent la crise d'asthme. Il montre le rôle non seulement du pollen, mais de toutes les poussières végétales ; la maladie est assez fréquente chez les matelassières, chez les personnes qui cardent la laine, chez les individus qui manient certaines poussières végétales ou animales. Il étudie avec soin les conditions de séjour des malades dans différentes localités. Souvent les asthmatiques sont mieux à la ville qu'à la campagne. L'asthme est une névrose du pneumogastrique.

On se préoccupait également de la question du terrain particulier sur lequel peuvent se développer les symptômes morbides. Les cliniciens comme Trousseau avaient déjà vu qu'en même temps que l'asthme pouvaient se produire d'autres manifestations, l'urticaire, la goutte, l'eczéma. Les médecins du Mont-Dore ont insisté beaucoup sur la goutte.

On pensait que l'asthmatique présentait non seulement une hyperexcitabilité de ses centres nerveux, une névrose bulbo-vague, mais encore qu'il avait un état diathésique particulier que les uns, avec Lancereaux, appelaient herpétisme, les autres avec Bazin, arthritisme. Un des plus importants représentants de la notion de diathèse arthritique était Bouchard. Ce terrain arthritique, les uns n'y voient que des troubles de la nutrition tenant à la suralimentation (Morel), d'autres des troubles hépatiques (Moncorget, Glénard, de Vichy). Cet état arthritique est constitué par des oxydations incomplètes ; les substances alimentaires ne subissent pas leur dégradation jusqu'au bout. Vous voyez que les notions sur l'anaphylaxie, sur les troubles alimentaires, étaient en puissance dans le travail des anciens.

C'est à la suite du travail de M. Richet sur l'anaphylaxie que la question de l'asthme est entrée dans une nouvelle voie. M. Richet montre qu'un animal sensibilisé à une protéine devient ensuite sensible à des doses infinitésimales, à des millionièmes de la dose première, qui vont déclancher dans certaines conditions la crise anaphylactique. M. Villar avait pensé qu'il y avait un rapprochement à faire entre l'asthme des foins et les phénomènes anaphylactiques. M. Béhal exposait la même idée en 1910. Mais, c'est en 1911 que M. Richet pense que l'asthme est très proche des états anaphylactiques. C'est à la suite du travail de M. Widal et de ses collaborateurs que la question est entrée dans son plein.

Il est incontestable que cette notion des rapports de l'asthme avec l'anaphylaxie a transformé la question de l'asthme. Ce qui caractérise l'asthme, c'est cette crise terrible déclanchée par une cause tout à fait infime, minime, une poussière végétale, une poussière animale, une alimentation anormale minime. La notion de l'anaphylaxie nous a habitués à cette idée de la disproportion entre la dose introduite et la réaction.

M. Widal, à propos surtout de l'observation célèbre du marchand de moutons, a montré que la crise d'asthme pouvait être précédée dans certains cas par un état particulier qui ne se traduit par rien de visible, mais qui cependant existe déjà, et pourrait être vérifié, si on faisait l'étude du sang, dans lequel on trouverait une modifica-

tion humorale assez importante pour prévoir l'apparition de la crise d'asthme.

C'est là une notion extrêmement importante : dans un certain nombre de cas, la crise d'asthme est déclanchée immédiatement après la pénétration de la cause qui la provoque, mais il est bien réel que, dans d'autres cas, peut-être nombreux, il y a une période préparatoire pendant laquelle existent des modifications humorales, avant que ne se déclanche la crise d'asthme. Dans la théorie du réflexe, on conçoit que la réponse au réflexe est immédiate. Par exemple, l'allumage d'une allumette soufrée devant un individu déclanche une crise d'asthme immédiatement. Au contraire, dan s d'autres conditions, il y a une préparation. La notion de préparation est intéressante, parce qu'elle peut rendre compte de certains phénomènes qui se produisent, par exemple, lorsqu'il s'agit d'asthme alimentaire.

Mais ce qu'il y a peut-être de plus intéressant dans l'œuvre de M. Widal et de ses collaborateurs, c'est la notion que, dans certains cas, il y a, non pas introduction d'une cause toxique, mais phénomènes mécaniques dus à des protéines. Le rôle des protéines, aujourd'hui, domine une grande part de notre pathologie.

Enfin, M. Widal a essayé de pénétrer plus avant dans le problème ; il a montré que dans certaines conditions, l'asthme peut survenir sans préparation et qu'un choc colloïdoclasique, une cause perturbatrice quelconque, peut produire la crise. Donc, à côté de la notion de l'anaphylaxie, qui est la notion capitale, il faut faire intervenir la notion d'une perturbation réflexe pouvant être produite par le refroidissement, l'émotion, l'introduction d'un cristalloïde.

Mais le plus intéressant, c'est l'étude de la sensibilisation. Comment se sensibilise-t-on ? Comment un individu devient-il sensible à des substances pour lesquelles jusque-là il n'avait présenté qu'une insensibilité complète ? On connaît l'histoire de ce marchand de moutons qui côtoyait les moutons depuis beaucoup d'années et n'avait pas encore eu d'accès d'asthme avant son premier accès. Un individu qui maniait depuis longtemps l'ipéca n'avait jamais eu d'asthme, puis un jour vient une cause nouvelle, qui fait que l'individu présente cette sensibilité particulière.

Il y a des cas où on peut pénétrer dans ce mécanisme. Dans certains cas, il semble qu'il faut une série de petites sensibilisations. L'individu a été sensibilisé par de nombreux contacts, il n'a pas pris la maladie. Puis, il reste quelque temps sans continuer d'avoir ce contact, et il prend la crise. Par exemple, un individu maniait l'ipéca de façon ordinaire. Il n'a pas l'asthme. Puis il reste trois mois sans manier l'ipéca. Il revient à l'officine, manie la poudre d'ipéca et fait à ce moment la crise.

En pathologie infectieuse, on voit des faits de ce genre. Des internes, des étudiants en médecine, vivant dans les salles de diphtériques, ne prennent pas la diphtérie. Ils s'en vont en vacances. Au retour, ils prennent la diphtérie. Il semble que l'immunité qu'ils avaient acquise par le contact prolongé vienne à cesser. Pour l'anaphylaxie, c'est peut-être la même chose.

On savait déjà autrefois que les poussières animales ou végétales étaient capables de déterminer l a crise d'asthme. Les médecins américains ont essayé de savoir par la cutiréaction à quelle protéine, à quelle substance l'individu est sensible. L'asthmatique est souvent sensible à plusieurs substances, comme l'a montré M. Pasteur-Valéry-Radot. D'autre part, il n'y a pas parallélisme entre la sensibilité anaphylactique et la cutiréaction.

Le pollen des végétaux détermine surtout l'asthme nasal, le coryza spasmodique, bien plus souvent que l'asthme véritable. Chez les individus présentant du coryza spasmodique, on trouve souvent des cutiréactions positives au pollen. M. Joal dit que les odeurs déterminent plus facilement l'asthme nasal de même que les poils et plumes des animaux.

Dans les substances qui déclanchent la crise, il faut faire jouer un rôle aux substances alimentaires. On a beaucoup insisté sur les moules, les œufs.

Certains individus plus que d'autres sont prédisposés au choc. Cette diathèse colloïdo-clasique, on en a cherché l'explication dans le dysfonctionnement des glandes endocrines.

Il est certain, par exemple, que les crises d'asthme chez la femme sont liées à l'évolution de la fonction menstruelle. Il se peut qu'à ce moment, la femme devienne plus sensible aux autres causes. Le corps thyroïde peut intervenir (Léopold-Lévi). On invoque l'hérédo-syphilis.

On a trouvé des troubles du métabolisme basal, de l'hypocalcémie, etc., on a invoqué la vagotonie, la sympathicotonie. L'adrénaline est sympathicotonique. La belladone inhibe le pneumogastrique. On a exagéré le rôle du sympathique. Il y a encore une part de la question qui a un intérêt considérable, c'est la part de l'épine irritative en général, et de l'épine respiratoire en particulier, comme cause provocatrice de l'asthme. Témoin la disparition de l'asthme après l'appendicectomie, ou après l'ablation d'un fibrome utérin, ou après l'ablation d'un polype nasal. Avec M. de Jong, nous avons beaucoup insisté sur l'épine irritative pulmonaire. Le traumatisme de guerre (Cordier), déclanche des crises d'asthme. Les gazés font de l'asthme. Nous en avons eu un cas extrêmement intéressant. Cet individu n'avait pas de diathèse spéciale. A la suite de ces gaz, il fait de la sclérose pulmonaire, de l'emphysème, et de l'asthme à répétition.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les vaccinations par vaccins associés.

Il y a tout intérêt à associer en une même injection des propriétés vaccinantes différentes ; le vaccin antitypho-paratyphique représente le prototype de ce genre ; mais ces vaccins sont voisins dans leur nature.

Dans un vaccin *associé*, MM. Zoeller et Ramon se sont proposés de réunir des antigènes aussi dissemblables qu'une anatoxine et un vaccin microbien, ou des anatoxines aussi éloignées dans leur spécificité que l'anatoxine tétanique et l'anatoxine diphtérique, par exemple.

Deux conditions s'imposent à l'emploi d'un vaccin associé : il faut d'une part que la valeur antigène de chacun des éléments soit conservée et d'autre part que les réactions consécutives demeurent tolérables malgré l'addition de deux groupes de réactions vaccinales. Il résulte d'expériences que d'ailleurs l'addition d'un vaccin à une anatoxine ne fait que renforcer la réaction utile de l'organisme.

Pour le vaccin T. A. B. + anatoxine tétanique, les auteurs pensent que l'emploi de ce vaccin associé est favorable à l'immunité antitétanique. En ce qui concerne l'immunité antityphoïdique engendrée par vaccin associé, ils sont moins bien fixés ; la certitude ne pourra remplacer la probabilité que par l'introduction des vaccinations associées dans une collectivité exposée aux infections typhoïdes.

Quant à l'association vaccin T.A.B. + anatoxine diphtérique, les résultats sont favorables quant à la diphtérie ; la même réserve s'impose pour l'immunisation anti-typho-paratyphique. (*Paris médical*, 5 juin 1926.)

Les névralgies de la syphilis.

Il n'est pas nécessaire, au cours de l'évolution syphilitique, de recourir systématiquement à la ponction lombaire pour surprendre des altérations du névraxe ; elle ne saurait être négligée dans la surveillance des syphilitiques, mais il y a aussi des signes cliniques, qui permettent de l'éviter, ce qui peut avoir un certain intérêt pour le malade.

Parmi ces symptômes révélateurs d'une atteinte du névraxe, M. Lortat-Jacob n'hésite pas à mettre en évidence l'importance des troubles radiculaires.

Nombre d'algies de la période secondaire, contemporaine de celle-ci, parfois même un peu antérieure à celle-ci, peuvent témoigner d'une atteinte précoce des racines ; mais il faut, pour s'en convaincre, s'astreindre à rechercher la topographie de ces algies, lorsque les malades viennent pour un traitement.

Parmi celles qui sont le plus communément observées, il faut citer une algie occipitale, dont l'hypoesthésie cutanée atteint le territoire des 2e et 3e racines cervicales ; le plus souvent cette atteinte est bilatérale, mais elle prédomine souvent d'un côté et elle est confondue avec la névralgie du nerf occipital. Ces 2e et 3e racines cervicales, qui innervent l'une (la 3e) la région sous-mentonnière et rétro-auriculaire, l'autre (la 2e) la région occipitale postérieure, réunies à la 1re racine du trijumeau qui couvre le front et rejoint en arrière la 2e cervicale, dessinent à peu près complètement la minerve employée contre le mal sous-occipital. Il convient d'explorer avec soin cette région pour y déceler des hyperesthésies ou des anesthésies révélatrices d'une atteinte radiculaire précoce ; elles s'accompagnent souvent de syphilis florides intenses et de paresthésies.

L'éruption passée, tout rentre dans l'ordre ; mais, *à la reprise du traitement*, il est habituel de voir réapparaître les algies dans l'un des territoires précédemment atteints. Ces algies de retour ne sont pas d'un pronostic défavorable, mais elles commandent un traitement régulier, dans les délais classiques.

Parfois c'est une radiculite lombo-sacrée, affectant le type de la sciatique radiculaire. Quand on l'observe, en l'absence de causes mécaniques ou toxi-infectieuses chroniques, il faut rechercher systématiquement une syphilis avérée ou latente ; ce syndrome prend alors la valeur d'un stigmate d'affection syphilitique, et comme tel, il commande l'intervention du traitement spécifique. (*Le Bulletin médical*, 27 juin 1926.)

L'héliothérapie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse.

Jusqu'à ces dernières années, c'étaient beaucoup plus les chirurgiens que les médecins qui s'occupaient de la tuberculose péritonéale. L'héliothérapie, d'après M. Ch. Brody, constitue désormais un traitement naturel qui diminue presqu'à néant la nécessité de l'intervention chirurgicale.

L'auteur fixe des instructions très détaillées pour la cure solaire.

Comme toutes les médications réellement actives, le soleil détermine souvent au début un

◆◆◆

accroissement passager des symptômes : gonflement des articulations, abondance de la suppuration, douleurs et même fièvre. Le malade ne doit pas s'en inquiéter, mais en prévenir le médecin, qui décidera si ces phénomènes doivent faire diminuer le dosage de la cure.

Ce qui est d'une importance capitale, c'est d'arriver à l'exposition totale du corps avec le minimum de vêtements.

C'est une erreur de croire que l'irradiation partielle, exclusivement localisée sur l'abdomen en cas de péritonite tuberculeuse, peut suffire. C'est en partie pour cette raison que l'auteur préfère l'héliothérapie naturelle aux rayons ultra-violets artificiels. Bien entendu, si l'on ne possède pas la première, il faut recourir à ces derniers, qui donnent aussi d'excellents résultats.

Ce qui est indispensable, c'est d'utiliser des appareils, qui permettent d'irradier *tout* le corps dans la position étendue. Après la période d'entraînement, pendant laquelle on commence par les pieds pour remonter ensuite progressivement, le bain de soleil doit être généralisé à tout le corps, sauf la tête ; le malade doit s'exposer entièrement nu aux rayons. Toutes les parties du corps doivent être alternativement exposées au soleil, le malade se couchant tour à tour sur le dos ou sur le ventre.

Toutes ces indications s'appliquent aux malades atteints de péritonite tuberculeuse ; pour les pulmonaires, il y a des règles spéciales.

La durée du traitement varie de trois mois à un an, quelquefois plus dans les cas graves. L'héliothérapie, féconde en résultats, n'exclut pas, le cas échéant, l'emploi de quelques médicaments reconnus utiles.

Les résultats sont encore plus grands si, à l'héliothérapie, sont joints l'air marin, l'altitude, une bonne nourriture, du calme et du repos. Pour maintenir la guérison et éviter des rechutes, l'auteur recommande aux malades guéris de faire annuellement deux mois de cure préventive.

On peut observer quelques accidents : érythème, céphalée, troubles visuels, etc. ; quelques cas exceptionnels donnent de la congestion cérébrale, de la tachycardie, etc.

Il faut savoir aussi que la continuation de la cure solaire durant plusieurs années peut faciliter l'artério-sclérose, à cause de l'action recalcifiante du soleil.

En raison de la congestion et des hémoptysies, elle est délicate chez les pulmonaires. Elle est absolument contre-indiquée dans les états cachectiques, pour les hypertendus, les artério-scléreux, les sujets trop âgés. (*Journ. des praticiens*, 10 juillet 1926.)

Placentome malin et lésions utérines préexistantes.

La malade qui fait l'objet de l'article de MM. G. Durante et H. Roulland présenta, presque immédiatement après un accouchement à terme d'un enfant mort, des pertes de sang qui allèrent en augmentant. L'accouchement avait été normal, et les suites de couches ne furent troublées que par des pertes légèrement fétides le quatrième jour et une légère élévation de température. Un curetage fait six semaines plus tard ne ramena qu'une muqueuse bourgeonnante, un peu épaisse.

Cependant, les pertes continuaient, l'utérus augmentait de volume, lorsque, cinq mois après l'accouchement, apparaissaient les signes d'une perforation utérine brusque avec hémorragie péritonéale. Laparotomie, hystérectomie totale. Suites opératoires normales. Un mois après, métastase vaginale et mort.

Le néoplasme, localisé au fond de l'utérus, présente une structure classique, mais ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la coïncidence : 1° de lésions infectieuses ; 2° d'une dégénérescence vacuolaire des faisceaux musculaires ; 3° de foyers de *sclérose ancienne de la paroi utérine.* C'est au niveau de ces altérations préexistantes de la paroi que le néoplasme s'est greffé et a progressé.

Comme le soutient G. Durante depuis 1910, le cancer semble relever de l'action combinée de *deux* causes : l'une *active*, la végétation de l'épithélium, l'autre *passive*, la non résistance du stroma. Toute irritation paraît susceptible de faire végéter un épithélium. Pour qu'apparaisse l'évolution maligne, il faut que cet épithélium ne soit pas empêché de s'acclimater dans les espaces conjonctifs.

L'épithélioma relèverait donc surtout d'un fléchissement dans la vitalité du stroma, rendant insuffisante sa défense physiologique. Rubens-Duval, Leroux, Roussy, Babès, ont récemment encore insisté sur l'importance de cette réaction du stroma ; chez la malade de Durante et Roulland, la concomitance des lésions anciennes du myomètre, et leur rapport avec la marche du néoplasme permettent de penser que les altérations préexistantes ont facilité la greffe placentaire dont l'évolution maligne a pu s'effectuer grâce à la moindre résistance de la paroi à ce niveau. (*La Gynécologie*, septembre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La méthode de Sippy dans le traitement de l'ulcère peptique.

(M. F. Laporte, de Toulouse. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-12-26.)

La méthode américaine de Sippy, pour le traitement de l'hyperchlorhydrie grave avec ou sans ulcère, consiste en une association du régime et des alcalins. Elle est ainsi réglée. Pendant trois semaines, le malade garde le lit et fait, de 7 h. à 19 h., un repas toutes les heures (lait, bouillie de céréales, pain grillé, beurre, œuf cru ou à la coque, purée de pommes de terre, de légumes verts et secs, compote de fruits), de 100 gr. chacun, suivi au bout d'une demi-heure de l'ingestion d'un paquet alcalin (bicarbonate de soude, magnésie ou craie préparée, dans un demi verre d'eau). Après le dernier repas, prise de trois des mêmes paquets, à une demi-heure d'intervalle. Au bout de trois semaines, le malade se lève et travaille. Il fait alors un repas à 7 h. (300 gr.), à 12 h. (500 gr.), à 19 h. (250 gr.) avec les aliments permis. Dans l'intervalle, ingestion toutes les heures de poudre alcaline. Ce traitement doit être suivi un an avec quelques interruptions dans l'emploi des alcalins.

M. Laporte a recours à la méthode de Sippy depuis cinq ans. Elle lui a donné d'une façon générale d'excellents résultats. Son élève Aussenac a consacré son travail inaugural à ce traitement (thèse de Toulouse, 1926).

— M Le Noir reconnaît que la méthode d'alcalinisation intensive de Sippy calme les douleurs et donne de bons effets immédiats, mais si l'on en prolonge l'usage elle ne tarde pas à provoquer des accidents dus à l'alcalose. Même en Amérique, on en est actuellement moins enthousiaste.

Les injections intra-cardiaques d'adrénaline dans la syncope anesthésique.

(M. Toupet. — *Société de chirurgie* ; 1-12-1926.)

M. Toupet relate quatre observations nouvelles, dont trois personnelles et une de M. d'Allaines, de syncope anesthésique, au cours d'une opération, traitée avec succès par l'injection intra-cardiaque d'adrénaline. L'efficacité de la méthode lui paraît indiscutable ; il réfute les objections qui ont été opposées à son emploi et il en décrit la technique.

En Allemagne, on a usé et abusé des injections intra-cardiaques dans les asystolies graves (digitaline, caféine, ouabaïne). Tous les auteurs sont d'accord sur le fait qu'en utilisant des aiguilles fines, les dangers d'hémorrhagie sont illusoires. La texture du myocarde est si serrée, le muscle si épais, qu'on s'explique facilement qu'une plaie aussi minime soit immédiatement obturée.

Faut-il attacher de l'importance à l'objection de la blessure possible des vaisseaux coronaires ou du faisceau de His ? Il n'en existe qu'une observation, imprécise, et on ne saurait s'arrêter à de telles considérations en présence d'un malade en danger de mort imminente.

Autre objection : ce que l'on a nommé la syncope adrénalino-chloroformique et la syncope adrénalinique pure. Chez le chien endormi au chloroforme on a vu l'injection intra-veineuse d'adrénaline amener l'arrêt du cœur par fibrillation. Bardier et Stillmunkes ont réuni d'autre part douze cas d'accidents graves adrénalino-chloroformiques. Dix sont dus à des spécialistes anglais opérant dans les fosses nasales sous chloroforme. Ceci prouve seulement que la muqueuse pituitaire est le point de départ de réflexes dangereux et qu'il vaut mieux abandonner le chloroforme quand on a à faire des applications d'adrénaline intra-nasales. De même, il faut se rappeler la sensibilité du chien au chloroforme.

En face de ces critiques, M. Toupet place les travaux de Delbet, d'après lesquels les accidents chloroformiques seraient dus à l'insuffisance surrénale aiguë, et les réanimations par l'adrénaline dans les syncopes par chloroforme obtenues par Crile, Walker, Baumann, etc. Dans l'état actuel de la question, on est donc autorisé à employer l'adrénaline intra-cardiaque ou intra-veineuse dans la syncope par anesthésie (rachi-anesthésie), même dans la syncope chloroformique.

Quelle technique utiliser ? Lors d'une alerte respiratoire, pratiquer d'abord la respiration artificielle. Si au bout d'une minute, le résultat est nul, ne pas s'attarder. Le pouls est-il perceptible, injecter 1 milligramme d'adrénaline dans la veine. Ne l'est-il pas, faire l'injection intra-cardiaque. Comme matériel, une seringue de 2 cent. cubes, une solution d'adrénaline à 1/1000 et une aiguille fine de 6 à 8 centimètres On peut injecter en un point quelconque du cœur, ventricules ou oreillettes. M. Toupet pique toujours *dans le quatrième espace intercostal gauche, au ras du bord gauche du sternum.* L'aiguille est enfoncée doucement jusqu'à ce qu'on ait la sensation d'être dans le muscle cardiaque.

La dose est de 1 cent. cube de la solution d'adrénaline à 1 p. 1000. Le médicament a une action immédiate, violente, mais passagère, s'éliminant très vite : ne pas hésiter à renouveler l'injection. Les effets sont rapides et le cœur est réanimé, mais le sujet ne respire pas encore. Si on ne pratique pas aussitôt la respiration artificielle, il succombera. Tous les physiologistes sont d'accord pour admettre que l'asphyxie des centres nerveux a lieu rapidement chez l'homme et ils donnent en général le chiffre de quatre minutes comme délai maximum de l'arrêt

des fonctions d'hématose ; passé ce délai, la mort survient inévitablement On continuera donc la respiration artificielle, sans se lasser, jusqu'à ce que l'automatisme du centre respiratoire soit complètement rétabli, ce qui demande un temps variable (2 à 10 minutes à l'habitude). On pourra pratiquer aussi, conjointement, des injections intra-veineuses (voire intra-cardiaques) de digitaline ou d'ouabaïne, et du massage diaphragmatique du cœur si l'opération est une laparotomie.

En résumé, conclut l'auteur, « depuis six ans que j'emploie la méthode des injections intra-cardiaques d'adrénaline, ma confiance en elle n'a fait que s'affirmer. Je lui dois, j'en ai la conviction profonde, la vie de quatre malades ».

Intoxication post-opératoire grave par l'éther versé dans le péritoine.

(M. A. Basset. — *Société de chirurgie* ; 1-12-1926.)

On a recommandé le lavage du péritoine à l'éther dans les péritonites et l'on a pu faire sans phénomènes toxiques, de véritables inondations du péritoine avec ce médicament. M. Basset relate aujourd'hui une observation de péritonite tuberculeuse enkystée dans le foyer de laquelle il versa une quantité modérée d'éther (peut-être 100 grammes) Dans l'après-midi de l'opération, la malade présenta des troubles graves (torpeur, faiblesse, refroidissement des extrémités, *vomito negro*) qui disparurent à la suite de l'ouverture du foyer et d'une transfusion sanguine. L'auteur pense qu'il s'est agi là d'une résorption massive de l'éther, ayant entraîné une intoxication hépatique suraiguë.

De tels accidents d'intoxication peuvent se voir au cours de l'anesthésie par l'éther Très rares lorsqu'il s'agit d'éther inhalé, ils sont plus communs à la suite de l'anesthésie à l'éther par voie rectale. Vitral en a signalé deux exemples, l'un avec vomito negro. Lienhart et Sigwart ont aussi noté des troubles sérieux consécutivement à l'usage de l'éther, comme antiseptique, au cours des interventions abdominales et ils recommandent de ne pas dépasser 100 gr. M. Basset est conduit à penser également qu'il faut être ménager de l'éther en pareil cas.

— M. Souligoux rappelle que, lorsqu'il a préconisé les lavages à l'éther dans les péritonites, il a insisté sur la nécessité d'assécher le péritoine pour éviter les résorptions de cet agent.

Traitement physiothérapique des torticolis.

(M. P. Kouindjy. — *Soc. de médecine de Paris* ; 30-10-1926.)

M. Kouindjy expose les grandes lignes du traitement physiothérapique du torticolis *musculaire*, laissant de côté tous autres torticolis d'ordre chirurgical. Le plus souvent, la contracture porte principalement sur le sterno-cléido-mastoïdien, intéressant à un degré moindre d'autres muscles (scalènes, splénius, trapèze, etc.). Ils est une loi, que l'auteur a énoncée sous le nom de déséquilibre tonique, dont l'importance est grande ici, pour la thérapeutique en particulier. Quand un muscle entre, pour une raison quelconque, en hypotonie, ses antagonistes se mettent en hypertonie, en état de contracture. Dans le torticolis, ce ne sont donc pas les muscles contracturés qu'il faut traiter mais les muscles opposés, hypotonisés, que l'on aura à stimuler par des moyens physiothérapiques convenables.

Le traitement que recommande M. Kouindjy comprend trois choses : une traction progressive pour combattre la rétraction tendineuse, le massage méthodique des muscles en hypotonie et les exercices rééducatifs de ces muscles.

La traction peut se faire avec la table à suspension que l'auteur a introduite à la clinique Charcot en 1900 Le massage consiste en pressions profondes, suivies d'effleurages, de pétrissages et de percussions digitales. On y joindra dans les cas avancés la faradisation locale des muscles en hypotonie. Les exercices rééducatifs utilisent les mouvements actifs et volontaires. On aura recours, par exemple, à l'immobilité commandée ou à certains mouvements combinés.

Du danger des chauffe-bains à gaz.

(M. Georges Luys. — *Soc. de médecine de Paris* ; 30-10-1926.)

M Georges Luys signale un cas d'intoxication oxycarbonée par le chauffe-bain à gaz. Le gaz actuellement fourni par la Compagnie parisienne (et par d'autres Compagnies aussi sans doute) est, par raison d'économie, riche en oxyde de carbone. Lorsqu'un appareil fonctionne mal ou que l'aération est mauvaise, le dégagement du gaz toxique peut devenir dangereux. Ce n'est pas seulement pour les salles de bains, d'ailleurs, que la question se pose. Pour les cuisines et les petites pièces où sont installés d'énormes fourneaux ou d'autres appareils à gaz, il peut en être de même.

Est-il possible de se prémunir contre ce danger ? On a conseillé de suspendre dans la chambre un morceau de papier buvard imprégné d'une solution saturée de chlorure de platine, dont le noircissement rapide (15 secondes à 2 minutes) indiquerait la présence dans l'atmosphère d'une quantité notable d'oxyde de carbone. Un autre moyen emprunté au monde des mines consiste à mettre au voisinage une cage avec des canaris. Ces oiseaux, plus sensibles encore que l'homme à l'oxyde de carbone, pourraient révéler une menace imminente d'intoxication. Mais le plus sûr sera de veiller au bon fonctionnement des appareils et d'assurer une ventilation suffisante pour l'échappement au dehors des gaz brûlés.

— M. Rosenthal rappelle le cas malheureux de la fille d'un médecin qui succomba dans sa salle de bain à l'intoxication oxycarbonée.

— M. Ozenne pense que le seul moyen d'éviter

ces accidents est d'avoir une ventilation convenable.

— M. Bécard vient d'observer un cas d'empoisonnement par CO. Deux petits serins qui étaient dans la pièce étaient morts et des symptômes d'intoxication oxycarbonée se manifestaient chez une personne séjournant dans cette chambre.

— M. Digeon signale un animal plus sensible à l'oxyde de carbone que les oiseaux : c'est la souris blanche. Placée dans une atmosphère d'oxyde de carbone, on voit ses oreilles et sa queue rougir.

— M. Léopold-Lévi croit, comme M. Ozenne, que le mieux est de laisser une ouverture pour que l'oxyde de carbone s'échappe.

P. L.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Considérations sur diverses teintures de strophantus.

M. Wuathier. — D'une série de dosages de strophantine effectués sur des teintures officinales de strophantus de diverses provenances, il résulte que les écarts relativement peu importants, révélés par les chiffres trouvés, ne suffiraient pas à eux seuls pour expliquer les notables différences obtenues dans les effets physiologiques à l'aide de ces préparations d'une part et d'autre part à l'aide de l'ouabaïne d'Arnaud.

Il conviendrait plutôt d'attribuer ces différences aux caractères spécifiques et différentiels de chacun de ces glucosides. Ces différences se révèlent, en effet, dans leur composition chimique, dans leurs origines, dans leurs caractères physico-chimiques, dans leur toxicité, dans la nature même de leurs effets physiologiques. Il n'y a donc plus lieu de confondre entre elles, comme on l'a fait jusqu'ici les diverses strophantines et l'ouabaïne cristallisée, et il serait à souhaiter que cette dernière devienne officinale et soit inscrite au Codex à côté de la teinture actuelle de strophantus.

Iléus biliaire.

M. J.-P. Tourneux communique l'histoire d'un homme âgé de 53 ans, sans antécédents particuliers, hospitalisé pour troubles abdominaux, et qui après un court passage dans un service de médecine, fut évacué vers un service de chirurgie avec le diagnostic de tumeur intestinale.

Les examens clinique et radiographique ayant montré qu'il s'agissait d'une occlusion incomplète du grêle par un obstacle siégeant dans la lumière de l'intestin, on pensa, devant l'absence de tout symptôme d'ordre lithiasique, avoir affaire à une tumeur (adénome pédiculé).

Le malade refusa l'intervention chirurgicale proposée et préféra rester chez lui, où quelques jours plus tard, il expulsa par les voies naturelles un gros calcul biliaire du poids de 27 grammes et mesurant 6 cent. de long. Comme le malade n'avait jamais accusé aucune espèce de douleur dans la région hépatique, il n'a pu s'agir dans ce cas que d'une migration anormale à la suite d'une cholécystentérostomie spontanée ayant évolué tout à fait insidieusement.

Paralysie faciale et dacryocystite purulente.

M. Calmette relate l'observation d'une jeune fille atteinte de paralysie faciale et de dacryocystite purulente. Le larmoiement est un signe classique de la paralysie de l'orbiculaire des paupières, mais ce trouble mécanique prédispose à l'atteinte microbienne des parois du sac lacrymal, d'où dacryocystite vraie. En réalité, si la paralysie de l'orbiculaire n'est que passagère, cette éventualité n'a pas le temps de se produire et tout symptôme lacrymal disparaît avec la cause qui l'a provoqué. En fait, de l'observation rapportée, et après sa discussion, l'auteur conclut à la non subordination de la dacryocystite à la paralysie faciale.

Le climat d'altitude et les cardiaques.

M. Serr et Mlle Fache, après avoir rappelé les caractéristiques des différents climats d'altitude, montrent l'influence que leurs éléments (diminution de la pression atmosphérique, insuffisance de la quantité d'oxygène de l'air, refroidissement de la température) exercent sur le système circulatoire et sur les appareils qui sont sous sa dépendance.

Ils attirent l'attention sur les effets qu'ils sont susceptibles de produire chez les sujets porteurs d'affections valvulaires bien compensées et rappellent les opinions souvent contradictoires émises sur l'action de l'altitude chez les cardiaques.

Tout en reconnaissant que des mitraux à myocarde résistant peuvent bien supporter le séjour à de hautes altitudes thérapeutiques, ils conseillent en général de ne permettre à de semblables malades que de faibles altitudes ; ils insistent sur les dangers de l'altitude chez les aortiques, et recommandent, en ce qui concerne les artério-scléreux, de ne les autoriser à séjourner dans les stations qu'après un examen minutieux de la résistance de leur myocarde.

Valeur évolutrice de la réaction du benjoin colloïdal dans la syphilis nerveuse.

M. Pères rapporte plusieurs observations de syphilitiques nerveux (hémiplégies, paralysies) longuement traités et ponctionnés : la réaction du benjoin colloïdal a été régulièrement pratiquée selon la technique simplifiée à six tubes préconisée par MM. Guillain, Guy Laroche et P. Léchelle ; son intensité a diminué parallèlement à l'amélioration clinique : sa négativation s'est montrée un peu plus rapide que celle de la réaction de Wassermann.

La réaction du benjoin colloïdal semble bien mesurer l'intensité de l'infection syphilitique ; elle apporte un appui précieux dans le dosage du traitement.

J.-P. Tourneux.

Les Thèses

Mtp. — Dr Henri CATHALA. — **La doctrine traditionnelle de l'Ecole montpelliéraine d'après l'œuvre de Eolfin et de la science médicale contemporaine.** (Firmin et Montane, éditeurs, Montpellier, Th. 1925.)

Au milieu des éboulements rapides ou des émiettements successifs des théories et des hypothèses, l'Ecole de Montpellier, dit l'auteur, héritière de la pensée hippocratique, voit sa doctrine et sa méthode affermies par les découvertes de la science moderne.

Anatomie pathologique, physiologie, bactériologie, immunologie, apportent tous les jours la preuve de la vérité immuable de ses idées directrices.

Les ouvrages des maîtres qui ont illustré cette Ecole ne sont pas seulement les vestiges d'un passé lourd de gloire. Ils constituent encore le recueil d'observations et de conseils le plus précieux, l'expression de la plus saine et de la plus vivante des philosophies.

Essayant de démêler les causes du rayonnement toujours vif de la raison athénienne à travers le monde, un des maîtres de l'intelligence française, Charles MAURRAS, écrivait : « Athènes ne s'adorait point sans la mâle pudeur et l'humilité que prescrit une intelligence profonde (1). »

Prédécesseur d'ARISTOTE et de PLATON, né sous le même ciel, HIPPOCRATE est le fondateur d'une doctrine simple et humble. Se gardant de « cet orgueil humain, qui est la dernière folie (2) », les vitalistes se sont bornés à étudier, à rapprocher les phénomènes de la vie, à en dégager les ressemblances et les rapports, sans se flatter de connaître la nature essentielle de leur cause.

Alors que tant d'orgueilleuses pensées jonchent de leurs débris la route suivie par l'intelligence de l'homme, l'humble et géniale raison du Vieillard de Cos reste toujours vivante et forte. Un des plus beaux titres de gloire des maîtres de l'Ecole de Montpeller est d'avoir transmis aux hommes d'aujourd'hui quelques vérités essentielles, quelques conseils de sagesse, de modération et d'humilité.

L. — Dr H. VALOIS. — **De l'allylarsinate monosodique dans le traitement des formes prolongées et des séquelles de l'encéphalite épidémique.** (Travail de la Clinique médicale de l'hôpital St-Sauveur. *Thèse de Lille*, 1926.)

Après un examen détaillé des diverses thérapeutiques utilisées dans les formes prolongées de l'encéphalite épidémique et notamment contre les syndromes parkinsoniens consécutifs, M. Valois constate que, contre le tremblement, la scopolamine a fait ses preuves ; on tend cependant à lui substituer l'hyoscine et aussi la poudre de feuille de datura stramonium ; contre l'hypertonie et la rigidité, rien n'a donné d'aussi bons résultats que les arsenicaux à hautes doses ; mais la valeur des résultats thérapeutiques dépend étroitement du choix des composés arsenicaux utilisés. La plupart des auteurs ont recours aux cacodylates alcalins et n'ont eu que des résultats médiocres. M. Valois, en collaboration avec MM. Auguste et Lekieffre, à la Clinique de l'hôpital St-Sauveur, a obtenu des succès certains avec l'arsylène (allylarsinate monosodique) qui présente, sur les cacodylates, l'avantage d'être plus actif, moins toxique, de pouvoir être beaucoup plus maniable.

L'arsylène a été étudié au point pharmacologique et physiologique par Pouchet et Ritz; il peut être donné *per os* sous forme de granules dosés à 1 centigramme; la repoussante odeur alliacée n'est pas à craindre ; ce mode d'administration supplée le traitement intensif ; il sera réservé aux malades particulièrement intolérants ou trop pusillanimes pour supporter les piqûres, et aussi, à ceux chez qui on veut appliquer la méthode progressive de Fowler.

Au point de vue du traitement intensif des syndromes parkinsoniens, il existe deux méthodes ; on pratique l'injection quotidienne de 0.20 d'arsylène pendant 15 ou 20 jours ; ou bien on injecte d'abord 4 jours 0.20 ; 5 jours repos ; 4 jours 0.40 ; 3 jours repos ; 4 jours 0.60, pour revenir en arrière. Trois recommandations : il faut tâter la susceptibilité du malade par une dose faible, faire les injections profondes et surveiller le malade pour arrêter le traitement dès qu'apparaissent les signes de saturation organique.

Cette méthode a donné à l'auteur d'excellents résultats corroborés d'ailleurs par ceux obtenus, dans la sclérose en plaques par MM. Euzière, Roger, Bériel, Pagès, etc.—et aussi dans un tout autre ordre d'idées, dans le psoriasis, par MM. Vigne et Fournier (*Sud-Médical*, 15 décembre 1925). Ces deux derniers auteurs, sur 8 cas traités par séries de 20 injections par l'arsylène, à doses progressives, ont obtenu trois guérisons complètes et des améliorations très marquées, et un seul échec presque complet : ce qui est un résultat vraiment très digne d'être noté et qui classe l'arsylène parmi les meilleurs agents de la thérapeutique antipsoriasique ; de même le travail de M. Valois démontre que l'arsylène exerce une action élective des plus rapides et des plus constantes sur l'hypertonie, le plus gênant des symptômes observés au cours des manifestations parkinsoniennes post-encéphalitiques.

(1) *Anthinéa*, page 83.
(2) *Ibid.*

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES MODIFICATIONS PROPOSÉES A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS POUR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La législation sur les accidents du travail a subi de nombreuses modifications et surtout des extensions considérables, depuis le vote de la première loi, le 9 avril 1898.

Actuellement, tous les salariés de l'industrie, du commerce et de l'agriculture sont garantis.

Mais, de nombreux cas restent en dehors de l'applicabilité de cette loi, ne serait-ce que le corps médical, qui, dans les hôpitaux, n'a droit à aucune réparation, lorsqu'un de ses membres est victime de son dévouement.

De nombreux projets, ou propositions de lois ont été déposés, sur le bureau de la Chambre des Députés, au cours de ces dernières années. Aussi la Commission d'assurance et de prévoyance sociales a-t-elle cru utile et sage de réunir tous ces textes, pour une discussion commune et le rapport fut confié au Dr Gros, député.

De ce travail, qui forme un volume de 120 pages, nous avons extrait tout ce qui peut intéresser le corps médical, passant ainsi en revue huit projets ou propositions de loi.

Extension du champ d'application de la loi.

Article 1er.

(Texte actuel.)

Les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employés occupés dans l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transport par terre et par eau, de chargement ou de déchargement, les magasins publics, mines, minières, carrières et, en outre, dans toute exploitation ou partie d'exploitation dans laquelle sont fabriquées ou mise en œuvre des matières explosives, ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux, donnent droit, au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise, à la condition que l'interruption de travail ait duré plus de quatre jours.

Les ouvriers qui travaillent seuls d'ordinaire ne pourront être assujettis à la présente loi par le fait de la collaboration accidentelle d'un ou de plusieurs de leurs camarades.

Article 1er.

(Texte proposé.)

Les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, aux ouvriers, aux employés et aux gens de service occupés dans l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transport par terre et par eau, les installations à terre des entreprises de transports par mer, les entreprises de chargement et de déchargement, les magasins publics, mines, minières, carrières et, en outre, dans toute exploitation ou partie d'exploitation, dans laquelle sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosives, ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux ; aux travailleurs intellectuels, et, d'une façon plus générale, à tous les salariés, donnent droit au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise.

Est considéré comme salarié, pour l'application de la présente loi, quiconque effectue pour le compte d'autrui un travail non fortuit, rétribué, ou non encore rétribué, sans qu'il puisse toutefois, dans ses rapports avec son employeur, être considéré comme un entrepreneur indépendant.

Il convient de remarquer que certaines catégories de travailleurs et de salariés, dont la situation de dépendance est plus ou moins bien établie, échappent encore à l'heure actuelle au bénéfice de la loi.

Citons toutes les personnes exerçant une profession libérale, tels que les médecins, les internes et externes des hôpitaux, ou bien encore les commis, clercs et employés divers des personnes exerçant une profession libérale ou titulaires d'une charge ou d'un office ministériel.

« L'heure est venue, dit le Gouvernement, dans l'exposé des motifs du projet de loi tendant à étendre le bénéfice de la loi de 1898 aux travailleurs intellectuels, de faire cesser toute différence entre les diverses catégories de salariés et de les faire bénéficier tous de la loi du 9 avril 1898. »

Dans son rapport, M. Gros cite les pays étrangers qui ont adopté une formule très vaste, pour que tous les travailleurs, de quelque ordre qu'ils soient, puissent être garantis, en cas d'accident du travail. Tels sont l'Afrique du Sud, l'Australie, le Brésil, le Danemark, la Grande Bretagne, les Pays-Bas, le Portugal, le royaume des Serbes Croates et Slovènes, la Suède.

Déjà une proposition de loi française avait donné la définition suivante :

« Donnent droit au profit de la victime, ou de

ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise, les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, à tous les salariés quels qu'ils soient. »

Dans son rapport, M. Gros n'ose pas adopter ce texte. Il préfère donner quelques énumérations de travailleurs, qui pourront se prévaloir du bénéfice de la loi de 1898.

En ce qui concerne les professions libérales, les travailleurs intellectuels et plus particulièrement les médecins, voici en quels termes s'exprime le rapporteur :

2° D'incorporer dans ce même article 1er la disposition prévue par le projet de loi n° 1543 concernant l'extension de la loi aux travailleurs intellectuels dépendant des professions libérales : clercs d'avoués, de notaires, d'huissiers, etc. ; médecins, pharmaciens, internes et externes dans un hôpital public ; fonctionnaires de l'Etat, des départements ou des communes, qui jouissent d'un statut spécial, et enfin, salariés de toute nature, occupés dans une entreprise ne présentant pas un caractère commercial, comme les œuvres d'assistance, les sociétés sportives, les associations diverses, etc.

Un projet de loi avait déjà été déposé par M. Durafour, alors Ministre du Travail et de l'Hygiène, pour que médecins, internes et externes des hôpitaux puissent recevoir une juste réparation, en cas de blessures, reçues en service commandé à l'hôpital.

Ce projet de loi vient d'être adopté par la Chambre des Députés et est soumis au Sénat. (*Concours médical* 1927, p. 411)

En ce qui concerne la définition du mot salarié, je tiens à donner le texte du rapport de M. Gros.

En introduisant dans ce paragraphe les mots « travail non fortuit », la commission a entendu exclure du bénéfice de la loi le coup de main accidentel, la plupart du temps non sollicité, donné par un passant soit à titre bénévole, soit en vue d'un pourboire éventuel, et on a cité l'exemple de la personne blessée en mettant en marche un moteur d'automobile, alors que ce geste a été fait de façon purement accidentelle et qu'il n'existait aucun lien de travail entre le blessé et le propriétaire de l'auto. On pourrait citer dans le même ordre d'idées le cas du passant blessé en participant spontanément à la réparation d'un accident survenu sur la voie publique.

Par les termes « rétribué ou non encore rétribué » nous avons envisagé le cas de l'apprenti ou de l'ouvrier blessé en période d'essai, alors qu'aucun salaire ne lui avait encore été attribué.

Enfin, nous supprimons le deuxième alinéa de l'article 1er dont rien ne justifie le maintien. L'exception qu'il pose pour les ouvriers qui travaillent seuls d'ordinaire ou font appel à la collaboration accidentelle d'un ou plusieurs camarades ne s'explique pas. Ces camarades ne se livrent-ils donc pas à un travail ? Ce travail n'est-il pas exécuté par eux dans l'intérêt même de celui qui leur a lancé l'appel de collaboration ? Les risques de ce travail sont-ils moindres que ceux d'un travail analogue exécuté dans les conditions ordinaires ? Aucun doute ne peut subsister sur ces différents points ; et, dès lors, comment admettre que l'ouvrier blessé dans de telles conditions puisse être licencié purement et simplement sans aucune indemnité ? Notre définition précédente du salarié est d'ordre général, elle ne souffre aucune exception. Tous les salariés quels qu'ils soient, où qu'ils se trouvent, quelles que soient les conditions dans lesquelles ils travaillent, doivent être placés sous la protection de la loi de 1898, et, dès lors, la suppression pure et simple de cette exception s'impose.

D'ailleurs, pourrait-on raisonnablement refuser aux collaborateurs occasionnels, salariés ou non, des industriels ou des commerçants, ce que la loi du 30 avril 1926, modifiant la loi du 15 décembre 1922, accorde aux collaborateurs occasionnels des agriculteurs ? Les uns et les autres sont des travailleurs au même titre et il est juste de les faire bénéficier des avantages de la loi dans des conditions identiques.

Ainsi nous réclamons l'extension complète du champ d'application de la loi, tant en ce qui concerne les entreprises assujetties qu'en ce qui a trait aux différentes catégories de travailleurs bénéficiaires.

Remarquons que cette définition du salarié peut s'appliquer au médecin, dans certaines conditions de sa vie professionnelle.

Que de fois, nous drapant dans notre orgueil corporatif, nous ne voulons pas admettre que nous ne sommes pas autre chose que des salariés, lorsque nous acceptons de donner nos soins, à forfait, pour l'assistance médicale gratuite, les mutualités, les hôpitaux, les enfants assistés, etc.

Allant même plus loin, lorsque nous sommes rémunérés à la visite, nous ne sommes que des salariés payés aux pièces, puisque ce n'est pas le malade lui-même, qui nous règle nos honoraires, mais bien un tiers quelconque.

Le salariat médical est entré dans les mœurs, qu'on le veuille ou non. Réclamer la suppression du tiers payant, c'est demander au corps médical de démissionner des services d'hôpitaux, de ceux de l'assistance médicale, de la protection du premier âge, des enfants assistés, des vaccinations, de l'inspection des écoles, etc., etc.

Il est cependant fort juste que lorsqu'un médecin d'hôpital, ou de mines, ou de grande usine, est blessé en service commandé, il puisse recevoir une indemnisation. Cependant, jusqu'ici, cette réparation ne lui est pas due, parce qu'il exerce une profession dite libérale.

Si donc, nous voulons que nos intérêts soient

sauvegardés, il ne faut pas avoir peur des mots, ni surtout de leur acception juridique ; puisque nous acceptons les fonctions de salariés, réclamons également, comme contre-partie, les avantages que reçoivent les salariés du commerce et de l'industrie.

Sinon, rompons carrément avec nos habitudes séculaires et, ignorant les lois dites sociales, n'acceptons d'honoraires que de notre seul malade, qu'il soit mutualiste, assisté, hospitalisé, enfant protégé, etc.

Délai de carence.

La loi de 1898 dispose que l'indemnité temporaire ne sera versée à l'ouvrier blessé qu'à partir du quatrième jour, sauf lorsque la victime sera restée malade pendant plus de dix jours.

Inutile de rappeler ici les abus qui se produisent : il est fort difficile de faire reprendre le travail à un ouvrier le huitième ou le neuvième jour après l'accident, puisque, de ce fait, il perdrait l'indemnisation des quatre premiers jours.

Aussi, certaines compagnies d'assurances ou grandes firmes commerciales, industrielles ont-elles déjà accordé le demi-salaire depuis le premier jour de l'accident.

Le rapporteur, M. Gros, envisage un autre point de vue : il déclare qu'il est excessif, à notre époque de vie chère, de priver une famille ouvrière, pendant quatre jours, de toute indemnité, pendant que le chef de famille ne touche aucun salaire.

Il fait également remarquer que, pour pouvoir toucher son salaire, l'ouvrier blessé néglige un traumatisme, bénin en apparence, ne le déclare pas et laisse ainsi s'aggraver, ou se compliquer une affection, qui aurait été guérie au bout de deux ou trois jours de repos.

« Il y a donc là, ajoute-t-il, une question d'humanité et de justice, doublée d'une question d'intérêt, qui nous amène à demander, ainsi que le prévoit le projet du gouvernement, la suppression pure et simple de la disposition finale du paragraphe premier de l'article premier de la loi, ainsi conçue : « à condition que l'interruption du travail ait duré plus de quatre jours. »

Définition de l'accident du travail.

De nombreux arrêts de la cour de Cassation ont peu à peu précisé ce qu'il faut entendre par accident du travail. C'est un traumatisme, survenu pendant ou à l'occasion du travail, qui arrête la victime et réduit sa capacité de production, soit temporairement, soit définitivement.

Mais, que de cas discutables, que de chicanes entre l'ouvrier et le médecin d'une part, avec, de l'autre, la compagnie qui assure le chef d'entreprise responsable.

Beaucoup de nos confrères consultent le « Sou médical », parce qu'ayant donné leurs soins à une victime du travail, l'assurance leur oppose ensuite une fin de non-recevoir, lorsqu'ils présentent leur note d'honoraires.

Que de discussions, pour savoir s'il y a eu traumatisme brusque et soudain, dans le cas de durillon forcé, ou de tour de reins. Des mouvements particuliers sont effectués par l'ouvrier, en conduisant une machine, en manœuvrant son outil habituel. Est-ce une maladie professionnelle, ou un véritable accident du travail ?

Le médecin, qui a donné ses soins, est révolté d'être obligé d'assigner en justice ouvrier et patron, pour faire déterminer qui, en fin de compte, doit payer les soins, qui ont été donnés.

Aussi, devons-nous signaler, dans le rapport du Dr Gros, deux heureuses modifications à la loi de 1898 : la première consiste dans la définition à donner à l'accident du travail ; la seconde, dans l'obligation imposée au chef d'entreprise, qui veut contester la matérialité de l'accident, de faire connaître cette intention dans un délai déterminé.

« En principe, écrit le rapporteur, pour donner droit à l'indemnité, les accidents doivent se rattacher d'une manière ou d'une autre à l'emploi, à l'occupation, ou au travail. »

Aussi, d'après le Dr Gros, le texte de l'article premier de la loi ne peut être interprété que de la façon suivante : tout accident survenu à l'heure et au lieu du travail donne lieu à réparation. Il en est de même des accidents survenus en dehors de l'heure et du lieu du travail, s'ils se rattachent au travail par un lien de cause à effet.

Cette interprétation est d'ailleurs celle de la Cour de cassation, qui considère comme ressortissant de la loi de 1898 tous les accidents, qui se produisent sur le lieu et au cours du travail.

Le travail est le fait de l'accident, c'est-à-dire sa cause immédiate, tangible, quand la victime a été atteinte par l'outillage, ou les forces qui l'actionnent. Il en est l'occasion, ou la cause occasionnelle, dans tous les autres cas, car c'est l'exécution de ce travail qui a appelé la victime au lieu où elle a été frappée.

Quant aux accidents fortuits, causés par les forces de la nature, tels qu'insolation, lésions dues à la foudre, etc., la jurisprudence a admis, jusqu'ici, que ces accidents ne ressortissent pas de la loi de 1898, lorsque le travail n'a pas été la cause occasionnelle de cette atteinte.

Ainsi, nous avons publié dans le *Concours médical* 1925. 1098 une série de décisions de jurisprudence, qui déclarent que lorsque le travail a facilité par exemple, une insolation, par temps très chaud, la loi de 1898 est applicable.

Au contraire, ne serait pas assujettie à la loi une insolation, atteignant un ouvrier, alors

que le travail auquel il est occupé ne l'a pas prédisposé à cet accident.

Nous croyons intéressant pour nos confrères, de reproduire, ci-dessous, la partie du rapport de M. Gros, en ce qui concerne les accidents du travail, dus aux forces de la nature.

Toutefois, une exception unique subsiste encore à la règle selon laquelle tout accident survenu à l'heure et au lieu du travail doit être considéré comme survenu à l'occasion du travail ; c'est celle qui a trait aux accidents causés par les forces de la nature. La jurisprudence française est restée inébranlablement fixée aux principes qu'elle avait précédemment posés à ce sujet ; elle exclut du domaine d'application de la loi de 1898 les accidents causés par les forces de la nature, sauf « lorsque le travail a contribué à mettre ces forces en mouvement ou en a aggravé les effets ». (Cassation, chambre civile, 10 décembre 1902 ; req. 8 juin 1904.)

Cette dernière exception est battue en brèche par les esprits les plus avertis et notamment par M. Capitant, qui a montré le caractère illogique de cette exception.

Du moment que la jurisprudence cesse, dans la plupart des cas, de prendre en considération le lien unissant l'accident au travail, il n'y a aucune raison d'adopter un régime spécial pour les accidents dus aux forces de la nature.

La Cour de cassation, en effet dans une suite imposante d'arrêts (18 avril 1918, 25 novembre 1918, 15 mars 1921, 24 janvier 1922, 14 novembre 1922 et 8 avril 1924) a décidé que l'ouvrier occupé à son travail et blessé pendant la guerre par l'éclatement d'une bombe d'avion ou d'un obus, était victime d'un accident du travail, les bombardements, faits de l'homme, ne pouvant, d'après elle, être assimilés au libre jeu des forces de la nature.

Les arguments par lesquels la jurisprudence prétend placer sous le régime de la loi de 1898 tous les accidents survenus à l'heure et au lieu du travail, s'appliquent aussi bien aux accidents provenant des forces de la nature qu'à tous les autres accidents.

D'après M. Sarrut, l'ouvrier devrait être garanti de tous les risques dont il peut être atteint dans son travail :

« Le risque professionnel, au sens de la loi nouvelle, dit-il, n'est plus le risque couru par l'ouvrier, mais le risque du patron ; de même qu'il doit prévoir la destruction, l'usure de son matériel, le patron doit prévoir les accidents de son personnel, les blessures, la mort des ouvriers, étant donnée surtout la complication du mécanisme industriel. Il y a là un passif éventuel à la charge de son industrie. La faute de l'ouvrier, l'absence de faute du patron, les cas fortuits ou de force majeure ne sont point à considérer. »

Selon M. Sachet, qui se rallie sur ce point à la jurisprudence allemande, « l'ouvrier frappé par la foudre sur le lieu et à l'heure de son travail est nécessairement victime d'un accident du travail, parce que la foudre, ne frappant que les endroits les plus exposés, la place que lui avait assignée son travail et où il a trouvé la mort, présentait nécessairement un danger particulier, quoique non déterminable en fait, aux atteintes de la foudre. »

Si on admet ce point de vue, il faut logiquement admettre toutes les extensions de la jurisprudence.

Tous les accidents survenus à l'heure et au lieu du travail peuvent être ainsi rattachés au risque professionnel, puisque tous ils sont causés par la réalisation d'un risque spécial à l'emplacement exact qu'occupait l'ouvrier pendant son travail.

Lorsqu'un ouvrier est frappé par la foudre dans l'intérieur de l'usine, ses ayants droit peuvent demander une rente à l'employeur, puisqu'il est reconnu que la configuration des locaux, la qualité des matériaux de la construction et les installations industrielles diverses déterminent le lieu exact des atteintes de la foudre.

En Allemagne, tous les risques ordinaires entraînés par les forces naturelles sont couverts par l'assurance lorsqu'ils se produisent dans l'établissement même ; les dangers de la vie quotidienne deviennent des risques de l'entreprise parce que le travailleur est exposé auxdits risques par le fait même de son service dans l'entreprise.

La loi roumaine s'applique également à tous les accidents dus à la force majeure sans distinction, et les lois de plusieurs provinces canadiennes se rapprochent beaucoup de la loi roumaine car elles s'appliquent aux événements fortuits dus à des causes physiques ou naturelles. (Alberta, Colombie britannique, Ontorio, Yukon.)

Aucun pays, d'ailleurs, n'exclut d'une manière absolue tous les cas de force majeure, ce qui constitue sans aucun doute un progrès très net du principe du risque professionnel.

La commission, tout en renonçant à introduire dans le texte de l'article 1er de la loi de 1898 une définition de l'accident du travail qui aurait pu aboutir à une interprétation restrictive, et en maintenant dans ce texte les termes « accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail », a bien spécifié qu'aucune exception ne devait être admise à la règles, uivant laquelle les accidents survenus au lieu et à l'heure du travail doivent être considérés comme survenus à l'occasion du travail.

Elle a nettement exprimé l'avis que tous les accidents sans distinction, survenus sur le lieu et à l'heure du travail, y compris ceux occasionnés par les forces de la nature, devaient être considérés comme des accidents du travail.

Contestation de la matérialité de l'accident.

Comme je l'indiquais plus haut, il arrive très souvent que le chef d'entreprise, ou plutôt son assureur, oppose au médecin une fin de non-recevoir, lorsque celui-ci présente sa note d'honoraires, sous le prétexte que l'accident est contesté.

Fréquemment, l'ouvrier a quitté le pays, ou est insolvable. Le docteur a fait confiance au patron, croyant que le bulletin d'avis d'accident était suffisant pour engager la responsabilité du chef d'entreprise, alors surtout que ce dernier n'a pas averti le médecin qu'il entendait rester étranger au payement des soins donnés à un blessé dont l'accident était contesté.

Voici ce qu'à ce sujet écrit le rapporteur, M. Gros :

Très souvent des moyens dilatoires sont employés par les chefs d'entreprises ou par les compagnies d'assurances pour retarder ou refuser le payement du demi-salaire et lasser ainsi l'ouvrier victime d'un accident. Il leur suffit, d'abord, de contester la matérialité de l'accident, ce qui oblige le juge à procéder à une enquête, puis ensuite, la preuve de l'accident étant faite, à contester la relation de cause à effet, ce qui amène obligatoirement le juge à désigner un expert chargé de dire si, oui ou non, la lésion dont se plaint la victime est bien consécutive à l'accident et, dans l'affirmative, fixer la durée de l'incapacité qui en résulte.

Une expertise faite dans de semblables conditions, longtemps après que l'accident s'est produit et parfois même après consolidation de la blessure, ne peut donner que des conclusions incertaines, et, dans tous les cas, une semblable procédure occasionne à la victime des pertes de temps qui se traduisent par une perte d'argent.

Ce sont là des tracasseries qu'il importe de faire cesser.

C'est pourquoi il nous a paru nécessaire d'édicter de nouvelles dispositions qui obligent le patron ayant l'intention de contester, soit la matérialité de l'accident, soit la relation de cause à effet, à en informer le juge de paix du canton dans un délai minimum, mais suffisant pour lui permettre de prendre tous renseignements utiles sur ces deux points et se prononcer ensuite rapidement ; il convient de dire également que le demi-salaire ne pourra cesser d'être payé avant que l'expertise ait eu lieu.

L'article 15 pourrait donc être complété par la disposition suivante qui ferait l'objet d'un quatrième alinéa.

« L'employeur ou l'assureur ne pourront valablement contester la matérialité d'un accident, ou la relation de cause à effet entre un accident et une blessure, s'ils n'ont pas prévenu de leur intention, dans les cinq jours qui suivent le jour de l'accident, le juge de paix du lieu. En cas de contestation, l'employeur ou l'assureur ne pourront cesser de payer le demi-salaire, en cas d'incapacité permanente, avant qu'un expert désigné, soit par le juge de paix, soit par le tribunal civil, se soit prononcé. »

En raison de l'extension de la compétence des juges de paix, une légère modification est proposée à l'alinéa 4, qui devient l'alinéa 5. Elle consiste à porter de 300 à 600 fr. le chiffre maximum des demandes relatives au payement des frais médicaux chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires pour lesquelles le juge de paix se prononce en dernier ressort.

Enfin, dans le même ordre d'idées, nous modifions légèrement l'alinéa 5, devenu alinéa 6, en spécifiant que les décisions du juge de paix relatives à l'indemnité journalière sont exécutoires par provision, aussi bien en cas d'appel qu'en cas d'opposition, sauf recours en référé pour interruption d'exécution s'il y a lieu. Nous donnons ainsi toutes garanties aux deux parties en cause.

Frais médicaux.

L'article 4 de la loi de 1898 prévoit que les frais médicaux sont dus, quelle que soit la durée de l'interruption de travail.

M. Gros estime que ce texte n'est pas suffisamment clair, notamment en ce qui concerne les blessures légères, qui, tout en nécessitant deux ou trois pansements, n'empêchent pas le blessé de continuer son travail. Il n'y aurait donc pas, *stricto sensu*, interruption de travail et par suite, le blessé serait probablement mis en demeure d'avoir à payer, de sa poche, les honoraires du médecin.

Aussi, pour couper court à toute interprétation abusive, le rapporteur propose-t-il la rédaction suivante de cet article :

« Quelle que soit la durée de l'interruption de travail occasionnée par l'accident et même s'il n'y a pas eu interruption de travail, le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques. »

Mais, il est un point sur lequel je ne suis pas du tout d'accord avec le rapporteur, c'est au sujet du payement des frais médicaux et en particulier, sur le point de savoir qui payera le médecin.

Voici la rédaction du rapport, sur ce point :

Dans le cas où la victime fait choix elle-même de son médecin et de son pharmacien, dit le même article 4, alinéa 2, le chef d'entreprise ne reste tenu de payer les frais médicaux et pharmaceutiques reconnus nécessaires pour sa guérison que jusqu'à concurrence de la somme fixée par un tarif établi par arrêté du ministre du travail.

Cette disposition paraît ne viser que les relations de l'ouvrier et du patron, mais non pas celles qui peuvent naître entre l'ouvrier et le médecin ou le pharmacien. Une action directe a bien été prévue de la part des médecins et des pharmaciens contre les chefs d'entreprise pour se faire payer leurs émoluments dans la limite du tarif, mais rien ne semble empêcher le médecin ou le pharmacien de réclamer, dans les termes du droit commun, à l'ouvrier qui l'a choisi, le prix de ses soins ou de ses fournitures sur les bases qu'il applique à sa clientèle ordinaire.

Jusqu'à ces derniers temps, cette interprétation était restée, pour ainsi dire, du domaine de la théorie, et *médecins ou pharmaciens s'étaient contentés de l'application du tarif officiel.* Il n'en est plus de même à l'heure actuelle, notamment en ce qui concerne le règlement des accidents agricoles dans les termes de la loi du 15 décembre 1922, et un article du *Concours médical* du 11 janvier 1925 s'exprime en ces termes à ce sujet : « Si, en pratique, les médecins se sont accoutumés à se contenter de la part que la loi impose aux patrons, ils n'en conservent pas moins le droit de réclamer au blessé le complément de leurs honoraires s'ils le jugent utile. » Cette interprétation est conforme à celle donnée par M. Sachet, conseiller à la cour de cassation, dans son *Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail*, 6e édition, no 621 : « L'action directe du médecin choisi par l'ouvrier contre le patron, dit M. Sachet, ne peut concerner que le montant des frais médicaux et pharmaceutiques dont celui-ci est redevable dans les termes de la loi... Pour le surplus, les médecins et pharmaciens n'ont d'action que contre la victime qui les a choisis. »

D'autre part, des décisions judiciaires récentes viennent corroborer cette thèse. Ainsi, le tribunal civil d'Annecy (26 juin 1925) a jugé que, quand la victime a fait choix elle-même de son médecin, si le patron n'est tenu que dans les limites du tarif légal, la différence entre le tarif courant et le tarif légal est supportée par le blessé qui a librement choisi son docteur. Le tribunal civil de Rouen (6 juillet 1925) a également jugé qu'au cas où l'homme de l'art mandé par le blessé ne se contente pas des honoraires fixés par le juge en vertu du tarif du 8 juillet 1920, il a, pour le surplus de ses honoraires, s'ils sont légitimement dus, une action non pas contre le patron, mais contre la victime elle-même.

Cette interprétation stricte de la loi aboutirait, si elle se généralisait, à restreindre la faculté pour l'ouvrier de choisir librement son médecin ou son pharmacien, puisqu'il risquerait, en ce cas, d'avoir à supporter les frais supplémentaires, alors que s'il accepte le médecin désigné par le patron ou l'assureur, il est certain que rien ne restera à sa charge. Cela paraît manifestement contraire à la volonté formelle du législateur, qui a entendu laisser à la victime la liberté la plus entière pour se soigner et pour s'adresser à son médecin habituel.

Dans le but de mettre fin à toutes les controverses susceptibles de faire échec au libre choix du médecin ou du pharmacien, le Gouvernement par son projet de loi no 2191, propose de supprimer toute rémunération venant s'ajouter au tarif légal, à la charge de l'ouvrier, aussi bien lorsqu'il a choisi son médecin que quand celui-ci aura été désigné par le patron.

D'accord avec le Gouvernement, nous estimons que le principe du libre choix du médecin ou du pharmacien, auquel, d'ailleurs, ceux-ci attachent également le plus grand prix, doit être strictement sauvegardé, et nous vous proposons d'insérer au paragraphe 2 de l'article 4 la modification projetée. La commission a simplement remplacé dans le texte du Gouvernement le mot « fixés » par le mot « taxés », voulant marquer ainsi, plus nettement encore, que le montant des frais ne pourrait être arbitrairement fixé par le juge, mais qu'il devrait toujours être limité par le tarif prévu.

Personnellement, j'ai déjà fait connaître ma façon de penser dans le *Concours médical* (1925. 2965 ; 1926, 209).

J'ai démontré que faire payer la totalité des frais médicaux par le chef d'entreprise, c'est aller à l'encontre de l'intention du législateur de 1898, qui a entendu faire de cette loi sur les accidents du travail une loi forfaitaire.

Une part est laissée au patron, une autre à l'ouvrier.

Le médecin reste toujours en droit de ne rien réclamer à celui-ci, s'il le juge bon. Mais il conserve la possibilité de demander à un ingénieur, à un directeur d'usine, à un riche exploitant agricole, un complément d'honoraires. Car, il faut bien l'admettre, le tarif ministériel, pour les accidents du travail, ne comprend que la part qui est laissée à la charge du chef d'entreprise. A la victime de faire le complément, si le praticien le juge nécessaire.

Au surplus, la loi de 1898 n'est pas faite pour régler les relations entre médecin et blessé, mais uniquement pour régler celles entre blessé et chef d'entreprise.

Le docteur reste complètement en dehors de la loi. Il a toujours le droit de soigner son blessé selon les usages du droit commun, de se refuser à établir des certificats autres que ceux de droit commun, de ne pas connaître le chef d'entreprise, ou l'assurance de ce dernier.

Aussi, puis-je considérer comme une innovation dangereuse de laisser au chef d'entreprise l'obligation de payer seul les frais médicaux.

Il en résulterait que, d'une manière détournée, une atteinte serait ainsi portée à la liberté du travail.

Au surplus, ne tient pas l'argument donné qu'en mettant la totalité des frais médicaux à la charge du chef d'entreprise, l'ouvrier aura ainsi la plénitude du libre choix de son médecin.

Quelle erreur ! Le libre choix est vicié par bien d'autres motifs, que nous allons d'ailleurs examiner maintenant.

Libre choix du médecin.

Voici en quels termes s'exprime le rapporteur :

Le législateur de 1898 a exprimé d'une façon formelle sa volonté de laisser aux blessés le libre choix de leur médecin et de leur pharmacien. En réalité cette disposition, qui figure en tête du deuxième alinéa de l'article 4 de la loi, est fréquemment violée

Dans de nombreux cas une forte pression est exercée sur le blessé pour lui faire accepter le médecin de l'entreprise ou de la compagnie, et il arrive fréquemment que l'ouvrier qui a résisté à certains moyens de pression tel que celui qui consiste à lui remettre un bulletin de visite portant le nom et l'adresse du médecin désigné, n'est pas réembauché après sa guérison.

Il convient de réagir très sévèrement contre de semblables procédés et de prévoir une sanction de nature à les réprimer et à les faire cesser.

Nous proposons donc d'adopter le texte qui suit, en remplacement du paragraphe 2 de l'article 4.

« La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Le patron est tenu de délivrer à la victime un bulletin de visite sur lequel il sera interdit de mentionner le nom et l'adresse d'un médecin, d'une clinique ou d'un dispensaire quelconque. »

Nous proposons d'autre part la modification suivante à l'article 30 de la loi :

« Est passible d'une amende de 500 à 1.000 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 2.000 à 5.000 fr. : 1° toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par le fait de renvoi systématique des ouvriers qui se seront adressés à un médecin autre que celui de l'employeur ou de la compagnie d'assurance à laquelle il est affilié, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin. »

Plusieurs points sont ici à envisager tour à tour.

a) *Valeur du bulletin d'avis.*

D'après le rapporteur, le patron est tenu de délivrer, dans tous les cas, à la victime, un accréditif, qui lui servira pour choisir librement son médecin.

Déjà, dans le *Concours médical* de 1923, 1364 et 1925, 423, j'ai montré par quelle rédaction, les assureurs arrivent à ne faire donner au médecin traitant qu'un bulletin d'avis, dont la valeur juridique est souvent nulle.

De bonne foi, ouvrier et docteur croient que ce bulletin d'avis d'accident un est accréditif, par lequel le chef d'entreprise informe le praticien, que le porteur a été victime d'un accident du travail, que des soins et certificats doivent être donnés et que le règlement des honoraires sera effectué ultérieurement, pour que la victime n'aie pas à débourser elle-même immédiatement les frais médicaux.

Or, il semble logique que, du moment où le chef d'entreprise ne fait pas d'expresses réserves sur l'applicabilité de la loi de 1898 à un accident déterminé, du moment où, très rapidement il n'informe pas le praticien de son intention de saisir le juge de paix, dans un délai très bref, pour faire décider s'il s'agit ou non d'un véritable accident du travail, le médecin doit faire confiance au patron, qui est solvable et non à l'ouvrier, qui, souvent, n'a pas d'argent sur lui.

Il me semble utile et prudent de rappeler ici les dispositions que M. Gros désire voir être introduites dans l'article 15 (voir ci-dessus). Je propose d'ajouter à cet article 4, paragraphe 2 : « Ce bulletin de visite, véritable accréditif auprès du médecin librement choisi par la victime, servira, au regard du docteur, d'engagement, par le patron, du payement des honoraires médicaux, sauf les restrictions prévues par l'article 15, 4e alinéa de la présente loi. »

b) *Détournement de clientèle.*

Ce n'est pas parce que, sur le bulletin d'avis d'accident, ne figurera pas le nom du médecin, choisi par le patron, ni l'adresse d'un dispensaire que disparaîtront les agissements actuels.

Par exemple, certaines compagnies de chemin de fer, certaines firmes industrielles accordent à leur personnel le salaire plein, lorsque les soins sont donnés par le médecin de l'établissement, ou au dispensaire *ad hoc.*

Au contraire, si la victime use de son droit de choisir son docteur ailleurs que parmi les praticins salariés du patron, elle n'aura droit qu'à son demi salaire ?

Que dire aussi des conseils donnés de vive voix, pour diriger le blessé vers le dispensaire de la compagnie d'assurances, laissant entendre qu'en se faisant soigner par les médecins de l'assurance, l'ouvrier n'éprouvera aucune difficulté pour se faire régler ultérieurement ses demi salaires ?

Pourquoi tolère-t-on aussi le racolage coupable, au moyen de primes diverses, données tant à la victime qu'au compère racoleur, sous des prétextes divers : remboursement de frais de déplacement ou autres.

J'ai déjà stigmatisé ces procédés dans le *Concours médical*, 1921,1835 et 1926,749.

Faute d'un texte clair et précis, les juges ne peuvent pas condamner ces pratiques coupables, qui font qu'un praticien consciencieux de grande ville ne voit plus d'accident du travail venir à son cabinet : tous sont détournés au profit de cliniques ou de dispensaires d'assurances.

L'article 30 de la loi de 1898 est, la plupart du temps, inopérant, parce que la pénalité n'est prévue que lorsqu'il y a renvoi, ou menace de renvoi, refus ou menaces de refus du payement du demi-salaire, cas, par conséquent, très rares.

Mais il est permis d'employer tout autre mode d'intimidation.

Je sais bien que l'article 11 de la loi du 25 octobre 1919 punit le détournement de clientèle, en ce qui concerne les accidentés du travail, lorsque ces derniers sont attirés par des dons, ou promesses d'argent, ristournes, menaces, etc.

Mais pratiquement, comme je l'ai démontré dans mon article du *Concours médical* de 1926. 743, les tribunaux trouvent des arguments juridiques, pour décider que ces dispositions pénales ne s'appliquent pas aux cas qui leur sont soumis, car les termes de cet article 11 de la loi de 1919 prêtent à discussion.

Voici le texte proposé par le Dr Gros :

Est passible d'une amende de 500 à 1.000 fr. et en cas de récidive, d'une amende de 2.000 à 5.000 fr. : 1° toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par le fait de renvoi systématique des ouvriers qui se seront adressés à un médecin autre que celui de l'employeur ou de la compagnie d'assurances à laquelle il est affilié, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ; 2° tout médecin ayant, dans des certificats délivrés pour l'application de la présente loi, sciemment dénaturé les conséquences des accidents ; 3° quiconque, par promesses ou menaces, aura influencé ou tenté d'influencer une personne témoin d'un accident de travail à l'effet d'altérer la vérité.

Indépendamment des sanctions ci-dessus, le renvoi d'un ouvrier accidenté du travail, sans autre motif que celui de l'accident, pourra donner lieu à dommages-intérêts qui seront arbitrés par le juge, conformément aux indications de l'article 23 du livre 1er du code du travail.

A mon avis, le rapporteur a omis de rappeler les dispositions de l'article 11 de la loi de 1919. Je proposerais la rédaction suivante : « Est passible d'une amende.... 1° toute personne qui, d'une manière quelconque, aura porté atteinte, ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir librement son médecin, ou aura racolé, ou tenté de racoler un blessé du travail, soit à son profit, soit au profit d'un tiers, 2°....

Frais d'hospitalisation.

Cette question a été une des plus controversées. Plusieurs fois, le « Sou Médical » a dû porter un procès jusque devant la cour suprême, pour savoir dans quel cas s'applique le « tout compris », tant dans les hôpitaux publics que dans les maisons de santé privées, qui reçoivent des blessés du travail.

Ce problème de la rémunération des médecins et chirurgiens pour soins donnés aux blessés du travail hospitalisés a fait couler beaucoup d'encre.

Des arrêts de Cassation, que j'ai publiés, en leur temps, dans le *Concours médical*, il semble se dégager cette doctrine :

Lorsque le blessé du travail est admis dans un hôpital, ou dans une clinique privée, le chef d'entreprise ne doit payer que le « tout compris ». A l'établissement de comprendre, dans la détermination annuelle de son prix de journée, les honoraires à allouer aux médecins.

La cour suprême semble considérer ces derniers comme étant les salariés de l'hôpital : à celui-ci de payer son corps médical en conséquence et de comprendre ces honoraires dans les frais annuels dont le décompte arrive à la détermination du prix de journée.

La preuve en est que lorsqu'un blessé du travail est soigné dans une clinique annexe à l'hôpital, le tout compris est applicable : il en est de même pour la victime qui, bien que non hospitalisée, vient se faire panser à la consultation externe de l'établissement. Le médecin n'a pas droit à ses honoraires, de la part du chef d'entreprise : à l'hôpital à l'honorer.

Rappelons d'ailleurs le fameux arrêt de Cassation du 22 mars 1909, décidant qu'un médecin, étranger à l'hôpital et appelé à faire une opération dans cet établissement à une victime du travail, doit se faire payer ses honoraires, non pas par le chef d'entreprise, mais par la commission administrative de l'hôpital.

Voici ce qu'écrit M. Gros, dans son rapport :

Le paragraphe 3 du même article 4 nous paraît devoir être modifié, car, actuellement, le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893, même majoré de 50 p. 100, ne nous paraît pas répondre au tarif des établissements hospitaliers qui, dans certaines grandes villes, réajustent chaque année le taux de leurs journées d'hospitalisation à l'augmentation de leurs charges et du coût de la vie.

Il nous paraît également indispensable de bien préciser qu'en outre des frais d'hospitalisation, le chef d'entreprise est tenu aux frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques dus aux établissements hospitaliers et qui ne seraient pas expressément compris dans les frais d'hospitalisation. Cette disposition répond au vœu exprimé par M. Simon Reynaud.

La nouvelle rédaction du paragraphe 3 de l'article 4 serait donc la suivante :

« Le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, en outre des obligations contenues à l'article 3, des frais d'hospitalisation aux taux et conditions normaux et courants des établissements hospitaliers, publics ou privés, de la localité où la victime est reçue et soignée.

« Il est également tenu des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques dus à ces établissements et qui ne seraient pas expressément compris dans les frais d'hospitalisation, ces frais étant réglés conformément au tarif visé au paragraphe 2 ci-dessus. »

Je fais une objection à la rédaction proposée par M. Gros : « Il est également tenu des frais

médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, *dus à ces établissements...* » Je demande la suppression de ces mots « dus à ces établissements ».

En effet, dans nombre d'hôpitaux de canton, ou de ville de moyenne importance, la commission administrative laisse le corps médical libre de se faire payer directement des honoraires,de la part de tout malade payant.

Or, le blessé du travail entre à l'hôpital, dans la catégorie des payants, puisque son patron paye pour lui.

C'est donc au médecin, au chirurgien à réclamer directement ce qui lui est dû et par qui de droit et non pas à l'hôpital à recouvrer ces frais médicaux.

La commission administrative ne se fera rembourser que ses frais d'entretien, déterminés par le prix de journée.

De plus, il doit bien être entendu que le blessé devra, en cas d'hospitalisation dans un établissement public ou privé, continuer à recevoir son indemnité temporaire, parce que l'admission ne doit être considérée que comme étant un accessoire du traitement.

C'est parce que le cas est grave, nécessite des soins minutieux ou une opération, parce que le blessé ne peut pas recevoir chez lui les soins nécessités par son état, qu'il doit être hospitalisé.

Rechute.

Dans les divers articles que nous avons publiés, au cours de 1925-26, concernant la rechute, nous avons démontré que la jurisprudence actuelle semble revenir sur les errements anciens.

Pendant longtemps, la Cour de cassation a admis que, du moment où la blessure est consolidée, le blessé, en cas de rechute, n'a plus droit à son demi-salaire, ni aux soins du médecin : il doit demander au tribunal civil l'octroi d'une indemnité pour infirmité permanente.

Ces décisions de jurisprudence ignorent qu'en médecine, une blessure consolidée peut parfaitement donner lieu ultérieurement à des rechutes ou à des complications.

Blessure consolidée ne veut pas dire blessure absolument guérie : cela signifie que, pour le moment, la victime n'a plus besoin des soins d'un médecin.

Aussi est-il parfaitement injuste de constater qu'une victime du travail devra payer de sa poche les soins et opérations nécessités par un retour offensif de son affection, dont l'origine a été occasionnée par un accident du travail.

Voici, sur ce sujet, les termes du rapport de M. Gros :

D'une façon générale, la jurisprudence refuse à la victime le droit à l'indemnité journalière ainsi qu'aux frais médicaux et pharmaceutiques, lorsque, après la consolidation de la blessure, il se produit une rechute qui oblige la victime à suivre un nouveau traitement médical pendant la durée duquel elle est obligée d'interrompre son travail. Cette jurisprudence est contraire à l'esprit de la loi. Dans certains cas, des blessés déclarés consolidés à tort sont obligés, après un certain temps, soit de subir une intervention chirurgicale, soit de suivre un traitement médical ; mettre à leur charge tous les frais de ce second traitement nous apparaît comme une sorte de défi au bon sens et à l'équité.

Mais ici deux cas se présentent. L'accident peut n'avoir entraîné en premier lieu qu'une incapacité temporaire, la rechute elle-même ne pouvant occasionner qu'une nouvelle incapacité temporaire, il convient de fixer à quelle juridiction le blessé devra avoir recours pour obtenir le payement des indemnités. Il semblerait à première vue que, ne s'agissant que de l'indemnité journalière et des frais médicaux et pharmaceutiques et le juge de paix étant seul compétent pour ces indemnités, il soit inutile d'introduire une disposition spéciale dans la loi. Nous tenons à signaler une jurisprudence établie par la Cour de cassation et que nous considérons comme contraire aux intentions du législateur.

Dans un arrêt du 6 juin 1921, la Cour de cassation a jugé, en effet, que : « L'indemnité journalière cesse d'être due à partir du jour où la victime a repris le travail ; qu'au cas d'aggravation ou de rechute c'est à la procédure de revision qu'il y a lieu de recourir. »

Supposons donc un ouvrier qui, ayant repris son travail après une incapacité de quinze ou vingt jours, est victime, au bout de quelques jours, d'une rechute qui entraîne une seconde incapacité de même durée. D'après la Cour de cassation, il doit s'adresser, non plus au juge de paix pour obtenir le payement de son indemnité journalière, mais introduire une instance en revision devant le tribunal civil. Or, celui-ci n'étant compétent que pour la rente, il s'ensuit que le blessé n'a, en définitive, aucun recours pour se faire payer l'indemnité journalière. Le tribunal civil serait-il d'ailleurs compétent, qu'il serait ridicule, pour quelques journées d'indemnité journalière, d'obliger le blessé à avoir recours à une procédure aussi complexe, aussi longue et aussi coûteuse pour lui en perte de temps.

C'est pour éviter le retour de pareils faits qu'il y a lieu de bien spécifier, par un texte précis ne permettant aucune interprétation contraire à l'esprit de la loi, à quelle juridiction les intéressés devront s'adresser dans tel ou tel cas

Estimant que, dans le cas où la blessure n'a entraîné qu'une incapacité temporaire et que la rechute n'entraînera également qu'une seconde incapacité temporaire, la contestation ne peut porter que sur le point de savoir s'il s'agit bien d'une rechute, qu'une expertise médicale pourra reconnaître, nous proposons de laisser au juge de paix compétence pour statuer.

C'est seulement dans le cas où la blessure a entraîné une incapacité permanente ou que, n'ayant occasionné d'abord qu'une incapacité temporaire, la rechute aura pour conséquence de rendre l'incapacité permanente, que le blessé devra introduire sa demande devant le tribunal qui se prononcera sur les deux questions : indemnité journalière, frais médicaux et pharmaceutiques, et modification, s'il y a lieu, de la rente.

Nous proposons donc le texte suivant : qui compléterait l'article 19 :

« Dans le cas où, au cours de trois années pendant lesquelles peut s'exercer l'action en revision, l'aggravation de la lésion entraîne, pour la victime, une nouvelle incapacité temporaire et la nécessité d'un traitement médical, l'employeur ou l'assureur est tenu de payer l'indemnité journalière, les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, ainsi que les frais d'hospitalisation, s'il y a lieu. Le service de la rente, s'il en a été alloué une, est suspendu pendant cette période.

« Lorsque, à la suite d'un accident n'ayant entraîné qu'une incapacité temporaire, l'ouvrier, ayant repris son travail après avoir été déclaré consolidé, vient à être victime d'une rechute n'entraînant elle-même qu'une seconde incapacité temporaire non suivie d'incapacité permanente, partielle ou totale, le juge de paix est seul compétent pour les contestations relatives à l'indemnité journalière, ainsi qu'aux frais médicaux et pharmaceutiques pendant la durée de la rechute.

« Dans tous les autres cas, le tribunal a seul compétence pour se prononcer, tant sur l'indemnité journalière, sur les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, que sur l'attribution d'une rente ou la modification de la rente déjà allouée. Le président, lors de la tentative de conciliation, peut ordonner le payement des indemnités journalières ; sa décision est exécutée par provision.

Certificat médical initial.

Souvent s'élèvent des contestations pour savoir si le médecin traitant doit remettre à la victime un certificat initial rédigé en un ou deux exemplaires.

Le tarif ministériel prévoit un honoraire de cinq francs pour cette pièce. Mais *quid*, pour l'honoraire afférent au duplicatum ? J'ai publié, dans le *Concours médical*, 1923.1813 un jugement mettant à la charge de l'assurance le prix du duplicatum du certificat initial demandé au médecin traitant.

Or, dans la modification qu'il propose à la rédaction de l'article 11, le rapporteur écrit ceci :

« Dans les quatre jours, qui suivent l'accident, si la victime n'a pas repris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la mairie, qui lui en remettra immédiatement récépissé, un certificat de médecin, *établi en double exemplaire*, indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

« Un des deux exemplaires sera remis au blessé, sur sa demande. »

Voici les motifs que donne le Dr Gros :

Les victimes d'accidents du travail se plaignent très souvent, et toujours très amèrement, de ne pas avoir la copie des certificats médicaux remis à la mairie par l'employeur, dans les quatre jours de l'accident lorsque l'accidenté n'a pas repris le travail.

Il ne s'agit pas là d'une vaine curiosité, mais avant tout d'une prise de garantie contre toutes erreurs, toutes manœuvres même que les ouvriers redoutent d'autant plus qu'ils en grossissent les effets.

Mais pourquoi ne pas donner satisfaction à une demande aussi simple dont la réalisation est en somme peu coûteuse.

Aux délégués des médecins devant la commission ministérielle du tarif des accidents du travail de demander les honoraires afférents à ce certificat rédigé en double exemplaire.

Mais, si nous prenons au pied de la lettre la proposition du Dr Gros, le certificat initial devra, désormais, être rédigé en triple exemplaire : un pour la déclaration à la mairie, un pour l'assurance, le troisième pour l'ouvrier blessé.

A la vérité, ce n'est que dans les cas graves, pouvant entraîner une complication, ou une incapacité permanente partielle ou totale que ce troisième certificat peut avoir son utilité.

Appareils de prothèse.

La jurisprudence s'est toujours refusée à accorder à l'ouvrier, titulaire d'une rente, pour infirmité permanente, un capital quelconque représentant le prix des appareils prothétiques, qu'il a pu se procurer, même si l'emploi de ces appareils peut seul permettre de ne pas considérer l'incapacité comme absolue.

Or, ces appareils sont d'un prix souvent fort élevé. Le rapporteur considère comme profondément injuste de faire supporter cette charge au mutilé du travail : ces fournitures devraient être considérées comme l'accessoire du traitement.

Il ajoute :

Cette obligation de porter un appareil découlant de l'accident, nous estimons que l'achat, l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse doivent être à la charge entière de l'employeur ou de l'assureur. S'il en résulte pour eux des conséquences financières, celles-ci sont loin d'égaler les conséquences physiques et morales d'un pareil état de choses pour le mutilé.

Les appareils de prothèse et d'orthopédie sont

accordés aux accidentés comme moyens curatifs dans les pays suivants : Allemagne, Alberta, Autriche, Bulgarie, Colombie britannique, Chili, Danemark, Finlande, Hongrie, Luxembourg, Manitoba, Ontario, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Roumanie, Royaume des Serbes, Croates et Slovènes, Suède et Suisse.

La réparation et le renouvellement permanent des appareils aux frais de l'assureur sont explicitement prévus en Allemagne, en Autriche, au Luxembourg et en Pologne.

La fourniture et le renouvellement périodique de ces appareils exigent la collaboration constante de médecins et de techniciens spécialisés pour le choix des meilleurs types d'appareils afférents à chaque mutilation, pour le contrôle de leur fabrication, leur entretien et leur réparation.

Nous nous rallions, à ce sujet, au texte qui figure dans le projet gouvernemental, laissant à un règlement d'administration publique le soin de fixer ceux de ces appareils dont la fourniture sera obligatoire pour le patron, ainsi que le mode de leur délivrance et de leur renouvellement ; mais nous attirons tout particulièrement votre attention sur les plaintes nombreuses qu'élèvent les mutilés du travail au sujet de la mauvaise qualité des appareils qui leur sont fournis, ce qui rend leur entretien difficile et occasionne leur renouvellement fréquent.

Il en est de ces appareils comme de tout. Leur qualité varie avec leur prix, et les compagnies d'assurances sont malheureusement tentées de réduire au minimum les frais à débourser.

Nous avons reçu personnellement de vives doléances à ce sujet, et nous demandons instamment que le Gouvernement veuille bien, dans le règlement d'administration publique à intervenir, prendre à cet égard toutes précautions nécessaires, notamment en ce qui concerne la composition de la commission de techniciens prévue, au sein de laquelle nous voudrions voir figurer des représentants des ouvriers et des patrons, ainsi que des directeurs ou professeurs d'écoles de rééducation.

Il convient donc d'ajouter à l'article 3 :

« La victime a droit, en outre, à la charge du chef d'entreprise, à la fourniture et au renouvellement des appareils de prothèse nécessaires à raison de son infirmité, dans les conditions déterminées par un règlement d'administration publique.

Rééducation professionnelle.

Actuellement un ouvrier atteint d'une indemnité pour infirmité permanente partielle, ou totale, est livré à son triste sort. On lui a donné une somme d'argent et on se croit quitte envers lui.

Cependant, les mutilés de guerre ont pu être rééduqués et se livrer à un travail rémunérateur : d'où bénéfice pour eux-mêmes et bénéfices pour la collectivité tout entière.

Le Dr Gros dans son rapport, établit ce rapprochement et, par une innovation heureuse, demande au Parlement de prévoir la rééducation professionnelle des mutilés du travail.

« La rééducation professionnelle, ajoute-t-il, présente de plus l'avantage appréciable de renforcer considérablement le moral des mutilés qui, redevenus capables de retrouver un salaire à peu près normal, ne se considèrent plus comme des êtres diminués et s'accommodent avec beaucoup plus de résignation à leur malheureux sort. »

En France, une loi du 5 mai 1924 spécifie que les mutilés du travail pourront être admis dans les écoles et autres institutions assurant la rééducation professionnelle des mutilés et réformés de la guerre moyennant remboursement de leurs frais d'entretien ; un arrêté du 28 juillet 1924 a fixé le prix de la journée d'entretien à 10 fr. lorsqu'il s'agit d'une rééducation dans une école ordinaire et à 15 fr. lorsque l'intéressé effectue son stage sanitaire de rééducation spéciale pour les maladies pulmonaires. En outre, la loi du 5 mai 1924 précise que les résultats de la rééducation professionnelle ne pourront en aucun cas être pris en considération pour justifier une réduction des indemnités qui auront été accordées en vertu des lois sur les accidents du travail. En fait, bien peu de mutilés du travail, par suite du manque de ressources, sont à même de profiter des avantages de la loi du 3 mai 1924.

Le Gouvernement, voulant confirmer et étendre les dispositions de ladite loi, propose d'exonérer l'ouvrier du coût de la rééducation professionnelle et de mettre celle-ci à la charge du patron responsable, comme conséquence accessoire de la réparation qui lui incombe.

Adoptant en partie la thèse du Gouvernement, nous vous proposons d'accorder aux mutilés du travail le bénéfice gratuit de la rééducation professionnelle ; mais, étant donné que celle-ci a pour principal résultat de conserver à la nation l'activité productrice d'une quantité appréciable de main-d'œuvre qui profite plutôt à la collectivité qu'à l'entreprise particulière, au service de laquelle l'ouvrier a été blessé et qu'il sera, dans la plupart des cas, obligé de quitter définitivement, nous avons estimé que les frais de rééducation doivent être supportés par l'Etat au moyen d'un fonds spécial géré par la caisse nationale des retraites pour la vieillesse et alimenté par l'ensemble des assujettis à la loi du 9 avril 1898.

Nous laissons au Gouvernement le soin de déterminer ensuite dans un règlement d'administration publique la durée et les conditions de séjour à l'école suivant la nature de la profession.

Il est spécifié, d'autre part, ainsi d'ailleurs que le précise déjà l'article 2 de la loi du 5 mai 1924, que la rente de l'ouvrier rééduqué ne saurait être réduite, par le fait de l'exercice de sa nouvelle profession.

Il faut donc ajouter à l'article 3 le paragraphe suivant :

« Les frais de rééducation seront assurés par les soins de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse au moyen d'un fonds spécial de rééducation constitué d'après les mêmes bases que le fonds spécial de garantie prévu aux articles 24 et 25 de la présente loi modifiée par la loi du 30 décembre 1922, et dont la gestion sera confiée à ladite caisse.

« Le taux de la contribution patronale destinée à alimenter le fonds spécial de rééducation sera fixé par un règlement d'administration publique.

Médecins experts.

Le rapporteur insiste avec beaucoup de force pour que les expertises médicales soient faites avec le maximum d'impartialité et d'indépendance, « ce qui n'est pas toujours le cas, dit-il, lorsqu'elle est confiée à un médecin attaché d'une façon plus ou moins directe à une ou plusieurs compagnies d'assurances, ou à des entreprises. »

Le Dr Gros avoue que les circulaires et les instructions données aux tribunaux n'ont jamais été rigoureusement suivies.

Aussi propose-t-il la modification suivante à l'article 17 :

Toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, soit par le juge de paix, soit par le tribunal ou par la cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la société d'assurance à laquelle le chef d'entreprise est affilié, ni un médecin spécialement attaché à une entreprise patronale ou à une société d'assurances quelconques.

Les médecins experts désignés par les tribunaux pour fournir un rapport concernant un accident du travail devront déposer leurs conclusions dans le délai maximum d'un mois.

Conclusions.

Du très considérable et consciencieux travail du Dr Gros, nous n'avons voulu extraire que ce qui peut intéresser immédiatement les médecins, dans leurs rapports journaliers avec les blessés du travail.

Mais, le rapport tout entier est à lire par tous ceux qui suivent de près la législation sociale.

De sérieux efforts sont faits, en faveur de la classe laborieuse, pour qu'elle puisse trouver la juste compensation des accidents qui, momentanément, ou pour toujours, arrêtent sa faculté de production.

Notre confrère nous donne satisfaction, sur un certain nombre de points, particulièrement en ce qui concerne l'admission des blessés dans les hôpitaux avec faculté de payement des honoraires chirurgicaux. Nous faisons cependant une critique sérieuse en ce qui concerne la question des honoraires médicaux, mis à la charge du seul chef d'entreprise.

Espérons que la Chambre ne laissera pas trop longtemps dormir ce rapport et qu'elle le discutera dans un bref délai.

Malheureusement, les lenteurs parlementaires, tant à la Chambre qu'au Sénat, ne font pas prévoir une solution bien rapide et plusieurs années, vraisemblablement s'écouleront encore, avant que nous ayons le vote d'une loi, modifiant celle du 9 avril 1898, aussi profondément que le demande le rapporteur.

Dr Paul BOUDIN,
Docteur en Médecine et en Droit,
ès-sciences politiques et économiques.

MUTUALITÉ FAMILIALE

L'indemnité maladie

L'objet essentiel de la Mutualité Familiale est l'indemnité maladie : les combinaisons Retraite n'en sont que le complément.

Tous les médecins devraient se prémunir contre le chômage résultant d'une maladie ou d'un accident, auxquels ils sont exposés tous les jours : devoir pour eux-mêmes, et surtout pour leur famille, puisque le plus souvent, l'exercice de leur profession est leur seul gagne-pain.

S'ils peuvent résister facilement à une incapacité de travail de quelques jours, il n'en est plus de même si cette incapacité se prolonge ; les frais de remplaçant sont énormes, et bien souvent, des clients vont trouver un confrère voisin pour ne plus revenir.

Mais si l'incapacité devient définitive, alors c'est un désastre : le médecin ne gagne plus rien, il continue à dépenser et la gêne ne tarde pas à venir, quand ce n'est pas la misère.

D'où vient donc que tant de médecins ne paraissent pas se préoccuper de ce danger ?

Beaucoup sans doute ne croient pas que la maladie puisse jamais les toucher, qu'un accident puisse leur arriver, mais le plus grand nombre pèche par ignorance. Comment se garantir ? Ils ne le savent pas.

Et puis, que sera cette indemnité ? Une misère, un rien qui ne saurait améliorer leur situation, si jamais elle devient mauvaise. Un secours, il leur répugne de le demander d'autant que par avance, ils le jugent insuffisant.

Ils voient bien dans leur journal paraître de

temps en temps une rubrique où se traitent les questions de prévoyance, mais cela ne les intéresse pas, ils tournent la feuille sans lire.

Et pourtant, s'ils lisaient, ils verraient quels efforts sont tentés pour leur venir en aide d'une façon efficace.

Sans doute, il fut un temps où une indemnité journalière de dix francs et une indemnité mensuelle de cent francs constituaient le maximum de ce qu'on pouvait leur offrir, mais les temps ont changé et ça été l'indemnité journalière de vingt francs et l'indemnité mensuelle de deux cents francs, puis l'indemnité journalière de trente francs et l'indemnité mensuelle de trois cents francs : c'était déjà quelque chose de plus appréciable.

Les temps ont changé encore, et maintenant, ce sont les indemnités journalières de quarante et de cinquante francs et les indemnités mensuelles de quatre cents et de cinq cents francs que leur offre la Mutualité Familiale du Corps médical français ; on ne dira plus que c'est une misère, un secours qui ne peut être d'aucune utilité.

Et ce n'est pas un secours qu'il faille demander, c'est un droit que le sociétaire s'est constitué et qui ne saurait souffrir aucune discussion : il suffit de ne pouvoir exercer sa profession pour une cause morbide pour y avoir droit, et, pour le recevoir, on n'a qu'à informer le secrétaire général et à le tenir au courant.

Qu'est-ce donc que cette Mutualité Familiale et que faut-il pour y entrer ?

La Mutualité Familiale est une Société de Secours Mutuels libre régie par la loi de 1898 ; elle a 33 années d'existence ; elle a été fondée par des médecins pour les médecins ; elle est gérée d'une façon toute confraternelle et amicale et fonctionne sous le contrôle d'un actuaire, — c'est dire qu'elle présente à la fois toutes les conditions de sécurité financière et tous les égards qu'un médecin est en droit de réclamer.

Pour y entrer, il faut être bien portant. On conçoit que ce soit là une condition de rigueur absolue : ce n'est pas quand la maison brûle qu'il faut songer à l'assurance. Il faut aussi payer une cotisation annuelle qui, nécessairement, varie avec l'âge d'entrée et le quantum de l'indemnité choisie, car il est loisible de prendre le chiffre qui convient le mieux.

De ce que la Mutualité Familiale a procédé avec prudence, partant de l'indemnité de dix francs pour arriver à celle de cinquante, certains ont cru que c'était le chiffre le plus élevé qui s'imposait : cela est une erreur absolue. On peut prendre l'indemnité de vingt francs comme celle de quarante, l'indemnité de dix francs comme celle de cinquante, c'est affaire de convenance personnelle ; il reste seulement entendu que, dans tous les cas, l'indemnité mensuelle est égale à dix fois l'indemnité journalière.

Ajoutons qu'il est toujours loisible au confrère, qui a cru devoir commencer par une indemnité faible, d'augmenter cette indemnité, le jour où sa situation lui permet de le faire : on ne lui demande qu'une chose, c'est d'être resté bien portant.

Mais que signifie cette distinction entre l'indemnité journalière et l'indemnité mensuelle ?

Le droit à l'indemnité, pour le sociétaire condamné au chômage, commence le cinquième jour, le cinquième jour est payé, mais en aucun cas, il n'y a rappel des quatre premiers jours ; l'indemnité est journalière pendant 60 jours au maximum ; si l'incapacité de travail se prolonge au-delà de ce terme, l'indemnité devient alors mensuelle, mais elle continue jusqu'à la fin, quelle qu'en soit la durée. C'est ainsi qu'on a vu des malades toucher l'indemnité journalière pendant 60 jours ; puis, l'indemnité mensuelle pendant des mois, pendant des années. Il n'y a de terme que la guérison, la mort, ou l'arrivée à l'âge de 65 ans.

L'expérience a montré en effet qu'il était indispensable de fixer, pour la participation, un âge limite ; c'est qu'à partir d'un certain moment, la vieillesse commence à se faire sentir et il devient impossible de discerner ce qui peut être du domaine de la maladie de ce qui revient à l'usure ; or, la caisse indemnité maladie ne peut indemniser que le chômage résultant de la maladie. Le sociétaire est donc sortant le 31 décembre de l'année où il a atteint ses 65 ans.

Cela ne veut pas dire que la Mutualité Familiale se désintéresse de lui ! Elle a institué un service de pensions de retraite qui a précisément pour but de remplacer le droit à l'indemnité maladie au moment où il vient à cesser.

Nous parlerons un jour de ces retraites ; nous nous contenterons de dire aujourd'hui qu'il est une combinaison où la première annuité de la retraite se paye le lendemain même du jour où le sociétaire n'a plus droit à l'indemnité maladie.

Certains sociétaires, chroniques incurables, ont trouvé dans la même enveloppe l'indemnité de leur dernier trimestre de maladie et le montant de leur pension annuelle, celle-ci se payant en entier au 1er janvier de chaque année.

Quelle est donc l'importance de la cotisation ?

Nous avons dit qu'elle variait avec l'âge d'entrée du sociétaire, l'âge d'entrée étant celui que le postulant a ou aura dans l'année de son admission : peu importe le mois où il est né.

La cotisation varie aussi avec le quantum de l'indemnité choisie.

Les chiffres sont donnés par le tableau suivant ; nous rappelons que l'indemnité chronique est toujours dix fois l'indemnité mensuelle.

Age d'entrée	Indemnités 10 fr.	20 fr.	30 fr.	40 fr.	50 fr.
—	—	—	—	—	—
25 ans	68 fr.	1[illegible]8 fr.	223 fr.	308 fr.	389 fr.
26 —	69 »	151 »	227 »	314 »	396 »
27 —	71 »	154 »	232 »	320 »	404 »
28 —	72 »	157 »	237 »	326 »	412 »
29 —	73 »	160 »	241 »	333 »	420 »
30 —	75 »	163 »	246 »	340 »	429 »
31 —	77 »	166 »	251 »	346 »	438 »
32 —	78 »	170 »	256 »	354 »	447 »
33 —	80 »	174 »	262 »	362 »	457 »
34 —	82 »	178 »	268 »	370 »	468 »
35 —	84 »	182 »	274 »	379 »	480 »
36 —	86 »	187 »	282 »	389 »	492 »
37 —	88 »	192 »	289 »	399 »	504 »
38 —	91 »	197 »	297 »	410 »	517 »
39 —	93 »	202 »	304 »	421 »	530 »
40 —	96 »	208 »	313 »	433 »	545 »
41 —	98 »	213 »	321 »	444 »	560 »
42 —	101 »	219 »	330 »	456 »	576 »
43 —	104 »	226 »	341 »	470 »	593 »
44 —	107 »	232 »	350 »	482 »	610 »
45 —	110 »	239 »	360 »	497 »	628 »

Ces chiffres ont été calculés sur les tables de morbidité et de mortalité que l'expérience propre de la Mutualité Familiale lui a permis de construire.

La limite pour l'âge d'entrée est 45 ans.

La cotisation annuelle est due au 1er janvier de chaque année et se paye en une seule fois ; cependant, les sociétaires peuvent, sur leur demande, être autorisés à payer en deux fois : moitié en janvier et moitié en juillet.

Pour entrer dans la Société, avons-nous dit, il faut être bien portant. A cet effet, le postulant signe une déclaration et passe un examen médical devant un ou deux confrères que lui désigne le Secrétaire général.

La Mutualité Familiale a estimé que cet examen ne pouvait être gratuit : le nouvel admis paie donc un droit d'entrée destiné à rémunérer les confrères examinateurs.

Enfin, pour faire face aux frais de gestion, les sociétaires payent une cotisation spéciale et complémentaire égale au dixième de leur cotisation annuelle.

Les admissions sont prononcées par le Conseil d'administration dans ses séances trimestrielles de fin mars, fin juin, fin septembre et fin décembre. Elles sont provisoires et ne deviennent définitives que trois mois après, s'il n'y a pas eu d'oppositions.

Le droit à l'indemnité maladie commence six mois après l'admission provisoire et le paiement de la première cotisation annuelle.

Confrères,

Vous connaissez maintenant la caisse indemnité maladie de la Mutualité Familiale ; vous savez ce qu'elle est, ce qu'elle fait ; vous savez comment elle fonctionne, comment on peut y entrer ; vous comprenez tout l'intérêt qu'il y a pour vous à en faire partie ; — n'attendez pas qu'il soit trop tard.

Adhérez pendant que vous êtes bien portants : la maladie, l'accident peuvent vous surprendre du jour au lendemain.

Adhérez pendant que vous êtes jeunes : le sacrifice vous sera moins lourd.

Si vous ne pouvez prendre d'emblée les grosses indemnités, prenez les moyennes, prenez les petites même : vous aurez toujours la possibilité d'augmenter plus tard.

Si vous êtes embarrassés, écrivez à notre Secrétaire général, le Dr Mignon (1) ; il vous donnera les meilleurs conseils en même temps que les explications les plus complètes.

Mais, faites dès maintenant acte de prévoyance.

La prévoyance s'impose : c'est le devoir d'aujourd'hui comme c'était le devoir d'hier et comme ce sera le devoir de demain.

A. Gassot.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Admissions.

Sous réserve des publications statutaires, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7549 Bonnafous, Montmorency (Seine-et-Oise), Association médicale mutuelle.

7550 Lenoir, Faifoo, Annam, Parrains : Drs Kent-Monnet et Prat.

7551 Fourniat, 143, rue de Rome, Paris, Parrains : Drs Odinet et O'Followell.

7552 Guignard, Le Montet (Allier), Syndicat de l'Allier.

7553 Sabadel, Quissac (Gard), Parrains : Drs Rauzier et Bentkowski.

7554 Kagi, Toulon (Var), Syndicat des Oto-rhino-laryngologistes.

7555 Jourdain, Saint-Servan (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Saint-Malo.

7556 Mlle Meurs, 125, rue de Sèvres, Paris, Parrains : Drs Joltrois et Chéné.

7557 Laty, Rovigo (Alger), Syndicat d'Algérie.

7558 Bridoux, Beuvry (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.

(1) Villa des Pages, Le Vésinet (S.-et-O.).

7559 Lautier, Rennes (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Rennes.
7560 Richir, Roubaix (Nord), Syndicat de Roubaix.
7561 Paramelle, Miribel (Ain), Syndicat de Bourg-Trévoux.
7562 Thomas, Douala (Cameroun), Parrains : Drs Puyoo et Noir.
7563 Juquelier, Mazingarbe (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.
7564 Durand, Saint-Ouen (Seine), Parrains : Drs Durand et Maurat.
7565 Jouvin, Pontorson (Manche), Synd. d'Avranches.
7566 Battandier, Viriville (Isère), Parrains : Prof. Jeanbrau et Rimbaud.
7567 Rio, Lorient (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7568 Naar, 104, rue de Richelieu, Paris, Syndicat de la Seine.
7569 Martin, Beaucaire (Gard), Parrains : Drs Delord et Chabert.
7570 Patenostre, Cosne (Nièvre), Syndicat des Oto-rhino-laryngologistes.
7571 Giscard, Montluçon (Allier), Syndicat de Montluçon.
7572 Molimard (Emmanuel), Montluçon (Allier), Syndicat de Montluçon.
7573 de L'Ecluse, Bracieux (Loir-et-Cher), Syndicat du Loir-et-Cher.
7574 Desgranges, 3, rue A.-Dehodencq, Paris, Association du 17e arr.
7575 Chamlian, Chevannes (Yonne), Syndicat d'Auxerre.
7576 Quivy (Jean), 19, rue de l'Isly, Paris, Syndicat des radiologistes.
7577 Digne, Alligny-Cosne (Nièvre), Syndicat de la Nièvre.
7578 Fidon, Le Perreux (Seine), Syndicat du Perreux.
7579 Lemaire, Margival (Aisne), Syndicat de Laon.
7580 Schekter, Rumaucourt (P.-de-C.), Syndicat d'Arras.
7581 Laffite, Darney (Vosges), Syndicat des Vosges.
7582 Medwedowsky, La Tour-d'Aigues (Vaucluse), Syndicat d'Aix.
7583 Callegari (Henry), Cherbourg (Manche), Syndicat de Cherbourg.
7584 Diaconesco (Mlle), Ecole Franç. de Stom., Paris.
7585 Forthomme (Mlle), » » »
7586 Frischoff (Mlle), » » »
7587 Gehard, » » »
7588 Grunberg, » » »
7589 Henry, » » »
7590 Lafaix, » » »
7591 Luca, » » »
7592 Omnes, » » »
7593 Oppenot (Mlle), » » »
7594 Petresco (Mlle), 0 0 »
7595 Ramorino, » » »
7596 Regnault, » » »
7597 Richault, » » »
7598 Rachbach, » » »
5599 Rosman, » » »
7600 Tulasne, » » »
7601 Trousson (Mlle), » » »
7602 Nicolesco (Mlle), » » »
7603 Senco (Mlle), » » »
7604 Bouvet, » » »
7605 Béal, » » »
7606 Bouchereau, » » »
7607 Caillard, » » »
7608 Champeval, » » »
7609 Chatellin, » » »
7610 Cazin, » » »
7611 Damage (Mlle), » » »
7612 Brochère, Varages (Var), Parrains : Drs Jean et Aynaud.
7613 Martin, Morlaix (Finistère), Syndicat de Morlaix.
7615 Jacquier-Bret, Vif (Isère), Syndicat du Sud-Est de l'Isère.
7616 Bregi, Avion (Pas-de-Calais), Syndicat d'Arras.
7617 Landrieu, Arras (P.-de-C.), Syndicat d'Arras.
7618 Béaud, Rumilly (Haute-Savoie), Syndicat de la Haute-Savoie.
7619 Hauttement, Evrecy (Calvados), Syndicat de Caen.
7620 Garrigues, 33, rue de Lyon, Paris, Parrains : Drs Duchesne et Boudin.

Rapport à la Réunion plénière trimestrielle

M. Meillet, secrétaire du Contentieux, donne lecture du Rapport suivant :

Comme de coutume, à chaque réunion trimestrielle du Conseil d'administration du « Sou Médical », je vais vous exposer rapidement quelle a été l'activité de la Ligue au cours du dernier trimestre de l'année 1926, le nombre des adhésions qu'elle a enregistrées, des consultations orales ou écrites qui ont été données, des affaires nouvelles qu'elle a engagées ou soutenues et vous faire connaître combien d'affaires ont été règlées et de quelle façon elles l'ont été.

Adhésions. — Au cours du quatrième trimestre, le Conseil d'administration a prononcé l'admission de 92 nouveaux membres contre 203 le premier trimestre, 139 le second trimestre, et 47 le troisième trimestre. Pour l'année tout entière, c'est donc un total de 481 admissions.

Consultations. — Du 1er octobre au 1er janvier, le registre du courrier accuse un total de 1.126 lettres reçues, chiffre en augmentation sur celui du trimestre dernier et sur celui du trimestre correspondant de l'année précédente. D'ailleurs, au cours de l'année qui vient de s'écouler, la correspondance a pris un développement très sensible, passant de 3.400 lettres en 1925 à plus de 4.000 en 1926.

En outre, des consultations écrites, nombreuses sont les consultations orales données soit aux bureaux du « Sou Médical », soit directement par M. Boudin. Il est difficile d'en préciser le nombre ; on peut les évaluer cependant à environ 200 par trimestre.

Donc, en une année, on peut dire que le « Sou Médical » a donné à ses membres 5.000 consultations, chiffre déjà considérable, mais qui pourrait être plus important encore, si tous les adhérents du « Sou » connaissaient les services qu'il peut leur rendre.

Affaires nouvelles. — En trois mois, le Conseil d'administration a dû accorder l'appui de la ligue dans 69 affaires nouvelles, chiffre qui n'avait jamais été atteint jusqu'ici (pour l'année 1926 le total est de 220).

Ces affaires se décomposent de la façon suivante :

a) Affaires dans lesquelles la responsabilité du médecin est mise en cause	5
b) Affaires de recouvrement d'honoraires de droit commun	17
c) Affaires de recouvrement d'honoraires dirigées contre l'intermédiaire qui a mis en œuvre le médecin	2
d) Affaires de recouvrement d'honoraires pour soins donnés à des victimes d'accidents d'autos	10
f) Affaires de recouvrement d'honoraires pour soins donnés à des blessés du travail	11
g) Affaires de « tout compris »	2
h) Affaire de recouvrement d'honoraires pour soins donnés à un agriculteur assujetti volontaire à la loi sur les accidents du travail	1
i) Affaire de secret professionnel	1
j) Affaires de diffamation	2
l) Affaires de loyer	6
m) Affaires d'ordre confraternel déontologique	2
n) Affaires d'exercice illégal	3
p) Affaires résultant de l'application de contrats entre médecins et administrations publiques ou privées	5
q) Affaires de taxation d'honoraires d'expertise	1
r) Affaires d'ordre pénal	1
Total	69

Comme toujours, les affaires de contestation d'honoraires, soit de droit commun soit d'accidents d'auto, soit d'accidents du travail, forment à elles seules la grosse majorité des affaires (38 sur 69). Elles sont ordinairement de peu d'importance et de la compétence du juge de paix. La plupart d'entre elles se solutionnent à l'amiable lorsque l'on sait que le « Sou » intervient. En ces matières, ce sont avant tout des cas d'espèce qui se présentent ; il est donc difficile, pour ne pas dire impossible, d'obtenir une jurisprudence décisive, comme en matière de « tout compris » ou de loyer, par exemple.

Au cours du dernier trimestre, le « Sou » a dû donner son appui dans des affaires de loyer relativement nombreuses (6). Cela tient à l'obscurité des lois qui régissent la matière et qui rendent possibles toutes les contestations et aussi à ce fait que le « Sou » cherche à faire établir une jurisprudence au sujet du caractère professionnel du garage où le médecin gare son auto, instrument de travail. La Commission supérieure de cassation est actuellement saisie par le « Sou » de plusieurs pourvois qui, nous l'espérons, aboutiront à une solution favorable pour les médecins.

A signaler aussi le nombre insolite d'affaires (5) dans lesquelles le « Sou Médical » a dû intervenir au côté de ses adhérents en conflit avec des collectivités (établissement thermal, office des pupilles de la nation, société de secours mutuels, municipalités, etc.).

Enfin, le Conseil d'administration doit savoir que depuis quelque temps le nombre de procès en responsabilité intentés à des médecins pour des brûlures résultant de l'application de rayons s'accroît d'une façon considérable.

Affaires terminées. — Le dernier trimestre de 1926 a vu se terminer 22 affaires pour lesquelles l'appui du « Sou » avait été accordé à différentes dates échelonnées depuis le 1er janvier 1926.

Sur ces 22 affaires, 13 se sont terminées à l'entière satisfaction des membres du « Sou », sur convocation en conciliation ou citation à l'audience, sans qu'il y ait eu besoin de prendre jugement. Il s'agit de 5 affaires de recouvrement d'honoraires de droit commun, de 5 affaires de recouvrement d'honoraires accidents du travail, d'une affaire d'accident d'auto, d'une affaire de loyer et enfin d'une affaire dans laquelle un client prétendait mettre en cause la responsabilité de son médecin.

Dans deux affaires, la décision de justice a été favorable aux médecins soutenus et dans une affaire, où il s'agissait d'une plainte pour homicide par imprudence, une ordonnance de non-lieu a été rendue par le juge d'instruction.

Deux affaires ont été abandonnées sans suite par les médecins qui avaient sollicité l'appui du « Sou ».

Une affaire de cession de clientèle entre deux médecins, membres du « Sou », s'est terminée par un arbitrage.

Dans les trois dernières affaires la solution a été malheureuse. Il s'agit d'une affaire de responsabilité, d'une affaire de secret professionnel et d'une affaire de loyer.

En résumé, sur 22 affaires terminées, le « Sou Médical » n'a à enregistrer que 3 échecs, proportion très satisfaisante,

Accidents du travail.

Le pourvoi en cassation contre un jugement d'appel, qui avait infirmé une décision de juge de paix condamnant des patrons à payer au Dr M. (Rhône), 500 fr. de dommages-intérêts pour abus de citation en justice (appel en garantie contre la citation d'un pharmacien en payement de frais pharmaceutiques), vient d'être admis par la Chambre des requêtes.

Le versement d'une provision de mille francs pour suivre l'affaire devant la Chambre civile est ordonnancé.

Il en est de même dans l'affaire du Dr L. (Seine-et-Oise), le pourvoi formé contre un jugement qui a déclaré irrecevable un appel interjeté plus de 15 jours après la décision du juge de paix, rendue en matière de droit commun, venant d'être admis par la Chambre des Requêtes.

Le Dr S. (Allier) a gagné deux procès dans des affaires d'accidents du travail.

Il a payé, dans la première, pour honoraires d'avocat et d'avoué.................... 250

Dans la seconde, pour honoraires de plaidoirie en justice de paix et en appel....... 250

Soit au total..................... 500

Sur lesquels il abandonne, pour bons offices du « Sou ».................... 20

Le Conseil ordonnance le payement du surplus, soit 480

et adresse ses remerciements au Dr S.

Le Dr B. (Somme) dont la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation a rejeté le pourvoi contre un jugement qui a réduit d'une somme globale et sans suivre le tarif officiel, une note d'accidents du travail, fait don à la caisse du « Sou » d'une somme de 50 francs.

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr M. (Loiret) a obtenu, avec l'appui du « Sou », un jugement condamnant un patron à lui payer ses honoraires pour soins donnés à un ouvrier dont l'accident était contesté. Mais, l'adversaire faisant appel, l'appui pécuniaire est accordé pour défendre à cet appel.

Le Dr Q. (Pas-de-Calais) a obtenu la condamnation d'un patron, qui avait signé un engagement écrit, à lui payer sdes honoraires pour soins donnés à l'hôpital à un blessé du travail.

L'adversaire ayant fait appel, l'appui pécuniaire est accordé au Dr Q. pour y défendre.

Le Dr C. (Seine) ayant fait condamner un ouvrier à lui payer des honoraires pour les soins qu'il lui avait donnés dans une clinique privée, sans vouloir savoir s'il s'agissait ou non d'un accident du travail, l'adversaire fait appel.

Le Conseil donne au Dr C. l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel.

Le Dr R. (Alpes-Maritimes) a soigné dans une clinique privée un jardinier, blessé du travail, amené par son patron, après refus par l'hôpital de le recevoir. Le « tout compris » lui est opposé, malgré l'engagement verbal de payer, pris par le patron.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr R. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr M. (Nièvre) a soigné un ouvrier agricole blessé par son couteau pendant un battage.

Les assureurs du cultivateur et de l'entrepreneur de battages rejetant la responsabilité de leurs assurés, l'appui pécuniaire est accordé au Dr M. pour poursuivre l'un et l'autre.

Honoraires de droit commun.

Le Dr B. (Eure) a obtenu à l'amiable le payement de ses honoraires par un client qui le dénigrait et contre lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Il a payé, pour frais et honoraires, 168,85, sur lesquels il abandonne au « Sou » 50 fr. pour bons offices.

En ordonnançant le payement du surplus, soit 118,85, le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr D. (Aube) a obtenu à l'amiable le payement de ses honoraires par un client, huissier, contre lequel ses confrères se refusaient à instrumenter.

Il a payé, pour honoraires d'avoué, 25 fr., dont le remboursement est ordonnancé.

Le Dr G. (Nord), ayant soigné un fermier, assujetti volontaire à la législation sur les accidents du travail, blessé dans son travail, la Compagnie prétend lui appliquer le tarif Durafour.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour citer son client en payement de ses honoraires, calculés au tarif du droit commun.

Le Dr P. (Dordogne), ayant soigné à l'hôpital un enfant, victime d'un accident d'automobile, le père refuse de payer ses honoraires, bien que le règlement de l'hôpital autorise les médecins à se faire honorer par les malades payants.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr P. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr S. (Hérault), ayant soigné, sur la demande d'un automobiliste, la victime d'un accident qu'il avait occasionné, n'a pas pu obtenir le payement de ses honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr F. (Seine-et-Oise) est traîné en appel du jugement qui a rejeté la demande en dommages intérêts formé contre lui par les parents d'un enfant, qu'il avait examiné comme expert, à la suite d'une plainte pour mauvais traitements.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel.

Le Dr F. (Seine) est assigné en référé pour nomination d'expert par un client qui lui reproche de lui avoir causé une radiodermite par rayons X.

Le bénéfice de la garantie de la caisse spéciale lui est accordé en tant que de besoin, étant donné qu'il est garanti en premier rang pour 50.000 francs par une autre assurance.

Le Dr M. (Corrèze), qui a gagné un procès en responsabilité contre un client qui lui reprochait de l'avoir mal soigné pour une fracture, a payé comme honoraires à son avocat 300 fr. et à son avoué 150 fr., soit 450 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Diffamation.

Le Dr R. (Seine) a obtenu satisfaction, par une lettre d'excuses de la Compagnie d'assurances qui l'avait dénigré près d'un de ses assurés.

Le Conseil ordonnance le payement des honoraires de Me Nattan-Larrier, qui sont de 200 fr.

Le Dr X. a été condamné, pour diffamation d'un mauvais confrère, à une amende et à des dommages-intérêts. Cette condamnation est basée sur de faux témoignages.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour soutenir l'appel qu'il a interjeté dans cette affaire.

Baux et locations.

L'appui pécuniaire est accordé aux Drs L. (Gironde) et R. (Finistère) pour se pourvoir en cassation contre des jugements qui leur ont refusé le droit à la prorogation pour des garages servant à leurs automobiles professionnelles.

Le Conseil ordonnance le versement, pour chacune de ces affaires, d'une provision de 500 fr.

Divers.

Le procès intenté par l'Office des Pupilles de la Nation au Dr H. (Seine-et-Oise), pour l'exécution d'un contrat collectif, s'est terminé par un jugement d'incompétence du juge de paix.

Le Conseil ordonnance le payement de 500 fr. pour les honoraires de Me Nattan-Larrier.

Le Dr D. (Alpes-Maritimes), signale que le Conseil municipal de la commune où il exerce a donné une subvention annuelle de 6.000 fr. à un médecin établi dans une commune voisine, pour qu'il vienne régulièrement donner ses soins aux habitants.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour former un recours en Conseil d'Etat contre cette décision et ordonnance le versement d'une provision de mille francs.

Le Dr G. (Charente) a été condamné, en appel, à 50 fr. d'amende pour refus d'obtempérer à la réquisition d'un Procureur de la République, tendant à opérer les victimes d'un attentat.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour se pourvoir en cassation et ordonnance à cet effet le versement d'une provision de 750 fr.

Cessions de clientèles.

Le Conseil s'occupe de deux arbitrages dans deux différends survenus entre confrères à la suite de cessions de clientèles.

Dans l'une des affaires, l'arbitrage a été effectué et dans l'autre, il n'a pu aboutir par la faute d'un des intéressés, qui n'est pas, d'ailleurs, membre du « Sou Médical ».

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Bal de la médecine française.** — Une soirée de bienfaisance au profit des veuves et orphelins du Corps médical aura lieu le samedi 14 mai prochain, sous le patronage de l'Association générale des médecins de France et de la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins. Cette manifestation comportera essentiellement un bal précédé d'une soirée artistique.

Le Comité de patronage est actuellement composé de Mmes Bellencontre, Brouardel, Dastre, Desfosses, J.-L. Faure, Hartmann, Jayle, Marcel Labbé, Georges Labey, Letulle, Margain, Pauchet, Queyrat, Reymond, J.-A. Sicard, Thoinot, Veillard et Fernand Widal.

Les envois et les demandes de renseignements doivent être adressés au docteur Jules Bongrand, trésorier de l'Association générale des médecins de France, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe).

— **Réunions médicales de Nancy.** — *Troisième journée : dimanche* 15 *mai* 1927. — *Programme* : Conférence de M. le professeur J. Parisot. Visite du dispensaire antituberculeux. Visite de l'hôpital Villemin. — Conférence de M. le professeur Perrin. — 12 h. 30 : Déjeuner, hôtel Thiers, place Thiers. — 14 h. 30 : Réunion à la clinique de dermatologie, hôpital Fournier, quai de la Bataille. — Conférence de M. le professeur Spillmann. Comment on doit comprendre le traitement de la syphilis. — Conférence de M. le professeur agrégé de Lavergne. Ce que le praticien doit attendre de la sérologie au cours de la syphilis. — 15 h. 30 : Visite de la clinique, du dispensaire et du laboratoire régional de sérologie. — 16 h. : Visite du préventorium de Flavigny.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

de journée, qui vient faire des lessives chez un particulier, est couverte par la loi sur les accidents du travail.

En cas d'accident, elle a droit aux indemnités de la loi du 9 avril 1898, calculées sur le salaire qu'elle gagnait effectivement chez la personne au service de laquelle l'accident est arrivé.

---

531. — Accident survenu pendant le trajet du chantier au domicile de l'ouvrier.

Un ouvrier maçon quitte le matin vers 9 h. son chantier pour aller déjeuner chez lui, dans sa maison toute proche. En cours de route, il fait une chute dans la rue glissante, plaies profondes de la face et du front, excoriations des bras et des jambes; indisponibilité onze jours.

A la demande du patron, je fais un certificat de constatation et au moment de la guérison un bulletin de reprise de travail auquel je joins ma note.

A ce bulletin et à cette note l'agent général de la Compagnie, en me renvoyant le tout, répond « *la Compagnie n'a pas voulu accepter la chute de ce blessé en dehors du chantier comme accident du travail* ».

Auriez-vous l'amabilité de me dire : 1° si cet accident peut être considéré comme survenu en dehors du travail ; 2° si l'ouvrier peut poursuivre son patron c'est-à-dire la compagnie, en dommages-intérêts ?

Dr B.

Réponse.

Sont seuls considérés comme accidents du travail les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail, alors que l'ouvrier se trouvait placé sous la direction et la surveillance de son patron.

Partant de ce principe, la jurisprudence a décidé que l'accident dont l'ouvrier pouvait être victime dans le trajet de son domicile au lieu de son travail, ou vice versa, n'était pas un accident du travail, puisque, au moment de l'accident, la direction et la surveillance du patron ne pouvaient s'exercer.

Le refus de la Compagnie de reconnaître l'accident comme imputable au travail est donc conforme à la jurisprudence en vigueur et, à notre avis, une action intentée par l'ouvrier contre son patron n'aurait aucune chance de succès.

La solution serait toute différente si le déplacement avait eu lieu sur l'ordre du patron, pour les nécessités du service de l'exploitation.

---

543. — Radiographie d'un accidenté du travail.

Un chirurgien, directeur de clinique, hospitalisant chez lui un blessé accidenté du travail pour « entorse tibio-tarsienne droite, œdème péri-malléolaire,

lésion nécessitant l'hospitalisation et l'immobilisation *la plus absolue* », 30 jours, a-t-il le droit de refuser, au médecin expert nommé par le juge de paix, la prise d'une épreuve radiographique pouvant se faire à quelques pas de la clinique, alors que ce blessé peut descendre du quatrième étage au rez-de-chaussée.

Le médecin traitant ajoute que l'épreuve radiographique aura lieu quand l'appareil plâtré sera enlevé par ses soins.

Pouvez-vous me donner votre avis sur ce cas ?

Dr L.

Réponse.

Soit qu'il s'agisse d'un médecin expert nommé par décision judiciaire, soit qu'il s'agisse du médecin contre-visiteur, désigné par le patron au juge de paix, qui en a visé la désignation, il n'a pas le droit d'intervenir dans le traitement et de faire enlever, pour faire ses constatations, un plâtre que le médecin traitant croit devoir encore maintenir.

S'il y a lieu à radiographie, il faudra donc que le médecin expert ou le médecin contre-visiteur attende que le plâtre soit enlevé et que le médecin traitant l'ait enlevé lui-même, car il ne leur appartient pas de se substituer à lui, ni pour les prescriptions, si pour les interventions.

Application du Tarif Durafour.

I

254. — Autorisation obligatoire « dans tous les cas » (?).

Au sujet d'une incision, contre ouverture et drainage d'un phlegmon sous-aponévrotique de la paume de la main, j'avais demandé, suivant le Tarif, 100 fr. Or la Compagnie me répond ceci :

« Nous vous rappelons que l'arrêté fixant le tarif des frais médicaux spécifie que tout médecin qui veut tenter une opération quelconque doit au préalable demander l'autorisation soit au patron de l'ouvrier blessé, soit à la Compagnie d'assurance.

« Vous avez négligé cette précaution et ceci est d'autant plus regrettable que le phlegmon du blessé a évolué de façon assez anormale.

« Cette autorisation n'ayant pas été demandée, nous sommes en droit de rejeter le paiement réclamé par vous pour l'intervention elle-même ».

Que dois-je faire à la suite de cette réponse ?

Dr B.

Réponse.

Votre Cie « va un peu fort », comme on dit. S'il fallait pour inciser un phlegmon, attendre une autorisation, l'incision pourrait parfois se muer en amputation, voire même en certificat

de décès. Le rond-de-cuir qui s'est permis de vous répondre une telle énormité a, sans doute, voulu parler de l'art. 9 qui parle de *demander avis* au médecin patronal ou assureur... en cas « d'opération *mutilante* ou de grande chirurgie », et encore en dehors de tout cas d'urgence — ce qui n'a *aucun rapport* avec votre phlegmon de la main, type de l'intervention d'urgence pour éviter une amputation consécutive, pour le moins.

Refusez donc la moindre diminution et, s'il y a lieu, je puis vous assurer, à l'avance, que le « Sou » vous soutiendra.

Dr F. DECOURT.

II

1° Luxation radiale.
2° Chloroformisation.

Quels honoraires demander pour l'intervention suivante : réduction de subluxation de la tête radiale chez un ouvrier agricole constatée à la radioscopie, opérée sous-anesthésie générale nécessitée par les adhérences, le traumatisme datant de quelques jours, anesthésie que je l'ai pratiquée moi-même, ayant jugé inutile de déranger un confrère éloigné pour une intervention en somme minime.

Dr C.

Réponse.

1° Je compterais, en ce cas, tout uniment : « Luxation du coude : 100 francs ».

2° Pour l'anesthésie générale pratiquée par *vous-même*, vous ne pouvez rien demander, puisque c'est non pas l'*anesthésie*, mais le *médecin anesthésiste* qui est payé (article 12) et que, d'autre part, je ne vous vois pas vous proclamant comme étant « deux médecins (opérateur plus anesthésiste) en une seule personne ».

F. D.

Fiscalité.

347. — Dépenses professionnelles à déduire des recettes.

1° Ai-je le droit de déduire comme loyer professionnel quand j'ai quatre pièces : deux de celles-ci, cabinet et salle d'attente, alors que le contrôleur ne veut admettre que la réduction d'une pièce soit un quart du loyer alors que j'avais déduit une et demie.

2° Ai-je le droit de déduire comme frais professionnel la moitié de ma cote mobilière ? Le contrôleur me refuse toute déduction à ce sujet ?

Au cas où j'aurais raison, à qui dois-je adresser ma réclamation en restitution du trop payé et pour éviter à l'avenir d'être imposé injustement ?

Dr L.

Réponse.

La fraction du loyer à comprendre dans vos frais professionnels est fonction du nombre de pièces servant à l'exercice de votre profession. Si une seule pièce est réservée à cet usage, la prétention du contrôleur est justifiée.

La contribution personnelle-mobilière n'est pas une charge professionnelle.

A. Martinot.
Directeur du *Contribuable Français*.
Conseil fiscal.

---

268. — Déclaration de revenu professionnel et patente en cas de changement de domicile.

Dans votre lettre du 12 janvier, vous me conseilliez, en réponse à une question relative aux impôts, d'envoyer d'une part au contrôleur de P. la déclaration de mes bénéfices professionnels jusque fin juin, d'autre part au contrôleur de R. une déclaration pour l'impôt général sur le revenu en le prévenant de la déclaration faite au contrôleur de P.

Mais il y a deux jours, ayant appris que le contrôleur de R. m'imposait d'office une patente à R. ! ! ! je suis allé le trouver et lui ai exposé que je n'exerçais pas, que je n'avais fait aucun acte médical payant, ni apposé de plaque à la porte, ni fait de déclaration professionnelle à la préfecture et d'ailleurs ne ferais de déclaration de bénéfices professionnels qu'à P. Il me répondit que la patente me serait retirée sur une simple visite avec la feuille d'imposition, mais que pour la déclaration de bénéfices professionnels, il y avait erreur absolue et que c'est à lui seul que je devais la faire, en en prévenant le contrôleur de P.

Je suis donc embarrassé. Le contrôleur qui est d'ailleurs en contradiction avec la feuille elle-même de déclaration d'impôt qu'il m'a remise me paraît très entêté et très zélé et par conséquent très capable de m'imposer de son côté tandis que je le serais d'autre part à P. par suite de ma déclaration. Que dois-je faire et si je suis imposé deux fois, que devrai-je faire ? De plus si ce contrôleur me maintient ma patente non due, mais dont je n'ai pas encore reçu la feuille d'avertissement, que devrai-je faire ? Il va sans dire que je suivrai de point en point vos instructions.

Dr Z.

Réponse.

L'article 58 du décret codifiant les lois relatives aux impôts sur les revenus est ainsi conçu :

« La déclaration est adressée au contrôleur des contributions directes du lieu où le contribuable exerce sa profession ou à son principal établissement. »

A notre avis, il s'agit du principal établissement professionnel (un médecin peut avoir plusieurs cabinets de consultation, situés dans

des communes différentes) ; c'est donc au contrôleur de P. que votre déclaration de bénéfices professionnels doit être souscrite.

Si vous étiez imposé deux fois, adressez les deux avertissements au directeur des contributions directes du département en lui demandant de trancher la question.

A. M.

---

496. — Déclaration de bénéfices professionnels obligatoire. L'indemnité de cession de clientèle n'est pas un revenu.

En janvier 1923, n'étant installé à A. que depuis huit mois et ayant eu, de ce fait, une année déficitaire, je vous avais demandé si j'étais dans l'obligation d'adresser au contrôleur des contributions directes une déclaration de mes revenus professionnels et autres. A cette époque, vous m'avez répondu : « Par lettre, informez le contrôleur que vous n'êtes pas imposable ». C'est ce que je fis et je n'eus aucun ennui.

Aujourd'hui je me trouve à peu près dans la même situation : déficit certain pour 1926. En effet, ayant cédé ma clientèle de A. en mars 1926, je n'exerce ici que depuis le 1er juillet 1926.

Puis-je comme en 1923, me contenter d'adresser au contrôleur la lettre que vous m'aviez conseillée, ou bien suis-je tenu de fournir une déclaration détaillée ?

Dans l'affirmation, cette déclaration devra-t-elle tenir compte de mes deux exercices différents ? être globale, ou bien particulière à chacun d'eux ?

A qui devrais-je l'adresser ?

J'ai lu, dans une de vos précédentes réponses au *Concours*, que l'indemnité de cession n'était pas à comprendre dans la déclaration des bénéfices ; mais, ayant acheté plus cher que je n'ai vendu, comment, et à quel chiffre dois-je faire figurer ce déficit ?

Dr X.

Réponse.

Depuis 1923, la législation a été modifiée. Sous le régime actuel, vous devez, tous les ans, souscrire une nouvelle déclaration.

Cette déclaration, adressée au contrôleur de votre nouvelle résidence, devra être globale.

L'indemnité de cession ne constitue pas un revenu passible des impôts cédulaires ou général ; elle ne devra donc pas être déclarée. De même, la différence entre cette indemnité et le prix d'achat de votre nouveau cabinet ne constitue pas un déficit d'exploitation à déduire de vos revenus.

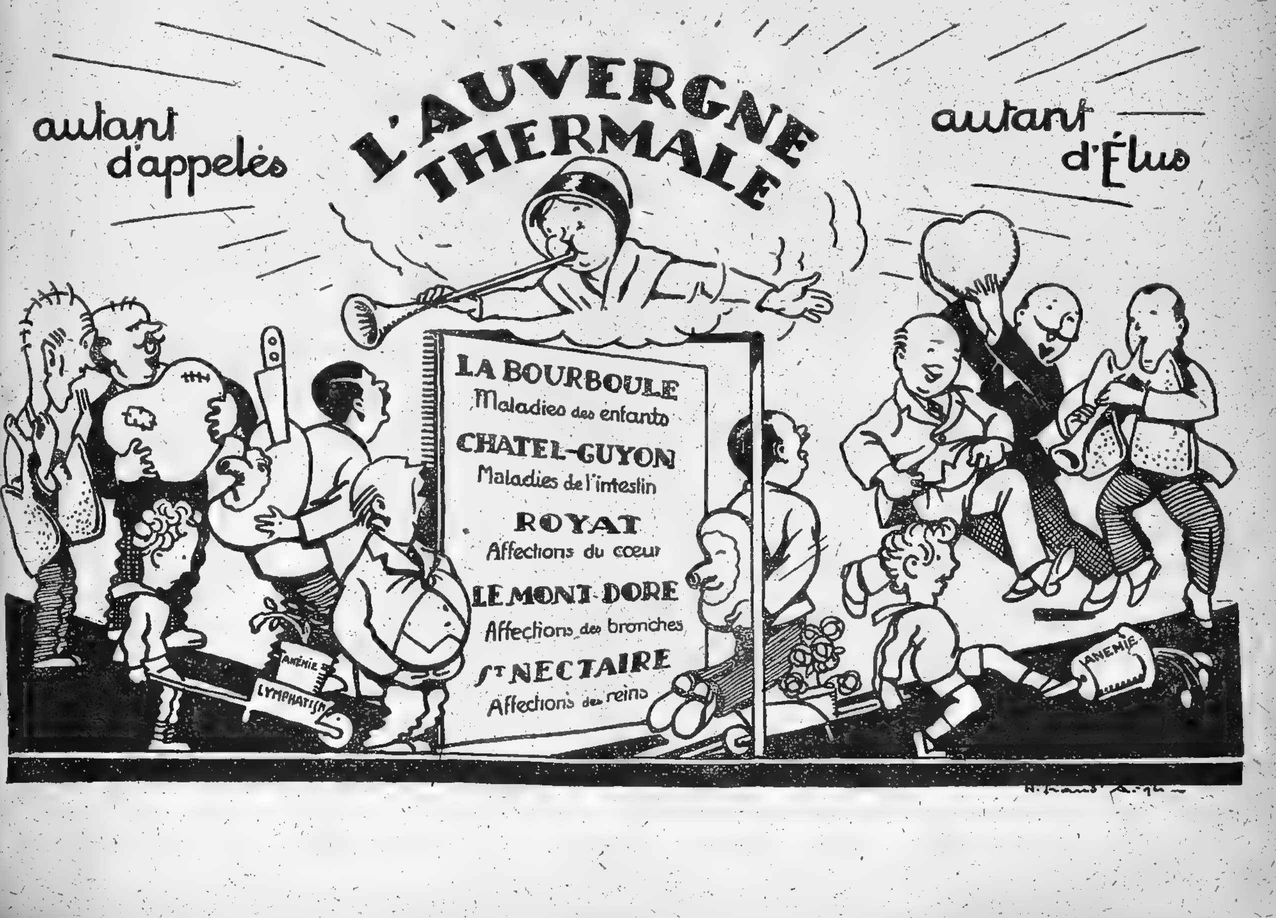
A. M.

---

227. — Taxe des prestations.

Le 6 novembre, j'ai déclaré, à la mairie :

1° Que j'avais vendu une Peugeot 5 chevaux ;



2º Que je mettais en circulation une Citroën 2 chevaux ;

3º Que j'étais toujours possesseur d'une Chenard-Walcker 11 chevaux, mais que je la retirais de la ciculation.

De fait à cette époque, j'ai rendu aux contributions le permis de circulation, cette voiture étant inutilisable par suite de rupture de bielle qui avait passé à travers le carter.

Le 4 janvier dernier cette voiture étant réparée, j'ai repris mon permis de circulation et ai de nouveau acquitté les droits pour le trimestre 1927 (A noter que je n'ai pas payé les droits pour le quatrième trimestre 1926, j'ai fait transposer les droits payés sur ma Citroën neuve.)

Le 1er janvier 1927 je n'avais en ma possession que deux voitures Citroën qui étaient en circulation, Chenard et Walcker en non circulation.

Or on impose les prestations pour les voitures en circulation au 1er janvier, j'ai été imposé pour les trois voitures.

Grâce au récépissé de déclaration que j'avais eu la précaution de demander en novembre j'ai pu me faire dégrever immédiatement de la Peugeot.

Quant à la Chenard que j'avais retirée de la circulation, le contrôleur n'a pu me dégrever, il m'a conseillé de réclamer au Préfet. C'est à ce sujet que je vous demande votre appui afin que vous me donniez si vous croyez que je puisse avoir raison toutes indications utiles à ce point de vue. Dr N.

Réponse.

La taxe des prestations n'est due que pour les éléments existant au 1er janvier de l'année de l'imposition. Si votre voiture Chenard n'était pas en circulation au 1er janvier 1927, la taxe n'est pas due pour elle. Dans votre pétition au préfet, rédigée sur papier libre et à laquelle vous joindrez votre avertissement, vous exposerez les faits en les appuyant d'une attestation délivrée par le receveur des contributions indirectes certifiant que la dite voiture n'a été remise en circulation que postérieurement au 1er janvier.

A. M.

---

179. — Patente d'un médecin directeur de clinique.

J'ai pris la direction médicale d'une clinique à A. Je ne fais pas de clientèle en dehors de là. J'ai dans la maison de santé un cabinet que j'ai meublé moi-même où je reçois les pensionnaires de la maison et quelques personnes qui me sont adressées en consultation par des confrères du dehors. J'ai avec moi un médecin adjoint logé dans la maison. Mon prédécesseur habitait un petit pavillon moyennant un loyer annuel de 1.000 francs Je ne puis me contenter de ce logement qui n'est du reste pas libre. Je vais être forcé de prendre pour ma famille un appartement à X. de 7 à 8.000 francs de loyer, avec les charges en plus. Est-ce que l'on me fera payer une

patente basée sur ce loyer, étant donné que je n'exercerai pas du tout à X, où me fera-t-on payer patente à A. ? Comment sera calculée cette patente puisque mon cabinet à la clinique m'est fourni gratuitement ? Mes honoraires sont établis de la façon suivante. Chaque pensionnaire verse x francs par jour pour les honoraires médicaux. A la fin de chaque mois, le total de ces honoraires qui est perçu par la maison est versé à mon jeune confrère et à moi d'après un pourcentage que nous avons fixé d'avance. Naturellement nous touchons d'autant plus que nous avons plus de pensionnaires ; sous ce rapport les mois d'été donnent plus que les mois d'hiver.

Je serais donc heureux d'être fixé sur ce que je dois faire ou plutôt sur ce que le fisc me réclamera.

Dr Y.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente frappe à la fois la valeur locative des locaux professionnels et celle des locaux d'habitation, quand bien même ces locaux seraient situés dans deux communes différentes. Vous serez donc imposé à X. sur le loyer de votre appartement, et à A. sur la valeur locative du cabinet de consultation qui vous est concédé gratuitement, cette valeur locative étant appréciée par le contrôleur par comparaison avec celle des locaux de même importance faisant l'objet d'une location régulière et situés dans la même commune.

A noter que si vous pouviez être assimilé à un employé salarié par la clinique, vous pourriez contester votre imposition à la patente.

A. M.

Questions médico-militaires.

4076. — Aggravation de blessure de guerre.

Pourriez-vous m'indiquer les démarches que doit faire un réformé (blessure de guerre) dont l'état s'est aggravé, et qui désire passer devant la commission de réforme, afin d'obtenir une augmentation de pension ? L'état de ce malade le rendant actuellement intransportable, peut-on obtenir qu'un membre qualifié de la Commission vienne le traiter à domicile ? Que faut-il faire, en ce cas ?

Dr F.

Réponse.

Que ce blessé écrive, par pli recommandé, au médecin-chef du centre de réforme de la Seine, 139, rue de Bercy, 12e, afin de demander à être visité pour aggravation, et de plus à être examiné à domicile, comme intransportable.

Il joindra un certificat médical, attestant l'aggravation qui s'est produite depuis son dernier passage devant une commission de réforme, ainsi que son état d'intransportable.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Paysannerie

Il neige. Mon voisin le fermier se désole.
« Monsieur, chaque flocon me coûte une pistole.
« En avril ! Les poiriers à peine défleuris !
« Les William, les Curé, les Doyenné, tous frits,
« Séchés, flétris, jaunis comme goujons en poêle.
« Chien de temps. Trois fléaux, neige, gelée et grêle.
« Voyez-vous, il faisait trop chaud pour la saison,
« Jamais on n'avait vu si belle floraison.
« Les bourres se touchaient. Les fleurs n'ont point
[la place
« Pour s'ouvrir. Ce matin une épaisseur de glace
« De deux doigts dans les seaux. Le mal s'est fait
[la nuit.
« Oui, monsieur, avec l'ongle ouvrez le cœur du fruit.
« Il est tout noir. Si bien qu'elle soit préparée,
« La récolte, on ne l'a, qu'en les greniers garée.
« Encor si les pommiers n'avaient pas trop souffert ?
« Pour beaucoup le bouton n'est pas encor ouvert.
« De la neige sur les pommiers en fleurs, c'est comme
« Du vitriol sur les herbes : morte la pomme.
« Espérons cependant qu'il nous en restera
« Assez pour la boisson. On en profitera
« Pour augmenter les prix. Tant pis pour la vie chère !
« On a toujours moyen de se tirer d'affaire
« Dans notre dur métier. Nombreux sont les pro-
[duits,
« Les bestiaux, les grains, la volaille, les fruits...
« Une perte toujours par un gain se compense.
« Pourtant, à réfléchir, vrai, je n'ai pas de chance.
« Ah ! la guerre a rendu le commerce exigeant !
« Sans la guerre jamais nous n'aurions vu l'argent
« Couler dans notre bourse ainsi que le Pactole.
« C'est beau, l'argent. C'est chaud. Ça saoûle. Ça
[console,
« Et ça remplace un peu les gars qu'on a perdus.
« Les billets de banque ont comblé les trous d'obus.
« L'an dernier, pour ma part, et mon cas n'est pas
[rare,
« Je mettais de côté mille francs à l'hectare.
« Voilà du bon travail. Ne le répétez pas.
« Puis, nous avons encor de l'or plein les vieux bas.
« Si cet hiver tardif n'eût fait cette fredaine
« J'achetais cette année au maître son domaine.
« Le paysan est tout, dit notre député.
« Le reste ne vaut l'honneur d'être compté,
« Et n'est bon qu'à gueuler comme un porc qu'on
[étripe.
« Qu'en pensez-vous, voisin ? »
— Moi, je fume ma pipe.

Dr Paul GROSSIER.

Dépôts des eaux de St-Cyprien, Lucine, et des Eaux-Bonnes

Eau de St-Cyprien : Rénaux, Azotémiques, Hypertendus

Eau de Lucine : Vomissements de la Femme enceinte

Eau des Eaux-Bonnes : Catarrhes de Gorge et Bronches



Les pharmaciens des villes ci-dessus obtiennent ainsi SAINT-CYPRIEN, LUCINE, EAUX-BONNES le jour même. Ceux des villes voisines le peuvent en un court délai. Pour les localités très distantes, adresser commandes :

1° Pour LUCINE et SAINT-CYPRIEN au Directeur de l'Etablissement thermal à La Roche-Posay (Vienne) : la caisse de 50 bouteilles SAINT-CYPRIEN 88 fr. gare départ ; la caisse de 25 bouteilles LUCINE 53 fr. gare départ.

2° Pour EAUX-BONNES au Directeur de l'Etablissement Thermal des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées) : le colis postal domicile de 12 quarts de bouteilles, 31 fr. 85.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 9 — DIMANCHE 27 FÉVRIER 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France.......................... 45 fr.
Etranger.. (voir conditions page IV)
Etudiants (France).......... 25 fr.
Le Numéro................... 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
Membres du Conseil :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

Quarante-neuvième année — N° 9 — 27 Février 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 542-IV)

(Suite du Sommaire)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical* de M. le Dr FOURNIÈRE, de Cambremer, la somme de vingt-deux francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Bayle, Caruette, L. Dubief. Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : Clément, Minelle, Pierrugues, Verrier
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Camaret, P. de Laugenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*), Bernard (Claude), Bernardbeig, Gauvin, Chatenoud, Auguste Golin, Constant, Daniel Delocque-Fourcaud. Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldagues. Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.
Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 83. — Infirmière pour chirurgie demandée pour direct. petite cliniq. province.

No 84. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 85. — A vendre Torpedo luxe 10 C. V. Citroën 1921 imposée 8 C. V., petite consommation, moteur excellent, pistons alpax, 4 amortisseurs Houdaille, graissage Técalémit, très bon état. Ecrire M. Martinot, 42, rue du Four, Paris (6e).

No 86. — A vendre petite spécialité médicale, 700 unités par mois, marque et marchandises 110.000 fr. comptant.

No 87. — En confiance, torp. luxe Citroën 9 C V 1925, excell. état, técalemit, conforts. Vendue cause achat autre voit. Prix : 16.000.

No 88. — Jne fille prendr. chez elle fillette 5 à 10 ans ayant bes. gd. air, ferait la classe. S'ad Mlle de Maillard, à Pouyol, par Villamblard (Dordogne).

No 89. — A vend. carbur. 6 CV Renault dern. mod. 100 fr. Dr Laffite, à Darney (Vosges).

No 90. — Doct. recomm. dame veuve pouv. prend. en pension ou en nourrice, enf. qu'elle pourrait adopter éventuell. Ecr. Dr Durieux, à Thiviers (Dordogne).

No 91. — Appareils T. S. F. neufs, garantis tous mod. prix de fabriq. photo sur demande. Dr P. Verdier, à Montech (Tarn-et-Garonne).

No 92. — Doct. 29 ans, installé 17e, ayant loisirs matin, cherche fixe ou occupat. médicales rétrib. Paris ou banl. imméd. N. O. Tél. Carnot 45-99.

No 93. — A vend. Mors 12 CV, état neuf. S'ad. Dr Jaulin, 30, rue Pasteur à Orléans.

No 94. — Interne hôpit. Paris passant actuell. cliniques et thèse dem. poste à achet. ou à fonder.

No 95. — A vend. au plus offr. un oxyphore pour inject. sous-cutanées d'oxygène n'ayant jamais servi Dr de la Serre, 26, boulev. de la République à Agen.

No 96. — On dem. roue de secours Stepney pour Zèbre monocyl. d'av. guerre 5 CV. Faire proposit. à Dr Babiaud, 28, place de Verdun, La Rochelle.

No 97. — Normandie. Poste méd. propharm. seul, sans sage-femme, chef-lieu cant., à céder de suite cause décès.

No 98. — 120 km. Paris Sud-Est. Très anc. poste à céder avec longue présent. dans ch.-lieu cant. très agréable. Rapp. plus de 57.000, en progress., loyer 2.000, gr. mais, et jardin. Facil. de paiement. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, r. Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 99. — Centre-Est, près ligne ch. de fer, anc. cab. seul propham. dans jolie résid. Rapp. envir. 65.000, gr. mais. vec jard. eau, électr. Prix 25.000 à déb. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, r. Dante, Paris (5e). T.Gob.36-46.

No 100. — 260 km. Paris, gr. ligne poste seul méd. pro-pharm. Rapp. plus de 150.000 sans pharmac., mais confort. avec salle de bains. Prix à débat. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).Tél. Gob. 36-46.

No 101. — Fils de médec. rech. chez confr. ou dans clinique, empl. de secrét., comptable. Ferait pansement.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Le livre d'or de la médecine française.** Le Dr Georges Mandonnet, de Clermont-Ferrand. — Un nouveau nom vient s'ajouter à la liste, toujours ouverte, des victimes du devoir médical. Le Dr Georges Mandonnet, de Clermont-Ferrand, au cours de soins à un de ses malades atteint de phlegmon, s'étant inoculé une légère blessure qu'il portait à la main, contracta une septicémie à laquelle il a succombé. Agé de 28 ans, notre confrère laisse une veuve et un enfant de quelques mois. Une médaille d'or lui a été accordée à titre posthume par le Ministre du travail et de l'hygiène, et nous croyons savoir que le Gouvernement se propose de le citer à l'ordre de la Nation.

— **Pédiatrie.** *Rayons ultra-violets.* — Une conférence sur l'utilisation des rayons ultra-violets en médecine infantile sera faite par M. Georges Schreiber, à la Maternité, 121, boulevard de Port-Royal, le dimanche 13 mars, à 15 h.

— **Hôtel-Dieu.** *Clinique ophtalmologique.* — MM. Velter et Foix commenceront, le 3 mars 1927, une série de conférences de neurologie oculaire. Ces conférences seront faites à l'amphithéâtre Dupuytren, les mardis, à 15 h., les jeudis et samedis, à 17 h. ; elles seront publiques et gratuites.

— **Hôpital de la Pitié.** *Sympathologie.* — M. Laignel-Lavastine fera dans son service, le 2 mars, à 9 h. 30, une leçon sur la *sympathologie, son objet, ses méthodes.*

— **Faculté de Paris.** *Clinicat.* — Le concours du clinicat des maladies contagieuses s'est terminé par la nomination de MM. Cochez, chef de clinique, et Marceron, chef de clinique adjoint.

— **Strasbourg.** *Agrégation.* — Sont nommés agrégés près la Faculté de médecine de Strasbourg : MM. Alfred Weiss (chirurgie) et Jean Terracol (oto-rhino-laryngologie).

— **Bordeaux.** — M. le prof. agrégé Delaunay est proposé pour le titre de professeur sans chaire.

— **Bordeaux.** *La question des études de dentisterie.* — L'Assemblée de la Faculté, sur un rapport du prof. Papin, s'est prononcée pour « la stomatologie aux médecins » (avec, en plus du doctorat en médecine, un certificat spécial d'études dentaires) et contre l'idée d'un doctorat dentaire distinct du doctorat en médecine.

— **Société française d'ophtalmologie.** — *Le XLe Congrès* de la Société française d'ophtalmologie aura lieu à la Faculté de médecine de Paris le lundi 9 mai et jours suivants. Le rapport d'usage sera présenté par M. Bailliart (de Paris) et traitera : *du rôle du grand sympathique en pathologie oculaire et en particulier dans les échanges et dans la circulation intra-oculaire.*

Une excursion sera organisée au Château de Chaalis. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr René Onfray, 6, av. de la Motte-Picquet, Paris, 7e.

— **Naissance.** — Le Dr Jacques Decourt et Madame, et notre excellent ami le Dr F. Decourt, nous font part de la naissance de leur fils et petit-fils, *Jean-Pierre*. Le *Concours médical* exprime à notre collaborateur F. Decourt et à sa famille ses plus sincères compliments à l'occasion de cette heureuse nouvelle.

— **Bruxelles. Académie de médecine de Belgique.** — Dans la séance du 31 janvier dernier, l'Académie a élu : Membre honoraire étranger, le prof. Sébileau, de Paris ; membre correspondant étranger, le prof. Lejars, de Paris ; membres correspondants belges, le Dr Léopold Mayer, de Bruxelles, et le prof. Wattiez, de Bruxelles.

— **Hôpital-hospice de Saint-Denis.** *Internat.* — Ont été nommés, au dernier concours de l'internat, à l'hôpital de Saint-Denis : internes titulaires, MM. Vezin, Luthereau et Moureau ; interne provisoire, M. Autissier.

— **Hôpital-hospice de Saint-Germain-en-Laye.** — *Internat.* — Un concours pour la nomination de deux internes titulaires et de quatre internes provisoires en médecine et chirurgie aura lieu à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye le 17 mars 1927. Conditions : être Français, âgé de 28 ans au plus, avoir 12 inscriptions ou avoir été externe d'un hôpital de Faculté. Avantages : nourriture, logement, indemnité annuelle de 3000 fr. Entrée en fonctions le

1er avril. Inscription auprès de la Direction de l'hôpital, huit jours au moins avant la date fixée pour le concours.

— **Vannes.** *Hôpital.* — Le récent concours pour la nomination d'un médecin de l'hôpital de Vannes s'est terminé par la proposition de M. Caudrelier.

— **Rennes.** *Internat des hôpitaux.* — On été nommés, après concours : internes, MM. Brizais, Esnoux, Le Tallec, Saucet, Rault et Mlle Deschamps ; externe faisant fonction d'interne, M. Coignerai.

A TRAVERS L'OFFICIEL

10 *février*

Hôpitaux et hospices.

Loi du 9 *février* 1927 *modifiant les articles* 8 *et* 9 *de la loi du* 7 *août* 1851 *sur les hôpitaux et hospices.*

Article unique. — Les articles 8 et 9 de la loi du 7 août 1851 sur les hôpitaux et hospices sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art.* 8. — La commission des hospices et hôpitaux règle par ses délibérations les objets suivants :

« Le mode d'administration des biens et revenus des établissements hospitaliers ;

« Les conditions des baux et fermes de ces biens, lorsque leur durée n'excède pas dix-huit ans pour les biens ruraux et neuf pour les autres ;

« Le mode et les conditions des marchés pour fournitures et entretien dont la durée n'excède pas une année, les travaux de toute nature dont la dépense ne dépasse pas 15.000 fr.

« Toute délibération sur l'un de ces objets est exécutoire si trente jours après la notification officielle le préfet ne l'a pas annulée, soit d'office pour violation de la loi ou d'un règlement d'administration publique, soit sur la réclamation de toute partie intéressée.

« La commission arrête également, mais avec l'approbation du préfet, les règlements du service, tant intérieur qu'extérieur et de santé, et les contrats à passer pour le service avec les congrégations hospitalières.

« *Art.* 9. — La commission délibère sur les objets suivants :

« Les budgets, comptes et, en général, toutes les recettes et dépenses des établissements hospitaliers ;

« Les acquisitions, échanges, aliénation des propriétés de ces établissements, leur affectation au service et, en général, tout ce qui intéresse leur conservation et leur amélioration ;

« Les projets de travaux pour constructions, grosses réparations et démolitions dont la valeur excède 15.000 fr. ;

« Les conditions ou cahiers des charges des adju-

dications de travaux et marchés pour fournitures ou entretien dont la durée excède une année ;

« Les actions judiciaires et transactions ;

« Les placements de fonds et emprunts ;

« Les acceptations de dons et legs ».

Enseignement de la médecine.

Nomination des professeurs suppléants des écoles de médecine.

Décret du 6 *février* 1927 :

Art. 1er. — Les professeurs suppléants des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie qui ne sont pas assujettis à l'impôt des patentes pourront être nommés sans limite de temps après un stage minimum de deux années d'enseignement régulier, sur la proposition du conseil de l'école et après avis favorable de la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement supérieur public.

Les professeurs suppléants qui seront assujettis à l'impôt des patentes postérieurement à leur nomination cesseront leurs fonctions après neuf ans d'exercice.

Nomination des professeurs suppléants des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie.

Décret du 6 *février* 1927.

Art. 1er. — L'article 2 du décret du 1er août 1883, relatif aux écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie et l'article 4 du décret du 1er août 1883, relatif aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sont complétés ainsi qu'il suit :

« Peuvent également être nommés sans concours, professeurs suppléants des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, les candidats inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions d'agrégé des facultés de médecine. »

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

11 *février*

Un emploi d'agrégé d'obstétrique de la Faculté de médecine de Montpellier est déclaré vacant.

Un délai de vingt jours à dater de la publication au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

13 *février*

Conditions dans lesquelles les étudiants en médecine ayant échoué à une matière aux examens de fin d'année peuvent poursuivre leur scolarité.

Décret du 3 *février* 1927.

Art. 1er. — Par dérogation aux dispositions des articles 1er et 22 du décret du 10 septembre 1924, seront admis à poursuivre leur scolarité, sous condition de réparer leur échec à la session extraordinaire de

février-mars, s'ils ont obtenu, pour l'ensemble des autres matières de l'examen, une moyenne d'au moins 6 points (maximum 10), les étudiants en médecine ajournés à une matière ou aux deux épreuves d'une même matière :

a) Des 1er, 2e, 3e et 5e examens de fin d'année, soit aux deux sessions de juillet et d'octobre, soit à l'une ou à l'autre de ces sessions ;

b) Du 4e examen de fin d'année, soit à la session de juillet, soit à la session d'octobre, lorsque, pour motifs jugés valables par le doyen ou directeur, ils n'ont pu se présenter qu'à une seule de ces deux sessions.

Art. 2.— Lorsque la matière pour laquelle le candidat a été ajourné comporte deux épreuves et que l'une de ces épreuves a été subie avec succès, la note obtenue, si elle est égale ou supérieure à 6, entrera en ligne de compte pour l'établissement de la moyenne prévue à l'article précédent.

Art. 3. — En cas de nouvel ajournement à la session de février-mars, la scolarité que ces étudiants auront accomplie, par dérogation à l'article 22 du décret du 10 septembre 1924, sera annulée et ils retomberont sous le coup des prescriptions dudit article.

Art. 4. — En dehors des cas prévus ci-dessus, aucune dérogation aux dispositions réglementaires ne pourra être accordée.

Art. 5. — Le décret du 17 février 1926 susvisé est rapporté.

Art. 6. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

15 février.

Asiles publics d'aliénés.

La date du concours pour l'admission aux emplois de médecin directeur et de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés et des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, fixée primitivement au lundi 28 mars 1927, par l'arrêté du 26 janvier 1927, précité, est reportée au lundi 25 avril 1927.

En conséquence, le délai de réception des candidatures est prolongé jusqu'au 26 mars inclus.

Réponses des Ministres aux Questions des Parlementaires.

Le secret professionnel et la déclaration des décès.

7775. — M. Hamelin, sénateur, demande à M. le Ministre de la Justice, si un médecin qui mentionne sur un certificat de décès destiné à la mairie le nom de la maladie cause de la mort de son client peut tomber sous le coup de l'article 378 du code pénal. (*Question du 2 décembre 1926.*)

Réponse. — Aux termes de la circulaire du ministre de l'intérieur en date du 24 décembre 1866, « dès que la déclaration d'un décès aura été faite, le maire fera parvenir au médecin vérificateur du décès une feuille en double expédition sur laquelle il inscrira

les nom, prénoms, sexe, âge, profession de la personne décédée ; la nature de la maladie à laquelle elle a succombé, et autant que possible, sa durée et ses complications ; le nom du médecin qui a soigné le malade, celui du pharmacien qui a délivré les médicaments, et autant que possible, les conditions hygiéniques du domicile. »

Il n'y a pas lieu, dans ces conditions, d'envisager la mise en mouvement de l'action publique, par application de l'article 378 du code pénal.

(*J. O.*, 19 janvier 1927.)

Commentaires.

Comme bien souvent, en matière d'exercice de la médecine, la question, posée par l'intermédiaire du *Journal officiel*, par un membre du Parlement, ne reçoit pas, du ministre compétent, la réponse précise, qu'elle devrait comporter.

M. Hamelin demande si le médecin qui mentionne, sur un certificat de décès, le diagnostic de la maladie, n'enfreint pas les presciriptions de l'article 378 du code pénal.

Or, la réponse est incomplète et ne vise que le seul cas des médecins de l'état civil.

En ce qui concerne les fonctions de ces derniers, je suis d'accord avec le Ministre ; le médecin vérificateur des décès agit au nom du maire et ne doit compte de sa mission qu'à ce dernier.

A ce magistrat, il devra dire ce qu'il a constaté, comme homme de l'art.

Donc les pénalités prévues par l'article 378 du code pénal ne seraient applicables que si le médecin de l'état civil dévoilait le diagnostic de la mort, qu'il vient de constater, à toute autre personne que l'officier de l'état-civil, son mandant.

Mais toute différente doit être la réponse du ministre, lorsqu'il s'agit du médecin traitant et c'est cette éventualité (de beaucoup la plus fréquente), qu'esquive la réponse ci-dessus.

D une manière générale, à part dans de très grandes villes, le médecin de l'état civil n'existe pas.

La famille, ou la mairie demande au médecin traitant un certificat de décès.

Ce praticien peut-il, sans violer les prescriptions du secret professionnel, inscrire sur son bulletin autre chose que : je déclare avoir constaté la mort de M. X. ? »

J'ai maintes fois répondu sur ce sujet, dans les colonnes du *Concours*. Le médecin traitant est lié, vis-à-vis du *de cujus*, par le secret professionnel.

La jurisprudence est unanime pour décider que le docteur, qui a soigné le défunt, n'a pas qualité pour délivrer à la famille elle-même un certificat, établissant les causes exactes de la mort, ce certificat serait-il destiné à faire régler le montant d'une assurance sur la vie.

Je rappellerai au Ministre de la Justice de 1927 que le Garde des Sceaux de 1923 a officiellement répondu à son collègue, ministre de l'Hygiène, de l'Assurance et de la Prévoyance sociales qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence devrait être considéré comme ayant violé le secret professionnel le médecin qui, ayant donné des soins au défunt, indiquerait, par un certificat, les causes précises de la mort, alors même que ce certificat serait destiné au médecin chargé d'établir les statistiques des causes de décès, au nom de la préservation de la santé publique.

Le Ministre de la Justice de 1923 a estimé, avec raison, que, tant qu'une loi ne sera pas intervenue, pour modifier l'article 378 du code pénal, le médecin traitant n'a pas le droit de dévoiler les causes des décès à un autre médecin, également tenu par le secret professionnel.

A plus forte raison cette interdiction s'étend-elle, par rapport aux maires, ou plus exactement par rapport aux employés des mairies.

A l'officier de l'état civil de faire vérifier les décès par tout autre praticien que le médecin traitant.

D[r] Paul BOUDIN.

Définition des maladies pouvant donner droit à une pension.

10306. — M. MASSON, député, expose à M. le Ministre des Pensions que les experts et sur-experts ne définissent pas nettement la maladie dont est atteint l'invalide qui se présente devant eux ; qu'il ne suffit pas, par exemple, de dire : sclérose pulmonaire ou aspect emphysémateux, mais qu'ils doivent dire, conformément aux données du barème guide, si l'intéressé est atteint de bronchite simple ou de bronchite chronique avec ou sans emphysème, avec ou sans effraction du cœur, avec ou sans accès d'asthme, ou tuberculose pulmonaire légère, moyenne ou avancée ; signalant qu'en général, les experts englobent ces maladies nettement différentes sous le mot « sclérose pulmonaire », ce qui crée, la plupart du temps, de nombreuses sous-estimations ; et demande au ministre de donner toutes instructions utiles pour remédier à cet état de choses qui concerne non seulement les pulmonaires, mais également les victimes d'autres maladies ou blessures. (*Question du 7 décembre 1926.*)

Deuxième réponse. — Les médecins chefs des centres de réforme ont été réunis au ministère des pensions, le 24 janvier 1927. Toutes instructions utiles leur ont été données pour remédier à l'état de choses signalé par l'honorable parlementaire. (*J. O.*, 12 février 1927.)

Voir la suite page LI-593.

PROPOS DU JOUR

La fonctionnarisation progressive de la médecine.

Le nouveau monopole des médecins agréés par l'Administration de la marine marchande.

Lentement, mais progressivement et sans répit, l'Etat tentaculaire étend sur les médecins son emprise administrative. Nous avons beau exiger le libre choix, protester contre le tiers payant, proclamer l'entente directe, — les Pouvoirs Publics font la sourde oreille. En toute occasion, le Parlement vote des lois qui passent inaperçues des médecins, mais qui arrachent chaque fois une parcelle de leur indépendance.

Les règlements des administrations nationales, départementales, communales, autonomes, prévoient toujours l'asservissement du Corps médical; et toutce ci se fait par fragments, parfois localement, en sourdine. Nos Syndicats n'y prennent pas garde, laissent faire, car beaucoup de ces emprises administratives sur le Corps médical n'ont pour eux qu'une importance secondaire ; ne sont-ils pas, à l'heure actuelle, fascinés par la grande question des assurances sociales ? Un beau jour, les médecins s'apercevront qu'ils ont été tous fonctionnarisés sans s'en être pour ainsi dire aperçus. L'on a créé des médecins agréés pour délivrer aux fonctionnaires des certificats valables. Un certificat médical ne peut être considéré comme honnête et sincère, si son signataire n'est pas assermenté et *persona grata* auprès de M. le Préfet. Ici et là, les Commissions administratives des hôpitaux de province ouvrent des services payants, parfois des maisons de santé où les malades doivent rétribuer leurs médecins, mais ces malades aisés et payants sont tenus de ne s'adresser qu'aux seuls médecins de l'hôpital qui,consciemment ou non,frustrent ainsi, leurs confrères d'une partie de leur clientèle aisée et deviennent d'autant plus les fonctionnaires dociles de la Commission administrative que celle-ci leur permet de toucher de plus importants honoraires. Nous pourrions multiplier ces petits faits à l'infini. Jusqu'alors, l'on ne s'en occupe guère parce qu'ils sont isolés, dispersés et paraissent d'ordre secondaire, mais petit à petit, le Corps médical, comme une solution saline sursaturée, se cristallisera en masse et se trouvera fonctionnarisé en bloc presque à son insu.

Un de nos confrères, qui exerce dans un important port de commerce, nous signale un nouveau fait de ce genre dans la lettre suivante :

Le 11 février 1927.

Mon cher Confrère,

L'Etat continue son emprise administrative sur les médecins et dépossède peu à peu les médecins indépendants.

Depuis le 1er janvier, la nouvelle loi sur la marine de commerce, qui prescrit avant l'embarquement la visite médicale des marins, limite le nombre des médecins capables de délivrer ce certificat de santé.

Autrefois, presque toutes les compagnies d'armement, pour leur propre sauvegarde, faisaient examiner, avant l'embarquement, les marins par des médecins de leur choix. La nouvelle loi, en fait, ne change rien, elle rend seulement obligatoire un usage qui n'était que facultatif, mais aujourd'hui, *seul* le *médecin agréé* par l'Administration de la marine a qualité pour délivrer ce certificat.

Dans les ports français, les médecins qui s'occupaient de la marine de commerce seront, *ipso facto*, presque entièrement dépossédés de cette clientèle spéciale, malgré l'avis contraire de ceux qui payent, c'est-à-dire les armateurs, qui, en général, tiennent à leur médecin.

Pour empêcher les récriminations des intéressés, ici du moins, et j'ai tout lieu de croire que c'est partout la même chose, l'administrateur de la marine continue d'accepter les certificats des médecins qui en délivraient avant la loi ; mais cette situation est précaire et, un jour ou l'autre, l'administration de la marine pourra appliquer la loi et refuser tout certificat qui n'aura pas été établi par le médecin agréé d'elle.

Le médecin agréé absorbera d'un seul coup toute la clientèle maritime de plusieurs confrères.

Veuillez agréer, etc.

Or, certains médecins agréés ne bornent pas leur monopole à la délivrance des certificats ; ils s'efforcent de l'étendre et d'accaparer toute la clientèle maritime. Il en est qui font des propositions aux armateurs, aux commerçants, offrant cyniquement leurs services à prix réduits et laissant envisager à ces derniers la réalisation d'im-

portantes économies. Leurs fonctions sanitaires leur permettent d'exercer une pression sur les armateurs et les capitaines et, abusant de leur situation, ils imposent leurs soins aux hommes malades des équipages, alors qu'ils devraient se borner à un rôle de surveillance, de contrôle et de prophylaxie. Il nous paraît très dangereux de laisser se développer ainsi en sourdine l'emprise administrative sur tout ce qui touche à l'exercice de notre profession. Nous signalons ces faits dans l'espoir que nos Syndicats voudront bien s'y intéresser. *Caveant consules.*

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES CONSULTATIONS DU SAMEDI A LA CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

Par le Pr Henri CLAUDE.

Recueillies par le Dr Gilbert ROBIN.

Ancien chef de Clinique à la Faculté.

Voici un petit garçon de 3 ans, normal jusqu'à un an. Il commençait à marcher et à dire quelques mots quand il fit un épisode confusionnel, précédé de convulsions. Ces dernières, depuis cette époque, se reproduisirent régulièrement cinq et six fois dans la journée. Ensuite, il a de la torpeur confusionnelle. Chose curieuse : depuis ces convulsions, il ne parle plus. Il ne fait entendre que des gloussements.

Certes, il reconnaît ses parents, joue volontiers, mais il est coléreux. Son sommeil est agité. Il semble avoir des cauchemars, les yeux sont alors grands ouverts.

Vous le voyez jouer devant vous, marcher à quatre pattes pour s'amuser, paraissant affectueux, mais prêtant peu d'attention à ce qu'on lui dit.

Je vous signale de suite un fait d'une grande importance : Entend-il les ordres qu'on lui donne ?

Sans doute, cet enfant a eu des troubles méningés et, d'après l'aspect du jeune malade, l'hypothèse de l'hérédo-syphilis paraît devoir être envisagée. Doit-on parler d'un affaiblissement intellectuel avec troubles aphasiques (aphasie-surdité verbale) ?

Vous imaginez de quelle importance c'est pour vous de savoir si cet enfant n'est pas atteint de surdité simple — avec arrêt du langage, l'intelligence n'étant pas troublée ; j'en ai observé un cas au cours d'une infection et l'enfant guérit assez rapidement.

Ce petit garçon a l'air un peu nerveux, excité. Vous vous en rendez compte. Il ne cesse de jouer. Il est turbulent, criard, se roule à terre. Il paraît insensible quand on l'appelle. En somme, il ne joue pas avec les autres enfants, n'a pas de jeux cohérents, suivis. C'est plutôt une agitation turbulente et je ne peux pas ne pas penser à ce que Chaslin disait de la turbulence infantile comme signe devant faire songer à l'épilepsie.

Sans doute la mère n'a pas eu de fausse-couche. Les parents sont bien portants. Cependant, dans des cas de ce genre, il faut toujours penser à la syphilis. Il est donc nécessaire de pratiquer une ponction lombaire et de l'examiner au point de vue de l'audition.

En attendant ces résultats, nous avons mis cet enfant au gardénal à la dose de 5 cgr. à doses fractionnées, et la présentation de cet enfant vous met en présence d'un cas essentiellement pratique dans lequel se pose surtout pour vous un double diagnostic : celui d'une surdimutité ou celui de méningite aiguë, soit de nature infectieuse, soit de nature spécifique.

II

Cette ouvrière en couronnes, âgée de 39 ans, vient pour des céphalées occipitales et frontales durant depuis trois ans.

Au bout d'un an de ces céphalées, elle a fait de la dépression et a eu des idées de suicide, dues uniquement, dit-elle, à ses souffrances physiques.

Son père est mort spécifique, avec le diagnostic de P. G. rédigé à l'Asile Sainte-Anne où il a été interné.

Cette femme a de plus des habitudes éthyli-

ques et caféiques. On constate des tremblements de la langue et des doigts, de la trémulation de la voix, des pituites matinales. Le sommeil est troublé de rêves professionnels. De plus, elle se plaint d'œdèmes envahissant par intervalles un côté de la face, et de vertiges, lesquels restent assez rares du reste.

Ses réflexes sont en général vifs, les pupilles sont égales et réagissent, bien qu'elle ait eu un accident syphilitique il y a 20 ans. On l'a traitée par l'huile grise et l'arsenic.

On ne constate pas d'autres signes sérieux en dehors de la céphalée. Vous voyez cette femme à la peau chaude, au visage vultueux. Sa céphalée est du type de celles que vous rencontrez souvent, céphalée d'origine éthylique. Mais ici, la cause est mixte puisque la spécificité n'est pas douteuse.

Cette céphalée toxique, qu'expliquent les troubles digestifs et hépatiques, est exagérée sans doute du fait de légères réactions méningées spécifiques.

Evidemment, l'indication thérapeutique doit tirer parti de nos connaissances et toucher les deux éléments pathogéniques. Nous allons traiter d'abord l'intempérance elle-même, sevrer cette malade, la guérir de ses troubles hépatiques, puis, par une P. L., vérifier si ce cas exige un traitement anti-syphilitique intensif.

III

Voici un cuisinier de 51 ans, qui se portait très bien jusqu'en septembre 1926. A cette époque, il s'est affecté d'une certaine impuissance sexuelle, puis à quelque temps de là, la nuit, il a entendu ses clients qui se moquaient de lui et ces « voix » n'ont fait qu'augmenter d'intensité. Tout le quartier s'est mis à l'insulter. Il se sent suivi, épié, son commerce en est gêné. On le traite de communiste, on dit qu'il a un fusil de chasse, alors que c'est un fusil à aiguiser les couteaux. Le quartier fait la navette devant lui et lui crie : « sale socialiste, sale pogoniste ».

La nuit, les fascistes viennent rôder. Des autos passent et repassent : « On va le tuer », disent les voix.

Le malade a envie de les « corriger ». « Ma femme dort comme un pot, dit-il, et prétend ne rien entendre, mais moi, j'ai l'oreille fine, quand on secoue les hottes de la cuisine et qu'on me traite de bandit, chez moi, aux Halles, partout, vraiment j'en ai assez et je trouverai bien les coupables ».

Q. — Ici, entre ces murs, êtes-vous en sûreté ?

R. — « Parfaitement. J'oublais de vous dire, avec une glace que j'ai chez moi, on voit tout ce que je fais et on répète tout ce que je pense. Parfois ils viennent à 3 heures du matin et j'ai bien envie de saisir un nerf de bœuf. Encore cette nuit, le parti socialiste voulait me zigouiller. Gare à eux. Je leur rentrerai dans la peau ».

Vous entendez là un parler pittoresque. Je suis frappé par un peu d'hésitation de la parole, mais la ponction lombaire entièrement négative élimine l'hypothèse de P. G.

Ce qu'on trouve, ce sont de légers tremblements des doigts qui nous mettent sur la piste de l'éthylisme, bien explicable du reste par sa profession. Cependant, à ce point de vue, il exerce son métier aussi convenablement qu'avant sa maladie. Aucune erreur dans ses comptes.

— Pour çà, rien à craindre, acquiesce-t-il.

— Il faudrait peut-être vous mettre à l'abri.

— Mon abri, c'est ma cuisine.

— Mais, si vous devez « corriger » vos voisins ?

— Je ne tape sur personne. Je bois, je mange. Il n'y a que pour dormir qu'on m'embête.

Vous voyez, Messieurs, qu'il n'y a pas simplement hallucinose — mais bel et bien délire ; je crois devoir mettre ce délire sur le compte d'une intoxication alcoolique. Son métier l'y prédispose, et malgré les dénégations du malade, nous avons constaté des signes physiques assez nets.

Sinon, serait-ce une psychose hallucinatoire au début, dont l'évolution tendrait alors vers la chronicité, d'où pronostic très grave, et dans ce cas, il y aurait peut-être des précautions à prendre pour sauvegarder ses intérêts. Au contraire, s'il ne s'agit que d'éthylisme, comme je le pense, un traitement modifiera heureusement son état. Dans ce cas, il n'y aurait pas lieu, par exemple, de faire vendre son fonds de commerce. Toutefois, il faut l'obliger à un repos, à l'isolement, mais comme le malade n'a pas conscience de ses troubles, nous devrons peut-être recourir à un internement, de courte durée, je pense, puisque le pronostic me paraît favorable.

IV

La jeune fille que vous voyez devant vous vient pour une paralysie faciale. Elle est âgée de 17 ans. Un jour, brusquement, elle a été prise de migraine, de vomissements, elle a eu l'impression que sa mâchoire se disloquait. C'est alors que s'installa une paralysie faciale d'origine périphérique portant sur le facial supérieur et le facial inférieur.

Vous remarquez qu'elle ne peut fermer ses paupières et que le globe oculaire remonte quand elle fait cet effort. Vous reconnaissez le signe de Ch. Bell. J'essaye de faire siffler la malade : En vain.

D'autre part, cette jeune fille accuse des douleurs de la région cervicale et du membre supérieur droit, douleurs qui se sont diffusées dans la région mastoïdienne. Après une intervention

✦✦

chirurgicale du côté de la mastoïde, les douleurs ne se sont pas améliorées. Un traitement électrique n'a pas non plus fait diminuer la paralysie.

Il n'existe pas de troubles du voile du palais, pas de troubles de la mastication. Rien du côté du spinal. La réflectivité rotulienne, achilléenne, radiale, etc., est normale. Pas d'éruptions zonateuses.

Pas de troubles de la vision.

Pas de céphalée. Rien du côté des poumons.

Cette paralysie faciale, d'origine périphérique, paraît s'être installée à la suite d'un état infectieux, probablement méningé. En effet, une ponction lombaire a révélé 0.40 cgr. d'albumine et 10 lymphocytes par mmc. Quant à la trépanation de la mastoïde, non seulement elle n'a pas amélioré la malade, mais elle n'a montré aucune suppuration.

En somme, on assiste à deux étapes dans cette maladie. Une étape méningée, une étape nerveuse. Il est dommage que nous ne sachions pas, d'une part, si on a recherché l'hypertension quand on a pratiqué la P. L. et si, d'autre part, un examen bactériologique a été pratiqué. Il pourrait s'agir en effet d'une poussée encéphalitique.

Les douleurs accusées dans le cou et le membre supérieur sont réveillées par la toux, l'éternuement, les efforts ; elles sont du type radiculaire. Il s'agit du coup de piston radiculaire de Déjerine. Le processus méningé a donc laissé des traces de son action sur les racines des nerfs.

On a eu raison d'avoir l'attention attirée du côté de la mastoïde. Il semble bien cependant que l'intervention ait été superflue.

S'agit-il d'une compression en rapport avec un reliquat méningé, ou d'une encéphalite épidémique à forme névraxo-radiculaire ?

Ce cas, comme vous le voyez, suscite de multiples recherches, pose de multiples questions, et il faut un examen plus complet du L. C. R., en même temps qu'un examen plus complet du nerf facial, au point de vue de la possibilité d'une R. D.

V

La jeune fille que vous voyez devant vous a 20 ans. Elle a eu, dès l'enfance, une otite dont l'écoulement purulent se tarissait de temps à autre. Ces dernières années, l'écoulement s'est tari depuis 3 ans, jusqu'en 1924. A cette époque réapparaît l'écoulement, en même temps que la malade accuse des douleurs de la région mastoïdienne droite s'accompagnant de lipothymie, angoisses, sensation de perte de connaissance.

Puis, elle a eu de la céphalée, laquelle n'a jamais cessé.

En janvier 1926, l'écoulement mastoïdien, qui s'était encore tari momentanément, recommence. La fièvre monte, et devant les accidents septicémiques qui surviennent à ce moment, on pense à une trombo-phlébite et on pratique une ligature de la jugulaire.

Mais, par la suite, s'installèrent des vertiges rotatoires très intenses : le malaise était intolérable. L'examen du fond d'œil montra alors une stase papillaire, la P. L. décela une augmentation de la pression céphalo-rachidienne.

On a fait alors une simple trépanation ventriculaire et on a retiré une certaine quantité de L. C. R. hypertendu ; les vertiges ont disparu. Actuellement, le fond d'œil ne révèle ni stase, ni œdème. Il n'y a pas non plus d'hypertension des milieux de l'œil. En somme, l'amélioration est évidente.

Tel est l'exemple de la conduite à tenir en pareil cas. Il faut, devant des accidents d'hypertension intracranienne, agir très vite, je le répète sans cesse. Si l'on n'était pas intervenu, la malade était menacée d'atrophie optique et de cécité peut-être. Si l'on ne peut pas toujours pratiquer la trépanation, du moins, les ponctions lombaires répétées, prudemment faites, doivent ramener la pression à la normale, ce qu'on peut vérifier à l'appareil manométrique (pression normale = 20). Si l'amélioration ne survient pas, c'est qu'il existe des cloisonnements. Alors, si même la perforation ne suffit pas, il faut pratiquer une brèche cranienne.

Actuellement, la stase papillaire est aisément recherchée par le spécialiste et l'ophtalmodynamomètre de Bailliart nous permet de dépister l'hypertension des vaisseaux rétiniens. Ces résultats, joints à ceux de la pression du liquide céphalo-rachidien, commandent l'opportunité de l'intervention et permettent de lutter efficacement contre les redoutables accidents dus aux méningites séreuses : troubles sensoriels, troubles psychiques, hallucinatoires, dont j'ai déjà cité plusieurs fois des exemples, enfin manifestations épileptiques diverses.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Exostose ostéogénique du fémur

Par M. J.-P. TOURNEUX.

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Le malade dont je tiens à vous entretenir aujourd'hui est atteint d'une affection relativement assez commune et qui consiste en une exostose ostéogénique située sur le fémur droit. Le sujet qui en est porteur est un jeune homme âgé de 19 ans, vigoureux, bien musclé, d'une très bonne santé habituelle, qui exerce la profession de laboureur. Ses antécédents tant héréditaires que consanguins ne présentent rien de bien important au point de vue de la lésion qui nous intéresse : son père paraît avoir eu dans son jeune âge une paralysie infantile, qui lui a laissé une difformité de la jambe et du bras du côté gauche ; sa mère, bien qu'étant de santé assez délicate, est ordinairement bien portante ; quant à ses frères et sœurs, leur état de santé ne présente rien de particulier à signaler.

Pour ce qui a trait à ses antécédents personnels, notre malade n'accuse qu'une rougeole à l'âge de trois ans ; à part cette fièvre éruptive, que l'on retrouve d'ailleurs dans toutes les histoires cliniques, sa santé a toujours été excellente et il ne possède aucun souvenir d'avoir éprouvé avant l'âge de 14 ans des douleurs ou de la gêne dans le membre inférieur droit. C'est à peu près vers cette époque, c'est-à-dire, il y a environ 5 ans, qu'il commença subitement, sans raisons aucunes apparentes, à se plaindre de souffrir quelque peu dans la région externe de la partie inférieure de la cuisse, et qu'un peu plus tard, il constata à ce niveau l'existence d'une tumeur dure, qui présentait alors à peu près les mêmes dimensions et la même situation que vous pouvez constater aujourd'hui ; le malade est des plus affirmatifs sur ces deux points.

Pendant quelques semaines, les phénomènes douloureux qui étaient occasionnés par la tumeur, dont il venait fortuitement de découvrir la présence, furent assez considérables pour l'empêcher de pouvoir se livrer à ses travaux de labourage ; puis ils s'amendèrent petit à petit au point de ne plus constituer au bout d'un certain temps qu'une sorte de gêne, parfaitement supportable. Ce n'est que dans ces derniers temps, qu'ils ont réapparu avec une nouvelle intensité, entraînant, certains jours, une impotence quasi complète du membre.

Cette tumeur dont se plaint ainsi notre malade est située sur la face antéro-externe du fémur droit, mais comme elle s'étale sous la forme d'un champignon, elle vient déborder largement cet os et en dépasser le niveau tant en avant qu'en arrière ; en avant elle reste cependant en position latérale, mais en arrière, elle se recourbe, et arrive peu à près au contact de la ligne médiane du membre ; son grand axe est donc oblique en haut et en dedans. A son niveau, la peau présente sa coloration normale, sans dilatation des veines sous-cutanées et sans augmentation de la température locale.

Lorsque l'on vient à la palper, on reconnaît immédiatement, que du côté de sa superficie, cette tumeur paraît être séparée par un sillon en deux parties distinctes, l'une antérieure et l'autre postérieure. La première, qui se dirige en avant offre une surface mamelonnée et semble se trouver directement sous la peau dont elle n'est séparée que par une petite tumeur séreuse accidentelle, qui glisse librement sur elle. Quant à la seconde, à situation postérieure, elle est beaucoup moins directement accessible, car elle plonge en quelque sorte sous les masses musculaires, qui la recouvrent presque complètement.

Cette tumeur, qui n'est pas douloureuse, et que l'on peut saisir à pleines mains sans déterminer à aucun moment un mouvement de défense de la part du malade, présente en outre une consistance d'une très grande dureté, et offre dans toute son étendue une sensation osseuse ; on remarque également qu'elle n'est pas adhérente aux parties molles mais qu'elle présente nettement des connexions profondes avec le squelette, car elle est attachée d'une façon intime au fémur, sur lequel elle garde une immobilité absolue, par une assez large implantation. Il s'agit donc d'une tumeur osseuse, séparée du reste du fémur par une simple dépression sur les côtés interne, externe et supérieur ; en bas au contraire, elle est très nettement pédiculée.

Au point de vue de ses dimensions, cette tumeur osseuse semble mesurer près de quatre centimètres de hauteur, alors que son diamètre longitudinal paraît être de sept centimètres : et comme son point d'implantation se trouve être situé à environ huit centimètres de l'interligne articulaire du genou, il s'ensuit qu'elle est placée assez près de l'épiphyse. Cependant, en raison de sa disposition en dehors et en arrière, elle doit nécessairement être reportée à une certaine distance de la limite supérieure du cul-de-sac synovial.

Le fémur sur lequel cette tumeur est implantée

ne paraît pas présenter d'autres altérations, mais si l'on vient à comparer les dimensions respectives que donnent les deux cuisses, on constate que la longueur totale du membre inférieur droit est légèrement diminuée (un centimètre et demi environ) par rapport à celle du membre opposé, comme si le fémur avait perdu en longueur ce qu'il avait gagné en largeur : retenez bien cette notion de raccourcissement du fémur, elle est importante au point de vue de la pathogénie des exostoses, sur laquelle je vais revenir dans un moment.

Cette tumeur ne semble pas avoir entraîné du fait de sa présence des lésions bien appréciables au niveau des régions voisines : le quadriceps fémoral ne paraît pas être atrophié, car sa mensuration pratiquée à quinze centimètres audessus de l'interligne articulaire du genou, indique que la circonférence de la cuisse présente les mêmes dimensions des deux côtés. L'articulation du genou est normale, il n'y a pas d'hydarthrose et tous les mouvements s'accomplissent normalement. Lorsque l'on fait exécuter au malade des mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse, la main qui est appliquée à plat sur la tumeur perçoit très nettement une série de craquements secs, qui sont dus aux frottements des fibres aponévrotiques appartenant au fascia lata sur la surface osseuse: ces craquements sont d'ailleurs également perçus par le malade lui-même et constituent un des symptômes qui lui sont le plus pénible à supporter.

Il n'existe pas au niveau du membre inférieur droit de phénomènes de compression, pas d'adénopathie; les veines de la jambe ne sont pas dilatées, et la sensibilité est demeurée normale dans tous les territoires cutanés. Enfin l'examen clinique du malade nous a permis de constater qu'il n'existait aucune tumeur analogue, soit au niveau de l'extrémité inférieure du fémur du côté opposé, soit sur une autre partie du squelette.

Il est bien entendu, d'ailleurs, que tous les divers caractères de forme et de localisation relevés par l'examen clinique ont été confirmés et précisés par deux radiographies faites de face et de profil, qui, tout en venant à l'appui de nos investigations, ne nous ont rien laissé ignorer de ce que nous tenions à savoir sur le compte de cette petite production osseuse, qui constitue la seule lésion que présente actuellement notre malade dont tous les appareils fonctionnent d'une façon tout à fait normale, sans montrer aucune déficience.

Telles ont été, Messieurs, les diverses particularités qu'il nous a été donné de pouvoir relever chez notre malade, et vu l'absence de tout antécédent particulier (rachitisme infantile, ostéomyélite, syphilis, traumatisme local), ainsi que les signes très précis que nous avions pu constater, nous n'avons pas été bien longtemps à hésiter sur la nature de cette tumeur. Il ne pouvait s'agir dans le cas présent d'un enchondrome, car la dureté complète de la masse anormale, son indolence et son état stationnaire depuis neuf ans, étaient autant de caractères qui n'appartiennent pas à cette variété de néoplasmes ; d'autre part, le sarcome des os ne reste pas non plus immobile pendant plusieurs années, il s'accompagne toujours de douleurs plus ou moins violentes et ne présente pas d'ordinaire une forme extérieure aussi irrégulière.

Comme nous avions affaire à une tumeur dure bien limitée, adhérente à l'os, développée au niveau du cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du fémur pendant la période de croissance, il était incontestable que nous nous trouvions en présence d'une exostose, et d'une exostose vraie, exostose de développement ou ostéogénique, dont elle avait d'ailleurs tous les caractères et non d'une exostose symptomatique, étant donné, comme je vous l'ai déjà dit, l'absence de toute cause générale ou locale capable de lui donner naissance.

Le diagnostic une fois posé, il ne restait plus qu'à intervenir, car à l'heure actuelle, l'ablation constitue la seule thérapeutique à laquelle on puisse avoir recours contre ces tumeurs et c'est ce que vous m'avez vu pratiquer quelques jours plus tard. Sous anesthésie générale à l'éther, par une incision verticale longue de douze centimètres menée sur le côté externe de la cuisse et intéressant les divers plans tégumentaires et aponévrotiques, je suis arrivé, après avoir dilacéré les fibres du quadriceps, à mettre à nu cette exostose dont l'extrémité était pourvue d'une pseudo-bourse séreuse, et à bien isoler son pédicule d'implantation que j'ai ensuite détaché à l'aide du ciseau et du maillet. L'hémorragie a été pour ainsi dire nulle : après avoir placé un petit drain à la partie déclive de la plaie, j'ai réuni les deux lèvres de l'aponévrose fémorale par quelques points de catgut et fermé la plaie cutanée au moyen d'agrafes de Michel.

Les suites opératoires, comme vous avez pu en juger par vous-mêmes, ont été excellentes, le drain a été retiré au bout de 48 heures, la réunion s'est faite *per primam* et notre jeune malade va pouvoir nous quitter dans quelques jours.

Quant à l'exostose qu'il m'a été donné d'enlever, elle était bien implantée sur l'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale, un peu audessus du cartilage de conjugaison inférieur. Elle était de couleur gris bleuâtre, et présentait bien les différentes caractéristiques que l'examen clinique nous avait fait soupçonner. Une coupe longitudinale permit de reconnaître qu'elle

était constituée par du tissu spongieux entouré d'une mince couche compacte, revêtue elle-même par du cartilage.

Mais, que faut-il entendre, me demanderez-vous maintenant, par le terme d'exostose ostéogénique, dont je viens de vous rapporter une fort belle et instructive observation ? Il convient de désigner sous ce nom une production osseuse développée sur le squelette au moment de la croissance, et qui n'augmente plus de dimensions à dater du moment où le squelette a terminé son accroissement : il s'agit en somme d'une dystrophie osseuse constituée par un tissu analogue à l'os normal, d'une malformation squelettique, et non d'un néoplasme.

Assurément, l'existence des exostoses est connue depuis la plus haute antiquité, puisque ces productions osseuses ont été signalées et décrites pour la première fois par Galien ; cependant, il faut bien reconnaître que leur nature exacte fut pendant longtemps méconnue, car elles restèrent durant plusieurs siècles confondues avec les autres variétés de tumeurs osseuses et ce ne fut guère que vers la fin du siècle dernier, à la suite des travaux de Virchow, de Kirmisson, de Rieffel, de Poncet, de Constantin Daniel, de Pierre Marie, etc., que l'on peut apporter un peu de lumière dans cette question très controversée, et montrer ce qu'il fallait entendre sous le nom d'exostose de croissance, ou exostose ostéogénique.

Ces productions, longtemps confondues avec les ostéomes et les exostoses symptomatiques, par suite de l'insuffisance de nos connaissances, ne s'observent pas indistinctement sur tous les points du système osseux, mais en particulier sur les os longs des membres, et là encore elles paraissent présenter des points d'élection, car c'est surtout au niveau des extrémités épiphysaires qu'on les rencontre, et principalement des épiphyses fertiles. On les trouvera donc, par suite, à la hauteur des épiphyses qui avoisinent l'articulation du genou, sur l'extrémité inférieure du fémur, comme chez notre sujet, ou sur l'extrémité supérieure du tibia ; pour le membre supérieur on les observera de préférence au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus et de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras.

Mais, si les os longs des membres sont en quelque sorte leur siège de prédilection, il ne faut pas oublier que l'on peut rencontrer des exostoses sur toutes les parties du squelette, sur les os plats, comme sur les os courts. Elles se voient assez fréquemment au niveau de l'omoplate, au voisinage de son épine, comme sur les différentes parties de l'os iliaque, où elles constituent, lorsqu'elles se trouvent en grand nombre, ce que l'on désigne du terme du bassin épineux.

Les exostoses, d'aspect extrêmement variable, arrondies, styloïdes, pédiculées, acuminées, en forme de griffe ou d'épine, et plus ou moins volumineuses, mais ne dépassant pas en général les dimensions d'un poing d'adulte, s'insèrent généralement à angle aigu sur l'os qui les supporte : presque toujours leurs directions sont déterminées par les masses musculaires et les aponévroses qui les entourent. Elles sont constituées par du tissu osseux plus ou moins dense, plus ou moins spongieux suivant les cas, et qui peut présenter en son centre un véritable canal médullaire, communiquant parfois avec celui de l'os normal, comme l'a montré l'extension d'une ostéomyélite centrale.

Très souvent, au devant de la tumeur osseuse, dont la périphérie se trouve revêtue d'une mince couche cartilagineuse, entre elle et la face profonde de la peau, on voit se développer, et notre sujet nous en a fourni un fort bel exemple, une bourse séreuse accidentelle, qui peut être le point de départ de phénomènes inflammatoires, et qui dans certains cas même peut renfermer un nombre plus ou moins élevé de corps étrangers identiques à ceux que l'on rencontre dans l'arthrite sèche. Cette bourse séreuse accidentelle peut parfois se trouver en communication avec la synoviale de l'articulation voisine : cette disposition, qui, pour certains auteurs tels que Rindfleich et Fehleisen, présumerait d'une origine commune, a été jadis, du temps de l'ancienne chirurgie, la cause d'accidents extrêmement graves, car les phénomènes infectieux qui accompagnent toujours l'extirpation des exostoses se propageaient régulièrement aux articulations.

Bien que toutes les exostoses ostéogéniques possèdent les mêmes dispositions structurales, il convient cependant de les répartir en deux grandes classes : dans la première l'exostose constitue une tumeur isolée ; dans la seconde, au contraire, le trait caractéristique de l'affection consiste dans la multiplicité des tumeurs que l'on peut rencontrer disséminées sur tous les points du squelette, comme dans les cas rapportés par Pic et par Reclus où il existait respectivement 194 et 271 exostoses ; en de semblables cas, il est à peu près constant de trouver ces productions osseuses disposées symétriquement sur les deux moitiés du squelette.

Certains se sont demandé si les exostoses isolées et les exostoses multiples présentaient bien exactement la même signification et ont voulu voir dans ce dernier cas l'expression symptomatique d'une diathèse, qui serait presque toujours d'origine syphilitique. En ce qui me concerne, je ne saurais souscrire à de semblables affirmations, et je pense qu'il ne s'agit dans ces différents cas que d'une simple anomalie de développement, d'une disposition tératologique.

Voici comment les choses se passent : vous sa-

vez que l'accroissement des os en longueur se fait par l'intermédiaire du cartilage de conjugaison, ou cartilage interépiphysaire, et que les cellules de ce cartilage s'allongent en séries linéaires, s'empilant comme des pièces de monnaie parallèlement à la diaphyse : à mesure que ces cellules s'ossifient, d'autres prennent naissance. Or, si cette prolifération cellulaire au lieu de se faire dans l'axe même de l'os s'effectue plus ou moins obliquement, pour une raison ou pour une autre, un peu d'os nouveau viendra se fixer en dehors de l'axe normal de l'os, et il en résultera une petite saillie, point de départ d'une exostose ostéogénique.

Vous pourrez peut-être m'objecter que chez notre sujet la tumeur n'est pas au niveau de l'épiphyse et que par conséquent il n'est pas possible de lui assigner l'origine que je viens de vous signaler. Cette objection, assez naturelle au premier abord, n'est pourtant nullement fondée, car un des caractères sinon constants, du moins extrêmement fréquents de ces exostoses, est l'ascension progressive de ces tumeurs depuis leur apparition jusqu'à l'ossification du cartilage de conjugaison.

Le mécanisme d'une telle ascension est facile à comprendre ; le développement du cartilage interépiphysaire s'effectue surtout du côté diaphysaire et non du côté articulaire, et c'est au contact de la diaphyse que l'ossification s'opère progressivement. Supposons que vers l'âge de 9 ans une prolifération déviée du cartilage vienne donner naissance à une exostose, celle-ci se trouve forcément reliée à la partie la plus inférieure de la diaphyse formée en même temps qu'elle. Si l'os s'allonge d'un centimètre de 9 à 11 ans, par exemple, ce nouveau centimètre d'os se formera entre la partie inférieure de ce qui par l'ossification s'est ajouté à la diaphyse et la face supérieure du cartilage : l'exostose aura donc remonté d'un centimètre au-dessus de l'interligne épiphysaire. Si cette élévation latérale de l'ossification n'a eu que peu de durée, l'exostose aura la forme d'une aiguille osseuse, mais si au contraire, elle persiste pendant plusieurs années de croissance, l'exostose augmentera de hauteur, sa base s'allongera, restant en rapport avec l'épiphyse par sa partie inférieure mais s'éloignant d'elle par sa partie supérieure à mesure que l'adjonction de nouvelles couches à la partie inférieure de la diaphyse la séparera de plus en plus du cartilage.

La tumeur prend donc, ainsi que je viens de vous le montrer, son développement aux dépens du cartilage épiphysaire, ce qui explique son siège au niveau des épiphyses fertiles des os longs : il se constitue ainsi un bourgeonnement, une végétation anormale du cartilage, qui en s'ossifiant donne naissance à la petite tumeur osseuse. Il est toutefois permis de se demander si, dans certains cas, le périoste ne peut pas donner naissance à des tumeurs analogues; le fait paraît assez évident en ce qui concerne les exostoses siégeant sur la continuité des membres, loin du cartilage de conjugaison, et peut-être aussi pour celles qui apparaissent après la fin de la croissance.

Ainsi que l'a fait observer fort justement Kirmisson, bien des incertitudes planent encore sur l'étiologie et la pathogénie des exostoses ostéogéniques. Il est cependant un certain nombre de points qui paraissent définitivement acquis : l'hérédité joue certainement un rôle des plus importants, puisque l'on a pu relever des séries de cinq générations où il existait des exostoses. Le traumatisme semble avoir aussi une certaine importance, et enfin les statistiques montrent que l'affection est plus fréquente dans le sexe masculin. C'est là une lésion qui apparaît surtout de 9 à 20 ans ; mais d'après certains auteurs, comme Dupuytren et comme Hutchinson, elle pourrait également être parfois congénitale.

Je n'ai pas l'intention d'insister bien longuement sur les diverses théories qui ont été émises pour tâcher d'élucider la mode de production des exostoses ostéogéniques, théorie infectieuse, théorie nerveuse, théorie atavique, théorie tératologique, théorie rachitique, etc. Volkmann, le premier, a appelé l'attention sur ce fait que les exostoses se rencontraient chez des malades présentant tous les attributs du rachitisme, et il en a fait une variété particulière de cette maladie sous le nom de rachitisme noueux. Il est assurément incontestable que les exostoses ostéogéniques se rencontrent souvent chez des malades qui présentent en même temps des déformations rachitiques, mais comme elles s'observent également chez nombre de malades n'offrant aucune trace de rachitisme, l'opinion de Volkmann n'a pas été admise sans conteste. Plusieurs auteurs, Berne-Hayen entre autres, nient complètement l'origine rachitique des exostoses ostéogéniques, et pour lui ce sont ces dernières qui constituent l'accident primitif, les déformations osseuses n'apparaissent que secondairement.

Au lieu de s'accroître dans le sens de la longueur, l'os se développe transversalement au niveau de l'exostose ; il en résulte un arrêt de développement, d'où procèdent des raccourcissements marqués ainsi que des déformations dues à ce que l'os voisin, devant s'adapter à la longueur de son congénère, est obligé de s'incurver, ce qui entraîne parfois des luxations secondaires.

Les exostoses ostéogéniques, dont je vous ai suffisamment signalé les différents caractères, peuvent en se développant devenir la source d'une certaine gêne et même donner naissance

à de graves accidents. Je vous ai déjà signalé les inflammations qui peuvent se développer dans la bourse séreuse accidentelle sus-jacente à l'exostose : il peut de même se produire dans les muscles voisins des phénomènes de crampes, de contractures douloureuses. Très exceptionnellement, la tumeur peut se développer au point de déterminer l'ulcération de la peau ; plus fréquemment elle entraîne des phénomènes de compression du côté des nerfs et des artères, ce qui se traduit par des douleurs plus ou moins vives ainsi que des troubles de la circulation du membre. On a signalé quelques cas d'ulcérations des gros vaisseaux ayant donné naissance à des anévrysmes diffus.

Le diagnostic des exostoses ne présente pas en général de bien grandes difficultés, surtout lorsqu'il s'agit d'une localisation au niveau des membres. Dans les cas douteux, il sera toujours possible d'avoir recours à la radiographie, mais il ne faudra pas oublier, dans ce cas, que l'exostose étant composée à sa partie périphérique de tissus cartilagineux, se laisse par suite traverser à ce niveau par les rayons X et présente de ce chef sur les épreuves radiographiques un volume beaucoup moindre que celui que la clinique lui avait assigné.

En dehors de l'extirpation, il n'existe pour ainsi dire pas de traitement des exostoses : il n'y a pas lieu de croire aux bons effets des pommades fondantes qui n'agissent que dans les cas d'accidents syphilitiques et la fracture sous-cutanée recommandée par Chassaignac et par Gosselin ne doit plus être que tout juste citée, car souvent le pédicule se soude de nouveau à l'os, ce qui rend de ce chef la tumeur gênante et douloureuse.

Certains ont soutenu que lorsqu'une exostose n'occasionnait aucune espèce de trouble par sa forme, par son volume ou par sa situation, il convenait de la respecter, et qu'il ne fallait aborder que les productions osseuses occasionnant des phénomènes de compression. Pour ma part, je suis loin d'être de cet avis, et j'estime que dès qu'une exostose ostéogénique est diagnostiquée et que son extirpation est considérée comme possible, il faut la pratiquer. Les considérations qui arrêtaient Léon Le Fort en 1886 sont sans valeur aucune aujourd'hui, et il ne faut pas oublier, d'autre part, que l'on a signalé un certain nombre de cas de dégénérescence de ces exostoses, soit en chondrome (Griffith, Lœven, Lenomant et Lecène), soit en sarcome (Chiari).

MÉDECINE PRATIQUE

Anémie et rayons ultra-violets.

De nombreux travaux ont été faits sur l'action des rayons ultra-violets. Parmi eux, on doit signaler les recherches effectuées pour le traitement des anémies infantiles et des anémies symptomatiques. Léon Tixier (1) a bien résumé la question.

Il étudie d'abord l'action des rayons ultra-violets sur le sang ; mais on sait que les ultra-violets sont très peu pénétrants et sont arrêtés par la plus mince couche cutanée ; l'action sur le sang est donc indirecte et résulte soit de l'amélioration des échanges gazeux qui entraînent les irradiations, soit de l'action d'une toxine spéciale émanant des cellules nucléées et mise en liberté par les rayons ultra-violets.

L'auteur énumère ensuite les résultats obtenus dans les diverses anémies.

Activation du processus de régénération sanguine. Les hématies passent par exemple de 1.500.000 à 2.000.000 et plus en quelques séances ; l'éosinophilie sanguine constatée au cours du traitement constitue un élément favorable.

Les *anémies infantiles* sont celles qui sont le plus vite améliorées, quelques-unes sont cependant réfractaires.

Les anémies des jeunes filles, sont favorablement influencées avec disparition des céphalées.

Les *anémies des rachitiques* sont vite améliorées.

De Gennes a distingué trois types d'anémie :

Les anémies légères (3.500.000 à 4 millions) très vite guéries ;

Les anémies (3.000.000) améliorées, mais moins rapidement ;

Les anémies pseudo-leucémiques, sont rebelles en général ; cependant René Mathieu et Mme Feldzer ont publié des cas de guérison.

Les *anémies syphilitiques*, sous l'action des rayons ultra-violets disparaissent d'autant plus vite qu'elles sont soumises aux ultra-violets en même temps qu'à la médication antisyphilitique ; en un mois, chez un nourrisson syphilitique (14

(1) *Paris méd.*, 19 décembre 1925.

séances) les globules rouges passent de 2.800.000 à 4 millions.

Les *anémies tuberculeuses* sont peu influencées.

Les *anémies des convalescents* sont rapidement améliorées, quelle que soit la maladie qui leur a donné naissance. Les rayons ultra-violets remplaçant ici un séjour à la campagne ou à la mer et l'héliothérapie.

Tout convalescent devrait être soumis à une série de bains d'ultra-violets.

Les *anémies des cachectiques* : Les bains d'ultra-violets ont une action manifeste sur les suppurations, les fistules, les séquelles de collection purulente, de pleurésie, etc...

Les anémies des hémorragiques, sont vite guéries, s'il ne s'agit pas d'hémophiles.

De toutes ces études sur le traitement des anémies, il ressort nettement qu'une série de 15 à 20 bains d'ultra-violets est le plus souvent le traitement de choix, sans danger, si la technique est bien réglée, car l'état général se révèle très vite, et par suite la formule sanguine se transforme (voir Technique des ultra-violets).

H. Dausset.
Chef du laboratoire central
de Physiothérapie
à l'Hôtel-Dieu.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Contribution au cerclage des os.

Dans le traitement des fractures obliques irréductibles, le cerclage des os est un procédé d'usage courant. Le cerclage au ruban est à recommander pour fixer les fragments dans les fractures des os superficielles. Pour les os fortement matelassés, on peut employer indifféremment la ligature au fil ou le ruban. Dans les fractures juxta-épiphysaires, le ruban s'applique mal à cause de la conicité de l'os.

L'inconvénient du cerclage au ruban était la fragilité de la fermeture du cercle. Lambotte a fait accomplir un progrès très marqué à ce procédé d'ostéosynthèse en perfectionnant l'agrafe destinée à fermer le cercle et en simplifiant l'appareil utilisé pour serrer le cercle.

Lambotte vient d'introduire un nouveau perfectionnement dans l'appareillage destiné à la ligature métallique des os. Il utilise un fil de fer recuit de deux mm. de diamètre dont la charge de rupture est de 160 kilos. Un des bouts du fil à employer est contourné en spirale serrée destinée à remplir l'emploi de nœud coulant. Lorsque le fil est suffisamment serré, on arrête le cerclage en repliant le bout sortant de la spirale et on le coupe à 4 ou 5 mm. de sa sortie. Pour accomplir un serrage progressif et très intense, Lambotte a fait construire par Collin un cercleur d'une très grande simplicité de maniement. (*Paris chirurgical*, novembre 1926.)

Chirurgie réparatrice des nerfs périphériques.

Pour rétablir la fonction physiologique d'un nerf sectionné, il est indispensable que les cylindraxes en voie de régénération dans le bout central puissent descendre et s'introduire dans les tubes béants du bout périphérique, où ils continuent leur progression dans l'extrémité de la branche nerveuse dans laquelle ils se sont introduits. Ce n'est qu'alors que la fonction du nerf est rétablie.

L'obstacle à la pénétration des cylindraxes, c'est le névrome qui se forme à l'extrémité du bout central et le gliome qui se forme sur le bout périphérique. Il faut réséquer ces deux formations pathologiques.

Dans les plaies récentes, presque toujours, une résection d'un ou deux centimètres sera suffisante pour atteindre aussi bien sur le bout central que sur le bout périphérique les éléments nerveux sains. On saisit avec deux doigts l'extrémité nerveuse en la comprimant légèrement. Avec des ciseaux bien tranchants on fait une saisie de recoupe jusqu'à ce qu'on aperçoive les faisceaux nerveux.

Au moment de l'affrontement, il est indispensable que les deux bouts se correspondent très exactement, sans avoir été tordus, de telle sorte que chaque faisceau du nerf sur le bout central réponde à son faisceau correspondant sur le bout périphérique.

La suture des deux bouts du nerf s'opère avec de très fines aiguilles de couturière et de la soie fine. Les fils doivent être placés dans la gaine du nerf, sans traverser la substance nerveuse. (*Paris chirurgical*, 1926.)

Traitement des ulcus de l'estomac et du duodénum pénétrant dans le pancréas.

L'ulcus gastrique siège toujours sur la petite courbure. L'ulcus duodénal siège sur la première portion. L'ulcus tend à progresser. Souvent il traverse la totalité de la tunique gastrique et continue à progresser dans les organes voisins ;

il constitue alors l'ulcus pénétrant. Généralement, ce processus est précédé de péri-gastrite.

Il en résulte que la perforation aiguë pénètre dans le pancréas ou dans le foie. Elle ne se produit pas dans le péritoine.

La pénétration se reconnaît par les Rayons X, grâce à la niche de Haudeck, ou au diverticule.

Quel traitement faut-il appliquer aux cas de ce genre ? PAUCHET procède actuellement de la façon suivante : *a*) dépouillement de la grande courbure à la « Témoin » ; *b*) section primitive du duodénum ; *c*) libération progressive de l'estomac jusqu'à l'ulcère. L'opération terminée, l'estomac est flottant et présente un simple trou.

Une fois la résection faite, l'opérateur rétablit la continuité du tractus digestif, tantôt par une anastomose bout à bout, tantôt par une polya. (*Paris chirurgical*, novembre 1926.)

La mesure du débit respiratoire est-elle susceptible de rendre des services dans la pratique médicale courante ?

D'après J.-L. PECH et E. GUÈS, c'est le seul moyen vraiment pratique et objectif de dépister les insuffisances respiratoires sans autre signe clinique, quelles que soient leurs causes.

L'importance du diagnostic d'un tel état ne peut échapper à personne. Et d'ailleurs durant ces dernières années, l'attention des cliniciens a été fixée sur ce point capital et tout particulièrement par les leçons du Pr Sergent.

Au cours de l'évolution des affections des voies respiratoires, la mesure du D. R. M. est un élément de diagnostic et de pronostic que le médecin ne peut négliger, en particulier pour la recherche des troubles respiratoires du début de la tuberculose.

Donc, le masque manométrique peut rendre au médecin praticien le service d'orienter un diagnostic hésitant ou de préciser un pronostic et l'examen complet d'un malade doit obligatoirement comprendre la mesure du D. R. M. (*La Presse médicale*, 15 septembre 1926.)

Céphalée des adolescents.

Il est souvent difficile de démêler les causes des céphalées des adolescents. Le Pr SABRAZÈS cite le cas d'une jeune fille de 17 ans chez qui la réaction de Wassermann était négative, et la radiographie ancienne normale, ; une légère myopie était bien corrigée par les verres. On avait incriminé des phénomènes congestifs des sinus maxillaires et frontaux, mais à tort. L'urine ne contenait ni sucre, ni albumine.

Un traitement thyroïdien, pris contre l'embonpoint, n'avait pas atténué les maux de tête. Les règles étaient régulières, plutôt trop abondantes que réduites.

Un travail intellectuel prolongé exacerbait les maux de tête. Le fait de se baisser, d'incliner la tête en avant produisait le même résultat. Ces maux de tête ne s'accompagnaient pas de vertiges. Pas d'influence anaphylactique à invoquer.

En pareils cas, les facteurs à incriminer sont les suivants :

1° La myopie, qui oblige la malade à se pencher outre mesure sur son travail, d'où la possibilité de troubles de circulation encéphalique et tendance à ce qu'on appelle « méningite séreuse ».

2° L'hypotension (10.8) agissant dans le même sens ;

3° La tachyphagie incorrigible, cause fréquente des migraines ;

4° Le surmenage de la pension ;

5° Des phénomènes de dysovarie ; il y aurait en conséquence hyperfonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse ; cette glande ainsi bloquée dans la selle turcique serait la cause déterminante de maintes céphalées de l'adolescence.

Correction de la myopie, réduction du travail intellectuel, bradyphagie, opothérapie ovarienne, tonicardiaques, tels sont les moyens à proposer. Si la céphalée est intolérable, topiques à base d'alcoolat de Fioraventi, aspirine et pyramidon avec mesure, lactate de calcium alterné avec de faibles doses de cannabis indica, psychothérapie. (*Gazette hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 5 septembre 1926.)

Les injections intraveineuses d'uroformine.

Maurice LOEPER rappelle que, dès 1918, il a recommandé ces injections dans la grippe, la bronchopneumonie grippale, la pleurésie séro-fibrineuse bacillaire, la tuberculose pulmonaire, les affections rénales et vésiculaires. On sait la vogue un peu excessive peut-être, mais en partie justifiée, dont a joui cette méthode dans les pyélites et cholécystites.

L'auteur juge les fortes doses dangereuses ; il a recommandé dès le début la formule de 0,25 pour cent., et indiqué la nécessité de la tyndallisation.

La transformation de l'hexaméthylène-tétramine en formol dans l'économie semble une pure hypothèse.

Par contre, l'auteur croit à l'action évacuatrice de l'uroformine vis-à-vis des microbes et des poisons, action qui s'exerce sur la vésicule, dont elle est un des excitants électifs, sur la vessie et peut-être aussi sur le rein. On voit maintes fois s'abaisser par l'uroformine, le coefficient d'Ambard et l'on peut difficilement prétendre que cet abaissement ne témoigne pas d'une action propre sur l'épithélium rénal.

L'auteur limite l'injection à 2 ou 3 gr., car il croit les fortes doses inhibitrices des leucocytes, et capables de réduire notablement une leucocytose, déjà si précaire notamment dans la typhoïde.

L'injection intraveineuse d'uroformine a peut-être, par rapport à la voie buccale, l'inconvénient d'une action moins massive ; mais elle a l'avantage d'une action plus continue; elle a une valeur et une efficacité souvent remarquables. (*Le Progrès médical*, 7 août 1926.)

Maladie de Bang et maladie de Bruce.

L'espèce bovine présente parfois une affection grave, la maladie de Bang ou avortement épidémique (30 % d'avortements, les femelles restant stériles par la suite). D'autre part, les épidémies de fièvre de Malte (micrococcus melitensis découvert par Bruce) sont souvent précédées de quelque épizootie d'avortement.

De l'exposé du Dr Leroy, il ressort qu'à la manière du groupe des fièvres typhoïdes, il existe un groupe de fièvres ondulantes, de gravités diverses, difficilement différenciables, toutefois, du point de vue clinique et même du point de vue bactériologique, dont peuvent être rendus responsables deux éléments pathogènes, extrêmement voisins, peut-être même identiques : B. abortus (maladie de Bang) et M. melitensis (maladie de Bruce).

Pour le moment, rien ne permet d'assurer que ces microbes et maladies sont spécifiquement pareils ou distincts.

Dès lors, il importe plus que jamais : 1° de déclarer, comparer, étudier minutieusement tous les cas d'avortement épizootique et de fièvre ondulante ; 2° d'éviter la consommation du lait cru : vache, chèvre ou brebis ; de faire le caillé et les fromages avec du lait chauffé à 65° pendant un quart d'heure, ce qui, paraît-il, ne nuit pas à la fabrication ; 3° de faire vacciner préventivement les troupeaux de caprins, d'ovins, de bovidés, soit contre le M. Melitensis, soit contre l'abortus ; 4° de mettre un peu d'hygiène dans l'habitation de l'homme et les étables des animaux domestiques.

Cette question est des plus importantes puisqu'elle intéresse à la fois le vétérinaire, le médecin, le bactériologiste, l'hygiéniste, l'éleveur et même le législateur. (*Journal des Praticiens*, 18 septembre 1926.)

Remarques sur le diagnostic des arthrites gonococciques.

Le Pr Mondor insiste sur ce point qu'il n'y a d'espoir de guérir véritablement une arthrite gonococcique que dans son diagnostic rapide. L'erreur routinière de dire rhumatisme articulaire aigu et de prescrire du salicylate de soude est un danger pesant.

Il faut bien décrire des formes prolongées de l'arthrite blennorragique, mais elles ne le sont, le plus souvent, que par la faute d'erreurs prolongées.

La variabilité des aspects cliniques peut retarder le diagnostic, mais une certitude peut être obtenue : la découverture du gonocoque.

Cette découverte doit être le but du clinicien, et l'examen clinique complet ne comportera pas l'épreuve prolongée du salicylate et la recherche, dite si convaincante en faveur du rhumatisme articulaire aigu, des lésions de l'endocarde. Il faut tout faire, et dès les tout premiers jours, pour vérifier l'origine gonococcique de l'arthrite, de la polyarthrite ou en écarter, en toute conscience et sécurité, l'hypothèse.

Le gonocoque doit être recherché ou à sa source (urèthre, vésicules séminales, col utérin, etc.), ou dans le sang, ou dans l'articulation. Cette découverte doit être le but du clinicien. (*La Pratique médicale française*, juillet 1926-A.)

L'alimentation duodénale dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

Il n'existe encore aucun traitement spécifique de cette affection si commune ; on la traite jusqu'à présent suivant le concept étiologique : toxémie, irritabilité nerveuse, dysendocrinie, etc.

Le Dr Van de Putte (de Gand), vient dans six cas d'essayer, avec des résultats encourageants, l'alimentation duodénale. Il suffit d'une sonde duodénale et d'un bock irrigateur contenant les aliments à administrer, et dont l'écoulement peut être réglé. Comme les patientes sont très influençables, il s'agit, pour réussir, de prendre suffisamment d'empire sur elles, d'éloigner l'entourage et d'obtenir du calme.

L'auteur donne du lait entier bien sucré ; il y ajoute parfois, du suc de fruits, ainsi que certains médicaments facilitant les selles. L'aliment s'écoule goutte à goutte de la sonde ; il n'y excède jamais les 500 gr. pour six heures, soit 100 grammes par heure.

Si l'on a déjà obtenu de nombreux succès par l'administration de benzoate de benzyle, il semble que dans les cas sérieux, l'alimentation duodénale doit avoir le pas sur toutes les thérapeutiques, tant par sa simplicité que par les résultats instantanés et la guérison durable, que l'on obtient dans tous les cas. (*Le Progrès médical*, 11 septembre 1926.)

Le syndrome d'Adams-Stokes.

Il est constitué par un ralentissement notable du pouls et des phénomènes nerveux, vertiges, syncopes, convulsions épileptiques. Dans ce syndrome, dit Emile Géraudel, le ralentissement du pouls, la bradysphygmie, constitue l'élément majeur, qui commande les symptômes nerveux, ceux-ci n'étant que la traduction clinique de l'ischémie cérébrale, résultat d'un ralentissement du pouls prononcé.

Cependant, il faut abandonner l'idée inexacte

que l'élément dominant est la discordance des rythmes de l'oreillette et du ventricule, et que cette discordance résulte d'une rupture du faisceau de His, soi-disant faisceau d'association entre l'oreillette et le ventricule. Il faut rendre la place prépondérante au ralentissement du rythme ventriculaire, qui résulte uniquement de l'ischémie du ventriculo-necteur ou plaque motrice ventriculaire.

La discordance des rythmes du ventricule et de l'oreillette n'est qu'un élément contingent du syndrome.

Cette ischémie relève d'un obstacle à la circulation dans l'artère terminale du ventriculo-necteur. Obstacle permanent, s'il s'agit d'une lésion fixe.

Le syndrome d'Adams-Stokes comporte des paroxysmes et des régressions, dont rendent compte l'évolution de la lésion artérielle et la variabilité du facteur vaso-constriction surajouté. (*La Presse médicale*, 29 septembre 1926.)

A propos des abcès de fixation.

R. Leriche veut annihiler un des gros reproches qu'on a toujours fait à la méthode de Fochier, et qui vient d'être renouvelé.

On dit que, quand l'abcès est ouvert, la suppuration n'en finit plus, que souvent des infections secondaires se produisent et qu'une nouvelle maladie locale fort douloureuse et très rebelle se substitue à celle qui a fini malgré ou avec la méthode de Fochier.

En fait, rien n'est si facile que d'éviter la fisculisation ou l'infection secondaire.

Quand on incise un abcès de fixation, le pus de cet abcès est pratiquement (sinon bactériologiquement) aseptique. Si donc, on veut bien faire une incision de dimensions convenables et exciser avec soin les parois sphacéliques de la poche, on arrive sans difficulté à avoir des parois nettes et à pouvoir faire une réunion complète. Quelquefois, il suinte un peu de lymphe dans le premier pansement, mais la réunion par première intention est habituellement obtenue. Jamais, dans ces conditions, l'auteur n'a vu la guérison manquer ; en huit jours tout est fini. (*Lyon médical*, 22 août 1926.)

L'or dans la thérapeutique des tuberculoses cutanées.

En ces dernières années, cette thérapeutique s'est orientée vers les sérums et les vaccins d'une part, vers la chimiothérapie de l'autre.

Le Dr Hufschmitt a employé avec succès l'or, sous la forme de krysolgan, aux doses de 0 gr. 01, de 0 gr. 005 et même 0 gr. 001 ou 0 gr. 0001 en piqûres espacées, et mieux le triphal (aurothiobenzimidazol, bicarbonate de soude), qui est deux fois moins toxique, en injections espacées de douze jours aux doses de 0,001, 0,005 ; 0.01 × 2 ; 0,025 × 3 ; 0.05 × 2 et 0,10.

Dans quatre cas de lupus érythémateux, l'or est apparu comme un médicament très efficace, dont l'action est supérieure à celle de toutes les thérapeutiques internes que nous connaissons (arsenic, tuberculine, sels de terres rares, protéinothérapie), et à tous les traitements locaux (galvano-punctures, scarifications, caustiques, neige carbonique). Les incidents observés (élévation thermique et amaigrissement) ont été bénins et sans conséquences.

Résultat excellent encore dans un cas de tuberculides.

Résultat moins bon, surtout moins rapide dans quatre cas de lupus vrai. Ici l'auteur pense être obligé de combiner, ultérieurement, la thérapeutique locale à la chimiothérapie. Néanmoins l'or semble être un médicament avantageux dans le cas de lupus étendus, ulcéreux ou végétants où le traitement local présente des difficultés.

Bref, les résultats ont été très remarquables dans le lupus érythémateux.

Quant au mode d'action de l'or et de tous les métaux lourds sur la tuberculose, il reste une énigme. (*Paris médical*, 14 août 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La palpation de l'appendice.

(M. Dupuy de Frenelle. — *Soc. de médecine de Paris* ; 30-10-1926.)

Les cliniciens ne sont pas d'accord sur la fréquence des cas où il est possible de sentir l'appendice malade par le palper. M. Petit de la Villéon déclare n'avoir jamais perçu un appendice chroniquement enflammé au cours de son expérience déjà longue. M. Cambiès l'aurait trouvé dans une proportion de 20 à 30 %. M. Dupuy de Frenelle, qui s'est occupé beaucoup de la question de l'appendicite chronique, croit que ces différences d'appréciation tiennent en grande partie à la façon dont on pratique l'exploration manuelle de l'appendice.

Pour lui, la perception de l'appendice comporte une double sensation : l'une perçue par le médecin, l'autre par le malade. Le médecin rencontre un cordon qui roule ou un ressaut et le malade, au même moment, accuse une douleur que traduit fréquem-

ment une contraction du visage. L'examen poursuivi à un centimètre à côté ne provoque plus de phénomènes semblables. Les seuls éléments qui prêtent à erreur sont une corde épiploïque ou la fin de l'intestin grêle enflammés.

La recherche de l'appendice douloureux sera faite en position horizontale, puis en position déclive, cette dernière dégageant l'organe, éliminant les erreurs de l'angle du côlon tombé dans la fosse iliaque, du pylore prolabé et montrant que la zone sensible suit le cæcum dans son ascension ; elle établit la preuve que la douleur est bien à l'appendice. La position latérale est également utile comme contrôle.

Le poids antérieur maximum.

(M. G. Rosenthal. — *Soc. de médecine de Paris* ; 30-10-1926.)

M. Rosenthal montre l'intérêt qu'il y a, après une maladie importante, à se préoccuper du *poids antérieur maximum* du patient, poids auquel celui-ci doit revenir pour récupérer une santé convenable. Si l'on pèse un malade, convalescent d'une fièvre typhoïde, d'une pleurésie, par exemple, à la fin de son affection et quelque temps après, la constatation d'un gain de poids, même notable, ne doit pas suffire à rassurer le médecin. Une récupération de 10 kilos est incomplète pour un malade qui a perdu 15 kilos ; une reprise de 5 kilos est, au contraire, très bonne pour un sujet qui n'était à son entrée en convalescence qu'à 4 kilos de son poids antérieur maximum. Bien entendu, il faut tenir compte là de toutes les particularités du cas en face duquel on se trouve.

— M. Léopold-Lévi fait remarquer qu'un obèse, qui a maigri après une maladie peut, sans s'en porter plus mal, rester au-dessous de son poids antérieur.

— M. Rosenthal répond que le poids antérieur maximum qu'il prend en considération s'applique au sujet normal, en bonne santé.

Que deviennent les ulcus perforés suturés,

(M. Victor Pauchet. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 3-12-1926.)

L'avenir des ulcus perforés suturés, dit M. Victor Pauchet, n'est pas le même selon qu'il s'agit d'un ulcus duodénal ou d'un ulcus gastrique. Il n'y a pas d'ulcus pylorique : l'ulcère est duodénal ou gastrique. Le premier ne se cancérise pas alors que le second peut faire du néoplasme.

Si donc l'ulcère perforé suturé siège dans l'estomac, il faudra toujours, pour l'auteur, le réopérer par gastrectomie secondaire. S'il siège au duodénum, on se contentera de le surveiller. Lorsque le malade ne se plaint plus, on s'en tiendra à cette surveillance puisqu'il n'y a pas de transformation néoplasique à craindre. S'il y a des troubles, le réopérer au cas d'hyperacidité.

Lupus érythémateux chez des hérédo-syphilitiques. Guérison par le traitement spécifique.

(MM. Hudelo et Rabut. — *Soc. de derm. et syph.* ; 18-11-1926.)

Si le lupus érythémateux, de l'avis de nombreux dermatologistes, reconnaît dans la majorité des cas une étiologie tuberculeuse, il n'en est pas moins vrai que, dans son ensemble, cette affection constitue une réaction cutanée qui peut dériver d'infections diverses, parmi lesquelles la syphilis, surtout héréditaire, tient une place. Tzanck, Jeanselme, en ont publié des exemples. MM. Hudelot et Rabut en relatent, de leur côté, deux observations. Leurs malades étaient hérédo-syphilitiques et le lupus érythémateux guérit ici à la suite d'un traitement bismuthé

— M. Sabouraud a attiré l'attention sur le grand nombre de syphilitiques héréditaires rencontrés parmi les lupiques, principalement pour le lupus érythémateux.

Guérison d'une pelade par photothérapie après sensibilisation.

(MM. Jausion, Pasteur et Azam. — *Soc. de derm. et syph.* ; 18-11-1926.)

En exposant l'histoire d'un homme atteint de pelade décalvante guérie par photothérapie après sensibilisation à la lumière, M. Jausion se fait le promoteur d'une méthode actinothérapique suractivée pour ainsi dire et il amorce un traitement des calvities en général. Les considérations que lui suscite l'observation de son malade dépassent donc de beaucoup le cas lui-même, et de là découle surtout l'intérêt de cette communication.

M. Jausion, en collaboration avec M. Marceron, a présenté, il y a un certain temps déjà, une longue étude sur le coup de lumière acridinique. Soumettant des blennorrhagiques à la cure intra-veineuse par la gonacrine, il a vu que ce colorant rendait les malades sensibles à la lumière. Leur peau, au contact de la lumière, devenait le siège de photodermites (coup de soleil acridinique) d'intensité variable, toujours évitables d'ailleurs par l'ingestion préalable de résorcine. Ce n'est pas tout. Chez ces gonacrinés, on note des hypertrichoses plus ou moins étendues. Chez nombre d'entre eux on peut voir apparaître, sous l'influence du traitement, une coalescence des sourcils à la racine du nez, une fusion de la queue des sourcils avec les cheveux, un allongement et un foncement de tous les poils de l'économie ainsi que des cheveux.

L'idée est venue à l'auteur, dans ces conditions, de mettre à profit cette propriété dans le traitement de la pelade. Plusieurs patients sont actuellement l'objet d'essais de ce genre. M. Jausion relate l'observation de l'un d'eux, jeune homme de 22 ans atteint de pelade généralisée décalvante. Après quelques injections de gonacrine pour le photosensibiliser, il fut

soumis à la photothérapie. En quatre mois, il s'est fait une repousse assez forte et assez étendue de petits poils.

Cette actinothérapie après sensibilisation par la gonacrine offre une autre particularité intéressante. L'action des rayons actiniques se trouve de cette manière augmentée et l'on a une sorte d'hyper-actinothérapie.

Il s'agit là évidemment d'une méthode encore incertaine dans ses effets et dans sa technique. Doit-elle laisser un espoir de guérison non seulement aux peladiques mais aux alopéciques séborrhéiques, si nombreux ? Il ne faudrait, certes, pas trop se leurrer d'avance, pour ces derniers en particulier, bien que M. Jausion conçoive son traitement applicable à toute alopécie séborrhéique tant que les follicules pilo-sébacés ne sont pas frappés de complète dégénérescence.

— M. Sabouraud reproche aux présentateurs d'avoir intitulé leur communication : guérison rapide. Le malade est simplement amélioré et loin d'être guéri.

Stomatite mercurielle et nodosités d'huile grise.

(M. Milian. — *Soc. de derm. et syph.* ; 18-11-1926.)

On connaît les stomatites mercurielles, quelquefois graves, observées après l'emploi des injections d'huile grise. M. Milian pense que le déterminisme de ces stomatites est conditionné par l'existence de nodosités sous-cutanées ou juxta-aponévrotiques. On les éviterait, dans la majorité des cas, pour l'auteur, en pratiquant l'injection très strictement intramusculaire.

— M. Emery croit que les injections d'huile grise peuvent provoquer de toutes façons des nodosités et laissent toujours craindre la stomatite.

La circoncision sur le nouveau-né.

(M. Blum. — *Soc. médicale des praticiens* ; 19-11-26.)

La circoncision est une opération très répandue puisqu'Abou, dans sa thèse, estime à 200 millions le nombre des circoncis existant sur le globe. Sur ce chiffre, on compte 12 millions de juifs, 180 millions de mahométans. Et encore ne s'agit-il que de la circoncision totale comprenant l'excision du prépuce et non de la circoncision partielle consistant en une section longitudinale du prépuce, qui se fait couramment dans certaines tribus de l'Amérique du Sud, du Nord et de l'Australie.

On a reproché à la circoncision d'être vexatoire, inutile et dangereuse. Comme circonciseur (péritomiste), M. Blum prend la défense de cette pratique confessionnelle. Non seulement elle n'est pas inutile, mais elle a un rôle de propreté et de la prophylaxie, en mettant le gland à nu.

Comme toute intervention, elle offre certes quelques dangers. Ainsi, tout récemment, on a signalé dans le département du Nord, un accident mortel. C'est là un fait très rare. Deux sortes d'accidents sont à redouter : l'hémorrhagie et l'infection. Chose paradoxale : l'hémorrhagie est plus fréquente quand on opère suivant les données purement chirurgicales comme chez l'adulte. On doit surveiller, comprimer et ligaturer même, en cas de nécessité et s'il y a lieu, deux artères : l'artère du frein et l'artère dorsale de la verge. Penser aussi à l'hémophilie.

Les complications infectieuses sont généralement évitables avec des précautions convenables de propreté. Chez la plupart des juifs d'Orient et de l'Afrique du Nord, il y a un temps opératoire appelé « milha », qui consiste en une véritable succion, dont le but est d'arrêter l'hémorrhagie. L'opérateur prend dans sa bouche une liqueur alcoolisée, puis saisit la verge de l'enfant et la suce. Cette pratique est interdite en France et les circonciseurs reçoivent une certaine éducation au point de vue de l'antisepsie.

Pour M. Blum, le manuel opératoire de cette petite intervention doit être des plus simples. Instruments : une sorte de lyre métallique haute de 8 centimètres, large de 5, présentant dans sa partie médiane une fente large de 3 mm. environ et haute de 4 centim. ; une sonde cannelée ; quelques serre-fines ; un couteau à large lame et une paire de ciseaux ; des objets de pansements (gaze stérilisée, ouate hydrophile, amadou) ; des poudres hémostatiques et antiseptiques (dermatol, antipyrine, acide borique). On a rarement besoin de pinces hémostatiques, d'aiguilles, de catgut 00, et de crins.

Opération : dénuder le gland avec la sonde cannelée en déchirant les adhérences ; saisir avec le pouce et l'index gauches le prépuce, le tirer assez fortement et le passer dans la fente de la lyre ; sectionner le prépuce en suivant la lyre de haut en bas et d'arrière en avant. Avec des ciseaux, on coupe la muqueuse et avec les ongles on dénude le gland. Une légère compression est faite sur les artères (en cas d'hémorrhagie, une ou deux serre-fines). Poudrer la plaie et petit pansement compressif avec de l'amadou stérilisé et de la gaze hydrophile. Avoir soin de laisser le méat urinaire libre et de lier les jambes de l'enfant avec des bandes de crêpe Velpeau pour empêcher le déplacement du pansement.

Au bout de 24 heures, retirer les serre-fines, refaire le pansement. En 3 ou 4 jours, la cicatrisation est obtenue.

P. L.

Bordeaux

Société anatomo-clinique.

(Séance du 24 janvier 1927.)

Sur un cas de cornet naso-turbinal chez l'homme.

MM. J. A. Lafite-Dupont et Henri Fischer. — Au cours de recherches pratiquées au Laboratoire de médecine opératoire, les auteurs ont rencontré sur

◆◆◆◆◆

une pièce l'existence d'un cornet naso-turbinal très bien développé.

A l'état normal, on sait que le méat moyen de la paroi externe des fosses nasales est occupé dans sa partie supérieure par une saillie antérieure dirigée de haut en bas et d'avant en arrière qui est l'unciforme, duquel émane en arrière une petite apophyse plus ou moins développée qui fait corps avec un autre relief allongé de haut en bas et d'arrière en avant : l'agger nasi, dont nous aurons d'ailleurs sous peu l'occasion de donner une étude morphologique.

Depuis les travaux de Zukerkandl, d'Harrison Allen, de Schwalbe, on considère que l'agger-nasi ainsi que l'apophyse sont, dans l'espèce humaine, les homologues d'un cornet que l'on rencontre normalement dans le genre animal, depuis les marsupiaux jusqu'aux singes inférieurs. C'est le cornet nasal antérieur de la généralité des zootomistes, le cornet supérieur de J. Chatin, le nasal turbinal de K. Parker, la grande volute ethmoïdale de Chauveau et Arloing. (Le Double : Variations des os de la face, Vigot 1906. — Kollmann et L. Papin : *Archives de morphologie générale et expérimentale*, Doin, 1925.)

Mais il est très rare de rencontrer chez l'homme ce cornet bien formé. Il n'existe même pas d'observations bien précises sur ce point.

Sur cette pièce on voit très nettement ce naso-turbinal qui prend des connexions avec le bord postérieur de la branche montante du maxillaire supérieur ainsi qu'avec la face interne du maxillaire proprement dit, pour venir ensuite faire saillie en avant des autres cornets et confiner par son bord supérieur à la face supérieure du cornet inférieur.

Ce cornet surnuméraire possible s'ajouterait donc aux trois cornets normaux et au quatrième même qui peut se glisser entre les ethmoïdaux moyen et supérieur, que l'on rencontre assez fréquemment chez les jeunes enfants et qui à l'état de parfait développement est réduit à une crête étroite. Si on considère enfin la bulle ethmoïdale, comme le font certains auteurs, comme un cornet rudimentaire, le nombre global des cornets qui peuvent se présenter par exception chez l'homme est donc de six.

Si l'on abandonne maintenant le domaine anatomique pour esquisser le rôle que peut jouer cette formation au point de vue pratique, les auteurs insistent sur la difficulté qu'éprouverait dans un cas semblable, le chirurgien qui interviendrait pour les affections endo-nasales. D'autre part, tous les procédés, qu'il s'agisse de celui de Vacher ou de Hallé, permettant l'accès facile au sinus frontal par voie nasale pourraient peut-être échouer ou du moins être beaucoup plus délicats en raison de la topographie de la région. Enfin l'ablation du sac lacrymal par voie nasale offrirait également une certaine difficulté.

A propos d'un processus inflammatoire du sinus maxillaire.

MM. J. A. Lafite-Dupont et Henri Fischer. — Il s'agit d'un processus inflammatoire développé dans le sinus maxillaire progressivement et insidieusement, formant une forte cloison de consistance osseuse, du volume d'une noix, implantée au niveau du plancher du sinus et se dirigeant obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, jusqu'à la paroi supérieure de l'antre qu'elle partage en deux portions. Cette formation n'a pas refoulé excentriquement tout en les résorbant les surfaces osseuses avoisinantes ce qui fait rejeter le diagnostic de kyste para-dentaire qu'au premier abord on serait amené à porter. (Radio est présentée.)

A propos d'une ankylose dorso-lombaire.

Henri Fischer. — L'auteur présente un rachis sur lequel le grand ligament commun antérieur offre sur toute sa hauteur et sa largeur une ossification et un épaississement considérables. Cet épaississement est beaucoup plus prononcé au niveau des disques intervertébraux dont chacun est marqué par un volumineux ostéophyte. Il existe aussi ossification partielle des autres ligaments et épaississement des apophyses épineuses, transverses et articulaires. Il s'agit sans doute ici de rhumatisme vertébral chronique.

Fracture de Pouteau avec luxation antécarpienne de la tête cubitale par retour de manivelle.

M. le Prof. H. L. Rocher. — L'auteur présente l'observation d'un blessé chez lequel la réduction fut pratiquée sous anesthésie et contrôle radioscopique, 2 heures après l'accident. La réduction fut des plus faciles.

Fracture diaphysaire du radius associée à une luxation de l'extrémité du cubitus faisant saillie hors des téguments de la face antérieure du poignet (présentation de radiographies).

M. Guillermain. — Cette lésion résulte d'un retour de manivelle subi par un matelot mécanicien de vingt ans en lançant le moteur d'un gros camion, la poignée lâchée étant venue frapper violemment la face postérieure de l'avant-bras.

La réduction sous anesthésie générale a été obtenue facilement par tractions sur la main. Elle a été suivie par l'immobilisation en supination dans une gouttière plâtrée prenant le coude.

Désinsertion mésentérique par contusion de l'abdomen.

M. J. Chavannaz. — L'auteur rapporte un cas de désinsertion mésentérique avec déchirure mésentérique perpendiculaire à l'axe intestinal, de 6 cm. environ, avec perforation d'une anse grêle, survenue au cours d'une contusion abdominale.

Luxation pelvienne trans-cotyloïdienne prise pour une contusion de la hanche.

M. H. L. Rocher présente l'observation et les

radiographies d'une homme qui, à la suite d'une chute d'un mètre sur le genou gauche, a été atteint d'une luxation pelvienne transcotyloïdienne (luxation centrale de la tête du fémur), raccourcissement : 2 cm. Mouvements possibles : flexion à 80°.

La radiographie montre une pénétration d'un tiers environ de la tête fémorale, avec refoulement du fond du cotyle, lésion prise pour une contusion de la hanche et n'ayant pas été traitée. Incapacité de cinquante pour cent due à la raideur de la hanche.

A PROPOS D'UN BON ANALGÉSIQUE HYPNOGÈNE

Par le Dr Chausset.

Dans la gamme des analgésiques, un nouveau produit semble donner de très bons résultats : c'est l'isopropylallylbarbiturate de diméthylamido-antipyrine ou allonal, dont de nombreux travaux cliniques et physiologiques ont démontré l'efficacité et la non-toxicité.

En neurologie et en chirurgie, l'allonal a été d'abord étudié, en Amérique, par Burns, Gerty, Sydney Kuh, Wright, Hubley, Schall, etc., puis en France, par MM. Combemale, Courteville et Nayrac, dans toutes les algies et dans les insomnies, principalement quand la douleur en est la cause ; Frank Wright a pu soulager par l'allonal un malade atteint de cancer du rectum, chez lequel la morphine n'agissait plus. Messmer, Léopold Steiglitz, Dinkelspiel, Hubley, Schall, ont publié de nombreuses observations de malades atteints d'affections fort diverses, douleurs fulgurantes du tabès, polynévrites, coliques hépatiques et néphrétiques, zona, névralgies faciales, périostites, abcès, otalgies, abcès périamygdaliens, etc., auxquels des doses moyennes d'allonal ont permis de supprimer la douleur et de donner un sommeil calme.

M. Mallein-Gérin (*Concours médical*, 27 avril 1924) a apporté une belle observation de malade atteinte d'une récidive de cancer du sein avec généralisation cutanée, où deux comprimés suffirent à amener la sédation des symptômes.

En stomatologie, MM. Tellier et Beyssac (*Province dentaire*, avril 1924), Petiteau (Thèse de Lyon, 1925) l'ont employé avec succès dans beaucoup d'affections dentaires douloureuses, telles qu'abcès, arthrite alvéolo-dentaire, carie, dans lesquelles la douleur interdisait tout sommeil. Ils l'ont utilisé même à titre préventif, pour calmer l'agitation ou l'anxiété chez leurs malades, avant une intervention du domaine stomatologique, extraction dentaire, par exemple.

En médecine générale, il a été étudié chez les algiques de toutes sortes, rhumatisants, poliomyélitiques, causalgiques, pleurétiques souffrant d'un point de côté violent, et surtout chez les tuberculeux pulmonaires où il a donné de bien meilleurs résultats que toute la série des autres sédatifs.

MM. Villaret, Justin-Besançon et Fauvert (*Gazette des Hôpitaux*, 27 janvier 1926), dans une revue générale sur le traitement des insomnies chez les tuberculeux, constatent qu'un seul comprimé provoque ordinairement le sommeil. De l'avis même des malades qui ont employé toute la gamme des hypnotiques, c'est celui qui leur procure la plus facile sédation avec absence complète de troubles secondaires. Ajoutons que son emploi ne s'est jamais accompagné d'aucune manifestation toxique et que l'accoutumance n'existe pas pendant longtemps d'une façon appréciable. Nous l'avons utilisé nous-même dans le service de M. Bonnamour, à Lyon, avec d'excellents résultats, aux doses d'un à trois comprimés au plus, chez des tuberculeux présentant de l'insomnie, provoquée souvent par un point de côté, sans observer d'autres phénomènes secondaires qu'une exagération de la sudation dans quelques rares cas.

Enfin en neuro-psychiâtrie, l'allonal a été étudié surtout par M. Combemale, de Lille, par MM. Jean Vinchon (*Pratique médicale française*, avril 1926), Henri Mounot (Thèse de Bordeaux, 1925), Mlle Fournier (Thèse de Montpellier, 1926), avec de bons résultats chez les petits anxieux et les anxieux moyens. Dans les états mélancoliques, il aurait même une action élective sur l'élément hypocondriaque et les troubles de la cénesthésie (Fournier).

D'après ce rapide exposé, nous pouvons conclure que l'allonal s'est révélé comme un bon analgésique progressivement sédatif et hypnogène. Il a permis souvent d'éviter de recourir à la morphine dans des cas où d'autres calmants n'avaient pas agi et même il a pu provoquer le sommeil dans quelques cas où la morphine elle-même était restée sans action.

Les indications de l'allonal sont donc nombreuses : il agit en effet comme un analgésique renforcé et sa posologie est très simple : un comprimé, deux au plus, procurent la sédation dans la douleur ; trois ou quatre, pris de demi-heure en demi-heure, agissent efficacement dans les insomnies douloureuses. Certains auteurs ont pu aller jusqu'à sept comprimés sans inconvénient, mais il faut considérer cette dose comme exceptionnelle. D'après tous les expérimentateurs cependant, la toxicité de l'allonal est très faible,

plus faible que celle des autres analgésiques et hypnotiques et il ne produit pas d'accumulation. (Pouchet, Wiki, T.-A. Redonnet, Bardet).

De même, il ne provoque pas de troubles secondaires sur l'appareil circulatoire, le foie et le rein et l'accoutumance n'existe pour ainsi dire pas. Aucun phénomène d'intoxication n'a été signalé après son emploi, sauf dans un cas rapporté par le Dr Henri Mouhot, où une dose excessive provoqua un sommeil anormalement prolongé et des vertiges au réveil. C'est donc un excellent analgésique hypnogène que nous possédons là, et il nous a semblé utile d'attirer sur ce médicament l'attention du médecin praticien.

Les Livres

Payot, éditeur, 106, boul. St-Germain, Paris.

Alfred Adler. — **Le tempérament nerveux.** (1 vol. in-8, de 386 pages, traduction du Dr Roussel, 1926. Prix : 30 fr.)

Alors que la théorie de Lombroso et de Ferrero force à admettre le caractère inné de la criminalité infantile et, par suite, lie la psychologie individuelle à un substratum organique, M. A. Adler fait cette psychologie indépendante de la structure cellulaire du cerveau. Contre Freud, d'autre part, qui fonde la sienne sur la *libido* et voit dans cette dernière la cause des manifestations diverses de la névrose, M. A. Adler s'inscrit également en faux. Tout de suite, apparaît ainsi l'originalité du nouvel ouvrage du médecin viennois et son intérêt.

A l'origine des névroses et des psychoses, l'auteur voit, remontant à l'enfance et quelquefois même à la vie fœtale, la faiblesse, l'insuffisance ou quelque défectuosité d'un organe ou d'un appareil quelconques. Cette diminution impose au sujet un sentiment d'infériorité et, par suite, d'insécurité en face des événements de la vie. Or, le besoin de sécurité est précisément primordial. Pour le satisfaire, le sujet accablé par le sentiment d'infériorité, prend au-dessus de lui un modèle, se crée un idéal à atteindre ; puis, lorsque la névrose a éclaté, se comporte comme si cet idéal fictif était atteint. Le nerveux finit donc ainsi par agir et par réagir dans un monde qui n'est pas le monde réel, mais celui que son imagination a construit ; et c'est de l'importance de cette déviation que dépend la nature des troubles psychiques ; à la valeur de l'inadaptation du malade au monde vrai que se mesure le degré de son déséquilibre.

On conçoit que de tels malades poursuivent l'imaginaire idéal que leur fit forger leur *volonté de puissance* par des moyens innombrables, les uns ingénieux, d'autres dramatiques, beaucoup allant en fait contre leur but ; et la théorie explique, en particulier, que dans notre monde d'après-guerre, où le sentiment d'incertitude du lendemain et d'insécurité s'est beaucoup développé, les névroses se soient multipliées, elles aussi, de façon croissante.

A coup sûr, l'hypothèse de l'écrivain viennois est ingénieuse. Ce n'est toutefois qu'une hypothèse, et, comme toute hypothèse, elle a ses imperfections. Par exemple et sans remonter à la vie fœtale, où il semble difficile de suivre M. A. Adler, elle manque à nous dire pourquoi une défectuosité organique que présentent deux enfants créera le tempérament nerveux chez l'un et plus tard la névrose, mais non pas chez l'autre. La théorie aussi est excessive par endroits, témoin ce passage : « Si vous voulez avoir « la certitude que vous vous trouvez dans un cas « donné, en présence d'une névrose véritable, de- « mandez au malade ce qu'il pense du sexe opposé « au sien et comment il l'apprécie. Toutes les fois « qu'un malade se montre adversaire ou négateur de « l'égalité des droits entre les deux sexes, toutes les « fois que vous le verrez sous-estimer ou sur-estimer « l'autre sexe, vous pourrez conclure, sans risque de « vous tromper, que vous vous trouvez en présence « d'un sujet ayant des dispositifs et des traits de ca- « ractère névrotiques. »

L'œuvre nouvelle garde, malgré tout, une indéniable valeur générale ; elle mérite d'être lue et de retenir l'attention. Peut-être seulement eût-elle demandé à être adaptée à notre manière plutôt que fidèlement traduite. La thèse y eût gagné cette clarté dont l'esprit d'outre-Rhin se passe, mais que réclame le nôtre.

A.G.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DE L'ÉDUCATION MÉDICALE

Essai de morale professionnelle.

Par Noël HALLÉ.

Sous ce titre et ce sous-titre, M. Noël HALLÉ, ancien interne médaille d'or des hôpitaux de Paris, a publié l'an dernier un travail extrêmement important (1), dont la partie essentielle est consacrée à l'exposé de la réforme des études médicales, telle que la conçoit l'auteur.

Si nous avons attendu pour en parler, c'est que nous voulions prendre le temps de lire cet ouvrage attentivement, afin d'en pouvoir rendre compte avec exactitude tout d'abord, et de formuler, s'il y avait lieu, des critiques mûrement réfléchies.

Dois-je ajouter qu'il nous a grandement intéressé ? Comment pourrait-il en être autrement quand il s'agit d'élever au plus haut degré le niveau moral et intellectuel de la profession médicale ? Quel médecin pourrait demeurer indifférent à pareil objectif ? Comment en pourrait-il encore être autrement, quand, à chaque page, pour ainsi dire, nous retrouvons des idées, des projets, des propositions qui ont, depuis trente ans, et au gré de l'actualité, été signalés et étudiés dans le *Concours médical* ? Que M. Hallé n'ait pas cru devoir, dans un Index bibliographique, indiquer de références ou rappeler les travaux antérieurement publiés sur la plupart des questions qu'il a été amené à traiter, cela n'a aucune importance à nos yeux. L'essentiel, c'est de travailler consciencieusement au bien général, sans évoquer jalousement aucune priorité. D'autant que, quand un sujet accapare l'attention de ceux qu'il intéresse, il est fréquent que, sans s'être rencontrés, des esprits divers et inconnus les uns des autres arrivent à d'identiques solutions.

La première partie du livre de M. Hallé traite de la crise médicale actuelle, fruit en grande partie de l'éducation du jour.

La seconde a pour objet la réforme de l'éducation médicale, ses moyens, ses résultats.

La troisième est un appendice composé surtout de pièces justificatives.

(1) Editions Spes, 17, rue Soufflot, Paris.

En épilogue, M. Hallé jette un regard vers l'avenir.

Je commencerai par présenter la deuxième partie, concernant la réforme des études médicales. Leur objectif doit être de former de bons praticiens, pourvus d'une instruction solide, dont le fond sera formé d'acquisitions cliniques variées et complètes, et d'une éducation morale propre à développer et à exalter chez eux les vertus nécessaires au médecin digne de ce nom, et au premier chef, *la probité professionnelle.*

M. Hallé supprime le P. C. N. tel qu'il existe à cette heure, malgré les protestations véhémentes qu'ont élevées contre lui aussi bien les centres d'enseignement médical que les groupements professionnels. Il fait entrer l'année qui lui est consacrée dans le cycle des études médicales, qui se déroulera en six ans, en se divisant en trois grandes étapes.

Il réclame un concours d'entrée à la Faculté pour tout aspirant au doctorat en médecine. Ce concours fera « la preuve, à la fois, des connaissances et des aptitudes de l'étudiant ». Celui-ci admis, passe deux années à la Faculté même, pour y recevoir théoriquement et pratiquement, à l'amphithéâtre aussi bien qu'au laboratoire, l'enseignement des sciences fondamentales de la médecine : anatomie descriptive et topographique, physiologie, physique, chimie, histoire naturelle. Ces quatre dernières sciences ne doivent être enseignées que dans leurs grandes lignes, en vue de leurs applications cliniques et thérapeutiques.

« Après deux années de laboratoire, il (l'étudiant) doit être en état de faire couramment les réactions chimiques, les recherches histo-bactériologiques et les examens instrumentaux dont nous tirons aujourd'hui le diagnostic, autant que de l'analyse clinique. »

Les trois années suivantes se passent à l'hôpital-école. L'auteur s'étend longuement sur sa conception de cet hôpital-école, qui devra comprendre au total six cents lits, répartis en

trois services de médecine et trois services de chirurgie, — dont, ici et là, un service spécialisé et deux services généraux. Un service d'accouchement et un service de consultations externes compléteront heureusement cet ensemble.

En outre des services hospitaliers proprement dits, l'hôpital-école doit comporter une école divisée en deux parties, l'une affectée à l'enseignement, l'autre au logement.

Les salles d'enseignement se partagent en laboratoire, salles de cours et de conférenecs, bibliothèque, salle de réunion et de repos.

Le logement comprend : 1° deux salles à manger avec cuisines, l'une correspondant à la salle de garde actuelle des internes ; l'autre destinée, sous la forme d'une coopérative, à nourrir à midi de 100 à 150 personnes ; 2° des chambres, dont une grande aménagée en dortoir sommaire et deux petites, pour la garde ou la veille.

La salle d'autopsie sera, quoique isolée, proche du laboratoire central.

L'hôpital-école dispense l'enseignement de la clinique et de tout ce qui s'y rattache, à cent cinquante étudiants, au moyen d'un personnel comprenant : un chef de service, médecin, chirurgien ou spécialiste des hôpitaux ; un chef de service adjoint, recruté de la même façon ; deux assistants, candidats aux hôpitaux ; un chef de laboratoire ; des internes du type actuel, à raison d'un ou deux par service de médecine, trois ou quatre par service de chirurgie ou de spécialités. Bien que, dans l'organisation ainsi comprise, les externes n'aient plus leur raison d'être, M. Hallé consent à les conserver, pour fournir une pépinière d'internes.

Dans l'hôpital-école, toute la matinée est prise par le service hospitalier proprement dit : visites, opérations, consultations. Tout doit concourir alors à donner exclusivement les soins les plus parfaits aux malades.

Deux heures sont consacrées au repas et au repos. Puis, jusqu'à 7 ou 8 heures, l'après-midi est réservé tout entier à l'enseignement clinique : conférences cliniques sur les cas types choisis au jour le jour ; conférences scientifiques sur l'anatomo-pathologie, la bactériologie, les examens diagnostics... Un cours de clinique, fait à tour de rôle par chacun des chefs de service, réunit tous les étudiants de l'hôpital école. Et la journée se termine par une contre-visite des malades.

Mais le service de garde entre alors en action ; il est assuré par un assistant et un interne, auxquels les étudiants, par petites séries et à leur choix, sont autorisés à se joindre, pour profiter des éventualités de la garde.

M. Hallé ne borne pas là sa conception. Il voit large et grand ; pratique et total, si j'ose dire. Et c'est bien ainsi, sous certaines réserves qui s'imposent. Par exemple, il ne trouve que des avantages à ce que l'hôpital-école, dont la population de malades se recrute chez les indigents et les nécessiteux, se complète par une maison de santé médico-chirurgicale payante profitant de ses services généraux et de son personnel médical, dont la population de malades se recruterait parmi la clientèle aisée, même riche.

« De l'indigent gratuit au riche payant, l'élève de l'hôpital-école, durant ses trois années, prendrait ainsi contact avec tous les éléments de la clientèle future. Et ces moyens de formation complémentaire, déjà lucratifs, judicieusement dispensés aux meilleurs par le chef de service, pourraient faire de l'élève un praticien complet, au terme de sa scolarité. »

Il propose encore que l'hôpital-école ait, comme autre annexe, une école d'infirmiers et d'infirmières.

Sortant de l'hôpital-école à la fin de sa cinquième année d'études, l'étudiant, devenu clinicien et thérapeute, passera une sixième et dernière année à la Faculté où il suivra un cours d'histoire de la médecine ; un cours de philosophie médicale et un cours de déontologie.

Des examens sont subis par les étudiants à la fin de chaque année ; examens probatoires à la fin de chacune des cinq premières ; examens de doctorat à la fin de la sixième. Puis, thèse facultative, sanctionnée par une mention ou diplôme.

Des études ainsi conduites ayant formé d'excellents praticiens, à la fois instruits de leur métier et « bien élevés » — c'est une expression qui revient volontiers sous la plume de M. Hallé, — il importe de les maintenir dans la bonne voie en les soumettant à un Code de déontologie, entraînant la création d'un tribunal professionnel, à double juridiction : 1° juridiction privée, strictement professionnelle ; 2° collaboration avec les Pouvoirs publics pour déférer aux tribunaux de droit commun les cas de faute lourde, de récidive, de crimes patents ou révélés, etc.

Enfin, pour que tous les médecins soient justiciables du Code de déontologie et du tribunal qui en appliquera les sanctions, il importe qu'ils fassent *obligatoirement* partie du corps médical, érigé de nouveau en Corporation. La Constituante, en 1791, avait détruit les Corporations. M. Hallé en réclame le retour pour les médecins.

La Corporation sera facilement réalisée, si on impose au jeune docteur, au moment où il fait enregistrer légalement son diplôme, l'obligation de la prestation d'un serment professionnel entre les mains d'un petit tribunal composé du préfet, d'un représentant de la Faculté, et de délégués des Syndicats régionaux.

***

Reprenons le programme d'études proposé par M. N. Hallé, et essayons de le transposer à notre tour sur le plan des réalisations.

Le concours à l'entrée des Facultés et Ecoles de médecine ? Idée simple, — et simpliste, — qui vient immédiatement à l'esprit de quiconque cherche un moyen de remédier à la pléthore médicale, tout en relevant le niveau moral et intellectuel de la profession. Idée déjà vieille, puisque voilà vingt-sept ans, en 1900, je la développais dans les colonnes du *Concours médical*. D'autres, depuis, l'ont reprise à leur tour. Que vaut-elle ? Qui dit concours dit en même temps sélection et limitation numérique. Comment se fera ensuite la répartition des médecins résultant de ce concours, sur le territoire ? Ne peut-on penser qu'elle ne tiendra nullement compte de la densité de la population, et de ses besoins, mais que l'encombrement augmentera dans les grands centres, tandis que les centres ruraux et les petites villes seront de plus en plus désertés ? Mais alors, les Pouvoirs publics, qui auront décrété l'obligation du concours d'entrée réclamé par M. Hallé, se préoccuperont d'assurer plus équitablement cette répartition ; ils placeront les médecins civils, comme ils placent les médecins militaires, les médecins d'asiles, etc. Et la médecine sera immédiatement fonctionnarisée. Est-ce cela que désire M. Hallé ? Et puis, lui qui critique si âprement les concours en général, peut-il tant s'enthousiasmer en faveur de ce système appliqué au cas qu'il envisage ?

Ne demandons pas à l'Etat de nous accorder cette mesure de protection. Il n'y consentira certainement pas, car il a intérêt, surtout avec ses projets d'Assurances sociales, à ce qu'il y ait de nombreux médecins, et à ce que la concurrence règne entre eux. A supposer pourtant qu'il le fasse, nous savons de quel prix nous payerions cette protection.

Et pourtant, l'encombrement, bien que moins accentué qu'en Allemagne et en Angleterre, existe indiscutablement en France. Comment en serait-il autrement ? Songez que les Facultés de médecine françaises délivrent, bon an mal an, MILLE diplômes de docteur en médecine, tandis que la statistique montre que, dans le même laps de temps, il ne meurt que CINQ CENTS médecins, environ. Il y a donc une surproduction annuelle de CINQ CENTS unités. Ce qui explique que le nombre des médecins ait passé de 16.855 en 1900 à plus de 25.000 en 1926, compte tenu des années de guerre, pendant lesquelles la production s'est forcément ralentie.

Il est cependant possible de relever le niveau moral et intellectuel de la profession médicale, et d'éliminer les non valeurs. D'abord, il faut rétablir l'obligation, pour les aspirants au doctorat en médecine, de posséder, comme avant le régime du P. C. N., le double baccalauréat ès-lettres et ès-sciences, étant entendu que les humanités feront partie du bagage littéraire de l'élève, avec le latin et même le grec, comme éléments principaux. Ensuite, il appartient aux professeurs de discerner le bon grain de l'ivraie, et d'éliminer celle-ci, par la pratique d'examens qui ne seront pas des casse-tête chinois, mais qui, bien conduits, devront montrer que le candidat possède un minimum de connaissance indispensable des matières pour lesquelles il se présente.

Un maître, que nous respectons tous, et qui connaît bien toutes ces questions de formation intellectuelle et morale des médecins, voulait bien m'écrire récemment : « *Les programmes, en matière d'enseignement, n'ont qu'une valeur secondaire. Ce qui compte, ce sont les professeurs. C'est à eux qu'il appartient d'instruire et d'éduquer les élèves. Les bons professeurs font les bons élèves. Les autres ? ? ?* » Ainsi s'exprimait en substance le vénéré docteur Legendre.

Donc, le programme établi par le Dr Noël HALLÉ offre incontestablement de sérieux avantages. Celui qui a le plus de valeur, c'est le principe de la création de l'hôpital-école, fréquenté obligatoirement durant trois ans par tous les étudiants. L'hôpital-école, l'hôpital centre d'enseignement, c'est évidemment un idéal vers lequel il importe de tendre. Il y a longtemps que la nécessité de cette réforme, ou de cette innovation, a été mise en évidence pour la première fois, et qu'elle a été reprise nombre de fois. Sur ce point donc, l'idée développée par l'auteur mérite considération. Toutefois, sur l'organisation même de l'hôpital école, telle qu'il la propose, il y aurait beaucoup à dire. Sans entrer dans des critiques détaillées, la seule remarque que je me permettrai de faire, c'est que l'emploi du temps des élèves est tellement chargé qu'il les retient *douze heures*, y compris deux heures pour le déjeuner, sans qu'il semble qu'il leur reste assez de loisirs pour leur travail personnel.

En outre, la garde nocturne, dans le projet Hallé, est facultative. Peut-être serait-il bon, pour la qualité de l'instruction de l'étudiant, qu'elle fût obligatoire, ainsi que je l'ai déjà moi-même demandé.

Enfin, l'idée de l'école annexe d'infirmiers et d'infirmière est excellente, tout autant que celle de la maison de santé annexé payante, à la condition toutefois que celle-ci ne fasse pas la concurrence aux maisons privées.

Dans le programme de M. Hallé, les deux premières années se passent tout entières à la Faculté, ainsi que la sixième. Dans les premières, je regrette de ne pas voir figurer deux séries de travaux pratiques particuliers : la première série, consacrée, pendant six mois, à faire des

étudiants de bons infirmiers ; Paul RABIER le réclame dans *Paris médical* du 23 janvier ; je l'ai demandé également dans de précédentes études. La deuxième série, d'une durée de six mois également, serait consacrée à un stage, dont les modalités seraient à définir, soit dans une pharmacie, soit dans un laboratoire de pharmacologie, pour familiariser le futur médecin avec la matière médicale et son emploi, la préparation technique des médicaments magistraux, les récipients utilisés, les tours de main, etc. — toutes choses que le médecin ignore habituellement, ce qui explique, tout au moins dans ses débuts, les anomalies de ses prescriptions.

Consacrer la sixième année tout entière à l'enseignement dogmatique de l'histoire de la médecine, de la philosophie médicale et de la déontologie, cela me paraît excessif. Il semble qu'il y aurait mieux à faire pour l'étudiant en fin d'études. Je rappelle que Noir et moi, chacun pour son compte, nous avons demandé l'institution d'un stage, ou d'un internat obligatoire, d'une année, à effectuer non seulement dans un hôpital de ville de Faculté, mais encore dans un hôpital quelconque, pourvu qu'il soit assez important pour se prêter à cette innovation.

Quant à la déontologie, le Dr Hallé l'indique lui-même, ce n'est pas tant par des leçons *ex cathedra* qu'elle s'enseigne, qu'à l'occasion de la pratique de tous les jours, tant par l'exemple que doivent donner à l'hôpital les chefs de service que par la moralité qu'ils peuvent tirer de leur exercice personnel, dans leur clientèle privée.

Les études terminées, le diplôme conquis, le Dr Hallé propose l'établissement d'un *Code déontologique*, dont les sanctions seraient prononcées par un *Tribunal professionnel* exerçant sa juridiction sur la totalité des médecins d'une région déterminée, ceux-ci étant dans l'obligation de n'accomplir aucun acte professionnel avant d'avoir prêté serment devant une délégation de ce tribunal.

Sur ces trois points, nous sommes absolument d'accord, à condition de ne leur demander que ce qu'ils peuvent donner. Ce sont questions que, personnellement, j'ai traitées amplement dans le *Concours médical*. Je ne crois pas toutefois, dans l'état actuel du régime et des mœurs, que les Pouvoirs publics acceptent l'idée de la Recorporation, équivalant au Syndicat obligatoire. Ce serait déjà beaucoup d'obtenir une prestation de serment, rendant tout médecin justiciable, *professionnellement*, du tribunal ou de la Chambre de discipline de sa région.

***

Ayant ainsi exposé le projet de réforme de M. Noël Hallé, je reviens maintenant à la première partie de son ouvrage, celle dans laquelle il critique l'état de choses actuel.

Selon lui, il y a une crise médicale, un mal médical contemporain. Il faut comprendre, évidemment, une crise de moralité.

Dans son Avant-Propos, l'auteur déclare, en terminant, ne s'attendre qu'à des critiques : il ne les espère pas bienveillantes ; il les souhaite seulement justes. Je m'efforcerai de le satisfaire doublement, car il convient de rendre hommage au labeur considérable que représente son travail, et à ses excellentes intentions.

Je signale d'abord une anomalie, un paradoxe que j'ai relevés à deux reprises. Après avoir dénoncé, à grands renforts d'argumentations et de relations de faits, les raisons de la crise qu'il constate, il ajoute, une première fois :

« Si peu satisfaisante qu'elle soit, une critique du monde médical parisien d'aujourd'hui ne doit cependant laisser, dans l'esprit du lecteur, ni scepticisme, ni découragement. Car, à côté du mal et souvent masqué par lui, *le bien est partout dans notre profession* ; et il ne s'affiche pas. Les amoraux de tout rang, qui abusent de leurs droits, ne doivent pas faire oublier cette *majorité méritante*, restée morale parce que attachée au Devoir. » (P. 77.)

Plus loin :

« Il reste entendu... que les figures sélectionnées pour composer cette « galeries des horreurs », sont des *types d'exception*. Tous nous savons que, à côté de ces figurants trop représentatifs, vit en travaillant, et lutte en peinant, silencieusement, une *majorité de médecins normaux* : je veux dire de *praticiens prêts à tous les dévouements et incapables d'aucune vilenie...* » (P. 125.)

Les lignes soulignées l'ont été par moi.

Donc, le bien est la règle, le mal est l'exception. Constatation consolante, tout de même, et qui fait honneur à l'esprit d'impartialité bienveillante de l'auteur. Peut-on dire qu'il en fût ainsi de tout temps ? Le présent n'est-il qu'une réplique du passé, pour trouver à son tour sa propre réplique dans l'avenir ? Les mauvais confrères sont-ils donc une production moderne ? Non, le présent ne diffère pas tellement du passé ... Quand la corporation était toute puissante, et toute puissante aussi la Faculté, pensez-vous que les choses allaient mieux qu'aujourd'hui ? N'est-il pas prouvé que Gui Papin fût le plus détestable des confrères, et le moins soucieux de la déontologie ? Et plus près de nous, comment jugerons-nous Broussais, non pas pour avoir été l'adversaire des doctrines enseignées par Laennec, mais en raison de la façon discourtoise et anticonfraternelle dont il le combattit ? De nos

jours, n'avons-nous pas connu un professeur, mort depuis une vingtaine d'années, dont la réputation de violoniste était au moins égale à celle de médecin, qui, appelé en consultation par de plus modestes confrères, ne manquait jamais de les critiquer malveillamment, à tel point qu'on avait renoncé à recourir à ses lumières de consultant ?? ?

Preuves que le mauvais exemple vient, à l'occasion, d'en haut, de ceux qui devraient, au contraire, être irréprochables, pour être imités ! !

Convient-il alors de se montrer aussi sévère envers le temps présent, ce qui n'est, au demeurant, sans doute que manière indirecte de couvrir le passé de fleurs : *laudator temporis acti* ?

Si la majorité des médecins ne mérite que considération et estime, et si les sévères critiques et les blâmes ne s'adressent qu'à une minorité, il importe de remarquer qu'en 1900, il n'y avait qu'environ 16.000 médecins en France, tandis qu'en 1926, on en compte 25.000 au bas mot. La proportion d'indésirables demeurant la même, il n'en reste pas moins que la minorité à laquelle ils appartiennent s'est augmentée de plus de 50 %. Or, cent hommes de devoir attirent moins l'attention qu'un seul individu de moralité douteuse...

La crise dénoncée par M. N. Hallé est due, en grande partie, selon lui, à l'introduction dans les habitudes médicales des pratiques suivantes : la *réclame*, l'*inflation* et la *dichotomie*. « *L'habileté pour un médecin*, a dit un humoriste, *ne consiste pas tant dans son* SAVOIR, ni *même dans son* SAVOIR-FAIRE, *que de son* FAIRE-SAVOIR ». Qu'est-ce que la réclame, sinon le faire savoir ? Il y a tant de modes de réclame ! Celle qui utilise la 4e page des journaux ou les murs des vespasiennes ne trompe personne en réalité, — personne autre que qui veut être trompé. Un Ordre des médecins, ou une discipline corporative, tels que les souhaitent M. Hallé, feront-ils disparaître les pissotards, comme je l'es ai appelés naguère ? J'en doute. Les Pouvoirs publics, qui pourraient avec infiniment plus d'autorité, légiférer sur la matière et codifier la publicité, ne l'ont jamais essayé, et quand Justin Godart, Ministre de l'hygiène, tenta, par voie de Circulaire comminatoire, de mettre un terme aux abus des fallacieuses annonces journalistiques, on sait à quel échec il courut.

L'inflation des prix ? Qu'est-ce à dire ?

« Soutenues par la réclame, l'inflation des honoraires est un mode d'exploitation usuel et sûr : la chirurgie et les spécialités ont dû à ces pratiques combinées, depuis vingt-cinq ans surtout, de gros bénéfices. »

N'y a-t-il pas là une prime erreur d'optique de la part de l'auteur ? La plupart des gros ho-noraires ne semblent-ils pas tels que parce que calculés en francs papier ? Quand la vie en général a plus que quintuplé, quoi d'étonnant à ce que les tarifs médicaux aient essayé de se relever, — à ce que la visite de 5 francs or, avant la guerre, soit à 25 francs papier en 1926 — à ce que l'opération cotée jadis 1000 francs ait fait le même bond apparent ? A tel chirurgien estimé dont les recettes professionnelles atteignent le million, demandez le montant de ses dépenses ?

Ce qui ne veut pas dire d'ailleurs que certaines des notse d'honoraires ne soient pas souvent exagérées...

Enfin, la dichotomie, ou partage des honoraires, qui perturbe les rapports entre confrères, et pousse à la consommation... voire, aux opérations plus ou moins complaisantes...

Certes, il vaudrait infiniment mieux que les choses ne se passassent pas ainsi. Mais n'est-il pas juste de reconnaître que la clientèle est, en grande partie, responsable de la généralisation de ces mœurs?

Quand le praticien a formulé son diagnostic et obtenu l'adhésion du malade à l'opération qu'il estime indispensable, il appelle un chirurgien. Selon M. Hallé, celui-ci, en envoyant sa note, devrait y insérer : *docteur X, médecin traitant, tant pour son assistance chirurgicale*. — Ce serait s'exposer, le plus souvent, à cette réponse du malade (ou de sa famille) : « Docteur, nous vous règlerons vos honoraires personnels. Quant à ceux de notre médecin habituel, nous en ferons notre affaire. » Et nous savons ce que cela veut dire. Nous avons été saisis, au « Sou médical », de litiges survenus entre médecin traitant et opéré, parce que celui-ci refusait de verser de tels honoraires qu'il considérait comme immérités. C'est pour éviter ces ridicules contestations qu'il est passé dans les habitudes des chirurgiens de fournir une note globale, sans discrimination, et de rémunérer eux-mêmes le médecin traitant. Que cette pratique puisse conduire à des abus, c'est indiscutable. Mais n'est-ce pas le propre des choses humaines que d'être éloignées de la perfection ?

Et puisqu'il est ici question d'honoraires, je me permettrai de chercher noise à M. Hallé, à propos des considérations qui doivent, à son dire, entrer en ligne de compte pour leur appréciation.

« Les éléments de cette appréciation variable sont multiples, dit-il, et faciles à énumérer. La nature de la maladie traitée, et, partant, la facilité ou la difficulté de la cure ; la durée et la fréquence des soins répétés ; la situation pécuniaire et sociale du malade ; celle, professionnelle, du médecin traitant, c'est-à-dire les qualités différentes qu'il emploie, en quantité variable, à son œuvre curatrice. Enfin, les résultats très divers de ses soins, qui vont de la guérison

d'une maladie grave, — bienfait inestimable — jusqu'à la mort accidentelle, opératoire parfois, véritable désastre, au cours d'une affection crue d'abord bénigne. Telles sont les composantes nombreuses, et d'appréciation délicate, qui doivent être prises en considération, par qui veut fixer des honoraires justes. »

Situation pécuniaire et sociale du malade ; situation professionnelle du médecin. — D'accord. Aucune discussion n'est ici admissible. Nos tarifs varient selon qu'il s'agit d'une part, d'un ouvrier, d'un employé, d'un bourgeois ou d'un millionnaire ; de l'autre, d'un omnipraticien sans titres exceptionnels, ou d'un professeur, spécialiste, médecin ou chirurgien des hôpitaux.

Nature de la maladie, facilité ou difficulté de la cure. — C'est déjà plus discutable : si l'on veut dire qu'une maladie grave peut entraîner une surveillance plus prolongée, cela est aussi prévu dans les tarifs. Mais s'il s'agit, par exemple, de prétendre que le prix d'une visite faite pour un simple rhume sera moins élevé que celui d'une visite pour fièvre typhoïde, cela ne saurait se soutenir, — étant bien entendu que toutes les *interventions*, quelles qu'elles soient, légitiment une rémunération spéciale.

Durée et fréquence des soins. — Qu'est-ce à dire ? Treize à la douzaine, ou cent quatre pour cent, comme au marché ? Ou bien au contraire, majoration parce que les soins auront été plus fréquents et plus prolongés ? Croyez-vous que la clientèle marchera ? ? ?

Résultats très divers des soins. — Ah, cette fois, non, non et non ! C'est méconnaître le caractère arbitraire et imprécis de la médecine que de prétendre baser les honoraires sur les résultats obtenus ... Ainsi, tel malade guéri, *bienfait inestimable*, d'une fièvre typhoïde, pourrait se voir réclamer la très forte somme, tandis que la mort de tel autre, qui succomberait au cours d'une indisposition présumée bénigne, affranchirait sa succession de toute obligation d'honorer le médecin, et même, — pourquoi pas ; le fait ne se produit-il pas fréquemment ? — justifierait une demande de dommages-intérêts à celui-ci...

Science conjecturale, très éloignée de l'exactitude rigoureuse des mathématiques, la médecine, incertaine dans ses résultats, n'est comparable à aucune autre profession et sa pratique n'a rien qui lui ressemble. Aussi qualifie-t-on la rémunération du médecin d'honoraire. Son travail mérite la même légitime allocation, quel qu'en soit le résultat, sauf évidemment le cas de faute caractérisée (1).

(1) Concevrait-on que les honoraires d'un professeur qui prépare des élèves à un examen variassent suivant que ceux-ci seraient ou non reçus ?

Et puis, entre nous, quelle est exactement la part du médecin dans la guérison d'un malade, aussi bien d'ailleurs que dans sa mort ? Ambroise Paré, belle conscience chirurgicale, disait : *Je le pansai, Dieu le guérit* ».

Mais je m'excuse de prolonger ainsi cette discussion, et je n'entends pas prendre chaque ligne, chaque proposition de M. N. Hallé, pour les éplucher. Ce qu'il importe d'affirmer, c'est que s'il y a une crise médicale caractérisée par une tendance à la commercialisation de la médecine, la responsabilité en revient, en grande partie, aux lois médico-sociales et à la clientèle elle-même ?

D'une façon générale, le reproche principal que mérite M. Noël Hallé, c'est de s'en être tenu à la médecine parisienne, tant en ce qui concerne son enseignement à la Faculté, que son exercice. Vouloir juger la médecine française du point de vue parisien, c'est regarder les faits à travers un prisme déformant et trompeur. L'exercice de la médecine, à Paris, diffère totalement de ce qu'il est dans les grandes villes et en province. Ne serait-ce que parce que Paris, dont la population générale est le dixième de la France (4.000.000 pour 40.000.000) possède à lui seul, le cinquième de la totalité des médecins (5.000 pour 25.000).

Autre reproche ; d'autres le lui ont déjà adressé. Je partage leur sentiment : il fait intervenir les questions confessionnelles, et ne s'abstrait pas suffisamment de ses croyances et de sa foi catholiques, — infiniment respectables, certes, — mais qui, dans la circonstance, introduisent, dans une œuvre critique, une passion inévitable, nuisible à la qualité du jugement.

Enfin, il pousse trop loin le fétichisme de l'internat et du corps médical des hôpitaux de Paris. A en croire M. Noël Hallé, seuls les internes des hôpitaux font des praticiens parfaitement instruits. Quant aux hommes justement équilibrés, ils sont rares.

« C'est en les cherchant parmi les médecins des hôpitaux qu'on les rencontrera. Nous devons les admirer comme des types d' « homme social complet », exemplaires d' » humanité supérieure ».

Les internes des hôpitaux de Paris constituent une élite que j'appellerai élémentaire, qui fournit le recrutement de l'élite supérieure représentée par le corps médical des hôpitaux et de la Faculté. Mais les uns et les autres ne sont pas les seuls éléments particulièrement recommandables du corps médical français.

Dans les autres Facultés de province, on rencontre un corps enseignant, un corps hospitalier, qui peuvent concurrencer, heureusement, pour la valeur et la moralité, les Parisiens.

Et, dans l'ensemble des praticiens, de grande et de petite ville, et de campagne, une majorité d'hommes instruits, expérimentés, consciencieux, sans avoir passé par aucun internat hospitalier, fait du praticien français un bel exemple d'humanité supérieure...

Je ne dirai rien de la troisième partie de l'ouvrage de M. Noël Hallé, sinon qu'il eût mieux valu, à mon sens, — et je sais que d'autres pensent comme moi, et l'ont écrit — qu'il se dispensât de la publier.

Ce *Musée des horreurs*, qui ne sont d'ailleurs que des exceptions, n'est pas une justification nécessaire des critiques de l'auteur, dont la plupart valent par elles-mêmes, aux regards de lecteurs avertis comme peuvent l'être les médecins. Pour les profanes entre les mains de qui ce livre sera tombé, ou tombera, ce ne sera que matière à généralisations excessives, et, *pour nos grands amis de la grande presse*, appui pour les campagnes qu'ils ne manqueront pas, comme ils l'ont déjà fait, de mener contre nous.

Franchement, ce n'est pas à nous à leur fournir des arguments. Qu'il y ait, dans un corps de 25.000 membres, des brebis galeuses, c'est humain, c'est inévitable. Le contraire serait une anomalie. Que l'on cherche à en diminuer le nombre, et surtout, à les rendre inoffensives, autant que possible, c'est parfait.

Mais que ce soit nous-mêmes qui étalions publiquement *leur gale*, avec toute sa puanteur, il y a là une faute. D'autres l'ont déjà signalée. Je les approuve et regrette infiniment que l'esprit, si profondément chrétien, de M. Noël Hallé n'ait pas senti ce que cela pouvait avoir de contraire à son essence même.

Je redirai ce qu'une fois déjà j'ai fait remarquer ; il y a de mauvais prêtres, c'est incontestable. La discipline ecclésiastique s'efforce de les empêcher de nuire. Mais jamais leurs tares ne sont étalées publiquement, par leurs pairs. Jamais, ni par la plume, ni par le verbe, ils ne sont signalés à l'attention publique,

Si les médecins sont, à leur manière, des prêtres, en ce qu'ils devraient exercer un sacerdoce, — et c'est bien ainsi qu'en juge M. Noël Hallé, — ne conviendrait-il pas que, tout en s'efforçant de faire la police chez eux et entre eux, ils couvrent d'un voile, au regard du public, les fautes de certains de leurs confrères ? Geste renouvelé de la Bible d'ailleurs, et dont un fils de Noé nous donna le salutaire exemple !

G. Duchesne.

MÉDECINE SOCIALE

Commentaires d'un praticien sur des questions traitées dans le *Concours Médical*.

I

A propos de l'Assistance médicale gratuite (nº 48, pp. 3078-80).

J'approuve intégralement les commentaires du Dr Paul Boudin. C'est avec raison qu'il écrit ces lignes significatives : « Beaucoup de maires abusent, d'une façon scandaleuse, *en faveur de leur clientèle électorale*, des dispositions de l'article 19 de la loi du 15 juillet 1893, leur permettant d'inscrire, en cas d'urgence, un malade sur les listes de l'assistance médicale gratuite ».

Voici un exemple tout récent de ce genre d'abus dont j'aurais été la victime si je m'étais prêté aux suggestions du maire de l'une des six communes que je dessers.

M. X..., membre du Conseil municipal de ladite commune, se blesse malencontreusement à son domicile, en cassant du bois : section en biseau de la phalange unguéale du pouce, hémorragie ; *dimanche après-midi* ; je fais l'hémostase, je panse, j'injecte 1.500 unités d'antitoxine tétanique ; j'ai tout fourni en ma qualité de propharmacien ; je demande 40 fr. d'honoraires ce qui n'est sûrement pas exagéré. Le blessé vient me voir tous les deux jours ; à la quatrième visite, il me présente une lettre du maire à laquelle est jointe un bon de visite de l'A. M. G. ; le maire m'apprend qu'il accorde d'office le bénéfice de l'A. M. G. à mon client et il me prie de lui indiquer combien de bons de visite seront nécessaires pour compenser la remise au blessé des honoraires qu'il m'a versés.

J'ai refusé catégoriquement d'accéder à cette proposition ; mon client, confus, m'a déclaré qu'il n'avait pas sollicité l'intervention de son maire ; que ce dernier lui avait proposé spontanément de l'inscrire d'office sur la liste des bénéficiaires de l'A. M. G.

Dans la même commune, où ne réside pas de sage-femme, un cultivateur qui a chevaux et bétail m'a demandé ce que je lui « prendrais » pour l'accouchement de sa fille abandonnée par son séducteur (entendez par *abandon*, la situation d'une jeune fille que son séducteur ne veut pas épouser de suite parce qu'il n'a pas encore accompli son service militaire). Je lui réponds : environ trois cents francs. Il y a de cela un mois environ ; j'ai appris tout récemment, qu'en prévision de son accouchement, cette jeune personne avait été admise d'urgence à l'A. M. G.

Dans une autre commune, viennent me voir,

avec des bons de l'A. M. G., les membres d'une famille dont le père a deux chiens et deux fusils de chasse ; d'une autre, dont la mère porte fourrures et boucles d'oreilles d'or. Je dessers aussi deux écarts d'un bourg de 5.000 habitants ; il y a longtemps qu'un de mes clients de ces hameaux me remet des billets de visite portant le n° 240 ; or tous les mois, je lis dans le compte rendu que le journal local donne des séances du Conseil municipal que ce dernier, réuni en commité secret, a prononcé l'admission de nouvelles familles au bénéfice de l'A. M. G. Songez donc : plus de 300 numéros dans un bourg de 5.000 habitants.

Et je connais une famille de onze enfants qui n'est pas secourue et une autre, de sept filles, dont l'aînée a 14 ans ! J'ai jadis recommandé certaines personnes à la bienveillance du bureau de bienfaisance : ce fut en vain. Et pourtant, la loi ne nous autorise-t-elle pas à formuler notre avis lorsqu'il s'agit de faire agréer, par le Conseil municipal, la demande en inscription d'une personne soi-disant nécessiteuse ? Existe-il un seul bourg de France où le médecin est consulté ?

Que penser de ces inscriptions abusives ou de ces non-inscriptions arbitraires, sinon qu'elles révèlent la turpitude abjecte des mœurs politiques contemporaines. Qui en fait les frais ? Le corps médical d'abord ; les contribuables ensuite. Tandis que ces Messieurs, qui comprennent mal leur devoir et trop bien leur intérêt, en retirent seuls un bénéfice aussi illégal que déshonorant ; ne méritent-ils pas de se voir appliquer le jugement sévère que le chroniqueur politique d'un grand journal parisien formulait récemment : contre les profiteurs conscients des monopoles « Le monopole a pour eux cet avantage, très pratique et très précis, qu'il leur permet de payer aux frais du pays les faveurs des électeurs. Il leur sert à acheter des voix. Périssent les finances nationales plutôt que cette préende électorale ! »

II

Accident du travail ou maladie professionnelle ? (n° 49, p. 3156).

Un confrère pose la question de savoir si une *brûlure par ciment* peut être considérée comme un accident du travail. Le *Concours* répond, avec raison, que l'imputabilité ne peut être retenue si l'on s'en tient à la définition de l'accident du travail telle que l'a formulée le garde des sceaux, en 1899 ; qu'il y a, toutefois, des cas particuliers que le juge de paix sera appelé à trancher en cas de contestation de la part de la Compagnie d'assurances. Le jugement dépendra donc, en dernière analyse, du point de vue auquel se placera le magistrat : celui du garde des sceaux, celui de la Cour de Cassation. Or, que formulent-ils ?

1° *Le Garde des Sceaux* : « L'accident consiste dans une lésion corporelle provenant de l'action *soudaine* d'une cause extérieure. La loi ne s'applique pas aux maladies professionnelles provenant d'une cause lente et durable » — C'est clair et net.

2° *La Cour de Cassation* (22 nov. 1922) : « Toute lésion dont le travail, *même normal*, a été la cause ou l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident ». C'est aussi clair et net ; mais n'avons-nous pas là un bel exemple de définition contradictoire d'un même objet ?

La définition de la Cour de Cassation englobe nécessairement les *maladies professionnelles* dont deux seulement sont officiellement reconnues ; les durillons forcés ; les lésions vasculaires spontanées, au cours du travail, chez les artério-scléreux et les variqueux, et quantité d'autres lésions dont l'énumération serait longue et, en somme, illimitée. Qui oserait contester que nos victimes du radium, du thorium, des rayons, des inoculations bactériennes soient des accidentés professionnels ? La plupart, il est vrai, ne sont pas salariés ; mais il se pose là une question de principe qu'il n'est pas inutile de préciser en vue des modifications à apporter, dans l'avenir, au texte de la loi sur les accidents du travail.

Dans la région où j'exerce, après des contestations de principe — rejetées par les magistrats — les compagnies d'assurance acceptent désormais la déclaration des durillons forcés, des ruptures variqueuses, des distensions musculaires et d'autres lésions, objectives ou subjectives, que ne visait sûrement par le texte primitif de la loi de 1898. Voici un exemple de lésion propre à certaines industries où la préparation des moules de fonderie exige le façonnage d'un mélange sable-dextrine préalablement préparé par homogénéisation ; ce travail de rassemblement et de collage est réservé à de jeunes manœuvres dont les mains remuent sans cesse le sable sur une surface plane. Après quelques jours de travail, leurs ongles s'usent d'une façon irrégulière, leur tranche présentant une courbe caractéristique ; l'épiderme de la pulpe des doigts s'amincit, devient luisant, dépourvu de striations concentriques ; des éraillures apparaissent généralement au milieu de la pulpe et il arrive que des petits grains de sable s'y incrustent assez profondément, d'où douleur aiguë et arrêt du travail ; par surcroît, la position de la main, au repos, est intermédiaire entre l'extension et la flexion ; il y a arthralgie au moindre effort de redressement ; la reprise quotidienne du travail est presque toujours douloureuse. Les lésions sont le fait du travail, cela ne fait aucun doute ; il n'y a pourtant pas « accident » selon les termes de la définition du garde des sceaux ; ces cas doivent-ils être reconnus ?

Oui. L'observation que je rapporte est carac-

téristique de ce genre particulier de travail ; mais l'on en citerait bien d'autres se rapportant aux industries diverses (textiles, verreries, chimiques).

Il serait utile qu'on en dressât une liste que l'on compléterait au fur et à mesure de la publication des observations.

III

Le secret professionnel (nº 49, pp. 1359.60).

Cette question, si souvent débattue, est de plus en plus à l'ordre du jour. Les anticipations de nos confrères (1935) dont les mémoires furent primés au concours sont unanimes à déclarer que le secret professionnel deviendra le secret de polichinelle par suite de l'application de la loi d'assurance-maladie. En fait, il n'existe plus en matière d'accidents du travail, ni de médecine administrative (A. M. G., mutilés, fonctionnaires, hôpitaux, grandes compagnies) ; le fait de remettre en mains propres au demandeur les certificats réclamés ne constitue nullement pour nous une garantie juridique vis-à-vis de l'article 378 du Code pénal ; nous sommes sollicités d'y inscrire parfois des choses très délicates et cela à la demande de clients dont la bonne foi est évidente ; mais que tel certificat soit produit à l'occasion d'un procès, l'avocat, dont ce sera l'intérêt de clamer à la violation du secret médical, saura souligner cette violation du code et l'on devine les ennuis qui en peuvent résulter pour le médecin obligeant. Personnellement, il nous est arrivé de trouver étrange, pour ne pas dire plus, l'insistance que mettait un magistrat à nous faire dire — malgré notre retranchement derrière le secret professionnel — ce que nous ne pouvions pas dire. Tant que l'article 378 subsistera, personne, si haut placé fût-il, n'aura le pouvoir de nous délier de notre secret. Nous trouvons *scandaleux* — ainsi que l'écrit notre confrère — que des compagnies d'assurances, pourvues d'un conseil juridique — introduisent comme clause de contrat l'obligation pour les ayants droit d'un assuré de présenter un certificat attestant la cause du décès ; l'enregistrement officiel de pareils contrats semble leur donner force légale devant le tribunal ; c'est là un danger qu'il importe de mettre en évidence.

Si les termes de l'article 378 correspondent à une conception surannée de notre obligation au silence, *en toutes circonstances*, qu'on en demande la modification qui tiendra compte des conditions dans lesquelles s'exercera la médecine de demain. Il semble que cette idée soit en voie de réalisation car le projet déposé au Parlement par le *docteur Pinard*, tendant à rendre obligatoire le certificat médical pré-nuptial, est incompatible avec le maintien de l'article 378 du Code pénal. L'article unique de ce projet est ainsi conçu : « *Tout citoyen voulant contracter mariage ne pourra être inscrit sur les registres de l'état-civil que s'il est muni d'un certificat médical, daté de la veille, attestant qu'il ne présente aucun symptôme appréciable d'une maladie contagieuse* ».

On le voit, le projet du docteur Pinard s'attaque directement au péril vénérien qu'il faut conjurer à tout prix dans notre pays, où la paucinatalité, dont les maladies vénériennes sont une cause appréciable, risque de priver la nation de ses forces d'avenir. Il y a aussi la tuberculose que l'on ne pourra combattre efficacement aussi longtemps que l'on hésitera à adopter les mesures idoines à restreindre dans la plus large mesure la contagiosité de la décimante affection.

Pourquoi telles familles payent-elles un si lourd tribut à la tuberculose ? Par ce que le cas initial n'a pas été isolé. De véritables mesures prophylactiques ne pourront être prises qu'après que l'obligation aura été enjointe *aux familles* de déclarer elles-mêmes l'affection contagieuse dont un de leurs membres pourrait être atteint. Hors de là, les mesures théoriquement les meilleures seront inopérantes.

Est-il besoin de dire que le secret des maladies n'existe pas au village ; que chacun en cause et que, par conséquent, les mesures prophylactiques légales ont plus de chances d'y être réalisées que dans les milieux citadins ? L'organisation médicale technique des assurances sociales, par la création des maisons de diagnostic et des pavillons hospitaliers, aidera puissamment à assurer la prophylaxie *efficiente* de la population.

Nous n'en sommes pas encore là ; en attendant, la lettre formelle de l'article 378 du Code pénal nous fait un devoir de taire tout ce que nous aurons appris dans l'exercice régulier de notre profession, quelqu'angoisse que nous éprouvions parfois à nous maintenir dans ce devoir.

Dr A. B.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

RÉSULTATS DE LA LUTTE ANTISYPHILITIQUE APPLIQUÉE PENDANT UN AN DANS LE DÉPARTEMENT DU LOIRET

Par le Dr CAILLAUD,

Président de la Fédération des Syndicats médicaux du Loiret.

(*Suite*)

II. — Comité de propagande.

Si la lutte antisyphilitique a pu être organisée dans le département du Loiret, c'est en grande partie grâce aux efforts d'une personnalité du département, M. Robert de Massy, président du Tribunal civil, et vice-président de la Commission départementale de la Natalité. Sa ténacité est venue à bout des résistances, et c'est d'accord avec lui qu'a été constitué dans le département le Comité de propagande dont le but est de faire l'éducation du public en matière de lutte antivénérienne et, tout en ne perdant pas de vue la prophylaxie de la syphilis, d'obtenir que tous les syphilitiques contagieux se soignent, l'organisme de lutte poursuivant les porteurs de germe jusqu'au fond des campagnes pour les engager à se faire traiter.

C'est ainsi qu'a été constitué ce Comité. Avaient été conviés à y venir ou à s'y faire représenter les personnalités suivantes :

Préfet du Loiret ou son délégué ;
Commission de la Natalité (MM. Robert de Massy, M. Baillet) ;
Union des Syndicats patronaux ;
Union patronale de la région orléanaise.
Bourse du Travail.
Fédération des Syndicats médicaux (Dr Caillaud) ;
Syndicat pharmaceutique (M. Rabourdin) ;
Service de santé (M. Chambon) ;
Inspecteur d'académie ou son délégué ;
Conseil général ;
Chambre de commerce ;
Municipalité d'Orléans.
Police d'Orléans.
MM. Le Page-Viger, Inspecteur départemental d'hygiène ;
Dr Mercier, membre de la Commission de contrôle ;
Dr Auboyer, membre suppléant de la Commission de contrôle.
Dr Limousi, médecin chargé du dispensaire d'Orléans ;
Pinet, pharmacien répartiteur ;
Cochinal, directeur du laboratoire départemental.

Dès sa première réunion, le Comité de propagande décide de se constituer en Comité d'action, sous le régime de la loi du 1er juillet 1901 sur les associations, et de créer un Comité de patronage en s'adressant aux diverses autorités morales du département. Ces personnalités ont été sollicitées d'accorder leur patronage, et toutes ont donné leur adhésion.

Le Comité de patronage est donc ainsi constitué :

M. le Préfet du Loiret.
MM. les Sénateurs et les Députés du département .
M. le Général Commandant la 5e Région.
M. le Premier président de la Cour d'Appel.
S.E. le Cardinal Touchet, Evêque d'Orléans.
M. le Pasteur Larcher.
M. l'Administrateur du culte israëlite Lang.
M. l'Inspecteur d'Académie.
M. le Président de la Chambre de commerce d'Orléans.
M. le Président du Conseil général.
M. le Maire d'Orléans.
M. le Directeur du Service de santé.

En sa séance du 6 janvier 1925, le Conseil adopte les statuts suivants :

COMITÉ DE PROPAGANDE

pour la lutte antivénérienne dans le département du Loiret.

STATUTS

adoptés dans la séance du 6 janvier 1925.

Art. I. — Il est constitué un organisme autonome de propagande qui prend le nom de Comité de propagande pour la lutte antivénérienne dans le département du Loiret.

Art. II. — Ce Comité aura pour but de saisir l'opinion publique des dangers de la contagion vénérienne pour l'individu, la famille et la race.

Art. III. — Le Comité se propose d'appliquer tous les moyens qui lui sembleront les plus aptes à éduquer le public : articles de presse, tracts, conférences, films éducateurs, affiches, etc. Il donne son

appui à toute mesure propre à obtenir le but poursuivi (propagande vis-à-vis des médecins, des pharmaciens, des membres de l'enseignement, etc.).

Art. IV. — Les dépenses nécessitées par les moyens à mettre en œuvre seront couvertes par un budget constitué par des dons volontaires. En dehors des souscriptions particulières à solliciter, le Comité adressera des demandes de subvention aux diverses collectivités intéressées par la lutte antivénérienne, en particulier Conseils municipaux, Conseil général Ministère de l'hygiène.

Art. V. — Le Comité de propagande comprend deux organismes différents :

1° Un Comité de patronage réunissant les diverses personnalités du département qui voudront bien s'intéresser à cette œuvre et lui apporter leur appui moral ;

2° Un Comité départemental d'action dont le nombre des membres n'est pas limité et qui permettra la représentation de tous les groupements intéressés au succès de la lutte.

Art. VI. — Le Comité départemental est dirigé par un bureau composé de : un président, deux vice-présidents, un secrétaire général, deux secrétaires-adjoints, un trésorier, un trésorier-adjoint. Les membres du bureau sont nommés au bulletin secret pour un an et sont rééligibles.

Art. VII. — Le Comité départemental s'efforce de constituer dans chaque arrondissement un sous-comité local comprenant les personnalités qui sont disposées à apporter leur concours.

Art. VIII. — Le Comité départemental se réunit une fois par trimestre. A chacune de ces réunions, les sous-comités peuvent être invités. La réunion du premier trimestre de chaque année prend le nom d'Assemblée générale. A cette réunion, le secrétaire fera le compte rendu moral de l'année écoulée; le trésorier fera approuver ses comptes. Il y sera procédé aux élections des membres du bureau.

En dehors des quatre assemblées annuelles statutaires, le bureau peut convoquer une réunion du Comité si les circonstances l'exigent.

Dans la première séance en date du 6 janvier 1925, le bureau suivant a été constitué :

Président : M. Robert de Massy, président du tribunal civil, vice-président de la Commission départementale de la natalité du Loiret .

Vice-présidents : M. le docteur Caillaud, président de la Fédération des Syndicats médicaux du Loiret ; M. Forestier, secrétaire général de l'Union patronale de la région orléanaise .

Secrétaire général : M. le médecin-major Chambon.

Secrétaires-adjoints : M. le docteur Mercier ; M. Arsac.

Trésoriers : M. le docteur Limousi ; M. Jules Baillet, secrétaire général de la ligue française à Orléans.

Se mettant de suite en campagne, le Comité d'action envisage comme moyen de propagande des tracts divers, des affiches de conférences.

Le premier tract imprimé sur papier 18/12 est intitulé :

Comité de Propagande pour la Lutte antivénérienne
DANS LE DÉPARTEMENT DU LOIRET

Août 1925.

Conseils d'Hygiène sociale

La **Syphilis non soignée** est une maladie qui dure toute la vie et est **très grave pour l'individu**. La majorité des cas de paralysie, de folie, d'épilepsie, ont la syphilis pour origine. La moitié des aveugles doivent à cette maladie la cause de leur infirmité. Aucun organe n'est à l'abri des atteintes du mal. De nombreuses maladies (du foie, de l'estomac, des reins, du système nerveux ou circulatoire, etc...) qui paraissent de cause banale, sont cependant dues à la syphilis et sont améliorées par un traitement spécial.

La **Syphilis non soignée** est **dangereuse pour la famille**, car elle est contagieuse pour la femme, pour les enfants.

La **Syphilis non soignée** est **dangereuse pour la race**, car elle est héréditaire, pouvant être d'origine paternelle ou maternelle. Elle est une cause de stérilité et la cause la plus fréquente de la venue des enfants morts-nés. Chez l'enfant, elle peut amener la surdité (sourd-muet), la cécité, la déformation des os, etc...

La **Syphilis** peut être contractée involontairement et en dehors de toute atteinte à la morale.

Le début de la maladie est presque toujours un bouton,une écorchure,une induration siégeant sur la partie du corps contaminée. Il faut donc se défier de tout stigmate de ce genre après un contact suspect.

La **Syphilis bien traitée** dès son début **doit guérir**. Prise à temps, la maladie avorte et l'individu est préservé. Soignée rapidement, l'affection perd toute gravité, et surtout sa contagion est enrayée.

On devra se méfier de toutes les réclames faites par voie de journal ou d'affiche en faveur de médicaments ou d'instituts de traitement. Ces réclames cachent presque toujours des médicaments sans action et des instituts sans compétence.

Le traitement est facile et à la portée de tous. Le Ministère de l'Hygiène et l'Administration

préfectorale, avec le concours des Syndicats de médecins et de pharmaciens du département du Loiret, ont créé une organisation de lutte antisyphilitique. D'après le règlement en vigueur, tout malade syphilitique peut s'adresser au médecin de son choix. Soins et médicaments sont fournis gratuitement aux privés de ressources (1). Les médicaments (qui rendent le traitement si onéreux) peuvent être fournis gratuitement aux malades de situation très modeste.

Le malade sera toujours assuré du **secret le plus absolu.**

C'est un crime de ne pas se soigner.

Ce tract a été composé à plusieurs milliers d'exemplaires. Il a été distribué aux auditeurs des diverses conférences. L'évêque d'Orléans s'est chargé d'en faire distribuer aux prêtres du diocèse. L'inspection académique l'a adressé aux instituteurs et institutrices. Il en est donné par les bureaux de l'Etat-civil lors de la déclaration des naissances, et un exemplaire est glissé dans les livrets de mariage.

En même temps, a été imprimée l'affiche dont voici le texte :

La syphilis non soignée est une maladie grave.

La syphilis bien soignée doit guérir.

Le traitement est très facile. Il est mis à la portée de tous par les efforts communs du Ministère de l'hygiène, de l'autorité préfectorale, des médecins et des pharmaciens du département du Loiret.

Vous êtes assurés du secret le plus absolu.

Adressez-vous au médecin de votre choix.

Le traitement est gratuit pour les malades privés de ressources. De plus, les examens de laboratoire et les médicaments seront fournis gratuitement aux personnes de situation modeste.

Aussi, vous n'avez aucune excuse si vous ne vous faites pas traiter.

Ne pas se soigner est un crime.

Il a été fait deux sortes d'exemplaires de cette affiche. Grâce aux bons soins de M. le Préfet, il a pu être apposé dans les mairies du département des affiches blanches non timbrées comme affiches administratives, affiches dont le texte a été légèrement modifié. Les autres affiches sont posées dans tous les endroits où cela a été possible : salles d'attente de justice de paix, d'administration, etc...

Pour compléter l'action près du public, il a été fait des tracts plus courts avec le texte suivant :

(1) Pour cette catégorie de malades, il existe des consultations du soir aux dispensaires d'Orléans et de Gien.

AVIS AU PUBLIC

HYGIÈNE SOCIALE

Traitement & Prophylaxie de la Syphilis.

Pour les soins adressez-vous au médecin de votre choix.

Grâce à l'organisation établie dans le département du Loiret, soins et médicaments sont fournis gratuitement aux malades privés de ressources.

Les médicaments peuvent être fournis gratuitement aux malades de situation modeste.

La SYPHILIS si terrible pour la santé de l'individu et pour l'avenir de la race, BIEN TRAITÉE DES LE DÉBUT, doit guérir.

C'est un crime de ne pas se soigner.

Le Comité de propagande pour la lutte antivénérienne dans le Loiret.

Ce texte, mis sur carton de 55 centimètres de long sur 25 de large, a été placé chez les pharmaciens du département. Le même texte a été établi sur papier, dans les dimensions de 150 millimètres de long sur 118 de large, pour pouvoir être collé sur les urinoirs publics des villes, et des gares du département. Les mêmes tracts ont été placés dans les diverses maisons publiques des villes de garnison.

En dehors de la propagande près du public, il a été fait une propagande près des pharmaciens, et aussi près des sages-femmes, grâce au tract suivant :

HYGIÈNE SOCIALE

Lutte antivénérienne
Prophylaxie de la Syphilis.

APPEL

à la collaboration des Sages-Femmes exerçant dans le département du Loiret.

Il existe dans le département du Loiret une organisation instituée contre la syphilis. D'accord avec le Ministère de l'Hygiène, ce service fonctionne depuis le 1er janvier 1925. Il s'adresse aux malades de SITUATION MODESTE et aux malades PRIVÉS DE RESSOURCES. La première catégorie de malades reçoit GRATUITEMENT LES MÉDICAMENTS ; les malades nécessiteux reçoivent GRATUITEMENT SOINS MÉDICAUX ET MÉDICAMENTS.

Une organisation du même ordre fonctionne

en Belgique depuis quelques années ; les cas de contagion sont de plus en plus rares.

Cette maladie peut disparaître. Nous sommes actuellement très armés contre elle. Avec les médications actuelles les accidents sont bien vite guéris. Nous devons donc faire tous nos efforts pour dépister la syphilis, pour la soigner et éviter ainsi sa dissémination.

Nous comptons sur l'aide des sages-femmes pour faciliter notre tâche. Vous êtes appelées bien souvent à voir des accidents syphilitiques chez des nouveau-nés. Les avortements répétés, les accouchements prématurés avec fœtus non viables ou morts ou macérés, les syphilides bulleuses ou pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds, les syphilides papuleuses, les plaques buccales ou périanales avec fissures des lèvres et de l'anus, le coryza, manifestation précoce et souvent isolée, sont les symptômes de l'infection syphilitique les plus fréquemment observés.

C'est vous qui porterez souvent le diagnostic d'une syphilis quelquefois ignorée des parents. C'est en conseillant aux parents d'aller consulter leur médecin, c'est en insistant auprès d'eux, en leur montrant la gravité de leur maladie pour eux et leurs enfants que vous ferez œuvre utile et que vous nous faciliterez notre œuvre prophylactique.

La syphilis, si terrible dans ses manifestations, doit disparaître, si elle est bien soignée.

Le Comité de Propagande pour la lutte antivénérienne dans le Loiret.

Quant aux médecins, ils ont été prévenus par lettre individuelle de la création du Comité, et ils ont reçu une feuille imprimée dans laquelle les médecins du Comité se sont efforcés de donner, à titre de conseils, des règles simples pour le traitement de la syphilis. Voici ces conseils :

Comité de Propagande pour la Lutte antivénérienne

DANS LE DÉPARTEMENT DU LOIRET

Orléans, 15 *Mai* 1925.

Il est impossible d'instituer un traitement type de la syphilis. Cependant, il semble qu'à l'heure actuelle la majorité des syphiligraphes se rallie à un traitement que nous pouvons résumer de la façon suivante :

Traitement de la syphilis à sa période initiale.

1re ANNÉE. — Novarsénobenzènes (914) par séries de 7 à 8 injections intraveineuses à doses progressives avec intervalles de 5 à 7 jours entre chaque injection.

Pour un homme adulte de 60 kilos, la dose qu'il faudra atteindre et répéter aux dernières injections (sauf réactions et intolérance) devra être de 0 gr. 90 de 914 pour l'homme et de 0 gr. 75 pour la femme.

SÉRIE TYPE. — Novarsénobenzène (914), 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,90, soit 4 gr. 05 ou 4 gr. 95, suivant qu'on aura fait 7 ou 8 injections. Par prudence, les doses de 0 gr. 75 pour la femme et de 0 gr. 90 pour l'homme devront être faites au domicile du malade et suivies d'un repos au lit.

Ces progressions et ces doses ne sont pas intangibles et peuvent être modifiées suivant les cas et les tolérances.

Après chaque injection intraveineuse arsenicale, un moment de repos est recommandable.

Des séries analogues seront faites avec un intervalle de quatre semaines environ.

Il est généralement admis de contrôler son traitement par deux analyses de sang par la méthode Bordet-Wassermann ou de Hecht dans le courant de l'année.

On ferait 3 à 4 séries d'injections intraveineuses de novarsénobenzènes dans la première année.

L'expérience démontre que, dès le début du traitement, il faut compléter l'action des novarsénobenzènes par des injections corrélatives de sels mercuriels (cyanure de mercure intraveineux de préférence).

Le traitement d'attaque par les sels de bismuth est de date trop récente pour qu'on puisse le conseiller formellement. Toutefois, il peut être employé avec avantage chez les malades intolérants à l'arsenic.

ANNÉES SUIVANTES. — Période d'entretien. Il est encore plus difficile que pour le début de fixer des règles précises. Les indications peuvent varier suivant les individus.

Cependant on peut conseiller :

Pour la *deuxième annee* : trois nouvelles séries de novarsénobenzènes.

Pour la *troisième annee* : deux séries.

Pour la *quatrième année* : une série.

Pendant les périodes de repos intercalaire, il paraît utile de compléter l'action des novarsénobenzènes par des injections de sels bismuthiques ou mercuriels.

Après ce traitement, on peut estimer que beaucoup de syphilitiques sont guéris.

Plusieurs réactions échelonnées de B.-W. ou de Hecht négatives et un examen négatif du

liquide céphalo-rachidien confirmeront cette guérison.

Traitement des syphilis anciennes.

L'âge des malades et les manifestations viscérales de la syphilis peuvent être des contre-indications au traitement arsenical. Dans ces conditions, les injections de sels bismuthiques ou mercuriels et l'ingestion des iodures sont recommandables.

Traitement de la syphilis chez la femme enceinte.

Il faut traiter la mère pendant toute la gestation On pourra pratiquer deux à trois séries de novarsénobenzènes avec injections intercalaires de sels mercuriels ou bismuthiques.

Traitement de la syphilis du nouveau-né.

On faisait autrefois uniquement des frictions mercurielles qui ont gardé toute leur valeur.

On peut compléter avec avantage ce traitement par des injections sous-cutanées ou intramusculaires de sels arsenicaux en réservant les intraveineuses (jugulaires et veinesépicraniennes) aux cas très graves et très urgents.

Traitement de la syphilis de la deuxième enfance.

La syphilis héréditaire se manifeste fréquemment à cette période de la vie. Le traitement sera composé de séries d'injections arsenicales, bismuthiques et mercurielles en se basant sur les réactions biologiques et l'état de l'enfant.

En même temps que ces renseignements, les médecins recevaient un modèle de carnet de soins qu'ils sont chargés de remettre eux-mêmes entre les mains de leurs syphilitiques en traitement. Ce carnet a les dimensions de 154 millimètres de long sur 118 de large. Il est à conserver par le malade et à présenter au médecin à chaque consultation et à chaque reprise de traitement. Dans une couverture cartonnée, il comprend 12 pages. Les pages 1 et 2 contiennent les conseils d'hygiène ; la page 3 l'observation du malade ; les pages 4 et 5 les indications du traitement pendant la première année ; les pages 6 et 7, puis 8 et 9 et 10 et 11, les indications thérapeutiques pour les deuxième, troisième et quatrième années. Enfin, la page 12 est destinée aux traitements ultérieurs. Voici les conseils d'hygiène recommandés aux pages 1 et 2 :

CONSEILS D'HYGIÈNE

1° La syphilis est une maladie contagieuse qui peut se transmettre par les rapports sexuels, par les objets de table et les objets de toilette.

Tout syphilitique ayant des accidents doit donc avoir ses objets de table et de toilette personnels.

2° Tout syphilitique doit se soigner, car donner sa maladie est un **crime social.**

Dans toutes les villes de quelque importance il existe des services d'hôpitaux ou des dispensaires où les soins sont donnés par des spécialistes ayant à leur disposition les derniers progrès scientifiques.

Dans le Loiret il existe un dispensaire à Orléans, rue Stanislas-Julien (consultations : mardi, jeudi, samedi, à 20 h. 1/4) et à Gien (consultations : mardi et vendredi, de 9 h. à 10 h.). De plus, grâce à l'organisation établie, tout malade indigent ou nécessiteux pourra s'adresser au médecin de son choix. qui, suivant sa situation, lui permettra d'obtenir la gratuité des médicaments ou même la gratuité des soins.

3° Le traitement doit être en général poursuivi pendant 4 années et sous la direction indispensable d'un médecin. De nombreux médicaments sont efficaces (sels arsenicaux, mercuriels, bismuthiques et iodurés). Le traitement par piqûres est nécessaire. Les modalités en seront indiquées par le médecin traitant.

4° Tout syphilitique doit éviter les excès, l'alcool qui prédispose aux accidents nerveux, et le tabac qui favorise l'apparition des plaques muqueuses et du cancer de la bouche.

5° La femme d'un syphilitique devenant enceinte doit être soignée pendant toute la durée de la grossesse.

6° Tout syphilitique, en dehors des périodes de traitement, doit s'observer et consulter son médecin à l'apparition d'un symptôme suspect.

S'il consulte un médecin pour une autre maladie, il devra toujours lui dire qu'il a eu la syphilis.

Après ses 4 années de traitement, il devra consulter une fois par an son médecin qui jugera si un examen de sang est nécessaire.

7° La syphilis pas ou mal soignée est une maladie grave :

Pour **l'individu** (accidents cutanés, épilepsie, paralysie, cécité, folie et nombre de maladies organiques paraissant banales) ;

Pour **la famille** (elle est contagieuse pour la femme et les enfants) ;

Pour **la race** (maladie héréditaire, elle cause des fausses couches, la venue des enfants morts-nés, la surdité, la cécité, la déformation des os, etc.).

Un syphilitique ne doit donc se marier qu'a-

près un traitement sérieux et avec la permission de son médecin.

La syphilis mal soignée qui ne paraît pas donner d'accidents peut sommeiller pendant dix ans, vingt ans, et donner lieu ensuite à des accidents très graves, parfois mortels.

8° On devra se méfier des réclames faites dans les journaux ou par affiches en faveur de médicaments spéciaux ou d'instituts de traitement. Ces réclames cachent presque toujours des médicaments sans action et des instituts sans compétence ou des charlatans.

9° L'avenir d'un syphilitique dépend de lui-même.

S'il ne se soigne pas ou mal, il court les plus grands dangers et il devient un danger social.

S'il se soigne, il doit guérir, vivre comme tout le monde et avoir des enfants sains.

Est actuellement en préparation un tract destiné aux étrangers, car nombreux sont les ouvriers agricoles ou autres qui, venus d'autres pays, contaminent les Français.

Voici le texte français :

Conseils d'hygiène aux étrangers.

1° Tout étranger résidant en France, atteint de maladie vénérienne, *peut* recevoir les soins nécessaires.

2° Il *doit* se soigner sans retard, car les *maladies vénériennes* sont *contagieuses*, et les transmettre est une mauvaise action.

3° Dans toutes les villes de quelque importance il existe des hôpitaux ou des dispensaires où les soins sont donnés aux vénériens par des spécialistes ayant à leur disposition les derniers progrès scientifiques.

4° En particulier, dans le *Loiret*, il existe :

A *Orléans* : un dispensaire, rue Stanislas-Julien. Consultations : mardi, jeudi, samedi, à 20 h. 1/4.

A *Gien* : un dispensaire. Consultations : mardi, vendredi, de 9 h. à 10 h.

De plus, grâce à l'organisation établie, chaque étranger nécessiteux peut s'adresser au médecin de son choix, qui, selon sa situation, lui permettra d'obtenir la gratuité des médicaments, ou même la gratuité des soins.

5° On se méfiera des réclames faites dans les journaux ou par affiches, en faveur de médicaments ou d'instituts de traitement. Ces réclames cachent presque toujours des médicaments sans action, et des instituts sans compétence.

Ce texte doit être traduit en plusieurs langues : russe, polonais, tchécoslovaque, espagnol, italien, pour être réparti dans les colonies d'ouvriers étrangers.

Je dois dire que tous ces documents ont été rédigés par les médecins membres du Comité, et que, de ce fait, ils émanent directement des représentants de la Fédération des Syndicats médicaux.

***

La première manifestation publique d'activité du Comité a été l'organisation d'une conférence faite le 1er avril 1925, au théâtre de l'Alhambra à Orléans, par M. le Dr Queyrat, accompagnée de la projection d'un film. Cette conférence gratuite a réuni un auditoire de plus d'un millier de personnes. J'ai pu, pendant la projection du film, me mêler au public et entendre les réflexions faites. Je dois dire que les assistants paraissaient intéressés très vivement par le sujet, et en comprendre toute la gravité. C'est à cette conférence que, pour la première fois, furent distribués les premiers tracts. Les journaux locaux rendirent assez longuement compte de cette soirée. Je dois dire d'ailleurs que, très aimablement, la presse de la région s'est mise à la disposition du Comité pour publier ses communiqués. C'est un mode de publicité que, jusqu'à maintenant, le Conseil d'administration a employé avec timidité. Mais la porte reste ouverte, grâce à la complaisance des directeurs des journaux.

Une autre conférence eut lieu le 28 juillet dans une salle de cinéma pour le personnel de la manufacture des tabacs, de l'usine à gaz et de l'usine d'électricité. L'orateur fut notre confrère le Dr Limouzi, et un film fut projeté.

Dans les jours qui suivirent la première conférence, le nombre des consultants vénériens a augmenté, et le dispensaire d'Orléans a eu le double de malades.

D'autres conférences sont en préparation. Le Dr Fauchon s'apprête à faire connaître notre œuvre aux habitants du canton de Châteauneuf-sur-Loire, sous l'autorité du Dr Grinon, maire de la commune.

Dans le même ordre d'idées, il fut fait une propagande directe près des médecins. Comme délégués du Comité, le Dr Limouzi et moi nous sommes rendus à des séances des Syndicats des arrondissements, et nous avons expliqué à nos confrères les avantages du règlement médico-pharmaceutique et l'intérêt que présentait la propagande.

En même temps, se sont poursuivis des efforts pour la création de sous-comités d'arrondissement, les présidents des Syndicats médicaux étant chargés de se mettre en rapport avec les sous-préfets et les autres personnalités. La constitution de ces sous-comités est rendue difficile par suite des oppositions politiques qui ont ten-

dance à se manifester entre diverses personnalités. En fait, à la fin de 1925, seul l'arrondissement de Montargis paraissait devoir arriver à mettre sur pied un sous-comité.

***

Pour réaliser une telle œuvre, le Comité départemental a eu besoin de ressources. Jusqu'à ce jour, il a pu se procurer tout le nécessaire. Le Ministère de l'hygiène lui a accordé une subvention de 4.000 francs ; il a été suivi par le Conseil général, qui a voté 1.000 francs, et par la municipalité d'Orléans, qui a accordé 250 francs. Appel a été fait aux autres municipalités du département. Des subventions volontaires sont même sollicitées. Il est à prévoir que, grâce à ces libéralités, le Comité pourra poursuivre son œuvre sociale.

En 1925, le Comité s'est réuni trois fois, et dans chaque séance a étudié le programme des travaux de propagande à entreprendre, programme qui a été en grande partie réalisé.

***

Si ce Comité de propagande a pu fonctionner de façon aussi efficace, c'est surtout grâce à l'appui moral des médecins qui se sont rendu compte de l'intérêt tout particulier que présentait cette création qui venait appuyer et aider leur action en matière d'hygiène sociale dans leur rayon de clientèle. Mes confrères ont été assez rapidement acquis à l'œuvre entreprise, et la plupart nous ont apporté leur concours le plus entier.

***

Pour terminer nous dirons que l'organisation de la lutte antisyphilitique nous paraît conçue pour donner le maximum d'effet sans nuire à aucun intérêt.

Le règlement médico-pharmaceutique est déjà par lui-même quelque chose d'efficace. Cette action bienfaisante est certainement très élargie grâce aux efforts de la propagande, laquelle a pour but de protéger l'individu et de diriger chez le médecin de son choix le malade qui, jusqu'alors, était surtout sollicité par des officines sujettes à caution, ou des médicaments sans efficacité réelle. C'est une conquête du corps médical de voir adoptées ses conceptions en matière d'hygiène sociale.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. Dargelos, (*Suite*).

Description des symptômes de la tuberculose pulmonaire, et mesures prophylactiques.

Sans nous astreindre à exposer en détail, les symptômes de ce terrible fléau qui sont malheureusement trop connus de tous, nous dirons tout de suite qu'il n'y a pas de maladie contagieuse qui exerce autant de ravages.

La mortalité par tuberculose pulmonaire se chiffre dans tous les pays par des centaines de mille.

Elle est en moyenne, en France, de cent cinquante mille par an.

Elle frappe particulièrement les individus de 16 à 30 ans, c'est-à-dire à l'âge où ils pourraient le plus contribuer, par leur travail, au développement de la richesse nationale. Ce chiffre des décès permet de se faire une idée du nombre fantastique des malheureux qui en sont atteints.

La tuberculose pulmonaire est une maladie éminemment contagieuse. Le fait avait été démontré expérimentalement par Villemin.

La contagion se fait par l'intermédiaire d'un bacille découvert par Koch, dont on lui a donné le nom.

Ce bacille pullule dans les sécrétions pulmonaires, buccales, laryngées, pharyngées des phtisiques.

Ces derniers les répandent au dehors par la salive, projetée à l'occasion des mouvements de la parole, des éternuements, de la toux, surtout par les crachats dont les particules desséchées, mélangées aux poussières, peuvent être introduites dans l'organisme par les mouvements d'inspiration et de déglutition.

La multiplicité des endroits où séjournent ces microbes est un des plus grands obstacles à leur destruction et on n'a pas encore trouvé, comme par exemple pour la fièvre intermittente ou la syphilis, un médicament spécifique pouvant les détruire chez l'individu qui en est porteur.

Malgré ce caractère contagieux, malgré la gravité et l'étendue de ses ravages, la loi n'a pas rendue obligatoire la déclaration de la tuberculose.

Nous estimons, pour plusieurs raisons, qu'elle a agi sagement.

Nous avons dit, au commencement de ce travail, à propos de la résistance apportée par une partie du corps médical à la déclaration des ma-

ladies contagieuses, quel était notre sentiment au sujet de la raison invoquée pour justifier cette abstention, à savoir, le respect du secret professionnel.

Nous avons dit que, partisan convaincu du devoir de ne pas divulguer une chose confiée, nous étions d'avis que, lorsqu'il avait connaissance d'une maladie ou de toute autre chose relative à sa profession, à la suite d'une vraie confidence, le médecin dépositaire de ce secret n'avait pas le droit de le révéler et que nulle puissance au monde ne pouvait l'obliger de faillir à ce devoir.

Dans ces derniers temps on a beaucoup parlé d'ajouter la tuberculose à la liste des maladies à déclaration obligatoire. On a écrit même que l'Académie de médecine consultée, devait donner à ce sujet un avis favorable. Le syndicat des médecins de la Seine s'en est ému et a voté dans une de ses réunions l'ordre du jour suivant, que je cite volontiers, parce qu'il me paraît marqué au coin du bon sens et de la vraie conception de notre devoir professionnel.

« Le Syndicat des médecins de la Seine,

« Considérant que la propagation si regrettable de la tuberculose tient à des causes telles « que : l'insalubrité des logements ouvriers, les « mauvaises conditions d'hygiène de la population et l'alcoolisme, qui dépassent de beaucoup « en importance l'action d'un germe partout « répandu et qu'il est impossible de supprimer « complètement ;

« Considérant que les Pouvoirs publics et leurs « conseils ont avant tout pour devoir impérieux « de remédier à la propagation de la tuberculose par des mesures efficaces et notamment :

« 1° Par une surveillance et une répression sévère de l'industrie insalubre qui consiste à « louer des logements insuffisamment aérés et « éclairés ;

« 2° Par l'amélioration de l'hygiène des travailleurs et de leur alimentation ;

« 3° Par la lutte contre l'alcoolisme.

« Considérant que la déclaration de la tuberculose par la crainte que son éventualité ferait « naître dans l'esprit des malades serait de nature à les empêcher d'avoir recours en toute « confiance au médecin, seul capable d'assurer « l'action prophylactique précoce et nécessaire, « et qu'à l'encontre du but poursuivi, serait ainsi « réalisée administrativement la diffusion du « fléau ;

« Considérant qu'au contraire la désinfection « obligatoire des locaux, au départ des locataires, facile à réaliser sans la violation du secret « professionnel, éviterait tous les inconvénients « de la déclaration et présenterait des garanties « efficaces contre la propagation de toutes les « maladies contagieuses ;

« Proteste, par avance, contre l'adoption pro« jetée d'une mesure presque inutile, mais vexa« toire au premier chef pour la population ;

« Proteste également et surtout contre le rôle « de policier qu'on voudrait, en violation du « secret professionnel, imposer au médecin, en « l'obligeant par un abus de la confiance à lui « témoignée par ses malades, à déclarer les cas « de tuberculose ;

« Décide que cet ordre du jour sera transmis « à l'Académie de médecine, à la Presse et au « Parlement. »

Tout le monde comprendra l'importance de cet ordre du jour, pris par une Assemblée de praticiens, dont la plus grande partie ne néglige certainement pas la déclaration des maladies actuellement inscrites sur le tableau de celles dont la déclaration est obligatoire.

La tuberculose présente dans son évolution deux périodes bien distinctes :

La première pendant laquelle le malade vit de la vie commune et va semant partout les germes contagieux ;

La deuxième, celle où, obligé de garder la chambre ou son lit, il limite forcément le champ d'épandage de ses microbes.

Lorsqu'il est dans ce deuxième cas il est plus facile de se défendre contre la contagion en faisant user d'un crachoir contenant un liquide antiseptique, en procédant à un trempage sérieux des mouchoirs qui peuvent contenir des crachats du malade, la chemise imbibée de sa sueur, enfin, tous les linges qui ont eu un contact avec lui.

Ici, l'antisepsie à pratiquer est la même que celle qui doit être employée pour les maladies contagieuses en général.

Pendant la première période où le phtisique peut fréquenter tous les lieux publics, la mesure est plus difficile, on peut dire impossible.

Je sais bien qu'on a proposé de faire l'éducation du tuberculeux, de lui apprendre qu'il ne doit pas cracher à terre, d'apprendre au public les périls de la contagion. Il est certain que si tous les tuberculeux pouvaient se résoudre à ne pas déambuler, sans être munis d'un crachoir antiseptique, dont ils se serviraient, les difficultés de la lutte seraient bien amoindries. Pour que les résultats en fussent certains, il faudrait que le tuberculeux usât de ces précautions dès le début de sa maladie. Or, ce début est le plus souvent inconnu de sa famille et de lui-même.

Pour que le public pût prendre la mesure de protection consistant à s'éloigner d'un contact tuberculeux il lui faudrait le reconnaître à des signes certains, que personne n'oserait proposer d'employer.

Une bonne solution serait de généraliser les mesures qui interdisent à tout le monde de cracher par terre, dans un endroit quelconque et de trouver un moyen de sanction pratique pour frapper d'une amende si minime qu'elle fût toute

personne ne respectant pas la mesure « *Défense de cracher par terre* ». Les produits de ces amendes seraient affectés à l'entretien de sanatoria.

Si cette pratique antiseptique était observée par tous, ce serait au grand avantage de l'hygiène publique ; en même temps que moins de tuberculeux on verrait moins de grippes, moins de coqueluches, moins de diphtéries, etc., etc., car nous savons que ce n'est pas seulement le bacille de Koch qui est distribué par les sécrétions des voies respiratoires. C'est surtout dès le bas âge, à l'école, que l'habitude de ne pas cracher par terre devrait être inculquée aux enfants.

L'air que l'on respire est certainement le principal agent d'introduction dans l'organisme du bacille de Koch.

Mais ce n'est pas seulement par la voie pulmonaire qu'il peut y pénétrer ; il peut aussi l'envahir par les voies digestives.

Les viandes d'animaux tuberculeux, le lait prevenant de vaches tuberculeuses, peuvent être des causes de tuberculose.

Le microbe ingéré peut pénétrer dans les ganglions mésentériques et médiastinaux, et atteindre par cette voie indirecte son siège de prédilection : le poumon.

C'est pour cela que les viandes des abattoirs devraient être rigoureusement inspectées, pour qu'on rejette de l'alimentation publique celles qui proviennent d'animaux infectés. Disons en passant que la viande de cheval et de chèvre sont les seules qui paraissent ne jamais être envahies par le bacille de Koch.

La même surveillance devrait être exercée dans les laiteries.

Toutes les vaches laitières devraient être soumises, tous les ans, à l'épreuve de la tuberculine, pour qu'on se rende un compte exact de leur état.

Sans doute ces mesures doivent être prises par les soins de l'autorité. Mais le consommateur ne doit pas rester inactif. Pour éviter toute surprise le lait doit être bouilli (1), la viande doit être soumise à une bonne cuisson, plutôt même exagérée qu'insuffisante. C'est le seul moyen de parer aux dangers provenant des viandes soustraites à l'inspection ou des négligences apportées à ce service.

En présence de la limitation forcée de la lutte offensive contre le microbe lui-même, auquel, malgré tous les efforts on ne peut pas fermer tout accès dans l'organisme, on doit prendre toutes les mesures qui fournissent à ce dernier les éléments de défense dont il a besoin pour opposer au germe infectieux la résistance la plus efficace. Les moyens à employer dans ce but se déduisent de la connaissance des causes nécessaires à l'évolution du bacille ; ils consistent à supprimer ces dernières dans la mesure du possible, et à favoriser celles qui peuvent opposer un obstacle à son développement.

Le bacille de Koch n'infecte pas tous les poumons où il se dépose. Mais il y a des terrains favorables à son évolution, des personnes prédisposées à l'infection.

Toutes les causes de débilité, congénitales ou acquises, mettent l'organisme dans un état défectueux de défense. Aussi, doit-on user de tous les moyens capables d'augmenter sa résistance.

Nous avons lu dans le *Journal* du 22 octobre 1912, sous la signature de Victor Margueritte, un exposé de l'utilité de l'hygiène à l'école et par l'école.

L'auteur s'appuie sur l'autorité du Président de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, prof. Debove, et du président de l'Alliance sociale d'hygiène, Léon Bourgeois.

« Ils ont pensé, dit l'auteur de l'article, que le « programme des épreuves écrites pour l'obten-« tion du certificat d'études, comportant entre « autres choses : Notions élémentaires de scien-« ces avec leurs applications, devrait être com-« plété de la façon suivante : Notions élémen-« taires de sciences avec leurs applications à « l'industrie, à l'hygiène et notamment à la lutte « contre la tuberculose et l'alcoolisme . »

MM. Léon Bourgeois et Debove, pour donner une sanction pratique à cet enseignement, ont aussi émis le vœu qu'une interrogation portant sur ces questions fût instituée aux épreuves orales du certificat d'études primaires. Ainsi, l'hygiène cesserait d'être au programme lettre morte, et deviendrait dans la cervelle des jeunes enfants, vivant, vivifiant esprit.

Tel est le vœu collectif que soumettaient à M. Guisthau, en juillet 1913, à la fin de l'année scolaire, les présidents respectifs de ces grandes et bienfaisantes associations.

Nul doute que M. le Ministre de l'Instruction publique ne le prenne en considération.

Il est certain que l'exposition des principes d'hygiène aux jeunes enfants ne peut être que très utile. Le fait signalé plus haut, au sujet de l'épidémie de fièvre typhoïde du Rove, des élèves de l'école venant répéter aux parents la leçon faite sur la nécessité de ne boire que de l'eau bouillie, prouve en même temps l'importance des leçons d'hygiène et l'attention qu'y apportent les jeunes esprits.

Les leçons pratiques, simples et fréquentes, faites à l'école sur les dangers de l'alcoolisme et de la maison insalubre, laisseraient une trace permanente dans le cerveau des enfants. Les résultats d'une telle éducation ne pourraient qu'exercer une salutaire influence.

On ne doit négliger aucun moyen, quelque petit

(1) Pour faire bouillir le lait, il ne suffit pas de le faire monter ; on doit à ce moment, déchirer la pellicule qui s'est élevée au-dessus de la surface du liquide, et faire encore bouillir, pendant cinq minutes.

qu'il soit, pour lutter contre les causes de la tuberculose et, en particulier, pour fortifier l'organisme et augmenter sa résistance contre l'évolution du bacille de Koch.

C'est dans ce but que d'accord avec M. Magne, professeur de gymnastique, nous avons fait donner au Lycée Mignet, une importance spéciale aux exercices respiratoires. Pendant plus de 20 ans, nous avons pu en constater les heureux bienfaits. En 1919, nous avons pu reprendre, avec M. Gleyze, directeur de l'école normale d'instituteurs, sur le même sujet, une conversation que la guerre avait interrompue. Notre désir était d'implanter dans cet établissement cette méthode hygiénique et de l'y organiser au point de vue de son extension future dans les écoles primaires, par l'intermédiaire des instituteurs.

Nous nous basions, pour établir la nécessité de la gymnastique respiratoire, sur les données suivantes :

Tous les médecins qui se trouvent en contact avec les jeunes élèves de 8 à 16 ans, peuvent constater qu'un grand nombre d'entre eux ne sait pas respirer.

Ces enfants, garçons ou filles, ont la poitrine rétrécie, les omoplates relevées, les pectoraux aplatis, les bras grêles ; l'inspiration, chez eux, est faible, incomplète, plus fréquente que chez les autres ; l'ampliation du thorax dans les mouvements d'expiration et d'inspiration ne varie pas au-delà d'un ou deux centimètres ; ils ne peuvent pas faire 50 mètres au pas de course sans éprouver de l'essoufflement. Ces symptômes coïncident toujours avec de la débilité générale, souvent avec un peu de scoliose et constituent une prédisposition à l'infection tuberculeuse.

L'effet de la gymnastique respiratoire produit souvent sur ces sujets des effets remarquables.

Les mouvements exécutés augmentent l'ampleur de la cavité thoracique et élargissent le champ de l'hématose en faisant pénétrer l'air dans les dernières cellules pulmonaires.

La pratique quotidienne de ces mouvements fait que, dans la suite, les enfants respirent automatiquement, d'une façon plus ample ; cet accroissement de l'ampliation du thorax s'accompagne du ralentissement de ses mouvements, et l'on voit des enfants, qui auparavant étaient essoufflés après une course de quelques mètres, exécuter des courses plus longues sans avoir après elles un mouvement respiratoire de plus qu'à l'état normal.

Ces exercices entraînent le redressement de la colonne vertébrale et corrigent en même temps les déviations. Respiration plus complète, circulation et hématose plus parfaites, nutrition plus régulière et, comme conséquence générale, résistance plus grande de l'organisme aux infections et en particulier à la tuberculose, tels sont les bienfaits que l'on peut attendre de l'application précoce et raisonnée des exercices respiratoires.

Voici comment l'organisation de cette méthode à l'école normale d'Aix avait été envisagée :

En dehors, bien entendu, des leçons de gymnastique réglementairement faites aux élèves-maîtres, ceux-ci devaient apprendre d'une façon parfaite les mouvements respiratoires pouvant augmenter les diamètres thoraciques.

Les élèves-maîtres chargés du cours de l'école primaire annexe de l'école normale ont chacun environ 20 enfants sous leur direction.

Selon le plan proposé, à la fin de chaque classe, les enfants se rendant dans les cours de récréation auraient exécuté, sous la direction des élèves-maîtres, des exercices respiratoires. Ces exercices d'une durée de 3 minutes environ se seraient répétés quatre fois par jour.

Les élèves-maîtres devaient veiller à ce que les inspirations et expirations se fissent par les fosses nasales. Dans le cas où, pendant les exercices de respiration, comme pendant ceux de marche, ils auraient vu un enfant régulièrement obligé de respirer la bouche ouverte, ils doivent le signaler, en vue d'un examen de son rhino-pharynx.

Souvent, en effet, ces enfants ont des végétations adénoïdes qui sont un obstacle à la respiration complète, et favorisent l'anémie, l'atonie des organes, amènent la surdité, gênent le développement physique et intellectuel, diminuent la résistance de l'organisme et favorisent la tuberculose. Une intervention, en faisant disparaître ces obstacles à une bonne hématose, produit en général des effets remarquables. Il est donc utile que l'instituteur sache, au besoin, éclairer les parents sur la nécessité d'un examen par leur médecin et un spécialiste.

L'inflexible limite d'âge ne nous a pas permis de poursuivre la réalisation de ce projet dont l'utilité, sinon la nécessité, est incontestable.

En conformité de l'adage, que les petites causes peuvent produire de grands effets, il serait utile d'introduire dans les programmes des écoles primaires l'obligation pour les instituteurs de faire exécuter à leurs élèves des mouvements rythmés de respiration, sans préjudice des mouvements d'assouplissement qui ne peuvent donner, au point de vue de la santé et de l'esthétique, que d'heureux résultats.

Ce n'est pas seulement à l'école primaire que l'on devrait utiliser d'une façon méthodique et suivie la gymnastique respiratoire. On rencontre dans les établissements secondaires de nombreux élèves qui en ont d'autant plus besoin que dans leur jeune enfance la surveillance de leurs fonctions respiratoires a été plus ou moins complètement négligée.

L'introduction obligatoire de la pratique de

ces exercices dans tous les établissements d'instruction serait une chose bien facile et dont l'utilité ne saurait être contestée.

Cette méthode d'éducation respiratoire devrait être adoptée et mise en pratique dans les écoles normales Les instituteurs et institutrices qui auraient pu en constater l'utilité sur leurs élèves de l'école annexe feraient bénéficier plus tard de cette mesure de prophylaxie les enfants confiés à leurs soins.

Au premier rang des facteurs de prédisposition à la tuberculose, il faut mettre l'alcoolisme et l'habitation dans un logement insaluble.

L'influence nocive de l'alcool est indiscutable. Elle a été clairement exposée par M. M.-F. de Lavarenne, à la Commission instituée à l'effet de rechercher les moyens pratiques de combattre la propagation du bacille tuberculeux (1).

« Sans faire l'étude de l'intoxication, dit M. « de Lavarenne dans son rapport, il est néces« saire cependant de dire que si l'alcool à petites « doses possède réellement une action stimulante « due à ce qu'il peut être complètement absorbé, « combiné et servir à la nutrition, on arrive vite « aux doses où, exagérant la combustion, il en« traîne, au contraire, la dénutrition. Il l'amène « parce que la perte de calories qu'il entraîne, « dépasse de beaucoup la quantité qu'il en pour« rait produire, s'il était brûlé dans l'organisme.

« En outre, l'alcool non combiné s'élimine en « nature ; la chose est aujourd'hui prouvée et « récemment M. Nicoux en démontrait le pas« sage de la mère au fœtus et dans le lait de la « nourrice.

« S'éliminant en nature il agit comme toxique « sur les éléments cellulaires, paralysant la sensi« bilité et la contractilité, diminuant l'activité « des ferments. Ralentissant la respiration, il « abaisse la température plus ou moins, suivant « les individus.

« Absorbé par l'estomac il entrave la forma« tion du suc gastrique. Après une absorption « prolongée, ne tardent pas à apparaître la « congestion, puis l'inflammation de la muqueuse « qui déterminent d'abord une abondante sécré« tion du mucus ; puis l'estomac ne sécrète plus, « ne se contracte plus et alors surviennent les « troubles dyspeptiques variés, qui vicient la « nutrition.

« En s'éliminant en nature par les muqueuses, « l'alcool altère l'épithélium de l'intestin, d'où « les troubles de dyspepsie intestinale ; il altère « celui des voies respiratoires d'où les effractions « de la muqueuse, donnant entrée au bacille de « Koch. Ce sont toutes ces altérations des mu« queuses digestives et respiratoires, ce sont les « troubles consécutifs de la nutrition, qui ren« dent si grave la tuberculose des buveurs, en « même temps qu'ils les prédisposent toutparti« culièrement à l'infection. »

(1) Congrès de la tuberculose, 1900.

C'est l'ensemble de tous ces désordres aboutissant à la détérioration graduelle et générale de l'organisme qui constitue l'alcoolisme.

Trop de personnes s'imaginent que pour aboutir à cette affection chronique, il est nécessaire de s'enivrer et elles supposent que l'usage de l'alcool ne peut pas leur être nuisible parce qu'elles n'ont jamais éprouvé les symptômes bien connus de l'ivresse. « Je bois bien un petit verre de blanche le matin, une absinthe avant dîner et avant souper... mais je n'ai jamais été saoul ! » Telle est la réponse qui est le plus souvent faite par les personnes qui vont consulter le médecin.

Ces personnes sont dans une grande erreur.

L'usage continu des spiritueux à des doses qui n'amènent pas l'ivresse, aboutit lentement mais sûrement à l'alcoolisme, tandis que celui qui, sobre d'habitude, se trouvera parfois sous le coup de l'ivresse, pourra conserver une santé parfaite.

La nature de l'alcool ingéré a aussi, au point de vue de la nocivité, la plus grande importance.

Parmi les boissons contenant de l'alcool on doit distinguer :

1° Les boissons fermentées (vin, cidre, bière) dans lesquelles l'alcool produit par la transformation du sucre est intimement dissous, on pourrait dire combiné avec des substances utiles à l'organisme, qui, non seulement atténuent son action sur la muqueuse gastrique, mais peuvent même la contrebalancer et favoriser la nutrition.

2° L'alcool produit par la distillation des liquides fermentés, et ingéré directement et isolément (eau-de-vie de marc, cognac, armagnac, rhum, kirsch, alcool de betterave, alcool de grains) ;

3° Les alcools sucrés, comprenant les diverses liqueurs ;

4° Les apéritifs composés, absinthe, bitter, vermouth et tous les autres amers dits hygiéniques, dont la consommation a augmenté dans 40 ans d'une façon terrifiante. Ce sont surtout ces spiritueux composés qui constituent les grands facteurs de l'alcoolisme et comme conséquence de ce dernier, de la folie et de la tuberculose.

Le rapport de M. de Lavarenne établissait que la consommation des apéritifs, de l'absinthe en particulier était en constante progression. Il est certain que depuis cette époque la consommation est loin d'avoir diminué. Nous lisons, en effet, dans le *Journal de diététique et de bactériologie* du 15 septembre 1912, le relevé de la quantité d'hectolitres d'alcool pur, soumis au droit général de consommation chaque année, depuis 1907 :

En 1907.........	1.289.518	hectolitres
En 1908.........	1.339.578	»
En 1909.........	1.312.006	»
En 1910.........	1.399.034	»
En 1911.........	1.574.018	»

Il faut ajouter l'alcool que l'on boit sans payer les droits.

La proportion est régulière ; elle s'est accentuée en 1911 où elle a été de 20 % supérieure à ce qu'elle était il y a 5 ans. Or, ces alcools sont presque exclusivement des alcools d'industrie puisque, sur près de 2.000.000 d'hectolitres que l'on boit, 110.000 seulement proviennent de la distillation des vins, cidres, marcs et fruits. De plus, ils sont fabriqués avec des alcools de tête et de queue, dont le mauvais goût est masqué par des essences aromatiques : essence d'absinthe, fenouil..., qui ajoutent leur action nocive à celle de l'alcool.

L'absinthe, en dépit de la surtaxe, a vu sa consommation passer de 1907 à 1911, de 160.000 hectolitres d'alcool pur, à 230.000, soit une augmentation de 40 %.

En adoptant pour cette liqueur le titre de 30 degrés, il se serait bu en 1911, 23.000.000 (vingt-trois millions) de litres d'absinthe.

S'appuyant sur le rapport documenté et concluant de M. de Lavarenne, M. le prof. Brouardel, dans son rapport général, faisait adopter par le Congrès les résolutions suivantes :

« Dès maintenant, étant donné le rôle particulièrement nocif des spiritueux : absinthes, bitters, cognacs, etc., dont la consommation a pris, depuis quelques années, un développement progressif inquiétant, il y aurait lieu, d'une façon générale, de favoriser la consommation des boissons fermentées, dont la pureté serait surveillée en entravant la consommation des spiritueux. Etant bien établie la part énorme de l'habitude et de l'occasion offerte, dans le développement de l'alcoolisme et par conséquent le danger des cabarets et du privilège des bouilleurs de cru, les Pouvoirs publics ont le devoir d'intervenir :

« 1° Par des règlements administratifs dans le but d'entraver la fréquentation des cafés et cabarets ;

« 2° Par des actes législatifs dans le but de limiter le nombre des cabarets et de supprimer le privilège des bouilleurs de cru ;

« 3° Par tous les moyens dont ils peuvent disposer, les Pouvoirs publics ont le devoir de favoriser les groupements et les associations qui ont entrepris la lutte contre la tuberculose.

Ces conclusions date nt du 30 septembre 1900.

Les progrès de la consommation d'alcool que nous avons établis plus haut ne font que démontrer l'absolue nécessité d'enrayer ce péril social.

(*A suivre*).

LISTE DES SOUSCRIPTEURS A LA MÉMOIRE DU Dr QUIVY

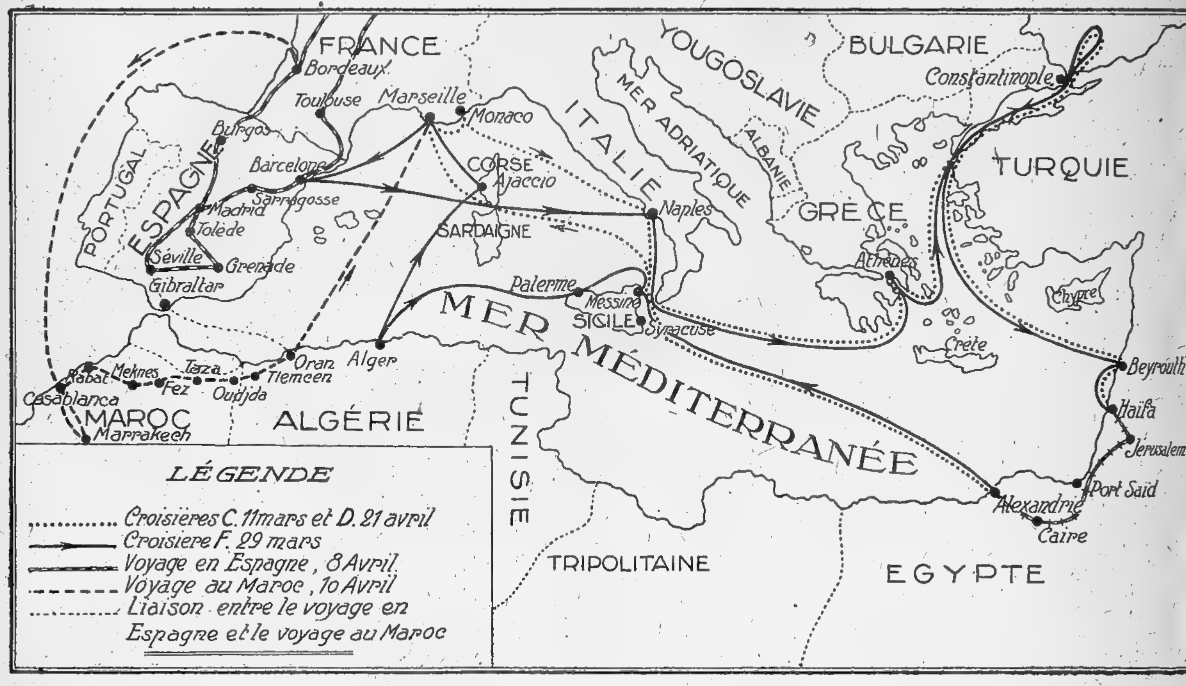
Nouvelle liste

(du 28 décembre 1926 au 7 février 1927.)

Dr Manesse, Bertry, (Nord)	30	fr.
Dr Alglave, 241, boul. Saint-Germain	20	»
Dr Cordonnier, 11 *bis*, avenue Elisée-Reclus	20	»
Dr Priolo, Brive (Corrèze)	50	»
Dr Catonné, 107, rue d'Alésia, Paris	50	»
Dr Caufment, Courbevoie	20	»
Dr Lenglet, secrétaire général de l'Union, rue Vizelay, 9, Paris, 8e	100	»
Dr Decourt, président de l'U. S. M. F.	100	»
Dr Lafontaine, 42, rue de Tocqueville	100	»
Dr Joulin, 72, rue de Monceau, 8e	30	»
Dr Joly, rue La Fontaine, 82	100	»
Dr David de Prades, 27, rue Demours	60	»
Dr Chaperon, avenue Kléber, 70	50	»
Dr Boileau, 54, rue de Rennes	40	»
Dr Delapchier, 98, rue de Rennes	40	»
Dr Chaufour, rue Miromesnil, 64	20	»
Dr Tribout	20	»
Dr Méry	20	»
Dr Mignon, rue du Rocher, 73	50	»
Dr Colanéri, rue Fortuny, 23	50	»
Dr Djian, rue de Constantinople	100	»
Dr Colombier, 5, rue Anatole-de-la-Forge	20	»
Dr Surrel, 132, boul. Saint-Germain	20	»
Dr Thiél	50	»
Dr Blanche, rue de Moscou, 31	30	»
Dr Lehman, boul. Péreire, 9	40	»
Dr Huet	30	»
Dr Jouveau-Dubrueil, boul. Raspail, 135	30	»
Dr Lévy-Lebhar, boul. Raspail, 119	30	»
Dr Seidmann	40	»
Dr Helié, boul. Beaumarchais, 95	20	»
Dr Davoigneau	20	»
Dr Cassan, 15, rue Portalis	40	»
Dr Nahan, 29, rue de Sèvres	40	»
Dr Beaupuy	10	»
Dr Coliez, 95, rue de Rennes	30	»
Dr Paul (D.)	30	»
M. Fropo, 54, rue Vaneau	20	»
« La Betterave »	300	»
Dr Jean Mallet, 108, rue de Patay	50	»
Dr Calot, 69, quai d'Orsay	20	»

VOYAGES MÉDICAUX

La Section des Voyages de « Bruxelles-Médical », qui a fait voyager jusqu'à présent près de 1.000 personnes appartenant à la grande famille médicale européenne, continue son activité : nos lecteurs ont trouvé dans un précédent numéro du *Concours* tous les renseignements concernant les itinéraires au-



nées.) La réduction médicale ainsi consentie est de 30 à 45 % sur les tarifs officiels et s'étend aux médecins et à leurs familles. Des clients auxquels la cure de haute mer serait recommandée jouiront aussi de réductions. Pour tous renseignements s'adresser à la *section des voyages de « Bruxelles-médi-*

Maroc et en Orient. La carte ci-jointe pourra les compléter. Ces voyages sont d'une durée de 22 à 33 jours et coûtent, *tous frais compris*, tant pour les trajets maritimes que pour les séjours et excursions à terre : MAROC : 5.975 fr. français ; CROISIÈRES D'ORIENT : depuis 305 dollars en 1re classe A, 230 dollars en 1re classe B, et 208 dollars en seconde classe (luxueux paquebots de 16.000 tonnes, trois chemi-

cal », 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

Pour août-septembre : Etats-Unis par les Açores, depuis 300 dollars, tout compris. — Italie Méridionale-Sicile-Algérie-Corse, depuis 1.000 francs le billet maritime — Orient.

(N.B. — Ne pas tenir compte du voyage en Espagne renseigné sur cette carte.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr GUILLARD, de Rebais (Seine-et-Marne). — M. le Dr VINCENT, de Nanterre (Seine). — M. le Dr J. GRUNBERG, de Paris. — M. le Dr Emile PRUVOST (deParis), directeur de l'enseignement de l'Association des Dames françaises. — M. le Dr J. LEVAL, d'Aubel. — M. le Dr André PONSELLE, de Paris. — M. le Dr BARDON, de Brive. — M. le Dr SAUTEL, de Salon (Bouches-du-Rhône). — M. le Dr SAUVAGE, de Lorient (Morbihan). — M. le Dr Marcel BRIAND, médecin honoraire des asiles de la Seine.

— **Annuaire médical et pharmaceutique de l'Algérie, Tunisie, Maroc,** édition 1927 (65, rue d'Isly, à Alger), directeur-rédacteur en chef : Dr JOSSE. Un volume relié : 300 pages. Prix : 16 fr. 50 franco). Contient la liste exacte (adresses, téléphones, facultés d'origine et dates de soutenances de thèse) de tous les médecins, pharmaciens, sages-femmes, dentistes, vétérinaires de l'Afrique du Nord, la liste des Syndicats médicaux et leurs membres, la désignation et composition du personnel médical de la Faculté d'Alger, des hôpitaux, dispensaires, cliniques, etc., de l'Afrique du Nord. Il renferme également une rubrique très complète des stations hydrominérales, thermales et climatiques de la France et de l'Afrique du Nord avec toutes indications et tous renseignements.

— **Cours théorique et pratique de radio-diagnostic médical**, sous la direction du Pr E. SERGENT.

Ce cours aura lieu matin et soir à la Clinique propédeutique de la Charité, du 1er au 26 mars inclus, et portera sur l'emploi de l'examen radiologique pour le diagnostic des différentes affections médicales.

Les exercices pratiques seront réservés aux élèves qui auront versé un droit d'inscription de 250 fr.

S'inscrire les lundi, mercredi, vendredi de 14 à 16 heures au secrétariat de la Faculté (guichet 4).

— **L'hygiène par l'image.** — *Le jeu de l'oie*, du Dr Georges SCHREIBER, présenté par le Comité national de l'enfance, 37, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (8e). Prix : 3 fr. (expédié franco : 3 fr. 50). — Ce jeu en couleurs, plaisamment illustré, constitue un enseignement à la fois très précis et très vivant. Les 63 cases qu'il comporte représentent chacune une scène destinée à frapper l'imagination des enfants, en leur inculquant les notions fondamentales de la puériculture et de l'hygiène.

Préceptes d'allaitement, de saine alimentation, de vie au grand air, de précautions antituberculeuses, de contrôle sanitaire périodique, de médecine préventive (contre la variole, la diphtérie, etc.), de morale, etc., etc., sont donnés par des images riantes et souvent comiques.

L'auteur a voulu « instruire en amusant » et il y a pleinement réussi.

— **Amphithéâtre d'anatomie** — *Chirurgie gynécologique.* Technique opératoire par M. Jean Braine, prosecteur. — Nombre des leçons : dix. — Jours et heure des leçons : tous les jours, à 14 h. — Début du cours : lundi 23 mars, à 14 h. — Droit d'inscription : 350 fr. — Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Programme du cours. — I. Dilatation du col, biopsie du col, curettage, injections intra-utérines, ablations des polypes utérins, stomatoplastie, amputation du col, colpotomie.

II. Colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie, suture des releveurs, cloisonnement du vagin (Le Fort), colpectomie totale, opération de Shauta.

III. La laparotomie en gynécologie : laparatomies médiane et transversale. Anatomie chirurgicale du petit bassin. Traitement des déviations utérines : ligatomenpexie, hystéropexie. Suture de la paroi. Anesthésie.

IV. Kystes de l'ovaire, kystes du ligament large. Ablation unilatérale des annexes. Grossesse extra-utérine et hématocèles pelviennes.

V. Hystérectomie abdominale subtotale. Traitement des fibromes, myomectomie. Technique de l'hystérectomie pour suppurations annexielles : procédé Terrier, procédé américain, décollation, hémisection.

VI. Hystérectomie abdominale totale. Le drainage dans l'hystérectomie : drainage abdominal et vaginal (le Mikulicz).

VII. Hystérectomie totale élargie pour cancer du col (Wertheim).

VIII. Blessures de l'uretère récentes et anciennes (fistules), urétérorraphie, urétéro-cysto néostomie. Traitement des fistules vésico et recto-vaginales.

IX. Hystérectomie vaginale, indications et technique.

X. Traitement des abcès du sein, des tumeurs du sein, adénome, cancer. Curage ganglionnaire de l'aisselle.

— **Association des mutilés de l'oreille.** — Association des sourds de guerre et des sourds civils des deux sexes, fondée en 1924.

Secrétariat général : 103, avenue de la Marne, à Asnières (Seine).

L'Association a pour but :

1) De réunir dans un esprit de solidarité les mutilés et réformés de l'oreille, les sourds et demi-sourds de guerre, pour défendre leurs droits et leurs intérêts moraux et matériels.

2) De donner à ses membres un appui effectif pour tout ce qui concerne les pensions militaires accordées par l'État, les soins médicaux et chirurgicaux et l'appareillage indispensable dont les mutilés peuvent avoir besoin.

3) De leur permettre, dans la mesure du possible et selon les moyens de la Société, d'améliorer leur état par les nouvelles méthodes de lecture labiale et de rééducation auditive, ainsi que par l'emploi d'appareils spéciaux.

4) De réaliser la Maison des mutilés de l'oreille.

— **Enseignement de la puériculture élémentaire dans les écoles primaires.** — *Leçons élémentaires de puériculture* : 1 brochure de 32 pages, éditée par le Comité national de l'enfance, Paris 1926. 154e mille. Prix : 2 francs.

Ces leçons, rédigées par M. Georges SCHREIBER et Mme GONSE BOAS, ont été publiées par les soins d'une Commission présidée par M. Guinon. Destinées aux fillettes de 11 à 13 ans, elles constituent un excellent cours de puériculture élémentaire et sont répandues dans toutes les écoles primaires de la France.

Le tirage de cette brochure dépasse actuellement 150.000, ce qui montre le succès qu'elle a obtenu auprès des institutrices, des familles et de toutes les personnes qui s'intéressent à la puériculture.

— **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.** — La XXXIe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Blois, du 1er au 6 août 1927.

Président : M. le prof. Raviart, de Lille.

Vice-président : M. le prof. Henri Claude, de Paris.

Secrétaire général : M. le Dr Olivier, médecin-directeur de la Maison de santé de Blois (Loir-et-Cher).

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIe session. Psychiatrie : l'automatisme mental. Rapporteurs : M. le Dr Lévy-Valensi (de Paris), et M. le Dr Nayrac (de Lille). Neurologie : Les tumeurs des ventricules latéraux. Rapporteur : M. le Dr Jumentié (de Paris). Médecine légale : le divorce des aliénés. Sa jurisprudence. Son application, ses résultats. Rapporteur : M. le Dr Boven (de Lausanne).

N.B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au Dr Olivier, secrétaire général de la XXXIe session, médecin-directeur de la Maison de santé de Blois (Loir-et-Cher).

Le prix de la cotisation est de 50 francs pour les membres adhérents et de 30 francs pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le mois de juin 1927 recevront les rapports dès leur publication.

— **A propos d'une circulaire financière récente.** — Notre collègue et ami L.-M. PIERRA, secrétaire général de l'Association de la Presse Médicale française, nous prie de déclarer qu'il n'a jamais sous aucune forme donné aux fondateurs de la Société « Le Foyer Médical », l'autorisation de faire figurer son nom en tête d'une circulaire financière faisant appel au crédit public en faveur de cette Société.

Il avait seulement accepté de représenter l'Association de la Presse médicale française dans le Comité de patronage d'une œuvre dont le principe lui paraissait et lui paraît encore intéressant. Et c'est par suite d'un véritable abus que son adhésion semble couvrir une opération financière à laquelle il a toujours entendu, comme tous les membres dudit Comité, demeurer étranger. Pour éviter toute équivoque, il a cru devoir adresser sa démission au président.

— **Comité d'hygiène de la Société des Nations (Genève).** — La huitième session du Comité d'hygiène de la Société des Nations s'est occupée des questions suivantes : adoption d'une unité internationale pour l'insuline, sérums anti-diphtériques utilisés dans les divers pays, bureaux de renseignements épidémiologiques, etc.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — *Chirurgie des voies urinaires.* Technique opératoire par M. Louis Michon, prosecteur. — Nombre des leçons : dix. — Jours et heures des leçons : tous les jours, à 14 h. — Début du cours : lundi 25 avril, à 14 h. — Droit d'inscription : 350 fr. — Lieu d'insciption : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e^).

Les auditeurs répèteront individuellement les opérations.

Programme du cours. — I. Anatomie chirurgicale et voies d'accès du rein. Néphropexie. Décapsulation du rein.

II. Pyélotomie. Pyélotomie élargie. Néphrotomie. Néphrostomie.

III. Voies d'accès et chirurgie de l'uretère. Urétérotomie. Sutures de l'uretère. Urétéro-néo-cystostomie. Urétéroplasties. Urétéro-pyélostomie.

IV. La néphrectomie : voies lombaires transversale, sous-péritonéale, transpéritonéale. Néphrectomie secondaire.

V. La taille sus-pubienne, ses diverses indications. Cystostomie simple. Lithotritie.

VI. Cystectomies. Prostatectomie hypogastrique. Traitement des fistules vésico-vaginales par voies transvésicale, transpéritonéo-vésicale et vaginale.

VII. Urétrotomie interne et externe. Traitement des ruptures traumatiques de l'urètre. Traitement de l'hypospadias, de l'épispadias et de l'exstrophie vésicale.

VIII. Ouverture des abcès de la prostate. Prostatectomie périnéale. Opération de Young pour le cancer de la prostate.

IX. Circoncision. Orchidopexie. Varicocèle. Hydrocèle. Epididymectomie.

X. Orchidotomie. Castration. Traitement du cancer du testicule. Amputation de la verge. Emasculation totale.

— **Chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique. Technique opératoire,** par MM. P. Winter, N. Carrega et Harburger, chefs de clinique. — Nombre des leçons : dix.

Jours et heures des leçons : lundi, mercredi, vendredi, à 14 heures.

Droit d'inscription : 350 francs.

Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e)

Les auditeurs répèteront individuellement les opérations.

Ce cours aura lieu deux fois dans le cours de l'année à l'Amphithéâtre d'anatomie : la première série commencera le lundi 2 mai, la seconde le lundi 26 septembre.

Programme du cours. — I. Technique de l'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie. Trépanation mastoïdienne. — II. Evidement partiel de la caisse et évidement pétro-mastoïdien. Trépanation du labyrinthe. — III. Traitement des complications veineuses et encéphaliques des otites suppurées (thrombo-phlébites, méningites, abcès encéphaliques et péri-encéphaliques). Ligatures vasculaires du cou. — IV. Résection sous-muqueuse du septum nasal. La chirurgie du sphénoïde. — V. Chirurgie du sinus frontal, de l'ethmoïde. Les rhinotomies. — VI. Chirurgie du sinus maxillaire. Résections des maxillaires. — VII. Les ouvertures temporaires et permanentes du conduit laryngo-trachéal. Traitement des fistules et des stomies laryngo-trachéales. — VIII. Les voies d'accès vers l'isthme du gosier et le carrefour aéro-digestif. Les pharyngotomies hautes et basses. L'œsophagotomie externe. — IX. La laryngectomie partielle et totale. Les laryngectomies économiques. — X. La broncho-œsophagoscopie.

— **Ve Congrès de stomatologie** 1927. — Le prochain Congrès de Stomatologie se tiendra à Paris du 24 au 30 octobre 1927, à la Faculté de Médecine de Paris, et à l'Ecole française de Stomatologie. Président : Dr Girès ; vice-présidents : Dr Béliard, de Paris ; Dr Fichot, de Clermont-Ferrand ; secrétaire général : Dr Leclercq ; trésorier : Dr Psaume.

Les questions suivantes ont été choisies par le Comité d'organisation pour faire l'objet d'un rapport : De l'extraction chirurgicale des dents (rapporteur, Dr Monier) ; les ostéites du maxillaire inférieur (rapporteur, Dr Gornouëc). Deux questions seront mises en discussion : Hygiène buccale des enfants à l'école et dans la famille (ouverture de la discussion par le Dr Tellier) ; La stérilisation en stomatologie (ouverture de la discussion par le Dr Fargin-Fayolle).

Un certain nombre de séances seront réservées aux communications libres et aux démonstrations techniques ; les titres devront être envoyés au Secrétaire général avant le 1er juin 1927. Une séance sera consacrée à la réunion du Syndicat des Stomatologistes, et une séance à l'Union Stomatologique Internationale.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Secrétaire général : Dr Leclercq, 9, boulevard de la Madeleine, Paris (1er). La cotisation qui est de 50 francs, et les inscriptions, sont reçues, dès maintenant, par le trésorier, le docteur Psaume, 60, rue de Rennes, Paris, Compte chèques postaux : « Paris, 923-76 » Une exposition très complète d'instruments et d'appareils de toutes sortes concernant la stomatologie, sera adjointe au Congrès.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée** *De Nice à Marseille en autocar P.L.M.* — Si vous voulez voir la Côte d'Azur sous son plus bel aspect, allez de Nice à Marseille en autocar P.L.M. Le voyage se fait en un jour et demi, avec coucher à Hyères ou Toulon dans les deux sens. Les voitures suivent le bord de la mer et permettent de visiter, non seulement les grandes stations mondaines, mais aussi les stations plus intimes et plus reposantes de la Côte de l'Estérel et de la Côte des Maures.

Signalons également que des services d'excursions sillonnent les environs de Nice, Cannes, St-Raphaël, Ste-Maxime, Hyères, Toulon et Marseille.

Les voyageurs peuvent se procurer dans les agences et bureaux P.L.M. de renseignements, comme aussi dans les Agences de voyages, des billets combinés comprenant à la fois des parcours en chemin de fer et des trajets en autocar. Ces billets offrent une réduction de 5 % sur le prix du voyage en autocar.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Farine et pain de sarrasin

M. Eugène Collin, chimiste au Laboratoire Central du Service de la Répression des Fraudes, écrit (1) :

« La farine de sarrasin est grisâtre, rude et sèche « au toucher ; elle a une *saveur un peu âcre*, et une « *odeur qui rappelle* celle du *blé échauffé* ; elle ne se « pelotonne pas sous la main.

« Pour celui qui ne la connaît qu'imparfaitement, « cette farine revêt, à première vue, un *caractère sus-* « *pect* dû à la présence et au *nombre considérable de* « *particules grises et noires* qui l'ont fait appeler *blé* « *noir* et qui font de suite songer à la présence d'une « *farine fortement niellée*..... Aussi comprend-on « l'émoi qu'éprouvèrent les *Niçois* qui, habitués à « manger du bon pain blanc, même pendant la « guerre, furent soumis pendant trois ou quatre « jours, au régime d'un pain préparé avec une farine « contenant une proportion exagérée de sarrasin. Il « eût été si facile de leur démontrer, sans passer par « la Préfecture, que l'aliment incriminé constituait « une bonne partie de la nourriture des *Auvergnats* « et des *Bretons* ! »

Pas content, M. Collin, chimiste du Laboratoire central du Service de la répression des fraudes. Ces messieurs de Nice qui osent se plaindre à la Préfecture que leur pain est noir, sent le blé échauffé et a une saveur aigre ; pourquoi les Niçois n'en mangeraient-ils pas ? Son « les Auvergnats et les Bretons en mangent bien ! » est superbe. Le point d'exclamation est dans le texte original de M. Collin.

Un peu plus loin dans ce même article sur la farine de sarrasin, je détache la phrase suivante :

« *Les débris noirâtres* et durs qui donnent *à cette* « *farine l'apparence extérieure d'une farine suspecte* « *pouvant contenir de la nielle en proportion démesurée,* « diffèrent complètemet des téguments de nielle... « Ils n'ont rien de comparable non plus avec les pla- « ques de cellules palissadiques qui caractérisent les « *graines de vesces et de gesses* qui ABONDAIENT dans « certaines farines de guerre mal nettoyées. »

Nouvelle preuve, en passant que nous risquions tous les jours d'être atteints d'accidents de lathyrisme médullaire.

A. Veillard.

(1) *Annales des Falsifications et des Fraudes*, Nov-déc. 1918, p. 172.

FAITS CLINIQUES

Varicelle et Zona

A plusieurs reprises, le *Concours Médical* a publié des observations de zona et varicelle coïncidant d'une façon troublante.

Voulez-vous me permettre d'apporter à cette question si débattue ma modeste contribution ?

Homme de 58 ans, atteint en janvier dernier d'un zona typique. Environ quinze jours plus tard, une fille du malade, habitant un village voisin, mais venue à deux reprises rendre visite à son père, présente une varicelle intense.

Une autre fille, qui vit avec ses parents, est restée indemne. Mais la mère se souvient très nettement qu'elle a été atteinte de la varicelle dans son enfance, tandis que la sœur aînée — la malade actuelle — avait échappé à cette maladie.

Dr PHELEBON,
Montrichard (L.-et-C.).

CORRESPONDANCE

Accidents.

552. — Majoration de prime d'assurance accidents.

Je prends connaissance aujourd'hui de votre réponse — par la voie du *Concours médical* — à une question sur les « majorations de prix demandées par les Assurances accidents ».

Je suis dans le même cas. Assuré à la Compagnie X, je reçois une proposition d'extension de garantie (loi 8 juillet 1926) moyennant une augmentation de 15 % de la prime.

Mon assurance porte sur : une bonne à tout faire rémunérée 3.500 fr. par an ; un homme de peine (jardinier) que je prends de temps en temps, dont le salaire est évalué à 1.600 fr. par an. Le montant de ma prime est de 42 fr. annuellement.

J'aimerais savoir : en cas d'incapacité totale permanente, le montant de la rente qui serait allouée par la loi à ces deux personnes :

1° D'après la législation antérieure à juillet 1926.

2° D'après la législation actuelle.

Si vraiment vous estimez exagérée dans le cas que je vous soumets, la surprime proposée et ce que vous me conseillez de faire.

3° En outre, j'aimerais savoir quelle allocation

journalière serait payable, en cas d'incapacité temporaire (après le quatrième jour).

(En réalité, je paye 2 fr. l'heure le journalier que j'emploie de temps en temps). Dr T.

Réponse.

Si le salaire que vous payez annuellement à votre bonne et à votre jardinier ne dépasse pas, pour chacun d'eux, la somme de 4.500 fr., la loi du 8 juillet 1926 n'ajoute aucune charge aux obligations que vous avez envers eux en vertu de la législation sur les accidents du travail.

Toutefois, nous tenons à vous faire observer que, pour l'évaluation du salaire de votre bonne, doivent entrer en ligne de compte les prestations de nourriture et de logement que vous lui fournissez.

Quant à votre jardinier, c'est la loi du 15 décembre 1922 sur l'application de la loi accidents du travail aux exploitations agricoles qui le concerne.

En cas d'incapacité permanente partielle ou totale, votre bonne aurait droit à une rente calculée sur l'ensemble de son salaire annuel effectif et votre jardinier à une rente calculée sur le salaire minimum fixé chaque année pour le département par le préfet (article 9).

Pendant l'incapacité temporaire, votre bonne aurait droit à une indemnité égale à son salaire mensuel (y compris logement et nourriture) réduit de moitié et divisé par le nombre de jours ouvrables contenus dans le mois. Ce demi salaire lui serait dû pour chaque journée d'incapacité, même les jours fériés.

Le jardinier, lui, aurait droit à un demi salaire égal à la moitié du salaire touché chez vous au moment de l'accident.

Il est difficile de vous donner des précisions sur la quotité des demi-salaires et des rentes, dans l'un et l'autre cas, ne sachant pas combien d'heures par jour vous occupez votre jardinier quand il travaille chez vous, quel est le montant du salaire minimum pour les ouvriers agricoles fixé par le préfet et à combien peuvent être évaluées les prestations en nature qui forment le complément du salaire de votre bonne.

En tout cas, si le salaire annuel de votre bonne et le salaire annuel minimum des ouvriers agricoles ne dépassent pas 4.500 fr., vous n'avez aucune raison de supporter une majoration de prime quelconque.

Cependant, étant donné le peu d'importance de la majoration qui vous est demandée, il serait peut-être préférable de l'accepter, pour vous prémunir contre les variations possibles du salaire annuel minimum, en cas de rente due à votre jardinier.

656. — Consolidation de la blessure. Droits d'un ouvrier étranger.

Je soigne depuis cinq mois un Espagnol atteint de fracture de la colonne vertébrale au niveau de la XIIe dorsale, cet homme actuellement guéri de sa fracture sans compression médullaire présente toujours des phénomènes douloureux siégeant au niveau du foyer de fracture avec irradiation vers le creux épigastrique et gêne dans les mouvements du tronc. Un physiothérapeute consulté a conseillé la diathermie, mais la Compagnie refuse ce traitement et demande la consolidation immédiate.

Dans l'état actuel, mon blessé est incapable de travailler, dois-je me conformer au désir de la compagnie et signer un certificat à 100 p. 100 ?

Une autre chose inquiète mon client, c'est la crainte qu'il a de perdre sa pension dans le cas où, comme il le désire, il rentrerait en Espagne. Étant donné l'impossibilité dans laquelle il est de travailler peut-on l'obliger à rester en France, loin de sa famille, avec une maigre pension ? N'a-t-il aucun recours contre la Compagnie ?

D^r C.

Réponse.

Les indemnités temporaires, en matière, d'accident du travail, sont dues jusqu'à consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve, soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente (article 15 de la loi du 9 avril 1898).

Ce n'est pas à l'assurance de fixer, de sa propre autorité, la date de la consolidation. Si vous estimez que la diathermie peut, dans une certaine mesure, améliorer l'état du blessé, on ne peut dire que son état est dès à présent définitif et consolidé. En cas de contestation, seule une expertise médicale pourrait trancher la question. Si l'assurance refuse de continuer à payer au blessé son demi-salaire, que celui-ci cite son patron devant le juge de paix, de façon à faire ordonner l'expertise. Pour appuyer la demande de votre client, délivrez-lui un certificat dans lequel vous direz que vous pensez que son état peut être amélioré par la diathermie et que, dans ces conditions, la consolidation ne peut être considérée comme acquise.

Lorsque, la consolidation une fois acquise, le blessé sera pourvu d'une rente, il faudra qu'il continue à habiter en France, s'il veut que sa rente lui soit toujours servie. En effet, l'article 3 de la loi sur les accidents du travail dispose que les ouvriers étrangers, victimes d'accidents, qui cesseront de résider sur le territoire français, recevront, pour toute indemnité, un capital égal à trois fois la rente qui leur avait été allouée. Un dernier alinéa du même article 3 dit bien que ces dispositions pourront être modifiées par traités pour les étrangers dont les pays d'origine garantiraient à nos nationaux des avantages équivalents, mais il n'existe aucun traité de ce genre avec l'Espagne.

571. — Entreprise de transport de bois.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner votre opinion sur l'affaire suivante qui intéresse un de mes clients.

Celui-ci M. B. effectue depuis deux ans le transport des arbres appartenant à M. A. négociant en bois.

Il travaille *exclusivement* pour A. mais possède son matériel et ses chevaux.

B. vient d'être victime d'un accident grave (enfoncement du thorax). Est-il couvert par l'assurance de A. bien que possédant une assurance individuelle accidents insuffisante ?

B. est payé suivant le nombre de mètres cubes transportés. Dr A.

Réponse.

Dès lors que le transporteur a conclu avec le marchand de bois un marché à prix d'unité et se sert d'un matériel lui appartenant, son indépendance au regard de l'exploitation est complète ; il est réellement patron et, par conséquent, ne saurait bénéficier de la législation sur les accidents du travail. Voir en ce sens Sachet : « Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail », édition 1926, page 171, n° 237.

Dans ces conditions, votre client pourra seulement se faire indemniser par son assurance individuelle, mais ne pourra exercer aucun recours contre le marchand de bois qui l'emploie.

587. — Accident survenu à des ouvriers qui jouaient.

Dans une usine, pendant les heures de travail, deux jeunes ouvriers jouent à saute-mouton ; l'un d'eux se reçoit mal et se fracture la jambe.

Est-ce un accident de travail ? Il est bien entendu que ce genre d'exercice n'a pas été commandé, au contraire et, par ailleurs, cela s'est produit pendant les heures de travail, dans l'usine.

Dr L.

Réponse.

La question que vous nous posez est, en effet, assez délicate.

Il semblerait, *a priori*, que l'accident ne puisse être considéré comme un accident du travail, puisqu'il n'a aucun rapport avec le travail.

Cependant, il ne faut pas oublier qu'il s'est produit sinon par le fait, tout au moins à l'occasion du travail, alors que les deux ouvriers étaient placés sous la surveillance et la direction de leur patron.

Cette considération doit, à notre avis, faire décider que la loi du 9 avril 1898 est applicable dans l'espèce. Notre opinion se fonde sur un arrêt de la Chambre civile de la Cour de Cassation, en date du 9 avril 1919 (S. 21-1-1369), arrêt d'ailleurs en contradition avec plusieurs décisions de jurisprudence émanant de juridictions moins élevées, aux termes duquel a été admis au

bénéfice de la loi un garçon boucher qui, en allant, sur l'ordre de son patron, porter des marchandises à des clients, s'est amusé quelques instants avec un de ses camarades rencontré chemin faisant et a fait une chute dans la rue en s'efforçant de lui reprendre son panier qui contenait des marchandises à livrer.

Nous estimons que le cas que vous nous citez est en tous points semblables à celui qui a fait l'objet de l'arrêt de Cassation sus-rappelé, et doit recevoir la même solution.

Application des Tarifs Durafour et Fallières

79. — Autorisation pour pratiquer la radiographie.

Je vous adresse ci-jointe la copie d'une lettre que j'ai adressée il y a un mois à la Compagnie X.

La Compagnie ne m'a pas même répondu.

D[r] B.

Lettre à la Compagnie.

Le 31 septembre 1926, j'ai radiographié, sur la demande du D[r] R., son médecin traitant, L. M.

Aujourd'hui, je reçois l'avis que votre Compagnie refuse de me payer ces radiographies, sous le prétexte que l'autorisation préalable ne lui a pas été demandée.

Cette manière de faire est illogique et mesquine pour les raisons suivantes :

Tout d'abord, vous n'auriez pas refusé cette radiographie demandée par le docteur R. pour ne pas engager votre responsabilité ; vous le savez bien.

D'autre part, l'article 7 que vous invoquez, spécifie que, dans les cas d'urgence, l'autorisation préalable n'est pas nécessaire.

Or, dans le cas particulier, en face d'une déformation importante du poignet, qui permettait de craindre soit une fracture du radius, soit une luxation d'un os du carpe, le D[r] R. agissait pour le mieux de vos intérêts et de ceux de son malade en demandant un examen radiographique.

Cet examen lui aurait permis, en effet, de procéder à la réduction immédiate des lésions qui auraient pu être constatées.

Une réduction faite très précocement, beaucoup plus facile, peut se faire sans anesthésie et donne des résultats bien meilleurs que quand on est obligé d'attendre plusieurs jours pour y remédier.

En tout état de cause, c'est la première fois que je vois une Compagnie d'assurances agir ainsi.

Votre manière d'agir est l'indice, en tout cas, d'un esprit fâcheux qui fait présager pour l'avenir des rapports difficiles.

Mes confrères soussignés, les D[rs] R. et S., que j'ai mis au courant de la situation, partagent entièrement m a manière de voir.

Nous avons l'honneur de vous prévenir que si vous ne revenez pas sur votre décision, nous refuserons dorénavant tout rapport avec votre Compagnie.

Nous n'accepterons de soigner vos assurés que s'ils prennent l'engagement formel de nous régler directement.

Veuillez agréer, etc.,

Signé : Drs B., R. et S.

P. S. ajouté par le Dr R. :

Votre refus est d'autant moins acceptable que sur le certificat initial, j'avais bien spécifié que j'estimais un examen radiographique indispensable.

Dans ces conditions, n'ayant même pas reçu d'objections de votre part, votre refus n'est même pas justifié en droit.

Au besoin, nous demanderons l'assistance du « Sou Médical » pour faire trancher ce différend.

Extrait de la lettre de la Compagnie :

Nous vous retournons, sous ce pli votre note d'honoraires ainsi que les épreuves radiographiques.

N'ayant pas été avisés de la radiographie et conformément à l'article 7 de l'arrêté du 31 décembre 1925, nous nous voyons dans l'obligation de ne pas accepter le paiement des frais de cet examen.

Réponse.

1° Ce n'est pas sur l'article 7 que la Compagnie devrait baser son refus de paiement, mais bien sur l'article 26-VII, 4e alinéa, qui dit : « L'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant d'*accord* avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué, sauf le cas d'extrême urgence (1) ». Donc la Compagnie a raison en général, « sauf le cas d'extrême urgence ».

2° En quoi consiste ce cas ? Dans la note (1) qui est au bas de l'article, on lit : « Il y a extrême urgence lorsque la nécessité d'une intervention urgente, ou la façon de pratiquer cette intervention, ne peut être révélée que par l'exploration radiologique » ; or, c'est précisément le cas, lorsqu'on est en droit de craindre une luxation dont la réduction dépend parfois de la rapidité de l'intervention.

Conclusion. — En général, la Compagnie aurait raison. Dans ce cas particulier, texte en mains, elle est dans son tort.

Adressez une copie de la réponse ci-dessus, en citant le nom du Dr Decourt, à la Compagnie et dites-lui que, faute de satisfaction dans le délai que vous fixerez, vous saisirez de l'affaire le « Sou Médical ». Si le délai expire sans que vous obteniez satisfaction, écrivez-nous à nouveau et nous demanderons alors au Conseil du « Sou », qui seul a qualité pour cela, de vous accorder l'appui de la ligue pour poursuivre le recouvrement de votre note par les voies judiciaires.

F. D.

Fiscalité

248. — Prescription des droits d'enregistrement.

La prescription légale étant, je crois, de cinq ans en matière d'impôts, cette prescription est-elle générale, et s'applique-t-elle par exemple aux droits que l'enregistrement pourrait avoir à réclamer pour défaut d'enregistrement d'une cession de bail, ou de clientèle, antérieure à cinq années ?

Dr G.

Réponse.

La prescription de cinq ans est spéciale à certains impôts ; dans le cas visé par la question, seule la prescription trentenaire de droit commun est opposable.

A. M.

237. — Taux de la contribution personnelle mobilière.

Ayant averti le contrôleur des contributions directes que j'avais l'intention de ne plus exercer la médecine à partir du 1er janvier 1922, j'ai été surpris (et je le suis encore) de constater que ma personnelle-mobilière est basée sur un loyer de 2.420 francs quand elle l'était auparavant sur un loyer de 1.420 francs.

Je crois bon de déclarer que ma patente était évaluée au quinzième sur une valeur locative de 2.700 francs.

J'ai fait observer, un jour, audit contrôleur que mon logement n'ayant pas cessé d'être le même depuis l'année 1911, je le priais de me faire savoir pourquoi le changement en question avait été opéré. Il m'a été répondu que l'augmentation du loyer matriciel était la conséquence de ma radiation à la contribution des patentes, aucun local ne pouvant plus être considéré comme affecté seulement à l'exercice de ma profession.

Cependant, j'ai toujours cru que la patente était calculée sur la totalité des locaux, de même que la personnelle-mobilière

Je vous serais très obligé de vouloir bien me dire si le contrôleur m'impose justement, car les contributions étant considérablement augmentées, il est à craindre qu'elles le soient encore davantage l'an prochain.

Dr V.

Réponse.

La réponse du contrôleur est exacte : la personnelle-mobilière ne frappe que les locaux d'habitation et non les locaux professionnels, dont la valeur locative était fixée à 2.420 — 1.420, soit 1.000 fr., tandis que la patente frappait la valeur locative totale. (Il est probable que la base de la personnelle-mobilière est obtenue en déduisant du loyer réel une somme fixe de 280 francs).

Comme vous n'exercez plus la médecine, vos locaux professionnels sont devenus locaux d'habitation et comme tels passibles de la contribution mobilière.

A. M.

---

208. — Déclaration de bénéfices d'un propharmacien.

Je vous communique l'avertissement que je viens de recevoir dont je crois la teneur exagérée et vous demande la conduite à tenir. Voici mes déclarations de recettes médicales et pharmaceutiques comme propharmacien :

	Honoraires	Pharmacie
1925	14.330	7.200
1924	12.370	6.220

J'ai à ma charge ma mère âgée de 80 ans, ma fille âgée de 13 ans.

Mes frais généraux pour 1925 s'élèvent à 10.500 fr. et pour 1924 à 11.700 fr.

Je ne trouve aucune mention de ces frais ni de somme exonérée. J'ai demandé rendez-vous au contrôleur ; voudriez-vous me dire ma réponse ?

Dr D.

Réponse.

Si vous exercez la pharmacie dans les conditions prévues par les dispositions de l'article 27 de la loi du 21 Germinal an XI, vous n'êtes pas commerçant et les bénéfices que vous réalisez sur la vente des médicaments ne sont pas passibles de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. Vous ne devrez être imposé qu'à une seule cédule, celle des professions non commerciales, à laquelle vous appartenez en qualité de médecin.

Présentez vos observations au contrôleur en lui faisant remarquer d'autre part que les chiffres de 14.330 francs et 7.200 francs pour 1925 représentent le montant de vos recettes brutes, dont il y a lieu de déduire les frais s'élevant à 11.700 francs, dont vous lui fournirez le détail.

A. M.

Questions médico-militaires

344. — Réforme pour tuberculo-pulmonaire Droit à pension.

Un de mes clients a été réformé pour atteinte de tuberculose pulmonaire en 1907 pendant une période de 28 jours.

Il est repris bon service armé en décembre 1914, puis est mobilisé dans la zone des armées, mais non dans une unité combattante, jusqu'en août 1917 où il est réformé 1re catégorie, c'est-à-dire sans pension. En septembre 1918, il est maintenu réformé temporaire.

Depuis cette époque il s'est surveillé et actuelle-



ment, à la radiographie du poumon, on ne voit que quelques traces disséminées de sclérose et légère obscurité à un sommet. L'état général est satisfaisant.

Si plus tard, il y a aggravation de son état, aura-t-il le droit à pension et à soins gratuits ?

A-t-il avantage actuellement à passer devant une commission de réforme qui peut lui reconnaître moins de 10 % d'invalidité ?

Le réformé n° 2 sans pension, comme le non réformé, doit-il passer devant une commission de réforme avant la fin de 1927 sous peine de forclusion ?

Dr B.

Réponse.

Cet homme est désormais bénéficiaire de la loi du 9 janvier 1926 ; il doit donc faire la preuve de l'imputabilité au service. Jusqu'en décembre 1928, il a le droit de demander une pension, dans ces conditions ; mais il faut reconnaître que ses chances sont peu grandes de voir admettre l'origine en service de l'affection actuelle, en raison de sa bénignité d'abord, et ensuite du long intervalle de temps écoulé depuis l'atteinte de 1917.

Les soins gratuits ne sont dus que si l'imputabilité au service est admise et si l'infirmité justifie au moins 10 % d'invalidité.

---

99. — Situation militaire d'un ajourné. Périodes d'exercice.

J'appartiens à la classe 1920. Après trois ajournements successifs, j'ai été pris « bon absent » et affecté à une section d'infirmiers comme soldat de deuxième classe. En raison de mes ajournements antérieurs, je n'ai pas été appelé à faire de service effectif et d'emblée je suis passé dans la réserve avec ma classe.

Or j'ai vu que le Parlement avait voté les crédits nécessaires à la convocation des réservistes de la classe 1920 pendant l'année courante.

Je désirerais fort ne pas quitter ma clientèle nouvellement formée et pour cela que dois-je faire ?

La convocation des réservistes comprendra-t-elle les hommes du Service de Santé ?

Dans ce cas, ne pourrais-je pas demander à être classé service auxiliaire et pour cela quelles démarches dois-je faire ? »

Dr N.

Réponse.

L'article 49 de la loi sur le recrutement (1er avril 1923) dispose, en effet, que les hommes classés dans le service auxiliaire peuvent être dispensés des périodes d'exercice.

Adressez donc au Commandant de votre bureau de recrutement une demande de passage devant une Commission de réforme pour classement dans le service auxiliaire.

Il serait bon de joindre un certificat médical, témoignant de votre inaptitude physique.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE N° 10 DIMANCHE 6 MARS 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR
ABONNEMENTS
France.................... 45 fr
Étranger.. (voir conditions page IV)
Étudiants (France)........ 25 fr.
Le Numéro................ 1 fr.
C.P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, Directeur
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 604-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr G. Julien, de Paris, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 102. — Doct. recomm. dame veuve pouv. prend. en pension ou en nourrice, enf. qu'elle pourrait adopter éventuell. Ecr. Dr Durieux, à Thiviers (Dordogne).

N° 103. — Interne hôpit. Paris passant actuell. cliniques et thèse dem. poste à achet. ou à fonder.

N° 104. — A vend. 1° Cab. 5 CV Citroen 1925, parf. état : 12.000 ; 2° Mors S.S. 12 CV 1923, torp. 6 pl. mot. parf. sortant peinture, 2 roues sec., Prix à débat. S'ad. Dr Petithomme à Saint-Quentin.

N° 105. — Sud-Est. A céd. dans ville, belle client., moyenne touchée des 7 dern. années : 55.000, l'an dern. 74.000.

N° 106. — Client. à céd. après décès. Méd. du ch. de fer. Ch.-lieu cant. près Rennes. Mais. agréable, 11 pièces, garage, moyenne 35 à 40.000. Compt. 25.000 à débat. Cession éventuelle de la mais.

N° 107. — Jne doct. habit. grosse client. et dispos. capitaux reprend. ou collab. clinique sérieuse, Lille ou Paris pour début 1928.

N° 108. — Doct. recomm. famil. pouvant recevoir comme pensionn. personnes ayant bes. repos. Ecr. Charmeray, à Changis-sur-Marne (S.-et-M.).

N° 109. — A vend. bonnes cond. nombr. ouvrages de méd. S'ad. Mad. Legendre à Autun (S.-et-L.).

N° 110. — A vend. cond. int. Ford 1925, en parf. état de marche, pneus conforts, amortiss., compt., montre 8.000. S'ad. Dr Lequien, 12, rue Rameau, à Versailles.

N° 111. — Citroen 10 CV 1926, cul. Ruby, cond. int. Driguet, 4 ptes, nombr. access., p.ch., phare sec., hous., etc. mieux que neuve parce que mise au point et améliorée par ingénieur. Pernot, 114, boul. Magenta.

N° 112. — Malle « Evolution » état neuf à vend. Belle occasion. Dr Le Gouriérec, 54, boul. Exelmans. Paris (16e).

N° 113. — Paris. Clin. méd. gén. avec cab. dent. Rapp. 10.000 par mois, 5 pièces. A céd. 50.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 114. — Gr. ville du Centre. Cab. de méd. gén., rapp. 120.000. Belle mais. de maître avec jardin et tout conf. A céd. 60.000, présentat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 115. — Sud-Est de Paris. Jolie rég., ch.-lieu cant. (gr. ligne). Anc. poste rapp. près de 60.000 (tit. âgé) conviendr. part. à méd. actif, long. présent. assurée. Prix : 30.000 à déb. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Les Migraines, algies grippales et post-grippales si tenaces et si rédicivantes sont calmées par des doses moyennes de **Pyréthane** (30 à 50 gouttes). L'action doit être prolongée de façon dégressive pendant 4 ou 5 jours après disparition des phénomènes douloureux. Il y a abaissement de 1° à 1°5 dans les formes fébriles.

Le Trynol, aux sels de silicium préparé d'après les expériences du Profr Gouget est le viatique des artério-scléreux dont il assouplit les artères. Vérifiez son action thérapeutique. La cure doit être prolongée.

Le Gastropeptyl (saturants et digestifs en combinaison optima) ramène à la normale le rythme troublé de la digestion dans les dyspepsies, gastrites, etc., 3 comprimés après les repas, 40, rue des Acacias, Paris.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Ecole française de stomatologie.** — Le Dr Boissier, conservateur du Musée de l'Ecole française de stomatologie, fera les mardis 15 mars, 22 mars, 29 mars, 5 avril et 12 avril, à 18 h., des conférences sur l'histoire de la stomatologie. Ces conférences complètent la série des cours publics et gratuits ouverts aux docteurs en médecine, étudiants et chirurgiens-dentistes. S'inscrire par lettre adressée au Directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris, 6e.

— **Sanatorium des étudiants.** *Avis.* — Le Dr Crouzat nous informe qu'un délégué se présentera prochainement au domicile des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et vétérinaires de Paris, pour y recueillir leur obole en faveur de l'œuvre. Le délégué du Comité sera porteur d'une carte d'identité avec photographie et il remettra aux donateurs un reçu provisoire acquitté. Une lettre personnelle indiquera d'ailleurs d'avance le nom de ce délégué.

Il sera créé au sanatorium autant de lits que seront recueillies de sommes égales à 20.000 fr. Chacun de ces lits portera le nom de la corporation qui aura contribué à sa construction.

— **Faculté de Paris.** *Psychiatrie médico-légale.* — M. Henri Claude, professeur de clinique des maladies mentales, commencera une série de douze leçons de psychiatrie médico-légale, le lundi 7 mars, à 17 h. (grand amphithéâtre de la Faculté). Les leçons seront faites tous les jours pendant deux semaines.

— **Hôpital de la Pitié.** *Cours de sympathologie.* — M. Laignel-Lavastine fera les leçons suivantes du 7 au 12 mars : Lundi 7 mars, à 9 h. 30 : Réflexes sympathiques viscéraux. — Mercredi 9 mars : Syndromes sympathiques cutanés. — Jeudi 10 mars : Syndromes sympathiques circulatoires. — Vendredi 11 mars : Syndromes sympathiques digestifs. — Samedi 12 mars : Syndromes sympathiques respiratoires et génito-urinaires.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — Le dimanche 6 mars à 10 h., à l'amphithéâtre des cours, 49, rue des Saints-Pères, leçon de M. Labey, chirurgien de Lariboisière, sur le *traitement actuel* du cancer de l'utérus.

— **Les Congrès.** *En mars* 1927. — Le 15 mars, à Mexico, Congrès médical latino-américain. — Exposition médicale à la Foire de Lyon.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de médecins des hôpitaux.* — Candidats admis à prendre part à ce concours :

MM. les Drs Jacquelin (André), de Brun du Bois-Noir, Lelong, Marchal, Deschamps, Tzanck, Nicaud, Meyer, Janet, Bocage, Bernard (Etienne), Hille-

Glaxo

LAIT SEC SUPÉRIEUR

pour l'alimentation intégrale
pour l'allaitement mixte

du nourrisson

CONTIENT TOUTES SES VITAMINES

Pur -:- Stable -:- Uniforme -:- Digestible

Trois degrés : **Degré normal, 1/2 crême, tout crême**

qui permettent son emploi pour nourrissons normaux, débiles ou prématurés.

Renseignements ; Echantillons ; Littérature médicale ;

A. F. & P. KAHN
11, rue Bergère
PARIS (IXe)
Reg. du Com. : 210.361 B

Osteline

« Marque déposée en Grande-Bretagne : OSTELIN »

un extrait des éléments actifs de l'huile de foie de morue

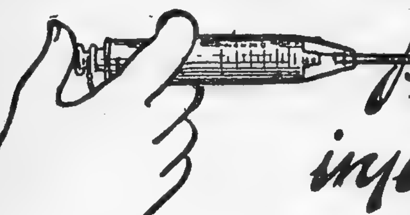
4 GOUTTES D'OSTELINE CORRESPONDENT À UNE CUILLEREÉ À CAFÉ D'HUILE DE FOIE DE MORUE

Se masque facilement dans l'alimentation habituelle du sujet. Evite les nausées et les vomissements dûs ordinairement à l'huile de foie de morue. Combat le rachitisme, la spasmophilie et tous les cas de métabolisme calcique défectueux.

PREPARÉ PAR LES LABORATOIRES GLAXO

Renseignements, échantillons, littérature médicale :
A. F. & P. KAHN
11 Rue Bergère : PARIS
R. C. Seine 210, 316b

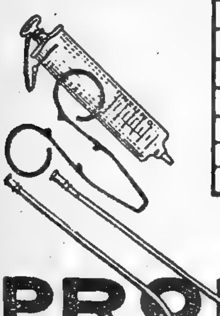
Pour le Nord de la France :
Ed. DEHAUSSY
44 rue Inkermann, LILLE
R.C. Lille 1794



Plus simple qu'une injection sous-cutanée

Prix spéciaux au Corps médical

Littérature et Échantillons franco
des Produits PNEUMO
NIPARYL
PNEUMOBIOL
PNEUMOSEPTOL



Vous pouvez pratiquer avec facilité

l'INJECTION TRACHÉALE
avec la

SERINGUE PNEUMO

Entièrement stérilisable, d'un nettoiement rapide, d'un démontage immédiat en trois parties :

Une Seringue hypodermique ordinaire de 5 cc. — Une Armature universelle PNEUMO, brevetée, en cuivre nickelé. — Une Canule PNEUMO en maillechort nickelé, inoxydable, à courbure rationnelle.

Elle ne nécessite ni miroir frontal ou laryngé, ni éclairage spécial, ni instrumentation particulière, ni anesthésie locale.

L'injection s'effectue en quelques secondes. L'emploi de l'armature métallique permet l'exécution plus commode des injections hypodermiques.

PRODUITS PNEUMO

LABORATOIRES RAPIN, 48, Rue de Paris, VICHY (Allier)

L.N.

mand, Boulin, Ravina, Froment, Haguenau, Péron, Schulmann, Gaultier, Plichet, Boulanger-Pillet, de Gennes, Pollet, Clément, Mouzon, Mouquin, Hirschberg, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Weismann, Prieur, Blum, Pichon, Oury, Turpin, Coste, Jacob, Levesque, Bloch, Ollivier, Marquezy, Chevalley, de Massary, Debray, Basch, Bith, Paraf, Ternis, Périsson, Libert, Isch-Wall, Gutmann, Marceron, Girot, Carrié.

Sont dispensés des épreuves d'admissibilité : MM. les Dr Bith, Boulin, Carrié, Chevalley, Gaultier, de Gennes, Haguenau, Jacob, Mouquin, Nicaud, Paraf, Ravina, Schulmann.

Composition provisoire du jury : MM. les Drs Ménétrier, Brühl, Garnier, Aubertin, Loeper, Michel, Foix, Faure-Beaulieu, Lian, Labbé, Brouardel et Pinard.

— **Ecole de médecine de Limoges.** — M. le Dr Georges Verger vient d'être nommé, après concours, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges.

— **Hôpital d'Addis-Abbaba (Ethiopie).** — *Deux postes* de médecins civils français à l'hôpital Ménélik II d'Addis-Abbaba sont vacants. Le médecin chef serait chargé du service chirurgical et son traitement serait d'environ 72.000 fr. par an. Le médecin adjoint devrait être compétent en radiographie ; son traitement s'éleverait à 36.000 fr. environ par an (logement à l'hôpital). S'adresser à la Faculté de médecine.

— **Œuvre nouvelle des crèches parisiennes.** — Une nouvelle pouponnière vient d'être ouverte, 5, avenue Gabrielle, à Neuilly-Plaisance (Seine-et-Oise). On y reçoit les enfants bien portants, de la naissance à 15 mois, dont les mères sont occupées et travaillent hors de leur domicile pour gagner leur vie. Pour tous renseignements, s'adresser à Mme Georges Lehmann, présidente, 50, boulevard de Courcelles.

Cette crèche est fondée par l'œuvre nouvelle des crèches parisiennes, que président Mme Paul Thorel et M. le professeur Nobécourt.

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 *février.*

Enseignement de la médecine.

Concours pour une place d'agrégé (section de pharmacologie.)

Arrêté du 16 *février* 1927.

Art. 1er. — L'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie (régime antérieur à 1924), comporte au lieu et place

de la section unique de physiologie et pharmacologie deux sections distinctes, l'une de physiologie, l'autre de pharmacologie.

Art. 2. — Un concours pour une place d'agrégé de la section de pharmacologie à la faculté de médecine de l'université de Paris sera ouvert à Paris en 1927. Un arrêté ultérieur fixera la date des épreuves, celle du tirage au sort des membres du jury, ainsi que les dates d'ouverture et de clôture du registre d'inscription.

Art. 3. — Pourront seuls prendre part à ce concours, les candidats ayant été admis à prendre part au concours de 1923 pour la même section et dont les opérations ont été annulées par l'arrêt susvisé du Conseil d'Etat.

Art. 4. — Les règlements en vigueur pour les concours d'agrégation de médecine en 1923, seront intégralement appliqués au concours prévu par l'article 2 ci-dessus, y compris les règles consacrées par l'arrêté du 7 novembre et par celui du 19 décembre 1922.

Assistance publique.

L'ouverture des épreuves du concours de 1927 pour les emplois de sous-inspecteur et de sous-inspectrice de l'Assistance publique est fixée au 14 juin 1927.

Sont mises au concours 8 places de sous-inspecteur et de sous-inspectrice.

Les conditions et le programme du concours sont publiés au *Journal officiel.*

18 *février.*

Asiles publics d'aliénés.

M. le Dr Godard a été nommé médecin-chef préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hôpital hospice de Niort, en remplacement de M. le Dr Dezwæte, décédé.

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile privé d'aliénés faisant fonction d'asile public, à Leyme (Lot), par suite du départ de M. le Dr Godard.

18 *février.*

Lutte anticancéreuse.

M. Rechou, professeur d'électro-radiologie et clinique d'électricité médicale, a été nommé directeur du Centre régional de lutte anticancéreuse de Bordeaux et du Sud-Ouest, en remplacement de M. Sabrazès, démissionnaire.

A été nommé chef du service de médecine et des examens histologiques et anatomo-pathologiques, M. Sabrazès professeur d'anatomie pathologique et pathologie clinique.

Hygiène publique.

Vacances de Directeurs de Bureaux municipaux d'hygiène.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Saint-Germain-en-Laye.

Le traitement alloué est fixé à 16.000 fr. par an.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Montreuil-sous-Bois.

Le traitement alloué est fixé à 3.600 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès), leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

20 *février.*

Enseignement de la médecine.

Nomination des professeurs suppléants des écoles de médecine.

Additif au *Journal officiel* du 10 février 1927 : page 1696, 1re colonne, 1re ligne, avant : « décrète », lire : « Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu ».

Nomination des professeurs suppléants des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie.

Additif au *Journal officiel* du 10 février 1927 : page 1696, 1re colonne, 32e ligne, avant : « décrète », lire : « Le conseil supérieur de l'instruction pulblique entendu ».

Académie de Médecine.

Par décret en date du 18 février 1927, l'académie de médecine est autorisée à accepter la donation entre vifs qui lui a été consentie par la famille et les amis du docteur François Helme d'une somme de 25.000 fr. pour les arrérages en être affectés à la fondation d'un prix biennal qui sera décerné à un savant de laboratoire de mérite éprouvé en vue de lui faciliter des recherches originales dans le domaine de la science médicale bactériologique, biologique et pharmaceutique (chimie générale).

Ce prix portera le nom de « Prix du docteur François Helme ». Il ne pourra être partagé.

22 *février.*

Maladies professionnelles.

Déclaration obligatoire des maladies d'origine professionnelle.

Décret du 19 *février* 1927.

Vu l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919 étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ;

Vu la loi de finances du 30 avril 1921 ;

Vu l'avis de la commission supérieure des maladies professionnelles ;

Sur le rapport du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Décrète :

Art. 1er. — Les cas de maladies d'origine professionnelle, que les docteurs en médecine ou officiers de santé doivent déclarer aux termes de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, en vue de l'extension éventuelle de la législation sur les accidents du travail à ces maladies, sont les suivants :

Toutes les maladies ayant un caractère professionnel causées :

a) Par le plomb et ses composés ;

b) Par le mercure et ses composés ;

c) Par les hydrocarbures et leurs dérivés chlorés et nitrés, notamment le benzène, le tétrachloréthane, le tétrachlorure de carbone, l'éthylène perchloré, l'éthylène trichloré, l'éthylène dichloré, le chloroforme, l'éthane pentachloré, les nitrobenzènes ;

d) Par l'aniline et ses dérivés ;

e) Par le sulfure de carbone ;

f) Par les vapeurs nitreuses, le chlore et autres gaz chlorés, le brome, l'acide fluorhydrique, le gaz sulfureux, l'hydrogène sulfuré et le sulfhydrate d'ammoniaque, l'acide cyanhydrique, l'oxyde de carbone, l'oxychlorure de carbone (gaz phosgène), les formaldéhydes ;

g) Par le phosphore blanc et l'hydrogène phosphoré ;

h) Par l'hydrogène arsénié et autres composés de l'arsenic ;

i) Par l'action des brais, goudrons, huiles minérales, bitume, ciments, chaux et autres produits caustiques ;

j) Par l'action de l'acide chromique et des chromates alcalins ;

k) Par l'action des rayons X et des substances radioactives.

Art. 2. — Le décret du 4 mai 1921 est abrogé.

Art. 3. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Service de Santé de la marine.

Le concours pour l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchements à l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine à Bordeaux aura lieu à Toulon, le vendredi 1er avril 1927 et jours suivants.

Les noms des médecins de 1re classe, candidats à cet emploi devront parvenir au département le 21 mars 1927, dernier délai.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Indications des dépenses professionnelles dans la déclaration des bénéfices.

10367. — M. Ernest Couteaux, député, demande à M. le Ministre des Finances si les redevables de

l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non-commerciales sont tenus d'indiquer leurs dépenses professionnelles, d'une manière détaillée, dans la déclaration qu'ils souscrivent au début de chaque année, ou si, au contraire, ils doivent s'en tenir à indiquer le montant total de leurs dépenses professionnelles. (*Question du* 17 *décembre* 1926.)

Réponse. — Les dépenses professionnelles des contribuables visés par la question peuvent ne figurer dans la déclaration que pour leur montant total, mais le contrôleur a le droit de demander aux intéressés tous les renseignements susceptibles de justifier l'exactitude du chiffre de ces dépenses. (*J. O.*, 18 février 1927.)

Déduction des versements à la caisse nationale des Retraites pour la vieillesse.

9630. — M. Marcel ASTIER, député, demande à M. le Ministre des Finances : 1° si le versement annuel d'une prime de 2.210 fr. à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse par un médecin, âgé de quarante et un ans, désirant se constituer, à soixante ans, une retraite de 5.000 fr. peut être diminué du montant de sa déclaration des sommes imposables sur le revenu ; rappelant qu'une circulaire de M. le Ministre des Finances, du 30 mars 1918, précise que, pour la détermination du revenu net, destiné à servir de base à l'impôt sur le revenu brut, les sommes présentant un caractère de prévoyance doivent être déduites ; ajoutant qu'un contrôleur s'y est refusé pour ledit médecin ; 2° si ce contrôleur en avait le droit. (*Question du* 12 *novembre* 1926.)

Réponse. — En vertu de l'article 1er, dernier alinéa, du décret du 17 janvier 1917, les contribuables exerçant une profession libérale peuvent, comme les salariés, déduire de leur revenu brut, pour la détermination du revenu net imposable, les sommes versées pour la constitution de pensions ou de retraites. Cette disposition paraît trouver son application dans le cas visé par la question. (*J. O.*, 18 février 1927.)

Durée du service militaire d'un étudiant sursitaire.

11010. — M. Gaston LALANNE, député, demande à M. le Ministre de la Guerre quelle est la durée du service militaire pour les étudiants en médecine, sursitaires de la classe 1922, qui n'ont pas obtenu le brevet de préparation militaire supérieure. (*Question du* 4 *février* 1927.)

Réponse. — La durée du service que sont tenus d'accomplir les intéressés est de dix-huit mois, sauf pour ceux qui, par application des dispositions de l'article 102 de la loi sur le recrutement de l'armée, sont nommés officiers de réserve ou sous-officiers, et qui ne sont astreints qu'à un an de service. (*J. O.*, 18 février 1927.)

Voir la suite page LV-657

PROPOS DU JOUR

Comment la crise médicale et même la question sociale auraient pu être résolues, il y a quatre-vingt-douze ans, si les legs du grand chirurgien Dupuytren avaient été confiés à Charles Fourrier.

Dans un intéressant article sur les tombes délaissées, article que nous avons déjà évoqué, notre distingué confrère et ami, Maurice Genty, citait la tombe du baron Dupuytren, le grand chirurgien. Il s'étonnait de cet abandon car Dupuytren s'était montré généreux dans son testament pour la Faculté et ses confrères. Nous croyons pouvoir annoncer que l'on s'occupe sérieusement d'assurer l'entretien de la tombe de cet illustre chirurgien. A ce propos, un de nos lecteurs, le Dr Jean Mallet, de Paris, nous a signalé un intéressant passage du célèbre sociologue Charles Fourrier dans le dernier de ses ouvrages *La Fausse Industrie*, publié en 1835, l'année même de la mort de Dupuytren, où il expose ce qu'il aurait pu faire avec les legs du grand chirurgien.

Tout le monde sait que Charles Fourrier, fils d'un marchand de draps de Besançon, avait pris en haine le négoce, bien qu'il fût employé de commerce ou caissier pendant la plus grande partie de sa vie. Pourvu d'une ntelligence de premier ordre, il fit une critique remarquable de la société de son époque, mais quand il voulut faire un plan de réorganisation sociale, il se laissa entraîner à des utopies dont il envisagea la réalisation dans les moindres détails ; il les exposa dans un style singulier et poussa jusqu'au délire ses rêveries qui cependant contenaient des idées profondes et ingénieuses. Comme Rabelais dans l'Abbaye de Thélème, Ch. Fourrier pensait que pour rénover la société et faire le bonheur de l'Humanité, il fallait laisser faire aux hommes ce qu'il leur plairait, rendre leur travail attrayant. L'organisation politique et sociale devait permettre à chaque individu de satisfaire librement ses passions et il devait en résulter le bonheur pour tous. Chacun ne se livrant, en fait de travail, qu'à celui qui lui serait agréable, toutes les besognes seraient de ce fait remplies sans fatigue et sans peine. On lui objectait cependant que pour certaines il trouverait difficilement des amateurs, pour la profession de vidangeur par exemple : « Détrompez-vous, aurait répondu Ch. Fourrier. Ignorez-vous que certains enfants aiment à se vautrer dans la fange et à manipuler les ordures, je les réunirai dans des bataillons de stercoraires et ils pourront ainsi pour le plus grand bien de tous satisfaire leurs singuliers penchants ».

On le voit il avait réponse à tout.

A la fin de sa vie, Ch. Fourrier, dans un livre touffu, exposa un plan d'organisation nouvelle de l'industrie. Le titre de ce livre suffit à en faire prévoir le contenu, le voici : La fausse industrie, *morcelée, répugnante, mensongère et l'antidote*, l'Industrie nationale, *combinée, attrayante, véridique, donnant quadruple produit* (1).

Ch. Fourrier entrait dans le moindre détail de l'organisation de sa rêverie. C'est à la page 231 de ce livre, que peu de gens ont à l'heure actuelle le courage de lire, que nous trouvons le passage suivant ayant trait aux legs de Dupuytren :

« Citons à l'appui une chance manquée récemment.

« Feu Dupuytren a légué 500.000 francs pour être employés à deux fondations, savoir : 200.000 francs à une chaire d'anatomie pathologique, et 300.000 francs à une retraite pour les médecins âgés, sans fortune.

« On aurait pu représenter à l'honorable défunt, qu'en appliquant conditionnellement cette somme à un essai d'industrie attrayante, démontrée sur trois cents enfans, il courait les chances magnifiques :

1° De fonder à perpétuité quarante mille chaires d'abord, et peu à peu deux cent mille chaires d'anatomie pathologique ; car le grand enseignement médico-chirurgical sera donné dans toutes les divisions du troisième degré, comprenant environ une douzaine de phalanges.

2° D'assurer de brillantes retraites à tous les médecins et chirurgiens du globe ; car cet état jouira

(1) Paris, Bossange père, édit., 1835.

en harmonie d'une haute considération et d'un minimum proportionnel, en cas de besoin qui sera infiniment rare.

3° De procurer une fortune subite à tous les médecins, chirurgiens, pharmaciens et infirmiers du globe ; car toute phalange voudra avoir son assortiment en ce genre, et on ne trouvera pas un centième des agens nécessaires. Il faudra donc leur faire pont d'or, plus encore qu'à aucune classe de savans et artistes.

4° D'assurer à ses héritiers la remise des 500.000 francs au bout de six mois ; car si l'établissement des trois cents enfans réussit, on offrira le lendemain des millions pour le deployer en pleine échelle ; il aura des fonds en surabondance pour rembourser les héritiers du fondateur, et ceux-ci refuseront le remboursement, afin de rester actionnaires de la fondation en pleine échelle dont les actions seront enlevées à prix fou, quand on aura vu le succès d'une ébauche incomplète.

« Et si l'établissement ne réussit qu'en partie, car il est impossible qu'il avorte en plein, il trouvera encore foule de commanditaires, à titre de méthode naturelle en éducation, appliquée aux trois fonctions premières, culture, fabrique et ménage ; méthode opérant l'éclosion des instincts en travaux, en sciences et arts, par l'exercice du travail productif ; et n'employant d'autre ressort que l'attraction, pour conduire l'enfant dès le bas âge à l'industrie et aux études.

« Cette méthode, en parallèle avec les nôtres, les éclipsera si bien que le pensionnat d'ordre combiné serait revendu à grand bénéfice, et les admissions payées à très haut prix par des pères empressés d'y placer leurs enfants. Ainsi l'établissement aura, dans tous les cas, d'amples moyens de rembourser les héritiers du fondateur ; sa recette, en curieux paysans, égalera au bout d'un an le total des frais de fondation.

« C'est donc aux héritiers de classe opulente, comme ceux de MM. d'Aligre et Dupuytren, à donner cette sage direction à la charité du testateur. Ils y sont d'autant plus intéressés que les domaines et les capitaux acquerront tout à coup une valeur énorme, dès l'instant où la démonstration sur trois cents enfans aura constaté l'exactitude de la théorie et la réalité de l'invention.

« Malheureusement les gens riches qui pourraient effectuer l'essai, et qu'on a informés sur ce point, ne manquent pas de consulter la philosophaille, la clique des blagueurs de progrès, des industrialistes, rationnalistes, positivistes, perfectibilistes, gens qui, incapables de découvertes, sont ennemis nés de toutes celles qui paraissent. »

Ainsi donc, si Dupuytren avait confié les 500.000 francs de ses legs à Ch. Fourrier, la fortune subite des médecins, des chirurgiens, des pharmaciens et même des infirmiers était faite ; ses héritiers récupéraient le legs, et le bonheur de l'humanité était assurée.

Nous avons cru devoir reproduire ce singulier passage qui est intéressant pour les médecins et surtout pour les psychiatres.

Ch. Fourrier avait frappé à toutes les portes pour trouver le bailleur de fonds qui lui permettrait de faire l'expérience de ses rêveries, et qu'il appelait le *candidat*. Il attendit jusqu'à sa mort, ce candidat qui ne vint jamais. Dupuytren, ni d'Aligre ne daignèrent l'être. Ses disciples, (le plus connu fut l'ancien polytechnicien Victor Considérant, dont nous avons admiré au quartier latin la verte vieillesse, et l'intéressante conversation, il y a plus de trente ans) simplifièrent les idées de Fourrier et les traduisirent dans un style plus compréhensible. Ils tentèrent plusieurs fois l'expérience de l'organisation phalanstérienne, notamment dans le Texas ; toutes ces tentatives échouèrent piteusement.

Les idées de Fourrier dans ce qu'elles avaient de réalisable ne furent pas perdues. Elles donnèrent un essor puissant à l'Associationisme industriel, mais ce ne fut pas ceux pour qui leur inventeur les avaient imaginées qui en bénéficièrent.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SINUSITES FRONTALES CHRONIQUES RÉCIDIVANTES

P. TRUFFERT,

Oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bon-Secours.

L'intervention sanglante, dans le traitement des sinusites frontales, trouve surtout son application dans la cure radicale des sinusites chroniques.

En effet, les sinusites frontales aiguës relèvent, surtout d'un traitement médical (1) et, si elles se prolongent, le drainage par les voies naturelles d'un empyème sinusien est souvent suffisant pour en assurer la guérison.

D'ailleurs, la différenciation est tellement difficile à établir entre l'empyème qui récidive et la sinusite chronique entretenue par une dégénérescence de la muqueuse, qu'en présence d'une suppuration nasale, même lorsque le contrôle radiographique permet de soupçonner l'existence d'une sinusite, ce n'est qu'après l'échec du traitement par les voies naturelles, assurant un bon drainage de la cavité sinusale, que le traitement chirurgical doit être envisagé.

Ce traitement chirurgical est réalisé par les opérations maintenant classiques d'Ogston-Luc, Killiam, Jacques, etc...

Toutes ces opérations ont pour but de réaliser un curetage complet du sinus frontal et d'assurer un large drainage par les voies naturelles élargies.

La multiplicité des techniques, ayant chacune ses avantages particuliers, est un témoignage patent que le traitement chirurgical des sinusites chroniques connaît des échecs.

Les échecs se manifestent souvent par une fistulisation qui apparait en général dans la cicatrice et cela très rapidement.

Certains de ces échecs sont évidemment dus à un terrain spécifique, mais celui-ci est facilement reconnu et l'action rapidement curatrice d'un traitement spécifique vient trancher ce point particulier.

Ce sont là des faits bien connus, mais néanmoins exceptionnels.

Des infections à distance, des lésions dentaires, peuvent être cause des récidives. M. Caboche a publié des observations très convaincantes de ces cas particuliers, mais cependant relativement rares.

Plus fréquente est la réinfection de la cavité curetée par le sinus du côté opposé. Laurens, dans la thèse de son élève Martin, a montré l'importance de la bilatéralité dans les céchecs et les récidives.

On avait pensé un moment que ces échecs étaient dus au curetage incomplet d'un sinus particulièrement large et diverticulaire. Cette éventualité est évidemment moins exceptionnelle que les précédentes, mais elle n'est pas seule en cause, car les échecs se voient à la suite des curetages les plus minutieux, les plus méthodiques et les plus complets. D'ailleurs, ces échecs sont souvent itératifs. Il n'est pas exceptionnellement rare de voir ces fistulisations se répéter après plusieurs tentatives de cures radicales.

L'élargissement du canal naso-frontal n'est effectivement que temporaire, et on constate fréquemment que le jour obtenu au moment de l'intervention ne persiste pas, se rétrécit rapidement. Mais est-ce là la cause des récidives ?

Si quelques-unes de celles-ci sont imputables à cette évolution cicatricielle, l'obturation post-opératoire du canal naso-frontal ne résume pas, à elle seule, la pathogénie de la fistulisation secondaire.

La multiplicité des techniques opératoires s'attaquant à ces récidives est encore une preuve des difficultés auxquelles se heurte cette thérapeutique, laquelle se propose d'être définitivement curatrice, même au prix de défigurations.

Tels étaient les procédés opératoires décrits par KUHNT dont la sinusectomie est particulièrement mutilante.

Czerny en 1895, Lothrop, de Boston en 1899, Chaput en 1905 avaient décrit des procédés ostéo plastiques inspirés par un souci d'esthétique indiscutable, mais dont la réalisation étaient complexe et les résultats inconstants.

G. Laurens et Martin en 1905 pour le traitement des sinusites frontales bilatérales décrivent le drainage en Y.

(1) Il va de soi que des complications peuvent imposer une intervention d'urgence, encore que, le plus souvent dans ces cas, il s'agisse de sinusite chronique réchauffée.

Lothrop en 1915 décrivait une opération nouvelle, laquelle avait pour but de créer par les fosses nasales une large dérivation en détruisant le bloc osseux dense, base de l'épine nasale du frontal.

Toutes ces opérations dérivent d'observations cliniques, elles comptent un très grand nombre de succès.

M. Sebileau, en 1922, exposait dans les *Annales des maladies de l'oreille*, une opération basée sur des observations cliniques, mais dont la technique était réglée sur des constatations anatomiques, lesquelles éclairent la pathogénie de la fistulisation d'un jour nouveau.

Cette fistulisation étant le fait d'une disposition particulière du plancher du sinus frontal, il est naturel que la suppression de cette disposition particulière soit seule garante d'une guérison définitive et que toute technique qui ne vise pas à supprimer cette disposition particulière soit vouée sans discussion à l'échec.

Nous allons voir quelle est cette disposition anatomique, et nous exposerons ensuite la technique de M. Sebileau.

Sieur et Jacob, dont les noms sont inséparables de tout exposé anatomique touchant les fosses nasales et leurs cavités annexes, ont montré que l'ostium frontal n'occupe pas une place immuable sur le plancher du sinus frontal. Etudiant, en effet, les cellules ethmoïdales, ils ont montré que le sommet de la gouttière unciformienne présente souvent quatre diverticules cellulaires, deux externes, deux internes et que c'est dans un quelconque de ces diverticules que vient s'ouvrir le sinus frontal, les autres conservant leur caractère de cellule ethmoïdale.

Dans leur description du sinus frontal, ils précisent cette variabilité : « Contrairement à ce « qui existe pour tous les conduits osseux de l'é« conomie, le canal frontal occupe les positions « les plus diverses. Tantôt, et c'est le cas le plus « fréquent, il tient la place du diverticule antéro« interne ; tantôt il débouche dans le diverticule « antéro-externe, c'est-à-dire qu'il vient s'ouvrir « dans l'extrémité antérieure de la gouttière de « l'unciforme ; tantôt il se trouve, soit dans le di« verticlule postéro-interne, soit dans le postéro« externe en relation directe avec la gouttière « de la bulle. Enfin, très rarement (six fois sur « 150 sujets), il s'ouvre sur le sommet de la bulle, « entre les quatre diverticules transformés en « cellules ethmoïdales accessoires.

« A chaque position, correspondent naturel« lement des rapports différents. Quand il occupe « les deux diverticules externes, soit l'antérieur, « soit le postérieur, il est accolé à la paroi interne « de l'orbite, dans laquelle peuvent très facile« ment pénétrer, après avoir fracturé sa mince « paroi, les corps métalliques introduits dans sa « cavité. S'ouvre-t-il dans l'un ou l'autre des « culs-de-sac internes, il se met en rapport en « dedans avec les cornets supérieur et moyen. « Quant aux cellules ethmoïdales accessoires, « elles se trouvent en dedans de lui quand il est « externe ; en dehors quand il est interne et en « arrière ou en avant quand il est antérieur ou « postérieur.

« Comme le plus souvent il est situé sur le pro« longement de la gouttière de l'unciforme ou à « son voisinage immédiat, il en résulte que le pus « qui s'écoulera de sa cavité aura tendance à pé« nétrer dans le sinus maxillaire et à infecter ce « dernier. Cela est si vrai que dans les sinusites « un peu anciennes, il est de règle de constater « l'infection de ces deux sinus ».

« Il en sera naturellement de même des cellu« les ethmoïdales accessoires et des cellules anté« rieures, puisque leurs orifices se rendent dans « un même carrefour et que c'est plutôt par la « continuité de la muqueuse qui les tapisse, que « par contiguïté ou après destruction de leurs « parois osseuses que se propagent l'inflamma« tion. »

M. Sebileau décrivant le plancher du sinus frontal a montré que celui-ci, du point de vue chirurgical, était constitué par un segment frontal para-médian, lame de retour unissant les tables interne et externe de l'os, et d'un segment ethmoïdal externe.

L'ensemble se présente comme une gouttière dont les berges sont frontales et le fond ethmoïdal, dans son segment externe. C'est dans ce segment fundique que s'ouvre, en un point variable, l'ostium frontal.

Lorsqu'il est situé dans le segment interne, situation donnée comme la plus fréquente par Sieur et Jacob, l'ostium est au point déclive. Cette disposition est la plus favorable à la cure radicale des sinusites chroniques par les procédés classiques.

Mais, lorsque l'orifice s'ouvre dans le groupe cellulaire externe, lorsqu'il est rejeté le long de la paroi orbitaire, les cellules ethmoïdales du groupe interne viennent faire le gros dos sur le fond de la gouttière. Elles déterminent alors un recessus para-médian, dont le fond, plus déclive que l'ostium frontal, est l'origine des rétentions comme des récidives et des fistulisations : facteur des échecs des procédés classiques de cure radicale.

L'opération de M. Sebileau, comme celle de Laurens et comme l'opération de Lothrop a pour but de supprimer la cause des échecs des procédés classiques.

L'opération de M. Sebileau, comme ses similaires, se propose de réunir par une large brèche les deux ostiums frontaux.

Au point de vue chirurgical, on peut en effet, avec M. Sebileau, considérer les deux sinus frontaux comme constituant une seule et même ca-

vité dont le plancher est représenté par une gouttière unissant l'un à l'autre les deux orifices naso-frontaux.

Cette gouttière présente un fond accidenté, soulevé au milieu par le pied de la cloison intersinusienne. De part et d'autre de celle-ci, le fond est irrégulier, cellulaire et il présente de chaque côté, un recessus para-médian, dont le versant externe répond à la saillie des cellules ethmoïdo-infundibulaires internes.

Des berges de la gouttière : l'*antérieure* est constituée par un bloc osseux dense, base de l'épine nasale antérieure du frontal. Ce bloc triangulaire est épais, compact et résistant à la partie moyenne, il diminue d'épaisseur en dehors ou il représente la lame de retour (M. Sebileau) unissant les tables interne et externe du frontal. Cette lame s'appuie en avant sur le labyrinthe ethmoïdal ; elle est à ce niveau plus mince.

La *berge postérieure* est représentée par la table interne qui, au niveau du plancher, s'infléchit en avant.

Sur la ligne médiane, le fond présente par sa face exo-sinusale, une crête d'union avec le bord antéro-supérieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. A l'union de la face inférieure et de la face postérieure, cette crête se dédouble et constitue le pourtour antérieur du trou borgne limité d'autre part par les processus alaires, émanation ethmoïdale qui assure la protection de la lame criblée,plus postérieure. Le fond de la gouttière est, par lui-même trop étroit pour que son seul effondrement assure un drainage suffisant. Il faut donc mordre sur l'une des berges.

Alors que Lothrop a jeté son dévolu sur la destruction à la fraise de l'épais bloc osseux antérieur ; M. Sebileau préfère mordre sur la berge postérieure, laquelle est de destruction facile et sans danger, à la condition de l'effondrer méthodiquement.

(Tout récemment, M. Moulonguet a préconisé l'éclectisme conseillant de se donner du jour à la fois en avant et en arrière).

L'opération telle qu'elle a été décrite par M. Sebileau se réalise de la façon suivante ·

Les deux sinus frontaux étant trépanés par leur paroi antérieure, on résèque la cloison intersinusale jusqu'à son pied, à l'aide d'une pince de Lombart à becs fins. On réalise ainsi la continuité du sillon inter-infundibulaire.

On agrandit de chaque côté les orifices, aux dépens des segments voisins du fond de la gouttière.

Ces segments, minces, se laissent effondrer facilement et sans effort. Cet élargissement est poussé aussi près que possible du bloc osseux médian.

La destruction de celui-ci peut être obtenu à la pince de Lombart, mais celle-ci nécessite souvent une brèche osseuse frontale d'une dimension telle qu'elle risque d'être suivie d'un enfoncement tégumentaire mutilant. C'est pourquoi, il est aussi simple, ainsi que le conseille M. Sébileau, de détruire à la gouge le versant postérieur de la gouttière. Pour le faire en toute sécurité, « il suffit de l'attaquer en appuyant le dos con- « vexe de la gouge sur la paroi postérieure. On « donne avec mesure quelques coups de mail- « let, puis l'on retourne l'instrument dont le dos « vient dès lors s'appuyer sur la face postérieure « de la paroi antérieure du chéneau, mais dont «l'orientation ne doit pas être modifiée. On frappe «à nouveau, doucement. En peu de temps le plan- « cher saute. Je pense qu'on pourrait facilement, « peut être même avantageusement, exécuter « ce temps opératoire avec les mèches fraisées « d'un perforateur animé par un moteur élec- « trique, l'ébranlement osseux serait sans doute « un peu moindre. Le plancher effondré, l'on « résèque avec une pince gouge (pince gouge de « Roux, de Lombart, de Jansen), tout ce qu'on « croit devoir réséquer du bord antérieur de la « lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Cela fait, « aidé de la pince de Luc, l'opérateur pratique « la résection des cellules ethmoïdales imposée « par les besoins du cas (1). »

Lorsque l'opération est terminée, les deux sinus frontaux ne forment plus qu'une seule et même cavité qui s'ouvre directement à la partie moyenne dans les deux fosses nasales, communication d'autant plus large qu'on aura fait une résection plus importante de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Cette opération, d'exécution facile, permet d'assurer une cure radicale, là où tous les autres procédés seraient aléatoires s'ils ne se sont pas déjà montrés insuffisants.

(1) P. SEBILEAU. — *Annales des mal. de l'oreille*, T XLI, n° 2, p. 113.

CLINIQUE CHIRURGICALE

I. Calculs du cholédoque — II. Néoplasme du côlon descendant.

D'après une leçon du professeur Hartmann [1].

I. Calcul du cholédoque.

Une femme de 32 ans se plaint de crises douloureuses dans l'hypochondre droit. Les premières manifestations remontent à 1919. Elle est prise en pleine nuit, brusquement, d'une douleur siégeant sous le rebord costal droit, accompagnée de gêne respiratoire, et irradiant dans le dos , à la région de l'omoplate droite. Elle n'eut pas de vomissements.

Rien qu'en écoutant ceci, on peut tout de suite, non pas faire un diagnostic certain, mais penser à quelque chose. Quand une malade est prise en pleine santé (elle mangeait bien), pendant la nuit, d'une douleur violente qui la réveille et qui siège dans l'hypochondre droit, en s'irradiant en arrière vers la région scapulaire, on doit tout de suite penser à une colique hépatique. Souvent, il y a des vomissements. Notons qu'elle n'en a pas eu lors de cette crise.

Les douleurs ont reparu six mois après, dans le courant de la même année. Elles ont repris brusquement, la gênant pour respirer. Elle avait jusqu'à deux crises par jour, chacune durant une demi-heure environ. Ceci confirme l'idée que nous avions eue dès les premiers mots. Elle a eu plusieurs crises, séparées par des intervalles de santé parfaite, et reprenant irrégulièrement comme heure. Il y a des coliques hépatiques sur lesquelles les repas ont de l'influence. Quand cette influence ne se fait pas sentir, c'est une circonstance qui contribue à faire écarter le diagnostic d'une affection gastrique à l'origine de ces crises.

Cette malade n'avait pas eu de jaunisse. La colique hépatique ne s'accompagne pas nécessairement de jaunisse, et on le comprend facilement en se rappelant la configuration des voies biliaires. Un calcul de la vésicule peut être le point de départ de coliques hépatiques lorsque surviennent des contractions, mais même lorsque le calcul s'engage momentanément dans l'origine du canal cystique, le cours de la bile n'est pas gêné, la bile s'écoule dans l'intestin, il n'y a pas de jaunisse vraie ; il y a simplement quelquefois un peu de subictère, parce que cette colique hépatique s'accompagne d'un léger degré de ce qu'on appelait autrefois la congestion du foie ; il est probable que ceci résulte de petits phénomènes d'infection, d'angio-colite. D'une manière générale, quand les voies biliaires sont libres, il n'y a pas d'ictère vrai.

Cette femme n'a pas eu d'ictère du tout.

Nous pouvons en conclure que, pendant une longue période, elle a eu une série de coliques hépatiques, méritant le nom de coliques vésiculaires que le professeur Gilbert leur a donné. Cette variété se distingue de la colique hépatique vraie, dans laquelle il y a migration des calculs du cystique dans le cholédoque, et qui s'accompagne presque fatalement de jaunisse.

En 1920, elle a vomi pour la première fois. On trouva un point douloureux sous le rebord costal droit. La crise dura trois jours. Elle s'est alors aperçue que ses selles étaient décolorées, couleur mastic ; ses urines étaient normales. Pas d'ictère. Les douleurs disparurent, et ne reparurent qu'au mois de décembre de la même année, au cours d'un bon repas, puis des crises reparurent, les jours suivants, à n'importe quel moment.

Ici se place un épisode qui n'a aucun rapport avec la maladie actuelle. Après un retard de vingt jours, la malade est prise de pertes, et le médecin pense à une fausse couche. Il s'agissait, en réalité, d'une grossesse extra-utérine dont elle fut opérée en juillet. C'est une erreur de diagnostic qu'on peut faire. Une malade qui a un retard dans ses règles pense naturellement qu'elle est enceinte, et le médecin doit penser la même chose. Quant, au bout de six semaines environ, elle est prise de douleurs et de perte de sang, avec caillots, et quelquefois expulsion d'une membrane constituée, on est tenté de faire le diagnostic de fausse couche, alors qu'il s'agit d'une grossesse tubaire. Il y a très souvent un petit signe qui doit mettre l'esprit en éveil, c'est une légère sensibilité, soit à droite, soit à gauche du bas-ventre. On trouve, à ce moment, une tuméfaction au niveau des annexes d'un côté. La tuméfaction des annexes due à des salpingites ne donne généralement pas lieu à des retards dans les règles, et, de plus, ces tuméfactions, sont presque toujours bilatérales, parce que la salpingite est une maladie infectieuse, dont le point de départ est une migration ascendante du gonocoque, le plus souvent. Chez cette malade, il n'y avait pas eu de douleur, rien qui pût mettre en éveil l'esprit du médecin.

Vous savez que la muqueuse utérine produit une caduque tout comme s'il y avait un œuf dans cette cavité. Quand l'œuf meurt, la caduque

(1) Leçons faites à l'Hôtel-Dieu, en novembre 1926, recueillies par le Dr Laporte.

utérine se détache et est expulsée. On comprend alors que l'erreur soit possible. La maladie n'est pas terminée, le placenta continue à pousser, et il se produit souvent des écoulements sanguins, à la fois par l'utérus et par le pavillon de la trompe. En général, le sang est moins nettement rouge que dans les pertes utérines proprement dites, il a une coloration un peu sépia, brunâtre. Quand il s'écoule dans le péritoine, il donne lieu à des douleurs, à des phénomènes rappelant la pelvi-péritonite, et à la production d'une tuméfaction latéro-utérine décrite sous le nom d'hématocèle rétro-utérine : je vous rappelle ces notions en passant.

Les crises de colique hépatique ne reparurent qu'en janvier 1926. Entre temps, elle a une forte albuminurie et mal aux reins. Au moment de la digestion, elle ressent une douleur violente, avec impression d'étouffement. En juillet, nouvelles crises de douleur, avec vomissements. La malade reste alitée quinze jours, pour une congestion pulmonaire. Elle était alors dans une ville de province. Elle rentre à Paris ; elle a de nouvelles crises douloureuses pour lesquelles elle se couche et prend de la morphine. Au bout de deux jours apparut un léger ictère. Les urines étaient très foncées, les matières très décolorées. Pour la première fois, il y a des signes indiquant la descente de calculs de la vésicule dans le canal cholédoque. Jusqu'ici, nous n'avions que des coliques vésiculaires. Cette fois, la crise a débuté comme les autres, mais elle a été suivie d'ictère, de décoloration des matières et d'urines foncées, c'est-à-dire de trois signes indiquant la rétention biliaire. Cette malade était bien portante jusqu'en novembre, puis elle a été prise de crises , de vomissements et de douleurs dans l'hypochondre droit , d'une durée plus longue, puis d'un ictère progressif et persistant. Le fait qu'elle ne souffre plus n'indique pas du tout que le calcul est tombé dans l'intestin. Les douleurs qui surviennent dans les cas de calculs cholédociens ne sont pas dues le moins du monde à la présence du calcul, sinon d'une manière indirecte. La douleur naît d'une contraction des voies biliaires destinée à faire progresser le calcul, à le faire descendre. Quand les voies biliaires ne se contractent pas, il n'y a pas de douleur. Ce sont des douleurs de colique. Le fait qu'elle n'a pas de douleur n'indique pas qu'elle n'a pas de calcul.

En somme, l'histoire du début est celle de la lithiase biliaire. La malade a certainement, actuellement, un calcul du cholédoque. Elle présente un petit mouvement fébrile (37°8). C'est peu de chose, mais cela signifie tout de même qu'elle commence à avoir des accidents d'infection. C'est une malade sur laquelle il faut intervenir, et on ne doit pas attendre trop longtemps dans ces cas. Elle est exposée à présenter tout d'un coup un frisson et une fièvre élevée, à 39°-40° ; c'est ce qu'on a décrit sous le nom de fièvre intermittente hépatique ; la caractéristique de cette fièvre est de ne pas être une fièvre continue. En réalité, elle n'a rien de particulier au foie. Vous verrez exactement la même fièvre dans les maladies de l'appareil urinaire. Les malades atteints de rétrécissement ont de temps en temps des accès de fièvre brusques. Il n'y a rien d'étonnant à ce que la courbe de température soit pareille dans les cas de rétrécissement de l'urètre infecté et d'obstruction partielle du cholédoque infecté, puisque dans les deux cas, c'est le même microbe en cause, presque toujours le *bacterium coli*.

Il y a donc, dans ces cas-là, une première période apyrétique, ou avec une petite fièvre ; puis une deuxième période où l'on voit deux ou trois grandes oscillations suivies du retour à la normale. Pendant tout ce temps, l'opération chirurgicale, en débouchant les voies biliaires, en les drainant, fait tomber la température et permet d'obtenir la guérison, mais si on n'intervient pas, il arrive une période où, au lieu d'accès de fièvre séparés par des périodes d'apyrexie à peu près complète, tous les jours la fièvre monte à 40°. Dans ces cas-là, la chirurgie ne peut plus grand chose. Le plus souvent, la malade mourra malgré l'intervention. C'est qu'il n'y a plus seulement des accès fébriles dus à des résorptions temporaires, au moment où la bile, ou l'urine (ceci est la même chose dans les maladies de l'appareil urinaire) ne peut pas couler, mais parce qu'il y a une rétention plus haute, dans le parenchyme du foie ou du rein. Dans les deux cas, les lésions sont comparables. Dans le foie, il y a de l'angiocholite suppurée. Dans ces cas, il est trop tard pour intervenir.

Cette malade n'a pas de douleur à la pression, mais quand on place l'extrémité du doigt au-dessous du rebord costal du côté droit et qu'on lui demande de respirer, elle ne fait même pas de respiration complète, et elle souffre. L'exploration confirme nos constatations antérieures. Le drainage du cholédoque est indiqué. On le pratiquera avec un tube en T, qu'on placera dans le cholédoque après l'avoir vidé, et qui amènera la bile au dehors. Quel temps faut-il le laisser ? C'est tout à fait variable. On le règle sur l'état de la bile ; elle est trouble en cas de fièvre ; on l'éclaircit en administrant de l'uroformine, on désinfecte ainsi les voies biliaires ; on laisse le tube jusqu'au moment où la bile est claire et transparente.

Hier, nous avons opéré une autre malade qui présentait une histoire à peu près analogue, datant de trois ans. Elle avait eu des crises de douleurs violentes dans l'hypochondre droit, avec irradiation dorsale et vomissements, l'une avec ictère. On pouvait supposer que le calcul était descendu dans l'intestin et que cette malade avait

simplement une cholécystite calculeuse. J'ai trouvé une cholécystite calculeuse, avec péricholécystite, mais j'ai exploré la totalité des voies biliaires, comme on doit toujours le faire en pareil cas ; si certains médecins disent que les opérations sur les voies biliaires ne donnent pas les résultats qu'on est en droit d'en attendre, cela tient souvent à ce que l'opérateur n'a pas examiné la totalité de ces voies. Chez cette malade qui n'avait pas du tout d'ictère au moment de l'opération, chez laquelle, par conséquent, un opérateur non prévenu aurait pu se borner à enlever la vésicule, nous avons mis à découvert le cholédoque. Au lieu de son calibre normal, qui est celui d'une plume d'oiseau, il avait presque le volume du petit doigt. Il contenait ce petit calcul. Vous devez donc toujours explorer la totalité des voies biliaires et ne pas vous borner à la simple ablation de la vésicule.

II. **Néoplasme du côlon descendant.**

Cette femme, âgée de 52 ans, a commencé par souffrir de coliques, de douleurs dans le ventre, d'ailleurs assez vagues, mal précisées ; à certains moments, il y a des bruits de glou-glou siégeant en différents points du ventre. En somme, elle accuse des signes semblant indiquer une gêne de la circulation intestinale, et pas plus. En 1926, elle fut prise au milieu de la nuit de violentes douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, l'obligeant à rester couchée. Le médecin trouva une grosseur dans l'hypochondre gauche et ordonna des laxatifs, des applications de compresses chaudes laudanisées.

D'abord, cette histoire faisait penser à une gêne de la circulation intestinale, à l'existence d'un point de l'intestin rétréci, mais dont on ignore le siège. Maintenant, deux signes apparaissent. D'abord, ce fait que le médecin a senti une tumeur. Mais il règne une certaine incertitude sur la réalité de cette tumeur et sur ses dimensions et son importance. Le palper est souvent mis en défaut. Ce qui est certain, c'est que la malade souffrait du côté gauche. Ceci tend à localiser la lésion du côté gauche. Puis, elle ajoute une chose qui a une importance capitale, c'est qu'elle a rendu quelques glaires et du sang non mélangés aux matières. Ceci fait penser à une lésion siégeant sur une région de l'intestin où les matières ont commencé à se solidifier un peu, par conséquent cela élimine tous les rétrécissements de l'intestin grêle, et nous sommes arrivé finalement après d'autres recherches à penser que cette sténose siège sur la deuxième moitié du côlon descendant ; en cette région, il existe d'ailleurs de la sensibilité au palper.

Le ballonnement a diminué, la grosseur a diminué. Cette grosseur qui a été constatée ne correspondait pas exactement à une tumeur, parce que les tumeurs, en général, ne présentent pas par elles-mêmes des variations de volume semblables ; le volume d'un néoplasme s'accroît progressivement, il ne présente pas d'alternatives d'augmentation et de diminution en accordéon ; seulement, il arrive que l'intestin se ballonne, ce qui est une cause d'erreur, et c'est surtout le cas pour le gros intestin, qui, de ce point de vue, entre autres, nous offre quelque chose de tout à fait particulier. Quand on palpe un gros intestin qui est le siège d'une véritable tumeur, que l'on a senti cette tumeur, et qu'on renouvelle ce palper plusieurs jours de suite, on voit souvent des différences dans le volume de la tumeur. C'est que, croyant palper seulement la tumeur, on palpe en réalité, avec cette tumeur, une partie de l'intestin contracturé au-dessus et formant pseudo-tumeur. La tumeur elle-même ne change pas de volume, mais le volume de l'intestin contracturé immédiatement au-dessus varie suivant le degré de contracture. A certains moments, la contracture cesse et l'on ne sent que la vraie tumeur. C'est une chose frappante que ces variations que présente le volume des tumeurs du gros intestin dans un grand nombre de cas. Elles s'observent surtout pour le côlon pelvien et le côlon descendant. On les voit beaucoup moins du côté droit. C'est que, d'une manière générale, les néoplasmes de la moitié droite du gros intestin constituent des tumeurs volumineuses, végétantes, tandis que les néoplasmes de la partie gauche du côlon et du côlon pelvien sont généralement petits, étranglant pour ainsi dire l'intestin comme une ficelle, mais l'intestin contracturé forme pseudo-tumeur.

Cette différence de structure est inexpliquée, mais elle se traduit cliniquement par des différences dans l'évolution symptomatique. Dans les néoplasmes du côlon pelvien, ce sont les accidents d'obstruction intestinale qui prédominent, Au contraire, sur le cæcum, le côlon ascendant, l'angle droit du côlon, ce sont le plus souvent des tumeurs végétantes qui suintent beaucoup, qui saignottent ; les malades ont moins d'accidents d'obstruction, mais ils ont beaucoup plus d'hémorragies.

Depuis ce temps, la malade a une constipation opiniâtre, progressive, qui l'oblige à prendre plusieurs fois par semaine des laxatifs. Elle n'était pas constipée auparavant. Quand un ou une malade allait régulièrement à la selle pendant des années, puis qu'il a été pris à 45 ou 50 ans, de constipation, vous devez toujours penser à la possibilité d'un néoplasme de l'intestin et le chercher.

Les selles apparaissent bien moulées. C'est encore un caractère que nous allons noter pour la localisation de la lésion. Si elle siégeait dans le rectum, elle aurait des selles fragmentées. Si la lésion rétrécit le gros intestin au niveau du côlon descendant, les matières passent avec difficultés,

mais plus bas, elles peuvent se mouler de nouveau et arriver moulées au niveau de l'anus.

Ainsi nous arrivons, par l'interrogatoire, à localiser notre lésion. La malade ajoute qu'elle ressent des douleurs dans l'hypochondre gauche en marchant. Il y a trois semaines, pendant la nuit, elle eut de violentes coliques dans la région péri-ombilicale, s'irradiant dans toutl'abdomen, elle fut obligée de rester couchée. Le ventre se ballonna et la malade constata la présence d'un mouvement péristaltique qu'elle compare à des vagues. Quelques minutes après, elle eut des vomissements. Elle a donc présenté des accidents de petite obstruction intestinale : douleurs, ballonnement, vomissements, contraction des anses intestinales soulevant la paroi de l'abdomen. Le médecin l'a mise à la diète et aux lavements de lait. Les selles ont reparu au bout de six jours. Il s'agit d'une obstruction intestinale évidemment incomplète, ce qu'on voit justement dans les rétrécissements de l'intestin.

Depuis cette crise, elle a toujours des coliques la nuit et prend des laxatifs pour aller à la selle.

Actuellement, le ventre est un peu ballonné. En palpant le flanc droit, quand on soulève brusquement l'espace costo-iliaque, on a la sensation de ballottement. Evidemment, pour compléter le diagnostic de néoplasme du côlon descendant, pour le vérifier, il faudra faire l'examen aux rayons X, après avoir donné un lavement baryté, et suivre sur l'écran la progression du lavement, mais vous voyez comment on arrive à préciser un diagnostic clinique en serrant l'interrogatoire des malades avec un soin minutieux.

LES MALADIES DE LA PAROLE

I. — La rééducation phonétique (1).

Par

G. de Parrel et Henriette Hoffer

Ancien chef de Clinique à l'Institution Nationale des Sourds-Muets. Lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Docteur en médecine. Professeur d'Ecole Primaire Supérieure. Diplômée de l'Institution Nationale des Sourds-Muets de Paris.

L'art de bien parler est sans doute un don du Ciel, distribué assez parcimonieusement parmi les humains, mais comme tout art, il est fait d'éléments très divers dont les uns sont en partie indépendants de nous, dont les autres sont susceptibles d'être adaptés à des fins déterminées, éduqués, redressés, parfois même créés de toutes pièces.

Nous avons tous présents à la mémoire l'exemple légendaire de Démosthène s'entraînant pour corriger et perfectionner un débit faible et monotone, à couvrir de sa voix les mugissements des flots, la bouche pleine de petits cailloux pour s'accoutumer aux orages des assemblées populaires.

Un des éléments de ce riche complexe qu'est la parole est l'*émission vocale* ou plus simplement la *voix*.

Attribuons-nous à la voix toute l'importance qu'elle a ? Qui apprend à l'enfant, au professeur, à l'orateur, que la voix peut s'acquérir, se développer, se cultiver tout comme s'exerce l'adresse manuelle, l'agilité, la mémoire ?

Dans quelles écoles enseigne-t-on cette culture de la voix ? Est-ce à l'école primaire, dans les lycées ? Est-ce même dans les Conservatoires ? A Rome et à Athènes, il y avait des Maîtres de la parole : *Artifices loquendi*, mais à notre époque caractérisée par des programmes scolaires — hélas ! — bien chargés et bien indigestes, l'éducation des organes phonateurs est totalement délaissée. « Nul ne nous initie au maniement de l'incomparable appareil que la nature a mis à notre disposition pour sectionner en consonnes le courant aérien qui monte du réservoir pulmonaire, pour le sculpter en voyelles sonores, riches en harmoniques, nettement différenciées ou pour l'amplifier en utilisant savamment les cavités de résonance sus ou sous-glottiques » (1).

Or, pareille culture est possible et son intérêt social est évident.

Pour nous en convaincre, qu'il nous suffise de lire des discours, des plaidoiries qui nous ont émus, qui nous ont fait vibrer, quand nous les avons entendus. Elles nous paraissent, à la lecture, si sèches, si mortes ! Et pourtant le verbe y est encore, c'est le même vocabulaire mais inanimé ; la voix manque, et la voix, c'est la vie, c'est l'âme du discours !

La voix — avec ses qualités de hauteur, d'intensité, de timbre — voix parlée et voix chantée, se cultive, s'assouplit, s'améliore. De cela personne ne doute. Ne connaissons-nous pas tous des chanteurs qui, après quelques années d'en-

(1) Travail du *Centre de rééducation auditive et phonétique* du Dr de Parrel.

(1) G. de Parrel. — Oto-rhino-laryngologie. — Documents pour les praticiens. Maloine, 27, rue de l'Ecole de-Médecine.

traînement, ont donné à leur voix une souplesse, une étendue, un charme, qu'elle n'avait pas avant tout début de travail ?

Nous savons tous par expérience, l'attraction qu'exerce sur nous une voix chaude, vibrante, riche en harmoniques. Il y a des voix qui attirent et retiennent par un charme indéfinissable et que l'on entend bien longtemps après qu'elles se sont tues.

***

Il y a dans la parole autre chose que la voix : il y a toute l'*articulation* et c'est le domaine de la *phonétique*, science trop souvent méconnue, bien qu'elle donne entre les mains de ceux qui veulent et savent s'en servir pour la culture ou la correction de la parole, de remarquables résultats. Tandis que nous possédons tous la pratique de la parole, la technique nous fait défaut.

L'articulation, c'est la façon de parler de chacun de nous, la façon d'émettre les sons de notre langue et de les relier entre eux.

A une articulation pure correspond un parler doux et agréable, tel celui de l'Ile-de-France où rien n'est heurté ni déformé.

La rééducation phonétique ou *orthophonie* a précisément pour but de diriger, de poser, d'amplifier, d'équilibrer l'émission de la voix, que cette émission soit troublée en quelque manière : voix mal placée, voix de fausset, voix caverneuse, voix couverte, etc. Elle s'adresse à toutes les dysphonies ; elle apprend à l'élève ou au professionnel de la voix à ménager ses réserves d'air, à discipliner le courant expiratoire, à assouplir les différents organes qui concourent à la production de la parole (lèvres, langue, piliers et voile, cordes vocales, maxillaire inférieur), à acquérir le sens de la modulation, du rythme, de la nuance.

D'autres troubles de la parole viennent non plus de la voix elle-même, mais d'une prononciation défectueuse. Tous ces défauts de prononciation et d'articulation ont été groupés sous le nom de *dyslalies*. Nous étudierons plus longuement dans un article ultérieur chacune de ces dyslalies ; tous ces « défauts de langue » — pour leur donner leur appellation populaire — sont curables et le médecin, conseiller de la famille, doit diriger les sujets qui en sont porteurs vers le médecin phonéticien. Il leur rendra service et s'attirera leur reconnaissance, car — il faut bien le reconnaître — les troubles de la parole couvrent ceux qui en sont atteints d'un tel ridicule que les en corriger est d'une importance sociale indiscutable. Je sais tel bégayeur, plus reconnaissant à son médecin de lui avoir rendu une parole normale et d'avoir ainsi facilité son existence familiale et professionnelle, que de l'avoir guéri d'une fièvre typhoïde pourtant grave.

Sont encore du domaine de la rééducation phonétique certaines *aphasies* : les aphasies motrices d'articulation. Les infirmes qui en sont atteints entendent et comprennent ce qu'on leur dit, ils ont conservé la mémoire auditive. Chez des sujets intelligents, attentifs, on obtient d'excellents résultats par des exercices méthodiques d'articulation, de syllabation. Nous avons présent à la mémoire le cas d'un de nos malades qui, après un ictus apoplectiforme, avait perdu l'usage de la parole ou plus exactement la mémoire des images motrices du langage articulé. Il ne savait plus dire que le mot *chapeau* pour désigner les objets les plus divers. La famille, bien intentionnée, avait essayé — d'ailleurs en vain — de réapprendre au malade à parler.

Le métier de phonéticien ne s'improvise pas. Là où avait échoué toute la bonne volonté des parents, réussit la méthode du médecin phonéticien.

***

En définitive, la *rééducation phonétique, c'est la correction des troubles de la voix et de la parole articulée, des dyslalies, des dysphonies, des aphasies.*

Sur quels principes repose cette rééducation ?

Pour mieux répondre à cette question, envisageons ce qu'est la voix et son émission articulée, la parole.

La voix articulée est le travail résultant du fonctionnement d'un consortium d'organes : poumons, glotte, voile du palais, lèvres, langue, mandibule, cavités bucco-nasale et laryngo-trachéale.

Tous ces organes peuvent être altérés par la maladie, les malformations, les traumatismes ou avoir un fonctionnement défectueux.

Comme tous les autres organes de l'économie, ils sont susceptibles de réparation par une thérapeutique appropriée, chirurgicale et plastique, et de récupération fonctionnelle par l'exercice méthodique. Les fonctions mentales, articulaires, musculaires, respiratoires sont perfectibles. De même que la main exercée du pianiste court sur le clavier avec dextérité, effleure les touches dans les pianissimo ou frappe sur elles en tirant le maximum de sonorité dans les fortissimo, de même l'appareil vocal, dans toute son étendue, est susceptible de perfectionnement, de réglage, d'assouplissement. Le médecin phonéticien est loin d'être désarmé contre les troubles de la voix parlée et chantée ; il parviendra à les réduire ou tout au moins à les atténuer, s'il possède une bonne technique et si son élève se prête de bonne grâce aux exercices phonétiques. En matière de rééducation, il est indispensable que le sujet collabore avec le maître, se soumette à sa direction et accomplisse avec patience et ténacité l'effort nécessaire.

(A suivre.)

MÉDECINE PRATIQUE

Acné juvénile (Traitement) (1).

L'acné juvénile, même compliquée de folliculites, est trop souvent considérée avec désinvolture par nombre de médecins, soit qu'ils la considèrent comme simple désagrément inesthétique, soit que le traitement prescrit consiste simplement en un régime savant et néglige le traitement externe et l'hygiène de la peau.

Contre l'abus des régimes prescrits, M. Carle (2) s'élève avec vigueur : certes on rencontre fréquemment chez les acnéiques des états dyspeptiques (surtout hypopepsie) et la constipation, mais dans un plus grand nombre de cas encore, on ne peut déceler aucun trouble digestif et alors un régime n'est pas de mise. Lorsque dyspepsie et constipation existent, il faut les traiter, car les malaises ou l'état congestif qu'elles entraînent, sont peut-être une circonstance favorisante de la séborrhée ; mais il ne faut pas compter sur leur traitement seul, si rationnel ou si prolongé qu'il soit, pour obtenir la guérison.

Les acnés et folliculites sont avant tout des maladies microbiennes qui se sèment avec une déplorable facilité. Le traitement local et l'hygiène de l'épiderme doivent donc tenir la première place.

Ce traitement local est bien connu ; l'auteur prescrit ainsi :

1° Trois ou quatre fois par semaine badigeonner, le soir, les régions boutonneuses avec un pinceau imprégné du mélange :

Soufre précipité	15 gr.
Acide salicylique	1 gr.
Alcool camphré	20 gr.
Eau distillée ... q.s.p.	100 cc.

ou encore :

Soufre précipité	15 gr.
Acide salicylique	0 gr. 50
Eau de Cologne	āā 10 gr.
Alcool à 80°	
Eau de roses	25 gr.
Eau distillée ... q.s.p.	100 cc.

Pour éviter l'irritation au voisinage des yeux, enduire la région avec un peu de vaseline.

2° Grands lavages à l'eau chaude (ou infusion de camomille) le lendemain matin. Achever la toilette avec de l'eau de Cologne pure ou mélangée en parties égales avec la liqueur d'Hoffmann (tampon de coton). Pas de savons. Sécher sans frotter. Poudrer.

3° Compléter par l'enlèvement des comédons, l'ignipuncture des pustules, et plus tard (quand la tendance suppurative aura disparu) par quelques prudents massages.

4° Laisser manger au sujet tout ce qui lui plaira, car à l'âge des acnéiques, on crée avec des régimes inutiles des anémies et des névroses, sans aucun bénéfice pour la dermatose staphylococcique.

5° Insister énergiquement sur la nécessité de ne pas porter perpétuellement sa main à la figure, pour dépister un bouton, le gratter ou le vider. Ces manœuvres sont la raison la plus habituelle de la persistance des acnés. Elles deviennent une vraie monomanie et l'on a toutes les peines du monde à les empêcher.

Par ces simples conseils, en un mois, on verra disparaître les efflorescences les plus rebelles qui auront résisté pendant des années aux régimes les plus scientifiques. Mais des tentatives de réapparition sont possibles et même habituelles, aussi le malade aura toujours sous la main les médicaments toujours suffisants pour arrêter une poussée à ses débuts.

P. FERNET et R. GIRARD.

(1) Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés, par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial. et questions prof.). — 25 % de réduction aux souscripteurs.
Envoyer avant le 15 mars 20 fr. 75 ; (pour l'étranger : 24 fr., à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (8e). Comptes chèques potaux 712-04.

(2) *Bull. méd.*, avril 1926, p. 506.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Néphrites chroniques et gestation.

Ainsi que le démontre fort bien le Dr R. Beckers (de Bruxelles), chez une néphritique chronique, la parturition à une influence fâcheuse ; si elle entraîne quelquefois les accidents graves, elle constitue toujours une complication redoutable. En effet, la néphritique est en état de moindre résistance ; elle est fragile ; elle doit en tout temps éviter les fatigues, et ce n'est pas la grossesse qui les lui éviteront.

A cette fatigue certaine, il faut encore ajouter des troubles digestifs, une augmentation du travail rénal, des troubles circulatoires, pour ne citer que des points classiquement reconnus.

Une preuve encore que la grossesse aggrave la néphrite chronique, c'est qu'elle peut la créer, vers le 7e ou 8e mois le plus souvent.

S'il est rare qu'une néphritique chronique puisse supporter une grossesse sans accident, il y a parfois une simple augmentation légère de l'albumine ; mais, le plus souvent, il y a chlorurémie (peu grave), ou rétention uréique, cas auquel le pronostic pour l'enfant est toujours sombre, et dans lequel la mère succombe souvent par aggravation au cours du post-partum ; la rétinite pouvant aller jusqu'à la cécité, est aussi observée dans de nombreux cas. Quant à l'hypertension artérielle, le pronostic est grave à la fois pour l'enfant et pour la mère.

Pour la thérapeutique, il suffit de rappeler que, quelle que soit la complication, il convient si on a pu mener la grossesse au terme, de faire un accouchement rapide sous narcose à l'éther, le chloroforme étant à redouter dans les affections rénales.

Le traitement des néphrites chlorurémiques exige le régime hypochloruré, car on a abandonné aujourd'hui le régime lacté absolu.

S'il y a rétention de l'urée (azotémie), la ligne de conduite est plus difficile. Dans les cas graves, il ne faut pas hésiter à mettre la femme au régime hydrique absolu et à lui administrer des purgatifs drastiques ; il faut, dans tous les cas, supprimer complètement les albuminoïdes et borner l'alimentation à du beurre, des légumes verts et des fruits, même quelquefois, uniquement des fruits. Si l'azotémie se complique de troubles graves de la vue, on doit recourir à l'avortement thérapeutique.

En cas d'hypertension artérielle, le médecin se trouve plus désarmé. La restriction alimentaire s'impose : régime végétarien absolu. On peut avoir recours à la saignée, qui doit être conséquente (500 cc. au moins), mais qui ne peut guère être répétée. Elle n'apporterait donc qu'une amélioration passagère, qui ne peut pas nous contenter. (*Bruxelles médical*, 15 août 1926.)

Homohémothérapie et homosérothérapie dans les maladies infectieuses.

Ces méthodes comportent des inconvénients moindres que la sérothérapie habituelle, où le sérum employé est celui du cheval. Elles consistent, ainsi que le rappellent les docteurs A. Duthoit et A. Raison, essentiellement à injecter à un malade le sang total ou le sérum sanguin d'un autre individu. Celui-ci peut être absolument normal, et on cherche alors à provoquer, par l'injection, des modifications du milieu humoral du récepteur ; ou, au contraire, le donneur est convalescent d'une maladie infectieuse, et, dans ce cas, l'injection cherche à prévenir ou à guérir une maladie, dont le récepteur est atteint ou menacé.

Dans la *scarlatine*, on utilise le sérum d'un convalescent d'une scarlatine de moyenne intensité vers la cinquième semaine après le début de la maladie, époque à laquelle celle-ci est terminée. Il importe d'examiner le donneur quelques jours après la prise de sang, pour qu'on ait la certitude que celle-ci n'a pas été faite au cours de l'invasion discrète d'une maladie à virus sanguicole telle que la typhoïde par exemple.

A titre prophylactique (cas peu fréquent en raison de la courte durée de l'incubation), les doses seront assez faibles et varieront de 5 à 10 cent. cubes pour des enfants de 9 à 14 ans. L'immunité ainsi conférée ne dépasse pas trois semaines.

A titre curatif, les doses seront plus fortes et répétées, allant de 40 à 100 cmc., plusieurs fois de suite, à deux ou trois jours d'intervalle.

La rougeole constitue l'indication essentielle de la séroprophylaxie, en raison d'une part de sa fréquence et de sa gravité chez les tout petits, d'autre part de l'efficacité reconnue des injections préventives de sérum de convalescents.

Le sérum doit être prélevé chez un adulte sain, ou chez un enfant de plus de dix ans, ayant été atteint d'une rougeole certaine. Il faut que la convalescence soit franche, la défervescence complète, que le donneur soit indemne de tuberculose, syphilis et paludisme.

En période d'incubation : deux à cinq cent. cubes ; cette séroprévention n'excède pas trois ou quatre semaines. A partir du 5e jour de l'incu-

bation, il faut cinq à six cent. cubes ; mais alors on n'obtient plus une prévention absolue, mais seulement une rougeole atténuée.

Les propriétés curatives du sérum de rougeoleux convalescents ont été de beaucoup moins étudiées.

Dans la *coqueluche*, le sang sera toujours prélevé vers la quatrième semaine de la maladie ; les doses, l'efficacité et l'innocuité sont les mêmes que pour la rougeole. A la période des quintes, l'efficacité de la méthode est beaucoup moins démontrée.

Pour la *poliomyélite*, le sérum doit être injecté dans le canal rachidien, après soustraction d'une quantité de liquide céphalo-rachidien légèrement supérieure à la quantité de sérum injecté. Ce sérum est curatif et possède également une certaine valeur prophylactique. (*Gazette des Praticiens*, Lille, 15 août 1926.)

De l'emploi systématique et méthodique du crochet dans l'extraction du siège décomplété, mode des fesses, sur le fœtus vivant.

L'accouchement en présentation du siège décomplété mode des fesses, si souvent spontané, donne quelquefois des surprises désagréables, s'il s'agit d'une primipare à voie génitale étroite avec un fœtus de volume un peu au-dessus de la normale ou même moyen.

Pour diminuer les risques de mort de l'enfant, il faut, si l'extraction s'impose, qu'elle soit rapide. Or généralement elle est lente à cause de la difficulté des moyens de préhension du fœtus qu'il faut employer : impossible au moment critique d'introduire la main pour abaisser un pied ; impossible également de faire des tractions inguinales avec les doigts, avec un lac, etc. Ces tentatives retardent l'extraction définitive.

Or, le Dr Ansaloni (de Blois) s'est décidé, il y a peu de temps à se servir d'un crochet, malgré le veto absolu prononcé très nettement et impérieusement dans les services d'accouchement contre cet instrument. Mais, placé comme il l'indique, l'extraction du siège fut tellement simplifiée et rapide (sans traumatisme pour l'enfant) qu'il n'a pas hésité à s'en servir depuis, toutes les fois qu'il en a eu l'occasion.

Il emploie le « crochet flexible de Delore ». La longueur totale de l'instrument est de 45 centimètres, y compris la poignée ; la partie de la tige, qui précède le crochet lui-même, est plus mince et légèrement flexible.

Ce crochet, qui a une forme plutôt ouverte, mesure intérieurement quatre cetntimètres d'écartement, ; la pointe de ce crochet est renflée à son extrémité, arrondie et mousse ; elle n'est donc pas traumatisante. Son écartement de quatre centimètres lui permet d'entourer la partie supérieure de la cuisse du fœtus, s'*appliquant au fond du pli de l'aine*, alors que l'extrémité se placera *au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et plutôt en dehors*. Dans ces conditions, les vaisseaux de la région antérieure de la cuisse ne peuvent pas être blessés, ni le fémur fracturé. Le crochet est placé en passant entre les cuisses du fœtus. Les tractions doivent être faites d'abord un peu en bas, pour que la hanche antérieure se place bien sous la symphyse pubienne, puis progressivement et directement en haut, dans le sens de l'expulsion naturelle du siège.

Avec le crochet ainsi placé, on a la sensation qu'on a une prise solide et qu'on dispose d'une grande force. C'est à ce propos que la flexibilité de la partie de la tige qui supporte le crochet est d'une réelle utilité. Elle empêche que les tractions ne soient trop brutales et force à agir lentement, pour que le crochet ne quitte pas le pli de l'aine où il doit rester tout le temps de la manœuvre.

L'extraction du fœtus au moyen de ce crochet est encore plus rapide et facilitée, quand elle est accompagnée de l'expression abdominale, faite par une aide bien dressée. (*Gazette médicale du Centre*, 15 juillet 1926.)

Sur l'hygiène des reins.

Dans une étude intéressante, MM. Lombry, Gillet et Duble rappellent que l'insuffisance rénale se traduit par l'hypertension, la chlorurémie, l'urémie, l'artériosclérose, affections produites par la lésion d'éléments cellulaires différents.

L'hypertension, due à la fatigue des glomérules par l'excès des boissons même les plus saines, ne fait apparaître ni cylindres, ni albumine dans les urines. Elle se différencie de l'artériosclérose. Si avec un cœur normal, il n'est guère possible de concevoir une artériosclérose sans hypertension, si minime soit-elle, souvent on a relevé des hypertensions sans artériosclérose ; c'est le cas pour les hypertensions résultant de la trop grande quantité de boissons pour un rein normal.

La chlorurémie, due à la lésion de la partie inférieure des tubes urinaires, se reconnaît par de gros cylindres variés avec albumine dans les urines.

L'urémie, due à la lésion de la partie supérieure des tubes urinifères par l'excès des albumines, se caractérise par la presence de cylindres hyalins, avec ou sans albumine dans les urines. Elle peut aussi exister sans hypertension, sans chlorurémie et sans artériosclérose.

Les symptômes cliniques de l'urémie simple sont sensiblement les mêmes que ceux de l'hypertension simple : les analyses du sang et des urines établissent le diagnostic différentiel. La

dose de 0,50 gr. au litre d'urée dans le sang doit être considérée comme maximale : pour beaucoup, la normale est plutôt de 0,30 gr.

Bref, c'est une erreur de recommander de boire beaucoup de boissons saines dans un but hygiénique. Autant que possible, il faut s'en tenir à un litre un quart par jour. Les grandes quantités de liquides, au lieu de laver les reins, les fatiguent et amènent l'insuffisance avec toutes ses conséquences.

Si, pour éviter, d'autre part, l'urémie et l'artériosclérose précoces, il faut être sobre en albumines, surtout animales, et ne pas dépasser un gramme par kilo et par jour ; il est prudent aussi, pour ne pas se prédisposer à la chlorurémie, de faire un usage modéré de sel de cuisine et de prendre l'habitude de s'en tenir à la dose quotidienne de huit à dix grammes, ajoutés aux aliments.

A l'âge de 40, 50 ans, on doit faire contrôler sa tension sanguine et analyser ses urines. Alors même qu'il y a hypertension, s'il n'y avait pas cylindrurie, l'analyse du sang n'est pas nécessaire ; le régime à suivre portera avant tout sur la quantité des aliments solides et liquides. (*Bruxelles médical*, 26 septembre 1926.)

Note sur le traitement du lupus tuberculeux par le curettage et la carbonisation totale.

Cette méthode, pourtant ancienne, s'est montrée au moins aussi efficace que les traitements modernes entre les mains du Dr Danel.

Comme on le sait, la cautérisation ignée, même vigoureusement maniée, peut ne pas suffire. Le plus souvent, en effet, les nodules lupiques atteignent en profondeur les dernières assises du derme, et même les dépassent ; c'est pourquoi, si un curettage chirurgical n'a pas, au préalable, fait un nettoyage sérieux de tout ce qu'il est possible d'abraser, le platine incandescent court le risque de voir son action s'épuiser dans des masses molles et suppuratives qui l'éteignent et l'encrassent avant d'avoir pu porter son action utile en profondeur suffisante. Ce premier temps opératoire, qui précède la carbonisation totale, porte au maximum l'effet utile du Paquelin pour permettre d'obtenir ainsi des guérisons durables.

Le curettage et la carbonisation totale du lupus tuberculeux constituent, surtout pour des lupus de la face qui n'intéressent pas les orifices, un moyen de guérison qui, par ses résultats durables et bons, ne doit pas tomber dans l'oubli. Il mérite d'être choisi par le praticien chez des malades de condition modeste, qu'on peut ainsi débarrasser en une fois d'un mal redoutable. Et cela, au prix d'une cicatrice souvent belle, toujours convenable, supérieure en tout cas esthétiquement dans la règle à ce que des procédés de destruction analogues, l'action de l'air chaud, par exemple, peuvent permettre d'obtenir. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 15 août 1926.)

Créatininémie et perméabilité rénale.

Les glandes rénales sont, dit le Dr Turriès, placées sur le trajet de la circulation comme des organes dépurateurs et des régulateurs physico-chimiques ; leurs lésions retentissent fatalement sur la composition du sang, et tout le monde connaît l'intérêt extrême qui s'attache au taux de l'azotémie, au chiffre de la constante uréo-sécrétoire, aux variations du pH et de la réserve alcaline dans les états d'insuffisance rénale. On connaît moins l'importance de la créatininémie à ce même point de vue.

Avec l'alimentation ordinaire, la créatinine de l'urine, produit de désassimilation azotée, oscille dans les vingt-quatre heures entre 1 gr. 50 et deux grammes ; mais, s'il n'y a pas normalement de créatine dans l'urine, il y a un rapport entre la créatinine éliminée et le poids du corps, la quantité de créatinine totale éliminée par kilo est toujours sensiblement la même.

Dans le sang, les taux normaux de créatininémie oscillent entre 15 et 25 milligrammes par litre de sang. Ce taux est d'une constance remarquable, sans influence ni de l'alimentation, ni du sexe, ni de l'âge.

Il n'en est pas de même dans le cas d'affection rénale.

Les lésions graves du rein s'accompagnent le plus souvent d'une forte créatininémie et cette élévation de taux serait un phénomène propre aux néphrites, sauf pour la néphrite hydropigène.

Le taux de la créatinine sanguine a une valeur diagnostique réelle pour les états d'insuffisance rénale ; mais on ne peut pas dire qu'une créatininémie signifie absence de lésion du rein.

Il y a en général concordance d'hyper-créatininémie et d'hyperazotémie, mais le dosage de l'une de ces substances ne saurait remplacer celui de l'autre, leur dosage ne répond pas à une signification identique. L'hypercréatininémie n'apparaît en général qu'après l'hyperazotémie et révèle une phase plus avancée de la maladie. Un taux de 40 milligrammes de créatinine par litre de sang témoigne d'une néphrite très grave ; 50 mill. comportent une échéance fatale de quelques jours à 3 ou 4 mois.

C'est, en résumé, un signe assez tardif de l'insuffisance rénale, il a son importance diagnostique et pronostique. (*Gazette des hôpitaux*, 25 septembre 1926.)

Les hémorragies rétro-placentaires.

Cette importante question est mise au point par le Pr Andérodias.

A part l'origine mécanique (traumatisme de l'utérus, de l'abdomen, etc.), plus de 80 % de

hémorragies rétroplacentaires sont dues à l'albuminurie ; si, malgré la fréquence de l'albuminurie gravidique, elles ne sont pas observées plus fréquemment, c'est que presque toujours cet accident se produit lorsque l'albuminurie s'est développée rapidement et a atteint en peu de temps (deux à trois jours) des doses avoisinant deux grammes ; et c'est l'hypertension artérielle concomitante qui est à l'origine immédiate de l'hémorragie rétro-placentaire.

D'ailleurs, en dehors des symptômes propres à celle-ci, on retrouve presque tous ceux de l'intoxication gravidique.

Voyons un cas de moyenne intensité. Au cours des trois derniers mois, chez une femme enceinte, jusque-là bien portante, ou présentant depuis un jour ou deux un peu de céphalée, quelques troubles de la vue, un léger œdème, etc., surviennent des douleurs dans le bas-ventre, douleurs dues soit à des contractions utérines et qui, comme elles, sont intermittentes, soit à une tension exagérée de l'utérus et par conséquent sont permanentes ; puis, presque en même temps, ou peu après, se produisent des phénomènes généraux qui sont ceux d'une hémorragie interne. La femme est pâle, ses muqueuses sont décolorées ; le pouls est petit, les extrémités froides ; elle a de l'angoisse, des bâillements, des bourdonnements d'oreille, une tendance à la syncope.

En même temps, le ventre augmente de volume dans d'assez notables proportions. L'utérus présente une dureté spéciale, ligneuse ; il est douloureux, et le palper devient très difficile au point de ne pas permettre la perception du fœtus. L'auscultation est presque toujours négative, car le fœtus meurt habituellement du fait du décollement placentaire. La femme perd un peu de sang par la vulve ; mais rarement cette hémorragie est considérable ; le plus souvent, il s'agit d'un suintement de sang noir avec quelques petits caillots.

Dans ces conditions, le diagnostic ne peut guère être hésitant, surtout si on a soin de rechercher la présence de l'albumine dans les urines et l'état de la tension artérielle, toujours élevée pour la minima comme pour la maxima.

Quand les phénomènes généraux dominent la scène, on peut croire à une péritonite par perforation, à une rupture de l'utérus ; mais il suffit d'examiner les urines et de prendre la tension artérielle pour faire le diagnostic. Celui-ci doit être fait rapidement, afin que, dans les cas graves surtout, on puisse intervenir utilement.

La mortalité maternelle oscille entre 25 et 50 %, et la mortalité infantile est de 90 à 95 %.

Etant donnée la gravité de cet accident, il importe de le prévenir par la recherche systématique de l'albumine et de la tension.

Dans les cas de moyenne intensité, il faut d'abord essayer d'arrêter l'hémorragie et de hâter le travail ; dans les deux tiers des cas, la rupture des membranes suffit à provoquer ou accélérer le travail et à faire cesser l'hémorragie. On peut au besoin y aider par des injections chaudes répétées.

Dans les cas sérieux, on ne peut pas laisser le travail s'effectuer spontanément, surtout en raison des chances d'inertie utérine, qui le prolongerait.

Il faut, sans anesthésie, faire la dilatation manuelle, suivie de l'extraction du fœtus avec ou sans réduction. Mais on n'oubliera pas que ces utérus sont rigides et particulièrement friables. Si le col est ferme et dur, et si l'on se rend compte que la dilatation sera trop longue ou dangereuse, il ne faut pas employer les voies naturelles, mais recourir à la césarienne.

L'accouchement terminé, on ne négligera pas de traiter l'état général ; le traitement est celui de toutes les hémorragies avec cette réserve qu'il doit être pratiqué sous le contrôle de l'oscillomètre, de façon à ne pas faire d'injections de sérum trop abondantes ou à ne pas donner de tonicardiaques à des femmes dont la tension reste élevée. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 juillet 1926.)

Pain blanc et tuberculose.

On sait que l'alimentation insuffisante est un puissant facteur de tuberculisation. Le Dr THIÉBAULT s'est demandé si une alimentation quantitativement suffisante, donnant toutes les calories voulues, mais carencée en certains éléments, ne produirait pas les mêmes résultats que la sous-alimentation proprement dite. Le fait n'est pas douteux ; il est appuyé par quelques exemples.

D'ailleurs, actuellement, la grande majorité des civilisés, dans les villes surtout, ont une alimentation carencée, quoique abondante, et c'est là sans doute une cause de morbidité trop peu mise en lumière peut-être, et aussi importante que le surpeuplement et la contagion. De plus, on sait maintenant que les carences sont solidaires, c'est-à-dire qu'un déficit en certains sels, par exemple, pourra entraîner une mauvaise utilisation des albumines et des graisses, et une mauvaise hydratation des cellules, ; les déficits en sels et en vitamines sont la règle dans les villes.

Le Français, gros mangeur de pain, doit souffrir plus que d'autres de carence alimentaire, car aucun aliment n'est aussi incomplet, aussi falsifié que le pain moderne pour lequel on a tout sacrifié à la blancheur. Les médecins sont souvent obligés de recommander la réduction ou l'abstention de l'usage du pain, de la mie surtout, sorte d'amidon mal cuit, qui provoque dans l'estomac des fermentations acides, d'où dyspepsie et décalcification.

Autrefois, le pain renfermait 82 % du grain de

blé, nourriture essentielle de l'humanité depuis le début des âges. Le pain actuel ne renferme guère que 55 % du grain. Cette farine blutée à 55 % est formée presque totalement d'amidon avec très peu de gluten, si peu même que pour la rendre panifiable, on est obligé d'y ajouter 2 à 4 % de farine de fèves. Quant aux sels minéraux et aux vitamines et ferments divers, ils en sont à peu près absents, comme d'ailleurs le germe du grain, que l'on élimine soigneusement dans un but de longue conservation des farines. Le phosphore est si important qu'on ne devrait pas l'enlever du pain : le tuberculeux au début perd beaucoup plus de phosphates que l'homme normal.

Il est illogique de ne donner à la boulangerie que des farines réduites presqu'exclusivement à de l'amidon en vendant à part, sous le nom d'issues, les substances les plus nutritives du blé, pour l'engraissement des porcs et des veaux. L'homme affaibli, le jeune enfant, privés de ces substances précieuses doivent en acheter fort cher des équivalents imparfaits sous des noms divers (céréalose, phytine, etc.).

Il serait préférable de donner au public des farines blutées à 85 %, et non à 55 % ; cela permettrait en outre d'utiliser dans de meilleures conditions la récolte française, et de diminuer les importations de blés étrangers. (*Journal des Praticiens*, 28 août 1926.)

Eléments de vaccinothérapie.

Dans une revue générale, fort claire et précise, le Pr Duguing résume les données principales de la vaccinothérapie, qui prend, dans la thérapeutique moderne, une place de plus en plus grande.

La vaccinothérapie, différente de la sérothérapie, qui donne à l'organisme une immunité passive, entraîne l'organisme à se défendre contre les microbes ; elle lui donne l'immunité active. Elle est préventive ou curative. Elle se fait à l'aide de stock-vaccin, dont les germes sont prélevés à l'avance et conservés dans les laboratoires, ou mieux à l'aide d'auto-vaccin ; c'est un vaccin préparé avec des microbes prélevés dans le foyer d'infection du sujet à vacciner, et ceux-ci provoquent une résistance plus spécifique contre l'infection que l'on se propose de traiter.

Les vaccins sont monomicrobiens, ou polymicrobiens, c'est-à-dire destinés à lutter contre une seule espèce de microbes, ou contre des espèces variées.

Ils sont monovalents ou polyvalents, suivant qu'ils sont préparés avec une seule ou avec plusieurs races de la même espèce microbienne.

L'auto-vaccin est plutôt monovalent ; le stock-vaccin est polyvalent.

Pour préparer les vaccins, il faut atténuer les germes, de façon que, tout en conservant leur propriété vaccinante, ils ne soient pas dangereux pour l'organisme. On utilise un germe vivant atténué, un germe « sensibilisé », un germe tué, des autolysats de microbes, un bouillon renfermant le microbe et ses produits, ou un bouillon dans lequel a vécu le microbe.

Il y a les hydro-vaccins (solution aqueuse saline) et les lipo-vaccins (solution huileuse) ; les effets des premiers sont moins brutaux que ceux des seconds ; ceux-là sont bien plus rapidement absorbés ; ceux-ci ont une action prolongée, fractionnée, étalée, et grâce à une augmentation possible de la dose, une seule injection peut suffire pour obtenir l'immunité.

Les doses à injecter, leur nombre, leur distribution dans le temps varient suivant qu'il s'agit de vaccination préventive ou curative.

Enfin l'auteur précise les indications, les contre-indications et les réactions vaccinales. (*Toulouse médical*, 1er septembre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Rupture spontanée intra-capsulaire du tendon du biceps.

(M. Fiévez, d'Hazebrouck. — *Société de chirurgie* ; 15-12-26.)

M. Fiévez a étudié dans sa thèse inaugurale (Lille, 1912) les ruptures intra-capsulaires du tendon de la longue portion du biceps brachial. Elles se traduisent cliniquement par une saillie anormale à la partie inférieure et antérieure du bras, correspondant au chef externe du biceps descendu après détachement du tendon. Aujourd'hui, l'auteur présente un nouvel exemple de cette affection, dans un travail qui fait l'objet d'un rapport de M. Lecène.

M. Fiévez a montré que cette lésion était relativement fréquente et pouvait se produire spontanément dans les cas d'arthrite sèche de l'épaule : le tendon du long biceps se trouve alors limé progressivement par le processus d'arthrite et finalement se rompt sans le moindre effort. On sait d'ailleurs que d'autres tendons intra-articulaires peuvent être également érodés dans les arthrites sèches. Dans cette forme « médicale » de la désinsertion tendineuse, il n'est pas indiqué d'opérer, d'autant qu'il s'agit souvent de malades âgés. Dans les désinsertions traumatiques, par contre, l'opération est quelquefois utile.

— M. Robineau est intervenu chez deux malades

pour de telles ruptures. Il pense qu'il y a intérêt à opérer assez précocement, avant les altérations secondaires du tendon.

— M. Paul THIÉRY a observé, pour sa part, au cours d'expertises d'accidents du travail, sept à huit exemples de cette affection. A son avis, il ne s'agit pas de rupture réelle du tendon de la longue portion du biceps, mais d'une désinsertion du pôle supérieur du corps musculaire au niveau du tendon. Cette altération lui paraît au moins aussi fréquente que la rupture transversale du corps du muscle. L'incapacité qui en résulte semble minime, et l'opération dès lors discutable.

— M. LECÈNE est partisan de la réinsertion opératoire du tendon, principalement chez les sujets jeunes.

— M. BAUMGARTNER a vu une rupture bilatérale du tendon de la longue portion du biceps chez un homme qui, soutenant une planche, fit un mouvement anormal pour la retenir. L'opération fut suivie d'un bon résultat.

Tumeur de l'acoustique.

(M. DE MARTEL. — *Société de chirurgie* ; 15-12-1926.)

M. de Martel a opéré récemment une malade atteinte de tumeur de l'acoustique. La néoplasie, de la grosseur d'une noix, avait écrasé la protubérance annulaire en s'y creusant un lit. Cliniquement, les deux seuls symptômes qui firent faire le diagnostic furent la surdité et une anesthésie de la face avec abolition du réflexe cornéen. La malade supporta bien l'intervention pratiquée en position assise et sous anesthésie locale, mais elle eut le soir une forte hyperthermie avec hypotension et succomba au bout de 2 jours.

C'est une chirurgie fort délicate. M. de Martel a opéré cette année 7 patients atteints de tumeurs de l'acoustique (qui lui ont été adressés par le Dr Clovis Vincent) avec cinq guérisons et deux morts.

La thérapeutique de la sténose hypertrophique du pylore.

(M. Pierre FREDET. — *Société de chirurgie* ; 8-12-26.)

L'expérience de M. Pierre Fredet, en matière de sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson, s'appuie aujourd'hui sur 33 cas opérés. Elle lui permet d'affirmer la bénignité, l'efficacité immédiate et définitive de la pylorectomie, opération dont il a été le promoteur. La gastro-entérostomie ne s'adresse qu'à quelques formes rares de cette maladie. La sténose hypertrophique du pylore dépasse d'ailleurs largement le premier âge. A côté de cas observés chez les tout petits et réclamant d'urgence une intervention chirurgicale, il y a des cas ultra-chroniques, compatibles avec l'existence qu'ils troublent néanmoins plus ou moins profondément, mais permettant une survie prolongée.

— M. OMBRÉDANNE considère que, dans cette affection, la gastro-entérostomie n'a pas d'indication, l'opération de Fredet suffisant en toute circonstance. Toutefois, l'élément spasmodique pouvant parfois jouer un rôle, si la chute de poids de l'enfant n'est pas trop forte et permet d'attendre, l'auteur commence par le traitement médical qui peut suffire à la guérison dans un nombre de circonstances non négligeable.

Tout acte opératoire, chez le nourrisson, comporte un risque, la mort avec pâleur et hyperthermie, survenant dans la nuit qui suit l'intervention. Nulle opération, à cet âge, si bénigne semble-t-elle en apparence, qu'il s'agisse d'un angiome ou d'un bec-de-lièvre simple, n'est à l'abri de cet accident dramatique, que rien fait de prévoir et qui est susceptible d'éclater, même sans anesthésie. L'indication d'une pylorotomie doit donc être discutée et on ne doit la faire qu'à bon escient. Cela dit, il convient de rendre hommage à la valeur de l'opération de Fredet qui a sauvé et sauvera encore bien des vies d'enfant.

Sympathicectomie péri-artérielle et fractures des membres.

(M. H. GAUDIER, de Lille. — *Société de chirurgie* ; 8-12-1926.)

M. Gaudier a eu l'occasion de pratiquer la sympathicectomie péri-artérielle, pour des raisons diverses, chez des sujets atteints de fractures des membres. Il a observé une évolution particulièrement favorable de ces fractures : résorption des ecchymoses, du gonflement local, meilleure formation du cal, ossification plus rapide, cal plus régulier. Il pense que dans le traitement des fractures (évidemment des fractures qui en valent la peine) la sympathicectomie pourrait trouver assez souvent son indication.

Sur le traitement des ruptures traumatiques de l'urèthre.

(M. L. GRIMAULT, d'Algrange (Moselle). — *Société de chirurgie* ; 22-12-1926.)

Au nom de M. L. Grimault, d'Algrange (Moselle), M. Maurice Chevassu rapporte quatre observations de rupture traumatique de l'urèthre traitée par l'uréthrorraphie et la dérivation sus-pubienne avec guérison complète vérifiée tardivement à l'uréthroscope.

La discussion est toujours ouverte sur le meilleur traitement à opposer aux ruptures traumatiques de l'urèthre périnéo-bulbaire. La thérapeutique de ces ruptures a passé par des phases successives variées. Sous l'impulsion de Guyon et de son école, la suture sur sonde à demeure des deux bouts de l'organe rompu vint remplacer l'uréthrotomie externe. Mais, les désillusions concernant les suites éloignées de l'intervention étant venues, brûlant ce qu'elle avait adoré, dans un geste, dit M. Chevassu, où elle mettait

cette conscience scrupuleuse qui a fait sa célébrité dans le monde, l'école de Necker jeta tout d'un coup l'anathème sur la suture et successivement Guyon, Legueu, Pasteau et Iselin préconisent non plus la suture, mais la réfection de l'urèthre.

Vers la même époque, Rochet, de Lyon, considérant que tous les méfaits reprochés à la suture étaient dus à la sonde à demeure, proposa la suture avec dérivation des urines par uréthrostomie ou cystostomie. Marion et Heitz-Boyer se rallièrent à cette pratique.

Au Congrès de la Société internationale d'Urologie tenu à Paris en 1921, tout fut remis en question. Le professeur Verhoogen, de Bruxelles, s'appuyant sur 31 observations personnelles, déclara rejeter la suture et être revenu à la sonde à demeure si décriée jusque-là. Il considère le rétrécissement comme inévitable et il se contente, dans la suite, de le dilater une fois ou deux par an.

Le problème reste donc à l'étude. M. Grimault, par ses 4 observations, y apporte une contribution intéressante. Il a obtenu chaque fois la guérison par a suture et la dérivation sus-pubienne. Il attribue ses résultats à la minutie de la suture à laquelle il a eu recours et à la précocité de l'intervention.

— M. Heitz-Boyer croit qu'on peut affirmer, plus que jamais, que cette technique (suture bout à bout sans sonde à demeure mais avec dérivation sus-jacente) est le traitement de choix des ruptures de l'urèthre.

— M. Marion précise son opinion actuelle. A la suture immédiate, il préfère la suture éloignée, six semaines après l'accident, alors que la contusion des tissus s'est amendée.

Pour réparer un urèthre rompu par chute à califourchon ou fracture du bassin, dit-il, rien ne vaut la suture complète avec cystostomie, toute sonde étant supprimée dans l'urèthre. La reprise des deux bouts est pour ainsi dire certaine et le calibre du canal se conserve intégralement. Mais, cette suture ne doit être pratiquée que tardivement, six semaines au moins après le traumatisme, la cystostomie seule devant être faite immédiatement.

La prostatectomie sans anesthésie générale.

(M. F. Cathelin. — *Soc. de médecine de Paris* ; 12-11-1926.)

La prostatectomie, opération autrefois sérieuse, est devenue aujourd'hui, assure M. Cathelin, une intervention assez anodine. Une des causes de cette iénignité est que l'auteur n'endort plus les malades.

M. Cathelin opère maintenant les grosses prostates sans anesthésie générale ou rachidienne. Il procède de la façon suivante :

1° Anesthésie locale, au bicarbonate de novocaïne, de la peau jusqu'à l'ouverture de la vessie (solution à 1 pour 100 : 5 cc. pour la ligne médiane, 5 cc. pour les points cardiaux de la cavité de Retzius).

2° Anesthésie de la zone prostatique à décortiquer par un lavement, une demi heure avant l'intervention, avec 1 gr. 50 à 2 gr. d'antipyrine et XXX gouttes de laudanum dans 60 gr. d'eau. L'endolorissement obtenu dans toute cette zone suffit pour pratiquer sans douleur l'énucléation, même d'une prostate volumineuse.

Depuis mai 1925 où, pour la première fois, l'auteur a eu recours à cette technique si simple, il l'a constamment mise en œuvre chez tous ses prostatiques et avec succès, tant en ville qu'à l'hôpital.

— M. Peugniez craint que les sujets nerveux ne se montrent rebelles à ce mode d'insensibilisation.

— M. Dartigues remarque que si l'on peut se passer des grands anesthésiques ici, c'est qu'il s'agit souvent de vieillards ; or, presque tous les vieillards sont insensibles. Etant interne à la Salpêtrière, M. Dartigues était souvent appelé à opérer d'urgence la nuit des hernies étranglées. Il faisait ces opérations sans anesthésie et les malades les supportaient parfaitement parce qu'il s'agissait de vieilles femmes à la sensibilité très émoussée.

— M. Lavenant se demande si la méthode de M. Cathelin serait utilisable au cas de prostates dures, avec périprostatite.

— M. Cathelin répond qu'il n'opère pas quand il y a prostatite et périprostatite, cas non justiciables de l'exérèse. Les malades prostatectomisés sont en général des gens âgés : les plus jeunes ont 70 ans, en moyenne, et à cette période de la vie le système nerveux n'a pas de réactions vives. On ne retrouve pas chez eux les mêmes craintes que font éprouver les jeunes et les femmes. Le petit lavement antipyriné est d'administration simple et est donné par l'infirmière, le chirurgien ne perdant pas une minute à ce sujet.

P. L.

Montpellier

Réunion obstétricale et gynécologique.

Céphalée tenace après rachi-analgésie.

M. Roume. — A la suite d'une rachianalgésie faite cependant avec toutes les précautions recommandées : malade couchée, injection lente, aiguille de fin calibre, l'auteur a observé une céphalée tenace et prolongée qui apparut brusquement vers le 8e jour. La quantité d'analgésique utilisée avait été de 9 centigr. de scurocaïne en solution concentrée sans adrénaline (solution F). Cette céphalée résista à tous les traitements, aspirine, allonal, injection sous-cutanée et intraveineuse de sérum hypo et hypertonique, d'eau distillée, tous ces procédés amenant seulement une sédation pas sagère. Après un mois, ces douleurs disparurent sans laisser de trace mais n'avaient pas manqué d'inquiéter beaucoup la malade et son entourage.

Appendicectomie au sixième mois de la grossesse

M. Godlewski, d'Avignon, a opéré une femme enceinte de six mois et demi qui présentait une appendicite aiguë. Il a pu enlever un beau spécimen d'appendice en massue. En outre cette opération lui a permis d'étudier les modifications anatomiques que le globe utérin à six mois fait subir à la masse iléocæcale.

A propos de l'occlusion intestinale du nouveau-né.

MM. L. Vallois, Coll de Carrera, Guibal et Chaptal. — Une observation de malformation du jéjuno-iléon : un nouveau-né dont le conduit anorectal est perméable meurt au bout de 3 jours sans avoir eu de selles méconiales et après avoir présenté des vomissements verts. A l'autopsie, obstacle membraneux à la jonction duodéno-jéjunale.

Les auteurs jettent un coup d'œil rapide sur l'anatomie, la pathogénie, le diagnostic précoce et le traitement de ces malformations. Ils insistent sur ce fait que l'intervention effroyablement grave est pourtant la seule planche de salut. En ce qui concerne leur observation, ils estiment que, avertis à temps, ils auraient pu agir utilement soit par section de l'obstacle (entérotomie), soit par gastro-entérotomie.

Césarienne corporéale au début du travail, énucléation de l'œuf en masse.

M. Devèze. — Dans ce cas de césarienne corporéale, pratiquée au début du travail sur un bassin de 8 centim., l'auteur est tombé sur le placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus. Au lieu de pénétrer dans l'œuf par effraction du placenta, il a adopté le procédé déjà employé par le prof. Delmas, en pratiquant l'énucléation en masse de l'œuf, comme une tumeur. L'enfant a crié dès l'ouverture des membranes.

A propos de cette observation l'auteur signale l'avantage que présente la technique de Cathala : utilisation de fils résorbables, le catgut de préférence, en prenant soin d'exécuter deux nœuds chirurgicaux et un troisième nœud simple. On évite ainsi la possibilité de fistules persistantes en cas d'infection.

Opération césarienne pour placenta prævia central.

M. Vallois rapporte l'observation d'une femme qui entra dans son service, à 7 mois de grossesse pour hémorragies répétées.

Femme très anémiée. Fœtus vivant, en siège mode des fesses. Le col a toute sa longueur ; il est largement ouvert. Le doigt sent du placenta partout ; il s'agit d'une insertion centrale. Au lieu d'intervenir par les voies naturelles, M. Vallois préfère recourir à une césarienne abdominale, qu'il pratique sous anesthésie à l'éther goutte à goutte et suivant sa technique habituelle. L'hémorrhagie par la tranche utérine a été insignifiante. Le corps utérin se rétracte bien. Pertes de sang après l'opération, puis plusieurs jours plus tard. Injection intraveineuse de sérum glucosé adrénaliné ; injection de pituiglandol ; transfusion de sang citraté. En raison de la gravité des pertes, l'opportunité d'une hystérectomie vaginale est même envisagée. Expulsion et extraction de fragments placentaires, peut-être insérés sur le col lui-même ce qui explique qu'ils aient pu échapper à la révision de la cavité utérine. On pratique une deuxième transfusion de sang citraté. A partir de ce moment, guérison rapide et complète.

L'auteur fait remarquer que les incidents survenus après l'opération ne doivent pas être attribués au traitement chirurgical qui dans le cas particulier paraît avoir été moins sanglant qu'une intervention par les voies naturelles. M. Vallois insiste sur les dangers toujours possibles de rétention de fragments placentaires, même si l'on croit avoir la certitude d'une délivrance complète et sur la possibilité de l'insertion de ces fragments sur le col lui-même.

Cancer du col cause du dystocie.

M. Godlewski. — L'auteur rapporte l'observation d'une femme chez laquelle un cancer du col fut une cause de dystocie. Il a dû faire une césarienne suivie d'hystérectomie totale. Les suites opératoires ont été excellentes pour l'enfant et la mère.

Ascaridiose et puerpéralité.

MM. Gaujoux et Roume. — Sous ce titre, les auteurs relatent une observation de pseudo-péritonite survenue au 5e jour des suites de couches. Les accidents qui avaient une allure dramatique cessèrent complètement après le rejet par vomissements de deux volumineux ascaris vivants.

A ce propos, les auteurs étudient le traitement de l'ascaridiose au cours de la puerpéralité.

L'infestation intra-utérine de la mère au fœtus est démontrée en ce qui concerne les animaux ; pour l'homme le fait serait à étudier' ce que peuvent plus facilement faire les médecins des pays où l'helminthiase est fréquente et grave.

A la suite de leur observation les auteurs citent quelques références bibliographiques qui pourront être utiles à ceux que la question intéresse.

Dr J. Coll de Carrera.

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

Considérations sur les épanchements pleuraux au cours de la cirrhose de Laennec.

MM. Vedel et Puech. — Ces épanchements sont fréquents. Ils évoluent à bas bruit, siégeant aussi bien à gauche qu'à droite, parfois bilatéraux. Ils sont à tendance hémorragique ; le liquide est ou franchement hémorragique ou histologiquement hémorragique. Leur pathogénie ne saurait être uni-

voque comme le prouve l'examen du liquide et les circonstances de son apparition : la pleurésie tuberculeuse paraît moins fréquente qu'il n'est dit d'habitude ; il peut s'agir d'hydrothorax survenant au cours des poussées hydropigènes de la cirrhose : le plus souvent on a affaire à des hydropleurites. L'origine mécanique est représentée par la compression, par l'ascite, la gêne de la circulation sus-hépatique, parfois l'insuffisance cardiaque ; l'origine inflammatoire par la périhépatite, une infection occasionnelle : tuberculose (hydropleurite bacillifère), infections diverses.

Arthrite du genou secondaire à une ostéite éberthienne récidivée. Arthropathie syphilitique associée.

M. Mourgue-Molines. — A la fin d'une fièvre typhoïde, un homme de 35 ans, a présenté de multiples foyers d'ostéite à bacille d'Eberth, dont l'un, à l'extrémité inférieure du fémur droit, a nécessité trois interventions. Après treize ans d'apparente guérison, cet homme doit être opéré d'urgence pour une arthrite aiguë du genou droit dont le pus contient de l'éberth pur. Au niveau de l'ancien foyer de l'extrémité inférieure du fémur il s'est produit une récidive d'abcès éberthien qui a contaminé l'articulation voisine. Cicatrisation traînante en dépit d'un autovaccin, et 8 mois après un nouvel abcès contient encore du bacille typhique. Le genou qui a conservé sa mobilité antérieure, devient le siège d'un empâtement dur, indolent ; le diagnostic de syphilome périsynovial est confirmé par une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive et par l'existence d'une ulcération suspecte de la cicatrice d'arthrotomie, qui rétrocède sous l'influence du traitement.

L'auteur souligne que, s'il est commun de voir une ostéite apparaître des années après une fièvre typhoïde, la récidive tardive d'une ostéite à bacille d'éberth pur est beaucoup plus rare. La propagation articulaire et l'association d'une lésion syphilitique sont aussi à noter.

Subluxation congénitale des deux rotules.

M. Maricau (de Magalas). — L'auteur présente trois belles radiographies des deux genoux d'un jeune homme venu le consulter pour un banal accident du travail.

Les deux rotules occupaient une position anormalement externe, tendant à redresser la corde tendue sur l'arc ouvert en dehors fémur-tibia. Dans la flexion du genou les deux rotules sont en luxation complète ; le genou droit présente une ébauche de genu valgum.

La malformation ne se révèle par aucun trouble fonctionnel : le sujet marche, danse, monte à bicyclette, etc., sans aucune gêne. Il dit qu'une semblable malformation existait chez son père et aussi silencieuse.

Les clichés (face et profil) du genou en extension précisent bien la topographie des rotules luxées. La vue de profil du genou fléchi met en relief le genu valgum signalé, non réductible par la flexion.

La question d'une thérapeutique possible ne se pose pas, étant donné la parfaite tolérance du sujet vis-à-vis de la lésion.

Traitement du charbon par le novarsénobenzol.

M. Raux (de Millau). — Guérison rapide d'un cas de pustule maligne de la joue par le seul traitement novarsénobenzolique (injections intra-veineuses de 0 gr. 60, 0 gr. 90, 0 gr. 60 du médicament), pendant trois jours.

Les Livres

G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

M. Nicolle, professeur à l'Institut Pasteur. — **Maladies des intestins. Séméiologie et thérapeutique générale.** *Morphologie et physiologie des microbes. Pathologie générale des infections microbiennes. Deuxième édition, revue et augmentée* par A. Boquet, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur. (1 vol., in-8° de 360 pages. Prix : 30 francs.)

Ce livre, substance de son cours à l'Institut Pasteur, a été composé par M. Nicolle à l'intention des médecins, vétérinaires et pharmaciens.

Cette deuxième édition, mise au courant de toutes les découvertes récentes, est conçue dans un esprit très général. Elle est divisée en trois parties : *Morphologie, physiologie, actions pathogènes des microbes et immunologie* (Virulence. Toxines. Phagocytose. Immunité. Hypersensibilité. Anaphylaxie. Immunisation).

Elle initie le lecteur aux propriétés essentielles des germes saprophytes et pathogènes, à leurs effets sur les milieux inertes et sur les êtres vivants, aux réactions organiques qu'ils provoquent, dont le terme est l'immunité, enfin aux moyens de combattre les infections, c'est-à-dire à la thérapeutique spécifique.

D'une lecture facile, bien que concis et complet, il s'adresse à tous ceux qui désirent accroître leurs connaissances dans le vaste domaine de la microbiologie et acquérir des notions claires, précises, sur les multiples problèmes de l'infection et de l'immunité.

G. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Dr Serge Voronoff. — **Etude sur la vieillesse et le rajeunissement par la greffe.** (1 vol., in-8°, 35 planches hors texte, 214 pages, Paris, 1926.)

Après avoir envisagé l'immortalité des animaux unicellulaires, les cellules mortelles et immortelles

des animaux supérieurs, le processus intense qui, dans les tissus détermine la vieillesse et la mort, l'auteur se demande si l'on peut rajeunir les cellules d'un organisme vieilli.

Il établit que si, pendant la vieillesse, la fonction de toutes les glandes endocrines continue, quoique affaiblie, une seule fait exception à cette règle : c'est la glande génitale. Mise à part sa sécrétion externe, on peut voir que sa sécrétion interne, sans effet notable avant la puberté, devient très active pendant la jeunesse et l'âge adulte, peut diminuer d'activité au moment de la vieillesse.

Ceci paraît autre chose qu'une coïncidence et la relation de cause à effet peut être ici invoquée. L'auteur démontre le rôle endocrine rénovateur des testicules ; si leur action tonifiante continuait indéfiniment pour permettre à l'organisme de remplacer toujours par des cellules nouvelles les cellules usées, notre corps resterait jeune beaucoup plus longtemps.

Le Dr Voronoff expose ensuite son procédé des greffes testiculaires destinées à produire le rajeunissement de l'individu ; il apporte la preuve histologique de la survivance des greffons, donne les résultats de la greffe testiculaire sur les vieux animaux, sur sur les vieillards, puis traite de la greffe ovarienne et du rajeunissement de la femme. Enfin il expose son procédé opératoire.

G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

H. Bard et H. Diffre. — **Le football association.** (Une brochure illustrée de 215 pages. Prix : 15 francs net.)

Dans son Introduction, l'un des auteurs annonce qu'il a surtout cherché à indiquer comment, personnellement, il comprend la technique du jeu de football et à faire ressortir comment, en travaillant et en s'entraînant, il a abouti à la méthode de jeu qu'il a adoptée, pour ne plus s'en écarter ensuite. Il a entendu démontrer que ce jeu n'est pas un jeu de hasard, mais un jeu méthodique, raisonné et précis.

L'ouvrage est divisé en deux parties. La première est purement technique : Définition et caractère du football association. Matériel et accessoires. Apprentissage et premiers éléments du jeu. Principales phases du jeu. Méthodes. L'équipe. La science du jeu et ses règles officielles.

La deuxième partie, dans la rédation de laquelle la part du Dr Diffre a été prépondérante, traite de la physiologie, de l'entraînement, de l'hygiène du joueur et des accidents...

Les conclusions se terminent par ces lignes : « Même lorsqu'il s'agit de compétitions les plus importantes, le football doit rester un sport magnifique et courtois dont nous pourrons alors recommander la pratique à nos enfants, pour leur plaisir et pour leur bien. »

Le Dr Diffre est le fils de notre excellent confrère et ami Diffre, de Montpellier. Il nous est grandement agréable de présenter son dernier ouvrage aux lecteurs du *Concours médical.* Ceux d'entre eux que les sports attirent et passionnent y trouveront matière à précieux enseignement.

G. D.

A. Poinat, éditeur, 21, rue Cassette, Paris.

Pr J. Castaigne, Fr. Moutier, R. Goiffon, P. Aubourg. — **Maladies de l'intestin. Séméiologie et thérapeutique générale.** (1 vol., in-8°, 308 pages, 46 figures dans le texte, 1926). *In* Collection« *Le livre du médecin. L'examen du malade et son traitement.* »

C'est le premier volume des maladies de l'intestin, consacré à la séméiologie et à la thérapeutique générale ; le second exposera les maladies de l'intestin en particulier. A côté des articles cliniques remarquables de Fr. Moutier, qui constituent la partie essentielle de ce livre, se trouvent les articles de coprologie de R. Goiffon et ceux de radiologie de P. Aubourg.

L'étude des fonctions duodénales, la physiologie du grêle, surtout la physiologie du côlon, ont jeté une vive lumière sur toute la pathologie de l'intestin. Nous avons appris, grâce à la radiologie, à scruter les fonctions motrices de l'intestin ;grâce à la coprologie, à déterminer l'état de la muqueuse intestinale, la valeur des sucs intestinaux, les modifications qu'un transit rapide ou retardé apporte aux fonctions de digestion, d'absorption et de fermentation ; enfin la bactériologie nous a enseigné la spécificité de telles ou telles affections et en même temps la pathologie intestinale a été l'origine des premiers travaux sur les bactériophages, travaux dont l'importance générale est certainement considérable. L'ensemble de ces moyens, joints à un examen clinique dûment pratiqué, restreint utilement le champ des hypothèses, oriente l'esprit au moins vers une probabilité et rend les décisions thérapeutiques plus conformes aux nécessités.

Ce nouveau livre aidera largement le praticien dans sa tâche, Il est complété par un formulaire des principaux médicaments et des principales prescriptions.

Masson et Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris.

La **Revue d'hygiène**, dans son n° 12, du mois de *décembre* 1925, donne le compte rendu détaillé du **XIIe Congrès d'hygiène**, tenu à Paris du 19 au 25 octobre 1925.

C'est d'abord le rapport du Pr Pautrier : *La syphilis est-elle en régression* ? La courbe ascendante de la syphilis a atteint son maximum vers 1919 en France et dans les pays voisins. L'organisation intensive de la lutte, avec les moyens spécifiques dont nous disposons, l'a fait descendre rapidement d'environ 40 à 50 p. 100 de 1920 à 1923. Depuis, elle reste stationnaire, en plateau, avec tendance, par endroits à faire un crochet ascendant. Une meilleure utilisa-

tion des compétences et un nouveau groupement des efforts sont nécessaires pour aboutir à la victoire finale qui ne peut faire de doute.

Le Congrès étudia ensuite : *La fièvre ondulante en France. Distribution géographique. Epidémiologie. Prophylaxie.* (MM. AUBLANT, DUBOIS, H. LAFENÊTRE et LISBONNE.)

La standardisation des méthodes d'analyse bactériologique des eaux, par le Dr ROCHAIX.

L'hygiène expérimentale. Bactériologie. Sérologie en 1924-1925. (M. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE.)

Assainissement et eau potable. L'effort fiscal des communes françaises en 1924. (Dr E. BRIAU.)

Les tendances actuelles de la législation et de l'administration sanitaires. (Dr DEQUIDT et FORESTIER.)

Centres de cure climatique et tuberculose. (Pr PIC et ROCHAIX.) etc., etc.

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE, 26, rue Jacob, Paris.

Adrien TOUSSAINT. — **Comment l'agriculteur peut aider ses ouvriers.** (*Indroduction d'Henry Girard.* Une brochure, 46 pages. Prix : 3 fr.)

1° La protection de l'ouvrier. Sociétés maladie et retraites. Loi du 5 avril 1910 sur les retraites paysannes. Assistance médicale gratuite. Assistance aux vieillards, infirmes, etc.

2° La protection de sa famille, assistance aux femmes en couches. Primes d'allaitement, de natalité. Assistance aux familles nombreuses, etc.

3° L'amélioration de son salaire.

4° L'amélioration des conditions de son existence. Coopératives de consommation. Habitations à bon marché. Crédit rural, etc.

Les ouvriers étrangers.

La grande famille agricole. Le rôle du syndicalisme

Libriairie E. LE FRANÇOIS, 91, boulevard Saint-Germain.

Dr CABANÈS. — **Le sixième sens** (*Sens génésique*). 4e vol. de la série *Les Curiosités de la médecine*, 1927.)

Il est impossible d'analyser ce recueil de documents curieux, d'anecdotes amusantes que Cabanès a patiemment réunis sur le sens génésique. Il y relate tout ce qui a trait à l'appareil de la génération chez l'homme et chez la femme et termine par un appendice sur les seins et l'allaitement.

La lecture de ces anecdotes qui relèvent du folklore, de ces documents historiques ou légendaires sont du plus haut intérêt pour tous ceux qui s'occupent d'ethnologie et d'anthropologie. Citons au hasard les chapitres sur la circoncision chez les Turcs, sur l'infibulation masculine, sur les castrats de la Chapelle Sixtine, sur la Secte des Skopzis, sur les signes de la virginité, sur les superstitions et coutumes relatives à la menstruation, sur le déterminisme sexuel dans le folklore et la poésie, sur la couvade, sur les accouchements historiques, etc., etc. Ces titres seuls, pris au hasard parmi cent autres, suffisent à indiquer tout l'intérêt du quatrième volume de la Collection des *Curiosités de la médecine.*

J. N.

Les livres qui viennent de paraître ..

A LA SOCIÉTÉ DU RECUEIL SIREY, 22, rue Soufflot, Paris, 5e.

E.-H. PERREAU, professeur à la Faculté de droit de Toulouse. — **Le Code de la médecine et de la pharmacie** (médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes, pharmaciens, herboristes). Préface du Dr Ch. Fiessinger. (Un vol. in-16 : 20 fr.)

CHEZ MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

Georges GUILLAIN, Guy LAROCHE et P. LÉCHELLE. — **Technique de la réaction du benjoin colloïdal** (Une broch., 36 p. : 11 fr.)

A LA LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE, 26, rue Jacob.

R. ZAEPFFEL, docteur-vétérinaire. — **Le pigeon voyageur**, élevage, concours, maladies. Préface du Général Gouraud. (Un vol. 150 p., 38 fig. : 9 fr.)

Louis BRÉCHEMIN, lauréat de l'Académie d'agriculture. — **Les poules**, élevage, incubation naturelle et artificielle. *Nouvelle édition.* (Un vol. 400 p., 80 fig. : 14 fr.)

Chez BAILLIERE ET FILS, 19, rue Hautefeuille.

Dr L. GARRIGUES. — **Origine de l'univers et de la vie.** (Un vol. 260 p., : 20 fr.)

Chez Amédée LEGRAND, 93, boul. St-Germain

Dr F. CATHELIN. — **L'énigme étiologique du cancer.** (Un vol. in-8, 167 p., : 15 fr.)

J. BELOT et F. LEPENNETIER. — **Anatomie radiographique du squelette normal (Atlas).** 275 planches, grandeur nature (radiographies, photographies, schémas interprétant les ombres). Paraîtra le 1er avril 1927. Souscriptions au prix de 200 fr. jusqu'au 15 mars (le prix de l'ouvrage sera ensuite majoré.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

ENCORE LES ASSURANCES SOCIALES

Le corps médical devant les réalités,

Par le Dr Gabriel BATIER (de Strasbourg).

Le médecin se croit volontiers libre de tout préjugé. L'opinion le considère comme un sceptique, comme un homme qui ne croit pas à ce que son bistouri n'a jamais rencontré. A moins qu'il n'ait donné des gages personnels, le monde religieux le tient pour suspect. Et pourtant comme il est crédule ! Comme sa vie est pleine d'actes de foi ! C'est un mystique qui s'ignore, prêt à enfourcher, en matière scientifique, les théories les plus saugrenues, à chevaucher sur elles jusqu'à l'infini, sans souci des chutes magistrales qui l'attendent aux tournants et dont l'expérience du passé devrait lui rappeler le caractère inéluctable.

Comme on ne change pas de nature en changeant de sujet de réflexion, il apporte le même tempérament mystique dans l'étude des questions sociales. J'ose dire qu'ici ce tempérament se déchaîne plus librement encore, car sur le terrain social, dont il sait moins bien les réalités, il ne connaît nul obstacle et galope vertigineusement.

Devant le problème que l'éventualité des assurances sociales pose au corps médical, le démon mystique s'est agité dans de nombreux cerveaux confraternels et y a exercé des ravages, auprès desquels les désastres de Floride ne sont que jeux d'enfants. Garanti contre ses atteintes, non par une complexion meilleure, mais par la cruelle réalité de tous les jours qui empêche toute rêverie, je ne puis me retenir de comparer les farouches querelles qui divisent les uns et les autres, à ces discussions passionnées, dont la plupart des sujets laisse froids les gens de notre temps, mais qui, à l'époque de la Renaissance, coûtèrent la vie à de nombreux citoyens honnêtes des deux confessions en lutte.

Dans l'espoir de servir notre profession, je voudrais essayer de tirer un instant mes confrères des nuées où ils se complaisent trop volontiers, pour envisager un problème pratique, celui de demain.

Il y a eu des médecins pour croire que 20.000 citoyens exerçant une même profession, pourraient faire échec à une loi quelconque, que leur victoire était certaine, armés qu'ils étaient de leur ferme volonté et d'un budget de ..... 500.000 fr. Je ne les nommerai pas, car je crois qu'ils n'osent plus le dire. Les grands groupements patronaux qui commandent à d'autres effectifs, qui disposent de nombreux journaux et de plusieurs dizaines de millions pour leur propagande, ont renoncé depuis longtemps à une campagne où ils savaient leur défaite certaine : ce sont des réalistes et non point des mystiques ! Ils cherchent simplement aujourd'hui à sauver leur autorité patronale dans les organisations prévues. Encore une fois, je ne crois pas qu'il reste des médecins pour croire possible au corps médical ce que les groupements industriels se jugent incapables de réaliser.

Donc la loi sur les assurances sociales sera votée, car elle n'a devant elle aucune force sérieuse pour lui barrer la route.

Une fois la loi votée, que peut faire le corps médical ? C'est ce qu'il importe d'examiner, sans souci des préférences des uns ou des autres.

Première hypothèse. — Les syndicats médicaux ignorent la loi. Ils décident qu'ils ne feront ni contrat, ni accord avec les organismes d'exécution. Leurs membres auront la consigne formelle de traiter les assurés comme des clients ordinaires, comme s'ils n'étaient pas assurés.

Cette thèse a été longtemps soutenue, avec plus d'énergie d'ailleurs que d'arguments. Il semble qu'elle ait perdu beaucoup de terrain, mais elle a encore des fidèles et, dans une étude objective comme celle-ci, elle doit avoir sa place.

Supposons le problème résolu. Que se passe-t-il ?

Il y a 16.000 médecins syndiqués. Les organismes chargés de l'application de la loi, auront donc à leur disposition 8.000 médecins au moins dès le premier jour de leur action ; car il est permis d'estimer à ce nombre les médecins non syndiqués qui accepteront un fixe des Caisses d'assurances. Le Pr Merklen l'a rappelé : le médecin se rue sur les fixes les plus misérables. Et de tristes exemples ont récemment prouvé que la garde

qui veille à la porte des syndicats n'en protège ni les syndiqués ni les universitaires.

Huit mille médecins, c'est plus qu'il n'en faut pour mettre la loi en route, car son application ne sera pas immédiate partout ; elle commencera par les centres industriels et s'étendra ensuite progressivement à tout le territoire.

Est-il bien sûr que, dans ces conditions, les 16.000 syndiqués ne connaîtront aucune défection ? O militants syndicalistes, vous qui avez vu la démission suivre si souvent et sans délai le plus anodin et le plus justifié des avertissements, pensez-vous ne perdre aucun membre, quand les deux tiers de la clientèle seront passés entre les mains exclusives du tiers non syndiqué du corps médical ? Les hommes sont les hommes et rien autre. Quand un dictateur succède à une République avec quelque chance de durée, de très farouches républicains, des purs parmi les purs, deviennent ses plus sûrs partisans. En sera-t-il autrement des néo-syndicalistes et des vieux syndicalistes médicaux ?

J'attends, pour changer d'avis, qu'on me démontre : 1° comment, dans cette hypothèse, on peut priver les organismes d'assurances du concours des médecins non syndiqués ; 2° comment on peut empêcher les syndiqués de quitter le bloc d'opposition syndicale à la loi.

Deuxième hypothèse. — Convaincus que l'absence de contrat collectif serait un désastre, les syndicats médicaux acceptent le contrat collectif, afin de se réserver une clientèle qui, sans cela, leur échapperait.

Le contrat collectif, en soi, est au programme de la Fédération nationale, comme il est au programme de l'Union. Il est largement pratiqué dans la région lilloise et dans la région lyonnaise. Le contrat collectif de Roubaix a soulevé l'enthousiasme quasi unanime des syndicats groupés dans la Fédération nationale. Aujourd'hui, le contrat collectif n'a plus comme adversaires que des isolés sans influence.

Mais tout le monde ne pense pas que le plus mauvais contrat vaille mieux que l'absence de contrat. Si la loi laisse aux syndicats médicaux, comme l'Union l'a demandé sur ma proposition, liberté pleine et entière de régler par contrat les conditions du service médical, son contrôle et les conflits éventuels, il n'y a plus de cause de division dans le corps médical et chaque syndicat fera son contrat selon ses idées et ses ... forces. C'est bien pour cela que j'avais défendu si énergiquement cette idée qui seule sauvegardait l'autonomie syndicale.

Mais si la loi entend limiter la liberté de contracter, tant celle des Caisses que celle des syndicats professionnels, la question change d'aspect. Tout contrat, en effet, étant signé pour la mise en pratique de la loi, comprend tacitement toute la réglementation prévue par cette loi et par le décret rendu pour son application. Après avoir lutté — hélas ! en ordre dispersé — pour la défense des libertés professionnelles, les syndicats médicaux se résigneront-ils à faire un contrat dans les limites d'une liberté restreinte ou refuseront-ils de contracter dans ces conditions ?

Dans le cas de la résignation, on voit la solution.

Dans le cas de la résistance, on peut envisager deux conceptions. La première nous replace dans une situation où les syndicats ignorent la loi ; nous l'avons déjà examinée et elle comporte des objections que personne jusqu'ici n'a levées de façon convaincante à mes yeux. La deuxième constitue la troisième hypothèse que l'on se propose d'examiner ici.

Troisième hypothèse. — Absolument résolus à conserver leur liberté complète de contracter, mais redoutant l'intervention de médecins jaunes, groupés ou non en syndicats, les vieux syndicats médicaux contractent tout de même avec les organismes d'assurance, mais, profitant de leur force — je suppose qu'ils réunissent à ce moment 95 % des praticiens de la région —, ils imposent à ces organismes nouveaux ou nouvellement transformés en vue de leur mission légale, les conditions de leur service technique, *sans souci des dispositions légales contraires.*

Ces contrats seront annulés, dites-vous ? Non, ils ne seront pas annulés. La loi sera, dans ses premières années, une chose très malléable. Ceux qui auront pour tâche de la faire appliquer, accepteront au début tous les compromis que les faits imposeront. Ils seront les complices tacites de tous ceux qui violeront le texte, si par ailleurs ces enfants terribles donnent leur concours loyal à l'œuvre de prévoyance sociale que la loi constitue.

Déjà ils acceptent, sous forme de mesure transitoire *sine die*, les contrats de la région lilloise et celui de la région parisienne. Il en sera de même ailleurs, même après le vote de la loi.

Mais une fois le coup fait — car c'est un coup de force, je ne m'y trompe pas —, il faudra sans tarder le rendre légal par une modification de la loi, *avant que les organismes d'assurances ne soient devenus assez forts pour s'y opposer.*

Désireux d'épuiser la question, je ne vois pourtant aucune autre hypothèse (1). Si le lecteur en imagine quelque nouvelle, je le prie de me la communiquer (2), car toute contribution

(1) C'est à dessein que l'auteur élimine, comme hors du sujet, les diverses modalités que les syndicats pourraient librement envisager pour leurs contrats. Le respect de l'autonomie syndicale empêche de leur imposer l'une plutôt que l'autre et cet article a pour but d'étudier la défense des libertés professionnelles, non la manière de s'en servir.

(2) Dr Batier, 14, avenue de la Paix, Strasbourg.

FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Alimentation des Enfants

Farines très légères	Farines légères	Farines plus substantielles
RIZINE Crème de riz maltée	***ORGÉOSE*** Crème d'orge maltée	***AVENOSE*** Farine d'avoine maltée
ARISTOSE à base de farine maltée de blé et d'avoine	***GRAMENOSE*** (Avoine, blé, orge, maïs)	***CASTANOSE*** à base de farine de châtaignes maltée
CÉRÉMALTINE (Arrow-root, orge, blé, maïs)	***BLÉOSE*** Blé total préparé et malté	***LENTILOSE*** Farine de lentilles maltée

CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — *Brochure et Échantillons sur demande.*

Dépot général: Mon JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris

BON

pour une boite d'échantillons de



A découper et à envoyer aux
Laboratoires "INAVA"
Institut de Vaccinothérapie
Établissements KULHMANN
26, rue Pagès, SURESNES (Seine)
Téléph. : 182 Suresnes

MESSIEURS,

A la suite de vos annonces qui mettent en relief les caractéristiques de vos nouveaux **Vaccins "INAVA"** *(procédé L. Goldenberg) à savoir :*

leur **CONCENTRATION** très forte *(excipient constitué par les microbes solubilisés),* ne donnant toutefois lieu à **AUCUNE RÉACTION ;**

leur **INOCULATION** par **VOIE INTRADERMIQUE** mettant à profit le rôle de la peau en vaccinothérapie, *en tant que véritable organe hautement différencié,* et non seulement simple revêtement des autres parties du corps;

leur mode d'**INJECTION par gouttes** permettant d'encercler le foyer d'infection *en pratiquant les injections "en nappe" quand l'infection est localisée;*

Je désirerais expérimenter vos produits pour me persuader personnellement de leurs avantages indiqués ci-dessus. ——— *Veuillez donc m'envoyer un échantillon de* **Vaccin "INAVA"** (*).

(*) Bien spécifier la lettre du Vaccin désiré :

"A" Asthme, Bronchite chronique.
"B" Abcès chroniques, Sinusites maxillaires, Gingivites, Pyorrhée alvéolaire.
"D" Furoncles, Anthrax, Acné.
"G" Blennorragie et ses complications, Prostatites, Epididymites, Arthrites, etc.
"M" Métrites.
"Ovules" / **"Vaccin"** **INAVA** { Leucorrhée. Salpingites, Métrites.
"P" Infections dues aux pyogènes communs.
"R" Ozène.
"U" Infections des voies urinaires, Pyélites, Pyélonéphrites, Cystites, etc.

Signature et Adresse du docteur :

....

....

....



GOUTTE, GRAVELLE, ARTHRITISME

Cure économique par les

SELS DE VITTEL

non effervescents (en poudre) - effervescents (en poudre et en comprimés)

PASTILLES DE VITTEL

antiacides et digestives, aux arômes : MENTHE, ANIS, CITRON

COMPRIMES DE VITTEL

Médicament de choix des acidités gastriques.

Laboratoire des SELS et PASTILLES de VITTEL, à VITTEL (Vosges).
C. PAGEL et H. PRUVOST, Docteurs en Pharmacie.

à cette étude pratique peut être décisive, tandis que les querelles de doctrine sont absolument stériles.

En l'état actuel des choses, j'ose encore espérer, malgré des chances bien réduites, que la loi nous laissera notre entière liberté ; aux syndicats de contracter alors avec les organismes d'assurances, en mettant dans le contrat les conditions indispensables à l'exercice normal de la profession et à la protection contre les empiètements de la médecine de dispensaires, policliniques et centres thérapeutiques variés.

Que si cette espérance est déçue, comme il est à craindre, j'incline vers la troisième hypothèse, car je n'admets pas plus la résignation à la perte de nos libertés professionnelles que l'abandon du terrain aux médecins jaunes, abandon qui serait la conséquence fatale du refus de contrat collectif.

Mais cette solution suppose un syndicalisme médical fortement organisé, l'embrigadement de nouvelles forces dans nos syndicats dont les effectifs totaux devraient augmenter de 50 % d'ici deux ans, des secrétariats vivants et permanents, une trésorerie syndicale à l'aise, des ententes intersyndicales librement conclues dans le cadre régional. Elle suppose que pas un instant le corps médical organisé ne cessera de protester contre les atteintes du projet de loi à nos libertés, ni de faire toutes réserves au sujet de notre concours du moment que nos libertés ne demeureraient pas entières ; elle suppose également que le corps médical organisé suivra jusqu'au bout, dans tous les postes d'écoute et d'influence qui lui seront offerts, l'élaboration, l'application aussi de cette législation nouvelle, et que ses délégués, dans ces postes, seront d'irréductibles défenseurs de nos traditions professionnelles, assez fermes pour ne jamais céder sur le fond, assez souples pour laisser toujours à l'adversaire la responsabilité d'une rupture éventuelle.

Sommes-nous sûrs de toutes ces conditions ? *That is the question* !

A PROPOS DU TARIF DES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL

L'article sur ce sujet paru dans le *Concours* du 6 février, m'a valu une lettre d'un chirurgien, illustrant, mieux que toute prose, l'*impossibilité pour nous d'accepter un tarif limitatif dans les accidents du travail*, à cause des *abus scandaleux* dont nous serions désormais victimes. Je copie textuellement :

« .... Voici un résumé de cet incident X... pour votre défense contre le tarif limitatif accidents du travail (sans préjudice de gros fermiers millionnaires qui englobent leurs femmes et leurs fils, travaillant, pour la ferme, dans les ouvriers assurés).

M. X. se casse une jambe dans l'enceinte de l'établissement Y... dont il est administrateur (*extrêmement riche*). Le confrère Z. est appelé. M. X. exige la venue immédiate du chirurgien . Z. lui dit que je suis en voyage de noces. M. X. s'élève contre la liberté laissée aux chirurgiens de prendre des vacances et finit par accepter la venue de mon remplaçant qui lui fait une réduction parfaite.

Un peu plus tard, je pose un Delbet. M. X. guérit au mieux et sans la moindre gêne de la marche (pour une bi-malléolaire avec fragment marginal postérieur).

J'envoie ma note — tarif normal (au-dessous de ce que j'aurais dû demander si j'en juge par le tarif minimum du Syndicat des chirurgiens français).

M. X. se déclare victime d'un accident au cours de son travail... d'administrateur millionnaire et transmet ma note à la Cie La P. Jamais jusqu'à présent, il n'avait parlé d'accident du travail. L'agent vient me voir et me propose le tarif Breton :

Fracture de Dupuytren : 150 fr. + appareil Delbet (répétition) : 50 fr. = 200 francs

Je refuse. Je vous en réfère, vous m'approuvez (1). Finalement, ni M. X., ni la P., ne m'ont règlé. C'est l'établissement Y qui m'a règlé, grâce à l'esprit conciliant des deux autres administrateurs — grâce aussi à mon attitude ferme.

Et ils sont ainsi des centaines : ingénieurs, administrateurs, chefs de culture, etc..., qui se feraient englober dans le tarif ouvrier si nous nous laissions imposer un tarif limitatif.

Et quel triste précédent pour les assurances sociales ! C'est d'ailleurs ce que cherchent les pouvoirs publics.... »

***

Est-il besoin d'ajouter un commentaire à cet exposé si caractéristique de la mentalité de certains « chefs » en tous genres, si fortunés, soient-ils ? Je citais, dans le dernier article, l'exemple des confrères d'Alsace payés en bons de caisse, par des gens venus dans leur luxueuse auto les consulter... Inutile, pour moi, d'aller si loin, vous le voyez.

Le Parlement *sait bien* qu'aucun de nous n'a demandé *à un ouvrier* un supplément au tarif Breton. Le rapporteur lui-même du projet de loi l'*a déclaré*, ainsi qu'on a pu le lire dans les

(1) Le confrère qui m'écrit est du Syndicat de Seine-et-Marne dont je suis président. J'avais oublié cette histoire... et je le remercie de me la rappeler, en vue de cette publication typique.

citations que j'ai faites. Serait-ce donc pour plaire à « de gros bonnets » qu'on veut nous supprimer notre droit de faire payer ceux-ci *suivant leurs moyens* ?

Et cela sous prétexte de *libre choix*, alors que c'est précisément aller contre, ainsi que je l'ai montré ?... Et *légalement* le corps médical serait mis en demeure de soigner des millionnaires au tarif réduit ? Nous croit-on une mentalité assez... piriforme pour accepter cette éventualité ? Ah, non ! tout de même....

Dr Fernand DECOURT.

LA MUTUALITÉ TIERS....?

Au moment où l'on nous menace de certaine modalité d'assurances sociales, il me paraît d'un certain intérêt d'entretenir mes confrères d'une petite Société de Secours mutuels. *Ab uno disce omnes* !

Au temps déjà lointain de mon établissement dans mon poste actuel, je reçus, un jour, la visite de délégués des Sociétés de Secours mutuels de la localité.

Ces messieurs me firent un petit discours destiné à me bien disposer en faveur de leurs Sociétés, *qui faisaient tant de bien*..... ; puis, me demandèrent si je voulais bien soigner leurs adhérents *au même tarif* que mes confrères, à savoir 1 fr. 15 pour la visite à domicile (oui, vous avez bien lu : 1 fr. 15.)

Ayant déjà exercé cinq ans dans un autre poste et m'étant abonné au *Concours*, dès mon doctorat, je n'étais pas tout à fait un novice. Je demandai donc à ces messieurs si, de leur côté, ils me consentiraient, dans leurs commerces respectifs, des tarifs de faveur au titre de médecin de leurs Sociétés.

« Oh ! cela nous est impossible, répondirent-ils en chœur, et sans éprouver le besoin de se concerter, nos prix sont déjà si réduits ! — Eh bien, Messieurs, je regrette infiniment de ne pouvoir faire plus que vous, répondis-je. Je soignerai comme des clients ordinaires les Mutualistes qui voudront bien, quand même, se confier à moi. »

Puis, j'eus la curiosité de me renseigner auprès de mes confrères, et j'appris ainsi, sans trop de surprise, que leur tarif-mutualité était, en réalité, de 1 fr. 25. Voyez le piètre marchandage.

Si j'avais « marché » on dirigeait tous les Mutualistes vers mon cabinet jusqu'à l'arrivée d'un nouveau médecin, auquel on eût fait le même « coup » pour lui faire gober un tarif de 1 fr. 05. Après quoi, tout le troupeau eût été dirigé vers lui... en attendant l'arrivée ... etc., etc.

Mais je ne « marchai » pas, et maintenant, vingt ans après, tous les Mutualistes sont soignés chez nous comme des clients ordinaires, la Société leur versant (à eux) une indemnité de maladie. En un mot, c'est l'entente directe ; nous nous en trouvons bien.

Mais nous ne pûmes éviter l'enrôlement diplomatique comme membres honoraires, et c'est ainsi que je viens de recevoir le « compte rendu financier et moral de la situation d'une Société fin 1926 ».

C'est la lecture de cet opuscule qui m'incite à communiquer mes réflexions à mes confrères.

J'y vois « qu'étant exclusivement une organisation d'assistance et de moralisation, qui s'efforce de propager les principes d'ordre et d'économie, la Société est ouverte *à tous* et fait appel *à tous*. » (Ce n'est pas moi qui souligne).

Voyons maintenant les avantages promis à ses membres :

En cas de maladie : paiement d'une indemnité médicale et des frais pharmaceutiques.

Indemnité journalière de 2 fr.

Indemnité de 1 fr. en plus aux sociétaires employés dans les maisons affiliées à la caisse de compensation familiale.

Indemnité de maternité de 50 francs.

En cas de décès : secours à la veuve et aux enfants ; allocation pour frais funéraires.

En cas de malheurs : aide financière et morale,

Retraite, à 60 ans d'âge et 15 ans de sociétariat.

Et voilà !

Maintenant, me direz-vous sans doute, il faut des cotisations importantes pour assurer tout cela !

Elles sont formidables en effet ! Jugez-en :

Obligations des sociétaires :

Paiement d'une cotisation mensuelle de :

1 fr. 50 pour les membres admis de 16 à 35 ans.

1 fr. 75 pour les membres admis de 35 à 45 ans.

0 fr. 75 pour les membres pensionnés.

1 fr. 50 pour les enfants des sociétaires, de 5 à 16 ans, leur donnant droit aux indemnités médicales et pharmaceutiques.

Comment, dans ces conditions, les dirigeants de la Société ne chercheraient-ils pas à rogner sur les honoraires médicaux, s'ils en assumaient la charge entière à titre de tiers-payant ?

Que va bien pouvoir penser notre excellent et dévoué confrère Vimont de tous les avantages offerts pour des cotisations si faibles ? Comment donc les actuaires de la Mutualité familiale ont-ils calculé leurs barèmes ? Ils ne savent pas « y faire », ces gens-là !

A remarquer que, dans les recettes des derniers

exercices, les membres actifs ont versé 2.083 fr. sur 3.624 fr. ; 2.0835 fr. sur 5.029 fr. ; 5.128 fr. sur 8.803 fr., le reste provenant de dons, subventions, ou des membres honoraires.

Ne croyez-vous pas, mes cher s confrères, que ce simple exposé soit édifiant ? Il s'agit d'une petite société, me direz-vous. Certes ! mais l'ensemble de ces petites Sociétés -là constitue la *Mutualité*, que nous trouvons et trouverons devant nous et non à nos côtés.

Dr Damey,
Douarnenez.

VARIÉTÉS

I

La médecine dans les proverbes.

Quelquefois sortis de la bouche du peuple, plus souvent empruntés par lui à la littérature écrite ou parlée, mais transformés au gré de sa verve, adoptés alors mais adaptés en même temps à sa manière concrète de voir et de dire, les proverbes ne constituent pas seulement un fonds commun de sagesse faite d'expérience journalière et de gros bon sens ; ils sont aussi la traduction des aspirations de la foule et de ses doléances ; ils découvrent sa pensée ; ils disent comment elle comprend et comment elle juge. Sur tels sujets particuliers, ils sont le reflet d'une époque ; ils résument l'esprit d'un peuple. Sur tels autres, il expriment des sentiments, qui se retrouvent toujours et partout. Ce sont de ces sentiments constants et généraux que découlent les proverbes qui touchent à la médecine, parce que la médecine est de tous les temps et de tous les lieux. Il n'en est que d'un intérêt plus vif de les recueillir, laissant de côté ceux particuliers qui se rapportent au monde médical : mires, barbiers, apothicaires ; et de leur demander quels jugements les peuples ont porté sur la science médicale.

A glaner dans les recueils, la récolte est abondante. La première raison en est que le médecin est au contact journalier de la foule, qu'il doit avoir des connaissances encyclopédiques et que, par là, la médecine est devenue représentative de la science toute entière. Or, « *les plumes décorent le paon et l'instruction l'homme* » (1) ; et cet adage montre à souhait à quel point la science s'imposa toujours à l'attention. — « *A qui sait et est habile*, dit le gascon, *rien n'est lourd ni difficile* » (2). — « *Qui sait*, reprend l'italien, *est maître des autres* » (3). — Certes, la passion, qui mène les hommes, leur fera dire aussi : « *Il fait bon vivre et ne rien savoir* » ; ou encore : « *patience passe science* » ; mais c'est sentiment de renard pour qui trop haute est la treille et qui ne s'exprime que par extrême exception.

(1) *Collection de* 4291 *vieux proverbes russes*, Moscou, 1770.

(2) A co sabent è balent, arren difficile ny pésent.

(3) Chi sà è padron digli altri.

Peut-être d'ailleurs le second des deux proverbes tient-il simplement au rapprochement des mots redoublés *patience, pas science* ; car l'harmonie grossière d'une consonnance hasardée a été bien des fois fatale à la « sagesse des nations », comme elle l'est à la pensée d'un de nos plus bouillants polémistes.

Une autre raison plus importante est la place que tient la médecine dans la vie de chaque jour. « *Honore le médecin à cause de la nécessité* », dit Jésus, fil de Sirach (1) ; et le proverbe juif ajoute avec une psychologie plus aiguisée : « *Pour honorer le médecin, n'attends pas que tu en aies besoin* ». — Un Fouquier-Tinville peut envoyer un Lavoisier à l'échafaud, parce que « *la République n'a pas besoin de savants* » (2) ; mais la révolution soviétique, si elle a chassé les lettrés et les historiens, a attaché les médecins aux organisations républicaines.

Presque autant que la mort, la maladie qui vient, à multiples coups, rappeler sa menace, frappe et retient l'esprit. — « *Santé et maladie sont deux hostes de l'homme* » (3). — « *Qui n'a santé n'a rien* ». — « *Qui a santé est riche et ne le sait pas* » (4) ; car c'est seulement « *dans l'infirmité* (qu') *on connait la santé* (5) ». — Vite d'ailleurs vient le mal ; « *le mal vient à cheval et retourne boiteux et contreval* (6) ». — « *Tel se croit sain qui porte la mort dans son sein* (7) ». — « *Le petit mal épouvante et le*

(1) Honora medicum propter necessitatem. (*Liber Ecclesiastici*, cap. XXXVIII, § 1.)

(2) A la vérité, Fouquier-Tinville n'a pas dit ces mots qu'on lui prête communément : mais il est dans la logique des choses qu'il pût les dire ; car, lorsque les passions sont déchaînées, les esprits révoltés supportent mal les supériorités qui les dépassent.

(3) Proverbe du XVIe siècle.

(4) Chi ha sanità è ricco e non la sà.

(5) Nella infermita si conesce la sanita. — Comparer le proverbe gascon : « Prets et balou de la santat se cognouys en caitiouetat. »

(6) Proverbe du XVIe siècle. — On dit aujourd'hui : « *les maladies viennent à cheval et s'en vont à pied* ». — Il male viene è cavallo à và via piano à piedi.

(7) Tal pensa esser sano porta la morte in seno.

grand tue (1) ». — Aussi, « *mémoire du mal a longue trasse* (2) » ; « *qui a éprouvé le mal craint le pire* (3) » ; et le proverbe mandchou de dire : « *Si tu es bien portant, pense à la douleur* » (4).

On voit que la littérature parémiologique n'y a pas manqué ; elle ne pouvait, du même coup, oublier la médecine. Tôt, en effet, on dut observer que « *moins griève li mal de quoy on se prent garde* (5) » ; et non moins rapidement conclure qu'est grand « *fou qui peut se guérir et ne le fait pas* ».

> « *Je di cilz est fox qui alume*
> *Le feu pour ardoir ce qu'il a :*
> *Et cil est fox qui de la reume*
> *Se puet garir et d'apostume,*
> *Qui tantost ne s'en garira.* »
> (Dis de Jeh. LE RIGOLET, *ms.* XIII[e] siècle.)

Je disais que les connaissances étendues et acquises à longueur de temps qu'exige la médecine étaient pour frapper la foule. Il en fut ainsi toujours ; et, à défaut de compétence, cette dernière avait pour juger : ce qu'elle voyait de la vie des médecins et son bon sens. Ceci et cela lui disaient que, de même qu' « *à forger on devient forgeron* », de même « *en apprenant on devient savant* (6) », qu' « *on acquiert le science avec la patience* (7) », qu' « *on apprend toute la vie* (8) » et que c'est seulement « *quand le médecin meurt* (qu') *il est hors d'apprentissage* ».

Par opposition, ne lui échappait pas davantage le ridicule de « *Gros Jean qui en montre à son curé* », c'est-à-dire le travers assez général, qui fait que chacun se croit volontiers capable d'en remontrer presque à son médecin. Railleur de lui-même sur ce point, — car ses proverbes ne l'épargnent pas, — le peuple répète avec les Anglais : « *A trente ans, qui n'est pas sot est médecin* » (9) ; avec les Espagnols : « *Du fou, du poète et du médecin, nous avons tous un petit brin* » (10). — « *Comment voulez-vous,* disait G. J. Witkowski (11) *que tout le monde ne se mêle pas un peu de médecine, lorsque la civilité exige que l'on s'aborde par ces mots : Comment vous-portez-vous ?* » ; et l'on connaît l'histoire de ce bouffon de prince qui paria contre son maître que la profession de médecin était sur ses terres la plus commune de toutes et qui gagna son pari. On sait comment.

A quelques jours de là, il s'était assis sur la dernière marche de l'escalier d'honneur, la tête couverte de son manteau, paraissant horriblement souffrir d'une rage de dents. « Bonhomme, dit un capitaine, à ce coup je vois bien que tu es vraiment fol, puisque tu gardes ta douleur alors que si vite tu serais guéri en recevant dans la bouche la fumée de semences de jusquiame brûlées sur un réchaud ». — « Mami, ajouta un page en passant, si tu veux m'en croire, tu prendras de la racine de bette blanche, tu rempliras de son suc le creux de ta main et tu le tireras par le nez aussi fort qu'il te sera possible ». — Quand vint le chapelain, il s'arrêta à son tour et donna sa recette : rompre par le milieu une racine de chelidoine fraîchement cueillie et mettre dans le creux de la dent dolente une goutte du suc sorti de la plante.

Ainsi des heures passèrent, jusqu'à ce que le prince prévenu fit appeler son bouffon. Sa triste mine l'appitoya. « Mêle vite de ta salive, lui dit-il, avec la grosseur d'un pois de cendre d'écorce de frêne ; applique la pâte ainsi faite sur l'arête des tempes du côté de la douleur au lieu de l'articulation de la mâchoire inférieure ; tiens l'y en place la moitié d'un quart d'heure et tu seras guéri ». — Monseigneur, répartit le bouffon, je le suis déjà à-demi à penser au résultat de notre récent pari et je le serai tout à fait quand il vous plaira d'en acquitter l'enjeu. Car, certes, je l'ai bien gagné puisque, depuis deux heures à peine que je suis malade, j'ai recueilli plus de cinquante remèdes et que je n'ai rencontré que des médecins, vous tout le premier ».

L'histoire a couru le monde et le peuple en a ri, riant de ses propres prétentions à la médecine, parce qu'il savait bien qu' « *on ne devient pas médecin en naissant* », encore que certains le croient (1), qu' « *il faut apprendre pour connaître* » et que « *les apprentis dans l'art ne sont pas maîtres* (2) ». Il est même très curieux qu'il ait eu sur les études et sur le savoir médicaux des aperçus d'une inattendue perspicacité. Passe pour les difficultés de l'art, dont il voyait une raison aisée à découvrir dans le fait que « *l'homme sain ne sait pas ce que souffre le malade* » (3) ; passe encore pour des remarques banales comme

(1) Il picciol male spaventa ; il grande amazza.
(2) Proverbe du XVI[e] siècle.
(3) Chi a provato il male, teme di peggio.
(4) Beye elkhe otchi souilatchoun be gôni.
(5) Proverbe du XIII[e] siècle.
(6) Imparando si diventa dotto.
(7) Con la patienza s'acquista scienza.
(8) S'impara tanto quanto si vive.
(9 Every man at thorty is a fool or a physician.
(10) De medico, poeta y locco, todos tenemos un poco.
(11) G. J. Witkowski, *Anecdotes médicales*, Steinheil, Paris s. d., p. 46.

(1) *La Gazette médicale de Paris*, nous a, en effet, autrefois conté que dans le pays de Corlay (Finistère) et, en particulier, dans celui de Saint-Mayeux, bourg voisin, sept naissances successives de même sexe dans une famille font du dernier né, s'il s'agit d'un garçon, un enfant de miracle, doué de capacités particulières et médecin de droit. Même alors qu'il n'est encore qu'un enfant, on lui amène en consultation blessés et malades (L. Bonnemère). D'après Piet, qui fait remonter cette superstition aux Celtes, la même coutume existe en Vendée.
(2) Non son maestri i novizii nell' arto.
(3) Non sa il sano cio che patisce l'ammalato.

celles-ci qu' « *il est plus facile férir que guarir* (1) », qu' « *il est plus facile mediciner que curer* (2) » ; mais il lui fallait une réelle finesse pour découvrir, de la place inférieure d'où il regardait, que « *celui qui va à l'école chez lui-même pourrait bien avoir un fou pour maître* (3) » et encore que ce qui fait souvent la supériorité des professeurs est l'avantage qu'ils trouvent eux-mêmes dans l'enseignement : « *Veux-tu perfectionner ton instruction, enseigne à un autre* (4) » ; — « *On apprend en enseignant* (5) ». — Ceci rappelle un mot de M. Hayem : « Quand je fus nommé pro- » fesseur de thérapeutique à la Faculté de mé- » decine de Paris, je savais mal la thérapeutique ; » je l'ai apprise pour l'enseigner ».

Il y a plus. Les proverbes ont fait un départ très judicieux entre la théorie et la pratique de la médecine. A coup sûr, le peuple, ici, n'a pas tout créé ; mais il a choisi pour adopter et cela est bien quelque chose. Il va sans dire, que, sans méconnaître que « *celui qui ne connaît pas la cause du mal donne rarement bonne médecine* (6) », c'est-à-dire sans dénier à la théorie sa valeur, il lui a préféré la pratique. Il savait celle-ci longue à acquérir et il l'en estimait d'autant. Au contraire, l'expérience journalière lui permettait de dire : « *Si tu es amoureux de doctrine, tu la possèderas bientôt* (7) », du moins lorsqu'on trouvait assez d'être « *savant avec un livre* » et qu'on se contentait d'être « *l'homme d'un seul livre* » (8). Enfin et surtout, la foule était tout proche de la pratique et loin de la théorie. Aussi a-t-elle précisément choisi et adopté les dictons qui étaient défavorables aux doctrines et aux discussions d'école.

Evidemment, ceci dépassait sa simplicité, qui jugeait bonnement que « *quand Hippocrate escrit, il n'escrit pas de musique* », par quoi il lui semblait facile de s'entendre. Mais elle voyait, à l'opposé, que ce n'étaient partout que querelles perpétuelles parce que « *Hippocrate dit oui et Galien dit non* » ; elle entendait bien assurer qu'on était « *ami de Platon mais plus encore de la vérité* » ; seulement, tout le monde « *jurait sur la parole du Maître* » ; et, pour un Guy de la Brosse qui osait écrire : « Si la pensée d'Aristote » quadre à l'expérience qui m'a fourni la meil- » leure partie de ce que ie produicts à la bon- » heure, sinon ie ne craindray point de dire que » le bon-hôme s'est mesconté (1) », il y avait cent Guy Papin qui l'eussent brûlé. Alors, inventeur ou adoptant de proverbes, le peuple prit son parti : « *Doctrine vault mais on ne sçait combien* (2) ». « *Qui commente Galien est un bon fat et ne faict rien* (3) » ; — « *Mieux vaut ne savoir que mal savoir* » ; — « *L'œil bien sain souvent fait voir tortu* (4) » ; — « *Un sot savant est sot plus qu'un sot ignorant* » ; — « *Avec du bon sens le reste vient* » ; — « *La science n'est que folie si le bon sens ne s'y associe* » (5).

Le bon sens ! Ce sont ses jugements surtout que prétendent exprimer les proverbes ; mais parfois il se trouble et la passion ou l'ignorance l'obscurcit.

Voici pour la passion. A tort ou à raison, les proverbes n'aiment guère les dévots et les moines ; en particulier, le peuple en revint assez vite de son primitif respect pour les pèlerinages, parce qu'ils furent trop souvent un prétexte à de simples parties de plaisir. De là des dictons comme celui-ci : « *Jamais cheval ni méchant homme n'amenda pour aller à Rome* », ou cet autre : « *Le loup alla à Rome ; il y laissa de son*

(1 et 2) Proverbes du XVIe siècle. L'italien dit : « E più facile ferire che guerire » et « E più facile far le piagho che sanarle ».

(3) Who goes to school to himself may have a fool for his master (Howell, *Nouveaux dictons propres à servir de proverbes à la postérité*, 1660).

(4) The way to improve thy Learning is to teach an other (Howell, *loc. cit.*).

(5) Insegnando s'impara.

(6) Chi non conosce l'origine del male, raramente la sua medicina vale. — Ou encore : « Mal puo curar l'infermita chi non conosce la sua qualita. »

(7) Proverbe gascon : « Si de doctrine es amourous, dere serats leou possessous. »

(8) La première de ces expressions proverbiales n'est que la traduction de l'antique dicton latin : *Doctus cum libro.* Les Chinois ont supprimé l'ironie dans leur maxime : « *Heureux qui a des livres ; plus heureux encore qui n'en a plus besoin.* » Cet adage dernier rappelle une assez orgueilleuse réponse de M. de Valincourt à Louis XIV. M. de Valincourt aimait les livres et venait de perdre sa bibliothèque dans un incendie. Le Roi, qui le rencontra, tint à lui dire quelques mots de consolation ; mais le courtisan ayant remercié ajouta : « Sire, j'aurais bien mal profité de mes livres, si d'eux-mêmes je n'avais appris à m'en passer. »

La seconde (*Je crains l'homme d'un livre*) est attribuée à Saint-Thomas-d'Aquin. M. G. Duplessis dans *La Fleur des Proverbes français* (Passard, Paris, 1853, p. 359), l'a entendue au sens que lui donne un proverbe de l'île de Malte : « *Garde-toi bien de discuter avec l'homme qui n'a étudié qu'un seul livre, car tu serais battu infailliblement.* » — Il est possible que M. G. Duplessis et les Maltais aient raison ; possible aussi qu'ils se soient mépris ; car l'homme d'un seul livre est loin d'être invincible dans la discussion ; il a seulement un point de vue étroit qui, le rendant impossible à convaincre, fait la discussion inutile. Il est à craindre par cela seul : mais il est à fuir aussi, parce que l'homme qui n'aurait lu qu'un seul livre ne pourrait jamais parler que de celui-là et deviendrait vite mortellement ennuyeux.

(1) Guy de la Brosse. Préface du traité : *De la nature, vertu et utilité des Plantes*, Paris, 1528. En tête du frontispice de l'ouvrage, une banderolle porte ces mots audacieux pour le temps : « La vérité et non l'autorité ».

(2) Proverbe emprunté à une moralité de Nicole de la Chesnaye, médecin de Louis XII : *La condamnacion de Bancquet.*

(3) Proverbe du XVIe siècle. Certains parémiologues écrivent : « *Qui commence Galien...* » ; et ce me semble une variante fautive.

(4) Occhio ben sano fa spesso veder torto.

(5) La ciencia es locura si buen senso no la cura.

poil, mais rien de ses coutumes (1) ». De là aussi un parti pris de dénigrement contre les voyages en général, que même *L'Hirondelle et les petits oiseaux* de La Fontaine (2) ne devait pas vaincre et dont se ressentirent, eux aussi, les voyages qu'il fut longtemps de coutume de faire parmi les médecins, allant d'universités en universités pour s'instruire et se perfectionner dans leur art. « *Qui fait nombreux voyages,* dira le proverbe, *change bien de pays mais non pas de cervelle* » (3).

Voici pour l'ignorance. Le vulgaire de jadis et les représentants du peuple d'à-présent n'ont jamais compris qu'une forte culture littéraire était indispensable pour préparer à l'étude de la médecine. Ce serait peine perdue de rouvrir ce débat. Il en vient aujourd'hui le remaniement perpétuel des programmes universitaires, le vieil enseignement classique sortant amoindri de chacun. Il en vint autrefois ces deux proverbes, dont le premier s'agrémente du moins d'un malicieux mais amusant jeu de mots : « *Le médecin n'a pas besoin de grammaire pour faire décliner* (4) » ; — « *La pratique enseigne mieux que les belles-lettres* (5) ».

On le voit, c'est toujours à la pratique que la faveur des proverbes, en fin de compte, revient. Si, par hasard, ils décident : « *Pesez et mesurez la science et non pas les années* (6) », ils se contredisent tout aussitôt, — car la contradiction ne les effraye pas, — pour dire : « *Les années en savent plus que les livres* (7) », ou encore : « *Un asno viejo sabe mas que un potro* », et ils affirment de la meilleure foi du monde, que « *un paysan et un docteur en savent plus qu'un docteur seul* (8) ». — « *Expérience passe science* » est un axiome que l'on a pris à Ciécron (1) et simplement tourné et retourné de maintes manières : « *L'expérience est la mère de la science* » (2); « *Qui pratique beaucoup apprend beaucoup* (3) »; — « *L'usage expose mieux l'Hippocrate que ne font mille gloses et textes* », ou encore à la façon de ce proverbe du XVIe siècle qui, tout à la fois, concilie quelque peu la théorie et la pratique et rappelle la querelle éternelle des Anciens et des Modernes : « *Chascun s'ayde de sa practique ; l'un à la moderne et l'autre à l'anticque* ». L'opinion fut même si parfaitement adoptée par tous que les charlatans ne manquèrent pas d'en tirer parti pour mieux tromper les badauds qu'attiraient leurs grimaces et leurs boniments. — « *Oui dà* ! s'exclamait Sorel au bout du Pont-Neuf, *j'ai une pommade pour blanchir le teint ; elle est blanche comme neige, odoriférante comme baume et comme musc... Je ne suis ni médecin, ni docteur, ni philosophe ; mais mon onguent fait autant que les philosophes les docteurs et les médecins. L'expérience vaut mieux que la science et la pratique vaut mieux que la théorie* ». (Ch. Sorel, *Histoire comique de Francion*, I, X.)

Il est vrai que l'un des inconvénients de la pratique et non des moindres, quand il s'agit de la médecine, est la nécessité de l'apprentissage, dont il est redoutable de faire les frais. Ceci n'a pas échappé aux proverbes et la crainte qu'inspire encore si souvent l'hôpital tient pour bonne part à la terreur d'y jouer le rôle périlleux du cobaye d'expérience. « *Le chirurgien s'instruit aux dépens de l'orphelin*, dit l'arabe et vous connaissez le méridional : « *Vade et occide Caïm* ». — Cette dernière expression proverbiale, écrit Fleury de Bellingen (4), « vient de la Faculté » de médecine de Montpellier. On y exhorte les » jeunes médecins à la pratique de la médecine, » quand on les passe docteurs, en leur disant : » *Vade et occide Caïm*, (Va et tue Caïm), c'est-» à-dire va faire ton apprentissage au péril et » fortune des Carmes, Augustins, Iacobins et » Mineurs, car la première lettre de chascun de » ces ordres forme le mot Caïm ».

Malgré cela et malgré ce qu'on serait tenté de croire, la voix du peuple parlant dans ses proverbes a toujours été confiante dans la médecine. Certes, les proverbes n'ont pas attendu Molière pour dire du mal des médecins, mais la médecine est restée au-dessus du débat. Qu'il puisse y avoir une médecine ignorante et, partant, mauvaise, est chose hors discussion. Sur

(1) Telles remarques de fait avaient donné lieu à cet autre proverbe rapporté dans les *Aventures de Bil Ulespiègle* » (chap. XXXIV) : «*Va t'en à Rome, brave homme, et reviens nequam.*» Bil Ulespiègle qui, lui, en revint, montra bien, par la suite, qu'il ne s'y était guère amendé.

(2) J. DE LA FONTAINE, fable 8, liv. I.

« *Une hirondelle en ses voyages*
Avait beaucoup appris. Quiconque a beaucoup vu
Peut avoir beaucoup retenu. »

(3) Chi fa il viaggio lungo muta ben il paese, ma non il cervello.

(4) Non ei è bisogno di grammatica al medico per fa declinare.

(5) La pratica val più della grammatica.

(6) Non gli anni, ma il sapere, pesa e mesura.

(7) Molto più sanno gli anni che i libri. — A rapprocher de ce proverbe une réponse d'Euryphon de Cnide, contemporain d'Hippocrate. Comme quelqu'un lui demandait, un jour, qui avait été son maître : «*Le temps*» répondit-il.

(8) Sa più un dottor e un villano congiuntamente che un dottor solo. Le précepte ne s'appliquait pas d'ailleurs privativement à la médecine, témoin : « *Sa più un savio e un matto che un savio solo* » ; ou encore : « *Un fou avise bien un sage.* »

(1) « Usus frequens omnium magistrorum præcepta superat. »

(2) La experiencia madre es de la ciencia.

(3) Che molto pratica molto impara.

(4) FLEURY DE BELLINGEN. — *Etymologie ou explication des proverbes français*, La Haye, 1656, p. 138.

celle-là, le *Trésor des Sentences* (1) s'exprimait avec énergie : « *Fy de la pute Médecine, qui l'homme à la mort achemine* » ; mais il y a aussi la savante, la bonne, celle qui faisait dire au même moment : « *A grande et grève maladie, bonne Médecine y remédie* ». A dire le vrai, cette dernière seulement comptait . La médecine tout court, ce fut toujours celle-ci. Il n'est même pas d'excuses que les proverbes n'aient trouvé à ses défaillances, lorsqu'elle se montrait impuissante, comme toutes les choses humaines.

Impuissante contre la mort, il va sans dire ; car « *qui est né doit mourir* (2) ». — « *La médecine guérit des maladies mais non pas de la mort* , répètent les Chinois ; *elle est comme le toit qui garantit de la pluie mais non pas du tonnerre* » ; et nous sommes allés, redisant avec plus de simplicité : « *Il y a remède à tout fors à la mort* (3) » ; « *Contre la mort, il n'y a pas de médecine* (4) » ; — « *A mal mortel, remède ni médecine* (3) ». — Impuissante et absoute encore dans les maladies si graves qu'un miracle seul peut sauver le patient : « *Au venin cognoist le triacle et au grand meshain le miracle* (5) ». — Impuissante et excusée toujours dans les maladies simplement trop anciennes : « *Malaisément s'ôte la douleur qui est trop invétérée* (6) » ; « *Tart médecine est aprestée a maladie enracinée* » (7). — A ses erreurs même, les proverbes furent indulgents à la médecine : « *Médecine peut bien se tromper, puisque le pilote s'égare* ». Je l'accorde, cette pensée est de Cicéron : « Refuserez-vous à la médecine le » titre de science parce qu'elle se trompe sou- « vent ? Les pilotes ne s'égarent-ils jamais ? » ; mais le peuple fit sienne l'opinion de l'écrivain pour en forger un de ses proverbes.

Dans tous, à très peu près, un respect mêlé de reconnaissance à l'égard de la médecine se découvre ainsi ; et, même quand l'esprit de la rue s'abandonne à son penchant à la critique railleuse, ce n'est pas à la médecine qu'il s'en prend. « *Si le médecin ne guerist*, disait-on jadis, *n'aussi faict messire Deny et sy n'en parle on pas* ». Messire Denis est l'Apôtre de Paris, qui eut la tête tranchée sous le règne de Valérien, semble-t-il, et vers 272. Son tombeau faisait des miracles. Mais pas plus que Saint-Denis, au temps de Chilpéric, par exemple et suivant ce que nous raconte Grégoire de Tours (8), n'avait empêché les premiers d'auprès du roi de se battre pour une femme dans sa basilique, de l'arroser de sang et de se tuer presque devant l'autel, pas davantage il ne guérissait tous les malades qui venaient à lui suppliants. Aux époques de foi ardente, on ne voit que les miracles ; à d'autres, on compte volontiers les fois où le Ciel reste sourd. Notre dernier proverbe est de ces temps-ci. La malice qui est en lui ne s'adresse pas à la médecine, qu'il défend encore ; elle vise ailleurs et porte plus haut.

Ici, l'âme populaire semble mettre en face la science et la religion et incliner vers la première. Une preuve de ce sentiment pourrait être ce diction : « *Chi più sà meno crede* » (9), s'il fallait traduire par : « *Plus on est savant, moins on a de religion* » ce proverbe de la religieuse Italie. Ce sens toutefois est discutable. L'opinion l'est plus encore. L'adage est unique ; et, par ailleurs, enfin, les proverbes témoignent d'une résignation pieuse à l'irréparable, où la médecine, en passant, trouve une fois de plus le pardon de ses faiblesses. « *Quand l'homme est abandonné des médecins, Dieu le veut avoir* ».

« Après les Dieux, vient d'écrire M. Paul Rabier dans une de ses chroniques brillantes dont il a le secret (10), les proverbes s'en vont » et peut-être aussi, avec eux, un peu de la sagesse » résignée de jadis ». Cela est vrai et cela est triste. La résignation et la sagesse sont si peu de notre temps que Philinte lui-même n'oserait plus dire :

Encore en est-il bien par le siècle où nous sommes (11).

Quant aux proverbes, combien de tous ceux que j'ai recueillis et groupés ici sont déjà presque oubliés. C'eût été grand dommage, en vérité, de ne pas les faire revivre pour un instant, puisqu'ils nous ont découvert dans l'âme popu-

(1) Gabrier MURIER. — *Recueil de sentences notables et dictons communs.* Anvers, 1568. Ce recueil fut réimprimé à Lyon, en 1577, sous le titre : *Trésor des sentences dorées, dits, proverbes et dictons communs* ; puis à maintes reprises et parfois sous le nom de Gabriel Meurier.

(2) A chi è nato convien muorire. L'italien dit encore : « Quando commincia la vita, nasce la morte. »

(3) Er is hulp voor alles, behalve voor de dood.

(4) Comparer les deux proverbes italiens : « Contro la morte non vi è cosa forte » : — « Al mal mortale ne medicar, ne medicina vale », et cet autre encore : « Non vi è armatura che resista alla morte. »

(5) *Proverbes aux Philosophes*, XIII[e] siècle.

(6) Male si leva il dolore che troppo onvecchia.

(7) *Proverbes communs*, XV[e] siècle. Les Italiens disent : « Tardi la medicina é preparata quando la malatia é radicata. — Comparer les vers 91 et 92 du *Remedia Amoris* d'Ovide :

« *Principiis obsta : sero medicina paratur,*
Quum mala per longas convaluere moras. »

(8) GRÉGOIRE de Tours. — *Histoire des Francs*, liv. V, chap. 23.

(9) On peut rapprocher de l'italien le proverbe français : « *Le médecin ne croit que ce qu'il voit* » ; et l'affirmation latine un peu hasardée : « *Ubi tres medici, duo athei.* » Les Espagnols ont un proverbe, qui, sans faire intervenir la question de foi explique d'amusante manière pourquoi médecins et chirurgiens évitent les églises que les cimetières entouraient jadis : « Medicos y cirujanos no van à misa mayor, porque les dicen los défuntos : Ahi ! pasa el que me matô. »

(10) Paul RABIER. — Propos de rentrée. *L'Union médicale*, novembre 1926.

(11 MOLIERE. — *Le Misanthrope*, acte I, scène I, v. 117.

laire une sympathie pour la médecine, dont notre primesautière opinion nous fait une surprise.

Et si cela fait honneur au bon sens qui a dicté les proverbes, est-ce que cela ne fait pas honneur aussi et davantage encore à une science, dont tant de jaloux sans cesse ont tenté de nier les bienfaits et qui a forcé l'opinion malgré eux ?

Albert Garrigues.

II

Les Assurances sociales en 1756

L'idée des assurances sociales ouvrières n'est pas nouvelle. Depuis longtemps on s'est préoccupé d'assurer des soins à l'ouvrier blessé et malade et de lui procurer des ressources pour ses vieux jours.

Poncet de la Grave, avocat au Parlement, public en 1756 un livre : « Projet des embellissements de la ville et faux bourgs de Paris », nous y trouvons le chapitre suivant qui contient en germe le projet des assurances sociales.

« Il est juste que les ouvriers, qui, en travaillant aux embellissements de Paris, auront le malheur d'être estropiés ou blessés seulement, trouvent ailleurs que dans l'Hôtel-Dieu, où le nombre des malades est trop considérable pour qu'on puisse les soigner tous également, un secours plus prompt, plus particulier et plus doux ; pour cela il conviendrait d'établir un hôpital et de le doter de cent mille livres de rente, outre mi sols par jour qu'on prendrait sur tous les ouvriers des embellissements ; par ce moyen, les malades et les blessés trouveront promptement un lieu de retraite, où ils seront bien servis. Ceux aussi qui par accident seront hors d'état de gagner leur vie, auront dans cet hôpital une place pour le reste de leurs jours ; s'ils sont malades, on aura soin d'eux et s'ils sont en santé on les habillera et nourrira et on leur donnera toutes les petites commodités essentielles ; par l'exécution de cet établissement, les ouvriers s'attacheront au travail des embellissements et on n'en manquera jamais.

« Au reste, aucun ouvrier ne sera reçu dans cet hôpital, s'il n'est engagé au service des travaux des embellissements et les engagements ne pourront être de moins que d'une année.

« La Caisse des embellissements fera une pension viagère à la femme et aux enfants des ouvriers qui auront le malheur de périr dans les travaux. »

Dr M. Vimont.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

I

La vente des autos

Le moment est-il opportun pour vendre une voiture automobile ? C'est là évidemment une question que se posent de nombreux propriétaires de voitures qui, par suite de la revalorisation du franc, s'attendent à de fortes baisses de prix chez les constructeurs, dépréciant par contrecoup les « occasions ».

Pour répondre à cette demande, il y a lieu tout d'abord d'examiner si la baisse est réellement probable sur les voitures neuves. Certes l'amélioration du change, les réductions appliquées aux pneumatiques, la mévente, semblent donner raison à ceux qui s'attendent à un effondrement des cours. Mais en matière industrielle, il faut pousser plus avant le raisonnement et ne pas s'en tenir aux apparences.

Or, il y a une chose absolument nécessaire, vitale même pour les fabricants ; c'est de ne pas vendre à perte. En effet, un négociant peut se payer le luxe de liquider un stock déterminé de marchandises, non pas à perte à proprement parler — ce n'est presque jamais le cas — mais avec un manque à gagner sensible, parce que l'opération est limitée et généralement compensée par d'autres plus heureuses sur des articles différents, tandis que la situation n'est pas du tout la même pour l'industriel. Ne vendant qu'une seule catégorie de marchandises, il ne peut se rattraper, et surtout il y a un facteur quotidien de dépenses qu'il faut couvrir : la main-d'œuvre. Tant que les salaires n'auront pas baissé, il sera bien difficile de prévoir de fortes réductions de prix à la production. D'autre part, il ne faut pas oublier que les usines *ne peuvent pas* s'approvisionner au jour le jour.

Les matières premières sont achetées par marchés livrables sur plusieurs mois. Or, il y a seulement quatre mois, le franc ne valait pas ce qu'il vaut aujourd'hui. Comment peut-on imaginer que les fabricants acceptent de faire rentrer dans

leurs caisses moins d'argent qu'ils n'ont à en sortir pour payer leurs fournisseurs et leurs ouvriers. Le désirer serait aller à l'encontre du bien-être général, car ce serait provoquer la fermeture sinon même la faillite de la plupart des entreprises qui font la prospérité nationale.

Il y a donc lieu de prévoir raisonnablement que si, comme il faut l'espérer, tout se passe normalement, les baisses intéressantes ne pourront se faire sentir que dans plusieurs mois encore, lorsque les nouveaux achats, basés sur le change, d'acier, de charbon, de bois étrangers, de cuir, de caoutchouc, etc., etc., diminueront assez le prix de revient industriel pour que les prix de vente puissent suivre sans catastrophe.

Si donc j'avais une voiture à vendre, je n'hésiterais pas à la conserver plutôt que de la liquider à n'importe quel prix, car il est tout à fait vraisemblable qu'au printemps, quand les acheteurs verront que les voitures neuves restent très chères, il se produira une grosse demande de voitures d'occasion qui en fera remonter les cours.

D'ailleurs le raisonnement peut être retourné aussi sous un autre aspect encore plus « réalisable » comme disent les Anglais, pour Monsieur Tout-le-Monde.

Supposons qu'un automobiliste ait une Citroën 10 HP, torpédo 1926, d'une valeur marchande de 15.000 fr. Doit-il céder si on ne lui en offre que 13.000 fr. par exemple, ou attendre des jours meilleurs ?

A mon avis, il doit attendre ! En effet, la différence entre 15.000 fr. et 13.000 est de 2.000 fr., ce qui représente 13, 33 %. Or, le capital récupéré, placé en banque, sera loin de lui rapporter du 13 %. Il peut donc patienter et même supporter — si, par hasard cela devait se produire — une nouvelle baisse de la valeur marchande vraie de sa voiture, tout en se retrouvant à peu près dans la même situation financière et en ayant au moins profité de sa voiture plus longtemps.

En outre, il y a un principe qu'il ne faut pas oublier, c'est qu'une voiture se déprécie très vite jusqu'à un certain prix, auquel une sorte de stabilisation arrive. Actuellement, par exemple, et malgré la crise, des voitures qui marchent, mais cependant vieilles de plusieurs années, conservent la même valeur marchande qu'en 1926 et même 1925. S'il en était autrement, si la dépréciation était continue, il faudrait admettre qu'en dix ans, une voiture perdrait sa valeur *totale*.

Essayez d'acheter une Panhard ou une Renault 1914, donc âgée de 13 ans. Vous verrez si on vous laissera la prendre sans verser au préalable quelques beaux billets de mille francs !

Et la conclusion de cette étude sera qu'il est toujours prudent de vendre une voiture d'occasion si on en trouve un prix raisonnable, mais qu'il serait peu commercial de la déprécier soi-même en prenant en considération des offres dérisoires.

Dr M. T.

II

Equipement électrique et court circuit.

Nous sommes loin du temps où le médecin visitait sa clientèle à cheval, à bicyclette, ou à charrette...

Notre moyen de transport, outil de travail d'absolue nécessité, s'est modernisé, et le moins difficile, même parmi les médecins de compagne, dont je suis, veut son automobile, d'un modèle parfois économique, mais en tous cas muni du confort moderne : éclairage, voire démarrage électrique... Nous n'avons plus le temps de batailler la nuit avec les allumettes de la régie et les phares qu'éteint un déplacement d'air.

Tout cela est très beau, mais ne va pas sans quelques ennuis : l'équipement électrique automobile est loin d'être au point, quoi qu'en disent certains ; on ne transporte pas impunément une petite usine électrique, marchant admirablement *sur le schéma et à l'état fixe*, sur un châssis qui roule, se cabre, se tord, vibre en tous cas perpétuellement... Et nous connaîtrons longtemps encore les agréments des batteries qui se sulfatent ou se désagrègent, des dynamos qui grillent, des disjoncteurs qui se collent, des fils que l'essence, l'huile ou les frottements dénudent, des fusibles qui sautent, des filaments de lampes qui se brisent ou grillent, des ampoules qui se séparent de leur culot, etc., etc.

Il faut bien avouer aussi que le rendement et la durée de notre équipement électrique sont en raison directe des soins que nous pouvons lui apporter.

Trop d'automobilistes paraissent se figurer qu'on leur fournit du définitif... à ne pas toucher... Et l'on oublie couramment, ou même l'on ne sait pas, que la batterie a soif. que les balais se raccourcissent, que les collecteurs s'encrassent, que les vis et boulons se dévissent, que les connexions se déconnectent.

Il y aurait sur tout ceci une foule d'articles pratiques à écrire, dont pourrait bénéficier l'usager de l'automobile ; pour aujourd'hui, n'envisageons que le *court circuit*.

Il n'est pas un médecin qui puisse ignorer ce qu'est un court circuit. Mais, confrères, pensez

surtout aux deux principaux résultats possibles : *danger d'incendie*, et dégâts ou perte de notre outil de travail, si par malheur l'étincelle se produit au voisinage d'essence, d'huile ou d'une boiserie ; mais surtout *danger de panne de lumière subite*, si le court circuit se produit la nuit.

Imaginez le tableau : vous filez à 36 kilomètres à l'heure, vitesse courante : vos deux phares éblouissent la route... Subitement, court circuit... Tout s'éteint... Obscurité d'autant plus profonde que vos rétines sont encore impressionnées par l'éblouissement de l'instant d'avant !

A trente-six à l'heure, cela fait dix mètres à la seconde... Combien de secondes faudra-t-il à votre sang-froid pour reprendre la commande de vos nerfs, la directive de vos gestes ?... *cinq à dix au minimum*, suivant le tempérament personnel, l'habitude de la machine, etc. *Cela fait cinquante à cent mètres*... vingt fois le temps d'une catastrophe, la rencontre avec l'arbre, le tas de cailloux, le parapet... Frissonnez...

Et reprenez votre sang-froid, mon cher confrère : je suis venu vous dire qu'un savant électricien lyonnais, Claude Ollier, a mis au point dans ses laboratoires un remarquable *appareil de sécurité contre les court-circuits* ; il se présente sous l'aspect extérieur d'un phare de secours, breveté sous le nom de *Protector-Securitas*. Ce phare électrique a ceci de particulier qu'il renferme, entre son réflecteur et sa chemise extérieure, une série d'appareils de protection.... *Résultat : aussitôt qu'un court circuit se produit, il est absorbé* par lesdits appareils (*donc suppression de l'étincelle et du danger d'incendie*), et automatiquement et instantanément la puissante lampe du Protector Securitas s'allume (*donc suppression du danger de panne de lumière*). Une douille latérale permet à l'automobiliste, tout en continuant sa route, sans se préoccuper de l'accident électrique, de se mettre immédiatement au Code de la route en y branchant une lampe rouge fournie avec l'appareil. De plus, en cours de route, si une réparation s'impose, cette même douille peut servir de prise de courant pour la balladeuse, *mais tout appareil fixé sur cette douille devient incourcircuitable* ; vous pouvez par exemple dénuder les deux fils de la balladeuse et les fixer ensemble : impossible d'obtenir une étincelle et de griller votre lampe...

En résumé : le Protector Securitas, en dehors de son utilisation à volonté comme phare de secours, *réalise un petit équipement électrique complet*, et un organe de sécurité unique en son genre.

Mes confrères ne pourront m'en vouloir de leur faire connaître un appareil qui m'a intéressé.

L'installation sur une voiture quelconque est enfantine, et les notions d'électricité que possède tout médecin lui permettent d'installer son appareil lui-même, avec le secours du schéma de montage accompagnant le Protector Securitas (1).

Dr TESTOT-FERRY,
Jouet-sur-l'Aubois (Cher).

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

LE SANATORIUM DES ÉTUDIANTS

Un palmarès de souscription pour une très belle œuvre.

Ne cherchez plus : il s'agit du Sanatorium des Etudiants et Etudiantes qui s'édifie actuellement à 1.110 mètres d'altitude dans la région salubre du Dauphiné.

Avant que cette fondation ne soit prête à abriter les élèves, trop nombreux hélas ! atteints par la tuberculose, il nous paraît juste d'insérer la récapitulation générale des dons recueillis ou annoncés à la fin de l'année 1926 et le montant des contributions que nous firent tenir les lecteurs habituels des journaux médicaux.

Parmi les dons qui furent faits, citons les plus touchants :

Le Syndicat des Médecins de Troyes, sur l'initiative du Dr Pierre, envoie à tous ses membres une circulaire : « Versez chacun 50 francs pour le Sanatorium des Etudiants ». Il n'y a aucune défection ; le Syndicat comprend 31 membres. Le docteur Pierre fait parvenir à l'œuvre une somme de 1.150 francs.

Monsieur Villiers, professeur à la Faculté de Pharmacie de Paris, se voit conférer l'honorariat.

(1) Je me ferai un plaisir d'adresser aux confrères qui m'en feront la demande (prière de joindre un timbre pour la réponse), toutes notices ou renseignements utiles.

De plus, la maison Ollier accordera aux membres du Corps médical qui m'adresseront leur commande (le prix de l'appareil est de 450 fr.), une réduction de 100 francs.

Il est nécessaire, à la commande, d'*indiquer le voltage de la batterie et le côté du volant*. Il est bon aussi de signaler s'il s'agit d'une *conduite intérieure*, la maison Ollier fournissant, en ce cas, à ceux qui en font la demande (prix : 26 francs), une ferrure spéciale en bronze nickelé se posant en cinq minutes, alors que les « torpédistes » utilisent simplement comme support le montant du pare brise.

Ses élèves se cotisent pour lui offrir un souvenir. Le professeur Villiers l'apprend. Il les réunit, les supplie de n'en rien faire et leur demande d'adresser le montant de la souscription au Sanatorium des Etudiants.

Quatre de nos jeunes camarades de Rennes veulent aussi contribuer à la construction de l'œuvre. Ils se réunissent, décident de faire une véritable tournée artistique, se rendent à Laval, à Fougères, à Vitré : résultat : 3.000 fr., puis 2.000 fr., puis 1.500 fr.

Un étudiant en droit M. Klein fait le sacrifice de ses vacances pour organiser à Strasbourg une tombola. Bénéfice net 130.000 fr.

M. Jauneau, externe des hôpitaux, va séjourner à Beauvais ; il y fonde un Comité de patronage pour trouver la somme nécessaire à la création d'un lit (20.000 francs). Une fête est organisée, une souscription ouverte dans un journal local : 12.000 frs ont été recueillis à ce jour.

L'interne Vadon meurt, victime du devoir. Une collecte est faite parmi le personnel médical et hospitalier de l'hôpital Broussais afin que soit recouverte de fleurs cette tombe trop fraîchement ouverte.

A la demande du docteur Vadon, de Saint-Raphaël, le reliquat de la collecte est envoyé au Sanatorium des Etudiants.

Pourrais-je enfin ne pas souligner le très joli geste qu'ont eu les internes et externes de Lyon et de Paris, en prenant la décision de créer plusieurs lits.

Pourrais-je aussi passer sous silence des envois de 5, 10, 15 et 20 fr., émanant « d'un groupe d écoliers » de petit village ?

D'aucuns peuvent penser qu'est bien lointaine la réalisation de notre projet ; que ceux-là se rendent compte sur place des difficultés inouïes auxquelles nous avons dû faire face ; terrassements considérables, main d'œuvre d'un recrutement difficile, arrêt total de la construction 5 mois sur treize.

A condition que l'hiver prochain ne soit à ce point rigoureux qu'il empêche la terminaison des travaux, le Sanatorium des Etudiants fonctionnera en 1928.

Je demande aux Syndicats médicaux, à tous les médecins et pharmaciens qui n'ont pas encore souscrit, de nous apporter leur contribution. Le plus gros de l'effort est déjà fait, qu'ils nous aident à le parfaire.

Dr Jean CROUZAT,
Secrétaire général du Comité,
1, rue Pierre-Curie (5e).

RÉCAPITULATION GÉNÉRALE

	1er état	2e état	Totaux
1) Assoc. générales d'étudiants (souscr. et produits de fêtes)...	34.894 55	26.764 20	61.658 75
2) Fêtes diverses organisées par le Comité du Sanatorium et les Comités régionaux	109.064 50	169.704 65	278.769 15
3) Conseils d'Universités	49.020 »	8.775 »	57.795 »
4) Sousc. des étudiants aux Secrétariats des Facultés et des Grandes écoles	24.427 30	53.736 10	78.163 40
5) Internes et externes des hôpitaux	7.540 »	13.525 30	21.065 30
6) Conseils généraux et municipaux	138.849 »	181.120 »	319.969 »
7) Syndicats et Journaux médicaux. Assoc. diverses	15.653 20	59.787 80	75.441 »
8) Fabricants de spécialités pharmaceutiques	105.840 »	16.230 »	122.070 »
9) Banques	146.650 »		146.650 »
10) Dons particuliers	683.219 »	38.616 40	721.835 40
Subventions de l'Etat	1.757.112 »		1.757.112 »
	3.072.269 55	568.259 45	3.640.529 »
Legs	15.000 »	10.000 »	25.000 »

Dans cette liste les médecins figurent pour la somme de .... 14.525 fr.
Les syndicats et groupements médicaux pour la somme de .... 14.540 fr.
Les fabricants de spécialités pharmaceutiques ont souscrit pour la somme de .... 122.470 fr.

TARIF DES FRAIS PHARMACEUTIQUES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

(*J.O.*, 19 *novembre* 1926.)

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu l'article 4, alinéas 1er et 2, de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, modifié par les lois des 31 mars 1905 et 6 janvier 1921 ;

Vu l'arrêté du 31 mars 1926 fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat directeur du contrôle des assurances privées,

Arrête :

Art. 1er. — Le tarif annexé au présent arrêté est applicable aux frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Art. 2. — Sont abrogées toutes dispositions contraires à celles du présent arrêté.

Fait à Paris, le 15 novembre 1926.

André FALLIÈRES.

ANNEXE

A L'ARRETÉ FIXANT LE TARIF DES FRAIS PHARMACEUTIQUES EN MATIERE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

I. — *Produits chimiques et pharmaceutiques.*

A défaut d'indications tout à fait précises mentionnées sur les ordonnances médicales concernant les produits figurant aux présents tableaux sous la même appellation, le pharmacien devra toujours délivrer, et par conséquent toujours tarifer les produits précédés d'un astérisque (*) :

Honoraires de responsabilité. fr. c.	Nomenclature des produits chimiques et pharmaceutiques	Numéro de la référence au barème.
»	Acide acétylsalicylique	46
»	Acide borique officinal	31
»	Acide picrique en solution à 1 p. 100, prix minimum, 1 fr.	12
»	Alcool à 95°	40
»	*Alcool à 90°	39
»	*Alcool camphré fort	41
»	Alcool camphré faible	39
»	Alcoolat de Fioraventi	41
»	Analgésine	
»	Antipyrine	55
»	Aspirine	46
»	Baume du Commandeur	43
»	Baume de Fioraventi	41
»	Baume Opodeldoch	44
	Le flacon contient 90 grammes, 7 fr. 25 s.v.	
	*Le demi-flacon contient 45 grammes, 4 fr. 10 s. v.	
»	Baume tranquille	35
1 20	Chlorhydrate de cocaïne	87
0 80	*Chloroforme	41
1 »	Chloroforme anesthésique	49
»	L'ampoule de 30 grammes, 8 fr. net.	
»	L'ampoule de 60 grammes, 11 fr. net.	
1 »	Chlorure (bi-) de mercure	51
0 60	Chlorure (bi-) de mercure (mélange de) et d'acide tartrique, uniquement formule du Codex, à 2 gr. 50 p. 10	46
»	Chlorure de soude liquide	12
»	*Eau blanche du Codex, prix minimum, 75 centimes	7
»	Eau blanche de Goulard	18
»	Eau boriquée, prix minimum, 75 centimes	10
»	Eau de Goulard	18
»	*Eau oxygénée Codex, prix minimum, 75 centimes	18
»	Eau phéniquée à 1 p. 100, prix minimum, 75 centimes	10
»	*Eau phéniquée à 2 p. 100, prix minimum 75 centimes	11
»	Eau phéniquée à 5 p. 100, prix minimum, 75 centimes	13
»	Eau végéto-minérale	18
»	Eau-de-vie camphrée	39
»	Essence de térébenthine rectifiée	37
»	Essence de Wintergreen artificielle	44
»	*Ether sulfurique rectifié	33
»	Ether sulfurique anesthésique	38
	Ampoules de 50 grammes, 10 fr. 75 net.	
	Ampoules de 100 grammes, 15 fr. 50 net.	
»	*Graisse de laine anhydre	34
»	Graisse de laine hydratée	33
»	Huile de camomille camphrée	40
»	Huile camphrée	41
»	Huile chloroformée du Codex	38
»	Huile de jusquiame	35
»	Huile de jusquiame composée	35
»	Hypochlorite de soude liquide	12
»	Iodoforme pulvérisé	66
»	*Lanoline anhydre	34
»	Lanoline hydratée	33
0 80	Laudanum de Sydenham	54
»	Liniment chloroformé	38
»	Liniment oléocalcaire	34
»	Liniment de Rosen	49
»	Liqueur de Dakin titrée	18
»	Liqueur de Labarraque	12
0 30	Liqueur de Van Swieten, prix minimum, 1 fr.	12
»	Permanganate de potasse	37
»	Plâtre chirurgical en boite	18

Honoraires de responsabilité. fr. c.	Nomenclature des produits chimiques et pharmaceutiques	Numéro de la référence au barème.
»	Pommade boriquée à 1 p. 10	34
»	Pommade iodoformée à 1 p. 10, prix minimum, 2 fr. 50	48
»	Pommade phéniquée à 1 p. 100, prix minimum, 2 fr.	35
»	Pommade de Reclus, prix minimum, 2 fr. 50	45
0 60	Poudre de sublimé et d'acide tartrique, uniquement formule du Codex, à 2 gr. 50 p. 10	46
»	Salicylate de méthyle	44
»	Salicylate de phénol	48
»	Salol	48
»	Sérum antitétanique, le flacon, prix marqué net.	
»	Sérum physiologique :	
	L'ampoule de 60 centimètres cubes, 6 fr.	
	L'ampoule de 125 cent. cubes, 8 fr.	
	L'ampoule de 250 cent. cubes, 11 fr.	
	L'ampoule de 500 cent. cubes, 14 fr.	
»	Solution d'acide picrique à 1 p. 100, prix minimum, 1 fr.	12
0 30	Solution de sublimé à 1 p. 1000, prix minimum, 1 fr.	12
»	*Sparadrap diachylon	212
»	Sparadrap des hôpitaux	215
	Le rouleau de sapradrap est de 1 mètre de long sur 20 centimètres de large.	
1 »	Sublimé corrosif	51
0 60	Sublimé (mélange de) et d'acide tartrique, uniquement formule du Codex, à 2 gr. 50 p. 10	46
1 »	Sulfate d'atropine	82
»	Teinture d'arnica	40
»	Teinture balsamique	43
0 30	Teinture d'iode officinale	46
»	Vaseline pure	33
»	Vaseline boriquée	34
»	Vaseline iodoformée, prix minim., 2 fr. 50	48
»	Vaseline phéniquée, prix minim., 2 fr.	35

II. — *Objets de pansements.*

Lorsque plusieurs articles du même nom sont inscrits à ce tarif, ce sera toujours celui de ces artices marqué par un astérisque (*) qui devra être délivré et tarifé, à moins d'indication contraire sur la prescription.

Lorsqu'il est prescrit : « une bande » sans autre indication, c'est toujours une bande de gaze hydrophile qui doit être délivrée et tarifée.

S'il est prescrit : « une bande de crépon » sans désignation de couleur de fil, le pharmacien devra toujours délivrer et tarifer la bande « crépon coton »

Le pharmacien devra toujours délivrer et tarifer les articles de pansements, ni aseptiques, ni stérilisés, à moins que la prescription ne spécifie : « aseptique ou stérilisé ».

Lorsqu'il est prescrit un article de pansement avec la recommandation : « aseptique ou stérilisé », le pharmacien est toujours tenu de délivrer cet article de pansement en récipient hermétiquement clos, soit en flacon, soit en boite métal. La tarification sera faite en conformité de la fourniture.

Nomenclature des objets de pansements	Prix fr. c.
*Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres largeur 4 à 6 centimètres	3 40
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	4 40
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	6 50
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres	9 »
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 20 centimètres	12 30
Bande de crépon de coton, longueur 5 métres, largeur 25 centimètres	15 50
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 30 centimètres	18 »
*Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	4 25
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	5 40
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	7 40
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 métres, largeur 13 à 15 centimètres	10 40
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 20 centimètres	13 60
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 25 centimètres	16 70
Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 30 centimètres	19 50
*Bande flanelle, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	9 »
Bande flanelle, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	12 »
Bande flanelle, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	10 »
*Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	1 40
Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	1 90
Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	2 80
Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres	3 70
*Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	4 50
Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	6 »

Nomenclature des objets de pansements	Prix fr. c.
Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	7 »
*Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	2 50
Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	3 50
Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	4 50
*Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	1 60
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	2 25
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	3 »
Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres	4 25
*Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	5 25
Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	7 25
Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 9 12 centimètres	10 25
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 00	7 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, nº 0	7 50
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 1	8 »
*Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre, nº 2	9 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 3	10 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 4	11 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 5	12 »
Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre nº 6	13 »
Compresses de gaze non stérilisées, grandes (40 /50), boîte de 10	9 »
Compresses de gaze non stérilisées, moyennes (30 /30), boîte de 10	6 50
*Compresses de gaze non stérilisées, petites (15 /15), boîte de 10	3 75
Compresses de gaze stérilisées, grandes (40 /50), la boîte de 10	18 »
Compresses de gaze stérilisées, moyennes (30 /30), la boîte de 10	13 »
*Compresses de gaze stérilisées, petites (15 /15) la boîte de 10	10 »
Coton hydrophile (Codex), 25 grammes (poids net)	1 10
*Coton hydrophile (Codex), 50 grammes (poids net)	1 90
Coton hydrophile (Codex), 100 grammes (poids net)	3 60
Coton hydrophile (Codex), 125 grammes (poids net)	4 40
Coton hydrophile (Codex), 500 grammes (poids net)	16 50
Coton hydrophile (Codex), 1.000 grammes (poids net)	32 »
Coton cardé, 25 grammes (poids net)	1 05
*Coton cardé, 50 grammes (poids net)	1 85
Coton cardé, 100 grammes (poids net)	3 50
Coton cardé, 125 grammes (poids net)	4 30
Coton cardé, 250 grammes (poids net)	8 25
Coton cardé, 500 grammes (poids net)	16 »
Coton cardé, 1.000 grammes (poids net)	31 »
*Crins de Florence stérilisés, fins, moyens et gros, le tube de 6	5 50
Crins de Florence stérilisés, fins, moyens et gros, le tube de 12	6 80
Crins de Florence stérilisés, fins, moyens et gros, le tube de 25	10 »
Doigtier de caoutchouc, la pièce	1 50
*Doigtier de cuir, la pièce	2.05
Doigtier de peau, la pièce	2.05
*Gaze hydrophile, non stérilisée, le paquet de 1 m. × 0,65	3 »
Gaze hydrophile, à la pièce par 5 mètres ou plus, le mètre	2 90
*Gaze hydrophile stérilisée, la boîte de 1 mètre	7 »
Gaze hydrophile stérilisée, la boîte de 5 mètres	23 »
Gaze iodoformée non stérilisée, le flacon de 1 mètre	8 »
Gaze au peroxyde de zinc, le flacon de 1 mètre (non stérilisée)	6 50
Gaze salolée non stérilisée, le flacon de 1 mètre	7 »
Mousseline à cataplasme, le mètre	3 20
Taffetas chiffon, largeur 80 centimètres, numéro de barème 212.	
Taffetas gommé, largeur 80 centimètres, numéro de barème 210.	

A moins d'indication contraire pour les taffetas, si la largeur n'est pas spécifiée sur l'ordonnance, la longueur prescrite sera délivrée en carré. S'il est prescrit taffetas ou imperméable sans autre indication, c'est le taffetas gommé qui sera délivré et tarifé.

Tarlatane, le mètre	3 20

Tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Erratum au *Journal officiel* du 19 novembre 1926 : page 12306, nomenclature des objets de pansements, ajouter à la fin le « nota » suivant : « la trame du tissu de la gaze hydrophile et des bandes de gaze hydrophile, inscrites au tarif, devra compter 9/10 fils au centimètre carré.

Le ministre du travail, de l'hygiène et de la prévoyance sociales,

Vu l'article 4, alinéas 1er et 2, de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, modifié par les lois des 31 mars 1905 et 6 janvier 1924 ;

Vu les arrêtés des 31 mars et 15 novembre 1926, fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail,

Vu l'avis de la commission des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur du contrôle des assurances privées,

Arrête :

Article unique. — La nomenclature des objets de

pansements, annexée à l'arrêté du 15 novembre 1926, est complétée ainsi que suit :

Ouate de cellulose.

125 grammes, 2 fr. 20.
250 grammes, 4 fr. 40.
500 grammes, 8 fr. 80.
1.000 grammes, 17 fr. 60.

(*J.O.*, 28 *novembre* 1926.)

LISTE DES STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES ÉTABLIE A LA DATE DU 1er JANVIER 1927

Le *Journal officiel* du 5 janvier vient de publier la liste des Stations hydrominérales et climatiques, arrêtée au 1er janvier 1927. Nous la reproduisons ci-dessous.

I. — *Stations hydrominérales et climatiques.*

Biarritz (Basses-Pyrénées), 30 mai 1912.
Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées). 8 mars 1913.
Hyères (Var), 8 mars 1913.
Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), 8 mars 1913.
Bagnères-de-Bigorre (Htes-Pyrénées), 12 avril 1913.
Brides-les-Bains (Savoie), 20 mai 1913.
Lacaune (Tarn), 3 septembre 1913.
Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie), 25 septembre 1913.
Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales), 17 mars1914
Aix-les-Bains (Savoie), 28 juin 1914.
Ganties (Haute-Garonne), 15 juillet 1914.
Thonon (Haute-Savoie), 18 septembre 1918.
Cauterets (Hautes-Pyrénées), 9 avril 1919.
Betpouey-Barèges (Hautes-Pyrénées), 14 avril 1919.
Evian (Haute-Savoie), 28 mai 1919.
Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), 16 avril 1921
Menthon (Haute-Savoie), 13 août 1921.
Biskra (Algérie), 29 juin 1922.
Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées), 15 février 1923.
Divonne-les-Bains (Ain), 28 mars 1923.
Salies-du-Salat (Haute-Garonne), 31 juillet 1923.
Salins (Savoie), 11 mai 1926.

II. — *Stations hydrominérales.*

Dax (Landes), 21 avril 1912.
Vichy (Allier), 25 mai 1912.
Vals-les-Bains (Ardèche), 25 mai 1912.
Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), 25 mai 1912.
Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), 25 mai 1912.
Lamalou-les-Bains (Hérault), 30 mai 1912.
La Bourboule (Puy-de-Dôme), 30 mai 1912.
Vittel (Vosges), 30 mai 1912.
Bourbon-l'Archambault (Allier), 10 juin 1912.
Néris (Allier), 10 juin 1912.
Capvern (Hautes-Pyrénées), 10 juin 1912.
Contrexéville (Vosges), 10 juin 1912.
Martigny (Vosges), 10 juin 1912.
Châtelguyon (Puy-de-Dôme), 6 juillet 1912.
Chamalières et Royat (Puy-de-Dôme), 27 octobre 1912.
Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme), 27 octobre 1912.
Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), 27 octobre 1912.
Luxeuil (Haute-Saône), 27 octobre 1912.
Gréoux (Basses-Alpes), 17 novembre 1912.
Lurbe (Basses-Pyrénées), 16 février 1913.
Ax-les-Thermes (Ariège), 8 mars 1913.
Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), 12 mars 1913.
Plombières (Vosges), 12 avril 1913.
Bains-les-Bains (Vosges), 28 juin 1913.
La Roche-Posay (Vienne), 7 août 1913.
Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), 28 juin 1914.
Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), 28 juin 1914.
Chaudesaigues (Cantal), 15 juillet 1914.
Besançon (quartier de la Mouillère), (Doubs), 25 février 1915.
Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre), 26 juin 1916.
Enghien-les-Bains (Seine-et-Oise), 28 février 1919.
Bussang (Vosges), 21 mars 1921.
Bagnoles-de-l'Orne (Orne), 13 mai 1921.
Pougues-les-Eaux (Nièvre), 27 mai 1921.
Salins (Jura), 6 juillet 1921.
Allevard-les-Bains (Isère), 9 janvier 1922.
Alet (Aude), 28 mars 1923.
Uriage-les-Bains (Isère), 21 juin 1923.
Audinac-les-Bains-Montjoie (Ariège), 31 juillet 1923.
Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin), 7 juillet 1926.
Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure), 17 décembre 1926.

III. — *Stations climatiques.*

Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées), 25 mai 1912.
Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), 30 mai 1912.
Ajaccio (Corse), 10 juin 1912.
Chamonix (Haute-Savoie), 10 juin 1912.
Gérardmer (Vosges), 10 juin 1912.
Wimereux (Pas-de-Calais), 8 mars 1913.
Mimizan (Landes), 10 juillet 1913.
Odeillo-Via (Pyrénées-Orientales), 10 juillet 1913.
Bormes (Var), 22 juillet 1913.
Le Touquet-Paris-Plage (Pas-de-Calais), 3 septembre 1913.
Le Lavandou (Var), 14 novembre 1913.
La Nouvelle (Aude), 6 décembre 1913.
Briançon (Hautes-Alpes), 8 juillet 1914.
Arcachon (Gironde), 8 juillet 1914.
Cabourg (Calvados), 15 juillet 1914.
Saint-Raphaël (Var), 15 septembre 1914.
Pralognan (Savoie), 15 septembre 1914.
Cannes (Alpes-Maritimes), 20 février 1915.
Hendaye (Basses-Pyrénées), 4 avril 1917.
Pau (Basses-Pyrénées), 5 juin 1918.

Nice (Alpes-Maritimes), 7 novembre 1918.
Menton (Alpes-Maritimes), 28 janvier 1919.
Malo-les-Bains (Nord), 21 mars 1921.
Dinard-Saint-Enogat (Ille-et-Vilaine), 21 mars 1921.
Annecy (Haute-Savoie), 21 avril 1921.
Trouville-sur-Mer (Calvados), 12 mai 1921.
Deauville-sur-Mer (Calvados), 12 mai 1921.
Houlgate (Calvados), 12 mai 1921.
Beausoleil (Alpes-Maritimes), 27 mai 1921.
Perros-Guirec (Côtes-du-Nord), 21 juin 1921.
Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), 4 août 1921.
Bastia (Corse), 13 août 1921.
Durtol (Puy-de-Dôme), 13 août 1921.
Etretat (Seine-Inférieure), 13 août 1921.
Cap-d'Ail (Alpes-Maritimes), 13 août 1921.
Saint-Jean-Cap-Ferrat (Alpes-Maritimes), 13 août 1921.
Paramé (Ille-et-Vilaine), 13 août 1921.
Sainte-Maxime (Var), 11 mars 1922.
Villers-sur-Mer (Calvados), 11 mars 1922.
Roquebrune-Cap-Martin (Alpes-Maritimes), 11 mars 1922.
Beaulieu (Alpes-Maritimes), 11 mars 1922.
Grasse (Alpes-Maritimes), 11 mars 1922.
Pornichet (Loire-Inférieure), 29 juin 1922.
Royan (Charente-Inférieure, 29 juin 1922.
Saint-Lunaire (Ille-et-Vilaine), 29 juin 1922.
Ouistreham (Calvados), 28 mars 1923.
Les Sables-d'Olonne (Vendée), 7 avril 1923.
Alger (Algérie), 31 juillet 1923.
Saint-Eugène (Algérie), 31 juillet 1923.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados), 31 juillet 1923.
Bandol (Var), 31 juillet 1923.
Hauteville-en-Bugey (Ain) (1), 26 avril 1924.
Grau-du-Roi (Gard), 26 avril 1924.
Palavas-les-Flots (Hérault), 26 avril 1924.
Luc-sur-Mer (Calvados), 26 avril 1924.
Escoublac-la-Baule (Loire-Inférieure), 1er juillet 1924
Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées) (1), 21 août 1924
Quiberon (Morbihan), 17 décembre 1924.
Lion-sur-Mer-Calvados), 27 décembre 1924.
Dieppe (Seine-Inférieure), 21 janvier 1925.
Soulac-sur-Mer (Gironde), 21 janvier 1925.
Stella-Plage, commune de Cucq (Pas-de-Calais), 8 juillet 1925.
Granville (Manche), 16 mars 1926.
Châtelaillon (Charente-Inférieure), 3 juin 1926.
Laugrune-sur-Mer (Calvados), 7 juillet 1926.
Bugeaud (Consttantine), 17 juillet 1926.

Les stations hydrominérales ajoutées en 1926 sont: Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin) et Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure).

Les stations climatiques ajoutées en 1926 sont : Granville (Manche), Châtellaillon (Charente-Inférieure), Laugrune-sur-Mer (Calvados) et Bugeaud (Constantine).

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. Dargelos, (*Suite*).

La Commission permanente de la tuberculose siégeant depuis huit ans au Ministère de l'Intérieur sous la présidence de M. Léon Bourgeois, les divers congrès qui se réunissent tous les ans, constatent tous les rapports immédiats existant entre la tuberculose et l'alcoolisme et continuent à jeter le cri d'alarme du Congrès de 1900.

Il s'est produit de tous côtés des élans d'enthousiasme pour la création d'organisations philanthropiques ayant pour but la lutte contre la propagation ce de fléau.

Les services qu'elles rendent, surtout aux malades déjà atteints, sont très appréciables. Mais leur efficacité serait bien plus grande si au lieu d'agir isolément ces associations combinaient leurs efforts.

L'Office anti-tuberculeux de l'hôpital Beaujon, organisé par les soins de M. le prof. A. Robin, peut servir de modèle aux établissements de ce genre, destinés à venir en aide aux malades atteints ou prédisposés.

Notre jeune confrère et ami, M. le Dr Paul Abram, dans sa thèse inaugurale (2), a fait ressortir, comment le prof. A. Robin, avec un budget restreint, est parvenu à grouper heureusement les divers éléments de la lutte contre la tuberculose.

Un nombre considérable d'œuvres philanthropiques rayonnent vers ce centre où des hommes aussi remarquables par leur dévouement que par leur science étudient et appliquent les moyens les plus pratiques et les plus sûrs pour aider à la guérison de ceux qui sont atteints et à la préservation de ceux qui sont menacés.

M. le prof. A. Robin a fait appel à toutes les bonnes volontés en négligeant toutes considérations d'ordre politique ou confessionnel. Les résultats obtenus ont peut-être dépassé, non pas ses désirs, mais ses espérances. Ils ont démontré qu'on ne fait jamais appel en vain aux cœurs français.

(1) Station de cure.
(2) Docteur P. Abram, Paris, 1910.

En présence du danger, ils battent tous à l'unisson, lorsqu'on les convie autour du drapeau, que ce drapeau soit le drapeau national ou celui de la charité.

L'appel fait par les membres du Congrès de la tuberculose en 1900 a été comme on le voit, entendu et des organisations anti-alcooliqueset anti-tuberculeuses, existent sur toute la surface du territoire de la République.

Mais l'intervention des Pouvoirs publics pour atténuer les causes de débilité si favorables à l'évolution du bacille de Koch, comme l'abus des spiritueux et les logements insalubres a été plus qu'insuffisante.

La loi de 1851, exigeait de ceux qui désiraient tenir les débits de boisson,un certificat de bonnes vie et mœurs. Une autorisation leur était nécessaire. Cette loi a été abrogée par celle du 17 juillet 1880, qui permet à tout individu d'ouvrir un cabaret sur sa simple déclaration, pourvu qu'il n'ait pas subi de condamnation infamante et qu'il ne se livre pas à un trafic immoral. Nous vivons encore sous le régime de cette loi. N'insistons pas sur les tolérances accordées à un grand nombre de tenanciers de bars, en ce qui concerne la moralité de leur établissement.

Ceci est affaire aux municipalités. La loi a un article prohibitife. Ce n'est pas la faute du législateur, si la complaisance de la police municipale, laisse ouverts des bars qui devraient être fermés.

Le législateur de 1880 n'a pas cru devoir insérer dans la loi un article limitant le nombre de bars. Ce n'est pas qu'il n'ait pas compris cette nécessité. Il n'a pas voulu probablement, indisposer les tenanciers de ces établissements, si utiles en période électorale, mais il y a inséré un article autorisant les maires à opérer tout doucement, j'allais dire hypocritement, cette réduction. Cet article leur donne en effet le droit d'empêcher l'ouverture de débits qui ne seraient pas assez éloignés d'un établissement public. Cette distance est laissée à leur appréciation.

Il va sans dire que rares sont les maires qui usent de cette prérogative ; les bars étant aussi utiles pour préparer une élection municipale que pour assurer le triomphe d'un député d'arrondissement.

Cette mesure propre à restreindre sur une vaste échelle le nombre de cabarets, a été cependant appliquée par certains magistrats municipaux, soucieux de la santé publique et morale de leurs administrés.

Nous pouvons citer les maires de Lyon, de Firminy... Il doit y en avoir bien d'autres, mais leur nombre est certainement l'exception.

Il faut espérer que le jour où les législateurs ne seront plus en grande majorité les élus de comités de bars, ils pourront élaborer une nouvelle loi sur la matière, donnant réellement satisfaction aux vœux des membres éminents du Congrès de la tuberculose.

Quand même la représentation proportionnelle n'aboutirait qu'au résultat de diminuer le nombre des cabarets et de leur enlever leur puissance de grands électeurs, elle aurait rendu un grand service à la Nation.

Il est certain que la diminution du nombre de cabarets leur fermeture à une heure déterminée, l'interdiction absolue des établissements ouverts la nuit, sans aucune exception pour personne, et pour cela il faut que ces mesures soient prises par la loi et non laissées au caprice des maires, réduiraient dans une grande proportion l'influence apportée par l'habitude et la multiplicité des occasions offertes aux regards, au développement de l'alcoolisme signalé dans le rapport précité de M. le prof. Brouardel.

On ne peut de même qu'approuver l'idée émise dans le même Congrès de favoriser la consommation des boissons fermentées dont la pureté serait surveillée.

Le législateur a marché dans cette voie en supprimant les droits sur les boissons hygiéniques.

Sous cette influence, la consommation du vin a pris un développement beaucoup plus grand, qui a pu subir un temps d'arrêt, dans ces dernières années à cause de l'augmentation des prix. Mais il faut espérer qu'un retour à des prix moins élevés, quoique encore rémunérateurs pour le propriétaire, favorisera son usage (1).

La loi sur les fraudes, la déclaration imposée aux producteurs de la quantité de leurs récoltes, assurent d'une façon, peut-on dire, certaine, la pureté des vins, surtout si le consommateur a le soin de s'adresser directement à la propriété.

Les vins de table contiennent bien, en moyenne, 10 % d'alcool, mais cet alcool ne constitue pas plus le vin que la quinine ne constitue le quinquina, que l'oxygène ne constitue l'air atmosphérique.

Ce liquide contient, comme nous l'avons déjà dit, de nombreuses substances harmonieusement dosées. Ce sont des tartrates, sulfates, phosphates de potasse, de chaux ou d'alumine ; des acides malique pectique, du tanin, du fer, de l'éther œnantique. Ces matières dissoutes avec l'alcool, produit de la fermentation du sucre du raisin, non pas dans de l'eau ordinaire, mais dans l'eau de la sève de la vigne qui a été vivifiée par les rayons du soleil, constituent une véritable combinaison.

L'alcool du vin enrobé pour ainsi dire, au milieu de toutes ces substances, constitutives de cette liqueur naturelle, n'agit pas comme l'alcool distillé sur la muqueuse de l'estomac.

(1) Le moyen principal pour atteindre ce résultat, serait d'arriver à la suppression des intermédiaires.

Pris à des doses modérées (un ouvrier ne devrait pas dépasser un litre par jour), le vin constitue une boisson hygiénique et savoureuse.

C'est la boisson vraiment française qui, peut-être à cause de la stimulation générale et de la douce exhilaration cérébrale dont s'accompagne son usage, a été un des facteurs de l'esprit et du génie de notre Nation.

L'usage habituel et modéré du vin aide à la réparation plastique.

Un abus accidentel de cette boisson peut produire des accès d'ivresse dont les symptômes sont passagers. L'usage continu, même à doses modérées de l'absinthe et des autres spiritueux, altère les fonctions digestives, conduit à la déchéance organique, à la folie, à la tuberculose.

Il semble, en présence des exemples connus de tous et démontrant la vérité des conseils émanant de personnes guidées par le seul intérêt de la santé publique, que la consommation habituelle de l'alcool, ne devrait plus être en usage chez toute personne consciente du danger qu'elle court.

Or, les hygiénistes, les sociétés de tempérance, la presse elle-même, semblent prêcher dans le désert. La suggestion que produit l'étalage des goulots et du ventre, des sirènes vertes, blanches ou jaunes sur les devantures des innombrables débits de spiritueux, est plus puissante que celle des affiches apposées dans les prisons ou dans quelques ateliers et montrant à des regards inattentifs ou gouailleurs, les méfaits de l'alcoolisme. On ne doit pas cependant désarmer en présence des difficultés de la lutte contre ce fléau. Les sociétés hygiéniques et anti-tuberculeuses doivent, au contraire, redoubler leurs efforts de propagande. Elles ont obtenu des législateurs, la loi sur les boissons hygiéniques. Elles devraient obtenir d'eux quelque chose de plus. En réponse aux vœux de l'hygiène, les législateurs devraient apporter autre chose que des discours, que des créations de commissions,dont ils n'écoutent pas, du reste, les sages avis. On leur demande, par exemple, d'apporter à la multiplication des bars, tous les impédiments possibles. On obtient, en réponse, de remarquables effets de tribune, qui aboutissent à n'interdire aucune ouverture de cabaret et à voir se transformer les débits de tabacs, appartenant à l'Etat et sous sa surveillance directe, en débits de cette même absinthe dont ils proclament hautement la suppression nécessaire.

Aussi les cabaretiers, ces vrais buveurs de la sueur et du sang des ouvriers, continueront encore longtemps à faire des fortunes faciles et rapides, en versant à ceux-ci la liqueur fatale, en échange de laquelle ils laissent sur le zinc, avec une partie du salaire qui serait si nécessaire à leur famille, leur santé, celle de leur femme, de leurs enfants, et toutes les joies du foyer.

Enfin, le véritable moyen de lutter contre l'alcoolisme, producteur de tuberculose et de folie, est peut-être, tout en continuant de tenter des conversions difficiles, de chercher surtout à garantir contre ce fléau les générations nouvelles. Il a été établi plus haut que soigner un tuberculeux atteint est un devoir, quelqu'aléatoires que soient les chances de guérison, que le microbe de Koch est tellement répandu qu'il est impossible de l'atteindre dans tous ses repaires. Que le plus sûr moyen de le vaincre est de rendre résistant ou stérile le terrain sur lequel il peut être ensemencé.

Il en est de même pour l'alcoolisme. On ne doit pas passer à côté de l'alcoolique sans essayer de le secourir et d'amener sa difficile guérison.

On rencontre dans tous les coins et recoins les tentacules de l'hydre verte ; ses effets, comme ceux du bacille de Koch, sont connus. Elle est plus facile à combattre puisque pendant que les bacilles de la tuberculose se cachent à nos yeux, l'autre présente insolemment à tout passant l'offre de ses baisers pestilentiels.

Ce sont ceux qu'elle n'a pas encore eu le temps d'enivrer et de flétrir qu'il faut garantir contre ses étreintes. C'est de ce côté que les Sociétés philanthropiques doivent diriger leur principal effort.

Nous sommes convaincu que les éducateurs de l'enfance : instituteurs, institutrices libres ou laïques, curés, directeurs ou directrices de patronage, de vacances à la montagne, d'œuvres post-scolaires, etc., en s'adressant souvent aux enfants et aux jeunes gens, obtiendraient des résultats efficaces ; sans doute ces résultats ne seraient pas immédiats, mais ils n'auraient pas grand'peine à dépasser ceux que l'on cherche à obtenir en s'adressant à la clientèle, en grande majorité incorrigible, des cabarets.

En Allemagne ce sont les syndicats ouvriers, eux-mêmes qui, conscients du mal produit par l'alcool organisent la lutte contre sa consommation.

Voici le compte rendu (1) de la séance du Congrès socialiste allemand, de Chemnitz, du 17 septembre 1912. Sur la question de l'alcool, le Congrès a fait preuve d'une louable unanimité. Il a renouvelé la condamnation de l'alcool prononcée par les Congrès précédents et exprime le désir que la presse socialiste tout entière, suive l'exemple donné par dix-neuf des journaux quotidiens, soumis au contrôle du parti, qui refusent systématiquement les annonces relatives aux boissons alcooliques.

Pour intensifier la propagande anti-alcoolique, le parti s'entendra avec les syndicats ouvriers qui ont déjà obtenu des résultats très encourageants. Un orateur a même révélé un détail suggestif. Depuis quelque temps, les syndicats ne

(1) *Journal des Débats* du 20 septembre 1912.

trouvent plus de salles d'auberge à titre gratuit pour leurs réunions, *les cabaretiers estimant insuffisante la consommation de bière et de boissons diverses par les syndiqués.*

Cela démontre avec évidence que le dévouement des cabaretiers pour les ouvriers est en raison directe de la recette.

Pourquoi les ouvriers français n'imiteraient-ils pas dans ce genre de grève, leurs camarades allemands de Chemnitz ? Ils sont bien constitués en de nombreux syndicats ; ces syndicats sont bien réunis en union de syndicats. L'organisation des grèves leur est assez familière ; l'hygiène verrait sans peine la grève des buveurs d'apéritifs et conseillerait aux ouvriers français d'y recourir avec outrance.

Mais nous craignons que ces conseils ne soient que bien incomplètement suivis. Le Trésor public et le tiroir des mastroquets continueront à s'enrichir pendant trop longtemps, hélas ! d'une partie importante des salaires. L'un et l'autre n'ont pas encore à redouter cette grève qui a d'autant moins de chance de se produire qu'elle serait tout en faveur des intéressés et qu'elle ne procurerait aucun bénéfice à ses organisateurs.

Le lecteur s'apercevra facilement, en lisant ces pages, qu'elles ont été écrites avant la promulgation de la bienfaisante loi interdisant l'absinthe et les liqueurs à essence pouvant produire comme elle, les pires méfaits. Nous avons vu, au début de la guerre que nous avons eue à subir pour opposer une barrière à l'invasion allemande, la consommation exorbitante de cette dangereuse liqueur.

Nos chefs militaires ont compris et fait comprendre à nos gouvernants les conséquences graves qui pouvaient résulter de son usage au point de vue de la résistance physique et morale des troupes sous leurs ordres. Une heureuse, et je le répète, une bienfaisante loi est venue en interdire le débit. Personne n'aurait cru, un mois avant la promulgation de la loi, que l'on pourrait si aisément l'imposer et supprimer l'usage si répandu de cette liqueur néfaste. Militaires et civils, tout le monde, non seulement a accepté cette restriction sans un murmure, mais tout le monde, quelques-uns peut-être en maugréant, a compris la nécessité et applaudi à son application. Sans entrer dans l'exposé des avantages physiques ou moraux qui en sont résultés, nous n'oserions pas affirmer que la suppression de l'absinthe n'ait pas été un des facteurs de la bonne tenue des troupes et de la Victoire.

L'acceptation si facile de la suppression de l'absinthe est une preuve que les Français se soumettraient à toutes les réglementations hygiéniques dont on leur ferait comprendre la nécessité (1). Ce n'est donc pas uniquement leur faute s'ils continuent à boire dans les bars des produits dangereux. La faute en est à nos législateurs qui leur crient que l'alcool est une cause de tuberculose et de folie, mais qui, d'autre part, se gardent bien de règlementer, de faire surveiller ces débits et de supprimer le privilège des bouilleurs de cru, suppression qui leur aurait peut-être permis d'imposer d'une façon moins lourde les boissons hygiéniques et en particulier le vin de France.

Il semble que les résultats heureux et indiscutables obtenus par la suppression légale de l'absinthe et de ses similaires et par la restriction apportée à l'abus de l'alcool auraient dû encourager les Pouvoirs publics à continuer, sinon à accentuer ces mesures dans l'intérêt de l'hygiène et de la santé publique.

Or, voici ce que nous lisons dans le journal *La Quinzaine médicale* (7 août 1924), sous la rubrique : Chronique de la quinzaine :

« A l'Académie de médecine M. Riemans parle « des mesures contre l'alcoolisme. En 1918 et « 1919, les lois anti-alcooliques ont fait baisser « la consommation de l'alcool, de 2.005.000 « hectolitres, sans qu'il y ait eu augmentation « considérable de la consommation des boissons « fermentées.

« Depuis l'armistice, l'apparition des liqueurs « anisées et depuis 1921, le rétablissement du « privilège des bouilleurs de cru ont fait monter « la consommation : de 90.900 hectolitres qu'elle « était en 1919 elle a passé à 767.445 en 1921 et « 1.016.858 en 1923.

« Les liqueurs à base d'anis, dit M. Pouchet, « sont aussi dangereuses que l'absinthe. M. « Achard et M. Chauffard font remarquer que « les malades hospitalisés pour alcoolisme chro- « nique, rares au retour de la guerre, augmentent « de nombre tous les jours. »

Cette citation se passe de commentaires. La constatation des conclusions établissant la recrudescence de l'alcoolisme ne peut pas ne pas attirer l'attention des Pouvoirs publics et des législateurs.

Il faut croire qu'en présence de ce danger public, ils ne se laisseront pas détourner de leur devoir malgré les insistances des syndicats des débitants. Je viens, en effet, de lire que leurs délégués se préparaient à aller demander au Ministre de l'Intérieur le droit à la vente libre des similaires de l'absinthe. L'issue de leur démarche nous permetra de juger si le syndicat est assez puissant pour obtenir que l'on sacrifie à de bas intérêts l'hygiène de la Nation.

Le retard apporté à la publication de cet opus-

(1) Il ne serait pas plus difficile, au contraire, de faire accepter l'installation obligatoire du filtre dans les maisons. Tous les Français, applaudiraient à l'application de cette mesure leur assurant, avec l'eau potable, toutes les garanties contre la fièvre typhoïde et les autres maladies transmissibles par l'eau de boisson.

cule nous permet d'y adjoindre la lettre suivante publiée par le *Journal des Débats* du 25 septembre 1926, sous la signature de Mme Brunsweig, présidente de l'Union française pour le suffrage des femmes. La lettre est adressée à M. Poincaré, président du Conseil. Dans cette lettre, l'auteur proteste contre le privilège des bouilleurs de cru :

« Les femmes, dit-elle, ne pourraient pas accepter que les charges qui pèsent sur elles soient plus lourdes parce que le législateur a voulu avantager, à leur dépens, une catégorie de citoyens. Il ne s'agit pas pour nous d'enlever aux cultivateurs le droit de bouillir. Ce que nous demandons, c'est que ceux-ci se voient retirer le privilège de prélever en franchise 10 litres d'alcool pur et surtout que la loi du 28 février 1923 soit révisée pour éviter la fraude qu'elle favorise et qu'elle encourage. La loi votée en 1916 avait été un progrès, mais en 1923, malgré les protestations des hygiénistes et des Français clairvoyants, une loi rendait aux bouilleurs de cru toutes les facilités pour le présent et toutes les espérances pour l'avenir.

Le résultat fut immédiat : Le nombre des bouilleurs de cru, alors de 900.000 s'est élevé à plus de 2.500.000 ; la consommation de l'alcool pur a passé de 508.000 en 1918 à 4.055.000 en 1924 (rapport de M. Fernand Merlin au Sénat du 26 février 1926). On a calculé que le privilège des bouilleurs de cru coûte chaque année au pays, plus d'un milliard, sans compter les dépenses occasionnées par l'alcoolisme : hôpitaux, asile d'aliénés, prisons. »

Cette citation ne fait que confirmer ce que nous avons déjà exposé. Elle fait voir, en outre, qu'à la suite de la loi néfaste de 1923 rétablissant le privilège des bouilleurs de cru la consommation d'alcool pur, de 1.016.658 en 1923 a été, en 1924, de 4.055.000, soit une augmentation de 3.038.000 hectolitres. Cette progression effrayante peut-être encore plus accentuée depuis 2 ans, donnera-t-elle lieu aux résolutions devenues indispensables ? Espérons que l'introduction de ces vues dans les cahiers de l'Union des Femmes Françaises obtiendra des législateurs un retour à des conceptions conformes aux besoins du budget et aux nécessités de l'hygiène. Les hygiénistes ne peuvent que remercier la présidente de l'UFSF et espérer que l'adage : « Ce que femme veut, Dieu le veut, ne se trouvera pas en défaut.

En étudiant, plus bas, l'insalubrité du logement comme cause de tuberculose et en cherchant les moyens de combattre cette insalubrité, nous aurons encore l'occasion d'examiner si l'on ne pourrait pas combattre l'alcoolisme, en revivifiant l'esprit de famille à l'aide de l'habitation salubre.

Il me semble que nous ne devons pas, après avoir signalé les dangers de l'alcoolisme, passer sous silence un autre genre d'ivrognerie entraînant des désordres aussi graves et plongeant ceux qui s'y livrent dans un état de dégradation physique et morale encore plus funeste, si possible. Nous voulons parler de l'ivrognerie par l'opium ou ses succédanés : morphine, héroïne, auxquels il faut ajouter la cocaïne.

Déjà en 1872 M. le prof. Foussagrives, dans ses leçons magistrales à la Faculté de Montpellier, signalait le danger pouvant résulter de l'extension des fumeries d'opium dont on signalait quelques essais d'implantation dans nos ports maritimes. Ses anciens élèves, du moins ceux qui existent encore, peuvent se souvenir du tableau émouvant, presque sinistre que, dans son éloquent langage, il nous faisait des thériakis qu'il avait pu visiter.

Depuis cette époque, l'ivrognerie par les stupéfiants, sans s'étendre comme en Orient, a fait cependant en France, et peut-on dire, en Europe occidentale, trop de victimes. Jusqu'à ce jour, elle paraît s'être limitée dans un monde spécial, cherchant dans l'usage de l'opium ou de la cocaïne, les uns le soulagement de la douleur, l'oubli des chagrins, l'exaltation de leurs facultés intellectuelles, d'autres, une simple satisfaction de basse sensualité.

Mais la lenteur d'extension de cette ivrognerie, sa localisation relative ne doivent pas faire négliger les moyens à opposer à sa propagation. L'intérêt public rend cette lutte absolument nécessaire.

Comme l'alcoolisme, l'ivrognerie de l'opium et de la cocaïne conduit à la déchéance organique, à la folie, à la tuberculose.

Tous les peuples, quel que soit leur degré de civilisation, font usage de quelque produit leur permettant d'activer les fonctions de leurs organes, ou d'exalter leur sensibilité. Parmi ces produits, on peut signaler le vin, le café, le thé, le maté, le mastic, le tabac, le kawa, le keef, le bétel, le haschich, l'opium, l'alcool, la coca... « L'habitude, disait Fonssagrives, rend souvent « indispensable l'usage de ces condiments ner- « vins » Ce n'est qu'avec la plus grande difficulté que l'on en obtiendra la suppression, si tant est que l'on puisse y parvenir... Le mieux pour l'hygiéniste, est de ne pas user d'intransigeance. Il doit tenir compte des besoins de la faiblesse humaine, ne pas agir en janséniste de l'hygiène, signaler les dangers des abus, et surtout, ne pas user de moyens radicaux de suppression contre des habitudes n'ayant pas les conséquences graves que l'on sait résulter de l'usage de l'alcool ou de l'opium.

En exposant ces idées, M. Fonssagrives avait en vue la lutte faite par les organisateurs de la Ligue contre le tabac.

Tout en reconnaissant que le tabac ne convient pas à tout le monde, pas plus du reste que le vin, le café, le thé, le sucre, ou le sel, M. Fons.

sagrives s'élevait contre l'intransigeance des ligueurs, qui, avec les meilleures intentions du monde, en poursuivaient la prohibition. « Prenons garde, disait-il, en supprimant le tabac « d'ouvrir toutes grandes nos portes à l'opium ! « Comparés aux dangers de ce dernier, les inconvénients du tabac sont négligeables lorsque « son usage n'a pas de contre-indications. Peut-être même son usage modéré n'est-il pas sans « utilité contre les miasmes pathogènes. »

Il est certain que souvent la peur d'un mal nous conduit dans un pire ! Les avertissements du professeur Fonssagrives n'ont rien perdu de leur valeur.

Cette digression nous amène à nous demander si les Etats-Unis ont eu une inspiration heureuse, au point de vue de l'hygiène, lorsqu'ils ont supprimé l'entrée du vin sur leur territoire. C'est bien à eux que M. Fonssagrives aurait appliqué l'épithète de jansénistes de l'hygiène. Ils auraient peut-être mieux servi les intérêts de la santé publique en supprimant les liqueurs à essences, les apéritifs alcooliques, comme cela a été fait en France pour l'absinthe et ses similaires, et en n'autorisant que l'entrée de vin naturel de raisins. Si l'on en croit les gazettes, leurs lois prohibitives ont abouti surtout à intensifier la contrebande des alcools de toute nature, et par suite, l'alcoolisme lui-même. Si les faits sont exacts, quelle sera la conséquence de cette observation ? Les Américains en conclueront-ils qu'il vaut mieux accorder l'usage modéré du vin ? Nous avons beaucoup d'amis aux Etats-Unis, mais nous y avons aussi beaucoup de gens remuants, qui ne favorisent pas les bonnes intentions des premiers à notre égard.

L'opium a été imposé aux Chinois par la livre sterling ; c'est le dollar qui s'oppose à l'entrée du vin de France. Il est bien possible que, dans cette décision, l'hygiène n'ait pas eu une importance de premier rang et que les lois prohibitives n'eussent pas été adoptées si les pampres de la Gironde, de la Bourgogne et de la Champagne fructifiaient à New-York ou à Washington, je n'ose pas dire, à Berlin...

(A suivre).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Congrès du « Royal Institute of public health ».** — Le prochain Congrès organisé par le Royal Institute of public health, de Londres, se tiendra à Gand du 1er au 6 juin 1927.

— **Inspection d'hygiène du département de la Loire.** — *Un concours* pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène adjoint de la Loire chargé plus spécialement de l'inspection médicale des écoles, aura lieu, à la Faculté de médecine de Lyon, dans la deuxième quinzaine de juin 1927, à une date qui sera ultérieurement fixée.

Les candidats à ce poste devront être français ou naturalisé français, âgés de 25 ans au moins et de 40 ans au plus le 1er juin 1927 et pourvus du diplôme de docteur en médecine. Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à l'Inspection départementale d'hygiène de la Loire avant le 15 mai 1927 et être accompagnée des documents suivants : 1° leur acte de naissance ; 2° un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ; 3° un extrait du casier judiciaire ayant moins de 3 mois de date ; 4° un certificat établissant leur situation au point de vue militaire ; 5° un exposé de leurs titres, travaux, services, etc. ; 6° leurs principales publications ; 7° l'engagement pour le cas où ils seraient nommés, de renoncer à faire de la clientèle, de ne prétendre à aucun mandat public, c'est-à-dire de se consacrer exclusivement à leurs fonctions. Les candidats devront, en outre, s'engager, en cas de démission ou de révocation, à ne pas exercer la médecine dans la Loire pendant un délai de 5 ans, à partir du jour où ils cesseraient leurs fonctions.

Chaque candidat sera avisé, au moins huit jours avant la date du concours, s'il est admis à y prendre part.

Le programme du concours sera conforme aux indications de la circulaire ministérielle du 21 octobre 1922 avec les modifications suivantes : épreuve de législation et de réglementation sanitaires. Ajouter au programme : la législation sur les habitations à bon marché ; les lois relatives à la répression de l'ivresse publique et à la limitation du nombre de débits de boissons ; la réglementation applicable aux bouilleurs de cru ; les lois et règlements étrangers relatifs à la lutte contre l'alcoolisme ; la réglementation relative à l'immigration. Pour la troisième épreuve, le temps accordé sera seulement de trois heures. Pour la quatrième épreuve, aucune modification.

Le jury du concours sera ainsi composé : 1° le Préfet de la Loire ; 2° le professeur Pic, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon, directeur des services départementaux d'hygiène du Rhône ; 3° le professeur P. Courmont, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon ; 4° le professeur Mouriquand, professeur de clinique des maladies infantiles à la Faculté de médecine de Lyon ; 5° le professeur agrégé Rochaix, professeur agrégé d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon, inspecteur départemental d'hygiène du Rhône ; 6° le docteur Fernand Merlin, sénateur et conseiller général de la Loire ; 7° le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur ; 8° le docteur Rigot, conseiller général de la Loire ; 9° le docteur Eméric, inspecteur départemental d'hygiène de la Loire, qui remplira, en outre, les fonctions de secrétaire du jury.

Le candidat, nommé à la suite du concours, accomplira un stage d'un an avant d'être titularisé dans ses fonctions. Il recevra un traitement annuel de 25.000 francs, auquel s'ajouteront des indemnités de résidence et de charges de famille analogues à celles que l'Etat accorde à ses fonctionnaires. Le traitement fixe sera complété par une fraction mobile ainsi calculée :

« Chaque fois que l'indice du coût de la vie, évalué

par les Commissions compétentes, dépassera de 25 points le total de 600, pris comme chiffre de base, « une indemnité spéciale sera versée aux fonctionnaires « départementaux ».

Les frais de déplacement seront remboursés au tarif de 1 fr. 50 par kilomètre, pour les parcours en auto. Les déplacements en chemin de fer ou tramways et les repas seront remboursés sur mémoires.

Le Préfet de la Loire : MINIER.

— **Société belge de chirurgie**. — La Société vient d'élire comme membres étrangers : MM. Bérard, Bégouin, Cunéo, Gosset, Lambret, Lecène, Leriche et Rouvillois.

— **Un arrêté ministériel annulé à la demande de l'A. C. E.** — L'Association corporative des étudiants en médecine s'est pourvue devant le Conseil d'Etat contre : 1° un décret du 20 mars 1922, permettant aux étudiants ayant été mobilisés dans certaines conditions, d'obtenir des dispenses d'examen ; 2° un arrêté du 7 mars 1923, par lequel le ministre de l'Instruction publique, par application du décret précité, a dispensé le sieur X. de l'épreuve orale du premier examen de doctorat en médecine. L'Association soutenait que ce décret et la décision prise violaient le principe de l'égalité entre les étudiants ; qu'en outre, la décision du 7 mars 1923 devait être annulée pour détournement de pouvoirs.

Le Conseil d'Etat a décidé que le décret du 20 mars 1922, ayant été rendu sans que le conseil supérieur de l'Instruction publique ait été consulté, est entaché d'excès de pouvoir, et que, par suite, l'arrêté attaqué, pris par application dudit décret, doit être annulé.

— **Société d'oto-neuro-oculistique de Bordeaux**. — Suivant l'exemple déjà donné par Strasbourg, Paris et Marseille, il vient de se créer à Bordeaux une Société d'oto-neuro-oculistique, qui, dans sa réunion préparatoire, a désigné son bureau : président, professeur Lagrange ; vice-président, professeur Verger ; secrétaire général, professeur Portmann.

Les réunions de la nouvelle Société, qui a pour but de rendre plus intime la collaboration des neurologistes, des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes, se tiendront dans la salle de conférences de la clinique oto-rhino-laryngologique, à l'annexe Saint-Raphaël.

— **VI° Congrès international d'histoire de la médecine**. — La Société internationale d'histoire de la médecine se réunit en Congrès tous les deux ans. Il a été décidé que le prochain Congrès sera tenu à Leyde et à Amsterdam du 18 au 23 juillet 1927. Les séances auront lieu dans les salles des Universités de ces deux villes. Il y aura à Amsterdam, dans le musée communal, une exposition de tableaux et de livres anciens se rapportant à l'anatomie et à la médecine.

Pour renseignements, s'adresser au secrétaire général : le docteur J.-E. KROON, Stationsweg, 25, Leyde.

— **Amphithéâtre d'anatomie**. — *Chirurgie d'urgence* et de pratique courante. Technique opératoire, par M. Jean Braine, prosecteur. Nombre des leçons : dix. Jours et heure des leçons : tous les jours, à 14 h. Début du cours : lundi 9 mai, à 14 h. Droit d'inscription : 350 fr. Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulins, Paris (V°).

Les auditeurs répèteront individuellement les opérations.

Programme du cours. — I. Traitement des plaies : excision, suture primitive et secondaire, suture des tendons et des nerfs, greffes nerveuses. Plaies des vaisseaux, découverte large des vaisseaux profonds. Sutures artérielles.

II. Suppurations des membres : panaris, phlegmons de la main et de l'aisselle. Phlegmons diffus. Arthrites suppurées. Traitement de l'ostéomyélite aiguë, de la gangrène gazeuse.

III. Fractures compliquées des membres : traitement conservateur, amputations, ostéosynthèse. Plaies articulaires. Les amputations dans la pratique.

IV. Fractures du crâne : trépanations, opération de Cushing. Plaies du poumon, plaies du cœur. Pleurésies purulentes.

V. Traitement des hernies étranglées crurales, inguinales, ombilicales, Gangrène herniaire. Hernies par glissement.

VI. Traumatismes de l'abdomen : sutures, résections et anastomoses intestinales, splénectomie, plaies du foie. Plaies thoraco-abdominales : la thoraco-phréno-laparotomie.

VII. Gastrostomie. Gastro-entérostomie. Traitement des péritonites aiguës : appendiculaires, par perforation des ulcères gastro-duodénaux, par cholécystite.

VIII. Les occlusions intestinales : entérostomie, fistule cæcale. Colostomie temporaire et définitive. Traitement de l'invagination intestinale.

IX. Infiltration d'urine, abcès de la prostate. Ruptures traumatiques de l'urètre. Cystostomie, urétrorraphie.

X. Colpotomie. Hystérectomie vaginale. Hématocèles pelviennes. Traitement des abcès, des adénomes et du cancer du sein.

— **Æsculape**. Grande Revue mensuelle illustrée. Lettres et Arts dans leurs rapports avec les Sciences et la Médecine. Abonnement : 35 francs (Etranger : 50 fr.). Le numéro : 5 francs. 15, rue Froidevaux, Paris (XIV°).

Sommaire du numéro de février 1927 : Les représentations humaines dans l'Art Paléolithique (5 ill.), par M. Louis MASSON. — La controverse Orfila-Raspail dans le procès de Madame Lafarge (3 ill.). — Les contradictions logiques d'une courtisane mystique (3 ill.), par le Dr Jean VINCHON. — Imbotep, l'Esculape des Egyptiens (4 ill.), par Jean AVALON. — La mort et la jeune fille (1 ill.), par M. Alexandre ROUHIER, docteur en médecine. — Pour la fraternité médicale franco-ibéro-américaine (4 ill.), par le Dr Benjamin BORD. — Supplément (11 ill.).

— **Concours de rédacteur stagiaire** au Ministère des Colonies (administration centrale) du 27 juin 1927.

Préparation complète en trois mois, orale ou par correspondance, par professeurs spécialistes. Ecrire à l'Institut technique colonial, 4, rue Volney, Paris. Le titre de docteur en médecine est l'un des diplômes demandés pour concourir.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FAITS CLINIQUES

1° Zona et Varicelle.

Cas observés en janvier 1927 :

a) Une jeune fille (35 ans) se présente à moi avec un superbe *zona* de la région cou, épaule, bras gauche. J'apprends par elle qu'elle va chaque matin chercher du lait dans une maison où quatre enfants sont atteints de *varicelle.*

b) Une jeune veuve est atteinte de bronchite grippale, au cours de laquelle se manifeste un *zona intercostal.* Quinze jours plus tard, elle m'amène son fils de Paris atteint de *varicelle presque confluente.* Aucun cas de varicelle n'est signalé dans l'école que fréquente cet enfant qui, d'ailleurs, est resté auprès de sa mère dès le début de son affection grippale.

c) A huit jours d'intervalle se présentaient à mon cabinet deux jeunes gens de 17 et 18 ans, tous les deux domestiques dans la même maison, où il n'y a pas d'enfants. Tous les deux sont atteints de bronchite grippale bénigne et de *zona intercostal gauche.*

2° Hydrocèles et kystes de l'épididyme.

Il m'arrive fréquemment de voir des malades porteurs d'hydrocèles vaginales ou de kystes de l'épididyme.

S'ils n'acceptent pas l'intervention, je les soulage de la façon suivante :

Aucune ponction antérieure :

Je pique dans la poche une fine aiguille à injections sous-cutanées et la retire lentement. Vingt-quatre heures après, plus aucun signe de liquide : seule persiste une légère infiltration des tissus superficiels, qui disparaît en quarante-huit heures.

S'il y a eu ponction antérieure, même une seule, le même traitement ne donne rien, et il faut avec le Potain aspirer entièrement le liquide. Pourquoi cette différence d'action ?... La formation problématique d'adhérences me paraît une bien pauvre explication.

Dr Arsac,
Chabeuil (Drôme).

CORRESPONDANCE

Syndicats.

563. — Engagements syndicaux pour la suppression des monopoles.

Je lis dans le *Carnet médical français* de décembre 1926, la formule d'admission au Syndicat des médecins du Lot-et-Garonne.

« Je m'engage formellement à ne passer aucun contrat écrit ou verbal, avec quelque collectivité

que ce soit ou son représentant, ou une personne quelconque, etc. ».

Faut-il en conclure qu'il est blâmable pour un médecin d'accepter d'être le médecin choisi par une Compagnie d'assurance ou d'accepter de recevoir un fixe pour donner des soins aux malades d'une usine, d'une mutuelle ou d'une collectivité quelle qu'elle soit ?

Bien que je ne sois, pour ma part, lié avec aucune Compagnie, ni avec aucune collectivité, je ne le pense pas, mais je serais heureux cependant d'avoir l'avis du « Sou Médical » à ce sujet, ayant autrefois donné plusieurs exemples d'arrangements semblables qui sont connus de tout le monde et paraissent acceptés des confrères et des syndicats de la région, dont font partie les médecins du canton.

Dr R.

Réponse.

Le médecin conserve la liberté d'exercer son art comme il l'entend. La liberté du travail est un principe absolu, qui dérive de la Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen.

Mais, si le praticien croit utile d'aliéner une partie de sa liberté individuelle, au profit de la collectivité corporative, pour qu'en retour, celle-ci lui donne certains avantages collectifs, il s'engagera à faire ou à ne pas faire, en conformité avec les articles 1142 et suivants du Code civil.

Ainsi, pour faire disparaître les monopoles, créés au profit de quelques-uns seulement, les médecins d'une région s'organisent en syndicat, décident, par un accord commun, de contracter entre eux, selon la formule qui nous est signalée : cet engagement a une valeur juridique incontestable. Celui, qui faillirait à la parole donnée sera passible de dommages intérêts envers les autres signataires.

Mais, que veut dire pareille formule ?

Tout d'abord, elle n'engage que les seuls signataires. Les autres médecins sont libres d'exercer comme bon leur semble, au rabais, au forfait, au salariat, etc. Cela dépend des goûts.

En second lieu, cette rédaction n'engage que l'avenir : *stricto sensu*, elle réserve les droits acquis. En signant pareil engagement, les médecins s'obligent à ne pas contracter, pour l'avenir, avec des particuliers, ou des collectivités publiques ou privées.

Mais, cette formule laisse sous-entendre que les anciens contrats conservent leur force au profit des titulaires, sauf à ces derniers à faire une nuit du 4 août, à démissionner, certains qu'ils sont qu'aucun confrère n'acceptera leur succession.

Je prends comme exemple le service médical des sociétés de secours mutuels.

Le syndicat local, pour des raisons de politique professionnelle locale, entend laisser les situations acquises, dans leur état actuel.

Mais, si la société de secours mutuels entend

changer son service médical, modifier le nombre de ses médecins, augmenter ou diminuer le quantum des honoraires, le contrat de louage de services entre médecins et mutualité se trouve rompu.

Aux médecins de se réunir, de décider selon quelles formes il sera le plus profitable tant pour les malades que pour les praticiens, d'organiser le service médical et de faire connaître ensuite les conditions, selon lesquelles ils donneront leurs soins.

A ce moment, aucun médecin signataire de la formule ci-dessus n'a le droit de contracter avec la mutualité, sans en avoir référé au préalable au syndicat.

Voudrait-il reprendre sa liberté, qu'il devrait, au préalable, donner sa démission du syndicat, pour annuler ainsi l'engagement qu'il a souscrit. Ce ne serait pas propre, au point de vue déontologique, mais parfaitement juridique.

Il en serait de même pour le service médical des chemins de fer. A la mort du titulaire, le syndicat décide qu'aucun de ses membres n'acceptera la succession, car le groupe corporatif entend que chaque employé ou agent de la compagnie puisse avoir le libre choix de son docteur, alors que ce dernier sera payé au tarif local et à la visite.

Aux propositions qu'un médecin pourra recevoir de la compagnie, en vue de sa nomination, pour succéder au prédécesseur, le praticien devra en référer au syndicat, qui décidera s'il doit accepter ou refuser.

Remarquez qu'il ne s'agit pas ici d'une tyrannie syndicale, d'une organisation soviétique qui dicte à chacun sa conduite.

Bien au contraire, le syndicat est la somme des intérêts particuliers : il agit pour le bien de tous. En empêchant un confrère de devenir le salarié d'une collectivité publique ou privée et en obligeant les autres praticiens à refuser les présents d'Artaxercès, on transforme les monopoles, institués au profit de quelques-uns, en égalité entre tous les praticiens de la région.

Si donc, dans une région, malgré l'engagement sus-indiqué, il persiste encore quelques monopoles, il faut en demander la raison au syndicat.

Ici, la collectivité professionnelle entend laisser un confrère âgé vivre de ses situations fixes. Ce ne sera qu'à sa disparition qu'aucun des jeunes n'acceptera sa succession.

Là, un médecin reste en dehors du groupe syndical et pourrait accepter ce que les autres doivent refuser.

Pour barrer la route à un renard, il est parfois prudent et habile de suspendre, pour une région déterminée et un cas particulier, les effets de l'engagement ci-dessus.

Au syndicat, en assemblée générale, de décider

s'il y a lieu de relever tel ou tel confrère de l'obligation qu'il a contractée envers ses co-syndiqués.

Un deuxième point est à signaler.

La formule, qui nous est soumise, ne vise surtout que les soins à donner.

Il faut envisager le cas de la médecine de contrôle.

Un chef d'entreprise ou une assurance peut demander à un praticien d'assurer son service de contrôle.

Si le syndicat n'a pas prévu pareille éventualité, ni organisé ce service de contrôle, les collectivités publiques ou privées peuvent s'adresser à un médecin, pour que ce dernier soit l'homme de l'art, qui les représente.

Il ne peut donc plus s'agir, ici, de monopole de soins, mais d'un service de surveillance, d'un mandat.

Le praticien peut donc accepter. Néanmoins, il fera bien d'en informer son syndicat, pour que ce dernier lui dise s'il fait bien ou mal, en acceptant les offres qui lui sont faites.

Somme toute, ce sont là questions locales, qui ne peuvent être résolues que sur place, entre les intéressés, au mieux des intérêts des malades et de ceux de la collectivité médicale, réunie en syndicats.

Dr Paul Boudin.

Fiscalité

422. — Patente d'un ménage (médecin et commerçante).

Dans la même ville, mais dans un immeuble distinct et séparé de 300 mètres du domicile de son mari avec lequel elle vit d'ailleurs en dehors de ses heures de bureau, la femme d'un médecin a un commerce, avec une employée. La patente doit-elle être établie sur le loyer de l'immeuble commercial, ou bien à la fois sur le loyer de l'immeuble affecté au commerce et sur la valeur de la maison familiale où exerce le médecin ? Le contrôleur prétend baser la patente de la femme sur ces deux immeubles, donc patente plus que doublée ! C'est énorme.

Il ne s'agit pas d'une femme divorcée, ni séparée de bien, mais d'une femme exerçant une profession à côté de son mari, sans qu'il s'en occupe en rien.

Dr X.

Réponse.

Dans le cas visé par la demande, nous estimons que la patente devrait être établie comme suit :

1° Au nom du mari médecin ;

Sur la valeur locative de ses locaux professionnels (cabinet de consultation) ;

Sur la moitié des locaux d'habitation ;

1° Au nom de la femme commerçante :

Sur la valeur locative de son magasin ;

Sur la seconde moitié de la valeur locative des locaux d'habitation occupés en commun avec son mari.

A. M.

---

435. — Comment doit-on déclarer les honoraires impayés.

Dans la déclaration du revenu, peut-on faire figurer un paragraphe VII (pertes résultant d'un déficit d'exploitation), la somme des honoraires restés impayés pendant l'année précédente ? Le contrôleur tiendra-t-il compte du chiffre indiqué pour l'établissement de l'impôt ? Que faire ?

Dr B.

Réponse.

D'après un arrêt du Conseil d'Etat en date du 30 juin 1926, le bénéfice brut à déclarer doit être constitué par le montant des encaissements effectués au cours de l'année envisagée, que ces encaissements portent sur des honoraires pour soins donnés au cours de ladite année ou d'années antérieures.

En conséquence, vous devez déclarer le montant de vos recettes de 1926 et non le montant des honoraires pour soins donnés en 1926, et, par suite, vous n'avez à tenir compte en aucune façon des honoraires non perçus.

A. M.

256. — Déclaration des salaires des employés.

La loi oblige tout employeur à déclarer avant le 1er février le salaire qu'il donne à l'employé ; j'ai un chauffeur à qui j'ai donné cette année 900 fr. environ : dois-je le déclarer. La femme de ménage à qui je donne 700 fr. par an, dois-je le déclarer ?

Dr L.

Réponse.

La déclaration doit être produite, quel que soit le montant de leurs rémunérations, pour les personnes qui remplissent des fonctions susceptibles d'être exercées simultanément auprès de plusieurs entreprises. L'interprétation stricte de la loi conduirait à exiger une déclaration pour votre chauffeur et votre femme de ménage, que vous n'occupez pas tout le temps. Mais, à notre avis, cette déclaration n'est exigible qu'en ce qui concerne les personnes remplissant des fonctions analogues à celles énumérées dans la loi et qui ne visent ni les chauffeurs, ni les femmes de ménage.

Contribution des portes et fenêtres.

Depuis quelle époque la contribution des portes et fenêtres a-t-elle été supprimée ?

Dr F.

Réponse.

C'est l'article 3 de la loi du 19 juillet 1925 qui

a supprimé la contribution des portes et fenêtres à partir du 1er janvier 1926 ; les ressources dont les communes et les départements ont été privées par cette suppression ont été remplacées par une augmentation des centimes de la contribution personnelle-mobilière et de la contribution des patentes. Ces deux contributions étant exclusivement à la charge du locataire et non du propriétaire, ce dernier n'est pas fondé à majorer le loyer pour remplacer cette contribution.

A. M.

Questions médico-militaires

206. — Perte d'un œil en service commandé.

Un soldat qui a dû subir l'énucléation d'un œil, après avoir reçu un coup de fusil à l'occasion d'un exercice de combat, at-il droit à une pension, ou à une gratification ?

Dr B

Réponse.

Ce militaire a droit à une pension d'invalidité, à titre définitif, de 65 %.

Même avant le 2 août 1914, sous l'empire de la législation antérieure à la loi du 31 mars 1919, il aurait eu droit à une pension de 5e classe et non à une gratification.

338. — Situation militaire d'un médecin qui a eu un sursis comme étudiant.

1° Un étudiant en médecine, après sursis successifs, est docteur ; il est appelé à accomplir sa période normale de service militaire. Evidemment, il sera promptement affecté au service sanitaire : à quel titre ? médecin de complément ou médecin du cadre actif ? Je ne crois pas la réponse douteuse.

2° Si le susdit est pourvu d'un titre médical, chef de clinique, chef de travaux pratiques, etc., la réponse est la même ; mais de plus a-t-il le droit d'assurer son service médical en même temps que son service médical militaire ?

Dr X.

Réponse.

Il s'agit pour cet étudiant en médecine, *reçu docteur*, de faire *tout d'abord* une partie du service militaire actif (médecin auxiliaire ou infirmier), auquel il est astreint comme tout Français ; il sera *ensuite* nommé, pour finir la durée de service, au grade de médecin de complément.

Deux cas à envisager, suivant qu'il est, ou non, pourvu du brevet de préparation militaire supérieure.

1° La durée du service est d'*un an*, dont six mois comme médecin auxiliaire, six mois comme médecin aide-major de deuxième classe de réserve, pour les docteurs en médecine ou pour les

étudiants nommés au concours internes titulaires des hôpitaux dans une ville de faculté et pourvus de seize inscriptions validées.

2° Les étudiants qui n'ont pas obtenu le brevet de préparation militaire supérieure sont incorporés, en fin de sursis, pour dix-huit mois dans une section d'infirmiers ; ils suivent pendant six mois des cours d'application spéciaux et terminent leurs dix-huit mois, six mois comme médecins aides-majors de deuxième classe de réserve (s'ils sont docteurs ou internes à seize inscriptions comme ci-dessus). (Article 37 de la loi du 1er avril 1923.)

En principe, ce docteur n'a pas le droit d'assurer son service médical en même temps que son service militaire.

---

293. — Droit à pension de la veuve d'un réformé.

Un de mes clients est réformé n° 2, sans pension, le 21 décembre 1915 pour albuminurie avec œdèmes.

Il se marie en 1919. Je le soigne en 1923 pour urémie suite de sa néphrite chronique.

En 1923, après des démarches conseillées par moi, sa réforme n° 2 est transformée en réforme n° 1 avec rappel de pension depuis 1915.

Il meurt le 26 novembre 1924 d'urémie.

On refuse une pension à sa veuve sous prétexte que lorsqu'elle s'est mariée l'affection dont son fiancé était atteint paraissait devoir entraîner une issue fatale. Or, en 1919, année du mariage, il n'était que réformé n° 2 sans pension et c'est seulement quatre ans après le mariage que la réforme n° 1 est admise.

Il me semble que cette veuve a droit à une pension. A qui réclamer et de quelle façon ?

Dr M.

Réponse,

Ce rejet de la pension de veuve est, en effet, conforme aux données de la jurisprudence actuelle ; le diagnostic « d'albuminurie avec œdème » devait à lui seul, par son libellé, établir la gravité de l'affection.

La veuve bénéficie d'un délai de six mois pour se pourvoir contre ce rejet devant le Tribunal des Pensions, par lettre recommandée adressée au greffe du Tribunal civil de son ressort.

Assistance

608. — Délivrance des bons. Etablissement de la liste des assistés.

Je me permets de recourir à votre obligeance et à vos bons conseils, concernant deux points du règlement de l'A. M. G.

1° L'article 9 est ainsi conçu : le président du Bureau d'assistance ou son délégué est formellement tenu de délivrer à..... un carnet individuel conte-

nant quatre bons de consultations ou de visites et quatre bons de médicaments.

Notre secrétaire de mairie ne veut rien entendre à ce sujet et, prétextant des abus assez anciens, délivre fort parcimonieusement à l'assisté, chaque fois, un seul bon détaché du carnet. Ceci complique beaucoup notre tâche, sans compter l'ennui pour le malade et sa famille ou les voisins obligeants.

Comment faire pour exiger l'application du règlement ?

2° Les assistés ont droit à l'assistance complète ou à l'assistance partielle.

Depuis quelque temps et peut-être pour la majorité des médecins de T., l'assistance partielle (pharmaceutique, bien entendu), fait fureur. C'est un merveilleux moyen d'économie et peut être de politique.

Le médecin, qui sait souvent mieux que personne la situation exacte des familles qu'il visite, a-t-il un droit de regard sur l'établissement des listes des bénéficiaires ? Comment faire pour éviter les abus de l'administration ?

Je crois que les deux questions que je vous pose sont susceptibles d'intéresser bon nombre de confrères.

Dr T.

Réponse.

1° Le service de l'assistance médicale gratuite est placé sous l'autorité du préfet (article 4 de la loi du 15 juillet 1893). Par conséquent, adressez tout d'abord une réclamation au maire pour lui demander de faire respecter le règlement par son secrétaire de mairie ; si cette réclamation reste sans effet, portez-la alors devant le préfet qui a le pouvoir de prendre toutes les mesures nécessaires. Enfin, si le préfet à son tour refusait d'agir, il faudrait porter la contestation devant le Conseil de préfecture.

2° En vertu de l'article 12 de la loi du 15 juillet 1893, c'est la Commission administrative du bureau d'assistance qui dresse, chaque anneée, la liste des personnes ayant leur domicile de secours dans la commune, qui doivent bénéficier de l'assistance médicale gratuite. Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance peuvent assister à la séance avec voix consultative.

La liste est ensuite arrêtée par le Conseil municipal et déposée au secrétariat de la mairie.

L'article 16 de la loi donne un délai de vingt jours, à compter de ce dépôt, à tout habitant ou contribuable de la commune pour présenter des réclamations en inscription ou en radiation.

Par conséquent, les médecins peuvent tout d'abord surveiller la confection de la liste en envoyant un des leurs à la séance de la Commission administrative du bureau d'assistance, et, ensuite, individuellement, comme contribuables ou

habitants de la commune, ils peuvent réclamer contre les inscriptions qui leur paraissent abusives.

Baux et Locations,

643. — Droit à la prorogation.

Je suis locataire — sans bail — d'un immeuble où j'exerce la médecine et l'art dentaire depuis août 1926 dans un village de 2.535 habitants.

J'ai fait à mon compte des réparations importantes : garage, prise d'eau, téléphone, tapisseries, etc., pensant être installé pour longtemps.

L'immeuble vient de se vendre. Quelles prérogatives suis-je en droit de faire valoir pour conserver cet immeuble le plus longtemps possible ? A quel délai ai-je droit ?

Il n'y a dans le village aucun immeuble répondant à mes besoins , n'ai-je pas droit à une indemnité importante ?

Combien approximativement ?

Si j'étais dans l'obligation de quitter le village faute de local, quelle ligne de conduite dois-je adopter ?

Dr R.

Réponse.

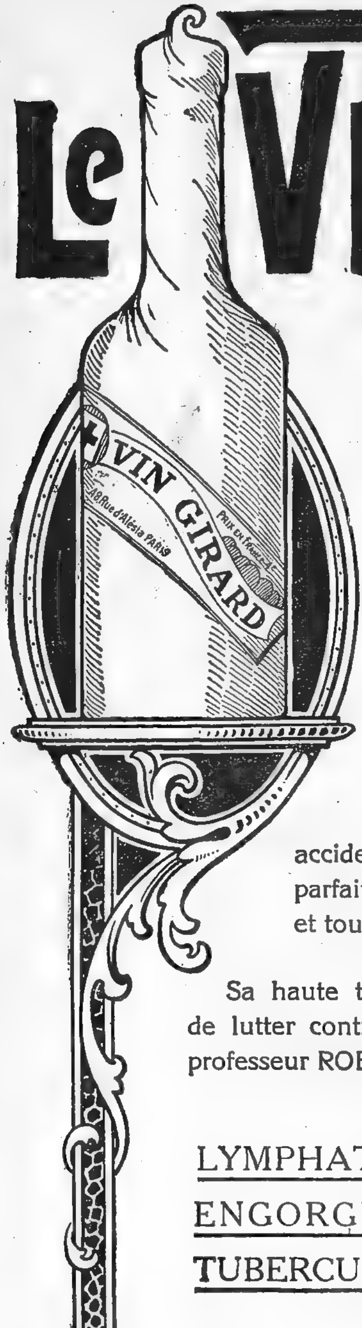
Si la loi du 1er avril 1926 est applicable dans votre commune, c'est -à-dire si celle-ci se trouve distante de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants ou a vu sa population municipale s'accroître d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements, votre nouveau propriétaire n'aura pas le droit de reprendre votre maison pour son usage personnel ou celui de l'un de ses ascendants ou descendants avant le 1er avril 1931, date à laquelle cessera de s'appliquer la loi du 1er avril 1926. En effet, le droit de reprise que la loi accorde au propriétaire ne peut s'exercer que si l'acquisition est antérieure au 1er mars 1926 et seulement sur un local affecté *exclusivement* à l'habitation, ce qui n'est pas votre cas, puisque vous exercez votre profession dans les lieux loués.

Mais, si la loi du 1er avril 1926 n'est pas applicable dans votre commune, les rapports entre propriétaires et locataires s'y trouvent dès à présent régis par le droit commun. Dans ce cas, votre propriétaire aurait le droit de mettre fin à votre location à tout moment, à la seule condition de vous donner congé dans les délais usités dans votre localité.

Pour prolonger votre occupation, vous n'auriez que la ressource de demander au juge des délais de grâce qui, certainement, vous seraient accordés, mais qui seraient de courte durée.

Quant aux dépenses que vous avez pu faire dans la maison, vous ne pourriez en demander le remboursement, à défaut d'une clause précise à ce sujet dans votre contrat de location.

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adulter

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE

ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES

TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS

SIROP GIRARD
Même composition
S'ordonne plus spécialement
en Médecine infantile



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 11 — DIMANCHE 13 MARS 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS

France.......................... 45 fr
Etranger.. (voir conditions page IV)
Etudiants (France).......... 25 fr.
Le Numéro................. 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION

Dr A. GASSOT, *Directeur*

MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF

Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT

Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

Quarante-neuvième année | N° 11 | 13 Mars 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 666-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical* de M. le Dr CHMIELEWSKI, de Nanterre, la somme de vingt-cinq francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie. Bayle, Caruette, L. Dubief. Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.

Cap-d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet, Perrimond.

Hyères : Clément, Minelle, Pierrugues, Verrier

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Laugenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*), Bernard (Claude), Bernardbeig, Gauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Daniel Delocque-Fourcaud. Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussene (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Caldagués Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 115. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 116. — Doct. rec. dame vve pouv. prend. en pens. ou en nourr., enf. qu'elle pourra. adopter éventuell. Ecr. Dr Durieux, à Thiviers (Dordogne).

No 117. — Jne doct. habit. grosse client. et dispos. capit. repr. ou collab. clinique sérieuse, Lille ou Paris pour début 1928.

No 118. — A vend. 1o Cab. 5 CV Citroen 1925, parf. état : 12.000 ; 2o Mors S. S. 12 CV 1923, torp. 6 pl. mot. parf. sortant peinture, 2 roues sec., Prix à débat. S'ad. Dr Petithomme à Saint-Quentin.

No 119. — Int. hôp. Paris passant actuell. cliniques et thèse dem. poste à achet. ou à fonder.

No 120. — A vendre petite spécialité médicale, 700 unités par mois, marque et marchandises 110.000 fr. comptant.

No 121. — A vendre Torpedo luxe 10 C. V. Citroen 1921 imposée 8 C. V., petite consom. mot. exc., pist. alpax, 4 amort. Houdaille, graiss. Técal., tr. b. ét. Ecr. M. Martinot, 42, rue du Four, Paris (6e).

Nº 122. — Centre, imp. poste méd., rapp. 120.000 fr. à céd. d'urg. cause fatigue 50.000 fr. Chaudron, 19, av. d'Orléans, Paris.

Nº 123. — Finistère, à céd. pour cause fatigue, exc. poste à prox. de la côte. Loyer 3.000. Prix à déb.

Nº 124. — A céd. hôtel avec conf. banl. imméd., facile à transf. en clin. ou mais. de santé, 16 chamb., possib. inst. salle opérat.

Nº 125. — Grenoble. Toute comptabil. médic., acc. du trav., malades A. M. G., client. ordin. etc. à jour ou en retard. S'ad. à V. Gilbaud, 3, rue Bayard, à Grenoble.

Nº 126. — Doct. réc. chaleur. homme marié, père de 2 enf. susc. de faire chauff., jardin, valet de ch. (Est ou Centre), exc. référ. Ecr. Dr Dautrey, à Vignory (Hte-Marne).

Nº 127. — Auto 10 CV. de Dion, à vend. cause double empl., revue ent. exc. état, cinq pn. neufs. Dr Brassart, à Bréville-le-Comte (E.-et-L.).

Nº 128. — A céd. gr. ville Midi, au prix du matér., cabin. de stomat. et appart. conf.

Nº 129. — A louer pour sais. été à Bayet (Allier), 25 km. Vichy, 8 km. de St-Pourçain, mais. camp. compr. 5 p. meublées, électr., cour, jard. gar. Pêche et canot. sur la Sioule. S'ad. Dr Huget, à Saint-Pourçain-sur-Sioule (Allier).

Nº 130. — Belle plage, Coutainville (Manche), 2 pet. mais. meubl. entourées terr. clos., eau potable, 1 min. plage, tous fourniss. 3 p. et cuis. pet. terrasse, vue sur mer, saison : 1.650 fr. ou au mois ; 2 p. et cuis., saison 1.450 fr. ou au mois. Chamb. supplém. Rothe, 7, rue Fenoux, à Paris (17e).

Nº 131. — Rég. Est. Très bon cab. méd. génér., à céder d'urgence. Rapp. 150.000 envir. Prix très avantag. compt. à débatt. (possibil. faire pharm.) S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 132. — 100 km. Paris. Poste ch.-lieu cant., gr. ligne. Rapp. 70.000, fixes, jolie maison 8 p., jard., pelouse. A céd. avec mais. 100.000 dont 60.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 133. — 1 h. 30 Paris. Ch.-lieu cant. très agréab. desservi par ch. de fer, anc. poste seul méd. Rapp. 50.000 (méd. et pharm.), mais. 7 p., électr. Indemn. 15.000, dont 10.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie : Mort du professeur Gilbert.** — Le professeur Gilbert vient de mourir, à l'âge de 69 ans. Homme affable, clinicien éminent, dans cette chaire de l'Hôtel-Dieu qu'illustrèrent Trousseau et Dieulafoy, il sut garder tout son éclat au flambeau qui lui avait été transmis à la mort du professeur Dieulafoy. Nous ne voulons rappeler ici que les nombreuses *Cliniques* de ce savant maître que nous avons publiées dans nos colonnes. Toutes offraient la belle empreinte de la vieille clinique française, avec ses qualités traditionnelles : clarté, sens clinique, science approfondie, haute conscience. Dans un passé plus lointain, nous évoquerons aussi l'époque où, faisant pour le *Concours médical* une enquête auprès du Corps professoral sur la Réforme des études médicales, nous fûmes reçu par le professeur Gilbert, dans son cabinet de la rue de Rome, où il voulut bien nous donner sa judicieuse opinion sur l'enseignement de la thérapeutique, dont il occupait la chaire, à cette date, à la Faculté de Paris. Nous venions de prendre des interviews de Dieulafoy, de Poirier, de Cornil, de Le Dentu, de Gautier, de Gariel... pour ne citer que les disparus.

Devant la tombe ouverte du professeur Gilbert, nous nous inclinons respectueusement, en nous remémorant tous ces souvenirs...

P. L.

— **Les épidémies.** — Des épidémies de diphtérie sont signalées à Equeurdreville (Manche) et à Chalindrey (Haute-Marne).

— **Académie de médecine.** — *Legs.* — L'Académie est autorisée par décrets ministériels à accepter un legs du professeur Testut et une donation faite par la famille et les amis du Dr Helme.

— **Académie de médecine.** — *Elections.* — MM. Gallardo (de Buenos-Ayres) et Starling (de Londres) sont élus membres correspondants étrangers dans la quatrième division (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

— **Association d'enseignement des hôpitaux.**— Le dimanche 13 mars, à 10 h., à l'amphithéâtre des cours (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. le docteur Laignel-Lavastine sur l'*émotivité.*

— **Ecole d'anthropologie.** — M. H. Vignes, accoucheur des hôpitaux, a commencé, le 5 mars, à 16 h., à l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, un cours sur : *la puberté chez la femme,* et il le continue les samedis suivants à la même heure.

— **Hôpital Beaujon.** — *Traitement de la constipation chronique.* — Depuis le 3 mars, M. Baumann (de Châtel-Guyon) fait tous les jeudis à 10 h. au Laboratoire de radiologie du Dr Aubourg, une démonstration pratique de *spondylothérapie* (méthode d'Abrams) avec présentation de malades et applications du traitement.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — *Cours pratique et complet de dermatologie*, du 25 avril au 21 mai, sous la direction du professeur JEANSELME. (Droits : 250 fr.).

— **Clinique médicale** (*Hôtel-Dieu*). — *Cours de révision* sur les notions récentes de clinique et d'application au diagnostic des méthodes de laboratoire, sous la direction du prof. agrégé Villaret. Début du cours : 28 mars. (Droits : 250 fr.).

— **Hôpital Necker.** — *Cours de lipiodiagnostic et de lipiothérapie.* — Un cours concernant le lipiodiagnostic et la lipiothérapie aura lieu du 22 mars au 7 avril 1927, sous la direction du professeur SICARD, à 14 h. 30, à l'hôpital Necker, 151, rue de Sèvres. Chaque leçon comprendra un exposé théorique et des explorations radiologiques. Droits : 100 fr. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté.

En mai, aura lieu un second cours concernant le traitement des algies et le traitement des varices.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Agrégation.* — Le conseil de la Faculté a proposé comme agrégés : MM. DOGNON (*physique*), SÉZARY (*dermatologie et syphiligraphie*), PASTEUR VALLÉRY-RADOT, CHABROL, HUTINEL et DONZELOT (*médecine*), BROCQ, QUÉNU et LEVEUF (*chirurgie*).

— **Faculté libre de médecine de Lille.** — *Prosectorat et adjuvat.* — Des concours pour une place de prosecteur et une place d'aide d'anatomie s'ouvriront le 2 mai 1927 à la Faculté libre de médecine de Lille (65, rue du Port).

— **Hôtel-Dieu de Bourges.** — *Médecin radiologiste.* — Un concours pour un emploi de médecin radiologiste à l'Hôtel-Dieu de Bourges aura lieu le 28 mars, à la Faculté de médecine de Paris. Inscriptions par lettre adressée au Président de la Commission administrative des hôpitaux de Bourges.

— **Hôpitaux de Lyon.** — *Concours pour la nomination d'un accoucheur des hôpitaux.* — Ce concours s'ouvrira le 4 avril 1927. Renseignements à l'Administration des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, Lyon.

— **Hôpitaux de Toulouse.** — *Internat.* — Le concours d'internat récemment ouvert à l'Hôtel-Dieu s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Aujeleu, Planques, Fabre, Labro, Gadrat, Mlle Pesque.

Internes provisoires : M.M. Cantegril, Favre, Dubau.

— **Naissance.** — Le docteur COURBIN, de Bagnères-de-Bigorre, et Madame, nous font part de la naissance de leur fille *Jacqueline.*

— **Hôpital Necker.** — *Légion d'honneur.* — En présence de tout le personnel médical, le maréchal Pétain a remis, à l'hôpital Necker, la cravate de commandeur de la Légion d'honneur au professeur Félix LEGUEU.

A TRAVERS L'OFFICIEL

23 *février*.

Lutte antivénérienne.

Sont nommés membres de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes :

M. le Dr Dequidt, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur ;

M. le Dr Levy-Bing, médecin de l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

1er *mars*.

Syndicats professionnels.

Loi du 25 février 1927, portant codification des lois ouvrières (Livre III du Code du travail et de la prévoyance sociale).

Cette loi codifie notamment sous le titre : « Des groupements professionnels », la législation sur les Syndicats professionnels.

Le texte du Titre 1er, intitulé : « Des Syndicats professionnels » est presque exactement celui de la loi du 21 mars 1884, modifiée par celle du 12 mars 1920, sur les Syndicats professionnels.

Nous donnerons prochainement, dans le corps du journal, le texte complet de la partie de la loi qui concerne les syndicats.

Assistance publique.

Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique :

M. le Dr Legrain, médecin honoraire des asiles de la Seine, en remplacement de M. le Dr Briand, décédé.

MM. Durafour et Nogaro, députés, en remplacement de MM. Leredu et Jourdain, élus sénateurs.

Réponses des Ministres aux Questions des Parlementaires.

Dispense de timbre et d'enregistrement pour les actes et pièces concernant l'assistance médicale gratuite.

10169. — M. Evrard, député, expose à M. le Ministre des Finances qu'en violation de l'article 32 de la loi du 15 juillet 1893, qui dit que « les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la présente loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale gratuite, sont dispensés du timbre et enregistrés gratis, lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement », des receveurs de l'enregistrement font quand même payer l'enregistrement desdits actes ; et demande s'il ne juge pas nécessaire de donner des instructions pour que les faits cessent et ne se renouvellent pas. (*Question du 27 novembre 1926.*)

Réponse. — Les dispositions de la loi du 15 juillet 1893 ont été portées à la connaissance du service par

une instruction générale du 28 juin 1894 (nº 2865 de l'administration de l'enregistrement), et rappelées dans une autre instruction du 5 juillet 1912 (nº 3345 § 18). L'honorable député est prié de vouloir bien donner toutes les précisions utiles sur les perceptions contestées (indication du ou des bureaux, date des enregistrements, nature des actes, nom des parties), pour permettre de prendre les mesures qui seraient nécessaires. (*J. O.*, 18 février 1927.)

Honoraires des experts en justice de paix.

10615. — M. René COTY, député, demande à M. le ministre de la justice : 1º s'il est exact que le tarif des experts en justice de paix soit encore régi par le décret du 7 février 1807 ; 2º dans le cas de l'affirmative, si une revision de ce tarif est actuellement à l'étude. (*Question du* 14 *janvier* 1927.)

Réponse. — Les articles 24 et 25 du décret du 16 février 1807 sont toujours applicables en justice de paix pour fixer le taux des taxes à témoins et à experts, en matière civile. Cette tarification n'a donné lieu jusqu'ici à aucune réclamation adressée à la chancellerie. Au cas où l'honorable député aurait connaissance d'espèces où les taxes à témoins et à experts se seraient trouvées notoirement insuffisantes, il voudrait bien en aviser la chancellerie qui procéderait à une enquête afin d'apprécier l'opportunité d'une réforme du tarif en question.

(*J.O.*, 28 *janvier* 1927.)

Note. — L'article 25 du décret du 16 février 1907 dispose que la taxe des experts en justice de paix sera la même que celle des témoins et qu'il ne leur sera alloué de frais de voyage que dans les mêmes cas.

C'est l'article 24 qui fixe ces taxe et frais de voyage des témoins.

Il leur alloue une somme équivalente à une journée de travail, même à une double journée si le témoin a été obligé de se faire remplacer dans sa profession, ce qui est laissé à la prudence du juge. Le témoin qui n'a pas de profession a droit à une taxe de 2 fr.

Pour la fixation du prix de la journée de travail, on peut se référer à l'article 67 du même décret, qui, accordant, au témoin entendu devant le tribunal civil, le prix d'une journée de travail, en fixe le maximum à 10 fr. et le minimum à 2 fr.

Le témoin domicilié dans le canton n'a pas droit à des frais de voyage.

S'il est domicilié hors du canton et à une distance de plus de deux myriamètres et demi du lieu où il fera sa déposition, il a droit à autant de fois une somme double de journées de travail, ou une somme de 4 fr., qu'il y aura de fois 5 myriamètres de distance entre son domicile et le lieu où il aura déposé.

Il résulte de ces textes que, en justice de paix, l'expert n'est qu'une sorte de témoin et n'a

droit, au maximum, pour honoraires de son expertise, qu'à deux journées de travail, ou 20 fr.

Pour ses déplacements, s'il est domicilié hors du canton et à plus de 25 kilomètres, il aura droit, au maximum, à 20 fr. et au minimum à 4 fr. par 50 kilomètres de distance entre son domicile et le lieu où il aura déposé.

Le décret du 16 février 1807 a été modifié par celui du 27 décembre 1920, en ce qui concerne les expertises devant les tribunaux civils et les Cours d'Appel, mais il reste applicable, ainsi que le confirme le Ministre de la Justice, aux taxes des témoins et des experts en justice de paix.

La Chancellerie n'a reçu, suivant sa déclaration, aucune réclamation sur l'insuffisance de ce tarif. La raison en est, à notre avis, bien simple. C'est que ce tarif n'est pas appliqué. En fait, les honoraires des experts en justice de paix ne sont nullement fixés comme le prescrivent les articles 24 et 25 du décret de 1807. Ils sont fixés, comme cela est actuellement légal pour les honoraires d'expertise devant le tribunal civil, en tenant compte de l'importance et des difficultés des opérations et du travail fourni (Art. 3 du décret du 27 décembre 1920).

Mais cette situation de fait est regrettable et il serait préférable de réformer ce tarif, périmé, datant de 120 ans, comme l'a été celui des autres experts en matière civile.

J. D.

Transmission des maladies par l'intermédiaire des livres.

11014. — M. Chassaing, député, demande à M. le ministre de l'instruction publique : 1° quelles maladies ont été reconnues effectivement transmissibles par l'intermédiaire des livres ; 2° quelles mesures pratiques sont actuellement employées, recommandées ou envisagées, pour éviter le danger de la contamination ; 3° si ces mesures peuvent être vraiment efficaces en dehors de celles qui concernent l'hygiène générale du corps et celle des locaux. (*Question du 4 février* 1927.)

Réponse. — 1° On ne possède aucun renseignement à ce sujet qui serait, d'ailleurs, plutôt du ressort du ministère du travail et de l'hygiène ; 2° dans quelques villes les livres scolaires sont passés à l'étuve.

(*J.O.*, 23 *février* 1927.)

Périmètre de protection des sources d'eaux minérales.

10892. — M. de Monicault, député, demande à M. le ministre du travail : 1° si la loi du 8 septembre

Voir la suite page LV-719

PROPOS DU JOUR

A propos d'une enquête sur le Corps médical parisien. Ce qu'il était en 1845.

L'on discute beaucoup sur l'exercice de la médecine à Paris. Nous entendons tous les jours nos confrères se plaindre de l'augmentation croissante des médecins, de la disproportion qui existe entre le nombre des praticiens et la population parisienne. Certains de nos amis que l'âge a rendu moroses et qui, comme tous les gens âgés, sont devenus depuis l'époque d'Horace, *laudatores temporis acti*, parlent des années de leur jeunesse comme d'un âge d'or où régnait la bonne confraternité, où l'on ignorait presque le charlatanisme, où les praticiens formaient un *corps* respectable et respecté. A les en croire, nous sommes sous le règne de l'Antéchrist, dans la période de l'Abomination de la Désolation.

Nous avons si souvent entendu répété ces plaintes depuis la guerre que nous avons fini par les croire justifiées et nous ne sommes pas seuls, puisque le conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France a résolu de charger une Commission de faire une enquête sur la situation actuelle du Corps médical parisien. Nous ne préjugerons rien du résultat de cette enquête qui sera menée, nous l'espérons, en toute indépendance et sans parti pris. Nous sommes convaincus que les transformations sociales, l'évolution des sciences médicales, les progrès constants de la technique, le recrutement des médecins dans des milieux sociaux différents, les difficultés des conditions d'existence, notamment la crise du logement, ont singulièrement modifié les mœurs médicales depuis la guerre.

Mais nous ne croyons pas néanmoins que ces modifications soient aussi profondes qu'on veut bien le dire.

Le hasard nous a fait mettre la main dans un coin de notre bibliothèque sur un vieux bouquin dont nous avions totalement perdu le souvenir. C'est une sorte d'annuaire de 1845, intitulé : LES MÉDECINS DE PARIS *jugés par leurs œuvres* ou STATISTIQUE SCIENTIFIQUE ET MORALE *des Médecins de Paris*. L'auteur de ce livre se cache sous le pseudonyme de C. SACHAILE (de la Barre), docteur en médecine de la Faculté de Paris, il a la prétention de renseigner sur la valeur scientifique et *morale* de ses confrères, en toute sincérité et indépendance et fait suivre son nom de l'épigraphe :

Je donne un démenti à qui prétendrait avoir acheté mes éloges ou payé mon silence.

Ce livre a été édité à Paris chez l'auteur, rue Saint-Thomas-du-Louvre, 24, en 1845.

Nous avons pensé qu'en lisant l'introduction et en parcourant la liste des médecins, cités dans cet annuaire, où chaque nom est le plus souvent accompagné de commentaires, parfois élogieux, quelquefois sévères, nous nous ferions une idée assez nette de ce qu'était le Corps médical parisien il y a 82 ans et pourrions le comparer à ce qu'il est aujourd'hui

Or, qu'apprenons-nous ? C'est qu'en 1845, il y avait à Paris 1.550 médecins dont 1.400 docteurs en médecine et 150 officiers de santé. Comme la population parisienne était de 1.053.897 (recensement de 1846), cela faisait *un médecin pour six cent quatre-vingts habitants environ.*

Or, en l'an de grâce 1926, il y avait à Pairs 4.370 médecins, parmi eux 9 officiers de santé, et la population parisienne s'élevait à 2.871.424 habitants ; cela faisait *un médecin pour six cent cinquante-sept habitants.*

PREMIÈRE CONSTATATION qui surprendra plus d'un de nos lecteurs : *Depuis 82 ans, la proportion entre les médecins à Paris et la population est restée sensiblement la même.*

Notons en outre qu'il y a de sérieuses probabilités pour que la liste des annuaires de 1845 soit plus incomplète que celle de nos annuaires de 1926.

***

L'auteur du livre ajoute que sur les médecins qui exerçaient à Paris, « on en comptait 300 décorés, dont 50 au moins pour des raisons, fort honorables assurément, mais étrangères à la médecine, comme services dans la garde nationale, hauts emplois, etc., etc.

« Sur ces 300, on trouvait 257 simples chevaliers, 40 officiers et seulement 3 commandeurs, qui étaient MM. Keraudren, Orfila et Pasquier père. Dans le nombre total des décorés on comptait 5 officiers de santé. »

Est-il besoin de remarquer qu'en 1926, la proportion des décorés est infiniment plus forte, on ne saurait les compter. beaucoup ont été inscrits

dans les cadres de la Légion d'honneur pour des raisons dont il serait malséant de discuter l'honorabilité, puisque nous avons à faire à de très honorés confrères, mais étrangères à la médecine, que les services dans la garde nationale sont remplacés par des services électoraux ou d'ordre politique, services qui exigent beaucoup plus de subtilité de la part de ceux qui les rendent. Les simples chevaliers ne se dénombrent pas, les officiers sont difficiles à compter, quant aux commandeurs, ils doivent dépasser la cinquantaine. Il existe même des médecins grands officiers et grands croix à Paris.

Deuxième constatation qui ne surprendra aucun de nos lecteurs : depuis 82 ans, le Corps médical parisien a fait de considérables progrès dans l'ordre de la Légion d'honneur, qui oserait donc parler d'un affaiblissement de la considération publique à l'égard du médecin ?

***

En 1845, l'Académie de médecine comptait 140 membres, dont il convient de déduire une vingtaine de pharmaciens et de vétérinaires.

En 1926, l'Académie qui a réduit à 100 le nombre de ses membres, ne compte que 16 vétérinaires ou pharmaciens.

Il y avait donc en 1845, un académicien pour 12 médecins, ; en 1926, un académicien seulement pour 52 médecins.

Troisième constatation : Si le fait d'être membre de l'Académie de médecine est une preuve de haute distinction et de grande valeur scientifique, les médecins en 1845 étaient au moins quatre fois plus instruits et distingués que leurs confrères de 1926.

***

En 1845, la Faculté de médecine de Paris comptait 26 professeurs et 24 agrégés en exercice.

En 1926, elle comptait 37 professeurs et 39 agrégés en exercice.

Quatrième constatation : Une énorme disproportion s'est établie entre les membres du Corps enseignant et celui des médecins en 82 ans. Tandis qu'en 1845, il y avait un professeur ou agrégé pour 29 médecins, il y en a actuellement un pour 56 médecins.

***

En 1845, l'Assistance publique administrait 24 hôpitaux et hospices et leurs services étaient confiés à 121 médecins et chirurgiens.

En 1926, les établissements de l'Assistance publique ne dépassent guère 40 et les médecins chirurgiens, accoucheurs et autres spécialistes sont au nombre de 257.

Cinquième constatation : L'accroissement des établissements hospitaliers de l'Assistance et des médecins et chirurgiens des hôpitaux est fort loin d'être proportionnel à l'augmentation de la population parisienne et à celle du Corps médical parisien.

***

Une autre constatation intéressante : En 1845, il existait 129 périodiques médicaux, la plupart mensuels. Deux étaient hebdomadaires : la *Gazette médicale de Paris*, et l'*Expérience*. Un, la *Gazette des hôpitaux* paraissait trois fois par semaine. Le prix de l'abonnement était de 40 francs pour la *Gazette médicale de Paris*, de 25 francs pour l'*Expérience*, de 36 francs pour Paris et 40 francs pour les départements pour la *Gazette des hôpitaux*. A ce moment le franc n'était pas dévalorisé et avait un pouvoir d'achat beaucoup plus grand que notre franc-or.

***

Dans l'introduction du livre de 1845 où nous avons puisé nos renseignements, nous relèverons quelques phrases qui nous donnent une idée de la mentalité des médecins de Paris qui, évidemment, avaient une haute idée d'eux-mêmes.

« Le Corps médical de Paris, écrit l'auteur au début de son introduction, *si toutefois il y a corps* (ne pourrait-on pas en dire autant aujourd'hui, forme *incontestablement* l'élite du personnel médical de France.

Des deux villes du royaume qui jouissent, avec la capitale, du privilège d'une Faculté, l'une (Strasbourg) se maintient dans une position scientifique qui, malgré les efforts de la Métropole dont elle semble n'être qu'une succursale, pourrait bien de longtemps encore, ne pas dépasser les limites d'une honnête considération; l'autre (Montpellier) se plait aujourd'hui (*nunc*) à vivre de souvenirs, et se contente des derniers reflets de la gloire qui rayonnait autrefois (*olim*) autour du buste sacré d'Hippocrate. Quant à ce qu'on nomme la province, faute d'un autre mot, elle peut avoir sans doute des droits à se prévaloir de posséder ce que nous comptons parmi nous d'hommes les plus purs, les plus sincèrement dévoués aux exigences de la profession ; mais, à part quelques rares exceptions, ses praticiens se borneront toujours à prendre l'art tel qu'il s'élabore dans les centres d'enseignement, et feront bien de n'ambitionner d'autre gloire que de ren-

dre en zèle et finalement en services effectifs, ce qu'ils reçoivent en lumière. »

Peut-on parler avec une plus insolente suffisance ? Nous espérons bien qu'en 1927, il y aurait peu de médecins parisiens, même parmi les maîtres incontestés, qui oseraient tenir pareil langage ; mais nous n'oserions pas affirmer qu'il n'y en aurait pas.

L'auteur constate que « si Paris est le lieu qui, toutes choses égales d'ailleurs, renferme le plus de médecins instruits, d'hommes dévoués aux progrès de la science, il est aussi le rendez-vous des charlatans de toute espèce, des ignorants de tous les degrés, des hommes pour qui l'art de guérir n'est que le prétexte, l'exploitation des malades, le véritable but. Et ce qu'il y a de singulier, c'est que tout cela se heurte et se confond. »

« La confusion est à ce point, continue-t-il, que nous qui vivons même depuis longtemps sur les lieux, avons quelques peines à distinguer les uns des autres ..... Comment connaissons-nous ceux qui se trouvent forcément en évidence ? Par leur position, c'est-à-dire par le fait accompli. Mais les moyens, bons ou mauvais, licites ou non, qui ont préparé cette position, nous restent généralement inconnus. »

Tout ceci peut s'appliquer exactement au Corps médical parisien de 1927.

L'auteur critique sévèrement « le trafic honteux que font quelques gens de lettres, dont la vie se passe à louanger les charlatans qui les paient et à décrier l'honnête homme qui leur refuse l'impôt. »

Ce n'est pas d'aujourd'hui que datent le chantage et la vénalité de certaine presse.

Après avoir exposé la difficulté qu'il a eu à composer son volume, le Dr C. Sachaile (de la Barre) qui affirme n'avoir voulu faire ni un livre de scandale, ni une œuvre de flagornerie, se console des constatations pénibles qu'il a relevées par le fait « d'avoir acquis par nous-mêmes la certitude que, dans les médecins de Paris, l'*honnête homme* est la règle, l'*autre* l'exception. »

Nous sommes persuadés que toute enquête consciencieuse, faite au point de vue moral, sur le Corps médical parisien (si toutefois on peut donner le nom de corps à de nombreux groupes de docteurs en médecine, qui n'ont de commun que le diplôme et *qui exercent d'une façon différente, dans des milieux absolument différents*), donnera exactement les mêmes résultats.

Les changements *au point de vue moral* sont plus apparents que réels entre les médecins parisiens de 1845 et ceux de 1927.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

SUR QUELQUES PARTICULARITÉS DES RÉFLEXES AU COURS DE LA NÉVRAXITE ÉPIDÉMIQUE A ÉVOLUTION PROLONGÉE

Par MM.

Euziere et Pages,
Professeur Chef de Clinique
à la Faculté de médecine de Montpellier.

Parmi l'extraordinaire profusion de travaux auxquels a donné lieu la névraxite épidémique, quelques études ont eu spécialement pour objet les troubles de la réflectivité. Le professeur Guillain en 1920, Achard, Leblanc et Rouillard l'année suivante, ont notamment souligné certaines particularités observées au cours des périodes aiguës de l'affection.

Lhermitte et Cornil en 1921 montraient que les réflexes des parkinsoniens différaient de ceux des affections spastiques et de ceux des lésions cérébelleuses.

Enfemjusz, rappelant les publications antérieures sur le sujet, établit d'après une statistique personnelle de 50 cas qu'on peut noter chez les parkinsoniens une abolition des réflexes.

Nous voudrions à notre tour attirer l'attention sur certaines particularités que nous a révélées l'étude des réflexes dans un nombre important de cas de névraxites à évolution prolongée et qui, à notre connaissance tout du moins, n'ont jamais été notées. Or elles nous paraissent dignes d'être soulignées, non pas seulement comme une curiosité clinique, mais

surtout en raison de leur intérêt diagnostique.

Un phénomène qui mérite d'être mis en valeur tout d'abord, c'est la *variabilité des réflexes.* Il est piquant, en effet, qu'après avoir noté à un premier examen une diminution ou une abolition des réflexes, on les trouve à une exploration ultérieure, normaux ou exagérés. Le fait avait été déjà signalé par ACHARD et ses élèves, par GOSSET et GUTMANN. L'inverse peut également s'observer et tel réflexe que l'interne a trouvé vif, quelquefois polycinétique, se montre au contraire diminué ou aboli sous le marteau du chef de service.

Ces modifications des réflexes se produisent à des intervalles quelquefois extrêmement rapprochés. Elles portent surtout sur les réflexes tendineux, spécialement sur les achilléens et les rotuliens ; mais les réflexes cutanés et les périostés peuvent également donner des réponses discordantes.

C'est ainsi que dans un de nos cas nous avons vu un jour un Mendel-Bechterew positif, alors qu'il n'avait pas été noté antérieurement et qu'il n'a jamais été retrouvé par la suite au cours d'une observation de plusieurs mois. Les cutanés abdominaux prêtent aux mêmes considérations. Il n'est pas jusqu'au signe de Babinski qui n'ait pu être constaté pendant une période tout à fait transitoire, dans un cas unique il est vrai (1). La même observation nous a montré l'apparition et la disparition extrêmement capricieuses du clonus rotulien et de la trépidation épileptoïde du pied.

Un deuxième point qui nous a frappés, c'est l'*influence de la sommation des excitations sur l'apparition de certains signes.* Dans un premier cas, des réflexes rotuliens qui avaient paru faibles à la première percussion du tendon s'exaltaient de plus en plus à mesure que l'on répétait la manœuvre. Mais le phénomène a été constaté plus fréquemment lors de la recherche du clonus du pied ou de la rotule, en particulier chez une jeune fille espagnole qui présentait un torticolis spasmodique et un zona intercostal ; la recherche cinq ou six fois répétée de l'un ou de l'autre des deux signes en déclenchait la production alors qu'au début on n'obtenait qu'une ou deux secousses. Depuis nous avons fait à plusieurs reprises la même remarque, et nous nous croyons autorisés à dire qu'en s'attachant systématiquement à ce genre d'exploration on constate assez souvent cette particularité.

Nous prévoyons l'objection qui ne manquera pas de nous être faite : la technique de recherche peut avoir été imparfaite. En fait, nous l'avons nous-mêmes formulée tout au début de nos observations, tant nous étions sceptiques en présence de résultats aussi anormaux ; nous pouvons donc affirmer qu'il n'y a aucune faute de technique. Le fait même que d'autres auteurs ont pu, sans insister sur l'intérêt clinique de cette constatation, la noter de leur côté, indique suffisamment qu'elle est indépendante d'une défectuosité dans le mode d'exploration.

Nous pouvons à l'heure actuelle nous fonder sur une trentaine d'observations pour affirmer que cette variabilité des réflexes et cette influence de la sommation des excitations sont spéciales à la névraxite épidémique. Le plus souvent il s'est agi de formes basses à type poliomyélitique ou radiculo-névritique ; mais nous comptons également dans ce total des syndromes bradycinétiques, des névraxites à type de sclérose en plaques, à type pseudo-myopathique. Dans l'observation, déjà publiée à un autre point de vue, où le signe de Mendel-Bechterew fut noté, nous avions tout d'abord porté le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique à forme pseudo-polynévritique.

En fait, si nous n'avons jamais pu faire les mêmes constatations en dehors de la névraxite, nous ne prétendons pas cependant qu'elles soient absolument pathognomoniques : nous ne pouvons pas oublier que GRASSET avait signalé cette même variabilité des réflexes dans la sclérose en plaques, et cette opinion est à retenir pour tenter une explication physio-pathologique ; nous y reviendrons.

Nous considérons toutefois les deux ordres de phénomènes comme des signes de présomption très importants en faveur de la névraxite, malgré la réserve qu'impose leur existence possible dans la sclérose multiloculaire. Ils sont particulièrement précieux quand on a affaire à ces formes basses ou formes périphériques dont les travaux de BÉRIEL à Lyon, de SICARD à Paris ont vulgarisé la notion et qui nous ont paru surtout fréquentes en 1925 et 1926.

Grâce à ces signes nous avons pu réformer certains diagnostics un peu hâtifs. Dans un cas il avait été question d'hystérie en raison sans doute d'un certain maniérisme ; une autre fois des douleurs rachidiennes et des troubles paréto-spasmodiques avaient fait penser à un mal de Pott ; enfin chez plusieurs malades des opinions diverses avaient été émises (polynévrite, tabès, etc.) alors qu'il s'agissait de névraxites à forme basse.

Nous estimons que les troubles spéciaux des réflexes sur lesquels nous attirons l'attention ont une valeur séméiologique au moins aussi grande que les paralysies oculaires de fonction, ces dernières étant elles-mêmes sujettes, comme nous avons pu nous en rendre compte, à de grandes variations suivant les moments d'examen

Comment pouvons-nous expliquer ces curieuses particularités ? Nous n'avons nullement la prétention d'apporter ici autre chose que des hypothèses, mais il en est une qui nous paraît

(1) Dans la rédaction de cette étude, nous avons observé à maintes reprises le même phénomène.

tout à fait plausible et capable de rendre compte des faits observés : c'est celle qui fait intervenir, comme lésion anatomique essentielle dans la nèvraxite épidémique, la dégénérescence muqueuse du système nerveux, étudiée par le professeur GRYNFELLT et ses élèves. On sait que ce processus dégénératif spécial à la névroglie interfasciculaire des centres et aux cellules de Schwann des conducteurs périphériques, peut empiéter sur les zones ganglionnaires ou les faisceaux nerveux voisins, qu'elle est l'objet d'un drainage constant vers les espaces sous arachnoïdiens ou les lacs ventriculaires ; peut-être même peut-elle atteindre la plaque motrice neuro-musculaire, puisque M. le professeur agrégé TURCHINI, dans des recherches inédites, a pu établir l'identité de structure et partant de nature des éléments de la sole de cette plaque motrice et des cellules oligodendrogliques.

Il nous semble assez aisé de comprendre que de telles lésions puissent interrompre pour un temps un arc réflexe ou empêcher une excitation unique d'entrainer une réponse qu'une répétition de l'excitation fera apparaître nettement. Une nappe muqueuse peut par son cheminement dans le faisceau pyramidal en réaliser une irritation qui se traduira cliniquement par un signe de Babinski ou un clonus ou un signe de Mendel transitoires ; elle peut aussi, puisqu'il est acquis que le signe de l'extension de l'orteil peut apparaître au cours de lésions du neurone moteur périphérique, entraîner les différences de chronaxie entre extenseurs et fléchisseurs par lesquelles BOURGUIGNON explique l'apparition de ce signe. C'est un peu ce que réalise, toutes choses égales d'ailleurs, la présence dans les centres nerveux de plaques de sclérose et ainsi s'explique cette analogie nouvelle entre deux affections susceptibles de présenter bien des points communs.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs du mécanisme physio-pathologique de ces troubles des réflexes nous avons cru faire œuvre utile en soulignant ce nouveau moyen de dépister une affection que son polymorphisme extrême rend parfois difficile à diagnostiquer,

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.)

M. le professeur NOBÉCOURT.

L'avenir des enfants atteints de péritonite tuberculeuse (1).

Ce garçon est né le 11 mai 1914. Ses parents et six frères ou sœurs, âgés de 3 à 21 ans, sont bien portants. Lui-même était en bonne santé jusqu'en mai dernier. A ce moment il éprouve un point de côté, qui dure quatre jours, et se met à maigrir. En juillet, son ventre augmente de volume ; quelques jours plus tard, le 16 juillet il entre à l'hôpital.

Il est âgé de 12 ans et deux mois. Il est de taille moyenne (138 cm.) ; quoique il soit maigre, son poids est assez élevé (31 kgr.). La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs. La température est de 39°2.

Le ventre est très gros et indolore. A sa surface la circulation veineuse est très apparente, l'ombilic est un peu déplissé. Nous trouvons tous les signes d'une ascite abondante.

Au niveau du thorax, à droite et en arrière, dans les deux tiers inférieurs, nous constatons de la matité et un murmure vésiculaire très affaibli ; la radiographie montre l'existence d'une obscurité à limite supérieure très nette ; ces signes font penser à un épanchement pleural.

L'enfant urine peu ; il n'y a pas d'albuminurie.

Pendant six jours, la fièvre est autour de 38° ; puis elle présente de grandes oscillations, 37°2-37°4, le matin, 39°-39°5-39°8 le soir. L'état général est mauvais. Le poids se modifie peu. Une ponction retire de la plèvre droite, le 5 août, 225 cmc. de liquide séro-fibrineux à lymphocytes. A la base gauche on constate les signes d'un épanchement médiocre. L'ascite reste abondante. On fait des applications de glace sur le ventre.

A partir du 6 août, trois semaines après l'entrée, la température s'abaisse lentement ; elle tombe au dessous de 38°. La diminution de la fièvre coïncide avec la résorption de l'ascite. Cette résorption se révèle par la disparition des signes physiques et la chute du poids : 31 kgr. 150 (29 juillet), 27 kgr. 900 (12 août). En quatorze jours le poids diminue de 3 kgr. 250.

A ce moment l'enfant ressent des douleurs dans les coudes et les genoux ; ceux-ci présentent de l'hydarthrose. On constate, en outre, un souffle systolique de la région de la pointe, qui paraît bien être un souffle mitral ; il persiste pendant plus d'un mois environ, puis disparaît.

A partir du 28 août, un mois et demi après son entrée, l'enfant demeure apyrétique ; l'état général s'améliore, le poids augmente (29 kgr.500,

(1) Leçon du 8 janvier 1927, recueillie par le Dr Laporte et revue par le Professeur.

le 2 septembre), les épanchements pleuraux et les hydarthroses se résorbent.

Le 2 septembre nous commençons le traitement par les rayons ultra-violets que dirige M. Duhem. On fait treize séances du 2 au 30. Le traitement est bien supporté. L'enfant reste apyrétique. Le poids continue d'augmenter ; il s'élève à 32 kgr. 900 le 30 septembre ; l'augmentation est de 3 kgr. 900 en vingt-huit jours.

Le 4 octobre, l'enfant sort de l'hôpital après deux mois et demi de séjour ; son état est satisfaisant. Il persiste seulement un empâtement, un gâteau péritonéal dans la région sous-ombilicale. On constate, d'autre part, de la submatité aux bases et quelques signes d'adénopathie trachéo-bronchique, d'ailleurs discrets.

Les parents emmènent l'enfant en Italie pendant quinze jours. A son retour, il est fatigué a de la fièvre se plaint d'un point de côté gauche. Le 8 novembre, on l'amène à la consultation . Nous constatons un volumineux épanchement pleural gauche, dont je vous entretiendrai samedi prochain. Son abdomen ne s'est pas modifié. Nous l'admettons aussitôt dans le service.

Somme toute, ce garçon a eu une péritonite tuberculeuse avec ascite, une pleurésie droite avec épanchement séro-fibrineux, des hydarthroses des genoux, accompagnées d'une fièvre persistante. L'affection a évolué dans un sens favorable ; la péritonite est actuellement très améliorée, mais la tuberculose n'est pas éteinte, comme en témoigne la pleurésie qu'il vient d'avoir.

***

Les péritonites tuberculeuses ne sont pas rares chez les enfants. J'ai eu l'occasion de vous en entretenir à plusieurs reprises. J'ai consacré, le 7 mai 1921, une leçon à la *péritonite tuberculeuse à forme ascitique* ; le 11 mars 1922, une leçon à l'*Evolution* et au *traitement des péritonites tuberculeuses subaiguës et chroniques* publiée par la *Pédiatrie pratique* de mai 1922 ; le 31 mai 1924, une leçon aux *premières phases cliniques de la péritonite tuberculeuse*, reproduite dans *La Clinique* de septembre 1925. Un externe du service, M. Vuillecard, en 1925, a écrit une thèse sur ce même sujet.

Aujourd'hui, je désire attirer votre attention sur *l'avenir des enfants atteints de péritonite tuberculeuse*, avenir qui préoccupe à juste titre les médecins et les parents.

Avec la collaboration de M. Ilitch, assistant serbe de la clinique, nous avons étudié les 25 observations de péritonites tuberculeuses soignées dans le service, en six ans, depuis le 1er janvier 1921 jusqu'à ce jour. C'est cette statistique que je vais utiliser.

Il est assez difficile de classer les faits, car les péritonites tuberculeuses se présentent sous des aspects variables. Cependant, on peut distinguer des *formes localisées* et des *formes généralisées*. Celles-ci peuvent avoir soit une *évolution aiguë*, quand il s'agit d'une *tuberculose miliaire aiguë du péritoine*, soit une *évolution subaiguë* ou même *chronique* ; elles peuvent revêtir alors la *forme acsitique* ; la *forme caséeuse*, soit la *forme épiploïque*, soit la *forme sèche* ; ces formes peuvent d'ailleurs se succéder ; elles peuvent aboutir, à la longue, à la *forme fibro-adhésive*.

Je classerai nos observations suivant l'évolution et la terminaison :

1° Péritonites tuberculeuses terminées par la mort, soit dans le service, soit peu de temps après la sortie.

2° Péritonites tuberculeuses perdues de vue après la sortie de l'hôpital et dont nous ignorons la terminaison.

3° Péritonites tuberculeuses dont nous connaissons l'avenir plus ou moins éloigné.

***

Voyons d'abord les PÉRITONITES TERMINÉES PAR LA MORT A L'HOPITAL OU PEU DE TEMPS APRÈS LA SORTIE.

Dans ce groupe rentrent 7 malades sur 25, soit 28 % des cas. Il s'agissait de quatre garçons et de trois filles, que nous avons vus à 17 mois, à 5, 7, 10, 14 et 15 ans.

L'un d'eux, un garçon de 5 ans et quatre mois, a depuis deux mois des alternatives de constipation et de diarrhée, il s'amaigrit, mais n'a pas de fièvre. Le ventre est très ballonné, tendu, au point qu'on pense à un mégacôlon ; l'hypothèse est démentie par l'examen radiologique. Au bout de quinze jours apparaissent un peu de fièvre et des douleurs abdominales. Le malade meurt douze jours plus tard. A l'autopsie, nous trouvons une granulie péritonéale, des adhérences intestinales, une poche purulente avec perforation de l'intestin. La maladie avait duré deux mois et demi.

Quatre enfants ont été atteints de péritonites caséeuses. Ils avaient 17 mois, 7, 13 et 14 ans. Ils ont présenté les signes classiques, une fièvre irrégulière, à grandes oscillations, un amaigrissement progressif, de l'anorexie, une diarrhée persistante, mais avec ou sans périodes de constipation. L'abdomen était gros, empâté, souvent douloureux ; on sentait des masses plus ou moins volumineuses. Ces malades sont morts de cachexie, 2, 4, 6 ou 11 mois après le début clinique. Pour deux d'entre eux, une fille de 7 ans et un garçon de 14 ans, nous avons pu vérifier le diagnostic à l'autopsie.

Un garçon de 14 ans est mort après avoir présenté une forme ascitique, précédée à un intervalle de deux mois d'une pleurésie droite

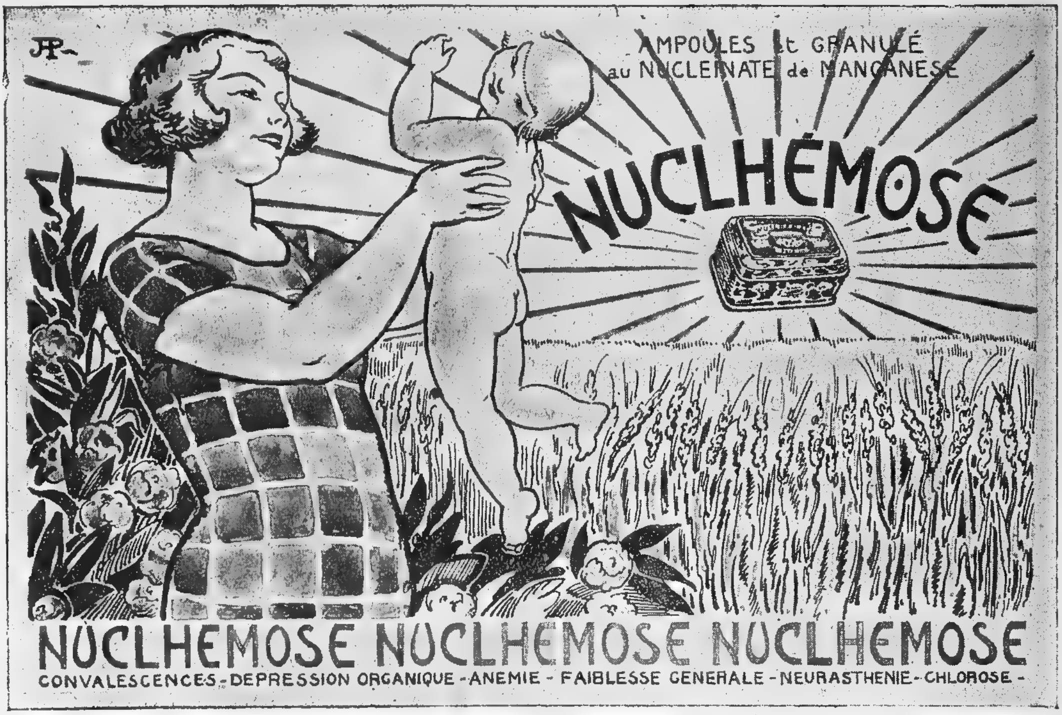
LA NUCLHÉMOSE

INJECTABLE ET GRANULÉE

Admise dans les Hôpitaux de Paris et de Province

RÉMY & LECOQ

6, Place Clichy, PARIS (9e)



REMINÉRALISATION **PRÉTUBERCULOSE**

Manganèse : Source continue d'oxygène.
Acide Nucléïnique : Source de Phosphore.

Aucun sel, quels que soient ses composants, ne mérite plus de considération du thérapeute que le **Nucléïnate de manganèse.**

Les Ampoules de **NUCLHÉMOSE** sont
ASEPTIQUES -:- INDOLORES
EFFICACES

Prix à MM. les Docteurs : Granulé ou ampoules, *la boîte* **7 fr. 20** (40 %)
Par 10 unités assorties ou non **6 fr.** (50 %)
Ampoules en vrac : Les 100 : **40 fr.** ; 200 : **80 fr.**
Pour toute commande de 200 nous offrons, à titre gracieux, une seringue complète de 2 cc.

CENTENAIRE DE PASTEUR : Médaille d'Argent. — **STRASBOURG :** Médaille d'Or
: : **IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE :** Diplôme d'Honneur : :

avec épanchement qui s'était résorbée. L'affection pleuro-péritonéale a évolué en six mois, la péritonite en trois mois.

Un garçon de 10 ans a présenté une pleurésie séro-fibrineuse, une tuberculose pulmonaire avec ramollissement des lésions, puis une péritonite sèche. Il est mort 8 mois après le début clinique de la tuberculose, un mois après le début de la péritonite.

Les formes rapidement mortelles ne sont donc pas rares.

***

Dans la deuxième catégorie de faits, la TERMINAISON EST IGNORÉE; les enfants sont sortis de l'hôpital non guéris et n'ont pas donné de nouvelles. Ce groupe comprend 7 malades sur 25, soit 28 % des cas. Il y a quatre garçons et trois filles, âgés de 7, 8, 9, 12, 13 ou 14 ans.

Un garçon de 7 ans était atteint d'une forme ascitique avec fièvre ; quand nous l'avons perdu de vue, deux mois après le début clinique, son *état était sérieux* et il est probablement mort.

Deux filles de 12 et 13 ans, atteintes de formes ascitiques sont sorties en pleine évolution, ne présentent *ni amélioration, ni aggravation* de leur état, l'une, quatre mois, l'autre sept mois, après le début clinique. Chez la seconde, on avait retiré neuf litres de liquide ascitique et l'ascite s'était reproduite rapidement.

Quatre enfants sont sortis dans un état d'a*mélioration manifeste* ; on peut supposer qu'ils sont guéris.

Trois d'entre eux, une fille de 7 ans, des garçons de 8 et 13 ans, étaient atteints de formes ascitiques. Nous avons noté la disparition de la fièvre, l'amélioration de l'état général, la diminution, puis la résorption de l'ascite, après ou même sans ponction ; la diminution ou la disparition du gâteau péritonéal constaté après la disparition de l'épanchement. Quand il y avait eu des épanchements pleuraux ils s'étaient résorbés. Ces enfants ont quitté l'hôpital 3, 4 ou 7 mois après le début clinique.

Un autre enfant, un garçon de 9 ans avait une péritonite à forme d'infiltration épiploïque. Trois mois après le début, la fièvre avait disparu, le poids avait augmenté, mais le gâteau épiploïque persistait.

Somme toute, sur les sept enfants de ce groupe, quatre comportaient un pronostic favorable ; mais nous ne pouvons parler de guérison ; le pronostic devait être réservé comme en témoignent les faits dont je vais parler.

***

Beaucoup plus intéressants sont les malades sur lesquels nous avons pu avoir des renseignements ou que nous avons revus un temps plus ou moins long après leur sortie de l'hôpital, dont nous connaissons l'AVENIR ÉLOIGNÉ. Les enfants de cette catégorie sont assez nombreux ; il y en a 11 sur 25, ce qui fait une proportion de 44 %.

Sur ces onze malades, un seul est *mort*. Il s'agit d'une fille que nous avons vue à l'âge de 2 ans. Elle avait une péritonite généralisée avec adhérences, constatée au cours d'une laparotomie pratiquée quelques jours après le début clinique, probablement du fait d'une erreur de diagnostic. Cette enfant avait de la fièvre, présentait de l'empâtement abdominal ; elle maigrissait. Elle est sortie de l'hôpital quarante jours après l'opération, un mois et demi après le début clinique. Nous avons appris qu'elle était morte, dix-sept mois après le début.

Cinq enfants présentent encore des *symptômes péritonéaux* ou d'*autres localisations tuberculeuses* en évolution. Ce sont deux garçons et trois filles, que nous avons vus à l'âge de 9, 12, 14 et 15 ans.

Deux ont eu des *formes ascitiques.*

Le premier, un garçon de 12 ans, est sorti de l'hôpital trois mois et demi après le début clinique, très amélioré, mais présentant encore un gâteau péri-ombilical. Il a passé cinq mois et demi à Hendaye. Nous l'avons revu neuf mois après le début de la péritonite avec une ostéite tuberculeuse fistulisée de la malléole externe droite ; il avait encore des gâteaux péritonéaux.

Le second malade est le garçon que je viens de présenter. Il ne peut être considéré comme guéri ; on constate encore un peu d'empâtement dans la région sous-ombilicale, il vient d'avoir une pleurésie qui témoigne que la tuberculose n'est pas éteinte.

Une fille de 9 ans était atteinte d'une *forme épiploïque.* Nous l'avons vue quatre ou cinq mois après le début clinique. Elle présentait de l'empâtement et de la matité dans la région ombilicale ; elle était apyrétique. Elle est restée dix jours à l'hôpital, puis les parents l'ont reprise, Huit mois après le début, le médecin, qui la soignait en ville a cru devoir faire pratiquer la laparotomie. Trois mois après l'intervention, douze mois après le début, le médecin nous écrit que la malade est améliorée, que le gâteau péritonéal est en voie de résolution.

Une fille de 15 ans était atteinte d'une *forme sèche.* Nous l'avons vue quinze jours après le début clinique. Elle a eu une pleurésie gauche séro-fibrineuse de courte durée, puis, peu après, une péritonite caractérisée par un ventre gros, tendu, ballonné. Elle n'avait pas de fièvre. Elle est sortie trois mois après le début, très améliorée et a séjourné dans un préventorium. Nous l'avons revue à 17 ans et demi, deux ans et demi après le début dela maladie ; nous avons constaté de l'empâtement dans la région ombilicale et la fosse iliaque droite.

Une autre malade est une fille de 14 ans. On ne peut préciser la date du début de l'affection. Elle n'a pas de fièvre ; elle maigrit. On trouve dans la fosse iliaque gauche une masse qu'on peut percevoir par le toucher rectal jusque dans le petit bassin, du même côté. Je porte le diagnostic de péritonite tuberculeuse à *forme localisée pelvienne*. Je déconseille l'intervention. Cependant mon chef de clinique et son collègue de chirurgie, en mon absence, opèrent l'enfant, parce qu'ils pensent à un kyste de l'ovaire. Ils constatent une péritonite tuberculeuse. C'est l'erreur classique de Spencer Wells. Les suites opératoires sont régulières. L'enfant sort après six mois et demi d'hôpital, améliorée. Elle passe un an dans un sanatorium. Nous la revoyons vingt-deux mois après que nous avons porté le diagnostic ; elle est âgée de 16 ans. A ce moment l'état général est bon, mais la jeune fille se plaint de douleurs abdominales et nous constatons dans la fosse iliaque gauche et la région sous-ombilicale un empâtement marqué.

Somme toute, l'état de plusieurs malades s'est amélioré, mais chez eux il persiste encore des symptômes péritonéaux un temps plus ou moins long après le début apparent, chez certains même encore au bout de deux ans et demi. Un autre malade a, après une péritonite, une ostéite du tibia, un autre une pleurésie. Ces faits montrent qu'il ne faut pas se hâter de parler de guérison.

Cinq malades peuvent être tenus à bon droit comme *guéris* : 2 garçons et 3 filles, âgés, au moment de l'entrée à l'hôpital, de 7, 9, 10 et 13 ans.

Ces malades étaient atteints de *formes ascitiques*. Trois sur cinq avaient une pleurésie, simple ou double, avec épanchement séro-fibrineux. L'état général était plus ou mois affecté. Souvent il y avait de la fièvre, et celle-ci était parfois élevée ; certains étaient apyrétiques.

Ces enfants se sont améliorés. L'état général s'est relevé ; la fièvre a disparu, l'ascite a diminué et s'est résorbée, 3, 4 ou 7 mois après le début. A la suite de cete trésorption il y a eu persistance ou non d'un peu d'empâtement abdominal.

Voyons ce que sont devenus, dans la suite, ces cinq malades.

Un garçon malade à 7 ans, que nous revoyons à 10 ans, trois ans après le début clinique de la péritonite, paraît guéri ; l'examen de l'abdomen ne révèle aucun symptôme anormal ; cependant depuis quelque temps, il perd l'appétit, a des sueurs et ressent des douleurs dans l'abdomen quand il fait des efforts, quand il court.

Une fille malade à 9 ans nous donne de ses nouvelles à 15 ans, six ans après le début de la péritonite. Depuis sa sortie de l'hôpital elle s'est toujours bien portée.

Une fille malade à 9 ans est bien portante à 12 ans, vingt-huit mois après le début de la péritonite, d'après la lettre qu'a écrite la mère.

Un garçon malade à 13 ans est bien portant à 14 ans et demi, dix-neuf mois après le début.

Une fille malade à 10 ans est bien portante à 15 ans et demi, cinq ans et demi après le début de sa péritonite. La mère nous fait observer cependant que cette enfant n'est pas réglée.

Ces enfants peuvent être considérés à bon droit comme guéris.

Au total sur nos vingt-cinq malades : sept sont morts d'une façon rapide, à l'hôpital ; sept ont été perdus de vue et nous ignorons leur avenir ; pour onze, nous connaissons l'avenir. Parmi ces onze, un est mort, cinq sont améliorés mais ne peuvent être considérés comme guéris ; cinq paraissent réellement guéris.

La péritonite tuberculeuse chez l'enfant est donc souvent grave. Si aux sept enfants morts dans le service nous ajoutons celui qui est mort un an après la sortie, la mortalité est de 8 sur 25, soit 32 %.

La maladie a toujours une longue durée, à part les formes aiguës rapidement mortelles ; elle peut se compliquer de réitérations abdominales ou d'autres localisations tuberculeuses. Toutefois elle est curable. Mais si nous tenons compte seulement des malades que nous pouvons à bon droit considérer comme guéris, cette guérison ne peut être affirmée que cinq fois sur vingt-cinq soit dans 20 % des cas ; la proportion est donc relativement faible. Et encore chez ces malades on est en droit de craindre l'évolution de processus fibro-adhésifs qui peuvent à la longue, entraîner des troubles intestinaux et, chez les filles, des troubles génitaux ; il faut également penser à des réveils possibles, plus ou moins tardifs, de la tuberculose Voici une observation intéressante à cet égard.

Il s'agit d'une femme née en 1902. Son père, qui était un de mes amis, meurt de tuberculose pulmonaire chronique. En 1910, à 8 ans, elle présente de l'adénopathie trachéo-bronchique, dont elle guérit cliniquement. En 1918, à 16 ans pendant la guerre, elle est prise de phénomènes douloureux dans l'abdomen. Mon ami le chirurgien Victor Veau porte le diagnostic d'appendicite ; il opère et trouve une des granulations tuberculeuses sur le péritoine. La péritonite guérit cliniquement. En 1921, quand cette jeune fille a 19 ans, je constate des poumons sains, et au niveau de l'abdomen, un peu de sensibilité et d'empâtement au-dessous et à droite de l'ombilic. Quelque temps après, sans qu'on m'eût demandé un avis, que j'aurais donné défavorable , elle se marie. En 1924, à 22 ans, elle est atteinte d'une pelvi-péritonite suppurée avec une fièvre élevée à grandes oscillations ; cette affection se prolonge pendant 4 ou 5 mois, pen-



dant lesquels se produit une fistule vaginale. Puis l'état s'améliore. La malade, qui habitait une ville du littoral méditerranéen, vient à Paris ; je l'envoie au chirurgien Georges Labey qui confirme l'existence d'une pelvi-péritonite tuberculeuse et de lésions annexielles. Nous la soumettons à un traitement par les rayons ultraviolets, puis nous lui faisons passer l'été à la campagne. L'état général s'améliore, la fièvre disparaît, la pelvi-péritonite guérit cliniquement. Mais en octobre dernier, la jeune femme revient me voir avant son départ pour Arcachon, où l'envoie son médecin qui a constaté un début de tuberculose pulmonaire, diagnostic que mon examen confirme malheureusement.

Cette observation montre combien il faut se méfier des péritonites tuberculeuses, cliniquement guéries ; au bout de plusieurs années, il peut se produire des réveils non seulement au niveau du péritoine mais encore au niveau d'autres organes. Il convient d'ailleurs, du point de vue pronostic, de ne point considérer une péritonite tuberculeuse en général, mais d'étudier séparément les différentes *formes cliniques.*

Il y a des *granulies péritonéales aiguës.* Nous en avons observé un cas sur vingt-cinq, c'est-à-dire une proportion de 4 % ; le malade est mort. La mortalité de cette forme a été de 100 %.

Il y a des *formes caséeuses généralisées* : nous en avons observé cinq cas sur vingt-cinq, soit une proportion de 20 % Les malades sont tous morts. La mortalité a été de 100 %.

Il y a des *formes ascitiques,* avec ou sans pleurésie séro-fibrineuse. Ce sont les plus fréquentes, puisque nous en avons observé 14 cas sur 25, soit une proportion de 56 %.

Chez un de ces enfants, la péritonite ascitique a eu une évolution aiguë et s'est terminée par la mort en trois mois. La mortalité des formes ascitiques a donc été de 7 %.

Plus souvent la péritonite à forme ascitique a eu une évolution subaiguë. Parfois elle a été longue ; deux de nos enfants avaient encore des épanchements abondants 4 et 7 mois après le début. Plus souvent la disparition du liquide s'est effectuée au bout de 2 à 7 mois. Après la résorption du liquide on a perçu assez souvent des gâteaux péritonéaux plus ou moins durables. Donc, l'évolution de la forme ascitique est en général favorable. On ne peut conclure toutefois que tous les malades sont guéris réellement. Parmi eux, cinq seulement paraissent vraiment guéris, ce qui donne 35 % de guérisons.

La *forme d'infiltration épiploïque* a eu également une évolution favorable ; sur deux cas, nous avons constaté des améliorations manifestes, mais seulement trois mois et un an après le début ; nous ne pouvons donc parler de guérison.

Certains de nos malades ont présenté des péritonites qui ne peuvent se ranger dans les catégories précédentes.

Un enfant atteint d'une *tuberculose généralisée* est mort rapidement. Une fille atteinte d'une *péritonite généralisée sans ascite* ni formations caséeuses appréciables s'est améliorée ; mais il persistait des symptômes abdominaux deux ans et demi après le début. Une fille atteinte d'une *forme localisée pelvienne* s'est grandement améliorée, mais vingt-deux mois après que nous ayions fait le diagnostic, il s'est produit une reprise du processus.

Il importe d'envisager séparément chaque forme clinique non seulement pour apprécier le pronostic des péritonites tuberculeuses, mais encore pour juger de l'action des traitements utilisés.

***

Le TRAITEMENT des péritonites tuberculeuses a varié suivant les époques. Dans ma leçon de 1922, j'ai étudié en détail ce traitement ; je ne l'exposerai pas à nouveau.

A la phase aiguë nous nous comportons comme pour une péritonite aiguë: repos, application de glace sur le ventre, régime alimentaire approprié, etc.

Quand les phénomènes aigus sont en voie de régression, quand la température s'abaisse, nous prescrivions jusqu'à ces dernières années, l'héliothérapie, puis l'envoie au sanatorium d'Hendaye, où on continuait les bains de soleil. En outre on alimentait convenablement les malades, on leur donnait des préparations calciques, de l'huile de foie de morue, de l'iode, notamment de la teinture d'iode à hautes doses.

Chez aucun de nos malades nous n'avons conseillé la laparotomie. Le *traitement chirurgical,* qui a eu son heure de faveur, n'est plus à l'heure actuelle qu'un traitement d'occasion, auquel on ne doit avoir recours que dans certaines circonstances bien précisées. Trois de nos malades ont cependant été opérés soit avant, soit après leur hospitalisation, soit contre notre désir. Que sont-ils devenus ?

Une fille de 2 ans, laparotomisée au début d'une péritonite généralisée, parce qu'on avait probablement pensé à une appendicite, est morte 17 mois après le début.

Une fille de 9 ans atteinte d'une forme épiploïque, dont le pronostic était favorable, a été opérée en ville, neuf mois après le début ; trois mois après l'intervention elle avait encore un gâteau péritonéal.

La fille atteinte d'une forme pelvienne opérée contre mon avis parce que certains d'entre nous avaient pensé à un kyste de l'ovaire, s'est améliorée dans la suite, mais a présenté vingt mois après l'opération une reprise du processus péritonéal.

Pour ces trois malades l'intervention paraît d'avoir eu aucune utilité.

Depuis quelques années, on emploie couramment les RAYONS ULTRA-VIOLETS pour le traitement des péritonites tuberculeuses. Ce traitement a été appliqué par le docteur Duhem à sept de nos malades.

Je ne fais que citer le garçon de 10 ans, atteint d'une *péritonite sèche avec tuberculose généralisée* ; il n'a eu que trois séances et est mort peu de temps après. On ne peut tirer aucune conclusion de cette observation.

Une fille de 15 ans, atteinte d'une *forme sèche*, apyrétique, entrée le 17 avril 1924 quinzième jour de la maladie, a eu, du 1er au 31 mai, vingt séances de rayons ultra-violets : son poids a augmenté de 38 kgr. 700 à 40 kgr. 900 ; son ventre, qui était très gros et météorisé, s'est affaissé. On a dû interrompre le traitement à cause d'une angine fébrile. Du 10 au 13 juin, on fait quatre séances de rayons. Mais la fièvre s'élève et nous voyons apparaître un épanchement séro-fibrineux de la plèvre droite, qui ne tarde pas à se résorber. L'enfant quitte l'hôpital le 23 juillet, pesant 43 kgr. Nous l'avons revue le 21 octobre 1926 ; elle a encore de l'empâtement dans la fosse iliaque droite.

Trois malades avaient des *formes ascitiques*.

Un garçon de 7 ans entre à l'hôpital, le 13 décembre 1923 ; il est malade depuis une quinzaine. On constate une fièvre à grandes oscillations, une pleurésie gauche à petit épanchement, une péritonite ascitique. La fièvre diminue, l'ascite disparaît, on constate de l'empâtement audessous de l'ombilic et dans l'hypochondre droit. Le 29 décembre on commence les rayons ultra-violets ; on les continue jusqu'au 4 février 1924 ; l'enfant a en tout dix-sept séances. Le poids reste stationnaire (25 kgr. 300, 25 kgr. 650), la température reste normale, l'empâtement semble diminuer. A ce moment l'enfant a la diphtérie ; on interrompt le traitement. On le reprend du 14 février au 14 avril ; l'enfant subit 26 séances. Le poids augmente (26 kgr., 27 kgr. 930), l'empâtement péritonéal disparaît presque complètement. Le 15 avril, l'enfant part pour Hendaye. Le 13 décembre 1926, trois ans après le début clinique nous apprenons qu'il est en bonne santé.

Un garçon de 13 ans entre le 1er août 1925, malade depuis un mois. Il a une pleurésie gauche séro-fibrineuse et une ascite volumineuse ; on retire du péritoine 500 cc et 700 cc. les 1er et 4 août. Du 5 août au 4 septembre, il est soumis à 13 séances de rayons ultra-violets. La fièvre disparaît, l'état général s'améliore, les symptômes locaux régressent. L'enfant quitte l'hôpital le 4 septembre 1925. Une lettre du 7 octobre 1926 nous apprend qu'il va bien.

Un garçon de 8 ans entre le 8 mai 1926, deux mois après le début clinique. Il a une péritonite à forme ascitique, une pleurésie gauche avec épanchement, une fièvre élevée (38°, 40°). En juin la température diminue, l'ascite se résorbe, laissant une masse péritonéale assez étendue. On applique les rayons ultra-violets : 24 séances du 22 juin au 4 août ; 17 séances du 20 août au 28 septembre. La température reste longtemps fébrile, puis devient normale ; le poids augmente. A la sortie, le 5 octobre, le gâteau péritonéal est très diminué, mais est encore net.

Un garçon de 9 ans est atteint d'une *forme épiploïque* avec fièvre légère. Il entre le 3 mai 1926. Du 28 mai au 29 juillet il est soumis à 40 séances de rayons ultra-violets. Il sort le 30 juillet amélioré ; les signes physiques ont régressé, mais on constate toujours de l'empâtement.

Je citerai encore le cas de la fille de 14 ans, atteinte d'une *forme localisée pelvienne*. Elle est laparotomisée le 17 décembre 1924, puis traitée par les rayons ultra-violets : 14 séances du 5 janvier au 13 février 1925, 33 séances du 26 mars au 20 juin. Elle sort à cette date en bonne santé, ne présentant rien d'appréciable à l'examen de l'abdomen. Nous l'avons revue le 12 octobre 1926, présentant une reprise de l'affection péritonéale, de la douleur et une masse empâtée dans la fosse iliaque gauche.

Les observations que je viens de résumer montrent l'action favorable des rayons ultra-violets. Nous avons soigné, il est vrai, des formes cliniques ayant, en général, une tendance spontanée à l'amélioration, des formes ascitiques et des formes épiploïques.

Si nous comparons les malades traités par les rayons ultra-violets avec les malades soignés soit pendant la même période, soit antérieurement, suivant d'autres méthodes, nous faisons les constatations suivantes. Sur trois enfants atteints de formes ascitiques, dont l'état était amélioré à la sortie de l'hôpital, trois à sept mois après le début de la maladie, deux n'avaient pas eu de rayons ultra-violets, un en avait eu. Sur cinq enfants, dont la guérison persistait de 19 mois à 6 ans après le début clinique, trois n'avaient pas reçu de rayons ultra-violets, deux y avaient été exposés. Des deux enfants atteints de formes épiploïques, un, qui n'avait pas été traité par les rayons ultra-violets, était très amélioré après un an ; l'autre, traité par ces rayons, était nettement amélioré après trois mois, quand nous l'avons perdu de vue.

Les rayons ultra-violets semblent agir dans le même sens que l'héliothérapie. Leurs indications paraissent être les mêmes. Peut-être ces rayons ont-ils une action plus marquée, plus rapide sur la résorption des exsudats.

***

Retenez que le pronostic de la péritonite tuberculeuse n'est pas aussi bénin qu'on le dit volontiers, puisque la mortalité de nos malades a atteint 32 % ; qu'il y a des formes granuliques et caséeuses rapidement mortelles ; qu'à l'opposé, il y a des formes qui ont une tendance spontanée à évoluer vers la guérison clinique : formes ascitiques, formes épiploïques. Dans ces dernières l'évolution peut être assez brève, de quelques mois ; mais, une fois l'épanchement résorbé, la malade n'est pas guérie ; on trouve, en général, pendant longtemps des empâtements péritonéaux ; de temps en temps se manifestent des réveils de la tuberculose dans le péritoine ou au niveau d'autres organes. Pour un certain nombre de malades, nous pouvons à bon droit considérer la guérison clinique comme très probable ; il en a été ainsi dans 35 % des cas. Encore faut-il être réservé sur l'avenir et ne pas toujours considérer la guérison clinique comme une guérison véritable.

Quand un enfant a été atteint de péritonite tuberculeuse, il faut le surveiller pendant longtemps. La prudence doit être encore plus grande pour les filles que pour les garçons, surtout quand se pose la question du mariage ; il convient de ne l'autoriser qu'après une longue observation et après un examen minutieux ; encore la femme mariée ne sera-t-elle pas toujours à l'abri d'un réveil de la tuberculose.

MÉDECINE PRATIQUE

Accidents gravido-cardiaques aigus du post-partum (1).

par

Camille Lian, Professeur agrégé à la Faculté, Médecin de l'Hôpital Tenon

et

André Blondel, Interne en médecine des Hôpitaux de Paris

La crainte des accidents gravido-cardiaques incite à surveiller de très près les cardiaques enceintes, pendant la grossesse et l'accouchement. Celui-ci terminé, on pourrait penser que tout danger est écarté ; d'ailleurs Peter a dit : « la délivrance utérine est une délivrance cardiaque ». Il n'en est rien. La surveillance ne doit pas se relâcher.

Il est classique en effet d'insister sur les dangers du *post-partum*, et l'on peut voir survenir de graves accidents d'insuffisance cardiaque dans les jours qui suivent l'accouchement. Tantôt c est une accentuation plus ou moins brutale des accidents cardiaques (dyspnée, palpitations, hyposystolie) qui étaient survenus pendant la grossesse ou l'accouchement. Tantôt c'est une véritable crise d'œdème pulmonaire aigu.

MM. le professeur Commandeur et Puig (de Lyon) viennent d'insister à nouveau sur ces dangers du *post-partum* chez les cardiaques, même lorsqu'il n'y a eu aucun trouble fonctionnel pendant la grossesse et l'accouchement (2). C'est même dans ces cas que l'œdème pulmonaire aigu éclate avec le plus de brutalité « comme un coup de foudre dans un ciel serein ». Ils précisent même qu'il y a toujours eu dans ces cas une période de calme cardiaque complet dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. Dans leurs nombreuses observations, cette période de tolérance n'a pas duré moins de 4 jours ni plus de 7 jours. *C'est donc du quatrième au septième jour après l'accouchement qu'il faudra redouter l'œdème pulmonaire aigu.* Dès qu'une semaine sera écoulée, le danger pourra être considéré comme écarté. Pour chercher à éviter l'œdème pulmonaire aigu, MM. Commandeur et Puig recommandent une cure digitalique préventive.

Nous pensons donc qu'il serait bon chez les cardiaques d'ordonner une cure digitalique commençant le jour de l'accouchement, et se poursuivant jusqu'à la fin de la semaine qui suit l'accouchement. On pourrait prescrire par exemple chaque jour X gouttes de la solution au millième de digitaline cristallisée. Chez une pareille malade surveillée de très près, après 5 jours à X gouttes, on diminuerait au besoin la dose à V gouttes par jour, si le cœur se ralentissait au-dessous de 70. Pendant cette semaine critique, il serait bon de recommander à la malade de ne faire aucun effort musculaire dans son lit, d'avoir une alimentation légère, de ne pas saler ses aliments, et de ne pas ingérer plus de 1 litre 1/2 de liquide (boissons, lait, potages compris).

Pendant la crise d'œdème pulmonaire aigu, la saignée immédiate s'impose, saignée abondante atteignant au besoin 500 à 800 grammes si les accidents tardent à régresser. Ensuite injection

1) Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial. et questions prof.). — 25 % de réduction aux souscripteurs*t*
Envoyer avant le 15 mars 20 fr. 75 ; (pour l'étranger 24 fr.,) à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (8e). Comptes chèques postaux 712-04.

2) Journ. de Méd. de Lyon Nov. 1925.

intraveineuse de 1 /4 de milligramme d'ouabaïne si l'effondrement cardiaque est considérable, ou si la malade est déjà saturée de digitale ; dans ce cas l'injection intraveineuse d'ouabaïne sera renouvelée chaque jour pendant 4 à 6 jours. Sinon, c'est-à-dire si la défaillance cardiaque n'est pas trop considérable ou si la malade n'est pas à la fin d'une cure digitalique, on prescrira la digitale : par exemple XX gouttes de la solution de digitaline après la saignée, X gouttes matin et soir le deuxième jour, X gouttes le matin et V le soir du troisième jour, V gouttes matin et soir le quatrième jour, V gouttes le matin seulement le cinquième et le sixième jours, puis 5 jours d'arrêt, et cures digitaliques ainsi répétées longtemps à doses décroissantes, et à 5 jours d'intervalle selon notre technique habituelle (1).

THÉRAPEUTIQUE

Pandemie grippale et électrargol,

Par le Dr F. Gidon,

Professeur à l'Ecole de Médecine de Caen.

L'épidémie de grippe actuellement régnante a appelé l'attention sur un caractère très important de la *toxhémie* grippale. Les toxines de la grippe diminuent, suppriment ou *anergisent* les sécrétions défensives *spécifiques*, qui, dans l'organisme sain, apparaissent dès que se produit l'invasion d'un agent infectieux, quel qu'il soit. *Il peut arriver que les signes de laboratoire d'une immunité spécifique jusque-là existante deviennent négatifs.*

D'où, cliniquement, la fréquence, la variété, le libre développement et la gravité des diverses infections secondaires qui constituent les complications de la grippe.

D'où l'intérêt aussi que présentent, dans le traitement de la grippe et de ses complications, certains agents anti-infectieux, *aspécifiques*, paraissant agir par un processus très différent de celui dont l'inhibition favorise si fâcheusement l'éclosion et le développement des infections surajoutées à la grippe.

Au premier rang de ces agents anti-infectieux aspécifiques, figure l'*électrargol.*

***

Après avoir décrit le *collargol*, ancêtre de l'électrargol, Debove, Pouchet et Saillard s'exprimaient ainsi qu'il suit, en 1908, peu après l'introduction de l'électrargol dans la pratique, (Aide-Mémoire de Thérapeutique, 1re édition, 1908, p. 53) : « La véritable solution colloïdale d'argent résulte du passage à travers l'eau, entre deux pôles d'argent, des étincelles d'un fort courant d'induction. »

Au point de vue des applications, les mêmes auteurs continuaient en ces termes :

« *Collargol* : Antiseptique local et général, vanté dans les pyrexies infectieuses : infection puerpérale, endocardite infectieuse, érysipèle, fièvre typhoïde, pneumonie, tuberculose aiguë, entérite tuberculeuse. Abaisse la température et améliore l'état général. La médication compte pourtant de nombreux échecs.

....

La vraie solution colloïdale d'argent s'emploie en injections hypodermiques aux doses de 5 à 10 centimètres cubes et son usage donne des résultats bien plus constants et plus efficaces que ceux du collargol. »

A l'époque où nous trouvons les indications de l'électrargol exactement définies et affirmées dans les termes qui précèdent et par des auteurs aussi autorisées, les injections *intraveineuses* étaient inusitées. L'efficacité de l'électrargol *peut* donc être accrue par les phénomènes de *choc* auxquels donne lieu éventuellement la voie veineuse, mais *son action propre n'en dépend pas.*

En quoi consiste l'*action propre* de l'électrargol ? Ce n'est pas du tout, du moins en thérapeutique interne, l'action antibactéricide directe des composés argentiques solubles.

L'injection de l'*électrargol* est en effet suivie d'une fixation cytologique élective, sur laquelle nous reviendrons et par suite de laquelle les *effets propres à l'argent* lui-même sont *éteints en quelques minutes.* Mais immédiatement commence le processus sécrétoire d'où résulte l'action thérapeutique définitive du médicament. Cette action ne peut être comparée qu'à celle d'une sorte de *vaccination curative aspécifique à marche rapide*, le maximum de son action étant acquis en six heures. Comme corollaire prévu de cette action *aspécifique*, l'expérience vérifia, dès le début de la méthode, que, sauf certaines inégalités, l'action de l'électrargol est, en principe, *omniva-*

(1) C. Lian. — Art., Cœur in Thérapeut. des Cliniques de la faculté (Gitter édit., Paris 1913), et *in* Traité Sergent. (Maloine édit., 1re édit. 1922, 2e édit., 1926). *L'Hôpital*, janv. 1920 (A). — *Concours méd.*, 4 mars 1923.

lente. A partir de 1907, on admit donc (et l'avenir l'a confirmé), que *dans tout état infectieux* médical ou chirurgical, même de cause inconnue, le traitement colloïdal *mérite d'être fait*, comme mérite d'être faite la vaccinothérapie curative *spécifique* quand elle existe, quand on sait exactement à quelle infection on a affaire etque,*pratiquement*, on peut la tenter. L'expérimentation a depuis, montré que, d'ailleurs, un mode de traitement est susceptible de renforcer l'autre. On y reviendra ci-après.

Une certaine *inégalité* dans la valeur des résultats est d'ailleurs commune aux deux méthodes. Debove, Pouchet et Saillard la signalaient dès 1908, surtout pour le collargol.

C'est que ni les colloïdes, ni les vaccins curatifs, devenus si nombreux au cours des dernières années, n'agissent directement par leur substance même. Ni les uns, ni les autres ne peuvent se passer de la collaboration de l'organisme et l'antique vaccin jennérien est d'ailleurs dans le même cas. Aidés par un organisme qui « comprend ce qu'on lui demande », ils provoquent des crises curatives rapides et passent facilement pour médicaments héroïques. Si l'organisme est épuisé, traité tard, s'il ne réagit qu'à peine, le vaccin et le colloïde réussissent seulement à soutenir le patient, à faire traîner les choses en longueur. Il peut arriver qu'alors un hasard heureux survienne et que le malade guérisse. On oublie que le vaccin ou le colloïde ont, du moins, fait gagner du temps et on les soupçonne de n'avoir été qu' « anodins. »

Tenant compte des résultats de tous ordres, et des échecs, Alb. Robin écrivait en 1907 « les faits ont parlé par eux-mêmes et entraîné bien des convictions. »

***

Les *faits* n'ont pas besoin de théories qui les justifient et, en quelque sorte, les « autorisent à être ». Pourtant il reste permis, en se gardant de toute conviction, de confronter la succession des *faits* qu'on observe à l'enchaînement de ceux qui devraient se produire si le premier élément de la série était une cause.

En ce qui concerne l'action de l'*électrargol*, on a souvent fait état, pour l'*expliquer*, de la destruction massive des globules blancs à laquelle donne lieu l'injection, puis de leur considérable pullulation dans les heures qui suivent, d'où résulte un très efficace accroissement des forces phagocytaires avec rajeunissement de leurs éléments.

Mais le premier phénomène auquel donne lieu une injection d'électrargol est plus précoce et nous appartient mieux encore en ce qu'il est d'ordre plus strictement *histologique*.

Reprenant, complétant et poussant très loin l'étude d'un fait qui n'était utilisé que comme artifice de technique pour démontrer les cellules de Kuppfer du foie, G.-B. Duhamel est arrivé aux résultats très curieux qui vont être résumés ici d'après ses communications à la Société de Biologie de 1921.

Quinze minutes après une injection d'électrargol faite à un lapin, on trouve les cellules étoilées de Kuppfer bourrées de granulations métalliques et l'analyse chimique révèle que les deux tiers de l'argent injecté sont fixés dans le foie de l'animal. On pourrait croire que l'action du médicament, désormais retiré de la circulation, est terminée. C'est au contraire à présent qu'elle commence.

On sait que les extraits du foie *normal* sont destructeurs de toxines, aussi bien *in vitro* que *in vivo*. Les expériences de B.-G. Duhamel ont porté, à cet égard, sur diverses toxines *hémolysantes*, en raison des avantages qu'elles offrent pour le contrôle facile des résultats. Comparant donc l'action, sur ces toxines, de l'extrait du foie normal et de l'extrait du foie prélevé six heures après une injection d'électrargol, B.-G. Duhamel constate, *in vitro*, que l'action de l'extrait est *triplée*, en ce qui concerne la toxine pyocyanique, *quadruplée* en ce qui concerne la toxine streptococcique, légèrement *relevée* en ce qui concerne la toxine diphtérique.

Les expériences *in vivo* montrent que, si 1 /200 c. c. de toxine tétanique *pure* tuent 230 grammes de cobaye en 34 heures, l'addition de XX gouttes d'extrait de foie *normal* porte la survie à 40 heures, celle de XX gouttes d'extrait de foie à l'*électrargol* à 80 heures et qu'il y a parfois survie, quand les taux conviennent, même si les injections sont faites *séparément*.

D'autres expériences montrent que l'action de l'électrargol accroît considérablement, dans l'extrait hépatique, le pouvoir antitoxique d'origine *vaccinale*, pour peu qu'il existe. On a vu par exemple, ci-dessus, en ce qui concerne la toxine *diphtérique*, que l'injection d'électrargol n'accroît que *légèrement* l'action antitoxique de l'extrait de foie normal. Or, elle la double s'il s'agit d'un animal ayant reçu quelques injections à dose croissante de cette même toxine. Comme on l'a rappelé précédemment, on voit que colloïdothérapie et vaccinothérapie ne s'excluent pas.

Je n'insisterai pas sur de nombreuses expériences relatives à l'accroissement du pouvoir agglutinatif et du pouvoir opsonique du sérum. Elles se rapportent en effet, non plus à la lutte contre la *toxine*, mais à la lutte contre la *bactérie*. Signalons seulement le considérable accroissement de la production de glycogène, dont le rôle antitoxique est bien connu.

***

A son point de départ dans le foie, avec, comme *primum movens* probable, une réaction des cellules de Kuppfer, l'action de l'électrargol est donc un *processus destructeur de toxines.* C'est secondairement que l'administration de l'électrargol provoque l'évolution favorable des états locaux : pneumonies, broncho-pneumonies, pleurésies, otites, pour ne parler que des complications les plus habituelles, de la grippe. L'électrargol n'est ni un *résolutif* des états pulmonaires, ni un *diurétique.* Mais, dans une proportion très élevée des cas, la toxhémie est le seul facteur qui fasse que s'éternisent des états locaux dont la résolution n'est nullement au-dessus de l'œuvre que pourrait accomplir la nature, même abandonnée à ses propres moyens, si les toxines n'étaient pas là. Or, l'électrargol diminue la toxhémie . Dans la grippe, maladie qu'on est tenté d'appeler *sans lésions,* parce qu'elle n'a de localisations que celles que ses complications lui confèrent, le rôle d'une thérapeutique antitoxique est particulièrement important. Il est difficile de comprendre autrement que comme un état purement toxique la *céphalée grippale* du début. En temps d'épidémie grippale, il y a même, chez beaucoup de sujets, un état d'instabilité thermique qui ne s'accompagne presque d'aucun symptôme subjectif, mais qui est déjà de la toxhémie grippale et que connaissent seuls, par une faveur spéciale, ces « thermométromanes » dont il existe tant de variétés, les unes légitimes et les autres non. *Je crois être personnellement fondé à dire qu'à cette phase une injection souscutanée d'électrargol ou d'électrocuprol, provoque une réaction thermique de un degré et demi, mais évite d'avoir la grippe.*

Plus tard à la toxhémie propre à la grippe, toujours présente, s'ajoute celle particulière aux infections secondaires auxquelles elle a ouvert la porte et dont elle fait la gravité. A cette phase, devient-il nécessaire de donner l'électrargol par la voie veineuse ? On le doit si on est partisan de la médication dite « de choc ». Mais il a été rappelé que les effets de l'électrargol n'y sont pas liés. Expérimentalement, B.-G. DUHAMEL a trouvé que le pouvoir antitoxique de l'extrait de foie, après une injection intramusculaire, est peu inférieur à ce qu'il est après une injection intraveineuse. Il est possible cependant que, chez les sujets où la lymphe interstitielle des tissus circule lentement, la voie veineuse soit préférable.

Elle est préférable aussi quand on désire injecter de grandes quantités d'électrargol en une fois : dix, vingt, ou vingt-cinq centimètres cubes. On en a injecté *beaucoup plus.* L'action *thérapeutique* d'un colloïde n'est pas, comme celle d'un médicament ordinaire, la première étape, en quelque sorte, d'une action *toxique.* Elle est chose toute différente. On peut, après des doses faibles, user des doses fortes. On a même soutenu que c'est par elles qu'il faut commencer.

MÉTHODE RATIONNELLE POUR LE TRAITEMENT DES PARALYSIES

La Colonie de Saint-Fargeau, par Ponthierry (Seine-et-Marne).

Il est apparu à tous les esprits avertis que le traitement des paralysies, qui exige la collaboration étroite du médecin, de l'électrothérapeute, du chirurgien, de l'orthopédiste, du masseur, ne pouvait être entièrement réalisé que dans des centres spécialement organisés afin que les paralysés soient traités avec tous les perfectionnements dont dispose la science actuelle.

Voilà pourquoi a été créée la Colonie de Saint-Fargeau. La fondatrice, qui fut paralysée elle-même des quatre membres, passa son enfance à errer du chirurgien à l'orthopédiste, de l'électricien au masseur et au mécanothérapeute, à faire de longs séjours dans les cliniques des pays voisins.

Grâce à un effort de rééducation musculaire poursuivi pendant des années, elle parvint à se guérir et a tenu de faire profiter de son expérience les paralysés.

Elle créa en mai 1919, à Saint-Fargeau, en Seine-et-Marne, aux environs de la forêt de Fontainebleau, une colonie modèle pour traiter les diverses paralysies, telles que l'hémiplégie spasmodique, la maladie de Little, la poliomyélite antérieure aiguë, etc.

La colonie de Saint-Fargeau reçoit les malades des deux sexes ; un appareillage des plus modernes dont une partie a été construit spécialement pour elle, permet d'y appliquer aussi complètement que possible les principes d'une bonne rééducation musculaire.

Nous avons l'intention d'exposer brièvement dans cet article les moyens utilisés à la colonie de Saint-Fargeau pour lutter contre les séquelles de la poliomyélite antérieure aiguë, paralysies et atrophies musculaires, troubles trophiques, déformations.

La première partie du traitement comprend la correction des déformations. Cette correction s'obtient grâce aux arthromoteurs qui permettent, par une mobilisation passive lente et progressive des articulations intéressées, l'allongement des tendons rétractés.

Le gros avantage de cette méthode est de ne pas être douloureuse, de faire travailler quotidiennement les articulations immobilisées par la déficience des groupes musculaires et de favoriser la circulation et la nutrition du membre.

Le maintien du résultat obtenu est assuré entre

EVACUANT
INTESTINAL
RATIONNEL

NORMACOL
MUCILAGE
NORMACOL

LAB^RES^ NORGAN
P. ALEXANDRE
PHAR^CIEN^
41, Rue de Rome, PARIS

MUCILAGE

NORMACOL

MUCILAGE

NORMACOL

MUCILAGE

NORMACOL

chaque séance quotidienne par l'emploi d'appareils amovibles qui sont tantôt de légers tuteurs si le malade peut marcher, tantôt des gouttières appropriées si le malade est impotent.

Les améliorations obtenues par ce procédé sont nettement perceptibles après quelques semaines de traitement.

A ce moment commence la seconde partie du traitement : la récupération musculaire.

Ce traitement que nous appelons mobilisation active est basé sur le « travail » du muscle. Il comprend aussi deux phases :

1° Les mouvements analytiques ;

2° Les mouvements coordonnés.

Les mouvements analytiques sont ceux qui, en mobilisant une seule articulation nécessitent le travail d'un seul muscle ou groupe de muscles. Exemple : Flexion de la cuisse sur le bassin, en position couchée.

Les mouvements coordonnés sont ceux qui mobilisent plusieurs articulations, font travailler de multiples groupes musculaires et nécessitent pendant leur exécution le maintien de l'équilibre du corps. Exemple : La marche.

Si les mouvements analytiques sont les plus favorables à la récupération musculaire, les mouvements coordonnés sont indispensables pour habituer le malade à se servir des muscles récupérés. Ce sont eux qui sont à la base de la récupération vraiment utile de l'individu en lui rendant ses « fonctions de relation ».

Recréer un automatisme nouveau le plus voisin possible de l'automatisme normal, tel est le but de ces mouvements coordonnés.

Un tel traitement nécessite, cela va sans dire, une surveillance de tous les instants, un personnel très compétent, des médecins spécialisés et un appareillage fort coûteux. Il exige pour donner son maximum de rendement, non seulement une installation médicale des plus perfectionnées, mais aussi une volonté suivie, une action résolue et une réelle opiniâtreté.

Le but thérapeutique poursuivi par cet établissement est peut-être unique dans son genre. Les résultats obtenus sont remarquables et doivent attirer toute l'attention des praticiens. Ces résultats prouvent que même les cas abandonnés par les médecins en raison de la longueur du traitement peuvent être améliorés considérablement, sinon guéris.

Les résultats varient évidemment avec les affections traitées.

Les paralysies infantiles donnent d'excellents résultats. Les malades traités ont tous bénéficié de la méthode.

Les maladies de Little avec contracture des seuls membres inférieurs sont très améliorables ; une des malades arrivée à la colonie en glissant difficilement les pieds sur le sol, pouvait sauter à la corde après le traitement.

Les hémiplégies spasmodiques sont rendues plus souples, leur démarche améliorée, leur main plus habile.

Les cérébelleux sont très difficiles à rééduquer et la colonie de Saint-Fargeau ne les prend qu'à titre d'essai.

Les raideurs articulaires, les rétractions sont très améliorées par le traitement.

De nombreux enfants demi-impotents à l'arrivée sont rentrés chez eux marchant facilement sans appareil et sans canne. D'autres complètement impotents depuis des années marchent avec une canne et leur rééducation musculaire se poursuit actuellement avec succès. Des adultes qui ne pouvaient marcher depuis longtemps ont été mis debout et sont assez forts désormais pour mener une existence normale.

Pour ces traitements souvent à longue échéance (mais le laps de temps n'est rien par comparaison avec les résultats obtenus) la colonie convient particulièrement.

Le terme de colonie est bien celui qui s'applique à cette installation moderne où les malades restent pendant tout le temps nécessaire à leur traitement, assez près de Paris pour être surveillés par des praticiens d'une incontestable autorité. On trouve réuni dans les salles médicales tout l'appareillage nécessaire aux examens électriques ou radiographiques, à la confection des appareils plâtrés, au perfectionnement des appareils orthopédiques, en même temps que la mécanothérapie.

Ajoutons que les adultes et les enfants qui sont soignés à la colonie de Saint-Fargeau y sont particulièrement bien placés pour jouir des bienfaits de la cure d'air et de soleil, complément indispensable du traitement physiothérapique. Les jeunes peuvent s'instruire, car un professeur est là pour les préparer aux examens, en exerçant leurs facultés intellectuelles, et c'est en cela qu'apparaît encore le séduisant intérêt de cet établissement.

Ceux de nos lecteurs qui voudront sur cette fondation des renseignements plus complets pourront s'adresser à la colonie de Saint-Fargeau, par Ponthierry (Seine-et-Marne) où le Directeur leur fera parvenir le complément nécessaire d'information.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Quatre leçons sur la stérilité.

De la grande fertilité à l'infertilité absolue, il y a des degrés dont les principaux sont la fertilité relative et l'infertilité relative post nuptiale. Si l'infertilité absolue existe dans environ 15 % des couples examinés, il importe, dit Henri VIGNES, de ne pas en rendre uniquement la femme responsable, et de procéder à une étude approfondie du couple pour déterminer ensuite un traitement qui devra être méthodique, éclectique, opportun, complet....

Mais la responsabilité de l'homme est beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose parce qu'on confond trop volontiers l'aptitude, même brillante, au coït, avec l'aptitude à la reproduction.

Les causes de l'infécondité masculine sont l'aspermatisme, les malformations génitales, la gonococcie, les uréthrites inflammatoires non gonococciques, l'azoospermie, l'oligospermie, la nécrospermie, le défaut de vitalité des spermatozoïdes (vieillards), l'anomalie des sécrétions prostatiques.

L'infécondité féminine reconnaît pour causes principales les malformations congénitales ou acquises faisant obstacle à la copulation et à la progression du sperme ; du côté du vagin, du col utérin, du corps utérin,des trompes, des ovaires ; les lésions des muqueuses rendant celles-ci inhabitables : vaginites, cervicites, endométrites, vraies ou fausses, des insuffisances de la muqueuse ; les anomalies anatomiques ou fonctionnelles des ovaires : ovarite scérokystique, infantilisme ovarien, insuffisance, inhibition, hypotypie...

Il faut y ajouter l'action indéniable sur l'ovaire et l'ovulation, des grands processus morbides : syphilis, tuberculose, oreillons, intoxications, maladies de la nutrition (diabète, obésité) ; les carences alimentaires ; les maladies endocriniennes...

Pour chaque cause de stérilité envisagée, l'auteur indique les différents traitements qu'il convient de prescrire, et il termine par une remarque générale qui conclut ainsi :

« ... Toutes les statistiques n'ont pas une valeur absolue. Il y a des cas cliniques que, suivant la tournure d'esprit ou suivant la spécialisation, on rattache à une cause ou à une autre, aussi exactement, ou plutôt, aussi inexactement. Tel dira sténose cervicale, tel autre infantilisme, tel autre insuffisance ovarienne. Tous trois auront raison, mais ne voient pas assez large. Par des dilatations, par des massages, par de l'opothérapie ovarienne, ils obtiendront un résultat, prompt ou tardif, qui semblera confirmer leur diagnostic ; en réalité, par des moyens différents, en visant des symptômes secondaires, ils auront agi sur une même cause ; d'autre part, ils auront parfois méconnu que le temps achève de mûrir les organes ou que la répétition de l'acte sexuel est également un facteur de maturation ; ou ils n'auront pas discerné qu'un facteur méconnu est intervenu.

« Ne pas être l'homme d'une seule méthode. » (*Le Progrès médical*, 1926.)

Le traitement des infections à staphylocoques par le bactériophage de d'Hérelle.

Comme la dysenterie, on a aussi tenté de traiter avec le principe lytique, les infections causées par le staphylocoque.

A cet égard, les observations de MM. HAUDUROY, P. CAMUS et R. DALSACE, portent actuellement sur une centaine de cas. Le bactériophage, dont ils se sont servis, était préparé suivant leur technique ; et toujours ils ont pris les plus grandes précautions, quant à la stérilité du bactériophage qu'ils injectaient au malade ; jamais ils n'ont utilisé de principe lytique contenant le moindre élément organisé visible ; puis ils ont toujours essayé *in vitro* la lyse du staphylocoque infectant par le bactériophage qu'ils se proposaient de lui appliquer.

On institue toujours un traitement local et général. Le traitement général comporte deux ou trois injections sous-cutanées de deux cmc. de bactériophage, à vingt-quatre heures d'intervalle ; ne pas dépasser le nombre de trois pour ne pas avoir d'accidents graves. Utiliser toujours la voie sous-cutanée ; par la voie veineuse, en effet, on introduirait ainsi une culture de bactériophage dans l'eau peptonée ou dans le bouillon, d'où une réaction générale grave, peut-être mortelle.

Le traitement local porte le bactériophage au contact même du foyer infectieux ; s'il s'agit de furoncles ou d'anthrax non abcédés, on injecte autour ou dans la lésion même quelques gouttes de principe lytique. Si le foyer est ouvert et suppure, on applique des compresses, des mèches imbibées de bactériophage. S'il s'agit d'une infection vésicale ou rénale, on introduira à la sonde dans la vessie ou le bassinet 10 à 15 cmc.

de principe, que le malade conservera le plus longtemps possible. Ce traitement local peut être répété sans inconvénient à quatre ou cinq reprises. Enfin, on fait cesser toute thérapeutique par les antiseptiques ordinaires ainsi que toute absorption de sels de quinine, qui ont une action antagoniste vis-à-vis du bactériophage.

Sur 103 cas d'infections staphylococciques, urinaires, oto-rhinologiques, cutanées, 76 guérisons absolues et 27 échecs absolus ou douteux.

C'est donc une excellente méthode thérapeutique ne présentant d'autres contre-indications que l'absence d'action *in vitro* du bactériophage antistaphylococcique sur le germe infectant. Les résultats sont rapides, en quatre ou cinq jours. Les réactions observées sont inconstantes et toujours très légères. Les infections chroniques sont les plus mal influencées. Cette méthode doit à l'heure actuelle prendre place dans la pratique courante à côté des autres moyens thérapeutiques, qu'elle complètera heureusement. (*La Presse médicale*, 22 septembre 1926.)

De l'insuffisance cardiaque.

L'insuffisance cardiaque, précise le Pr Lian, c'est en un mot l'encombrement cardio-vasculaire. Mais il est important d'isoler d'une part les syndromes d'encombrement vasculaire, et d'autre part, les syndromes d'encombrement cardiaque. Celui-ci a son siège dans les ventricules (gauche ou droit). Au contraire, le syndrome d'encombrement vasculaire n'a qu'exceptionnellement des caractères tranchés ; dans sa forme habituelle, il est le syndrome d'encombrement vasculaire progressif, il correspond aux schémas cliniques bien observés et bien connus de l'hyposystolie, de l'asystolie, et il est commun aux deux types d'encombrement ventriculaire, le droit comme le gauche ; sa forme la plus légère est la dys-systolie.

Si l'on dit d'un cardiaque qu'il est asystolique, on évoque par ce seul mot l'image d'un sujet assis dans son lit, anhélant,aux veines jugulaires dilatées, aux bases pulmonaires encombrées, au foie gros et douloureux, aux jambes enflées, aux urines peu abondantes et hautes en couleur ; on ne préjuge pas ainsi du siège de l'insuffisance ventriculaire, qui doit être précisé par l'examen complet du cœur.

Au syndrome d'encombrement ou de surcharge ventriculaire gauche, on peut décrire une forme légère (accélération cardiaque d'effort anormalement intense et persistante ; accélération cardiaque permanente ; extrasystoles) ; une forme moyenne, dont le signe pathognomonique est le bruit de galop gauche ; une forme grave, où l'on note, en plus des signes précédents, le pouls alternant, l'insuffisance mitrale fonctionnelle, l'insuffisance aortique fonctionnelle, avec dilatation hypertrophique du ventricule gauche (augmentation des dimensions transversales du cœur), et formule sphygmomanométrique convergente, c'est-à-dire trop grand rapprochement des pressions maxima et minima.

Le syndrome de surcharge ventriculaire droite est moins fréquent que le précédent ; ses signes cardiaques n'apparaissent guère avec netteté que dans les cas très graves : bruit de galop droit, souffles d'insuffisance fonctionnelle tricuspidienne et pulmonaire, battements systoliques à l'épigastre, dilatation droite à la radioscopie. Ils s'accompagnent d'un encombrement de la circulation pulmonaire, qui détermine des quintes de toux, des crises de pseudo-asthme, de l'œdème aigu du poumon.

A signaler deux types cliniquesprincipaux dans l'insuffisance ventriculaire gauche : celui de l'hypertension artérielle où domine le syndrome d'encombrement ventriculaire gauche, et celui de l'insuffisance mitrale rhumatismale, où l'on est frappé par la pauvreté relative du syndrome d'encombrement ventriculaire gauche, par la rareté des crises de pseudo-asthme et d'œdème pulmonaire aigu, et au contraire par la précocité, la fréquence et l'intensité du syndrome d'encombrement vasculaire progressif. (*La Presse médicale*, 9 juin 1926.)

Traitement chirurgical de l'angine de poitrine par la méthode de la suppression du réflexe presseur.

Le Pr Daniélopolu (de Bucarest) a établi que l'accès angineux est le résultat du déséquilibre qui se produit (d'une manière paroxystique) entre le travail du cœur et son irrigation sanguine, et qui amène un processus d'intoxication du myocarde analogue à celui qui représente la fatigue du muscle volontaire. Les premiers produits toxiques provoqués par ce déséquilibre excitent les terminaisons sensitives cardiaques, et donnent naissance, à travers les filets sensitifs cardio-aortiques, au « réflexe presseur » ; celui-ci, par l'accélération du cœur, l'augmentation de la force contractile du myocarde, par l'augmentation de la pression sanguine, et peut-être aussi par un réflexe vaso-constricteur coronarien intensifie ce déséquilibre et aussi l'intoxication du myocarde. Il en résulte de la douleur, des troubles du rythme cardiaque, et, dans les cas mortels, l'arrêt du cœur.

Si, dans la grande majorité des cas, existe à la base du déséquilibre, une lésion des coronaires, ou une lésion de l'aorte (autour des orifices coronaires), qui empêche le jeu normal des orifices coronariens, certains réflexes végétatifs produits par l'intermédiaire des nerfs du cœur (réflexe presseur) sont indispensables à la production de l'accès angineux.

C'est cette idée qui est à la base de la méthode chirurgicale, inventée par l'auteur.

On a tenté la sympathectomie cervico-thoracique, ou mieux l'ablation du ganglion étoilé qui intercepte des groupes importants de filets cardio-accélérateurs, vaso-moteurs, coronariens ; mais les faits expérimentaux et cliniques démontrent que celle-ci doit être abandonnée comme inutile et dangereuse.

D'autre part, le nerf dépresseur étant considéré comme le nerf exclusivement sensitif de l'aorte, on a pensé le sectionner pour supprimer la douleur. Les résultats furent intéressants, mais d'après l'auteur, ils doivent s'expliquer non par l'interception des filets de la douleur, qui n'ont aucune connexion avec les paires rachidiennes thoraciques où s'irradie communément la douleur angineuse, *mais* par celle des filets presseurs que le nerf sectionné contenait à côté des filets dépresseurs. Mais le nerf dépresseur est trop petit pour que le résultat soit durable ; d'autre part, il est anatomiquement inconstant.

L'auteur s'est donc proposé d'intercepter non les filets de la sensibilité douloureuse, mais ceux qui entrent dans le névraxe en connexion avec les centres végétatifs et à travers lesquels prend naissance le réflexe presseur. Mais ces filets centripètes sont dispersés dans plusieurs nerfs ; et il en est deux, parmi ceux-ci, auxquels on ne peut toucher : le vague et le ganglion étoilé ; cependant il n'est pas nécessaire de tous les sectionner, il suffit d'une partie pour atténuer le réflexe presseur.

Après de multiples recherches, pour sectionner le plus de filets sensitifs cardio-aortiques sans toucher aux groupes importants des filets centrifuges, l'auteur s'est arrêté à la méthode suivante :

Résection du cordon sympathique cervical (sans le ganglion cervical inférieur), complétée par la section des branches du vague cervical, qui entrent dans le thorax, et du nerf vertébral, par la section des rami communicantes, qui unissent le ganglion cervical inférieur et premier thoracique aux VIe, VIIe et VIIIe paires cervicales et la première dorsale, et par celle du filet nerveux (quand il existe), qui, sortant du laryngé supérieur, s'unit au tronc du vague.

Réunissant neuf observations, on peut conclure que cette méthode ne compte aucun danger et lorsqu'elle a été appliquée d'une manière assez étendue, elle a donné une efficacité supérieure à la sympathectomie cervico-thoracique.

Cette méthode, ne touchant pas aux groupes importants de filets cardio-accélérateurs et vasomoteurs coronariens, peut être appliquée aussi bien chez les angineux chez lesquels ont commencé des phénomènes d'asystolie du cœur gauche ou du droit.

Ce traitement chirurgical nécessite une ou deux séances ; il ne doit être tenté, bien entendu, qu'après échec du traitement médical connu (régime, digitale, trinitrine et diurétiques, traitement antisyphilitique). (*La Presse médicale*, 11 septembre 1926.)

Le diabète rénal.

Le Pr Mariano R. Castex (de Buenos-Aires) expose quelques données personnelles sur la pathogénie et le traitement du diabète rénal. Il démontre que sa rareté est plus apparente que réelle, si l'on recherche systématiquement la glycémie dans toute glycosurie, de même que l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée.

On sait, en effet, que les signes cliniques du diabète rénal sont : 1° la glycosurie avec glycémie normale ou diminuée ; 2° l'indépendance entre la glycosurie et la quantité d'hydrates de carbones ingérés ; 3° l'absence des symptômes caractéristiques du diabète sucré ; 4° l'absence de réaction hyperglycémique au glucose, dont la recherche met en évidence l'intégrité du métabolisme des hydrates de carbone, lequel est constamment altéré dans le diabète sucré. Il est aussi nécessaire de déterminer le seuil de la perméabilité rénale pour le glucose, qui, dans le diabète rénal, est presque toujours au-dessous de la normale.

Les recherches entreprises par l'auteur, ont montré qu'il existait un rapport constant entre le régime albuminoïde, et l'apparition ou l'exagération de la glycosurie ; les toxines entérogènes seraient la cause de la glycosurie ; il suffit, en effet, de mettre les malades à un régime albuminoïde intense pour voir revenir la constipation et tous les phénomènes d'intoxication intestinale ; celle-ci serait d'autant plus importante qu'il y aurait protozoose intestinale concomitante, et de plus, acidose toxi-intestinale.

Cammidge base son traitement sur sa conception pathogénique, admettant que les reins deviennent perméables au glucose quand la proportion de calcium dans le sang tombe au-dessous de 5 mgr. p. 100 ; la cause de cette hypocalcémie étant une insuffisance parathyroïdienne, il ordonne donc calciothérapie et opothérapie parathyroïdienne.

L'auteur, considérant au contraire l'intoxication intestinale, avec ou sans parasitose, comme l'étiologie incontestable du diabète rénal chez ses six malades observés, il l'a combattue par un traitement biologique, diététique et médicamenteux avec un succès complet. Le diabète rénal serait ainsi une affection d'un pronostic très favorable, s'il devenait possible de s'attaquer à sa cause même. (*La Presse médicale*, 7 août 1926.)

Les pleurésies.

En quelques lignes M. Ch. Fiessinger nous fait connaître quelques données modernes sur le traitement des pleurésies.

PLEURÉSIES SÉRO-FIBRINEUSES. — L'étiologie tuberculeuse n'est pas constante ; elle existe dans un peu plus de la moitié des cas. Cette étiologie impose la circonspection ; pas de thoracentèse en général ; en décomprimant le poumon, elle laisse la voie libre à la germination tuberculeuse. Et puis, la tuberculose ne fût-elle pas en jeu, la maladie guérit spontanément. Il suffit d'immobiliser les malades au lit, et, pendant la période fébrile, de les soumettre au régime lacté. Le traitement médical par les drogues pharmaceutiques est inopérant. Dans la pleurésie rhumatismale, seule, le salicylate de soude agit : 6 grammes par jour.

La ponction, au contraire de l'opinion répandue, n'est point indiquée par une légère déviation du cœur ; il faut, en plus, de la dyspnée, de la tachycardie, des signes d'asphyxie. Or, ces symptômes appartiennent surtout à la pleurésie purulente. Dans les cas seuls où l'épanchement se résorbe lentement, on peut évacuer 1 /4 à 1 /2 litre pour favoriser la résorption du reste. Et si l'épanchement se reproduit, la ponction suivie d'injection d'air stérilisé (une boulette de coton interposée dans le tube de verre qui injecte l'air) suffit à entraver la récidive ; on évacue 400 gr. de liquide, on injecte environ 250 grammes d'air, soit 10 coups de piston avec la pompe de l'appareil Potain.

PLEURÉSIES SUPPURÉES. — Dans toutes les formes, le traitement médical se réduit à la médication tonique. Les vaccinations sont insuffisantes. La pleurésie est un abcès ; il faut la traiter comme telle.

a) *Pleurésies de la pneumonie.* — Des ponctions simples ont suffi pour amener la guérison ; si l'épanchement se reproduit, opération de l'empyème ; une résection costale est inutile ; deux gros drains de 9 cent. de longueur ; la guérison est habituelle.

b) *Pleurésies à germes de suppuration* (*strepto-staphylocoques*). — Avant l'empyème, il faut ponctionner et injecter dans la cavité pleurale des solutions de vaccins filtrés (150 gr., renouvelés au bout de 24 heures). On peut recommencer plusieurs fois ; il sera toujours temps de recourir à l'empyème si cela ne va pas mieux. Si la pleurésie est putride, aucun doute : empyème, drainage, lavages avec solution tiédie de chlorure de zinc au millième (1 /2 litre) ; quelquefois 50 à 300 cc. d'huile goménolée à 4 p. 100.

Pleurésies tuberculeuses. — L'empyème ne réussit pas, ponction et injection modificatrice (naphtol camphré, 1 à 5 cc.) ; recommencer au bout de 8 à 10 jours, si l'épanchement se reproduit.

Pleurésies enkystées (*interlobaires, médiastines, diaphragmatiques*). — Elles guérissent par une vomique que, dans la pleurésie médiastine, il faut savoir attendre plusieurs mois ; le malade peut alors présenter des signes de broncho-pneumonie diffuse ; il est souvent considéré comme atteint de tuberculose aiguë. (*Journal des Praticiens*, 4 septembre 1925.)

Persistance des racines des dents temporaires.

P. FARGIN-FAYOLLE rappelle que la résorption progressive des racines des dents temporaires détermine l'ébranlement, puis la chute spontanée de la couronne. Si celles-ci ne se résorbent pas, elles persistent naturellement, empêchent la chute des dents en temps opportun, ou amènent des déviations des dents définitives, plus facilement atteintes aussi de carie dentaire.

Or, la résorption de ces racines paraît résulter d'un double processus, l'un à point de départ canaliculaire et à progression centrifuge, l'autre débutant au niveau de la surface externe des racines. Or, l'infection pulpaire, suivie d'arthrite chronique, gêne le premier processus. La pulpe détruite, seules s'exerceraient les résorptions ayant pour siège la partie périphérique des racines. Si ce processus d'attaque périphérique est suffisamment actif, il peut à lui seul amener la résorption radiculaire complète ; mais, dans la majorité des cas, entravé sans doute lui-même par les lésions alvéolaires, il demeure insuffisant.

La persistance plus ou moins complète des racines dépendrait donc d'abord de l'époque où s'est produite la destruction de la pulpe de la dent temporaire, ensuite de l'activité plus ou moins exaltée, ou au contraire atténuée, du processus de résorption superficielle. (*Paris médical*, 4 septembre 1926.)

L'exploration radiologique du cul-de-sac de Douglas par l'injection de lipoïdine.

MM. BERTRAND, VILLEMUR et BAILLAT ont eu l'idée d'injecter la lipoïdine Ciba (solution à 0 gr. 60 par cmc.), très résorbable, à la dose de 15 cmc., par le cul-de-sac vaginal postérieur ; avec certaines précautions, cette injection n'est presque pas douloureuse ; sans incident, elle occasionne simplement une envie d'uriner.

Ils rapportent deux observations qui démontrent qu'ainsi devient possible l'exploration radiologique du Douglas, épreuve désormais très utile pour le diagnostic précis des affections pelviennes. Celle-ci permettra sans doute, en effet, de signaler, suivant les cas, tel fibrome de la face postérieure de l'utérus, tel fibrome du ligament large, dessinant leurs contours dans la masse opaque de lipoïdine injectée, sous forme de plages claires, de plages lacunaires vraiment caractéristiques.

Dans les salpingites, l'image radiographique sera également déformée, mais sans doute de façon plus irrégulière en raison des adhérences, qui cloisonnent souvent le Douglas ; toutefois, ces adhérences ne comblant presque jamais com-

plètement le bas-fond de celui-ci, on pourra encore obtenir des images lacunaires répondant aux diverses variétés d'annexites.

L'intérêt du nouveau mode d'exploration est qu'il permet d'abord de vérifier et de compléter les données de la simple exploration manuelle sujette à erreur, et que, d'autre part, il paraît sans danger pour les malades. (*La Presse médicale*, 8 septembre 1926.)

De la conduite à tenir en cas d'affections incompatibles avec la grossesse.

Cette étude revient pour le Dr Lévy-Lang à poser la question de la stérilisation temporaire, surtout à propos de la tuberculose pulmonaire.

Lorsqu'une grossesse survient chez une tuberculeuse et aggrave ses lésions, on a l'habitude de pratiquer l'avortement. C'est là une thérapeutique d'urgence, qui ne met nullement la femme à l'abri de grossesse ultérieure.

Pour réaliser la stérilisation temporaire, on dispose alors du procédé chirurgical, ou radiologique ou biologique.

Chirurgicalement, après laparotomie, on isole les deux ovaires dans une cavité péritonéale étanche formée par les ligaments larges en dehors, la face antérieure de l'utérus en arrière, les ligaments ronds rapprochés en haut, la face postérieure de la vessie recouverte de son péritoine en avant.

L'inconvénient de cette méthode est celle du shock opératoire, et de la deuxième intervention pour rendre à la femme sa fécondité.

C'est pourquoi on préfère l'exposition aux rayons X jusqu'à l'obtention de l'aménorrhée. Mais on détermine des signes toujours pénibles d'insuffisance ovarienne ; puis on risquerait l'avortement chez la femme redevenue féconde par la suite ; enfin, sans compter des altérations du produit de la conception, il est extrêmement difficile de dire pour combien de temps la femme est stérilisée.

Aussi a-t-on tenté, comme suite à une expérimentation probante, de stériliser la femme par des procédés physiologiques : injections sous-cutanées de corps jaune, d'extrait de vésicule séminale et de sperme. Mais les cas concluants manquent encore de contrôle physiologique rigoureux pour qu'on puisse se fier à eux ; mieux vaut actuellement, si l'on pense que la stérilisation temporaire puisse présenter un intérêt, avoir recours au procédé chirurgical ou au procédé radiologique. (*L'Hôpital*, août 1926-B.)

Le coryza ; à propos de sa pathogénie et de son traitement prophylactique et abortif.

Deux faits dominent l'apparition du coryza : l'action causale de la variation brusque de température et la perturbation vaso-motrice nasale (J. Tarneaud).

Après le coup de froid, le coryza aigu débute par une rhinite vaso-motrice ; ou mieux l'éclosion de la rhinite catarrhale aiguë demande un état réceptif, et celui-ci, causé habituellement par le froid, peut être aussi un dérèglement local antérieurement acquis (congestions nasales des neuro-arthritiques), des poussières, des poudres, des vapeurs, etc.

Cette rhinite catarrhale aiguë permet ensuite à l'élément infectieux d'entrer en jeu, et la *médication abortive* doit intervenir entre ces deux phases, c'est-à-dire dans les premières heures du déclanchement de la crise nasale.

Mais tous les essais de traitement local se sont montrés sans valeur, qu'il s'agisse de traitement antiseptique, de cautérisations, d'applications de filtrats microbiens ; les applications de cocaïne et d'adrénaline sont plutôt mauvaises, en raison des perturbations vaso-motrices qu'elles provoquent et qui ne font qu'augmenter la dystonie vaso-motrice nasale.

Par contre la médication générale compte d'importants succès dans la période d'invasion du coryza : la chaleur sous toutes ses formes (boissons chaudes, bains de pied sinapisés) ; l'aspirine, l'aconit. La belladone est pour beaucoup un traitement classique du coryza ; sa posologie est difficile à établir, puisqu'elle dépend de l'état du système nerveux végétatif du sujet. Quant à l'adrénaline au millième, ingérée par voie buccale, elle constitue un médicament antichoc certain: 10 gouttes en dehors des repas dans un peu d'eau ; renouveler deux fois encore à trois heures d'intervalle. Dans les cas de réussite, la sensation vague de chaleur nasale, et les picotements ressentis dans les fosses nasales disparaissent, souvent deux heures après la première prise.

Quant au *traitement prophylactique*, il doit rendre l'organisme inapte au choc, et rendre aussi les fosses nasales invulnérables au choc, quelle qu'en soit la cause (galvano-cautérisation, etc.). (*Paris médical*, 4 septembre 1926.)

A propos de quatre nouveaux cas de myocardites chroniques post-typhoïdiques éloignées.

Parmi ces nouveaux cas, le Pr Etienne en donne un, pour lequel existe une filiation continue, le stade chronique s'étant substitué directement au stade aigu. Généralement, à une période éloignée de l'atteinte myocardique primitive, alors qu'il ne paraît plus en persister aucune trace clinique, il est assez fréquent d'observer pendant assez longtemps encore des extrasystoles respiratoires : lorsque le convalescent suspend sa respiration, on perçoit quelques extra-

systoles ; et celles-ci traduisent certainement une atteinte du myocarde. La lésion évolue sournoisement, lentement vers la myocardite chronique, qui ne manifeste sa présence qu'après 8, 15, 20 et même 29 ans de bonne santé apparente, par un calage ventriculaire gauche parfois brusque, à la suite souvent d'un effort ou d'une fatigue exceptionnelle.

Le nombre des cas rapportés jusqu'à présent, indique bien que cet accident ne doit pas être exceptionnel. (*Revue médicale de l'Est*, 3 novembre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur le contrôle des vaccins.

(MM. G. Petit, Goldenberg et Panisset. — *Académie de médecine* ; 1-2-27.)

MM. Petit, Goldenberg et Panisset soumettent à l'Académie quelques considérations sur l'utilité de créer un laboratoire où seraient examinés les vaccins microbiens pour lesquels une autorisation est sollicitée ou déjà accordée. Le contrôle serait fait par des bactériologistes autorisés qui pourraient fixer et surveiller la composition des vaccins, leur conservation, leur innocuité, etc. Le développement pris par la vacciothérapie justifierait cette création. Actuellement, l'autorisation de fabriquer et de vendre des vaccins, en l'absence de laboratoire d'essai, ne peut se baser que sur la référence du préparateur et l'installation matérielle de la maison.

L'habitude dans les symptômes morbides.

(M. Ch. Fiessinger, — *Académie de médecine* ; 1-2-1927.)

M. Fiessinger estime que l'habitude peut jouer un rôle en pathologie en perpétuant des symptômes dont la cause a disparu. La douleur, la toux, la dyspnée, les tics, peuvent persister par habitude, alors que l a maladie originelle est guérie. Le même fait se rencontrerait dans certaines gastropathies, cardiopathies, et même dans certaines albuminuries. La thérapeutique devient alors non plus technique mais morale, suggestive, la suggestion pouvant être d'ailleurs médicamenteuse.

L'insuline au cours de la cure thermale chez les diabétiques.

(MM. R. Durand-Fardel, Mathieu de Fossey et E. Binet, — *Académie de médecine* ; 1-2-1927.)

Faut-il, pendant la cure thermale alcaline chez les diabétiques, avoir recours à l'insuline ? Telle est la question qu'envisagent les auteurs . A leur avis, quand le malade arrive à Vichy sans avoir été soumis à la cure insulinique, il n'y a pas d'avantage à utiliser celle-ci au cours du traitement thermal, hors bien entendu, les cas d'accidents menaçants, comme le coma. Si l'insulinothérapie a été commencée avant l'arrivée à la station hydrominérale, on pourra la continuer par alternance avec l'eau alcaline. Les deux médications sont associables, mais sauf raison particulière, il semble préférable de les employer séparément. D'une façon générale, leurs indications apparaissent un peu différentes. La cure thermale donne surtout de bons résultats dans les diabètes simples, où l'insuline ne trouve ordinairement qu'un petit nombre d'indications.

Myo-hypertrophie cardiaque chez le nourrisson.

(M. J. Cathala. — *Soc. méd. des hôp.* ; 31-12-1926.)

Il existe chez le nourrisson, conclut M. Cathala, des cas de myohypertrophie primitive du myocarde. Cet état morbide, dont l'origine reste encore obscure, ne peut, semble-t-il, être interprété que comme une hypertrophie de travail. L'absence de toute lésion valvulaire, péricardique, vasculaire, et de toute altération du myocarde hypertrophié ne permet pas de préciser les conditions circulatoires anormales qu'impose ce surcroît de travail.

Il est remarquable d'opposer la tolérance parfaite de cette affection, pendant une certaine période, au brusque fléchissement qui se produit un jour et conduit à une asystolie irréductible.

L'existence, dans quelques observations, de lésions profondes de la glande surrénale rend peut-être compte de cette défaillance qui se rapprocherait alors de l'asystolie surrénale de Josué et Belloir.

La myo-hypertrophie cardiaque primitive du nourrisson ne doit pas être considérée comme un syndrome particulier à cet âge ; elle doit rentrer dans un cadre plus large qui est celui de la myocardie pure de Laubry. Il est probable que ces faits trouveront une explication rationnelle quand les notions physiologiques sur les conditions nerveuses et humorales de l'activité myocardique se seront enrichies.

Etiologie de certaines dilatations bronchiques.

(MM. Léon Kindberg et Kourilsky. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-12-1926.)

L'histoire de la dilatation des bronches est l'œuvre de Laënnec. L'immortel inventeur de l'auscultation a présenté, on le sait, une étude complète, clinique et anatomo-pathologique, de cette affection, que les travaux ultérieurs n'ont fait que développer. Une

donnée a retenu l'attention : la constatation d'épisodes bronchitiques répétés dans le passé respiratoire des malades atteints d'ectasie des bronches. L'origine de celle-ci serait toujours à rechercher dans l'enfance, souvent même dans la première enfance. Une série d'auteurs, d'autre part, de l'Ecole lyonnaise principalement, pensent que la maladie demande, pour se développer, un terrain spécial, presque toujours l'hérédo-syphilis.

MM. Léon Kindberg et Kourilsky ne contredisent pas cet ensemble clinique qui correspond au type classique de la dilatation des bronches. Ils se demandent, toutefois, si à côté de ce type bien défini, il n'y a pas place pour d'autres ectasies bronchiques, acquises chez l'adulte. Dans plusieurs observations de gangrène pulmonaire à rechute, de suppuration pulmonaire, ils ont vu s'établir un syndrome rappelant à s'y méprendre la dilatation des bronches. Il y aurait peut-être là une étiologie particulière de certains cas de dilatation bronchique de l'adulte qui ne rentreraient pas dans le cadre classique habituel.

Les poussées hydropigènes curables au cours des cirrhoses dites alcooliques.

(MM. Marcel Garnier et V. Oumansky. — *Soc. méd. des hôp.* ; 31-12-1926.)

Dans les cirrhoses dites alcooliques avec ascite, il n'est pas exceptionnel de voir, après une ou plusieurs ponctions, le syndrome hydropigène disparaître et la santé redevenir relativement bonne, pour un temps tout au moins. On en connaît aujourd'hui un assez grand nombre d'observations confirmées même par l'autopsie.

Au cours des cirrhoses dites alcooliques, on peut observer, disent MM. Marcel Garnier et Oumansky, des poussées hydropigènes qui guérissent par le repos et le régime lacté et qui ne peuvent être rattachées ni à la tuberculose, ni à la syphilis. Leur disparition ne paraît pas due non plus à l'établissement d'une circulation supplémentaire porto-cave particulièrement développée. Il s'agit, semble-t-il, de véritables poussées évolutives de la maladie, conclusion analogue à celle récemment formulée par M. Noël Fiessinger. Entre ces poussées, la cirrhose persiste à l'état latent. Si, de nouveau l'hydropisie apparaît,elle est susceptible de déterminer l'issue fatale.

Chacun de ces épisodes s'inscrit, pensent les auteurs, dans le foie sous forme de bandes fibreuses, et quand la mort arrive, on peut constater ces travées conjonctives, d'âges différents.

Amaurose consécutive à une hémorrhagie gastro-intestinale.

(MM. Coyon, Cerise et Clog. — *Soc. méd. des hôp.* ; 21-1-1927.)

Un jeune homme de 22 ans, quelques jours après une hémorrhagie gastro-intestinale abondante (hématémèse,mélæna) reconnaissant vraisemblablement comme origine un ulcus duodénal, se plaignit d'avoir un brouillard devant les yeux, puis de ne plus voir clair. A l'ophtalmoscope, rétine pâle, papilles blanches, artères rétractées.

On connaît l'extrême gravité au point de vue visuel, de ces amauroses post-hémorrhagiques qui se terminent en général par une atrophie optique complète. On a conseillé le nitrite d'amyle pour lutter contre le spasme artériel, mais ses résultats sont loin d'être toujours appréciables.

Cette question des amauroses post-hémorrhagiques a été étudiée dans un travail du Dr Duhot (1913). Il s'agit là d'une complication, rare heureusement, se produisant plutôt à la suite d'hémorrhagies du tractus digestif, de métrorrhagies, d'épistaxis. Elle est beaucoup plus exceptionnelle après les hématuries et les hémoptysies, plus exceptionnelle encore après les hémorrhagies chirurgicales : blessures de guerre, accidents du travail. Dufour et Gonin, dans une statistique portant sur 30.000 cas d'affections oculaires, n'ont trouvé d'ailleurs que deux fois seulement des lésions de ce genre consécutives à des hémorrhagies.

Emphysème médiastinal traumatique.

(M. Baranger, du Mans. — *Société de chirurgie* ; 22-12-1926.)

Le malade de M. Baranger, à la suite d'un choc sur la poitrine par un brancard de voiture, eut une fracture des 2e, 3e et 4e côtes droites et présenta quelques heures plus tard des signes de pneumothorax, de l'emphysème sous-cutané du cou, de la face, du dos, et une asphyxie progressive. Intervenant d'urgence au bout de cinq heures, l'auteur incisa au-dessus du manubrium et pénétra avec le doigt dans le tissu cellulaire. Un jet de gaz sous pression fusa avec un bruit de vapeur et le blessé fut soulagé. Guérison ultérieure.

Dans le rapport qu'il présente sur cette observation, M. Lenormant signale la gravité de l'emphysème médiastinal compliquant les traumatismes thoraciques, surtout s'il n'est pas traité immédiatement. On rencontre cet accident dans les plaies de poitrine à orifice étroit, les ruptures pulmonaires et bronchiques. Le danger réside dans la compression des gros vaisseaux et les phénomènes de cyanose et de collapsus cardiaque qui peuvent s'ensuivre. Le traitement doit être énergique et rapide : incision au-dessus du manubrium, effondrement du tissu cellulaire jusque derrière le sternum avec le doigt ou la sonde cannelée, et application sur la brèche d'une ventouse d'aspiration.

— M. Sauvé a observé dans le service de M. Auvray un cas analogue à celui de M. Baranger. A la suite d'une fracture des côtes par écrasement, le blessé offrait un emphysème généralisé et des phénomènes asphyxiques formidables. L'incision sus-sternale le soulagea et il finit par guérir.

Le drainage par le Mikulicz.

(M. F.-M. Cadenat. — *Société de chirurgie* ; 22-12-1926.)

Très partisan du drainage à la Mikulicz, M. Cadenat proteste toutefois contre les abus de son emploi. Il ne faut pas, dit-il, que ce mode de drainage et de protection, excellent en soi, devienne plus qu'un procédé d'exception. Dans les opérations pour appendicite et en chirurgie biliaire, les indications du Mikulicz sont très rares. De même, en chirurgie intestinale, on ne doit pas en abuser. Un sac de Mikulicz mis au contact d'une suture intestinale suspecte pourra prédisposer à une fistule stercorale. C'est surtout dans les interventions gynécologiques que ce mode de pansement trouve ses principales applications. Il transforme alors bien des fois le pronostic opératoire et ses avantages sont considérables, dans l'hystérectomie abdominale élargie pour cancer du col, par exemple.

Fibrome de la langue.

(M. Auvray. — *Soc. de chirurgie* ; 22-12-26.)

M. Auvray a enlevé, chez une femme de 46 ans, un petit fibrome de la grosseur d'une noisette, situé sur la face latérale gauche de la langue assez en arrière . La petite tumeur ne déterminait aucun trouble, en dehors d'un peu de gêne pour la mastication. L'ablation fut faite sans difficulté à l'anesthésie locale.

P. L.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Parotidite post-opératoire.

MM. Pommepey et Nigoul communiquent un cas curieux de parotidite post-opératoire observé chez une jeune fille de 23 ans hospitalisée pour être opérée d'appendicite à froid. Pas de maladies dans l'enfance, deux crises appendiculaires méconnues. Opération sans incidents sous anesthésie à l'éther. Le lendemain, température de 39 avec volumineuse tuméfaction parotidienne bilatérale, avec frissons, céphalée et trismus. La peau est tendue mais de coloration normale, l'ouverture du canal de Sténen est largement turgescente.

Les jours suivants la température oscille entre 39 et 40 ; le neuvième jour on observe une otorrhée très abondante, le conduit auditif externe est perforé et la pression sur la parotide augmente la quantité de pus émise. Malgré l'incision des deux parotides et des injections répétées de vaccin la température reste toujours élevée ; une contre-ouverture est faite le vingt-neuvième jour, et deux jours après, la malade ayant fait une hémorragie intestinale inexpliquée, la température revient à la normale. Guérison.

Cette observation est curieuse par la précocité de l'apparition de la parotidite, la bilatéralité d'emblée et l'évolution clinique des lésions.

Volvulus de l'anse sigmoïde.

M. Thomas relate l'histoire d'un homme de 46 ans, sans antécédents quelconques, décédé à l'Hôtel-Dieu, quelques heures après une hospitalisation. Il présentait à ce moment une distension abdominale considérable ainsi qu'une énorme infiltration sanguine de la verge. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un volvulus sigmoïde provoqué par un rétrécissement fibreux et par des malformations congénitales intéressant tout le gros intestin (largeur anormale des mésos, favorisant la mobilité colique, défaut de fixité des angles, absence du côlon iliaque, etc.). La malformation intéressait également le système veineux des organes génitaux internes (étranglement des veines provenant du plexus rétro-pubien par le méso-sigmoïde), ce qui explique l'énorme distension présentée par la verge.

Traumatisme médio-cranien.

M. E. Sorel rapporte le cas d'un jeune homme, qui frappé d'un coup de marteau à la région médio-pariétale, présenta des signes généraux des fractures du crâne par enfoncement, et ultérieurement des signes intéressants de localisation. Après une période de coma de quelques jours, le blessé reprit connaissance, conservant une paraplégie d'abord flasque, puis spasmodique. Les troubles moteurs diminuèrent sensiblement, mais il survint des crises d'épilepsie généralisée se succédant à intervalles de deux mois environ.

Le siège de l'enfoncement cranien correspond à la zone motrice des membres inférieurs, partie supérieure des circonvolutions pariétales ascendantes et lobules paracentraux. La réaction irritative, liée au traumatisme et à la méningo-encéphalite a engendré la paraplégie d'abord, l'épilepsie ensuite. Ces faits ont une importance neurologique et médico-légale qui se passe de commentaires.

Traitement du rhumatisme blennorragique.

M. Laporte, A. Sorel et Galy-Gasparrou rapportent l'observation d'une arthrite gonococcique du genou droit, où après évacuation de 40 cc. de liquide séro-purulent, ils injectent en deux fois, une quantité égale de sérum de Nicolle. Après une vive réaction locale et générale on obtient la suppression des douleurs et l'on put mobiliser le genou malade.

Le sujet, chez lequel on injectait également du vaccin par la voie hypodermique, vit en même temps disparaître des accidents de spondylite et d'arthralgie de la main droite. Il sortit de l'hôpital avec une bonne amplitude de mouvements, mais son état général, qui avait été profondément altéré, le demeura longtemps encore.

Les inconvénients de la sérothérapie intra-articulaire résident dans l'impossibilité d'application aux

petites articulations et aussi dans le manque d'action sur la septicémie gonococcique.

Emploi de la convallamarine et de l'adonidine dans l'asystolie.

M. LAPORTE et R. SOREL ont administré de la convallamarine chez un asystolique dont la dilatation cardiaque était conditionnée par une tuberculose pulmonaire bilatérale avec symphyse pleurale.

Des effets heureux se manifestèrent dans le domaine respiratoire, la dyspnée fut calmée, le pouls fut plus ample, la tension se releva et le malade ressentit un bien être très sensible.

Mais le malade, ancien alcoolique dont le foie et le rein étaient insuffisants, s'acheminant vers la cachexie cardiaque, les auteurs en désespoir de cause pratiquèrent une injection intra-veineuse d'adonidine ; il n'y eut aucune amélioration et le malade mourut.

Les résultats cadrent bien avec ceux obtenus expérimentalement, et montrent que les deux principes cardio-toniques du muguet et de l'adonis vernalis semblent devoir suppléer efficacement la digitale et le strophantus lorsque leur action vient à s'épuiser.

Purpura et tuberculose.

MM. LAPORTE, R. SOREL et GADRAT après avoir rappelé les rapports de ces deux affections, relatent un cas d'association de purpura et de tuberculose ganglionnaire, où cette dernière a revêtu une allure des plus bénignes.

Il s'agissait d'un purpura rhumatoïde chez un homme de 29 ans, caractérisé par la présence de multiples pétéchies d'étendue variable sur les membres inférieurs et supérieurs. Ce malade présentait en même temps dans la région cervicale une tumeur ganglionnaire indolore de la grosseur d'une mandarine, dont une biopsie révéla la nature (follicules, bacilles de Koch).

Le purpura disparut sous l'influence du repos, l'adénopathie sous l'action des rayons ultra-violets.

Hernie crurale contenant l'utérus et les annexes.

MM. BERNARDBERG et DUBON communiquent l'observation d'une femme âgée de 75 ans hospitalisée d'urgence pour hernie crurale gauche étranglée. La tumeur présentait le volume des deux poings et envahissait la partie supérieure de la cuisse.

L'intervention montra à l'intérieur du sac une anse intestinale violacée avec infarctus du mésentère, un paquet d'épiploon adhérent au sac, un diverticule vésical, et un petit utérus fibromateux en anté et latéro-flexion gauche avec ses deux annexes. Après réduction de l'anse et de l'utérus, on ferma le sac en bourse et on plaça un Mickulicz. Les suites furent normales.

Pyodermite et vaccination.

M. E. LERVAT rapporte le cas d'un homme de 33 ans, qui ayant été contaminé en 1921 par un coiffeur, présenta de l'impétigo de la face excessivement rebelle.

En 1922, il eut une succession de panaris, guéris par incisions et en 1923 une pyodermite à sièges multiples (orgelet, panaris, abcès du thorax et des mains). Une culture ayant montré du staphylocoque pur, on pratiqua 10 injections d'immunizols Grémy nº 10, une chaque jour. Pas de réaction locale ou générale, et dessiccation rapide des éléments purulents.

En 1926, après trois ans de calme absolu, réapparition des mêmes troubles ; le malade est criblé d'abcès sous-cutanés. Tous les accidents disparaissent de nouveau après 25 injections d'Immunizols nº 10 espacées de trois en trois jours.

Il semble bien que dans ce cas, il y a eu une permanence du germe nocif, avec reviviscence sous l'effet d'une cause de nature inconnue. On peut espérer, devant le résultat des deux vaccinations, que la dernière dose injectée, à défaut de guérison définitive, procurera un long répit au sujet.

Société d'osbtétrique et de gynécologie.

Trois cas d'hémorragies survenues après l'accouchement et traités par la mise en place des pinces à demeure.

M. R. GARIPUY rapporte trois observations de déchirure du col, compliquée d'hémorragies graves (pouls à 115... etc.). Dans les trois cas, il ferma le col avec une pince de Museux, il en plaça une autre dans chacun des paramètres ; ces pinces furent laissées à demeure pendant 24 heures, ce qui amena la disparition de l'hémorragie.

L'auteur a suivi la même conduite dans un cas d'hémorragie du corps survenu au huitième jour après l'accouchement : il s'agissait dans ce cas d'un utérus fibromateux et d'hémorragie s'était produite au moment où l'on allait placer un drain de Mouchotte dans l'utérus par suite de rétention de lochies. Il obtint également un excellent résultat.

Vomissements incoercibles chez une femme enceinte atteinte d'appendicite chronique. Appendicectomie. Guérison.

MM. BAILLET et RASCOL communiquent le cas d'une primipare enceinte de 3 mois, soignée à plusieurs reprises depuis 18 mois pour entérite, souffrant toujours de l'intestin, particulièrement dans la fosse iliaque droite et qui présenta des vomissements incoercibles graves rebelles au traitement classique ordinaire.

Une radiographie de l'intestin ayant fait porter le diagnostic d'appendicite chronique, on décida une intervention (appendicectomie avec libération des adhérences). Les suites furent excellentes : les vomissements cessèrent aussitôt après l'intervention, la malade augmenta de 10 kilogrammes en 2 mois et put mener sa grossesse à terme sans incidents.

J. P. TOURNEUX.

QUELQUES AVIS
autorisés sur les "HÉPATOGENÈS"

Le Docteur C....., à Paris, écrit qu' « après expérimentations multiples, il considère les « HÉPATOGÈNES » comme un *antiseptique intestinal puissant et inoffensif* ».

Le Docteur G....., à Lyon, se « plaît à reconnaître que rien ne lui réussit aussi rapidement que les « HÉPATOGÈNES » pour calmer les crises de *coliques hépatiques* qui s'espacent régulièrement quand il suit convenablement son traitement ».

Le Docteur M....., à Dijon, a « obtenu d'excellents résultats chaque fois qu'il a prescrit les « HÉPATOGÈNES » pour *insuffisance hépatique* ».

Le Docteur S....., à Alger, a constaté leur efficacité dans certaines *maladies infectieuses : furonculose, eczéma, érythème polymorphe* ».

Le Docteur M....., à Beyrouth, signale que « l'emploi des « HÉPATOGÈNES » est un excellent moyen pour juguler rapidement les *crises de paludisme* ».

Le Docteur M....., à Paris, conclut « après avoir épuisé dans mon service d'hôpital la quantité d'HÉPATOGÈNES mise gracieusement à ma disposition, je me plais à reconnaître que c'est là un produit parfait, capable de rendre d'importants services aux Confrères, dans le traitement des *maladies du foie* ».

Le Docteur S....., à Paris, nous fait savoir : « Je viens de faire à l'hôpital une étude complète des « HÉPATOGÈNES » et suis on ne peut plus satisfait des résultats, reconnaissant franchement leur supériorité dans de nombreux cas d'*insuffisance hépatique, rétention biliaire, entéro-colite chronique, infections intestinales* ».

AVIS TRÈS IMPORTANT

Pour permettre au Corps Médical de continuer régulièrement la prescription des spécialités Charvoz sans crainte de déplaire à leur clientèle, les Laboratoires Charvoz ont conservé tous leurs *anciens prix*.
Il est à noter que ceux-ci sont même inférieurs à ceux fixés par les œuvres d'assistance cependant déjà bien réduits.
Ainsi, calculés au tarif des mutilés, les deux spécialités : *Cachets digestifs Charvoz* et *Hépatogènes Charvoz* se monteraient en moyenne à *quinze francs*, alors que chacune d'elles est vendue à raison de *dix francs*.

Le fait est assez rare pour être porté à la connaissance du Corps Médical.

Les Livres

NORBERT MALOINE, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1926.

« *Les Petits Précis* » Bibliothèque dirigée par A. GANTONNET.

A. BEAUVY. — **Examens de laboratoire** (1 vol., 192 pages. Prix : 8 fr. 50.)

Les chapitres suivants y sont développés : Bactériologie. Gaz respiratoires (métabolisme basal). Pus. Liquide céphalo-rachidien. Liquides : pleural, péritonéal. Les kystes. Crachats. Liquide gastrique. Tubage duodénal. Selles. Bile. Urines. Exsudats urétraux. Sang. Biopsies.

Les recherches de laboratoire ne sont pas d'une essence différente de celles de la clinique ; elles en sont les prolongements.

L'examen de laboratoire est une consultation entre le médecin traitant et le médecin chargé de l'examen. Aussi, les renseignements diagnostiques sommaires, mais précis, doivent-ils être nécessairement joints à l'envoi (biopsie ou exsudat). Souvent ces renseignements aiguillent les recherches dans un sens qui n'était pas primitivement prévu.

A. MARTIN. — **Chirurgie infantile.** (1 vol., 182 pages, 26 figures. Prix : 8 fr. 50.)

Il ne peut être question, dans ce précis limité, d'étudier toutes les affections chirurgicales de l'enfance. L'auteur s'est attaché à montrer les différents aspects cliniques des cas les plus fréquemment observés, en mentionnant les indications opératoires, pour les affections des organes, appareils, membres, sans entrer dans le détail de la technique chirurgicale.

A. LAQUERRIÈRE. — **Rayons X et corps radio-actifs.** (1 vol., 200 pages, 50 figures. Prix : 8 fr. 50.)

Si le confrère non spécialiste a grand avantage, avec un petit appareillage, à prendre une vue radioscopique d'un organe, il faut qu'il soit bien persuadé qu'un grand nombre de détails lui échappent. Ces détails, le radiologiste, avec ses appareils plus puissants, et surtout son expérience, saura les trouver.

Des considérations analogues s'imposent pour les traitements : beaucoup d'affections peuvent être traitées avec de petites quantités de radium, avec de faibles appareils à rayons X ; mais, d'une part, ces sources minimes ne peuvent convenir qu'à certains cas, et, d'autre part, c'est précisément quand on n'a qu'elles à sa disposition qu'il faut être le plus habile, la répétition de séances trop minimes conduisant à la radiodermite.

Le présent livre, qui a été écrit pour donner aux praticiens curieux les notions élémentaires et les renseignements généraux, n'a donc pas la prétention de les transformer en radiologistes. Ils doivent donc être extrêmement réservés dans leurs diagnostics et extrêmement défiants dans leurs essais thérapeutiques, d'autant plus que l'utilisation des rayons X et des corps radio-actifs est complexe, difficile, et constitue un danger pour l'opérateur comme pour le patient.

Dans ce précis sont étudiées : les notions sommaires de physique et d'instrumentation, le radiodiagnostic, les généralités sur la radio et la radiumthérapie, la roentgenthérapie, la radiumthérapie.

SORREL et DELAHAYE. — **Tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires.** (1 vol., 147 pages, 76 figures. Prix : 8 fr. 50.)

Il n'est pas difficile, en général, de reconnaître une tuberculose chirurgicale, car le diagnostic en est habituellement fort simple. Par contre, on sait souvent moins bien la traiter : indication du traitement, réalisation du traitement, temps pendant lequel il faudra le poursuivre, autrement signes de guérison. C'est ce que l'auteur a voulu principalement exposer, en indiquant quelles sont les techniques suivies à l'hôpital maritime de Berck.

De même, la technique des interventions n'offre à ceux auxquels est destiné ce petit livre qu'un intérêt médiocre : ce qui leur importe est de savoir que, dans certaines formes de coxalgie grave, une résection de la hanche doit être faite ; qu'à certains moments de l'évolution d'un mal de Pott il y a avantage à faire pratiquer une ostéosynthèse vertébrale ; que, dans la tumeur blanche tibio-tarsienne, une astragalectomie sera souvent indiquée, mais ce n'est pas de savoir comment se pratiquent ces interventions, puisque ce n'est pas eux qui les feront et qu'elles ne pourront être pratiquées que par un chirurgien.

LÉMELAND. — **Accouchements.** (1 vol., 114 pages, 7 figures. Prix : 8 fr. 50.)

Ce précis traite de la grossesse et de l'accouchement pathologiques. Examen clinique de la femme enceinte ; présentations dystociques ; délivrance pathologique ; suites de couches pathologiques ; influence réciproque de l'état puerpéral et des états pathologiques des divers appareils ; pathologie spéciale à la grossesse ; pathologie de l'accouchement.

BALDENWECK. — **Oto-rhino-laryngologie.** (200 pages, 78 figures. Prix : 8 fr. 50.)

C'est un guide pour l'étudiant mis en face d'affections ou de syndromes qu'il observe parfois dans sa fréquentation hospitalière générale et que, devenu praticien, il rencontrera à chaque instant, risquant alors de trébucher s'il n'a pas un aide-mémoire simple, facile à consulter, où trouver rapidement l'indication utile, l'orientation générale à suivre pour le diagnostic et le traitement, aussi et surtout les écueils à éviter.

Nul traité, ni précis, ne remplace l'expérience clinique ; on ne peut se dispenser de faire le minimum indispensable d'examen objectif, instrumental ou non ; aussi, l'auteur a-t-il cru nécessaire de s'étendre relativement sur les différentes sources d'éclairage, sur la manière d'examiner un nez, une oreille, etc., toutefois avec aussi peu d'instruments spéciaux que possible et sur la façon d'utiliser au maximum les renseignements, que peuvent donner la vue, le toucher et une bonne analyse de l'anamnèse et des symptômes subjectifs.

La partie thérapeutique pratique a également subi un développement suffisant, du moins celle qui n'est pas du ressort exclusif du spécialiste, avec indication du moment où il pourrait être dangereux pour le médecin d'entreprendre ou de continuer le traitement sans recourir à un avis autorisé. La thérapeutique d'urgence n'est pas négligée.

Le plus de figures possible viennent vivifier ce qu'un tel aide-mémoire pourrait avoir de sec et d'aride. Une table des matières, suffisamment détaillée permettra de trouver facilement le renseignement désiré.

Vigot, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1925.

Raoul Lecoq. — **Quand, pourquoi et comment malter les aliments** (*d'après de nouvelles recherches*). (1 brochure, 48 pages.)

Malter un aliment, c'est lui ajouter de la diastase végétale, sous forme des principes du malt, pour suppléer, au cours de la digestion, à l'insuffisance de la diastase animale sécrétée par l'organisme.

L'auteur étudie l'action et l'usage de ce ferment végétal, qui fait qu'introduit dans les aliments, il donne à l'organisme des amylacées déjà semidigérées.

Il envisage successivement : Le maltage naturel et la préparation du malt ;

Les dérivés du malt ;

La diastase et son action sur les amylacées ;

Les ferments amylolytiques de l'organisme ;

L'activité diastasique de la farine de malt ;

L'activité diastasique des extraits d'orge germée ;

Les farines maltées ;

Les soupes de malt.

Puis il donne, dans ses conclusions, quelques considérations sur l'emploi rationnel des dérivés dn malt pour le maltage artificiel des aliments.

Vigot, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Paul Giroud. — **Le rhume des foins.** *Etude clinique, expérimentale et thérapeutique.*

Dans son ouvrage, dont les éléments ont été recueillis à la consultation du Dr Pasteur Valléry-Radot, l'auteur étudie au triple point de vue clinique, expérimental et thérapeutique, cette pénible affection qu'est le rhume des foins. Les traitements qu'il recommande sont, d'une part, la désensibilisation par cuti-réactions répétées, inconstante dans ses résultats, d'autre part et surtout *les injections intradermiques de peptone*, de Pasteur Valléry-Radot, qui lui paraissent être la méthode de choix. En voici la technique.

Chaque jour pendant trois semaines, on fait une injection intra-dermique de peptone. Se servir d'une aiguille fine et d'une solution de peptone de Witte ou Chassaing à 50 %, stérilisée et mise en ampoules de verre neutre. Les injections se pratiquent à la région deltoïdienne ou à la face externe de la cuisse : L'aiguille, tenue horizontalement, est enfoncée dans l'épiderme puis dans le derme, la peau étant tendue entre le pouce et l'index. On doit apercevoir l'aiguille par transparence et lorsque son biseau disparaît complètement dans le derme, on peut pousser lentement le liquide (1 à 3/10 de cent. cube : 1/10 le 1er jour, 2/10 le 2e jour, 3/10 les jours suivants). Une petite élevure à centre brunâtre atteste que l'injection est intra-dermique. Elle est suivie d'un placard urticarien. Vers la 10e piqûre, certains malades offrent une réaction assez vive (érythème et œdème), indice plutôt favorable. Commencer le traitement si possible au début des crises.

G. Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e,

A. Moulonguet. — **Les grands syndromes oto-rhino-laryngologiques.** (*Bibliothèque des Grands syndromes.* Directeur : H. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris.) (1 vol. in-8° de 476 pages, avec 109 figures. Prix : 50 francs.)

Ce livre est surtout destiné au médecin praticien, qu'il met en face des différents problèmes cliniques d'O.R.L., en lui donnant le moyen de les résoudre avec un minimum d'instrumentation spéciale.

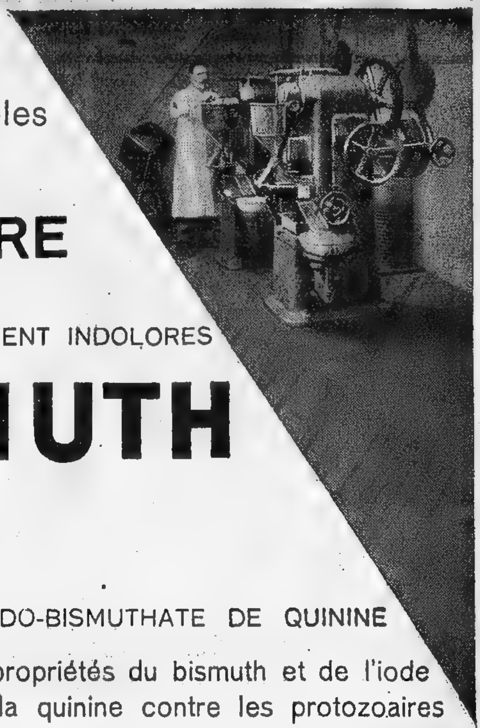
Soit, par exemple, le cas, assez fréquent, du malade qui vient consulter pour fétidité de l'haleine ; quelle en est la cause ? S'agit-il d'ozène, de sinusite maxillaire, de pyorrhée dentaire, de troubles du métabolime des graisses ?

Le praticien trouvera dans cet ouvrage les éléments lui permettant de faire un diagnostic étiologique précis et les méthodes les plus modernes de thérapeutique pour chacune des affections envisagées

Il y trouvera la description des opérations d'urgence, ou de « petite spécialité » qu'il peut avoir à pratiquer, et l'indication des cas où il doit faire appel à un spécialiste pour les interventions plus importantes.

L'auteur étudie successivement l'obstruction nasale, les rhinorrhées, les épistaxis, les dysphonies, les dyspnées laryngées et les dyspnées trachéo-bronchiques, les dysphagies, les otalgies, les écoulements d'oreilles, les surdités, les bourdonnements d'oreilles.

Quelques brefs chapitres d'anatomie et de physiologie rappellent au médecin les notions indispensables à la compréhension du sujet.





Les livres qui viennent de paraître...

Chez DOIN, 8, place de l'Odéon.

Dr Pierre PRUVOST, médecin des hôpitaux de Paris et du Sanatorium de Villepinte. — **Tuberculose pulmonaire. Tuberculose des séreuses.** Collection Des *Consultations journalières*. (In-16, 448 p., 33 fig., 16 pl. Prix : 30 fr.).

F. BORDET. — **Cœur et vaisseaux,** et A.-R. TURPIN. — **Sang et organes hématopoiétiques.** Collection des *Consultations journalières*. (In -16, 440 p. avec fig. Prix : 28 fr.).

Léon SCHEKTER. — **Comment consulter ? Essai d'hygiène et de médecine préventive.** Un vol. 340 p., Prix : 21 fr.).

A. ROUQUIER, agrégé au Val-de-Grâce. — **Précis de séméiologie neuro-psychiatrique à l'usage des praticiens.** (Un vol. in-8, 272 p. Prix : 32 fr.).

Auguste BÉCART. — **Le sang,** *abrégé d'hématologie* (In 8°, 140 p., 51 fig., un pl. Prix : 18 fr.).

Chez VIGOT, frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

A. KOTZAREFF et Roger FISCHER. — **Les cancers et la physico-chimie.** (Un vol. 336 p., 83 fig. et tableaux. Prix : 50 fr.).

Chez MASSON ET Cie, 120, boulevard St-Germain.

P. RUDAUX, accoucheur des hôpitaux et Ch. MONTET. — **Le guide pratique de la mère.** *Les deux premières années de l'enfant, notions élémentaires de puériculture.* (176 p., et fig. Prix : 12 fr. 50).

LIBRAIRIE DE L' « EXPANSION SCIENFITIQUE »
23, rue du Cherche-Midi.

Dr P. KOUINDJY, ancien chef des services de Rééducation à la Salpêtrière et de Physiothérapie au Val-de-Grâce. — **Précis d'éducation physique et respiratoire.** Notions indispensables au médecin praticien. (Un vol. 154 p. avec fig. Prix : 12 fr.).

Chez N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Technique radiographique moderne (In-8, 136 p., 37, fig. Prix : 12 fr.).

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

APOTHICAIRE DANS LES PROVERBES, par Albert GARRIGUES, *Revue des spécialités*, janvier 1927.

BORGNES PAR ACCIDENT DU TRAVAIL (Législation, incapacité permanente), par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 4, 23 janvier 1927.

DÉSENSIBILISATION, par FOVEAU DE COURMELLES, *Courrier médical*, n° 3, 23 janvier 1927.

DYSMÉNORRHÉE (Traitement par sympathectomie artérielle hypogastrique), par R. LERICHE, Société de chirurgie de Lyon, 13 janvier 1927.

HYPOPHYSE (Considérations cliniques et étude microscopique d'une tumeur de), par J. SABRAZÈS, Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 3 décembre 1926 et *Journal hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 5, 30 janvier 1927.

HUMANITÉ (Pour l'empêcher de périr). Chronique à propos des travaux récents sur l'utilisation des différences de température des couches d'eau de l'Océan, par H. BOUQUET, *Monde médical*, n° 702, 1er février 1927.

MANOUVRIER (Léonce), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 6, 6 février 1927.

MÉDECIN. Education médicale et morale professionnelle, par MONTEUX, *Le Praticien de Marseille*, n° 21, 1er janvier 1927. — Héroïsme médical, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 3, 16 janvier 1927. — Sa responsabilité professionnelle, par P. BOUDIN, *La science médicale pratique*, n° 8, février 1927.

MÉDECIN MILITAIRE (Instruction des médecins de réserve), par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 5, 30 janvier 1927.

MÉDECIN DE SERVICE, 8e année, par O'FOLLOWELL, 1 vol. in-8, Paris 1927.

MÉTRORRHAGIES, MÉNORRHAGIES, MÉTROSTAXIS, par Maurice TUSSAU, *Vie médicale*, n° 1, 7 janvier 1927.

MOELLE (Etat de la vaso-motricité après section de la) par R. LERICHE, Réunion neurologique de Strasbourg 16 décembre 1926.

OPTICIENS (Ont-ils le droit d'examiner la vue de leurs clients ?), par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 6, 6 janvier 1927.

PHYTOTHÉRAPIE. — La potasse dans les végétaux, par Albert GARRIGUES, *Indépendance médicale* (Montréal), 15 janvier 1927.

PINEL, par O. BELIARD, *Quinzaine médicale*, n° 10, décembre 1926.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET PRODUITS HYGIÉNIQUES (Différence légale), par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 5, 30 janvier 1927.

RACHET (Pierre-Armand), par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 4, 23 janvier 1927.

SYNDICATS. — L'indépendance des médecins et le syndicalisme médical, par R. CRUCHET, *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 1, 10 janvier 1927. — Syndicalisme médical, par G. DUCHESNE, *Médecine pratique*, n° 10, 30 décembre 1926.

TERREURS HÉMÉGERTIQUES (Diagnostic), par Albert GARRIGUES, *L'Association médicale*, n° 1, janvier 1927.

TUBERCULOSE. — Tuberculose et hérédité, par H. BOUQUET, *Monde médical*, n° 700, janvier 1927. — Tuberculose latente, par Albert GARRIGUES, *Indépendance médicale* (Montréal), n° 8, décembre 1926. — Traitement par les lipoïdes biliaires, par G. LEMOINE, 1, plaquette, Vigot, Paris, 1926.

TUMEUR KYSTIQUE INTRAMÉDULLAIRE à symptômes spéciaux, par R. LERICHE, Réunion neurologique de Strasbourg, 18 décembre 1926.

ULCÈRE GASTRIQUE (Données radiologiques), par R. LERICHE, Société de chirurgie de Lyon, 3 janvier 1927.

L'EUMICTINE

« *Primo non nocere* »
(Hippocrate.)

Voilà une dénomination bien choisie, chose rare, à l'heure actuelle : *Eumictine* dit nettement ce qu'il faut dire (j'urine bien). C'est aussi l'une de ces spécialités d'élite, à base d'éléments bien définis, associés en un dosage rigoureux, produits dont un Laboratoire renommé nous garantit la pureté. Médecin et malade y trouvent sécurité et cure efficace.

Association bien définie de Santalol, Salol et Héxaméthylène-Tétramine, dans un enrobage au gluten (qui respecte intégralement l'estomac), l'Eumictine, grâce à ses principes balsamiques essentiels (Santalol) modifie profondément la muqueuse génito-urinaire, histologiquement altérée ; par ses molécules phénicosalicylées (Salol) décomposées à l'état naissant, elle annihile ou neutralise les micro-organismes pathogènes, enfin par son Héxaméthylène-Tétramine, elle nettoie, lessive, décongestionne l'appareil urinaire dans son ensemble, facilite les actes urolytiques ainsi que la rénovation épithéliale. On observe enfin, brochant sur le tout, ce pouvoir d'analgésie, d'anesthésie même, reconnu à l'Eumictine par la pluralité des praticiens.

La décomposition modificatrice, antiphlogistique et *antiseptique* de l'Eumictine permet d'obtenir, même à faibles doses, une action curative remarquable, littéralement traduite par la régénération (on peut même dire le rajeunissement) de toutes les branches de l'arbre urinaire. Par l'Eumictine, on observe la régularité et la limpidité parfaite de la sécrétion urinaire ; la disparition des états catarrheux et muco-purulents, plus ou moins bactériens ; la désagrégation progressive des filaments résiduels et des précipités minéro-organiques. Enfin, grâce à la pénétrante imprégnation des culs-de-sacs urétraux, cryptes prostatiques, etc... par les principes actifs, particulièrement bien sélectionnés, de l'Eumictine, on constate des effets sédatifs bien nets, manifestes, même dans les états aigus. Alors que certains balsamiques tirés du Santal peuvent exercer sur le tube digestif une influence néfaste, l'Eumictine n'entraîne jamais d'intolérance même chez les sujets hypersensibles. Elle s'assimile intégralement, n'occasionne ni renvois, ni diarrhée, ni douleurs lombaires, même aux doses de douze capsules par jour (quatre à chaque repas) qu'il convient de prendre dans les cas sérieux et dès le début.

Avec toutes ces raisons de supériorité, l'Eumictine a fait, depuis longtemps, ses preuves contre l'infection blennorragique dans toutes ses phases. Pour neutraliser la virulence blennorragique, pour prévenir les complications prostato-cystiques de l'urétrite et son retentissement sur l'épididyme, sur l'appareil rénal, sur le métro-salpinx, pour empêcher l'infection gonococcique d'émigrer dans le sang et d'envahir l'économie, on aura recours à l'Eumictine.

On doit en attendre aussi les meilleurs services chez les vieillards affligés de stagnation urinaire et de pesanteurs recto-périnéales liées à l'adénome prostatique et aux défaillances vésicales de la soixantaine. Les urines troubles, fétides, concentrées, glaireuses et grisâtres de la cystite chronique se transforment en une sécrétion claire, sans odeur, diluée et abondante, par l'action des essences balsamo-antiseptiques, de l'aldéhyde formique et du phénol naissant, par le drainage des flux catarrhaux et des phosphates ammoniaco-magnésiens, l'anesthésie des irritations sourdes et angoissantes et la régénération de l'appareil urinaire en son ensemble.

Un précieux avantage, unanimement accordé à l'Eumictine, c'est de ne redouter aucune contre indication. Même dans les cas de phlogose marquée, de rétention ou d'incontinence, d'hématurie, de rétrécissement, de pyélo-néphrite, cette médication est *incapable* de nuire (c'est la raison de notre épigraphe). Remède héroïque dans bien des cas, en triomphant de la misère physique des urinaires, il rétablit leur confiance en la médecine et modifie heureusement leur psychisme, trop porté vers le *taedium vitæ*.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

MÉDECINE SOCIALE

Les Assurances sociales, le Gouvernement et le Parlement. — La position du Corps médical. — L'exemple des Caisses de secours des mines. — Une nouvelle industrie : Les exploiteurs exploités.

Tandis que notre Premier répondait aux Parlementaires, venus lui demander de hâter le vote de la loi sur les Assurances sociales, qu'il s'agissait d'une question trop sérieuse pour être entreprise à la légère, qu'il entendait qu'une étude très approfondie en eût été faite préalablement, qu'il ne voulait pas s'exposer à faire courir à la classe ouvrière le risque de se trouver en présence d'une organisation qui ne lui donnerait que des mécomptes, M. Raoul Péret, Sénateur, ex-président de la Chambre des Députés, et grand prêtre actuel de la Mutualité, faisait dans son fief électoral une conférence retentissante, dans laquelle il proclamait les beautés et les bienfaits des Assurances sociales, dont il importait de doter le plus tôt possible les travailleurs.

Chacun de ces deux hommes d'Etat était dans son rôle. M. Poincaré, Ministre des Finances, jugeant le projet du point de vue financier, et sachant fort bien que l'Etat n'est pas en état présentement d'assumer la charge de la part qui lui incomberait dans le budget des Assurances, sachant également que ce n'est pas en vain que des critiques sont adressées à ces entreprises, dans tous les pays où elles fonctionnent, tant bien que mal, semble désireux d'attendre que les disponibilités de l'Etat soient suffisantes, et que le projet ait été assez longuement médité et mûri, pour offrir des garanties sérieuses de bon fonctionnement. M. Raoul Péret, au contraire, est pressé d'en voir l'aboutissement, dans l'espoir que l'Etat, n'ayant rien de mieux sous la main, confiera l'application de la loi à la Mutualité, qui trouvera là un regain d'activité et un lustre nouveau.

Ce qu'il faut bien se dire, c'est que, si des élections législatives ont lieu en 1928, l'une des deux Chambres, à la veille de celles-ci, votera, sans grande discussion vraisemblablement, un texte qui ne sera pas définitif, parce que l'autre Chambre ne se sera pas encore accordée avec la première, qui par conséquent ne sera pas mis en pratique, mais qui permettra aux candidats. sollicitant le renouvellement de leur mandat, de se donner comme les auteurs de cet immense progrès social.

Et tout sera à recommencer avec la nouvelle législature.

Mais, dans un an ou dans deux, ou dans dix, tôt ou tard, il n'est pas douteux que la loi sera votée par le Parlement et deviendra dès lors exécutoire. Il faut bien reconnaître, d'ailleurs, qu'elle part d'un principe excellent, quoiqu'on en ait dit, et qu'elle ne fait que généraliser obligatoirement, pour la masse des travailleurs, des mesures de prévoyance des plus louables, et qui sont déjà en honneur d'ailleurs, à des titres divers, chez un grand nombre de personnes. On s'assure contre l'incendie, contre les accidents, contre le vol, contre la maladie, contre le chômage, contre la mort même, — façon de parler de l'assurance sur la vie... Et l'on a raison. Mais ceux qui prennent ainsi des garanties contre des événements, dont certains sont inéluctables, en assument seuls tous les frais. Ils savent qu'à cette condition, ils font une sorte de placement, représentant un effort personnel dont ils mesurent seuls toute la valeur.

Faisant cet effort, ils se sentent dans une certaine sécurité, leurs précautions étant prises. Mais ils ne souhaitent pour ainsi dire jamais se trouver dans le cas de profiter de ces garanties. Ils payent leurs primes d'assurances contre l'incendie, contre les accidents, tout en espérant bien ne brûler jamais, n'avoir jamais d'accident. S'ils ont fait ainsi un *placement à fonds perdu*, ils y trouvent quand même leur compte.

Dans les Assurances sociales, une partie seulement des primes sera supportée par les assurés, qui auront ainsi effectué une dépense imposée dont ils prétendront sans doute retirer un profit. Ayant été contraints à payer, peut-être voudront-ils en avoir pour leur argent... C'est tellement humain !!! Il y a là une source d'abus possibles, qui existe moins dans les Assurances privées volontaires. C'est ainsi que s'expliquent les griefs adressés aux Assurances sociales.

Quoi qu'il en soit, pour nous autres, médecins, ce qui nous intéresse surtout, c'est l'Assurance maladie. C'est la façon dont elle fonctionnera qui retient notre attention. C'est dans la préparation de ce fonctionnement que nous entendons

être consultés, et que nos groupements syndicalistes ont déjà fait connaître les conditions auxquelles ils y participeront.

Sous quelque forme que ce soit, le médecin ne veut pas être exploité, et en tant qu'il fait partie de Syndicats, il veut également défendre l'Assurance contre les exploiteurs.

On comprend dès lors qu'il s'en trouve parmi nous qui rechignent à se rallier à l'Assurance maladie, quand ils ont déjà l'expérience de Caisses de secours en pleine action, et dont ils ont à souffrir.

Un confrère, qui exerce dans une région minière, m'écrit ce qui suit :

« Il serait peut-être utile que le *Concours médical* vînt faire un peu une enquête dans nos régions, où nous arrivons à faire quelquefois de la consultation à moins de quarante centimes, et qu'il fasse connaître l'exploitation dont est victime ici le médecin de la part des Caisses de Secours et des Compagnies minières.

Concevez qu'il est difficile de faire une médecine capable d'inspirer de la confiance et du respect quand, dans une matinée, on fait de 130 à 200 consultations, et 20 à 30 visites à domicile dans l'après-midi, sans compter quelques visites la nuit et les accouchements dystociques. Il serait, je crois, du rôle du *Concours* de faire connaître l'avilissant système du forfait par tête (pour 14 fr. par an, nous soignons quelquefois jusqu'à 10 personnes, ce qui représente toujours un nombre énorme de consultations et visites ; pour 1 fr. 30 par an et par tête, nous renonçons à soigner les blessés du travail au tarif légal.)

J'ai remplacé, avant mon installation, des confrères dans les départements et les postes les plus variés ; je n'en ai pas trouvé 3 % qui connaissaient ce système, et tous déjà, envisageaient avec plaisir la médecine sociale avec fixe, la plupart disant que le tarif à la visite entraînerait des abus.

Il serait bon d'ouvrir les yeux au monde médical avant le vote des assurances sociales.

J'assure ici, pour une somme modique, le service médical d'une population de six mille habitants. Dans les campagnes de Normandie et du Centre, trois, peut-être quatre médecins vivraient largement, sans abus, sur la même population.

Dr B.

Hélas, mon cher confrère, vous ne nous apprenez rien que nous ne sachions déjà. L'enquête que vous demandez a déjà été faite il y a quelques années, menée par notre regretté collègue Quivy, et nous sommes très renseignés sur cette déplorable façon de comprendre l'exercice de la médecine.

Ce qui nous étonne, c'est que, vous considérant comme une victime, comme un exploité — vous n'exagérez d'ailleurs pas — vous n'ayez pas déjà cherché, soit à secouer le joug, soit à vous grouper avec les confrères qui se trouvent dans votre cas, en vue d'une action commune destinée à modifier profondément des errements qui font de vous un misérable salarié, de condition infiniment plus médiocre que vos clients. Ils sont, eux, fortement syndiqués. Et quand ils réclament une augmentation de salaire, ils savent bien l'obtenir. Comment, du reste, ne comprennent-ils pas que leur intérêt exigerait qu'ils fussent certains d'être bien soignés, alors qu'ils ne peuvent pas l'être par un médecin qui voit de 150 à 200 clients par jour. Je dis à dessein *clients*, et non *malades*. Dans les organisations de secours comme celles-là, la morbidité apparente est considérable. Ne leur a-t-on donc jamais démontré que le souci de leur santé devait les pousser à soutenir de toute leur puissance les revendications médicales.

C'est précisément l'exemple des médecins de mines et des médecins de Caisses, là où elles fonctionnent déjà, qui impressionne la masse des praticiens et qui les incite à déclarer, à juste titre : « Tout, plutôt qu'un semblable régime ! »

***

Tous les médecins ne sont cependant pas de cet avis. Et il en est qui, malheureusement, accepteraient n'importe quelles conditions avec l'espoir de jouer de l'Assurance maladie, comme ils jouent des Accidents du travail. Pour ceux que j'ai appelés un jour les clinicards, ce n'est qu'un jeu en effet de recruter leur clientèle et de faire prospérer leur boutique. Bien que la loi l'interdise formellement, ils savent user des ristournes achalandeuses de leur usine à soins.

Mais ce n'est pas un jeu de tout repos. Il comporte des risques. D'abord, celui d'une poursuite judiciaire : il est exceptionnel. Ensuite, celui que nous ont révélé les journaux parisiens du 8 février. Nous avons lu en effet, dans *Le Matin*, le récit d'une arrestation d'un cambrioleur chez lequel une perquisition a été faite.

« Elle permit de découvrir un certain nombre de faux certificats de blessures pour lesquels le malfaiteur dut fournir des explications à M. Guillaume, commissaire à la police judiciaire.

— Ces certificats me servent lorsque la cambriole marche mal, expliqua-t-il. Je me présente chez certains médecins qui s'occupent plus spécialement d'accidents de travail en leur déclarant que je viens d'être blessé sur un chantier. En attendant qu'ils aient ma clientèle, ces médecins me font une avance de 30 ou de 50 francs. Inutile de vous dire qu'ils ne me revoient jamais. A quatre ou cinq médecins par jour, et Paris en compte un grand nombre, cela fait une petite matérielle minima de 150 francs.


TRAITEMENT DE LA SYPHILIS
PAR VOIE RECTALE
ACTIF · DISCRET · SIMPLE
INALTÉRABLES
ET
ABSORBABLES
SUPPOSITOIRES
CORBIÈRE
Pour
ADULTES 0,10 Cgr
ENFANTS 0,03 Cgr
NOURRISSONS 0,01 Cgr
d'Arsénobenzol
CORBIÈRE
A L'ARSÉNOBENZOL
(606)
Rigoureusement titré à 30% As pur
Présentés sous enveloppe
métallique hermétique
DOSES & MODE D'EMPLOI :
Le traitement comporte 48 suppositoires
en 2 séries de 24
Un suppositoire tous les soirs
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS (17e)
R.C. Seine 158 539


TRINITRINE
CAFÉINÉE
DUBOIS
DRAGÉES
A
NOYAU MOU
ANGINE
DE
POITRINE
LITTÉRATURE – ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
49 Avenue de la Motte Picquet – Paris

Par certificats de blessures, il faut entendre bulletins de déclaration d'accident du travail.

Voilà une industrie que nous ne soupçonnions pas.

Pour ceux qui croient à la justice immanente, n'en est-ce pas là un bel exemple ?

G. Duchesne.

LÉGISLATION MÉDICO-SOCIALE

Proposition de loi tendant à organiser un statut pour un corps de sages-femmes d'état.

Présentée par M. Charles Caffort, député.

Commentaires par Paul Boudin.

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Messieurs,

Dans un pays de pauci-natalité comme le nôtre, le devoir du législateur est clair. Il doit, avec la dernière énergie, combattre la mortalité infantile. L'une des armes les plus sûres à employer dans cette lutte, c'est d'assurer à la parturiente et au nouveau-né la meilleure hygiène pour préparer une race robuste. Dans la situation où nous nous trouvons, « l'essentiel est de remédier à l'affaiblissement quantitatif de notre race par son perfectionnement qualitatif », écrit un spécialiste en la matière, Me Gérard Strauss, avocat à la Cour d'appel de Paris (1). Certes, il a raison. L'on ne saurait remonter l'irrésistible courant des mœurs. Les nôtres, la sévérité des circonstances économiques aidant, ne sont plus favorables au développement des familles nombreuses, en dépit des encouragements à elles prodigués par le Parlement.

Aussi est-il urgent d'appliquer tout son effort à la protection des générations montantes, dont l'on enregistre chaque année l'effectif malheureusement décroissant.

Porter aide aux sages-femmes est l'un des premiers buts à atteindre par les partisans d'une politique de fructueuses réalisations. Ces « précieuses auxiliaires de la nature », dont le rôle est d'une incontestable utilité, traînent présentement une pitoyable vie. Entassées dans les villes, presque absentes des campagnes, victimes de la concurrence de dangereuses matrones, elles peuvent difficilement prétendre, selon les travaux de Me Gérard Strauss, à un salaire annuel moyen supérieur à 6.000 francs papier. Si des défaillances — d'ailleurs fort rares — ont été relevées chez nos sages-femmes, à leur seule misère (le mot n'est en rien exagéré), elles sont imputables. De plus, les tarifs de l'assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893) sont le plus souvent dérisoires, notoirement insuffisants.

Aussi la profession est-elle désertée. Aussi le recrutement se tarit-il.

Ajoutez à cela l'insuffisance de la protection légale contre les avorteuses, nuisible au bon renom de probité et de netteté de nos obstétriciennes.

Leur assurer une existence décente, les répartir sur notre territoire selon les besoins généraux, garantir leur titre très strictement contre les usurpations, frapper sans merci les coupables, mieux utiliser en matière de puériculture leur compétence technique indiscutable, telles sont les plus urgentes réformes à mettre sur chantier, si l'on veut coopérer au bon combat mené contre les fléaux évitables, pour le plus grand bien de la France de demain.

Comment arriver à des résultats ? Très simplement. En dotant, à l'imitation de la Grande-Bretagne, de l'Allemagne, du Danemark, des Etats scandinaves, etc., etc..., nos accoucheuses d'un statut. Les premiers fondements, M. le professeur Bar et une commission spéciale de l'Académie de médecine les ont posés dès 1917. Mais le terme *statut*, mal compris, a été la cause d'un violent déchaînement de colères. Divers groupements professionnels en ont pris ombrage. Ils ont dénoncé l'inadmissible intrusion de l'Etat dans une carrière libérale, ils ont déclaré la guerre à tout essai de « *fonctionnarisation* » des sages-femmes, ils ont blâmé sans vergogne les concepts développés par le professeur Paul Bar et ses doctes confrères.

Sans doute les opposants ont saisi l'insuffisance indéniable de la loi démodée et incomplète de 1892. Pourtant, se refusant à écouter les voix les plus autorisées, ils n'ont pu faire œuvre positive. Ils se sont bornés à déclamer contre l'hypothèse d'une éventuelle tyrannie de l'Etat. Et le temps s'écoule...— Loin de s'améliorer, le sort des obstétriciennes empire. Nul progrès n'a été accompli.

Seul un statut, délimitant les devoirs et les droits des sages-femmes, pourra, établissant pour la profession des bases solides et stables, lui rendre son lustre, concilier avec ceux du pays ses propres intérêts.

Remédier à l'exode inconsidéré des accoucheuses vers les cités, obtenir la participation des diverses unités administratives à leur entretien, leur accorder, pour tout ce qui touche à la première enfance, l'autorisation d'être les auxiliaires du médecin, voilà aujourd'hui une absolue nécessité.

A la vérité, l'application de ces données sera source de dépenses. Mais il est des dépenses productives. Nul-

(1) Voir : *La réglementation administrative de la profession de sage-femme*, chez Aristide Quillet, Paris.

les, mieux que celles-là, ne méritent cette épithète. Préparer l'avenir de la nation, s'attacher à la douer d'une population saine, cela ne saurait, aux yeux, de personne, passer pour un gaspillage

Nous préconisons la création de postes cantonaux de sages-femmes d'Etat. Bénéficiant d'une subvention annuelle de 3.500 francs en moyenne (subvention inversement proportionnelle au nombre d'accouchements payants auxquels présidera la titulaire) conservant le droit de soigner à titre onéreux, l'obstétricienne fonctionnarisée serait également logée. Elle recevrait des fournitures *gratis* (médicaments, désinfectants, etc.), disposerait de deux ou trois pièces pour y recevoir des parturientes. Elle se plierait, en échange de ces avantages à un système général de contrôle.

Le Trésor décaisserait ainsi environ 10 millions et demi pour ces traitements. Ce chiffre s'augmenterait d'une somme représentant les frais de construction et d'entretien des maisons des accoucheuses.

Partagées entre l'Etat, les départements et les communes, selon une proportion à fixer, les dépenses n'atteindraient guère, sur un budget de 40 milliards, une importance bien considérable.

Un règlement d'administration publique en définirait le détail.

La réforme, enfin, ne porterait aucune atteinte à la profession. Seront sages-femmes d'Etat celles-là le désirant. Pour mériter le diplôme spécial, elles seront astreintes à une troisième année d'études et à un examen. Nulle ne sera contrainte de s'y présenter. Les élèves sages-femmes libres demeureront soumises aux textes toujours en vigueur.

Pour ces motifs et sous réserves des précédentes remarques, j'ai, Messieurs, l'honneur de présenter à votre agrément la proposition de loi suivante :

PROPOSITION DE LOI

Article premier.

Il est institué par la présente loi un diplôme de sage-femme d'Etat.

Art. 2.

Sera sage-femme d'Etat, toute élève sage-femme qui aura accompli trois ans d'études et qui aura obtenu le diplôme spécial décerné, après examen, en fin de troisième année. Si la candidate échoue à deux reprises à cet examen, elle ne pourra plus prétendre au diplôme spécial. Sous cette réserve, l'inscription à la troisième année vaut engagement au service de l'Etat pour une période de dix ans. Les frais afférents à la troisième année d'études sont à la charge de l'Etat.

Art. 3.

La sage-femme d'Etat sera nommée à un poste cantonal par arrêté du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, sous l'autorité duquel elle se trouve placée. Elle sera tenue, à peine de révocation, d'y résider.

Art. 4.

Un règlement d'administration publique fixera le montant des traitements des sages-femmes d'Etat, les classes de leurs postes, les règles de leur avancement, la composition de leur conseil de discipline.

Art. 5.

Les sages-femmes d'Etat conservent le droit de traiter la clientèle payante.

Art. 6.

La sage-femme d'Etat, sur l'avis de l'autorité chargée de la contrôler, pourra être mise d'office à la retraite, en cas de diminution de ses capacités physiques ou intellectuelles. A 60 ans d'âge, elle sera mise d'office à la retraite. Elle jouira alors d'une pension formée par une retenue de 6 % sur le montant de son traitement annuel.

Art. 7.

Acceptant le contrôle de ses actes par une autorité qualifiée, la sage-femme d'Etat sera tenue de donner ses soins aux bénéficaires de la loi du 15 juillet 1893, assistera le médecin aux consultations de nourrissons, crèches, etc. Elle remplira dans son ressort les fonctions d'infirmière puéricultrice.

Art. 8.

Un poste de sage-femme d'Etat (au moins) sera créé par arrêté pris par le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyances sociales, dans chaque canton. Les frais et dépenses y afférents seront ventilés entre l'Etat, le département et les communes du canton intéressé. Chaque commune reste libre de subventionner une sage-femme indépendante.

Art. 9.

La présente loi ne porte nulle atteinte aux prescriptions des lois du 30 novembre 1892 et du 6 août 1916 en ce qui touche à l'exercice de la profession par les sages-femmes libres, soumises à deux années d'études.

Art. 10.

Quand il sera nécessaire, sur décret rendu sur la proposition du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, l'exercice de la profession pourra être interdit à toute sage-femme en excédent d'un nombre déterminé, pour une région déterminée.

Art. 11.

Le diplôme sera définitivement retiré à toute sage-femme coupable de manœuvres abortives ou anticonceptionnelles.

Art. 12.

Un crédit de 25 millions est ouvert au budget du Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales pour l'exercice 1927, afin d'assurer l'application de la présente loi.

Art. 13.

Un règlement d'administration publique déterminera les modalités d'application de la présente loi.

Commentaires.

L'initiative prise par l'honorable député, M. Charles Caffort, part d'un excellent sentiment : il veut « assurer à la parturiente et au nouveau-né la meilleure hygiène, pour préparer une race robuste ».

Epousant les idées que Me Gérard Strauss a soutenues dans sa thèse si intéressante de Doctorat en Droit, il estime que le seul remède est dans la création de postes de sages-femmes cantonales, appointées par l'Etat, les départements et les communes.

Je suis d'un avis diamétralement opposé et, avant de créer des postes de nouvelles fonctionnaires, je crois qu'il serait utile de se servir de ce qui existe actuellement et de l'améliorer.

Personnellement, je ne crois pas à l'efficacité du mythe du fonctionnarisme à outrance. D'ailleurs, si aujourd'hui, on estime qu'il faudrait des sages-femmes cantonales, demain il faudra des médecins de circonscriptions.

Quel serait l'avis de Me Gérard Strauss, si l'on proposait la création d'avocats fonctionnarisés, pour l'assistance judiciaire, afin de diminuer pour les plaideurs, les frais accessoires, si lourds, qui accompagnent une justice dite gratuite, en France ?

D'ailleurs, toutes les fois que l'Etat s'est occupé de faire quelque chose en hygiène sociale, ou même en assistance, c'est souvent pour n'arriver qu'à des simulacres, voire même à des caricatures, à des embryons d'organisation.

M. Charles Caffort le reconnaît lui-même, lorsqu'il montre l'inefficacité des encouragements prodigués par le Parlement aux familles nombreuses. Il pourrait ajouter l'inanité des secours alloués aux femmes en couches, à l'assistance aux enfants, etc.

Le budget de l'assistance et de l'hygiène est ridiculement modique, infime : aussi laissons le Parlement et l'Etat faire de la politique générale, ils n'ont pas encore compris que, dans une nation vraiment civilisée, les budgets de l'hygiène et de l'instruction publique devraient être les plus élevés, juste avant celui des travaux publics,

Mais c'est une autre question. Pour en revenir à la proposition de loi de M. Caffort, j'estime que, pour améliorer le sort des sages-femmes, point n'est besoin de les fonctionnariser.

Tout d'abord, je relève, dans le rapport, un aveu, qui me fait grand plaisir. « De plus, les tarifs de l'assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893), sont, le plus souvent, dérisoires, notoirement insuffisants. »

Voilà une vérité qui prouve combien les organismes d'Etat n'aboutissent qu'à des caricatures d'organisations d'assistance et d'hygiène sociales.

On vote une loi, on décrète des règlements, pour que les indigents puissent recevoir les soins nécessaires à leur état de maladie ; mais on n'a pas d'argent, pour que ceux, qui font le travail médical, soient suffisamment rémunérés.

Au lieu de demander des millions, pour créer des sages-femmes fonctionnaires, qu'on réclame ces mêmes millions, pour que le service de l'assistance médicale gratuite soit payé au tarif normal.

Au lieu de cela, on escompte le dévouement, la générosité, l'altruisme du corps médical tout entier : on paye les fonctionnaires administratifs de l'assistance médicale, mais on ne rémunère ceux qui donnent leurs soins, ou font les accouchements, que dans des proportions dérisoires, nettement insuffisantes.

En second lieu, le programme que trace M. Caffort est séduisant : « Leur assurer une existence décente... garantir leur titre très strictement contre les usurpations, frapper sans merci les coupables, mieux utiliser, en matière de puériculture, leur compétence technique indiscutable. »

Très bien, ce programme et point n'est besoin, pour le réaliser, de créer des sages-femmes fonctionnaires.

D'ailleurs, cette création n'empêchera nullement les tarifs d'assistance médicale d'être aussi ridiculement bas, les matrones non diplômées de jouir d'une impunité scandaleuse, ou d'être condamnées à 50 francs papier d'amende, avec sursis (ce qui est une invitation à recommencer et à se moquer de la justice répressive).

Qu'on modifie d'abord les pénalités infimes, prévues par la loi du 30 novembre 1892. A cette époque, les amendes étaient payées en or et non pas, comme aujourd'hui, en monnaie dépréciée.

En second lieu, une matrone est aussi dangereuse, pour la santé publique, qu'un illégal quelconque, qui exerce la médecine, ou l'art dentaire.

Réprimez sévèrement l'exercice illégal, avec des sanctions sérieuses, qui donnent à réfléchir aux délinquants : la santé publique en bénéficiera, cependant que les titulaires de diplômes pourront mieux vivre, en exerçant leur profession.

Quant à utiliser les sages-femmes, soit comme infirmières visiteuses d'hygiène sociale, soit com-

me infirmières scolaires, ou de puériculture, c'est une idée qui m'est chère.

Je l'ai déjà soutenue devant le conseil supérieur de l'assistance publique en 1921 (*Concours médical* 1921.2403). Le conseil général du Cher avait émis un vœu, tendant à faire étudier par le Conseil supérieur de l'assistance publique, les moyens propres à favoriser l'installation des sages-femmes dans les campagnes.

Déjà, à cette époque, dans le rapport qui m'avait été confié, j'avais attiré l'attention de la haute assemblée, sur l'utilité morale et pécuniaire d'attribuer, à la sage-femme, des fonctions diverses, comme auxiliaire technique du médecin.

Ces diplômées y gagneraient en considération et en profits pécuniers.

Pourquoi, disais-je à cette époque, créer des infirmières visiteuses d'hygiène, avant d'utiliser ce qui existe déjà : la corporation des sages-femmes.

Aussi, puisque dans sa proposition de loi, M. Charles Caffort propose de faire faire une troisième année d'études aux élèves sages-femmes, désireuses de postuler pour un poste cantonal, pourquoi ne pas instituer cette troisième année pour toutes les élèves sages-femmes et leur apprendre ainsi, non seulement l'art des accouchements, mais également ce qu'on enseigne aux futures infirmières visiteuses d'hygiène et autres ?

Le médecin praticien aurait ainsi, sous sa direction, des personnes diplômées, instruites au point de vue technique, par suite sachant ce qu'elles doivent faire et également ce qu'elles ne doivent pas faire, pour la protection de la santé publique.

Point n'est besoin d'une loi nouvelle qui, mettant un collier autour du cou de certaines sages-femmes, les enchaînera dans une région.

La France est le pays de la liberté ; la profession médicale, dans toutes ses branches, ne peut s'exercer que librement. D'ailleurs les fonctionnarisations, ou les salariats médicaux ne donnent que des résultats pitoyables.

Un médecin payé à l'année, pour une besogne déterminée, estime toujours que la clientèle, qu'on lui impose, est trop exigeante et jamais contente, alors que celle-ci trouve que le praticien n'est pas assez dévoué, ni assez diligent.

Aussi, progressivement, l'idée du libre choix du médecin par le malade s'est implantée partout, car le client sait qu'il sera entre meilleures mains, lorsqu'il place librement sa confiance dans le praticien, qu'il choisit en toute liberté, qu'avec le docteur qu'on lui impose et que, souvent il ne connaît pas et qui ne le connaît pas.

Utilisons, en les modifiant, s'il y a lieu, les organisations légales et réglementaires, qui existent actuellement, avant d'innover et de se lancer dans l'inconnu.

Au surplus, généreusement, M. Charles Caffort alloue 3.500 francs par an, aux sages-femmes d'Etat. Que va-t-on leur imposer, en échange ? D'abord, de soigner gratuitement toutes les femmes enceintes inscrites sur les listes de l'assistance médicale gratuite.

Or, comme dans bien des communes, les maires ne se gênent pas pour faire figurer sur la liste des indigents, des personnes qui n'y ont aucun droit, les sages-femmes vont faire un marché de dupes.

Certes, me dira-t-on, la loi du 15 juillet 1893 a prévu un procédé de réclamation, contre toute inscription abusive, sur les listes de l'assistance médicale.

Ce serait mal connaître les influences politiques locales, d'autant que ces inscriptions abusives n'ont pour but que de faire donner les soins gratuits du médecin.

Au surplus, les maires se gardent bien d'inscrire leurs protégés au début de l'année. Ils emploient la faculté d'inscription d'urgence, que leur donne l'article 19 de la loi du 15 juillet 1893.

Le « Sou Médical » soutient certains de ses adhérents, pour se faire payer, par voie judiciaire, des honoraires, pour soins donnés à des gens inscrits abusivement sur les listes d'assistance, grâce à la complicité du maire, ou de son secrétaire de mairie.

Ah ! certes, on leur fera bien gagner aux sages-femmes d'Etat ces 3.500 francs, ainsi que le logement qui leur sera donné.

Sans compter que, fonctionnaires, elles devront vivre en parfaite intelligence avec les différentes municipalités, que les hasards de la politique conduisent, tous les quatre ans, à la direction des affaires communales.

Gare aux rancunes locales, aux vengeances de clocher. Combien d'instituteurs, ou autres fonctionnaires, de médecins mêmes n'ont-ils pas à pâtir de ces changements de politique locale ?

Aussi, pour ma part, vois-je avec défiance l'institution de sages-femmes, dont la vie professionnelle dépendra de la mauvaise volonté d'un maire.

Au reste, l'article 8 de la proposition de loi de M. Charles Caffort prévoit que « chaque commune reste libre de subventionner une sage-femme indépendante ».

La voilà bien la porte ouverte aux conflits locaux.

Je compare cette situation future à celle de certains médecins d'hôpitaux, ou directeurs de bureaux d'hygiène municipaux.

Des révocations ouvertes, ou déguisées, rappellent au corps médical fonctionnarisé, ou salarié, qu'il a perdu son indépendance. Il faut être de l'opinion de celui qui vous paie : le maire, ou sinon, vous serez déplacé, ou cassé aux gages.

PULMOSERUM
BAILLY

Combinaison Organo-Minérale
à base de
Phospho-Gaïacolates.
SÉDATIF des
Toux Trachéo-Bronchiques
MÉDICATION
la plus active pour le traitement des affections

BRONCHO PULMONAIRES

GRIPPES - CATARRHES
LARYNGITES
BRONCHITES - CONGESTIONS
COMPLICATIONS PULMONAIRES
DE LA
COQUELUCHE,
ROUGEOLE,
SCARLATINE

MODE D'EMPLOI. Une cuillerée à soupe dans un peu de liquide au milieu des deux principaux repas

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Laboratoires A. BAILLY
15 & 17, Rue de Rome, PARIS

UROPHILE
BAILLY

Association des plus efficaces dissolvants de l'
ACIDE URIQUE
MÉDICATION D'URGENCE DES
Manifestations Uricémiques

Rhumatismes Aigus ou Chroniques, Goutte, Lithiases Urinaire, Hépatique et Intestinale

TRAITEMENT RATIONNEL DES
Affections Arthritiques

Myalgies, Névralgies, Sciatiques et Migraines, Scléroses, Obésite, Eczemas et Dermatoses congestives dans toutes leurs localisations.

MODE D'EMPLOI
Une cuillerée à soupe dans la matinée, autant dans la soirée, dans un demi-verre d'eau ou de tisane.

ÉCHANTILLONS ET BROCHURES FRANCO SUR DEMANDE

Laboratoires A. BAILLY
15 & 17, Rue de Rome, PARIS

FORXOL

Association Synergique
des Principes Médicamenteux les plus efficaces.

FER, MANGANÈSE, CALCIUM,
en combinaison nucléinique, hexoso-hexaphosphorique et monométhylarsénique vitaminée

ADYNAMIE DES CONVALESCENTS
ÉTATS AIGUS
DE DÉPRESSION ET SURMENAGE
ASTHÉNIE CHRONIQUE DES ADULTES
TROUBLES DE CROISSANCE
ANÉMIES ET NÉVROSES
FAIBLESSE GÉNÉRALE

MODE D'EMPLOI: *Enfants :* (à partir de 5 ans) 1 à 2 demi-cuillerées à café par jour.
Adultes : 2 à 3 cuillerées à café par jour.
A prendre au milieu des repas dans de l'eau, du vin ou un liquide quelconque (autre que le lait).

ÉCHANTILLONS ET BROCHURES SUR DEMANDE

Laboratoires A. BAILLY
15 & 17, Rue de Rome, PARIS 8e

INSUFFISANCES
HÉPATIQUE ET BILIAIRE

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE
des ICTÈRES, HÉPATITES et CIRRHOSES
ANGIOCHOLITES et CHOLECYSTITES
LITHIASES BILIAIRES
ENTEROCOLITES, CONSTIPATIONS CHRONIQUES
ETATS HÉMORRHOÏDAIRES

OPOBYL
DRAGÉES

COMPOSITION	PHARMACODYNAMIE
Extrait hépatique Sels biliaires Boldo et Combretum Podophyllin et Evonymine	Cholagogue Rééducateur des fonctions entéro-hépatiques. Décongestif du foie et des intestins.

MODE D'EMPLOI
Une à deux dragées au début ou à la fin des repas, 2 ou 3 fois par jour.

Echantillons Gratuits sur Demande.
R. C. Seine 1079

Laboratoires A. BAILLY
15 & 17, Rue de Rome, PARIS

Le « Sou Médical » a soutenu plusieurs de ses adhérents pour des procès de ce genre.

Que dire enfin de l'article 10 de la proposition de loi : « Quand il sera nécessaire, sur décret rendu sur la proposition du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, l'exercice de la profession pourra être interdit à toute sage-femme en excédent d'un nombre déterminé, pour une région déterminée ».

Je crains que M. Charles Caffort n'ait pas bien saisi toute la portée sociale de cet article. Je trouve cette initiative très grave et fort dangereuse.

La loi du 30 novembre 1892 accorde aux titulaires de diplômes médicaux le droit de libre exercice de leur art, sur tout le territoire de la République.

Par cette loi proposée, on viendrait restreindre ce droit à la liberté du travail.

Une sage-femme mariée dans un pays, ayant ses intérêts dans une commune, pourrait se voir retirer le droit d'exercer, sous le prétexte qu'il y a une autre sage-femme dans le canton.

D'abord, qui déterminera le nombre optimum des sages -femmes, dans une région ? La maire ? personnage politique, renouvelé tous les quatre ans.

Le préfet ? mal renseigné, parce que trop confiné dans des fonctions administratives, centralisées au chef-lieu du département.

Le corps médical local ? comme par hasard, on l'a oublié, dans la proposition de loi. D'ailleurs, qui pense à consulter officiellement les Syndicats médicaux ? Les titulaires de fonctions diverses, élus, ou nommés par le pouvoir central, sont trop imbus de leur autorité césarienne, pour consentir à demander avis à des organismes, cependant légaux, en invoquant les termes de l'article 6 de la loi du 21 mars 1884 qui stipule que les Syndicats pourront être consultés sur tout ce qui se rattache à leur spécialité.

Conclusions.

Reprenant les critiques que j'ai déjà formulées sur pareil sujet (*Concours médical* 1925.2343 et 2731), je ne puis donner mon adhésion à la proposition de loi ci-dessus.

D'ailleurs, je ne crois pas savoir que les Syndicats de sages-femmes d'une part, et l'Union des Syndicats médicaux, de l'autre, aient été consultés, ou simplement pressentis, par M. Charles Caffort, sur l'opportunité de sa proposition.

Si l'honorable député s'était adressé aux groupes compétents, il aurait pu recevoir la documentation nécessaire, provenant de la consultation des intéressés : en l'espèce les membres du corps médical.

Sa proposition de loi part d'un bon mouvement : relever la situation morale et pécuniaire des sages-femmes et, en cela je l'approuve entièrement.

Mais les voies et moyens qu'il préconise me semblent dangereux et je crois que les organisations de praticiens partageront probablement mon opinion.

L'heure n'est pas encore venue, pour fonctionnariser tout ou partie du corps médical : ce serait une erreur sociale, préjudiciable à la santé publique.

Dr Paul Boudin.

DE L'ADHÉSION DES MUTUELLES MÉDICALES AUX UNIONS ET FÉDÉRATIONS DÉPARTEMENTALES

On nous demandait récemment si nos sociétés médicales de secours mutuels pouvaient adhérer aux unions et fédérations départementales et si elles avaient un intérêt quelconque à le faire.

Pour répondre en connaissance de cause à cette question, esquissons un résumé succinct de l'organisation de la Mutualité. Les sociétés mutuelles sont de deux sortes ; les unes approuvées, les autres libres, toutes deux régies du reste par la même loi d'avril 1898.

Plus tard, elles se sont groupées en unions départementales et un certain nombre de celles-ci se sont constituées en fédérations, au nombre de 4 ou 5 pour la France.

Au-dessus plane la fédération nationale, émanation de ces divers groupements. Au dernier degré de l'échelle se trouve le Conseil supérieur de la Mutualité, composé de 36 membres, 17 nommés par le gouvernement et choisis dans les corps législatifs et dans l'administration, un nommé par les Syndicats médicaux de France et 18 élus par les sociétés mutuelles groupées en collèges électoraux, au nombre de 12 pour les sociétés approuvées, de 6 pour les sociétés libres ; les collèges électoraux groupant chacun un certain nombre d'unions ou fédérations départementales.

Chacune de ces formations a un but déterminé. Les sociétés locales s'occupent des besoins locaux, surtout du service maladie ; soins en nature, indemnités, frais funéraires, et accessoirement, retraites limitées. Les unions et fédérations départementales organisent ce qu'on peut appeler les services supérieurs à la mutualité ; la réassurance maladie permettant de continuer le secours médical du troisième mois, terme habituel du service maladie ; au sixième mois, et même au-delà, l'organisation des caisses auto-

nomes de retraites ou d'assurances, la création de pharmacies mutualistes, de dispensaires, de cliniques chirurgicales, de sanatoria, etc.

Les petites sociétés avec des effectifs réduits ne peuvent prétendre à la mise sur pied de ces organismes qui ne sont possibles qu'avec la loi des nombres fournis par un chiffre important d'adhérents groupés dans les unions .C'est, en réalité, la réassurance des risques des petites sociétés prise en charge par des groupements à effectifs nombreux.

La fédération nationale, émanation des sociétés locales, est pour ainsi dire la synthèse de celles-ci. Elle discute les intérêts généraux de la Mutualité, recueille pour les mettre au point les vœux et desiderata des petites mutualités et les soumet au Conseil supérieur de la Mutualité, véritable organisme gouvernemental et commission officielle. Il étudie les problèmes de la Mutualité, leurs rapports avec les lois d'ordre général, les lois de finances et leur adaptation au mouvement social dans le domaine de la prévoyance et de la philanthropie.

Connaissant les rouages de la Mutualité, quelle doit être à leur égard la conduite de nos sociétés mutuelles ? D'abord nous avons le droit de faire adhérer aux unions et fédérations départementales nos sociétés mutuelles. Oui, toutes celles qui sont régies par la charte de la Mutualité de 1898. Il n'y a même pas de difficultés matérielles, car les cotisations des sociétés adhérentes sont minimes et représentent une somme infime par tête. Du reste nous connaissons bien les principes de la Mutualité, faire le tout presque sans argent des sociétaires, quitte à puiser dans la poche des autres (subventions et cotisations de membres honoraires).

Avez-vous,corps médical, intérêt à entrer dans les unions ou fédérations ou à rester isolés ?

Il est évident qu'à l'heure actuelle nous n'avons guère de profit immédiat à retirer de cette adhésion. Nos sociétés maladie nous assurent un chiffre supérieur à celui des sociétés mutuelles. Nos services de pensions n'ont pas besoin des caisses autonomes des unions, car ils sont basés sur des cotisations calculées par des actuaires ou se font par l'intermédiaire de la caisse nationale des retraites. Les autres créations des unions, pharmacies mutualistes, cliniques chirurgicales, dispensaires, etc., nous intéressent peu.

Cependant par suite de l'élévation des taux maxima des indemnités maladies et des pensions de retraites, nous sommes presque à limite avec celle des sociétés mutuelles ordinaires et peut-être un jour serions-nous appelés à profiter des services de réassurances maladies. Il peut, en outre, se créer de nouveaux services généraux, sanatoria, maisons de convalescence, colonies de vacances dont plusieurs d'entre nous pourraient se servir. Mais, en dehors de ces considérations utilitaires, il y a un grand intérêt moral pour les sociétés médicales à ne pas vivre en dehors des cadres de la Mutualité.

D'abord il est utile et même indispensable de savoir ce qui se passe dans les milieux mutualistes, puisque dans la vie de chaque jour le médecin se trouve en contact avec eux. Il est également utile d'y faire entendre notre voix. ce qui est toujours possible quand on est de la maison.

Quand on crée un dispensaire, une clinique chirurgicale, une pharmacie mutualiste, il y a des intérêts médicaux à sauvegarder, ces créations peuvent se faire avec nous ou contre nous. Les sociétés médicales mutuelles, unies dans les unions, peuvent servir de pont entre la Mutualité et les Syndicats, créer des ententes ou des contrôles qui ménageront les intérêts et la dignité du corps médical. Il faut se souvenir que dans les derniers congrès mutualistes, les médecins ont pu y assister et y faire entendre leurs voix. C'est que nos confrères étaient délégués de sociétés mutuelles et avaient le droit à ce titre de participer à ces assises de la Mutualité. Il est évident que membres des unions, nous connaîtrons les dirigeants de ces groupements, nous pourrons entretenir avec eux des rapports courtois, les instruire des desiderata du corps médical, leur faire connaître la charte votée dans nos assemblées et leur montrer que l'intérêt de leurs malades est le plus souvent conforme avec celui des médecins. Nous pourrions également assister à toutes les réunions générales des unions, y prendre la parole et aussi nous mettre directement en rapport avec les usagers de la Mutualité : les sociétaires. Peut-être même, défenseurs de leurs intérêts bien entendus, serions-nous envoyés par eux dans les Conseils d'administration comme leurs représentants. Notre présence dans les unions nous donnerait un certain nombre de voix dans les élections au Conseil de la Mutualité et de la Fédération nationale et la peur de l'électeur en Mutualité comme en politique est souvent le commencement de la sagesse.

Mais le vote prochain de la loi des Assurances sociales rend nos adhésions encore plus indispensables. Nous ne savons au juste quel sera le texte de cette loi et quels en seront les bénéficiaires. Il est possible que certains des nôtres puissent être des assujettis au moins facultatifs de la loi, médecins à clientèle modeste, médecins fonctionnaires ou à famille nombreuse. Ils auront donc avantage à être mutualistes avant le vote de la loi pour profiter des avantages qui leur seront réservés. Au Congrès de Strasbourg, la Commission des vœux a déposé un amendement pour permettre aux *mutualistes exclus de la loi de bénéficier de certains services de la loi des assurances sociales en payant des cotisations afférentes à ces services à condition qu'ils puissent*


des postes réputés!
Selectadyne
DÉPOSÉ
POSTE 6 LAMPES
DOUBLE RÉSONANCE A COMMANDE SIMULTANÉE
SIMPLICITÉ DE RÉGLAGE
le meilleur des postes fonctionnant sur antenne
SELECT HETERODYNE
LICENCE 44
AMPLIFICATION INTERMÉDIAIRE BREVETÉE
La plus récente réalisation des postes à changement de fréquence
fonctionne sur petit cadre de 45 c/mes
Alimentation sur accu ou secteur.
SynTodyne
DÉPOSÉ
POSTE 4 LAMPES
A GRAND RENDEMENT
SÉLECTION ET AMPLIFICATION PARFAITE
Accessible à tous.
UNION RADIOPHONIQUE U.R.F. DE FRANCE
T.S.F.
CATALOGUE GÉNÉRAL & NOTICES DÉTAILLÉES CONTRE 1F50
Ets MERLAUD & POITRAT
Ingénieurs · Constructeurs
Sté a responsabilité limitée au Capital de 300 000 Francs
TÉLÉPH: MÉNILMONTANT 70.91
5, rue des gatines _ PARIS (XXe)

justifier du versement pendant 20 *ans à une société de secours mutuels.* Il me semble que cet amendement pourrait s'appliquer à bien des médecins.

Une fois la loi votée, il faudra la mettre en marche et cela ne sera pas facile, c'est alors que les sociétés mutuelles interviendront pour assurer elles-mêmes cette mise en train. Il ne faut pas se le dissimuler, elles joueront dans l'organisation et l'administration des assurances sociales un rôle capital. Leur organisation actuelle est des plus médiocre, soit, mais elles ont, si mauvaise soit-elle, une organisation et des cadres, et le gouvernement,nouveau Ponce-Pilate, serait trop heureux de se décharger sur elles, au moins au début, du soin de présider à la naissance de cette importante réforme sociale.

Je dis au début, car bientôt viendront se dresser contre elle les Syndicats patronaux agricoles et surtout les Syndicats ouvriers. Ceci nous montre le rôle actif que pourront remplir les sociétés mutuelles médicales pour guider les unions dans les directives à donner aux caisses, dans l'organisation des contrats avec les Syndicats médicaux conformément aux aspirations du corps médical. Je résume mon opinion en ces termes :

Nous pouvons adhérer aux unions et fédérations mutualistes en vertu de la loi sur la Mutualité et nous avons à ceci, sinon un intérêt matétiel immédiat, du moins un intérêt moral de premier ordre.

Dr M. VIMONT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

RÈGLEMENT DES POUPONNIÈRES SANS MÈRES

Le Comité National de l'Enfance a pris la décision de demander à une commission composée de personnes compétentes un programme d'organisation et de réglementation des Pouponnières. Ce mode d'Assistance infantile, depuis quelques années, a pris en effet dans le pays une grande extension et son étude est devenue très nécessaire et très urgente.

La Commission a été composée strictement de médecins ou de membres de Comités directeurs de Pouponnières.

La Commission a posé en principe que la pouponnière s'appliquait à deux variétés d'internats de poupons, rendant tous deux de grands services mais présentant des particularités différentes se résumant dans les termes suivants : Pouponnières avec mères et Pouponnières sans mères.

Ces dernières ne sont devenues possibles que dans ces dernières années et ont subi diverses réalisations dans les pouponnières de l'Entr'aide des Femmes françaises à Paris et en province et dans la pouponnière des Crèches parisiennes. Ces pouponnières peuvent héberger quelques mères dans le personnel, mais elles s'adressent surtout aux enfants séparés et soumis à l'allaitement artificiel. Elles exigent donc une organisation et une étude toute spéciale.

Une sous-commission composée de M. le Dr Stévenin, président, de M. le Dr d'Heucqueville et de Mlle Lavedan a été chargée de cette étude. Une autre sous-commission a été organisée pour l'étude de l'autre variété de Pouponnière : la Pouponnière avec mères dont le type a été réalisé depuis de longues années par l'œuvre de la Pouponnière de Porchefontaine, dans laquelle, les mères-nourrices partagent leur lait avec un ou deux nourrissons. C'est l'organisation adoptée par l'asile de Saint-Maurice.

La sous-commission en question a pour Président M. le Dr Huber, médecin des hôpitaux, Mme le Dr Lecomte-Boudeville, le médecin de Fontenay et M. le Dr Charles Robert.

Cette sous-commission prépare son rapport :

La première sous-commission des pouponnières sans mères vient de terminer ses travaux. M. le Dr d'Heucqueville a présenté en son nom un rapport très complet sur la question dont tous les termes ont été discutés en commission.

Ce modèle d'organisation émane d'une expérience datant déjà de sept années. Elle doit donc à ce titre servir de modèle aux organisations de ce genre à créer. Le règlement modèle aux décrets futurs ayant pour but de permettre, d'organiser et de surveiller les pouponnières sans mères dont la création peut rendre de très grands services dans la protection des infortunés petits séparés dont le nombre est malheureusement toujours croissant et qui atteignent le chiffre de près de 80.000 pour une année, d'après un des derniers relevés présentés à l'Académie de médecine.

La Pouponnière sans mères est un internat de nourrissons, établissement où les enfants de moins de quinze mois, sont élevés en commun.

I. — INSTALLATION ET ORGANISATION DES POUPONNIÈRES.

Elles doivent occuper, au milieu de jardins, des locaux spacieux et bien aérés, où pénètrent largement le soleil et la lumière.

Ces locaux se composent de services pour nourrissons et de services annexes.

Les services pour nourrissons doivent comprendre :

a) Un lazaret, destiné à recevoir les enfants lors de leur entrée à la Pouponnière.

Ceux-ci devant y séjourner pendant leur sevrage et pendant la période d'acclimatement ; il importe que cette salle soit parfaitement installée et boxée.

La durée de séjour des enfants y sera de vingt et un jours au moins.

b) Salles communes, qui renferment les berceaux séparés par des cloisons pleines.

Le cubage d'air réglementaire (9 mètres cubes par enfant) et l'aération continue doivent être réalisés dans ces salles dont les parois seront lavables et dont le mobilier se composera uniquement d'objets à laver et à désinfecter. Le balayage devra être humide.

L'éclairage artificiel sera électrique lorsque l'installation en sera possible et on emploiera un système de chauffage hygiénique.

Il convient d'obtenir dans ces dortoirs le plus de lumière, de soleil, d'air, le moins de poussière, le moins de mouches qu'il est possible.

c) Une installation de bains-douches.

d) Infirmerie. Elle doit être suffisamment grande et bien organisée, complètement séparée des salles communes, divisée en boxes complets. Elle recevra les enfants revenant de l'hôpital, et les fébricitants. On y traitera sur place toutes les affections non épidémiques.

A l'infirmerie doit être attaché un personnel spécial et compétent ayant fait un stage dans les hôpitaux d'enfants.

Les services annexes comprennent :

a) Une biberonnerie divisée en deux parties, dans l'une se fait le nettoyage des biberons, dans l'autre les préparations alimentaires, ainsi que le remplissage des biberons.

b) Une buanderie.

c) Une lingerie.

d) Les chambres et réfectoires du personnel qui doivent être indépendants et isolés.

Le personnel est composé :

D'un médecin de préférence spécialisé en pédiatrie, d'une directrice, de berceuses (au minimum une pour 7 enfants si le reste du personnel est suffisant), d'une ou plusieurs veilleuses suivant l'importance de la Pouponnière.

Le choix des veilleuses doit faire l'objet d'une attention particulière. Une infirmière et une veilleuse spéciale seront affectées à l'infirmerie.

Le personnel doit être en bonne santé, exempt de tuberculose.

Des stagiaires peuvent être adjointes aux berceuses. Elles donneront leurs soins aux enfants sous la surveillance de la directrice.

II. — Réglementation de l'élevage.

Une enquête sociale sérieuse faite par une infirmière-visiteuse ayant démontré la nécessité absolue de la séparation, l'enfant sera présenté au médecin de la Pouponnière, qui après examen de son état physique, et après avoir examiné au besoin ses parents, prononcera ou non son admission.

Ne seront pas admis les enfants débiles, athrepsiques, atteints de maladies contagieuses et à cutiréaction positive.

En cas d'impossibilité de l'allaitement au sein dûment constatée, le jeune âge de l'enfant ne sera pas un obstacle à son admission.

On n'admettra pas d'enfants âgés de plus de quatre mois, sauf à titre exceptionnel, et seulement s'ils sont sevrés depuis un mois au moins. Le sevrage progressif est à recommander et il se fera au moyen d'une nourrice de l'établissement.

III. — Réglementation de l'élevage.

Les enfants sont nourris au lait frais, bouilli ou stérilisé, ou à défaut de lait frais de bonne qualité, au lait condensé ou sec.

Les enfants plus grands recevront des bouillies, des purées et du jus de fruits crus.

Les enfants doivent être changés au moins de 6 à 7 fois dans les vingt-quatre heures (au moins une fois pendant la nuit). Ils doivent être pesés à dates régulières.

Il est désirable que dans chaque Pouponnière on organise une installation permettant d'exposer les enfants convenablement vêtus et réchauffés, pendant la plus grande partie de la journée, au soleil et à l'air, à l'abri des vents et des poussières.

En outre, les enfants devront être promenés journellement, tenus dans les bras, en toute saison, sauf en cas de pluie ou de température trop rigoureuse.

Dès que les enfants sont fiévreux, ils sont éloignés des salles communes et mis en observation à l'infirmerie.

L'organisation dans chaque Pouponnière de rayons ultra-violets (avec toutes les précautions nécessaires) est désirable. Tout établissement se présentant dans les conditions énumérées ci-dessus pourra porter le nom de Pouponnière

L'autorisation d'ouvrir une Pouponnière ne sera donnée qu'à titre provisoire et pourra être retirée dès constatation que l'élevage n'est pas pratiqué dans de bonnes conditions.

L'inspection des Pouponnières sera faite par des médecins inspecteurs des Pouponnières au courant du fonctionnement de ces établissements qu'ils pourront visiter à tout instant. (*La Médecine infantile*, 1926.)

CRÉATION D'UN CADRE D'OFFICIERS DE SANTÉ AUXILIAIRES ET D'OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRES INDIGÈNES

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 7 décembre 1926.

Monsieur le Président,

La création d'aides-médecins militaires indigènes avait été envisagée par le décret du 21 juin 1906 sur l'organisation du corps de santé des troupes coloniales, mais l'article 7 de ce décret ainsi du reste que le décret du 4 juillet 1920 appliquant en Indochine les dispositions dudit article, n'avaient prévu pour ces auxiliaires que l'assimilation au grade de sous-officiers. Le décret rendu le 17 décembre 1925, le conseil d'Etat entendu, a complété ces dispositions, en donnant aux aides-médecins militaires indigènes l'appellation d'officiers de santé et en leur attribuant non seulement l'assimilation du grade de sous-officier, mais encore celle du grade d'officier indigène. Ce dernier texte prévoit en outre que leur recrutement leur répartition et leur emploi feront l'objet de décrets ultérieurs.

Au moment où l'emploi d'effectifs indigènes nombreux, de races diverses, appelés à servir dans ou hors de leur pays d'origine, est considéré comme une nécessité, l'organisation d'un cadre d'officiers de santé militaires africains, annamites et malgaches, destinés à servir dans les troupes de leur race, apportera au corps de santé des troupes coloniales, dont le personnel déficitaire est actuellement l'objet de nos très vives préoccupations, un concours et une aide extrêmement précieux. Le rôle de ces officiers de santé, auprès des indigènes de leur race, sera d'une importance exceptionnelle, tant au point de vue moral et psychologique qu'au point de vue technique ; aptes à parler leur langue, à pénétrer leur mentalité, ils seront auprès d'eux les meilleurs agents de diffusion de nos méthodes de thérapeutique et d'hygiène. Ils allègeront ainsi les charges très lourdes qui incombent aux médecins des troupes coloniales et les seconderont avec avantage, tant dans les services de troupes, aux colonies et en France, que dans les hôpitaux coloniaux et, le cas échéant, dans les formations sanitaires du service de santé en campagne où des troupes indigènes se trouveraient en traitement.

Le moment paraît donc venu de procéder à l'organisation du cadre prévu par le décret du 17 décembre 1925 susvisé. Tel est l'objet du présent décret que nous avons l'honneur de soumettre à votre haute sanction.

Nous vous prions d'agréer, monsieur le Président, l'hommage de notre profond respect.

Le président du conseil, ministre des finances,
Raymond POINCARÉ.

Le ministre de la guerre,
Paul PAINLEVÉ.

Le ministre des colonies,
Léon PERRIER.

Décret du 7 décembre 1926.

TITRE Ier

CONSTITUTION

Art. 1er. — Le cadre des officiers de santé militaires indigènes prévu par le décret du 17 décembre 1925 susvisé est recruté parmi les jeunes gens ayant le diplôme de fin d'études des écoles de médecine des colonies.

Ces jeunes gens débutent comme officiers de santé auxiliaires indigènes ayant rang d'adjudant et peuvent devenir officiers de santé indigènes ayant rang d'officiers indigènes.

Art. 2. — Les officiers de santé auxiliaires indigènes et officiers de santé indigènes sont employés, sous l'autorité des médecins du corps de santé des troupes coloniales, à l'exécution des divers détails du service de santé, soit dans les troupes de même race, soit dans les formations sanitaires et dans les autres services médicaux et sanitaires confiés au corps de santé des troupes coloniales dans la colonie dont ils sont originaires.

Ils peuvent être mis hors cadres à la charge des services employeurs, dans les mêmes conditions que les médecins du corps de santé des troupes coloniales.

TITRE II

OFFICIERS DE SANTÉ AUXILIAIRES

Art. 3. — Les officiers de santé auxiliaires sont recrutés parmi les médecins diplômés des écoles de médecine de Hanoï, Tananarive et Dakar, qui ont contracté dans ce but l'engagement volontaire spécial ci-dessous indiqué, ou qui sont appelés sous les drapeaux pour accomplir le service militaire obligatoire.

Les engagés doivent :

1° Réunir les conditions d'aptitude physique exigée pour le service armé ;

2° Signer un engagement d'une durée égale à celle de l'engagement souscrit par les médecins indigènes nommés au titre civil dans les services de l'assistance de leur colonie d'origine.

Les engagés et les appelés doivent :

1° Satisfaire aux épreuves d'un examen dont les conditions seront fixées par une instruction ministérielle ;

2° Accomplir six mois de service comme infirmiers dans un détachement d'infirmiers des troupes coloniales, avant d'être nommés officiers de santé auxiliaires.

Les officiers de santé auxiliaires sont affectés aux formations sanitaires du service général dans leur colonie d'origine. Au bout d'un an de grade, ils peuvent être nommés officiers de santé s'ils sont jugés aptes. Dans ce cas, ceux des intéressés qui accomplissent leur service militaire, en qualité d'appelés, doivent signer un contrat les liant au service pour une durée égale à celle prévue au 2e alinéa du présent article, diminuée des dix-huit mois déjà accomplis.

En cas d'insuffisance reconnue, les officiers de santé auxiliaires peuvent à leur choix continuer à servir avec ce grade ou rentrer dans la vie civile. Les engagés qui opteront pour la libération verront leur contrat d'engagement résilié de plein droit ; les appelés seront envoyés en congé jusqu'au passage de leur classe dans la réserve. Les uns et les autres, en cas d'option pour le maintien au service, pourront être admis, dans les conditions habituelles, soit à l'expiration de leur contrat d'engagement, soit à l'expiration de la durée réglementaire du service obligatoire, à contracter des rengagements successifs jusqu'à une durée totale de quinze années de services militaires.

TITRE III

Officiers de santé indigènes

Art. 4. — Les officiers de santé auxiliaires nommés officiers de santé sont affectés avec leur nouveau grade, à un corps de troupe indigène, ou dans une formation sanitaire de leur colonie d'origine.

Art. 5. — Le cadre des officiers de santé indigène comprend :

Des officiers de santé de 3e classe assimilés à sous-lieutenant indigène ;

Des officiers de santé de 2e classe assimilés à lieutenant indigène ;

Des officiers de santé de 1re classe assimilés à capitaine indigène.

Le grade d'officier de santé de 1re classe n'est conféré que dans des circonstances rares, aux officiers de santé de 2e classe, d'une valeur morale exceptionnelle et présentant des aptitudes professionnelles étendues.

Art. 6. — L'avancement des officiers de santé indigènes a lieu uniquement au choix. Le temps minimum, en temps de paix, exigé pour être promu au grade supérieur, est de trois ans dans le grade d'officier de santé de 3e classe, et de cinq ans dans le grade d'officier de santé de 2e classe.

Art. 7. — L'effectif des officiers de santé indigènes est déterminé par la loi de finances. Il correspond au maximum à un officier de santé ou officier de santé auxilaire par bataillon d'infanterie indigène ou groupe d'artillerie indigène ou mixte, et deux par formation sanitaire aux colonies.

TITRE IV

Récompenses

Art. 8. — Les officiers de santé auxiliaires et les officiers de santé concourent pour la médaille militaire et pour la Légion d'honneur dans les conditions qui sont prévues pour les adjudants et les officiers indigènes.

TITRE V

Statut

Art. 9. — Pour la possession du grade, la juridiction dont ils relèvent, les conseils d'enquête, les honneurs et préséances, le service à l'extérieur, la solde, les retraites, le service dans la réserve, les congrès et permissions, les officiers de santé auxiliaires et les officiers de santé sont régis par les dispositions prévues respectivement pour les adjudants et les officiers indigènes de même race dont ils ont la correspondance de grade.

TITRE VI

Situation des officiers de santé indigènes naturalisés français

Art. 10. — Les officiers de santé indigènes peuvent, sur leur demande, et dans les conditions fixées par la législation en vigueur, obtenir la qualité de citoyen français.

La naturalisation ne confère en rien aux officiers de santé indigènes le droit de servir au titre français, ni l'autorisation d'exercer la médecine en France ou aux colonies dans les conditions exclusivement réservées aux docteurs en médecine. Ils continuent donc à servir au titre indigène, dans les conditions prévues à l'art. 2. La même règle est applicable aux médecins qui, diplômés des écoles de médecine des colonies, possèderaient déjà la qualité de citoyens

français avant leur admission dans le cadre des officiers de santé et qui demanderaient, à la sortie de ces écoles, à servir dans les corps indigènes sous les conditions fixées par le présent décret.

TITRE VII

DISPOSITIONS DIVERSES.

Art. 11. — Les créations d'officiers de santé auxiliaires et d'officiers de santé ne seront réalisées qu'à mesure que les crédits nécessaires auront été régulièrement prévus à cet effet au budget du département des colonies ou à celui de la guerre, ou que les budgets locaux des colonies auront accepté de les prendre à leur charge.

Les emplois ainsi créés se substitueront nombre pour nombre à des emplois de médecins aides-majors et de médecins-majors de 2e classe des troupes coloniales.

Art. 12. — Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent décret, en particulier celles du décret du 5 juillet 1920 susvisé.

Art. 13. — Le président du conseil, ministre des finances, les ministres de la guerre et des colonies, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* de la République française et au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 7 décembre 1926.

(*J. O.*, 15 décembre 1926.)

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. DARGELOS, (*Suite*)

Logements et habitations insalubres.

Ces deux mots, quelques rapports qu'ils aient entre eux, ne sont pas synonymes.

Nous comprendrons sous le nom de logement, tout espace plus ou moins limité, dans lequel un individu, une famille, passent la plus grande partie de leur existence.

Nous comprendrons dans le mot habitation, l'ensemble et les dépendances des locaux dans lequel les logements sont circonscrits.

Les causes d'insalubrité peuvent être différentes pour les deux.

C'est ainsi qu'une habitation, salubre dans son ensemble, peut contenir un ou plusieurs logements insalubres.

Le logement insalubre est celui qui présente une ou plusieurs des conditions suivantes : humidité, air confiné, privation de lumière rayonnante, malpropreté, encombrement...

Humidité. — Lorsqu'elle provient du mode de construction, de la mauvaise qualité des matériaux, de l'absence de caves ou de leur non étanchéité, de la situation du rez-de-chaussée en contre-bas du sol, etc... c'est l'ensemble de l'habitation qui est atteint. Il est rare, dans ce cas, que tous les logements du rez-de-chaussée ne soient pas soumis à cette même cause d'insalubrité.

Même lorsqu'une maison ne présente pas les inconvénients qui précèdent on peut y rencontrer des logements rendus insalubres par une humidité ayant une autre origine. Nous ne citerons qu'en passant celle qui provient des infiltrations par bris de conduite ou défectuosités des toitures auxquelles il est facile de remédier.

Nous insisterons davantage sur l'humidité provenant des éviers mal tenus, des cuisines sales, de l'évaporation des détritus du ménage, des linges séchés dans l'appartement, de la saturation de l'air par la vapeur d'eau provenant de la combustion du gaz ou de la respiration. Ce dernier genre d'humidité se rencontre dans les logements exigus et malpropres, qui sont sujets en même temps aux deux grandes causes d'insalubrité résultant du défaut de lumière directe et du défaut d'aération.

Privation de lumière rayonnante. — L'action bienfaisante et nécessaire de la lumière rayonnante, de la lumière solaire, sur la nutrition est d'observation constante et connue de tous.

Les plantes qui végètent dans l'obscurité, dans les caves ou les grottes perdent la propriété de produire la couleur verte qu'on appelle la chlorophylle ; elles perdent en même temps leur odeur, leur saveur ; elles se décolorent et se gorgent de sucs aqueux. C'est en privant leurs plantes de lumière que les jardiniers obtiennent le blanchiment des salades, céleris, etc.

La lumière est tellement nécessaire aux plantes que lorsqu'elle leur vient d'un seul point, elles s'orientent toujours vers cette direction. C'est, en effet, grâce à la lumière solaire et à la chaleur qui l'accompagne qu'elles fixent le carbone nécessaire à leurs tissus.

Si l'on compare l'aspect des hommes vivant en plein air, soumis à l'action des rayons solaires, à celui des personnes occupant, dans les villes, des logements éclairés par la lumière diffuse, ou celui des ouvriers passant leurs jours dans les profondeurs des mines, on voit le teint clair,

vif, indicateur de la bonne santé des premiers, contraster avec le teint pâle, blafard et l'air maladif des autres.

Et lorsque cette lumière diffuse, qui visite et éclaire seule certains logements, est en outre insuffisante, qu'il faut y suppléer par la lumière artificielle, augmentant par les produits de la combustion le méphitisme du logement, l'aspect maladif est remplacé par la maladie réelle. Les microbes, les moisissures, qui aiment l'humidité obscure, y pullulent en toute sécurité. C'est là que l'on trouve cette population d'êtres atones, chétifs, rachitiques, scrofuleux, voués à toutes les déchéances et en particulier à la tuberculose.

Aération. — L'air que nous respirons est un mélange de 23 % d'oxygène et de 77 % d'azote, contenant trois centimètres cubes d'acide carbonique par 10 litres. Il contient, en outre, 1 % d'argon et quelques gaz rares : xénon, néon, hélion, en petites quantités.

La composition de l'air atmosphérique est maintenue uniforme par l'harmonie des échanges incessants entre les végétaux et les animaux. Les premiers réduisent l'acide carbonique emprunté à l'air, fixent le carbone et lui rendent l'oxygène que les animaux utilisent pour vivifier leur sang et qu'ils rendent à l'air sous forme d'acide carbonique.

Comme l'a écrit le grand chimiste Dumas dans son « Essai de statistique chimique des êtres organiques » tout ce que l'air donne aux plantes, les plantes le cèdent aux animaux, les animaux le rendent à l'air.

C'est cet air atmosphérique, à composition constante, qui sert à la respiration.

La respiration est la première manifestation de la vie extra-utérine. Comme la circulation, cette fonction s'exécute sans interruption, jusqu'à la fin de l'existence.

Elle a pour but d'amener l'air atmosphérique dans les vésicules pulmonaires, où les globules du sang lui empruntent l'oxygène. Ces globules, devenus d'un rouge vif par la fixation de ce gaz, gagnent le cœur gauche et sont poussés par lui dans les artères et les capillaires. Ils vont porter aux tissus l'oxygène ; ils se chargent, en même temps, de l'acide carbonique, produit des oxydations et prennent sous son influence une coloration noire ; ils retournent, par l'intermédiaire des veines et du cœur droit, dans les poumons, où ils rendent à l'atmosphère l'acide carbonique que les végétaux se chargeront de réduire à nouveau.

Pour que la nutrition résultant de ces échanges soit normale, il faut que l'air amené au contact des globules sanguines, possède en proportions normales les gaz constitutifs de l'air atmosphérique. Il faut, en outre, que l'air atmosphérique soit exempt d'impuretés le rendant irrespirable ou toxique, et qu'il soit assez abondant pour fournir l'oxygène nécessaire aux oxydations organiques.

Tout le monde sait que l'air mélangé à l'oxyde de carbone, dans les proportions de 3 %, amène l'asphyxie rapide. Il en est de même pour l'acide carbonique lorsque ce dernier rentre pour 15 % dans la composition de l'air atmosphérique.

Il est inutile de rappeler les accidents mortels qui frappent les ouvriers imprudents pendant les fermentations des cuves de vendanges. Les mêmes accidents peuvent survenir dans les égouts, dans les caves, lorsque des gaz méphitiques (gaz sulfhydrique, gaz d'éclairage ou autres gaz toxiques), ont rompu les proportions de l'air atmosphérique ou altéré cet élément.

Ce n'est pas de ces asphyxies pouvant amener une mort rapide, que nous voulons nous occuper, mais bien de cette asphyxie lente, insensible, progressive qui, sous l'influence d'une viciation moindre mais constante de l'air atmosphérique, ou de son insuffisance comme quantité, exerce sur l'organisme, une action nocive de tous les jours, de tous les instants et arrive, par étapes ininterrompues, de l'anémie simple, à la misère physiologique.

C'est surtout dans les grandes villes, dans les grandes agglomérations que l'on rencontre les logements présentant ces causes d'insalubrité réunies à toutes les autres : logements en sous-sol, logements sous les escaliers, dans les arrières-boutiques, dans les réduits disséminés aux divers étages, ne recevant de l'air et de la lumière que par le vestibule ou la cage d'un escalier à peine éclairé lui-même par un dôme plus ou moins transparent.

C'est certainement dans les grandes villes que l'on rencontre ces taudis et l'on comprend que les lois et règlements les aient eus pour principal et presque unique objectif.

On en rencontre cependant aussi dans les petites villes de province. Il n'est pas rare que le médecin trouve des malades dans une chambre sans fenêtre, qui prend de l'air et de la lumière par la cuisine seule, par un corridor ou par un escalier. Que de fois n'est-on pas consulté par de jeunes bonnes arrivées depuis 3 ou 4 mois de leurs montagnes et ayant perdu, dans ce laps de temps, leurs couleurs et leurs forces. Le plus souvent, quand on les interroge, on apprend qu'elles sont logées dans des réduits de ce genre.

Il ne faut pas chercher ailleurs la cause de leur chloro-anémie, de leurs adénopathies ganglionnaires, dont le traitement efficace est presque toujours le retour au pays natal. Combien seraient-elles avisées, lorsqu'elles viennent se placer en ville, de s'inquiéter d'abord de la salubrité de la chambre à coucher qu'on leur destine et d'opter dans le choix de la place à occuper, pour celle où, même avec des gages moindres,

elles trouveraient la certitude de ne pas être privées de l'air et de la lumière nécessaires à leur développement et à la conservation de leur santé.

Les campagnes aussi ont leurs logements insalubres. Le défaut d'aération et de lumière solaire ne devrait jamais, semble-t-il, y exister ; il n'en est cependant pas toujours ainsi.

Combien d'habitations rurales où la chambre à coucher, sans cheminée, reçoit l'air extérieur par une ouverture des plus réduites portant cependant le nom de fenêtre ! Que de fois ne voit-on pas cette chambre mal éclairée, mal aérée mal ventilée, divisée en deux parties par une cloison, transformant la partie postérieure en une niche obscure dans laquelle se trouvent les lits des enfants !

C'est surtout la lumière qui fait le plus souvent défaut ; non seulement dans la chambre à coucher, mais encore dans la cuisine. Celle-ci, souvent sans dallage, est envahie par l'humidité. L'exiguïté et la rareté des fenêtres dans les maisons rurales ont peut-être une cause dans les habitudes d'économie et de calcul des paysans.

Ils évitent ainsi une partie de l'impôt sur les portes et fenêtres proportionnel au nombre et à la largeur de ces ouvertures. Peut-être que mieux instruits sur les dangers provenant de cette renonciation à des doses suffisantes d'air et de soleil et sur les avantages que procurent la lumière, la chaleur solaire et l'oxygène, ils s'estimeront heureux de payer, en retour de ces bienfaits, une part un peu plus grande au fisc. Mais combien serait-il plus digne de nos institutions démocratiques de supprimer cet impôt qui pousse à des pratiques si insalubres (1).

Ce défaut d'aération d'une partie de la maison est souvent compensé sur d'autres points par les courants d'air. Ceux-ci sont, il est vrai, un obstacle à l'asphyxie lente, mais ils exposent aux bronchites, aux angines, aux pleurésies, aux peumonies, etc.

Ces causes d'insalubrité ne devraient pas exister à la campagne, où l'emplacement de la maison peut être choisi ; où le terrain à bâtir n'est pas mesuré au centimètre ; où son prix de revient permet de donner à l'habitation l'ampleur et le confort nécessaires.

Or, l'humidité et la malpropreté sont trop souvent l'apanage des maisons de ferme. L'humidité y provient moins des causes inhérentes au logement que de celles dépendant de l'habitation elle-même : mauvaise exposition, mauvaise qualité des matériaux, construction sur un sol humide, sans drainage, sans cave ni parquet isolant, toiture défectueuse. La malpropreté souvent y règne par incurie. Elle est entretenue par le voisinage des écuries, des purins, par la promiscuité avec les animaux de basse-cour, par l'absence de water-closets, le mauvais entretien des éviers, etc.

Cet état de choses est d'autant plus regrettable qu'il devrait et pourrait être évité.

Dans beaucoup de villes, on ne peut pas construire une maison sans une autorisation préalable. Cette mesure ne devrait pas souffrir d'exception.

La loi sur la protection de la santé publique impose aux habitants des campagnes, comme à ceux des villes, les mesures de désinfection.

Pourquoi sa protection n'irait-elle pas jusqu'à protéger les ruraux contre cette cause d'infection et de propagation des maladies contagieuses qu'est l'insalubrité de l'habitation ? Pourquoi ne ferait-on pas disparaître ces causes d'insalubrité des maisons de campagne, en exigeant, avant toute construction nouvelle, la production d'un plan qui serait soumis à l'examen d'un homme compétent.

Ce dernier ferait, après étude, un rapport sur la salubrité de la maison à construire, et ce ne serait qu'après un avis favorable, que le maire délivrerait l'autorisation de commencer les travaux. On agit bien ainsi dans la plupart des villes bien administrées.

On le fait pour les maisons d'école, pour les plus modestes abattoirs, on le fait surtout pour les prisons, on le fait pour les porcheries, les vacheries. Est-ce que la vie et la santé des paysans, mériterait moins de protection que celle des habitants des villes et des malfaiteurs, ou même des animaux de basse-cour ?

A la campagne, comme à la ville, l'assainissement des logements a une importance considérable.

Il y a longtemps que les associations philanthropiques rêvent de créer, pour les ouvriers, des habitations salubres et à bon marché.

Sans parler des diverses étapes parcourues depuis les « Ruches ouvrières », « les maisons groupées de la Société de Mulhouse », jusqu'à ce jour, nous aborderons immédiatement l'exposé des lois qui, à notre humble avis, peuvent aider à résoudre cet intéressant problème du logement familial ou plutôt de l'habitation familiale, pourvu que les bénéficiaires veuillent bien y apporter un peu de bonne volonté.

La première de ces lois est celle du 12 avril 1906, relative aux habitations à bon marché.

Elle dit dans son article 1er : « Il sera établi « dans chaque département, un ou plusieurs « Comités de patronage des habitations à bon « marché. Ces comités ont pour but d'encoura- « ger toutes les manifestations de la prévoyance « sociale, notamment les constructions de mai- « sons salubres et à bon marché, soit par des « particuliers, soit par des Sociétés, en vue de

---

(1) Une loi nouvelle supprimant l'impôt des portes et fenêtres, basé sur leur nombre a été récemment promulguée.

« les louer ou de les vendre à des personnes peu « fortunées, notamment à des travailleurs vi- « vant de leur salaire, soit par les intéressés eux- « mêmes.

« Ces comités peuvent recevoir des subven- « tions de l'Etat ou des communes.

« La maison construite selon les vues de la loi, « est exempte pendant 10 ans de la contribution « foncière et de l'impôt des portes et fenêtres. « Un jardin de 5 à 10 ares, qui en serait la dépen- « dance est de même exempt de tout impôt « pendant le même temps. »

La loi du 10 avril 1908, est venue modifier celle du 12 avril 1906, en favorisant, dans les mêmes conditions que cette dernière, l'achat non plus d'un jardin de 10 ares, mais d'un champ d'un hectare. Elle admet cependant la restriction que les ares supplémentaires ne seraient pas dégrevés de l'impôt foncier. La location et mieux l'achat d'une maison salubre de ce genre serait certainement d'un grand avantage pour un ménage ouvrier.

Nous n'envisagerons ici que la possibilité pour ce dernier de se rendre acquéreur de cettemaison, de ce jardin, de ce champ d'un hectare, avec la perspective de l'arrondir plus tard, de façon à former le bien de famille, inaccessible et insaisissable, dont l'organisation est réglée par laloi du 12 juillet 1909, ainsi conçue :

« Il peut être constitué au profit de toute « famille un bien insaisissable, qui portera le « nom de « bien de famille ».

« Le « bien de famille » pourra comprendre, « soit une maison ou portion divise de maison, « soit à la fois une maison et des terres attenan- « tes ou voisines, occupées ou exploitées par la « famille. La valeur du dit bien, y compris celle « du cheptel et des immeubles par destination, « ne devra pas dépasser, lors de sa fondation, « 8.000 francs (1).

« Mais le bénéfice de la constitution du « bien « de famille », reste acquis, alors même que, « par le fait de la plus-value postérieure à la « constitution, le chiffre de 8.000 se trouverait « dépassé. »

C'est aux dispositions contenues dans ces trois lois que nous faisions allusion lorsque nous disions plus haut que nous aurions à chercher dans l'éducation du peuple et la revivification de l'esprit de famille, le moyen de lutter contre l'envahissement de l'alcoolisme et de la tuberculose.

Les difficultés de cette lutte étant connues, il faut, comme le préconise M. le prof. A. Robin, ne pas éparpiller les forces, mais les coordonner et les faire converger vers le résultat à obtenir.

(1) Aujourd'hui, étant donnée la hausse des immeubles et du prix des matériaux et de la main-d'œuvre, ce chiffre de base devrait subir une élévation proportionnelle.

Pour nous, nous considérons que ces forces devraient être divisées en trois corps d'armée :

Le premier assurerait les soins nécessaires aux malades déjà atteints de tuberculose laryngée ou pulmonaire ouverte et, par conséquent contagieux. Cette partie de la lutte relève de l'assistance médicale proprement dite. C'est au médecin traitant qu'appartiennent la direction de la médication, de la lutte contre l'infection déjà produite, et le soin d'enrayer la propagation des bacilles par une sévère application des mesures de désinfection.

Le deuxième aurait pour objectif la protection des organismes sains ou prédisposés, à l'aide de lois et règlements ayant pour but de garantir ces organismes contre les causes de délibitations.

C'est à l'Etat qu'en appartiendrait exclusivement la direction.

Le troisième, aurait pour but de procurer aux organismes sains ou prédisposés, les moyens d'acquérir ou de conserver une résistance salutaire contre le bacille de Koch, ainsi que contre tous les autres bacilles infectieux. Les méthodes à employer, quoique en grande partie d'ordre législatif, nécessiteraient la coopération des intéressés.

Deuxième objectif : *protection des organismes sains ou prédisposés.*

Parmi les moyens à employer par l'Etat, il en est dont l'obligation s'impose. Quoique nous les ayons déjà fait connaître, en traitant de l'alcoolisme et du logement insalubre, nous croyons devoir insister sur la nécessité de leur application Ces mesures ont pour but d'attaquer le microbe partout où il peut être atteint d'une façon efficace, et de diminuer les risques de contagion, en favorisant le maintien ou l'accroissement des forces de résistance de l'organisme.

C'est ainsi que la loi devrait rendre *obligatoire* et même faire exécuter d'office par les soins des municipalités, sous leur responsabilité, la désinfection, à époques régulières, des hôtels ou logements meublés, ainsi que celle des logements particuliers, à chaque changement de locataire. Cette mesure, demandée par le Syndicat des Médecins de la Seine, dans leur ordre du jour cité plus haut, à propos de la déclaration de la tuberculose, produirait certainement les résultats les plus favorables. D'autre part, nous savons que la désinfection par le formol-permanganate est efficace, rapide, peu coûteuse et d'une organisation des plus faciles. Il n'y a aucune raison pour ne pas y recourir. Les frais pouvant en résulter seraient largement récupérés par les taxes, relativement peu élevées, imposées aux propriétaires ou gérants.

Cette mesure sanitaire, devrait être étendue, pendant les vacances, à tous les établissements scolaires ; pendant les périodes de relâche, ou même à des intervalles réguliers, aux théâtres, ci-

némas, dancings, à tous les établissements à air plus ou moins confiné, non visités par la lumière solaire et fréquentés par le public.

S'il est du devoir de l'Etat de rendre obligatoire tout ce qui est susceptible de combattre le bacille, il doit aussi empêcher, supprimer tout ce qui peut détruire ou diminuer la résistance de l'organisme à l'infection.

En première ligne, il doit supprimer le privilège des bouilleurs de cru. Leur nombre augmente tous les jours au grand préjudice de l'hygiène et au grand détriment du trésor. Nous nous sommes étendu plus haut sur cette question. Au point de vue de l'hygiène et du bon sens, elle est jugée. Ce privilège ne peut être maintenu que pour des prétextes en entière opposition aux intérêts bien compris de la Nation.

En même temps, que le privilège des bouilleurs de cru, l'Etat doit supprimer la vente de l'*absinthe* et de *tous ses similaires*, à base d'anis, de fenouil ou d'autres essences aussi nuisibles, sinon plus, que l'absinthe elle-même.

En négligeant de tenir compte des conséquences néfastes des causes d'alcoolisme que nous venons de citer, il est certain que l'Etat encourt de graves responsabilités.

Il est une autre invasion contre laquelle il est urgent de dresser une barrière impitoyable ; c'est celle des *stupéfiants*.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr FEIT, de Mortrée (Orne). — M. le Dr CURTILLET, professeur à la Faculté de médecine d'Alger. — M. le Dr V. MORET, député du Pas-de Calais.

— **Hôpital Tenon** (Métro : Gambetta.) Service du Dr Camille LIAN. — *Démonstrations d'auscultation du cœur* les mardis et vendredis, à 10 heures, à la consultation externe du service pour les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins : auscultation simultanée des malades par tous les auditeurs grâce au télécardiophone.

PROGRAMME DU SERVICE. — *Lundi*, à 10 h. 1/2 : radioscopie du cœur. — *Mardi* et *vendredi*, à 10 h. : consultation externe. — *Mercredi* et *samedi*, à 10 h. : causeries au lit des malades sur les affections cardio-vasculaires, salles Barth et Pidoux. — *Jeudi*, à 10 h. : interprétation des électrocardiogrammes recueillis dans le service pendant la semaine.

— **Société amicale des médecins de Toulouse à Paris.** — Les docteurs Molinéry, Privat, Malavialle, Lévy-Lebar, David de Prades, Caujole, Bory, Busquet, Groc, Bourguet, Delater, Noguès, Cany, Cambies, Dausset, Roule, d'Ayrenx, Faulong, Clavel, Andreu, Aubertot, Digeon, Azema, Montrefet, Terson, Ganyaire, Dartigues, Marcorelles et Durand assistaient à la réunion du 26 janvier dernier de la S. A. M. T. P. (Buffet de la Gare de Lyon). MM. Foures, Digeon, Mézard (J.), Mézard (P.) représentaient la section des étudiants (internes et externes) du groupement.

S'étaient excusés : les docteurs Simon, Barutaud Péribère, David, Bouteil, Liéné, Gorse, Fau, Esclavissat.

Avant de procéder au renouvellement du bureau pour 1927, le président sortant le Dr Busquet, professeur à la Faculté de médecine de Paris, souligna avec esprit et éloquence l'heureux et constant développement de la Société. Un triple ban d'honneur salua ses paroles et lui démontra en quelle profonde estime le tenait toute l'A. S. A. M. T. P. qui conservera de son passage à la présidence le plus affectueux souvenir. Il présenta par la suite son successeur, le D Molinéry, en des termes particulièrement heureux, traduisant fidèlement et avec un rare bonheur les sentiments de tous envers le nouveau président.

Le Dr Molinéry fut donc à l'unanimité nommé président : tous en effet se réjouissent et s'honorent profondément de voir à la tête de la S. A. M. T. P. pour 1927 le beau talent et le grand caractère qu'est Molinéry : sa valeur de journaliste ne le cède en rien à sa compétence professionnelle et à son activité inlassable pour toutes les bonnes et justes causes médicales, scientifiques et philosophiques.

La bienvenue fut souhaitée à deux nouveaux adhérents : le Dr Noguès, l'urologiste distingué, et le Dr Aubertot, assistant à Royat du Dr Mougeot. L'on fêta également les frères Mézard qui viennent renforcer la section « estudiantine » du groupement. Le professeur Roule avec son éloquence nette et substantielle habituelle, nous entretint de son dernier voyage en Espagne : il nous dit la place que tient la science médicale française de l'autre côté des Pyrénées et la place que Toulouse était appelée à prendre, comme porte d'entrée en Espagne, lors de l'achèvement du Transpyrénéen. Enfin le Dr Duraud nous narra, avec verve, son voyage au Maroc : tout en enrichissant nos notions sur notre belle colonie, il nous conquit par l'entrain et la saveur de son récit.

Donc soirée pleinement réussie où s'affirma une fois de plus l'utilité et l'agrément de semblables réunions appréciées de plus en plus par les confrères.

Voici la composition du bureau pour 1927 :

Président : Dr Molinéry.

Vice-présidents : Drs d'Ayrenx, Flurin, David de Prades, Ganyaire.

Trésorier : Dr Digeon.

Secrétaire général : Dr Groc.

Pour toutes communications, adhésions, etc. ; s'adresser au Dr Groc, 40, rue d'Enghien, Paris (10e). Tél. Provence 37-13.

— **La consommation de la quinine.** — La consommation de la quinine évaluée en sulfate est voisine actuellement de 500.000 kilogrammes par an, et les 9/10e de cette quantité sont produits aux Indes néerlandaises (Prof. Perrot, in *Quinquina et quinine*).

— **Croisières médicales.** — *Croisières organisées sous le patronage de l'Association de la Presse médicale française.*

I. *Voyage en Espagne.* Du 7 avril au 24 avril. Prix,

tous frais d'hôtel et d'excursions compris : 1re classe : 10.000 fr. ; 2e classe, 9.000 fr. ; 3e classe, 8.500 fr. Réductions suivant le nombre d'adhérents.

II. *Les Ports de France et d'Algérie* (Compagnie Havraise péninsulaire). Itinéraire : Le Havre, Bordeaux, Oran, Alger, Marseille. Durée : 18 jours environ. Prix en 1re cl. : 1.035 fr. Départs, deux fois par mois, d'avril à octobre. Inscription par règlement du prix du passage à l'adresse suivante : chèques postaux, Dr Loir, Rouen, c/c. 6345, trois semaines au moins avant le départ.

III. *Les ports du Maroc* (Compagnie Paquet). Itinéraire : Marseille, Oran, Tanger, Casablanca, Marakech, Safi, Mazagran et retour. Durée : un mois. Prix approximatif, 1re cl., 3.800 fr. ; 2e cl., 3.000 fr. ; 3e cl., 2.300 fr. Pour inscription ferme, adresser une somme de 500 fr. (à titre d'avance) au compte de chèques postaux du Dr Loir.

— Limitation du nombre des étudiants en médecine, en Argentine. — La Faculté de Buenos-Aires propose de limiter à 400 le nombre des étudiants en médecine inscrits annuellement sur ses registres (*Revista medica*, de Barcelone).

— Conférence de défense sociale contre la syphilis. — La Ligue nationale française contre le péril vénérien, a décidé de réunir une nouvelle conférence de Langue française, qui sera organisée non à Copenhague, comme on l'avait envisagé, mais à Nancy, les 29, 30 et 31 mai 1928, après les fêtes de la Pentecôte 1928, avec le concours de la Section antivénérienne de l'office départemental d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle, et qui aura pour objet : *La défense sociale contre la syphilis.*

L'ordre du jour de cette conférence comprendra les seules questions suivantes :

1° *Le bilan de la syphilis.* Rapporteurs : M. Cavaillon (Paris) ; M. Dekeyser (Bruxelles).

2° *L'éducation publique* ; *a*) Education des jeunes gens. Rapporteur : professeur Du Bois (Genève). — *b*) Education des femmes et des jeunes filles. Rapporteur : Mme Montreuil-Straus, (Paris).

3° *Le dispensaire antisyphilitique* : Organisation, rôle et moyens d'action. Rapporteurs : professeurs Spilmann et J. Parisot (Nancy).

4° *Organisation de la lutte contre la syphilis héréditaire.* Rapporteurs : professeurs Couvelaire (Paris) et Fruhinsholz (Nancy), professeur Ehlers (Copenhague).

Les membres des Associations de Langue française et des Sociétés françaises de syphiligraphie, de pédiatrie et d'obstétrique, les membres des Associations françaises qui ont pour objet la lutte contre la syphilis, et les médecins-chefs de services antisyphilitiques sont particulièrement invités à prendre part à cette conférence et sollicités d'y apporter les éléments statistiques qu'ils possèdent sur le bilan de la syphilis en général et de la syphilis héréditaire en particulier, ainsi que les fruits de leur expérience pour l'organisation de la défense sociale contre le péril syphilitique.

Le Bureau de la conférence sera composé de la manière suivante : *présidents* ; M. L. Queyrat, président de la Ligue et M. le professeur Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, président du Comité d'organisation. *Vice-présidents* : MM. Hudelo, de Paris ; Milian, de Paris ; les professeurs Nicolas, de Lyon, et Petges, de Bordeaux. *Secrétaire général* : M. Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue. *Secrétaires généraux adjoints* : MM. Pierre Fernet, de Paris ; Watrin, de Nancy, secrétaire général du Comité d'organisation.

Le Comité nancéien d'organisation sera composé de la manière suivante : *présidents d'honneur* : MM. Gross, président de l'Office d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle ; Krug, vice-président de la Commission administrative des hospices ; Giry, président du Syndicat des médecins de Meurthe-et-Moselle. *Président* : M. Spillmann, doyen de la Faculté de médecine. *Vice-présidents* : MM. Etienne, professeur de clinique médicale ; Fruhinsholz, professeur d'obstétrique ; Parisot, professeur d'hygiène, secrétaire général de l'Office d'hygiène. *Membres du Comité* : MM. Job, professeur agrégé d'obstétrique ; Caussade, professeur agrégé de clinique infantile ; Paul Parisot, directeur des services d'hygiène et de médecine de la ville de Nancy : Prathernon, inspecteur départemental d'hygiène. *Secrétaire général* : M. Watrin, professeur agrégé, médecin assistant du dispensaire de vénéréologie.

La cotisation donnant droit aux publications de la conférence est fixée à 50 fr.

— Le prochain Congrès national des Colonies de vacances se tiendra à Reims. Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Dequidt, 4, rue de Sèvres, Paris.

— Bordeaux. *Service d'urgence des sérums et vaccins.* — En cas d'urgence, d'absence de sérums dans les pharmacies, ou de fermeture des officines, les médecins de la région bordelaise, peuvent actuellement se procurer à l'Institut Pasteur municipal de Bordeaux, 83, rue de Saint-Genès, les sérums et vaccins suivants immédiatement disponibles :

En provenance de l'Institut Pasteur de Bordeaux :

Sérum *antidiphtérique*, en flacon de 10 cc.

En provenance de l'Institut Pasteur de Paris :

Sérum *antidiphtérique purifié* (préventif, dose de 1.000 unités).

Sérum *antidiphtérique purifié* (pour traitement, 5.000 unités).

Sérum *antitétanique purifié* (préventif, 1.500 unités).

Sérum *antitétanique purifié* (pour traitement, 5.000 unités).

Sérum *antistreptococcique* desséché, par doses de 10 cc.

Sérum *antiméningococcique* desséché, par doses de 10 cc.

Sérum *antidysentérique* desséché, par doses de 10 cc.

Sérum *antivenimeux* desséché, par doses de 10 cc.

Sérum *antivenimeux*, en flacon auto-injecteur.

Sérum *anticharbonneux*, liquide en flacon de 10 cc.

Sérum *antipesteux*, liquide, en flacon de 10 cc.

Sérum *antipneumococcique*, liquide, en flacon de 20 cc.

Sérum *antigangréneux antiperfringens* liquide, 20 cc.

Sérum *antigangréneux antisporogenes* liquide, 20 cc.

Sérum *antigangréneux antiœdematiens* liquide, 10 cc.

Sérum *antigangréneux antivibrion septique* liquide, 10 cc.

Sérum *antigangréneux antihistolytique liquide*, 10 cc.

Sérum *antigangréneux* polyvalent liquide, 20 cc.

Vaccins *antistaphylococciques* (furonculose) en ampoules.

Vaccins *antistaphylococciques* (ostéomyélite) en ampoules.

Vaccin *anticholérique*, en ampoules.

Tuberculine brute, en ampoules.

***Le Directeur-Gérant* : Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MEDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux des Syndicats Médicaux, Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saint-Pères, PARIS, Tél. Fleurus 57-27.

Pour toute demande de renseignements, écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

Tableaux synoptiques d'Evaluation des Invalidités ouvrières

PAR LE

Dr Cl. MAILLON

Médecin expert près les Tribunaux de St-Etienne

Prix : 5 fr. franco

Adresser les commandes accompagnées du montant au Concours Médical *ou verser au compte ch. p. Paris* 197.95.

Pension Médicale du Dr Clair

St-JEAN d'AULPH (HAUTE-SAVOIE) — Altitude 850 m.

Traitement climatérique des Tuberculoses

CONFORT - RAYONS X - RAYONS VIOLETS - PNEUMOTHORAX

MAISON DE SANTÉ D'EPINAY (Seine)

Fondée par Docteur TARRIUS
Madame Veuve TARRIUS
Docteurs M. LE ROY DES BARRES et Jean TARRIUS, Directeurs.

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

Grand Parc de 6 hectares.

VILLA BEAU-SEJOUR* — *Maladies Nerveuses, Chroniques

Hydrothérapie. — Electrothérapie. — Morphinisme. — Alcoolisme. — Accouchements

3 et 5, rue du Bord-de-l'Eau à Epinay (Seine). — Téléphone : 68. Saint-Denis

---

l'AMENORRHEE, la DYSMENORRHEE, la MENORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 capsules par jour, les

CAPSULES des Docteurs JORET & HOMOLLE

(à base d'APIOL obtenu par le Procédé JORET et HOMOLLE)
PHARMACIE *G. SEGUIN*, 165, Rue St-Honoré PARIS.

VULCASE

COMPRIMÉS LAXATIFS au soufre organique

CONSTIPATION
DERMATOSES

Laboratoires P. BRISSON et Cie
114, Avenue Michelet, St-Ouen (Seine)

LIPOÏDES H.I — *Extraits Galéniques Purifiés de tous les organes*

Gynocrinol
contient l'hormone folliculaire
STIMULANT & ACTIVATEUR des fonctions ovariennes et de la menstruation.

Gynolutéol
CALMANT & SÉDATIF des fonctions ovariennes et de la menstruation.

Androcrinol
contient l'hormone orchitique
Ménopause masculine
Fatigue cérébrale des intellectuels
Sénilité précoce
Stérilité

Adrénol total
(sans Adrénaline)
PRÉVENTIF contre le choc chirurgical
CONVALESCENCE
Asthénies chez les hypertendus

POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection hypodermique journalière

LABORATOIRE ISCOVESCO, 107, Rue des Dames PARIS

1856, portant règlement sur l'aménagement des sources d'eaux minérales, peut s'appliquer à une source d'eau minérale exploitée exclusivement comme eau de table ; 2° si cette source a le droit de demander une nouvelle extension de son périmètre, bien qu'elle n'ait pas d'établissement et n'hospitalise pas de malades. (*Questions du* 3 *février* 1927.)

Réponse. — Les dispositions de la loi du 14 juillet 1856 visent toutes les sources d'eaux minérales, sans distinguer les formes sous lesquelles celles-ci seront exploitées, administrées ou vendues. Il en résulte que rien ne s'oppose, légalement, à ce qu'une source d'eau minérale, même uniquement exploitée comme eau de table, soit déclarée d'intérêt public et obtienne, s'il y a lieu, la fixation ou l'extension d'un périmètre de protection.

(*J.O.*, 25 *février* 1927.)

FAITS CLINIQUES

Zona et varicelle.

J'ai actuellement dans ma clientèle un vieillard atteint de zona du plexus lombaire, guéri quant à l'éruption et ne se manifestant plus que par des douleurs névralgiques intermittentes. Le début de ce zona remonte à environ six semaines. Or, dans la maison voisine de celle qu'habite mon malade, je viens de constater chez un nourrisson de huit mois une superbe varicelle.

Il n'existe entre les deux familles que des rapports de voisinage, à vrai dire peu fréquents. Mais il me paraît hors de doute qu'ils renferment l'explication de la coïncidence vraiment curieuse des deux affections.

A ma dernière visite, j'ai même pu observer que le cas de varicelle relaté ci-dessus n'était plus isolé et commençait à engendrer une véritable petite épidémie. Mais ceci est une autre histoire...

Dr GEOFFROY.
Auberive (Haute-Marne).

CORRESPONDANCE

Accidents.

627. — Accident causé à un hôtelier par le cheval d'un client.

Un de mes clients, hôtelier, est blessé très grièvement par une ruade d'un cheval d'un de ses clients. L'assurance dit que c'est le risque professionnel, puisqu'il loge des chevaux, et que le propriétaire du cheval n'est pas responsable.

Je n'ai rien trouvé dans le code là-dessus, pourriez-vous me renseigner ?

Un hôtelier peut être assommé par un client, un cabaretier peut être éreinté par un ivrogne, un médecin tué par un client, risque professionnel ? ?

Si l'hôtelier avait été blessé dans la rue par le même cheval, il lui serait dû réparation et alors que le même cheval est logé dans son écurie, il ne serait plus rien dû ?

Un maréchal en ferrant le cheval d'un client est blessé par ledit cheval : est-ce aussi le risque professionnel ?

Un juge reçoit une tripotée d'un client mécontent, serait-ce aussi un risque professionnel ?

Dr M.

Réponse.

Suivant l'article 1385 du Code Civil, le propriétaire d'un animal, ou celui qui s'en sert, pendant qu'il est à son usage, répond du dommage causé par l'animal, que celui-ci fût sous sa garde ou qu'il fût égaré ou échappé.

Suivant la jurisprudence, l'aubergiste rentre dans la catégorie de ceux qui se servent de l'animal, à moins qu'il ne soit établi que le dommage est dû au caractère vicieux de l'animal (Poitiers, 7 décembre 1903, D. P. 1704.2.180). Encore pourrait-on condamner solidairement le propriétaire et l'aubergiste, si celui-ci avait été averti des vices de l'animal.

Par conséquent, sauf si l'accident est dû au caractère vicieux de l'animal, non seulement l'aubergiste ne peut demander réparation au propriétaire du cheval s'il a été lui-même la victime, mais encore, si le cheval avait blessé une autre personne, l'aubergiste serait responsable à l'égard du blessé.

C'est là un risque professionnel, comme les autres risques que vous énumérez dans votre lettre, sauf que si l'accident a été causé par la faute (crime, délit, contravention ou quasi-délit), d'une personne, cette personne est responsable envers le blessé, alors qu'un cheval ne l'est pas.

---

775. — Rente d'un accidenté du travail. Rachat.

A combien peut se monter la pension d'un blessé gagnant 20 francs par jour, travaillant 300 jours par an, atteint d'amputation des deux premières phalanges du médius droit, infirmité estimée à 5 % par le barème des pensions. Si la rente peut être convertie en un capital à toucher, quel est le montant de ce capital ?

Dr D.

Réponse.

Suivant que l'accident est antérieur ou postérieur au 1er février 1927, date à laquelle est entrée en vigueur la loi du 8 juillet 1926 qui a élevé le salaire de base pour le calcul des rentes accidents du travail, la rente d'un ouvrier gagnant 6.000 francs par an et atteint d'une incapacité de 5 % sera de 121 fr. 90 ou de 150 francs.

Cette pension ne pourra être remplacée par le paiement d'un capital, parce qu'elle est supérieure à 100 francs (article 21 de la loi du 9 avril 1898).

Le blessé aura seulement le droit, lors du règlement définitif de la rente, après expiration du délai de révision, de demander que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de sa rente, calculé d'après les tarifs dressés pour les victimes d'accidents par la Caisse des retraites pour la vieillesse, lui soit attribué en espèces (article 9).

749. — Accident du travail causé par un tiers. Tarif à appliquer.

Pour un ouvrier blessé pendant les heures de travail par un tiers, dont la responsabilité est nettement établie, le médecin est-il en droit de réclamer ses honoraires sur la base du droit commun ou sur celui de la loi de 1898 ?

Dr L.

Réponse.

Même lorsqu'il s'agit d'un accident du travail, le médecin reste toujours libre de renoncer à son action directe contre le patron du blessé et de se faire payer par ce dernier comme par un client de droit commun, sauf à lui remettre un reçu détaillé de ses honoraires pour lui permettre de se faire rembourser dans la mesure de ses droits.

En cas d'accident du travail, provoqué par la faute d'un tiers, ces principes ne subissent aucune modification, mais le médecin n'a aucune action directe contre le tiers responsable, faute de lien de droit avec lui.

Nous vous conseillons donc de considérer l'accident comme un accident du travail ordinaire, de vous faire payer par le patron et de laisser ce dernier exercer contre le tiers responsable tel recours qu'il jugera utile.

686. — Paiement de la différence entre tarif ministériel et le tarif de droit commun.

Pourriez-vous me faire donner la date des jugements et du numéro du *Concours* les relatant, concernant la possibilité pour le médecin de réclamer à un blessé de la loi de 1898 la différence entre le tarif officiel et le tarif local ?

Je discutais un jour avec un agent général d'assurances au sujet des patrons agriculteurs, souvent très aisés, admis au bénéfice de la loi de 1898, et il me disait qu'on ne pouvait pas leur réclamer la différence des tarifs, à moins de les prévenir d'avance qu'on n'acceptait pas de les soigner au tarif officiel. Je lui répliquais que le tarif n'était pas une taxation obligatoire des honoraires et que la loi n'empêchait pas de réclamer le surplus à l'ouvrier et *a fortiori* au patron. Je lui disais que j'avais lu des jugements

dans le *Concours*, mais je ne pus les retrouver pour le convaincre.

Comme il m'avait mis au défi de les lui montrer, pourriez-vous me donner les indications soit vous-même, soit par le Dr Boudin, auteur, je crois, de l'article du *Concours*, dont j'ai le souvenir très net, mais dont je n'ai pu trouver la date.

Dr B.

Réponse.

Comme vous le soutenez avec juste raison, la législation sur les accidents du travail n'a jamais taxé, du moins jusqu'ici, les honoraires du médecin. Ce qu'elle taxe, et c'est bien différent, c'est seulement la part des frais médicaux qui doit être supportée par le patron, le médecin restant toujours libre de se faire payer par le blessé lui-même le complément de ses honoraires, s'il le juge utile. Ces principes ne subissent aucune atteinte lorsqu'il s'agit d'un patron agriculteur assujetti volontaire à la loi ; le médecin a toujours le droit de le considérer comme un client de droit commun, sauf à lui remettre un reçu de ses honoraires pour lui permettre de faire valoir ses droits auprès de son assurance.

Ce qui démontre à l'évidence que le médecin a le droit de se faire payer par le blessé suivant le droit commun, c'est qu'un projet de loi a été déposé justement dans le but de taxer d'une manière absolue les honoraires médicaux dans les accidents du travail. Voyez à ce propos l'article du docteur Decourt, dans le numéro 6 du *Concours médical*, du 6 février 1927, page 338.

Suivant votre désir, nous vous faisons adresser par le même courrier le numéro 51 du *Concours médical* du 20 décembre 1925 qui contient un jugement du tribunal civil du Havre, condamnant un blessé du travail à payer des honoraires à son médecin.

Nous soumettons votre autre lettre à M. le docteur Decourt, dont nous vous ferons connaître la réponse dans quelques jours.

862. — Contre-visite des victimes d'accidents du travail après consolidation.

Plusieurs de mes clients atteints d'infirmité d'A.T. ayant occasionné une incapacité permanente partielle il y a deux ans et demi ont été « revisités », ces jours-ci par un de mes confrères des environs, médecin de l'assurance qui fournit la rente.

Ils me demandent :

1° S'ils sont dans l'obligation de se laisser visiter ;

2° S'ils peuvent demander à leur médecin d'assister à cette expertise de revision de rente. ;

3° S'ils sont en droit de demander à ce que cette expertise soit faite par un expert désigné par le tribunal et non par un médecin du patron.

Quels conseils dois-je leur donner ? Quels sont leurs droits ?

Dr L.

Réponse.

Durant les trois années pendant lesquelles peut être introduite la demande en révision, le chef d'entreprise ou son assureur peuvent désigner au président du tribunal un médecin chargé de les renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le président, donne au médecin accès trimestriel auprès de la victime (article 19 de la loi du 9 avril 1898).

Il s'en suit que l'assurance n'a fait qu'user des droits que la loi lui donne en faisant visiter les blessés auxquels elle verse des rentes avant l'expiration du délai de révision. La seule chose que les blessés soient en droit d'exiger, c'est que le médecin de l'assurance justifie de sa qualité en leur présentant sa désignation visée du président.

Rien n'empêche le médecin des blessés d'assister à la visite du médecin de l'assurance, mais ce dernier n'est pas forcé de faire connaître à son confrère la date et l'heure de sa visite, comme lorsqu'il s'agit du contrôle au cours de l'incapacité temporaire.

Les honoraires du médecin traitant pour l'assistance à la contre-visite doivent rester à la charge des blessés.

Ces visites de contrôle n'ont pas le caractère d'une expertise ; elles ont seulement pour but, comme dit la loi, de renseigner le chef d'entreprise sur l'état de la victime de l'accident.

Si le médecin contre-visiteur constate une amélioration dans l'état du blessé, capable d'entraîner la révision de la rente pour atténuation d'infirmité, l'assurance et le patron doivent alors saisir le tribunal de leur demande en revision et c'est le tribunal seul, ou le président en conciliation, qui peuvent ordonner une expertise.

Application des Tarifs Durafour et Fallières.

I

576. — Séance de kinésithérapie restée à 10 francs dans le tarif Fallières.

Je viens solliciter de votre part un avis au sujet de l'article 24 du tarif actuel des accidents du travail.

Au temps où la consultation était à 7 fr., le massage ou la séance de mécanothérapie était de 10 fr.

Puis, la consultation est montée à 10 francs ; l'article 24 est demeuré au même prix.

La consultation est maintenant à 12 francs, l'article 24 est toujours à 10 francs. Le kinésithérapeute est-il autorisé, au lieu de mettre sur sa note d'honoraires, par exemple sept séances de massage = 70 ou sept séances de mécanothérapie = 70 ; sept consultations = 84 francs, puisqu'il ne peut pas cumuler une séance de massage et une séance de mécanothérapie, ce qui ferait 20 francs.

Dans l'article 26, 4e alinéa, il est prévu une indemnité de déplacement pour un traitement électrique au domicile du blessé.

Peut-on compter cette indemnité pour le même article 26, alinéa 6, c'est-à-dire haute fréquence, air chaud, lumière, ionisation faite au domicile du blessé ce qui ferait d'ailleurs la séance à 34 francs.

Dr G.

Réponse.

1° Ce fut là un lapsus de la commission qui, d'ailleurs, pouvait penser qu'automatiquement le prix était remonté à 12 francs, comme au moins la visite simple. Mais c'était à tort, car nous fûmes spécialement réunis à ce sujet dernièrement au Ministère, — et on va y remédier. En attendant, je n'y vois aucune difficulté pratique : vous pouvez toujours compter une consultation simple, à 12 francs, comme tout praticien.

2° Votre question n'est pas claire par suite d'un numérotage mauvais. En tout cas, l'indemnité de déplacement indiquée article 26-VI, électrothérapie, m'apparaît comme devant être surajoutée à *tout* traitement électrique à domicile, ou électrisation complète du corps, ou air chaud, lumière, ionisation, etc... Par contre, je ne comprends pas votre calcul de 34 francs par séance dans ce dernier cas. Mon addition me donne 15 plus 50 %, soit : 22 fr. 50 plus 8, au total : 30 fr. 50... et encore ceci à partir du 1er janvier 1927, la majoration n'étant que de 20 % auparavant.

F. D.

II

517. — Plaies de plusieurs doigts de la même main.

J'ai soigné un accidenté du travail blessé au majeur de la main droite et à l'index de la main gauche. Dois-je compter chaque fois 12 + 12 ?

Dr P.

Réponse.

Deux cas : *a*) si plaies superficielles : visite simple : *b*) si plaies profondes : pansements multiples à 15 francs par séance (article 17, 5e alinéa).

F. D.

III

582. — Déplacements non spéciaux.

Le 1er septembre 1926, j'ai visité à N., qui se trouve à quatre kilomètres de ma résidence, un accidenté du travail pour une piqûre septique de la main droite avec abcès en voie de formation.

Voici ma note d'honoraires :

1er sept., visite 10 + déplacement 8......	18	fr.
3 sept., incision abcès, drainage 20 + 8...	28	»
4 sept., pansements	18	»
5 sept., »	18	»

6 sept.,	»	....	18 »
8 sept.,	»	....	18 »
10 sept.,	»	....	18 »

Après quatre mois d'attente, ne voyant rien venir, j'écris à l'assurance qui me répond ceci :

« La note du Dr P., paraît susceptible de réduction, car il est peu probable que le médecin ne se déplaçait pas chaque jour spécialement pour le blessé et qu'il visite à jour fixe la localité où ce dernier réside. »

Il est exact que je vais tous les jours à N. J'y vois plusieurs malades, mais souvent aussi je ne visite personne.

De plus, une entente tacite entre les trois médecins de R., où j'habite, veut que nous fassions payer un prix unique de 15 francs pour toutes les personnes examinées. J'ajoute que le 2, 3 et le 5 septembre, je n'ai fait qu'une visite à l'accidenté.

De plus, l'assurance ne dit pas que l'assuré aurait pu se rendre à mon cabinet. Peut-on imposer à un accidenté de la main, de faire huit kilomètres et d'attendre que le médecin ait fini sa tournée ?

Je suis allé voir mes confrères abonnés au *Concours* qui m'ont dit : écrivez, le *Concours* nous fixera pour l'avenir.

Dr P.

Réponse.

1° Vous ne pouvez réclamer le prix *total* d'un déplacement pour un blessé du travail, alors que vous ne vous êtes *pas* déplacé *exclusivement* pour lui. Dans ce cas, vous n'avez droit «... qu'à l'indemnité kilométrique correspondant au parcours *supplémentaire* nécessité spécialement par la visite audit blessé » (article 2, avant-dernier alinéa). C'est ce que j'ai déjà appelé le prix kilométrique du « crochet » effectué.

2° Un blessé doit se rendre au cabinet du médecin quand il peut se déplacer « sans inconvénient pour sa santé » (article 1er). Un blessé de la main (sauf si les premiers jours, il avait eu de la fièvre ou un état de shock, etc.), doit donc se rendre au cabinet du médecin.

F. D.

IV

601. — Visite de nuit avec surveillance prolongée.

Je viens vous demander votre avis sur la façon de libeller la note suivante :

12 *mai* 1926 : visite de nuit et surveillance de 9 h. 1/2 à 11 h. du soir, blessé dans le coma, piqûres multiples, sangsues, etc.

13 *mai* (jour de l'Ascension) : visites à domicile, certificat détaillé.

Le tout, accident du travail, tarif 1926 avec 10 kilomètres de déplacement. Quel prix demander ?

Dr T.

Réponse.

a) 12 *mai*. — Visite de nuit : 10 × 3, soit 30 fr.,

(article 4), plus 10 francs par demi-heure (article 6), pour surveillance prolongée (en plus de la première qui est celle de la visite même), soit ici deux demi-heures à 10 francs : 20 francs. Donc, au total : 50 francs.

b) 13 *mai*. — Visite jour férié : 10 plus 5, soit 15 francs (article 3, *b*) plus certificat descriptif 10 francs. Donc, au total : 25 francs.

c) Quant aux déplacements, 1 fr. 10 du kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour (article 2, alinéa 5).

F. D.

Baux et locations.

374. — Communes dans lesquelles la loi du 1er avril 1926 est applicable.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire savoir :

1° Comment pour l'application de la loi du 1er avril 1926, doit être comptée juridiquement la distance de 5 kil. : de limites à limites de commune ou de clocher à clocher ? ?

2° S'il y a déjà eu des jugements de rendus à votre connaisssance, indiquant que cette distance doit être comptée de limites à limites.

Dr M.

Réponse.

La loi sur les loyers du 1er avril 1926 a soulevé différentes difficultés d'interprétation, dont quelques-unes ont été tranchées par une circulaire du garde des sceaux en date du 22 mai 1926 et publiée dans le *Journal officiel* du 28 mai.

C'est ainsi que s'était posée la question de savoir comment devait être calculée la distance de commune à commune pour déterminer celles qui, étant distantes de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants, devaient bénéficier de l'application de la loi.

A cette question le garde des sceaux a répondu très nettement et d'une façon générale que « la distance devait être calculée de limites à limites de commune ». L'opinion du garde des sceaux se fonde sur une réponse faite à un sénateur par le rapporteur de la Commission au Sénat. Le sénateur ayant demandé comment serait calculée la distance de 5 kilomètres, de clocher à clocher, de mairie à mairie, ou de limites de commune à limites de commune, suivant la règle adoptée dans les régions libérées, le rapporteur a répondu textuellement ceci :

« La commission a admis la règle posée dans « les régions libérées, à savoir le calcul de la « distance de limite de commune à limite de com- « mune. » (*Journal officiel*, page 411, 3e col.).

Le « Sou Médical » vient d'obtenir une décision de justice de paix, dans une affaire intéressant un de ses adhérents, qui sanctionne la règle admise par le rapporteur au Sénat et le garde des sceaux.

Fiscalité.

436. — Droit du contrôleur.

Le contrôleur des directes a demandé à un de mes clients le montant de sa note d'honoraires pour l'année 1926. Mon client a répondu évasivement, ayant trouvé la question indiscrète... Je vous serais reconnaissant de me faire savoir ainsi qu'à mes confrères de la région si un contrôleur a le droit d'aller chez nos clients demander le chiffre de nos honoraires. J'estime qu'il y a là un procédé qui ressemble fort à ceux de l'inquisition du Moyen-Age et sommes-nous désarmés contre de pareils procédés ? Mes confrères et moi, membres du *Concours* et du « Sou », serions heureux d'être fixés.

Dr C.

Réponse.

Aucun texte légal n'autorise un contrôleur à demander à un particulier la note d'honoraires qui lui a été adressée par un médecin pour soins donnés à lui-même ou aux membres de sa famille ou même à ses domestiques.

La demande du contrôleur ne pourrait être justifiée que si le client en cause pouvait prétendre déduire de ses revenus le montant des honoraires payés à un médecin, c'est-à-dire dans le cas où ces honoraires constitueraient une dépense professionnelle (commerciale ou non commerciale) pour laquelle une justification peut être légalement exigée.

A. M.

459. — Revenu d'un appartement dont le contribuable est propriétaire.

J'ai acheté en 1925 un appartement et jusqu'à présent, j'ai compté son revenu dans le calcul de mes déclarations annuelles au fisc.

Depuis octobre dernier, j'habite cet appartement, et je sais bien que dans mes déclarations je dois supposer payer le prix du loyer au sujet de ma patente.

Mais au sujet du calcul des revenus immobiliers, dois-je passer le prix du loyer que je suis supposé me payer sous silence tant au point de vue du chapitre « revenus immobiliers », qu'à celui de l'impôt général sur le revenu ?

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien m'éclairer.

Dr J.

Réponse.

Vous devez comprendre, dans votre déclaration de revenu global, le revenu immobilier de votre appartement ; ce revenu pouvant être celui imposé à la contribution foncière ou, en cas d'exemption comme construction nouvelle, les trois-quarts de la valeur locative servant de base à votre patente. A. M.

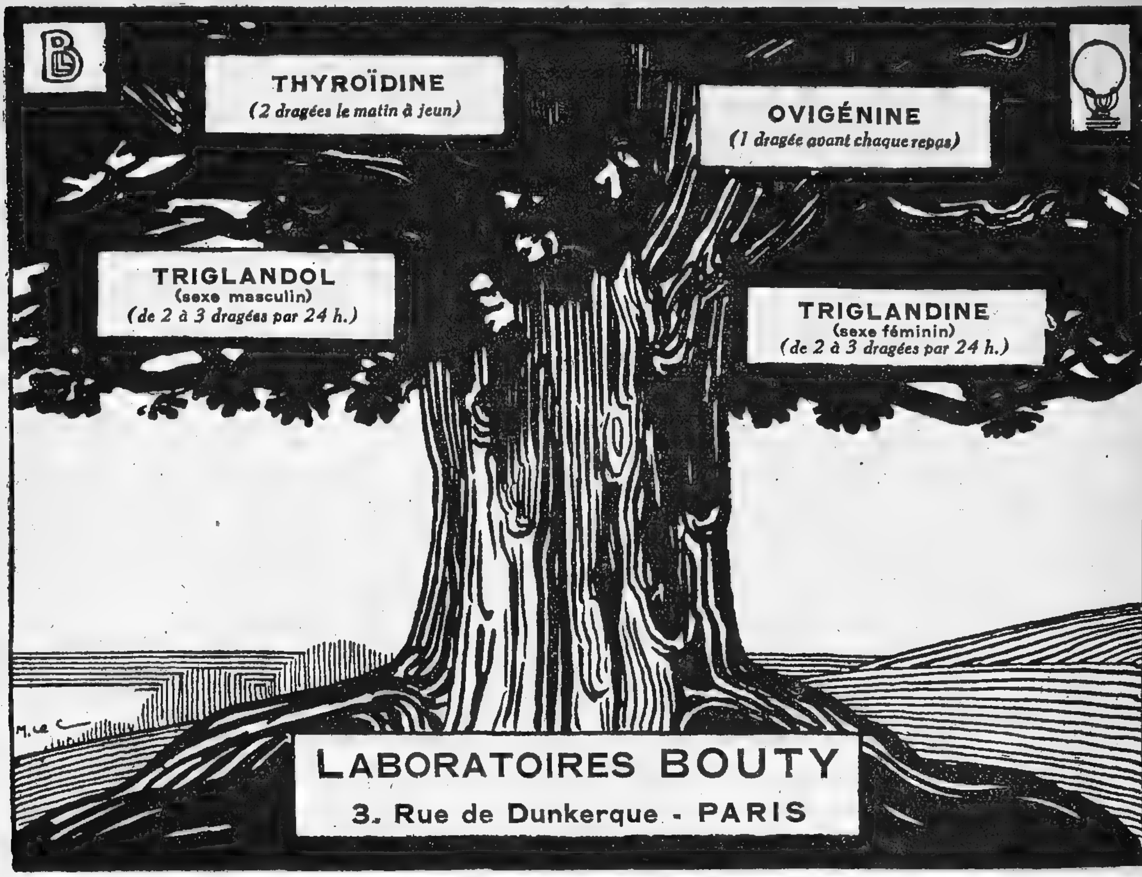
QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 12 — DIMANCHE 20 MARS 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **LE CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

Rédaction et Administration : **37, rue de Bellefond, PARIS (9e)** — Téléphone : Trudaine 29-25


THYROÏDINE
(2 dragées le matin à jeun)
OVIGÉNINE
(1 dragée avant chaque repas)
TRIGLANDOL
(sexe masculin)
(de 2 à 3 dragées par 24 h.)
TRIGLANDINE
(sexe féminin)
(de 2 à 3 dragées par 24 h.)
LABORATOIRES BOUTY
3, Rue de Dunkerque - PARIS


Dr MARTINET
16, Rue du Petit-Musc
PARIS
Thérapeutique des Affections Gynécologiques
OVULES AU NÉO-COLLARGOL
DU Dr H. MARTINET
Chaque ovule à base de Glycérine renferme 0.10 de Néo-Collargol
INDICATIONS:
MÉTRITES . ULCÉRATIONS DU COL
PERTES BLANCHES . SALPINGITES.
MODE D'EMPLOI
Un ovule tous les soirs
ou un soir sur deux.
Ovules Néo-Collargol
Toutes Affections Gynécologiques
POMMADE AU NÉO-COLLARGOL COCAÏNÉE OU NON COCAÏNÉE
Toutes Plaies _ Toutes Dermatoses

Quarante-neuvième année N° 12 20 Mars 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 728-IV)

(Suite du Sommaire)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical* de M. le Dr Hélot, d'Oran, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 134. — Jne doct. habit. grosse client. et dispos. capit. repr. ou collab. clinique sérieuse, Lille ou Paris pour début 1928.

N° 135. — A vend. 1° Cab. 5 CV Citroen 1925, parf. état : 12.000 ; 2° Mors S.S. 12 CV 1923, torp. 6 pl. mot. parf. sortant peinture, 2 roues sec., Prix à débat. S'ad. Dr Petithomme à Saint-Quentin.

N° 136. — Int. hôp. Paris passant actuell. cliniques et thèse dem. poste à achet. ou à fonder.

N° 137. — A vendre petite spécialité médicale, 700 unités par mois, marque et marchandises 110.000 fr. comptant.

N° 138. — A vendre Torpedo luxe 10 CV Citroën. 1921 imposée 8 CV, petite consom. mot. exc., pist. alpax, 4 amort. Houdaille, graiss. Técal., tr. b. ét. Ecr. M. Martinot, 42, rue du Four, Paris (6e).

N° 139. — Finistère, à céd. pour cause fatigue, exc. poste à prox. de la côte. Loyer 3.000. Prix à déb.

N° 140. — Belle plage. Coutainville (Manche), 2 pet. mais. meubl. entourées terr. clos., eau potable, 1 min. plage, tous fourniss. 3 p. et cuis. pet. terrasse, vue sur mer, saison : 1.650 fr. ou au mois ; 2 p. et cuis., saison 1.450 fr. ou au mois .Chamb. supplém. Rothe, 7, rue Fenoux, à Paris (15e).

N° 141. — Ouest. A céd. suite cause santé, belle client. 70.000 touchés, très beau pays, gr. ligne. Belle mais., loyer 3.000, success. catholique. Prix à débat.

N° 142. — O.R.L. sér. réf. désire place, ou collab. ou assoc. dans clinique, ou sit. à créer ou à reprendre, Paris et envir.

N° 143. — Ouest. A vend. cond. int. 2/3 pl., 9 CV Citroën B-12-1924. Bon état de marche. Repeinte, écl. et démar. électr. bon état, técalemit, conforts. Faire offre au-dessus 10.000.

N° 144. — Orgue Aeolian dit Orchestrelle, très bon état, instrum. d'artiste, 120 rouleaux, à vendre. Faire offre au Dr Bouchet, Domène (Isère).

N° 145. — A vend. torp. Zèbre 2/3 pl. 6 CV, bon état mécan., ent. rev., pouvant faire bonne voit. de secours. Cause ach. autre voit.

N° 146. — Phares compl. et porte-bag. av. pet. malle à vendre. Mod. spéc. pour 6 CV Renault. Une ch. à air 715 × 115. Le tout en exc. état. Dr David de Prades, 27, rue Demours, Paris (17e).

N° 147. — Cabriol. Citroën 5 CV, parf. état, fin 1925, nombr. access. A vend. même avec facil. de payem. Dr Boussange, 129, av. de Villiers (17e).

N° 148. — Vend. moitié prix achat fauteuil Dupont n° 179 modèle luxe roues caoutchouc dossier bascule accotoirs mobiles velours bleu neuf servi 8 jours. Visible 27, rue Laffitte, Paris.

N° 149. — Urgent. Client. à repr. avec pet. appart., 20 min. Paris. Pas d'indemn. Conviendr. célibat.

N° 150. — A vend. 2 autos Renault : 1° torp. 3 pl. 1922, 6.500 fr. pn. 765 × 105, bon état de marche ; 2° coupé 3 pl. 1909 7.000 fr. pneus 815 × 105, pas sortie depuis révis. génér. chez Renault. S'ad. Dr Simon à Sannois (S.-et-O.).

N° 151. — Dr rec. tout partic. masseur expérim. et consc. aussi bien pour clin. que pour mass. en ville. Ecr. Charbois, 9, rue Claude-Bernard, Paris (5e).

N. 152. — Orléanais. Poste très anc. ch.-lieu cant., prox. gr. ville, conv. à jeune méd. actif, à céder bonnes condit. et longue présent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 153. — Ille-et-Vilaine. Pet. ville agréable, proxim. plage, poste en pleine marche, fixes ch. de fer et hôpital, à céd. d'urg. avec facilités. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 154. — Banl. Nord Paris, client. rapport. 120.000, fixes intéress. appartem. séparé avec confort. Prix 80.000, dont moitié compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Victime du devoir médical.** — Un nouvel attentat vient d'être commis contre un de nos confrères, le docteur Guilpin, d'Issoudun. Médecin en chef de l'hôpital de cette ville, notre confrère faisait sa visite journalière dans son service et parlait avec sollicitude à un de ses malades, lorsque ce dernier — névropathe déséquilibré — sortit une arme de sa poche et en frappa son interlocuteur. Blessé mortellement, le docteur Guilpin succomba peu après. Le meurtrier, interrogé sur les motifs de son acte, n'en donna aucun, se contentant d'exprimer quelques regrets imprécis.

— **Les épidémies.** *La diphtérie.* — L'épidémie de diphtérie qui sévit actuellement dans la région parisienne présente des cas assez nombreux d'angine précocement maligne, strepto-bacillaire (Lereboullet). Elle se montre, dans son ensemble, *plus résistante que de coutume à la sérothérapie.* MM. Louis Martin et Lereboullet (*Soc. méd. des hôp.*) conseillent de recourir aux injections sériques aussi précoces que possible. Le sérum dit purifié (désalbuminé), moins actif, pourra être réservé aux injections prophylactiques. Quelquefois (Grenet ; *Soc. méd. des hôp.*), le sérum dit anti-microbien, que l'Institut Pasteur prépare à nouveau, fait tomber les membranes plus vite et agit plus efficacement que le sérum ordinaire.

— **Les Congrès**. — Nous publions plus loin, page 777, les renseignements généraux concernant le *IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires*, qui se tiendra à Varsovie, du 30 mai au 4 juin 1927, sous le haut patronage du Président de la République de Pologne.

— **Préfecture de la Seine**. — *Concours pour l'emploi de médecin suppléant à la Préfecture de la Seine.* — Des concours *sur titres* sont ouverts en vue de la nomination de médecins-suppléants à la Préfecture de la Seine. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 avri linclus, dernier délai. Nous indiquerons les conditions de ces concours dans un prochain numéro, à notre rubrique « Reportage professionnel ».

— **Académie de médecine**.— Le comité central des Chambres syndicales a adressé à l'Académie l'exposé des vœux adoptés par le groupement de 48 syndicats professionnels concernant : « Les projets et propositions de loi sur le séjour, l'établissement et la naturalisation des étrangers en France ».

— **Banquet de l'Internat**. — Le banquet annuel de l'internat des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 7 mai 1927, à Lutetia, sous la présidence de M. Babinski.

— **Hôpital de la Pitié**. — Le jeudi 24 mars, à 9 h. 30, conférence de M. LAIGNEL-LAVASTINE sur le *traitement des sympathies*.

— **Hôpital Saint-Antoine**. — Le vendredi 25 mars, à 20 h. 45, à la consultation du soir, conférence de M. GOUGEROT, sur *les causes et la prophylaxie des syphilis nerveuses*.

— **Association d'enseignement des hôpitaux**.— Le dimanche 27 mars , à 10 h., à l'amphithéâtre des cours (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, sur *le troisième bruit du cœur* (auscultation par les auditeurs à l'aide du télécardiophone).

— **Legs aux Facultés de médecine**. — M. Jean-Léo Testut a légué à la Faculté de médecine de Lyon, et à la Faculté de Bordeaux, respectivement une somme de 10.000 fr., dont les arrérages constitueront un prix triennal qui sera décerné à un étudiant de ces Facultés.

— **Marseille**. — M. CASSOUTE, médecin des hôpitaux, est nommé professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine.

— **Faculté de médecine d'Alger**. — Ont été nommés agrégés, MM. H. DUBOUCHET (*chirurgie*), Marcel RIBET (*anatomie*) et Henri HERMANN (*physiologie*).

— **Marseille**. — *Concours des hôpitaux*. — M. Joseph ZUCARELLI est nommé, après concours, médecin adjoint des hôpitaux de Marseille.

Un concours pour une place d'ophtalmologiste attaché aux hôpitaux de Marseille aura lieu le 25

avril à l'Hôtel-Dieu. Inscriptions au Secrétariat des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— **Alger.** — *Hôpitaux.* — Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux d'Alger s'ouvrira le 15 juin, à l'hôpital civil de Mustapha.

— **Rouen.** — *Hôpitaux.* — Le 2 juin, à l'Hospice général, concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux.

— **Algérie.** — *Hôpitaux.* — Le concours du 28 mars pour les services chirurgicaux des hôpitaux d'Oran, de Constantine et de Bône, est reporté au 25 avril.

— **Bordeaux.** — *Centre anti-cancéreux.* — Le prof. RECHOU a été nommé directeur du Centre anti-cancéreux du Sud-Ouest, en remplacement du prof. SABRAZÈS, démissionnaire.

A TRAVERS L'OFFICIEL

3 *mars.*

Assistance aux familles nombreuses.

Décret du 15 février 1927 prorogeant la durée d'application du décret du 25 août 1920 relatif à l'Assistance aux familles nombreuses.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la loi du 14 juillet 1913, relative à l'assistance aux familles nombreuses et notamment le paragraphe 4 de l'article 2 ainsi conçu :

« Seront assimilés aux enfants de moins de treize ans pour l'application des dispositions de la présente loi, les enfants âgés de treize à seize ans pour lesquels le chef de famille ou la mère aura passé un contrat écrit d'apprentissage dans les conditions déterminées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 15 de la présente loi » ;

Vu le décret en date du 1er décembre 1913 portant règlement général pour l'application de ladite loi ;

Vu le décret en date du 4 décembre 1913 portant règlement d'administration publique sur le contrat d'apprentissage, ensemble le décret du 25 août 1920 modifiant l'article 3, paragraphe 3, dudit décret du 4 décembre 1913 ;

Vu les décrets des 30 mai 1922, 9 janvier 1924, 16 janvier 1925, prorogeant la durée d'application du décret du 25 août 1920,

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Est reportée jusqu'au 31 décembre 1928 la durée d'application du décret susvisé du 25 août 1920 modifiant l'article 3, paragraphe 3, du décret également susvisé du 4 décembre 1913.

Art. 2. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de

l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

Brevet d'infirmières.

Une session d'examen d'Etat est ouverte à Marseille pour les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance.

4 *mars*.

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira le lundi 24 octobre 1927 devant la Faculté de Lyon, pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie et de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Académie de médecine.

L'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs universel qui lui a été consenti par M. Charles-Emile-Ludovic Merville, à charge de fonder un prix destiné à récompenser le savant qui aura trouvé le traitement préventif ou curatif ou l'un et l'autre de la tuberculose pulmonaire ou du cancer.

5 *mars*.

Médecine officielle.

L'indemnité annuelle de 100 fr. allouée au médecin attaché à l'Ecole nationale d'art décoratif de Limoges est portée à 200 fr. à compter du 1er janvier 1927.

6 *mars*.

Soins aux pensionnés de guerre.

Décret du 5 *mars* 1927 *modifiant le décret du* 25 *octobre* 1922 (*Tarif Maginot*).

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 5 mars 1927.

Monsieur le Président,

Le décret du 25 octobre 1922 fixe par ses articles 74 à 80 la nomenclature et le tarif des interventions de petite chirurgie, de chirurgie et de spécialités applicables au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 (soins gratuits aux mutilés).

A l'usage, certaines adjonctions à la nomenclature, et certaines modifications au tarif sont apparues comme nécessaires.

Elles font l'objet du présent projet de décret.

Si vous en approuvez la teneur, nous vous prions de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Le président du conseil,
ministre des finances,
Raymond POINCARÉ.

Le ministre des pensions,
LOUIS MARIN.

Le Président de la République française,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 et l'article 36 de la loi de finances du 1er août 1924 ;

Vu le décret du 25 octobre 1922, modifié par le décret du 8 juillet 1924,

Décrète :

Art. 1er. — L'article 74 du décret du 25 octobre 1922 est modifié comme suit :

a) Ajouter :

Injection sous-cutanée d'oxygène...... 20

Ponction exploratrice 25

Ponction d'un abcès superficiel avec injection modificatrice 20

Ponction simple d'un abcès froid profond 30

Ponction d'un abcès froid profond avec injection modificatrice, la première...... 60

Les suivantes, chacune 30

Transfusion du sang (quelle que soit la technique et y compris l'épreuve de la comptabilité sanguine quand elle est effectuée) 300

(Par transfusion du sang on doit entendre le recueil et la transfusion d'au moins 150 centimètres cubes de sang humain.)

Les injections de petites quantités (sous-cutanées ou intra-veineuses) qui constituent des pratiques d'hémothérapie...... 20

Rémunération du donneur, lorsque celle-ci est nécessaire.

1° Pour les 150 premiers centimètres cubes de sang 50

2° Pour chaque prélèvement ultérieur de 100 centimètres cubes............... 50

Sympathectomie péri-artérielle 400

Libération d'un tronc nerveux dans une cicatrice 40

Dans un cal 200

Emphysème avec résection costale..... 200

Ponction d'abcès du foie............. 50

Incision et drainage d'abcès du foie.... 200

Etant entendu que si les deux interventions sont pratiquées à la suite l'une de l'autre au cours d'une même séance, la rémunération est de.................. 200

Thyroïdectomie 500

Cure radicale d'hémorroïdes.......... 350

Phrénicotomie....................... 200

b) Remplacer la rubrique « Ponction de la plèvre avec injection d'azote » par la suivante :

Pneumothorax.

Insufflation pour entretien de pneumothorax :

Prix d'une insufflation mensuelle....... 100

Insufflation plus fréquente pour décollements parcellaires de la plèvre.......... 50

Art. 2. — L'article 80 du décret du 25 octobre 1922, est complété comme suit :

Article 80. — *Radiologie.*

Cryothérapie. — Traitement cryothérapique par un spécialiste quel que soit le nombre des séances à son cabinet, chaque . . . 20

Diathermie. — Application de haute fréquence et de basse tension par le médecin spécialiste lui-même :

A. — Diathermie médicale, chaque séance 40

B. — Diathermo-coagulation, chaque intervention sera, au point de vue du tarif à appliquer, assimilée à une opération chirurgicale de même importance faite avec le bistouri.

Art. 3. — Le décret du 25 octobre 1922 est complété par un article 80 *bis* ainsi conçu :

Article 80 *bis.*

Inhalation de vapeurs balsamiques sous pression. . . . . 6 fr.

Art. 4. — Le président du conseil, ministre des finances, et le ministre des pensions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

8 *mars.*

Enseignement de la médecine.

Est déclaré vacant un emploi d'agrégé d'histolcgie à la Faculté de médecine et de pharmacie d'Alger.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Nullité d'une convention contraire au libre choix du médecin par un accidenté du travail.

11099. — M. René Richard, député, demande à M. le Ministre du Travail si un employeur a le droit, malgré l'article 11 de la loi du 25 octobre 1919, de promettre à l'un de ses ouvriers, victime d'un accident du travail entraînant une incapacité temporaire, l'intégralité de son salaire pendant toute la durée de cette incapacité, à condition pour cet ouvrier de se laisser visiter et soigner par le médecin choisi et payé par lui, employeur. (*Question du* 10 *février* 1927.)

Réponse. — En subordonnant l'allocation d'une indemnité supérieure à celle de la loi du 9 avril 1898 à la condition que la victime d'un accident du travail soit soignée par le médecin choisi par lui, l'employeur porterait atteinte au principe du libre choix du médecin, reconnu à l'ouvrier par l'article 4 de la loi précitée, sous les sanctions pénales des articles 30, dernier alinéa, de la loi du 9 avril 1898, et 11 de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies d'origine professionnelle. ((*J. O.*, 18 février 1927.)

Un pharmacien peut être ordonnateur du Bureau de Bienfaisance.

11018. — M. DE TINGUY, député, demande à M. le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales si un pharmacien peut être ordonnateur du bureau de bienfaisance de sa commune et signer les bons d'assistance médicale. (*Question du 4 février* 1927.)

Réponse. — L'ordonnateur est en général membre de la commission administrative. Or, un pharmacien du service départemental d'assistance peut faire partie de celle-ci et, par conséquent, rien ne semble s'opposer à ce que les fonctions d'ordonnateur lui soient confiées. Le conseil d'Etat est d'ailleurs prononcé dans ce sens le 28 mars 1919.

(*J. O.*, 2 mars 1927.)

Nomination des internes des hôpitaux au grade de médecin aide-major de 2e classe.

7933. — M. BABIN-CHEVAYE, sénateur, demande à M. le ministre de la guerre si les internes des hôpitaux, titulaires du B. P. S. M., ne sont pas nommés au grade d'aide-major de 2e classe au bout de six mois de services s'ils appartiennent aux classes 1923 et suivantes, et si, par assimilation, un interne muni du même certificat, mais de la classe 1920, qui ayant déjà accompli un an de services dans une formation sanitaire, a été mis en sursis pour continuité d'études, n'aurait pas dû être nommé aide-major de 2e classe dès sa réincorporation. (*Question du 15 février* 1927.)

Réponse. — Sous le régime de la loi de recrutement du 1er avril 1923, les internes des hôpitaux de ville de faculté, titulaires du brevet de préparation militaire supérieure spéciale, sont nommés lors de leur incorporation au grade de médecin auxiliaire, puis au bout de six mois de services avec ce grade, au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve, s'ils sont possesseurs d'au moins seize inscriptions de médecine validées. Par contre, l'interne de la classe 1920 visé dans la question ci-dessus ne pouvait être nommé directement, dés sa réincorporation, en fin de sursis, au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve ; il ne pouvait qu'être nommé médecin auxiliaire, après avoir satisfait à un examen d'aptitude.

(*J. O.*, 2 mars 1927.)

Voir la suite page LV-783

SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

Modifications au Tarif Maginot.

Voir page 733 le décret du 5 mars 1927, modifiant celui du 25 octobre 1922 (tarif Maginot) et notamment y ajoutant la tarification de certaines interventions, injections, ponctions, transfusion du sang, pneumothorax, cryothérapie, diathermie, etc.

PROPOS DU JOUR

Cinquante ans après la mort de Claude Bernard.

L'introduction à l'étude de la médecine expérimentale.

Dans un Propos du Jour sur la Probité scientifique, nous avions critiqué naguère les chercheurs qui, dans leurs observations ou leurs expériences, souvent avec une parfaite bonne foi, ne faisaient état que des faits pouvant démontrer la véracité de l'hypothèse qu'ils avaient émise. Un de nos lecteurs nous reprochait de ne pas indiquer le criterium permettant de distinguer les recherches rigoureusement scientifiques des autres. A quoi nous lui répondîmes que ce criterium était tout au long exposé par Claude Bernard, dans l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, qui devrait être le livre de chevet de tout médecin. Quelques jours après nous recevions la nouvelle et luxueuse édition de ce chef-d'œuvre, faisant partie de la Collection « l'Intelligence » édition établie par les soins de M. G. C. Crés, directeur de la firme « Les Arts et Le Livre ». Ce bel ouvrage est précédé d'une préface du Pr Jean-Louis Faure. Le grand chirurgien était tout particulièrement désigné pour l'écrire ; n'avait-il pas, en 1925, montré, dans un excellent petit livre (1), toute l'admiration, toute la vénération qu'il avait vouées à Claude Bernard ?

Un portrait de Berthold Mahn reproduit, dans la nouvelle édition de l'Introduction, les traits de la belle et méditative figure du célèbre physiologiste qui fut encore un grand philosophe et un grand écrivain.

Cinquante ans après la mort de Claude Bernard, « c'est, comme le dit Jean-Louis Faure, une noble et généreuse entreprise que de le faire revivre aujourd'hui et de rallumer pour un jour, par ces temps où nos yeux, fatigués par tout ce qu'ils ont vu de grand, hésitent à sonder l'obscurité de l'avenir, une des plus pures lumières qui aient jamais lancé leur flamme sur cette route ténébreuse où chemine l'Humanité. »

(1) Jean-Louis FAURE. — *Claude Bernard.* (G. Crés et Cie, édit., Paris 1925.)

***

Il n'est peut-être pas sans intérêt d'évoquer ici, un demi-siècle après la mort du maître, la méthode expérimentale qui est devenue le guide de toutes les recherches biologiques, médicales et autres, mais qui, au moment où elle fut formulée, bouleversa totalement le monde scientifique.

Jusqu'alors les phénomènes biologiques étaient considérés comme échappant aux lois physico-chimiques. Bichat lui-même définissait la vie : l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort. Magendie, le maître de Claude Bernard, très habile expérimentateur, accumulait ses découvertes, mais sans chercher à établir des lois biologiques qu'il croyait inexistantes, et son scepticisme absolu le portait à sourire avec une sorte de satisfaction, toutes les fois qu'une de ses expériences renversait l'hypothèse qu'il avait annoncée comme probable.

Les esprits les plus éclairés basaient encore, en science, leurs opinions sur le respect de la tradition et le principe d'autorité. C'était le règne des systèmes reposant sur des raisonnements d'une implacable logique, mais dont une des prémisses était fausse. Claude Bernard, au cours de toute sa vie scientifique, réagit contre cette habitude de raisonner *a priori* en science. Il établit que les phénomènes biologiques sont soumis aux lois physico-chimiques et que leur extrême complexité seule leur donne l'apparence d'échapper à ces lois. Il condensa ses idées et exposa sa méthode dans sa merveilleuse *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, et surtout dans la première partie de cet ouvrage qu'il intitula *Du*

Raisonnement expérimental ; la seconde partie, *De l'expérimentation chez les êtres vivants*, et la troisième, *Application de la méthode expérimentale à l'étude des phénomènes de la vie*, n'étant qu'un développement des principes qu'il venait d'énumérer.

***

Ce fut dans le recueillement d'un long repos, rendu obligatoire par le surmenage et par les mauvaises conditions d'hygiène où le savant travaillait dans son laboratoire du Collège de France, repos qu'il trouva en Beaujolais, son pays natal, que, vers 1860, Claude Bernard se livra aux méditations qui lui permirent de définir et d'exposer la méthode qu'il avait jusqu'alors appliquée dans toutes ses recherches et lui avait permis de faire ses grandes découvertes. Comme Descartes, qui, moralement isolé durant la guerre entre deux campagnes au commencement de l'hiver, s'entretenait avec ses pensées « enfermé seul dans un poêle », Claude Bernard sur les coteaux du Beaujolais qui font face à la Dombe, apercevant à l'horizon les cimes blanches des Alpes quand le temps était clair, put en toute tranquillité se livrer aux méditations qui lui permirent d'écrire et de publier en 1865 un chef-d'œuvre scientifique et littéraire, chef-d'œuvre littéraire par la pureté et la clarté du style qui devait lui ouvrir à deux battants à lui, la veille presque un inconnu du grand public, les portes de l'Académie française.

***

« La méthode expérimentale, n'est rien autre chose qu'un *raisonnement* à l'aide duquel nous soumettons méthodiquement nos idées à l'expérience des *faits*. »

Bacon, au début du XVIIe siècle, en établissant les règles de l'induction, avait déjà montré aux savants le chemin qu'ils devaient suivre.

Descartes, faisant table rase du principe d'autorité, donnait pour but à sa méthode de « bien conduire sa raison et chercher la vérité dans les sciences ». Il avait lui-même montré la nécessité des expériences pour étudier les phénomènes de la nature et déduire leurs causes. Pour étayer son raisonnement et établir des lois générales, il admettait « qu'on vienne au-devant des causes par les effets et qu'on se serve de plusieurs expériences particulières (1) ». Mais Bacon n'était qu'un précurseur et quant à Descartes, enfermé en lui-même, et perfectionnant l'usage de sa raison, il ne considérait l'expérience que comme un accessoire. L'effort de Descartes portait presqu'exclusivement sur les sciences dites exactes, dont le point de départ est l'évidence qui s'établit dans notre esprit. Cependant Descartes inspira certainement Claude Bernard, car comme lui il chercha à établir qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours à une âme raisonnable, pas même végétative, pour expliquer les phénomènes de la vie (explications du mouvement du cœur. 5e partie du *Discours de la méthode*).

Claude Bernard définit la méthode expérimentale :

1° L'art d'obtenir des faits exacts au moyen d'une investigation rigoureuse ;

2° L'art de mettre en œuvre, au moyen d'un raisonnement expérimental, afin d'en faire ressortir la connaissance de la loi des phénomènes.

Tout cela demande de laborieux efforts et de pénibles recherches tant est grande la complexité des phénomènes biologiques.

La science de la vie, pour Claude Bernard, « c'est un salon superbe tout resplendissant de lumière, dans lequel on ne peut parvenir qu'en passant par une longue et affreuse cuisine. » L'on ne parvient qu'en tâtonnant à arracher à la nature un lambeau de vérité. L'idée qui guide l'expérimentateur, provient de l'intuition ; parfois c'est une expérience tentée sans idée préconçue qui fait naître l'idée elle-même. Le savant complet doit savoir constater un fait, faire naître à propos de ce fait une idée dans son esprit, raisonner en vue de cette idée, instituer à son sujet une expérience et en réaliser les conditions matérielles, puis, de cette expérience, résulte de nouveaux phénomènes qui doivent être étudiés à leur tour. En somme, le savant doit, en sciences biologiques, utiliser d'abord le sentiment ou l'intention qui fait naître l'idée, l'hypothèse, puis la raison qui permet d'instituer l'expérience qui seule amène à conclure.

Les mathématiques sont des sciences subjectives dont le point de départ est évident et conscient et dont les théorèmes se déroulent logiquement par l'utilisation de la raison seule. La mécanique rationnelle et la physique mathématique ont un point de départ expérimental mais qui est tellement certain qu'on peut leur appliquer la déduction mathématique. Les sciences physiques et chimiques tendent de plus en plus à se rapprocher des précédentes. Mais les sciences biologiques, et à plus forte raison médi-

(1) *Discours de la méthode* : 6e partie. Quelles choses sont requises pour aller plus avant en la recherche de la nature.

cales, présentent une telle complexité dans les phénomènes que les déductions logiques restent incertaines. En résumé l'homme rapporte ses raisonnements à deux critériums, l'un intérieur et conscient qui est certain et absolu (mathématiques), l'autre extérieur et inconscient qui est expérimental et relatif (sciences biologiques et médicales). L'expérimentateur doit *douter*, fuir les idées fixes, garder toute sa liberté d'esprit, c'est-à-dire ne pas s'en tenir sans réserves à une autorité quelle qu'elle soit, car les théories les mieux établies sont précaires. « Le grand principe expérimental est donc le doute, le *doute philosophique* qui laisse à l'esprit sa liberté et son initiative, et d'où dérivent les qualités les plus précieuses pour un investigateur en physiologie et en médecine ». Le doute n'est pas le scepticisme qui, en fait, est un système de négation.

Il vaut mieux ne rien savoir qu'avoir des idées fixes. « Il ne faut pas faire les expériences pour confirmer ses idées mais pour les contrôler. Quand deux physiologistes ou deux médecins se querellent pour soutenir chacun leurs idées ou leurs théories, il n'y a au milieu de leurs arguments contradictoires qu'une seule chose qui soit certaine : c'est que les deux théories sont insuffisantes et ne représentent la vérité ni l'une, ni l'autre. »

Le savant doit être calme, et selon le mot de Bacon, ne jamais avoir l'œil humecté par les passions humaines.

Dans la science expérimentale, l'on doit considérer avant tout la méthode et l'idée. La méthode dirige l'idée qui interprète les phénomènes, mais l'idée doit rester libre et n'être enchaînée par aucune croyance scientifique, philosophique ou religieuse. L'idée ne doit être soumise qu'au critérium de la méthode expérimentale qui a opéré la révolution de se substituer à l'autorité personnelle. Il n'y a rien d'immuable en sciences et la théorie d'un homme de génie peut être détruite par un investigateur quelconque sans que le premier cesse d'être un génie. Le génie est un géant mais sur ses épaules il peut porter des pygmées qui, de ce fait, voient plus loin que lui.

La méthode expérimentale puise en elle-même une autorité impersonnelle qui domine la science. Il n'en est pas de même dans les arts qui sont subjectifs et l'on a pu dire avec raison : L'art, c'est moi ; la science, c'est nous.

Le sentiment donne l'idée ; la raison par le doute impose le contrôle de l'expérience.

Il existe deux formes de raisonnement :

La forme *investigative* (raisonnement inductif), interrogative, de celui qui ne sait pas et veut s'instruire.

La forme *démonstrative* (raisonnement déductif), affirmative, de celui qui sait, ou croit savoir, et veut instruire les autres.

Ces deux raisonnements appartiennent à toutes les sciences.

Le scolastique ou l'homme à systèmes ne doute pas de son point de départ qui est pour lui la vérité absolue. Il y adapte les faits.

L'expérimentateur doit toujours douter de son point de départ, ne l'admet que provisoirement et l'abandonne sans hésitation quand les faits le contredisent.

Il faut bien nous convaincre que nous ne pouvons connaître ni le commencement ni la fin des choses, nous ne pouvons savoir que le milieu, c'est-à-dire que ce qui nous entoure immédiatement. Nous devons donc nous borner à rechercher les causes prochaines.

Le sceptique ne croit pas à la science. il ne croit qu'à lui-même, c'est le douteux qui est le vrai savant. L'expérimentateur doit douter ; il doit douter de son sentiment, de l'idée *a priori* que ce dernier a fait naître, de la théorie même qu'il a prise pour point de départ de ses recherches ; il doit la soumettre au criterium de l'expérience.

Et Claude Bernard conclut que le principe absolu des sciences expérimentales est un *déterminisme nécessaire* et conscient dans les conditions de production des phénomènes. Un fait qui est indéterminé doit être repoussé et doit attendre. « La vraie science apprend à douter et à s'abstenir dans l'ignorance. » La preuve doit être suivie de la contre-épreuve. *Post hoc, ergo propter hoc*, est insuffisant, il faut que s'y ajoute la contre-épreuve, l'expérimentation : *Sublata causa, tollitur effectus.* L'analyse doit s'accompagner de synthèse et vice versa.

Le *déterminisme de Claude Bernard* consiste donc à rattacher à l'aide du raisonnement et de l'expérience, les phénomènes naturels à leurs conditions d'existence, autrement dit à leurs causes prochaines. « Toute la philosophie naturelle se résume en cela : *Connaître la loi des phénomènes.* Tout le problème expérimental se réduit à ceci : *Prévoir et diriger les phénomènes.* »

* * *

Claude Bernard, comme beaucoup de grands savants ne voulut jamais se laisser entraîner dans le domaine de la métaphysique où la raison laisse libre cours aux dérèglements de l'imagination.

Il ne voulut jamais prendre parti pour les matérialistes ni les spiritualistes qui se querellaient vivement à son époque et sa philosophie se confinait dans le domaine scientifique.

Pasteur l'admirait ; il fut son disciple. N'écrivait-il pas à Pouchet à propos des générations spontanées : « Dans les sciences expérimentales *on a toujours tort de ne pas douter*, alors que les faits n'obligent pas à l'affirmation. » Pasteur établissait une cloison étanche entre ses convictions de savant et ses croyances religieuses : « En chacun de nous, écrivait-il, il y a deux hommes : le savant, celui qui a fait table rase, qui, par l'observation, l'expérimentation et le raisonnement veut s'élever à la connaissance de la nature et puis l'homme sensible, l'homme de tradition, de foi ou de doute.... Les deux domaines sont distincts et malheur à celui qui veut les faire empiéter l'un sur l'autre, dans l'état si imparfait des connaissances humaines. »

Claude Bernard pensait comme Pasteur. M. Jean-Louis Faure regrette qu'il ne se soit pas rangé nettement dans le camp matérialiste. Il le lui reproche presque comme un manque de courage et croit qu'il lui fut impossible « de se délivrer de l'ambiance des idées régnantes et de briser les chaînes du passé (1). » Nous ne partageons pas cette opinion. Claude Bernard fut et voulut rester un savant. Il lui répugnait d'affirmer ce qui ne pouvait être démontré et d'avoir une idée préconçue. « Notre esprit est, en effet, tellement borné, écrivait-il, que nous ne pouvons connaître ni le commencement ni la fin des choses. » Claude Bernard, persuadé que l'on ne pouvait espérer posséder la vérité absolue, savait que notre cerveau limité ne pouvait, par la pensée et la raison, dépasser certaines limites. Il ne voulut pas être un métaphysicien et resta un savant.

J. Noir.

(1) J.-L. Faure. — *Claude Bernard.*

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

MORPHOLOGIE CLINIQUE

Les veines tégumenteuses de la paroi thoracique.

Par le Dr Dubreuil-Chambardel (de Tours).

Le tégument de la paroi thoracique est très richement vascularisé. Les veines superficielles forment sous la peau un plexus très serré dont on peut facilement remarquer les lignes continues qui se dessinent en elle.

Le réseau veineux sous-cutané est, non seulement très complexe, mais il est extrêmement variable d'un sujet à l'autre. Il peut cependant être ramené à un type schématique servant de base à une description anatomique et faisant suffisamment comprendre les données physiologiques en découlant.

Le plexus veineux superficiel du thorax est tributaire à la fois du système *cave supérieur* et du système *azygos*. Il contracte en outre des anastomoses multiples et importantes avec le plexus veineux superficiel de la paroi abdominale, lequel est tributaire du système *cave inférieur.*

Tous les troubles apportés dans l'un de ces trois systèmes vasculaires : *cave supérieur, cave inférieur, azygos,* retentiront sur le système veineux superficiel du thorax. C'est là l'intérêt de l'étude des dispositions diverses de ce dernier, acquérant en pathologie une grande valeur clinique et diagnostique.

Nous allons tâcher, dans cette note, de faire un tableau aussi précis que possible des veines tégumenteuses du thorax, d'indiquer les variations les plus importantes susceptibles d'être rencontrées, de signaler enfin les modifications qui peuvent y être apportées dans certains états physiologiques et pathologiques.

I

Le système veineux tégumenteux du thorax.

Le système cave supérieur est constitué principalement par deux gros canaux collecteurs, l'un latéral, extra-thoracique, la veine

mammaire externe, l'autre para-médian, intra-thoracique, la veine mammaire interne (figure I).

La *veine mammaire externe,* bien plus constante et importante que l'artère du même nom, est extra-thoracique. Elle commence à la partie inférieure du thorax au niveau des fausses côtes, puis remonte verticalement jusqu'à l'aisselle où elle se jette dans la veine axillaire.

Au niveau de chaque espace intercostal, elle se grossit de vaisseaux affluents venant d'arrière et d'avant.

D'arrière viennent les veines tégumenteuses de la région latéro-postérieure du thorax.

D'avant viennent les veines intercostales tégumenteuses latérales antérieures. Elles sont de médiocre importance jusqu'au cinquième espace, mais à ce niveau, elles deviennent volumineuses, elles collectent le sang de la région pectoro-

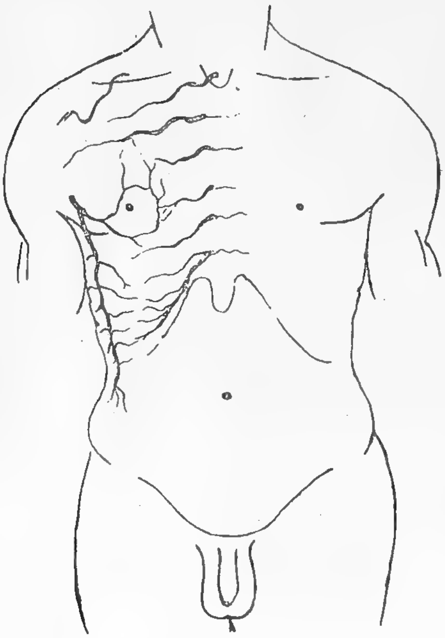


FIGURE 1.
Type schématique des veines cutanées du thorax.

mammaire commençant auprès du sein, s'anastomosant autour de cet organe entre elles et entre les veines tégumenteuses antérieures pour former le cercle veineux de Haller.

La *veine mammaire interne* est intra-thoracique, rétro-chondrale ; on ne la voit pas à l'extérieur. C'est dans elle que se jettent, en perforant l'extrémité antérieure des espaces intercostaux, les veines tégumenteuses antérieures.

Ces veines sont transversales, on en compte autant que d'espaces intercostaux. Celles des cinq premiers espaces intercostaux prennent naissance à la périphérie du sein, ce sont des veines glandulaires et dont le volume est en rapport avec celui de la glande et son état physiologique.

Les veines tégumenteuses antérieures des six derniers espaces intercostaux se jettent souvent dans une veine qui suit le bord chondral et perfore le sixième espace.

Avant de perforer les espaces intercostaux, les veines tégumenteuses reçoivent les veines présternales. Celles-ci forment en avant du sternum des voies anastomotiques entre les deux régions thoraciques droite et gauche.

Carrefour xiphoïdien. — Dans l'espace xiphoïdien, se trouve un carrefour veineux important formé par la jonction de la veine xiphoïdienne tégumenteuse superficielle et de la veine transversale pré-xiphoïdienne.

La veine xyphoïdienne tégumenteuse superficielle est un vaisseau abdominal, partant de l'ombilic (où elle s'anastomose avec le riche réseau veineux ombilical) et montant verticalement, en avant de la ligne blanche, jusqu'à l'appendice xyphoïde.

La veine transversale pré-xiphoïdienne forme, en avant de l' endice xiphoïde, une anastomose entre l veines mammaires internes (figure II).

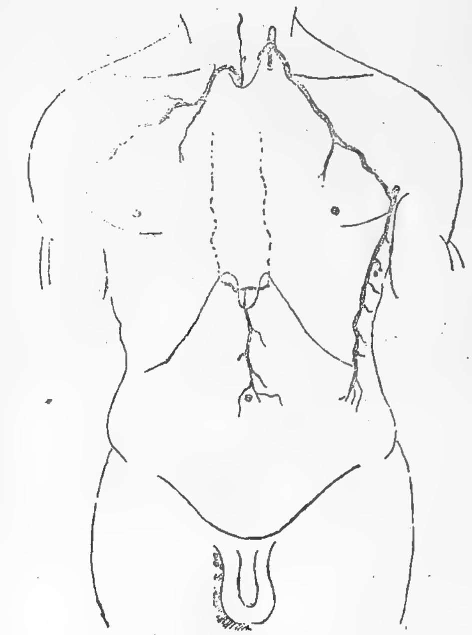


FIGURE 2.
Le carrefour sous-sternal.
Le carrefour xyphoïdien.
L'anastomose cervico-axillaire.

Carrefour sus-sternal. — Les veines tégumenteuses de la région supérieure du thorax se portent en dedans, passent par-dessus le bord supérieur du sternum et se jettent dans le tronc brachio-céphalique gauche, en même temps que les veines thymiques, et les veines superficielles du ou (figure II).

Anastomose cervico-axillaire. — De façon régulière, il existe dans l'angle supérieur externe de la région pectorale une anastomose qui réunit par-dessus la clavicule les veines cutanées du cou aux vaisseaux du creux axillaire (figure II).

Le SYSTÈME AZYGOS est réduit à quelques veinules qui, dans les espaces intercostaux, accompagnent le rameau perforant latéral de l'artère intercostale et se jettent dans la veine intercostale correspondante. De plus, on note dans chaque espace une anastomose directe entre la veine mammaire externe et les veines intercostales.

LES ANASTOMOSES entre les VEINES THORACIQUES TÉGUMENTEUSES et les VEINES ABDOMINALES TÉGUMENTEUSES dépendent du SYSTÈME CAVE INFÉRIEUR et sont importantes (figure III).

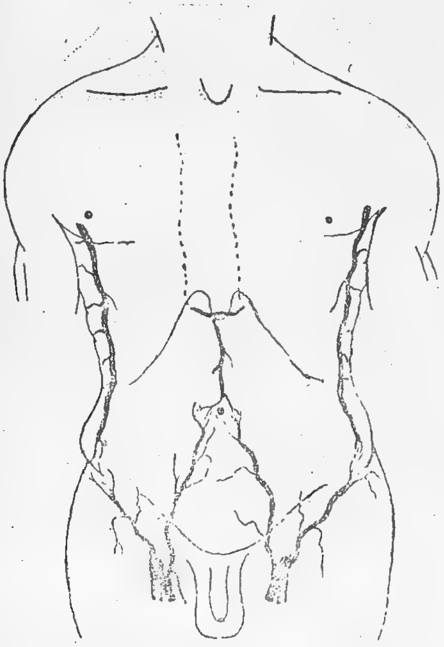


FIGURE 3.

L'anastomose latérale axillo-crurale.
L'anastomose antérieure sous-cavo-crurale.

Il y a deux grandes voies anastomotiques, l'une *latérale*, l'autre *antérieure*.

L'*anastomose latérale* se fait entre la veine *mammaire externe* et la *veine circonflexe iliaque superficielle*. On sait que cette dernière commence au niveau de la dernière côte, descend sur le flanc, atteint le niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, puis, suit une direction oblique parallèle à l'arcade de Fallope et atteint le carrefour saphène. Par l'anastomose de ces deux veines mammaire externe et circonflexe, il existe sur le côté du corps une grande voie unitive longitudinale axillo-fémorale dont l'importance est capitale.

L'*anastomose antérieure* se fait au niveau de l'ombilic par l'union de la *veine xiphoïdienne tégumenteuse* avec la *veine sous-cutanée abdominale*. Celle-ci commence autour de l'ombilic, se dirige en bas et en dehors et atteint, à la région antéro-interne de la cuisse le carrefour saphène. Cette anastomose constitue une grande voie unitive antérieure longitudinale fémoro-sous-clavière.

Enfin, tout le long du rebord chondral des côtes, existent des anastomoses entre les veines tégumenteuses thoraciques et les rameaux du système de la veine épigastrique.

Telle est la disfonction générale des veines superficielles de la paroi thoracique. Nous insistons encore sur les anastomoses multiples qui unissent toutes ces veines entre elles et qui forment sous la peau de délicats réseaux qui se dessinent en bleu.

II

Les variations anatomiques.

Le plan schématique des veines superficielles du thorax, tel que nous venons de le tracer est très souvent modifié par les variations anatomiques qu'on y constate.

Le système de la veine mammaire externe ne présente que des variations sans intérêt.

Plus importantes sont les variations du système de la veine mammaire interne.

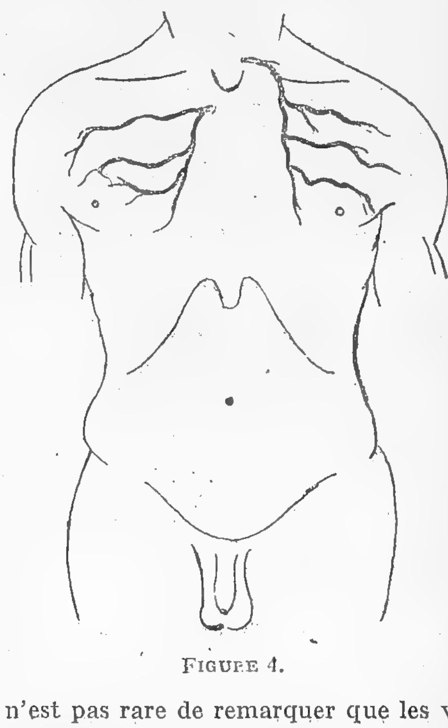


FIGURE 4.

Il n'est pas rare de remarquer que les veines correspondent à plusieurs espaces intercostaux, s'unissent en un seul tronc. Le tronc ainsi com-

mun aboutit à la partie antérieure et interne d'un des espaces intercostaux qu'il perfore pour se jeter dans la veine mammaire interne. Il en résulte la formation de veines d'un certain volume qui dessinent sous la peau de grosses sinuosités bleues.

Un type qui nous a paru assez fréquent est la formation d'une grosse veine, réunissant les vaisseaux de la partie supérieure du thorax, drainant une zone pectorale plus ou moins étendue et perforant le premier espace (fioure IV à droite).

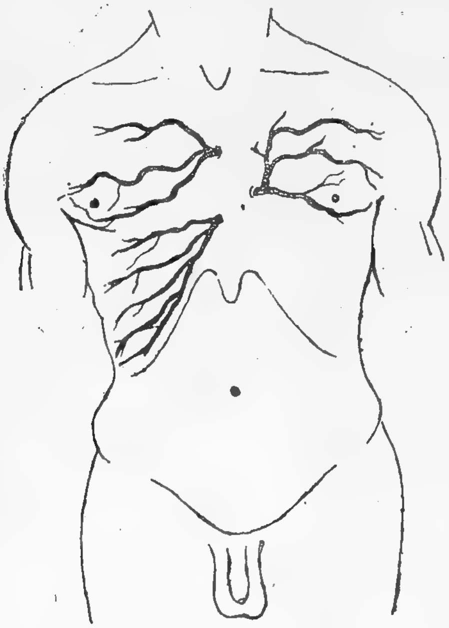


FIGURE 5.

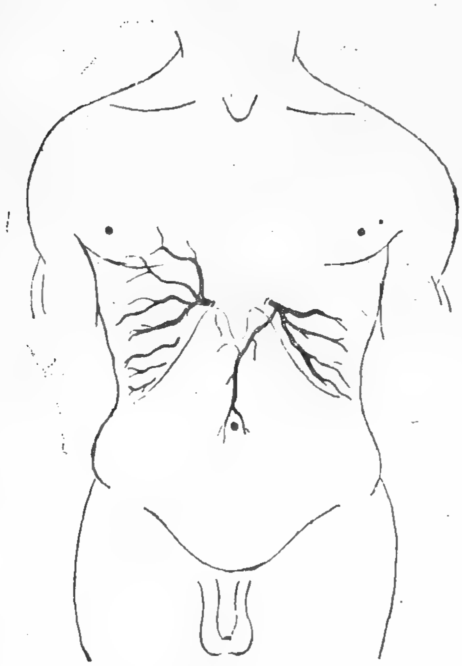


FIGURE 6.

Fig. 4, 5 et 6. — Formation de troncs collecteurs superficiels.

Des veines du même genre peuvent drainer d'autres zones et se jeter dans le second, le troisième, le quatrième ou le cinquième espaces (figure V et VI). La prédominance du vaisseau du second espace est assez commune.

On peut voir aussi une grosse veine qui passe par-dessus le sternum et va se jeter dans le carrefour sus-sternal (figure IV à gauche).

De même, un gros courant veineux et notamment la veine qui suit le rebord chondral peut se jeter dans le carrefour xiphoïdien.

Les dessins que nous donnons de quelques-unes de ces dispositions font comprendre la riche variation de ce système veineux tégumentaire (figures IV, V, VI).

III

Les variations physiologiques.

A l'état régulier, les veines tégumenteuses du thorax sont peu visibles, surtout chez les personnes présentant un certain embonpoint.

Pour les mettre en évidence, il suffit d'exécuter quelques mouvements violents ; la circulation tégumenteuse s'accroît et les vaisseaux dessinent alors sous la peau leurs sinuosités compliquées comparables à des craquelures de porcelaine.

C'est surtout dans les mouvements respiratoires, et notamment pendant les exercices d'inspiration prolongée, que les veines cutanées se font voir sur la région pectorale. La veine mammaire interne, au cours de ces exercices respiratoires, peut en effet être comprimée contre les cartilages costaux et la circulation dans ses veines affluentes être suspendue.

De même les sonneurs de trompe ou de cor, les trompettes, les clairons, qui sont obligés de faire de grands et longs efforts pulmonaires, ont, pendant le temps de leurs exercices, des veines pariétales très visibles.

Pendant la grossesse et durant tout le cours de la période de lactation, les veines tégumenteuses glandulaires prennent un grand développement et deviennent très apparentes sous la peau. On remarque alors très nettement le cercle péri-aréolaire de Haller, d'où partent :

1° Les veines latérales se dirigeant vers la mammaire externe et dont une, plus grosse, atteint celle-ci dans la région axillaire en contournant la saillie formée par le bord du muscle pectoral.

2° Les veines antérieures à trajet horizontal jusqu'à l'extrémité antérieure des espaces intercostaux qu'elles perforent.

Après la grossesse et la lactation les veines glandulaires reprennent ordinairement leur volume primitif. Cependant chez quelques femmes ayant eu de nombreuses périodes de lactation,

◆◆◆

ces veines continuent à être apparentes et à tracer de gros traits bleus sous la peau.

IV

Troubles pathologiques.

Dans un grand nombre d'états pathologiques de la région thoracique, le système veineux tégumentaire, par le développement qu'il prend et surtout par l'augmentation de ses anastomoses avec les réseaux voisins, aquiert un intérêt diagnostic très grand.

Dans la plupart des affections de la glande mammaire — mammites, tumeurs, gerçures, abcès — les veines glandulaires deviennent saillantes, ou tout au moins, forment sous la peau de grosses lignes colorées.

Nous signalerons en particulier les volumineuses hypertrophies du rein, qui s'accompagnent d'ordinaire d'une vascularisation excessive.

Mais dans les troubles pathologiques des organes pulmonaires, les veines tégumentaires deviennent très apparentes. C'est ainsi que depuis longtemps, on a signalé le développement de ces veines chez le tuberculeux pulmonaire, chez le pleurétique, chez le ganglionnaire trachéo-bronchique. Chez tous les tousseurs en général, les veines thoraciques deviennent nettement visibles.

Cependant, c'est surtout dans les cas de troubles profonds des systèmes caves que les signes donnés par les veines pariétales du thorax prennent une valeur très grande.

Qu'un obstacle quelconque vienne gêner ou interrompre la circulation dans la veine cave supérieure, dans la veine cave inférieure, ou encore dans le système azygos, une circulation de suppléance pourra s'établir grâce aux anastomoses que nous avons décrites plus haut. Le courant du système lésé sera dérivé dans un autre système veineux.

C'est surtout par la grande anastomose latérale axillo-crurale que peut se rétablir la circulation, et un tel courant peut prendre des proportions considérables.

L'anastomose antérieure par le système veineux préxiphoïdien est plus rarement en jeu. Enfin, les anastomoses multiples entre les veines chondrales et les veines abdominales peuvent parfois se développer.

Quelles sont les causes qui peuvent ainsi mettre en jeu cette circulation périphérique ?

D'abord toutes les lésions des veines caves ou azygos ; embolies, occlusion, ligatures ; les compressions de ces vaisseaux par une tumeur du voisinage, en somme tous les obstacles mécaniques apportés au cours du sang soit dans, soit autour des grosses veines.

Du côté du foie, les cirrhoses qui rendent la circulation porte difficile ou la suppriment ; ou encore les augmentations de volume de cet organe comprimant la veine cave inférieure.

Du côté du cœur, toutes les lésions qui gênent les circulations caves et provoquent des stases veineuses.

Aussi, dans tout cas de développement exagéré de la circulation tégumenteuse du thorax, est-il nécessaire de bien en rechercher la cause.

Un examen attentif des courants sanguins permet de dépister de bonne heure des troubles pathologiques des organes abdominaux ou thoraciques.

Ou encore, un tel examen confirmera un diagnostic.

C'est donc avec de justes raisons que MM. Gilbert et Villaret, en 1907, dans la *Revue de médecine*, ont mis en valeur l'intérêt capital que présentent pour le clinicien les troubles apportés à la circulation tégumenteuse des veines thoraciques.

Nous avons voulu, dans cette note, fixer, le plus exactement possible, le plan général du système veineux superficiel, montrer les grands courants veineux qui assurent le drainage de la paroi thoracique, et signaler quelles sont les conditions physiologiques ou pathologiques qui viennent modifier plus ou moins profondément l'aspect de ce riche plexus vasculaire.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Cancer de la langue.

D'après une leçon du professeur DELBET (1).

Ce malade est atteint d'épithélioma de la langue depuis deux ans. Il est arrivé à l'extrême cachexie. Vous voyez qu'il présente une déformation considérable de la partie supérieure de la région cervicale, due à l'adénopathie secondaire. Certaines formes de néoplasmes sont particulièrement lymphophiles ; l'adénopathie se développe beaucoup plus vite que la tumeur primitive. Quelquefois elle est bilatérale.

Cette adénopathie bilatérale est possible même avec un cancer localisé à une seule moitié de la langue. Pour la recherche des ganglions, il faut prendre le plancher buccal entre deux doigts, l'un intra-buccal, l'autre extérieur, sans quoi un grand nombre de ganglions échappera. Cherchez d'abord le ganglion rétro-angulo-maxillaire, signalé par Chassaignac. Etudiez ensuite les ganglions de la région sous-maxillaire, cherchez les ganglions qui sont dans la loge même de la glande sous-maxillaire. Vous voyez qu'il y a des ganglions plus haut situés qui soulèvent le lobule de l'oreille ; ils sont situés dans l'épaisseur même de la parotide ; ils sont très souvent envahis dans les épithéliomas de la langue , et ils sont très difficilement accessibles pour le chirurgien. Ils se continuent jusque sous l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien. On a proposé de faire en pareil cas la résection complète du sterno-mastoïdien. Les ganglions de la chaîne carotidienne sont également envahis. Plus bas, on trouve un petit chapelet qui descend vraisemblablement jusque dans la fosse sus-claviculaire et probablement s'engage dans le médiastin.

Les épithéliomas de la langue sont une des formes les plus terribles de tous les cancers. J'ai déjà eu l'occasion de vous dire que les tumeurs épithéliales malignes ne se développent presque jamais sur des épithéliums sains, normaux. Avant la phase de cancer, il y a une altération d'ordre irritatif. C'est ce qu'on appelle les états précancéreux. Poncet, Virchow, Ménétrier, ont bien établi cette notion. Le plus souvent, c'est la leucoplasie qu'on observe. La leucoplasie est caractérisée par de doubles lésions Les unes portent sur le derme. Les principales portent sur l'épithélium. L'épithélium lingual est un épithélium du type pavimenteux. Il évolue normalement suivant le type muqueux. Eh bien, dans la leucoplasie, il évolue suivant le type cutané, c'est-à-dire qu'il se kératinise.

Il est absolument certain que la syphilis joue un rôle capital dans la production de la leucoplasie, mais cependant les plaques de leucoplasie plane ne sont pas toujours d'origine syphilitique. Les leucoplasies étendues non plus seulement en surface, mais aussi en épaisseur, sont toujours, peut-on dire, syphilitiques.

Comment se fait le passage d'une plaque de leucoplasie à un épithélioma ? C'est un problème clinique très important, car si les malades atteints de leucoplasie sont surveillés, on peut saisir le moment où la leucoplasie devient inquiétante, faire opérer les malades à ce moment, et les mettre à l'abri du cancer. Ce sont surtout les dentistes qui devraient faire ce diagnostic.

Comment se fait cette transformation ? On trouve dans cet épithélium d'abord une première couche de cellules basales qui ne diffèrent pas des cellules basales ordinaires qu'on trouve sur la langue normalement. Les cellules filles de ces cellules basales ne produisent pas d'éléidine, elles subissent une évolution muqueuse. Au contraire, lorsqu'il y a une plaque de leucoplasie, les cellules deviennent cornées.

Comment ceci va-t-il devenir un néoplasme ? On observe deux modes d'évolution. Certaines langues leucoplasiques, en dehors de la leucoplasie, ne présentent pas d'autre altération. Audessous de ces plaques blanches d'aspect porcelainé, la langue a sa forme et sa souplesse normales. Dans d'autres cas, au contraire, la langue présente des altérations profondes, des lésions interstitielles dans son épaisseur. En même temps que la leucoplasie, il y a une glossite tertiaire, mais les formes gommeuses sont des lésions que nous ne voyons plus actuellement qu'on soigne mieux la syphilis ; on voit surtout une glossite interstitielle, donnant lieu à des rétractions, à des fissures qu'on appelle fissures de Scason et de Clarke.

La plaque de leucoplasie qui va se transformer en cancer s'épaissit, puis devient végétante, d'aspect papillomateux. Dès ce moment la menace de cancer est telle que vous devez la faire enlever. Sans avoir besoin de faire une opération étendue, en enlevant simplement cette plaque, on guérit les malades et on les met à l'abri du cancer.

Il y a une série de phases intermédiaires entre la lésion purement irritative et le cancer vérita-

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 6 janvier 1927, recueillie par le Dr LAPORTE.

blement confirmé. Ces phases intermédiaires étaient restées obscures jusqu'à ces dernières années. Depuis les études du cancer expérimental faites avec beaucoup de soin par les savants japonais qui obtiennent le cancer à volonté en badigeonnant avec certains goudrons l'oreille du lapin ou la nuque de la souris, on connaît mieux ces phases, que les auteurs désignent sous les termes de cancer approché, cancer confirmé, cancer achevé, et on est arrivé à considérer comme étant la caractéristique propre et indéniable du cancer, la possibilité de se greffer en série ; or, certaines lésions, n'ayant pas encore nettement le caractère cancéreux au point de vue histologique, se sont trouvées greffables en série. D'autre part, il est arrivé qu'en faisant des biopsies partielles sur des lésions en voie d'évolution, alors que le microscope avait permis d'affirmer la nature cancéreuse de la lésion, la partie qu'on a laissée a cependant spontanément guéri.

En quoi consiste le phénomène initial ? Vous savez qu'entre les épithéliums et le tissu conjonctif normal, on trouve toujours une zone intermédiaire appelée membrane basale. C'est surtout au niveau des glandes qu'elle est développée. Ces membranes basales sont, incontestablement, d'origine conjonctive. Jusqu'à ces derniers temps (et pour beaucoup de gens encore actuellement) on les considérait comme un organe de défense du tissu conjonctif contre le tissu épithélial. La majorité des histologistes sont arrivés à penser que la première manifestation permettant d'affirmer l'existence d'un cancer, c'est la rupture de cette membrane basale. La réalité est tout autre. La membrane basale n'est pas du tout le résultat d'une lutte de l'élément conjonctif contre l'élément épithélial, ou inversement. Je vous ai dit que cette membrane basale prend les réactifs du collagène ; elle est donc incontestablement d'origine conjonctive, mais elle est anhyste. Elle est capable de s'épaissir dans certains processus pathogéniques. A l'heure actuelle, on peut considérer comme certain que cet aspect particulier de la membrane basale est le résultat de l'interréaction du tissu conjonctif et du tissu épithélial ; c'est une sécrétion endocrine de la cellule qui produit la membrane basale. Il est facile de comprendre que la membrane basale disparaît lorsque la cellule épithéliale est altérée, puisque par sa sécrétion elle prend part à sa production. Si la cellule épithéliale est modifiée, la membrane basale pourra l'être aussi.

Dans un certain nombre de cas d'ordre irritatif, la membrane basale est considérablement épaissie. Dans certaines lésions inflammatoires des glandes salivaires, dans les mastites chroniques à évolution fibreuse, la membrane basale présente un épaississement parfois extrêmement considérable. Dans les processus néoplasiques vrais, dans les épithéliomas, au contraire, la membrane basale disparaît, par suite des modifications de la cellule épithéliale.

Des études que j'ai faites sur l'épithélioma du sein, j'ai pu tirer cette conclusion que la première modification est une modification de la tension superficielle qui se produit dans ces cellules épithéliales. Vous savez que les cellules épithéliales sont toujours cohérentes les unes avec les autres et adhérentes avec le tissu conjonctif. Eh bien, par divers artifices, je crois être arrivé, pour ma part, à établir que le premier phénomène est une modification de la tension superficielle ; les cellules perdent leur adhérence et leur cohérence, plus ou moins suivant les cas. Il y a des formes de cancer dans lesquelles les cellules épithéliales sont complètement indépendantes ; elles ont une grande tendance à diffuser, d'où la gravité particulière de ces cancers.

La membrane basale disparaît parce que la cellule épithéliale est profondément modifiée, et ces cellules peuvent se répandre dans le tissu conjonctif. Voilà la première phase de la transformation d'une lésion précancéreuse.

Dans le cas où il existe une glossite interstitielle, la leucoplasie descend dans la profondeur de ces fissures qui sont comme des points de caption. Dans ces cas on ne voit pas la lésion et on ne peut pas dépister la transformation cancéreuse d'une manière aussi précoce qu'on peut le faire dans les leucoplasies planes. Dans ces cas, la première manifestation est seulement une gouttelette de sang.

Les épithéliomas d'origine leucoplasique sont toujours des épithéliomas pavimenteux spinocellulaires, épithéliomas, qui, je vous l'ai dit, ont une gravité absolument spéciale. Cornil divisait les épithéliomas pavimenteux en tubulés et lobulés ou à globes épidermiques. Krompecher les divisait en baso-cellulaires et spino-cellulaires. L'épithélioma à globes épidermiques de Cornil est-il exactement superposable à l'épithélioma spino-cellulaire de Krompecher ? Non, d'abord, parce qu'il y a des épithéliomas spinocellulaires qui ne produisent pas de kératine et pas de globes épidermiques, et, inversement, il y a des cellules ne présentant pas de filaments d'union, et qui sont cependant capables de produire des globes épidermiques.

Tandis que l'épithélioma baso-cellulaire pur, c'est-à-dire l'épithélioma tubulé de Cornil, est absolument lymphophobe, au contraire l'épithélioma lobulé, à globes épidermiques ou spinocellulaire, est infiniment lymphophile, si bien que très souvent la tumeur ganglionnaire est beaucoup plus volumineuse que la tumeur primitive. C'est ce qui en fait la gravité. Parfois la mort est due à l'envahissement des vaisseaux

à l'hémorragie ; quelquefois, il y a une série d'hémorragies répétées, qui anémient de plus en plus les malades. D'autres fois, une hémorragie brutale entraîne la mort immédiate. Mais ordinairement les malades s'éteignent progressivement. Ce sont des intoxiqués, ils sont empoisonnés par les sécrétions endocriniennes de leurs cellules cancéreuses.

Les épithéliomas de la langue se développent avec prédilection sur les bords de l'organe. Ils ne sont jamais médians. Les ulcérations syphilitiques, au contraire, se développent ordinairement sur la partie médiane de la langue. Les ulcérations tuberculeuses sont aussi des ulcérations marginales, mais elles se développent plutôt vers la pointe de la langue. Les cancers siégeant sur la portion verticale de la langue ont une gravité particulière, d'abord parce que cette partie de la langue est beaucoup plus difficilement accessible, et puis parce que ce cancer envahit la langue dans le sens transversal, tandis que dans la portion horizontale il existe un septum, si bien que l'épithélioma a peu de tendance à passer d'un côté à l'autre. L'envahissement ganglionnaire peut être en quelque sorte immédiat ; c'est même quelquefois l'adénopathie qui est la première manifestation clinique.

Dans la majorité des cas, rien n'est plus facile que le diagnostic d'un cancer de la langue. Il y a cependant des cas difficiles, et, dans ces cas, il ne faut pas hésiter à recourir à une biopsie. Il y a une erreur de diagnostic que je tiens à vous signaler tout particulièrement, c'est celle qui consiste à prendre pour un cancer une lésion bénigne désignée sous le nom d'ulcération simple de la langue. Pratiquement, cette lésion n'existe pas, car il n'y a pas, en dehors des aphtes, d'ulcération de ce genre qui ne soit entretenue par une dent cariée irrégulière, par un dentier, par un appareil prothétique, etc. Il suffit d'enlever la cause pour en obtenir la guérison en huit jours au plus ; mais je n'ai jamais vu d'ulcérations simples de la langue persister pendant des semaines et des mois en dehors de toute influence traumatique.

Les ulcérations syphilitiques de la période secondaire ne ressemblent en rien à un néoplasme. Il n'y a que les gommes ulcérées tertiaires qui pourraient donner lieu à une difficulté de diagnostic, mais à l'heure actuelle on n'en voit plus, parce qu'on soigne mieux la syphilis. D'ailleurs, elles se caractérisent par leur siège médian, leurs bords décollés, flottants, leur fond recouvert de bourgeons charnus n'ayant pas tendance à saigner, l'absence d'adénopathie.

Les ulcérations tuberculeuses sont plutôt de petites exulcérations superficielles, siégeant sur la pointe de la langue, chez des tuberculeux pulmonaires avancés, et entourées par des granulations jaunes appelées grains de Trélat.

Il est certain que ces cancers n'ont pas tous la même gravité, mais nous ne savons pas encore, comme nous commençons à le savoir pour les cancers du sein, distinguer par leurs caractères histologiques leurs formes relativement bénignes de leurs formes véritablement malignes. Il ne faut pas toujours se fier aux caractères cliniques. Ainsi, j'ai opéré, sans espoir d'obtenir une guérison prolongée, un malade atteint d'un énorme cancer ayant envahi la moitié droite de la langue et le plancher buccal. Son cas paraissait presque désespéré, et cependant il y a aujourd'hui dix à douze ans qu'il est guéri et parfaitement bien portant.

PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement physiothérapique des torticolis (1).

Par M. P. Kouindjy.

Nous nous occupons ici des torticolis dits musculaires ; ceux qui sont dus soit à un mal sous-occipital, soit à un traumatisme (luxation, fracture) ou à une cicatrice suite d'une brûlure, phlegmon, abcès froid, etc., sont du domaine chirurgical. Dans les torticolis musculaires, la contracture atteint un muscle ou un groupe musculaire d'un seul côté du cou. Le plus souvent, c'est le sterno-cléido-mastoïdien qui est pris. Dans ce cas la tête s'incline latéralement du côté du muscle contracturé. Si c'est le trapèze seul qui est pris, la tête se renverse en arrière. Duchenne de Boulogne rapporte un cas typique, où les deux trapèzes furent atteints : la tête fut renversée complètement en arrière. Nous rapportons un cas rare de contracture du peaucier avec inclinaison de la tête en avant. En général, la contracture d'un seul muscle est très rare ; le plus souvent la contracture du muscle sterno-mastoïdien s'accompagne de contracture plus ou moins avancée des autres muscles, comme l'angulaire de l'omoplate, le rhomboïde, le splénius, le complexus, les scalènes, les sus et les sous-épineux, ainsi que les muscles de la colonne vertébrale et les muscles péri-articulaires de l'épaule correspondante. Toutes ces contractures, outre la position vicieuse de la tête, déterminent une dévia-

(1) Communication à la *Société de médecine de Paris*, 30 octobre 1926.

tion du rachis et une élévation de l'épaule adjacente. Chez un de nos malades atteint d'un torticolis antérieur, avec inclinaison de la tête en avant, la colonne vertébrale présentait à sa partie supérieure une cyphose et à sa partie inférieure une lordose, puisque, pour pouvoir regarder devant lui, notre malade était obligé d'avancer son abdomen et de contracter ses épaules.

Dans un autre cas, une fillette de huit ans, atteinte d'un torticolis gauche occasionné par une chute à l'âge de quatre ans, présentait une forte élévation de l'épaule gauche avec une déviation scoliotique gauche très accentuée.

Chez les enfants atteints de torticolis, les déviations scoliotiques sont fréquentes ; on les trouve également chez l'adulte ; mais ici, elles s'installent d'une façon progressive et dépendent des positions vicieuses que les malades prennent pour corriger leur torticolis.

Quelle que soit l'origine des torticolis musculaires, il est indiscutable que nous nous trouvons ici en présence de ce que Tillaux appelait « le défaut de la synergie musculaire ». Nulle part « la loi du déséquilibre tonique des antagonistes », que nous avons établie en 1905, dans notre travail sur le traitement de la contracture musculaire, ne se démontre avec plus de précision que dans les torticolis musculaires. C'est la raison pour laquelle nous prenons la liberté d'attirer votre attention sur la loi en question et nous nous excusons de faire une légère diversion à notre communication.

Dans toutes les contractures musculaires, permanentes ou spasmodiques, il se produit une perturbation dans le jeu des tonicités des muscles antagonistes. Notre distingué confrère, le prof. Hesnard (1), de Bordeaux, qui a introduit notre loi du déséquilibre tonique dans son excellent travail sur « les lois du tonus musculaire », donne la définition suivante de ce que nous appelons « le déséquilibre tonique des antagonistes ». Comme nous considérons cette définition comme la meilleure, nous vous demandons la permission de la citer entièrement. « Dès que l'état tonique normal d'un muscle est touché, dit cet auteur, il s'ensuit un déséquilibre entre ce muscle et son antagoniste et par suite une dystonie de compensation de cet antagoniste. Soit un biceps transfixié et ayant réagi à cette transfixion par un hypertonus, aussitôt le triceps s'hypnotonise. Mais soit, au contraire un extenseur des doigts, atonisé par une plaie disséquante, aussitôt les fléchisseurs des doigts vont s'hypertoniser. » Ce déséquilibre s'établit progressivement ou d'emblée selon l'intensité de la la contracture. Nous connaissons tous le rôle important joué par les antagonistes dans l'exécution des mouvements. Si les extenseurs des doigts sont atteints datrophie, ou même de parésie, les fléchisseurs, privés de l'action régulatrice des antagonistes, passent invariablement en hypertonie : ils se contracturent et, si on les laisse sans soins, finissent par se rétracter.

L'exemple le plus frappant est fourni par l'hémiplégie, où le déséquilibre entre les tonicités des muscles antagonistes entraîne, outre l'impotence fonctionnelle, des déformations ostéo-articulaires parfois très graves. D'ailleurs, il est rare de trouver des déformations articulaires, même si elles ne sont pas d'origine centrale, sans contracture d'un des deux groupes musculaires antagonistes. Ne trouve-t-on pas chez les arthritiques chroniques l'hypertonie d'un côté et l'hypotonie de l'autre ? Nous sommes persuadés que la grande majorité des arthrites déformantes et des arthropathies avec déplacement articulaire ne sont que la conséquence de ce déséquilibre tonique des antagonistes, que nous trouvons si nettement chez les malades atteints de paralysie, de poliomyélite, de paralysies spasmodiques infantiles, etc. Pour nous, les troubles articulaires avec déplacement sont occasionnés souvent par l'action prédominante du groupe musculaire en hypertonie sur ses antagonistes en hypotonie. Notre loi du déséquilibre tonique des antagonistes peut donc se résumer de la façon suivante : *à toutes les formes d'hypotonie musculaire (parésie, paralysie et atrophie), d'un muscle ou d'un groupe musculaire, correspondent les différentes phases de contractures des muscles antagonistes (contracture plus ou moins avancée, tétanisation musculaire et rétraction)*. D'où les indications thérapeutiques que nous avons établies en 1905 ; *ne jamais soigner, surtout au début, les muscles en hypertonie et traiter par les agents physiques uniquement les muscles en hypotonie*, jusqu'à ce que l'équilibre entre leurs tonicités s'établisse normalement (1).

Dans les torticolis, les muscles atteints de contracture étant en hypertonie, le traitement doit s'appliquer aux muscles en hypotonie, c'est-à-dire aux muscles du côté opposé. La méthode physiothérapique, que nous avons l'honneur de vous exposer aujourd'hui, comprend : la traction progressive pour combattre la rétraction tendineuse, le massage méthodique des muscles en hypotonie et les exercices rééducatifs de ces muscles. La traction se fait au moyen de la table de suspension, que nous avons introduite à la clinique Charcot en 1900, pour remplacer la pendaison de Charcot-Motchutkowsky( ).

Le malade couché sur le plateau de cette table a sa tête prise dans la mentonnière de l'appareil. La traction se produit par le poids du corps du malade. Le plateau bascule autour d'un pivot placé au tiers antérieur de la table, ce qui permet d'imprimer aux muscles rétractés une traction variable, pouvant aller jusqu'à la verticale. La tête du malade est

(1) Hesnard. — Les lois du tonus musculaire chez les blessés de guerre. *Archives d'électricité médicale*, juillet 1918.

(1) Kouindjy. — La contracture musculaire et son traitement par le massage méthodique. *Journal de physiothérapie*, 1905.

(2) Kouindjy.. — De l'extension et de son application dans le traitement des maladies nerveuses. *Archives de neurologie*, 1902. — La suspension et ses différentes formes. *Journal des Praticiens*, oct. 1925.

tournée à 180° dans le sens opposé de la contracture. Au début du traitement cette opération demande à être de courte durée, qui ne doit d'aucune façon dépasser 15 à 20 minutes. Les tractions prolongées sont douloureuses et susceptibles de provoquer une augmentation de la contracture. On laisse le malade se reposer quelques minutes et on procède de suite au massage méthodique des muscles en hypotonie, sans toucher aux muscles contracturés.

On commence par des pressions profondes, suivies des effleurages profonds, du pétrissage et des percussions digitales. Ces pressions profondes, outre leur action directe sur les muscles hypotonifiés, permettent aussi de délimiter le champ massothérapique et de ne pas empiéter sur la région des muscles en contracture. Dans les cas avancés, nous utilisons, à l'exemple de Duchenne de Boulogne, la faradisation locale des muscles en hypotonie. On terminera par le massage des muscles du dos et des muscles péri-articulaires de l'épaule opposée au torticolis. Quelques mouvements de mobilisation méthodique et mouvements contradictoires sont ici nécessaires pour vaincre les adhérences, qui ne manquent jamais de s'établir entre les différentes surfaces articulaires des vertèbres cervicales.

Les exercices rééducatifs sont destinés à rééduquer les mouvements actifs et volontaires. Dans les torticolis, la « discipline motrice » de Brissaud n'est autre chose que la rééducation motrice des muscles en hypotonie. Tout d'abord, nous avons recours au procédé indiqué par Meige et Freindel : l'immobilité commandée. Le malade doit s'habituer à maintenir sa tête immobile et sous commandement dans les positions indiquées par le rééducateur. Pour simplifier l'exercice nous traçons deux demi-cercles fictifs dont le diamètre horizontal passe par le milieu des deux épaules du malade ; les deux demi-cercles sont supposés placés perpendiculairement l'un à l'autre. Les mouvements de rotation de la tête sont rééduqués dans le demi-cercle horizontal et ceux de l'inclinaison dans le demi-cercle vertical. Les segments compris entre le milieu du menton et de l'épaule opposée à la contracture servent pour les différents points de repère des exercices de l'immobilité commandée.

Il est bien entendu que, sauf la tête, le reste du corps du malade demeure immobile pendant la durée de l'exercice.

On peut modifier cet exercice au moyen d'une glace, devant laquelle le malade assis sur une chaise, dos contre la glace, doit arriver, en tournant la tête dans le sens opposé au torticolis, à voir l'image de sa figure. En déplaçant la chaise dans le sens de la contracture on arrive à augmenter le champ de la rotation de la tête.

Un autre exercice rééducatif, plus facile et plus simple, s'exécute de la façon suivante : le rééducateur, placé derrière le malade assis, tient sa main du côté opposé à la contracture à différences distances et l'engage à toucher, sous commandement, sa main, son doigt ou un objet quelconque qui remplace la main. Lorsque le malade arrive à maintenir sa tête en position indiquée pendant des durées suffisamment longues, on l'engage à faire de temps en temps la lecture, en plaçant le livre du côté opposé à la contracture, à écrire, à faire de la broderie, etc., tout en lui recommandant de revenir à son point de départ, aussitôt qu'il ressent la moindre douleur ou une résistance trop forte des muscles hypertonifiés. Parfois on se trouve bien d'interrompre les exercices rééducatifs pendant quelques jours et de laisser le malade au repos complet, quitte à reprendre ensuite les exercices avec plus d'intensité.

Les phénomènes d'auto-suggestion prennent chez quelques malades atteints de torticolis des proportions inquiétantes ; et c'est le côté sombre de l'affection en question. Tout est prétexte pour les rendre émotifs et plus malades qu'ils ne sont en réalité. Si le torticolis mental de Brissaud se développe chez les individus avec une tare mentale, allant jusqu'à déséquilibration et troubles mentaux, le torticolis musculaire finit, à la longue, par engendrer des troubles psychiques très pénibles et pouvant dans beaucoup de cas être l'obstacle à la marche régulière de la guérison. Il faut donc avoir recours aux moyens suggestifs pour rendre à ces malades plus facile la lutte contre l'angoisse, la crainte et le désespoir, dans lequel ils tombent facilement. Il faut se méfier de confondre un torticolis musculaire avec un torticolis mental, car les indications thérapeutiques n'étant pas les mêmes, cette confusion peut entraîner des conséquences très fâcheuses et transformer un torticolis musculaire simple en un torticolis avec rétraction tendineuse et même avec une ankylose irréparable.

La physiothérapie présente à elle seule suffisamment de moyens rationnels pour lutter contre la contracture musculaire. Complétée par la psychothérapie, elle arrive à coup sûr à débarrasser le malade d'une affection pénible.

Tel est l'ensemble de la méthode physiothérapique des torticolis que nous avons jugé intéressant de vous communiquer aujourd'hui. Les quelques projections que nous prenons la liberté de vous montrer prouveront, je l'espère, que la méthode mérite d'être connue.

Discussion.

M. Molinéry. — J'ai été extrêmement intéressé par la communication de notre collègue et je demande si, parallèlement à sa méthode de massage, il a utilisé la méthode de traitement par les bains de lumière bleue. A-t-il vu des malades améliorés et guéris par la lumière bleue ? Je vous en donnerai la raison.

M. Kouindjy. — Je n'ai pas eu l'occasion de traiter des torticolis par la lumière bleue. Mais, au Val-de-Grâce, je l'ai utilisée pour le traitement des névralgies, des névrites, etc. Il est possible que dans le cas de torticolis, cela donne de bons résultats,

mais je n'ai pas eu l'occasion de l'expérimenter. Je crois que la lumière bleue peut être employée dans toutes sortes de troubles nerveux, non seulement dans les cas de névralgies, mais aussi dans les troubles psychiques. Je pense aussi que la lumière bleue peut soulager les malades atteints de contractures avec douleurs.

M. Molinéry. — Si je me suis permis de poser cette question, c'est parce que, à Luchon, j'ai eu l'occasion de voir des malades qui avaient été envoyés par notre confrère Lobligeois, malades qui étaient atteintes d'un torticolis tellement grave que le chirurgien avait indiqué la nécessité d'une intervention. La malade avait refusé cette intervention et le confrère de Luchon lui avait appliqué un traitement thermal approprié qui avait donné de bons résultats, lorsqu'on m'a prié de la soigner par la lumière bleue. Nous avons vu la malade avoir une grande amélioration et après 35 à 36 séances, elle a pu partir tout à fait améliorée, à tel point que l'idée d'une intervention chirurgicale ne se présentait plus. C'est pourquoi je demande si Kouindjy avait employé la lumière bleue, et si le fait que je viens de citer était seulement un cas heureux. Je serais très intéressé de le savoir.

M. Léopold-Lévi. — Je demande à notre confrère s'il a l'idée du mode d'action du traitement par la lumière bleue.

M. Molinéry. — Nous nous sommes dirigés de ce côté, étant donné que cette luminothérapie est considérée comme ayant une action sédative et dans les cas de contractures, de névralgies, on a utilisé la lumière bleue. A l'hôpital de Barèges, j'ai traité une quarantaine de cas de névrites, et c'est parti de cette idée qu'au lieu de nous servir de la lumière rouge qui est irritante, nous avons employé la lumière bleue. Voilà pourquoi je demande s'il s'agit seulement d'un cas heureux ou s'il faut diriger la thérapeutique de ce côté et si d'autres confrères avaient traité leurs malades de cette façon-là.

M. Léopold-Lévi. — La question restera posée pour le plus grand bien des malades.

M. Kouindjy. — Je ne puis qu'appuyer ce qu'a dit Molinéry à propos de l'action sédative de la lumière bleue, et de l'action irritante des rayons rouges. Pour les névrites et les névralgies, j'ai traité les malades par les deux lumières en question ; invariablement, la lumière rouge avait une action irritante. C'est pourquoi je lui préfère la lumière bleue qui est sédative. De même, j'ai vu que la lumière blanche était moins bien supportée que la lumière bleue.

Il paraît même qu'un confrère britannique a inventé un appareil pour combattre l'insomnie par la lumière bleue ; je ne sais pas s'il a poussé loin ces expériences, qui lui ont donné des résultats satisfaisants. En tout cas, ce qu'on peut affirmer, c'est que la lumière bleue a une action sédative, et il est possible, qu'à ce point de vue, elle rende service chez les torticolis.

M. Léopold-Lévi. — Je vous ferai remarquer que, dans les églises, qui sont des lieux de recueillement, la majorité des vitraux donne une lumière bleue. Par contre, je tiens de M. Lumière (de Lyon) qu'on n'a pu laisser ensemble, dans les pièces à vitres rouges, utilisées pour la photographie, des hommes et des femmes. Cette lumière développait, chez eux, une excitation génésique trop intense.

QUESTION MÉDICO-LÉGALE

A propos de Radio-Anaphylaxie.

Pech, Giraud, Parès, Gaussel, Villa, de Montpellier, ont signalé des radiodermites à la suite de radiographies très courtes, mais chez des patients préalablement insolés. Les rayons ultraviolets seraient alors *préparants* et les rayons X *déchaînants*.

De son côté, Foveau de Courmelles a noté des cas semblables ; il a démontré (*Institut*, mai 1923) l'existence du *choc radiant*, action morbide des rayons X plus ou moins prolongés, et qui, se superposant à une opération même bénigne, peut causer de graves accidents, voire mortels.

Des phénomènes en apparence dissemblables peuvent donc se superposer, créant une *radioanaphylaxie* comme l'a appelée Foveau de Courmelles.

Certains aliments, accidents, médicaments, maladies, pourraient-ils produire des éléments *préparants*, en cas de radioscopie, radiographie ou radiothérapie consécutives, et *déchaînant* pour des doses insignifiantes de rayons X des radio-dermites. Un érysipèle, une fièvre éruptive..., par exemple, prédisposerait peut-être, si le patient est radiographié (on cite le cas d'une de nos grandes vedettes brûlée au ventre pour une fraction de seconde) à la radio-dermite.

Grave question, importante à résoudre. Urgente même, dirons-nous.

En effet, ces phénomènes dits encore de *sensibilisation*, de *photosensibilisation*, jouent un grand rôle dans la *radiopathie*, surtout pour les radiologues, mais encore parfois, quoique rarement, pour les malades. Le tissu adipeux dont les gouttes huileuses peuvent absorber les radiations ne prédisposerait-il pas, lui aussi, aux

accidents ? On sait que les corps gras insolés emmagasinent les rayons ultra-violets (*héliothérapie ou actinothérapie indirecte*).

Quoi qu'il en soit, il y a en radiologie, comme en chirurgie, des cas relevant de la fatalité, où l'on ne peut invoquer, ni l'ignorance, ni l'inattention. Le prof. Jean-Louis Faure l'a dit excellemment en son discours inaugural du Congrès de chirurgie de Paris (octobre 1926), qu'il présidait. Ce discours a été justement reproduit un peu partout. Les patients qui l'auront lu, sauront désormais qu'en toute opération chirurgicale — et nous ajouterons radiologique — il y a une part d'aléa, quelles que soient l'habileté, la maîtrise de l'opérateur, et ne songeront pas à des poursuites vaines, dangereuses pour eux, pour la science qu'elles arrêtent, et qu'au moindre doute on n'ose plus appliquer.

Jadis, les Sociétés savantes entendaient parler des échecs et des succès, cela apprenait à éviter les premiers et à produire les seconds. La Presse s'emparant de tout, et le corps médical, si élevé soit-il, n'étant pas à l'abri des suspicions, voire des chantages, on ne publie que les réussites et c'est insuffisant.

Il faut cependant apprendre les dangers de toutes nos interventions chirurgicales ou radiantes. La photo-sensibilisation, mise à l'ordre du jour de la Société de pathologie comparée, a été traitée en sa séance annuelle du 8 décembre 1926, par des vétérinaires, des botanistes, des médecins, des pharmaciens. Il y a là un monde nouveau à éclairer ; la semaine de la radio-anaphylaxie va se relier plus étroitement à l'anaphylaxie, certains malades pourront être rejetés d'examens ou d'interventions pouvant leur nuire. L'addisonien fruste ou net doit s'abstenir de sinapismes, de ventouses sèches. Le diabétique n'est-il pas généralement soustrait au bistouri. Il en est certainement de même pour les radiations. A côté de nombreuses guérisons par les ultra-violets, Pech a cité des cas de morts...

La photo-sensibilisation montre la production de dermatoses à la suite d'ingestion, d'injections, de badigeonnages cutanés, de certaines substances chez des êtres soumis à la lumière. La *Société de pathologie comparée*, qui avait mis pour sa séance annuelle du 7 décembre dernier, cette question à l'ordre du jour, a entendu les beaux rapports de MM. Richart, Hubert, Jausion, Dufrénoy, Guillaume ; tous les êtres vivants, végétaux, animaux, humains, peuvent, par certains aliments ou médicaments, après irradiations, manifester des états morbides, être changés, inversés...

Toutes les lumières ont donc des actions variant avec les états individuels, il est banal de le dire. Les phénomènes photo-électriques sont au début de leur étude, car, insoupçonnés jusqu'au début de ce siècle, au point de vue de leurs réactions organiques. Mais ces réactions sont sans doute actuellement plus fréquentes, car jamais on a tant parlé du choc radiant que j'ai pu démontrer chez les souris, comme avec le prof. Philibert, le violet de méthyle sensibilisant les microbes à la lumière du néon qui les tue alors très vite ; on parle aussi des brûlures rœntgéniques, des radiodermites, comme en font foi les communications au Congrès de l'Association française pour l'Avancement des sciences de Lyon (juillet 1926), du prof. Bordier qui les traite par la diathermie, du Prof. Nogier qui, lui, comme Mondain et moi, recourt à la lumière rouge, ce que fait également le Dr Ch. Benoit : les actions thermiques seraient antagonistes des actions chimiques.

Dès 1903, Foveau de Courmelles avait signalé l'antagonisme des radiations, le violet combattant le rouge de la rougeole amenant le lupus ; il est revenu souvent depuis sur cet antagonisme. Risler et Mondain signalèrent le rouge et l'infra-rouge comme agent curatif des radiodermites. En la *Revue d'Actinologie* d'octobre-décembre 1926, le prof. Nogier montre la peau humaine perméable sous 4 mm. au spectre visible du rouge au vert-bleu ; à la suite, le travail du Dr Ch. Benoît nous confirme dans la guérison des radio-dermites par les infra-rouges.

Depuis longtemps, on n'avait tant parlé des radio-dermites, non qu'elles avaient disparu, même chez les malades sans parler des radiologues, mais parce que souvent impuissants, les moyens connus, pommades, sérums de cheval, liniment oléo-calcaire, voire radium (celui-ci superposant sa brûlure à celle des rayons X et masquant celle-ci) ; aujourd'hui que les rouges et les infra-rouges sont reconnus très actifs, on les emploie couramment et leur action est d'autant plus rapide qu'appliquée plus vite après l'apparition du mal.

Les questions de tempérament, d'idiosyncrasie, de radio-sensibilité, d'anaphylaxie, de radio-anaphylaxie, diminuent notre pathologie, qui reste personnelle. En effet, comme l'a si bien dit le Prof. Peter : « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades ». Et faut-il pour de rares accidents, même inévitables, renoncer à toute thérapeutique ? ! ...

J. Risler.

Chef de travaux à l'Ecole pratique des Hautes Etudes.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'analgésie régionale en urologie.

La petite urologie, dit le Dr Léger, comporte diverses interventions, telles que urétroscopie, cystoscopie, cathétérisme de l'uretère, exploration des rétrécis, voire le simple sondage de certains prostatiques, qui, de trop faible importance pour justifier une anesthésie générale, n'en sont pas moins trop pénibles ou douloureuses pour être effectuées sans le secours d'un agent analgésique. La cocaïne (et ses dérivés) donne une anesthésie trop localisée et limitée à la muqueuse ; elle reste sans action sur la sensibilité générale du patient, sur sa « nervosité », et si les doses doivent en être élevées ou renouvelées, des accidents d'intoxication peuvent se manifester.

La voie rectale permet d'obtenir, avec les suppositoires d'hémypnal une anesthésie régionale, c'est-à-dire non limitée à une portion de muqueuse, mais à la sphère génito-pelvienne. On obtient de cette façon, une analgésie d'assez longue durée qui, participant en une certaine mesure de d'anesthésie générale, à l'avantage de mettre les malades dans un état de subobnubilation psychique avec un certain degré d'indifférence vis-à-vis des manœuvres dont ils sont l'objet.

Cette méthode supprime mieux que tout autre procédé d'analgésie locale, le spasme du sphincter membraneux et les contractures réflexes. Elle n'a pas les effets nocifs de la morphine et on ne note aucun effet nuisible sur le rein. Un suppositoire vingt minutes avant les explorations suffit en général ; on peut en utiliser deux et en administrer sans inconvénient trois ou quatre par vingt-quatre heures. Les épreintes et le ténesme consécutifs aux tamponnements après prostatectomie sont remarquablement calmés par l'hémypnal, qui rend ainsi beaucoup plus aisés les examens post-opératoires et notamment le retrait des mèches. (*Pratique médicale française*, janvier 1927).

Les enfants de tuberculeux.

Des découvertes récentes, et notamment les travaux du très distingué professeur Vaudremer, dont une grande partie a été publiée dans le *Concours médical*, ont modifié les notions sur lesquelles vivaient les médecins relativement à la transmission de la tuberculose des générateurs aux enfants.

MM. Vignes et Lestoquoy viennent de reprendre la question dans une étude très fouillée qu'ils résument en ces quelques lignes :

« Il est manifeste que la contagion après la naissance est le plus important facteur de contamination des jeunes enfants.

« Il est démontré que la transmission placentaire est possible, sans que nous en sachions la fréquence. Il n'en est pas moins indispensable de protéger les enfants suspects de tuberculose congénitale, contre les contaminations se produisant après la naissance.

« Les enfants nés de mères tuberculeuses sont, souvent, de moins belle venue que la moyenne des enfants : certains s'éteignent sans raison au cours des premières semaines de la vie ; les autres peuvent rester chétifs ou, au contraire, s'élever parfaitement. » (*Les Annales de l'enfance*, décembre 1926.)

Abcès sous-phrénique.

MM. Jeanneney et Ferrand, prenant texte d'une observation infiniment intéressante qu'ils rapportent en détail, exposent qu'il est indispensable de faire le diagnostic aussi précoce que possible des abcès sous-phréniques, et que les signes cliniques permettent d'y parvenir. Ces signes sont locaux et généraux, successivement, ceux-ci étant ceux des grandes suppurations.

L'intervention se fera sous le contrôle de l'écran radioscopique, nécessaire préalablement d'ailleurs, pour parfaire le diagnostic topographique. Elle consistera, le plus souvent, en une incision transpleurodiaphragmatique, sans danger, suivie d'irrigations locales discontinues, avec le concours d'antiseptiques généraux (*Gazette hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 30 janvier 1927.)

La diathermo-coagulation des épithéliomas.

La diathermo-coagulation, utilisée comme mode de traitement des épithéliomas cutanés et cutanéo-muqueux, est recommandée par MM. Rechou, Jeanneney et Mathey-Cornat qui ont groupé 47 cas choisis dans leur clientèle hospitalière dans lesquels ils l'ont mise en œuvre : épithéliomas cutanés superficiels (10 cas) ; épithéliomas cutanés infiltrants (4 cas) ; épithéliomas cutanés ulcéro-térébrants (8 cas) ; épithéliomas antérieurement traités par les radiations (15 cas) ; épithéliomas cutanéo-muqueux (9 cas) ; nævi-carcinome (1 cas).

C'est une méthode très efficace, qui possède des indications particulières, les unes relatives, les autres majeures.

Les indications relatives sont les petits épi-

théliomas de la peau de la face et de rebord des muqueuses, dans lesquels la diathermo-coagulation agit vite et bien, sans rien retirer de leurs avantages à la radiothérapie et à la curiethérapie.

Les indications majeures sont les épithéliomas très envahissants de la face, pour le traitement desquels les autres méthodes ont échoué. D'une façon générale, tous les épithéliomas récidivants ou incomplètement stérilisés, notamment en raison de l'apparition de la radio-immunisation, relèvent de la diathermo-coagulation. Ce procédé reste encore un moyen auxiliaire concomitant à une exérèse chirurgicale, à un traitement radio et curiethérapique.

Méthode biologiquement idéale, puisqu'elle stérilise sur place les tumeurs, faisant elle-même son hémostase, ne déclanchant aucun phénomène d'excitation ni d'immunisation ; pratique et économique, efficace en même temps, ne comportant que l'anesthésie locale. La diathermo-coagulation donne lieu à des réactions post-opératoires assez intenses et impressionnantes, mais sans danger, et que des pansements goménolés classiques, oléo-calcaires, au tulle gras, au cérat ... font rapidement disparaître. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 6 février 1927.)

Sur le métabolisme du calcium et la calcithérapie dans la tuberculose.

On admet généralement en France que la déminéralisation, et notamment la décalcification, constitue l'élément le plus caractéristique du terrain prédisposé à la tuberculose, d'où la sanction thérapeutique généralisée ; récalcifier les prédisposés et les tuberculeux avérés et leur interdire tous les corps susceptibles d'être des décalcifiants (régime de Ferrier).

Cependant, M. P. Delore rappelle que, d'après l'expérimentation, les sels de calcium n'ont aucune action inhibitrice sur le développement du bacille tuberculeux, que les tissus tuberculeux ne sont pas décalcifiés, que le sang des tuberculeux ne manque pas de calcium, et que son administration ne peut influencer la calcémie de façon durable et notable, si l'on n'assure sa fixation par certains fixateurs (adrénaline, parathyroïde, rayons ultra-violets et vitamine A).

Rien ne permet donc de considérer le déficit minéral et notamment calcique comme un stigmate spécifique du terrain tuberculisable, et on ne peut croire à l'action directement calcifiante des sels de calcium administrés aux tuberculeux par voie buccale. Ils sont cependant indiqués chez ces malades, mais à d'autres titres, à titre d'adjuvant biologique des diastases, de lutte leucocytaire, de l'immunité.

Désormais, la calcification des lésions tuberculeuses apparaît plus comme le témoin que comme la condition de la guérison locale ; vouloir guérir la tuberculose en cherchant à calcifier les lésions par l'ingestion thérapeutique de calcium est illusoire.

Ainsi qu'il est dit plus haut, la calcithérapie reste néanmoins indiquée chez les tuberculeux, même chez ceux recevant du lait et des œufs.

Aux sels insolubles neutres ou basiques, préconisés par Ferrier, on préfèrera les sels solubles, acides, pris à petites doses fortement diluées. La meilleure absorption semble dévolue au chlorure de calcium qui est absorbé dans la proportion de 50 % environ. L'absorption intestinale sera d'autant meilleure que le milieu sera moins alcalin ; les alcalins facilitent la précipitation des sels de chaux et par suite leur élimination par les fèces. La dose journalière de 0 gr. 50 de chlorure de calcium, prise en solution aussi diluée que possible, semble recommandable, et largement suffisante, surtout si nous nous rappelons que le régime de ces malades comporte, en général, du lait et des œufs.

Enfin, la médication calcique ne se suffit pas à elle-même ; il faut fixer le calcium, moins par l'adrénaline dont le rôle vient d'être battu en brèche, que par l'extrait parathyroïdien (un à deux centigrammes par jour), les vitamines alimentaires A (qui abondent dans l'huile de foie de morue) et surtout par la cure de lumière, stimulant le meilleur du métabolisme. (*Lyon médical*, 19 septembre 1926.)

Peut-on avoir deux fois la vérole ?

Après l'avoir trop niée, on a peut-être trop affirmé la réinfection, écrit le Dr Belgodère.

Pour être assuré d'une réinfection syphilitique, il faut que : 1° le nouveau chancre, comme tout accident primaire, soit induré et présente des spirochètes en nombre avec ganglions satellites ; 2° l'observateur des deux chancres soit le même (les chances sont d'autant plus grandes que le traitement aura été long et intensif, le temps écoulé entre les deux accidents plus considérable) ; 3° les chancres aient un siège différent ; 4° le nouveau chancre soit apparu dans les délais habituels de contamination ; 5° la réaction de Wassermann, vérifiée plusieurs fois négative durant l'intervalle, reste négative pendant les premières semaines de l'évolution du nouveau chancre.

Cependant ces conditions ne sont pas toujours existantes, et malgré cela, il peut exister une forte présomption en faveur de la réinfection dans des cas troublants comme celui que rapporte l'auteur.

Quand on soumet les faits cliniques à l'épreuve de la discussion, les preuves se dérobent. Ni les commémoratifs, ni les signes, ni les tests de laboratoire ne tiennent. La clef de l'énigme semble être chez les biologistes ; mais, s'ils l'ont entrevue, ils ne l'ont pas encore vue.

L'affaire est toujours pendante, et, au point de vue pratique, c'est un fait caractéristique que la question puisse se poser aujourd'hui ; peut-on avoir deux fois la vérole ? Tout ce qu'on peut dire pour le moment, c'est que la réinfection est fort probable, parce qu'elle est vraisemblable. (*Bruxelles médical,* 18 juillet 1926.)

Le panaris et son traitement.

D'une étude d'ensemble faite par le Pr GUIBÉ, il convient de retenir quelques points de pratique intéressants.

Presque toujours il s'agit d'une infection par inoculation locale : plaie infectée, foyer de contusion secondairement infecté, plus spécialement piqûre septique ; les clous rouillés, les arêtes de poisson, les épines sont particulièrement dangereux.

Anatomiquement, on distingue le panaris superficiel, le panaris sous-cutané et le panaris profond. A noter que le panaris superficiel peut être lui-même sous-épidermique, anthracoïde ou unguéal (sous l'ongle ou autour de lui).

Tout panaris peut gagner en surface ou en profondeur ; même au pouce et au cinquième doigt, l'infection peut remonter d'emblée jusqu'à l'avant-bras par suite de la disposition de la gaine à ce niveau. En profondeur, les tendons se nécrosent facilement à cause de leur faible vascularisation.

Si le panaris superficiel guérit sans suite, le panaris profond laisse toujours des lésions graves ; les tendons fléchisseurs étant détruits par nécrose, il reste un doigt qui ne peut plus se fléchir activement.

En clinique, un point commun à tous les panaris profonds, c'est l'œdème de la face dorsale, qui, dans certaines formes, arrive à être énorme sur le doigt et même sur la main, au point de faire commettre des erreurs de diagnostic, et de point d'incision.

Le panaris superficiel s'ouvre le plus souvent spontanément, et encore faut-il rechercher alors l'existence possible d'un pertuis communiquant avec quelqu'abcès profond.

Un principe, vrai surtout pour l'infection profonde, c'est que le traitement du panaris est chirurgical et doit consister en l'ouverture précoce ; c'est le meilleur moyen d'éviter les complications et la perte fonctionnelle du doigt en particulier. Les bains chauds sont un excellent palliatif, mais il ne faut pas s'y attarder dans les formes suppurées. En tous cas, dans les bains de doigt, on évitera l'eau oxygénée, surtout un peu concentrée, car, au bout de quelques jours, elle produit une irritation très douloureuse de la peau, qui entretient de vives douleurs, alors que le panaris est guéri.

On ne doit jamais ouvrir un panaris profond sans anesthésie ; rejeter l'anesthésie locale au chlorure d'éthyle par pulvérisation ; elle diminue peu la douleur, rend l'incision difficile par la dureté qu'elle donne aux tissus et oblige à opérer vite sans rien voir de ce qu'on fait.

Seulement si la lésion est à l'extrémité du doigt, il est commode de pratiquer l'anesthésie régionale en infiltrant sa base par une bague circulaire d'anesthésique. Sinon, on fait l'anesthésie générale.

Dans le panaris sous-unguéal, il faut décoller légèrement l'ongle et l'entailler en V pour atteindre le foyer purulent et enlever en même temps le corps étranger trop souvent encore inclus.

Après incision, on peut curetter la cavité, puis toucher avec un peu de teinture d'iode ou d'éther et la tamponner mollement avec de la gaze.

En cas de phlegmon de la gaine, inciser d'un bout à l'autre ; le tendon est fatalement perdu voué à la nécrose ; le seul moyen de le sauver est de le mettre largement à nu pour éviter toute compression dans le canal ostéo-fibreux. Dans un gros panaris, où le doigt est entièrement œdématié, c'est sur la face palmaire et sur la ligne médiane qu'il faut inciser, quitte à faire des contre-ouvertures au fond des diverticules. Si le panaris a été largement ouvert, les bains sont inutiles. Mais s'il persiste un gros gonflement de la main, donner pendant quelques jours un bain très chaud avec de l'eau bouillie, additionnée d'un antiseptique faible, tel que la liqueur de Labarraque ; ne pas les prolonger plus de trois à quatre jours, car les bourgeons charnus de la plaie s'imbibent de liquide, deviennent mous et exubérants, puis gênent l'écoulement du pus.

Il faut savoir que les tendons nécrosés s'éliminent avec grande lenteur, que pendant très longtemps, on voit dans la plaie les masses blanchâtres qu'ils constituent, qu'on excise avec des ciseaux.

Pendant la cicatrisation, maintenir toujours le doigt étendu pour éviter la formation de brides qui l'immobiliseraient en flexion ; mobiliser un peu à chaque pansement pour pallier aux enraidissements.

Parfois, il faut arriver à un traitement plus radical : l'exérèse du doigt malade (doigt imbibé de pus avec fistules ; doigt enraidi gênant la préhension, etc.).

Pour les doigts extrêmes, c'est la simple désarticulation ; pour ceux du milieu, il faut enlever la plus grande partie du métacarpien, afin de permettre aux voisins de se rejoindre. (*L'Année médicale de Caen,* septembre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'hygiène de l'enfance.

(*Académie de médecine* ; 8-2-1927.)

L'Académie adopte les vœux suivants concernant l'hygiène de l'enfance :

1° Prier le gouvernement de hâter autant que possible le vote définitif de la revision de la loi Roussel sur la protection des enfants du premier âge.

2° La modification du décret de 1877 portant règlement d'administration publique sera le corollaire de la revision de la loi. Il sera important de prévoir :

A) La constatation de tous les décès par le médecin inspecteur, quel qu'ait été le médecin traitant ;

B) Les moyens d'assurer aux enfants le nombre de visites prescrit par la loi en tenant compte des méthodes qui ont fait leurs preuves dans un certain nombre de départements ou de communes, à savoir : *a*) surveillance médicale aux consultations hebdomadaires de nourrissons ; *b*) surveillance à domicile, sous la direction du médecin inspecteur, par des sages-femmes agréées ou des infirmières-visiteuses ; *c*) groupement des placements afin de faciliter la surveillance.

3° Prier M. le Ministre de l'hygiène de bien vouloir faire établir et adresser à l'Académie par les ministères compétents des rapports sur l'hygiène de l'enfance en Algérie et aux colonies (vœu présenté par le professeur Achard).

Appareil enregistreur d'états névropathiques.

(M. Pierre d'Espiney, de Lyon. — *Académie de médecine* ; 8-2-1927.)

M. Vittoz, neurologiste distingué de Lausanne, a montré que si l'on met la main de champ sur le front d'un sujet, on arrive, après une éducation tactile préalable, à percevoir des sortes d'ondulations, de frémissements, de vibrations, variables selon les cas. M. Pierre d'Espiney a étudié ces phénomènes à la suite de M. Vittoz et il a vu qu'ils différaient notablement d'un malade à l'autre, ce qui ouvre la voie à des données diagnostiques. C'est dans la couche musculaire sous-cutanée que semblent se produire les ondulations en question.

Pour faciliter ses recherches, M. d'Espiney a eu recours à un appareil d'enregistrement graphique, composé d'un microphone léger qui se place contre le front et d'un électro-cardiographe relié au microphone par un transformateur. Il obtient ainsi des tracés, différents avec les cas, et dont il présente quelques exemples à l'Académie. Ainsi une première malade, hyperémotive, abusant du café, a donné un premier tracé à grandes oscillations, et, après amélioration, un deuxième tracé à oscillations beaucoup plus petites et plus rapprochées. Un psychasthénique, timide et douteur, a fourni d'emblée un tracé à petites oscillations. C'est par l'examen comparé d'un groupe important de tracés qu'une telle méthode pourra permettre des déductions cliniques.

Notions générales sur les cancers.

(M. Maurice Renaud. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 21-1-1927.)

M. Maurice Renaud, chargé d'un service de cancéreux à Brévannes où il vient de passer cinq années, a pu acquérir une expérience particulière des affections cancéreuses, les malades dans cet hospice y demeurant habituellement jusqu'à leur mort.

Le cancer lui est apparu comme une maladie n'ayant rien de la spécificité qu'on a voulu lui attribuer et devant être comprise comme un état morbide local, grave par ses expansions et ses complications, mais non comme une toxi-infection à évolution inéluctable. La soi-disant cachexie cancéreuse ne lui semble nullement une conséquence directe de la tumeur. Elle est seulement l'expression clinique de troubles fonctionnels importants et d'une défaillance de l'organisme causée par une atteinte profonde d'organes essentiels. Les facteurs directs de cette cachexie sont surtout les hémorrhagies, l'inanition, l'urémie et par-dessus tout l'infection.

La conclusion à laquelle arrive M. Maurice Renard est d'ordre optimiste, aussi optimiste qu'on peut l'être dans une maladie aussi grave. Elle nous encourage à faire confiance aux thérapeutiques locales, à la condition qu'elles soient précocement appliquées.

Purpura gonococcique ; mort par hémorrhagies.

(MM. P. Chevallier, Lévy-Bruhl, George et Bourgeois. — *Soc. méd. dés hôp.* ; 14-1-1927.)

Chez une malade atteinte de purpura généralisé chronique, presque apyrétique, les recherches de laboratoire décèlèrent du gonocoque : présence du germe dans le suintement utérin, présence du germe dans les éléments purpuriques, hémocultures positives, réaction de fixation positive. Le diagnostic de purpura gonococcique fut porté. La malade, hospitalisée d'abord dans le service de M. Laignel-Lavastine, entra ensuite à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Gilbert, où elle succomba à des hémorrhagies diverses (épistaxis, métrorrhagies.)

Les auteurs insistent sur la notion d'un purpura gonococcique quasi apyrétique, à évolution chronique. De tels cas sont d'ailleurs fort rares et on ne

pense guère, en présence d'un pareil syndrome, à une infection. On n'incrimine pas le gonocoque en l'absence de signe de blennorrhagie.

On peut se demander si certains purpuras banaux crypto-génétiques ne sont pas dus au gonocoque. Il est intéressant en tout cas de constater combien de germes appartenant à la même famille, comme le gonocoque et le méningocoque, tendent à absorber un bon nombre de purpuras acquis.

— M. Jausion conseille, en l'absence d'hémoculture positive, et si l'on soupçonne la gonococcie, de pratiquer la gono-réaction de Rubinstein et Gauran.

Intoxication post-opératoire par lavage du péritoine à l'éther.

(M. Paul Thiéry. — *Société de chirurgie*, — 8-12-26.)

M. Basset relatait dernièrement une observation d'intoxication post-opératoire par de l'éther versé dans un foyer de péritonite tuberculeuse enkystée. M. Paul Thiéry fait observer que les lavages péritonéaux à l'éther ne sauraient être pour cela abandonnés. Ils constituent une excellente méthode, dont il faut user naturellement avec précautions. Après avoir arrosé les surfaces suspectes avec de l'éther, il convient d'absorber l'excédent avec des compresses et, dans la majorité des circonstances, de drainer. Le drainage constitue un orifice d'échappement qui évite toute surpression et toute rétention de vapeurs d'éther.

Jadis, on perdait à peu près tous les malades atteints de péritonite purulente diffuse ; l'emploi de larges drainages, soit par mèches, soit par drains à mèches, a été un grand progrès donnant peut-être 33 p. 100 de succès. Avec les lavages à l'éther les statistiques se sont encore grandement améliorées et grâce à leur emploi la mortalité ne doit probablement pas dépasser 15 à 20 p. 100.

— M. Chevrier estime également que l'attouchement étendu du péritoine sain ou malade, ou la mise en place momentanée sur un organe enflammé d'une compresse imbibée d'éther n'a aucun inconvénient et peut rendre de grands services.

— M. Mauclaire, dans un cas de péritonite purulente généralisée, a vu le cœur et la respiration s'arrêter consécutivement à la mise de 100 à 200 gr. d'éther dans le Douglas. Depuis cet accident, il se contente de verser un peu d'éther dans le Douglas et d'essuyer tout le pelvis avec des compresses imbibées d'éther.

— M. Vianney (de Saint-Etienne) a vu survenir chez une jeune femme de 26 ans, opérée d'une tumeur maligne interligamentaire, une intoxication mortelle par l'éther. La malade avait été endormie à l'éther et 125 gr. d'éther avaient été répandus dans le péritoine, avec fermeture hermétique de celui-ci. Les accidents dus à cette méthode n'ont probablement pas été tous publiés.

Syphilis post-traumatique.

(MM. Gougerot et Filliol. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-12-26.)

MM. Gougerot et Filliol relatent deux observations de syphilides post-traumatiques à étiologie particulière. Dans la première, il s'est agi d'une gomme apparue à la jambe au niveau d'une morsure de chien. Dans la seconde, on vit se développer une gomme spécifique au point où avait été faite une injection de caféine.

— M. Lortat-Jacob a eu l'occasion de soigner une jeune femme qui s'était fait faire au bras des injections d'un extrait glycériné ovarien. Après une douzaine d'injections, il se produisit au point des piqûres un placard nodulaire violacé qui donna issue par plusieurs petits pertuis à un liquide filant jaunâtre. La lésion guérit rapidement par l'application d'emplâtre de Vigo et le Wassermann était d'ailleurs positif chez la malade.

Chancrelles disséminées sur le corps.

(M. Galliot. — *Soc. médic. des praticiens* ; 21-1-27.)

M. Galliot expose l'histoire de deux malades (mère et fille) atteintes l'une et l'autre de chancrelles disséminées sur tout le corps, à l'exception des organes génitaux, et à différents stades de leur évolution. La contagion dut avoir lieu par des draps malpropres d'hôtel. La guérison fut rapidement obtenue au moyen d'injections de vaccin antistreptobacillaire et d'applications de pommade au bromure de radium.

Sinusites et infections respiratoires inférieures.

(M. Flurin. — *Soc. méd. des praticiens* ; 21-1-1927.)

M. Flurin insiste sur l'étiologie sinusienne de certaines affections des voies respiratoires inférieures. Les sinusites chroniques jouent un rôle important dans la pathogénie des rhino-bronchites descendantes, en particulier les sinusites bilatérales et associées. Elles agissent par un double mécanisme : une action continue de la suppuration déversée dans le cavum et de là dans les voies sous-jacentes, et une action mécanique de sténose nasale par les polypes muqueux qu'elles déterminent.

Diphtérie trachéale.

(M. Maurice. — *Soc. méd. des praticiens* ; 21-1-1927.)

M. Maurice communique un cas de diphtérie trachéale presque sans lésion pharyngo-laryngée. Une dyspnée laryngée asphyxiante ayant nécessité la trachéotomie, on put extraire une membrane cylindrique trachéale longue de 8 à 10 centimètres. Guérison en 6 jours avec le sérum.

Accidents de la dent de sagesse.

(M. Raymond Petit. — *Soc. méd. des praticiens* ; 21-1-1927.)

M. Raymond Petit parle des accidents de la dent de sagesse, de ceux surtout qui peuvent embarrasser le dentiste et le chirurgien. Il signale le rôle de l'hérédité, l'inutilité de l'ablation d'une molaire pour faire place à la dent de sagesse, l'état éburné du maxillaire et le rôle précieux de la radiographie.

L'opothérapie dans le cancer.

(M. Naame. — *Soc. méd. des praticiens* ; 21-1-1927.)

M. Naame communique deux observations de cancer traité par l'opothérapie : opothérapie thyro-pancréo-hépatique dans un néoplasme du côlon, opothérapie thyro-mammaire dans un néoplasme du sein.

P.L.

Lyon.

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Fracture de l'astragale avec grand déplacement.

M. Mallet-Guy. — Homme de 48 ans, renversé par une auto, étant en bicyclette ; tombe sur le pied gauche. Déplacement important du pied en avant et en dedans. La radiographie montre l'intégrité du squelette jambier et la seule existence d'une fracture de l'astragale, fracture du col de cet os ayant entraîné la partie antérieure et surtout interne de la poulie. On tente une réduction manuelle sous anesthésie générale. Une radiographie de contrôle montre que les fragments sont, à peu de chose près, revenus à leur situation normale. Résultat fonctionnel et morphologique excellent trois mois après la réduction. Pas de douleurs. Ce résultat tient certainement au siège de la fracture : le corps de l'os n'était pas effondré, auquel cas l'astragalectomie eût été indiquée.

Plaie du larynx par coup de rasoir.

MM. Bérard et Sargnon présentent un malade entré à l'hôpital pour une plaie profonde du cou tentative de suicide par coup de rasoir. Cordes vocales respectées ainsi que toute la région aryténoïdienne. Mise en place d'une canule longue dans la région inter-crico-thyroïdienne ; rapprochement large de la partie inférieure de la plaie ; alimentation par la sonde pendant quelques jours. On fait la dilatation du larynx au moyen de poupées de gaze entourées de gutta, et la guérison put ainsi être obtenue.

Néphrite hématurique. Décapsulation.

M. Guliani. — Jeune femme de 28 ans, atteinte depuis plusieurs mois de douleurs lombaires avec hématuries. Palpation du rein, radiographie, inoculation au cobaye négatives. La cystoscopie montre que le sang vient du rein gauche. On pratique une décapsulation de ce rein. Les hématuries ont complètement cessé depuis cette intervention.

Mucocèle du sinus frontal.

MM. Gignoux et Arcelin rapportent un cas de mucocèle du sinus frontal, le sixième qu'ils ont eu l'occasion d'observer dans ces dernières années. Ces observations leur ont permis de préciser la symptomatologie de l'affection à sa première phase, celle où elle évolue comme une tumeur intra-sinusienne, avant de s'extérioriser, comme tumeur préorbitaire. Dans cette première période la mucocèle peut donner lieu à des douleurs de tête persistantes ; le sinus frontal est opaque à la transillumination, ainsi qu'à la radioscopie qui montre en outre, caractère principal, le manque de netteté des contours du sinus provenant probablement soit de l'ostéite condensante des parois du sinus, soit de l'érosion de ces mêmes parois par la tumeur.

Gastrotomie pour corps étranger.

M. H. Jouve présente un homme qui, à la suite d'un pari, avait avalé uns fourchette. La gastrotomie (M. Alamartine) permit une extraction facile. Le corps étranger n'avait entraîné aucune lésion œsophagienne.

Septicémie urineuse grave après une uréthrotomie interne.

M. Reynard. — Homme de 45 ans. Blennorrhagie à 30 ans traitée par des injections de permanganate à forte concentration. L'exploration de l'urèthre fait constater trois rétrécissements. Les difficultés de la dilatation (petits accès de fièvre, urétrorragie à chaque séance) imposent une uréthrotomie interne. Quraante-huit heures après celle-ci, la sonde étant enlevée, élévation de température et apparition d'accès urineux avec leurs trois stades de frissons, chaleur et sueurs. Mictions douloureuses, œdème de la verge. Les accès se répétant, on pratique d'urgence une uréthrotomie externe afin de dériver les urines. Cessation des accès et chute de la température en lysis. Actuellement, trois semaines après l'opération, le malade est guéri, la fistule périnéale fermée, les mictions se font par la voie normale.

Société médicale des hôpitaux.

Ostéites post-typhiques.

MM. Dufourt et Alain. — Jeune fille de 20 ans. Fièvre typhoïde en septembre 1924. Près de neuf mois après la fin de cette maladie, ostéite de l'humérus droit. En septembre et octobre 1927, ostéites au niveau du cou-de-pied gauche et des côtes droites. En juillet 1926, apparition de symptômes d'otite

gauche qui persista trois mois. Au cours de cette otite survenue sans phénomènes aigus, survinrent sans cause plausible des périodes de fièvre, avec céphalée et anorexie ; en même temps, à plusieurs reprises, la malade accusa des troubles visuels, entre autres de la diplopie. En octobre, la malade devint raide, présenta du Kernig, des vomissements, une surdité totale à gauche et une paralysie du moteur oculaire externe gauche. A la ponction lombaire, liquide clair, hyperalbumineux avec forte polynucléose, sans microbes. Intervention : à l'ouverture de la mastoïde, du séro-pus gicla sous pression ; on constata que les lésions osseuses s'étendaient fort loin jusqu'au contact des méninges qui battaient. La malade mourut quatre jours après l'intervention, avec de la cyanose, dans le coma. Observation très intéressante à cause de la localisation très tardive et unique du bacille typhique sur le rocher, et de la latence de cette ostéite jusqu'à l'apparition des symptômes méningés.

Accès thermiques après injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

MM. Gaté et H. Gardère. — Homme de 51 ans. Entre à l'hôpital pour de l'asthénie et des troubles gastriques, qu'il semble légitime de mettre sur le compte d'une cirrhose du foie, le malade ayant un gros foie et une grosse rate. Il nie l'éthylisme et la syphilis. Néanmoins l'existence dans l'enfance d'accidents oculaires attribuables à une kératite interstitielle font penser à une hérédo-syphilis et on institue un traitement au cyanure de Hg. La première injection (1 centigramme intra-veineux) est suivie de vomissements, coliques, selles diarrhéiques très liquides, avec pâleur de la face et élévation thermique à 39°. Le lendemain tout accident a disparu. Le lendemain on tente une nouvelle injection qui est suivie des mêmes phénomènes d'intolérance. On abandonne alors le cyanure pour le novarsénobenzol, qui est très bien toléré et amène une grande amélioration fonctionnelle.

Syndrome parkinsonien post-encéphalitique. Insomnie.

MM. Mouriquand, Bernheim et Mlle Schœn présentent un enfant de 10 ans ayant eu de l'encéphalite en 1925. Deux mois après, apparition de l'insomnie. Puis appparaît un état figé qui va en s'accentuant et aboutit à un véritable syndrome parkinsonien. L'insomnie ayant résisté à tous les hypnotiques, on administre pendant trois jours de suite une prise de 0 gr. 25 de calomel. Dès la première, l'enfant s'endort à 8 heures du soir et dort toute la nuit. Ce résultat se maintient depuis lors. C'est le troisième succès obtenu par cette thérapeutique.

Dysplagie périostale.

MM. Gardère et Jeannin. — Enfant de 23 jours, père alcoolique, née à terme ; Wassermann du sang négatif. L'enfant présentait dès sa naissance un trouble marqué du développement du système osseux : tête aplatie d'avant en arrière, fontanelles et sutures très élargies ; membres supérieurs très raccourcis, en demi-flexion et pronation ; cuisses et jambes incurvées (concavité interne). La radiographie montre différents traits de fracture notamment au niveau des clavicules, de l'humérus droit, des fémurs. Il s'agit là d'un cas de dysplasie périostale de Durante.

MM. Péhu, Chassard et Mlle Guillotel présentent un cas analogue concernant un enfant de 4 mois, et rappellent les caractères cliniques principaux de l'affection : petitesse de la taille, membres courts, boudinés, os flexibles ou présentant des points crépitants ou des cals, minceur particulière des os du crâne avec élargissement des sutures et des fontanelles ; la radiographie montre un éclaircissement général des ombres osseuses, un amincissement de la corticale, des traits de fracture ou des cals multiples rappelant l'aspect d'une tige de bambou. La mort survient en général dans les premiers mois.

Poliomyélite infectieuse aiguë et méningo-encéphalite épidémique.

MM. Péhu et J. Dechaume relatent deux observations, l'une concernant un enfant de deux ans, atteint brusquement de paralysie des quatre membres avec fièvre légère. La paralysie rétrocéda par la suite, sauf au niveau de la jambe gauche. Mort brusque au milieu de phénomènes bulbaires. La seconde observation est relative à une fillette de vingt mois, amenée à l'hôpital avec une paraplégie flasque sans fièvre ; les bras sont faibles, l'enfant laisse retomber sa tête et se tient difficilement assise. A la ponction lombaire : hyperalbuminose sans réaction cellulaire. Mort brusque précédée d'angoisse, dyspnée et tachycardie. Le diagnostic fut : encéphalite à forme myopathique. Ces deux observations, en apparence cliniquement analogues, correspondent en réalité, ainsi que le montra l'histopathologie, à des lésions bien différentes : dans le premier cas, on trouva les lésions classiques de la poliomyélite épidémique ; dans le second au contraire, l'histologie confirma le diagnostic d'encéphalite.

Périaortite caséeuse.

MM. Cade, J. Dechaume et Grandmaison. — Homme de 63 ans, entré à l'hôpital pour douleurs gastriques avec hématémèses et mélæna remontant à une semaine. Anémie très marquée. Examen viscéral négatif. Mort cinq jours après l'entrée. Autopsie : intestin plein de sang, pas de lésion ulcéreuse du tube digestif, adhérences très intimes entre la troisième portion du duodénum et l'aorte abdominale qui communiquent entre elles, de sorte que l'on pense à un petit anévrysme de l'aorte ouvert dans le duodénum. Mais l'examen histologique ayant montré

entre aorte et duodénum des formations tuberculeuses caséifiées, l'interprétation la plus logique à donner de ces lésions paraît être la suivante : un ganglion tuberculeux caséifié a créé une infiltration de même nature au niveau des tuniques aortiques ; ce ganglion s'est ouvert d'abord dans l'aorte (lésions disséquantes et dépression cupuliforme au niveau de ce vaisseau), puis secondairement dans le duodénum.

Séquelles encéphalitiques du type myoclonique.

MM. Mouriquand, Bernheim et Mlle Schæn. — Enfant de 11 ans. En janvier 1924, apparition brusque de douleurs dans les membres supérieurs, insomnie. Quelques semaines après, l'enfant commença à se figer, en même temps qu'apparaissaient des myoclonies avec atteinte des muscles respiratoires. A l'entrée à l'hôpital, l'enfant présente une attitude parkinsonienne des plus nettes. Légère raideur du poignet dans la station à cloche-pied. Au niveau de la face, il existe du côté gauche tantôt des secousses myocloniques, tantôt un spasme durable qui apparaît le plus souvent pendant la marche. Secousses myocloniques au niveau des membres et de la paroi abdominale. Respiration très rapide (80 mouvements par minute). Pas de somnolence ni d'insomnie véritables, mais l'enfant s'endort à 5 ou 6 heures du soir pour se réveiller à 4 ou 5 heures du matin. Quelques troubles psychiques (agitation, irritabilité).

Aortite et endocardite syphilitiques.

MM. Gallavardin et A. Josserand rapportent un cas d'aortite syphilitique avec grosse insuffisance aortique, celle-ci étant due à des lésions strictement valvulaires. On sait que, dans les cas habituels d'aortite syphilitique, l'appareil sigmoïdien n'est pas directement intéressé : ce qu'on observe ce sont des plaques gélatiniformes commissurales qui rétractent les bords valvulaires. Dans le cas présenté il s'agissait d'une véritable endocardite syphilitique autonome compliquant une aortite.

Société d'Ophtalmologie.

Paralysie oculaire.

M. Bertein présente un malade qui, à la suite d'un traumatisme du globe oculaire présenta du ptosis, de la diplopie et de la parésie du droit supérieur.

Diabète insipide et œdème papillaire.

M. Bujadoux. — Homme de 37 ans, sans antécédents notables, présentant de la polydipsie, de la polyurie (7 à 8 litres par jour), sans glycosurie. A l'ophtalmoscope, œdème très net de la papille. Echec d'un traitement au néosalvarsan. Des injections de lobe postérieur d'hypophyse sont pratiquées, à la suite desquelles la polyurie diminue (2 litres). Puis survient une nouvelle aggravation, avec de la céphalée. On tente alors une intervention exploratrice et décompressive (Dr Wertheimer), puis on fait de la radiothérapie. On obtient ainsi une amélioration des signes d'hypertension intra-cranienne et de compression des voies optiques rétro-chiasmatiques, mais le diabète insipide n'est pas amélioré.

Lésions episclérales au cours du zona ophtalmique.

M. Genet a eu l'occasion de suivre pendant longtemps un cas de zona ophtalmique dans lequel les lésions oculaires ont porté particulièrement sur la conjonctive, sur le tissu épiscléral et sur la sclérotique.

Lésions du fond de l'œil dans la maladie bleue.

MM. Bussy et Cros relatent l'observation d'une femme de 30 ans atteinte de maladie bleue et qui brusquement s'est plainte d'une baisse notable de la vision. A l'examen, on note une mydriase bilatérale, mais surtout marquée à droite. De ce côté la vision est réduite à une vague perception lumineuse ; à gauche, les mouvements de la main sont encore perçus à un mètre, mais toute vision périphérique est supprimée. L'aspect du fond d'œil ne rappelle aucune image ophtalmoscopique connue. Toute la surface des deux rétines est semée d'innombrables petites hémorrhagies ; les veines sont volumineuses, par contre les artères paraissent absolument vides de sang. Pas de placards blancs, ni d'image stellaire comme dans les rétinites albuminuriques.

A. C.

Les Livres

Vigot, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Mme le Dr A. Panayototou (d'Alexandrie). — **L'amibiase intestinale et ses localisations extra-intestinales.** *Etude biologique et clinique.* (1 vol. in-8 carré de 160 pages avec 3 figures. Prix : 12 francs.)

L'auteur, très connue par ses nombreux travaux sur l'amibiase, nous fait voir surtout les différentes localisations extra-intestinales de ce parasite, localisations concernant des points nouveaux de la pathologie et prouvées expérimentalement.

Après quelques notions strictement nécessaires, qui servent de base à l'étude et sont exposées aux chapitres consacrés à la cause de la maladie, aux conditions générales de propagation, à l'anatomie pathologique, à l'amibiase intestinale et au diagnos-

tic de la dysenterie amibienne, le Dr A. Panayotatou nous décrit l'*amibiase des voies respiratoires* et ses différentes formes cliniques, puis la *morphologie de l'amibe des crachats* et l'expérimentation biologique.

Les cas d'amibiase des voies respiratoires à localisations différentes, l'amibiase bronchique à infection mixte, l'amibiase familiale, forment autant de chapitres intéressants. *L'amibiase des voies urinaires, les altérations du cerveau, l'amibiase ganglionnaire* sont aussi des chapitres d'actualité médicale. Les deux derniers chapitres enfin traitent de l'amibiase chez l'enfant : amibiase bronchique et abcès du foie.

La thérapeutique associée et minutieusement exposée aux principales localisation du parasite, donne à cet ouvrage scientifique une intérêt pratique. Un index bibliographique termine l'ouvrage

Dr J. Thomas. — **Trois conférences sur le cancer**, avec une lettre préface du Pr Richet. (1 vol. in-8 carré, 96 pages : 6 francs.)

Dans ces conférences, faites à l'Association internationale d'étude contre la tuberculose et le cancer, l'auteur traite tour à tour de l'étiologie et de la pathogénie des néoplasmes, des phénomènes de réduction et du séro-diagnostic précoce, de la vaccinothérapie et de la sérothérapie anti-cancéreuses

Les notions de terrain et les données physico-chimiques, que l'auteur a conçues personnellement, sont susceptibles d'ouvrir des horizons nouveaux quant à la thérapeutique des tumeurs. La lecture de ces conférences sera utile, non seulement au grand public, auquel elles sont destinées, mais aussi au praticien, au savant, à tous ceux qu'intéresse l'étude du problème angoissant du cancer.

Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

R. Porak. — **La diurèse. Une nouvelle méthode d'exploration.** (1 vol. in-16 de 248 pages avec 76 graphiques dans le texte. Prix : 15 francs.)

Dans le premier chapitre de son ouvrage, l'auteur expose d'abord sa méthode d'étude de la diurèse. Puis, il étudie dans le chapitre II la diurèse dans deux conditions simples : la diurèse provoquée par boisson de thé et la diurèse sous l'influence du bain au cours de l'après-midi.

Dans les chapitres III et IV, le Dr P. suit les modifications du débit urinaire sous l'influence des repas et de la marche. Le chapitre V montre que les conditions de la diurèse varient aux différentes heures de la journée ; cette étude conduit à une nouvelle physiologie du sommeil (chapitre VI).

Aux deux derniers chapitres, sont dressées les courbes complètes de diurèse ; la connaissance de ces courbes révèle un nouveau test de l'activité fonctionnelle de l'organisme et ouvre une voie nouvelle en séméiologie médicale ou en pharmacodynamie.

Dr G. Parturier. — **Séméiologie biliaire.** (1 vol. in-8 de 368 pages. Prix : 30 francs.)

C'est un ouvrage essentiellement pratique, conçu dans une orientation toute nouvelle de la pathologie biliaire. L'auteur nous met en présence du malade, dont il trace d'abord la séméiologie subjective ; puis, c'est la séméiologie objective, avec l'examen de la vésicule en position *renversée*, qui permet de découvrir des cholécystalgies souvent silencieuses en position couchée. Après la discussion purement clinique du diagnostic, on passe en revue les méthodes de laboratoire, dont tous les renseignements sont soigneusement analysés et rapprochés du tableau clinique.

La vésicule étant nettement mise en cause, il s'agit alors d'établir la nature de sa souffrance, mécanique, infectieuse, ou colloïdoclasique, et de remonter enfin à l'origine même de la lithiase, de l'infection, du choc. L'auteur montre enfin le rôle futur de la protéinothérapiedans les affections vésiculaires.

En résumé, ce livre est une œuvre didactique d'une grande portée pratique, une mise au point très complète et très claire des travaux les plus récents et l'exposition originale de conceptions nouvelles et séduisantes sur les affections biliaires.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr A. Dumas, médecin des hôpitaux de Lyon. — **La circulation sanguine périphérique et ses troubles.** (1 vol. in-8° de 180 pages avec figures dans le texte et hors texte. Prix : 40 francs.)

Depuis Marey, l'appréciation de ces troubles était restée presqu'exclusivement du domaine de la physiologie ; pourtant, la clinique s'est enrichie d'appareils remarquablement précis, tels que les sphygmomanomètres et l'oscillomètre de Pachon, dont les indications peuvent servir à l'appréciation de la circulation sanguine. Comme, d'autre part, ce qui importe en pratique, c'est moins de connaître le degré de la tension sanguine et l'amplitude de la pulsation artérielle, que les conditions circulatoires liées à cet état tensionnel et à cette amplitude oscillatoire, l'auteur s'est efforcé de dégager des résultats fournis par ces divers appareils les indications utiles concernant l'activité circulatoire générale et locale.

De ces recherches, se dégagent des conclusions exposées dans toute une série de chapitres, dont chacun forme un tout et dont la simple énumération suffira à montrer l'intérêt de ce livre. On y trouvera la description des syndromes de rigidité artérielle, de sténose artérielle (claudication intermittente), d'hypertonicité et d'hypotonicité artérielle, de laxité artérielle. Un chapitre est consacré aux variations tensionnelles : crises hypertensives et crises hypotensives, variations tensionnelles au cours des états organiques et infectieux. Puis sont étudiés successivement et dans des chapitres différents : le reten-

tissement sur le cœur des syndromes vasculaires primitifs et, inversement le retentissement sur la circulation périphérique des maladies du cœur proprement dites. C'est là que sont distingués dans la mesure cliniquement possible : le cœur primitif et le cœur secondaire, les myocardites et la myocardie. Suivent d'autres chapitres exposant les troubles circulatoires dans les maladies du système nerveux, dans les maladies infectieuses... ainsi que les troubles circulatoires commandés par les vices de fonctionnement des glandes vasculaires sanguines (puberté, ménopause). Les syndromes circulatoires régionaux : troubles cérébraux des hypertendus, troubles circulatoires des extrémités (cyanose ou congestion), troubles de la circulation sanguine intestinale (aortite abdominale) font l'objet d'un chapitre spécial. Le livre se termine par un chapitre consacré aux relations qui unissent entre elles la petite circulation, la circulation veineuse et la circulation générale, ainsi qu'un retentissement réciproque des troubles circulatoires observés dans chacun de ces domaines.

Cet ouvrage se recommande par son caractère à la fois analytique et synthétique, qui le rend utile à l'étudiant aussi bien qu'au clinicien, au chercheur autant qu'au praticien

THÉRAPEUTIQUE ANTITUBERCULEUSE ET FAITS CLINIQUES

Par le Dr Court,

Licencié ès sciences.

Que d'espoirs a fait naître, chez les praticiens, la découverte d'une arme nouvelle contre la tuberculose. Malheureusement, ceux-ci ont enregistré autant de déceptions que d'espoirs.

Aussi, actuellement, est-ce avec le plus grand septicisme que les médecins de notre génération entendent parler d'une nouvelle arme efficace contre ce fléau.

Comme la presque totalité de mes confrères, ma thérapeutique consiste surtout à envoyer mes malades à la campagne, et il faut reconnaître que, s'ils sont dans une situation pécuniaire qui ne les astreint pas au travail, cette thérapeutique est excellente.

C'est dans cet état d'esprit que j'ai lu, en février dernier, la communication aux Sociétés savantes, de Pissavy et de Monceaux sur le facteur O.

Malgré tout mon septicisme, touché par cette décevante maladie dans des affections qui me sont chères, une fois de plus, j'ai essayé. J'ai essayé surtout, parce qu'un clinicien aussi qualifié et aussi scrupuleux que Pissavy, médecin des hôpitaux de Paris, affirmait que la médication avait une action certaine et que, de plus, elle était absolument dépourvue de toute toxicité.

Ce n'était pas la guérison de la tuberculose réalisée par le facteur O, mais une action permettant au tuberculeux de se nourrir, de désagréger la matière protéique dont la non combustion engendre des produits toxiques déterminant une véritable asphyxie cellulaire, sans parler des répercussions hépatiques, disait Pissavy.

J'apporte 6 observations de malades que j'ai mis au traitement de l'ozobiase depuis le mois de mars 1926 ; étant donnés les résultats obtenus, je crois utile pour mes confrères de les publier.

1) P. 25 ans, agriculteur des Côtes-du-Nord, réformé pour bacillose, père tuberculeux.

Soigné depuis 2 ans avec des injections à base de gaiacol et iodoforme ; sirop iodotannique ; sels de chaux. Vient me trouver en septembre 1925 ; je lui conseille les rayons ultra-violets, huile de foie de morue, alternant avec phytine et phosoforme, pèse 61 kgr., taille 1 m. 79, a maigri de 17 kgr. en 2 ans.

Je le revois en mars 1926, le malade a repris 5 kgr., l'examen des crachats dénote la présence du B.K., râles sous-crépitants dans les champs pulmonaires arrière, poids 66 kgr.

Le malade est mis à l'ozobiase. Je fais continuer l'huile de foie de morue, que le malade digère fort bien, et le phosoforme.

	Poids
Avril	65 kgr.
Mai	68 kgr.
Juin	74 kgr.
Juillet	73 kgr.
Août	74 kgr.
Septembre	74 kgr. 500

Actuellement, le malade pèse 75 kgr. 700 ; plus de B.K.

2) Mme B., chef de rayon d'un grand magasin, 38 ans ; a fait de la fièvre typhoïde il y a 4 ans.

Maladie actuelle tuberculose constatée en avril 1926, sueurs, amaigrissement 5 kgr., poids 54 kgr. Râles sous-crépitants à droite. Température 37°5. Radio : masse très obscure ; appétit parfait. Je conseille le séjour à la campagne et deux comprimés d'ozobiase midi et soir ; la malade ne veut pas quitter Paris.

	Poids
Mai	58 kgr.
Juin	59 kgr.
Juillet	59 kgr. 250
Août	59 kgr. 500
Septembre	61 kgr.
Octobre	62 kgr. 300

A cette époque, l'état général est excellent, râles très améliorés ; la malade quitte Paris pour s'établir dans le midi.

3) M. B., 45 ans, banquier, pris d'une fatigue générale et le 8 février d'une hémoptysie très légère. Auscultation : râles du sommet gauche. Radio : masse obscure à gauche, côté droit sain : grosse toux.

Pneumothorax le 1er mars. Taille 1 m. 67, poids 60 kgr.

Le 15 mars, le malade va à la campagne ; le moral est déplorable, l'anorexie absolue.

Le malade est mis à l'ozobiase ; 2 comprimés le midi et le soir.

25 mars, poids 60 kgr. 500, l'appétit est très amélioré.

15 avril, poids 61 kgr.

Je le revois fin avril ; le confrère de la ville voisine de sa propriété de Touraine continue le pneumothorax.

25 mai, poids 64 kgr. 100, pendant le mois suivant, le malade reçoit plusieurs séances de rayons ultra-violets.

	Poids.
26 juin	65 kgr.
	toux à peu près disparue.
Juillet	66 kgr.
Août	66 kgr. 900
Septembre	66 kgr. 250
Octobre	67 kgr.

Départ pour Pau.

L'examen clinique et la radio démontrent une très grosse amélioration ; disparition du B.K. des crachats. Actuellement, 25 décembre, le malade donne toutes les apparences de la santé.

4) Mlle B., 21 ans, dactylographe, malade que je soigne depuis 2 ans. L'huile de foie de morue, le phosoforme et quelques séances d'ultra-violets, ont donné une augmentation de poids de 5 kgr. Depuis 6 mois, la malade ne prend plus de poids et celui-ci est encore de 4 kgr. au-dessous de la normale. A encore des sueurs et tousse toujours un peu ; malgré son état, depuis 6 mois, elle a repris son travail.

Le 1er mai 1926, la malade est mise à l'ozobiase ; le 16 mai, elle a repris un kgr. ; le 15 septembre, le poids est normal ; la malade a pris de l'ozobiase jusqu'à fin novembre, son état général est excellent, la toux a disparu ; elle pèse un kgr. de plus qu'avant sa maladie. Je la revois le 20 décembre, le poids s'est maintenu ainsi que l'état général ; à l'auscultation, rien d'anormal.

5) M. G., 38 ans. Taille 1 m. 66, poids 55 kgr. ; sa femme est morte de tuberculose pulmonaire il y a 20 mois. Très fatigué par sa profession (marchand de vins en gros) ; depuis 15 mois, amaigrissement de 12 kgr., toux sèche, sueurs nocturnes. A l'auscultation râles du sommet droit ; à la radio, masse obscure à droite, rien à gauche, moral déprimé, anorexie totale, présence du B.K. dans les crachats.

Le malade est mis le 2 mars à l'huile de foie de morue, et à l'ozobiase à la dose de 2 comprimés, midi et soir.

Le 4 avril, anorexie disparue, état moral transformé, le malade reprend confiance ; poids 56 kgr. 100, encore un peu de toux, sueurs disparues, encore très légers râles.

Le 28 avril, état général très relevé, poids 57 kgr., râles entièrement disparus, ainsi que la toux.

Le 12 juin, poids 63 kgr. 200, appétit et gaité entièrement revenus, rien à l'auscultation, disparition du B.K. des crachats.

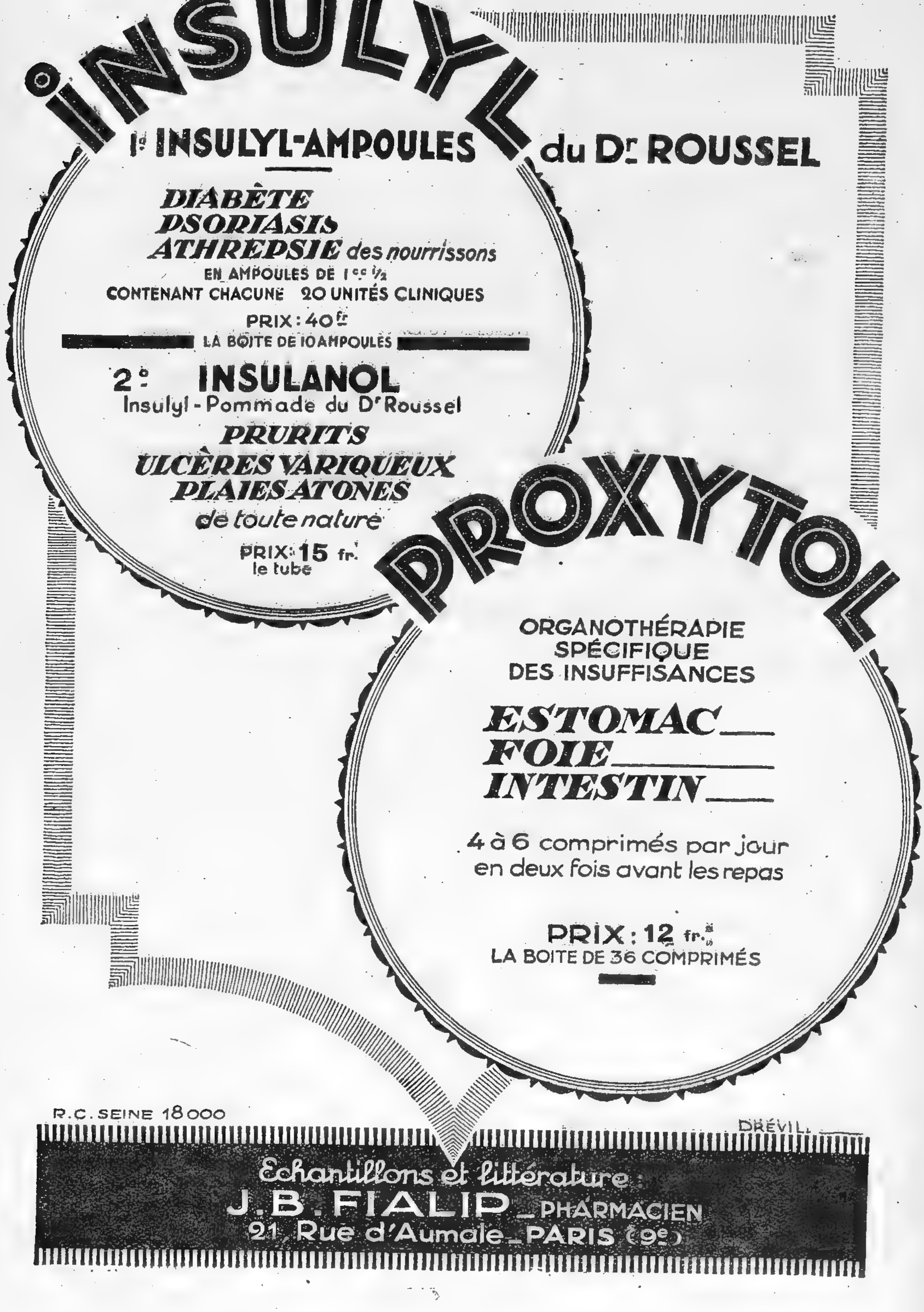
Le 28 juillet, le malade est en parfait état ; poids 64 kgr. 600.

6) Mme G., 24 ans, mariée en juin 1924 ; en avril 1925, elle est mère ; en septembre, congestion pulmonaire dont elle se remet mal ; en novembre 1925, Mme G. est prise d'une hémoptysie ; elle a maigri de 8 kgr. depuis quelques mois, cela, malgré le repos à la campagne, une bonne alimentation et 4 cuillerées à soupe de jus de viande par jour.

En mars 1926, je vois Mme G. ; à l'examen, voile du poumon gauche, matité très nette à droite, présence du B.K. dans les crachats. Je lui conseille l'ozobiase à raison de 2 comprimés, midi et soir, pendant 2 mois ; à la fin de ce traitement la malade a repris 1 kgr. 500 seulement, l'appétit et l'état général sont toujours mauvais. Je lui conseille quelques séances d'ultra-violets, la continuation de l'ozobiase et la prise d'une cuillerée à soupe de phosoforme midi et soir dans un grand verre d'eau sucrée ; à dater de cette médication la malade reprend pendant deux mois 1 kgr. 500 tous les 15 jours.

La cessation du traitement amène un arrêt dans l'augmentation de poids ; 15 jours après la reprise du traitement, la malade a augmenté d'un kgr.

En juillet, le poids est redevenu normal, l'examen clinique montre une amélioration remarquable. Je n'ai pu faire examiner les crachats, la malade étant partie pour la Tunisie.



INSULYL
1° INSULYL-AMPOULES du Dr ROUSSEL
DIABÈTE
PSORIASIS
ATHREPSIE des nourrissons
EN AMPOULES DE 1 cc ½
CONTENANT CHACUNE 20 UNITÉS CLINIQUES
PRIX : 40 fr
LA BOITE DE 10 AMPOULES
2° INSULANOL
Insulyl - Pommade du Dr Roussel
PRURITS
ULCÈRES VARIQUEUX
PLAIES ATONES
de toute nature
PRIX : 15 fr.
le tube
PROXYTOL
ORGANOTHÉRAPIE
SPÉCIFIQUE
DES INSUFFISANCES
ESTOMAC
FOIE
INTESTIN
4 à 6 comprimés par jour
en deux fois avant les repas
PRIX : 12 fr.
LA BOITE DE 36 COMPRIMÉS
R.C. SEINE 18 000
DRÉVIL
Echantillons et littérature :
J. B. FIALIP _ PHARMACIEN
21, Rue d'Aumale _ PARIS (9e)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES EXAMENS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Par le Dr Fernand DECOURT.

« *Le P. C. N.* « *des sciences* » *doit être remplacé par un P. C. N. médical* », tel est le titre sous lequel, en 1923, j'avais, dans le *Concours*, examiné la question (1). Dans un premier article, je montrais ce qu'est le P. C. N. actuel dont le résultat est *une année de perdue* pour le futur médecin. Pis encore ! Car « non seulement, disais-je, il est inutile, mais il est même *nuisible*, *en interrompant l'évolution naturelle* entre les études secondaires et celles de médecine, alors que la transition était si bien amenée par le programme scientifique des bachots. » Puis dans un deuxième article, j'ajoutais :

« Qu'il soit bien spécifié, tout d'abord que ce programme devra être étudié et élaboré par une commission de professeurs de la Faculté de médecine, auxquels seraient adjoints des délégués des praticiens et même des étudiants, afin que toutes compétences *scientifiques*, d'une part, *et pratiques*, de l'autre, puissent apporter leur concours « complémentaire » à l'œuvre commune. Puis, le programme, élaboré et sanctionné par le ministre, devra être mis en pratique, *à l'école de médecine et par des médecins*. »

Or, voilà l'Académie de médecine qui commence, à son tour, à s'intéresser à cette question. Elle a même donné son avis, qui est conforme, et j'en suis heureux, aux idées que j'avais émises. Et c'est ainsi qu'à une des séances de l'Académie de médecine, son doyen M. Weiss, ayant fait une communication sur « le rôle de la science médicale dans l'avenir du Corps médical », une discussion s'ouvrit sur l'utilité de l'enseignement du P. C. N. au cours de l'année préparatoire aux études de médecine. Nos académiciens conclurent unanimement à la nécessité de renforcer la préparation scientifique des étudiants et de transformer l'enseignement actuel du P. C. N. dans un sens plus pratique pour un futur médecin. D'ailleurs, voici le vœu émis par l'Académie :

(1) Cf. « Le P. C. N. des sciences » doit être remplacé par un P. C. N. médical : 1° Ce qu'est le P. C. N. actuel (*Concours* du 26 août 1923 ; 2° Ce que pourrait être le P. C. N. médical (*Concours* du 9 septembre 1923.)

« L'Académie regrette que les jeunes gens qui abordent les études médicales aient une préparation scientifique insuffisamment approfondie. Elle émet le vœu que l'enseignement du P.C.N. soit réformé dans un sens médical et donné dans les facultés de médecine. »

Et puisque, maintenant, au sujet du P. C. N. voilà enfin « la vérité en marche », ne peut-on se sentir encouragé à pousser la question, si l'on peut dire, et étudier, cette fois, de quelle façon se passent aujourd'hui *les examens médicaux eux-mêmes* et voir si, là aussi, il n'y aurait pas certaines réformes à faire ?

* * *

En dehors de la pratique du malade qui ne s'acquiert qu'à l'hôpital et n'est que superficiellement et rapidement jugée, tout à fait en fin d'études — *les études médicales sont conditionnées par les examens successifs qui les jaugent et les sanctionnent tout le long de ces études mêmes.* C'est donc la façon dont est réglée la succession de ces examens et leur échelle d'importance qu'il convient de considérer.

Je n'ai pas l'intention d'étudier le classement ni le programme de chacun d'eux. Ce sont là des questions techniques qu'il serait présomptueux d'approuver ou de critiquer dans ma compétence limitée de modeste praticien. Ce n'est pas du côté professoral du tapis vert que je désire contempler les examens *en eux-mêmes*, mais bien de l'autre segment de la longue table, celui, où, fort ou faible, travailleur ou musard, tout « impétrant » a toujours à craindre un jugement, hâtif, hasardeux, forcément conçu ... « au petit bonheur ».

Or, une remarque curieuse s'impose tout d'abord. C'est que les examens réputés *difficiles*, donc redoutés des étudiants, ne sont pas les plus importants, les plus utiles pour le futur praticien. Ce sont, au contraire, ceux (et je le dis bien bas pour les professeurs qui enseignent ces branches) qu'on pourrait appeler de *sciences paramédicales* ou si le mot est trop dur, de *sciences adjuvantes à l'art de guérir* — donc situées sur un

plan secondaire si l'on se place au point de vue général de l'exercice journalier de la médecine par un praticien, en dehors de ces recherches spéciales, réservées, au cours de leur carrière, à un centième, moins encore peut-être, de ces candidats. Veut-on un exemple ? En laissant de côté ce que j'appellerai les séquelles du P. C. N. qui réapparaissent de ci de là, au cours des études, comme coquelicots en un champ de blé, voici l'*histologie* ou la *parasitologie*. Ce sont là des sciences de première utilité, n'est-il pas vrai et sans lesquelles un praticien ne pourrait reconnaître une pneumonie d'une appendicite au lit du malade. Et pourtant des jeunes gens, sachant déjà confectionner méthodiquement un diagnostic exact, bronchent lamentablement sur telle question d'un examinateur spécialisé en ces matières et qui leur donne une telle importance, dans la culture médicale, qu'il n'hésitera pas à recaler notre candidat coupable de s'être montré au-dessous de zéro, en confondant tel tissu avec tel autre ou en errant ignominieusement sur l'habitat de tel parasite...

Et, à côté de cela, les *examens dits faciles* sont ceux qui précisément importent le plus au futur praticien et surtout à leurs futurs clients. Ce sera, par exemple, celui de pathologie interne où on arrive assez bien à s'en tirer sans s'être montré pour cela d'un suffisant savoir. Et cela pour une raison assez spécieuse mais qui n'est pas (j'en appelle aux examinateurs) sans entrer en jeu quelquefois :

Si c'est un examen relativement de période peu avancée des études, le juge se dit philosophiquement : « Il n'a pas l'air très fort en symptomatologie, mais bah ! il ne peut pas tout savoir du premier coup et il a encore du temps devant lui. Forcément il l'appendra peu à peu : Ne le retardons pas dans sa scolarité. » Par suite, si ce sont les examens cliniques de fin d'études et que le candidat trébuche lamentablement dans la bousculade d'un interrogatoire succinct autant que hâtif, le juge se dit : « Ce n'est pas possible qu'il soit aussi nul qu'il le paraît, après tous les examens déjà passés. Il a manqué de chance, ne le retardons pas »... Sans doute j'exagère, quelque peu, comme lorsqu'on schématise, néanmoins, je vois d'ici des confrères sourire en lisant ces lignes — et je n'insiste pas. C'est ainsi que les examens se passent, que la thèse arrive, puis la clientèle : et tout cela sans que, à bien peser les faits, une *sanction* vraie, efficace, ait été apportée aux efforts ou aux défaillances de chacun, durant les années d'études.

Dans le même ordre d'idées, si nous revenons à nos examens portant sur ces sciences « adjuvantes », il est également à remarquer que, lors de ces épreuves « difficiles », ceux qui passent le mieux entre les gouttes et arrivent à bon port, toutes voiles dehors, ce sont *ceux qui ne préparent pas les concours*. En effet, n'ayant pas de service d'externe ou d'interne qui leur prend une notable partie de la journée, ils ont tout leur temps pour préparer leur examen de parasitologie, par exemple ; temps relativement court, en réalité, quand il ne s'agit que de se mettre suffisamment « à point », juste pour le jour où il faudra répondre aux questions usuelles et posables.

Les autres candidats, au contraire, sont fâcheusement handicapés en vue de cette exhibition victorieuse, n'ayant pas eu le loisir, par suite de la préparation des concours, ni le goût parfois, de se gaver superficiellement de « colles » spéciales, connues et cataloguées, pour satisfaire tel examinateur. *Ceux-là ont trop de clinique hospitalière pour avoir suffisamment de préparation d'examen de faculté.* Est-ce vraiment là une infériorité foncière et impardonnable ?...

***

Mais, objectera-t-on, pourquoi mettre en parallèle des examens qui ne se trouvent pas sur une même échelle de valeurs ? Allez-vous comparer un examen de parasitologie que vous proclamez vous-même comme secondaire, avec celui de pathologie interne ou externe, d'importance primordiale pour le praticien ? Etant donné que ces examens existent et, si vous accordez, ce que nous pensons, que les uns et les autres ont tous leur utilité, bien qu'à des degrés différents, on ne peut pourtant recevoir celui qui fut *nul* en parasitologie simplement parce qu'il fut brillant en pathologie ? C'est entendu. On ne doit jamais accepter quelqu'un qui se montra *nul* en une matière. Mais s'il ne fut que *médiocre* en une branche secondaire et bon en une matière de première importance, ne devrait-il pas être considéré, *d'une moyenne supérieure* à celui qui se montra exactement le contraire ? Autrement dit, *tous les examens*, quels qu'ils soient, ne devraient pas être considérés *de valeur égale*, ainsi qu'il en est aujourd'hui.

Et ceci a sa grande importance alors que depuis quelques années, on a sérié la vie de l'étudiant, en de multiples tiroirs où les matières d'un *seul* examen trop vastes, trop copieuses, de notre temps, sont découpées en tranches et ainsi rendues plus digestives... Autrefois, nous avions la première année, couronnée par un P. C. N. médical, puis, la seconde année, sans un seul examen et ce n'était qu'à la fin de la troisième, c'est-à-dire au bout de deux ans que nous avions à passer l'examen d'anatomie. Aujourd'hui, on en passe 8 ou 10 en une année. Et 8 ou 10 examens *égaux*, c'est à quoi je voulais en venir et voici pourquoi :

Voici un étudiant qui « ne s'en fait pas », suivant l'expression à la mode et s'est bien

gardé de concourir pour l'externat, par exemple. Sur ses dix examens de l'année, je suppose il n'y en a guère où il ait brillé ; on peut dire qu'il s'est montré d'une médiocrité égale... il s'en tire sans gloire, mais passe le rubicon.

Par contre cet autre est devenu externe ou même interne dans un service chargé. Il a vu beaucoup de malades, a acquis un sens clinique relativement aiguisé et a passé brillamment sept examens sur les dix. Malheureusement il en est deux ou trois de sciences secondaires, où par le mécanisme que j'indiquais ci-dessus il n'a pas eu le loisir d'une préparation livresque suffisante. Et rageusement, en face du dédain qu'a paru montrer la candidat pour leurs « branches » les examinateurs lui mettent des « mal ». Il en résulte sur le tableau final de l'année : 7 « très bien » et trois « mal ». Conclusion : il n'a plus qu'à *recommencer son année* — même s'il fût des mieux notés pour les examens de médecine vraie — tandis que le premier, pour passer dans la section suivante, *dignus est intrare*... Est-ce là un idéal à conserver ? Ne pourrait-on remédier à ces inconvénients ? Et pour cela que faire ? ... C'est ce qui nous reste à examiner, non pour résoudre le problème, mais simplement pour le poser, afin que « caveant consules... »

***

Donc, que faire ? Voyons s'il n'existerait pas quelques remèdes à employer tout en continuant à rester dans le plan des généralités. Tout d'abord il semblerait utile que, *chaque année formant un bloc*, tous les examens *d'une même année* soient *solidaires* les uns des autres. Autrement dit, il conviendrait que les « *valeurs* » de chacun (c'est-à-dire le nombre de « points » obtenu à chacun d'eux) soient *additionnées* de façon que le total ainsi obtenu serve de critérium à la décision à prendre. Pour passer à l'échelon supérieur de l'année suivante, il faut tant de points au minimum. Si la *moyenne générale* de l'étudiant n'arrive pas à cet étiage, automatiquement il devra recommencer son année — avec *appel* possible en novembre, toutefois, comme pour les bachots. Devrait-il repasser *tous* ses examens ou seulement ceux pour lesquels il s'est montré par trop insuffisant ? Ceci est à voir. Et cette seconde modalité serait, d'ailleurs, analogue à ce qui se passe également aux baccalauréats où, reçu à l'écrit, mais refusé à l'oral, le candidat n'a plus à repasser à la fois l'écrit et l'oral (comme cela existait de mon temps) mais uniquement cette dernière épreuve.

A cette modalité de *moyenne générale*, il y aurait encore un autre avantage : si c'était, non pas l'examen *unique*, mais la *moyenne insuffisante* qui ferait redoubler une année (sans *nullité* absolue dans une branche quelconque, naturellement) les juges n'auraient plus la crainte d'être trop inexorables en marquant d'un caillou noir une insuffisance notable en une matière. Ils extérioriseraient d'autant plus facilement leurs sentiments de justice et donneraient la note *exacte* qui leur aurait paru être méritée. *Chaque* examen étant ainsi coté à sa juste valeur, le total des points deviendrait, par suite, beaucoup plus juste et celui qui, faute de moyenne générale suffisante, n'aurait pu passer le poteau, ne pourrait plus guère s'en prendre qu'à lui-même.

En résumé, nous pourrions demander que chaque examen spécial restant *séparé* si on le veut, pour chaque matière, tous, du moins soient *solidaires* quant au résultat final — lequel décélera le progrès accompli dans l'année, donc la sentence à rendre quant à la sanction définitive à prendre...

Mais ce n'est pas encore tout ! D'après les constatations que nous avons faites plus haut, ces examens sont bien d'une échelle de valeurs si étendue qu'il semble injuste de les mesurer tous à la même aune et de les réduire, en quelque sorte, au même dénominateur. Pour revenir toujours aux deux exemples pris ci-dessus, n'est-il pas moins *grave*, au point de vue de la pratique de la médecine dans l'avenir, de se montrer insuffisant en parasitologie qu'en pathologie interne ?

Il y a donc là un *coefficient de valeur d'examen* à établir, de même qu'en de nombreux concours telle matière se compte avec un maximum de quinze et telle autre de quarante. Ces idées n'ont donc là on le voit rien de révolutionnaire et elles n'ont même pas le mérite de la nouveauté. Si la parasitologie se comptait sur 15 et la pathologie interne sur 40, avec addition dans la suite, on ne verrait plus certains « métèques » (pour employer l'argot du métier) terminer tranquillement de superficielles études, uniquement livresques, sans avoir presque pratiqué l'hôpital, sans savoir « retourner un malade », sans connaître vraiment, en un mot, la médecine... On ne demande pas que l'étudiant, à l'heure où il passe sa thèse, soit remarquable en *tout*, mais on n'en est pas moins en droit de réclamer de lui, tout au moins, de connaître son « métier » de médecin praticien. C'est un droit et c'est plus encore un *devoir*, dans l'intérêt même de ceux qui se confieront à ses soins, sur la foi même du diplôme délivré par la Faculté.

Terminons enfin par un dernier vœu, parfois entendu formulé, et que nous pourrons développer plus tard à savoir que les examens soient à la fois, *diminués de nombre* et rendus *plus complets*, donc *plus concluants*. Et cela, par *une série d'épreuves écrites et orales*. De cette façon, celui qui *sait* vraiment serait toujours assuré de s'en tirer, tandis que l'insuffisant (sauf en cas d'une série de chances heureuses amoncelées,

chose rare !) serait à peu près certain à l'avance que son insuffisance apparaîtrait au grand jour...

***

Sont-ce là toutes les réformes à souhaiter dans les examens de la Faculté de médecine ? Ah, certes non ! Je n'ai fait ici que tracer quelques traits d'une ébauche, pas même une esquisse ... laissant à d'autres, plus compétents et mieux qualifiés, le soin de dresser les plans définitifs. Mais, cette fois encore, dans les termes même que j'employais au sujet du P. C. N. et qu'on a pu lire au début de cette causerie, je répèterais, pour mettre sur pied un programme de réforme :

« **Qu'il soit bien spécifié, tout d'abord, que ce programme devra être étudié et élaboré par une Commission de professeurs de la Faculté de médecine, auxquels seraient adjoints des délégués des praticiens et même des étudiants, afin que toutes compétences scientifiques, d'une part, et pratiques, de l'autre, puissent apporter leur concours « complémentaire » à l'œuvre commune...** »

Dr Fernand DECOURT.

MÉDECINE SOCIALE

La Médecine en 1935.

Le plus beau geste de l'homme c'est de résister à l'autorité.
Paul-Louis COURIER.

Dr PATHAULT (Biarritz).

(Travail primé de notre concours).

Nous ne pouvons nous faire une idée de ce que sera l'exercice de la médecine en 1935 qu'en raisonnant par analogie avec ce que nous savons de son évolution depuis une trentaine d'années.

Ce que nous allons dire n'a donc nullement l'intention d'apparaître comme une prophétie qui *doit* se réaliser, bien mieux nous souhaitons de tout cœur, pour nos confrères futurs, que le tableau que nous allons esquisser dans ses grandes lignes ne se réalise pas. Nous voulons simplement exposer comment nous apparaissent les conséquences logiques de l'évolution future si les lois actuellement en préparation sont votées dans leurs grandes lignes avec l'esprit qui les inspire.

Le début de l'évolution médicale actuelle nous instruira mieux que toute considération d'ordre purement imaginaire. On peut faire remonter l'origine de celle-ci à l'organisation de l'Assistance médicale gratuite.

Lorsqu'autrefois le médecin soignait les indigents, il le faisait à titre purement charitable et d'une façon gratuite absolument. La raison d'être de son action était la *Charité*. Lorsque fut organisé ce service, les pouvoirs publics ne manquèrent pas de faire appel à cette conception d'ordre sentimental pour obtenir des tarifs réduits. Le médecin les accepta, sinon avec reconnaissance, du moins avec satisfaction sans se douter un seul instant que le fait d'accepter, même bénévolement, une tarification réduite allait l'engager dans une voie dont il ne pourrait plus sortir et qu'il allait créer à ses successeurs une situation difficile, car ceux-ci se verraient alors *imposer* cette dite tarification.

Les Sociétés de secours mutuels, à la même époque, ont pareillement fait consentir au médecin des arrangements du même ordre, abonnements, etc... pour lesquels la même évolution, sur laquelle nous n'insisterons pas, s'est produite.

Mais le fait le plus grave est l'application d'une tarification très *détaillée*, cette fois-ci, à propos des accidents du travail. Légalement, en principe, le médecin avait le droit réservé de demander à l'ouvrier le supplément des honoraires qu'il croit juste ; il peut également en principe, en théorie, refuser ses soins puisqu'il exerce une profession libérale. Mais, en réalité, en pratique journalière, dans la grande majorité des cas, qui doit être prise pour règle, le médecin ne peut réclamer ce supplément. Bien plus, il doit accepter le règlement *par un tiers* sans aucun mandat représentant le patron, la Compagnie d'assurances. Par la force des choses, le médecin s'est trouvé livré pieds et poings liés, isolé, même s'il n'est pas soutenu par son Syndicat, par des puissances anonymes et organisées qui font « des affaires » en capitalistes.

Or en « *affaires* » la notion « *Charité* » que nous avions vue entrer en ligne de compte au début de l'organisation de l'Assistance médicale est sans valeur et disparaît complètement. VOILA LE POINT CAPITAL.

Nous sommes maintenant en présence d'une tarification réduite , d'une tarification détaillée, demandant une paperasserie très compliquée

sujette à des contestations sans fin et entraînant très souvent des actions judiciaires, longues, coûteuses, et le plus souvent en contradiction avec le bons sens, et l'équité.

La profession médicale devient la seule profession qui soit aussi soumise à une tarification imposée en fait et à une tarification réduite. Dans tout sinistre, incendie, etc., jamais l'entrepreneur qui répare le sinistre n'est en rapport avec l'assurance, jamais on ne lui impose une tarification, jamais il ne traite le client qui demande son concours autrement que comme un client ordinaire. La profession médicale est donc en face *d'une situation anormale* absolument *en dehors des habitudes du commerce* et *du droit commun*.

Prise dans l'engrenage, la profession médicale ne peut plus se dégager : la tarification des accidents du travail a servi de modèle et souvent de base à celle des mutilés et réformés ; demain il en sera de même pour les assurances sociales. La tarification et le payement par un tiers sont à l'origine de toute l'évolution actuelle. Dès lors le sort du médecin est définitivement fixé. Dès ce moment, la majorité de ses clients ne le payeront plus directement. Il recevra des subsides de l'État dans des conditions absolument spéciales qui n'ont rien des conditions de vie du fonctionnaire.

1° Le médecin ne sera payé qu'au prorata de son travail.

2° Ses comptes seront toujours contestables.

3° Il n'aura droit à aucune espèce de retraite.

Sa situation sera donc l'inverse de celle des fonctionnaires :

1° Pour les avantages : car ceux-ci reçoivent un traitement fixe, des indemnités et une retraite.

2° Ils sont irresponsables par définition, le médecin reste responsable et sa responsabilité sera souvent mise en jeu.

3° Par contre il en aura tous les inconvénients : absence totale de confiance de la part de son employeur, l'Etat — et contrôles constants et inopérants, car les abus constatés déjà ne diminuent pas, au contraire, l'acte médical étant par essence à peu près incontrôlable (1).

Ces données sont suffisantes pour pouvoir prévoir à peu près à coup sûr ce que donnera l'exercice de la profession médicale en 1935. Elle sera la conséquence directe des lois d'assistance et d'assurances sociales.

Il est bien évident que cette évolution sera parfaitement comprise par tout le monde ; dès lors on verra tout d'abord le recrutement diminuer non seulement en quantité (ce qui ne saurait être un mal) mais aussi en qualité, ce qui est beaucoup plus grave.

Nous n'aurons donc plus que des médecins fabriqués hâtivement en série et qui se proposeront comme but précis l'exploitation, le rendement dans le cadre strict des formules officielles.

Une autre évolution dont nous n'avons pas encore parlé jouera également un *rôle capital* dans la régression de la valeur intellectuelle et morale du médecin : Nous voulons parler du développement que prendront fatalement *les dispensaires publics*, antituberculeux, antivénériens, etc.

Les médecins de ces établissements n'auront plus aucune indépendance de pensée médicale et d'action thérapeutique. Déjà le courant qui se dessine en ce sens est très net : ils ne seront plus que les agents d'exécution, qui devront être dociles, des directives des grands maîtres. Il ne leur sera plus permis, comme c'est encore le droit des praticiens, de nier la contagion de la tuberculose, de prescrire du mercure si l'autorité veut du salvarsan ou du bismuth, etc. Dans l'infinite des détails ils seront, de plus, prisonniers des comités de surveillance, devront s'efforcer de plaire aux dames patronesses, aux infirmières-major, etc.

Quant aux nominations aux postes vacants, elles seront faites peut-être, comme dans certains cas maintenant, à la suite d'un simulacre de concours, mais dans la réalité sous la pression du népotisme de caste, comme dans les grands concours actuels, ou vulgairement, pour les petits postes, par simple recommandation politique sous l'égide de la république des camarades.

***

On ne peut parler de l'évolution de la profession médicale en 1935 sans tâcher de décrire d'un côté des types de médecins, de l'autre aussi des types de clients et de clientèles. Nous schématiserons ainsi : il existera probablement à ce moment trois types :

1° Le type de médecin d'assurance ou médecin de caisse ;

2° Le type de médecin de dispensaire ou de sanatorium, etc,

3° Enfin un type rarissime, le type du médecin indépendant.

I. Le médecin d'assurance ou médecin de caisse payé à un tarif fixé au prorata de ses recettes, cultivera surtout l'art savant d'appliquer les tarifs pour leur faire rendre le maximum. Il connaîtra bien plus les différentes interventions médicales par les additions qu'elles peuvent faire rendre entre des mains expertes que par la

(1) Exemple d'impossibilité du contrôle médical : un médecin pratique une saignée à dix heures du soir pour une crise d'urémie. Il est absolument impossible de prouver à 11 heures si : 1° la saignée était indiquée, ou 2° si elle a été réellement faite. Le simulacre peut parfaitement tromper. C'est encore plus facile de simuler une injection intra-veineuse, etc.

technique et les indications d'opportunité clinique.

D'ailleurs, d'ores et déjà, notre presse est envahie par des questions sans nombre posées par les praticiens sur ces sujets.

Il sera un comptable pointilleux et rigoureux ; ou si son genre d'action ne lui permet pas de tenir lui-même une comptabilité poussée à l'extrême détail de tous ses actes médicaux, il recourra au concours de professionnels comptables et d'experts.

Il devra de plus être un juriste éprouvé ou se faire assister d'une façon constante d'un avocat conseil. Aujourd'hui d'ailleurs tous nos journaux ont attaché à leur rédaction un avocat qui traite dans ce langage sybillin toutes les arguties par lesquelles l'esprit byzantin de la magistrature s'efforce de détruire le bon sens, l'équité et tend à donner aux questions les plus simples les solutions les plus compliquées et inattendues. On sait d'ailleurs l'énorme développement qu'ont prises les affaires de ce genre qui surchargent les rôles de nos tribunaux. Le médecin sera de plus en plus victime de cet état de choses et nous le verrons, *malgré lui*, l'objet de manœuvres procédurières. S'il est, comme la tendance l'exige, fortement syndiqué, ce sera un duel perpétuel entre l'avocat du Syndicat et l'avocat de la Compagnie ou de l'Etat. Bien entendu pendant tout le temps du litige le médecin ne pourra toucher ses honoraires et si sa comptabilité n'est pas méticuleusement établie d'après les formules obligatoires et officielles, il sera à tous coups débouté.

La clientèle du médecin de caisse suivra l'évolution que les esprits observateurs ont constatée chez le client d'assistance et des sociétés de secours mutuels, des accidentés du travail (sinistrose) et qui fleurit au maximum chez le militaire. Le bobo qui dure deux jours pour le client qui paye lui-même, se prolonge souvent pendant vingt jours pour l'accidenté du travail, quelquefois deux cents jours pour le militaire ! Il est évident que si le client a plus d'avantages matériels pendant les périodes de repos que pendant ses périodes de travail (1), il aura toujours la tentation constante de se présenter à la visite médicale, de se faire porter malade pour toucher plus en travaillant moins. Nos médecins auront donc une clientèle très nombreuse mais très exigeante, ils seront réduits à faire une médecine purement symptomatique et stéréotypée.

D'ailleurs le temps de travail est forcément limité par la durée de la journée et le temps pris par la paperasserie administrative exécutée en double et triple exemplaire est forcément toujours pris *aux dépens* de l'examen clinique du malade.

II. Un deuxième type, le médecin de dispensaire ou de sanatorium travaillant alors avec un traitement fixe, prendra l'esprit fonctionnaire. C'est-à-dire qu'il ne fera aucun effort personnel pour améliorer la situation du malade, se contentera de médecine stéréotypée, s'efforcera d'éviter toute histoire avec les administrateurs et leurs protecteurs, et cultivera avec soin l'art de la mise en scène qui le mettra en valeur et lui rapportera éloges, galons et décorations, avancement, etc.

Le client de ce genre de dispensaire sera un client timide et obligé de par sa situation sociale à accepter ce qu'on voudra bien lui donner, mais qui aura vis-à-vis du médecin l'état d'esprit du militaire vis-à-vis du major : disparition de la confiance et tendance à calomnier le praticien quelle que soit sa conscience.

III. Nous arrivons enfin au troisième type, le médecin indépendant. Celui-ci devra son indépendance à sa *fortune personnelle* qui lui permettra soit de trouver dans l'exercice de sa profession une distraction intéressante, mais sur laquelle il ne comptera pas pour boucler son budget ; dans ce cas il sera surtout consultant et ne fera de visites qu'au client riche.

Ou sa fortune personnelle lui permettra de monter, soit une clinique chirurgicale privée, soit un établissement médical d'agents physiques ou autres, maisons de régime, etc.

Il faut compter avec un plus grand développement de ce genre d'établissements. *De plus en plus la médecine* s'exercera par *groupe de policliniques* comme il en existe déjà et qui permettrait *de réduire dans une mesure importante* les frais généraux.

Les obstacles apportés par notre législation à la main-d'œuvre congréganiste moins coûteuse gêneront certainement le développement et on peut dire la *popularisation* de ce genre d'établissements qui resteront alors l'apanage des privilégiés de la fortune.

On peut aussi compter que certains médecins intelligents, débrouillards et sans fortune, pourront exercer deux métiers : en même temps ils seront médecins, *plus autre chose* publicistes, courtiers, gérants de propriétés, (cultivateurs peut-être à la campagne) etc. Cet exemple nous est déjà donné par l'Amérique.

Enfin le client de ceux-ci sera ce qu'est le client d'aujourd'hui avec cette différence qu'il sera forcé de rabattre beaucoup de ses exigences actuelles, mais il ne sera fidèle à aucun médecin et passera de l'un à l'autre.

D'ailleurs dans tous les genres de clientèle nous assisterons de plus en plus au développement des soins en dehors du secours du médecin.

(1) Nous avons vu avant la guerre tel ouvrier toucher huit francs par jour quand il travaillait en bonne santé et douze francs quand il se faisait porter malade et ne travaillait pas.

Déjà cette tendance s'est fortement accusée pendant la guerre.

Ce sera le triomphe de la spécialité pharmaceutique s'adressant directement au grand public. Il est certain que le client, mécontent du médecin de caisse et du médecin de dispensaire, complètera lui-même son traitement par l'absorption d'élixirs et de pilules variés. C'est avec regret que nous constatons déjà que des maisons sérieuses de produits pharmaceutiques n'hésitent pas à faire de la publicité pour leurs produits dans la Grande Presse, les Revues illustrées et même les journaux de mode (1).

D'une façon générale, la tendance de la médecine se portera vers les questions d'hygiène , de prophylaxie et au point de vue thérapeutique vers les agents physiques. Sur ce point il y aura donc progrès. Par contre nous assisterons à la disparition à peu près totale du médecin de famille, du confident, du consolateur, de l'ami qui connaissait objectivement les antécédents de la famille et basait sur ces remarques la conduite de ses traitements ; de ce côté il y aura donc un recul sérieux, la disparition de la vieille médecine clinique telle que la comprenait la génération qui nous a précédés.

***

Le nombre des médecins dits spécialistes sera fortement accru. Nous voyons aussi un certain nombre de médecins chercher dans une spécialisation, quelquefois justifiée par leurs titres ou leurs études particulières, mais, trop souvent, hélas ! par une spécialisation superficielle acquise par la fréquentation de quelques cours payants ou même sans aucune préparation sérieuse, un moyen d'échapper à la clientèle courante, c'est-à-dire à l'exercice de la vraie médecine. Inutile de dire que la réussite de semblables essais est très aléatoire et que souvent pour vivre exclusivement de leur spécialité ces médecins sont entraînés à pratiquer l'art de Knock et autres procédés charlatanesques.

Nous devons encore ajouter quelques considérations sur les difficultés de la vie matérielle, qui seront les mêmes pour les trois catégories de médecins, qui sont déjà évidentes, et iront en augmentant.

1° L'augmentation prodigieuse des loyers. Le médecin sera toujours obligé à un certain décorum, l'exercice de sa profession l'exige. Elle exige en plus, uniquement consacrées à l'exercice de celle-ci plusieurs pièces qui sont un cabinet de consultations, une salle d'attente et de plus en plus une petite salle de pansement aménagée et quelquefois un petit laboratoire soit un minimum de trois à quatre pièces, dans des appartements qui, en ville, en comptent en tout et pour tout six au plus !

2° Cette augmentation des loyers entraîne une augmentation proportionnelle de la patente, qui est basée sur l'importance du loyer, ce qui pour le bien-être de la famille du médecin constitue une entrave sérieuse. Le médecin risque de payer une patente d'autant plus forte qu'il a une famille plus nombreuse, ce qui est monstrueux.

3° L'augmentation des frais de circulation. Dans la hausse générale du taux de la vie, l'augmentation a porté avec le plus de force sur les moyens de circulation quels qu'ils soient, même les moyens de transports publics qui tous, chemins de fer et tramways *travaillent à perte.*

L'augmentation prodigieuse des frais de déplacements automobiles est bien connue. Déjà avant la guerre l'auto était, pour certains médecins de campagne qui ne savaient pas bien compter, un *véritable minotaure* qui mangeait tous leurs bénéfices en réparations et achats de voitures neuves pour remplacer les voitures qu'un entretien insuffisant avait rapidement mises hors d'usage. L'augmentation du prix de l'essence qui de trente-sept centimes le litre est passée à deux francs cinquante. N'oublions pas que l'essence est grevée de lourds impôts indirects que le médecin paye forcément. Les exigences des clients et la facilité que leur donne les appels téléphoniques obligent souvent le médecin de campagne à des déplacements réitérés pour un seul client, déplacements, qui, frais de circulation déduits, sont alors très peu rémunérateurs, quand ils ne sont pas même faits à perte, bien que très fatigants. Ces déplacements n'existaient pas lorsque le médecin se servait du cheval, que le téléphone était inconnu et que l'appel d'urgence était beaucoup plus rare. (Nous savons que le prix d'une course en auto de louage est supérieur au prix d'une visite médicale à la même distance).

4° Nous avons également signalé l'augmentation des tarifs téléphoniques qui grève lourdement le budget du médecin et l'oblige à assurer à son domicile une garde permanente évidemment coûteuse pour répondre à chaque instant aux appels possibles.

5° Nous insisterons sur les impôts sur les bénéfices des professions libérales qui frappent non seulement les recettes que le médecin a faites à plein tarif mais également les recettes à tarif réduit. De sorte que le médecin paye l'impôt

(1) L'Etat impose des réductions de tarif aux médecins quels que soient leurs titres et leur notoriété. Il impose des réductions du même genre aux pharmaciens détaillants, mais il n'atteint nullement les grosses firmes de produits chimiques qui vendent au même prix quel que soit le client auquel doit s'adresser le médicament.

Résultat. — Les pharmaciens sont obligés d'avoir deux sortes de produits : les uns de choix et de prix élevé pour la clientèle qui paye ; les autres inférieurs pour les sociétés et assurances, le prix tarifé par l'Etat étant *inférieur* au tarif du gros des produits de choix.

sur la « Charité » qu'il a faite soit à l'Etat, soit aux collectivités auxquelles il a consenti ce tarif. On peut donc dire sans paradoxe qu'il paye *deux fois* l'impôt, une première fois par les réductions qu'il a consenties, une seconde fois par les impôts prélevés encore sur ses recettes réduites.

Nous ne voulons nullement *combattre le principe* de ces lois sociales qui nous *semblent d'une indiscutable utilité*, mais nous ne pouvons admettre qu'on en fasse, sans aucune compensation porter tout le poids à une seule corporation au risque de l'écraser et sans se douter, qu'en dernière répercussion, cette attitude se retournera contre l'application de la loi et le malade luimême.

Nous ne partageons donc nullement l'optimisme de certains maîtres, tels le professeur Gosset et le doyen Roger qui ignorent totalement les difficultés actuelles de la vie du praticien, que, comme tous les grands maîtres ils n'ont jamais vue de près. Nous nous rangerions plutôt à l'avis du docteur Cruchet, de Bordeaux. D'ailleurs, les faits sont là : depuis la démobilisation, un grand nombre de médecins, et non des moins instruits et des moins armés pour la clientèle, ont volontairement ou forcément renoncé à l'exercice d'une profession qui ne correspondait plus à leur idéal ou même aux impérieuses nécessités du pain quotidien.

Il y a là une indication des plus fâcheuses pour l'avenir. Nous pouvons donc conclure :

Le nombre croissant des assujettis aux lois d'assistance et de prévoyance sociale aura pour l'exercice de la profession médicale une répercussion certaine et très importante.

Nous assisterons à une main mise progressive et effective de l'Etat sur une profession jusque-là dite « libérale ». Il y a là un fait unique, fait d'importance capitale. Nous assistons à la naissance d'un nouveau type de salarié de l'Etat qui ne sera ni l'employé libre, ni le fonctionnaire, comme nous l'avons montré plus haut. Nous allons par étapes plus ou moins rapides mais sûres au *communisme médical.*

Toutes les autres professions du même ordre pouvant être atteintes de la même façon, ont un intérêt IMMÉDIAT à défendre l'indépendance de la profession médicale.

Les conséquences de ce nouvel état de choses seront :

1° Un abaissement de la valeur professionnelle par crise de recrutement.

2° Un abaissement de la valeur morale, dont les derniers scandales des carnets médicaux nous ont donné un avant goût (1).

3° L'Etat payant mal et employant un nombreux personnel, en a toujours pour son argent et crée des mécontents. A la crise des P. T. T., à la crise de l'enseignement (2), viendra s'ajouter une crise de la santé publique.

4° Il y aura évidemment apparence de progrès tout en façade portant sur l'hygiène publique, la puériculture, la lutte contre la tuberculose, le cancer, les maladies vénériennes, mais l'exercice de la vraie médecine, de la médecine clinique sera peut-être atteint au point de ne pouvoir se relever.

Il ne faut pas s'étonner de ces faits : nous assistons en ce moment à une crise générale de la vie intellectuelle française dont les médecins sont parmi les représentants. Il y a là pour l'avenir de l'influence intellectuelle de l'Europe en général, et de la France en particulier, un avenir sombre. Il est très possible que le sceptre de la suprématie intellectuelle passe chez d'autres peuples, et que, vu la difficulté de vie créée au corps médical, comme aux autres intellectuels, nous assistions au crépuscule ou même à la mort d'une activité qui fut des plus glorieuses de la civilisation et peut-être aussi à la décadence d'une profession qui fut sans conteste d'un niveau incomparablement plus élevé en France que dans les autres pays par la science et la conscience de ceux qui l'ont pratiquée de Laennec à Trousseau, à Pasteur, etc.

---

(1) Les yeux avertis constatent un affaiblissement très net du sens du devoir médical chez les médecins fonctionnaires. Pris quelquefois entre les intérêts de l'Etat et les intérêts du malade, beaucoup sacrifient inconsciemment peut-être, mais très certainement l'intérêt du malade qui doit cependant primer toute autre considération.

Les récents scandales des carnets médicaux n'ont révélé au grand jour qu'une partie des abus et des escroqueries qui, si on voulait bien les rechercher, seraient infiniment plus nombreux qu'on ne croit. L'opinion publique s'est montrée sévère envers les coupables. Le besoin et la misère sont souvent les causes de ces défaillances de conscience et les expliquent parfaitement sans les excuser aucunement.

(2) Nous ne trouvons pas à notre avis d'autre raison à la crise de l'enseignement (secondaire en particulier). Nous avons les professeurs les plus instruits et les plus consciencieux, mais l'Etat les emploie si mal que le niveau de l'enseignemeat ne cesse de baisser. Dans l'enseignement supérieur le mal est moindre en apparence, tous les étudiants sérieux sont auto-didactes. Quels sont les vrais médecins qui ont jamais suivi régulièrement les cours officiels de la Faculté ?

LA LÉGISLATION DES LOYERS ET LE CORPS MÉDICAL

Par corps médical, nous entendons tous ceux qui, médecins, chirurgiens, dentistes ou sages-femmes tiennent de la loi du 30 novembre 1892, le droit d'exercer en France.

D'une manière générale, la loi du premier avril 1926 donne satisfaction à une grande partie du corps médical : la plupart du temps, le praticien jouit d'une prorogation, qui s'étend jusqu'au premier avril 1931, moyennant une augmentation de 125 %.

Malheureusement, le bénéfice de cette législation ne s'applique pas aux praticiens qui exercent dans les campagnes, ou résident dans des localités, éloignées de Paris de plus de 50 kilomètres, ou dans des villes de moins de 4.000 habitants, ou dans des localités n'ayant pas accusé une augmentation de population d'au moins 5 %, depuis le dernier recensement, ou éloignées de plus de 5 kilomètres d'une ville de 100.000 habitants.

Aussi, premier desideratum : la loi devrait être modifiée, pour qu'elle soit applicable à tout le corps médical.

Une seconde remarque s'impose en ce qui concerne le droit de reprise.

Si, d'après l'article 4 de la loi, le droit de reprise ne peut s'exercer que sur les locaux d'habitation, à l'exclusion des locaux professionnels, l'article 21 permet au propriétaire de repousser toute prorogation, lorsqu'il veut démolir l'immeuble.

Aussi, certains propriétaires font-ils connaître leur intention de démolir leur immeuble, puis font le simulacre du commencement des travaux, interrompent ces derniers et relouent leurs appartements ou locaux plus cher.

Enfin, une troisième remarque est d'ordre fiscal : la patente professionnelle se paye sur l'ensemble du logis. Aussi, un praticien, qui a une nombreuse famille, partant un local d'habitation assez grand, doit payer une patente élevée, plus forte que celle d'un confrère occupant un logement plus petit, parce que ménage sans enfant.

N'oublions pas qu'avant la guerre, la patente était du 15e, à Paris, pour les loyers inférieurs à 4.000 francs ; — dans les villes de plus de 200.000 habitants, pour les loyers inférieurs à 2.700 fr. ; — et, pour les villes de 100.000 à 200.000 habitants, à 2.400 fr.

Aujourd'hui, ces prix de loyers n'existent plus. De sorte que le médecin doit payer le 12e de sa valeur locative, le tout augmenté du poids des centimes additionnels : heureuse perspective pour les ménages ayant plusieurs enfants.

Le logis professionnel.

Pourrait-on, dès lors, prévoir une loi, qui déciderait d'un statut légal spécial pour les logis professionnels, qui ne sont pas des logis commerciaux, mais ne sont pas non plus exclusivement réservés à l'habitation ?

Avantages.

Médecins, dentistes, sages-femmes sont indispensables à la santé publique, surtout dans les petites localités.

Il n'est pas admissible qu'à cause du mauvais vouloir d'un propriétaire, une commune soit privée de son unique praticien, ou de l'un d'eux, s'ils ne sont que deux ou trois.

N'oublions pas que le législateur, à maintes reprises, a fait connaître sa volonté de laisser le malade, ou le blessé libre du choix de son praticien. Ce libre choix ne peut être utilement exercé, que si les praticiens peuvent continuer à résider dans les localités où ils exercent leur art.

Pour le praticien, bénéficier d'un logis légalement réputé professionnel, c'est avoir la certitude de ne pas être obligé d'abandonner son rayon d'action, sa commune, son arrondissement (pour les grandes villes).

Quitter un lieu, sans trouver à se loger dans la proximité, c'est se voir condamné, quel que soit l'âge du praticien, à se refaire entièrement une clientèle.

Pour les propriétaires, les praticiens sont des locataires qui payent bien et dont on peut réajuster les loyers, par périodes que fixerait la loi à intervenir, selon les fluctuations du coût de la vie.

Inconvénients.

Créer un logis professionnel, c'est accorder au titulaire un droit de suite, dont il peut tirer bénéfice, en le vendant à un successeur.

Théoriquement, une clientèle médicale n'est pas dans le commerce. La jurisprudence a toujours décidé que la confiance des malades dans un praticien ne peut être monnayée, ni cédée.

Il est vrai que, par des artifices, par des cessions d'objets mobiliers, par des obligations de faire ou de ne pas faire, on arrive à tourner ces décisions de jurisprudence.

Créer le logis professionnel serait donner la possibilité de mettre en vente les suites de bail, au profit des anciens de la profession, au détriment des jeunes ou des nouveaux arrivants.

En effet, dépossédés d'une partie de la jouissance de leur propriété, qui serait ainsi grevée par une destination professionnelle, les propriétaires ne voudraient plus, comme locataires, quiconque pouvant invoquer le droit au logis professionnel.

On peut objecter que la loi sur la propriété commerciale a bien établi cette dérogation au

droit commun, en grevant d'un droit de suite le loyer à destination commerciale.

A cela, on peut répondre que, lorsqu'il fait construire un immeuble, le propriétaire a la liberté absolue de faire aménager le rez-de-chaussée, soit en appartements d'habitation, soit en boutiques à usage commercial. A ce moment, aucune loi n'est intervenue, pour limiter son droit réel.

Le médecin doit-il être traité selon le droit commun ou comme un citoyen privilégié ?

La loi, qui établirait le logis professionnel ne comprendrait pas, à mon sens, uniquement les membres du corps médical.

Elle devrait comprendre également toutes les professions libérales, avocats et autres, ainsi que les officiers ministériels, les fonctionnaires communaux, départementaux ou d'Etat.

En effet, les arguments sont les mêmes pour eux que pour le corps médical : les populations sont intéressées à ce que le notaire, le juge de paix, l'huissier ne réside pas trop loin du lieu où il exerce sa profession, ou sa fonction.

En outre, le corps médical peut toujours craindre qu'en échange d'un avantage, on ne lui impose un sacrifice, portant sur sa liberté d'exercer. Ne voit-on pas, actuellement, le Parlement être saisi d'une proposition de loi, fonctionnarisant certaines sages-femmes ?

Que faire ?

1° L'attention du législateur devrait porter principalement sur la répression des actes malpropres, qui sont monnaie courante lors de la recherche d'un appartement.

Primes aux agences de location, denier à Dieu excessif aux concierges, ristournes aux gérants d'immeubles, obligation de reprise de meubles à l'ancien locataire, à des prix invraisemblables : voilà tout ce qui grève, comme des parasites, des sangsues, les tractations de changement de domicile.

En second lieu, à mon avis, point n'est besoin d'une loi en faveur du logis professionnel. Que les dispositions actuelles soient élargies, en faveur des praticiens résidant dans les petites localités et que, par des révisions de loyers à certaines dates, par réajustement au cours du franc, les situations actuelles conservent leur caractère transitoire, par périodes.

Aussi proposerions-nous les deux addenda suivants à la loi du premier avril 1926.

A l'article premier, ajouter : « ... qui seront, en outre, applicables aux baux de locaux professionnels, ou d'habitation, occupés par des fonctionnaires de l'Etat, des départements ou des communes, par des officiers ministériels et par toute personne exerçant légalement l'art de guérir en vertu de la loi du 30 novembre 1892, dans les communes, qui ne sont pas comprises dans l'énumération qui précède ».

A l'article 21, ajouter : « Lorsque le locataire est un fonctionnaire de l'Etat, du département, de la commune, un officier ministériel, ou une personne exerçant légalement l'art de guérir, en vertu des dispositions de la loi du 30 novembre 1892, le propriétaire ne pourra invoquer, à son égard, le droit de reprise résultant du présent article, qu'en mettant à sa disposition un local similaire, dans la même commune et aux mêmes conditions de prix. Cette condition ne s'appliquera pas si l'immeuble menace ruine, ou est insalubre ».

Dr Paul Boudin.

LA RESPONSABILITÉ DU CHIRURGIEN

Un chirurgien d'Auxerre, le Dr Klein, aujourd'hui décédé, vient de faire l'objet de poursuites judiciaires posthumes, ayant abouti à une condamnation civile à des dommages-intérêts, pour avoir, au cours d'une opération, abandonné involontairement dans l'abdomen du patient une compresse qui détermina, ultérieurement, des accidents infectieux locaux.

Notre distingué confrère, le Dr Orticoni, d'Auxerre, s'appuyant sur le magistral discours de J.-L. Faure au récent Congrès de chirurgie, a très judicieusement commenté cet événement dans un journal local : *L'Yonne*, du 8 février dernier.

Nous reproduisons avec empressement les passages essentiels de ces commentaires que nous approuvons sans réserve. N.D.L.R.

Le public auxerrois peut constater qu'un chirurgien auxerrois a bel et bien été poursuivi et condamné pour une compresse qui aurait été oubliée dans le ventre de l'opéré.

....

Les journaux ont publié le compte rendu des débats, mais n'ont pas donné la teneur des considérants du jugement. Le fait est donc bien vrai, il est indéniable et nous connaissons tous à Auxerre le chirurgien poursuivi que la mort, hélas ! a brusquement enlevé à notre estime et à notre sympathie.

Loin de nous l'intention d'envisager le cas tout à fait particulier qui a été soumis aux magistrats auxerrois. Il nous suffit de savoir qu'il est parfaitement exact qu'un chirurgien,

d'une valeur technique exceptionnelle, le véritable créateur de l'organisation chirurgicale dans notre région, joignant à ses belles qualités professionnelles une valeur morale lui ayant valu le respect unanime, a été traîné sur les bancs du tribunal, poursuivi et condamné après sa mort parce qu'il aurait oublié une compresse dans le ventre d'un homme opéré dans son service de l'hôpital ! Voilà à nos yeux la seule chose importante.

Ce fait qui nous paraissait impossible, ce fait dont nous doutions, même lorsqu'il était affirmé par le professeur J.-L. Faure, n'est pas le produit d'une imagination fertile, ce fait n'a pas été cité pour les besoins de la cause, il existe bien et aucun doute n'est, hélas ! plus permis !

Eh ! bien, cet évènement qui pourrait être considéré par le grand public comme un banal fait divers de la chronique judiciaire aura lentement mais sûrement des conséquences monstrueuses. Nous verrons, par la suite quelles peuvent être ces conséquences.

***

Le professeur J.-L. Faure présentant à ses auditeurs l'évolution de la chirurgie n'a pas manqué de montrer comment, dans ces dernières années, s'était constituée peu à peu une décentralisation chirurgicale « qui a déjà donné de si « grands résultats et permis de sauver tant de « vies humaines ».

....

Cette décentralisation s'est opérée parce que des hommes de haute valeur technique, des chirurgiens éprouvés, formés à l'école des grands maîtres, ont consenti à s'installer en province, et à quitter la grande ville, les grands hôpitaux et ce milieu médico-chirurgical constitué par la pléiade des savants. Ils ont abandonné en somme une existence pleine de charme, faite du contact quotidien avec les sommités, et toute remplie par un travail d'un intérêt passionnant et d'une exécution rendue agréable avec les facilités offertes par les installations merveilleuses des grands hôpitaux et des laboratoires des villes de Faculté.

Ces hommes sont venus en province, à la campagne, où tout était à faire, où la chirurgie était à créer. Il est difficile de concevoir les difficultés qu'ils ont trouvées sur leur chemin, car ls ont dû procéder à une véritable colonisation, et lutter contre la routine, l'esprit étroit, les mœurs villageoises du milieu dans lequel ils apportaient les méthodes les plus nouvelles pour combattre avec des armes perfectionnées la maladie et le mort.

Combien de fois n'avons-nous pas entendu dire autour de nous : « Mais, docteur, toutes ces appendicites, ces fibromes, ces kystes, que vous opérez maintenant n'existaient donc pas dans le temps ! » Et nous de répondre : « Toutes ces maladies existaient ; mais on ne les opérait pas. Aussi ceux qui en étaient atteints en mouraient ! Quand on avait le « miserere », qui correspond à l'appendicite, on n'en réchappait pas ! Quant aux affections gynécologiques il en était de même et les pauvres femmes souffraient avec la consigne du silence, un martyre que la mort seule terminait ».

Eh bien ! grâce à la décentralisation chirurgicale, un cultivateur d'un hameau isolé peut, en quelques heures, recevoir les soins les plus éclairés grâce auxquels il échappera à une mort fatale.

C'est là l'œuvre de ces hommes. Dans notre région ils s'appellent Klein, Picqué. Après eux, d'autres viendront.

Eh ! bien, il est navrant de constater que de tels hommes puissent être frappés et atteints dans leur honneur, dans leur situation, pour un accident qui devrait être imputé à la seule fatalité, ou bien être considéré comme le résultat des risques qui sont le corollaire inévitable de toute opération chirurgicale.

....

Il ne faut pas que de pareils faits se reproduisent. Il faut que les opérés reviennent aux saines conceptions d'autrefois et surtout aux méthodes que les bouleversements sociaux tout récents ont fait oublier.

***

Il fut un temps, où, seule, la confiance réciproque réglait les rapports entre un médecin et un malade. Ce dernier n'aurait jamais songé à faire grief à son médecin d'un accident survenu dans le cours du traitement, car il savait que ce médecin employait dans l'exercice de sa profession non seulement toute sa science et sa vigilante attention, mais aussi toute l'affectueuse bonté qui remplissait son cœur.

S'il n'en est plus ainsi, si le médecin n'approche son malade qu'avec précaution, s'il est obligé de s'assurer contre les accusations que pourra lancer un patient peu satisfait du résultat obtenu, il est à craindre que le médecin ne modifie également son état d'esprit et malheureusement aux dépens du malade.

N'en arrivera-t-il pas à limiter l'étendue de ses interventions ? Ecoutant les intimes suggestions d'une prudence timorée, n'en arrivera-t-il pas à laisser faire la nature et à laisser évoluer une affection qu'une méthode peut-être audacieuse mais entraînant de gros risques permettrait de juguler ?

Et d'ailleurs comment prouver que le chirurgien ou le médecin a vraiment commis une faute. Il me suffira de citer un fait bien démonstratif

C'était à l'époque où l'anaphylaxie était un phénomène inconnu. Un médecin est appelé un soir auprès d'un enfant de 4 à 5 ans, présentant des symptômes très nets de diphtérie. Ce petit malade, sujet à des angines fréquentes, avait déjà reçu plusieurs injections de sérum antidiphtérique. Le brave médecin appelé n'hésite pas et procède à une nouvelle injection de sérum. L'enfant se débat au moment de la piqûre, le médecin s'emploie de son mieux pour l'empêcher de s'agiter et l'injection est à peine terminée que le petit malade succombe. Nous savons aujourd'hui que cet accident peut se produire et nous savons que seul le sérum est responsable. On l'ignorait à l'époque. La famille poursuivit le médecin et l'accusa d'avoir étouffé le petit malade en le serrant trop fort pour obtenir l'immobilité. Le confrère fut bel et bien condamné et paya des dommages-intérêts. Voilà un bel exemple d'erreur judiciaire !

Et, pour terminer, nous trouverons, dans le discours du professeur J.-L. Faure la conclusion qui formulera la vraie doctrine .

« *Qu'on en finisse donc, qu'on en finisse une fois pour toutes, avec ces instructions absurdes, avec ces poursuites iniques et qui nous conduisent tout droit à ce paradoxe imbécile, qu'il vaut mieux pour un chirurgien, pour sa tranquillité, pour sa réputation et pour son honneur même, voir mourir un de ses malades à la suite d'une opération que lui sauver la vie même au prix de quelque accident ?*

« *Que ceux qui s'érigent en juges de nos erreurs et de nos fautes se recueillent donc humblement sur leurs fautes et sur leurs erreurs, qui n'ont pas toujours, comme les nôtres, l'excuse de l'obscurité impénétrable où nous sommes obligés d'agir, et de la nécessité de prendre en quelques secondes ces décisions irrémédiables, qui n'ont souvent pour guide que l'inspiration du moment, inspiration, qui peut être magnifique et provoquer la résurrection, mais qui peut aussi être malheureuse et porter la mort avec elle.*

« *Et si, dans ces moments où nous avons besoin, pour aller jusqu'au bout de notre devoir, de tout notre sang-froid, de toute notre lucidité, parfois même de tout notre courage, nous voyons se dresser devant nous l'injuste menace de la loi plus injuste encore, alors nous n'avons plus qu'à nous croiser les bras — et à laisser passer la mort !* »

Dr ORTICONI.

VARIÉTÉS

Comment doit s'écrire l'Histoire vraie, l'Histoire humaine. Une étude de Cabanès sur le Mal héréditaire dans la monarchie espagnole chez les descendants de Charles-Quint et les Bourbons d'Espagne.

Dans le *Discours de la Méthode,* Descartes montre l'idée fausse que l'Histoire, telle qu'elle était comprise, donnait des évènements qu'elle relatait et qu'elle interprètait. « Même les histoires les plus fidèles, écrit le philosophe, si elles ne changent ni n'augmentent la valeur des choses pour les rendre plus dignes d'être lues, au moins en omettent-elles presque toujours les plus basses et moins illustres circonstances ; d'où vient que le reste ne paraît pas tel qu'il est, et que ceux qui règlent leurs mœurs par les exemples qu'ils en tirent sont sujets à tomber dans les extravagances des paladins de nos romans, et à concevoir des desseins qui passent leurs forces. »

Ce sont souvent « les plus basses et les moins illustres circonstances » qui jouent un rôle prépondérant dans la vie d'une nation, dans l'avenir d'une dynastie. Les historiens de profession, tout au moins autrefois, les dédaignaient ; ils écrivaient l'Histoire à la manière de M. Louis Bertrand exaltant démesurément le règne de Louis XIV, et, selon l'expression de Descartes, « le reste n'y apparaît pas tel qu'il est ». Le grand mérite de Cabanès est de s'être attaché avec une persévérance, une minutie, un luxe de documentation, une sincérité vraiment remarquable, à l'étude des petits côtés de l'histoire ; à relater une foule de petits faits, dédaignés par les historiens ; à réunir en faisceau ces impondérables et à montrer l'influence considérable qu'ils ont pu avoir sur les évènements les plus importants qui ont changé parfois la face politique du monde. La forme du nez de Cléopâtre ou le grain de sable de l'uretère de Cromwell, comme l'a fait remarquer Pascal, ont peut-être été les causes principales de bouleversements politiques qui, sans eux, ne se seraient pas produits.

Dans une conférence faite récemment à la Sorbonne, Cabanès a traité de la pluie et du beau temps dans leurs rapports avec les évènements historiques, montrant par des exemples très nombreux l'influence des phénomènes météorologiques sur le destin des Nations ; mais c'est dans ses deux derniers livres sur le *Mal héréditaire* où il étudie la dégénérescence, chez les *Descendants de Charles-Quint,* et chez les *Bourbons d'Espagne* (1) qu'il montre le plus élo-

(1) Albin Michel, édit., 22, rue Huyghens, Paris.

quemment l'influence des petits faits négligés dans l'Histoire, faits, qui, à un moment donné, suffisent à faire pencher du côté le plus imprévu la balance du Destin.

***

La question de l'hérédité est évidemment troublante. Elle est à la fois physiologique et pathologique et se manifeste de façons variables. Il se produit dans certaines familles des métamorphoses, le fils ne ressemble pas toujours à son père. Il fut des hommes de génie qui eurent pour enfants de parfaits imbéciles, et des gens de mentalité très médiocre procréèrent des hommes de grand talent. L'on a cherché à expliquer ces anomalies par l'hérédité croisée. Les fils ressembleraient plus souvent à leur mère qu'à leur père. Michelet insistait sur l'hérédité de Louis XVI qui tenait surtout de sa mère et, de ce fait, était un véritable Saxon, un Allemand qui n'avait rien du caractère français. J.-J. Rousseau, s'il faut en croire Lamartine, avait hérité des qualités de sa mère et tenait de son père son instabilité. Buffon prétendait lui-même qu'il ressemblait à sa mère et Gœthe aurait hérité physiquement de son père et psychiquement de sa mère. Il est cependant dans de nombreuses familles de véritables lignées d'artistes et de savants : citons les Cassini, Herschell de Candolle, Bach, Mozart, Beethoven, et la liste pourrait être encore très allongée. Th. Ribot paraît voir juste quand il prétend qu'un enfant hérite de ses deux parents mais que l'un d'entre eux a sur lui une action prépondérante. L'influence des maladies chroniques sur l'hérédité n'est pas discutable et Honoré de Balzac l'a très nettement mise en lumière. Aussi c'est plus par la sélection que par l'éducation que l'on peut améliorer une race. Mais il y a un manque absolu de prévoyance dans la sélection humaine. Si le peuple n'y fait nulle attention, les dynasties et les aristocraties qui auraient cependant grand intérêt à éviter la dégénérescence, n'y font guère attention dans leurs alliances. La dégénérescence devient progressive du fait de l'hérédité et les mariages consanguins, que déterminent surtout des raisons d'ordre politique, accumulant les tares pathologiques, amènent l'extinction de la race après sa décadence graduelle.

Cependant les lois civiles et sourtout religieuses interdisent les mariages entre les parents trop proches.

Cabanès cite des exemples célèbres des fâcheuses conséquences des mariages consanguins. Charles VI, qui devint fou, était issu d'une famille où les mariages consanguins étaient accumulés. Il en fut de même pour la descendance de Louis XIV. Un exemple frappant est la famille d'Orléans. Monsieur, le frère de Louis XIV, marié à sa cousine germaine, la Princesse Palatine, eut un fils qui fut le Régent, type de dégénéré. Ce dernier épousa une cousine issue de germain, fille bâtarde de Louis XIV et de Madame de Montespan ; de ce mariage consanguin naquirent sept filles, célèbres par les débauches crapuleuses auxquelles elles se livrèrent et un fils qui était considéré comme un *minus habens.*

Louis XVI qui, par les femmes, était un Habsbourg, épousa une Habsbourg, famille dégénérée de laquelle, par une singulière aberration, Napoléon Ier rechercha l'alliance. Louis XVII et le roi de Rome, duc de Reichstadt, furent les pitoyables fruits, de ces mariages ; ce furent de véritables Habsbourg.

Cabanès a choisi, pour étudier le Mal héréditaire, la dynastie des Habsbourg et en particulier la descendance de Charles Quint (1) parce qu'il peut la suivre avec des documents authentiques durant de longs siècles, parce que dans cette dynastie de monarques espagnols, l'illégitimité des naissances ne peut guère exister, étant donné le genre de vie que l'étiquette imposait aux reines. En outre parce que, chez les Habsbourg, il existait certains stigmates, tels que le prognathisme, qui se perpétuent chez presque tous les membres de cette lignée.

Ce prognathisme, auquel s'ajoute fréquemment l'épaisseur de la lèvre inférieure et l'aspect adénoïdien du visage, se retrouve dans la presque totalité des membres de cette illustre famille.

Cabanès a recherché dans l'iconographie des Habsbourg et de leurs alliés l'origine de ce prognathisme. Il a dû faire la critique très serrée de chaque image, car les portraits les plus artistiques et surtout ceux des monarques sont rarement fidèles et souvent flattés. Il constata ce prognathisme chez Maximilien Ier (1459-1519) et chez sa femme, Marie de Bourgogne, dont les ascendants, les ducs de Bourgogne, Philippe-le-Bon, Charles-le-Téméraire, Jean-sans-Peur, Philippe-le-Hardi, le roi Jean-le-Bon et, chez les Valois, Philippe VI, étaient manifestement prognathes. Ce prognathisme fut un stigmate qui se perpétua chez les Habsbourg et à ce stigmate s'ajoutent tout un ensemble de troubles psychiques, signes de dégénérescence mentale, qui parfois atteignirent l'aliénation. Certains, comme Charles-Quint, furent certainement des hommes supérieurs bien qu'il soit facile de relever plus d'une aberration au cours de son existence. La mère de Charles-Quint, la fille des Majestés Catholiques Ferdinand et Isabelle, était Jeanne-la-Folle qui fut indiscutablement une

(1) CABANÈS. — *Le Mal héréditaire. Les Descendants de Charles-Quint*, av. 63 illustrations. (Paris, Albin Michel, édit.)

monomaniaque. Faut-il rappeler la conduite étrange de cette reine, promenant de couvent en couvent, dans toute l'Espagne, le cadavre de son mari et ne voulant pas abandonner ce cercueil. MM. Laignel-Lavastine, Paul-R. Mersey, Masoin et Cuylits ont cherché à préciser le diagnostic de cette indiscutable aliénation.

On retrouve cette monomanie lugubre, cette « thanatophilie » chez de nombreux Habsbourg. Charles-Quint aurait eu des attaques épileptiformes dans sa jeunesse. Son prognathisme était accentué au point de ne pas lui permettre de fermer la bouche et d'en être parfois gêné pour parler. En outre Wilhem Meyer, de Copenhague, considère le visage de Charles-Quint comme un type d'adénoïdien (portraits du Titien, de Lucas Cranach, de Barthels Beham, de Strigel). Glouton, goutteux malgré sa grande activité, Charles-Quint qui fut un grand empereur et dont on ne saurait nier les nombreuses et brillantes qualités, abdiqua au faîte de la gloire, se retira dans le monastère de Yuste en Estramadure, se livra aux pratiques d'une dévotion outrée, mena la vie monastique et eut la macabre fantaisie de faire célébrer de son vivant ses propres funérailles. Cette manie macabre, dont il héritait de sa mère, Jeanne-la-Folle, se retrouve dans ses descendants.

Philippe II, fils de Charles-Quint fut goutteux, sujet à des crises épileptiformes comme son père. Il régla avant de mourir avec minutie ses funérailles. Fanatique, cruel, il poussa la piété jusqu'au mysticisme.

Le premier de ses fils, don Carlos fut un type de dégénéré ; jusqu'à trois ans, il ne put prononcer une parole. Contrefait, malingre, il devint un véritable aliéné dangereux que son père dut faire emprisonner. La légende s'établit qu'il le fit peu après étouffer.

Philippe III qui succéda à son père était un roi dévot et incapable. « Dieu, qui m'a donné tant d'Etats, disait Philippe II, m'a refusé un fils capable de les gouverner. » Il épousa sa cousine, Marguerite d'Autriche, qui mourut en couches.

Philippe IV dont les superbes portraits de Vélasquez montre la lèvre inférieure volumineuse et le prognathisme accentué, fut un dégénéré mystique, qui, vu le nombre des avortements de sa femme, la débilité de ses enfants qui vécurent, fut peut-être syphilitique et était certainement scrofuleux. Comme ses aïeux, il était hanté d'idées macabres. Il avait fait construire son cercueil et y couchait parfois. Il épousa en secondes noces sa nièce, Marie-Anne d'Autriche. Dévot mystique, hanté par l'idée de la mort, il passait des heures entières dans le mausolée de jaspe qu'il avait fait construire pour ses ancêtres à l'Escurial. De sa première femme, il n'eut qu'un enfant qui survécut, Marie-Thérèse, la triste épouse de Louis XIV ; de sa seconde, il eut trois fils et une fille qui fut reine de Hongrie. Il eut en outre trente-deux enfants naturels qui rentrèrent tous dans les Ordres.

Un de ses fils naturels, Don Juan, fit exception. Reconnu par son père, il mourut vraisemblablement aliéné.

Charles II, successeur de Philippe IV, fut un véritable roi fainéant. Marié à Marie-Louise d'Orléans et le mariage étant infécond, il crut être *charmé* et se fit exorciser. La reine fut vraisemblablement empoisonnée. Il épousa en secondes noces Marie de Neubourg, qui resta stérile. Esprit faible, se croyant possédé, halluciné, ayant, à 38 ans, l'aspect d'un octogénaire, Charles II fut à la fin de sa vie atteint de la monomanie funèbre de ses ancêtres, il fit ouvrir les tombreaux des rois et des reines, même celui de sa première femme, pour les contempler. Avec cet aliéné se termina la lignée de Charles-Quint.

***

Continuant son étude sur le *Mal héréditaire* dans l'histoire intime des rois d'Espagne, Cabanès consacre un second volume aux *Bourbons d'Espagne* (1). Pour relever la monarchie espagnole tombée si bas du fait de la dégénérescence progressive des successeurs de Charles-Quint, il eût fallu une dynastie nouvelle énergique et sans tare. C'est vraisemblablement ce qu'avait espéré les conseillers du lamentable Charles II en lui faisant faire un testament en faveur de Philippe d'Anjou, le petit-fils de Louis XIV. Malheureusement le jeune Philippe V n'avait pas hérité des qualités de son grand'père. C'était, un enfant irrésolu, qui devait fatalement subir l'influence délétère de la Cour d'Espagne lorsqu'il monta sur le trône. On le maria à une fillette de 12 ans, Marie-Louise de Savoie, intelligente mais capricieuse et incapable, du fait même de son âge, d'avoir une influence utile sur son époux. Après de nombreuses grossesses, Marie-Louise mourut vraisemblablement de tuberculose. Philippe V se maria pour la seconde fois avec Elisabeth Farnèse qui prit un grand ascendant sur son faible époux et introduisit dans leur intimité l'abbé Albéroni qui fut désormais le Maire du Palais de ce roi fainéant.

Albéroni, devenu Cardinal, abusa de la situation, et fut un jour disgracié. Philippe V, dévôt, voluptueux, pervers, finit par subir une crise de « mélancolie » au cours de laquelle, il abdiqua à 40 ans pour se confiner dans la dévotion et obtenir avec la reine le salut de son âme. Son fils Louis I[er] devint roi à 16 ans. Marié à sa cou-

(1) CABANÈS. — *Le Mal héréditaire. Les Bourbons d'Espagne*, av. 93 illustrations. (Paris, Albin Michel, édit.

sine, Mlle de Montpensier, fille du Régent, il ne tarda pas à mourir de la variole.

Philippe V reprit la couronne, mais son état mental fut en déclinant et il devint lypémaniaque peu avant sa mort (1746).

Le fils qui lui restait de son premier mariage hérita du trône, sous le nom de Ferdinand VI, à 34 ans. Marié à Barbe de Portugal, il devint avec elle lypémaniaque. Il était pris d'accès de fureur, d'érotisme et d'idées de persécution.

La mort de sa femme aggrava son état mental, il tomba progressivement dans la démence et mourut après avoir eu des crises épileptiformes. Ferdinand ne laissa pas d'enfants, son frère Charles, roi de Naples et des Deux-Siciles, lui succéda sous le nom de Charles III. Chasseur passionné, Charles III eut une vie et un règne tristes et monotones. Il avait eu 13 enfants d'Amélie de Saxe. L'aîné, exclu du trône pour imbécillité, mourut à 30 ans. Son second fils qui lui succéda Charles IV, était un faible d'esprit, marié à une nymphomane, Marie-Louise-Thérèse de Parme il tenait de son ascendant, Charles Quint, la manie de collectionner les montres. Par le traité de Bayonne, il céda ses droits au trône à Napoléon et obtint le château de Compiègne pour s'y retirer avec la reine et son amant Godoï, surnommé Prince de la Paix (1808). En 1815 Charles IV se reconcilia avec son fils Ferdinand VII qui régna après sa mort en 1819.

Bien que n'étant pas les descendants directs de Charles-Quint, les Bourbons d'Espagne furent eux aussi les victimes du Mal héréditaire. La décadence de la monarchie espagnole après Charles-Quint s'explique aisément par cette longue succession de rois dégénérés et Cabanès ne pouvait trouver pour soutenir sa thèse un meilleur exemple que les dynasties espagnoles des Habsbourg et des Bourbons où les tares sont accumulées par de nombreux mariages consanguins.

Il faut lire les deux volumes du *Mal héréditaire*, où l'auteur a accumulé les documents et les anecdotes les plus curieux et les plus surprenants, pour bien se rendre compte que l'histoire telle qu'elle est enseignée ne donne pas une idée véridique de l'évolution des Empires ni des peuples, qu'il convient d'aller rechercher dans les archives, dans les mémoires de ceux qui approchaient les souverains, dans les rapports des ambassadeurs, dans les correspondances privées, les petits faits intimes qui permettent d'apprécier la mentalité des monarques et qui jettent une singulière lumière sur des évènements politiques qui, sans eux, paraissent inexplicables et seraient restés inexpliqués.

J. Noir.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

IV CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(Varsovie, du 30 mai au 4 juin 1927, sous le haut patronage de Monsieur le Président de la République de Pologne).

Comité français de propagande pour le IVe Congrès de médecine et de pharmacie militaires.

Présidents d'honneur : MM. Noulens, Ancien Ministre, Président de l'Association France-Pologne ; de Panafieu, Ancien Ambassadeur de France, à Varsovie.

Président : M. le Médecin-Inspecteur Savornin, Directeur Central du Service de Santé au Ministère de la Guerre.

Membres militaires : MM. Audibert, Médecin-Inspecteur, Président du Conseil Supérieur de Santé au Ministère des Colonies ; Barthelémy, Médecin-Général, Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine ; Dopter, Médecin-Inspecteur, Directeur de l'Ecole d'Application du Val-de-Grâce ; Emily, Médecin-Inspecteur Général, Directeur du Service de Santé du Corps d'Armée Colonial ; Gastinel, Médecin-Général, Directeur Central du Service de Santé au Ministère de la Marine ; Gautier, Pharmacien-Inspecteur, Inspecteur des Services Pharmaceutiques de l'Armée ; Girard, Médecin Général de 1re classe, Président du Conseil Supérieur de Santé, au Ministère de la Marine ; Lamontagne, Officier d'Administration principal de la Direction du Service de Santé au Ministère de la Guerre ; Lanne, Médecin-Inspecteur, Directeur de l'Ecole du Service de Santé militaire de Lyon ; L'Herminier, Médecin Principal de 1re classe, Directeur de l'Ecole d'Application du Service de Santé des Troupes coloniales de Marseille ; Michel, Médecin-Général, Directeur de l'Ecole d'Application du Service de Santé de la Marine ; Rouget, Médecin-Inspecteur Général de 1 a 2e Section du Cadre des Officiers Généraux, Vice-Président du IIIe Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires ; Sieur, Médecin-Inspecteur Général de la 2e Section du Cadre des Officiers Généraux, Membre de l'Académie de médecine ; Toubert, Médecin-Inspecteur Général, Président du Comité Consultatif de Santé; Vincent, Médecin-Inspecteur Général de la 2e Section du Cadre des Officiers Généraux, Membre de l'Institut, Membre de l'Académie de médecine, Président du IIIe Congrès international de Médecine et de Pharmacie militaires ; MM. les Directeurs du Service de Santé des Gouvernements militaires et des Régions de Corps d'Armée ; les Directeurs du Service de Santé de l'Armée Française du Rhin et des Troupes du Maroc, du Levant et de Tunisie.

Membres civils : MM. le docteur AUVRAY, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux, Membre de l'Académie de médecine ; le professeur ACHARD, Membre de l'Académie de médecine ; le docteur BABINSKI, Membre de l'Académie de médecine ; Madame CURIE-SLKODOWSKA, Membre de l'Académie de médecine ; MM. le docteur DESCOMPS, Rédacteur à la *Revue Médicale Française* ; le docteur DESFOSSES, Secrétaire de la Rédaction de la *Presse Médicale* ; le docteur DUCHESNE, Rédacteur en chef adjoint du *Concours Médical* ; FAURE, du Gouvernement militaire de Paris, Président de la Chambre syndicale des Spécialités pharmaceutiques ; FILDERMAN, Président de l'Amicale des Dentistes des Armées de Terre et de Mer ; le professeur GLEY, du Collège de France, président de l'Académie de médecine ; le professeur HARTMANN, Membre de l'Académie de médecine ; le docteur HUFNAGEL ; le docteur JARKOWSKI ; LANGRAND, Président de l'Union Corporative des Pharmaciens de Réserve ; le professeur LEJARS, Membre de l'Académie de médecine ; le professeur LEMIERE ; le professeur LETULLE, Membre de l'Académie de médecine ; MENABREA, Secrétaire général de l'Association France-Pologne ; le docteur NOIR, Rédacteur en chef du *Concours Médical* ; le docteur OKINCZYC, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux de Paris ; le Général PAU, Président du Comité Central de la Croix-Rouge Française ; PENANCIER, Sénateur, Président de la Réunion Amicale des Officiers d'Administration du Service de Santé ; le professeur RADAIS, Doyen de la Faculté de Pharmacie de Paris ; le professeur RICHET, Membre de l'Académie de médecine ; le professeur ROGER, Doyen de la Faculté de médecine de Paris, Président de la Société médicale France-Pologne ; le docteur ROUX, Membre de l'Institut, Directeur de l'Institut Pasteur ; le professeur Pierre TEISSIER, Membre de l'Académie de médecine ; M. le docteur WALTHER, Membre de l'Académie de médecine, Président de l'Union Fédérative des médecins de Réserve.

Secrétaire : M. LÉVY, Médecin-Principal de 1re classe, Professeur à l'Ecole d'Application du Val-de-Grâce, Adjoint au Directeur Général du Service de Santé au Ministère de la Guerre.

Secrétaires adjoints : MM. CARAYON, Médecin-Principal de 2e classe, de la Direction du Service de Santé au Ministère de la Guerre ; FRIBOURG-BLANC, Médecin-Major de 1re classe, Professeur agrégé à l'Ecole d'Application du Val-de-Grâce.

Travaux du Congrès.

Liste des questions mises à l'étude du IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, établi en Assemblée générale au Congrès de Paris à sa séance du 25 avril, 1925 :

1° Evacuation dans la guerre de mouvements. Pays rapporteurs : Pologne-Brésil.

2° Etiologie et prophylaxie de la grippe. Pays rapporteurs : Pologne-Danemark.

3° Séquelles des traumatismes du crâne et leur traitement. Pays rapporteurs : Pologne-Grèce.

4° Les arsénobenzols, méthodes d'analyse et d'appréciation chimique. Pays rapporteurs : Pologne-Lettonie.

En dehors des rapports, les communications sur les questions inscrites à l'ordre du jour seront admises dans les conditions fixées par le réglement du Congrès.

Règlement du Congrès.

Rapports et communications.

1. Les pays rapporteurs des questions mises à l'étude devront fournir un rapport unique, dont la rédaction pourra être confiée à plusieurs collaborateurs.

2. Les rapports devront parvenir le 15 février 1927. On ne saurait garantir l'impression de ceux parvenus avec plus de quinze jours de retard.

3. Il est recommandé aux rapporteurs de ne donner à leur travail que le développement strictement nécessaire. Les rapports ne devront, en aucun cas, dépasser 50 pages de 50 lignes de texte, quel que soit le nombre des collaborateurs.

4. Les rapports pourront être rédigés en anglais, espagnol, français ou italien ; ils devront se terminer par des conclusions ne dépassant pas deux pages de texte, qui seront traduite dans ces quatre langues ; il est recommandé aux pays rapporteurs d'en fournir eux-mêmes les traductions.

5. L'exposé des rapports en séance ne devra pas dépasser vingt minutes pour le ou les rapporteurs de chaque pays.

6. Les communications sur les questions inscrites à l'ordre du jour, les seules admises, ne devront pas dépasser six pages de texte. Il sera accordé dix minutes pour les développer. Les titres et les résumés des communications à présenter au congrès devront, pour pouvoir être inscrits à l'ordre du jour des séances, être remis avant le 1er avril 1927.

7. Des projections pourront être faites.

8. La discussion étant close, les rapporteurs et les membres ayant pris part à la discussion ou ayant présenté une communication se réuniront pour élaborer des conclusions générales. Ces conclusions générales seront soumises au vote du Congrès.

Exposition internationale.

d'hygiène et de matériel technique du Service de santé.

A l'occasion du IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, sera organisée une exposition internationale d'hygiène et de matériel technique du Service de santé militaire et civil.

Cette exposition se tiendra à Varsovie du 30 mai au 20 juin 1927. Elle comprendra les sections suivantes :

1. Matériel sanitaire de campagne ;

2. Hospitalisation, traitement, statistique ;

3° Hygiène générale (logement, chauffage, canalisation, eau potable, inhumation, désinfection, hygiène individuelle, etc.) ;

4. Produits chimiques et pharmaceutiques, matériel de pansement ;

5. Appareils et instruments médicaux et chirurgicaux ;

6. Objets mobiliers des hôpitaux et des pharmacies.

Le programme détaillé ainsi que les conditions d'envoi du matériel seront communiqués ultérieurement par le comité d'exposition.

Réceptions et fetes.

Indépendamment des réceptions officielles, le Comité d'organisation se propose d'organiser pour les congressistes une visite à Wilanow, ancienne résidence de Jean III Sobieski, une représentation à l'Opéra, des excursions facultatives aux environs de Varsovie et après la clôture du Congrès une excursion à Cracovie, Wielitchka, Zakopana, aux villes d'eaux, etc...

Comité de dames.

Il est constitué un Comité de dames chargées d'accompagnier les dames et les filles des congressistes et de leur faciliter des visites instructives et attrayantes pendant toute la durée du Congrès.

Adhésion au Congrès.

1. Sont conviés au Congrès tous les médecins et pharmaciens appartenant ou ayant appartenu aux armées des nations alliées, associées et neutres.

Tous les officiers appartenant ou ayant appartenu au Service de santé, les dentistes militaires, les personnalités qui ont été chargées par le Ministre de missions se rapportant au fonctionnement du Service de santé sont invités à participer au Congrès.

Les dames et filles non mariées des congressistes sont invitées à les accompagner.

2. La cotisation est fixée à 30 zlotys pour les hommes, 20 zlotys pour les dames. Elle donne droit à un exemplaire des rapports et à la participation aux fêtes officielles organisées pour le Congrès.

3. Les congressistes sont priés de déclarer leur adhésion dès maintenant ; ces adhésions doivent être adressées au Commissariat du Congrès, Ministère de la Guerre, Département VIII sanitaire, rue Nowowiejska, Varsovie, Pologne, soit directement par les intéressés, soit par l'intermédiaire des comités de propagande régionaux ou nationaux ou des journaux médicaux qui consenriront à prêter leurs bons offices.

Les intéressés sont invités à prendre à la Direction du Service de santé de leur région tous les renseignements de délail qui leur seront nécessaires.

4. Les cotisations pourront être acquittées dans toutes les monnaies étrangères au cours du jour du zloty, en numéraire, en mandats-poste, bons de poste mandats-cartes et mandats-internationaux, ou par chèques, portant la suscription : M. le Lt.-Colonel Sonkolewicz, trésorier du IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, Ministère de la guerre, Département VIII sanitaire, rue Nowowiejska, Varsovie, Pologne.

5. Il sera envoyé en retour, une carte d'adhérent nominative et numérotée.

Tenue.

Tenue facultative. Le port de la tenue militaire est autorisée pendant toute la durée du Congrès pour les officiers étrangers et les officiers de complément.

Elle est recommandée autant que possible pour la séance inaugurale les fêtes et réceptions.

Le Ministre de la Guerre a décidé que la participation au Congrès de Varsovie compterait aux Officiers de Réserve pour uue période de 15 jours de Service et leur donnerait le droit de voyager au tarif militaire entre leur résidence et la gare frontière ou le port d'embarquement.

Facilités de voyage.

Les chemins de fer polonais, à titre exceptionnel, ont décidé d'accorder le bénéfice du tarif réduit aux congressistes étrangers ainsi qu'aux femmes et filles non mariées des congressistes étrangers qui désireraient accompagner ceux-ci en Pologne.

Les congressistes susmentionnés devront indiquer sur le bulletin d'adhésion les lignes qu'ils désirent emprunter avec indication des gares de départ, de destination ou de transit.

Des bons individuels du tarif réduit parviendront aux intéressés par les soins du Comité d'organisation en même temps que les cartes d'adhérents. Ces bons seront valables du 20 mai au 20 juin 1927.

Les congressistes voulant prendre la voie maritime pour débarquer au port polonais de Gdynia peuvent s'adresser à la Compagnie générale Transatlantique (Bureaux en France et en Amérique) qui se propose d'accorder aux congressistes le transport maritime à prix réduit.

Arrivée. Logement.

Le Comité d'organisation prend dès maintenant des dispositions en vue de faciliter le séjour à Varsovie des congressistes et particulièrement des congressistes étrangers. Il offre de s'occuper préalablement de rechercher des logements pour ceux qui lui en feront la demande, en donnant les indications relatives à la catégorie d'hôtels, le nombre de chambres et le nombre de lits, le jour d'arrivée, la durée approximative du séjour.

En raison de la crise des logements à Varsovie, les congressistes sont instamment priés de faire parvenir leur demande avant le 1er avril 1927.

La veille du Congrès, des dispositions seront prises en des points qui seront déterminés à l'avance, en vue de donner aux congressistes tous les renseignements utiles. Un bureau de renseignements sera organisé à la Gare Centrale de Varsovie.

Toute correspondance relative au Congrès doit être adressée au Commissariat du IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, Ministère de la Guerre, Département VIII sanitaire, rue Nowowiejska, Varsovie, Pologne.

LES RÉUNIONS MÉDICALES DE NANCY

D'accord avec les médecins de la région, et notamment avec l'Association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle, la Faculté de Médecine de Nancy avait récemment décidé l'organisation de Réunions médicales destinées à permettre aux praticiens de reprendre contact avec le milieu universitaire et de se tenir au courant des conceptions et des méthodes nouvelles, ces réunions devant avoir lieu sous forme de journées séparées pour éviter aux participants des absences trop prolongées.

La première d'entre elles a eu lieu le 28 janvier dernier avec un succès complet ; une centaine de médecins des quatre départements lorrains : Meurthe-et-Moselle, Meuse, Vosges et Moselle, et quelques uns de leurs confrères du Grand Duché de Luxembourg avaient répondu à l'appel du Comité d'organisation que préside M. le Doyen Spillmann et dont le secrétaire est M. le prof. Perrin. Au cours de la matinée, dans la Salle du Conseil de la Faculté, M. le Doyen Spillmann déclarait ouverte la première Réunion médicale de Nancy, et, dans une allocution cordiale et éloquente, saluait et remerciait les conférenciers et leurs auditeurs. Immédiatement après, eut lieu au Grand Amphithéâtre de l'Institut anatomique, une conférence de M. le prof. Vautrin, directeur du centre anti-cancéreux, qui, envisageant l'état actuel de la lutte contre le cancer, étudia successivement la fréquence de cette affection, sa prophylaxie, les idées en cours sur son hérédité et sa contagion, les possibilités et procédés actuels de traitement aux divers stades de la maladie, M. le prof. Hoche indiqua ensuite le rôle et l'utilité des méthodes de laboratoire dans la lutte contre le cancer et présenta à l'appui de son exposé d'intéressantes pièces anatomiques et histologiques et de nombreuses projections microphotographiques et épidiascopiques. La matinée se termina par la visite du nouveau centre anti-cancéreux, et de ses récentes et puissantes installations, celles notamment de radiumthérapie et de radiothérapie profonde ; la présentation de nombreux cas en cours de traitement illustra heureusement les conférences précédentes.

A midi, un déjeuner amical réunissait à l'hôtel Thiers, la plupart des participants ; des toasts furent portés au dessert par M. le Doyen Spillmann, qui remercia tous les organisateurs de cette journée et en particulier M. Pacaud, le dévoué secrétaire de la Faculté, et par M. le Dr Forman, directeur du centre anticancéreux de Luxembourg.

L'après-midi se passa à l'amphithéâtre de la clinique d'ophtalmologie de l'hôpital civil. M. le prof. Jacques entretint ses auditeurs du cancer des premières voies digestives, en insistant sur les moyens actuels et l'énorme importance de son diagnostic précoce. M. le prof. agrégé Jeandelize indiqua pourquoi, quand et comment il faut traiter les voies lacrymales, et fit ressortir l'intérêt de ce traitement dans le cas notamment des accidents du travail. Ces deux conférences, fort documentées, furent comme celles du matin, complétées par des projections et des présentations de malades.

Ainsi se déroula la première Réunion médicale de Nancy. Le succès qu'elle remporta, le nombre et l'empressement des médecins praticiens à répondre à l'invitation du Comité, ont démontré l'intérêt et la nécessité des manifestations de ce genre. Reste à mentionner l'organisation parfaite, dont il convient de féliciter et de remercier grandement la Faculté de Nancy, et à souhaiter aux journées qui vont suivre, les 11 mars et 15 mai prochains, la réussite qu'a connue leur aînée.

Dr Louis MERKLEN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr MARTIN, de La Rochelle. — M. le Dr PAUTREL, de Châteaubourg (Ille-et-Vilaine). — M. le Dr BACHELOT-VILLENEUVE, de Saint-Nazaire. — M. le Dr SACAREAU, de Launac (Haute-Garonne).

— **Excursion sur la Côte d'Azur** *organisée à l'occasion des Journées Médicales de Marseille par la Société médicale du Littoral Méditerranéen.* — Une excursion sur la Côte d'Azur aura lieu immédiatement après les Journées Médicales Marseillaises et Coloniales (20-23 avril 1927). La concentration se fera à la gare de Cannes, le dimanche matin 24 avril. On visitera Cannes, Le Cannet, Nice, Beaulieu, Monaco, Monte-Carlo et Menton. Tous les parcours seront effectués en autocars (ou en bateau, si le nombre des touristes et le temps le permettent). Le logement sera assuré dans les meilleurs hôtels. Le prix de l'Excursion est de 375 francs, tout compris (même les taxes et les pourboires). Le voyage est strictement réservé aux médecins et à leur famille. Le nombre des places est limité. Les étudiants en médecine sont admis. La dislocation aura lieu à la gare de Nice, le mercredi soir 27 avril (les adhérents qui comptent assister ensuite au Congrès médical de la Presse latine, qui commencera à Paris, le 28 avril à 21 h., sont assurés d'arriver à temps à Paris, ce même jour 28 avril, à 14 h. 30).

Se faire inscrire : 40, Allées Léon-Gambetta, Marseille (prof. Olmer, président du Comité d'organisation des Journées médicales), ou 24, rue Verdi, à Nice (Dr M. Faure, président de la Société médicale du Littoral).

— **Clinique médicale des enfants** (hôpital des Enfants-Malades). *Cours de vacances sur les notions nouvelles en pédiatrie*; du 20 au 30 avril. — Programme des leçons :

Mercredi 20 avril, 10 h., M. le professeur Nobécourt, ouverture du cours. — 10 h. 30, M. Boulanger-Pilet, les méningites cérébrospinales. — 16 h., M. Mathieu, l'encéphalite épidémique. — 17 h., M. Paraf, notions nouvelles sur la rougeole.

Jeudi 21 avril, 10 h. 30, M. Bidot, urologie clinique de l'enfance. — 16 h., M. Pichon, rhumatisme cardiaque évolutif. — 17 h., M. Paraf, notions nouvelles sur la scarlatine.

Vendredi 22 avril, 10 h. 30, M. Lereboullet, notions nouvelles sur la diphtérie. — 16 h., M. Paraf, étiologie et prévention de la tuberculose infantile. — 17 h., M Nadal, l'asthme infantile.

Samedi 23 avril, 10 h. 30, M. Bidot, urologie clinique de l'enfance. — 16 h., M. Lebée, les néphrites de l'enfance. — 17 h., M. Pichon, l'acrodynie infantile.

Lundi 25 avril, 11 h., M. Prétet, les septicémies de l'enfant et leur diagnostic bactériologique. — 16 h., M. Tixier, l'hérédo-syphilis infantile. — 17 h., M. Boulanger-Pilet, les pneumococcies de l'enfance.

Mardi 26 avril, 10 h. 30, M. Lereboullet, le diabète sucré infantile. — 16 h., M. Tixier l'hérédo-syphilis (2e leçon). — 17 h., M. Lebée, diagnostic des états typhoïdes.

Mercredi 27 avril, 11 h., M. Lereboullet, l'hypophyse et les syndromes dits endocriniens. — 16 h., M. Janet, les syndromes thyroïdiens. — 17 h., M. Mathieu, l'épilepsie et son traitement.

Jeudi 28 avril, 11 h., M. Duhem, la radiologie chez l'enfant (1re leçon). — 16 h., M. Janet, les vomissements cycliques. — 17 h., M. Babonneix, les encéphalopathies infantiles et le mongolisme.

Vendredi 29 avril, 10 h. 30, M. Lereboullet, les adénopathies trachéo-bronchiques et la tuberculose du médiastin. — 16 h., M. Tixier, le rachitisme et les rayons ultra-voilets. — 17 h., M. Babonneix, les chorées.

Samedi 30 avril, 11 h., M. Duhem, la radiologie chez l'enfant (2e leçon). — 1 6 h., M. Tixier, les anémies infantiles. — 17 h., M. Babonneix, la poliomyélite aiguë.

M. le professeur Nobécourt, à 9 h., conférence clinique dans les salles de la clinique. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. Le droit à verser est de 200 fr.

— **La vaccination antityphoïdique obligatoire.** — *Projet de loi.* — La proposition de loi suivante a été présentée au Sénat par MM. Henry Chéron, Gallet et Fernand Merlin.

Art. 1er. — A dater de l'expiration du délai de six mois à partir de la promulgation du règlement d'administration publique prévu à l'article 2 de la présente loi, la vaccination antityphoïdique sera obligatoire pour toute la population française.

Art. 2. — Un règlement d'administration publique, rendu sur la proposition du ministre de l'hygiène, et après avis de l'Académie de Médecine, déterminera les modalités d'application de la présente loi.

— **Centenaire de Pinel**, sous le haut patronage du Président de la République (30 mai-1er juin 1927). — Un siècle s'est écoulé depuis la mort de Pinel, et le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, réuni à Genève le 2 août dernier, a consacré à la mémoire du célèbre aliéniste la séance inaugurale de sa XXXe session. La *Société médico-psychologique*, désireuse à son tour de rendre un pieux hommage à l'illustre médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, et comptant sur l'appui des autres sociétés médicales, a décidé d'organiser une cérémonie commémorative de l'œuvre réformatrice. Elle aura lieu au grand amphithéâtre de la Sorbonne, le lundi 30 mai, à 21 heures, sous la présidence de M. André Fallières, Ministre du Travail et de l'Hygiène. M. le Président de la République a bien voulu placer sous son haut patronage le comité d'honneur constitué pour l a célébration du centenaire de ce grand médecin.

Programme des cérémonies : *lundi* 30 *mai* : 10 h. 1/4. Réunion à la Salpêtrière, amphithéâtre de la Clinique Charcot, service du professeur Guillain. Souvenirs de Pinel à la Salpêtrière, visite des loges, de la Force. Hommage à la statue de Pinel. — 16 heures. Séance solennelle de la Société médico-psychologique, 12, rue de Seine. — 21 heures. Cérémonie au grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. André Fallières, Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. — *Mardi* 31 *mai* : 15 heures. Séance solennelle à l'Académie de Médecine consacrée à la célébration du centenaire de la mort de Pinel et de la naissance de Vulpian. — 20 heures . Banquet par souscription offert aux délégués étrangers. Une réception aura lieu à l'Hôtel-de Ville ; la date en sera indiquée ultérieurement.

L'organisation est assurée par des subventions. Des souscriptions volontaires peuvent être adressées au trésorier, M. le Dr Mallet, 22, avenue Mozart (Paris, 16e). Au cas où les ressources seraient suffisantes, le Comité offrira aux adhérents une plaquette commémorative du Centenaire. Toutes les communications, adhésions, etc., doivent être adressées à M. le Dr Henri Colin, secrétaire général, 22, rue Gay-Lussac, Paris, 5e.

Ces cérémonies coïncideront : 1° avec le centenaire de Vulpian qui sera célébré sous les auspices de la Société de Biologie et de la Société de neurologie au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, le samedi soir 28 mai ; 2° avec la réunion de l'Association Amicale des médecins des établissements publics d'aliénés de France (dimanche 29 mai) ; 3° avec la Réunion neurologique annuelle dont les séances commencent le mardi matin 31 mai et où l'on traitera cette année deux questions intéressant au plus haut point les aliénistes, le sommeil et l'équilibre. Le banquet et la réception à l'Hôtel de Ville grouperont les adhérents au Centenaire de Pinel au Centenaire de Vulpian et à la Réunion neurologique.

— **UMFIA.** — **Prix Voronoff.** — Bien que considérant que « la science n'a pas de patrie » comme le disait Pasteur, le Dr Serge Voronoff a bien voulu fonder deux prix en faveur de l'Union Médicale Franco-Ibéro-Américaine (et aussi de l'Italie et de la Roumanie), c'est-à-dire, destinés à un médecin du monde latin. Premier prix : de 10.000 fr. ; deuxième prix : de 5.000 fr.

Sujet. — En s'appuyant sur des arguments cliniques, thérapeutiques, expérimentaux, anatomiques, histologiques, embryologiques, fournir un travail se rapportant aux questions suivantes : 1° existe-t-il chez l'homme des insuffisances et des hyperfonctionnements des glandes endocrines (en particulier : thyroïde, testicule, ovaire, surrénale) ; 2° les hyperfectionnements de ces glandes peuvent-ils être réactionnels à l'insuffisance partielle de chacune ou de plusieurs d'entre elles ?

Date de remise des travaux. — Les travaux devront être déposés au plus tard le 31 décembre 1928, à Paris, chez le Dr Léopold-Lévi, 16, rue Théodore-de-Banville (XVIe). Les candidats enverront autant d'exemplaires de leur travail qu'il y a de membres dans le jury.

Signature ou anonymat des travaux. — L'anonymat des manuscrits est facultatif. Les candidats qui désireront garder l'anonymat enverront leur travail avec une *devise.* A dater du 1er janvier 1928, les candidats auront la faculté, s'ils le désirent, de faire paraître en librairie leur travail, à condition de mentionner que le manuscrit de leur livre a été préalablement remis entre les mains du jury.

Langue des travaux remis. — Tous les *manuscrits* devront être écrits en langue française. Mais les livres reproduisant ces manuscrits pourront être publiés dans

la langue maternelle du candidat (espagnol, français, italien, portugais, roumain). Le jury jugera sur les travaux écrits ou traduits en français.

Nationalité des candidats. — Le concours est ouvert à tous les médecins des nations appartenant au monde latin (Belgique, Espagne, France, Italie, Portugal, Roumanie, et toutes les Républiques du Sud et du Centre-Amérique).

Composition du jury. — Dr Serge Voronoff, directeur du Laboratoire de Chirurgie expérimentale du Collège de France ; Dr Retterer, membre de l'Académie de Médecine ; Dr Léopold-Lévi, ancien président de la Société de médecine de Paris ; Dr Baudet, ex-chirurgien des hôpitaux de Paris ; Dr Dartigues, ancien président de la Société des Chirurgiens de Paris ; professeur Pende, professeur à la Faculté de Médecine de Gênes (Italie) ; professeur Marañon, professeur à la Faculté de médecine de Madrid (Espagne) ; Professeur Parhon, professeur à la Faculté de Jassy (Roumanie) ; professeur Mussio Fournier, professeur à la Faculté de Montevideo (Uruguay, Amérique du Sud).

— Lyon. — Congrès de l'enfance. — La ville de Lyon organise pour les 2, 3, 4 et 5 juin prochain le *premier Congrès national* des œuvres officielles de sauvetage *de l'Enfance*. Le programme provisoire, établi par le Comité d'organisation dont le président est M. Herriot, comprend 24 rapports. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. Pivot, Conseiller municipal, Hôtel de Ville.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Gastro-entérologie.* — Un cours de gastro-entérologie sera fait du 2 au 27 mai 1927, dans les services de MM. Bensaude, P. Le Noir et Félix Ramond.

Programme. — Du 2 au 7 mai : M. Bensaude, assisté de MM. André Cain, Terrial, Paul Meyer et Marchand. — Œsophagoscopie (projections). — Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique. — Gastroscopie (projections). — Diagnostic et traitement des dysenteries chroniques. — Les traitements électrothérapiques des affections anorectales. — Rectoscopie (projections).

Du 9 au 14 mai : M. F. Ramond, assisté de MM. Ch. Jacquelin et Zizine. — Interrogation et examen clinique, radiologique et chimique du dyspeptique. Le pH gastrique. — Les grands symptômes et les grands syndromes gastriques. — Les gastrites. La métaplasie gastrique. — L'aérophagie. — Les dyspepsies secondaires et réflexes. Les dyspepsies nerveuses. — Régimes et médications.

Du 16 au 21 mai : M. Le Noir, assisté de MM. Brodin, R. Gaultier, Gilson, Savignac et Taillandier. — Ulcère gastroduodénal (diagnostic, pronostic, traitement). — Estomac biloculaire. — Linite plastique et cancer de l'estomac. — Atonie gastrique et ptoses abdominales. — Périgastrites et périduodénites. — Traitement hydrominéral des affections gastriques.

Les conférences auront lieu tous les jours à 9 h. 1/2. Le cours est gratuit. Travaux pratiques pendant la durée des cours (Exercices cliniques, chimiques et radiologiques).

Droits d'inscription : 200 fr. Se faire inscrire dans les services de MM. Bensaude, Le Noir et Ramond. Un certificat d'assiduité sera délivré, sur demande, aux auditeurs du cours et des travaux pratiques.

Un voyage d'instruction à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé le 26 et 27mai (nombre de places limité).

— **Pathologie médicale.** — L'enseignement du semestre d'été comprendra deux séries de cours, en mars-avril et en mai-juin.

Première série. — M. Sicard, professeur : Pathologie médicale des membres, du rachis et de la tête. — M. Aubertin, agrégé : Maladies de la rate, des ganglions, de la moelle osseuse. Affections hémorragipares. Maladies de l'aorte.

Deuxième série. — M. Lian, agrégé : Maladies du cœur. Les grands syndromes cardiaques. — M. Brulé, agrégé : Maladies du foie (*suite*). Maladies du péritoine et du pancréas.

M. le professeur Sicard a commencé ses leçons le jeudi 3 mars 1917, à 18 h., et les continue les samedis, mardis et jeudis à la même heure, au Petit Amphithéâtre.

M. Aubertin a commencé ses leçons le mercredi 2 mars 1927, à 18 h., et les continue les vendredis, lundis et mercredis, à l'amphithéâtre Vulpian, à la même heure.

— **Pathologie chirurgicale.** — M. F.-M. Cadenat, agrégé, a commencé son cours et le continue les lundis, mercredis et vendredis à 16 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Cours spécialement destiné aux étudiants de 3e année d'études.

Programme. — Affections chirurgicales du thorax, du sein et de l'appareil génital de la femme.

— M. Henri Mondor, agrégé, commencera le cours de Pathologie chirurgicale le mardi 22 mars 1927, à 16 h. (amphithéâtre Vulpian), et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Programme. — Pathologie chirurgicale de l'abdomen.

— Des villages mexicains décimés par les phyllostomes (Vampires). — Dans la Sierra Juarez (Mexique), la population de certains villages indiens diminuait depuis plusieurs années progressivement et était atteinte en particulier de troubles oculaires avec cécité. Les habitants, anémiés par les piqûres nocturnes des phyllostomes ou vampires, perdaient l'appétit, devenaient souvent tuberculeux et étaient inaptes au travail normal. La situation avait pris une tournure plus grave encore, au cours de ces dernières années, les vampires s'étant attaqués en outre au bétail et aux animaux de basse-cour.

Le gouverneur de l'Etat d'Oaxaca envoya en mission dans le pays un hygiéniste qui préconisa une série de mesures et conseilla la suspension, la nuit, dans les locaux d'habitation, de boites en fer blanc dont le bruit, par entrechoquement, provoque, dit-on, la fuite des vampires. Ce procédé primitif, utilisé en Guatémala, aurait donné, assure-t-on, d'excellents résultats.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. *Le voyage à la mode en cette saison.* — Le voyage à la mode à cette époque de l'année, c'est la route d'Hiver des Alpes, d'Aix-les-Bains-Mont-Revard à Nice par autocar P.L.M., en trois étapes d'une journée chacune : Aix-les-Bains-Grenoble, Grenoble-Digne, Digne-Nice.

Des limousines du dernier confort, avec éclarage électrique et chauffage intérieur partent d'Aix-les-Bains tous les jours, du 1er mars au 31 mai.

Les agences et bureaux P.L.M. de renseignements, comme aussi les agences de voyages, délivrent des billets combinés comprenant à la fois le parcours en chemin de fer et le trajet en autocar.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Médecin. — Diffamation. — Annonce mensongère de vacance de poste médical

TRIBUNAL DE SIMPLE POLICE DE LYON
29 *juillet* 1928.
(Archives du « Sou médical »).

Le Tribunal,

Attendu que depuis moins de trois mois, R., libraire à Lyon, qui provoquait des demandes de renseignements par une pancarte indiquant un poste médical à créer aux Echelles (Savoie), a tenu à diverses personnes des propos inexacts et diffamatoires à l'égard du docteur Guillaud, médecin aux Echelles ;

Que notamment le 24 juin dernier, il a déclaré à Me Montagne, huissier à Lyon :

« Il y a bien déjà un médecin aux Echelles, mais il est vieux, n'est jamais chez lui, ne sait plus ce qu'il fait et commence à perdre la tête, il fait des ordonnances de travers ; ces temps derniers cinq ou six clients se sont plaints au pharmacien de l'endroit » ;

Attendu qu'il résulte des documents versés aux débats que le docteur Guillaud, seul médecin aux Echelles, est âgé de quarante-sept ans, exerce ses fonctions avec une compétence, un dévouement, un désintéressement qui méritent les éloges et la reconnaissance de la population ;

Qu'aucune plainte n'a jamais été formulée contre lui à la pharmacie ;

Attendu que R. reconnaît la faute qu'il a commise en accueillant des renseignements erronés sans même connaître, prétend-il, celui qui les lui a donnés et en les transmettant ;

Attendu que le fait relevé constitue la contravention d'injure non publique prévue et punie par l'article 33, paragraphe 3, de la loi du 29 juillet 1881 et l'article 471 du Code pénal ;

Que l'intention coupable est évidente, car il était impossible à R. de ne pas se rendre compte que les renseignements donnés par lui portaient atteinte à la réputation du docteur Guillaud et lui préjudiciaient ;

Vu les articles 29, 33 de la loi du 29 juillet 1881, sur la Presse et 471 du Code pénal, lesquels sont ainsi conçus :

Article 29. Toute allégation ou imputation d'un fait qui porte atteinte à l'honneur ou à la considération de la personne ou du corps auquel le fait est imputé est une diffamation.

Article 33. L'injure commise de la même manière envers les particuliers lorsqu'elle n'aura pas été précédée de provocation, etc., etc.

Si l'injure n'est pas publique elle ne sera punie que de la peine prévue par l'article 471 du Code pénal.



Article 471. Seront punis d'amende depuis un franc jusqu'à cinq francs inclusivement.

Paragraphe 11. Ceux qui sans avoir été provoqués, auront proféré contre quelqu'un des injures autres que celles prévues depuis l'article 367, jusques et y compris l'article 368.

Par ces motifs :

Statuant contradictoirement et en premier ressort et faisant au défendeur application des dispositions des articles 29 et 33 de la loi du 29 juillet 1881, sur la presse, et 471, paragraphe 11, du Code pénal, ci-dessus relatés et desquels il a été donné lecture à l'audience.

Le condamne, sur les réquisitoins du Ministère public, à cinq francs d'amende. Et statuant sur les conclusions du docteur Guillaud, partie civile, condamne le sieur R. à payer au docteur Guillaud, avec intérêts de droit à compter du jour de la demande, la somme de cinq cents francs, à titre de dommages-intérêts.

Ordonne l'affichage du présent jugement à la porte pincipale de la mairie des Echelles (Savoie) et son insertion dans le journal, « *Le Petit Dauphinois* », édition Savoie, Isère, insertion dont le coût ne pourra être supérieur à cent francs.

Condamne en outre R. en tous les dépens de l'instance qui comprendront, à titre de supplément de dommages-intérêts, le coût du procès-verbal de constat de Me Montagne, huissier, du 20 juin 1926, ainsi que le coût des insertions et affichage ci-dessus ordonnés.

Commentaires.

Ce procès, gagné avec l'appui du « Sou médical », comporte deux enseignements :

Le premier s'adresse aux jeunes, à ceux qui, sortant de la Faculté de médecine, sont à la recherche d'un poste médical.

Que ces nouveaux confrères n'attachent pas une foi inébranlable aux promesses plus ou moins alléchantes qui leur sont faites.

Par rancune, querelles locales, dissensions politiques, on a vite fait de chercher un concurrent pour un médecin, ayant déjà sa clientèle.

Que le jeune confrère, attiré par ces affiches, gagne ou non sa vie, cela laisse les annonceurs du poste fort indifférents, pourvu qu'ils puissent assouvir leur rancune contre le praticien, auquel ils veulent susciter un concurrent.

Un poste médical peut faire vivre un seul titulaire ; deux praticiens ne pourront pas y subsister, d'où luttes et concurrence antidéontologiques, d'autant que ceux qui ont attiré le nouveau médecin ne se gêneront pas pour faire accroire à ce dernier tout autre chose que la vérité.

Aussi, séduit par une annonce de vacance de poste, cette annonce serait-elle affichée à la Faculté de médecine (cet affichage ne comportant

aucune garantie de véracité), le jeune docteur en médecine fera-t-il bien de se renseigner, sinon auprès du confrère à côté duquel il est sollicité de venir s'installer, du moins auprès du Syndicat médical de la région.

Il est fort possible que, sous le couvert du groupe corporatif, les deux praticiens ne se feront pas une guerre acharnée de concurrents ennemis, mais au contraire pourront s'entendre pour s'entr'aider, se remplacer, opérer ensemble, s'appeler en consultation.

La concorde peut conduire deux médecins à vivre dans une région, où ils auraient connu la misère, par la lutte et l'*invidia medicorum*.

Le second enseignement s'adresse aux confrères qui exercent la médecine. Le « Sou médical » ne s'occupe pas, à l'encontre de toutes les compagnies d'assurances, uniquement de la responsabilité professionnelle.

Entr'autres branches de son activité, se trouve la défense des intérêts professionnels lésés et, par l'attaque en justice, il lui est possible de faire respecter ses adhérents.

Dans le procès actuel, le confrère avait été averti qu'une affiche existait en bonne place, dans une librairie de Lyon. Elle était posée de telle sorte qu'elle ne pouvait pas ne pas être vue soit par un simple passant, soit par quiconque pénétrait dans la librairie.

Cette affiche était ainsi conçue : « poste médical à créer aux Echelles (Savoie) ; peut faire 50.000 francs environ ».

Si quelqu'un, alléché par cette annonce, demandait des renseignements, le libraire lui servait le boniment relaté dans le jugement.

Sur les conseils du « Sou médical » et avec son appui, le docteur Guillaud fit constater par voie d'huissier la présence de l'affiche et les propos de dénigrement émanant du libraire.

Pour sa défense, celui-ci prétendit n'avoir été qu'un intermédiaire : ce serait un inconnu, se disant pharmacien, qui lui aurait apporté cette annonce, en le priant de l'afficher dans son magasin et en l'accompagnant de la petite leçon qu'il aurait à débiter à tous ceux qui lui demanderaient des renseignements.

L'enquête ne permit pas de retrouver ce soi-disant intermédiaire.

Aussi, put-on faire grief au libraire d'avoir accepté de répéter des propos injurieux à l'adresse d'un médecin, propos susceptibles de faire perdre à ce dernier sa situation médicale.

C'est donc à bon droit que le tribunal de simple police de Lyon a condamné le diffamateur à 500 francs de dommages-intérêts, à l'affichage du jugement à la mairie des Echelles et à une insertion dans un journal régional.

Je ne crois pas qu'il recommencera de sitôt, surtout sachant que le docteur Guillaud a derrière lui une ligue de défense professionnelle, le « Sou médical ».

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Baux et Locations.

754. — Prorogation. Augmentation du loyer.

Terminant ma prorogation de guerre en juillet 1927, mon propriétaire, qui a acquis l'immeuble à titre onéreux après octobre 1919, peut-il m'augmenter à partir de juillet prochain et dans quelle proportion ?

Mon successeur éventuel aurait-il les mêmes avantages que moi ?

Dr M.

Réponse.

Lorsque votre prorogation de guerre sera terminée, vous aurez droit automatiquement, et sans même avoir à la demander, à la prorogation de la loi du 1er avril 1926 jusqu'au 1er avril 1931.

En échange de la prorogation, vous aurez à payer les augmentations prévues par la loi du 1er avril, c'est-à-dire le loyer d'avant-guerre, majoré de 125 %. En outre, vous devrez rembourser à votre propriétaire les majorations subies depuis 1914 par les prestations en nature fournies par lui, et les impôts, à l'exception de l'impôt sur le revenu des propriétés foncières. Pour le remboursement de ces charges, vous pourrez convenir d'un forfait dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

La taxation du loyer, telle que nous venons de la préciser, n'est valable que jusqu'au 1er avril 1929. A cette date interviendra une nouvelle loi qui fixera la taxation pour la seconde période de la prorogation.

Tant que durera la prorogation, le propriétaire ne pourra prétendre reprendre votre maison pour son usage personnel ou celui d'un membre de sa famille, l'exercice du droit de reprise étant limité aux locaux servant *exclusivement* à l'habitation. Or, vous exercez votre profession dans les lieux loués ; ceux-ci ne servent donc pas exclusivement à l'habitation. C'est d'ailleurs pourquoi vous devez payer une majoration de 125 % au lieu de 100 % comme pour les locaux d'habitation.

Vous pourrez céder à votre successeur votre droit à la prorogation dans les mêmes conditions et d'après les mêmes modalités que vous auriez pu céder votre bail expiré.

Fiscalité

424. — Vente d'auto par un particulier.

Je suis sur le point de vendre mon auto. Est-ce qu'il existe actuellement des taxes spéciales sur le prix de la vente d'un auto à un particulier ?

Dr M.

Réponse.

Il n'existe aucune taxe frappant le produit de la vente d'une automobile faite par un particulier à un autre particulier, ni taxe de luxe, ni taxe sur le chiffre d'affaires.

Une seule précaution à prendre : signaler la vente au receveur des contributions indirectes en lui remettant le permis de circulation et en lui demandant de faire le transfert à l'acquéreur.

A. M.

276. — Questions fiscales diverses.

1° Quelles sont exactement les valeurs exemptées de l'impôt général sur le revenu ?

2° Je touche un seul traitement fixe, 1.000 fr. du Chemin de fer. Dois-je déclarer cela à part dans la cédule des traitements et salaires, en dehors de mon revenu professionnel ?

3° De mon revenu professionnel brut, j'ai, je crois, le droit de soustraire, entre autres dépenses professionnelles, l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales de l'an précédent.

4° De mon revenu total (c'est-à-dire bénéfice professionnel et revenu proprement dit), ai-je le droit de déduire ce que j'ai payé l'an dernier comme impôt général sur le revenu pour fixer mon revenu net ?

Si j'ai un revenu total de 40.000 fr. par exemple en 1926, mais que j'aie payé un impôt général sur le revenu de 2.000 fr., cela ne fait plus que 38.000 fr. de revenu.

Dr T.

Réponse.

1° Sont exempts de l'impôt général :

a) Les intérêts des bons du Trésor et des bons de la défense nationale à échéance d'un an au plus ;

b) Les arrérages des rentes perpétuelles 4 % émises en 1925.

2° Réponse affirmative.

3° Réponse affirmative.

4° Réponse affirmative : l'impôt général payé en 1925 doit figurer au paragraphe VI de la déclaration.

A. M.

Secret professionnel.

659. — Certificat de décès et secret professionnel.

Il m'a été présenté il y a quelques jours, à l'hos-

pice dont je suis le seul médecin, une feuille de papier venant de la mairie, sur laquelle étaient inscrits les noms de mes malades, tant de l'hospice que de la clientèle urbaine, décédés cet hiver ; j'étais invité à indiquer le nom de la maladie cause de la mort. Quand on me présentait une feuille grise, dont je vous joins un spécimen, je la remplissais, mais je croyais pouvoir refuser de remplir un papier n'offrant aucune garantie de discrétion.

Or, ce matin, la sœur m'a remis une circulaire préfectorale, que je vous envoie en partie :

« 5 avril 1926. A MM. les Maires du département,

« Lorsque les maires enregistrent des déclarations de décès, il importe que le rédacteur de l'acte se renseigne de façon précise, soit auprès des membres de la famille, soit auprès du médecin traitant, sur la maladie qui a entraîné la mort.

« Je vous serai très obligé de vouloir prendre bonne note des prescriptions qui précèdent, notamment a ce que les causes des décès figurent bien sur les bulletins verts ».

Or, ici, comme dans toutes les petites villes, la mairie est ouverte, et les registres aussi, aux maires, adjoints, conseillers muncicipaux, secrétaires, instituteurs, garde champêtre, tambour municipal, pompiers, et chef de musique.

Il n'y aura plus de place pour le secret professionnel

J'ai donc répondu : « Et l'article 378 ? » et j'attends.

Dr X.

COMMUNE de..

DÉCLARATION DE DÉCÈS

Le médecin soussigné certifie que le nommé
....
âgé de ....*est décédé le*..................
de mort naturelle et qu'en conséquence le permis d'inhumer peut être délivré.

A .... le 192

Le Médecin,

CERTIFICAT A CONSERVER A LA MAIRIE.

Le médecin indiquera ci-dessous l'âge du décédé et la cause du décès et remettra à la Mairie la présente carte dûment cachetée.

Age du décédé ans
Cause du décès :

....

Cette carte ne doit pas être décachetée par la Mairie.

Elle sera jointe intacte à la statistique trimestrielle du mouvement de la population.

A défaut de constatation de décès par le médecin, le maire remplira la formule d'après les indications qu'il pourra recueillir.

Réponse.

Je critique le bulletin de déclaration de décès qui m'est présenté à un double point de vue.

1° Le docteur traitant n'a pas le droit de certifier que le défunt est « décédé de mort naturelle et qu'en conséquence, le permis d'inhumer peut être délivré ».

L'article 79 du code civil, modifié par la loi du 7 février 1924, ne prévoit pas, pour la rédaction de l'acte de décès, l'indication du diagnostic de la maladie, cause de la mort.

L'article 81 ne prévoit l'intervention d'un médecin, pour faire les constatations, que lorsqu'il y aura des indices ou signes de mort violente, ou d'autres circonstances, qui donneront lieu de la soupçonner.

Or, nous reportant à l'article 77, nous constatons que l'officier de l'état-civil est tenu de se transporter auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès.

Il en résulte deux conclusions :

La première, c'est que l'officier de l'état-civil doit faire son devoir, soit par lui-même, soit par mandataire, ce dernier n'ayant pas besoin d'être un médecin.

La seconde, c'est que, lorsque l'officier de l'état-civil veut se faire remplacer par un docteur en médecine, pour accomplir les formalités prescrites par l'article 77 (médecin appelé médecin de l'état-civil), ou lorsqu'il a besoin d'un homme de l'art pour, aux termes de l'article 81, vérifier s'il y a eu mort violente, ce magistrat municipal ne doit pas perdre de vue les prescriptions de l'article 378 du code pénal, qui oblige les médecins traitants à se taire pour tout ce qui concerne les malades qu'ils ont soignés (sauf pour la déclaration des maladies contagieuses, lois du 30 novembre 1892 et 15 février 1902).

Demander au médecin traitant de certifier que M. X. est décédé, il n'y a rien à dire ; mais lui demander de déclarer qu'il y a mort naturelle, c'est, d'une part, obliger le praticien à violer le secret professionnel, au cas où, dans l'exercice de la profession, il aurait été le confident, le témoin, ou il aurait surpris certaines choses qu'il doit taire ; c'est, d'autre part, l'obliger à se porter dénonciateur, à se faire l'auxiliaire des officiers de police judiciaire. Ce n'est pas notre rôle.

Je conclus que, sollicité par l'officier de l'état-civil, pour éviter à ce dernier le déplacement prescrit par l'article 77 du code civil, le médecin traitant doit se borner à déclarer que le nommé .... est décédé le ... Un point c'est tout.

La meilleure preuve qu'il n'y a pas obligation légale, c'est que le bulletin qui nous est soumis, comporte cette restriction : « A défaut de constatation de décès par le médecin, le maire rem-

plira la formule d'après les indications qu'il pourra recueillir. »

Les médecins traitants sont donc en droit de se refuser à établir ces certificats, qui ne sont prévus ni par le Code civil, ni par un texte de loi.

2º En ce qui concerne la deuxième déclaration, indiquant l'âge du décédé et les causes de la mort, je répéterai une fois de plus qu'un arrêté préfectoral, ni une circulaire ministérielle ne peuvent modifier ni la loi, ni le code pénal.

En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, a déclaré, en 1923, le Garde des Sceaux, à une question à lui posée par le ministre de l'hygiène, le médecin traitant devrait être poursuivi pour violation du secret professionnel, lorsqu'il enverrait à un autre docteur en médecine, directeur de bureau d'hygiène et également tenu au secret professionnel, les fiches de diagnostic, comportant les causes des décès avec indications suffisantes pour permettre de reconnaître l'identité du décédé.

Les Syndicats médicaux locaux devraient étudier cette question pour faire corporativement une réponse collective aux préfets et aux maires.

Ils indiqueraient que, quelle que puisse être l'utilité sociale de la divulgation des causes de décès, aux services compétents de l'hygiène publique, les médecins traitants ne peuvent pas être, en même temps, médecins de l'état-civil.

Cette confusion des fonctions peut être la cause de poursuites correctionnelles contre des praticiens.

Le médecin traitant doit se taire ; le médecin de l'état civil doit dire la vérité à son mandant, l'officier de l'état civil.

Mais comme d'habitude, il n'y a pas d'argent, pour faire fonctionner correctement ces services sociaux : aussi, soit par esprit d'économie, soit par ignorance des lois et codes, les administrateurs enfreignent-ils, ou nous incitent-ils à enfreindre les prescriptions légales.

Au reste, le « Sou médical » est bien décidé à soutenir celui de ses adhérents qui pourrait avoir un conflit judiciaire à ce propos, au cas où le préfet se croirait autorisé à poursuivre un praticien qui se refuserait à obéir à un arrêté, l'incitant à violer le secret professionnel.

Nous ne demandons pas mieux que de porter le débat devant le Conseil d'Etat.

Dr Paul Boudin.

Questions médico-militaires

465. — Périodes d'instruction. Affectation.

J'ai reçu une lettre du directeur du S.S. de mon corps d'armée m'informant que, ayant 4 années de

grade de médecin aide-major de 2e cl. je pouvais passer de 1re cl. à condition de faire une période d'instruction et que cette année exceptionnellement cette période serait de 15 jours, alors qu'après elle serait probablement plus longue.

Je vous serais donc reconnaissant de me faire savoir si refusant de partir cette année je serai appelé ultérieurement et si refusant mon 2e galon j'ai chance de ne faire aucune période. Si je dois faire ma période obligatoirement en 1928 ou 1929, j'aurais peut-être intérêt à accepter cette année et ne faire que 15 jours. D'autre part, j'ai 2 enfants. Retardent-ils mon tour de départ pour les périodes d'instructions ? (je suis de la classe 1916).

J'ai également une autre question à vous poser. Ma feuille de mobilisation me fait partir le 1er jour comme médecin de bataillon d'infanterie. Elle n'a nullement été modifiée du fait de la naissance de mes 2 enfants. J'attends un 3e enfant en mars et passerai donc à cette époque de la classe 1916 à la classe 1910. Puis-je réclamer et est-il possible de me faire affecter à une formation sanitaire, par exemple?

Dr Z.

Réponse.

1° En raison de votre situation d'officier de complément, vous pouvez être contraint, un jour ou l'autre, à faire une période. Mieux vaut donc vous y résoudre cette année, puisque cette période sera plus courte et plus utile. Refusant cette année de faire votre période exigée pour l'avancement, il est plus que probable que l'année prochaine vous soyez sollicité de même façon.

Les pères de quatre enfants sont actuellement les seuls qui soient dispensés de périodes.

2° Soumettez cette question à votre directeur du Service de santé qui, sans qu'il y ait pour vous un droit, s'efforcera certainement de trouver une solution favorable à vos désirs.

Accidents.

903. — Accident survenu à un frotteur.

Prière de m'indiquer si je suis responsable des accidents pouvant survenir à un frotteur qui vient une fois par mois avec son matériel et *sa cire* pour faire mon appartement entretenu ordinairement par ma domestique. Le dit frotteur étant payé à la séance.

Dr G.

Réponse.

Le frotteur qui vient cirer les parquets chez un particulier conserve, au point de vue professionnel, une indépendance complète vis-à-vis de la personne qui l'emploie. Il en résulte qu'il doit être considéré comme un artisan et non comme un domestique et que la législation sur les accidents du travail ne lui est pas applicable.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 13 — DIMANCHE 27 MARS 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « **LE CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS

France........................ 45 fr
Etranger... (voir conditions page IV)
Etudiants (France)......... 25 fr.
Le Numéro................... 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579.

CONSEIL DE DIRECTION

Dr A. GASSOT, *Directeur*

MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR, P. BOUDIN, Docteur en droit, **M. VIMONT, G. DUCHESNE. MM. J. DUMESNY,** Licencié en droit et **C. BOULANGER.**

RÉDACTION

Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF

Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT

Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : **37, rue de Bellefond, PARIS (9e)** — Téléphone : Trudaine 29-25

EAU DE S^T. CYPRIEN



eau des Arthritiques et des Rénaux : rénaux uratiques : Graveleux, Calculeux ; rénaux scléreux : Azotémiques, Hypertendus.

Elle est délicieuse au goût, légère et très douce à l'estomac, car elle ne contient que de « doux minéraux » ; elle traverse l'organisme en entraînant les poisons, les toxines ; elle désinfecte les voies biliaires, le rein, le bassinet, la vessie ; elle dissout l'acide urique, les urates ; décrasse les jointures ; emporte dans les urines pus, graviers et calculs. Elle diminue l'hypertension artérielle en levant le barrage rénal.

Eau de Lucine

L'action anti-vomitive de l' " Eau de Lucine", eau minérale très douce, dans les vomissements de la grossesse, du chloroforme, du mal de mer.



Bronze du Musée d'Athènes provenant des fouilles du temple d'Esculape à Epidaure

L'*Eau de Lucine,* eau de la source Saint-Savin de la Roche-Posay, jaillit en plein roc, à 3 m. seulement de la source Saint-Cyprien. Elle est légère et douce à l'estomac : l'appellation ancienne d' " Eau de Velours " lui convenait à merveille. C'est une eau essentiellement calmante et sédative. Tient-elle son moelleux, son velouté, des bancs d'*argile* (silicate double d'alumine et de potasse) qu'elle traverse ou de son *carbonate de calcium*? Peu importe. Toujours est-il que sa vertu calmante *en profondeur* et *en durée* relève à n'en pas douter de l'*ion calcium,* sédatif bien connu du *grand sympathique* et en particulier du plexus solaire dont le réseau s'étale sous la muqueuse gastrique. C'est l'ion calcium qui explique son activité merveilleuse et connue depuis bien longtemps dans les *vomissements de la femme enceinte,* comme il explique son action connue plus récemment, mais aussi certaine, dans les *vomissements du mal de mer, du chloroforme.*

Quarante-neuvième année N° 13 27 Mars 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 792-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical* de M. le Dr GODOMEL, de Gannat, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol · Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie. Bayle, Caruette, L. Dubief. Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.

Cap-d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. G. Fisher.

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet, Perrimond.

Hyères : Clément, Minelle, Pierrugues, Verrier

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*), Bernard (Claude), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Daniel Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Caldaguès Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. aerm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 155. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 156. — A vend. 1o Cab. 5 CV Citroen 1925, parf. état : 12.000 ; 2o Mors S.S. 12 CV 1923, torp. 6 pl. mot. parf. sortant peinture, 2 roues sec. Prix à débat. S'ad. Dr Petithomme à Saint-Quentin.

No 157. — Int. hôp. Paris passant actuell. cliniques et thèse dem. poste à achet. ou à fonder.

No 158. — A vendre petite spécialité médicale, 700 unités par mois, marque et marchandises 110.000 fr. comptant.

No 159. — A vendre Torpedo luxe 10 CV Citroen 1921 imposée 8 CV, petite consom. mot. exc., pist. alpax, 4 amort. Houdaille, graiss. Técal., tr. b. ét. Ecr. M. Martinot, 42, rue du Four, Paris (6e).

No 160. — Finistère, à céd. pour cause fatigue, exc. poste à prox. de la côte. Loyer : 3.000. Prix à débat.

No 161. — Belle plage, Coutainville (Manche), 2 pet. mais. meubl! entourées terr. clos., eau potable, 1 min. plage, tous fourniss. 3 p. et cuis. pet. terrasse, vue sur mer, saison : 1.650 fr. ou au mois ; 2 p. et cuis., saison 1.450 fr. ou au mois. Chamb. supplém. Rothe, 7, rue Fenoux, à Paris (15e).

Nº 162. — A vend. 1 ch. à air 765 × 105 Michelin, nºa jamais servi, 40 fr. 1 « Flic » excell. état, 2 clés, 60 fr. Dr Julien, 3, pl. du Panthéon, Paris.

Nº 163. — A céd. bon poste méd. génér., pet. ville du P.-de-C. Rapp. : 75 à 80.000 prouvés.

Nº 164. — Nice. Cabin. à céd. pour juin sans ind. Appart. 1er étage, tout conf., plein midi, dans quart. chic Condit. : repr. inst., diathermie, haute fréq., continu Faradique, ray. X (appar. Gaiffe et Gallot).

Nº 165. — Jne doct. aider. confr. région Côte d'Azur-Provence, en vue reprise du poste.

Nº 166. — A vend. 6 CV Renault 1925 cond. intér., 2/3 pl. pneus 730 × 130. Carburat. Cozette. 15.000 kil. Etat génér. absolum. parfait, amortiss., essais à volonté. Bas prix. S'ad. le matin Toussaint, 32, rue Parmentier, à Neuilly (Tél. Wag. 51-11).

Nº 167. — Cause décès, à vend. voit. Zèbre, 6/8 CV, 2/3 pl., peu roulé, parf. état, écl. et dém. électr., roues Stepney.

Nº 168. — Jeune dame act., instr., intellig., référ. médic., visit. médec. Sud-Est pour présenter spécialités pharmac. S'ad. à Mme Bruzet, 1, boul. Mérentié, à Marseille.

Nº 169. — Val André (C.-du-N.). Mais. meublée, rem. à neuf, bord centre plage. S. à M., pet. salon, cuis. avec eau, 6 chamb., 2 débarr., cour dev. et derr. Rem., garage, électr., juin et juill. 2.500. Dr Le Giemble, 4, boul. Victor-Hugo, à Nantes.

Nº 170. — A vend. Chen. et Valcker 10/12 CV 1923, cond. int. 5 pl., très bon état carr. et mécan. Pr. tr. intér.

Nº 171. — A vend. 1º De Dion 5 CV, 2 cyl. T-EJ2 1915, mot. remis à neuf, cap. neuve, tr. b. marche gar., écl. Mag., pn. pr. neufs, prix : 3.500. 2º Access. d'occ., 2 gén. acét., pompes, crics, etc. t. p. r., Dr Bichon à Blain (L.-I.).

Nº 172. — Doct. rec. vivem. famil. disting. qui prendr. enfant de plus de 2 ans dans belle propr. de l'Yonne.

Nº 173. — A vend. cond. int. Peugeot 2 pl., luxe 1924, 9 CV, écl. et dém. éclectr. Excel. état de marche. Dr Guérin, St-Cyr-l'Ecole (S.-et-O.).

Nº 174. — Ardennes. Bon poste méd. pro-ph., à céd. d'urg. : 45.000, susc. augm. 15.000 dont 10.000 compt.

Nº 175. — Paris, A céd. d'urg. cab. méd. génér., malad. des femmes, rapp. 90.000, appart. bien situé, 4 p. cab. de toil. Indemn. 75.000 dont 50.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 176. — Rég. Nord. Local. près. gr. ligne, seul méd. pro-pharm., poste rapp. 70.000. Mais. 7 p., éclectr., eau. Indemn. 25.000, dont 15.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 177. — Normandie. Ch.-lieu cant., sur grande ligne, poste ancien, rgpp. 56.000 en augment., grande mais. confort. Prix à débat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les Congrès.** *En avril* 1927. — Du 11 au 14 avril : VI[e] Congrès de la Tuberculose, à Lyon. Du 20 au 24 avril : Journées médicales de Marseille. Du 20 au 30 avril : Première réunion de la Presse médicale latine.

— **Les épidémies.** — Des cas de variole ont été constatés dans les départements de l'Hérault, de la Lozère et du Nord. — Une épidémie de scarlatine est signalée à Saint-Jean-de-la-Ruelle (Loiret).

— **Institut Pasteur.** *Sérum anti-scarlatineux.* — M. Louis Martin prévient les médecins que, en plein accord avec M. R. Debré, l'Institut Pasteur met à leur disposition les toxines et le sérum pour la réaction de Dick, le diagnostic et le traitement de la scarlatine.

— **Faculté de médecine de Paris.** — Le 1[er] avril à 18 h., au grand amphithéâtre, leçon du professeur Balthazard sur *le barème des incapacités de travail permanentes.*

Les 6 et 7 avril, à 18 h., au grand amphithéâtre, leçon de M. Fribourg-Blanc, professeur agrégé au Val-de-Grâce, sur la loi du 31 mars 1919 des *pensions de guerre. Principes généraux. Barèmes d'invalidité. Blessures multiples. Procédure.*

— **Institut médico-légal.** *Enseignement pratique sur les accidents du travail.* — Un enseignement pratique, comportant l'examen des ouvriers victimes d'accidents du travail, a lieu tous les samedis à 3 h., à l'Institut médico-légal (place Mazas).

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de médecin des hôpitaux.* — Questions données aux épreuves écrites (28 février) : crises viscérales du tabès ; leucémie aiguë. Questions restées dans l'urne : signes, diagnostic et traitement du goitre exophtalmique ; ulcère du duodénum ; embolies pulmonaires ; les ictères syphilitiques.

— **Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine.** — Le 1[er] avril, à 10 h. 1/2, leçon du professeur Bezançon sur le *rhumatisme gonococcique.*

— **Association d'enseignement des Hôpitaux.** — Le dimanche 30 avril, à 1 h., à l'amphithéâtre des cours (49, rue des Saints-Pères), conférence de M. Robineau, chirurgien de l'hôpital Necker, sur *la névralgie du trijumeau et son traitement chirurgical.*

— **VIII[e] Salon des médecins.** — Pour des raisons d'organisation, sa date d'ouverture est reculée. Il s'ouvrira du 22 au 31 mai prochain inclus. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 30 avril.

Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille, sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire

organisateur, M. le docteur Paul RABIER, 64, rue Lecourbe, Paris (15e). Joindre un timbre pour la réponse.

— **Consultations de psychiatrie.** — M. le docteur Gilbert Robin, ancien chef de clinique psychiatrique à la Faculté, médecin des asiles, fait tous les vendredis à 9 h., à l'hôpital Cochin, dans le service du docteur Marcel Pinard, une consultation psychiatrique. Il se met à la disposition des médecins qui voudront bien lui soumettre les cas de psychoses et de psychonévroses pour lesquels ils désirent des solutions d'ordre pratique (traitements syphilitiques, malariathérapie, cures de désintoxication, psychothérapie, psychanalyse, internement, etc.).

— **Faculté libre de médecine de Lille.** — M. le docteur LANGERON, médecin des hôpitaux de Lyon, est nommé professeur suppléant à la Faculté libre de médecine de Lille et chargé de la clinique médicale à l'hôpital de la Charité.

— **Faculté de Lille.** *Agrégation.* — Ont été nommés agrégés : MM. LEGRAND (*médecine*), SWYNGHEDAUW (*chirurgie*) et BERTIN (*syphiligraphie*).

— **Hôpital-Hospice de Niort.** — Deux places de *chirurgiens adjoints* seront mises au concours le 7 avril 1927. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 2 avril 1927.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat de l'Hôpital-Hospice.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Enseignement de la médecine.

9 *mars.*

Il est créé à la Faculté d'Alger une chaire d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire, à laquelle est nommé M. Cabanes.

11 *mars.*

Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Delaunay, agrégé près de la Faculté de Bordeaux.

15 *mars.*

Un emploi d'agrégé de médecine à la Faculté de Nancy est déclaré vacant. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Réponses des Ministres aux Questions des Parlementaires.

Nombre des étudiants en médecine.

10124. — M. Georges BRET, député, demande à M. le ministre de l'instruction publique quel a été le nombre des étudiants inscrits dans les facultés et écoles de médecine : 1° en 1913 ; 2° en 1926. (*Question du 24 novembre* 1926.)

Réponse. — Statistique au 15 janvier 1913 : facultés et facultés mixtes de médecine : 8.247 ; écoles de médecine : 1.497. — Statistique au 31 juillet 1926 : facultés et facultés mixtes de médecine : 10.821 ; écoles de médecine : 1.465.

FAITS CLINIQUES

Zona et Varicelle.

Je vois que vous continuez à vous intéresser à la question zona-varicelle, j'apporte donc ma pierre :

Une de mes filles, qui a eu la varicelle il y a plusieurs années, m'est renvoyée récemment de la pension (à Quimper) pour une éruption. Je constate un zona très discret (quelques boutons sur la poitrine, quelques-uns sur le bras).

Au bout de quelques jours, je la renvoie. Dix jours après, sa sœur, qui, plus jeune, est encore chez moi, est prise d'une varicelle confluente, actuellement à peine terminée.

Pas d'autres cas à l'école où elle va, pas d'autres cas à la pension de la première.

Dr E. Damey.
(Douarnenez).

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Un étudiant en vue du diplôme d'Université peut-il remplacer un docteur en médecine ?

L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, modifié par la loi du 6 mai 1922, spécifie que « les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et munis de seize inscriptions et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité et étant, dès lors, munis de vingt inscriptions, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteur en médecine, ou d'officier de santé.

D'autre part, le décret du 21 juillet 1897, portant règlement pour le conseil des universités dispose dans son article 15 : « en dehors des grades établis par l'Etat, les Universités peuvent instituer des titres d'ordre exclusivement scientifique. Ces titres ne confèrent aucun des droits et privilèges attachés aux grades par les lois et règlements et ne peuvent, en aucun cas, être déclarés équivalents aux grades ».

Il en résulte qu'en comparant les deux textes, on aboutirait à cette conclusion contradictoire, c'est qu'un étudiant en médecine, inscrit en vue de l'obtention du diplôme d'Université, aurait

le droit (article 6 de la loi du 30 novembre 1892) d'exercer la médecine, pendant une épidémie ou comme remplaçant un docteur, alors que ce droit lui serait absolument interdit dès le jour de sa soutenance de thèse d'université.

Un jugement du tribunal correctionnel de Carcassonne du 26 décembre 1905 décide que commet le délit d'exercice illégal de la médecine l'étranger qui, muni simplement du diplôme universitaire, à lui conféré dans les termes de la loi du 10 juillet 1896, a donné ses soins à des malades. L'erreur, qu'il aurait pu commettre, quant à son droit, ne saurait faire disparaître le délit, alors même qu'elle aurait été partagée par l'administration préfectorale.

Par conséquent, ce qu'un docteur en médecine d'Université ne peut pas faire, un étudiant ne le peut non plus.

C'est d'ailleurs la solution que donne la circulaire ministérielle du 15 novembre 1913. Nous en détachons le passage suivant :

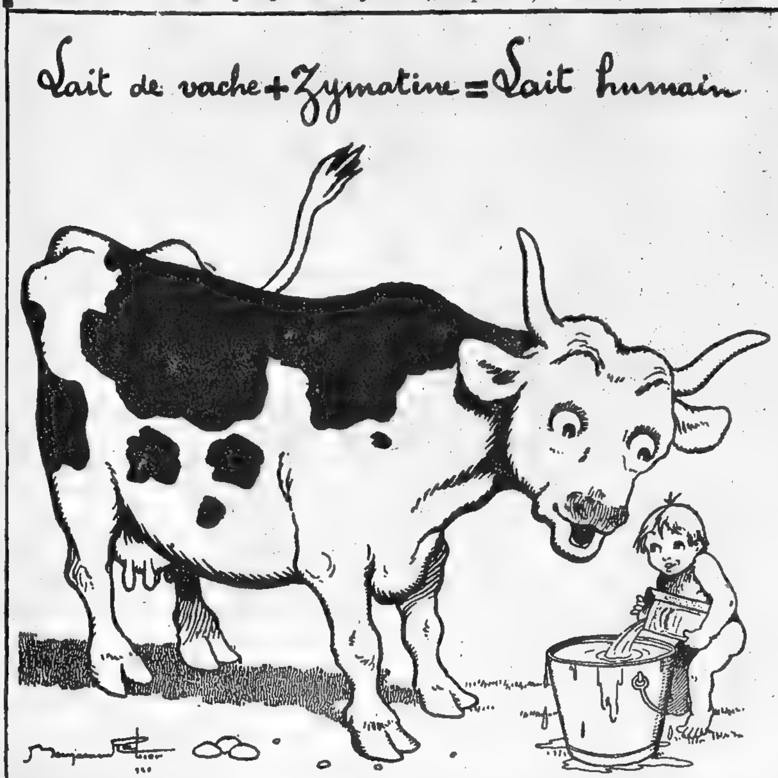
« La question s'est posée de savoir si un étudiant en médecine, ayant poursuivi ses etudes, en vue de l'obtention du diplôme d'université et ayant terminé sa scolarité, pouvait être autorisé à faire des remplacements.

« A cette question, il faut répondre par la négative ; le même étudiant, lorsqu'il sera ultérieurement muni du diplôme universitaire, qui est la consécration de ses études, n'aura point le droit d'exercer en France ; il est manifeste que, sa scolarité terminée, mais avant qu'il ait conquis ce diplôme, il n'est pas apte à faire un remplacement.

« Vous aurez donc grand soin, lorsqu'à l'appui d'une demande d'autorisation de remplacement, un étudiant en médecine vous présentera un certificat de scolarité, de vous rendre compte qu'il s'agit d'un certificat constituant la préface, si je puis dire, du diplôme d'Etat, seul valable au point de vue envisagé, ou au contraire du certificat préface du diplôme d'Université, auquel cas l'autorisation ne saurait être accordée.

« La question a une grande importance pratique : les étudiants en médecine se sont plaints qu'en plus d'une circonstance, des étudiants étrangers, ne remplissant pas les conditions requises pour poursuivre l'obtention du diplôme d'Etat, ne pouvant aspirer, en conséquence, au droit d'exercer la médecine en France, ont fait des remplacements médicaux, doublement irréguliers, par conséquent, puisque, d'une part, ils les faisaient sans l'autorisation prescrite par la loi et puisque, d'autre part, l'autorisation, s'ils l'avaient demandée, n'aurait pu leur être accordée.

« Dans l'intérêt supérieur et de la santé publique et, j'ose dire, du corps médical français, il y a le plus haut intérêt à ce que vous teniez



la main, sur ces divers points, à une ferme application de la loi ».

L'avis du ministre est donc fort net et si, par hasard, l'administration préfectorale avait, par mégarde, accordé à un étudiant en doctorat d'université l'autorisation de remplacer un docteur en médecine, cette autorisation ne saurait faire disparaître l'irrégularité, comme d'ailleurs le signale le jugement du tribunal correctionnel de Carcassonne, cité plus haut.

Ce serait donc à bon droit que, mieux informé, le préfet soit dans l'obligation de rapporter l'autorisation qu'il aurait précédemment donnée.

Certains hôpitaux, comme ceux de l'Assistance publique de Paris, autorisent les étudiants pour le doctorat d'Université à concourir, avec les étudiants pour le doctorat d'Etat, pour les fonctions d'externes et d'internes des hôpitaux.

Ces fonctions hospitalières ne sauraient pas non plus créer, pour les étudiants en doctorat d'université, un droit au remplacement des médecins, malgré les termes généraux de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892.

Il ne faut pas perdre de vue que la création du diplôme d'université est de plus de vingt ans postérieure à la loi organique de l'exercice de la médecine.

Aussi, doit-on soutenir juridiquement que les étudiants visés par l'article 6 de la loi de 1892 ne sont que ceux qui, postérieurement, obtiendront, par le diplôme d'Etat, le droit d'exercer la médecine comme docteurs.

Les médecins qui veulent se faire remplacer par un étudiant feront sagement en s'assurant que le remplaçant remplit bien toutes les conditions requises par la loi : scolarité terminée, ou interne des hôpitaux, ayant 16 inscriptions, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat ; puis autorisation préfectorale. Sinon, ils pourraient avoir la désagréable surprise de voir leur remplaçant, si celui-ci était étudiant en vue de doctorat d'Université, être poursuivi pour exercice illégal de la médecine et eux-mêmes inculpés de complicité d'exercice illégal. *Dura lex, sed lex.*

Dr Paul BOUDIN.

Dans quelles conditions le diplôme de docteur en médecine d'Université peut-il être transformé en diplôme d'Etat ?

Le décret du 29 décembre 1906 est ainsi conçu:

« Article premier. — Les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère, admis à postuler le doctorat universitaire, mention médecine, pourront, en cas de naturalisation ultérieure et après avis de la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public, être autorisés à pos-

Voir la suite page LV-845

NÉCROLOGIE

Madame Armand GASSOT

Le Dr Armand Gassot, Directeur du *Concours médical*, vient d'être très cruellement frappé dans ses plus chères affections. Après quelques jours de maladie, Mme Gassot a été emportée,en dépit des soins éclairés et empressés dont elle fut entourée de la part de tous les siens. Ses obsèques ont été célébrées à Chevilly lundi dernier, au milieu d'un nombreux cortège de parents et d'amis, auquel cinq d'entre nous s'étaient joints.

En portant ce deuil à la connaissance des nombreux lecteurs et amis du *Concours médical*, nous sommes certains d'être leurs interprètes en assurant notre ami, Armand Gassot, de la part très vive que nous prenons à sa peine et en lui renouvelant l'expression attristée de notre sympathie la plus affectueuse, en même temps que nous offrons à sa famille nos condoléances les plus sincères.

Boudin, Boulanger, Duchesne, Dumesny, Maurat, Noir, Vimont.

PROPOS DU JOUR

Encore une victime : Le Dr Guilpin, d'Issoudun.

Tous les journaux ont relaté les circonstances du meurtre du Dr Guilpin, médecin de l'hôpital d'Issoudun, lâchement assassiné par un de ses malades, que, pour l'honneur de notre pauvre humanité, nous espérons atteint d'aliénation mentale. Le Dr Guilpin était bien en effet le dernier des médecins à qui pareil sort parût être destiné. Né en 1869, il était le prototype du praticien honnête, consciencieux, prudent, généreux, instruit et dévoué. Son désintéressement dépassait ce que, de nos jours, il est vraisemblable d'admettre. Depuis un quart de siècle, il consacrait à son hôpital la plus grande partie de ses matinées. Sa bonté était telle qu'il n'avait à Issoudun que des amis. La foule énorme qui a suivi son cercueil et qui comprenait la moitié de la population, les témoignages de tristesse de la ville dont les magasins sur la grande place et sur tout le trajet du cortège funèbre étaient fermés, la douleur infinie de la plupart de ceux qui, au cimetière, se pressaient autour de la tombe et qui, hommes et femmes, ne pouvaient retenir leurs larmes, étaient les témoignages éloquents de l'horreur avec laquelle tout Issoudun réprouvait le sort tragique et immérité du Dr Guilpin.

N'est-il pas vraiment déconcertant de constater que, dans le martyrologe médical, ce sont les plus humains, les plus doux envers leurs malades, les plus dévoués, les meilleurs en un mot, qui tombent sous les coups de l'égarement de malheureux incurables qu'ils ont, ne pouvant les guérir, cherché à soulager !

Guilpin s'inscrit le dernier sur la liste des médecins praticiens, assassinés par des malades aliénés ; sur cette liste sont déjà inscrits les noms de Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ancien président du syndicat des médecins de la Seine, vénéré et aimé de tous ses malades, de tous ses élèves et de tous ses confrères, du Pr Pozzi, dont on a connu la générosité et qui contribuait de ses propres deniers à améliorer le sort des malades de son service.

C'est certes pour des victimes de ce genre que La Bruyère a écrit dans ses *Caractères*, au chapitre du *Mérite personnel* :

« Celui-là est bon qui fait du bien aux autres ; s'il souffre pour le bien qu'il fait, il est très bon ; s'il souffre de ceux à qui il a fait ce bien, il a une si grande bonté qu'elle ne peut être augmentée que dans le cas où ses souffrances viendraient à croître ; et, s'il en meurt, sa vertu ne saurait aller plus loin ; elle est héroïque, elle est parfaite. »

C'est bien là l'épitaphe qui devrait être gravée sur la tombe du Dr Guilpin.

J. Noir.

Nous ne saurions mieux faire, pour honorer la mémoire de notre très regretté confrère, que de reproduire le discours que prononça devant son

cercueil notre excellent ami, le Dr Chapon, au nom de l'Association générale des médecins de France. Chapon était le compatriote, le condisciple et l'ami du Dr Guilpin :

Discours de M. le Dr CHAPON

Vice-Président de l'Association générale des médecins de France.

Mesdames, Messeurs,

Le Dr Guilpin, à qui je viens adresser un suprême adieu au nom de l'Association générale des médecins de France et en mon nom personnel, fut, dans toute la force du terme, un homme de bien. Il suffit, pour s'en convaincre, de regarder cette foule d'amis ou de malades reconnaissants, venus l'accompagner ici dans la tristesse et le recueillement.

La fin tragique de celui que nous pleurons accentue notre peine et il n'est, en vérité, rien de plus impressionnant.

Mercredi dernier, Guilpin se rendait, ainsi qu'il le faisait chaque jour, à l'hôpital où, depuis 30 ans, il assurait un service avec la plus grande assiduité, tant il aimait ses malades. Et voici que l'un d'eux qui, à coup sûr, était, comme les autres, l'objet de la sollicitude du médecin-chef, eut l'infernale pensée, n'étant pas guéri assez vite, de se venger et de punir.

Ce matin-là, il guettait sans doute, et avec une atroce précision, accomplit son forfait. Alors, l'homme généreux et doux, à la conscience assurément tranquille, l'homme de bien s'écroula.

Comment ce meurtrier en vint-il à mûrir un tel projet ? C'est qu'il y a dans l'esprit populaire des préjugés que l'éducation n'a pas encore déracinés ; il y a sur les hôpitaux des légendes lointaines et absurdes qui ne sont pas encore éteintes. L'ignorance ramène quelquefois l'homme au rang de cet animal, qui mord la main qui le panse. L'ignorance est génératrice d'injustices et de violences. Il faut accuser aussi les mœurs singulières des temps que nous traversons. Chaque jour, des écrivains, dépourvus de discernement, prennent prétexte des agissements de quelques médecins — négligeable minorité dans l'ensemble de la corporation — et accablent volontiers, vilipendent même le corps médical tout entier.

Chaque jour, on assiste à des procès dans lesquels on invoque la responsabilité professionnelle. Déjà on ne nous pardonne plus le moindre insuccès et demain, allant jusqu'à l'absurde, alors que chacun ignore le mystère de la vie, on nous accusera de ne pas avoir su vaincre la Mort. Bientôt, on exigera une réparation, les uns crieront : Justice, les autres crieront : Vengeance ! De nos jours, l'indulgence disparaît, les plus belles qualités se déforment, les petits se multiplient, l'égoïsme triomphe. Sans cesse et partout, on proclame les droits, mais on méconnaît les devoirs.

Certes, il est encore des hommes qui, à notre époque troublée, sont conscients du Devoir. Je m'excuse d'affirmer, étant médecin moi-même, que les médecins, à part quelques égarés, sont tous de ceux-là. Personne au monde ne possède plus qu'eux certaines vertus. Ils les ont, par définition, ayant choisi une profession qui mène rarement à la fortune, mais qui expose à de dures fatigues et à de multiples dangers, dont Guilpin ne tint d'ailleurs jamais aucun compte.

Praticien brillant et instruit, ami loyal et sûr, Guilpin était plein de qualités dont l'une, en belle souveraine, régnait sur toutes les autres : la bonté.

Aucune fatigue ne l'arrêtait et certain jour, voici environ trois ans, il en arriva à l'épuisement. Exténué, n'en pouvant plus, il vint à Paris me demander secours ; il me faisait l'amitié d'avoir confiance en moi, et se remit aveuglément entre mes mains ; je n'eus pas grand mérite à ranimer ce camarade plein de vie, et puisqu'il était uniquement fatigué, je me bornai à lui imposer le repos. Au bout de huit jours, comme il se sentait mieux, il voulait revenir ici pour y revoir ses malades. Je m'y opposai formellement et j'exigeai, avec une insistance parfois brutale, qu'il se rendît dans le Midi, pour y faire un séjour prolongé.

Rentré à Issoudun, il reprit sa vie brûlante.

Chaque année, à l'occasion des vacances que j'ai coutume de passer dans cette ville, où je suis né et que j'aime tant, j'exhortais Guilpin à prendre garde. Je lui rappelais sa défaillance récente, et bien qu'il me gardât une reconnaissance qu'il se plaisait à me traduire, il n'obéissait plus. Je ne pouvais insister, car je l'apercevais à peine. Toujours pressé, il avait tout à faire à la fois. Dans son activité réellement fébrile, il y avait quelque chose d'irrésistible, de passionnel, qui l'étreignait, et cette passion c'était le dévouement.

Jaloux de la confiance qu'il avait su inspirer, il la considérait comme son propre bien, et ne voulait point qu'elle fût dispersée.

S'il n'avait été une innocente victime, il eût succombé à la tâche, car la mort est bien le seul sommeil qui puisse le reposer.

Pauvre sœur ! vous qui avez déjà connu trop de malheurs, vous ne verrez plus apparaître au foyer le frère que vous aimiez et que vous entouriez d'une tendre sollicitude. De ce foyer, les joies, déjà bien mesurées, seront pour longtemps bannies. Il est des douleurs qu'on n'apaise point et je ne saurais, bouleversé par le drame poignant, ni trouver, ni chercher le mot qui console. Tous, nous partageons votre peine, et le Corps médical français est en deuil !

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

« OSTÉOCHONDRITE » = SUBLUXATION CONGÉNITALE MÉCONNUE — LE DERNIER CAS OBJECTÉ

Par F. Calot,

Chirurgien en chef de l'Hôpital Rotschild et de l'Institut orthopédique de Berck.

I

Ici même (1), il y a 5 ans 1/2, nous avons prouvé que tous les cas étiquetés *ostéochondrite* ou *coxa plana* sont des erreurs de diagnostic et que cette prétendue maladie « nouvelle et acquise » de la hanche, inventée par Legg de Boston en juin 1909 est, en réalité, une *subluxation congénitale* que ni Legg ni ses partisans n'ont su identifier — ce qui s'explique et se pouvait excuser jusqu'ici, puisque la subluxation congénitale n'avait été décrite dans aucun livre d'aucune littérature — jusqu'à nos publications d'après-guerre (voir *sur nos fig.* 1 *à* 10 *les caractères pathognomoniques* et distinctifs des subluxations congénitales).

Oui, comme nous l'avons montré ici dans notre premier article avec 5 observations très démonstratives à l'appui, tout s'accorde : *commémoratifs, signes cliniques* (physiques et fonctionnels), et signes *radiographiques* (ainsi que la confrontation de nos pièces et documents personnels avec tous ceux qu'on a publiés dans les deux mondes sur la prétendue ostéochondrite) tout s'accorde pour établir qu'il s'agit toujours de

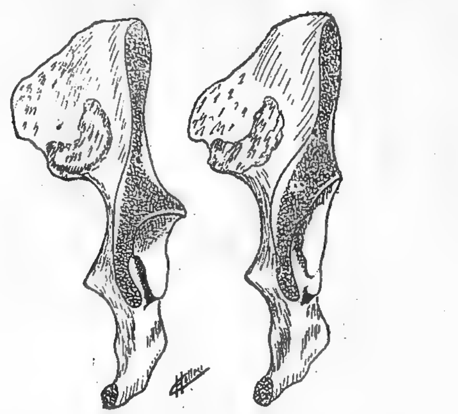


Fig. 1 et 2. — Coupes verticales *d'os iliaques*. A gauche du lecteur (fig. 1), cotyle NORMAL profond, le toit forme une avancée qui fournira un arrêt solide pour la tête fémorale. A droite (fig. 2) *cotyle de* SUBLUXATION, plus allongé, moins profond et dont la voûte fuyante donne un appui médiocre à la tête du fémur. (C'est notre *voute à type oblique.*)

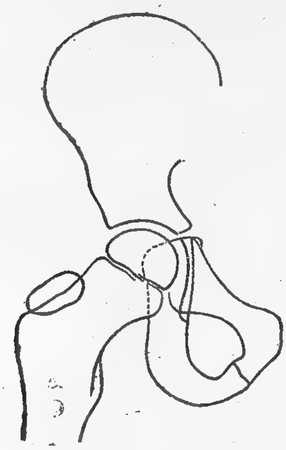


Fig. 3. — Radiogramme d'une hanche *normale* ou *hanche étalon* (pour servir de terme de comparaison avec les hanches anormales subluxées).

Ici (hanche normale) le cotyle est en forme de *demi-orange*, il ne présente pas *d'irrégularités*. La voûte est très sensiblement *horizontale*, et son image est nette et régulière.

Cette voûte recouvre complètement la tête fémorale.

Le bas de la tête est au niveau du bas de l'U radiographique.

Le *pôle interne* de la tête est tout proche de la branche externe de l'U.

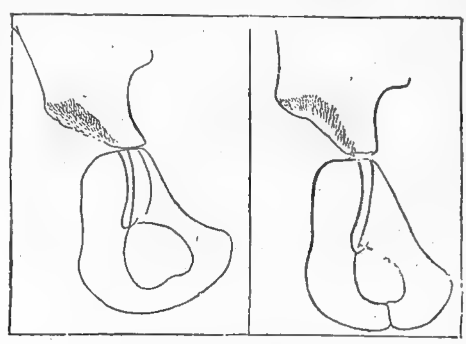


Fig. 4 et 5. — **Cotyles de** SUBLUXATION. **notre toit** en coup d'ongle. La voûte fuyante, irrégulière, épaisse est de plus entamée par une sorte d'encoche (qui peut être située plus ou moins près de l'extrémité externe de la voûte.)

(1) Voir *Concours médical*, 14 août 1921. — *L'ostéochondrite* ou *Coxa plana*) par F. Calot.

Voir aussi, pour les détails, les 80 dernières pages et les 100 dernières figures de la 9e édition, 1926, de notre *Orthopédie indispensable* (Maloine, éditeur).

subluxations congénitales ou bien très marquées (avec un écart de la tête et du cotyle pouvant mesurer jusqu'à 3 *centimètres*), ou simplement ébauchées (avec un écart des os qui ne se mesure plus qu'en *millimètres*).

Pas une seule des radios publiées sous l'étiquette ostéochondrite où nous n'ayons pu démontrer notre équation : ostéochondrite = subluxation méconnue.

Et pourtant, voici que, tout récemment, M. Nové Josserand, de Lyon, a cru pouvoir nous opposer un cas qui, selon lui, ne serait pas une subluxation primitive (à la Société de chirurgie le 12 janvier de cette année 1927).

Mais il n'a pas publié les radios de ce cas (dans les *Bulletins*, où a paru son observation, p. 32 et 33).

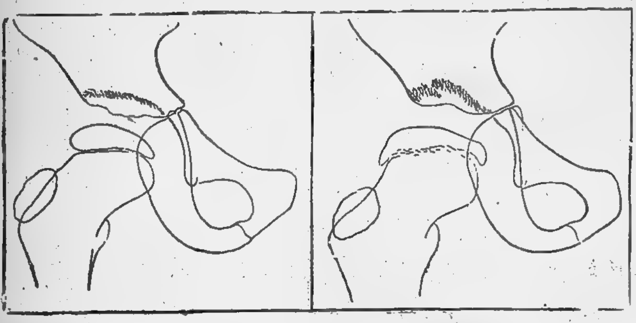


FIG. 6 et 7. — Dans ces cotyles anormaux, *cotyles de subluxation*, la tête fémorale, travaillant à porte-à-faux, se déforme suivant deux modalités principales : la « casquette (à gauche) et le « champignon » (à droite.)

Bien plus, il refuse de nous montrer ces radios et de les publier. Or, il ne peut s'y refuser : 1° parce qu'il en a fait état publiquement dans une Société, contre nous ; 2° parce que le signalement écrit qu'il donne de ces radios (dans les *Bulletins*) est formellement *contredit* par le signalement écrit donné, de ces mêmes radios, par M. Spassoievitch qui les a tenues en mains et bien étudiées (à Lyon).

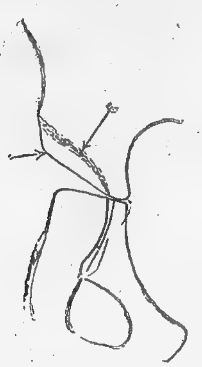


FIG. 8. — De l'importance d'une bonne interprétation des clichés. — On voit comme il est nécessaire de bien différencier : 1° la vraie voûte (flèche descendante) ; 2° la face *postéro-supérieure* du cotyle (flèche ascendante). Car l'image de cette face peut simuler une voûte presque normale, presque horizontale, et faire méconnaître (à des yeux non avertis) l'anomalie réelle existante ici (car cette voûte est une voûte de *subluxation* congénitale.)

En effet, M. Nové-Josserand écrit que *ce cotyle était normal dans la première radio* et est *resté immuablement normal pendant toute la période d'observation du malade.*

Au contraire, M. Spassoievitch écrit (1) que *ce cotyle n'était point normal dès la première radio*

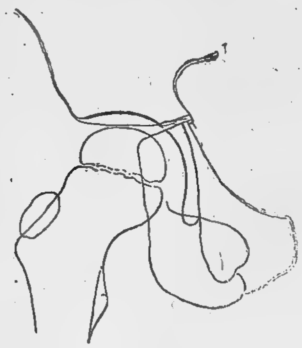


FIG. 9. — Encore une hanche normale (radio d'enfant de 8 ans) pour servir elle aussi de terme de comparaison avec les hanches subluxées ci-dessus et ci-dessous.

(il y relève *déjà* 3 *anomalies* indiquées plus loin), et que la *déformation de ce cotyle a progressé incessamment jusqu'à la fin.*

Comme vous voyez, la contradiction est flagrante. Dès lors, qui des deux croire ? Comment allons-nous les départager, nous tous leurs confrères, qui sommes ici leurs juges naturels ? M. Nové-Josserand ne saurait logiquement exiger que tous ses confrères jugent en sa faveur, s'il ne



FIG. 10. — Un cas d' « ostéochondrite » donné par Legg, l'inventeur de la prétendue maladie nouvelle. Or vous voyez que le *cotyle* est *anormal* et que l'emboîtement de la tête est très *incomplet*. Il y a une SUBLUXATION laquelle serait même beaucop plus marquée si Legg ne l'avait pas camouflée en très grande partie en radiographiant cette hanche dans une attitude *artificielle* d'*abduction* et de *rotation interne* du fémur, attitude qui a pour effet d'atténuer beaucoup le *déboîtement existant* ici.

(1) Dans sa thèse, pages 34 et 35.

leur montre pas ses pièces justificatives, en l'espèce ses radios.

Ainsi, le juste souci de son prestige scientifique s'accorde avec son devoir pour lui commander de les publier sans délai.

Voilà l'essentiel.

Nous allons ajouter quelques détails sur les deux points indiqués.

II

1er point. — *Il y a contradiction entre les signalements écrits donnés par M. Nové-Josserand et ceux donnés par M. Spassoievitch* (des mêmes radios).

En effet :

Première radio avril 1922. — M. Nové-Jos-

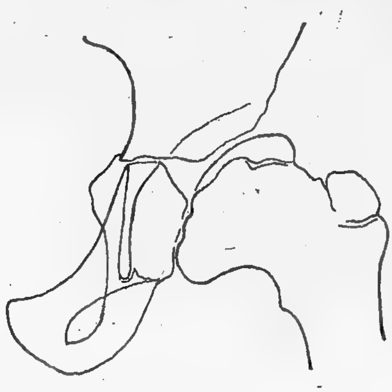


Fig. 11. — Un cas d' « ostéochondrite » publié par Perthes (l'auteur allemand qui a apporté le nom d'ostéochondrite). C'est la figure telle qu'il nous la donne. Vous voyez que la voûte du cotyle est oblique et non horizontale mais surtout, que l'emboîtement de la tête est *nul*. Les deux os sont simplement tangents, si bien qu'il y a là pis qu'une subluxation, c'est en réalité une véritable luxation, tout à fait *méconnue* par Perthes.

serand écrit « Le cotyle est *semblable* à celui du « côté *sain*, son décalque se reporte *exactement* « *sur ce dernier.* »

Au contraire, M. Spassoievitch écrit (de la même radio, avril 1922). — « On note quelques « IRRÉGULARITÉS DU TOIT. La ligne en U apparaît un peu *moins large* que *dans le côté sain.* « *Comparativement* au côté opposé, il existe un « certain degré d'*ischium varum*, l'angle inférieur « (du cotyle) est de 93° du côté *malade* et de « 85° du côté *sain.* »

A noter que « l'*ischium varum* » ici noté par Spassoievitch est un signe très important de *malformation congénitale du cotyle*, d'après Murk Jansen (le maître illustre de Hollande).

Deuxième radio octobre 1922. — M. Nové-Josserand écrit : « Le cotyle conserve une forme et « un aspect *tout à fait normaux.* »

Et M. Spassoievitch (même radio, octobre 1922) : « La ligne en U paraît simplement un « peu AUGMENTÉE en largeur. Le toit du cotyle « ne s'est pas nettement modifié depuis la der- « nière radiographie, » mais dans laquelle il *avait déjà noté des* IRRÉGULARITÉS du toit (voir plus haut).

Troisième radio février 1923. — M. Nové-Josserand écrit : « Le cotyle conserve IMMUABLE- « MENT SA FORME ; on note seulement que l'*arête* « *du toit* est un peu MOINS AIGUE que SUR LE « CLICHÉ PRÉCÉDENT. » Ainsi, dans cette phrase comme vous voyez, M. Nové-Josserand se contredit lui-même.

« Il paraît y avoir un certain degré de décal- « cification de l'iléon au-dessus du cartilage « en Y. »

M. Spassoiévitch (même radio février 1923) : « Le toit du cotyle a une tendance à perdre sa « forme curviligne et à se profiler suivant une « *ligne* OBLIQUE *en* HAUT *et en* DEHORS.

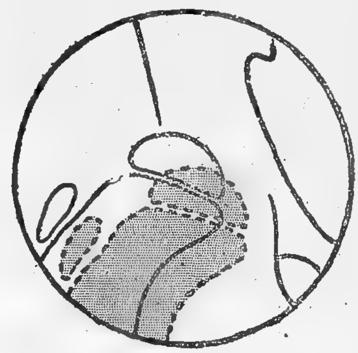


Fig. 12. — Voici (traits pleins) une hanche que Waldenström (de Stockholm) a publié en soutenant contre nous qu'elle est absolument normale ; or vous voyez qu'elle ne l'est pas tout à fait ; en effet le pointillé vous montre où la tête devrait être si la hanche était normale (c'est à Waldenström qu'est dû le nom de coxa plana.)

« On note un léger degré de décalcification « de l'os iliaque au-dessus du cartilage en Y. »

Quatrième radio 7 *juin* 1923. — M. Nové-Josserand écrit : « Le cotyle CONSERVE INVARIA- « BLEMENT *sa forme.*

« La décalcification de l'iléon a diminué. »

Au contraire, M. Spassoiévitch (même radio juin 1923) : « Le toit se dessine MAINTENANT « suivant une ligne NETTEMENT OBLIQUE en HAUT « et en DEHORS. Les DENTELURES SIGNALÉES « PRÉCÉDEMMENT (voir première radio) sont ici « PLUS MARQUÉES, du moins dans la partie in- « terne du toit.

« La ligne en U paraît s'être un peu ÉLARGIE. « On note comme sur l'épreuve d'avril 1922 (qui « était la première épreuve) un certain degré « d'ISCHIUM VARUM. L'angle inférieur est tou- « jours de 93° (au lieu de 85° DU COTÉ SAIN). « La décalcification de l'os iliaque tend à dis- « paraître. »

Les indications (ci-dessus reproduites), écrites sur ses radios par M. Nové-Josserand, sont

tirées de l'« observation » qu'il a donnée (mais SANS PUBLIER LES RADIOS) dans les *Bulletins*. Et dans les réflexions qui suivent, il nous redit :

« Pendant *toute cette période*, LE COTYLE A CONSERVÉ UNE FORME ET UN ASPECT « NORMAL ».

« L'ostéochondrite peut donner des lésions « acétabulaires.

« Mais ici, *il n'y a pas de déformation du cotyle*, « et cette circonstance prête à cette observation « un intérêt particulier pour l'étude des rapports « qui peuvent exister entre l'ostéochondrite et « la subluxation congénitale de la hanche.

« *Le fait que, dans l'observation qui vient d'être « rapportée, le toit du cotyle s'est montré normal « pendant toute la durée de la maladie* exclut donc « l'idée d'une malformation congénitale. »

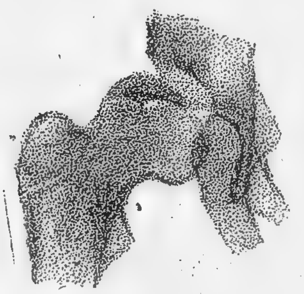


FIG. 13. — Publiée par M. Nové-Josserand in *Revue d'orthopédie* mai 1922 comme « *Ostéochondrite* ». Or vous y voyez : 1° une *déformation* énorme du cotyle et de la tête : *cotyle* ovalaire, en demi-citron (au lieu d'être arrondi en demi-orange comme normalement). *Voute très oblique* (au lieu d'être horizontale). Et même, vous voyez ici deux *cotyles superposés très nets*. 2° un *défaut d'emboîtement* de la tête qui *déborde beaucoup* la voûte, au lieu d'être recouverte en entier par cette voûte). Le haut de la tête est remonté au-dessus du cartilage en Y, le bas de la tête est remonté au-dessus de la boucle (inférieure) de l'U radiographique etc. ; 3° Il n'y a pas ici cette ulcération des surfaces articulaires que l'on trouve dans la coxalgie et c'est là un des caractères qui différencient ces hanches anormales d'avec les hanches coxalgiques.

Tous les signes que vous voyez dans cette fig. 13 sont des signes de subluxation congénitale (laquelle a été méconnue ici.)

Telle est la conclusion que M. Nové-Josserand a cru pouvoir tirer de ses radios, alors que c'est la conclusion TOUTE CONTRAIRE qui S'IMPOSE à tous après avoir lu Spassoievitch, *puisque dès la première radio*, celui-ci trouve les deux *signes* pathognomoniques de la subluxation congénitale à savoir : 1° une *imperfection* du cotyle (voir plus haut) et de la *tête fémorale* (Nové Josserand lui-même convient que « l'épiphyse fémorale est légèrement déformée dès cette première radio) ; 2° une *imperfection d'emboitement*, « l'espace articulaire est *élargi* », nous dit Spassoievitch, ce qui est synonyme d'*extériorisation partielle* de la tête c'est-à-dire de *subluxation*.

Et Spassoievitch revient en plusieurs autres endroits de sa thèse sur les anomalies de ce cotyle. Il signale, p. 47, *l'aspect tomenteux* de ce toit et, p. 48, la *décalcification* localisée à la partie la plus interne de l'iléon, au-dessus de la ligne du cartilage en Y ; (ceci d'ailleurs est accordé et mentionné aussi par M. Nové-Josserand qui, par conséquent se contredit une deuxième fois ici, puisqu'il a par ailleurs affirmé que le cotyle est resté *absolument normal du commencement à la fin*).

Et Spassoievitch est revenu encore, p. 50, sur l'« EXAGÉRATION de L'OBLIQUITÉ de ce TOIT, se « *traduisant* par une augmentation de l'angle « d'Horwath » sur la « tendance (de ce cotyle) « à l'*ovalisation* par *en haut* » (alors que l'ischium varum déjà signalé par lui dès la première radio)



FIG. 14. — De M. Nové-Josserand in *Revue d'orthopédie* 1922. La radio-originale a été donnée pour lui dans les *Annales franco-belges* (1922, planche 13, fig. 3) avec l'étiquette « *ostéochondrite* ». Or vous voyez que c'est une *coxa vara*.

constitue une *ovalisation* du cotyle *par en bas*, et p. 47 et p. 56, Spassoievitch confirme encore *par deux fois*, que ce cotyle n'était point normal, et p. 52, il mentionne de nouveau « la *tendance* « de ce toit à se *profiler de plus en plus suivant* « une ligne *droite et oblique en haut et en dehors* » (alors que M. Nové-Josserand écrit que ce toit est resté IMMUABLE !)

Après tout cela, comment M. Nové-Josserand pourrait-il exiger que tous ses confrères lui donnent raison contre Spassoievitch ? Alors surtout qu'il refuse (lui Nové-Josserand) de montrer ses radios !...

III

2e *point*. — *M. Nové-Josserand a le devoir de publier les radios de ce cas qu'il nous a opposé.*

La jurisprudence médicale est formelle : Toute figure présentée devant une Société et dont on a fait état pour motiver des conclusions *imprimées dans nos journaux*, est une pièce justificative qu'on est tenu de publier (ou tout

au moins de montrer au confrère mis en cause dans ces conclusions).

Régle inflexible de déontologie pour tous, grands et petits. A qui ne l'observerait point, il serait vraiment trop facile de paraître avoir raison dans toute controverse.

Exemple : On lisait dans la *Presse médicale* de décembre 1924 que M. Nové-Josserand, à la Société de chirurgie à Lyon, avait vu sur deux radios (présentées par M. Duvernay), le *cotyle à double fond de Calot* exister avec une fracture du col, d'où M. Nové-Josserand affirmait que ce cotyle de Calot n'était donc pas pathognomonique d'une lésion congénitale comme nous l'avions dit. Or ces deux radios (INVOQUÉES CONTRE NOUS ET QUE L'ON NE PUBLIAIT PAS), nous avons heureusement pu les voir, grâce à la parfaite correction déontologique de M. Duvernay, et elles se sont trouvées être, après notre contrôle, deux radios mal lues, mal interprétées par M. Nové-Josserand, car dans la première il y avait bien notre double fond, mais pas de fracture, et dans la deuxième *il y avait une fracture*, mais pas de double fond (voir pages 908 à 911 de la 9e édition 1926 de notre Orthopédie Indispensable où ces deux figures sont publiées par nous, ce sont nos fig. 1305 à 1308, que M. Nové-Josserand s'est bien gardé de discuter et pour cause...). Mais vous voyez que si nous ne les avions pas publiées, ces deux erreurs de M. Nové-Josserand seraient restées dans nos *Annales médicales*, comme deux vérités démontrées contre nous !...



FIG. 15. — Du même auteur in *Revue d'orthopédie*, 1922. La *radio* originale a été donnée par lui dans les *Annales franco-belges* (1922, planche 13, fig. 4) avec l'étiquette « ostéochondrite ». Or vous voyez que c'est une *ostéite fibreuse* du col ! La lésion de cette fig. 15 diffère complètement de celle de la fig. 14 et l'une et l'autre diffèrent tout à fait de la lésion baptisée ostéochondrite par Perthes. Or, M. Nové-Josserand les « amalgame » ce que Broca lui reprochait déjà (voir notre texte).

Mais revenons au cas de prétendue ostéochondrite sans subluxation originelle que M. Nové-Josserand nous oppose aujourd'hui en refusant d'en publier les radios.

En attendant qu'il soit revenu sur son refus, comme il le doit, nous ne pouvons juger ce que vaut son avis (sur la question actuelle) que par ses radios publiées de ses cas antérieurs de prétendue ostéochondrite. Eh bien, voici 3 figures (fig. 13, 14, 15) publiées par lui en 1922 sous cette étiquette. Or vous pouvez vérifier avec nous qu'il s'est trompé dans les trois cas, et même son erreur est plus grave, au total, que celle des autres « Ostéochondrites » (Pertheo et Legg) car si, dans le premier de ces cas (figure 13), il n'a commis que l'erreur commune en appelant « ostéochondrite » ce qui est manifestement une subluxation, par contre, ses deux derniers cas sont, l'un une *coxa vara* évidente et l'autre une *ostéite fibreuse du col* (!) non moins évidente, c'est-à-dire pas DU TOUT la lésion baptisée « ostéochondrite » par Perthes et Legg.

Au reste, Broca en avait déjà fait le reproche à M. Nové-Josserand (de confondre et « d'amalgamer » ce qu'on appelle ostéochondrite, et la coxa vara, et l'ostéite fibreuse du col : Voir Broca et Massart, Broca et Monod).

Comment après cela, M. Nové-Josserand a-t-il pu se croire dispensé de publier ses radios ? Et s'il répond qu'il les a montrées dans une Société d'élite, on dira : « Mais alors, que peut-il bien redouter du contrôle des simples praticiens ? En tout cas, puisqu'il a publiquement opposé ces radios à l'un de ces praticiens, il ne peut sous aucun prétexte se dispenser de les lui communiquer. »

CONCLUSION.

Soucieux de garder la plus grande modération, nous dirons simplement :

I. L'on ne trouve plus à nous opposer qu'un seul cas, et de ce cas unique, on ne veut pas nous montrer ni publier les radios : Alors !...

II. Par contre, sur *toutes les radios publiées* jusqu'ici (des centaines et des centaines) portant l'étiquette « ostéochondrite », nous avons toujours fait la preuve (que nous referons où et quand on voudra) qu'il s'agit en réalité de subluxations congénitales méconnues.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les luxations sterno-claviculaires.

M. J. P. Tourneux,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

La malade couchée au nº 4 de notre salle Sainte-Marthe, et qui était atteinte d'une luxation sterno-claviculaire à variété pré-sternale, va nous quitter dans quelques jours, parfaitement guérie, sans présenter aucune trace de difformité : aussi, avant le départ de notre sujet, ai-je l'intention de vous dire quelques mots de cette lésion, très intéressante, quoique peu commune, ainsi que des diverses modalités sous lesquelles elle peut se présenter.

Notre malade, une jeune fille âgée de 21 ans, exerçant la profession de domestique, portait, il y a environ une quarantaine de jours, une charge de linge sur l'épaule gauche, dont elle se déchargea tout à coup, la trouvant trop lourde pour ses forces ; dans ce mouvement, dont elle n'a pu donner une notion exacte, elle perçut un craquement subit dans l'articulation sterno-claviculaire gauche, puis ressentit une douleur assez vive, et s'aperçut enfin que la forme de la région s'était quelque peu modifiée. Un médecin appelé le lendemain constata l'existence d'une luxation de la clavicule en avant et conseilla à la jeune fille de venir nous trouver à l'Hôtel-Dieu.

Au moment de son hospitalisation, la malade présentait les symptômes suivants : à la simple inspection, on constatait nettement au niveau du cou une saillie insolite du faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien gauche et un peu plus bas, en avant de la partie supérieure du sternum une légère voussure, qui n'était autre qu'une saillie osseuse sous les téguments présternaux, répondant au relief de la tête claviculaire gauche, débordant dans ses deux tiers le niveau du sternum. L'épaule correspondante était légèrement reportée en arrière, et une mensuration précise montrait que l'acromion se trouvait sensiblement rapproché de l'axe médian du sternum. Quant aux mouvements du bras, ils étaient notablement gênés et douloureux, surtout dans l'abduction, et il existait en outre au niveau de l'articulation lésée une douleur vive, exagérée par les mouvements de l'épaule et du bras, douleur que la blessée cherchait à diminuer en inclinant la tête du côté atteint.

Le diagnostic n'offrait dans ce cas aucune difficulté ni aucune incertitude, il ne pouvait s'agir que d'une luxation sterno-claviculaire pré-sternale complète, car l'existence, en avant du sternum, d'une tumeur osseuse régulière, mobile, faisant suite directement à la clavicule, au-dessus de laquelle le doigt pouvait s'enfoncer dans une dépression inaccoutumée, ne permettait pas de songer à une autre lésion, exostose ou gonflement pathologique de la tête claviculaire. Assurément, dans certains cas, comme par exemple lorsqu'il s'agit d'un sujet exceptionnellement gros, ou présentant un gonflement local très prononcé, vous pourrez être amenés à hésiter tout d'abord quelque peu sur la véritable signification de la lésion devant laquelle vous vous trouvez en présence ; il vous sera facile cependant de porter le diagnostic exact et de reconnaître qu'il s'agit bien d'une luxation en constatant que le relief osseux s'accentue plus fortement lorsque l'épaule est portée en arrière, alors qu'il ne se modifie pas dans le mouvement contraire. D'ailleurs, la radiographie vous permettra toujours de lever les doutes, et de distinguer aussi de la luxation, les fractures de l'extrémité interne, qui font une saillie irrégulière, difficile à réduire, et diminuent la longueur de l'os.

La réduction de cette luxation était des plus faciles et il suffisait pour l'obtenir de tirer les deux épaules en arrière et de repousser directement la clavicule à sa place par la pression des doigts ; il est vrai qu'aussitôt que l'on cessait cette manœuvre, la luxation ne tardait pas à se reproduire. A la rigueur, j'aurais très bien pu laisser la clavicule dans la position anormale qu'elle était venue occuper et me borner à prévenir les accidents inflammatoires que peuvent amener les mouvements, en assurant la consolidation des rapports nouveaux de la clavicule et du sternum par l'application d'un bandage quelconque. Car il faut en effet que vous sachiez bien que la non réduction des luxations même complètes de l'articulation sterno-claviculaire ne diminue que dans une proportion infime l'étendue et la force des mouvements. Et c'est là un fait particulièrement important et heureux pour les malades, car si cette variété de luxation est presque toujours très facile à réduire, le maintien de la réduction est par contre des plus difficiles, ce qui explique bien la rareté des observations de succès complet. Cependant, comme dans notre cas, il s'agissait d'une jeune fille, il importait d'éviter le plus possible toute difformité dans cette région, et je suis d'ailleurs d'avis qu'il faut toujours en thérapeutique faire tout ce que l'on peut pour obtenir une guérison complète.

Ce qui fait, en effet, la facilité de la réduction est précisément ce qui fait la difficulté de son maintien. Lorsque l'on est arrivé à pratiquer la réduction d'une luxation du coude, le parfait emboîtement de la trochlée entre l'olécrâne et l'apophyse coronoïde empêche les surfaces articulaires de s'écarter de nouveau ; de même la tête fémorale, rentrée dans la cavité cotyloïde, a peu de tendance à en sortir malgré la rupture des ligaments. Quand la tête humérale a repassé par l'ouverture accidentelle de la capsule, elle reste en place, sauf en cas de mouvements intempestifs, car dans toutes ces articulations, les muscles tendent à presser l'une contre l'autre et à retenir en rapport les surfaces articulaires. Dans l'articulation sterno-claviculaire il ne se passe rien de semblable : si elle appartient bien au groupe que l'on peut appeler diarthroses par double emboitement réciproque, les convexités et les concavités qui s'opposent sont très faiblement marquées. En outre, dans tous les cas de luxation complète, les différents ligaments sont complètement rompus, et les muscles, loin d'aider par leur contraction à serrer l'une contre l'autre les surfaces articulaires, tendent au contraire à les écarter.

Pour assurer une bonne réduction, il faut remplir trois indications : écarter la clavicule du sternum pour prévenir le déplacement ou le chevauchement, presser sur cet os pour le maintenir en place, et empêcher enfin les mouvements de l'épaule ; aussi, l'appareil de contention doit-il exercer une pression sur la saillie claviculaire, et porter l'épaule en dehors et en arrière tout en l'immobilisant ; ce sont là des conditions difficiles à remplir.

Les bandages préconisés par Desault, par Cooper et par Velpeau se relâchent trop facilement et remplissent mal leur rôle ; aussi, de nombreux auteurs ont-ils cherché à utiliser des appareils spéciaux : c'est ainsi que Mélier fit usage d'un ressort d'acier prenant son point d'appui sur un cadre matelassé appliqué dans le dos, et venant presser sur la clavicule par l'intermédiaire d'une pelote concave, que Nélaton s'est servi d'un bandage herniaire anglais, et que Laugier a eu recours au tourniquet de J. L. Petit. Les résultats obtenus à l'aide de ces procédés n'ont pas été des plus brillants dans la plupart des cas, et ont même été parfois suivis de complications plus ou moins graves : les appareils se dérangent d'abord facilement parce qu'ils glissent sur la clavicule, et en second lieu, la pression trop limitée peut irriter la peau et même amener la production d'escarres dont la chute met à découvert l'articulation.

Aussi, d'autres auteurs ont-ils cherché à parer à ces inconvénients, en répartissant la compression sur une large surface et en prévenant autant que possible le déplacement de l'appareil compressif : Demarquay a utilisé dans ce but un corset moulé et Le Fort un moule en gutta-perca. Pour mon compte je me suis borné à suivre la conduite de Legrain et, à son exemple, j'ai appliqué à ma jeune malade un petit appareil plâtré, assez large cependant pour prendre la base du cou et le haut de la poitrine, immobilisant ainsi toute la région d'une façon complète. J'ai laissé cet appareil en place pendant 30 jours, sans que la luxation ait eu tendance à se reproduire, et lorsque je l'ai enlevé j'ai eu la satisfaction de constater que toute saillie anormale de la clavicule gauche avait disparu et que la symétrie était parfaite, comme vous avez d'ailleurs pu vous en rendre compte par vous-mêmes.

Les luxations pré-sternales de la clavicule, dont je viens de vous présenter un fort bel exemple, ont pour cause toutes les violences tendant à entraîner le moignon de l'épaule en arrière, alors que le reste du corps demeure fixe ou est propulsé en avant. C'est ainsi qu'agissent les chutes sur la partie antéro-externe de la région deltoïdienne et aussi certains mouvements brusques, spontanés ou imprimés : une luxation a pu se produire chez un enfant que l'on retenait par le bras au moment où il allait tomber d'un cabriolet, et Boyer a rapporté l'observation d'une jeune fille, qui présenta une luxation, parce que son maître à danser, dans une leçon de maintien, lui avait vivement rapproché les coudes et les épaules en arrière. Dans d'autres cas, comme chez notre sujet, c'est à la suite d'un effort brusque que la lésion se manifeste, effort musculaire pour effacer les épaules, pour les porter en avant ou pour se débarrasser d'un fardeau. En outre, il faut bien reconnaître que la laxité articulaire ou la conformation anatomique défectueuse des surfaces en contact favorisent chez plusieurs sujets la production de la luxation.

Cette dernière peut se présenter sous deux modalités anatomiques ; elle peut, en effet, être complète ou incomplète. Dans la luxation complète, il existe toujours une déchirure de la capsule et des ligaments sterno-claviculaires antérieur et postérieur, alors que les faisceaux rhomboïde et interclaviculaire sont plus ou moins intéressés. La tête de l'os, entraînant avec elle le faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien, vient faire une saillie accentuée sous les téguments généralement un peu au-dessous de la facette du sternum. Dans quelques cas, rapportés par Tillaux, l'extrémité claviculaire a été portée en haut par la contraction musculaire, dans d'autres au contraire, ceux cités par Richerand et par Jousset, cette tête était descendue à sept centimètres au-dessous de sa cavité de réception. Quant au fibro-cartilage interarticulaire, il suit la clavicule ou reste en place, et dans ce dernier cas peut s'opposer à la réduction par un méca-

nisme analogue à celui qui pour beaucoup d'auteurs explique la permanence du déplacement du condyle dans la luxation temporo-maxillaire.

Lorsque le déplacement n'est qu'incomplet, les ligaments sont simplement distendus et la tête claviculaire repose en partie sur la surface articulaire sterno-costale : pour certains, comme Ch. Nélaton, dans ces subluxations, les désordres anatomiques consisteraient surtout en une désinsertion de la portion antérieure de la capsule ligamenteuse ainsi que du périoste sternal qui lui fait suite.

Je n'ai pas l'intention de m'appesantir davantage sur la symptomatologie et le diagnostic de cette lésion, j'y ai suffisamment insisté au début de cette leçon, et je me bornerai à ajouter, au point de vue du traitement, que lorsque la réduction est impossible, entraînant de la gêne ou laissant une difformité, pénible par sa seule présence, il peut être indiqué de recourir à une opération, qui, suivant les cas, consistera à enlever le ménisque, cause de l'irréductibilité ou à faire une capsulorrhaphie ou une arthrodèse.

Mais la situation pré-sternale n'est pas la seule que puisse présenter la tête de la clavicule luxée, qui peut se trouver encore soit en arrière, soit au-dessus du sternum, réalisant *ainsi* les variétés rétro et sus-sternales : assurément ces dernières s'observent bien moins souvent que la luxation pré-sternale, qui est de beaucoup celle que l'on observe le plus fréquemment, mais elles ont été signalées par un certain nombre d'auteurs et méritent par conséquent une courte description.

Les luxations rétro-sternales, niées tout d'abord par J.-L. Petit, par Boyer et par Laugier, n'ont acquis le droit de cité nosologique que grâce à Desault, à Astley-Cooper et surtout à Pellieux (1834). Elles peuvent être sous la dépendance d'une violence directe, pression ou choc refoulant violemment l'extrémité interne de la clavicule, qui déchire ses ligaments (coup de pied de cheval, coup de pioche, coup de bûche), ou succéder à une violence indirecte par chute sur la partie postéro-externe de l'épaule : il s'ensuit dans ce dernier cas un mouvement de bascule en arrière de la tête claviculaire, qui rompt les ligaments postérieurs et quitte sa cavité.

Lorsque la luxation est incomplète, le déplacement, toujours très peu marqué, se fait directement en arrière : dans les formes complètes, il se fait bien toujours en arrière, mais en même temps, en haut ou en bas, suivant l'état d'intégrité plus ou moins complète du faisceau externe sterno-mastoïdien. J'ajouterai encore que dans quelques cas, l'extrémité claviculaire est venue se porter en dedans, chevauchant ainsi sur le sternum. Les ligaments postérieurs sont toujours rompus, et la tête osseuse accompagnée ou non de son ménisque vient se loger entre le sternum et les muscles sterno-thyroïdien et sterno-cléido-hyoïdien, ou bien, plongeant dans le tissu cellulaire du médiastin, elle se dispose entre ces mêmes muscles et la trachée qu'elle refoule plus ou moins.

La luxation incomplète se révèle par une douleur fixe, un relief visible ou sensible du bord de la facette sternale, et la palpation de la tête en position anormale. En cas de déplacement total de l'extrémité claviculaire, la tête est inclinée du côté de la luxation, l'épaule est relevée, portée en avant et en dedans, la clavicule étant oblique en bas, en dedans et en arrière. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien est déprimé, les creux sus et sous-claviculaires sont effacés, le rebord antérieur de la cavité sternale fait saillie sous la peau et, à l'aide du doigt, on peut sentir une dépression correspondant à la cavité articulaire déshabitée. Il existe une douleur locale vive, exagérée par les mouvements du bras et par la rotation de la tête, et l'on a signalé dans quelques cas de l'angoisse, des accès de suffocation, de la gêne de la déglutition ou de la circulation du bras, tous symptômes imputables à la compression exercée par la clavicule déplacée sur la trachée, sur l'œsophage, et sur les gros troncs vasculaires. Je n'insiste pas sur le diagnostic de cette variété, qui est toujours facile, un simple examen permettant sans difficultés d'éliminer la fracture de l'extrémité interne de la clavicule.

Le pronostic n'est jamais grave dans le cas de luxation simple, il devient plus sérieux, si aux accidents de compression présentés par les organes avoisinants vient s'ajouter l'irréductibilité. D'une façon générale, cette luxation se réduit assez facilement, en portant l'épaule en arrière et en dehors. La contention, plus facile à obtenir que dans les déplacements pré-sternaux se réalise au moyen d'un bandage en 8 de chiffre, embrassant les épaules qu'il attire en arrière : un bandage de corps doit maintenir pendant un certain temps le coude contre le corps pour éviter tout mouvement. En cas d'irréductibilité, jointe à des accidents de compression, il serait indiqué de mettre à découvert l'articulation, de ramener la tête à sa place et de la maintenir par une arthrodèse, ou de la réséquer. La même conduite serait encore à suivre s'il se produisait une récidive, éventualité qui s'observe autant dans les luxations rétro-sternales que dans les pré-sternales.

La luxation sus-sternale de la clavicule constitue un déplacement que l'on n'a eu qu'assez rarement l'occasion d'observer, puisque l'on n'en compte guère qu'une vingtaine d'observations connues : certains auteurs, comme Morel-Lavallée, ont même soutenu que cette forme de luxation sternale n'existait pas en tant que variété primitive et qu'elle ne représentait qu'une transformation d'une luxation rétro-sternale.

Une semblable opinion ne peut plus être soutenue de nos jours, car on comprend fort bien qu'à la suite d'un choc violent (coup sur la partie postéro-externe de l'épaule ou chute sur la région deltoïdienne) portant l'épaule en bas, en dedans et peut-être un peu en avant, l'extrémité interne de la clavicule puisse basculer et être projetée d'emblée sur la fourchette sternale.

Chassée ainsi en dedans et en haut, la tête claviculaire déchire la capsule, ainsi que les ligaments supérieur et inférieur qui la revêtent et vient chevaucher sur la fourchette du sternum se fixant entre le chef sternal du cléido-mastoïdien en avant et le sterno-hyoïdien en arrière. Dans les cas de traumatismes considérables, analogues, à celui rapporté par Smith, les lésions sont plus accusées : tous les ligaments sont détruits sans distinction, le cartilage interarticulaire détaché de ses insertions au sternum et à la première côte ; aussi, l'extrémité de la clavicule vient-elle reposer sur le sternum, tout en dépassant la ligne médiane, ce qui l'amène à venir se mettre en rapports avec le muscle sterno-cléido-mastoïdien du côté opposé. En arrière, la clavicule repose sur les muscles sterno-hyoïdiens et sur la partie antérieure de la trachée qu'elle peut comprimer plus ou moins.

La luxation sus sternale incomplète, dont il n'existe d'ailleurs que quelques cas, se caractérise par l'existence d'une petite saillie osseuse faisant corps avec la clavicule et située entre les deux chefs d'insertion sternale du sterno-cléido-mastoïdien. Lorsqu'elle est complète, l'épaule est abaissée et rapprochée de la ligne médiane, la clavicule fait un relief sous les téguments suivant une direction oblique en haut et en dedans, et à la partie supérieure du sternum, on sent une tumeur dure, arrondie, formée par l'extrémité interne de la clavicule ; au-dessous et en dehors de cette saillie, c'est-à-dire entre la clavicule et la première côte, on trouve une dépression plus ou moins profonde, qui correspond à la facette articulaire. Il convient de ne pas oublier à ce sujet que le muscle sterno-cléido-mastoïdien étant toujours soulevé et tendu, il est souvent nécessaire, étant donné que cette tension empêcherait l'exploration de la région, de faire relacher le muscle en inclinant la tête du malade. Quant aux signes fonctionnels, ils sont peu importants, de la douleur sous l'influence des mouvements de la tête et et du bras, et dans quelques cas, des symptômes de dysphagie ou de dyspnée par suite de phénomènes de compression causés par la tête claviculaire luxée.

Le traitement de cette variété de luxation consiste à refouler directement la tête de la clavicule dans sa loge, pendant que l'on attire l'épaule en dehors et en haut : la contention, toujours difficile, pourra être recherchée dans l'application d'un bandage réalisant une bonne compression. Peut-être vaudrait-il mieux avoir d'emblée recours à une arthrodèse, seule capable de maintenir correctement les surfaces articulaires.

Enfin, je vous signalerai, pour terminer, que Hamilton et que Cahier ont tous les deux décrit un cas de luxation de l'extrémité sternale des deux clavicules et qu'il existe en outre une quinzaine d'observations de luxations simultanées des deux extrémités d'une même clavicule.

Dans cette dernière variété, le déplacement a pour cause habituelle des chutes sur la partie postéro-externe du moignon de l'épaule : la clavicule, prise alors entre le poids du corps s'exerçant sur le sternum et la résistance du sol se transmettant à l'acromion, s'énuclée suivant un mode qui rappelle celui du noyau de prune serré entre deux doigts. Il est cependant probable, comme l'a fait observer Polaillon, que cette double luxation ne s'effectue pas en un seul temps mais en deux, l'articulation acromio-claviculaire cédant la première.

On note alors d'un côté les symptômes des luxations sus-acromiales, et de l'autre les signes des déplacements pré ou sus-sternaux, la clavicule ayant subi une sorte de mouvement de rotation sur son axe.

La réduction s'opère en attirant les épaules en arrière pendant que l'on exerce une forte pression sur les deux extrémités claviculaires que l'on refoule l'une en arrière et en bas et l'autre en arrière et en haut. Dans un certain nombre de cas, et j'ai pu en faire personnellement l'expérience, une des deux luxations demeure irréductible (ce qui se voit surtout pour l'extrémité sternale) ou bien ne se maintient pas réduite, quel que soit le procédé de contention utilisé. Dans ces conditions, il peut être indiqué de recourir à l'arthrodèse, particulièrement pour l'articulation acromio-claviculaire, qui est celle dont les surfaces se réadaptent le plus difficilement par l'emploi des procédés ordinaires, et dont cependant l'intégrité est des plus nécessaires surtout pour les travailleurs manuels.

LES MALADIES DE LA PAROLE

II. — Dyslalies et blésites (1).

Par

G. de PARREL
Ancien chef de Clinique
à l'Institution Nationale
des Sourds-Muets,
Lauréat de l'Institut
et de l'Académie de médecine.

et

Henriette HOFFER
Docteur en médecine,
Professeur d'Ecole
Primaire Supérieure,
Diplômée de l'Institution
Nationale des Sourds-Muets de Paris.

II

Nous avons dit dans un article précédent (2) ce qu'était la rééducation phonétique ou orthophonie et ses indications générales.

Pour nous résumer en quelques mots, nous rappelons qu'elle a pour but de corriger les troubles de l'émission de la voix, c'est-à-dire toutes les *dysphonies* curables, les troubles de la mémoire des images motrices du langage ou *aphasie motrice d'articulation*, les troubles de l'articulation ou *dyslalies* et enfin les différentes *blésités*. Il faut entendre par blésités les troubles de la parole déterminés par une mauvaise position et des faux mouvements des organes phonateurs provoquant la substitution, la déformation ou la suppression d'une ou plusieurs consonnes.

Nous ne nous occuperons dans cet article que des dyslalies et des blésités. Ces troubles de la parole articulée peuvent être très légers et passer presque inaperçus pour des oreilles non exercées ; elles n'apportent pas d'entrave à la vie sociale et professionnelle de celui qui en est atteint. Le dyslalique ne vient consulter le médecin que si son entourage le lui conseille et le cas est exceptionnel.

Parfois au contraire, ces troubles sont tels qu'ils entourent la parole de l'intéressé d'une atmosphère de ridicule. Chez le jeune homme, de tels défauts de langage font bien souvent obstacle au choix d'une situation en rapport avec ses capacités et son rang social. L'élève qui, en classe, a un défaut de langue est un objet de risée pour ses camarades : il bredouille après avoir zézayé ; il devient timide et peut rarement continuer ses études.

En écrivant ces lignes, nous pensons à un de nos jeunes malades que son bégaiement avait obligé d'abandonner le projet de se présenter à une grande école, et à un autre qui nous fut amené par sa mère désespérée de le voir renoncer à préparer son concours de Polytechnique parce qu'il était affligé d'un zézaiement ridicule. Faut-il dire que ce candidat à Polytechnique guérit en moins de trois mois et voua une profonde reconnaissance à son médecin ?

***

Les DYSLALIES sont des troubles de la parole d'origine périphérique, soit par déformation ou malformation des organes de la phonation et des cavités de résonance, soit par une habitude vicieuse contractée dans l'enfance sous l'influence d'un défaut de surveillance des parents, d'une insuffisance auditive congénitale ou précoce, d'une incapacité fonctionnelle ou d'une incoordination respiratoire.

Parmi les dyslalies nous trouvons des troubles très différents les uns des autres, parmi lesquels il convient de citer le *nasillement* dont le nom seul vaut une définition. Disons cependant rapidement comment se produit cette dyslalie.

Normalement, dans l'émission des voyelles et des consonnes autres que celles appelées nasales, le voile du palais est relevé plus ou moins suivant le phonème énoncé, mais toujours assez pour empêcher le son de suivre la filière nasale.

Dans l'émission des voyelles et des consonnes nasales, au contraire, le voile du palais s'abaisse plus ou moins et l'air s'échappe en partie par le nez, en partie par la bouche. Tel est le cas de *an*, *on*, *in*, *un*, voyelles nasales (appelées à tort diphtongues) et *m*, *n*, *gn*, consonnes nasales.

Le nasillement se produit lorsque le voile du palais ne remplit pas son rôle d'obturateur des voies nasales, soit parce qu'il est parésié, soit parce qu'il est trop court, soit parce qu'il est perforé. En ce cas tous les phonèmes sont émis selon le mode nasal ; c'est dire que la parole est profondément déformée ; l'auditeur doit faire un effort pour la comprendre.

La perforation de la voûte palatine, le raccourcissement et l'insuffisance du voile du palais, sont d'origine congénitale ou consécutifs à une intervention.

Le nasillement peut aussi relever d'une large hypertrophie des amygdales palatines ou de la présence d'une masse adénoïdienne ; en ce cas il est mécanique par obstruction pharyngée.

(1) Travail du *Centre de rééducation auditive et phonétique* du Dr DE PARREL.
(2) Voir le numéro du 6 mars 1927, p. 619.

Parfois le trouble s'installe à la suite d'un fonctionnement défectueux, résultat de mauvaises habitudes prises dans l'enfance.

Quelles qu'en soient les causes, le trouble est en grande partie ou totalement guérissable,même dans le cas où une cause organique est en jeu. Un de nos malades, opéré d'une fissure palatine par notre maître le professeur Sebileau, avait un voile du palais trop court et d'ailleurs trop paresseux pour obturer le naso-pharynx. Notre malade très intelligent, tenace et docile, est arrivé par suite d'un entraînement régulier, à suppléer au travail accompli normalement par le voile du palais par la mise en jeu des piliers postérieurs, des parois du pharynx et de la base de la langue.

Nous aurons l'occasion de décrire la technique suivie pour réaliser cette suppléance et supprimer le nasillement.

Le *bégaiement* est d'un traitement plus long et plus délicat. Ce trouble est d'ailleurs si complexe que nous nous proposons de lui consacrer deux articles, l'un sur sa pathogénie et sa symptomatologie, l'autre sur la technique de son traitement.

***

Quant aux *blésites,* à proprement parler, rangées par beaucoup d'auteurs parmi les dyslalies, elles ont reçu des dénominations tirées du nom grec de la consonne mal prononcée ou d'autres noms vulgaires, consacrés par l'usage. Parmi elles citons :

Le *zézayement* qui consiste à prononcer *z* pour *j*. Ex. : *Ze* suis arrivé pour : *Je* suis arrivé. C'est un vice de prononciation assez répandu, plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, très fréquent chez les enfants. Il fut à la mode sous le Directoire où il était de bon ton. parmi les Muscadins de zézayer de façon ridicule On l'appelait la « maladie de Sexa » parce que les Muscadins disaient « Sexa » au lieu de : « Qu'est-ce que c'est que cela. »

Parfois c'est le *s* qui remplace le *ch,* c'est alors le *sesseyement.* Ex. : le *sapeau* pour le *chapeau,* le *sou* pour le *chou.*

Le *gammacisme* est une prononciation défectueuse des consonnes *gue* et *que.* Ex. : un *touteau* pour un *couteau.* Bien des parents trouvent original que leur bébé dise : un *tanif* pour un *canif,* une *tabriole* pour une *cabriole* ; ils répètent la faute eux-mêmes, s'en amusent et pensent de bonne foi que cela se corrigera avec le temps ; en fait, le bébé, devenu grand, conserve souvent son défaut de prononciation et ce qui semble amusant chez un enfant de 3 ou 4 ans, est parfaitement ridicule chez un grand garçon de 16 ans et plus encore chez un adulte.

Le *zozotement* altère la prononciation du *s* et du *z* qui se trouvent plus ou moins mélangés à un bruissement des joues.

On entend alors : l'*ais* (ls, ls) *elle* pour l'*aisselle.*

Si cette altération porte sur le *ch* et le *j,* on a alors le clichement. Ex. : un *jlouet* pour un *jouet.*

Dans le *chuintement* appelé aussi *charabia,* le *s* est remplacé par *ch,* ou *tch.* Ex. : un *achachinat* pour un *assassinat.*

Fréquemment, la lettre *t* est substituée à *s.* Ex. : *totiton* pour *saucisson.*

Les petits enfants font souvent cette substitution qui se corrige facilement si les parents y veillent.

Le *f* remplaçant le *v,* donne : *finq* pour *cinq* ou *fept* pour *sept.*

Le *lambdacisme* est une altération de la lettre *l.* Celle-ci se rencontrant fréquemment dans la langue française, ce défaut rend le langage à peu près incompréhensible. Le plus souvent on entend un son voisin de *n* au lieu de *l.* Ex. : *vocanises* pour *vocalises.*

La lettre *r* peut être altérée de deux manières différentes : le *r lingual* produit par les vibrations de la langue est parfois exagéré quant au nombre et à la durée des vibrations sur l'*r* qui est roulé trop longtemps.

L'*r guttural* trop accentué constitue le *grasseyement* désagréable à l'oreille.

La lettre *l* est assez souvent substituée à l'*r* : une *loue* pour une *roue.*

Rappelons ici que les Incroyables, tout comme les nègres d'ailleurs, supprimaient les *r* et prononçaient « ma *paole* d'honneu ».

Dans le *deltacisme,* le *t* est remplacé par *ts* et le *d* par *dz.*

Il nous paraît fastidieux de continuer cette énumération. Il y autant de blésités que de consonnes. Nous avons tenu à citer les plus fréquemment rencontrées. Dans un prochain article nous indiquerons leur traitement orthophonique.

(A suivre.)

PUÉRICULTURE

Carte-postale pédiatrique.

(*verso*).

QUELQUES DONNÉES NUMÉRIQUES SUR LE 1er AGE, par le Professeur Dr Paul DELMAS, (de Montpellier)

		Prématuré			I			II	III	IV	2e Année	
AGE	Trimestres	Prématuré			I			II	III	IV	2e Année	
	Mois	VII	VIII	IX	1	2	3	4.5.6	7.8.9	10.11.12	1er Semestre (18 mois)	2e Semestre (24 mois)
REPAS	Fréquence	Toutes les 1½ h.			toutes les 2 h.			2 ½	toutes les 3 h.		toutes les 4 h.	
	Nombre	12			10	9	8	7	6	5	4	
	Valeur (en 10 minutes)	25	35	40	60	75	100	125	150	200 Sevrage	300	
	Ration quotidienne	300	400	500	600	700	800	850	900	950	1000	1500
	Coupage des biberons	½			½	⅓	¼	Lait pur			Soupes	
PESÉES	Fréquence	←tous les 4 jours→			←tous les 8 jours→				←tous les 15 j→		←tous les mois→	
	Gain quotidien	← 30 →			← 25 →			20	15	10	7	5
	Poids en grammes	1500	2000	2500	3000	3750	4500	5200 6000	7500	9000	11000	12000
MENSURATIONS — Longueur	Gain mensuel	← 5 →			← 3 →			2	← 1 →			
	Taille en cms.	35	40	45	50	53	56	60	65	68	70	80
MENSURATIONS — Surface	Gain mensuel	← 5 →										
	Superficie en dcm²	5	10	15	20	25	30	35 40	45	50	55	60
DÉBUTS	Dentition							1re dent				20e dent
	Marche									1ers pas		
	Elocution										1ers mots	

Ces chiffres, approchés, ne sauraient avoir que la valeur de moyennes schématiques. P. Delmas

(*Cette carte postale est vendue au profit de la « Maison des mères de Montpellier »*).

MÉDECINE MODERNE

Les bromures dans la thérapeutique courante

Par le Dr N. Quénée.

Les bromures sont, avant tout, des dépresseurs du système neuro-musculaire ; ils diminuent la sensibilité et le pouvoir réflexe. Ce neurotropisme des bromures, connu depuis longtemps, a été encore remis en évidence récemment. (Coirre, Thèse de Paris, 1921.)

Les multiples combinaisons possibles de l'acide bromhydrique ont donné de nombreux bromures qui peuvent être employés en thérapeutique. Mais à l'heure actuelle, on donne la préférence tout d'abord aux bromures minéraux et, parmi eux, aux bromures alcalins. Les bromures de calcium et d'ammonium n'ont pas semblé présenter d'avantages particuliers et on est revenu aux deux premiers en date : KBr et NaBr. Actuellement, le bromure de potassium tend à être détrôné par le bromure de sodium.

On a montré, en effet, que la valeur thérapeutique de ces deux bromures était sensiblement identique ; mais il y a, entre eux, de grandes différences au point de vue toxicité et actions secondaires : le KBr agit surtout sur le système nerveux de l'appareil cardio-vasculaire : c'est un *dépresseur du cœur.* (Rabuteau, Pouchet). Il affaiblit les contractions cardiaques et agit sur le rythme ; il ralentit la respiration et la nutrition ; il diminue les oxydations : il est donc contre-indiqué dans tous les cas où le cœur est en état de déséquilibre ou d'équilibre instable ; de plus, il est irritant pour la muqueuse gastrique ; enfin, il n'est pas toujours bien supporté par les enfants. Dujardin-Beaumetz lui préférait le NaBr, qui n'a pas, en effet, les mêmes inconvénients : celui-ci ne produit sur le cœur qu'un léger ralentissement, « Il sera, de ce fait, préféré dans tous les cas où l'on doit ménager le système cardio-pulmonaire : asthme, insuffisance urinaire, hyposystolie ». (Martinet,

Thérapeutique clinique) ; d'autre part, le NaBr n'est nullement irritant pour la muqueuse gastro-intestinale.

De l'avis de tous les cliniciens, on doit préférer l'emploi des solutions, et même des solutions étendues, car c'est sous cette forme que le bromure est le plus actif et le mieux toléré.

Il est, de plus, un point capital dans la manière de l'administrer. Richet et Toulouse ont montré que l'action des bromures est en raison inverse de la richesse en chlorures du régime alimentaire suivi par le malade, comme s'il y avait en quelque sorte substitution de la molécule Br à la molécule Cl dont elle se rapproche beaucoup au point de vue chimique.

Dans la pratique, le régime déchloruré est difficilement accepté, et plus difficilement encore suivi, pendant un certain temps ; le malade se fatigue vite et on est obligé, pour pouvoir reprendre une alimentation chlorurée, d'augmenter la dose de bromure, ce qui ne va pas toujours sans inconvénients. C'est pourquoi une manière très ingénieuse de faire prendre le bromure a été de l'administrer sous forme d'un bouillon bromuré, dont le goût, identique à celui d'un bouillon chloruré, fait oublier au malade les ennuis de son régime. Cette préparation, on le sait, a été spécialisée sous le nom de sédobrol, qui se présente sous la forme de petites tablettes de bouillon végétal concentré '; chaque tablette contient un gramme de NaBr.

Ce mode d'administration présente un autre avantage : il existe souvent, et tout particulièrement chez les gens instruits, une répugnance à prendre le bromure qui représente pour eux un médicament que l'on n'emploie guère que dans les asiles. En utilisant le sédobrol, il est très facile de cacher au malade la nature de ce qu'il prend, et même, avec l'assentiment de l'entourage, on peut lui laisser complètement ignorer qu'il prend un médicament.

Médicament neurotrope, le NaBr s'emploie tout d'abord dans les affections du système nerveux.

Nous n'insisterons pas sur son rôle dans l'épilepsie. Il en constitue le traitement de fond et le traitement de l'état de mal. On l'utilisera aussi bien dans l'épilepsie dite essentielle que dans l'épilepsie Bravais-Jacksonienne. Il doit alors être prescrit à fortes doses et il doit être continué longtemps, sous peine d'être complètement inopérant. Nous avons récemment observé un malade qui présentait des crises d'épilepsie traumatique à la suite d'un accident survenu il y a un an. Il se plaignait, de plus, d'une céphalée rebelle et de vertiges. Tous ces symptômes disparurent par l'emploi d'une dose journalière de 3 grammes de NaBr, sous forme de sédobrol. Il en est de même pour certains autres vertiges non liés à des crises comitiales. De même dans les états d'agitation aiguë au cours des maladies infectieuses : chorée, poliomyélite, par exemple ; dans l'agitation de certaines manies, on obtiendra de véritables succès. Signalons aussi certains prurits qui cèdent à la médication bromurée.

En cardiologie, le NaBr trouve des indications fréquentes ; il combat efficacement l'éréthisme cardiaque, sans trop affaiblir les contractions et sans trop abaisser la tension artérielle, et il fait souvent disparaître les troubles suggestifs dont se plaignent les malades : dyspnée, angoisse, palpitations. Objectivement, on verra disparaître la tachycardie et les extrasystoles. (Lian, *L'Hôpital*, décembre 1925, B.) On pourra enfin employer sans crainte le NaBr ,même dans les cas d'hyposystolie.

Il semble bien que l'action du bromure sur le tube digestif soit une action complexe au point de vue physiologique, résultant de l'action directe analgésiante sur la muqueuse gastrique, de l'action générale sédative et de la diminution de l'excitabilité réflexe. On l'emploiera donc avec succès dans tous les cas où il y aura une hyperactivité du système végétatif, hyperactivité qui sera elle-même la cause ou l'effet de l'affection dont souffre le patient. Donc toutes les dyspepsies avec un syndrome hypersténique, toutes les affections spasmodiques avec hyperexcitabilité du plexus solaire en seront justiciables. Dans les ulcus, dans le syndrome appelé autrefois syndrome d'hyperchlorhydrie, dans le syndrome de dyspepsie biliaire, dans l'entéro-colite muco-membraneuse, le NaBr rend de grands services.

L'aérophagie est aussi une des grandes indications du sédobrol. Le NaBr est alors le traitement tant du facteur initial que des complications, et en particulier des complications cardiaques. (Lian, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 juillet 1926) conseille : « Vous donnerez le bromure de sodium en solution aqueuse, 1 gramme au cours des deux principaux repas. »

Ce caractère polyvalent de la médication bromurée, médication générale puisqu'elle atteint le système nerveux central, et médication symptomatique puisqu'elle s'adresse aux symptômes accusés par le malade, apparaît encore mieux chez de très nombreux patients, qui, s'ils ne sont pas toujours considérés comme des malades graves, sont quand même de vrais malades qui souffrent véritablement, et chez qui la thérapeutique est souvent décevante. Ce sont ceux que les gens du monde qualifient de nerveux

Souvent, il s'agit de femmes maigres, agitées, instables, se plaignant de ptoses multiples : leur estomac est étiré et descend au-dessous de la ligne bi-iliaque, leur côlon transverse est dans le petit bassin, les reins sont l'un et l'autre,

ptosés et mobiles, le foie est abaissé, l'utérus est descendu aussi ; elles se plaignent du cœur, elles sont essoufflées, tachycardiques, souvent angoissées ; elles croient être atteintes d'une lésion organique du cœur.

Leur tube digestif n'est pas indemne non plus ; elles souffrent d'un syndrome douloureux tardif qui fait penser à un ulcus. Elles accusent de plus des coliques spasmodiques sur un fond de constipation chronique, elles sont souvent migraineuses et même neurasthéniques. Elles deviennent peu à peu psychiques, et d'autant plus vite qu'elles sentent que leur médecin les considèrent comme telles.

Dans tous ces cas, il faut instituer au plus tôt un traitement qui risque de devoir être continué pendant extrêmement longtemps. C'est pour ce traitement qu'on apprécie le mieux une forme agréable du médicament, dont la malade ne se lassera pas, et surtout une forme qui pourra dans certains cas être camouflée. Le sédobrol rendra, dans ces cas, les plus signalés services.

Nous avons cité plus haut, d'après Dujardin-Beaumetz, la tolérance plus grande des enfants au NaBr. Cette propriété permet son emploi, non seulement chez les malades jeunes, mais aussi dans la toute première enfance. Là encore, on l'emploiera avec avantage dans tous les cas d'affections spasmodiques, l'asthme, où, chez l'enfant, le traitement bromuré constituera un adjuvant extrêmement précieux du traitement de fond, la *coqueluche* surtout (G. Lyon), dans la laryngite striduleuse, les insomnies des enfants, etc....

Le bromure nous apparaît donc comme un médicament extrêmement employé et à des doses souvent élevées et prolongées, mais, selon le conseil de G. Lyon, le bromure doit être parfaitement pur. Cette condition de pureté est absolument nécessaire : étant donné les doses élevées, la moindre impureté entraînerait des conséquences fâcheuses pour l'organisme. De là, la nécessité d'une préparation stable, toujours idenfique à elle-même et dont la pureté soit toujours certaine. Et ceci est encore une raison de plus ajoutée à toutes les autres, qui nous font préférer le sédobrol à toutes les autres préparations bromurées : la posologie du sédobrol est extrêmement simple : chaque tablette de sédobrol que l'on fait dissoudre dans une tasse d'eau très chaude contient 1 gramme de bromure de sodium. Une ou deux tablettes suffisent pour les cas habituels ; cette dose peut être considérablement augmentée chez les épileptiques ; elle est diminuée, bien entendu, chez les enfants ; mais il faut bien savoir qu'un enfant d'un an supporte parfaitement bien une demi-tablette, le soir, au coucher.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Sténose mitrale et amour conjugal.

Le Dr Aviérinos relate avec humour l'observation d'une demoiselle d'âge mûr qui soignait, sans aucune direction médicale, un soi-disant asthme au Mont-Dore, lorsqu'elle fut prise un jour soudainement de dyspnée paroxystique qui attira l'attention d'un médecin qui passait par là. Celui-ci, s'étant offert pour examiner cette malade, porta le diagnostic de rétrécissement mitral, prescrivit un traitement approprié qui fut couronné de succès, fit confirmer son diagnostic par un maître parisien, et finalement, épousa sa cliente d'occasion : n'avait-il pas été le seul à trouver le chemin de son cœur ?

L'auteur ajoute qu'il n'a pu savoir si, dans ce mariage d'une cardiaque, conformément à l'enseignement de Peter, l'enfant fut absent... De là le titre de son article.

Prenant texte de cette observation, il établit qu'il est imprudent et dangereux de suivre un traitement thermal sans direction médicale, et je suis entièrement d'accord avec lui ; que toutes les cures thermales ont leurs indications propres, et qu'il faut en tenir compte pour envoyer dans chaque station les cas qui en sont justiciables ; enfin que le rétrécissement mitral est une affection très fréquente, dont les signes fonctionnels sont variables selon les sujets, dont les signes physiques font parfois longtemps défaut, ou ne sont pas caractéristiques de la lésion. Dans les cas difficiles ou incomplets, on s'aidera nécessairement de l'orthoradioscopie et de l'électrocardiographie.

« Il faut y penser plus souvent pour le trouver, car il n'est pas rare. Le rétrécissement mitral doit à son développement fréquent dans l'enfance, à sa prédilection féminine, à ses conditions physiopathologiques propres à certaines complications fréquentes, une remarquable variété dans son expression clinique. C'est la moins monotone des maladies du cœur ; c'est celle qui a le moins l'allure cardiaque. » (*Journ. des Prat.*, 15 janvier 1927.)

Le polype muqueux de l'utérus et son traitement.

Les polypes fibreux et sarcomateux, qui ressortissent à la chirurgie, étant mis à part, le Dr M. DERVILLE a en vue le polype muqueux, très fréquent, et dont la thérapeutique, de petite chirurgie, est actuellement à la portée de tous les praticiens.

La symptomatologie du polype muqueux est bien connue ; il importe de le différencier des myomes pédiculés qui nécessitent l'intervention d'un gynécologue spécialisé.

Tout polype muqueux impose son ablation chirurgicale.

Elle se fait à la pince, par torsion du pédicule, jusqu'à rupture de celui-ci. Curettage consécutif et pansement bien serré à la gaze. Pas d'anesthésie générale pour une si petite intervention, pas d'injections analgésiques non plus ; insensibiliser toute la région vagino-pelvienne par l'hémypnal, dont on administre deux suppositoires, l'un une heure, l'autre une demi-heure avant d'intervenir. Ainsi on peut opérer en toute tranquillité et sans aide, sans avoir les ennuis d'une anesthésie générale par inhalation, ou locale par piqûres. C'est un procédé simple et extrêmement satisfaisant.

Le polype muqueux supposant une muqueuse enflammée, la métrite causale doit être traitée secondairement. (*Bulletin médical*, n° 2 du 5 janvier 1927.)

De l'administration discontinue de fortes doses de salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.

MM. G. CAUSSADE et A. TARDIEU démontrent, à l'aide de quelques faits cliniques probants, que, dans bon nombre de cas, lorsque la technique classique du salicylate de soude a échoué, dans le traitement des formes sévères de la polyarthrite rhumatismale, il est possible de la modifier utilement et de la rendre active en augmentant les doses et en espaçant les prises. On ne saurait logiquement recourir aux doses massives répétées quotidiennement ou aux injections intraveineuses, avant d'avoir tenté ce procédé modifié dont l'application est toujours réalisable chez l'adulte jeune.

Ils proposent de donner le salicylate de soude à des doses relativement élevées, de l'ordre de 14 à 16 gr., en une potion à prendre en plusieurs prises, en l'espace de trois ou quatre heures. Après quoi, l'on suspend la médication pendant plusieurs jours (trois ou quatre en moyenne), tout en surveillant son élimination par l'urine. Et ce n'est que lorsqu'on ne trouve plus que quelques traces de salicylate dans l'urine que l'on redonne la même dose dans les mêmes conditions. Cette méthode présente l'avantage de maintenir le sujet dans un état constant d'imprégnation salicylée . De telles doses ne s'éliminent, en effet, qu'en huit et dix ou onze jours. Très intense pendant les premiers nycthémères, l'élimination se poursuit durant les jours suivants et cesse, assez brusquement, au bout d'une dizaine de jours.

Pour obtenir une parfaite tolérance au médicament et parer aux inconvénients (pyrosis, nausées ou vomissements), de sa fadeur ou de sa causticité, il suffit de le délayer dans une quantité assez considérable (200 cmc.) de liquide composé de tisane de chiendent, de badiane ou de prêle. Le bicarbonate de soude est donné à une dose égale ou double de celle du salicylate avec, comme excipient, du sirop d'écorces d'oranges amères (40 à 60 gr.). Il est bon d'ajouter un peu de rhum. Il est utile toujours de soumettre le sujet à un régime végétarien complet et abondant pour éviter l'accumulation.

Les cas envisagés par les auteurs concernent tous des adolescents ou des adultes jeunes de sexe masculin, chez lesquels l'infection rhumatismale s'est révélée d'une gravité exceptionnelle comparable à celle qu'on observe en pathologie infantile. (*La Presse médicale*, 21 août 1926.)

Appareil pour la transfusion du sang.

Etant donnés les avantages du citrate de soude maintenant démontrés, l'appareil le plus simple est certainement celui de Benda et Le Clerc. Mais, d'un emploi facile, celui-ci ne permet pas de contrôler aisément le mélange des deux sangs, non plus que d'éliminer les bulles d'air, qui peuvent être un inconvénient dans la transfusion.

Aussi B. DESPLAS et E. PEYNE ont-ils cherché un dispositif permettant : 1° de mélanger les deux sangs sous le contrôle visuel ; 2° d'éliminer les bulles d'air ; 3° de régler la vitesse d'écoulement ; 4° de faire une transfusion propre, le sang ne se répandant pas au dehors.

L'appareil dit « *mélangeur* » comprend une ampoule fermée par un bouchon creux percé d'un orifice latéral, mettant la cavité de l'ampoule en communication avec une tubulure faisant cheminée d'air. A cette ampoule sont annexées deux tubulures latérales, fermées chacune par un robinet : l'une s'abouchant en haut de l'ampoule fait communiquer l'appareil avec le « receveur » par le tuyau muni de l'aiguille ; l'autre aboutissant à la partie inférieure de l'ampoule assure la communication avec le ballon contenant le sang du « donneur ». (*La Presse médicale*, 28 juillet 1926.)

Etude critique des manifestations cardio-vasculaires de la scarlatine.

Longtemps on a considéré la scarlatine, après le rhumatisme et la chorée, comme la maladie générale donnant les plus fréquentes lésions car-

diaques. P. Cochez démontre que si, en réalité, les troubles fonctionnels, tachycardie et avec elle les souffles extracardiaques, sont de règle au cours de la scarlatine, les lésions des séreuses du cœur ou du myocarde lui-même sont exceptionnelles.

Une difficulté surgit pourtant chaque fois que l'on étudie une lésion viscérale dans la scarlatine: cardiaque, hépatique ou rénale, c'est de préciser quelle est la part dans la détermination de ces lésions du virus scarlatin et des germes d'infection secondaire, dont le streptocoque est de beaucoup le plus important. Cette difficulté est d'autant plus grande que le virus de la scarlatine reste encore inconnu, que le streptocoque est l'agent ordinaire des complications très fréquentes au cours de cette maladie, et que son rôle paraît même si important à certains auteurs qu'ils le considèrent comme l'agent causal de l'affection.

Les troubles fonctionnels cardiaques, que l'on a presque toujours l'occasion d'observer dès le début ou au cours de la scarlatine, ne sont pas dus à une lésion anatomique du myocarde.

Dès la période d'invasion, il y a tachycardie ; et celle-ci ne semble pas, au cours de la maladie, avoir une valeur pronostique, sinon que lorsqu'elle s'associe à l'hypotension, à la dyspnée, à l'hyperthermie, elle caractérise le syndrome malin des formes hypertoxiques.

La bradycardie est plus fréquente au décours de la période d'éruption, à la fin de la période fébrile ; elle persiste environ dix-huit jours ; c'est une bradycardie totale, ayant les caractères d'une bradycardie nerveuse.

Le rythme fœtal répond simplement au raccourcissement du grand silence, avec égalisation des deux silences ; il n'est pas l'indice d'une lésion myocardique et ne comporte pas de pronostic sévère.

La plus fréquente des arythmies est l'arythmie respiratoire, caractérisée par l'accélération du pouls à l'inspiration et son ralentissement à l'expiration.

Quant aux souffles extra-cardiaques, ils sont en grande partie fonction de l'accélération du rythme.

Dans la scarlatine, la tension artérielle s'abaisse, et cette hypotension s'accentue encore quand apparaissent des complications : angines, otites, bubons, albuminurie.

La péricardite serait exceptionnelle, même dans les formes graves septicémiques ; elle serait en tous cas latente, rien n'attirant l'attention sur le cœur. Quant aux lésions de l'endocarde ce serait, à titre de complication streptococcique, l'endocardite infectieuse surtout végétante que l'on observerait tardivement au cours de la scarlatine, d'une manière exceptionnelle d'ailleurs.

Enfin, à part des cas particuliers et exceptionnels, on n'observe pas dans les complications rénales chez l'adulte d'hypertrophie ventriculaire gauche, mais seulement, et d'une manière rare, la dilatation des cavités droites avec bruit de galop droit.

Bref, si les troubles fonctionnels cardiaques sont de règle, les lésions du cœur susceptibles de grever l'avenir du scarlatineux sont exceptionnels. (*Le Bulletin médical,* 31 juillet 1926.)

Importance du symptôme vomissement au cours de l'infarctus du myocarde.

E. Schulmann et Theodoresco attirent à nouveau l'attention sur le symptôme vomissement, très étudié et apprécié par les anciens auteurs, puis délaissé, au cours des différentes affections cardiaques.

Ils rapportent l'observation d'une malade d'aspect cachectique et porteuse d'une phlébite, chez laquelle les vomissements et les douleurs épigastriques dirigèrent le diagnostic vers le néoplasme gastrique ; ils attribuaient l'état lipothymique concomitant à l'extrême faiblesse de la malade, qui depuis plusieurs jours n'acceptait pas la moindre alimentation. Un examen hématologique avait montré une anémie importante. L'examen radiologique ne put être envisagé en raison de la faiblesse extrême. La mort survint par syncope, et à l'examen on ne trouva aucun néoplasme, mais un infarctus du myocarde de tout à fait typique.

Les auteurs ne prétendent pas ajouter une forme nouvelle au tableau clinique de l'infarctus du myocarde du fait de la prédominance de cette excitation vraisemblable du vague ; ils pensent seulement que le praticien doit connaître ce symptôme qu'on a trop souvent tendance à considérer comme n'ayant aucun rapport avec la pathologie cardiaque. (*Le Progrès médical,* 17 juillet 1926.)

Les plus fréquentes dermatoses du cuir chevelu et leur traitement.

R. Sabouraud passe en revue, chez l'enfant, les impétigos (souvent pédiculaires), la pelade, les teignes, et chez l'adulte le pytiriasis (pellicule) la séborrhée grasse (origine fréquente de la calvitie), les eczémas.

Il insiste sur ce point que nos médicaments cutanés ne sont pas spécifiques. Ce sont des médicaments de symptômes, et, à qui veut faire de bonne et utile thérapeutique, ils paraîtront très peu nombreux, au nombre de cinq tout au plus, à côté d'autres qu'on emploie seulement une fois l'an.

L'iode, d'abord, toujours formulé au centième contre toutes les affections parasitaires, et contre celles qui déterminent sur la peau une

figuration orbiculaire ; toujours employé en frictions rudes et bien appuyées, une fois par jour ordinairement.

Ensuite, il y a l'huile de cade, dont l'action sur la kératose, indirectement sur la pelade, est certaine, et qu'on emploie contre tous les troubles de kératinisation, c'est-à-dire contre les états squameux et les croûtes sèches. On l'utilise au 1/10e en pommades appliquées le soir, savonnées le matin.

Les deux sulfates, dans l'eau d'Alibour, seront le médicament des dermites suintantes, et de l'impétigo en premier lieu. Les sulfates s'emploient à un pour deux cents, en frictions répétées, presque continues, de même contre les dermites suintantes eczématiques. Contre elles, on utilisera aussi le goudron de houille (au 1/5e) en pommades.

Enfin, le soufre, en nature, en poudre, en lotions, en pommades, en solutions, sera gardé pour les dermites ayant leur localisation visible aux pores folliculaires, comme les folliculites et le furoncle, et contre la séborrhée.

Avec ces moyens, il serait possible à beaucoup de guérir des dermatoses, dont ils ignoreraient même le nom et l'évolution spontanée. (*La Presse médicale*, 31 juillet 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Nouvelles recherches sur le bacille tuberculeux : applications thérapeutiques.

(MM. A. Vaudremer, E. Puthomme et J. Paulin — *Académie de médecine*, 15-2-1927.)

Nos lecteurs connaissent les belles recherches de M. Vaudremer sur les formes évolutives du bacille tuberculeux et ils se souviennent des intéressants articles publiés par leur auteur dans nos colonnes, à ce sujet. M. Vaudremer, dans une communication très remarquée à l'Académie de Médecine, aborde aujourd'hui un côté plus particulièrement médical de ses travaux : celui qui a trait aux déductions thérapeutiques.

On sait que, dans la nature, certains germes favorisent le développement d'autres germes ou lui nuisent. M. Vaudremer a montré que le bacille tuberculeux n'échappe pas à cette loi et qu'il est profondément modifié par le pyocyanique et par l'*Aspergillus fumigatus*. Ce dernier est particulièrement actif, à cet égard. Les substances élaborées par l'*Aspergillus fumigatus* modifient les caractères du bacille tuberculeux et lui permettent de se développer sous une forme nouvelle ; celle-ci s'adapte aux milieux usuels de laboratoire et y cultive sans devenir acido-résistante et sans produire de tuberculine.

Les bacilles macérés dans le liquide aspergillaire et surtout les formes qui, développées dans ce milieu, ont acquis la propriété de pousser sur gélose, provoquent l'apparition d'anticorps spécifiques, même quand elles sont tuées par la chaleur. Dans ces conditions, elles confèrent au cobaye une résistance durable et ont une valeur thérapeutique.

Partant de là, M. Vaudremer a poursuivi, avec MM. Puthomme et Paulin, dans le service du professeur Gosset, à la Salpêtrière, des essais de traitement de diverses tuberculoses chirurgicales par des injections sous-cutanées d'émulsion faite de bacilles de Koch modifiés dans le liquide aspergillaire. Les malades soumis à cette médication ont été au nombre de 128, dont 85 ont pu être suivis et étudiés. Les résultats ont été les suivants : 37 guérisons, 35 améliorations, 8 stabilisations, 8 aggravations. Les auteurs présentent des photographies d'adénites bacillaires, ulcérées ou non, du cou, de l'aisselle, d'ostéites, etc., avant et après guérison.

Ce traitement, conclut M. Vaudremer, basé sur des faits biologiques jusqu'alors ignorés ou mal connus, a permis à des malades de guérir contre tout espoir ou au moins d'échapper à des interventions chirurgicales, qui eussent parfois nécessité des mutilations redoutables. Toutefois, la valeur de ces émulsions bacillaires n'est pas absolue et l'auteur, ne voulant pas que l'on dépasse les faits actuellement acquis, ajoute qu'il ne faudrait pas, quant à présent, considérer la tuberculose comme vaincue par ce moyen.

Prophylaxie du rachitisme par l'héliothérapie.

(M. Armand-Delille. — *Académie de médecine* ; 15-2-1927.)

M. Armand-Delille pense que l'on peut prévenir le rachitisme chez le nourrisson en ayant recours à l'héliothérapie, même dans la région parisienne. L'auteur a eu l'occasion d'essayer cette méthode prophylactique dans plusieurs services hospitaliers depuis quatre ans et principalement à la Salpêtrière.

M. Paul Strauss, par la loi du 5 août 1917, a obtenu de rendre obligatoire dans les établissements industriels et commerciaux occupant plus de 100 femmes, la création d'une *chambre d'allaitement* pour les enfants de moins d'un an, que les mères doivent venir allaiter toutes les trois heures. L'assistance publique de Paris s'est conformée à cette loi en créant des chambres d'allaitement dans ses grands hôpitaux lorsque le nombre des infirmières dépasse le chiffre indiqué. C'est ainsi que M. Armand-Delille a été appelé à organiser les chambres d'allaitement d'Ivry et de la Salpêtrière.

Il l'a fait suivant les principes du prof. Grancher,

en box isolés. La chambre d'allaitement de la Salpêtrière qui reçoit 90 nourrissons, a été divisée en 30 box par des cloisons vitrées de deux mètres de haut, donnant sur un couloir. Dans chaque box se trouvent un petit lit, une chaise, une table et un porte-manteau avec blouse spéciale que mettent et enlèvent chaque fois les infirmières et les mères quand elles soignent ou allaitent les enfants. Au point de vue de l'élevage et de la contagion, ce système s'est montré excellent. L'auteur l'a complété par l'héliothérapie, le bain de soleil sur une terrasse pendant la belle saison, d'avril à octobre, et aucun de ces nourrissons n'est devenu rachitique.

— M. Marfan, laissant de côté la question du traitement du rachitisme par l'héliothérapie et les rayons ultra-violets, désire seulement faire des réserves sur les théories américaines concernant l'étiologie du rachitisme. Cet état n'est pas dû, essentiellement et uniquement, à la vie prolongée dans l'obscurité, à la carence des rayons solaires. Le rachitisme, même accusé, peut s'observer chez des enfants qui vivent dans des appartements suffisamment éclairés et qui sortent en toutes saisons. D'autre part, des enfants habitant dans des loges obscures de concierges et qui sortent assez peu ont été trouvés indemnes de rachitisme.

La carence des rayons solaires ne saurait être considérée comme la cause efficiente unique du rachitisme. Tout au plus est-elle une cause prédisposante.

Essais de sérothérapie anti-toxique dans la scarlatine.

(M. Chr. Zœller. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-2-1927).

L'emploi de la sérothérapie anti-streptococcique dans la scarlatine n'est pas une nouveauté. Le sérum de Mooser (de Vienne), entre autres, était obtenu par injection au cheval de streptocoques scarlatineux. Il ne donna que des résultats médiocres.

Les travaux américains, de Georges et Gladys Dick, de Chicago, en particulier, sur le rôle du streptocoque hémolytique dans la scarlatine ont remis à l'ordre du jour cette question de la sérothérapie et ils ont rendu possible la préparation d'un sérum sur des bases nouvelles. On est parti d'espèces microbiennes mieux sélectionnées et mieux connues, et on a pu mesurer la valeur anti-toxique de ce sérum, en recherchant par exemple à quelle dilution il donne encore le phénomène d'extinction de Schultz et Charltton.

Il existe ainsi des sérums anti-scarlatineux utilisés en Amérique par les Dick et par Park, et en divers autres pays avec des résultats satisfaisants dans l'ensemble. On commence à l'Institut Pasteur de Paris à en préparer également.

Au cours d'une épidémie de scarlatine qui a sévi à Varsovie en 1925 et 1926, les médecins polonais ont eu recours à la sérothérapie, et, si l'on en croit le Dr Chodzko « les effets obtenus sur un groupe de malades choisis parmi les plus atteints ont été les plus heureux ». Au point de vue de la rapidité et de la puissance d'action sur la température et l'état général des malades, le sérum antiscarlatineux dépasserait tous les sérums existants, même le sérum antidiphtérique.

M. Zœller a employé chez deux patients atteints de scarlatine grave (la sérothérapie ne semble pas indiquée dans les cas bénins), un sérum antiscarlatineux qui lui a été fourni par le Dr O'Brien. Il en injecta 20 cc. par voie intra-musculaire. L'injection fut suivie le lendemain de l'extinction de l'exanthème et d'une chute de la température. De tels effets encouragent tout au moins à poursuivre cette thérapeutique.

Injection intra-veineuse de sérum au cours d'une amputation chez un blessé shocké.

(M. Dupuy de Frenelle. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 18-2-1927.)

Au nom de M. Papillon, M. Dupuy de Frenelle rapporte l'histoire d'un blessé en état de shock (sans pouls) chez lequel, dans la veine fémorale sectionnée au cours d'une amputation, on fit directement, à l'aide d'une canule de verre effilée une injection d'un litre et demi de sérum tiède, en une ou deux minutes. Il s'ensuivit une véritable résurrection du malade.

M. Dupuy de Frenelle préconise, de préférence, l'usage du sérum glucosé à 40 %o, qui est anti-coagulant, additionné de 100 à 200 gr. de sang et de XV gouttes d'adrénaline au millième. L'auteur a souvent vérifié l'action puissamment revivifiante de l'injection intra-veineuse de petites quantités de sang mélangé à de grandes quantités de sérum glucosé, chez les blessés en danger de mort par hémorrhagie foudroyante.

Le quinosol dans la thérapeutique des épidermophyties.

(MM. Lortat Jacob et Bidault. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-12-1926.)

Le sulfate d'ortho-oxyquinoléine, connu sous le nom de quinosol, est une poudre cristallisée, jaune clair, d'odeur assez pénétrante rappelant celle du safran, facilement soluble dans l'eau. Il n'altère ni la peau, ni les muqueuses, mais peut provoquer toutefois sur les muqueuses, d'une façon passagère et suivant les idiosyncrasies, une sensation de cuisson légère.

Sur les indications de Nicolle, on s'en est servi pendant la guerre, pour la conservation des stocks de sérums et on l'a recommandé aux Etats-Unis pour la désinfction des muqueuses nasale, pharyngée et vaginale.

MM. Lortat-Jacob et Bidault ont obtenu quelques résultats intéressants en appliquant le quinosol dans la thérapeutique des épidermophyties. Ils ont utilisé les deux formules suivantes :

1° (Solution) :

Quinosol	0.5 à 1
Alcool à 90°	50
Glycérine	20
Eau bouillie	150

(Dissoudre le quinosol dans l'eau, ajouter ensuite l'alcool et la glycérine).

2° (Crème) :

Quinosol	0.5
Eau bouillie	5
Lanoline	25
Vaseline	70

Des trichophyties de la face, du bras, du poignet dues au *tr. gypseum* ont été guéries en une semaine par des frictions à la solution quinolosée répétées plusieurs fois par jour. Une lésion du sourcil dans laquelle on a trouvé du *microsporum felineum* a disparu non moins rapidement. De même une épidermophytie localisée au poignet et aux paupières, chez une fillette.

Une des particularités de cette médication est qu'elle agit plutôt par action protectrice. Elle arrête l'extension du processus morbide en imprégnant les régions circonvoisines des points parasités et permet au tissu cutané atteint de réagir contre le parasite grâce à ses moyens de défense naturels.

Crise nitritoïde guérie par le cyanure de mercure.

(MM. MILIAN et WAHL. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-12-1926.)

M. Milian a vu un syphilitique faisant des crises nitritoïdes au moment des injections d'arsénobenzènes et qui n'eut plus de ces crises après avoir été soumis à une série d'injections du cyanure de mercure. L'auteur pense que la crise nitritoïde relevait ici d'une atteinte syphilitique de l'appareil endocrino-vago-sympathique, atteinte qui a été amendée par le cyanure.

— M. LORTAT-JACOB signale les services que peuvent rendre les douches dans toutes les manifestations d'instabilité vago-sympathique. L'hydrothérapie a été employée à Saint-Louis, autrefois plus qu'aujourd'hui. M. Lortat-Jacob en a retiré de bons résultats dans l'asthme, l'urticaire, les prurits, les crises nitritoïdes et il estime que cette hydrothérapie devrait être remise en honneur.

P. L.

Marseille.

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

A propos du prolapsus utérin chez les femmes âgées.

M. BONNAL insiste sur les lésions très différentes que présentent la femme dans la force de l'âge, chez laquelle le prolapsus est consécutif à de nombreuses grossesses, et la femme âgée où le prolapsus est dû à la déchéance organique, par insuffisance de nutrition ou atrophie sénile. Dans le premier cas, l'étoffe est déchirée mais la trame est solide et il suffira de reconstituer le périnée. Dans le deuxième cas, l'étoffe est mauvaise, distendue et fissurée de toutes parts et la raccommoder est un leurre. L'A. insiste sur l'inefficacité et les dangers de l'hystérectomie vaginale chez ces malades et il préconise l'opération de Le Fort élargie, le cloisonnement du vagin qui solidarise les parois vaginales et crée un bloc qui s'oppose au prolapsus. Il relate, à l'appui de sa thèse, diverses observations.

A propos des céphalées « secondaires » de la rachianesthésie.

MM. Marcel ARNAUD et Albert CRÉMIEUX rapportent quatre cas de céphalées secondaires, apparues dans les jours suivant une rachianesthésie à la syncaïne. Deux fois, la céphalée fut accompagnée d'un syndrome méningé. Dans deux cas, aucune amélioration ne fut observée à la suite du traitement préconisé par Leriche contre les phénomènes d'hypotension du liquide C. R. Au point de vue pathogénique, les auteurs incriminent une méningite toxique, associée ou non à l'hypotension du L. C. R., le mécanisme n'étant pas univoque.

Acariose du grain d'allure épidémique.

M. Georges BARBIER. — Des épidémies familiales d'une dermatose à type de prurigo banal ont été observées dans plusieurs cas chez des sujets exposés au contact de grains d'orge mités ; dès la présence des sacs contaminés, l'éruption atteint tous les membres de la famille ; dès leur disparition, la guérison spontanée se produit sans autre thérapeutique. Cette affection est d'origine parasitaire, due à un acarien du genre pédiculoïdes, *le pediculoides ventricosus*, qui vit en parasite sur les larves et les nymphes de la teigne du grain (*tines granella*) et peut, quand celles-ci font défaut, passer sur le corps de l'homme et y déterminer l'éruption observée dans les trois épidémies rapportées.

Un procédé de cathétérisme chez les prostatiques en rétention aiguë.

M. DOR. — Chez ces malades qu'il faut pouvoir soulager rapidement, les procédés habituels de cathétérismes peuvent échouer quand ils sont essayés en position de décubitus horizontal. Aussi, quand la cystostomie n'est pas indiquée, et quand la sonde molle de Nélaton, la sonde béquille avec ou sans mandrin Béniqué ou Maisonneuve, a échoué même combinée avec le toucher rectal, l'auteur conseille de placer le malade en position fortement inclinée comme en Trendelenbourg et d'essayer à nouveau dans cette position les diverses sondes citées plus haut. On a

alors les plus grandes chances de passer facilement ainsi que cela lui est arrivé plusieurs fois à lui-même. Il semble, en effet, que dans cette position, la vessie pleine d'urine, fortement attirée en arrière par son poids, redresse sa déviation et tirant sur ses attaches prostatiques déploie l'urètre, le mettant en quelque sorte dans l'axe de la sonde qui chemine.

Un cas de pleurésie purulente à pneumocoques chez l'enfant traité par l'optochine. Echec du traitement.

M. P. Giraud rapporte l'observation d'une pleurésie purulente chez un enfant de trois ans au début de son évolution. On pratiqua huit ponctions évacuatrices suivies d'injections intrapleurales d'optochine. La fièvre persistant, l'état général déclinant progressivement, on se décida à l'intervention plus d'un mois après le début des injections. L'opération pratiquée par le Dr Poucel montra un épanchement très abondant (un demi litre) en plèvre absolument libre. La guérison fut lente après persistance d'une fistule pleurale temporaire.

Un nouveau cas de pleurésie purulente à pneumocoques traité par l optochine avec insuccès.

M. J. Poucel. — Enfant de 3 ans 1/2. Cas paraissant très favorable pour l'essai de la méthode ; excellent état général ; température peu élevée. Technique de Gralka : lavage de la plèvre avec solution de chlorhydrate d'optochine à 5 p. 1000, puis on laisse dans la plèvre 7 cent. cubes d'optochine à 5 p. 100, soit 0 gr. 35 cent. (soit 25 milligr. par kilogr. de poids). Injection tous les deux jours, trois fois. Echec complet nécessitant l'intervention. Les énormes éponges purulentes de fibrine qu'on trouve toujours dans ces pleurésies expliquent les échecs de toutes autres méthodes que l'intervention.

Rein tuberculeux préalablement traité par le bleu de méthylène.

MM. Chauvin et Buisson présentent un rein tuberculeux enlevé chez une jeune femme de 2 7 anaprès quinze jours de traitement par le bleu de méthylène à la dose de 10 centigr. par jour. Les lésions apparemment normales à la coupe, se sont en quelques minutes colorées en bleu foncé par oxydation à l'air du leucodérivé. Cette pièce démontre la fixation élective du bleu sur les lésions et explique son action thérapeutique.

Syndrome de Stokes-Adams avec dissociation auriculo-ventriculaire complète.

MM. Olmer et Ferrimond rapportent l'observation d'un syndrome de Stokes-Adams typique, chez un homme de 27 ans, avec dissociation auriculo-ventriculaire complète démontrée par l'auscultation des jugulaires et les tracés mécaniques. Les accidents nerveux, très fréquents pendant une première période où la bradycardie était paroxystique, ont presque entièrement disparu depuis que le pouls est régulièrement ralenti à 30. L'étiologie est particulièrement intéressante, ce syndrome ayant apparu chez un sujet non syphilitique au décours d'une affection aiguë avec hémorragies intestinales, vraisemblablement d'origine typhique.

Déformation hippocratique des extrémités sans lésions cardiaques, ni pulmonaires.

MM. Olmer, Perrimond et Mlle Gayraud montrent un malade âgé de 30 ans, atteint d'une dysenterie amibienne chronique depuis 7 ans, qui présente depuis dix mois une déformation hippocratique très marquée des doigts et des orteils. Aucune lésion pulmonaire ni cardiaque ne peut expliquer cette déformation qui semble relever de l'infection amibienne chronique, peut-être avec réaction hépatique. Elle serait comparable aux déformations analogues signalées dans la maladie de Hanot.

Empoisonnements par champignons desséchés.

MM. Olmer et Rougon attirent l'attention sur le danger que peuvent présenter les champignons desséchés mis en vente dans le commerce. Ils rapportent cinq observations dont trois cas légers et deux graves. Dans les cas légers, il s'est agi de troubles gastro-intestinaux passagers. Une malade a présenté les signes d'une gastro-entérite cholériforme. Une autre a évolué en trois périodes : troubles gastro-intestinaux graves avec vomissements et diarrhée, puis rémission, enfin troubles nerveux avec délire, coma et parésie des membres inférieurs. Tous les malades ont guéri. Dans un cas analogue, M. Gabriel a pu identifier une russule. Les russules, qui contiennent des substances résinoïdes, se comportent parfois comme des vomitifs et des drastiques énergiques. La dernière observation reproduit le syndrome dit muscarinien, peut-être aussi à cause de la présence d'autres espèces nuisibles dans le lot incriminé. Les A. concluent à la nécessité d'un contrôle sévère des champignons même secs mis en vente dans le commerce.

Endocardite maligne à forme lente.

MM. Rouslacroix et Edouard Giraud. — Endocardite maligne à forme lente ayant évolué depuis 5 ans chez un rhumatisant ancien ayant présenté à la suite d'une blessure de guerre une longue suppuration. Les A. insistent (fait signalé par Rist) sur les hémorragies pulmonaires sans infarctus.

Le mésothorium en urologie (tumeurs de la vessie et cancers de la prostate). Applications et résultats personnels.

M. Martin-Laval communique deux observations. La première concerne un homme âgé atteint depuis plusieurs années d'une papillomatose vésicale re-

belle. Après une série de 27 injections de mésothorium, l'A. ne trouve aucun changement au cours d'un premier examen cystoscopique, mais deux mois plus tard, le malade n'ayant subi aucun traitement dans l'intervalle, il constate que les papillomes anciens sont nécrosés et en voie d'élimination. Par contre, de nouveaux petits papillomes roses commencent à pousser. Le mésothorium paraît avoir une action nécrosante sur les papillomes existants, mais n'a par contre, aucune action préventive. L'autre observation a trait à un volumineux cancer de la prostate, dur et bosselé, qui disparut complètement sans qu'on pût en retrouver la trace, en même temps que cessaient toutes douleurs. Le mesothorium n'empêcha pas la propagation ganglionnaire. Mort par cachexie deux ans après. L'A. se demande si des doses plus fortes ne donneraient pas une action plus complète.

Syndrome thalamique analgique.

MM. H. Roger, Siméon et Denizet présentent un homme âgé de 47 ans, atteint d'hémiparésie gauche très légère avec hémihypoesthésie survenue brusquement, qu'ils rattachent à un ramollissement du thalamus ; main avec doigts fléchis au niveau de leurs premières phalanges, étendus pour les autres, attitudes variables suivant les positions, contracture intentionnelle, mouvements athétosiques très discrets, dysmétrie des plus nettes, réflexes de posture plutôt diminués, diminution des sensibilités superficielle et surtout profonde. A signaler l'absence complète de douleurs et d'hémianopsie qui fait discuter aux auteurs le diagnostic différentiel d'avec le syndrome pariétal. Un signe de Babinski bilatéral fait penser à une participation légère des voies pyramidales vraisemblablement par cérébrosclérose lacunaire associée.

Erythroplasie vulvaire.

M. Georges Barbier rapporte un cas d'érythroplasie vulvaire, observé chez une femme de 72 ans, constitué par une tache ovalaire, rouge, bien limitée, sans aucune induration, sans retentissement ganglionnaire. Malgré cet aspect remarquablement bénin, l'examen histologique montre que le stade précancéreux est dépassé et qu'il s'agit déjà d'un cancer spino-cellulaire. L'exérèse fut pratiquée par M. Reynès après insuffisance de l'électro-coagulation.

Leucémie suraiguë à forme myéloïde.

M. Georges Barbier. — Il s'agissait d'une leucémie aiguë chez une jeune femme de 20 ans qui se présentait, au point de vue clinique, comme une forme bucco-pharyngée avec épistaxis et qui, malgré une évolution suraiguë, en 21 jours, correspondait à une formule hématologique à prédominance myéloïde (35 % de myélocytes, 6 % d'hématies nucléées).

A propos du mécanisme de l'hypotension par ponction lombaire.

MM. Marcel Arnaud et Albert Crémieux ont étudié sur le cadavre le passage d'une solution de bleu de méthylène par un orifice de ponction dans les parties molles périrachidiennes : à trois reprises, ils ont retrouvé une très faible quantité du liquide (un centicube). Ils ne croient pas que cette déperdition suffise à expliquer l'hypotension qui suit certaines ponctions lombaires, selon la théorie admise par de nombreux auteurs, étant donné que le liquide céphalo-rachidien se renouvelle normalement en totalité en moins d'une heure. Ils émettent l'hypothèse d'une inhibition des organes producteurs de ce liquide, qui produirait secondairement l'hypotension comme, dans certains cas, l'hypersécrétion réactionnelle provoque l'hypertension.

Septicémie mortelle à staphylocoques.

MM. Rouslacroix et Edouard Giraud présentent l'observation d'une jeune fille âgée de 25 ans, ancienne rhumatisante atteinte de cardiopathie, brutalement prise d'un accès fébrile élevé, de douleurs articulaires. Etat infectieux grave ataxo-adynamique. Eruption de papules acuminées, avec sommet purulent jaunâtre, très douloureuses à la pression ; foie et rate douloureux, souffle diastolique aortique ; mort en 8 jours par insuffisance hépatique. A l'autopsie, endocardite aortique végétante, abcès miliaires dans les reins, foie dégénéré. Quatre hémocultures donnent un staphylocoque doré très virulent pour le lapin et même le cobaye, ne présentant aucun caractère cultural particulier (Les lapins sont morts de 24 à 48 heures après inoculation intra-veineuse et même sous-cutanée).

Volumineux anévrysme de la crosse de l'aorte, presque sans signes physiques ou fonctionnels.

MM. Rouslacroix et A. Raynaud fils. — Femme de 60 ans entrée à l'hôpital pour des crises asthmatiformes et angineuses dans l'intervalle desquelles les symptômes fonctionnels et les signes physiques sont réduits au minimum : dyspnée d'effort, dysphonie et, à l'auscultation, sensation de soulèvement profond dans l'aire précordiale. La radioscopie montra cependant un gros anévrysme en cimier de casque. A l'autopsie, volumineux anévrysme de la totalité de la crosse laissant libre l'aorte ascendante et thoracique. La poche est entièrement tapissée par des caillots fibrineux stratifiés, adhérents, au milieu desquels le sang se fraye un passage dans un espace lacunaire parallèle à la crosse. Syndrome d'irritation récurrentielle, mais non de paralysie.

Radiographies du cœur après injection lipiodolée des coronaires.

MM. Rouslacroix et A. Raynaud fils. — Une technique très simple, déjà présentée par l'un des

auteurs à la Société de Biologie, permet l'injection de tout le système coronaire révélé ensuite par la radiographie. Sur deux cœurs, on peut voir ainsi des plaques d'athérome siégeant sur les artérioles et provoquant une insuffisance d'irrigation du cœur gauche ou du cœur droit. Les anomalies vasculaires sont également mises en évidence et il est à présumer que ce procédé pratique rendra de grands services pour la pathogénie de l'angor pectoris.

Tuberculose rénale ancienne et défense fibreuse.

MM. CHAUVIN et MURARD présentent un rein enlevé chez une jeune femme malade depuis sept ans et présentant des signes discrets de cystite sans bacilles dans les urines. Seule une inoculation permit le diagnostic. L'intervention montra des lésions de bacillose très nettes, entourées d'une coque fibreuse. L'uretère est énorme, plus volumineux qu'un pouce d'adulte. A la coupe, la lumière en est extrêmement réduite, entourée d'une paroi fibreuse extrêmement hypertrophiée par un processus de défense.

Un nouveau cas de paralysie générale conjugale.

MM. WAHL et ALOMBERT. — Mari mort de P. G. le 12 mars 1922, la femme est internée pour la première fois le 14 mars 1922 pour une mélancolie anxieuse et sort améliorée le 31 mars 1923 ; elle rentre le 13 septembre 1926 en état complet de démence paralytique. Chez elle, comme chez son mari, la syphilis est démontrée par les réactions de laboratoire. Elle est grabataire et gâteuse. Après discussion, les auteurs concluent que rien dans ce cas ne justifie l'hypothèse d'une syphilis neurotrope proposée par Marie et Levaditi. Il est bien plus probable que cette femme a été atteinte lors du premier internement d'une mélancolie vulgaire et que la paralysie générale ne s'est développée que plus tard. Il est donc probable que cette femme était une prédisposée chez laquelle la syphilis a causé la P. G. après l'incubation ordinaire.

Paralysie générale précoce d'origine hérédo-syphilitique vraisemblable.

MM. ROGER, REBOUL, LACHAUX et DENIZET. — Cas d'un malade âgé de 24 ans atteint de paralysie générale à forme démentielle sans délire, avec dysarthrie grossière sans troubles pupillaires. Les réactions humorales sont positives ; le début des troubles remonte à un an et demi. L'origine hérédo-syphilitique est vraisemblable, en l'absence de syphilis acquise connue et en raison de l'existence de nombreuses fausses couches chez la mère et d'un syndrome angineux qui a entraîné la mort subite du père. A noter que le grand-père paternel du malade était aliéné.

Emile CASTELLI.

Les Congrès

XIIIe Congrès d'Hygiène.

Tenu du 19 au 21 octobre 1926 à l'Institut Pasteur.

Première question.

L'immigration.

Rapport de MM. G. DEQUIDT, Inspecteur général des Services administratifs, et G. FORESTIER, Inspecteur départemental d'hygiène.

Le rapport de MM. Dequidt et Forestier étudie dans son ensemble les aspects sanitaires du problème de l'immigration en France.

Depuis la guerre, les Etats-Unis, les Dominions anglaises et les Républiques Sud-Américaines, ayant pris des mesures de prohibition contre l'afflux des émigrants, un très grand nombre d'étrangers, obligés de quitter leurs pays surpeuplés ou en proie à des crises politiques, sont venus en France pour y travailler et y vivre. Notre pays, appauvri en hommes et avide de main -d'œuvre, les a accueillis. Aujourd'hui, après les Etats-Unis, la France est la nation du monde qui reçoit le plus d'émigrants.

Sans s'arrêter aux considérations philosophiques que peut présenter ce phénomène, il importe sans retard de l'étudier au point de vue pratique, ethnique, économique et sanitaire, et de préparer une législation y afférente. Nous comptons actuellement près de trois millions d'étrangers sur le sol français, ce qui fait une proportion de 7 pour 100 environ.

Si l'on s'en tient à l'aspect sanitaire du problème, on voit que bien peu de chose existe à ce sujet. Le décret du 9 septembre 1925, relatif au séjour des étrangers, ne contient que des stipulations d'ordre hygiénique très sommaires. Lorsque l'étranger n'est pas un salarié, il lui suffit, pour entrer en France, de présenter un passeport ou une pièce d'identité, suivant les cas. Lorsqu'il s'agit d'un salarié, il doit être porteur d'un certificat d'embauchage, sinon il est dirigé sur le bureau d'immigration ou l'office de placement le plus proche. Les mesures sanitaires se résument à la vaccination anti-variolique, et, pour les immigrants en provenance de pays contaminés par le typhus, à l'épouillage. Si invraisemblable que cela paraisse, les aliénés, les imbéciles, les vagabonds, les infirmes, les malades, les anti-sociaux peuvent franchir librement nos frontières.

Bien plus, une fois entrés, nous devons les soigner, conformément à des accords internationaux qui reconnaissent à ces étrangers (la majorité tout au moins), le bénéfice de nos lois du travail, de nos lois d'assistance, etc.

Une telle politique, disent les rapporteurs, a eu les résultats qu'on en devait attendre : la France tend à devenir le « dépotoir » de l'Europe. On se rappelle les communications faites l'an dernier à l'Académie de médecine et dans d'autres Sociétés Savantes sur l'afflux des malades étrangers dans les hôpitaux, de nos grandes villes surtout, de Paris, Lyon, Marseille. Les frais d'hospitalisation des étrangers se sont élevés, en 1925, à près de dix millions pour Paris, un million et demi pour Lyon, les autres frais d'assistance médicale gratuite à trois millions. Les aliénés étrangers du département de la Seine coûtent 25.000 francs par jour.

Les immigrés qui viennent travailler chez nous sont non seulement trop souvent des malades, mais trop souvent aussi des délinquants. Il est facile de comprendre que les individus indésirables dans leurs pays cherchent à s'expatrier. En fait, il résulte d'une enquête ouverte par le Ministère de la Justice que sur cinq condamnés un est de nationalité étrangère.

Il importe donc d'intervenir, de coordonner, de contrôler, de sélectionner l'immigration, pour qu'elle devienne non plus une cause d'amoindrissement pour le pays, mais au contraire un facteur de prospérité.

La première indication sanitaire est l'élimination des malades et des infirmes. Il faudrait interdire l'entrée aux idiots, aux débiles mentaux, aux aliénés, aux alcooliques, aux tuberculeux, aux syphilitiques en évolution, aux lépreux, trachomateux, aux grands infirmes (sourds, aveugles, difformes) incapables de gagner leur vie, aux contagieux. La filtration peut être faite à la frontière ou dans le pays même de l'immigrant par l'intermédiaire de nos consulats.

Dans ses grandes lignes, on pourrait s'inspirer de l'organisation créée par les Etats-Unis qui ont une longue expérience de la question. Aux Etats-Unis, ne sont pas qualifiés d'immigrants : les fonctionnaires, les touristes, les personnes venant pour leurs affaires, etc. Au Canada, sont considérés comme indésirables : les faibles d'esprit, les muets, les aveugles, les tuberculeux, les alcooliques, les prostituées, les vagabonds, les illettrés, etc. En ces contrées, le secret de l'efficacité de la législation concernant les émigrants réside dans la sévérité et l'inéluctabilité des sanctions. La loi n'atteint pas seulement l'émigrant, mais les personnes qui l'ont recruté, embauché, transporté. Ainsi, les Compagnies de navigation sont passibles d'une amende de 1.000 dollars par indésirable et doivent rapatrier à leurs frais celui-ci. La demande que l'immigrant doit faire au service compétent comprend une foule de détails : nom, âge, but du voyage, degré d'instruction, etc. Sur la feuille de renseignements sont énumérés toutes les catégories de causes d'exclusion et une réponse doit être faite en face de chacune d'elles.

Les auteurs passent en revue les quelques projets de loi qui sont actuellement en élaboration, à ce sujet, au Parlement français (proposition Moutet sur l'expulsion des étrangers, proposition Lambert sur la naturalisation, projet Chauveau d'ordre sanitaire). Du point de vue biologique, il y aurait lieu de rechercher plutôt l'immigration des étrangers de culture latine (Belges, Suisses, Italiens, Espagnols, du Nord), en prévision d'une assimilation et d'une naturalisation ultérieures. Au point de vue sanitaire, l'examen au départ, dans le pays d'origine, offre le plus d'avantages. On créerait un groupe de médecins agréés par les consulats, sous la direction d'un médecin fonctionnaire français. L'établissement de sanctions obligerait les compagnies de transport et les employeurs à sélectionner les immigrants et à contrôler les renseignements donnés par eux, dans une certaine mesure tout au moins.

Il y a là, on le voit, un très vaste et très important problème qui demande à être étudié et solutionné rapidement.

Rapport de M. le Dr René Martial.

Un deuxième rapport sur la question de l'immigration est présenté par M. René Martial. Notre collaborateur, dont nos lecteurs connaissent la haute compétence en matière d'hygiène publique, envisage principalement l'examen sanitaire des immigrants à la frontière et leur logement dans le pays.

M. René Martial prend d'abord exemple de ce qui se passe en Amérique. Lorsque les immigrants arrivent aux Etats-Unis, dit-il, ils ont déjà franchi le *veto* consulaire et le *veto* sanitaire, mais il leur reste encore un troisième *veto* à franchir, le plus redoutable de tous, celui de la frontière même. L'immigré, déjà porteur d'une feuille d'observation médicale établie au pays d'origine, est examiné par le service médical spécial de l'immigration. Pour donner une idée de cet examen, voici un extrait tiré du fascicule des règles d'inspection :

« Le médecin sanitaire questionne l'étranger sur son âge, sa destination... (appréciation de l'état mental), lui fait faire une ou deux additions simples (instruction), examine les yeux (vision), les pupilles, retourne les paupières (trachome), inspecte le cuir chevelu (teignes), la face (état physique général), les mains (difformités), la marche... ». Les psychoses sont l'objet d'une attention particulière.

Les étrangers reconnus malades sont divisés en trois classes : la classe A (psychopathes, alcooliques, faibles d'esprit, tuberculeux, malades contagieux...) entraîne le refus pur et simple ; la classe B comprend les malades simplement diminués dans leur capacité de travail ou qui peuvent nécessiter un jour des soins (enfants malades, cardiaques, anémiés, paludéens, etc.) : suivant leur profession, leur moralité, l'acuité de leur maladie, on les accepte ou on les refoule ; la

classe C comprend des affections ou des états notés à titre de renseignements : la grossesse par exemple.

M. René Martial estime qu'il serait facile et relativement peu coûteux de créer une organisation de contrôle des immigrés à la frontière en traçant aux médecins sanitaires chargés de ce service une ligne de conduite se rapprochant des indications américaines.

L'auteur envisage ensuite ce qui concerne le logement des immigrants à l'intérieur du pays. Des réalisations ont été faites déjà sur ce point par des groupements industriels du Nord. Les Forges et Aciéries de la marine et d'Homécourt ont ainsi créé une hôtellerie qui comporte plus de 180 chambres et où l'on trouve la nourriture et une nourriture excellente. Détail à la fois amusant et caractéristique : les Russes, dans ces restaurants, mangent pour 4 fr. à chaque repas, les Français pour 3 fr. et les Italiens pour 1 fr. 50 ! Les Compagnies d'Anzin, de Dourges, et d'autres Compagnies minières ont créé des cités ouvrières où les familles de mineurs peuvent vivre dans des maisons coquettes, confortables, avec jardins. Elles y logent, les mineurs français, et aussi les mineurs venus de Silésie pour compléter le chiffre insuffisant des travailleurs français. Ces Compagnies ont fait construire, pour fixer les familles ouvrières polonaises, des écoles ; elles ont fait venir des instituteurs et des ministres des Cultes polonais, etc. Il y a là, constate M. René Martial, un exemple qu'il faut publier, car il est à la gloire de l'initiative française. Par contre, le département de la Seine, surpeuplé, sans espace libre, ne connaît rien de ce genre.

Communications.

Diverses communications sont également présentées concernant le problème de l'immigration : par M. le Dr Pierre Montagnol, directeur du Bureau d'hygiène de Valence ; par Mme Daumézon, sur le logement des Espagnols à Narbonne ; par M. Ichok, sur les maladies professionnelles des immigrés et les traités internationaux de travail et d'assistance ; par MM. Spillmann et Jacques Parisot, de Nancy, sur la main-d'œuvre étrangère et ses conséquences au triple point de vue médical, social et financier ; par MM. le prof. Spillmann et Cavaillon, sur la prophylaxie anti-vénérienne chez les étrangers ; par M. Armand-Delille sur le service médical des rapatriements à Evian pendant la dernière année de la guerre, etc.

(*A suivre.*) P. L.

Les Livres

G. Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

Dr A. Leclercq. — **Les angines de poitrine et leur traitement.** (*Tome VI de la Collection des « Maladies de la cinquantaine »*). (1 vol. de 192 pages avec figures. Prix : 15 francs.)

En vue d'un traitement rationnel, l'auteur montre la nécessité de classer tous les cas d'angor (de même qu'il a été fait pour l'artériosclérose, pour les maladies du cœur et de l'aorte, pour les albuminuries artérielles) sous trois groupes bien définis, faisant état de la notion étiologique, du caractère anatomique, de la personnalité clinique propres à chaque groupe. L'angine A (cardiosclérose et sclérose aortique) est une maladie à forme hypertensive, ventriculaire, propre à l'individu. L'angine B (groupe des aortites) est le résultat des infections variées, de la syphilis surtout. L'angine C (athérome cardio-aortique) est celle des intoxications, ou expérimentales, ou lentes (sénilité).

Le Dr Leclercq suit ces diverses variétés dans leur pathogénie telle qu'il la conçoit, dans leur évolution, leur diagnostic, leur pronostic, variables selon les espèces. Il classe et dénombre les types et sous-types qui peuvent rentrer dans chaque syndrome. Dans l'angine B, réservée aux infections, il établit un pourcentage des cas de syphilis, qui sont le propre de ce groupe. Un chapitre est ouvert aux « angines fonctionnelles » où l'auteur fait des coupes profondes et démontre que les maladies de ce groupe qui n'ont pas le contrôle du test radiographique ne sont souvent que des angines lésionnelles camouflées.

Pour établir un traitement rationnel de l'angor, il suffit de suivre pas à pas ces divers enseignements. Le thérapeute ne doit plus, lorsqu'il a établi son diagnostic, hésiter ou errer dans le traitement. Trois caractéristiques le dirigent en dehors des crises : dans le premier cas, traitement hypotenseur ; dans le deuxième cas, traitement anti-infectieux, souvent spécifique ; dans le troisième cas, traitement de l'athérome cardio-artériel.

Au fil de l'ouvrage, sont enregistrés les résultats très encourageants du traitement. Quant à l'intervention chirurgicale, encore à l'étude, il faut bien avouer que la suppression de la douleur laisse subsister la maladie tout entière. Mais il existe une prophylaxie de l'angor, et l'on peut, en rapportant les règles de l'hygiène aux trois aspects décrits de la maladie, éviter celle-ci dans une large mesure.

L'hypertension, l'insuffisance du cœur dans leurs rapports avec l'angine de poitrine font l'objet de longs chapitres. L'auteur suggère des conseils dans le traitement si difficile de l'insuffisance cardiaque chez l'angineux, et s'élève contre l'usage abusif qui est fait de la digitale.


Rhino-Capsules
DE
LENIFORME
Huile antiseptique non irritante
dosée à 5 ou 10 °/o d'essences antiseptiques
pour auto-injections nasales
CORYZA - SINUSITES
Rhinites - Laryngites - Trachéites
ÉCHANTILLON : 26, RUE PÉTRELLE
PARIS (9e)
Suppriment l'emploi des compte-gouttes.

Des conceptions philosophiques voisinant avec des causeries familiales ne font qu'augmenter l'intérêt de l'ouvrage et en rendront la lecture plus attrayante.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris, 5e.

Les Consultations journalières

Dr Ph. Navarre. — **Le laboratoire dans la médecine journalière.** (1 vol. in-16 de 208 pages. Cartonné : 14 francs.)

A chaque instant, il faut, aujourd'hui, demander au laboratoire le renseignement qui donnera au diagnostic le poids de la précision. Certaines méthodes restent encore du domaine de manipulateurs spécialisés ; mais la plupart ont été perfectionnées et simplifiées, au point de faire partie de l'ensemble des procédés d'investigation clinique, et d'être définitivement classiques.

Ce sont ces méthodes et ces procédés que l'auteur a réunis, et qu'il a tenu à présenter sous une forme didactique telle que le clinicien passera aisément par toutes les étapes, depuis l'opportunité de la recherche jusqu'à la conclusion positive.

L'ouvrage comprend trois parties essentielles : la description de l'instrumentation, et en particulier un chapitre très étudié sur le microscope, la description des méthodes et des procédés classiques, avec l'indication de « tours de main » destinés à permettre au manipulateur d'arriver à la précision ; enfin un guide des recherches à effectuer, selon les cas, dans les divers liquides ou tissus de l'organisme.

L. Bussy. — **Ophtalmologie.** (1 vol. in-16 de 308 pages avec figures. Cartonné : 15 francs.)

Ce livre a été conçu et écrit pour l'étudiant dans son service d'hôpital, pour le médecin dans sa clientèle. Il ne contient ni problème d'optique géométrique, ni pathogénie compliquée, ni description minutieuse de maladies oculaires rares et de cas exceptionnels. Il est destiné à jouer auprès du praticien le rôle d'un consultant.

Les médecins observent journellement des ophtalmies du nouveau-né, des iritis, des kératites à hypopyon, des glaucomes, des strabismes, etc., toutes maladies fréquentes et banales, qu'ils peuvent facilement diagnostiquer et guérir. L'auteur s'est efforcé de leur indiquer en quelques pages à quels signes ils peuvent reconnaître ces maladies, ce qu'ils doivent dire au malade ou à la famille, comment ils doivent diriger le traitement, ce qu'ils peuvent faire, et ce qu'ils doivent réserver au spécialiste. De plus, les opérations faciles, qui ne demandent pas d'outillage compliqué et qui ne comportent pas de risques, ont été décrites minutieusement et des schémas illustrent le texte.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris, 5e.

Dr Mathieu de Fossey. — **Foie. Pancréas. Rate.** (1 vol. in-16 de 170 pages. Cartonné : 10 francs.)

Depuis les recherches biologiques et chimiques de ces dernières années, les maladies du foie ont pris dans la pathologie digestive une importance de plus en plus grande ; dès lors, la thérapeutique ne peut plus se borner à un traitement purement symptomatique, qui serait faire œuvre incomplète, et l'examen fonctionnel du foie est entré dans la pratique courante, permettant d'atteindre la lésion initiale, la cause première, héréditaire ou acquise.

Dans ce petit volume des « Consultations journalières » l'auteur a groupé d'abord ce qui concerne l'insuffisance hépatique et l'examen fonctionnel du foie, en se bornant aux épreuves simples et aux recherches faciles, soit au lit du malade, soit à l'aide du laboratoire. Dans chacun des autres chapitres, qu'il s'agisse des ictères, des cirrhoses, des syndromes circulatoires ou de la lithiase biliaire, les indications thérapeutiques suivent l exposé symptomatique et sont accompagnées d'une consultation détaillée s'appliquant au cas clinique. C'est dans le même esprit qu'a été exposé le retentissement sur le foie de toutes les grandes infections, aiguës ou chroniques, ainsi que les maladies du pancréas et de la rate.

Enfin, un chapitre spécial est consacré aux régimes dans les maladies du foie, pierre angulaire de toute thérapeutique de l'organe.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Norbert Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

F. Coste. — **Séméiologie médicale**, 6e édition. Premier volume de la Collection des Guides de diagnostic clinique à l'usage des praticiens : *Du symptôme à la maladie*, publiée sous la direction du Dr Coste (de Béziers). (Un vol., 350 p. avec tableaux).

Cazalis, Barthus, Coulazon. — **Séméiologie des spécialités** : Ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, urologie. 2e vol. de la Collection : *Du symptôme à la maladie.* (Un vol., 385 p., 80 fig. dont 17 en couleurs : 35 fr.).

D'Hermigny de Brüce, docteur en droit et Yvonne Bourbon, diplômée de puériculture. — **Manuel d assistance et de puériculture.** (In-8, 194 p., 14 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE SECRET PROFESSIONNEL DANS L'A.M.G.

Protestation. Réponses.

Mon cher Confrère et
Rédacteur du *Concours médical*,

Nous avons été péniblement surpris en lisant, dans un journal de défense professionnelle, et sous la signature d'un confrère, le Dr Lavalée, le passage suivant (page 403, du numéro du 13 février) : « Conflit de grand style s'il en fut et qui évoque les heures héroïques du tarif Maginot. Echange préalable d'aménités (voir les débats de décembre 1925 au Conseil général), escarmouches, parlottes, ultimatum, re-parlottes, grande offensive et grève générale , plus que jamais parlottes, envoi de parlementaires, repli des parlementaires (et quel repli ! jusqu'à plat ventre), armistice et traité de paix le 29 décembre dernier... etc. ».

La mission qui nous était confiée était assez délicate, et difficile, en raison de quelques intempérances de langage, qui s'étaient manifestées à la tribune du Conseil général, en raison des divergences de vues entre l'administration départementale et le corps médical, et de certains froissements qui en étaient résultés. Le mandat qui nous était confié était bien défini : obtenir 8 fr., 10 fr. et 30 fr. (consultation, visite de jour, visite de nuit). Satisfaction nous a été donnée sur ces trois points.

Nous avons pu négocier, heureusement, une autre question assez épineuse et dont l'importance ne vous échappera pas : le paiement intégral des honoraires des médecins qui, n'ayant pas reconnu l'A. M. G., avaient néanmoins continué à donner leurs soins aux assistés, pendant toute l'année 1926.

Enfin, en ce qui concerne le contrôle et la sauvegarde du secret professionnel, il a été convenu qu'ils seraient confiés à une commission technique de médecins praticiens de la banlieue.

Pour ce qui est de l'article 378, objet principal des préoccupations du *Concours médical*, son importance ne nous a pas échappé et il a été longuement et laborieusement discuté.

Les représentants les plus autorisés de l'administration départementale nous ont tenu à peu près ce langage : « Nous ne sommes pas ici pour nous livrer à des discussions théoriques sur le secret professionnel, ni pour légiférer, nous sommes en présence de textes administratifs, de règlements bien définis, confirmés par des précédents, voire même par une décision du Conseil d'Etat ; notre rôle consiste à les appliquer et rien de plus. »

Nous croyons avoir obtenu sur ce point, comme sur les deux précédents, le maximum du possible.

Que reste-t-il donc de cet échec humiliant, de « ce repli à plat ventre » dont parle notre confrère Lavalée ? On s'étonne qu'il n'exerce pas sa verve satirique contre les adversaires du Corps médical, plutôt que contre ses défenseurs. Nous ne savons pas quelle est son opinion sur la création d'un ordre des médecins, mais en lisant son article, on se prend à regretter qu'il n'existe pas.

Enfin, le Dr Lavalée termine son article, par cette phrase : « Quand la maison croule, vaut-il pas mieux se mettre en quête de nouveaux plans pour la reconstruire plutôt que l'étançonner ». Les mandataires des Syndicats médicaux de la Seine n'avaient pas pour mission de créer une cité nouvelle, plus ou moins chimérique, mais au contraire d'aménager la cité existante, au mieux des intérêts actuels des praticiens, et en s'inspirant des réalités pressantes du moment. Nous sommes restés sur ce terrain solide et nous avons lutté de notre mieux, pour l'intérêt général.

Nous attendons des explications du Dr Lavalée sur le fameux « repli à plat ventre des parlementaires ».

Nous attendons de votre courtoisie de faire figurer la réponse à l'endroit où était inséré l'article du Dr Lavalée.

Nous vous prions d'agréer, nos meilleurs sentiments confraternels.

Le 7 mars 1927,

Dr Fromenteau, Bagnolet (Seine).
Dr Durand, Montreuil.
Dr Calamy, Montreuil.
Dr Comet, Le Perreux.

***

Messieurs et honorés confrères.

Je m'empresse de vous accuser réception de votre lettre du 7 courant.

Point n'était besoin d'invoquer un droit de réponse pour obtenir son insertion dans le *Concours*

médical : notre journal est ouvert à toutes les opinions, sous la responsabilité de leurs auteurs, et nécessairement aux répliques que ces opinions peuvent provoquer. Je dois cependant vous confesser, en toute humilité, qu'en lisant et corrigeant l'article du Dr Lavalée, l'expression « Parlementaires » m'avait paru, à un examen sommaire, désigner des députés, et non des médecins mandatés par leur Syndicat.

Je communiquerai votre lettre au Dr Lavalée ; sans doute vous donnera-t-il des explications sur le passage qui vous a émus et troublés.

Je ne puis cependant pas ne pas approuver la critique qu'il fait de la façon dont, dans la convention intervenue, le secret professionnel a été traité.

Quoi qu'aient pu vous dire les représentants de l'Administration, se basant notamment sur un *avis* (et non une décision) du Conseil d'Etat, qui ne s'applique même pas au secret médical, tant que la législation n'aura pas été modifiée, la divulgation à un tiers, quel qu'il soit, de ce qui concerne un malade et sa maladie, par un médecin, demeure une violation de l'article 378 du Code Pénal, capable de motiver des poursuites contre le médecin en cause.

D'autre part, quand nous entendons actuellement des confrères et des Syndicats déclarer solennellement qu'ils n'accepteront jamais de collaborer aux Assurances sociales si la future loi ne garantit pas expressément le respect du secret professionnel, vous ne pourrez pas trouver mauvais que nous nous étonnions que des groupements corporatifs consentent à faire tout le contraire, dans le cadre de l'A. M. G.

Recevez, mon cher Confrère, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Dr Duchesne,
Rédacteur en chef adjoint.

***

Nous avons soumis au Dr Lavalée la lettre de nos confrères de la banlieue, lui réclamant des explications.

Voici ce qu'il nous répond :

Réponse du Dr Lavalée.

Mon Cher Confrère,

Je vous remercie de m'avoir communiqué la lettre des Drs Fromenteau, Durand, Calamy et Comet, et la réponse que vous y avez déjà faite vous-même.

Mes confrères se sont, en grande partie, mépris sur mes intentions. Je ne voulais pas leur faire grief de l'atteinte portée, dans le cadre de l'A.M.G. en banlieue parisienne, au secret professionnel, mais simplement montrer comment, d'étape en étape (déclaration des maladies contagieuses, accidents du travail, certificats pour mutualités, assurances-vie et, en dernier lieu, A.M.G.) le secret professionnel perdait chaque jour un peu de son intangibilité et comment votre boutade de « secret de polichinelle » devenait l'expression même de la réalité. Il y a là un désaccord croissant entre l'article 378 et la pratique journalière, et il faudra bien s'en aviser quelque jour. Au reste, votre réponse fixe les faits de façon suffisamment précise.

La dernière phrase de mon article : « Quand la maison croule... » ne les visait pas non plus, mais exprimait un point de vue beaucoup plus général de rénovation de l'exercice de la médecine.

Quant à l'expression, qui semble les avoir particulièrement taquinés, de « repli à plat ventre », celle-là, était, je l'avoue, à leur adresse, **mais je la retire, puisqu'elle les a peinés.**

Voici les faits qui l'ont motivé, brièvement exposés :

A la suite des délibérations de décembre 1925 au Conseil général, le corps médical de la banlieue avait décidé de cesser tous rapports avec l'A.M.G. tout en continuant à soigner les malades. Cett, situation se prolongea jusqu'en juin 1926. e cette époque un conflit mettait aux prises les médecins et la municipalité de Montreuil. Une réunion intersyndicale fut convoquée, et les médecins de Montreuil demandèrent, pour appuyer leurs revendications, la participation de tout le corps médical de banlieue au conflit, en n'assurant plus l'A.M.G. Signification en fut faite au préfet et, quelque temps après, nouvelle réunion. Là, il nous fut affirmé que le préfet était personnellement très ennuyé de ce conflit, qu'il ne dépendait pas de lui de le dénouer, que rien ne pouvait être fait avant la session du Conseil général de décembre, qu'il était disposé à défendre devant cette assemblée le tarif réclamé par les médecins, mais qu'il demandait par contre que le service fût assuré jusqu'à cette date. Divers avis se firent jour : les uns penchant vers la conciliation en demandant au préfet des promesses formelles, les autres excitant à la résistance. D'aucuns dirent que le préfet cherchait à gagner du temps et à nous jouer ; en fin de compte, d'autres que certains hauts fonctionnaires de la préfecture se flattaient d'« avoir » les médecins.

Bref, le ton de la discussion était assez enflammé, et j'ai encore dans les oreilles diverses épithètes assez... rugueuses à l'adresse du préfet et de ses sous-ordres.

L'on se sépara en convenant d'envoyer des délégués, et se mettant d'accord sur la grève entière et complète déclanchée par un ordre des syndicats si satisfaction (8 et 10, payement de l'arriéré, modification des imprimés dans le sens du respect du secret professionnel) n'était pas obtenu sous quinzaine.

A quelque temps de là, nous reçûmes le communiqué suivant :

Paris le 31 juillet 1926.

Mon Cher Confrère,

Les discussions de l'Assemblée départementale et la réunion du Syndicat du 22 juillet n'ont pas clos définitivement le débat entre nous et l'administration.

L'absence d'un grand nombre de nos confrères ne permet pas, en ce moment, la réunion d'une nouvelle assemblée générale. A la suite des deux conférences auxquelles nous a conviés M. le préfet de la Seine, nous avons tenu à donner un nouveau gage de notre esprit de conciliation en acceptant, à titre provisoire, le *modus vivendi* précisé dans la note ci-après.

Les médecins soussignés, membres du Bureau de la Fédération ou membres des organisations syndicales des banlieues Ouest et Nord, et Est et Sud, ont été convoqués par M. le préfet de la Seine, les 30 et 31 juillet 1926.

Ils assurent M. le préfet de toute leur respectueuse sympathie. Ils s'engagent, en témoignage de leur déférence envers lui, à prier les médecins de toute la banlieue parisienne d'assumer immédiatement sur leurs ordonnances personnelles les soins aux inscrits de l'assistance médicale gratuite, sous les réserves expresses suivantes :

1) M. le préfet de la Seine interviendra auprès de M. le maire de Montreuil pour examiner la possibilité, pendant la période transitoire, de rétablir le libre choix du médecin et réintégrera les médecins de Montreuil dans leurs fonctions communales.

2) M. le préfet de la Seine sollicitera de l'Assemblée départementale, à sa prochaine session et dans l'esprit le plus bienveillant, l'examen du tarif suivant :

8 fr. la consultation ;
10 fr. la visite ;
30 fr. la visite de nuit.

Il priera l'assemblée de se prononcer à la même session sur la demande du syndicat tendant à l'acceptation d'un contrôle effectif au lit du malade, et non sur mémoire, par des médecins désignés par les organisations syndicales et soumises au choix de M. le préfet de la Seine.

3) Les soins donnés aux indigents pendant le premier semestre de 1926 feront l'objet d'un règlement immédiat, sans exiger au préalable des médecins intéressés leur adhésion définitive au règlement départemental.

Nous espérons, mon cher confrère, qu'animé du même esprit que nous, vous voudrez bien, pendant cette courte période, appliquer le régime auquel nous avons donné nous-mêmes notre adhésion.

Sentiments confraternels.

Pour la banlieue Ouest et Nord : Dr LECERF (Asnières).

Pour la banlieue Est et Sud : Drs DURAND (Montreuil) ; COMET (Le Perreux) ; FROMENTEAU (Bagnolet).

Qu'en conclure ? Sinon que le préfet était resté sur ses positions, et que les loups dévorants que nous avions lancés contre lui s'étaient mués en conciliants agneaux ?

— Respect ? Sympathie ??? Il ne me semblait pas. Mais la réunion était bruyante : j'ai dû mal entendre.

Recevez, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments sympathiques.

Dr LAVALÉE.

LA LÉGISLATION SUR LES STUPÉFIANTS ENTRAVE L'EXERCICE NORMAL DE LA MÉDECINE ET NUIT AUX MALADES

Une véritable épidémie de poursuites judiciaires sévit actuellement sur le Corps médical parisien, dont un nombre relativement élevé de membres se voit reprocher des prescriptions irrégulières et blâmables de morphine et autres dérivés de l'opium.

Il semble que ces poursuites soient dues à une mauvaise interprétation de la loi, d'une part, et de l'autre, à une conception fausse de leur mission et de leur rôle, de la part des inspecteurs des pharmacies. Le moins qu'on puisse en dire, c'est qu'elles sont déclanchées avec une légèreté inconcevable, et qu'elles visent des confrères parfaitement honorables, dont le long passé d'honnête labeur est un garant de la haute conscience et de la probité professionnelles.

Quelques-uns de ces confrères sont particulièrement connus de nous, et nous avons été indignés en apprenant qu'ils étaient l'objet d'une instruction judiciaire pour des faits qu'un examen un peu attentif, effectué par une compétence, eût montrés parfaitement normaux.

L'un d'eux nous a apporté le récit de sa mésaventure. C'est un confrère âgé de 67 ans, qui exerce depuis trente-cinq ans dans le XVIIe arrondissement. Nous avons accepté d'enthousiasme de publier ce récit, dont nos lecteurs pourront faire leur profit.

Nous n'en resterons d'ailleurs pas là, et nous sommes décidés à lutter de toutes nos forces, en accord avec nos grands groupements corporatifs, pour obtenir la modification, qui s'impose, du décret de septembre 1916.

Il faut que les médecins honnêtes, — ils sont légion — soient protégés par la loi elle-même dans la pratique de leur art, et qu'ils conservent toute leur indépendance et toute leur initiative pour pouvoir

s'efforcer de guérir leurs malades, et tout au moins, de soulager leurs maux. *Sedare dolorem, opus divinum.* Puisqu'ils font œuvre divine en supprimant, autant que faire se peut, la souffrance, ils sont et devraient être inattaquables.

G. Duchesne.

Monsieur le Directeur,

Je m'excuse d'avoir à rapporter un fait personnel, mais il me semble qu'il intéresse le corps médical tout entier et, à ce titre, mérite d'attirer toute l'attention de vos lecteurs. Ce fait, le voici :

Il y a quelques années, le Dr C., praticien des plus connus et des plus honorables, confiait à mes soins une de ses malades. Mme X. était âgée de cinquante-quatre ans environ, morphinomane depuis dix-huit ans, presque toujours confinée au lit, se levant une heure par jour pour faire sa toilette et prendre son unique repas. Dyspnée d'effort ; tantôt palpitations, tantôt troubles syncopaux graves ; en dehors de ces crises, légère irrégularité du pouls qui présentait de loin en loin deux ou trois intermittences ; œdème généralisé, modéré, plus accentué aux membres inférieurs ; vertiges, éblouissements fréquents, brièveté relative du sommeil. Tels étaient, en résumé, les principaux symptômes observés. L'état général laissait beaucoup à désirer. L'affaiblissement des forces était assez marqué.

Avant d'entreprendre quoi que ce soit, dès le début j'appelai en consultation deux médecins : le Dr Gl, ancien chef de clinique à la Faculté, et le Dr T., membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux. Nous avons rédigé et signé tous trois un rapport prescrivant une cure lente, méthodique et progressive de démorphinisation et les modalités de cette cure. Ultérieurement, le traitement a été suivi et contrôlé par ces deux médecins, qui ont revu la malade à plusieurs reprises. Je voyais celle-ci une ou deux fois par semaine : de plus, je me suis rendu assez souvent auprès d'elle chaque fois qu'elle réclamait ma présence. Toutes les injections de morphine étaient pratiquées par son médecin particulier, vivant sous son toit, le Dr B., médecin et pharmacien, âgé de soixante-sept ans environ. Au début, avant mes soins, la dose du médicament était de cinquante centigrammes par jour. Plus tard, à une époque où l'affection grave et incurable qui devait emporter la malade, rendait impossible toute nouvelle diminution, j'avais réduit la dose à onze ou douze centigrammes. La malade est morte il y a cinq ans, vers l'âge de soixante ans.

J'avais perdu de vue tous ces faits. Brusquement, en février 1927, je fus invité à comparaître devant un juge d'instruction. J'étais inculpé, à propos des soins donnés à Mme X., en vertu d'un rapport adressé au parquet par un inspecteur de pharmacie. D'après cet inspecteur, les diminutions des doses de morphine étaient trop faibles. La démorphinisation avait été à dessein prolongée beaucoup trop longtemps, et cela, dans un but de lucre. « Avec un pareil système, il aurait fallu quarante ans pour démorphiniser une femme de soixante ans. » Mme X. avait succombé à une intoxication par la morphine. Elle était morte peu de jours après la dernière prescription.

Heureusement pour moi, je me trouvai en présence d'un magistrat, très courtois, remarquablement doué, qui ne tarda pas à débrouiller l'écheveau. Je fis l'exposé des faits, que le juge ignorait complètement, et je présentai les observations suivantes : L'état de la malade était tel que si la méthode rapide et progressive de démorphinisation avait été tentée, elle aurait, à coup sûr, tué la malade, probablement par syncope. Seule, la méthode lente pouvait et devait être employée. J'ai protesté avec véhémence et indignation contre l'idée de lucre qui m'était à tort attribuée ; M. l'inspecteur était autorisé à faire remarquer que les doses du médicament étaient fortes et fréquentes, et peut-être à en demander l'explication. Mais, il n'avait pas qualité pour blâmer ma méthode et en préconiser une autre, et cela, pour deux raisons. D'abord, il n'a jamais vu la malade. Celle-ci a succombé, non pas à une intoxication par la morphine, comme il est écrit, mais à une tout autre affection, sur laquelle il m'est interdit d'insister. Ensuite et surtout, il n'est ni médecin, ni clinicien.

Du reste, par une ordonnance d'une remarquable clarté, le juge d'instruction avait commis deux experts. L'un, inspecteur de pharmacie ; l'autre, le Dr F., professeur à la Faculté. Pour des raisons inconnues, l'expert médical ne fut pas saisi et ne parut pas. Seul, parut le rapport hostile de l'expert de pharmacie, qui ne se donna même pas la peine de convoquer l'intéressé, et de lui demander les explications nécessaires. Un tel procédé est inadmissible.

Le professeur T. et le Dr Gl. s'empressèrent de me remettre chacun un certificat détaillé et corroborant toutes mes déclarations. Le second eut la bonté de se présenter devant le magistrat, de renouveler ses assertions, et de dire qu'il se solidarisait avec moi. Le professeur T. en aurait bien fait autant, ainsi qu'il l'a écrit ; mais, il était souffrant et retenu à la chambre. Bref, M. le juge d'instruction, fort aimable, voulut bien reconnaître que la poursuite n'était pas justifiée : il me déclara que l'affaire n'aurait pas de suite et que la procédure serait annulée.

J'estime que cet inspecteur de pharmacie est redoutable pour le corps médical tout entier, et mérite, à ce point de vue, d'attirer l'attention générale. S'appuyant uniquement sur les prescriptions d'un médecin, sans voir la malade,

qu'il ne pourrait d'ailleurs examiner avec fruit, puisqu'il n'est ni médecin ni clinicien, sans même prendre la peine de convoquer l'intéressé et de lui demander les éclaircissements nécessaires, il rédige, dans son rapport, un véritable réquisitoire injustifié contre le praticien et déclanche ainsi les poursuites judiciaires que l'on est obligé d'arrêter brusquement après examen. C'est formidable. A l'heure actuelle un certain nombre de confrères sont poursuivis. Vraisemblablement, il y en a qui sont dans le même cas que moi. Il faut que de tels procédés prennent fin. M. le Garde des Sceaux serait bien inspiré, s'il consentait à adresser aux Procureurs généraux une circulaire leur indiquant les mesures à prendre. Les inspecteurs de pharmacie devraient être tenus, lorsqu'ils croient constater des irrégularités ou des fautes lourdes dans la rédaction des prescriptions médicales, d'avertir les signataires des ordonnances et leur demander des explications. S'ils jugent celles-ci insuffisantes ou mauvaises, ils feront poursuivre les délinquants. Le corps médical accepterait sans doute avec satisfaction une pareille mesure. Devrait-il s'en tenir là ? Je ne le pense pas. Il faudrait aller plus loin.

A l'heure actuelle, les médecins, quand ils veulent administrer la morphine, la cocaïne et autres médicaments stupéfiants, sont paralysés par la législation. Voici un malade atteint de *tabes dorsalis*, en proie aux douleurs fulgurantes des membres, aux crises viscérales pénibles, gastriques notamment. D'autres ont une oppression intense, par tuberculose pulmonaire avancée, tumeur du médiastin, par urémie. Un sixième souffre, à cause d'une gangrène d'un membre. Un septième est atteint de cancer, etc. La dose qualifiée de maxima de chlorhydrate de morphine a été atteinte, mais les douleurs continuent et le pauvre patient réclame avec insistance du soulagement. La famille joint ses instances à celles du malade. Que font les médecins ? Les uns invoquent la législation, manquent à leur devoir professionnel, et refusent de prescrire des doses plus fortes. Les autres passent outre et s'exposent à des poursuites judiciaires. Comme le disait le Dr G. L. au juge d'instruction : « Il faut pourtant arriver à faire une distinction capitale entre les médecins honnêtes qui usent du médicament pour en conférer les bienfaits à leurs malades, et les malfaiteurs qui répandent la drogue dans un but de lucre sans souci des catastrophes ultérieures. » Tout le débat est là.

Tous les jours nous sommes traqués, poursuivis, vilipendés devant la justice civile et correctionnelle, dans la littérature, dans la presse, au théâtre : notre considération dans le public tend à baisser de plus en plus. Nous devons réagir, nous serrer les uns contre les autres, nous défendre avec énergie. Nous avons pour nous notre savoir, notre expérience, notre bon droit. Tous debout pour la défense commune : *Sursum corda* ! Que les syndiqués et les non syndiqués unissent leurs efforts. Que les anciens à la retraite sortent de leur isolement et reparaissent sur la brèche. Que les membres de la grande famille médicale, appartenant aux deux Chambres du Parlement, oublient quelque temps leurs préoccupations politiques, et nous viennent en aide, questionnent le Ministre de la Justice et l'éclairent de leur conseils. Le but à atteindre est net. Obtenir du garde des sceaux la nomination d'une Commission chargée de réformer le décret du 14 septembre 1916 qui réglemente l'administration des substances toxiques et vénéneuses. Cette Commission devrait être composée d'un petit nombre de membres ; car, moins on est, plus on travaille. Elle pourrait comprendre des représentants de la Faculté, de l'Académie de médecine, du corps médical organisé, des Facultés de pharmacie ; des groupements professionnels pharmaceutiques ; des juristes qualifiés.

Mon aventure a été pour moi la source de bien des tracas et de beaucoup d'ennuis. Mais, je ne regretterai rien, si elle peut être utile au corps médical tout entier, et avoir les deux résultats que je désire : d'abord, l'obligation pour les inspecteurs de pharmacie d'avertir les intéressés et de recevoir leurs explications ; ensuite, la nomination d'une commission chargée de réformer le décret qui réglemente l'administration des médicaments toxiques.

Dr H.

Le signataire de cette véhémente et justifiée protestation est, répétons-le, connu de nous comme un très honorable confrère, âgé de 67 ans, exerçant dans un quartier de l'ouest depuis 35 ans.

G. D.

Pièces Annexes

Je soussigné, membre de l'Académie de Médecine, professeur agrégé à la Faculté, médecin honoraire des hôpitaux, certifie avoir été appelé à plusieurs reprises auprès de Madame X., et avoir surveillé et contrôlé la cure de démorphinisation que le Dr H., lui faisait subir avec son médecin particulier, le Dr B.

Cette cure était particulièreement difficile en raison de l'ancienneté de l'intoxication et des doses considérables journellement absorbées depuis nombre d'années avant que le Dr H., commençât à lui donner ses soins.

J'ai toujours constaté que mes confrères dirigeaient la cure de démorphinisation d'une façon judicieuse, mais que leurs efforts se heurtaient à des obstacles qui rendaient vaines leurs tentatives presque constamment suivies de crises syncopales graves. On pourrait trouver les ordonnances que j'ai faites en commun avec le Dr H. le Dr L. et qui témoignent des prescriptions restrictives recommandées.

Si je n'étais retenu à la chambre, je me serais fait

un devoir de me rendre chez M. le Juge d'Instruction pour lui exposer les faits.

Le 15 février 1927.

Dr T.

Je soussigné, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, certifie avoir collaboré à plusieurs rapports contresignés par M. le professeur agrégé T. et par M. le Dr H. Ces rapports envisageaient tous la cure de démorphinisation de Mad. X.

Il s'agissait d'une malade ayant largement dépassé le milieu de la vie, morphinomane depuis de longues années par suite d'une affection abdominale douloureuse d'abord et dont la dégénérescence devait entraîner la mort.

En raison de ces circonstances, la cure de démorphinisation se trouvait hérissée de difficultés encore aggravées par ce fait que nos tentatives même prudemment conduites se compliquèrent de crises syncopales.

Nous nous trouvions donc dans l'alternative suivante. Ou brusquer la cure de démorphinisation et exposer la malade à une syncope mortelle ou l'abandonner à sa détresse au mépris de toute conscience et de toute dignité.

Nous avons donc jugé préférable de recourir à une troisième solution du moins conforme au principe : *Primum non nocere* ! ! celle qui consista en une cure très lente de démorphinisation et qui permit à la malade de terminer, sans trop de souffrances, le cycle de sa vie.

En foi de quoi, j'ai rédigé le présent rapport pour ce que de droit.

16 février 1927.

Dr G.-L.

Paris, le 20 février 1927,

Je respecte infiniment la personnalité de M. l'Inspecteur, un savant des plus distingués ; ce n'est pas lui faire injure que de déclarer qu'il n'est ni clinicien, ni même médecin et, qu'au surplus, il a rédigé son rapport sans avoir jamais pris contact avec cet élément essentiel du procès : la malade.

Dans ce rapport, il prend à partie un médecin, le Dr H., qui lui, du moins, avait délibéré à pied d'œuvre et en toute connaissance de cause.

Ainsi, avait-il appris que Madame X, était devenue morphinomane à la suite d'une longue et douloureuse affection qui se compliqua dans les derniers temps et dont il fallut combattre les symptômes les plus pénibles puisqu'on ne pouvait la guérir.

Poussant à l'extrême le souci de sa responsabilité, le Dr H. ne s'en tint pas à ses propres lumières. Il fit appel à deux conseils dont l'un professeur agrégé à la Faculté et membre de l'Académie de médecine.

Tous d'eux suivirent et contrôlèrent à plusieurs reprises la cure de démorphinisation qu'ils conseillèrent très lente et très prudente en raison de l'état complexe de la malade. Trop lente déclare M. l'Inspecteur dans son rapport.

Or, si lente qu'elle ait été, elle n'en a pas moins donné lieu à des crises syncopales graves et répétées.

De tels avertissements ne pouvaient être négligés sans danger de mort pour la malade.

Il ne saurait donc y avoir aucun rapprochement entre l'honnête homme qui défend sa malade comme il peut, et ces malfaiteurs qui répandent la drogue dans un but de lucre et sans souci des catastrophes ultérieures.

En résumé, un grand principe d'ailleurs proclamé par les auteurs classiques, domine le débat ; la méthode à employer est essentiellement individuelle, il s'agit de choisir celle qui convient à chaque malade en particulier. C'est ce qui a été fait.

Dr G. L.

CONFLIT ENTRE HOPITAL ET PHARMACIENS

Sous couvert de faire des économies, au profit de la caisse de l'établissement, une commission hospitalière a-t-elle le droit d'acheter, en gros, chez les droguistes, un certain nombre de produits médicamenteux simples (sulfate de soude, iode, huile de ricin, etc.) et de forcer les pharmaciens de la localité à exécuter uniquement les ordonnances magistrales formulées par les médecins de l'hôpital ?

Plusieurs questions sont à envisager.

1° Un hôpital a-t-il le droit de détenir des médicaments, sans le concours d'un pharmacien diplômé ?

Il est bien entendu qu'aucune vente ne sera faite au public et que seuls les malades hospitalisés consommeront ces produits pharmaceutiques.

Par médicaments, la jurisprudence entend toute substance d'origine animale, végétale ou minérale servant au soulagement, à la guérison ou à la préservation des maladies humaines.

Par drogues simples, la jurisprudence nomme ainsi tout produit doué de propriétés médicamenteuses, employé à l'état brut et tel qu'il existe dans la nature ou après des opérations matérielles n'exigeant aucune connaissance pharmaceutique.

Tels sont les racines de quassia amara, de colombo, l'écorce de quinquina, le séné, l'aloès, la magnésie, le bismuth, l'huile de ricin ou de foie de morue, etc.

Les tribunaux ont toujours reconnu aux pharmaciens le monopole absolu de la vente de tout produit pharmaceutique.

Pour apprécier chaque cas particulier, les juges doivent examiner non seulement si le mélange ou la combinaison du produit constitue un médicament, mais encore si la quantité de substance active est suffisante pour donner au produit un caractère curatif, ou simplement alimentaire ou hygiénique.

Donc le débit, par un hôpital, à ses propres administrés, de produits médicamenteux, sans passer par le canal d'un pharmacien, peut constituer le délit d'exercice illégal de la pharmacie.

Sur ce chef, je sais bien que les tribunaux se montreraient indulgents. On ferait ressortir à leurs yeux le but humanitaire et philanthropique de l'établissement ; on démontrerait que la commission administrative a voulu gérer pour le mieux le bien des pauvres ; enfin qu'il n'y a pas vente véritable de médicaments, puisque les hospitalisés n'achètent pas ces produits, qu'on leur fournit gratuitement.

2° Répercussions financières.

Les lois et règlements actuellement en vigueur obligent un hôpital à avoir une comptabilité tenue de telle sorte que le prix de journée de séjour des malades, tant en médecine qu'en chirurgie, puisse être établi d'une manière précise.

Non seulement toutes les dépenses de l'année doivent figurer au compte général, mais encore le coût des grosses réparations et même celui de l'amortissement.

En fin de compte, le prix de journée doit ressortir tel que son remboursement par l'assistance médicale gratuite ne doit laisser ni perte ni bénéfice à l'établissement hospitalier.

Aussi, peut-on soutenir que, dans ce conflit avec les pharmaciens, les administrateurs d'un hôpital sont mus par un sentiment très respectable : celui d'éviter des dépenses à l'établissement, en achetant en gros certains médicaments simples, pour l'usage exclusif des pensionnaires hospitalisés.

Mais l'incidence de cette économie aboutira à la diminution du prix de journée d'hospitalisation, qui doit être remboursé intégralement par le département et les communes, au compte de l'assistance médicale gratuite.

Conclusion : la commission administrative tirera les marrons du feu, pour autrui, et risquera de s'attirer un procès en correctionnelle, pour exercice illégal de la pharmacie.

3° Peut-on accuser les pharmaciens de la ville de spéculation illicite, parce qu'ils vendent à l'hôpital leurs produits non à prix coûtant, ou réduits, mais selon les tarifs, soit pour l'assistance médicale gratuite, soit pour la clientèle ordinaire ?

En ce qui concerne les préparations officinales, le délit de spéculation illicite ne peut être formulé quel que soit l'exagération du prix demandé par le pharmacien, parce que la préparation de tels médicaments exige des connaissances scientifiques et techniques spéciales, garanties par un diplôme universitaire. C'est une œuvre personnelle, qui dépend de la valeur professionnelle du pharmacien, dont le rôle comporte un facteur impondérable, qui ne peut être tarifé (Tribunal correctionnel de Toulouse, 25 mars 1922).

Le délit de spéculation illicite pourrait être réalisé, s'il s'agissait de la vente d'un produit simple ou d'une spécialité, ne comportant, de la part du pharmacien, aucune modification.

4° Mais si, par représailles, les pharmaciens de la ville, se voyant frustrés de la clientèle de l'hôpital, pour les produits ordinaires, se refusaient ensuite à préparer les produits prescrits par les ordonnances magistrales des médecins de l'établissement que se produirait-il ?

Il est impossible de réquisitionner un cerveau, une profession intellectuelle.

Au sujet de la réquisition des pharmaciens, j'ai donné une consultation dans le *Concours médical* 1922, 1504.

Pour les malades de droit commun, les pharmaciens ont le droit absolu de se refuser à vendre quoi que ce soit à qui que ce soit, sans avoir à donner le motifde leur refus.

Seule, la question d'humanité, de solidarité humaine peut faire fléchir la rigueur de cette affirmation.

Si les pharmaciens ont un contrat avec l'hôpital et qu'ils dénoncent cet engagement, ils reprennent leur liberté et l'établissement hospitalier ne sera traité désormais que comme un client ordinaire.

A l'hôpital de voir s'il lui sera possible de s'entendre avec une officine d'une autre localité voisine, pour faire exécuter ses ordonnances.

Une plainte adressée au préfet mettrait ce magistrat dans un cruel embarras : pour sévir contre les pharmaciens, il lui faudrait rechercher une voie détournée.

Il pourrait, par exemple, décider que les fournitures livrées à l'hôpital font partie du budget de l'assistance médicale gratuite, puisque les hospitalisés sont des indigents.

Par conséquent, les pharmaciens étant liés par contrat avec le département pour l'assistance médicale, ils doivent délivrer leurs médicaments aussi bien aux indigents soignés à domicile qu'à ceux soignés à l'hôpital.

Ce raisonnement pèche par bien des points. Mais la plus grosse objection qu'on pourrait lui faire, c'est que l'hôpital ne reçoit pas que des indigents, loi de 1893 : il en reçoit également aux termes de la loi du 7 août 1851.

De plus, l'établissement admet également des malades payants, agissant ainsi comme une maison de santé, faisant du commerce.

Conclusion :

Je crois sage, pour une commission adminis-

trative d'hôpital, de ne pas s'exposer à un procès en exercice illégal de la médecine, ni à des représailles, qui, en fin de compte, atteindront surtout les malades hospitalisés, alors que les pharmaciens se refuseront à exécuter les ordonnances magistrales.

Pour une économie pas très importante, le conflit peut aller fort loin.

A l'hôpital de comprendre ces frais de pharmacie dans le décompte de son prix de journée : ce ne sera pas le budget hospitalier qui supportera ces dépenses, mais bien tous ceux qui ont à rembourser le prix de journée.

La première qualité, c'est de faire ressortir le prix de journée tel que son remboursement ne soit l'occasion ni d'une perte ni d'un bénéfice pour l'hôpital.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

A propos des pharmacies mutualistes.

Le Congrès de Strasbourg de 1926 a eu à s'occuper du fonctionnement des pharmacies mutualistes et a émis les vœux suivants :

Que dans l'intérêt de la santé publique la profession de commis-préparateur en pharmacie soit sérieusement réglementée et que les commis préparateurs soient au moins détenteurs d'un certificat d'aptitude professionnelle qui pourrait être délivré dans les conditions d'examen qui sont arrêtées pour les certificats d'aptitude délivrés dans le commerce et l'industrie conformément à la loi Astier.

Que dans l'intérêt de la population rurale qui éprouve des difficultés importantes à s'approvisionner en produits pharmaceutiques, les pharmaciens diplômés soient répartis sur notre territoire de manière à donner satisfaction à cette population.

Que pour pallier à la difficulté provenant de l'insuffisance numérique des pharmaciens diplômés, des commis-préparateurs soient admis à tenir des dépôts pharmaceutiques dans les centres ruraux où un pharmacien diplômé ne serait pas établi : ces dépôts ne pourront être autorisés que sur la demande des conseils municipaux intéressés et par décision du Préfet du département qui prendra l'avis du syndicat des pharmaciens et des unions départementales des sociétés de secours mutuels ou des caisses départementales d'assurance sociale.

Après différentes autres observations, il est demandé que les pharmacies mutualistes soient admises à participer au service de roulement hebdomadaire et à organiser librement leur service de nuit.

Au premier abord, il semble que les vœux concernant les pharmacies mutualistes n'intéressent pas les médecins. Tel n'est pas mon avis et je vais essayer de le démontrer.

On parle de réglementer la profession des commis-préparateurs et de leur délivrer des certificats d'aptitude. Si on veut relever le niveau intellectuel des élèves professionnels, je n'y vois aucun inconvénient, même des avantages ; nous savons tous que beaucoup n'ont aucune espèce d'instruction, mais je me demande ce que prouvera le certificat d'aptitude.

Les commis-préparateurs sont en général de très bons manipulateurs, très experts dans la préparation matérielle d'une potion, mais là se bornent leurs talents. Ils y ajoutent pour la galerie une science outrecuidante et bouffonne dans leur critique des ordonnances médicales ou les conseils donnés à leurs clients et ces avis sont d'autant plus écoutés qu'ils sont gratuits et distribués dans une langue qui est celle du peuple ; préparateurs et clients parlent la même langue, qui n'est pas celle de l'Académie française et acceptent les mêmes bourdes pour expliquer la pathogénie d'une affection ou l'action théorique d'une drogue. Si vous leur donnez un certificat spécial, vous augmenterez au point de vue du public leur prestige et non leur science, au grand dommage de la santé et du bon sens. Vous créerez de cette façon des sortes de pharmaciens de 2e classe sans valeur qui seront loin d'être à la hauteur des anciens pharmaciens de 2e classe que la loi a supprimés.

Le vœu demande une meilleure répartition des pharmaciens sur le territoire français. Il serait, certes, désirable qu'il y eût moins de pharmaciens dans les villes et un peu plus dans les campagnes. Mais qu'y faire? Si vous voulez, comme le désirent les mutualistes, qu'on assigne des postes à certains pharmaciens, vous supprimerez ainsi la liberté d'une profession libérale et par suite son recrutement. Si le désir de nos braves mutualistes était réalisé par une loi, le lendemain la même chose serait imposée aux médecins, on créerait la fonctionnarisation des médecins, qui ne seraient pas envoyés dans une garnison, mais dans une résidence fixe comme tous les fonctionnaires administratifs. Adieu indépendance, notre plus bel apanage.

Mais un vœu plus extravagant encore est celui de l'établissement de dépôts pharmaceutiques tenus par des commis-préparateurs dans les pays privés de pharmaciens. Ce serait la léga-

lisation de l'exercice illégal de la pharmacie. Ce serait l'établissement d'un centre d'exercice illégal de cette profession et en même temps de la médecine ; car le potard irrégulier ne se gênerait pas pour donner des consultations médicales à tout venant.

Il est évident que les pharmaciens, qui prennent déjà la fâcheuse habitude de faire visiter les campagnes par des commis voyageurs attachés à leurs officines, protesteraient contre cette concurrence créée par l'établissement de dépôts pharmaceutiques mutualistes ; à moins toutefois qu'ils n'aient le droit d'établir eux-mêmes ces dépôts. Ils utiliseraient probablement un don spécial d'ubiquité, puisque, en principe, le pharmacien doit être présent dans son officine. Que pourraient vendre à tout venant ces empiriques légalisés, pas grand'chose puisque beaucoup de médicaments d'urgence (éther, laudanum, etc.) sont visés par une loi spéciale. Il est vrai qu'on pourrait y donner une entorse. Que deviendrait en cette occurrence le médecin propharmacien. Il peut distribuer des médicaments à ses clients en l'absence d'un pharmacien établi dans un rayon déterminé, il est en réalité le dépositaire de drogues en l'absence d'une officine régulière, et il est un dépositaire compétent. Dans ces conditions, pourquoi dresser en face de lui un irrégulier incompétent, puisque le public est ainsi assuré d'un ravitaillement médicamenteux pour les besoins d'urgence. Il faudrait tout au plus étendre ses prérogatives et il ne le réclame pas.

Je sais bien que le vœu présente des correctifs, puisqu'il faudra une demande des conseils municipaux, l'agrément du préfet après entente avec les syndicats pharmaceutiques. Mais c'est une bonne plaisanterie. La demande des conseils municipaux et du préfet sont des formalités électorales et on aura créé une première fissure dans la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Nous savons par la loi des Pensions comment on peut interpréter dans les sphères gouvernementales, la consultation d'un syndicat entendu.

En dehors de la concurrence illégale créée aux médecins, il y a d'autres conséquences pouvant découler de cette légalité donnée aux illégaux. Si on crée des diplômes de 3e ou 4e ou 25e classe pour suppléer à la mauvaise répartition des secours pharmaceutiques, ne nommera-t-on pas demain des infirmiers ou infirmières-majors ou de 1re classe ou des assistants médicaux (les noms ne manqueront pas plus que des diplômes ayant la valeur du papier) pour soigner les malades en l'absence du médecin, pour donner des soins urgents qui deviendront bientôt des soins courants, habilités aux mains de ces sous-médecins sous le couvert des lois. N'oublions pas qu'en Allemagne la chose s'est faite, comme je l'ai écrit dans un article précédent, pour le fonctionnement de l'assurance sociale. On aurait sous la main des fonctionnaires à forfait qui demanderaient les médecins pour les cas plus sérieux et feraient un triage comme un caporal de visite.

On supprimerait ainsi une partie des frais de maladie des assurances sociales et on lutterait contre la rapacité des médecins, comme on l'écrit dans maintes feuilles destinées à un public simpliste. Il est bien évident que l'intérêt des malades passerait au second plan, comme toujours, dans l'organisation de la médecine collective.

Les pharmaciens mutualistes ont demandé à participer au service de roulement et à organiser leur service de nuit. J'admets ce désir, car je suis partisan de la liberté du travail supprimée sous prétexte de progrès social. Cependant il est à remarquer que si ces pharmaciens prennent part au roulement, ils vendront à tout venant au lieu de vendre exclusivement aux sociétaires et à leurs familles, alors qu'ils ont des faveurs spéciales diminuant leurs frais généraux et que n'ont pas les autres pharmaciens. En réalité, ces vœux concernant les pharmaciens intéressent à bien des points de vue les médecins. Les deux professions doivent se prêter un mutuel appui pour la défense d'un diplôme chèrement acquis, conférant un monopole que l'Etat cherche à abolir progressivement au profit de gens sans instruction ni culture générale, selon le principe actuel du nivellement par en bas.

Dr M. VIMONT.

VARIÉTÉS

L'avenir de l'anatomie macroscopique humaine.

Le traité des variations du système artériel du Dr Louis Dubreuil-Chambardel.

Au premier abord, tout semble avoir été découvert et dit en matière d'anatomie humaine. Tout ce qui paraît nouveau ne serait dû qu'à des artifices de dissection, à l'habileté des anatomistes qui dédoublent des aponévroses ou donnent une sorte d'autonomie artificielle à un faisceau musculaire. Cette opinion sur l'anatomie macroscopique est fausse et le savant professeur du Muséum d'histoire naturelle, M. Anthony, en expose les raisons dans une intéressante préface écrite pour le deuxième volume du *Traité des variations du système artériel* (1), de l'anatomiste tourangeau, notre distingué collaborateur, le Dr Dubreuil-Chambardel.

M. Anthony fait remarquer que la dissection n'est pas le seul procédé d'investigation en anatomie. Un grand nombre de recherches sont encore à faire, la précision des proportions des diverses parties de l'organisme humain par exemple, l'étude des phénomènes de la croissance, tant au point de vue de l'organisme envisagé dans son ensemble qu'à celui de chacun de ses organes pris en particulier ; des recherches plus sérieuses sur la différence des sexes sont encore à établir ; les caractères anatomiques des différentes races n'ont pas été encore définis. Il y a tant et tant à faire avant de connaître à fond l'anatomie de l'*Homo sapiens* du type moyen que de nombreuses générations de travailleurs seront nécessaires pour achever ce programme.

Le Pr Anthony ne borne pas aux dispositions normales d'un organisme le but que doivent poursuivre les anatomistes. Ils doivent faire l'étude des variations des organes et chercher à expliquer leur origine par l'embryologie et l'anatomie comparée.

L'Ecole anatomique de Tours a consacré ses efforts à cette œuvre. Ledouble publia des traités sur les variations du système musculaire, du crâne, de la face, du rachis, du système pileux qui eurent un grand retentissementet lui donnèrent la réputation d'un anatomiste savant et de tout premier ordre. Son élève, le Pr Dubreuil-Chambardel, de l'École de Tours, s'est attaché à poursuivre la tâche de son maître en entreprenant l'étude des variations du système circulatoire. Le *Traité des variations du système artériel* est d'un intérêt scientifique évident dans l'interprétation de ces variations ; son intérêt pratique et plus particulièrement chirurgical n'est pas non plus à démontrer.

Dubreuil-Chambardel établit par ses travaux que lorsqu'on constate chez un sujet une variation artérielle, il est rare que l'on n'en constate pas d'autres et il affirme que l'on peut établir un certain nombre de types de ces variations, types qui représentent un des stades de l'évolution embryonnaire des vaisseaux artériels. Dans les cas de malformations d'un membre par arrêt de développement, le système artériel conserve dans ce membre un type embryonnaire très primitif.

Dubreuil-Chambardel démontre que l'âge amène des modifications profondes dans le système artériel.

Par exemple, les arcades artérielles des extrémités n'existent dans l'enfance que sous forme de fines anastomoses.

Au fur et à mesure que le sujet vieillit, ces anastomoses se dilatent et finissent chez le vieillard par donner l'apparence d'arcades où les artères s'anastomosent à plein canal.

L'arcade artérielle est un type sénile, le résultat d'une xérose sénile. C e que Dubreuil-Chambardel démontre pour les arcades, il peut encore le démontrer pour beaucoup d'autres variations qu'il explique par la persistance d'un type embryonnaire ou par la transformation des vaisseaux avec l'âge.

Nous devons féliciter l'habile anatomiste tourangeau de s'être consacré à cette étude des variations du système artériel qui exige de sa part un travail acharné pour les nombreuses dissections nécessaires à ces découvertes et de sérieuses méditations pour en donner l'explication scientifique.

L'Ecole de Tours d'où sont sorties tant de célébrités médicales, conserve avec des savants et des chercheurs comme Ledouble et Dubreuil-Chambardel un prestige bien mérité.

J. Noir.

(1) Variations des artères du membre supérieur. Masson et Cie, édit., Paris, 120, boulevard Saint-Germain.

L'HYGIÈNE AU BORD DE LA MER (1)

Par le docteur Georges Barraud (de Chatelaillon-Plage).

Ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris.

L'hygiène du baigneur est une question d'une haute gravité, qui seule assure le succès des bains de mer, et cependant, grâce à la mobilité d'esprit qui nous caractérise, c'est la question dont on s'occupe le moins lorsqu'on se décide à employer ce moyen thérapeutique. Brochard.

A) Habitation.

Quand on conduit un enfant au bord de la mer, la prudence la plus élémentaire commande de le placer dans les meilleures conditions d'hygiène pour qu'il subisse le changement de climat sans accroc. C'est dire combien il est important pour les parents de savoir choisir la demeure de l'enfant. « Un point grave et capital, c'est le choix de l'habitation », dit Michelet, qui met le baigneur en garde contre les constructions trop légères, « les absurdes chalets où rien ne joint », contre « la maison incommode, inconvenante par certaines dispositions, qui n'a pas de plafond double épais, mais un simple plancher de bois par où passe et monte l'air d'un froid rez-de-chaussée ». Il réclame « une très bonne cheminée et à l'épreuve du vent », cheminée qu'il juge nécessaire jusqu'au mois de juin. Il insiste sur la nécessité d'avoir une bonne eau, « chose assez rare, dit-il, près de la mer », D'après lui, « le premier problème à la mer, c'est une grande solidité, une fermeté, une épaisseur de murs qui exclut le tremblement.... Le second point, c'est que le côté de la maison qui regarde la terre soit si parfaitement abrité qu'on y puisse oublier la mer et qu'à côté de ce grand mouvement, on y trouve le plus grand repos ». Cet édifice qui, pour répondre à ces besoins, devrait avoir de préférence la forme demi-circulaire, celle d'un croissant, il le veut fort peu élevé. « Seulement, un rez-de-chaussée avec un premier étage pour les chambres à coucher. Point de haut grenier, mais quelques chambres bases, qui isolent le premier du toit. Donc la maison sera petite. En revanche, qu'elle soit épaisse, qu'elle ait deux lignes de chambres, un appartement sur la mer et un autre vers la terre ». Cette recommandation n'est nullement superflue, car, pour les enfants, il y a intérêt à ne pas les loger en bordure même de la mer, surtout les nourrissons. « Le premier soin de votre installation, dit expressément Jules Simon, sera de donner aux enfants une chambre qui ne fasse pas face à la mer. » Pour certains sujets, dont les voies respiratoires sont très fragiles, il vaut même mieux, surtout en dehors des mois de grandes chaleurs, les installer à quelques centaines de mètres de la mer, dans une zone où l'air du large est tamisé et mieux supporté le jour de tempête. Il en est de même pour les enfants trop nerveux que l'on soustrait ainsi pendant douze heures sur vingt-quatre à l'action excitante du bord même de la mer.

B) Sommeil.

La chambre de l'enfant étant orientée vers le continent, on peut préconiser la suraération continue des locaux, jour et nuit, tout au moins pendant la canicule et à condition que l'air soit tamisé par des rideaux et n'arrive pas directement sur le lit de l'enfant. Toutefois, il ne faut jamais commencer la pratique de l'aération nocturne en dehors de la belle saison.

« En hiver, le professeur Cruchet croit qu'il est prudent, sauf cas particulier, de s'abstenir de cette pratique, qui a plus d'inconvénients que d'avantages (coryzas, bronchites, diarrhées, conjonctivites...). Une excellente méthode est de ne laisser les fenêtres ouvertes qu'une partie de la nuit et spécialement de 10 ou 11 heures du soir jusqu'à 2 ou 3 heures du matin. » Mais il est évident que lorsqu'il pleut en abondance ou qu'il souffle un vent violent, ou que le thermomètre descend au-dessous de 5 à 6° centigrades, ce serait téméraire que de pratiquer l'aération nocturne dans la chambre des enfants. Cependant, si on laisse une fenêtre ouverte, il est bon de veiller à ce que l'enfant ne se découvre pas, et, dans cette crainte on peut le vêtir d'un chandail ou tout au moins lui mettre une cravate protégeant bien la gorge et recouvrir les pieds d'une chaude couverture ou d'un édredon. Dans tous les cas, on doit avoir soin de ne jamais placer le lit entre une fenêtre ouverte et une porte ou une cheminée mal close.

Il est recommandé par tous les puériculteurs que le lit soit modérément bordé, modérément chaud et modérément dur. L'idéal est constitué par un sommier élastique avec un matelas de crin ou de kapok. Naturellement, le lit lui-même ne sera pas entouré de tentures, mais la fenêtre sera pourvue d'un rideau.

Il faut bien savoir qu'un enfant doit dormir au moins dix heures au-dessous de 13 ans, davantage même au-dessous de 4 ans et 9 heures au-dessus de 13 ans. « Quant à la sieste, d'après le professeur Cruchet, c'est une pratique excellente jusque vers 3 à 4 ans, mais nous ne voyons que des avantages à ce que, l'été, les jeunes baigneurs dorment pendant une

(1) Chapitre extrait du Guide de puériculture héliomarine : « Nos enfants à la mer » — qui, préfacé par le Dr Comby, paraîtra à l'Expansion scientifique française, fin mai.

heure ou deux, dans un jardin de préférence après le repas de midi, au plus fort de la chaleur, alors que la plage est trop chaude et le soleil trop ardent.

« L'effet excitant, dit en effet BROCHARD, que l'atmosphère maritime et les bains de mer produisent chez les enfants, ne peut devenir salutaire chez ceux qu'à la condition expresse qu'ils répareront leurs forces. Les petits baigneurs doivent donc consacrer beaucoup de temps au sommeil et ne jamais veiller, rien ne pouvant remplacer, dans le premier âge, le repos qui se prend la nuit. »

C) **Vêtements.**

Tout au début du séjour au bord de la mer, il ne faut pas trop se hâter de changer les vêtements du jeune baigneur, mais, au bout d'une semaine environ, suivant la saison et suivant la température, il sera bon de le vêtir plus légèrement et de préférer aux teintes foncées, des étoffes claires, beaucoup plus perméables aux rayons ultra-violets, si abondants sur les plages sablonneuses. Il faut, en tout temps, des vêtements amples qui n'entravent nullement les mouvements des enfants. L'été, la tenue idéale comprendra un maillot de corps sans manches, largement échancré au niveau du cou ; une petite culotte s'arrêtant au-dessus du genou et fixée sans ceinture par un élastique coulissé, enfin des caoutchoucs, dits *bains de mer*, sans chaussettes. Accessoirement, cette tenue de sport sera complétée par un maillot ou chandail de grosse laine que l'enfant revêtira aux heures froides de la journée ou après une période d'exercices ayant provoqué la sudation. Le docteur BELLIN DU COTEAU ajoute que « la fillette doit être vêtue en garçon en ce qui concerne le train supérieur, mais la culotte ne présente pas de tels avantages que nous ne lui préférions, dit-il, la jupe courte et plissée ». Comme tissu, c'est le jersey qui est la meilleure étoffe à porter au bord de la mer, mais les tricots et les flanelles sont aussi très pratiques. L'hiver une vaste pêlerine peut protéger l'enfant des bourrasques de pluie ou de vent et de véritables caoutchoucs seront alors nécessaires. Comme sous vêtement d'hiver, le cellular est nettement supérieur à la flanelle. Par-dessus la chemise, l'enfant portera, l'hiver, un chandail et un vêtement de laine.

Le chapitre de la coiffure est encore discuté, d'autant que ce petit problème se complique actuellement d'une question de mode. Les sportifs disent que « la coiffure la meilleure consiste à n'en point avoir, ni l'été, ni l'hiver, sauf par temps de pluie ». (BELLIN DU COTEAU). Pour le professeur CRUCHET, l'utilité du port de la coiffure est « indiscutable, soit qu'on veuille mettre les enfants à l'abri des rhumes en temps de froid ou des insolations en temps de chaleur ». Cette dernière considération nous paraît être un très gros argument en faveur de la nécessité du chapeau de paille pendant les grandes chaleurs, car, chaque année, on voit des débuts d'insolation causés par l'absence de coiffure chez des petits enfants qui sont restés longuement décoiffés en plein soleil. « Ils devront avoir les cheveux coupés très courts, dit BROCHARD. Les cheveux longs et bouclés qui ornent si souvent la tête des enfants et qui flattent tant l'amour-propre des mères entretiennent une transpiration continuelle dans cette partie du corps et prédisposent les enfants aux angines et aux coryzas. »

D) **Alimentation.**

L'alimentation sur le bord de la mer doit être surveillée avec grand soin, surtout durant les premiers temps du séjour, alors que l'enfant n'est pas encore acclimaté et qu'il n'est pas encore habitué à l'influence excitante du climat marin.

Voici en effet ce qui se produit, d'après le docteur TERRIEN, quand un enfant arrive au bord de la mer. Par suite de la ventilation plus forte et de l'abaissement de température qui en résulte, de l'aération plus vive et de l'activité plus grande, les dépenses de l'organisme se trouvent sensiblement accrues. « Mais, comme l'appétit augmente en proportion, comme la nutrition activée par l'air marin et la radiation solaire permet une meilleure assimilation, les gains dépassent les pertes ; rapidement, l'enfant semble se transformer ; il augmente de poids, reprend des couleurs, de la vivacité, ses chairs sont plus fermes. Mais qu'on y prenne garde. Presque toujours, il y a alors, au début, une suralimentation relative. Il faut permettre un tube digestif de *s'acclimater* à ce nouveau régime, sinon des accidents ne tardent pas à éclater. Pour les éviter, il suffit donc de retenir un peu l'enfant, surtout dans les premiers jours, et de veiller à ce que sa ration ne dépasse ni sa capacité digestive, ni ses besoins réels, tout en tenant compte du surcroît de dépenses entraîné par le climat marin. »

Aussi MONTEUUIS, qui a bien insisté sur les précautions que réclament les enfants au moment de leur arrivée à la mer, conseille-t-il de ne pas nourrir les enfants de viandes saignantes et de ne pas leur donner du vin deux fois par jour. « Préférez, dit-il, les viandes blanches, recourez aux œufs frais, aux légumes ; usez largement du poisson dont ils sont friands ; remplacez le vin par l'eau rougie ou la bière... Il va de soi que les enfants doivent renoncer au café, au thé, aux liqueurs et d'une façon générale à toute boisson excitante. » Il reconnaît que « l'enfant à la plage peut et doit même se nourrir plus fortement que d'habitude en raison de l'effet stimulant de l'atmosphère maritime, mais l'abondance ne doit pas devenir l'excès. Il faut régler son alimentation et ne le laisser manger qu'à des heures qui soient toujours les mêmes ». Ainsi on évitera les indigestions, les embarras gastriques si fréquents à la deuxième ou troisième semaine du séjour.

L'autre danger du climat marin, au point de vue digestif, c'est la constipation qui prédispose précisément, si l'on n'y prend pas garde, à des troubles gastro-intestinaux et est souvent cause de maux de tête. Aussi MONTEUUIS recommande-t-il vivement aux parents de donner des aliments qui favorisent les fonctions intestinales. : marmelade de fruits, miel, pru-

neaux cuits, légumes verts cuits ; mais, « quand le genre de nourriture ne suffit pas à assurer la régularité des selles, n'hésitez pas à donner aux enfants un quelconque des laxatifs usuels, la magnésie, la rhubarbe ou une tisane rafraîchisante ».

Il est une catégorie d'aliments qui, au bord de la mer, tentent tout spécialement les baigneurs par le fait même de leur nouveauté ou de leur abondance : ce sont ceux qui proviennent de la mer. Si les poissons de mer l'emportent peu comme pouvoir nutritif sur ceux d'eau douce, ils sont cependant de digestion plus facile et il est incontestable que le turbot, le bar ou loubine, la plie, la sole, le rouget, la barbue, la raie, sont des aliments excellents pour les enfants, réserve faite des idiosyncrasies qui se rencontrent. On appelle ainsi la susceptibilité qu'ont certains organismes vis-à-vis d'aliments particuliers : c'est ainsi que le poisson détermine souvent, chez des sujets prédisposés, des crises d'urticaire qui, par conséquent, contre-indiquent cette alimentation.

Mais ces phénomènes d'intolérance se manifestent surtout après l'absorption de crustacés et de mollusques. Parmi les crustacés, la grosse crevette rose, vulgairement dénommée le bouquet, est particulièrement savoureuse : « elle a le goût de violette mêlé à celui de l'œillet », dit Francis Jammes. Facile à digérer, elle fait les délices des enfants, qui la supportent en général aisément. Les homards sont moins recommandables, ainsi que « ces arabesques d'un beau bleu d'acier, rocailleuses, épineuses et barbelées » (Jammes), qui s'appellent moins poétiquement langoustes et langoustines suivant leur taille et qui déterminent souvent des poussées urticariennes ou eczémateuses. Quant aux crabes, ils sont particulièrement toxiques et dangereux même pour les enfants : à plusieurs reprises, nous avons constaté des phénomènes inquiétants, en particulier un cas d'urticaire géante, chez de jeunes enfants qui avaient absorbé même de minimes quantités de chair de crabe.

De nombreux coquillages sont comestibles ; mais, « pour les bien supporter, il faut un estomac fait à ce genre de nourriture ou d'une grande énergie ; ceux au contraire, paresseux, lents, difficiles, s'en accommodent généralement assez mal et il n'en faut user pour eux qu'avec réserve ». (Drouineau). Les enfants devront donc s'en abstenir rigoureusement : cette interdiction englobe les moules, encore que l'on ait beaucoup exagéré la fréquence et la gravité des empoisonnements par ces mollusques. Inoffensives, quand elles proviennent d'endroits salubres et qu'elles sont consommées fraîches, sur place, elles paraissent cependant peu recommandables pour les enfants de moins de 5 à 6 ans, car ils les digèrent mal et font fréquemment des poussées urticariennes après l'ingestion de moules.

Les huîtres, au contraire, sont très digestibles, succulentes, et sans danger, quand elles sont fraîches. Elles ont pu jadis produire des cas de fièvre typhoïde, parce qu'elles provenaient de parcs souillés ; mais, depuis que ceux-ci sont aménagés hygiéniquement et contrôlés bactériologiquement, leur consommation est parfaitement inoffensive. Aliment précieux chez les dyspeptiques, les convalescents, les débilités, on les a surnommées avec quelque raison « l'huile de foie de morue du riche ». Elles excitent, en effet les sécrétions gastriques, se digèrent facilement et sont relativement nourrissantes.

E) Sorties et promenades.

« L'air est le premier des médicaments », a dit Guéneau de Mussy, et, comme les remèdes actifs, il faut l'employer prudemment, le doser si l'on peut dire, tout au moins quand il s'agit de l'air marin et que l'on a affaire d'autre part à l'organisme jeune et souvent frêle d'un petit citadin. Moins l'enfant sera âgé et plus il sera nécessaire de l'accoutumer progressivement à l'atmosphère marine. Surtout pour les nourrissons, il sera prudent d'attendre plusieurs jours pour les conduire à la plage. Mais, pour tous les enfants d'une façon générale, il vaut mieux choisir un beau temps calme pour les laisser séjourner au contact de la mer pendant les jours qui suivent leur arrivée sur le littoral ; ils ne resteront d'ailleurs que peu de temps à la plage pour commencer et plutôt l'après-midi que le matin, car l'air est moins fort et moins excitant dans la soirée que dans la matinée. Plus tard, quand l'enfant sera acclimaté, ce sera au contraire le matin et dans les premières heures de l'après-midi (réserve faite de la chaleur parfois excessive), qu'il faudra conduire les jeunes baigneurs à la plage. « C'est le moment, dit Monteuuis, où elle possède ses propriétés toniques au plus haut degré, car l'atmosphère est renouvelée sans cesse par la brise de mer. Il est en effet des heures déterminées du jour où le vent souffle de la mer et d'autres où il souffle de la terre. »

Ces vents réguliers qui existent chaque jour sur les bords de la mer et ne se font sentir qu'à une faible distance des côtes, auxquelles leur direction est perpendiculaire, constituent ce qu'on appelle les brises, qui le matin viennent de la mer et le soir de la terre, celles-ci ayant moins d'intensité et plus de durée que celles-là. La première, qui commence à souffler de la mer vers 8 ou 9 heures du matin, augmente progressivement d'intensité jusque vers 3 heures de l'après-midi pour cesser complètement vers 5 heures. L'atmosphère est alors calme jusqu'au coucher du soleil. après lequel le vent souffle de la terre vers la mer et cela jusqu'à l'aurore.« La cause réelle de ces vents réguliers et périodiques est bien connue. Le matin, sous l'influence de la radiation solaire, le sol de la côte s'échauffe et atteint une température supérieure à celle de la mer, qui a conservé sensiblement celle de la nuit ; il s'établit alors au-dessus du sol un courant d'air ascendant qui, par aspiration, détermine un mouvement de l'air frais de la mer vers la terre. A partir de trois heures, la terre commence à se refroidir par rayonnement, tombe à la température de

la mer ; l'équilibre et le calme se rétablissent. Mais, après le coucher du soleil, la température de la terre, s'abaisse au-dessous de celle de la mer ; un courant ascendant s'établit au-dessus des eaux et l'air de la terre se déplace par aspiration vers la mer. » (GAVARRET).

L'importance de l'action physiologique de ces brises est considérable puisque, non seulement elles exercent l'une et l'autre un léger massage des régions découvertes ainsi qu'une aération continuelle des régions couvertes, mais encore la brise marine apporte les exhalaisons et les senteurs du large dont elle est chargée.

On discute encore pour savoir jusqu'à quelle distance du rivage peut agir la brise marine : certains parlent de 500 mètres seulement. MONTEUUIS dit qu'à une demi-heure de la côte l'action stimulante de l'air marin est déjà bien affaiblie. Pour VAN MERRIS, « l'air ne plane pas seulement sur le littoral, mais la brise le pousse dans l'intérieur ; on jouit incontestablement de ses avantages, même à quelque distance du rivage ». Néanmoins, il y a un fait certain et sur lequel tout le monde est bien d'accord c'est que, plus on est près de la mer, plus l'action de la mer est puissante. Aussi, quand les sujets sont bien acclimatés, ont-ils intérêt indubitablement à séjourner le plus possible à la plage, et le plus près possible du flot, sur le sable même imprégné par la marée des bienfaisants effluves marins.

« Ce devrait être une loi sacrée et inviolable, disait HUFELAND, grand médecin philosophe, auteur d'un ouvrage célèbre sur l'*éducation des enfants*, que de ne pas laisser passer un seul jour sans faire prendre l'air aux enfants. L'habitude de les sortir ainsi régulièrement devient en même temps l'un des plus sûrs moyens d'endurcir le corps aux intempéries atmosphériques et d'empêcher qu'elles puissent leur nuire. Ce seul motif devrait suffire pour qu'on ne néglige pas une petite promenade au moins chaque jour, car on ne saurait croire avec quelle promptitude le corps se désaccoutume de l'air, et il suffit de l'y soustraire pendant une huitaine de jours seulement pour être obligé de recommencer sur nouveaux frais. »

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

CHRONIQUE SYNDICALE

La loi sur les Syndicats est introduite dans le Code du Travail.

Loi du 25 *février* 1927 *portant codification des lois ouvrières (Livre III du code du travail et de la prévoyance sociale.)*

Art. 1er. — Sont codifiées dans la teneur ci-après et formeront le livre III du code du travail et de la prévoyance sociale, les dispositions annexées à la présente loi, sous la rubrique : « Livre III. — Des groupements professionnels. »

Art. 2. — A dater de la publication de la présente loi, sont et demeurent abrogées, ainsi que toutes les dispositions que ces lois avaient elles-mêmes abrogées antérieurement, les lois codifiées dans le livre III du code du travail et de la prévoyance sociale, savoir :

1° La loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels ;

2° La loi du 12 mars 1920 modifiant la loi précitée du 21 mars 1884 ;

3° La loi du 18 décembre 1915 sur les sociétés coopératives ouvrières de production et de crédit au travail en France ;

4° La loi du 5 avril 1919 complétant l'article 14 de la loi du 18 décembre 1915 précitée ;

5° La loi du 6 mai 1922 modifiant le même article de la même loi ;

6° La loi du 3 janvier 1924 étendant aux banques coopératives des sociétés ouvrières de production les exemptions fiscales dont bénéficient les sociétés de crédit au petit commerce et à la petite industrie.

Art. 3. — Sont toutefois maintenus, jusqu'à ce qu'ils aient été modifiés par des actes nouveaux, les règlements d'administration publique et autres dispositions réglementaires qui se trouvent en vigueur en vertu des textes reproduits dans le présent livre.

Art. 4. — Restent respectivement en vigueur, en Algérie et aux colonies, les lois qui y sont actuellement appliquées. Des décrets rendus sur la proposition du ministre du travail et des ministres compétents peuvent déterminer les conditions d'application à l'Algérie et aux colonies des dispositions du présent livre du code du travail.

Toutefois, les travailleurs étrangers et engagés sous le nom d'immigrants ne peuvent faire partie des syndicats professionnels.

CODE DU TRAVAIL ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

LIVRE III

TITRE Ier.

Des groupements professionnels

CHAPITRE Ier.

Des Syndicats professionnels.

De l'objet des syndicats professionnels et de leur constitution.

Art. 1er. — Les syndicats professionnels ont exclu-

sivement pour objet l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles.

Art. 2. — Les syndicats ou associations professionnels de personnes exerçant la même profession, des métiers similaires, ou des professions connexes concourant à l'établissement de produits déterminés, ou la même profession libérale, peuvent se constituer librement.

Art. 3. — Les fondateurs de tout syndicat professionnel doivent déposer les statuts et les noms de ceux qui, à un titre quelconque, sont chargés de l'administration ou de la direction.

Ce dépôt a lieu à la mairie de la localité où le syndicat est établi, et, à Paris, à la préfecture de la Seine. Il est renouvelé à chaque changement de la direction ou des statuts.

Communication des statuts doit être donnée par le maire ou le préfet de la Seine au procureur de la République.

Art. 4. — Les membres de tout syndicat professionnel chargés de l'administration ou de la direction de ce syndicat doivent être Français et jouir de leurs droits civils.

Art. 5. — Les femmes mariées exerçant une profession ou un métier peuvent, sans l'autorisation de leur mari, adhérer aux syndicats professionnels et participer à l'administration ou à la direction.

Art. 6. — Les mineurs âgés de plus de seize ans peuvent adhérer aux syndicats, sauf opposition de leur père, mère ou tuteur. Ils ne peuvent participer à l'administration ou à la direction.

Art. 7. — Peuvent continuer à faire partie d'un syndicat professionnel, les personnes qui ont quitté l'exercice de leur fonction ou de leur profession, si elles l'ont exercée au moins un an.

Art. 8. — Tout membre d'un syndicat professionnel peut se retirer à tout instant de l'association, nonobstant toute clause contraire, sans préjudice du droit pour le syndicat, de réclamer la cotisation afférente aux six mois qui suivent le retrait d'adhésion.

Art. 9. — En cas de dissolution volontaire, statutaire ou prononcée par justice, les biens de l'association sont dévolus conformément aux statuts ou, à défaut de dispositions statutaires, suivant les règles déterminées par l'assemblée générale. En aucun cas, ils ne peuvent être répartis entre les membres adhérents.

Chapitre II.

De la capacité civile des syndicats professionnels.

Art. 10. — Les syndicats professionnels jouissent de la personnalité civile. Ils ont le droit d'ester en justice et d'acquérir sans autorisation, à titre gratuit ou à titre onéreux, des biens, meubles ou immeubles.

Art. 11. — Ils peuvent, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession qu'ils représentent.

Art. 12. — Ils peuvent affecter une partie de leurs ressources à la création d'habitations à bon marché et à l'acquisition de terrains, pour jardins ouvriers, éducation physique ou hygiène.

Art. 13. — Ils peuvent librement créer et administrer des offices de renseignements pour les offres et les demandes de travail, créer, administrer ou subventionner des œuvres professionnelles, telles que : institutions professionnelles de prévoyance, laboratoires, champs d'expériences, œuvres d'éducation scientifique, agricole ou sociale, cours et publications intéressant la profession.

Les immeubles et objets mobiliers nécessaires à leurs réunions, à leurs bibliothèques et à leurs cours d'instruction professionnelle sont insaisissables.

Art. 14. — Les syndicats peuvent subventionner des sociétés coopératives de production ou de consommation.

Art. 15. — Ils peuvent passer des contrats ou conventions avec tous autres syndicats, sociétés ou entreprises. Tout contrat ou convention visant les conditions collectives du travail est passé dans les conditions déterminées par le chapitre IV *bis* du livre Ier du présent code.

Art. 16. — S'ils y sont autorisés par leurs statuts, et à condition de ne pas distribuer de bénéfices, même sous forme de ristournes, à leurs membres, les syndicats peuvent :

1° Acheter pour les louer, prêter ou répartir entre leurs membres, tous les objets nécessaires à l'exercice de leur profession, matières premières, outils, instruments, machines, engrais, semences, plantes, animaux et matières alimentaires pour le bétail;

2° Prêter leur entremise gratuite pour la vente des produits, provenant exclusivement du travail personnel ou des exploitations des syndiqués ; faciliter cette vente par expositions , annonces, publications, groupement de commandes et d'expéditions, sans pouvoir l'opérer sous leur nom et sous leur responsabilité.

Art. 17. — Les syndicats peuvent être consultés sur tous les différends et toutes les questions se rattachant à leur spécialité.

Dans les affaires contentieuses, les avis du syndicat sont tenus à la disposition des parties, qui peuvent en prendre communication et copie.

Art. 18. — Il n'est dérogé en aucune façon aux dispositions des lois spéciales qui auraient accordé aux syndicats des droits non visés dans le présent titre.

Chapitre III.

Des marques syndicales.

Art. 19. — Les syndicats peuvent déposer, en remplissant les formalités prévues par l'article 2 de la loi du 23 juin 1857, modifiée par la loi du 3 mai 1890, leurs marques ou labels. Ils peuvent, dès lors, en re-

vendiquer la propriété exclusive dans les conditions de ladite loi.

Ces marques ou labels peuvent être apposés sur tout produit ou objet de commerce pour en certifier l'origine et les conditions de fabrication. Ils peuvent être utilisés par tous les individus ou entreprises mettant en vente ces produits.

Art. 20. — Les peines prévues par les articles 7 à 11 de la loi du 23 juin 1857, contre les auteurs de contrefaçon, apposition, imitation ou usage frauduleux des marques de commerce, sont applicables en matière de contrefaçon, apposition, imitation ou usage frauduleux des marques syndicales ou labels. L'article 463 du code pénal peut toujours être appliqué.

Chapitre IV

Des caisses spéciales de secours mutuels et de retraites

Art. 21. — Les syndicats peuvent, en se conformant aux autres dispositions des lois en vigueur, constituer entre leurs membres, des caisses spéciales de secours mutuels et de retraites.

Art. 22. — Les fonds de ces caissess spéciales sont insaisissables dans les limites déterminées par l'article 12 de la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels.

Art. 23. — Toute personne qui se retire d'un syndicat conserve le droit d'être membre des sociétés de secours mutuels et de retraite pour la vieillesse à l'actif desquelles elle a contribué par des cotisations ou versements de fonds.

Chapitre V.

Des unions de syndicats.

Art. 24. — Les syndicats professionnels régulièrement constitués d'après les prescriptions du présent titre, peuvent librement se concerter pour l'étude et la défense de leurs intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles.

Art. 25. — Les dispositions des articles 1er, 3, 4, 5, 6, 7 du présent titre sont applicables aux unions de syndicats qui doivent, d'autre part, faire connaître, dans les conditions prévues à l'article 3, le nom et le siège social des syndicats qui les composent.

Leurs statuts doivent déterminer les règles selon lesquelles les syndicats adhérents à l'union sont représentés dans le conseil d'administration et dans les assemblées générales.

Art. 26. — Ces unions jouissent de tous les droits conférés aux syndicats professionnels par les chapitres 2, 3 et 4 du présent titre.

TITRE II

Des Sociétés coopératives ouvrières de production ou de crédit.

....

TITRE III

Des pénalités.

Art. 54. — Les infractions aux dispositions des articles 1er à 7 inclus, 24, 25 et 26 du présent livre seront poursuivies contre les directeurs ou administrateurs des syndicats et punies d'une amende de 16 à 200 fr. Les tribunaux pourront, en outre, à la diligence du procureur de la République, prononcer la dissolution du syndicat.

Au cas de fausse déclaration relative aux statuts et aux noms et qualités des administrateurs ou directeurs, l'amende pourra être portée à 500 fr.

Vu pour être annexé à la loi du 25 février 1927, portant codification des lois ouvrières.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

André Fallières.

(*J. O.*, 1er mars 1927.)

Syndicat départemental des Médecins de la Sarthe.

Assemblée générale du dimanche 7 novembre 1926.

La séance est ouverte à 9 heures, à la salle des Concerts sous la présidence du Dr Albert, président du Syndicat.

Commission médicale de contrôle. — Article 64. — Sont réélus : Docteurs Plaisant, Neau, membres titulaires ; docteurs Gallot-Lavallée, Le Petit, membres suppléants.

Commission des contributions directes. — Le Président indique l'importance de cette Commission nouvelle dont le rôle est de régler les conflits du médecin avec le fisc à propos de déclarations d'impôts contestées.

Cette année, avaient été désignés, en dehors de tout vote syndical en raison de l'urgence. : docteurs Albert et Delaunay.

Le Président demande l'agrément du Syndicat pour 1927. Docteurs Albert et Delaunay, président et vice-président sont désignés de nouveau. (Le Président, lui-même propharmacien, pouvant représenter les intérêts de cette classe de confrères).

A. M. G. départementale. — Le Président relate brièvement les faits relatifs au conflit A. M. G. Il indique comment le résultat a été acquis, d'une part par l'attitude d'une majorité de syndiqués qui ont

accepté de continuer leurs soins aux indigents, en négligeant toutes les formules et garanties de paiement administratives, et d'autre part, par quelques confrères qui ont mis en pratique le paiement direct par l'assisté, charge au maire de lui rembourser ses frais d'assistance médicale.

Les résultats obtenus sont les suivants, à partir du 1er janvier 1927 :

Consultation	8 fr.
Visite	10 fr.
Nuit	double
Tarif kilométrique...	1 fr. 25

Tarif chirurgical et spécialités, en principe 20 % en plus du tarif actuel. Cette question est en litige. Elle comporte des améliorations portant surtout sur les tarifs d'accouchement. Le Président demande l'avis de l'Assemblée. Le Dr Buquin conseille d'accepter. (*Accepté.*)

Vaccination. — Le Syndicat avait demandé 1 fr. par sujet avec un minimum de 20 fr. et une indemnité kilométrique de 1 fr. 50.

Le Conseil général a accordé : 1 fr. par sujet sans minimum pour la première séance de l'année, la même somme avec un minimum de 10 fr. pour la deuxième séance et une indemnité kilométrique de 1 fr. 25.

L'Assemblée accepte. Elle demande la fourniture du vaccin par les municipalités. En conséquence, les séances de vaccination ne devront être faites en 1927 que si les municipalités mettent ***gratuitement à la disposition des médecins le vaccin nécessaire.***

Honoraires rétroactifs. — Pour ce qui est des soins donnés aux indigents depuis le 15 juin, il est entendu que les syndiqués pourront fournir à la Préfecture les bons qu'il leur avait été conseillé de garder. Ils leur seront payés au tarif 6 fr., 8 fr., 1 fr. 25 jusqu'au 1er janvier 1927.

L'Assemblée ayant pris connaissance de l'exposé du Président décide que le conflit A. M. G. est terminé pour l'A. M. G. départementale.

L'Administration départementale en sera avisée par le Bureau du Syndicat. Il est recommandé de façon précise aux syndiqués de n'envoyer à l'administration aucune adhésion individuelle au service de l'A. M. G.

A. M. G. de la ville du Mans. — Le Président donne lecture d'une lettre-circulaire adressée individuellement à chacun des médecins du Mans collaborant au service A. M. G. municipal, et à titre d'information au Secrétaire du Syndicat départemental.

Elle reproduit la lettre du Secrétaire du Syndicat à M. le Maire du Mans, président de la Commission du Bureau de bienfaisance, demandant d'accorder aux médecins du Mans les mêmes tarifs que le Conseil général.

Elle expose un nouveau mode de fonctionnement du service A. M. G. au Mans, à savoir :

Consultations au Bureau de bienfaisance exclusivement six jours par semaine de 10 h. à 12 h. Les honoraires afférents seront déterminés par entente ultérieure et basés sur le nombre des consultants et la durée des consultations.

Visites :	jour	10 fr.
	Nuit	20 fr.
Extra-muros :	jour...........	14 fr.
	Nuit	28 fr.

Elles seront commandées par un bon de visite que l'indigent demandera à la mairie. « Le médecin indiquerait à l'issue de la visite le diagnostic de la maladie. Des dames visiteuses du Bureau de bienfaisance relèveraient ces indications et se rendraient compte de l'état de santé de l'assisté ». Les soins chirurgicaux ressortissent à l'hôpital et du dispensaire de la Croix-Rouge.

Le Président expose que ce projet appelle de nombreuses critiques : le libre choix n'est pas respecté pour la consultation.

L'indication du diagnostic est illégale.

Le rôle prévu des dames visiteuses est inacceptable. Il lui semble que la seule organisation satisfaisante est le retour de la consultation au cabinet du médecin ; la suppression des consultations au bureau de bienfaisance et l'adoption des tarifs honoraires départementaux.

Le Dr X. Mordret rappelle que la ville de Tourcoing vient, la première, d'organiser son service A.M.G selon un mode — entente directe avec l'assisté — qui pourrait être envisagé.

Le Dr Lepage demande avant toutes choses la suppression de toutes situations médicales privilégiées, négation du libre choix (médecins d'usines, chemins de fer, administrations, etc...).

Le Président se rend à la demande de quelques syndiqués du Mans qui demandent que le Cercle du Mans se réunisse prochainement et fixe son attitude sur la question. Une réunion du cercle est fixée au samedi 13 novembre, à 8 h. 3/4.

Aucune adhésion individuelle ne doit être donnée au service A M G. jusqu'à discussion nouvelle.

Tarif syndical minimum. — Le Président propose qu'il soit à partir du 1er janvier 1927 :

Consultation	12 fr.
Visite	15 fr.
Kilomètre	1 fr. 50

Il est recommandé de porter le tarif kilométrique quand il est possible à 2 francs. Ces tarifs sont déjà en vigueur dans un certain nombre de départements.

A la demande de quelques syndiqués, il est prévu que des affiches de tarifs, de petit format, seront imprimées et envoyées aux syndiqués.

Ce tarif est accepté. Les Sociétés de Secours mutuels recevront avis de ces nouveaux tarifs.

Indemnité de présence aux membres du bureau. — Le Président indique que les obligations d'assistance aux réunions du bureau, actuellement sans indem-

nité pécuniaire, représentent pour les membres du bureau, un dommage réel, vu leur fréquence.

Il demande qu'un jeton de présence de 25 fr. par réunion soit accordé aux membres du bureau présents; que l'indemnité kilométrique soit portée de 1 fr. à 1 fr. 25 pour les membres du bureau étrangers au Mans.

Ces demandes sont accordées à l'unanimité des votants, sans avis contraire.

Vœux. — Le Président donne lecture des vœux suivants indiquant son intention, si l'Assemblée consent, de les présenter à l'Assemblée générale de la Fédération Nationale. Ils ont trait à : assurances sociales, pensionnés de guerre, diplôme de docteur en chirurgie dentaire, mutualités.

Assurances sociales. — Fidèle à ses décisions antérieures le, Syndicat décide de n'accorder sa collaboration au fonctionnement de la loi des assurances sociales que si cette loi est en accord avec les principes fondamentaux de la médecine traditionnelle, c'est-à-dire admet :

1° Le respect absolu du secret professionnel ;

2° Le libre choix ;

3° L'entente directe entre le médecin et le malade ;

4° Le paiement des actes médicaux par le client au médecin, sans tarif limitatif, ni forfait ;

5° Le contrôle éventuel des actes médicaux par les groupements corporatifs médicaux seulement et non par les Caisses ou des Commissions tripartites quelconques.

Et considérant que la Fédération nationale s'est constamment inspirée de ces idées directives, lui donne sa plus complète approbation pour l'année 1926 et donne mandat à ses dirigeants de persister dans la même voie.

Assurances sociales.

Gestion des caisses. — Le Syndicat décide de n'accepter aucune participation à la gestion administrative et financière des Caisses.

Et demande d'être obligatoirement consulté sur toute question d'ordre technique.

Pensionnés de guerre. — Le Syndicat des Médecins de la Sarthe,

Considérant que le décret du 14 octobre 1926 a élevé à 8 fr. seulement le tarif des consultations et visites.

Déclare que ces tarifs sont insuffisants et ne concordent ni avec le prix de la vie, ni avec les tarifs syndicaux de la clientèle moyenne.

Emet le vœu que les pensionnés de la guerre payent directement leurs frais médicaux, et que, pour satisfaire aux obligations que la Nation a contractées envers eux, les Pouvoirs publics relèvent en conséquence les taux des pensions ;

Subsidiairement, si cela ne pouvait être obtenu, demande que les tarifs de consultations et de visites soient dans chaque département les mêmes que les tarifs de la clientèle moyenne ;

Décide en outre, si la loi des pensions était étendue à d'autres catégories de blessés qu'à ceux de la dernière guerre, de faire payer directement et d'après les tarifs syndicaux, cette nouvelle catégorie de pensionnés ;

Propose, si satisfaction n'est pas accordée, de cesser toute collaboration à dater du 1er avril 1927 et de ne plus participer au contrôle ;

Ces décisions seront transmises à toutes fins utiles à la Fédération Nationale et aux Associations de combattants du département.

Dentistes. — Le Syndicat, après explications du Président sur les prétentions des chirurgiens-dentistes et échange d'observations entre les membres présents,

Considérant que le diplôme de doctorat en médecine doit à lui seul suffire pour donner le droit à ceux qui en sont pourvus d'exercer toutes les branches de la médecine, y compris les spécialités,

Emet le vœu, que le doctorat en médecine ne soit pas démembré, qu'il ne soit créé aucun diplôme de doctorat ès spécialités quelconques, que notamment le doctorat en chirurgie dentaire ne soit pas créé, mais que les étudiants en médecine qui voudraient se spécialiser puissent dans toutes les Facultés suivre les cours nécessaires à cet effet.

Mutualités. — Le Président signale le danger qui existe actuellement dans les grands centres, où les Mutualités riches et puissantes veulent créer des cliniques et des dispensaires en faisant appel à des médecins et chirurgiens, même professeurs dans les Facultés, à qui elles offriraient de gros traitements.

Il ajoute que les Mutualités constitueront vraisemblablement l'armature de la loi des assurances sociales et qu'elles essayeront d'obtenir des forfaits.

Dans la Sarthe, depuis plusieurs années, nous avons habitué les Mutualités à pratiquer l'entente directe, à respecter le libre choix, et à leur appliquer nos tarifs syndicaux, nous contentant de signer les feuilles de consultations et de visites présentées par les adhérents mutualistes.

Le Président demande si l'Assemblée est d'avis de continuer ces pratiques et d'appliquer aux membres des Mutualités les nouveaux tarifs de 12 fr. la consultation et 15 fr. la visite.

A l'unanimité, l'Assemblée se prononce pour l'affirmative.

Le Président fait alors un pressant appel à tous les syndiqués pour que la discipline syndicale soit strictement observée.

Le Président, Dr Albert. *Le Secrétaire,* Dr Granval.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr Marion, de Clairvaux (Aube).

— **Préfecture du département de la Seine.** — *Concours pour l'emploi de médecin-suppléant à la Préfecture de la Seine.* — Des concours sur titres sont ouverts en vue de la nomination d'un médecin-suppléant à la Préfecture de la Seine dans chacune des circonscriptions médicales ci-après : 3e circonscription : 5e, 6e et 7e arrondissements. — 4e circonscription : 12e arrondissement (Charenton, Saint-Maurice, Alfortville, Maisons-Alfort, Joinville, Saint-Mandé). — 5e circonscription : 13e arrondissement (Vitry, Kremlin-Bicêtre, Ivry, Villejuif). — 6e circonscription : 14e arrondissement (Montrouge, Arcueil, Cachan, Bagneux, Fontenay-aux-Roses, Sceaux, Bourg-la-Reine, Gentilly). — 7e circonscription : 15e arrondissement (Issy, Vanves, Malakoff, Chatillon). — 10e circonscription : 18e arrondissement (Aubervilliers, Saint-Denis, Ile-Saint-Denis Saint-Ouen). — 11e circonscription : 19e arrondissement (Pantin, Le Pré-Saint-Gervais, Romainville, Noisy-le-Sec, Les Lilas). — 12e circonscription : 20e arrondissement (Bagnolet, Montreuil, Vincennes, Fontenay-sous-Bois, Nogent-sur-Marne). Les concours seront distincts par circonscription.

Pourront seuls être inscrits, en vue de prendre part à ces concours, les candidats ayant leur domicile à Paris, dans la circonscription où existe l'emploi vacant auquel ils posent leur candidature, ou dans l'un des arrondissements limitrophes.

Les candidats devront en outre être Français ou naturalisés, avoir satisfait à la loi sur le recrutement, être docteurs en médecine d'une faculté française, et n'avoir pas dépassé l'âge de 35 ans au jour fixé pour la clôture du délai d'inscription ; cette limite d'âge est prorogée : 1° d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement ; 2° d'une durée égale aux services de guerre (période de mobilisation accomplie par chaque intéressé après son passage dans la réserve de l'armée active).

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 15 avril 1927 inclus, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 16 heures, à la Direction du personnel, bureau du personnel extérieur (Hôtel de Ville, escalier E, 7e étage). Toute demande d'inscription faite ou parvenue après cette date ne sera pas admise.

Les candidats absents ou empêchés devront adresser leur demande et leurs pièces par lettre recommandée à l'adresse ci-dessus indiquée, de manière qu'elles parviennent au plus tard le 15 avril 1927.

Les demandes d'inscription seront rédigées sur papier timbré et comprendront l'énumération des titres médicaux, scientifiques ou autres.

Elles devront être accompagnées des pièces ci-après :

1° Diplôme de docteur en médecine, ou copie certifiée conforme, ou certificat en tenant lieu ; 2° certificat constatant les situations occupées antérieurement ; 3° publications médicales qui pourraient avoir été faites par les candidats ; 4° expédition de l'acte de naissance ; 5° extrait du casier judiciaire datant de 3 mois au plus ; 6° pièces établissant la situation au point de vue militaire et indiquant les services militaires rendus au cours de la guerre ; 7° pièces justificatives des conditions de domicile.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée définitivement par le Préfet de la Seine, après que leur aptitude physique aura été constatée par le médecin en chef de la Préfecture. La commission chargée de l'examen et du classement des candidats pourra proposer l'élimination de tout candidat qui ne lui paraîtra pas avoir des titres suffisants.

Nota. — Le médecin suppléant d'une circonscription assure la totalité du service de cette circonscription, lorsque le médecin titulaire et le médecin-adjoint se trouvent simultanément empêchés. Il peut, en outre, être appelé, exceptionnellement, et à titre provisoire, à faire un service dans une circonscription autre que celle à laquelle il est affecté. Il reçoit, pour chaque séance de consultation au cabinet une somme de 18 francs prélevée sur l'indemnité du médecin titulaire. Il lui est attribué, en outre, 6 francs par visite à domicile dans Paris, et, à domicile hors Paris, une somme de 10 francs, augmentée d'une indemnité fixée forfaitairement à raison de 0,80 par kilomètre parcouru à l'aller et au retour, d'après la distance existant entre les fortifications et chaque commune, conformément au tarif annexé au règlement du 12 octobre 1926.

Tout médecin qui cesserait d'habiter sa circonscription dans Paris, ou l'un des arrondissements limitrophes, serait considéré comme démissionnaire.

Le Préfet de la Seine. Signé : Paul Bouju.

— **Cours complémentaire d'obstétrique.** — M. Marcel Metzger, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique le lundi 14 mars 1927, à 18 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continue les lundis, mercredis et vendredis.

Objet du cours. — Les syndromes hémorragiques. — Dystocie maternelle et fœtale. — Infection puerpérale. — Opérations.

— **Parasitologie et histoire naturelle médicale.** — M. Joyeux, agrégé, a commencé ses conférences à l'amphithéâtre Vulpian et les continue les lundis, mercredis et vendredis, à 17 h. (Némathelminthes, arthropodes, animaux venimeux et vénéneux ; animaux réservoirs de virus, champignons parasites et vénéneux).

— **Histoire de la médecine et de la chirurgie.** — M. le professeur P. Menetrier fait son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le mercredi à 6 h., à l'amphithéâtre des thèses no 2, pendant toute la durée de l'année scolaire.

Sujet du cours. — Histoire de la médecine et de la chirurgie au XIXe siècle.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

tuler, avec dispenses partielles, le diplôme d'Etat de docteur en médecine, à la condition de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire, ou du grade de licencié ès sciences.

« Article 2 : La dispense d'examens ne pourra, en aucun cas, porter sur plus de trois épreuves ».

« Les épreuves subies au titre universitaire et pour lesquelles le candidat n'aurait pas obtenu des notes jugées suffisantes par le Conseil, devront être subies de nouveau ».

Il en résulte qu'un étranger doit d'abord obtenir sa naturalisation, ce qui demande quelques années ; justifier de son baccalauréat et repasser tous ses examens, sauf trois au maximum dont il peut obtenir la dispense.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires

692. — Pension militaire. Point de départ, taux, majoration.

J'ai été, ce jour, pensionné de guerre à 65 %. Au moment de l'affection qui a donné lieu à pension j'étais aide-major de 2e cl. Je suis, maintenant, aide-major de 1re et père de 2 enfants de moins de 12 ans.

Je désirerais savoir :

1° Ce que je vais toucher comme pension ;

2° Si la pension partira du jour de la demande ou du jour de la décision de la Commission de réforme ;

3° Ce que je vais toucher comme majoration pour chacun des enfants et jusqu'à quel âge ;

4° Quelles sont les formalités à remplir pour avoir la carte d'invalidité donnant droit à réduction sur les chemins de fer.

Dr X.

Réponse.

1° Vous avez droit à la pension d'invalidité de 65 % d'un médecin aide-major de deuxième classe	1.950
Majorée de 80 % du taux de soldat...	1.248
Plus deux majorations d'enfants à 351	702
Total	3.900

2° La pension part du jour de la première Commission de réforme et non du jour de la demande.

3° Vos enfants vous donnent droit à la majoration, jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de 18 ans.

4° Demandez un certificat modèle n° 1 au médecin-chef du centre de réforme, et cette pièce vous permettra de faire les démarches nécessaires pour obtenir votre carte de réduction de transport sur les chemins de fer.

466. — Refus de pension militaire. Action devant le Tribunal des pensions.

Ayant, pendant la guerre, contracté de l'arthrite rhumatismale de l'épaule, je n'avais depuis demandé aucune réforme, n'ayant eu que des crises courtes et peu violentes. En mars dernier, une nouvelle crise d'arthrite m'ayant atteint, je suis resté cinq mois malade ; et je suis décidé à demander à passer devant la commission de réforme. Accepté d'abord devant une première commission, on m'a refusé l'origine de ma maladie devant une deuxième, sous prétexte que ma seconde crise ne s'était produite que trop longtemps après la première, et le président de la commission de réforme me donna le conseil de me pourvoir devant le Tribual des pensions, qui seul, d'après lui, avait qualité pour reconnaître l'origine de ma maladie.

Je suis venu vous demander de bien vouloir me faire savoir si j'aurais quelque chance devant cette juridiction, et quelles formalités je dois remplir pour me présenter devant ce tribunal des pensions.

Dr Y.

Réponse.

Attendez que la décision ministérielle, qui rejettera votre demande de pension, vous soit officiellement notifiée par la Sous-Intendance régionale des pensions.

A partir de ce jour, vous bénéficiez d'un délai de six mois pour adresser au greffe du tribunal civil dont vous dépendez, une demande de pourvoi devant le tribunal des pensions (lettre recommandée). Vous y joindrez une lettre au président du tribunal pour obtenir l'assistance judiciaire. La jurisprudence actuelle ne permet pas de vous garantir le succès ; vous avez cependant une chance à tenter.

---

410. — Droit de la veuve d'un pensionné de guerre.

J'ai eu à soigner après la guerre, jusqu'à sa mort, survenue en mars 1925, un M. R. blessé le 31 déc. 1914 par éclats d'obus à l'épaule gauche : fracture de l'épine de l'omoplate et plaie pénétrante de poitrine. Un examen du 2-11-22 constate :

Séquelle de plaie pénétrante de l'épaule gauche. Cicatrice de 8 cm. fosse sus épineusé non adhérente. Cicatrice de 2 cm. région dorsale gauche. Légère atrophie du deltoïde et du bras.

Puis se déclare une pleurésie gauche avec épanchement, puis une tuberculose pulmonaire qui emporte le malade le 5 mars 1925.

Il fut examiné à domicile quelque temps avant sa mort par une commission de réforme, pensionné à 100 % avec bénéfice de l'art. 10 (je crois).

Actuellement le ministère des pensions refuse la pension de la veuve (avec 2 enfants) sous le prétexte que la maladie terminale n'a pas été constatée pen-

dant l'incorporation ni dans les conditions de l'art. 5 de la loi du 31 mars 1919.

Que pensez-vous de l'affaire ? La veuve plaide devant le tribunal des pensions à E.

Quid des conditions de l'art. 5 ?

Dr B.

Réponse.

S'il s'agit réellement d'une plaie pénétrante gauche, la veuve a toutes chances de gagner son procès devant le tribunal des pensions.

Le Ministre des pensions a rejeté, car il a établi, à tort vraisemblablement, un « distinguo » entre la blessure et la tuberculose. Celle-ci n'a évidemment pas été constatée dans les conditions de présomption d'origine que fixe *l'article* 5, c'est-à-dire dans les six mois après la libération ou au plus tard avant le 4 mars 1920, mais on pourrait faire la preuve qu'elle résultait de la blessure de guerre.

Application des Tarifs Durafour et Fallières.

I

636. — Carence du patron ou de l'assureur en cas de prévision de radiographie.

J'ai recours à votre obligeance et à votre compétence en la matière pour me débrouiller le cas suivant :

Je fais depuis longtemps des accidents du travail et je possède une installation radiographique ; *jamais* aucune assurance n'a discuté sur le fait de savoir si oui ou non une radiographie est nécessaire. Je les avertis simplement.

J'ai aujourd'hui affaire à une compagnie dont l'agent de mauvaise foi me dit qu'une radiographie n'est pas nécessaire et qu'il refusera le paiement !

J'ai rédigé un certificat ainsi conçu : forte contusion du tarse et du métatarse. Il existe probablement des lésions osseuses profondes que la radiographie décèlera. »

Le tarif prévoit en cas de divergence l'avis d'un troisième médecin choisi d'accord entre les trois parties.

Qui doit provoquer ce troisième avis ? L'assureur ne s'en soucie pas. Faut-il invoquer l'*extrême urgence* ?

Quelle sera la voie à suivre pour me faire régler mes honoraires ?

Je suis décidé, car il s'agit d'une question de principe, d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens. J'ai fait examiner le blessé par un confrère chirurgien et médecin-légiste qui est d'avis au sujet de la nécessité de la radiographie.

Merci, mon cher confrère, de votre obligeance et de l'appui moral que vous nous apportez dans ces cas délicats.

Mes félicitations également pour notre défense

vis-à-vis des assurances sociales qui constitueront un joug pour le médecin praticien !

Nous connaîtrons les bassesses vis-à-vis des assureurs comme nous les voyons pour les accidents du travail !

Le pauvre médecin, qui a un caractère fier, et j'en suis, sera obligé de crever de faim ou de faire un autre métier ! Je l'envisage d'ailleurs, car notre dignité professionnelle sera bien peu de chose quand un assureur discutera sur la nécessité d'un traitement, et il le fait non en connaissance de cause, mais en connaissance de ses intérêts.

Il faut que l'affaire « rende ». Ecrasons médecin et malade... il ne peut céder car le voisin sera tout heureux de prendre sa place pour un franc et quelques courbettes !

Si cela continue d'ailleurs, ou je vendrai des arachides ou je deviendrai le Dr Alapage dont le *Concours* parlait il y a quelques jours.

C'est encore temps car je n'ai que 26 ans et j'ai déjà bu la lie du calice médical en ce qui concerne les tiers payants et leurs tarifs !

Le garagiste me prend 2 fr. 50 le kilomètre et je n'en touche de vos « tiers payants » que 1 fr. ou 1 fr. 50 et mon temps encore par dessus le marché.

J'ai d'ailleurs bien descendu dans l'estime du chauffeur de taxi qui me transporte quand je lui ai dit cela !

L'assistance publique me donne trois francs la visite et le chauffeur fait la tête pour 3 fr. de pourboire !

Tout ceci approuvé par nos Syndicats, dont je ne fais plus partie, puisqu'ils sont inutiles

Excusez, mon cher confrère, ces lignes impulsives, mais cependant bien vraies et croyez à mes sentiments bien dévoués.

Dr F.

Réponse.

Par votre certificat, vous avez prévenu officiellement le patron du blessé (ou son assureur en cas de substitution). Ni l'un ni l'autre ne vous ont opposé de refus officiel. Vous n'avez entendu que des impressions personnelles d'un agent incompétent, inqualifié et irresponsable. De plus, vous avez eu l'avis d'un chirurgien, médecin légiste, qui vous a conseillé la radio, dans l'intérêt *primordial* du blessé. Si, plus tard, la compagnie refuse de payer cette radio, dont elle fut prévenue, je vous conseillerai de poursuivre en invoquant l'*urgence*, puisque vous ne pouviez attendre le bon plaisir du patron ou de la compagnie qui en réalité, n'ont jamais protesté officiellement. Et je suis assuré que le « Sou médical », si vous en faites partie, ne vous laisserait pas marcher tout seul...

Mais combien les réflexions qui suivent votre exposé sont attristantes par leur désespérance. *Sursum corda* ! Mon cher confrère ! Il est impos-

sible que le corps médical ne se ressaisisse pas et ne fasse front, — et front unique, donc solide, — contre ceux qui voudraient nous passer le collier. Mais vous avez eu grand tort de quitter votre Syndicat, ainsi que de penser que les Syndicats sont inutiles. Songez à ce qu'ils ont déjà fait pour le corps médical depuis le moment (que j'ai connu) où les accidents étaient payés *à forfait 8 francs l'accident soigné et liquidé* et où l'on soignait les mutualistes pour *quarante sous par an* ! ... Ne jetons pas devant l'ennemi notre seul bouclier.

F. D.

II

685. — Injection antitétanique en deux temps comme pratique courante.

Dans le but d'éviter des accidents, je fais toujours les injections de sérum antitétanique en deux fois, la première d'environ 1 cc. en même temps que le pansement initial, et le reste courant de la journée, soit le lendemain matin si le premier pansement a lieu le soir.

Le malade revient donc pour une nouvelle consultation où je lui fais son injection de sérum et je compte le premier pansement 12 fr. A la même date je porte une consultation ou pansement avec injection de sérum soit 20 fr. Suis-je dans mon droit

La plupart des compagnies m'ont réglé sans discussion, sauf la W... qui a prétendu que l'injection de sérum se confondait avec le pansement et m'a déduit le pansement qui était à ce moment-là de 10 fr. Je lui ai réclamé, en expliquant ce que je viens de vous dire, mais je n'ai jamais eu de réponse.

Si la thèse de la compagnie est exacte, ne pourriez-vous pas faire modifier la chose, car on se trouve pris dans ce dilemne : ou bien risquer l'accident peut-être mortel par l'injection en un temps que l'on vous reprochera alors comme faute lourde, ou bien faire l'injection en deux temps et ne pas être payé du deuxième dérangement que cause cette façon d'opérer.

Puisque c'est la méthode de choix pour les injections de sérum, elle devrait être prévue sur le tarif.

Dr B.

Réponse.

Il me semble difficile de compter le même jour et *chaque fois* (quel que soit le cas), pour tout accident, le pansement plus l'injection antitétanique, à cause de cette injection faite d'ordinaire en *deux temps*. Je craindrais d'être soupçonné de «tourner », si je puis dire, l'article 13 qui interdit le *cumul*. Si vous tenez à votre *modus agendi*, ce qui est votre droit, je vous conseillerais de ne pas en « profiter », en réclamant plus que de coutume... En tout cas, je n'ai jamais lu que l'injection antitétanique d'un flacon seulement, quand on n'est pas en présence d'un blessé

ayant déjà reçu une ou plusieurs injections antitétaniques, soit considérée comme une *faute lourde.* Ou alors, *quantum peccavi* ! ... et pas mal d'autres confrères avec moi.

F. D.

III

693. — Consultation entre confrères avec grand déplacement.

J'ai été appelé en consultation auprès d'un accidenté du travail hospitalisé depuis plusieurs mois pour une fracture comminutive de jambe non consolidée. Pour me rendre auprès du blessé, après entente avec le médecin traitant, j'ai dû faire 28 kilomètres à l'aller et autant au retour en pays de montagne et perdre trois quarts de journée.

Quels honoraires suis-je en droit de demander et à qui dois-je les réclamer, le blessé, bénéficiant de l'assistance judiciaire, ayant porté l'affaire devant le tribunal contre son employeur ?

Dr L.

Réponse.

1° Si cette consultation a eu lieu depuis le 1er janvier 1927 (tarif Fallières donc), vous avez droit à : *a*) 12 × 3 soit 36 francs pour « consultation entre confrères » (article 5) ; *b*) de plus, comme frais de déplacement, à « l'indemnité attribuable au médecin *le plus rapproché* » (article 2, alinéa 6). Et cela, à raison de 1.50 en pays de plaine et de 1.80 en pays de montagne » par kilomètre parcouru en allant et en revenant (article 2, alinéa 5).

2° Vous avez à réclamer vos honoraires au blessé et au patron conjointement, que l'assurance se substitue à ce dernier ou non.

F. D.

IV

689. — 1° et 2° Questions de tarif ; 3° questions de conscience ; 4° questions de procédure.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me renseigner au sujet des questions suivantes :

1° Au *tarif Fallières*, la consultation entre confrères est-elle toujours tarifée 30 fr. (3 × 10) ou bien 36 fr. (3 × 12) ?

2° Les pansements multiples : 15 fr. ou 16 fr. ?

Je soigne un blessé des deux mains :

a) Plaies banales aux doigts gauches ;

b) Une plaie banale de l'index droit, plus une section d'amputation du pouce droit, plaie devenue superficielle ? Que compter ? deux fois 12 = 24 ou pansement multiple (12 + 6 = 18) ?

3° Un individu se présente chez moi avec un paraphimosis, suite de masturbation. *Je ne le reconnais pas comme blessé* bien qu'il ait invoqué un coup de manche d'outil (pelle de chargeur). Je m'en tire volontiers comme cela. Mais un médecin qui indiquerait sur le certificat « paraphimosis » sans plus,

serait-il exposé à des ennuis juridiques éventuels ? De même, il m'est arrivé de déclarer « orchite », sans plus, alors qu'un individu atteint de gonorrhée de la glande génitale prétendait invoquer le bénéfice de la loi de 1898. — J'ai souvent été TENTÉ d'inscrire comme diagnostic : « *coup de pied de Vénus* » Mais je me suis demandé si le fait de remettre un certificat en mains propres de l'impétrant — pour l'usage qu'il lui plaira d'en faire — écartait, *à coup sûr*, du praticien, le soupçon même de révéler le secret professionnel.

Voici un autre exemple de *cas de conscience* : un individu se présente à moi avec une plaie de l'articulation phalango-phalangienne de l'index droit. Je lui délivre un certificat de *constatation*. Il me déclare alors : pour votre gouverne, sachez que c'est mon chat qui m'a griffé. Comme cette plaie me gênait, je me suis déclaré blessé à l'usine, dès le lendemain. On m'a remis une feuille de visite ». Secret professionnel ! — Que nous demande-t-on, sinon un diagnostic *anatomique* mais non *causal* ?

4° Un patron, en outre de son droit de contrôle, peut-il diriger, d'*autorité*, un blessé chez un médecin de son choix, sans que celui-ci ait à prévenir par lettre recommandée le médecin traitant et le blessé ? Et lorsqu'un médecin est désigné par le juge de paix pour contrevisiter un blessé, à qui appartient-il de prévenir par lettre recommandée le médecin traitant et le blessé ? au patron ? au juge de paix ? au médecin contrôleur ?

Il importe que les médecins sachent à quoi s'en tenir pour la bonne correction de leurs rapports confraternels. Faute de connaître la ligne de conduite irréprochable qu'ils désirent toujours suivre, ils sont exposés à froisser leurs confrères.

Dr B.

Réponse.

1° 12 × 3, soit : 36 francs.

2° Pansements multiples (sans changement) : 15 francs.

Quant aux plaies de doigts :

a) Si plaies superficielles de plusieurs doigts à une même main : pansement simple : prix de la consultation : 12 fr. ;

b) A la main droite dont vous parlez, après une amputation, on ne saurait parler de plaies superficielles, tout au moins dans les premiers jours. Donc, pour ces deux doigts : pansements multiples : 15 francs (article 17), et non pas 18 francs que vous trouvez je ne sais comment.

3° Un paraphimoosis survenu à l'occasion d'un travail me paraît difficile pilule à avaler. Par contre, une orchite peut être traumatique, bien qu'en cas de blennorrhagie concomitante, il y ait chance que ce soit un traumatisme de Vénus. — En tout cas, il me semble que nous n'avons qu'à décrire tout simplement *les lésions* que nous trouvons, puis à remettre le certificat *au blessé* qui en fera ce que bon lui semblera. D'autant plus que d'ordinaire, il vous est *im-*

possible de faire le *diagnostic causal* dont vous parlez et qui ne peut dériver que d'une *enquête* avec témoignages, action qui se passe *en dehors de vous et de votre cabinet.* L'histoire du chat, par contre, est tout autre : dans ce cas, on vous propose une *complicité d'escroquerie*, puisqu'on vous l'a cyniquement avoué. Dans ce cas, je donnerais mes soins mais refuserais tout certificat, mettant à la porte celui qui insisterait, et cela par dignité personnelle et professionnelle.

4° Un patron ne peut faire « d'*autorité* » autre chose que ce qui lui est prescrit en l'espèce, par le paragraphe 5 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 à savoir *faire visiter* le blessé par un médecin de son choix « en présence du médecin traitant prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée » — et prévenu, cela va de soi, par le patron ou son assureur substitué ou le médecin mandataire de l'un ou de l'autre.

F. D.

Accidents.

876. — Quel tarif appliquer aux agriculteurs accidentés du travail.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me donner les renseignements nécessaires concernant les accidents agricoles.

J'ai soigné dans le courant de l'année plusieurs sinistrés de cette catégorie, parmi lesquels figuraient des patrons et des membres de leur famille. Quel tarif dois-je appliquer pour les accidentés agricoles patrons et pour les membres de leur famille (frère ou fils) qui sont couverts bien entendu par un contrat d'assurances agricoles.

Dr B.

Réponse.

Même lorsqu'il s'agit d'ouvriers de l'industrie ou de l'agriculture, le médecin a toujours le droit d'ignorer le patron responsable de l'accident, et de se faire payer par le blessé lui-même comme par un client de droit commun, ou bien, s'il s'estime insuffisamment rémunéré par le tarif des accidents du travail, de demander au blessé un complément d'honoraires.

Ces principes, qui sont certains, ne subissent aucune modification du fait qu'au lieu d'ouvriers il s'agit de patrons agriculteurs assujettis volontaires à la législation sur les accidents du travail. Pour leur médecin, ils restent des clients de droit commun et, par conséquent, ne sauraient limiter leur dette aux honoraires fixés par le tarif accidents du travail.

Toutefois, si le médecin accepte d'être payé par l'assurance, il ne peut exiger de celle-ci plus que ce à quoi elle est tenue envers son assuré en vertu de sa police, c'est-à-dire plus que le tarif Durafour. Mais alors le médecin peut, s'il le juge utile, faire réserve du complément de ses

honoraires dans la quittance remise à l'assurance et réclamer ce complément directement au blessé.

---

910. — Les pourboires doivent être compris dans le salaire pour le calcul des indemnités.

On vient de couper la jambe au-dessous du genou, à un conducteur de camion de meunerie, gagnant 650 fr. par mois (non logé, non nourri) mais réalisant de l'avis de son patron un bénéfice supplémentaire d'au moins 150 fr. par mois par les pourboires. Va-t-on pouvoir dans la fixation de la rente tenir compte de cette particularité ou tabler seulement sur les 650 fr. par mois ? Je le crains.

Dr J.

Réponse.

Suivant l'opinion de Sachet (Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail), opinion fondée sur plusieurs décisions de jurisprudence, dans les entreprises où l'usage veut que l'ouvrier reçoive un pourboire du client et où, par suite, le chef d'entreprise ne lui paye qu'un salaire inférieur aux ouvriers de même catégorie sans rapport avec le public, le pourboire devient un supplément de salaire dont il doit être tenu compte pour déterminer la rémunération effective de l'ouvrier.

Et Sachet ajoute : « ... Tel est le cas des pourboires qu'il est dans l'usage de donner aux charretiers, voituriers et camionneurs pour le déchargement et pour le transport à l'étage des colis livrés à domicile. (Voir Cass, civ., 15 mars 1904, D. 1904-1-553) ».

Il est probable que, lorsqu'il s'agira de fixer le salaire de base pour le calcul de la rente, l'assurance contestera que les pourboires doivent entrer en ligne de compte. Nous engageons le blessé, en s'appuyant sur la jurisprudence ci-dessus rappelée, à résister à cette prétention, à demander que ces pourboires soient ajoutés au salaire payé par le patron et, au besoin, à faire trancher la question par le tribunal.

Fiscalité

555. — Impôt sur les intérêts des prêts.

Ayant fait un prêt sur nantissement, quel taux pour cent faut-il appliquer aux intérêts ; c'est-à-dire quelle somme en timbres faut-il coller sur les reçus.

Dr C.

Réponse.

Pour les intérêts payés antérieurement au 1er janvier 1927, le taux de l'impôt est de 12 % ; depuis cette date le taux est de 18 %.

A. M.

(2)

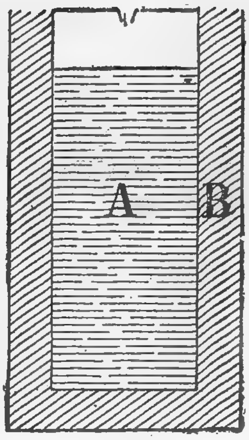
Après les Maladies contagieuses

PRESCRIRE LA DÉSINFECTION

par les Vapeurs de Formol
A L'AIDE DU

FUMIGATOR GONIN

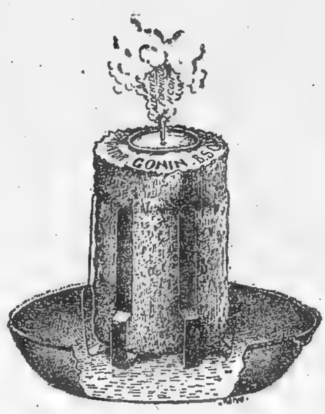
DESCRIPTION



Coupe d'un Fumigator

(A)
Tube métallique contenant la poudre de formol

(B)
Pâte combustible que l'on allume pour l'emploi.
Elle se consume sans flammes ni étincelles



Griffe-support pour maintenir la pâte en combustion contre le tube et permettre à l'air de circuler sous le fumigator.

Assiette ou récipient métallique que l'on doit mettre sous le fumigator pour l'isoler du sol.

La pâte en se consumant chauffe le tube métallique. Par la chaleur la poudre se gazéifie et donne des torrents de vapeurs de formol qui se répandent dans le local à désinfecter.

MODE D'EMPLOI

Comment on allume :



Maintenir 3 ou 4 points du bord supérieur de la pâte au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool.

Combien en allumer ?

Allumer et disperser dans la pièce à désinfecter autant de fumigators n° 4 qu'il y a de fois 20 mètres cubes dans cette pièce.

AUTORISÉ PAR LE MINISTRE
DE L'INTÉRIEUR

Rappelons que chacun a le droit d'exécuter par ses soins ou de faire exécuter par un service privé

La DÉSINFECTION de ses LOCAUX

pourvu que ce soit à l'aide d'un procédé autorisé comme

LE FUMIGATOR GONIN

(*Art.* 17 *du decret du* 10 *juillet* 1906)

Prix au public : le FUMIGATOR pour 20 m³, 10 fr. — Pour 15 m³, 8 fr. 20

Conditions spéciales aux Médecins s'adressant directement à nous

FUMIGATOR, 60, Rue Saussure, PARIS

Téléphone : WAGRAM 17-23 —:— Télégraphe : FUMIGATOR-PARIS

Chèques Postaux : PARIS 203-12 —:— Registre du Commerce, Seine n° 160.267



LACTATE DE MAGNÉSIE BIOLOGIQUE
VITAMINÉS DE POMMES CRÛES
LACTO MAGNÉSIE VITA
UNION BIOLOGIQUE
PARIS
Lacto-Magnésie Vita
CONSTIPATION DE TOUTE ORIGINE
LAXATIF DOUX
ÉCHANTILLON & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
POUR ADULTES: 1 à 2 cuillerées à café
POUR ENFANTS: 1/2 cuiller à café
le soir, au coucher
dans un peu d'eau sucrée, ou mieux dans du lait.
UNION BIOLOGIQUE
PARIS

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 14 — DIMANCHE 3 AVRIL 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR
ABONNEMENTS
France.................... 45 fr
Etranger... (voir conditions page IV)
Etudiants (France)........ 25 fr.
Le Numéro................ 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

Quarante-neuvième année N° 14 3 Avril 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 854-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical* de MM. les Drs MIRABAIL, de Baugy et MOURAT, de Ney, la somme de trente francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 178. — Int. hôp. Paris passant actuell. cliniques et thèse dem. poste à achet. ou à fonder.

N° 179. — A vendre Torpedo luxe 10 CV Citroen 1921 imposée 8 CV, petite consom. mot. exc., pist. alpax, 4 amort. Houdaille, graiss. Técal., tr. b. ét. Ecr. M. Martinot, 42, rue du Four, Paris (6e).

N° 180. — A vend. 6 CV Renault 1925 cond. intér., 2/3 pl. pneus 730 × 130. Carburat. Cozette. 15.000 kil. Etat génér. absolument parfait, amortiss., essais à volonté. Bas prix. S'ad. le matin Toussaint, 32, rue Parmentier, à Neuilly (Tél. Wag. 51-11).

N° 181. — Auvergne. Prêtre au courant de l'éduc. prendrait chez lui (580 m. alt.) un ou deux élèves délicats ou retard dans études. Soins dévoués.

N° 182. — Ile de Ré, pension de famille tenue par doct., ouverte toute l'année. Prix modér.

N° 183. — Ach. d'occas. basiotribe bon état. Dr Barthe à Saint-Agnan (Char.-Inf.)

N° 184. — Dr 30 ans ayant prat. client. et connaiss. bien psychothér. et quest. connex., cherche sur Côte d'Azur, sit. dans clin., mais. de santé ou collabor. confr. Ser. suscept. reprend. poste.

N° 185. — Poste méd. à céd. Lyon. S'ad. Dr Serre, 87 cours Gambetta.

N° 186. — Appar. pour le pneumothorax artific. et inject. d'oxygène du Dr J. Amandreit, 600 fr. port en plus, état de neuf (vendu 1.050 chez Spengler).

N° 187. — A vend. cause triple empl. 5 CV Citroen torpedo 1925, très bon état, 4 amortiss., 10.000 fr. Dr Bougon, à Boissey-le-Châtel (Eure).

N° 188. — A vend. 1 porte-bagages pour 6 CV Renault, 1 strapontin dossier pliant, 1 pyrène, 1 bouteille air Michelin. Dr Jacquemaire à Denain (Nord).

N° 189. — Côte d'Azur, bord mer, stat. agréab., client. de toute année, à céd. d'urgence. Rapp. 52.000, loyer intéress., gr. maison confort, prix à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 190. — 150 km. Paris envir., ch.-lieu cant., très anc. poste rapp. 95.000 méd. ch. de fer, mais. 8 p., indemnité 50.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Télé. Gob. 36 46.

N° 191. — Paris, quart. ouvrier, dans immeub. neuf, cab. méd. 3 p. et dépend. A céd. pour cause fatigue 25.000 fr. y compr. meubles et instrum. profess. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpitaux de Paris.** — Un concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'ouvrira le lundi 16 mai.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Prosectorat et adjuvat.* — Un concours pour deux places de prosecteur et un concours pour cinq places d'aide d'anatomie auront lieu les 16 et 17 mai à la Faculté de Paris. Inscriptions au Secrétariat.

— **Institut Pasteur.** — Le 22 avril, à 17 h. 45, conférence de M. Gauducheau sur l'*alimentation des Chinois et leur hygiène générale* (Institut des hautes études chinoises).

— **Fondation Bergonié.** — La fondation Bergonié désirant, conformément à son but, être utile moralement et matériellement à toutes les victimes des rayons X, demande que lui soient signalés les noms des médecins ou manipulateurs atteints de radiodermite. Ecrire au professeur agrégé Zimmern, secrétaire général de la fondation, 5, rue Saint-Philippe-du-Roule, ou au docteur H. Dausset, secrétaire général adjoint, 9, rue Daru.

— **Institut médico-légal** (place Mazas). — M. Kohn-Abrest, directeur du laboratoire de toxicologie, fait, tous les mardis et vendredis, à 5 h., un cours de chi-

mie toxicologique pour les candidats au diplôme de médecin légiste de l'Université de Paris.

— **Faculté de Paris.** — *Médecine opératoire spéciale.* — Sous la direction du professeur CUNÉO, M. WELTI, prosecteur, commencera, le 23 mai 1927, un cours de médecine opératoire spéciale (chirurgie de la tête et chirurgie nerveuse).

— **Hôpital Hérold.** — *Tuberculose infantile.* — Sous les auspices du professeur NOBÉCOURT, M. P.-F. ARMAND-DELILLE fera, du 9 au 28 mai, à l'hôpital Hérold, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de tuberculose infantile, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

— **Hôpital Necker.** — *Urologie.* — Sous la direction du professeur LEGUEU et avec la collaboration de MM. Chabanier, Dossot, Fey, Fisch, Flandrin, Fouquiau, Garcin, Gaume, Truchot et Verliac, chefs de clinique et de laboratoire, et de M. Wilmoth, prosecteur à la Faculté, un *cours de perfectionnement d'urologie chirurgicale* aura lieu du 8 au 18 juin. Inscriptions auprès de M. Fey, chef de clinique.

— **Un prix pour combattre la leucémie.** — Un prix de 25.000 florins, soit plus de 250.000 fr. au cours actuel du change, vient d'être institué par un philanthrope hollandais, pour être attribué au meilleur ouvrage concernant le traitement de la leucémie. Les mémoires doivent être adressés, avant le 1er mars 1928, à M. le prof. Hymans Van den Bergh, clinique médicale, Urecht (Hollande).

— **Les Journées médicales de Bruxelles**, dont ce sera en juin prochain la *septième session*, sont en voie d'organisation. On peut dès à présent annoncer la collaboration de MM. les professeurs Besredka, de l'Institut Pasteur de Paris ; Danielopulo, de Bucarest ; Viggo Christiansen, de Copenhague ; Jean Lépine, de Lyon ; Leriche, de Strasbourg ; Laguesse, de Lille et M. Chiray, de Paris.

— **Journées médicales marseillaises et coloniales** (21, 22, 23 avril 1927). — Rappelons que le programme des Journées médicales de Marseille comportera des conférences des professeurs Sicard, Léon Bernard (de Paris), Imbert (de Marseille), Otrolenghi (de Bologne), Cuellar (Bolivie), du Dr Meyer (de Bruxelles), une exposition de produits pharmaceutiques, d'instruments et d'appareils, un salon de peinture, des excursions en Provence, sur la Côte-d'Azur, en Corse, etc.

Ces Journées sont ouvertes aux médecins, pharmaciens, étudiants, chirurgiens dentistes, vétérinaires, officiers de réserve du Service de santé, sages-femmes, et à leurs familles (cotisation des membres adhérents, 50 francs, et des membres associés, 25 fr., qui peut être adressée au docteur Félix Piéri, Marseille).

— **Sanatorium marin de Roscoff.** — On demande un chirurgien médecin-chef pour le sanatorium marin de Roscoff (Finistère). Traitement offert : 30.000 fr., plus logement et autorisation de faire de la clientèle. Adresser demande et titres à M. le Dr Galliard, médecin honoraire des hôpitaux, 270, rue de Vaugirard, Paris.

— **Hôpital de Constantine.** — Deux internes, en médecine et chirurgie, sont demandés à l'hôpital civil de Constantine (Algérie). Avantages : 3.600 fr. par an, logement, nourriture, voyage gratuit aller et retour (subordonné à un séjour de dix-huit mois à l'hôpital).

A TRAVERS L'OFFICIEL

16 *mars.*

Service de Santé militaire.

Avis de concours pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires en 1927.

Un concours sera ouvert le mercredi 1er juin 1927, à quatorze heures, pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires (cadre permanent).

Le nombre d'emplois à attribuer sera déterminé d'après le nombre des candidates et la valeur du concours.

Les traitements actuels sont fixés de 6.500 francs à 8.300 fr., augmentés d'une indemnité de résidence ou de séjour variable par place. Ces traitements sont actuellement en cours de révision.

Les infirmières des hôpitaux militaires bénéficient de la loi du 14 avril 1924 sur les pensions civiles et militaires.

Aucune candidate ne pourra être admise à concourir si elle ne remplit pas les conditions suivantes ;

1° Etre Française, ou naturalisée Française.

Les candidates Alsaciennes-Lorraines justifieront de leur réintégration dans la nationalité française dans les conditions du paragraphe 1er de l'annexe à la section V de la partie III du traité du 28 juin 1919 ;

2° Avoir, au 1er janvier 1928, vingt ans au moins et trente ans au plus ;

3° Etre de bonnes vie et mœurs ;

4° Etre infirmière diplômée de l'Etat français, de l'assistance publique ou d'une école d'infirmières laïques, publique ou privée, agréée par le ministre de la guerre ;

5° Etre physiquement apte à remplir l'emploi d'infirmière sur le territoire, en Algérie, Tunisie et dans les corps d'occupation extérieurs.

La visite médicale destinée à déterminer l'aptitude physique ne sera subie que par les candidates susceptibles, de par leur classement, d'être nommées à

l'emploi d'infirmière stagiaire des hôpitaux militaires.

Pour tous renseignements utiles, les candidates s'adresseront au médecin chef de l'hôpital militaire situé dans leur ville de résidence ou, à défaut d'hôpital militaire, au directeur du service de santé de la région.

17 *mars.*

Loi du 15 *mars* 1927 *accordant une majoration d'ancienneté de grade aux militaires des réserves nommés au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de* 2e *classe de réserve.*

Art. 1er. — Les militaires des réserves, pourvus du diplôme de docteur en médecine ou étudiants nommés, au concours, internes des hôpitaux dans une ville de faculté et pourvus de 16 inscriptions validées ou pourvus du diplôme de pharmacien, sont nommés respectivement médecins ou pharmaciens aides-majors de 2e classe de réserve dans les conditions qui seront fixées par une instruction ministérielle.

Art. 2. — Les militaires des réserves nommés médecins ou pharmaciens aides-majors de 2e classe de réserve bénéficient, lors de leur nomination à ce grade, d'une majoration d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum, diminué de deux ans, de la durée de leurs études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine ou de pharmacie exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme, à l'exclusion, pour les pharmaciens, du stage dans une officine.

Cette majoration comprendra également la durée de l'internat des hôpitaux obtenu au concours dans une ville de faculté, pour le temps durant lequel ces fonctions ne se seront pas cumulées avec le temps normal des études près des facultés de médecine ou de pharmacie.

Art. 3. — Les médecins et pharmaciens aides-majors de 2e classe de réserve nommés à ce grade durant l'accomplissement de leur service actif ne bénéficieront des majorations visées à l'article 2 qui précède, que lors de leur libération du service actif.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 4. — Les majorations accordées par la présente loi ne pourront faire remonter au delà de sa promulgation les promotions au grade de médecin et de pharmacien aide-major de 1re classe de réserve qui en résulteront.

Admission à l'école du service de santé militaire.

Un concours sera ouvert, le 5 juillet 1927, pour l'emploi d'élève du service de santé militaire.

Les conditions de ce concours font l'objet d'une Instruction publiée au *Journal officiel* du 17 mars.

Cours d'infirmières.

Est approuvé le règlement du cours d'infirmières

hospitalières de l'école primaire supérieure de filles de Toulon, sous réserve que les monitrices chargées de l'enseignement pratique au lit du malade et des répétitions théoriques auront accompli une période de stages complémentaires d'une certaine durée dans une école d'infirmières reconnue administratviement et fonctionnant depuis quelques années

19 *mars.*

Stations de tourisme.

Par décret du 16 mars, la commune de Besse (Puy-de-Dôme) a été érigée en station de tourisme.

Sanatoriums publics.

M. le Dr Pellier, médecin adjoint au sanatorium de Saint-Jodard (Loire) a été nommé médecin directeur de 5e classe au sanatorium de Châlons-sur-Marne (Marne).

20 *mars.*

Citation à l'ordre de la Nation.

Le Gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de Mme Kloster (Catherine), en religion sœur Glossinde, infirmière religieuse à l'hôpital Sainte-Blandine à Metz : chargée depuis vingt-cinq ans des services radiologiques de cet établissement, n'a cessé d'y faire preuve du plus admirable dévouement. Vient de succomber aux atteintes de la radiodermite après avoir subi l'amputation du bras droit.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Etablissements acceptant les pensionnés de guerre dans le XIVe arrondissement de Paris.

16853. — M. Calmon, député, demande à M. le ministre des pensions quels sont, pour l'année 1927, dans le 14e arrondissement de Paris, les établissements hospitaliers privés qui accepteront les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. (*Question du* 25 *janvier* 1927.)

Réponse. — Etablissements privés agréés : hôpital Saint-Joseph, 1, rue Pierre-Larousse ; dispensaire Marie-Madeleine, 75, rue de la Tombe-Issoire ; Notre-Dame-de-Bon-Secours, 66, rue des Plantes ; hôpital de l'association Léopold-Bellan, 7, rue du Texel ; établissements publics ; Broussais, 96, rue Bidot ; Cochin 47, faubourg Saint-Jacques ; La Rochefoucault, 15, avenue d'Orléans ; Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

(*J. O.*, 19 mars 1927.)

Augmentation des primes d'assurances contre les accidents du travail.

11044. — M. Renaud (Jean), député, expose à M. le ministre du travail que des compagnies d'assurances-accidents viennent d'envoyer aux assurés une lettre ainsi conçue : « L'assuré désirant être

garanti contre toutes les obligations mises à sa charge par la législation du travail à ce jour (loi du 8 juillet 1926), la compagnie X lui consent cette extension de garantie, moyennant une augmentation de 15 p. 100 de la prime résultant des contrats en cours » ; et demande : 1° si cette augmentation de 15 p. 100 de la prime correspond vraiment aux prescriptions de la loi du 8 juillet 1926 ; 2° s'il n'y a pas là un abus de la part des compagnies. (*Question du 8 février 1927.*)

Réponse. — 1° La loi du 8 juillet 1926 ne fixe aucune augmentation du taux des primes d'assurances ; 2° dans les hypothèses où l'élévation du salaire de base résultant de l'application de la loi précitée, entraîne l'augmentation de la rente en cas d'accident, l'assureur peut supporter de ce fait un supplément de charge. L'assureur et l'assuré discutent librement le bien-fondé et le taux de l'augmentation de prime réclamée. S'ils ne sont pas d'accord soit sur le pricipe d'une majoration de prime, soit sur le montant de la majoration, l'assuré peut rester son propre assureur pour le supplément de risque ou se faire couvrir pour ce supplément par un autre assureur. (*J. O.*, 11 mars 1927.)

CORRESPONDANCE

Secret professionnel.

350. — Le secret dans les Sociétés de Secours mutuels.

Membre du Syndicat médical, j'ai adhéré comme la plupart de mes confrères à une convention médico-mutualiste entre le Syndicat médical et l'Union des Sociétés de secours mutuels.

L'article 12 de cette convention dit : « Lorsqu'un mutualiste malade sera considéré comme susceptible de recevoir des soins assidus devant entraîner plus de 10 visites, le médecin traitant en informera le président de la Société intéressée qui demandera au président de la Commission médicale de faire procéder par un médecin de son choix à l'examen du malade. Le médecin contrôleur, sans être obligé de se départir du secret professionnel, donnera son avis sur les soins médicaux que lui semblera comporter l'état du malade. »

Je laisse de côté la question de savoir si cette façon de comprendre le contrôle n'est pas un peu bizarre.

En fait jusqu'ici je n'ai pas subi ce contrôle et je ne crois pas qu'aucun de mes confrères ait eu à se plaindre de la façon dont ce contrôle a été exercé. La question est autre.

J'ai eu récemment une conversation avec un de

mes clients mutualiste et d'autre part très averti. Il m'a d'abord déclaré qu'il ignorait l'article en question. Il a ajouté sur un ton d'ailleurs très amical : « Je vous préviens, docteur, que, en ce qui me concerne j'interdis à un médecin, quel qu'il soit, de donner *à qui que ce soit*, des renseignements sur la nature ou *seulement sur la durée de ma maladie*. Je vais réunir quelques amis et nous allons prendre des dispositions pour qu'une plainte soit déposée contre tout médecin qui donnera *un renseignement de quelque nature qu'il soit*, sur la maladie de l'un de nous à un président de Société. L'obligation du secret professionnel, a-t-il ajouté, est absolue pour le médecin. Nous comprenons très bien que les S. M. redoutent des abus et veulent y remédier, le cas échéant, mais nous ne voulons pas du procédé admis par la convention. Nous avons droit au secret comme tous les citoyens. »

La question est posée nettement. Certainement si j'écris à un président de S. S. M. : votre sociétaire M. X. est atteint d'aortite syphilitique ou même de pneumonie, je suis susceptible d'être poursuivi et condamné. Mais si je dis : M. X. est atteint d'une maladie qui sera longue et nécessitera des soins prolongés, etc., est-ce que je commets une violation du secret ?

Pouvez-vous me fournir quelques précisions à ce sujet ?

Dr X.

Réponse.

Les situations juridiques en présence sont les suivantes :

1° Le malade veut bénéficier de la gratuité des soins, ou des facilités de traitement, accordées par sa société de secours mutuels ; il entend bénéficier du libre choix du docteur, tout en considérant celui-ci comme étant lié par l'obligation du secret professionnel ;

2° Le médecin traitant doit soigner son malade, en toute conscience, ne pas se prêter à des carottages, qui seraient profitables soit à son client, soit à lui-même aux dépens de la société mutuelle.

De plus le praticien est lié à son malade par le secret professionnel.

3° La mutualité, parce qu'elle paye et assure tout ou partie des frais nécessités par le traitement de son adhérent, ne veut pas que, par des complaisances ou des collusions coupables, sa caisse soit obérée au profit de gens malhonnêtes.

Elle a donc le droit et le devoir de faire contrôler le malade, pour lequel elle paye, ainsi que le médecin, pour savoir si ce dernier est consciencieux, n'est pas trop complaisant, ou faible, ou enfin est suffisamment énergique, dans ses prescriptions, pour que le patient soit guéri le plus rapidement possible.

Voir la suite page LV-909

PROPOS DU JOUR

L'Education physique et respiratoire.

L'éducation physique et respiratoire, dont tous les médecins s'accordent à proclamer la nécessité, est cependant beaucoup trop négligée dans la pratique médicale. Est-ce parce que l'enseignement de nos facultés de médecine ne s'en préoccupe guère ? Peut-être, et c'est pour combler cette lacune, une des plus importantes de l'enseignement officiel de nos écoles, que le Dr P. Kouindjy a, en un véritable formulaire de moins de 150 pages (1), exposé les notions indispensables au médecin praticien pour appliquer utilement. tant au point de vue préventif que thérapeutique, les exercices de gymnastique physiologique.

Lorsqu'il y a une cinquantaine d'années l'on chercha en France à mettre la gymnastique à la mode, l'on eut le tort de faire enseigner dans les établissements d'éducation la gymnastique d'agrès, la gymnastique athlétique. Cette gymnastique rebutait fatalement les sujets faibles, c'est-à-dire ceux qui avaient le plus besoin d'éducation physique. En outre, en voulant créer des athlètes, elle amenait fréquemment des accidents. Les médecins et les physiologistes, notamment le regretté L. Manouvrier, ont condamné cette méthode appliquée à l'éducation physique.

L'éducation physique, selon la définition de Kouindjy est « un moyen rationnel destiné à développer progressivement la force physique et morale de l'homme et à lui fournir la possibilité de lutter efficacement contre les maladies évitables ». Elle doit mettre à la disposition du médecin praticien « une série d'exercices destinés à engendrer chez les sujets faibles ou de force moyenne une endurance et une résistance suffisantes pour transformer un être chétif et malingre en un homme bien portant ».

Sans doute l'éducation physique est donnée dans les écoles, et il existe, dans les grandes villes, des spécialistes qui savent admirablement diriger cette éducation et obtiennent des résultats remarquables. Malheureusement l'éducation physique à l'école est notoirement insuffisante et il est impossible à un maître qui a sous sa surveillance une trentaine de jeunes enfants de leur faire exécuter des mouvements en obtenant d'eux l'effort musculaire suffisant, l'adresse et la discipline qui sont les trois principes les plus importants de cette éducation. En outre, tous les enfants ne doivent pas être soumis systématiquement aux mêmes mouvements, de même que l'on ne prescrit pas la même médication à tous les malades. D'autre part, les exercices, dirigés par des spécialistes, ne sont pas à la portée de tous. Il convient donc que le médecin praticien sache prescrire les exercices physiques nécessaires et que ces exercices, comme les autres prescriptions médicales, soient appliqués dans la famille. Les traités de gymnastique rebutent souvent les meilleures volontés par leur étrange complexité. Ainsi Hortélius, savant professeur de l'Institut Central de Stockholm, étudiant les mouvements que l'on peut réaliser dans les trois positions fondamentales (debout, assis et couché) compte 11.520 exercices principaux. Est-il besoin de dire qu'il n'est pas nécessaire de connaître tous ces exercices pour obtenir d'excellents résultats par la culture physique ?

Le Dr Kouindjy donne les indications des principaux exercices utiles avec une grande précision ; des figures schématiques nombreuses, d'une simplicité et d'une clarté absolues, les rendent d'une application très facile. Cette gymnastique raisonnée, pondérée, efficace, est donc tout autre que la gymnastique faite aux agrès qui, sous la surveillance constante d'un professeur compétent peut donner, certes, de très beaux résultats, mais qui, en poussant à exécuter des exercices forcés et véritablement acrobatiques, peut être la cause de méfaits souvent difficiles à éviter. Ce sont ces exercices que le Pr Gilbert a vivement critiqués en 1913, dans le discours qu'il prononça lors de l'ouverture du Congrès international d'éducation physique : « Salutaires par essence, a dit le maître, ces exercices peuvent occasionner des accidents ; les uns : ruptures musculaires, entorses, luxations, fractures, hernies, hémorragies, emphysème, troubles cardiaques, découlent d'un effort exagéré ; les autres : cœur forcé, infections, se rattachant au surmenage. C'est que les exercices physiques, comme les médicaments ont

(1) Dr P. Kouindjy. — Précis d'éducation physique et respiratoire. (L'Expansion scientifique française. Paris, 1927.)

une « dose toxique » et que, comme eux, ils ont une posologie. »

Il faut donc que le médecin praticien sache prescrire les exercices en évitant les doses toxiques et pour cela qu'il en connaisse bien la posologie.

Avec les exercices méthodiquement réglés comme les indique le petit livre du Dr Kouindjy, le praticien peut arriver facilement à corriger les attitudes vicieuses au cours de l'enfance et de l'adolescence, combattre les phénomènes pathologiques de la puberté, et remédier aux troubles psychomoteurs. Mais la culture physique bien appliquée peut avoir des conséquences d'ordre plus général sur la santé de l'individu en agissant sur la circulation et sur la respiration.

***

La gymnastique respiratoire devrait tenir la première place dans les préoccupations d'un médecin praticien.

Il y a quelques semaines nous suivions, avec le Dr Pescher, le convoi d'un de nos confrères et amis, enlevé brutalement par une pneumonie à l'affection des siens. Le Dr Pescher est le premier qui propagea l'entraînement spiroscopique dans la gymnastique respiratoire et son appareil simple et ingénieux, permet facilement de corriger l'insuffisance respiratoire si fréquente, qui prédispose à toutes les infections pulmonaires. Pescher déplorait avec raison l'ignorance ou l'insouciance des médecins qui ne songent jamais à mesurer au spiromètre la capacité vitale, c'est-à-dire la quantité d'air chassée des poumons dans une expiration forcée et il était convaincu que notre ami, s'il eût connu son insuffisance respiratoire, aurait pu par des exercices spiroscopiques réguliers, éviter la maladie à laquelle il venait de succomber. Il nous rappelait les expériences du Pr Spehl, de Bruxelles, qui ont montré que l'expiration forcée chez un homme moyen de 1 m. 70 de taille donne 3 litres 390 d'air, que cette quantité d'air expiré descend à 2 litres dans l'emphysème pulmonaire, que la diminution à 16 % de la capacité vitale indique une prédisposition marquée à la tuberculose pulmonaire, qui est, le plus souvent, une réalité quand elle est abaissée à 33 %. Le Dr Pescher y joignait une foule de constatations personnelles qui entraînaient notre conviction.

On prend la température, on compte les pulsations, on mesure la pression artérielle, on fait analyser les urines, le sang et les crachats et l'on néglige la capacité vitale qu'il est si facile d'apprécier et qui a cependant une importance primordiale.

Nous sommes convaincu que le Dr Pescher a raison. Nous sommes le premier à le confesser : nous aurions sans doute pu préserver plus d'un de nos malades de nombreuses affections pulmonaires si nous avions reconnu à temps d'abord et combattu ensuite par la gymnastique respiratoire l'insuffisance de leur respiration.

La gymnastique respiratoire ne date pas d'aujourd'hui. 3.000 ans avant l'ère chrétienne les bonzes chinois de Tao-Ssé avaient imaginé une méthode d'éducation respiratoire pour leurs adeptes et les malades qui avaient recours à leurs soins. Les brahamanistes, dans les lois de Manou, prescrivirent aussi des exercices respiratoires dans un but prophylactique.

A notre époque on s'accorde pour que la gymnastique respiratoire soit avant tout physiologique. Pour Guermonprez, de Lille, le rythme normal de la respiration comprend huit mesures, cinq pour l'inspiration, une seule pour l'expiration et deux pour la pause expiratoire. Il faudrait tâcher de se rapprocher de ce rythme en gymnastique respiratoire malgré les entraves pathologiques.

G. Rosenthal est loin de partager l'opinion de Guermonprez. S'il admet que dans la gymnastique respiratoire la respiration doit être rythmée selon les règles et moyennes établies physiologiquement, il constate que l'enfant de 5 ans a 25 respirations en moyenne par minute, que l'adulte en a 15. En outre l'expiration est plus longue que l'inspiration, et citant Manquat, G. Rosenthal ajoute : Si l'on prolonge l'expiration pendant qu'on exécute deux pas et si l'on inspire sur le troisième, on réalise une expiration deux fois plus longue que l'inspiration, c'est-à-dire à peu près normale. Le graphique, obtenu par Marey avec le pneumographe, indique que l'expiration est plus ralentie que l'inspiration. Beaunis a constaté aussi que l'inspiration est plus brève que l'expiration mais qu'il est impossible d'établir un rapport exact entre les deux phases de la respiration. Mais ceci est pour la respiration normale. Si l'on fait un effort pour réaliser une respiration profonde, et c'est le cas en gymnastique respiratoire, l'inspiration est plus longue que l'expiration et l'opinion de Guermonprez, en apparence paradoxale, se trouve justifiée.

La formule de De Munter, de Liège, doit servir de base à toute gymnastique respiratoire : *Inspirer lentement et profondément et expirer complètement.*

Il existe trois formes d'insuffisance respiratoire : l'insuffisance thoracique, l'insuffisance nasale, l'insuffisance diaphragmatique (Rosenthal).

Beaunis, Mathias Duval et Kuss ont étudié l'activité des muscles selon le mode de respiration. Dans la respiration ordinaire, le diaphragme, les scalènes, les muscles surcostaux et intercostaux internes interviennent dans l'inspiration. L'expiration ordinaire se produit par un retour passif du thorax à sa situation primitive, accompagnée de la rétraction due à l'élasticité des tissus pulmonaires. Dans l'inspiration forcée, plus nombreux sont les muscles qui interviennent, ce sont : 1° ceux du tronc et du cou (sterno-mastoïdiens, trapèzes, rhomboïdes, petits dentelés postérieurs, grands dentelés, muscles spinaux, petits pectoraux et même grands dorsaux) ; 2° ceux de la face (dilatateurs des narines, releveurs de l'aile du nez, dilatateurs des paupières et de la bouche) ; 3° les muscles du larynx (sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens, crico-arytenoïdiens postérieurs, thyro-aryténoïdiens). Dans l'expiration profonde interviennent les muscles abdominaux (grands droits, grands et petits obliques, petits dentelés postérieurs et inférieurs, triangulaire du sternum).

L'inspiration surtout profonde exige la contraction d'un nombre de muscles beaucoup plus grands que l'expiration même profonde. C'est dans l'inspiration profonde que les poumons atteignent leur maximum de développement. Le Dr Kouindjy en conclut qu'il convient, par des exercices physiques appropriés, d'activer la fonction des muscles qui président à l'acte de la respiration et à éduquer la fonction respiratoire elle-même.

Ces exercices doivent s'accomplir dans les deux phases de la respiration, l'inspiration et l'expiration, et être exécutés par le nez et uniquement par le nez et dans les trois positions fondamentales debout, assise et couchée.

La spirométrie doit permettre le contrôle des résultats obtenus par la gymnastique respiratoire et complète très utilement les autres moyens d'investigation (auscultation, percussion, radiologie, examen bactériologique).

Les exercices spiroscopiques (Pescher) peuvent donner des résultats précieux, mais ils ne peuvent remplacer la gymnastique respiratoire, car ils se font par la bouche et non par le nez et uniquement en expiration.

Le Dr Kouindjy termine par quelques considérations sur les sports. L'on ne devrait pas permettre à un jeune homme de se livrer à un sport sans l'examen préalable d'un médecin, car il y a d'assez nombreuses contre-indications pour chacun de ces exercices.

La marche à l'allure de 4 à 5 kilom. à l'heure, la course à pied, réglée par un entraînement progressif, en évitant le surmenage, la natation, le canotage sont des sports excellents et à n'importe quel âge. Le cyclisme est utile si l'on ne dépasse pas 12 à 15 kilomètres à l'heure. L'équitation à califourchon, le patinage en se servant des deux patins, sont aussi de bons exercices. Le tennis, le cricket, le hockey ont l'inconvénient de ne développer que les muscles d'un seul côté du corps et peuvent déterminer des déplacements costo-vertébraux avec déviation rachidienne consécutive. Nous objecterons à cette opinion du Dr Kouindjy, tout au moins pour le tennis, que ce jeu se pratique en plein air, ne consiste pas seulement dans le maniement de la raquette mais exige la course et des exercices compliqués d'équilibre qui font travailler tous les muscles et que seuls les muscles du membre supérieur droit travaillent plus que les autres. Nous n'avons jamais observé chez les *joueurs de tennis bien portants* de déviation rachidienne. Dans l'escrime l'unitéralité des mouvements est encore plus accentuée et présente de plus réels inconvénients. Le foot-ball est un sport très utile à la condition de mettre en présence des joueurs à peu près du même âge.

La boxe française, beaucoup plus que la boxe anglaise, est encore un sport à recommander.

Nous conclurons en disant avec le Dr Kouindjy que le médecin praticien ne doit pas se désintéresser de l'éducation physique, que c'est lui qui doit faire le choix judicieux des exercices à recommander, qu'il doit veiller à leur exécution modérée et rationnelle, établir les indications et les contre-indications de l'entraînement physique, notamment en ayant recours à la spirométrie. Enfin il doit savoir établir une posologie des exercices éducatifs de façon à obtenir les résultats désirés surtout dans la gymnastique respiratoire, selon la constitution physique des enfants et en leur évitant une fatigue inutile et parfois dangereuse.

Remercions donc le Dr Kouindjy d'avoir, dans un ouvrage très réduit et très clair, permis au médecin d'apprendre à « sélectionner les exercices physiques, à les choisir selon chaque cas et l'âge du sujet, et à les rendre agréables et faciles à exécuter ».

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA CONTAGION TUBERCULEUSE DU NOURRISSON

Les données classiques — Les travaux récents,

Par R. TURQUETY,
Chef de Clinique de la Faculté.

La tuberculose n'est pas, chez le nourrisson, une infection transmise héréditairement ; il s'agit, en règle générale, d'une infection acquise dans les premières semaines ou les premiers mois de la vie. On a bien, il est vrai, observé dans quelques cas le passage du bacille de Koch de la mère à l'enfant par voie de la circulation placentaire et l'on a désigné ces cas du nom de *tuberculose congénitale*. Mais ces faits sont l'exception. Péhu et Chalier, en 1914, passant au crible de la critique les observations publiées, n'en retiennent que 51 cas. Le plus souvent il s'agissait d'une femme morte en état de généralisation tuberculeuse, avec, à l'autopsie, des lésions de granulie. La contamination du fœtus se trouvait démontrée dans quelques cas par des constatations anatomiques : granulie dont les lésions prédominaient au niveau du foie, cette prédilection étant en rapport avec l'arrivée du bacille par le sang de la veine ombilicale. Plus souvent l'autopsie du fœtus ne décelait aucune lésion tuberculeuse des organes ; mais il existait chez lui une septicémie tuberculeuse que l'on pouvait mettre en évidence par l'inoculation au cobaye de sang ou d'un fragment des principaux viscères.

Le cas surtout mérite de nous arrêter d'une mère atteinte de lésions cavitaires en évolution mettant au monde un enfant vivant, porteur, dès les premières semaines, d'une cuti-réaction positive. Ce sont des faits dont chacun doit être soumis à une analyse approfondie. Il faut, en effet, avant de conclure à la réalité d'une tuberculose congénitale, acquérir la certitude qu'il ne s'agit pas là simplement d'une inoculation massive du nourrisson, réalisée de suite après la naissance, le caractère massif de l'inoculation et sa précocité justifiant, dans ce cas, la rapidité d'apparition des réactions de tuberculine.

On ne saurait, d'ailleurs, s'étonner de la rareté du contage intra-utérin, même dans les formes les plus graves de la tuberculose maternelle : le placenta protège l'organisme fœtal non seulement comme un filtre, mécaniquement, mais activement, par les propriétés phacocytaires, microbicides et anti-toxiques qu'il possède (Charrin et Delamarre).

Hormis ces cas exceptionnels, la tuberculose du nourrisson traduit une *infection acquise* dans les premières semaines ou dans les premiers mois de la vie. Parmi les modes de contage que l'on trouve à son origine, il en est deux qui doivent retenir l'attention :

L'infection par *le lait*.
L'infection par *le milieu*.

Le lait. — C'est surtout à la suite des travaux de Behring que l'on a cru devoir attribuer une origine intestinale à de nombreux cas de tuberculose et que l'on a cherché à déterminer le rôle exact du lait dans la pathogénie de l'infection du nourrisson. On se basait sur les statistiques des vétérinaires qui établissaient l'extrême fréquence de la tuberculose des bovidés.

La glande mammaire des vaches tuberculeuses est une voie d'élimination des bacilles — alors que le lait d'une femme tuberculeuse n'est presque jamais virulent —. Cette élimination est intermittente, si la glande est saine. Si elle est le siège de lésions tuberculeuses, l'élimination est à peu près continue. Comme, d'autre part, les vaches malades éliminent les bacilles par la bile et les matières fécales, celles-ci souillent le pis et, par conséquent, au moment de la traite, le lait.

L'importance du rôle infectant du lait semblait donc fort admissible, d'autant que toute une série d'expériences, dont celles de Chauveau en 1868, semblaient établir l'identité des virus tuberculeux humain et bovin. La retentissante communication de Robert Koch en 1901, au Congrès de Londres, sur la dualité des tuberculoses humaine et bovine, remit en discussion des faits qui paraissaient bien établis.

Elle fut le point de départ de recherches considérables dont le résultat, confirmé par la presque unanimité des travaux récents, est l'affirmation qu'il n'existe qu'une seule race de bacilles

tuberculeux des mammifères, dont le bacille humain et le bacille bovin ne sont que deux types différenciés par leur adaptation à des organismes différents.

Le bacille bovin peut donc être pathogène pour l'homme, bien qu'il se montre, en général, moins virulent pour lui que le bacille provenant des lésions tuberculeuses humaines. C'est surtout dans les lésions ganglionnaires cervicales et dans celles de la tuberculose abdominale (tuberculose des ganglions du mésentère avec ou sans lésions de l'intestin), que l'on a signalé la présence du bacille bovin. La fréquence de l'infection par le bacille bovin semble, — si l'on s'en rapporte aux statistiques —, varier notablement d'un pays à l'autre ; elle serait beaucoup moindre en France qu'en Angleterre et en Amérique, comme le prouvent les recherches faites à l'Institut Pasteur par Et. Burnet.

En outre, M. Marfan note, du point de vue clinique, la diminution très marquée des cas de « tuberculose alimentaire » (tuberculose des ganglions du mésentère et de l'intestin) diminution qu'il attribue à une meilleure surveillance des bovidés et surtout à la diffusion de la stérilisation du lait.

Le bacille de ta tuberculose meurt, en effet, quand le lait est porté à une température de 100° pendant 2 à 3 minutes, de 85° pendant 5 à 10 minutes, de 75° pendant une demi-heure.

Le moyen le plus simple et le plus sûr de protéger le nourrisson contre l'infection tuberculeuse par le lait de vache est donc de n'alimenter l'enfant qu'avec du lait stérilisé ou bouilli.

Ainsi le contage par le lait, qui a pu paraître, à une certaine époque, la cause primordiale de la tuberculose du premier âge, est devenu, par la généralisation des divers procédés de stérilisation du lait, un facteur d'importance tout à fait secondaire.

Le milieu. — C'est, en réalité, dans son entourage « familial et domestique » que le nourrisson, en raison même de ses conditions d'existence, contracte la maladie. Et presque toujours l'interrogatoire permettra de dépister, dans le milieu où vit l'enfant, la source de contage. Le plus souvent il s'agit d'une tuberculose de la mère ou du père. Des deux, la première est la plus redoutable : la continuité des soins que la mère prodigue à l'enfant est l'occasion de contages réitérés et, pour ainsi dire, subintrants. Par ailleurs, la résistance de la mère à l'infection, du fait même des manifestations de sa vie génitale, est exposée à des fléchissements répétés.

Une statistique de Dörner montre que la mortalité, dans les premiers mois, des enfants d'une mère tuberculeuse est de 33,5 p. 100, alors qu'elle n'est que de 14,7 p. 100 si c'est la tuberculose du père qui est en cause.

Si les parents sont sains, l'enquête découvrira parfois une tuberculose d'un frère ou d'une sœur aînée, celle-ci, jouant souvent, au point de vue de la gravité du contage, le même rôle qu'une tuberculose maternelle.

Une nourrice, une éleveuse, une nurse, peuvent ainsi, en raison du nombre d'enfants auxquels elles peuvent être appelées à donner leurs soins, constituer un véritable fléau.

Mais il faudra se méfier davantage encore de la présence dans l'entourage de l'enfant de sujets âgés et tousseurs, ascendants ou domestiques, dont la bronchite chronique, parce qu'ancienne et bien supportée en apparence, ne semble pas suspecte. Cette bronchite traduit parfois une sclérose apicale avec cavernules, et ces malades, en apparence inoffensifs, sont, en raison même du caractère torpide de leurs lésions, les plus redoutables semeurs de bacilles.

Le rôle de l'entourage familial et domestique dans la contagion du nourrisson n'est plus à démontrer. Et si un doute subsistait encore dans l'esprit de quelques-uns, il leur suffirait de consulter la statistique de l'œuvre Grancher. Elle démontre clairement que, lorsque les enfants de tuberculeux bacillifères sont soustraits *dès leur naissance* au contage familial et placés à la campagne dans des milieux sains, ils échappent à coup sûr à l'infection dans le premier âge.

Mais, dans quelques cas, l'enquête la plus rigoureuse restera stérile ; on ne pourra mettre en évidence la source du contage ; il s'est agi, à n'en pas douter, d'une *inoculation accidentelle* par contact fortuit avec un sujet infectant ; le fait, à vrai dire, est peu fréquent dans les premiers mois et il est bien rare qu'une tuberculose contractée au berceau ne fasse pas la preuve de son origine. Il devient, par contre, bien plus habituel quelques mois plus tard, quand l'enfant commence à ramper, à marcher, à toucher aux objets, et s'expose de la sorte à mille sources de contagion.

Ainsi, si l'on excepte quelques cas tout à fait exceptionnels de tuberculose congénitale, la tuberculose du nourrisson est une tuberculose acquise, transmise le plus souvent dès les premiers mois à l'enfant par les personnes qui constituent son entourage immédiat. L'enfant issu de parents tuberculeux ne naît pas tuberculeux ; l'antique notion « *d'hérédité de graine* » a vécu.

Mais le problème de l'hérédité tuberculeuse est bien autrement complexe. Si l'on est en droit de considérer comme infiniment rare la transmission *in utero* du bacille tuberculeux de la mère à l'enfant, comment doit-on accueillir les idées qui ont eu longtemps cours touchant *l'hérédité du terrain* et *l'hérédo-tuberculose dystrophiante* ?

Les enfants nés de parents tuberculeux, disait-on, sont plus tuberculisables que les enfants

nés de parents sains. La fréquence avec laquelle on voyait en effet se manifester chez eux cette affection semblait bien en donner la preuve ; la gravité de cette tuberculose précocement développée le confirmait encore.

Or on sait que si ces enfants sont plus souvent tuberculeux que les autres, cela tient uniquement à la contagion familiale qui les guette. Qu'on les mette dès la naissance à l'abri de cette contagion et ils ne fourniront pas à la tuberculose un pourcentage de cas plus élevé que les enfants issus de parents sains ; la statistique de l'œuvre Grancher le prouve surabondamment.

Quant à l'hérédo-tuberculose dystrophiante, elle a pu paraître à certains auteurs importante à ce point qu'ils n'ont pas hésité à la mettre en parallèle avec l'hérédo-syphilis. « Il y a des stigmates d'hérédo-tuberculose qui ont une si grande ressemblance avec les malformations d'hérédo-syphilis, disait Landouzy, que cette constatation m'a amené à poursuivre le parallèle entre les deux grandes diathèses (ainsi parlaient nos pères) non seulement sur le terrain symptomatologique, mais encore sur le terrain pathogénique ». « Dystrophie en actualité, tuberculose en expectative, tel est, disait Mosny, le lot des fils de phtisiques. »

Cependant les médecins qui étaient le mieux à même d'observer les enfants nés de parents tuberculeux n'admettaient qu'avec la plus garnde réserve l'existence de cette hérédo-tuberculose dystrophiante. Budin, dès 1905, mettait les médeicns en garde contre l'importance, trop grande à son avis, attribuée à la question de terrain. Et M. Comby écrivait : « Les enfants de tuberculeux sont aussi beaux et aussi forts que les enfants de non-tuberculeux. L'hérédité de terrain n'existe pas plus que l'hérédité de graine. » Et pourtant *la fragilité* des enfants issus de mères tuberculeuses, leur croissance irrégulière, leur disparition précoce — en dehors de toute contamination tuberculeuse — avaient été, voici longtemps, signalées par Charrin et ses élèves. M. H. Barbier parle de « la diminution du coefficient de vitalité » de ces enfants. M. Couvelaire, récemment, confirmait cette impression : poids de naissance souvent inférieur à la normale, accroissement pondéral médiocre, difficulté d'élever ces petits. « Ces enfants, dit l'auteur, s'éteignent comme une lampe sans huile. » M. Vignes arrive à des conclusions identiques : les enfants observés par lui avaient, à part quelques exceptions, un poids au-dessous de la moyenne, surtout chez les multipares.

On pouvait donc, voici très peu de temps encore, concevoir ainsi le problème de l'hérédité tuberculeuse :

1. Extrême rareté de la tuberculose congénitale.
2. Infection relevant, dans la règle, d'un contact direct après la naissance avec un sujet tuberculeux.
3. Absence, chez ces enfants, des malformations et même de la débilité qui sont l'apanage des hérédo-syphilitiques.

Mais voici que d'importants travaux biologiques sont en cours, qui ont abouti à la découverte d'un virus filtrant tuberculeux ; leurs conclusions nous conduiront sans doute à reviser quelques idées qui paraissaient définitivement acquises sur l'hérédité tuberculeuse.

Fontès (de Rio de Janeiro), le premier, en 1910, découvrit l'existence de formes filtrantes de bacilles de Koch et démontra la possibilité, avec ces formes filtrées, d'infecter les cobayes. Ses travaux, qui devaient dans la suite être si gros de conséquences, n'attirèrent guère à ce moment l'attention. Ils furent repris récemment par Vaudremer d'une part, et, de l'autre, par Calmette et son élève Valtis.

Vaudremer, en 1923, filtrant sur bougies Chamberland des milieux pauvres, constate l'apparition dans le filtrat d'éléments non acido-résistants.

Valtis, sous la direction du Pr Calmette, montre que les filtrats de cultures, de crachats, de pus tuberculeux, renferment des éléments qui passent à travers les filtres Chamberland. Chez des cobayes inoculés avec ces filtrats et sacrifiés au bout de 3 ou 4 mois, il a pu déceler, au niveau des ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés, la présence de bacilles de Koch, en quantité infime il est vrai, et dont la découverte nécessita les recherches les plus patientes.

Calmette, Valtis, Boquet et Nègre montrent qu'il existe, dans les produits tuberculeux, des éléments invisibles et filtrants qui, si on les inocule sous la peau de cobayes femelles, avant ou pendant la gestation, traversent le placenta, infectent l'organisme fœtal et déterminent des lésions tuberculeuses dans lesquelles on retrouve les formes acido-résistantes et non filtrables de bacille tuberculeux.

Ces recherches expérimentales, confirmées par les travaux d'Arloing et Dufourt, ont été transportées dans le domaine de la clinique par Calmette, Valtis et Lacomme.

Leurs investigations, poursuivies à la clinique Baudelocque, ont porté sur des fœtus expulsés par des mères tuberculeuses et sur des enfants issus de mères tuberculeuses, enfants morts-nés ou morts quelques jours ou quelques semaines après la naissance.

Sur 9 fœtus ou enfants qui n'ont eu, après leur extraction ou leur naissance, aucun contact avec leur mère tuberculeuse, il a été possible, chez trois d'entre eux, de trouver des bacilles à l'examen direct. Et *tous* avaient dans leurs ganglions des éléments virulents qui, inoculés aux cobayes, provoquaient l'apparition chez ces animaux,

dans divers groupes ganglionnaires, de formes bacillaires colorables par le ziehl, très peu nombreuses, il est vrai, mais indiscutables.

De ces faits on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Au cours de certaines tuberculoses graves, il semble que le passage du virus tuberculeux soit plus fréquent qu'on ne l'avait cru jusqu'ici.

2° L'infection transplacentaire est le plus souvent réalisée par des éléments invisibles, filtrables à travers les bougies de porcelaine.

Il serait prématuré de vouloir, malgré l'importance de ces notions nouvelles, modifier dès maintenant les idées admises jusqu'ici sur l'hérédité tuberculeuse. Il convient surtout, comme le dit le Pr Calmette, de mettre tout en œuvre pour protéger les enfants issus de tuberculeuses contre la contagion maternelle et familiale. Cette contagion reste indiscutablement le plus important facteur de contage de la première enfance après la naissance. On en trouve une preuve évidente dans la comparaison de la mortalité des enfants immédiatement séparés de leur mère phtisique avec celle des enfants non séparés.

La statistique de l'œuvre Grancher est, à ce point de vue, plus éloquente qu'un long plaidoyer.

Sur un total de 175 familles de tuberculeux dont les enfants avaient été laissés auprès des parents bacillifères, la morbidité par tuberculose fut de plus de 60 %, sans compter ceux chez lesquels l'affection resta latente pour éclore plus tard, et la mortalité fut de près de 40 %.

En opposition avec ces chiffres, il n'y a eu en tout, sur les 2.200 enfants séparés et recueillis par l'œuvre Grancher en 18 ans, que 7 cas de tuberculose, dont 5 ont guéri.

Ces chiffres montrent donc un abaissement de la morbidité tuberculeuse à 0,3 % et de la mortalité à 0,1 %.

CLINIQUE MÉDICALE

Emphysème pulmonaire,

D'après une leçon du professeur F. BEZANÇON (1).

C'est à la fois une question très difficile et très obscure. Comme je l'ai écrit avec M. de Jong, l'emphysème pulmonaire est beaucoup mieux individualisé en tant que lésion anatomique qu'en tant que symptôme clinique. M. Dumoret, dans un article intitulé : Qu'est-ce que l'emphysème ? dit de même que, sous la rubrique emphysème, il y a un malentendu terminologique permanent. Cela tient à ce que nous essayons de constituer des types pathologiques, qui ne sont pas toujours adéquats aux types cliniques. Cela tient à ce que nous sommes dans une période de transition en médecine.

Nous avons été élevés dans la notion des grands syndromes de l'école anatomo-clinique fondée par Laënnec, c'est-à-dire une phase dans laquelle on superposait les lésions trouvées à l'autopsie et les symptômes observés. Pour un certain nombre de maladies, cette notion anatomoclinique reste la vérité. Il restera toujours un certain nombre de types tels que les a fixés Laënnec : le type pleurétique, pneumonique, etc. Mais pour d'autres maladies, il n'en est pas ainsi ; depuis l'époque de Laënnec, d'autres préoccupations nous sont venues, en particulier la notion de cause : le bacille d'Eberth pour la fièvre typhoïde, etc. Après la phase anatomopathologique, il y a une phase physiologique où on se préoccupe de rattacher l'emphysème ou à la tuberculose, avec Landouzy, ou à une lésion des cartilages du thorax. D'autres regardent l'emphysème comme secondaire aux manifestations asthmatiques. D'autres font de l'emphyphysème une manifestation d'une grande diathèse générale dans laquelle il y a une hypotrophie du tissu élastique. Laënnec, dans son Traité d'auscultation médiate, consacre un chapitre extrêmement important à l'emphysème. C'est lui qui, réellement, a montré les caractères anatomo-pathologiques de l'emphysème. Il décrit plusieurs observations dans lesquelles il ne signale que de l'emphysème partiel ; puis, il y en a une dans laquelle il y a emphysème total des poumons : c'est cette observation qui a servi de prototype aux descriptions, alors qu'en réalité l'emphysème total est assez rare, exceptionnel dans la pratique. Cette observation concerne un cultivateur de la banlieue parisienne, âgé de 37 ans, d'une constitution robuste, affecté depuis l'âge de trois ans d'une toux habituelle avec expectoration muqueuse.

N'avait-il pas un peu de dilatation des bronches ? Il avait la respiration courte et gênée, mais cela ne l'empêchait pas de se livrer aux travaux de la campagne. Pendant l'hiver, la toux augmentait, il était obligé de garder le lit quelques jours. C'est l'histoire banale d'un tousseur, d'un bronchitique.

A l'âge de 33 ans, il fut pris d'une hémoptysie

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, le 10 décembre 1926, recueillie par le Dr LAPORTE.

ou d'un vomissement de sang. Déjà à ce moment, il n'était pas commode de diagnostiquer certaines hémoptysies.

Ce n'est qu'à 36 ans qu'il entra à l'hôpital.

Laënnec décrit son teint d'une couleur un peu terreuse et brunâtre, violet à la figure et aux mains. Ce malade commence à être un cyanique.

Le tégument de la partie inférieure du ventre et des parties génitales est infiltré. En vérité, ce malade était en hyposystolie ou en asystolie. La poitrine résonnait bien dans toute son étendue, mais le cylindre faisait à peine entendre la respiration au-dessus des clavicules. Il décrit la diminution du murmure vésiculaire et le petit râle sibilant qui est si classique, le sternum bombé, l'aspect cylindrique de la poitrine, et même la cyphose postérieure, le thorax en tonneau classique. Il porte le diagnostic d'emphysème total. Après des alternatives d'aggravation et d'amélioration, le malade meurt.

Il trouve le cœur doublé de volume ; le trou de Botal est oblitéré. Les deux poumons étaient sans aucune adhérence, ils semblaient gênés dans la cavité thoracique. Ils restèrent tendus, volumineux après l'incision du thorax. Leur surface était lisse, brillante, plus sèche que dans la nature ; ils offraient au bord antérieur et au sommet des vésicules variant du volume d'une aveline à une amande ou même une noix. La pesanteur spécifique du poumon était moindre de moitié. Il flottait à la surface sans s'enfoncer même de quelques lignes dans l'eau. En le comprimant avec le doigt, on sentait le déplacement d'une boule élastique plutôt que la crépitation naturelle. C'est le type absolument classique de l'emphysème pulmonaire. C'est la seule observation qu'en donne Laënnec. Ensuite, il a accumulé plusieurs observations d'emphysème partiel. L'observation VIII est d'un intérêt considérable, car il s'agit d'emphysème chez une femme guérie depuis longtemps de la phtisie pulmonaire.

Il rattache l'emphysème au catarrhe et à l'action mécanique. A plusieurs reprises, il signale que l'emphysème peut se présenter chez des sujets ayant une compression des bronches.

A la suite de Laënnec, Louis et Voillez insistent avec beaucoup de soin sur ce fait qu'il est exceptionnel de trouver un emphysème généralisé. Le plus souvent, on n'a que des emphysèmes partiels, qui sont caractérisés par des voussures partielles. C'est une voussure qui, tantôt est sternale, tantôt sus-claviculaire, dit Voillez. Il est le premier à la signaler. Il insiste beaucoup sur l'évolution de la maladie. Il la montre souvent héréditaire. Plus tard, Grisolle reviendra sur ce fait : sur 28 emphysémateux, 18 dont le père ou la mère avaient été atteints de la même affection. Stokes montre le rôle du déplacement du diaphragme dans les phénomènes d'emphysème. L'abaissement du diaphragme aboutit à la déformation de l'abdomen.

Laënnec, pour arriver à se rendre compte de l'état du poumon, insuffle les poumons, les laisse dessécher, en fait des coupes ; en se servant de la loupe, il voit que l'emphysème est caractérisé par une distension des vésicules pulmonaires et des terminaisons bronchiques.

Les histologistes montrent qu'il y a une véritable atrophie des parois, ce qui explique la pâleur, la blancheur du poumon emphysémateux, l'absence complète d'anthracose, par suite de la disparition de la circulation. MM. Ameuille, Letulle, montrent la dislocation, la disjonction du tissu élastique. Les acini ou les lobules même sont de plus en plus distendus, leurs parois se sont atrophiées.

Voilà la conception classique de l'emphysème pulmonaire, tel qu'elle ressort des travaux de Laënnec et des anatomo-pathologistes. Des brèches se sont produites, petit à petit, dans les notions classiques. Laënnec lui-même apporte la notion de l'hypertrophie simple du poumon. Il dit que toutes les fois qu'il y a au niveau d'un poumon une lésion supprimant la fonction, il se fait dans le poumon du côté opposé une hypertrophie compensatrice, qu'il distingue de l'emphysème. Le professeur Tripier, de Lyon, a eu le mérite de rappeler cette notion un peu oubliée. En réalité, l'emphysème est surtout un emphysème compensateur ; le plus souvent, les fibres élastiques ne sont pas altérées, les vaisseaux ont conservé leur perméabilité, et il y a, dans ces conditions, une conservation de la fonction ; le mécanisme respiratoire est conservé. Dans une revue de la *Presse médicale*, M. Gouget avait montré l'intérêt de l'hypertrophie simple du poumon, et rappelé des expériences extrêmement curieuses de Hillain. Par exemple, chez le lapin, cinq jours après l'ablation du poumon droit, il se fait une forte hypertrophie du poumon gauche, qui, au bout de six semaines, atteint le volume de deux poumons normaux. Après une phase transitoire d'emphysème vésiculaire, les expériences montrent qu'il se produit une véritable hypertrophie compensatrice du parenchyme, par prolifération vasculaire et élastique.

Ceci montre qu'à côté de l'emphysème pulmonaire lésionnel, caractérisé par une impossibilité, pour ainsi dire, ou une diminution de la circulation d'air dans le poumon, par une atrésie des capillaires, par une diminution des fibres élastiques, il peut exister des hypertrophies pulmonaires simples, comme l'avait déjà vu Laënnec, comme l'avait soutenu M. Tripier, et comme l'expérimentation le montre. Dans la pratique, cela ne se passera pas toujours ainsi. D'ailleurs, les histologistes ont repris la question, particulièrement M. Bériel ; il est beaucoup plus prudent, et il dit ceci : dans la tuberculose, on voit presque tou-

jours que des lésions inflammatoires coexistent avec ces lésions d'hypertrophie simple. Celles-ci sont au voisinage de la lésion tuberculeuse, mais il y a cependant une part mécanique qui rétablit à peu près la fonction.

Cette notion vous montre que toutes les fois qu'on a un gros poumon, il ne faut pas croire que c'est l'emphysème. Dumoret a essayé de séparer les caractères de l'emphysème véritable, atrophique, et de l'hypertrophie simple du poumon. Un des plus importants est que certains individus, faisant en apparence de l'emphysème, conservent cependant une respiration non seulement physiologique, mais augmentée, qui prend ce qu'on appelle les caractères de la respiration supplémentaire ou puérile.

La théorie de Freud nous montre une autre face de la question. En 1858, il publie un premier mémoire sur l'histologie des cartilages costaux à l'état normal et pathologique ; il a constaté que, dans certaines conditions, ces cartilages sont susceptibles de s'ossifier, ce qui entraîne une rigidité du thorax. L'emphysème serait une maladie primitive du système osseux et du système cartilagineux, produite sous l'influence de la vieillesse et de causes qui nous échappent. L'expansion thoracique ne se fait plus, le poumon reste, pour ainsi dire, en état de distension permanente. Freund proposa de faire la section des cartilages costaux. Certains chirurgiens ont tenté de faire l'opération de Freud, et ont eu quelques cas de succès.

Aujourd'hui, personne ne fait plus cette opération pour les cas d'emphysème.

M. Ameuille a fait une thèse, classique actuellement, sur la question de l'emphysème, et il a vu que, chez un certain nombre d'emphysémateux, il y a ossification des cartilages costaux ; on trouve souvent cette ossification chez les vieux emphysémateux ; mais cette ossification n'est certainement pas la cause de l'emphysème. Un élève du professeur Delbet, M. Douay, dans une thèse extrêmement intéressante, arrive à nier absolument tout rapport entre l'emphysème et l'ossification des cartilages costaux.

Nous avons vu des individus jeunes, présentant des ossifications des cartilages costaux considérables, mais qui n'avaient pas trace d'emphysème. L'ossification des cartilages costaux n'entraîne pas fatalement l'emphysème, mais il n'en reste pas moins que l'étude de Freud nous a apporté une notion nouvelle intéressante ; nous attachons de plus en plus d'importance à l'étude du thorax. D'ailleurs, il y a d'autres causes de rigidité thoracique que l'ossification des cartilages costaux. Ce sont, par exemple, les arthrites des articulations de la colonne vertébrale avec les côtes. Certains auteurs ont dit qu'il y a encore des cas de rigidité dont la cause doit être attribuée à l'état des muscles. Certains muscles sont atrophiés, ou même, sans être atrophiés, présentent un état particulier. Aujourd'hui, quand nous parlons d'emphysème, nous devons faire entrer pour une part d'abord l'étude du thorax osseux lui-même, puis de la ceinture musculaire thoracique.

Dans un grand nombre de cas, l'état dyspnéique que tient à l'absence du jeu du diaphragme. Le type respiratoire de l'individu joue un rôle. Il y a des auteurs qui disent : ne fait pas de l'emphysème qui veut. On le voit plus souvent chez l'homme que chez la femme, plus souvent chez les individus ayant un thorax bien développé, à grosse musculature. Pour faire de l'emphysème, il faut avoir une constitution particulière. Quand on parle d'emphysème, on ne peut pas ne pas parler de l'asthme. Il peut y avoir une série de troubles tenant aux fonctions du pneumogastrique, qui résultent de l'état asthmatique ou des états vago-toniques.

Aujourd'hui, tout le monde sait que, dans un très grand nombre de cas, il y a association de la tuberculose et de l'emphysème. Dans certains cas, c'est bien une hypertrophie compensatrice, mais dans d'autres cas, c'est l'emphysème lésion, l'emphysème maladie. La question est d'une complexité très grande. Voilà un individu qui fait une tuberculose fibreuse, à évolution relativement lente.

A l'occasion de ses lésions, il fait de l'hypertrophie pulmonaire emphysémateuse, mais on le soigne, on le met au repos, on le gave, on le suralimente, on le transforme en un obèse, et dans un très grand nombre de cas, ce sera le mécanisme de la guérison. Il pourra présenter des dyspnées d'origine alimentaire. Une partie de sa dyspnée sera peut-être d'origine asthmatique. Une partie de l'apparence emphysémateuse ne sera que de l'obésité. MM. Laurens et Flourin, M. Sergent, ont montré l'intérêt des asthmes consécutifs aux rhino-pharyngites. Dans d'autres conditions, ces individus feront de l'emphysème. Au Congrès de la tuberculose, j'étais rapporteur médical, avec M. de Jong, et j'avais demandé de nommer un rapporteur vétérinaire. Celui-ci montra que la tuberculose du bœuf de labour aboutit souvent à l'emphysème. M. Cadéac signala également que des petits chiens d'appartement bien nourris deviennent dartreux et font de l'emphysème.

Il y a encore le rôle des dystrophies du système élastique (variqueux, etc.), mais la question est d'autant plus complexe qu'il y a des erreurs possibles, par exemple des dyspnées tenant à l'obésité, à la ptose abdominale, à une poche à air gastrique, qui ont l'apparence d'un emphysème banal.

Actuellement, nous sommes assez mal armés, pour lutter contre l'emphysème. L'iodure réussit chez un certain nombre ; il est détestable pour

d'autres. Il y en a un certain nombre, les tuberculeux fibreux, particulièrement, pour qui les méthodes aérothérapiques sont singulièrement dangereuses. Les eaux du Mont-Dore sont admirables dans les formes vago-toniques et un peu catarrhales, mais beaucoup moins si l'élément catarrhal devient plus important. Les eaux sulfureuses comme Saint-Honoré, Cauterets, sont utiles dans certains cas. N'oublions pas la mécanothérapie, la rééducation respiratoire, soit par la méthode ordinaire , soit par la méthode du spiromètre ; bonnes dans certaines formes, ces méthodes deviennent détestables dans d'autres. Enfin, les méthodes de traitement des bronchites avec emploi des vaccins sont indiquées dans certaines formes, et non dans d'autres. Il y a des cas où le régime alimentaire pauvre en graisse et aliments carnés est bon ; il est mauvais, au contraire, chez certains tuberculeux fibreux. Puis, il y a la part asthmatique : les injections d'adrénaline, par exemple, sont remarquables chez quelques-uns, mais ceux qui ont la forme vago-tonique ne s'en trouvent pas bien. De même, l'emploi de la belladone, si bon pour ceux-là, est dangereux chez d'autres, parce que la belladone tarit la sécrétion.

LES MALADIES DE LA PAROLE (1)

III. — Traitement des Dyslalies (2),

Par

G. de PARREL et Henriette HOFFER.

Ancien chef de Clinique à l'Institution Nationale des sourds-muets, Lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Docteur en médecine, Professeur d'Ecole primaire supérieure, Diplômée de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

Comme nous l'avons dit dans notre précédent article, nous rangeons sous le titre de *dyslalies* des troubles de la voix et de l'articulation ayant pour cause, le plus souvent, une position défectueuse des organes de la parole : lèvres, langue, voile du palais, etc...

Nous consacrerons, à cause de son importance, un article spécial au bégaiement et nous abordons aujourd'hui l'étude des dyslalies les plus fréquemment observées.

***

Le Nasillement.

Ce trouble de la parole nous est bien connu. La voix passant par le nez produit une résonance désagréable qui enlève tout charme à la parole. Est-ce à dire que normalement les sons de la parole ne passent jamais par la filière naso-pharyngée ?

Il faut distinguer, pour répondre à cette question, deux sortes de sons.

Ceux qui comme *a, o, i, u, ou,* parmi les voyelles, *p, b, t, c, l,* etc. parmi les consonnes, sont des phonèmes buccaux ou labiaux, et ceux pour la production desquels le courant aérien venu des poumons se divise en deux parties : l'une passant par les fosses nasales, l'autre par la bouche, dans des proportions que l'oreille règle elle-même à l'époque des tâtonnements inconscients des premiers gestes du langage.

Parmi ces derniers, citons les voyelles : *an, on, in, un,* (nous disons voyelles et non diphtongues) et les consonnes : *m, n, gu.*

Dans la production des voyelles et des consonnes nasales, c'est le voile du palais qui, à la façon d'un clapet, s'abaisse et laisse la voie libre pour que s'échappe le courant aérien.

Au contraire, dans la production des autres phonèmes, le voile du palais se relève, s'accole plus ou moins à la paroi postérieure du pharynx et le courant aérien ne trouvant pas d'autre issue s'échappe par la bouche.

Le mécanisme du nasillement étant connu, le traitement de ce défaut de parole paraît évident : il faut apprendre au voile du palais à se relever suffisamment pour empêcher l'air de passer par la filière nasale.

Comment faire cette éducation ? Il faut tout d'abord reconnaître la cause du dysfonctionnement du voile. Prenons le cas où le voile ne se relève pas, par suite de mauvaises habitudes prises dans l'enfance. Ce cas est fréquent et il nous suffit quelquefois de quelques séances pour le corriger. Nous y arrivons par des exercices de respiration bien conduits. Ils sont si importants dans la correction de toutes les dyslalies que nous croyons nécessaire de les indiquer ici.

1° L'élève fait une longue inspiration par le nez, puis une expiration prolongée par le nez

(1) Voir les nos du 6 et du 26 mars.

(2) Travail du *Centre de Rééducation auditive et phonétique* du Dr de PARREL.

également. Cet acte doit être répété plusieurs fois jusqu'à ce qu'il devienne aisé et facile.

2° Dans un deuxième exercice, l'élève inspire par le nez et expire par la bouche.

Avoir soin toujours de faire exécuter ces exercices très lentement. Au début, en effet, l'élève rejette en bloc tout l'air de ses poumons. Il faut toute une éducation pour lui apprendre à user de son souffle très parcimonieusement.

3° L'air inspiré lentement par la bouche doit être ensuite expiré par le nez.

Quand le sujet est bien familiarisé avec tous ces mécanismes, on lui apprend à garder pendant un temps plus ou moins long l'air inspiré sans le rejeter, tout en maintenant la bouche ouverte. Ensuite on lui fait faire : soit une expiration courte et brusque, c'est le *coup de glotte* des phonéticiens, soit une expiration lente et dosée laissant l'air sortir au compte-gouttes par le nez ou par la bouche.

Tous ces exercices préparatoires ont pour but d'assouplir le voile du palais et de le faire descendre ou monter à volonté.

Pour les contrôler on peut se servir soit du miroir de Glatzel, soit tout simplement du dos de la main.

Si ces exercices ont été bien exécutés et sont devenus familiers à notre sujet, nous n'aurons plus aucune peine quand nous passerons à l'étude des phonèmes. Dans notre pratique journalière, nous faisons d'abord émettre ceux qui se prêtent le moins au nasillement : parmi les voyelles, l'*i* par exemple : le *p*, le *b*, parmi les consonnes.

Puis, après un nombre de séances qui varie beaucoup suivant la docilité du sujet, nous abordons l'étude plus délicate des phonèmes *an*, *on*, *in*, *un*, *m*, *n*, *gn*, qui exige un dosage de la quantité d'air qui doit passer par les fosses nasales et de celle qui doit passer par la cavité buccale.

Si le voile du palais a été bien assoupli par les exercices préalables, il devient assez rapidement apte à limiter ses mouvements avec une exactitude telle que seule la quantité d'air nécessaire pour produire le phonème nasal passe par le nez, l'autre partie s'échappant par la bouche.

Parfois, ainsi que nous l'avons vu dans notre précédent article, le nasillement est produit par un raccourcissement congénital ou cicatriciel du voile du palais. Ce cas, plus difficile à traiter que le précédent, ne nous trouve pas désarmés, loin de là ! Nous rappelons l'exemple déjà donné d'un jeune homme rééduqué par nous. Le voile du palais sensiblement trop court et paresseux n'obturait que très imparfaitement la voie nasale. Pour stimuler au travail le voile du palais nous avons fait sur toute sa surface du massage vibratoire électrique. Puis, grâce à une éducation appropriée, le malade a appris à rapprocher de la paroi postérieure de son pharynx ses piliers postérieurs en même temps que son voile, de façon à obturer la voie nasale, par cette collaboration fonctionnelle de suppléance. Les résultats obtenus chez ce sujet, particulièrement intelligent et tenace, ont été excellents, à tel point qu'il a embrassé une carrière où la parole en public est indispensable.

***

Raucité.

Ce trouble est une sorte d'enrouement de la voix. Celle-ci est détonalisée. Ce défaut se produit chaque fois que la colonne d'air, au lieu de résonner normalement dans les cavités naso-pharyngée et buccale, semble se cantonner dans le pharynx.

La meilleure technique pour corriger ce défaut de la voix est de faire pratiquer au sujet le coup de glotte, et les exercices respiratoires indiqués précédemment.

Nous faisons également vocaliser nos élèves sur la voyelle la mieux timbrée, la plus juste.

***

La voix infantile.

Cette dyslalie, encore appelée voix eunuchoïde, est caractérisée par une hauteur anormale des sons. La résonance de la voix se fait dans la région du naso-pharynx.

Son étiologie est mal connue. Les uns l'attribuent à une débilité pneumo-laryngée, d'autres à une contraction des cordes vocales.

Dans certains cas, il semble qu'il faille mettre en cause des excès vocaux à l'époque de la mue.

C'est à la gymnastique respiratoire que nous demandons le principal effet correcteur. Nous cherchons ensuite à obtenir du sujet en traitement une voyelle correcte par abaissement du menton vers le sternum. En même temps nous maintenons en position basse le cartilage thyroïde.

La fréquente répétition de l'explosive glottale nous offre un grand secours. Les résultats sont souvent très bons, à condition toutefois que le larynx ne soit pas lui-même infantile, c'est-à-dire insuffisamment développé.

***

Le balbutiement.

Ce trouble psycho-fonctionnel d'articulation exige un traitement à la fois psychothérapique et orthophonique, consistant particulièrement en des exercices d'assouplissement de tous les organes phonateurs.

Bredouillement.

Du trouble précédent nous rapprocherons le bredouillement qui se corrige à peu près de la même façon.

Chevrotement.

Une insuffisance de tonicité des muscles aussi bien qu'une respiration défectueuse produisent cette dyslalie à laquelle nous opposons avec succès des mouvements méthodiques de gymnastique respiratoire, accompagnés d'exercices phonétiques sur les éléments les meilleurs. Il faut chercher à faire entrer en vibration l'organe laryngé. Exercices sur les consonnes *t*, *d* et *r* par exemple.

***

Blésites.

Nous ne dirons qu'un mot du traitement des blésites. Celles-ci très nombreuses : sesseyement, zézaiement, zozotement, chuintement, jotacisme, gammacisme, lambdacisme, etc., résultent toutes d'une position défectueuse des organes de la parole. Il faut les redresser le plus tôt possible. De correction généralement aisée chez l'enfant, elles se montrent d'autant plus rebelles au traitement orthophonique qu'on a attendu plus longtemps pour les supprimer. Le traitement consiste à instruire l'élève de la position correcte des organes phonateurs. Ceci étant bien compris, il reste à fixer l'élément corrigé, à le rendre automatique par des exercices variés de syllabation, de récitation, lents d'abord, au rythme de la parole courante ensuite. Nous nous servons très souvent dans ces cas d'une spatule pour maintenir la langue dans une position convenable, du métronome pour régler le rythme des exercices de correction.

Résultats.

Que dirons-nous des résultats obtenus ? Ils sont très variables, dépendent de l'âge du sujet et plus encore de sa docilité, de sa bonne volonté autant que de sa volonté tout court. Le travail de correction exige autant de patience de la part du maître que de l'élève.

Avec un sujet appliqué, animé du désir de guérir, et un maître patient et dévoué, sachant inspirer confiance, relever d'un mot le courage défaillant de l'élève, la correction du trouble est à peu près certaine.

DE L'INJECTION PRÉVENTIVE DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL (1)

Par le Dr Alfred BASTIN.

La Médecine du Travail, dont la loi du 9 avril 1898 constitue la charte initiale, a singulièrement compliqué le rôle social du praticien.

Tandis qu'auparavant les rapports du médecin avec sa clientèle reposaient exclusivement sur le don réciproque d'une confiance librement consentie et que, par conséquent, les écueils professionnels étaient rares et facilement conjurables, aujourd'hui, au contraire, ces rapports sont strictement définis et réglés par un statut légal dont l'application met à tout instant le praticien en présence de responsabilités d'autant plus lourdes à supporter que sa position intermédiaire entre le patron et la victime le met en demeure de sauvegarder également l'intérêt de l'un et de l'autre.

Lorsque nous accordons nos soins à un blessé, notre premier acte — la délivrance d'un certificat d'origine — est un acte médico-légal qui déclenche automatiquement une enquête judiciaire si nos prévisions concluent à une incapacité permanente, totale ou partielle ; nos soins sont contrôlables et peuvent être discutés ; nous avons donc à répondre, à tout instant, et de nos conceptions thérapeutiques et des résultats que nous obtenons. Or, il arrive que nous nous trouvions parfois en présence de cas particulièrement difficiles, où l'unanimité de l'opinion médicale n'est pas faite, et où, néanmoins, la jurisprudence peut intervenir ; ses avis, quoique contradictoires, selon les Cours et les époques, ne peuvent être ignorés de nous.

Nous avons été frappé, en parcourant nos revues professionnelles, du grand nombre d'articles consacrés, depuis six mois, à la thérapeutique préventive des infections par les sérums — d'une part — aux accidents consécutifs aux injections de sérum — d'autre part. Les faits qui furent ainsi portés à notre connaissance ne sont pas de nature à simplifier notre ligne de conduite d'autant plus que certains auteurs ont particulièrement examiné la question du point

(1) Cet article était rédigé depuis deux mois lorsque parut, dans la *Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, la première partie de la revue générale consacrée par MM. Pellissier et Nédélec aux acquisitions récentes sur le tétanos (nos 85 et 87). Cette étude d'ensemble, fort bien faite, contient la bibliographie complète du sujet qui nous a également intéressé. Nous ne citerons, par conséquent, dans notre étude que les références se rapportant spécialement à notre objet.

de vue de la responsabilité professionnelle (1).

Nous avons l'intention, dans cet article, d'envisager sous le double aspect, scientifique et médico-légal, la question de l'injection préventive de sérum antitétanique aux blessés du travail.

***

Avant d'entrer dans le détail de notre sujet, rappelons en quelques mots les données fondamentales que la bactériologie et la clinique nous ont apprises concernant l'infection tétanique.

Qu'est-ce que le tétanos ?

C'est l'intoxication de l'organisme par un poison du système nerveux élaboré par le bacille de Nicolaier ; ce bacille est strictement anaérobie ; il pénètre dans notre corps ordinairement à la faveur d'une plaie, soit sous sa forme virulente, la bactérie, soit sous sa forme de résistance, la spore. Introduit dans l'organisme, le bacille peut s'y multiplier lorsque les conditions sont favorables à son développement : les plaies anfractueuses souillées, les associations microbiennes, les chocs traumatiques réalisent ordinairement ces conditions ; il peut aussi y être détruit par les phagocytes ; il arrive parfois qu'il séjourne dans l'organisme sous forme de spores dont la vie latente peut durer au-delà de toute prévision ; il suffit alors d'une occasion fortuite mettant la phagocytose en état de déficience, pour que les spores libérées donnent naissance à des bacilles virulents, dont l'activité se traduira par l'apparition d'un tétanos typique ; il est constant, dans ces cas, que la porte d'entrée de l'infection ne sera pas reconnue cliniquement. Il nous a semblé que la plupart des cas récemment publiés relevaient de cette cause : le microbisme latent ; il a suffi, tantôt, d'une intervention opératoire, tantôt d'un surmenage fonctionnel ou pathologique pour voir apparaître la redoutable affection (2).

***

Tenant compte de ces données, de la gravité de l'affection et de la facilité avec laquelle elle peut être prévenue, certains médecins ont érigé en principe la *nécessité absolue* de pratiquer l'injection préventive de sérum antitétanique à l'occasion de toute blessure, *si minime soit-elle* (*L'immunité*, 15 janvier 1926). Assurément, cette pratique peut se défendre et nous reconnaissons qu'il n'est pas sans intérêt pour le médecin timoré de pouvoir déclarer qu'il ne porte pas la responsabilité d'un cas de tétanos survenu, contre toute attente, chez un client qu'il aurait injecté préventivement quelques jours auparavant. Mais, à craindre toujours l'infection tétanique, ne s'expose-t-on pas, en pratiquant systématiquement l'injection préventive, à constater un jour ou l'autre les accidents, non moins désagréables, dont l'état de choc et l'anaphylaxie (1) nous offrent la gamme si variée, allant de la simple lipothymie transitoire à la mort la plus tragique sous nos yeux ; au reste, ces accidents immédiats ne sont pas les seuls imputables à la sérothérapie : à échéance plus ou moins reculée, il est hors de doute que certaines néphrites, certaines arthropathies chroniques et les troubles fonctionnels dus à la polynévrite doivent être rattachés à une intolérance initiale au sérum.

Aussi pensons-nous qu'en cette matière, comme en beaucoup d'autres, la vérité se tient dans un juste milieu. Rejetant les appréhensions injustifiées d'une pusillanimité excessive, comme les suggestions condamnables d'une hardiesse imprudente, il appartient au médecin de régler sa conduite sur les données de l'expérience qu'il aura acquise soit au contact de ses maîtres, soit au contact des événements de sa propre carrière.

Or, que nous apprend cette expérience ?

(1) Un accidenté du travail peut-il refuser une injection de sérum thérapeutique ? Complications infectieuses des traumatismes et responsabilité médicale (*L'Immunité*, 15 janv. 1926). — Accidents sériques et responsabilité médicale (*L'Immunité*, 1er juillet 1926.)

(2) Examinés au point de vue clinique, ces cas-là sont des plus intéressants ; en effet, l'étude judicieuse et comparative de leur étiologie, de leur évolution et de leur traitement serait de nature à jeter un jour nouveau sur les conditions biologiques (histologiques, bactériologiques et humorales) qui favorisent *exceptionnellement* l'éclosion brusque ou le réveil d'une maladie jusque-là latente dans l'organisme. On répète volontiers et avec raison que peu d'études ont été conduites avec autant de pénétrante sagacité que celle de l'infection tétanique *expérimentale* ; il semble que toutes les expériences possibles aient été réalisées. Et, pourtant, les modalités cliniques que présente l'infection tétanique naturelle, précoce ou tardive, offrent à notre esprit une abondante matière à réflexion. Que d'inconnues il reste à élucider ? Qu'on se rappelle l'opinion de Vaillard lui-même : « La pénétration du bacille tétanique dans un plaie ne résume pas toute l'étologie de la maladie. A cet incident certaines conditions doivent s'ajouter, dont l'intervention est nécessaire pour que l'infection se produise ; et c'est parce qu'elle exige le concours simultané de plusieurs facteurs que le tétanos reste rare.

(1) Le terme d'*anaphylaxie* n'a pas, sous notre plume, le sens primitif et exclusif que lui ont donné ses inventeurs, Richet et Portier, en 1902, mais le sens plus général de séro-sensibilisation que lui ont donné les cliniciens Même employé dans ce sens, il est regrettable que le terme d'anaphylaxie humaine englobe une foule de faits dont la parenté avec l'anaphylaxie véritable n'est pas soutenable pour quelques-uns d'entre eux ; et cela entretient une fâcheuse équivoque. N'est-il pas surprenant de voir ranger parmi les accidents séro-anaphylactiques certains cas de mort subite à la suite d'une première injection de sérum thérapeutique ? Ne serait-il pas plus logique d'invoquer l'état de choc cérébral particulièrement intense subi par certains tempéraments tel qu'il s'observe aussi à l'occasion d'une narcose, d'une vaccination, d'une ouverture d'abcès, d'une anesthésie rachidienne ou de l'incision d'un plan superficiel ?

Premièrement. — Que l'éventualité du tétanos compliquant une plaie banale est exceptionnelle.

En dehors des conditions telluriques particulièrement favorables, que constitue l'état de guerre pour les armées belligérantes, le tétanos est une maladie rarissime. Chaque praticien peut en appeler à son expérience personnelle. La plupart d'entre nous exercent leur vie entière sans en avoir jamais vu un seul cas. Et pourtant, combien de milliers de blessés de toutes catégories ont défilé devant tel vieux praticien des régions industrielles, des compagnies houillères notamment, sans présenter un seul cas de tétanos, et cela en l'absence d'injections préventives de sérum, car on n'en faisait pour ainsi dire pas avant la guerre. Nous connaissons un bassin houiller où, dans un rayon englobant quinze communes populeuses, aucun cas de tétanos n'a été signalé depuis quarante ans parmi la population ouvrière des charbonnages (1). Ceux qui connaissent les mineurs savent dans quelles conditions hygiéniques déplorables ils travaillent dans les galeries dont le sol humide et tiède est souillé par les déjections des chevaux qui y circulent nuit et jour ; leurs blessures ne sont pas toujours bénignes et la poussière de houille qui imprègne les plaies s'y incruste à tel point que, plus tard, la cicatrice en gardera la trace indélébile sous l'apparence d'une veine bleue épidermique. Faut-il croire que le charbon, cet antiseptique naturel trop peu étudié, exerce par ses molécules libres au contact du sérum et des tissus contondus une action chimico-biologique particulièrement efficace pour empêcher le développement de certains germes dont la vie est incompatible avec la présence de l'oxygène ? Ce que nous savons au sujet de son action antagoniste vis-à-vis des fermentations putrides gastro-intestinales permet de penser que ce n'est pas là une simple hypothèse.

Quoi qu'il en soit, l'expérience déjà ancienne dans un champ d'action aussi vaste que celui que représente un bassin houiller semble avoir appris que le tétanos *industriel* n'était pas la complication la plus fréquente des plaies ; la gangrène et la pourriture y sont assurément moins rares, surtout à la suite des fractures compliquées de broiement des parties molles. Et pourtant, l'injection *préventive* de sérums polyvalents antigangréneux ne constitue pas encore une pratique courante parce qu'il semble que l'on soit mieux armé pour combattre cette complication une fois qu'elle s'est établie, soit que l'on ait recours à l'éradication chirurgicale, soit que l'on y associe, ce qui devrait toujours être, le traitement curatif par les sérums.

Deuxièmement. — Qu'il existe toute une catégorie de traumatismes où l'injection de sérum est inutile dans la très grande majorité des cas. Ce sont :

1) *Les ecchymoses* peu étendues consécutives aux contusions et aux froissements des parties charnues ou des tissus recouvrant les os superficiels (avant-bras, face dorsale du pied, face interne de la jambe) ; en l'absence de plaie concomitante dans le voisinage, elles ne sont pas sujettes à complications.

2) *Les petits hématomes* sous-cutanés (les pinçons).

3) *Les piqûres simples*, peu profondes, par aiguilles ou pointes propres ; ces piqûres ne sont pas plus à redouter que celles des aiguilles de nos seringues ; la douleur ressentie est généralement de courte durée et il est exceptionnel que ces piqûres s'infectent. Agiter le spectre du tétanos dans ces cas anodins et injecter systématiquement du sérum entraînerait pour conséquence d'obliger la victime d'un léger traumatisme à prolonger son chômage au-delà des prévisions ordinaires ; en effet, l'urticaire et les arthralgies sériques font rarement défaut et comme elles surviennent la plupart du temps 8 à 15 jours après l'injection de sérum, elles sont la cause, soit d'une prolongation de l'incapacité temporaire de travail prévue, soit d'une interruption nouvelle, en pure perte pour l'ouvrier, quelques jours seulement après la reprise du travail.

4) *Les coupures simples*, peu profondes où la divarication des tissus a eu pour conséquence de présenter une tranche nette, peu exposée à l'infection pourvu que l'agent vulnérant soit relativement propre (canif, couteau, dent de scie) (1).

5) *Les brûlures.* Au moment de leur production,

---

(1) Notre père, qui exerce depuis 42 années dans ce bassin industriel, nous disait récemment : « J'ai pu voir, dans ma carrière, environ trente mille blessés dont les trois quarts avaient des plaies ; pas un n'a présenté les signes certains de l'infection tétanique ; un seul cas, tout récent, m'a paru douteux ; une ouvrière, blessée au pouce, a présenté, au moment de la cicatrisation de sa plaie, des phénomènes de contractions spasmodiques des muscles de l'éminence thénar intéressée : injection de sérum antitétanique suivie de la disparition des contractions ; mais s'agissait-il du tétanos ?

Trois cas de tétanos authentique ont été vus par moi en clientèle libre ; l'un en 1895, chez un ivrogne blessé à la tête, qui s'était réfugié dans une écurie ; un autre en 1920, chez une femme blessée au pied par un clou de bottine ; un troisième, enfin, en 1922, chez une femme qui avait fait une perte dans des conditions d'infection particulièrement propices ».

(1) Qui de nous, en ses moments de délassement corporel, soit en jardinant, soit en maniant le marteau, ou la hache, ou la scie, ne s'est blessé légèrement, se donnant soit une éraflure avec suintement lymphatique, soit une piqûre, ou même un simple hématome sous-unguéal ! Avons-nous recouru, en pareil cas, à l'injection de sérum antitétanique ? Et pourtant, pour rarissimes qu'ils soient, des cas de complications par la redoutable affection ont été signalés à propos de lésions aussi insignifiantes.

elles sont théoriquement exemptes de germes, car la température à laquelle elles prennent naissance est destructrice de la vie cellulaire et de la vie microbienne (1).

Les brûlures, il est vrai, peuvent être souillées « à froid » dans les instants qui suivent leur production ; mais les brûlures des quatre premiers degrés de la nomenclature de Dupuytren sont presque toujours des lésions en surface où le développement des germes anaérobies est rendu difficile, sinon impossible. Il va sans dire que les brûlures profondes des 5e et 6e degrés, de même que les brûlures superficielles accompagnées d'écrasement des parties molles ou de trajets irréguliers dans l'épaisseur des tissus, ne présentent pas, à ce point de vue, la même sécurité ; aussi, en pareil cas, n'hésitons pas à proposer à nos blessés l'injection préventive de sérum antitétanique et de sérum antigangréneux polyvalent (2).

6) *Les plaies contuses superficielles*, sans perte de substance ; ce sont des plaies à ciel ouvert.

7) *Les ulcérations simples de la cornée.* Il peut paraître étrange que nous fassions une mention spéciale de ce petit traumatisme banal et ordinairement sans suite aucune. Si nous en parlons, c'est précisément pour attirer l'attention sur les ulcérations compliquées d'hyphéma, d'hypopyon ou de lésions oculaires plus profondes ou plus graves (déchirure de l'iris, luxation traumatique du cristallin, hernie de la chambre antérieure). En effet, ces lésions surviennent assez fréquemment chez les ouvriers des carrières ou de la route ; or, la présence de débris souillés dans une hémorragie intra-oculaire constitue une condition favorable au développement des germes sporulés et bactériens du tétanos et la proximité des centres nerveux rendrait cette complication, si elle survenait, particulièrement grave. Si le tétanos était une maladie moins exceptionnelle, nul doute que cette voie d'accès cérébral constituerait le cheminement le plus redoutable de l'affection.

8) *Les fractures simples.*

Troisièmement. — Qu'il existe toute une catégorie de traumatismes où l'infection tétanique a des chances de se développer. Il importe de bien les connaître ; ce sont :

1° *Les traumatismes où l'attrition des tissus est évidente ou probable.*

Réalisent cette condition :

1) *Les plaies par écrasement, broiement, arrachement* ; les plaies contuses irrégulières et anfractueuses ;

2) *Les hématomes et ecchymoses* recouvrant une surface suffisante pour étayer l'opinion qu'ils traduisent une lésion tissulaire importante (microbisme latent) ;

3) *Les hématomes sous-unguéaux* accompagnés de plaies péri-unguéales ;

4) *Les gelures ulcérées des pieds* ;

5) *Les plaies par armes à feu* ;

6) *Les fractures compliquées de plaies* et les fractures fermées où la destruction des parties molles abritées n'est pas douteuse (hématomes musculaires, esquilles : microbisme latent) ;

7) *Les plaies des extrémités* où l'ischémie est à redouter par suite d'écrasements artériels (phagocytose réduite ou nulle) ;

8) *Les cas de rétention placentaire*, traumatique ou naturelle, survenant dans des conditions de malpropreté évidentes (1) :

2° *Les traumatismes où l'agent vulnérant, inclus ou non, ne présente pas les garanties de propreté suffisantes.*

Dans ces cas, le germe du tétanos a pu être

(1) Nous avons en vue les brûlures industrielles par les liquides en ébullition, les jets de vapeur sous pression, les métaux chauffés ou fondus, les explosions de gaz, les fils électriques ; les substances chimiques corrosives se comportent vis-à-vis des tissus comme les corps chauds en détruisant la vie cellulaire ; aussi les lésions qu'elles produisent peuvent-elles être rangées analogiquement parmi les brûlures.

(2) Comme la plupart de nos confrères, nous recommandons à nos brûlés de renouveler leur pansement matin et soir, après baignade du membre lésé ou son exposition prolongée à l'air libre, au soleil de préférence ; ce procédé réalise momentanément « *le traitement à ciel ouvert* » si contraire au développement des bactéries et si utile au bourgeonnement des plaies. Evidemment, ce mode de traitement nécessite une dépense plus élevée en matériel de pansement et la remarque nous en a été faite par le siège parisien d'une compagnie d'assurances, en ces termes : « Au cas de brûlures, de l'avis même des médecins les plus autorisés les pansements ne doivent être renouvelés, et cela dans l'intérêt même du blessé, qu'en moyenne tous les trois ou quatre jours ; la dépense en objets de pansements se trouve donc par le fait même très atténuée ». Nous nous inclinons volontiers devant les raisons *théoriques* invoquées par nos grands maîtres ; mais se rendent-ils toujours compte de la différence qu'il y a entre la pratique médicale à l'hôpital et en clientèle ? Nous ne le pensons pas ; s'il en était autrement, il nous paraît que nos maîtres hésiteraient à déclarer leur opinion d'une manière si catégorique et, disons-le, si imprudente. Les agents d'assurances n'ignorent pas toujours les divergences de l'opinion médicale et ils savent le montrer à l'occasion.

(1) En juin dernier, nous fûmes appelé dans un bourg de notre rayon, auprès d'une femme qui s'était accouchée la veille, mais n'avait pas encore expulsé son placenta.

Nous entrâmes dans une masure dont le parquet était constitué par de la terre tassée sur laquelle traînaient les objets les plus hétéroclites ; dans un coin, le lit, d'une malpropreté repoussante : la paille faisait hernie par les trous des paillasses et des vêtements souillés de terre gisaient pêle-mêle parmi les draps dont la blancheur n'existait plus qu'à l'état de souvenir ; hors du lit, traînait le cordon ombilical souillé et déjà noirâtre. Notre opération terminée, nous proposâmes une injection de sérum antitétanique qui fut, naturellement, refusée : il nous restait la ressource d'administrer le sérum en irrigation utérine, ce qui fut fait. Ce cas évolua, du reste, sans la moindre complication.

déposé dans l'organisme par l'agent vulnérant. Il est évident que, lorsqu'il s'agit d'apprécier le degré de septicité probable d'une telle plaie, il faut tenir le plus grand compte du *genre de profession* de la victime de l'accident. Chez certains sujets, dont l'occupation habituelle consiste à manier des objets souillés (jardiniers, cantonniers, garagistes, cordonniers, palfreniers, etc.), toute plaie doit être considérée comme suspecte et inciter à proposer les mesures les plus idoines à conjurer les complications infectieuses des plaies, si minimes fussent-elles. Chez tels accidentés, les piqûres, les plaies contuses, les lésions oculaires peuvent réaliser, dans un délai plus ou moins rapproché, les symptômes du tétanos aigu ou retardé. Les plaies par armes à feu, par éclats d'obus et de grenades notamment, sont aussi à retenir à ce point de vue, car l'essuyage du projectile et l'entraînement de débris vestimentaires ou végétaux exposent particulièrement à l'infection tétanique.

***

Si nous appliquons dans notre pratique les principes qui découlent de cet exposé succinct d'une expérience clinique déjà ancienne, il nous semble que la phobie du tétanos, telle que la connaissent certains médecins, ne soit pas justifiée ; il restera un nombre suffisant de cas où notre conscience nous fera un devoir de *proposer* l'injection préventive de sérum. Nous disons « proposer », parce qu'il ne suffit pas d'avoir exposé au blessé les raisons qui nous engagent à user de ce moyen , il faut encore qu'il accepte nos suggestions ; or, il n'est pas rare que l'ouvrier réponde par le refus à notre proposition (1).

C'est alors que la question de la responsabilité médicale se pose dans toute sa netteté vis-à-vis des Compagnies d'assurances pécuniairement responsables. En effet, il importe grandement que le médecin dégage sa responsabilité en prévision de l'éventualité rare, mais possible, d'une complication tétanique survenant chez un ouvrier qui aurait refusé l'injection préventive de sérum. Jeanbrau, au Congrès des Accidents du Travail tenu à Liége, en 1905, a conseillé au médecin de rédiger, devant témoins, une déclaration constatant le refus opposé par l'ouvrier à se laisser injecter, préventivement ou curativement, un sérum dont l'utilité ou la nécessité lui aura été exposée. Ce principe de sauvegarde est excellent, encore qu'il ne soit pas réalisable à tout instant. Nous avons l'habitude d'indiquer, dans notre certificat d'origine établissant l'existence d'une plaie suspecte, l'acceptation ou le refus de l'ouvrier de recevoir le bénéfice de la thérapeutique sérique ; ainsi, chacun reste sur ses positions : médecin, patron, victime, chacun selon sa conception, sa liberté, ses devoirs.

(***A suivre.***)

(1) Après quelques années d'exercice dans une région, l'on ne voit plus qu'exceptionnellement des figures nouvelles à sa consultation. Nous revoyons toujours les mêmes blessés à intervalles plus ou moins rapprochés ; *jamais*, nous n'avons obtenu un deuxième consentement à recevoir une injection préventive de sérum, même lorsque la nature de la plaie nous faisait insister sur l'utilité de cette intervention. La consommation de viande d'origine équine est très répandue dans notre région ; peut-être faut-il voir dans cette circonstance l'origine des manifestations anaphylactiques plus ou moins accusées que nous n'avons jamais vues manquer chez nos blessés.

L'on nous dira, sans doute, de faire des injections fractionnées selon la méthode préconisée par Besredka; nous reconnaissons les avantages manifestes de ce procédé à l'hôpital, où l'on dispose d'un personnel patient, ou chez ceux d'entre nous qui, volontairement restreignent leur clientèle ; les médecins de « district », dont les heures de cabinet sont forcément limitées, n'ont pas le loisir de pratiquer cette méthode. Nous avons l'intention d'expérimenter désormais uniquement le sérum antitétanique purifié de l'Institut Pasteur, dont le pouvoir est supérieur à celui du sérum ordinaire et qui, débarrassé des 9/10es des matières protéiques diminue sensiblement les accidents sériques.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Insuline et engraissement.

L'insuline peut (H. Labbé et R. Theodoresco) agir efficacement sur l'engraissement, mais la question est beaucoup plus complexe qu'elle pourrait paraître au premier abord, et il est bien difficile de se faire une opinion personnelle à l'heure actuelle.

Sans chercher à faire de l'insuline, médicament d'une réelle utilité par son action sur les échanges nutritifs, une panacée universelle, en l'appliquant à tort et à travers à des malades qui n'en ont nul besoin, utilisons-la avec prudence et observons de très près les réactions des sujets qui sont soumis à pareil traitement. (*La Médecine*, juillet 1926.)

Opothérapie et otospongiose.

Le Dr Delie (de Bruxelles) rappelle que la cause la plus rationnelle de la surdité progressive familiale, oto-sclérose chronique ou otospongiose, réside dans un déséquilibre de la vie végétative. Un trouble circulatoire avec distribution déficitaire est à la base des lésions de l'appareil osseux, qui loge les organes de l'audition.

Or, l'opothérapie est justifiée dans le traitement de l'otospongiose. Trois sortes de glandes ont procuré des effets encourageants : les groupes thyroïde-ovaire, parasympathicotoniques, les extraits de capsules surrénales, l'adrénaline sympathicotonique ; l'hypophyse par la pituitrine, la rétropituitrine.

Pour instituer une thérapeutique judicieuse, il suffira en général de savoir si on est en présence d'un sympathicotonique ou d'un vagotonique ; au premier, on donnera les produits thyroïde-ovaire, au second les extraits des capsules surrénales ou d'hypophyse postérieure.

La thyroïde, prise avec discernement et persévérance, procure un ralentissement, un arrêt dans l'évolution progressive de l'oto-sclérose familiale, un soulagement des symptômes subjectifs, du vertige, puis des bourdonnements.

Plus le sujet est jeune, meilleurs sont les résultats. Malheureusement, trop souvent les soins ne sont réclamés que lorsque la sclérose, à développement sournois, a déjà produit des altérations irrémédiables.

Le traitement préventif chez les enfants de sourds par oto-sclérose doit être impérieusement institué, même déjà pendant la conception. (*Le Scalpel*, 4 septembre 1926.)

Rhumatisme chronique ovarien.

On admet de plus en plus à l'heure actuelle, d'après le Dr P. Gillet, que le rhumatisme chronique est dû ou à une infection, ou à une intoxication hétéro-ou auto-toxique, et parmi ces rhumatismes auto-toxiques, le rhumatisme endocrinien se place au premier rang.

Celui-ci, d'ailleurs, ne se résume pas au rhumatisme thyroïdien, car, moins fréquent cependant, le rhumatisme ovarien constitue une entité clinique indiscutable.

Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que le rhumatisme chronique survient deux fois plus souvent de 40 à 50 ans (c'est-à-dire à l'âge de la ménopause) que de 15 à 30 ans.

Ce rhumatisme chronique de la ménopause s'accompagne pour ainsi dire toujours d'insuffisance ovarienne : bouffées de chaleur, tachycardie, céphalée, obésité, et, fait capital, les manifestations rhumatismales comme les signes d'insuffisance ovarienne, s'améliorent assez rapidement sous l'influence de l'opothérapie spécifique, Ce double critère clinique et thérapeutique individualise de façon incontestable cette variété de rhumatisme chronique ovarien.

Il en existe des formes associées, et notamment le rhumatisme thyro-ovarien, une insuffisance ovarienne et troubles thyroïdiens. Rarement, il s'agit d'hyperthyroïdisme avec palpitations, tremblements ; le plus souvent, il y a hypothyroïdisme avec infiltration myxœdémateuse, qui vient se surajouter à l'obésité ovarienne, à la chute des cheveux et des sourcils, aux céphalées matinales et à la constipation. Le rhumatisme n'a encore ici comme particularité que de survenir au milieu des signes intriqués de dysfonctionnement thyroïdien et ovarien.

Il existe un autre rhumatisme ovarien, le rhumatisme de castration, véritable rhumatisme expérimental. Cette forme, qui n'a jamais été individualisée jusqu'ici, mérite d'avoir sa place dans le chapitre des rhumatismes endocriniens.

Enfin, il y a le rhumatisme ovarien de la jeune fille, forme plus rare, quand la puberté a été retardée, avec dysménorrhée, aménorrhée ; ce sont des arthralgies qui, le plus souvent, rétrocèdent au moment où les fonctions menstruelles vont se régulariser ; elles s'amendent d'ailleurs auparavant par l'opothérapie ovarienne.

Les effets de l'opothérapie spécifique dans ces trois formes de mani estations articulaires témoignent de leur nature *ovarienne*. (*Le Bulletin médical*, 24 juillet 1926.)

L'hyperglycémie dans les dermatoses.

L'ignorance étiologique et pathogénique qui entoure l'origine de la plupart des dermatoses, surtout du type des réactions cutanées de Brocq, est encore profonde. Il semble résulter des recherches récentes qu'il existe dans les dermatoses, avec une fréquence notable, des hyperglycémies, *sans glycosurie*, qui dénoteraient un trouble dans le métabolisme des hydrocarbonés, prédisposant à une atteinte cutanée, surtout folliculaire et eczémateuse.

MM. L. Hudelo et Kourilsky ont apporté leur contribution personnelle à l'étude de ce sujet, par 36 cas d'observation, qui démontrent la fréquence de l'hyperglycémie au cours des dermatoses.

Quant à son évolution, sans que les malades soient soumis à une restriction alimentaire quelconque et surtout pas à une restriction des aliments hydrocarbonés, on peut dire que, dans les eczémas ou infections folliculaires, l'hyperglycémie survit à la dermatose. Les infections générales ou locales s'accompagnent au contraire d'une hyperglycémie passagère. Ces données sont exactes, car toutes les causes d'erreur ont été éliminées.

Mais de l'hyperglycémie seule, on ne peut rien conclure ; il faut de toute nécessité le complément des épreuves de la glycosurie et surtout de l'hyperglycémie provoquée.

D'ailleurs, elle est, au cours des affections cutanées, réalisée par des causes très différentes. Dans les infections et intoxications à détermination cutanée, elle dépend elle-même de l'état infectieux en cause.

Dans les infections cutanées, en particulier les

lésions folliculaires (furoncles, anthrax), il faut penser qu'il s'agit, en partie de diabétiques en puissance, ou de malades dont le fonctionnement du métabolisme hydrocarboné est atteint.

Dans les dermatoses, il est impossible d'interprêter l'hyperglycémie, à moins de vérifier le fonctionnement rénal, le travail hépatique, la tension artérielle, etc. ; ici, le trouble métabolique est certainement multiple, et la modification de la glycémie n'en est qu'un des éléments. (*La Presse médicale*, 18 août 1926.)

Un nouveau traitement symptomatique de la maladie de Parkinson.

Contre cette maladie, on est faiblement armé ; les injections sous-cutanées de scopolamine sont souvent difficiles à appliquer ; elles sont d'effet inconstant ou passager. D'autre part, à la maladie essentielle de Parkinson, s'ajoutent les cas innombrables de Parkinson post-encéphalitique.

G. Ravina signale que Juster aurait obtenu avec la poudre de stramoine un certain nombre de résultats tout à fait remarquables, portant surtout sur une amélioration de la rigidité, le tremblement n'étant pour ainsi dire jamais influencé.

Peu d'inconvénients à la méthode, un peu de sécheresse de la bouche, quelques petits troubles vaso-moteurs.

Il faut prescrire des doses assez fortes, et ordonner la poudre de feuille de stramoine, les extraits d'origines différentes s'étant montrés moins actifs. On en prescrit, en pilules ou en cachets, 0 gr. 05 à 0 gr. 10, et même 0 gr. 20 à doses progressives et de préférence au milieu des repas. Il y a intérêt à donner 0 gr. 50 à 1 gr. 50 par jour, par cachets, toutes les heures ou les deux heures, afin de se trouver d'une manière continue sous l'influence du médicament. Pour éviter l'accoutumance, on prescrit des séries de vingt jours, avec un repos de dix jours, pendant lesquels on tonifie les malades par des arsenicaux, ou bien on les calme par le gardénal, le luminal.

Cette méthode constitue un réel progrès, car elle est mieux supportée et plus facile à appliquer que les injections répétées d'atropine. On ne peut cependant prétendre guérir la maladie, mais seulement exercer une action purement symptomatique. (*La Presse médicale*, 25 août 1926.)

L'anarchie ventriculaire.

Dans les deux formes classiques de l'arythmie complète (fibrillation ventriculaire agonique, et fibrillation des oreillettes), les complexes électriques peuvent varier, mais les profils gardent un aspect voisin de la normale, montrant que le stimulus, si irrégulier soit-il, naît, malgré tout, dans des centres et circule par des chemins analogues à ceux qui existent à l'état physiologique.

A côté de ces formes, A. Clerc et Robert Lévy en décrivent une autre, où non seulement les oreillettes fibrillent, mais encore où le rythme ventriculaire prend dans son ensemble une telle instabilité, où l'aspect complètement bouleversé des complexes correspondants révèle, pour le stimulus, de si multiples foyers d'origine ou de telles difficultés de propagation, que l'irrégularité perpétuelle, proprement dite, se trouve dépassée, et que le terme d'anarchie doit être employé pour désigner une pareille dislocation des fonctions rythmiques.

Cette anarchie durable, telle que la décrivent les auteurs avec observations cliniques et tracés, ne s'observe que sur des cœurs profondément atteints, et comporte un pronostic très grave, puisque tous les malades sont morts en quelques semaines, avec maximum d'un an.

Les périodes d'anarchie ne sont pas nécessairement progressives ; elles procèdent souvent par accès durant plusieurs jours, auxquels succèdent des accalmies ou bien une tachycardie régulière à type ventriculaire ; puis, il y a déchéance progressive du cœur.

Cette anarchie peut se prévoir, quand il s'agit de gros cœurs, progressivement insuffisants et dilatés. Mais, c'est la méthode électro-cardiographique qui, seule, permet d'analyser, de disséquer les phénomènes ; car il existe une série de formes intermédiaires ou incomplètes, dans lesquelles le déréglage s'ébauche ou reste transitoire, atteignant plus particulièrement le ventricule.

Ainsi, sous le masque d'une arythmie complète d'apparence banale, peut se cacher un désordre autrement grave, dont on commence à pouvoir analyser le détail, et qui, s'il se prolonge, assombrit singulièrement le pronostic.

Enfin, la connaissance de ce désordre présente une valeur indéniable au point de vue des indications médicamenteuses, car, d'emblée elle commande une très grande prudence en ce qui est de l'emploi de la digitale ; celle-ci, en effet, n'aggrave pas seulement les troubles existants, mais encore elle risque de les déchaîner, même administrée à doses modérées. C'est là, d'ailleurs un cas particulier de ces effets, dissociés ou mieux paradoxaux, déjà maintes fois décrits, que tout praticien doit connaître, et qui sont moins le fait d'actions directement nocives, que celui d'une véritable dénaturation des propriétés bienfaisantes, réalisée par un myocarde profondément altéré, trop enclin à répondre par des réactions dangereuses aux tentatives thérapeutiques, même les plus prudentes. (*La Presse médicale*, 25 août 1926.)

Diagnostic des syndromes thyroïdiens.

A côté des cas typiques de myxœdème et de

maladie de Basedow, il existe des formes atypiques, incomplètes, frustes, dont le diagnostic est bien souvent difficile. Dans une étude, appuyée sur quelques observations cliniques, Marcel LABBÉ montre que l'épreuve du traitement opothérapique ne donnant que des résultats tardifs pour le diagnostic, il y a intérêt à rechercher les tests physiologiques, et principalement le métabolisme basal.

On peut distinguer, en effet, dans les états thyroïdiens, une série d'échelons successifs depuis la maladie de Basedow jusqu'au myxœdème, en passant par la maladie de Basedow fruste, le goitre toxique avec hyperthyroïdie, le goitre simple et le myxœdème fruste. Seuls, les tests physiologiques permettent d'asseoir solidement un diagnostic dans les cas atypiques d'hyper ou d'hypothyroïdie ; ils sont indispensables en clinique.

L'épreuve à l'adrénaline (injection d'un milligramme sous la peau du bras), excitant du sympathique, permet de différencier les états de sympathicotonie pure des états d'hyperthyroïdie. Dans les hyperthyroïdies, à l'accélération du pouls s'ajoutent l'inversion du réflexe oculo-cardiaque et l'hyperglycémie ; dans les sympathicotonies pures, à l'accélération du pouls s'ajoute l'élévation forte de la pression artérielle ; mais l'inversion du réflexe oculo-cardiaque est moindre et la réaction d'hyperglycémie ne diffère pas de ce qu'on voit chez les sujets sains.

Quant au métabolisme basal, il s'élève de 35 à 40 (normale), à 49 ou 85 chez les basedowiens ; il s'abaisse à 15 ou 40 p. 100 chez les myxœdémateux ; il peut ainsi servir à mesurer la gravité des ces maladies suivant ses variations extrêmes. Son importance est d'autant plus grande que les causes de modifications du métabolisme basal ne sont pas nombreuses et qu'aucune n'agit aussi fortement que l'état d'activité du corps thyroïde. Le métabolisme basal a donc presque la valeur d'un test spécifique.

Il est aussi d'un grand secours pour diriger l'application du traitement, puisqu'il permet de juger de l'évolution de la maladie.

D'une façon générale, les tests physiologiques sont indispensables à la thérapeutique, qui dispose de moyens puissants, comme l'opothérapie thyroïdienne, la radiothérapie du corps thyroïde, la thyroïdectomie, capables de guérir les affections thyroïdiennes les plus graves, mais capables aussi de tuer lorsqu'ils sont appliqués à tort. (*La Presse médicale*, 14 août 1926.)

Dermites eczématiformes dues au port de fourrures teintes.

MM. G. THIBIERGE et J. LACASSAGNE démontrent qu'il est facile à un médecin prévenu de soupçonner la cause de ces dermites, et, l'ayant soupçonnée, de la reconnaître et d'en démontrer la réalité.

Il suffit en effet d'examiner l'éruption, de considérer sa topographie pour être amené au diagnostic de dermite artificielle. L'éruption occupe le cou et la partie inférieure du visage ; elle n'est pas toujours uniformément répandue sur toutes les régions atteintes, mais elle est habituellement diffuse sur les parties atteintes. La limite supérieure, au niveau de la nuque et sur les joues, est sensiblement rectiligne et horizontale, lorsque les malades ont coutume d'entourer la partie inférieure du visage avec leur fourrure. Cette topographie conduit à incriminer une substance portant son action sur les parties laissées à découvert par les vêtements d'intérieur, mais que peuvent recouvrir des supervêtements ; de ces supervêtements, le col et plus rarement les manchettes de fourrures sont les premiers auxquels le médecin est amené à penser.

Ce sont généralement des plaques érythémateuses, ou bien une multitude de petits points rouges isolés les uns des autres ; il peut y avoir de petites vésicules ; les lésions sont prurigineuses.

Il s'agit de fourrures teintes, au moyen de colorants irritants ; et celles-ci conservent pendant un temps fort long leurs propriétés irritantes.

La topographie élimine de nombreuses éruptions du visage, provoquées par l'usage de savons irritants, de divers produits de parfumerie et de beauté. Il suffit, d'ailleurs, pour porter un diagnostic exact de couper quelques poils de la fourrure incriminée et de les maintenir pendant quelques heures au contact de la peau au moyen d'un pansement simple ou par scarification : l'apparition d'une tache rouge au point de contact dénote l'action nocive de la fourrure.

La cause de l'éruption une fois reconnue, la suppression de la fourrure fait que les lésions cessent de progresser et s'éteignent rapidement.

On peut y aider par des applications adoucissantes : liniment oléo-calcaire, cold cream simple ou additionné d'oxyde de zinc, pommades à l'oxyde de zinc ou à l'ichthyol. Contre le prurit, lotions vinaigrées ou additionnées d'alcool de menthe. On s'abstiendra rigoureusement de l'emploi de tous topiques irritants. (*La Presse médicale*, 11 août 1926.)

Thrombose des artères périphériques au cours de la pneumonie.

Cet accident constitue une rareté, comparé à la fréquence relative des artérites survenant au cours d'autres maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, et la grippe en particulier. MM. A. BUISNE et A. SAVOIE en rapportent en détails une observation, avec constatations nécropsiques.

Parmi les causes favorisantes, il faut signaler l'âge et le sexe (il s'agit plutôt d'hommes et de sujets âgés de 40 à 60 ans), l'athérome, l'augmentation de la fibrine dans le sang des pneumoniques, et le ralentissement du cœur, manifeste au déclin de la pneumonie.

L'oblitération artérielle se produit, en effet, vers la fin de la pneumonie, soit aussitôt avant, soit après la crise ; cette apparition tardive est un des caractères cliniques les plus nets de l'artérite pneumonique. Pas de signes caractéristiques pour cette variété d'artérite ; celle-ci peut guérir ; plus fréquemment encore apparaît la gangrène.

Point important, signalé particulièrement par les auteurs : malgré l'examen le plus minutieux, la paroi artérielle a partout été trouvée saine, et la coagulation paraît avoir été le résultat de l'altération primitive du sang. (*Gazette des hôpitaux*, 28 août 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Etiologie de la gangrène pulmonaire.

(M. H. VINCENT. — *Académie de médecine* ; 22-2-1927.)

M. Vincent attribue un rôle important dans l'étiologie de la gangrène pulmonaire à l'association *Spirochœta Vincenti* et *Bacillus fusiformis*. Cette conception pathogénique conduit à instituer dans la gangrène pulmonaire la thérapeutique des fuso-spirochétoses, le traitement arsenical, par exemple.

— M. BEZANÇON ne partage pas l'opinion de M. Vincent à ce sujet. Il rappelle les travaux de Veillon sur le rôle des anaérobies d'un type spécial dans la gangrène du poumon, les travaux de Rist, de Guillemot, qui ont signalé la présence de spirilles. Perrin, de Nancy, a mentionné l'association fuso-spirillaire, mais en France elle n'a pas été notée souvent. A l'étranger, les spirochètes ont été observés plus fréquemment ;les auteurs, il est vrai, ne sont pas d'accord sur la nature des dits spirochètes. Avec M. Etchegoin, M. Bezançon s'est attaché à établir que le spirochète rencontré dans la gangrène est différent du *Sp. Vincenti*.

— M. VINCENT répond que tous les travaux étrangers confirment le rôle de la symbiose fuso-spirochétienne dans l'étiologie de la gangrène pulmonaire.

Les indications de la cure de Vichy dans le diabète.

(M. Marcel LABBÉ. — *Académie de médecine* ; 22-2-1927.)

M. Marcel Labbé revient sur la question des indications respectives de la cure d'insuline et de la cure de Vichy dans le traitement du diabète, déjà abordée à une séance précédente par MM. Durand-Fardel, de Fossey et Binet.

Vichy est la médication par excellence des états prédiabétiques, des congestions hépatiques que l'on voit chez les gros mangeurs, les gros buveurs, les lithiasiques, les entéritiques, chez tout malade ayant déjà un trouble de la glyco-régulation et candidat au diabète. En rétablissant l'activité physiologique du foie, en diminuant ou supprimant le trouble de la glyco-régulation, la cure hydro-minérale alcaline rend la santé en pareilles circonstances. Vichy est encore la médication des diabètes bénins, sans dénutrition azotée et sans acidose, précédés par l'obésité, accompagnés d'altération fonctionnelle du foie.

Dans les cas de ce genre, l'insuline n'a pas d'action et ne doit pas être employée. Les diabètes bénins relèvent du régime alimentaire et de la cure thermale. C'est seulement dans quelques éventualités, alors, que l'on aura recours à l'insuline, à dose modérée (poussées d'acidose, menace de suppuration).

L'insuline, par contre, est le médicament indispensable et efficace du diabète grave avec dénutrition azotée et acidose. Il est inutile de diriger cette catégorie de diabétiques sur Vichy : la cure thermale ne leur convient pas.

Bronchite chronique syphilitique.

(MM. Emile SERGENT et BENDA. — *Académie de médecine* ; 1-3-1927.)

M. Sergent relate quelques observations de malades atteints d'affections bronchiques chroniques (sclérose bronchique, dilatation des bronches...) chez lesquels l'origine des lésions paraît devoir se rattacher à la syphilis (antécédents ou stigmates de spécificité, réactions humorales positives, absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, élimination des autres processus bronchitiques tels que rhinobronchite descendante, intoxication par les gaz).

Cliniquement, cette bronchite chronique syphilitique ne possède aucun caractère particulier. Elle apparaît sous les traits d'un syndrome banal de catarrhe bronchique plus ou moins mêlé d'emphysème. Le diagnostic se fera surtout par élimination. Le point le plus délicat est d'affirmer l'absence de tuberculose. Peut-être même, dans les cas où la syphilis semble être seule en cause, l'hypothèse d'une tuberculose fibreuse, latente, ancienne et méconnue, est-elle toujours un point à envisager. M. Sergent, comme M. Letulle, considère volontiers, d'ail-

leurs, la syphilis bronchique comme le substratum de la tuberculose fibreuse.

Sur l'emploi des boutons anastomotiques.

(M. Victor PAUCHET. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 18-2-1927.)

L'auteur estime que les boutons anastomotiques ne sont à recommander qu'aux opérateurs qui pratiquent très souvent la chirurgie gastro-intestinale, car la technique est plus délicate que celle d'une suture médiocre. Il faut employer le bouton petit ou moyen, de Villar ou de Jaboulay ; jamais, le gros modèle. Le bouton anastomotique ne convient en aucun cas au gros intestin seul. Il doit être graissé, neuf ou réparé (un malade vaut bien un bouton). L'opérateur doit d'abord s'entraîner à la technique.

Voici les opérations qu'il est possible de faire au bouton : gastro-entérostomie pour cancer inopérable ; sténose du pylore, cancéreuse ou bénigne, chez un sujet cachectique mais opérable en deux temps ; iléo-iléostomie bout à bout après certaines résections de l'iléon, au cours d'interventions longues et laborieuses ; iléo-colostomie, à la suite d'une colectomie.

Les avantages du bouton sont les suivants : gain de temps, manœuvres plus limitées, affrontement de peu d'étoffe au niveau des surfaces accolées ; moins de surface d'inoculation s'il s'agit d'un cancer. Il convient, enfin, à la gastro-entérostomie par le procédé de Billroth après la résection pour cancer.

L'incision transversale en gynécologie.

(M. ROULLAND. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 18-2-1927.)

M. Roulland déclare que l'incision transversale de Pfannenstiel ne doit être utilisée que dans une minorité de cas : environ 25 pour 100 des laparotomies gynécologiques. Les avantages de cette incision sont le côté esthétique et la solidité de la paroi. On la réservera aux opérations aseptiques, chez les femmes maigres avec pannicule adipeux modérément épais. Elle convient particulièrement à la ligamentopexie pour rétroversion utérine, aux interventions conservatrices sur la trompe et l'ovaire, aux résections du sympathique pelvien.

— Pour M. Abel DESJARDINS, les conditions à réaliser par une bonne incision sont les suivantes : être solide ; peu mutilante, c'est-à-dire couper le moins possible de muscles, de nerfs et de vaisseaux ; commode, donnant un bon accès sur la région ; facilement drainable ; esthétique si possible. A tous points de vue, sauf ce dernier, l'incision verticale est très supérieure à la transversale. Elle est plus solide parce qu'elle ne sectionne que le raphé médian. Elle ne coupe pas la gaine des muscles droits, ni l'aponévrose du transverse, ni les hypogastriques. Elle donne le jour que l'on désire. Elle est invisible au bout de six mois, si l'on a soin de suturer avec des fils très fins de lin ou de catgut, à l'exclusion des crins ou des agrafes, avec points rapprochés des lèvres de l'incision.

— M. Raymond PETIT préfère l'incision transversale, à son avis esthétique et bonne ; elle a toutefois des contre-indications qui sont : les adhérences étendues prévues avant l'opération ou le volume trop considérable d'un fibrome. L'auteur emploie l'incision transversale dans les appendicites à froid s'il n'y a pas eu d'abcès et réserve l'incision verticale aux appendicites à chaud, car elle conduit plus directement sur la lésion. Après avoir utilisé l'incision cruciale de Küstner, de Breslau, et de Rapin, de Genève, bien décrite par Dartigues, il a essayé celle de Pfannestiel, mais il est revenu à la première technique.

— M. Victor PAUCHET conclut de cette discussion que la transversale est une incision que l'on doit choisir le plus souvent possible ; que la Pfannestiel constitue un grand progrès en gynécologie. Cette incision est esthétique, donne des parois résistantes sans éventrations consécutives, permet de bien maintenir l'intestin. Toutefois, la transversale n'est pas à employer quand on prévoit un gros drainage, sur les femmes obèses, à mauvaise paroi, ou sur les sujets tarés.

Cure du cancer du rectum par la radium-chirurgie.

(MM. NEUMANN et CORYN, de Bruxelles. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 18-2-1927.)

MM. Neumann et Coryn apportent le résultat de leur expérience concernant cette thérapeutique. Si les chirurgiens ont, pour la plupart, abandonné l'usage du radium dans le traitement du cancer rectal, c'est en raison de la voie d'introduction couramment adoptée, par la cavité interne de l'organe. Pour que le radium soit efficace, il faut y recourir après incision sacrée, et épingler le canal ano-rectal, dans tous les sens. Ce traitement, inoffensif, transforme le rectum cancéreux en un cylindre fibreux, arrête les hémorrhagies, stérilise les écoulements purulents, remonte l'état général et permet, si le sujet est opérable, de pratiquer l'exérèse secondaire.

— M. Victor PAUCHET, après avoir vu Neumann, à Bruxelles, appliquer sa méthode, s'en est servi pour les cas inopérables des cancers ampullaires. Dans tous les cas où il a fait l'épinglage suivant ce procédé, il a pu ensuite pratiquer une résection secondaire qui est alors d'une extrême bénignité. Cette méthode ne convient pas au cancer recto-sigmoïdien. Elle doit supplanter complètement l'ancienne technique radiothérapique par voie intra-rectale.

Radiographie après lipiodol intra-utérin.

(M. DE BACKER, de Bruxelles. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 18-2-1927.)

M. de Backer envoie des radiographies de l'appareil génital de la femme après injection de lipiodol

dans la cavité intra-utérine. A défaut de lipiodol, on peut s'adresser à une solution de bromure à 40 p. 100 avec 1 gr. de novocaïne.

Traitement des accidents de l'arsenic par l'éosinate de cesium.

(MM. Gougerot et Bertillon. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-12-1926.)

MM. Pierre Girard et E. Peyre ont communiqué l'an dernier, à la Société de biologie, une série de travaux expérimentaux sur les éosinates de césium et leurs propriétés de protection contre les chocs, anaphylactiques ou non. M. Gougerot signale aujourd'hui les résultats cliniques qu'il a obtenus avec ces agents dans le traitement des accidents arsenicaux.

L'éosinate de cesium n'est pas toxique et est facile à employer. L'auteur use d'une solution aqueuse à 5 ou 6 % (*nortal* de la maison Clin) dans laquelle il dissout l'arsénobenzène au moment d'injecter celui-ci dans la veine. Les seules difficultés sont de se procurer le produit, le césium étant rare dans la nature et l'éosinate de césium devant être très pur.

L'action protectrice contre la crise nitritoïde a paru manifeste à M. Gougerot, pour les accidents précoces tout au moins, la question étant à l'étude pour les accidents tardifs (érythrodermie). Sans pouvoir être rigoureusement affirmatif, la netteté des résultats fait espérer que la découverte de MM. Girard et Peyre rendra de grands services en syphiligraphie pour prévenir les accidents précoces et guérir les accidents déclarés de l'arsénobenzènethérapie.

P. L.

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

A propos des étapes consécutives à la réduction dans le traitement des luxations congénitales de la hanche.

MM. Massabuau, Guibal et Laux. — Les auteurs présentent un malade de 3 ans, à la fin d'un traitement d'une luxation congénitale de la hanche droite. La souplesse de la hanche est parfaite, la marche correcte, la réduction (radios) complète. Les auteurs présentent ce malade pour lequel ils ont modifié leur technique habituelle (appareils plâtrés successifs après immobilisation en position de réduction) et se sont contentés de laisser le membre réduit revenir de lui-même en position normale, le malade étant retenu immobile, dans son lit, sur le dos.

Sur le traitement du torticolis congénital.

MM. Massabuau, Guibal et Duponnois. — Les auteurs présentent une malade atteinte de torticolis congénital droit. L'opération pratiquée a consisté dans une résection partielle d'environ cinq centimètres de la partie inférieure des deux chefs du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit, opération suivie de l'application de l'appareil de Forgue. Les résultats obtenus sont excellents et les auteurs discutent les avantages de cette résection partielle sur la simple ténotomie et sur la résection totale du muscle.

Hernie diaphragmatique.

MM. Etienne et Sicard. — Il s'agit d'un homme de 27 ans, qui sept ans avant son arrivée à l'hôpital a été pris entre deux wagons. La compression thoracique s'est excercée dans le sens latéral. Immédiatement après, cet homme a présenté un hémothorax traumatique.

Depuis, il fut soigné pour bronchite, pleuro-bronchite, pyo-pneumothorax. Les signes qui attirent l'attention sont la dyspnée qui apparaît après le repas, la voussure précordiale et une répartition anormale et sujette à variation de la matité dans la région thoracique gauche.

Le diagnostic, que l'examen clinique avait fait soupçonner, est confirmé par l'examen radiologique.

L'intervention faite d'abord par thoracotomie montre des adhérences fortes entre les viscères herniés et le péricarde. L'estomac ne peut être réduit. La réintégration se fait grâce à une laparotomie para-médiane.

Choc opératoire intense, mort le quatrième jour.

La simulation de l'amaurose bilatérale.

M. Villard. — Un homme a pu simuler pendant la guerre, au cours de 14 mois de séjour dans les hôpitaux, une cécité totale. Il s'est toujours comporté comme un véritable aveugle, la surveillance la plus attentive n'a pu le prendre en défaut. Bien plus, les épreuves anti-simulatrices restèrent sans effets : épreuve par surprise, épreuve du sens musculaire épreuve des prismes, épreuve de la commotion électrique. C'est pourquoi cet homme fut réformé, malgré tous les soupçons de simulation que l'on avait à son sujet vu l'absence de tout signe objectif d'amaurose ou de lésion centrale. Une fois réformé il récupéra bien vite l'intégrité de la vision. Cette observation montre que la simulation prolongée de l'amaurose est possible encore qu'exceptionnelle ; elle nécessite, avec des mobiles puissants, une volonté farouche et surtout une maîtrise et une surveillance de soi-même peu communes.

Le pansement actino-marin et le traitement des adénites bacillaires avec lésions cutanées.

M. Delcroix (d'Ostende). — Dans quatre cas d'adénites bacillaires cervicales fistulisées avec dégâts cutanés importants caractérisés par un bourrelet suintant et d'aspect chéloïdien, l'auteur a obtenu des résultats thérapeutiques remarquables par la

méthode suivante. Un ruban de coton transparent est déposé doucement à même la région malade et arrosé d'eau de mer. La lampe à irradiations ultra-violettes est alors allumée et l'imbibition du coton est renouvelée constamment goutte à goutte, pendant la durée du pansement. Les irradiations faites suivant les procédés habituels avaient auparavant complètement échoué.

Kyste hydatique latent du foie.

MM. Rimbaud et Boullet. — Chez un vieillard qui présentait un très gros foie, dur et uni comme dans la cirrhose, sans splénomégalie ni ascite, l'autopsie montra l'existence d'un kyste hydatique volumineux, entouré d'une réaction cirrhotique très intense. Ce cas est à rapprocher de celui publié récemment par MM. May et Bocage à la Société médicale des hôpitaux de Paris (2 décembre 1926.)

A propos de l'action diurétique du chlorure de calcium.

MM. Rimbaud et Boulet. — Observation très remarquable de l'action diurétique, chlorurique et curative des œdèmes, du chlorure de calcium en ingestion à hautes doses dans un cas de néphrite hydropigène.

Maladie de Paget.

MM. Estor, Sicard et Laux. — Observation d'un malade de 60 ans entré à l'hôpital pour hydrocèle de la vaginale gauche.

Cet homme présente les déformations typiques de la maladie de Paget : augmentation de volume du crâne et de la mâchoire inférieure (tour de tête 65 centimètres), courbures anormales en même temps qu'épaississement des membres, surtout des avant-bras et de la jambe. La radiographie montre l'aspect floconneux du tissu osseux, surtout au niveau du crâne.

Le caractère particulier du cas rapporté est dû à l'évolution absolument indolore, à la date d'affection assez précoce (27 ans) et à l'arrêt du processus morbide qui remonte déjà à dix ans. A noter que chez cet homme, la réaction de B. W. a été légèrement positive.

Fibrome de l'ovaire tordu.

MM. Sicard et Laux. — Chez une malade entrée à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë, l'examen révélait la présence d'une tumeur abdominale ; on porte le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire tordu.

A l'intervention on trouve un fibrome de l'ovaire tordu, le sens de la torsion a été celui des aiguilles d'une montre.

Suites opératoires excellentes.

Le diagnostic clinique précoce du cancer de l'estomac.

M. Puech. — Ce diagnostic est difficile. Les signes fonctionnels ne sont point pathognomoniques, les signes physiques absents et leurs constatations souvent insuffisantes pour renseigner sur l'opérabilité du néoplasme. Il faut se baser sur les conditions d'apparition du syndrome dyspeptique et sur sa résistance aux moyens hygiéniques, diététiques et médicamenteux habituels. Vu l'importance de ce diagnostic précoce, on sera autorisé dans le doute à pratiquer une laparotomie exploratrice, et même dans ce cas l'examen macroscopique peut rester hésitant.

Chimisme gastrique dans le cancer de l'estomac.

M. Derrien. — L'auteur insiste sur la nécessité de standardiser les techniques chimiques pour l'étude du chimisme gastrique. Les tentatives actuelles de suppression du repas d'épreuve par utilisation de substances excitosécrétoires comme l'histamine avec prélèvement successifs au tube d'Einhorn paraissent annoncer un progrès.

L'épreuve de Salomon (1903) devrait être complétée par l'étude qualitative ou quantitative de fractions de l'azote total. Pour la recherche du sang occulte dans les fèces, il faut tenir compte des suggestions de Snapper en précisant les conditions de la spectroscopie, en particulier pour les porphyrines.

Enorme communication gastro-colique au cours d'un cancer de l'estomac.

MM. Vedel, Puech et Lapeyre. — Les auteurs présentent les pièces anatomiques d'un malade mort de cancer encéphaloïde de la partie supérieure de la grande courbure de l'estomac, au-dessous du cardia qui s'est largement perforé dans l'angle splénique au niveau duquel il a bourgeonné. L'existence de cette perforation a été une trouvaille d'autopsie. Elle s'est faite à bas bruit, le malade n'a pas présenté de lientérie ; la radioscopie, faite en position debout, ne l'a pas décélée.

Hémo et cyto-diagnostic du cancer de l'estomac.

Mlle Giraud. — L'auteur passe en revue les diverses méthodes de laboratoire relatives au cancer gastrique et les répartit en trois groupes, suivant qu'elles s'adressent au sang, au liquide gastrique ou aux fèces. Parmi les altérations sanguines, elle étudie successivement les modifications *physiques* (coagulabilité, vitesse de sédimentation), *morphologiques* (anémie et ses caractères, leucocytose, présence de normoblastes, myélocytose), *physico-biologiques* (épiphanine, méiostagmine, réaction de Fisher), *chimiques* (troubles de la glycémie, de l'albuminose), *bio-physiques* (déviation du complément, réactions de précipitation, pouvoir lytique et pouvoir antitryptique du sérum).

De cette étude critique, il résulte que toutes ces méthodes, d'inégale valeur, présentent le caractère commun de ne pas permettre, en général, un diagnostic très précoce.

Quant aux méthodes s'adressant au liquide gas-

trique (chromoscopie, recherche du sang, de l'albumine, épreuve de l'hémolyse et cyto-diagnostic), il est probable aussi qu'elles ne donnent pas de résultat dans les stades de début du cancer de l'estomac.

Il en est de même de la recherche du sang dans les fèces, recherche dont l'interprétation est susceptible d'erreurs en ce qui concerne le cancer gastrique tout au moins.

En résumé, aucune de ces méthodes n'est certaine, sûre et précoce.

Cancer de l'estomac avec métastases cutanées par propagation lymphatique.

MM. Vedel, Puech et Chardonneau. — Des métastases cutanées extrêmement nombreuses sont apparues, précocement, au cours d'un cancer de la grande courbure de l'estomac dont l'autopsie n'a pu être pratiquée. Evolution en trois mois. L'examen histologique d'un nodule cutané montre que celui-ci est formé de cellules mucipares et que le néoplasme originel doit être du type de la linite plastique, ce qui est tout à fait exceptionnel. En second lieu la présence de ces cellules au sein des lymphatiques, alors que les vaisseaux sont intacts, démontre que la métastase a suivi la voie lymphatique et non sanguine.

Syphilis de l'estomac à forme hémorragique.

MM. Estor et Sicard. — Un homme de 58 ans présente une grosse hématémèse, puis un syndrome pylorique et un amaigrissement qui atteint en deux mois 17 kilogr. L'examen radioscopique montre un début de sténose pylorique . Sur la constatation d'une réaction de Wassermann fortement positive, un traitement mercuriel et novarsénobenzolique est institué. En deux mois les signes fonctionnels ont disparu, et le malade a grossi de 9 kgr. 200.

Les Congrès

XIIIe Congrès d'Hygiène

(Suite et Fin) (1)

Deuxième question

Conservation des aliments par le froid.

Rapport de M. Chrétien, chef de secteur, adjoint au Directeur des Services vétérinaires de la Seine.

La liquéfaction des gaz par compression suivie de décompression brusque est à l'origine de la production artificielle du froid. Basés sur ces phénomènes,les travaux de l'auteur français Ch. Tellier, poursuivis de 1868 à 1873, ont permis la réalisation pratique de la production du froid et la conservation artificielle des matières alimentaires périssables. Ainsi est née l'industrie frigorifique.

Comment agit le froid en cette circonstance ? Il ralentit ou arrête la vie des micro-organismes et le rôle des diastases et des ferments ; il respecte les vitamines ; il tue parfois certains parasites, mais il a sur les autres procédés de conservation (chaleur, antiseptiques, dessiccation) l'avantage de ne pas modifier pour ainsi dire les produits soumis à son influence. Il maintient dans leur aspect et leur état primitif les matières alimentaires qui lui sont confiées ; aussi conçoit-on l'importance capitale qu'il y a à ne conserver par le froid que des produits absolument frais et préparés très proprement.

Les viandes de boucherie soumises à la conservation par le froid se groupent en deux catégories : les viandes *réfrigérées*, laissées à une température voisine de 0°, et les viandes *congelées*, durcies sous l'action d'un froid de plusieurs degrés au-dessous de 0. Les premières ne doivent guère être gardées plus de trois semaines et seront consommées rapidement après la sortie des chambres froides. La réfrigération est utilisée industriellement pour le bœuf seulement. Les viandes congelées peuvent être, par contre, maintenues telles pendant deux et même trois ans, bien qu'au point de vue commercial, il paraisse indiqué de ne pas prolonger la conservation au-delà de 6 à 8 mois. La congélation est appliquée à toutes les viandes de boucherie.

En général, la viande congelée est livrée au consommateur à l'état décongelé. Il importe donc au boucher détaillant de conduire cette opération avec tous les soins désirables. Elle peut être faite lentement, dans un local dont la température ne dépasse pas 12°, ou plus rapidement, dans une chambre à circulation d'air réchauffé. Elle demande en moyenne de 24 à 48 heures selon la grosseur de la pièce de viande.

La viande décongelée devra être présentée au public sous le meilleur aspect ; aussi, convient-il de ne pas la disposer sur des plateaux, où elle macèrerait dans sa sérosité.

Au moment de la préparation culinaire, quelques précautions sont également à prendre qui tendent à empêcher la perte du suc musculaire. C'est pourquoi il est recommandé de coaguler les albumines superficielles en plongeant plusieurs minutes dans l'eau en ébullition les morceaux destinés à être bouillis et en soumettant à un feu vif, au début de la cuisson, ceux destinés à être rôtis

(1) *Concours Médical*, n° 13.

Les viandes congelées ont exactement la même composition que les viandes fraîches et leurs vitamines ne sont pas détruites. Le début d'autolyse qu'elles ont subi les rend plus tendres et plus digestives ; elles sont peut-être un peu moins sapides que nos viandes indigènes parce qu'elles proviennent d'animaux exotiques, mais ce léger inconvénient est, dans la majorité des cas, largement compensé par l'excellente qualité de la viande et son moindre prix de vente.

Les abats, la viande de porc, les produits de charcuterie, les volailles, les œufs, le lait, le beurre, le fromage, peuvent aussi être conservés par réfrigération et congélation.

Avant de conclure, les auteurs présentent un aperçu économique de la question. C'est à la suite des tentatives de Tellier, en 1873, de Carré, en 1877, pour transporter de la viande réfrigérée ou congelée de France en Amérique, que l'Australie et la République Argentine, gros producteurs de bétail, commencèrent une série d'expéditions de viandes conservées par le froid, en Angleterre. Dans la suite, le Brésil, le Chili, la Chine, l'Afrique du Sud, etc., devinrent également expéditeurs, si bien que, en 1913, près de 1 million de tonnes de viandes réfrigérées ou congelées étaient envoyées en Europe, presque toutes à destination de l'Angleterre.

La France et la plupart des nations du continent européen demeuraient réfractaires à la consommation de ces viandes. La grande guerre modifia nos idées à ce sujet et, depuis, les importations de viandes congelées ont continuée. Nos marchés sont actuellement largement approvisionnés en produits conservés par le froid : viande de boucherie et abats congelés provenant de l'Amérique du Sud et de l'Australie ; abats de choix réfrigérés venant de Hollande ; porcs réfrigérés expédiés de Hollande, de Danemark, d'Italie ; poulets préparés en Chine, en Russie ; œufs de Chine, du Japon, de Russie, d'Amérique du Nord , de France ; beurre importé d'Argentine ou préparé en France, etc.

Notre pays ne s'était pas adapté à l'utilisation des produits congelés, des viandes en particulier, parce qu'on ne savait pas prendre les mesures nécessaires pour conserver ces viandes en parfait état jusqu'au moment de la livraison au consommateur. Les frigorifiques d'entreposage n'existaient pas et aucune précaution n'était prise pour éviter le réchauffement et les souillures. Même en saison froide, rapidement ces viandes se recouvraient de moisissures et étaient envahies par les bactéries de la putréfaction. On ignorait trop que l'hygiène est à la base même de la conservation par le froid : produits frais, de bonne qualité, aussi aseptiques que possible, préparés aseptiquement, conservés dans des locaux très propres, entreposages frigorifiés, wagons frigorifiés, manipulations aseptiques , rapides et convenables. A ces conditions, ces produits, les viandes de boucherie principalement, pourront être chez nous appréciés comme ils méritent de l'être.

Rapport de M. A. Loir, du Havre, sur la conservation du poisson par le froid.

Il y a intérêt, dit l'auteur, à industrialiser la pêche en installant, par exemple, à bord des grands navires de pêche des frigorifiques qui permettront de congeler le poisson dès sa sortie de l'eau. Les transports par wagons frigorifiques et les entrepôts *ad hoc* le conserveront jusqu'au moment de la consommation. Le poisson, de cette manière, fournit un aliment de première valeur, susceptible de devenir bon marché.

Le rapport de M. Loir est suivi d'une communication de M. Le Danois sur l'application des procédés frigorifiques à la bonne conservation du poisson

Troisième question.

Lutte anti-tuberculeuse.

Plusieurs rapports sont présentés : par M. Guillemin, de La Rochelle, sur le rôle des directeurs de Bureaux d'Hygiène dans la lutte anti-tuberculeuse ; par M. Ott, sur le rôle de l'Inspecteur départemental des services d'hygiène dans la lutte anti-tuberculeuse ; par M. Pierre Montagnol, de Valence, sur les mêmes sujets. Des communications sont faites par M. Albert Bezançon sur la lutte antituberculeuse à Boulogne-Billancourt ; par MM. Landon et Peupion sur la lutte anti-tuberculeuse à Vanves, etc.

P. L.

Les Livres

Cris du Cœur, par Madame TITA LEGRAND.

Mme TITA LEGRAND, à qui nous devons « *Sophocle et Sapho* », légende héroïque d'amour, véritable drame antique qu'elle écrivit en collaboration avec notre excellent confrère, le Dr Nermord, vient de publier aux *Presses Universitaires de France* (1) les *Cris du Cœur*, où, en de très beaux vers, l'auteur exprime avec une délicatesse toute féminine les élans de l'amour le plus passionné. Nous ne saurions mieux faire que d'y cueillir le poème suivant :

PREMIÈRE ÉTREINTE.

Les doux tâtonnements de la première étreinte
Sont jolis et attendrissants.
Le rouge amour se farde un peu de blanche crainte
Et prend de fins tons rosissants.
Furtif, le Désir vient ; il s'obstine ; il s'impose :
On feint d'ignorer qu'il est là,
Et l'on parle innocemment de mainte chose,
Comme toujours on se parla...

Les doigts frôlent à peine et les lèvres hésitent ;
Gestes et mots sont retenus ;
Le pudique recul des genoux qui s'évitent
Est un gentil charme de plus...

Mais le Désir, de son fin lac, avec tendresse.
Fait des petits pinçons partout.
Et constatant le résultat de son adresse,
En souriant marque un atout.

VIGOT, frères, éditeurs, Paris.

R ALLENDY et G. REAUBOURG. — **Précis de thérapeutique alimentaire.**

Les auteurs, partisans du végétarisme, dans lequel ils font entrer le lait et les œufs, ont pris la matière alimentaire comme ailleurs on a pris la matière médicale et se sont efforcés d'établir ses indications positives, en considérant l'orientation ou les propriétés thérapeutiques de chaque substance.

Ils ont établi des menus types, d'où sont délibérément exclus tous les aliments carnés, cherchant ainsi à apporter une utile contribution au problème de l'alimentation, adaptée aux variations du terrain individuel.

Dr H. CODET. — **Psychiatrie.** (1 vol. in-16 de 160 pages. Cartonné : 12 fr. 50.)

Les « troubles de l'esprit » légers ou graves, s'observent couramment dans la pratique générale, isolés ou associés à d'autres affections. Même sans être familiarisé avec leur étude spéciale, le médecin a souvent besoin de faire face aux problèmes qu'ils posent. C'est en les envisageant comme tous les autres faits cliniques, par un véritable examen médical, qu'il pourra le mieux éclaircir leur séméiologie particulière : la psychiatrie doit être considérée comme une branche de la pathologie générale.

En présence d'un cas concret, reconnaître le syndrome psychique, apprécier la thérapeutique qu'il réclame, déterminer les mesures qu'il impose (quelquefois d'urgence), avertir l'intéressé ou son entourage des précautions à prendre, envisager un pronostic vraisemblable, savoir enfin ce qu'il faut ne pas faire, tels sont les problèmes qu'envisage l'auteur, dans un but essentiellement pratique.

Le médecin pourra se rendre compte qu'il ne suffit pas de faire enfermer un ou, lorsqu'il s'en rencontre, chose assez rare d'ailleurs ; il verra de plus que bien souvent, il a l'occasion de dépister des troubles psychiques assez discrets, à une période où ils peuvent être encore curables, et qu'un traitement approprié produit fréquemment d'heureux résultats.

LIBRAIRIE N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

M. JOURNÉ. — **Pathologie médicale.** (1 vol. in-8, 1520 pages, 2e édition, entièrement revisée. Paris 1926. Prix cartonné : 40 francs.)

Cet important ouvrage passe en revue au cours de ses treize parties : toute la pathologie médicale maladies infectieuses, maladies parasitaires, intoxications, maladies par agents physiques, par troubles physiques, par troubles de la nutrition, appareil respiratoire, appareil digestif, appareil circulatoire, appareil urinaire, appareil locomoteur, appareil hématopoiétique, appareil endocrinien, système nerveux.

L'auteur suit l'ordre d'exposé classique dans l'étude de chaque maladie ; mais, rompant avec certaines habitudes, il a restreint de parti pris les exposés d'anatomie pathologique, ceux-ci correspondent à la description des lésions, des changements apportés par la maladie dans la structure des cellules, des tissus, des organes.

Or, les lésions ont leurs manifestations cliniques spéciales, et celles-ci sont différentes de celles des syndromes, auxquelles elles se surajoutent parfois.

Les syndromes, souvent négligés jusqu'ici dans les traités classiques, ne supposent pas forcément une lésion, mais plutôt des troubles fonctionnels, que n'éclaire pas l'anatomie pathologique, mais bien les méthodes d'investigation actuelles basées de plus en plus sur les conceptions biologiques ; les méthodes de laboratoire doivent être un adjuvant de la médecine clinique, et l'auteur n'a pas manqué d'en signaler, chemin faisant, les procédés techniques. Le syndrome (syndrome d'hypertension, syndrome dysentérique, syndrome de rétention chlorurée) forme un ensemble clinique, qui a son étiologie, sa pathogénie, son cortège symptomatique. Il ne doit pas

(1) Paris, 49, boulevard Saint-Michel.

être confondu avec le symptôme, manifestation isolée (épistaxis, vomissement, contracture.)

Cette manière d'exposition constitue le côté original et intéressant autant qu'utile de cet ouvrage. Ainsi, dans l'étude de chaque organe interviennent les procédés d'exploration, les symptômes, les syndromes, les lésions.

Les inconvénients de l'exclusivité de la méthode anatomo-pathologique se sont longtemps fait sentir dans plusieurs domaines de la pathologie et notamment dans l'étude des cardiopathies, des névralgies, des affections rénales, etc.

Enfin, il ne doit pas y avoir des cloisons étanches en médecine, et le praticien de médecine générale ne peut donner de soins éclairés s'il n'utilise pas l'instrumentation et les procédés d'exploration des spécialistes toutes les fois que ces procédés techniques sont à sa portée.

Amédée Legrand, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr Clément Simon, médecin de Saint-Lazare. — **Questions actuelles de syphiligraphie**. (1 vol. in-8 330 pages. Prix : 32 francs. 1926.)

Le but poursuivi par l'auteur est de vulgariser la syphiligraphie, ce qui déjà est favorisé par l'enseignement obligatoire de la vénéréologie et par la simplification des techniques opératoires.

Les deux premiers chapitres ne sont que des revues générales critiques ; dans le premier, le Dr C. Simon essaye de se faire une opinion sur la question de la pluralité des virus syphilitiques, qui, après examen, ne semble pas encore démontrée. Dans le second, est exposé le problème si controversé de la syphilis traumatique.

Le chapitre III est consacré à un syndrome glandulaire nouveau, l'azoospermie avec intégrité des caractères sexuels secondaires. Puis sont exposées : la négativité de la réaction de B.W. au cours de la syphilis secondaire avec manifestations cliniques, l'influence de la digestion sur les sérums ; l'action des préparations insolubles de bismuth à l'égard de la séro-réaction (chap. IV, V, VI) ; l'action *in vitro* des extraits pancréatiques sur le trypanosome du nagana et le spirochœtum gallinarum, maladies qui se comportent, en présence des médicaments, comme la syphilis (chap. VII) ; la stomatite arsenicale, à peu près ignorée (chap. VIII). Le dernier chapitre résume les recherches poursuivies depuis plus de deux ans par l'auteur sur l'acide formyl-meta-amino-para-oxy-phenyl-arsinique. Ce médicament, administré *per os*, donne les résultats les plus intéressants dans le traitement de la syphilis à toutes les périodes. Le volume est complété par un répertoire, classé méthodiquement, de 2400 fiches bibliographiques concernant les travaux français, anglais et allemands parus au cours de ces deux dernières années.

Dr Cabanes. — **Poitrinaires et grandes amoureuses.** Troisième série : Julie de Lespinasse, la Mimi de Murger. Edité par les Laboratoires Cortial, 10, rue Béranger, Paris, 1927.

Le Dr Cabanès nous présente la troisième série de la chronique des « Poitrinaires et Grandes Amoureuses ». Elle est consacrée à Julie de Lespinasse et à la Mimi de Murger.

Le Dr Cabanès nous conte avec beaucoup de charme la vie romanesque de Julie de Lespinasse, née clandestinement d'une infidélité de la Comtesse d'Albon. Ne voulant pas endosser cette paternité, le Comte la fit inscrire, grâce à son influence, sous le nom d'un domaine possédé depuis le XVe siècle par la famille d'Albon.

Accueillie par Madame du Deffaud, Julie eut bientôt pour admirateurs les meilleurs amis de sa protectrice : d'Alembert, le Président Hénault, le duc de Luxembourg lui-même ! Mais le grand amour de cette femme « à l'âme ardente , au naturel brûlant, a l'imagination romanesque » fut un brillant ambassadeur d'Espagne, le Marquis de Mora, gendre du Comte d'Araude, le tout puissant ministre de Charles III. Atteint d'un mal implacable, avec des hémoptysies abondantes, il fut sans doute la source de contagion tuberculeuse de Julie de Lespinasse. M. de Mora partit pour l'Espagne où il devait mourir deux ans après.

C'est alors que M. de Guibert, jeune Colonel, « entouré de la double auréole du littérateur et du tacticien », entre dans la vie de Julie, « à l'heure même où le départ de M. de Mora laissait son cœur vide et sa tête désemparée. »

La tuberculose évolua lentement chez Julie de Lespinasse, comme d'ailleurs chez les nerveux et les hystériques : inconsolable de la séparation du Marquis de Mora, l'ardente Julie finit par succomber, soutenue par son confident et fidèle ami d'Alembert.

Cabanès nous transporte dans un tout autre monde avec Henri Murger. La nécessité de faire de la copie et l'impossibilité de chercher ses héroïnes dans le monde dont sa pauvreté lui interdisait l'entrée, Murger conte sa propre « Bohême », ses aventures personnelles et sa maîtresse Mimi. Pâle, étiolée, souffrante, ils contractèrent ensemble le terrible mal qui devait les enlever. « Mimi » disparue, Murger fit la connaissance de « sa Naïs », qui devait le soigner pendant près de dix ans avant qu'il s'éteignit à l'hôpital Dubois malgré les soins dévoués du Dr Fauvel.

Ces deux rapides biographies, tracées à grands traits avec émotion et vérité, comptent parmi les meilleures pages de Cabanès.

Il faut remercier les Laboratoires Cortial de les avoir fait éditer avec grand luxe par la Maison Devambez.

TRAITEMENT DE L'ANOREXIE PAR LE SULFARSÉNOL

Le refus de s'alimenter s'observe assez souvent chez les nourrissons et chez les jeunes enfants.

Le médecin est appelé par une famille éplorée qui constate avec émoi la perte d'appétit de l'enfant, et qui s'en inquiète, d'autant plus que la courbe de poids suit en général très régulièrement cette perte d'appétit.

L'*étiologie* de ces anorexies est variable suivant les cas : Tantôt, c'est un enfant brûlé par une bouillie qui refuse de la prendre à partir de ce jour ; tantôt, ce sont les douleurs ostéo-périostiques d'une poussée dentaire qui poussent l'enfant à redouter le moindre biberon ; tantôt, c'est simplement un changement de régime, le sevrage par exemple, qui incite l'enfant à bouder ses nouveaux aliments.

Dans quelques cas rares, il y a une anorexie complète survenant dans la convalescence de maladies graves.

On a donné à ces anorexies le nom d'anorexies nerveuses.

On a émis différentes hypothèses pour expliquer ces faits : hypofonctionnement digestif, ou bien névropathie chez des enfants d'hérédité syphilitique, tuberculeuse, ou simplement neuro-arthritique.

Bien des remèdes ont été conseillés en pareil cas. Les plus usuels sont la « *psychothérapie* » *doublée de l'isolement* comme le conseille Comby dans le *Bulletin* de la Société de Pédiatrie du 17 février 1925, et le *gavage* chez les nourrissons, comme on l'a conseillé à différentes reprises (Buffet-Delmas, *Arch. de méd. des Enfants*, p. 180) 1912 (Hallé : Société de Pédiatrie des hôpitaux) (Barbier, Société de Pédiatrie des hôpitaux) 1912.

Pour le médecin praticien, ces deux procédés sont aussi difficiles à appliquer l'un que l'autre. En effet, il est bien rare qu'une famille consente à se séparer de son enfant. Quant au gavage, quel est le médecin qui aurait le loisir d'aller gaver six fois par jour un nourrisson ou un jeune enfant récalcitrant, qui refuse obstinément son biberon ? Le fait cependant a existé, puisque Buffet-Delmas a gavé son petit-fils 2.050 fois.

C'est dans des cas de ce genre, où des enfants refusaient obstinément de se nourrir, que j'ai essayé d'abord le sérum physiologique avec d'assez piètres résultats, puis les rayons ultra-violets, avec quelques assez bons résuitats, chez des enfants rachitiques.

Enfin, me rappelant que Marfan considérait ces cas comme très fréquents chez des hérédo-syphilitiques, j'ai essayé le « sulfarsenol », que j'utilise habituellement chez les enfants.

Déjà, Bodin, de Rennes, avait signalé la remarquable action du sulfarsénol dans l'athrepsie, et constaté des reprises de poids importantes chez 7 enfants sur 8, qu'il avait eu l'occasion de soigner par cette méthode.

Le premier enfant que j'ai soigné de cette manière était un hérédo-syphilitique, ayant eu du pemphigus, une grosse rate, du cranio-tabes. Il avait subi un traitement mercuriel qui avait amélioré son état général, sans ramener l'appétit complètement absent.

Le 25 septembre 1924, je lui commence une série d'injections sous-cutanées de sulfarsénol et, chose très curieuse, dès le surlendemain, l'enfant recouvrait l'appétit, se mettait immédiatement à reprendre du poids, et, au bout de la première semaine, avait pris 500 grammes.

Surpris par ce résultat, je pensai que si le sulfarsénol ramenait aussi vite l'appétit des enfants hérédo-syphilitiques, il pourrait peut-être avoir le même bon résultat chez les « non-hérédos » anorexiques, qui sont si fréquents, et auxquels je faisais vainement suivre de multiples traitements sans résultats.

A l'heure actuelle, j'ai 18 observations d'enfants, suivis depuis au moins six mois, qui, tous, présentaient ce symptôme capital : l'absence complète d'appétit et l'impossibilité pour les parents d'arriver à leur faire prendre une nourriture suffisante. Je n'ai trouvé, chez aucun de ces 18 enfants, le moindre signe d'hérédo-syphilis. Il faut avouer que le Wassermann n'a été fait que dans 4 cas seulement et a été négatif. Chez les autres, rien dans les antécédents, rien dans les signes cliniques ne pouvait permettre de porter le diagnostic d'hérédo-syphilis.

Sur les 18 cas traités, j'ai 16 résultats vraiment remarquables. Dans un laps de temps qui a varié entre 2 et 15 jours après la première injection, l'appétit est revenu complètement, supérieur même à celui des enfants en bonne santé.

Deux cas seuls ont été négatifs :

Le premier cas est celui d'une petite fille de six ans qui a présenté, dès la deuxième injection, des symptômes d'érythrodermie assez marqués qui ont nécessité l'interruption du traitement.

Le deuxième cas est celui d'une petite rachitique de deux ans qui ne marchait pas. La série d'injections n'a pas ramené l'appétit ; le poids n'a pas varié ; la mère a constaté seulement que l'enfant a marché à la quatrième piqûre, mais il y a peut-être là une simple coïncidence.

Les 16 autres enfants ont, comme je le disais, recouvré pleinement l'appétit et, chose assez curieuse, l'ont recouvré définitivement après une série de six injections. En aucun cas en effet, je n'ai été obligé de reprendre les injections. La première série avait amplement suffi.

J'ai dressé un tableau récapitulatif des variations de poids subies par ces 18 enfants.

Noms	Age	Poids normal	Poids avant	Poids après	Total recouvré	Retour appétit	Temps mis pour repr. le poids	Nombre d'inject.	Remarques
Som.	6	—	—	—	—	—	—	3	Erythrodermie.
Men.	3	11 kgr.	9 kgr. 200	9 kgr. 300	0.100	non	2 mois	6	Marché 4ᵉ inj.
Hé.	5	13 kgr. 900	12 kgr. 400	12 kgr. 800	0.400	2ᵉ inj.	1 mois	6	Va très bien.
Re.	6	15 kgr.	13 kgr. 600	14 kgr.	0.400	1ʳᵉ inj.	2 mois	6	Aug. p. constam
Ma.	3	11 kgr.	10 kgr.	11 kgr. 500	1.500	1ʳᵉ inj.	2 mois	6	Va bien.
Pou.	5	—	—	—	2	2ᵉ inj.	2 mois	6	Cont. aug. poids.
Au.	9	21 kgr. 200	20 kgr.	22 kgr. 400	2.400	3ᵉ inj.	4 mois	6	Va très bien.
Gu.	7	—	—	—	2.500	3ᵉ inj.	2 mois	6	dᵒ
Ro.	5	13 kgr. 900	12 kgr. 800	14 kgr. 900	2.100	1ʳᵉ inj.	2 mois	5	dᵒ
Bra.	7	17 kgr. 400	16 kgr. 200	18 kgr. 500	2.300	1ʳᵉ inj.	2 mois	6	dᵒ
Pro.	5	13 kgr. 900	11 kgr.	13 kgr. 500	2.500	1ʳᵉ inj.	1 mois 1/2	6	dᵒ
cas vu avec Dʳ Furget				1 kgr. par mois très rapidement					
Lebo.	5	13 kgr. 900	11 kgr. 500	14 kgr.	2.500	1ʳᵉ inj.	2 mois	6	dᵒ
Ro.	9	21 kgr. 200	19 kgr.	22 kgr.	3	1ʳᵉ inj.	3 mois	6	dᵒ
Gen.	4	—	—	—	3	2ᵉ inj.	3 mois	6	dᵒ
Jac.	8	—	—	—	4	2ᵉ inj.	3 mois	6	dᵒ
Fo.	10	23 kgr. 900	19 kgr. 300	24 kgr. 400	5.100	1ʳᵉ inj.	3 mois	6	dᵒ
Be.	11	30 kgr.	31 kgr.	43 kgr. 500	12.500	1ʳᵉ inj.	10 mois	6	Cette enfant de 11 ans avait suivi tous les traitements possibles et n'avait pas varié de poids depuis 18 mois. Anorexie presque complète.

Ce tableau nous montre ainsi que les 16 enfants améliorés l'ont été rapidement, définitivement et que, dans tous les cas, cette reprise d'appétit a coïncidé avec une augmentation de poids remarquable, qui, en moyenne, a été de 2 kgr. 500 pour les deux premiers mois de traitement.

Des renseignements recueillis tout dernièrement, il résulte qu'aucun de ces enfants n'a rechuté, et que tous continuent à se bien porter.

Il faut donc déduire de ces faits, que, si le sulfarsénol agit sur les hérédo-syphilitiques, il agit également sur les enfants qui ne le sont pas et modifie d'une façon heureuse leur nutrition. Le mécanisme de ces heureuses modifications semble facile à déterminer ; en effet, nombre de ces enfants avaient déjà eu des injections arsenicales (cacodylate) ou avaient pris de l'arrhénal, sans modification aucune de leur appétit ; par contre, l'influence du sulfarsénol s'est manifestée dès les premières injections, et ceci prouve une fois de plus que, dans les arsenobenzènes et en particulier dans le sulfarsénol, l'arsenic atteint une activité incomparablement plus forte que celle des autres préparations organiques.

Je dirai, en finissant, quelques mots seulement de la technique employée :

Depuis le premier travail sur le sulfarsénol de Lévy-Bing, Lehnhoff-Wyld et Gerbay, la technique s'est peu modifiée. On conseille d'ordinaire une injection tous les 4 jours, avec doses progressives d'un quart de centigramme par kgr. de poids jusqu'à un centigramme.

J'ai fait, dans les cas précédemment cités, des séries de six injections, à cinq jours d'intervalle. Pour les enfants d'environ 12 kgr., j'ai fait les doses suivantes 0,03, 0,06, 0,06 et les trois dernières à 0,12.

Pour les enfants de plus de 12 kgr. j'ai débuté par deux injections à 0,06, puis deux à 0,12 et deux à 0,18.

J'ai utilisé la voie sous-cutanée et ai dilué le sulfarsénol à raison de 6 ctgr., par centimètre cube.

En aucun cas, je n'ai eu de grosses réactions ni immédiates (crises nitritoïdes, débâcles diarrhéiques), ni tardives (fièvre, apoplexie séreuse). En quelques cas seulement, il y a eu douleur assez légère et passagère au point de piqûre.

Dʳ Epagneul (de Niort).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES MÉDICIDES

Les Médicides (1), comme on dit les Régicides. Ce sont les attentats à la vie des médecins, qui vont se multipliant, peut-être par la contagion de l'exemple, et dont le dernier en date est l'assassinat du Dr GUILPIN, d'Issoudun.

Avec le meurtre du Dr Dormay, de Meknès, celui du professeur Froment de Lyon, c'est le troisième signalé depuis quelques mois. Mais ce ne sont pas les seuls. Et nous connaissons le cas d'un jeune confrère, qui, étant interne dans un sanatorium du N.O., reçut, il y a peu de temps, un coup de revolver d'un de ses malades qu'il était en train d'ausculter. La blessure nécessita une intervention chirurgicale sur l'abdomen, dont il est à peine remis.

Comment de tels événements sont-ils possibles ? Ils paraissent à première vue invraisemblables. C'est du moins ainsi que les qualifie le journal *Le Matin,* dont la manchette du numéro du 10 mars porte la note suivante dont nous respectons la présentation.

INVRAISEMBLABLE !

Un médecin est tué à Issoudun d'un coup de revolver par un de ses malades

La responsabilité de ceux qui ont laissé une arme aux mains d'un hospitalisé depuis dix mois, n'est-elle pas gravement engagée ?

C'est en effet la question qui se pose. Comment peut-il se faire que des malades hospitalisés possèdent des armes dont ils pourront se servir au gré de leurs inspirations et impulsions morbides ? N'est-il pas réglementaire de fouiller toute personne pénétrant dans un établissement hospitalier ? Et s'il est également de règle de retirer aux malades leurs vêtements pour leur donner l'uniforme de la maison, comment s'en trouve-t-il qui, défiant toute surveillance, dissimulent revolvers, couteaux, et autres instruments de blessures et de mort ?

La profession médicale n'a jamais été de tout repos. Mais, sous ce rapport, il est permis de constater et de déplorer que la situation aille en s'aggravant de jour en jour.

N'est-ce pas le roi Humbert qui, venant d'échapper à un attentat, s'écriait : « Ce sont les risques du métier ? »

Ce sont des risques du même ordre qui se superposent actuellement à ceux que nous courons et qui sont de tous les jours.

Il y a donc des médecins qui sont des victimes ? Victimes du devoir professionnel, tels ces internes dont nous avons récemment déploré la mort prématurée, les Vadon, les Tariel, et combien d'autres encore. Victimes de la science et de ses progrès, tels les Ménard, les Lobligeois, les Vaillant, les Bergonié, et tous les radiologues que les radiations ont atteints et mutilés à en mourir. Victimes encore du devoir, sous la forme la plus révoltante, tous ceux qui tombent sous les coups homicides de leurs malades.

Je m'associe à l'initiative prise par mon ami Noir, rédacteur en chef de ce journal, lorsqu'il demande la création d'un Livre d'Or de la médecine française, qui relaterait les faits qui nous occupent présentement et en perpétuerait le souvenir, ainsi que de leurs héros.

Ce sont des exemples d'humanité supérieure. Notre profession en fourmille d'ailleurs, et cela suffit à réduire à leur juste valeur les attaques dont le corps médical continue à être l'objet, et les campagnes que des journalistes, aux intentions malveillantes, ont trop souvent menées contre lui.

Existe-t-il une autre profession où l'on frôle à tout instant la mort de plus près que la profession médicale ?

Quel respect cela ne devrait-il pas inspirer à nos trop empressés détracteurs ? Et quelle revanche pour nous sur eux ?

G. DUCHESNE.

(1) Il faudrait dire plus correctement *les médicicides* ; mais l'euphonie m'a fait contracter les deux *ci ci* en un seul.

G. D.

LE STATUT PARTICULIER DES MÉDECINS DE COMPLÉMENT ET L'ARTICLE 20 DE LA PROPOSITION DE LOI GIROD

Des conséquences de ce statut particulier.

Par le Dr A. CHALLAMEL.

Lorsque l'on veut se représenter la place qu'en temps de guerre tient le service de santé, il faut considérer deux faits qui dominent la question :

1° Dans une guerre de tranchées, *sans combats*, l'effectif des armées engagées, en huit mois je crois, passe tout entier par les formations sanitaires ;

2° Cinquante mille blessés sont beaucoup plus difficiles à déplacer que cinq cent mille soldats.

Ces deux axiomes suffisent à montrer l'importance du service de santé dans une guerre de courte durée, comme dans celle de longue durée, et à prouver que le service de santé possède en importance le caractère d'une arme (protective c'est entendu), et que seul son classement comme arme permettrait à ses chefs d'occuper dans les grands conseils de guerre la place voulue pour prendre telles dispositions ou faire entendre telles observations nécessaires.

Le projet du général Girod sur la réorganisation du S. de S.M., actuellement à l'étude au Parlement, prévoit la transformation du service de santé militaire en *Corps de santé militaire* (1). Sur ce point l'opinion publique a satisfaction, et le S. de S. M. possédera à l'avenir son autonomie. Il est permis de dire que les travaux fournis par la Commission de réorganisation du S. de S.M., créée au Syndicat des médecins de la Seine sur mon initiative en 1921, ont été pour une part dans l'obtention de ce résultat. On sait en effet que la question du S. de S.M. a été disjointe lors du vote de la loi des cadres et effectifs, et de la loi de l'organisation de l'armée en avril 1924, pour être l'objet d'une loi spéciale.

Mais si la transformation du S. de S. en Corps de santé, semble un point acquis, la question *du principe du statut particulier* des médecins de complément reste non résolue.

L'article 20 de la proposition de loi Girod, dit : « *Le statut des officiers de réserve du corps de* « *santé militaire est fixé par la loi sur l'organisa-* « *tion des cadres des réserves de l'armée de terre.* »

Cet article ainsi rédigé ne tient compte ni des faits, ni de l'expérience vécue. Cet article demande à être amélioré et complété. Il répondrait alors de façon réelle à l'effort d'organisation très intéressant que représente cette proposition de loi, dont l'exposé des motifs est également remarquable (1).

(1) Voir articles 2, 3, 4 et 5 du projet. (*Bulletin médical*, n° 36 et 37 de 1924.)

En 1922, dans mon rapport au Syndicat des médecins de la Seine (2), j'ai exposé les raisons de tous ordres qui imposent pour les médecins un statut différent (sans être meilleur) de celui des officiers des autres armes. On m'excusera de retomber par nécessité dans des redites.

***

A la mobilisation de 1914 une grande partie des médecins de complément n'étaient pas à leur place : c'est un fait. Et ces erreurs d'affectation, cette méconnaissance de la valeur technique de beaucoup de ces officiers, peu gradés pour la plupart, eurent au début de la campagne des conséquences désastreuses sur les soins que reçurent nombre de blessés.

Il existait bien, dès avant 1914, *un embryon de statut particulier* constitué par le décret du 22 mai 1909, décret qui prévoyait que professeurs et agrégés, médecins et chirurgiens des hôpitaux, n'auraient qu'une seule période d'instruction à accomplir au lieu de deux, et n'auraient besoin que de deux ans d'ancienneté au lieu de quatre, pour passer de un à deux galons.

Cet embryon de statut particulier, manifestement insuffisant, indique que *déjà* on avait senti que les médecins, spécialisés de tout temps dans leur profession, ne pouvaient rentrer dans le même moule que celui des officiers de réserve des autres armes.

(1) Dans cette proposition de loi : l'art. 7 permet aux internes titulaires nommés au concours dans une ville de faculté et pourvus de seize inscriptions, d'être nommés aides-majors ; l'art. 15 donne une majoration d'ancienneté aux médecins et pharmaciens correspondant au temps minimum de la durée des études d'enseignement supérieur, diminué de 2 ans, lors de leur nomination au grade de sous-lieutenant ; l'art. 24 permet en temps de guerre l'accession au grade d'officier des étudiants en médecine et en pharmacie. Toutes ces dispositions sont bonnes, justes, et capables de parer à la crise de recrutement des médecins d'active ; elles répondent à autant de points posés dans mon travail de 1922.

(2) Dr A. CHALLAMEL. — Sur la nécessité d'un statut particulier pour les médecins de complément. Des bases de ce statut. (*Bulletin du S. M. S.*, mai 1922, p. 152 ; et article dans *Concours médical*, 30 avril 1922, p. 1438. Voir aussi : Dr A. CHALLAMEL. — Poursuite de la réorganisation des cadres du service de santé militaire (*Concours médical*, 26 décembre 1926, p. 3319.)

Mais ce décret était à ce point insuffisant que agrégés, médecins et chirurgiens des hôpitaux ne bénéficiaient pas d'un statut fait pour eux, par leur faute : négligence ou insouciance, c'est entendu dans nombre de cas, mais aussi parce que les périodes d'instruction étaient si mal comprises que ces médecins ne se souciaient pas d'aller perdre en vain un temps précieux.

La conséquence fut que le 31 décembre 1915 (1) un autre décret venait violer celui de 1909, et *saper* pour les médecins, officiers dans le S. de S., *les lois organiques de l'armée.* Je m'explique.

Le décret de 1915 commence par ces mots : « A titre transitoire pendant la durée des hostilités pourront être promus d'emblée au grade « de médecin de 1re classe, etc. », et se termine ainsi : « ...équivalence entre les titres universitaires ou hospitaliers et les grades militaires. » Ces derniers mots reviennent à dire que l'on porte des galons dans la médecine civile !!

Qu'il me soit permis de faire remarquer que le grade est la propriété de l'individu, et *jamais*, jusqu'au décret de 1915 ! on n'avait vu le *grade devenir la propriété* des élèves d'une école ou d'un groupement de personnalités.

Qu'il me soit permis de faire remarquer que *jamais* dans l'armée, sauf dans des temps anciens, jusqu'au décret de 1915 ! on n'avait vu *un officier à un galon être promu d'emblée à trois ou quatre galons.*

Voilà en quoi les lois organiques de l'armée ont été brisées ; et l'on peut se demander quelle aurait été l'influence sur la discipline d'une pareil décret dans une arme telle qu'infanterie, cavalerie ou artillerie !

Le décret de 1915 a donné raison à l'insouciance de ses bénéficiaires, et a démontré aux simples praticiens, qui avaient fait des périodes supplémentaires, qu'ils avaient été des.... benêts.

Les lois organiques seront-elles dans l'avenir violées comme elles l'ont été dans le passé. Le décret violé de 1909 est toujours en vigueur !

A vrai dire, il était facile, et il est facile, dès le temps de paix, de désigner la place que doivent occuper en temps de guerre agrégés, médecins et chirurgiens des hôpitaux, compétences que personne ne discute, sélection peu nombreuse. Il suffit que les directions du S. de S.M. soient renseignées. Mais s'en tenir là pour l'organisation des cadres du S. de S.M. serait se contenter à bien peu de frais.

Pendant la guerre, qu'est-il arrivé par suite d'une organisation insuffisante ?

Quand on ouvre le livre du Médecin inspecteur général Troussaint « *Une page de l'histoire du service de santé militaire* », à la page 104, au chapitre « *Répartition du personnel. — Utilisation des compétences* », on voit à quels moyens la 7e Direction dut recourir *pour rechercher les chirurgiens de carrière* perdus dans les formations du S. de S.M. ou ailleurs.

(1) *Journal officiel* du 4 janvier 1916, p. 59.

Ces moyens se résument en :

1° Renseignements demandés à tous les doyens de France ;

2° Renseignements cherchés dans les annuaires de toutes sortes ;

3° Renseignements *demandés aux préfets sur le personnel chirurgical* de leur département.

Ainsi, *ce sont les préfets* qui fournissaient les renseignements sur la valeur et le degré de spécialisation des médecins ! ! Il n'est pas étonnant alors que le S. de S.M. ait servi pendant la guerre de terrain à toutes les ingérences des politiciens.

Sous le titre *Embusqués et embusqueurs*, aux pages 128 et suivantes, du même livre, le Dr Troussaint fait toute une énumération de cas où la politique ne servit qu'à embusquer nombre de jeunes confrères, souvent en les baptisant spécialistes. Le Dr Guérin à son tour, dans le *Journal des Praticiens*, a parlé de ces scandales à maintes reprises.

Mais, à la réflexion, la 7e Direction avait-elle d'autres modes d'information que ceux énumérés ?

La Direction du S. de S. M. ignorait l'existence des groupements professionnels médicaux, et ces groupements n'étaient *pas organisés intérieurement* pour répondre aux questions si elles leur avaient été posées. En 1927, ils ne le sont toujours pas, sauf quelques-uns peut-être.

Aussi si un statut spécial pour les médecins de complément est une nécessité, si le principe de ce statut doit être inscrit dans la loi, le texte même de ce statut doit-il être mûrement étudié et à la base doivent se trouver *la représentation* du corps médical au Comité consultatif de santé militaire (1) et *la collaboration* des groupements et syndicats médicaux avec les Directeurs de régions. Il devrait en résulter, notamment pour le Syndicat des médecins de la Seine dont les membres sont affectés à de multiples régions, une organisation intérieure, du reste facile.

Un mot sur les annuaires médicaux pour dire que, depuis la guerre, ils sont inexistants.

Si les médecins ne s'imposaient pas une organisation intérieure, c'est qu'ils considéreraient que la politique peut primer les intérêts des soldats malades et blessés.

Tels sont les *motifs de moralité* qui plaident pour un statut particulier digne du rôle dévolu au corps médical mobilisé.

(1) « Il est à regretter que l'on n'ait pas introduit dans les grands conseils un représentant qualifié du corps des praticiens qui devraient avoir voix au chapitre parce que ce sont eux qui supportent le plus lourd fardeau en cas de guerre ». (*Journal des Praticiens*, 13 juillet 1920, lettre du Dr Troussaint au Dr Guérin.)

J'arrive maintenant aux solutions d'ordre pratique.

***

Si le principe du statut particulier doit être posé dans la loi réorganisant le S. de S.M., et inscrit à l'article 20, que peut-on dire du contenu même de ce statut ?

Dans mon travail de 1922, j'avais indiqué brièvement, un à un, les points qui doivent constituer l'ossature du statut à établir.

Dans le *Médecin Syndicaliste*, organe de l'Union, a été publié en décembre 1923 un projet-type (mot défectueux) qui contient d'excellentes choses mais renferme certaines impossibilités, et par ailleurs ne tient pas assez compte des *nécessités d'organisation*, seule fin véritable de tous projets, décrets et lois militaires.

Du reste le Dr Troussaint a pris le soin de discuter article par article ce projet-type dans trois numéros successifs du *Bulletin médical* (1).

Je reste, quant à moi, persuadé que la publication prématurée d'un projet non suffisamment mûri et étudié a nui à l'idée du statut particulier tel que je l'avais conçu et dont j'avais exposé les bases.

Ce projet de statut demanderait à être refondu, simplifié, complété.

Pour donner un exemple, je vais développer, avec quelques détails, deux ou trois points inexistants dans ce projet et que j'avais indiqués dans mon travail de 1922.

C'est ainsi que l'on peut concevoir, dans chaque région, les syndicats et groupements professionnels dressant tous les deux ans une liste (liste intérieure) par ordre alphabétique, des médecins de chaque spécialité, pour que leurs représentants puissent fournir au Directeur de la région les éléments nécessaires à une juste répartition faite en tenant compte de l'âge, de l'état de santé, des charges de famille. Si ce classement des spécialistes (*contrôle des affectations*) était fait de façon absolument juste ; si le véritable médecin de laboratoire était affecté à un laboratoire, etc., etc., alors *le médecin praticien mobilisé* assumerait sa tâche avec un cœur plus léger, *car en fin de compte, ce sera toujours lui le médecin de bataillon et de brancardiers, et s'il s'insurge à l'idée que le préfet sacre spécialiste* un de ses confrères, il s'incline devant cette loi évidente de mettre à l'arrière ceux qui, par la force des choses, doivent y rester et ne sont pas interchangeables (2).

Du reste, les médecins spécialistes ne devraient être considérés comme tels qu'après un *nombre déterminé d'années d'exercice* de leur spécialité, c'est dire que jusque-là, jeunes médecins, ils seraient considérés et affectés comme médecins non spécialistes. Et le jour où ils cesseraient d'exercer la médecine, ils ne devraient pas être maintenus comme spécialistes.

Une exception doit être prévue pour certaines spécialités dont le S. de S.M. a un besoin bien plus grand que l'état de la santé publique du temps de paix : tels sont les radiographes. Là encore, la collaboration des représentants des groupements médicaux avec les Directeurs de région doit porter de bons fruits.

Enfin, la guerre dernière a montré l'utilité et le bon rendement des équipes chirurgicales. On sait que le grand besoin de chirurgiens en temps de guerre nécessite le classement comme chirurgiens d'équipe B, de médecins ne faisant pas de la chirurgie l'exercice constant, exclusif, de leur profession. Pour les chirurgiens de carrière classés équipe A, pourquoi ne pas leur donner cette faculté d'indiquer dès le temps de paix leur équipier, dont ils maintiendraient ou modifieraient l'indication tous les deux ans par exemple ?

Ce long travail du temps de paix, à quoi servirait-il ? Mais pour qu'au jour d'une mobilisation, le Corps de santé militaire *soit le premier prêt*. C'est lui qui devrait l'être le premier, puisque les hommes qui forment ses cadres ne changent pas de métier, à la condition, que par avance, ils aient été minutieusement mis à la place qu'exige une transformation subite de l'état social.

Inscrire le principe du statut particulier dans la loi *ne préjuge pas de son contenu*. Ce contenu peut fort bien ne pas être en contradiction avec la loi sur l'organisation des cadres des réserves du 8 janvier 1925.

Et si, *le principe étant inscrit dans la loi*, **les associations et syndicats médicaux n'apportaient pas aux Directeurs de région le concours attendu (chose invraisemblable), ces Directeurs agiraient sans eux. Le statut serait alors appliqué dans ses termes, sauf la collaboration, le principe n'en subsistant pas moins dans toute sa force.**

La réorganisation du S. de S.M. était à l'ordre du jour en *février* 1912. Cette réorganisation, en *février* 1927, est toujours à faire !

***

(1) Numéros 7, 8 et 9 de 1924.

(2) L'article 7 de l'instruction du 2 février 1909 dit : « Le recensement des docteurs en médecine et des pharmaciens de 1re classe civils s'opère d'une manière permanente au moyen de l'envoi régulier au Ministre de la guerre (7e Direction), par les soins des secrétaires des facultés de médecine ou écoles supérieures de pharmacie, de bulletins individuels certifiant l'obtention par les intéressés soit du diplôme de docteur en médecine, soit de celui de pharmacien de 1re classe. »

Cette méthode de renseignements ne permet en aucune manière aux Directeurs du S. de S. de savoir s'ils ont à faire à des médecins pratiquant la médecine, ou à des titulaires d'un parchemin. Encore bien moins de vérifier la qualification de technicité ou de spécialisation.

Après avoir énuméré *les raisons*, après avoir établi *les bases*, il faut ajouter *les moyens* pour obtenir ce statut particulier, statut indispensable à une *mobilisation rationnelle.*

Si tous les Français sont égaux devant la loi et si la loi de recrutement est égale pour tous, il n'en est pas moins vrai que les lois et décrets sur l'exercice de la médecine imposent aux médecins *praticiens* certaines conditions particulières, qui laissent indifférents le public et, dans le public, ceux qui n'ont fait de la médecine que pour aiguiller ensuite leur activité sur une voie totalement différente.

Le jour où un docteur veut exercer son art légalement, ce jour-là, cet homme (ou cette femme) doit faire enregistrer son diplôme. L'enregistrement du diplôme (qui entraîne la patente) est la marque légale que son possesseur veut exercer la médecine.

La loi est perfectible, et quelle impossibilité y aurait-il à admettre que le fait de faire enregistrer son diplôme *équivaudrait à l'engagement de passer un conseil de révision supplémentaire* pour les médecins versés dans l'auxiliaire ou réformés, et à leur classement éventuel dans les cadres du S. de S.M. ?

Pour que le corps médical soit adapté dès le premier jour de la guerre aux nouvelles conditions de fonctionnement du corps social, je vois, parmi les moyens à ajouter à tous ceux qui ont été énumérés jusqu'ici, les suivants :

1° Lors de l'enregistrement du diplôme de docteur en médecine, le préfet transmettrait (1) à l'autorité militaire notification de cet enregistrement ;

2° Tout médecin ayant fait enregistrer son diplôme serait appelé à passer, s'il y a lieu, dans les 6 mois un nouveau conseil de révision ; à recevoir, s'il y a lieu, une affectation dans les cadres du S. de S.M. ; et à accomplir une période d'instruction militaire, si durant ses études, il n'a pas (bien que réformé) prévu ce stage.

La loi ne serait plus la même pour tous, dira-t-on. Quelles que soient *les assimilations égalitaires* que la politique ait faites, on n'a pas encore pensé à *interdire le travail de nuit aux médecins praticiens* !

On voit combien le problème s'est élargi, et quelles *conséquences* entraînera l'adoption du statut particulier des médecins de complément. Aux rapports plus étroits entre Directeurs de région et médecins civils, à la représentation du corps médical au Comité consultatif de santé militaire, à l'adoption d'un statut logique, viennent s'ajouter comme corollaires : *des modifications aux lois sur le recrutement et l'exercice de la médecine peut-être* ; mais à coup sûr, *une organisation intérieure des divers groupements et syndicats, une diminution forcée des médecins restant en dehors de toutes associations professionnelles, un rapprochement très net des individus et des groupes en un assemblage corporatif.* C'est volontairement que je n'écris pas les mots *ordre des médecins*, qui, par la terminologie, semble vouloir copier, chose impraticable, l'ordre des avocats.

(1) En l'espèce, c'est le seul rôle du préfet.

Sur les *conséquences du statut particulier*, je crois avoir projeté toute la clarté désirable.

***

Ce n'est pas ici la place de rappeler des souvenirs personnels. Néanmoins, comme j'ai abordé des questions qui, au point de vue militaire et professionnel sont aussi importantes que délicates, il m'est permis de rapporter que fin septembre 1914, dans le train qui nous emmenait des Vosges à la Somme, voyageant avec le Dr Montprofit, au cours de la conversation, j'exprimais *quelles difficultés il y avait à commander à des médecins*, hommes par profession, très personnels. En moins de deux mois de campagne, je m'étais aperçu de difficultés qui, je crois, subsisteront toujours.

Ce souvenir n'est ici que pour montrer que mes observations datent de loin.

Si pourtant, on obtenait que la politique et le favoritisme ne viennent plus fausser les rouages normaux des affectations, ce serait un point acquis considérable. Ce n'est possible que par des affectations justes et contrôlées.

***

Les faits ont montré qu'*une organisation défectueuse entraîne l'illégalité.*

Qu'ils soient militaires ou civils, les médecins ont une *communauté d'origine scientifique absolue* et un entraînement professionnel journalier. Trouve-t-on cela chez les officiers des autres armes ? Il faudrait que les officiers de réserve soient tous sortis de Saint-Cyr ou autre école, et que, journellement, ils s'exercent en vue de leur rôle militaire éventuel !

Les médecins occupent donc en cas de mobilisation une place différente de celle des autres officiers de réserve.

Il faut conclure que les officiers médecins du Corps de santé militaire ne peuvent avoir le même statut que les officiers des autres armes. Cela ne saurait constituer un privilège, cela découle seulement des *nécessités d'une organisation professionnelle particulière.*

L'article 20 du projet de loi du général Girod *doit consacrer le principe de ce statut particulier.*

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Opération chirurgicale autre que celle qui a été prévue. Malade sous anesthésie. Décision prise par le chirurgien et le médecin traitant sans autorisation de la malade.

JUSTICE DE PAIX DE BREST (2e CANTON)

17 *décembre* 1926.

(Archives du « Sou médical »).

Lorsqu'au cours d'une opération chirurgicale, pratiquée sous anesthésie, le chirurgien se trouve en présence d'un cas grave et urgent, nécessitant une intervention autre que celle qui a été prévue, il doit être seul juge, avec le médecin traitant, de décider la conduite chirurgicale à suivre, sans avoir à consulter la malade, en la laissant réveiller, ou les membres de sa famille.

Attendu que la demande du docteur Pouliquen tend au paiement par les consorts L., de la somme de sept cents francs à titre d'honoraires, pour une opération chirurgicale pratiquée sur la personne de Mme L., et au paiement de la somme de un franc à titre de dommages-intérêts pour le préjudice causé au docteur Pouliquen par le refus de paiement et les motifs de ce refus ;

Attendu que les consorts L. concluent au débouté de la demande, prétextant que l'opération faite à Mme L., n'était pas celle que le docteur Pouliquen avait reçu mission de pratiquer ;

Attendu qu'il est constant que dans le courant de novembre 1924, M. le docteur Quelme, médecin traitant de Mme L., fit appeler sur les instructions de M. et Mme L., M. le docteur Pouliquen, pour pratiquer une opération ;

Que le docteur Quelmé avait diagnostiqué un fibrome, que le docteur Pouliquen confirma le diagnostic, tout en indiquant que le cas ne paraissait pas absolument classique ;

Que Mme L. transportée à la clinique du docteur Pouliquen fut opérée en présence du docteur Quelmé.

Qu'au cours de l'opération, le docteur Pouliquen, et le docteur Quelmé constatèrent l'existence d'un fibrome sain qui d'après eux ne pouvait mettre en danger les jours de la malade ;

Qu'ils constatèrent en même temps l'existence d'un ulcère à l'estomac ; qui toujours d'après eux, mettait en danger les jours de la malade ;

Qu'il ne pouvait, dit le docteur Pouliquen, être question de faire subir à la malade, à la fois l'opération du fibrome et l'opération de l'estomac ;

Attendu que le médecin n'est tenu à la réparation d'une faute que dans le cas où il a montré une maladresse évidente et grossière, une ignorance complète des choses que tout praticien doit savoir, en un mot que s'il a commis une faute lourde qui apparaît à tous les yeux et dont il doit compte plus comme homme que comme praticien ;

Attendu qu'en dehors d'une faute ordinaire résultant directement de l'oubli d'un devoir élémentaire de sa profession, le médecin n'encourt pas de responsabilité civile ;

Que les tribunaux ne sauraient, après coup, apprécier un diagnostic, décider quel traitement il convenait de prescrire, qu'il n'appartient pas non plus aux tribunaux d'intervenir dans les rapports de confiance qui se sont établis régulièrement entre le médecin et le malade ; et qu'ils ne pourraient juger après coup, sans de sérieux inconvénients ;

Que la responsabilité civile d'évènements malheureux qui ont trahi l'effort de l'homme de l'art, ne saurait en aucun cas être admise à sa charge, sans entraver son initiative dans les circonstances les plus graves ;

Attendu qu'il n'apparaît pas dans l'espèce qui nous est soumise, qu'une faute grave puisse être reprochée au docteur Pouliquen ;

Attendu que s'il est vrai, ce qui n'est pas contesté par le docteur Pouliquen, qu'il avait confirmé le diagnostic du docteur Quelmé, il affirme qu'il avait indiqué que le cas ne paraissait pas classique ; que le diagnostic n'était pas évident ;

Attendu qu'ayant pratiqué son incision, il s'est trouvé en présence d'un fibrome sain, ne paraissant pas mettre en danger les jours de la malade, et en présence d'un petit ulcère de l'estomac en voie d'évolution ;

Attendu qu'il y avait urgence et qu'il était seul juge avec le médecin traitant de l'opération de cet ulcère ;

Qu'il ne pouvait à ce moment consulter la malade ni les membres de la famille qui n'assitaient pas à l'opération et ne se trouvaient pas dans la clinique, sur l'opportunité de cette opération et obtenir leur consentement.

Attendu qu'il appartenait donc aux médecins à qui la famille s'était confiée de prendre une décision conforme aux règles de l'art et commandée par les circonstances ; que c'est ainsi qu'en présence du docteur Quelmé et avec le concours de ce dernier, le docteur Pouliquen, fit subir à l'ulcère de l'estomac, une opération dite : « Opération de Balfour » qui consiste à donner dans l'ulcère un coup de thermocautère, et à recouvrir d'un point de suture.

Attendu que le docteur Pouliquen ne saurait être responsable des suites de son opération ;

Que les défendeurs ne lui reprochent aucune faute opératoire quelconque ;

Attendu qu'ils se bornent à soutenir : qu'il avait reçu mandat de faire tout ce qui était nécessaire pour enlever le fibrome ; qu'il n'a point rempli le mandat qui lui avait été confié ; qu'il s'agit bien dans l'espèce d'un quasi-contrat de gestion d'affaires dont le ré-

sultat n'ayant pas été satisfaisant, mais au contraire nuisible et dommageable, permet aux défendeurs de refuser le paiement qui leur est réclamé ;

Attendu que dans l'espèce il s'agit d'un contrat *sui generis* passé entre le malade ou les membres de la famille et le médecin et non d'un contrat de gestion d'affaires ;

Attendu que si les membres de la famille estimaient que le médecin avait commis une faute professionnelle qui devait faire diminuer le chiffre des honoraires, ou qui par une sorte de compensation avait éteint la créance, la preuve leur incombait ;

Attendu que dans l'espèce aucune preuve n'est offerte ; que les défendeurs se bornent à critiquer, au point de vue professionnel, la marche suivie par le chirurgien ;

Que ce ne sont là que des allégations ;

Que si leur système de défense était sérieux, ils se seraient appuyés sur une demande d'expertise ; qu'au contraire lors de la première comparution, leur avocat a reconnu qu'une expertise ne donnerait aucun résultat et s'est borné à solliciter la comparution personnelle du docteur Pouliquen ;

Attendu qu'il est présumable que si à la suite de l'opération la malade avait survécu, les défendeurs auraient réglé les honoraires sans aucune discussion, et n'auraient nullement argué que le docteur Pouliquen avait été chargé de faire une opération plutôt qu'une autre ;

Attendu que dans ces conditions la demande du docteur Pouliquen est suffisamment justifiée.

Attendu que par leur attitude les défendeurs lui ont causé un préjudice dont réparation lui est due ; et que la demande en paiement de un franc de dommages-intérêts doit être accueillie.

Par ces motifs :

Jugeant contradictoirement et en premier ressort.

Condamnons les défendeurs solidairement entre eux à payer avec intérêts de droit, au docteur Pouliquen, la somme de sept cents francs pour les causes sus-énoncées.

Secundo. Celle de un franc à titre de dommages-intérêts.

Les condamnons solidairement en tous les dépens.

Commentaires

Le cas présent montre combien utile et même indispensable est, pour un chirurgien, le fait de se faire assister de la présence du médecin traitant.

Ce dernier, qui soigne la malade depuis un certain temps, doit être considéré comme représentant les intérêts médicaux du patient, qui dort du sommeil anesthésique.

A ce praticien d'émettre son avis autorisé, lorsqu'au cours de l'intervention chirurgicale, on se trouve en présence d'un cas fortuit, nécessitant, de la part du chirurgien, une décision urgente dans l'intérêt de son client.

Il est évident qu'il semblerait absurde de laisser réveiller la malade, pour lui exposer qu'on a dû interrompre l'opération, à cause de telle ou telle complication ou découverte faite au cours de l'intervention.

Il faudrait donc attendre que la lucidité soit complètement revenue et que les accidents nauséeux, post anesthésiques, parfois si pénibles, soient bien terminés, pour annoncer au patient, qu'il faut l'endormir à nouveau, lorsqu'il aura donné son autorisation pour une nouvelle opération.

Dans l'immense majorité des cas, le malade ne comprendrait pas ce scrupule et il aurait raison.

Il démontrerait à son chirurgien, comme au médecin traitant, que leur ayant donné sa confiance, ayant remis entre leurs mains sa guérison, sa vie, il leur donnait, par le fait même, un blanc seing, pour agir au mieux de ses intérêts.

Il en est de même, par rapport à la famille, à supposer que celle-ci soit présente, dans une chambre voisine de la salle d'opérations.

Encore faudrait-il reconnaître à cette famille une compétence technique suffisante, pour décider en connaissance de cause du bien fondé de l'opération proposée.

D'ailleurs, le juge de paix de Brest, dans le jugement rapporté plus haut, l'indique bien dans un de ses considérants :

« Attendu qu'il appartenait donc aux médecins, à qui la famille s'était confiée, de prendre une décision conforme aux règles de l'art et commandée par les circonstances. »

Aussi, les chirurgiens feront-ils prudemment d'obtenir, autant que faire se peut, la présence du médecin de la famille, pour que ce dernier, en assistant à l'opération, puisse formuler son avis, en sa qualité d'homme de l'art, représentant la malade anesthésié.

Nous avons déjà relaté un arrêt de la cour d'appel de Paris : 28 juin 1923 (*Concours médical* 1926-1126).

Une malade est endormie, pour subir une hystérectomie. Au cours de l'intervention, le chirurgien se trouve en présence de deux ovaires kystiques.

Il juge à propos de les enlever, pour éviter des douleurs et une nouvelle opération ultérieure.

La malade estime qu'elle aurait dû donner son autorisation à cette castration et assigne son chirurgien en dommages-intérêts.

Elle perdit en première instance et en appel.

Nécessité fait loi et au cours d'une intervention sous anesthésie, le chirurgien doit librement faire ce qu'il croit être utile à son client (Guénot, du consentement nécessaire au médecin pour pratiquer une opération chirurgicale ; Paris 1904, p. 35).

Comme le fait justement remarquer la note

du Dalloz, sous cet arrêt (D.P. 1924.2.116), il a semblé à la Cour qu'en interrompant l'opération en cours, le chirurgien aurait exposé la malade au plus grave danger et qu'il aurait engagé plus sûrement sa responsabilité. En faisant, au contraire, ce dont les circonstances lui démontraient la nécessité, il avait pris une résolution, pour laquelle on pouvait s'en rapporter, sans réserve, à sa conscience.

Un autre arrêt de la Cour de Paris (8e Chambre) du 20 novembre 1924 fut rendu à l'occasion de la plainte d'un jockey, qui reprochait au chirurgien de lui avoir enlevé, sans son autorisation, l'astragale, alors que cette ablation n'était pas indispensable.

Après avoir reconnu que les tribunaux n'ont pas à trancher des questions d'ordre scientifique et de pratique médicale, ni à se prononcer sur l'opportunité d'une opération, après avoir constaté que l'astragalectomie est une opération courante et que, dans le cas particulier, elle a été conduite, dans les conditions chirurgicales classiques, c'est-à-dire selon les règles de l'art, d'après le rapport des experts, l'arrêt ajoute :

« Considérant, il est vrai que l'appelant soutient que l'ablation de l'astragale aurait été effectuée contre son gré et au mépris d'une promesse formelle que lui aurait faite le professeur C. ; qu'il est inutile de faire remarquer l'extrême invraisemblance d'une telle affirmation, qui est démentie par le témoignage du Dr G. médecin traitant de M., présent à la consultation et qui n'est soutenue par aucun témoignage contradictoirement apporté devant les experts ; qu'on ne s'expliquerait pas d'ailleurs, s'il y avait eu une telle violation de la volonté du patient, que celui-ci ait conservé avec son chirurgien, jusqu'en 1912, des rapports particulièrement cordiaux, comme le prouvent certains documents versés aux débats. »

Les jugements et arrêts que nous rapportons ici ne signifient pas que le médecin, ou le chirurgien doit, dans tous les cas, faire fi du consentement du malade.

Ici, nous nous trouvons en présence de cas d'urgence : le patient est endormi, l'opération met en évidence une complication cachée, ou une affection coexistante : le praticien doit prendre d'urgence une résolution et agir pour le mieux des intérêts de l'opéré.

Au chirurgien d'obtenir l'avis du médecin traitant qui, je le répète, doit, en clientèle, assister l'opérateur et ces deux praticiens agiront selon les indications de leur science et de leur conscience.

Mais, lorsqu'il n'y a pas urgence, lorsqu'on peut obtenir l'autorisation du principal intéressé, le malade, le chirurgien serait coupable de ne pas consulter son client.

En ce sens, cour de Liège, 30 juillet 1890, cour d'Alger, 17 mars 1894 ; dissertation de M. Merignhac (Dalloz 1907.2.41, note 1).

Mais le client a la charge de la preuve de l'obtention de ce consentement, cette preuve pouvant résulter de simples présomptions.

En tous cas, le procès que le « Sou Médical » a été heureux de faire gagner à son adhérent de Brest prouve une fois de plus combien il est nécessaire de se grouper, pour la défense de nos intérêts individuels et professionnels.

Pour ne pas avoir à payer ce qu'il doit, le client ou sa famille mettent en cause la responsabilité professionnelle du praticien, espérant que la peur d'un procès fera capituler le docteur.

Mais, grâce au « Sou Médical », il est possible de faire respecter notre profession.

Dr Paul Boudin.

HYGIÈNE PUBLIQUE

CE QUE DOIT ÊTRE UNE INSPECTION DÉPARTEMENTALE D'HYGIÈNE

« Si le préfet, pour assurer l'exécution de la « présente loi, estime qu'il y a lieu d'organiser « un service de contrôle et d'inspection, il ne « peut y être procédé qu'en suite d'une délibé- « ration du Conseil général, réglementant les « détails et le budget du service. »

Tel est le texte du premier alinéa de l'article 19 de la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique.

Lorsqu'un préfet peu convaincu lui-même n'a que ces quelques lignes à présenter à une Assemblée départementale pour l'engager à instituer un service d'inspection d'hygiène, il est à peu près assuré que ses propositions ne seront pas suivies. Pourquoi, en effet, créer un service nouveau en vue d'assurer l'exécution d'une loi, alors que les prescriptions de celles-ci sont impératives ? Pourquoi créer un service de contrôle et d'inspection, tandis que les bureaux administratifs peuvent donner toutes les instructions nécessaires, en démarquant le texte des décrets et circulaires relatifs à chacun des points prévus par la loi ? Ce serait instituer un fonctionnaire de plus, dont la nécessité ne semble pas démontrée à un examen superficiel.

Le libellé même de l'article 19 de la loi prévoit

que si le préfet « estime » l'utilité du service, il ne peut y être procédé qu'en suite d'une délibération du Conseil général, laissant envisager à ceux (ils sont nombreux) qui ne peuvent apprécier l'importance du service à créer que ce dernier est peu utile, et même que le législateur a voulu mettre un frein à des initiatives préfectorales trop osées en employant la formule quasi-négative : « Il ne peut y être procédé que... »

Aussi, de nombreux départements ne sont pas encore pourvus d'une inspection d'hygiène réelle et active, soit que le Conseil général ait voulu confier ce service à un autre fonctionnaire déjà très occupé par ailleurs (inspecteur de l'Assistance publique par exemple), soit que cette assemblée n'ait même pas consenti à envisager la création de ces fonctions nouvelles, même comme accessoires d'une autre déjà obligatoire et existante.

Quoique bien des pages aient déjà été écrites sur ce sujet, il semble nécessaire de préciser une fois de plus, et principalement à l'usage des préfets, des conseils généraux et des médecins praticiens, quel doit être le rôle et la fonction de l'inspecteur départemental d'hygiène. Les administrateurs et les médecins qui seront appelés à lire ces lignes apprendront certainement, pour la plupart, ce qu'est ou ce que doit être réellement l'inspecteur d'hygiène départemental, en ne tenant compte que des textes actuellement existants et sans parler des attributions plus complètes pouvant revenir à ce fonctionnaire par suite de la modification, toujours attendue, de la loi du 15 février 1902, pour laquelle semblerait avoir été écrit l'adage : « Y penser toujours, n'en parler jamais. »

Tout d'abord, qu'est-ce qu'est l'inspecteur départemental d'hygiène, tel qu'il est prévu par l'article 19 de la loi du 15 février 1902 ?

C'est un inspecteur et un contrôleur technique de l'application des prescriptions de cette loi, c'est-à-dire qu'il doit avoir dans ses attributions, en suivant le texte législatif lui-même :

Le contrôle de l'exécution des règlements sanitaires communaux, qu'il ne peut effectuer que par des inspections fréquentes dans les communes ;

Le contrôle au point de vue hygiénique des décisions prises et des travaux effectués par les syndicats de communes ;

L'étude des questions « d'urgence » qui peuvent provoquer l'initiative et l'intervention du préfet en application de l'article 3 de la loi, c'est-à-dire l'exécution immédiate des mesures sanitaires ;

La réception et le classement des déclarations de maladies contagieuses, et les enquêtes à faire sur place pour éviter, d'une part, leur apparition, d'autre part leur diffusion lorsque les premiers cas seront survenus ;

Le contrôle de la vaccination et de la revaccination antivarioliques, partant celui de l'établissement des listes, de la tenue des séances publiques, de la production des certificats, des récapitulations par arrondissement, etc. ;

L'organisation, le fonctionnement, et le contrôle du service départemental de la désinfection.

La surveillance générale de l'état sanitaire du département, en application du décret du 14 août 1914, prorogé par celui du 16 novembre 1919 ;

Les enquêtes sur place en cas de surmortalité, enquêtes presque partout inexistantes, mais dont les résultats sont pourtant si importants lorsqu'elles sont faites dans tout un département par un fonctionnaire compétent, avec une unité de vues et une connaissance indispensable, à la fois de la mentalité et des besoins locaux ;

L'étude des projets de captation d'eau potable et la surveillance de la qualité et de la protection de ces eaux, en exécution des prescriptions de la circulaire ministérielle du 12 juillet 1924 ;

L'examen des plaintes relatives aux insalubrités d'immeubles, afin de rechercher, si elles sont susceptibles de provoquer la procédure prévue par l'article 12 de la loi, puis l'étude détaillée de la situation en cas de non concordance de vues et de compétence du Conseil départemental d'hygiène ;

Etc., etc.

A côté de ces obligations implicitement contenues dans la loi elle-même, l'inspecteur départemental d'hygiène aura d'autres missions à remplir :

L'étude de tous les projets de travaux départementaux, communaux, etc., en ce qui concerne l'hygiène : hôpitaux ou hospices, établissements de bienfaisance, prisons, asiles, établissements d'eaux minérales, écoles, adductions et distributions d'eau, halles et marchés, égoûts, cimetières, voirie, et en général tous les points énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848 ;

La surveillance de l'inspection médicale des écoles, lorsqu'elle est organisée dans le département (ce qui tend de plus en plus à se faire) ;

La surveillance de la lutte anti-vénérienne, si elle est règlementée par une institution départementale ;

Le contrôle du fonctionnement technique des dispensaires antituberculeux, des sanatoriums et des préventoriums ;

La surveillance et le contrôle des laboratoires existants dans le département, principalement s'ils sont chargés des questions de diagnostic médico-bactériologique ou sérologique, et de la surveillance des eaux potables.

Comment charger une personne non spécialisée d'accomplir ces différentes missions avec compétence, avec clairvoyance, avec unité, avec célérité, avec toute la discrétion désirable ?

Comment confier utilement ces missions si multiples à un fonctionnaire déjà chargé d'un service important ne lui laissant que peu de temps libre, qui ne pourra qu'effectuer uniquement un contrôle sur pièces, sans études sur place pour lesquelles il peut n'avoir aucune compétence spéciale, qui devra se trouver en contact quasi permanent avec des médecins praticiens, ceux-ci ne pouvant, à juste titre, je l'estime, accepter les conseils d'un non médecin et ses suggestions, lorsqu'il s'agira notamment de préservation contre les maladies contagieuses?

L'inspecteur départemental d'hygiène doit obligatoirement être un médecin et il doit avoir des connaissances administratives assez complètes, sinon détaillées. Il doit ne rien ignorer, non seulement de la loi qu'il est chargé de faire appliquer, ainsi que des décrets et circulaires qui s'y rapportent, mais aussi de la loi municipale de 1884, de la législation sur les cimetières, sur les adductions d'eau, sur les déversements d'eaux usées ou résiduaires, sur les établissements dangereux, insalubres et incommodes, etc. Il doit en outre avoir des connaissances suffisantes sur la comptabilité départementale et communale et sur les ressources des collectivités, etc.

Les prescriptions relatives à la prévention des maladies contagieuses l'exigent aussi impérieusement. Il sera appelé très fréquemment à se trouver en contact avec des médecins praticiens, principalement à l'occasion des cas signalés par eux. Seul, un docteur en médecine, ayant de préférence prouvé par des concours techniques qu'il a fait des études sérieuses, est susceptible de faire un bon inspecteur départemental d'hygiène.

Mais tout médecin est-il susceptible de faire, lui aussi, un bon inspecteur départemental d'hygiène ? Je n'hésite pas à répondre par la négative.

Tout d'abord, un médecin retenu par une clientèle courante ne pourra pas disposer du temps nécessaire pour accomplir la mission qui lui serait confiée.

D'autre part, les études médicales, même les plus complètes, ne permettent déjà pas à un médecin isolé, un médecin de campagne par exemple, de pouvoir donner constamment des soins éclairés à tous les malades qui auront recours à ses lumières, qui sont pourtant forcés de le consulter sur tout ce qui a trait au maintien de leur santé. Mais, ce même médecin n'aura jamais la prétention d'être, outre un praticien de la médecine générale, entièrement compétent en grande chirurgie, en ophtalmologie, en laryngologie, en orthopédie, en radiologie, en bactériologie, etc., etc. : toute spécialisation dans la pratique exige une spécialisation préalable dans les études.

Les notions d'hygiène données dans les Facultés à tous les étudiants ne constituent qu'un véritable « sommaire » minimum de ce qu'il est indispensable de connaître dans le détail pour faire un hygiéniste. Aussi, celui-ci doit se spécialiser dans ses études prophylactiques et administratives pour, avec une pratique plus ou moins longue suivant ses propres aptitudes, devenir progressivement un hygiéniste départemental à la hauteur de sa tâche. Le médecin praticien connaît les principes qu'il faut appliquer ; mais il est dans l'impossibilité de savoir, même après de nombreuses années d'exercice de son art, comment ces mêmes principes peuvent être mis en pratique dans les collectivités. Il n'aura jamais la prétention d'opérer une cataracte ou une luxation congénitale de la hanche ; il ne doit pas avoir celle de faire de la prophylaxie collective, parfois à très longue échéance. Du reste, la non-réalisation immédiate d'améliorations nécessaires ne saurait que lui nuire dans sa clientèle.

Les connaissances indispensables à l'inspecteur départemental d'hygiène ne se limitent pas à celles qu'il a pu acquérir au cours de ses études médicales :

Contrôleur réglementaire des adductions d'eau potable, il doit manifester en cette circonstance la possession de connaissances géologiques et hydrologiques, chimiques et bactériologiques, qui ne lui sont pas enseignées à la Faculté de médecine ;

Conseiller technique de l'administration, il doit avoir une certaine compétence en phtisiologie, en vénéréologie, en pédiatrie, etc. ;

L'étude des questions relatives aux constructions scolaires, hospitalières, aux habitations à bon marché, etc., le forcent à avoir des notions sommaires d'un art tout différent de celui qui est pratiqué par les médecins, puisqu'il sera obligé bien souvent de procéder à des études avec des ingénieurs et des architectes et il devra pouvoir discuter utilement avec eux.

Tel est le résumé des aptitudes que doit avoir l'inspecteur d'hygiène et du rôle qu'il doit remplir, pour lui permettre d'être le conseiller technique écouté de l'administration départementale.

Si on envisage l'exposé ci-dessus de ses fonctions normales, si on songe qu'un inspecteur départemental d'hygiène d'un département moyen étudie, au bas mot, chaque année 250 questions différentes (moyenne des 5 dernières années d'une inspection déjà ancienne), que certaines d'entre elles demandent plusieurs jours d'examen, parfois plusieurs semaines d'études continues (comme la constitution des casiers sanitaires communaux et des dossiers d'alimentation en eau potable de chaque localité), qu'il doit procéder obligatoirement à des visites de contrôle des adductions d'eau une fois par an dans chaque commune, qu'il doit faire de nom-

breuses enquêtes personnelles sur place, qu'il doit être au courant de la situation sanitaire de chaque localité et pouvoir, sans délai, fournir tous renseignements utiles à ce sujet en vue d'une intervention administrative en tenant compte des besoins techniques, on voit ce que peuvent être ses occupations quotidiennes : *il doit donc être strictement spécialisé dans ses fonctions.*

Membre du Conseil départemental d'hygiène, il en sera, si possible, le secrétaire. Le travail supplémentaire qui en résultera pour lui sera extrêmement fécond. Car, il saura rédiger les procès-verbaux des séances, grâce aux connaissances administratives et techniques qu'il possède et qui sont ici capitales, non seulement pour permettre d'éviter des poursuites en abus de pouvoirs contre l'administration, mais aussi et surtout afin que le texte corresponde parfaitement à toutes les améliorations hygiéniques nécessaires, ce que seul un technicien peut faire.

Il sera également membre de chacune des Commissions sanitaires de circonscriptions du département, afin de pouvoir assister aux séances de ces Assemblées et montrer à leurs membres, pour la plupart peu compétents, les conséquences des délibérations qu'ils sont appelés à prendre.

Il sera très utilement membre du Conseil départemental des bâtiments civils, afin de pouvoir présenter aux ingénieurs et architectes qui en font partie l'importance de telle décision, au point de vue de la salubrité générale ou spéciale.

C'est lui qui sera, de préférence à tout autre, délégué du Conseil départemental d'hygiène à l'Office public des habitations à bon marché du département, où l'étude de l'emplacement hygiénique des constructions et la salubrité de celles-ci présentent une importance primordiale. Son concours sera également très utile aux Comités de patronage des habitations à bon marché, dont il pourra être le délégué chargé de la visite des maisons et de la présentation du certificat provisoire de salubrité.

Membre de droit de la Commission spéciale des plans d'aménagement et d'extension des communes, instituée par la loi du 14 mars 1919, son rôle n'y sera pas effacé, puisqu'il doit y faire prévaloir ses conceptions relatives à la salubrité des agglomérations, à l'éloignement des cimetières, etc.

La présence, près du préfet, d'un fonctionnaire indépendant fera fréquemment désigner celui-ci pour faire partie de nombreuses commissions départementales : Commission de l'Assistance et de la Bienfaisance publique et privée où son concours sera précieux parce qu'il connaît mieux que quiconque les besoins réels de la population ; Commission du pain où ses connaissances en hygiène alimentaire seront mises à l'épreuve ; Commission départementale de la natalité où sa compétence en hygiène infantile sera particulièrement utile ; Commission d'étude des projets de construction des écoles où il devra tenir la main à l'amélioration des locaux scolaires, à leur alimentation en eau potable, à l'évacuation des eaux et matières usées, etc.

De plus, quelle que soit la forme admise dans son département pour l'organisation de la lutte antituberculeuse et de la lutte antivénérienne, il devra être, soit l'âme même de ces organismes, soit leur contrôleur technique, à la fois conciliant et énergique.

Mais, dans toutes ces fonctions, l'inspecteur départemental d'hygiène se souviendra toujours qu'il est médecin. Si, comme c'est tout particulièrement désirable, comme cela devrait même être obligatoirement imposé, il a exercé personnellement la médecine pendant un certain nombre d'années avant d'entrer dans l'administration, il connaîtra les besoins, les désirs, les aspirations et les craintes de ses confrères. En contact aussi permanent et aussi fréquent que possible avec chacun d'eux, il ne devra en aucun cas les ignorer ; au contraire, il s'efforcera de les rencontrer, de les entretenir des questions qui les intéressent, de leur faire connaître les ressources prophylactiques générales auxquelles ils peuvent recourir.

S'il est bien évident qu'il n'est pas d'hygiène publique possible sans le concours des médecins praticiens, il est non moins certain que ceux-ci, livrés à eux-mêmes, ne peuvent rien réaliser en dehors de leur clientèle particulière : le contact et la collaboration des praticiens et de l'administration est indispensable ; ils ne sont possibles que par l'intermédiaire de l'inspecteur départemental d'hygiène, médecin et spécialisé dans ses fonctions.

Les enquêtes que celui-ci fera sur place à l'occasion de maladies contagieuses déclarées serviront de prétexte à ces conversations indispensables. Jamais l'inspecteur d'hygiène ne cherchera à imposer impérativement sa manière de voir, même en présence d'une erreur de diagnostic qui lui paraîtra flagrante ; toujours il aura recours à la persuasion, et les résultats qu'il obtiendra de cette collaboration seront efficaces, tant pour le médecin praticien lui-même que pour l'amélioration de la situation sanitaire de la collectivité, ce qui doit être le brut principal et primordial de l'inspecteur départemental d'hygiène.

Ces résultats seront très intéressants pour les médecins praticiens qui ignorent presque généralement les conditions d'application des lois et règlements en vigueur : la présence d'un confrère en contact immédiat avec l'administration départementale facilitera leurs rapports avec cette même administration. Bien des heurts, des

froissements, seront évités par cet intermédiaire, qui pourra intervenir dans de nombreux cas et aider à la solution, dans un sens favorable pour tous, de nombreuses questions litigieuses.

En ce qui concerne l'intérêt général, les résultats de cette collaboration seront considérables : les énumérer tous serait fort long.

Pour ne citer que deux exemples, je dirai seulement que les déclarations de fièvre typhoïde et les enquêtes faites sur place comme corollaire de ces déclarations dans un département où l'inspection d'hygiène fonctionne depuis 15 ans, ont eu pour conséquence premièrede faire tomber de 271 en 1911 à 84 en 1921 (années absolument comparables en ce qui concerne les conditions atmosphériques) le nombre des cas signalés, ceux-ci n'ayant été que de 36 en 1924, chiffre inférieur à ce qu'il n'avait jamais été dans le même département, même lorsque les déclarations étaient faites moins régulièrement. Les médecins ont constaté que leurs déclarations n'ont pas eu pour simple résultat de déclencher l'action du service départemental de la désinfection ; elles ont provoqué, à la suite des enquêtes effectuées sur place, soit l'amélioration des adductions d'eau potable existantes là où elles étaient insuffisantes, soit la création de nouvelles là où elles n'existaient pas. Et, malgré les conditions économiques et financières actuelles, une dizaine de projets nouveaux sont encore mis à l'étude chaque année : devant ces faits, les médecins ont constaté l'utilité pratique de leurs déclarations, et il les ont faites très régulièrement.

Par contre, les déclarations de tuberculose faites par les médecins sont passées de 38 en 1911 à 299 en 1925, ce qui montre que les confrères praticiens ont reconnu que les mesures prophylactiques, prises sur leur demande par les soins de l'administration départementale, leur paraissaient douées d'une certaine efficacité, et ils ont recours à elle pour s'efforcer de limiter les risques de contagion.

Les préfets et les conseils généraux voudront aussi être fixés sur les dépenses occasionnées par la création d'une inspection départementale d'hygiène. Je citerai, à ce sujet, les chiffres officiels qui ressortent des comptes administratifs du préfet du même département :

En 1910, avant la création de l'inspection départementale, le total des dépenses de la protection de la santé publique se sont élevées à 66.248 fr. 18. En 1924, elles ont été de 261.807,20, y compris une subvention de 100.000 francs consacrée à la lutte antituberculeuse, soit 161.807,20 pour les dépenses générales afférentes au chapitre du budget départemental tel qu'il existait 15 ans auparavant. Le coefficient de majoration, malgré la création de l'inspection d'hygiène, a donc été seulement de 2,44, bien inférieur à celui de l'augmentation générale des prix depuis la guerre. Ce coefficient est de 3,95 si on incorpore à ces dépenses celles de la lutte antituberculeuse, qui n'existaient pas en 1910.

La création d'une inspection départementale d'hygiène n'est donc pas onéreuse, au contraire, pour un département.

Le rôle de l'inspecteur départemental d'hygiène est assez ingrat. De prime abord, la population et les élus se méfient de lui, parce qu'il ne facilite pas ostensiblement l'accroissement de l'aisance privée, comme peuvent le faire d'autres fonctionnaires. Mais son action continue autant que discrète permet d'obtenir à la longue des résultats d'un tel service, encore facultatif, résultats particulièrement appréciables. La généralisation à tous les départements d'un tel service, encore facultatif, déterminerait une amélioration considérable de l'état sanitaire de la France, comme la création extra-légale de l'inspection provinciale l'a fait en Belgique, en faisant décroître dans de très fortes proportions une mortalité qui n'était pourtant pas, dans ce pays, dangereuse comme elle l'est en France, où l'on ne naît pas assez et où l'on meurt trop.

Et lorsque les familles, surtout les familles pauvres, verront leurs enfants prospérer sans être sous la menace continuelle des contagions de toute nature, lorsque les chefs de famille ne seront plus fauchés dans la force de l'âge par des affections éminemment évitables, lorsque chacun pourra constater qu'un effort sérieux est fait pour assurer à tous une meilleure santé, partant une meilleure aisance, un pas très sérieux aura été fait pour lutter contre la crise de dépopulation qui sévit en France. La naissance d'un nouvel enfant n'apportera plus dans les ménages la crainte de dépenses pour la maintien de sa santé et les procréateurs robustes autant que vigoureux, mieux protégés contre la maladie et contre la mort prématurée, pourront fournir à la Patrie des enfants plus nombreux et plus sains

Dr PAQUET.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Instruction relative aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les étudiants en médecine, en pharmacie et en art dentaire accomplissent leur service militaire obligatoire (1).

Paris, le 12 octobre 1926.

TITRE Ier

Jeunes gens non pourvus du brevet de préparation militaire supérieure.

Article premier. — Par application de l'article 37 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée, les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et les étudiants en médecine, en pharmacie et en art dentaire non pourvus du brevet de préparation militaire supérieure accomplissent leur service actif dans le service de santé militaire et sont incorporés en fin de sursis dans une section d'infirmiers militaires ; s'ils rentrent dans l'une des catégories prévues aux paragraphes *a*) et *b*) de l'article 37 (2), ces jeunes gens doivent suivre pendant six mois des cours d'application spéciaux et terminent leurs dix-huit mois de service actif :

A. — Six mois comme médecin, pharmacien ou dentiste auxiliaire et six mois comme médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe de réserve ou dentiste militaire de 2e classe de réserve, s'ils sont :

a) Docteurs en médecine ou nommés au concours internes titulaires des hôpitaux dans une ville de faculté et pourvus de seize inscriptions validées ;

b) Ou pourvus du diplôme de pharmacien ou de chirurgien-dentiste.

B. — Douze mois comme médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires s'ils sont seulement :

a) Possesseurs de douze inscriptions validées de médecine ;

b) Possesseurs de huit inscriptions validées de pharmacie ou de chirurgie dentaire.

Art. 2. — Dès leur incorporation dans les sections d'infirmiers, ces jeunes gens suivent l'instruction militaire donnée dans ces sections aux hommes du demi-contingent avec lequel ils sont incorporés.

Ils sont dirigés pour le 31 mai ou le 30 novembre (les 19 juin ou 19 décembre pour l'Algérie-Tunisie) sur des centres interégionaux et suivent les cours d'application spéciaux institués par l'article 37 de la loi sur le recrutement de l'armée.

Ces cours ont lieu d'après le programme d'ensemble du service de santé (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes) figurant au titre IV, paragraphes B et E, de l'instruction du 29 septembre 1925 sur le recrutement et l'instruction des élèves officiers de réserve (*Bulletin officiel*, édition méthodique, volume 72 *bis*).

Ce programme est développé soit par les instructeurs de la préparation militaire supérieure, soit par des officiers de corps de troupe, soit par des officiers du service de santé, d'après la répartition ci-après :

1° Par les instructeurs de la préparation militaire supérieure :

a) Enseignement militaire général commun à toutes les armes et aux services :

Histoire ; Géographie ; Organisation générale de l'armée, les différentes armes et les services ; Législation, recrutement, mobilisation ; Marine.

b) Enseignement militaire général spécial au service de santé :

Géographie ; Législation ; Administration.

2° Par les instructeurs de la préparation militaire supérieure ou par des officiers de corps de troupe :

a) Enseignement théorique et pratique commun à toutes les armes et aux services :

Règlement de manœuvre de l'infanterie ; Service en campagne ; Orgnaisation du terrain ; Liaisons et transmissions ; Cartographie ; Instruction sur la pratique du tir ; Armement, mitrailleuses ; Service dans l'armée ; Service des places ; Gaz ; Education physique.

b) Matières spéciales au service :

Service dans l'armée ; Service intérieur ; Equitation (pour les étudiants en médecine seulement).

3° Par les officiers du service de santé, les matières spéciales au service de santé :

Enseignement théorique et pratique ; Education physique, conception physiologique, la méthode française ; Service de santé à l'intérieur ; Service de santé en campagne ; conférences chirurgicales ; Conférences médicales.

Art. 3. — En même temps qu'ils reçoivent cette instruction, ces jeunes gens participent au service sanitaire général des hôpitaux, et, s'il y a lieu, des corps de troupe de la place.

Art. 4. — Les cours donnés sur le programme ci-

(1) Document abrogé : Circulaire du 16 novembre 1923. (*Bulletin officiel*, page 3567).

Document applicable aux troupes métropolitaines exclusivement.

Classement à l'édition méthodique : volume 83, page 86.

(2) C'est-à-dire s'ils sont docteurs en médecine ou possesseurs de douze inscriptions validées de médecine ;

Pharmaciens ou possesseurs de huit inscriptions validées en pharmacie ;

Chirurgiens-dentistes ou possesseurs de huit inscriptions validées de chirurgie dentaire.

dessus doivent être terminés le 28 février et le 31 août (15 avril et 15 septembre en Algérie-Tunisie) ; ils sont complétés, jusqu'à la fin du premier semestre de service par une instruction pratique donnée, soit dans les hôpitaux militaires, soit dans les corps de troupe, par les médecins ou les pharmaciens chefs de service qui font également participer les intéressés à l'exécution des diverses parties du service.

Art. 5. — La désignation des officiers chargés des cours et conférences est faite par le général commandant le corps d'armée, sur la proposition du directeur du service de santé, qui s'entend au préalable avec le directeur régional de la préparation militaire supérieure.

Art. 6. — Dans les huit jours qui suivent les dates indiquées à l'article 4, ces jeunes gens subissent un examen d'aptitude devant une commission comprenant trois membres :

Un médecin principal de 1re classe ou de 2e classe, président ;

Un officier supérieur de la préparation militaire supérieure ;

Deux médecins-majors de 1re ou de 2e classe, membres.

Les membres de la commission sont désignés, autant que possible, parmi les officiers tenant garnison dans la ville où les candidats suivent les cours spéciaux, par le général commandant le corps d'armée, sur la proposition du directeur du service de santé.

L'examen consiste pour tous les candidats en interrogations orales sur toutes les matières indiquées au programme qui précède.

Les examens terminés, le président de la commission fait établir :

1° Au nom de chaque candidat ayant obtenu au moins la note « passable », un certificat d'aptitude en double exemplaire conforme au modèle A annexé à l'instruction du 21 novembre 1925 ;

2° Un procès-verbal contenant la liste nominative de tous les candidats qui se sont présentés, avec la mention pour chacun d'eux des résultats de l'examen.

Le président de la commission remet à chacun des candidats une expédition du certificat modèle A le concernant ; il adresse au directeur du service de santé de corps d'armée la seconde expédition de tous les certificats modèle A établis et le procès-verbal précité.

Les candidats doivent conserver leur certificat pour être mis à l'appui de la demande qu'ils sont appelés à formuler lorsque, ayant été nommés médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires, et ayant obtenu le diplôme de docteur en médecine, de pharmacien, de chirurgien-dentiste, ou étant titulaires de seize inscriptions validées de médecine et ayant été nommés, au concours, internes des hôpitaux dans une ville de faculté, ils demandent à être nommés médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe de réserve ou dentiste militaire de 2e classe de réserve.

Le directeur du service de santé conserve dans ses archives le procès-verbal ; le deuxième exemplaire du certificat d'aptitude est adressé par ses soins aux directeurs du service de santé des corps d'armée dans lesquels, les cours terminés, sont répartis les candidats.

Art. 7. — Dès ces examens terminés, les jeunes gens sont dirigés sur le dépôt de leur section d'infirmiers d'origine ou sur telle autre destination qui pourra leur être donnée par le Ministre ; ils sont immédiatement affectés par le directeur du service de santé duquel ils relèvent à un établissement du service de santé où ils complètent pratiquement leurs connaissances militaires et professionnelles.

Art. 8. — Le directeur du service de santé du corps d'armée dans lequel sont en service ces jeunes gens au cours de leur cinquième mois de service procède aux nominations au grade de médecin auxiliaire, de pharmacien auxiliaire ou de dentiste auxiliaire, à dater du 11 novembre ou du 11 mai, de tous les candidats pourvus du certificat modèle A, à l'exception de ceux qui :

a) Ont été l'objet d'une condamnation à l'une des peines criminelles ou correctionnelles énumérées aux articles 9 et 14 de la loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres des réserves de l'armée de terre ;

b) Ceux qui ont encouru aux corps des punitions graves pour indiscipline ou mauvaise conduite.

Le classement dans le service auxiliaire ne peut empêcher la nomination d'un candidat.

Il n'est pas délivré de lettre de nomination aux intéressés.

Le directeur du service de santé adresse au Ministre (Directeur du Service de santé ; 1er Bureau ; Personnel) un avis de nomination et d'affectation des médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires (modèle B annexé à l'instruction du 21 novembre 1925) avec un état des services des intéressés, et le, cas échéant, un avis d'exclusion (modèle C).

Art. 9. — Les étudiants en médecine, pharmacie et art dentaire, réincorporés après avoir été mis en sursis après accomplissement d'un an de service militaire par application de la loi du 7 août 1913, devront, s'ils n'ont pas déjà obtenu le certificat d'aptitude visé à l'article 6 qui précède, subir dès leur réincorporation l'examen prescrit audit article sur le programme d'ensemble du service de santé indiqué à l'article 2 de la présente instruction ; en cas de succès, ils seront, comme ceux déjà pourvus de ce certificat, nommés au grade de médecin, de pharmacien ou de dentiste auxiliaire à dater du jour de leur réincorporation.

Art. 10. — Dans la deuxième quinzaine du quatrième mois qui suit leur nomination (15 au 31 mars ou 15 au 30 septembre), les médecins auxiliaires reçus docteurs en médecine, ou titulaires de seize inscriptions validées, et nommés aux concours inter-

nes des hôpitaux dans une ville de faculté, les pharmaciens auxiliaires et les dentistes auxiliaires titulaires respectivement du diplôme de pharmacien ou de chirurgien-dentiste sont proposés par le directeur du service de santé duquel ils relèvent pour la nomination au grade de médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe de réserve ou de dentiste militaire de 2e classe de réserve.

Le mémoire de proposition (modèle 206 S de la nomenclature) est accompagné des pièces ci-après :

1° *a*) Bulletin de réception constatant que le candidat a reçu le grade de docteur en médecine ou, à défaut, copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine, ou, le cas échéant, certificat de scolarité indiquant que le candidat est titulaire d'au moins seize inscriptions validées de médecine et copie certifiée conforme du certificat de nomination, après concours, comme interne des hôpitaux dans une ville de faculté ;

b) Bulletin de réception constatant que le candidat a obtenu le diplôme de pharmacien ou de chirurgien-dentiste, ou copie certifiée conforme au diplôme.

2° Acte de naissance.

3° Extrait de mariage, le cas échéant.

4° Extrait du bulletin n° 2 du casier judiciaire.

5° Etat signalétique et des services.

6° Relevé des punitions encourues depuis l'incorporation.

7° Certificat modèle A.

8° Appréciation des chefs hiérarchiques du candidat, savoir :

a) Pour les corps de troupe, le médecin-chef du service médical et le chef de corps ;

b) Pour les hôpitaux militaires et les établissements du service de santé, le chef du service et le médecin-chef de l'établissement ou le pharmacien gestionnaire de la pharmacie militaire.

TITRE II

Jeunes gens pourvus du brevet de préparation militaire supérieure.

Art. 11. — Les docteurs en médecine, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions validées, les étudiants en pharmacie et en art dentaire pourvus de huit inscriptions validées, titulaires du brevet de préparation militaire supérieure, sont respectivement nommés médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires lors de leur incorporation et à dater de leur arrivée au corps par le directeur du service de santé, qui adresse au Ministre, en ce qui les concerne, un avis de nomination et un état des services.

Toutefois, ceux d'entre ces jeunes gens qui sont affectés à une des sections d'infirmiers situés hors d'Europe, sont nommés médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires à leur arrivée au port d'embarquement par le général commandant le corps d'armée sur le territoire duquel se trouve ledit port ; un avis de nomination est adressé par ses soins au général commandant le corps d'armée ou les troupes dont relève la section d'infirmiers, où ils doivent être incorporés ; le directeur du service de santé duquel relève cette section d'infirmiers adresse au Ministre l'avis de nomination et l'état des services.

Art. 12. — Les médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires sont, s'ils remplissent les conditions exigées par l'article 37 de la loi du 1er avril 1923, l'objet de propositions pour le grade de médecin ou de pharmacien aides-majors de 2e classe de réserve ou de dentistes militaires de 2e classe de réserve établies dans les conditions indiquées à l'article 9 qui précède.

TITRE III

Dispositions d'ordre général.

Art. 13. — Les étudiants en médecine, en pharmacie ou en art dentaire ayant la possibilité d'obtenir des sursis d'incorporation jusqu'en fin d'études, et, au plus tard, jusqu'à 27 ans, ne peuvent prendre d'inscriptions durant l'accomplissement de leur service militaire obligatoire (1).

Art. 14. — Les médecins auxiliaires et les médecins aides-majors de 2e classe de réserve sont affectés, en principe, à un service régimentaire ; ils participent au service de leur unité sous la surveillance et la responsabilité d'un médecin militaire, qui doit les initier à l'exécution du service en temps de paix et à leur rôle à la mobilisation. En aucun cas ils ne doivent être considérés comme chefs de service.

Au cours de leur service militaire, les docteurs et étudiants en médecine devront obligatoirement participer effectivement à toutes les opérations d'incorporation d'un demi-contingent et participer aux manœuvres ou au séjour dans un camp d'instruction.

Art. 15. — Les pharmaciens auxiliaires et les pharmaciens aides-majors de 2e classe de réserve sont affectés aux pharmacies des hôpitaux militaires, des camps, des écoles, etc..., ainsi qu'aux pharmacies de l'armée ; ils peuvent être également détachés dans les laboratoires.

Lorsque l'établissement auquel ils sont affectés est pourvu de pharmaciens militaires, c'est au pharmacien militaire le plus élevé en grade qu'incombe le soin de les initier à l'exécution du service en temps de paix et à leur rôle à la mobilisation ; en l'absence de pharmacien militaire, cette surveillance et cet enseignement sont assurés par un médecin militaire.

Les pharmaciens auxiliaires titulaires du brevet de préparation militaire supérieure ne peuvent, en principe, être chargés du service pharmaceutique dans un hôpital militaire dépourvu de pharmacien militaire qu'après un stage de quinze jours dans un hôpital militaire disposant de pharmaciens militaires

(1) Arrêté du 15 avril 1914 (*Bulletin officiel*, page 583).

Art. 16. — Les dentistes auxiliaires et les dentistes militaires de 2e classe de réserve sont affectés à un service hospitalier, aux centres régionaux d'édentés, aux centres interrégionaux de prothèse maxillo-faciale ou aux cabinets dentaires de garnisons, sous la direction et la surveillance d'un médecin militaire.

Art. 17. — Les directeurs du service de santé adressent au Ministre, les 1er juin et 1er décembre (15 juin et 15 décembre pour l'Algérie-Tunisie, le Maroc et le Levant), un état nominatif des médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes et des étudiants en médecine, en pharmacie et en art dentaire accomplissant leur service militaire du modèle annexé à la présente instruction.

Art. 18. — Les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et les étudiants susceptibles, en raison de leur scolarité d'être nommés médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires, sont distraits de la liste commune des tours de départ sur les théâtres d'opérations extérieurs concernant les militaires appelés et sont inscrits sur des listes spéciales tenues au ministère de la guerre (Direction du service de santé) et établies d'après les renseignements donnés par les états visés à l'article 17 qui précède.

Art. 19. — Les mutations survenues dans ce personnel (décès, réforme, changements d'affectation, renvois dans leurs foyers, etc...), font l'objet de comptes rendus individuels adressés au Ministre de la guerre (Direction du service de santé ; 1er Bureau ; Personnel).

Le compte rendu de libération du service actif indique le lieu où l'intéressé a déclaré vouloir fixer sa résidence et est accompagné d'un relevé de notes données par le chef de service, le chef de corps ou d'établissement et le directeur du service de santé, avec indication des fonctions qu'il serait plus particulièrement apte à remplir à la mobilisation.

Art. 20. — Sont abrogées :

1° La circulaire du 16 novembre 1923 ;

2° Les dépêches manuscrites :

N° 725 A 3/7 du 15 janvier 1923,
15040 A 1/7 du 29 septembre 1923,
4322 A 1/7 du 21 mars 1924,
5244 A 1/7 du 9 avril 1924,
16690 A 1/7 du 6 novembre 1924.

3° Toutes autres dispositions contraires à celles de la présente instruction.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Malo.

Compte rendu de l'Assemblée générale du 17 février 1927.

1° L'Assemblée générale admet les candidatures des docteurs LECLAIRE, de Saint-Méloir-des-Ondes et LEBRETON, de Saint-Malo.

2° Elle donne quitus au Dr LE NORMAND, pour son mandat de délégué à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats ; approuve son compte rendu ainsi que l'ordre du jour de l'Union déclarant exiger que la possibilité de l'entente directe entre médecins et bénéficiaires des futures assurances sociales soit reconnue par la loi.

3° A l'unanimité, la cotisation annuelle est portée à 60 fr. cette très faible augmentation, nécessaire au fonctionnement normal du Syndicat étant très largement compensée par les avantages matériels acquis à nos confrères par les nouveaux tarifs d'assistance médicale gratuite ou d'accidents du travail.

4° Les confrères qui n'assistaient pas à la réunion sont instamment priés d'adresser le montant de leur cotisation, sans délai, au Dr AUBRY, trésorier, place Châteaubriand, à Saint-Malo.

5° Le Président du tribunal civil ayant adressé au Président une lettre des assureurs incriminant la faiblesse de certains médecins dans leurs rapports avec les accidentés du travail, le Président répond que, s'il y a des défaillances, elles ne sont pas uniquement du côté des médecins et que d'ailleurs, le Syndicat ne peut être mis en cause pour des faits dont il n'est pas régulièrement saisi. Cette réponse est approuvée à l'unanimité.

6° Les médecins de Saint-Malo et ceux de Saint-Servan ont obtenu entière satisfaction pour les conditions dans lesquelles fonctionnera pour ces deux villes le service autonome de l'Assistance médicale gratuite.

7° Le certificat pour les assurances-vie reste fixé à 60 fr.

Le Secrétaire :
Ch. MAIGNE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr Denis, de Combourg (Ille-et-Vilaine). — M. le Dr M. Perriol, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Grenoble. — M. le Dr Langlet, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Reims. — M. le Dr Paul Ribierre, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux. — M. le Dr Françon, de Tenay (Ain). — M. le Dr Edouard, de Châtillon-sur-Chalaronne. — M. le Dr Théophile Bleck, d'Annemasse.

— **Pour le sanatorium des étudiants.** — Nous avons annoncé dernièrement que le Comité d'organisation de cette œuvre avait pris la décision d'adresser des délégués auprès des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, afin de recueillir leur obole.

Le résultat des premières visites a répondu aux espoirs du Comité. Nos confrères ont réservé aux délégués le plus chaleureux accueil, versant des souscriptions, variant entre 1.000 et 50 fr. suivant les moyens dont chacun dispose.

Rappelons que le nom du délégué et la date de sa visite seront annoncés par lettre plusieurs jours à l'avance et que le Comité met en garde nos confrères contre les *personnes pouvant se présenter chez eux sans mandat*. Le délégué sera porteur d'une pièce d'identité avec photographie dont les donateurs *pourront exiger la production*. Il leur sera délivré un reçu provisoire, le reçu définitif devant leur être adressé dans les dix jours par le trésorier, M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble.

Rappelons enfin qu'il sera créé au Sanatorium des Etudiants et Etudiantes autant de lits que seront recueillies de sommes égales à 20.000 francs. Chaque lit portera le nom de la corporation qui aura contribué à son édification.

— **Hôpital Necker.** — *Cours sur le traitement des algies et des varices.* — Un cours sur le traitement des algies et des varices aura lieu du 2 au 13 mai 1927, à l'hôpital Necker, service du professeur Sicard, à 14 h. 30.

Programme du cours : 2 mai. Professeur Sicard : Généralités sur le traitement des algies. Algies centrales et périphériques ; algies sympathiques. Les indications du traitement par injections locales. Traitement des névralgies faciales. — 4 mai. Docteur J. Haguenau : Les injections épidurales, indications et technique. Traitement des sciatiques. — 6 mai. Docteur J. Haguenau : Les topoalgies, algies intercostale, sous-occipitale, fémorocutanée, coccygienne, talalgie, métatarsalgie, etc. Les causalgies et la névrite ascendante. — 9 mai. Docteur M. Robineau : Indications du traitement opératoire des algies. Interventions sur les nerfs, les racines, le sympathique et la moelle. — 11 mai. Professeur Sicard : Généralités sur les varices. Indications du traitement opératoire et du traitement par les injections sclérosantes. — 13 mai. Docteur L. Gaugier : Technique des injections sclérosantes. Présentation des résultats. Le traitement médical des varices et de leurs complications.

Le droit à verser est de 100 francs. Le bulletin de versement devra être retiré au Secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Anatomie.** — Conférences de M. E. Olivier, agrégé, les lundis, mercredis, vendredis à 17 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Conférences de M. Hovelacque, agrégé, les mardis jeudis, samedis, à 16 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

— **Société de neurologie.** — Une somme de 100.000 francs a été mise l'an dernier à la disposition de la Société de neurologie de Paris, par un anonyme, pour être attribuée à l'auteur d'une découverte assurant la guérison de la sclérose en plaques dans un délai de deux ans.

La donation a été depuis modifiée et complétée : les dividendes de huit actions du canal de Suez sont mis à la disposition de la Société pendant trois années pour favoriser les recherches sur la sclérose en plaques. La Société a voté les dispositions suivantes :

La Société de neurologie remercie le donateur du prix qu'il a bien voulu fonder pour quelques années et qui est destiné à récompenser les meilleurs travaux se rapportant directement ou indirectement au traitement de la sclérose en plaques. Une commission désignée par la Société de neurologie jugera les mémoires déposés avant le 1er juillet de chaque année. Les mémoires peuvent émaner de membres de la Société, de membres étrangers à la Société ou de collaborations entre membres de la Société et membres étrangers à la Société, à condition qu'ils soient de nationalité française.

La première attribution sera faite en juillet 1928.

En cas de non-attribution, les dividendes disponibles pourront être reportés en totalité ou en partie sur l'année ou sur les années suivantes.

La commission chargée de juger les mémoires sera composée de M. le professeur Sicard, de M. le professeur Guillain, de M. Souques, du président et du secrétaire général en exercice au 1er juillet.

— **Congrès Suisse de dermatologie.** — Le XIe Congrès de la Société suisse de dermato-vénéréologie aura lieu à Lausanne les 28 et 29 mai. Pour renseignements s'adresser à M. le Dr Ed. Ramel, hôpital cantonal, Lausanne.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Ceci posé, doit être réputée nulle d'une manière radicale toute tractation entre médecin et mutualité, passant par-dessus la tête du malade, tractation par laquelle le docteur traitant informera la société mutuelle soit de son diagnostic, soit de son traitement.

Cette nullité découle des termes impératifs de l'article 378 du code pénal, en ce qui concerne l'obligation au secret professionnel.

Je réprouve donc cette manière de faire, qui consiste, pour le médecin traitant, soit d'un mutualiste, soit d'un blessé du travail, à avoir à avertir la mutualité, ou le chef d'entreprise responsable, que le malade, ou blessé, a besoin de subir tel ou tel traitement.

Ce faisant, le médecin viole le secret professionnel et s'expose à être poursuivi, devant le tribunal correctionnel, pour infraction à l'article 378 du code pénal.

Cela ne veut pas dire que la société mutuelle, ou le chef d'entreprise ne doivent pas être tenus au courant du traitement ; mais ces renseignements incombent au malade lui-même et non pas au médecin.

Si le malade croit devoir bénéficier des avantages mutualistes ou de l'application de la loi du 9 avril 1898, il demande à son médecin traitant tout certificat ou déclaration qui serait nécessaire, selon les termes des statuts de la mutuelle ou les prescriptions des lois et arrêtés ministériels (en matière d'accident du travail).

Au malade à adresser lui-même ces certificats, ou attestations à qui de droit, en toute connaissance de sause.

J'insiste sur ce dernier point : en effet, si le médecin estime que son certificat peut être nuisible à son client, si, par exemple, la divulgation d'une maladie peut mettre l'ouvrier dans un cruel embarras, par rapport à la mutualité, ou à son patron, le docteur avertira l'intéressé des dangers à encourir.

Au malade ou blessé de juger s'il doit garder secrète la nature de son mal, ou si sa divulgation sera sans importance, ou si, enfin les bénéfices matériels, retirés de l'exécution des stipulations des statuts, ne sont pas supérieurs au risque encouru par cette divulgation.

En pratique, donc, le médecin traitant, lié par le secret professionnel (que ce dernier soit ou non celui de Polichinelle, le code pénal ne fait aucune distinction), ne doit pas connaître la mutualité.

Son client lui réclame un certificat : il le rédigera et le lui remettra en mains propres, en avertissant, s'il y a lieu, le patient, des conséquences dommageables possibles, résultant de la divulgation d'un diagnostic.

Le malade jugera s'il doit, ou non, adresser ce certificat à qui de droit.

A la société, ensuite, de faire faire le contrôle qu'elle jugera utile de faire faire, pour sauvegarder ses intérêts et ceux des autres mutualistes.

Le médecin délégué par la mutualité, examinera, contrôlera, certifiera et renseignera son mandant : la société.

Mais le médecin traitant est lié par le secret professionnel vis-à-vis de ce médecin contrôleur : ce n'est pas un confrère, qui vient pour une consultation médicale, dirigée uniquement dans l'intérêt du client : par suite secret professionnel pour les deux médecins par rapport au patient.

Le médecin contrôleur est lié par l'article 378 du code pénal envers toutes personnes, autres que le mandant, c'est-à-dire la mutualité, ou le chef d'entreprise, auquel il doit tout dire, en rendant compte de sa mission.

Si le médecin traitant confie son diagnostic à son confrère, il viole le secret professionnel, comme s'il disait ces choses à la mutualité elle-même, puisque le docteur chargé du contrôle doit rendre intégralement compte de son inspection et de son diagnostic à celui pour le compte duquel il agit.

J'estime donc que votre article 12 est une erreur juridique et viole les termes de l'article 378 du code pénal.

Il devrait être ainsi rédigé : « Lorsque le mutualiste sera considéré comme susceptible de recevoir des soins assidus, devant entraîner plus de dix visites, il devra en demander l'attestation à son médecin traitant, attestation qu'il fera parvenir lui-même (ou par sa famille) à la société intéressée, qui ...... »

Je vous signale, en passant que les statuts devraient obliger le médecin contrôleur à ne faire sa visite de contrôle qu'en présence de son confrère traitant, dûment avisé 48 heures à l'avance, par lettre recommandée, ou par accord entre les deux praticiens.

Dr Paul Boudin.

Accidents.

1130. — Soins donnés à des domestiques victimes d'accidents du travail.

Je prends encore une fois la liberté de m'adresser à votre estimable revue, dont je suis un abonné assidu.

Ayant pu apprécier la valeur de vos consultations juridiques, je m'adresse à vous, aujourd'hui, pour vous prier, si cela vous est possible, de vouloir bien m'éclairer sur le point suivant : « J'ai à donner mes soins, fréquemment, à des gens de maison, la plupart du temps, de jeunes indigènes que l'on occupe ici aux travaux les plus divers. Lorsque ces indigènes sont blessés, atteints de plaies négligées et in-

fectées, leurs patrons me les envoient. Les médicaments sont mis, généralement, à la charge de la commune, sur fourniture d'un bon de pharmacie signé par le maire, et les soins médicaux ou chirurgicaux, doivent être fournis par moi, gratuitement.

Ces indigènes, bien entendus, sont insolvables ou presque, et je ne peux, raisonnablement, leur réclamer quoi que ce soit, comme rémunération de mes soins.

Je deviens, ainsi, par le fait, le domestique non rétribué des domestiques des propriétaires. Comme médecin communal je reçois un fixe mensuel, moyennant lequel je dois fournir mes soins gratuits à une catégorie d'indigents, nominativement désignés deux fois par ans.

Inutile de vous dire que les indigènes en question n'y figurent pas, et que je ne leur dois, par conséquent, absolument rien.

Cela ne semble pas être l'avis de leurs patrons qui abusent de mes fonctions de médecin communal en agissant ainsi.

Je vous serai infiniment reconnaissant de vouloir bien me faire connaître de quelle manière je pourrais riposter aux tendances abusives de ces personnes.

Dr M. (Algérie)

Réponse.

La loi du 2 août 1923, qui a étendu aux domestiques et gens de maison la législation sur les accidents du travail, est applicable à l'Algérie.

Par conséquent, lorsque vous avez à soigner de jeunes indigènes blessés au service de leurs maîtres, vous avez contre ces derniers une action directe en paiement de vos honoraires calculés suivant le tarif des accidents du travail.

Nous vous conseillons donc de refuser d'accepter les bons délivrés par le maire, de présenter votre note aux patrons responsables et, en cas de refus de paiement, de les citer devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la procédure de la loi sur les accidents du travail.

1149. — Procédure à suivre par un blessé atteint d'incapacité permanente.

Un de mes malades blessé en juillet 1926, a repris son travail le 16 septembre avec une incapacité permanente.

Il a été en conciliation en *octobre*.

Depuis ce temps il attend toujours d'être convoqué par le tribunal pour le jugement.

Peut-il activer la procédure ?

Dr A.

Réponse.

De deux choses l'une : ou bien un accord est intervenu en conciliation, sanctionné par l'ordonnance du président, et dans ce cas l'ouvrier n'a qu'à se présenter à la compagnie d'assuran-

ces pour demander le paiement de sa rente, ou bien la conciliation a été impossible et les parties ont été renvoyées à se pourvoir.

Dans cette dernière éventualité, que l'ouvrier aille trouver l'avoué qui lui a été désigné par l'assistance judiciaire, pour lui demander de lancer l'assignation. Si aucun avoué n'a encore été commis, qu'il écrive au Procureur de la République pour lui signaler la situation et le nécessaire sera fait d'urgence.

1185. — Privilège en cas de faillite d'un patron pour soins donnés à ses ouvriers accidentés du travail.

Un patron vient d'être déclaré en faillite et me doit plusieurs notes d'honoraires pour soins à ses ouvriers accidentés du travail.

Puis-je me considérer comme créancier privélégié ?

D[r] M.

Réponse.

En vertu de l'article 23 de la loi du 9 avril 1898, « la créance de la victime de l'accident ou *des ayants droit* relative aux frais *médicaux*, pharmaceutiques et funéraires, ainsi qu'aux indemnités allouées à la suite de l'incapacité temporaire de travail, est garantie par le privilège de l'article 2.101 du Code civil et y sera inscrite sous le numéro 6... »

Il n'est donc pas douteux que ce texte vous accorde le bénéfice du privilège de l'article 2.101 pour les honoraires que vous doit le patron déclaré en état de faillite en raison des soins donnés à ses ouvriers blessés dans leur travail.

Lorsque vous produirez votre créance entre les mains du syndic, n'oubliez pas de demander expressément votre admission *au passif privilégié*, en vertu des articles 23 de la loi du 9 avril 1898 et 2.101 du Code civil.

1180. — Revision de la rente d'un blessé du travail. Contre-visite.

Auriez-vous l'obligeance de me dire :

1° Si le délai de révision qu'ont les compagnie (ou les patrons) pour la rente servie à la suite d'un accident du travail, part :

a) Du jour de l'accident ou,

b) Du jour de la rente.

2° Si le blessé est obligé de se soumettre à un avis de la compagnie l'informant qu'il ait à se faire visiter par un tel médecin dans la quinzaine de la réception du dit avis.

D[r] G.

Réponse.

1° D après l'article 19 de la loi sur les accidents du travail, la demande en révision de l'indemnité fondée sur une aggravation ou une

atténuation de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident, est ouverte pendant trois ans, à compter : soit de la date à laquelle cesse d'être due l'indemnité journalière, s'il n'y a point eu attribution de rente, soit de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée.

2° Le même article 19 autorise le chef d'entreprise à désigner au président du tribunal, au cours des trois années pendant lesquelles peut s'exercer l'action en révision, un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le Président, donne au médecin accès trimestriel auprès de la victime.

Le blessé ne peut donc refuser de se prêter à l'examen du médecin de l'assurance, mais il peut seulement exiger que les formes légales soient respectées, c'est-à-dire que l'examen ait lieu chez lui et non au domicile du médecin, et que ce dernier soit muni de sa désignation visée par le président du tribunal.

---

887. — Majoration de primes d'assurances.

Après d'autres, je viens vous demander des éclaircissements sur la majoration de prime de 15 % réclamée par les compagnies, en application de la loi du 8 juillet 1926.

Ma police est ainsi conçue : « La compagnie assure les accidents du personnel domestique se composant de : 1° une femme de ménage, employée 4 heures par jour et gagnant 1.200 fr. par an ; — 2° une laveuse employée 15 jours par an et gagnant 150 fr. par an ; — 3° un jardinier, sans animaux, employé 10 jours par an, avec façonnage du bois de chauffage sans emploi de scie mécanique et gagnant 200 fr. par an ».

En cas d'incapacité permanente la rente est-elle calculée sur le salaire gagné chez moi pendant le temps que j'emploie l'ouvrier (soit par exemple 200 fr. par an pour le jardinier = 20 fr. par jour) ou bien sur le salaire qu'il aurait si je l'employais toute l'année (soit 20 × 300 = 6.000 par an) ?

Par exemple, si mon jardinier avait une I. P. de 50 %, donnant droit à une rente = à 25 % du salaire, cette rente devrait-elle être calculée ainsi :

$$\frac{200 \times 25}{100} = 50 \text{ francs}$$

Ou bien ainsi :

$$\frac{6.000 \times 25}{100} = 1.500 \text{ francs ?}$$

Dans le premier cas, la nouvelle loi ne s'applique pas ; dans le second cas, elle s'applique.

C'est sur ce point que je voudrais être fixé.

Autre chose, ma prime est de 52 fr. se décomposant comme suit :

16 fr. pour la femme de ménage.
12 fr. pour la laveuse.
15 fr. pour le jardinier.
9 fr. pour la responsabilité civile.
52 fr.

En admettant que la loi du 8 juillet 1926 soit applicable à *mon jardinier seulement*, la compagnie a-t-elle le droit de m'imposer la majoration de 15 % sur toute la prime soit $\frac{52 \times 15}{100} = 7$ fr. 80 ou seulement sur la partie afférente au jardinier, soit $\frac{15 \times 15}{100} = 3$ fr. 25 ?

Dr R.

Réponse,

La femme de ménage et la laveuse sont garanties par la loi du 2 août 1923, étendant le régime de la législation sur les accidents du travail aux gens de maison et domestiques.

Le salaire qui doit servir de base à la fixation des indemnités auxquelles elles auraient droit en cas d'accident s'entend uniquement de la rémunération et des prestations en nature directement allouées par vous, en exécution du contrat de louage de services.

Pour le jardinier, il en serait différemment. Il est garanti par la loi du 15 décmbre 1922 sur les accidents agricoles.

En vertu de cette loi, en aucun cas, le salaire servant de base à la fixation de la rente ne peut-être inférieur à un salaire minimum fixé, pour chaque département, par le Préfet après avis de la Commission départementale du travail, ou, à son défaut, du conseil général et après enquête suivie auprès des chambres d'agriculture, des offices départementaux agricoles etdes Syndicats agricoles ouvriers et patronaux.

Il n'y aurait que si ce salaire minimum dépassait 4.500 fr. que la demande d'augmentation de prime de la Compagnie serait justifiée, en ce qui concerne le jardinier. Quant à la femme de ménage et à la laveuse, la prime ne pourrait équitablement être majorée en ce qui les concerne.

Dans tous les cas, la Compagnie n'a pas le droit de vous imposer une majoration quelconque. Elle peut seulement, si vous ne voulez pas subir celle qu'elle demande, se borner à ne pas consentir à une modification de la police et à vous couvrir seulement dans les limites applicables avant l'entrée en vigueur de la loi du 8 juillet 1926.

Fiscalité.

599.— Revision des déclarations de revenus.

Je reçois une lettre du contrôleur me disant ceci :

Vos déclarations de revenus non commerciaux réalisés en 1922, 1922, 1923, 1924 et 1925 sont insuffisants, en égard aux prescriptions légales, dont je dois régulièrement faire état.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire parvenir toute rectification et explication utiles et de vouloir bien ajouter à vos revenus *bruts* le montant des honoraires perçus pour services rendus aux compagnies d'assurances.

Faute de quoi je serais dans l'obligation de vous taxer sur les bases suivantes :

Impositions de 1922, etc. ....

1re question. — Le contrôleur peut-il revenir en arrière sur les déclarations faites régulièrement et acceptées de fait jusque-là ?

2° Question. — Jusqu'en 1926 exclus, n'est-ce pas à lui à faire la preuve en cas de litige ?

Voici quelles ont été mes déclarations au fixe : année 1922 ..... etc.

Il y a donc un gros écart entre les chiffres proposés et ceux déclarés et la somme à payer serait énorme.

Les sommes encaissées pour le compte des compagnies n'atteindraient jamais le chiffre proposé par le contrôleur d'autant plus que si je fais beaucoup d'assurances c'est en détriment de la clientèle civile.

3e question. — Faut-il causer ou faut-il plaider ?

Dr X.

Réponse.

Le contrôleur peut procéder jusqu'au 31 décembre 1927 à la révision des impositions basées sur les bénéfices ou revenus de 1921.

Sous le régime antérieur à la loi du 13 juillet 1925, le contrôleur n'avait pas à justifier le redressement ; le tribunal saisi du litige appréciait les motifs fournis par le contrôleur et le contribuable pour fixer la base d imposition.

Ce régime est toujours applicable en ce qui concerne les bénéfices des années 1923 et antérieures.

Sous le régime de la loi du 13 juillet 1925, le contribuable est tenu de justifier de ses recettes et dépenses professionnelles. Si le contrôleur rectifie la déclaration, il ne peut le faire qu'après avoir réuni des éléments précis lui permettant d établir que les dépenses du contribuable sont notoirement supérieures au revenu qu'il a déclaré Il doit les soumettre au contribuable et celui-ci est tenu de justifier la différence.

Nous vous conseillons de présenter verbalement vos observations au contrôleur.

A. M.

583. — Contrôle des déclarations de revenu.

Je reçois du contrôleur des contributions directes, un mot aimable me priant :

1° De lui donner le détail de mes dépenses professionnelles de 1922, 23, 24 25 et 26. Passe encore pour 25 et 26, mais comment ferai-je pour lui donner les renseignements qu'il me demande pour les années antérieures ? ! ! Et si je ne le puis, qu'en résultera-il ? ...

2° De me taxer d'office d'une majoration de 10.000 francs environ par année pendant les cinq années échues, sous le prétexte que mon train de vie (bien modeste cependant !...) ne répond pas à ma déclaration.

Que représenteraient ces 10.000 fr, par année comme impôts ?

D'autre part n'est-ce pas au contrôleur lui-même à prouver que mon revenu annuel est plus élevé que celui que j'ai déclaré et sur quoi appréciera-t-il dans ce cas ? Il me parle de procédure qu'il engagera le cas échéant, quelle est cette procédure ?... Quelle démarche faire pour échapper aux rigueurs et aux exigences de l'Administration !...

X.

Réponse.

La production du détail des dépenses professionnelles ne peut être exigée que pour la justification des bénéfices réalisés pour 1925 et postérieurement.

Pour la taxation des bénéfices des années antérieures, il y eut des régimes différents :

Revenus de 1923 et antérieurs.

Le contrôleur peut rectifier la déclaration, mais, dans ce cas, il fait connaître à l'intéressé le chiffre qu'il se propose de substituer à celui déclaré en indiquant les motifs justifiant le redressement ; il invite en même temps l'intéressé à lui faire parvenir ses observations dans un délai minimum de 20 jours.

En cas de réclamation, après l'établissement du rôle, le Conseil de préfecture apprécie les motifs invoqués par l'administration et le contribuable.

Revenus de 1924.

Lorsque le contrôleur aura réuni des éléments précis permettant d'établir que les dépenses d'un contribuable sont notoirement supérieures au revenu qu'il a déclaré, il devra les soumettre au contribuable et celui-ci sera tenu de justifier la différence.

Faute de fournir les justifications suffisantes, le contribuable est taxé d'office.

Nous vous conseillons de voir le contrôleur et de lui établir d'une façon aussi précise que possible que vos revenus déclarés suffisent à couvrir vos dépenses personnelles.

A. M.

591. — Déduction des impôts et des frais de remplacement.

A propos de ma déclaration pour l'impôt sur le revenu, le contrôleur m'envoie les observations suivantes :

« De vos recettes professionnelles sont seuls à déduire les impôts professionnels : patente et impôts sur les bénéfices non commerciaux. » Les autres impôts sont à déduire seulement du montant du revenu global en vue de l'impôt général sur le revenu.

2° Le montant des frais de remplaçant ne paraît pas déductible (*J. O.*, du 5 mars 1926, n° 7255).

Alors nous payons l'impôt non seulement sur l'impôt indirect mais même sur l'impôt direct ?

Il me semblait avoir vu dans le *Concours* que les frais de remplaçant faisaient partie des déductions à faire. Que dois-je répondre ?

Dr T.

Réponse.

La première observation du contrôleur résulte d'une interprétation exacte de la loi.

Par contre, les frais de remplacement sont bien déductibles, étant donné que vous avez dû comprendre dans vos recettes les honoraires encaissés pour votre compte par votre remplaçant, ce qu'il vous suffira, croyons-nous, de bien préciser à votre contrôleur.

A. M.

671. — Déduction des impôts.

Doit-on et peut-on défalquer, de l'impôt sur le revenu, les impôts sur le revenu payés l'année précédente? Par exemple, j'ai payé 3.000 fr. d'impôt pour mon revenu de l'an dernier, dois-je défalquer ces 3.000 fr. sur la déclaration de cette année ?

Dr P.

Réponse.

Vous devez comprendre dans vos dépenses professionnelles le montant de l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales et faire figurer au cadre n° VI de votre déclaration de revenu global, le montant de l'impôt général sur le revenu.

A. M.

---

729. — Lieu où doit être faite la déclaration du revenu

J'ai quitté il y a 3 mois mon ancienne résidence et mon ancienne situation et je viens de m'installer provisoirement à N. A quoi suis-je astreint au point de vue fiscal ?

Ai-je à faire une déclaration de changement de résidence ? A qui : mairie ? ou percepteur ? Dois-je aviser aussi de mon départ le percepteur de mon ancienne résidence ? Tous mes intérêts sont encore dans cette ancienne résidence, alors qu'ici je ne suis que locataire et ne fais qu'exercer ma profession ?

Puis-je adresser à mon ancien contrôleur ma déclaration de revenus ? Il me semble plus qualifié que celui d'ici pour apprécier cette déclaration ?

Au point de vue automobile, dois je procéder au changement d'arrondissement minéralogique sur ma carte grise ?

Dr X.

Réponse.

C'est au contrôleur du lieu où vous aviez votre résidence au 1er janvier 1927 que vous devez adresser votre déclaration pour l'impôt général sur le revenu.

C'est à ce même contrôleur que vous devez adresser votre déclaration de bénéfices professionnels, si vous exercez votre profession dans cette nouvelle résidence.

Si vous n'exercez pas la médecine dans votre nouvelle résidence au 1er janvier, c'est au contrôleur de votre ancienne résidence que devrait être adressée la deuxième déclaration.

En ce qui concerne votre automobile, faites faire le changement à la préfecture.

A. M.

---

879. — Base de la contribution personnelle-mobilière.

Je viens de voir dans le *Concours médical* une réponse à la question 237 au sujet de la contribution personnelle mobilière, où il est dit : « La personnelle-mobilière ne frappe que les locaux d'habitation et non les locaux professionnels ». Or j'ai adressé dans ce sens une réclamation au Directeur des contributions directes, en 1898. Voici quelle a été la décision du Conseil de préfecture au sujet de ma réclamation :

« Votre cabinet de consultation et votre salle d'attente, situés au rez-de-chaussée de votre logement, ne sont ni séparés ni distincts de votre habitation et ont été régulièrement imposés à la contribution mobilière ».

Où est la vérité ?

Vous seriez bien aimable de me répondre par la voie du *Concours médical.*

Dr G.

Réponse.

Nous n'accordons aucune valeur aux décisions des Conseils de préfecture en matière de contributions directes et vous avez eu tort de ne pas vous pourvoir devant le Conseil d'Etat.

Nous maintenons notre réponse à la question no 237, étant entendu qu'il s'agit de locaux réservés exclusivement à l'usage professionnel, la valeur locative d'un salon d'attente servant également, par exemple, aux réunions de famille, devant à juste titre être retenue pour l'assiette de la contribution personnelle.

A. M.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 14 bis (N° Supplémentaire) — MERCREDI 6 AVRIL 1927

LE *Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY*
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « **LE CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, administrateur

ABONNEMENTS
France.................... 45 fr.
Etranger.. (voir conditions page IV)
Etudiants (France)........ 25 fr.
Le Numéro................. 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
Membres du Conseil :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE,
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
rédacteur en chef
Dr G. DUCHESNE
rédacteur en chef adjoint
Dr P. LACROIX
secrétaire de la rédaction

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

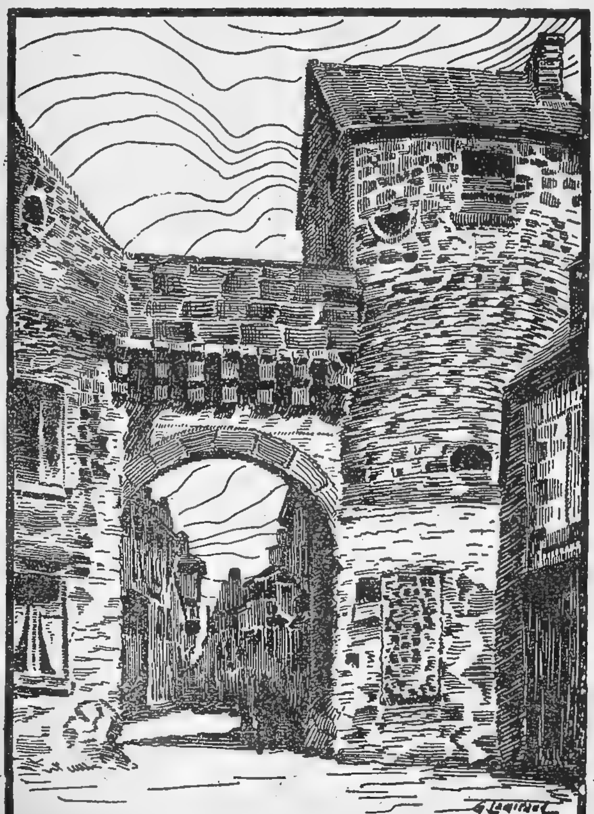
Numéro envoyé à tous les Médecins de France et des Colonies (23.000 exemplaires)

LA ROCHE-POSAY

(VIENNE)

Ouverture 10 mai ; fermeture 10 octobre

Station des Eczémateux
Station des Arthritiques



La Roche-Posay est une coquette petite ville. Ses vieux remparts, le clocher roman de son église, son donjon, ses maisons du XVIIe siècle, ses claires villas modernes, le tout, étagé sur un rocher qui surplombe la Creuse d'une hauteur de 15 mètres, forme un ensemble original et agréable à contempler.

Un beau Site

Le pays a la fortune unique de se trouver au confluent de deux belles rivières, la Creuse et la Gartempe. De la colline qui domine la station, le regard s'étend au loin sur le Poitou, sur la Touraine, sur le Berri ; le paysage est aimable et gracieux ; la proximité des forêts y entretient un gibier abondant ; la Creuse et la Gartempe s'étendent en de splendides miroirs sur 2 ou 3 kilomètres en amont et en aval, permettant la pêche, le canotage, tous les sports nautiques. L'air est léger, d'une fluidité remarquable, le ciel d'une luminosité toute provençale ; il n'existe aucune humidité dans l'atmosphère.

Les " Bonnes Fontaines " et l'Établissement Thermal

Trois sources ont été captées, dont la principale, *Saint-Cyprien*, a fait la renommée de la Station. L'eau est froide, limpide ; elle revêt une belle couleur vert-émeraude avec aspect fluorescent sous les rayons du soleil. Elle n'a pas d'odeur, n'est pas gazeuse.

C'est une eau *bicarbonatée calcique, silicatée, séléniée.* Sa minéralisation est légère (0 gr. 59 par litre).

Les trois principes essentiels sont le *bicarbonate de chaux* (0 gr. 45), la *silice* (0 gr. 03) et le *sélénium*, décelé par le professeur Taboury.

Elle est, enfin, *radio-active* (professeur Curie).

L'Établissement Thermal, d'une blancheur éclatante sur laquelle tranchent les volets verts, occupe le milieu d'un très joli parc comprenant des pelouses à l'anglaise, de hautes charmilles vieilles d'un siècle, des catalpas, des peupliers, des ormes qui l'encadrent d'une façon ravissante.

La cure utilise les eaux en *boisson*, en *bains*, en *pulvérisations*, en *douches*.

Effets des Eaux

Les sels minéraux contenus dans nos eaux, expliquent leur action. Le *carbonate de chaux* est un diurétique puissant. La *silice* est un anti-arthritique bien connu ; on l'employait autrefois sous forme de « bouillon de cailloux ». Le *sélénium*, si rare dans les eaux minérales à dose pondérable, est ici l'élément caractéristique. On sait toute l'activité merveilleuse de ce corps. Les travaux récents le mettent au premier plan de la thérapeutique : il fait la chasse aux cellules malades, en provoque l'expulsion, et rénove ainsi l'organisme. De là, les appellations de « Fontaines miraculeuses » et de « Fontaines de Jouvence » au XVIIe siècle.

En boisson : L'eau, de saveur très agréable, est légère à l'estomac et se digère très bien, à ce point que nombre de baigneurs en absorbent des quantités considérables. Elle fait uriner abondamment et rapidement ; la quantité d'urine émise est supérieure à la quantité d'eau absorbée. Au bout de 24 à 48 heures, on constate, le plus souvent, la précipitation, dans les urines, de graviers, de boues, de pus. Le vase est teinté en rouge brique ; les matières fécales se colorent en vert par l'abondant flux biliaire.

En bains : En sortant de l'eau, on voit se déposer sur la peau une fine pellicule grisâtre, translucide : c'est un pansement et cela explique l'action calmante, antiprurigineuse des eaux : elles émaillent la peau.

En Pulvérisations on obtient des résultats tout à fait remarquables dans les eczémas du visage, les rougeurs, l'acné. L'épiderme est renouvelé ; on fait « peau neuve ».

Les Maladies guéries à La-Roche-Posay

Ce sont toutes celles qui relèvent de l'*Arthritisme*. Nos eaux sont un puissant solvant de l'acide urique, des urates, de tous les poisons et déchets de l'organisme. Leur absorption permet un lavage de tous les viscères : rein, foie, cœur, estomac, intestin, etc., un décapage et un lessivage de nos tissus ; tout est évacué dans l'abondante débâcle d'urines : le vase de nuit se teinte en rouge brique.

Deux modalités de l'*Arthritisme* sont influencées :

I. — L'Arthritisme qui se porte aux Jointures, au Rein, au Foie.

— Il comprend les manifestations morbides suivantes :

1° *La Goutte, le Rhumatisme goutteux.* — La cure amène rapidement l'assouplissement des jointures.

2° *La Lithiase rénale*, sous toutes ses formes, qu'il s'agisse de *sable*, de *gravelle*, ou de véritables *calculs*. Dès les premiers jours survient une décharge d'acide urique et d'urates teintant le vase en rouge. De fins graviers ou des calculs sont rejetés par la débâcle urinaire.

Le Dr Pineau, dans un travail inspiré par son maître, le Dr Guépin, montre l'efficacité de La Roche-Posay comme stimulante de la fonction dépurative du rein, grâce au lessivage qui réveille ses fonctions nobles. Il rappelle l'*abaissement de la tension artérielle* consécutive à la libération du rein et sans doute aussi à l'action antiscléreuse de la silice ; La Roche convient ainsi aux *hypertendus artério-rénaux*.

3° *La Lithiase biliaire*, surtout à la période de boue ou de sable biliaire ; *l'ictère* chronique simple, la *congestion du foie*, les diverses manifestations de la *cholémie familiale*, en particulier le *prurit*, la coloration jaunâtre de la peau et des conjonctives, les douleurs articulaires sont très améliorées. La cure provoque une abondante sécrétion biliaire et une débâcle intestinale ; le flux de la bile colore, dès les premiers jours, les matières en noir ou en vert. Le *Diabète* est également très amélioré.

II. — L'Arthritisme qui se porte à la peau, c'est-à-dire l'*Eczéma*.

L'Eczéma est une manifestation caractéristique de l'arthritisme : c'est « l'arthritisme qui sort à la peau » ; c'est une élimination au travers de la peau des poisons et toxines de l'organisme. Ici, l'action des eaux de La Roche-Posay est absolument remarquable ; elle est telle qu'à l'heure actuelle la Station est classée comme la première de France et d'Europe.

Les Eczémas les plus irritables, les plus suintants, ceux dont les démangeaisons sont intolérables, sont modifiés *dès les premiers jours*, d'une manière presque incroyable, par les bains et par la boisson : le *bain* recouvre la peau d'une fine pellicule blanchâtre, due aux sels des eaux, qui constitue un pansement, un vernis, une sorte d'émail cicatrisant ; la *boisson*, en éliminant les poisons de l'organisme, en le « *dépurant* », met à l'abri des récidives. Un troisième mode de traitement, la *pulvérisation*, a une action tout à fait remarquable sur les Eczémas du visage : elle soulage instantanément le malade, calme la démangeaison, donne une sensation de bien-être réel. L'eau est projetée en une sorte de brouillard tiède sur la région malade qu'il humidifie et pénètre.

Ecoutons les opinions de cliniciens éminents :

Le professeur Albert Robin, membre de l'Académie de Médecine, dit, parlant du traitement des *Prurigos eczématisés* : « On usera de l'eau minérale de La Roche-Posay, douée de propriétés anti-prurigineuses. »

Le professeur Brocq, médecin-chef de l'hôpital Saint-Louis, écrit : « La Roche-Posay possède des eaux de *grande réputation* dans les cas d'*Eczémas irritables* . »

Le professeur Ausset, dans une leçon aux étudiants de la Faculté de Médecine de Lile, parle ainsi du traitement du Prurigo de Hebra : « *Jamais vous n'obtiendrez d'aussi beaux et d'aussi rapides résultats qu'en envoyant votre malade se plonger dans les eaux de La Roche-Posay ; en quelques jours, les démangeaisons cesseront.* »

Le professeur Landouzy, venu il y a quelques années avec une caravane de plus de 120 médecins pour étudier les vertus des eaux, prononça ces paroles catégoriques : « *L'Eczéma appartient à La Roche-Posay.* »

Enfin, dans un travail communiqué au Congrès international de Venise en 1905, et que l'Académie de Médecine a couronné, le professeur Beauchant, de Poitiers, et le Dr Œconomo écrivent :

« C'est surtout dans l'*Eczéma* que la cure a semblé avoir des effets quasi-spécifiques.

Sont surtout modifiés, les eczémas suintants, les formes prurigineuses, irritables, rebelles à tout traitement local, sujettes aux poussées incessantes. Le *Prurit*, en particulier, est, dans presque tous les cas, le symptôme le plus rapidement influencé. Nous avons vu, chez des malades porteurs d'*Eczémas de l'anus*, avec démangeaisons insupportables empêchant le sommeil, et qu'aucun traitement n'avait pu modifier, le prurit disparaître dès les premiers bains et les nuits redevenir paisibles. »

Certaines jeunes femmes, soucieuses de la clarté de leur teint, désireuses de conserver un épiderme souple et impeccable, sont de fidèles habituées de la station ; il est certain qu'en fin de saison, après une série de pulvérisations du visage, la peau présente un velouté et une finesse incomparables.

Quarante-neuvième année. N° 14 *bis*. 6 Avril 1927.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 920-IV)

(Suite du Sommaire)

SERVICE de PROPAGANDE

du " CONCOURS "

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical*, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

SOU MÉDICAL

Au confrère qui, malgré mon appel du 23 février dernier, n'a pas encore adhéré au Sou Médical.

Vous m'avez objecté, mon cher confrère, qu'étant assuré pour deux cent mille francs à la X, sérieuse compagnie d'assurances, vous ne voyiez vraiment pas quel intérêt pratique vous auriez à faire partie du « Sou Médical ».

Et je vous réponds que nul ne songe à vous reprocher de vous être ainsi garanti contre les risques de la *responsabilité civile*, risques que le « Sou Médical » couvre également d'ailleurs lui-même, jusqu'à SOIXANTE-DIX MILLE francs (CENT MILLE FRANCS si l'on est en même temps abonné au journal le *Concours Médical*).

Mais, croyez-vous que les seules difficultés qui vous attendent, au cours de votre pratique, sont de celles qui mettront votre responsabilité en cause ? Et s'il est vrai que, au cas où vous seriez poursuivi pour avoir commis une faute préjudiciable à l'un de vos malades, c'est votre Assurance qui prendra à sa charge les frais du procès et les dommages-intérêts auxquels vous pourrez être condamné, que ferez-vous le jour où c'est à vous-même que le dommage aura été causé ? Qui, dans des conjectures relativement délicates, vous aidera à vous défendre et à vous faire rendre justice ? Votre Compagnie d'assurances ? Que non pas : elle n'est pas faite pour cela, et la police qu'elle vous a consentie définit les limites dans lesquelles elle a pris des engagements.

Mais le « Sou Médical », qui, lui, est fait pour cela, vous donnera son appui et vous aidera à triompher.

Peut-être resterez-vous sceptique... Peut-être vous demandez-vous de quelles difficultés je veux parler... Lisez donc la récente aventure de l'un de nos sociétaires, et les suites heureuses qu'elle a eues pour lui.

Exerçant dans un centre rural montagneux, il apprend un jour qu'un libraire de la ville voisine affichait qu'un poste était à prendre dans ce centre, et que, quand ce libraire était questionné à ce sujet, il répondait qu'en effet, le médecin actuel était très âgé, que la clientèle s'en plaignait, et autres aménités du même ordre. Notre confrère, fort de l'appui du « Sou Médical », a poursuivi le libraire pour diffamation, et il l'a bel et bien fait condamner à cinq cents francs de dommages-intérêts, et à des insertions réparatrices, dans certains journaux régionaux.

Demain peut-être, c'est vous qui serez le diffamé. Isolé, désarmé, vous hésiterez sans doute

à entamer des poursuites contre votre diffamateur. Membre du « Sou Médical », fort de sentir à vos côtés une Ligue de défense professionnelle dont l'effectif atteint cinq mille praticiens, vous vous défendrez avec autorité, et vous obtiendrez la réparation qui vous sera due.

G. DUCHESNE.
Secrétaire général-adjoint du Sou Médical.

Voir page XXXVII le bulletin d'adhésion au « Sou Médical ».

JURISPRUDENCE

Baux et locations. — Prorogation professionnelle. — Indivisibilité des locaux professionnels et des locaux d'habitation.

COMMISSION SUPÉRIEURE DE CASSATION
Audience du 17 février 1927.
(Archives du « Sou Médical »)

Sur le moyen unique, pris de la violation des articles 56 et suivants de la loi du 9 mars 1918, et de la loi du 20 avril 1810, défaut de motifs et manque de base légale.

Attendu que les veuves P. et A., demanderesses au pourvoi, propriétaires d'une villa dite « Villa Yvonne » sise à X., dont le Dr B. — aujourd'hui représenté par sa veuve — était locataire, à usage professionnel, en vertu d'un bail d'avant-guerre, font grief au jugement attaqué, d'avoir accordé à celle-ci le bénéfice de la prorogation professionnelle instituée par l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 — alors que le locataire, ayant sous-loué, non à titre professionnel, une partie des lieux litigieux, ne pouvait plus profiter du bénéfice de la prorogation quinquennale, la dite sous-location ayant, d'après elles, rompu l'indivisibilité qui avait pour effet d'appliquer aussi à la partie des locaux consacrés à l'habitation, la prorogation concernant le surplus à usage commercial ou professionnel ;

Attendu que le jugement attaqué, après avoir déclaré qu'il n'était plus contesté que « l'ensemble des lieux loués ait eu, au début de la location, et antérieurement à la sous-location, le caractère professionnel « constate » qu'il existe, en l'espèce, une double indivisibilité résultant, tant du bail unique, intervenu entre les parties, que de la disposition intérieure de la Villa Yvonne ; que la Villa Yvonne comprend, au rez-de-chaussée, vestibule, salon, salle à manger, cabinet de consultation et cuisine ; au premier étage, trois chambres, un cabinet de toilette et un cabinet d'aisance ; au deuxième étage, trois mansardes à peu près inhabitables ; que la sous-location ne comprenait donc que la plus petite partie des locaux d'habitation... que, d'ailleurs la distribution des pièces, telle qu'elle existait dans la Villa Yvonne, ne permet pas d'envisager la sous-

location d'une partie de cette villa à une personne que des liens d'amitié ou de parenté n'unissaient pas à la famille du locataire principal ; car ces pièces dépendent les unes des autres, en particulier au premier étage, où pour les trois pièces sous-louées il n'existe qu'une issue par un corridor ; que, par suite, cette indivisibilité de fait ne permet pas d'envisager des prorogations différentes pour les pièces sous-louées, et pour le reste de la villa » ;

Attendu que ces constatations de fait et appréciations, qui sont souveraines, justifient légalement la décision attaquée, laquelle, dès lors, ne contient pas violation des textes visés au moyen ;

D'où il suit qu'il doit être rejeté ;

Par ces motifs ;

Rejette le pourvoi.

Note

Le droit à la prorogation professionnelle instituée par l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 reste acquis, pour la durée des hostilités, aux ayants droit du professionnel décédé, dès lors qu'il en a, de son vivant et en temps utile, demandé le bénéfice. Le propriétaire ne peut soutenir avec succès que, les locaux ayant cessé d'avoir un caractère professionnel, puisqu'aucune profession n'y est plus exercée, les ayants droit ne bénéficient que de la prorogation de deux ans accordée par la même loi aux locaux d'habitation.

Dans l'espèce de l'arrêt qui précède, les propriétaires ont cru avoir trouvé un autre moyen de faire partir la veuve du médecin qui avait demandé la prorogation de son vivant. Elles prétendaient que, comme une partie des locaux avait été sous-louée à une parente, l'indivisibilité qui avait pour effet de faire bénéficier de la prorogation professionnelle les locaux d'habitation, comme les locaux professionnels, n'existait plus et la prorogation professionnelle ne pouvait plus, par suite, bénéficier aux locaux loués.

Mais, le juge de paix ayant constaté que l'indivisibilité qui résultait tant du bail que de la disposition intérieure de la villa louée, persistait malgré la sous-location, et ne permettait pas d'envisager des prorogations différentes pour les pièces sous-louées et pour le reste de la villa, la Commission supérieure de Cassation a estimé, à bon droit, que ces constatations de fait et ces appréciations étaient souveraines et justifiaient la décision attaquée et a rejeté le pourvoi formé par les propriétaires.

J. DUMESNY.

CORRESPONDANCE

Accidents.

1065. — Paiement par l'ouvrier de la différence entre le tarif ministériel et le tarif de droit commun.

Vieil abonné du *Concours médical* depuis 20 ans, je viens vous demander pour la première fois un service :

Je désire me faire payer des soins donnés à un accidenté du travail au tarif syndical local, car j'estime que ce petit charron, gendre de son patron, peut très bien m'honorer à un tarif supérieur à celui des accidents du travail.

Je lui ai envoyé ma note, il l'a transmise à la Compagnie qui l'assure, et qui ne veut rien savoir en dehors du tarif Durafour.

Mon avoué a envoyé une carte au juge de paix ; l'agent d'assurances s'est seul présenté, et l'audience a été remise à quinzaine.

Mon avoué désirerait avoir quelques jugements confirmant le texte des imprimés du Concours :

Choix par le blessé

PART à la charge du patron quand le blessé choisit son médecin	PART restant à la charge du blessé qui choisit le médecin
(3)	(4)

Si vous avez, en plus, quelques conseils à me donner à ce sujet, je vous en serais très reconnaissant.

La somme n'est que de 365 fr. mais je ne veux pas céder à la Compagnie, à moins que ce ne soit votre avis.

Dr R.

Réponse.

La part des frais médicaux qui doit être supportée par le patron, en cas d'accident du travail, est limitée aux honoraires fixés au tarif Durafour, par application de l'article 4, paragraphe 2, de la loi sur les accidents du travail.

Par conséquent, c'est à bon droit que l'assurance qui couvre le patron refuse de payer quoi que ce soit au-delà du tarif Durafour.

Mais il ne faut pas oublier que la loi sur les accidents du travail n'a jamais obligé le médecin traitant du blessé à user de l'action directe qu'il possède contre le patron responsable, ni à se contenter des honoraires que ce dernier peut être tenu de lui payer dans les limites du tarif. Le médecin choisi par le blessé reste toujours libre ou bien de considérer le blessé comme un client de droit commun et de se faire payer par lui sans avoir à entrer en relation avec le patron ou l'assurance, sauf à lui remettre un reçu pour lui permettre de se faire rembourser dans la mesure de ses droits, ou bien d'accepter le règlement par l'assurance de la part de ses honorai-

res dus par le patron et demander ensuite un complément au blessé lui-même.

Nous pouvons vous signaler à l'appui de cette interprétation de la loi un jugement du tribunal civil de Rouen du 6 juillet 1925, confirmé par la suite en appel, que nous avons publié dans notre numéro du 20 décembre 1925, page 2.914 *bis*. Par le même courrier, nous vous faisons adresser un exemplaire de ce numéro.

Par conséquent, votre action dirigée conformément au droit commun contre le blessé est recevable et fondée dans son principe. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que les tribunaux se réservent le droit de réduire les honoraires demandés par un médecin, lorsque, à tort ou à raison, ils les estiment excessifs. Il vous appartiendra donc de prouver que votre note est conforme au tarif habituel pour la clientèle de droit commun de même situation sociale que le blessé.

1108. — Rente d'un accidenté du travail.

Un ouvrier mineur *a été tué* par suite de la descente trop rapide d'une cage dans la mine. Il a gagné 10.000 francs pendant l'année qui a précédé sa mort. Il est marié et a deux enfants en bas âge. Quelle rente touchera sa veuve pour elle et ses deux enfants ?

Dr M.

Réponse.

La veuve d'un ouvrier mort victime d'un accident du travail a droit à une rente égale à 20 % du salaire annuel de son mari et ses orphelins, s'ils sont deux, à une rente égale à 25 % de son salaire, jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de 16 ans.

Pour le calcul de la rente, le salaire entre intégralement en ligne de compte jusqu'à 8.000 francs et pour le quart seulement au-delà, si l'accident est postérieur au 1er février 1927, date à laquelle est entrée en vigueur la loi du 8 juillet 1926. Si l'accident est antérieur à cette date, le salaire doit subir un abattement des trois quarts à partir de 4.500 francs.

Si l'accident est antérieur au 1er février 1927, la veuve aura droit à une rente de 1.175 francs pour elle et à une rente de 1.468,75 pour ses deux enfants. S'il est postérieur au 1er février, les rentes s'élèveront respectivement à 1.700 et 2.125 francs.

---

952. — Contre-visite par le médecin du tiers auteur de l'accident.

Le cinq février dernier, je suis appelé à donner mes soins à un de mes clients qui, à l'occasion du travail, a été sérieusement contusionné par un camion automobile.

Le patron de cet ouvrier est assuré par la compagnie X.

Le 26 février, le médecin délégué de la Compagnie Y et non pas de la Compagnie X, m'informe que, le surlendemain, un examen de mon client doit avoir lieu dans mon cabinet.

Vous m'obligerez en me faisant connaître qui doit me régler les honoraires de cette consultation. Quel tarif appliquer ?

Je dois ajouter que ni le blessé, ni le patron, n'ayant rien demandé à l'Y., compagnie qui assure seulement l'auteur de l'accident, ne veulent pas payer les frais occasionnés par cette consultation.

Dr S

Réponse.

Puisque la contre-visite à laquelle vous avez assisté a été pratiquée par le médecin de l'assurance du tiers responsable et non par le médecin de l'assurance du patron, vous ne pouvez demander le paiement des honoraires d'assistance à la contre-visite à l'assurance du patron. En effet, il ne s'agit plus là de soins donnés au blessé, ni de l'application de la loi sur les accidents du travail.

D'autre part, vous n'avez pas, contre le tiers responsable, l'action directe que la loi sur les accidents du travail vous donne contre le patron du blessé.

Par conséquent, vous ne pouvez vous faire payer vos honoraires d'assistance à la contre-visite que par le blessé lui-même, qui en comprendra le montant dans la demande d'indemnité qu'il pourra présenter au tiers responsable.

976. — Accident d'automobile : qui est responsable des honoraires ?

Veuillez me dire si je dois attendre l'issue des négociations et peut-être procès engagés entre une compagnie d'assurances et une des victimes d'un accident d'automobile.

Dans cet accident, une jeune fille avait eu la carotide tranchée par la glace de l'auto. Je n'ai pu que constater son décès.

Le conducteur responsable (un loueur) avait eu la langue a demi sectionnée (il m'a payé). *Enfin*, ma cliente, la mère de la jeune décédée, avait présenté une fracture du fémur.

Je l'ai ramassée sur la route, appliqué un appareil provisoire, le lendemain, suis allé chez elle (8 kilomètres) avec l'aide d'un confrère : anesthésie, réduit sa fracture avec appareil à traction, etc., etc.

A une lettre recommandée en date du 13 décembre 1926, elle m'a répondu le 24 du même mois : « dès que j'aurai reçu satisfaction, je vous adresserai le montant de vos honoraires » et depuis je n'ai que ... sa lettre. Que dois-je faire ? Puis-je rendre le conducteur solidaire ? Il m'a payé sa note particulière. Suis-je obligé d'attendre ? Dr L.

(*Voir la suite page XXXIX-963*)

PROPOS DU JOUR

Un Savant, un Innovateur et un Réalisateur
Félix VICQ-D'AZYR (1748-1794)

Sa vie et son œuvre. Le Savant et le Lettré.

« Concevoir avec grandeur et observer avec patience » furent les qualités maîtresses que l'historien Lemontey reconnut à Vicq-d'Azyr. Lorsque, 31 ans après sa mort, il prononça son éloge à l'Académie Française, il eût pu ajouter : « réaliser avec persévérance et énergie ». Car Vicq-d'Azyr fut à la fois un savant, un innovateur et un réalisateur. Nous devons sincèrement regretter sa mort prématurée à 46 ans. Nul doute que, s'il eût vécu, étant données les promesses de son passé, il eût vraisemblablement réalisé de grandes choses. La postérité ingrate ou ignorante a trop oublié Vicq-d'Azyr; nous croyons intéressant et utile de rappeler à nos lecteurs la vie et les travaux de ce grand médecin, de cet homme d'élite. Les réformes qu'il élabora sont d'ailleurs encore d'actualité.

***

Félix Vicq-d'Azyr naquit le 23 avril 1748 à Valognes, où son père, Félix Vicq, docteur de la Faculté de médecine de Montpellier, exerçait son art. Sa mère, Catherine Lechevalier, était de petite bourgeoisie. Le jeune Félix fit ses humanités à Valognes, sa philosophie à Caen. Lorsqu'à 17 ans, il dût songer à choisir une profession, il resta pendant quelque temps perplexe. La littérature l'attirait ; il songea à étudier la théologie et à opter pour la carrière ecclésiastique, mais il en fut détourné lorsqu'il s'aperçut qu'elle ne pourrait donner satisfaction à sa soif de connaissances positives. Son père, d'ailleurs, l'engageait à choisir une profession pratique pour assurer matériellement son avenir. Bien que la médecine, alors si peu scientifique et si bornée, lui répugnât, il résolut de l'étudier et vint dans ce but, en 1765, à Paris.

Vicq-d'Azyr ne se borna pas à suivre l'enseignement sommaire et défectueux des Écoles de médecine de la rue de la Bûcherie; il fut l'auditeur assidu et enthousiaste des cours qu'Antoine Petit faisait sur l'anatomie au Jardin du Roi et il devint son élève et son ami.

En 1772, à 24 ans, il passa très brillamment ses examens de licence et il soutint une thèse qui fit sensation, dans le monde médical et savant, sur le *Mécanisme qui, dans la structure de la tête, tend à rompre et absorber la force des différentes espèces de choc et de percussion.* Pareil sujet différait singulièrement de ceux, plutôt puérils, qu'adoptaient alors la généralité des étudiants. En 1773, Vicq-d'Azyr inaugura un cours gratuit et complet d'anatomie comparée aux écoles de médecine. Le succès qu'il obtint d'emblée porta ombrage à la jalousie bien connue des professeurs de la Faculté de médecine qui, prenant le prétexte hypocrite des horaires de leurs cours, interdirent au jeune Maître l'accès de l'Amphithéâtre. Mais Antoine Petit, qui appréciait Vicq-d'Azyr à sa valeur, se fit suppléer par lui au Jardin du Roi dans sa chaire d'anatomie comparée. Cela n'empêcha pas Buffon de lui préférer Portal pour remplacer Antoine Petit, quand ce dernier abandonna sa chaire pour se retirer à Fontenay-aux-Roses. L'activité de Vicq d'Azyr, stimulée par le succès, le décida à ouvrir un cours privé. La popularité qu'il acquit obligea la Faculté à lui confier un cours d'anatomie qu'il professa en 1774 et 1775.

Son enseignement fut brillant. Après Aristote, il établit le parallèle entre les membres supérieurs et les membres inférieurs ; il inaugura la philosophie anatomique, étudia les nerfs, le cerveau, aborda leur physiologie. Ses recherches portèrent encore sur l'ouïe des oiseaux, les organes de la voix chez divers animaux, la respiration.

Surmené par les travaux d'anatomie et de physiologie qu'il poursuivait avec passion, Vicq-d'Azyr tomba malade et fut atteint d'une grave hémoptysie. Il dut aller se reposer à Valognes et profita de ses loisirs pour étudier l'anatomie des poissons.

Quand il revint en 1775, il fut élu à l'Académie des sciences. Il avait 26 ans.

Une épizootie régnait dans le midi de la France, la peste bovine y décimait le bétail. Turgot demanda à l'Académie des sciences deux de ses membres pour étudier le fléau et faire le nécessaire pour enrayer ses progrès. Vicq-d'Azyr partit seul et prit de sages mesures qui, en quelques mois, eurent raison de l'épidé-

mie. Aussi, à son retour et à sa demande, fut créée, avec l'appui de De Lassonne, premier médecin du Roi, une Commission pour combattre les épidémies par arrêt du 29 avril 1776, Commission qui fut transformée en *Société royale de médecine* à laquelle des lettres patentes de 1778 et 1780 donnèrent une consécration officielle définitive. Vicq-d'Azyr, secrétaire perpétuel de la nouvelle institution, eut alors à soutenir des luttes terribles contre la Faculté de médecine, incapable et jalouse, luttes que nous raconterons dans la suite. La réputation de Vicq d'Azyr s'en accrut. Il fut nommé professeur d'anatomie comparée à l'école vétérinaire d'Alfort. A la mort de Buffon, en 1778, l'Académie française lui attribuait le fauteuil du grand naturaliste dont il prononça un remarquable éloge. En 1779, la reine Marie-Antoinette le choisissait comme médecin et sa nouvelle charge de médecin de la Reine lui assurait la survivance de celle de Premier médecin du Roi.

Vicq-d'Azyr avait épousé Mademoiselle Lenoir, nièce de Daubenton. La réputation précoce de Vicq-d'Azyr suffit à détruire la légende d'une idylle qui n'a pu exister, tout au moins comme on l'a racontée. Madame Daubenton, relate la légende, rentrait au Jardin du Roi, où elle habitait, accompagnée de sa nièce. Soudain, rue Saint-Victor, la jeune fille est prise de défaillance. Grand émoi ! L'on demande à grands cris un médecin ; un jeune homme, qui habitait une maison voisine, se présente pour lui donner ses soins. Les deux jeunes gens sont frappés du coup de foudre et tout se termine par un mariage, comme dans les contes de fées. Le jeune médecin était Vicq-d'Azyr. Si cette légende est jolie, elle est bien improbable. Vicq-d'Azy était déjà un personnage, puisqu'il était académicien. Comme il avait suppléé Antoine Petit au Jardin du Roi, il ne pouvait être un inconnu pour la famille Daubenton. Quoi qu'il en soit, Vicq-d'Azyr, qui adorait sa femme, eut la douleur de la perdre au bout de dix-huit mois de mariage avec l'enfant qu'elle lui avait donné. Il garda toujours pieusement son souvenir. Le buste de la défunte ornait sa bibliothèque ; il déclina systématiquement les offres brillantes d'un second mariage et sa vie privée s'écoula dans une douce et paisible mélancolie.

Vicq-d'Azyr était un beau caractère. Ordonné, économe, de goûts simples, de mœurs douces, il possédait une belle bibliothèque et de nombreux et luxueux instruments d'étude. Il était un ami fidèle et plein de chaleur. D'opinions très libérales, il ne demanda cependant aucune charge publique et évita de jouer un rôle politique. Sa situation de médecin de la Reine le rendit suspect. Il refusa d'émigrer au moment de la Terreur. La mort sur l'échafaud de ses amis La Rochefoucault, Bailly, Lavoisier, Malesherbes, Buffon fils, l'obligea de quitter Paris où il n'était plus en sécurité. Il fut recueilli à Asnières par Riche de Prony dont il avait sauvé la femme et dont le fils, le Dr Riche, avait été son élève. Son absence fut de courte durée. La Société des Amis des Arts l'admit parmi ses membres pour lui permettre de revenir sans danger à Paris. L'on raconte que Couthon, malade au cours de la Terreur, fit appeler Portal pour lui donner des soins. Portal, voulant assurer un protecteur à Vicq-d'Azyr dans le Comité de Salut Public, proposa au conventionnel de faire appeler ce dernier en consultation : « Il vit donc encore, celui-là ? » rugit Couthon. Et comme Portal, inquiet, ne répondait pas : « Dites-lui bien, ajouta-t-il, de rester où il se trouve et de ne pas se faire connaître. »

Vicq-d'Azyr ne pouvait être l'ami des hommes de la Terreur. N'avait-il pas flétri l'esprit de secte lorsqu'il prononça l'éloge de Franklin ? « Le grand inconvénient des sectes de toute espèce, disait-il, est d'attaquer la liberté jusque dans l'opinion et la pensée et de ne voir dans le monde entier que deux partis, l'un pour lequel on ose tout, et l'autre contre lequel on se permet tout. »

D'autre part, n'avait-il pas écrit, dans l'éloge de Fothergill, une phrase prophétique lorsqu'il parlait de « ces hommes sinistres qui, ajoutant la peur, le plus grand de tous les maux, aux infirmités dont l'espèce humaine est assaillie, semblent ignorer qu'effrayer un moribond est de toutes les actions la plus lâche et la plus barbare ? »

Dès le début de 1794, la santé de Vicq-d'Azyr s'était fort altérée et il avait le pressentiment d'une fin prochaine.

« Adieu, mes amis, il est temps, je vais mourir », disait-il un jour à quelques-uns de ses intimes.

Le 20 prairial an II (8 juin 1794) Robespierre, Président de la Convention nationale, célébra au Champ de Mars la fête de l'Etre suprême. Cette fête, soigneusement organisée et réglée par le peintre David, était une protestation officielle contre l'athéisme. Vicq-d'Azyr prit place dans le cortège, soit par conviction, soit pour éviter d'être tenu comme suspect. Au retour de la cérémonie, il dut s'aliter. Son état s'aggrava pro-

gressivement et il mourut le 2 messidor an II (20 juin 1794) d'anévrysme et de péripneumonie, affirme Gérard, très vraisemblablement de tuberculose pulmonaire. Il avait 46 ans et était en pleine maturité de son talent.

Vicq-d'Azyr avait été médecin, savant et philosophe.

Du fait de ses études, de sa santé précaire, des épreuves de sa vie, il était doué de cette philosophie tolérante, indulgente, un peu triste qui, chez le médecin, en manque pas de grandeur.

« Ne touchons point aux illusions de l'espérance, disait-il dans son discours de réception à l'Académie française, sans elles que resterait-il hélas ! à la triste humanité ? »

Et, dans l'Eloge de Poulletier de la Salle, il affirmait : « S'il n'est pas très doux de vivre, il n'est pas non plus très douloureux de mourir. »

***

L'ŒUVRE DE VICQ-D'AZYR.

L'œuvre de Vicq d'Azyr peut être résumée en trois chapitres : 1° Ses recherches de savant et ses productions de lettré ; 2° la création et l'organisation de la Société royale de médecine pour la lutte contre les maladies ; 3° la critique de l'enseignement de l'exercice de la médecine à son époque, dont il dénonce les abus.

***

LE SAVANT ET LE LETTRÉ.

Nous ne pouvons résumer ici tous les travaux scientifiques de Vicq-d'Azyr ; nous nous contenterons d'énumérer les principaux. Nous avons déjà signalé le succès de sa thèse inaugurale intitulée *Mécanisme qui, dans la structure de la tête, tend à rompre et absorber les forces des différentes espèces de choc et de percussion* (1772) ; nous rappellerons ses mémoires sur le *parallèle des membres supérieurs et inférieurs*, ses études *sur les nerfs*, *sur le cerveau*, *sur l'ouïe chez les oiseaux*, *sur l'organe de la voix chez les divers animaux*, *sur la respiration*, ses communications à l'Académie des sciences et à la Société royale de médecine, notamment sur l'*anatomie des poissons*, *les épizooties* et *les épidémies et la manière de les combattre*, ses considérations sur la médecine pratique et l'hygiène. On lui doit une traduction avec commentaires du Traité de Scipion Piatoli *sur les lieux et les dangers des sépultures*, un *Traité sur les maladies contagieuses des bêtes à cornes*, un *Traité d'anatomie et de physiologie* avec planches coloriées (grand in-folio, Paris 1786), le *Dictionnaire anatomique* de l'*Encyclopédie méthodique*. Il projetait la rédaction d'un *Dictionnaire de médecine*. Moreau de la Sarthe, en 1805, publia les *Œuvres de Vicq-d'Azyr* en 6 volumes, in-8°, avec un atlas in-4°.

Vicq-d'Azyr fut un lettré. Marie-Antoinette l'appelait son philosophe et il fut le second médecin membre de l'Académie française. Le premier fut Cureau de la Chambre, le protégé de Richelieu et du Chancelier Séguier, qui devint un des familiers de Louis XIV. Son discours de réception à l'Académie française, où il prononça l'éloge de Buffon, fit sensation et Lemontey pût en dire : « Il y explique Buffon, comme Buffon expliqua la nature. » Il excellait avec son esprit synthétique à écrire les éloges des savants et des hommes célèbres de son époque. Nous avons plus de 50 éloges prononcés par lui dans les Académies ou à la Société royale ; les plus connus sont ceux de Linné, de Haller, de Bergmann, de Camper, de Scheele, de Pringle, de Lorry, de Mertens, de Fothergill, de Stell, de Poulletier de la Salle, de l'industriel Montigny, de Duhamel, de Vergennes, l'ancien ministre, et de Franklin, qui fut son ami. Il se révéla un poète plein de goût, en parlant sur la tombe de l'Académicien artiste Wattelet.

Il atteignait parfois les plus hauts sommets de l'éloquence, comme dans l'exorde de l'éloge de Franklin où il débuta par la phrase fameuse : « Un homme est mort et deux mondes sont en deuil. »

Il jeta sur le papier des considérations de philosophie médicale, légitimant le mot de Bacon : « Sans la philosophie, la médecine n'est qu'un art imposteur. » Et il justifiait, comme l'affirmait Lemontey dans l'éloge qu'il prononça de Vicq-d'Azyr à l'Académie française, le mot qu'écrivait Rousseau à Bernardin de Saint-Pierre : De tous les savants, ce sont les médecins qui savent le plus et le mieux.

Mais ce qui nous intéresse le plus dans les travaux de Vicq-d'Azyr, c'est le rôle prépondérant qu'il prit dans la création de la Société royale de médecine en poursuivant la réalisation de l'hygiène publique et de la préservation des maladies transmissibles en France. La lutte qu'il dut entreprendre contre la Faculté de médecine, corporation rétrograde et étroitement égoïste, lui permit de faire une remarquable critique de l'enseignement et de l'exercice de la médecine.

Sur ces deux points, Vicq-d'Azyr est vraiment un innovateur et un précurseur. C'est ce que nous avons l'intention d'établir dans un prochain article.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Par

Léon GIROUX, et Vital LASSANCE,

Ancien chef de clinique
à la Faculté
Médecin de l'hôpital Foch.

Médecin consultant
à Bains-les-Bains.

A l'état normal, la pression du sang se maintient à des chiffres relativement fixes grâce à l'action combinée de la systole du cœur et des réactions musculo-élastiques des artères. Quand des influences diverses, telles qu'un effort, une émotion, tendent à troubler cet équilibre, un mécanisme régulateur d'une merveilleuse souplesse intervient aussitôt pour le rétablir. A l'état pathologique, différents facteurs, parfois évidents, plus souvent obscurs, sont susceptibles de le bouleverser d'une façon brutale et passagère, mais généralement progressive et permanente. Ainsi s'installe un syndrome d'hypertension d'observation courante, de signification grave pour l'avenir, qu'il appartient au médecin de déceler de bonne heure s'il veut intervenir en temps opportun pour en retarder les effets redoutables.

A) Généralités.

Quand on prend une tension artérielle, si l'on veut obtenir des chiffres d'une exactitude rigoureuse et comparables entre eux, il est indispensable de pratiquer son examen dans certaines conditions ; le sujet sera de préférence couché et à jeun, le bras à la hauteur du cœur ; on ne retiendra pas le chiffre obtenu à la première compression, car il se passe alors des phénomènes vasculaires susceptibles d'élever la maxima ; cette dernière ne sera enregistrée qu'au moment où l'on observe un chiffre fixe ; en général, comme l'ont signalé Gallavardin et Tixier (de Nevers), deux à cinq minutes suffisent pour obtenir ce résultat. Il n'est pas sans intérêt, d'autre part, de prendre la tension au début et à la fin d'un examen médical, car, chez certains sujets émotifs, l'éréthisme cardio-vasculaire suffit pour élever la maxima de deux centimètres. Enfin, les cas sont nombreux où il ne faut pas accorder aux chiffres obtenus une valeur absolue ; mais, au contraire, les interpréter à la faveur des circonstances cliniques que les encadrent ; c'est ainsi qu'il faut se rappeler, comme Siredey l'a signalé, que l'approche des règles, surtout quand la ménopause est prochaine, augmente légèrement la tension ; qu'il faut connaître l'hypertension de luxe, sur laquelle Vaquez et Leconte ont insisté, hypertension liée aux fatigues, aux excès alimentaires, aux préoccupations morales, et susceptible de disparaître par une hygiène appropriée ; qu'il est utile de savoir qu'une maladie infectieuse, une grippe, une fièvre typhoïde, peuvent masquer l'hypertension ; qu'une défaillance cardiaque, un coma par hémorragie cérébrale, sont capables de décapiter une forte maxima.

B) La tension artérielle normale.

a) **Technique sphygmomanométrique.** — Pour estimer la valeur d'une tension artérielle, on a recours à différentes méthodes : la méthode auscultatoire, la méthode palpatoire et la méthode oscillatoire.

1° MÉTHODE AUSCULTATOIRE. — Cette méthode, encore appelée méthode de Korotkow, utilise les trois appareils suivants, qui reposent sur le même principe et ne diffèrent que par des détails secondaires de fabrication : le sphygmotensiophone de Vaquez-Laubry ; le phonosphygmomètre de Lian, et le Boulitte-Korotkow. Quel que soit l'appareil dont le médecin fait usage, le mode d'emploi est exactement le même ; il consiste à établir dans la poche annexée au brassard une pression qu'on juge supérieure à la tension artérielle maxima ; puis, à décomprimer progressivement, pendant qu'on ausculte l'artère humérale au pli du coude. A un certain moment de la décompression, on entend un premier bruit qui correspond à la maxima et dont on lit simultanément la valeur sur le manomètre ; puis, les bruits deviennent plus nets, parfois soufflants ; dans une troisième phase, ils sont plus forts, et dans certains cas, cinglants : enfin, brusquement, le bruit s'éteint ou s'atténue, change de timbre, devient étouffé ; c'est alors qu'il convient de noter la tension minima. Dans la pratique, il faut compter avec ce que Tixier (de Nevers) a appelé le trou auscultatoire. Chez certains sujets, en effet, et par un mécanisme assez obscur, les bruits disparaissent pendant une certaine période de la décompression, si la compression n'a pas été portée à un chiffre suffisamment élevé, on s'expose à sous-estimer la maxima, à enre-

gistrer une tension différentielle faible, ce qui peut conduire à une interprétation erronée. Parfois aussi, chez les sujets en état d'éréthisme vasculaire, et chez les aortiques, les battements supra-maximaux peuvent se transmettre au pli du coude et gêner pour l'estimation exacte de la maxima. Dans ces circonstances, il y aura intérêt à contrôler l'oreille par la palpation de la radiale ; à associer, à la méthode auscultatoire, la méthode palpatoire.

2° Méthode palpatoire. — Cette méthode est actuellement peu employée ; la tension est alors évaluée par la palpation de l'artère humérale au pli du coude : la maxima coïncide avec l'apparition du premier battement, la minima avec la disparition de la vibrance. Ce phénomène de la vibrance, sur lequel a insisté Ehret, est en effet d'autant plus net que les pressions, dans l'artère et dans le brassard, tendent à s'égaliser. Quand ce résultat est obtenu, les mouvements de la paroi artérielle ont leur amplitude maxima et les battements de l'artère leur maximum de force. Mais, dès que la pression dans le brassard tombe au-dessous de la minima, les conditions physiques nouvelles entraînent une modification subite et profonde du caractère des battements. En effet, quand on décomprime, on sent, à mesure qu'on se rapproche de la minima, des battements de plus en plus forts ; puis, subitement, quand ce chiffre est dépassé, la vibrance disparaît, les battements perdent de leur force et de leur amplitude ; c'est à ce moment précis qu'il faut lire la minima. Dans la pratique, si l'on veut saisir avec plus de facilité le phénomène, il faut décomprimer avec une certaine rapidité ; malgré tout, les cas sont nombreux où il est difficile de recourir à la méthode d'Ehret : la vibrance manque de netteté, et le caractère des battements ne se modifie pas avec une brusquerie suffisante pour qu'on puisse en conclure avec certitude la valeur de la tension diastolique.

3° Méthode oscillatoire. — Cette méthode a été employée pour la première fois par Pachon en 1900. Par cette méthode, ce n'est plus le segment de l'artère en aval de la manchette qu'on interroge, mais les battements de l'artère comprimée ; on note la maxima quand, au cours de la décompression, l'aiguille présente brusquement une oscillation brusque et ample, et la minima, quand les oscillations ont nettement diminué d'amplitude. En réalité, dans la pratique, les cas sont nombreux, en particulier chez les sujets dont l'indice oscillométrique est faible, où les variations d'amplitude sont trop progressives, pour qu'il soit possible de lire la tension avec certitude. C'est pour remédier à cet inconvénient que certains auteurs. Amblard, puis Gallavardin, ont eu l'idée d'annexer au brassard une double poche, et dont la supérieure est destinée à éteindre les oscillations supra-maximales.

L'appareil de Boulitte-Gallavardin, grâce à ce dispositif, permet d'estimer avec facilité la maxima, mais il n'en conserve pas moins les mêmes inconvénients en ce qui concerne l'évaluation de la minima. Aussi, il y a intérêt à associer les deux méthodes, auscultatoire et oscillatoire, la première étant la plus fidèle pour la recherche de la minima ; la seconde ayant l'avantage de fournir des renseignements supplémentaires sur le tonus des artères, et aussi, sur la circulation artérielle du membre inférieur, qu'il est toujours utile d'explorer.

4° Valeur de la tension artérielle normale. — La tension artérielle, prise dans les conditions rigoureuses que nous avons formulées, atteint à l'état normal les chiffres suivants : chez l'adulte, elle varie de 12-7 à 14-9 ; chez l'enfant, elle atteint, d'après Lian, à 5 ans, 9-5.5, à 10 ans, 10-6, à 15 ans, 11-6,5 ; chez le vieillard, on ne saurait évidemment rencontrer des chiffres d'une telle fixité ; soumis à des influences pathologiques multiples, souvent atteints de sclérose vasculaire plus ou moins diffuse, les vieillards ne sauraient être comparés entre eux ; cependant, il semble qu'en dehors de ces influences, la tension du vieillard ne diffère pas de celle de l'adulte.

C) L'hypertension artérielle.

L'hypertension artérielle, envisagée en se basant uniquement sur les seules notations sphygmomanométriques, se présente sous différents types. Tantôt la maxima et la minima s'élèvent parallèlement ; tantôt l'augmentation intéresse isolément la maxima ou la minima ; tantôt enfin, on observe une hypertension maxima et une hypotension minima. Dans la pratique, le médecin est donc appelé à rencontrer, pour employer les termes de Lian, des tensions concordantes, des tensions convergentes, des tensions divergentes, et ces formules tensionnelles, à la condition qu'il se rappelle que la maxima traduit l'activité cardiaque et la minima les résistances périphériques, sont susceptibles d'orienter son diagnostic et de lui fournir des indications utiles pour le pronostic. C'est ainsi qu'une tension concordante, c'est-à-dire une tension dont la minima est égale à la moitié plus deux de la maxima, dénote un équilibre circulatoire satisfaisant ; qu'une tension convergente avec différentielle abaissée, indique un certain degré d'insuffisance cardiaque, qu'une tension divergente doit faire penser à une fuite aortique, à une sclérose de l'aorte, ou à un état d'éréthisme cardio-vasculaire tel qu'on l'observe chez les nerveux tachycardiques et les basedowiens.

a) **Formes cliniques de l'hypertension artérielle permanente.** — Le médecin est appelé à constater l'hypertension dans des circonstances clini-

ques très diverses, parfois à l'occasion d'un épisode aigu du saturnisme ou des accidents rapidement alarmants de l'éclampsie puerpérale : tantôt à la faveur d'un accès d'angor ou d'une crise d'œdème aigu du poumon survenus d'une façon soudaine chez un sujet dont la santé ne paraissait pas troublée. Le plus souvent cependant, c'est pour des phénomènes moins dramatiques tels que céphalée, vertiges, troubles cérébraux fugaces, etc., que le médecin est consulté ; enfin, les cas ne sont pas rares ou l'hypertension est décelée d'une façon fortuite au cours de l'examen chez des sujets robustes en apparence.

1° Hypertension permanente solitaire. — Cette forme la plus fréquente se rencontre surtout à partir de 40 ans, et de préférence chez l'homme. Le début passe généralement inaperçu et elle peut évoluer d'une façon insidieuse, sans provoquer pendant de longues années le moindre trouble fonctionnel. Un confrère consultait récemment l'un de nous : à l'examen, on notait une forte hypertension maxima et minima qui ne fut d'ailleurs l'objet d'aucune surprise, car son existence avait été constatée environ 10 ans auparavant. Notre confrère menait une vie active, était grand chasseur et ce n'était que depuis quelques mois qu'il avait à se plaindre d'accès fréquents de tachycardie paroxystique. Pendant cette longue période de tolérance, l'hypertendu, souvent d'apparence robuste, garde tous les attributs de la santé ; cependant, l'examen décèle déjà certains signes qui montrent que l'organisme est soumis à une rude épreuve. En dehors d'une tension élevée, on constate le plus souvent un syndrome urinaire particulier, caractérisé par la polyurie et la nycturie : le rythme urinaire est inversé ; les urines sont pâles, de faible densité et l'élimination de la nuit l'emporte sur celle du jour. A l'auscultation, on entend le plus souvent un claquement du second bruit ; à l'examen radioscopique, on note l'hypertrophie du ventricule gauche et un aspect sinueux de l'aorte, dont les courbures sont exagérées.

Puis, plus ou moins tard, suivant les sujets et suivant leur mode d'existence, le malade entre dans la période troublée. Le plus souvent, c'est d'une façon progressive que la santé s'altère ; mais dans certains cas, rares il est vrai, c'est un accident grave, tel que l'angor, ou une crise d'œdème aigu, qui annoncent brutalement au malade qu'il est réellement menacé. En général, l'hypertendu sort de l'état de quiétude et d'équilibre par une série de phénomènes qui, sans être graves immédiatement, sont cependant pénibles et de nature à l'alarmer. Souvent il s'agit de bourdonnements, de sifflements d'oreille, intermittents ou continus ; de vertiges, le malade a l'impression que le sol se dérobe, qu'il va perdre l'équilibre ; parfois, il s'agit d'un véritable vertige de Ménière, qui se traduit par des nausées et des vomissements et une ch.te brutale. Dans certains cas, c'est une céphalée intolérable qui conduit l'hypertendu chez le médecin ; il s'agit d'une céphalée tenace, habituellement localisée à la région occipitale et que le malade compare à un torticolis ou à une crampe douloureuse. Cette céphalée, qui apparaît de préférence dans la seconde partie de la nuit, pour se dissiper dans la matinée, est souvent, quand elle est violente et durable, la préface d'accidents cérébraux graves. Un sujet vient consulter l'un de nous pour une céphalée pénible qu'il calme tant bien que mal par l'aspirine, la tension est élevée ; le lendemain, il présente un ictus. Parfois, c'est de douleurs rhumatoïdes vagues, de fourmillements, de crampes, de paresthésies diverses, de malaises mal définis, que se plaint l'hypertendu ; parfois aussi, c'est une émotivité anormale, de l'inaptitude intellectuelle, une lassitude profonde qui retiennent son attention. Chez certains sujets, au contraire, c'est autour du cœur que gravitent leurs préoccupations ; ils ont remarqué qu'ils s'essoufflaient facilement, que l'effort familier provoquait des palpitations pénibles ; ces troubles, par leur nature et par l'origine qu'ils soupçonnent, les inquiète et les conduit au médecin dont ils attendent une parole rassurante.

Ces différents symptômes sont le prélude de complications plus graves et, suivant leur prédominance, les accidents vasculaires ou l'insuffisance cardiaque seront plus particulièrement à redouter.

Accidents vasculaires. — Chez certains sujets, ces accidents sont au premier plan. Généralement précédés des petits signes que nous venons d'énumérer et comme eux secondaires à l'hyperréflectivité vasculaire qui accompagne l'hypertension, ils s'objectivent d'abord par des troubles fonctionnels passagers, mais dont la brusquerie et la nature sont de mauvais augure. C'est ainsi qu'au cours d'une santé déjà compromise, ou en apparence parfaite, l'hypertendu est frappé d'aphasie subite et passagère, d'amnésie transitoire, d'amaurose ou de surdité fugaces, d'un accès délirant à type maniaque, d'un syndrome hallucinatoire, ou encore de petits ictus. Un homme de 45 ans consulte l'un de nous parce qu'il a présenté, au cours d'une santé qui paraissait normale, et à plusieurs reprises, des pertes de connaissance ayant duré quelques secondes. L'examen révèle une forte hypertension, un double souffle aortique et une syphilis ancienne ; trois mois plus tard, survenait une hémorragie cérébrale et une hémiplégie résiduelle définitive. Un autre malade, âgé de 46 ans, d'apparence très robuste, vient nous consulter pour une céphalée occipitale tenace ; quelques semaines auparavant, au cours d'un voyage d'affaires, il a présenté un état hallucinatoire passager. Un

mois après sa visite, il était terrassé par une hémorragie cérébrale.

Ces spasmes artériels, malgré la fugacité de leurs effets, doivent faire redouter les hémorragies auxquelles succombent souvent les hypertendus.

L'*épistaxis* est parmi les plus fréquentes ; consécutive à la rupture d'un petit rameau situé à la partie inférieure de la cloison nasale, elle est parfois, par son abondance et sa répétition, le signe révélateur de l'hypertension. Souvent salutaire par la saignée spontanée qu'elle provoque, elle nécessite dans certains cas, par sa durée, un tamponnement des fosses nasales. En réalité, ce sont les hémorragies cérébrales qui menacent surtout l'hypertendu. L'hémorragie peut être foudroyante ; en pleine santé apparente ou au cours d'une santé déjà menacée, il tombe subitement et succombe dans le coma en quelques heures ou en quelques jours. Souvent aussi, il reprend progressivement connaissance, mais il reste porteur d'une hémiplégie, accompagnée ou non d'aphasie ; parfois le médecin est appelé d'urgence auprès d'un malade qu'il trouve dans le coma ; au cours de son examen, il note de la raideur des membres et de la nuque, et il soupçonne une hémorragie méningée que la ponction lombaire confirme en donnant issue à un liquide sanglant. Dans certains cas, l'hémorragie méningée est plus discrète, elle s'annonce par une céphalée violente, un état vertigineux et une obnubilation légère ; à l'examen, on note du Kernig, de la raideur de la nuque et la ponction lombaire révèle un liquide légèrement sanglant. C'est à cette forme bénigne, mais dont la signification n'est pas moins fâcheuse, que Vaquez et Esmein ont donné le nom d'épistaxis méningée.

L'hémorragie des tuniques de l'œil est souvent rencontrée ; il est banal d'observer chez l'hypertendu une ecchymose sous-conjonctivale subitement apparue ; mais l'hémorragie rétinienne est surtout importante à retenir ; précédée ou non d'amaurose passagère, elle est suivie de troubles fonctionnels graves pouvant aboutir à une perte complète de la vision.

Les hémorragies peuvent également se rencontrer ailleurs, et en présence d'une hémoptysie, d'une hématémèse, d'une métrorragie, d'une hématurie dont la cause ne paraît pas évidente, le médecin devra soupçonner et rechercher l'hypertension. C'est ainsi que l'un de nous observait il y a quelques mois, au cours d'une crise hypertensive, des accidents graves de glaucome, et le lendemain, une forte hématurie.

Accidents cardiaques. — L'hypertension soumet le cœur à un surmenage permanent, auquel il ne peut indéfiniment s'adapter ; certains sujets sont à ce point de vue particulièrement vulnérables et chez eux, c'est le cœur qui le premier traduit sa souffrance. L'insuffisance cardiaque est habituellement progressive, mais dans certains cas, sans cause apparente, ou à la suite d'un excès alimentaire ou sexuel, elle s'annonce brutalement par un accès d'angor ou une crise d'œdème aigu du poumon. Généralement, de petits signes avertissent l'hypertendu que sa résistance à l'effort est amoindrie ; un léger essoufflement, une difficulté plus grande pour monter les escaliers ; quelques extra-systoles ; dans certains cas, une crise de tachycardie paroxystique ou d'arythmie complète, indiquent que le cœur est à la limite de sa tolérance. Sous l'influence du repos et du régime, ces troubles sont susceptibles de s'amender, mais l'équilibre ne saurait être que temporaire. Plus ou moins tôt, suivant les sujets et suivant leur règle de vie, l'insuffisance cardiaque s'aggrave, la dyspnée augmente ; au moment où ils se mettent au lit, ou après le lever, ils souffrent, pendant quelques minutes ou davantage, d'une gêne respiratoire inaccoutumée et qui bientôt se dissipe ; puis, surviennent les accès d'asthme cardiaque ; vers minuit ou une heure du matin, le malade se réveille dyspnéique, anxieux ; il est obligé de s'asseoir sur son lit pour attendre la fin de la crise qui s'accompagne souvent d'une toux quinteuse et d'une expectoration œdémateuse et parfois striée de sang. A cette période, la crise d'œdème aigu est à redouter, elle survient subitement, souvent au milieu de la nuit et à la suite d'une miction, au moment où le malade venait de se remettre au lit. Appelé d'urgence, le médecin le trouve assis, pâle, anxieux, couvert de sueurs froides, en proie à une dyspnée effrayante et rejetant en abondance des crachats mousseux ou de teinte saumonnée. Une saignée copieuse pratiquée en temps opportun calme vite cet orage, et le malade épuisé ne tarde pas à reprendre son sommeil. Au cours de la crise, la tension maxima fléchit, mais généralement, elle remonte rapidement à son chiffre habituel ; dans certains cas cependant, elle s'effondre définitivement, ce qui indique une déchéance profonde du myocarde et un pronostic de la plus haute gravité.

L'examen pratiqué au cours de ces différentes étapes permet de constater un bruit de galop méso-systolique ou protodiastolique, de l'assourdissement des bruits, et souvent le phénomène de l'alternance. L'alternance, caractérisée par la succession régulière d'une pulsation forte et d'une pulsation faible, est, dans certains cas, facile à déceler par la simple palpation radiale ; mais souvent, il est utile de recourir à une faible compression de l'artère humérale à l'aide du brassard du sphygmomanomètre. Dans ces conditions, la pulsation faible est complètement éteinte ou suffisamment atténuée pour que l'alternance devienne évidente. A l'examen radioscopique, on note la dilatation ventriculaire gauche, des contractions ondulantes sans am-

pleur, parfois l'affaissement de la paroi du ventricule pendant les mouvements respiratoires ; images qui traduisent des troubles profonds de la tonicité du myocarde.

Ces différentes étapes de l'insuffisance cardiaque se succèdent avec une rapidité variable : grâce au traitement, un équilibre relatif peut être maintenu pour un temps plus ou moins long, mais de toute façon, si l'hypertendu ne succombe pas au cours d'une crise d'œdème ou à la suite d'une affection intercurrente, il finit par la grande insuffisance cardiaque. Le ventricule gauche reste définitivement dilaté ; une insuffisance mitrale fonctionnelle s'installe, on note des œdèmes, des épanchements des séreuses, et la mort survient au cours de la cachexie cardiaque.

2° HYPERTENSION PERMANENTE ASSOCIÉE. — 1) *A la néphrite chronique.* — L'hypertension est souvent associée à la néphrite chronique, que cette dernière soit consécutive à une néphrite aiguë, à une intoxication par le plomb, à une infection syphilitique, ou encore, à une cause indéterminée. D'une façon générale, il n'y a aucun parallélisme entre la néphrite et l'hypertension et l'on peut observer une néphrite urémigène avec une tension relativement peu élevée, et inversement, une forte hypertension sans que la fonction rénale paraisse troublée. La néphrite n'est décelable cliniquement qu'à la période d'insuffisance rénale ; c'est-à-dire au moment où apparaissent les signes de grande urémie. Le malade présente alors des signes nouveaux tels que l'inappétence, des nausées, des vomissements, parfois... une anémie profonde, une respiration de Cheyne-Stokes, de la somnolence, une torpeur invincible, préface du coma terminal. La recherche de l'azotémie sanguine montre que le taux de l'urée s'élève progressivement ou par poussées, pour atteindre 1 gr., 2 gr., puis 3 grammes, chiffre qui annonce une mort imminente.

Le plus souvent, la néphrite chronique modifie peu le tableau de l'hypertension, le seul symptôme qui lui soit propre, en dehors de la période d'insuffisance rénale ; l'albumine est en effet très inconstante au cours de la néphrite urémigène. Donc, dans la majorité des cas, le laboratoire est seul capable de nous éclairer sur l'état du rein ; la constatation d'une cylindrurie, ou d'un taux d'urée sanguine supérieur à 0 gr. 50, à la condition qu'il soit durable, seront des signes certains d'un trouble de la fonction rénale. Mais chez les hypertendus, le taux de l'urée sanguine est généralement normal. Aussi, est-il indispensable pour ne pas laisser passer inaperçue une néphrite chronique en évolution, de recourir à d'autres épreuves telles que la constante d'Ambard, l'épreuve du bleu de méthylène et de la phénolsulfonaphtaléine. Si la constante se montre élevée, si l'élimination du bleu est anormalement prolongée ; si la quantité de sulfonephtaléine décelée par le colorimètre est au-dessous de 50, 60 p. 100 de la quantité injectée, on pourra conclure que la fonction rénale est troublée.

La néphrite chronique, quand elle est associée à l'hypertension, se présente donc à des stades très différents de son évolution ; quoi qu'il en soit, quand l'hypertendu ne succombe pas par hémorragie cérébrale ou par insuffisance cardiaque, il meurt généralement d'urémie. Mais les cas ne sont pas rares où ces différents accidents se combinent, où l'on voit coexister à la période terminale les accidents cardiaques et vasculaires et l'insuffisance rénale.

2) *Avec les cardiopathies artérielles.* — L'aortite et, dans la majorité des cas, l'aortite syphilitique, se rencontre souvent chez les hypertendus. On sait en effet depuis une vingtaine d'années que l'aortite qui survient chez les sujets âgés de 40 à 50 ans est presque toujours syphilitique. Chez ces malades, on décèle généralement une contamination antérieure, soit par les anamnestiques, soit par les lésions associées (tabes incipiens, Argyll, leucoplasie buccale) soit enfin par la réaction de Bordet-Wassermann. Le rein est le plus souvent intéressé et l'on se trouve en présence d'une néphro-aortite dont le diagnostic ne comporte aucune difficulté. Ces néphro-aortites s'accompagnent d'une tension différentielle beaucoup plus élevée qu'on ne l'observe partout ailleurs ; elles se caractérisent à l'auscultation par un double souffle aortique, à l'examen radioscopique par l'hypertrophie ventriculaire gauche, l'aspect sinueux de l'aorte, l'opacité et l'élargissement de son diamètre dans les positions obliques. Parfois l'aortite s'associe à l'ectasie ; dans certains cas aussi, elle passe inaperçue en raison de l'absence de signes orificiels et le malade passe pour un hypertendu banal, bien qu'à l'autopsie, on découvre une aortite grossière en évolution. Ces néphro-aortites sont généralement découvertes à la faveur d'une crise d'angor ou des signes de l'insuffisance cardiaque ; mais souvent aussi, d'une façon fortuite, et on est surpris que des lésions aussi grossières soient compatibles avec une existence normale. Les néphro-aortites syphilitiques sont, en effet, généralement bien tolérées et favorablement influencées par le traitement.

Eventuellement, l'hypertension peut coexister avec une insuffisance mitrale d'origine endocardique ; le fait est rare, mais il peut, quand il se présente, rendre délicate la discrimination avec le souffle d'insuffisance fonctionnelle. Cependant, les anamnestiques, le caractère du souffle, la formule tensionnelle, les rapports des diamètres du cœur, permettront de faire la distinction.

3) *Avec le diabète.* — Dans la pratique, il est fréquent de rencontrer le diabète associé à l'hypertension. Janeway a noté cette coïncidence dans 7 % des cas ; il s'agit d'un diabète relativement bénin qui reste au second plan dans l'histoire du malade. En raison de l'action de l'adrénaline sur la tension et la glycémie, on a pensé, sans d'ailleurs en fournir la démonstration, qu'une même cause intervenait pour produire l'hypertension et le diabète.

3° Hypertension artérielle paroxystique. — L'hypertension paroxystique ne présente avec l'hypertension permanente aucune différence fondamentale ; souvent elle lui est associée, et dans les cas où elle survient à l'état solitaire, par paroxysmes isolés, elle en est parfois le prélude. L'hypertension paroxystique se rencontre surtout au cours du saturnisme aigu, de l'éclampsie puerpérale, de certaines crises douloureuses, ou encore d'une façon soudaine sans cause apparente.

Saturnisme aigu. — La crise hypertensive du saturnin peut s'accompagner ou non de colique de plomb. Le rôle de l'hypertension dans le déterminisme de cette dernière n'avait pas échappé aux cliniciens du XVIIIe siècle, et Stoll avait, non seulement décrit le pouls dur et tendu de la colique de plomb, mais aussi remarqué que la disparition de ces caractères annonçait une amélioration prochaine. La tension artérielle, au cours de ces paroxysmes, peut atteindre des chiffres élevés 25, 26, 30 centimètres de Hg. comme dans les cas de Labadie-Lagrave et Laubry, de Ménétrier, etc. La crise vasculaire se traduit par des effets variables dont le plus banal est la colique saturnine, mais on peut aussi observer l'amaurose subite, la surdité passagère, l'aphasie transitoire, etc., et dans certains cas, les graves accidents de l'encéphalopathie saturnine. En général, le paroxysme hypertensif se juge par une détente et le retour de la tension à un chiffre normal, mais il n'est pas rare de le voir aboutir à l'hypertension permanente associée à la néphrite chronique.

Eclampsie puerpérale. — La crise hypertensive constitue, pour la femme enceinte, le plus grave danger qui la menace. Les accoucheurs avaient depuis longtemps observé au cours de l'éclampsie un pouls dur et tendu et un clangor aortique, mais c'est en 1897 que Vaquez et Nobécourt montrèrent que ces signes étaient la conséquence d'une forte hypertension. Généralement, il s'agit de femmes albuminuriques chez lesquelles on peut noter, par une surveillance régulière, l'élévation progressive de la tension ; mais souvent, aussi l'hypertension est subite et accompagnée d'accidents variés dont le pronostic grave n'est conjuré que par une saignée copieuse. Après la crise, la tension retombe en général au chiffre antérieur ; cependant, comme le recommande Vaquez, ces sujets doivent être rigoureusement surveillés, car, dans certains cas, après 10 ou 15 ans, on note une hypertension permanente et des signes de néphrite chronique.

Crises douloureuses. — L'accès d'angor paraît dans certains cas associé à une poussée hypertensive. Mackenzie et Pal, Aubertin et Gambillard, Lian, ont, en effet, noté la coexistence de l'hypertension et de la crise douloureuse. L'un de nous a observé deux cas analogues. Paillard a constaté une crise hypertensive au cours du syndrome douloureux de la colique néphrétique et des paroxysmes identiques peuvent coexister avec les crises gastriques du tabès.

Hypertension paroxystique solitaire. — L'hypertension paroxystique peut se rencontrer à l'état solitaire, sans que cliniquement un facteur étiologique quelconque puisse être incriminé. Marcel-Labbé et Doumer ont rapporté l'observation d'une femme de 28 ans qui présentait subitement des douleurs constrictives de l'épigastre accompagnées de nausées et de vomissements. Au cours de ce paroxysme, la tension s'élevait de 12-14 à 25-27. Ces crises solaires se compliquèrent à plusieurs reprises d'œdème aigu du poumon et la malade finit par succomber au cours d'une crise. Vaquez et Donzelot ont observé un cas analogue ; il s'agissait d'un sujet de 37 ans qui, au cours d'un effort, ou à la suite d'une émotion, était pris de vives douleurs des membres inférieurs, bientôt suivies de crampes des mollets et des cuisses. Puis rapidement, survenaient de violentes douleurs abdominales et thoraciques et une céphalée atroce. La crise durait quelques minutes, et la tension s'élevait de 14-8 à 30-17, mais retombait rapidement au chiffre normal.

De ces observations on peut rapprocher les cas très curieux de Harvier et de Villaret. Harvier et Bariety ont publié l'histoire d'un malade âgé de 75 ans, atteint d'un cancer du tiers supérieur de l'œsophage. Cette tumeur donnait lieu à des paroxysmes hypertensifs marchant de pair avec des accès de dyspnée inspiratoire et, au cours de ces accès, la tension artérielle s'élevait de 15 à 23-25, pour retomber peu après à un chiffre normal. L'observation de Villaret, Bloch, Bariety et Lappas présente, avec la précédente, les plus grandes analogies ; il s'agit d'une femme de 75 ans, également atteinte de crises de dsypnée inspiratoire associée à des paroxysmes hypertensifs. Au moment des crises, la tension s'élevait de 17-8 à 27-11. Dans le premier cas, le plexus laryngé était englobé par la tumeur ; dans le second, le pneumogastrique droit était comprimé par un lymphosarcome métaplastique cervico-thoracique. Ces deux observations sont d'autant

plus intéressantes que le mécanisme de l'hypertension y apparaît, ce qui est rare, d'une interprétation facile, car il semble évident que les crises hypertensives sont la conséquence de l'excitation du pneumo-gastrique réfléchie sur les centres vaso-constricteurs cérébro-médullaires.

4° HYPERTENSION MAXIMALE. — Cette forme ne présente aucune analogie avec les variétés précédentes, tant au point de vue de son degré que du mécanisme qui la conditionne et du pronostic qu'elle comporte. C'est une hypertension peu considérable qui n'intéresse que la maxima et dont la cause est locale. Nous verrons, en effet, qu'elle est liée à une forme particulière de l'onde systolique secondaire à la sclérose de l'aorte ou à l'éréthisme cardio-vasculaire. Cette hypertension maxima s'observe, en effet, chez les scléreux aortiques et chez les nerveux tachycardiques, qu'il s'agisse de basedowiens ou de ces jeunes sujets, au cœur rapide, et qui se plaignent de palpitations et d'essoufflement facile à l'effort.

Cette hypertension maximale est sans signification pronostique, mais malgré tout, elle est utile à connaître en raison des renseignements qu'elle est susceptible de fournir sur l'état des parfois vasculaires.

Evolution et pronostic de l'hypertension.

Le pronostic de l'hypertension paroxystique est toujours sérieux, et personne n'ignore que la crise hypertensive du saturnisme et surtout de l'éclampsie puerpérale constituent pour le malade une grave menace et parfois un danger imminent.

Par contre, le pronostic de l'hypertension permanente à la phase compensée est difficile à établir, en raison de ce fait que l'observation médicale n'intervient souvent qu'à une période éloignée du début, et qu'aucun critérium certain ne permet d'estimer avec une exactitude suffisante la durée de la tolérance. De toute façon, le chiffre de la tension ne saurait à ce point de vue avoir une valeur absolue, car une tension relativement peu élevée peut coïncider avec une azotémie importante ou s'accompagner d'insuffisance cardiaque. Cependant, d'une façon générale, une hypertension moyenne et solitaire ne comporte aucun danger immédiat, mais par contre, une grande hypertension, surtout si la minima dépasse 14, indique un pronostic réservé. En réalité, ces notions n'ont qu'une valeur relative. Car dans chaque cas particulier, interviennent trop de facteurs obscurs, en particulier une capacité d'adaptation très variable suivant les sujets et des poussées hypertensives éventuelles que le médecin ne saurait prévoir.

Certaines circonstances cependant aggravent le pronostic; c'est ainsi qu'une hypertension qui s'élève rapidement par poussées serait, d'après Vaquez, d'un pronostic plus sombre qu'une hypertension qui s'installe progressivement pour se stabiliser à un chiffre fixe. L'hérédité est un facteur indéniable de gravité, et tous les médecins ont rencontré dans leur pratique des familles qui payent à l'hypertension un lourd tribut. Par contre, certaines conditions sont favorables; les vieillards supportent relativement bien l'hypertension, sans doute parce qu'à cet âge, ils sont retirés de la vie active et moins exposés au surmenage et aux excès ; les syphilitiques paraissent également bien tolérer une forte hypertension ; enfin, l'hypertension de la ménopause est relativement bénigne et rarement elle se complique d'accidents cardiaques ou vasculaires.

A la période troublée, le pronostic s'éclaire et le médecin peut conclure que l'hypertendu ne saurait plus fournir une longue carrière. Quand les nuages ont apparu, il faut craindre l'orage ; une céphalée violente et tenace, les spasmes vasculaires. annoncent les grands accidents cérébraux ; la dyspnée, l'asthme cardiaque, doivent faire redouter la déchéance définitive du cœur ; une azotémie croissante est le signe d'une mort relativement prochaine. Un gramme d'urée sanguine ne comporte guère une survie de plus de deux ans; deux grammes, de quelques mois; trois grammes, de quelques semaines.

D'après la statistique de Janeway, l'hypertendu succombe dans 32 p. % des cas par insuffisance cardiaque ; dans 25 % par urémie, dans 16 % par apoplexie cérébrale. Plus rarement, la mort est la conséquence d'un accès d'angor, ou d'une crise d'œdème aigu, ou secondaire à une maladie intercurrente.

Etiologie de l'hypertension.

L'hypertension est exceptionnelle chez l'enfant et l'adolescent, elle s'observe surtout de 40 à 50 ans et le plus souvent chez l'homme.

Chez l'enfant, elle est secondaire à la scarlatine et surtout à la syphilis héréditaire. Genevrier et Bonnin, dans 15 observations, l'ont décelée soit par les stigmates, soit par la séro-réaction, et l'enquête familiale chez des enfants atteints d'hypertension solitaire ou associée à une lésion cardiaque ou rénale.

Chez l'adolescent, les mêmes facteurs peuvent intervenir, mais il n'est pas rare de rencontrer en outre, à cet âge, une légère hypertension maxima d'origine sympathique liée à un état constitutionnel sans gravité.

Chez l'adulte, on peut retrouver cette même hypertension légère secondaire à l'hypertonie du sympathique, que cette dernière soit primitive ou la conséquence d'une maladie infectieuse telle que le rhumatisme articulaire aigu ; mais à cet âge, on observe surtout l'hypertension permanente dont la nature demeure obscure en raison des difficultés que le médecin rencontre pour

mettre en évidence le rôle des facteurs incriminés. L'influence des états diathésiques, tels que la goutte, le diabète, l'obésité, est discutable ; celle de l'alcool, du tabac n'est pas mieux établie. Par contre, la syphilis est considérée par la plupart des auteurs comme le facteur essentiel de l'hypertension. Eventuellement la syphilis peut, dès la période secondaire, s'accompagner d'hypertension. Tetratze et Milian en ont observé des cas ; l'un de nous (1) a observé chez une jeune femme en période secondaire une hypertension de 23-12 ; rapidement par le traitement, la tension tomba à 16-9. En réalité, la syphilis intervient surtout à la période tertiaire.

Chez 50 hypertendus, Stoll décèle l'infection syphilitique dans 90 p. 100 des cas ; Amblard, sur 100 hypertendus, trouve la syphilis dans 78 % des cas. Vaquez et Leconte, en se basant sur une statistique de 1000 observations, signalent que la syphilis est le facteur le plus souvent rencontré chez les hypertendus. Nos observations personnelles conduisent à des conclusions analogues (2). Et cependant, ces chiffres sont bien au-dessous de la réalité si l'on en juge par la fréquence des réactions négatives à une période tardive de la maladie. En dehors de cette notion, il est utile de rappeler qu'une aortite syphilitique en activité est souvent associée à l'hypertension ; que le traitement a permis à certains auteurs et à l'un de nous d'obtenir, dans certains cas, une chute importante et durable de la tension. Ces résultats sont, il est vrai, l'exception, mais comment en serait-il autrement, puisque dans la majorité des cas, le médecin intervient sur un processus ancien et définitivement fixe ? Enfin, il n'est pas sans intérêt de remarquer que l'hypertension et les complications viscérales de la syphilis s'observent au même âge, à la même période de la vie.

La ménopause, qu'elle soit spontanée ou provoquée par une opération pour fibrome, annexite, est une cause fréquente d'hypertension. Cette hypertension paraît la conséquence de l'insuffisance ovarienne ; on sait, en effet, que l'ovaire a un rôle hypotenseur qui s'oppose à l'action hypertensive des surrénales et de la thyroïde. Le déséquilibre humoral qui résulte de la prédominance fonctionnelle de ces glandes permet de comprendre, si l'on se rappelle leurs affinités pour le système nerveux végétatif, — que la suppression de la fonction ovarienne soit favorable à l'hypertonie du sympathique, c'est-à-dire aux spasmes vasculaires et à l'hypertension.

(1) Hypertension syphilitique secondaire. G. Brouardel, L. Giroux et Bonnot. (*Paris médical*, 1923.)

(2) Louis Brin et Léon Giroux. — Syphilis du cœur et de l'aorte. (1 vol. Doin, éditeur, 1923.)

Pathogénie de l'hypertension.

Le mécanisme intime de l'hypertension nous échappe entièrement, et Laubry et Doumer, par une critique serrée, ont bien mis en lumière la fragilité des théories régnantes. Cependant, certaines hypertensions maximales, assez banales d'ailleurs, et sans la moindre analogie avec la grande hypertension, relèvent d'un mécanisme assez simple ; d'après Fabre, elles seraient dues à l'action du brassard qui agit comme une ligature. L'onde systolique bat contre l'obstacle, revient sur elle-même et, par son choc sur l'onde qui la suit, elle élève la tension au-dessus de son chiffre réel. Cette surestimation est surtout marquée quand l'onde sanguine est brutale, comme cela s'observe dans l'éréthisme cardio-vasculaire des instables neurotoniques et des basedowiens, ou encore chez les sujets atteints de sclérose aortique, et les vieillards dont les parois n'ont plus l'élasticité suffisante pour amortir l'onde systolique.

Par contre, l'hypertension réelle, qui porte à la fois sur la maxima et la minima, relève d'un mécanisme obscur et que de laborieux efforts n'ont pu, à l'heure actuelle, élucider. Trois théories sont en présence, mais aucune d'elles n'est entièrement satisfaisante pour l'esprit et en parfaite concordance avec les faits.

1° Théorie rénale. — L'hypertension fut d'abord considérée comme la conséquence de la sclérose rénale, et certains faits sont en effet favorables à cette interprétation. Il est fréquent de rencontrer l'hypertension à la suite d'une scarlatine, ou d'une néphrite aiguë, de l'observer chez des saturnins ou des goutteux, atteints de sclérose rénale ; enfin, on sait que les hypertendus qui ne succombent pas à une hémorragie cérébrale ou au cours de l'insuffisance cardiaque, meurent le plus souvent d'urémie. D'autre part, comme nous l'avons vu plus haut, les méthodes de laboratoire, et en particulier la constante d'Ambard, décèlent souvent un trouble latent de la fonction rénale.

Malgré tout, ces concordances ne sauraient démontrer que la néphrite est le facteur essentiel et prédominant, et l'on peut tout aussi logiquement penser que l'hypertension et la sclérose rénale relèvent d'un mécanisme commun qu'il appartient à de nouvelles recherches de mettre en évidence.

D'ailleurs, il est difficile de reconnaître à l'hypertension solitaire une origine rénale : en effet, tous les médecins ont souvent rencontré des hypertendus qui, pendant de longues années, n'ont jamais présenté de trouble rénal, tant au point de vue de la clinique que du laboratoire.

Enfin, il est fréquent d'observer des néphrites sans que l'hypertension en soit la conséquence. Pendant la guerre, à une époque où les néphrites

étaient d'observation courante et pouvaient être suivies en série, de nombreux auteurs, et l'un de nous (1), ont pu se rendre compte qu'elles ne modifiaient guère la tension artérielle qui se maintenait à des chiffres voisins de la normale. D'autre part, si l'on en juge par les observations de Chiray et Lemierre, de Bouchut et Pauper-Ravault, la sclérose rénale et une forte azotémie peuvent s'observer sans hypertension associée.

Ces considérations montrent donc qu'à l'heure actuelle, rien ne permet de rattacher l'hypertension à la sclérose rénale et il paraît même plus vraisemblable que la lésion du rein est la conséquence de l'hypertension. Certains faits cliniques et expérimentaux sont, comme l'ont rappelé Laubry et Doumer, en faveur de cette opinion. En effet, Carrel et Guthrie ont provoqué la sclérose artérielle en anastomosant une artère sur un réseau veineux limité ; Vaquez et Léon Giroux (2) ont montré qu'à la suite d'une sténose mitrale, l'hypertension de la petite circulation provoquait la sclérose de l'artère pulmonaire.

2° Théorie surrénale. — Cette théorie soutenue par Vaquez incrimine l'hyperfonctionnement des surrénales. Elle s'appuie sur un ensemble d'arguments cliniques, anatomiques et expérimentaux, dont on ne peut nier la valeur : l'évolution souvent oscillante de l'hypertension ; l'apparition soudaine de crises hypertensives ; la fréquence d'un diabète léger chez les hypertendus ; l'hyperplasie adénomateuse des surrénales, souvent associée à la néphrite chronique, semblent montrer qu'à l'origine de l'hypertension, intervient un trouble de la fonction surrénale.

L'observation de Marcel Labbé, Tinel et Doumer, les belles expériences de circulation croisée de Tournade et Chabrol, plaident dans le même sens, la première en montrant l'association de l'hypertension paroxystique à un médullome surrénal, les secondes, en démontrant l'existence d'une adrénalinémie physiologique. Cependant, ces faits sont insuffisants pour expliquer l'hypertension permanente ; Tournade et Chabrol ont, en effet, montré que toute élévation de tension modérait l'activité surrénale et, en diminuant l'adrénalinémie, s'opposait à une élévation durable de la tension ; d'autre part, les cas sont nombreux où l'on trouve chez l'hypertendu des surrénales d'apparence normale. Malgré tout, si la théorie surrénale n'est pas à l'heure actuelle basée sur des arguments décisifs, il n'en est pas moins vrai que ceux qu'on leur oppose ne sont pas assez probants, pour justifier, à son sujet, des conclusions définitives.

3° Théorie artérielle. — Cette théorie, soutenue surtout à l'étranger, rattache l'hypertension à l'athérome et à la sclérose vasculaire. L'athérome ne saurait être retenu, car localisé aux gros troncs artériels, il ne peut expliquer l'hypertension ; il peut, tout au plus, élever la maxima en s'opposant à l'amortissement suffisant de l'onde systolique. Par contre, l'artério-capillarite de Gull et Sutton pourrait, à la rigueur, aboutir à ce résultat, mais il faudrait pour cela des lésions généralisées et un état spasmodique permanent. Or, le spasme ne peut être que passager et il est exceptionnel de rencontrer des lésions diffuses. D'ailleurs, il est un fait certain et d'observation courante, c'est que l'hypertendu, au moins pendant de longues années, ne présente aucune altération vasculaire apparente et quand on cherche à établir les rapports qui unissent l'hypertension et la sclérose vasculaire, cette dernière paraît en être plutôt l'effet que la cause.

En résumé, aucune des théories régnantes ne donne au problème de l'hypertension une solution définitive. Ce que nous pouvons retenir de l'examen des faits, c'est que l'hypertension paraît la conséquence d'un trouble fonctionnel passager ou durable du système nerveux végétatif des glandes endocrines. Les spasmes vasculaires si fréquents, les observations de Marcel Labbé et Doumer, de Vaquez et Donzelot, sont en faveur d'une action endocrino-sympathique, que les cas de Harvier et Villaret mettent en évidence. On sait, en effet, non seulement que l'excitation du bout central du pneumo-gastrique produit l'hypertension, mais encore, depuis les expériences d'anastomose surrénalo-jugulaire de Tournade et Chabrol, qu'elle détermine une hypersécrétion d'adrénaline. Ce mécanisme hypertensif expérimental, se retrouve spontanément déclanché dans les observations de Harvier et Villaret par l'excitation locale du pneumogastrique. Pour expliquer l'hypertension permanente, on peut admettre une sollicitation constante du système nerveux végétatif susceptible d'être provoquée et entretenue par un état humoral particulier. A ce point de vue, les recherches de Govaerts sont intéressantes à retenir ; cet auteur a, en effet, noté chez les hypertendus une augmentation de la pression osmotique des protéines du sérum. Cet état, en s'opposant à la sortie de l'eau des capillaires, pourrait peut-être entraîner une hypertension compensatrice plus favorable aux fonctions tissulaires.

Traitement de l'hypertension.

L'ignorance où nous sommes du mécanisme exact de l'hypertension ne permet pas au méde-

(1) Léon Giroux et Quirin. — Les néphrites de guerre. (Société médicale des hôpitaux, 1915.)

(2) Vaquez et Léon Giroux. — Sclérose et athérome de l'artère pulmonaire. (Société médicale des hôpitaux, 1908.)

Léon Giroux. — Sclérose et athérome de l'artère pulmonaire. Rôle des conditions mécaniques. (1 vol., 1910.)

cin de l'atteindre à son origine même ; par contre, certaines notions, — en particulier le rôle de la syphilis, — permettent un traitement étiologique parfois favorable. Malheureusement, le plus souvent, on se trouve en présence d'un processus ancien peu sensible aux agents thérapeutiques. Donc, d'une façon générale, le traitement de l'hypertension est essentiellement symptomatique et le seul but qu'il puisse se proposer, c'est de retarder l'échéance des accidents et d'en atténuer les effets, quand ils surviennent.

Traitement de l'hypertension compensée.

Traitement symptomatique. — L'*hygiène générale* tient la place essentielle dans le traitement de l'hypertension ; le repos physique et moral, l'éloignement des affaires, suffisent souvent pour faire baisser la tension de à 2 à 3 centimètres. Cependant, il faut se rappeler qu'à cette période, l'hypertendu conserve les attributs de la santé et ne pas intervenir avec une sévérité excessive et intransigeante. Chez certains sujets émotifs, l'inactivité, le sentiment de la déchéance, sont susceptibles d'être plus préjudiciables qu'une certaine tolérance. Le régime, à cette période, sera relativement large, de façon à éviter l'affaiblissement physique et une trop grande perturbation dans les habitudes. Le médecin permettra environ 100 grammes de viande au repas de midi et un peu de vin additionné d'eau ; le café sera permis en petite quantité ; par contre, l'alcool et le tabac seront formellement interdits. Les liquides ne devront pas dépasser la quantité quotidienne de un litre et demi ; ils seront répartis sur la journée de façon à ce qu'ils pénètrent progressivement dans la circulation générale.

L'*exercice* sera salutaire, à la condition d'éviter la fatigue ; la marche à allure modérée aura l'avantage de favoriser la circulation en facilitant la réplétion des vaisseaux. Elle sera pratiquée aux heures favorables, en évitant les températures extrêmes et la période qui suit les repas.

Le *massage* et la *gymnastique* suédoise sont à recommander, mais ils devront être pratiqués avec douceur. Le massage se bornera à l'effleurage et au pétrissage qui intéresseront surtout l'abdomen. Les séances ne se prolongeront pas au-delà d'un quart d'heure ou vingt minutes. Les mouvements du tronc et des membres seront également favorables, à la condition d'être effectués avec mesure sans provoquer l'essoufflement. Par contre, les bains de vapeur et les bains chauds seront formellement interdits en raison des perturbations trop brutales qu'ils sont susceptibles de provoquer.

Les *agents physiques*, tels que la haute fréquence et la diathermie, bien qu'ils ne paraissent avoir aucune action sur le chiffre de la tension, sont cependant favorables aux hypertendus en raison de leur action sédative sur le système nerveux sympathique ; ils améliorent, en effet, certains troubles fonctionnels, en particulier : l'insomnie, la céphalée, les paresthésies. La *radiothérapie* des surrénales, préconisée par Zimmern et Cottenot, malgré l'inconstance de ses résultats, est une méthode rationnelle qu'il est légitime de tenter.

Le *climat* que l'hypertendu devra de préférence rechercher sera un climat de faible altitude, sec et abrité des vents ; la mer sera déconseillée, sauf cependant la Méditerranée, mais à la condition que le malade séjourne à une certaine distance de la côte.

Les *cures hydro-minérales* sont particulièrement salutaires aux hypertendus, grâce à l'action combinée du repos, du climat et des eaux. Ces influences diverses, par leurs effets convergents, provoquent une détente nerveuse et la désintoxication de l'organisme. Ces cures se pratiquent sous deux modes principaux : le bain carbo-gazeux et la cure de diurèse. Le bain carbo-gazeux, par l'acide carbonique qu'il dégage, produit sur les capillaires une action vaso-dilatatrice et, secondairement, une chute légère de la tension ; il augmente en outre la diurèse. La cure de diurèse se propose surtout d'améliorer la fonction rénale par l'ingestion d'eau peu minéralisée et qui, suivant l'expression consacrée, agit surtout par ce qu'elle emporte. Pour que cette cure agisse favorablement, il faut que l'eau ingérée s'élimine rapidement ; elle est salutaire à la condition que les urines émises dans les deux heures qui suivent l'ingestion soient d'un volume supérieur à la quantité absorbée. Ces cures hydrominérales se pratiquent dans différentes stations qui ont chacune leurs indications. Royat correspond surtout aux hypertensions pures ; Néris et surtout Bains-les-Bains conviennent particulièrement aux nerveux, aux angiospasmodiques. Cette dernière station soulage souvent, d'une façon rapide et durable, les sujets atteints de douleurs angineuses. Evian, Vittel, Contrexéville et Martigny, où se pratique surtout la cure de diurèse, sont à recommander aux malades dont la fonction rénale est troublée ; aux hypertendus uricémiques, calculeux hépatiques ou rénaux. Saint-Nectaire s'adresse aux hypertendus albuminuriques, Brides-les-Bains aux pléthoriques obèses. Vichy, Plombières, Châtel-Guyon, aux sujets chez lesquels les troubles digestifs sont prédominants.

Traitement médicamenteux. — Le premier but à poursuivre chez l'hypertendu, c'est de soulager la circulation générale en diminuant d'une façon régulière la masse sanguine.

La *méthode déplétive* par laquelle on obtient ce résultat intervient par la saignée et les purgatifs. La saignée pratiquée par ventouses scarifiées

ou de préférence par la ponction veineuse ne dépassera pas 200 grammes tous les mois. Il faudra, à cette période de l'hypertension, éviter les grandes saignées qui d'ailleurs n'abaissent pas la tension, ou ne le font que d'une façon très passagère ; car comme l'a montré Vincent, elles peuvent entraîner des paralysies définitives. En effet, chez certains sujets scléreux dont les artères sont peu perméables, l'hypertension a une action favorable et une chute même légère de la tension peut provoquer des accidents cérébraux graves.

Les *purgatifs* seront prescrits tous les 15 jours ou toutes les semaines ; on emploiera de préférence les purgatifs salins, tels que le sulfate de soude. La dose à prescrire variera avec la sensibilité du malade au médicament et le médecin traitant sera seul apte à la fixer. De toute façon il ne sera pas nécessaire d'obtenir un effet trop brutal et déprimant pour le malade.

Les *diurétiques* seront recommandés ; le meilleur d'entre eux est la théobromine et ses différentes modalités spécialisées dans le commerce. Elle sera prescrite à la dose de 1 gr. 50 en cachets de 0 gr. 50 et associée au phosphate de soude. Dans l'intervalle des cures, on pourra lui substituer sous forme de poudre ou de teinture la scille qui est un diurétique azoturique.

La *médication hypotensive* a pour but de soulager le cœur et les vaisseaux en dominant les résistances périphériques. Elle comporte de nombreuses préparations dont la liste s'allonge chaque jour. Cette médication intervient par deux variétés de médicaments dont les uns sont vasodilatateurs et les autres antispasmodiques. Parmi les premiers se range le gui, dont l'action est peu importante et peu durable et surtout les nitrites. A la phase d'hypertension compensée, il faut, de préférence, recourir au nitrite de soude dont l'action est douce et compatible avec un emploi prolongé. Il sera prescrit à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 chaque jour, par cures d'une durée variable et sous la formule suivante, la plus couramment employée :

Nitrite de soude.............	2 gr.
Sirop simple.................	60 gr.
Alcoolat de citron............	30 gr.
Eau distillée............ q.s.p.	300 cmc.

2 à 3 cuillerées à entremets représenteront la dose quotidienne. Au nitrite de soude on pourra substituer l'esprit de nitre dulcifié, sous la forme suivante :

Esprit de nitre dulcifié........	15 gr.
Limonade citrique...........	500 cmc.

1 verre à bordeaux, matin et soir.

Les autres nitrites, en raison de leur action brutale et de la réaction hypertensive secondaire, ne sont pas à consuiller aux hypertendus compensés ; ils ne sont indiqués qu'au cours des crises hypertensives accompagnées ou non de phénomènes angineux. C'est ainsi qu'aux sujets atteints d'angor on prescrira le nitrite d'amyle et de préférence la trinitrine en solution alcoolique au 1 /100, à la dose de X à XV gouttes dans la journée. La trinitrine pourra également être prise en dragées ou en potion suivant la formule préconisée par Vaquez :

Trinitrine en solution alcoolique au 1 /100......	LX gouttes
Chlorhydrate d'héroïne...	cinq centigr.
Caféine.................	1 gramme
Benzoate de soude........	2 grammes
Sirop d'éther............	60 grammes
Eau distillée......q. s. p.	100 cmc.

3 à 5 cuillerées à café dans la journée.

Les antispasmodiques comprennent les bromures, la valériane, le benzoate de benzyle découvert par Macht. Les antispasmodiques conviennent surtout à l'hypertension de la ménopause et aux états hypertensifs dans lesquels le facteur nerveux paraît prédominant.

L'iode, dont on connaît l'action sur les scléroses et sur les processus de nature syphilitique, sera conseillé aux sujets scléreux et, dans tous les cas où la syphilis est susceptible d'intervenir. Il peut être prescrit en gouttes, sous la forme d'iodures ; mais nous préférons recourir aux préparations injectables, telles que le lipiodol, la néo-riodine, dont l'action est plus douce et plus durable, et qui n'ont pas l'inconvénient d'exposer le malade à des troubles gastriques qu'il est important d'éviter.

Traitement étiologique. — Le traitement étiologique n'est en réalité applicable que dans trois circonstances ; chez les saturnins, chez les femmes à la ménopause et chez les syphilitiques. Aux saturnins, le médecin conseillera un changement de profession, ou pour le moins une hygiène rigoureuse ; aux femmes en période de retour d'âge, on aura recours à l'opothérapie ovarienne sous la forme de corps jaune ou d'extraits d'ovaire. Le traitement sera suivi pendant 15 à 20 jours par mois, pendant de longs mois. Les doses seront variables suivant les cas et suivant les effets obtenus. En général, le traitement par ingestion longtemps poursuivi est suffisant, mais dans certains cas aussi, il y aura intérêt à utiliser les préparations injectables. D'autre part, la suppression de la fonction ovarienne s'accompagne souvent de phénomènes d'hyperthyroïdie ou de dysthyroïdie, ce qui justifie dans ces cas l'association au traitement ovarien de l'opothérapie thyroïdienne sous la forme de poudre d'extrait ou même d'hémato-thyroïdine.

Quand la syphilis intervient, surtout quand le médecin se trouve en présence d'une néphro-aortite, il faut recourir au traitement spécifique. Dans certains cas les résultats sont favorables : Castaigne, Audry et Nanta, Parvu, l'un de nous, ont obtenu des chutes importantes et durables de la tension. Pour obtenir ce résultat, il est indispensable que le traitement soit énergique et prolongé et combine l'action du mercure, du bismuth et des arsenicaux. Cependant il faut reconnaître que les cas heureux sont l'exception. Aussi quand le traitement poursuivi dans de bonnes conditions reste inefficace, il y a lieu de ne pas le prolonger.

Traitement de l'hypertension décompensée. — Quand l'hypertendu est entré dans la période troublée, il faut se montrer sévère et renoncer aux concessions qui, à la phase précédente, étaient justifiées. Quelques signes vasculaires, une azotémie supérieure à la normale et progressive, comporteront un régime rigoureux, composé uniquement, de légumes, de pâtes, de fruits et peu chloruré ; le malade devra en outre s'astreindre au repos et renoncer aux soucis des affaires. Quand l'azotémie atteint un taux élevé et que la situation devient plus alarmante il y aura intérêt à soumettre le malade à la diète hydrique pendant 1 ou 2 jours.

L'insuffisance cardiaque légère sera justiciable du régime et des petits toni-cardiaques : convallaria, cratægus, adonis vernalis ; plus marquée, elle sera combattue par le traitement digitalique. La digitaline sera prescrite par cures plus ou moins prolongées à des doses variables de V à X gouttes et associée à la théobromine. D'autre part, il sera indiqué de prescrire, au début de chaque mois, une période de repos complet de 4 à 5 jours, pendant lesquels l'hypertendu se mettra à la diète lacto-végétarienne et au traitement digitalique.

La digitale est en général bien supportée et efficace ; chez certains sujets cependant, dont le rythme est lent, son action est douteuse et il y a lieu de lui substituer l'ouabaïne, mais à la condition d'employer des doses suffisantes, car les petites doses prescrites généralement sont sans action. Dans certains cas aussi où le rythme est rapide et irrégulier, on pourra recourir à l'association de la digitale et de l'ouabaïne, c'est-à-dire à la natibaïne ou à la digibaïne, à des doses variables suivant les malades et que l'expérience permet seule de fixer.

L'insuffisance cardiaque plus grave nécessite un traitement plus énergique ; en présence des accidents de l'asthme cardiaque, le médecin pratiquera une saignée de 2 à 300 grammes, et aura recours aux injections intra-veineuses d'ouabaïne. Cette intervention énergique sera suivie d'un soulagement rapide et qui peut être parfois longtemps maintenu par un traitement régulièrement suivi. Enfin, en présence d'une crise d'œdème aigu du poumon, il faut pratiquer une saignée copieuse de 5 à 600 grammes ; injecter 1/4 de milligramme d'ouabaïne et ne pas hésiter, surtout s'il existe des phénomènes angineux, à recourir à l'injection de morphine qui, par son effet sédatif, procure au malade épuisé un repos salutaire. Parfois les crises d'œdème ont une tendance à se succéder à de courts intervalles : dans ces circonstances, il est impossible de répéter les saignées trop anémiantes et l'on doit se borner aux injections d'ouabaïne dont on peut prolonger l'emploi pendant des semaines, même si l'insuffisance cardiaque est associée à une sclérose rénale avancée. Nous avons eu l'occasion de traiter ainsi des hypertendus grands azotémiques sans avoir à regretter le moindre incident.

Enfin, quand nos moyens d'action sont épuisés et que la mort est prochaine, il devient inutile et inhumain d'imposer au malade pour un avantage illusoire un régime trop sévère. Certains sujets arrivent à un dégoût tel des aliments permis qu'ils les repoussent ou les rejettent. Dans ces circonstances, le médecin pourra accorder, suivant un désir souvent formulé, un peu de viande ou des albumines végétales, et par cette tolérance, il exercera une influence morale bienfaisante et favorisera l'illusion qu'il lui appartient d'entretenir.

De cette étude, il faut retenir que l'hypertension relève de facteurs divers et évolue avec une gravité variable ; que l'hypertension permanente aboutit ,après une période de tolérance plus ou moins longue, à de graves accidents, vasculaires, cardiaques et rénaux, isolés ou combinés. Le but à poursuivre est donc de la déceler de bonne heure par la recherche systématique de la ten. sion, de façon à intervenir en temps opportun- En effet, à la période troublée, nos moyens d'action, malgré leur richesse apparente, n'ont qu'une efficacité temporaire, sur laquelle nous ne saurions compter pour maintenir longtemps l'édifice quand il menace de s'écrouler.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Généralités sur la Douglassite.

Le Pr Condamin a dénommé ainsi une affection caractérisée par l'inflammation chronique du cul-de-sac de Douglas, avec rétraction de ses divers éléments constitutifs ; les lésions principales portent plus spécialement sur le péritoine, le tissu sous-péritonéal, et surtout les ligaments utéro-sacrés toujours plus ou moins rétractés. Avec ou sans lésions utéro-annexielles, cette affection donne lieu parfois à des troubles sérieux, douloureux et fonctionnels, justiciables d'un traitement agissant directement sur la lésion.

Aux rétractions portant sur les ligaments utéro-sacrés surtout, on opposera une application judicieuse de la columnisation, qui n'est pas, comme on le croit généralement, un simple bourrage du vagin par des tampons de coton imbibés de glycérine et placés n'importe où sans but précis. Ce sera, au contraire, une application raisonnée dans telle ou telle partie du cul-de-sac postérieur, avec l'intention précise d'agir en distendant tel point rétracté, en allongeant telle partie effacée du Douglas, mais toujours en agissant en *arrière du col*, tout au moins pour les premiers tampons ou pour l'éponge imbibée de glycérine antiseptisée. La colonne vaginale des tampons subjacents aura spécialement pour objet de soutenir les premiers et permettra par des pressions de les refouler le plus haut possible par leur intermédiaire.

Le massage devra, dans la généralité des cas, précéder la columnisation, avant tout destinée à maintenir ce que celui-ci aura obtenu. Il devra, à travers la paroi abdominale, aller chercher les rétractions que deux doigts, placés au fond du vagin, lui présenteront en les soutenant ; il devra surtout s'attaquer, sans force brutale ni douloureuse, aux ligaments utéro-sacrés, dans toute leur largeur, hauteur, épaisseur, en n'oubliant pas que c'est du tissu nerveux comprimé par un processus sclérosant rétractile que l'on soumet au massage.

Quand le massage et la columnisation auront en plusieurs semaines reconstitué le Douglas effacé, rendu indolore la région rétro-utérine, il faut conserver les résultats acquis par un pessaire judicieusement choisi, seul capable de maintenir le cul-de-sac postérieur dans ses dimensions normales et de s'opposer à une nouvelle rétraction, ce qui est la règle pour les tissus touchés une première fois par l'inflammation. Ce choix est des plus difficiles, car un ou deux millimètres en plus ou en moins peuvent devenir douloureux ou inopérants.

Tel est le trépied thérapeutique de la Douglassite, car si l'hystéropexie maintient l'utérus dans une position à peu près normale, elle ne peut rien contre le retour des rétractions du Douglas. (*Lyon médical*, 26 septembre 1926.)

Les préparations de Chaulmoogra dans le traitement des tuberculoses cutanées.

Il n'existe pas de médication vraiment spécifique des lésions tuberculeuses ; mais, parmi les médicaments qui semblent avoir une action élective sur le bacille de Koch et les lésions qu'il produit, l'huile de chaulmoogra occupe une place méritée, analogue à celle qui lui a été réservée contre la lèpre.

Dans l'infection tuberculeuse comme dans la lèpre, la lutte entre le parasite et l'organisme s'établit entre la carapace ciro-graisseuse et la lipase humorale, et l'on ne peut concevoir l'action favorable des phagocytes qu'après la dissolution de l'enveloppe cireuse du bacille.

Le Dr Ch. Fouquet mélange à l'huile un acide extrait du suint de mouton, connu sous le nom de lipol ; il a préparé une pommade au chaulmoogra lipolé ; par l'huile, elle agit électivement sur le bacille, dont elle détruit l'enveloppe cireuse ; par son véhicule lipol, elle possède une grande puissance de pénétration à travers les tissus cutanés, surtout les tissus lupiques, dont la résistance est déjà diminuée. Elle possède enfin une action décongestionnante et cicatrisante ; son absence de causticité pour les muqueuses, enfin, la qualifie comme le meilleur et le plus actif des topiques proposés pour le traitement du lupus.

Cette pommade s'emploie soit en applications matin et soir sous une gaze aseptique, soit en la même application précédée de scarifications linéaires quadrillées, ou d'un curettage sérieux après anesthésie locale dans les formes ulcérées avec infiltrations profondes et fongosités. En quelques séances, on obtient un changement notable avec cicatrisation. Cette pommade se recommande également pour les adénites tuberculeuses et les tumeurs blanches, après incision. (*Gazette des hôpitaux*, 18 août 1926.)

Diagnostic des arthrites dysentériques.

A. Besson et G. Ehringer n'admettent pas entièrement les conclusions de Mlle Dobrovolsky, et qui sont les suivantes : le diagnostic des arthri-

tes dysentériques est facile,puis qu'elles surviennent toujours pendant la convalescence du dysentérique, et que leur bénignité et leur absence de lésions cardiaques doivent faire écarter l'idée d'un rhumatisme franc.

Pas plus les données cliniques que les recherches de laboratoires ne permettent, dans la majorité des cas, de poser sûrement le diagnostic du rhumatisme dysentérique. Mais des observations récentes permettent aux auteurs de proposer un procédé nouveau qui, si leurs résultats sont confirmés, établirait d'une façon indubitable le diagnostic : il s'agit de l'agglutination par le bacille de Shiga (et non le bacille de Flexner) du liquide retiré par ponction de l'articulation, et laissé clair, par la coagulation de la fibrine.

De nouveaux essais sont nécessaires. La méthode pourrait sans doute s'appliquer à d'autres arthrites infectieuses : blennorrhagiques, méningococciques, mélitococciques. (*Paris médical*, 30 octobre 1926.)

Traitement de la fièvre typhoïde par les injections intraveineuses d'héxaméthylène-tétramine associées à la balnéothérapie.

Il est bon , en effet, de renforcer l'action bienfaisante des bains, car ceux-ci, cependant, ne laissent pas à l'abri de certains déboires. L'expérience de MM. Chalier et Grandmaison porte sur 160 cas en dix-huit mois.

Ces auteurs ont délaissé la voie gastrique, qui leur a semblé inadéquate à un traitement d'attaque. On peut néanmoins utiliser les comprimés d'uroformine à la dose d'1 gr. 50 par jour. Cette méthode serait indiquée comme pis aller, lorsque les injections intraveineuses sont impossibles, ou lorsque, la maladie étant arrivée à la période de convalescence, on veut, pour éviter des complications ultérieures, amener une stérilisation du milieu biliaire.

Les injections intraveineuses sont faites avec l'uroformine en solution à 25 ou 50 %, présentée en ampoules de 5 cmc., stérilisée par tyndallisation. Chez les adultes, on injecte chaque jour 2 gr. 50 d'uroformine soit 5 à 10 cmc. de la solution selon le titrage ; chez les enfants, quand l'injection intraveineuse est possible, les doses sont réduites de moitié. Les bains dans presque tous les cas ont été donnés à 28° toutes les trois heures de jour et de nuit, quand la température atteignait ou dépassait 39° et qu'il n'y avait pas de contre-indication.

L'uroformine intraveineuse est une méthode anti-infectieuse capable de lutter contre le développement des bacilles typhiques dans le sang. Le traitement doit être commencé aussitôt que possible ; mais il est rare de pouvoir l'employer au début, car les malades ne sont généralement hospitalisés que lorsque le diagnostic est à peu près certain, et ce sont là des conditions peu favorables à une action énergique et précoce du médicament ; c'est là sans doute la raison des résultats variables de cette thérapeutique.

Aucun incident à noter, sinon, peut-être, un quart d'heure ou une demi-heure après l'injection, quelques frissons et une élévation thermique de 5 /10e à un degré, suivie de chute. Il n'y a là aucune contre-indication à continuer ; et il en est de même de l'albuminurie, qui peut apparaître au cours du traitement, sans que les piqûres soient en cause.

Ce sont surtout les signes généraux qui cèdent rapidement à la suite de quelques injections. Ni l'albuminurie, ni la diarrhée, ne semblent influencées ; la courbe thermique reste la même. Cependant la précocité de la thérapeutique concourt à la diminution de durée de la maladie. Les rechutes sont rares quand les injections sont commencées dans les dix premiers jours de la maladie ; quant aux recrudescences, elles ont été rarement observées.

Une recommandation importante : il est nécessaire de prolonger le traitement plusieurs jours, une semaine, après le début de l'apyrexie.

Cette méthode entraîne une rareté remarquable des complications hépato-biliaires, et fait disparaître les hémorragies intestinales. La mortalité serait abaissée à 8,33 p. cent. (*Le Progrès médical*, 24 juillet 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La sérothérapie anti-diphtérique : sérums anciens et nouveaux.

(MM. H. Grenet et J. Delarue. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 4-2-1927.)

La sérothérapie de la diphtérie, qui semblait dans ces dernières années nettement réglée, paraît offrir aujourd'hui une moins grande simplicité. On a conseillé l'emploi , depuis un certain temps, à côté du sérum ordinaire, d'un nouveau sérum dit purifié (désalbuminé), et d'un troisième sérum dit anti-microbien. D'autre part, au cours de la récente épidémie de diphtérie qui a sévi sur la région parisienne, on a remarqué une résistance inaccoutumée de la maladie au sérum, dont l'explication resterait à déterminer. Que faut-il penser, en définitive, de ces points nouveaux, donnant quelques embarras au praticien ?

MM. Grenet et Delarue ont eu à traiter à l'hôpital

Bretonneau, du 15 octobre à fin décembre 1926, des cas de diphtérie assez nombreux. Ayant employé le sérum anti-toxique ordinaire, aux doses minima de 100 cc. dans les formes sévères, associé à l'opothérapie surrénale, ils ont noté d'abord une mortalité plus forte que d'habitude, atteignant presque 25 %. Dans une deuxième période, ils se sont servis du sérum antimicrobien, moins riche cependant en antitoxine : la mortalité a été beaucoup moindre, les membranes se sont détachées plus rapidement.

— M. P. Teissier relate des faits du même ordre. Chez une de ses malades, le sérum purifié se montra peu actif, alors que le sérum ordinaire orienta rapidement le cas vers la guérison.

— M. Louis Martin rappelle que la question de l'activité des produits sériques a été posée dès les débuts de la sérothérapie. Au Congrès d'hygiène de 1900, Roux signalait déjà que certains sérums très anti-toxiques guérissent malgré cela moins bien les cobayes inoculés que d'autres renfermant moins d'antitoxine. Le titrage de l'antitoxine ne suffit pas à rendre un compte exact de l'efficacité d'un sérum. Si l'on injecte aux chevaux non plus de la toxine, mais de vieilles cultures ou mieux des microbes, on obtient des sérums dits anti-microbiens qui provoquent une chute rapide des fausses membranes. C'est la clinique seule qui, en définitive, renseigne sur le pouvoir thérapeutique des sérums.

— M. Lereboullet, comme M. Grenet, a constaté depuis quatre mois des résultats moins favorables obtenus à l'aide du sérum antidiphtérique délivré par l'Institut Pasteur. A quoi cela est-il dû ?

L'auteur a employé, pendant toute l'année 1926, le même sérum. Or, sa statistique a été beaucoup plus défavorable pendant les six derniers mois que pendant les six premiers. C'est que, depuis octobre, le milieu épidémique s'est développé, les diphtéries ayant été plus fréquentes, et des infections diverses (grippe, rougeole) sont venues s'y associer. Le pronostic de la diphtérie s'est actuellement aggravé, avec plus de résistance à la sérothérapie. Celle-ci reste toujours, néanmoins, il va sans dire, une arme merveilleuse, même dans les cas graves, si l'on intervient de bonne heure et à hautes doses.

M. Lereboullet a essayé, il y a deux ou trois ans, le sérum anti-microbien: il ne lui a pas paru supérieur au sérum habituel. Le sérum actuel est préparé à l'anatoxine, sans toxine virulente, ni bacilles, mais il ne semble pas que ce soit là une cause de moindre efficacité.

Autre point. Dans l'épidémie présente de diphtérie, aucun des enfants vaccinés à l'anatoxine dans le service de M. Lereboullet n'a figuré parmi les entrants au pavillon de la diphtérie, témoignage de la valeur de cette méthode.

De cette intéressante discussion, le praticien pourra conclure que des trois sérums anti-diphtériques maintenant préparés, le sérum purifié (désalbuminé), moins actif, convient aux cas légers ; le sérum anti-toxique courant, convient à tous les cas, mais sera quelquefois remplacé avantageusement par le sérum dit anti-microbien ; qu'enfin la sérothérapie, dans les grandes épidémies de diphtérie, peut offrir une efficacité diminuée, ce qui incite à l'utiliser de plus bonne heure et à doses plus fortes. Tout, comme on le voit, n'est pas définitivement précisé en matière de sérothérapie antidiphtérique.

Sérums anti-scarlatineux.

(MM. Robert Debré, M. Lamy et H. Bonnet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-2-1927.)

Au cours des vingt-cinq dernières années, de multiples tentatives ont été faites pour traiter la scarlatine à l'aide de sérums anti-streptococciques (Marmorek, Moser, Pirquet).

Cette sérothérapie anti-scarlatineuse, bien qu'elle ait donné quelques résultats favorables, avait été totalement abandonnée. Aujourd'hui, la question redevient d'actualité, comme conséquence des importantes recherches poursuivies aux Etats-Unis, à Chicago, surtout, par G.-F. et G.-H. Dick, sur le rôle joué par le streptocoque hémolytique, retrouvé avec une si grande fréquence dans la gorge des scarlatineux. Les auteurs de Chicago, se servant de cultures desdits streptocoques, ont pu reproduire artificiellement la scarlatine et leurs expériences ont été récemment confirmées par Ch. Nicolle.

A la lumière de ces faits nouveaux, il était indiqué de reprendre les tentatives de sérothérapie. Il est possible maintenant de titrer la toxine et de s'assurer que le cheval à qui on l'injecte reçoit une substance active. On peut titrer aussi l'antitoxine et savoir si l'on a réellement en main un produit doué d'activité. En 1924, Georges et Gladys Dick obtinrent dans ces conditions un sérum qui se montra capable de neutraliser *in vitro* la toxine et de provoquer le phénomène d'extinction de Schultz et Charlton, attestant par là sa valeur immunisante. Quelques mois auparavant, Dochez avait proposé lui aussi, un sérum antiscarlatineux. M. R. Debré, s'adressant à une technique dérivée de celle des Dick, a préparé de son côté, avec l'aide de M. Louis Martin, à l'Institut Pasteur, un sérum anti-scarlatineux dont le titrage est assez précis et qui peut être utilisé dans deux circonstances : comme moyen de diagnostic et comme moyen de traitement.

L'injection de ce sérum provoque, chez un sujet offrant une éruption scarlatineuse, le phénomène d'extinction de Schultz et Charlton et permettrait ainsi de trancher le diagnostic différentiel de l'éruption de scarlatine et des éruptions scarlatiniformes d'autres origines.

Ce sérum serait en outre un moyen thérapeutique dans certaines scarlatines. Il ne semble pas qu'il y ait lieu de traiter systématiquement par la sérothérapie tous les cas de scarlatine, la plupart d'entre eux guérissant sans aucune intervention. Il faut, d'une façon générale, ménager les injections de sérum, quand leur indication n'apparaît pas établie, en

raison des accidents sériques immédiats et ultérieurs possibles. Mais, dans les scarlatines graves, la sérothérapie pourrait exercer une action véritablement spécifique. M. Debré y a recours précocement et à assez forte dose (50 à 100 c.c.).

Dacryoadénite syphilitique bilatérale.

(MM. Hudelo, d'Allaines et Rabut. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-12-26.)

S'il faut en croire Forster, les glandes lacrymales seraient le seul point du corps inaccessible à la syphilis. Le cas observé par MM. Hudelo, d'Allaines et Rabut témoigne du contraire, mais la dacryoadénite syphilitique n'en est pas moins une affection très rare.

Le malade de M. Hudelo offrait une tuméfaction bilatérale de la région de la glande lacrymale, sans modification de la peau. Un examen sérologique montra un Wassermann et un Hecht positifs (réactivation probable par une cure de sirop de Gibert). Un traitement plus intensif, au bismuth, fut décidé et, à la troisième injection, les lésions disparurent entièrement.

Traitement de certains prurits, chez la femme, par les extraits orchitiques.

(MM. G. Meyer et Gallerand. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-12-1926.)

Les auteurs ont eu l'occasion de traiter avec succès quelques cas de prurit chez des femmes âgées par l'extrait orchitique injectable, après échec des méthodes usuelles. Sans proposer de façon systématique une telle médication, ils estiment qu'elle peut rendre service contre une affection particulièrement difficile à combattre. Ces injections conviennent aux prurits proprement dits, mais non aux eczémas. Chez trois patientes dont le prurit s'aggravait malgré les piqûres, la lumière de Wood révéla un érythème diffus fait de placards tels qu'on en voit dans l'eczéma et le diagnostic a été confirmé au cours des semaines suivantes par l'apparition d'une poussée de cette dermatose. Par contre, l'eczématisation secondaire à un prurit ancien n'empêche pas le bon effet de la médication. Les prurits de la ménopause semblent les plus favorablement influencés. La préparation utilisée a été un liquide injectable, titré à 0 cgr. 10 par cent. cube, d'extraits débarrassés des lipoïdes et correspondant à 0 cgr. 80 de glande fraîche.

— M. Flandin rappelle qu'en médecine mentale, on connaît bien l'action favorable des extraits orchitiques employés en injection chez des femmes offrant des syndromes de déséquilibre vago-sympathique.

Mastite syphilitique.

(M. Delalande. — *Soc. de derm. et syphi.* ; 9-12-26.)

Une malade du service de M. Milian présentait une tuméfaction indolente des deux seins pouvant se rattacher à une mammite chronique ou à un fibroadénome. La bilatéralité, la limitation imprécise de la tuméfaction, firent porter le diagnostic de mammite. En raison d'antécédents syphilitiques, on eut recours à la médication spécifique. Rapidement, la lésion mammaire disparut.

Réinfection ou super-infection syphilitique ?

(M. Georges Lévy. — *Soc. derm. de Strasbourg* ; 14-11-1926.)

M. Georges Lévy a observé un malade qui fut soigné en avril 1926 à la Clinique syphiligraphique de Strasbourg pour un chancre syphilitique avec constatation du tréponème. Il reçut, en treize jours, 1 gr. 95 de 914 et quatre Quinby, puis cessa tout traitement. Six mois plus tard, il revint porteur d'un nouveau chancre typique, induré, avec polyadénopathie, survenu deux mois environ après un rapport avec une femme suspecte (prostituée).

Ayant écarté l'hypothèse d'un chancre redux, d'une syphilide chancriforme (celle-ci s'accompagne rarement d'adénopathie, l'ultra y révèle exceptionnellement le tréponème), M. Lévy discute un dernier point : réinfection ou super-infection ? La question est difficile à résoudre. Pour certains, réinfection égale guérison de la spécificité préalable ; pour d'autres, réinfection se confond quelquefois avec super-infection. Personnellement, l'auteur croit plutôt à une réinfection après guérison, ce qui montrerait que, dans des conditions déterminées, un traitement très court (13 jours dans le cas particulier), *peut* guérir la syphilis.

— M. Pautrier se demande si le rythme rapide de la cure d'attaque n'a pas joué un rôle dans cette guérison... si l'on admet celle-ci. Des auteurs anglais ont assuré à M. Pautrier qu'ils obtenaient d'excellents effets d'une cure d'attaque comprenant seulement trois injections d'arsénobenzol, mais de 0 gr. 90 chacune. Tout en constatant de tels faits, il faut évidemment se garder d'en tirer des conclusions et encore moins des règles de pratique courante quant à la durée convenable de la cure, en règle générale.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Projet de modifications à la loi du 30 novembre 1892.

Les difficultés de la répression de l'exercice illégal.

Je n'étonnerai personne en affirmant que la poursuite de l'exercice illégal de la médecine, ou de l'art dentaire, est chose presque illusoire.

Pour quelques illégaux condamnés à grand' peine, combien en reste-t-il qui se moquent et des lois et des diplômes ?

Cet état de choses relève de plusieurs causes.

A) Difficultés d'ordre législatif.

L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, qui définit l'exercice illégal de la médecine, est rédigé en des termes tels, que la preuve juridique du délit est très souvent bien difficile à fournir.

a) *La définition de l'exercice illégal.*

L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 stipule que « exerce illégalement la médecine, toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine...., prend part habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire, ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée. »

Avant de condamner, les juges doivent donc :

1° Définir ce qu'il faut entendre par traitement ;

2° Dire si les faits incriminés constituent le délit d'habitude ou la direction suivie.

1° *Définition du mot « traitement »*. Le dictionnaire des Parquets, de M. Le Poittevin, v° *médecine* n° 8, donne la définition suivante : « Par traitement, il faut entendre tous les actes qui ne rentrent pas dans les actes de pure humanité, notamment la prescription de potions ne contenant aucun toxique, dont le débit, sans ordonnance de médecin, est toléré dans les pharmacies. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait prescription de médicaments proprement dits, ou qu'il y ait recours à des opérations chirurgicales. »

Les Pandectes françaises (Rep. v° *médecine*, n° 522) disent que « le mot traitement doit être entendu de tout acte, ou conseil, tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie ».

Faisant application de ces définitions, un arrêt de Cassation du 29 décembre 1900 décide que le délit d'exercice illégal de la médecine résulte de tout mode de traitement, pourvu qu'il soit habituel, ou suivi, encore bien qu'il n'y ait ni prescription de médicaments, ni recours à des opérations chirurgicales.

Néanmoins, définir s'il y a ou non traitement, dans certains cas particuliers, n'est pas chose aussi aisée qu'on pourrait le croire.

C'est ainsi qu'en matière de magnétisme, par arrêt du 15 juin 1908, la cour de Cassation a jugé que ne constitue pas le délit d'exercice illégal de la médecine le fait, pour un empirique, de se borner, quelle que soit la nature du mal, à placer, pendant un certain temps, une de ses mains sur le siège de la douleur, en adressant une invocation mentale à un esprit, dont il se croit le pouvoir de provoquer l'intervention. Ces agissements ne sont pas punissables, du moment où l'empirique ne donne aucun remède, ne fait aucune prescription et ne donne aucune direction thérapeutique aux malades.

D'autres arrêts de cassation ont été rendus dans le même sens (29 novembre 1900, 25 juin 1909, 8 avril 1911).

Cependant, par arrêt du 16 décembre 1922, la chambre criminelle de la cour de Cassation, (affaire Béziat) a changé complètement son opinion, au point de vue de la définition de l'exercice illégal. Sans s'arrêter aux faits eux-mêmes, la cour suprême estime que le seul fait de prendre part habituellement au traitement des maladies, par un procédé quelconque, constitue une violation de la loi du 30 novembre 1892, pour quiconque n'est pas docteur en médecine.

Néanmoins, un arrêt de la chambre criminelle de la cour de Cassation, en date du 3 avril 1925 décide que ne sauraient constituer un traitement, ou une direction suivie, au sens de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, les pratiques d'une guérisseuse, consistant, avec une mise en scène, susceptible de frapper l'imagination des personnes qui viennent la consulter, à dire, ou à ordonner des prières, à invoquer les saints, en brûlant des cierges et en répandant de l'eau bénite, alors qu'il lui arrive parfois d'imposer les mains sur le siège du mal et de faire des frictions sur les vêtements, si ces procédés ne peuvent être considérés comme de véritables massages.

Il en est de même du fait, par la guérisseuse, d'avoir parfois recommandé de boire de l'eau de son puits, d'avoir dit à quelques personnes, qu'elles pourraient manger à leur faim et s'ali-

menter comme elles l'entendraient et enfin d'avoir donné le conseil à une malade, que les médecins n'avaient pas pu soulager, de s'abstenir de toute médication pharmaceutique.

D'après la jurisprudence de la cour de Cassation, on peut dire que si le délit d'exercice illégal de la médecine peut résulter de toute sorte de traitement, de tout procédé curatif, pourvu qu'il soit habituel, ou suivi, et bien qu'il n'ait été ordonné aucun médicament, il faut du moins qu'il s'agisse de prescriptions, d'indications, ou de faits pouvant constituer un traitement ou un procédé thérapeutique (Cassation, 25 juin 1909 ; 8 avril 1911 ; 2 février 1924).

2° *Délit d'habitude ou de direction suivie.*

Voici un des principaux obstacles, pour la répression de l'exercice illégal de la médecine. Il est bien difficile d'apporter la preuve juridique du délit d'habitude.

Beaucoup de malades ne consultent le guérisseur qu'une seule fois ; d'autres font consulter par des intermédiaires.

De plus, combien sont-ils ceux qui redoutent de venir déposer en justice : les témoins se dérobent, nient avoir consulté l'empirique.

Ceux qui avouent, chantent les louanges de celui qui les a guéris, alors que les médecins et leur science officielle ont été impuissants pour faire rétrograder le mal.

N'oublions pas que les juges sont des hommes et, comme tels, se laissent facilement persuader que le prévenu peut jouir d'un don surnaturel, ou d'un secret de famille.

Parfois même, ceux qui doivent rendre la justice ont été les clients de l'inculpé, pour eux, ou pour leurs proches.

Aussi bien nombreux sont les empiriques, qui ont ainsi bénéficié du doute, en ce qui concerne le délit d'habitude et, comme celui-ci est indispensable pour que l'article 16 de la loi soit applicable, ainsi que les pénalités prévues par l'article 18, les tribunaux ont vite fait de décider le relaxe du prévenu.

B) **Difficultés d'ordre judiciaire.**

Juridiquement, la preuve est difficile à fournir, tant en ce qui concerne les manœuvres coupables de l'illégal qu'au rapport du délit d'habitude ou de direction suivie.

Mais si l'illégal se lance dans le maquis de la procédure, que de difficultés et de frais, pour le faire condamner !

Il peut y avoir condamnation par défaut, puis opposition au défaut, appel, cassation, retour devant une cour d'appel, puis devant la cour de cassation, toutes chambres réunies.

Certains syndicats médicaux se sont lancés dans la poursuite d'illégaux, pour des cas très simples. Ils ont dû faire appel à la solidarité pécuniaire des autres syndicats, ou à la caisse du « Sou Médical », pour pouvoir supporter les frais de ces procès, qui les ont entraînés devant tous les degrés de juridiction.

Les dommages-intérêts alloués ne couvrent pas les dépenses engagées par les poursuites. D'autant que, se portant partie civile, le syndical médical doit avancer les frais, quitte à se retourner contre l'illégal condamné.

Certains groupes corporatifs médicaux ont obtenu de sérieux succès contre des empiriques ; malheureusement des condamnations trop légères n'empêchent pas ceux-ci de recommencer et les autres illégaux de continuer.

En effet, les pénalités, prévues par l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892 sont absolument illusoires : 100 à 500 francs d'amende : qu'est-ce aujourd'hui, en monnaie-papier ?

Un illégal, qui, malgré un désintéressement et une philanthropie d'apparence, gagne des centaines de mille francs par an, grâce aux dons des consultants, se moque pas mal d'avoir à payer 100 francs d'amende, ou 500 francs, en cas de récidive.

C) **Difficulté d'ordre privé.**

Les journaux politiques tirent un très grand profit de la réclame de la médecine illégale : aussi, au cours d'un procès, peut-on souvent lire, dans les grands quotidiens, que l'individu poursuivi a accompli des cures merveilleuses, que la foule se presse chez lui, que les hôtels de la région qu'il habite font des affaires d'or, que les entrepreneurs de transport sont débordés, etc., etc.

Tous ces intérêts privés tirent profit de la vogue d'un illégal, cependant que certains colportent que la jalousie des médecins n'a d'égale que leur ignorance.

Comment donc s'étonner qu'un procès contre un rebouteur aboutisse à ce double effet, contradictoire en apparence : une condamnation à une amende minime, mais auréolée du martyr, pour le condamné, pendant que les journaux qui relatent le procès, font une réclame directe ou indirecte à l'illégal ?

Faut-il abroger les dispositions législatives pour la répression de l'exercice illégal de la médecine ?

Personnellement, je me suis souvent posé la question. Devant cet échec des poursuites contre les illégaux, ne conviendrait-il pas de laisser, en France, la liberté à quiconque veut exercer la médecine ?

Actuellement, le diplôme de docteur en médecine ne constitue que la preuve que celui qui veut exercer, au grand jour, l'art de guérir, a obtenu, par son séjour à la Faculté, un minimum de science qu'exige l'Etat, pour avoir le droit de soigner ses concitoyens.

Mais ce diplôme ne confère, à son titulaire, aucun privilège, ni aucun monopole.

En cas de poursuites en responsabilité professionnelle, les juges s'abstiennent de s'entremettre, dans des discussions d'ordre scientifique.

Mais le fait de l'homme reste soumis à l'appréciation souveraine des magistrats, qui recherchent si l'article 1382 du code civil est applicable, c'est-à-dire si le docteur doit réparation à la victime du fait de sa négligence, de son erreur grossière, ou de son manque de savoir.

Dès lors, pourquoi ne pas appliquer cet article 1382 à tous ceux qui exerceraient la médecine, avec ou sans diplôme, après abrogation pure et simple de la loi du 30 novembre 1892 ?

Devenu facultatif pour l'exercice de la médecine, le titre ne servirait que de présomption, en faveur de l'inculpé, prouvant ainsi qu'il a reçu une certaine science et obtenu une certaine capacité, du fait de son séjour, comme élève, à la Faculté de médecine ou dans les hôpitaux.

Mais, docteurs comme illégaux, seraient soumis aux dispositions de l'article 1382 du code civil, toutes les fois que le malade se croirait en droit de leur reprocher quelque chose.

Il en serait de même pour la responsabilité pénale.

D'ailleurs, certains esprits paradoxaux ont soutenu, avec une apparence de raison, que les illégaux sont utiles aux médecins, car ils transforment bien souvent en maladie grave une affection morbide qui, bénigne au début, aurait dû guérir en quelques jours, si le malade avait été scientifiquement bien soigné.

Faut-il modifier, pour les renforcer, les pénalités prévues par la loi de 1892 ?

A) Convient-il de protéger la santé publique ?

Les malades doivent être considérés comme de grands enfants qui, en se soignant à tort et à travers, sont dangereux pour eux-mêmes, ou pour leur entourage.

Peu ou prou, tout le monde s'occupe de médecine et n'hésite pas à donner un conseil à quiconque expose sa souffrance.

Or, celui qui fait métier d'exploiter la crédulité humaine, en laissant croire qu'il est capable de guérir, sans avoir eu besoin d'étudier, peut être considéré comme un malfaiteur public.

Le législateur s'est déjà préoccupé de protéger la nation contre l'envahissement des maladies contagieuses (loi du 15 février 1902, pour la protection de la santé publique) ; les textes législatifs et réglementaires sont nombreux pour la lutte contre la tuberculose, la syphilis, le cancer ; on cherche à faire de la médecine préventive, en établissant des preventoria contre la prétuberculose, en organisant l'inspection médicale des écoles, en rendant obligatoire la vaccination, en faisant afficher les dangers de la tuberculose et de la syphilis, pour que les malades puissent s'adresser à des établissements publics de diagnostic et de cure.

Cependant, beaucoup de municipalités, comme celle de Paris, ne craignent pas de tirer des bénéfices de la location de la publicité des édicules et urinoirs publics, à des entreprises nuisibles et néfastes pour la santé publique.

Par analogie, ne conviendrait-il pas de protéger la santé de nos concitoyens contre les méfaits des illégaux ?

B) Les illégaux sont nuisibles parce qu'ignorants.

Que de moyens thérapeutiques ont été appliqués à tort ou à travers, transformant une affection bénigne en maladie incurable ou mortelle.

Ils ne se comptent plus les cas de tumeurs blanches massées d'une manière intempestive par des empiriques ou des masseurs, ce qui nécessite l'amputation du membre ; les cas d'infection localisée et généralisée provoquée par des pédicures, ayant employé des instruments malpropres, etc.

C) Les illégaux sont nuisibles parce que sortant de leurs attributions, lorqu'ils sont titulaires d'un diplôme.

Ainsi les infirmiers possèdent actuellement un diplôme d'Etat. Mais tous les médecins connaissent bien les ravages provoqués par certains de ces auxiliaires des médecins, qui, non contents de servir d'aides au docteur, font de la médecine, donnent des conseils à tort et à travers.

Nombreux sont les exemples d'infirmières des Croix-Rouges, qui font de la véritable médecine et qui seraient fort étonnées si on leur disait qu'elles sont susceptibles du tribunal correctionnel.

Les éducateurs de ces diplômés sont quelque peu coupables : au lieu de se borner à ne donner que les éléments suffisants pour que le futur infirmier ne soit que l'auxiliaire du médecin, les professeurs s'étendent, dans leurs cours, sur des sujets qu'ils doivent vulgariser, rendre faciles comme compréhension.

Aussi, leurs examens ayant été passés avec succès, les infirmiers se croient-ils de véritables savants, aussi qualifiés que des docteurs.

Il en est de même pour certains masseurs, qui ne bornent pas leur activité à exécuter, *secundum artem*, les prescriptions du médecin traitant : de leur propre autorité, ils décident les massages à exécuter et abordent même parfois la réduction des luxations ou des fractures, à moins qu'ils ne massent, en omettant de porter le diagnostic de luxation, ou de fracture.

D) Les illégaux sont dangereux parce que charlatans.

Vulgus vult decipi ! A cet adage, les empiriques répondent hardiment : « *Decipiatur* » !

Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à lire leurs réclames, ou à écouter leurs boniments. Eux seuls savent la médecine, surtout lorsqu'aidés par des compères habiles, qui ont fait bavarder les futurs clients, ils peuvent capter la confiance de ces derniers, en leur décrivant, sans aucun examen préalable, leurs souffrance et le lieu du mal.

La thèse du Dr Saint-Aurens, sur les charlatans de la médecine et les deux volumes du Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, tenu à Paris, en 1906, fourmillent d'exemples typiques et instructifs.

Parcourons certains journaux de province : nous y trouvons, en pages d'annonces payées (fort rémunératrices pour le journal) l'indication des jours et lieux de visites et de tournées, que font les célèbres guérisseurs de hernies, de maladies des yeux, etc.

Ce sont bandages vendus fort cher, parfois à des gens qui n'en n'ont nul besoin, lunettes qui, bien que très coûteuses, ne rendent pas la vue à une cataracte, ou à un décollement de la rétine, etc.

Le public paye, enrichit le charlatan, cependant qu'il continue à traîner sa misère et sa maladie.

Rappelons, pour mémoire, les aventures fantastiques des Mac Aura et Mac Laughlin, qui ont escroqué des sommes folles à la naïveté de nos concitoyens.

Les syndicats médicaux ont eu toutes les peines du monde à les faire condamner, mais ils ont dû dépenser de grosses sommes pour arriver à défendre la santé publique, alors que ceux qui sont chargés de la répression des délits étaient défaillants, peut-être parce que victimes eux-mêmes de ces escrocs de grande envergure.

Quant aux instituts d'ordre divers, dirigés par des gens qui s'intitulent professeurs libres, ils sont légion.

Le malade qui s'y laisse attirer y laisse son argent, sa santé, mais n'y abandonne pas le moins du monde ses souffrances.

Il y laisse parfois la vie à la suite d'intraveineuses faites sans contrôle précis.

E) **Les illégaux sont dangereux, parce qu'ils laissent passer le moment où une intervention serait utile au client.**

Prenons un cancéreux au début : la science actuelle préconise l'intervention chirurgicale aussi que précoce possible. Ou bien encore, l'application de tubes radifères peut enrayer le mal, lorsqu'il en est encore temps.

Un tuberculeux au début pris, par l'illégal, pour un anémique, n'a pas besoin de « reconstituants » ni de « dépuratifs ». Après examen approfondi, en s'aidant des rayons X et du laboratoire, le médecin peut dépister l'infection bacillaire et donner les conseils appropriés.

Au lieu de cela, l'empirique devient un danger public parce que son ignorance ne lui permet pas de diagnostiquer la maladie, ni sa gravité. Lorsque le client consulte un véritable médecin, il est trop tard. Que de morts les illégaux ont sur la conscience ! La complicité tacite des pouvoirs publics leur rend le remords léger.

Je ne parle que pour mémoire de soi-disants médecins, professeurs libres, directeurs d'instituts, qui font leurs annonces dans les édicules et urinoirs publics.

Que de malades honteux sont attirés par des promesses alléchantes ! Ils versent des prix considérables, pour être soignés à forfait, souvent pour des maladies qu'ils n'ont jamais contractées.

Conclusions.

Si vraiment le Gouvernement et le Parlement ont la ferme volonté de protéger la santé publique, contre l'exploitation éhontée des illégaux de la médecine, ils doivent réajuster la loi du 30 novembre 1892 aux nécessités de l'heure présente.

Si les médecins poursuivent parfois des charlatans, ce n'est pas pour la protection d'un soi-disant monopole de l'art de guérir, en faveur des titulaires du diplôme de docteur. Il n'y a pas monopole, au sens exact du mot, comme cela peut s'appliquer aux officiers ministériels, par exemple. Le diplôme, délivré par une Faculté de l'Etat, donne la licence d'exercer la médecine à tous ceux qui, ayant subi certaines épreuves, après plusieurs années d'études, prouvent qu'ils possèdent le minimum de connaissances nécessaire pour ne pas être un danger pour la santé publique, lorsqu'ils exerceront l'art de guérir.

Les médecins poursuivent les illégaux, parce qu'ils constatent les désordres considérables que l'ignorance et l'impudence de ces derniers provoquent autour d'eux, auprès de ceux qui croient à leur « don » ou à leur « secret » pour guérir.

Le Parlement se doit à lui-même de rendre efficace la répression de l'exercice illégal de la médecine, sinon qu'il abroge purement et simplement la loi du 30 novembre 1892 : l'exercice de la médecine deviendrait entièrement libre et chacun exercerait sous le couvert de la responsabilité pénale et civile.

Aux experts de dire si l'inculpé a commis une faute lourde, ou a péché par ignorance et impéritie, comme également d'indiquer aux juges si les procédés thérapeutiques employés ne constituaient pas une duperie, une tromperie de la crédulité publique, voire même, dans certains cas, une véritable escroquerie caractérisée.

Mais, comme nous savons nos dirigeants soucieux de la santé publique, nous sommes persuadé qu'ils prendront en considération les propositions que nous faisons en vue de modifier cer-

tains articles de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine.

Commentaires de la proposition de loi projetée.

Article 4 : Beaucoup de sages-femmes restent dans la légalité, et bornent leur activité dans leur clientèle, à l'art des accouchements simples.

Néanmoins, trop nombreuses sont encore celles qui se croiraient diminuées dans l'esprit du public, si elles ne se livraient pas au traitement des maladies des femmes et des enfants.

Ce faisant, elles commettent le délit d'exercice illégal de la médecine, en sortant de leurs attributions que leur assigne la loi de 1892.

Je ne rappellerai pas la jurisprudence ni les rapports et discussions qui eurent lieu, au cours du congrès de 1906, pour la répression de l'exercice illégal.

Aussi crois-je utile de faire préciser, par un texte, que l'intervention des sages-femmes doit se borner aux soins à donner pendant l'accouchement normal et ses suites physiologiques.

Quant à la question des instruments qu'elles peuvent employer, ceux-ci devront être déterminés par décret rendu après avis de l'Académie de médecine.

Il est évident qu'en interdisant aux sages-femmes, par l'article 4, l'emploi de tout instrument, le législateur de 1892 ne pouvait prévoir l'usage de la seringue de Pravaz, qui figure dans la trousse de toute sage-femme. Or, *stricto sensu*, la seringue à injection hypodermique est un instrument. Serait-ce à dire que toutes les sages-femmes de France sont en contravention avec la loi, lorsqu'elles font une piqûre d'ergotine, par exemple ?

La liste des médicaments pourrait être révisée ; mais point n'est besoin de changer le texte de loi, pour ce faire, puisque le second paragraphe de l'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 prévoit que cette liste peut être modifiée par décret rendu après avis de l'Académie de médecine.

Article 5 : Nous avons cru utile de faire mention, dans la proposition de loi, de la situation de fait des médecins étrangers, qui, résidant à la frontière belge et suisse, viennent exercer en France, en vertu de conventions diplomatiques.

Mais nous insistons pour que ces médecins étrangers soient astreints à la formalité de l'enregistrement de leur diplôme, à la préfecture du département français dans lequel ils doivent venir exercer d'une façon plus ou moins suivie.

Article 6 : Des abus ont été commis. Des étudiants ont demandé au préfet l'autorisation de remplacer un médecin malade ou décédé ; puis ils ont continué à exercer la médecine, sans remettre les pieds à la Faculté.

Il convient donc de limiter le nombre des renouvellements d'autorisation, ainsi que d'instituer une pénalité (la privation de faire des remplacements) pour les étudiants qui désertent trop longtemps l'école de médecine.

Nous proposons que les mêmes dispositions soient applicables aux élèves en chirurgie dentaire, désireux de remplacer les dentistes qui ont le droit d'exercer. Cette faculté n'avait pas été indiquée dans la loi de 1892 et, cependant, nombreux sont les élèves en chirurgie dentaire, qui, actuellement, remplacent des diplômés.

Article 9 : Nous croyons utile de préciser les formalités à accomplir pour faire enregistrer le diplôme, surtout en ce qui concerne la présentation par le titulaire *lui-même* du titre, qui l'accrédite comme docteur, chirurgien dentiste, ou sage-femme.

Je demande également que cet enregistrement soit effectué dans les différentes résidences professionnelles, car, aujourd'hui, un médecin de ville d'eaux, par exemple, qui exerce l'hiver dans une localité et l'été, dans une autre, n'est pas tenu à cet enregistrement successif.

Que de charlatans ont pu ainsi se faire passer pour docteurs.

Article 15 *bis* : Il semble utile, pour dépister les fraudes, d'indiquer, sur tout papier, ou feuille d'ordonnance, servant à l'exercice de la profession, le nom de la préfecture, ou de la sous-préfecture, où le diplôme a été enregistré, ainsi que le numéro de cet enregistrement.

Ce serait une analogie avec ce qui se passe actuellement pour l'obligation, pour les commerçants, d'indiquer leur numéro d'inscription sur le registre du commerce.

Cela permettrait, notamment en cas de prescriptions de médicaments toxiques, de reconnaître les véritables diplômés de ceux qui usurpent la qualité de médecin.

Cet article nouveau prévoit également les formalités d'enregistrement pour les diplômes d'origine étrangère, dont les titulaires voudront se parer. L'avis autorisé du doyen de la Faculté de médecine du ressort universitaire du lieu, où exerce le praticien, semble indispensable, pour permettre d'éliminer les diplômes de fantaisie, qui sont délivrés, sans études, mais contre espèces, par des facultés d'Amérique, principalement.

Article 16 : Nous croyons nécessaire de comprendre, dans les poursuites en exercice illégal, les non diplômés qui établissent un diagnostic, ainsi que ceux qui indiquent un traitement, sous quelque forme que ce soit : oralement, par affiches, prospectus, lettres missives, par la voie de la presse, etc.

A nos yeux, celui qui indique un diagnostic est aussi dangereux pour la santé publique que celui qui institue un traitement.

Une erreur de diagnostic peut être très préju-

diciable à un malade, soit en lui laissant croire que son affection est bénigne, soit en laissant passer le moment opportun d'un traitement médical ou chirurgical approprié.

Quant à la définition du mot traitement, elle est tirée tant du Dictionnaire des Parquets, que des Pandectes françaises et des différents arrêts de la cour de Cassation.

Signalons également que, dans notre esprit, la répression doit être identique, tant de l'exercice illégal de la médecine que de celui de l'art dentaire, ou des accouchements.

La science actuelle oblige à considérer l'art dentaire comme une des spécialités de la médecine, au même titre que la chirurgie, la gynécologie, l'oto-rhino, etc.

Un illégal en art dentaire peut être très dangereux pour la santé publique, car il ignore que les maladies de la bouche ou des dents ne sont fréquemment que le résultat d'une maladie générale, qu'un médecin stomatologiste peut découvrir et diagnostiquer en vue du traitement approprié.

Il en est de même pour le danger que font courir les matrones qui, illégalement, pratiquent l'art des accouchements. Que de maladies dérivent d'un accouchement effectué dans des conditions défectueuses d'asepsie ; que de morts de parturientes, ou de nouveau-nés, par suite de l'ignorance et de l'impéritie de ces matrones de villages, qui font une concurrence effrénée aux sages-femmes diplômées.

La loi du 30 novembre 1892 est, à mes yeux, la charte de tous ceux qui, à des degrés divers, assument la lourde tache de soigner leurs concitoyens. Communs sont les devoirs, identiques sont les obligations vis-à-vis des pouvoirs publics ou de la santé publique, de même semblables doivent être les pénalités, punissant l'exercice illégal, qui est si dangereux pour la lutte contre la mort et la maladie.

Article 18 : Les pénalités doivent être réajustées à la dépréciation de la monnaie. Elles doivent, en outre, être rendues plus efficaces : la justice répressive doit souvent être exemplaire, pour servir de frein à tous ceux qui méprisent et se rient des pénalités trop insuffisantes.

Amendes assez fortes, pour être salutaires, emprisonnement, affichage du jugement et publicité de ce dernier donnée dans les journaux locaux, voilà ce qui pourra donner à réfléchir à tous ceux qui, sans titres scientifiques, ni compétence, entendent s'enrichir au détriment de la santé de leurs concitoyens.

Egalement doit être prévue la confiscation du matériel professionnel utilisé par l'illégal. Lui laisser ce matériel, c'est l'inciter à recommencer.

Aussi regardera-t-il à deux fois avant de se lancer dans une aventure qui peut frapper durement à sa bourse.

Article 19 : En vertu de l'article 19 de la loi du 30 novembre 1892, l'usurpation du titre de docteur en médecine, ou d'officier de santé n'est punissable que s'il y a, en même temps, délit d'exercice illégal de la médecine.

Par conséquent il faut apporter, non seulement la preuve de l'usurpation du titre, mais encore celle de l'exercice illégal de la médecine, ou de l'art dentaire.

Il en résulte que si la juridiction pénale relaxe un sorcier, magnétiseur ou somnambule quelconque, parce que les actes qu'il commet ne doivent pas être considérés comme une part prise habituellement ou d'une manière suivie au traitement des maladies, l'illégal pourrait s'affubler d'un doctorat.

Aussi, convient-il, dans le texte proposé, de rappeler les dispositions de la loi du 26 mars 1924, sur l'usurpation des titres légalement réglementés.

Il importe, de plus, de présenter un texte qui permette de poursuivre les usurpations de titres de docteur en médecine, de médecin, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste, ou de sage-femme, sans qu'il soit nécessaire d'apporter la preuve de la coexistence du délit d'exercice illégal de l'art de guérir.

Il faut également tenir compte des coutumes françaises. Il est d'usage courant d'appeler « docteur » quiconque exerce la médecine ou de considérer comme médecin celui qui s'intitule docteur.

Un docteur en droit, en sciences, en lettres, en théologie, ne se fait pas appeler docteur, en France, comme cela se passe en Allemagne, par exemple.

Aussi, doit être considéré comme justiciable des pénalités de la loi de 1924 tous ceux qui, dans un but de confusion, se font appeler docteur tout court, sans être docteurs en médecine.

C'est ainsi que certains pharmaciens, docteurs en pharmacie, lorsqu'ils veulent se livrer à l'exercice illégal de la médecine, s'intitulent Docteur X, pharmacien de 1re classe.

Le public est ainsi induit en erreur, et s'imagine avoir affaire, non à un docteur en pharmacie, mais bien à un docteur en médecine.

Article 20 : Il en est de même pour des diplômés étrangers qui, chirurgiens dentistes français, mais titulaires d'un diplôme de doctorat quelconque, délivré par une faculté étrangère, laissent se créer des incertitudes, en libellant leurs plaques et papiers d'ordonnances de telle sorte qu'on peut croire qu'ils sont docteurs en médecine diplômés français.

Ces procédés doivent être réprimés, d'autant qu'ils portent préjudice à la santé publique, en trompant la confiance des clients.

Sous le bénéfice des observations et précisions ci-dessus, j'ai l'honneur de soumettre, aux lec-

teurs du *Concours médical*, en mon nom strictement personnel, la proposition de loi suivante, en vue de modifier la loi du 30 novembre 1892.

(Dans les explications ci-dessus, j'ai omis volontairement de développer ceux des articles suivants, dont le texte se passe de commentaires.)

A mes confrères maintenant de me dire si pareille proposition mérite leur attention et leurs observations.

Dr Paul Boudin,

Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Docteur en Droit,
ès sciences politiques et économiques.

Loi du 30 *novembre* 1892.	*Texte proposé.*
Article 4.	
Il est interdit aux sages femmes d'employer des instruments. En cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine ou un officier de santé.	Toute pratique de gynécologie ou de pédiatrie est interdite aux sages-femmes. Leur intervention doit se borner aux soins à donner pendant l'accouchement normal et ses suites physiologiques. Dans le cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine, ou un officier de santé. Elles sont autorisées à employer les divers instruments, qui seront déterminés par décret, rendu après avis de l'Académie de médecine.
Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets, qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.	(Sans changement.)
Les sages femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations antivarioliques.	(Sans changement.)
Article 5.	
Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents.	(Sans changement.)
Des dispenses de scolarité et d'examens pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.	(Sans changement.)
	Exception est faite pour les médecins, chirurgiens dentistes et sages femmes étrangers, résidant à la frontière, qui, par suite de conventions diplomatiques, conférant la réciprocité aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes français, pourront venir exercer leur art, dans les communes françaises limitrophes, nominativement désignées dans lesdites conventions diplomatiques.
	Nul ne pourra exercer la médecine, l'art dentaire, ou celui des accouchements, en France, en vertu du paragraphe ci-dessus, s'il n'a, au préalable, fait enregistrer son titre à la préfecture du département français, dans lequel il se propose d'exercer.
	Les pénalités applicables, en cas d'infractions aux dispositions ci-dessus seront celles prévues à l'article 18 de la présente loi.
Article 6.	
Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au con-	

cours et munis de seize inscriptions et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité et, étant dès lors, munis de vingt inscriptions, peuvent être autorisés à exercer la médecine, pendant une épidémie, ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine, ou d'officiers de santé.	
	Les dispositions du paragraphe ci-dessus ne s'appliquent pas aux internes des hôpitaux et hospices français ni aux étudiants en médecine, postulant l'obtention du diplôme de doctorat d'Université. En aucun cas, l'autorisation d'exercer la médecine, ou de remplacer un docteur en médecine, ou officier de santé ne pourra leur être accordée.
Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.	Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois. Elle n'est renouvelable que deux fois de suite, dans les mêmes conditions.
	Les dispositions du présent article sont applicables aux élèves en chirurgie dentaire, dont la scolarité est terminée, pour le remplacement des chirurgiens dentistes, ou des dentistes, qui bénéficient des dispositions de l'article 32 de la présente loi.
Toutefois, pour les étudiants en médecine, soumis encore à l'ancien régime, comportant au maximum seize inscriptions, l'autorisation en question pourra continuer à leur être accordée, comme précédemment, lorsqu'ils auront leurs seize inscriptions, ou au moins douze, s'ils sont internes des hôpitaux, ou hospices français.	(Sans changement.)
	Les étudiants, n'ayant accompli aucun acte de scolarité depuis deux ans, ne pourront être autorisés à faire des remplacements.

Article 9.

Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les accoucheuses, sages-femmes sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture, ou à la sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile.	Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire eux-mêmes enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture, ou à la sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile, ainsi qu'à celles de leurs différentes résidences professionnelles.
	Cette obligation s'impose à tout docteur en médecine, chirurgien-dentiste, ou sage-femme, remplaçant un de ses confrères pour une durée de plus d'un mois.
Et s'il s'agit de débutants....	(Sans changement.)
Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre, dans le même délai.	(Sans changement ; mais ajouter : Tout changement de domicile, ou de résidence professionnelle doit être notifié par le titulaire du diplôme lui-même à la mairie du lieu du dernier et du nouvel établissement.
Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans....	(Sans changement.)
Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme....	(Sans changement.)

Article 10.

Il est établi, chaque année, dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes, portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance	Il est établi, chaque année, dans les départements, par les soins des préfets, des maires et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes, portant les noms, prénoms, le domicile et les résidences

du diplôme des médecins chirurgiens-dentistes et sages-femmes, visés par la présente loi.

professionnelles, la provenance, avec son numéro d'ordre de délivrance par la Faculté, la date, le lieu et le numéro d'enregistrement du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées.....

(Sans changement.)

Ajouter, en dernier alinéa :

Les Facultés de médecine transmettent chaque mois, au Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales les noms des élèves ayant obtenu le diplôme d'Etat de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste, ou de sage-femme, ainsi que le numéro de délivrance

Article 13.

A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes les personnes, autres que l'Etat, les départements et les communes.

Cet article est abrogé, en vertu des dispositions de l'article 9 de la loi du 12 mars 1920 (article 2, chapitre premier du Livre III du Code du Travail) reconnaissant à toutes les professions libérales le droit de se constituer librement en syndicats.

Article nouveau.

Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou celui des accouchements, est tenu de mentionner, après son nom et sans aucune abréviation, la nature et l'origine du diplôme lui conférant le droit d'exercer, lorsqu'il en fait mention, d'une manière quelconque, autrement que dans sa signature.

Tout papier, ou feuille d'ordonnance, servant à l'exercice de la profession, doit indiquer, immédiatement après les mentions indiquées au paragraphe précédent, le nom de la préfecture, ou de la sous-préfecture où le diplôme a été enregistré, conformément à l'article 9 de la présente loi, ainsi que le numéro de cet enregistrement.

Pour les médecins militaires, exerçant dans les limites de leurs fonctions, la mention de leur grade et de leur affectation remplacera l'indication de cet enregistrement.

Tout certificat délivré en exécution d'un texte législatif ou règlementaire, devra, pour être tenu valable, comporter les mentions ci-dessus indiquées.

Aucune ordonnance, prescrivant des produits toxiques, ne pourra être exécutée par un pharmacien, si elle ne satisfait pas aux conditions ci-dessus.

Lorsqu'une personne, pouvant exercer légalement la médecine, l'art dentaire, ou l'art des accouchements, en France, possède en outre, un diplôme étranger dont elle veut faire mention, elle devra faire enregistrer ce titre dans les conditions prévues à l'article 9 de la présente loi, après avis favorable du Doyen de la Faculté de médecine du ressort universitaire du lieu où exerce le dit praticien.

Dans tous les cas, l'énonciation complète du titre français devra précéder, en caractères plus gros, celui du titre étranger, dont l'origine et la nature seront indiquées en toutes lettres, sans abréviation.

Toute infraction au présent article sera pu-

	nie d'une amende de deux cents à cinq cents francs.

Article 16.

Exerce illégalement la médecine : 1° toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste, ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 27 et 32 de la présente loi, prend part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies, ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire, ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée.	Exerce illégalement la médecine : 1° toute personne qui, non munie d'un diplôme d'Etat français de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste, ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, prend part, ou tente de prendre part, en dehors des cas d'urgence avérée, au diagnostic, ou au traitement des maladies, ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire, ou de celui des accouchements, soit directement, soit verbalement, ou par correspondance, par la voie de la presse au moyen d'affiches, de prospectus, ou tout autre mode de publicité. Le traitement susvisé s'entend de tout acte, ou conseil, sous quelque forme qu'il soit donné, ou accompli, tendant à l'atténuation, à la guérison, ou la prévention d'un état effectif, ou supposé tel, de malaise, ou de maladie.
2° Toute sage femme qui sort des limites fixées, pour l'exercice de sa profession, par l'article 4 de la présente loi.	(Sans changement.)
3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.	(Sans changement.)
4° Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine, qui agissent comme aides d'un docteur, ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.	4° Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur, sous la direction effective de ce dernier, ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades ou infirmiers, diplômés en vertu du décret du 27 juin 1922, se bornant à exécuter les prescriptions du médecin traitant.

Article 18.

Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois, ou de l'une de ces deux peines seulement. L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive d'une amende de 100 à 500 francs. L'exercice de l'art des accouchements est puni d'une amende de 50 à 100 francs, et, en cas de récidive d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.	Quiconque exerce illégalement la médecine, l'art dentaire ou celui des accouchements est puni d'une amende de mille à trois mille francs et d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois, avec affichage du jugement à la porte du délinquant et publication dans trois journaux de la région. En cas de récidive, l'amende sera de trois mille à cinq mille francs et l'emprisonnement de trois à six mois, avec affichage du jugement à la porte du délinquant et publication dans cinq journaux de la région. Dans tous les cas de condamnation prononcée en vertu de cet article, le matériel professionnel sera confisqué au profit du Domaine.

Article 19.

L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire, avec usurpation du titre de docteur en médecine, ou d'officier de santé, est puni d'une amende de 1000 à 3000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 2000 à 3000 et d'un emprisonnement de six mois à un an, ou de l'une	Est considérée comme usurpant le titre de docteur en médecine, de médecin, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste, ou de sage femme, toute personne qui, exerçant ou non la médecine, l'art dentaire, ou celui des ac cou che ments, aura pris, sans y avoir droit, le titre de docteur, d'of-

de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de dentiste sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de sage-femme sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1000 francs et d'un emprisonnement d'un mois à deux mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

ficier de santé, de chirurgien-dentiste, de dentiste ou de sage-femme.

Cette usurpation est, conformément aux dispositions de la loi du 26 mars 1924, punie des peines prévues à l'article 259 du code pénal.

En cas d'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire, ou de celui des accouchements, avec usurpation d'un des titres ci-dessus, les pénalités de l'article 259 du code pénal s'ajouteront à celles prévues par l'article 18 de la présente loi.

Article 20.

Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine, sans en indiquer l'origine étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs.

Sera considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste, quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, ou de l'art dentaire, aura pris le titre de docteur ou de chirurgien-dentiste, avec ou sans abréviations, sans le faire suivre immédiatement de l'indication en français de la faculté étrangère, qui aura conféré le diplôme.

Il sera puni des pénalités prévues à l'article 259 du code pénal, sans préjudice, au cas d'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire, ou de celui des accouchements, des pénalités prévues à l'article 18 de la présente loi.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Indemnité maladie-retraite.

Le premier devoir du médecin prévoyant est certainement de se garantir contre le chômage résultant d'une maladie ou d'un accident — il y est exposé tous les jours — et ce chômage, s'il se prolonge, peut le conduire à la gêne, lui et sa famille.

Suivant ses convenances et ses possibilités, il se sera assuré une indemnité plus ou moins forte et il pourra, dans une certaine mesure, envisager l'avenir avec plus de tranquillité.

Mais viendra un moment où cette garantie contre le chômage d'origine morbide lui fera défaut — car il a fallu imposer une limite à la participation à l'indemnité maladie — en même temps arrivera l'âge où son activité professionnelle commencera à diminuer, où les petites infirmités de la vieillesse feront leurs premières apparitions — et là il ne s'agit plus d'éventualités, c'est une situation fatale à laquelle nul ne peut se soutraire. Il est donc nécessaire qu'il complète l'assurance indemnité maladie par la pension de retraite.

Pour le médecin vraiment prévoyant, l'une ne va pas sans l'autre.

Aussi, dès ses premières années, la Mutualité familiale du corps médical français avait-elle ouvert à ses membres une combinaison spéciale qui assurait : 1° jusqu'à 65 ans, l'indemnité journalière de dix francs et mensuelle de cent francs, ; 2° à partir de 65 ans, la pension de retraite de 1200 francs.

Cette combinaison était claire, précise ; elle avait été bien comprise et elle avait immédiatement obtenu un succès légitime.

Il eût été souhaitable que nous pussions la conserver ; mais le désir de certains sociétaires d'arriver à la pension à un âge moins avancé, celui d'obtenir une pension plus élevée et, d'autre part, les modifications du quantum de l'indemnité maladie nous contraignirent, pour simplifier notre organisation, à séparer complètement les combinaisons retraite des combinaisons maladie.

Il fut permis désormais d'adhérer aux retraites sans faire partie de l'indemnité maladie et réciproquement.

Mais cela ne veut pas dire qu'il n'y ait pas toujours un très grand intérêt à adhérer simultanément aux deux et que cette double adhésion ne reste pas le mode de faire qui doive être principalement conseillé. J'ai toujours, pour ma part, prôné comme combinaison idéale la retraite à 65 ans qui se substitue à l'indemnité maladie le lendemain même du jour où celle-ci vient à faire défaut.

Considérons, et le cas s'est plus d'une fois pré-

senté à la Mutualité familiale, la situation des sociétaires devenus chroniques et touchant l'indemnité mensuelle : les uns, adhérents de la combinaison retraite, voient la retraite se substituer à l'indemnité ; les autres voient du jour au lendemain disparaître un secours auquel ils étaient habitués et qui les aidait à boucler leur budget. Que de confrères, dans ce dernier cas, ai-je entendu formuler le regret de n'avoir été prévoyants qu'à demi !

Les retraites et l'indemnité maladie étant séparées, le médecin peut choisir l'indemnité qui lui convient le mieux : dix, vingt, trente, quarante ou cinquante francs par jour, et la retraite qu'il désire : de 120 à 2.400 fr., chiffre qui constitue le maximum actuel, mais qui pourra être augmenté le jour où le nombre des sociétaires le permettra.

La combinaison R donne cette retraite à 65 ans, au moment où, à la Mutualité familiale, cesse le droit à l'indemnité maladie, mais elle n'est pas la seule qui donne la retraite : il y a aussi la combinaison P qui la donne, non plus à 65 ans, mais à 60 ans. Le sociétaire peut donc, s'il le préfère, combiner la retraite P à l'indemnité maladie et même, comme il n'y a pas incompatibilité entre P et R, le même sociétaire peut s'assurer une première retraite à 60 ans et une seconde à 65 ans, de telle sorte qu'à 65 ans il pourra recevoir 2400 × 2 = 4.800 francs.

Eh bien, je le demande, cinquante francs d'indemnité maladie journalière, cinq cents francs d'indemnité mensuelle, pension de 2.400 francs à 60 ans et de 4.800 francs à 65 ans, n'est-ce pas là quelque chose d'appréciable et dont on ne saurait faire fi ?

Or quelle cotisation annuelle faut-il verser pour arriver à un tel résultat ?

A 30 ans, 901 francs ;
A 35 ans, 1156 francs.

Dans le premier cas, même pas 2 fr. 50 par jour et dans le second 3 fr. 15 !

Mais, pourra-t-on dire, si le sociétaire vient à mourir avant l'âge de la retraite, la somme qu'il aura versée pour se la constituer sera perdue pour les siens ? — Non, s'il a contre-assuré ses versements.

Moyennant une surprime qui n'est pas bien élevée, le sociétaire assurera, s'il vient à mourir prématurément, le remboursement de cette somme à ses ayants droit.

Dans ce cas, la cotisation deviendrait :

A 30 ans, 1007 francs ;
A 35 ans, 1290 francs.

On avouera bien que, par le temps qui court, ces chiffres ne sont pas inabordables.

Mais c'est là, je le répète, un maximum et personne n'est tenu de prendre ce maximum.

Un sociétaire qui se contenterait de l'indemnité maladie journalière de vingt francs et mensuelle de 200 francs avec la pension de retraite de 2400 francs à 65 ans, payerait comme cotisation annuelle :

A 30 ans, 420 francs ;
A 35 ans, 516 francs ;

et s'il contre-assurait ses versements :

A 30 ans, 462 francs ;
A 35 ans, 574 francs.

C'est à chacun de voir ce qui lui convient et ce qu'il peut faire : on conçoit que les groupements de combinaisons varient à l'infini.

Que nos confrères écrivent à notre secrétaire général, Dr Mignon, au Vésinet (S.-et-O.), il leur donnera tous renseignements utiles et les conseils les meilleurs.

Je reviendrai sur la combinaison P et son association possible avec la combinaison R : je m'en tiens aujourd'hui à la pension viagère venant se substituer à l'indemnité maladie le jour où le médecin atteint 65 ans.

Comment donc fonctionne cette combinaison retraite et, tout d'abord, quelles cotisations réclame-t-elle ? En voici le barême :

Retraite à 65 ans.

Cotisation annuelle à verser pour jouir d'une retraite de 2.400 francs.

Age d'entrée	Cotisation simple	Cotisation contre assurée
20 ans	96 fr.	116 fr.
21 —	102 »	124 »
22 —	108 »	132 »
23 —	114 »	140 »
24 —	120 »	148 »
25 —	128 »	158 »
26 —	136 »	168 »
27 —	144 »	178 »
28 —	154 »	190 »
29 —	164 »	202 »
30 —	174 »	216 »
31 —	186 »	230 »
32 —	198 »	246 »
33 —	212 »	262 »
34 —	226 »	280 »
35 —	242 »	300 »
36 —	258 »	322 »
37 —	278 »	344 »
38 —	298 »	370 »
39 —	320 »	398 »
40 —	344 »	428 »
41 —	372 »	460 »
42 —	402 »	498 »
43 —	434 »	538 »
44 —	472 »	582 »
45 —	512 »	632 »

46 —	558 »	686 »
47 —	610 »	748 »
48 —	670 »	818 »
49 —	738 »	896 »
50 —	816 »	996 »

Comme pour l'indemnité maladie, l'âge d'entrée est celui que le postulant a eu ou aura dans l'année de son admission.

Il en résulte que la participation part uniformément du 1er janvier de l'année en cours et que le nouveau sociétaire doit payer la cotisation entière de cette première année. Mais, par contre, il ne paye pas de cotisation dans l'année où il atteint 65 ans, et la première annuité de la pension lui est délivrée le 1er janvier qui suit cette année où il atteint 65 ans.

La cotisation se paye au gré du sociétaire soit en une seule fois en janvier, soit en deux fois, par moitié, en janvier et juillet.

Le tableau ci-dessus se réfère à la pension de 2.400 francs; si le sociétaire ne prenait qu'une pension de 1200 francs, ces chiffres seraient naturellement réduits de moitié. Comme dans toutes les combinaisons de la Mutualité familiale, il faut ajouter 10 % pour frais de gestion.

La pension se paye, d'avance et dans son entier, au 1er janvier de chaque année sur le vu d'un certificat de vie dressé par le maire sur papier libre et délivré gratuitement pour les sociétés de secours mutuels. Elle arrive au bénéficiaire nette de tous frais.

Mais si telle éventualité se produisait, qui ne permît plus au sociétaire de continuer ses versements ?

Il n'y aurait pas déchéance.

D'abord il lui serait toujours permis de les reprendre à quelque époque que ce fût. Il pourrait même effectuer les versements arriérés sauf dans les quatre années qui précèdent la délivrance de la pension.

Et, s'il ne pouvait recouvrer ses droits entiers, il aurait droit, l'âge arrivé, à une pension proportionnelle à ses versements sous la seule condition qu'il ait versé au moins cinq cotisations annuelles.

Pas de dérangements, pas de frais, payement d'avance et d'un seul coup de la pension, possibilité de se remettre en règle en cas d'interruption des versements. Ce sont là des avantages qui ne sont pas à dédaigner.

Et si nous considérons que cette combinaison R est le complément naturel de l'indemnité maladie, nous répétons cependant que les deux choses sont indépendantes et que celui qui ne pourrait souscrire cette dernière a toujours la possibilité de s'assurer une retraite.

Où le médecin pourrait-il trouver mieux ?

A. Gassot.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7621 Coippe, Casablanca (Maroc), Société de Médecine et d'Hygiène du Maroc.
7622 Vignot, Fougères (Ille-et-Vilaine), parrains : Drs Bordeau et Robert.
7623 Clerc, Saint-Pierre-d'Albigny (Savoie), Syndicat de la Savoie.
7624 Marchand, Sancergues (Cher), Syndicat du Cher.
7625 Delguel, Bordeaux (Gironde), Syndicat des Médecins bordelais.
7626 Despin, Bordeaux (Gironde), Syndicat des Médecins bordelais.
7627 Mlle Kouindjy, 32, rue de Liège, Paris, parrains : Drs Duchesne et Boudin.
7628 Lannelongue, Monflanquin (Lot-et-Garonne), Syndicat de Lot-et-Garonne.
7629 Druelle, Nice (Alpes-Maritimes), Syndicat de Nice.
7630 Suau, Villard-de-Lans (Isère), Syndicat du Sud-Est de l'Isère.
7631 Becavin, 35, rue Eugène-Carrière, Paris, Syndicat des Médecins de la Seine.
7632 Ferrier, Rabat (Maroc), Syndicat de Rabat.
7633 Ramadier, Orléans (Loiret), Syndicat d'Orléans.
7634 Bonnaud, Firminy (Loire), Syndicat de Saint-Etienne.
7635 Denis, Vouziers (Ardennes), Syndicat des Ardennes.
7636 Perdreau, Segré (Maine-et-Loire), Parrains : Drs Matignon et Cocard.
7637 Mangin, Marseille (Bouches-du-Rhône), Syndicat de Marseille.
7638 Hubert, 5, rue d'Edimbourg, Paris, Syndicat de Saint-Mandé.
7639 Charbonnel, 37, rue d'Isly, Alger, Syndicat d'Alger.
7640 Fortier, Lizy-sur-Ourcq (Seine-et-Marne), Syndicat de Seine-et-Marne.
7641 Corby, 36, avenue Niel, Paris, Société Médicale du 17e arrond.
7642 Poulet, Colombes (Seine), Syndicat de Colombes.
7643 Decressac, Mouthiers (Charente), Syndicat de la Charente.
7644 Saussie, Beire-le-Châtel (Côte-d'Or), Syndicat de Dijon.
7645 Descubes, Saint-Laurent-sur-Gorre (Haute-Vienne), Syndicat de la Haute-Vienne.
7646 Decourt, 16, rue des Saussaies, Paris, parrains : Drs Decourt et Duchesne.
7647 Denaclara, Bourgmadame (Pyrénées-Orientales), Syndicat des Pyrénées-Orientales.

7648 BARBÈRE, 22, Cours du Maréchal-Foch, Bordeaux, Syndicat des Médecins bordelais.
7649 HUMEAU, La Pommeraye (Maine-et-Loire), Syndicat d'Angers-Campagne.
7650 PELTIER, Crouy-sur-Ourcq (Seine-et-Marne), Syndicat de Seine-et-Marne.
7651 AZAÏS, Le Thor (Vaucluse), Société de Prévoyance des Médecins de Vaucluse.
7652 BONNOT (Haute-Savoie), Syndicat de la Haute-Savoie.
7653 FEITU, 227, avenue de Saxe, Lyon, Syndicat du Rhône.
7654 LESCURAS, Cognac (Charente), Syndicat de la Charente.
7655 BOULLIER, Chatou (Seine-et-Oise), Syndicat de Versailles.
7656 DURAND, Littry (Calvados), Syndicat de Bayeux.
7657 BÉAL, Roncq (Nord), Syndicat de Tourcoing.
7658 COCULET, Montguyon (Charente-Inférieure), Association des Médecins de France.
7659 COTTALORDA, 1, rue Thomas, Marseille, Syndicat de Marseille.
7660 REY, Charavines-les-Bains (Isère), Syndicat de la Tour-du-Pin.
7661 CHESNEAU, 3, avenue Baquis, Nice, Syndicat de Seine-et-Oise.
7662 DELAGE, Levallois-Perret (Seine), Société Médicale de Levallois-Perret.
7664 PRADIER, Florensac (Hérault), parrains : Drs Duvochel et Vivien.
7665 PARCELIER, 4, rue Montaigne, Bordeaux, Syndicat des Chirurgiens français.
7666 DEPARDIEU, 300, rue des Pyrénées, Paris, Syndicat des Médecins de la Seine.
7667 GUILLOT, Versailles (Seine-et-Oise), Syndicat de Versailles.
7668 AVIÉRINOS, 30, rue Sénac, Marseille, Syndicat de Marseille.
7669 DUPRÉ, Joulias (Allier), Syndicat de l'Allier.
7670 GUILLOUX, Préveranges (Cher), Syndicat du Cher.
7671 LE HUR, Brest (Finistère), parrains : Drs Thésée et Gassot.
7672 SELLERIER, Lugny (Saône-et-Loire), Syndicat de Maçon.
7673 MOULIN, Tence (Haute-Loire), Syndicat d'Yssingeaux.
7674 FRANC, Sarlat (Dordogne), Syndic. de Dordogne.
7675 BRIHMAT ZERROUK, 98, rue de Lyon, Alger, Syndicat d'Alger.
7676 LEBALLEUR, Rouen (Seine-Inférieure), Syndicat de Rouen.
7677 TASSIGNY, Mohon (Ardennes), Syndicat des Ardennes.
7678 BOISSON, Marennes (Charente-Inférieure), Syndicat de Rochefort.
7679 MARQUET, Thésée (Loir-et-Cher), Syndicat du Loir-et-Cher).
7680 OLIVEAU LE BRETON, Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), Syndicat des Basses-Pyrénées.
7681 MORLOT, Dijon (Côte-d'Or), Syndicat de Dijon.
7682 PITRE, Bourg (Ain), Syndicat de Bourg-Trévoux.
7683 BERSON, Villeneuve-sur-Bellot (Seine-et-Marne), Syndicat de Seine-et-Marne.
7684 CAUFFON, Daon (Mayenne), Syndicat de la Mayenne.
7685 GODARD, Saint-Lô (Manche), Syndicat de Saint-Lô.
7686 MIRABAIL, Ivry-sur-Seine (Seine), Syndicat de la Banlieue-Est.
7687 LAFUE, Foix (Ariège), Syndicat de l'Ariège.
7688 JABIOL, Mercenat (Cantal), Syndicat de Murat-Saint-Flour.
7689 BERTRAND, La Mulatière (Rhône), Syndicat du Rhône.
7690 ZLATOFF, Tronchoy (Yonne), Syndicat de Tonnerre.
7691 HILLAIRET, Origny-Sainte-Benoîte (Aisne), Syndicat de Saint-Quentin.
7692 PHILBERT, Moyenmoutier (Vosges), Association Syndicale des Vosges.
7693 CONTER, Givry-en-Argonne (Marne), Association des Médecins de France.
7694 MARTY, Pont-du-Château (Puy-de-Dôme), Syndicat de Clermont-Ferrand.
7695 SIGWALT, Versailles (Seine-et-Oise), Syndicat de Versailles.
7696 FARABOSC, Ouveillan (Aude), Syndicat de Narbonne.
7697 RAJAOFERA, Tananarive (Madagascar), Société des Sciences Médicales de Madagascar.
7698 RANAIVO, Tananarive (Madagascar), Société des Sciences Médicales de Madagascar.
7699 FITERE, Blanzac (Charente), Syndicat de la Charente.
7700 PÉRIMONY, Beaufay (Sarthe), Syndicat de la Sarthe.
7701 SOULAS, 28, boulevard Philipon, Marseille, Syndicat de Marseille.
7702 ROBIN, Hyères (Var), parrains : Drs Desvignes et Cochet-Balmey.
7703 GOGUEL, Sedan (Ardennes), Syndicat de Sedan.
7704 LOROT, Largentière(Ardèche), Syndicat de l'Ardèche.
7705 CROCHET, Fontenay-aux-Roses (Seine), parrains : Drs Miriel et Pernet.
7706 PELLOTIER, Saint-Rambert (Rhône), Syndicat du Rhône.

Accidents du travail.

Le Dr C. (Jura) a perdu un procès en recouvrement d'honoraires accidents, le patron ayant contesté qu'il s'agissait d'un accident du travail.

Le Conseil ordonnance le remboursement des frais et honoraires payés dans cette affaire, qui s'élèvent à 217 fr. 50.

Le Conseil ordonnance le paiement au Dr L. (Bouches-du-Rhône), des frais judiciaires et honoraires d'avocat payés dans deux affaires d'accidents du travail, et qui s'élèvent à 247 fr. 20.

Le Dr L. (Seine-et-Oise) a perdu le procès en paiement d'honoraires pour soins donnés à un accidenté du travail très gravement atteint, admis d'urgence chez une sage-femme. Le juge de paix a décidé que le « tout compris » était applicable.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr L. pour interjeter appel de cette décision.

Le Dr O. (Basses-Pyrénées) a soigné un blessé du travail dans un hôpital de vieillards, sans aucune installation chirurgicale. Le « tout compris » lui est opposé.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr S. (Var) a vu repousser par le Syndic d'une faillite l'admission privilégiée de sa créance

pour soins donnés à des ouvriers de l'entreprise accidentés du travail. L'appui pécuniaire lui ayant été accordé, il a obtenu satisfaction avant jugement.

Les honoraires de son avocat se sont élevés à 80 fr., dont le Conseil a ordonnancé le remboursement.

Le Dr B. (Oise) a payé 186 fr. 70 pour frais et honoraires dans le procès en paiement d'honoraires pour soins donnés à l'hôpital à un accidenté du travail, qu'il a perdu, malgré un engagement écrit de la femme du patron.

Le remboursement de cette somme est ordonnancé.

Le Dr M. (Oise) a perdu le procès en recouvrement d'honoraires, intenté à la sœur et patronne d'un accidenté du travail, qui l'avait mis en œuvre pour soigner son frère.

Les frais et honoraires payés dans cette affaire, non compris les frais de l'avoué de l'adversaire, se sont élevés à 1.303 fr. 55, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr M. (Bouches-du-Rhône) a perdu devant le juge de paix son procès en paiement d'honoraires accidents, bien qu'il ait été mis en œuvre par un Bulletin sans réserves signé du patron.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour interjeter appel et la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat qui plaidera en appel est fixée à 300 fr.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais et honoraires de justice de paix, soit 337 fr. 50.

Le Dr A. (Gironde), s'est vu refuser l'admission au privilège de ses notes d'honoraires accidents par le liquidateur d'une entreprise industrielle.

L'appui pécuniaire lui est accordé dans cette affaire, qui sera suivie directement par le Contentieux, la liquidation s'effectuant à Paris.

Le Dr M. (Gironde) est en conflit avec une Compagnie d'assurances, qui lui reproche des visites trop fréquentes et toutes comptées avec l'indemnité kilométrique totale, alors qu'il a dû, soutient-elle, ne pas se déplacer toujours exclusivement pour visiter le blessé.

Le Conseil, estimant qu'il s'agit d'une question de fait, et non de principe, n'accorde pas l'appui pécuniaire devant le juge de paix, se réservant de l'accorder, s'il y a lieu, en appel, après examen du jugement à intervenir.

Le Dr D. (Nord) a obtenu à l'amiable le paiement de ses honoraires dans une affaire d'accidents du travail pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Les honoraires de son avocat se sont élevés à 80 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr S. (Lot-et-Garonne), ayant obtenu gain de cause dans une affaire d'honoraires pour accident agricole, est traîné en appel par son adversaire.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel.

Honoraires de droit commun.

Le Dr P. (Finistère) a gagné son procès contre un client qui refusait de payer ses honoraires, prétendant que l'opération pratiquée était inutile.

Il a payé pour honoraires 150 fr. à son avocat et 150 fr. à son avoué, soit ensemble 300 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr D. (Yonne) a gagné en appel le procès intenté à un gendre, qui avait fait donner des soins à sa belle-mère.

Les honoraires de l'avocat et les frais de copie du jugement se sont élevés à 260 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr F. (Pyrénées-Orientales), ayant fait condamner à le payer un pharmacien qui lui avait acheté son stock de pharmacie quand il a cessé d'exercer la propharmacie, est traîné en appel par son adversaire.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel.

Le Dr G. (Hérault), voit contester une note d'honoraires par un client qui, habitant hors de l'octroi, refuse de payer une indemnité de déplacement, qui est due d'après le tarif syndical.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire, bien que l'affaire ait été engagée avant d'avoir été soumise au « Sou », parce qu'elle a été engagée et suivie par l'Office de recouvrement du Syndicat.

Le Dr P. (Rhône) a obtenu un jugement par défaut condamnant un client à lui payer ses honoraires et demande l'appui pécuniaire pour le cas où son adversaire interjetterait appel.

Le Conseil remet toute décision sur cette demande pour l'époque à laquelle l'éventualité redoutée se sera produite.

Le Dr M. (Seine) a soigné, dans un atelier et sur appel de la patronne, une ouvrière atteinte d'hémorragie utérine et partie depuis sans laisser d'adresse.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre la patronne, qui, bien qu'elle l'ait mis en œuvre, refuse de payer.

Le Dr C. (Vaucluse), ayant accouché une jeune fille majeure, chez ses parents, l'a fait condamner à lui payer ses honoraires. Mais, comme la jeune fille est insolvable, il demande l'appui pécuniaire pour poursuivre les parents, qui l'ont mis en œuvre.

Cet appui lui est accordé.

Le Dr B. (Charente-Inférieure) a touché amiablement les honoraires pour le recouvrement desquels l'appui pécuniaire lui avait été accordé. Il a payé, pour frais et honoraires, 65 fr., sur lesquels il abandonne 15 fr. pour la caisse du « Sou ».

En ordonnançant les 50 fr. de surplus, le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr R. (Allier) a recouvré amiablement ses honoraires dans l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Il a payé, pour frais et honoraires, 81 fr. 10 dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr G. (Vienne) a été payé à l'amiable de ses honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile, après désistement, par l'adversaire, de l'appel interjeté par lui contre le jugement du juge de paix.

L'avoué, à qui une provision de 150 fr. avait été versée, a pris comme honoraires 80 fr., ce qui est approuvé par le Conseil.

Le Dr M. (Puy-de-Dôme) a touché à l'amiable es honoraires d'accouchement qui lui étaient ldus par une femme inscrite tardivement sur la liste d'assistance.

Les honoraires de l'huissier (103 fr.), sont ordonnancés par le Conseil.

Dans l'affaire d'honoraires pour accident de droit commun, actuellement pendante en appel, dans laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé, l'avocat du Dr F. (Charente-Inférieure) demande 600 fr. d'honoraires pour les plaidoiries en première instance et en appel.

Le Conseil ordonnance le paiement de cette somme.

Les docteurs A. (Seine-et-Marne), B. (Saône-et-Loire) et E. (Charente-Inférieure), ayant été mis en œuvre par les auteurs d'accidents de la route , pour soigner leurs victimes, n'ont pu obtenir le paiement de leurs honoraires.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr T. (Nord) a recouvré à l'amiable les honoraires qui lui étaient dus par un automobiliste dont il avait, sur sa demande, soigné la victime.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais et honoraires avancés dans cette affaire, qui s'élèvent à 32 fr.

Le Dr A. (Seine-Inférieure) a été payé, avant jugement, des soins qu'il a donnés à la victime d'un accident d'automobile.

Il a versé pour honoraires 18 fr. à l'huissier et 65 fr. à l'avocat, ensemble 83 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr D. (Cher) a obtenu la condamnation d'un automobiliste au paiement des honoraires qu'il lui devait pour les soins donnés à sa victime.

Il a payé, pour frais et honoraires, 73 fr. 15, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Plusieurs adhérents demandent l'appui pécuniaire dans des affaires de recouvrement d'honoraires présentant certaines circonstances de fait qui leur donnent un caractère particulier ou soulevant des questions de principe.

Le Conseil décide que le Contentieux adressera à leurs débiteurs une mise en demeure de payer. Si celle-ci reste sans effet, l'appui pécuniaire sera acquis aux intéressés pour poursuivre en justice.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr X. est menacé d'une action en responsabilité par un client qui lui reproche la survenance d'un phlegmon à la suite de piqûres antivariqueuses.

Si cette menace est suivie d'exécution, il aura droit à la garantie statutaire de la Caisse spéciale.

Le Dr C. (Maroc) est assigné en 100.000 fr. de dommages intérêts par un paludéen auquel sont survenus des abcès à la suite d'injections hypodermiques.

Le Conseil l'admet au bénéfice de la garantie de la Caisse Spéciale.

Le Dr G. (Vosges) a vu confirmer, par la Cour d'Appel, la condamnation en 12.000 fr. de dommages-intérêts prononcée contre lui pour l'oubli d'un drain dans une plaie. L'arrêt sera examiné au point de vue de la possibilité d'un pourvoi en Cassation.

Dans l'affaire en responsabilité du Dr R. (Ille-et-Vilaine), qui est actuellement en appel, après gain du procès en première instance, l'avoué de première instance demande le paiement de ses frais, qui s'élèvent à 453 fr. 15.

Le paiement de cette somme est ordonnancé par le Conseil.

L'avoué du Dr L. (Meuse), demande une provision de 600 fr. pour son affaire en responsabi-

ité, dans laquelle il va être procédé à une enquête.

Le Conseil ordonnance le versement de cette provision.

Le Dr R. (Seine), menacé d'inculpation pour prescriptions irrégulières de stupéfiants, obtient l'appui pécuniaire, en tant que de besoin, dans cette affaire.

Diffamation.

Le Conseil ordonnance le paiement au Dr G. (Savoie) de la somme de 350 fr., pour participation aux honoraires demandés par son avoué, son avocat et son huissier, dans l'affaire qui s'est terminée par la condamnation d'un libraire qui l'avait diffamé.

Le Dr B. (Seine) a obtenu la condamnation à la prison avec sursis, et à 2.000 fr. de dommages-intérêts, d'une ancienne cliente qui le diffamait, notamment par cartes postales.

Baux et locations.

Le Dr L. (Haute-Garonne) a avancé pour frais de son pourvoi en cassation (affaire de la reprise par son propriétaire de son garage professionnel), 256 fr. 70, dont le remboursement est ordonnancé par le Conseil.

Le Dr A. (Gironde) demande l'appui pécuniaire contre son propriétaire, qui refuse de lui accorder la prorogation pour le garage de son automobile professionnelle.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Secours aux infortunes médicales de guerre.** — L'Union des médecins mutilés de guerre, 19, rue Blanche, à Paris, composée de médecins mutilés de guerre, ou blessés, et titulaires d'une pension, prie MM. les médecins de France et des Colonies, de bien vouloir lui signaler les infortunes conséquences de la guerre.

L'action de l'U. M. M. G. vise à compléter celle de l'Association des Anciens Médecins des Corps combattants (qui lui a accordé son patronage) et à secourir moralement et pécuniairement, soit les médecins dans le besoin, soit les veuves de guerre ou les orphelins des camarades tombés au Champ d'honneur.

Cotisations : membres titulaires : c'est-à-dire médecins mutilés ou blesssés avec pension, cotisation de 5 fr. rachetable par 100 fr. ; membres adhérents : médecins ayant fait la guerre 1914-1918 et s'intéressant à notre œuvre ; cotisation de 20 fr., rachetable par 500 fr. Membres bienfaiteurs : cotisation de 100 fr. non rachetable. Mais les membres bienfaiteurs seront nommés membres honoraires, quand le total de leurs versements atteindra 5.000 fr.

Adresser les cotisations à l'U. M. M. G, 19, rue Blanche à Paris.

— **Le dénombrement des étudiants en médecine.** — Sur une question écrite de M. Bret, député, le ministre de l'Instruction publique vient de fournir les renseignements statistiques suivants :

Le 15 janvier 1923, il y avait 8.247 étudiants dans les facultés de médecine et 1.497 étudiants dans les écoles de médecine. Le 31 juillet 1926, il y avait dans les facultés de médecine 10.821 étudiants et dans les écoles, 1.465 étudiants.

— **École française de stomatologie.** — Dispensaire de l'Administration générale de l'Assistance publique, 20, passage Dauphine, Paris. — L'École française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend : 1° la clinique générale des maladies de la bouche et des dents ; 2° des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie ; 3° des travaux pratiques de technique opératoire de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au : Dr Bozo, directeur de l'École, 20, passage Dauphine, Paris.

— **Nombre à Paris et à Lyon, des médecins, pharmaciens, accoucheuses, dentistes.** — 1° *A Paris* exerçaient leur profession au 1er janvier 1926 :

Docteurs en médecine	4588
Officiers de santé	10
Accoucheuses	763
Chirurgiens-dentistes	1366
Pharmaciens	1388

Au 1er janvier 1925, il y avait, en moins, 83 docteurs, en médecine, un officier de santé, 13 accoucheuses, 90 chirurgiens-dentistes.

2° *A Lyon*, on comptait, d'après « Le Cartier » :

Docteurs en médecine	525
Accoucheuses	137
Chirurgiens-dentistes	132
Pharmaciens	193

pour une population de 561.592 habitants. (*Lyon médical.*)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponse.

Quand bien même l'automobiliste serait reconnu responsable de l'accident et condamné à verser une indemnité à la blessée, vous ne pourriez agir contre lui en paiement de vos honoraires, faute de lien de droit avec lui, à moins toutefois que ce ne soit lui qui vous ait mis en œuvre et qu'il n'ait pris l'engagement exprès ou tacite de payer vos honoraires.

Mais, par contre, la blessée ne peut se retrancher derrière la responsabilité de l'automobiliste pour refuser de vous payer. C'est à elle qu'il appartient, en tout état de cause, de régler votre note, sauf à la comprendre ensuite dans sa demande d'indemnité.

Nous vous conseillons donc d'écrire à nouveau à la blessée pour la mettre en demeure de vous payer sous huitaine, en lui déclarant que vous n'avez pas à attendre l'issue de son procès pour vous faire payer. Si elle persiste dans son refus, citez-la devant le juge de paix (avec son mari, si elle est mariée).

Dans le cas où vous seriez obligé d'en arriver là, faites-le nous savoir.

1052. — Accident d'automobile. Poursuites correctionnelles contre l'auteur.

Une femme est bousculée et blessée sur la voie publique par une automobile. Elle dépose une plainte à la gendarmerie qui vient faire l'enquête habituelle.

Cela est-il suffisant pour qu'il y ait des suites judiciaires et les sanctions que comporte l'accident envers le responsable ?

Ou bien faut-il que cette femme actionne elle-même le responsable en justice ?

On m'a affirmé que du moment que la gendarmerie dressait un rapport l'affaire passait *ipso facto* devant la correctionnelle.

Dr G.

Réponse.

L'enquête de gendarmerie ne suffit pas, à elle seule, à mettre en mouvement l'action publique et à faire déférer l'auteur de l'accident au tribunal correctionnel.

Les gendarmes se bornent à transmettre leur rapport au Parquet, qui reste juge de l'opportunité d'intenter des poursuites. Il se peut d'ailleurs que les faits relevés à la charge de l'auteur de l'accident engagent sa responsabilité civile, sans cependant faire peser sur lui aucune responsabilité pénale.

Mais la victime de l'accident, même en cas d'inaction du parquet, ne reste pas désarmée. Si l'auteur de l'accident s'est rendu coupable d'un délit, elle peut l'assigner devant le tribunal correctionnel par citation directe ou porter plainte avec constitution de partie civile, ce qui oblige le parquet à suivre sur la plainte. Mais si

le prévenu est acquitté, c'est la partie civile qui supporte tous les frais du procès.

La victime de l'accident peut aussi en assigner l'auteur responsable devant le tribunal civil, en dommages-intérêts.

Honoraires de droit commun.

1031. — Privilège en cas de faillite.

Un de mes clients a fait faillite. J'ai porté ma note (180 fr.) au notaire qui s'en occupait. J'ai reçu une lettre me prévenant que je ne toucherais que 60 pour cent. J'ai répondu que, ayant soigné le failli dans sa dernière maladie, je croyais être privilégié. Le 2 mars dernier il fit une chute de moto et on fut obligé de l'amener à son domicile étendu sur un matelas dans un camion. Bref je fis visite de nuit, injection de sérum, pansements multiples, figure, mains, genoux, etc., etc.

Je n'ai reçu aucune réponse du notaire. Que faire ?

Dr D.

Réponse.

Si la maladie pour laquelle vous avez donné vos soins au failli est bien la dernière qui ait précédé la déclaration de faillite, il n'est pas douteux que vous avez droit, pour vos honoraires, au privilège de l'article 2.101 du Code civil.

Par conséquent, vous devez être admis au passif de la faillite par privilège, sans avoir à subir la loi du concours avec les créanciers chirographaires. C'est seulement au cas où l'actif serait insuffisant même pour payer les créanciers privilégiés, venant au même rang que vous, que vous pourriez être payé au marc le franc.

Si le syndic de la faillite refuse d'admettre votre privilège, il faudra l'assigner devant le tribunal de commerce.

Frais de justice criminelle

975. — Honoraires pour autopsie d'un nouveau-né.

Veuillez me dire quelle indemnité doit m'être allouée d'après le dernier tarif de la justice criminelle pour une autopsie de nouveau-né avant inhumation et tarif kilométrique.

Dr I.

Réponse.

Pour autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation, il vous est dû à titre d'honoraires, en vertu de l'article 26 du décret du 5 octobre 1920, la somme de 35 francs, y compris la rédaction et le dépôt du rapport. Si le cadavre était en état de décomposition avancée, vous pourriez demander 50 francs.

Enfin, si vous avez eu à vous déplacer à plus

de deux kilomètres de votre résidence, il vous est dû une indemnité de déplacement de 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour. Si le voyage pouvait s'effectuer par chemin de fer ou par un service de transport en commun, il ne vous sera remboursé que le prix d'un aller et retour en première classe, ou le prix des deux voyages dans la voiture de transport en commum.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

646. — Visite de contrôle.

Membre du « Sou médical », j'ai recours à vous pour me faire régler par la P... la note dont ci-joint la copie.

Cette compagnie, qui abuse des contre-visites, refuse de les payer au tarif réglementaire : le prix de la visite augmenté de 50 % et de l'indemnité de déplacement de 2 fr.

Toutes les autres compagnies d'assurances payent ce prix.

La P... a besoin d'être dressée. Elle prétend que, le plus souvent, c'est par téléphone ou par lettre que le médecin traitant s'entend avec le contre-visiteur.

C'est souvent vrai, mais cela n'empêche pas que le prix fixé par le tarif officiel doit être payé, d'autant plus que ni les communications téléphoniques ni les timbres ne sont gratuits.

Je crois défendre un principe en refusant les 277 fr. que m'offre cette assurance et en faisant une histoire pour ces 40 sous.

Dr B.

Réponse.

A Lyon, ville de plus de 100.000 habitants, le prix de la visite de contrôle prévue à l'article 3-a) était, avant le 1er janvier (tarif Durafour) de 10 plus 5 plus 2, soit 17 francs et, depuis (tarif Fallières)) de 12 plus 6 plus 2, soit : 20 francs, et cela, quel que soit le mode d'entente *accepté* par le médecin traitant pour le rendez-vous, en dehors de celui *légal* de la « lettre recommandée deux jours à l'avance » (article 4, paragraphe 5, de la loi du 9 avril 1898).

Dr F. Decourt.

II

751. — 1° Luxation cervicale ; 2° fracture pubienne.

Vous m'obligeriez en voulant bien me donner votre appréciation sur les deux cas suivants (accidents du travail) :

1° Réduction d'une luxation cervicale (technique de Richet sous anesthésie).

2° Réduction et contention d'une fracture de la

branche horizontale du pubis sans lésions viscérales (mise en gouttière de Bonnet).

Dr B.

Réponse.

1° Vous trouverez une réponse au sujet de « fracture de l'axis avec luxation du corps de la vertèbre en avant et fracture de l'odontoïde. Réduction et contention, dans le *Concours médical* du 7 novembre dernier, page 2.906. Je me basais sur le tarif Maginot, à l'article 74, paragraphe intitulé : « Interventions sur la colonne vertébrale », où on lit :

« *a*) Laminectomie *sans* ouverture de la dure-mère : 600 francs ;

b) Laminectomie *avec* ouverture de la dure-mère : 800 francs ».

et j'ajoutais : « ... prix non excessif dans de telles circonstances où le blessé peut fort bien rester sur la table d'opération ».

D'après ces données, voyez ce que vous avez à demander, suivant votre intervention même que je ne puis préciser, alors que vous parlez, en général, d'une luxation cervicale... »

2° Là encore, à défaut du tarif Durafour, voyons le tarif Maginot, plus complet. Nous y trouverons, article 74, au paragraphe intitulé « Interventions sur la face, le crâne et la colonne vertébrale » une rubrique qui me paraît répondre nettement à votre question : « Réduction et contention, avec ou sans appareillage, des fractures du bassin ou du rachis : 60 à 100 francs ». Et cela suivant la difficulté qui me paraît être maxima pour cette branche horizontale pubienne. Donc, en fournissant ces explications et par analogie, je demanderais 100 francs.

F. D.

III

650. — La majoration de 50 % des radiologies.

Membre du « Sou médical » je me permets de vous demander le renseignement suivant :

Les honoraires pour *traitements électriques* ont-ils été, pour les accidents du travail, augmentés de 50 % eux aussi ? c'est-à-dire qu'une séance marquée 12 fr. au tarif Breton serait payée 18 fr.

Dr B.

Réponse.

Dans le tarif Durafour, il y avait, *in fine* du paragraphe VI de l'article 26, ces mots entre parenthèses : « Les frais et honoraires prévue aux paragraphes I à VI ci-dessus doivent êtrs majorés de 20 % ».

Dans le tarif Fallières, ils le sont de 50 %. Or, les honoraires pour *traitement électrique* dont vous parlez se trouvent au paragraphe VI, donc parmi ceux majorés actuellement de 50 %.

F. D.

IV

779. — Pansement de brûlures étendues, de nuit, le dimanche.

Comment dois-je établir ma note pour un accident du travail :

Brûlure premier et deuxième degrés de *tout* le membre supérieur gauche (doigts, main, avant-bras, bras, aisselle) et tout l'hémithorax gauche face antérieure et postérieure du cou à la ceinture (avec une bouteille ou un bidon d'essence que le blessé tenait à la main).

Brûlure aussi à la main droite.

Visite de *nuit* et du *dimanche* aussi, au cours des soins (visite de nuit le premier soir, visite du dimanche le surlendemain).

Le pansement me prenait chaque fois plus d'une heure de temps. J'ai d'ailleurs hospitalisé le malade au bout de quelques jours, dès qu'il a pu supporter le transport. Dr S.

Réponse.

a) Je vois là des brûlures dont les « surfaces additionnées » sont comparables à « grande brûlure de deux membres » : 75 fr.

b) Pour le pansement *d'urgence*, fait de nuit, comptez 25 % de majoration (article 8).

c) Pour le dimanche, *pas* de majoration, celle-ci n'existant que pour la *seule* visite et même pas pour la consultation. F. D.

Application du Tarif Maginot.

614. — Injections sclérosantes.

J'ai un mutilé de guerre auquel je me propose de faire des *injections sclérosantes intraveineuses de salicylate de soude*. Or je ne les trouve pas mentionnées sur la nomenclature rédigée conformément aux décrets du 25 octobre 1922 et 2 avril 1925, etc. Par contre, je trouve à l'article 74 ; injection intraveineuse médicamenteuse autre que le novarsénobenzol : 20 fr.

Etant donné que l'intervention dont je parle me paraît plus délicate qu'une simple injection intraveineuse, à combien dois-je la tarifer ?

Je lis : injection intraveineuse de novarsenobenzol: la première (? ? !) = 40 fr., la deuxième et les suivantes (? !) = 30 fr. (probablement grâce à la « vitesse acquise »). N'y a-t-il donc en 1927 que l'injection intraveineuse de novarsenobenzol qui doive jouir d'un privilège aussi « aristocratique » ? L'or lui-même passera au second plan.

La crainte de la « crise nitritoïde » restera-t-elle considérée « *officiellement* » comme le commencement de la sagesse? Je ne suis probablement pas le premier, mon cher confrère, à manifester mon étonnement sur ce point. Mais je suis heureux cependant d'insister à ce sujet, et je vous demanderais même d'avoir l'obligeance de vouloir bien le signaler de nouveau à mes confrères. Il est vrai que malgré les

variations du tarif, que ce soit à propos des accidentés du travail ou des mutilés, ces nomenclatures rédigées en 1919 et antérieurement me paraissent d'une forme immuable... Souhaitons pourtant d'y voir un jour mentionnées les injections de vaccin polyvalent qui, Dieu sait ! sont plus courantes en matière d'accidents du travail, que les injections de novarsenobenzol.

Enfin, mon cher confrère, en ma qualité d'abonné au *Concours* je serais heureux d'avoir ce renseignement sur le tarif des injections intraveineuses sclérosantes, qui, ma foi, chez les variqueux, sont un traitement qui n'a même plus l'excuse de la nouveauté, et qui, malgré la fréquence avec laquelle il est pratiqué, n'est tout de même pas d'une technique banale.

Dr M. C.

Réponse.

Je ne vois pas, dans le tarif actuel, que vous puissiez compter plus de 20 fr. des injections intraveineuses, — sclérosantes ou non — en dehors de celles de novar. Quant aux injections de vaccin polyvalent dont vous parlez à propos du tarif des accidents du travail, ce sont des injections hypodermiques, et comme telles, comprises dans le prix de la visite. Si intra-veineuses, ce serait 20 francs. Mais, dans aucun cas, il n'est interdit d'en pratiquer parce que « non mentionnées ».

Revenons à vos injections sclérosantes. Vous êtes le *premier* à demander un prix spécial dans le tarif, contrairement à ce que vous pensiez, à ma connaissance tout au moins. Je puis néanmoins en prendre note, en vue d'une révision du tarif comme j'ai déjà pris note et proposé (avec succès pour l'immense majorité) à deux reprises différentes une soixantaine de modifications dans le tarif des accidents du travail, qui n'est donc pas « immuable », comme vous voyez.

F. D.

Fiscalité.

1023. — Les mémoires d'honoraires pour accidents du travail sont exempts de timbre.

Un ouvrier de la ville, blessé au cours de son travail s'est adressé chez moi. Je le soigne, et en fin d'année envoie ma note d'honoraires à la ville directement (qui n'est pas assurée). Je reçois une lettre où l'on me demande, suivant les rites, mémoire en double exemplaire, dont l'un avec timbre à 3 fr. (0 !

J'ai renvoyé un double exemplaire sur papier libre en indiquant que la loi d'avril 1898 dispense de timbre tous les actes auxquels peut donner lieu son application.

Croyez-vous que cette réponse soit justifiée ?

Si oui, que faire si l'on n'accepte pas ma réponse ?

Dr B.

Réponse.

Tous les actes faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents de travail sont « visés pour timbre gratis ». Si la mairie n'accepte pas votre mémoire sur papier libre, présentez-le au visa « gratis » du receveur de l'enregistrement.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

1007. — Déduction des versements pour retraite.

Dans le *Concours médical* nº 10,610 XII, § 9630, il est indiqué que nous pouvons déduire de notre chiffre de recettes professionnelles les versements effectués à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse.

Ceux qui cotisent à l'Association générale des médecins de France sont-ils aussi dans ce cas ?

Ceux qui versent à la Mutuelle médicale française de retraites ou ailleurs sont-ils assimilés, donc autorisés à déduire leurs versements ?

Dr B.

Réponse.

Quelle que soit la caisse ou la société (même compagnie privée) qui reçoit les primes versées pour la constitution d'une retraite, ces primes sont déductibles, mais celles-là seulement, et non pas les cotisations à une société de secours mutuels maladie. A. M.

ANTHOLOGIE

Un de la presse.

Ce polémiste ardent, ce lettré délicat,
Dont l'esprit capiteux comme un vin de Muscat,
Arrête près du kiosque une foule mobile
A l'heure où les journaux s'envolent par la ville,
Loue au riche patron sa plume et son talent.
Chez lui le langage est un esclave parlant.
Il en convient lui-même et, le rouge à la joue,
A la fin d'un banquet, sa franchise l'avoue :
« A quoi bon avoir tant dès mon jeune âge appris,
« Sur les bancs du lycée emporté tous les prix,
« Avoir la tête chauve et la face ridée
« A converser avec les maîtres de l'idée,
« Pour vieillir sans le droit d'opiner autrement
« Que du bonnet hargneux d'un Crésus ignorant ?
« L'argent peu rassuré tient l'esprit en otage.
« Si vous saviez, Monsieur, ce qu'il faut de courage,
« Quand on a dans la peau l'instinct de probité,
« Pour mentir et ne pas crier la vérité,
« Pour oser la serrer dans ses doigts pantelante
« Et l'étouffer, avant que la pauvrette chante,
« Dans le grillage étroit où l'on est encagé,
« Ne comprenez-vous pas qu'on devienne enragé ?
« A se restreindre aux gestes d'un polichinelle,
« A n'être qu'un pantin au bout d'une ficelle.
« Oui, je suis un manœuvre aux gages d'un bourgeois.
« Mon maître, sérieux, distant et peu courtois,

« Quand mon goût de justice en mon cœur se rallu-
[me,
« Me tire par la manche et me casse ma plume.
« En entrant, il m'a dit :
— « Votre style me plaît.
« Libre à vous de parfaire un écrivain complet,
« De gagner votre vie et forcer la fortune,
« Si vous ne songez pas à monter dans la lune.
« Qui n'a pas dans son sac de l'argent sonnant clair,
« Doit ne pas se montrer susceptible, mon cher,
« Et s'asseoir au métier en artisan docile.
« Soyez de ma pensée un traducteur habile.
« Vous penserez par moi. Moi, j'écrirai par vous.
« Inspirez-vous de mon vouloir et de mes goûts.
« Normale la savante, école de malice,
« Vous façonne tout juste exprès pour mon service.
« Mon journal modéré vit de cerveaux moyens.
« Qui ne demandent qu'à s'amuser à des riens.
« Distrayez les badauds. Ne visez pas le rôle
« D'éducateur. Lancez une boutade drôle,
« Qui provoque un sourire, et vous fasse applaudir,
« Sur un sujet mesquin, et sans approfondir.
« Egratignez parfois d'une griffe discrète
« Et tirez-vous des pieds avec une pirouette.
« S'il me plaît, un matin il vous arrivera
« D'arroser d'encre noire un mec qu'on décora,
« Racoleur pour dancings, tapettes, maisons closes.
« Le lendemain, vous le couronnerez de roses.

« Soumettez-vous enfin sans honte à la raison,
« Les Fouquets aujourd'hui ne vont plus en prison
« Ignorez le pain cher, les grèves, la misère,
« Pour qu'on n'entende pas le sanglot populaire.
« Nos lecteurs n'aiment pas que la discussion
« Trouble leur estomac dans sa digestion.
« Si votre plume un jour touche à la politique.
« En homme adroit, usez du tour diplomatique :
« Affectez un air grave, et cousez bout à bout
« Des lignes qui, sans rien dire, parlent de tout,
« Clapotis de salive et fretin d'équivoques,
« Qui pendent à la phrase en autant de breloques.
« Nous rirons. Le lecteur, moins il les comprendra,
« Plus, fier de sa mémoire, il les répètera.
« La bonne république est la maison du riche.
« Aimez-la, soignez-la. Sur un coin de corniche
« Elle vous permettra d'appuyer votre nid.
« La meute du marquis, le curé la bénit.
« Soyez sage. Surtout gardez-vous de médire
« Du bourgeois bien pensant et de sa tirelire.

« Assez de ces bobards qui jadis ont juché
« L'aïeul haut cravaté sur ses écus perché.
« Justice, vérité : fadaises, hâblerie.
« A nouveaux intérêts, nouvelle théorie.
« Le décor a changé. Le drame va son pas.
« La mode en jupon court veut qu'on montre ses bas.
« Pourquoi se révolter ? Est-il temps que l'on crai-
gne,
« Que l'or, ce beau soleil, sur le monde s'éteigne ?
« Mêmes moines ligueurs, mêmes dieux adorés.
« Toujours les ventres creux font les ventres dorés

Dr Paul GROSSIER.

EAU DE S^T. CYPRIEN



eau des Arthritiques et des Rénaux : rénaux uratiques : Graveleux, Calculeux ; rénaux scléreux : Azotémiques, Hypertendus.

Elle est délicieuse au goût, légère et très douce à l'estomac, car elle ne contient que de « doux minéraux » ; elle traverse l'organisme en entraînant les poisons, les toxines ; elle désinfecte les voies biliaires, le rein, le bassinet, la vessie ; elle dissout l'acide urique, les urates ; décrasse les jointures ; emporte dans les urines pus, graviers et calculs. Elle diminue l'hypertension artérielle en levant le barrage rénal.

Eau de Lucine

L'action anti-vomitive de l' “Eau de Lucine”, eau minérale très douce, dans les vomissements de la grossesse, du chloroforme, du mal de mer.



Bronze du Musée d'Athènes provenant des fouilles du temple d'Esculape à Epidaure

L'*Eau de Lucine*, eau de la source Saint-Savin de la Roche-Posay, jaillit en plein roc, à 3 m. seulement de la source Saint-Cyprien. Elle est légère et douce à l'estomac : l'appellation ancienne d' “Eau de Velours” lui convenait à merveille. C'est une eau essentiellement calmante et sédative. Tient-elle son moelleux, son velouté, des bancs d'*argile* (silicate double d'alumine et de potasse) qu'elle traverse ou de son *carbonate de calcium*? Peu importe. Toujours est-il que sa vertu calmante ***en profondeur*** et ***en durée*** relève à n'en pas douter de l'***ion** calcium*, sédatif bien connu du *grand sympathique* et en particulier du plexus solaire dont le réseau s'étale sous la muqueuse gastrique. C'est l'ion calcium qui explique son activité merveilleuse et connue depuis bien longtemps dans les ***vomissements** de la femme* ***enceinte***, comme il explique son action connue plus récemment, mais aussi certaine, dans les *vomissements du mal de mer, du chloroforme.*

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 15 — DIMANCHE 10 AVRIL 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France........................ 45 fr
Etranger.. (voir conditions page IV)
Etudiants (France) .... 25 fr.
Le Numéro................. 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 972-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON.— Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Solmon, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 192. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 193. — Int. hôp. Paris passant actuell. cliniques et thèse dem. poste à achet. ou à fonder.

No 194. — Auvergne. Prêtre au courant de l'éduc, prendrait chez lui (580 m. alt.) un ou deux élèves dél. cats ou retard dans études. Soins dévoués.

No 195. — A vend. 6 CV Renault 1925 cond. intér., 2/3 pl. pneus 730 × 130. Carburat. Cozette. 15.000 kil. Etat génér. absolument parfait, amortiss., essais à volonté. Bas prix. S'ad. le matin Toussaint, 32, rue Parmentier, à Neuilly (Tél. Wag. 51-11).

No 196. — Paris. Très belle s. à m. acajou massif, table 4 ral., buffet et desserte avec beaux marbres, 10 chaises. Visible tous les jours. Dr 27, rue Chaptal.

No 197. — Seine-et-Marne. A céd. vieille client. à 50 km. Paris, méd. du ch. de fer, rapp. de 1926 : 94.000 fr. Prix dem. : 60.000.

No 198. — Ouest. — A céd. poste méd. dans ville 4.000 hab., 3 h. Paris. Rapp. 60.000, en augment. Très belle habit. Prix 30.000, dont 20.000 compt.

No 199. — Sénas (B.-d.-R.). Préventorium pour dames et jeunes filles débiles non contag. Prix modérés. Mlles Chevreau et Lacona, à Sénas.

No 200. — Préchacq-les-Bains. Hôtel 150 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos à Préchacq-les-Bains. (Landes).

No 201. — Auto Zèbre 6 CV, type D 1921, cond. intér. à vend. pour cause achat de voit. plus forte. Ferait très bon service en plaine, 5.000 fr.

No 202. — Ville d'eau réputée, cab. méd. génér. et syphilis, seul spécialiste, rapp. plus de 100.000, install. mod. 7 p., à céder rapid. pour cause fatigue. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 203. — 100 km. Paris, en ville, clinique accouch., aff. très anc., rapp. 75.000, loyer 6.000, long bail, mais.

18 p. communs, tout conf. Prix 40.000. S.ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 204. — Centre ouest, ch. lieu cant., à repr. sans indemn. poste rapp. 50.000 (livres à l'appui), mais. agréab. meublée , sit. d'avenir pour jeune doct. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 205. — Ach. plateau obstétrical mod. Powilewiez.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies** — On signale une épidémie de scarlatine à Gannat, et une épidémie de fièvre typhoïde dans la Haute-Saône.

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. Astruc, de Montpellier, et Gascard, de Rouen, sont élus correspondants nationaux dans la sixième division (*pharmacie*).

— **Les Congrès.** — Du 11 au 14 avril 1927, à Lyon, *VIe Congrès national de la tuberculose*, sous la présidence de M. Herriot. Séance d'ouverture à 9 heures du matin, le 11 avril, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, 16, quai Claude-Bernard. Rapports de MM. Paul Courmont (Bases expérimentales des réactions allergiques dans l'infection tuberculeuse), E. Sergent et Turpin (Les facteurs de terrain autres que l'allergie dans l'infection tuberculeuse). Le 12 avril, rapports de MM. Bérard et Dumarest (La thoracoplastie), Cordier (examen bactériologique), Léon Bernard et Poix (Préventoriums) et Parisot (collaboration du corps médical avec les dispensaires).

— Du 22 au 24 avril 1927, *Congrès national des colonies de vacances et œuvres de plein air*, à Reims, en Foyer civil, 17, boulevard de la Paix. Pour rensei-

gnements, s'adresser à M. Kriegk, secrétaire-trésorier, 17, boulevard de la Paix, Reims. (Montant de la cotisation au Congrès, 20 fr.)

— **Hôpital Lariboisière.** *Urologie.* — Dans le service du professeur agrégé Marion, une série de 30 leçons d'urologie sera commencée le 25 avril. Inscriptions à la consultation Civiale de l'hôpital Lariboisière. Droits : 300 fr.

— **Hôpital Laennec.** *Oto-rhino-laryngologie.* — Huit leçons sur la diathermie en oto-rhino-laryngologie. Première leçon le 2 mai 1927. Prix du cours, 600 fr. S'adresser à M. Fouquet, service de M. Bourgeois.

— **Hôpital Saint-Michel** (33, rue Olivier-de-Serres). *Dermatologie.* — Une consultation de dermatologie, de création récente, est faite le mercredi à 10 heures, par M. Clément-Simon.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Candidats inscrits : MM. les Dr Fey, Oberlin, Wilmoth, Pascalis, Braine, Lorin, Petit-Dutaillis, Huet, Senèque, Thalheimer, Michon, Bloch, Soupault, Charrier, Richard, Brouet, Maurer, Welti, Gaume et Reinhold.

Sont dispensés des épreuves d'admissibilité : MM. Oberlin, Wilmoth, Pascalis, Braine, Lorin, Petit-Dutaillis, Senèque, Bloch, Charrier, Richard et Maurer.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de médecin des hôpitaux.* — Sont déclarés admissibles aux épreuves orales : MM. Etienne Bernard, Mme Fontaine, Tzanck, Jacquelin, Marchal, Marquézy, Péron, Perisson, Froment, Turpin, Basch, Weismann.

— **Hôpitaux de Paris.** *Electro-radiologie.* — Un concours pour la nomination à trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux s'ouvrira le 17 mai. Les inscriptions sont reçues au Bureau du service de santé de l'A.P., 3, avenue Victoria.

— **Hôpitaux de Versailles.** *Internat* — Un concours pour la nomination de huit internes en médecine aura lieu les 29 et 30 avril 1927. Durée de l'internat : 4 ans. Logement, nourriture et traitement annuel de 4.000 fr. Renseignements à la Direction de l'hôpital civil, à Versailles.

— **Inspecteurs d'hygiène.** — Un concours sur titres pour la nomination de deux inspecteurs adjoints d'hygiène sera ouvert à Montauban, fin avril 1927, à la préfecture de Tarn-et-Garonne. Ce concours est réservé aux médecins diplômés des Instituts d'hygiène ou de l'Institut Pasteur de Paris, ou aux médecins ayant exercé les fonctions de médecin hygiéniste. Adresser les demandes à la Préfecture.

— **Mariage.** — Le Dr Léon QUIDET et Madame nous font part du mariage de Mademoiselle Paulette QUIDET, leur fille, avec M. René ARBEY.

A TRAVERS L'OFFICIEL

23 *mars.*

Hygiène publique.

Avis de concours pour la nomination d'inspecteurs d'hygiène.

Il sera ouvert à Montauban, fin d'avril 1927, à la préfecture de Tarn-et-Garonne, un concours sur titres pour la nomination de deux inspecteurs d'hygiène qui seront adjoints à l'inspecteur départemental d'hygiène déjà en fonctions. En outre des services d'hygiène publique, ces médecins participeront aux services d'hygiène sociale et, notamment, au service des dispensaires antituberculeux et des dispensaires antivénériens.

Ce concours est réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé les fonctions de médecins hygiénistes et aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires français et de l'Institut Pasteur de Paris.

Les candidats devront être Français et pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Les demandes de renseignements devront être adressés avant le 10 avril au préfet de Tarn-et-Garonne, à Montauban.

29 *mars.*

Victimes de la guerre.

Loi du 26 mars 1927 étendant aux ayants cause des militaires décédés des suites d'infirmités imputables à la guerre 1914-1918 et aux victimes civiles de la guerre et à leurs ayants cause le bénéfice de la loi du 9 janvier 1926 prorogeant les délais de forclusion en faveur des invalides de la guerre.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Le secret professionnel et les certificats de décès.

7908. — M. Hamelin, sénateur, demande à M. le ministre de la justice si les ayants droit d'un défunt peuvent, par application de l'article 378 du code pénal, poursuivre et faire condamner un médecin qui aurait mentionné sur le certificat de décès destiné à la mairie le nom de la maladie cause de la mort, lorsque la divulgation du nom de cette maladie peut porter un certain préjudice à la famille, et lorsque ce médecin est précisément celui qui a donné ses soins au défunt, ce qui est le cas dans les communes rurales où n'existe pas de médecin vérificateur des décès. (*Question du 8 février 1927.*)

Réponse. — Les tribunaux sont seuls compétents pour apprécier le mérite d'une action intentée devant eux.

Le garde des sceaux n'a pas qualité pour formuler un avis sur le bien-fondé des poursuites.

(*J. O.*, 12 mars 1927.)

Commentaires.

Le Garde des Sceaux ne se compromet pas : sa réponse est quelque peu simpliste.

Néanmoins, le rédacteur qui a été chargé de préparer cette réponse a trouvé fort simple d'esquiver la difficulté ; probablement, parce qu'au ministère de la justice, on ne possède pas les documents juridiques sur la question.

Nous allons faire la réponse, telle que nous croyons qu'elle aurait dû être faite, à M. le sénateur Hamelin.

L'article 378 du code pénal est ainsi conçu : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état, ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs ».

Il en résulte que le médecin traitant doit se taire sur tout ce qu'on a pu lui confier, ou qu'il a surpris, deviné, entendu, en exerçant sa profession.

Une seule dérogation a été apportée à l'étendue de l'application du secret, par la loi du 30 novembre 1892 et par celle du 15 février 1902, en ce qui concerne la déclaration des maladies épidémiques.

Mais, spécifie un arrêt de la Cour de Cassation, Chambre criminelle, en date du 13 mars 1897, les docteurs en médecine, officiers de santé, ou sages-femmes ne sont relevés de l'obligation au secret professionnel, à l'égard des maladies épidémiques, par la loi du 30 novembre 1892, que dans la mesure nécessaire aux communications qu'ils doivent adresser à l'autorité publique.

Ceci posé, examinons de plus près la question de M. le sénateur Hamelin : un médecin de campagne a soigné un malade. Le maire demande à ce praticien un certificat constatant la mort et indiquant la cause exacte du décès.

Ce faisant, le docteur commet-il une infraction aux dispositions de l'article 378 du code pénal ?

Une seule réponse est à faire : oui, en indiquant la cause de la mort de son client, le médecin a violé le secret professionnel.

Aucune loi n'oblige le docteur à indiquer, sur un certificat de décès, le diagnostic exact des causes de la mort.

L'article 77 du code civil est ainsi rédigé : « Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation de l'officier de l'état-civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès ».

Par conséquent, le code civil fait au maire, ou à son représentant, l'obligation de vérifier, en personne, le décès ; mais n'est pas inscrite,

dans cet article 77, la nécessité de déclarer la cause exacte de la mort.

Il en résulte que l'officier de l'état civil peut se décharger de la corvée de vérifier les décès, en en donnant la mission à un docteur en médecine, lequel, aux termes stricts de l'article 77 précité, s'assurera du décès, c'est-à-dire vérifiera si la mort est suffisamment certaine, pour que le permis d'inhumer soit délivré.

Ce certificat, le médecin traitant peut le donner. Il sera rédigé en ces termes : « Je soussigné, docteur en médecine, certifie avoir constaté la mort de M. X. habitant à ... et déclare qu'en conséquence, le permis d'inhumer peut être délivré. »

Mais le maire peut avoir intérêt à connaître le diagnostic exact des causes de la mort, dans deux circonstances :

1° Par application de l'article 81 du code civil : « Lorsqu'il y aura des signes, ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances, qui donneront lieu de la soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre. »

Dans ces conditions, l'officier de l'état-civil ou le procureur de la République, ou tout autre officier de police judiciaire, devra requérir un docteur en médecine, pour l'assister, aux fins de vérifier les causes exactes du décès.

Or, comme cet article du Code civil ne fait aucune mention des stipulations de l'article 378 du Code pénal et ne diminue en rien la portée absolue du secret professionnel, il s'ensuit que l'officier de police judiciaire, qui est supposé connaître les Codes et lois de notre pays, évitera de requérir le médecin traitant.

Ce dernier est, en effet, lié par le secret professionnel et devra se taire sur tout ce qu'il a appris, deviné, entendu, supposé, dans l'exercice de ses fonctions.

Ce praticien serait-il requis à tort par un magistrat, qui ignorerait l'article 378 du Code pénal, qu'il devrait se récuser, comme étant lié par le secret professionnel.

A l'officier de police de requérir un autre médecin, n'ayant pas donné ses soins au malade et libre, par conséquent, de dévoiler à son mandant tout ce qu'il peut apprendre ou découvrir dans l'accomplissement de sa mission d'auxiliaire de la justice.

2° Le maire peut vouloir déférer à une circulaire préfectorale, demandant l'indication des causes exactes des décès, pour établir les statistiques sanitaires du département.

Ici, encore, doit jouer l'article 378 du code pénal, parce qu'une circulaire, ou arrêté ministériel, ou préfectoral, ne peut modifier un article de loi ou de code.

D'ailleurs, une fois de plus, je rappelle que le

Garde des Sceaux de 1923 a spécifié, dans une réponse au Ministre de l'hygiène, qu'en l'état actuel de la législation, le médecin qui a donné ses soins à un malade ne peut dévoiler la cause de la mort à quiconque, serait-ce même à un autre docteur en médecine.

La jurisprudence est bien fixée dans ce sens : « Le médecin, qui a soigné une personne, pendant sa dernière maladie, ne peut révéler la cause de la mort sans violer le secret professionnel, dont la loi lui fait une obligation absolue et d'ordre public. Après la mort du malade, les héritiers de celui-ci, quoique continuateurs de sa personne, n'ont pas le droit de délier le médecin de son obligation à garder le silence, ce droit étant, par sa nature même, exclusivement personnel » (Cour de Besançon, 7 juin 1899 ; Cassation, civile, 1er mai 1899.)

Conclusion.

A la question posée par l'honorable M. Hamelin, je répondrai que les héritiers d'un malade décédé ont parfaitement le droit de poursuivre le médecin traitant, qui, dans son certificat de décès, a indiqué les causes de la mort, même si cette divulgation ne causait aucun préjudice à ladite famille.

Si l'officier de l'état-civil ou l'officier de police a un intérêt quelconque à savoir de quoi est décédé le défunt, il n'aura qu'à charger un praticien autre que le médecin traitant d'examiner le cadavre, de faire une enquête, se faire remettre les ordonnances du médecin traitant et de faire toutes constatations, lui permettant d'établir quelles sont les causes du décès.

Ce docteur n'est pas lié par le secret professionnel, ni avec le *de cujus*, qu'il n'a pas soigné, ni avec les héritiers de ce dernier : il doit un compte intégral de la mission qui lui a été confiée à son mandant, c'est-à-dire à l'officier de l'état-civil, ou de police.

Toute confusion de fonctions de médecin traitant et de médecin certificateur obligerait le praticien, ou à respecter les termes de l'article 378 du code pénal et, par conséquent, à mal remplir sa mission d'examinateur, en l'obligeant à dissimuler une partie de la vérité ; ou bien à remplir sa fonction de certificateur en toute conscience, mais en violant le secret professionnel, ce qui le rend passible des pénalités prévues par l'article 378 du Code pénal.

Certes, me dira-t-on bien souvent, le secret médical n'est que le secret de polichinelle : cette boutade devient dangereuse, parce qu'elle conduit le médecin à l'abdication de ses devoirs sociaux. Si, sur mille certificats de décès, il y en a un seul, pour lequel le docteur soit, comme l'âne de Buridan, pris entre ses devoirs de médecin certificateur et ses obligations au secret, vis-à-vis du *de cujus*, c'est encore trop, car ce

cas unique peut conduire le praticien sur les bancs de la correctionnelle.

Que les médecins n'aient pas appris le droit à la faculté de médecine, c'est compréhensible, bien que regrettable ; mais que les maires et les officiers de polices ne connaissent pas les lois, qu'ils doivent faire appliquer, c'est triste, bien que très habituel.

Si le secret professionnel est gênant pour le fonctionnement des services publics, que le législateur, par un texte de loi, abroge purement et simplement l'article 378 du code pénal.

Mais, tant que cette loi ne sera pas intervenue, point n'est besoin de savoir ce qu'il conviendrait qu'il soit édicté : restons dans les limites actuelles du droit présent : l'article 378 du code pénal fait au médecin traitant l'obligation de se taire, dans tous les cas sans exception, sauf pour la déclaration de certaines maladies contagieuses : que le médecin se taise donc et décline toute mission d'expertise, ou de constatation médico-légale, qui risquerait de mettre en conflit son devoir d'examinateur et ses obligations envers le malade décédé, qu'il a soigné.

Dr Paul Boudin.

Tribulations d'un médecin fonctionnaire.

11648. — M. L.-J. Regis, député, demande à M. le ministre du travail : 1° pour quelle raison un médecin du service de la santé à Marseille, nommé de 4e classe depuis le 1er juillet 1926, n'a pu jusqu'à ce jour obtenir de toucher les appointements auxquels il a définitivement droit, soit de médecin de 4e classe; ajoute que malgré toutes ses demandes, il n'a pu toucher que le traitement de 5e classe ; 2° dans le cas où ce médecin aurait réellement bien droit de toucher la somme de 4e classe : *a)* s'il faut lui mandater tout de suite la différence entre la 4e classe et la 5e classe, pour un délai de neuf mois environ ; *b)* quelle sanction il peut prendre contre l'autorité qui est responsable de ce retard. (*Question du* 15 *mars* 1927.)

Réponse. — Il est absolument inexact qu'un médecin de la santé de Marseille, ait été nommé à la 4e classe de son emploi à compter du 1er juillet 1926. D'autre part, si les règlements ont fixé un minimum de deux ans d'ancienneté pour l'obtention des avancements de classe, ils n'ont pu les rendre automatiquement obligatoires : les avancements de classe sont, en effet, subordonnés aux disponibilités et ne peuvent être attribués que dans la limite de ces disponibilités. En ce qui concerne l'année 1926, un crédit supplémentaire demandé n'a pu être inscrit au premier cahier de crédits supplémentaires soumis au Parlement. Il est vraisemblable qu'il sera compris dans un nouveau projet, mais il est impossible d'affirmer que ce crédit sera voté avant la clôture de l'exercice 1926. (*J. O.*, 25 mars 1927.)

Voir la suite page LV-1027

RÉVULSIF BOUDIN

ÉNERGIQUE
RAPIDE
PROPRE
INOFFENSIF

Remplace :

teinture d'iode, cataplasmes sinapisés, ouates thermiques, Pointes de feu, Papier à la moutarde, etc...

S'APPLIQUE AU PINCEAU

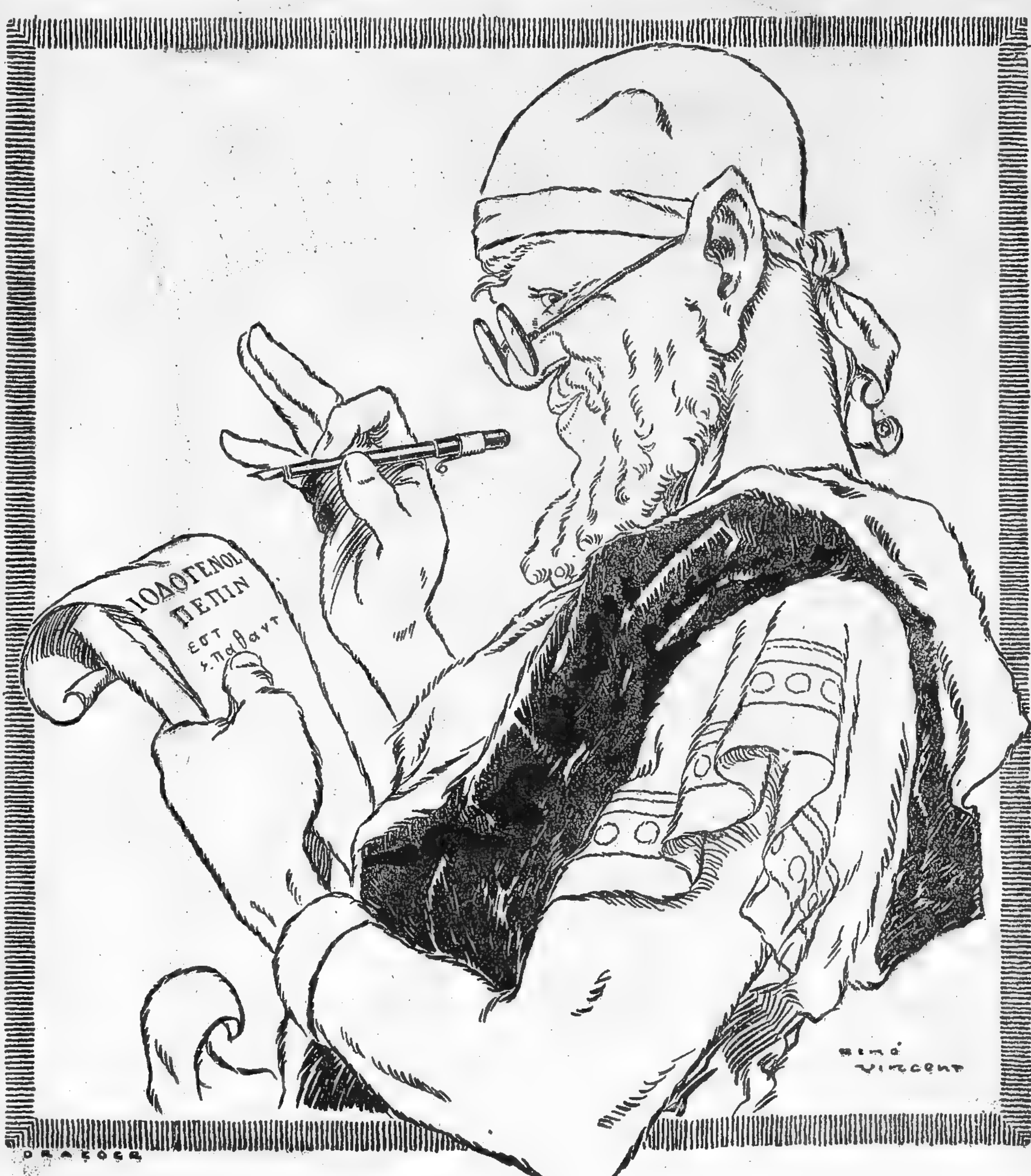
N'abime pas la peau, ne tache pas le linge.

ECHANTILLON FRANCO SUR DEMANDE





LABORATOIRES F. BOUDIN
6 RUE DU MOULIN - VINCENNES



ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

PROPOS DU JOUR

Trente ans après, Le même point noir à l'horizon Comment éviter un pressant danger ?

Il y a quelque trente ans, alors que nous faisions nos premiers pas dans la carrière syndicale, nos aînés menaient grand train contre l'abus des hospitalisations. A chaque Congrès d'Assistance, à chaque Assemblée professionnelle, il y était lu un ou plusieurs rapports sur l'hospitalisation abusive des gens aisés. Des ordres du jour étaient rédigés et votés. Nous allions en chœur les porter aux pouvoirs publics qui écoutaient avec bienveillance nos doléances, approuvaient la logique de nos arguments, nous promettaient leur appui. Nous revenions satisfaits. Le calme suivait la tempête et les choses restaient en état. L'année suivante l'on recommencait et tout se passait identiquement de la même façon. Nous appelions cela faire de l'action syndicale.

Un jour, lors de ces démarches aussi fastidieuses que décevantes, nous écrivîmes dans le *Bulletin* de l'Union des Syndicats un court article intitulé « Médecin, défends-toi toi même » où nous faisions remarquer que si les malades aisés demandaient et obtenaient leur admission dans les hôpitaux, c'était que vraisemblablement ils ne pouvaient trouver ailleurs des soins suffisants à la portée de leur bourse et nous conseillions à nos confrères de s'associer entre eux, de fonder des maisons de santé à prix modiques, leur appartenant, et d'y soigner leurs malades. Notre conclusion était que si les praticiens ne devaient pas ainsi faire vraisemblablement une très brillante affaire, ils auraient au moins le bénéfice de sauvegarder leur clientèle et de la détourner de l'hôpital.

Nous reçûmes de nombreuses lettres d'approbation. Puis, le calme se fit et les choses restèrent en état. L'on revint à l'ancienne méthode. Les nouveau-nés du syndicalisme médical enfourchèrent le même dada, sans s'apercevoir que leurs aînés, à force de le monter, l'avaient rendu fourbu. Ils nommèrent des Commissions, firent des enquêtes, rédigèrent des rapports, votèrent des ordres du jour, furent les porter en groupe aux pouvoirs publics, reçurent les mêmes encouragements. Puis le calme se fit et les choses restèrent en état.

Sans nous lasser, nous persistâmes à prêcher la coopération médicale. Nous montrâmes à diverses reprises l'intérêt qu'il y aurait pour les médecins à créer des maisons médicales et tout le prestige, l'influence qui reviendraient aux Syndicats s'ils parvenaient à prendre l'initiative de cette évolution dans l'exercice de la pratique médicale. Nous fîmes remarquer que les progrès de l'art de diagnostiquer les maladies et de les guérir ne permettaient guère la pérennité de l'individualisme du praticien. Nous insistâmes sur les difficultés que rencontrait le médecin « omnipraticien » isolé à recourir pour ses clients aux analyses chimiques, microscopiques, bactériologiques, sérologiques, aux examens radioscopiques, radiographiques, etc., etc. que l'on fait systématiquement dans les hôpitaux et qui très souvent s'imposent aujourd'hui. Nous citâmes les exemples faciles à trouver du diagnostic qui exige l'examen de deux, trois spécialistes (oculiste, laryngologiste, électroradiologiste) pour être précisé. Tout cela qui constitue à l'heure actuelle la bonne médecine, peut être obtenu tous les jours facilement dans un hôpital tandis qu'en ville ou à la campagne, il faut souvent y renoncer, tant pareilles investigations deviendraient difficiles et onéreuses.

Nos articles nous valurent de nombreux encouragements ; et nous persistâmes dans notre campagne. Quelques réalisations furent tentées : Les unes individuelles, comme la Maison médicale d'Agen, organisée très pratiquement par notre distingué et regretté confrère et ami, le Dr Roulliés, d'autres collectives, mais œuvres d'un nombre très restreint de confrères, dans les grandes villes. Les Syndicats médicaux ne daignèrent pas s'intéresser à ces nouvelles organisations, encore moins les encourager. Nous n'oserions pas affirmer que beaucoup de confrères, à tort ou à raison, ne les virent pas sans défiance se créer dans leur voisinage. Elles leur portaient ombrage et en tous cas troublaient leurs habitudes.

Quant aux Syndicats, engagés dans la voie des critiques stériles, ils préféraient se livrer à la politique négative des protestations et des

polémiques, qu'à la politique positive des expérimentations fécondes et des tentatives de réalisations utiles. Nous devons dire, pour leur excuse, que le médecin est le plus souvent un médiocre organisateur et un très mauvais administrateur, que rares sont les œuvres d'initiative médicale qui, exigeant une organisation délicate et une administration soigneuse, ont réellement prospéré.

Nous avons admis l'objection, mais nous avons à notre tour proposé la coopération des médecins aux institutions qu'ils doivent fatalement diriger pour contrôler eux-mêmes leur fonctionnement, au point de vue technique, les adapter à leurs besoins et les empêcher de devenir des moyens de contrainte et d'oppression du Corps médical.

***

Ce qui primitivement était reproché à l'Assistance publique, l'est aujourd'hui à la Mutualité, le sera demain, sur une échelle autrement étendue, aux Assurances sociales. Aussi, ce n'est pas sans intérêt que nous avons lu le compte rendu de la discussion ayant trait aux *Cliniques mutualistes*, à l'Assemblée générale de la Fédération nationale des Syndicats médicaux de France (1).

Le professeur Verger a fait allusion à la création à Bordeaux d'une maison de santé ou hôpital mutualiste qui s'assurerait le concours d'un chirurgien en lui offrant un « traitement princier ». Le Dr Piet prévoit une tentative analogue dans le Nord, propose de faire la part du feu et de se résigner à favoriser la création de petites cliniques mutualistes.

Le professeur Verger rappelle que l'hôpital mutualiste existe à Montpellier dejà depuis de nombreuses années et y fonctionne malgré l'opposition du Corps médical montpelliérain. Le Syndicat médical de Bordeaux est fort préoccupé de cette innovation imminente puisque le terrain où doit s'élever la clinique mutualiste est acheté et que des subventions de l'Etat et de la ville sont accordées. La situation à Bordeaux est d'autant plus délicate que le forfait et même l'abonnement existant depuis très longtemps, sont encore à la base des conventions établies entre un grand nombre de Sociétés de Secours mutuels et beaucoup de praticiens bordelais. Le Syndicat de Bordeaux s'efforce d'obtenir l'accès de tous les chirurgiens à la future clinique mutualiste et la limitation de l'activité de la clinique à la chirurgie et à quelques spécialités.

Le Dr Lapeyre, qui a tout particulièrement étudié la question comme rapporteur au Syndicat des chirurgiens, espère que les cliniques mutualistes qui accepteront le libre choix du chirurgien seront moins dangereuses mais craint que ce libre choix ne soit qu'une pure façade. « Il voit le remède dans la *participation financière des Syndicats médicaux leur donnant voix aux chapitre.* »

Le secrétaire général de la Fédération, appuyé par les Drs Lapeyre et Regal, est d'avis que les Syndicats ne peuvent empêcher les Mutualités d'employer leur argent comme elles le veulent, mais que la question des cliniques mutualistes doit être réglée par des *accords.* Et le Dr Verger demande quelle ligne de conduite devra adopter le Syndicat des médecins de Bordeaux si les mutualistes consentent à adopter le libre choix du chirurgien mais demandent en échange à ce qu'eu égard à la situation sociale des gens qui seront admis dans leurs cliniques, on leur indique d'avance les prix pas trop élevés des honoraires qu'ils devront donner aux chirurgiens. Cela revient à *fixer un tarif* et à *signer un contrat ou accord.*

Si les Syndicats médicaux avaient voulu ou pu organiser des cliniques, la situation serait renversée ; ce seraient les médecins et les chirurgiens qui accepteraient sous les conditions qu'ils règleraient eux-mêmes, l'accès des mutualistes dans leurs maisons médicales. Mais ils n'ont pas voulu ou pu créer ni favoriser la fondation de ces établissements. A notre avis s'ils veulent conserver une autorité dans les cliniques mutualistes et y exercer un contrôle, ils doivent, comme le conseille le Dr Lapeyre, participer financièrement à la création de ces cliniques. Ce serait une véritable coopération.

Mais que nos confrères considèrent l'action syndicale d'une façon pratique et réaliste. Ce n'est pas en brandissant le tonnerre mouillé du boycottage qu'ils empêcheront de jeunes médecins et chirurgiens qui ont besoins de vivre, d'aller occuper dans les grandes villes les places, même médiocrement rétribuées, de ces nouvelles cliniques. Des exemples trop nombreux, tant en France qu'à l'étranger, montrent que dans la situation actuelle, la lutte, engagée d'une façon trop simpliste, n'aboutit pas à des résultats satisfaisants et, nous le répétons et

(1) *Bull. de la Féd. Nat. des Synd. Méd. de France*, février 1927 (page 36 et suiv.).

le répèterons sans cesse : pour sauvegarder les intérêts du médecin, il est de toute nécessité de les mettre en accord avec les intérêts légitimes des malades de toutes les catégories.

Si nous nous sommes intéressé à cette question et y revenons aujourd'hui, c'est que nous la considérons comme la plus importante, la plus pressante, et de beaucoup, de toutes celles qui doivent régler l'évolution de plus en plus rapide de l'exercice de la pratique médicale et modifier de fond en comble les conditions d'existence du médecin. J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT DES FORMES DE TUBERCULOSE RÉNALE INOPÉRABLES

Par G. SIGURET,

Consultant à Saint-Nectaire.

Il existe plusieurs catégories de tuberculeux rénaux pour lesquels l'abstention chirurgicale est de rigueur. Ce sont :

Les sujets atteints de tuberculose rénale unilatérale chez lesquels le rein adelphe est atteint de néphrite hydropigène avec signes manifestes d'insuffisance rénale.

Les sujets atteints de tuberculose bilatérale chez lesquels les deux reins présentent des altérations profondes.

Les sujets déjà néphrectomisés pour tuberculose rénale chez lesquels il y a récidive sur le rein adelphe, ou dont les lésions vésicales continuent à évoluer.

Enfin les sujets qui présentent de multiples foyers tuberculeux spécialement dans les poumons.

De tels malades peuvent bénéficier d'un traitement médical rationnellement organisé à condition toutefois de le suivre scrupuleusement.

Ici comme dans la tuberculose pulmonaire, la *cure hygiéno-diététique* constitue la partie la plus utile de la thérapeutique.

Sans prescrire une *alimentation* excessive, il faut instituer un régime tonique d'où seront exclus les aliments toxiques, les aliments irritants susceptibles d'exercer une action fâcheuse sur le rein et les aliments déminéralisants acides ou acidifiants.

Même si l'albuminurie atteint de fortes proportions il faut se garder d'ordonner le régime lacté intégral. Un tel régime ne saurait convenir à ces malades qu'à titre transitoire et exceptionnel.

Les VIANDES ROUGES seront consommées à doses moyennes et de préférence au repas de midi ; la viandre crue est permise de temps à autre : elle agit favorablement par sa richesse en vitamines. La viande cuite sera prise grillée, rôtie, ou braisée, jamais en sauce ; les conserves sont interdites. Les viandes recommandées seront le bœuf, le cheval, le mouton, le porc dégraissé, le poulet, le dindon, les poissons maigres.

COMME LÉGUMES, on préconisera les pommes de terre, les pâtes, le riz, les légumes verts (sauf l'oseille, la rhubarbe, les épinards, les asperges, les radis, les concombres) ; peu de légumes secs.

Les ŒUFS pourront être pris en quantité modérée.

Beaucoup de FRUITS, sauf les fruits acides.

Le beurre est permis à doses moyennes.

De même le sel, l'ail, le persil, le cerfeuil, et l'estragon.

Comme BOISSON, de l'eau faiblement minéralisée (type Pougues, Evian, Vittel, Thonon, ou Saint-Nectaire-Granges) pure ou additionnée légèrement de vin blanc.

Le PAIN BIS sera conseillé d'une façon toute particulière.

Le *traitement hygiénique* comportera le SÉJOUR DANS UN AIR PUR et le REPOS. On ne saurait trop engager les tuberculeux rénaux à habiter loin des villes, et à choisir, chaque fois qu'il sera possible un endroit d'altitude moyenne (600 à 1200 mètres) sec et ensoleillé à l'abri des vents violents et des changements brusques de température. En tous cas et quel que soit l'endroit où ils résideront, il sera bon qu'ils prennent l'habitude de se coucher de bonne heure, de dormir la fenêtre entr'ouverte, de se lever tard, et de faire pendant la journée deux ou trois heures de chaise-longue. Par les beaux temps, une marche modérée sera utile à condition toutefois d'être chaudement vêtu (vêtements de laine, ceinture

de flanelle, chaussures épaisses). Le surmenage physique et intellectuel sont interdits.

Les CURES FORESTIÈRES *hydro-minérales*, et *marines* ont une efficacité incontestable. On préconisera la cure forestière dans les forêts de pins et de sapins.

Dès que la belle saison le permettra, on insistera sur les bénéfices des CURES HYDRO-MINÉRALES, soit que l'on veuille agir directement sur le rein, soit que l'on veuille modifier la nutrition générale. Dans le premier cas on s'adressera à une station de diurèse (Capvern, Contrexéville, Evian, Martigny, Thonon, Vittel). Dans le deuxième cas on recommandera une station arsenicale (La Bourboule, Royat, Vic-sur-Cère), chlorurée sodique (Biarritz, Salies-de-Béarn, Salins-du-Jura, Salins-Moutiers), sulfureuse (Amélie, Barèges, Cauterets, Eaux-Bonnes, Luchon, La Preste). Saint-Nectaire qui possède à la fois des sources diurétiques et polymétallites peut être conseillé dans les deux cas.

Les CURES MARINES pratiquées avec précautions et combinées à l'héliothérapie ainsi qu'à la photothérapie sont susceptibles de freiner certaines formes de la tuberculose rénale.

Dans les formes torpides et chez les sujets jeunes, lorsqu'il y a intérêt à donner un vigoureux coup de fouet à l'organisme, on préconisera les plages du Nord et des Côtes normandes. Les plages du Sud de la Bretagne seront acceptées pour les formes miliaires avec pyurie discrète. Les plages du Sud-Ouest et de la Méditerranée seront réservées aux formes congestives à tendance hématurique. Quant aux CURES DE HAUTE MER peu employées encore actuellement, il semble qu'elles puissent donner des résultats favorables dans les formes torpides, car le climat de la pleine mer possède une régularité de température, d'état hygrométrique, de pression barométrique, et de régime des vents très appréciable pour les tuberculeux.

Certaines *médications* s'adressent au terrain ; il est classique d'y avoir recours, car elles constituent un précieux adjuvant de la thérapeutique hygiéno-diététique.

Parmi les *agents modificateurs du terrain* qui paraissent les plus recommandables, la vieille HUILE DE FOIE DE MORUE occupe toujours une place d'honneur. On la conseillera à la dose de 30 à 60 centimètres cubes, chez tous ceux qui peuvent la digérer. Certains malades préfèrent la prendre le matin, d'autres pendant les repas, d'autres le soir avant le coucher ; peu importe ; il faudra l'interrompre pendant les mois d'été.

Durant cette saison on s'adressera aux POUDRES DE REMINÉRALISATION : carbonate et phosphate tribasiques de chaux auxquels on peut ajouter du silicate et du fluorure de calcium.

Dans le même ordre d'idées, on recommandera le SIROP IODO-TANNIQUE PHOSTHATÉ.

L'ARSENIC pourra être employé sous toutes ses formes : composés arsenicaux minéraux (liqueur de Fowler, granules de Dioscoride...) organiques (cacodylate de soude, arrhénal, atoxyl, hectine etc.) ou en association avec les médicaments ci-dessus. Toutefois il ne faut user de la médication arsenicale qu'avec beaucoup de modération et beaucoup de prudence.

Il en est d'ailleurs de même pour la MÉDICATION IODÉE ; personnellement, parmi les nombreuses préparations iodées, j'accorde la préférence aux huiles en raison de l'absence à peu près complète de phénomènes d'iodisme, de leur lenteur d'élimination, et, par suite, de la longue durée de leur action thérapeutique.

La *médication focale* possède une efficacité incontestable. Il y a donc intérêt à la combiner avec la médication générale.

On recommandera les ANTISEPTIQUES QUI S'ÉLIMINENT PAR LE REIN : créosote, gaïacol, thiocol, goménol, bleu de méthylène, terpine, benjoin, térébenthine, en alternant l'emploi de ces divers médicaments. Quant à l'urotropine et au salol on ne les ordonnera qu'avec beaucoup de ménagements car ils peuvent provoquer des phénomènes d'irritation. Enfin dans les formes congestives et douloureuses, on insistera sur la RÉVULSION LOMBAIRE que l'on pourra pratiquer, suivant les cas, sous forme de friction, fomentation, ventouses sèches ou scarifiées.

Reste à étudier la valeur des *médications spécifiques antibacillaires* : chimiothérapie, toxinothérapie, vaccinothérapie, sérothérapie.

Toutes ces médications sont encore à l'étude. Qu'il s'agisse de produit médicamenteux, de sérum, de vaccin, l'agent qui permettra de dire que la tuberculose rénale est vaincue définitivement n'est pas encore trouvé. Ceci ne doit pas dire que l'on doive s'abstenir d'essayer dans cet ordre d'idées toutes les nouveautés thérapeutiques, à condition toutefois qu'elles soient sans danger, et facilement maniables. Dans la lutte engagée contre cet ennemi implacable qu'est le B.K., il ne faut se priver d'aucun secours thérapeutique si minime soit-il.

Dans ce but et dans le domaine de la chimiothérapie on utilisera les métaux colloïdaux, les lipoïdes, les éthers benzyl-cinnamiques, éthylmorrhuique ou chaulmoogro-morrhuique les sels de terre rares, la sanocrysine.

Parmi les méthodes biologiques (tuberculines, vaccins et sérums), la tuberculinothérapie bien, qu'étant d'un maniement relativement moins facile que la vaccinothérapie et la sérothérapie, me paraît susceptible de rendre plus de services et je reste fidèle à l' A.T.K. de l'Institut Pasteur en débutant par un centicube d'une solution au millionième pour cesser, diminuer ou augmenter suivant l'importance des phénomènes réactionnels.

CLINIQUE CHIRURGICALE

I. Ulcère peptique.
II. Fracture du col du fémur.

D'après une leçon du professeur HARTMANN (1).

I. Ulcère peptique.

Un homme de 38 ans souffre depuis de longues années de troubles gastriques. Il a principalement des douleurs après les repas, et ces crises sont soulagées par le vomissement, ce qui est la caractéristique de l'ulcère de l'estomac. Après des crises successives, il présente, à un moment donné, une hématémèse. Le lendemain matin il va à son travail. Dans la rue il est pris d'un étourdissement, et il se réveille dans une mare de sang rouge. Il est transporté dans un service de chirurgie. Il ignore si on a regardé ses matières, mais il est probable qu'à ce moment il a présenté du mélæna. Chez ces malades, en effet, le sang venu de l'estomac peut être évacué par deux voies différentes ; souvent il est évacué par les deux voies à la fois, il y a une partie de cette gastrorragie qui est vomie, une autre partie qui descend dans le tube digestif. Le lendemain, le surlendemain, quelquefois pendant plusieurs jours, quand on regarde les matières, on voit qu'elles sont noirâtres. Malgré le régime, il a une deuxième hématémèse. Il est opéré le 31 juillet. On lui pratique une gastro-entérostomie pour un ulcère de la petite courbure très rapproché du pylore. Puis, il recommence à souffrir. Sa douleur a changé de place, elle est plus basse qu'elle n'était au moment où on lui a pratiqué une première gastro-entérostomie, en province. La douleur était alors au niveau du pylore. Maintenant, elle est à la fois plus inférieure et, de plus, à gauche.

Ces symptômes, — la réapparition des douleurs chez un malade qui a eu un ulcère de l'estomac et qui a été gastro-entérostomisé, la réapparition de crises rappelant l'ulcère de l'estomac, accompagnées d'hématémèses et de mélæna, avec des douleurs siégeant plus bas que les douleurs pyloriques, à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic —, doivent toujours faire penser à un ulcère peptique de la bouche stomacale.

On lui a fait une nouvelle opération. M. M., qui l'a opéré, a trouvé un gros ulcère peptique adhérent au côlon transverse. Il n'y a pas touché.

En somme, initialement, ce malade avait un rétrécissement du pylore. On lui a fait une gastro-entérostomie et il a refait un ulcère au niveau de sa bouche stomacale ; cet ulcère adhère au côlon transverse. Ceci est facile à comprendre. Le côlon transverse est en contact avec la grande courbure de l'estomac. Or, quand on pratique une gastro-entérostomie, on opère l'estomac à travers le méso-côlon, on le fixe au méso-côlon, et la bouche stomacale reste très près du côlon. Il arrive que ces ulcères peptiques constituent des masses calleuses, adhérentes au méso-côlon et aussi au côlon. Dans certains cas, l'ulcère, continuant à creuser, entre en communication avec le gros intestin. Alors, quand le malade mange, le contenu de son estomac passe directement dans le côlon, et il n'absorbe rien, puisque l'absorption se fait pendant la traversée de l'intestin grêle. Le malade se cachectise. On a fait à ce malade une nouvelle gastro-entérostomie, et il a guéri ; il est reste guéri pendant deux ans. Depuis un mois, il recommence à avoir de petites douleurs. Et cependant l'ulcère peptique n'a pas été touché. Eh bien, quand on enlève les ulcères peptiques, c'est la même chose. Il n'est pas exceptionnel de voir de nouveau un ulcère peptique à la suite d'une seconde opération. Il ne faut pas croire le moins du monde que la résection de l'ulcère soit un mode de guérison radicale, comme le disent quelques-uns.

La gastro-entérostomie ne serait, suivant eux, qu'une opération palliative. C'est, je crois, une erreur qui tient à ce qu'on n'a pas beaucoup suivi ces malades. Lorsqu'on les suit, on constate que, même après une résection d'ulcère on a des récidives. L'excision de l'ulcère n'est donc pas du tout une cure radicale. Nous ne savons pas pourquoi l'ulcère vient ; un seul fait est établi, c'est que l'hyperacidité du suc gastrique joue un grand rôle dans la production des ulcères. La preuve, c'est que ces ulcères peptiques — qui siègent, les uns au niveau même de la bouche, les autres sur la branche descendante du jéjunum, à une toute petite distance de la bouche —, ne se développent pas indistinctement après toute gastro-entérostomie. Sauf deux observations d'ulcère de la bouche chez des cancéreux, c'est toujours dans l'ulcère simple qu'ils se développent. Or, on sait que le suc gastrique est très acide dans l'ulcère de l'estomac, tandis que le cancer entraîne la diminution et quelquefois même la disparition complète de l'acide chlorhydrique. Il semble donc bien que l'excès d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique joue un grand rôle dans la production de ces ulcères peptiques. Du reste, quand on fait le chimisme gastrique des malades ayant des ulcères pepti-

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, en novembre 1926, recueillie par le Dr LAPORTE.

ques, on trouve d'une manière presque constante que ce sont des hyperchlorhydriques.

Le meilleur procédé thérapeutique en pareil cas, lorsqu'il est possible, — c'est-à-dire quand l'ulcère peptique n'adhère pas au méso-côlon et au côlon —, consiste à faire une large résection de la portion pylorique de l'estomac, y compris l'ulcère. Après cette intervention, l'acidité de l'estomac se trouve très diminuée, par conséquent le malade est beaucoup moins exposé à la reproduction de l'ulcère peptique. Même dans les cas où l'ulcère n'est pas enlevable, un chirurgien Danois, M. Finsterer, laisse l'ulcère en place, et fait la résection de l'estomac ; il considère que l'ulcère se guérit de lui-même, parce qu'il ne vient plus autant d'acide chlorhydrique à son niveau. Il est souvent difficile de terminer cette large résection de l'estomac par les procédés ordinaires, de faire l'abouchement bout à bout ; le plus souvent, on implante le moignon stomacal sur une anse de jéjunum.

II. Fracture du col du fémur.

Cette malade a une fracture du col du fémur, consécutive à une chute sur le côté gauche. Impotence fonctionnelle, raccourcissement du membre, tout y est. Encore ne devra-t-on jamais oublier, dans les cas de cet ordre, les petits détails de technique faute de quoi le praticien est exposé à des erreurs de diagnostic. Ainsi le raccourcissement du membre ne doit-il être affirmé qu'après avoir repéré les deux épines iliaques et déterminé la perpendiculaire à cette ligne transversale. Les deux membres doivent être placés dans une position rigoureusement symétrique par rapporte à cette ligne. Quand on n'a pas l'appareil de M. Delbet à sa disposition, on peut tout de même apprécier d'une façon exacte le raccourcissement du membre. Comme ligne verticale, on peut, à la rigueur, se servir de la ligne de couture des deux pièces du drap de lit, qui est suffisamment apparente.

Cette malade est tombée sur le côté gauche. Il y a toujours une première chose qu'il faut demander, c'est la façon dont cela s'est passé. Cette malade est intéressante, parce qu'elle précise. Il y en a qui se brisent le col du fémur en descendant d'un trottoir, ils ne savent pas ce qui s'est passé. Mais cette femme nous dit que la portière du métro était ouverte ; on l'a poussée, le métro étant en marche et elle est tombée sur le côté. Voilà un premier point à noter. Est-ce que toutes les fractures du col du fémur se produisent de cette façon-là ? La façon dont elle est tombée doit faire penser qu'il s'agit probablement de la variété cervico-trochantérienne. Vous savez que la grande division ancienne des fractures du col du fémur en intra ou extra-capsulaires reste vraie, elle englobe toutes les variétés connues. Notez également que la variété trans-cervicale est partiellement intra, partiellement extra capsulaire, et que la cervico-trochantérienne est toujours extra-capsulaire.

La fracture cervico-trochantérienne succède généralement à une chute sur le côté. Le seul fait que cette malade est tombée directement sur le côté fait penser à cette fracture.

Continuant l'examen, nous constatons qu'elle ne peut détacher le talon du lit ; il faut toujours commencer par la recherche de ce signe-là, parce que si, malgré la douleur et l'attitude vicieuse, elle arrivait à lever le talon, nous pourrions rejeter l'hypothèse d'une fracture. Vous voyez, de plus, que le membre est en rotation externe assez accentuée, puisque la malléole péronière est au contact de la table. Vous devez encore rechercher s'il y a une tuméfaction dans le pli de l'aine, car dans les variétés sous-capitale et trans-cervicale, le fragment forme en ce point un angle saillant. Il n'y a rien de tel ici, et les battements de la fémorale sont au contraire fort perceptibles, sans que la malade éprouve la moindre douleur. Mais la douleur a disparu, parce que cette fracture date de huit jours. En portant la main plus en dehors, après avoir senti les battements de la fémorale, on sent une résistance, une tuméfaction. Il est donc probable que c'est une fracture cervico-trochantérienne, comme l'avait fait penser le fait qu'elle est tombée sur le côté. Elle est âgée de 49 ans. La radiographie confirme le diagnostic. Il faut avoir soin, pour ces radiographies de la hanche, de tourner le membre de façon à ramener le pied en dedans ; normalement, le grand trochanter est en arrière, et le petit trochanter disparaît ou bien l'on n'en aperçoit qu'une faible partie ; en faisant de la rotation interne, on arrive à ne plus voir ce petit trochanter ; à ce moment le col du fémur est devenu transversal. En rotation externe, la projection de l'ombre du col est trop raccourcie pour donner une bonne radiographie utile.

On a préconisé divers traitements pour les fractures du col du fémur. Ferons-nous l'extension à cette malade, ou la laisserons-nous tranquille dans son lit ? Le résultat serait le même. L'extension ne servirait à rien, parce qu'elle a une fracture engrenée ; il est impossible de corriger la rotation. Au contraire, s'il s'agissait d'une variété sous-capitale ou d'une trans-cervicale, on pourrait corriger la rotation. On décrit trois sortes de traitement : l'un, qu'on ne pratique jamais, c'est l'immobilisation dans un plâtre, purement et simplement. Il est inutile, puisque la fracture est engrenée.

Le traitement conseillé par Lucas-Championnière consiste dans la mobilisation précoce, pour empêcher les ankyloses et les raideurs. Cette méthode a certainement réalisé un grand progrès dans le traitement des fractures. Voici dans quelles conditions on pourra l'appliquer.

Quand on se trouve en présence d'un vieillard, dont le cœur ne fonctionne pas très bien, d'un malade dont les poumons se congestionnent facilement, il y a un gros intérêt, certainement, à les faire lever tout de suite, à les mobiliser le plus tôt possible. Ils seront des infirmes, mais ils vivront, tandis qu'au contraire, mis dans un plâtre et bien immobilisés, ils ne seront pas infirmes, mais ils mourront, par suite d'accidents cardio-pulmonaires, d'accidents rénaux, dans une proportion que les statistiques portent jusqu'à 40 pour cent. C'est donc une fracture grave, non seulement par elle-même, mais par le fait du traitement qui peut nuire.

Un traitement très employé est l'extension continue. Cette question des fractures du col du fémur a fait l'objet d'un rapport au Congrès de chirurgie, il y a quelques années, et les appareils d'extension y ont été particulièrement appréciés. La méthode d'extension a été employée par quantité de chirurgiens, mais surtout par Beckel, de Strasbourg. L'appareil de Hennequin est le meilleur de tous les appareils anciens. Aujourd'hui, nous avons à notre disposition des appareils à suspension, imaginés depuis la guerre, et dont la supériorité est certaine.

Une troisième méthode consiste dans la pose d'un appareil plâtré, mais après réduction de la fracture. Si on met le malade dans une gouttière plâtrée avant d'avoir réduit sa fracture, on en fera un infirme.

Ce qu'il faut, c'est, comme pour toute fracture: 1° réduire ; 2° immobiliser. Mais il faut que le malade soit suffisamment résistant. C'est justement le cas pour cette malade. Elle a 49 ans, elle n'est pas dans la classe des malades séniles ; elle est maigre ; on n'a rien à craindre d'une immobilisation prolongée. On peut l'endormir, puis désengrener sa fracture, et mettre le plâtre. Ce traitement, surtout conseillé par les chirurgiens américains, notamment par M. Wittman, donne souvent de bons résultats. Ces fractures doivent être désengrenées sous anesthésie, puis immobilisées, mais en abduction, parce que le fragment supérieur est dans une situation qu'on ne peut pas modifier, il est inclus et fixé dans la cavité cotyloïde ; il est un peu basculé. On ne peut agir que sur le fragment inférieur, et pour qu'il soit mis dans la continuité du supérieur, il faut le placer en abduction.

En résumé, la thérapeutique de ces fractures du col peut se résumer ainsi : 1er procédé : pas d'immobilisation, massage, lever immédiat ; 2e procédé : extension continue ; 3e procédé : réduction sous anesthésie, et immobilisation dans un appareil plâtré, en abduction. Enfin, il y a un dernier procédé consistant à réduire la fracture et à passer une longue vis à travers le grand trochanter, procédé applicable surtout aux variétés trans-cervicale et sous-capitale. Pour des fractures comme celle-ci, le mieux est de désengrener les fragments sous anesthésie et d'immobiliser, pour éviter une infirmité à une femme qui peut encore travailler pour gagner sa vie.

LES MALADIES DE LA PAROLE (1)

IV. — Le Bégaiement (2)

Par

G. de Parrel

Ancien chef de Clinique
à l'Institution Nationale
des Sourds-Muets,
Lauréat de l'Institut
et de l'Académie de médecine.

et

Henriette Hoffer

Docteur en médecine,
Professeur d'Ecole
Primaire Supérieure,
Diplômée de l'Institution
Nationale des Sourds-Muets de Paris.

Cette névrose, caractérisée par l'allure désordonnée d'une parole spasmodique, saccadée, qui irrite et éloigne l'interlocuteur, a de tous temps attiré l'attention des médecins, et même des chirurgiens. Les traitements les plus variés, parfois même les plus inattendus, lui furent opposés jusqu'au jour où les bègues furent confiés au médecin phonéticien et au psychothérapeute.

Définition. — C'est un trouble fonctionnel de la parole d'origine psychique, caractérisé *au point de vue phonétique* par la répétition convulsive d'une même syllabe, ou l'arrêt brusque devant tel ou tel phonème ; *au point de vue respiratoire par de l'arythmie avec spasme intermittent* des muscles qui concourent à l'articulation ; *au point de vue mental* par son caractère nettement intentionnel et souvent par un véritable état de phobie de la parole. Le déséquilibre et l'incoordination des fonctions pneumo-phonétiques dominent le tableau de cette pénible

(1) Travail du *Centre de rééducation auditive et phonétique* du Dr de Parrel.

(2) Voir les fascicules du 6 mars et du 27 mars 1927, pp. 619 et 810.

affection ; le spasme en est la signature fonctionnelle et l'émotivité l'agent provocateur.

SYMPTOMATOLOGIE. — Elle est présente à notre esprit et à notre oreille ; nous avons tous vu et entendu un de ces malades au facies contracté, aux lèvres tantôt hermétiquement closes, ne pouvant s'ouvrir pour donner issue au son, tantôt ouvertes et ne pouvant se rapprocher, toujours agitées d'un mouvement clonique ; les veines du front sont saillantes et bleuâtres sous la peau ; le thorax et les membres participent à cet état de trémulation et de spasme.

Subitement, au milieu de ces efforts désordonnés, la syllabe jaillit, précipitée, haletante ; un lambeau de phrase s'échappe tout d'un trait. Puis le malade bute sur une nouvelle consonne et se livre à de pénibles contorsions, cependant que son visage exprime la détresse la plus complète.

Rien ne nous a plus frappés chez ces infirmes de la parole que cette expression de profonde tristesse et de désarroi qui se manifeste au moment de l'effort à vaincre pour la prononciation de tel ou tel son. Tel homme souriant, aux traits calmes, prend un masque tragique ; tremblant, douloureux et contracturé, il livre un âpre combat à ses muscles phono-respiratoires qui résistent ; il s'arc-boute sur ses membres supérieurs, les mains crispées sur les bras du fauteuil ou le rebord de la table et le spectacle de cette lutte contre le spasme est en vérité très poignant.

Heureusement, le bégaiement n'est pas toujours aussi grave, mais lorsqu'il n'est pas tragique, il est souvent grotesque et couvre de ridicule celui qui en est atteint. L'émotion décuple le spasme. Le rythme et la détente cérébrale tendent au contraire à le réduire. Souvent la crampe disparaît, lorsque le malade, en confiance, parle à voix chuchotée ou chante.

L'expiration se produit immédiatement après l'inspiration, sans pause aucune. La contraction des muscles inspirateurs entrave le dosage du courant aérien et le fonctionnement du soufflet pulmonaire. L'occlusion spasmodique de la glotte interrompt l'émission des sons et les ondes sonores ne s'épanouissent plus librement dans les cavités de résonance sus et sous-glottiques.

D'autres fois, il s'établit une sorte de crampe du diaphragme qui rend l'expiration impossible : le malade fait une inspiration courte et brusque, puis reste en apnée, la glotte fermée, les muscles contracturés. Lorsque le mouvement d'expiration se produit il se fait brusquement : le malade n'a plus d'air pour parler et il se sert de l'air résidual.

Parfois encore le malade se trompe et inspire au lieu d'expirer : il respire à contre-temps.

En un mot, il y a chez le bègue une altération complète du rythme respiratoire normal.

Aucun bègue n'a une respiratoin naturelle, rythmée et équilibrée.

A cette incorrection de l'acte respiratoire s'ajoute une contraction exagérée des muscles des lèvres, de la langue, du pharynx, de la glotte, gênant l'émission de la parole.

Tous ces troubles sont *intermittents* et ne se produisent que dans la conversation ou le monologue ; on ne les observe pas dans le chant ou la récitation. D'autre part, tel phonème qui, placé en tête d'un mot, fera buter le bègue, sera prononcé sans difficulté dans le corps d'un autre mot. Ceci élimine la théorie étiologique d'un trouble organique ou d'une anomalie portant sur les organes de l'articulation ou sur leurs commandes nerveuses et différencie le bégaiement des dysartries proprement dites.

Il est à noter que souvent le bègue trébuche sur les consonnes occlusives (p, b, k, gu, t, d, n). La phase d'occlusion qui, normalement, est très courte (10/100e de seconde) se prolonge. Comme le fait justement remarquer J. Froment (1), « les lèvres, la langue, la face même, semblant atteintes d'un spasme ou mieux s'immobilisant dans l'attitude d'un violent effort, s'opposent à l'explosion qui doit produire le son considéré. D'autres fois, on assiste à une répétition d'apparence clonique de ce même phonème, sur lequel le bègue s'immobilise comme s'il ne pouvait réussir à vaincre suffisamment la contraction qui s'y oppose et à maintenir les lèvres ouvertes pour articulier la voyelle qui suit cette consonne »

Quant aux consonnes fricatives et vibrantes (f, v, r), elles sont prolongées et isolées de leur voyelle satellite et ainsi se trouve « gaspillé » l'air de réserve. Le bègue « continue à articuler alors qu'il est à bout de souffle et que le courant d'air expiratoire n'a plus la force nécessaire pour donner au son émis l'ampleur voulue. »

ETIOLOGIE. — A ce trouble si complexe on a attribué des causes multiples. Pour les uns, le bégaiement est dû à un trouble de la phonation : le bègue, en effet, hésite devant certaines consonnes, devant certaines voyelles et ne peut parvenir à les articuler.

Pour d'autres, c'est la transmission des ordres jusqu'aux organes phonateurs qui est entravée ou déviée, bien que l'élaboration de la pensée et la volonté de l'exprimer soient normales. Ce sont les nerfs moteurs qui n'exécutent plus leur consigne.

Certains considèrent le bégaiement comme un état choréique passager des muscles de l'articulation.

Spasme de l'organe de la parole, disent certains phonéticiens. Trouble de la respiration, disent les physiologistes.

---

(1) Voir *Journal de médecine de Lyon*, 5 septembre 1921.

Citons encore l'opinion du Dr Victor Fontès pour qui le bégaiement est un « symptôme d'une maladie du sympathique, très probablement d'origine thyroïdienne, caractérisée par une émotivité excessive, ayant la forme clinique de ce qu'on appelle névrose d'angoisse de Heckel ».

L'imitation et l'hérédité jouent un rôle dans l'étiologie de cette névrose. Dans une famille, bien souvent, les jeunes frères et sœurs du bégayeur le deviennent à leur tour.

Il existe également un bégaiement hystérique, plus capricieux, survenant du jour au lendemain et cessant parfois brusquement.

Il y a, chez le bègue, comme nous l'avons dit plus haut, une sorte d'incoordination entre l'élaboration de la pensée et son expression. Le bègue écrit normalement, sans hésitation, seule l'expression verbale est troublée. La pensée s'élabore, l'ordre est donné, mais ne peut être exécuté par des organes indociles et maladroits.

L'influence des phénomènes émotifs n'est pas niable : la surprise, la timidité, la peur, peuvent faire naître le bégaiement chez certains malades au caractère émotif. Il y avait prédisposition sans doute, mais la commotion émotive a déclanché la crise. Tous les bègues sont en effet des émotifs chez lesquels l'émotivité est encore aggravée par la phobie du bégaiement. Le bègue a peur de certaines consonnes, peur de bégayer et cette peur augmente encore son trouble de parole.

Ceci revient à dire que le bègue est un psychopathe dont l'attention est fixée sur son articulation.

Son émotion anxieuse inhibe son automatisme phono-respiratoire et déclanche les contractions et les mouvements paradoxaux de ses organes pneumo-phonétiques. L'habitude intervient pour consolider ces gestes à faux, d'où la grande difficulté de rétablir l'ordre dans ces fonctions déviées et indisciplinées. J. Froment qui a étudié avec grand soin le bégaiement, a donc raison de le ranger parmi les *psychopathies* et les *névroses* « qui perturbent en l'inhibant transitoirement le jeu des mécanismes de coordination, dès que l'attention du malade se porte sur ces actes ». Sous cette influence psychopathique le bègue devient un véritable *anarchiste de la respiration* et par conséquent de la phonation.

De ces données étiologiques doit s'inspirer le rééducateur qui veut rétablir le jeu normal des organes de la parole. Nous y reviendrons dans notre prochain article.

(*A suivre.*)

DE L'INJECTION PRÉVENTIVE DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par le Dr Alfred Bastin.

(*Suite et fin*).

***

Est-ce à dire qu'en traitant initialement par l'antiseptie toute plaie banale, par l'antiseptie et le sérum toute plaie suspecte, on évitera, à coup sûr, l'infection tétanique ?

Assurément non, et les exemples ne manquent pas dans la littérature, de cas de tétanos survenus, sans cause appréciable, à la suite de simples égratignures ou même en l'absence de porte d'entrée reconnaissable à l'examen le plus minutieux, ni de cas de tétanos survenus malgré les injections préventives de sérum. Nous l'exprimions plus haut, l'étiologie de l'infection tétanique naturelle n'est pas encore complètement élucidée. On a tenté d'expliquer l'explosion inattendue du tétanos par la disparition brusque ou progressive du pouvoir inhibiteur des globules blancs, la phagocytose cessant de se manifester vis-à-vis des spores ou des bacilles.

Trois causes sont particulièrement empêchantes vis-à-vis du pouvoir phagocytaire ; ce sont :

1° Les *obstacles mécaniques* qui s'opposent à l'apport du sang artériel (attrition des tissus, compression, thrombus artériel, ischémie) ;

2° La présence dans l'organisme de *substances chimiques inhibitrices*, au nombre desquelles la *quinine*, d'usage médical, doit être mentionnée tout particulièrement (1) ; aussi, lorsque l'on aura à traiter un blessé que l'on connaîtra pour avoir été paludéen, sera-t-il indispensable de s'enquérir s'il continue à faire usage de la quinine, du moins sous la forme hypodermique (2).

(1) V. Kotsis — Un cas de tétanos consécutif à des injections intramusculaires de bichlorhydrate de quinine (*Bulletin médical*, 16-19 janvier 1924.)

(2) « Chez un porteur de bacilles de Nicolaïer à l'état latent, les sels de quinine, à la condition toutefois qu'ils soient injectés, semblent favoriser et précipiter l'infection ». (Dr Destouches, *La quinine en thérapeutique*, Doin, 1926.)

Les expériences des bactérologistes qui ont fait connaître ce rôle de la quinine, tant sur la phagocytose qu'elle ralentit, que sur le bacille de Nicolaïer, qu'elle paraît fixer dans les tissus où elle a été injectée, nous

3° *Les associations microbiennes.* Cette condition favorisante est, sans aucun doute, la plus opérante. Les premiers observateurs avaient déjà remarqué que le tétanos survenait d'ordinaire chez les blessés dont les plaies infectées devenaient blafardes, turgescentes, sanieuses. On comprend aisément que la pullulation des microbes aérobies dans les tissus contusionnés aboutira, après quelque temps, à la consommation de l'oxygène qui entre dans leur constitution ; ces microbes préparent le terrain aux anaérobies dont le développement, dès lors, ne souffrira plus d'empêchement.

A ces causes agissant directement ou indirectement sur le pouvoir phagocytaire il faut en ajouter deux autres dont le retentissement sur l'individu traumatisé peut jouer, dans certains cas, le rôle primordial dans l'apparition du tétanos : ce sont, d'une part, l'état de choc ; d'autre part, l'insuffisance de la dose de sérum primitivement injectée.

1° *L'état de choc*, qu'il soit *primitif*, accompagnant le traumatisme, ou *secondaire*, consécutif à une intervention chirurgicale, met l'individu dans un état d'hypotension artérielle et d'hypotonicité nerveuse propices au développement des germes infectieux. Il en résulte, pour l'organisme : d'une part, un empêchement à la mise en œuvre de ses procédés défensifs ; d'autre part, et ceci est important quand il s'agit du tétanos, un état de réceptivité particulièrement accusé de la substance nerveuse pour les toxines, à l'imprégnation desquelles elle offre une prédisposition déjà naturellement élective.

2° *L'insuffisance de la dose de sérum primitivement injectée.* Lorsque nous nous trouvons en présence d'un traumatisme qu'à bon droit nous considérons comme suspect de prédisposition à l'infection tétanique, nous n'avons malheureusement aucun moyen d'apprécier la gravité du risque réellement encouru et nous ne pouvons y parer que dans la mesure consacrée par un empirisme de tradition relativement courte en cette matière. Combien de spores ou de bacilles ont pénétré dans la plaie, quelle virulence présente la souche introduite, le sujet est-il déjà porteur de germes qui n'attendent que l'occasion pour se développer et déverser brusquement une grande quantité de toxines dans la circulation générale (tétanos splanchnique)... ? Toutes les questions restent pour nous pratiquement sans réponse et laissent, par conséquent, subsister le risque fatal que nous voudrions conjurer à coup sûr. Nous devons, néanmoins, prendre position et agir. Le sérum injecté à la dose initiale de dix centimètres cubes suffira généralement à neutraliser les toxines dont la production est imminente au sein de la plaie et, pour atteindre ce but plus rapidement, il n'est pas indifférent d'imprégner la lésion traumatique, toutes les fois que cela sera possible, au moyen de quelques gouttes de sérum répandues à dessein avant de procéder à l'injection parentérale ou intra-musculaire. Mais, on ne répètera jamais assez que le sérum antitétanique, comme beaucoup d'autres sérums *antitoxiques*, n'exerce aucune action sur la vitalité du germe bactérien ; il ne neutralise, croit-on, que la toxine *libre* et cela dans des proportions limitées ; en outre, son activité s'épuise assez rapidement ; pratiquement, on peut la considérer comme nulle après un laps de temps variable de 12 à 15 jours (1).

révèlent une exception dans la façon de se comporter habituelle du bacille. En effet, les traités classiques répètent tous que le bacille du tétanos n'a aucune tendance à se généraliser dans l'organisme, qu'il pullule sur place et que les premiers symptômes du tétanos sont ordinairement locaux, traduisant l'hyperexcitabilité du tissu nerveux initialement imprégné par la toxine dans le voisinage immédiat de la plaie. On y lit aussi que l'adsorption de la tétanotoxine par les centres nerveux constitue un phénomène irréversible et que l'échec habituel du traitement sérothérapique contre l'affection confirmée trouve dans ce fait une explication suffisante. Pourtant, l'on a guéri des tétanos aigus à propos desquels on peut se demander ce que sont devenues les toxines adsorbées. Ces affirmations auraient-elles besoin d'être révisées ? Il n'est pas indifférent pour le praticien d'être fixé à ce sujet ; sa conduite, ordinairement hésitante ou empreinte de scepticisme devant un cas de tétanos confirmé pourrait être profondément modifiée si des conclusions nouvelles étaient apportées à la suite d'études complémentaires de la question.

Pour nous en tenir à la quinine, constatons que son rôle dans l'étude du tétanos expérimental est des plus singuliers ; favorisante vis-à-vis du bacille, en injection du moins, elle exerce, au contraire, une action neutralisante marquée sur la tétanotoxine puisqu'un milligramme de chlorhydrate neutre suffit à neutraliser *in vitro* cinq doses mortelles de toxine. Comment agit-elle lorsqu'on l'introduit dans l'organisme par la voie digestive ? La question n'est pas résolue quoiqu'importante ; en effet, nombreuses sont, en France, les colonies ouvrières italiennes et l'on sait que les Italiens considèrent volontiers la quinine comme une panacée ; on saura, le cas échéant leur conseiller de s'abstenir de leur médicament préféré. A ce sujet, un rapprochement se présente à notre esprit : la quinine précipite l'infection tétanique ; elle retarde aussi ou annihile l'action du bactériophage dont le rôle, dans l'obstention de l'immunité, est apparu si précieux depuis les belles études de d'Hérelle ; une conclusion identique découle de ces notions : n'utilisons pas la quinine dans le traitement des maladies infectieuses où son utilité n'aura pas été péremptoirement démontrée.

(1) Nous n'avons pas, pour apprécier la réceptivité humaine au tétanos, de réaction comparable à la réaction de SCHICK pour la diphtérie ou de von PIRKET pour la tuberculose ; le motif en est que la toxine tétanique introduite dans la peau ne donne pas lieu à une réaction cutanée. D'autre part, le dosage direct du pouvoir antitoxique, naturel ou acquis, du sérum sanguin n'est pas encore au point et ne saurait être simple et pratique ; ce procédé de recherche restera toujours délicat, et seuls, les laboratoires de sérothérapie seront à même de l'exécuter correctement. (Le docteur LOISEAU de l'Institut Pasteur de Paris, a bien voulu nous donner ces renseignements ; nous le prions de recevoir, ici, l'expression de notre gratitude confraternelle.)

Or, en l'absence de tests de sensibilité bactérienne ou toxinienne et de test opsonique chez un individu traumatisé, suspect ou non, il est impossible, dans l'état actuel de la science, de préciser quelle dose de sérum il convient d'injecter à titre préventif ou même curatif. Pénétrons-nous de cette idée que l'injection de l'antitoxine sérique a pour but de faire gagner du temps c'est-à-dire permettre à l'organisme, en annihilant les effets de la toxine déjà présente, de mettre en ligne ses phagocytes destructeurs des éléments producteurs de toxine. Tout le problème est là. Chez tel individu, un centimètre cube de sérum répondra à cette indication ; chez tel autre, 50 centimètres cubes ne suffiront pas.

A cette incertitude dans le présent s'ajoute l'incertitude dans l'avenir ; des réinjections seront nécessaires lorsque la septicité du traumatisme entraînera la nécessité d'un traitement prolongé, surtout si des explorations ou des interventions doivent être pratiquées (1).

Naturellement, l'on ne négligera pas de soustraire la plaie aux conditions qui pourraient favoriser le développement des germes qui y sont inclus ; à cet effet, l'emploi de la thérapeutique oxydante sera tout indiqué.

Bientôt nous ferons mieux ; nous vaccinerons nos blessés et l'immunité active qui résultera de cette pratique fera disparaître le tétanos comme elle a fait disparaître la variole dans les pays où la loi rend obligatoire la vaccination antivariolique. La découverte de l'anatoxine tétanique, par Ramon et Zoeller, de la cryptotoxine tétanique, par Vincent, nous ouvre de nouveaux horizons dans le domaine, jusqu'ici inexploré, de l'immunisation définitive de l'organisme humain vis-à-vis du poison tétanique (2).

(1) *L'Union médicale du Nord-Est* a publié, dans son numéro de juillet 1924, la relation clinique très instructive d'un cas de tétanos tardif observé par les docteurs BOUVIER et HUMBERT, de Reims. Voici le résumé de cette observation :

Il s'agit d'un blessé du travail atteint de fracture compliquée ; injection préventive de sérum au début du traitement, suivie de deux nouvelles injections à intervalle d'une dizaine de jours ; malgré cela, le tétanos se déclare le 48e jour ; la sérothérapie curative intensive amène la guérison des accidents ; 52 jours plus tard, le tétanos, mortel cette fois, réapparaît à la suite d'une intervention chirurgicale pratiquée en vue de l'ablation d'un fragment osseux nécrosé. Le professeur TÉCHOUEYRES, de Reims, a fait, à propos de ce cas, les réflexions bactériologiques qui s'imposaient (*L'Union médicale du Nord-Est*, n° 8, août 1924.)

(2) L'institut Pasteur, à qui sa prudence traditionnelle fait le plus grand honneur, ne livre pas encore l'anatoxine tétanique; il la livrera dès que la méthode préconisée par RAMON et ZOELLER sera parfaitement réglée. Voici les principes de cette méthode : à un blessé suspect, on injecte, pour réaliser la préservation immédiate, du sérum antitétanique ; on lui injecte simultanément, une certaine quantité d'anatoxine ; quinze jours plus tard, on renouvelle l'injection vaccinante ; l'immunisation est ordinairement réalisée après la deuxième vaccination. En cas d'accident ultérieur, on ferait simplement une injection vaccinante de rappel. Jusqu'à présent, l'expérimentation a démontré l'efficacité de la méthode ; seule la quantité d'anatoxine à injecter reste à déterminer. Nous ne pouvons passer sous silence que, pendant la guerre, VALLÉE et BAZY s'étaient déjà préoccupés de la vaccination active vis-à-vis du tétanos et avaient employé, à cet effet, un vaccin où la toxine tétanique était saturée par l'iode ; les injections vaccinantes étaient répétées trois fois à cinq jours d'intervalle ; après un mois de traitement, 1 centimètre cube de sérum des sujets vaccinés contenait 10 unités antitoxiques, ce qui prouve l'efficacité de la méthode.

***

Si, malgré la mise en œuvre de ces moyens, le tétanos survenait quand même chez un blessé, sachons utiliser, pour le combattre, les méthodes qui ont donné de si beaux résultats entre les mains de Terrier, de Robineau, de Dufour-d'Etienne (de Nancy) et de Brisset (de Saint-Lô) dont la statistique comporte le plus grand nombre de guérisons (80 %). Et surtout ne craignons pas d'utiliser les *fortes doses de sérum* dont l'emploi ne semble pas provoquer d'accidents sériques plus marqués que les doses faibles ou moyennes ; soyons seulement judicieux dans le choix de la voie d'introduction nous souvenant que la voie endo-veineuse est la plus dangereuse et du reste nullement supérieure en efficacité à la voie intra-rachidienne combinée à la voie sous-cutanée.

A la sérothérapie, nous associerons les *antispasmodiques* au rang desquels le chloral et l'atropine (Lehuerre) méritent une mention spéciale. La chloroformisation rendra également de grands services ; elle calme la contracture et rend, par conséquent, plus facile l'introduction de l'aiguille dans le canal rachidien ; de plus, en bouleversant le métabolisme des cellules nerveuses, elle rendrait les centres nerveux plus accessibles à l'action de l'antitoxine tétanique (Dufour).

On ne négligera pas non plus de mettre le corps du malade en *position déclive* afin de favoriser l'imprégnation du bulbe par les éléments curateurs du sérum.

L'oxygénothérapie du tétanos a donné de bons résultats en médecine vétérinaire (terpène ozoné, permanganate de potasse et eau oxygénée en injection intra-veineuse) et pourrait être essayée en médecine humaine (1).

(1) Le docteur vétérinaire P. FOUET, de Corbeil, a publié dans sa thèse (1926), les beaux résultats qu'il a obtenus depuis 1905, en traitant *exclusivement* par l'eau oxygénée les chevaux atteints de tétanos ; il leur injecte en une fois, dans la veine jugulaire, 0 gr. 75 d'eau oxygénée par kilogramme de poids vif et 1 gr. 50 en deux injections à 12 heures d'intervalle. Je lis, dans sa thèse, page 53, ce passage suggestif :

« J'ai une telle confiance dans ce traitement, qu'avec

Grâce aux appareils modernes, il est désormais très facile d'introduire l'oxygène naissant au sein des tissus ; il n'est pas douteux que l'action tonique de l'oxygène sur le bulbe peut aider puissamment au rétablissement des fonctions vitales compromises par l'action du poison tétanique.

La durée de la période d'incubation semble avoir une importance considérable sur l'évolution ultérieure de la maladie ; courte, elle donne naissance à un tétanos généralisé à symptomatologie très accusée et difficilement curable ; longue, elle aboutit au tétanos fruste le plus souvent localisé (tétanos céphalique) et pouvant évoluer spontanément vers la guérison (1), mais la convalescence en est fréquemment entrecoupée de rechutes plus ou moins sérieuses.

Bérard et Lumière ont aussi signalé les récidives du tétanos survenant après plusieurs mois chez des blessés guéris du tétanos ; chez de tels sujets, ils recommandent la sérothérapie préventive à l'occasion d'un nouveau traumatisme ou d'une intervention chirurgicale.

Chez les malades atteints de tétanos céphalique à symptomatologie particulièrement marquée du côté des muscles de la mastication et de la déglutition, on ne se hâtera pas d'autoriser la reprise de l'alimentation normale ; un spasme subit de l'œsophage peut provoquer des accidents de dyspnée parfois fatals (2).

D'après Balthazard et Caffort (Société de médecine légale, juillet 1926), *l'imputation du tétanos à l'accident du travail* sera reconnue quand la période d'incubation ne sera pas inférieure à trois jours (sauf dans les cas où une autre origine pourra être établie d'une façon précise). Quant à la limite maxima, elle est impossible à préciser (plus de 2 mois dans les cas de Claude et Lhermitte, 48 jours et 100 jours dans le cas de Bouvier et Humbert).

Au cas de blessure ancienne, le tétanos ne lui sera imputé qu'autant qu'une inoculation ultérieure s'avère impossible ou bien que la plaie incriminée est démontrée tétanigène ; au besoin on cherchera à isoler le germe par la méthode de Philippe et l'inoculation au cobaye.

Quant à la *responsabilité médicale* en présence d'un cas de tétanos survenant comme complication d'une blessure, elle est extrêmement délicate à établir ; il y a encore trop d'inconnues à élucider dans l'étude clinique du tétanos pour que l'imputation de responsabilité puisse être retenue contre le praticien consciencieux. En effet, nous avons généralement adopté, pour le traitement initial des plaies, la méthode prophylactique par les antiseptiques ; nous y associons, souvent, la sérothérapie préventive. Par conséquent la faute lourde, en cette matière, doit être rarissime et c'est pourquoi nous ne sommes pas surpris de n'avoir pu trouver, dans la littérature, d'exemple de poursuites en imputation de responsabilité de décès par tétanos contre un confrère négligent. Notre profession n'aurait plus de garantie de sécurité si l'épée de Damoclès devait à tout instant rester suspendue sur nos têtes : c'est que, à côté de notre action personnelle, nécessairement de courte durée, auprès d'un blessé, il faut tenir compte aussi des instants beaucoup plus longs où le blessé est laissé à lui-même et pendant lesquels il peut s'exposer, par indocilité naturelle ou par négligence coupable, aux pires désastres ; nous avons tous à traiter des clients de cette catégorie .Il serait imprudent, sinon d'une injustice flagrante, de rendre le médecin responsable de la complication tétanique qui pourrait survenir en semblable occurence, même si la sérothérapie préventive n'avait pas été instituée parce que la blessure ne rentrait pas dans la catégorie de celles qui sont le plus exposées à contracter le tétanos. L'infection putride simple survenant après quelques jours comme complication d'une plaie banale (coupure, piqûre) ne porte pas non plus l'indication d'une thérapeutique sérothérapique extemporanée car, pour être efficace, cette thérapeutique doit être précoce. Au reste, nous avons à traiter fréquemment des blessés dont la déclaration d'accident est toute récente alors que la lésion remonte à plusieurs jours déjà (panaris, plaies infectées) ; si le tétanos est sur le point d'éclater chez ces blessés, l'injection préventive faite au moment de la constatation, bien que de bonne pratique, ne saurait prétendre à conjurer un mal presque inéluctable.

Enfin, nous nous trouvons parfois en présence de cas où l'utilité de l'injection préventive peut nous paraître contestable parce que nous croyons avoir des motifs sérieux d'appréhender les inconvénients possibles, sinon probables, de cette thérapeutique. Nous hésiterions, je crois, à administrer du sérum à titre préventif ou même curatif (pneumonie), à une femme dont l'état de gravidité daterait de 5 à 6 mois ; à un asthmatique notoire ; à un sujet atteint d'insuffisance hépato-pancréatique ; pourtant, ces cas se rencontrent en médecine du travail. Et c'est parce que nous n'avons pas, dans la pratique de notre art difficile, la possibilité d'appliquer uniformément les notions acquises au cours d'une édu-

persévérance j'ai pu mettre au point, que, s'il m'arrivait d'être infecté de tétanos, j'en demanderais l'application immédiate. »

(1) V. Claude et Lhermitte, (*Presse médicale*, 14 octobre 1915). — Parmi les six malades observés par ces auteurs, cinq avaient reçu préalablement une injection préventive de sérum antitétanique ; néanmoins, ils présentèrent, deux mois environ après leur blessure, les symptômes du tétanos retardé ; tous les six guérirent, lentement, mais sans le secours du sérum.

(2) Crampon.— *Echo médical du Nord*, 10 décembre 1921.

cation scientifique sans cesse en évolution, que nous ne pouvons admettre l'absolutisme doctrinal de certaines affirmations qui tendraient à faire adopter par la juridiction le principe de l'injection préventive obligatoire de sérum antitétanique, quelque minime que soit la plaie pour laquelle le médecin est appelé à donner des soins. Si la jurisprudence s'engageait dans cette voie, il ne nous resterait qu'à pratiquer systématiquement la sérothérapie préventive ; il ne fait pas de doute que les graves inconvénients qui résulteraient de cette pratique inconsidérée obligeraient bientôt à renoncer à persévérer dans une voie où le discernement doit rester notre seul guide. Comme l'écrit avec beaucoup de bon sens Bazy (1) : « Toute injection de sérum thérapeu-« tique d'origine équine doit être considérée « comme un acte médical sérieux qu'il ne faut « pratiquer qu'à bon escient, et seulement en « cas de nécessité absolue, afin de lui conserver, « pour les circonstances utiles, toute sa puis-« sance d'action. »

Nous nous rallions d'autant plus volontiers à cette opinion qu'il ne nous a pas été difficile de trouver dans la littérature quelques exemples de cas où la jurisprudence eut à trancher sur la question de savoir si le médecin peut être rendu responsable des accidents sériques consécutifs à l'administration prophylactique de sérum antitétanique. Faut-il donc que notre navire soit également menacé de chavirer et sur Charybde et sur Scylla ? Et ne faut-il pas admirer que ce soit précisément à l'occasion des difficultés où furent engagés nos confrères, à la suite d'accidents sériques survenus chez leurs clients industriels, que fut énoncée l'affirmation dont nous critiquions les conséquences possibles ?

Une méthode comme la sérothérapie, dont les bienfaits sont innombrables, trouve en soi-même la raison de notre faveur reconnaissante. Que son application, dans certains cas, soit difficile, ce n'est point là une exception propre à la méthode, ni un motif de défiance à invoquer. Au contraire, avertis du danger, sachons par un éclectisme judicieux, faire la démarcation des cas qui en sont justiciables et rechercher les moyens d'atténuer, sinon de supprimer entièrement ses inconvénients (1). Quant aux cas malheureux imputables aux incompatibilités encore inconnues de la méthode, et que rien ne laisse prévoir, il faut les déplorer profondément et surtout n'en pas tirer des conclusions dont l'effet le plus certain serait de jeter le trouble dans nos esprits.

(1) *La Médecine*, octobre 1925.

(1) Nous avions projeté de faire un exposé critique de nos connaissances actuelles sur les accidents dus à la sérothérapie. Nous y avons renoncé tant le problème nous a paru complexe et confus. Les théories succèdent aux théories : des faits nouveaux les rendent caduques ou insuffisantes ; les moyens proposés pour conjurer les accidents se multiplient à l'envi : aucun ne s'est montré d'une efficacité parfaite. Il importe, néanmoins, de les connaître. Les plus usités sont : la méthode des doses subintrantes de Besredka, la dilution préalable du sérum dans neuf fois son poids d'eau salée isotonique (Richet, Brodin), la méthode américaine décrite par Bourcard (*Monde médical*, 15 octobre 1926), la skepto- ou topophylaxie ; toutes ces méthodes nécessitent la surveillance prolongée du patient et ne seront utilisées par le praticien que dans des cas très particuliers (chez les asthmatiques, les urticariens, les eczémateux, les insuffisants hépato-pancréatiques, les blessés des yeux chez qui l'on craindra une réaction locale exagérée). A ces méthodes qui visent à combattre les accidents séro-anaphylactiques vrais, il faut ajouter l'usage des médicaments qui ont pour but de réduire au minimum les accidents sériques dus à l'élimination du sérum, soit qu'ils agissent directement sur les éléments toxiniens du sérum (chlorure de calcium, sulfate de magnésie), soit qu'ils favorisent la diurèse (eau lactosée, boissons abondantes, théobromine) ou la diaphorèse (pilocarpine) ; on n'abusera pas des purgatifs (Lortat-Jacob). — Si, malgré la mise en œuvre de ces moyens, l'accident grave survenait, l'usage de l'adrénaline sera tout indiqué pour conjurer, dans bien des cas, la mort qui paraît imminente.

Un excellent essai de mise au point a été réalisé par le docteur Chabat, dans sa thèse inaugurale (Paris 1926) ; nous y renvoyons le lecteur. Pour terminer nous rappelons volontiers que le sérum purifié de l'Institut Pasteur a déjà fait ses preuves et qu'il réduit au minimum les accidents sériques proprement dits ; néanmoins lorsqu'il s'agira de l'utiliser chez les asthmatiques, les urticariens et en général, chez les insuffisants pluriglandulaires, il sera bon de l'employer en suivant l'une des méthodes désanaphylactisantes sus-mentionnées. Chez un insuffisant hépatico-pancréatique, on fera bien, en outre, d'utiliser de faibles doses d'insuline. (P. Boulogne, *Presse médicale*, 2 octobre 1926). Le jour est proche où la mise au point de la vaccination antitétanique préconisée par Ramon, Zoeller et Vincent permettra d'immuniser définitivement ceux à qui nous l'appliquerons.

LA GRIPPE ET SES COMPLICATIONS

« Il n'y a pas de maladies, dit-on, il n'y a que des malades. » L'expérience de tous les jours le démontre, et s'il en fallait une preuve opportune, nous la trouverions dans les particularités cliniques que présenta la grippe au cours de l'hiver qui se termine. A côté de formes bénignes qui sont le nombre, des formes foudroyantes, emportant les patients en quelques jours ; des formes traînantes, dans lesquelles le rhino-pharynx est surtout intéressé, et en même temps parfois les sinus...

Les anciens l'avaient bien noté, et nous ne pouvons que confirmer les résultats de leur observation sagace ; il y a, pour chaque épidémie, un génie qui lui confère sa physionomie propre.

Le génie épidémique de 1926-1927 a fourni surtout des grippes naso-pharyngiennes, qui ont généralement évolué dans un sens favorable, mais dont certaines ont mal tourné, l'infection des voies respiratoires supérieures ayant gagné de proche en proche jusqu'aux bronches et au poumon, déterminant des broncho-pneumonies et des pneumonies très graves, et souvent mortelles.

En présence de ces manifestations, le thérapeute s'est évidemment proposé d'abord pour but d'assurer aussi parfaitement que possible la désinfection du nez et du pharynx, et son asepsie : gargarismes, et mieux, grands lavages sous pression (le siphon d'eau de Seltz est à cet égard précieux, parce que d'un maniement facile et d'une réelle efficacité, l'acide carbonique exerçant une action sédative et désinfectante indiscutable : j'y reviendrai) de la bouche et de la gorge ; inhalations de vapeurs balsamiques ; pommades lubrifiantes des fosses nasales, dont l'un des plus recommandables est la vaseline purifiée et stérile additionnée de quelques centigrammes de résorcine.

A l'intérieur, des doses moyennes d'un sel de quinine, la bromhydrate ou le bichlorhydrate, préférables, — Ch. Fiessinger l'affirme avec raison, — à l'antipyrine, et même à l'aspirine, surtout chez les sujets dont l'âge déjà avancé permet de suspecter sinon l'intégrité, du moins la sensibilité du rein, prompt à se bloquer sous l'action d'une médication intempestive.

Une bonne hygiène, du repos, une alimentation légère, mais suffisante : et en huit ou dix jours, tout rentre dans l'ordre, dans le plus grand nombre des cas.

Mais, quand les complications surviennent dans l'arbre broncho-pulmonaire, la thérapeutique doit elle-même devenir plus active. S'il s'agit de pneumonie lobaire, le point de côté du début trouvera son soulagement dans l'application *loco dolenti* de trois ou quatre ventouses scarifiées, et à la rigueur, si la souffrance est trop vive, l'injection de quelques milligrammes de morphine. Une saignée générale un peu plus copieuse ne saurait avoir d'inconvénient chez les sujets dans la force de l'âge, dont tous les organes ne sont le siège d'aucune tare chronique ; chez les pléthoriques, je dirai presque qu'elle s'impose.

Mais la fièvre s'est allumée en même temps que les troubles respiratoires se sont installés : oppression, dyspnée. La quinine pourra être utilisée comme un tonique général, mais ce qui s'imposera, c'est la balnéation externe : grands bains tièdes ou chauds, selon les cas, selon l'âge ; et quand les bains ne peuvent être administrés, comme c'est la règle dans la plupart des malades soignés à domicile, enveloppements humides sous la forme du maillot thoracique, au besoin sinapisé, pour effectuer une révulsion plus énergique, propre à décongestionner les poumons et à stimuler la circulation périphérique. Le maillot sera appliqué au moins trois fois par jour, durant une demi-heure à trois quarts d'heure chaque fois.

« Dans la pneumonie, la maladie est au poumon, mais le danger est au cœur », disait Huchard. Une médication toni-cardiaque s'impose ; on la réalisera à l'aide d'injections d'huile éthérée camphrée, et aussi de digitale, sous forme soit de teinture, soit de digitaline cristallisée. La digitale, en effet, n'est pas seulement le quinquina du cœur ; elle jouit également de propriétés antithermiques appréciables. Le strophantus, l'ouabaïne, la spartéine, la caféine, répondront à des indications particulières. La strychnine, stimulant de la fibre striée, aura son utilité à côté de la digitaline.

Un peu d'alcool, judicieusement administré, ne peut que rendre des services ; il est nécessaire chez les alcooliques. On sera d'autant mieux fondé à recourir à la classique potion de Todd, qu'on y ajoutera avantageusement quelques grammes d'acétate d'ammoniaque, et, si l'on préfère, la teinture de digitale.

Existe-t-il une médication spécifique de la pneumonie ? L'Institut Pasteur fabrique un sérum anti-pneumococcique dont les quatre variétés correspondent aux quatre types de pneumocoques. Certains auteurs lui préfèrent un vaccin anti-pneumococcique. Le professeur Jean Minet, en particulier, estime que la vaccination a une action plus rapide, ce qui n'est pas à dédaigner dans une affection qui évolue en quelques jours. Il prépare lui-même un vaccin dont il a obtenu de remarquables effets. Entendez par là que l'infection a été rapidement enrayée, ce qui n'a pas empêché les signes physiques de conti-

nuer leur cycle classique, sans la menace précédente.

Chambre aérée, à température constante et moyenne (16°-18°). Malade couché, mais en position haute, à l'aise dans un lit qui ne sera pas surchargé de couvertures. Soins de la bouche et du nez. Crachoir. Hygiène rigoureuse en un mot : cela s'impose nécessairement.

Alimentation liquide : bouillon de légumes, café au lait, champagne ; limonade vineuse, orangeade... Il importe de faire boire abondamment le pneumonique.

A la balnéation externe doit correspondre une balnéation interne ininterrompue. Et, à ce point de vue, l'emploi systématique de la Reine de Vals rendra d'inappréciables services. Les lecteurs du *Concours médical* sont trop familiarisés avec ses propriétés pour qu'il soit nécessaire d'insister ici sur cette eau minérale naturelle, dont la caractéristique métallique est le bicarbonate alcalin à dose optima (3 grammes environ), et dont le gaz carbonique libre renforce les qualités eupeptiques.

Parfaite pour couper le champagne, parfaite également pour préparer la limonade vineuse, la Reine de Vals conservera, si elle est prise pure, toutes ses vertus exaltées au maximum, et les fébricitants, dont la soif est inextinguible, trouveront, à la boire, un apaisement salutaire.

E.-D. Gaston.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement des furoncles.

M. Gilbert-Dreyfus insiste sur ce fait qu'une notion nouvelle apparaît avec toujours plus de netteté dans le traitement des furoncles, et surtout de la furonculose, c'est la modification du terrain.

Quelques anciens préceptes, toujours bons, doivent être énumérés : le traitement abortif par le galvanocautère, les badigeonnages iodés deux fois répétés à douze heures d'intervalle, la pommade au collargol, la défense à tout prix de presser sur un furoncle sous peine de le voir évoluer de façon plus sévère ; à la période d'état, les pansements chauds et humides qui calment la douleur, mais qu'il faut délaisser dès que la suppuration apparaît ; la protection permanente de la périphérie du furoncle ; le régime et l'hygiène externe (propreté du sous-vêtement, grands bains, etc.)

Pour stériliser le terrain, on prescrit la levure fraîche (trois cuillerées à soupe au moins par vingt-quatre heures), l'intrait de bardane, l'étain (0,50 par jour par voie buccale), le soufre colloïdal, le phosphore. Mais il convient d'insister surtout sur la vaccinothérapie et l'hémothérapie, car la bactériophagie (1 à 4 cc. par jour) n'est pas encore au point.

Comme vaccins, on utilise les auto ou les stock-vaccins aussi multivalents que possible, surtout à la phase préventive (sous la peau, 1/2 cc. tous les cinq jours (500 millions de germes par cc.) ; au total, six à huit injections.

La super-vaccination, avec vaccins à germes vivants, doit compléter la précédente ; mais son emploi n'est pas encore bien réglé.

Il faut citer la cuti-vaccination, les pansements-vaccins.

Quant à l'auto-hémothérapie, elle a donné lieu à un certain nombre de succès francs. Voici la technique la plus simple : dans une veine du pli du coude on prélève aseptiquement avec une grosse seringue une certaine quantité de sang ; puis, sans changer d'aiguille, on supprime simplement le lie n brachial et l'on réinjecte le sang sous la peau, juste à côté de la veine ponctionnée. On évite ainsi la coagulation du sang.

La quantité optima du sang à réinjecter est de peu d'importance : dix centimètres cubes en moyenne. On pratique deux injections par semaine, parfois tous les deux jours ou même tous les jours. Il faut six à huit injections quand le malade est nettement amélioré dès la première fois ; vingt et plus si l'amélioration est lente, retardée, à rechutes. Si l'effet obtenu est nul au bout de six à sept injections, on abandonnera la méthode. (*L'Hôpital*, juillet-1926-B.)

Sur le traitement des artérites oblitérantes et des accidents qu'elles entraînent.

Avec le Dr A.-C. Guillaume, on se rappellera que l'oblitération d'un tronc artériel principal ne peut à elle seule créer un état morbide du membre ; il faut, en plus, l'oblitération ou le spasme des artérioles secondaires (seul ou en association), pour l'apparition de troubles subjectifs (douleurs et phénomènes de claudication intermittente) ; et pour la production de troubles trophiques un nouveau facteur supplémentaire devient encore nécessaire, c'est la chute de la pression sanguine par suite d'un état infectieux, d'une hémorragie, d'un fléchissement cardiaque.

Ces notions sont nécessaires pour instituer un traitement rationnel, car la chirurgie mutilante

n'est qu'un pis aller, conséquence d'une incapacité des méthodes médicales de traitement.

Le but à atteindre est évidemment de rétablir la circulation, sinon dans les troncs principaux, tout au moins dans les troncs secondaires.

Quand les lésions relèvent d'une cause bien déterminée, comme la syphilis, le traitement spécifique conduit à la guérison ; chez ces malades, il y avait une atteinte des troncs secondaires prêtant confusion avec le syndrome de Raynaud ; le traitement le plus efficace a été obtenu par le mercure ou le bismuth, l'arsenic semblant inopérant. Cependant, même chez des syphilitiques probables, il peut y avoir insuccès.

L'auteur déconseille les opérations portant sur la gaine nerveuse péri-artérielle, ainsi que la sympathectomie pour réduire les troubles trophiques d'origine circulatoire ; ces opérations sont non seulement inutiles, mais souvent même fort dangereuses.

La diathermie, qui occasionne une vaso-dilatation de quelques jours, se montre souvent efficace, à la condition d'être répétée ; mais c'est une méthode coûteuse, dangereuse parfois chez les sujets déjà atteints de sphacèle.

Contre les douleurs, la névrectomie des nerfs sensitifs n'a pas donné de bons résultats, il serait plus logique de s'adresser à la radicotomie postérieure.

Quant aux douleurs discontinues, à la claudication intermittente, la réduction des efforts est la seule façon de les prévenir, comme la suppression de toutes les causes de vaso-constriction (froid, humidité, tabac) qui réduisent encore l'apport sanguin.

Le traitement des troubles trophiques reste, jusqu'à présent, représenté par les méthodes chirurgicales d'exérèse, la carbonisation à l'air surchauffé, l'emballement dans des pansements aromatiques (pansements secs) et la régularisation après la chute de l'escarre. Ce ne sont que des pis-aller.

Cependant, par des méthodes nouvelles, l'auteur a pu obtenir l'arrêt du sphacèle, des douleurs, de la claudication intermittente, le retour à la vie des tissus déjà morts et insensibles, par trois mesures simultanément prises : 1° position légèrement élevée du membre de manière à supprimer la stase veineuse ; 2° irradiation fréquente à courte distance avec des lampes à arc à électrodes spéciales faites de charbon et de métaux ; 3° air chaud, à plusieurs reprises dans la journée. L'adjonction d'insuline (10 unités par jour) après ingestion du sucre serait d'heureux effet. On ne peut encore dire quel est l'avenir éloigné de cette méthode ? Il semble actuellement que l'on doive faire ce traitement pendant un temps très long ; commencer par un traitement quotidien de plusieurs semaines, puis arrêter quelques jours de manière à juger du résultat et de la rapidité avec laquelle reprennent les douleurs (au repos et à l'effort), reprendre ensuite le traitement en diminuant progressivement la durée des cures d'insuline, et en augmentant les périodes d'intervalle, et en évitant, toujours, la reprise des phénomènes douloureux. (*Le Bulletin médical*, 7 août 1926.)

La névralgie du trijumeau et son traitement diathermothérapique.

La diathermie est la dernière venue parmi les méthodes physiques ; le Pr Bordier estime cependant que c'est probablement la plus efficace, à condition que le traitement, bien que relativement simple, soit correctement appliqué. Alliant des effets thermiques à des effets purement électriques dus aux oscillations de haute fréquence non amorties et à leur action sur les ions et les particules colloïdales douées de charge électrique, la diathermie exerce une action en profondeur autrement plus énergique que celle de la galvanisation ; elle agit directement sur l'état de nutrition du nerf et de ses enveloppes malades, tout en calmant l'excitabilité des terminaisons sensitives.

Ce sont la névralgie vulgaire et le tic douloureux qui sont le mieux influencés ; la première est presque toujours guérie d'emblée ou après récidive, et la forme typique de la seconde l'est en trois semaines, la névralgie rebelle et les autres formes sont moins sûrement influencées.

Dans un cas, qui intéressait le domaine du nerf maxillaire inférieur avec arrachement de rameaux nerveux et injections d'alcool dans le nerf dentaire, la névralgie durait depuis huit mois ; tous les analgésiques avaient échoué ; la diathermie appliquée en trois séries successives de quinze séances en tout fit complètement disparaître la douleur et permit le retour d'une santé normale.

La technique des applications diathermiques varie quelque peu suivant les auteurs.

Si nous ne pouvons avec la diathermie guérir définitivement tous les cas de névralgie du trijumeau, nous sommes cependant capables d'en soulager un grand nombre. C'est donc une arme qui mériterait de recevoir une plus grande diffusion. (*La Presse médicale*, 18 septembre 1926.)

De la valeur diagnostique des douleurs thoraciques dans les ulcères perforés du duodénum.

Le Pr Desmarest insiste sur l'importance qu'il y a d'établir à coup sûr le diagnostic d'un ulcère, qui vient de se perforer.

Les deux signes capitaux de la perforation sont : les douleurs et la contracture généralisée des muscles de l'abdomen ; ils apparaissent dès les premières heures.

La douleur, atroce, déchirante, syncopale,

d'emblée mal localisée, presque généralisée à tout l'abdomen, est le signe d'une perforation d'un organe creux ; elle survient en pleine santé ; la contracture abdominale est aussitôt généralisée, et il faut faire transporter d'extrême urgence le malade à l'hôpital . Pendant cette première période , le pouls reste normal ; la température n'excède pas 37°7, 37°8.

Cependant, quand le diagnostic de perforation d'un organe creux a été posé, il est possible de serrer de plus près ce diagnostic et d'arriver à préciser le siège de la perforation. Mais il n'existe pas toujours, dans les antécédents, de syndrome pylorique ou pyloro-duodénal en faveur d'un ulcère perforé ; en pareil cas, cependant, l'irradiation douloureuse peut donner un précieux renseignement : la douleur initiale, toujours à prédominance épigastrique, irradie vers le thorax, douleur haute, irradiée en arrière et à droite, au niveau de la pointe de l'omoplate.

Au cours de l'interrogatoire, on doit toujours rechercher avec le plus grand soin les douleurs à localisations thoraciques et scapulaire, rechercher les points douloureux sus-claviculaires et celui du moignon de l'épaule, car noter leur existence c'est du même coup pouvoir affirmer le siège de la perforation au niveau de la face antérieure du duodénum, sous la face antérieure du foie. Ces douleurs sont, en effet, l'expression clinique de l'irritation du péritoine sous-hépatique, ce sont des douleurs semblables à celles des poussées inflammatoires sous-hépatiques secondaires à une inflammation de la vésicule.

On peut ainsi écarter une appendicite perforante.

Le diagnostic rapide et précis de l'ulcère du duodénum, l'opération précoce et limitée (sans gastro-entérostomie) paraissent les deux grands éléments de succès dans les perforations de cet ulcère. (*La Presse médicale*, 26 septembre 1926.)

La stérilité chez la femme. Son traitement.

Pour que la conception puisse se produire, il faut que l'ovule accomplisse son évolution normale, et que les spermatozoïdes soient capables de l'atteindre au cours de sa migration. Les divers obstacles à la procréation sont à peu près connus ; mais, fait remarquer fort judicieusement le Dr SIREDEY, on envisage peut-être trop exclusivement le côté mécanique ; en ne considérant guère que la perméabilité des voies génitales, on oublie l'importance des éléments générateurs, dont la valeur individuelle, plus difficile à mesurer, nous échappe dans une certaine mesure, et paraît relever plutôt de la santé générale.

Certes dans 1 /6e ou 1 /7e des cas, la stérilité est imputable à l'homme du fait de malformations congénitales (cryptorchidie avec atrophie testiculaire), de traumatismes, d'orchites infectieuses survenant au voisinage de la puberté, ou dans la jeunesse ; d'autres fois, il peut y avoir cicatrice vicieuse, rétrécissement congénital ou acquis de la vulve ou de la partie inférieure du vagin, et, si les organes profonds sont en bon état, une opération chirurgicale s'impose. Il en sera de même si l'on constate un kyste du vagin, un kyste ovarique ou quelque myome sous-péritonéal ; l'ablation d'une trompe kystique à maintes fois été suivie d'une fécondation, qui semblait jusque-là irréalisable. D'habiles chirurgiens ont pu procéder à des résections partielles de trompes malades et rétablir leur perméabilité en réunissant les portions saines de ces organes. Enfin, la chirurgie rend de grands services en réduisant et en fixant certains utérus fortement déviés, ou en élargissant des cols que leur orifice trop étroit rend réfractaires à la fécondation.

Mais il s'en faut que son concours soit toujours indispensable. Les déviations, lorsqu'elles ne sont pas compliquées de métrite, de périmétrite, d'adhérences, sont loin d'être un empêchement formel à la conception. Des exercices de gymnastique, le massage gynécologique, s'ils n'arrivent pas à les corriger, assouplissent les organes. Des conseils appropriés basés sur la situation exacte du col utérin apporteront une aide efficace.

L'obstacle créé par l'étroitesse du col est très relatif, et on a beaucoup exagéré l'utilité des opérations destinées à l'agrandir. En tous cas, lorsqu'on s'y décide, il est préférable de recourir à la stomatoplastie, plutôt qu'à la dilatation par laminaires ou bougies, opération non définitive et exposant davantage aux infections ; il en est de même des tentatives de redressement de l'utérus dévié, au moyen de l'hystéromètre, de tiges laissées à demeure dans sa cavité ou de pessaires.

Mais, avant toute intervention, on devra s'assurer qu'il n'existe pas de métrite blennorragique du col, car, même en présence de déviation ou de sténose, c'est la métrite qui, le plus souvent, est la cause véritable de l'infécondité et elle crée un réel danger dès qu'on entreprend des manœuvres pour dilater ou redresser l'utérus.

La métrite reconnue, il faut la traiter avec soin par des attouchements de teinture d'iode, ou de formol (aldéhyde formique 5 gr. ; alcool rectifié à 90°, 45 cent. cubes), s'il s'agit d'une métrite banale ; par des cautérisations au néofilhos bien faites, avec toutes les précautions désirables, s'il s'agit de métrite blennorragique.

S'il n'y a pas de métrite et si la santé générale seule est en cause, on doit instituer une thérapeutique appropriée.

Aux femmes qui présentent des troubles endocriniens, on prescrira l'opothérapie thyro-surrénalo-ovarienne bien surveillée, en même temps qu'un régime pour combattre l'obésité, des cures à Moutiers, et à Brides, ou à Salins-du-Jura. Aux

lymphatiques, on conseillera Salins-de-Béarn, Biarritz. A celles qui présentent des *phénomènes d'auto-intoxication,* des tendances cholémiques ou cholestérinémiques, on conseillera des cures à Capvern, La Roche-Posay, Vittel, Contrexéville, Martigny ; aux hépatiques franches, Vichy. A ces cures de désintoxication, on devra joindre un régime sévère pour assurer un meilleur fonctionnement des organes : une alimentation à prédominance végétarienne, le régime lacté, judicieusement recommandé par Pinard. Enfin, on insistera sur la nécessité d'une bonne hygiène pour le mari comme pour la femme ; on devra éviter le surmenage physique et surtout intellectuel, les agitations de la vie mondaine, les exercices physiques.

Pour les jeunes femmes exemptes de toutes tares appréciables, une vie saine au grand air, le séjour à la montagne, des cures à Saint-Sauveur, à Evian, des essais répétés de kinésithérapie, constituent les meilleurs moyens pour hâter la maternité désirée. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 octobre 1926.)

Traitement de la paralysie radiale inférieure par anastomose tendineuse.

Le nerf radial présente, au point de vue de sa distribution motrice, trois étages : l'étage supérieur fournit la motricité au triceps, muscle extenseur du bras ; l'étage moyen fournit la motricité aux radiaux, long supinateur et cubital postérieur, muscles extenseurs de la main ; l'étage inférieur fournit à l'extenseur commun des doigts, à l'extenseur propre de l'index, au long abducteur du pouce, aux long et court extenseurs du pouce, soit aux muscles extenseurs des doigts.

Lorsque la section du nerf radial passe entre le groupe moyen et le groupe inférieur des rameaux moteurs du radial, les muscles extenseurs du poignet sont conservés, les muscles extenseurs des doigts et du pouce sont paralysés. Pour rendre à la main tous ses usages, il suffit d'anatomoser les tendons des muscles restés contractiles avec ceux des muscles paralysés. DUPUY DE FRENELLE décrit le détail de la technique qu'il a employée pour pratiquer la greffe tendineuse anastomotique. Cette opération consiste à greffer une moitié du tendon du long supinateur conservé sur celui du long abducteur du pouce paralysé, à greffer le premier radial sur le court extenseur du pouce paralysé et le deuxième radial sur le long extenseur du pouce.

Le tendon du cubital postérieur est passé au travers des tendons de l'extenseur commun des doigts dont il devient le moteur. Cette opération donne des résultats fonctionnels parfaits qui ont été contrôlés au bout de trois et quatre ans. (*Paris chirurgical*, janvier 1927.)

La taille transpéritonéale.

C'est par la voie sous-péritonéale que l'on aborde le plus souvent la vessie. Cette voie suffit, dans la plupart des cas, aux manœuvres intra-vésicales et doit être conservée pour le drainage et les opérations simples.

La voie d'abord intra-péritonéale préconisée par Edmond PAPIN donne un jour énorme sur tout le fond de la vessie. Cette opération consiste à ouvrir délibérément la cavité péritonéale par une incision sus-pubienne descendant jusqu'à la symphyse.

La vessie est saisie avec deux pinces de Chaput un peu en arrière de son sommet et tirée le plus possible au dehors.

Avec le bistouri on ponctionne la vessie. « Cette boutonnière est agrandie prudemment d'avant en arrière ; à mesure qu'on ouvre la vessie, on l'assèche soigneusement avec des tampons » (Papin).

L'assèchement par aspiration à la trompe au travers de l'orifice de ponction paraît plus pratique.

Des fils suspenseurs sont placés sur les deux lèvres de la vessie. A chaque extrémité de l'incision ces fils sont fixés à la peau. On a ainsi un très large accès sur le fond de la vessie.

Lorsque l'opération est terminée, on place la sonde de drainage avant de commencer la suture. Celle-ci comprend deux plans : un plan musculo-muqueux à points séparés, autant que possible non perforants avec catgut numéro 1 ; un surjet séro-séreux d'enfouissement.

Cette façon de procéder paraît beaucoup plus simple que la chirurgie étriquée qui rétrécit son champ d'action en cherchant à rester en dehors de la cavité péritonéale. (*Paris chirurgical* janvier 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Morts subites et taches solaires.

(M. Maurice Faure, de La Malou. — *Académie de médecine* ; 1-3-1927.)

Dans une précédente communication, M. Maurice Faure signalait, avec MM. Vallot et Sardou, la coïncidence du passage des taches solaires au méridien central avec l'apparition ou la recrudescence d'accidents aigus (insomnie, névralgies, asthme, dyspnée, angine de poitrine, etc.) dans les maladies chroniques. Poursuivant ces recherches d'ordre médico-astronomique, M. Faure s'est demandé si un autre phénomène morbide cataclysmique, la mort subite, n'offrait pas également un rapport de fréquence avec les taches solaires. Il lui est apparu qu'effectivement pendant les jours comportant des taches solaires les morts subites étaient deux fois plus nombreuses que pendant les jours sans taches solaires.

Partant de ce fait, l'auteur ébauche une explication pathogénique. Pour lui, la majorité des morts subites inexpliquées relève d'un état d'hyper-rétention toxique. A la base de la mort subite, se trouverait une urémie latente au cours de laquelle, sous des influences diverses (et le passage des taches solaires au méridien central serait une de ces influences), se produit une exagération rapide de la toxicité des milieux intérieurs incompatible avec la vie et amenant un déséquilibre brutal des fonctions organiques essentielles.

Sur la gangrène pulmonaire.

(M. F. Bezançon. — *Académie de médecine* ; 8-3-1927.)

M. F. Bezançon et M. H. Vincent reviennent sur le côté bactériologique de la gangrène pulmonaire et sur le rôle respectif, encore imparfaitement établi, des agents rencontrés dans cette affection. M. Vincent accorde, on le sait, une place importante, en la matière, au *spirochetum Vincenti*, joint au *bacillus fusiformis*. M. Bezançon pense, au contraire, que les formules bactériologiques de la gangrène pulmonaire sont complexes : anaérobies du type Veillon, associés ou non à des spirochètes (d'ailleurs différents du *Sp. Vincenti*), et au bacille fusiforme.

— M. Emile Sergent, sans prendre parti dans ce débat de laboratoire, place la question sur le terrain clinique.

J'ai été élevé, dit-il, dans cette idée que la gangrène pulmonaire représentait un état pathologique très nettement défini. Le tableau qu'en ont tracé nos pères se caractérise par une symptomatologie précise : point de côté d'une extrême violence, véritable coup de poignard thoracique, ascension thermique à 39°5, 40°, altération profonde de l'état général, syndrome de localisation d'allure pneumonique avec toux et dyspnée, puis très rapidement expectoration d'odeur repoussante, abondante, couleur marron ; enfin, aggravation progressive et, la plupart du temps, mort en peu de jours.

Or, aujourd'hui, on parle de gangrènes pulmonaires chroniques, à rechute, qui sont très différentes de la vieille gangrène pulmonaire classique. Ces cas-là groupent des affections variées, abcès du poumon, pleurésies interlobaires, dilatations des bronches, avec suppuration fétide. Tandis que dans la gangrène pulmonaire aiguë, classique, l'odeur repoussante apparaît d'emblée, ici elle est le plus souvent secondaire. La bactériologie n'a pas résolu encore tous les points de la question et il ne faut pas oublier les données de la clinique.

— M. Tuffier a opéré un grand nombre de gangrènes pulmonaires et ses idées sur leurs variétés cliniques correspondent à celles indiquées par M. Sergent : gangrène pulmonaire aiguë et massive, contre laquelle la chirurgie ne peut rien ; abcès gangréneux du poumon, pleurésie interlobaire gangréneuse, curables ; gangrènes consécutives à des dilatations bronchiques, moins graves mais chroniques et difficiles à guérir complètement.

M. Tuffier rappelle l'histoire d'un de ses malades atteint d'abcès gangréneux du poumon. Traité par pneumotomie et drainage, l'odeur persistait. Avec un gros drain métallique, l'odeur disparut. A chaque tentative d'ablation du drain, la fétidité revenait. La fétidité était ainsi fonction de l'aération du foyer. Il y avait toujours gangrène, mais selon les conditions d'aération de la poche, l'odeur existait ou non.

Action de l'oxyde de carbone sur les globules sanguins.

(M. Roger Douris. — *Académie de médecine* ; 8-3-1927.)

Dans une note présentée par M. Coutière, M. Douris expose quelques recherches, par lui faites, relatives à l'action de l'oxyde de carbone sur les globules sanguins. Les conclusions de l'auteur viennent à l'appui de la méthode thérapeutique préconisée en France par le professeur Balthazard (1919) et par MM. Nicloux et Legendre (1923), consistant à soumettre les intoxiqués par l'oxyde de carbone aux inhalations d'oxygène. Le globule sanguin altéré par CO est en effet, susceptible de régénération. Il reprend de ce fait, la résistance qu'il avait perdue en partie.

Le cancer de l'œsophage au début.

(M. J. Guisez. — *Académie de médecine* ; 8-3-1927.)

Le cancer de l'œsophage est une affection à début insidieux et lorsque la dysphagie, qui en constitue le principal symptôme est installée, l'endoscopie révèle généralement des lésions déjà étendues.

M. Guisez a pu observer, à l'œsophagoscope, chez des malades soignés pour des spasmes anciens de l'œsophage, des lésions épithéliomateuses moins avancées, plus près de leur début. Il a noté, comme altérations initiales, des plaques de leucoplasie, des néoformations inflammatoires, des végétations d'œsophagite, etc., toutes lésions pré-cancéreuses. Deux signes constants qui ne trompent pas un œil exercé font porter le diagnostic de transformation néoplasique : l'aspect figé et infiltré de la base d'implantation de la lésion et l'hémorrhagie facile au moindre frottement du porte-coton.

La réforme des études médicales.

(*Académie de médecine* ; 8-3-1927.)

Au nom d'une commission composée de MM. Hayem, Richet, Chauffard, Quénu, Roger, Béclère, Sergent, Martin, Desgrez, Weiss et de lui-même, M. Marcel Labbé présente un rapport relatif à la réforme des études médicales. Il conclut en demandant à l'Académie de se prononcer sur les vœux suivants :

« 1° Les jeunes gens qui se destinent à la médecine devront être munis des deux diplômes de baccalauréat suivants :

« *a*) Baccalauréat (première partie), section A, avec latin obligatoire et grec facultatif, la section B sans latin, ni grec n'étant pas admise ;

« *b*) Baccalauréat (deuxième partie), mathématiques, le baccalauréat philosophie n'étant pas admis.

« 2° L'année de P. C. N., qui s'accomplit actuellement dans les Facultés des Sciences, sera remplacée par une année scientifique préparatoire ayant un programme analogue et dont l'enseignement serait donné dans les Facultés de médecine et les Ecoles de médecine. »

Cancer en masse des deux seins.

(M. Ch. Buizard. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 18-2-1927.)

Une femme de 35 ans est atteinte, au début d'une grossesse, d'un cancer en masse du sein droit. On pratique l'amputation un mois après une application de radiothérapie profonde. La femme accouche et allaite avec le sein restant. Au bout de deux mois et demi, arrêt de la sécrétion lactée et cancérisation en masse de ce sein. Très rapidement, généralisation (poumon, foie, colonne vertébrale) et mort deux ans après le début de l'affection.

Les points à relever dans cette observation sont les suivants : l'envahissement en masse successif des deux seins ; l'évolution d'une durée de deux ans, malgré les éléments défavorables (forme grave, jeunesse, allaitement) ; le rôle de la radiothérapie qui peut être interprété de façons diverses. Le sein amputé, en effet, ne présentait à l'examen histo-pathologique aucune lésion de cancer. La radiothérapie profonde avait donc stérilisé l'organe, mais l'on peut soutenir aussi une hypothèse différente : le sein n'était atteint que de mastite simple et la radiothérapie a joué un rôle dans la provocation de la cancérisation ultérieure. Hypothèses sans solution, il va sans dire.

— M. Gresset a observé un cancer du sein bilatéral d'emblée chez une femme de 50 ans. Une telle éventualité est des plus rares. Si, en effet, le cancer du sein peut récidiver du côté opposé ou envahir successivement les deux organes, il est exceptionnel qu'il se développe primitivement et simultanément dans les deux seins.

Gangrène diabétique grave : action de l' « insuline » par voie buccale.

(M. Petit de la Villéon. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-2-1927.)

Une malade de 47 ans, diabétique depuis longtemps, se pique un jour au doigt. Rapidement, se développe un panaris à grand fracas, avec envahissement des gaines, gangrène diabétique grave. La patiente a 60 gr. de sucre et 4 gr. d'albumine. A ce moment, la situation était sérieuse : œdème phlegmoneux de tout le membre supérieur, température montant jusqu'à 40° certains jours, suppuration abondante. L'amputation du membre paraissait devenir nécessaire. Avant de s'y résigner, M. Petit de la Villéon essaya, avec M. Pin, l'insuline par voie buccale, six pilules par jour (la méthode des injections étant ici inutilisable pour des raisons personnelles). Très rapidement, la situation s'améliora, l'état local devint beaucoup plus satisfaisant, le sucre tomba à 6 gr., l'albumine à 1 gr. 50. La guérison s'ensuivit, avec une simple amputation de l'annulaire.

L'insuline est une préparation précieuse dans la thérapeutique des affections chirurgicales chez les diabétiques. Son maniement en piqûres n'est pas toujours possible. Il est intéressant de savoir qu'à défaut d'injection, on peut, en s'adressant à la voie buccale, bénéficier des bienfaits de ce médicament.

— M. Lematte fait remarquer que l' « insuline » ainsi recommandée pour usage *per os* n'est pas l'insuline véritable, celle obtenue selon les indications des biologistes canadiens, mais une préparation synthétique. L'insuline vraie est inactive par voie buccale. Quand on a recours à l'insuline proprement dite, physiologique, il faut toujours l'administrer en injections sous-cutanées, sous peine d'insuccès complet. Seul, le produit synthétique peut offrir de l'activité par voie gastrique.

Ce produit synthétique, ainsi que nous le disions dans une analyse parue dans le n° 8 du *Concours*, est de fabrication allemande. Découvert et étudié par le

professeur Frank, de Breslau, il est très employé en Allemagne, sous le nom de *synthaline*, comme succédané de l'insuline. Son avantage est d'être utilisable par voie buccale ; son inconvénient principal réside dans les troubles gastriques qu'il provoque, à doses fortes surtout. Reste son efficacité. Elle est évidemment inférieure à celle de l'insuline en injections. Les travaux en cours, à ce sujet, dans les hôpitaux de Strasbourg, ont noté l'insuffisance de la synthaline dans les diabètes graves (Merklen), mais son utilité, pour certains cas du moins, dans les formes moyennes et légères (Blum).

P. L.

Bordeaux

Société anatomo-clinique.

Présidence de M. Guyot, président.

A propos d'un crâne présentant des lésions d'ostéite déformante.

MM. Henri Fischer et Cosset soumettent les photographies d'une voûte crânienne prélevée sur un homme d'une cinquantaine d'années, atteint d'ostéite déformante de Paget, qu'ils présentent à cause de la netteté de la déformation, qui est fort considérable. Toute sa face exo-cranienne est piquetée d'une infinité de petits orifices qui lui donnent un aspect vermoulu contrastant avec l'aspect lisse des crânes normaux. Il y a disparition totale des sutures. La calotte cranienne est asymétrique, les bosses pariétales sont bombées. Cet aspect grenu est encore accru sur la face interne, où il existe de petites saillies verruqueuses irrégulières.

Une coupe transversale de cette voûte cranienne montre un épaississement volumineux qui atteint presque deux centimètres. Les voûtes orbitaires ont plus de un centimètre. Le trou occipital est aussi considérablement rétréci.

En revanche, les os de la face ne sont guère augmentés de volume, ce qui est d'ailleurs conforme au tableau ordinaire de la maladie de Paget, qui procède par sauts, atteignant par hasard un os ou une partie d'un os, en laissant souvent intacts pendant de nombreuses années les os voisins ou même les parties voisines du même os.

Le squelette de ce sujet ne présentait nulle part ailleurs d'autres déformations et notamment aucune incurvation ni épaississement des jambes et des cuisses.

Rien n'est assurément plus banal que l'ostéite déformante de Paget, mais les cas où les lésions sont aussi marquées ne sont pas cependant très fréquents. C'est la raison pour laquelle nous avons jugé utile de faire cette brève communication.

Sur un cas de grossesse extra-utérine rompue.

MM. Guyot et Jean Villar. — Il s'agit d'une jeune femme de trente ans, sans passé pathologique, mariée depuis dix ans et sans grossesses. Suppression des règles de décembre et de janvier.

Le 15 janvier au matin, crise douloureuse brutale s'irradiant du côté droit du bas ventre à tout l'abdomen et à l'épaule droite. Le professeur Guyot fait le diagnostic de *grossesse extra-utérine droite* en raison d'une petite tumeur latérale accolée à un utérus un peu gros et médian. Le Douglas était douloureux et il n'y avait pas de contracture abdominale.

La laparotomie pratiquée d'urgence par les docteurs Jean Villar et Guérin montre une *trompe gauche* noirâtre, rompue et saignante, placée en avant de l'utérus, avec lequel le toucher l'avait confondue. Salpingectomie gauche. On laisse un ovaire droit un peu kystique situé dans le Douglas et qui en avait imposé pour la lésion. Guérison.

L'histoire de la maladie, les signes d'hémorragie, l'absence de fièvre et de contracture (Lecène-Proust), les douleurs élevées dans l'épaule (Lafon , d'Alger) firent le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. L'interprétation délicate des signes physiques (gros ovaire, caillots agglomérés) fait souvent qu'on se trompe et sur le diagnostic et sur le côté de la lésion.

A propos d'un cas de néphrectomie transpéritonéale.

M. J. Chavannaz. — Une femme de cinquante-neuf ans entre à l'hôpital Saint-André, dans le service de clinique chirurgicale du professeur Chavannaz, pour tumeur abdominale. La malade a constaté, un mois avant seulement, qu'elle avait une tuméfaction du côté droit. La tumeur présente du ballottement et le contact lombaire ; on porte le diagnostic de tumeur du rein droit. Les examens radioscopique et radiographique font, au contraire, penser à une lésion hépatique. Phénolsulfonephtaléine 30 %.

Le 5 janvier 1927, sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie. Incision verticale latérale droite : la tumeur apparaît rétro-péritonéale, développée aux dépens du rein droit ; pas de métastase intra-péritonéale visible. On branche alors une incision externe perpendiculaire à l'incision verticale et on pratique la néphrectomie, qui est très difficile en raison des adhérences intimes avec le côlon et surtout la face inférieure du foie et le duodénum. Opération régulière sans aucun incident.

Mort trois heures après l'opération.

La tumeur, du volume d'une tête d'enfant, a l'aspect d'un hypernéphrome. L'examen histologique ne permet pas toutefois de mettre en évidence les lésions caractéristiques.

La nécropsie fait découvrir dans le parenchyme hépatique deux nodules cancéreux du volume d'une mandarine. L'examen histologique montre pour la métastase hépatique les cellules claires classiques.

La métastase hépatique explique la mort rapide après l'intervention.

Présentation d'un cancer nodulaire du foie.

MM. Cassaet, Fontan et Barrau. — La tumeur avait évolué chez un homme de cinquante-six ans, entré dans le service de M. le professeur Cassaët, le 18 janvier 1927, pour paralysie de la langue et de la moitié droite du voile du palais datant d'une dizaine de jours. Le gros foie, qui avait évolué sans signes fonctionnels, fut une découverte d'examen. Aucune trace d'ascite. Rate normale. Teinte ictérique dans les derniers jours. Amaigrissement notable. Pas de fièvre. Le malade mourut subitement dans la nuit du 4 au 5 février 1927.

L'autopsie révéla un foie énorme du type nodulaire (poids : 6 kil. 370). Rate normale. Rien du côté des poumons, de l'estomac, de l'intestin, du rectum, des reins ni des organes génitaux. Pas d'envahissement du péritoine. Pas de métastase macroscopiquement visible dans le bulbe.

Ankylose vicieuse osseuse.

MM. Jean Chavannaz et Henri Fischer. — Un homme de vingt-deux ans entre à l'hôpital Saint-André, dans le service de clinique chirurgicale du professeur Chavannaz pour ankylose osseuse du genou gauche en flexion complète. A l'âge de huit ans, le malade a eu une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur gauche pour laquelle il a subi plusieurs interventions à l'hôpital des Enfants. En 1921, à la suite d'un accident de motocyclette, s'est développée une ankylose osseuse en flexion complète.

A l'heure actuelle, le genou est le siège de plusieurs fistules. Le malade vient demander l'amputation. En raison de l'étendue des lésions osseuses et des fistules, on propose au malade l'ostéotomie sus-condylienne et l'amputation en cas d'échec plutôt que la résection du genou.

Sous anesthésie générale à l'éther, tentative de redressement par ostéotomie. Echec du redressement ; on pratique alors l'amputation de cuisse, par le procédé circulaire. Guérison par première intention.

La dissection de la pièce montre une fusion complète des surfaces articulaires. La rotule ne peut être reconnue au milieu de la zone ossifiée.

Calcul ombilical.

M. J. Chavannaz. — Un homme de quarante-cinq ans entre, à l'hôpital Saint-André, dans le service de clinique chirurgicale du professeur Chavannaz, pour phlegmon de l'ombilic. Intervention d'urgence sous anesthésie générale à l'éther (J. Chavannaz). L'excision permet d'enlever un calcul ombilical du volume d'une grosse noisette. Suites opératoires simples, le malade est cicatrisé le vingtième jour.

Henri Fischer.

Les Thèses

Mtp. Dr E. Granon. — **L'enseignement clinique à la Faculté de Montpellier.** (Bois gravés primitifs d'Henri Martin). (Nîmes, Imprimerie A. Chastanier, 1926.)

Mtp. Dr Francis Jaulmes. — **L'état mental au cours des périviscérites.** (Montpellier. Imprimerie « L'Abeille » (Coopérative ouvrière) 1926.)

Les troubles nerveux ne sont pas une complication mais un élément constitutif normal du syndrome périviscéritique, qui doit comporter désormais trois termes : 1° phénomènes douloureux ; 2° phénomènes digestifs ; 3° phénomènes nerveux.

Dans les formes mentales de périviscérite, les troubles douloureux et digestifs s'atténuent, disparaissent plus ou moins complètement : les troubles nerveux et psychiques occupent le premier plan. La dépression caractérise des formes mentales de périviscérite ; elle réalise des états de psychasthénie, d'hypochondrie, d'anxiété, de mélancolie.

L'altération mentale est la conséquence du trouble viscéral : ce dernier agit sur le psychisme par auto-intoxication d'origine digestive ou par l'intermédiaire du sympathique abdominal.

Les formes mentales de périviscérite seront diagnostiquées par un examen radiologique systématique du tube digestif chez tous les déprimés et psychasthéniques. Il semble que la libération opératoire des adhérences doive améliorer l'état mental ; mais, si cette conclusion paraît logique, elle est pratiquement irréalisable ; l'intervention reste sans effet sur l'état mental.

P. Dr B. Gorensky. — **Quelques considérations sur la marche des accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure.** (Editions de la *Semaine dentaire*, 12, rue de Hanovre, Paris-2e, 1926.)

Le nom « d'accident de dent de sagesse » doit être uniquement réservé aux affections relevant du processus d'éruption de la dent. On élimine ainsi toutes les lésions banales d'origine dentaire concernant une dent de sagesse évoluée ; l'accident initial d'éruption de dent de sagesse est toujours une péricoronarite suppurée.

Cet accident est dû à la communication du sac péricoronaire avec la cavité buccale et à la présence d'un capuchon muqueux au-dessus de la couronne de la dent, d'où une cavité close et déclive où se collecte le pus.

Habituellement, l'infection reste légère et ne donne lieu qu'à une infection banale du capuchon muqueux ou à des accidents légers à distance à allure

subaiguë (stomatite, adénite, angines à répétition). Dans d'autres cas plus sérieux et relativement fréquents, l'infection se propage dans les tissus cellulaires contigus ; le plus habituellement en dehors, donnant l'abcès buccinato-maxillaire de MM. Chompret et L'hirondel ; très rarement en dedans vers le plancher buccal ; quelquefois vers le voile, constituant un phlegmon périamygdalien.

L'infection peut également se propager par voie lymphatique, mais il est rare qu'elle aboutisse à la production d'un adéno-phlegmon.

Les accidents osseux dus à l'éruption sont classiquement considérés comme fréquents ; or, la péricoronarite, accident initial de tout accident d'éruption, ne se propage jamais directement de la dent à l'os sous-jacent.

On ne peut donc pas dire que l'éruption de la dent de sagesse provoque des accidents osseux.

Ce qui a été étiqueté accidents osseux relève : ou d'une mono-arthrite apicale suppurée alvéolaire de la dent de saggesse évoluée ; ou d'accidents osseux dus à une mono-arthrite apicale suppurée de la deuxième molaire, s'étendant à la zone où se trouve incluse la dent de sagesse.

Enfin, il paraît que bien des accidents aigus cellulaires périmandibulaires ont été, à tort, étiquetés accidents osseux. Dans la plupart des cas, l'examen clinique seul permet de poser le diagnos tic avec évidence. En cas de doute, la radiographie permet de faire la discrimination entre les accidents cellulaires ou osseux.

En dehors des cas bénins où les soins locaux et la résection large du capuchon peuvent suffire, l'extraction de la dent s'impose dès que les accidents deviennent sérieux. Elle suffit pour amener la guérison rapide dans la plus grande majorité des cas.

P. — Auguste Eloire, docteur-vétérinaire. — **La vérité sur la législation française actuelle en matière de répression des fraudes du beurre et du lait** (Paris, Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole de-Médecine, 1926.)

St. — Dr Palmyre Zissitch. — **Action du bromoforme et d'un dérivé bromoformique sur la toux.** (Les Editions Universitaires de Strasbourg, 1926.)

Le codoforme est constitué par un corps nouveau « le sel bromoformique de Bottu ». Il permet d'utiliser le bromoforme en association avec la codéine, sous forme de comprimés. C'est un corps parfaitement défini dont on connaît exactement la dose absorbée grâce à un dosage rigoureux.

Son action est nette et constante sur la toux. Les comprimés de codoforme étant spécialement enrobés de façon à n'entrer en dissolution que dans l'intestin, ce produit ne détermine aucune intolérance gastrique.

Au point de vue posologique, le codoforme s'administre en comprimés par la voie buccale. Les travaux antérieurs et les recherches personnelles de l'auteur montrent qne la dose habituelle est de cinq comprimés par jour. Exceptionnellement, en présence de cas rebelles, cette dose peut être augmentée (sept à huit comprimés dans les vingt-quatre heures.)

Le codoforme agit électivement sur les toux quinteuses, émétisantes et coqueluchoïdes.

Par suite de la facilité de son emploi, il nous rend les plus signalés services comme médicament destiné à calmer la toux des tuberculeux.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

E. Kretschner, professeur de psychiatrie à l'Université de Marburg. — **Manuel théorique et pratique de psychologie médicale.** Traduit d'après la 3e édition par le Dr S. Jankélévitch. (Un vol. de la *Bibliothèque scientifique*, 848 p., 24 fig. : 30 fr.)

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

W. Vallich et Ed. Lévy-Solal, agrégés à la Faculté de Paris. — **Eléments d'obstétrique**, 5e édition refondue. (Un vol. 710 p. avec 179 fig.).

A la Librairie de l'Expansion scientifique française,
23, rue du Cherche-Midi.

J. Aimard et H. Dausset. — **L'ultra-violet, la lumière solaire et artificielle, l'infra-rouge**, Technique, indications cliniques, résultats thérapeutiques. 2e édition. (Un vol. 202 p., 21 fig. : 15 fr.).

Chez Bernard Grasset, éditeur.
61, rue des Saints-Pères.

Robert de Traz. — **L'Ecorché.** Roman. (Un vol. 264 p. : 12 fr.).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'EXTENSION DES POUVOIRS DES COMMISSIONS DE CONTROLE AUX TERME DE L'ARTICLE 64 DE LA LOI DES PENSIONS MILITAIRES

La loi de finances de 1926 a apporté une modification à l'article 64 des lois des 31 mars 1919 et 21 juillet 1922, ou plutôt, une addition que nous avons déjà signalée et que nous publions de nouveau ici :

« Ces Commissions auront qualité pour imputer à l'une des parties en cause, soit isolément, soit conjointement, les sommes indûment réclamées à l'Etat, et pour prononcer éventuellement, en cas d'abus caractérisé, l'exclusion temporaire ou définitive du droit de recevoir ou de délivrer des soins ou des produits au titre du présent article. »

A un moment où un courant très accentué s'est dessiné, dans le corps médical, vers l'organisation d'un Ordre des médecins, comparable à l'Ordre des avocats, mais adapté aux conditions particulières de la médecine, il est intéressant de constater que l'addition apportée par le texte reproduit ci-dessus à l'article 64 constitue un acheminement vers l'organisation d'une juridiction professionnelle, différente des juridictions de droit commun, et habile à connaître de certains agissements délictueux, et à les réprimer.

Cela demande cependant réflexion. Notre excellent confrère et ami Quidet, qui s'est acquis une véritable autorité dans ce que j'appellerai le contentieux des soins aux pensionnés de guerre, n'a pas manqué de penser ainsi, et il a consigné, dans un intéressant article paru dans *La Presse médicale* du 3 mars dernier, le résultat de ses méditations.

« Ainsi donc, dit-il, voici qu'au début de leur cinquième année de fonctionnement, les Commissions tripartites, instituées pour statuer sur les contestations auxquelles donne lieu l'application de l'article 64, reçoivent du Parlement l'investiture de pouvoirs répressifs considérables qui les assimilent à de véritables tribunaux... Voici maintenant qu'à l'égard des diverses catégories d'intéressés, les Commissions vont disposer de sanctions effectives entraînant de sérieuses conséquences, puisqu'elles peuvent désormais, en cas d'abus caractérisé, retrancher d'une façon temporaire ou définitive :

....

« A un médecin, le droit de donner les soins au titre de l'article précité, c'est-à-dire d'agir comme ordonnateur de dépenses au compte de l'Etat, d'établir son ordonnance sur la feuille du carnet de soins et de présenter à la Préfecture sa note d'honoraires .... ».

Après avoir envisagé cette extension des pouvoirs des Commissions comme une preuve du succès qu'elles ont obtenu et une démonstration de leur efficcaité de contrôle, Quidet continue :

« Au point de vue professionnel, faut-il, avec notre distingué confrère et collègue Lenglet, regretter que l'inexistence de l'Ordre des Médecins expose le Corps médical à la juridiction disciplinaire des Commissions instituées au titre de lois spéciales ?

« En attendant la constitution légale de l'Ordre des médecins qui pourra peut-être éviter que des pouvoirs disciplinaires rendus nécessaires par le jeu des lois sociales ne soient confiés à d'autres qu'aux intéressés, nous estimons que le fait de savoir les Commissions de contrôle aussi puissamment armées exercera la plus salutaire des retenues sur les rares médecins qui seraient tentés d'abuser.

....

« Par leur composition, les Commissions de contrôle sont plus en contact avec les intéressés que les tribunaux de droit commun ; elles sont aussi mieux qualifiées pour apprécier tous les éléments de la cause, parce que les représentants des divers intérêts ont voix au chapitre sur le pied d'égalité, ce qui constitue la plus précieuse des garanties.

« Si l'on tient compte, d'autre part, des longs délais nécessités par les enquêtes des Parquets, des influences de toute nature susceptibles de s'exercer pour aboutir à des non-lieu, on en arrive à convenir que si le délit d'escroquerie manifeste et avérée relève des tribunaux correctionnels, l'appareil judiciaire est souvent disproportionné avec l'abus qui doit entraîner la répression immédiate.

« Telle a été, sans doute, la conception du Législateur en complétant l'article 64 par l'attribution des pouvoirs disciplinaires qui ne manqueront pas de diminuer le nombre et l'importance des abus en les prévenant. »

A la vérité, l'objection la plus sérieuse qui vienne à l'esprit, c'est que, pour des abus commis par des médecins dans l'exercice de leur profession, la juridiction exceptionnelle qui aura à en connaître ne sera pas strictement médicale,

mais en réalité, composée de médecins pour un tiers, et de profanes pour les deux autres tiers. C'est cette perspective qui, sans doute, aura choqué Lenglet, en lui inspirant les propos rapportés par Quidet.

Il faut bien reconnaître cependant que, dans la pratique, l'instruction des faits délictueux reprochés aux médecins sera confiée aux membres médecins de la Commission, et que leurs propositions de sanctions seront certainement ratifiées par la Commission tout entière. En fait, les faits délictueux auront été jugés par des médecins. L'objection se trouve donc largement combattue par le fonctionnement éventuel des Commissions, érigées en Tribunal répressif.

Mais ce qui m'arrête, ce n'est pas tant la crainte que m'inspire un Tribunal répressif ainsi composé que la difficulté où il me semble qu'il se trouvera souvent pour caractériser l'abus qui lui sera déféré.

Qu'est-ce donc, à tout prendre, qu'un *abus caractérisé*, justiciable d'une sanction, en pratique médicale ?

J'en discerne évidemment deux types qui ne prêtent pas à discussion. C'est tout d'abord le cas où le médecin aurait soigné, au titre de la loi des pensions et au frais de l'Etat, non le bénéficiaire lui-même de la pension, mais quelqu'un des siens. C'est ensuite le cas où le médecin aurait soigné le bénéficiaire, au titre de la même loi et aux mêmes frais, pour une affection autre que celle qui motiva la réforme et la pension.

Mais ce sont là, dans le cadre professionnel, des délits de droit commun, pour lesquels un Tribunal de droit commun serait compétent et pourrait être saisi valablement. On ne saurait donc s'insurger contre la constitution des Commissions tripartites en tribunaux chargés de juger ces délits.

D'ailleurs, bien que cela se soit déjà produit, il semble bien que, lorsqu'un médecin a soigné un pensionné pour une affection autre que celle qui lui donne droit aux soins gratuits, c'est par méconnaissance de la loi des pensions et de ses limites, et non par esprit de fraude. Du moins, il me plaît de le supposer.

Par contre, les abus d'ordre strictement professionnel, la multiplication des visites et consultations, le recours à des procédés thérapeutiques ou à des interventions non justifiées, etc., c'est bien difficile à apprécier.... Quel sera le critère de l'abus caractérisé en pareille matière ? Sans doute un contrôle direct, tel qu'il est prévu et fonctionne, permet de mettre en parallèle l'état du malade et la qualité des soins donnés. Mais combien c'est là chose délicate, et même dangereuse ? Au contrôleur qui trouvera que l'affection en cause est bénigne et ne nécessitait pas des visites répétées chaque jour, le médecin traitant répliquera qu'il a, au contraire, eu des inquiétudes sur l'évolution de cette affection, et que c'est en toute conscience qu'il a procédé à une surveillance attentive de son client.

Ce qui donne en effet à réfléchir à ceux qui cherchent à réaliser une juridiction disciplinaire du corps médical, c'est la difficulté qui se présentera à chaque instant, de caractériser le manquement au Code de déontologie et à en faire la preuve.

Ainsi s'explique la lenteur avec laquelle avancent les travaux préparatoires de l'organisation de l'Ordre des médecins, ou de toute autre organisme de même nature.

Sous le bénéfice de ces remarques, je trouve personnellement qu'il est légitime de punir un médecin coupable d'abus caractérisés de la suspension temporaire ou définitive du droit d'exercer une certaine médecine : la médecine des pensionnés de guerre aujourd'hui, celle des accidentés du travail peut-être, demain.... C'est là une pénalité efficace, parce que facile à faire subir. Par contre, je demeure toujours aussi irréductiblement opposé aux mesures draconiennes qui furent proposées par différents auteurs visant la suppression, temporaire ou définitive, d'exercer *toute* la médecine.

Quand il est si difficile d'atteindre les illégaux, et si impossible de les empêcher d'exercer leur industrie délictueuse, comment pourra-t-on jamais s'opposer à ce qu'un médecin légalement diplômé réponde aux appels des malades qui auront, malgré tout, conservé leur confiance en lui ou qui viendront assiéger son domicile, à moins de l'emprisonner à temps ou à vie ??

Et puis, n'y a-t-il pas quelque chose de profondément choquant à priver un homme de son gagne-pain et de celui des siens, cette privation étant considérée comme la peine principale, et non comme un accessoire inséparable de la peine principale, telle la prison ? (1)

C'est pourquoi je n'ai nullement été troublé par l'extension des pouvoirs des Commissions tripartites consacrée par la loi de finances de 1926, puisqu'elle a institué, en droit, la seule peine qui puisse, en fait, être opérante, la diminution partielle, dans un cadre déterminé, celui de la loi des pensions de guerre, de la capacité professionnelle du médecin convaincu de faute volontaire. G. DUCHESNE.

Cet article était écrit lorsque j'ai eu connais-

(1) La radiation d'un avocat du tableau de l'Ordre n'est qu'une suspension *partielle* de l'exercice de sa profession : le droit de plaider devant un Tribunal de première instance, en Cour d'Appel, en Cour d'Assises, ... Mais, il peut plaider en justice de paix, devant les tribunaux de commerce, et surtout, il peut continuer à tenir un cabinet d'avocat consultant. Rien donc de comparable ici avec la suspension totale de l'exercice de la médecine.

sance d'un jugement rendu par le Tribunal correctionnel de Bruxelles, le 16 février dernier, et condamnant un médecin belge convaincu de trafic de morphine à *trente mille francs d'amende, et à l'interdiction pendant un an du droit d'exercer la médecine.*

Notre sympathique confrère bruxellois, *Le Scalpel*, qui publie ce jugement, ajoute en commentaire :

« Ce jugement est le premier qui interdit temporairement au médecin l'art de guérir.... *Ainsi tombe l'une des objections qui paraissait avoir une réelle valeur dans l'esprit de ceux qui se refusent à la création d'un Ordre des médecins.* »

Si, discutant la question de l'Ordre des médecins, j'ai combattu l'institution d'une suprême pénalité consistant à retirer, à un docteur en médecine, temporairement ou définitivement, le droit d'exercer, c'est qu'on peut tout d'abord se demander de quoi vivra un médecin qui ne pratiquera plus. C'est en outre qu'on peut se demander aussi comment il sera possible, pratiquement, de l'empêcher de recevoir des malades, de répondre à leur appel, de les soigner. Et si la preuve peut être faite que ce médecin suspendu a continué à exercer, ne sera-ce pas un comble de le poursuivre pour exercice illégal, alors que tant d'illégaux réels font leur métier sans être inquiétés ?

La loi française comporte cette pénalité de suspension médico-professionnelle temporaire ou définitive, comme accessoire des peines principales. Combien de fois cette sanction a-t-elle été prononcée par les tribunaux ?

Et je vois bien que la justice belge a infligé une peine extrêmement sévère. Sera-t-elle rigoureusement subie ??? Tandis que si elle avait interdit à ce médecin le droit de prescrire pendant un an de la morphine et autres stupéfiants, il était gravement et utilement puni.

* * *

J'ai reçu du Dr Perreau, d'Ivry, la lettre suivante :

Dans votre article sur la « Médecine sociale », (*Concours médical* du 13 mars 1927) vous faites part de votre étonnement de l'existence de la petite industrie qui consiste à se faire de bonnes journées (150 fr. en moyenne) en recevant les ristournes des clinicards au moyen de fausses déclarations d'accident du travail.

Il y a longtemps que les médecins qui exercent dans les centres ouvriers connaissent cette industrie, mais elle présente des risques, quelques mois de prison si on est pris; aussi, est-elle assez peu pratiquée.

Beaucoup préfèrent cet autre moyen de gagner d'assez bonnes journées: le moyen est peut être moins rémunérateur, mais il ne présente aucun risque. Voici en quoi il consiste, d'après un ouvrier qui l'a pratiqué.

Je laisse la parole à l'ouvrier lui-même pour que vous en savouriez la simplicité, toute la sécurité et tous les avantages.

« Lorsqu'on est blessé, le demi-salaire est vraiment « insuffisant pour vivre ; alors, il faut se débrouiller. « Comme je ne travaille pas, j'ai des loisirs et ne je « perds pas mon temps. Je vais à la porte des grandes usines où, chaque jour, il y a de nombreux blessés et chaque fois que je vois sortir un camarade « avec un pansement, fait généralement à l'infirmerie de l'usine, je vais lui serrer la main ; on fait « quelques minutes de causette et je lui conseille « d'aller se faire soigner dans une des cliniques qui « sont installées dans le voisinage ; je lui apprends, « s'il ne le sait pas encore, qu'il touchera du clinicard « 15 à 25 fr. le premier jour et 10 ou 15 fr. par semaine de traitement ; c'est bien rare s'il ne me « suit pas. Quelquefois, je suis obligé de payer un « verre chez le bistro, pour le convaincre. Alors, je le « conduis chez le clinicard et je touche 5 fr. en général « par ouvrier blessé amené. Lorsque j'en ai amené « ainsi 5 ou 6, cela me suffit, je laisse les autres aux « camarades qui, comme moi, ont besoin de vivre : « faut pas être égoïste, ni accapareur. J'ai gagné « ainsi 25 à 30 fr. en plus de mon demi-salaire, sans « grande fatigue et je peux rentrer chez moi.

« Mais le truc est connu, et il faut se débrouiller « pour emmener 5 à 6 blessés par jour, et les concurrents les plus terribles sont les bistros qui savent « attirer les clients blessés et les envoient chez les clinicards avec une carte de leur maison, et à la fin « de chaque semaine, ils viennent toucher leurs primes chez les clinicards. Ils se font ainsi de bons bénéfices, car, nous ouvriers, nous ne pouvons faire le « truc que lorsqu'on est blessé, eux, les bistros, ils « font cela tous les jours pendant toute l'année. »

Vous voyez comme c'est simple. Ne croyez-vous pas que cette exploitation de la loi sur les accidents du travail ne soit abominable ? Ces procédés immoraux sont pourtant connus ; pourquoi les tolère-t-on ? Est-il donc vraiment impossible d'empêcher et de poursuivre légalement ces honteux trafics ? Est-il vraiment impossible de faire fermer toutes ces cliniques d'accidents de travail et de poursuivre les tenanciers malhonnêtes de ces boîtes ?

S'il y avait un Ordre des médecins, ces pratiques immorales de la médecine pourraient être dénoncées et poursuivies, et le Corps médical serait débarrassé de tous ces indésirables, qui déshonorent notre profession.

Les lois françaises prévoient des poursuites et des condamnations sévères pour des délits moins caractérisés, moins malhonnêtes, moins immoraux. On a voté des lois sur les bénéfices illicites contre des commerçants un peu trop âpres au gain ; que n'en vote-t-on pas contre ces individus qui se servent d'un diplôme de docteur en médecine pour exploiter si honteusement les lois dites sociales, aujourd'hui la loi des accidents du travail et la loi des pensionnés de guerre, demain la loi sur les assurances-maladie ?

Bien confraternellement à vous, Dr Perreau.


TRAITEMENT DE LA SYPHILIS
PAR VOIE RECTALE
ACTIF · DISCRET · SIMPLE
INALTÉRABLES ET ABSORBABLES
SUPPOSITOIRES
CORBIÈRE
Pour
ADULTES 0,10 Cgr
ENFANTS 0,03 Cgr
NOURRISSONS 0,01 Cgr
d'Arsénobenzol CORBIÈRE
A L'ARSÉNOBENZOL
(606)
Rigoureusement titré à 30% As pur
Présentés sous enveloppe métallique hermétique
DOSES & MODE D'EMPLOI :
Le traitement comporte 48 suppositoires en 2 séries de 24
Un suppositoire tous les soirs
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS (17e)
R.C. Seine. 158 539

A lui aussi, je pose la question : Comment un Ordre des médecins serait-il mieux armé que les tribunaux de droit commun pour réprimer les abus qu'il dénonce à son tour avec une précision qui nous éclaire davantage encore ? Comment fera-t-on la preuve de ces collusions qui nous sont révélées ? Sans preuve, quel tribunal pourra condamner ?

La solution du problème n'est pas, peut-être dans l'institution d'un Ordre des médecins, autant que dans une organisation qui permette, pour la médecine des accidents du travail, l'exclusion des indésirables médecins, tout comme l'organisation récente des Commissions tripartites permet d'exclure de la médecine des pensionnés de guerre les mêmes indésirables, quand la preuve de leur indésirabilité pourra être faite.

G. DUCHESNE.

Les Assurances sociales. Deux opinions de praticiens.

I

LA MYSTIQUE DES ASSURANCES SOCIALES

Par le Dr Jean SÉVAL.

Il paraît qu'il y a une mystique des assurances sociales. Vous n'en saviez probablement rien ; malheur à vous : il est possible que vous soyez comme moi mystique sans le savoir. Pareille mésaventure arriva parfois à M. Jourdain dans un autre domaine. Avant de pousser plus avant, je vais tâcher de définir, à votre usage, cette religion que vous pratiquez et poussez peut-être (toujours à votre insu) jusqu'au mysticisme inclus. Vous vous rendez ainsi coupables d'une étrange aberration et, circonstance singulièrement aggravante, vous vous croyez probablement sur la route droite du bon sens. Il n'en est rien.

Posons d'abord en principe que vous savez probablement (même si la question ne vous intéresse que médiocrement) qu'il y a une question des A.S. Admettons que vous avez, à propos de cette question, entendu parler de : tiers payant, contrat collectif, contrat limitatif, caisse, etc. Je vous fais grâce du reste des termes techniques. Vous avez suivi d'un œil distrait les polémiques qui ont envenimé le débat médical, puis vous avez peut-être pensé que, sans chercher toutes complications, il n'y avait qu'à maintenir même pour les A.S. le statu quo : pas d'intermédiaire entre le malade et son médecin. Vous n'avez pas senti à ce moment-là que vous étiez sur la pente du mysticisme.

Entraîné de phrase en phrase, je ne vous ai pas encore dit exactement en quoi il consistait ; le mysticisme consiste à croire d'une façon désordonnée (et un tantinet ridicule) que la résistance affirmée du corps médical à un projet destiné à l'étrangler pourrait amener les Pouvoirs publics à réfléchir. Vous voilà presque mystiques, n'est-ce pas ? Mais vous êtes un de ces mystiques isolés dont il est parlé ailleurs avec un aimable dédain, et l'on ne s'occupera pas de votre façon de juger le problème.... à moins que vous ne fassiez un effort de plus : celui de regarder autour de vous si d'aventure vos confrères ne seraient pas atteints eux aussi de cette psychose que j'ai mes raisons de croire collective ; et après vous être assuré que vous êtes touché, qu'ils sont touchés, faites un second effort : comptez-vous.

Je ne peux pas croire qu'il n'y ait pas de par la France une majorité et une majorité importante de médecins qui verront leur opinion cristalliser le jour où devant leur conscience on posera le problème des A.S. avec la netteté voulue. Quand on aura débarrassé la question du fatras de combinaisons sous lequel on la masque, quand on mettra le praticien en face d'un dilemme net, il répondra et avec toute la clarté désirable.

Le problème est mal posé : au cours des Assemblées locales, régionales, générales, les orateurs se lancent régulièrement dans le labyrinthe des rêves administratifs, et au rythme des phrases harmonieuses le délégué ou le syndiqué, bercés, médusés, opinent du bonnet et suivent.

Et on arrive à cette conclusion absolument formidable que presque tous les projets officiels de nos Syndicats trahissent à qui mieux mieux la préoccupation de savoir COMMENT ils collaboreront à la loi avant de penser qu'ils pourraient ne pas collaborer.

En face de ces consultations, toutes plus ingénieuses les unes que les autres, nous encourons le reproche de mysticisme si nous écrivons une fois de plus : « Même et surtout dans la question des A.S. il ne doit pas y avoir d'intermédiaire interposé entre le malade et le médecin ». C'est presque cocasse.

Que l'Etat s'occupe d'assurer à chacun de nous des soins aussi gratuits qu'il le pourra, qu'il essaye de nous protéger contre la maladie, c'est son rôle. Mais qu'à ce propos il vienne nous im-

poser un contrôle continu de nos actes professionnels, qu'il soit toujours en tiers dans les confidences de nos malades, au mépris de toutes nos libertés, violant le secret de toutes les infortunes, cela non ! Et si ne pas vouloir s'incliner devant cette intrusion, ce viol, c'est être mystique, je suis bien tranquille : nous sommes nombreux.... les mystiques.

II

QUELQUES SUGGESTIONS A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES

Par le Dr Sébald,

Secrétaire du Syndicat du Havre et arrondissement.

Je voudrais développer ici quelques idées qui n'ont rien d'original, mais qui, à mon avis, ont besoin d'être exposées et soumises à la réflexion des confrères qui ne se payent pas de mots et n'ont pas peur de regarder en face les réalités. Elles sont écrites par un praticien impartial, sceptique, mais plein de bonne volonté, puisqu'il est secrétaire d'un Syndicat groupant la presque totalité des médecins de son arrondissement

La loi d'assurances sociales est inéluctable. Un jour ou l'autre elle passera. L'opposition de ceux qui prétendent vouloir ignorer la loi est une naïveté ou une inconscience.

Personnellement, je suis ahuri de voir le Corps médical, aussi bien à l'Union qu'à la F. N., se figurer que le Parlement fera une loi adaptable à la petite volonté de chaque groupement syndical. Je ne puis imaginer qu'un gouvernement digne de ce nom puisse faire une loi, sans savoir ce qu'elle coûtera, au moins approximativement.

Ceci, pour conclure que, malgré toutes les discussions, tout reviendra en fait à une question de tarifs. L'intérêt bien compris des médecins est le même que celui des assurés. Pour avoir de la médecine techniquement et moralement propre, payez-la. Nous, médecins, ne nous opposons nullement à votre loi sociale, mais nous ne voulons pas en faire à nous seuls les frais. Nous payons suffisamment d'impôts (impôts d'argent et de sang même... Ne pas oublier les victimes du devoir professionnel autrement méconnues, hélas! dans la grande presse et le public, que les brebis galeuses de la profession !)

Vous répondez que cela coûtera trop cher ! Alors, tenez-vous tranquilles. On n'est pas généreux sur le dos des autres. Quand on n'est pas assez riche pour monter une affaire, on ne la monte pas, ou on attend d'être riche.

Au point de vue professionnel pur, je demande de réfléchir, à tous les confrères qui, actuellement, n'ont pas ou ne veulent pas avoir d'opinion — ou qui se bercent de l'illusion que la loi ne passera jamais — ne sera jamais applicable, ni appliquée — ou se disent : « on verra bien, quand elle sera là, on en profitera, comme des autres lois sociales. »

Je le demande : que se passe-t-il actuellement pour la seule loi sociale qui, au fond, au point de vue des médecins, ait un intérêt pratique : la loi des accidents du travail ? *A qui profite le fameux « libre choix absolu »* ?

Le libre choix absolu (je parle surtout de la médecine de villes) *profite à deux catégories de médecins*, les uns comme les autres trop individualistes, qui, en fait, *accaparent tout* :

Les médecins des dispensaires (assurances, patrons);

Les médecins des cliniques d'accidents du travail.

J'entends d'ici les protestations... Mais il n'y a que la vérité qui blesse, et un médecin ne doit pas avoir peur de regarder la vérité en face.

— Que se passera-t-il le jour des assurances sociales ? Quelles sous-enchères, sous prétexte... « d'entente directe » !

Naïfs, qui vous figurez que TOUS les médecins seront des confrères, et qu'ils suivront le tarif syndical ! Oui, ils le suivront en théorie, mais par dessous, que de ristournes aux caisses, ou aux clients (je ne dis pas aux malades), ou aux pharmaciens racoleurs, sous des formes déguisées bien connues. Les caisses étant les maîtresses, par suite de la désunion regrettable des médecins et des manœuvres de sous-enchère, nous imposeront des tarifs de famine. Et comme il faudra bien vivre, l'assurance sociale prenant les deux tiers ou les trois quarts de la clientèle, l'élasticité de certaines consciences ne connaîtra plus de limites. Deux cents visites ou consultations par jour seront nécessaires pour vivre. Et quelle médecine ! ! Tous soupireront, accuseront les dirigeants des Syndicats, alors qu'il ne faudra s'en prendre qu'à eux-mêmes. Réfléchissons, chers confrères. Cela ne coûtera pratiquement rien aux assurés sociaux pour nous déranger. Et alors, gare la sonnette de nuit à toute heure ; pas de vacances ; pas de dimanches. « Vous êtes les salariés des caisses ; marchez ou je vais chez un autre ». Vous savez bien, confrères, que, dans les villes surtout, on en trouve toujours « un autre. »

Eh bien, confrères, au lieu d'être les éternels exploités des clients, de l'Etat, des œuvres philanthropiques, des spécialités pharmaceutiques

— unissons-nous. Pas une union sur le papier, une union réelle. Pourquoi faire de la sous-enchère ? Comment empêcher les inconscients ou amoraux qui la pratiquent ? Tout simplement (tenez-vous bien !) *par la limitation du libre choix.*

Je n'ai rien inventé. Cela existe, paraît-il, en Angleterre. Dans chaque ville (ce sera plutôt dans les villes que séviront les « lions de caisse », les ruraux savent et peuvent mieux se défendre), il y aura : une liste des assurés, d'autre part, une liste des médecins acceptant de soigner les assurés, d'autre part, « ordre des médecins », si vous voulez, nous en reparlerons plus loin.

Les assurés *choisiront librement* leur médecin sur cette liste, mais jusqu'à concurrence de tant. Montrons aux assurés que c'est leur intérêt comme le nôtre ; que, de cette façon, il y aura toujours « le médecin de famille », et qu'un vrai médecin de famille ne peut pas faire deux cents visites utiles par jour.

Au lieu d'être les salariés impuissants et grugés des caisses, imposons nos tarifs, partageons-nous la besogne.

Montrons aux assurés que c'est la seule façon d'être vraiment soignés. Plus besoin de sous-enchère, puisqu'il n'y aura pas moyen d'avoir plus d'assurés.

Si le client n'est pas content et veut « aller en voir un autre » — il ira s'il y a de la place — ou il payera ...

Entente directe ! Nous nous assurerons ainsi à tous une sorte de fixe qui n'aura rien de désagréable. Je vous entends crier : fonctionnaires. Cela me fait rire. Ne soyons pas des sots. Ne nous mangeons pas entre nous et ne nous laissons pas manger. Je n'ai en vue, dans cette limitation, que la médecine générale. Pour les spécialistes, rien ne les empêchera de s'entendre encore plus facilement puisqu'ils sont moins nombreux.

La limitation du nombre des assurés me paraît plus propre, plus adroite vis-à-vis des caisses (puisqu'elle ne préjuge rien des tarifs), bien préférable à la limitation des honoraires à 80.000 fr. qui est pratiquée en Alsace pour les « lions de caisse ».

Je ne vois que deux objections sérieuses :

a) Les *jeunes arrivés* : il faudra leur faire une place. Mais certainement ! Cela ne vaudra-t-il pas mieux que de laisser certains appétits se lancer dans la sous-enchère ou même pire ;

b) Le *monopole des soins des assurés à une liste de médecins donnés.* Mais parfaitement — le monopole — parce que c'est la seule garantie pour les assurés de la propreté de ceux qui les soigneront. C'est une limitation du droit du diplôme de docteur en médecine. Dans une société bien ordonnée, la liberté de chacun est limitée par la liberté des autres. Suivez les règles admises par tous, ou nous ne pouvons répondre de vous devant les assurés.

Parmi les isolés actuels, il y a de très braves gens, d'excellents confrères. Mais ceux-là viendront sûrement à nous le jour où l'organisation sera réelle et que règnera l'*ordre dans la médecine*, autant que cela est possible dans les choses humaines ; les médecins sont des hommes et non pas des dieux.

Les autres, les irréguliers ? Ils ne sont pas intéressants, ils se plieront aux règles communes de la profession ou ils en pratiqueront une autre.

Tyrannie syndicale ? Les réguliers de la profession savent bien que ce n'est qu'un mot.

J'ai écrit l'*ordre dans la médecine* et non l'*ordre des médecins*, parce qu'il y a des mots qui font se hérisser certains confrères. La question est à l étude partout ; réfléchissons, confrères, avant de nous jeter... dans la gueule du loup.

Qu'en pensent les avocats de leur fameux ordre ?

J'ai le plus grand respect pour la justice de mon pays, mais vraiment, certains juges sont trop indulgents pour l'exercice illégal de la médecine.

Si nos brebis galeuses, nos irréguliers, sont jugés avec cette aménité souriante et encourageante, je vous le demande, confrères, cela vaut-il la peine de monter ce fameux « ordre » ?

Qu'on nous donne des tribunaux professionnels, le mot existe déjà : les « chambres professionnelles », comme il y a des chambres de commerce, des conseils de prudhommes, etc. Qu'il y ait une juridiction professionnelle d'appel, et même de cassation. Mais lavons notre linge sale en famille.

Ces tribunaux professionnels, ce sont nos vieux « conseils de famille », « chambres professionnelles », mais avec des *sanctions réelles efficaces* (forte amende, ou suspension momentanée du droit de soigner), sanctions dont la menace suffira bien souvent à faire rentrer dans l'ordre ceux qui, tous les jours, frisent la correctionnelle, ou sont trop habiles sur le dos de leurs confrères.

S'il en est ainsi, la loi des assurances sociales aura servi à moraliser la profession : ça sera bien joli.

Un dernier mot : Parmi les assurés sociaux, pourquoi n'y aurait-il pas les médecins ? Pourquoi les hôpitaux, et plus tard les caisses, ne feraient-ils pas une retraite à ceux qui ont tant travaillé pour eux ? Il n'y a pas de honte à le dire. Nous devons au contraire le crier bien haut ; la médecine n'enrichit pas son homme. Cela va bien tant qu'il a la force de travailler, mais après ? ? ? Réfléchissez, confrères, regardez la vérité en face. Ne soyons plus les éternelles poires. Ne rien dire et laisser faire, attendre et nous manger entre nous, cela nous mène tout droit à l'asservissement irrémédiable et total.

Dr Th. SÉBALD.

QUELLES SONT LES PETITES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES QUE PEUVENT PRATIQUER LES SAGES-FEMMES ?

(Paul Boudin)

L'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi conçu :

« Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchements laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine, ou un officier de santé.

« Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus, dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

« Les sages femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations antivarioliques. »

Il semble donc qu'en appliquant *stricto sensu* le texte législatif ci-dessus, les sages-femmes n'auraient même pas le droit de pratiquer une injection hypodermique, puisqu'il leur faudrait employer un instrument : la seringue et son aiguille ; elles ne pourraient pas également faire usage d'un spéculum, puisqu'instrument.

Aussi, convient-il de rapprocher l'esprit de la lettre.

Pratiquement, on peut dire qu'une sage-femme sortirait de ses attributions légales, si, en dehors des cas où l'urgence absolue domine et fait un devoir d'agir vite, pour sauver une vie, en dehors également du délit d'habitude, elle faisait autre chose que d'exercer l'art des accouchements normaux.

C'est ainsi que par jugement en date du 13 décembre 1910 (*Concours médical* 1911.468) le tribunal de Bernay a condamné une sage femme à faire disparaître une plaque : « traitement des maladies des femmes ».

Une accoucheuse ne pouvant réussir une délivrance artificielle, par expression manuelle, ne peut se servir d'un instrument pour retirer le placenta.

Qu'elle pose quelques agraphes, pour une légère déchirure périnéale : c'est contraire à la lettre de la loi de 1892 ; mais personne n'y trouverait à redire ; mais si la déchirure nécessite une périnéorraphie, seule le médecin doit manier l'aiguille à sutures.

Certes, la sage-femme aura toujours intérêt à faire appel à un docteur et c'est pour cela que, depuis de nombreuses années, je conseille les ententes professionnelles entre syndicats médicaux et syndicats de sages-femmes.

Il n'y a aucun déshonneur à se faire appeler les uns les autres en consultation, ou pour une assistance auprès d'un malade. Ce dernier n'a qu'à gagner à cette collaboration confraternelle.

Seule, l'invidia, la concurrence bête, la jalousie, le dénigrement portent des fruits néfastes.

Dans quelles conditions un médecin peut-il rétribuer l'assistance d'une sage-femme lors d'un accouchement ?

Un de nos confrères nous demande s'il y aurait un inconvénient, pour le docteur, au point de vue confraternel, lorsqu'il est appelé, pour une intervention (forceps, version, etc.) à prélever, sur ses honoraires, une rétribution pour la sage femme ?

Pourrait-on voir, dans ce geste, un acte de dichotomie répréhensible, avec intention d'intérêt personnel, par conséquent nuisible aux confrères ?

Est-ce au contraire une juste rémunération, accordée à l'aide, dont les honoraires normaux seront d'autant plus discutés que la sage-femme n'aura pas pu conduire seule, jusqu'au bout, l'acte obstétrical ?

Je donne ici mon avis personnel.

J'estime que toute peine mérite salaire et que, du moment où l'accouchement est dystocique, il donne plus de mal à la sage-femme, partant engage d'autant plus sa responsabilité professionnelle.

A l'accoucheuse, la difficulté de faire entendre raison à la famille qui, pour des questions d'économie, voudrait bien se passer du médecin.

A la sage-femme, la responsabilité de ne pas trop tarder et à ne pas laisser passer le moment opportun, pour l'intervention obstétricale, dont elle a posé l'indication.

Ensuite, au cours de l'acte opératoire, elle aura plus de travail qu'à l'ordinaire ; elle devra tout préparer pour le moment où arrivera le médecin ; tout devra être disposé, pour que le praticien ne perde pas son temps en vaines attentes.

Pendant l'application du forceps, ou la version, la sage-femme est l'aide immédiate du docteur, faisant parfois la narcose, ou passant les instruments, ou arrêtant une hémorrhagie, pendant que l'accoucheur termine le plus rapidement possible.

Ce seront les suites de couches, qui demanderont plus d'attentions, plus de visites.

Tout ceci mérite une rémunération.

Qui doit la payer ? La famille, bien souvent, croit en être quitte avec l'argent versé au docteur, puisque c'est lui qui a accompli l'acte manuel.

Aussi, crois-je utile de considérer que l'opé-



NEURINASE

..ueur et saveur agréables

Valériane fraîche et Véronal soluble

(0 gr. 15 par Comprimé ou par cu'llerée à café).

ÉCHANTILLONS GRATUITS

SÉDATIF - HYPNOTIQUE - ANTISPASMODIQUE

NEURINASE

LE MEILLEUR SOMMEIL AUX PLUS FAIBLES DOSES

Sans accoutumance

Sans effets toxiques, ni pénibles

Laboratoire A. GÉNÉVRIER, 2, Rue Débarcadère, PARIS

LE MEILLEUR AGENT
D'OPOTHÉRAPIE BILIAIRE

CHOLEÏNE CAMUS

PILULES A BASE DE FIEL DE BŒUF

LITHIASE BILIAIRE
COLIQUES HÉPATIQUES
ENTÉRO - COLITES
CONSTIPATION - ACHOLIE - ICTÈRES
CHOLÉMIE - AUTO - INTOXICATION

4 à 6 pilules par jour

LABORATOIRES DARRASSE, 7, 9, 11, 13, Rue Saint-Maurice, NANTERRE (Seine)



Seul Traitement des MALADIES du FOIE associant les

PANBILINE
NOM DÉPOSÉ

OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE et BILIAIRE
aux meilleurs CHOLAGOGUES sélectionnés

2 à 12 PILULES par jour
ou 2 à 12 cuillerées à café de SOLUTION

CONSTIPATION et AUTOINTOXICATION INTESTINALE

RECTOPANBILINE
NOM DÉPOSÉ

Leur Traitement Rationnel d'après les derniers travaux scientifiques

LAVEMENT d'EXTRAIT de BILE glycériné et de PANBILINE

Echantillon, Littérature : LABORATOIRE de la PANBILINE, ANNONAY (Ardèche)

rateur doit demander un prix global pour son intervention et la rémunération de ses aides.

Si la famille lui demande un détail, il doit être prêt à donner l'indication des sommes versées à chacun de ses collaborateurs.

A mon sens, dans un accouchement dystocique, la sage-femme a un double rôle : les soins avant et après l'intervention, soins pour lesquels elle demande à la famille ses honoraires ordinaires.

Il y a ensuite l'aide apportée au docteur lui-même, dont celui-ci doit rémunération, soit en les réclamant à la famille au nom de la sage-femme, soit en les englobant dans la somme totale qu'il obtient, quitte à lui à rétribuer séparément chacun de ses collaborateurs.

Mais, dans la question qui nous est posée, se trouve une objection fort juste de la part de notre correspondant. Il se demande si les autres praticiens ne pourraient pas voir, dans ce geste de juste indemnisation de la sage-femme, un acte de rabattage, de collusion avec arrière-pensée d'intérêt personnel.

Je crois qu'il serait utile de faire règler cette question par le syndicat médical local, après entente avec le syndicat des sages-femmes.

Lorsqu'un acte se passe au grand jour, il ne peut être soupçonné : il n'est pas répréhensible.

Du moment où seront arrêtées les modalités selon lesquelles médecins et sages-femmes se prêteront un mutuel appui, dans l'intérêt de la santé publique, du moment aussi où les questions pécuniaires seront arrêtées d'un commun accord et figureront sur le tarif syndical local, à l'instar des honoraires pour consultations entre confrères de la localité, ou de la grande ville, il n'y aura rien à redire au point de vue déontologique.

Reste le point de savoir si, lorsqu'elle fait appeler un docteur pour un accouchement dystocique, la sage-femme pourrait obtenir de la famille des honoraires supérieurs à ceux qu'elle a déjà fixés ?

Je serais bien heureux de recevoir les réponses qualifiées des syndicats de sages-femmes.

Pour ma part, je sais que certaines accoucheuses, qui m'ont fait appeler pour des accouchements difficiles, m'ont avoué ne pas pouvoir obtenir, ou ne pas oser demander des honoraires supplémentaires, pour m'avoir assisté et partagé ma responsabilité au cours du danger.

Donc, questions locales, pour lesquelles il n'existe, je crois, aucune habitude codifiée par un syndicat.

Je pense qu'il faut ramener ce problème à celui de la collaboration du médecin traitant avec le médecin consultant, ou avec le chirurgien.

Si le médecin traitant (ou la sage-femme) pense pouvoir se faire payer par la famille, les honoraires de la consultation ou de l'assistance à l'opération, chacun des praticiens réclame ce qui lui est dû, séparément.

Mais, dans le cas le plus fréquent, lorsque le médecin traitant (ou le chirurgien) est en droit de supposer que le client estime que le chiffre global, demandé pour l'opération, comprend non seulement la rémunération de l'acte opératoire lui-même, mais aussi les honoraires des aides, le consultant ou opérateur doit, dans sa note ou dans le prix qu'il fixe, comprendre la rétribution pour chacun de ceux qui l'ont assisté.

Ceci est mon avis personnel : la discussion reste ouverte.

Dr Paul BOUDIN.

PRÉVOYANCE ET FISC

L'an dernier, j'ai eu l'occasion de soulever dans les colonnes de ce journal la question de la déduction, dans les déclarations d'impôt sur le revenu, des sommes versées au titre de prévoyance. Je crois nécessaire d'y revenir aujourd'hui.

M. Durafour avait demandé que l'impôt sur les salaires fût établi sur le salaire net, déduction faite des versements faits aux caisses de retraite. Le ministre avait répondu que pour la détermination du salaire net devant servir de base à l'impôt sur les traitements et salaires, il y avait lieu de déduire les retenues supportées et les sommes versées en vue de la constitution de pensions de retraite et, *d'une manière générale, tous les versements effectués à des caisses diverses et présentant le caractère de dépenses de prévoyance* proportionnées à l'importance du salaire.

Dans cette réponse deux choses paraissaient évidentes : d'abord que la déduction des sommes versées dans un but de prévoyance ne s'applique qu'à des salariés (ouvriers ou employés) et pour des versements proportionnés à l'importance du salaire.

Cette réponse semblait laisser en dehors la prévoyance faite par d'autres personnes que les salariés et, d'autre part, elle visait un maximum basé sur le salaire. Par suite, la prévoyance libre faite en sus de ce maximum ne semblait pas devoir profiter des avantages de l'instruction ministérielle du 30 mars 1918.

Plus tard, M. Durafour demandait au ministre des finances de préciser si les cotisations versées à des associations mutualistes étaient à déduire du revenu brut et le ministre a répondu d'une façon affirmative.

Il n'a pas été spécifié dans cette dernière modalité telle ou telle cotisation mutualiste, mais l'affirmative porte sur toutes les cotisations. On doit donc entendre par la, les cotisations maladie, retraite, pensions, assurances au décès, etc.

Jusqu'ici nous étions fixés sur les déductions à opérer comme salarié et comme mutualiste, mais quelle était relativement au fisc la situation des prévoyants isolés et appartenant à des professions libérales.

Pour élucider ce dernier point, une nouvelle question fut posée par M. Astier au ministère des finances. Mais la question visait un cas d'espèce. Il demandait si un médecin versant une prime annuelle de 2.210 francs à la caisse nationale de retraites pour obtenir à 60 ans une retraite de 5.000 francs, pouvait défalquer cette somme de sa déclaration d'impôt sur le revenu et la compter dans ses dépenses professionnelles à soustraire du revenu brut pour obtenir le revenu net demandé par la loi de finances.

Le ministre répond qu'en vertu du dernier alinéa de l'article 1er du décret du 17 janvier 1917, les contribuables exerçant une profession libérale peuvent comme les salariés, déduire de leur revenu brut, pour la détermination du revenu net imposable, les sommes versées pour la constitution de pensions ou de retraites et que cette disposition paraît trouver son application dans le cas visé par la question.

D'après cette réponse, il n'est pas nécessaire d'appartenir à une société de secours mutuels pour profiter des avantages de la loi. Le prévoyant indépendant faisant sa prévoyance lui-même, par l'intermédiaire d'une caisse mutualiste ou autre, peut défalquer ses cotisations ou ses primes de son revenu brut, qu'elles aient été versées à une compagnie d'assurance ou à une caisse régie par la loi de 1898. Le ministre ne dit pas qu'il est nécessaire d'utiliser la caisse des retraites pour la vieillesse, il parle simplement des sommes versées pour la constitution de pension ou de retraite, sans exclure aucune caisse mutuelle, syndicale ou commerciale.

Mais cela s'applique-t-il aussi aux assurances maladie ? Sans aucun doute, puisque le ministre avait spécifié précédemment : « tous les versements effectués à des caisses diverses et présentant le caractère de dépense de prévoyance ». Or, qu'il s'agisse d'assurance au décès, assurance accidents, ou maladie, toutes les formes de prévoyance rentrent dans le cadre fixé par le ministre et cela sans aucun doute.

Un point reste néanmoins à élucider. L'Etat limite-t-il le taux de la prévoyance ? Doit-on s'assurer pour une somme de 50.000 francs ou une pension de 6.000 francs par an, maxima de la caisse des Dépôts et consignations, ou bien se garantir pour des sommes supérieures ? L'Etat admettra-t-il des versements pour une indemnité journalière en cas de maladie de 50 francs qu'on peut trouver maintenant à la Mutualité familiale ? Il y a un doute qui peut persister. Serait-il nécessaire, en ce cas, de poser une nouvelle question au ministre. Je ne le crois pas. Dans la question posée au ministre des finances pour un cas d'espèce, le ministre admet très bien sans réticence le versement d'une cotisation annuelle importante de 2.210 francs, et dans sa réponse il ne fait aucune réserve sur le maximum des versements. S'il existait, le ministre le ferait connaître ; s'il n'en fait pas mention, c'est qu'il n'admet aucune limite à nos actes de prévoyance.

L'Etat, pour favoriser la prévoyance qui est une des formes de richesses d'un pays, donne, dans l'espèce, au public, des avantages. Il fait de même pour encourager la construction en l'exonérant d'impôts pendant 15 ans. C'est ce qui a guidé également sa conduite lors de l'émission de valeurs affranchies de tout impôt sur le revenu. Il n'a pas, dans ces cas, fixé un maximum par exemple, de 3 ou 5 millions pour les immeubles, de 100.000 francs pour les valeurs d'Etat ; il a voulu encourager le concours des citoyens sans limites. Il en est certainement de même pour les encouragements à la prévoyance. Dans ces conditions, serait-il logique et rationnel de venir dire à l'Etat : fixez un terme à nos actes de prévoyance ; limitez nos versements ? L'Etat, du reste, reprend en partie les avantages qu'il nous accorde lorsque nous avons créé un revenu qui n'existerait pas sans nos versements annuels, revenu frappé alors par le fisc. Mais si l'Etat cherche à favoriser notre prévoyance, s'il nous aide à le faire, il faut y répondre par des actes. Nous avons au *Concours* des œuvres qui fonctionnent sous le contrôle d'un actuaire dévoué. La Mutualité familiale peut nous assurer, à l'heure actuelle, 50 francs par jour, 4.800 francs de pensions. Sachons en profiter, surtout les jeunes, puisqu'à cet âge ils ont le bénéfice de primes plus réduites. Tous nos amis du *Concours*, tous nos fidèles abonnés, ne devraient faire avec nous qu'un seul bloc et s'affilier à toutes nos œuvres : de défense professionnelle par le « Sou Médical », de mutualité par la Mutualité familiale du corps médical français.

Dr VIMONT.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit ***45 fr.***, par versement à notre compte de chèques postaux *Concours Médical*, Paris 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

PROJET DE TARIF CHIRURGICAL MINIMUM [1]

La Commission des tarifs (2), *après plusieurs réunions, a décidé de charger le secrétaire général de présenter à l'Assemblée générale d'octobre un projet de tarif chirurgical minimum pouvant s'appliquer à toutes les catégories de malades qui bénéficient jusqu'à présent du « tout compris », et devant servir de base lorsque viendra en discussion l'hospitalisation des futurs assurés sociaux. Les principes qui ont servi à l'établissement de ce tarif ont été proposés par la Commission et acceptés par le Conseil.* (*Voir* Bulletin, n° 7.)

Premier principe.

Comme dans la clientèle privée, il est admis que le traitement de chaque affection chirurgicale *comportant une opération* entraîne le droit à des honoraires qui seront exprimés par *un chiffre global* comprenant les honoraires du chirurgien, ceux des aides et les soins post-opératoires pendant une durée de vingt jours. Après cette date, les visites et pansements seront comptés isolément.

Deuxième principe.

Désirant éviter les abus qui sont nés de la tarification à outrance de chaque geste technique, il est admis que toutes les interventions seront groupées, suivant leur importance, en cinq catégories ; il en résulte la possibilité d'évaluer très facilement par assimilation la valeur d'un acte chirurgical qui ne figure pas dans la nomenclature. Le prix attribué à chaque catégorie est un prix moyen, les cas faciles étant compensés par les cas difficiles. La tarification de chaque cas particulier ne donnerait pas une exactitude supérieure, puisque la difficulté d'une opération donnée est variable avec chaque malade.

Troisième principe.

Etant donnée l'instabilité économique, il est impossible de fixer un tarif en prenant pour base la valeur actuelle du franc ; *il faut adopter une échelle mobile.* Pour cela, on prend comme prix de base les chiffres suivants : 50, 100, 250, 400, 500, que l'on multiplie par l'index de cherté de vie, qui est de 5 au moment où nous écrivons.

***

Il est utile de fixer. en dehors de l'évaluation des actes chirurgicaux proprement dits, la valeur des actes simples, consultations, visites, pansements, dont le prix peut être réclamé séparément s'il n'y a pas eu opération.

Le chiffre de base proposé pour la consultation, la visite ou le pansement est 5. Lorsque la consultation ou la visite entraînera la mise en jeu d'appareils spéciaux (endoscopies, cathétérismes, ponctions, etc...) le chiffre de base sera multiplié par 2.

***

Définition des catégories.

Tout d'abord, il est utile de préciser la nature des interventions qui seront appelées à entrer dans une catégorie déterminée :

Première catégorie.

Traitement simple des affections inflammatoires superficielles ou ablation de petites tumeurs.

Exemple : Incisions et débridements : ablations d'un lipome ; réduction d'une luxation récente ; confection d'un plâtre simple.

Deuxième catégorie

Traitement d'affections entraînant une opération facile.

Exemple : Ablation de tumeur bénigne du sein. Arthrotomie de drainage. Réduction de fracture avec appareil plâtré.

Troisième catégorie.

Traitement d'affections entraînant une opération importante : cure de hernie, ablation de l'appendice à froid, les amputations.

Quatrième catégorie.

Traitement d'affections entraînant une opération très importante : les laparotomies d'urgence, la plupart des opérations viscérales, les résections osseuses.

Cinquième catégorie.

Traitement des affections entraînant des interventions particulièrement difficiles et graves, telles que les résections viscérales pour cancer.

***

(1) *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens français*, 8 août 1926.

(2) Cette Commission était composée de MM. Lenormant, président ; Renon, secrétaire général ; Chenier, Le Fur, Lemarchal, Marquis, Rais, Saiget, Stolz, membres.

Classification suivant la nature des opérations.

Pour faciliter la lecture du tarif, il a paru bon de classer les interventions dans l'ordre suivant :

Premier groupe.

CHIRURGIE DES TRAUMATISMES :

1° Les traumatismes fermés :
Les luxations.
Les fractures.
Annexe : Les plâtres.
2° Les plaies :
Leurs variétés.
Leurs complications.
Annexe : Les corps étrangers.

Deuxième groupe.

CHIRURGIE DES TISSUS.

Peau et tissu cellulaire sous-cutané.
Système lymphatique.
Muscles, tendons et synoviales.
Vaisseaux et nerfs.
Os et articulations.

Troisième groupe.

CHIRURGIE DES RÉGIONS.

Les membres, avec leurs amputations et désarticulations.
Thorax et rachis.
Paroi abdominale.

Quatrième groupe.

CHIRURGIE DES VISCÈRES ABDOMINO-PELVIENS.

Appareil digestif.
Appareil génito-urinaire.

Addendum.

1° Les interventions en plusieurs temps.
2° Les interventions multiples pratiquées dans la même séance opératoire.
3° Les interventions successives nécessitées par une même maladie.

Premier groupe : Chirurgie des traumatismes.

A. — Traumatismes fermés (1).

1° Les luxations :

Réduction d'une luxation récente .... Première catégorie.
Réduction d'une luxation ancienne .... Deuxième catégorie.
Réduction par intervention sanglante .... Quatrième catégorie.

2° Les fractures :

Réduction et contention sans appareil plâtré .... Première catégorie.
Réduction et contention par appareil plâtré .... Deuxième catégorie.
Réfection du plâtre pendant le traitement .... Première catégorie.
Réduction et contention par intervention sanglante .... Voir deuxième groupe : Os.

3° Annexe : les plâtres :

Confection d'un plâtre simple des membres .... Première catégorie.
Confection de corset, minerve, grand plâtre : type coxalgie .... Deuxième catégorie.

B. — Les plaies.

Toilette avec ou sans suture des plaies superficielles ou des parties molles, sans lésions d'organes importants, tels que gros vaisseaux, nerfs, os .... Première catégorie.
Traitement des plaies des membres ou des parois des cavités viscérales pouvant intéresser des organes importants et entraîner des sutures tendineuses ou nerveuses, des ligatures de vaisseaux importants ..... Deuxième catégorie.
(Voir deuxième groupe : lésion des tissus.)
Traitement des plaies viscérales nécessitant une intervention sur lesdits viscères. 3e ou 4e catégorie.
(Voir troisième et quatrième groupes : chirurgie des régions ; chirurgie des viscères abdomino-pelviens).
Complications nécessitant interventions sur les articulations, les os, les viscères.
(Voir les chapitres les concernant.)

Addendum : Les corps étrangers (1).

1° Extraction des corps étrangers par les voies naturelles :

Œsophage .... Première catégorie.
Rectum .... Première catégorie.

(1) Tout examen radiologique est tarifé indépendamment.

(1) Tous les examens radiologiques sont comptés séparément.

Vessie .... Deuxième catégorie.
Trachée et bronches .... Troisième catégorie.

2° Extraction des corps étrangers des parties molles ..... Deuxième catégorie.
3° Extraction des corps étrangers nécessitant une intervention compliquée par pleurotomie, laparotomie, trépanation, etc. .... 3e ou 4e catégorie.
(Voir interventions sur les régions ou les viscères).

Deuxième groupe : Chirurgie des tissus.

A. — Chirurgie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Incision d'abcès .... Première catégorie.
Suture secondaire des plaies superficielles après avivement .... Première catégorie.
Les greffes de Thiersch ...... Deuxième catégorie.
Les autoplasties à lambeau .. Troisième catégorie.
Ablation de petites tumeurs superficielles .... Première catégorie.
Ablation de grosses tumeurs ou sous-aponévrotiques ... Deuxième catégorie.

B. — Chirurgie du système lymphatique.

Incision des adéno-phlegmons Première catégorie.
Traitement des abcès froids et des adénopathies :
Par ponction .... Prix d'une visite.
Par extirpation .... Deuxième catégorie.
Extirpation des tumeurs ganglionnaires .... Troisième catégorie.

C. — Chirurgie des muscles, tendons et synoviales.

Débridement des phlegmons diffus ou des phlegmons des gaines .... Deuxième catégorie.
Intervention sur les muscles (ruptures, hernies, tumeurs) Deuxième catégorie.
Ténotomies, sutures, anastomoses et greffes tendineuses. Deuxième catégorie.
Ablation d'hygromas ou des kystes dits synoviaux ..... Deuxième catégorie.
Extirpation des synoviales tendineuses .... Troisième catégorie.

D. — Chirurgie des vaisseaux.

La transfusion .... Première catégorie
Les ligatures faites isolément comme opération spéciale :
Des artères des membres. Deuxième catégorie.
De carotide, sous-clavière, hypo-gastrique. ..... Troisième catégorie.
Cure des anévrismes, sauf par ligature simple (voir ci-dessus) .... Troisième catégorie.
Résections veineuses .... Deuxième catégorie.
Sutures et anastomoses vasculaires .... Troisième catégorie.

E. — Chirurgie des nerfs.

Sutures nerveuses secondaires, faites isolément ; libération d'un nerf comprimé ; sympathectomie ; ablation des tumeurs nerveuses .... Troisième catégorie.

F. — Chirurgie des os.

Ostéotomies ; curetages; ablation d'exostoses .... Deuxième catégorie.
Trépanations et évidements. Troisième catégorie.
Les ostéosynthèses .... Troisième catégorie.
Les grandes résections ...... Quatrième catégorie.
Les greffes osseuses .... Quatrième catégorie.

G. — Chirurgie articulaire.

Les arthrotomies de drainage. Deuxième catégorie.
Les arthrotomies avec intervention aseptique intra-articulaire .... Troisième catégorie.
Les résections et arthrodèses :
Petites articulations (doigts et orteils) .... Deuxième catégorie.
Les autres articulations. . Quatrième catégorie.
Les arthroplasties .... Quatrième catégorie.

Troisième groupe : Chirurgie des régions

A. — Membres.

Affections congénitales :
Syndactylie .... Deuxième catégorie.
Pieds bots. Ténotomie et plâtre .... Deuxième catégorie.
Réduction avec résection osseuse .... Troisième catégorie.
Luxation congénitale de la hanche unilatérale, traitement complet .... Troisième catégorie.
Luxation double (réduction simultanée) .... Toisième catégorie. et un tiers en plus.
Affections acquises :
Traitement des panaris superficiels .... Première catégorie.
Traitement des panaris profonds .... Deuxième catégorie.
Traitement de l'ongle incarné Première catégorie.
Débridement des phlegmons de la main .... Deuxième catégorie.
Traitement des arthrites tuberculeuses. (Voir plâtres et traitement des lésions articulaires.)

Ablation des kystes dits synoviaux : (poignet, creux poplité)	Deuxième catégorie.
Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire	Deuxième catégorie.
Interventions pour lésions traumatiques du carpe	Troisième catégorie.
Astragalectomie	Troisième catégorie.

Addendum : *les amputations et désarticulations* :

Amputations et désarticulations des doigts et orteils	Première catégorie.
Désarticulation ou résection des métacarpiens ou métatarsiens	Deuxième catégorie.
Amputations ou désarticulations du poignet à l'épaule inclus	Troisième catégorie.
Amputations ou désarticulations, du tarse à la hanche exclus	Troisième catégorie.
Désarticulation interscapulo-thoracique ; de la hanche	Quatrième catégorie.
Désarticulation inter-ilio-abdominale	Cinquième catégorie.
Réfection des moignons	Deuxième catégorie.

B. — Tête.

Traitement des affections congénitales :

Méningo-encéphalocèle	Troisième catégorie.
Bec-de-lièvre simple	Deuxième catégorie.
Bec-de-lièvre compliqué	Troisième catégorie.
Urano-staphylorraphie	Troisième catégorie.

Les trépanations :

Simples ou esquillectomie de fracture	Troisième catégorie.
Avec interventions intracraniennes telles qu'ouverture d'abcès, extraction de projectiles	Quatrième catégorie.
Avec ablation de tumeurs	Cinquième catégorie

Traitement des affections acquises :

Abcès rétro-pharyngien, phlegmon du plancher de la bouche	Deuxième catégorie.
Excision de la grenouillette	Deuxième catégorie.
Traitement des calculs ou fistules salivaires	Deuxième catégorie.
Ablation des tumeurs bénignes du voile	Deuxième catégorie.
Ablation des tumeurs de la parotide :	
Bénignes	Deuxième catégorie.
Malignes	Quatrième catégorie.
Ablation du cancer des lèvres avec curage ganglionnaire	Troisième catégorie.
Ablation du cancer de la langue avec curage ganglionnaire	Cinquième catégorie.
Traitement de la constriction permanente des mâchoires.	Quatrième catégorie.
Les résections des maxillaires.	Quatrième catégorie.

C. — Cou.

Traitement du torticolis avec ou sans plâtre	Deuxième catégorie.
Ablation des kystes du cou et des fistules congénitales	Troisième catégorie.
Traitement des plaies du cou avec intervention sur les gros vaisseaux ou les viscères	Troisième catégorie.
Traitement des goitres :	
Par énucléation	Troisième catégorie.
Par thyroïdectomie	Quatrième catégorie.
Trachéotomie	Deuxième catégorie.
Laryngectomie	Quatrième catégorie.
Œsophagotomie externe	Troisième catégorie.
Pharyngectomie	Cinquième catégorie.
Traitement des diverticules de l'œsophage	Quatrième catégorie.
Phrénicotomie	Troisième catégorie.

D. — Thorax.

Pleurotomie et péricardotomie	Deuxième catégorie.
Thoracoplastie	Quatrième catégorie.
Traitement des abcès du sein.	Première catégorie.
Traitement des tumeurs bénignes du sein	Deuxième catégorie.
Traitement des tumeurs malignes du sein	Troisième catégorie.
Traitement des lésions du poumon	Quatrième catégorie.
Chirurgie du cœur	Cinquième catégorie.
Traitement des lésions du médiastin, œsophage y compris	Cinquième catégorie.

E. — Rachis.

Traitement du spina-bifida	Deuxième catégorie.
Opérations pour anomalies vertébro-costales	Troisième catégorie.
Laminectomie avec greffe osseuse	Quatrième catégorie.
Laminectomie avec intervention sur la moelle	Cinquième catégorie.

F. — Parois abdominales.

Cure radicale des hernies et éventrations étrnanglées ou non	Troisième catégorie.
Hernie double	Un tiers en plus.
Avec résection intestinale	Quatrième catégorie
Incision des phlegmons et abcès	Première catégorie.

Ablation des tumeurs (fibromes des parois, tumeurs congénitales de l'ombilic).. Troisième catégorie.

Quatrième groupe : Chirurgie des viscères abdomino-pelviens.

A. — **Appareil digestif.**

Les laparotomies seules (exploratrices ou évacuatrices) Deuxième catégorie.
Les laparotomies avec intervention simple sur les viscères, telles que : ablation d'appendice, fistule cæcale, anus contre nature, gastrotomie, cholécystostomie, débridement d'abcès profonds .... Troisième catégorie.
Les laparatomies d'urgence pour péritonites aiguës, hémorragies, occlusions, torsions ou perforations d'organes .... Quatrième catégorie.
Les laparotomies avec intervention importante sur les viscères (estomac, intestins, foie, rate) mais ne comportant pas de résections .... Quatrième catégorie.
Les laparotomies avec résections (type cancer digestif). Cinquième catégorie.
Traitement des lésions de l'anus et du rectum :
Dilatation de l'anus....... Première catégorie.
Traitement de l'imperforation anale .... Deuxième catégorie.
Traitement des fistules à l'anus :
Par débridement.......... Deuxième catégorie.
Par excision .... Troisième catégorie.
Traitement des hémorroïdes :
Par ignipuncture .... Deuxième catégorie.
Par excision .... Troisième catégorie.
Traitement des prolapsus :
Muqueux .... Troisième catégorie.
Totaux .... Quatrième catégorie.
Ablation des tumeurs bénignes .... Deuxième catégorie.
L'amputation périnéale ..... Quatrième catégorie.

B. — **Appareil génito-urinaire.**

1° Appareil urinaire :
Traitement des malformations uréthrales .... Troisième catégorie.
Traitement de l'exstrophie de la vessie .... Cinquième catégorie.
Incision des phlegmons périnéaux .... Première catégorie.
Traitement des ruptures de l'urèthre .... Troisième catégorie.
Ablation des corps étrangers et calculs de l'urèthre..... Deuxième catégorie.
Uréthrotomie interne....... Deuxième catégorie.
Uréthrotomie externe (cure des fistules périnéales)..... Troisième catégorie.
Taille avec ou sans extraction de calculs ou corps étrangers .... Deuxième catégorie.
Taille avec ablation de tumeur de la vessie......... Quatrième catégorie.
Taille avec prostatectomie.. Quatrième catégorie.
Chirurgie de l'uretère....... Quatrième catégorie.
Incision des phlegmons périnéphrétiques .... Deuxième catégorie.
Interventions conservatrices sur le rein ou le bassinet (décapsulation, pexie, tomies, stomies) .... Troisième catégorie.
Néphrectomie .... Quatrième catégorie.

2° Appareil génital mâle :
Phimosis et paraphimosis.... Première catégorie.
Traitement de l'hydrocèle et des kystes du cordon ..... Deuxième catégorie.
Les orchidopexies :
Simples .... Troisième catégorie.
Doubles .... Un tiers en plus.
Castration et épididymectomie .... Deuxième catégorie.
Varicocèle .... Deuxième catégorie.
Amputation de la verge..... Troisième catégorie.

3° Appareil génital femelle :
Traitement des affections congénitales :
Débridement des atrésies.... Première catégorie.
Création d'un néo-vagin..... Cinquième catégorie.
Traitement des bartholinites :
Incision .... Première catégorie.
Excision .... Deuxième catégorie.
Ablation des tumeurs bénignes de la région vulvo-vaginale .... Deuxième catégorie.
Ablation du cancer du clitoris ou du vagin............. Troisième catégorie.
Traitement des prolapsus et déchirures du périnée : réfection d'urgence du périnée................... Première catégorie.
Cure du prolapsus par les différents procédés d'avivement, dédoublement, cloisonnement, avec ou sans amputation du col........ Troisième catégorie.
Avec hystérectomie vaginale .... Quatrième catégorie.
Associée à intervention abdominale (pexie)......... Quatrième catégorie.
Traitement des fistules vésico-vaginales :

Par simple avivement et suture	Deuxième catégorie.
Par procédé complexe	Quatrième catégorie.
Colpotomie	Première catégorie.
Amputation du col	Deuxième catégorie.
Ablation de polypes utérins pédiculés	Première catégorie.
Curetage	Deuxième catégorie.
Hystérectomie vaginale	Quatrième catégorie.
Les laparotomies pour lésions de l'utérus et des annexes (cancer utérin excepté)	Quatrième catégorie.
Hystérectomie élargie pour cancer utérin (voie simple ou combinée)	Cinquième catégorie.

Addendum.

1° Des opérations en plusieurs temps :

Lorsqu'un procédé opératoire s'exécute en plusieurs temps (*exemple* : résection du côlon ; prostatectomie), il ne donne droit qu'au chiffre d'honoraires fixé par le tarif.

2° Des interventions multiples pratiquées dans la même séance opératoire :

Il en est un certain nombre qui n'entrent pas en ligne de compte, comme l'ablation de l'appendice au cours d'une laparotomie, l'excision de petite tumeur superficielle. Par contre, lorsqu'on fait une cure de hernie double, une double néphropexie, qu'on réduit une luxation double de la hanche ou qu'on opère un polyblessé, l'intervention principale sera comptée au tarif plein et les autres au tiers de leur valeur.

3° Des interventions successives nécessitées par une même maladie :

C'est le cas pour les affections inflammatoires en particulier les laparotomies itératives. La première intervention est comptée à plein tarif, les suivantes ne comptent que les deux tiers (ou la moitié).

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. Dargelos. (*Suite.*)

Il existe bien, pour combattre la morphinomanie et les autres intoxications du même ordre, une loi spéciale, celle du 12 juillet 1916. Elle punit l'importation, le commerce, la détention l'usage illicites des substances vénéneuses, en particulier, de l'opium, de la morphine, de la cocaïne. Elle prévoit contre les délinquants des peines de trois mois à deux ans d'emprisonnement, une amende de 1.000 à 10.000 ou bien l'une de ces deux peines seulement. Le tribunal peut également prononcer l'interdiction des droits civiques.

Ces peines ne sont pas adéquates à la gravité des désordres causés. Les méfaits produits par les stupéfiants constituent, non pas un délit, mais un crime contre la personne. Leurs effets ont des conséquences beaucoup plus graves que celles résultant de coups et blessures ayant entraîné une incapacité de travail de plus de vingt jours. Elles peuvent entraîner, en effet, la déchéance physique, intellectuelle et morale de leurs victimes. Or, l'art 317-3 du Code pénal prévoit, contre les auteurs de coups et blessures, suivis d'incapacité de travail de *moins* de 20 jours, la peine de un mois à cinq ans de prison. Lorsque la maladie ou l'incapacité de travail est de *plus* de vingt jours, la peine est celle de la réclusion. »

Ce rapprochement démontre bien que les peines prévues par la loi du 12 juillet 1916 contre les auteurs d'attentats par les stupéfiants ne sont pas assez élevées. Dans certains cas, ils seraient justiciables de la Cour d'assises. Nous ne croyons pas cependant opportun de les soumettre à cette juridiction, souvent trop encline à la clémence. C'est aux juges correctionnels qu'il faut laisser, dans l'espèce, le soin d'appliquer la loi.

A voir l'extension de la vente et de l'usage des stupéfiants, on peut conclure du peu d'efficacité résultée de l'application de la loi du 12 juillet 1916. Les vendeurs, généralement des étrangers, peu dignes d'intérêt, retirent de leur ignoble commerce des bénéfices considérables. Les peines trop légères prononcées contre eux les trouvent indifférents et sont loin d'arrêter ou même d'intimider ceux qui veulent les imiter.

Les peines édictées par cette loi spéciale devraient être élevées de deux ans minimum, à cinq ans d'emprisonnement et même, dans certains cas, pouvoir aller jusqu'à la réclusion ; elles seraient appliquées sans sursis. A l'emprisonnement, s'ajouteraient, pour les étrangers, l'expulsion du territoire français, à l'expiration de leur peine ; pour les autres, la privation de leurs droits civiques ; les amendes seraient de 1.000 à 10.000 fr. et même plus, selon la situation des délinquants, sans préjudice de toutes les confiscations possibles et même de dommages-intérêts en faveur des victimes. En cas de récidive, le maximum de la peine d'emprisonnement ou la réclusion seraient impitoyablement prononcés.

Mesures rigoureuses, dira-t-on. Oui, mais me-

(2)

UNE THÉRAPEUTIQUE RATIONNELLE DE REMINÉRALISATION

Dans l'établissement d'une formule destinée à remédier à l'appauvrissement du sol minéral que subit l'organisme au cours de certaines maladies (Tuberculose, Rachitisme, Chloro-Anémie, Neurasthénie, Dyspepsie par hyperchlorhydrie, Paludisme, etc.) ou de certains états (Convalescences, Grossesse, Allaitement, Croissance), il ne faut pas perdre de vue :

1° Que les **Carbonates et Phosphates de Chaux** ne sont pas les seuls matériaux éliminés en excès, mais que, comme l'a montré M. le professeur Albert Robin : **SILICE, FLUOR, MAGNÉSIE, PHOSPHORE,** participent activement à la désassimilation.

2° Que les sels de chaux, quelle que soit la forme sous laquelle ils sont présentés, **sont très difficilement utilisables par l'organisme.**

Un produit rationnel de reminéralisation doit donc tendre : 1° à **remplacer aussi scrupuleusement que possible, tous les sels minéraux déficients,** et pour cela, devra contenir, outre les Phosphates et Carbonates de chaux usuels, de la **SILICE, du FLUOR,** de **la MAGNÉSIE, du PHOSPHORE.**

2° A **présenter ces sels sous une forme essentiellement assimilable.**

Ce but ne peut être atteint que par l'adjonction de **produits opothérapiques** judicieusement choisis.

L'ASSOCIATION SURRÉNALE-HYPOPHYSE, parait, dans ce cas, spécialement agissante (Cf Professeur Emile Sergent : « Etudes cliniques sur la tuberculose »..., « Etudes cliniques sur l'insuffisance surrénale » ; — André Richard : « Métabolisme des sels de chaux et calciurie de la Tuberculose »).

Ces produits ont, de plus, l'avantage de renforcer la pression artérielle dans des états morbides qui s'accompagnent presque toujours d'une baisse notable de cette pression. — (*La Thyroïde et le Thymus sont à rejeter formellement en raison du danger habituel de leur emploi, et aussi parce qu'ils ont une influence fâcheuse sur l'évolution de la Tuberculose pulmonaire* (Cf Couland : *Opothérapie thyroïdienne et Tuberculose. — Ann. de Médecine*, t. X, n° 5, page 387.)

La **CRINOCALCINE HATIER répond, point par point, à toutes les exigences que nous venons de formuler.** Voici sa composition et sa posologie :

CRINOCALCINE HATIER

GRANULÉE

Sa Posologie

Trois cuillerées à café par jour pour les adultes.

Deux cuillerées à café pour les enfants.

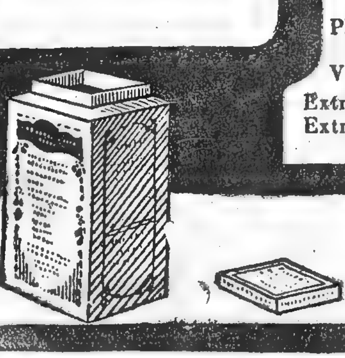
Sa Formule

Carbonate de Chaux
Phosphate de Chaux
Silicate de Chaux
Fluorure de Chaux
Carbonate de Magnésie
Phosphore et Vitamines (de l'embryon de blé et de l'orge germée)
Extrait total de capsules surrénales
Extrait total d'hypophyse

Ses Indications

Tous les états de déminéralisation : **tuberculose**, rachitisme, chloro-anémie, neurasthénie, convalescences, fractures, etc.

ADOPTÉE PAR LES HOPITAUX LES SANATORIA



Cliché Rouffé

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE AU LABORATOIRE DE LA CRINOCALCINE

HATIER

PHARMACIEN, 13, PLACE DU PEUPLE, ST-ÉTIENNE LOIRE

sures nécessaires, indispensables, si l'on veut écraser dans l'œuf l'ivrognerie des *stupéfiants.*

Importée de l'Orient comme la peste et le choléra, elle est bien plus redoutable que ces deux fléaux, puisqu'elle tend à se propager, à s'implanter dans notre belle France et à y exercer des ravages bien plus nombreux et bien plus graves (1).

L'application des mesures dont il nous reste à parler n'appartient plus exclusivement à l'Etat, elle demande, ainsi que nous l'avons déjà dit, la coopération individuelle.

Les trois lois concernant le logement ou plutôt l'habitation salubre, la petite propriété, le « bien de famille », constituent un trépied, sur lequel on peut édifier une résistance solide contre l'insalubrité du logement, contre l'exode exagéré vers les grands centres, contre la dépopulation des campagnes et par suite, contre l'alcoolisme et la tuberculose.

Les ouvriers des grands centres bénéficieront certainement des efforts qui sont faits par les municipalités et les associations philanthropiques pour leur procurer une hygiène générale dont le logement salubre sera le premier élément. Mais nous sommes convaincu que les bénéfices pouvant résulter de l'application des lois qui précèdent sont plus faciles à réaliser à la campagne. Par l'intermédiaire de ces lois, la Société offre à l'ouvrier des champs, au petit propriétaire, à l'artisan, le moyen de se procurer des avantages précieux. C'est à eux de saisir l'occasion qui leur est offerte.

Rien ne peut s'obtenir, nous ne cesserons pas de le répéter, sans l'effort individuel, et nous sommes convaincu que cet effort doit être facile à obtenir de l'ouvrier français qui est intelligent, travailleur, économe. Il suffirait que, dans le plus grand nombre de régions possible, quelques-uns d'entre eux, comprenant leur intérêt, se rendissent possesseurs d'une maison salubre et indépendante, pour que leur exemple fût bientôt suivi.

Afin d'arriver à ce résultat, il faut que l'ouvrier connaisse la loi, qu'il la comprenne et qu'il soit au courant des moyens pratiques de s'en servir.

Etant donnée l'influence réelle de la publicité sur les résolutions à prendre, pourquoi la négligerait-on dans cette circonstance ? Pourquoi des affiches permanentes, illustrées ou non, bien apparentes, bien lisibles, annonçant la possibilité, la facilité d'acquérir une maison salubre, avec jardin et même avec un bien de famille insaisissable, ne seraient-elles pas apposées aux portes des écoles, des mairies, des églises, dans les cercles d'ouvriers, dans les salles de réunion des Sociétés de secours mutuels ?

Ce sont surtout ces dernières, soit seules, si elles sont assez puissantes, soit en se constituant en Union de Sociétés de secours mutuels, si elles croient plus avantageux de réunir leurs efforts, qui pourraient, grâce aux lois en vigueur, créer dans leur sein des associations pratiques, pouvant aider à atteindre le but du logement salubre et de l'habitation à bon marché.

Les sociétés de secours mutuels auraient tout intérêt à entrer dans cette voie. En effet, les sociétaires vivant dans un milieu hygiénique seraient beaucoup moins exposés et beaucoup moins sujets aux maladies. Il en résulterait une grande économie dans les frais de journées payées aux sociétaires malades, dans les frais médicaux et pharmaceutiques.

La richesse du fonds social serait augmentée d'autant et permettrait d'accroître les subsides pour assainir un plus grand nombre de logements et faciliter de nouvelles acquisitions de maisons ouvrières.

Des associations de ce genre existent.

Nous avons eu sous les yeux les statuts de l'Œuvre mutuelle de l'habitation ouvrière, fondée par les mutualistes de Moulins.

M. Seix, son fondateur, percepteur à Aix, nous en avait exposé les avantages et l'économie générale qui expliquent sa prospérité.

Nous voudrions les faire connaître dans leurs détails, mais cela nous entraînerait trop loin. Il nous suffira de dire que les sociétés de secours mutuels, en ayant leurs nombreux adhérents comme actionnaires (1), en créant parmi eux une assurance mutuelle sur la vie pour garantir en cas de décès le payement des maisons acquises, garderaient par devers elles les bénéfices qui, dans les compagnies d'assurances, même dans la plupart de celles s'intitulant mutuelles, vont surtout aux intermédiaires et aux administrateurs.

Cette méthode permettrait à un moment donné de diminuer la quotité des annuités que l'ouvrier, acquéreur d'une habitation salubre, aurait à payer, et d'arriver au résultat à atteindre, à savoir que cette quotité, bien que suffisante pour compléter en 20 ans le payement total de la maison ne fût pas de beaucoup supérieure à celle du loyer ordinaire.

---

(1) D'accord avec M. le Dr Dargelos pour proscrire rigoureusement le trafic illicite des stupéfiants, à condition 1°) Que le trafic de l'alcool et de ses composes soit poursuivi non moins rigoureusement ;

2°) Que l'article 38 du décret de septembre 1916 soit modifié, pour ne plus être aussi facilement causé des poursuites judiciaires dont trop de médecins sont les victimes dans l'exercice parfaitement régulier de leur droit de prescrire dans l'intérêt de leur malades. N. D. L. R.

(1) A Moulins, tout sociétaire doit prendre une action de 100 fr., dont le quart payable comptant, et le surplus par mensualité de 5 fr. Elles sont remboursables en 20 années, par voie de tirage au sort.

Le succès de cette grande mesure d'hygiène sociale, par les sociétés de secours mutuels, est loin d'être une chose impossible.

Elles la mèneraient à bien comme elles assureraient certainement les retraites ouvrières, si on canalisait vers les mutualités les ressources et les efforts que l'on porte vainement dans d'autres directions.

Le succès des sociétés de secours mutuels aurait en outre pour résultat, en favorisant la prévoyance, d'apprendre à l'homme qu'il doit contribuer par son effort individuel à chercher des garanties contre les risques de la maladie ou du chômage les besoins de ses vieux jours, de relever sa moralité, de raffermir son caractère, de lui donner la véritable et juste compréhension de son indépendance et de sa dignité.

Il est incontestable que l'ouvrier possesseur d'une maison coquette, propre, salubre, avec un petit jardin qu'il cultiverait à ses moments perdus, serait fier de son petit domaine ; il n'y trouverait pas l'ennui que donne un logement triste et obscur ; il songerait moins et même il ne songerait plus à le quitter pour aller courir au cabaret.

Comme il n'y a que le premier pas qui coûte, dans le bien comme dans le mal, l'ouvrier aiguillonné par le bonheur d'avoir son « home », ne rêverait certainement qu'à chercher, par des économies bien entendues, à arrondir ce petit domaine, à voir son jardin devenir un champ plus vaste ; il constituerait peu à peu le bien de famille, qu'il serait sûr de transmettre à ses enfants. C'est presque le rêve de Perrette, mais le rêve parfaitement réalisable pour un ménage ouvrier dont la femme et le mari voudront être heureux et sauront épargner pour atteindre ce but, la première, l'argent destiné à l'achat de quelques colifichets inutiles, et l'autre, l'argent qu'il porterait au cabaret.

Le succès de cette entreprise, en assurant aux ouvriers des campagnes un réel bien-être, aurait, en outre, le précieux avantage d'enrayer leur exode vers les grandes villes. Peut-être en portant ainsi remède à la dépopulation des campagnes obtiendrait-on, en même temps, l'augmentation générale de la natalité.

La solution du problème de la reconstitution des populations des campagnes est aussi importante pour les ouvriers des villes que pour les camarades des champs.

En effet, c'est à cause de la diminution du nombre des ouvriers agricoles, que des terrains restent en friche, que les autres ont une culture insuffisante. La conséquence en est la diminution de la quantité des produits du sol : céréales, viandes, légumes, fruits... et partant, l'augmentation de leur prix ; entraînant partout, et surtout dans les villes, la cherté de la vie.

Qu'importe alors à l'ouvrier l'augmentation du prix de ses salaires s'il lui faut dépenser, par exemple, 10 francs pour se procurer ce qu'il achetait auparavant à 2 francs.

Cette augmentation du prix des denrées, due à une crise économique aussi défavorable au producteur qu'au consommateur, ne peut être résolue, qu'en mettant un frein à la dépopulation des campagnes. C'est à ce but que devraient tendre les efforts de l'Etat et des diverses ligues, car c'est certainement l'exode vers les grandes villes qui est la cause principale du malaise général.

La possession d'un bien de famille est aussi nécessaire à l'ouvrier des villes qu'à celui des champs. Dans les petites villes il pourrait certainement, avec ses économies, se procurer un petit jardin avec abri, un *bastidon* comme on dit en Provence. Il pourrait, le dimanche et les jours fériés, y partager avec sa famille, le plaisir d'une existence en plein air et en pleine lumière, en se livrant à la culture de plantes et de fleurs. Il associerait un peu l'existence de son camarade des champs à sa vie d'usine ou d'atelier.

Dans la grande ville l'ouvrier devrait pouvoir devenir propriétaire de son logement, comme d'autres deviennent propriétaires de tout un étage. Toutes facilités devraient leur être données pour cela. Ils s'attacheraient à faire de leur logement une demeure saine, riante, dont ils sauraient qu'ils ne pourraient jamais être expulsés.

Le soir après le travail, ou après une excursion familiale faite au dehors, ils y rentreraient avec plaisir, parce qu'ils sauraient qu'ils reviennent dans leur maison.

Cette accession à la propriété individuelle aura le double avantage d'éloigner de l'ouvrier et de sa famille les causes qui menacent sa santé physique, et celles qui pourraient entraîner sa déchéance morale, souvent, hélas ! provoquée par les premières et par les conseils perfides de ceux qui ont un intérêt malsain à exploiter leur bonne foi.

Les moyens que nous venons d'énumérer comme pouvant diminuer l'exode des campagnes, seront, malgré tous leurs avantages, absolument inefficaces à notre avis, tant que l'industrie offrira et sera obligée d'offrir aux ouvriers agricoles, des situations, en apparence, plus belle et plus agréables.

La principale cause de l'exode est sans contredit la journée de 8 heures. Sans exposer les diverses raisons qui pourraient le démontrer, nou nous contenterons de ce calcul simpliste :

10 ouvriers travaillant 8 h. par jour, fourniront 80 h. de travail ;

9 ouvriers travaillant 9 h. par jour, fourniront 81 h. de travail ;

D'où économie : 1° d'un ouvrier par jour,

d'ayant aucun effet de diminution de la production ;

2° Avantage économique permettant à l'industrie une lutte plus efficace contre la concurrence étrangère, et augmentant la richesse nationale ;

3° Sur 500.000 ouvriers : économie du 1/10, soit 50.000 ouvriers qui, n'étant plus appelés à la ville par les besoins de l'industrie, resteront à l'agriculture.

Ce calcul me paraît irréfutable.

Nous avons besoin de produire ; nous aurions même besoin de surproduire. Ce n'est pas en diminuant les sources de travail que l'on obtiendra cette surproduction, seule capable d'enrayer la cherté de la vie. Cette mesure diminuerait, sans conteste, l'exode des campagnes. Les autres moyens hygiéniques en rendraient le séjour sain et agréable (1).

Les lois sociales devraient toutes avoir pour but l'hygiène physique et morale de la Nation. Aucune d'elles ne devrait pouvoir contribuer à aller contre ce résultat. Sans insister sur les effets de la loi sur la durée du travail dans les usines et ailleurs, dont on peut calculer déjà les diverses influences, nous nous contenterons de dire encore un mot sur la législation concernant la vente des spiritueux dits apéritifs. Il a été démontré plus haut que la marche de l'alcoolisme avait été en relation complète avec celle de leur consommation. La dérogation à la loi supprimant le débit de l'absinthe, en autorisant la vente des liqueurs similaires aussi dangereuses et rétablissant le privilège des bouilleurs de cru, a redonné, avec une augmentation énorme de ce débit, celle des alcooliques et des aliénés. Ici, il est péremptoire que la loi qui a favorisé les cabaretiers a été moins qu'une loi hygiénique. Je sais bien que l'on m'objectera que le législateur a été entraîné par les nécessités, les besoins du Trésor. Les hygiénistes n'accepteront jamais cette excuse. Il n'est même pas impossible de démontrer que les avantages fiscaux ont plus d'apparence que de réalité.

Que si l'on considère les ravages portés à la santé publique par l'absorption toujours en progression de l'alcool, depuis la suppression des lois en réglementant l'usage, on arriverait certainement à conclure que les ravages qu'il cause, les crimes qu'il fait commettre, les défauts de production qu'il engendre, les dépenses qu'il occasionne pour l'entretien de ses victimes dans les prisons, les hôpitaux, les asiles d'aliénés, équilibrent les recettes fiscales et peut-être même font pencher la balance de leur côté.

(1) On parle beaucoup aujourd'hui de favoriser le retour à la campagne où il n'y a jamais de chômeurs. Le moyen le plus efficace et le plus sûr serait de supprimer ou au moins d'atténuer les causes qui favorisent l'exode vers la ville ou l'usine. Tous les ouvriers **Français** y trouveraient un grand avantage.

Quoi qu'il en soit, au point de vue hygiénique, physique et moral, la question est jugée.

Ajoutons que le cabaret et la maison salubre sont diamétralement opposés. Nous avons exposé les moyens que le législateur offre aux ouvriers pour se créer une habitation salubre. Les conditions pour pouvoir obtenir les bénéfices de cette loi leur sont favorisées par des associations philanthropiques et par des sociétés de secours mutuels. De leur côté,ils doivent, afin d'atteindre le but, faire quelques économies.La première, la plus importante de toutes, celle qui leur permettra d'avoir très vite la maison salubre, le « bien de famille », résultera de la non fréquentation du cabaret. Cette non fréquentation leur procurera le bien-être et une santé parfaite.

Beaucoup auront besoin d'être aidés dans cette lutte contre les habitudes du bar. Ils doivent pour cela être aidés par le législateur. Celui-ci doit, sans hésiter, revenir complètement à la loi supprimant les apéritifs alcooliques, quels qu'ils soient, le privilège des bouilleurs de cru ; il démontrera ainsi qu'il a une connaissance exacte de ses devoirs et le vrai souci de la santé et de la prospérité de la Nation.

Résumé et conclusions.

Nous avons taché de faire comprendre la nécessité des mesures édictées par la loi pour enrayer la propagation des maladies contagieuses. Nous avons exposé, quoique imparfaitement, les moyens pratiques les plus simples pour assurer la désinfection pendant le cours et à la fin de la maladie. Nous avons cru devoir indiquer dans ses grandes lignes la symptomatologie des diverses affections de nature infectieuse, en les faisant suivre des moyens spéciaux de prophylaxie, correspondant à chacune d'elles en particulier.

Souvent l'importance du sujet en lui-même ou des questions qui lui étaient connexes nous a entraîné au-delà des limites que nous nous étions imposées. Nous trouvons une excuse dans la conviction que nous avons et que nous voudrions voir partager par le lecteur, de la nécessité de l'application des lois sociales dont il a été question et de la possibilité d'en retirer des avantages certains, au grand bénéfice de l'hygiène physique et morale de la Nation.

En faisant ressortir le caractère bienfaisant de ces lois, nous avons surtout insisté sur la nécessité absolue de leur adjoindre *les efforts individuels* sans lesquels elles doivent, forcément, rester stériles.

Nous l'avons souvent dit et répété à dessein, dans le cours de cette notice, et nous le répétons encore : La coopération individuelle est indispensable. *L'hygiène sociale ou administrative ne peut rien si elle reste livrée à ses propres forces.*

Les microbes pathogènes, surtout celui de la tuberculose, sont tellement répandus qu'il faut que nos organes soient réellement munis de puissants agents de défense pour se garantir contre les infiltrations de ces ennemis et lutter contre leur action infectieuse lorsqu'ils ont réussi à entrer dans la place.

Mon maître et ami, le regretté prof. Grasset, dans une conférence prononcée en 1903 à Montpelier, a exposé d'une façon péremptoire que cette faculté de défense n'appartient qu'aux organismes *vivants* (1).

(*A suivre.*)

JOURNÉES MÉDICALES MARSEILLAISES ET COLONIALES DU 21 AU 24 AVRIL 1927

Organisées par le « Marseille Médical »

Programme des Journées

Jeudi 21 avril. — A 9 h. 30 : SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE, au Grand Palais du Parc Amable-Chanot (Rond-Point du Prado), Conférence de M. le prof. Léon BERNARD, sur : *La coopération sanitaire internationale.*

A 15 heures : Réunion solennelle de la *Société de médecine et d'hygiène coloniales et navales de Marseille*, sous la présidence de M. le professeur BOINET.

A 16 h. 30 : Au Grand Palais, CONFÉRENCES COLONIALES, sous la présidence de M. le médecin principal L'HERMINIER, directeur de l'Ecole d'application du Service de Santé Colonial, délégué de M. le Ministre des Colonies ; M. le Dr LÉGER, ancien directeur de l'Institut Pasteur de Dakar, sur : *La peste, problèmes d'épidémiologie et de pathogénie non encore résolus* ; M. le prof. OTTOLENGHI, professeur à la Faculté de médecine de Bologne, sur : *L'état actuel de la lutte contre le paludisme.*

A 20 h. 30 : Représentation théâtrale.

Vendredi 22 avril. — A 8 h. 30 : Palais de la Bourse, réception des congressistes par la Chambre de commerce.

A 9 heures : Quai de la Fraternité, embarquement pour la VISITE DES PORTS, offerte par la Chambre de commerce : traversée des ports et visite des installations sanitaires, visite du canal souterrain du Rove, et, si le temps le permet, retour par mer et visite du Frioul.

A 14 h. 30 : Grand Palais, exercices pratiques du Service de santé militaire.

A 16 h. 30 : Au Grand Palais, CONFÉRENCES CHIRURGICALES: Dr MAYER, de Bruxelles, sur : *Les acquisitions récentes dans le traitement du cancer* ; Pr Léon IMBERT, de Marseille, sur : *La greffe osseuse.*

A 21 heures : Réception des congressistes à l'Hôtel-de-Ville de Marseille, par M. le Dr FLAISSIERES, sénateur-maire, et par le Conseil municipal.

Samedi 23 avril. — De 9 heures à 10 h. 30 : Démonstration d'appareillage dentaire, au Grand Palais : réunion de la *Société oto-neuro-oculistique*, à l'Hôtel-Dieu ; démonstrations pratiques dans les divers services hospitaliers : médecine, chirurgie, spécialités, laboratoires.

A 10 h. 30 : Réunion plénière de l'U.M.F.I.A. (Union Médicale Franco-Ibéro-Américaine), avec conférence de M. le prof. CUELLAR sur : *Le problème de l'opium et autres stupéfiants et la Société des Nations.*

A 14 h. 30 : Conférence du Service de santé militaire, au Grand Palais.

A 16 heures, au Grand Palais, CONFÉRENCES MÉDICALES : M. le prof. CANTACUZÈNE, de Bucarest, sur : *Le rôle du streptocoque dans l'étiologie de la scarlatine* ; M. le prof. SICARD, de Paris, sur : *Les compressions rachidiennes.*

A 20 heures : BANQUET DE CLOTURE par souscription (dans la salle de la Cigale, Rond-Point du Prado) le banquet sera suivi d'une séance artistique, offerte et organisée par l'*Association des internes et anciens internes de Marseille.*

Note : L'horaire détaillé des démonstrations cliniques dans les hôpitaux publics et privés, de la visite au Centre du cancer, à la Pouponnière de Saint-Joseph, etc., sera précisé dans le Carnet du congressiste.

Exposition. — Pendant ces trois journées, de 9 à 12 heures et de 14 à 19 heures, dans le Grand Palais : EXPOSITION de tout ce qui intéresse la médecine : produits pharmaceutiques et de laboratoire, appareillages chirurgicaux et de laboratoire, journaux et livres médicaux, œuvres médico-sociales, etc., SALON DES MÉDECINS.

Sur le terre-plein, au Nord du Grand Palais, EXPOSITION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Journée Daviel. — Précédant ces trois journées, aura lieu, le MERCREDI 20 AVRIL, une JOURNÉE DE LA CATARACTE : à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu, ouverture de l'*Exposition de documents* et séance de *communications* ; à 16 heures, au Grand Palais, *séance commémorative.* — Conférences de M. le prof. TRUC (de Montpellier) et de M. le Dr DOR, de Lyon. — Projections cinématographiques.

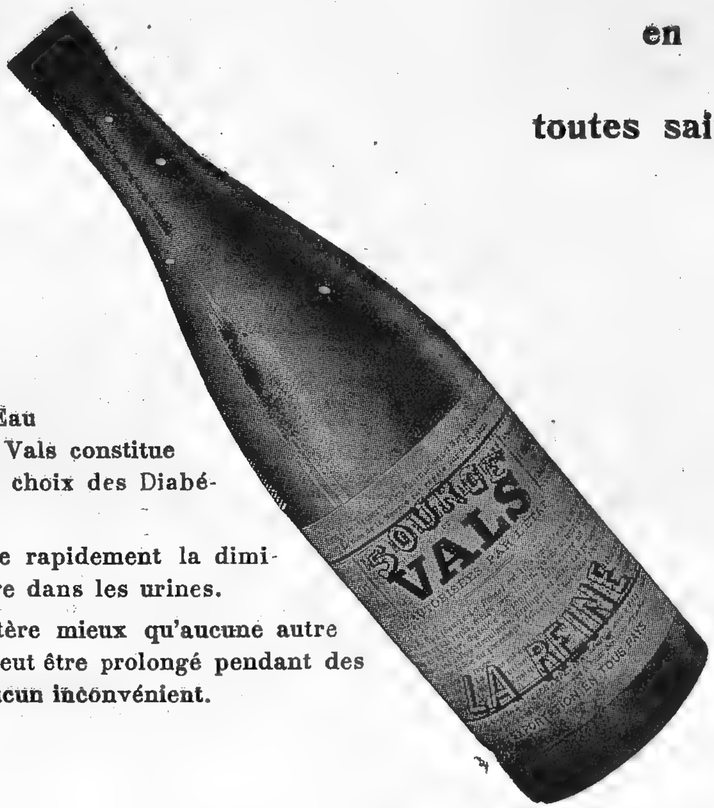
(1) Université de Montpellier, 1903. Cinq conférences sur la tuberculose par les professeurs : RODET, GRASSET, BAUMEL, JORGUE, CARRIEN. Cet opuscule devrait être entre les mains de tous ceux qui s'intéressent à l'éducation populaire, et à l'hygiène sociale.

EVITEZ LES SUBSTITUTIONS
en spécifiant :
VALS-LA-REINE

DIABETE

en

toutes saisons



L'Eau de la Reine de Vals constitue la boisson de choix des Diabétiques.

Elle amène rapidement la diminution du sucre dans les urines.

Elle désaltère mieux qu'aucune autre et son usage peut être prolongé pendant des années sans aucun inconvénient.

Autres indications de VALS LA REINE :

DIARRHÉE INFANTILE — INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES — ARTHRITISME ET DYSPEPSIE
CURE DE BOISSON DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

VALS SOURCE REINE

La **Reine de Vals** se trouve chez tous les marchands d'eaux minérales et dans toutes les pharmacies. On peut s'adresser directement à l'Administrateur-Délégué de la Société, M. Chambetier, à Vals-les-Bains (Ardèche).
R. C. Aubenas 628-1581-1582.

Pendant les journées médicales, un BUREAU DE POSTE AUXILIAIRE fonctionnera dans le Grand Palais.

Inscriptions. — Peuvent se faire insrcire aux Journées médicales Marseillaises et coloniales :

A. — Comme membres adhérents :

1° Les médecins civils, militaires et coloniaux ;

2° Les pharmaciens civils, militaires et coloniaux ;

3° Les étudiants en médecine et en pharmacie, les internes et externes des hôpitaux ;

4° Les chirurgiens-dentistes, les étudiants des écoles dentaires ;

5° Les vétérinaires civils et militaires ;

6° Les officiers de réserve du Service de santé militaire ;

7° Les sages-femmes et élèves sages-femmes.

B. — Comme membres associés :

1° Les membres des Sociétés de Croix-Rouge ;

2° Les membres des familles des adhérents (femme et enfants) ;

3° Les membres des familles des exposants.

Cotisation. — Elle est fixée à : 50 fr. pour les membres adhérents ; 25 fr. pour les étudiants et les membres associés.

Les cotisations doivent être versées à M. le D Félix PIÉTRI, trésorier des Journées médicales marseillaises et coloniales (Compte chèque postal, Marseille 194-86).

Logement. — Les adhérents aux Journées médicales marseillaises et coloniales sont invités à retenir au plus tôt leur chambre dans les hôtels. A cet effet, ils devront s'adresser à l'*Office du logement*, terre-plein de la Gare Saint-Charles, Marseille.

Correspondance. — Toute la correspondance des Journées médicales marseillaises et coloniales doit être adressée à M. le Dr André SAUVAN, secrétaire général, 40, allées Léon-Gambetta, Marseille.

Pour l'Exposition, s'adresser à M. LÉPINE, délégué technique, 3, rue Vézelay, Paris (8e). Téléphone : Laborde 07-23.

Permanence. — Une permanence fonctionnera au Grand Palais, du mercredi 20 avril au dimanche 24 avril, de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 19 heures.

Programme des Excursions.

Excursions en Corse. — *Itinéraire A* : Marseille-Bastia-Ajaccio-Nice :

DIMANCHE 24 AVRIL. — Départ de Marseille à 12 h. — Dîner à bord.

LUNDI 25 AVRIL. — Arrivée à Bastia vers 6 heures. — Petit Déjeuner à l'Impérial-Palace. — Départ en auto-car, à 9 heures, pour le circuit du Cap Corse. — Arrivée à Pino, à 12 h. 15. — Déjeuner. — Départ à 15 heures pour Nonza, le col de Teghime. — Arrivée à Bastia à 18 h. 25.

MARDI 26 AVRIL. — Départ par le train de 7 heures pour Vizzavona. — Arrivée à 12 h. 46. — Déjeuner à l'Hôtel de la Forêt. — Départ par le train de 16 h. 29 pour Ajaccio. — Arrivée à 18 h. 15. — Dîner et coucher au Grand-Hôtel.

MERCREDI 27 AVRIL. — Départ en auto-car à 8 heures, pour Sagone, Cargèse, Piana. — Arrivée à 11 h. 25. — Déjeuner à l'Hôtel des Roches Rouges. — Départ à 13 h. 10, pour Les Calanches, Ota et Porto. — Retour à Ajaccio à 18 heures. — Dîner. — Transfert au bateau. — Départ à 20 heures, pour Nice.

JEUDI 28 AVRIL. — Arrivée à Nice vers 6 heures.

Itinéraire B : Marseille-Ajaccio-Bastia-Nice :

LUNDI 25 AVRIL. — Départ de Marseille à 15 heures. — Dîner à bord.

MARDI 26 AVRIL. — Arrivée à Ajaccio vers 6 heures. — Transfert au Grand-Hôtel. — Excursion aux Calanques de Piana (pour le détail se reporter au mercredi de l'itinéraire précédent).

MERCREDI 27 AVRIL. — Départ par le train de 7 heures, pour Vizzavona. — Arrivée, à 9 h. 50. — Déjeuner à l'hôtel de la Forêt. — Départ par le train de 14 h. 28, pour Bastia. — Arrivée à 18 h. 15. — Dîner et coucher à l'Impérial-Palace.

JEUDI 28 AVRIL. — Tour du Cap Corse (se reporter au lundi 25 de l'itinéraire précédent). — Départ à 21 heures, pour Nice.

Pour ces deux itinéraires, prix par personne : 600 francs, comprenant : la traversée aller et retour, le train de Bastia à Ajaccio ou vice-versa, l'auto-car, le garde-place, les pourboires aux chauffeurs, les hôtels (chambre, 3 repas, boisson exceptée), le service, les taxes et le transport de l'Hôtel au bateau.

Circuit complémentaire de Bonifacio faisant suite à l'itinéraire A.

MERCREDI. — Dîner et coucher au Grand Hôtel d'Ajaccio.

JEUDI. — En auto-car, départ à 7 heures, pour SARTÈNE, BONIFACIO (déjeuner). — Arrivée à 12 h. 15. — Départ à 15 h. 15, pour Porto-Vecchio, la Forêt de l'Ospedale, Zonza. — Arrivée à 18 h. 10 (coucher).

VENDREDI. — Départ à 8 heures, pour le Col de Bavella, Aullène, Zicavo. — Arrivée à 11 h. 30 (déjeuner). — Départ à 13 heures, pour Ajaccio. — Arrivée à 16 h. 15.

SAMEDI. — Libre. — Transfert au bateau. — Départ à 19 heures, pour Marseille. — Supplément par personne : 400 francs.

Le nombre des inscriptions pour ces divers itinéraires est limité, en raison du nombre petit de places disponibles dans les bateaux, les autos-cars et les hôtels. Il est donc urgent de faire parvenir au plus tôt le montant de l'excursion à M. le Trésorier des Journées médicale, le Dr Piétri (Compte chèques postaux, Marseille, n° 194-86). Les places ne seront plus garanties après le 5 avril.

Un troisième circuit pourra être organisé, avec départ de Nice, le jeudi 28 avril, après l'excursion

sur la Côte-d'Azur, si le nombre des inscriptions est suffisant.

Nota-Bene. — Pour les excursions en Corse, se munir de vêtements chauds, n'emporter qu'une valise.

Excursion sur la Côte-d'Azur, organisée par la *Société médicale du Littoral méditerranéen.* — DIMANCHE 24 AVRIL. — Arrivée à la gare de Cannes dans la matinée. — Répartition et déjeuner dans les Hôtels. — Visite de Cannes et du Cannet dans l'après-midi. — Dîner.

LUNDI 25 AVRIL. — Petit déjeuner dans les hôtels à 7 h. 30. — Départ à 8 h. — Le Golfe-Juan, Juan-les-Pins, le Cap d'Antibes, Cagnes, Le Var, la Promenade des Anglais. — Déjeuner à Nice. — L'après-midi, promenade à Cimiez, à Beaulieu et au Cap-Ferrat. — Retour à Nice par la route du bord de mer. — Dîner et soirée.

MARDI 26 AVRIL. — Petit déjeuner dans les hôtels à 7 h. 30. — Départ à 8 h. par la Grande Carniche et la Route stratégique. — Arrêt à La Turbie. — Déjeuner à Menton. — L'après-midi, visite de Garavan, de la Frontière italienne et du Cap-Martin. — Arrivée à Monte-Carlo à 17 h. 30. — Répartition dans les Hôtels. — Dîner et soirée.

MERCREDI 27 AVRIL. — Petit déjeuner dans les hôtels à 7 h. 30. — Visite de l'Etablissement physiothérapique. — Visite de Monaco (Musée d'Océanographie et Musée d'Anthropologie). — Déjeuner dans les hôtels. — Départ à 14 h. — Visite de l'hôpital et du Jardin Botanique. — Retour à Nice par la Moyenne Corniche. — Arrivée à la gare P.-L.-M. à 17 h. 30.

Le prix de cette excursion est de 375 francs, depuis l'arrivée à Cannes jusqu'au départ de Nice. Ce prix comprend toutes les dépenses (hôtels, transports, taxes, pourboires).

Pour s'inscrire, verser, avant le 28 avril, le montant de l'excursion, soit 375 francs par personne, à M. le trésorier des Journées médicales marseillaises et coloniales, le Dr Félix Piéri (Compte chèques postaux, Marseille, nº 194-86).

Excursions en Provence, organisées avec le concours du *Syndicat d'initiative de Provence.* — DIMANCHE 24 AVRIL. — 1er *Circuit* : Marseille, départ à 7 heures, par Les Pennes, Berre, Saint-Chamas, Miramas arrêt 15 minutes, Auberge de Châtillon, Saint-Martin-de-Crau, Arles arrivée vers 10 h. 30, déjeuner.

Départ d'Arles, 14 h. 30, par l'Abbaye de Montmajour arrêt 15 minutes, Les Baux arrivée à 15 h. 30 départ à 16 h. 30 par Entressen, l'Autodrome, les Etangs, Martigues arrivée 18 h. 15, départ à 18 h. 45, arrivée à Marseille vers 20 heures. Soit parcours 200 kilomètres, prix 100 francs par personne (repas non compris).

2e *Circuit* : Marseille, Aix, visite et déjeuner, après-midi, La Fare, Calissane, Saint-Chamas, Istres, Martigues arrêt Sausset, Carry, L'Estaque parcours 140 kilomètres, prix 50 francs par personne (repas non compris).

Les départs n'auront lieu pour chaque circuit que s'il y a au moins 10 personnes.

Pour s'inscrire, verser, avant le 22 avril, le montant de l'excursion à M. le trésorier des Journées médidicales, le Dr Félix PIÉRI (Compte chèques postaux Marseille, nº 194-86).

SOUSCRIPTION QUIVY

(Cinquième liste)

Dr Manesse, Bertry (Nord)	30 fr.
Dr Rinuy, Flesselles (Somme)	50 »
Dr Blanchard, Avesnes-les-Aubert	20 »
Dr Wartel, 4 *bis*, place du Marché, Levallois	20 »
Dr H. Lefèvre, Vailly-sur-Sauldre	100 »
Dr Calot, 69, quai d'Orsay, Paris	250 »
Dr Aubourg, 9, rue Monceau, Paris	100 »
Ville d'Anzin	500 »

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr CADEL, de Cotignac (Var). — M. le Dr NOBLET, de Pontchâteau.

— **Pathologie chirurgicale.** — M. Henri Mondor, agrégé, a commencé le cours de pathologie chirurgicale le 22 mars 1927, à 16 h. (au Petit Amphithéâtre), et le continue les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Programme. — Pathologie chirurgicale de l'abdomen.

— **Congrès international d'urologie.** — Le troisième Congrès de la Société internationale d'urologie se réunira à Bruxelles, du 3 au 6 août 1927, sous la présidence de M. le prof. Verhoogen. Trois questions ont été mises à l'ordre du jour : 1º valeur comparative des divers examens du sang et de l'urine dans la chirurgie urinaire. Rapporteurs : MM. Chabanier (Paris), Kojen (Belgrade), Quinby (Boston) ; 2º traitement des tumeurs de la vessie par les agents physiques. Rapporteurs : MM. Beer (New-York), Fryszmann (Varsovie), Heitz-Boyer (Paris) ; 3º traitement de la tuberculose génitale. Rapporteurs : MM. Barney (Boston), Gamberini (Bologne), K. Walker (Londres).

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser à M. G. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris (7e).

— **Paris.** — *Médecins inspecteurs des écoles.* — Le Conseil municipal de Paris a prononcé le renvoi à la Commission du budget, de la proposition suivante :

« L'indemnité des médecins inspecteurs des écoles est portée à 5.000 fr., correspondant au taux du dernier rajustement des autres traitements et indemnités du personnel. »

— **Hôtel-Dieu d'Orléans.** — *Concours pour l'internat,* le lundi 27 juin 1927, à deux heures et demie, pour trois places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires.

Les épreuves de ce concours consistent :

1° En une composition écrite sur un sujet d'anatomie, tiré au sort ; 2° en l'examen de deux malades, l'un de médecine, l'autre de chirurgie ; chaque examen d'une durée de vingt minutes est suivi, après vingt minutes de réflexion, d'une exposition orale d'une durée de dix minutes.Une heure est accordée pour la composition écrite. Seront seuls titularisés les candidats qui auront obtenu le nombre de points fixé par le jury. Les candidats qui n'auront pas obtenu le minimum de points nécessaires, pourront être admis à titre provisoire par l'Administration d'après le rang obtenu au concours. Ils auront les mêmes avantages matériels que ceux accordés aux internes titulaires ; mais ils ne jouiront ni du titre d'interne, ni des prérogatives qui s'y rattachent, c'est-à-dire : prix, exemption du stage de spécialités.

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er octobre 1927. Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de mille huit cents francs (1.800 francs). De plus, un prix spécial de deux cents francs, sera accordé à chacun des candidats ayant obtenu les deux tiers du maximum des points au concours, à la condition qu'ils aient donné toutes satisfactions à leurs chefs de service et à l'Administration pendant leur première année d'internat.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans. Ils ne doivent faire aucun remplacement médical. Sont admis au concours : tous les étudiants et étudiantes en médecine, français ou naturalisés français, ayant au moins huit inscriptions. En cas d'insuffisance du nombre de candidats français, les étudiants et étudiantes étrangers, élèves d'une Faculté française, pourront être admis à concourir dans la limite où l'Administration croira devoir le décider. Toutes les facilités sont accordées aux internes pour les dissections et la médecine opératoire. Les internes changent de service tous les six mois d'après un roulement établi par l'Administration. Pendant la durée des vacances des élèves sages-femmes, les internes peuvent être appelés à tour de rôle à assurer le service de la Maternité.

Nota. — En dehors des avantages matériels qui leurs sont offerts, les internes ont, aux hospices d'Orléans, de très grandes ressources professionnelles. Cet établissement contient :

Cinq cents lits de malades aigus ; deux services de médecine générale ; trois services de chirurgie générale ; un service de gynécologie ; une maternité ; un service de chirurgie enfant, et un autre de médecine enfant ; un service de maladies vénériennes ; un service d'yeux ; un service d'oto-rhino-laryngologie ; un laboratoire ; un service de radiologie et de physiothérapie ; un service de contagieux ; plusieurs services de vieillards ; une crèche ; une bibliothèque très bien montée ; un amphithéâtre ; une consultation externe des maladies de peau ; une consultation de médecine ; une consultation de chirurgie, etc.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au Directeur des Hospices d'Orléans.

— **Annales de l'Institut d'Actinologie.** — Les premiers numéros de cette revue publiée chez l'éditeur Doin, 8, place de l'Odéon, et consacrée à l'actinologie, viennent de paraître. De nombreuses études relatives à ces questions nouvelles y sont longuement exposées, méritant toute l'attention non seulement des spécialistes mais aussi des praticiens. Comité de rédaction : L. Saidman, L-G Dufestel, Colanéri, R. Robine.

— **Faculté de Paris.** — **Prix des Thèses.** — *Médailles d'argent* : MM. Pissavy, Duchon, de Peretti della Rocca, Coulon, Terris, Baruk, Ravina, Raiga, Oberthür, Martin, Bouchard, Segond, Choay, Pollet, Peron, Thévenard, Engelhard, Robin, Marceron, Welcker, Mlle Dobkevitch, MM. Dossot, Genin, Mégret, Lévy, Bayle, Hautefeuille, Bodin, Luton, Isch-Wall, Mme Sorrel-Déjerine.

Médailles de bronze. — MM. Caffort, Lejard, Denis, Le Sève, Camus, Chabaud, Goguel, Mlle Oumansky, MM. Mecus, Nicollo, Carvaillo, Cherouvrier, Gérard, Martiny, Cénac, Laquière, Chevallier, Chastang, Welti, Bouttier, Cabanis, Rachet, Verger, Lefèvre, Marcel, Rimé, Mlle Fradin, MM. Lhopitallier, Ferrier, Chavanon, Vezoux, Mlle Péchenard, MM. Joffray, Rouchon, Mlles Dubac, Parat, MM. Brico, Callegari, Loubry, Lucchetti, Magnier, Gasser, Jéramec, Novion, Quivy, Le Clerc, Solente, Casteran, Favory, Mme Bertrand-Fontaine, Mlle Nicolle, M. Ollivier.

Mentions honorables. — MM. Maurellet, Brody, Patay Corby, Hababou-Sala, Houlnick, Le Rasle, Salmon, Schedrovitzky, Fortat, Sanglier, Mondet, Flora, Vayron de la Moureyre, Seegolim, Dauptain, Dalsace, Giroud, Isaac Georges.

— **Coopération des écoles d'infirmières** *en vue de procurer aux malades de condition moyenne des soins à domicile, à prix modérés.* — On peut affirmer que les malades indigents bénéficient, soit dans les hôpitaux, soit même à domicile, en cas de nécessité, de soins gratuits.

Quant aux malades aisés, ils trouvent aujourd'hui des infirmières excellentes à des prix, il est vrai, assez élevés (50 à 100 francs par jour à Paris).

Mais, en ce qui concerne les maladesde moyens réduits qui, cependant, ne demandent pas la gratuité, ils ne peuvent se faire soigner en cas de maladie nécessitant le concours d'une infirmière professionnelle.

Quelques Directrices d'écoles d'infirmières ont pensé à organiser une sorte de coopération ayant pour but de combler cette lacune. Le plan, qui va être incessamment réalisé, est le suivant :

Chaque école choisira parmi ses anciennes élèves une ou plusieurs très bonnes infirmières professionnelles, connaissant tous les soins, et à qui sera offert un salaire mensuel fixe. Ces infirmières seront mises à la disposition des familles de condition moyenne pour leur donner des soins, selon les cas, aigus ou même chroniques, une ou deux fois par jour, pendant un maximum de deux heures de suite. Bien entendu, on divisera Paris en secteurs par nombre d'infirmières en service, afin d'éviter les allées et venues à distances trop grandes.

La même infirmière soignera donc au moins deux malades par jour. Le tarif est provisoirement fixé à 8 francs pour la première heure de présence et 6 francs pour l'heure suivante, avec possibilité de fractionner celle-ci par demi-heures.

Les soins détachés tels que injections hypodermiques, pose de ventouses sèches, sont tarifés à 5 francs.

Pour les ventouses scarifiées, pansements et autres soins demandant un temps assez long et variable, le tarif sera calculé au taux de 8 francs la première heure avec si nécessaire fractionnement de la deuxième heure en demi-heures.

La Maison-école d'infirmières privées, 66, rue Vercin-

gétorix, XIVe, et l'Ecole d'Assistance aux malades, 10, rue Amyot, V^e^, ont accepté les premières de fournir chacune une infirmière pour mettre en action ce projet, en commençant par quelques arrondissements de la rive gauche. D'autres suivront, sans doute.

On peut prévoir une moyenne de dépenses de 1.200 francs par mois et par infirmière en fonction. Il y aura évidemment aussi des frais généraux de transports, correspondances, téléphone. Pour alléger le plus possible ces deux derniers, les malades habitant les 6e et 14e arrondissements pourront présenter leurs demandes d'infirmières à la Maison-école de la rue Vercingétorix, (Ségur, 29-98), tandis que l'Ecole de la rue Amyot (Gobelins, 02-44) se chargera de recevoir celles des malades habitant le 5e. De plus, on sollicitera des subventions et des dons bénévoles pour cette Œuvre dont l'intérêt est si évident.

On engagera aussi des services d'infirmières professionnelles ne désirant pas travailler tout le jour, mais seulement à demi temps avec une rémunération proportionnelle. Les infirmières mariées préfèrent en général, ne ne pas donner leurs journées entières.

S'adresser, pour tous renseignements, à l'une des Ecoles désignées, ou à l'Association Nationale des infirmières diplômées de l'Etat français, 44, rue de Lisbonne, Paris, VIIIe.

— **Centenaire de Vulpian.** — L'année 1926 a rappelé une date mémorable dans l'Histoire de la médecine : le centière anniversaire de la naissance de Vulpian. Les biologistes et les neurologistes, désireux de célébrer cette date, ont décidé de faire coïncider les cérémonies commémoratives de ce centenaire avec leurs réunions annuelles de 1927 : réunion plénière de la Société de biologie et de ses filiales et VIIIe réunion neurologique internationale, qui se tiendront à Paris, du 27 mai au 2 juin 1927.

Les cérémonies commémoratives du Centenaire de la naissance de Vulpian coïncident également avec la célébration du Centenaire de la mort de Pinel, organisée par la Société médico-psychologique.

Le programme commun est fixé provisoirement ainsi qu'il suit :

Vendredi 27 et samedi 28 mai, matin et après-midi : réunion plénière de la Société de biologie et de ses filiales.

Samedi 28 mai, 21 heures : au grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, commémoration du Centenaire de la naissance de Vulpian.

Lundi 30 mai : 10 h. 30 : Visite des anciens services de Pinel et de Vulpian à l'hospice de la Salpêtrière.

16 heures : réunion annuelle de la Société médico-psychologique.

21 heures : au grand Amphithéâtre de la Sorbonne, commémoration du Centenaire de la mort de Pinel.

Mardi 31 mai, 9 heures, 12, rue de Seine : séance normale de la Société de neurologie de Paris.

15 heures : séance solennelle à l'Académie de médecine, en l'honneur de Pinel et de Vulpian.

20 heures : au Palais d'Orsay, banquet offert par les groupements biologiques, neurologique et psychiatrique en l'honneur de Pinel et de Vulpian.

Mercredi 1er juin, 9 heures et 14 heures : à la Salpêtrière (Amphithéâtre de l'école des infirmières), VIIIe réunion neurologique internationale : rapport de MM. Lhermitte et Tournay sur le sommeil normal et pathologique. Discussion du rapport.

17 heures : réception des membres participants des Centenaires de Pinel et de Vulpian, par le Conseil municipal de Paris, à l'Hôtel de Ville.

Jeudi 2 juin, 9 heures et 15 heures : à la Salpêtrière (Amphithéâtre de l'école des infirmières) : VIIIe réunion neurologique internationale : rapports de MM. de Klejn (d'Utrecht) et Hautant (de Paris) sur les moyens d'exploration clinique de l'appareil vestibulaire. Discussion des rapports.

L'adhésion aux cérémonies commémoratives ne comporte aucune cotisation. L'organisation sera assurée par les subventions et les souscriptions bénévoles et, si les sommes recueillies le permettent, une plaquette en l'honneur de Vulpian sera éditée par les soins du Comité. Prière d'adresser les adhésions et toute correspondance au Dr Crouzon, Secrétaire général du Comité d'Organisation, à l'Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, Paris, XIIIe.

— **Habitations à bon marché.** — *Un concours-exposition d'habitations à bon marché* sera organisé, au mois de mai prochain, à l'Hôtel-de-Ville de Paris, salle Saint-Jean, sur l'initiative du Comité départemental des habitations à bon marché de la Seine. Des prix et des mentions seront attribués aux plans de maisons individuelles (ou par groupe), à trois ou quatre pièces, qui offriront le plus de solidité, de confort, d'hygiène et d'esthétique, aux meilleures conditions de prix et de paiement. Pour tous renseignements, s'adresser au Comité des Habitations à bon marché, annexe de l'Hôtel de Ville, caserne Napoléon, rue Lobau.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Paris à moins de deux jours d'Alger, en passant par Marseille.* — Combien faut-il de temps pour se rendre de Paris à Alger ? Moins de deux jours, en passant par Marseille, reliée aux principaux centres métropolitains par des trains à marche rapide et à la capitale algérienne par des paquebots du type le plus vite et le plus luxueux.

Le grand nombre, la fréquence, la régularité des services maritimes correspond, dans les deux sens, au grand nombre, à la fréquence, à la régularité des services par chemin de fer.

Il n'est, en effet, pas de port mieux desservi que Marseille par des trains à marche rapide, composés du matériel le plus confortable, avec voitures directes en provenance ou à destination des principales villes de France et des capitales du continent.

Ainsi la métropole est en liaison journalière constante avec l'Algérie dont les voies ferrées, au départ d'Alger, conduisent commodément vers l'Oranie, les oasis sahariennes, la province de Constantine et la Tunisie, tandis que des services d'automobiles parfaitement organisés permettent de visiter, dans les meilleures conditions de confort et de rapidité, les régions si pittoresques, et hier encore inaccessibles aux touristes, de la Kabylie, de l'Aurès, de M'Zab, des Chotts et du Grand Erg.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

A propos du blutage du pain

Notre très distingué correspondant, le Dr P. Noury, de Rouen, dont nos lecteurs connaissent et apprécient la grande érudition, nous adresse la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Dans le *Concours médical* du 6 mars 1927, p. 626, dans l'extrait de l'art. du Dr Thiébault paru dans le numéro du 28 août 1926 du *Journal des Praticiens*, il est dit que notre pain actuel ne renferme que 55 % du grain. Je crois à une erreur de chiffre et que c'est 75 % que l'auteur a voulu mettre. Aux temps difficiles de 1918, dans les discussions de l'Académie de médecine, il avait été établi que le blé contenait 15 % de substances sans valeur alimentaire et qu'il fallait bluter le blé à 85 % pour en tirer toute la matière nutritive. A cette occasion, j'avais rappelé (*Chr. méd.*, 1er juin 1918, p. 174) qu'au XVIIe siècle à Rouen, on poussait le blutage du blé jusqu'à 89 %.

Les documents historiques sur le blutage du blé sont rares, sauf peut-être dans l'Hist. naturelle de Pline où on trouve de tout. J'avais trouvé ce renseignement dans une histoire de Rouen sans nom et sans date, achetée 5 sous chez un brocanteur, qui est de la fin du XVIIe siècle (elle contient la liste des échevins en 1668).

Voici le texte : « La mine de bled pèse ordinairement 130 livres compris le sac ; estant moulu 126 livres, le sac une livre trois quarterons, ainsi il y auroit à la mine, 114 livres de farine.

Pour l'essay d'une mine de bled, il faut considérer la valeur de la mine, le port au moulin ; le droit de mouture, le *rapport de la farine*, le levain, le bois et la chandelle. »

Veuillez agréer, etc. Dr Noury.

CORRESPONDANCE

Application des Tarifs Durafour et Fallières.

I

823. — Appareil provisoire de fracture.

Que dois-je compter — tarif Durafour — pour une fracture de jambe pour laquelle le premier jour j'ai fait une contention et réduction, contention par attelles simples, et au septième jour la pose d'un appareil plâtré dit appareil de marche. Comment compter pour ces deux interventions ?

Dr T.

Réponse.

L'appareil provisoire d'une fracture n'est tarifable que lorsqu'il est établi pour un transport à l'hôpital « en vue d'une réduction ultérieure par un *autre* médecin » (article 18, note *in fine*).

Vous avez donc à compter : « réduction et contention de fracture de jambe : 150 francs » plus les visites non concomitantes à l'appareillage.

F. D.

II

923. — Honoraires pour blessés multiples en un seul accident.

Je vous serai très reconnaissant de me faire connaître, soit par voie de votre journal, soit par lettre, combien je dois prendre pour l'accident suivant :

J'ai été appelé dimanche, à 21 heures 15, par le patron d'une entreprise de transport, pour aller voir des blessés résultant d'une chute de l'auto, dans un fossé.

Le premier présentait une lésion de 25 cm. du cuir chevelu. Après l'avoir nettoyé, épluché la plaie, je lui ai fait cinq points de suture.

Le deuxième présentait une lésion analogue, en plus une fracture du radius que je lui ai réduite le lendemain, la suture du cuir chevelu ayant été faite le soir même.

Le troisième présentait une plaie identique du cuir chevelu. Je lui ai fait six points de suture.

Le quatrième avait l'artère temporale sectionnée. Je la lui ai ligaturée sur place.

Le cinquième présentait une luxation de l'épaule et une plaie du majeur, plaie pour laquelle deux points de suture lui étaient nécessaires. Ce malade avait été transporté à son domicile (2 km. aller et retour). Je l'ai visité à 23 h. 1/2.

Le sixième présentait une petite plaie de l'oreille avec commotion, et je suis allé le voir à son domicile dans le bourg à 23 heures.

Le lieu de l'accident se trouvait à 4 km. aller et retour de mon domicile. Le lendemain j'ai vu un jeune homme avec entorse du poignet. Combien dois-je lui prendre ?

Dr G.

Réponse.

A) Comptez successivement les diverses interventions, avec 25 % de majoration *de nuit*, et cela pour chaque blessé, soit :

Premier blessé. — « Sutures multiples : 25 fr. » (article 27) plus 25 % de nuit, 6,25, au total 31,25.

Deuxième blessé. — *a*) *la nuit*: « sutures multiples », comme ci-dessus : 31,25 ; *b*) le *lendemain* : « Réduction et contention de fracture du radius : 80 fr. » (article 18).

Troisième blessé. — « Sutures multiples » 31,25.

Quatrième blessé. — « Ligature de la temporale : 75 fr. » (article 17) plus 25 %, 18,75, au total : 93,75.

Cinquième blessé. — *a*) Réduction luxation de l'épaule : 75 plus 25 %, total : 93,75 ; *b*) suture simple 15 plus 25 %, soit : 18,75. Donc, en tout, 93,75 plus 18,75, soit : 112,50.

Sixième blessé. — Visite d'urgence : 12 plus 50 %, 18 francs, par analogie avec les visites d'urgence de dimanche (article 3 b). Je ne compte pas le tarif de nuit au complet, pour cette visite simple, parce que vous n'avez pas été appelé de nuit *spécialement* pour ce dernier blessé.

B) Ajoutez à cela le prix des six certificats, c'est-à-dire du certificat d'origine fourni pour *chaque* blessé.

C) Ajoutez enfin le prix de vos déplacements que vous mettrez à part, en bloc, suivant ceux que vous aurez dû effectuer et en donnant les détails nécessaires.

F. D.

III

796. — Expertise en commun... bénévolement.

Pourriez-vous me renseigner sur le fait suivant :

J'ai demandé une expertise au sujet d'un accidenté de travail. La compagnie a envoyé un confrère voisin : celui-ci m'a demandé de l'accompagner chez le blessé. Comme il n'avait pas de place dans sa voiture, nous sommes allés chez ce blessé, dont le domicile est situé à 3 kilomètres, chacun avec son véhicule.

Combien dois-je compter pour : 1° la visite ; 2° le déplacement, si j'y ai droit ?

Dr S.

Réponse.

Vous n'avez pas été actionné par l'assurance en vue de cette expertise. Aussi ne puis-je considérer cette visite que comme celle d'examen en commun du blessé entre le médecin traitant et celui de l'assurance, qui est tarifée (article 3 a) le prix d'une visite avec majoration de 50 %.

Quant au déplacement, par le fait même que la Compagnie doit cette visite, elle doit aussi l'indemnité de déplacement au tarif ordinaire.

F. D.

IV

883. — Fractures de deux côtes.

Je vous soumets la lettre suivante. Etant abonné au *Concours*, mais non possesseur de l'Agenda, je n'ai pu m'y reporter.

Il s'agit en l'espèce de deux côtes voisines.

Mais si les côtes sont une de chaque côté et non à la même hauteur, le premier bandage de diachylon ne peut servir et dans ce cas il y a bien deux réductions et deux contentions.

J'aurais en plus à vous parler d'une affaire de dé-

tournement de clientèle par un chef de chantier qui a eu le culot de m'écrire que le malade venu me voir une fois à son insu avait été soigné depuis par le médecin de son assurance.

Dois-je vous envoyer la lettre témoin et que dois-je faire ?

Dr R.

Réponse.

1° L'assurance est dans son droit. L'article 18 porte (premier alinéa) : doigt, orteil, *côtes*, omoplate, etc. : 20 fr. où *seul* le mot « côtes » est mis au pluriel. Il en résulte naturellement que la tarification est la même, qu'il y ait *une ou plusieurs* côtes fracturées.

2° Certes, le « culot » dudit chef de chantier est indéniable... mais pour le poursuivre il faudrait faire la preuve que c'est contre son gré et par menaces, sous une forme plus ou moins détournée, que le blessé s'en est allé se faire soigner par le dit « médecin de l'assurance ».

F. D.

V

854. — Soins d'urgence et aide.

Que dois-je compter pour l'accident suivant :

Un employé d'une entreprise travaillant sur la voie de la compagnie de chemins de fer a les deux jambes broyées par un wagon.

J'emballe les deux jambes qui ne tenaient que par des fragments de muscles, je place des bandes d'Esmarch pour arrêter le suintement, je fais une injection d'huile camphrée et de sérum antitétanique (à cause de petites plaies des mains) et j'envoie le blessé à l'hôpital le plus proche.

Je n'ai pas à compter la suite, m'étant déplacé de ma propre initiative pour aller assister à l'opération et ayant aidé le chirurgien parce que j'étais là.

Dr C.

Réponse.

a) *Première intervention* : Soins d'urgence en vue de transport à l'hôpital : 50 francs (note *in fine* de l'article 18).

b) *Si* vous avez été réellement l'*aide* du chirurgier qui eut *besoin* de vous pour son intervention non faisable tout seul, vous avez compter pour vous, comme « aide » : 50 francs (article 11).

F. D.

Remplacements

1147. — Conditions légales des remplacements.

Je vous serai reconnaissant de bien vouloir me donner les renseignements suivants :

Y a-t-il des formalités administratives à observer pour me faire remplacer pendant des vacances par un étudiant en médecine ? Quelles sont ces formali-

tés ? Quel nombre d'inscriptions de doctorat doit posséder le remplaçant ? Le titre d'interne d'une ville à concours est-il suffisant ?

Toutes ces formalités sont-elles exigibles pour une petite absence de 48 heures comme pour un remplacement de vacances ? (3 semaines).

Dr. G.

Réponse.

Pour qu'un étudiant en médecine puisse faire des remplacements, il faut qu'il soit interne des hôpitaux ou hospices français, nommé au concours, et muni de seize inscriptions, ou bien encore qu'il ait terminé sa scolarité et soit muni de vingt instcriptions.

Mais il ne suffit pas que l'étudiant ait le nombre d'inscriptions et les titres nécessaires ; il faut encore qu'une autorisation lui soit délivrée par le préfet du département. Cette autorisation est limitée à trois mois, mais elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

En principe, l'autorisation préfectorale est nécessaire, même pour les remplacements de courte durée, la loi ne faisant pas de distinction.

Application du Tarif Maginot

1037. — Ponction de la plèvre avec injection d'azote.

Je soigne depuis quelques jours un réformé pour tuberculose à 100 % qui, avant sa réforme était traité par le pneumo. On lui faisait trois insufflations par mois. J'ai donc écrit à la Commission de contrôle en lui demandant l'autorisation de pratiquer le pneumo et j'ai reçu la réponse qui donne : « l'autorisation à pratiquer des pneumo sur le susnommé aux conditions fixées par les décrets des 25 octobre 1922 et 5 mars 1927 ». Pouvez-vous me faire savoir en quoi consistent ces deux décrets. Le second tout à fait récent m'est complètement inconnu. Quant au premier, je le connais vaguement par les circonstances suivantes. Dans le dernier trimestre 26, j'ai été obligé de faire des insufflations avec soustraction de pus chez un pensionné que je soignais depuis deux ans par le pneumo. Le malade est mort depuis. Or, il y y a un mois environ j'ai reçu un avis de la Préfecture me disant que je ne devais pas compter ponction de la plèvre avec injection d'azote : 100 fr. mais seulement ponction pleurale : 30 fr. sous prétexte que, en application du décret de 22, que j'ignorais complètement, le pneumo ne devait se faire qu'une fois par mois ! Or dans les séances visées j'avais fait en somme plus d'un pneumo puisque à l'insufflation d'azote j'avais ajouté un enlèvement de liquide purulent. J'ai accepté la réduction demandée en faisant d'ailleurs remarquer que je considérais cette façon de voir comme abusive, étant donné que j'étais en somme seul juge de l'espacement des séances d'insufflation, qu'un motif urgent avait nécessité cette répétition des séances alors que pendant toute la période précédente je ne faisais pas

plus d'une insufflation tous les deux mois, et que par conséquent je ne pouvais être accusé de « tirer sur la corde ».

Dr S.

Réponse.

Le décret du 25 actobre 1922 est simplement ce que nous appelons le « tarif Maginot », que vous devez avoir chez vous. Quant au décret du 5 mars 1927, il y a là une erreur de date. En tout cas, en fin 1925, la Commission supérieure a adopté des conclusions par lesquelles : « les injections d'azote pour entretien d'un pneumothorax ne sont justiciables du prix de 100 francs que lorsqu'elles sont faites une fois par mois. Au cas où le médecin procéderait à des décollements parcellaires de la plèvre par des injections d'azote trop rapprochées, le tarif serait de 50 francs par injection par analogie avec la ponction de la plèvre ».

Et ces dispositions, dues à de véritables séries d'abus flagrants, il faut le reconnaître, furent ultérieurement entérinées par un additif au décret de 22 ci-dessus, peut-être en mars 1926 ; je ne sais, n'ayant pas sous la main l'additif lui-même.

F. D.

Fiscalité.

838. — Exemption de la majoration d'impôt des ménages sans enfants.

Je vous serai très reconnaissant de me renseigner sur le point de droit suivant et me donner la réponse dans le *Concours médical*, car elle peut intéresser vos lecteurs.

Les nouvelles lois fiscales prévoient l'exemption de la majoration de 10 % de l'impôt pour les ménages sans enfants, quand tous les enfants sont morts.

Une de mes clientes a eu cinq enfants morts au delà de 180 jours de grossesse.

Or le code civil admet qu'à la fin du 6e mois (180) le fœtus est viable.

Peut-on considérer cette malheureuse comme stérile ou comme mère de famille ?

Est-elle passible ou non de l'impôt ?

Dr S.

Réponse.

En présence des termes de la loi qui exonère de la majoration de 10 % « les contribuables dont tous les enfants sont morts », nous estimons que l'exonération doit être acquise sur la présentation d'un acte de décès d'un descendant, sans que l'Administration ait à rechercher si l'enfant est né vivant, ou non, viable ou non.

A. M.

873. — Certificat pour exonération de la taxe de luxe sur une chaussure orthopédique.

Le père d'un jeune enfant atteint de pied bot congénital, réclamant un appareil orthopédique, vient de me demander un certificat médical concluant à la nécessité de cet appareil, et ce, pour ne pas avoir à payer la taxe de luxe sur cette chaussure orthopédique. Le fabricant aurait, paraît-il, conseillé la chose au père.

Outre que je ne m'explique pas qu'un certificat médical puisse faire exonérer, en l'espèce, de la taxe de luxe, je vous serais obligé de bien vouloir me dire si un certificat de ce genre doit être rédigé sur une feuille de papier timbré. Dr G.

Réponse.

Pour éviter le timbre, il vous suffit de rédiger le certificat sous forme d'ordonnance.

A. M.

---

941. — Les dépenses de construction d'un garage ne peuvent être déduites des revenus professionnels.

Je vous serais obligé de vouloir bien me faire savoir au plus tôt si les dépenses occasionnées par la construction d'un garage ne peuvent pas venir en déduction des revenus professionnels. Le contrôleur me dit qu'il s'agit là d'une augmentation du capital foncier. Dr C.

Réponse.

Vous ne pouvez déduire à titre de dépenses professionnelles que la valeur locative du garage telle qu'elle sera déterminée par le contrôleur pour l'imposition à la contribution foncière.

A. M.

---

892. — Taux des prestations sur les automobiles.

J'ai deux voitures : 6 Renault et 11 Zedel.

N'utilisant pas, l'hiver, cette dernière qui est une voiture de promenade, je dépose durant le premier trimestre mon permis de circulation.

Cette voiture doit-elle acquitter des prestations au même titre qu'une voiture roulant toute l'année ?

Dr G.

Réponse.

La voiture restant en état de marche, la taxe des prestations est due pour l'année entière, bien que vous n'ayiez pas payé les droits de circulation pour le premier trimestre.

A. M.

---

875. — Patente d'un médecin employé.

En réponse à une demande de renseignements que je vous avais adressée en octobre, vous aviez eu l'obligeance de me répondre par lettre du 7 octobre : que vu ma situation de médecin n'exerçant que

comme aide dans l'établissement d'un de mes confrères, touchant des appointements fixes et n'ayant aucune clientèle particulière, je ne devais pas être imposé à la patente sur mon local d'habitation particulière.

Muni de votre lettre, j'ai rendu visite au contrôleur des contributions, mais celui-ci m'a objecté que pour faire valoir mes droits il aurait fallu :

1º Que je retire mon inscription sur les registres de la Préfecture, cette inscription me donnant droit d'exercer hors de l'établissement de mon confrère.

2º Que le médecin qui m'employait me déclare aux contributions en tant qu'employé, et ceci bien que mes appointements annuels fussent inférieurs à 7.000 francs.

Est-ce exact ? Ais-je un recours quelconque et que faudrait-il faire ?

Dr X.

Réponse.

La première condition exigée par le contrôleur est contraire aux prescriptions légales, attendu que le dépôt de votre diplôme reste obligatoire même si vous exercez en qualité d'employé.

D'autre part, votre employeur n'est pas tenu de déclarer les salaires inférieurs à 7.000 francs, à condition cependant que ces salaires s'appliquent à une année entière.

La deuxième condition n'est donc pas plus exigible que la première et nous vous conseillons de présenter une réclamation sur timbre au Préfet.

A. M.

1074. — Déduction des frais d'autos et de domestiques.

J'ai fait au contrôleur ma déclaration pour l'impôt cédulaire des revenus des professions non commerciales et fourni le détail par nature de mes frais généraux.

Dans ce détail, je fais figurer tous les frais occasionnés par mes deux autos pour l'exercice de ma profession, et l'amortissement calculé à 20 % de ces deux voitures.

Le contrôleur refuse d'admettre en déduction la totalité des frais occasionnés par mes deux autos, une seule, dit-il, pouvant être considérée comme instrument professionnel, et un seul amortissement pouvant être admis en déduction.

Or, j'exerce la médecine dans un petit chef-lieu de canton où il n'existe pas d'autre moyen de transport que l'auto et pas de loueurs de voitures. Mes deux autos me sont donc indispensables pour l'exercice de ma profession, et je ne m'en sers qu'exceptionnellement pour mes déplacements personnels occasionnels, ce que je puis prouver. Du reste elles ne sortent jamais toutes deux à la fois, puisque je suis seul à conduire.

Suis-je fondé à prétendre, ce qui est, que mes deux

autos sont instruments professionnels et dois-je en appeler à la commission consultative départementale ?

Sinon, sur laquelle des deux dois-je calculer l'amortissement ?

2° J'ai une bonne et un domestique qui assurent à la fois mon service personnel et professionnel ; pour quelle part puis-je faire entrer les frais occasionnés par eux, salaire et nourriture, dans les dépenses professionnelles ? Dr B.

Réponse.

Si le contrôleur n'admet pas vos arguments, nous vous conseillons, en effet, d'en appeler à la Commission départementale devant laquelle vous apporterez la justification de l'absence presque totale d'utilisation de vos voitures à un usage personnel.

En ce qui concerne les frais de domestiques, vous pourrez compter la moitié si l'un d'eux surtout, est, comme nous le supposons, employé au nettoyage de vos voitures.

A. M.

1070. — Patente d'un médecin d'eaux.

Exerçant durant *quatre mois* dans une station thermale et vivant le reste de l'année dans une grande ville où je n'exerce pas, je paye ma patente thermale sur la base d'un loyer de cinq mille francs. C'est le chiffre de ma location porté à mon bail.

Ne pourrais-je pas être imposé pour *moins de* 5.000 *fr.* puisque la villa que je loue comporte une partie médicale et une autre non médicale (dans le même immeuble). Mon bail indique cette distinction. Mais le contrôleur n'en tient pas compte.

Si je puis réclamer, comment, et dans quel délai, dois-je le faire ?

Dr X.

Réponse.

Dans la grande ville où vous n'exercez pas, vous ne devez pas être imposé à la patente ; mais par contre cette dernière est due sur la valeur locative totale des locaux professionnels et des locaux d'habitation que vous occupez pendant 4 mois dans la station thermale.

A. M.

Questions médico-militaires.

664. — Pension de réforme.

Réformé à 100 % pour tuberculose pulmonaire, à quel taux doit se monter ma pension actuellement, avec toutes les augmentations qui ont été votées depuis plusieurs années ? (1925-1926).

Je suis médecin aide-major *de* 1re *classe*, sans enfant. Dr N.

Réponse.

Comme médecin aide-major de première classe, premier échelon, réformé à 100 % pour tu-

berculose pulmonaire, vous avez droit à la pension d'officier de votre grade à 100% 3.650 fr.

Majorée de 80 % du taux de soldat	1.920 »
Plus indemnité de grand invalide	1.000 »
Plus indemnité aux tuberculeux ne pouvant travailler	5.000 »
Total	11.570 fr.

634. — Périodes d'instruction. Affectation.

Le directeur du S. S. me demande si je consens à faire cette année une période d'instruction, pour être proposable pour le deuxième galon.

1° Pensez-vous qu'il y ait avantage à obtenir de l'avancement dans la réserve, et cet avantage compense-t-il les inconvénients ? (frais, abandon prolongé de la clientèle, etc...)

2° N'ayant pas touché de première mise d'équipement lors de ma nomination d'aide-major, pourrai-je la toucher actuellement ?

3° Y a-t-il beaucoup de chances pour que mon affectation pour cette période se fasse selon mes desiderata, comme le laisse supposer le papier reçu ?

4° Ne pourrais-je pas demander une affectation dans un grand centre universitaire (Paris, par exemple), afin que ce temps militaire puisse m'être, professionnellement, de quelque profit ?

Dr X.

Réponse.

1° Nous pensons qu'il y a tout avantage pour vous à obtenir de l'avancement dans la réserve, d'autant plus que vous devriez néanmoins effectuer certaines périodes d'instruction.

2° Réclamez sans tarder votre première mise d'équipement à votre directeur du service de santé.

3° Oui, cependant une affectation certaine à Paris semble plus difficile à obtenir ; plus facile serait la désignation pour un autre centre universitaire.

843. — Indemnité de première mise d'équipement.

Démobilisé comme médecin auxiliaire en 1919, je fus sur ma demande nommé médecin aide-major en février 1924 ; existe-t-il pour les officiers de réserve une indemnité pour première mise d'équipement et dans l'affirmative où doit-on s'adresser pour en percevoir le montant ?

Dr B.

Réponse.

Il existe, en effet, une indemnité de première mise d'équipement pour les militaires, lorsqu'ils sont promus au grade d'officier.

Adressez-vous, pour la percevoir, au Directeur du Service de santé de votre région.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 16 — DIMANCHE 17 AVRIL 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR
ABONNEMENTS
France.......................... 45 fr
Etranger.. (voir conditions page IV)
Etudiants (France)........ 25 fr.
Le Numéro................ 1 fr.
C.P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1038-IV)

(*Suite du Sommaire*)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr D., la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 206. — A vend. 6 CV Renault 1925 cond. intér. 2/3 pl. pneus 730 130. Carburat. Cozette. 15.000 kil. Etat génér. absolument parfait, amortiss., essais à volonté. Bas prix. S'ad. le matin Toussaint, 32, rue Parmentier, à Neuilly (Tél. Wag. 51-11).

N° 207. — Préchacq-les-Bains. Hôtel 150 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos à Préchacq-les-Bains (Landes).

N° 208. — Int. hôp. Paris passant actuell. cliniques et thèse dem. poste à achet. ou à fonder.

N° 209. — Paris. Très belle s. à m. acajou massif, table 4 ral., buffet et desserte avec beaux marbres, 10 chaises. Visible tous les jours. Dr 27, rue Chaptal.

N° 210. — On dem. infirmière dipl. pour diriger clin. chirurgic. province.

N° 211. — Cab. Citroen 5 CV 1924, revu, parf. état, pneus confort dont 3 neufs, à vend. 9.500 fr. Dr Privat, à Chaville (S.-et-O.).

N° 212. — Banl. imméd. Paris, centre industr. import. client. méd. génér. et acc. trav. Appart. au 1er, plein centre, 1.500 fr. compt.

N° 213. — Salon 5 p. Louis XVI, noyer sculpté à vendre, conviendr. pour salon attente.

N° 214. — On rech. d'occas. un électro-vibreur de Bergonié. Faire offres au Dr Colle, hôpit. Darcy à Hénin-Liétard (P.-de-C.).

N° 215. — A vend. cause double empl. 9 CV Chenard et Walcker 1923, très bon état, 4 amort. 10.500 fr. Dr Béraud à Loué (Sarthe).

N° 216. — A vend. appar. de haute fréqu. Rupalley avec cautère et lumière, état neuf : 550. Carbonnell à Meudon (S.-et-O.).

N° 217. — Belle plage Coutainville (Manche). A louer: 1° maisonnette terr. clos, eau pot., 1 min. centre place et tous fourniss., 2 p. et cuis., 4 lits : saison : 1.450 fr. ou au mois. Chamb. suppl. 2° Logem. rez-de-ch. mêmes prox. 2 ou 3 pet. chamb. et cuis. pour 2 ou 3 pers. au mois, prix mod. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris, 15e.

N° 218. — Excell. infirmier, très expérim., âgé de 45 ans, cherche emploi dans rég. lyonnaise.

N° 219. — Nord-Ouest, proxim. imméd. ville, import. agglomérat., seul méd., excell. poste à céder d'urg. avec facil. de paiement. Belle et grande mais. vue sur la mer. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36.46.

N° 220. — Paris, clin. méd. générale et A.T., rapp. 80.000 loyer, 3.000, à céder 60.000 à débatt. (install. comprise). S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 221. — Jne conf. fatigué rech. poste avec fixe ou dans stat. thermale.

N° 222. — Banlieue. Poste 1er ordre, à céder, pouconvenir à ancien interne des hôp. Rapport 100.000 fr.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.**— M. Gley lit une lettre de M. F. Balzer, qui, atteint d'une affection très douloureuse et de longue durée, se voit contraint de donner sa démission de vice-président de l'Académie.

— **Banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine.** — Le septième banquet annuel du S.M.S. aura lieu le *mercredi 4 mai, à 7 h. 1/2 du soir, à l'Hôtel Lutetia*, 43, boulevard Raspail, sous la présidence de notre confrère syndiqué, M. le Pr Cunéo. Prix : 38 francs (Service compris). Tenue : smoking ou costume de ville.

Le banquet sera suivi d'un bal, avec jazz-band, qui durera de 10 h. à minuit. Entre le banquet et le bal, aura lieu un agréable intermède : « Un *quart d'heure d'illusions* », par le Dr Dhotel. Tous nos confrères, ainsi que leur famille, sont très spécialement invités à assister, soit au banquet, soit au bal, et aux deux si possible.

Prière d'envoyer son adhésion au plus tard le 27 avril, au Secrétariat du S.M.S.

— **Les Journées médicales Bruxelloises de** 1927 s'ouvriront, ainsi que nous l'avons annoncé, le samedi 24 juin. C'est M. le Dr Pierre Mauriac, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, qui fera la conférence inaugurale.

Aux noms des conférenciers déjà publiés il y a lieu d'ajouter les noms de M. le Dr Snaffer, professeur à la Faculté de médecine d'Amsterdam, et de M. le Dr Benoît Dujardin, agrégé de l'Université de Bruxelles.

— **Le centenaire de Villemin.** — Un Comité vient de se constituer pour célébrer en octobre prochain le centenaire de la naissance de Villemin. Alors qu'il était professeur agrégé au Val-de-Grâce, Villemin fut le premier à établir l'inoculabilité de la tuberculose (1865).

— **Le Centenaire de l'Université catholique de Lille.** — Sous la présidence de son Eminence le Cardinal Charost, Légat du Pape, Archevêque de Rennes, ancien Chancelier, les fêtes du Cinquantenaire de l'Université catholique se sont déroulées, à Lille, les 26 et 27 mars, au milieu d'une grande affluence.

De nombreux médecins, anciens élèves de la Faculté libre de médecine de Lille y assistaient. De toutes les Universités catholiques de France, celle de Lille seule possède une Faculté de médecine et de pharmacie.

— **Exposition du livre, à Moscou.** — M. Ingber, agent à Paris, du « Livre international », qui est officiellement chargé par le gouvernement de l'U.R.S.S. de la centralisation des achats de livres fran-

çais pour la Russie, fait connaître qu'une exposition internationale du livre doit avoir lieu à Moscou en avril.

La « Maison du Livre », 4, rue Félibien, Paris VIe, est la mandataire du « Livre International », pour ces achats. Le choix porte uniquement sur des ouvrages et publications périodiques de médecine, de science et de technologie.

— **Pour l'étude de l'encéphalite léthargique.** — M. J. Pierpont Morgan vient de faire un don de 200.000 dollars à l'Institut neurologique américain pour qu'il entreprenne l'étude de l'encéphalite léthargique.

— **Paris.** *Médecins de l'état-civil.* — Sont nommés médecins de l'état-civil du XIe arrondissement : MM. Fouineau et Cart.

— **Hôpitaux de Nantes.** — Un concours pour une place de *médecin suppléant* des hôpitaux sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 20 juin.

— **Distinctions honorifiques.** — Le Dr Paul Sollier, de Paris, professeur à l'Institut des Hautes-Etudes de Belgique, et vice-président de cet institut, vient d'être nommé Commandeur de l'Ordre de Léopold. Toutes nos félicitations cordiales à notre très distingué confrère et ami.

G. D.

— **Annuaire médical et pharmaceutique Palissier.** — *L'édition de* 1927 *vient de paraître.* Docteurs, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, hôpitaux, etc. Paris, Seine, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Villes de Faculté, 368 pages, in-8°. Palissier, 10, rue Versigny, Paris. Ch. post. Paris 717.90. (Prix : 15 fr.)

A TRAVERS L'OFFICIEL

1er *avril*

Enseignement de la Médecine.

L'avis de vacance d'un emploi d'agrégé de médecine à la Faculté de Nancy, publié au *Journal officiel* du 15 mars, est annulé.

2 *avril*

Stations hydrominérales, climatiques et de tourisme.

Taxes en sus des taxes de séjour.

Par arrêté du 29 mars 1927, la taxe additionnelle à percevoir, en sus de la taxe de séjour, dans les stations hydrominérales, climatiques et de tourisme, en exécution des articles 18 et 19 de la loi du 24 septembre 1919 est fixée, pour l'année 1927, aux taux ci-après :

40 p. 100 dans les stations suivantes où le produit

net de la taxe principale n'a pas dépassé 20.000 fr. pendant l'année 1926 :

Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). Alet (Aude). Allos (Basses-Alpes). Annemasse (Haute-Savoie). Annot (Basses-Alpes). Audinac-les-Bains (Ariège). Bastia (Corse). Betpouey-Barèges (Hautes-Pyrénées). Binic (Côtes-du-Nord). Bormes (Var). Bussang (Vosges). Cambo-les-Bains (Hautes-Pyrénées). Chambéry (Savoie). Le Chambon-sur-Lignon (Haute-Loire) Chaudesaigues (Cantal) Condat-en-Feniers (Canta). Constantine (Algérie). Durtol (Puy-de-Dôme). Gréoux-les-Bains (Basses-Alpes). Lacaune (Tarn). Laveissière (Cantal). Loures-Barousse (Hautes-Pyrénées). Lyons-la-Forêt (Eure). La Nouvelle (Aude). Marly-le-Roi (Seine-et-Oise). Martigny-les-Bains (Vosges). Menthon-Saint-Bernard (Haute-Savoie). Mimizan (Landes). Montlouis (Pyrénées-Orientales). Murat (Cantal). Odeillo-Via (Pyrénées-Orientales). Passy (Haute-Savoie). Portlouis (Morbihan). Pralognan (Savoie). La Roche-Posay (Vienne). Salins (Jura). Sallanches (Haute-Savoie). Servoz (Haute-Savoie). Sorèze (Tarn). Saint-Agrève (Ardèche). Saint-Eugène (Algérie). Saint-Flour (Cantal). Talloires (Haute-Savoie). Tréguier (Côtes-du-Nord). La Turbie (Alpes-Maritimes). Vals (Ardèche). Vallorcine (Haute-Savoie). Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes). Le Vésinet (Seine-et-Oise).

15 p. 100 dans les stations suivantes où le produit net supérieur à 20.000 fr. n'a pas dépassé 50.000 fr. pendant l'année 1926 ou dans lesquelles la taxe n'a pas été perçue pendant une année entière :

Ajaccio (Corse). Allevard (Isère). Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales). Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées). Bains-les-Bains (Vosges). Beausoleil (Alpes-Maritimes). Biskra (Algérie). Bougie (Algérie). Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne). Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire). Bourbon-l'Archambault (Allier). Briançon (Hautes-Alpes). Cap-d'Ail (Alpes-Maritimes). Capvern (Hautes-Pyrénées). Carcassonne (Aude). Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées). Enghien (Seine-et-Oise). Etables (Côtes-du-Nord). Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure). Granville (Manche). Grau-du-Roi (Gard). Grasse (Alpes-Maritimes). Hauteville-en-Bugey (Ain). Le Lavandou (Var). Lion-sur-Mer (Calvados). Luc-sur-Mer (Calvados). Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées). Luxeuil (Haute-Saône). Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin). Ouistreham (Calvados). Palavas-les-Flots (Hérault). Pléneuf (Côtes-du-Nord). Rambouillet (Seine-et-Oise). Saint-Cast (Côtes-du-Nord). Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise). Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre). Saint-Martin-Vésubie (Alpes-Maritimes). Sainte-Maxime (Var). Saint-Servan (Ille-et-Vilaine). Salies-du-Salat (Haute-Garonne). Sanary (Var). Soulac-sur-Mer (Gironde) Stella-Plage, commune de Cucq (Pas-de-Calais). Thonon (Haute-Savoie). Trébeurden (Côtes-du-Nord). Trégastel (Côtes-du-Nord). Vence (Alpes-Maritimes). Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales).

20 p. 100 dans les stations suivantes où le produit net a dépassé 50.000 fr. pendant l'année 1926 :

Aix-les-Bains (Savoie). Alger (Algérie). Annecy (Haute-Savoie). Arcachon (Gironde). Avignon (Vaucluse). Ax-les-Thermes (Ariège). Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées). Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne). Bagnoles-de-l'Orne (Orne). Bandol (Var). Bayonne (Basses-Pyrénées). Beaulieu (Alpes-Maritimes). Berck (Pas-de-Calais). Biarritz (Basses-Pyrénées). La Bourboule (Puy-de-Dôme). Brides-les-Bains (Savoie). Cabourg (Calvados). Cannes (Alpes-Maritimes). Cauterets (Hautes-Pyrénées). Chamonix (Haute-Savoie). Châtelguyon (Puy-de-Dôme). Contrexéville (Vosges). Dax (Landes). Deauville (Calvados). Dieppe (Seine-Inférieure). Dinard (Ille-et-Vilaine). Divonne-les-Bains (Ain). Etretat (Seine-Inférieure). Escoublac-la-Baule (Loire-Inférieure). Evian (Haute-Savoie). Fontainebleau-Avon (Seine-et-Marne). Gérardmer (Vosges). Grenoble (Isère). Hendaye (Basses-Pyrénées). Hyères (Var). Houlgate (Calvados). Lamalou-les-Bains (Hérault). Lyon (Nord). Menton (Alpes-Maritimes). Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme). Néris (Allier). Nice (Alpes-Maritimes). Paramé (Ille-et-Vilaine). Pau (Basses-Pyrénées). Perros-Guirec (Côtes-du-Nord). Plombières (Vosges). Pornichet (Loire-Inférierure). Quiberon (Morbihan). Roquebrune-Cap-Martin (Alpes-Maritimes). Royan (Charente-Inférieure). Royat-Chamalières (Puy-de-Dôme). Les Sables-d'Olonne (Vendée). Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées). Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Saint-Jean-Cap-Ferrat (Alpes-Maritimes). Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées). Saint-Gervais (Haute-Savoie). Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme). Saint-Lunaire (Ille-et-Vilaine). Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord). Saint-Raphaël (Var). Le Touquet-Paris-Plage (Pas-de-Calais). Trouville (Calvados). Uriage-les-Bains (Isère). Vichy (Allier). Villers-sur-Mer (Calvados). Vittel (Vosges). Wimereux (Pas-de-Calais).

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Impôt sur deux automobiles qui ne sortent pas en meme temps.

7984. — M. Calmel, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances si un médecin exerçant à la campagne dans une région assez étendue, qui a acheté une automobile de 5 CV, pour remplacer, pendant les réparations nécessaires, celle de 10 CV qu'il utilise pour visiter sa clientèle, doit, étant donné qu'il n'y a jamais qu'une seule voiture en service, être imposé pour les deux, ou s'il ne suffirait pas que ce médecin soit seulement imposé pour la plus forte, la plus faible étant une voiture de remplacement. (*Question du 5 mars* 1927.)

Réponse. — Le contribuable qui, possédant deux automobiles, se sert indifféremment de l'une et de l'autre, doit l'impôt sur les deux voitures, alors même que celles-ci ne sortiraient pas simultanément. Tou-

tefois, quand les mutations ne présentent pas un caractère marqué de fréquence ou de périodicité, l'administration admet que l'impôt puisse frapper uniquement le véhicule de la plus forte puissance.

(*J. O.*, 30 mars 1927.)

FAITS CLINIQUES

Zona et varicelle

Permettez-moi d'apporter ma modeste contribution à votre enquête : zona et varicelle.

Il y a quelques mois, j'ai eu l'occasion de donner mes soins à une femme de 60 ans, présentant un zona intercostal très tenace et très douloureux, qui a duré plusieurs semaines. Moins d'un mois après la fin de l'éruption, je suis rappelé chez la même malade, mais cette fois pour son petit-fils âgé de 19 mois qui présentait une magnifique varicelle.

J'ai observé depuis, dans la même localité, d'autres cas de varicelle, mais dans le cas relaté ci-dessus, il y a une coïncidence assez troublante qui peut laisser supposer que zona et varicelle ne seraient que des manifestations différentes d'une seule et même affection.

Dr M. Arnoux.
(Baccarat, M.-et-M.)

DÉONTOLOGIE

Un spécialiste peut-il avoir des cabinets multiples et faire des consultations à jours fixes, dans plusieurs localités ?

Est-il déontologiquement licite le fait, pour un spécialiste d'une grande ville, de se rendre dans une autre ville de moindre importance, à jours fixes, pour y donner des consultations, dans le cadre de sa spécialité, et même opérer des malades ?

Cette question met en présence plusieurs intérêts.

D'abord, au point de vue des malades, il est très utile que la science spécialisée puisse se diffuser le plus possible. Le médecin vient ainsi, à jours fixes, proposer ses soins à qui veut les demander, sans que le client soit obligé à de grands déplacements.

Economie de temps, d'argent, pour le malade, cependant que ce dernier est incité à consulter plus facilement, pour des maladies à leur début, sans craintes de laisser aggraver le mal, par suite de négligence ou de difficultés pour consulter qui de droit.

Les gens peu fortunés peuvent, de la sorte, obtenir des soins , que, sans le déplacement du médecin à jour fixe, ils n'auraient pas eu les moyens d'obtenir.

Mais en revanche, le client peut laisser aggraver son mal, comptant sur la visite du docteur. Beaucoup d'affections ont besoin d'un traitement immédiat, qui ne peut être remis au lendemain.

Cependant, escomptant une économie, le malade ou son entourage peut retarder l'appel du médecin, estimant pouvoir patienter jusqu'au jour où celui-ci doit venir pour sa consultation régulière.

L'intérêt médical est différent : il est bien certain qu'avec l'automobile, les tournées médicales ne sont qu'un jeu. Les distances sont-elles grandes, que les chemins de fer permettent des déplacements faciles entre deux grandes localités, pour que le spécialiste puisse ainsi desservir deux clientèles.

Mais, si les tournées médicales de médecine générale ont été souvent interdites par les syndicats médicaux locaux (alors cependant qu'elles sont tolérées par d'autres groupes professionnels : question d'habitudes locales), le problème se présente d'une manière un peu différente, en ce qui concerne les spécialistes : chirurgiens, urologues, oto-rhino, stomatologistes, etc.

L'art médical se décentralise beaucoup : alors que jadis la chirurgie et la spécialité étaient l'apanage des grands centres, on voit aujourd'hui s'installer des spécialistes dans des villes secondaires, voire même dans des chefs lieux de canton.

Aussi, au point de vue déontologique, convient-il de considérer si la venue régulière du spécialiste gêne ou non un confrère, exerçant la même spécialité, mais résidant dans la localité.

Si ce spécialiste n'existe pas, si par exemple un ophtalmologiste de grande ville a l'intention de venir une ou plusieurs fois par mois dans une autre ville, à quelques dix ou cent kilomètres, alors que, dans cette localité n'exerce aucun confrère oculiste, ces visites à jour fixe rendront service à la clientèle, au spécialiste lui-même et aux confrères exerçant la médecine générale ; ces derniers pourront ainsi faire soigner leurs clients et avoir des consultations avec le confrère spécialisé.

Mais, existe-t-il déjà un praticien, exerçant la même spécialité et résidant dans la ville, que la venue du confrère de la grande cité voisine peut être considérée comme une concurrence antidéontologique.

Je sais bien qu'on peut soutenir que, dans l'intérêt primordial des malades, il peut être utile qu'il n'existe aucun monopole dans l'art de guérir.

Cependant, cette objection n'est pas très sérieuse d'autant que, si un client n'est pas content du spécialiste de la localité, il peut parfaitement se déplacer pour aller consulter ailleurs.

Avant toute chose, les médecins ne peuvent pas exercer leur art selon les coutumes en usage

chez les épiciers. Concurrence, certes, mais concurrence loyale, déontologique, comme il convient à des hommes de science.

En effet, la venue régulière du spécialiste conduira ce dernier à voir, dans son cabinet temporaire, des clients de son confrère spécialiste, établi dans la ville. Le médecin ambulant sera presque amené à contrôler les diagnostics et les traitements de l'autre praticien.

Car les malades sont coutumiers du fait : ils aiment beaucoup à voir plusieurs médecins, à l'insu les uns des autres, à seule fin de voir si tous diront la même chose.

Or, chacun de nous expose sa manière de voir, avec des termes différents : le client en conclut bien vite que les docteurs ne sont jamais du même avis, alors même qu'un diagnostic identique sera énoncé soit en termes scientifiques, soit en expressions tirées du langage courant.

Autre conséquence néfaste, l'abaissement des prix, tant des consultations que des interventions. Par sa venue régulière, le spécialiste de grande ville aura tendance à faire baisser les prix demandés par le médecin de la ville, car, pour défendre son gagne-pain, celui-ci sera obligé de se montrer très modéré.

Aussi, convient-il de régler ces questions ; localement, par des discussions en syndicats.

Qu'il existe ou non un confrère, exerçant la spécialité dans la ville, le docteur, qui veut établir des cabinets multiples, agira sagement, en s'abouchant d'abord avec le syndicat local.

Le groupe professionnel donnera son impression tant au point de vue de l'intérêt de la clientèle, qu'au regard de la bonne harmonie entre confrères, pour le bon renom de la profession.

Certes, pourra-t-on m'objecter, le syndicat peut être accusé de partialité ; il voudra probablement ménager les intérêts du médecin spécialiste déjà établi dans la ville ; il aura donc tendance à déconseiller le cabinet momentané et temporaire que se propose d'établir le praticien de la grande ville voisine.

Nous pouvons répondre qu'en effet aucune loi ne peut actuellement restreindre la liberté d'exercer la médecine pour quiconque est titulaire du diplôme de docteur en médecine.

Aucune loi, non plus, ne rend le syndicat obligatoire.

Dans ces conditions, l'opinion émise par le syndicat n'est qu'un avis et non pas un ordre, sauf si le confrère étranger à la localité fait partie de son syndicat local, ou d'un groupe de spécialistes.

Néanmoins, un spécialiste ne peut faire des affaires que si ses confrères lui adressent des clients. Sinon, sa vogue ne durera pas longtemps.

Dédaignant les avis du syndicat, il se mettra

Voir la suite page LV-1093

PROPOS DU JOUR

Du Pilori au Pinacle.

Avec l'affaire Bougrat les médecins ont connu l'humiliation du pilori. Ce singulier docteur, sur l'intégrité de l'état mental duquel nous ne pouvons nous défendre de garder quelques doutes, en dépit de toutes les apparences, après avoir très bien commencé a vraiment trop mal fini. La guerre, le mauvais génie d'une goule sans cœur, peut-être l'usage de toxiques, ont sans doute contribué à cette transformation ? A-t-il assassiné ? La preuve irrécusable n'en a pas été faite. Et si MM. les Magistrats adoptaient, comme les savants, la méthode qui ne permet pas d'affirmer sans certitude, peut-être l'administration sereine de la justice y gagnerait quelque chose. Le savant s'objective, il oublie qu'il est un homme. Le magistrat trop souvent est subjectif, il reste homme avec toutes ses passions, tous ses préjugés, toutes ses préventions. Cela éclata manifestement à l'audience de la Cour d'Aix où l'avocat général, ne pouvant admettre les constatations des experts qui ruinaient son système d'accusation, s'oublia jusqu'à qualifier le résultat de leur expertise de *charabia de savants*. Certes, un homme qui considère *a priori* un accusé comme un coupable et, ce qui est plus grave, en est intimement convaincu, ne peut comprendre le savant qui n'admet rien sans preuve irréfutable. Le langage des professeurs Barral et Desgrez, hommes de haute conscience et de grande science, ne pouvait évidemment être pour lui qu'un incompréhensible « charabia de savants ». Le jury, plus prudent et mieux inspiré, tout en condamnant, s'en est tiré en admettant les circonstances atténuantes ; en son âme et conscience il n'a pas voulu, sans preuves absolues, causer l'irrémédiable.

Cette macabre affaire du Dr Bougrat a fait évoquer par la Presse, des crimes analogues. L'un des plus curieux nous est signalé par notre excellent correspondant, l'érudit docteur Paul Noury, de Rouen. C'est l'affaire dite du *Médecin à la corde* qui, il y a 80 ans, passionna la capitale de la Normandie. M. Dervins vient d'exposer à Rouen, dans son intéressant *Petit Musée de la Rue* de la Ganterie, les documents, gravures, estampes populaires, articles de journaux ayant trait à cette affaire, et jusqu'à une complainte, illustrée de bois curieux, dont les couplets sont dus à l'inspiration du fameux « canardier » rouennais, Duchesne — qui n'a rien de commun avec notre ami et co-rédacteur en chef. Thibert, le *Médecin à la corde*, était bien supérieur à Bougrat ; d'abord il n'était pas docteur, puisqu'il exerçait illégalement la médecine ; ensuite il ne se contentait pas d'une seule victime. Il racolait les vieillards impotents, leur passait une corde au cou sous prétexte de les guérir et les volait une fois étranglés. C'est ainsi qu'en 1843, il commit deux assassinats de ce genre qui le firent condamner à mort et exécuter à Rouen le 28 avril 1844 par le bourreau d'Evreux (G. Dubosc, *Journal de Rouen*, 30 mars 1927).

***

Notre confrère Noury n'a pas voulu nous laisser sous la pénible impression du médecin à la corde et pour la corriger, il a bien voulu y joindre une coupure de l'*Education mutualiste* qui donne le portrait de notre confrère M. le Dr Cauchois, au milieu de sa nombreuse et florissante famille.

Le Dr André Cauchois, Président de la Ligue des Familles nombreuses de Rouen, mérite certes d'être donné en exemple. Le Dr André Cauchois n'est pas de ces célibataires ou de ces époux stériles qui vont dans les Congrès faire de beaux discours sur la natalité en prêchant la repopulation par les autres. Il est l'heureux père de *onze* beaux enfants vivants dont le dernier est né en 1927. Simple praticien, très estimé, il est un philanthrope et un apôtre de la natalité. La ligue qu'il a fondée et qu'il préside réunit 1.600 familles rouennaises. L'Académie de Rouen vient de lui ouvrir ses portes, mais nous gagerions bien que le Dr André Cauchois n'est pas chevalier de la Légion d'honneur ; onze enfants qu'un médecin praticien a le courage de vouloir nourrir et bien élever par ces temps difficiles, ne sont pas des titres suffisants à une distinction honorifique.

Et puisque pour nous consoler du médecin

déchu, cloué au pilori, nous avons cherché quelques nobles figures de praticiens à porter au Pinacle, nous nous plaisons à relever dans le *Petit Parisen* le passage suivant des déclarations qu'a faites M. Steeg, résident général, à M. Raymond de Nys au sujet de la disette qui a récemment décimé le Sud Marocain :

« Nos médecins, a dit M. Steeg, se sont dépensés avec une générosité qui est au-dessus de l'éloge. L'un d'eux, le Dr DAYNES, de Rabat, père de trois enfants, vient même de succomber dans l'accomplissement de son devoir. Je salue ici sa mémoire. »

Le Conseil général de l'Association des médecins de France va proposer à la prochaine Assemblée générale la création d'un Livre d'or du Corps médical français. On peut dès ce jour ouvrir ce Livre, ses pages ne resteront pas longtemps blanches.

J. NOIR.

Le Dr André Cauchois a des émules ; nous venons de recevoir une lettre de faire-part de la naissance du cinquième enfant de notre distingué confrère, le Dr René Biot, de Lyon. Nos bien sincères félicitations et nos meilleurs souhaits à M. et Mme R. Biot.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DU TRAITEMENT KINÉSIQUE EN GYNÉCOLOGIE

(Méthode de Thure-Brandt.)

Par le Dr P. KOUINDJY,

Ancien chef des services de Rééducation à la Salpêtrière, de Physiothérapie au Val-de-Grâce.

C'est grâce aux travaux de Profanter, de Vienne, et de Stapfer, de Paris, que la méthode de Thure-Brandt, de Stockholm, est devenue une thérapeutique rationnelle d'une foule d'affections gynécologiques. Mais l'historique de cette méthode et la façon dont elle finit par prendre corps est très instructive et nous prenons la liberté de la citer aussi brièvement que possible.

Thure-Brandt était un simple élève-gymnaste de l'Institut Royal Central de Stockholm, fondé par Ling, le célèbre fondateur de la gymnastique suédoise. Placé comme gymnaste à Norrkœping, Th. Brandt eut l'occasion, en 1847, de réduire un prolapsus rectal chez un soldat, qui en fut pris subitement. « Il n'y avait pas de médecin dans le voisinage, raconte-t-il dans son livre sur le traitement des maladies des femmes, et ignorant comment les médecins traitent de semblables cas, j'eus l'idée de placer le malade dans la position demi-couchée, de pousser ma main droite dans l'hypogastre gauche, profondément, vers le fond du bassin, tout en bas, puis de tirer en dedans et en haut, en exécutant une vibration douce simultanée. Mon but était d'atteindre au-dessous du point de flexion du gros intestin et de tirer à l'intérieur du bassin le rectum qui en était issu. » Le soldat guérit sur-le-champ et la méthode appliquée chez de nombreux enfants atteints de prolapsus rectal chronique fut couronnée de succès. En 1861, après avoir parcouru le travail du Dr Liedbeck sur les prolapsus utérins, Thure-Brandt eut l'idée d'appliquer les manœuvres utilisées plus haut au traitement de cette affection. Les résultats étaient excellents ; les deux premières malades traitées de la sorte eurent des enfants : l'une dans l'année qui suivit la cure et l'autre cinq ans plus tard. Ces cures servirent à la réputation de la méthode Thure-Brandt parmi les malades chroniques et classées comme incurables, qui vinrent en masse chercher un soulagement chez le gymnaste de la petite ville suédoise, où il a exercé sa profession du professeur de gymnastique.

Dépourvu d'une éducation médicale et d'une instruction supérieure, Thure-Brandt fut dans l'impossibilité d'imprimer à sa méthode la conception scientifique, même élémentaire. Il a fallu l'intervention des hommes, comme le prof. Hartélius et le Dr Nissen, de Stockholm, pour empêcher le massage gynécologique de tomber dans le néant.

Le premier ouvrage de Thure-Brandt paru en français porte un titre assez pittoresque, qui caractérise bien la conception empirique que l'au-

teur lui-même avait de sa remarquable découverte. : « La nouvelle méthode gymnastique et *magnétique* pour le traitement des organes du bassin et principalement des affections utérines » (1868). Ainsi, Thure-Brandt croyait que les manœuvres massothérapiques et les mouvements décongestionnants qu'il appliquait pour soulager ses malades n'étaient qu'une sorte de magnétisme, qu'il communiquait par ses manipulations patientes et méthodiques à l'utérus affecté et à ses annexes malades. Plus tard, sous l'influence des hommes compétents, il changea son opinion. En 1880, parut son travail sur le « Traitement gymnastique médical des affections du bas-ventre de la femme », et en 1890, son volume sur le « Traitement des maladies des femmes », traduit en français par les docteurs von Sneidern et Stapfer. C'est, dans ce dernier ouvrage que Thure-Brandt expose sa méthode kinésique et les applications qu'il en a faites dans un très grand nombre de cas, c'est également ce travail, qui va nous servir à décrire la méthode de la kinésithérapie gynécologique de Thure-Brandt.

Un des points principaux de la méthode comprend la position de la malade pendant le traitement : la position demi-couchée est celle qui convient le mieux pour l'exploration de la malade et pour l'exécution du traitement kinésique gynécologique

La malade est couchée sur un plint de 150 cm. de long sur 60 cent. de large et de 35 cent. de haut ; la partie supérieure du plint est formée de deux portions, dont une, de 65 cent., est mobile et l'autre, de 85 cent., fixe. La portion mobile est inclinée sous un angle de 60° et soutenue par un support au moyen d'une crémaillère fixée à la face inférieure de la portion mobile.

De cette façon, lorsque la malade est couchée sur le plint, elle a ses épaules et sa tête soulevées ; les jambes sont fléchies et les pieds posés à plat et aussi près que possible du bassin. Pour empêcher la malade de contracter ses muscles abdominaux et pour pénétrer plus profondément dans le bassin, il faut recommander à la patiente de soulever chaque fois son siège, en contractant ses muscles fessiers.

Le médecin se place du côté gauche de la malade sur un tabouret, qui dépasse la chaise longue (le plint) de cinq centimètres. « Je me place, dit Thure-Brandt dans son travail cité plus haut, de façon que l'angle de la chaise-longue tienne entre mes genoux écartés. Le pied gauche de la malade passe sous mon jarret. Plus on approche le tabouret de la chaise-longue, moins on a besoin de se pencher en avant ; grand avantage, grâce auquel la main droite acquiert une force plus grande et plus persévérante, avec moins de fatigue... Je passe le bras gauche sous la cuisse gauche de la malade et je pénètre dans le vagin ou dans l'anus. Je me sers d'un seul doigt. »

Grâce à cette disposition réciproque du médecin et de la malade, l'exploration devient facile et le massage bimanuel sans aucune difficulté. Le doigt qu'on introduit dans le vagin est l'index induit de vaseline stérilisée ; les autres doigts restent en extension ; les trois derniers doigts dans le pli interfessier et le pouce un peu avant le vestibule. Le coude gauche du médecin s'appuie sur sa cuisse gauche, ce qui lui permet de soulager ses muscles dorsaux et de fournir à l'index introduit dans le vagin plus de force. Nous reproduisons ici une figure de notre éminent confrère et ami, le Dr Bourcart, de Genève, qui rend compréhensible la position de la main gauche et ses rapports avec les principaux organes du bassin de la femme. (Fig. 1).



Fig. 1. — Position de Thure-Brandt pour l'examen du bassin et des organes génitaux de la femme.

Pendant ce temps, la main droite comprime légèrement, et d'une façon graduelle, la paroi abdominale de la malade, cherche à se mettre en contact avec l'index gauche introduit dans le vagin, palpe, masse et explore les tissus, qui se trouvent entre la pulpe des quatre doigts de la main droite et celle de l'index gauche.

La position de Thure-Brandt, telle que nous venons de la décrire, sert, d'après Stapfer, pour explorer le col de l'utérus, son corps, les culs-de-sac postérieurs et latéraux et les parois vaginales correspondantes.

Pour l'exploration de la paroi vaginale et le cul-de-sac antérieur, on peut utiliser la position classique, employée ordinairement en gynécologie.

Pour compléter l'examen gynécologique de la malade, il est nécessaire de procéderr à l'exploration des organes génitaux de la femme dans la position debout ; pour ce faire, la patiente pose son pied droit sur un tabouret assez haut ou sur la chaise longue. De cette façon, son corps est supporté par la jambe gauche ; le médecin placé de son côté gauche, pénètre dans le vagin avec l'index gauche ; le coude gauche appuyé sur sa cuisse gauche, ce qui lui fournit un soutient solide et un moyen d'enfoncer son index le plus profon-

→→

dément possible ; la main droite du médecin est placée sur le sacrum de la malade et la main gauche de celle-ci sur l'épaule du médecin. La position debout sert également à procéder au toucher rectal et donne la possibilité de se rendre compte des rapports existants entre les organes génitaux de la femme et le rectum, lorsqu'elle est sur ses pieds. Cette exploration gynécologique de la femme est de beaucoup inférieure à celle faite dans la position de Thure-Brandt et de nombreux kinésithérapeutes ne s'en servent que pour compléter leur diagnostic. « Il n'y a pas d'investigation génitale complète, sans toucher rectal », dit Stapfer.

Le toucher rectal se fait avec l'index en pleine extension, qui est introduit lentement dans le rectum, le pouce placé dans le vagin ; les trois autres doigts fléchis, ce qui permet de palper le cul-de-sac Douglas, les annexes prolabées, le fond de l'utérus fléchi ou versé, les ligaments utéro-sacrés et la base des ligaments larges. En s'aidant de la main droite placée sur l'abdomen de la malade, on peut ainsi procéder à l'exploration recto-abdominale bimanuelle et se rendre compte de la réductibilité de l'utérus dans les cas de rétro- et antéro-version. Toute exploration gynécologique doit se combiner avec les manœuvres massothérapiques, qui, par leur action sédative, donnent la possibilité de pousser l'exploration aussi loin que possible. Le massage assouplit les tissus environnant le corps de l'utérus et permet à l'index introduit dans le vagin de se rendre compte de l'état dans lequel se trouvent les organes accessoires de la matrice. Par conséquent, pour mener à bien l'exploration gynécologique, il faut mettre la malade en position de Thure-Brandt, introduire l'index gauche, tantôt dans le vagin, tantôt dans le rectum, et au moyen de la main droite placée sur l'abdomen, exécuter des manœuvres massothérapeutiques légères et courtes, afin de rendre les investigations de l'index gauche plus complètes. Tels sont les avantages cliniques de l'examen gynécologique tiré de la position de Thure-Brandt.

Quant à la méthode kinésique de Thure-Brandt, elle se compose de trois parties :

1° La réduction des positions vicieuses des organes génitaux de la femme.

2° Le massage gynécologique et le massage général, et

3° La gymnastique, congestionnante et décongestionnante, des organes malades.

La réduction de l'utérus se produit par des manœuvres de mobilisation, dont le but est de remettre l'organe à sa place naturelle. « J'entends, dit Stapfer, par utérus réductible, l'utérus qui occupe la ligne médiane, ou se laisse placer sur elle sans difficulté ; dont par le toucher, on soulève en totalité le fond, que les doigts de la main libre, par un procédé quelconque, mais exempt de violence, conduisent ensuite vers le pubis. » Un utérus réduit a son fond incliné vers la symphyse, la face antérieure penchée en avant et nettement parcourue par le doigt, qui se trouve dans le vagin. Lorsque la paroi abdominale est dépressible, sa face postérieure peut être parcourue du col de l'utérus jusqu'aux cornes avec la main placée sur l'abdomen.

Dans la méthode de Thure-Brandt, on utilise plusieurs façons d'exécuter cette réduction :

1 ° *Procédé recto-vaginal* : l'index gauche introduit dans le rectum aussi haut que possible, exerçant sur l'utérus des pressions douces et d'une façon progressive, pousse d'abord son fond en haut et en avant, puis, en avant et en bas ; pendant ce temps, le pouce gauche introduit dans le vagin pousse le col de l'utérus en arrière et en haut. Le fond de l'utérus décrit ainsi un arc de cercle en haut et en avant. Avec la main libre placée sur l'abdomen on maintient l'organe quelques instants ; ce qui lui permet de se fixer dans sa position normale.

Parfois cette manœuvre ne réussit pas d'un seul coup et on est obligé de la répéter plusieurs fois de suite. D'autres fois, on est obligé de réduire l'utérus debout et de faire coucher la malade, d'abord, sur le ventre, ensuite, sur le dos, tout en maintenant l'organe dans la position réduite au moins une dizaine de minutes. Cette manœuvre réussit dans les gros utérus gravides ou fibromateux, enclavés en arrière (fig. 2).

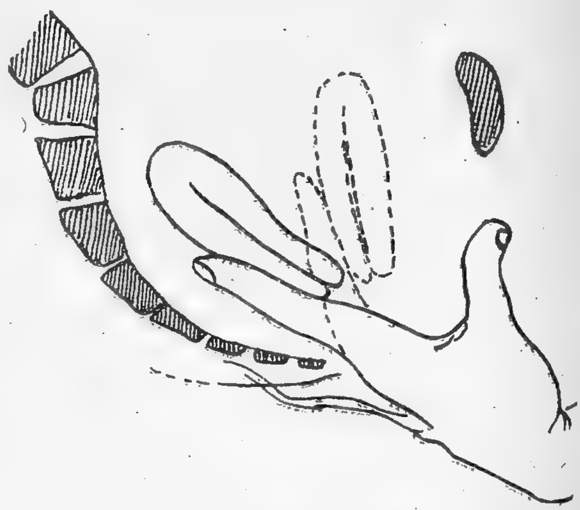


FIG. 2. — *Procédé recto-vaginal* de la réduction de l'utérus : l'index gauche est dans le rectum et le pouce gauche dans le vagin.

2° *Procédé abdomino-vaginal* ; quatre modalités : 1° *par mouvement de bascule* utilisé pour la réduction des utérus courts et rigides. L'index gauche introduit dans le vagin et posé sur la face antérieure du col de l'utérus le refoule en haut et en arrière ; le fond de l'utérus se soulève ; pendant ce temps, la main droite placée sur l'abdo-

men accroche le fond de l'organe et l'amène en avant (Fig. 3) ; 2° par *étreinte*, employé quand l'utérus court et rigide est collé contre le sacrum. L'index gauche soulève l'utérus en le poussant en haut, pendant ce temps, la main droite placée sur la paroi abdominale pénètre derrière le fond de l'organe et le pousse, aidé par l'index gauche,

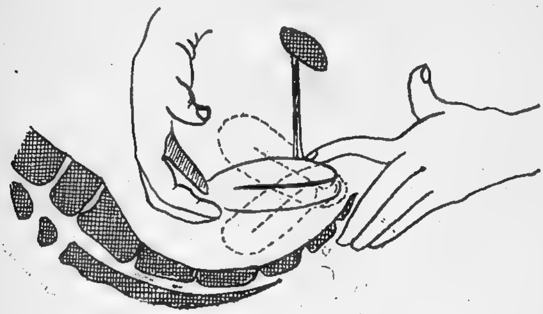


Fig. 3. — *Procédé abdomino-vaginal* par mouvement de bascule : l'index gauche est dans le vagin et la main droite saisit le fond du corps utérin.

en avant vers le pubis ; 3° *par l'accrochement*, dans les cas des utérus courts, très flexibles. On glisse l'index gauche légèrement fléchie derrière le corps de l'utérus, afin de relever son fond vers la paroi abdominale. Pendant ce temps, la main droite déprime légèrement l'abdomen, se place derrière le fond de l'organe et ramène l'utérus vers le publis ; 4° *par pression bimanuelle*, dans les cas des utérus fortement maintenus dans des positions anormales, ayant l'orifice externe dressé en avant.

L'index gauche introduit dans le vagin haut derrière l'utérus, le soulève en avant vers la paroi abdominale par des pressions fortes, tandis que la main droite pénètre à travers de l'abdomen jusqu'à la partie supérieure et antérieure de l'isthme ; l'index gauche, ramené ensuite jusqu'au col de l'utérus, se trouve en contact avec les doigts de la main droite ; par la pression simultanée des deux mains l'utérus reste en haut et en arrière le long du sacrum jusqu'à ce que les ligaments antérieurs opposent une résistance. Pour achever la manœuvre on immobilise l'utérus avec l'index gauche, on fait glisser les doigts de la main droite lentement derrière le fond de l'organe et on le pousse en avant jusqu'à ce qu'il finisse par occuper la position normale.

3° *Procédé recto-abdominal*, utilisé chez les jeunes filles dans les cas des rétroversions. L'index gauche introduit dans le rectum soulève l'utérus et le pousse en avant jusqu'à ce qu'il soit saisi par la main droite à travers de la paroi abdominale ; l'index gauche passe ensuite sur la face antérieure du col et aide à fixer l'organe en position normale. (Fig. 4).

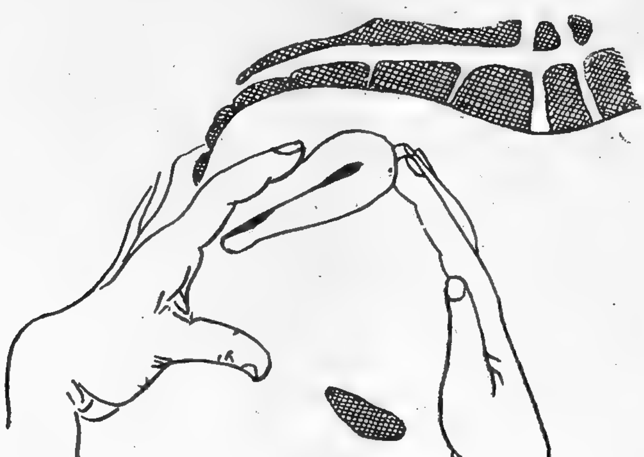


Fig. 4. — *Procédé recto-abdominal* : l'index gauche dans le rectum et la main droite à travers de l'abdomen saisit le corps utérin.

4° *Procédé abdomino-recto-vaginal*, indiqué dans les cas des utérus flexibles, très longs et dont le fond est situé très haut. L'index est introduit le plus haut possible dans le rectum, au-delà du troisième sphincter ; le pouce gauche est introduit simultanément dans le vagin, et la main droite est placée sur le ventre, les doigts dirigés en haut. L'index gauche relève l'utérus d'avant en arrière ; la main droite tâche de pénétrer derrière le fond du corps utérin, en abaissant celui-ci, afin que l'index remonte le plus haut possible derrière l'organe ; en même temps, le pouce gauche agit sur la face antérieure du col et le refoule en arrière. La pression simultanée de ces trois

mouvements a pour but de redresser l'utérus et de le ramener à la position qu'il doit occupér normalement (fig. 5).

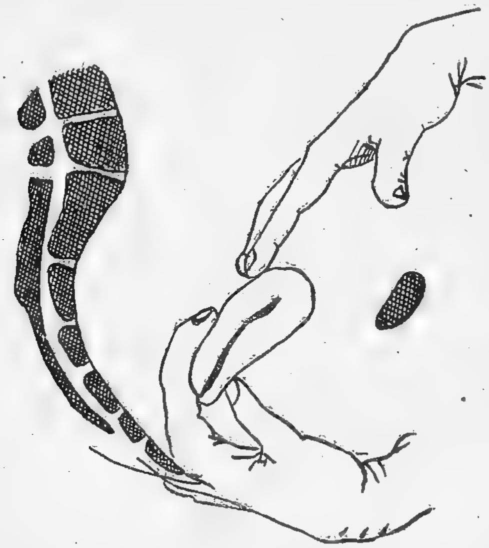


Fig. 5. — *Procédé abdomino-recto-vaginal* : l'index dans le rectum, le pouce dans le vagin et la main droite placée sur l'abdomen pénètre derrière le corps utérin.

5° Un procédé de réduction introduit par Thure-Brandt, appelé par lui l'*élévaiton de l'utérus*, est destiné au relèvement progressif du corps utérin à travers de la paroi abdominale. Ce procédé est utilisé dans les prolapsus de l'utérus et du vagin, dans les cas des utérus augmentés de volume (grossesse et fibrome) et dans les différentes formes de déviation du corps utérin, surtout dans l'antéversion. Cette manœuvre s'exécute avec le secours d'un aide. La figure ci-contre, que nous empruntons au travail de notre excellent confrère et ami, le Dr Bourcart, de Genève, montre la disposition de la malade, du médecin et de l'aide durant l'exécution de cette manœuvre. Voici comment se fait la manœuvre en question : la malade est en position couchée de Thure-Brandt (fig. 6) ; la vessie et le rectum débarrassés de leur contenu. Le médecin se place du côté gauche de la malade ; il est assis et son genou gauche en avant des pieds de la malade ; son genou droit appliqué contre le bord gauche du canapé. L'index gauche, introduit dans le vagin, est placé sur la partie antérieure du col de l'utérus, le plus près possible de l'isthme ; la main droite, placée sur la paroi abdominale, écarte les intestins et pénètre entre le pubis et l'utérus. A ce moment, l'aide — de préférence une infirmière — pose son genou gauche sur le canapé du côté droit de la malade et son pied droit par terre. Si l'aide est petit, il peut

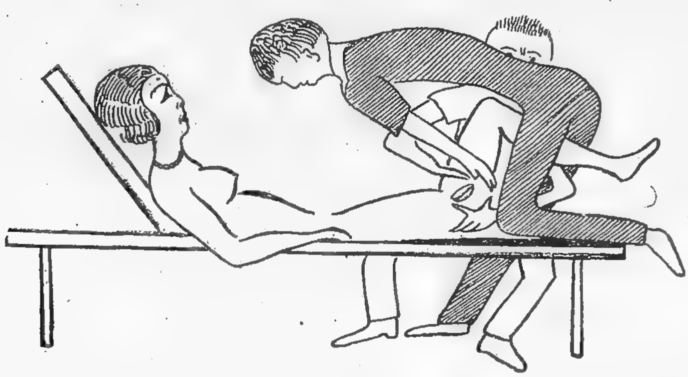


Fig. 6. — Elévation de l'utérus par le procédé de Thure-Brandt avec le concours d'un aide.

sur un tabouret, ou même sur le canapé, en dehors du pied gauche de la malade.

Quand le médecin arrive à mettre en contact les doigts de la main droite, placée sur l'abdomen, avec son index gauche introduit dans le vagin, il ordonne à l'aide de saisir avec ses deux mains le corps utérin. L'aide réunit ses deux mains par leur bord cubital en supination et en extension complète ; il les place immédiatement derrière la main droite du médecin et, en se penchant en avant, les enfonce aussi loin que possible derrière le pubis jusqu'à ce que l'index gauche du médecin arrive à les toucher à travers de la paroi abdominale. A ce moment-ci, le médecin retire sa main droite, l'index gauche restant dans le vagin pour contrôler les mouvements de poser son pied droit l'utérus. Celui-ci bascule fortement en avant et vient se placer dans les mains de l'aide ; son col est refoulé en arrière.

Lorsque le médecin constate que le mouvement de bascule du corps utérin est fait, il commande à l'aide de soulever l'utérus doucement et d'une façon progressive. Pour ce faire, l'aide, saisissant l'utérus, se redresse lentement et, fléchissant légèrement ses doigts, porte le corps utérin en haut, le long de la face antérieure du sacrum, et aussi haut que les ligaments utérins le permettent.

Lorsque le médecin sent que le vagin se rétracte de trop, il ordonne à l'aide de cesser l'élévation ; lentement et légèrement les mains de l'aide en exécutant de légères vibrations s'abais-

sent, l'utérus glisse graduellement en bas et, quand l'aide retire ses mains, il revient sans brusquerie à sa position à peu près normale, contrôlée par l'index gauche du médecin. La manœuvre doit être répétée trois fois de suite. Si la malade ressent une vive douleur pendant l'élévation, il est bon d'interrompre celle-ci de suite et de la reprendre une autre fois.

L'élévation est contre-indiquée dans les cas où l'utérus est immobilisé par des adhérences ou des infiltrations, dans les inflammations aiguës des ovaires, des annexes, du péritoine et de la vessie.

D'une façon générale, pendant l'exécution de cette manœuvre, la malade ne doit pas ressentir de douleurs vives, ni de mouvements brusques, qui peuvent occasionner une chute rapide de l'utérus. Au moment de l'élévation, la malade reste en expiration, ce qui facilite la manœuvre. D'après Stapfer, l'élévation de l'utérus diminue son volume par l'accélération du courant sanguin : les veines utérines se vident dans les veines vaginales. Et, en effet, quelques auteurs signalent la disparition des métrorrhagies et la diminution des congestions utérines sous l'influence de cette réduction.

Le *massage gynécologique.* — Les manœuvres massothérapiques agissent ici, comme d'ailleurs en général, par leur action mécanique et leur action réflexe. L'action physiologique du massage se réduit donc à son influence mécanique sur la circulation veineuse et lymphatique et par l'intermédiaire de celles-ci, sur la nutrition propre des tissus soumis aux manipulations massothérapiques, et à son action réflexe exprimée par la répercussion sur le système nerveux de l'organisme.

L'expérience prouve que lorsqu'on injecte une solution quelconque sous la peau d'une personne, et lorsqu'on masse l'endroit injecté, la solution disparaît relativement vite sous l'influence des manœuvres massothérapiques : la solution injectée pénètre dans les circulations veineuse et lymphatique. Mosenguil et Stourm ont démontré l'action mécanique du massage par les expériences suivantes : ils injectèrent dans les deux genoux de plusieurs lapins de l'encre de Chine et soumirent une des pattes de l'animal au massage. Au bout d'un jour, de deux jours, etc., ils sacrifièrent l'animal et constatèrent que l'encre de Chine avait disparu du genou massé et que le genou non massé en contenait encore une très grande quantité. Plus tard, ils trouvèrent l'encre de Chine dans les ganglions de l'aine de l'animal du côté du genou massé. En répétant les mêmes expériences sur les pattes antérieures, ces auteurs trouvèrent, au bout de quelques séances de massage, l'encre dans les ganglions axillaires du côté massé, tandis que les ganglions du côté non massé n'en contenaient aucune trace. L'action mécanique du massage méthodique est donc un fait acquis.

D'autre part, les travaux de nos collègues kinésithérapeutes, tels que Stapfer, Romano, Hirchberg, Cautru, Kirkorts, etc., ont démontré amplement l'action réflexe du massage abdominal sur le rein, le cœur, etc. Son action diurétique fut même dénommée par Huchard : « la digitale des doigts ». Puisque les manœuvres massothérapiques ont une action directe sur les vaso-constricteurs et les vaso-dilatateurs de l'organisme humain, il est hors de doute qu'elles finissent par influencer indirectement le système sympathique, ses manifestations physio-pathologiques individuelles ou celles qui sont en rapport avec les fonctions des glandes endocriniennes. Nous savons aussi que ces manœuvres massothérapiques augmentent la pression artérielle, lorsqu'elles sont exécutées avec douceur, et la diminue lorsqu'elles sont exécutées avec force et brutalité (Stapfer et Romano).

En gynécologie, les manœuvres massothérapiques doivent être utilisées avec douceur, lentement et prudemment. Parmi les manœuvres les plus employées sont les effleurages, les pressions et les vibrations.

Les effleurages se font ici sous forme d'effleurages superficiels et profonds, circulaires et longitudinaux, digitaux ou palmaires, bimanuels ou unimanuels.

Les effleurages circulaires, appelés par Thure-Brandt et ses élèves frictions, s'exécutent d'une façon générale par la main droite, plutôt par les trois doigts (l'index, le médius et l'annulaire) de cette main appliquée à la paroi abdominale. L'index gauche introduit tantôt dans le vagin, tantôt dans le rectum, sert de point d'appui ou de plan de résistance aux manœuvres ci-dessus exécutées. La face palmaire des trois doigts, surtout la face palmaire de leurs dernières phalanges, exécutent des petits cercles rapides autour des points douloureux et dans le sens de la circulation lymphatique. Il faut avoir soin de ne pas faire glisser les doigts sur la peau ; celle-ci doit, au contraire, faire corps avec les doigts, de façon que toutes les manœuvres massothérapiques soient transmises par son intermédiaire directement à l'organe malade. Le massage se fait donc soit à sec, soit par la main placée sur la chemise. Le premier moyen est préférable, car il permet d'exercer en même temps une exploration des organes sous-jacents. Les effleurages circulatoires s'exécutent d'abord superficiellement et éloignés de l'organe malade. Ensuite, au fur et à mesure que la sensibilité douloureuse s'émousse, ils deviennent plus profonds, et s'approchent vers le corps douloureux qu'ils effleurent à son tour.

Il faut veiller à ce que la main qui masse ne pèse pas trop sur l'organe affecté et que les mouvements circulaires produits n'occasionnent

◆◆◆

aucune douleur intolérable. On arrive facilement à ce résultat, en localisant ces petits mouvements dans le coude et l'épaule du bras, qui masse, et en laissant les doigts et le poignet absolument souples. Dans quelques cas, l'index gauche exécule à son tour quelques effleurages longitudinaux et circulaires pour activer la circulation des ligaments postérieurs de l'utérus, du corps utérin lui-même et de ses annexes. Ces effleurages se font avec une extrême douceur et dans le sens de la circulation lymphatique. Voici la conduite à tenir recommandée par Thure-Brandt dans le massage gynécologique en général et dans l'exécution des effleurages en particulier : « Commencez, dit-il, légèrement ; allez autour du mal ; graduellement, vous arriverez sur le mal lui-même ; n'augmentez la force qu'après disparition de la plus grande sensibilité ; faites des pauses fréquentes, à la fin de la séance, massez plus légèrement, finissez par une légère vibration exécutée avec la paume de la main posée à plat. »

Les pressions légères et parfois profondes accompagnent presque toutes les manœuvres exécutées en massage gynécologique. C'est l'index gauche qui les exécute le plus souvent soit pour activer le mouvement de bascule, soit pour servir de plan de résistance.

Les pressions permettent également de redresser l'organe malade, de l'étirer en position normale et d'agir directement sur les muscles accessibles du bassin. Dans les cas de cellulite, leur rôle devient primordial, ; ce sont les pressions profondes qui permettent l'écrasement des nodules et plaques cellulitiques et contribuent ainsi à leur malaxation.

Les vibrations — manuelles ou mécaniques — rendent d'excellents services dans le massage gynécologique. Quand on procède aux vibrations manuelles, on peut les exécuter, soit avec un doigt — vibrations digitales —, soit avec la paume de la main — vibrations palmaires. La vibration peut être exécutée simultanément avec les deux mains : la main droite posée à plat sur la paroi abdominale et l'index introduit dans le vagin. Quel que soit le mode des vibrations choisies, elles doivent être exécutées avec douceur, rapidement et de courte durée.

Les Suédois eux-mêmes se sont aperçus que les vibrations manuelles, digitales ou palmaires, présentent quelques inconvénients. Tout d'abord, le nombre des vibrations manuelles, aussi perfectionnées qu'elles soient, ne peuvent dépasser une certaine limite relativement restreinte. Liedbeck, le professeur et le directeur de l'Institut gymnastique de Stockholm, inventa le vibrateur mécanique mû par la main et dont le but fut d'augmenter le nombre de vibrations à la minute. Mais, comme l'appareil est mis en mouvement par une main, alors que l'autre l'applique sur la région massée, les vibrations qu'il produit sont irrégulières, saccadées et pas assez profondes. Le Dr Bourcart, de Genève, a transformé cet appareil, en l'adaptant à une dynamo actionnée par le courant électrique. Du coup le nombre des vibrations est accru et les vibrations elles-mêmes sont plus régulières, facilemen- applicables et permettant une gamme des vitesses de 1.500 à 1.800 vibrations à la minute. Pour rendre ces vibrations plus souples et plus isochrones, il adapte au flexible une tige souple en acier ou en baleine, qui se termine par une boule de caoutchouc plein. Celle-ci se trouvant à l'extrémité de la tige, transmet directement aux tissus les vibrations produites par la vibration de la tige et suivant la longueur des nœux obtenus par le mouvement et la vitesse du moteur. Pour masser avec le vibrateur de Bourcart ou avec n'importe quel vibrateur, il faut procéder, suivant cet auteur de la façon suivante ; la malade est mise en position Thure-Brandt ; le médecin se place de son côté gauche et sur un tabouret plus élevé que le canapé ; il introduit l'index gauche dans le vagin et pratique la palpation. Par la main droite, il saisit le vibrateur et l'applique sur l'abdomen et aux endroits indiqués par l'affection et contrôlés par l'index gauche.

Le moteur peut être mis en marché par le médecin ou par la malade ; grâce à un commutateur à pédale, le courant peut être coupé instantanément. De cette façon, tous les organes soumis au massage peuvent être vibrés facilement et d'une façon rapide et presque discontinue ; il suffit de présenter avec l'index gauche successivement tous les organes traités par le massage : l'utérus, l'ovaire, la trompe et les ligaments.. « Les vibrations très rapides, dit l'auteur, amènent au premier abord une contraction des fibres utérines, font resserrer les vaisseaux et chassent le sang veineux ; lorsque la vibration est de longue durée, elle amène un certain relâchement, une détente dans le muscle utérin et, surtout, calme les douleurs. »

Le tapotement et le pétrissage s'emploient dans le massage gynécologique pour compléter l'influence massothérapique des organes génitaux à distance. Ainsi, le tapotement exécuté avec le poing légèrement serré, est appliqué au niveau de la région sacro-lombaire ; on exécute plusieurs séries de coups de haut en bas sur les vertèbres, et des deux côtés des vertèbres lombaires et du sacrum, et on termine par des coups rapides sur la ligne médiane de ladite région. On peut également, pour rendre l'effet de la manœuvre plus généralisé, taper le long de la colonne vertébrale et tous les muscles dorsaux. D'après Thure-Brandt, le tapotement stimule l'innervation pelvienne et tout le système nerveux général. C'est la spondylothérapie, que quelques auteurs attribuèrent à Adams, et qui a été employée depuis bien longtemps avant

l'auteur américain par les Suédois, principalement dans le traitement des affections gynécologiques, la constipation, etc.

On peut également employer ici notre percusseur à lanière en cuir, que nous avons présenté, il y a deux ans à la Société de Médecine de Paris, et qui est composé d'une tige centrale en acier trempé, sur laquelle on adapte, au moyen d'une masse métallique, plusieurs hélices, formées de trois lanières de cuir souple plié en deux comme une boucle. Chaque masse métallique porte trois boucles de lanières disposées à égale distance l'une de l'autre et fixées à la masse centrale par des vis. La masse centrale est munie d'un orifice au centre, dont le diamètre correspond exactement au diamètre de la tige en acier. Celle-ci mesure 18 cm. de long et porte à 5 cm. de son point de fixation au moteur un petit plateau fixe, également en acier, de 3 cm. de diamètre, destiné à recevoir les hélices (Fig. 7).

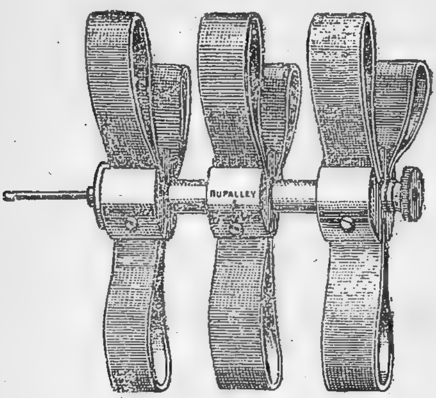


FIG. 7. — *Le percusseur en lanières de cuir de l'auteur* destiné à percuter la région sacro-lombaire et les vertèbres de cette région.

Ces dernières, au nombre de trois, sont séparées l'une de l'autre par des petits cylindres métalliques de 10 mm. de diamètre et 2 cm. de long. Les cylindres sont à leur tour percés d'un orifice du même diamètre que la tige principale et peuvent ainsi être placés sur elle à volonté. Grâce à cette disposition, nous pouvons obtenir des multiples de une, deux, trois, quatre et cinq hélices. Habituellement, nous utilisons le multiple de trois hélices séparées par deux cylindres ; la dernière hélice est également séparée du plateau fixe par un cylindre. Ce multiple peut être combiné de telle sorte que sa projection horizontale nous donne un cercle divisé en trois, six et neuf segments. Tel qu'il est présenté sur la figure ci-contre, le percusseur donnera dans la projection horizontale un cercle divisé en trois segments ; mais en intercalant les lanières d'une hélice entre celles d'une autre, on peut obtenir dans la projection des cercles divisés en six et neuf segments. Dans cette dernière combinaison, l'espace compris entre deux lanières est réduit au minimum, de telle sorte que la percussion s'y produit d'une façon presque ininterrompue, ce qui fait que la percussion est plus active et de beaucoup plus douce.

L'appareil ainsi combiné est placé dans la manche du flexible du vibrateur électrique. La fréquence de la percussion dépend donc de la vitesse du moteur du vibrateur. Règle générale, nous n'utilisons que la vitesse de 200 à 500 tours à la minute. C'est déjà suffisamment actif. Comme, il y a neuf lanières qui percutent dans chaque tour, avec la vitesse ci-dessus indiquée nous obtenons de 1.800 à 4.500 coups à la minute. Aucune autre méthode de percussion et, surtout, la fameuse réflexothérapie du non moins fameux confrère américain, cité plns haut, exécutée avec un marteau, ne sont pas en mesure de fournir une action réflexe semblable à celle que nous obtenons avec notre percusseur à trois hélices en lanières de cuir. Comme, d'autre part, notre moteur est capable de fournir plus de deux mille tours à la minute, le nombre des percussions à la minute peut donc atteindre des chiffres considérables. Nous répétons que cela est absolument inutile et, d'ailleurs, tout à fait impossible, car passé 500 tours à la minute, la percussion — plus de 4.500 — devient insupportable pour la malade ; à la grande vitesse, elle est même dangereuse.

Le pétrissage s'utilise ici pour activer la circulation des membres de la malade et pour activer la disparition de la cellulite abdominale, appelée aussi la panniculite.

La troisième partie de la méthode Thure-Brandt comprend, nous le disions plus haut, les mouvements de la gymnastique destinés à agir sur la circulation des organes génitaux de la femme.

Parmi ces mouvements, les uns congestionnent les organes du bassin, les autres, au contraire, contribuent à les décongestionner. Ces mouvements se divisent en passifs, actifs et mouvements avec résistance. Nous en indiquerons les principaux.

Rotation passive de la hanche en position couchée. — La malade se trouve en position demi-couchée ; le médecin placé du côté de chaque jambe, saisit par une main la plante du pied de la patiente et pose l'autre main sur le genou. Il fléchit la cuisse fortement contre l'abdomen, la ramène en dehors, en dedans, et imprime à la jambe des mouvements de circumduction dans les deux sens opposés. Ces mouvements, destinés à activer la tonicité musculaire des muscles des articulations coxo-fémorales sont répétés dix à douze fois pour chaque jambe ; ils contribuent à congestionner le bassin. Ce sont les mouvements passifs congestionnants.

Rotation passive de la hanche debout. — La malade se met debout, les jambes légèrement écartées ; elle saisit une barre placée au dessus d'elle, ou une barre supérieure de l'espalier, et se place de telle sorte que son corps se trouve légèrement renversé en arrière. Elle fléchit successivement chaque jambe, en soulevant le genou aussi haut que possible. Le médecin saisit le genou de la malade dans une main et place l'autre main sur la région lombaire de la patiente. Ceci fait, il imprime à la jambe des mouvements circulaires dans les deux sens opposés, sans dépasser l'axe du corps, dix ou douze mouvements de suite pour chaque jambe contribuent à produire l'action congestionnante du bassin.

Flexion et extension passives du genou. — La malade en position assise, demi-couchée ; le médecin se place du côté en dehors du genou, place la cuisse de la malade sur sa cuisse, saisit avec une main la jambe au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne et pose l'autre main sur la cuisse de la patiente au-dessus de son genou.

Ceci fait, il imprime à la jambe des mouvements progressifs de haut en bas et bas en haut, ces mouvements sont répétés, dix à douze fois.

Flexion, extension et circumduction passives du pied. — En déplaçant sa chaise un peu vers le pied de la malade, le médecin pose le pied de cette dernière sur son genou, de telle sorte, que l'articulation tibio-tarsienne se trouve hors du contact avec le genou du praticien. Celui-ci saisit avec une main la plante du pied de la malade et appuie avec l'autre sur la jambe de celle-ci. Il exécute ensuite avec le pied saisi ainsi des mouvements complets d'extension, de flexion et de circumduction du pied sur la jambe. Dix à douze mouvements de suite. Ces mouvements contribuent à combattre les troubles circulatoires périphériques des membres inférieurs.

Les *mouvements actifs* sont faits la plupart du temps par la malade elle-même et ne sont que la répétition des mouvements passifs ci-dessus indiqués. Elle les fait, selon son état général, une ou deux fois par jour. Aux exercices précédents, il faut ajouter deux mouvements actifs, que la malade peut exécuter soit dans le cabinet du médecin, soit chez elle. Dans le premier, la malade s'appuie sur un meuble quelconque, les jambes réunies et les bras écartés de la distance des épaules. Dans cette position, ses jambes et son corps doivent former un angle obtus. Elle s'applique par des mouvements de va-et-vient à redresser le tronc et à le baisser le plus qu'elle peut. Dans le deuxième exercice, elle se met à genoux, mains aux hanches, baisse son tronc le plus qu'elle peut et le renverse en arrière aussi loin que possible.

Elle peut également exécuter deux fois par our des mouvements de flexion et de rotation du tronc, soit avec mains aux hanches, soit avec bras levés en l'air. Elle peut aussi exécuter les mouvements de flexion et d'extension d'une jambe, lorsque le pied de l'autre est placé derrière elle sur un banc et par sa face dorsale. Dans cet exercice, elle met ses mains aux hanches ou les tient horizontalement devant elle, se lève sur la pointe du pied, fléchit le genou aussi bas que possible et se redresse lentement, en posant le pied à plat.

Mais, ce qui forme la base principale des exercices physiques dans la méthode de Brandt ce sont les mouvements contradictoires, ou mouvements avec résistance. C'est, pour ainsi dire, la clef de la gymnastique gynécologique et que tous les kinésithérapeutes gynécologues suivent à la lettre. D'ailleurs, la plupart de ces exercices sont empruntés à la gymnastique suédoise, qui, elle aussi, est basée sur un ensemble de mouvements contradictoires, réalisés par une action excentrique et concentrique des muscles.

Dans cet ordre d'idées, Brandt commence par des mouvements contrariés des muscles du cou et de la nuque, destinés à décongestionner la tête.

Mouvements de la tête avec résistance. — La malade est debout, une jambe devant l'autre, dans la position de la marche. Le médecin placé devant elle pose ses mains sur sa nuque, ramène la tête en avant et en bas ; pendant ce temps la malade résiste légèrement à ce mouvement.

Ensuite, elle redresse la tête, en la fléchissant en arrière ; le médecin oppose une résistance à ce mouvement. Les mêmes mouvements avec des résistances réciproques du médecin et de la malade peuvent s'exécuter latéralement. Faire trois ou quatre mouvements de suite.

Ecartement et rapprochement des bras avec résistance. — La malade est ou débout dans la position précédente, ou assise. Le médecin, placé devant elle, saisit ses bras tendus par dessus les poignets et recommande à la malade d'écarter ses bras le plus qu'elle peut, en lui opposant une résistance progressivement croissante. Ceci fait, le médecin ramène ensuite, les bras en avant, pendant que la malade résiste à ce mouvement. Dans cet exercice, le médecin résiste, quand la malade écarte ses bras, et la malade résiste, quand le médecin les rapproche. C'est un double mouvement concentrique et excentrique pour les muscles du dos ; ce qui contribue à augmenter la tonicité musculaire des muscles respiratoires et à décongestionner la circulation cérébrale et celle du bassin.

Flexion et extension des bras avec résistance. — La malade est assise droite, les genoux écartés et penchée en avant. Le médecin, placé sur un labouret devant elle, saisit ses bras par les poignets La malade fléchit ses bras pendant que le médecin oppose une résistance et résiste au mouve-

ment d'extension des bras exécuté par le médecin. Ici, le médecin présente une résistance rogressive à la flexion des bras et la malade une résistance pendant leur extension.

D'après Thure-Brandt, ces mouvements sont «très dérivatifs» pour la circulation du bassin et un peu pour celle de la tête.

Flexion latérale du tronc avec bras tendus en haut. — La malade est en position debout, avec bras en extension en haut, jambes écartées et le bas des reins appuyé contre une table, une barre horizontale ou n'importe quel objet. Le médecin, placé devant elle, saisit ses coudes, imprime au tronc un mouvement de flexion, tantôt à droite, tantôt à gauche, pendant qu'elle oppose une résistance ; puis, la malade se redresse pendant que le médecin oppose une résistance. Faire de suite, trois ou quatre mouvements ; ce qui contribue à décongestionner légèrement le bassin.

Rotation du tronc avec résistanec. — La malade est debout ou assise ; le médecin peut se trouver devant ou derrière elle et monter sur un banc. La position du médecin derrière la malade est la meilleure, car il peut fournir au dos de la malade par son genou un point d'appui autour duquel se produit la rotation du tronc. On peut saisir la malade soit par dessus ses aisselles, soit par les mains. Le médecin imprime à la malade un mouvement de rotation à droite ou à gauche pendant qu'elle résiste ; elle revient ensuite en avant, pendant que le médecin résiste. Après trois ou quatre mouvements, on y ajoute les mouvements de flexion du tronc en avant et en arrière avec résistance réciproque : la malade résiste pendant la flexion du tronc en avant et le médecin pendant le redressement du tronc en arrière. Exercice destiné à fortifier les muscles abdominaux et pectoraux, légèrement congestif du bassin.

Le même mouvement de rotation avec résistance peut s'exécuter de la façon suivante : la malade est assise sur un tabouret ; le médecin se place derrière elle, saisit ses deux épaules par ses mains et fait tourner le tronc tantôt à droite, tantôt à gauche, pendant que la malade oppose une résistance. Il peut aussi recommander à la malade de tourner le tronc à droite et à gauche, en opposant une résistance successive à chaque mouvement. Dans cet exercice, la résistance du médecin est fournie par chacune de ses mains placées sur les épaules et d'une façon alternative : lorsque la malade tourne le tronc à droite, c'est la main gauche qui résiste et vice-versa, lorsqu'elle le tourne à gauche, c'est la main droite qui résiste. Dans le cas où le médecin se trouvera placé devant la malade, la résistance des mains sera l'inverse de celle exécutée précédemment. D'après Brandt cet exercice stimule les nerfs et les vaisseaux de la face postérieure du tronc et sert de dérivatif pour la circulation pelvienne.

Flexion et extension des cuisses avec résistance. — La malade est assise légèrement penchée en arrière, un pied par terre et le genou de l'autre jambe fléchi aussi haut que possible. Le médecin se place à côté de la jambe fléchie, saisi le pied par une main et pose l'autre sur le genou ; il abaisse le genou jusqu'à ce que le pied touche le sol ; la malade résiste. La malade fléchit de nouveau le genou, le médecin résiste. On exécute le mouvement quatre fois de suite et on le répète autant de fois avec l'autre jambe.

Flexion et extension alternatives d'une jambe avec résistance. — La malade est placée devant un tabouret ou une banquette, dos tourné contre ceux-ci ; elle pose un pied sur la banquette par sa face dorsale et doit se trouver assez éloignée de celle-ci ; bras levés en haut et tronc légèrement fléchi en arrière. Le médecin debout sur la banquette place ses pieds de chaque côté de la pointe du pied de la malade et saisit les mains de celle-ci au-dessus des poignets. Ceci fait il recommande à la malade de se lever d'abord sur la pointe du pied placé sur le sol et fléchir ensuite le genou lentement, en le tenant un peu dehors. Puis, elle redresse graduellement le genou et revient à sa position initiale. Pendant la durée de cet exercice le médecin surveille que le bassin de la malade se trouve porté toujours en avant, que la résistance opposée soit toujours légère, que l'attitude de la malade se maintienne en position correcte et que ses bras restent toujours en extension. Mouvement destiné à congestionner le bassin et les membres inférieurs.

Flexion et extension de la jambe avec résistance. — Même position que dans l'exercice de flexion et extension passives de la jambe sur la cuisse. L'exercice s'exécute avec une résistance alternative du médecin et de la malade. Cette dernière résiste à la flexion de la jambe sur la cuisse exécutée par le médecin, qui, de son côté, résiste à l'extension de la jambe sur la cuisse, quand la malade exécute le mouvement. La résistance peut s'exercer inversement, si les mouvements s'exécutent en sens inverse de l'exercice précédent.

Extension de la jambe dans les deux sens avec résistance. — La malade est debout sur une jambe sur un tabouret, dos appuyé contre le mur ; l'autre jambe est pendante et légèremetnt portée en arrière. Le médecin, debout devant la malade, pose une main sur la hanche de la malade et saisit avec l'autre le talon de la jambe pendante ; il lève d'abord celle-ci en haut, la malade résiste au mouvement ; ensuite, la malade abaisse sa jambe, le médecin oppose de son côté une résistance. Trois ou quatre mouvements de suite. Exercice décongestionnant pour le bassin.

Abaissement de l a jambe avec résistance. — La malade debout est appuyée contre un meuble quelconque et penchée en avant. Le médecin est placé à côté. La patiente lève sa jambe en arrière ; le médecin l'abaisse avec une résistance opposée par la malade. Celle-ci lève de nouveau sa jambe en arrière sans résistance du médecin, qui l'abaisse de nouveau avec une résistance de sa part. Ici, la résistance est fournie par la malade seule. Pour Brandt cet exercice est un décongestionnant puissant pour le bassin.

Flexion et extension des pieds avec résistance. — Même position de la malade et du médecin que pendant les mouvements passifs des pieds. La résistance est fournie ici alternativement, tantôt par la malade, tantôt par le médecin. L'exercice comprend la flexion et l'extension des pieds en avant, en arrière, de chaque côté et la rotation des pieds dans les deux sens aopposés. Active la circulation des pieds.

Il nous reste à décrire maintenant l'exercice fondamental que Thure-Brandt a introduit dans la gymnastique gynécologique et qui forme la partie essentielle de son traitement kinésique des affections génitales de la femme.

Abduction et adduction des cuisses avec résistance et en position demi-couchée (Fig. 8). — La malade est à demi-couchée, tête et épaules appuyées sur la partie soulevée de la banquette ; les jambes fléchies et les pieds réunis posés à plat sur la banquette ; le bassin et les cuisses sont

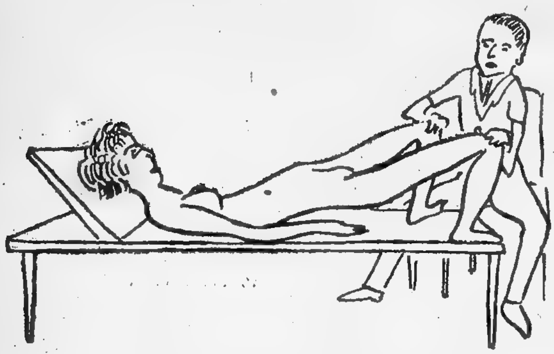


Fig. 8. — Abduction et adduction des cuisses avec résistance en position demi-couchée et bassin soulevé.

soulevés de telle façon que le tronc et les cuisses se trouvent sur une ligne droite. La malade doit conserver cette position toute la durée de l'exercice ; ses mains et ses bras lui permettent de maintenir la position prise sans difficulté. Le médecin est debout au pied de la banquette, ses mains appliquées sur les bords externes des genoux et ses bras tenus parallèlement. On commence par les mouvements d'abduction : lorsque la malade écarte ses genoux, le médecin oppose une résistance ; lorsque le médecin approche les genoux de la malade, celle-ci, résiste à son tour. Ce double mouvement concentre son action sur les abducteurs des jambes. Pour exercer les adducteurs, le médecin place ses mains sur les bords internes des genoux, s'oppose quand la malade approche ses genoux et les écarte avec une résistance de la malade ; l'action est concentrée ici dans les muscles adducteurs des cuisses. Exercice fortement congestionnant pour le bassin, contribue également à faire contracter les muscles du plancher pelvien. Stapfer, qui s'étend longuement sur cet exercice, qu'il appelle « l'un des exercices les plus actifs », affirme que cet exercice produit une contraction périnéale d'autant plus forte, que le siège est tenu plus haut. Il est facile de se rendre compte de l'influence de ces mouvements sur les muscles du périnée, en se plaçant dans l'attitude indiquée par Brandt et en exécutant des mouvements d'écartement et de rapprochement des cuisses. Notre ami, le Dr Saquet, de Nantes, a ingénieusement remplacé les mains du médecin par une bande de caoutchouc placée autour des genoux. L'élasticité du caoutchouc ne vaut pas la résistance raisonnée du médecin ; mais, peut rendre service, lorsqu'on permet à la malade de s'exercer seule à la maison.

Un autre avantage de l'exercice en question, consiste en son action sur les muscles dorsaux ; elle est d'autant plus forte, que l'élévation du bassin est plus prolongée. C'est ce qui explique que l'exercice ne présente pas toujours la même facilité d'exécution pour toutes les femmes et, souvent, il doit être suspendu, afin de faire reposer les muscles de l'effort fourni involontairement. Le nombre des mouvements exécutés dépend de l'état général de la malade et de l'effet produit sur le reflux du sang à la tête ; éviter les malaises et même des épistaxis ; dans ces cas, il faut remplacer temporairement cet exercice par d'autres moins actifs, comme par exemple, la flexion et l'extension des bras, la rotation du tronc , etc.

(A suivre.)

LES MALADIES DE LA PAROLE [1]

V. — Traitement du bégaiement [2].

Par

G. de PARREL
Ancien chef de Clinique
à l'Institution Nationale
des sourds-muets,
Lauréat de l'Institut
et de l'Académie de médecine.

et

Henriette HOFFER.
Docteur en médecine,
Professeur d'Ecole
primaire supérieure,
Diplômée de l'Institution
nationale des sourds-muets de Paris.

Les premiers essais du traitement du bégaiement remontent fort loin dans l'antiquité. Que n'a-t-on pas proposé pour guérir cette névrose !

Diurétiques, sudorifiques, purgatifs, sans omettre la saignée, appareils de prothèse les plus variés et enfin, au XIXe siècle, des interventions chirurgicales dont le moins que nous puissions dire est qu'elles furent... inutiles : section du frein de la langue, résection cunéiforme d'un morceau de langue au niveau de la base, amputation de la luette supposée trop longue, etc. Arrêtons là l'énumération de ces regrettables malfaçons thérapeutiques.

Pour être efficace, le traitement du bégaiement doit s'inspirer de l'étiologie de cette pénible infirmité.

Nous avons dit dans un article précédent que le bégaiement provenait d'un état anarchique et spasmodique du complexe fonctionnel phono-respiratoire chez des sujets particulièrement émotifs et phobiques. La seule thérapeutique rationnelle est donc la discipline et l'eurythmie pneumo-phonétiques, l'orthophonie, la détente musculaire et psychique par action psychothérapique.

***

Exercices de gymnastique respiratoire.

Chez le bègue, il faut avant tout rétablir une respiration normale, rythmique.

De plus, chez lui, la contraction du diaphragme coexiste avec une contraction des membres. Aussi faisons-nous pratiquer au bègue des inspirations larges et profondes suivies de longues pauses et de lentes expirations.

Les mouvements respiratoires sont exécutés au métronome et sont accompagnés de mouvements de bras et de jambe (bras gauche et jambe droite par exemple), afin d'obtenir une certaine coordination musculaire qui fait défaut chez le bègue.

Tous ces mouvements se font au commandement. Le malade doit s'exercer à les répéter chez lui, un quart d'heure par jour environ.

Tenant compte que chez le bègue, il y a une sorte d'anarchie dans le fonctionnement de tous les muscles, nous lui faisons exécuter également une série de mouvements d'assouplissement de la langue, des mâchoires, du voile du palais, de la glotte même. Nous essayons en un mot d'obtenir l'harmonie fonctionnelle de l'appareil phono-articulateur.

Exercices d'orthophonie.

Il semble que chez le bègue les muscles de la langue, des lèvres, du maxillaire, du voile et de tout l'appareil phonateur aient perdu la facilité d'exécuter régulièrement leurs mouvements pour donner aux organes qu'ils commandent leur position exacte, aussi est-il indispensable de rétablir le jeu normal de l'articulation par des exercices méthodiques d'orthophonie. Il faut arriver à l'*automatisme* de l'articulation.

Les *vocalises, les exercices de mesure et de cadence* sous une forme paramuscale, la *protection des voyelles rebelles* par un *eu* muet qui leur servira de guide et de soutien, représentent les moyens d'action coordinatrice et rénovatrice les plus efficaces.

Ce n'est qu'après ces premiers pas vers la syllabation meilleure qu'on entamera la lutte contre l'articulation spasmodique des bègues : à cet effet, on accole les consonnes défectueuses à une voyelle restaurée, soit en la plaçant en avant d'elles, soit en la suspendant à elles, soit surtout en l'insérant de part et d'autre de la consonne pour lui servir de *béquilles sonores.*

Si l'on s'acharne à cette tâche rééducatrice, on sera récompensé dans un délai extrêmement variable par le rétablissement d'un débit régulier, d'une respiration harmonieuse, d'une voix bien timbrée. Pourtant, dès les premiers symptômes de guérison, il ne faut pas ralentir son effort, ce serait courir le risque d'une récidive déprimante. Tout au contraire, c'est le moment de redoubler d'activité et de chercher à fixer la correction obtenue par les exercices de *récitation*, de *lecture à haute voix*, et surtout par la *conversation.*

Autant que possible toute cause d'intimida-

(1) Voir *Concours médical* nos 6 et 26 mars, 3 avril.
(2) Travail du *Centre de Rééducation auditive et phonétique* du Dr de Parrel.

tion, d'émotion, susceptible de réveiller la phobie de la parole ou la crampe phonétique, sera écartée par la conspiration du professeur et de tous ceux qui entourent le sujet. Ce n'est qu'au prix de toutes ces précautions de technique qu'on délivrera le bègue de sa terrible infirmité et qu'on le déchargera du poids de l'inévitable découragement qui accompagne cette névrose de la parole.

Voici comment nous procédons dans cette rééducation. Autant que possible, nous donnons une séance par jour de trente-cinq minutes environ. Les *exercices respiratoires* en remplissent la plus grande partie au début du traitement, vingt-cinq minutes environ, puis, peu à peu, nous en réduisons la durée pour arriver jusqu'à dix minutes. Nous utilisons le métronome pour régler la vitesse des mouvements.

La seconde partie de la leçon comporte la *gymnastique phonétique*, la revue des différents éléments de l'alphabet vocal, les vocalises, l'étude des attaques défectueuses, des hiatus, des *H* aspirées et des syllabes : le tout au commandement et en mesure. Chaque série de phonèmes est précédée d'un mouvement rapide d'inspiration suivi d'un léger temps d'arrêt : l'attaque phonétique et le début de l'expiration devant être simultanés.

Après quelques jours, si le sujet est suffisamment instruit, on lui fait préparer chez lui un passage d'un livre quelconque et il doit en exposer le thème avec ou sans notes. On entame avec lui une conversation ralentie à propos de telle ou telle réflexion de l'auteur, de telle ou telle formule littéraire, etc.

Pendant cet exercice, l'élève doit battre la mesure avec son pied à la vitesse de 104 environ du métronome et conformer son débit à cette cadence. Cela ne se fait pas sans quelque difficulté au début, puis peu à peu l'habitude s'établit et l'élocution se régularise. Avant chaque membre de phrase, le sujet doit accomplir un fort mouvement d'inspiration.

Suivant le degré d'instruction de l'élève, ses dons intellectuels, son sens du rythme, son application, on modifie la forme de cet exercice et on s'adapte à ses moyens et à ses dispositions d'esprit dans le choix du texte à résumer ou à interpréter. En certains cas, il faut se contenter de poser des questions sur les occupations quotidiennes, familiales ou professionnelles.

Le sujet qui sait inspirer rapidement et à fond, expirer lentement, pratiquer l'effort mental de mémoire et de réflexion que nécessitent ces exercices d'*exposition* orale d'un sujet, suivre dans son élocution le battement d'un métronome, est très près de la guérison de son bégaiement, pourvu qu'*on le maintienne quelque temps encore dans ses habitudes nouvelles* jusqu'à les rendre *automatiques*. Il faut quelquefois plusieurs mois et beaucoup de ténacité de part et d'autre pour accomplir dans son ensemble cette rénovation fonctionnelle.

Psychothérapie.

Mais tous les efforts précédents seraient vains si l'on oubliait que le bégaiement est, avant tout, une névrose, une psychopathie, et qu'il faut instituer une thérapeutique psychothérapique pour combattre l'émotivité du sujet.

Il faut, de toute nécessité, que le médecin inspire confiance au malade et qu'il lui communique la volonté passionnée de guérir.

Il est évident qu'au cours des exercices, le rééducateur doit détourner l'attention du bègue de ses organes de l'articulation pour la diriger tout entière vers l'élaboration des idées à exprimer, afin de vaincre la phobie et de rompre l'émotion.

Le médecin doit savoir persuader et communiquer sa force de volonté, écarter du malade toute cause d'intimidation, d'émotion, susceptible de réveiller la phobie de la parole ou la crampe phonétique.

Le médecin doit combattre la phobie de la parole par la mise en œuvre de la persuasion, jusqu'à déclancher chez son malade le réflexe de confiance indispensable à la guérison psychique. Il faut chercher des alliés dans l'entourage du sujet, de façon à entamer contre son émotivité soupçonneuse une attaque convergente et à l'assurer unanimement de son prochain retour à l'articulation normale. Par tous les moyens, il est indispensable de cultiver chez lui l'énergie et la volonté, de manière à mettre ses attitudes phonétiques sous l'autorité absolue des centres cérébraux. Dans notre pratique, nous avons accoutumé de faire appel à la collaboration d'un médecin spécialisé dans la psychothérapie, car il y a une technique précise à suivre. Les lecteurs du *Concours médical* ont pu lire ici même, l'année dernière, le lumineux exposé de cette technique dans les articles publiés par le Dr Prost. C'est à lui que nous confions nos bègues, pour qu'il réalise chez eux la *détente psychique et musculaire*, condition indispensable du rétablissement d'un débit normal de la parole.

***

Naturellement, il est bon, chez tout sujet bègue, d'instituer un *traitement médical* visant à calmer le système nerveux ou dans certains cas, le système endocrinien déficient.

Le traitement du bègue doit être poursuivi longtemps sous peine de perdre tout le bénéfice des profits obtenus.

Ce traitement exige beaucoup de doigté, de patience, d'autorité, de la part du médecin, de bonne volonté, de régularité et de confiance de la part du malade.

Les résultats ne sont pas toujours en rapport avec l'effort qu'on s'est imposé et l'on compte des échecs. Faut-il pour un cas malheureux se décourager ? Certes non. Si l'on s'acharne à cette tâche rééducatrice, on en sera le plus souvent récompensé, car on délivrera le bègue d'une infirmité déplorable, qui entrave considérablement ses rapports avec son entourage familial ou professionnel et le conduit parfois vers l'isolement volontaire et l'effondrement moral.

Parmi les maladies de la parole, le bégaiement est certainement celle qui présente le plus de difficultés à vaincre, n'est-ce pas une raison pour que nous nous y donnions de tout cœur avec tout ce que nous pouvons avoir d'expérience et d'énergie ?

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'immunisation locale et ses applications pratiques.

Des vaccins — corps microbiens et filtrats microbiens — appliqués *loco dolenti* ont rendu des services signalés dans des circonstances multiples. La voie buccale a été utilisée dans la fièvre typhoïde, la paratyphoïde, la dysenterie bacillaire, le choléra asiatique, la coli-bacillose, maladies caractérisées par la prédominance de troubles gastro-intestinaux.

La voie cutanée, à laquelle fait spécialement allusion A. Besredka, ou plus exactement la voie cutanéo-muqueuse a été empruntée encore beaucoup plus souvent.

Préventivement, elle est à recommander dans l'infection charbonneuse ; alors même qu'elle est employée en pleine épizootie, l'immunité semble s'établir rapidement.

Dans la furonculose, traité au début, le furoncle avorte ; traité en pleine maturité, il évolue rapidement ; dans tous les cas, le pansement spécifique supprime aussitôt la douleur et accélère le travail de cicatrisation dès que le bourbillon est éliminé. Dans l'anthrax, mêmes remarques ; des mèches imbibées d'antivirus sont introduites dans la cavité incisée, et l'on évite l'infection générale, les cicatrices mutilantes.

Les résultats sont aussi bons dans le panaris, la mammite, l'otite purulente, le sycosis de la moustache, la pyodermite des nourrissons, l'impetigo, l'ozène, la plaie infectée de la cornée, la blépharite ulcéreuse.

Contre l'infection puerpérale, le traitement par pansements intra-utérins avec des mèches imbibées de filtrats streptococciques est aujourd'hui pratiqué à titre préventif et curatif ; à titre préventif, dans les cas où des manœuvres intra-utérines, longues et difficiles au moment de l'accouchement, font craindre une infection grave *post-partum* ; à titre curatif, quand il existe déjà des signes d'infection. Ces pansements spécifiques trouvent leur indication également dans les lésions péri-utérines, dans les avortements, dans l'opération césarienne.

Enfin, des résultats non moins favorables ont été notés dans la pyélo-néphrite, l'ostéomyélite, la pyorrhée alvéolaire, la pleurésie purulente, la recto-colite, etc.

Un important champ d'action reste encore réservé aux anti-virus : c'est la vaccinothérapie post et pré-opératoire. Etant donnée l'extrême rapidité avec laquelle s'établit l'immunité locale, il paraît rationnel que tout acte chirurgical d'une certaine importance soit précédé, et au besoin suivi, d'un lavage abondant à l'anti-virus, surtout au cours des interventions sur l'appareil génito-urinaire et gastro-intestinal. Par un arrosage préventif du champ opératoire, où doit porter l'action du bistouri, on peut renforcer spécifiquement l'immunité naturelle des tissus. (*La Presse médicale*, 27 octobre 1926.)

Le traitement de l'entorse simple aiguë par la faradisation.

Le Dr G. Colson estime que le traitement de choix de l'entorse récente, sans lésions osseuses, est la faradisation tétanisante, laquelle permet une mobilisation immédiate. Les avantages de ce traitement sont : la facilité d'exécution, la précision de la méthode qui ne fait plus dépendre le résultat de l'habileté plus ou moins grande d'un masseur, la rapidité d'exécution et la qualité de la guérison.

Ce traitement procure, en effet, un soulagement immédiat ; il donne la guérison avec quelques séances, en 2, 3 ou 4 jours, et ne laisse s'établir aucune séquelle (douleurs, raideurs, empâtements).

Mais il est indispensable que l'affection soit prise dès les premières heures ou les premiers jours ; plus tard, la faradisation agit encore, mais la sédation des douleurs après chaque séance est moins nette et le traitement exige beaucoup plus de séances. Enfin si le malade est à la période des séquelles, c'est surtout au

courant continu ou à la diathermie, qu'il convient de s'adresser.

Avec des lésions osseuses, on n'observe plus le très grand soulagement immédiat, et il y a lieu de tenir compte de leur importance avant la reprise de l'exercice : il faut donc radiographier systématiquement toutes les entorses avant d'entreprendre un traitement.

On ne saurait trop insister sur la rapidité des résultats et sur la facilité avec laquelle ils sont obtenus ; il paraît tout à fait regrettable que la méthode ne se répande pas dans la pratique, notamment pour les accidents du travail, car elle permettrait de réduire considérablement la durée de l'incapacité pour la majorité des entorses, et d'éviter en certains cas l'infirmité permanente partielle. (*La Pratique médicale française*, septembre **1926 A.**)

Les hémoglobinuries.

A. Hymans Van der Bergh. — On entend par « hémoglobinurie » l'élimination d'une urine contenant de l'hémoglobine en solution. Cet état diffère donc de l'hématurie : au cours de celle-ci, on retrouve, il est vrai, les pigments sanguins dans les urines, mais combinés à des hématies. Le diagnostic différentiel entre les deux états est facile, parce que l'examen microscopique révèle, quand il s'agit d'hématurie, la présence de globules rouges plus ou moins intacts, en tous cas bien reconnaissables.

Au contraire, lorsqu'il s'agit d'hémoglobinurie, l'hémoglobine a quitté les hématies, et le microscope démontre la présence d'une masse amorphe, le plus souvent très développée, de coloration brunâtre.

Or l'ensemble syndromique des hémoglobinuries comprend des affections de caractères très divers. Même après élimination des pseudo-hémoglobinuries par modification du poids spécifique ou de la concentration osmotique des urines, des méthémoglobinuries et des sulfhémoglobinuries, on reste en présence d'une série d'affections à étiologie très différente. Après avoir discuté les hémoglobinuries infectieuses, la « marschhémoglobinurie » et l'hémoglobinurie musculaire, dont la pathogénie est d'ailleurs loin d'être élucidée, l'auteur passe à l'étude de l'hémoglobinurie paroxystique. Il montre successivement que tous les critères biologiques de cette affection restent discutables, que beaucoup d'entre eux (l'hémolyse au froid *in vitro*, l'hémoglobinémie) ne sont pas toujours constatables. Aussi ne saurait-on admettre actuellement pour l'hémoglobinurie paroxystique un mécanisme unique et doit-on attendre le résultat de recherches nouvelles, que la rareté de cette affection ne permet pas souvent d'instituer avant d'établir les groupes de pathogénie différente. (*Strasbourg médical*, 5 octobre 1926.)

Pour combattre chez les prostatiques la rétention urineuse chronique incomplète sans recourir au cathétérisme.

Dans l'hypertrophie prostatique, avant la dernière période (rétention avec distension vésicale), tous les urologues sont d'accord pour reconnaître que, pour éviter la rétention urineuse chronique, le cathétérisme quotidien évacuateur devient indispensable si l'on veut exclure l'intervention chirurgicale, la prostatectomie.

Mais, chez le prostatique surtout, le cathétérisme est toujours considéré comme une intervention pleine de responsabilité, soit que son urètre ait une forte tendance à l'hémorragie, soit parce qu'une fausse voie peut donner lieu à une infiltration urineuse.

On cherche à le remplacer par des moyens qui tendent à décongestionner la prostate et à faciliter la miction (bains chauds, bains de siège, clystères, suppositoires, etc.) ; mais ceux-ci sont souvent inefficaces et produisent une action éphémère et passagère.

Le Dr Pila de Pollazzi, prenant en considération la dépression vésicale constante qui finit par s'établir chez les prostatiques, dépression où s'accumule l'urine non évacuée, et que Guyon appela le « bas-fond », a cherché s'il ne serait pas possible de combler ce fond, avec une matière appropriée, savoir un liquide, qui, par ses propriétés chimiques et mécaniques puisse permettre de se substituer au résidu urinaire.

Ce liquide, non irritant mais aseptique, devrait avoir une densité supérieure à celle de l'urine et ne pas s'altérer à son contact.

L'auteur conseille ainsi de recourir à l'huile de sésame bromée à 33 p. 100 de brome. Ce liquide, convenablement stérilisé, est introduit dans la vessie en quantité proportionnellement supérieure au résidu vésical, précédemment constaté ; il y adhère d'une façon constante. On le renouvelle de temps à autre, par exemple tous les deux ou trois mois, pour que le résidu vésical, déplacé dans le bas-fond, s'y substitue en le contraignant en vertu de son moindre poids spécifique à s'élever, permettant ainsi l'évacuation complète urineuse de la vessie.

Cette nouvelle contribution à la thérapeutique des voies urinaires pourra apporter, sans aucun doute, des bienfaits non négligeables à ceux qui souffrent d'hypertrophie prostatique. (*Paris médical*, 13 novembre 1926.)

La cure marine en pratique obstétricale et gynécologique.

Henri Vignes rappelle que la cure marine agit sur l'organisme par la brise marine qui stimule les nerfs cutanés, par la richesse de l'atmosphère en vapeur d'eau, par les rayons solaires dont les effets habituels seraient augmentés

par l'ionisation de l'air et enfin par la teneur en iode de l'air marin.

L'ensemble de ces facteurs stimule le système nerveux, et vraisemblablement le corps thyroïde, d'où dans les conditions normales, augmentation des oxydations, diminution du quotient respiratoire par prédominance de la combustion des graisses sur celle des hydrates de carbone, tachycardie au réveil, modification du métabolisme azoté.

L'auteur n'étudie pas l'action du bain de mer, et il fait très judicieusement remarquer que chaque femme, si les ressources de son tempérament le lui permettent, peut trouver dans son organisme des moyens capables de rétablir un équilibre salutaire, au cas d'une stimulation marine qui serait trop forte.

Au total, le climat marin agissant chez nos citadines risque de déterminer des métrorrhagies et partant de guérir certaines aménorrhées ; quand il y a tendance au basedowisme, il peut déterminer les troubles menstruels les plus inattendus, aménorrhée ou métrorrhagie.

Bref, il est difficile à l'avance de prévoir l'effet qu'aura un séjour à la mer et, qu'il s'agisse de vacances ou de cure ; il convient de procéder avec empirisme, de se faire surveiller par le médecin de la station choisie et, si nécessaire, de ne pas hésiter à abréger un séjour mal supporté. (*Le Progrès médical*, 6 novembre 1925.)

Sur l'étiologie des varices. Rôle des glandes génito-hypophysaires.

Il faut tout d'abord éliminer les dilatations veineuses par compression ou oblitération des troncs veineux profonds. Restent alors les vraies varices, les varices essentielles, dit L. Gaugier, puisque la cause nous en échappe.

Cependant le rôle du terrain, de la dystrophie veineuse, lui a paru fondamental. Dans les conditions ordinaires, certaines hormones sécrétées par les glandes endocrines maintiennent la tonicité des parois veineuses, par l'intermédiaire du sympathique péri et endo-veineux agissant sur les fibres musculaires lisses. Que certaines sécrétions viennent à manquer ou soient viciées, il en résulte un défaut de tonicité de la paroi veineuse et des valvules ; cet état constitue la maladie variqueuse. Naturellement, une fois que la maladie est constituée, elle s'aggrave du fait de la pression intra-veineuse des membres inférieurs. C'est dire le rôle de la station debout et de l'effort.

Il ne suffit donc pas de traiter les varices des malades par la méthode sclérosante ou le traitement chirurgical, il faut aussi soigner l'état variqueux. On combattra cette diathèse par la teinture d'iode donnée à forte dose, comme excitant des sécrétions glandulaires, par les poudres ou les piqûres d'hypophyse, d'ovaire, par les toniques des fibres lisses : ergot de seigle, hamamelis, hydrastis. Cette association des toniques veineux opothérapiques aux toniques veineux végétaux complètera admirablement le traitement sclérosant. (*La Presse médicale*, 17 novembre 1926.)

Transmission intra-utérine du virus tuberculeux de la mère à l'enfant.

Les recherches de MM. A. Calmette, J. Valtis et M. Lacomme portent sur dix enfants ou fœtus autopsiés, provenant de quelques femmes tuberculeuses, pour lesquelles la séparation de la mère et de l'enfant avait été jugée nécessaires. En plus des fœtus, il y avait des morts-nés ou des enfants décédés quelques heures, quelques jours après leur naissance. Les auteurs ont ainsi remarqué que :

1° Au cours de certaines infections tuberculeuses graves, le passage du virus tuberculeux de la mère au fœtus, pendant la gestation, peut se produire moins exceptionnellement qu'on ne l'avait cru jusqu'ici ;

2° L'infection tuberculeuse transplacentaire est le plus souvent réalisée par des éléments invisibles au microscope, filtrables à travers les bougies de porcelaine poreuse, pathogènes pour le cobaye, que l'on désigne sous le nom d'ultra-virus tuberculeux. Le bacille de Koch issu de cet ultra-virus représente un état plus avancé des éléments filtrables qui le constituent et paraît en être une forme de résistance.

Ces notions nouvelles ne peuvent entraîner aucune modification aux directives générales de la protection des enfants issus de tuberculeuses contre la contagion maternelle et familiale. Cette contagion reste incontestablement le plus important facteur de contamination des jeunes enfants après leur naissance. On en trouve une preuve évidente dans la comparaison de la mortalité des enfants immédiatement séparés de leur mère phtisique, ou vaccinés et non séparés, avec celle des enfants nés dans les mêmes conditions, mais non séparés et non vaccinés. (*La Presse médicale*, 10 novembre 1926.)

La codéine et la morphine au point de vue hypotenseur.

De longues observations faites par M. Bonjour (de Lausanne), il ressort qu'il existe un parallélisme entre les troubles réels et les troubles circulatoires ; une relation étroite doit être notée entre l'hypertension de la minima et l'existence d'une foule d'algies, de maux de tête de symptômes locaux ou généraux. Or, le retour au bien-être est lié généralement à l'action hypotensive des opiacés employés et non à leur propriété dormitive.

Les résultats obtenus dans des cas très diffé-

rents démontrent la valeur spéciale des opiacés, que l'on abandonne ou que l'on dénigre sous l'influence d'idées qui ne sont pas du tout médicales. Or, ce sont des hypotenseurs remarquablement sûrs, qui abaissent la minima là où les autres hypotenseurs restent inefficaces. Ils rendent des services inappréciables dans des cas d'arythmie et de pouls alternatif, lorsque la quinidine n'agit pas. On ne peut les prescrire que lorsque l'intégrité des reins est presque totale. La cure doit partir de 1 ou 2 milligr. par jour et augmenter chaque jour ou tous les deux jours de cette quantité jusqu'à ce que l'effet, mesuré régulièrement à la même heure et dans les mêmes conditions, soit obtenu. Selon les troubles et selon l'âge, il faut employer la codéine ou la morphine, ou un mélange des deux. Ce mélange est excellent contre l'hypertension de la ménopause et les troubles vaso-moteurs et nerveux de l'âge critique. (*La Presse médicale*, 10 octobre 1926.)

Traitement de la fièvre typhoïde de l'enfant par le sérum de Rodet.

D'après les recherches du Pr Leenhardt et de Mlle Sentis, le sérum de Rodet, employé avant le cinquième jour exerce une influence considérable sur l'évolution fébrile de la fièvre typhoïde, qui est le plus souvent très abrégée. La maladie dure exceptionnellement plus de douze jours. Aucune autre médication n'a paru jouir d'une activité comparable ; on peut observer de véritables résurrections ; les rechutes sont malheureusement fréquentes et se produisent parfois après une longue période d'apyrexie.

Le sérum injecté tardivement abaisse la température de façon manifeste, sans raccourcir la maladie, ni supprimer toutes les complications.

Le choc sérique produit par les injections de sérum de Rodet est parfois très intense et a pu contribuer une fois à l'apparition de phénomènes graves. Il y aurait grand intérêt à obtenir un sérum désalbuminé d'activité comparable, qui jouirait des remarquables propriétés antitoxiques du sérum de Rodet, et serait d'un maniement plus facile, surtout au cours des rechutes, où, dansla crainte d'accidents sériques, les auteurs n'ont osé l'employer. (*La Médecine*, août 1926.)

Annexites et vaccinothérapie.

Les malades atteintes d'annexites, en dehors de cas heureux, légers et récents, qui guérissent facilement, sont trop souvent condamnées à l'observation stricte d'un repos sévère, d'un traitement local monotone, qui ne leur procure d'ailleurs qu'un état de santé précaire.

La vaccinothérapie paraît à M. Daléas devoir modifier complètement ce pronostic. En effet sur une vingtaine de malades sérieusement atteintes, qu'il a traitées par cette méthode, non seulement aucune n'a été opérée, mais quinze sont cliniquement guéries, quatre ne présentent plus que des signes objectifs (modifications utéro-annexielles au toucher), deux seulement souffrent encore de temps à autre, mais peuvent sans gêne appréciable vaquer à leur ménage.

Bref, la vaccinothérapie pratiquée avec des vaccins énergiques est efficace dans la très grosse majorité des cas : il est nécessaire en effet pour qu'un vaccin agisse qu'il provoque une réaction vive et son effet est proportionnel à cette réaction. Il ne peut y avoir que des avantages à utiliser des vaccins polyvalents. En vertu du principe de la nécessité du choc, l'auteur donne toujours une dose massive d'emblée, c'est-à-dire une ampoule, suivie de l'injection de deux autres avec deux jours d'intervalle entre chacune. Cette dose est habituellement suffisante, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'il faut recourir à une deuxième série de piqûres, d'ailleurs moins choquante que la première, faite trois ou quatre semaines auparavant.

Cette thérapeutique est sans danger ; elle peut s'appliquer aux malades de toutes catégories sociales ; elle procure des guérisons là où les autres traitements médicaux ont échoué.

La guérison peut être telle que dans des cas jadis inévitablement voués à l'hystérectomie, elle a pu permettre des grossesses ultérieures évoluant sans accident.

Enfin, les résultats obtenus paraissent suffisants pour qu'il ne soit pas permis de pratiquer délibérément une intervention chirurgicale aussi grave que la castration, sans avoir tenté consciencieusement le traitement par les vaccins. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, juillet 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Fièvres cryptogénétiques du nourrisson.

(MM. J. CATHALA et CORMAN. — *Soc. de pédiatrie* ; 19-10-1926.)

Les hyperthermies prolongées de cause obscure ne sont pas très rares dans l'enfance, ni même dans le premier âge. Elles ont fait l'objet de la thèse de Doucet (1910) et de discussions à la Société de Pédiatrie (1919 et 1921).

MM. Cathala et Corman en relatent un exemple ; il concerne un nourrisson dont la croissance s'arrêta au septième mois, en même temps que s'installait un état fébrile permanent et une anorexie complète. Au bout de six mois et demi l'enfant succomba. L'autopsie fut en tous points négative : pas de tuberculose latente, pas d'infection occulte de l'oreille, du cavum, des voies urinaires. Aucun signe clinique n'avait pu, d'ailleurs, caractériser d'affection organique, ni de septicémie.

L'acrodynie de l'enfance.

(MM. PÉHU, de Lyon et ARDISSON. — *Soc. de pédiatrie* ; 19-10-1926.)

Maladie singulière, encore peu connue en France, l'acrodynie de l'enfance a été étudiée et décrite à l'étranger sous des noms divers : *trophodermatoneurose* (Selter), érythrœdème, *pink disease* (maladie rose) (Clubbe), *raw beef hands and feet* (pieds et mains comme du bœuf cru) (Snowball), etc.

Elle se caractérise schématiquement par les symptômes suivants : *a*) manifestations cutanées (sueurs généralisées excessives, érythème persistant des mains et des pieds, cyanose des extrémités, desquamation du type scarlatineux) ; *b*) manifestations nerveuses (parésie des membres) ; *c*) manifestations psychiques (changement de caractère, tristesse, mélancolie, troubles du sommeil) ; *d*) manifestations circulatoires (tachycardie et hypertension).

M. Péhu en présente six observations, relatives à des enfants de 16 mois à 2 ans 1 /2, habitant la région de Chalon-sur-Saône, et relevées pendant les années 1924, 1925 et 1926. En raison de similitudes avec la maladie décrite il y a un siècle par Genest et nommée, en 1830, *acrodynie* par Chardon, il croit plus conforme à la tradition de lui donner cette appellation, d'ailleurs adoptée assez couramment par les auteurs de langue anglaise.

— M. NOBÉCOURT a observé avec M. Pichon, pendant les deux premiers mois de 1926, deux enfants atteints du syndrome acrodynique.

— M. COMBY rappelle qu'en 1922, il a essayé de vulgariser la connaissance de cette maladie dans deux revues générales.

— M. LEREBOULLET remarque la parenté de ce syndrome, pour certains cas, avec l'encéphalite épidémique. Il peut s'agir d'un virus voisin, mais non identique.

Les états de dénutrition de la première enfance.

(M. G. MOURIQUAND, de Lyon. — *Société de Pédiatrie*; 9-11-1927.)

M. Mouriquand montre que la question des états de dénutrition de la première enfance reste enveloppée d'incertitude. Le moindre trouble pathologique portant sur un point quelconque de l'organisme, en particulier le tube digestif, tend à rompre, dans le premier âge, l'équilibre nutritif. Ce n'est que plus tard que se créent les résistances et les immunités locales protectrices.

L'auteur relève trois groupes de causes entrant dans l'étiologie de la dénutrition de la première enfance : causes d'origine alimentaire, causes d'origine digestive, causes d'origine nutritive.

L'hypoalimentation joue un grand rôle. Elle est ou équilibrée, représentée alors par l'hypoalimentation de l'enfant au sein et rarement grave, ou déséquilibrée, dans l'alimentation au lait de vache et surtout aux farineux et au bouillon de légumes.

La dénutrition de source digestive est également fréquente. On sait notamment que l'athrepsie est l'aboutissant commun des diarrhées. Celles-ci agissent par des processus d'inanition, d'auto-intoxication, d'infection et de soustraction hydrique.

Les facteurs du troisième groupe sont les infections aiguës ou chroniques (tuberculose, hérédo-syphilis), certains agents physiques (froid, chaleur), la privation de lumière, etc.

A cela doivent être joints des états prédisposants : hérédité arthritique, terrain anaphylactique, etc.

Le traitement diffèrera suivant les formes étiologiques. Dans les cas d'origine alimentaire, s'il s'agit d'enfant au sein, recourir à l'allaitement mixte. Chez l'enfant soumis à l'alimentation artificielle, aux farineux, bouillon de légumes, réformer le régime, mais la réalimentation sera difficile : on s'inspirera du traitement des formes digestives. Celles-ci, lorsqu'il s'agit de syndrome diarrhéique *primitif*, seront combattues par une bonne diète hydrique; et, en l'absence du sein, par le lait d'ânesse, le lait humanisé n° 1, plus encore le babeurre et le lait albumineux. Dans le syndrome *secondaire*, la diète sera inutile, sinon dangereuse. Penser à l'hérédo-syphilis.

Lorsque cette thérapeutique étiologique échoue, recourir au traitement du déséquilibre nutritif, par la médication hydratante (injections de sérum), nutritive (sérum glycosé, transfusion, oxygénothé-

rapie), opothérapique (thyroïdienne, surrénale), diathermique et radiumthérapique.

— M. Henry LEMAIRE expose la symptomatologie et la physiologie pathologique des états de dénutrition de la première enfance. Cliniquement, le caractère fondamental de ces états est la disparition progressive du pannicule adipeux. L'auteur adopte la classification en trois degrés du professeur Marfan :

1° Hypothrepsie du premier degré, forme légère, dans laquelle le pannicule adipeux s'efface de l'abdomen et du tronc ;

2° Hypothrepsie du second degré, où il y a disparition de la graisse de la peau du ventre et du thorax et son amincissement sur la face et les membres ;

3° Athrepsie, où toutes les réserves graisseuses, même celles de la face, ont disparu. C'est la phase ultime qui ne s'observe que dans les quatre premiers mois de la vie et chez l'enfant privé du sein. Son incurabilité est la règle.

— M. NOBÉCOURT signale la tolérance des nourrissons cachectiques pour les hautes doses de sucre de canne. Les fortes doses de ce sucre (lait sucré à 10 %, à raison de 50, 60, 70 gr., 80 gr. de sucre de canne par jour) ont souvent une action favorable, régularisant les digestions, améliorant l'état général, avec augmentation du poids. Mais, il ne faut pas généraliser. Les conditions pathogéniques sont trop complexes pour que le même régime alimentaire réussisse toujours.

— M. LESNÉ revient sur le régime dans l'athrepsie. Les aliments de choix sont avant tout le lait de femme, et à défaut le lait d'ânesse, le babeurre, le lait sec écrémé, les bouillies maltosées. S'il faut craindre la suralimentation, il faut redouter plus encore la sous-alimentation. La diarrhée, si fréquente chez les athrepsiques, ne doit pas entraîner la prescription répétée de la diète hydrique. Si la tolérance stomacale le permet, on aura recours à des rations alimentaires suffisantes.

La cure insulinique donne parfois d'excellents résultats, en favorisant l'assimilation des hydrates de carbone. Les injections sous-cutanées de 15 à 20 cc. de sérum glycosé à 10 pour 1000 sont un adjuvant utile, à peu près de valeur égale à l'injection intra-musculaire de sang familial. Les rayons ultra-violets, inefficaces dans l'athrepsie confirmée, stimulent parfois l'appétit (séances courtes) dans l'hypothrepsie.

Il est des athrepsiques qu'on peut guérir. Il en est d'autres qu'on n'améliore pas, quoi qu'on fasse, et le plus souvent l'examen clinique ne permet pas de les discerner.

— M. ROHMER parle de l'acidose et de l'azotémie dans l'athrepsie. Il n'a trouvé que très rarement l'azotémie dans l'athrepsie chronique. Elle est plus fréquente dans l'état cholériforme.

— M. BARBIER et M. HALLÉ partagent l'opinion du professeur Nobécourt sur la valeur du sucre de canne dans l'hypothrepsie et l'athrepsie des nourrissons.

— M. Georges SCHREIBER fait, à la suite de M. Mouriquand, une critique du bouillon de légumes dans l'alimentation des enfants du premier âge. Les bouillons de légumes, dit-il, administrés avec discernement, dans quelques cas bien définis et d'une façon transitoire, peuvent rendre des services. Le malheur est qu'ils sont souvent prescrits systématiquement toutes les fois qu'un nourrisson présente des troubles diarrhéiques. Cette pratique a fait un nombre considérable de victimes et il faut réagir contre elle. Sans parler du lait de femme et du lait d'ânesse (dont on ne dispose pas toujours facilement) le babeurre est indiqué chez les prématurés, les débiles, les dystrophiques de moins de trois mois, mais, dans la plupart des cas, ce sont les bouillies maltées au lait sec ou condensé qui donnent les meilleurs résultats. Elles peuvent être administrées sans inconvénient pendant plusieurs semaines à l'exclusion de tout autre aliment et on ne saurait assez aider à leur vulgarisation pour éviter l'inanition chez les nourrissons vomisseurs et diarrhéiques intolérants pour le lait de vache ordinaire.

Les deux formes de rétention chlorée.

(MM. L. AMBARD et F. SCHMID. — *Soc. méd. des hôp.*; 28-1-1927.)

On sait que le chlore peut être retenu dans l'organisme, notamment chez les néphrétiques, ou bien concurremment avec de l'eau, ou bien sans hydratation concomitante. La rétention avec hydratation a été bien étudiée par Widal, Lemierre et Javal. La rétention du chlore sans hydratation a été signalée par Ambard et Beaujard, et décrite par eux sous le nom de rétention chlorurée *sèche*.

Cliniquement, ces deux rétentions s'opposent par des symptomatologies différentes : œdèmes dans un cas ; dyspnée, anorexie, parfois éclampsie, sans œdèmes, dans l'autre.

Envisageant la question au point de vue chimique, M. L. Blum, de Strasbourg, a appelé la forme œdémateuse : rétention chlorée *avec natrémie normale*, et la forme sèche : rétention chlorée *avec hyponatrémie*. Pour lui, c'est le sodium (natrium) et non le chlore qui est le *primum movens* de la rétention saline dans la pathogénie des œdèmes : ici, le chlore est retenu à l'état de chlorure de sodium. Dans la rétention chlorurée sèche, le chlore est retenu à l'état de combinaison albumineuse.

MM. Ambard et Schmid ont cherché à définir plus strictement la nature de la combinaison chloro-albumineuse. Il leur est apparu qu'il y avait alors surcharge en acide chlorhydrique de tous les tissus. On comprend ainsi pourquoi, dans cette forme sèche, les symptômes sont nombreux et pourquoi les troubles observés du côté du système nerveux revêtent le type d'excitation.

Hoquet rebelle avec autopsie.

(MM. Urechia et Michalescu. — *Soc. méd. des hôp.*; 28-1-1927.)

MM. Uréchia et Michalescu, à l'autopsie d'un malade atteint de cancer du pylore, qui avait présenté pendant douze jours un hoquet rebelle, ont trouvé de nombreuses hémorrhagies capillaires dans la substance grise de la moelle cervicale, au niveau du centre du nerf phrénique, de même que des altérations cellulaires.

Lymphorrhée consécutive à l'évidement de l'aisselle.

(M. R. Bonneau. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 4-3-1927.)

M. Bonneau rapporte deux cas d'évidement de l'aisselle après lesquels persista une lymphorrhée pendant 5 et 3 semaines. Dans le premier cas, il s'agissait d'une adénite chronique ; dans le second, d'une adénite sous-pectorale cancéreuse dépendant du sein opposé précédemment enlevé. Si l'évidement soigneux de l'aisselle dans l'opération du cancer du sein n'est pas suivi de lymphorrhée prolongée, cela tient à ce que les voies lymphatiques lentement oblitérées ont été préalablement suppléées par les voies accessoires.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Diverticules de l'œsophage.

MM. Santy et Aloin présentent une pièce opératoire, un diverticule de l'œsophage enlevé à un homme de 56 ans. Les auteurs rappellent qu'il existe deux méthodes de traitement chirurgical des diverticules œsophagiens : la *diverticulopexie* qui consiste à relever et à fixer la poche par son cul-de-sac supérieur dans les plans profonds du cou, méthode d'un emploi souvent difficile, et la *résection*, en un ou deux temps. Les auteurs donnent la préférence à la résection en un seul temps précédée de gastrostomie, et faite sous anesthésie locale.

Fibrome simulant une grossesse.

MM. Villard et Montel présentent une pièce opératoire provenant d'une malade de 45 ans qui présentait depuis un an des règles de durée et d'abondance anormales avec augmentation progressive de volume du ventre. Diagnostic : gros utérus fibromateux. A la laparotomie, on se trouve en présence d'un utérus très mou donnant l'impression d'un utérus gravide. Une ponction exploratrice ne ramène que du sang veineux ; il n'y a pas de vascularisation exagérée, pas de corps jaune de grossesse. Hystérectomie subtotale : fibrome mou postérieur avec cavité utérine très agrandie.

Corps étrangers du larynx.

M. Aloin présente une radiographie représentant une épingle piquée au niveau de l'hypopharynx et plongeant par sa tête dans le larynx. A ce propos l'auteur rappelle : que les corps étrangers du larynx se voient surtout chez l'enfant ; que la période de fixation du corps s'accompagne de phénomènes spasmodiques très dramatiques nécessitant souvent une trachéotomie d'urgence ; que l'extraction, souvent difficile, doit être faite en position horizontale et sous anesthésie. Eviter toutes manœuvres aveugles d'extraction au doigt qui augmentent le spasme et rendent plus difficiles les interventions consécutives.

A propos du traitement radiothérapique des épithéliomas cutanés.

M. Arcelin commente une thèse inspirée par M. Coste et relative à 274 cas d'épithéliomas cutanés et cutanéo-muqueux traités par les rayons X avec : absence de filtre, longueur d'onde moyenne, séance unique (17 à 35 H). Cette méthode a déjà été préconisée par Bordier en 1908 et employée par l'auteur. M. Coste l'a rajeunie et illustrée par de nombreux faits cliniques. Il faut s'en féliciter.

Myome cervical antérieur.

M. Violet présente une pièce de myome développé dans la partie antérieure du col utérin. La tumeur s'était coiffée de la vessie et l'avait remontée sur plus de quatre travers de doigt, d'où l'existence de troubles urinaires et le danger de blesser la vessie au cours de l'intervention.

Myome sous-muqueux avec hémorrhagies.

M. Violet. — Femme de 73 ans ; métrorrhagies abondantes depuis 3 mois. On pense d'abord à un néoplasme, mais le col n'était pas bourgeonnant et il n'y avait pas de pertes ichoreuses. On décida donc de faire une exploration intra-utérine qui permit de constater l'existence d'un petit myome pédiculé qui fut extrait par torsion à l'aide d'une pince de Museux.

Ligature de l'iliaque externe.

MM. Barbier, Guilleminet et Pauzet. — Jeune homme de 16 ans, renversé par une automobile, dont une roue passa sur la région crurale droite. Immédiatement après on constate que le pied est livide, froid, sans battements à la pédieuse, ni à la fémorale. On découvrit l'extrémité de l'artère iliaque externe présentant au-dessus de l'arcade un segment noirâtre, semblant occupé par un caillot. Veine saine. On lie l'artère au-dessus et au-dessous du segment écrasé. Résultats six mois après : le malade a repris son travail (menuisier), il peut marcher deux heures sans arrêt et courir pendant 500 mètres ;

le membre du côté blessé est aussi chaud que l'autre ; mais il n'y a aucun battement artériel et on n'observe aucune oscillation à l'oscillomètre. Ce fait — qui constitue l'intérêt de l'observation — s'explique par l'établissement dans ce cas d'une *circulation continue* : c'est par des artérioles et même des anastomoses capillaires au sein des muscles que le courant circulatoire s'est rétabli, le sang n'arrivant au membre qu'après avoir passé par une nappe sanguine, ce qui a pour effet d'annihiler les saccades de la circulation artérielle normale.

Recto-colite grave sténosante.

MM. X. Delore, de Girardier et Grandmaison. — Femme de 32 ans, syphilis il y a 4 ans, quelque temps avant le chancre, apparition d'un syndrome dysentériforme avec selles nombreuses, très liquides, parfois hémorragiques et purulentes, avec coliques et faux besoins. Ces troubles ont persisté depuis lors avec des paroxysmes. A l'entrée, six à huit selles par jour, faux besoins et épreintes ; dans l'intervalle, écoulement de matières muco-purulentes, parfois sanguinolentes ; cachexie ; température autour de 38°.

Examen : ventre rétracté ; toucher rectal très douloureux, le doigt est introduit difficilement et arrêté à 4 ou 5 cm. de l'anus par un rétrécissement infranchissable. On pratique un anus terminal à pont sur le côlon transverse, se réservant de faire plus après désinfection du segment recto-colique et traitement antisyphilitique et antiamibien. Mais l'état s'aggrava rapidement et la malade mourut. A l'autopsie, pus dans le péritoine et le petit bassin, le rectum et une partie de l'anse sigmoïde sont rétrécis considérablement sur une longueur de 20 cm. et enveloppés d'une énorme masse scléro-lipomateuse. La lumière rectale mesure en un point 2 cm. 5 de largeur (rectum ouvert et étalé). De tels rétrécissements sont très rares. Quant à l'étiologie, il s'agissait d'une prostituée syphilitique, ayant eu une bartholinite certainement blennorragique. Mais les symptômes avaient débuté avant le chancre, et l'aspect des lésions n'était pas celui des rétrécissements syphilitiques, ni gonococciques, ni d'ailleurs celui des rétrécissements tuberculeux. De sorte que l'étiologie reste obscure.

Société médicale des hôpitaux.

Convulsions infantiles et acétonurie.

MM. Gardère et Jeannin présentent trois observations de jeunes enfants (2 ans 1/2 et 3 ans 1/2) entrés à l'hôpital pour des crises convulsives et chez lesquels on trouva de l'acétonurie, sans glycosurie. Les symptômes digestifs, habituels dans l'acétonémie infantile, se bornaient dans un de ces cas à de l'anorexie et dans les deux autres à quelques vomissements. Sans la recherche de l'acétonurie, le diagnostic eût pu errer (méningite, encéphalite épidémique).

Méningo-encéphalomyélite tuberculeuse.

MM. Roque, J. Dechaume et P. Ravault. — Femme de 28 ans, entrée à l'hôpital pour une paraplégie survenue brusquement ; éthylisme et syphilis dans les antécédents. En mars 1926, la malade a présenté de l'hypersomnie, puis des troubles gastro-intestinaux (vomissements, constipation) avec asthénie.

En juin, survient la paraplégie avec faiblesse des membres supérieurs. A l'entrée : température : 38°9 ; parésie des quatre membres, sans atrophie ; réflexes tendineux abolis aux membres inférieurs seulement, réflexes cutanés abolis. Argyll très net. Léger Kernig. Examen viscéral négatif. Ponction lombaire : liquide clair contenant 0,60 d'albumine, 40 lymphocytes à la cellule de Nageotte, avec Wassermann négatif. Celui-ci est très positif dans le sang. Peu après l'entrée, l'état infectieux s'aggrave : temp. 39°6, pouls 120, la parésie s'accentue, atteint au bout de quelques jours le diaphragme ; troubles de la parole, délire. La malade meurt neuf jours après son entrée, avec des signes méningés plus nets, une température de 39°7, un pouls à 156, une respiration à 48. Une dernière ponction lombaire avait donné un liquide limpide avec 1 gr. 20 d'albumine et 0 gr. 60 de sucre ; cultures stériles. L'autopsie montra qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses atypiques du névraxe avec lepto-méningite discrète et polioencéphalomyélite dégénérative. L'inoculation au cobaye du liquide céphalo-rachidien fut positive.

Encéphalite épidémique et syphilis nerveuse

M. Jean Dechaume présente l'observation d'un malade du service de M. Roque, entré à l'hôpital pour un syndrome méningé avec température de 40°. Six mois avant, il avait eu pendant plusieurs semaines un tremblement de la main droite qui disparut. Brusquement, la veille de son entrée, il devint incapable de parler, puis tomba dans un état de torpeur assez marqué. A l'entrée, température 39°5, pouls 100, somnolence, aphasie. Légère raideur généralisée. Pas de paralysie évidente. Réflexes : tendineux faibles, cutané plantaire en flexion. Pas de contractures. Pupilles égales et régulières, ne réagissant pas à la lumière. Ponction lombaire : liquide limpide, 25 lymphocytes et 12 polynucléaires par mm. ; 0 gr. 60 d'albumine ; Wassermann très positif. On porte le diagnostic de syphilis cérébrale et on institue un traitement spécifique. L'état s'aggrave rapidement : coma complet, température 41°6, pouls 140, rétention d'urine ; *myoclonies*, notamment dans le membre inférieur gauche et la face. Une nouvelle ponction lombaire donne un liquide limpide avec une trentaine d'éléments par mm., 0 gr. 75 d'albumine et 0,69 de sucre ; examens bactériologiques directs et cultures négatifs. Mort, deux jours après l'entrée. Autopsie : l'aspect macroscopique des lésions semble d'abord confirmer le diagnostic de syphilis (état congestif très marqué de la corticalité cérébrale,

ramollissement blanc étendu). Cependant la prédominance des lésions aux noyaux gris centraux, les caractères des lésions pédonculaires, les résultats de l'inoculation au lapin font pencher l'auteur vers la nature *encéphalitique* des lésions.

Néphrite chlorurémique chez un enfant.

MM. Mouriquand et Bernheim relatent l'histoire d'un enfant de 3 ans, né de mère tuberculeuse, entré à l'hôpital avec des œdèmes généralisés, une légère ascite, de l'oligurie, 6 gr. d'albumine par litre, un foie débordant d'un travers de doigt les côtes. Pendant le long séjour (16 mois) du petit malade, on vit d'abord les œdèmes céder à la théobromine, puis devenir irréductibles. Toutefois, pendant le cours d'une rougeole intercurrente, les œdèmes disparurent complètement et l'albuminurie fut réduite à l'état de traces. Mais ensuite ces symptômes reparurent, les œdèmes notamment, plus généralisés que jamais, et s'accompagnant d'ascite. Plusieurs dosages de l'urée sanguine donnèrent des chiffres variant de 0 gr. 12 à 0 gr. 35 par litre. Quelques cylindres granuleux ; pas d'hématies. Inoculation des urines au cobaye négative. Un an après le début, apparurent des signes pulmonaires : submatité de la base gauche, souffle tubaire à la partie moyenne, obscurité de la base gauche à l'écran ; puis peu à peu, signes d'excavation à la partie moyenne. L'enfant succomba, ayant conservé jusqu'au bout ses volumineux œdèmes. L'autopsie montra des lésions tuberculeuses des deux poumons, des ganglions trachéo-bronchiques caséeux, un foie infiltré de graisse, mais, contrairement à toute attente, les reins étaient sains, tant histologiquement que macroscopiquement. Dans ces conditions, les œdèmes et l'albuminurie paraissent inexplicables : il existe bien des œdèmes d'origine hépatique, mais ceux-ci sont localisés (membres inférieurs, face) et ne réalisent pas un type d'anasarque.

Pancréatite avec hyperplasie des éléments endocriniens chez un diabétique.

MM. A. Dumas et P. Ravault relatent l'observation d'un diabétique urinant 3 à 4 litres environ avec 56 grammes de glucose par litre. Ce malade présentait en outre des signes de tuberculose pulmonaire et de la parésie des membres inférieurs. Le malade tomba dans le coma, dont le tirèrent 60 unités d'insuline ; mais il succomba néanmoins peu de temps après. L'autopsie montra un pancréas semé de petites cavités kystiques, où l'histologie révéla une sclérose interstitielle, coexistant avec une hyperplasie considérable de l'élément endocrinien, fait qui peut sembler paradoxal si l'on ne savait que l'hyperplasie ne va pas toujours de pair avec l'hyperfonctionnement.

A. C.

Saint-Germain-en-Laye

Société médico-chirurgicale de la Région de Saint-Germain-en-Laye.

Réflexions sur le traitement de la tuberculose.

MM. Fesquet et Paulin. — A propos de l'analyse du traité de Churchill : « De la cause immédiate de la phtisie pulmonaire et des maladies tuberculeuses et de leur traitement spécifique par les hypophosphites » (1864), font l'historique des innombrables médications employées jadis de façon empirique contre la tuberculose et montrent qu'à notre époque persiste le même engouement erroné, sinon dangereux, pour les médications nouvelles.

Un cas d'encéphalite à forme pseudo-tabétique.

M. Bertrand. — Il s'agit d'un homme de 50 ans dont le début subit de l'affection est caractérisé par l'impotence fonctionnelle bientôt absolue de la marche et de la station debout, la perte de la sensibilité profonde — la démarche ébrieuse — l'abolition complète de tous les réflexes tendineux, ceci à l'exclusion de tous les autres symptômes de la série tabétique. Wassermann négatif. Le tableau se complète bientôt par de la diplopie et de la céphalée qui, malgré l'absence de température, font penser à une encéphalite. Traitement par la septicémine et l'uroformine. Quelques jours après se produit une hématurie. Un mois plus tard, des troubles moteurs d'incoordination ont totalement disparu, la sensibilité musculaire est redevenue normale, mais les réflexes sont toujours abolis. Cependant le malade est capable de marcher.

A propos de deux cas de cholécystite aiguë.

M. Larget, à propos de deux cas récents, précise les indications opératoires dans les cholécystites aiguës calculeuses ou non. Il se déclare partisan de l'opération en deux temps : cholécystostomie d'abord puis cholécystectomie quelques mois plus tard. Bien entendu, avant le deuxième temps, on ne manquera pas de préparer soigneusement le malade, d'examiner le fonctionnement rénal et surtout la coagulation sanguine. Au cas où celle-ci serait trop lente, de petites transfusions ou des injections d'anthéma la rendraient normale.

Exostose tibiale antérieure des joueurs de foot-ball.

M. Fauvel. — Cette hypertrophie ostéo-périostique quelquefois douloureuse s'est retrouvée 40 fois sur 200 joueurs. La plupart des sujets qui ne présentaient pas cette anomalie étaient des joueurs de date relativement récente ou ne pratiquant ce sport que d'une façon discontinue.

Le traitement des fractures par l'ostéosynthèse.

M. Larget. — L'ostéosynthèse, qui a donné lieu

à des discussions passionnées dans diverses sociétés savantes, est encore frappée d'ostracisme par de nombreux chirurgiens. Ses adversaires lui reprochent notamment les retards de consolidation — la nécessité de transformer une fracture « fermée » en fracture temporairement ouverte — la mauvaise tolérance de l'os pour le matériel métallique de prothèse. Or il résulte d'une enquête faite par Larget, lorsqu'il était interne de M. Dujarier, que ces arguments s'évanouissent lorsqu'on regarde les résultats éloignés de la méthode. Celle-ci, d'autre part, offre des avantages certains : réduction mathématique, lésions de voisinage (vaisseaux, nerfs et muscles) traitées au cours de l'intervention, mobilisation précoce des articulations voisines. Cependant Larget assure qu'il faut être éclectique dans le traitement des fractures par l'ostéosynthèse, car il y a des cas où les résultats éloignés ne sont pas satisfaisants, notamment les fractures du col du fémur. Avec les fractures de jambe (diaphyse) on peut avoir des manques de tolérance dus à la proximité de la prothèse et des téguments ; néanmoins quand on voit les résultats du traitement de ces dernières fractures par des procédés non sanglants (statistique du rapport Bérard), l'ostéosynthèse paraît préférable. L'auteur préconise donc la conduite suivante vis-à-vis de l'ostéosynthèse : il faut traiter par ce procédé : toutes les fractures articulaires, les fractures de l'avant-bras (diaphyse), les fractures de la diaphyse fémorale. Pour les fractures de l'humérus, de la clavicule, de la diaphyse tibiale, on donnera la préférence à l'ostéosynthèse si on en connaît bien la technique. C'est là une opération difficile qui ne peut donner de bons résultats qu'entre les mains de chirurgiens entraînés à l'employer. Pour ce qui est du mode de prothèse, les plaques sont préférables aux agrafes et aux cercles. Chez l'enfant on doit *toujours* enlever la prothèse après la consolidation. Chez l'adulte, l'ablation ne doit pas être systématique.

M. Lamare pense, comme M. Larget, qu'il faut être éclectique et ne pas adopter ni rejeter en bloc l'ostéosynthèse. Elle est surtout indiquée dans les fractures de l'avant-bras et les fractures de cuisse à grand déplacement. Il fait quelques réserves à propos de l'ostéosynthèse dans les fractures de jambe. Là comme ailleurs, c'est le rétablissement de la fonction qui doit être le but du traitement ; ce but est parfaitement rempli dans la majorité des cas par l'appareil de marche de Delbet qui permet la mobilisation des articulations sus et sous-jacentes et favorise l'ostéogénèse et le modelage du cal par le jeu des muscles. La statistique Bérard est discutable, car il s'agit d'accidents du travail et d'autre part il n'y est pas indiqué le nombre de cas convenablement traités par l'appareil de marche. Il fait remarquer que d'ailleurs c'est l'ostéosynthèse des fractures de jambe qui, dans la statistique de Dujarier donne le plus de mécomptes Quant au traitement sanglant des fractures du col du fémur, la méthode de Delbet a gagné en précision par l'emploi de l'instrumentation de Robineau-Contremoulins. Enfin il se propose d'éliminer le facteur infection par la peau par l'emploi, avant l'intervention, de pansements au bouillon vaccin staphylo-streptococcique.

Un cas de maladie de Hodgkin à manifestations discrètes.

M. André Martin relate un cas de maladie de Hodgkin caractérisé par une adénite sus-claviculaire et surtout par une adénopathie hilaire gauche assez volumineuse découverte à l'examen radioscopique et radiographique. Il n'y avait pas de prurit, pas de splénomégalie. Le diagnostic a été fait uniquement par la biopsie d'un ganglion qui a montré l'absence de follicules tuberculeux et les éléments caractéristiques de la lympho-granulomatose (cellules de Strenberg, cellules éosinophiles). La radiothérapie profonde a amené la disparition rapide et complète des adénopathies externes et hilaires. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est la modicité des signes généraux : après un an d'observation, la malade se maintient en excellent état sans qu'on puisse préjuger de son avenir. En effet, des cas de lympho-granulomatose à évolution très prolongée ont été rapportés par différents auteurs. Martin oppose ces formes latentes aux descriptions classiques de la maladie arrivée à sa période terminale. A propos de cette communication, l'auteur rappelle que les images radiologiques d'adénopathie hilaire avérée, déjà rares chez l'enfant, sont tout à fait exceptionnelles chez l'adulte et qu'elles soulèvent toujours chez celui-ci un problème de diagnostic très ardu. Si les foyers ganglionnaires intra-thoraciques de l'enfant sont le plus souvent en rapport avec une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, il n'en est pas de même chez l'adulte où la tuberculose ne provoque presque jamais d'adénopathie hilaire pure sans participation pulmonaire. Il faut songer alors à la syphilis, aux lymphosarcomes ou, comme ici, aux formes frustes de la maladie de Hodgkin. Seule, la biopsie d'un ganglion superficiel, s'il en existe, permet de trancher le diagnostic de nature.

Le propidon dans l'érysipèle généralisé.

MM. Cherechewski et Paulin ont eu à soigner, depuis deux ans, onze cas d'érysipèle généralisé : deux par propagation d'un érysipèle de la face, les autres ayant pour point de départ des lésions cutanées diverses : ongles incarnés, plaies variqueuses, brûlures superficielles, ventouses scarifiées, piqûres pour injections sous-cutanées et, chez un enfant de trois mois, une lésion de grattage au niveau d'une vésicule de varicelle. Laissant de côté deux cas ayant trait à des personnes âgées en pleine cachexie, due à une cirrhose hépatique (la gravité de leur affection principale avait autorisé à ne pas faire de grands frais thérapeutiques pour combattre la complication) il reste 9 cas où un traitement méthodique et suivi fut appliqué. Avant l'emploi du propidon, les au-

teurs ont eu à enregistrer trois décès ; les trois premiers malades, dont l'érysipèle, sur un terrain sans tares appréciables, a mis d'un mois à six semaines à évoluer pour aboutir à un état cachectique par véritable épuisement. Et pourtant ce ne fut pas faute de soins multiples et très variés : huile goménolée ou pansements humides au sublimé sur les plaques, teinture d'iode en badigeonnages ou pointes de feu étagées sur le pourtour des plaques, en pleine peau saine pour opposer une barrière à la propagation, cholagogues ; calomel et ipéca à doses fractionnées ; électrargol sous-cutané et septicémine intraveineuse ; sérum antistreptococcique ; abcès de fixation, sans compter les stimulants généraux : strychnine, acétate d'ammoniaque, etc... En présence de ces trois échecs, les auteurs ont décidé d'expérimenter une préparation plus énergique qui provoque habituellement de fortes réactions et même des perturbations violentes et ont choisi le propidon qu'ils ont appliqué systématiquement, et à fortes doses dans les six autres cas, tous terminés par la guérison, après une évolution généralement lente et progressive. Chez les adultes, ils ont procédé à doses assez massives : 3 à 4 ampoules de 4 cmc. à 3 jours d'intervalle, chez le tout petit enfant par 1/4 de cmc. à 1 cmc. parfaitement bien toléré. Dans cinq cas, la marche de l'érysipèle avait conservé un caractère envahissant, mais avec un état de réactions générales moins graves qu'auparavant. Dans un seul cas, concernant une femme de 73 ans, l'érysipèle ayant quitté le côté gauche pour envahir la cuisse droite, s'arrêta net et la guérison fut promptement obtenue. Ces six cas de guérison par le propidon, après trois décès consécutifs à d'autres traitements, méritent d'être signalés, l'érysipèle généralisé étant habituellement une affection grave.

M. Lamare fait remarquer que les enfants supportent admirablement le propidon. D'autre part, il se demande s'il n'y aurait pas avantage dans l'avenir à associer dans le traitement de l'érysipèle, à la vaccination générale, la vaccination locale par pansement des plaques crysipélateuses à l'aide du même propidon liquide ou mieux en pommade.

Sur un kyste spermatique.

M. Lamare rapporte le cas d'un homme de 62 ans porteur de plusieurs kystes des bourses. A droite : un kyste sus-épididymaire à liquide opalescent contenant des spermatozoïdes morts. A gauche : un kyste volumineux de même nature que le précédent, une hydrocèle à liquide citrin non trouble et dans la cavité de celle-ci un petit kyste occupant la place de l'hydatide de Morgagni et rempli d'un liquide opalescent à spermatozoïdes. Il rappelle à ce propos la classification des kystes spermatiques.

M. Dupont.

Les Thèses

P. — Dr Maestracci, ex-interne des hôpitaux et de la crèche départementale de la Seine. — **Importance du syndrome vagotonique dans l'infection tuberculeuse pulmonaire et médication belladonée.** (*Thèse de doctorat*, 1926).

Le système organo-végétatif exerce une influence sur l'évolution de la tuberculose. Il semble bien que la tendance sympathicotonique favorise le développement des phénomènes évolutifs et que la tendance vagotonique comporte, au contraire, un pronostic favorable.

Mais, dans le cours de l'évolution bacillaire, il existe des accès de vagotonie qui provoquent des manifestations cliniques pénibles. La toux émétisante, la toux laryngée, certains vomissements ou certaines gastralgies, des accès d'asthme sont causés par l'hypervagotonie. L'auteur étudie cette vagotonie en se servant pour la dépister des épreuves végétatives, physiologiques et des épreuves pharmacologiques.

Les deux épreuves qu'il recommande d'utiliser dans la pratique courante pour diagnostiquer la cause vagotonique des symptômes observés sont la recherche du réflexe oculo-cardiaque et l'épreuve de l'atropine combinée à l'orthostatisme (Danielopolu).

M. Maestracci contrôle l'action de l'atropine sur le vague par l'épreuve plus précise de la Bellafoline, qui, à dose moitié moindre, possède une activité égale à celle de l'atropine.

Par ces deux moyens de diagnostic, l'auteur reconnaît une origine habituellement vagotonique à la toux émétisante, à la toux spasmodique, aux gastralgies et à certains asthmes survenant au cours de l'infection bacillaire. Il se trouve ainsi amené à traiter ces mêmes accès par l'inhibition du vague, c'est-à-dire par l'utilisation, à dose suffisante et prolongée, de la bellafoline.

Les bons résultats sédatifs obtenus sont exposés dans 25 observations cliniques montrant comment la bellafoline est, tout à la fois, un moyen de diagnostic et le traitement actif des accès de vagotonie chez les tuberculeux.

Les doses thérapeutiques conseillées par Maestracci sont : 3 à 4 comprimés par jour.

Ou bien : X à XX gouttes de la solution à 1/2000, — 3 fois par jour.

Dans les cas graves, il injecte 1/2 à 2 ampoules par 24 heures.

L'auteur étend cette thérapeutique aux sueurs nocturnes des tuberculeux et il conseille le remplacement de l'opium par la bellafoline à la phase terminale de la maladie.

En terminant, M. Maestracci insiste sur une particularité thérapeutique importante : ne pas admi-

nistrer la belladone aux tuberculeux présentant de l'expectoration abondante, surtout si ces malades ne sont pas des vagotoniques.

P. — Dr DEGLAUDE, chef de laboratoire à l'hôpital Broussais. — **L'électrocardiographie et son application à l'étude de l'insuffisance cardiaque.** 1 vol. 112 pages avec 18 figures dans le texte. (Le François, édit., 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1926.)

La notion d'application de l'électrocardiographie à l'étude de la capacité fonctionnelle du cœur est de date relativement récente, et cette thèse, inspirée par le Dr Laubry, représente le premier travail d'ensemble paru sur ce sujet. L'auteur consacre d'abord plusieurs chapitres à une étude théorique sur les courants bio-électriques en général, sur ceux du muscle simple, sur ceux du myocarde et arrive par étapes successives à l'électrocardiogramme normal de l'homme. Il montre qu'il n'y a aucune différence essentielle entre les courants bio-électriques du muscle simple et ceux du myocarde et il développe à ce propos un certain nombre de vues originales et instructives, en particulier sur les relations entre courant d'action et chronaxie.

Passant ensuite à l'étude des altérations de la courbe électrique dans l'insuffisance cardiaque, l'A. apporté les résultats d'une statistique obtenue sur un grand nombre de cas et qui met en lumière l'importance respective des diverses déformations (allongement de la durée du courant d'action, encoches, inversion de T, etc...). Quelle est l'origine de ces déformations ? Les théories classiques rattachent celles-ci à un trouble de conduction dans les branches hisiennes. L'A. discute point par point cette conception et c'est là la partie la plus intéressante de son travail. Il s'appuie sur des arguments d'ordre anatomique et expérimental. En fatiguant un gastrocnémien de grenouille par des excitations répétées, il arrive à reproduire des déformations analogues à celles de l'o. c. g. du cœur insuffisant.

Cette intéressante étude se termine par un exposé de l'interprétation personnelle de l'auteur. Le rôle des troubles de conduction ne peut être invoqué que dans un très petit nombre de cas, et, le plus souvent, les déformations traduisent soit une altération anatomique du muscle ventriculaire, soit, d'une façon plus générale, l'insuffisance du myocarde.

Nous n'avons pu donner dans cette courte analyse qu'un rapide aperçu de ce travail, dont la lecture détaillée sera faite avec profit par tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la cardiologie.

Ly. — Dr H. BOURGEOT. — **Contribution à l'étude de la belladone et en particulier de ses alcaloïdes totaux (bellafoline) dans les états parkinsoniens.** Travail du Laboratoire de thérapeutique de la Faculté de Lyon. (Thèse de 1926.)

On sait aujourd'hui que l'atropine n'est pas le principe actif de la belladone, mais que ce principe actif est l'hyosciamine-lévogyre, l'atropine étant un produit de racémisation. La belladone totale ou bellafoline est constituée par l'ensemble des alcaloïdes de la feuille de belladone, avec prédominance de l'hyosciamine-lévogyre, produit pur, obtenu par la méthode de protection de Stoll.

Les recherches comparatives entre l'atropine et la belladone totale ont montré que, à doses égales, celle-ci est environ deux fois plus active que celle-là (Rothlin, Lemay, Et. Jaloustre, Lœffler), ce qui permet l'emploi de doses éloignées du chiffre toxique.

L'auteur a étudié les effets de la bellafoline sur les états parkinsoniens dans le service de M. le prof. Rouquier, à Lyon et les services de MM. Dumas, Froment et Bériel. Il observe que le médicament est bien toléré et possède une action sédative sur le tremblement. Il constate en même temps un accroissement de la force dynamométrique du malade, c'est-à-dire de sa force musculaire.

Comparant l'action de l'hyoscine et des alcaloïdes totaux de la belladone dans les états parkinsoniens, le Dr Bourgeot montre que si la bellafoline est supérieure à l'hyoscine pour combattre le tremblement elle lui est inférieure pour combattre la rigidité. D'autre part, le sédation obtenue par la belladone totale est moins rapide, mais plus durable que celle obtenue avec l'hyoscine.

La médication associée belladone totale et hyoscine sera d'ailleurs indiquée dans certains cas.

L'action thérapeutique n'apparaît avec netteté qu'après un traitement de plusieurs jours à la bellafoline et cette amélioration se maintient longtemps lorsque l'on continue l'administration du médicament à doses moindres.

Les formes pharmaceutiques et la posologie recommandées par le Dr Bourget sont : Ampoules renfermant 1 /2 milligr. de bellafoline par cc. (1 à 2 par jour, voie hypodermique) ; solution : 1 p. 2.000 —, XX gouttes, trois fois par jour ; comprimés : dosés à 1 /4 de milligr. 2 à 4 par jour.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez FÉLIX ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

Prof. Joseph OVIO, de Padoue. — **Anatomie et physiologie de l'œil dans la série animale.** Traduction revue par le Dr Ch. Dejean, de Montpellier. (Un vol. 736 p., 307 fig.

Chez NORBERT MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

HEITZ, LECONTE, GRELLETY-BOSVIEL. — **Appareil circulatoire.** Tome IV (Maladies des artères et des veines) du Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. (Un vol. 518 p., fig.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

ACCIDENTS DU TRAVAIL. (Modifications à la loi proposées à la Chambre des Députés), par P. BOUDIN. *Concours médical*, n° 8 *bis*, 23 février 1927.

ALGER LA BLANCHE, par FOVEAU DE COURMELLES, *Renaissance médico-chirurgicale*, janvier 1927.

AME. (L'Académie française vient de décider que les animaux ont une), par J. TUSSAU. *Renaissance médico-chirurgicale*, janvier 1927.

ANGINE DE POITRINE ET RÉGIME ALIMENTAIRE, par G. LEMOINE, *Nord médical*, n° 648, 15 février 1927.

BOUTON DE MURPHY. (Non élimination. Accidents d'occlusion consécutifs), par DARTIGUES, Société des Chirurgiens de Paris, 4 février 1927.

COLOSTRUM. (Le symptôme) et sa valeur, par Maurice TUSSAU. *Revue médico-chirurgicale*, janvier 1927.

CYTOLOGIE DES LIQUIDES ARTICULAIRES, par J. SABRAZÈS. *Clinique et laboratoire*, n° 2, 20 février 1927.

DENTS. (Introduction à l'étude de l'orthodentie), par A. HERPIN, un vol., Paris, édit. *Semaine dentaire*, 1927.

ERMATOLOGIE EN 1926 (Revue générale), par Clément SIMON. *Monde médical*, n° 703, 15 février-1er mars 1927.

IPLOTAXIA TENUIFOLIA, par H. LECLERC. *Presse médicale*, n° 14, 16 février 1927.

ENTÉRITES ET AMIDON PARAFFINÉ, par DOUMER. *Information médicale*, n° 3, mars 1927.

ETUDIANTS EN MÉDECINE. (La limitation du nombre des), par MATHÉ. *Presse médicale*, n° 12, 9 février 1927.

FONCTIONNARISATION PROGRESSIVE DE LA MÉDECINE par J. NOIR. *Concours médical*, n° 9, 27 février 1927,

FOURRIER (Charles) et le legs Dupuytren, par J. NOIR.. (*Concours médical*, n° 10, 6 mars 1927.)

FREUDISME. (Ses erreurs et ses dangers), par R. CRUCHET). *Presse médicale*, n° 17, 26 février 1927.

HÔPITAL. (Sa transformation en maison de santé au profit des médecins de l'établissement), par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 8, 20 février 1927.

LONGÉVITÉ, par Jules TUSSAU. *Renaissance médico-chirurgicale*, février 1927.

LUCHON ET SON VAPORIUM, par R. MOLINÉRY. *Concours médical*, n° 8, 20 février 1927.

MÉDECINS. (De l'éducation médicale. Essai de morale professionnelle), par G. DUCHESNE. *Concours médical*, n° 9, 27 février 1927.

MORTS SUBITES. (Recrudescence des), par Maurice FAURE, Académie de Médecine, 1er mars 1927.

NATALITÉ. (Une expérience de), par DEQUIDT. *Mouvement sanitaire*, n° 33, 31 janvier

PHLÉBITES ET GRANDS ŒDÈMES NON CHIRURGICAUX DES MEMBRES INFÉRIEURS. (Traitement chirurgical des suites éloignées des), par R. LERICHE. *Gazette des Hôpitaux*, n° 18, 2 mars 1927.

POTASSIUM. (Les sels de potasse dans les végétaux), par Albert GARRIGUES. *Indépendance médicale* (Montréal), 15 février 1927. — (Action du soleil sur le potassium de l'organisme vivant), par FOVEAU DE COURMELLES. *Courrier médical*, n° 7, 13 février 1927.

PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE, par FOVEAU DE COURMELLES. *Renaissance médico-chirurgicale*, février 1927.

PROVERBES. (La médecine dans les), par Albert GARRIGUES. *Concours médical*, n° 10, 6 mars 1927.

RÉACTION DE BORDET-WASSERMANN Les réactions irréductibles, par Clément SIMON, *Bulletin médical* n° 10, 2-5 mars 1927.

RÉCAMIER. (Le secret de Madame), par CABANÈS. *Revue thérapeutique des alcaloïdes*, n° 56, janvier 1927.

RELATIONS MÉDICALES INTERNATIONALES. (La récente mission médicale française en Colombie), par J. NOIR. *Concours médical*, n° 7, 13 février 1927.

ROULLIÈS (Jacques), (1887-1923), par R. MOLINÉRY. *Paris médical*, n° 8, 19 février.

SECRET MÉDICAL, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 7, 13 février 1927.

SOUFRE EN THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE, par R. MOLINÉRY, *Médecine internationale illustrée*, n° 2, février 1927 et *Sciences médicales*, 15 février 1927.

SYPHILIS dans les maisons de tolérance de Paris de 1917 à 1926, par BIZARD. Société française de dermatologie et de syphiligraphie, 10 février 1927.

TACHES SOLAIRES ET PATHOLOGIE HUMAINE, par Maurice FAURE. *Presse médicale*, n° 18, 2 mars 1927.

VÉNÉRÉOLOGIE EN 1926 (Revue générale), par Clément SIMON. *Monde médical*, n° 703, 15 février -1er mars 1927.

ORTHOPÉDIE

La Ceinture Optima

Pour suppléer à la déficience de la paroi abdominale et corriger les ptoses gastrique, intestinale ou rénale les principaux avantages de la ceinture Optima : efficacité, pression équilibrée, action physiologique, adaptation généralisée allant de l'extrême maigreur à l'obésité la plus opulente, maximum d'élégance, ont été signalés depuis plus d'un an. Mais il est utile de signaler les modifications dont cette ceinture a été l'objet pour l'adapter mieux encore, si possible, à son emploi thérapeutique comme appareil antiptosique.

Le problème est, en effet, assez complexe en raison de la continuelle variation du volume de l'abdomen au cours des mouvements respiratoires, sans parler de l'estomac plus ou moins distendu, de l'intestin plus ou moins ballonné, etc. Pour réaliser une pression qui soit constante, sur une résistance sans cesse variable toute l'ingéniosité des orthopédistes a été mise à l'épreuve. La très grande majorité d'entre eux se sont adressés à la pelote pleine ou à la pelote pneumatique. Les résultats ont été décevants. C'était facile à prévoir.

1° La pelote pleine est la plus imparfaite. Lorsque le malade est en expiration, la ceinture n'exerce plus qu'une contention minima insuffisante, la pelote ne maintient plus l'organe ptosé

qui glisse dans l'espace vide ainsi créé. L'inspiration peut, soit le refouler au-dessus du niveau de la pelote, soit l'écraser plus ou moins vigoureusement, contre elle. Comme résultat thérapeutique, ce n'est pas brillant.

2° La pelote pneumatique a des inconvénients sensiblement pareils à ceux de la pelote pleine avec, en plus, celui de transporter avec soi tout un matériel de soufflerie pour maintenir la pression dans ce pneu d'un genre spécial, de réparation en cas de crevaison... sans parler de l'odeur nauséabonde que dégage la « feuille anglaise » trempée par la sueur.

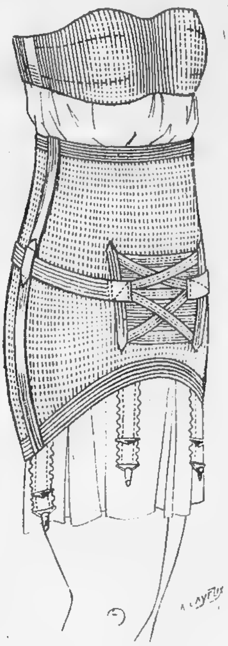
3° Tout dispositif avec pelote est fatalement inélégant. Celle-ci ne peut se loger entièrement dans la paroi abdominale déprimée et vient s'arrondir sous les vêtements. Or, avec les modes féminines actuelles, cette tumeur est un gros obstacle à la prescription médicale, et le médecin se trouve dans une triste alternative : ou bien perdre sa cliente qui ne veut pas attirer des regards indiscrets, ou bien renoncer à rendre supportables ses malaises — et la perdre également.

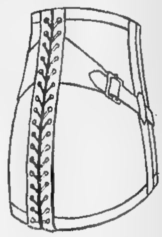
La ceinture Optima permet la conservation d'une ligne impeccable, tout en soutenant efficacement les vicsères ptosés.

Sur les avis des médecins spécialistes les plus autorisés et après des essais en séries nombreuses, la maison Puniet a établi son modèle de ceinture avec plastron en lames de baleine incurvées, à résistance calculée d'après le degré d'amaigrissement ou, au contraire, de surcharge adipeuse du ptosé.

En plus — et c'est là un point particulièrement intéressant — au lieu de laisser le plastron obéir aux déformations abdominales provoquées par les mouvements respiratoires, un système de laçage croisé, fixé au plastron, avec tension en tissu non élastique accroché à la portion dorso-lombaire de la ceinture par un dispositif spécial qui ne comporte ni boucles, ni attaches, ni agrafes, ni ardillon a été heureusement réalisé. Ce dispositif extrêmement ingénieux oblige le plastron à s'incurver lors de l'expiration. Au moment de l'inspiration, le laçage se détend et laisse toute liberté à l'ampliation thoraco-abdominale sans que la contention viscérale cesse d'être constamment efficace.

Affirmation gratuite ? Non pas. Nombre d'observations cliniques viennent à son appui, — telle celle de cette jeune femme, avec estomac ptosé de sept centimètres et qui, ceinturée tout en gardant un galbe abdominal de statue, peut sauter à la corde, jouer au tennis, descendre à vive allure des escaliers, chanter, danser, etc., sans que l'écran radioscopique révèle le moindre déplacement de l'estomac maintenu en bonne place par sa ceinture.





Oui, mais... c'est cher ? Tout client de la maison Puniet s'inscrira en faux contre cette allégation. Non, les prix sont plus que modérés, malgré la qualité inégalée des fournitures, la fabrication impeccable, le fini des moindres détails. Cela, beaucoup de médecins le savent bien et savent aussi qu'ils peuvent recommander tous les types de ceinture Optima, modèles de luxe ou modèles ordinaires, même le modèle dit « d'hôpital » que son prix de 120 fr. met à la portée de la clientèle la plus modeste (1).

(1) Renseignements, prix, schémas pour mesures, etc., à demander à la Maison Puniet-Maigrot, successeur, 179, Faubourg Saint-Honoré, Paris VIIIe.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA REPRISE DES RELATIONS SCIENTIFIQUES AVEC L'ALLEMAGNE

Par le Dr Gabriel BATIER (de Strasbourg).

La reprise des relations scientifiques entre l'Allemagne et la France était chose délicate à réaliser. On en peut presque parler au passé, car elle est en marche.

A vrai dire, l'absence de relations ne nuisait à la science que dans la mesure où les congrès internationaux la servent utilement, et il est des savants notoires qui dénient toute influence à ces assemblées sur le progrès scientifique.

Il ne faudrait pas croire, en effet, que la rupture de ces relations empêchât l'échange des idées et des faits nouvellement observés. Dans la mesure — hélas restreinte ! — où la connaissance de la langue le permet au corps médical français, la presse médicale germanique n'a cessé de nous tenir au courant des travaux scientifiques de nos confrères allemands, et il en est de même en sens inverse. La littérature médicale abonde ; si l'on peut lui adresser quelque reproche, c'est d'être insuffisamment concentrée. C'est par elle avant tout, que se font les échanges utiles entre savants que sépare la diversité des langues. Elle n'a jamais cessé de remplir cette mission. La preuve en est que, récemment, une notabilité scientifique de Berlin se plaignait du démarquage d'un important travail personnel par un auteur parisien, qui oubliait de le citer dans sa bibliographie. Le fait, en soi, n'est que banal ; personnellement, j'ai eu l'honneur, à l'âge de 25 ans, d'être copié littéralement par un membre de l'Académie de médecine, qui omit également de citer mon travail dans sa bibliographie. Je connais un autre exemple. Il y en a certainement aussi en Allemagne. Ce qu'il faut simplement retenir du cas du savant berlinois, c'est que l'absence de relations officielles entre savants n'entrave pas le libre passage des données scientifiques intéressantes par dessus la frontière.

Ainsi ramenée à ses véritables proportions, la reprise des relations scientifiques entre la France et l'Allemagne perd le caractère que certains avaient voulu lui donner. Si, comme on l'a parfois prétendu, l'absence de ces relations causait un dommage certain et notable à la science, il est évident que tout retard dans la reprise des contacts officiels eût été faute lourde contre l'Humanité. Il apparaît au contraire que le dommage est incertain ; dans la pire hypothèse, il serait fort limité.

Pourquoi cette reprise de relations a-t-elle tant tardé ? Il faut bien dire que la faute en est aux savants allemands. Nos confrères d'Outre-Rhin savent rarement séparer en eux le savant du chauvin ; en la matière, ils sont peu kantiens, bien que le grand Emmanuel fut de Kœnigsberg. Il y a maintes petites anecdotes d'avant-guerre à ce sujet. Il y a le malheureux manifeste des 93 intellectuels. Il y a, depuis la guerre, l'attitude de certains professeurs de cliniques qui ne laissaient pas entrer dans leurs services les médecins des pays ex-alliés, avant qu'ils aient signé une protestation contre la politique de leurs gouvernements à l'égard de l'Allemagne. Il y a les incidents du congrès international de la médecine des accidents du travail (Amsterdam, 1925), où le regretté QUIVY se montra, par sa fermeté et son sang-froid, le digne représentant de la France. J'ai eu l'occasion, il y a plus d'un an, de dire tout cela à un respectable confrère de Mannheim, qui échappe personnellement à ces critiques et qui m'a parfaitement compris.

Le tact est une qualité que ses pires adversaires n'ont jamais discutée au Français et nos compatriotes n'ont aucun fait de cette nature ni de cette taille à se reprocher, bien qu'ils aient souffert terriblement de la dernière guerre, et qu'ils l'aient subie par la seule volonté de l'agresseur.

Malgré toutes les maladresses auxquelles on vient de faire allusion, la reprise des relations scientifiques est apparue comme un problème actuel le jour où, des lacs italiens, en passant par Genève et le pays de Gex, s'est mis à souffler un vent favorable, sur lequel on dit que le quai d'Orsay se plut à retenir l'attention de certains savants. Il y en a toujours autour des hommes en place et ceux qui rêvent d'être AMPÈRE, LAPLACE, CUVIER ou BERTHELOT, ne pouvant y atteindre par l'éclat de leur science, imitent tout au moins la curieuse complaisance de ces grands hommes à l'égard des divers gouvernements.

Dégagé des contingences, le problème se posait clairement devant les savants français. Que la re-

prise de contact dût avoir lieu un jour, personne n'en doutait. A quelle date la placer dans l'avenir, telle était la question.

Or, à se raidir dans une opposition prolongée, les Français et les Belges risquaient de voir, un jour prochain, l'entente scientifique internationale se reformer sans eux, si bien que, par une cruelle ironie du destin, ce sont eux qui se seraient trouvés en quarantaine. Les souvenirs de la guerre ne peuvent être les mêmes chez des peuples qui en ont souffert si profondément que leurs plaies saignent encore, et chez ceux qui, l'ayant faite chez les autres, ou ne l'ayant point faite du tout, ont depuis longtemps réparé leurs dommages, quand ils n'en ont pas tiré bénéfice. Ils ne peuvent être les mêmes chez le Français idéaliste et chez l'Anglo-saxon réaliste. Ce sont là des données dont il fallait tenir compte sous peine de pénibles réveils.

En 1925, à la suite d'une discussion à laquelle j'avais pris part, le congrès français d'oto-rhino-laryngologie avait considéré que la reprise de contact scientifique devrait être simultanée pour l'ensemble du monde scientifique français. Ceux qui avaient fait adopter ce point de vue étaient en effet frappés de la parfaite discipline des savants allemands qui, dans toute question d'ordre international, marchent au pas de parade, comme s'ils obéissaient à quelque chef d'orchestre invisible, tandis que les Français suivent leurs sentiments personnels, trop souvent oublieux de l'importance nationale de leurs moindres gestes dès qu'ils passent la frontière.

Cette conception très juste aurait dû avoir pour corollaire un échange de vues entre les diverses sociétés savantes. Il n'est pas à ma connaissance que cela ait été fait. C'est donc un peu à la débandade que le monde savant français reprend les contacts rompus par la guerre. Il est permis de penser que cela manque de tenue. Comme il aurait été plus digne de prendre une décision commune dans une réunion des Bureaux de toutes les sociétés nationales importantes !

En 1926, la reprise de contact a eu lieu pour les physiologistes à Stockholm, à Berli n pour les sexuologues. Les chirurgiens, les oto-rhino-laryngologistes suivent le mouvement avec un an de retard. Et puis viendront les autres ....

A-t-on au moins pensé à se prémunir contre certains dangers que l'on avait trop négligés avant la guerre ? S'est-on souvenu que les congrès internationaux étaient bondés d'Allemands, alors que les Français y étaient rares ? M. Brindel (de Bordeaux), président du congrès oto-rhino-laryngologique de 1925, avait suggéré que, désormais, dans les réunions scientifiques internationales, les décisions soient prises au vote par nations, chacune d'elles ne disposant que d'une voix, comme à la Société des Nations. Il faut sans délais incorporer cette disposition dans les réglements pendant qu'il en est temps encore ; ce sera de bonne prophylaxie.

Ce n'est pas d'un cœur léger qu'il faut reprendre les relations internationales ; c'est gravement, après mûre réflexion, avec conscience des devoirs que cette décision comporte et des responsabilités qui en découlent pour l'avenir. Comme l'a magnifiquement dit mon éminent maître Léon Launoy, « les diplomates ont ouvert la voie sur laquelle s'engagent les élites scientifiques. Qu'elles sachent la parcourir *en solidarité* ! (1) Ainsi résisteront-elles, si besoin est, aux poussées barbares. Leur indépendance, celle de la pensée scientifique, le rôle prépondérant qu'elles ont à remplir dans la formation idéologique du monde nouveau, sont à ce prix. »

(1) C'est nous qui signalons.

UN ADMINISTRATEUR D'HOPITAL A-T-IL LE DROIT D'ASSISTER A LA VISITE MÉDICALE

Un administrateur, ou un directeur économe d'un hôpital a-t-il le droit d'assister, quand bon lui semble, à la visite médicale du médecin de service dans l'établissement ? Les docteurs ont-ils en droit de prier cet administrateur de se retirer, sa présence pouvant gêner certains malades, ou pouvant provoquer une violation du secret professionnel ?

La question n'a jamais été tranchée juridiquement ; force nous est de nous reporter aux textes législatifs et réglementaires qui régissent les hospices et hôpitaux.

Considérations d'ordre législatif et réglementaire.

L'article 7 de la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, attribue à la commission administrative d'un hôpital la charge de diriger et de surveiller le service intérieur et extérieur de l'établissement hospitalier.

D'autre part, selon les termes de l'article 8, § 4, modifié par la loi du 9 février 1927, la commission administrative de l'hôpital arrête, mais avec l'approbation du préfet, les règlements du service, tant intérieur qu'extérieur et de santé.

L'article 14 de la loi de 1851 décide que la commission nomme son secrétaire, l'économe, les médecins et chirurgiens, mais elle ne peut les révoquer qu'avec l'approbation du préfet.

Si nous nous reportons maintenant aux termes du règlement modèle des hospices et hôpitaux,

du 30 juin 1921, ainsi qu'à la circulaire ministérielle du 31 mars 1926, nous lisons :

Article 5. — « La surveillance quotidienne et la marche des divers services est assurée soit par le président, soit par le vice-président, ou encore par un administrateur de service, que la commission administrative choisit parmi ses membres.

« L'administrateur de service veille à l'ordre général, à la propreté et aux bonnes conditions de l'établissement, au point de vue hygiénique. Il pourvoit aux besoins imprévus et rend compte de sa gestion à la commission dans sa première réunion.

Article 6. — « La commission administrative a sous sa direction les employés et agents de service, à savoir :

I. — Service général :

S'il y a lieu un secrétaire général, ou un directeur ;

Un secrétaire;

Un receveur ;

Un économe.

II. — Service médical et hospitalier :

Médecins et chirurgiens ;

Pharmaciens ;

Internes et externes ;

Sages-femmes ;

Surveillants (laïques ou congréganistes) ;

Préposés et servants des deux sexes.

En ce qui concerne les attributions du personnel, l'article 7 du règlement modèle est ainsi rédigé :

« Le secrétaire général (s'il y en a un) ou le directeur, ou l'agent faisant fonction sous l'autorité de l'administrateur de service, est chargé de la surveillance générale de l'établissement ; il est l'agent des décisions de la commission administrative.

Les fonctions des médecins et chirurgiens sont réglées par les articles 12 et 13 du règlement modèle :

Article 12. — Les médecins et chirurgiens visitent les malades tous les jours à . . . heures.

« Ils font insérer dans un cahier spécial leurs prescriptions et le régime alimentaire de chaque malade. A la fin de leurs visites, ils signent ec cahier.

« Ils doivent consigner sur un registre *ad hoc* leurs observations individuelles sur les personnes traitées dans l'hôpital.

« Ils s'assurent que les doses des substances vénéneuses sont énoncées en toutes lettres et que le mode d'administration des médicaments, renfermant des substances est indiqué. »

Article 13. — « Les médecins et chirurgiens, dans le cas de maladie contagieuse, ou épidémique, doivent faire les déclarations prescrites par l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 et prendre les mesures qui leur paraissent de nature à empêcher la contagion de se propager. Ils en rendent compte immédiatement à l'administrateur de service. »

En note : Ce sont les médecins qui doivent *eux-mêmes* aviser l'autorité (service sanitaire de la ville), prendre les mesures qui leur paraissent de nature à empêcher la contagion et enfin rendre compte immédiatement à l'administrateur de service (article 15 de la loi du 30 novembre 1892).

De l'ensemble de ces textes, il résulte que la commission administrative d'un hôpital est maîtresse chez elle, pour tout ce qui concerne le fonctionnement matériel de l'établissement et pour la surveillance générale.

Seul, un membre de la commission administrative, chargé des fonctions d'administrateur par ses collègues, a le pouvoir général, au nom de ladite commission.

Directeur, économe et autres ne sont que les employés de la commission administrative. Il est vrai que, dans certains petits hôpitaux, un membre de la commission administrative peut être, en même temps, administrateur de l'hôpital, directeur, ordonnateur ou économe.

En ce qui concerne les rapports de la commission administrative et des médecins, on peut remarquer que, si l'administration a le devoir de surveillance générale, en ce qui concerne la discipline, le fonctionnement des services médicaux, la régularité des fonctions de chaque membre du Corps médical hospitalier, là doit se borner le pouvoir de l'administration.

En effet, le médecin serait coupable, aux termes de la jurisprudence et la commission administrative solidairement et civilement responsable, si un malade hospitalisé avait à pâtir de soins donnés irrégulièrement, s'il n'était pas examiné en temps utile, s'il était mal surveillé médicalement.

Mais, le docteur tient, de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, le droit absolu de soigner ses malades, comme il l'entend, sans être soumis au contrôle de quelqu'un, qui n'est pas titulaire du diplôme de docteur en médecine.

Il en résulte que l'administrateur, qui voudrait suivre la visite d'un médecin, dans les salles, devrait se borner à un rôle muet, de surveillance, sans qu'il puisse s'immiscer en rien dans la manière dont le médecin soigne les malades, qui lui sont confiés.

Au surplus, cette liberté d'action professionnelle du docteur est reconnue par le règlement modèle des hospices et hôpitaux, dans les articles 12 et 13.

Si les médecins sont, aux termes de ces articles, tenus de visiter leurs malades à heures fixes, tous les jours, ils les soignent comme bon leur

semble, ayant personnellement la surveillance médicale du cahier de pharmacie, qu'ils doivent signer, comme ils signent, en ville, leurs ordonnances ; ils correspondent avec l'administration, au moyen d'un cahier *ad hoc*, sur lequel ils consignent leurs observations individuelles sur les personnes traitées à l'hôpital, étant sous-entendu que les docteurs des hôpitaux n'en restent pas moins assujettis aux prescriptions d'ordre général de l'article 378, sur le secret professionnel.

Ce sont encore les médecins, qui, sous leur propre responsabilité, s'assurent tant de la prescription que de l'administration des médicaments contenant des substances vénéneuses, ainsi que de la déclaration des maladies contagieuses. Les docteurs doivent même ordonner personnellement les mesures prophylactiques à prendre en cas d'admission d'un malade atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible. Bien entendu, ils doivent en informer immédiatement l'administrateur de service.

Aussi, que pourrait bien faire ce dernier, s'il émettait la prétention de suivre tous les jours la visite médicale dans les salles ?

Il s'assurerait que le médecin visite chaque malade, qu'il n'y a aucune négligence apparente dans son service, que le cahier de pharmacie est bien tenu et signé chaque fois par le docteur, que chaque interne ou externe est à son poste, que les infirmiers travaillent, etc. C'est tout.

Mais, quant à s'immiscer au travail médical du docteur, l'administrateur n'en a aucun droit.

Plaçons-nous maintenant à un autre point de vue. Par sa présence, l'administrateur de service enfreint-il les prescriptions de l'article 378 du code pénal, sur le secret professionnel ? Il assiste à l'interrogatoire du malade, à son examen clinique , aux discussions entre le chef de service médical et ses collaborateurs, à l'enseignement qui est donné aux élèves, aux prescriptions pharmaceutiques, qui sont ordonnées.

Dans ces conditions, la présence d'un tiers, qui n'est pas docteur en médecine, ne constituerait-elle pas une infraction aux dispositions de l'article 378 du code pénal ? Autrement dit, convient-il de considérer l'administrateur d'un hôpital comme étant lié, par ses fonctions, au secret professionnel ?

En fait, un administrateur d'hôpital reçoit, à l'occasion de ses fonctions, beaucoup de confidences, concernant les malades hospitalisés.

Ainsi l'article 12 du règlement modèle prévoit la tenue d'un livre spécial, rédigé par les soins de chaque médecin traitant, livre sur lequel chaque praticien consigne ses observations individuelles, concernant chaque personne soignée dans le service.

En second lieu, l'article 30 prévoit que l'admission des malades est prononcée par l'administrateur de l'établissement sur le vu d'un certificat médical, qui doit indiquer la nature de la maladie.

Enfin, l'article 36 oblige le médecin à adresser à la commission administrative, un rapport constatant l'état précis des malades, qui séjournent depuis plus de deux mois dans l'hôpital et les causes qui nécessitent le maintien dans cet établissement.

Il en résulte que le médecin de l'hôpital doit obtempérer à ces obligations, à moins de se démettre de ses fonctions.

Aussi, pour que soit sauvegardé l'honneur des familles (puisque l'obligation au secret professionnel est instituée dans un intérêt d'ordre public), la jurisprudence de la Cour de Cassation a-t-elle considéré les commissions administratives des hôpitaux comme étant soumises aux injonctions de l'article 378 du Code pénal :

Cassation, chambre criminelle, 14 mars 1895 : « Si le directeur d'un hôpital ne peut, en principe, s'abriter derrière l'article 378 du code pénal, pour éviter de déposer en justice, il est cependant tenu d'observe r le secret professionnel, dans les cas qui concernent la sécurité des malades et l'honneur des familles. Spécialement, le directeur d'une maternité est en droit de refuser de communiquer les registres, tenus dans cette maternité, au juge d'instruction désireux d'y relever les noms et adresses des femmes qui auraient accouché dans cet établissement. »

Néanmoins, la simple indication du séjour fait par un malade dans un hôpital, sans indication de maladie, ou de diagnostic quelconque, peut être mentionnée par un directeur d'hôpital, sans violer le secret professionnel.

Cassation, 16 mars 1893 : « Le fait d'avoir été admis dans un hospice, où sont soignés les indigents atteints de diverses maladies, ne rentre pas dans la catégorie des faits dont l'article 378 du code pénal interdit la révélation ; en conséquence le directeur de cet hospice, interpellé par le juge d'instruction, sur le point de savoir si un individu désigné y a été reçu, à quelle date il y est entré et quel jour il en est sorti, ne peut refuser de répondre, sous le seul prétexte que le fait, sur lequel sa déclaration est requise, ne serait venu à sa connaissance que dans l'exercice de ses fonctions. »

A retenir, d'après l'arrêt ci-dessus, que serait au contraire tenu au secret professionnel le plus absolu le directeur d'un hôpital, où ne seraient soignés que certains malades spéciaux ou dans des quartiers spécialisés d'hôpital.

C'est ainsi que ne devrait pas être dévoilé le séjour d'un malade dans un asile public d'aliénés ou dans un établissement ne recevant que des maladies vénériennes.

D'ailleurs, à propos d'un procès en remboursement de frais de séjour, dans un hôpital, pour un blessé du travail, la Cour d'appel de Chambéry

(13 janvier 1926) a décidé que la compagnie d'assurances « ne saurait, du reste, reprocher à l'hôpital, qui n'est tenu d'aucune obligation à cet égard et est même étroitement soumis au secret professionnel, au regard des malades hospitalisés, d'avoir omis de lui faire connaître l'état du malade à une date déterminée. »

Ainsi, pourrait-on déduire de tout ce qui précède qu'un administrateur d'hôpital, étant chez lui, dans l'établissement, lié qu'il est, d'autre part, par le secret professionnel, a parfaitement le droit d'assister à la visite des médecins.

A cela, on peut répondre que, bien que l'administrateur puisse être considéré comme le patron et le médecin comme l'employé, il ne peut exercer qu'une surveillance disciplinaire et de fonctionnement matériel des différents services. Là s'arrêtent ses pouvoirs.

Au point de vue médical, il est absolument incompétent ; il ne peut exercer aucun contrôle scientifique sur un docteur en médecine, qui tient de la loi du 30 novembre 1892 l'indépendance absolue de soigner ses malades comme bon lui semble.

Si l'administrateur vient faire un tour de surveillance dans les salles de malades, pendant la visite du médecin, sa présence ne doit pas être une gêne pour le bon fonctionnement de ce service médical.

Par suite, le médecin est parfaitement en droit de considérer que la présence inutile d'un administrateur empêche le praticien d'interroger ses malades, en toute liberté et confiance, et que les soins à donner, ainsi que les différents examens se ressentent, en mal, de cette assiduité intempestive.

Ce n'est que curiosité mal placée et quelque peu malsaine, pour un administrateur, que de suivre, chaque jour, une visite médicale, où il n'a rien à faire, sinon qu'à gêner le personnel médical et les malades.

Mais, à qui le médecin peut-il se plaindre de cette présence gênante ? Au maire, président né de la commission administrative de l'hôpital, qui en refèrera à la commission administrative.

Si cette dernière fait les observations utiles à l'administrateur fautif, le Corps médical aura satisfaction.

Mais, si un refus est opposé aux réclamations du Corps médical hospitalier, si la commission administrative répond qu'en vertu du droit qu'elle tient de la loi du 7 août 1851, d'une part, et en considération de l'obligation au secret professionnel, l'administrateur de service a la faculté de suivre, si bon lui semble, toutes les visites médicales et même d'assister aux opérations chirurgicales, quand il en a envie, que pourra faire le Corps médical ?

Se soumettre, ou se démettre de ses fonctions. Aucune loi n'oblige les médecins d'avoir à assurer les fonctions hospitalières. Par conséquent, si la commission administrative d'un hôpital estime qu'elle est maîtresse chez elle et que, par suite, elle peut décider que l'administrateur de service a le droit d'assister à la visite des médecins, quand bon lui semble, les docteurs, de leur côté, peuvent opposer leur droit, qu'ils tiennent de la loi du 30 novembre 1892, d'exercer la médecine sans être obligés de subir la présence d'une personne incompétente dans l'art de guérir.

Par suite, ils peuvent démissionner de leurs fonctions hospitalières.

S'ils ne veulent pas en arriver à cette sorte de grève, ils peuvent soumettre la décision de la commission administrative à l'autorité préfectorale et si cette dernière donne raison aux administrateurs de l'hôpital, il y aura lieu d'étudier si le conflit sera soumis au ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, ainsi qu'au Conseil supérieur de l'Assistance publique, ou sera porté devant le Conseil d'Etat.

Comme conclusion, je regrette personnellement tous ces conflits, qui surgissent, un peu partout.

Le temps n'est plus des méthodes césariennes d'autorité absolue : le fameux *sic volo, sic jubeo*, n'est plus de saison.

Mieux vaudrait, pour les commissions hospitalières, considérer le Corps médical, non comme un employé supérieur, mais comme un collaborateur indispensable.

Dans un hôpital, il faut, d'une part, des malades et de l'autre des médecins, pour donner des soins.

Les administrateurs sont des gestionnaires, des officiers d'administration, dont, à la rigueur, on pourrait se passer, alors que je mets bien au défi un hôpital de pouvoir fonctionner sans malades et sans médecins.

L'union, la bonne entente, l'étroite collaboration donnent plus de fruits que la discorde ou les conflits d'autorité. D'autant que les bénéficiaires, comme les victimes, en sont toujours les malades.

Dr Paul Boudin.

ÉTUDES SUR LA CRISE DU SYNDICALISME

La politique et le Conseil de l'Union des syndicats médicaux de France.

Les actes du *Conseil de l'Union des Syndicats* sont souvent une source d'étonnements pour bon nombre de médecins de province, au rang desquels je me range.

Nous n'avons pas oublié que, lorsque, il y a une vingtaine d'années, on a fait la révolution dans l'*Union* et renvoyé les *Vieilles barbes* à leur clientèle, les *Jeunes Turcs* nous ont promis monts et merveilles. « Vous allez voir avec le nouveau comité *Union et Progrès*..... plus de combinaisons à l'instar de la politique parlementaire, plus de conseillers incrustés à vie sur leurs sièges. Le Corps médical est assez riche en intelligences et en dévouements pour renouveler au fur et à mesure ses députés. L'organisme de base, le syndicat autonome sera tout, le Conseil ne sera que l'agent central d'exécution des décisions étudiées et mûries à la périphérie ». Quels beaux projets ! Que la République était belle..... sous l'Empire !

Il y a bien des années que les paysans du Danube que nous sommes, nous qui vivons en dehors des secrets de la politique, il y a bien des années, dis-je, que nous, les provinciaux, avions conscience qu'en haut lieu, tout ne marchait pas pour le mieux. Lorsque nous parlions entre confrères, nous tombions d'accord pour constater que nos dirigeants, emportés par l'action, avaient beaucoup de peine à garder le contact avec la masse provinciale toujours lente à se mettre en marche, et il faut croire que nos appréhensions n'étaient pas tout à fait illusoires, puisque, dans le dernier numéro du *Médecin syndicaliste*, bulletin officiel de l'Union, le Dr François ne craint pas d'écrire la phrase suivante :

« *Le plus grand danger que pourrait courir « l'Union..... réside dans l'incompréhension « mutuelle des militants et de la masse des syndi- « qués, incompréhension génératrice d'une désaf- « fection réciproque.* NOUS AVONS TROP MÉCONNU « CE DANGER ». Confrère François, nous sommes d'accord, non seulement vous et moi, mais aussi, j'en suis persuadé, une grande partie de ceux qui, parmi nous, s'intéressent à la défense professionnelle et prennent la peine de réfléchir *eux-mêmes* à son évolution.

***

Sous l'égide de cette référence officielle, nous nous sentons plus à l'aise pour tenter d'engager un débat public sur l'attitude de nos dirigeants. Si notre critique peut paraître sévère à quelqu'un, elle n'en est pas moins sincère et désintéressée : désintéressée, parce que je ne prétends à rien ; médecin de campagne je suis, médecin de campagne je désire rester : je n'ambitionne qu'une chose, c'est d'avoir la force de faire mon métier jusqu'au bout ; sincère parce que je n'exprimerai que des choses que je crois vraies dans le fond de mon cœur, que des impressions plus ou moins explicites que partagent tous les amis avec lesquels nous avons eu l'occasion de discuter. Naturellement, pour obéir aux directives du *Concours*, nous n'attaquons que les idées, la personnalité des militants mis sur la sellette reste absolument hors de cause. D'ailleurs pour la plupart je ne les connais pas, et, si je ne partage pas toujours leurs idées, j'estime la droiture et le cran des rares d'entre eux que j'ai pu approcher. J'apprécie le dévouement de nos conseillers, leur ardeur au travail, et si je suis obligé de constater qu'ils se sont trompés, je suis absolument persuadé que c'est de bonne foi..... D'ailleurs, tout comme eux je ne suis pas infaillible. Nous autres provinciaux, qui n'avons que des échos lointains des polémiques parisiennes, ne sommes-nous pas mal placés pour juger ? C'est possible. Mais, c'est précisément le but de cette étude d'ouvrir au grand jour une discussion publique sur la *crise latente du syndicalisme* pour faire cesser cette DÉSAFFECTION entre syndiqués et dirigeants que, de concert avec le Dr François, nous constatons chaque jour davantage.

***

Dans notre vie rurale, les longs parcours en auto nous laissent le loisir de réfléchir lentement et de ruminer les questions. Lorsqu'on nous promet quelque chose, nous l'enregistrons et nous attendons, détestant qu'on nous annonce plus de beurre que de pain. Je n'ai pas gardé la collection du *Médecin Syndicaliste* : je vais faire appel à ma mémoire, veuillez donc être indulgent à ses défaillances. Le voilà bien, l'avantage de la « *documentation* » ! !

On nous a dit :

1° Les syndicats seront autonomes et le Conseil ne sera que l'agent de coordination et d'exécution des décisions syndicales ;

2° Les candidatures au Conseil devront être déposées dans les syndicats au moins quatre jours à l'avance ;

3° Les délégués ont toute liberté dans leur vote. Il n'y aura pas de candidature officielle.

4° Enfin de longs articles nous ont jadis fait le parallèle entre la méthode syndicaliste et la

méthode politicienne, faisant ressortir les avantages pratiques et moraux de la première.

Essayons d'examiner, à la lueur de ces principes, la dernière élection au Conseil de l'Union. Le fait visé ci-dessous n'a pas en soi une grosse importance, et je ne m'illusionne pas sur sa portée, mais il illustre d'une façon éclatante l'état d'esprit que je veux dénoncer ici. Si je retiens celui-là plutôt qu'un autre, c'est parce qu'il est tout récent. Je n'en ai eu connaissance que dimanche dernier à la séance de notre Syndicat où notre délégué nous a fait un compte rendu de l'Assemblée générale de l'Union du mois de décembre. A ce propos, permettez-moi de vous faire remarquer combien il est décevant de constater qu'en ce siècle de sténographie, de dactylographie, de linotypie, de toutes les télé avec ou sans fil, il faille plus de trois mois pour publier un compte rendu d'une assemblée qui a duré trois jours ! Mais, là n'est pas la question, nous reviendrons peut-être un jour là-dessus si ça peut intéresser nos lecteurs.

***

En novembre, notre Syndicat s'est réuni pour désigner et mandater notre délégué à l'Assemblée générale de l'Union de décembre dernier.

A la fin de la séance, notre président, membre du Conseil sortant et non rééligible, nous demanda si nous avions un candidat à proposer pour le Conseil de l'Union. A l'*unanimité*, les membres présents désignèrent le Dr V. qui venait précisément d'être choisi pour nous représenter à l'Assemblée générale.

Il faut que je vous présente, en quelques mots, le Dr V. pour vous montrer combien il eût été utile dans le Conseil de l'Union.

Le Dr V. qui a eu une carrière bien remplie et d'une activité débordante est malgré cela resté merveilleusement jeune et actif. Il a d'abord une grosse valeur scientifique, son renom est mondial, ses procédés font autorité, et il n'est pas un médecin qui ne se soit servi un jour ou l'autre des instruments si ingénieux qu'il a personnellement inventés. Au point de vue professionnel, sa cote n'est pas moins élevée ; au cours d'une longue carrière où il a toujours su conquérir l'estime de ses confrères, il a tour à tour, et chaque fois avec *succès*, exercé la médecine civile et la médecine militaire, la pratique générale et la spécialité. Il a été, en outre, choisi par ses pairs pour être du bureau d'une de nos plus grandes associations professionnelles.

A l'heure où l'Union entreprend l'étude de la médecine militaire, sa compétence devait le faire rechercher et vous estimez peut-être que son élection était assurée ?

Ne vous emballez pas, lecteur naïf, écoutez plutôt ce que me disait, en regagnant nos pénates, le Dr R., syndicaliste fervent, militant très fidèle à nos réunions, dont la fine critique a vite fait de dégonfler les ballons chatoyants de nos utopies (j'en sais personnellement quelque chose, l'ayant parfois éprouvée). Entre autres propos, le Dr R. me dit : « Voulez-vous parier que V ne sera pas élu ? On trouvera moyen de le basculer ! » Cher confrère, vous avez gagné, mais nous ne nous étions pas tapé dans la main...

***

Voici, d'après notre délégué, comment les choses se seraient passées. Au moment du vote, on se serait aperçu que deux **anciens** membres du Conseil que l'on ne croyait pas candidats, l'étaient en réalité, candidats ! par conséquent, il y avait plus de candidats que de sièges. « Alors, nous dit le Dr V. comme j'étais le dernier sur la liste, j'ai dit que je retirais ma candidature. »

Et voilà ....

A la réunion où le Dr V. nous rendait compte ainsi de son mandat, j'entendais voltiger à mes oreilles les mots de « manœuvre », « combine », « coup monté », prononcés à mi-voix, mais personne n'a pris la parole, pas plus moi que les autres. Je n'étais pas en forme, et nos confrères présents ont sans doute estimé comme moi que si manœuvre il y avait eu, les coupables n'étaient pas là, et n'auraient *certainement* aucun écho de notre mécontentement. Au contraire, nous aurions l'air de nous en prendre au Dr V. qui n'en pouvait mais, dont l'attitude avait été parfaitement loyale et que nul d'entre nous n'aurait voulu chagriner. Cherchons la raison de son attitude.

« Est-ce par délicatesse que vous vous êtes re-
« tiré, Confrère V ? En voyant que quelqu'un était
« de trop, vous avez dit « Après vous, chers Mes-
« sieurs », pensant qu'on vous répondrait : « Je
« n'en ferai rien ». Cher confrère V, cela se faisait
« à la fin du siècle dernier, ça n'a plus cours en
« 1927, ces bonnes manières-là.

« Est-ce parce qu'on vous a fait sentir qu'on
« vous accueillerait sans enthousiasme ? Vous
« n'avez pas voulu avoir l'air de vous imposer, et
« vous vous êtes retiré. Votre situation médicale
« est assez haute pour vous permettre de mépri-
« ser les honneurs. Je vous comprends et je vous
« aurais sans doute imité en pareille occurrence.
« Mais, sans vous offenser, car je vous estime et
« vous respecte beaucoup, permettez-moi d'in-
« sister un peu. Croyez-vous que vous aviez le
« droit de retirer votre candidature ? N'aviez-
« vous pas demandé vous-même un mandat im-
« pératif ? Vous étiez le représentant de notre
« syndicat qui, seul, aurait dû avoir pouvoir pour
« décider de votre abandon. N'est-ce pas que j'ai
« raison ? Mais nous ne saurions vous faire grief
« de votre erreur : on ne saurait penser à tout !

« Mais nous ne pouvons nous empêcher de nous « étonner que les membres du Conseil, qui fré- « quentent depuis si longtemps les couloirs du « sérail, qu'ils ont édifié et qui devraient en « connaître à fond les détours, ne soient pas in- « tervenus et n'aient pas dit : « Halte-là ! Man- « daté par votre syndicat, vous devez rester can- « didat ; pas plus que vous ne pouviez prendre « sur vous de vous improviser candidat de votre « simple gré, vous n'avez le droit de décliner ici « la candidature que vous avez acceptée de vos « mandants. Ce sont maintenant les délégués des « Syndicats souverains qui, par leur vote, déci- « deront si, oui ou non, vous ferez partie du « Conseil ! »

Et puis, qu'est-ce que signifient ces deux membres que l'on ne croyait pas candidats et qui le sont devenus en cours de séance ? Le préavis de quatre jours a-t-il été supprimé ? Qu'est-ce que signifie cette candidature à retardement ? Je ne comprends pas !

Pourquoi rayer précisément le Dr V ? Est-ce parce qu'il n'a jamais été au régime hydrique ?

Pourquoi même supprimer un confrère sur la liste, si la candidature officielle ne joue pas ?

Pourquoi ne pas donner tout simplement aux délégués la liste des candidats présentés par leurs syndicats, *de tous les candidats* et dire : « Voilà ! Choisissez pour le mieux de la profession médicale » ?

Pourquoi ? Pourquoi ? *Mystère de la politique !*

Nous craignons d'imaginer des réponses qui ne seraient que des hypothèses et qui pourraient sembler malveillantes. Mais ne pensez-vous pas que c'est parce qu'une série de semblables questions sont restées sans réponse, faute de pouvoir être posées au grand jour, que s'est développé le malaise constaté par le Dr François ?

Enfin, et pour dire toute notre pensée sur ce sujet des élections, nous pensons que le Conseil n'a pas tenu les promesses faites lors de la réforme de l'Union , il y a vingt ans, et l'élimination du Dr V. en faveur de confrères ayant déjà fait partie du Conseil en est la preuve : le Conseil ne tient pas à introduire des nouveaux venus dans son sein. Et pourtant, le leur a-t-on assez reproché, aux vieux militants d'antan, de se considérer comme les défenseurs patentés et inamovibles du Corps médical ? Or, que voyons-nous aujourd'hui ? Ce sont toujours les mêmes qui reparaissent, avec de brèves occultations, tous les trois ou quatre ans. On se croirait au grand théâtre de Saint-Cucugnan où les figurants entrent côté cour, traversent la scène lentement et, sortant côté jardin, passent rapidement derrière le rideau de fond pour réapparaître bientôt côté cour !

Est-ce cela que l'on nous avait fait espérer ?

***

Les faits énoncés ci-dessus n'ont pas une grosse importance intrinsèque, je l'ai dit, je le reconnais. Mais, dans le bref compte rendu de l'Assemblée générale, je pourrais relever deux ou trois questions analogues que je pourrai vous exposer si ça vous intéresse, et qui nous semblent des indices d'un fâcheux état d'esprit que nous croyons discerner dans le conseil de l'Union. Nous avons, à tort ou à raison, la sensation que le Conseil ne pratique pas le « fair play », ne suit pas exactement la règle du jeu avec nous, qu'en tant que conseil, il ne se contente pas d'être l'agent de coordination et d'exécution des décisions élaborées dans nos syndicats et mises en forme dans nos assemblées générales, mais qu'il cherche à profiter de son autorité de conseil pour nous inculquer ses directives personnelles qui sont souvent des conceptions *a priori*, sans écho dans la masse des syndiqués. C'est cela que nous estimons contraire à l'esprit de notre pacte syndical. Que les membres du conseil aient leurs idées et les défendent, très bien, mais qu'ils ne le fassent qu'avec leurs moyens personnels, sans recourir à l'appoint des services et du *Bulletin* de l'Union.

On me citait, un jour, le mot d'une des têtes de l'Union. Alors qu'on lui disait que le Corps médical était réfractaire aux idées qu'il exprimait dans le *Médecin Syndicaliste*, il répondit, dit-on : « Je le sais bien, mais qu'importe, puisque c'est moi seul qui ai raison contre tous ». A défaut de modestie, c'est une grosse erreur. Ce n'est pas là l'attitude d'un syndicaliste, c'est du fascisme, de la dictature ; on impose sa volonté à la masse par tous les moyens, y compris la trique et l'huile de ricin, tandis que le vrai syndicaliste reste le simple exécuteur des décisions de son parti. Qu'un des deux systèmes soit supérieur à l'autre, ce n'est pas ici le lieu de le discuter.

Pour en revenir à nos moutons, nous reprochons au conseil de l'Union d'avoir semblé chercher à éliminer de son sein les candidats de telle origine, de telle tendance, d'avoir pour cela composé, sinon avec la lettre, au moins avec l'esprit des statuts. Le conseil à nos yeux aurait dû se borner à dire : « Voici, Messieurs, la liste des candidats. Le scrutin est ouvert », sans même informer le Dr V. qu'il y avait deux membres de trop sur la liste. Dans ces conditions, il y a cent à parier que le confrère V avait de grandes chances d'être élu. N'est-ce pas lui qui, au moment où l'Assemblée avait perdu son sang-froid et sa dignité, où les épithètes de « lâches », « vendus », « défaitistes », voire même de « boches » s'entrecroisaient dans l'air surchauffé de la salle, n'est-ce point le Dr V. qui, par une intervention opportune et très applaudie, a ramené l'assemblée à la raison ?

***

Conclusions.

Voilà, confrères du Conseil de l'Union, ce que nous pensons en province, (j'ignore l'état d'esprit des Parisiens). Voilà une des causes du malaise que vous avez constaté après nous. NOUS PENSONS QUE VOUS FAITES TROP DE POLITIQUE, non pas avec les autorités, MAIS VIS-A-VIS DE NOUS, LES SYNDIQUÉS. C'est peut-être une erreur de notre part, un malentendu ; raison de plus pour en discuter au grand jour. Je suis persuadé que vous êtes des braves gens, corrects et droits, mais n'auriez-vous pas subi un commencement d'intoxication d'égotiste; comme tous ceux qui touchent au pouvoir ? Voyez l'exemple de nos parlementaires ; en connaissez-vous beaucoup qui ne considèrent pas leur échec comme la plus effroyable calamité qui puisse affliger notre pays ? Et pourtant, il y a parmi eux des gens intelligents, au sens critique très aigu ?

Réfléchissez, confrères du Conseil, continuez ce mouvement de retour sur vous mêmes que vous avez commencé *spontanément* avec le Dr François. De cet examen de conscience peut résulter la fin de cette scission que nous déplorons tous, mais dont nous comprenons trop bien les raisons pour ne pas garder toute notre sympathie aux séparatistes.

8 mars 1927,

Dr LOUIS GASSOT,
Médecin de campagne
ni plus ni moins.

FOLKLORE

Les œufs de Pâques.

Quand j'étais enfant, le matin du samedi saint, j'attendais, avec impatience, la sonnerie des cloches annonçant leur retour de Rome. On m'avait fait accroire qu'en revenant de Rome, les cloches déposaient, par-ci, par-là, les œufs de Pâques.

Au premier son de cloche, mais pas avant, j'allais dans le jardin de ma grand'mère, où après quelques recherches faciles, je trouvais cachés, surtout dans les bordures de buis, des œufs rouges, un œuf en chocolat ou un gros œuf en sucre avec une vue panoramique à l'intérieur. Je rapportais triomphalement ma récolte à la maison, sans me douter que cette coutume des œufs de Pâques remontait aux premiers âges du monde.

Heureux âge où peu de chose vous cause une grande joie.

L'œuf a toujours été considéré comme le principe de toutes choses ; l'œuf cosmogonique a toujours joué un rôle mystérieux dans toutes les religions anciennes.

Les Druides considéraient l'œuf mystique ou ovum anguinum comme un porte-bonheur ; d'après la description caractéristique de Pline (Hist. nat. T. XXIX, 52), il s'agit de l'oursin fossile. Comme l'a fait remarquer S. Reinach (Cultes, T. I, pp. 63-65), on entrevoit, sous ce fatras, la simplicité de la traduction primitive : un œuf divin né de l'accouplement de serpents divins.

D'après Horace, la guerre de Troie est *ab ovo*, parce qu'elle n'aurait pas existé si la belle Hélène n'était pas sortie de l'œuf de Léda.

D'après le récit d'Apollodore, Léda, divinité de la nuit, a la forme d'une oie, quand elle s'unit au cygne céleste (Jupiter). Léda est donc l'oiseau mythique qui, dans les traditions des différents peuples de race aryenne, sous différents noms (oie, canard, poule), pond des œufs d'or (poule aux œufs d'or). D'un œuf de Léda sortit Hélène, la radieuse aurore et de l'autre Castor et Pollux.

Dans le Ramayana, le ciel est comparé à un lac dont le soleil resplendissant est le canard d'or.

Dans les contes russes publiés par Afanassieff, le canard mythique pond le matin un œuf d'or (le soleil) et le soir un œuf d'argent (la lune).

Dans la mythologie indienne, l'œuf d'or qui nage sur les eaux est le soleil naissant, le soleil qui, au point du jour, alors qu'il est encore noyé dans les vapeurs du matin, offre à l'horizon l'apparence d'une boule dorée ou d'un œuf brillant.

(P. Decharme. Mythologie grecque).

Pendant le carême, alors que l'usage des œufs était défendu par l'Eglise, la pondaison des poules était au maximum ; aussi la tradition populaire a-t-elle traduit le langage des poules en phrases rappelant qu'à Pâques, les œufs qu'on a accumulés seront les bienvenus pour la fête du Printemps.

Les poules, qui viennent de pondre, chantent suivant les paysans du Maine :

« Kèti, kèta, j'érai des souliers à Pâques ».
En Haute-Bretagne :
« Je ponds pour Pâques ».
Comme en Languedoc :
« Coudis, coudis, coudisco.
Fara moun iou per Pasco ».

(Paul Sébillot. Le Folklore de France, T. III, p. 226).

Autrefois, on allait à l'église le vendredi saint et le jour de Pâques, offrir et faire bénir des œufs dont on avait été privé pendant tout le carême, on rapportait ensuite ces œufs bénits qui étaient

l'occasion de réjouissances domestiques. On s'envoyait des œufs de Pâques entre parents, voisins et amis.

(A. Chéruel, Dict. des Institutions de France, T. II, p. 883).

C'est le cadeau des œufs de Pâques qu'il ne faut pas confondre avec les étrennes, coutume d'origine romaine, car jusqu'en 1564, quoique l'année commençât à Pâques, les étrennes se donnaient le 1er janvier.

C'était quelquefois un cadeau forcé, quand il s'agissait d'une redevance seigneuriale.

Les enfants de chœur et les chantres de beaucoup de campagnes de France vont encore de porte en porte quêter les œufs de Pâques ; ils sont quelquefois fraîchement reçus par les fermiers. Cette coutume est la survivance des processions et des quêtes faites au Moyen-Age par les écoliers et les jeunes gens qui ramassaient, non seulement des œufs, mais différentes victuailles.

Dans certains pays, on faisait, avec le produit de la quête, une omelette (œufs meslette), collective qu'on mangeait en commun.

Jusqu'au milieu du XVIIIe siècle, le jour de Pâques, après la grand'messe, on portait à la Cour des œufs peints et dorés que le roi distribuait à ses courtisans.

Alexandre Lenoir (Musée des monuments français, T. I, p. 126), rapporte que de son temps (fin du XVIIIe siècle et commencement du XIXe siècle), les Persans célébraient la fête du Nouvel An en se donnant mutuellement des œufs colorés. Comme leur année commençait le 20 mars, c'est-à-dire au début du printemps, au voisinage de Pâques, on y retrouve la coutume des œufs de Pâques, laquelle était à l'origine une offrande au soleil de l'équinoxe du printemps et c'est pourquoi les œufs de Pâques étaient rouges ou dorés.

Dr P. Noury, de Rouen.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

La hausse de l'essence.

La hausse de l'essence est le scandale du jour. Tous les journaux se sont emparés de ce sujet facile où ils puisent des articles à sensation. Et à leur remorque, les politiciens ont suivi. On annonce l'intervention de plusieurs députés qui vont porter la question devant la Chambre.

Pendant ce temps-là, le pauvre consommateur continue et continuera à payer le prix fort et à se faire plus ou moins voler, par dessus le marché, sur la qualité et la quantité, faute d'un contrôle sérieux sur les appareils distributeurs.

Il est donc intéressant de rechercher les probabilités de hausse ou de baisse pour le proche avenir. Tout d'abord, il faut bien reconnaître que les importateurs d'essence jouissent d'un véritable monopole de fait, qui leur permet d'édifier des fortunes énormes. Que l'on soit donc partisan ou non des monopoles d'Etat, il semble donc bien que le privilège accordé à quelques gros brasseurs d'affaires profite moins au pays que le monopole d'Etat. Cher pour cher, mieux vaut que les bénéfices se trouvent répartis entre beaucoup de Français qu'entre une poignée d'actionnaires.

On a accusé la hausse des changes d'être la cause de la hausse de l'essence. Or, quand la livre sterling valait 185 francs, le bidon était à très peu de chose près au même prix qu'aujourd'hui où la livre cote 124.

La baisse récente qui avait réjoui tant d'automobilistes était due non pas à un consentement des importateurs de gagner moins d'une façon durable, mais à une nécessité de concurrence pour supprimer des collègues récalcitrants qui n'acceptaient pas la tutelle des plus importants, imposant les cours élevés.

C'est là un fait assez fréquent dans l'industrie et le commerce, et qu'il paraît bien difficile de faire tomber sous le délit de coalition, car alors, en plus des importateurs d'essence, il faudrait faire comparaître devant les tribunaux des quantités d'autres vendeurs, et entre autres ceux qui nous distribuent les pneumatiques.

N'a-t-on pas assisté récemment à des baisses répétées du prix des pneus que les mauvaises langues ont prétendu être beaucoup plus destinées à arrêter l'importation étrangère susceptible d'entraîner des baisses au-delà des limites ayant l'agrément de nos fabricants, qu'à être agréables au consommateur ?

Après tout, on aura beau dire et beau faire, on n'empêchera jamais les commerçants de vendre leurs marchandises le plus cher possible et c'est peut-être tant mieux pour la prospérité générale, mais le consommateur ne se rend pas assez compte de sa force pour arrêter les exagérations.

Vous êtes-vous amusés à calculer le manque à gagner qui résulterait pour les vendeurs d'une économie volontaire de vingt litres d'essence par mois pendant un an ? Etant donné qu'il y a maintenant 1.000.000 de véhicules automobiles en France, le calcul serait le suivant :

20 litres × 12 mois × 1.000.000 = 240.000.000 de litres !

Vous pouvez imaginer l'effet que produirait

une telle grève de consommation, dûment annoncée dans la presse par les grands groupements d'automobilistes.

A raison de 2 fr. 50 le litre, cela ferait une rentrée en moins dans la caisse de ces messieurs, les importateurs de 240 × 2.5 = 900 millions!

Il n'y a aucun doute qu'ils réfléchiraient aux conséquences d'une telle décision et qu'ils la redouteraient beaucoup plus qu'une question, fût-elle écrite, posée à Monsieur le Ministre du Commerce.

Quant à prévoir une baisse sensible d'ici peu sans contrainte, hélas ! nous n'y croyons guère.

Le Gouvernement vient de déclarer que le cours de la livre sera autant que possible maintenu aux environs de 124 francs. Donc pas d'espoir de ce côté-là.

La concurrence n'est plus à craindre, et la saison de grande consommation approche. Nous devons donc compter uniquement sur une pression formidable du public se traduisant par une réduction de la vente pour obtenir ce que les Anglais ont conquis tout doucement et sans bruit depuis quelques jours, c'est-à-dire l'essence moins chère qu'en 1914.

Dr M. I.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

IVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(*Varsovie,* 30 *mai*-4 *juin* 1927)

Nous avons publié, dans le No 12 du *Concours médical* (page 777), des renseignements sur le Congrès de médecine et de pharmacie militaires qui aura lieu à Varsovie, du 30 mai au 4 juin 1927.

Nous rappelons aujourd'hui, à nos lecteurs, qu'ils trouveront des informations complémentaires aussi précises que possible auprès de MM. les Directeurs régionaux du Service de santé.

Nous leur rappelons également que la cotisation est fixée à 30 zlotys pour les hommes et à 20 zlotys pour les dames. Le cours du zloty est d'environ 2 fr. 80.

Les médecins de réserve qui prendront part au Congrès bénéficieront du tarif militaire à l'aller et au retour, entre leur résidence et la gare frontière ou le port d'embarquement. En outre, cette participation leur sera comptée pour une période de service de quinze jours.

Les Chemins de fer polonais accorderont aux congressistes une réduction de 33 % à l'aller et au retour aux congressistes français.

Pour se rendre à Varsovie les congressistes disposent des moyens indiqués ci-dessous :

1o Voyage par voie ferrée :

(Voitures directes de Paris à Varsovie. Départ de Paris à 22 heures, arrivée à Varsovie le surlendemain à 9 heures.)

Prix (*les prix ci-dessous sont calculés sur le* TARIF ENTIER *et sans tenir compte des réductions consenties sur les réseaux français ou polonais*).

	1re classe	2e classe
De Paris à Jeumont (frontière).	108 60	73.70
De Jeumont à Stench (frontière)	681 70	464 60
De Stench à Varsovie.........	215 »	130 »
	1.005 30	668 10

En tenant compte des réductions accordées, ces prix se trouvent donc ramenés à environ 780 fr. en 1re classe et 516 fr. en 2e classe, pour les médecins et officiers de réserve.

2o Voyage par mer.

La Compagnie générale transatlantique a un courrier normal du Havre à Gdnya (près de Dantzig) :

Départ du Havre le 21 mai.
Arrivée à Gdnya le 25 mai.
Prix en 1re classe............... 800 fr.
Prix en 2e classe............... 600 fr.

Un départ de Gdnya pour le Havre aura lieu vers le 10 juin.

3o Voyage par avion.

Assuré par la Compagnie internationale de navigation aérienne (22, rue des Pyramides) :

Départ de Paris, 6 h.
Arrivée à Prague, 15 h.
Arrivée à Varsovie, 19 h.

Prix du passage : 1.700 francs ; le prix du billet aller et retour donne droit à une réduction de 10 % sur le prix de 2 billets.

En outre des avantages accordés au personnel du Service de santé militaire (active et réserve), le Comité de direction des grands réseaux de chemins de fer français a décidé d'accorder, à titre exceptionnel, le bénéfice du demi-tarif aux congressistes français qui ne bénéficient pas déjà d'une réduction au titre militaire. Cette faveur s'applique aux personnes susceptibles de prendre une part effective aux travaux du Congrès, à l'exclusion des membres de leur famille qui pourraient désirer les accompagner au titre de membre associé du Congrès.

Les intéressés susceptibles de bénéficier de ces dispositions feront connaître à leur Directeur régional du Service de santé , le cas échéant, l'itinéraire qu'ils désirent emprunter pour se rendre de leur résidence à la frontière ou au port d'embarquement avec l'indication des gares de départ et de transit. Ces renseignements, accompagnés du nom du demandeur, de sa qualité, de son adresse et d'une attestation du Directeur certifiant que l'intéressé est bien membre participant du Congrès de Varsovie seront transmis au Ministère de la guerre (7e division) pour le 25 avril 1927, au plus tard.

Les bons envoyés en retour seront valables du 22 mai au 12 juin 1927, et seront passibles de l'impôt de 15 % prévu par les lois du 29 juin 1918 et 22 mars 1924.

Logement. — Toutes les demandes de chambre doivent être adressées au Lieutenant-Colonel ZAKLINSKY, secrétaire général du Congrès, en précisant nettement le jour de l'arrivée, et si l'on désire un hôtel moyen ou un hôtel de premier ordre. Les tarifs seront exonérés des taxes de la ville. Les prix d'un hôtel moyen oscillent entre 5 et 6 slotys par jour (le sloty vaut 2 fr. 85).

Repas. — Les adresses des restaurants seront données au bureau du Congrès. On trouvera des repas à prix fixe (cuisine française) dans les meilleurs restaurants de Varsovie. Le prix moyen d'un bon repas dans un bon restaurant est de 5 slotys (sans vin, ni bière). Au total, il faut compter 15 slotys par jour pour le logement et la nourriture, soit : 42 fr. 75.

Circulation. — Toutes les indications relatives à la circulation dans Varsovie seront fournies par des agents spéciaux placés dans les diverses rues et portant un drapeau indiquant la langue qu'ils parlent.

L'exposition se trouve placée au Centre de la ville. Les taxis coûtent 1 sloty par kilomètre. Une course moyenne revient à 1 sloty 50.

Passeports. — Le Ministre des affaires étrangères de Pologne donnera gratuitement son visa aux passeports pour l'entrée en Pologne et au moment de la sortie. Les congressistes auront pour cela à se présenter à leur Consulat, avec leur carte d'adhérent au Congrès.

Il est rappelé qu'en plus du visa de la Pologne (visa gratuit), les congressistes doivent avoir le visa des autres pays traversés.

Chemins de fer. — Les chemins de fer polonais accorderont aux congressistes une réduction de 33 % à l'aller et 33 % au retour. Cette réduction sera accordée globalement *au moment de prendre le billet de retour.*

Pour les congressistes qui voudraient aller à Varsovie par Berlin et revenir par Vienne (ce dernier trajet emprunte l'itinéraire de l'excursion prévue à Cracovie et environs), il est conseillé de ne pas prendre de billet circulaire, mais un billet simple pour Varsovie. Au moment du retour, on prendra un billet ordinaire pour la France par Vienne ; ce billet comportera la réduction totale accordée aux congressistes sur l'ensemble du parcours aller et retour effectué en territoire polonais.

Le Commissariat du Congrès s'occupe actuellement des réductions de tarif qui pourraient être obtenues en faveur des congressistes sur les chemins de fer allemands, autrichiens et tchécoslovaques.

Excursions. — Les congressistes qui, sans attendre la publication de la liste officielle, sont désireux de participer à une excursion organisée, peuvent dès maintenant s'adresser à M. DEBITEKI au Commissariat du Congrès.

Vêtements. — La tenue militaire est recommandée pour les séances du Congrès ; grande tenue pour le soir. A la fin du mois de mai, il fait déjà chaud en Pologne ; on peut donc se vêtir en conséquence, sauf pour les excursions en montagne qui nécessitent des vêtements assez chauds.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur ce Congrès, et sur les avantages qu'il présente. C'est une occasion unique d'accomplir un voyage en Pologne dans des conditions toutes particulières et infiniment intéressantes. Nous ne saurions trop engager nos confrères à y réfléchir et à en profiter.

En le faisant, ils se procureront des satisfactions personnelles d'une qualité rare, en même temps qu'ils contribueront à rehausser, par leur présence en nombre imposant, le prestige de la médecine française et de la France.

PROGRAMME POUR LES EXAMENS D'ETAT D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu l'article 1er du décret du 27 juin 1922, modifié par les décrets des 19 février 1923 et 18 juillet 1924 ;

Vu les arrêtés en date des 24 juin 1924 et 6 décembre 1924 ;

Vu les délibérations du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières en date des 10 mars 1924, 9 mars 1925 et 29 janvier 1926 ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Article 1er.

Les textes ci-annexés sont rédigés pour servir de modèle aux règlements de chaque catégorie d'écoles reconnues. Ils serviront jusqu'à nouvel ordre de programmes pour les examens d'Etat subis devant le jury qualifié par les candidats ou candidates au brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière ou d'infirmier de l'Etat français, délivré par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales aux infirmières hospitalières, aux infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, aux infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance, aux infirmiers hospitaliers, aux masseurs et aux masseuses ; aux infirmiers masseurs aveugles et infirmières masseuses aveugles ; aux infirmières sanitaires, aux infirmières sanitaires coloniales (métropolitaines et indigènes).

Article 2.

Les examens d'Etat sont ouverts aux candidats et aux candidates ayant satisfait aux conditions d'admission ci-après énumérées et suivi l'enseignement pratique et théorique défini dans les programmes fixés par le présent arrêté et présentés par les écoles reconnues administrativement.

Age. — A. — L'âge d'admission dans les écoles d'infirmières hospitalières, d'infirmières sanitaires, d'infirmières sanitaires coloniales (métropolitaines), de masseuses, d'infirmières masseuses aveugles est fixé entre vingt ans au minimum et trente-cinq ans au maximum.

B. — L'âge d'admission dans les écoles d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, d'hygiène sociale de l'enfance, est fixé entre vingt ans au minimum et quarante ans au maximum.

C. — L'âge d'admission dans les écoles d'infirmiers hospitaliers, d'infirmiers sanitaires coloniaux (indigènes), de masseurs, d'infirmiers masseurs aveugles, est fixé entre dix-huit ans au minimum et trente-cinq ans au maximum.

Instruction. — Les élèves infirmières doivent posséder une instruction au moins équivalente à celle sanctionnée par le brevet élémentaire.

Des exceptions peuvent être faites par la direction des écoles en faveur d'élèves qui paraissent pouvoir combler les lacunes de leur instruction première, sous réserve qu'elles feront la preuve d'avoir acquis, au cours des années d'études, les connaissances générales qui leur manquaient.

Les élèves infirmiers doivent posséder le certificat d'études primaires ou une instruction équivalente à celle sanctionnée par ce titre.

Santé et tenue. — Les élèves doivent donner, au point de vue de la santé ainsi qu'au point de vue de l'éducation et de la tenue, toutes garanties désirables.

Article 3.

L'âge d'admission à l'examen d'Etat est fixé à vingt ans pour les infirmiers de toutes spécialisations et au minimum à vingt et un ans pour les infirmières de toutes spécialisations.

Toutefois, les demandes d'admission dans les écoles formulées par des élèves infirmières au minimum âgées de dix-neuf ans ou n'ayant pas encore atteint l'âge de vingt ans, doivent être soumises à l'approbation du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, étant remplies par les candidates les conditions d'instruction générale et de santé exposées par la circulaire en date du 17 février 1926.

Les écoles d'infirmières ayant leur siège dans un hôpital peuvent accepter les élèves âgées de moins de dix-neuf ans, à condition que ces candidates ne soient admises à suivre l'enseignement officiel préparant à l'examen d'Etat qu'à l'âge de dix-neuf ans, si elles obtiennent une dispense, ou à l'âge normal d'admission, c'est-à-dire vingt ans, et étant entendu que cette période passée à l'école avant l'âge de dix-neuf ou de vingt ans sera considérée comme période d'études préliminaires.

Article 4.

Les carnets scolaires exigibles à l'examen d'Etat indiqueront la durée et le nombre de présences, ainsi que les notes obtenues dans chacun des stages du programme officiel, pour les interrogations et les devoirs effectués au cours des études, les appréciation des professeurs, chefs de service, monitrices, directrices.

Article 5.

Les écoles auront la possibilité de faire accomplir la période d'études obligatoires pour la préparation à l'examen d'Etat dans un laps de temps n'excédant pas au maximum quatre ans, sauf dispense, chaque cas particulier faisant alors l'objet d'une décision ministérielle spéciale.

Les écoles devront veiller sérieusement à ce que les stages de même nature soient accomplis intégralement, sans interruption. Les stages pratiques doi-

vent être accomplis sous la surveillance de moniteurs et de monitrices qualifiés, au minimum tous les matins et deux après-midi par semaine, les veilles devant être effectuées autant que possible pendant au moins une quinzaine de nuits consécutives, sauf une nuit de repos par semaine (bien entendu avec repos diurne).

Article 6.

Les élèves qui, pour cause de maladie contagieuse contractée au service, n'auraient pu accomplir certains stages (au maximum 40 jours), pourront obtenir du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, une dispense de stages les autorisant à se présenter à l'examen d'Etat à condition, toutefois, que les stages manquants soient accomplis sous la responsabilité de l'école, une fois l'examen passé, et que le diplôme ne leur soit délivré qu'à l'expiration de cette période.

Article 7.

PROGRAMME-TYPE MINIMUM POUR LES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES HOSPITALIÈRES S'ÉTENDANT SUR 22 MOIS D'ÉTUDES OBLIGATOIRES.

1° Durée un mois.

Stage pratique : ménage, cuisine, tenue de maison.
Cours théoriques : anatomie et physiologie.
2° Stage obligatoire dans les salles d'hôpital.
5 mois de médecine adultes.
5 mois de chirurgie adultes.
2 mois de médecine infantile.
2 mois de chirurgie infantile.
2 mois de contagieux.
2 mois de soins aux femmes et aux nouveau-nés.
3 mois de spécialités diverses.
Stages hospitaliers (le matin) : yeux, voies urinaires, peau (dermatologie).
Stages de consultations (l'après-midi de préférence) : larynx, oreilles (oto-rhino-laryngologie).
Stages facultatifs : soins aux mentaux, soins aux nerveux, massage et gymnastique médicale (radiologie).

Cours théoriques.

A. — Soins aux malades de médecine (tuberculose médicale comprise), 24 leçons.
B. — Soins aux malades de chirurgie (adultes et enfants), 24 leçons.
C. — Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés, 12 leçons.
D. — Soins aux enfants malades, 12 leçons.
E. — Maladies infectieuses et leur prophylaxie, 12 leçons.
F. — Matière médicale et thérapeutique appliquée (théorie et pratique). — Désinfection, 12 leçons.
G. — Hygiène générale et professionnelle, 6 leçons.
H. — Législation d'assistance et d'hygiène sociale. — Administration hospitalière, 12 leçons.
I. — Morale professionnelle, 2 leçons par mois.
J. — Massage et gymnastique médicale (théorie et pratique).
K. — Hygiène alimentaire et cuisine des malades (théorie et pratique).

Article 8.

PROGRAMME MINIMUM DE LA 1re ANNÉE D'ÉTUDES MIXTES D'INFIRMIÈRES SE DESTINANT A LA SPÉCIALISATION D'INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE SOCIALE DE LA TUBERCULOSE ET D'INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE SOCIALE DE L'ENFANCE.

Stages pratiques.

1 mois de probation, anatomie, physiologie, ménage, cuisine.
5 mois de stages hospitaliers (médecine dont 2 mois pour enfants).
3 mois de chirurgie ; adultes et enfants.
1 mois de maternité.
1 mois de contagieux.

Cours théoriques.

Soins aux malades de médecine, 20 leçons.
Soins aux malades de chirurgie, 12 leçons.
Soins aux malades enfants, 12 leçons.
Soins aux femmes enceintes et en couches, 6 leçons.
Hygiène générale comprenant diététique, 19 leçons.
Prophylaxie des maladies contagieuses, 10 leçons.
Matière médicale et petite pharmacie, 10 leçons.
Morale professionnelle (par la directrice ou la monitrice qualifiée), hebdomadaire.

Article 9.

PROGRAMME MINIMUM TYPE DE LA 2e ANNÉE D'ÉTUDES DES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE SOCIALE DE LA TUBERCULOSE.

Stages pratiques.

1° Au minimum : 1 mois de stages pratiques préliminaire et éliminatoire, soit au dispensaire, soit à l'hôpital, suivant les possibilités de l'école, avec enseignement théorique (tuberculose) donnant les connaissances précises qui permettront aux élèves de profiter, dès le début, de leur stage hospitalier et de dispensaire.

2° 5 mois de stages pratiques antituberculeux dont :
1 mois dans les services de tuberculeux des hôpitaux ou dans un sanatorium ;
4 mois dans un dispensaire antituberculeux.

3° 4 mois de stages pratiques dans des services d'enfants (consultations prénatales, de nourrissons, scolaires, consultations externes des hôpitaux, etc.).

4° 1 mois dans des services de dermatologie et de syphiligraphie.

Cours théoriques.

L'enseignement théorique s'étend au minimum

sur 105 leçons réparties sur deux après-midi par semaine, consacrées :

A l'audition des cours faits par le professeur.

Aux répétitions qu'ils entraînent par les directrices ou les monitrices de cours.

A leur rédaction et à la correction des cours et des devoirs.

Tuberculose, 30 leçons.
Hygiène infantile, 14 leçons.
Hygiène générale, 10 leçons.
Hygiène alimentaire, 6 leçons.
(étant bien entendu que les exercices pratiques feront partie des stages pratiques).
Alcoolisme, 2 leçons.
Syphilis-dermatologie, 7 leçons.
Cancer, 1 leçon.
Pharmacie, 5 leçons.
Enseignement social, 20 leçons.

Article 10.

PROGRAMME MINIMUM DE L'ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE NÉCESSAIRE AUX INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE SOCIALE DE LA TUBERCULOSE POUR PASSER L'EXAMEN D'ETAT D'INFIRMIÈRE VISITEUSE D'HYGIÈNE SOCIALE DE L'ENFANCE.

Durée : 4 mois.

Stages pratiques.

(L'école devra prendre la responsabilité de ces stages qui s'effectueront suivant les possibilités de l'endroit dans des établissements donnant toutes garanties.)

Les quatre mois seront répartis dans les services de la 1re et de la 2e enfance :consultations prénatales, de nourrissons, etc. Services d'âge scolaire (écoles, préventoria, colonies scolaires, etc.).

Cours théoriques.

Hygiène infantile, 10 leçons.
Enseignement social (mère et enfant), 8 leçons.
Démonstration pratique (laiterie et diététique), 10 leçons ou séances.

Article 11.

PROGRAMME MINIMUM TYPE DE L'ANNÉE DE SPÉCIALISATION DES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE SOCIALE DE L'ENFANCE.

Stages pratiques.

2 mois dans une maternité avec consultations prénatales.

2 mois dans des consultations de nourrissons et dispensaires.

1 mois dans un hôpital d'enfants : service de contagieux.

1 mois dans un hôpital d'enfants : service de chirurgie.

1 mois dans un hôpital d'enfants : médecine générale.

2 mois répartis, suivant les possibilités, dans les crèches, les pouponnières, les centres de placement familial, les établissements scolaires.

2 mois dans un dispensaire antituberculeux.

Démonstration pratique de laiterie et de diététique (au minimum 10).

Cours théoriques.

Hygiène et assistance médicale de la femme en état de gestation et du nouveau-né, 6 leçons.

Hygiène et assistance médicale des nourrissons, 11 leçons.

Hygiène et assistance médicale de la seconde enfance et de l'âge scolaire, 14 leçons.

Protection et assistance sociales, 10 leçons.

Notions sur la tuberculose (enfants, adultes), prophylaxie, 10 leçons.

Hygiène générale, 10 leçons.

Hygiène alimentaire, y compris exercices pratiques, 6 leçons.

Alcoolisme, 2 leçons.
Syphilis-dermatologie, 6 leçons.
Cancer, 1 leçon.
Pharmacie, 5 leçons.

La morale professionnelle et l'éducation sociale seront l'objet de leçons et d'entretiens qui trouveront leur place dans la vie journalière des élèves.

Article 12.

PROGRAMME MINIMUM D'ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE NÉCESSAIRE AUX INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE SOCIALE DE L'ENFANCE POUR PASSER LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIÈRE SOCIALE DE LA TUBERCULOSE.

Durée : 4 mois.

Stages pratiques.

Suivant les possibilités de l'endroit.
Soit : 1 mois de sanatorium ;
2 mois de dispensaire antituberculeux ;
1 mois de service de dermatologie et de syphiligraphie.
Soit : 3 mois de dispensaire antituberculeux ;
1 mois de services de dermatologie et de syphiligraphie.

Enseignement théorique.

20 leçons sur la tuberculose.
10 leçons enseignement social (tuberculose).

Article 13.

PROGRAMME TYPE MINIMUM POUR LES ÉCOLES PRÉPARANT AUX DIPLOMES D'ETAT D'INFIRMIÈRES HOSPITALIÈRES, D'INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE SOCIALE DE LA TUBERCULOSE ET D'INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE SOCIALE DE L'ENFANCE.

Durée des études : 33 mois.

Stages pratiques.

Hospitalière.

Stages probatoire et éliminatoire, 1 mois.

Chirurgie adultes, 5 mois.

Médecine adultes, y compris tuberculose, 5 mois.

Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés, 2 mois.

Chirurgie infantile, 2 mois.

Médecine infantile, 2 mois.

Spécialités (yeux, voies urinaires, laryngologie), 2 mois.

Dermatologie, 1 mois.

Contagieux (adultes ou enfants), 2 mois.

Enfance.

Consultations prénatales de nourrissons, dispensaire scolaire, etc., avec service social, pouponnière ou infirmerie ; placement familial, 6 mois.

Démonstration pratique laiterie diététique, 6 mois.

Tuberculose.

Dispensaire antituberculeux, 4 mois.

Sanatorium, 1 mois.

Cours théoriques.

Anatomie et physiologie, en probation.

Soins aux malades de médecine (tuberculose médicale comprise), 24 leçons.

Soins aux malades de chirurgie (adultes et enfants) 24 leçons.

Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés, 12 leçons.

Maladies infectieuses et leur prophylaxie, 12 leçons.

Matière médicale et thérapeutique appliquée (théorie et pratique, désinfection), 12 leçons.

Massage et gymnastique médicale (théorie et pratique), pour mémoire.

Hygiène alimentaire et cuisine des malades. Diététique enfants, 12 leçons.

Tuberculose, 30 leçons.

Hygiène et assistance médicale des nourrissons, 10 leçons.

Hygiène et assistance médicale de la femme en état de gestation et du nouveau-né, 13 leçons.

Hygiène et assistance médicale de la 2e enfance et de l'âge scolaire, 3 leçons.

Alcoolisme, 2 leçons.

Syphilis et dermatologie, 7 leçons.

Cancer, 2 leçons.

Hygiène générale et professionnelle, 12 leçons.

Hygiène, 22 leçons.

Administration hospitalière, 4 leçons

Morale professionnelle, 2 leçons par mois.

Article 14.

PROGRAMME TYPE MINIMUM POUR LES INFIRMIÈRES TITULAIRES DU DIPLOME D'ETAT DE VISITEUSES D'HYGIÈNE SOCIALE DE LA TUBERCULOSE DÉSIRANT PASSER L'EXAMEN D'ÉTAT D'INFIRMIÈRE HOSPITALIÈRE.

Cours théoriques.

Chaque école est responsable de l'enseignement théorique que doit recevoir l'élève pour être en mesure de se présenter à l'examen d'Etat et destiné à compléter, d'après les programmes types minimum en usage, les cours déjà effectués.

Stages pratiques.

Médecine adultes et enfants............ (A compléter suivant le stage de même catégorie qui aurait déjà été effectué par l'élève.)	3 mois
Chirurgie adultes et enfants............ (A compléter suivant le stage de même catégorie qui aurait déjà été effectué par l'élève.)	4 —
Maternité et première enfance..........	1 —
Spécialités	2 —
	10 mois

Un mois de probation peut être exigé par l'école si l'élève n'y a pas effectué ses études antérieures.

Article 15.

PROGRAMME TYPE MINIMUM POUR LES INFIRMIÈRES TITULAIRES DU DIPLOME D'ETAT DE VISITEUSES D'HYGIÈNE SOCIALE DE L'ENFANCE DÉSIRANT PASSER L'EXAMEN D'ETAT D'INFIRMIÈRE HOSPITALIERE.

Cours théoriques.

Chaque école est responsable de l'enseignement théorique que doit recevoir l'élève pour être en mesure de se présenter à l'examen d'Etat et destiné à compléter, d'après les programmes type minimum en usage, les cours déjà effectués.

Stages pratiques.

Médecine générale.................... (dont un mois de tuberculeux s'il n'a pas été accompli préalablement.)	3 mois
Chirurgie générale...................	4 —
Spécialités	3 —
	10 mois

1 mois de probation peut être exigé par l'école si l'élève n'y a pas effectué ses études antérieures.

Article 16.

PROGRAMME POUR LES INFIRMIÈRES TITULAIRES DES DIPLOMES D'ETAT D'INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE SOCIALE DE LA TUBERCULOSE ET D'INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE SOCIALE DE L'ENFANCE DÉSIRANT PASSER L'EXAMEN D'ETAT D'INFIRMIÈRES HOSPITALIÈRES.

Cours théoriques.

Chaque école est responsable de l'enseignement théorique que doit recevoir l'élève pour être en mesure de se présenter à l'examen d'Etat et destiné à compléter, d'après les programmes-type minimum en usage, les cours déjà effectués.

Stages pratiques.

Spécialités	2 mois
Chirurgie (adultes et enfants)	3 —
Médecine (adultes et enfants)	3 —
	8 mois

Un mois de probation peut être exigé par l'école si l'élève n'y a pas effectué ses études antérieures.

Article 17.

PROGRAMME-TYPE MINIMUM POUR LES ÉCOLES D'INFIRMIERS.

Hospitaliers.

Durée des études 22 mois.

Cours théoriques.

Eléments d'anatomie et de physiologie, 20 leçons

Eléments de pathologie générale, d'hygiène et de prophylaxie, 20 leçons.

Soins aux malades de médecine, y compris les applications pratiques et les répétitions par moniteur, 40 leçons.

Soins aux malades de chirurgie, 40 leçons.

Diététique, 5 leçons.

Petite pharmacie, 10 leçons.

Morale professionnelle, 10 leçons.

Notions d'administration hospitalière, 5 leçons.

Les leçons seront d'une heure.

Stages pratiques.

Les stages pratiques sont rigoureusement obligatoires.

Ils seront d'une durée totale de 20 mois, et commenceront dès le deuxième mois de la première année d'études.

Ils comprendront :

9 mois dans les services de médecine, avec répartition entre les services de médecine adultes, un service de médecine enfants, un service de tuberculeux, un service de nerveux et un service de dermato-vénéréologie.

9 mois dans des services de chirurgie avec répartition entre les services de chirurgie générale adultes, un service de chirurgie enfants, un service de voies urinaires.

2 mois dans un service de contagieux.

Article 18.

PROGRAMME-TYPE MINIMUM POUR LA PREMIÈRE ANNÉE D'ÉTUDES DES ÉCOLES MIXTES DINFIRMIERS AVANT SPÉCIALISATION.

Durée des études 11 mois.

Cours théoriques.

Eléments d'anatomie et de physiologie, 20 leçons.

Eléments de pathologie générale d'hygiène et de prophylaxie, 20 leçons.

Soins aux malades de médecine, 30 leçons.

Soins aux malades de chirurgie, 30 leçons.

Diététique, 5 leçons.

Petite pharmacie, 10 leçons.

Morale professionnelle, 5 leçons.

Notions d'administration hospitalière, 5 leçons.

Les leçons seront d'une heure, et seront réparties le plus judicieusement possible sur l'année scolaire.

Stages pratiques.

Les stages pratiques sont rigoureusement obligatoires.

Ils seront d'une durée totale de dix mois et commenceront dès le deuxième mois de l'année scolaire.

Ils comprendront :

4 ou 6 mois dans des services de chirurgie.

4 ou 6 mois dans des services de médecine, y compris les maladies infectieuses.

La durée respective de ces stages pourra varier d'après la spécialisation que doit acquérir l'élève en deuxième année (massage, soins aux aliénés, par exemple).

Article 19.

PROGRAMME-TYPE MINIMUM POUR LA DEUXIÈME ANNÉE DE SPÉCIALISATION DES ÉCOLES PRÉPARANT L'EXAMEN D'ÉTAT D'INFIRMIERS MASSEURS.

Stages pratiques.

A effectuer chaque matin soit dans les formations hospitalières de la localité, soit à la clinique particulière annexée à l'école, sous la réserve qu'elle offrira les ressources suffisantes en malades hommes, femmes et enfants, pour approfondir toutes les maladies de la technique sous la direction de moniteurs et de monitrices spécialisés dans le massage.

7 mois dans les services de chirurgie où le massage et la mécanothérapie sont d'application particulièrement fréquente ; à l'occasion des traumas variés : fractures, entorses, luxations, etc., avec ou sans ankylose consécutive ; où se font des lavages de plaies ; des pansements ou des pratiques d'hydrothérapie, de thermothérapie, de rééducation motrice, etc., sont plus courantes.

4 mois dans des services de médecine.

S'il existe un service d'hydrothérapie, l'élève lui sera affecté durant un mois, à prendre sur les 7 mois de chirurgie.

Cours théoriques.

(accompagnés autant que possible de démonstrations

D'une durée d'une heure environ, ils prendront place dans l'après-midi. L'enseignement oral sera illustré de schémas, de projections, de clichés ou de films.

Il concernera :

a) L'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie, système nerveux, splanchnologie, avec projections topographiques des divers viscères sur les parties du corps). Des planches en couleur, des modèles en cire, voire des pièces sèches anatomiques sont indispensables : 3 cours par semaine.

b) La physiologie et la pathologie appliquées : 1 cours par semaine.

c) Le massage (chirurgical et médical), simple ou combiné avec d'autres pratiques physiothérapiques (air, eau, chaleur, lumière, etc., etc.), la mécanothérapie, l'orthopédie, la kinésithérapie, la gymnastique, l'éducation physique, la rééducation (mutilés et malades).

On consacrera à cet enseignement fondamental 4 à 5 heures par semaine ; la moitié des cours sera affectée au massage proprement dit, médical et chirurgical.

d) La morale professionnelle, la déontologie, l'hygiène générale, les questions de sociologie et d'assistance feront le thème d'une leçon hebdomadaire.

e) A titre facultatif on pourra, le cas échéant, consacrer quelques leçons à l'hydrothérapie, sous ses diverses formes, à la crénothérapie, à la thalassothérapie, etc.

Article 20.

Le conseiller d'État, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 1er octobre 1926.

André FALLIÈRES.

(*J.O.*, 16 octobre 1922.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr PITAVY, de Lyon. — M. le Dr Charles FOIX, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux. — M. le Dr Eugène DELMAS-SAINT-HILAIRE, de Bordeaux. — M. le Dr FORRAZ, médecin de l'hôpital français de Tanger. — M. le Dr PRAT, de Saverdun (Ariège).

— **Médecins parisiens de Paris.** — Les « Médecins Parisiens de Paris » se sont réunis le 24 février en un joyeux dîner qui fut suivi de l'Assemblée générale annuelle sous la présidence du Dr DEVRAIGNE. Le trésorier et le secrétaire général firent ressortir dans leurs rapports, l'un la prospérité financière de cette Amicale, et l'autre son heureux essor. Fondée en 1924 par 50 médecins parisiens, cette Société groupe aujourd'hui 150 confrères et des candidatures nouvelles sont annoncées à chaque réunion. La gaité désormais traditionnelle de ces dîners fut spécialement motivée cette fois par quelques imitations du Dr Deniker et par un exercice de version auquel se livra le Dr Devraigne, version qui, bien que latine, fut aussi brillante qu'une version podalique du célèbre accoucheur. Enfin eut lieu l'élection du Bureau pour 1927 qui est ainsi composé : Président d'honneur : M. le Prof. Charles RICHET ; Président : M. le Dr Paul BLONDIN ; Vice-présidents : MM. les docteurs DUCLAUX et VITRY ; Secrétaire général : M. le Dr Pierre PROST ; Trésorier : M. le Dr Jules BONGRAND

Cinquante convives assistaient à ce dîner, nombre qui fait bien augurer du succès du *grand dîner annuel* de cette Société qui aura lieu le 5 *mai prochain.* Celui-ci sera suivi d'une soriée artistique et dansante. Nul doute que dames, jeunes filles et invités n'y viennent en plus grand nombre encore qu'à la fête si réussie de l'année dernière.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au Secrétaire général, Dr P. PROST, 119, boulevard Malesherbes. Paris, 8e arrt.

— **IIes Journées médicales Marocaines.** — La Société de Médecine et d'Hygiène du Maroc, le *Maroc médical* et les groupements médicaux et vétérinaires du Maroc organiseront en 1928, pour les vacances de Pâques, des Journées médicales et vétérinaires. Mise au point de questions médicales ou vétérinaires de pathologie Nord-Africaine ; conférences sur les actualités ; communications originales sur les travaux, les observations ou les recherches des Marocains, tel en sera le programme encore à l'étude et qui sera ultérieurement communiqué. Les Journées Scientifiques seront suivies de Journées Récréatives et complétées par des réceptions, des excursions pour la visite du Maroc qu'un accord avec les Compagnies de Navigation, de transport et les organisations touristiques permettra de faire dans des conditions particulièrement intéressantes et à prix réduits.

— **Congrès annuel de la Société française d'oto-rhino-laryngologie.** — Le prochain Congrès annuel de la Société française d'oto-rhino-laryngologie se tiendra à la Faculté de Médecine de Paris, du 17 au 20 octobre 1927, sous la présidence du professeur Collet (de Lyon).

Les rapports mis à l'ordre du jour sont les suivants : 1° indications thérapeutiques dans la tuberculose laryngée. Rapporteur : M. Caboche : 2° l'insuffisance respiratoire nasale. Rapporteur : M. Worms.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Georges Liébault, secrétaire général de la Société, 216, boulevard Saint-Germain, Paris, VIIe.

— **Société de médecine publique et de génie sanitaire.** — La célébration du *cinquantenaire de la Société de médecine publique* et de génie sanitaire et le XVe Congrès d'hygiène auront lieu à Paris, du 25 au 28 octobre 1927, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence d'honneur de M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur et sous la présidence de M. le professeur Léon Bernard, professeur d'hygiène et de médecine préventive à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine et du Comité d'hygiène de la Société des Nations.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

en mauvaise posture vis-à-vis des praticiens composant ce groupe professionnel.

Le résultat le plus clair, c'est que, mis à l'index par le syndicat, il peut être également mis à l'écart par le syndicat de sa propre ville ; le spécialiste étranger s'apercevra, alors, au bout de quelque temps, qu'il a mal agi en se plaçant volontairement en dehors des règles de la déontologie.

Je conclus donc en disant que la plupart des syndicats ont condamné les cabinets multiples et les tournées à jour fixe.

Déjà, l'avant-projet du Code de déontologie, rédigé par le Dr Lereboullet, en 1904, au nom de la Commission composée des docteurs Dignat, Glover, Legendre, Lepage et Lereboullet, s'exprimait ainsi, dans l'article 21 :

« Les visites faites par un médecin, dans une localité autre que celle qu'il habite, ne sont permises que très exceptionnellement et dans le cas où un malade en fait la demande expresse. Les tournées médicales et les consultations ambulantes sont en opposition avec la dignité et la confraternité médicales. »

Au syndicat local de dire si la santé publique bénéficiera de la venue régulière d'un spécialiste de la ville voisine, ou si le ou les confrères déjà établis dans la localité sont en nombre suffisant et ont la capacité voulue pour soulager leurs concitoyens dans tous les cas qui leur sont soumis.

Un dernier point à élucider : le médecin, qui exerce dans plusieurs départements, est-il obligé de faire enregistrer son titre dans chacune des préfectures, ou sous-préfectures ?

Non, et j'ai déjà étudié ce point dans le *Concours médical*, 1924, pages 1626 et 1787 : aux termes de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, modifié par la loi du 14 avril 1910, l'enregistrement ne doit être fait qu'à la préfecture, ou à la sous-préfecture du domicile et non dans celles des différentes résidences médicales.

Ainsi, un médecin de ville d'eaux, exerçant l'hiver dans une localité et l'été dans une autre, ne fait enregistrer son diplôme qu'au lieu de son domicile et non dans sa seconde résidence.

Mais, pour dépister l'exercice illégal, le Procureur de la République, le préfet ou le sous-préfet, ont toujours le droit de s'assurer, par l'intermédiaire du maire, ou du commissaire de police, si tel, qui se dit médecin, est bien titulaire d'un titre régulier et français et si ce diplôme a été enregistré, comme l'exige la loi.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale.

La limite d'âge.

Me serait-il possible de transformer mon indemnité maladie qui est de 10 fr. par jour en une indemnité plus forte avec retraite à un âge déterminé ?

J'ai eu 46 ans le 16 mars dernier.

Dr C.

Réponse.

Si vous aviez écrit en 1926, je vous aurais répondu que la chose était possible ; aujourd'hui, je dois vous dire que vous avez dépassé l'âge limite pour les indemnités-maladie plus élevées.

Tout ce que vous pouvez faire, c'est de vous assurer une retraite à 65 ans en entrant à la combinaison R.

Pour 1.200 fr. de pension vous paierez annuellement 279 fr., cotisation simple ou 343 fr. cotisation contre-assurée. Pour 2.400 fr., ce serait le double naturellement.

Voyez à quoi l'on s'expose en ne lisant pas attentivement le *Concours* et en remettant toujours à plus tard.

A. G.

Questions médico-militaires

834. — Indemnité spéciale des tuberculeux de guerre.

J'ai bien reçu votre lettre du 29 écoulé, en réponse à la mienne vous demandant renseignements sur le montant de ma pension réformé à 100 % pour T. P.

Je vous en remercie ; mais je croyais qu'une augmentation nouvelle avait été votée il y a quelques mois, lors de la discussion du budget.

Veuillez aussi me dire quelles démarches je dois faire pour toucher l'indemnité de 5.000 fr. aux tuberculeux ne pouvant travailler.

Dr X.

Réponse.

Pour toucher cette indemnité de 5.000 francs, spéciale à certaines catégories de tuberculeux, il faut adresser une demande au sous-intendant militaire, chargé des pensions pour votre région ; il vous indiquera les formalités à remplir.

En effet, la dernière loi de finances a porté, pour le taux de 100 %, l'allocation des grands invalides de 1.000 à 1.400 francs et le supplément spécial pour chaque enfant de 200 à 280 francs. Veuillez donc tenir compte de ces rectifications dans les chiffres que nous vous avons communiqués précédemment.

794. — Libération des obligations militaires.

De la classe 1899 — ajourné une fois — ayant fait mon service militaire en 1900, j'ai été mobilisé du 4 août 1914 au 15 avril 1919, et, sur ce, ai fait 35 mois de front en dépit de 5 enfants vivants et nés avant la mobilisation. Je suis actuellement médecin-major de 2e classe de réserve, et j'attends, pour démissionner, le moment opportun. Quand dois-je le faire, tenant compte, toujours, de mes cinq enfants ? A quelle date dois-je être libéré, dans ce cas, de toute obligation militaire ?

Dr Z.

Réponse.

Vos cinq enfants font que vous avez été affecté plus tôt à la dernière classe mobilisable ; mais vous devez y rester affecté jusqu'à la fin de votre 28e année de service.

Vous serez libérable le 1er octobre 1928. Six mois auparavant, vous pourrez offrir votre démission au Ministre par l'intermédiaire du directeur de service de santé de votre région.

---

745. — Perte d'un œil. Taux de la pension d'invalidité.

Vous avez bien voulu me communiquer, le 26 janvier, la réponse que votre collaborateur médico-militaire avait fait à ma demande de renseignements sur le *taux de pension* d'invalidité à appliquer à un militaire qui avait subi l'*énucléation de l'œil gauche*.

« Ce militaire a droit à une pension d'invalidité, à titre définitif, de 65 %, disait-il. »

La commission de réforme vient de proposer ce militaire pour une pension au taux de 30 % d'invalidité.

Je vous serais particulièrement reconnaissant de me faire savoir si je puis considérer le renseignement que vous avez bien voulu me communiquer comme exact et si la proposition de la commission de réforme est insuffisante.

Dr X.

Réponse.

La question préjudicielle qui se pose est de savoir si l'accident, cause de l'infirmité, s'est produit, ou non, avant le 24 octobre 1919.

Si oui, l'invalide a droit au barème le plus favorable, soit 65 %, si non, il a droit seulement au barème de 1919, c'est-à-dire 30 %, si la prothèse est possible, ou 40 % si les lésions cicatricielles ne permettent pas l'usage d'un œil artificiel.

Honoraires de droit commun.

1193. — Privilège en cas de faillite.

J'ai soigné la femme et l'enfant d'un commerçant qui vient d'être déclaré en faillite. Ma note assez

grosse (1.300 fr.) doit-elle être considérée comme privilégiée ?

Le syndic prétend que seuls les honoraires pour soins donnés au failli sont privilégiés.

Je serais heureux d'avoir votre avis autorisé.

Dr M.

Réponse.

Le privilège accordé au médecin pour les frais de dernière maladie ne s'applique qu'aux soins donnés au débiteur lui-même et non à ceux donnés aux membres de sa famille.

C'est donc à bon droit que le syndic refuse de vous admettre au passif privilégié de la faillite, puisque les soins ont été donnés non pas au failli mais à sa femme et à son enfant.

Accidents.

1219. — Revision en cas de survenance d'incapacité permanente.

Un ouvrier blessé en août 1926 a été reconnu par le confrère qui l'avait soigné apte à reprendre son travail en novembre 1926 sans faire mention d'I. P. P.

Or, ce blessé, que je vois ce jour pour une autre lésion, présente du fait de son accident antérieur une limitation des mouvements d'extension du coude.

Que doit-il faire et moi-même de mon côté pour en appeler à la justice et obtenir réparation du préjudice dû à cette I. P. P. que je constate actuellement.

Dr C.

Réponse.

Votre client a un délai de trois ans à compter du jour où l'on a cessé de lui payer son demi-salaire, pour introduire une demande en révision afin d'attribution de rente fondée sur une aggravation de son état.

Pour cela, qu'il se rende au greffe du tribunal civil dans le ressort duquel l'accident s'est produit, pour faire la déclaration de demande de révision exigée par la loi. Le président, saisi par cette déclaration, convoquera votre client, son patron et l'assurance en conciliation. Si la conciliation ne peut être obtenue, l'affaire sera renvoyée à l'audience et la procédure suivra son cours normal. Dès la tentative de conciliation, votre client bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire et pourra se faire assister par l'avocat qui lui sera désigné.

Pour permettre à votre client de faire valoir ses droits, il sera bon que vous lui remettiez un certificat dans lequel vous constaterez et décrirez l'infirmité dont il reste atteint, et évaluerez le pourcentage de l'invalidité.



1166. — Accident du travail par choc nerveux.

Le 10 mars dernier, vers 2 heures de l'après-midi Madame X, wattmann au service de la Compagnie des trams traversait un quartier populeux de C. (service des trams).

Un enfant voulant traverser la rue se trouve brusquement au devant du tram lancé ; heureusement Mme X., a la présence d'esprit d'utiliser le frein électrique et la voiture électrique en patinant s'arrête à quelques centimètres de l'enfant qui est indemne. Mme X., la wattmann, s'écroule à ce moment à son poste (syncope?). Après un cordial, on l'assied dans la voiture et le receveur prend la direction de ce car jusqu'au contrôle voisin. Mme X. toute bouleversée est conduite au poste de contrôle où elle reste une heure à se reposer.

Vers 3 heures elle demande à reprendre son service qui finit à 4 heures. Elle le fait tant bien que mal et rentre ensuite chez elle « toute drôle ». Arrivée chez elle, elle se couche en proie à une céphalée énorme avec vertiges. Vers 7 heures du soir, je suis appelé d'urgence chez elle : je trouve cette personne allongée sur son lit, le faciès très congestionné, vomissements, excitation cérébrale, délire, tachycardie, refroidissement des extrémités ; arrêt total des règles qui duraient depuis 2 jours (elle perd en général 6 jours). En somme tout le tableau de la congestion cérébrale. Traitement classique. Je la vois les jours suivants. Progressivement les symptômes s'amendent mais les règles ne reparaissent pas ; actuellement cette personne se plaint encore de douleurs lombaires et céphalée.

S'agit-il d'un accident du travail ? A mon avis et d'après les définitions classiques de ce terme, il n'y a pas de doute, le syndrome s'étant produit *par le fait* et à *l'occasion du travail*, par choc nerveux.

Pouvez-vous me répondre au plus tôt et m'indiquer la conduite à suivre si la compagnie d'assurances contestait l'accident ?

Il y a-t-il déjà eu des accidents analogues ?

Réponse.

Puisque vous estimez que la congestion cérébrale est due à l'émotion violente ressentie par votre cliente au moment où l'enfant risquait d'être écrasé, nous pensons comme vous qu'il y a là accident du travail. En effet toutes les caractéristiques de l'accident du travail se retrouvent en l'espèce : accident survenu par le fait et à l'occasion du travail, action violente et soudaine d'une cause extérieure.

D'ailleurs plusieurs décisions de jurisprudence ont admis l'accident du travail dans des cas sinon tout à fait semblables tout au moins analogues. Nous vous citerons par exemple un arrêt de la Cour de Bordeaux du 23 avril 1907 (*Recueil des accidents du travail* publié par le Ministère du travail, n° 29, tome VIII, page 82)

qui a considéré comme victime d'un accident du travail une garde-barrière morte d'apoplexie à la vue d'un accident.

Si la Compagnie d'assurances refuse de reconnaître l'accident, il faudra que votre cliente cite la compagnie des tramways devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, pour obtenir le paiement de son demi-salaire. Le juge aura sans doute recours à une expertise médicale ; aussi serait-il bon que vous remettiez à votre cliente un certificat dans lequel vous consignerez vos observations et conclurez nettement à la relation de cause à effet entre l'émotion et la congestion cérébrale.

Quant à vos honoraires, vous ne pourrez les faire payer par le chef d'entreprise que lorsqu'il sera reconnu qu'il y a bien accident du travail.

1168. — Majoration des primes d'assurance accidents.

A deux reprises je reçois de la Compagnie à laquelle je suis assuré, en ce qui concerne les accidents pouvant atteindre la bonne à mon service, l'invitation à signer un avenant portant majoration de prime de 15 %, par suite de la loi du 8 juillet 1926, entrant en vigueur le 1er février 1927.

Etant dans l'ignorance la plus complète de ce dont il s'agit, je serais très heureux d'avoir votre avis à ce sujet et de savoir ce que vous me conseillez de faire.

Dr L.

Réponse.

La loi du 8 juillet 1926, entrée en vigueur depuis le 1er février 1927, a modifié les bases de calcul des indemnités dues aux victimes d'accidents du travail atteintes d'incapacité permanente, en élevant de 4.500 à 8.000 francs la partie du salaire qui ne subit aucun abattement.

Si le salaire annuel que vous payez à votre bonne n'excède pas, nourriture et logement compris, le total de 4.500 francs, la loi nouvelle ne modifie en rien les obligations que la législation sur les accidents du travail mettait à votre charge au moment où vous avez contracté votre police et, par conséquent, il n'y a aucune raison pour que vous supportiez un supplément de prime.

Dans le cas contraire, nous vous conseillons de signer l'avenant qui vous est proposé, car autrement, en cas de sinistre, vous devriez payer de votre poche, sans recours contre l'assurance, la partie de la rente calculée sur le salaire dépassant 4.500 francs.

Fiscalité.

1051. — Taxe des prestations, en cas de changement d'auto.

Je viens d'échanger une auto 15 HP contre une auto 9 HP. Je pense bien n'avoir à payer qu'une seule taxe des prestations en nature pour l'année courante,

mais puis-je ne payer que pour la 9HP au lieu de payer pour la 15 HP. J'ai reçu un avertissement pour cette dernière depuis un certain temps, et j'ajoute que ma voiture n'a pas roulé depuis le 1er janvier.

Dr D.

Réponse.

La taxe est due d'après la force de la voiture dont vous étiez propriétaire au 1er janvier 1927.

A. M.

1057. — Base de la patente.

Je suis marié sous le régime de la séparation de biens absolue. J'habite dans une maison appartenant à ma femme ; tous les deux ans, le contrôleur augmente le chiffre de mon loyer, de 1.600 fr. en 1920, il est passé à 2.000, 2.400, 3.000, 3.600 ! ! sous prétexte que je n'ai pas de bail, et ma patente augmente naturellement dans les mêmes proportions. Mes autres confrères au contraire, qui ont tous un bail voient leur loyer rester au même prix. J'ai fait toute la guerre dans l'infanterie, blessé et réformé avec 60 %.

Avait-on le droit de m'élever mon loyer dès 1921 sans attendre cinq ans ? Et moi, n'ai-je pas le droit de me faire consentir par ma femme un bail pour les deux pièces qui me servent pour exercer mon métier, afin de ne pas rester à la discrétion du fisc ? Cela serait logique. Ma femme est chez elle, dans sa maison ; elle me loue deux pièces.

Dr N.

Réponse.

La patente est due sur la valeur locative des locaux professionnels et des locaux d'habitation ; vous n'auriez donc aucun avantage à vous faire consentir un bail par votre femme pour les premiers seulement.

Si vous estimez que la valeur locative de 3.600 francs est exagérée, vous pouvez présenter une réclamation devant le Conseil de Préfecture en justifiant cette exagération par comparaison de cette valeur locative de 3.600 fr. avec celle attribuée à des immeubles de même importance situés dans la même ville.

A. M.

1060. — Questions fiscales diverses.

1° L'inspecteur des contributions directes a-t-il le droit de revenir sur nos déclarations depuis 1922 alors que la loi promulguée récemment ne doit pas avoir d'effet rétroactif, je pense. Ai-je des détails à fournir, alors que n'étant pas prévenu je n'étais pas obligé de garder mes factures plus de deux ans ;

2° Y a-t-il un règlement qui dit que la valeur locative des locaux professionnels ne doit pas dépasser le tiers de la valeur locative totale ? Que le domestique doive y être attribué pour 7/10e, la bonne pour 1/3 ?

3° Il calcule l'amortissement de l'auto à 20 %, mais cela n'est pas conforme à la réalité car, avec nos routes et nos chemins, une auto ne dure pas plus

d'un an sans grosses réparations, l'immobilisant longtemps, j'ai donc avantage pour ne pas avoir d'ennuis et c'est ce que je fais, à vendre et à remplacer par une neuve ce qui fait une soulte de 5 à 6.000 quelquefois 10.000 ; de plus, j'ai une autre machine destinée à doubler la première que je change aussi souvent, donc il me semble qu'en expliquant et en totalisant les deux soultes de l'année, il n'y a aucune réduction possible.

4° Je vous signale un calcul du même pour une année où il met :

« En adoptant le taux normal de 20 % on a :

Auto n° 1 (1er janvier-31 mars), annuité 1.000 fr.

Auto n° 2 (26.200 fr.) = 5.240 + 5/12 = 2.185 fr.

Auto n° 3 (18.200 fr.) = 3.640 × 9/12 = 2.730 fr.

où j'avoue très mal comprendre.

5° *Quid* des appointements de ma femme pour la partie professionnelle pour tenue des livres, stérilisations, aide pour les petites opérations, etc., j'avais mis 2.000 fr. on réduit à 500 fr. en ajoutant qu'il faudrait mettre cette somme au revenu global ! Alors, quand je change mon argent de poche, c'est un revenu !

6° Peut-on compter au même titre les frais de remplaçant vingt jours par an comprenant sa nourriture et son logement ? Dr Z.

Réponse.

1° L'inspecteur a le droit de vérifier vos déclarations à partir de 1922 (revenus de 1921), mais nous estimons que les justifications prévues par la loi du 13 juillet 1925 ne peuvent être exigées des contribuables que pour les déclarations des années 1926 et suivantes ;

2° Aucun règlement ne fixe la quotité de la valeur locative à attribuer aux locaux professionnels ; c'est là, une question d'appréciation de faits, variables suivant les cas particuliers ; de même en ce qui concerne les frais de domestiques;

3° Nous estimons que votre façon de procéder est très soutenable, le remplacement fréquent des autos justifiant par lui-même l'insuffisance des amortissements au taux de 20 % et que l'arrêt du Conseil d'Etat du 10 août 1926 relatif à l'impôt sur les traitements et salaires doit être appliqué en l'espèce (déduction totale des dépenses et non amortissement) attendu que le texte visé (art. 24 du décret du 17 janvier 1917) règle également l'assiette de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

4° L'inspecteur n'admet l'amortissement que pour le nombre de mois restant à courir du jour de l'achat jusqu'à la fin de l'année.

5° La réduction du salaire de votre femme est contestable, mais en tout cas la somme qui lui est allouée, déduite de vos revenus, n'en constitue pas moins un revenu pour elle-même et passible de l'impôt général.

6° Les frais de remplacement doivent être déduits des bénéfices. A. M.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

985. — Fracture de l'olécrâne.

Je vous prie de bien vouloir demander à M. le Dr F. Decourt son avis au sujet de la tarification du cas suivant (accident du travail) :

« Fracture du coude droit : fracture de l'olécrâne avec épanchement articulaire, ecchymose. Réduction et contention, membre supérieur immobilisé en extension dans un appareil plâtré. » Dr G.

Réponse.

Au point de vue *tarification*, il n'y a pas de « fracture de coude », mais bien fracture de l'humérus, d'un ou de deux os de l'avant-bras. Vous ne spécifiez qu'une fracture de l'olécrâne, auquel cas je ne vois à compter que : « réduction et contention de fracture d'un seul os de l'avant-bras : 60 francs ». F. D.

II

948. — Soins donnés et surveillance consécutive.

Je viens vous demander comment je puis tarifer pour l'assurance la nomenclature des soins donnés à un blessé atteint le 20 octobre 1927 de fracture du crâne et de courbatures généralisées pour laquelle on m'a fait demandé.

Visite au chantier. Examen du blessé, pansements de la tête et de l'oreille gauche, injection, sérum antitétanique, huile camphrée et éther. Resté une heure un quart auprès du blessé en attendant l'arrivée de l'auto-ambulance (celui-ci étant dans un état très grave). Dr G.

Réponse.

Vous avez à compter : *a*) injection antitétanique : 20 francs plus deux demi-heures restées auprès du malade en plus du temps de la visite (article 6) : 12 × 2 = 24 francs, soit, au total : 44 fr., *avec* le déplacement kilométrique, s'il y a lieu, mais *sans la visite* qui ne peut être cumulée avec une intervention quelconque (article 13). F. D.

De la tolérance du lait par addition de vin

Par le docteur Ed. Crouzel.
Le Buisson (Dordogne).

La propriété spécialement *antiseptique* du vin que je viens d'établir rigoureusement par des expériences *in vitro* au moyen de l'urine comme *réactif témoin*, trouve son application dans le mélange du vin au lait. J'ai obtenu des résultats remarquables et inattendus par l'ingestion de ce mélange dans cinq cas d'intolérance absolue du lait par des malades soumis, par une nécessité absolue, au régime lacté rigoureux. La *caséine* par le fait de ce mélange n'éprouve plus la *fermentation gastro-intestinale* qui constitue la cause efficiente de cette intolérance très regrettable aussi bien chez le nourrisson soumis à l'allaite-

ment artificiel que chez l'adulte soumis au régime lacté *complet* ou *mixte*.

Pour des raisons organaleptiques résultant du mélange obtenu par la couleur susceptible d'impressionner désagréablement les malades soumis au nouveau régime *lacto-vineux*, on doit donner au *vin blanc*, la préférence sur le *vin rouge* ; le mélange ainsi obtenu ne modifie pas sensiblement la couleur habituelle *blanc opalescent* du lait pur.

De mes expériences cliniques, il résulte que la proportion de 10 % de vin blanc pour 90 % de lait ne doit pas être dépassée et même dans beaucoup de cas, il est possible d'obtenir la *tolérance désirée* par une proportion moindre de vin ; celle-ci est réglée par les cas et le goût des malades qui constituent une bonne part de la réussite du traitement.

Rappelons que le lait est une solution de *caséine*, de *sucre de lait* (*lactose*) et de sels tenant en suspension des globules butyreux et une petite quantité de *matière caséeuse* insoluble.

La réaction est le plus souvent *légèrement alcaline*. En raison de l'*acidité* du suc gastrique d'un degré sensiblement voisin du mélange obtenu par l'addition du vin blanc, on peut expliquer, théoriquement, l'efficacité ou plutôt la cause de la tolérance réalisée par ce mélange d'apparence *paradoxale*.

Il faut remarquer que si l'on dépasse la proportion de 10 % que mes expériences *in vivo* et *in vitro* m'ont indiquée, on s'expose, par cet excès d'acidité du mélange, à provoquer la *coagulation* de la *caséine* du lait. Du reste, il est bon de *tâter* cliniquement la capacité de résistance du malade avant de s'arrêter à une proportion qui, du reste, ne peut avoir rien d'*absolu*, pendant le traitement imposé au malade, dans le but d'obtenir le *maximum* des avantages dus au principe du traitement *lacto-vineux* de la caséine.

Les propriétés physiques et chimiques de la caséine, matière albuminoïde de nature *protéique* qui fait du lait un *aliment nutritif azoté*, par destination, ont servi de base au principe de la méthode *lacto-vineuse* que j'ai imaginée.

En effet, on sait que la caséine est susceptible, par un privilège de la nature, d'agir tantôt comme *base*, tantôt comme *acide*. Sa combinaison avec des *alcalis* est *neutre* et soluble dans l'eau et dans l'alcool et se présente, dans le lait, sous deux états solubles, mais surtout dans l'état soluble. C'est surtout grâce à cet état *polymorphe* qu'elle est assimilable, en partie dans l'estomac et en partie dans l'intestin.

Donc l'addition du vin au lait n'est pas susceptible d'augmenter sa double qualité d'*acide et d'alcali*, privilège très rare pour les produits naturels, ici physiologique. L'acide tartrique et les tartrates du vin augmentent singulièrement les qualités naturelles du mélange de lait et de vin.

Dr Ed. CROUZEL.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 17 — DIMANCHE 24 AVRIL 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR
ABONNEMENTS
France.................... 45 fr.
Etranger... (voir conditions page IV)
Etudiants (France)........ 25 fr.
Le Numéro................ 1 fr.
C.P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579.

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNIL, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1104-IV)

(*Suite du Sommaire*)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr ACHARD, d'Aïn-Temouchent, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

AVIS

I

Les confrères sollicités de s'installer dans la banlieue de Marseille, notamment à Saint-Antoine, sont priés de se renseigner au Syndicat des médecins, 3, Marché des Capucins, à Marseille, qui les renseignera sur le but de cette offre d'un poste médical à créer.

II

Stations thermales, d'altitude et balnéaires

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 223. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 224. — Int. hôp. Paris passant actuell. cliniques et thèse dem. poste à achet. ou à fonder.

No 225. — Préchacq-les-Bains. Hôtel 150 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

No 226. — Paris. Très belle s. à m. acajou massif, table 4 ral., buffet et desserte avec beaux marbres, 10 chaises. Visible tous les jours. Dr 27, rue Chaptal.

No 227. — Jne conf. fatigué rech. poste avec fixe ou dans stat. thermale.

No 228. — Doubs. A céd. à prix intér. auto 9 CV Peugeot non sortie usine, ou bien torpedo usagé, bon état, même modèle.

No 229. — Ouest, 3 h. Paris, poste méd. génér. dans ville 4.000 hab., rapp. 60.000 touchés, en augment. Très belle habit. bail à volonté. Prix 30.000, dont 20.000 compt.

No 230. — Conf. référ. sér. serait reconnaiss. à qui lui indiqu. poste à repr. ou créer proxim. ville de préfér. ou place stable clinique, rég. méridion. de préfér.

No 231. — Conf. désireux fonder group. d'achat pour postes T. S. F. et access., access. d'auto, etc., avec fortes remises, doivent écr. au Dr Seu, à St-Paul-Trois-Châteaux (Drôme), joindre 2 timbres.

No 232. — Rég. Est. Poste camp., seul propharm., recettes 90.000 mais. 8 p., pet. indemn. avec facil. paiement. Urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-43.

No 233. — Normandie. Poste rapp. 150.000, seul méd. propharm., loyer 1.800, mais. 10 p. Prix à débatt. S'ad. Gab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 234. — Belle plage Coutainville (Manche). A louer: 1o maisonnette terr. clos, eau pot., 1 min. centre plage et tous fourniss., 2 p. et cuis., 4 lits : saison : 1.450 fr. ou au mois. Chamb. suppl., 2o Logem. rez-de-ch. mêmes prox. 2 ou 3 pet. chamb. et cuis. pour 2 ou 3 pers. au mois, prix mod. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris, 15e.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine**. *Election.* — M. Béclère est élu vice-président de l'Académie pour l'année 1927, en remplacement de M. Balzer, démissionnaire.

— **Les épidémies.** — Une épidémie de scarlatine sévit actuellement dans certaines communes de l'arrondissement de Dijon.

— **Bal de la médecine française.** — Une soirée de bienfaisance au profit des veuves et orphelins du corps médical aura lieu le samedi 7 mai prochain dans les salons du Ministère de l'Intérieur sous le patronage de l'Association générale des médecins de France et de la Société de Secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins. Cette manifestation comportera essentiellement un bal précédé d'une soirée artistique avec le concours de Mme Marie Kummer et son école, Mlle Lily Laskine, de l'Opéra, harpiste solo des Concerts Lamoureux, Mme Mary Marquet, de la Comédie-Française, Mlle Andrée Melchissédec et du chansonnier Chepfer.

Prix du billet : 50 fr. Pour une famille : 1er et 2e billets 50 fr., les suivants 25 fr. — Internes des hôpitaux et étudiants en médecine : le billet 25 fr. On trouve des billets : docteur J. Bongrand, 5, rue de Surène, Paris (8e), docteur Abel Watelet, 21, rue Violet, Paris (15e).

— **Hôpital Lariboisière**. *Oto-rhino-laryngologie.* — Un cours clinique complémentaire d'oto-rhino-laryngologie sera fait sous la direction du professeur Sébileau, par MM. Dufourmentel, Miégeville, Bonnet-Roy, Truffert, Winter et Harburger.

Il commencera le 2 *mai* 1927 à 10 h. à l'hôpital Lariboisière, Pavillon Isambert et comprendra dix leçons (du 2 au 17 mai).

Les 2, 3, 4, 5, 7, 9 mai leçons de MM. Harburger, Miégeville et Winter. Les 12 et 13 mai, leçons de M. Truffert sur le *diagnostic des suppurations péri-pharyngées.* Le 14 mai, leçon de M. Dufourmentel sur *les sinusites postérieures.*

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (droit d'inscription : 250 fr.)

— **Amphithéâtre des hôpitaux.** *Chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique.* — Technique opératoire par MM. P. Winter, N. Carrega, Harburger chefs de clinique.

Nombre de leçons : dix. Jours et heures des leçons : lundi, mercredi, vendredi à 14 h. Début du cours : lundi 2 mai à 14 heures. Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Programme : trépanation de la mastoïde, du labyrinthe ; évidement pétro-mastoïdien ; traitement des complications encéphaliques des otites ; chirurgie des sinus, de la cloison ; laryngectomies, etc.

— **Le centenaire de la naissance de Lister.** — La *Royal Society* de Londres vient de célébrer le centième anniversaire de la naissance de Lister. Le professeur Hartmann, représentant l'Académie de médecine ; M. Bazy, représentant de l'Institut de France et M. Pasteur Vallery-Radot, représentant l'Institut Pasteur, de Paris, assistaient à cette cérémonie.

— **Hôpital de la Pitié.** *Cardiologie.* — Dans le service du professeur Vaquez, un cours d'enseignement et de perfectionnement sur les maladies du cœur commencera le 2 mai 1927, à 10 h.

— **Clinique Tarnier.**— *Cours du soir sur le nouveau-né pathologique*, par MM. Brindeau, Frédet, Lereboullet, Leveuf, Ombrédanne, Ribadeau-Dumas, Vaudescal, Veau et Weil-Hallé.

Ces cours, gratuits, sont réservés aux docteurs et étudiants français et étrangers. Ils auront lieu à l'amphithéâtre des cours de la clinique Tarnier, à 20 h. 45, du 9 au 30 mai.

— **Institut du radium.** *Radiologie médicale.* — M. A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le 2 mai, au dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm, une série de conférences sur les premières notions de radiologie médicale. Ces leçons seront complétées par des exercices pratiques à l'hôpital Saint-Antoine (Droits de 250 fr.)

— **Hôpital Necker.** *Technique radiologique.* — Leçons sur la technique radiologique dans les affections du tube digestif. S'inscrire dans le service du Dr Robineau (droits de 200 fr.). La première série commencera le 25 avril.

— **Hôpital de Romans (Drome).** — Des concours pour deux places de médecin et deux places de chirurgien de l'hôpital s'ouvriront le 2 mai et le 5 mai 1927 à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Se renseigner, au préalable, auprès du président du Syndicat de la Basse-Isère (docteur Jassoud, de Bourg-de-Péage) ou de l'un quelconque des médecins de Romans.

— **Un banquet** sera offert le mercredi 11 mai prochain, à 20 heures, dans les salons Marguery, au docteur Edouard Friteau, à l'occasion de sa récente élévation au grade d'Officier dans l'Ordre de la Légion d'honneur.

Ce banquet de reconnaissance professionnelle aura lieu sous l'initiative et le patronage du *Syndicat des chirurgiens-dentistes de France*, de l'*Amicale des dentistes des armées de terre et de mer* et de la *Presse dentaire* et sera présidé par MM. Marquet et Cayrel, Députés.

P. S. — Le prix du banquet est de 70 francs. Les cotisations et souscriptions doivent être adressées à M. Blanpin, 12, rue des Halles. Compte chèque-postal Paris 1 547-08.

A TRAVERS L'OFFICIEL

7 *avril.*

Hygiène publique.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnnues aptes à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Valence (Drôme).

Le traitement alloué est fixé à 20.000 fr. par an, après un an de stage à 18.000 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

Le directeur du bureau municipal d'hygiène de Valence devra s'abstenir de faire de la clientèle.

8 *avril.*

Enseignement de la médecine.

Un emploi d'agrégé d'anatomie près la Faculté de Médecine de Bordeaux est déclaré vacant.

9 *avril.*

Sanatoriums publics.

M. le Dr Augé a été nommé médecin directeur de 6e classe au Sanatorium de Montfaucon (Lot).

12 *avril.*

Enseignement de la médecine.

Sont nommés agrégés :

Faculté de médecine de Paris.

Médecine. — MM. Chabrol, Donzelot, Hutinel, Pasteur-Valléry-Radot.
Chirurgie. — MM. Brocq, Quénu, Gâtellier.
Physique. — M. Dognon.
Dermatologie et syphiligraphie. — M. Sézary.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger.

Anatomie. — M. Ribet.
Physiologie. — M. Hermann.
Chirurgie. — M. Douboucher.
Obstétrique. — M. Houël.



Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Médecine. — MM. Aubertin et Damade.
Chirurgie. — MM. Charrier et Loubat.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille.

Médecine. — M. Legrand (René).
Chirurgie. — M. Swynghedauw.
Histoire naturelle médicale et parasitologie. — M. Lavier.
Dermatologie et syphiligraphie. — M. Bertin.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie d e Lyon.

Anatomie. — M. Gabrielle.
Physique médicale. — M. Chevallier (André).
Médecine. — MM. Dumas (Antoine), Dufourt, Devic.
Chirurgie. — MM. Rochet et Wertheimer.
Anatomie pathologique. — M. Martin (Joseph).

Faculté de médecine de Montpellier.

Obstétrique. — M. Coll de Carrera.

Faculté de médecine de Nancy.

Médecine. — M. Simonin (Pierre).

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse

Médecine. — MM. Riser e t Roques.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Cabinets multiples et exercice illégal de la médecine

Un certain nombre de médecins, désireux de gagner le plus rapidement possible de l'argent, à l'instar des commerçants de l'alimentation, ou autres, manifestent la tendance très marquée à commercialiser la médecine.

Nous voulons, aujourd'hui, n'envisager que le cas, assez fréquent, du médecin, qui, en plus du cabinet médical, installé à son domicile, ouvre une ou plusieurs cliniques, principalement à l'usage des blessés du travail.

Véritables boutiques à soins, ces cliniques sont ouvertes à heures fixes. Un infirmier y est à demeure, reçoit les clients, fait les premiers pansements, rédige des certificats de déclaration d'accidents, certificats signés en blanc et d'avance par le médecin.

Ce dernier ne voit que certains malades, qu'on lui réserve, lorsqu'il vient, en courant, voir ce qui se passe dans une de ses cliniques.

Certains praticiens même installent des succursales médicales dans plusieurs localités différentes et les visitent à jours et heures fixes.

Pareille manière de faire est-elle légale ? Est-elle déontologique ?

Point de droit.

Des termes de la loi du 30 novembre 1892, il résulte que le droit d'exercer la médecine est purement personnel : le médecin diplômé doit ses soins aux malades qu'il traite lui-même, ou qu'il fait soigner sous ses yeux, sous sa direction effective.

Un infirmier n'a, dans aucun cas, le droit de donner des soins, *proprio motu*, serait-il même titulaire du diplôme d'Etat, institué par les décrets des 27 juin 1922 et 18 juillet 1924, instituant un brevet d'infirmier, lequel n'est qu'un titre honorifique, ne conférant aucun droit.

Il en résulte :

1° Que le médecin a parfaitement le droit d'avoir plusieurs cabinets, dans différentes localités, ou dans le même lieu ; mais qu'il doit exercer lui-même son art, ne pouvant déléguer à personne son droit de traiter les malades.

2° Que le docteur peut engager à son service, des salariés diplômés également docteurs en médecine, qui gèreront les différents cabinets, en son absence, pour le compte de ce patron modern-style.

D'ailleurs, ce que je dis ici peut parfaitement s'appliquer aux chirurgiens dentistes, qui, depuis de nombreuses années, ont pris l'habitude d'industrialiser la profession et d'avoir plusieurs succursales de leur établissement principal, avec plusieurs cabinets.

Aussi, le patron médecin, ou dentiste est responsable de ces employés-diplômés, aux termes de l'article 1384 du code civil, qui oblige l'employeur de réparer vis-à-vis autrui toutes les erreurs dommageables de ses préposés.

Il sera également tenu ; aux termes des articles 1384 et 1386 du code civil pour tous les dommages résultant de la chose qui appartient au patron médecin, ou qui est sous sa conduite, ou sous sa garde, ou sous celle de ses employés

Mais, juridiquement, pareille organisation est licite : un diplômé peut avoir sous ses ordres d'autres diplômés, véritables salariés.

Reste à savoir si, en cas de conflit, les tribunaux ne rechercheraient pas la validité de pareils engagements, au cas où le salarié diplômé n'aurait pas sa liberté absolue de soigner ses malades, en toute indépendance.

Autrement dit, serait-il considéré comme juridiquement valable le contrat de louage de services médicaux, qui mettrait l'employé diplômé dans l'obligation de soigner les malades sous la direction scientifique de l'employeur-diplômé : l'employé étant, non un docteur (ou chirurgien dentiste) utilisant l'indépendance que lui confère son diplôme, pour soigner, comme il l'entend, les malades qui se confient à lui, mais un préposé au

sens absolu du mot, obligé d'épouser et d'appliquer, sans protestation, les méthodes de traitement imposées par le patron diplômé, qui, bien souvent, n'a même pas examiné les malades.

La question serait intéressante à faire juger.

Mais si l'employé n'est pas docteur en médecine (ou chirurgien dentiste, pour les cliniques dentaires), il courra le risque d'être poursuivi pour exercice illégal de la médecine, et le patron diplômé sera recherché comme complice.

Il suffit qu'un syndicat médical porte plainte entre les mains du procureur de la République, en se constituant partie civile, pour démontrer à ce magistrat que le titulaire du diplôme de docteur (ou de chirurgien dentiste) n'ayant pas le don d'ubiquité, ne peut être à la fois dans ses deux ou trois cabinets, qui, cependant restent ouverts et fonctionnent.

Donc, si l'on peut rapporter la preuve que les personnes de garde, dans ces cliniques, ne sont pas diplômées (loi du 30 novembre 1892), si elles prennent part habituellement et d'une manière suivie au traitement des maladies, le délit d'exercice illégal est constitué.

En conséquence, le procureur de la République est prié de faire ouvrir une instruction, pour que les employés des cliniques soient traduits devant le tribunal correctionnel, pour exercice illégal de la médecine et le patron diplômé pour complicité d'exercice illégal.

Le fait de donner des soins, lorsqu'il n'y a pas urgence avérée, constitue le délit.

En matière d'accident du travail, les chefs d'entreprise, ou leurs assurances pourraient se joindre aux médecins, pour porter plainte contre ces agissements.

En effet, un blessé du travail, mal soigné par un incompétent, un infirmier, verra son incapacité de travail être prolongée, alors que l'assurance devra payer ses demi-salaires supplémentaires, parce que la blessure n'aura pas été suivie ni surveillée suffisamment par un docteur.

Il en est de même pour des blessures, qui, bénignes et devant être vite consolidées, peuvent s'infecter et conduire à une infirmité permanente, dont il faudra servir la rente, parce qu'il y aura eu négligence de la part du patron médecin, qui aura laissé soigner le blessé par un préposé non titulaire du diplôme de docteur.

Point de vue déontologique.

Aux Syndicats médicaux de dire si pareils procédés doivent s'implanter dans les mœurs médicales.

Convient-il de laisser chaque docteur exercer, comme jadis, examinant et suivant lui-même tous ses malades et ne faisant, comme clientèle, que ce qu'il peut matériellement faire ?

Convient-il, au contraire, de laisser s'implanter, dans notre profession, un véritable salariat com-

mercial et industriel? Parce que, fortuné, un docteur prendra, à son service, des diplômés, qui travailleront pour son compte et non pour le leur. Et, pour réaliser des bénéfices sur cette main-d'œuvre libérale, le patron médecin sera tenté d'embaucher des infirmiers, qu'il payera moins cher.

Infirmeries d'usine.

Dans certaines grosses entreprises, existe une infirmerie, avec un infirmier, pour opérer les pansements de toutes natures, de suite après l'accident.

Lorsque les soins ne sont que des secours d'urgence, pour permettre à l'ouvrier d'aller chez le médecin de son choix, on peut soutenir que cette institution est faite uniquement dans un but humanitaire et elle sera licite.

Mais, si les soins sont donnés, d'une manière suivie et répétée, par des infirmiers, alors même qu'un docteur en médecine vient chaque jour jeter un coup d'œil sur les blessures et est censé ordonner les pansements qu'il convient de faire, le délit d'exercice illégal de la médecine (avec complicité de la part du diplômé) peut être relevé.

On peut, en plus, rechercher si pareils agissements ne constituent pas un détournement de clientèle au détriment des praticiens exerçant dans la ville, lorsque l'ouvrier d'usine ne conserve pas le droit absolu de choisir son médecin, en cas d'accident du travail. Mais la preuve de ce détournement de clientèle est bien difficile à fournir.

Quoi qu'il en soit, la question est très grosse de conséquences et personnellement, je prépare un travail, sur le louage de service médical, pour le numéro spécial de mai du *Concours médical.*

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

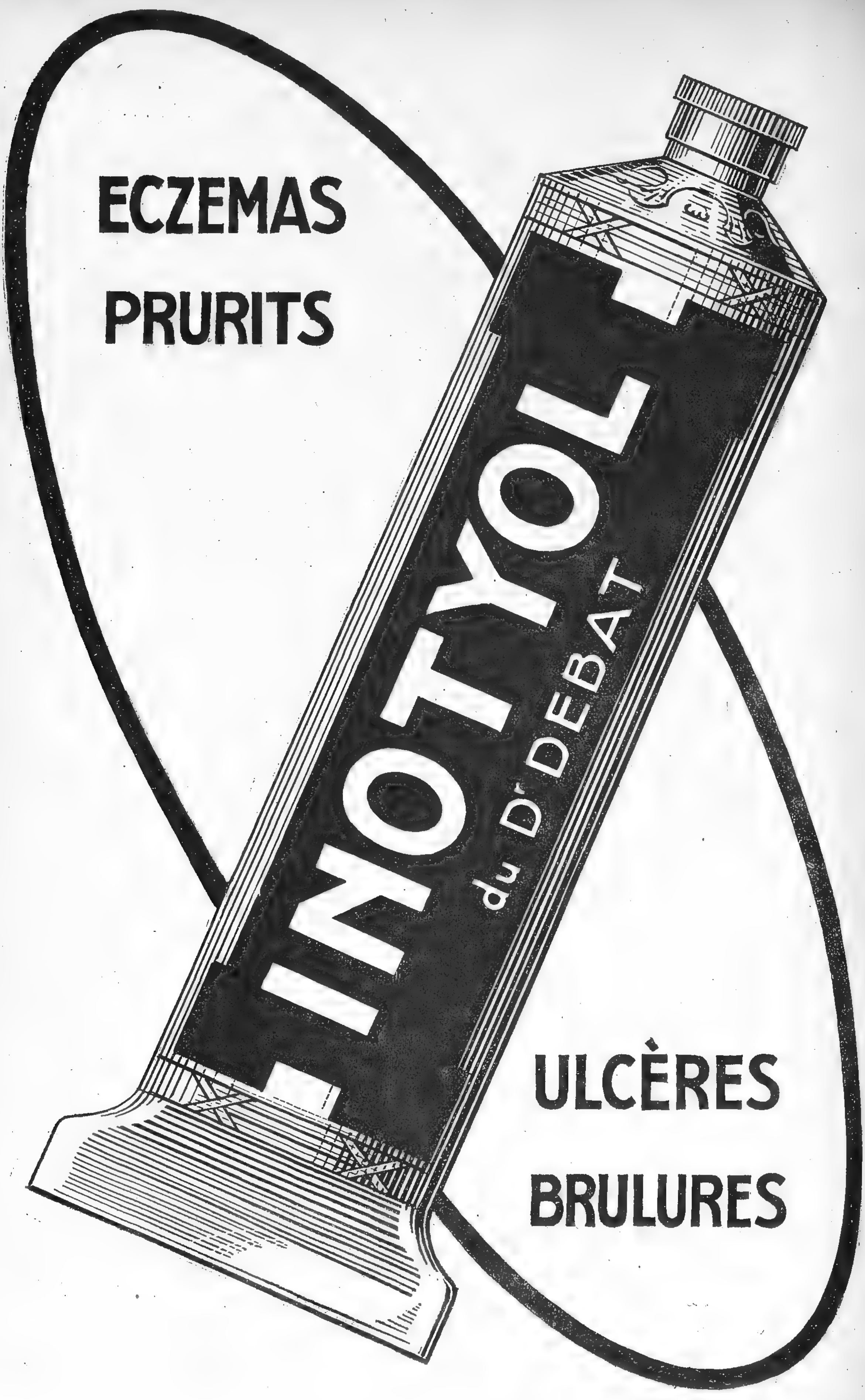
1010. — Radio d'organes proches.

1° Le tarif des accidents du travail dit : cœur, aorte, examen à l'écran...

La virgule séparant les deux mots indique qu'il s'agit là de deux organes distincts. Si l'examen doit porter à la fois sur le cœur et l'aorte avec calques orthodiascopiques et mensurations, ne doit-on pas compter séparément chaque examen ?

2° Il est parfois nécessaire, avant de radiographier un genou, de pratiquer une injection intra-articu-

Voir la suite page LV-1159


ECZEMAS
PRURITS
INOTYOL
du Dr DEBAT
ULCÈRES
BRULURES

PROPOS DU JOUR

La justice syndicale : Les Conseils de famille.

Pour qu'un syndicat existe et soit utile, il faut que le pacte syndical et les décisions prises par les assemblées générales soient respectés. En cas de violation, les satuts ou les règlements intérieurs prévoient des sanctions et ces sanctions doivent être appliquées.

Dans les petits syndicats, et dans ceux dont les assemblées générales sont fréquentes, comme dans la plupart des syndicats ouvriers, les sanctions sont proposées généralement par le Comité ou Conseil d'administration à l'Assemblée générale qui se prononce en dernier ressort. Dans les syndicats médicaux, surtout dans ceux de quelque importance, une juridiction syndicale est organisée sous le nom de Conseil de famille.

Les Conseils de famille sont indispensables dans les syndicats médicaux. Ses membres, choisis en vertu des statuts, parmi les syndiqués ayant, du fait des fonctions qu'ils remplissent ou ont remplies ou de leur âge, acquis une expérience professionnelle, sont plus à même d'apprécier avec impartialité les fautes professionnelles qui leur sont soumises. Ces fautes peuvent être de deux ordres : ou elles consistent en la violation des statuts ou des décisions prises par les assemblées générales qui doivent avoir force de loi dans les syndicats ; ou bien elles sont des fautes qui mettent en discussion la délicatesse, la probité et l'honorabilité professionnelles, et sont des atteintes portées aux règles de la déontologie médicale. Comme ces dernières règles n'ont pas été partout codifiées et que, même codifiées, elles ne peuvent l'être que d'une façon fort générale et, partant, incomplète, les Conseils de famille sont tenus, pour apprécier leurs violations, d'appliquer, selon l'expression de Boudin dans sa thèse de doctorat en droit, un « droit coutumier médical fait de discussions, de conversations, de travaux, de l'expérience des anciens» dont on « doit s'imprégner en fréquentant les associations médicales au cours de la carrière ».

S'il est assez simple à un Conseil de famille syndical de prendre des décisions et d'appliquer des sanctions quand il s'agit de violation manifeste des statuts, il est infiniment plus délicat pour lui de juger des actes que les uns taxent de faute professionnelle, de violation des règles de déontologie et que d'autres trouvent, sinon légitimes, du moins excusables. Ces actes peuvent être infiniment complexes et variés et les mœurs médicales, qui changent dans le temps et dans l'espace, font que tel acte que l'on ne trouve pas blâmable chez l'un, est jugé intolérable chez l'autre. Par exemple, nous avons, dans un Conseil de famille, entendu un praticien, accusé de faire une réclame charlatanesque dans un journal à la quatrième page, objecter que son acte ne pouvait être plus blâmable que celui de telle autre grande personnalité médicale qui permettait que l'on vantât, en première page, sa valeur professionnelle en agrémentant le dithyrambe de son portrait.

La tâche d'un Conseil de famille peut donc être essentiellement difficile ; et ceux de ses membres qui ont la conscience du rôle redoutable qui leur est confié, ne prennent pas sans appréhension des sanctions, mêmes bénignes, quand ils se rendent compte que la publicité, même réduite, qui leur sera donnée, peut gravement et définitivement ternir la réputation d'un confrère.

Or, il n'y a pas de règles qui fixent exactement la compétence des Conseils de familles de nos syndicats ; la procédure qu'ils doivent suivre n'est pas réglementée. Il en résulte un manque d'harmonie, une certaine confusion et parfois quelques erreurs de forme dans les jugements qu'ils prononcent.

Examinons d'abord la question de compétence.

A la dernière assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France, le secrétaire général, le Dr Lenglet, désirant montrer la nécessité d'établir un droit syndical, a cité cet exemple :

« Un syndicat peut-il admettre un confrère qui s'est placé hors de certaines règles professionnelles des plus élémentaires, lesquelles, par exemple, pour telle question, pourraient s'exprimer ainsi :

« Un médecin ne doit pas tendre à faire dé-
« membrer le doctorat en médecine. Le médecin
« ne doit jamais intervenir à titre personnel auprès
« des pouvoirs publics pour porter atteinte aux
« droits généraux de la profession. »

Voilà une question. Elle est bien simple.

Au nom de ces règles générales, je dis qu'aucun syndicat local, quand cette règle lui apparaît clairement, ne doit s'opposer à ce qu'un tribunal intervienne et juge, dans un cas qui intéresse toute la profession, du droit qu'a un médecin d'adhérer à l'organisation d'ensemble de la profession en adhérant à un syndicat, et d'apparaître comme un syndiqué, alors qu'il n'est qu'un destructeur de la profession. »

Or, un de nos grands syndicats, dont les statuts prévoient le renvoi au Conseil de famille de l'examen des candidatures contestées, a soumis à son Conseil de famille l'opposition faite, au nom d'un syndicat de spécialistes, à l'admission d'un médecin qui avait pris part à une campagne très vive et à des démarches très actives pour aboutir, par la création d'un nouveau diplôme, au démembrement de la profession médicale.

Le Conseil de famille en question a considéré qu'il était un tribunal dont les membres devaient en conscience apprécier les actes qui leur étaient soumis, et cela, d'une façon toute objective ; qu'en tant que juges, ils ne devaient se laisser influencer par aucune passion, fût-elle celle très légitime de la défense professionnelle dont ils n'avaient pas la charge au Conseil de famille ; que le fait d'un médecin *non syndiqué* de mener campagne et d'avoir fait des démarches auprès des pouvoirs publics pour le démembrement de la profession médicale, n'était pas une violation des statuts, puisque le médecin candidat n'était pas tenu de leur obéir, n'étant pas sensé les connaître avant son adhésion au syndicat ; que, d'autre part, l'honorabilité du confrère en question n'étant pas discutée, il ne pouvait prendre aucune mesure contre lui.

Est-ce à dire que le Conseil de famille voulait se débarrasser d'une affaire gênante et, nouveau Ponce-Pilate, s'en laver les mains ? Non. Il a purement et simplement indiqué que l'affaire était hors de sa compétence et relevait de l'assemblée générale.

Un syndicat médical, en assemblée générale, a le droit absolu de refuser un candidat, même sans en donner la raison. Il peut dire à un médecin, comme c'est le cas dans l'affaire ci-dessus : « Votre place n'est pas chez nous. Nous sommes constitués en syndicat pour défendre les intérêts de notre profession ; vous les avez attaqués ; vous vous efforcez de démembrer le diplôme dont nous avons toujours défendu et désirons encore défendre les prérogatives, nous ne voulons pas vous accepter parmi nous. Votre admission serait illogique et dangereuse ; ce serait admettre un loup dans la bergerie ; ce serait faciliter la formation dans notre syndicat d'une cellule de dissociation et nous ne voulons pas le permettre. » Ce langage peut être tenu dans une assemblée générale qui est, en somme, dans le cas présent, constituée en une sorte de tribunal politique, une Haute Cour syndicale, mais il ne peut être admis dans un Conseil de famille dont la compétence doit être et est limitée, comme celle des tribunaux de droit commun.

L'on voit, par cet exemple, combien il est nécessaire de réglementer la compétence des Conseils de famille. Il serait encore bon de faire remarquer que les membres du Conseil de famille ne peuvent être jugés par un tribunal dont ils font partie et, comme ils ne sauraient être tabous, d'indiquer de quelle juridiction ils doivent ressortir.

La procédure est aussi intéressante à fixer. Lorsqu'une plainte adressée au bureau du syndicat est renvoyée au Conseil de famille, qui sera chargé d'instruire l'affaire ? Comment devra être menée l'enquête ? Qui remplira le rôle de Ministère public ? Comment seront assurés les droits de la défense ? A quoi doit se borner l'intervention des membres du Conseil de famille. au cours des débats ? Comment doit être libellé le jugement ? Comment doit-il être signifié aux intéressés. Et dans quel délai ? Et, comme l'appel devant l'assemblée générale du syndicat est généralement statutaire, quels seront les délais de cet appel ? Enfin, dans quelles limites doit-on donner une publicité nécessaire aux sanctions prises ? Il y a encore les questions de prescription. Peut-on, après plusieurs années, évoquer une affaire devant un conseil de famille ?

Nous ne sommes pas juriste et les réflexions ci-dessus ne nous sont dictées que par notre bon sens, par l'expérience que nous avons du fonctionnement des juridictions professionnelles et notre désir de ne pas permettre de soupçonner l'intégrité, ni l'impartialité des membres des Conseils de famille, mais nous sommes persuadé qu'une étude faite par des juristes sur les Conseils de famille s'impose à l'heure actuelle. Les affaires complexes qui leur sont soumises et leur importance croissante, dans nos grands syndicats, rendent de plus en plus difficile l'administration d'une saine justice professionnelle. L'on nous objectera que l'on s'occupe de la rédaction d'un Code de déontologie et que l'on envisage la création d'un Ordre des médecins. D'accord,

mais ceci est encore à l'état de projet, tandis que les Conseils de famille fonctionnent tous les jours. D'ailleurs, une bonne organisation de ces Conseils pourrait servir de modèle à une juridiction professionnelle plus étendue et plus puissante, si jamais l'on parvenait à l'obtenir.

En outre, ce serait une expérimentation qui porterait ses fruits et l'utilité de pareille méthode ne saurait être contestée dans le monde médical.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DU TRAITEMENT KINÉSIQUE EN GYNÉCOLOGIE (1)

(Méthode de Thure-Brandt.)

(Suite et fin).

Par le Dr P. KOUINDJY,

Ancien chef des services de Rééducation à la Salpêtrière, de Physiothérapie au Val-de-Gâce.

A l'exemple des kinésithérapeutes suédois, Thure-Brandt introduit dans la gymnastique gynécologique des mouvements de la gymnastique respiratoire ; les uns empruntés à la gymnastique de la respiration générale, les autres propres à la kinésie gynécologique. Parmi ces derniers, citons l'exercice appelé par lui « *expansion du thorax* » : La maladie est debout, les bras levés et appuyés contre les deux montants d'une porte ; un pied sur le seuil de la porte et l'autre un peu en arrière. Le médecin placé derrière la malade, applique une main sur le dos entre les omoplates et l'autre sur le ventre ; ce qui lui permet d'exercer une légère pression de bas en haut au moment où la malade se lève sur les pointes des pieds et exécute une profonde inspiration. La main posée sur le ventre empêche le bassin de se porter trop en avant. Pendant l'expiration, toute pression de la main du médecin cesse et la malade reprend la position initiale.

Dans un autre exercice, appelé par Brandt « *élévation des épaules* », la malade est assise sur une chaise, droite et tête levée. Le médecin se place debout derrière la malade sur un siège élevé. Il saisit les aisselles de la malade par devant et les porte fortement en haut pendant que celle-ci exécute une profonde inspiration ; en même temps, il ramène les épaules en arrière, en poussant légèrement l'espace interscapulaire avec son genou. On finit l'exercice, en laissant la malade revenir seule à son attitude de départ. L'exercice est répété quatre à cinq fois.

Un troisième exercice de la respiration consiste à placer la malade assise sur une banquette droite et dos appuyé contre la jambe du médecin placée sur la même banquette et derrière elle. Le médecin saisit les mains de la malade, les ramène en haut, pendant qu'elle exécute une inspiration profonde, toute en opposant une légère résistance au mouvement des bras en haut. Pendant l'expiration, la malade abaisse les bras et le médecin résiste, tout en ramenant les avant-bras légèrement en arrière.

On peut également utiliser ici avec profit tous les exercices de la gymnastique respiratoire, tels que : les mouvements d'écartement et de rapprochement des bras tenus horizontalement, l'élévation latérale et l'abaissement antérieure des bras, les exercices en quatre temps, décrits dans notre « Précis d'éducation physique et respiratoire » l'exercice abdominal de la respiration en deux temps, etc. Comme le dit avec raison Stapfer, « la gymnastique respiratoire n'est pas seulement comburante. Elle repose ; elle détend le système nerveux ».

Tous les exercices de la gymnastique respiratoire se font quatre ou cinq fois de suite, afin d'éviter toute espèce de fatigue à la malade ; s'ils sont utilisés au moment opportun, ils deviennent un adjuvant très utile à la réduction et au massage gynécologique. Comme pour le massage, on commence par un nombre d'exercices très restreint, en ajoutant d'autres mouvements respiratoires selon la nécessité et la force acquise par la patiente. En kinésithérapie gynécologique la patience et la prudence vont de pair et forment même la quintescence de la thérapeutique kinésique.

Il faut savoir préciser le mouvement, mais aussi, il faut savoir tempérer et, le cas échéant, même interrompre les séances pour les reprendre avec plus de succès plus tard.

(1) Voir *Concours médical.* n° 16, p. 1098.

Les applications de la méthode Thure-Brandt dans le traitement des déviations utérines. — Il nous serait difficile de traiter dans notre modeste travail toutes les applications thérapeutiques, où les généralités précédentes peuvent être utilisées avec grand profit. Nos lecteurs sauront eux-mêmes approprier les différentes manœuvres, que nous avons exposées aussi brièvement que possible. S'ils désirent avoir plus amples détails, ils peuvent s'adresser aux traités où la kinésithérapie gynécologique est décrite dans toutes ses phases d'application spéciale. C'est ainsi qu'ils apprendront que la méthode de Thure-Brandt rend de grands services : dans le traitement des troubles de la circulation utérine et pelvienne ; dans les congestions de l'utérus et de ses annexes, avec ou sans hémorragie (hémorragie par congestion réflexe, hémorragies dues à des lésions de l'utérus et troubles de la circulation, l'aménorrhée et dysménorrhée (Bourcart). Dans toutes les hémorragies utéro-annexielles à marche chronique, celles de la puberté, de l'âge adulte et de la ménopause. Dans les règles profuses, prolongées, règles trop fréquentes, pertes sanguines dues aux états pathologiques ; dans les hémorragies urétro-oophorotubaires, suites de couches et de la lactation. Dans l'insuffisance, l'absence et la suppression des règles (Stapfer). Dans toutes les suites de couches : lochies, l'involution utérine et hémorragie utérine (Bouchet, de Montpellier). Dans les œdèmes des organes génitaux de la femme et les infiltrations du péritoine et de la cavité pelvienne ; dans les infiltrations sous-cutanées abdominales, la paramétrite, la péri-cystite, la péri-salpingite, la péri-oophorite, la cellulite pelvienne et l'hémotacèle. Dans le traitement des adhérences, des rétractions cicatricielles, des affections des trompes, l'ovarite parenchymateuse et les métrites chroniques. Dans les endométrites du corps et du col avec fleurs blanches et douleurs dans le bassin et les aines. Dans les métrites du corps et du col avec sclérose et altérations scléreuses. Dans le traitement des petits utérus mobiles et insuffisants, petits utérus scléreux ou gros utérus, mous et flasques (Sosnowska). Contre les chutes du vagin et le vaginisme (Saquet). Dans le traitement des tumeurs dits « résolubles » (Stapfer) : œdèmes et infiltrations plastiques ; l'hématocèle, les polypes utérins, les kystes tubaires, les petits fibromes, les fibro-myomes, les papillomes, etc. Enfin, la méthode de Thure-Brandt doit être considérée comme le traitement de choix dans tous « les déplacements utérins » ; les déviations, les flexions utérines (Siredey) et le prolapsus, sur lesquels nous allons nous arrêter brièvement ; car la plupart des manipulations exposées dans les généralités décrites plus haut, se rapportent dans leur majeure partie au traitement de ces affections gynécologiques.

Normalement, l'utérus possède une grande mobilité ; ce qui lui permet d'occuper une position plus ou moins fixe par rapport à l'axe horizontal qui passe par l'isthme de cet organe. Il subit des déplacements tantôt en arrière, quand la vessie est pleine, tantôt en avant, lorsque le rectum est rempli de matières. Mais, ces déplacements pour ainsi dire physiologiques n'occasionnent aucun trouble dans l'existence de la femme et passent presque toujours inaperçus. Il suffit qu'une cause quelconque fixe l'utérus sur une place pendant ses déplacements ordinaires et l'oblige à prendre une position vicieuse pour que les troubles génitaux plus ou moins graves apparaissent et, selon le degré de la déviation, exigent une intervention thérapeutique rationnelle. Ces déplacements utérins pathologiques se présentent tantôt sous forme de version, antéversion, rétroversion et latéro-version, tantôt sous forme de flexion, antéflexion, rétroflexion et latéro-flexion.

Dans l'*antéversion*, le corps de l'utérus est dirigé en avant, le col en arrière ; dans les cas avancés le corps utérin se trouve derrière le pubis et sur la vessie. Suite des couches (accouchement ou avortement), l'antéversion est accompagnée de la métrite d'origine puerpérale, de paramétrite des ligaments utéro-sacrés et de péri-salpingite (Pozzi).

Dans la majorité de cas d'antéversion, la réduction seule arrive à avoir raison de la version. Voici comment Thure-Brandt procède dans les cas avancés lorsque le fond de l'utérus est fixé au pubis. Avec l'index introduit dans le vagin et légèrement courbé, on accroche l'isthme de l'utérus et on le tire en avant. On glisse ensuite le doigt tout le long de la face postérieure du corps, en exécutant des pressions jusqu'à ce que l'utérus arrive à la position verticale, son fond au-dessus du pubis ; avec l'autre main, on pénètre prudemment entre le pubis et le fond de l'organe ; on retire la main et on la remet entre le pubis et l'utérus plusieurs fois de suite. Quand le fond du corps utérin se laisse repousser facilement en arrière et devient mobile, on procède à l'élévation avec un aide, procédé décrit plus haut sous le nom de l'élévation de l'utérus avec un aide. (Fig. 8).

Dans la *rétro-version*, le meilleur moyen de réduction est celle où l'index est introduit dans le rectum et le pouce dans le vagin. Par des pressions exercées avec l'index sur le fond de l'utérus, on pousse le corps utérin d'abord en haut et en avant, ensuite, en avant et en bas, tandis que le pouce chasse le col d'abord vers le sacrum, puis en haut. L'organe décrit ainsi un arc de cercle en haut et en avant. Par la main droite, placée sur l'abdomen on saisit le fond du corps utérin et on l'amène devant le pubis. On procède ensuite au massage de l'organe et de ses annexes à tra-

vers de la paroi abdominale, par des effleurages, des légères pressions digitales et des vibrations, en allant du fond vers le centre. On masse également les ligaments larges, et on termine par le massage des ligaments sacro-utérins.

« des empâtements diffus englobant en une seule masse tout ou partie de l'appareil génital : ce sont eux qui infiltrent les parois rectales et, souvent, le tissu cellulo-graisseux de la paroi abdominale ».

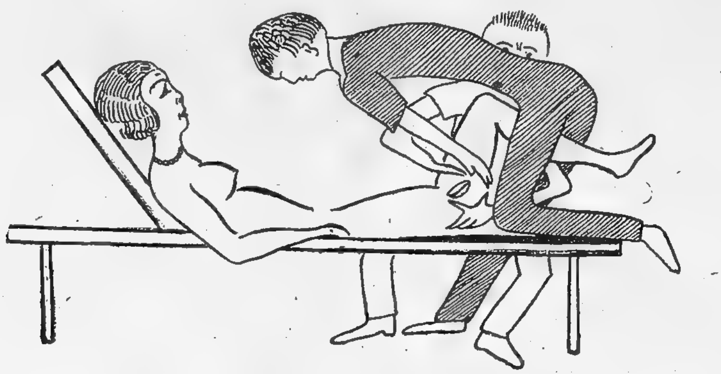


FIG. 9. — Réduction de l'utérus dans l'antéversion par le procédé de l'élévation du corps utérin avec un aide.

Malheureusement, toutes les rétroversions ne peuvent pas se traiter si facilement. (Fig. 10 et 11).

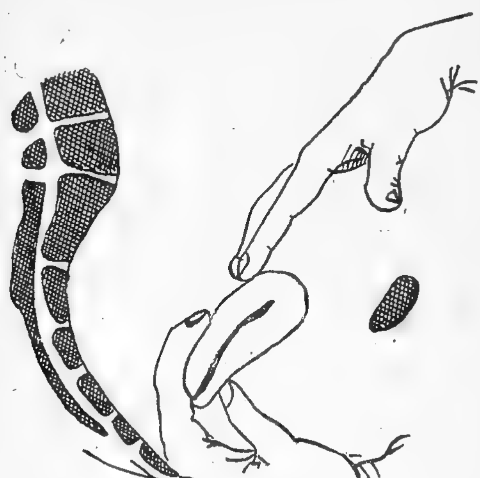


FIG. 10. — Réduction de l'utérus dans la rétro-version par le procédé abdomino-recto-vaginal.

D'une façon générale, avant de procéder à la réduction, il faut obtenir la mobilité à peu près complète du corps utérin. Un utérus immobile, enclavé, fixé sur place dans la cavité sacrée, n'est pas réductible. Dans ces rétroversions, il faut commencer toujours par le massage, afin de décongestionner la cavité utérine. Notre ami, le Dr Gaston Bloch, donne un tableau saisissant de ces rétrodéviations, dont la déviation utérine est fort peu de chose en comparaison avec l'état pathologique des organes qui l'entourent. Ce sont les œdèmes, qui enveloppent l'utérus et les annexes, qui produisent des contractures ligamentaires,

En un mot, c'est la cellulite qui envahit la cavité utérine, produisant des sensations de pesanteur abdominale pareilles à une chute d'un

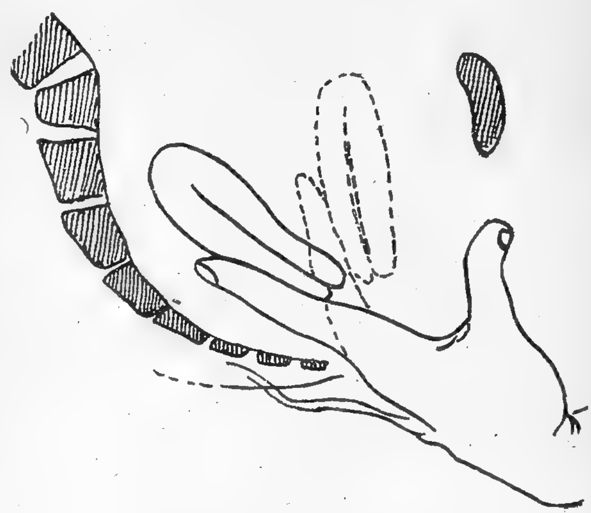


FIG. 11. — Réduction de l'utérus dans la rétro-version par le procédé recto-vaginal.

corps, un prolapsus imaginaire, les œdèmes mous et durs, des tuméfactions dont le volume peut atteindre parfois les dimensions d'une tête de fœtus. (Fig. 12).

Il serait très long d'entrer ici dans l'étude de la cellulite, qui tient une place si considérable dans la pathologie humaine en général, et dans les affections gynécologiques en particulier. Il nous semble, qu'il suffit d'attirer l'attention de nos lecteurs srur l'existence fréquente, très fréquente, de la cellulite, pour qu'ils soient avertis des erreurs possibles et parfois très regrettables que cette affection occasionne tant au point de vue clinique, que thérapeutique.

Dans un remarquable rapport, que notre distingué collègue, le Dr Hartenberg (1), présenta à la Société de Médecine de Paris, nos lecteurs trouveront une mise au point parfaite de la question des cellulites. « La cellulite, dit notre excellent confrère, se reconnaît par l'examen manuel. On la constate au palper dans les diverses couches superposées des tissus. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, on perçoit sous les doigts tantôt un empâtement, une bouffissure, un œdème ne gardant pas l'empreinte du doigt et donnant une sensation de crépitation; tantôt des placards mal délimités, de consistance parcheminée ou lardacée ; tantôt enfin des noyaux d'induration, tous plus ou moins sensibles à la pression. Il peut exister aussi des adhérences du tissu cellulaire aux parties profondes qui se révèlent par un aspect capitonné de la peau, lorsqu'on la soulève pour la détacher. Les muscles présentent une infiltration diffuse, tantôt molle, tantôt dure, souvent douloureuse à la pression et donnant une sensation d'enraidissement. A leurs insertions tendineuses, on constate également de petites indurations, sous formes de rugosités râpeuses. »

Les mêmes indurations se trouvent dans les aponévroses, le périoste, ; il existe de l'arthrite sèche où la cellulite se révèle par des craquements.

(1) Ce rapport fut élaboré par une commission nommée par la Société de médecine de Paris pour éclaircir la pathogénie et la thérapeutique de cette affection, encore peu connue par le corps médical. La commission composée de quatre membres : les docteurs Alquier, Forestier père, Hartenberg et Kouindjy chargea le Dr Hartenberg de présenter ce rapport à la séance de la Société, le 13 avril 1923.

Ces diverses formes cellulitiques se rencontrent partout où il y a le tissu cellulaire : tête, membres, thorax et abdomen. On la trouve aussi en masse dans la cavité pelvienne : dans les régions recto-vaginale, péri-vaginale, péri-utérine, péri-rectale, etc. Ces infiltrations cellulitiques peuvent envahir le bassin de la femme et tous les organes, qui s'y trouvent, en formant des œdèmes annexiels et des contractures. Celles-ci déterminent des déviations utérines et des pseudo-fixations. Il est donc important de se rendre bien compte de leur présence dans une affection gynécologique, car le diagnostic et, par conséquent, le traitement en dépendent. Dans les infiltrations cellulitiques du bassin, l'utérus est augmenté de volume, douloureux et fixé en position anormale (Bralant) ; les trompes congestionnées, dures et douloureuses présentent tous les caractères de salpingites ; les ovaires et les ligaments larges présentent un œdème dur, parfois séreux, diffus, en englobant tous les organes de la femme, supprimant ainsi leur forme et leur mobilité.

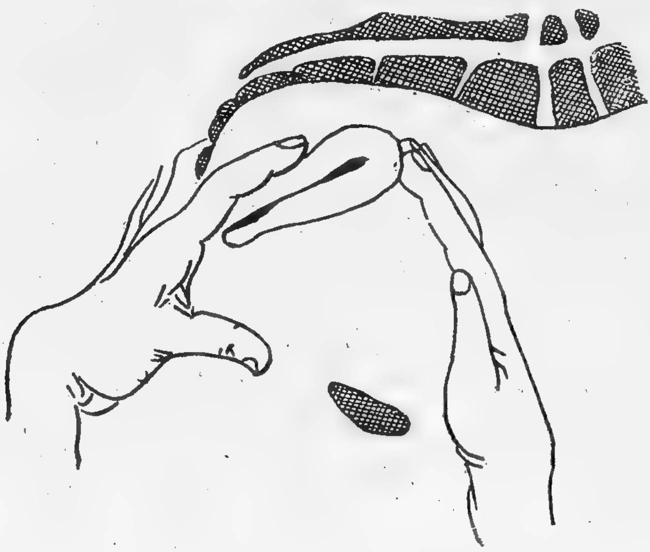


Fig. 12. — Réduction de l'utérus dans la rétro-version par le procédé recto-abdominal.

Pour faire disparaître les troubles provoqués par l'infiltration cellulitique et même la cellulite elle-même, il faut avoir recours au massage gynécologique et aux exercices décongestionnants. Quand le corps utérin se trouve ainsi dégagé des infiltrations cellulitiques, des œdèmes, il devient mobile et, parfois, revient lui-même à sa position normale. Si après la disparition des œdèmes, l'utérus conserve encore sa position de rétrodéviation, il faut avoir recours à un des procédés de réduction décrits plus haut. Mais, en aucune façon, il ne faut pas insister sur la réduction, tant que l'utérus n'est pas rendu mobile, les annexes et les ligaments souples. Stapfer ne conseille même pas de rompre les adhérences,

anciennes ou récentes, qui, en général, ne se produisent que lorsque le traitement est institué d'une façon tardive. Quant aux fixations œdémateuses, elles disparaissent par le massage. La réduction, ainsi que le massage et la gymnastique doivent se faire tous les jours ; car, quelle que soit l'habileté du médecin à réduire l'organe malade et à le ramener à sa position normale, souvent l'utérus reprend la position vicieuse de la rétroversion. Il faut donc répéter la manœuvre plusieurs fois de suite, jusqu'à ce que la position du corps utérin se rapproche de la normale. Les manœuvres massothérapiques exécutées avec prudence finissent par fortifier la tonicité musculaire de l'organe malade et le débarrassent, ainsi que ses annexes, des infiltrations cellulitiques, des œdèmes, en rétablissant ses fonctions *ad integrum*. Tout dépend du moment où le traitement kinésique a été appliqué ; plus tôt on utilise le massage gynécologique et les exercices décongestionnants, plus tôt on a la chance de faire une réduction facile de l'organe dévié et, par conséquent, obtenir des excellents résultats. Ce qui fait que, dans beaucoup de cas de rétroversions chroniques ou anciennes, le résultat n'est que partiel.

Néanmoins, même dans ces cas, on arrive à une amélioration notable par la disparition des œdèmes et des troubles occasionnés par les infiltrations cellulitiques et par le rétablissement plus ou moins complet de la circulation veineuse et lymphatique obtenu grâce au massage et à la gymnastique gynécologique.

L'*antéflexion*, étant une exagération de l'antéversion, son traitement est à peu près celui de cette dernière. Par les manœuvres massothérapiques exécutées tant par la main placée sur la paroi abdominale que par l'index introduit dans le vagin, on essaye de décongestionner les adhérences et les ligaments rétractés, cause de l'antéflexion et de faire disparaître les infiltrations cellulitiques du bassin. Dans les cas légers, ce traitement seul suffit pour obtenir la mobilité de l'organe et son retour à la position normale. Mais, dans les cas avancés avec une incurvation prononcée du corps de l'utérus et un angle de flexion persistant, il faut procéder à la réduction abdomino-recto-vaginale accompagnée des manœuvres massothérapiques. Voici comment Thure-Brandt décrit dans son livre le moyen de redresser un utérus antéfléchi. La clarté, avec laquelle il expose ce procédé, nous dispense de tous les commentaires et nous citons ces lignes intégralement : « Pour redresser l'utérus antéfléchi (sans ou avec flexion à angle aigu) petit et dur, le mieux est d'introduire l'index dans le rectum, le pouce dans le vagin et de mettre les doigts libres sur le fond en avant. On fixe avec l'index le segment utérin le plus saillant en arrière, et le col avec le pouce en avant, et de la main libre, on cherche à refouler le corps en arrière ; le tout avec prudence. On réussit vite, d'ordinaire, à redresser l'utérus en le rétroversant ; il repose droit sur l'index ; manœuvre quotidienne jusqu'à ce que l'utérus reste rétroversé. Quelques jours suffisent habituellement pour que ce résultat soit obtenu. On masse tous les jours le point de flexion. Ne pas réduire trop tôt l'utérus rétroversé, parce que l'antéversion se produirait. Essayez après quatre ou cinq jours, et ainsi de suite et dans les jours qui suivent, l'utérus s'antéfléchit peu ou point, ne le rétroversez plus. Autrement, rétroversez-le de nouveau pour le laisser dans cette position pendant le même laps de temps. »

Dans la *rétroflexion*, qui n'est autre chose qu'une rétroversion plus l'angle de flexion au niveau de l'isthme, le traitement sera le même que dans la version de l'organe en arrière ; et tout ce qui a été dit à l'occasion de celle-ci s'applique au traitement de l'utérus rétrofléchi, sauf que l'angle de flexion exige un massage quotidien, ainsi que les exercices de gymnastique faits tous les jours et même deux fois par jour.

Lorsque la mobilité de l'utérus est obtenue et la tonicité du corps, surtout de l'isthme, augmentée, on procède à la réduction quotidienne de l'organe au moyen du mode réductible abdomino-recto-vaginal — dans les cas difficiles — et abdomino-vaginal dans les cas faciles. (Fig. 13). Dans

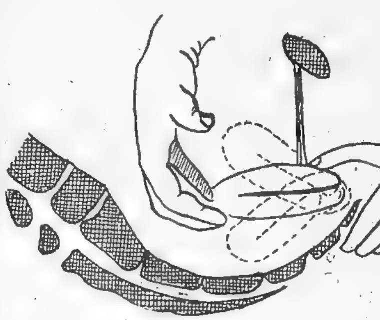


FIG. 13. — Réduction de l'utérus dans la rétroflexion peu avancée par le procédé abdomino-vaginal.

les deux cas, la réduction est facilitée par la restauration de la tonicité musculaire de l'isthme et la disparition progressive de l'angle de flexion, obtenues grâce aux manœuvres massothérapiques : effleurages, pressions et vibrations. Il ne faut pas oublier que, dans beaucoup de cas de rétroflexions, il y a relâchement des ligaments larges et des ligaments ronds, et diminution, plus ou moins grande, de la tonicité musculaire du plancher pelvien. Donc, insistez pour fortifier les ligaments en question et pour augmenter la force musculaire des muscles pelviens par les manœuvres massothérapiques et les mouvements de gymnastique gynécologique.

Pour le docteur Siredey, le gynécologue bien connu, les pessaires dans le traitement de la rétroflexion sont souvent nuisibles, car ils « traumatisent le cul-de-sac postérieur, donnent lieu à des érosions et à de l'infection. Ils ont le grave inconvénient de donner aux malades l'illusion d'une guérison ». Dans les rétroflexions secondaires, suite d'accouchement, il conseille la kinésithérapie, les cures thermales, à Luxeuil, Plombières et Néris. Ce n'est que dans des cas, où le traitement kinésique n'a pas pu obtenir un redressement du corps utérin et que la situation de la femme devient intolérable, qu'il conseille l'intervention chirurgicale, après avoir essayé le repos, la kinésithérapie et la saison aux eaux.

Les *prolapsus*, ou descentes de l'utérus, sont souvent accompagnés de cystocèles et de rétrocèles. Pour Pozzi, toutes ces différentes chutes ne forment qu'une seule unité clinique. Les cystocèles et les rétrocèles consécutives aux déchirures du périnée guérissent avantageusement par la colporrhaphie. Mais, pour la descente de l'utérus sans déchirure, la méthode kinésique le massage, la gymnastique et l'élévation forment le traitement de choix. Deux causes principales contribuent à produire les prolapsus génitaux : le déplacement de force et le déplacement de faiblesse. Ils se produisent souvent chez les femmes dont les ligaments et les muscles du plancher pelvien présentent une diminution de la tonicité musculaire. Le traitement kinésique indiqué ici comprend le massage de tous les ligaments, de tous les organes œdémateux et des muscles pelviens ; l'élévation du corps utérin avec un aide et la gymnastique décongestionnante. Comme manœuvres massothérapiques, on emploiera ici les pressions digitales et les vibrations manuelles ou avec le vibrateur électrique de Bourcart.

On commence par des petites élévations, sans force, ni brusquerie, afin d'habituer la femme aux manœuvres de soulèvement exécuté par l'aide . On suspendra même, le cas échéant, la manœuvre, si la femme ressent ses douleurs ou a l'appréhension, quitte de la reprendre un peu plus tard. Brandt et quelques partisans de sa méthode insistent sur le tapotement de la région sacrée dans la station debout, avec mains appuyées contre un meuble et un peu penchée. Stapfer en est un partisan plutôt peu convaincu ; il exécute bien la percussion de la région sacro-lombaire dans le traitement des prolapsus, mais ne lui attribue pas la même influence sur la ptose utérine, comme le créateur de la méthode que nous étudions dans le présent travail.

Par contre, il attribue une action considérable aux exercices de la gymnastique avec résistance, tels que l'adduction des cuisses, avec résistance réciproque du médecin et de la malade, et l'exercice de rétraction périnéale avec soulèvement du bassin, ou l'exercice du releveur de l'anus en position debout. Dans ce dernier exercice, la malade est debout appuyée contre un mur et les jambes croisées ; à plusieurs reprises, elle fait aussi fortement que possible des efforts, comme si elle voulait retenir les matières fécales et l'urine. Cet exercice doit être répété par la malade cinq à six fois par jour. En même temps, on recommande à la malade de ne pas trop se fatiguer, d'éviter de porter les objets lourds, de ne pas faire des efforts pour aller à la selle ; en un mot, d'éviter autant que possible tout déplacement utérin pendant le traitement, avoir le corps libre et vider le plus souvent la vessie, car la constipation et la vessie pleine sont deux facteurs qui retardent la guérison. Pour Brandt, le prolapsus total guérit plus vite par sa méthode, que le prolapsus partiel. Il se déclare aussi un adversaire absolu de l'usage des pessaires, qui aggravent les troubles circulatoires utérins, en augmentant les infiltrations cellulitiques par compression et en exagérant la congestion des organes malades. Par contre, Bourcart se déclare partisan d'un « bon pessaire » qui aide souvent à garder l'utérus en position réduite et évite « à la malade des manipulations préparatoires souvent fatigantes ».

Pour terminer notre travail bien sommaire, sur le traitement kinésique des maladies de la femme en général et des positions vicieuses de l'utérus en particulier, nous devons faire remarquer, qu'il y a des affections gynécologiques où le traitement kinésique est contre-indiqué.

Le traitement kinésique des affections gynécologiques est contre-indiquée :

1° Dans les tumeurs malignes ;

2° Dans les collections purulentes et infectieuses ;

3° Dans la blennorrhagie aiguë et toutes affections inflammatoires avec haute température ;

4° Dans les affections kystiques et tumeurs non résolutives ;

5° Dans la grossesse extra-utérine ;

6° Dans la péritonite aiguë généralisée et accidents péritonitiques aigus localisés ;

7° Dans les névroses héréditaires avec hyperexcitabilité et l'insomnie.

Dans le traitement des fibromes, le traitement kinésique permet de dissoudre les infiltrations cellulitiques qui entourent l'utérus, débarrasse la tumeur fibreuse de la conque cellulitique, qui augmente considérablement son volume, et améliore ou fait supprimer les troubles de la circulation abdomino-pelvienne.

Quant à la tumeur fibreuse elle-même, on sait qu'elle peut se résorber et même disparaître radicalement pendant la ménopause. Dans le cas contraire, la kinésithérapie, rendant l'organe utérin plus mobile, permet une intervention chirurgicale plus facile avec une guérison complète

et plus rapide, que dans des cas non traités par le massage et la gymnastique appropriés. Dans les tumeurs fibromateuses énormes sans infiltration cellulitique, le traitement kinésique devient un palliatif, sinon sans résultats bien encourageants.

On voit donc que la kinésithérapie gynécologique est un moyen puissant contre les fibromes enclavés par la cellulite. C'est la fonte de cette dernière qui lui permet d'enregistrer des succès indiscutables. Elle est à peu près impuissante contre les tumeurs purement fibromateuses, surtout si ces tumeurs sont accompagnées de kystes. Son action dans le traitement des fibromes est comparable au traitement radiothérapique, dont les rayons pénétrants agissent également plutôt sur les infiltrations cellulitiques, que sur le tissu fibromateux même. Ceci est une hypothèse ; mais elle nous explique les résultats favorables obtenus par la radiothérapie dans certaines tumeurs fibromateuses et leur échec constant dans d'autres de même origine. La discussion entre chirurgiens et radiothérapeutes à propos du traitement par les rayons X des tumeurs fibromateuses devient donc caduque ; car, si ces rayons restent impuissants contre des fibromes sans conque et infiltrations cellulitiques, c'est qu'à l'exemple des agents kinésiques, ils n'ont aucune prise sur le tissu fibreux lui-même. Ils ont cependant une infériorité incontestable vis-à-vis des agents kinésiques, qui, grâce à la douceur avec laquelle ils s'appliquent et grâce, surtout, aux doigts qui palpent et massent, permettent sinon d'établir un diagnostic à peu près certain, du moins à éclaircir la nature des œdèmes de la cavité utéro-vaginale et préciser la nature même de la tumeur. D'où il suit, que toute thérapeutique des tumeurs fibreuses doit débuter toujours par la kinésithérapie gynécologique, qui précise le diagnostic et, si la tumeur est formée en grande partie par la cellulite, la guérit ou l'améliore sensiblement. Si au cours du traitement, le médecin se rend compte que les agents kinésiques sont lents à lui donner les résultats espérés, il peut avoir recours à la radiothérapie, qui pourrait activer la fonte des infiltrations cellulitiques inaccessibles aux doigts. Mais, si le médecin, au bout de quelques séances se rend compte, grâce au masso-diagnostic, qu'il s'agit d'une tumeur franchement fibreuse, il nous semble, qu'il n'a aucune hésitation à avoir, il doit s'adresser à la chirurgie, qui seule est en mesure de débarrasser la malade de ces tumeurs fibreuses irréductibles.

Dans ce qui précède, nous avons esquissé *grosso modo* les bases fondamentales de la méthode de Thure-Brandt, qui fut le véritable créateur de la kinésithérapie gynécologique universellement employée par tous ceux qui tiennent à exercer une thérapeutique conservatrice des organes génitaux de la femme. Combien de femmes ont été victimes de l'ignorance de la méthode kinésique par nombreux de nos confrères ? Nous ne croyons pas qu'il en soit encore ainsi à présent. Néanmoins, nous trouvons utile que le médecin praticien soit mis au courant des moyens kinésiques utilisés en gynécologie. Ces moyens lui rendront certainement de très grands services dans sa clientèle, et à ses malades, ils donneront la possibilité de procréer des citoyens pour notre pays. C'est peut être la dernière raison, qui nous expliquerait le peu de vogue dont jouit en ce moment la kinésithérapie gynécologique !

N'importe, lorsque la rédaction du *Concours médical* nous a prié de présenter à ses lecteurs un ensemble restreint de la méthode de Thure-Brandt, nous avons répondu avec empressement à son appel et nous le remercions sincèrement d'avoir bien voulu s'adresser à nous.

BIBLIOGRAPHIE

THURE-BRANDT. — Traitement des maladies des femmes. (Traduit par von Sneiders Stapfer, 1893.)

H. STAPFER. — Traité de kinésithérapie gynécologique. (Maloine, éditeur, 1897.)

M. BOURCART. — Les affections abdominales et gynécologiques dans le Traité de gymnastique médicale du prof. Wide, de Stockholm. (F. Alcan, éditeur, 1898.)

Desse PELTIER. — Méthode de Thure-Brandt. (Thèse de Paris, 1895.)

T. HUGON. — Massage thérapeutique. (Vigot frères, éditeurs, 1900.)

H. STAPFER. — Affections de la femme. Traitement kinésique, 1905.

BRALANT. — Traitement des fibromes par la kinésithérapie. (Séance du 17 février 1905 de la Société de kinésithérapie.)

G. BLOCH. — Rétrodéviations utérines en kinésithérapie. (*Revue de Cinésie*, n° 4, 1901.)

BRALANT. — Œdèmes annexiels et infiltrations cellulitiques du bassin. (*Revue de Cinésie*, n° 5, 1908.)

SAQUET. — Traitement du vaginisme par le massage suédois. (*Revue de Cinésie*, n° 10, 1903.)

SIREDEY. — Les rétrodéviations de l'utérus. (Conférence faite à la Faculté de médecine le 4 mars 1926.)

HARTENBERG. — Rapport sur la cellulite. (Séance de la Société de Médecine de Paris du 13 avril 1923.)

KOUINDJY. — Précis de kinésithérapie, 2e édition. (Maloine, éditeur, 1922.)

KOUINDJY. — Précis d'Education physique et respiratoire, (Expansion scientifique française, éditeur, 1927.)

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Fibromes utérins, grossesse et phlébite des membres inférieurs. Opération césarienne à terme, hystérectomie abdominale subtotale. Guérison,

Par le docteur Ch. FAGUET, de Périgueux.

Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux, chirurgien de l'hôpital.

Le problème thérapeutique dans les cas de fibromes utérins compliqués de phlébite des membres inférieurs est toujours assez embarrassant ; il est peut-être encore plus difficile à résoudre quand la phlébite survient au cours de l'évolution d'une grossesse chez une femme atteinte de fibromes utérins. Il y a dans ce cas trois éléments dont il faut tenir compte ; deux existences sont en jeu, et tous les efforts du chirurgien doivent tendre à les sauvegarder l'une et l'autre dans la mesure du possible.

D'après les travaux récents et notamment d'après Alamartine et Mallet-Guy (1), « il semble que dans les cas de fibrome utérin compliqué de phlébite, on gagne plus qu'on ne risque à intervenir sans attendre la résolution de la phlébite ». Cette opinion, qui paraît devoir s'affirmer dans l'avenir, ne doit-elle pas être modifiée en présence d'une grossesse ? En d'autres termes, étant donné le cas où une intervention chirurgicale sera nécessairement indispensable — au plus tard au moment de l'accouchement — la phlébite qui survient au cours de l'évolution simultanée d'un fibrome utérin et d'une grossesse doit-elle être considérée comme une indication opératoire immédiate ? Faut-il intervenir précocement ? Faut-il différer un certain temps et laisser refroidir la phlébite ? Faut-il attendre — sous surveillance chirurgicale et à moins de complications — le terme ou le voisinage du terme de la grossesse ? En un mot, à quel moment se place « l'heure chirurgicale ? »

Les cas isolés ne comportent pas par eux-mêmes un enseignement définitif, mais ils apportent des éléments qui peuvent servir ultérieurement à trouver la solution la meilleure : c'est à ce titre que l'observation suivante peut avoir quelque intérêt.

OBSERVATION. — Marguerite D..., 39 ans, cultivatrice, originaire de l'arrondissement de Nontron (Dordogne) entre à l'hôpital de Périgueux le 2 Mai 1926. Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux ; personnellement, elle a eu une bonne santé pendant son enfance ; réglée pour la première fois à quatorze ans, ses règles ont été pendant longtemps assez irrégulières et elle a présenté des symptômes d'anémie.

Deux grossesses : 1° la première grossesse, à l'âge de vingt-huit ans, a évolué normalement, l'accouchement et les suites de couches ont été également normaux. Marguerite D... a nourri son enfant au sein jusqu'à l'âge de deux ans ; 2° la seconde grossesse a évolué entre décembre 1925 et août 1926. Il n'y a pas eu de fausse couche entre la première et a seconde grossesse ; les règles ont été normales à ltous les points de vue ; la santé générale a été satisfaisante. Les dernières règles ont paru au commencement de novembre 1925 et Marguerite D... a éprouvé du malaise, de la pesanteur et des douleurs dans le bas-ventre dès le mois de janvier 1926 ; ces symptômes devenant de plus en plus pénibles, Marguerite D... consulte son médecin qui constate l'existence de la grossesse et d'un fibrome utérin et lui conseille d'entrer à l'hôpital de Périgueux aux fins d'opération.

Etat actuel. — 3 mai 1926. Marguerite D... présente les signes d'une grossesse de six mois environ ; d'après les renseignements qu'elle donne et les constatations faites au cours de l'examen, il y a lieu de penser que la grossesse arrivera à terme vers le 15 août 1926. En outre l'examen obstétrical complété par le toucher rectal révèle l'existence : 1° d'un noyau fibromateux de forme arrondie, du volume d'un gros bouton de pardessus au niveau de la face antérieure de l'utérus et un peu à droite de la ligne médiane ; 2° d'un fibrome gros comme une orange développé aux dépens de la région postérieure de l'utérus et occupant une partie de l'excavation pelvienne, sans toutefois être enclavé.

Urines normales ; état général bon.

Marguerite D... reste en observation dans le service au repos. En juin survient une phlébite de moyenne intensité de tout le membre inférieur gauche avec albuminurie légère et faible élévation de température : repos absolu au lit ; immobilisation dans une gouttière métallique, enveloppement humide chaud ; régime alimentaire lacto-végétaro-fruitarien achloruré. La grossesse continue à évoluer sans complications nouvelles ; après quelques hésitations et après avoir demandé l'avis de mes collègues de l'hôpital, je me décide, pour intervenir, à attendre le début du travail, sauf événements imprévus.

31 *juillet* 1926. La gestation approche du terme;

(1) ALAMARTINE et MALLET-GUY. — Sur les indications opératoires dans les fibromes compliqués de phlébite des membres inférieurs. (*Lyon médical*, tom. CXXXVII, n° 12, mars 1926, pp. 327-333.)

le fœtus est en position transversale et paraît normalement développé ; les fibromes ont notablement augmenté de volume : celui de la paroi antérieure de l'utérus donne l'impression d'un gros macaron relativement mobilisable ; celui de la paroi postérieure occupe la presque totalité de l'excavation pelvienne, mais ne provoque pas de troubles appréciables dus à une compression de l'intestin ou des uretères ; les urines sont normales au point de vue quantitatif et qualitatif.

Opération. — 12 *août* 1926. Marguerite D... me prévient au moment de ma visite quotidienne qu'elle a eu quelques douleurs caractéristiques dans la matinée et l'examen confirme ses dires : l'intervention chirurgicale est fixée ce même jour à 14 heures 30 avec l'assistance de M. le Dr A. de Pindray et de Mme Magne, sage-femme ; l'anesthésie générale au chloroforme est confiée à M. le Dr Gargaud : laparotomie sous-ombilicale, extériorisation de l'utérus sur un champ opératoire double, incision médiane haute de l'utérus, peu de liquide amniotique, extraction facile d'un enfant du sexe masculin « un peu étonné », mais vite ranimé ; pincement et section des pédicules ; les artères utérines sont immédiatement saisies à l'aide des pinces du Professeur J.-L. Faure, et l'utérus — contenant le placenta et les membranes — est rapidement enlevé par section supra-vaginale du col, comme dans l'hystérectomie abdominale subtotale ; double ligature (1) du col au catgut en raison de son volume, et l'opération est terminée suivant la technique habituelle.

Suites opératoires normales : Marguerite D... quitte l'hôpital le 3 Septembre 1926 ; elle allaite son enfant qui a augmenté de trois cent cinquante grammes depuis sa naissance (2).

Examen de la pièce anatomique. — Le placenta, les membranes et le cordon ombilical sont normaux. Il existe deux fibromes : l'un, sur la face antérieure de l'utérus, sous-séreux, largement pédiculé et présentant le volume et la forme d'une moitié d'orange ; l'autre siégeant au niveau de la face postérieure et du fond de l'utérus, non pédiculé, ayant le volume approximatif de la tête d'un enfant à terme ; il est en outre un peu aplati et présente en arrière une dépression assez caractérisée correspondant à la saillie du promontoire.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement par l'adrénaline de la bronchite sanglante à fuso-spirochètes.

Le Prof. SABRAZÈS envisage la bronchite sanglante de Castellani, à bacilles fusiformes et à spirochètes de Vincent ; celle-ci se traduit par des hémoptysies intermittentes, composées de sang, soit pur, aéré, spumeux, soit mélangé de mucus fluide ; il existe à l'auscultation un peu de rudesse respiratoire, et, au moment des hémoptysies, quelques râles bronchiques. Pas de bacilles de Koch dans les crachats, réaction de Besredka négative, formule leucocytaire normale, transparence parfaite de la totalité du parenchyme pulmonaire. Bon état général. Ni syphilis, ni echinococcose, streptothricose, amibiase.

Dans un cas, relaté en détail, la bronchite durait depuis des années et avait résisté à la cure arsénobenzolique, émétienne, iodée, créosotée. Elle guérit par l'adrénaline. L'auteur employa, sans discontinuer, pendant trois mois, la solution au millième, à raison de XXX gouttes par jour. L'adrénaline réussit aussi dans plusieurs autres cas ; après suspension du traitement, quelques retours offensifs furent aussitôt jugulés par la reprise de l'adrénaline, durant 24 ou 48 heures.

C'est là un traitement visant l'hémoptysie, car l'adrénaline agit surtout comme agent vasoconstricteur et coagulant ; la solution d'adrénaline sera diluée dans un quart de verre d'eau, XV gouttes le matin, XV gouttes dans l'après-midi dans l'intervalle des repas. On peut aussi employer la voie rectale ou nasale.

Des cachets d'extraits surrénal, une poudre à priser du même ordre, au besoin des injections sous-cutanées d'extrait fluide de glande surrénale renforceront à l'occasion le traitement. (*Gazette hebd. des Sc. médicales de Bordeaux*, 31 octobre 1926.)

La douleur dans la tuberculose rénale.

MM. COULAZOU, BONNET et CONSTANTINESCO ont réuni 50 observations de tuberculose rénale, contrôlées par la néphrectomie et ils estiment

(1) Les sutures du col utérin et les ligatures des pédicules ont été faites suivant un procédé qui m'a été appris par mon vénéré maître, le Prof. M. Lannelongue, et auquel je suis resté fidèle : voir sur ce sujet : Ch. FAGUET et J. VITRAC : Neuf observations d'hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibro-myomes de l'utérus ; traitement rétro-péritonéal du pédicule. (*Revue de chirurgie*, 15e année, n° 6, juin 1895, p. 494 à 514.) — M. LANNELONGUE et Ch. FAGUET. *Id.* (Congrès de gynécologie d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux, séance du 9 août 1895.)

(2) L'enfant pèse 3 kgr. 500 au moment où il quitte l'hôpital.

que la douleur rénale est un symptôme rare au cours de la tuberculose ulcéro-caséeuse.

Cette douleur rénale se rencontre seulement dans les cas où la cavité pyélique est mise en tension, que l'uretère soit obstrué par du sang ou du pus, déterminant des coliques néphrétiques.

La destruction du parenchyme rénal peut se faire complètement sans provoquer la moindre douleur rénale.

Ce fait n'est d'ailleurs pas particulier au rein et peut se rencontrer au niveau de tous les viscères creux. La région hépatique n'est pas douloureuse dans les cas de lésion du foie, mais le devient à l'extrême lorsque la vésicule et les voies biliaires sont mises en tension.

On ne peut donc, contrairement à ce que pensent certains auteurs, utiliser le symptôme douleur pour localiser une tuberculose en vue d'une intervention, on ne doit pas s'y fier et se baser sur d'autres recherches (radiographie, lombotomie exploratrice, etc.). (*Le Languedoc médical*, 10 novembre 1926.)

L'imbécillité mongolienne.

Elle se distingue parmi les formes diverses d'idiotie et d'imbécillité. Elle se révèle, dit le Prof. Marfan, par un faciès étrange se rappochant de celui des hommes de race mongole, chinois ou japonais, et par un déficit intellectuel et moral ; l'idiotie complète est rare. Le nourrisson mongolien se reconnaît dès les premiers jours : il pleure peu, ne demande pas à téter ; il faut alors le nourrir à la cuillère ; il paraît insensible aux excitations extérieures ; sa voix est gutturale et sourde. La parole ne se développe guère qu'après trois ans. Au point de vue moral, il est habituellement affectueux pour ses parents ; mais il a la haine de l'étranger ; il est capricieux, timide, instable ; il rit rarement et presque jamais bruyamment ; son pleur, assez rare, est presque toujours silencieux. Nous n'insisterons pas sur ses caractéristiques somatiques.

La syphilis congénitale paraît être une cause importante du mongolisme ; mais il n'est pas certain qu'elle soit la seule, et le mode par lequel elle se produit n'est pas encore éclairci.

Cependant l'expérience montre que le seul traitement qui puisse améliorer un peu l'imbécillité mongolienne est celui qui associe une médication antisyphilitique à la cure thyroïdienne. On prescrit suivant l'âge, de 1 à 3 centigr. d'extrait thyroïdien par jour pendant 10 jours ; et on recommence après 5 ou 10 jours de repos suivant le degré de tolérance et l'effet produit. On fait faire en outre des cures mercurielles intermittentes (frictions à l'onguent napolitain ou ingestion de poudre grise) ; chaque cure est d'une dizaine de jours ; on la répète d'abord tous les mois, puis tous les trois mois, puis tous les six mois, puis une fois par an, jusqu'à 5, 6 ans. Après cet âge, la médication spécifique est le plus souvent inutile. Ce traitement doit être associé à une surveillance attentive de l'hygiène, particulièrement de l'hygiène alimentaire.

Ainsi, on améliore assez souvent l'état de nutrition et on stimule la croissance ; parfois, il semble que l'intelligence se développe un peu et que la faculté d'attention est un peu meilleure. Mais ces résultats sont ordinairement peu marqués et d'ailleurs inconstants. En général, ces enfants sont une charge pour leur famille ; aussi quand leurs parents le peuvent et qu'ils s'y résignent, le mieux est de les éloigner du milieu familial et de les placer dans une maison spéciale. Là ils pourront être soumis aux disciplines qui conviennent aux arriérés ; mais il ne faut pas en attendre de grands résultats. (*La Presse médicale*, 3 novembre 1926.)

La hernie du médiastin au cours du pneumothorax artificiel.

D'après J. Tapie et Andrieu, il est facile de réduire cette hernie, lorsqu'elle résulte d'une faute de l'opérateur, qui a créé dans la cavité pleurale une pression trop élevée ; mais elle peut aussi bien se développer, lorsque le pneumothorax a été correctement réalisé. En espaçant les insufflations, on peut voir disparaître la hernie ; mais il serait dangereux de vouloir à tout prix obtenir ce résultat ; il pourrait y avoir des douleurs thoraciques et une reprise de la toux, qui témoigne d'une compression insuffisante des foyers tuberculeux ; l'essentiel est donc de continuer les insufflations, sans jamais atteindre une pression positive.

Dans la conduite de la cure, il ne faut pas attribuer une importance exagérée à l'apparition de cette complication ; quand elle survient, il est prudent d'exercer une surveillance radiologique plus sévère, et il faut se rappeler que les résultats de la méthode de Forlanini ne sont pas toujours proportionnels au degré de compression des lésions ; mais on ne doit pas s'exposer, sous le prétexte de supprimer la hernie, à voir le poumon présenter à nouveau ces mouvements d'expansion, qui constituent le principal obstacle à la cicatrisation des foyers tuberculeux. (*Toulouse médical*, 1er octobre 1926.)

La résection de la veine jugulaire interne dans les thrombo-phlébites de ce vaisseau.

La propagation d'une infection veineuse sinusienne à la jugulaire interne est une complication qui, loin d'être exceptionnelle, peut nécessiter de la part du chirurgien une décision thérapeutique immédiate et parfois audacieuse.

D'une étude faite par le Prof. G. PORTMANN, il résulte donc que le traitement des thrombo-phlébites du tronc sinuso-jugulaire, compliquant une oto-mastoïdite, reste entièrement chirurgical. La thérapeutique médicale ne doit servir que d'adjuvant, et ne jamais retarder l'acte chirurgical, si celui-ci est indiqué. Les résultats sont en faveur des méthodes opératoires, et la plupart des auteurs interventionnistes tendent actuellement vers des interventions plus radicales, plus rationnelles. Le but n'est plus seulement de drainer le foyer infectieux, mais de le supprimer, quand il met en danger le malade. (*La Presse médicale*, 16 octobre 1926.)

De l'épilepsie cardiaque.

Il s'agit, d'après L. MARCHAND, uniquement d'une forme symptomatique en rapport avec les modifications encéphalitiques déterminées par l'affection organique ; en réalité, il ne s'agit pas de crises épileptiques, idiopathiques, mais de crises épileptiformes déterminées par les troubles cardiaques.

Un sujet atteint d'épilepsie idiopathique peut présenter une affection cardiaque sans qu'il n'y ait aucun rapport entre les deux maladies.

Dans le syndrome de Stokes-Adams (pouls lent permanent), les crises épileptiformes semblent dues à l'anémie cérébrale déterminée par le ralentissement du pouls.

L'épilepsie cardiaque n'est pas observée dans les lésions bien compensées ; c'est une épilepsie tardive symptomatique, au cours des périodes d'asystolie, que celle-ci soit la conséquence d'une lésion aortique ou mitrale, d'une lésion myocardique. Tout traitement agissant sur l'asystolie a généralement un heureux effet sur les crises convulsives.

Comme pathogénie, on invoque l'ischémie cérébrale, l'auto-intoxication due aux lésions rénales ou hépatiques concomitantes, l'œdème cérébral, la chute brusque de la pression artérielle. On doit faire intervenir également une certaine prédisposition névropathique et tenir compte de l'état antérieur du cerveau (alcoolisme, saturnisme, lésions en foyers, lésions anciennes réactivées par l'auto-intoxication).

Enfin l'épilepsie cardiaque ne doit pas être confondue avec les crises urémiques et l'épilepsie causée par l'artério-sclérose cérébrale, autre forme d'épilepsie tardive ou sénile. (*Paris médical*, 19 octobre 1926.)

Pseudo-rage chez l'homme. Diagnostic et traitement.

Nous sommes souvent très embarrassés quand nous nous trouvons en face d'un malade, qui présente tous les symptômes de la rage et qui n'a pas été mordu, ou qui n'a pas suivi un traitement anti-rabique. Dans deux observations rapportées par D. JONNESCO, les phénomènes apparus étaient l'apanage des troubles hystériques. La difficulté du diagnostic clinique provient de ce que les symptômes que l'on considère comme caractéristiques peuvent s'observer aussi dans d'autres maladies.

Citons la psychose du début des maladies infectieuses ; mais ici, l'évolution de ces maladies permet la différenciation. L'absorption de fruits de datura a pu provoquer chez un enfant l'hydrophobie, l'envie de mordre, des crachements, de la dilatation de la pupille, de l'hyperesthésie et du délire. L'empoisonnement par la belladone, par la tanaisie, peut aussi provoquer de tels symptômes.

Mais la plus grande erreur consiste à voir, dans la pseudo-rage, de la vraie rage. Ce qui a attiré l'attention de l'auteur, c'était en première ligne le début brusque, les zones d'hypo- et d'hyperesthésie, et surtout l'état de négativisme catatonique suivi de crises paroxystiques avec contractures. D'autre part, le mutisme absolu qu'on ne trouve jamais dans la rage, et la disparition de tous ces symptômes par la suggestion l'ont déterminé à diagnostiquer ces cas de pseudo-rage, greffés sur des terrains hystériques.

Enfin, la rage et la rage hystérique peuvent coexister chez le même malade. L'auteur insiste sur l'importance pratique d'un diagnostic différentiel avec la pseudo-rage, même dans les cas où les symptômes d'une rage foudroyante sont évidents. Le traitement hypnotique ne doit être tenté que dans les cas rebelles et quand les autres thérapeutiques ont échoué. (*La Presse médicale*, 6 novembre 1926.)

Qu'est-ce que la congestion utérine ?

C'est un élément important dans le grand groupe des troubles fonctionnels, qui ne sont ni des infections, ni des tumeurs. Il faut, d'après Henri VIGNES, réserver à la congestion utérine primitive une conception très précise en rapport avec le dérèglement de cette fonction organique qu'est la circulation des organes génitaux. Elle est un trouble de ce mécanisme circulatoire, qui, mis en mouvement par l'ovulation, déclanche chaque mois les phénomènes utérins de prénidation, etc., à défaut d'une nidation, les phénomènes menstruels. C'est une affection qui s'observe seulement à l'âge de l'ovulation et qu'on ne voit ni avant la puberté, ni après la ménopause bien confirmée. Elle n'est que la permanence pathologique du phénomène physiologique de l'érection interne : c'est une réaction anormale d'un organe érectile.

Elle est favorisée par le développement du système vasculaire utérin et péri-utérin, par sa position déclive dans l'abdomen, par les excès de coït et l'excitation sexuelle prolongée, par

l'insatisfaction sexuelle féminine, par les secousses plus ou moins rythmées du chemin de fer et de l'automobile, par la station debout prolongée. Enfin la congestion utéro-ovarienne peut être due à des facteurs mécaniques (hypertension portale, etc).

Elle se révèle par une sensation de pesanteur locale, de trop plein avec diverses irradiations, par des ménorrhagies et des métrorrhagies, et par une élévation légère de la température locale ; elle est souvent compliquée de pollakiurie et de constipation. Le toucher montre une infiltration péri-utérine succulente et une augmentation du volume utérin, parfois variable d'un jour à l'autre dans des proportion suprenantes.

Enfin, pour clore ce schéma, il faut envisager que la congestion prolongée mène l'utérus à la sclérose. (*Le Progrès médical*, 16 octobre 1926.)

Dyspareunie et frigidité dans leurs rapports avec la douglassite.

La dyspareunie et la frigidité sont souvent signalées parmi la symptomatologie de la douglassite et de la dysménorrhée essentielle ; or le traitement recommandé dans cette affection par le Prof. CONDAMIN a si souvent produit d'excellents résultats dans cet ordre de faits, qu'on peut affirmer l'existence de relation de cause à effet entre ces affections et ces symptômes.

Le coït douloureux d'une part, et d'autre part la frigidité, et mieux la frigidité incomplète (dépendent seule de la gynécologie), c'est-à-dire l'excitation génitale non suivie de spasme et de fatigue en manière de conclusion normale, sont dus à ce que les nerfs érecteurs sacrés de source ganglionnaire sympathique se terminant dans le plexus hypogastrique sont emprisonnés dans du tissu cicatriciel du Douglas ; dès lors leur jeu normal est devenu impossible.

On comprend donc que chez un très grand nombre de malades traitées à l'occasion d'une douglassite, par le massage pour assouplir les rétractions des ligaments utéro-sacrés et du voisinage, par la columnisation et le refoulement progressif du cul-de-sac vaginal postérieur dans ses dimensions normales,enfin, par le port temporaire d'un pessaire pour maintenir ce résultat, il se produise une atténuation très notable de la dyspareunie et de cet état de frigidité relative, en même temps que disparaissent douleurs spontanées, dysménorrhée, difficulté de la marche, troubles fonctionnels ou nerveux à distance.

Ces faits étayent sérieusement la théorie de la dyspareunie et de la frigidité dans ses rapports avec des lésions du Douglas (*Lyon médical*, 7 novembre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur l'étiologie du cancer.

(M. CHATON, de Besançon. — *Académie de médecine* ; 15-3-1927.)

M. HARTMANN présente un rapport sur un travail de M. Chaton, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon, intitulé : Contribution à l'étude étiologique du cancer.

Dans le but d'éclairer l'étiologie du cancer, M. Chaton a envoyé à tous les médecins de Franche-Comté un questionnaire demandant leur opinion sur l'hérédité et la contagion dans les tumeurs malignes, les priant de joindre en même temps,à leur réponse, les documents qu'ils possèdent sur ce sujet. Cent soixante-cinq médecins ont participé à l'enquête. Au point de vue hérédité, 90 réponses ont été affirmatives, 47 négatives. Au point de vue de la contagion, on trouve 68 réponses positives et 64 négatives.

Si l'on tient compte seulement de ces chiffres, l'hérédité semble donc prédominer sur la contagion. Mais, on ne saurait règler une telle question par des statistiques. La clinique, ici, pense M. Hartmann, est insuffisante et c'est à l'expérimentation que l'on doit plutôt s'adresser, en reprenant par exemple des recherches du genre de celles de Miss Maud Slye sur la souris.

Les partisans de la contagion invoquent, à l'appui de leur thèse, l'existence de régions, de villages, de maisons à cancer, celle de cohabitation, enfin les cas de tumeurs malignes conjugales. Toutes ces particularités se retrouvent dans les résultats de l'enquête de M. Chaton. Les allures cliniques du cancer, sa propagation par envahissement, sa dissémination à distance par voie sanguine, son extension par voie lymphatique, paraissent à l'auteur, comme à beaucoup de cliniciens, en faveur de la nature infectieuse de la maladie. Cette opinion, il est vrai, est en contradiction avec celle de la plupart des anatomopathologistes et d'un grand nombre d'expérimentateurs pour qui les maisons à cancer ne sont que des coïncidences.

L'étude de M. Chaton pose donc une fois de plus le problème, y apportant des renseignements nouveaux, mais sans le résoudre. Il serait intéressant qu'une enquête similaire soit poursuivie dans d'autres régions de la France, d'une façon analogue.

— M. J.-L. FAURE, en l'absence d'arguments de certitude de part et d'autre, pense que l'affirmation

de l'influence héréditaire serait un épouvantail pour les familles, sans utilité prophylactique. La notion de contagion, aussi discutable, se prêterait mieux à des mesures utiles de prévention. Ce qu'il convient de faire, dans les conditions présentes, est d'intensifier la propagande qui enseigne au public que le cancer est curable quand il est soigné et découvert assez tôt.

— M. Tuffier estime également qu'il faut propager par tous les moyens la notion de l'opération du cancer le plus près du début possible.

Le diagnostic de la tuberculose des jeunes enfants par l'examen du contenu gastrique.

(MM. Armand-Delille et J. Vibert. — *Académie de médecine* ; 15-3-1927.)

En 1898, H. Meunier a décrit un procédé qui permet de rechercher le bacille de Koch dans le liquide gastrique retiré à jeun. Cette méthode a été peu utilisée et l'on a plutôt parlé des difficultés de sa réalisation. Nobécourt et Paraf ont cependant signalé les bons résultats qu'ils en avaient obtenus.

Dans son service de l'hôpital Hérold, M. Armand-Delille a appliqué systématiquement le procédé en question au diagnostic de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants. Il a adopté, avec M. Vibert, la technique de H. Meunier en y ajoutant la centrifugation et l'homogénéisation. Le tubage gastrique est chez l'enfant, beaucoup plus simple qu'on ne le croit et les auteurs ont pu, sans difficulté, y recourir 172 fois.

L'examen direct leur a donné 6 résultats positifs sur 62. La centrifugation et l'homogénéisation a procuré un chiffre beaucoup plus important de résultats positifs : 34 sur 110 examens de sujets suspects.

M. Armand-Delille conclut que la recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique devrait prendre place à côté de la radiographie instantanée parmi les meilleurs moyens de dépistage de la tuberculose pulmonaire de la première et de la seconde enfance.

Broncho-pneumonies à bacilles de Loeffler.

(M. Ch. Flandin. — *Soc. médicale des hôp.* ; 11-2-27.)

Darier a consacré sa thèse, déjà ancienne (1885), à la broncho-pneumonie diphtérique, mais il ne semble pas que les auteurs aient accordé une importance au bacille de Lœffler dans l'étude bactériologique des broncho-pneumonies en général. Tout récemment, M. Duchon (thèse de 1926) a repris cette question, et, ayant recherché la flore microbienne par ponction du poumon ou ensemencement des foyers prélevés à l'autopsie, constata qu'à côté des germes habituels (pneumocoques, staphylocoques, streptocoques, bacilles de Pfeiffer) on trouvait fréquemment dans les broncho-pneumonies des bacilles de Lœffler. Il lui est apparu que cet agent jouait un rôle pathogène important en l'espèce, et qu'il se montrait, soit dès le début soit au cours de l'évolution de la maladie. Les cas de broncho-pneumonie où le bacille diphtérique participe à l'infection présentent toujours une allure grave et les phénomènes toxiques (dyspnée, hypotension, asthénie) y sont de règle.

M. Duchon a proposé de traiter les broncho-pneumonies par des lysats-vaccins, produits de lyse des microbes rencontrés dans la maladie, et en particulier des polylysats comprenant des lysats du bacille diphtérique. Si les examens de laboratoire montrent la présence du bacille de Lœffler et si l'état général est sérieux, la sérothérapie anti-diphtérique est même alors indiquée.

M. Flandin a fait quelques recherches nouvelles sur ce sujet. Partant de ce fait, constaté par M. Martin, qu'aux périodes de grippe, la diphtérie subit généralement une recrudescence, il s'est demandé si la présence du bacille diphtérique dans certaines broncho-pneumonies, dans les broncho-pneumonies grippales en particulier, n'expliquait pas la recrudescence de la diphtérie durant les épidémies de grippe. Chez les grippés de ce dernier hiver, il a trouvé, un grand nombre de fois, le bacille de Lœffler présent au niveau de la gorge.

Il conclut de cet ensemble de considérations qu'en dehors des diphtéries classiques à fausses membranes, le bacille de Lœffler peut intervenir dans la pathogénie des broncho-pneumonies, auxquelles il confère un caractère de gravité. Ceci expliquerait la fréquence des diphtéries lors des épidémies de grippe.

Il ajoute : les mesures de prophylaxie appliquées lors d'un cas de diphtérie — ensemencement, isolement, désinfection — devraient être étendues aux broncho-pneumonies. Dans le traitement de ces dernières, l'infection diphtérique ne doit pas être perdue de vue. L'emploi des polylysats-vaccins de Duchon, comprenant de l'antigène diphtérique, ou même la sérothérapie anti-diphtérique peuvent être utiles pour obtenir la guérison.

Intoxication bismuthique mortelle.

(MM. Ch. Aubertin et Destouches. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-2-1927.)

Un malade de 37 ans, le lendemain d'une injection de bismuth (sel insoluble), est pris d'accidents de stomatite grave et de néphrite azotémique aiguë auxquels il succombe au bout de dix jours. Le patient jouissait antérieurement d'une bonne santé apparente ; du moins n'accusait-il aucun signe clinique de néphropathie.

L'observation de MM. Aubertin et Destouches est probablement le premier cas relaté d'intoxication mortelle due au traitement bismuthique de la syphilis. Elle se rapproche d'autres exemples d'intoxication aiguë par le bismuth, publiés par M. Blum et par M. Vilanova, où la stomatite était également associée à la néphrite.

— M. Le Noir remarque que se trouve ainsi sou-

◆◆◆◆◆

levée la question de la toxicité relative des médicaments anti-syphilitiques. L'arsenic, le mercure, comptent à leur passif un certain nombre de cas de mort. Le bismuth se place maintenant à côté de ses anciens.

M. Le Noir a signalé autrefois un cas de mort à la suite d'injection d'huile grise. Par contre, il a vu une malade qui, par suite d'une erreur de préparation, avait reçu dans les veines une dose de cyanure de mercure estimée à environ 8 centigrammes. Ellepré-senta des signes graves d'intoxication mercurielle mais elle a parfaitement guéri.

Intoxication par le véronal.

(M. Morisetti. — *Soc. méd. du IX*^{e} *arrond.* ; 10-2-27.)

M. Morisetti relate un cas d'intoxication par le véronal.

La malade, une jeune fille de 15 ans, de forte constitution, absorbe volontairement 5 grammes de véronal. Elle accuse aussitôt de la céphalée et une tendance invincible au sommeil. Deux heures plus tard, état comateux qui dure trois jours, entrecoupé de quelques éclaircies le troisième jour. Les battements du cœur et le pouls ont leur force et leur amplitude normales. Hypotonie complète des membres inférieurs. Réflexes rotuliens conservés. Masséters contracturés. Pupilles indifférentes à la lumière, l'iris ayant perdu sa limpidité et étant comme embué. Le cinquième jour, alors que le réveil est depuis 48 heures complet, la réaction pupillaire commence à réapparaître. Le sixième jour, état normal. Légère albuminurie.

De cette observation, on peut conclure que le véronal exerce une action paralysante sur le système cérébro-médullaire, en respectant le système cardio-artériel

Perforation d'ulcus duodéno-pylorique.

(M. Morisetti. — *Soc. méd. du IX*^{e} *arrond.* ; 10-2-27)

Un homme de 40 ans, à passé gastrique lourdement chargé, éprouve une douleur violente, suraiguë, le le coup de poignard péritonéal, dans l'hypochondre droit. Examiné 24 heures après, la douleur est plus diffuse, descendant dans la région iliaque droite, mais conserve son maximum d'acuité à l'étage supérieur de l'abdomen où la défense musculaire est marquée, donnant la sensation du disque de métal. A un moindre degré, la contraction réflexe se rencontre sur le reste de l'abdomen. Vomissements, température à 39°5, pouls à 130.

La laparotomie révèle deux perforations, de la grandeur d'une lentille, à la région pyloro-duodénale et sur le pylore, atteignant une masse calleuse à siège sur la petite courbure. L'enfouissement paraissant malaisé, on pratique une résection pyloro-gastrique suivie de gastro-entérostomie et drainage. La radiographie faite récemment (l'opération date de 5 ans) montre que le moignon de l'estomac se continue avec le jéjunum et que le passage de la bouillie bismuthée s'effectue largement de l'un à l'autre.

Névralgies faciales et affections dentaires.

(M. R. Boissier. — *Soc. médicale dse praticiens* ; 18-2-1927.)

M. Boissier rappelle qu'avant d'admettre le diagnostic de névralgie faciale essentielle, il faut rechercher les différentes causes possibles des névralgies et en particulier les affections dentaires. Chez un de ses malades, la radiographie décela une dent de sagesse naine incluse : l'ablation fit cesser ces douleurs névralgiques.

P. L.

Montpellier

Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

Cholécystographie après absorption de tétraiodophénolphtaléine par la voie digestive.

MM. Rimbaud et Pares. — Les auteurs ont employé la tétraiode par voie buccale chez une malade atteinte depuis plusieurs années de crises extrêmement douloureuses à localisation nettement vésiculaire. Seize heures après l'ingestion des pilules, la vésicule était très opaque : son volume était augmenté, son ombre homogène, ses contours bien limités. Le duodénum a été examiné en même temps à l'aide d'une potion opaque : le bulbe, tortueux, était nettement rétréci par des adhérences ; la deuxième portion était accolée à la vésicule. Après absorption de lait, la vésicule s'est normalement évacuée. L'intervention montra une vésicule saine, augmentée de volume, mais il existait des lésions importantes de périduodénite en rapport avec un petit ulcus du duodénum. La vésicule ne fut pas enlevée, mais il fut pratiqué une gastro-jéjunostomie.

Greffes à lambeau tubulé.

MM. Lapeyre et Sicard. — Deux cas : Dans l'un, vaste surface cruentée dans toute la moitié gauche du dos, où s'est développé, sur une cicatrice de brûlure, un volumineux chou-fleur épithéliomateux. Des applications de radium réduisent la tumeur de moitié ; par le bistouri on fait disparaître ce qui reste. La plaie bourgeonnante est recouverte par un lambeau cutané pris sur la moitié droite du dos selon la technique de Gilies vulgarisée par Moure. Léger sphacèle à l'extrémité distale. Bon résultat.

Dans le second cas, il fallait recouvrir la face postéro-externe du bras sur une longueur de 15 centimètres environ et 5 à 6 centimètres de largeur. Le même procédé permet la chose, mais dans le tube s'est collecté un hématome qui a suppuré. La mise à plat du lambeau obvie à ces ennuis et l'on obtient un

excellent résultat. Les auteurs critiquent quelques-uns des arguments théoriques de la méthode.

Abcès du foie.

MM. Sicard et Laux. — Un homme de 23 ans entre à l'hôpital pour une « pleurésie purulente » à droite. En réalité, il s'agit d'un volumineux abcès du foie. Les signes locaux permettent en effet de préciser la localisation de la collection suppurée. D'autre part, un séjour récent au Maroc où le malade a eu, pendant deux jours, des selles diarrhéiques, et une douleur en bretelle assez fréquente depuis, aiguillent nettement l'esprit vers une affection hépatique.

Résection costale, ouverture d'un abcès hépatique postérieur sous anesthésie locale. Drainage et traitement émétinien ensuite.

Mort le 12e jour par congestion pulmonaire du côté opposé.

Essai de rattachement de la constante d'Ambard à la théorie de Cushny sur la sécrétion rénale.

M. Béraha. — L'auteur rappelle que la formule d'Ambard et la variante qui en a été proposée par MM. Austin, Stillman et Van Slike ont été établies empiriquement. Il montre, qu'à partir de la th. de Cushny, on peut, à l'aide du langage mathématique, déduire une formule générale qui englobe celle d'Ambard et sa variante comme cas particuliers. Avantages : 1) la constante est rattachée à la physiologie rénale ; 2) la signification de la constante est mise en évidence ainsi que 3) les conditions dans lesquelles elle s'applique ; la difficulté de les réaliser pourrait expliquer les divergences des résultats.

Tuberculose pulmonaire cavitaire chez un nourrisson de onze mois.

MM. Leenhardt, Reverdy et Chaptal. — Enfant né de mère tuberculeuse décédée de bronchopneumonie caséeuse 11 mois après l'accouchement. L'évolution clinique de la tuberculose s'est effectuée en un mois ; anémie, amaigrissement inexpliqué jusqu'à l'athrepsie, micropolyadénie, anorexie et diarrhée persistante. La radiographie décèle l'existence d'une caverne pulmonaire droite. A l'autopsie caverne de grandes dimensions ; nodules disséminés dans le poumon gauche, rares nodules dans le foie, la rate, le rein, grosse adénopathie trachéo-bronchique ; ulcérations intestinales.

Un cas de myasthénie postencéphalitique avec ébauche d'un syndrome adiposo-génital.

MM. Leenhardt, Reverdy et Bondard. — En juillet 1924, un garçon de 11 ans s'alite pour fièvre, céphalée, kernig léger. Strabisme interne de l'œil droit avec névrite optique des deux yeux et stase papillaire discrète. Wassermann négatif

Depuis lors, le strabisme a persisté et l'enfant est devenu progressivement incapable de marcher et même de se tenir debout. En même temps il présente une ébauche de syndrome adiposo-génital.

Actuellement, l'enfant a une diminution de la force de tous ses muscles allant jusqu'à la paralysie complète des sphincters uréthral et anal. Réflexes tendineux vifs d'une manière instable, Babinski bilatéral parfois spontané. La sensibilité est normale à tous les modes, le psychisme un peu ralenti.

Un nouvel examen du fond d'œil (décembre 1926) montre un Argyll bilatéral, une atrophie optique discrète un peu plus marquée à gauche, avec un reliquat d'œdème papillaire très net. Champ visuel légèrement rétréci. Pas d'hémianopsie.

La radioscopie ni la ponction lombaire, non plus que l'examen labyrinthique, n'ont rien montré d'anormal.

Bien que l'examen électrique n'ait pas non plus révélé l'existence de la réaction myasthénique de Jolly, les auteurs pensent qu'il s'agit d'une myasthénie post-encéphalitique dont la *Revue neurologique* de novembre 1926 rapporte quelques cas, certains, sans réaction myasthénique.

Ophtalmie métastatique consécutive à une angine diphtérique.

M. Villard. — Chez un enfant de 22 mois est apparue, au cours même d'une angine diphtérique sévère, une irido-choroïdite droite plastique, c'est-à-dire une ophtalmie métastatique ou hémosporique. De semblables inflammations du tractus uvéal n'ont jamais été signalées au cours de la diphtérie. On peut se demander, en l'absence de recherches complémentaires, si le bacille de Lœffler est bien en cause, ou s'il s'agit d'une complication par infection surajoutée. L'évolution plastique et non suppurative plaiderait plutôt en faveur de la première hypothèse.

La trousse photogène du médecin praticien.

M. Souchon (de Nîmes). — L'auteur présente un appareil qui réalise un dispositif de commande au pied des lampes électro-mécaniques. Il comprend une lampe électro-mécanique et une pédale au pied, ce qui laisse au praticien la complète liberté de ses mains. La trousse comporte en outre : un photophore, des fils conducteurs, un miroir de Sloog. La boîte et le photophore sont stérilisables.

Position curieuse de l'appendice vermiculaire.

MM. J. Delmas et Laux. — Les auteurs présentent un appendice rétrocæcocolique qui, pendant tout son trajet serait placé sous le péritoine viscéral d'un cæcum libre. Directement en contact de la tunique musculaire cæcale, il est lui-même dépouillé de son péritoine et baigne dans une atmosphère celluleuse sous-séreuse.

Propriétés chimiques du blanc d'œuf de perruche.

M. J. DE REY-PAILHADE. — L'auteur établit que les blancs des œufs des divers oiseaux ne contiennent pas les mêmes quantités de philothion. Ils se classent comme suit par ordre décroissant : poule, dinde, perruche, cane et oie.

Endocardite maligne à évolution lente due au streptocoque hémolytique.

MM. RIMBAUD, BOULER et FAYOT. — Greffée sur des lésions rhumatismales, cette endocardite maligne évolua sans déterminer d'élévation thermique ni d'embolie chez un homme de 30 ans et se manifesta seulement par une asystolie progressive qui résista à tous les toni-cardiaques ; le principal signe révélateur en fut l'apparition d'un syndrome hémorragique deux jours avant la mort.

Les auteurs pensent que l'irréductibilité d'une asystolie doit faire soupçonner l'existence d'une endocardite évolutive, surtout chez un sujet jeune, et doit engager à pratiquer une hémoculture, même en l'absence de fièvre et de manifestations emboliques.

Les Livres

Norbert MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr H. BOUYER et Dr M. MARTIN-SISTERON. — **L'hygiène mentale et nerveuse individuelle**. (1 vol. in-8°, 352 pages. *Préface du professeur* Henri CLAUDE, *de la Faculté de médecine de Paris*.

Cet ouvrage est écrit non seulement pour les médecins, mais encore pour le public non spécialisé dans les questions psychiatriques et neurologiques.Les parents intelligents, les éducateurs, les directeurs de conscience, tous ceux qui ont charge d'âme — ne serait-ce que de la leur — doivent savoir comment on fait de la bonne hygiène mentale et nerveuse, comment, par ignorance, avec les meilleures intentions du monde, on oriente un sujet, ou l'on s'oriente soi-même vers la douleur morale sinon vers la folie. Harmonie des tendances, discernement des causes extérieures ou intérieures de troubles afin de les éviter, des secours, des préservatifs, des auxiliaires efficaces dans la saine évolution de l'esprit, afin d'y recourir à bon escient, adaptation de l'individu, quel qu'il soit, à la vie normale, n'est-ce point là, somme toute, le plus important des problèmes puisque c'est celui du bonheur ?

Les auteurs le posent, comme il devrait se poser grâce aux données les plus récentes de la psychologie pathologique et de la neurologie. Cette simple mise au point, en même temps qu'elle révèle des erreurs et des préjugés néfastes, dégage déjà de fécondes notions.

Dans une première partie de l'ouvrage sont examinés les facteurs généraux des troubles mentaux et nerveux avec les moyens de s'en défendre. La seconde partie étudie l'individu dans les différentes phases critiques de son évolution vitale ; chacune de ces étapes implique des dangers et des soins spéciaux, bien importants à connaître. La troisième partie décrit les anomalies psychiques les plus fréquentes, comment on les évite, ou les combat. Enfin, dans une dernière partie, sont résumées les formes efficaces d'assistance aux véritables malades du système nerveux ou de l'esprit. On y verra les grosses imperfections et lacunes du régime actuel. Mais, en France comme partout ailleurs, se développe un mouvement d'hygiène mentale, qui permet une conclusion optimiste.

Gaston DOIN ET CIE, éditeurs.
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

Ch. LAUBRY, *médecin de l'hôpital Broussais* et C. PEZZI, *professeur agrégé à l'Université de Milan*. — **Les rythmes de galop.** (1 vol. in-8° de 220 pages avec 41 figures dans le texte.)

Excellent indice d'un fléchissement myocardique, le bruit de galop possède, en séméiologie cardiaque objective, une prééminence incontestable. Il naît de l'interposition entre les deux bruits normaux du cœur d'un troisième ton, qui n'est jamais la conséquence d'un dédoublement ou d'un redoublement des bruits normaux. Suivant la place occupée par le bruit surajouté dans la révolution cardiaque, le rythme de galop prend une signification variable, de même qu'il relève d'un mécanisme différent.

Le plu ssouvent, le ton supplémentaire coïncide avec la systole de l'oreillette ; il apparaît au cours du grand silence : le galop est diastolique. Les auteurs étudient d'abord sa variété habituelle, présystolique, dont ils analysent minutieusement les caractères cliniques et graphiques, ainsi que les conditions d'apparition. Ils montrent ensuite comment un galop présystolique peut se muer en galop protodiastolique sous l'influence de différents facteurs, qui tendent à rapprocher la systole auriculaire du début de la diastole : tachycardie, troubles de conductibilité auriculo-ventriculaire, plus rarement prolongation de la systole ventriculaire.

En regard de cette dernière variété, galop protodiastolique auriculo-ventriculaire, les auteurs isolent le type protodiastolique ventriculaire, aisément objectivé par les tracés mécaniques : dans la forme précédente, le ressaut proto-diastolique et l'onde auriculaire, fusionnés à la faveur d'un allongement marqué de l'espace As-Vs réalisent un soulèvement unique d'amplitude souvent considérable ; ici, l'onde

auriculaire présente une situation et une amplitude normales, qui s'opposent à l'accentuation du ressaut diastolique.

L'exposé clinique et diagnostique des différents rythmes de galop, conçu dans un esprit à la fois critique et original, laisse entrevoir la conception pathogénique de LAUBRY et PEZZI. Le galop auriculo-ventriculaire (présystolique et protodiastolique) relève de deux facteurs associés : activité auriculaire énergique, distension avec hypotonie des parois ventriculaires. Le galop protodiastolique ventriculaire n'est autre que l'expression anormalement perceptible du troisième bruit du cœur dans la genèse duquel dominent la distension et l'hypotonie myocardique.

La conclusion étayée sur des bases solides, est le rapport constant du galop avec les insuffisances ventriculaires. Hypertension, aortites, lésions valvulaires, myocardites aiguës ou chroniques, myocardies se partagent la responsabilité de l'insuffisance ventriculaire gauche. Lésions congénitales du cœur droit, scléroses de l'artère pulmonaire, compressions médiastinales, anévrysmes artério-veineux, viscéralgies abdominales, jouent un rôle identique à l'égard du ventricule droit. Au regard de ces faits si nets, les rythmes de galop ventriculaires apparaissent comme des intermédiaires entre un état morbide et un état physiologique. Par les conditions d'hypotonicité ventriculaire, dont ils témoignent, ils méritent cependant de retenir l'attention ; c'est moins une différence de nature qu'une question de degré, qui les sépare de leurs congénères auriculo-ventriculaires.

Dans un dernier chapitre se trouvent groupées les indications thérapeutiques, variables dans leur choix, leur conduite, leur mode d'administration, qui sont celles de l'insuffisance cardiaque, puisque à l'équation de Potain : galop = néphrite interstitielle, s'est substituée la notion des rapports étroits qui unissent les rythmes de galop et les insuffisances ventriculaires.

Edité par *Le Lait*, 2, quai Chauveau, Lyon.

Ch. PORCHER, *professeur à l'école vétérinaire de Lyon.* — **Le lait desséché.** (2e édition complètement remaniée. 1 vol. petit in-4o de XX-298 pages, 9 fig. dans le texte et 8 planches hors texte.

Il s'agit d'une refonte totale du premier ouvrage, ce qui en fait une œuvre entièrement nouvelle. Les différents procédés de fabrication de la poudre de lait, les indications de plus en plus nombreuses que comporte son utilisation, exigeaient, en effet, qu'il fût dressé un bilan de ces acquisitions nouvelles.

Cet ouvrage comporte deux parties bien distinctes. L'une envisage le lait desséché du point de vue industriel, l'autre du point de vue laboratoire, bio-chimique et applications médicales. Mais ces deux parties ne sont qu'en apparence distinctes ; elles s'enchaînent méthodiquement en une série de chapitres variés, qui se fondent dans la rigoureuse unité de plan de l'ouvrage. Le laboratoire met au point les conditions de fabrication industrielle ; celle-ci, à son tour, se subordonne aux exigences des applications de la poudre de lait et particulièrement de son emploi en diététique infantile.

Norbert MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

Pr L. RIEUX et Ch. ZOELLER (du Val-de-Grâce). — **Traitement des maladies infectieuses en clientèle.** (1 vol. de 248 pages, 24 figures. In *Collection « Comment guérir ? »*

Ce livre a trait sous une forme simple et pratique au traitement des maladies infectieuses. Il n'est pas encombré de formules multiples entre lesquelles le praticien pourrait hésiter ; il donne dans chaque cas particulier la technique la plus sûre, celle dont l'efficacité s'est trouvée le plus souvent confirmée au cours d'une longue expérience.

Dans une première partie, les auteurs envisagent la thérapeutique des maladies infectieuses en général. Ils exposent les éléments de la médication pathogénique : sérothérapie, vaccinothérapie, colloïdo et protéinothérapie, chimiothérapie ; puis les ressources de la médication symptomatique : actithermique, cardio-vasculaire, etc. Dans un dernier chapitre ils rappellent les principes du régime hygiéno-diététique au cours des maladies infectieuses.

La seconde partie est consacrée aux maladies infectieuses, étudiées successivement. Ce sont d'abord les fièvres éruptives, puis les fièvres typhoïdes, paratyphoïdes, la fièvre de Malte et le typhus exanthématique ; les autres infections à détermination intestinale sont ensuite étudiées : les diarrhées, la dysenterie, le choléra. Les chapitres suivants exposent le traitement de la grippe, des angines diphtériques ou non diphtériques, des rhumatismes, des infections prédominant sur le système nerveux (méningite cérébro-spinale, encéphalite épidémique, poliomyélite). Un dernier chapitre groupe des maladies infectieuses diverses : coqueluche, oreillons, rage, tétanos, érysipèle, charbon, morve.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA MÉDECINE EN 1935

Dr René BIOT.

(*Travail primé de notre concours de* 1926.)

Le *Concours médical* nous convie à donner sur l'état actuel de notre profession un avis personnel : docile à la consigne, nous n'apporterons donc dans ces pages que des opinions basées sur notre expérience et mûries par nos réflexions, négligeant à dessein de vérifier si ce que nous disons a déjà été exprimé ailleurs. Fermons donc le fichier où s'accumulent depuis plusieurs années des références puisées ici et là, au cours de lectures orientées volontiers sur les questions d'organisation de la profession médicale.

La première notion qui doit être mise en lumière, selon nous, c'est que la situation des médecins, et l'état de leur profession, varient tellement d'un cas à l'autre, qu'on exprimerait une erreur si l'on ne commençait par faire des catégories. Parler du médecin de campagne ou de petite ville dans les mêmes termes que l'on ferait du praticien des quartiers populeux des villes industrielles, ou du consultant de ville universitaire, est un non sens qui aboutit à des jugements injustes. Nous connaissons des types de chacune de ces catégories : leur situation est matériellement différente, elle l'est moralement aussi et l'opinion que, à travers leur exemple, on se ferait de la profession médicale en France subit les mêmes fluctuations.

Examinons donc successivement quelle est leur vie actuelle et comment retentira sur elle l'application des nouvelles lois organisant la médecine sociale.

Les médecins de campagne — honneur à la terre nourricière ! — ont une vie très dure matériellement, plus dure qu'on ne se le figure d'habitude. Le confrère de ville qui, tel le rat de La Fontaine, est reçu un dimanche par son ami des champs, savoure son beurre, ses œufs, déguste son vin, se délecte de ses volailles, voire du lièvre tué à la lisière du taillis voisin, se laisse peut-être aller à croire que la vie de son hôte aimable n'est qu'un enchantement, capable de combler les rêves des poètes.

La réalité est moins idyllique. Certes avec la commodité de ses carrosseries fermées, l'auto a considérablement amélioré les conditions de vie du médecin de campagne ; les courses lointaines, la nuit, par le froid ou la pluie sont moins que jadis de rudes épreuves physiques et morales : elles restent cependant fatigantes et il subsiste que l'existence du médecin de campagne est tissée de déplacements constants.

En outre le praticien de campagne paye de sa personne plus que tout autre médecin. Dans un milieu social généralement moins évolué, plus attaché à de vieilles routines, il lui faut tout faire par lui-même, voire mettre lui-même sur le feu la coquelle d'eau à bouillir, s'il veut être sûr de ne pas infecter la parturiente pour laquelle on l'appelle, ou bien encore improviser avec des moyens de fortune un appareil provisoire qui permettra de transporter un blessé aux membres fracturés... Devant un diagnostic difficile, il est seul : la poste et les organisations modernes des laboratoires d'examen biologique n'ont pas supprimé pourtant pour lui la nécessité de tout savoir et de « se débrouiller » toujours.

Certes cette forme d'exercice de la profession nourrit son homme (et je ne parle pas des cas où le médecin est propharmacien, car le rendement est alors considérable, mais c'est la pharmacie qui est le vrai gagne-pain). Il peut trouver en outre quelques commodités à sa vie de paysan, du fait qu'il a le plaisir de récolter lui-même quelques-uns des produits qu'il consomme. Mais d'autre part, quand il a besoin d'acheter sur place légumes ou denrées, il les lui faut payer le grand prix. Son auto lui coûte cher.

Aussi quand il philosophe sur son propre sort, le médecin de campagne ne se trouve pas le plus heureux des hommes, souvent il souffre de son isolement intellectuel que ne comblent pas assez les revues et les livres. Quand il médite, non plus sur lui, mais sur son art, il ne peut pas ne pas être frappé de la place que joue dans son pays le « personnage » qu'il est. L'armature sociale est faite surtout du prêtre, du maître d'école, du notaire et du médecin : la santé, les biens, le savoir, la religion sont les bases sur quoi repose tout notre édifice humain. Le mé-

decin de campagne sent cela, plus ou moins clairement, mais il le sent, et quand on l'entend parler de sa profession, on constate combien il se fait une haute idée de son importance.

Il a tendance à se méfier des théories écloses dans les laboratoires ; pour lui, la médecine est surtout faite de l'accumulation patiente d'observations ; et, même dans les pratiques empiriques contre lesquelles il a le devoir de s'insurger, il reconnaît souvent la marque de l'amour de la tradition. Les êtres qu'il soigne n'aiment pas, en général, les vaines subtilités : aussi se fait-il de la pathologie générale des idées simples, à base de bon sens. S'il y est naturellement porté, il peut arriver à une profonde originalité de pensée, mais ce n'est pas sans peine, car, plus que tout autre, l'enlisement le guette.

Que lui fera la transformation qui se prépare de notre société ? que lui fera la mise en fonctionnement des assurances sociales ? pas grand'chose, croyons-nous. Il aura quelques clients payants de moins ; nous ne pensons pas qu'il risque de n'avoir plus *que* des assurés ni que ceux-ci se montrent exigeants et désagréables, envahissants à l'excès. Les gens de la campagne se connaissent trop pour cela les uns les autres, nos innovations de citadins ne retentissent que très tardivement sur eux, et longtemps encore, pour le plus grand bien du pays, l'exercice de la profession médicale restera empreint à la campagne d'une sorte de cordialité due au bon voisinage.

Il n'en est pas de même dans les villes.

Là, déjà, la différence est très marquée entre diverses catégories de médecins : d'une part les médecins de quartiers populeux, d'autre part les grands consultants, entre les deux la classe moyenne du praticien pour bourgeois.

Les premiers ont fait souvent des études aussi rapides que possible (il est de très honorables exceptions et nous connaissons des anciens internes des hôpitaux qui ont préféré cette forme d'exercice de la profession) et se sont installés avec le désir, parfaitement légitime d'ailleurs, de gagner immédiatement leur vie. Ils la gagnent généralement assez vite, et largement, parfois très largement.

Omnipraticiens, ils font aussi volontiers de la médecine interne que de la petite chirurgie ou des accouchements. Une très grosse part de leur occupation provient des accidents du travail. Grâce au mode d'organisation sociale en matière d'accidents, ils peuvent à peu près compter sur un roulement important, où les soins sont la plupart du temps assez simples, n'exigent pas un effort particulier de l'esprit d'investigation. Très occupés, ils sont obligés d'aller vite, leurs examens de malades ne s'embarrassent pas de ce qu'ils traiteraient volontiers de complications superflues, leur médication est d'ordinaire symptomatique. A un malade qui se plaint de souffrir de l'estomac et à l'examen duquel on ne peut consacrer que dix minutes au maximum, que conseiller autre que l'usage de bicarbonate de soude, quitte à modifier la prescription, lors d'une autre « consultation » (est-ce bien le mot qui convient, dans de telles conditions ?). On bien encore ils se bornent à faire une sorte de triage et à diriger leurs clients vers les spécialistes.

Ce médecin, qui est légion actuellement, tend à considérer sa profession comme n'importe quel autre métier : certains vendent des épices, lui il vend des ordonnances. Il s'applique à assurer le maximum de rendement à son entreprise. Il se tient au courant des nouveautés médicales, parce que sa situation dépend pour une part de son savoir, mais sa curiosité scientifique est généralement peu en éveil. Un parti pris d'utilitarisme très souvent imposé par les circonstances présentes, fait dire, devant les sollicitations de la recherche désintéressée: à quoi cela peut-il servir?

Que la qualité des soins donnés souffre de cette manière de concevoir la médecine, cela tombe sous le sens ; qu'un malade, vu comme « en série », soit moins bien soigné que celui dont on aura minutieusement fouillé le passé et exploré le présent, cela est évident, et ce n'est pas en multipliant des visites, trop brèves pour être efficaces, que sera comblée l'ignorance initiale des cas cliniques en question.

Ce sera bien pire encore le jour où fonctionneront les assurances sociales. Non pas, il faut bien s'en convaincre, que le nombre des assurés doive être considérable, et vienne grossir beaucoup les rangs de ceux qui auront recours à l'ensemble des médecins. Mais il accroîtra la troupe de ceux qui s'adressent aux médecins dont nous parlons présentement.

Ce nouvel afflux ne peut qu'augmenter les défauts que nous signalons et dont, nous le savons se plaignent souvent les malades eux-mêmes. Qu'on écoute par exemple ce que disent les membres des sociétés de secours mutuels ou les bénéficiaires d'assistance de tout genre ? On perçoit surtout des doléances. Au fond ces braves gens voudraient, à la fois, être très bien soignés et payer aussi peu que possible. Qu'ils aient le désir de payer peu, cela se comprend, mais ils finissent par dépenser plus, par accumulation de petits frais. Certaines notes de médecins ne tendent-elles pas à ressembler à des mémoires de plombiers ou de plâtriers : tant pour la visite, tant pour l'examen d'urine, tant pour application du traitement. Nécessité fait loi, dit-on, et il faut bien que, en ce siècle brutal, le médecin arrive à vivre : certes oui, mais ne sont-ce pas les malades qui subissent le fâcheux contre-coup de procédés qui tendraient à faire

croire qu'on peut impunément se passer d'un examen complet d'un malade avant de prescrire un traitement, ou que le traitement ne fait pas partie intégrante du service que nous avons à rendre ?

Le travail en série dans l'industrie a abouti à créer des catégories de travailleurs qui ne sont plus rattachés au métier par aucun lien d'intérêt intellectuel ou d'affection. Pour un travail journalier et monotone sans vie ni attrait, ils reçoivent un salaire. Que leur importe la marche de l'affaire à laquelle ils apportent cependant le concours de leurs forces ? il n'y a plus aucune relation entre leur métier et leur vie. On les appelle les prolétaires, leur nombre va grandissant à mesure que s'étend l'industrialisme moderne. On voit de même se constituer de plus en plus un groupe de « soigneurs », véritables prolétaires de la médecine, dont la tâche matérielle absorbe toute l'activité.

Par un paradoxe étrange, à l'heure actuelle, les prolétaires gagnent souvent plus facilement leur vie que les ingénieurs. On voit de même tel médecin d'accidents du travail avoir un chiffre annuel d'honoraires beaucoup plus brillant qu'un candidat distingué aux concours hospitaliers. Il y a là, au fond, un mépris de « l'esprit » par lequel se caractérisent les civilisations sur le point de sombrer.

A l'autre extrémité de l'échelle sociale médicale, nous trouvons les grands consultants, les spécialistes en renom, les chirurgiens célèbres.

La plupart n'ont pu parvenir à ces situations enviées que grâce à la rencontre de dons personnels d'intelligence, de ténacité au travail et généralement aussi d'une fortune qui a permis de prendre comme associé principal le temps et comme collaborateurs constants les relations et influences mondaines.

Vie matérielle large, souvent opulente, mais fatigue intellectuelle considérable : il faut travailler sans cesse pour s'assimiler les découvertes d'autrui, pour publier soi-même quelques études originales ; il faut faire un véritable effort pour tirer au clair les cas cliniques souvent difficiles qui sont soumis à l'examen ; il faut s'appliquer pour rédiger efficacement les observations sans lesquelles aucun progrès scientifique n'est possible ; il faut se plier aux exigences d'une volumineuse correspondance avec les confrères qui soumettent leurs clients au maître... Labeur incessant, vie de galérien pour certains...

Plusieurs de ces consultants tiennent très haut le flambeau de la science médicale ; beaucoup d'entre eux ont abstrait toute la philosophie qui est incluse nécessairement en notre art et méritent pleinement le beau titre de maîtres. Ils ont du rôle du médecin la plus haute idée et en voient clairement l'immense portée sociale.

Les organisations sociales de demain ne changeront rien à leur situation. Plus s'accroîtra l'esclavage des uns et plus sera brillant, par contraste, le règne des grands.

Entre ces deux groupes, dont à dessein je schématise les traits caractéristiques, il y a la troupe immense des médecins pour bourgeois, petits ou moyens, des spécialistes qui n'arrivent pas à conquérir les sommets, des candidats ou des rescapés des concours hospitaliers ou universitaires.

Leur situation matérielle est souvent la misère dorée que chantait le poète latin, mais dont l'époque présente fait plus cruellement sentir l'âpreté et estompe les charmes. Pour satisfaire aux goûts de leur clientèle, par habitude aussi, ils s'entourent d'un certain train de vie qui grève lourdement leur budget, ils peinent obscurément, beaucoup font des prodiges pour ne pas laisser deviner leur détresse.

On trouve souvent chez eux les plus nobles qualités de cœur et les plus rares délicatesses de l'esprit, ils ont une conception très élevée de ce que devrait être la médecine. Un très grand nombre travaille avec acharnement tel ou tel point de la science : c'est souvent de leur labeur que sont faites les publications les plus célèbres de leurs maîtres.

Que leur fera l'application de la loi sur les assurances sociales ? à notre avis, pas grand'chose. Certes ils ont parmi leurs clients (clients honorifiques mais non rétribuants) beaucoup de petits bourgeois dont le budget annuel est très inférieur au minimum qui servira de chiffre de base pour les bénéficiaires de la loi sur les assurances sociales. Mais ces éternels sacrifiés ne sont pas compris parmi ceux dont la loi entend faire ses obligés et les petits rentiers continueront à ne pouvoir payer que fort mal le médecin pour lequel ils ont cependant tant d'estime. Les assurés ne grossiront guère la clientèle des médecins de situation moyenne, ou, s'ils la grossissent, ce ne sera pas en tant qu'assurés, mais bien comme particuliers désireux d'avoir un examen plus complet et plus attentif que ne peut être celui du soigneur industrialisé.

Si de cette promenade nous voulions dégager une impression d'ensemble, nous mettrions au premier plan la tristesse qu'il y a à voir certains traits du caractère traditionnel du médecin sombrer dans la lutte quotidienne pour le pain. Le désintéressement, le dévouement à une cause qui nous dépasse tous, et qui est le progrès de la science humaine et le soulagement des malades, ne sont guère possibles dans une société qu'écrasent les nécessités matérielles immédiates. Et cependant ce n'est pas impunément que les médecins cesseraient d'être des apôtres

de science et de charité. Très vite ils perdraient la considération dont le public les entoure encore en général et qui est un des éléments indispensables à l'exercice de leur art. Si le public cessait d'avoir confiance dans la valeur morale du médecin par le seul fait qu'il est médecin, ce serait un grand trouble apporté à nos rapports sociaux et ce serait — on ne le remarque peut-être pas assez — la ruine matérielle de chacun de nous.

Dans des temps de fraude et de falsification, l'État peut essayer de parer à ce danger social en exigeant des étiquettes d'origine. Comment estampiller la moralité professionnelle, qui fait la base de notre art ? Le jour où n'importe lequel de nos conseils serait suspecté par nos clients d'être dicté par quelque intérêt louche, ne cesserions-nous pas de pouvoir gagner notre vie ? Nous n'avons pas de tâche plus pressante que de sauvegarder ou, si besoin, de rétablir les qualités sur lesquelles reposait la confiance du public.

Prenons-y garde aussi : à mesure que l'exercice de la profession se modèle sur l'industrie, dans l'ambiance de laquelle baigne le monde moderne, elle perd un de ses caractères spécifiques. Qui dit industrie dit série. La médecine, au contraire, s'applique à des hommes et ne saurait les considérer comme des machines ou comme de simples individus : la médecine n'est efficace que si elle est intégralement « humaine » c'est-à-dire si elle fait au psychologique et au moral la place qui leur revient dans les phénomènes organiques. Elle doit en outre être strictement individualisée à tel malade en particulier : soigner Pierre comme on ferait Paul conduit à des catastrophes, même s'ils sont tous deux frappés de pneumonie.

Que reste-t-il de ces deux caractères, — humaine et individuelle — dans la médecine en série, hâtive et mécanisée que nous préparerait une extension de certaines façons fâcheuses de concevoir et de réaliser notre profession ?... Pauvres malades, si demain se généralisait cette manière de faire ! et, bien vite après, pauvres médecins dont les soins apparaîtraient comme inutiles, et dont on apprendrait à se passer de plus en plus !

QUEL EST LE MEILLEUR MODE DE NOMINATION DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS D'HOPITAUX ?

Une circulaire du Ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, en date du 31 mars 1926, publie, en le commentant, le modèle de règlement des hospices et hôpitaux, arrêté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, dans sa séance du 30 juin 1921.

En ce qui concerne le service médical et hospitalier, le règlement modèle et les commentaires du Ministre sont ainsi conçus :

Article 11 :

« Les médecins et chirurgiens sont nommés par la commission administrative.

« La limite d'âge est fixée à 65 ans pour les médecins et les chirurgiens. La Commission, à raison de leurs services pourra leur conférer l'honorariat ».

En note : « La commission administrative peut instituer et il est désirable qu'elle institue un concours préalable à la nomination des médecins et chirurgiens, titulaires ou adjoints, et à la nomination des pharmaciens ».

Voici les commentaires de la circulaire ministérielle :

Article 11. — La disposition d'après laquelle les médecins et chirurgiens ne peuvent être révoqués qu'après l'approbation du préfet ne figure pas dans le nouveau règlement comme faisant double emploi avec l'article 6 ci-dessus et avec l'article 14 de la loi du 7 août 1851.

Je vous rappelle que ces praticiens ne doivent être révoqués que pour des motifs professionnels et que, par circulaire du 3 décembre 1907, je vous ai recommandé, avant d'approuver une révocation, de me communiquer le dossier de l'affaire, avec les explications fournies par l'intéressé.

Vous remarquerez que la limite d'âge est fixée en principe à 65 ans. Cette limite est un maximum. Le Conseil supérieur a entendu par là que les Commissions seraient libres de fixer une limite moindre.

Le règlement rappelle combien il est désirable que les médecins et les chirurgiens soient nommés à la suite d'un concours. Il a étendu cette prescription, indispensable dans les grands établissements, à la nomination des pharmaciens.

Le concours constitue un procédé de sélection fondé exclusivement sur l'appréciation des mérites respectifs des candidats. L'ordre de classement constitue, en faveur des concurrents, un véritable droit, à moins que la commission n'ait pas spécifié, sur les affiches annonçant le concours, que le classement du jury n'aurait que la valeur d'une simple présentation.

La circulaire du 9 août 1924, a exposé les conditions dans lesquelles les Doyens des Facultés de médecine sont autorisés à s'entendre avec les Commissions administratives pour l'organisation des concours institués en vue du recrutement du personnel médical hospitalier. Pour la commodité des concurrents, la date du concours ne doit pas coïncider avec la date du concours d'agrégation de

médecine et de chirurgie (circulaire du 15 mars 1923).

En principe, et réserve faite des dispositions de l'article 28 relatives aux malades payants, le médecin d'un établissement hospitalier ne doit trouver la rémunération de ses soins que dans l'indemnité fixée par le traité qui le lie à l'administration de l'établissement. Certains établissements n'ont pas hésité à se priver des services de praticiens qui ne s'étaient pas conformés à cette règle.

Un certain nombre de commissions administratives admettent pour assurer le service médical de l'établissement qui leur est confié, tous les médecins de la localité. La nécessité s'ensuit, par suite de la disproportion entre le nombre des médecins et l'importance de l'établissement, d'organiser le service par roulement, afin que chaque médecin puisse à son tour donner ses soins aux malades. Ce système ne saurait être approuvé. Il est contraire à la fois au principe même de l'autorité et de la responsabilité de la Commission administrative, en ce qu'il règle, d'une façon générale, en dehors de toute intervention de la Commission, l'attribution des emplois du service médical de l'hôpital et de l'hospice — à l'intérêt des malades, en ce qu'il remet pour l'avenir au hasard, et non à l'appréciation de la valeur professionnelle, la désignation des médecins des indigents, — et au bon fonctionnement des services hospitaliers, qui exige de la part des médecins la possibilité de collaborer avec une continuité de vues suffisantes, tant à l'aménagement général des services qu'à la formation du personnel infirmier et à l'adoption des meilleures solutions pour les diverses questions d'ordre intérieur qui peuvent intéresser indirectement le service médical.

Le système du roulement se rencontre également, avec les mêmes inconvénients, dans des établissements où le service médical hospitalier, sans réunir tout le corps médical de la localité, comprend cependant un nombre de médecins trop élevé pour les besoins de l'établissement. Cette organisation est défectueuse à deux points de vue, notamment d'une part, parce que le traitement du malade est confié à chaque changement de titulaire, à un médecin autre que celui qui l'a institué et qui a suivi la marche de l'affection, d'autre part, parce que tous les médecins n'ont pas une égale pratique de la médecine et de la chirurgie.

J'estime qu'il y aurait lieu d'attirer l'attention des commissions administratives sur les inconvénients du roulement. Il serait utile de leur rappeler qu'en cas d'impossibilité d'instituer un concours pour le recrutement du personnel médical, c'est leur droit et leur devoir de faire un choix, et de n'attacher aux hôpitaux que les médecins et les chirurgiens les plus qualifiés, et seulement en nombre suffisant pour les besoins du service.

Commentaires

Trois intérêts se trouvent en présence : celui de la commission administrative de l'hôpital ; celui du corps médical local ; celui des malades.

A juste titre, la commission administrative, entend que le service médical de l'établissement soit assuré le mieux possible.

Dans l'intérêt supérieur des malades, il convient que les médecins et chirurgiens attachés à l'établissement, soient des hommes capables, ayant une grande pratique professonnelle et de l'expérience.

Il faut également que la discipline intérieure soit observée, c'est-à-dire que les docteurs puissent accomplir consciencieusement la tâche qui leur est dévolue.

Aussi, lorsque le nombre des médecins exerçant dans la ville est tel qu'il est impossible de les prendre tous, simultanément, ou à tour de rôle, en fonctions à l'hôpital, convient-il de faire une sélection par voie de concours.

En effet, il est nécessaire, au point de vue discipline, que les médecins et chirurgiens de l'hôpital ne soient pas en trop grand nombre, tant à cause des heures régulières des visites des malades que pour l'usage de la salle d'opérations, etc.

Le concours sera donc, aux yeux de la commission administrative, un bon mode de sélection *parmi les médecins, pour que,* parmi ces derniers, ce soient les plus qualifiés, au point de vue scientifique, qui soient chargés des services hospitaliers.

Du côté médical, les praticiens entendent continuer la tradition, en honneur dans leur profession : celle de donner gratuitement, ou presque, leur science et leur dévouement, pour soulager les souffrances des malades pauvres et indigents.

Aussi acceptent-ils de faire le service hospitalier, même si la nécessité d'affronter un concours les oblige à travailler, alors qu'ils ont, depuis quelques années, leur diplôme de docteur en médecine.

Dans les grandes villes, sièges de Faculté, le titre de médecin ou de chirurgien des hôpitaux acquiert une très grande valeur, tant aux yeux des médecins eux-mêmes qu'à ceux de la clientèle.

Dans les moyennes et petites villes, le titre hospitalier n'a aucune valeur ou n'en a qu'une minime, aux yeux du public : d'ailleurs, le concours n'est institué que dans les grands centres.

Mais, si ce titre n'a pas grande importance pratique, dans les localités secondaires, les fonctions hospitalières n'en sont pas moins recherchées par les médecins, à cause du vaste champ d'expérimentation et de diagnostic clinique, que l'hôpital offre au corps médical.

Celui qui aime sa profession est heureux de pouvoir travailler, même gratuitement, à l'hôpital, pour continuer à se perfectionner dans l'art de guérir.

Quel est le lien juridique entre la commission administrative d'un hôpital et les médecins ?

Ce n'est pas un véritable contrat de louage de travail, ou de services, qui unit l'hôpital aux médecins de l'établissement.

Dans un contrat de travail, l'employé doit être placé sous la dépendance directe de l'employeur et travailler sous sa direction effective.

Or, le médecin tient de son diplôme la faculté d'exercer son art, en toute indépendance. La commission administrative de l'hôpital n'a nullement le droit, ni la possibilité de dicter à un médecin les modalités de traitement.

Tout au plus doit-elle se borner à exercer sa surveillance, pour vérifier si le service est correctement fait aux heures prescrites, si les malades ne sont pas abandonnés sans soins, etc.

C'est une question de discipline intérieure et nullement un droit de regard ou de dépendance sur le travail professionnel.

Ce n'est pas non plus un contrat d'entreprise, car le médecin, entrepreneur de soins, n'a pas cependant la liberté d'agir à sa guise.

Il faut en conclure que, contrairement aux contrats de travail manuel, l'accord qui unit un intellectuel à un employeur quelconque, fait naître un contrat innommé, qui, jusqu'à présent, découle en partie des termes de l'article 1142 du code civil.

Mais si, en doctrine juridique, il est bien difficile de cataloguer la nature du contrat qui lie la commission administrative d'un hôpital avec le corps médical de l'établissement, il faut, en pratique, considérer que, d'une part, la commission administrative propose un travail médical à exécuter, à certaines conditions, alors que d'autre part, les médecins sont en droit de discuter ce contrat de travail.

Aucune loi ne force les docteurs à assurer le service médical de l'hôpital, ni de tout autre service public ou privé. Les praticiens restent libres d'accepter ou de refuser ce qui leur est proposé.

Avouons que, bien que nous soyons en République depuis 1871, nous n'en avons pas moins conservé les conceptions autocratiques napoléoniennes en fait d'administration publique.

Le principe d'autorité est constamment invoqué par des administrateurs, qui s'imaginent que notre société n'a pas évolué.

Dans sa circulaire, le ministre lui-même invoque le respect de ce fameux principe d'autorité.

Oui, la loi du 7 août 1851 (loi d'empire) laisse aux commissions administratives le droit d'agir à leur guise, pour la nomination de leurs médecins ; mais ces derniers, n'étant obligés, par aucun texte législatif, d'assurer les fonctions hospitalières, sont également en droit d'accepter, ou de refuser ce qui leur est offert.

Le corps médical se trouve souvent en présence d'un contrat unilatéral, qu'il lui faut accepter, ou refuser en bloc.

La commission arrête son règlement de santé, le fait approuver par l'autorité préfectorale. Aux médecins candidats de se soumettre entièrement à ce cahier des charges ou à refuser les fonctions qui leur sont proposées.

Or, les mœurs actuelles font considérer comme désuètes ces façons d'agir, et le temps est proche où le corps médical entendra être consulté, pour l'établissement de ces règlements hospitaliers.

Déjà, en 1920 et 1921, au Conseil supérieur de l'assistance publique, au moment de la discussion du règlement modèle actuel, ai-je fait entendre ce son de cloche, en réclamant pour mes confrères le droit d'être considérés, non comme des employés supérieurs de l'administration hospitalière, mais bien comme des collaborateurs, des égaux.

D'ailleurs, depuis de nombreuses années, les médecins d'hôpitaux se plaignent que, nommés pour soigner gratuitement des pauvres, ils sont obligés d'opérer et de guérir des malades payants qui pourraient parfaitement bien honorer leurs docteurs.

Puis intervient la fameuse querelle du « tout compris » pour les accidents du travail.

Dans certains centres, les docteurs ont menacé de démissionner en masse, si satisfaction ne leur était pas donnée.

Ailleurs on parle de faire des procès aux hôpitaux, qui, en recevant des malades payants, font une concurrence déloyale aux maisons de santé privées de la localité.

Le temps de l'autocratie et du principe d'autorité touche à sa fin.

Certains hôpitaux ont cru bon de réserver aux médecins de l'établissement le droit absolu de soigner les malades payants contre honoraires.

Alors protestent les autres docteurs de la ville qui, n'ayant pas de service à l'hôpital, se voient frustrés d'une clientèle drainée au seul profit de quelques-uns d'entre eux.

Les monopoles de fait sont vivement combattus dans les syndicats médicaux.

Le concours donne-t-il une garantie ?

Je ne rappellerai pas la jurisprudence du Conseil d'Etat que j'ai rapportée dans plusieurs articles du *Concours médical.*

Le concours ne donne aux candidats un droit absolu que si, dans son règlement, ou dans les affiches, qui annoncent le concours, la commission administrative ne s'est pas réservé la possibilité de nommer qui bon lui semble, quels que soient le résultat du concours et le classement sur la liste de présentation dressée par le jury.

Le fameux principe d'autorité est observé par le Conseil d'Etat, pour ne pas trop bouleverser notre grande machine administrative

qui ne repose que sur la concentration à outrance, l'absence des responsabilités et l'autorité du gouvernement à divers degrès.

Si cette modalité de concours ne donne pas grandes garanties de nomination à des médecins, qui n'étant pas des juristes, ne peuvent pas commenter à la loupe les termes du règlement, ou ceux des affiches, en donne-t-elle au point de vue sélection scientifique ?

Concours sur épreuves : chances à courir entre candidats qui s'entraînent au bénéfice des plus jeunes, qui, venant de sortir depuis peu de de la Faculté, possèdent plus de théorie et de science livresque que de pratique.

Concours sur titres : cela ne prouve pas qu'un jeune, pourvu de nombreux titres, soit supérieur à un ancien, bon clinicien, mais n'ayant pas affronté des concours divers. C'est aussi la porte grande ouverte pour le favoritisme et la cote d'amour.

Néanmoins, le concours est ce qu'il y a de moins mauvais, lorsqu'il faut établir un choix entre plusieurs candidats.

Certes, le roulement a des défauts, lorsque le nombre des docteurs est tel, dans la localité, que chacun d'eux ne peut pas être titulaire d'un service, sinon à de longs intervalles.

Mais, il ne faut pas s'hynoptiser sur les termes d'une circulaire ministérielle : le ministre, M. Durafour, n'a pas été suffisamment conseillé par des hommes compétents. Les médecins qui étaient dans son entourage ne connaissaient pas assez ce qui se passe dans les milieux médicaux, ni les directives du droit professionnel médical.

Si elle avait été consultée, la collectivité médicale (Union, Fédération) n'aurait pas été de l'avis du ministre.

Pour ma part, je considère que les administrateurs avisés d'un hôpital ont tout intérêt à vivre en bonne intelligence avec le corps médical local.

Des résistances, des luttes peuvent s'établir, qui aboutiront à des procès.

Ainsi, en cas de démission collective des médecins d'un hôpital, ferait-on appel à l'autorité militaire, pour faire assurer le service médical de l'établissement par des médecins de l'armée, que je n'hésiterais pas à conseiller un procès devant le Conseil d'État. Les médecins militaires ont une fonction pour laquelle, nous, les contribuables, nous payons des impôts : celle de soigner des militaires et non pas les civils.

Ouvrirait-on un concours, auquel les médecins de la localité se refuseraient de prendre part, ce serait faire venir dans la ville de jeunes ambitieux, ayant le désir de profiter de cette lutte, pour se faire une situation. Au bout de quelque temps, la commission administrative regretterait son geste ; mais il serait trop tard. Elle aurait, pour longtemps, un service médical, composé de médecins étrangers à la localité, médecins qui ne sont pas connus du pays et peuvent donner des déboires.

Mieux vaudrait une bonne entente, entre commission administrative de l'hôpital et les médecins locaux, réunis ou non en syndicat local, ou en section d'un syndicat départementa ou régional

Commission administrative, comme docteurs, entendent que les pauvres hospitalisés soient soignés le mieux possible.

Les administrateurs sont chargés des questions financières et de discipline, alors que les praticiens s'occupent de la partie médicale, professionnelle.

Un bon contrat bilatéral donnera des résultats excellents, cependant que le maire, président-né de la commission administrative, se montrera, ce faisant, un administrateur avisé, sachant prévoir les temps nouveaux, tout en restant dans le cadre de la légalité.

La commission hospitalière, en somme, n'a qu'à demander au corps médical local de quelle manière celui-ci peut donner son concours, pour que le service médical soit assuré au mieux de tous les intérêts en présence : hôpital, malades, médecins.

Point n'est besoin d'obéir à la lettre à une circulaire émanant du ministre d'hier et que le ministre d'aujourd'hui peut parfaitement rapporter.

Pourquoi se buter à des conceptions antiques du principe d'autorité, alors qu'on risque, d'une part, d'entraîner l'hôpital à défendre dans un procès devant le Conseil d'Etat et que, d'autre part, l'opinion publique commente le conflit, ce qui peut nuire aux ambitions électorales de certains.

Pour terminer, je rappelle le modèle de contrat collectif de travail, que j'ai présenté en 1920 à la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance, ainsi qu'au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Contrat collectif

Entre les soussignés :

M. X. représentant la Commission administrative de l'hôpital de........ et agissant au nom de celle-ci, d'une part,

et M. le docteur Y., représentant le syndicat des médecins de .... et agissant au nom de celui-ci, d'autre part,

Il a été convenu ce que suit :

1° La commission administrative de l'hôpital de ... charge le syndicat des médecins de .... de faire assurer, à l'hôpital, le service de médecine, de petite et de moyenne chirurgie, par les médecins résidant dans la ville de...... et qui,

syndiqués ou non syndiqués, adhèreront, par écrit, au présent contrat.

Les malades et blessés, hospitalisés, devront être visités chaque jour, selon les prescriptions du règlement actuellement en vigueur.

Le syndicat médical assurera également le service de garde, ainsi que le remplacement, en cas d'absence du médecin de service.

2° Pour ce service, le syndicat médical recevra une indemnité annuelle de ...... francs, qui sera versée entre les mains du trésorier du syndicat, par l'économe de l'hôpital.

Le syndicat partagera cette somme entre les médecins ayants droit, sans que la Commission administrative de l'hôpital soit appelée à intervenir dans ce partage.

3° Cette somme de .... francs, ci-dessus mentionnée, ne s'applique qu'aux soins, qui doivent être donnés aux indigents, hospitalisés en vertu des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893.

Pour tous malades ou blessés payants qui seront admis uniquement dans les salles payantes, les médecins auront le droit de réclamer directement leurs honoraires à ces malades, ou à leurs représentants, étant bien entendu que le prix de journée réclamé par la commission administrative de l'hôpital ne comprend que les frais de nourriture, de couchage, etc., et nullement les frais médicaux et pharmaceutiques.

4° En cas de plainte formulée contre un médecin, à l'occasion de son service à l'hôpital, ou en cas de conflit, le litige sera porté au choix de la partie la plus diligente, soit devant le Conseil de famille du syndicat médical de ... juridiction confraternelle que tout médecin, syndiqué ou non, mais chargé d'un service à l'hôpital, s'engage à reconnaître et à accepter, soit devant une commission composée de trois délégués de la Commission administrative de l'hôpital et de trois médecins, désignés par le syndicat médical de .....

Cette dernière Commission sera présidée par le juge de paix de .... (ou par le président du tribunal civil de ....). Les parties devront se soumettre à cet arbitrage, par leur acquiescement aux clauses du présent contrat.

Le présent contrat prendra fin trois mois après sa dénonciation par une des parties contractantes.

Fait à...... en triple exemplaire, le .....

Lu et approuvé, Lu et approuvé,

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Conceptions sur le fonctionnement du Service de Santé en campagne d'après les enseignements de la dernière guerre,

Par le Médecin principal de 1re classe Uzac.

Conférence faite aux officiers de réserve du corps de santé de la 5e région le 1er décembre 1926

Si j'ai accepté avec empressement de faire aujourd'hui cette conférence devant vous, c'est d'abord que j'étais heureux de saisir l'occasion qui m'était offerte de prendre contact avec un certain nombre d'officiers de réserve du corps de santé, précisément les plus attachés à leur service, qui me font l'honneur d'assister à cette réunion. Un sentiment de devoir a aussi dicté ma décision : Il faut à la France une armée forte, ce n'est pas avec les seuls éléments de l'active qu'on peut la constituer ; à ne considérer que les médecins, nous étions 1.500 de l'active pour 19.000 médecins mobilisés ; il nous faut faire appel à tous les éléments de la nation, dont la dernière guerre a montré la puissance numérique et la valeur qualitative. Poursuivons donc une interpénétration systématique des personnels de l'active et des personnels des réserves et faisons état les uns et les autres de la même bonne volonté à nous connaître et à nous instruire ; c'est la meilleure façon de nous préparer à des devoirs éventuels que nous avons l'obligation d'envisager tout en souhaitant du fond du cœur pour notre pays ne pas avoir à les exercer.

M'inspirant des renseignements que j'ai recueillis dans des fonctions qui m'ont permis d'avoir des vues d'ensemble de notre service, je me propose de développer devant vous les conceptions sur le fonctionnement du service de santé en campagne telles qu'elles se dégagent des évènements que nous avons vécus et de quelques considérations de l'après-guerre.

Je m'en tiendrai à des notions très générales qui paraîtront peut-être superficielles — et je m'en excuse — à ceux d'entre vous qui ont une connaissance approfondie de notre service. Dans leur généralité même, elles seront de nature à intéresser plus utilement ceux qui, moins initiés, tiennent pourtant à connaître suivant quels grands principes directeurs fonctionne le service de santé.

Rappelons-nous, d'ailleurs, qu'au cours de la guerre, toutes les armes et tous les services se sont profondément modifiés, s'harmonisant aux

circonstances. Il est tout aussi certain qu'une guerre nouvelle exigera l'adaptation, aux conditions imprévues dans lesquelles elle se déroulera, des organisations les mieux préparées. Et voilà pourquoi au lieu de vous développer un règlement cristallisant pour les besoins de l'heure une organisation éventuellement caduque, je préfère étudier à grands traits les dispositions générales suivant lesquelles a fonctionné notre service et en suivre les modifications. Ce procédé aura l'avantage de faire ressortir la nécessité de poursuivre sans relâche, en tenant compte des conditions générales qu'on peut prévoir d'une guerre dans l'avenir, les améliorations à apporter à une organisation qui sûrement serait déficiente si elle restait immuable.

***

On peut considérer dans le service de santé les organes de direction et les organes d'exécution.

J'appelle organes de direction les chefs de services des grandes unités : armée, corps d'armée, division, jusqu'au régiment inclus, qui, suivant les règlements en vigueur, élaborent les ordres et instructions en vertu desquels doit fonctionner le service dans les circonstances déterminées.

Les organes d'exécution sont constitués par le service régimentaire, les formations sanitaires de campagne, groupes de brancardiers, ambulances, hôpitaux d'évacuation, trains sanitaires, formations d'armée, et par les formations du territoire.

Si nous examinons d'abord les organes de direction, nous pouvons faire cette première constatation qu'ils ont d'autant mieux fonctionné au cours de la guerre, qu'on considère une plus faible unité. Dans les corps de troupe le médecin est le seul représentant des services ; il fait partie de l'état-major du régiment, au contact immédiat de son colonel avec lequel il vit intimement associé. Il participe à la préparation des opérations dès qu'elles sont conçues, bénéficie de l'autorité qui s'attache à la participation aux mêmes dangers. Son rôle, tant dans la relève des blessés que dans les soins immédiats, apparaît comme hautement et immédiatement efficace, par l'action morale qui s'en dégage et par l'influence qu'il a visiblement pour la récupération des effectifs. En fait, si des difficultés matérielles grandes apparaissent dans l'exécution du service de santé régimentaire, aucune n'a semblé résulter, dans la pratique, des relations réciproques du médecin avec son chef de corps qui respectait systématiquement son initiative, accédait à ses propositions et appuyait ses demandes.

Dans les grandes unités, divisions, corps d'armée, le représentant du service de santé se trouve avec d'autres chefs de services dont les préoccupations techniques sont généralement en rapport moins immédiat avec les opérations militaires. Le commandement, représenté par le chef de la grande unité avec ses officiers d'état-major, imbu de la haute responsabilité qui lui incombe, conscient de la nécessité de conserver en mains toute l'autorité, insuffisamment pénétré peut-être parfois de l'importance et de la délicatesse du rôle dévolu au service de santé, constitue un groupe séparé, souvent en des cantonnements distincts de ceux occupés par les chefs de service.

Cet éloignement était de règle à l'armée, où les divers services placés sous l'autorité du général directeur des étapes et services étaient privés de contact avec le premier groupe où se trouvait le général commandant l'armée. De pareilles dispositions devaient entraîner une gêne réelle dans l'intérieur même de l'unité en raison de l'éloignement du représentant du service de santé et du commandant de l'armée ; des ordres intéressant son service étaient donnés sans qu'il eût été consulté sur les possibilités d'exécution (1) De plus graves conséquences peuvent encore résulter du manque de relations des représentants du service de santé aux divers échelons. Ce défaut de liaison, l'ignorance presque forcée des situations militaires, qui rend inefficaces toutes les mesures de prévision, devaient entraîner des difficultés grandes et être cause de bien des imperfections dans le fonctionnement du service. Les transmissions hiérarchiques compliquées que le temps de guerre devrait ignorer, ne suppléaient que très imparfaitement à ce manque de liaison ; on pouvait compter jusqu'à dix transmissions avant qu'une demande de médicaments reçût satisfaction.

A l'unité la plus élevée, au grand quartier général des armées, on n'avait pas prévu de représentant du service de santé. Il fallut les pénibles évacuations d'août et de septembre 1914 pour qu'on désignât un médecin inspecteur

(1) Je puis signaler au moins deux circonstances où cette situation entraîna des conséquences regrettables dans l'exécution du service :

Au cours de l'avance de la V[e] armée en Belgique et pendant la retraite qui suivit, il arriva à plusieurs reprises que les gares d'évacuation fixées dans l'ordre de l'armée étaient portées à la connaissance du médecin de l'armée à une heure trop tardive pour qu'il pût envoyer à ces gares une formation quelconque recueillir les évacués.

Lors de la bataille de Guise, les 29 et 30 août 1914, le médecin de l'armée pensait que l'H.O.E. de Laon, installé là depuis la période de concentration, permettrait d'assurer l'embarquement des blessés de la bataille. Or à son insu, la veille même de l'action, l'hôpital était transporté avec la gare régulatrice à St-Pierre-des-Corps. Cet H.O.E. était parfaitement inutile à St-Pierre-des-Corps et son absence à Laon compromit gravement le service des évacuations.

général attaché auprès du général commandant en chef, non comme directeur du service de santé, mais comme simple inspecteur chargé de mission.

A partir de septembre 1914, la stabilisation des armées apporta des facilités dans l'organisation générale du service de santé en permettant des contacts plus étroits entre ceux exerçant les fonctions de directeur et le commandement. Mais il fallut attendre longtemps encore qu'une collaboration efficace fut réglementée. En avril 1916, une circulaire du grand quartier général prescrivait, avant chaque opération, l'élaboration d'un plan d'hospitalisation et de transport des blessés à l'établissement duquel devaient coopérer le général directeur des étapes et des services, le médecin de l'armée et le commissaire régulateur. Ce fut en réalité le décret Painlevé du 11 mai 1917 et l'instruction ministérielle qui devait suivre, qui définirent les prérogatives des représentants du service de santé. Il résultait des dispositions prises que les directeurs de ce service, affectés obligatoirement auprès du commandant de la grande unité, avaient qualité pour arrêter, conformément aux ordres de ce général, toutes les mesures concernant le service de santé et notamment l'emploi et l'emplacement des formations, le régime des évacuations, etc. Pour les ordres à donner relatifs à l'exécution du service, ils avaient délégation permanente du commandement. Des médecins furent admis dans les états-majors (4e bureau) au même titre que le personnel des différentes armes, faisant eux-mêmes fonction d'officier d'état-major pour ce qui concerne leur service propre, assurant la liaison entre le service de santé et les autres bureaux — bureau des opérations, service automobile, routes, chemins de fer. Un médecin fut placé auprès des commissaires régulateurs pour l'utilisation des trains sanitaires ; à partir de cette période tous les mouvements des trains sanitaires furent réglés d'accord entre les techniciens des chemins de fer et les techniciens du service de santé. Ces prescriptions devaient avoir comme conséquence logique la désignation, au début de 1918, auprès du général commandant en chef, d'un médecin inspecteur ayant rang d'aide-major général chargé de centraliser, au grand quartier général des armées, tout ce qui concernait l'organisation et l'exécution du service de santé. Ce service acquérait ainsi une situation privilégiée par rapport aux autres, situation que justifiait son importance et la hauteur de son rôle.

En même temps que s'affirmait l'autorité des représentants du service de santé, devenant les collaborateurs effectifs du commandement, leur autorité technique était renforcée par la désignation de chirurgiens et de médecins consultants chargés d'exercer auprès d'eux des fonctions de conseillers techniques et aussi d'être des agents de liaison avec le personnel d'exécution des unités subalternes, depuis les postes de secours jusqu'aux ambulances et hôpitaux d'évacuation et même éventuellement, jusque dans certaines zones d'hospitalisation.

Ainsi se dégagent les principes qui ont défini progressivement les attributions des directeurs de service de santé nécessaires à la bonne exécution de leur rôle. J'ai tenu à vous les rappeler au début de cette conférence en raison de leur répercussion grande dans l'organisation du service de santé. Ces prérogatives acquises, les nouveaux règlements les maintiennent et l'on ne conçoit plus, dans les exercices des grandes unités, de travaux exécutés sans que les représentants du service de santé y viennent en personne diriger leur service, marquer l'amplitude de son développement et signaler les moyens qu'il exige. Cela nous crée l'obligation de posséder des médecins spécialisés dans des fonctions d'organisation et cela crée à chaque médecin l'obligation d'avoir les notions générales du service de santé en campagne qui lui permettront éventuellement de remplir les fonctions de chef de service et de tenir correctement sa place dans l'organisation d'ensemble.

Passons maintenant aux organes d'éxécution.

Encore ici ce fut le service régimentaire qui subit le moins de modifications par rapport aux dispositions prévues par le règlement de 1910. On fut conduit, avec la durée de la guerre, à doter les régiments d'un pharmacien et d'un dentiste. On apporta quelques dotations nouvelles de matériel, voitures porte-brancards, appareils anti-gaz, nouveaux garrots élastiques, appareils à fractures perfectionnés ; l'arsenal chirurgical fut réduit. Avec ces modifications de détail, le service régimentaire fonctionna bien comme il était prévu. Dans les opérations de relève exécutées au milieu des risques de la bataille, avec un courage et un mépris du danger qui firent de nos brancardiers et des médecins qui les guidaient les égaux des combattants, dans les postes de secours organisés en des abris hâtivement improvisés que pouvait fournir la guerre de mouvement ou dans les trous plus ou moins protégés que la guerre des tranchées permit d'aménager, le service de santé régimentaire accomplit toutes les besognes qu'on pouvait humainement lui demander.

Bien exceptionnels furent les blessés arrivés même aux formations divisionnaires sans un premier pansement et sans une fiche de diagnostic. Souvent une injection anti-tétanique avait été pratiquée. Si les interventions chirurgicales, qui ne pouvaient viser que l'hémostase des gros vaisseaux, furent rares, l'application des garrots y suppléa dans une large mesure et ce ne fut pas la faute des médecins de régiment si ces

liens furent quelquefois maintenus trop longtemps. On ne saurait non plus leur reprocher que les immobilisations des fractures aux postes de secours se soient parfois montrées trop sommaires si l'on songe aux difficultés extrêmes au milieu desquelles elles se pratiquaient.

On ne comptait au commencement de la guerre comme organes de transports que des groupes de brancardiers divisionnaires et de corps, à moyens exclusivement hippomobiles. C'est à peine si on put constituer à la mobilisation une dizaine de sections sanitaires automobiles. Dans les premiers mois de la guerre on fit donc un emploi presque exclusif des voitures de transport des blessés à chevaux qui furent progressivement remplacées, avec la durée des hostilités, par des sections sanitaires automobiles. On était arrivé à la fin de la guerre à compter 200 sections sanitaires de 20 voitures, les unes légères, type Ford, utilisables surtout dans les terrains de l'avant, d'autres plus lourdes à plus grand rendement pour les zones déjà dotées de meilleures routes. Les groupes de brancardiers sont conservés dans le nouveau règlement. A la division, ils sont représentés par le groupe sanitaire divisionnaire comportant deux colonnes de transport encore hippomobiles et un matériel de poste de secours. Cet organe doit pouvoir accompagner les troupes en tout terrain. Au corps d'armée on a réglementé sous le nom de « groupe de ravitaillement » la fonction que s'était peu à peu attribuée le groupe de brancardiers de corps ; on le dote de camions de transport.

Bien entendu, la mobilisation prévoit l'emploi sur une large échelle de sections sanitaires automobiles. Elles seraient constituées au début par les quelques voitures de transport de blessés existant en temps de paix, renforcées par des voitures aménagées d'après des procédés prévus d'avance et par des auto-cars utilisables pour blessés assis. La mobilisation industrielle, mise en œuvre immédiatement après la déclaration des hostilités, constituerait immédiatement des sections sanitaires plus homogènes.

Mais, dès maintenant, nous devons concevoir d'autres moyens de transport des blessés. Quelques-uns d'ailleurs ont fait leurs preuves. Je veux parler des voitures tous terrains, type auto-chenilles Citroën, ou voitures six roues Renault et les avions sanitaires.

Les voitures tous terrains dont je vous parle ont été expérimentées avec des résultats très favorables sur les champs de tir bouleversés camp de Coëtquidan 1923 et 1924 et aussi au Maroc. Ici les résultats ont été moins brillants en raison des difficultés d'entretien. Ces voitures en effet ne bénéficient pas encore de la fabrication en série et les pièces de rechange ne parvenant pas en temps voulu ont compromis la conservation du matériel et faussé l'expérience.

A l'époque où l'infanterie se fait précéder par des chars blindés pour vaincre les résistances trop puissantes, nous sommes bien obligés de concevoir aussi qu'il faudra protéger nos brancardiers sur les terrains découverts. En 1918 les Anglais, dans l'attaque sur Cambrai ramenèrent dans leurs tanks de grand modèle des centaines de blessés. Au Maroc, en 1923, nous avons vu les blessés recueillis sur la ligne de feu par l'auto-chenille Citroën et portés par elle au terrain d'atterrissage tout proche où les prenait l'avion. Des chars d'assaut ont fait le même office. On est donc conduit à étudier ce moyen de relève avancé, blindé, dont on conçoit l'emploi.

L'avion sanitaire est dès maintenant un organe de transport qui a rendu des services signalés. Préconisé avant la guerre et j'en avais moi-même proposé l'emploi à la société de médecine militaire en janvier 1913, il ne put apporter son aide au service de santé durant les hostilités, tous les moyens d'aviation étant nécessaires à l'œuvre de bataille ; mais, en 1920-21, par une décision que je m'honore d'avoir préparée, au moment où se liquidait en ferraille le matériel de guerre, 60 avions Bréguet aménagés suivant un type conçu par le docteur Chassaing, furent mis en service au Levant et au Maroc. Au Levant ils permirent de réaliser dans les mois qui suivirent, des transports de blessés qui eussent été presque impossibles par d'autres moyens : 40 blessés du poste bloqué d'Aintab en Cilicie purent être transportés à Alexandrette par la voie des airs alors qu'on aurait été réduit à les abandonner aux Turcs lors de l'évacuation de ce poste ; 150 blessés de Dar el Zor, à 300 kilomètres d'Alep, sur les bords de l'Euphrate, purent être transportés à l'hôpital d'Alep, alors qu'il leur eût fallu 10 à 12 étapes en voiture mal suspendue sur des pistes chamelières.

Au Maroc, toutes les opérations des dernières années, à partir de 1921, ont été exécutées avec l'aide d'avions sanitaires qui journellement venaient prendre les blessés aux terrains d'atterrissage les plus rapprochés des lignes pour les transporter en quelques heures dans les hôpitaux bien installés des territoires occupés ou de la côte. Des convois de 12 à 15 avions transportèrent en deux ou trois voyages jusqu'à 80 blessés dans la même journée. Un tiers de ces blessés n'aurait pas supporté un autre mode de transport et tous bénéficièrent des soins et du confort des meilleures formations hospitalières marocaines, où ils étaient reçus dans les heures mêmes qui suivaient la blessure.

Deux types d'avions sanitaires très confortables ont été mis en service : la limousine Bréguet pouvant recevoir deux blessés et un médecin dans une cabine bien close, bénéficiant de couver-

tures chauffantes et de tout le confort nécessaire, et l'appareil Hanriot pour un seul blessé, admettant le brancard normal, qui présente des qualités de vol telles qu'il peut atterrir sur un terrain improvisé de faibles dimensions.

Mon ami, le médecin principal Picqué, s'est fait le propagandiste de ce moyen moderne de transport, le montrant dans les meetings et les Congrés avec infiniment de raison à mon sens, car il n'est certainement pas de moyen plus commode de déplacer un blessé grave ou un malade sérieux.

On a étudié l'utilisation en cas de guerre des avions de grande capacité et il existe des plans d'aménagement d'avions type Goliath ou Vikers-Vimy pour le transport de 10 à 12 blessés couchés. Il n'est pas douteux, avec le développement de l'aviation et le nombre croissant des pilotes, qu'on aurait la possibilité et je crois bien l'obligation, sous la pression de l'opinion publique, de faire bénéficier de ce mode de transport les blessés d'une guerre continentale.

Si j'insiste sur l'étude de ces divers moyens de transport de blessés en faisant état de tous les progrès que nous offre l'industrie moderne, c'est qu'en réalité, le transport a une influence énorme sur l'évolution des lésions de guerre. Toute l'organisation du service de santé est basée sur la notion de transportabilité; mais le moyen qu'on emploie, plus peut-être que la blessure elle-même, détermine ces possibilités de transport : un blessé viscéral qui serait pris près du point où il serait tombé et transporté en avion cent kilomètres en arrière, aurait plus de chances d'être sauvé que s'il doit subir seulement un transport de quelques kilomètres sur des routes cahoteuses de l'avant. Mieux que cela, j'estime que le transport fait en réalité partie du traitement. Un hémorragique schoké transporté dans une voiture mal close arrivera refroidi et moribond à quelques kilomètres, alors qu'il aurait conservé toute sa résistance ou repris sa vitalité dans une cellule d'avion confortable ou dans une voiture bien suspendue réalisant une véritable chambre de réchauffement mobile comme on peut aisément le concevoir avec les puissants moyens de l'industrie. J'appelle de mes vœux la réalisation de ces types de moyens de transport perfectionnés qui constitueront les progrès les plus tangibles et les plus efficaces dans le fonctionnement du service de santé.

Les organes de traitement, ambulances et hôpitaux d'évacuation, furent certainement de tous ceux qu'avaient prévus les règlements antérieurs à la guerre, ceux qui subirent les transformations les plus radicales, ceux aussi, il faut bien le dire, qui étaient le moins bien adaptés au rôle qui leur fut dévolu au cours de cette campagne.

Les qualités essentielles pour lesquelles ils avaient été conçus étaient la mobilité et l'interchangeabilité. Dans l'hypothèse d'une guerre de mouvement il fallait, disait-on des formations nombreuses, légères, apportant aux blessés un secours immédiat et on estimait que ce secours consisterait en des pansements simples, réalisant un « emballage », le mot a été prononcé, en vue d'une évacuation rapide sur l'arrière et sur le territoire. On admettait toutefois qu'une petite proportion de blessés graves devraient être soignée sur place et alors une ambulance s'immobilisait pendant qu'une formation similaire se substituait à elle dans l'unité constituée qui poursuivait sa marche.

Seize ambulances par corps d'armée comprenant six médecins non spécialisés, une trentaine d'infirmiers, six fourgons de matériel, composaient ces formations que l'on dispersait suivant les besoins dans les divisions, les corps d'armée ou en réserve d'armée. Leur matériel chirurgical était bien étudié ; mais faute de moyens de stérilisation à grand rendement et de personnel spécialisé, la capacité opératoire était très réduite. Les hôpitaux d'évacuation n'étaient guère plus importants. On les voyait installés dans le hall d'une gare de marchandises, révisant quelques pansements insuffisants, alimentant les blessés en attente d'évacuation, constituant les trains sanitaires sur les voies mêmes où venaient, à d'autres heures, se décharger les trains de transport de troupe et les trains de ravitaillement. Accessoirement pour ainsi dire, on prévoyait un petit nombre de lits d'hospitalisation pour des blessés reconnus trop graves pour poursuivre leur route. Pour vous donner tout de suite l'idée de la différence entre les prévisions et les réalités, je vous dirai qu'à certaines périodes de la guerre nous avions des hôpitaux d'évacuation comptant 3.000 lits d'hospitalisation créés de toutes pièces avec 120 à 150 baraques, comprenant 10 salles d'opérations, avec 40 équipes chirurgicales, 120 médecins, huit à neuf cents infirmiers ou infirmières, possédant des voies de garage spécialement créées à leur usage et pouvant recevoir un train en chargement et des trains en attente.

Pareille discordance ne peut évidemment s'expliquer que par des conceptions divergentes dans les idées mêmes qui présidèrent à ces organisations, notamment en ce qui concerne la forme de la guerre et le caractère des blessures.

On avait prévu une guerre de mouvements ; les stratèges disaient : « C'est la manœuvre et même la manœuvre offensive qui déterminera la victoire ; le sort des batailles sera réglé par la prise des positions dominantes, le fantassin ayant plus d'action par ses jambes que par son fusil ». La guerre de mouvement, se heurtant à la puissance du feu, ne fut pas décisive dans les premiers mois où elle pouvait l'être et malgré

toutes les prévisions, dès le milieu de septembre 1914, les armées se figeaient face à face en des lignes parallèles hérissées bientôt d'engins d'artillerie et de mitrailleuses qui débitaient des projectiles à capacité industrielle, et ces machines à tuer débitaient aussi, si je puis dire, autant de blessés qu'on fournissait d'assaillants. Leur nombre dépassa tout ce qu'on aurait pu prévoir. Les ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et blessés de l'armée prévoyaient, je crois, dans les 120.000 lits ; ce fut la moyenne mensuelle des blessés de l'armée et à certaines périodes de Verdun ou de la Somme, ces chiffres furent plus que triplés.

Même surprise dans l'évolution des plaies de guerre. On savait bien que les balles de fusil à petit calibre frappant de plein fouet, entraînaient des perforations de part en part, produisant des dégâts anatomiques généralement limités aux points d'impact avec des orifices d'entrée et de sortie ponctiformes ; réserve faite de l'importance des organes atteints, ces blessures avaient tendance à évoluer vers la guérison sans infection, sous simple pansement.

On avait à peu près la même conception des blessures par shrapnells dont les projectiles lisses, assez petits, pouvaient perforer les tissus sans entraîner forcément l'infection. On n'ignorait pas non plus la gravité particulière des blessures par éclats d'obus explosifs, irréguliers, pénétrant dans les tissus en des trajets sinueux, à bords mâchés, se compliquant de rétention de parcelles métalliques et des débris vestimentaires et voués fatalement à l'infection.

Tout cela fut confirmé par l'expérience de la guerre. Mais ce qui fut nouveau ce fut la proportion respective de ces différentes blessures si opposées en leur évolution. On pensait avoir 80 à 85 p. cent de blessures par balle de fusil, 10 à 12 pour cent par shrapnells, à peine 3 ou 4 pour cent par obus explosifs, et voilà qu'avec la forme que prit la guerre la proportion des blessures par balles tomba à 40 et 50 pour cent, dont un assez grand nombre par balles déformées, vouées à l'infection (1) — que les blessures par shrapnells furent très rares et que les blessures par obus explosifs ou leurs similaires, par grenades, atteignirent 40 à 80 pour cent.

De ce fait les indications chirurgicales aux armées étaient profondément modifiées. On ne pouvait plus se contenter de traiter les blessés par simple pansement ; pour la majorité d'entre eux il fallait, suivant l'expression du professeur Delorme (2) en septembre 1914, transporter la chirurgie résolument en avant, débrider les plaies, enlever les parties mortifiées et infectées, retirer les projectiles, les débris vestimentaires et les souillures de terre, si hautement infectieuses, qu'elles présentaient ; seules ces opérations précocément exécutées pouvaient empêcher les infections graves que l'on croyait disparues à jamais et qui, comme le tétanos et la gangrène gazeuse, reparaissaient dans nos ambulances.

Tout de suite, dès septembre 1914, profitant des facilités que donne la guerre de stabilisation, on s'applique à modifier les formations réglementaires ; par l'envoi d'autoclaves, d'étuves, on les dote de matériel de stérilisation ; on groupe dans quelques ambulances spécialisées les chirurgiens que l'on peut repérer et ainsi se constitueront une ambulance chirurgicale par division, une ambulance chirurgicale par corps d'armée, des ambulances chirurgicales d'armée placées à l'arrière, près des hôpitaux d'évacuation, formant un échelonnement en profondeur de moyens opératoires. Les hôpitaux d'évacuation placés près des gares ou bénéficiant quelquefois des voies de desserte servant à l'industrie privée, sont le point de ralliement des blessés, mais ceux-ci ne sont primitivement évacués que pour une faible minorité et après traitement dans les formations voisines à capacité progressivement croissante.

Des matériels modernes allaient bientôt se constituer pour mieux répondre aux besoins chirurgicaux des armées. Ce furent d'abord les petites baraques opératoires type Chavasse, transportables sur remorques, comportant une petite salle d'opérations et un appareillage radiologique. Plus tard ce furent les ambulances chirurgicales automobiles qui, dans leur composition essentielle, comprenaient des grands autoclaves hozizontaux permettant la stérilisation à grand rendement, de vastes baraques opératoires, de puissants moyens de radiographie et surtout un personnel hautement spécialisé, à grande puissance opératoire.

Nous avons là, dans l'ordre chirurgical tout au moins, et il s'en constituera autant dans l'ordre médical à l'apparition des gaz toxiques, les organes essentiels de traitement qui n'allaient plus varier que dans leur développement.

Jusqu'à 1918, tant que dure la guerre de stabilisation, on s'applique à voir de plus en plus grand et à faire de plus en plus lourd. Si les ambulances divsionnaires conservent leur mobilité pour suivre leur unité, l'ambulance chirurgicale de corps d'armée se transforme en un groupement d'ambulances qui comprendra jusqu'à 1.000 lits d'hospitalisation de médecine et de chirurgie où fonctionnent trois ou quatre ambulances jumelées, des infirmières, des équipes chirurgicales de renfort, du matériel anti-gaz;

(1) La fréquence et la gravité des blessures par balles déformées avait été étudiée avant la guerre : Uzac, *Presse médicale*, octobre 1901. Vennin, *Arch. méd., mil.* 1910.

(2) Communication à l'Académie des Sciences, septembre 1914.

sous des hangars et baraques amenés de l'arrière.

Les hôpitaux d'évacuation qui, dans le fonctionnement de notre service de santé, furent peut-être l'organe le plus représentatif, participèrent à cette hypertrophie générale. Ceux qu'on avait créés près des gares, même élargis, devinrent insuffisants pour les opérations militaires groupant de gros effectifs, attaquant sur de larges fronts. On fut conduit, en Artois d'abord, en Champagne ensuite, plus tard sur la Somme et sur l'Aisne, à faire des hôpitaux baraqués, en plein champ, d'un développement qui atteignit successivement 1.200, 1.500, 2.000 et 3.000 lits. Ils comprenaient essentiellement :

1° Un service de réception et de triage fait d'un ou de plusieurs hangars Bessonneau dans lesquels se déchargeaient les voitures à l'arrivée.

2° Des services opératoires, de plus en plus étendus sans qu'on pût toujours éviter l'embouteillage. Ils étaient précédés de baraques où se trouvaient les blessés en attente d'opération, donnant sur un grand atrium où s'ouvraient les salles de radiographie où l'on repérait les projectiles et établissait les calques de repérage et les huit à dix salles d'opérations fonctionnant à deux tables, où se succédaient de huit heures en huit heures les équipes chirurgicales.

3° Les services d'hospitalisation recevaient les blessés opérés et les gardaient en traitement jusqu'à l'évacuation.

4° Tout un quartier d'évacuation d'une capacité de 1.000 lits, attenant aux voies de desserte groupait les blessés qui allaient prendre les trains d'évacuation.

Malgré le développement qu'ils avaient acquis, ces hôpitaux n'échappaient à l'embouteillage qu'en s'épaulant les uns les autres, alternant les réceptions quand les services s'engorgeaient, ou encore en déversant leur trop plein sur les centres hospitaliers voisins ou par des trains sanitaires à destination spéciale chargés de blessés non opérés.

Ces organes lourds, qui s'étaient constitués à l'arrière des armées immobilisées, allaient très mal convenir à la fluctuation des lignes qui devait se produire en 1918 ; de suite il fallut concevoir une organisation nouvelle. Conformément aux directives du général commandant en chef, elle fut arrêtée comme suit par les bureaux du service de santé au grand quartier général :

L'ambulance chirurgicale de division fut supprimée. Ballottée dans les mouvements précipitamment imposés à cette grande unité, elle fonctionnait mal parce qu'elle n'avait ni le temps ni souvent les moyens matériels de s'installer. Le groupement d'ambulances de corps d'armée fut réduit à 500 lits au maximum. Les hôpitaux d'évacuation eux-mêmes furent limités à 500 lits d'hospitalisation et 1.000 lits d'évacuation. Sous le nom d' « hôpital d'évacuation primaire », il en fut constitué deux lignes de manière à se suppléer les uns les autres en bénéficiant de l'alternance des attaques.

Avec cette organisation très allégée on pouvait faire un examen chirurgical de tous les blessés et garder les plus graves, mais on ne pouvait ni opérer ni conserver la masse des blessés ; pour éviter leur dispersion à grande distance dans le territoire comme au début de la guerre et prévenir l'infection qui eût immanquablement résulté de cette façon d'agir, nous constituâmes à l'arrière des armées par prélèvement sur leurs ambulances propres, à 10 à 12 heures de trajet en marches express, de puissantes formations de 3.000 lits largement dotées en moyens opératoires pouvant de par leur situation répondre aux besoins de plusieurs armées et où de trois heures en trois heures on pouvait diriger des trains de blessés non opérés susceptibles encore d'être traités dans les délais requis. Quand l'acte opératoire était accompli et le blessé en bonne voie de guérison, ces hôpitaux, dits « hôpitaux d'évacuation secondaire » devaient se vider sur l'intérieur pour se faire des disponibilités en vue de nouveaux arrivages.

Il serait très instructif, pour la compréhension des dispositions actuelles visant l'organisation du service de santé, d'étudier dans le détail son fonctionnement à cette période. Je ne puis que relever ici, dans ce qu'elles ont d'essentiel, les conclusions d'ensemble des médecins d'armée qui ont participé alors aux opérations.

Remarquons d'abord que la guerre de mouvement qui s'est développée en 1918 a par elle-même un caractère très spécial. Elle correspond à la phase critique où l'équilibre s'est lentement rompu entre les adversaires qui avaient réuni à pied d'œuvre toutes leurs réserves en hommes et qui s'étaient constitué les formidables ressources en matériel que le marché industriel mondial, fiévreusement mis en œuvre, avait pu fournir depuis quatre ans. En trois mois, mais plus spécialement du 20 septembre au 1er novembre, avec le concours de ses alliés, l'armée française sous une pression continue et sous des coups de boutoirs successifs et répétés, a fait reculer de 60 à 80 kilomètres au plus aux points extrêmes l'armée adverse. Quelque lente qu'elle ait été, cette guerre de mouvements, par la nature des blessures qu'elle a fournies et par les difficultés qu'elle entraîna dans le fonctionnement du service de santé, se distingue nettement de la guerre de position qu'on avait antérieurement vécue, correspondant par l'immobilisation à une véritable guerre de siège. Le nombre des blessures par projectiles de fusils et de mitrailleuses, moins mutilantes, reprend déjà la prédominance et atteint jusqu'à 65 à 70 pour cent. La proportion des blessés par rapport aux effectifs enga-

gés tend elle-même à décroître. Malheureusement l'évolution de l'épidémie concomitante de grippe maintient aussi élevé le chiffre des évacués.

La préoccupation dominante des médecins d'armée telle qu'elle apparaît dans leurs rapports, telle surtout qu'elle se manifestait dans leurs demandes, est de multiplier leurs ressources en moyens de transports. Tout leur est raison pour justifier l'augmentation des sections sanitaires automobiles ; aucun d'eux ne proteste contre la suppression des ambulances chirurgicales de division. L'unique ambulance qui reste à cette grande unité n'est plus utilisée que comme simple poste de secours central divisionnaire servant au triage et à l'aiguillage des blessés, beaucoup plus qu'au traitement proprement dit, délibérément reporté plus arrière.

Tous reconnaissent la nécessité de ne conserver aux armées que des intransportables, à la rigueur quelques petits blessés récupérables groupés dans des villages sanitaires. Pour éloigner la masse des blessés, ils ont recours le plus vite possible au train sanitaire. Parfois, lorsque les voies ferrées sont restées intactes, ils le poussent très avant et si le triage est trop précipité dans les hôpitaux d'évacuation un peu sommaires, ils arrêtent ce train à un centre hospitalier d'armée où seront déchargés les blessés graves qu'il y aurait danger à transporter même jusqu'aux hôpitaux d'évacuation secondaire trop distants. Dans la plupart des armées on exerce d'emblée à l'embarquement un triage minutieux dans des hôpitaux d'évacuation primaire moins avancés et plus largement étoffés. L'emplacement des groupements d'ambulances de corps d'armée pour le traitement des intransportables est loin d'être déterminé suivant un type uniforme. On en voit fonctionnant délibérément au contact même de l'hôpital d'évacuation primaire, soit que celui-ci soit très avancé, c'est alors la règle, soit même qu'il soit plus arrière ; d'ordinaire cette formation est placée dans la zone même des corps d'armée, entre le poste de secours divisionnaire et les points d'embarquement.

Mais le gros souci que manifestent tous les médecins d'armée résulte des nécessités de progression de ces formations. S'il fut facile d'amener d'un bond et suivant des prévisions arrêtées d'avance, certains hôpitaux d'évacuation trop distants à des emplacements occupés antérieurement par des ambulances, elles-mêmes placées près des gares, la difficulté fut plus grande lorsqu'il fallut créer de toutes pièces des emplacements d'ambulances et des hôpitaux d'évacuation sans cesser, même pour 24 heures, d'assurer le fonctionnement qu'exigeaient les besoins de la bataille.

La destruction systématique des lignes ferrées et la lenteur des reconstructions réduisirent à un petit nombre d'unités les hôpitaux d'évacuation primaire qu'on put porter plus avant. Cela n'empêcha pas d'entreprendre des travaux d'aménagement pour l'installation de ceux qu'on aurait eu à mettre en œuvre dès la réparation de la voie si la guerre ne s'était pas si vite terminée.

Plus nombreux furent les déplacements des groupements d'ambulances de corps d'armée. Le plus souvent pour cette opération on bénéficia d'installations trouvées sur place : ambulances ennemies, camps baraqués, villes plus ou moins importantes : Reims, Vouziers, Rethel, Mézières, Sedan, qu'on se hâtait d'aménager en centres hospitaliers ; les armées s'étaient conss titué des lots d'abris sous toiles susceptible d'être portés en avant. Une des ambulances constituant le groupement pouvait généralement se détacher pour l'installation, tandis que le reste du groupement continuait à fonctionner sur place.

On put avec ces précautions transporter et monter en 48 heures pour chacun des corps de la Ve armée, vers le 20 octobre, une baraque opératoire, six tentes Bessonneau, cinquante lits d'hospitalisation, ce matériel étant accru les jours suivante. Les emplacements choisis pour les ambulances étaient autant que possible près des gares pour pouvoir dans la progression être utilisés pour les hôpitaux d'évacuation.

Les hôpitaux d'évacuation secondaire fonctionnèrent comme on l'avait prévu. Dans les centres de Beauvais, Bueil, Malesherbes, Cravant, Troyes, Révigny, Bar-le-Duc, Paris même, utilisés suivant cette formule, on put recevoir par jour jusqu'à 10 à 12.000 blessés non opérés. Par eux, les armées furent débarrassées de la masse des blessés qu'elles ne pouvaient plus matériellement traiter. Les chirurgiens de ces hôpitaux furent unanimes à dire que les blessés y étaient parvenus dans des conditions telles que les interventions pouvaient systématiquement s'exécuter avec succès. Le territoire ne reçut que des blessés déjà traités et qui avaient passé les périodes des complications infectieuses.

C'est de l'expérience acquise au cours de 1918 que découlent les organisations sanitaires prévues dans une mobilisation future. La division ne comporte plus qu'un poste de secours qui, avec les deux sections de transport déjà signalées, constitue le groupe sanitaire divisionnaire. Au corps d'armée on compte une ambulance chirurgicale, à moyens de transport automobiles et une ambulance médicale et pour gazés. L'ensemble qui fonctionne avec le groupe de ravitaillement de corps d'armée, constituerait le groupe d'ambulances de corps d'armée. Les hôpitaux d'évacuation dits primaires sont constitués à 500 lits d'hospitalisation et 1.000lits d'évacuation. Pour alléger ces formations on a

prévu que les lots d'abris, tentes, hangars et le matériel de couchage, n'en feraient pas organiquement partie et seraient seulement envoyés de l'arrière suivant les besoins. On a enfin prévu l'organisation d'hôpitaux d'évacuation secondaire de 2.500 lits, assez loin en arrière des zones prévues pour la concentration.

Par d'heureuses mesures de récupération après la guerre et par la mise en œuvre dans les années qui suivirent d'un programme de reconstruction et d'aménagement, on a pu reconstituer tous les organes techniques nécessaires à ces formations. Les ambulances de corps d'armée ont même pu être dotées de camions de stérilisation, chirurgie, radiographie, pharmacie, qui n'existaient que dans les ambulances chirurgicales d'armée. Les types d'appareils à fracture créés pendant la guerre, perfectionnés et simplifiés, ont été introduits dans les approvisionnements. Une nomenclature nouvelle d'instrumentation générale et spéciale a été établie.

Que vaudraient pareilles dispositions pour une nouvelle guerre ? J'ai déjà dit le caractère très spécial de la guerre de mouvement de 1918. Elle ne ressemblerait probablement en rien, notamment par la masse des effectifs engagés et par la puissance du matériel réuni, à celle que nous aurions à conduire dans le légitime désir de porter la guerre rapidement hors de nos frontières, en bénéficiant des avantages d'une libre préparation militaire par rapport à un adversaire handicapé, en quelques mesure, par les dispositions des traités. La bataille de choc qui se produirait à plus ou moins grande distance, après une préparation qui ne durerait pas des mois, serait souhaitée décisive et non prélude d'une nouvelle guerre d'usure analogue à celle que nous avons subie quatre ans.

En 1918, à 12 ou 15 kilomètres à l'arrière des lignes, on bénéficiait d'une sécurité relative qui permettait l'installation des premières formations sanitaires de traitement. En sera-t-il ainsi dans l'avenir avec les progrès de l'artillerie, la multiplicité des avions, la probabilité des gaz toxiques ? Pourra-t-on utiliser pour le service de santé les dernières gares ouvertes à l'exploitation ? Elles seront réservées sans doute au transport de troupes ou au ravitaillement et soumises par l'ennemi à des bombardements systématiques. Le service de santé ne pourra utiliser que des gares plus lointaines spécialisées et dès lors peut-être d'une sécurité relative. Voilà les considérations que l'on peut émettre sans vouloir prétendre tracer les caractères de la guerre future qui d'après un très grand chef sont, dans leur imprécision, du domaine des romanciers. Elles se présentent sous un jour assez dissemblable de ce que nous avons vu en 1918 pour qu'il ne soit pas certain *a priori* que les organisations conçues à cette date conviendront à l'échéance problématique qui reste le secret de l'avenir.

Quelques points pourtant semblent acquis en ce qui concerne l'organisation de notre service. Et tout d'abord qu'on n'aura jamais trop de moyens de transport et qu'ils ne seront jamais trop perfectionnés. Il en faudra pour les relèves, allant très avant, légers, protégés, passant partout ; il en faudra aussi de très confortables pour transporter les blessés à grande distance hors de la zone interdite aux formations de traitement. Il faudra aussi des hôpitaux d'évacuation secondaire loin à l'arrière des armées susceptibles d'absorber tous les blessés venus par trains sanitaires, par avions, qui n'auront pas été traités à l'avant. Si ces moyens eussent existé en 1914 on n'aurait pas vu arriver jusqu'au fin fond du territoire les blessés en état d'infection, n'ayant eu d'autre soin que le paquet de pansement individuel reçu à la ligne de feu.

En ce qui concerne les formations de traitement intermédiaires, ambulances et hôpitaux d'évacuation primaire, ne seront-ils pas trop lourds avec la puissance de leurs moyens techniques pour suivre dans leur marche rapide au moins dans une première partie d'une campagne, les troupes qui progressent. Ne convient-il pas de revenir aux formations ultra-mobiles de 1914 ? Je crois que les formations actuelles, un peu lourdes peut-être (les techniciens sont si exigeants) correspondent à des nécessités de fonctionnement. Elles n'ont de raison de se déployer qu'à l'occasion du combat. Je crois aussi qu'elles ne pourront pas toujours s'installer aussi près qu'elles ont pu le faire dans la dernière guerre et que c'est plus à l'arrière des lignes qu'elles fonctionneront.

Dans certaines circonstances, lorsque les conditions locales d'installation le permettront, elles doivent pouvoir détacher un noyau avancé de personnel et de matériel constituant un premier échelon. Elles doivent pouvoir se renforcer de même en personnel et en matériel si la guerre prenait à un moment quelconque le caractère d'une guerre de position.

L'hôpital d'évacuation lui-même fonctionnera probablement plus loin qu'il n'est prévu pour des raisons diverses et notamment les ruptures de voies ferrées et les tirs systématiques sur les gares à grande distance. Il doit être prévu pour lui aussi une antenne avancée pour la progression, des moyens de renforcement pour la stabilisation prolongée.

Pour un grand nombre de blessés, sous réserve de moyens de transports suffisants et confortables, ce recul des formations de traitement pourrait ne pas avoir d'inconvénient majeur. Il n'en serait malheureusement pas ainsi pour toute une catégorie de blessés graves, les blessés viscéraux, les schokés, les hémorragiques à

garrot. C'est au profit de ces blessés que pourront fonctionner les noyaux avancés d'ambulances dont je parlais ci-dessus, mais je crois aussi qu'on peut admettre dès maintenant que ces blessés aiguillés du poste de secours divisionnaire vers un champ d'atterrissage spécialisé, pourraient être confiés à des avions sanitaires les portant vers des centres d'arrière désignés ou des chirurgiens qualifiés les traiteraient par priorité.

Eloignons en tout cas l'idée de revenir, comme formations de traitement, aux formations ultra-mobiles type 1914, non spécialisées, qui ne réalisent pas la valeur technique nécessaire. Souhaitons seulement que pour l'emploi qui en sera prévu le règlement soit assez souple pour permettre l'utilisation des formations sanitaires telles qu'elles sont constituées dans des conditions de rendement maximum et de sécurité relative en les adaptant à ce que le médecin inspecteur général Toubert appelait les besoins cliniques.

Il me reste maintenant à vous parler de l'hospitalisation des blessés et du rôle des chemins de fer dans le fonctionnement du service de santé.

Nous disposions au cours de la dernière guerre d'environ 120.000 lits d'hospitalisation aux armées et nous avons atteint le chiffre de 500.000 lits dans le terrtioire.

Les lits des armées se trouvèrent constitués, après la bataille de la Marne, par l'ensemble des établissements de la zone occupée où des blessés avaient été hospitalisés au cours de cette bataille. Ils devaient être développés dans les mois qui suivirent lorsque la stabilisation se confirma et qu'on eût prescrit en particulier de garder aux armées les petits blessés récupérables rapidement.

L'utilisation des ressources du territoire était prévue par un décret de 1899. L'étude faite à cette date avait organisé 120.000 lits environ. Depuis, en 1913, on avait bien refondu le décret mais pas un lit de plus n'avait été organisé.

En août 1914, il fallut précipitamment installer en hâte de nouveaux hôpitaux, utilisant tous les établissements d'instruction, sans souci des besoins de l'enseignement, les grands immeubles délabrés dont on acceptait d'emblée les frais de réparation et d'entretien, les palaces somptueux généralement mal agencés pour hospitalisation, dont on allait avoir à payer sinon le manque à gagner, au moins des remises en état coûteuses. Ainsi se constitue dans chaque région, en utilisant les établissements les plus divers, un ensemble de ressources hospitalières qui fonctionna jusqu'à la fin de la guerre avec seulement l'abandon de quelques établissements trop insuffisants et des locaux scolaires que les nécessités de l'enseignement conduisirent à rendre.

Vous connaissez le développement que prit le service de santé régional, l'augmentation du personnel de direction, la création très heureuse des spécialistes consultants, médecins, chirurgiens de secteur, etc... Vous savez la catégorisation très poussée qui fut faite des divers hôpitaux.

Aucune modification ne fut apportée, et c'eût été pourtant utile, au mode de répartition des blessés à l'arrivée des trains dans les régions. Ceux-ci abordaient en un premier point de contact qu'on appelait « la gare de répartition ». Un médecin possédant la liste des lits disponibles à ce jour dans les divers services de spécialités de la région, remettait au médecin chef du train la liste des nombreuses stations qu'il aurait successivement à parcourir pour y débarquer tous ses évacués. Et ces malheureux, qui avaient déjà parfois 48 heures de trajet depuis les armées, poursuivaient leur progression lente au gré des marches disponibles des réseaux, pour une durée qui pour les derniers arrivés n'était pas négligeable.

Ces inconvénients, ainsi que ceux qui provenaient d'une trop grande dispersion des hôpitaux, n'avaient pourtant pas échappé à tous les directeurs. Je n'en veux pour preuve qu'un article récent d'un ancien sous-directeur de la 16e région (1) qui propose de créer dès le début de la mobilisation en des points choisis de la région, quelques grands hôpitaux baraqués, remplaçant tous les autres hôpitaux du territoire, dont il n'admet l'utilisation que les trois premiers mois, le temps que durera, suppose-t-il, la construction de ces formations nouvelles. On peut émettre des critiques à ce procédé simpliste de supprimer « la poussière d'hôpitaux » et de faciliter la répartition des blessés. A la guerre, la sagesse consiste à se garer de tout ce qui peut arriver et on peut toujours craindre qu'une guerre commencée dure trois mois encore. Je crois toutefois que si les hôpitaux temporaires sont indispensables trois mois, ils ne cessent pas d'être utilisables à cette échéance et on n'est pas forcé d'admettre qu'une future guerre durerait aussi longtemps que la dernière. Si on devait créer des hôpitaux de cette envergure dans chaque région, mieux vaudrait les réunir dans une zone centrale de la Beauce, du Poitou ou du Dijonais ; on raccourcirait du moins la durée du trajet imposé aux blessés et la durée de rotation des trains sanitaires.

Bien qu'habitué à voir de grosses formations de guerre, je conçois mal la construction d'hôpitaux qui devraient compter plusieurs dizaines de mille lits et j'aperçois quelques inconvénients, tels que ceux qui résulteraient des dangers d'in-

(1) Dr Carret. — *Presse médicale*, 2 octobre 1926.

cendie, des difficultés de ravitaillement, de l'éloignement des familles, etc...

L'instruction ministérielle du 18 octobre 1920 a prévu, je crois, sous une forme moins radicale, une utilisation mieux raisonnée des ressources du territoire. Elle admet d'abord la nécessité d'utiliser tout ce qui existe dans chaque région, sous réserve d'avoir des formations assez importantes d'au moins 200 lits. Chaque région comprend quelques grands centres principaux constitués d'une ou deux villes voisines qui recevront seuls les trains complets venant directement des armées. Les formations des localités avoisinantes, moins importantes, ne recevront que secondairement les blessés déjà traités dans ces centres qui se dégorgeront pour recevoir de nouveaux arrivages. Les blessés et malades de ces services secondaires resteront sous la surveillance des médecins et chirurgiens consultants du centre principal, de manière à assurer la continuité de soins.

Dans ces conditions, le rôle du médecin de la gare de répartition consistera seulement à désigner le centre principal sur lequel sera dirigé le train, qui après déchargement et désinfection rejoindra sa gare régulatrice avec une durée de rotation minima.

Chaque armée dispose d'une gare régulatrice avec un réseau ferré qui lui est attribué en propre Dans la zone de la gare régulatrice un commissaire régulateur règle la marche des trains correspondant aux divers besoins de son armée, trains de ravitaillement en vivres, trains de ravitaillement en munitions, trains de transport de troupes, trains sanitaires d'évacuation, etc.

Du fait qu'il existe de multiples transports à assurer d'une importance telle chacun qu'il est difficile de les subordonner les uns aux autres, l'art du régulateur et de ceux qui l'entourent est de répondre au mieux aux besoins de tous les services. On serait mal venu à exiger des trains sanitaires qu'ils viennent nombreux et en employant les marches express qui coupent et retardent les marches des autres trains au moment où s'exécutent les ravitaillements. Il est d'autres heures par contre où le trafic est moins dense et où il est possible de mettre en route des trains sanitaires et même de les faire bénéficier de marches plus rapides. De leur initiative, beaucoup de commissaires régulateurs avaient de bonne heure pris dans le personnel de passage à la gare régulatrice des officiers du service de santé qui leur avaient paru débrouillards et leur avaient confié la préparation et la surveillance de ces mouvements de trains sanitaires. Ces personnels subalternes n'étaient pas toujours très qualifiés et les évacuations ne furent pas toujours exécutées en tenant compte de l'état des blessés transportés.

En mai 1917 on règlementa la présence auprès du commissaire régulateur d'un médecin de grade assez élevé qui avait la responsabilité des propositions à faire au sujet des mouvements de trains sanitaires et qui avait la surveillance de leur exécution. Une amélioration notable du service résulta de cette collaboration. On vit à cette période des trains sanitaires rapides, débloquant les armées des blessés graves non opérés en plus des trains à marche normale qui restaient réservés à des blessés et malades légers. Dans des heures de crise, lors de l'abandon d'Epernay par exemple en 1918, le train sanitaire envoyé du Bourget fut le dernier précédant le train du génie détruisant la voie qui parcourut la zone Dormans-Château-Thierry, recueillant en des arrêts improvisés les malheureux blessés frappés sur le talus de la voie, à portée par conséquent des mitrailleuses ennemies. La même régulatrice du Bourget put pendant la bataille de juillet 1918 constituer jusqu'à 30 trains de blessés non opérés par jour et les envoyer dans les hôpitaux d'évacuation secondaire à moins de 12 heures de marche. La régulatrice de Connantre put envoyer à la même période 240 trains de blèssés sans que plus de dix d'entre eux aient subi un retard qui dans aucun cas ne dépassa une heure.

Pour la répartition des blessés sur le territoire, chaque régulatrice disposait de zones qui lui étaient propres ; elles étaient disposées suivant une direction générale Nord-Sud attribuant aux régulatrices de Dunkerque et de Creil les régions de l'Ouest, aux régulatrices de Gray, d'Is-sur-Tille et de Saint-Dizier les régions de l'Est, aux régulatrices du Bourget et de Connantre les zones du centre.

Suivant que la bataille sévissait sur le front de telle ou telle armée on agrandissait sa zone en empiétant sur la voisine et en lui attribuant tout ou partie de l'énorme appoint que constituait le gouvernement militaire de Paris. Pour atteindre les zones qu'il devait desservir, zones rapprochées et zones éloignées, le régulateur avait à sa disposition une ligne de communication et sur cette ligne un certain nombre de marches qui lui étaient consenties par les réseaux. Pour le nombre de trains à diriger sur chaque région, il était fixé par un télégramme journalier lui indiquant les places disponibles.

Vous parlerai-je des trains sanitaires eux-mêmes ? Quelques mots seulement pour vous dire ce qu'il en est advenu depuis la guerre. Nous n'avions guère à nous louer de ceux mis à la disposition du service de santé pendant la période des hostilités, ni des trains improvisés utilisant des wagons de marchandises mal suspendus et mal clos, sans inter-circulation, que l'opinion publique avait condamnés dès le début, ni encore des trains permanents estimés les meilleurs, mais dont le matériel immobilisé depuis quelque 40 ans dans les parcs des Compagnies, n'avait

pas bénéficié des mêmes améliorations que le reste du matériel des réseaux, ni même des trains semi-permanents organisés hâtivement pendant la guerre, d'une composition et d'une capacité variant avec les réseaux, difficiles à charger (pour quelques-uns les portières ne laissaient pas charger le brancard tenu horizontal), ne possédant que partiellement l'intercirculation. Tous ces trains faisaient mauvaise figure à côté des trains anglais, américains ou de certains trains italiens.

L'occasion a paru favorable, après la guerre, au moment où les compagnies avaient à refaire leur matériel roulant, pour demander que parmi les nouveaux wagons mis à l'étude il en fut conçu utilisés en temps de paix pour d'autres usages, qui, à la mobilisation, avec des modifications et des aménagements de réalisation facile, pourraient composer des trains sanitaires à capacité uniforme et confortables, possédant l'intercirculation totale, permettant l'alimentation et la surveillance au cours de route, faciles à charger, ayant des moyens de chauffage et d'éclairage adaptés aux besoins du service de santé.

La demande fut prise en considération par la Commission supérieure des chemins de fer et l'Office central du matériel de chemins de fer fut chargé d'une étude à réaliser par accord avec le service de santé qui aboutit à la conception d'un type de wagon métallique utilisable comme voiture de voyageurs et transformable au moment de la mobilisation, par suppression des compartimentages intérieurs, en une grande voiture sanitaire pourvue de moyens de suspension appropriés pour le transport de 30 blessés couchés.

Trop de considérations interviennent dans les décisions des compagnies de chemins de fer en ce qui concerne la mise en chantier de leur matériel neuf, pour que nous puissions escompter, à très brève échéance, la constitution des wagons nécessaires à tous les trains sanitaires que ferait armer la mobilisation. Nous pouvons signaler, toutefois, que plusieurs compagnies ont déjà des wagons de ce type pour lequel le service de santé de son côté a réalisé un nouveau support-brancard à console rabattable, remplaçant avantageusement l'ancien appareil à cadre. Un spécimen de ce support-brancard a été présenté à l'exposition de matériel sanitaire organisée à l'occasion du IIIe Congrès international de médecine militaire (avril 1925). Il a depuis fait l'objet d'une haute récompense (Médaille d'or) de la part du Comité international de la Croix-Rouge à Genève.

***

Par cet exposé rapide de l'organisation sanitaire aux armées, présenté non sous la forme dogmatique d'un règlement, mais en évoquant les idées directrices qui ont présidé à la constitution de nos formations de campagne et qui en ont réglé l'emploi, il est aisé de concevoir que des modifications sont possibles, probables même dans l'avenir. L'emploi d'un nouvel armement, l'application de nouvelles méthodes de guerre, la découverte de vaccins et de sérums préventifs des infections des plaies, l'adoption en grand de nouveaux moyens de transport, peuvent changer complètement nos conceptions. Il est toutefois deux préoccupations que devront toujours avoir ceux qui assument la lourde charge de préparer le fonctionnement du service de santé en temps de guerre :

1° *Le souci de la bonne exécution technique* ;

2° *Le souci de l'adaptation de notre service aux nécessités militaires.*

La bonne exécution technique suppose avant tout une utilisation judicieuse d'un personnel instruit, pénétré de ses obligations, affecté suivant ses compétences et la constitution d'un matériel tenu au courant du progrès moderne.

Pour plus des neuf dixièmes, je l'ai déjà dit, le personnel est fourni par les réserves ; le travail qu'on leur demande correspond heureusement, pour la plupart des médecins et des pharmaciens, à leurs occupations professionnelles et les indications essentielles qu'ils ont à acquérir consistent surtout à savoir dans quelles conditions et avec quels moyens ils devront l'exécuter. Dans ce but, le service de santé, après la guerre, renonçant aux anciennes manœuvres critiquables à bien des titres, a organisé des démonstrations et des expositions de matériel et de formations constituées, à l'occasion de divers groupements médicaux : Congrès, expositions générales, journées médicales, etc... Strasbourg, 1921, Bordeaux 1922, Marseille 1923, Toulouse 1924, Paris, Congrès de médecine militaire de 1925, qui fut l'occasion d'une présentation plus complète. Au cours de ces démonstrations, sous la conduite de médecins de l'active, les médecins de réserve pouvaient en quelques heures acquérir des notions générales sur le fonctionnement du Service de santé et étudier plus spécialement leur formation d'affectation : importance, mode d'emploi, ressources de tous ordres, matériel spécialisé, etc...

Aujourd'hui que s'organise, suivant une formule plus générale, l'instruction des officiers de réserve, il convient de faire acquérir à ceux qui font partie du Corps de santé les vues d'ensemble de l'organisation de l'armée et plus spécialement les vues d'ensemble du fonctionnement de notre service, de manière à leur permettre de remplir leur rôle dans le cadre prévu, en évitant les efforts trop personnels qui risquent d'être inefficaces sinon générateurs de désordres, quand ils ne se produisent pas « dans l'axe ».

L'affectation suivant les compétences est,

dans notre service, la grande loi dont l'expérience de la guerre a établi l'importance capitale. Ce point a été magistralement traité par le professeur JEANBRAU et le médecin principal SPIRE au Congrès international de médecine militaire de Paris ; je ne puis que signaler leurs rapports à ceux que la question intéresse, de même que l'instruction ministérielle du 9 avril 1925 parue au *Bulletin officiel* qui règlemente la plupart des conclusions qu'ils proposent.

Vous estimerez avec moi, sans doute, que tous les officiers du corps de santé doivent s'intéresser à ce qui a trait à l'organisation de guerre et se préoccuper en particulier des dispositions visant l'emploi des compétences puisqu'elles déterminent leur affectation suivant le meilleur rendement et que d'elles dépend finalement le bon fonctionnement du service de santé.

Le matériel prévu pour nos formations doit être celui-là même qui en temps de paix donne dans les cliniques et hôpitaux les garanties de valeur technique en rapport avec le progrès industriel ; il importe seulement qu'il soit adapté pour les besoins d'une campagne au rendement qu'il devra fournir et qu'il réalise la mobilité indispensable. C'est dans ce but qu'ont été conservés les ateliers généraux du service de santé où s'était constitué pendant la guerre le puissant matériel technique qui fit l'admiration de nos alliés. Dans ces ateliers ont été créés depuis la guerre, en communion d'idées d'ailleurs avec les médecins de réserve qui s'y étaient intéressés au cours des hostilités, aussi bien l'appareil de suspension de brancard pour train sanitaire que la série des appareils à fractures dont le médecin principal ROUVILLOIS a fait sanctionner par la Société de chirurgie la valeur technique et l'heureuse présentation.

L'adaptation de notre service aux nécessités militaires constitue une obligation non moins impérieuse.

Elle exige que des médecins militaires qualifiés possédant par ailleurs de solides connaissances techniques, participent aux travaux des états-majors relatifs à la préparation à la guerre. Nous demanderons plus particulièrement à ces spécialistes dans leur genre, qui sont intimement associés à la pensée du commandement dont ils doivent susciter au profit de notre service, pour sa bonne marche, la confiance et l'appui, de déterminer, compte tenu de l'organisation d'ensemble aux armées, le mode d'emploi de nos formations de campagne et aussi de provoquer toutes les modifications qui les rendront plus aptes à répondre aux éventualités auxquelles elles doivent pourvoir.

VARIÉTÉS

L'Histoire, la vie, les mœurs et la Curiosité (1450-1900). — L'Art de guérir et l'Art d'opérer au XVIe siècle. — Pratique et Praticiens.

d'après le Dr Ghislain HOUZEL.

A propos du *Mal héréditaire* de Cabanès, nous rappelions le passage du *Discours de la méthode* où Descartes constatait l'infidélité des Histoires telles qu'on les écrivait à son époque « qui omettent presque toujours les plus basses et moins illustres circonstances, d'où vient que le reste ne paraît pas tel qu'il est ». Aussi est-ce avec le plus vif intérêt que nous avons lu le premier volume du grand ouvrage que publie M. John Grand-Carteret intitulé : *l'Histoire, la vie, les meurs, et la curiosité* (1) (1450-1900). M. Grand-Carteret se propose de rectifier l'histoire faussée jusqu'au XIXe siècle, ce « stupide » XIXe siècle, comme on a osé l'appeler, qui fut cependant le siècle de la critique, le siècle de la science, le siècle de la documentation, le siècle où l'on s'est efforcé dans toutes les branches des connaissances humaines d'approcher de la vérité.

M. Grand-Carteret commence son histoire en 1450 parce que la découverte de l'imprimerie en multipliant les pamphlets et les images, a permis d'écrire la petite histoire qui jette un jour si singulier sur les évènements obscurs que relate la Grande Histoire. Aussi le premier volume de son œuvre, celui qui a trait au XVIe siècle, compte 29 planches hors texte coloriées et 405 illustrations dans le texte, reproductions de documents iconographiques du plus grand intérêt.

Tout est passionnant dans ce volume qui fait le tableau de la vie et des mœurs de l'époque de la Renaissance, nous nous bornerons à analyser avec quelques détails le chapitre ayant trait à l'*Art de guérir et l'Art d'opérer au XVIe siècle* où notre distingué confrère, le Dr Ghislain HOUZEL, décrit avec talent ce qu'étaient à cette époque la Pratique et les Praticiens.

***

Pendant tout le moyen âge, les couvents exercent un véritable monopole sur la médecine comme sur tous les arts et toutes les sciences. Les médecins sont encadrés dans l'Université

(1) Librairie de la Curiosité et des Beaux-Arts. 9, rue de Villersexel, Paris, 1927.

qui est une institution cléricale et la médecine est une sorte de religion. Entre les religieux, les mires et les sorciers, la différence n'est pas grande ; leur savoir à tous a sa source dans la tradition. La pratique de l'art médical s'entoure de mystère, c'est un véritable sacerdoce. Jusqu'au XVI[e] siècle règne le principe d'autorité et il est interdit de discuter quand *Magister dixit.* C'est au XVI[e] siècle que l'on voit naître l'expérimentation, guidée par la philosophie et le rationalisme.

L'Ecole de médecine à Paris, qui ne date que de 1472, siège rue de la Bûcherie. Le légat du pape, le Cardinal d'Estouteville, vient à peine de laïciser les médecins en leur accordant le droit de se marier.

La Faculté reçoit des docteurs qui ont la permission d'enseigner. Louis XII en 1498,puis François I[er], créent des docteurs régents qui, au point de vue de l'enseignement, jouissent de certains privilèges. François I[er] même fonde une chaire de médecine au Collège de Cambray qui devient le Collège Royal de France. Mais il faut faire preuve d'orthodoxie pour faire partie de la Faculté qui est, avant tout, la Corporation des médecins de Paris. En 1562, Julien Le Paulmier, Jean de Gorris, Simon Bauldichon, Nicolas Charton, A. Lefebvre, M. de la Corde, de Lor, L'Estellé, tous docteurs régents, doivent quitter la Faculté et s'exiler deParis parce qu'ils sont calvinistes. Le Roi ordonna leur réintégration en 1571 par lettres patentes, mais la Faculté, appuyée par le Parlement, résista.La plupart abjurèrent,notamment Maurice de La Corde,publiquement en Sorbonne le 24 janvier 1575. Le Paulmier resta à Caen jusqu'en 1573 où le duc François d'Anjou le nomma son médecin.

L'*enseignement* tout théorique se borne presque à commenter les aphorismes d'Hippocrate. Sous François I[er], beaucoup considèrent la dissection comme un sacrilège. On herborise pour apprendre la botanique et ce n'est qu'en 1596 qu'Henri IV fonde le jardin botanique de Montpellier où Richer de Belleval enseigne.

L'urologie tient une place considérable dans la pratique médicale et il advient que des médecins formulent des traitements à la vue seule des flacons d'urine qu'on leur apporte.

L'étudiant en médecine, après une période d'études et des examens, est nommé bachelier (de baccalarius, vaccalarius, vassal inférieur dans la hiérarchie féodale). Le bachelier sert d'aide mais ne pratique pas. Après une nouvelle série d'épreuves, l'Evêque, chef suprême de la Faculté, lui confère la *licence* de pratiquer et d'enseigner. Le doctorat couronne les études. Le bachelier n'a pas examiné un seul malade, avant que, devenu l'assistant d'un docteur, il accompagne ce dernier dans ses visites. Les frais d'études pour devenir docteur sont considérables.

La pratique de la médecine consiste à satisfaire une clientèle superstitieuse, ignorante et crédule. Le grand principe des bons médecins est: *Primum non nocere.* L'on y ajoute volontiers : *Primum mentiri, postea philosophari, deinde curare.*

Les médecins sont des artistes qui dédaignent toute intervention manuelle. La corporation des barbiers, d'où sortirent les chirurgiens, prend la charge de toute la partie manuelle de l'art de guérir et développe cet art en soignant les blessés aux armées. Le médecin est appelé le dernier dans les cas graves et chez les grands seigneurs. On commence par le rebouteur ou le sorcier, puis vient lechirurgien et enfin la sommité médicale, le docteur régent qui, très dignement, regarde de loin le chirurgien opérer.

Les grands font venir de villes très éloignées les somnités médicales. Ainsi en 1583, Le Paulmier quitte Paris pour Dunkerque, appelée à soigner le duc d'Anjou, frère du Roi, et l'année suivante la Reine mère l'envoie consulter à Château-Thierry le duc d'Alençon, mourant de phtisie pulmonaire, Parfois, c'est le malade qui entreprend un long voyage pour voir le médecin réputé. Nous voyons par exemple le gentilhomme vendômois Ronsard quitter un de ses bénéfices ecclésiastiques, la cure de Champfleur au Maine, pour aller consulter, à Montpellier, Jean Bocaud. Muni d'une lettre d'introduction de Michel de l'Hôpital qui était lui-même fils d'un médecin, il arrive non sans aventures jusqu'à Bocaud qui, en homme de bon sens, fait rare à l'époque, donne de bons conseils à Ronsard et s'il ne le guérit, du moins il le soulage fortement.

Le D[r] Gh. Houzel nous indique les forts honoraires que touchaient les médecins au XVI[e] siècle, mais ce sont les médecins des grands,qui ont parfois la délicate attention de les coucher sur leur testament ; ce qui ne peut plus se faire de nos jours.

Les médecins, se basant sur le droit romain, qui attribuait la noblesse aux avocats et aux médecins, revendiquaient une noblesse non transmissible, mais le Roi ne consentit qu'à la conférer individuellement à certains dont les services avaient été exceptionnels. C'est ainsi que Julien Le Paulmier, sieur de Vendœuvre et de Grentemesnil, reçut le titre d'Ecuyer.

Les *charlatans* abondaient et menaient grand train. Nous devons bien reconnaître qu'il n'y avait pas une différence bien profonde entre l'empirisme du charlatan et celui du docteur régent.

Les médecins étrangers comme les charlatans étrangers étaient au XVI[e] siècle une plaie dont la Faculté avait peine à se défendre.

Il y avait à Paris sept *hôpitaux* et Asiles où les malades s'entassaient quatre par lit. L'Hôtel-Dieu abritait 589 malades dans trois salles. La

malpropreté, la puanteur dépassaient en horreur ce que l'on peut imaginer.

Un bon médecin devait être *astrologue.* « Ce troupeau de médecins imbéciles, écrit Jean d'Indagine, qui s'imposent par leur pourpre, croient pouvoir guérir sans les secours des astres, mais s'ils ignorent l'astrologie, ce ne sont pas des médecins, ce sont des imposteurs. »

Notons que Rabelais,qui se moquait des astrologues, tira en 1549, un horoscope en faveur de Louis d'Orléans, second fils qu'Henri II venait d'avoir de Catherine de Médicis, ce qui n'empêcha pas l'enfant de mourir au berceau.

L'on croyait encore à l'influence des pierres précieuses telle que l'indiquait le traité de Buddhabhatta qui avait été rapporté de l'Inde. Enfin, l'on usait largement des poisons dont il était bien difficile à cette époque de démontrer les authentiques méfaits.

Paracelse qui fut à la fois un médecin instruit et un cynique charlatan, introduisit la chimie dans la thérapeutique.

Les *épidémies* décimaient les populations et surtout les armées. En 1536, la peste fit mourir 20.000 Impériaux en Provence et Charles-Quint, victorieux, dut battre en retraite. En 1550, la suette d'Angleterre ravagea la Grande-Bretagne. En 1557, l'Allemagne, puis la France, l'Espagne et l'Italie furent victimes de la *fièvre poncticulaire* (peut-être la scarlatine). En 1572, la colique du Poitou, due à l'ergotisme, et que, dans le Nord de la France, on appelait *mal des ardents,* fut le fléau qui frappa le plus l'imagination populaire. La véritable peste sévit en 1580.

Le scorbut, importé des Indes Orientales à la fin du XV[e] siècle par Vasco de Gama, se répandit en Allemagne et dans le reste de l'Europe.

Le *diagnostic* est, au XVI[e] siècle, de la part du médecin, une affaire d'impression ; sa connaissance est toute intuitive. Le praticien examinait l'urine dans un flacon *ad hoc,* la *Mentula,* il regardait sa transparence, la flairait, la goûtait même. Il observait le pouls avec soin, pouls qui pouvait être superficiel, plein, glissant, creux, tremblant, abondant, petit, enfoncé, lent, tranchant, paresseux, bas, doux, fluide, faible, long, court, mince, variable, embarrassé, confiné, vide, précipité ou culbutant, dur, etc. On examinait encore le sang tiré de la saignée. C'étaient là les seuls éléments du diagnostic.

La *thérapeutique* consistait à soigner, à purger, à administrer des simples, des extraits d'organes, parfois répugnants, des vomitifs, des médicaments d'une rare complexité. Certains comme le vin aromatique, le diascordium ont survécu. Les rois de France guérissaient les écrouelles en les touchant et Van Helmont s'insurgeait contre cette croyance.

La *syphilis* avait pris au XVI[e] siècle un caractère vraiment épidémique, on la traitait par le gaïac et le mercure.

Dans quelques cas, l'on expérimentait les méthodes opératoires ou les drogues, notamment les prétendus contre-poisons, sur des criminels condamnés à mort.

Ambroise Paré fut alors le père de la *médecine légale.*

La lèpre que les Croisés auraient apportée de Palestine et que les Sarrazins auraient laissée dans le Midi de la France, était encore fréquente et les lépreux étaient isolés dans les maladreries.

Les *fous* étaient emprisonnés et parfois suppliciés. L'*hygiène* était inconnue, cependant la *balnéothérapie* était en honneur, mais n'était qu'à la portée des gens riches. Les établissements de bains portaient le nom d'étuves. Les baignoires étaient des cuviers en bois de chêne ou de châtaignier, cerclés. Les fumigations, les applications de ventouses scarifiées complétaient le traitement balnéothérapique.

Les *stations balnéaires* étaient fréquentées : Spa, Plombières, Baden en Argovie, Plummer en Suisse, jouissaient d'une grande vogue comme le montrent des documents iconographiques.

Trois grandes figures médicales émergent nettement au XVI[e] siècle au milieu d'un grand nombre de médecins plus ou moins réputés et dont quelques-uns ont fait faire quelques progrès à la science. Ils furent les précurseurs de la médecine scientifique.

Ce sont :

André Vésale, créateur de l'anatomie et qui la diffusa. Il acquit une telle réputation que Charles-Quint l'attacha à sa personne.

Ambroise Paré qui savait observer, faisait son profit de tout, et fut l'auteur des grands progrès de la chirurgie à son époque. Il améliora considérablement par son ingéniosité la technique et l'arsenal du chirurgien.

Enfin *Fernel,* médecin de Henri II, homme d'une grande culture générale, qui jeta les bases de la médecine moderne en la soumettant au contrôle de la raison, un siècle avant Descartes et trois siècles avant Claude Bernard.

***

A la suite de l'article si original et si documenté du D[r] Ghislain Houzel, illustré de nombreuses reproductions iconographiques de l'époque, viennent quelques documents intéressants sur la médecine au XVI[e] siècle : les pièces officielles sur la mort de don Carlos, fils de Philippe II, aliéné, tué par ordre de son père ; les opinions d'Erasme et de Montaigne, sur les médecins et la médecine ; les notes sur les médecins juifs ; sur les anatomies au XVI[e] siècle ; sur les maladies vénériennes et les vénériens ; sur la pharmacie et les pharmaciens en Europe et enfin, sur Rabelais, médecin et anatomiste. J. NOIR.

OÙ ALLONS-NOUS (1)

C'était la question ou presque que posait dernièrement le le *Concours médical* à ses lecteurs. Les réponses nombreuses et excellentes montrèrent que l'évolution inéluctable que suit notre profession nous achemine vers une transformation complète de notre mentalité médicale, et ceci dans un temps relativement court. Il faut en prendre notre parti : ou mourir, ou marcher avec notre temps , avec les exigences d'une civilisation qui n'a guère d'humain que le nom.

Suivons, si vous le voulez bien, le mémoire primé au Concours, celui du Dr Gosselin, d'Argenteuil.

D'abord, il nous montre la prédominance de plus en plus grande de l'outillage technique du médecin, — instrumentation, rayons X ou Z, laboratoires, etc. Cet outillage compliqué réclame des spécialistes qui se feront payer non pas tant pour leur valeur personnelle que pour couvrir leurs frais d'installation et « d'exposition ». La première conséquence sera l'augmentation des frais de traitement et la nécessité pour la grande majorité des malades d'un tiers payant, d'une assurance. Ce tiers payant nous l'avons déjà pour les accidents du travail, nous l'aurons pour la maladie, nous l'aurons pour tout ce qui nous regardera, et cela quoique nous puissions dire ou faire. Ce tiers payant, c'est le fantôme qui nous écrasera si nous ne savons nous unir ; — c'est lui qui nous dictera nos prix, discutera nos ordonnances, se jouera de nos discordes pour nous mieux réduire à sa merci.

Devant ce danger, le médecin individualiste impénitent comprendra, malheureusement peut-être trop tard, l'utilité, la nécessité des Syndicats médicaux.

Malheur au médecin isolé, il n'y aura plus de place pour lui.

Aussi, devons-nous assister à l'extension du pouvoir syndical. Le Syndicat, au nom du Corps Médical, traitera d'égal à égal avec le tiers payant dont la puissance, dit le Dr Gosselin, fera la puissance de son antagoniste le Syndicat.

Le Syndicalisme médical va donc s'étendre, représentant l'organisation corporative et s'imposant à tous les praticiens, qu'ils le veuillent ou non, tous viendront et feront l'Union sacrée devant l'ennemi commun. Mais le Syndicat reste une conception sans force et sans action, n'ayant pas à sa disposition une juridiction professionnelle et d'aucuns parlent d'un Ordre des médecins. C'est une question d'application pratique. Si l'Ordre des Médecins ne peut être calqué sur celui des avocats, nous le croyons, il n'en est pas moins vrai que la création de tribunaux professionnels s'imposera à notre discipline.

Nous devons souhaiter la création de ces tribunaux qui, en dehors du Syndicat, seront les gardiens des règles déontologiques et de la législation de notre profession. Nous y trouverons notre avantage à tous les points de vue et nous ne ferons que suivre les commerçants avec leurs tribunaux de commerce, les ouvriers avec leurs conseils de Prud'hommes, les fonctionnaires avec les tribunaux administratifs, etc. En 1935, pense le Dr Gosselin, le Corps médical aura, lui aussi, son tribunal professionnel. C'est probable et souhaitable, ajouterons-nous. Poursuivant ses prévisions, le Dr Gosselin expose ensuite ce que sera la vie médicale dans quelque dix ans. Pour des raisons qu'il fait valoir, notre confrère voit les médecins s'associer en « vue de la pratique de l a clientèle » ; — sorte de cabinet clinique dont les membres seront à tour de rôle et de façon interchangeable à la disposition des malades, à moins que ces associations ne comprennent chacune, dans leur sein, un médecin, un chirurgien, un représentant de chaque spécialité, de sorte que le client en sonnant à la porte serait assuré de trouver le médecin *ad hoc* pour son affection, depuis le dermatologiste jusqu'au pédicure, en passant par le dentiste, sans oublier le bactériologue, le radiologue, etc. Il lui serait ainsi possible de parcourir le cycle des spécialistes et d'avoir à la sortie une fiche de santé de sa maladie contresignée par chacun des associés. Ce serait une visite complète et totale. Ce malade, s'il n'est pas guéri, emportera toujours l'avis d'un Wassermann positif ou négatif, un schéma de ses poumons, de son cœur, de son aorte et la silhouette de sa traversée intestinale par le bol de la gélobarine. Si le malade n'y trouve son profit, les médecins y trouveront le leur et ceci m'empêche d'accepter la prédiction du Dr Gosselin. Le médecin sera l'homme de ses malades ou il ne sera pas ! Le jour où nous monterons ces polycliniques par équipes plus ou moins bien organisées, ce jour-là nous serons dignes des projets sociaux qui nous menacent et notre belle profession aura vécu.

Deviendrons-nous des fonctionnaires ? Non, parce que, dit très bien le Dr Gosselin, les médecins ne le désirent pas et surtout parce que les malades ne le veulent pas.

Certes, il y aura des médecins fonctionnarisés; des experts — la Société ayant toujours le droit d'avoir des médecins contrôleurs dans l'intérêt public, mais le praticien devra rester indépendant et c'est justement cette indépendance qui

(1) *Bulletin Offic. de Syndicat méd. d'Alger*, n° 21, 1926.

lui était nécessaire qui le dresse aujourd'hui contre l'immixtion d'un tiers dit payant qui, en fait, sera un tiers contrôleur.

C'est ce tiers qui limite déjà nos honoraires bien que la loi ne lui en reconnaisse pas *encore le* droit et que nous laissons faire ; c'est lui qui va nous imposer des tarifs limitatifs demain, non seulement pour les accidents du travail, mais peut-être pour les accidents de droit commun.

Et nous voici devant cette loi sur les assurances sociales qui va bouleverser, dans quelques années, la vie médicale tout entière.

Le péril est grand ; seule l'union peut nous préserver de l'avilissement. Dans la loi qui se prépare, il faut que le législateur sente qu'il a à compter non pas avec des médecins mais avec tout le corps médical groupé en syndicats. Il faut que le Syndicat traite avec les caisses d'assurances d'égal à égal. Il faut pour cela qu'il n'y ait pas de dissidents dans nos rangs.

Et cependant, quelles qu'en soient les conditions, l'assurance-maladie va créer pour les médecins une situation nouvelle pour laquelle il va falloir nous « *adapter* » — « qui ne s'adapte pas meurt », c'est la grande loi de la vie. Sachons donc nous adapter pour le mieux de nos intérêts et de la dignité de notre profession.

De tout ceci, nous devons retenir que plus nous irons, moins le médecin pourra vivre seul, isolé de ses confrères, — notre liberté, dont nous sommes si fiers et si jaloux, devra céder le pas aux exigences de la vie sociale, et il nous faudra choisir entre le chien et le loup de la fable. Certes, il n'est pas honteux de porter un collier, au moins choisissons-le léger et sans épines pour que la peau de notre cou n'en soit pas trop pelée.

Dr WITAS.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

LES RÉUNIONS MÉDICALES DE NANCY

La deuxième réunion médicale de Nancy s'est tenue à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Doyen Spillmann, en présence de plus de cent cinquante praticiens lorrains et luxembourgeois.

Dans la matinée, au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, M. le professeur ETIENNE, qui avait choisi comme sujet de sa conférence : « Quelques syndromes fonctionnels nouveaux en médecine », étudie d'abord l'insuffisance ventriculaire gauche et ses manifestations précoces ; à propos du mal de Bright, il s'attache à divers syndromes rénaux : rétentions chlorurée et azotée, hypertension sans albuminurie, néphrite albumineuse ; enfin, arrivant aux syndromes neurologiques, il insiste en particulier sur l'encéphalite et ses diverses formes. C'est ensuite M. le professeur Frœlich qui, à propos du « traitement de la paralysie infantile », rappelle brièvement la pathogénie de l'évolution de cette affection, puis expose en détail les méthodes thérapeutiques récentes : radiothérapie, diathermie, sérothérapie et traitements orthopédiques et chirurgicaux proprement dits. Ces deux conférences, très documentées, sont accompagnées de projections photographiques et de présentations de malades. Puis a lieu, à l'hôpital civil, sous la direction de Mme la Supérieure, Sœur Louise, et de M. Gauguery, chef des services administratifs des hospices une visite détaillée des nouveaux pavillons chirurgicaux du service de M. le professeur Vautrin et de la pension Bon-Secours.

A midi trente, la plupart des participants se réunit à l'hôtel Thiers, autour d'un déjeûner amical présidé par M. le doyen Spillmann, qui, au dessert, remercie en une allocution cordiale les conférenciers et leurs auditeurs de leur empressement à assurer le succès des Réunions médicales de Nancy.

Dans l'après-midi, tous se retrouvent au grand amphithéâtre de la Faculté, M. le professeur André y détaille « les procédés actuels d'exploration des fonctions rénales en chirurgie urinaire, leur valeur et leurs résultats » ; il envisage en particulier, outre la recherche banale de l'albumine urinaire, le dosage de l'urée sanguine et son complément, la constante d'Ambard, l'épreuve de polyurie expérimentale, le cathétérisme urétéral qui permet l'étude séparée de l'urine de chacun des deux reins. Enfin, M. le professeur Fruhinsholz rapporte les conceptions actuelles sur le « traitement de l'infection puerpérale en clientèle » ; essentiellement prophylactique, reposant sur l'emploi rationnel et judicieux des procédés antiseptiques (usage des gants et des doigtiers, évidement des rétentions cotylédonnaires, sérothérapie), il est avant tout abstentionniste et médical, et les procédés chirurgicaux sont de plus en plus rarement de mise.

La journée se termina par une visite rapide des travaux — d'ailleurs très avancés — de la nouvelle maternité.

La deuxième réunion médicale de Nancy, dont l'organisation ne le céda en rien à celle de la pre-

mière, a rencontré le même succès que son aînée. Les professeurs de la Faculté lorraine et le Comité d'organisation peuvent à bon droit se féliciter de la formule de « journées séparées » qu'ils ont instituée, et dès maintenant on peut escompter l'entière réussite de la troisième réunion, dont la date a été fixée au 15 mai prochain.

Dr Louis MERKLEN.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. DARGELOS. (*Fin.*)

« Une première pensée, dit-il, au début de sa con-« férence, se présente naturellement à l'esprit. C'est « de comparer le terrain humain, au terrain dans « lequel on sème et on voit se développer une graine, « ou au fromage sur lequel tombe et se développe « un œuf de ver. Pourvu que le terreau ou le fro-« mage contiennent les principes nécessaires à la « nutrition de ces germes, la plante se développe et « le ver grouille. Le terreau et le fromage n'y peuvent « rien. On peut les garantir de la chute du germe, « mais celui-ci, une fois rencontré, le terreau et le « fromage deviennent *infailliblement*, l'hôte et l'ali-« ment de la plante ou du ver.

« Si cette doctrine était vraie et applicable à l'hom-« me pour la tuberculose, elle entraînerait des consé-» quences précises et graves. On devrait bien conti-« nuer à prévenir de son mieux les hommes, des « bacilles tuberculeux, on aurait bien à soutenir la « lutte sociale et individuelle, contre le bacille, mais celle lutte n'impliquerait aucun devoir personnel « de préservation ou de défense, contre le bacille « déjà rentré... Chacun porterait en soi, en nais-« sant un terrain propre ou impropre, contre son « développement et sa destinée serait fatalement « inscrite le jour de sa naissance. Eh bien, non ! il « n'en est rien. Cette doctrine n'est pas la vraie. Le « corps humain présente au bacille un terrain *vi-« vant*, c'est-à-dire un terrain tout autre que le ter-« reau ou le fromage, un terrain qui lutte, qui sent, « qui réagit, qui tend à chasser ou à annihiler les ad-« versaires de sa santé, et qui ne demande qu'à être « aidée dans cette lutte contre les agents produc-« teurs de la maladie. Chacun de nous peut puissam-« ment l'aider ou, au contraire, le paralyser dans « cette lutte naturelle.

« C'est le devoir de chacun de connaître et de faire « connaître, que nous ne sommes pas un terrain « inerte, passif et irresponsable, mais bien un terrain « vivant, actif et responsable ; de connaître et de « faire connaître les moyens que nous avons, pour « aider et diriger cette lutte du terrain vivant, con-» tre le bacille de la tuberculose. »

Comme conséquence de cet exposé de doctrine, les animaux se défendent, guidés par leur simple instict ; l'homme doit lui adjoindre sa volonté et partant sa responsabilité. Il faut que pour l'organisme puisse lutter favorablement, non seulement qu'il soit vivant, mais qu'il soit sain, que rien ne vienne contribuer à diminuer sa force vitale et qu'au contraire, celle-ci soit protégée et, le plus possible, accrue.

Contre la pénétration des microbes pathogènes l'organisme vivant possède un appareil respiratoire admirablement approprié pour filtrer l'air et en fixer les impuretés. C'est dire que ce filtre doit se trouver, vu son importance, dans la plus parfaite intégrité, comme du reste, le tube digestif, qui peut aussi servir de porte d'entrée aux bacilles nocifs. Le sang, et la plupart de nos organes, renferment des cellules nommées leucocytes qui, sur les ordres, et par l'intermédiaire du système nerveux, se transportent par escouades ou bataillons, contre le microbe envahisseur, et engagent contre lui une lutte implacable, où la victoire restera au plus fort. D'où la conclusion nécessaire d'une saine application des mesures d'hygiène, pouvant augmenter et surtout empêcher de s'affaiblir la puissance de nos organismes de défense.

Les œuvres de bienfaisance et de prévoyance sociale peuvent bien aider à atteindre ce résultat.

Toutefois la santé publique ne peut être que la somme des santés individuelles et les efforts individuels sont indispensables pour l'assurer, on ne saurait jamais trop insister sur ce point :

Cette nécessité des efforts individuels a toujours été considérée, dans toutes les circonstances de la vie, comme un véritable axiome.

Tout le monde connaît et doit relire la fable de La Fontaine : « Le charretier embourbé ». Ne pouvant plus avancer, il peste, jure, s'irrite, « contre les trous, puis contre les chevaux, contre son char ,contre lui-même ». Il invoque à la fin Hercule :

Hercule, lui dit-il, aide-moi ; si ton dos
 A porté la machine ronde,
 Ton bras peut me tirer d'ici.
Sa prière étant faite, il entend dans la nue
 Une voix qui lui parle ainsi :
 Hercule veut qu'on se remue,
Puis il aide les gens ; regarde d'où provient

L'échoppement qui te retient,
Ote d'autour de chaque roue
Ce malheureux mortier, cette maudite boue
Qui, jusqu'à l'essieu les enduit.
Prends ton pic et me romps ce caillou qui le tient.
Comble-moi cette ornière. As-tu fait ? Oui, dit l'homme.
Eh bien ! je vais t'aider, dit la voix. Prends ton fouet.
— Je l'ai pris. Qu'est ceci ? Mon char marche à souhait !
Hercule en soit loué ! Alors la voix : Tu vois comme
Tes chevaux aisément se sont sortis de là !
Aide-toi, le Ciel t'aidera ! »

Ce que le bon fabuliste dit de ce char embourbé, est applicable à la question qui nous occupe.

Pour détruire les éléments de contagion, pour fortifier l'organisme contre les dangers de l'infection, pour avoir le bien-être hygiénique, il ne suffit pas de se plaindre, de demander conseil ou aide au médecin ou à l'Etat. Il faut, dès que la voix d'Hercule se sera fait entendre par leur organe, et qu'elle aura ordonné ou conseillé ce qui est à faire, ne rien négliger pour exécuter ses ordres ou suivre ses conseils.

Les trous, la boue, l'ornière, le mortier, le caillou, qui empêchent la marche de la charrette, ce sont ici : les microbes, l'alcoolisme et le logement insalubre.

Les moyens de défense sont : le logement salubre, une alimentation saine, la propreté en tout ;

La déclaration rapide de toutes les maladies contagieuses ;

La désinfection pendant le cours de la maladie;

La désinfection finale ;

Le renoncement aux habitudes alcooliques ;

La protection de l'hygiène dans les campagnes comme dans les villes ;

L'eau potable pour tous ;

L'application de chacun à devenir propriétaire d'une habitation salubre, à ne boire que de l'eau potable ou rendue potable.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que ces moyens de prophylaxie et de prévoyance sociales sont exposés aux regards des intéressés. Des plumes beaucoup plus autorisées que la mienne les ont souvent développés sans atteindre, disons-le, le succès que l'on aurait pu attendre de leur éloquence convaincue.

Aussi, je ne me fais guère illusion sur l'influence que pourront avoir ces lignes pour atténuer les causes d'infection qui, comme l'alcoolisme, sont favorisées par les passions, les vices et les faiblesses de l'homme, trop adroitement exploités.

Trop heureux si elles réussissaient, en divulguant les avantages de la désinfection, à convaincre le peuple de la nécessité absolue de cette pratique.

Pour favoriser la pénétration de ces idées dans le public, les livres, les conférences, les conseils isolés sont insuffisants.

Il faut qu'elles soient exposées souvent, presque tous les jours.

Nous ne nous souvenons plus dans quel journal nous avons vu une réclame illustrée, bien suggestive : une main armée d'un marteau faisant entrer dans la tête d'un pauvre diable, qui n'avait pas l'air de trop en souffrir un coin représentatif de la chose à lui inculquer. Nous demandons pardon de cette comparaison en apparence peu flatteuse ; mais nous sommes convaincu que, pour faire pénétrer la pratique des mesures d'hygiène et de prévoyance sociales dans l'esprit, même des plus intéressés, il faut, constamment, ou du moins très souvent, attirer leur attention sur elles.

Or, quels sont les ouvriers qui manœuvreront le marteau pour enfoncer ce coin jusqu'à ce qu'il ait bien pénétré dans le cerveau des intéressés ?

Ce sont d'abord les instituteurs et tous les éducateurs de l'enfance et de la jeunesse. C'est à l'école primaire, dans les patronages, dans les écoles normales, dans les collèges et lycées, dans les réunions des œuvres post-scolaires, les associations sportives ,que doivent être semés les principes d'hygiène et de prévoyance sociales.

Un cours d'hygiène devrait être obligatoire dans toutes ces écoles. Mais c'est surtout dans les lycées, collèges, pensionnats de jeunes filles, qu'il faudrait nourrir l'esprit des élèves de cette science si intéressante et si utile, et habituer les élèves à toutes les pratiques d'hygiène. Nous avons déjà insisté sur ce point, au début de ce travail. Mais on ne saurait jamais assez répéter que ce sont ces jeunes filles qui doivent devenir des maîtresses de maison, des mères de famille ; c'est à elles qu'incombera le devoir de maintenir la salubrité de l'habitation, de la rendre gaie et agréable, et de se constituer gardes-malades le jour où un être aimé sera atteint dans sa santé ou menacé dans son existence.

Il existe en ce moment un procédé de propagande et d'enseignement d'une portée considérable : c'est le cinéma.

On l'a accusé, parfois avec raison, de ne pas servir toujours à faire connaître et aimer les beautés de la nature, les chefs-d'œuvre de l'esprit et de l'art, et d'étaler trop souvent devant des auditeurs plus ou moins suggestibles, des scènes et des tableaux d'utilité et de moralité douteuses.

Ne pourrait-on pas lui demander de réparer un peu le mal qu'il a pu faire, en intéressant le peuple, en lui démontrant les moyens d'être heureux, à l'abri des maladies qui nous menacent

Je ne suis pas entrepreneur de films, mais il me semble qu'un opérateur expérimenté pourrait trouver, en groupant les idées exprimées dans cet opuscule et dans les divers traités d'hygiène, une série de paysages et de scènes familiales qui, non seulement intéresseraient le public, mais lui feraient apprécier et adopter les principes d'hygiène qui assureraient son bien-être physique et moral.

Mais il est un autre artisan de l'éducation hygiénique du peuple, trop négligé jusqu'à ce jour, c'est le médecin traitant, le praticien.

C'est lui qui, dans ses visites quotidiennes peut indiquer, organiser, surveiller les mesures nécessaires à la désinfection ,pendant le cours de la maladie ; c'est lui qui peut, à l'aide d'une parole, d'un reproche, d'un simple geste, montrer sa satisfaction ou ses regrets, sur la façon dont ses conseils sont suivis ; c'est lui qui peut expliquer tous les jours le bénéfice de la maison salubre, le danger des habitudes alcooliques ; c'est lui qui peut et doit faire l'éducation, j'allais dire le dressage hygiénique des clients, dont il est le conseiller et l'ami.

Nous sommes convaincu que si les praticiens veulent être ce qu'ils doivent être : les hygiénistes de leur circonscription médicale, ils peuvent rendre les plus grands services à la santé publique : aussi, leur laissons-nous le soin d'apporter à cette esquisse, dont la longueur ne compense pas l'imperfection, les retouches et les amplifications qui leur seront dictées par l'intérêt de leurs malades et par l'intérêt général.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr LERAT, d'Evreux (Eure).

— **Institut du cancer.** (Direction : Professeur G. ROUSSY). — *Cours de perfectionnement sur le cancer.* — Ce cours est spécialement destiné aux médecins français et étrangers et aux étudiants qui désirent se mettre au courant de l'état actuel de la question du cancer. Il comprendra :

1° *Une série de 28 leçons* sur l'étude étiologique, biologique, expérimentale, clinique et thérapeutique du cancer ; 2° *Des démonstrations pratiques* d'anatomie pathologique, de chimie biologique, de chimie physique, et de médecine expérimentale, qui auront lieu dans les laboratoires de l'Institut, à la suite des leçons théoriques ; 3° *des démonstrations cliniques* avec présentation de malades, et des démonstrations thérapeutiques (applications de rayons X ou de radium) qui auront lieu le matin, pendant toute la durée du cours, au Centre anticancéreux de la banlieue parisienne ; 4° *des visites* faites, sous la conduite d'un préparateur, dans les différents centres anticancéreux de Paris, et même de province, si les auditeurs en expriment le désir ; 5° *des leçons hors série* qui seront confiées à des conférenciers français ou étrangers et qui porteront sur un sujet particulier touchant au cancer. La liste complète de ces leçons sera publiée ultérieurement.

Le cours donnera lieu à l'attribution d'un diplôme qui sera délivré par la Faculté de médecine. Le nombre des auditeurs est limité.

La première séance aura lieu à l'Institut du Cancer, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, le lundi 16 mai, à 15 heures.

— **Le Nord médical.** — Le 15e banquet du *Nord médical* a eu lieu le jeudi 10 mars au Club de la Renaissance Française, sous la présidence de MM. Douay et Paul.

De très nombreux confrères avaient tenu à venir applaudir la présidence de leur sympathique ami Douay, qui, chirurgien distingué, ne compte plus les services rendus à ses compatriotes du Nord. En quelques paroles remplies d'une affectueuse bonhomie, il nous dit le plaisir de se retrouver autour d'une bonne table, avec des camarades de jeunesse, se rappelant l'un à l'autre, leurs souvenirs d'étude déjà lointains ; puis s'adressant aux jeunes, qui se pressaient nombreux autour de la table d'honneur, il les convia à assister le plus souvent possible à ces réunions, dont ils ne peuvent retirer que profits et appuis. A l'issue du banquet, M. Dhotel, sculpteur, prestidigitateur, poète et musicien, et qui plus est, médecin estimé de sa clientèle, nous fit entendre sa scie musicale, nouvel instrument original, dont il tire des sons d'une douceur et d'un charme surprenants.

— « **Nord-Sud** » **italien.** — *Voyage d'études médicales en Italie.* — Du 12 au 27 septembre aura lieu le quatrième « Nord-Sud », voyage d'études aux stations hydrominérales et climatiques italiennes, organisé par l'Office National italien du tourisme (ENIT). Le voyage est réservé aux médecins étrangers et, comme les précédents il sera dirigé par le prof. Guido Ruata. Les localités suivantes seront visitées : Bagni di Montecatini (concentration), Monsummano et Bagni di Chianciano, en Tosca, en Fiuggi, près de Rome ; Castellammare di Stabia, Sorrento, Capri, dans le Golfe de Naples ; les Thermes d'Agnano, près de Naples, Taormina, Acireale et Palermo en Sicile. Le voyage se déroulera en train spécial de 1re classe : un bateau spécial sera aussi affecté aux excursions dans le golfe de Naples. Dans chaque station sera donnée une conférence médicale, suivie des visites aux établissements et à la localité. Des médecins-interprètes pour le français, l'anglais et l'allemand suivront le voyage.

La cotisation est fixée à 1700 lires, comprenant tous les frais de voyage et de séjour du le point de concentration au point de dislocation. Des billets à tarif réduit seront délivrés aux adhérents pour le voyage de la frontière à Montecatini et de Palerme pour le voyage de retour. Les médecins pourront être accompagnés par une personne de leur famille jusqu'à concurrence du quart du total des inscrits.

Pour les programmes et les inscriptions — qui seront closes le 15 juillet — s'adresser à l'Ente Nazionale Industrie Turistiche (ENIT), 6, Via Marghera, Rome.

Le Directeur-Gérant Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

LE CALCIUM EN THÉRAPEUTIQUE

à propos du dogme de FERRIER

Il est peu de médicaments dont l'action pharmacodynamique ait fait l'objet de travaux aussi considérables que le calcium.

Son action thérapeutique, reconnue depuis des siècles, n'avait autrefois que des bases empiriques. Depuis les progrès de l'analyse chimique, on a cherché à préciser et le mécanisme de son action et la façon dont il pouvait être assimilé. Son métabolisme, puisque c'est le terme employé aujourd'hui, a été étudié imparfaitement au début et d'une façon de plus en plus précise en ces dernières années. En même temps que l'on perfectionnait les méthodes d'analyse, on poussait les investigations plus loin: l'analyse des excreta autres que l'urine devint bientôt courante. Pendant que, grâce à ces données, l'on serrait la question de plus près, les progrès de la chimie physique permettaient d'entrevoir la façon dont pouvaient agir les corps chimiques à l'état d'ions. Ainsi pénétrait-on plus avant dans le problème, puisque c'est jusqu'aux cellules vivantes elles-mêmes que l'on pouvait pour ainsi dire suivre le médicament, depuis son ingestion jusqu'à sa répartition dans l'organisme.

Il y doit donc avoir, pour le calcium comme pour bien d'autres médicaments chimiques, une évolution dans la conception de son action et c'est cette évolution que nous allons résumer en quelques mots :

Période empirique. — Nous nous contenterons de rappeler que le calcium employé depuis des siècles sous des formes diverses (corne de cerf, yeux d'écrevisses, *Album graecum*) paraissait être un médicament utile dans le rachitisme, la tuberculose, l'anémie, les convalescences, etc.

Période pré-ferrienne. — Dès que l'analyse chimique permit de se rendre compte que dans de nombreuses maladies, les sels de calcium étaient éliminés en quantité exagérée par les urines, le terme de décalcification entra dans le domaine médical et on chercha à remédier à cette perte de calcium en faisant ingérer ce sel aux malades, sous des formes diverses, mais mieux appropriées à ces nouvelles données.

C'est alors que de nouvelles préparations virent le jour et parmi celles-ci citons le chlorhydrophosphate de chaux, les glycérophosphates, préparations solubles répondant à cet adage que l'on aurait jamais dû oublier : « *Corpora non agunt nisi soluta* ».

Dogme de Ferrier. — Quelques années plus tard, au commencement du siècle, en 1906, FERRIER, qui s'occupait spécialement de traiter les tuberculeux présenta un travail important sur la guérison de la tuberculose par les sels de chaux (Libr. Vigot, Paris). Ses arguments cliniques, anatomo-pathologiques, thérapeutiques, surent s'imposer à cette époque. Voici en deux mots sa conception : d'une part, le tuberculeux en évolution se déminéralise, se décalcifie, l'analyse des urines le prouve. La cause en est à l'acidité de ses humeurs et à son habituelle hyperchlorhydrie ; d'autre part, le tuberculeux guéri présente des lésions calcifiées. Faisons donc absorber au tuberculeux de fortes quantités de phosphate tricalcique et luttons contre l'acidité générale non seulement par une diététique rigoureusement anti-acide, mais encore par les alcalins.

Cette thérapeutique, acceptée les yeux fermés, se transforma en dogme et pendant une vingtaine d'années en France, ses préceptes demeurèrent classiques. A l'étranger cependant, jamais cette théorie simpliste ne fut admise et elle suscita au contraire des expériences, dont les résultats furent nettement contradictoires.

Devant ces constatations défavorables, on étudia de plus près l'élimination des sels de chaux et des phosphates par les urines et on s'aperçut que certains éléments ajoutés aux sels de calcium en rendaient son élimination urinaire moins considérable : c'est alors qu'au phosphate tricalcique fut ajouté de l'adrénaline par les uns, de l'arsenic par d'autres, ou encore des parathyroïdes.

Période actuelle. — A ce moment, les progrès réalisés dans les méthodes de recherches amenèrent médecins et chimistes à un examen plus précis du ***métabolisme du calcium*** et Manoussakis, reprenant par la méthode des bilans l'étude des échanges calciques chez les tuberculeux, constata d'une façon rigoureusement scientifique cette fois, le trouble profond que la tuberculose amène dans les échanges calciques.

Mais ces recherches et celles d'autres auteurs conduisirent aussi à une autre constatation : c'est que les sels insolubles de calcium (le phosphate tricalcique en particulier) étaient d'une utilisation très médiocre, puisqu'une proportion de 90 % de calcium était retrouvée dans les selles.

Laumonier, Delore, prouvèrent qu'au contraire les sels solubles de calcium, comme le chlorhydrophosphate de calcium et les glycérophosphates assuraient une bien meilleure utilisation du calcium ingéré.

Il est contre-indiqué, ajoutait ce dernier (*Lyon médical*, sept. 1926) de donner des alcalins en même temps que des sels de chaux et l'absorption intestinale de la chaux sera d'autant meilleure que le milieu sera moins alcalin.

Et pour donner à cette conception nouvelle toute sa force scientifique actuelle, il ajoutait :

La chimie physique a montré que les corps n'agissent qu'à l'état d'ions. A l'ancien adage « *Corpora non agunt nisi soluta* » on pourrait substituer celui-ci, plus précis : « Les corps n'agissent que s'ils sont ionisés ». Or on sait actuellement que la dissociation des corps en ions libres est fonction de leur dilution ; plus la solution est faible, plus la dissociation est grande. La chimie physique vient sur ce point confirmer une des règles empiriques de l'homéopathie, ainsi que la tendance actuelle de la thérapeutique officielle, qui revient aux petites doses.

Cette considération justifie, croyons-nous, la supériorité des sels de calcium solubles — pris en petite quantité et en solution étendue — sur les sels de calcium peu ou pas solubles, ingérés sous forme de poudre ou de cachets (formule de FERRIER) à des doses pour le moins inutiles et qui, trop souvent encore, entrent dans la ration quotidienne des tuberculeux ».

Telle est, résumée en quelques lignes, la conception actuelle du métabolisme du calcium. Ajoutons encore que de toutes les recherches actuelles, il résulte que **l'ION CALCIUM** a sur les êtres vivants une multitude d'influences que l'on commence à entrevoir depuis peu et qu'en dehors de son **ACTION CALCIFIANTE**, qui est toujours la principale, il active les diastases et en particulier les **DIASTASES OXYDANTES** (ce qui est de toute première importance chez les tuberculeux). Il stimule la phagocytose et a également un rôle antitoxique.

Pour nous résumer, en l'état actuel de nos connaissances, la SOLUTION COIRRE, au chlorhydrophosphate de chaux, prise régulièrement à petites doses (une cuillerée à soupe à chacun des principaux repas) était et reste toujours, en même temps que la meilleure manière d'administrer le phosphore, la meilleure source d'**IONS CALCIUM**.

Dr J.-L. MICHEL.

laire d'air stérilisé, pour déceler des lésions des ménisques, air qui est ensuite évacué par aspiration. Cette pratique, qui est d'ailleurs exceptionnelle, n'est employée que dans les cas où la persistance de l'impotence, malgré l'absence de lésions osseuses, ne saurait être expliquée que par la déchirure des ménisques ou des croisés, difficilement diagnosticable par la clinique. Doit-on ne pas compter cette injection, ou la tarifer par exemple comme une « ponction articulaire du genou » ?

Dr M.

Réponse.

1° Avez-vous été *obligé*, pour une cause *déterminée*, de pratiquer deux radios successives, lorsque vous avez examiné le cœur et l'aorte de votre malade ? Toute la question est là, virgule ou pas de virgule dans le tarif. Et réclamez suivant votre ou vos interventions ;

2° Il ne s'agit plus de *soins* donnés, mais d'un premier temps d'une intervention radiographique, de même que lorsqu'on fait avaler la bouillie bismuthée pour examen d'un estomac. Je conclus donc (simple avis personnel donné sous réserve) qu'il ne m'apparaît pas fondé de compter, en plus, cette injection d'air et qu'il ne m'apparaît pas davantage une rubrique dans le tarif, sur laquelle on puisse se baser pour la compter.

F. D.

II

861. — Doubles visites à deux blessés réunis.

J'ai été appelé le 21 octobre 1926 à donner mes soins à une cultivatrice et à sa fille victimes d'un accident survenu par collision entre voiture et auto.

Il était dix heures du soir ?

La mère avait une entorse du genou, la fille n'avait que des contusions sans gravité.

La distance étant de 8 kilomètres, je compte à l'assurance qui garantit l'accident :

8 kil à 1 fr 10 × 2	17 60
Une visite (nuit)	30 fr.
Un certificat initial	5 fr.

Ceci pour la mère.

J'ai visité la fille et fourni pour elle, un certificat initial le même soir.

Que dois-je compter pour elle ? au tarif Durafour, bien entendu. Ceci pour répondre à l'agent d'assurances qui m'écrit que la visite de la mère et de la fille ne font qu'une.

Dr S.

Réponse.

a) Votre compte, pour la mère, est juste ;

b) Pour la fille, vous avez à compter (puisque vous vous trouviez déjà tout transporté) : une consultation plus un certificat, soit en 1926, 10

plus 5, au total 15 francs. Mais non pas faire cadeau à l'assurance de cet examen et du certificat subséquent, comme vous le propose généreusement l'agent.

F. D.

III

733. — Consultations des oculistes.

Le tarif Durafour donne 12 fr. aux médecins. Combien donne-t-il aux oculistes ? Il serait injuste qu'il continuât à donner 12 fr. et dans ce cas une réclamation serait nécessaire.

Dr C.

Réponse.

Il n'y a a aucun changement de prix pour les oculistes dans le tarif Fallières. C'est au Syndicat des oculistes à faire entendre ses réclamations aux délégués de l'Union à la Commission du tarif. Réclamations avec explications et raisons, en un mot « plaidoirie », à l'appui, afin que nous présentions leur « cause » lors de la plus prochaine révision dudit tarif.

Application du tarif Maginot-Marin

793. — Cumul d'interventions thérapeutiques en une même séance.

J'ai deux cas à traiter :

a) Un cas où la diathermie des membres inférieur et supérieur droits est formellement indiquée, associée à des applications de haute fréquence.

Quel serait le prix de cette double application ? je suis spécialiste pour ces traitements.

b) Un cas d'atrophie des nerfs optiques où la diathermie est indiquée ainsi que des l'applications de haute fréquence.

Quel serait le tarif pour cette double application pour chaque œil ?

Dr C.

Réponse.

a) Par *analogie* avec ce qui est dit pour les traitements électriques (art. 80 , 9°), je compterais pour deux régions = 15 + 6 = 21 francs par séance. Mais je n'oserais faire de même pour les applications de *diathermie* avec *addition* du tout pour une seule et *même* séance..... A moins que je ne me sois muni, auparavant, d'une autorisation formelle et *écrite* de la Commission de contrôle, avec engagement de prendre le *tout* au compte de l'Etat et pour telle série de X séances.

b) Même répone.

F. D.

Baux et locations.

1336. — Droit à la prorogation.

J'ai exercé pendant dix-huit ans à C., 2.300 habitants.

A la déclaration de guerre, je suis parti et ne suis rentré que le 20 décembre 1918, non à C., mais à M. J'ai loué le 24 juin 1919 à M. (12.500 hab. environ) une maison à bail 3, 6, 9 ans, bail finissant le 24 juin 1928, je n'ai pas fait ma prorogation puisque je n'étais plus à C.

Le propriétaire actuel qui a acheté la maison, il y a deux ans, voudrait la reprendre pour l'habiter. Or, les locaux professionnels sont communs avec l'habitation.

Quel est mon droit ?

La maison que j'habite était louée par le précédent locataire 950 fr., moi j'ai loué 1.250 fr., le 24 juin 1919.

Quelle serait la différence de prix en cas de prorogation, à laquelle je pense avoir droit, au moins jusqu'au 1er avril 1931.

J'ai fouillé dans le *Concours* et j'ai trouvé pas mal d'articles concernant cette question, mais j'aime mieux avoir votre avis compétent, c'est plus sûr.

Dr X.

Réponse.

La loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable dans votre ville, puis que celle-ci compte plus de 4.000 habitants.

Par conséquent, quand votre bail sera expiré, vous aurez droit, automatiquement et sans même avoir à la demander, à une prorogation jusqu'au 1er avril 1931. Et, tant que durera cette prorogation, votre propriétaire ne pourra prétendre user de son droit de reprise sur votre maison, car le droit de reprise ne peut porter que sur des locaux servant *exclusivement* à l'habitation. Du moment que vous exercez votre profession dans les lieux loués, ceux-ci ne servent pas exclusivement à votre habitation et, par conséquent, le droit de reprise ne peut être exercé sur eux.

En échange de la prorogation, vous aurez à payer, de la fin de votre bail au 1er avril 1929, un loyer égal au loyer d'avant-guerre majoré de 125 % (au lieu de 100 % pour les simples locaux d'habitation) et vous devrez rembourser à votre propriétaire la majoration subie, par rapport à 1914, par les prestations en nature fournies et par les impôts grevant l'immeuble, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière. Pour le remboursement de ces charges, il peut être convenu d'un forfait, dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

Il nous est impossible, pour le moment de vous dire quel loyer vous aurez à payer à partir du 1er avril 1929, car une loi nouvelle fixera une nouvelle taxation pour la période de la prorogation allant du 1er avril 1929 au 1er avril 1931.

Fiscalité.

1238. — Réclamation en cas de taxation d'office.

Vous trouverez ci-inclus une feuille vous indiquant le montant de ma déclaration et les deux réponses du contrôleur.

Celui-ci ne m'invitant pas à fournir d'explications complémentaires, me taxe d'office alors que je lui ai donné le détail de mes frais professionnels.

Puis-je espérer obtenir une diminution de taxe ?

Je crois savoir que le chiffre de 50 % sur les dépenses professionnelles est un maximum que le contrôleur ne peut dépasser.

Quel procédure est à suivre pour se pourvoir devant la commission consultative ?

Dr B.

Réponse.

La deuxième phrase du texte imprimé de la lettre du contrôleur vous donne bien un délai de vingt jours pour présenter vos observations verbales ou écrites. Vous pouvez user de cette faculté et, si le désaccord persiste, le contrôleur ne peut vous taxer d'office sans demander l'avis de la commission départementale qui vous invitera également à lui présenter vos observations.

A noter que les versements pour la constitution d'une pension de retraite sont déductibles (voir le *Concours médical* du 6 mars 1927, page 810, réponse du Ministre des Finances à une question posée par M. Molinié, député).

A. M.

1133. — Déduction de l'intérêt des capitaux.

Dans l'établissement des frais généraux médicaux, quelques confrères m'ont dit que l'on pouvait y comprendre, par exemple dans le cas d'un appareil radiographique d'une valeur de 10.000 fr. environ, et d'une automobile d'une valeur de 20.000 fr. environ, non seulemetnt un taux d'amortissement de ce matériel, mais encore l'intérêt des capitaux immobilisés. Est-ce admis et quel est le taux que l'on peut fixer à cet intérêt 5 ou 6 % ?

Dr H.

Réponse.

L'intérêt des capitaux immobilisés par l'achat d'un matériel n'est pas déductible des revenus professionnels, attendu qu'il n'y a pas de dépense effective.

Ces revenus professionnels sont en effet, le produit du travail et du capital utilisé pour lesquels aucune discrimination n'est permise ; dans le cas contraire, il faudrait admettre que ces intérêts devraient supporter l'impôt de 18 % sur le revenu des valeurs mobilières, ce qui ne serait pas plus avantageux pour le contribuable.

A. M.

LIPOÏDES H.I — Extraits Galéniques Purifiés de tous les organes

Gynocrinol
contient l'hormone folliculaire
STIMULANT & ACTIVATEUR des fonctions ovariennes et de la menstruation.

Gynolutéol
CALMANT & SÉDATIF des fonctions ovariennes et de la menstruation.

Androcrinol
contient l'hormone orchitique
Ménopause masculine
Fatigue cérébrale des intellectuels
Sénilité précoce
Stérilité

Adrénol total
(sans Adrénaline)
PRÉVENTIF contre le choc chirurgical
CONVALESCENCE
Asthénies chez les hypertendus

POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection hypodermique journalière

LABORATOIRE ISCOVESCO, 107, Rue des Dames . PARIS

Le LACTOCHOL

Combinaison de ferments lactiques et d'extraits biliaires

constitue l'agent de désinfection gastro-intestinale le plus puissant : il n'est pas toxique; son activité est démontrée par la CLINIQUE et le LABORATOIRE.

Le Lactochol

Le Lactochol est soixante fois plus actif *que les ferments lactiques seuls.*

Le Lactochol est indiqué dans les cas d'entérites aiguës et chroniques de l'Adulte et du Nourrisson, d'appendicite chronique, contre les dermatoses, la furonculose, l'insuffisance biliaire, la cholémie. les états infectieux et toxiques.

R. C. Seine, N° 165381. *Littérature, Échantillons et Laboratoire :* **11, Rue Torricelli, PARIS.**

Questions médico-militaires

739. — Obligations des médecins de réserve.

J'ai fait pendant la guerre mon service actif en qualité de fantassin de 2e classe.

Pendant mes études, j'ai passé avec succès l'examen de médecin auxiliaire et ai été affecté en cette qualité dans un régiment d'infanterie, au cas de mobilisation.

Je viens de recevoir une lettre du directeur du Service de santé de la région, qui, ayant appris l'obtention de mon diplôme, m'indique les formalités à remplir pour être nommé aide-major.

Avant de répondre, je désirerais connaître les obligations qu'imposent les fonctions de médecin de réserve, surtout en ce qui concerne les périodes d'instruction à accomplir. Je ne tiens nullement à aller tous les deux ans passer vingt jours dans une caserne, tandis qu'un remplaçant tiendra plus ou moins bien mon cabinet.

Dr M.

Réponse.

Il vous est tout à fait loisible de rester médecin auxiliaire, surtout qu'au cas d'une guerre éventuelle, vous ne tarderiez pas, en raison des besoins, à être promu au grade de médecin aide-major de réserve.

Cependant, si, dès maintenant, vous acceptez ces fonctions, vous avanceriez peu à peu en grade dans la réserve, au prix de quelques périodes d'instruction et, dès lors, votre solde s'améliorerait peu à peu pour le cas d'une mobilisation.

Cependant, la durée *totale* de ces périodes d'exercice dans la première réserve (à laquelle vous resterez affecté durant 16 ans et demi) ne peut excéder *quatre mois* (article 49 de la loi du 1er avril 1923).

---

821. — Réforme pour faiblesse de constitution.

Le fils d'un de mes clients, après avoir été reconnu « bon pour le service armé » au conseil de révision, est incorporé le 15 novembre 1926. A la visite d'incorporation, il est de nouveau classé parmi les désirables.

Une quinzaine de jours après, ayant fait sous la pluie et dans la neige des exercices, il contracte une bronchite aiguë diffuse et entre à l'infirmerie. Il sort de l'infirmerie ayant maigri et assez affaibli et est réformé temporaire no 2 pour faiblesse de constitution.

Le père du jeune homme ne comprend pas qu'une affection contractée en service puisse entraîner la réforme tout au moins sans une longue convalescence préalable. J'avoue partager son avis.

Il me demande d'examiner son fils que je trouve indemne au point de vue pulmonaire, présentant seulement une insuffisance nasale, d'ordre banal.

Néanmoins, je lui conseille de demander la cause exacte de la réforme. La voici :

« Insuffisance générale de développement, surtout musculaire et thoracique.

« Indice de robusticité 33 à l'incorporation ; taille 1 m. 46 ; poids 58 kgr., périm. thor., 0,85. A maigri de deux kgr. depuis l'incorporation. Poids actuels 56 kgr. Rien de particulier au point de vue pulmonaire. *Radioscopie négative.* Réformé temporaire nº 2 »

Je vous prie de bien vouloir me dire si l'on doit accepter sans appel cette décision.

Dr F.

Réponse.

Ce jeune homme n'a pas été réformé pour affection pulmonaire, ou suite d'affection pulmonaire, ainsi qu'en témoigne le libellé de la réforme et la fiche d'examen pulmonaire, notant l'intégrité du poumon.

Il a été réformé au contraire pour une faiblesse de constitution, qui est démontrée par le seul indice de robusticité 33. Son affection aiguë, contractée à l'exercice, ne saurait donc être en cause, puisqu'elle est entièrement guérie, et la décision militaire est inattaquable.

---

781. — Mise hors cadre.

Devant un Conseil de réforme, j'ai été proposé pour une pension à titre temporaire, de 10 % et pour la mise hors cadre : le tout, pour radiodermite des mains contractée en service, pendant la guerre.

J'ai reçu mon titre de pension, mais aucun avis concernant la mise hors cadre. Comment puis-je savoir si elle m'a été accordée ou refusée ?

Dr X.

Réponse.

La mise hors cadres fait l'objet d'une décision ministérielle, qui est prise après avis motivé de la commission consultative médicale. Il faut donc que le centre de réforme fasse parvenir votre dossier au Ministre de la Guerre, qui le transmettra pour avis au Ministère des Pensions, et retour.

Toutes ces formalités exigent, en raison de l'encombrement, un certain temps, et ce n'est guère qu'après trois mois environ que vous pourrez être avisé de la décision prise par le Directeur du Service de santé de votre région.

---

860. — Droits de la veuve et des enfants d'un réformé de guerre.

La veuve d'un mutilé de guerre réformé à 25 % et ayant à sa charge trois jeunes enfants peut-elle obtenir un secours pour ses enfants.

A qui doit-elle adresser sa demande ?

Ce mutilé qui avait une vaste perte de substance au niveau de la région dorso-lombaire ne pouvait

faire un travail régulier. (Il travaillait dans les fours à chaux). Il s'est suicidé.

Serait-il possible d'obtenir un secours en faveur de la femme qui, pour élever ses trois enfants, casse tous les jours de la pierre sur les routes ?

Dr M.

Réponse.

Les enfants de cette veuve peuvent demander, par l'intermédiaire du sous-intendant militaire des pensions, à percevoir jusqu'à l'âge de 18 ans la majoration qu'ils tenaient de la pension de leur père : 25 % donnent environ à 180 francs par enfant. Il faudra écrire au Ministre des Finances (Direction de la Dette inscrite), ainsi que le dira le sous-intendant.

Enfin, la veuve elle-même adressera, si elle le désire, une demande de secours au Ministre des Pensions, cabinet, Service des secours, 37, rue de Bellechasse, Paris 7e.

Médecine légale

1470. — Honoraires de justice criminelle. Opérations de nuit.

Réquisitionné deux fois par le commissaire de police de la ville (une fois à 22 heures, une autre fois à 20 h. 30), je me vois délivrer deux réquisitoires ordinaires. Ces deux actes médicaux sont cependant des actes de nuit. Quelle est la ligne de conduite à suivre, pour obtenir pleine satisfaction et quel tarif dois-je exiger ?

A noter que les distances ont été une fois de un kilomètre, l'autre fois de 500 mètres. Les faits sont tous deux : tentative de noyade et je me suis borné à faire hospitalier les malheureux.

Si on ne peut pas me donner satisfaction (tarifs de nuit), puis-je refuser d'obtempérer à des réquisitions de nuit, sans courir le risque de poursuites judiciaires.

Dr X.

Réponse.

En vertu de l'article 26 du décret du 5 octobre 1920, vous avez droit, en principe, à un honoraire de 15 francs, rédaction du rapport comprise, pour chacun de vos dérangements, sans que vous puissiez compter de frais de déplacement, puisque, chaque fois vous n'avez eu à vous transporter qu'à moins de deux kilomètres de votre résidence.

Ce décret ne prévoit aucun tarif spécial pour les visites judiciaires effectuées la nuit, mais le dernier paragraphe de l'article 26 permet au médecin requis de demander des honoraires plus élevés, soumis à la taxe du président, au cas « d'expertise présentant des difficultés particulières. »

Dans votre mémoire, vous pourriez donc, en vous basant sur cette disposition et en signalant que vous avez dû vous déranger en pleine nuit,

demander un honoraire plus élevé, 30 francs par exemple.

Un médecin ne peut être valablement requis pour donner des soins, mais seulement pour l'examen du cadavre d'une personne morte de mort violente ou pour une cause inconnue et suspecte (article 44 du code d'Instruction criminelle). Un médecin peut encore être réquisitionné chaque fois qu'il y a présomption de crime ou de délit (article 43 du même code), mais seulement à titre d'expert et non pour donner des soins.

Le médecin qui refuse de déférer à une réquisition régulière de la justice, sans excuse jugée valable, est passible d'une amende de 25 à 100 fr. (article 23 de la loi du 30 novembre 1892).

Accidents.

1399. — Revision de rente d'un blessé.

L'une de mes malades blessée au cours de son travail, il y a trois ans a été pensionnée à 12 %.

La période de trois ans vient à expiration en octobre prochain. La malade me demande si elle a :

1° Des formalités à remplir pour conserver sa pension et lesquelles ?

2° Que doit-elle faire pour demander une augmentation de celle-ci étant donné qu'il y a plutôt eu aggravation de son état ?

Dr C.

Réponse.

En vertu de l'article 19 de la loi sur les accidents du travail, la demande en révision de l'indemnité fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime est ouverte pendant trois ans à compter soit de l'accord intervenu etntre les parties, soit de la décision judiciaire passée en force de chose jugée.

Si les deux parties laissent passer le délai de trois ans sans introduire la demande en révision, la rente devient définitive, sans qu'il soit besoin de l'accomplissement d'une formalité spéciale.

Au cas où votre cliente désirerait demander la révision de sa rente pour aggravation de son infirmité, elle n'aurait qu'à en faire la déclaration au greffe du Tribunal civil avant l'expiration du délai. Le Président, saisi par cette déclaration, la convoquera en conciliation avec le patron et l'assurance, et, à défaut de conciliation renverra l'affaire à l'audience. Pour toute la procédure, votre cliente bénéficiera de l'assistance judiciaire et pourra se faire assister par l'avocat commis dès la tentative de conciliation.

1369. — Evaluation d'incapacité permanente.

Un de mes clients, ouvrier de carrière d'ardoise, atteint d'amputation des deux premières phalanges de l'annulaire droit, suite d'accidents de travail. me

demande un certificat d'origine, mentionnant l'évaluation de cette infirmité permanente partielle.

Il ne lui reste plus maintenant que la dernière phalange, laquelle est indemne ; d'après votre avis, quel pourcentage dois-je formuler ?

Dr H.

Réponse.

L'incapacité permanente résultant de l'amputation des deux premières phalanges de l'annulaire droit peut être évaluée à 6 %. C'est là le taux indiqué par le Dr Mayet dans son ouvrage pour l'évaluation des incapacités résultant d'accidents du travail.

Impôts sur les revenus

Pendant la période de vérification des feuilles de contributions, un « Guide pratique » au courant de 1927, donnant les principes généraux et toutes les solutions particulières est offert moyennant 20 fr. au lieu de 30, à tout lecteur qui enverra cette annonce et un mandat au « *Contribuable français* (service C. M.), 42, rue du Four, Paris, 6e. Cette souscription donne droit :

1o A un abonnement de six mois au *Contribuable français*, 1927 ;

2o A des réponses gratuites au sujet des impôts, de la comptabilité, de la formation de sociétés.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Les mains triomphantes.

(*Sonnet aux Françaises de* 1920).

Quand vos époux, courbés sous la grande souffrance,
S'accrochaient au sol que l'obus avait ouvert,
Si vous pleuriez souvent du sacrifice offert,
Vous sûtes vous raidir jusqu'à la délivrance.

Aujourd'hui la Patrie a mis son espérance
En vos maternités : des berceaux dont le fer
Soit adouci de blanc, pour désarmer l'enfer
Et la haine, voilà ce qui manque à la France.

Votre cœur, penché vers l'être qui va venir,
D'avance les verra tout gonflés d'avenir ;
Puis, vous rirez bientôt à la vivante chose.

Car la joie est toujours fille de la douleur,
Et l'épine sanglante a défendu la rose
Pour que la main triomphe en vous tendant la fleur.

Dr Eugène François.

Septembre 1922.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 18 — DIMANCHE 1er MAI 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
G. BOULANGER, ADMINISTRATEUR
ABONNEMENTS
France........................ 45 fr.
Etranger... (voir conditions page IV)
Etudiants (France)......... 25 fr.
Le Numéro.................. 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579.

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1168-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Boyer, Brech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, E. Le Gourlérec, E. Poulain.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Gardette, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou, Portes, Saint-Pée.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains Auboux, Bardet, Guyot, Huet (*derm.*). Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Gugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Debidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Como), Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wu tz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Sauveur. Sabail.

Sermaize-les-Bains. Baud, Fritsch (H.), Ramonet, Rousselot.

Uriage. Barbier, A. Bouteller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr ACHARD, d'Aïn-Temouchent, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 235. — Int. hôp. Paris passant actuell. cliniques et thèse dem. poste à achet. ou à fonder.

No 236. — Préchacq-les-Bains. Hôtel 150 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

No 237. — Jne conf. fatigué rech. poste avec fixe ou dans stat. thermale.

No 238. — A vend. 10 CV Renault 1925, cond. int. 5 pl., excell. état, peu roulé. Dr Cornet à Sens (Yonne).

No 239. — Table électro-médicale de cabinet, cour. cont. 110, 120, altern. 110, état neuf, prix avantag. Pas se déranger, écr. Binder, 23, rue Francœur, Paris.

No 240. — Paris. Urgent. Client. acc. trav., 80.000 touchés, bail 9 ans, loyer 3.000, 4 pièces propr. installées, eau, gaz, él., tél. Raisons extraméd.

No 241. — A vend. bonnes cond., 6 km. gros canton, 100 km. Paris, belle mais. bourgeoise, 15 p. dont 3 très grandes, 3 jard. et nombr. dépend., 3.800 mq. Conviend. aussi pour pens. de fam. ou mais. de santé de campagne. Ecr. Me Malvoisin, not. à Crévecœur-le-Grand (Oise).

No 242. — Doct. ch. pour M. 57 ans distingué, dés. vie simple campagne en famille, Midi ou S.-O., séjour quelq. mois. Dispose 20 fr. par jour. Rép. Dr, 83, rue Blanche, Paris.

No 243. — Banl. agréab. à céd. contre pet. indemn., client. en progress., conv. à jeune doct., gr. villa confort. Urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Cab. 36-46.

No 244. — Vosges. Jolie contrée, ch.-lieu cant., poste rapp. 52.000, 21.000 fixes transm., mais. 9 p., élec., eau. A céder d'urg. pour rais. santé. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 245. — Doct. recomm. bonne nourrice à la campagne, excell. santé.

No 246. — Belle plage Coutainville (Manche). A louer : 1o maisonnette terr. clos, eau pot., 1 min. centre plage et tous fourniss., 2 p. et cuis., 4 lits : saison : 1.450 fr. ou au mois. Chamb. suppl., 2o logem. rez-de-ch. mêmes prox. 2 ou 3 pet. chamb. et cuis. pour 2 ou 3 pers. au mois, prix mod. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris, 15e.

No 247. — Excell. nourrice au sein à placer début de Mai.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies.** — Un cas de variole est signalé dans la commune de Vierzon (Cher).

— **Les Congrès.** — Les 9, 10, 11 et 12 mai à Paris, XVe *Congrès de la Société française d'opthalmologie.* Séances à 8 h. 30, à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre). Opérations et démonstrations dans les hôpitaux et cliniques : Hôtel-Dieu, Lariboisière, Beaujon, Tenon, Val-de-Grâce, Quinze-Vingts, Fondation Rothschild (le programme sera affiché le lundi matin 9 mai, à la porte du Congrès). Le 11 mai après-midi) excursion à Chââlis.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris, VIIe.

— **Journées vétérinaires.** — L'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, la Société des anciens élèves et amis de l'Ecole d'Alfort, organisent dans cet établissement, sous la présidence de M. le ministre de l'Agriculture, les 27, 28 et 29 mai prochain, des Journées vétérinaires, créées sur le modèle des Journées médicales.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Syphiligraphie.* — Le 3 mai, à 20 h. 45, à la consultation du soir, M. Gougerot, agrégé, fera une leçon sur *la syphilis et le secret professionnel.*

— **Amphithéatre des hôpitaux.** *Chirurgie réparatrice et cosmétique de la face.* — Dix leçons sur la chirurgie réparatrice de la face par M. le professeur Sébileau et M. Dufourmentel, chef de clinique. Début du cours : 8 juin. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Inscriptions : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris, V^{e}. (Droit : 700 fr.).

— **Association générale des médecins de France.** — *Assemblée générale annuelle.* — Cette assemblée aura lieu le dimanche 15 mai 1927, à 14 heures, dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine. Seuls peuvent y prendre part les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale invités.

Le soir aura lieu le *banquet* au Foyer médical, 10, avenue d'Iéna, sous la présidence de M. André Fallières, Ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant leur adhésion et le prix du banquet (40 fr.), à M. le Dr Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 5, rue de Surène, Paris (8e), avant le 11 mai.

— **Hôpitaux de Paris.** *Internat.* — La première épreuve du concours d'internat aura lieu le 29 juin 1927.

— **Faculté de Paris.** *Diplôme « honoris causa ».* — La Faculté de médecine de Paris vient de décerner le titre de docteur *honoris causa* à M. le professeur François Henrijean, de Liège.

— **Secrétariat.** — M. MAGNIN, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, est proposé pour une des promotions au choix de l'année 1927.

— **Hôpitaux de Lyon.** — A la suite d'un récent concours, M. D'EPARVIER a été nommé accoucheur des hôpitaux de Lyon.

— **Bordeaux.** — *L'Association des oto-rhino-laryngologistes de Grande-Bretagne* vient de tenir son Congrès annuel à la Faculté de médecine de Bordeaux. Le président de cette association, Sir SAINT-CLAIR THOMSON, un ami éprouvé de la France, et ses collègues, ont été reçus par le professeur Sigalas, doyen de la Faculté et par les professeurs Portmann et Jeanneney.

— **Sanatoriums nouvellement mis en service.** — 1° Sanatorium de la Chapelle-St-Mesmin, près Orléans (Loiret) ; 250 lits pour femmes, jeunes filles et enfants ;

2° Sanatorium « L'Espérance », fondation Adélaïde de Rothschild, à Hauteville (Ain) ;

3° Sanatorium « La Prairie » à Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées). Sanatorium privé, mixte. Dr Perus, médecin-directeur ;

4° Sanatorium de Ponteils (Gard), 120 lits pour les femmes ;

5° Sanatorium du Mont-Héry, près Châlons-sur-Marne (Marne), 80 lits réservés aux femmes et enfants.

— **La section de médecine de l'A. G.** des étudiants de Paris tient à la disposition des médecins désirant s'absenter pour une durée quelconque, des remplaçants expérimentés, étudiants en fin de scolarité, externes, internes, docteurs en médecine présentant toutes garanties. Elle peut également procurer des étudiants en médecine et externes pour assurer toutes gardes, tous soins, piqûres, etc. qui leur seraient confiés.

Ecrire ou télégraphier : Section de médecine de l'A. G., 13, rue de la Bûcherie, Téléphone : Gobelins 65-74.

— **Mariage.** — M. le docteur FRANÇOIS BAGARRY, de Marseille et Madame, nous font part du mariage de leur fils, M. JOSEPH BAGARRY, étudiant en médecine, avec Mademoiselle JANE VIAL-GANIERRE.

— **Tunis.** — *Hôpital civil et hôpital Sadiki.* — Un concours pour un poste d'ophtalmologiste à l'hôpital civil français et à l'hôpital Sadiki, de Tunis, sera ouvert le 3 novembre 1927, à la Faculté de médecine de Paris. Clôture des inscriptions : le 1er mai 1927.

— **Enghien.** — L'ouverture de la saison thermale est fixée au 23 mai. Comme chaque année, la Direction de l'Etablissement thermal, mettra gracieusement ses services à la disposition de MM. les médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés).

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 *avril.*

Code de la Route.

Décret du 12 avril 1927 modifiant les articles 10, 24 et 29 du code de la route.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des travaux publics et du ministre de l'intérieur,

Vu la loi du 30 mai 1851 sur la police du roulage et des messageries publiques et notamment l'article 2 de cette loi ;

Vu l'article 3 de la loi constitutionnelle du 25 février 1875 ;

Vu le décret du 31 décembre 1922, modifié par le décret du 12 septembre 1925, portant règlement général sur la police de la circulation et du roulage ;

Vu les avis des ministres des finances et de l'agriculture ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les articles 10, 24 et 29 du décret du 31 décembre 1922-12 septembre 1925 sont modifiés comme suit :

Art. 10. — Bifurcations et croisées de chemins.

Tout conducteur de véhicule ou d'animaux, abordant une bifurcation ou une croisée de chemins, doit annoncer son approche et vérifier que la voie est libre, marcher à une allure modérée et serrer sur sa droite, surtout aux endroits où la visibilité est imparfaite.

Le conducteur est tenu, aux bifurcations et croisées de chemins, de céder le passage au conducteur qui vient sur la voie située à sa droite.

Art. 24. — Eclairage. — Tout véhicule automobile, autre que la motocyclette, doit être muni, dès la chute du jour, à l'avant, de deux lanternes à feu blanc et à l'arrière d'une lanterne à feu rouge placée à gauche.

Pour la motocyclette, l'éclairage peut être réduit soit à un feu visible de l'avant et de l'arrière, soit même, quand un appareil à surface réfléchissante rouge est établi à l'arrière, à un feu visible de l'avant seulement.

En outre, tout véhicule marchant à une vitesse supérieure à 20 kilomètres à l'heure devra porter au moins un appareil supplémentaire ayant une puissance suffisante pour éclairer la route à 100 mètres en avant et dont le faisceau lumineux sera réglé de manière à n'être pas aveuglant pour les autres usagers de la route. L'emploi de ces appareils est interdit, à la traversée des agglomérations, dans les voies pourvues d'un éclairage public.

Le ministre des travaux publics détermine par arrêté les spécifications auxquelles doivent répondre les dispositifs d'éclairage des automobiles pour satisfaire aux prescriptions de l'alinéa qui précède. Il

approuve les types des dispositifs qui sont reconnus répondre à ces prescriptions.

Dès la chute du jour, les automobiles isolés doivent être munis d'un dispositif lumineux capable de rendre lisible le numéro inscrit sur la plaque arrière et dont l'apposition est prescrite par l'article 27 du présent règlement. Dans le cas de véhicules remorqués par un automobile, ce dispositif d'éclairage, ainsi que le feu rouge d'arrière, doivent être reportés à l'arrière de la dernière remorque, qui doit également porter le numéro du véhicule tracteur, conformément à l'article 32 ci-après.

Par dérogation aux prescriptions du présent article, les automobiles qui stationnent sur la voie publique dans les conditions prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article 11 peuvent être signalés par une seule lanterne, donnant vers l'avant un feu blanc et vers l'arrière un feu rouge, et placée de manière à couvrir le véhicule du côté où s'effectue la circulation. L'emplacement, les caractéristiques de l'appareil et la puissance de l'éclairage doivent être tels que l'automobile soit efficacement signalé au conducteur de tout véhicule s'approchant dans un sens ou dans l'autre.

La dérogation, permise à l'alinéa précédent, ne s'applique pas aux automobiles traînant une remorque.

Art. 29. — Permis de conduire. — Nul ne peut conduire un véhicule automobile s'il n'est porteur d'un permis délivré par le préfet du département de sa résidence sur l'avis favorable d'un expert accrédité par le ministre des travaux publics. Ce permis ne peut être délivré qu'à des candidats âgés d'au moins dix-huit ans. Il ne peut être utilisé pour la conduite, soit des véhicules affectés à des transports en commun, soit des véhicules dont le poids en charge dépasse 3.000 kilogr. que s'il porte une mention spéciale à cet effet.

Les conducteurs de motocyclettes à deux roues doivent être porteurs d'un permis spécial que le préfet pourra, sur l'avis favorable d'un expert accrédité, délivrer aux candidats âgés de seize ans au moins.

Sont dispensés des prescriptions énoncées dans les paragraphes précédents les conducteurs de véhicules à propulsion mécanique, dont l'objet principal est la culture des terres.

Le ministre des travaux publics fixe, par arrêté, les conditions dans lesquelles doivent être établis et délivrés les permis de conduire.

Si le titulaire d'un permis de conduire est l'objet d'un procès-verbal, constatant un des faits prévus aux articles 319 et 320 du code pénal, le préfet du département où a été dressé le procès-verbal peut prononcer la suspension du permis.

Lorsque le titulaire est condamné pour avoir contrevenu aux dispositions du présent décret, le préfet du département où intervient la condamnation peut retirer le permis en interdisant à son bénéficiaire

de solliciter un nouveau permis avant l'expiration d'un délai fixé par l'arrêté de retrait du permis

Quand le titulaire d'un permis est condamné, soit par application des articles 319 et 320 du code pénal, soit pour une contravention aggravée ou par l'ivresse, ou par le délit de fuite visé par la loi du 17 juillet 1908, le retrait de son permis de conduire, avec défense de demander un nouveau permis avant un certain délai, est obligatoirement prononcé par le préfet.

Si, postérieurement à la délivrance d'un permis, une incapacité permanente du titulaire est dûment constatée, le préfet du département où cette constatation a lieu prononce le retrait du permis.

Tous les arrêtés préfectoraux portant suspension ou retrait du permis de conduire sont pris après avis d'une commission technique spéciale. Les titulaires de permis, contre lesquels une mesure est proposée; doivent être convoqués devant cette commission, ils peuvent y présenter des observations soit en personne, soit par représentant. Les arrêtés de suspension ou de retrait de permis sont notifiés, par les préfets, au ministre des travaux publics pour être transmis à l'organisme chargé de l'établissement et de la tenue à jour d'un répertoire général des permis.

Art. 2. — Les ministres de l'intérieur et des travaux publics sont, chacun en ce qui le concerne, chargés de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois.*

CORRESPONDANCE

Secret professionnel.

277. — Le secret professionnel dans la déclaration de décès.

Si j'ai bien lu et bien compris les articles parus dans le *Concours* au sujet du secret professionnel dans la déclaration des décès, je ne dois pas mentionner sur le certificat de décès la cause de ce décès, mais seulement mentionner que le défunt a succombé à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'un suicide ainsi qu'il est du reste indiqué sur la feuille verte ci-jointe et que m'a remise le secrétaire de mairie en même temps que la circulaire du préfet. Or, pour suivre les instructions de cette circulaire le secrétaire de mairie me prie de préciser sur mes certificats la cause exacte (cancer, pneumonie, hémorrhagie cérébrale, etc.) du décès. Que dois-je faire ?

Mentionner cette cause exacte sur mes certificats ou porter seulement la mention maladie, accident ou suicide en priant le secrétaire de mairie de s'informer auprès des parents de la nature de la maladie lorsqu'il s'agit de ce cas spécial ?

Dr C.

BULLETIN DE DÉCÈS

Prénoms et nom : ....

Décès survenu le ....

1. Sexe : ....
2. Date et lieu de naissance ....
   Etc ....
7. Cause du décès : .... N° ....

(Maladie, accident, suicide.)

Le décès a-t-il été constaté par un médecin ?

Le Maire ou le Préposé à l'Etat civil,

X.

Le Médecin de l'état-civil,

Réponse.

En relisant très attentivement la feuille verte de déclaration de décès, je remarque qu'elle doit être établie, en collaboration, entre le maire, ou le préposé à l'état-civil et le médecin *de l'état-civil.*

En cela, je suis entièrement d'accord avec le préfet.

Le médecin de l'état-civil, véritable délégué du maire, doit à ce magistrat toute la vérité, dans l'accomplissement de la mission qui lui a été conférée, à savoir déterminer, d'une manière précise, la cause de la mort du sujet examiné.

Mais, il ne faut pas qu'il y ait confusion des fonctions, entre celles de médecin de l'état-civil et celles de médecin traitant. En aucun cas, ce dernier ne doit être choisi pour vérifier la mort de ses propres clients.

Serait-il désigné, par la mairie, pour ces fonctions, qu'il doit se récuser toutes les fois qu'il s'agit d'un de ses malades, dont le décès sera vérifié par un autre praticien, n'ayant pas été appelé à donner ses soins au défunt.

Il appartient donc, d'une part, au Syndicat médical, de faire savoir au préfet et aux maires que le médecin, chargé de vérifier les décès et d'en indiquer les causes à l'officier de l'état-civil devra toujours être désigné parmi tous les praticiens, autres que celui qui a été appelé à donner ses soins.

En second lieu, le Syndicat doit prévenir, non seulement ses membres, mais aussi les non syndiqués que, lorsqu'ils seront désignés, en qualité de médecin de l'état-civil, pour constater le décès d'un de leurs clients et rédiger le certificat dévoilant la cause de la mort, ils devront se récuser pour ce cas particulier.

En cas de conflit avec le préfet, il y aurait lieu de porter le litige devant le Conseil d'Etat.

Dr Paul Boudin.

Voir la suite page LV-1223

Médaillon du Docteur Georges QUIVY

ANCIEN SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE



GRAVÉ PAR M PAUL THEUNISSEN

Dont l'inauguration aura lieu à Anzin le Dimanche 22 Mai.

PROPOS DU JOUR

Les lois de l'écriture.

« Le style, c'est l'homme même », a dit Buffon dans son Discours de réception à l'Académie française, voulant montrer par là que l'écrivain, dans l'expression de sa pensée, manifeste en même temps son propre caractère, nous disons aujourd'hui sa mentalité. Ce qui est le plus souvent exact pour le style, l'est pour la mimique, le geste et même pour l'écriture.

« L'acte d'écrire se décompose en une série de gestes presqu'inconscients, mais qui ne s'accomplit pas au hasard et ne reflète pas un caprice perpétuel de l'esprit et de la main. » Certes, l'écriture peut être volontairement modifiée comme d'ailleurs le style, la parole, le geste, mais cela n'empêche que, normalement, elle ne conserve la caractéristique de celui qui la trace et qu'elle ne subisse l'influence des idées qu'elle exprime. Il est bien difficile à un homme de se rendre méconnaissable en exprimant sa pensée. Selon le mot de Bacon, on ne commande à la nature qu'en lui obéissant.

Le médecin doit s'intéresser aux caractères de l'écriture qui peuvent l'aider à bien connaître le malade et parfois à déceler la maladie. Depuis bien des années, des empiriques, les graphologues, ont cherché à retrouver dans l'écriture les principaux traits du caractère de celui qui l'a figurée et à pouvoir ainsi en tracer le portrait moral. Mais beaucoup de graphologues ont conclu sans discernement, sans méthode et sans critique. Leurs erreurs, trop fréquentes, ont discrédité leur art et l'ont ravalé au rang d'une sorte de chiromancie. Cependant, dans les observations sérieuses, il y a des affirmations qui peuvent être vérifiées. L'écriture est soumise à des lois et M. E. Solange PELLAT, président de la So-

ciété technique des Experts en écriture, a eu le grand mérite de les énoncer (1) et de créer, à côté de l'art de la graphologie une véritable science qu'il a dénommée : la *graphonomie*.

Il y a, d'après M. Pellat, quatre premières lois de l'écriture qui sont indépendantes des alphabets employés et il les énonce comme il suit :

1re *loi* : *Le geste graphique est sous l'influence immédiate du cerveau. Sa forme n'est pas modifiée par l'organe scripteur si celui-ci fonctionne normalement et se trouve suffisamment adapté à sa fonction.*

Ainsi les manchots qui écrivent avec la main gauche, avec les dents, avec les pieds, une fois que ces nouveaux organes scripteurs sont suffisamment éduqués, ont une écriture dont les caractères sont les mêmes que si elle avait été tracée par la main droite. C'est là un fait d'observation indiscutable.

2e *loi* : *Quand on écrit, le moi est en action, mais le sentiment presqu'inconscient que le moi agit, passe par des alternances continuelles d'intensité et d'affaiblissement. Il est à son maximum d'intensité là où un effort est à faire, c'est-à-dire dans les commencements, et à son minimum d'intensité là où le mouvement scriptural est secondé par l'impulsion acquise, c'est-à-dire dans les extrémités.*

Ce phénomène est continu chez les personnes normales qui ont la pleine et entière conscience de leurs actes. Il disparaît chez les aliénés qui tracent des mots presqu'inconsciemment comme des automates.

3o *loi* : *On ne peut modifier volontairement à un moment donné son écriture naturelle qu'en introduisant dans son tracé la marque même de l'effort que l'on fait pour obtenir un changement.*

Les marques de cet effort sont l'arrêt brusque, le crochet, l'effilement, la brisure, la déviation ; on pourrait les confondre avec une distraction du scripteur, une interruption dans la rédaction, une incertitude de l'esprit, etc., mais du moment qu'il y a une intervention même passagère de la volonté une marque de l'effort existe. On peut évidemment par le fait d'une éducation et de l'entrainement, arriver à rendre courante une écriture artificielle, c'est le cas par exemple chez les calligraphes. mais il est rare qu'on n'arrive pas à découvrir à un moment donné les marques caractéristiques dans ces écritures artificielles.

(1) Solange Pellat. — *Les lois de l'écriture* : Paris, Vuibert, édit, 63, boulevard Saint-Germain, 1927. Prix : 10 francs.

4e *loi* : *Le scripteur qui agit dans des circonstances où l'acte d'écrire est particulièrement difficile trace instinctivement ou des formes de lettres qui lui sont le plus coutumières, ou les formes de lettres plus simples, d'un schéma aisé à construire.*

Ceci est un effet de la loi plus générale du moindre effort. On peut l'observer dans l'écriture occasionnelle de la main gauche, quand on fait des additions hâtives interlinéaires dans un texte, quand on tente d'écrire dans un véhicule en mouvement, ou qu'étant malade, on essaye d'écrire dans son lit. Il est facile de prévoir l'importance que peut avoir l'application de cette loi dans les expertises judiciaires pour l'examen des lettres anonymes, les mentions frauduleuses, des testaments olographes rédigés par des personnes très affaiblies physiologiquement.

A ces quatre lois d'ordre général, M. S. Pellat ajoute la *Loi fondamentale des manifestations individuelles* qu'il formule comme il suit :

Les mécanismes physiologistes engendrant les gestes scripteurs sont en corrélation avec l'état organique du système nerveux central et varient comme les modalités de cet état ; le tracé scriptural se trouve ainsi en correspondance, d'une part, avec les variétés de constitution des systèmes nerveux et, de l'autre, avec les modifications momentanées de chaque système nerveux, et par conséquent avec les phénomènes psychiques auxquels répondent les unes et les autres.

L'écriture modifiée donne l'impression, à l'expert qui l'examine, que celui qui l'a tracée, a une physionomie intellectuelle ou morale moins avantageuse. Les lettres anonymes ont souvent un aspect burlesque. Les écritures affectées mondaines ont d'indiscutables caractères de prétention et de dureté. Quant aux calligraphes, ils donnent machinalement à leurs écrits des allures de vanité ou d'insignifiance.

Il est facile de se livrer à des observations sur les variations individuelles de l'écriture. Les diverses circonstances où nos passions les plus diverses sont en jeu, provoquent des modifications passagères du graphisme qui sont frappantes. De même, l'on peut, après coup, constater dans sa propre écriture des modifications produites spontanément selon les divers états d'esprit dans lesquels on s'est trouvé. Mais l'on a pu aller plus loin et vérifier ces observations par l'expérimentation scientifique. L'on a étudié ces modifications sous l'influence de la suggestion et des savants comme Ferrari, Héricourt

et Charles Richet, se sont livrés sur ce sujet à une série d'expériences concluantes en provoquant durant le sommeil hypnotique des sentiments déterminés.

M. Solange Pellat fait en outre remarquer qu'il n'y a pas de relations directes de l'écriture avec l'âge ni le sexe. Il en est cependant d'indirectes, telles que celles dues à l'affaiblissement sénile et aux sentiments passionnels qui sont plus communs et souvent plus violents dans le sexe féminin que dans le sexe masculin, ce qui permet de présumer qu'une écriture émane plutôt d'une main féminine que masculine (Crépeux-Jamin).

L'écriture des aliénés a donné lieu à des opinions discordantes entre les aliénistes et les graphologues. C'est que, d'après M. E. Solange Pellat, il est beaucoup d'aliénés qui ont une écriture normale. En outre, comme le prétend Blondel, dans son ouvrage : *La conscience morbide* (1), l'on ne saurait assimiler les sentiments que les aliénés manifestent dans leur délire (idées de persécution et de grandeur par exemple) aux sentiments de même ordre se développant chez des individus normaux.

Les lois auxquelles obéissent les écritures des différentes catégories d'aliénés, sont encore peu connues, bien que le Dr Rogues de Fursac ait écrit un ouvrage très documenté et très intéressant sur *Les écrits et les dessins dans les maladies mentales et nerveuses* (2).

***

M. S. Pellat passe ensuite à la recherche des lois secondaires résultant des précédentes qui répondent aussi bien à des sentiments passagers qu'au fond permanent des caractères.

« D'une manière générale, il existe pour les individus normaux des relations de cause à effet entre l'écriture et les mouvements d'« égocentrisme » et d'« aliocentrisme » de la pensée, les manifestations de la volonté, les fonctions intellectuelles, la sensibilité, le tempérament et les dispositions pathologiques. »

Dans notre écriture, la première lettre d'un mot ou d'un groupe graphique assimilable, les majuscules représentent plus particulièrement les traits caractéristiques du scripteur et il en est de même dans les lettres dont le mouvement de formation est susceptible d'être décomposé en parties successives allant de gauche à droite où la première partie ou, le cas échéant, les premières représentent le scripteur par rapport aux autres. Inconsciemment le scripteur par ses mouvements graphiques indique dans son tracé ses sentiments égocentriques (déviation du tracé et des courbes vers la gauche et le bas = égocentrisme ; déviation vers la droite et le haut = aliocentrisme).

L'on ne saurait trop s'en étonner si l'on songe aux sentiments qu'exprime la mimique. La main ramenée vers le corps, pour se désigner, n'est-ce pas un signe égocentrique ? La main tendue vers autrui en témoignage de sympathie, le poing projeté en avant pour menacer un autre, n'est-ce pas là des signes d'aliocentrisme ?

M. S. Pellat étaye d'ailleurs la thèse qu'il soutient, par de nombreux échantillons d'écritures diverses.

Il en est de même des signes qui indiquent les manifestations graphiques de la volonté, des fonctions intellectuelles (clarté de l'esprit, culture générale, intensité de la réflexion, originalité, imagination, intention, souplesse de l'esprit, supériorité) et de la sensibilité (intensité des tendances passionnelles, émotivité). Le tempérament (goût pour les plaisirs matériels, sensualité) peut encore être révélé par les caractères de l'écriture, caractères qu'il nous est impossible d'énumérer ici et qu'il faudrait d'ailleurs accompagner de fac-simile d'écritures.

***

Plus intéressantes pour le médecin sont les modalités scripturales marquant des relations entre la vitalité et les états de dépression et l'écriture. Elles ont donné lieu à de sérieuses études de médecins, notamment des Drs Gommès et Streletski en France et du Dr Meyer en Allemagne.

Les tracés ascendants sont des signes d'ardeur, d'entrain, d'excitation ou de surexcitation. Les tracés descendants indiquent la tristesse, la dépression, la fatigue sans réaction, la faiblesse physique, la mollesse morale.

Le *rapetissement général du tracé* indique la grande fatigue, s'il est momentané, la sénilité ou certaines maladies chroniques s'il est durable.

Le *tremblement horizontal* se rencontre chez les vieillards et dans le goitre exophtalmique.

Le *tremblement vertical* dans l'alcoolisme chronique.

Chez certains vieillards on observe le *traînassement* de la plume qui dessine de petits traits

(1) Alcan, édit., Paris.
(2) Masson, édit., Paris.

qui s'entrecroisent comme des fils ; chez d'autres l'on remarque l'*aplatissement de la base des ovales* qui donne aux lettres à leur partie inférieure une apparence carrée. L'*irrégularité extrême de la pensée* qui donne des variations surtout dans les signes d'accentuation et la ponctuation se rencontre dans l'asthénie et la sénilité.

L'*empâtement* se constate dans les états de tristesse, le surmenage, l'artério-sclérose.

La *retouche brisée* apparaît dans les états fébriles et la grande dépression.

La *chute molle et régressive* des lettres est le fait d'une grande faiblesse, d'épuisement, de repli sur soi-même maladif.

Dans l'excitation nerveuse, l'écriture est *saccadée* comme les gestes, elle présente des arrêts et des changements d'orientation brusque donnant lieu à des brisures et à des courbes.

Les *contorsions*, surtout apparentes dans les signes de ponctuation et d'accentuation, indiquent l'agitation cérébrale concomitante de la préoccupation.

Notons que le mauvais état de la vision peut accentuer certaines manifestations graphiques.

Le mauvais état du cœur et des voies respiratoires provoquent une discontinuité spéciale de l'écriture et parfois l'élévation de la hauteur des points et des accents.

M. Solange Pellat termine en mettant en garde contre les écueils du portrait graphique. Il y a trop d'obstacles qui encombrent, dit-il, la route du portraitiste pour que la ressemblance du portrait soit fidèle. Il faut que les graphiques examinés soient spontanés ; les états d'esprit qui peuvent n'être que fort passagers modifient l'écriture. Chez certains, les manifestations scripturales, indice de leur caractère, apparaissent rarement, leur écriture est pour ainsi dire masquée.

Les effets de certaines lois souvent combinés donnent naissance à des manifestations infiniment complexes dont les nuances sont parfois très difficiles à saisir. Enfin dans le domaine psychologique, les traits de caractères ne s'alignent pas à la façon d'une série d'étiquettes mais se présentent comme des éléments qui réagissent les uns sur les autres.

En somme, conclut M. Solange Pellat, il faut pour réussir un portrait graphologique, outre beaucoup d'érudition et d'expérience, un ensemble de conditions favorables. Les méprises sont extrêmement fréquentes, mais elles ne diminuent en rien le bien-fondé des lois de l'écriture, pas plus que les erreurs dans l'application des sciences exactes n'empêchent ces sciences de rester des *sciences exactes*.

Nous devons remercier M. Solange Pellat d'avoir, grâce à une longue expérience, un travail considérable et une méthode critique prudente, fait entrer l'étude de l'écriture dans la voie scientifique et nous espérons qu'un jour viendra où la graphonomie médicale formera un chapitre important de la séméiologie.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CARDIOLOGIE

Le troisième bruit du cœur,

d'après une conférence de M. C. Lian,

Professeur agrégé,
Médecin de l'hôpital Tenon.
Faite à l'hôpital de la Charité le 27 mars 1927.

Décrit depuis longtemps par les auteurs anglo-américains, le troisième bruit du cœur a été considéré par les auteurs français comme une curiosité rarissime, jusqu'au jour où M. Lian, ayant de nombreuses occasions d'ausculter des soldats se plaignant, pendant la guerre, de palpitations, sans lésions valvulaires, eut la surprise de le rencontrer fréquemment, dans des conditions telles qu'il fut amené à en entreprendre la recherche et l'étude.

La première description qu'il en donna fut publiée en mars 1920 dans la revue *La Médecine.*

Les caractères cliniques du troisième bruit du cœur sont les suivants : il s'entend strictement à la pointe, dans la région apexienne, et est placé après le deuxième bruit. Il est différent du dédoublement du deuxième bruit entendu à la base du cœur. C'est rigoureusement à la pointe qu'il faut ausculter les sujets pour le percevoir au début de la diastole.

C'est un bruit un peu sourd, donnant l'impression d'un écho du deuxième. Parfois cependant, il est assez frappé pour égaler en intensité le deuxième, et même être plus intense que lui.

On le découvre surtout dans le cabinet de consultation, au moment précis où le patient s'allonge sur le lit d'examen. On perçoit alors un rythme à trois temps, qui peut simuler le rythme de rappel de Bouillaud, signe de rétrécissement mitral. D'abord constant, il devient intermittent, ne s'entend plus qu'à l'expiration, disparaît dans la station verticale. Chez certains sujets toutefois, il persiste dans la position couchée, et même dans l'orthostatisme.

C'est un phénomène purement physiologique, très fréquent chez les enfants et les adolescents, où il se rencontre dans un tiers des cas. Plus rare chez les adultes, il disparaît complètement vers la cinquantaine.

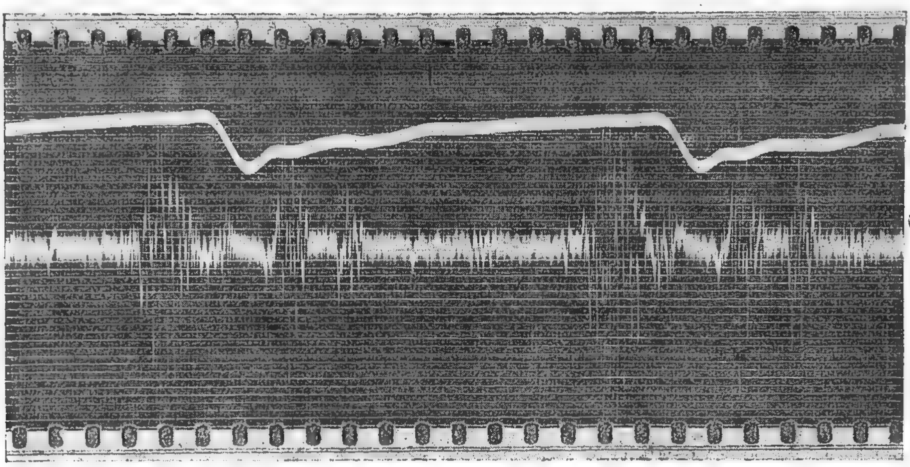
Le troisième bruit du cœur a été enregistré dans plusieurs cas par le Dr Lian, grâce à l'électrocardiographe et au microphonographe de Boulitte, qu'il a dans son service de l'hôpital Tenon. Ce n'est pas un dédoublement du deuxième bruit. Il en est distinct et lui est franchement postérieur.

(Des projections d'électrocardiogrammes et de phonocardiogrammes, infiniment éloquentes, illustrent admirablement l'exposé du Dr Lian.)

Trois bruits étant entendus à l'auscultation du cœur, il est nécessaire de les interpréter à la faveur des considérations diagnostiques suivantes :

Le troisième bruit qui fait l'objet de la conférence est différent du dédoublement du deuxième bruit entendu à la base. Celui-ci, également physiologique, est formé de deux bruits juxtaposés sans silence intermédiaire. Entre le deuxième bruit et le troisième au contraire, il existe une zone silencieuse, indiquant bien que c'est là un bruit surajouté. Le dédoublement du deuxième bruit de la base s'entend surtout à l'inspiration, tandis que le troisième bruit de la pointe accompagne surtout l'expiration.

Le point capital du diagnostic différentiel de ce troisième bruit réside dans sa différenciation d'avec : 1) le bruit de galop protodiastotique, et 2) le rappel du rétrécissement mitral.



ELECTROPHONOCARDIOGRAMME.

La ligne du haut représente le pouls huméral recueilli avec l'oscillographe Boulitte, mais par suite d'une erreur d'inscription, le sphygmogramme est négatif ; le début de chaque pulsation humérale se traduit, non pas par un soulèvement brusque, mais par un affaissement brusque.

Le tracé du bas a été obtenu avec un microphone relié à l'électrocardiographe Boulitte. On voit nettement le premier bruit du cœur qui précède l'affaissement brusque du sphygmogramme et par conséquent le pouls huméral ; puis, c'est le petit silence ; puis, le deuxième bruit du cœur qui est postérieur au pouls huméral ; puis, le grand silence qui est interrompu par le troisième bruit du cœur ; ce troisième bruit est séparé du deuxième par un court espace silencieux.

Dans le premier cas, ce n'est que par l'étude des circonstances étiologiques que le diagnostic pourra être fait. Avec les mêmes sensations stéthoscopiques, on dira troisième bruit du cœur chez un adolescent n'ayant rien d'autre que de l'éréthisme cardiaque, et l'on dira bruit de galop protodiastolique chez un homme de 50 ans consultant pour de l'angor pectoris ou une grande dyspnée d'effort. Certes, le bruit de galop est en général perçu pendant tout l'examen, mais il peut se comporter comme le troisième bruit, ne se percevoir que dans la position cou-

chée, tout à fait au début de l'auscultation ; puis, se montrer inconstant pour disparaître. Il y a des cas en effet où c'est seulement au moment précis où le patient se couche, dans ce que M. Lian appelle le *primo-décubitus*, qu'on peut saisir les signes de la défaillance du cœur, sous l'influence de la fatigue momentanée que lui impose le passage de la position verticale à la position horizontale.

Dans le deuxième cas, la difficulté est plus grande encore pour établir un diagnostic précis, surtout quand le rythme de rappel du rétrécissement mitral, habituellement perçu à la base, s'entend à la pointe, éventualité fréquente, d'après M. Lian. On se rappellera que le troisième bruit physiologique est inconstant, temporaire, tandis que le rythme du rétrécissement mitral est permanent. En outre, le rétrécissement mitral comporte, en sus du rythme de rappel, un roulement diastolique. Enfin, l'examen radiologique du cœur montre un organe normal, s'il s'agit du troisième bruit physiologique, et déformé dans le rétrécissement mitral. Il ne faut pas craindre de prolonger l'examen du patient, pour faire le départ entre ce qui est permanent, et ce qui, au contraire, disparaît au bout d'un certain temps.

Le mécanisme du troisième bruit du cœur s'explique par la distension momentanée qu'impose au ventricule le flot de sang qui l'envahit, venant de l'oreillette, dès que débute la diastole ; par le remplissage massif du ventricule dans la proto-diastole. Le bruit lui-même est produit sans doute par la vibration musculaire qui en résulte, mais sans doute aussi par la tension valvulaire : contrairement à la théorie longtemps classique des valvules pendant inertes, en quelque sorte, dans le ventricule, au début de la diastole, celles-ci se tendent en vibrant à leur tour, ainsi que M. Lian l'a vérifié dans des expériences rigoureusement conduites.

Il est vraisemblable que les deux phénomènes interviennent pour produire le troisième bruit du cœur, comme ils interviennent d'ailleurs, mais sous d'autres causes, pour produire le bruit de galop pathologique.

A la suite de sa conférence, M. Lian a fait ausculter à tous les assistants, grâce à un ingénieux dispositif de télé-auscultation, de jeunes sujets chez lesquels le troisième bruit a pu être entendu dans les conditions décrites plus haut. J'ai pris part à cette auscultation collective et j'ai parfaitement entendu, avec les caractères qui lui avaient été assignés, ce troisième bruit, avec lequel il importe que les praticiens soient familiarisés, s'ils veulent éviter de confondre, chez des enfants ou des adolescents se plaignant de palpitations, une lésion organique avec un phénomène physiologique, sans conséquences.

G. Duchesne.

CLINIQUE CHIRURGICALE

I. Tuberculose épididymaire bilatérale.
II. Epithélioma du rectum. — III. Hallux valgus.
IV. Phlébite hémorrhoïdaire.

D'après une leçon du professeur Hartmann (1).

I. Tuberculose épididymaire bilatérale.

Un homme de 32 ans, exerçant la profession de chauffeur, entre à l'hôpital le 17 décembre 1926, parce qu'il est atteint d'une tumeur des bourses qu'il attribue à une vieille blennorragie. Il conserve une goutte matutinale qui disparaît par périodes et reparaît. Au mois de juin, un jour, en travaillant, il ressent une douleur dans la bourse droite. Cette douleur est calmée par le repos de la nuit ; elle a complètement disparu le matin. La bourse droite augmente de volume quand le malade fatigue, et redevient presque normale par le repos. La bourse gauche est atteinte à son tour.

Actuellement, on voit qu'il existe du côté droit une tuméfaction notable du scrotum qui est plus gros qu'un œuf de dinde. Au palper, on constate que cette masse présente une consistance différente suivant les points. Dans les deux-tiers supérieurs, elle est régulière, un peu tendre et rénitente. A sa partie inférieure, au contraire, on sent une partie dure. La partie supérieure est manifestement transparente. Il s'agit bien là, comme le montraient les sensations du palper, d'une poche liquide, qui n'est pas très tendue, puisqu'en la déprimant on arrive à sentir le testicule. C'est une hydrocèle, avec, en arrière, une tuméfaction considérable qui répond à l'épididyme.

Du côté gauche, on ne trouve pas de liquide dans la vaginale, on sent un testicule paraissant avoir son volume normal, et l'on trouve en arrière l'épididyme très augmenté de volume, particulièrement au niveau de sa queue.

En présence de ces lésions bilatérales des épi-

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, en décembre 1926, recueillie par le Dr Laporte.

didymes, avec absence de phénomènes inflammatoires aigus, bien que le malade dise avoir eu autrefois un écoulement urétral avec un suintement persistant, on ne doit pas penser ici à une épididymite d'origine urétrale. La bilatéralité des lésions, la dureté que présente la queue de l'épididyme, l'hydrocèle qui l'accompagne, tout cela doit faire penser à une lésion tuberculeuse des deux épididymes.

En pareil cas, on doit toujours faire le toucher rectal et voir si on sent quelque lésion au niveau de la prostate et des vésicules séminales. La prostate n'est pas manifestement augmentée de volume mais elle présente une petite induration au niveau de la corne supérieure droite. Le diagnostic est : tuberculose épididymaire bilatérale. Le traitement sera l'épididymectomie, en conservant le testicule. Cette opération entraîne la stérilité, mais non pas l'impuissance. Elle n'entraîne aucune atrophie testiculaire.

D'une manière générale, cette épididymectomie est de beaucoup le meilleur traitement de la tuberculose, parce que, contrairement à ce qui a été dit, le testicule n'est généralement pas pris par la tuberculose, les lésions siègent dans l'épididyme, et particulièrement dans la queue de l'épididyme. Il est donc inutile de faire la castration. Ceci ne veut pas dire qu'on ne soit jamais amené à la faire. Je vous ai montré un malade chez lequel existe un énorme abcès en rapport avec l'épididyme et un abcès plus petit sur le canal déférent. Chez ce malade, nous avons fait l'ablation du testicule, et nous avons constaté sur une coupe l'existence de granulations tuberculeuses visibles. Mais, généralement, les lésions sont limitées à l'épididyme et l'on peut guérir les malades en évitant qu'ilsdeviennent des eunuques, comme cela arrive lorsqu'on fait la castration bilatérale.

En dehors du bénéfice moral, il y a intérêt à conserver le testicule à cause de sa sécrétion interne ; c'est-à-dire qu'on laisse au malade toutes les aptitudes sexuelles de l'homme ; il est simplement stérile.

II. Epithélioma du rectum.

Un homme âgé de cinquante ans raconte qu'antérieurement, il était simplement un peu constipé, quand il a commencé à avoir des douleurs dans le ventre, des besoins fréquents d'aller à la garde-robe, trois ou quatre fois par jour. Ses garde-robes étaient composées de matiéres, de glaires et d'un peu de sang. Ces antécédents mettent, quatre-vingt dix fois sur cent, sur la trace d'un épithélioma du rectum probable. Il a été mis au régime des pâtes, traité pendant longtemps pour entéro-colite ou pour entérite. C'est ce qui arrive souvent pour les malades de ce genre dont, faute d'un examen approfondi, on méconnaît la gravité de l'affection. Pour expliquer la présence du sang dans les garde-robes, on se contente trop aisément du diagnostic d'hémorroïdes. Aujourd'hui, on met un rectoscope et l'on croit qu'avec cet instrument on peut voir des lésions que le doigt n'atteint pas, que, par conséquent, c'est un mode d'examen très supérieur au doigt. C'est une erreur. Avec le doigt on sent des lésions que n'atteint pas le rectoscope, à une condition, c'est que le malade se laisse examiner et qu'on utilise le palper bimanuel. On arrive même à sentir, à travers la paroi rectale, des tumeurs siégeant dans l'anse oméga, en déprimant la paroi abdominale, comme on sent une tumeur de l'ovaire à travers la paroi vaginale. On arrive souvent, par le simple palper bimanuel, à sentir admirablement des tumeurs du côlon pelvien, que le rectoscope ne peut pas atteindre.

Il y a quelques années, j'ai vu un malade qui souffrait énormément en allant à la garde-robe. Ceci faisait présumer qu'il avait un épithélioma du canal anal, car il y a cette particularité que l'épithélioma de l'ampoule rectale est tout à fait indolent : les malades ont des selles multiples, un écoulement glaireux, un peu de sang, mais ils ne souffrent pas. Au contraire, les malades atteints d'épithélioma anal souffrent beaucoup au moment des garde-robes. Ce malade avait été examiné au rectoscope, et la constatation de petites veinules sur la paroi du rectum avait paru devoir expliquer les hémorragies. Quelques cautérisations avec le galvano-cautère avaient été conseillées pour arrêter ces hémorragies. Le rectoscope franchit le canal anal et fait voir seulement le rectum au-dessus. En réalité, ce malade présentait un épithélioma du canal anal.

Certes, il n'est pas dans ma pensée de médire de la rectoscopie, qui peut rendre de grands services dans beaucoup de cas, mais elle doit toujours être précédée de l'examen digital, ou même de l'examen bimanuel.

Le malade actuel raconte que, depuis ces derniers temps, il va à la garde-robe deux à quatre fois par jour, quand il est alité, sept ou huit fois quand il marche. Il présente un peu d'amaigrissement. La traversée du canal est normale, mais dès qu'on arrive dans l'ampoule rectale, on sent qu'elle est rétrécie par suite de l'existence de végétations bourgeonnantes, inégales, ulcérées à leur face interne. Le doigt arrive à franchir ces parties, et trouve alors une muqueuse saine.

Il est possible d'imprimer à la tumeur quelques petits mouvements de bas en haut, mais ils sont difficiles pour la partie latérale droite. C'est là un renseignement que ne donne pas l'examen par le tube, et c'est précisément le renseignement le plus important à savoir, pour fixer l'opérabilité ou la non opérabilité d'une tumeur. Ce n'est pas l'aspect qu'elle présente à l'œil. Ce n'est pas non plus la hauteur à laquelle elle se trouve.

C'est sa mobilité. Autrefois, à l'époque où l'on pratiquait pour la première fois l'amputation du rectum, on avait à craindre l'ouverture du péritoine, et la règle était la suivante : si un épithélioma remontait au-delà de la limite du doigt, il était jugé inopérable. Aujourd'hui, la question de la hauteur n'arrête plus le chirurgien. On ouvre systématiquement le péritoine dans les ablations de cancers du rectum. Mais ce qui a une grosse importance, c'est de savoir si l'épithélioma est mobile, ou non. S'il est franchement mobile, l'opération réussit bien. S'il est absolument fixe, il faut se contenter de faire un anus artificiel palliatif, puis l'on traitera le malade par les rayons X, le radium, etc. Ici, c'est un cas intermédiaire ; cependant, il paraît opérable.

III. Hallux valgus.

Un homme de 38 ans présente une déformation du gros orteil droit qui l'empêche de marcher. Il a dû prendre des chaussures plus larges, la marche le fatigue et le fait souffrir quand il marche sur un terrain inégal et raboteux. La station debout lui est pénible.

Le diagnostic est évident. L'orteil, dirigé en dehors, chevauche par-dessus le deuxième et même par-dessus le troisième orteil. C'est ce qu'on appelle un hallux valgus. Il y a en même temps autre chose. Cet orteil qui est dévié en dehors est en même temps un peu en rotation sur lui-même. Sa face dorsale, au lieu de regarder directement en haut, regarde en haut et en dedans. Le métatarsien se dirige obliquement en dedans, il est manifestement écarté du deuxième. C'est là ce qui constitue la déformation fondamentale de l'hallux valgus. Chose curieuse, cette petite lésion a été l'objet de travaux nombreux, de nombreuses discussions. Ordinairement, les malades n'ont pas l'attention attirée sur la déformation. Ils viennent consulter parce qu'ils souffrent au niveau de la saillie interne du premier métatarsien, où ils ont ce qu'on appelle vulgairement un oignon. C'est une saillie quelquefois si considérable qu'on l'a décrite quelquefois comme une exostose. Elle est surmontée par une petite bourse séreuse enflammée. Souvent la peau se perfore et la plaie s'infecte. La bourse séreuse suppure, se fistulise. Elle s'ouvre même quelquefois dans l'articulation. La douleur est alors due à la fois à la boursite et à l'arthrite qui complique la lésion.

D'après la thèse classique, qui est soutenue en particulier par M. Kirmisson, l'hallux valgus serait constitué uniquement par l'hypertrophie de la tête du premier métatarsien. Pour M. Moulonguet, au contraire, il n'y a pas d'hypertrophie. Le métatarsien étant dévié, sa tête fait saillie en dedans. La déviation de l'orteil est purement consécutive à la pression de la chaussure et à l'inextensibilité des tendons.

Par conséquent, la lésion initiale de l'hallux valgus est une déviation du premier métatarsien en dedans. Il y a encore autre chose à considérer. On sait qu'au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, comme au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de la main, il y a un appareil sésamoïdien ; la déviation du premier métatarsien entraîne l'interposition d'un os sésamoïde entre lui et le second métatarsien, et l'inclinaison de l'orteil en dehors. Puis, la surface articulaire du métatarsien qui, à l'état normal, est emboîtée par la surface articulaire de la phalange, cesse de l'être ; cette partie s'altère, s'enflamme, on observe souvent des lésions d'arthrite chronique, avec des épaississements de la partie interne du métatarsien. Ceci a donné lieu à une autre théorie pathogénique : l'hallux valgus résulterait d'une arthrite chronique de l'articulation métatarso-phalangienne.

Chez ce malade, la lésion est réduite à peu près exclusivement à la déviation de l'orteil. La radiographie montre nettement l'obliquité du premier métatarsien. La première phalange du gros orteil a passé en dehors, elle a abandonné en presque totalité la surface articulaire inférieure du premier métatarsien. La lésion est ici à son maximum. On verra ceci rarement. L'appareil sésamoïdien se trouve entraîné, et un sésamoïde est interposé entre les deux métatarsiens. Bien qu'il semble exister un développement anormal de la tête du métatarsien, la radiographie montre qu'il y a peu d'augmentation et que l'apparence d'exostose est due simplement à la déviation du métatarsien. Mais on voit des cas où manifestement il existe une exostose.

L'hallux valgus résulte simplement, d'après certains auteurs, d'une contracture de l'extenseur propre du gros orteil.

Le traitement consistera à réséquer une partie de l'articulation pour redresser l'orteil. C'est une opération très simple. On fait aussi dans les cas semblables des ostéotomies cunéiformes ; ce sont des opérations beaucoup plus compliquées et elles ne donnent pas de meilleurs résultats.

IV. Phlébite hémorrhoïdaire.

Cet homme de 42 ans se présente pour des douleurs au niveau de la région anale dont le début remonte à janvier 1926. Il est, comme on le voit, manifestement atteint d'hémorrhoïdes. Il existe un double bourrelet. Celui qui est au centre est presque en voie de sphacèle. Le second est rouge, manifestement enflammé. Cette lésion est décrite depuis longtemps sous le nom d'étranglement des hémorrhoïdes. C'est une erreur. En réalité, il n'y a pas d'étranglement des hémorrhoïdes. Il suffit de réfléchir à ce fait que la réduction du paquet hémorrhoïdaire — ce que, d'ailleurs, il faut éviter de faire, car c'est très

douloureux — n'est possible que momentanément, et que les hémorrhoïdes ressortent tout de suite après. Ce n'est donc pas un étranglemnet comparable à un étranglement herniaire, qui, une fois réduit, reste réduit. Du reste, le bourrelet hémorrhoïdaire externe n'est sûrement pas étranglé. Comment expliquer la présence simultanée d'un prolapsus interne donnant les apparences grossières d'un étranglement et d'un bourrelet hémorrhoïdaire externe manifestement enflammé ? Il faut admettre l'existence d'une même lésion. Ce sont des poussées de phlébite hémorrhoïdaire frappant à la fois les hémorrhoïdes internes et externes. Si les hémorrhoïdes internes prolabées et enflammées présentent souvent des zones de mortification, cela tient simplement à la différenec de structure de leur revêtement. La muqueuse qui revêt les hémorroïdes internes est mince, elle se sphacèle aisément. La peau, au contraire, résiste beaucoup plus.

Si c'est une phlébite hémorrhoïdaire interne, pourquoi est-elle au dehors et non à l'intérieur du rectum ? Pour une raison très simple. D'abord l'hémorrhoïde n'est pas à l'intérieur même du rectum, elle est à la partie supérieure du sphincter, et non dans l'ampoule rectale. Dès que l'hémorrhoïde s'enflamme, il se fait un certain degré d'œdème et la muqueuse se comporte comme la conjonctive pour l'œil, quand elle s'ectropionne. Si l'hémorrhoïde interne est assez bas située dans le canal anal, la muqueuse sort. Le traitement consiste simplement à baigner et mettre des compresses chaudes. La guérison peut se faire, non pas par l'organisation du caillot, comme on disait autrefois, mais par suite du bourgeonnement de la paroi interne de la veine enflammée qui finira par s'oblitérer complètement.

PHOTOSENSIBILISATION ET CHOC RADIANT

A la Société de Pathologie comparée, les 8 décembre 1926 et 8 mars 1927, on a entendu les rapports si intéressants de MM. Jausion, Guillaume, Richert, Dufrénoy, sur la photosensibilisation, et la discussion consécutive, où nous avons pris part avec MM. Brocq-Rousseu, Foveau de Courmelles. L'ensemble nous a permis d'avoir une conception plus nette de ce problème déjà ancien et auquel des noms différents ont été donnés, choc radiant, radio-anaphylaxie (1). Il est gros de conséquences de toutes sortes. Quand, dès 1904, en « Radiothérapie des fibromes » Foveau de Courmelles, signalait des phénomènes graves, courbature, fièvre, c'était le *choc*, moins le mot, et plus tard, sir H. Rolleston, signalait des morts à la suite de radiothérapie, le dénouement fatal était du même ordre (2). En ce qui me concerne, je n'insisterai aujourd'hui que sur la partie physico-biologique que comporte cette question, en utilisant nos connaissances actuelles sur la physique des rayonnements et l'état colloïdal de la matière vivante, sa possibilité de floculation (A. Lumière), précipitation de substance, orientation de micelles.

L'absorption d'un rayon lumineux par un milieu métallique (aluminium et rayons X, Foveau de Courmelles ,1896) est devenue la *filtration*, qu'on tend à abandonner, (Coste et rayons mous en thérapeutique du cancer) ; à travers un milieu colloïdal, elle dépend de son coefficient propre à ce milieu et variable par conséquent.

Dans un milieu très transparent, pour employer une figure plus susceptible de faire mieux comprendre, la lumière ne s'arrête pas. Elle ne peut donc avoir un effet sur l'augmentation ou la diminution des charges électriques en présence. Si au contraire, en raison de son spectre d'absorption, le milieu colloïdal, arrête fortement la lumière transmise, les attractions ou répulsions électro-statiques seront augmentées, diminuées ou annulées, et la dispersion micellaire sera modifiée suivant la réaction du milieu. Dans le cas de sérum, cependant, la lumière ordinaire ne provoque pas de rupture de l'état colloïdal ; l'énergie de complément qu'elle apporte à la matière protéique ne provoque aucune réaction de floculation ; en réalité ,cette insuffisance de la lumière lorsqu'elle atteint le milieu sanguin provient de l'arrêt des faisceaux lumineux de longueurs d'onde courte par l'épiderme.

Cette perte d'énergie nous permet d'admettre comme principe que, sous une *lumière normale* d'éclairage, un sérum pur ne peut être modifié dans son équilibre.

Mais le cas contraire se produirait si la lumière ultra-violette pouvait pénétrer profondément dans les tissus ; dans ce cas, la fixation par certaines micelles, de charges d'électricité négatives libérées, provoquera une réaction avec floculation. Cette action floculante de l'U.V. a été signalée par Kopacewsky et constatée expérimentalement par Friedberger et Kamio, qui ont même observé que ce rayonnement rend

(1) Dr Foveau de Courmelles : *La radio-anaphylaxie* 1 broch., Maloine, éd., Paris, 1923. — J. Risler, in *Concours médical*, 20 mars 1927.

(2) Dr Foveau de Courmelles : *La superposition des chocs, Institut* (Académie des sciences), 14 mai 1923. — J. Risler et Foveau de Courmelles : *Le choc radiant*, Institut, 14 mars 1927).

négatif les sérums à réaction positive avec hémolyse consécutive.

La nature, heureusement, nous a donc protégés contre l'activité parfois bienfaisante sans doute, mais souvent trop énergique de l'U.V., et notre organisation interne, notre sang, fluide nourricier par excellence. n'est en somme atteint que par une lumière filtrée, tamisée et répartissant de façon égale son énergie sur tous les éléments hétérogènes qui constituent la cellule vivante.

Mais il n'en sera plus de même quand cette lumière neutre par elle-même agira sur un élément nouveau émettant des charges d'électricité négatives par propriété photo-électrique ; tel est le cas déjà signalé pour un métal introduit dans l'organisme et soumis à l'action d'un rayonnement X en radio-actif.

Mais il faut insister ici sur ce point : les rayons lumineux du spectre visible sont capables aussi de provoquer des phénomènes de floculation quand ils s'exercent non seulement sur des métaux, mais aussi sur des éléments fluorescents qui jouissent avec les métaux de la propriété assez exceptionnelle de photo-électricité.

Que constatons-nous, à première vue, dans l'ensemble des rapports si minutieusement étudiés par MM. Jausion, Richert, Dufrémey et Guillaume, et parus dans *La Paris médical*, le *Journal des praticiens* et dans le volume édité par la Société de pathologie comparée (1) : le fait frappant, dans l'exposé des accidents de photosensibilisation est la présence accidentelle et spontanée d'éléments *toujours* fluorescents, et souvent la spontanéité des accidents : un ruminant mange du millepertuis à l'ombre, rien; il vient au soleil, éruption instantanée, érythèmes : c'est bien là le *choc radiant.*

La fluorescence et la lumière sont les deux causes premières des phénomènes constatés, sans préjudice évidemment des tempéraments, fonction en somme de sensibilisations antérieures à la lumière ou à tout autre agent.

Or, la brutalité avec laquelle les accidents se déclanchent, lorsque, par exemple, les animaux passent de la lumière diffuse à la lumière du soleil, nous montre l'analogie qui relie ces accidents aux phénomènes de choc ; j'entends par *choc*, cela est évident, le choc premier, ou initial, humoral, thrombo-plastique, accidents symptomatiques des injections ou ingestions de substances étrangères à l'organisme.

Le choc exige ici pour se produire la présence indispensable de deux facteurs : la lumière et un sérum anormal (par la présence d'une substance fluorescente ingérée).

Je répète encore, que sur un sérum normal, constitué cependant par des systèmes hétérogènes en état d'équilibre électro-statique, la lumière ne pourra, *seule*, provoquer le choc. Au contraire, elle favorisera la nutrition de la cellule, en augmentant également la charge des éléments qui la constituent et spécialement la couche double périgranulaire qui maintient l'équilibre intermicellaire.

On comprendra dès lors facilement qu'il n'en sera plus de même quand une molécule fluorescente, avec une charge électrique considérable, tombera par hasard dans le sérum sanguin.

Il y a alors, disproportion dans la grandeur des charges électriques en présence, dont l'équilibre se trouve immédiatement prêt à être bouleversé. La molécule chemine à travers les éléments protéiques, chargeant et déchargeant au hasard des résultantes positives ou négatives, les systèmes qu'elle rencontre.

A l'ombre, cette ionisation n'est cependant pas suffisante pour provoquer la floculation ; mais, elle a, il est certain, déjà changé la réaction du milieu, modifié la concentration en pH., et changé toutes les constantes physico-chimiques qui constituent l'équilibre colloïdal : tension superficielle, viscosité, conductivité, point isoélectrique, etc.

Un *faisceau lumineux* intense survient alors qui abaisse *instantanément* le seuil de réaction en apportant son énergie de complément : les *accidents apparaissent.*

Cette énergie de complément peut être mesurée en volts, à l'aide d'un galvanomètre ou d'un électromètre de Compton. Elle varie en général suivant la concentration entre 10 — 3 et 1 millivolt avec un potentiel critique.

Je note ici, l'analogie, dans l'ordre de grandeur, des tensions d'une solution fluorescente en présence de la lumière, avec les tensions enregistrées par une électrode métallique sous l'effet photo-voltaïque. Nous avons dit que l'augmentation de la tension par la présence d'une solution fluorescente irradiée était de l'ordre de millivolt.

Mais, le millivolt, est en somme l'unité de grandeur des tensions relatives aux différents systèmes protéiques. L'augmentation de cette micro-tension par l'action de la lumière est relativement considérable ; et elle explique toute la floculation.

Ceci est comme la théorie physico-biologique des phénomènes de photosensibilisation par l'intermédiaire de substances fluorescentes et elle a été vérifiée, dans ses grandes lignes, par l'expérience.

En effet, si le fait photo-électrique est bien la base des phénomènes de photo-sensibilisation par les *éléments fluorescents*, les réactions organiques devront *être proportionnelles* dans leur

---

(1) *Les phénomènes de la photosensibilisation*, par MM. Jausion, Richert, Dufrénoy et Guillaume, suivis d'un addendum de M. Foveau de Courmelles, 20 fr., 8, rue des Acacias, Paris, 17e.

intensité ou leur gravité à la fréquence vibratoire de la lumière incidente. Elles devront suivre *les lois de l'effet photo-électrique*. En d'autres termes les chocs par photosensibilisation, seront d'autant plus foudroyants que la lumière d'excitation sera d'une fréquence plus grande, ou d'une longueur d'onde plus courte.

Avec le prof. agr. A. Philibert, nous avons donc reproduit les accidents de photosensibilisation en faisant *varier l'intensité lumineuse et les fréquences* (en gros) des sources d'émission.

Par ordre, en partant des fréquences moins élevées, nous avons déterminé les fréquences comme suit : F1 = lampe à I.R. ; F2 = lampe à néon ; F3 = lampe U.V. violet-vert (1). Dans les deux autres colonnes, nous avons voulu montrer le rôle que joue l'*intensité* de la lumière en comparant les résultats obtenus à la lumière diffuse et au soleil :

Les expériences ont été faites sur des souris injectées de 1/2 centimètre cube de violet de méthyle comme substance fluorescente, la solution aqueuse dans quelques cas nous avons injecté seulement 1/3 de centimètre cube afin d'observer ainsi le rôle de la dose.

Les temps marqués dans le tableau ci-joint sont les temps nécessaires pour provoquer la mort dans les différents rayonnements ;

Les lampes qui ont servi aux expériences sont : Une source d'émission I.R. à briques réfractaires, température absolue : T = 1578° longueur d'onde maximum du rayonnement I.R. émis = 1,8 mm.

Longueur d'onde maximum $\frac{2940}{1578}$ = 1,8 millième de millim. Calculée à l'aide de la formule de Wien sur l'émission du corps noir (maximum d'énergie).

Le thermomètre placé au niveau des souris s'élevait à la température t.

t = 52° (thermomètre recouvert de noir de fumée) ;

ou :

t = 40° centigrades, thermomètre à nu.

(Remarquer la différence des températures entre ces deux thermomètres, température atteinte en 13 minutes).

La lampe à néon, que j'ai construite spécialement, est installée au laboratoire de bactériologie. Elle a été purifiée par la méthode d'absorption sélective de métaux alcalins et alcalino-terreux, que j'ai présentée à l'Académie des sciences C.R. 11 mai 1926.

La lampe U.V. est un brûleur de type Hanau, faisant environ 1200 bougies.

Les souris ont été placées à 3 cent. de la lampe à néon.

A 55 cent. de la lampe I.R.

A 17 cent. du brûleur.

Les résultats sont les suivants :

Infra-rouge F.I.	Néon F. 2	U.V. F.3	Soleil —	Lumière diffuse
1 heure 39 minutes	18 minutes	10 minutes	35 minutes	2 heures 1/2
3 heures 45 »	25 »	16 »	42 »	52 »
4 heures 15 »	37 »	19 »	55 »	48 »
3 heures 30 »	26 »	8 »		23 »
3 heures 50 »	32 »	15 »		34 »
	1/2(cm³) 24 heures			72 heures 1/3 cm³

La conclusion d'un ensemble de travaux sur les phénomènes de choc par la lumière, présentés récemment à la Société de biologie, doit permettre l'accord sur ce point, car ce ne sont pas seulement mes travaux, mais ceux issus d'une collaboration mutuelle et fructueuse, résultant d'opposés et de la discussion, avec les rapporteurs de la Société de pathologie comparée, MM. Guillaume, Jausion et Richert et notre savant collègue Foveau de Courmelles. Celui-ci, à cette occasion, a montré que l'*histo-fluorescence* de son ami W. J. Horton (de New York), du Dr R. Vigouroux (de Paris), dès 1904, traitement du cancer par l'ingestion de quinine et les rayons X appliqué ensuite par Jaboulay, l'examen tout récent de la vésicule biliaire par les tétra-iodo et tétrachlore, étaient des phénomènes de fluorescence intra-organique.

Par l'examen des résultats on voit grossièrement :

1° Que l'appoint de la lumière diminue le temps nécessaire pour l'obtention des accidents mortels.

2° Que la mort est plus rapide sous la lumière ultra-violette, violette-bleue et verte (1), que sous la lumière jaune orange, rouge du néon, et qu'elle est enfin plus rapide avec le néon qu'avec l'infra-rouge.

On peut donc conclure en général que la gravité, et l'intensité des phénomènes de choc par

(1) Les lampes diverses sont nombreuses et beaucoup sont oubliées, les premières surtout, même dans les meilleurs traités. *Ultra-violet et infra-rouge* commencent à être connus en thérapeutique, on les trouve exposés en le récent livre de ce titre des Drs J. AIMARD et H. DAUSSET (*L'Expansieon scientifique française*.)

(1) Le Dr POTHEAU (de Nice) a signalé récemment l'action excitante, chez certains nerveux, du vert-choc ? — et calmée immédiatement par le rouge.

photosensibilisation est directement proportionnelle :

1° A l'intensité de la lumière ;

2° A la fréquence vibratoire.

Comme conclusion plus générale, il me semble que nous devrons attribuer les accidents de phososensibilisation à une rupture de l'*équilibre électrique* colloïdal suivie d'une floculation produite par l'introduction dans l'organisme de charges électriques étrangères.

On peut créer des mots nouveaux, de bonne foi, croyant à des découvertes, à des faits nouveaux, alors que c'est du « vieux neuf », facile à cataloguer, pour aider la mémoire des chercheurs de la science, sous cette rubrique de *choc* dont le domaine s'élargit.

Pour les autres phénomènes de choc, choc par injection de suspension microbienne, ou de sangs étrangers, il n'y a aucun inconvénient, avec le prof. Maignon, à admettre l'hypothèse que la lumière puisse donner naissance à une toxine. Et si l'on se reporte à l'influence des taches solaires passant au méridien central de l'astre sur la morbidité et la mortalité signalée en mars 1927 à l'Académie de médecine par les Drs Maurice Faure et Gaston Sardou et l'astronome Vallot, les effets différents de la lumière donnant des chocs différents s'expliquent naturellement, qu'on appelle photo-sensibilisation ou choc radiant, que l'on croie aux astres et à l'astrologie (1) comme jadis, les actions lumineuses sont de leur étude !..

J. Risler,
Chef de travaux à l'Ecole pratique des Hautes Etudes.

SUR LES RÉINFECTIONS MULTIPLES DE LA SYPHILIS

Docteur Gilbert Pignet.

Fournier avait érigé en dogme qu'on ne contractait qu'une fois la vérole. « Les sujets syphilitiques, disait-il, ne sont plus capables de contracter la syphilis et résistent *invinciblement* à l'inoculation du contage syphilitique. » Un autre affirmait : « Il n'est qu'un moyen assuré de résister à la vérole, c'est de l'avoir. »

Mais alors, comment se fait-il qu'aujourd'hui, d'un peu partout, sortent des observations de réinoculations successives, dont chaque clinicien se croit, pour sa part, l'observateur unique ou presque unique ?

Déjà, en 1925, dans ce même journal (*Concours médical* 1925, p. 2748) je m'étais élevé contre les prétentions de deux confrères de Bordeaux, MM. Petges et Léonard, qui croyaient à ce moment présenter comme un phénomène extraordinaire un cas de réinfection syphilitique qu'ils venaient d'observer et je citais pour ma part, quatre cas de réinfection que je venais de rencontrer en une seule année (c'était, il est vrai, les quatre premiers en huit ans).

Depuis, l'hypothèse de la possibilité de la réinfection syphilitique a fait du chemin et nous en sommes, maintenant, aux publications de cas de réinfections multiples. (V. *Annales de dermatologie*, février 1927, articles de MM. Porvel et Bais qui présentent l'un et l'autre un cas de troisième réinfection, chacun d'eux croyant son observation unique.)

Je pense qu'à cette heure, il faut tracer à l'encre rouge un gros trait sur la déclaration de Fournier et la remplacer par celle-ci : « Tout sujet peut contracter la syphilis un nombre de fois indéfini, tout comme une angine banale ou un coryza. »

Cependant le problème, tout en ayant changé de donnée, n'en demeure pas moins troublant. Pourquoi Fournier, un des plus savants syphiligraphes et un des syphiligraphes qui ont le plus soigné de véroles, n'a-t-il jamais rencontré de cas de réinfection, et pourquoi ses contemporains n'en rencontraient-ils pas plus que lui ? Nous ne pouvons douter de leur compétence à reconnaître les caractères d'un accident primitif. Mais alors ? Faut-il admettre que, depuis, l'agent pathogène ou les malades ont été modifiés par suite de quelque innovation dans le traitement, par l'emploi des arsénobenzols ou des sels de bismuth par exemple ?

A mon avis, le problème demeure entier et bien osé serait celui qui prétendrait le résoudre, en l'état actuel de nos connaissances.

Que je n'oublie point pourtant d'en arriver à ce qui motive ma communication d'aujourd'hui : la présentation d'un cas de troisième ou même de quatrième réinfection syphilitique survenu dans ma clientèle, mais que je suis loin de considérer — au contraire de bien d'autres — comme unique dans les annales de la syphiligraphie.

Dans mon article du 20 novembre 1925, publié par le *Concours médical*, mon observation n° III, de réinfection syphilitique était présentée sous la forme suivante :

« III. M. C., 24 ans, représentant de commerce, a eu en mars 1921 un chancre spécifique du sillon balano-préputial. Comme il ne peut se soigner

(1) John Grand-Carteret. — *L'histoire, la vie, les mœurs, la curiosité*, chapitre sur la médecine au 16e siècle écrit par le Dr Ghislain Houzel.

régulièrement, à cause de ses déplacements proffessionnels, je lui fais depuis 4 ans un traitement sans interruption, à raison d'une injection d'huile grise tous les 15 jours environ, quand il rentre à Toulon. En avril 1925, il a eu un rapport avec une de ses clientes ; vingt jours après, il présente un chancre du sillon balano-préputial dans lequel les tréponèmes fourmillent ; j'ordonne le tréparsol à prendre en voyage et l'huile grise pendant les séjours à Toulon. Cicatrisation rapide. »

Eh bien ! c'est ce M. C. qui va nous occuper encore aujourd'hui. J'avais commencé, quand j'avais écrit ce premier article, de lui faire des injections intrafessières de ce fameux sel de bismuth qui a fait tant de victimes. Naturellement, malchanceux, M. C. a eu, au bout de ses trois mois de traitement à l'hydroxyde de bismuth, un bel abcès que j'ai dû inciser. De ce fait, m'attribuant la responsabilité de cet accident, comme ont dû le faire vis-à-vis de leur médecin respectif beaucoup d'autres victimes de ce médicament, je ne l'ai plus revu.

Je ne l'ai plus revu... de six mois. En octobre 1926, en effet, il est revenu me montrer de nouveaux chancres du prépuce, indurés etmultiples, (troisième éruption s'il vous plaît) et datant d'une semaine, alors qu'il était en plein traitement par le stovarsol dont il usait presque sans interruption depuis le déplorable abcès intrafessier. Sa verge étant œdématiée et douloureuse, il abandonne ses voyages pendant un mois pour mieux se soigner. J'essaye alors des injections intraveineuses de 914. A la première, 0 gr. 15, nous sommes arrêtés par une réaction assez violente. Le malade, pusillanime, n'en veut plus. En 10 jours de traitement par un sel de bismuth et des injections de cyanure de mercure, l'amélioration est considérable. En 20 jours, tous les chancres ont disparu et le prépuce est revenu à son état normal ; seules, de légères indurations subsistent encore.

Quelques jours après, mon client, à qui la continence pèse, a des rapports, malgré ma défense formelle, avec une toute jeune fille, indemne de toute affection vénérienne, cependant que je continue à le traiter — il a repris ses voyages et ne rentre que pour 3 jours tous les 10 jours — avec 2 injections de bismuth tous les 10 jours. Vers la mi-janvier, il m'amène sa nouvelle petite amie qui présente une roséole très marquée et des plaques muqueuses vulvaires. Quelques injections de 914 font rapidement disparaître les éruptions. Mais M.C., qui avait naturellement continué ses rapports avec sa jeune amie, me revient le 15 février avec un chancre du limbe préputial énorme, avec une induration très prononcée et fourmillant de tréponèmes.

Notez que son dernier chancre remontait à octobre 1926, c'est-à-dire à quatre mois et demi, et qu'il avait subi, depuis cette époque, un traitement ininterompu et assez intense par un sel de bismuth.

Il ne fallait pas songer, en présence de ce nouvel accident, au 914 intraveineux que le client refusait obstinément. Le bismuth et l'énésol intraveineux n'ont pu juguler l'évolution du chancre dont les proportions s'accroissaient toujours ; il n'a cédé qu'au 914 sous-cutané et au cyanure de mercure intraveineux.

Au total, voilà un malade qui a présenté à *quatre reprises* : mars 1921, avril 1925, octobre 1926, février 1927, des accidents primaires dont les caractères cliniques étaient indiscutables et qui, de plus, chaque fois, révélaient la présence de tréponèmes. En outre, ces chancres se sont produits chaque fois, *alors que le malade était en traitement* (le traitement a été ininterrompu depuis 6 ans) et à *des intervalles de plus en plus rapprochés* (49, 18, 4 mois).

En 1925, je terminais ma communication par cette conclusion : « A mon avis, les réinfections syphilitiques sont moins rares qu'on ne le croit et je pense que les traitements modernes (914, bismuth), plus énergiques que les antiques mercure et iodure, sont infiniment plus aptes à guérir un syphilitique et que l'avenir, avec l'extension de ces méthodes, nous réserve des réinfections de plus en plus fréquentes. »

Aujourd'hui, mon opinion est bien modifiée, Voici M. C. qui, en 6 ans de syphilis, n'a eu que quelques injections de 914 tout au début de son infection et mal supportées d'alileurs. On ne peut donc prétendre que c'est le traitement par l'arsénobenzol qui a permis, par son effet curatif, spécifique, les réinfections successives que j'ai constatées.

On ne saurait attribuer davantage cet effet au bismuth qui s'est montré nettement insuffisant, puisqu'il n'a pu empêcher l'éclosion des troisième et quatrième chancres et n'a pu enrayer l'évolution du quatrième.

Mais alors il nous faut reprendre nos données primitives : « Qu'il s'agisse de réinfection, de super-infection ou de pseudo-réinfection — comme on en dispute dans les Congrès — pourquoi, si ce n'est plus à cause de l'introduction dans le traitement des arsénobenzols ou des sels de bismuth, pourquoi la syphilis qui ne récidivait point du temps de Fournier se met-elle maintenant à réinfecter ou super-infecter un même sujet deux, trois et même quatre fois ? »

Certes les esprits sibyllins ne manquent point qui s'exciteront autour de cette énigme. Des lois seront énoncées gravement, solennellement, *et sous une forme définitive*, par des augures sévères. Mais la nature, qui se rit de l'homme et de sa faiblesse, en fera comme de celles de Fournier,

elle les emportera comme en fait le vent d'un fétu de paille.

Multa cædunt quæ vix nascebantur...

pourrait-on dire en parodiant le poète latin.

Je serais en tout cas bien étonné si, d'ici dix ans, la pathogénie de la syphilis, la classification de ses accidents et les lois de leur évolution n'étaient pas toutes à revoir.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les indications des rayons ultra-violets en thérapeutique.

M. Bavelaer rappelle tout d'abord que les rayons ultra-violets ne sont pas actuellement employés seuls, mais toujours accompagnés de radiations lumineuses et même calorifiques (infra-rouges). Les deux principales sources de rayons U. V., lampe à mercure et arc, ont des compositions et par suite des indications différentes. Si, dans un nombre important de cas, les sources habituelles d'U. V. doivent suffire pour assurer la guérison, il semble que leur champ d'action s'étendra surtout si on les associe à d'autres radiations ; mais on ne possède pas encore de formule éprouvée pour ces mélanges. Enfin, la gamme de radiations de nos sources artificielles de rayons U. V. est beaucoup plus étendue que dans le spectre solaire, justement dans la partie du spectre qui apparaît la plus active.

On ne doit pas oublier d'autre part que l'héliothérapie ne se comprend guère sans une cure climatique associée, à la mer ou à la montagne, dans des conditions de surveillance attentive au point de vue médication, diététique et hygiène. On pourra ainsi, grâce aux rayons U. V. obtenir beaucoup plus rapidement et sûrement certains effets du traitement héliothérapique, notamment dans le rachitisme et la tuberculose osseuse, et remédier à ce que l'on a pu attribuer à la carence du soleil.

En général, l'exposition aux rayons ultra-violets entraîne non seulement des modifications de la peau, mais encore une action très marquée sur les organes profonds et l'organisme en général. C'est un « coup de fouet » donné à tous les processus de défense et de réparation sanguine et tissulaire, une action eutrophique précieuse et étendue.

Les plus beaux résultats du traitement par les rayons U. V. sont obtenus chez les enfants, et en particulier, chez les rachitiques, les dystrophiques, les spasmophiles.

Rachitisme. On peut admettre vraiment comme un dogme établi l'équation : rachitisme = ultra-violets. Dans presque tous les cas l'amélioration sera nette, et dans la plupart des cas véritablement surprenante. La radiographie d'une extrémité ostéo-articulaire, le poignet par exemple, donne de précieux renseignements sur la gravité du rachitisme, sur son évolution et, ce qui est très important, sur le moment où on doit arrêter le traitement : cette dernière considération la rend donc presqu'indispensable et à tout prendre économique. Le rachitisme grave et à évolution rapide est plus vite amélioré que le rachitisme à évolution lente, ayant tendance à la fixation.

L'*hypotrophie* est l'affection pour laquelle le traitement donne des résultats vraiment les plus impressionnants, parfois de véritables résurrections. Il s'agit de ces troubles de la croissance, souvent purs, parfois accompagnés de troubles gastro-intestinaux graves, et aboutissant finalement à un état cachectique avancé.

Sous l'influence des seuls rayons U. V., et après quelques séances, l'alimentation peut être reprise normalement, les selles se régularisent, le poids remonte et l'état général s'améliore, l'anémie disparaît.

Notons aussi les bons effets de la thérapeutique par les U. V. dans les convalescences difficiles chez l'enfant comme chez l'adulte.

Spasmophilie. Ces états seront très souvent améliorés et guéris par les U. V. dont l'action régénératrice sanguine s'exerce comme dans le rachitisme en combattant l'hypocalcémie qui également ici est de règle.

Dans ces trois affections, les résultats obtenus seront toujours meilleurs chez les jeunes que chez les adultes.

Chez les adénopathes, les U. V. exercent une action remarquable sur l'état général ; localement les résultats sont moins constants.

Les anémies simples, avec valeur globulaire peu affectée et sans forte hyperleucocytose, seront en général favorablement influencées.

Pour les anémies symptomatiques (bacillaires, syphilitiques, cancéreux, etc.), le traitement causal passe au premier plan. A signaler que certaines formes graves d'anémie pernicieuse et l'anémie pseudo-leucémique paraissent résister à l'action des U. V.

Dans les péritonites tuberculeuses, comme

dans le rachitisme, il faut toujours les essayer ; leur résultat est excellent.

Pour les ostéites tuberculeuses, dans l'ensemble, les résultats obtenus par l'irradiation aux U. V. sont aussi bons que ceux obtenus par l'héliothérapie en montagne : 76.5 % contre 78 %. Une tuberculose pulmonaire peu étendue n'est pas une contre-indication.

Les rayons U. V. ne peuvent venir seuls à bout des arthrites, pleurites, névrites, mais ils sont un excellent adjuvant de la diathermie, dont l'efficacité est remarquable.

Si dans presque tous les cas , la thérapeutique par les U. V. devra être tentée avec de grandes chances de succès dans les tuberculoses osseuses, ganglionnaires, péritonéales, cutanées, fistuleuses, — dans la tuberculose pulmonaire, au contraire, nous devrons appliquer les U. V. avec prudence et discernement, en dehors des formes évolutives, congestives ou à lésions avancées ; cette réserve faite, on obtient des améliorations intéressantes de l'état général, résultat essentiel dans les formes du début.

Des améliorations de technique permettront un jour de les utiliser avec avantage dans certaines diathèses ou insuffisances endocriniennes, associées à d'autres médications physiques ou chimiques. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 septembre 1926.)

Les troubles cardiaques des aérophages.

La distension gastro-colique, dénommée aérophagie, est due à une déglutition d'air exagérée, et plus rarement à des fermentations intestinales exagérées. L'existence d'accidents cardiaques en pareils cas est connue depuis longtemps ; mais le Dr LIAN reprend aujourd'hui leur étude en ajoutant à un examen clinique minutieux les résultats de l'exploration orthoradioscopique du cœur, ce qui l'amène à préciser les déformations cardiaques produites par la distension gazeuse de l'estomac ou de l'angle colique gauche.

Cliniquement, les aérophages avec troubles cardiaques ont en général des bâillements incessants, en particulier après les repas ; ils présentent souvent aussi le signe du soupir, inspirations prolongées qui essayent de satisfaire leur besoin constant de respirer à fond. Il y a un ballonnement abdominal ou épigastrique permanent ou se produisant seulement après les repas, avec sonorité de l'espace de Traube très marquée et plus étendue que normalement.

Cependant, l'examen radioscopique, seul, permet d'affirmer et de révéler avec netteté la maladie en montrant une volumineuse poche à air gastrique, beaucoup plus étendue que la poche normale ; celle-ci voisine avec une autre grosse tache claire, qui représente l'angle colique gauche. Le cœur, ainsi soulevé par la surélévation de l'hémidiaphragme gauche prend un aspect spécial, que l'auteur dénomme « cœur cabré des aérophages ». Si ce mouvement de bascule est très marqué, il peut exagérer la convexité de l'arc inférieur gauche, et même faire paraître l'aorte flexueuse. En raison de ces déformations, il importe de mesurer les dimensions du ventricule gauche en profondeur, seules capables de révéler, dans certains cas, une augmentation de volume du ventricule gauche.

Le trouble le plus léger et le plus fréquent pour lequel les malades viennent consulter sont « un point douloureux au cœur ». Celui-ci est sous-mammaire et non pas franchement cardiaque ; mais il peut ensuite gagner la région précordiale. Le malade éprouve les sensations pénibles des extrasystoles et même des palpitations.

Plus importants sont les accidents cardiaques, qui se traduisent par des états vertigineux, des lipothymies, des syncopes ; ces troubles apparaissent surtout peu après les repas et s'accompagnent du ballonnement abdominal.

On voit aussi apparaître le syndrome d'angine de poitrine, en l'absence de toute affection cardiovasculaire, ainsi qu'en témoignent des observations personnelles de l'auteur. Exceptionnellement, ces angors sont provoquées par un effort, pour cesser dès l'immobilité du malade ; ils surviennent plutôt au repos, ou à l'occasion d'une émotion, plus facilement au voisinage des repas. Enfin un point capital, c'est la disparition des crises sous l'influence d'une médication antidyspeptique.

Mais, seulement si un malade ne présente aucun signe d'une affection cardiovasculaire à un examen clinique et radiologique minutieux, et s'il présente d'autre part des signes cliniques et radiologiques nets d'une grande aéro-gastro-colie, on pourra envisager comme plus ou moins probable le diagnostic d'angor aéro-gastro-colique.

Il peut y avoir des angors mixtes (affection cardio-artérielle et aérophagie). Enfin, on décrit un accident grave et dramatique : l'asphyxie aiguë des aérophages avec cyanose et pouls misérable, qui disparaît en quelques instants sous l'influence libératrice du cathétérisme œsophagien.

Le facteur pathogénique primordial, c'est l'ébranlement vago-sympathique provoqué par la distension gastro-colique.

Ces accidents cardiaques sont importants à connaître, car ils comportent un pronostic bénin, alors qu'à les méconnaître on serait conduit à porter un pronostic sombre.

En dirigeant le traitement contre l'aérophagie, on pourra faire disparaître maints troubles cardiaques. Ces malades, qui sont habituellement des dyspeptiques, doivent être traités comme tels. En plus du régime , des repas à heure

fixe, de la bonne mastication, de la liberté du ventre (huile de paraffine ou mucilages), on luttera contre l'hyperexcitabilité de la muqueuse gastrique par le carbonate de bismuth à la dose de 5, puis 3 et 2 gr. par jour au début du repas ; on ordonnera aussi 1 gr. de bromure de sodium en solution aqueuse au cours des deux principaux repas pour calmer l'hyperexcitabilité générale.

A ces médicaments classiques, le Dr Lian conseille d'adjoindre de parti pris la belladone, pour freiner le pneumogastrique ; par exemple deux ou trois pilules de Trousseau par jour (extrait de belladone, poudre de belladone : ââ, un centigramme) pendant une semaine sur deux. Prévenir les malades de la sécheresse de la bouche, qui indique non l'intoxication, mais l'activité du médicament.

Dans les cas de syncope, en dehors des soins ordinaires, faire des injections quotidiennes d'un milligramme d'atropine.

Il faut prévenir les malades de la recrudescence des accidents , après atténuation, mais aussi les rassurer, car ils sont toujours enclins à s'exagérer les choses et à verser dans l'hypocondrie. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 juillet 1926.)

Le réflexe oculo-cardiaque.

Si dans les troubles végétatifs, les vagotonies et les sympathicotonies typiques sont faciles à déceler, il n'en est pas de même des cas frustes ou cachés. Ici l'excitation du nerf vague par la compression binoculaire est la technique employée le plus communément pour explorer l'excitabilité végétative ; le réflexe oculo-cardiaque permet en outre l'évaluation numérique de la réponse.

Par l'excitation du vague, la bradycardie en est la principale manifestation ; mais il ne faut pas oublier non plus (Dr Fr. Van Dooren) que le réflexe oculo-cardiaque positif s'accompagne d'un état vagotonique complet : pâleur de la face, sueurs froides, spasmes gastriques, ralentissement des mouvements inspiratoires (N. phrénique irradié).

Le sujet à examiner est étendu dans le repos physique et moral le plus complet ; le travail digestif peut inverser la réponse végétative ; le rythme cardiaque devant servir de mesure, il faudra soustraire le malade examiné à tous les bruits et toutes les appréhensions. Le médecin poussera progressivement et fermement du pouce et de l'index droits sur les deux paupières fermées . De la main gauche, il prend le pouls ; sur une montre, il suffit de compter de cinq en cinq secondes, le nombre des pulsations. Chez un sujet normal, on observe toujours un ralentissement de six à douze pulsations à la minute. Les vagotoniques ont un ralentissement plus marqué ; si la bradycardie s'installe à la 5e seconde, le summum n'est atteint qu'à la 20e ou 30e seconde.

Enfin, il y a un R. O. C. inversé, avec tachycardie chez les sympathicotoniques.

En pathologie générale, les variations spontanées et thérapeutiques du R. O. C. peuvent servir de fil conducteur. En cardiologie notamment si les grands arythmiques organiques réagissent très faiblement à l'excitation du vague, les arythmies douloureuses : respiratoire, extrasystole émotionnelle, digestive, éréthisme cardiaque lié au trouble endocrinien, s'accompagnent presque toujours d'un R. O. C. très fortement positif. Le sens de la réaction confirmera le diagnostic et sera d'une indication médicamenteuse très importante.

Cependant, on ne peut appliquer le R. O. C. à tout propos ; dans la réponse cardiaque et périphérique provoquée par la compression oculaire, on doit reconnaître, pour les éliminer, tous les éléments étrangers à l'action du nerf vague. Pour avoir des résultats valables et comparables, la recherche du réflexe doit se faire dans des conditions toujours strictement identiques. Ce n'est que de cette façon que nous pourrons faire progresser nos connaissances de l'activité des systèmes nerveux végétatifs. Les causes d'erreur connues, le R. O. C. sera pour tout praticien un examen fructueux, dont rapidement il ne pourra plus se passer. (*Bruxelles médical*, 12 septembre 1926.)

La hernie médiastine.

C'est une complication du pneumothorax, qui le plus souvent, se révèle à l'écran, sous l'aspect d'une image claire appliquée contre le médiastin et délimitée par une ligne courbe à convexité externe, du côté opposé au pneumothorax. A. Bernou rapporte que fréquemment elle se produit à travers le point faible antéro-supérieur de Nitsch, là où le thymus n'a laissé en s'atrophiant qu'un tissu lâche et peu résistant ; mais le cul-de-sac pleural peut aussi s'insinuer entre le péricarde et la paroi thoracique, la hernie apparaissant alors comme une bande claire, qui borde le sternum dans toute sa hauteur.

Il est admis que cette hernie résulte de la distension de la plèvre par la pression gazeuse du pneumothorax pour les pneumos de compression ; mais pour les pneumos entretenus en pression négative, il faut songer à la relativité des chiffres donnés par le manomètre et aux surpressions accidentelles (changements de position, toux, efforts). Il faut remarquer toutefois que, bien souvent, pour faire disparaître la hernie, il faut revenir à des pressions fortement négatives.

Les hernies médiastinales ne sont pas constan-

tes et elles apparaissent dans des conditions essentiellement variables d'un cas à l'autre ; enfin, elles constituent une complication extrêmement bénigne.

La conduite à tenir consistera surtout à diminuer la pression pleurale, en ayant soin de conserver une rétraction suffisante du poumon malade ; mais mieux vaudrait conserver une hernie médiastinale que de risquer une nouvelle évolution bacillaire, d'autant qu'elle ne saurait entraîner qu'une rétraction très limitée de la face antérieure du poumon sain, réduisant par conséquent de bien peu le champ opératoire opposé. (*Gazette médicale de Nantes*, 15 juillet 1926.)

La cachexie restrictive.

Sous ce terme, Noël Fiessinger envisage le syndrome clinique dû à une restriction alimentaire progressive à forme cachectisante. La cachexie résulte de la restriction et exagère la restriction, créant un véritable cercle vicieux, dont il est difficile de sortir. Elle résulte d'une diététique mal comprise et mal dirigée.

Les causes sont toujours doubles : émotive, très variable, et organique. Cette dernière (embarras gastrique fébrile, diarrhée saisonnière, dystonie gastrique par tachyphagie)nécessite un régime toujours le même : bouillies, purées, pâtes et compotes. Il serait parfait s'il n'exagérait pas et la constipation et l'inappétence. Bientôt le malade ne mange plus et la cachexie restrictive apparaît.

Ce syndrome apparaît chez les anxieux ; le malade est à l'affût de ses phénomènes, et non symptômes, digestifs. Pendant la digestion, il cherche avec insistance et inquiétude son clapotage gastrique ; le matin, c'est avec insistance qu'il analyse l'importance de l'enduit saburral de sa langue, qu'il examine ses selles, etc.

La cachexie est rapide ; en six mois, la chute de poids peut dépasser 10 kgr. En raison du clapotage gastrique, on conseille au malade de réduire ses boissons, dès lors, il ne boit plus que sa petite tasse d'eau chaude après le repas ; d'où oligurie et constipation ; ni douleur, ni vomissement ; un peu de distension gastrique après le repas et du clapotage gastrique pendant quatre ou cinq heures après le repas. Ces troubles digestifs entraînent surtout de l'anxiété, les malades n'osant plus manger.

Après plusieurs mois, ils ont un aspect misérable, et cependant un examen complet ne décèle pas une cause organique importante (ulcère de l'estomac, cancer, etc.). C'est alors qu'apparaissent les deux dangers : la mélancolie anxieuse et la tuberculose pulmonaire.

Dans les grandes cachexies, au-dessous de 42 kgr., les malades sont mis dix à quinze jours au repos au lit, avec tous les deux jours une injection sous-cutanée de 2 cc. d'huile camphrée dans le but d'activer leur lipogénèse.

Dans les autres, les malades continuent leur vie habituelle, sans fatigue, avec douze heures de lit par jour.

L'alimentation est reprise graduellement ; au début avant les deux repas, X gouttes de teinture de belladone et à la fin du repas de midi, soit une à deux cuillerées à café de lactose, soit dans un peu d'eau un paquet de :

Lactose	0 gr. 50
Hydrate de magnésie.........	0 gr. 30
Sous-nitrate de bismuth.......	0 gr. 20

Cette thérapeutique à dose minima suffit toujours. Elle est chargée, durant trois semaines, de favoriser le contact de la reprise alimentaire. Il faut aussi s'occuper de la constipation par les mucilages, sans drastique et sans huile de paraffine, sans lavements. (*Journal des Praticiens*, 7 août 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Traitement médical du glaucome.

(M. Ch. Abadie. — *Académie de médecine* ; 22-3-1927)

Le glaucome est une des maladies oculaires qui font le plus d'aveugles. Depuis longtemps, M. Abadie soutient que cette affection relève d'un trouble d'innervation du sympathique oculaire, donnant naissance à une dilatation exagérée des vaisseaux de l'œil et conséquemment à l'hypersécrétion des liquides intra-oculaires, d'où augmentation de tension. Guidé par ces idées directrices, il a cherché à combattre le glaucome par des produits ayant une action vaso-constrictive. Il associe, à cet effet, trois médicaments vaso-constricteurs, administrés quotidiennement de la façon suivante :

1° 1 milligr. 1/2 à 2 milligrammes d'adrénaline, selon l'âge du patient ;

2° Un cachet de 10 à 20 centigr. d'ergotine ;

3° 1 à 2 grammes de chlorure de calcium en solution aqueuse.

Jusqu'à ce jour, tous les cas de glaucome traités par cette méthode en ont bénéficié. Elle a toujours été employée seule, sans instillation d'aucun collyre. Elle fait disparaître les attaques de glaucome, les

cercles irisés autour des flammes, qui se reproduisent dès qu'on la suspend. Non seulement les glaucomes en question ont été enrayés dans leur évolution, mais il y a toujours eu une augmentation de l'acuité visuelle, d'autant plus grande que l'affection était moins avancée. Même les glaucomes chroniques, rebelles jusqu'ici à tous nos moyens thérapeutiques, ont bénéficié comme les autres de ce traitement.

— M. DE LAPERSONNE rend hommage à l'activité scientifique de M. Abadie, qui est le doyen des oculistes français. Il y a plus de trente ans que M. Abadie a fait pressentir le rôle important du sympathique dans la pathogénie du glaucome : ce sont ces idées qui lui avaient fait adopter la ciliairotomie, opération restée classique. Le traitement médical du glaucome qu'il nous présente aujourd'hui est très rationnel et il conviendra de rechercher les cas dans lesquels il sera le plus efficace, en tenant compte de la multiplicité des causes de cette affection oculaire.

L'assainissement des eaux d'égout par le système Bunau-Varilla.

(M. E. TECHOUEYRES et Mlle PILLEMENT. — *Académie de médecine* ; 22-3-1927.)

Le système d'assainissement des eaux de consommation inventé par M. Philippe Bunau-Varilla et préconisé par lui, sous le nom de *Verdunisation*, pendant la guerre, au moment de la bataille de Verdun, consiste en deux choses : l'introduction dans les eaux pompées, à l'aide d'un compteur automatique, de doses infimes d'hypochlorite de soude (1 décimilligramme de chlore libre par litre) ; le brassage énergique par passage à travers la pompe de l'eau ainsi chlorée.

La destruction des microbes est ici le fait de la dispersion immédiate des particules d'hypochlorite dans la masse d'eau par le brassage; sans ce dernier, la stérilisation nécessiterait des doses de chlore vingt fois plus fortes et n'offrirait plus les mêmes avantages.

Cette méthode, qui a donné des résultats frappants pendant la guerre, a été depuis employée avec succès à Reims, à Carcassonne, aux Sables-d'Olonne, à Monte-Carlo, etc. M. Techoueyres, après avoir mis en œuvre la « Verdunisation » pour la stérilisation des eaux potables de la ville de Reims, s'est proposé d'appliquer la même méthode à l'assainissement des eaux d'égout, à Reims également. Des expériences poursuivies avec Mlle Pillement lui ont montré qu'effectivement une substantielle épuration des eaux d'égoût peut être obtenue par ce procédé, avec 1 décimilligramme de chlore actif par litre ; que la dispersion énergique des particules d'hypochlorite est essentielle à l'efficacité du système et que, le brassage étant bien pratiqué, les résultats sont très voisins avec 1 décimilligramme de chlore actif ou avec une quantité dix fois supérieure (1 milligramme) ; qu'enfin, sans dispersion mécanique puissante, l'effet d'épuration de l'eau d'égoût n'existe pas en pratique.

L'équilibre acide-base et les cures d'eaux alcalines.

(MM. GLÉNARD, MATHIEU DE FOSSEY et E. MANCEAU *Académie de médecine* ; 15-3-1927.)

Les auteurs concluent leur travail par le résumé suivant :

Les modifications de l'équilibre acide-base amenées par la cure de Vichy se caractérisent surtout par une tendance au retour vers la normale de la réserve alcaline, quelqu'ait été le sens de la déviation à l'arrivée.

Chaque prise d'eau est suivie d'une alcalinisation sanguine presque immédiate mais éphémère et ce n'est que la répétition progressive des ingestions qui permet les modifications de la réserve alcaline.

Les malaises éprouvés sous le nom de crise thermale et constatés parfois dès les premiers jours de la cure semblent s'accompagner d'une alcalinisation excessive momentanée et ce trouble de la réserve alcaline se rencontre, en général, chez les malades présentant un syndrome colitique ou une déficience rénale.

Dans l'ensemble, la cure de Vichy n'a pas cette action constamment alcalinisante qu'on lui attribue si communément. Tout ce que nous savons de l'étude physico-chimique de ces eaux nous incite à voir en elles non pas tant une solution simplement alcaline qu'un complexe de forces agissant à doses souvent minimes et dont nous commençons seulement à entrevoir la nature.

Hémorrhagie et ramollissement cérébral ; fréquence relative ; pathogénie et traitement.

(MM. Ch. FOIX, HILLEMAND et LEY. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-2-1927.)

M. Foix apporte une statistique de 125 cas d'hémorrhagie et de ramollissement cérébral observés à l'hospice d'Ivry, avec examens nécroscopiques.

Considérant d'abord la fréquence respective de ces deux causes d'ictus apoplectique et d'hémiplégie, l'auteur montre que, contrairement à ce que l'on pourrait penser, le ramollissement est beaucoup plus commun que l'hémorrhagie cérébrale. Sur 10 hémiplégies anciennes, 9 sont dues au ramollissement. Sur 10 ictus mortels dans les trois semaines, 7 relèvent du ramollissement. Pour le pronostic général de l'ictus apoplectique, un malade atteint d'ictus accentué a une chance sur deux, environ, de mourir.

Envisageant ensuite les causes du ramollissement, M. Foix a noté 11 % d'embolies, 88 % d'artérites et 1 % de lésions imprécises. Deux notions sont prédominantes : l'importance des lésions artérielles au niveau du territoire nécrosé et le fait que la plupart du temps il n'y a pas oblitération complète du vaisseau. Cette dernière particularité amène à conclure à la nécessité d'une cause accessoire, occasion-

nelle, du ramollissement cérébral. Quelle est cette cause ? Un spasme artériel ? Le spasme paraît jouer un rôle dans la gangrène par artérite des membres et paraît vraisemblable dans les ictus observés au cours de la migraine ophtalmique.

M. Clovis Vincent a vu récemment, à la suite de saignées abondantes, deux sujets mourir de ramollissement cérébral. M. Durand-Fardel, a rapporté des faits analogues. On pourrait penser à une réaction par spasme artériel entraînant la diminution de l'apport sanguin, mais il est possible aussi que la réduction de la pression sanguine causée par la saignée suffise à elle seule, le courant sanguin n'ayant plus alors la force de traverser le vaisseau rétréci d'où ischémie du territoire irrigué.

Cette théorie de l'hypotension dans la pathogénie du ramollissement cérébral a été défendue par M. Dumas, de Lyon, M. Foix a eu l'impression, sans posséder de données caractérisées, que chez ces malades, il y avait peut-être plus souvent pression relativement basse, arythmie, insuffisance cardio-artérielle, qu'élévation momentanée de la tension.

La thérapeutique de l'ictus ne se trouve pas simplifiée par ces nouvelles idées pathogéniques. Elles conduisent (abandonnant la notion d'hypertension) à proscrire les grandes saignées, en conservant la petite saignée pour ses effets cardiaques favorables. M. Foix, pour combattre le spasme, a eu recours aux vaso-dilatateurs : trinitrine, benzoate de benzyle, etc. Les résultats n'ont pas été bien encourageants. Les toni-cardiaques et l'huile camphrée pourraient parfois être utiles.

L'important travail de M. Foix montre, on le voit, des aperçus nouveaux et les difficultés de la question, sans les résoudre.

— M. Pagniez rapporte, à ce propos, la curieuse observation suivante. Un malade de 55 ans, pléthorique est frappé d'ictus. Pensant à une hémorrhagie et dans le but d'y opposer une médication hémostatique, l'auteur fait une injection intra-veineuse de rétropituine. Aussitôt, le malade pâlit, ouvre les yeux, sort du coma, répond aux questions, donnant l'apparence d'une guérison complète. Au bout de dix minutes, il est vrai, il retombe dans le coma et meurt dans la soirée.

—. M. René Bénard remarque qu'il est de notion courante que la tension artérielle est abaissée dans l'ictus. Le plus ordinairement, chez le patient hypertendu, connu comme tel, la tension maxima redevient, à la suite de l'ictus, normale ou même inférieure à la normale. On considère habituellement que l'hypotension est consécutive à l'ictus. Peut-être pourrait-elle bien être primitive et, loin de résulter de l'ictus, le conditionner.

— M. Noël Fiessinger se demande si l'hypertension artérielle n'est pas une réaction logique et nécessaire pour maintenir la perméabilité dans les artères séniles.

Les lysats-vaccins à pneumocoques dans le traitement de la pneumonie.

(MM. Flandin et L. Duchon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-2-1927.)

Dans sa thèse inaugurale, M. Duchon a proposé l'emploi des lysats-vaccins dans le traitement des broncho-pneumonies infantiles, s'attachant à démontrer la spécificité des actions vaccinales, chaque vaccin immunisant vis-à-vis d'un agent déterminé, d'où l'utilité des polylysats.

Avec M. Flandin, cet auteur présente aujourd'hui deux cas de pneumonie qui ont été sensiblement améliorés par les lysats-vaccins à pneumocoques. La pneumonie lobaire franche est assez rare de nos jours ; ceci explique que les auteurs n'aient pu recueillir que deux observations de cette affection.

— M. Grenet a eu l'impression que le lysat-vaccin préparé par M. Duchon avait une influence favorable sur la pneumonie infantile.

Cholécystographie.

(M. Morisetti. — *Soc. méd. du IXe arrond.* ; 2-1927.)

M. Morisetti montre les radiographies de deux malades atteintes d'affections du carrefour supérieur. Ces malades ont absorbé 4 grammes de tétraiode, divisés en 20 capsules, au milieu d'un repas normal, 18 heures avant l'examen. La diète absolue est recommandée jusqu'au moment de la radiographie.

Dans le premier cas, la vésicule est perméable, le tétraiode s'y localise et la rend opaque. On la voit descendre à la région latéro-vertébrale droite jusqu'à la troisième vertèbre lombaire. Il s'agissait d'une affection gastrique.

Dans le deuxième cas, la vésicule n'apparaît pas à l'endroit d'élection. Cette absence de visibilité indique que vraisemblablement elle est imperméable (sclérose, calculs). L'intervention constata ici une cholécystite suppurée avec trente petits calculs à facettes et une appendicite.

L'injection intra-veineuse de tétraiode est peut-être plus sure pour la cholécystographie, mais l'absorption par voie buccale du médicament donne néanmoins d'excellents résultats, tout en étant inoffensive.

P. L.

Toulouse

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Imperforation de l'hymen.

M. Laurentie relate l'histoire d'une jeune fille de 15 ans, non encore réglée, qui depuis six mois souffrait périodiquement du bas-ventre. A l'inspection, on appercevait un hymen de coloration noirâtre, dépourvu de tout orifice et bombant en avant ; par le toucher rectal, on sentait que le vagin était rem-

◆◆◆◆◆◆

pli de liquide. L'incision de l'hymen amena une guérison complète.

Pemphigus généralisé d'origine syphilitique.

M. Laurentie rapporte l'observation d'une V pare mariée depuis 7 ans (2 avortements,2 enfants morts à l'âge de 2 ans). L'accouchement eut lieu à terme, l'enfant pesait 3 k. 600 pour un placenta de 1.000 gr. et il s'écoula environ 4 litres de liquide amniotique. L'enfant présentait au niveau des membres ainsi que de la face, de nombreuses bulles de pemphigus intactes ou ulcérées, dont la sérosité ne contenait pas de tréponèmes. Comme les réactions de B. W. et de Hecht étaient positives, on soumit l'enfant à un traitement spécifique, ce qui amena la guérison en trois semaines.

De quelques méfaits dus aux circulaires du cordon.

M. Laurentie communique deux cas de cette complication ; le premier se rapporte à une femme de 28 ans, dont l'enfant, né vivant, présentait deux circulaires au cou et aux membres inférieurs ; dans le second, il s'est agi d'une femme de 33 ans, dont l'enfant, mort et macéré depuis une huitaine de jours avait cinq circulaires assez serrées autour du cou Dans ce dernier cas, le cordon ne mesurait que 1 m. 30.

Hémostase utérine par le procédé des pinces.

M. Audebert a eu recours dans deux cas à ce procédé précieux rentrant dans les cas d'urgence, et qui lui a rendu de très grands services. Dans le premier, il s'agissait d'une jeune femme enceinte de 3 mois, qui faisant un début d'avortement, présentait une hémorragie extrêmement abondante. Ne disposant pas d'un matériel approprié, l'auteur posa en travers du col la pince de Champetier de Ribes et la laissa trois heures environ ; l'expulsion se fit ensuite sans complications. Le second cas, se rapporte à une malade ayant un gros utérus fibromateux qui présentait une violente hémorragie de nature indéterminée (état grave, pouls filant à 110, etc.). Une pince fut placée sur le col pendant quelques heures ce qui arrêta l'hémorragie.

Polype utérin simulant un cancer du corps.

M. Dambrine relate l'histoire d'une femme de 55 ans, atteinte d'une forte obésité, n'étant plus réglée depuis 2 ans, et qui présentait depuis quelques mois des métrorragies continues : le col était normal, et le corps légèrement augmenté de volume. Pensant à un cancer du corps on fit l'hystérectomie : il s'agissait en réalité d'un utérus fibromateux, qui possédait dans sa cavité un petit polype glandulaire fortement vascularisé.

Deux cas de fibromes dits urinaires.

M. Lefèvre communique deux cas de rétention incomplète d'urine tenant dans un cas à ce que la vessie avait été attirée en haut par un volumineux fibrome sur lequel elle s'était étalée, et dans l'autre à une compression exercée sur le col vésical par un gros noyau fibromateux

Diabète et grossesse.

MM. Audebert et Galy-Gasparrou rapportent l'observation d'une IIpare de 35 ans, en excellent état de santé générale, qui présentait un diabète de 47 gr. de sucre par litre, sans acidose et sans autres symptômes caractéristiques. Au début du travail, on constata l'absence des bruits du cœur fœtal, et la parturiente accoucha d'un enfant mort pesant plus de 4.000 gr. Les suites furent normales.

Opération de Portes.

MM. Audebert et Galy-Gasperrou relatent le cas d'une Ipare de 28 ans, mesurant 1 m. 30, hospitalisée d'urgence après avoir perdu les eaux la veille. L'accouchement normal étant impossible, par rétrécissement rachitique du bassin, on décida de pratiquer l'opération de Portes. Les suites furent très bonnes, bien que l'opérée eut présenté de la dilatation aiguë de l'estomac ainsi que de l'œdème des annexes. L'involution utérine, assez courte au début, se fit ensuite normalement et l'organe put être réintégré le 42e jour.

Insuffisance rénale et vomissements graves.

M. Daléas communique l'histoire d'un nouveau cas de vomissements incoercibles coïncidant avec un état d'insuffisance rénale, dans lequel l'augmentation de la diurèse fit disparaître tous les accidents

Ankylose sacrococcygienne dans un bassin rétréci.

M. Daléas rapporte l'observation d'un cas très rare de dystonie par ankylose sacrococcygienne dans un bassin rachitique uniformément rétréci. Afin de permettre le passage de la tête, on fut obligé de pratiquer la résection du coccyx. Les suites furent excellentes.

Ovarite ourlienne bilatérale suivie de grossesse.

M. Daléas a eu l'occasion d'observer une femme de 32 ans, qui, après une infection ourlienne, présenta d'abord de la pancréatite, puis une ovarite bilatérale. Cette dernière atteinte n'empêcha pas cependant une grossesse de se produire et d'évoluer à terme.

Tænia et métrorragies.

M. Daléas communique le cas d'une femme de 38 ans, présentant depuis un an environ des crises très douloureuses d'entérocolite, qui, lorsqu'elles coïncidaient avec les périodes menstruelles, les transformaient en véritables ménorragies. Divers traitements avaient été suivis sans résultat, quand la dé-

couverte d'anneaux de tænia dans les selles vint éclaircir la pathogénie de cette entérocolite. Grâce au traitement classique on vit rapidement disparaître tous les accidents.

Compression systématique de l'aorte dans la césarienne classique.

M. Garipuy, après avoir rappelé que l'opération césarienne présente toujours au cours de son exécution, et cela malgré toutes les précautions prises, une complication grave, l'hémorragie expose qu'ayant fait réaliser la compression de l'aorte au cours des cinq dernières césariennes qu'il a pratiquées, il a été frappé, d'abord de l'absence presque complète d'hémorragie, et en second lieu de ce que les malades se remettant beaucoup plus vite, présentaient de meilleures suites opératoires.

Dans un seul cas, il a eu à noter des accidents passagers dont la pathogénie s'explique assez difficilement : la malade, chez laquelle on avait exercé une compression de sept minutes, se trouvait le lendemain en bon état général, avec température normale, et pouls à 80, mais, après avoir eu de la lourdeur des jambes, elle présenta de la paraplégie avec abolition des réflexes sans troubles de la sensibilité. Tous ces différents phénomènes disparurent complètement au bout de 48 heures.

Pyélonéphrite associée à l'infection puerpérale.

MM. Galy-Gasparrou et Giscard rapportent cinq cas de pyélonéphrite succédant non à une infection intestinale d'origine colibacillaire, mais bien à une infection puerpérale compliquée dans trois cas de phlegmatia alba dolens. Il s'agit là de faits d'une importance toute particulière, car jusqu'ici cette pathogénie ne semblait guère admise.

Grossesse après annexite traitée par le propidon.

M. Daléas rapporte l'observation d'une femme de 32 ans, mariée depuis 7 ans sans avoir présenté de grossesses, atteinte de métrite chronique compliquée d'annexite double très douloureuse. A la suite de trois injections de propidon, les douleurs s'atténuèrent peu à peu, les tuméfactions annexielles se résorbèrent, pendant que les règles redevenaient normales. La malade présenta ultérieurement le début d'une grossesse qui en est actuellement à son quatrième mois.

Reins polykystiques et toxémie gravidique.

MM. Audebert et Daléas communiquent l'observation d'une Ipare de 25 ans entrée à la clinique pour albuminurie avec état général grave, facies bouffi, anasarque, etc., chez laquelle le taux de l'albumine était bien abaissé par le traitement classique de désintoxication au moyen de la diète hydrique, mais remontait régulièrement dès que l'on revenait au régime lacté. La malade accoucha d'un enfant qui mourut au bout de quelques heures, le placenta était farci de caillots sangins. En examinant l'accouchée, on put alors constater la présence de deux grosses tumeurs au niveau des deux régions lombaires, tumeurs qui ne pourraient répondre qu'à deux reins polykystiques, lésion expliquant bien l'échec du traitement tenté.

Sept observations de présentation du front.

MM. Audebert et Galy-Gasparrou rapportent sept cas de présentation du front observés à la clinique au cours de ces dernières années. Il s'agit là d'une présentation offrant une gravité considérable, tant au point de vue de la mère que de l'enfant. Sur les sept accouchements, un seul fut spontané : dans un cas, suivi de mort, il fallut recourir à la césarienne pour lésions rachitiques du bassin ; dans deux autres (enfants morts) à la basiotripsie et dans les trois autres à un forceps (deux fois après transformation en face). Sur les 7 enfants, il n'y en eut que 4 de vivants.

Utérus bicorne, présentation de l'épaule, embryotomie.

M. Galy-Gasparrou relate l'histoire d'une Ipare de 19 ans, en travail depuis 48 heures et amenée d'urgence à la clinique pour présentation de l'épaule ; enfant mort avec procidence d'un bras. On dut recourir à une embryotomie suivie de délivrance artificielle par suite d'hémorragie grave : on put à ce moment reconnaître que l'utérus présentait l'existence de deux cornes dont la droite contenait le placenta.

J. P. Tourneux.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE TOULOUSE

(Session générale du 27 mars 1927.)

La Société d'hydrologie et de climatologie de Toulouse a tenu sa session générale annuelle le dimanche 27 mars, à la Faculté de médecine de Toulouse sous la présidence de M. le Doyen SABATIER, membre de l'Institut, de M. le professeur BORDAS, du Collège de France, de M. le doyen ABELOUS, de la Faculté de médecine de Toulouse, M. le prof. SERR étant secrétaire, M. CAZAL-GAMELSKY, secrétaire adjoint.

Cette troisième session a présenté un intérêt particulier par les travaux présentés, par les discussions auxquelles ils ont donné lieu : par le nombre de médecins (plus de 160) qui ont suivi ses séances.

Mentionnons parmi eux : M. le prof. LAFFORGUE, directeur du Service de Santé de la 17e Région, MM. les professeurs ASTRE, AUDEBERT, ALOY, BAYLAC, BARDIER, CLERMOCONDAT, DIEULAFÉ, ESCAT, GORSSE GERBERT, GARIPUY, LAPORTE, MOSSE, MOOG, MARIMIGINIAC, NUX, RISPAL, ROQUES, SERR, SOULA, TAPIE, VALDIGUIÉ. M. le Dr DE REYPAILLADE, le Dr DEULIE, président du Syndicat des Médecins de Toulouse, SAVIGNEL, président du syndicat des pharmaciens, BLANDINIERES, président des pharmaciens du Sud-Ouest, M. le Dr MÉNARD, président de la Fédération Th. et C. des Pyrénées, MM. les docteur GOMMA, BOYER, BONNAFOUS, NICOD, d'Ax-les-Thermes ; BOUDRY, des Abatilles-Arcachon ; PERRUS d'ARGELÈS, BENEZECH, de Bagnères-de-Bigorre ; MERCIER DES ROCHETTES, de Biarritz ; PINAT et ORLAC, de Barèges ; ARMENGAUD, FLURIN, COSSERAT et PRADAL, de Cauterets ; POUY, à Carcy-de-Capvern ; FOUCAUD, de Châtelguyon ; CAUVY, MANARD, FERRET, de Lamalou ; BONNEMAISON, de Gorse ; GERMES, FERAS, PELON, CAZAL-GAMELSY, de Luchon ; CANY, BAUDRY, fils, de La Bourboule ; CASTAGNE, de Montpellier ; BAILLET, de Nîmes ; COURRENT et ROCHE, de Rennes ; SURLE, de Saint-Sauveur ; CEP. L. SAINT-BÉAT, H. SAINT-BÉAT, DALAYRAC, de Salies-du-Salat ; BISCONS et ROUZAUD, de Vichy ; JALOUSTRE, de Paris.

M. le Doyen SABATIER, déclare la séance ouverte et M. le prof. SERR, secrétaire général, donne connaissance de son rapport. Il est procédé ensuite au renouvellement partiel du bureau : le vote donne les résultats suivants.

Président d'honneur : M. le doyen SABATIER, membre de l'Institut.

Président ; M. le doyen ABELOUS.

Vice-présidents : le président de la Fédération thermale et climatique française, le président de la F. Th. et Cl. des Pyrénées ; le président de la F. Th. d'Auvergne ; le vice-président de la F. M. Th. et Cl. du Centre ; le président du Syndicat des médecins de Toulouse.

Secrétaire général : professeur SERR.

Secrétaire adjoint ; Dr CAZAL-GAMELSY.

Trésorier : Prof. MOOG.

Archiviste : M. J. AVERSENQ.

L'exposé des communications et des rapports provoqua des échanges de vues intéressants ; les remarques des professeurs BORDAS et ABELOUS furent l'objet d'une attention spéciale.

Le soir, les congressistes assistèrent au banquet des Médecins de Toulouse que l'on avait fait intentionnellement coïncider avec la session de la Société d'hydrologie et de climatologie de Toulouse.

Recherches du cuivre dans les eaux minérales.

M. le prof. agrégé VALDIGUIÉ et Mlle CALASSOU. — Les auteurs, exposant leurs méthodes de recherches du cuivre dans les eaux minérales, donnent ensuite les résultats qu'ils ont obtenus, en particulier dans la région pyrénéenne.

Nouvelles recherches sur les eaux sulfurées d'Ax-les-Thermes et de Merens.

M. le prof. ALOY et M. CAUZOLLE ont poursuivi leurs études du régime des eaux et des sources d'Ax et de Merens. Leurs cherches effectuées en septembre 1926 et en février 1927, complétant celles de 1925, montrent la fixité remarquable de la température des sources hyperthermales d'Ax ; l'alcalinité et la sulfuration restent sensiblement constantes. Ces eaux captées ne permettent que des variations saisonnières insignifiantes.

Il n'en est pas de même des sources de Merens, qui mal captées, subissent au moment de la fonte des neiges des infiltrations d'eaux sauvages. Néanmoins leurs propriétés physiques et leur composition les rapprochent des eaux d'Ax ; et cette analogie est intéressante en raison de la situation géologique d'Ax les-Thermes en dehors du pli de faille de Merens. Les travaux de ces auteurs montrent, en outre, la très grande richesse de cette région en eaux thermales sulfurées sodiques.

Recherches sur la radio-activité de quelques eaux pyrénéennes.

M. le prof. ALOY et M. AVERSENQ exposent les premiers résultats d'une étude sur la radio-activité des eaux d'Ax et de Merens ; des sources de la station d'Ussat. Ces mesures ont été faites en liaison avec l'Institut d'hydrologie de Paris par la méthode de Moureu et Lepape.

De toutes ces sources étudiées, aucune, hormis la source Viguerie d'Ax, n'avait été examinée à ce point de vue. La radio-activité des sources des établissements du Teich et du Modèle et de la source Rossignol supérieure est comprise entre un et trois millimicrocuries par litre.

Les sources de Merens présentent une radioactivité de même ordre de grandeur ; celle d'Ussat est comprise entre trois et quatre millimicrocuries.

Ces résultats permettent d'attribuer aux eaux d'Ax, de Merens et d'Ussa, un rang moyen parmi les eaux radio-actives de France.

Réactions peroxydasiques des eaux hyperchlorurées.

M. le prof. Moog. — La propriété de décomposer l'eau oxygénée a été constatée et étudiée dans les eaux bicarbonatées sodiques ; les eaux hyperchlorurées possèdent également, à un haut degré, cette propriété catalytique.

En outre ces eaux présentent toutes les réactions colorées qui caractérisent les peroxydases : oxydation du gaïacol, de la teinture de gaïac, de la benzidine, etc., etc.

Ce pouvoir peroxydasique persiste après l'ébullition prolongée ; il se retrouve même, inaltéré, dans l'extrait sec porté à 200 ° ; il résiste à l'acidification de l'eau, mais disparaît par l'addition de faibles doses d'alcali.

Le pouvoir peroxydasique a été constaté dans les eaux de Salies-du-Salat, Salies-du-Béarn, Briscous, Salins-du-Jura, Salins-Moutiers. Il semble donc appartenir à toutes les eaux hyperchlorurées.

Etude de la source Camon Cihigue, près Mauléon.

MM. les prof. Aloy et Valdiguié. — Poursuivant leurs recherches sur les eaux minérales des Pyrénéees, les auteurs ont étudié la source de Camon-Cihigue, en pays basque, à 14 kilomètres de Mauléon-Saule.

L'eau sourd au fond d'une vallée à 250 mètres d'altitude ; en période de sécheresse, sa température est de 34°, et son débit de 20 à 30 litres à la seconde.

Sa minéralisation 19 gr. 80 par litre d'eau, principalement par du chlorure de calcium (14 gr.), est, en outre bromurée, sulfatée et radioactive.

Elle se classe parmi les chlorurées moyennes ; thermale et radioactive, elle présente de grandes analogies avec les eaux de Salins-Moutiers.

MM. Aloy et Valdiguié font remarquer que si les eaux chlorurées froides sont bien représentées dans la région pyrénéenne, aucune source salée thermale et radioactive de ce type n'avait été signalée.

La pratique du gargarisme pharyngien aux stations thermales.

M. le prof. Escat proteste contre le snobisme qui a fait substituer le bain d'arrière-bouche, dénommé à tort bain de gorge, au gargarisme classique. Seul ce dernier accompagné du glou-glou expiratoire permet, grâce au passage du liquide, la vraie balnéation du pharynx. Cette balnéation est démontrée par : 1° l'auto-pharyngoscopie selon le procédé de Garcia ; 2° la pharyngoscopie par le Clar, chez tout patient gargarisant pendant une pulvérisation anesthésique ; 3° l'épreuve du gargarisme au bleu de méthylène, sous l'expresse condition que le sujet en expérience présente des érosions ou ulcérations du pharynx susceptibles de fixer le colorant ; 4° la réaction bleue, sous gargarisme iodé, de bouchons d'amidon préalablement fixés dans les cryptes amygdaliennes.

Le rôle du PH des eaux bicarbonatées sodiques dans leur évacuation gastrique.

M. Lassale et Mlle Fache ont été amenés par l'observation de certains faits cliniques à étudier, par l'expérimentation sur le chien, l'évacuation gastrique d'eaux alcalines à acidités ioniques différentes, obtenues par une plus ou moins longue exposition à l'air. Ils constatent que, dans tous les cas, le pylore est franchi avec PH = 6,4. L'eau non privée de son CO^2 passe rapidement dans le duodénum et sa teneur en bicarbonate est voisine de celle de la quantité primitive. Tandis que l'eau éventée, à PH alcalin, séjour ne plus longtemps dans l'estomac, pour permettre à l'HCl, par action sur les bicarbonates, de lui faire récupérer le CO^2 capable de lui faire franchir le pylore. Le CO^2 des eaux alcalines serait donc un facteur « adjuvant » nécessaire au passage à travers le pylore ; et les variations dans les effets thérapeutiques observés semblent en rapport avec les teneurs différentes en bicarbonates, lors du passage dans le duodénum ; celles-ci étant sous la dépendance des différences d'acidité ionique de l'eau ingérée.

Action comparée de la cure de diurèse par ingestion et de la balnéothérapie thermale carbo-gazeuse sur les hypertensions artérielles.

A. Mougeot (de Royat) et V. Aubertot (de Royat) — Les auteurs, se basant sur les faits personnels qui leur ont permis d'étudier à Royat l'influence de l'eau de diurèse (sources César et Velleda) et de la balnéation carbo-gazeuse (sources Eugénie et Saint-Mort) sur les hypertensions, montrent que les petites hypertensions chez les pléthoriques, uricémiques, sans insuffisance ventriculaire et rénale, relèvent seules de la cure de diurèse. Toutes les autres formes de l'hypertension fonctionnelle, de la ménopause, où les chiffres sont supérieurs à 20, méritent la cure balnéaire à laquelle on peut allier de faibles doses d'eau minérale *per os*, mais qu'on est obligé de supprimer, cette quantité d'eau pouvant élever le chiffre de tension et dilater la masse cardiaque.

Les hypertensions avec légère insuffisance ventriculaire gauche, avec lésions artérielles, les hypertendus, aortiques, angineux, artéritiques, relèvent de la cure balnéaire. Cures de diurèse et balnéaire sont interdites lorsqu'il y a un gros galop signe d'insuffisance ventriculaire, que l'urée du sang atteint un gramme, que la phénol-sulfone-phtaléine est mauvaise.

Les auteurs critiquent la néphrite hypertensive. Pour eux, l'hypertension n'est jamais la conséquence d'une néphrite. Il peut y avoir insuffisance rénale pro-

gressive secondaire à l'hypertension que l'on prend à tort pour une néphrite primitive.

Le fonctionnement médical du vaporarium de Luchon.

M. le Dr Molinéry, directeur technique des établissements thermaux de la Compagnie fermière de Luchon, après avoir fait, très rapidement, l'historique de la question , donne la définition du vaporarium. Celui-ci ne sera que la réalisation large, complète, totale, de l'idée que les Romains se faisaient de la cure thermale, au sein d'étuves naturelles, alimentées par les vapeurs sulfurées, spontanément émises par des sources thermales et hyperthermales.

Transformer les galeries de Luchon, en galeries de cure, était tout le problème : les travaux techniques avaient été élaborés par le regretté Dr Bardet, et continués par le prof. Bertrand, l'un des maîtres de la géologie contemporaine, et M. Lepape, chef des travaux de physico-chimie à l'Institut d'hydrologie, rattaché au Collège de France.

Le périmètre géothermal conditionne toute la thérapeutique thermale du Vaporarium. Le Dr Molinéry expose en quoi il consiste et montre les schistes d'un côté et les granits de l'autre. Il explique comment les foreuses ont mis à jour de nouvelles sources sulfurées et radio-actives. Au centre du massif se rencontrent des températures de roches de 40° à 55°. C'est là que les magnifiques galeries creusées seront l'amorce du vaporarium, vaste rotonde creusée à même la roche, et dont les galeries d'accès, à températures diverses, permettront le traitement aux températures ordonnées, des affections de la gorge, des bronches, de la peau et de toutes les manifestations de l'arthritisme.

Séance de l'après midi,

sous la présidence de M. le professeur Bordas, du Collège de France.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Armengaud sur l'action des eaux sulfurées sodiques dans les affections des voies respiratoires supérieures.

Rapport présenté par le Dr Armengaud (de Cauterets).

Action des eaux sulfurées sur les affections des voies respiratoires supérieures.

Les eaux sulfurées possèdent une action très nette sur les voies respiratoires supérieures, cette action locale étant également conditionnée par leur action sur l'état général.

Localement les eaux sulfurées possèdent une action d'assèchement sur les catarrhes chroniques des muqueuses du nez, du rhino-pharynx et du larynx ; elles détruisent les germes microbiens déposés sur ces muqueuses, entraînent à l'extérieur les débris épithéliaux qui les épaississent, rénovent la vitalité de leurs épithéliums et excitent les muscles lisses sous-jacents; la circulation des capillaires sous-muqueux est activée, et les glandes muqueuses sécrètent davantage, tout au moins au début du traitement thermal.

Sur l'état général, le soufre des eaux sulfurées augmente l'amplitude des mouvements respiratoires, abaisse la tension artérielle, et produit une vaso-dilatation des capillaires des bronches ; le soufre thermal provoque un hyperfonctionnement des glandes endocrines : ovaire, thyroïde, surrénale ; il stimule la nutrition générale, activant les échanges intracellulaires et augmente le taux de l'urée en diminuant celui de l'acide urique.

L'action du soufre comme catalyseur, comme agent d'oxydation, est aujourd'hui bien établie. Le soufre thermal introduit dans l'organisme se transforme en hydrogène sulfuré et en composés organiques soufrés qui se désagrègent progressivement par réduction. On connaît quelques-uns de ces composés organiques soufrés : la cystinec-cystéine, la taurine, les sulfo-éthers urinaires. Dans ces transformations, le soufre joue le rôle d'un vecteur d'oxygène.

Le soufre fait partie de l'oxy-hémoglobine en proportion supérieure à celle du fer, et participe au transport de l'oxygène dans les tissus.

Le soufre thermal rétablit la nutrition viciée des goutteux, des hépatiques, des brightiques, et des enfants adénoïdiens, malades chez lesquels on trouve à peu près constamment des catarrhes chroniques des voies respiratoires supérieures.

La médication thermale sulfurée constitue donc une médication de choix dans le traitement des affections catarrhales chroniques des voies respiratoires supérieures.

Discussion. — M. Flurin. — S'il est bien évident que les eaux sulfurées ne doivent pas toute leur activité thérapeutique au soufre non oxydé qu'elles contiennent et qui les caractérise, il n'en est pas moins vrai que leur mode d'action semble lié à la série des synthèses et d'analyses intra-organiques qui constituent le métabolisme du soufre.

Pendant ces dernières années, on accordait au soufre, qui fait partie intégrante de chaque molécule albuminoïde, une simple fonction statique, de construction anabolique, et les cures sulfurées semblaient n'avoir d'autre but que d'apporter à l'économie, un élément qui lui est essentiel, et qui, dans certains cas était insuffisant.

Aujourd'hui nous avons compris, et M. Armengaud l'a mis en évidence, que le rôle du soufre est autrement important ; que c'est un mobilisateur actif de l'oxygène, un excitant général de la nutrition, que sa fonction est surtout dynamique, active, catabolique.

Les travaux de M. de Rey-Pailhade sur le philothion ont été précieux pour tous ceux qui veulent bien connaître la valeur des cures sulfurées. Ce sont les travaux de Rey-Pailhade qui ont permis à Hopkins d'isoler le glutathion et de montrer l'importance du rôle du soufre dans les oxydo-réductions cellulaires;

Les caractères du climat de Biarritz pendant l'automne et l'hiver.

M. Mercier des Rochettes. — Après avoir établi rapidement les variations des éléments qui intéressent le plus les malades qui font un séjour dans une station (température, pluies, insolation, vents) l'auteur examine comment leur groupement donne à chaque mois sa physionomie propre.

Il montre que les mois de novembre et décembre sont les moins favorables à un séjour et indique, pour un séjour à Biarritz en automne et en hiver l'ordre de préférence suivant entre les divers mois : octobre, mars, février, janvier, novembre, décembre.

Radico-funiculites et traitement hydrominéral.

M. Cauvy. — Par ses origines, par ses réactions algiques, assez rebelles, ou souvent récidivantes, la funiculite est tributaire du traitement hydrominéral ; il en est de même de la radiculite. Mais ces deux types cliniques que l'on rencontre séparément, la plupart du temps, peuvent se trouver associés sur un même sujet, et former la radiculo-funiculite dont les manifestations sont particulièrement rebelles. C'est devant l'écheec des médications que se pose souvent l'emploi d'une cure du type *sédatif*. A cet effet, M. Cauvy a présenté deux observations très intéressantes de malades atteints de radiculo-funiculite, à forme lombo-sacrée. Ces deux malades, qui avaient suivi sans succès des traitements appropriés ont été d'abord améliorés ; puis complètement guéris à la suite de la cure thermale de Lamalou.

De pareils résultats méritent d'être signalés.

Aperçu climatologique sur Argelès-Gazost.

M. Pérus. — Argelès-Gazost (altitude 480) se trouve dans le département des Hautes-Pyrénées. Station climatique plutôt qu'hydrominérale, elle est située dans une incomparable vallée que Taine considérait comme « la plus belle du monde » et jouit de qualité climatérique vraiment remarquables.

Elle est abritée des vents par les montagnes qui lui forment une ceinture assez élevée. Température douce, constante dans l'état hygrométrique et barométrique, porosité du sol composé d'alluvions ; longue insolation pendant l'hiver par suite de la largeur de la vallée ; absence de brouillards, pluies rares ; tels sont les principaux éléments constitutifs de son climat qualifié de climat toni-sédatif.

La principale application thérapeutique est la tuberculose pulmonaire.

La viscosité sanguine et la cure alcaline de Vichy. La méthode des petites doses chez les hypovisqueux.

M. Rouzaud, de Vichy. — L'auteur dissocie dans l'action de la cure un effet « de fond », de redressement hépatique, indépendant de la quantité d'eau absorbée, et un effet d'alcalinisation, d'hypoviscosité, dû à la masse du bicarbonate de soude et proportionnel à la dose prise.

Si l'effet d'hypoviscosité est très souhaitable chez les hypervisqueux, pléthoriques, hyperacides, il n'en est plus de même chez les hypovisqueux, hypoacides, colitiques ou déficients rénaux.

Seule la méthode des très petites doses, fractionnées, évite cet effet fâcheux et permet à la cure de produire son action de fond. Chez ces malades, il faut s'aider pendant la cure des moyens physiothérapiques, diététiques et médicamenteux qui relèvent sans cesse la viscosité.

Que peut-on attendre du climat dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ?

M. Baillet s'élève contre l'idée de climat spécifique. Il n'y a selon lui que des climats favorables qu'il faut rechercher, mais qu'on rencontre dans une infinité d'endroits ; et des climats nuisibles qu'il faut éviter. Les climats favorables sont les climats à faibles variations thermométriques et barométriques, secs et ensoleillés. Avant de déplacer un malade aussi fragile qu'un tuberculeux pulmonaire, il faut toujours tenir compte de sa faculté d'acclimatement.

La première place reste donc à la méthode sanatoriale dans la cure contre la tuberculose, en climat favorable et hors d'un climat nuisible.

De l'eau des Abattiles-Arcachon au point de vue diurèse et désintoxication ; observations cliniques, analyses.

MM. Boudry, Papin, Bourriau et Ramarony. — Les auteurs, après avoir donné le détail des analyses qui intéressent l'eau des Abatilles, exposent un nombre important d'observations qui montrent l'efficacité de cette eau au point de vue cure de diurèse et de désintoxication.

Ils concluent ainsi :

L'eau de la source Sainte-Anne des Abatilles, eau de lavage et de faible minéralisation, est :

1° L'eau de régime des arthritiques, des intoxiqués, des rénaux et des hypertendus : parce qu'elle exporte les déchets organiques, abaisse la tension et provoque une puissante diurèse.

2° L'eau de table familiale parfaite, parce qu'elle réalise les trois qualités qu'on doit exiger d'une eau de table : pureté absolue, digestibilité, goût agréable.

Les côlites amibiennes, leurs indications et leur traitement à Châtelguyon.

M. Foucaud. — La cure de Châtelguyon dans les côlites amibiennes s'adresse aux malades qui, guéris ou seulement blanchis, présentent des séquelles intestinales avec côlites, et déficiences sécrétoires. Elle s'adresse non moins aux formes récidivantes ou continues de l'infection amibienne. Mais, dans ces cas, il est nécessaire de lui associer le traitement anti-

parasitaire dont elle renforce l'action. Elle sera réservée dans les formes aiguës, et contre-indiquée en cas de complications viscérales ou de réactions septiques.

Composition, Indications et contre-indications des sources froides de Rennes-les-Bains.

MM. Courrent et Roche. — Rennes possède des :

1° Des sources chaudes sulfatées calciques, chlorurées et carbonatées mixtes ;

2° Des sources froides sulfatées ferrugineuses.

Après avoir rappelé la minéralisation de leurs diverses sources, les auteurs signalent la répartition de la station en quatre établissements : Bains doux : 38° ; bain fort : 52° ; bains de la Reine, source Marie : 42° ;

Les indications de Rennes sont : le rhumatisme subaigu et chronique ; névralgies et névrites, sciatique, lumbago, névralgies faciales et deltoïdiennes. Manifestations arthritiques : goutte, lithiase biliaire et rénale, métrites, entérocolites.

La cure de Capvern et les affections biliaires

M. Carcy. — Les docteurs Tailhade et Ticie signalent dès 1845 et 1875 leurs observations sur l'utilisation des eaux de Capvern dans les affections biliaires.

Ces eaux agissent sur les petites insuffisances hépatiques : séquelles de maladies infectieuses ; retentissement d'un traitement arsénical ; paludisme et foie goutteux ou éthylique ; et aussi sur les affections biliaires proprement dites, formes atténuées ou très douloureuses.

En premier lieu, les légères insuffisances biliaires avec troubles gastro-intestinaux ; les troubles vésiculaires, ou intéressant à la fois vésicule et canal cystique irrité ou obstrué par infection, ptose, grossesse ou infection paludéenne ; angiocolites refroidies et les manifestations de la cholémie familiale.

La lithiase biliaire et les coliques hépatiques sont tributaires de la buvette, action efficace ne soulevant que très rarement des crises aiguës.

Contre indications : les angiocolites aiguës et fébriles, les gros calculs, la tuberculose et le cancer.

Le traitement de Capvern dans les affections de la prostate.

M. Pouy. — L'auteur dépose sur le bureau de la Société un travail sur le traitement général thermal de Capvern dans les affections de la prostate dont voici les conclusions :

Dans les prostatites aiguës ou chroniques : cure prudente de boisson avec douches générales et locales.

Dans les congestions avec grosse prostate et rétention incomplète, la dosimétrie sera très rigoureuse.

Le sujet de rapport pour la prochaine session mis aux voix est :

Les indications respectives des eaux bicarbonatées sodiques et des eaux sulfatées calciques dans le traitement de la lithiase biliaire ; rapporteurs MM. Rouzaud et Biscons, de Vichy ; Carcy et Pouy, de Capvern.

Le Secrétaire général :
Prof. Serr.

Le Secrétaire des séances :
Dr Cazal-Gamelsy.

Les Livres

Amédée Legrand, Editeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pour paraître prochainement, je signale aux lecteurs du *Concours médical* :

Anatomie radiographique du squelette normal (*Atlas*), par J. Belot et F. Lepennetier, médecins électroradiologistes de l'hôpital Saint-Louis.

Le plan de cet Atlas est tout à fait intéressant. Les auteurs juxtaposent la photographie de la région qu'ils étudient, une radiographie, prise exactement dans la même position, un schéma explicatif, et une notice indiquant : 1) la technique employée pour la radiographie et 2) la description ostéologique, permettant la lecture du cliché.

Les planches sont d'une beauté et d'une précision remarquables, et l'enseignement qu'elles comportent sera utile, non seulement aux spécialistes, mais encore aux praticiens qui, appelés à prescrire des examens radiologiques, ont intérêt à posséder des notions suffisantes pour savoir lire un cliché.

L'Atlas renfermera 275 planches grandeur nature.

Les souscriptions ont été reçues au prix de 200 fr., mais l'éditeur annonce que ce prix sera majoré dès que l'Atlas sera mis en vente.

G. D.

Norbert Maloine, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

O. Dousset. — **L'examen du malade en clientèle.** (1 vol. de 194 pages avec 106 figures.)

La façon d'examiner un malade, la manière dont est conduit l'interrogatoire, l'étude des signes fonctionnels et généraux traduisant la souffrance d'un organe, jouent en médecine générale le rôle le plus important car de cet examen et de cette étude dépendent le diagnostic et le traitement.

C'est pour répondre à cette impérieuse nécessité de bien examiner un malade que l'auteur, encouragé par le succès des éditions antérieures, a remanié la 3e édition de l'« Examen du malade en clientèle »

Plus de 106 figures incorporées dans le texte, en rendent la lecture facile et immédiatement compréhensible, car l'image d'un seul coup nous renseigne. Ce livre indispensable à l'étudiant et au médecin, fait partie de la collection des « Petits Précis ».

Norbert MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

Collection « Les Petits Précis », publiés sous la direction du Dr A. CANTONNET. — **Le Petit précis annuel** 1926.

Cet opuscule n'a pas la prétention d'indiquer *tout* ce qui a paru dans l'année 1925 en médecine, en chirurgie, et dans les diverses spécialités. L'auteur s'est donné comme objectif d'exposer dans un aperçu général l'évolution des sciences médicales, afin que le lecteur puisse dégager une vue d'ensemble. Le but poursuivi est le même que celui vers lequel tend la collection des « Petits Précis » : concision, utilité.
22 volumes sur 54 que comprend la collection sont déjà paru.

LES ÉDITIONS UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG,
Place de l'Université, Strasbourg.

Dr A. MARXER. — **Précis de chimiothérapie des maladies infectieuses** (1 vol. de 190 pages.

Cette publication, d'un genre nouveau, intéresse les médecins et les vétérinaires aussi bien que les pharmaciens et les chimistes.
Dans les premiers chapitres, l'auteur expose les principes de la chimiothérapie, la modification des corps chimiques pour les rendre aptes à l'application chimiothérapique et les méthodes pour étudier ces corps chimiques.
Ensuite, il fait connaître les faits de l'immunothérapie qui se rattachent à la chimiothérapie.
Enfin, il énumère les remèdes chimiothérapiques dans leur application pratique : outre les indications chimiques et pharmacologiques, nous y apprenons le dosage de ces médicaments et les manières d'instituer les traitements, pour lesquels l'auteur mentionne un grand nombre d'exemples.

IMPRIMERIES GOUNOUILHOU, 9, rue Guiraude, Bordeaux.

Dr COURBIN (de Bagnères). — **Les troubles du sympathique et l'hypertension à Bagnères-de-Bigorre.** (1 brochure, 24 pages, 1926.)

Les eaux de Bagnères, grâce à leur action sur le sympathique, apaisent l'excitation nerveuse, et soulagent ou guérissent sa cause (anémie, métrite, dyspepsie, etc.).

Après avoir étudié les faits : l'angiospasme et la sympathicotonie à Bagnères, l'auteur aborde leur explication par « le rôle du calcium en thérapeutique et le mode d'action des eaux sulfatées calciques ».

Gaston DOIN ET CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

Georges LIÉBAULT. — **Notions élémentaires d'oto-rhino-laryngologie à l'usage des praticiens.** (1 vol. in-8 de 240 pages, 1926.)

Cet ouvrage est destiné à donner au praticien des indications simples sur les affections oto-rhino-laryngologiques qu'il rencontre. Elles sont essentiellement inspirées de l'enseignement de l'École bordelaise du Pr Moure, dont l'auteur a cherché à faire profiter le médecin général, comme il s'efforce d'en suivre les traditions et d'en maintenir la façon de faire dans son service hospitalier de la Glacière.
Voici le titre de ces 15 conférences : l'angine aiguë et son traitement. L'abcès de l'amygdale. Les troubles paresthésiques de la gorge. L'hypertrophie des amygdales. L'enrouement. L'aphonie. Le malmenage vocal. L'obstruction nasale. L'hydrorrhée nasale. Les coryzas purulents. Les troubles oculo-orbitaires et les céphalées d'origine nasale. L'épistaxis. Les végétations adénoïdes. L'otite externe. L'otite moyenne aiguë. L'otite moyenne suppurée chronique. Les mastoïdites. Les otites scléreuses.

Les livres qui viennent de paraître...

IMPRIMERIE DU PROGRÈS,
27, rue Basse, à Niort.

A. MARTIN, docteur en droit. — **Le syndicalisme médical**, ses bases légales, ses moyens d'action. Préface du Dr Lenglet, secrétaire général de l'Union. (Un vol. 134 p.)

Cet ouvrage, tiré à un très petit nombre d'exemplaires, sera adressé franco contre versement de la somme de 15 fr. au C.C. postal 25.95, Dr Merle, Limoges.

Chez Norbert MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Eugène DE THURZO, assistant de la clinique neurologique de Debrezen. — **Les nouvelles méthodes sur les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien.** Préface du prof. Guillain. (Un vol. 182 p., 24 fig., 3 pl.)

Paul CANTONNET. — **Traitement curatif de l'asthme.** (in-8o, 100 p.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE SECRET PROFESSIONNEL DANS L'A.M.G.

Au Dr DUCHESNE,
Rédacteur en chef adjoint du « Concours Médical ».

Les médecins soussignés, écartant toute idée de polémique, ne peuvent pas cependant laisser sans réponse les deux articles signés, l'un Duchesne, l'autre Lavallée.

Ces deux articles témoignent, chez leurs auteurs, d'une méconnaissance complète des négociations engagées avec le préfet, au sujet de l'A.M.G. ; des circonstances dans lesquelles elles ont été traitées, et des conclusions auxquelles elles ont abouti.

En ce qui concerne en particulier le secret professionnel, nous n'avons jamais transigé sur le principe, ni rien abandonné des revendications du corps médical.

L'examen des faits, et la bonne foi la plus élémentaire, obligent à reconnaître que l'organisation de l'A.M.G. dans la Seine, *arrivait après celle de tous les autres départements,* et que nous nous sommes inspirés, grâce à une documentation complète et très laborieuse recueillie par Rinuy sur l'ensemble des départements, des dispositions les plus avantageuses au corps médical et les plus conformes à ses desiderata.

Enfin l'A.M.G. n'est que la dernière venue parmi les nombreuses applications sociales de la médecine qui mettent en jeu le secret professionnel. Les défenseurs devront notamment et tout d'abord faire reviser les lois et règlements concernant : le service des aliénés, les pensionnés de guerre, les accidents du travail, la déclaration des maladies contagieuses, l'état-civil, etc., etc. Si vous voulez reprendre le problème *ab ovo,* remonter un courant qui nous entraîne depuis un demi-siècle, nous nous y associerons avec le plus vif intérêt. Mais en attendant, nous protesterons avec la plus grande énergie, partout et dans toutes les circonstances, contre toute responsabilité des délégués des Syndicats de la Seine, négociateurs de l'A.M.G., en ce qui concerne le secret professionnel.

Bagnolet : FROMENTEAU.
Montreuil : DURAND. CALAMY.
Le Perreux : COMET.

* * *

Je n'ai jamais entendu mettre en cause la bonne foi de nos distingués confrères de la banlieue, à qui je rends le plus sincère hommage. Pas plus n'entends-je polémiquer avec eux ni rouvrir un débat sur le secret professionnel. Mon collègue et ami Boudin a, à plusieurs reprises, traité cette question avec son autorité incontestable, et, après ce qu'il a précisé à cet égard, textes en main, il n'y a plus rien à ajouter.

J'ai dit simplement, et je répète que, quand nous voyons des Syndicats médicaux accepter, pour arriver à une organisation de certains services de soins, tel celui de l'A.M.G., que des entorses soient données à la rigueur juridique du secret professionnel, nous nous étonnons de voir certains autres Syndicats ou groupements réclamer à cor et à cri, dans l'Assurance-maladie, le respect absolu de ce même secret.

Si l'assurance-maladie fonctionne un jour, sur les bases du contrat collectif Syndicat-Caisse, selon la modalité adoptée par certains Syndicats pour l'A.M.G., je persiste à ne pas m'expliquer pourquoi ce qui a été accepté ici serait refusé là.

Toute mon observation est là et pas ailleurs.

Nos excellents confrères invoquent en outre un argument qui nous montre une fois de plus qu'ils ont, comme tant d'autres, une notion inexacte du secret professionnel, selon l'article 378 du Code pénal. Essayons de leur fournir quelques précisions et éclaircissements.

Le secret professionnel n'est dû qu'au malade par son médecin traitant. Tout mandataire médecin chargé, pour le compte d'un tiers, d'examiner un malade et de faire connaître à ce tiers tout ce qu'il aura observé, n'est pas médecin traitant et est fondé légalement à remplir son mandat et à divulguer à son mandant tout ce que son examen lui aura révélé : il n'est nullement tenu au secret envers ledit malade, à la condition naturellement que celui-ci aura accepté et subi cet examen, dont il est informé du but.

Donc, les médecins de l'État-civil qui constatent les décès peuvent en faire connaître la cause aux municipalités qui les délèguent à cet effet. Là, pas de secret professionnel envers le décédé (1).

(1) Voir, sur le même sujet, la nouvelle consultation de Boudin, p. 1176, du présent n°. G. D.

. Dans les accidents du travail, le médecin traitant établit un certificat qu'il remet, ou doit remettre, *à son client, le blessé.* Si celui-ci estime que les constatations consignées sur ce certificat sont de nature à lui porter préjudice, il demeure toujours libre de n'en point faire état. La loi l'oblige, lui blessé, à produire un certificat médical pour bénéficier de ses dispositions. Libre à lui, encore une fois, d'y renoncer s'il préfère ne pas voir divulguer à la mairie les constatations de son médecin.

La déclaration des maladies contagieuses n'est nullement une atteinte au secret professionnel, puisque la loi de 1892 précise, dans son article 15 : « ...La liste des maladies épidémiques, soumises à la déclaration, *dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel....* »

Un aliéné est un mineur sous la tutelle de l'un de ses parents vis-à-vis duquel le secret professionnel n'existe pas, pas plus qu'il n'existe vis-à-vis du médecin ou des médecins de l'asile où il est interné, Mais que le médecin qui a établi le certificat d'internement ou celui qui dirige l'asile où l'aliéné est interné racontent à des tiers non qualifiés qu'ils soignent M. X. atteint de paralysie générale et vous verrez s'ils ne seront pas poursuivis et condamnés... Cela s'est déjà produit.

Enfin, les pensionnés de guerre, qui ont commencé par se mettre librement en instance pour obtenir leur pension, savent qu'ils ne peuvent bénéficier de la loi qui leur accorde la gratuité des soins médicaux que si leur carnet précise l'affection ou la blessure, motifs de leur pension, afin que les médecins qui les soigneront ultérieurement soient bien fixés sur l'étendue de leurs droits à la gratuité de ces soins.

Donc, dans les exemples invoqués par nos confrères de la banlieue, *il n'y a en aucun cas violation ni atteinte au secret professionnel, envisagé du point de vue juridique.*

Mais Boudin leur dira, avec preuves à l'appui quand ils le voudront, que le jour où un de leurs malades de l'A.M.G. leur intentera des poursuites pour avoir divulgué à un tiers la nature de l'affection dont il est atteint, leur responsabilité sera bel et bien évoquée devant les tribunaux.

C'est la loi. Et c'est ce que le Garde des Sceaux a répondu en 1923 au Ministre de l'Hygiène lorsque celui-ci, désireux de procéder, de concert avec le Syndicat de Seine-et-Oise, à une expérience d'un certain mode de déclaration des décès, a demandé à son collègue si, dans l'expérience envisagée, la divulgation du secret professionnel ne pourrait pas être reprochée aux médecins traitants déclarant les décès de leurs malades avec énonciation de la maladie, cause de la mort.

Mais surtout, que nos confrères ne croient pas un seul instant que Boudin, nos collègues du *Concours médical*, et moi-même, nous faisons les défenseurs irréductibles du secret professionnel et de sa rigueur. Cette pensée est tellement loin de nous que, devant la transformation de la médecine, par suite du développement des lois médico-sociales, *nous serions enclins à demander l'abrogation de l'article 378 pour assurer la tranquillité des médecins.* Si cette mesure est un jour prise, le droit commun deviendra alors applicable aux médecins, en vertu de l'article 1382 du Code civil, quand ils seront poursuivis par un de leurs malades à qui la divulgation de sa maladie aura causé un préjudice, qu'il devra prouver.

Mais que deviendra alors l'intérêt des malades ?

G. DUCHESNE.

LE CORPS MÉDICAL ET LA LÉGISLATION SUR LES STUPÉFIANTS

I

Une équivoque légale à dissiper.

La loi du 16 juillet 1916 et le décret du 4 septembre de la même année ne comportent aucune indication concernant les doses autorisées de morphine.

Il s'est établi une jurisprudence prenant pour base les indications des formulaires. Ainsi, d'après Gilbert et Yvon, les doses licites seraient de deux à cinq centigrammes chez l'adulte exclusivement, et par 24 heures.

Si les auteurs ajoutent : « ces doses peuvent être dépassées », ils n'en précisent pas les limites. Or, dans la pratique, une telle imprécision ne saurait être retenue par le médecin, du moins dans les cas les plus graves et les plus délicats.

Sans doute, les doses de deux à cinq centigrammes correspondent au traitement d'une certaine catégorie de douleurs réputées parmi les plus intenses : coliques néphrétiques, hépatiques, fulgurantes, etc... mais celles-ci sont les unes de durée limitée, les autres, intermittentes. Que nous ayons à combattre durant des mois d'autres souffrances, non moins intenses, ressortissant à certains cancers orificiels ou de la colonne vertébrale, ou encore à des névralgies du trijumeau qui persistent pendant des années, que pourront ces doses de deux à cinq centigrammes de morphine ? Il n'est pas un praticien qui ne se soit trouvé en présence d'un tel problème. Il n'en est

probablement pas qui ne se soit exposé à des poursuites judiciaires pour avoir transgressé les indications étroites des formulaires.

Je m'excuse de rapporter ici un fait personnel, mais qui montrera clairement combien néfaste pour les malades l'attitude intransigeante de certains inspecteurs de pharmacie à l'égard des médecins. Cité comme témoin par un confrère à l'occasion d'un procès de tendance dont il fut victime (procès qui, d'ailleurs, se termina rapidement par l'annulation de la procédure), je racontai à M. le juge d'instruction le fait suivant :

Une personne de ma famille se meurt actuellement d'une tumeur cérébrale dont elle souffre cruellement. Dans les débuts, sédobrol, sédosine, somnifère, produisaient un réel soulagement, mais, peu à peu, l'accoutumance se fit, et il faudrait actuellement des doses progressives de morphine. Le juge, m'interrompant, de s'écrier : « Mais pourquoi ne les pratiquez-vous pas, dès l'instant où votre conscience professionnelle le commande ? ». « M. le juge, lui répondis-je, ma conscience professionnelle me conduirait droit devant vous, étant donné l'expérience que mon confrère vient de faire de certains de vos experts. » M. le juge n'insista pas.

Mais nous sommes en droit de conclure :

1° Que l'usage thérapeutique de la morphine ne saurait être codifié ; des doses très élevées de cette substance peuvent se montrer indispensables chez des sujets condamnés à souffrir cruellement pendant des mois et même des années.

2° Que le médecin ne doit pas être entravé dans ses efforts à soulager le malade par des hommes qui ne comportent de l'expert que le nom.

Dr WEBER.

II

Point de vue juridique de la question.

Devant les poursuites nombreuses engagées contre les médecins qui, dans ces dernières années, ont prescrit à leurs malades du chlorhydrate de morphine ou d'autres dérivés de l'opium, le corps médical commence à s'inquiéter.

Peut-être est-il nécessaire de préciser comment la question se pose au point de vue juridique et législatif.

Les médecins avaient pu croire jusqu'à ce jour que la loi du 12 juillet 1916, hâtivement votée par les Chambres, à une époque où chacun était préoccupé d'autres soucis, avait voulu entraver le trafic des stupéfiants en organisant minutieusement un contrôle du médecin traitant sur l'usage des substances toxiques.

Le règlement d'administration publique, édicté en exécution de la loi, interdit aux pharmaciens de délivrer, pour l'usage de la médecine, les substances classées au tableau B, si elles ne sont pas prescrites par un médecin (art. 19).

Le médecin est tenu de signer l'ordonnance, de la dater, de mentionner lisiblement son nom et son adresse, d'énoncer en toutes lettres les doses des substances vénéneuses prescrites, d'indiquer le mode d'administration du médicament (art. 20).

Il lui est interdit de rédiger des ordonnances prescrivant des substances pour une période supérieure à 7 jours et ces ordonnances ne sont pas renouvelables (art. 38-39).

Qu'est-ce à dire, sinon que le médecin doit intervenir constamment pour affirmer l'utilité du traitement, et en suivre le développement.

Mais, dès lors que les formes prescrites dans l'intérêt de ce contrôle sont respectées, dès lors que le médecin agit sans fraude et honnêtement, que, sans vouloir se faire l'instrument plus ou moins conscient de la passion de son malade, il s'emploie de son mieux à soulager ses misères, ne devait-il pas, dans l'esprit du législateur, rester à l'abri de toutes poursuites et de toutes condamnations ?

***

L'attitude actuelle du Parquet de la Seine permettrait de croire le contraire.

Aux yeux de certains magistrats, la morphine et ses succédanés ont cessé d'être des médicaments bienfaisants qui permettent d'atténuer des souffrances inutiles et souvent atroces ; la morphine doit s'appeler du nom dont la baptisent les malheureux dévoyés qui en abusent, c'est « la drogue ». Parce que certains médecins, très rares heureusement, la prescrivent sans discernement et, quelquefois, d'une façon coupable, tout médecin qui en autorise l'emploi devient suspect ; plusieurs magistrats affirmeraient même que, sans la complicité du corps médical, il n'y aurait plus de morphinomanes et qu'il suffirait de punir sévèrement les médecins pour guérir ces malheureux dévoyés.

A ceux qui leur répondent que la cure d'un morphinomane, si elle est possible, exige de longs mois, de longues années d'efforts répétés, patients, et qu'elle doit être volontaire, pour être efficace et durable, ils répondent en montrant les résultats obtenus dans les prisons et dans les asiles, sans se rendre compte que ces résultats sont le plus souvent apparents, que les rechutes sont innombrables, qu'en tous cas les intoxiqués ont le droit de se soigner librement, du moins tant qu'une loi nouvelle ne leur imposera pas

l'internement, et qu'ils sont exposés à des accidents graves, si on leur supprime le poison dont ils usent : que, par conséquent, le médecin qu'ils viennent trouver a le devoir de les soigner.

Il faut reconnaître que les questions qui se posent se présentent avec une complexité redoutable. Les médecins sont exposés à être victimes de toutes les ruses de leurs malheureux clients qui sont affolés par le besoin et détraqués par l'usage des toxiques. La législation actuelle, mal conçue, ne leur donne aucun moyen de vérifier la situation de leurs malades, ni leur identité ; et quand des poursuites sont commencées, le morphinomane, redoutant la condamnation qui le menace, est prêt à toutes les lâchetés et n'hésite pas, pour se décharger, à accuser et à calomnier celui qui lui a donné le poison.

Les magistrats du Parquet sont ainsi poussés à trouver coupable le médecin qui prescrit de la morphine à des doses que l'expert commis jugera excessives, celui qui n'essaye pas de diminuer les doses hebdomadaires prescrites, celui qui, tout en diminuant ces doses, ne les diminue pas suffisamment au gré de l'expert, celui qui, ayant organisé un traitement pour sept jours, délivre une seconde ordonnance au milieu ou à la fin de la semaine.

Dans des questions de traitement toujours très difficiles et délicates, quand il est presque impossible d'éviter les tâtonnements et les régressions qui doivent se produire sous l'influence des complications, il faudrait, pour être à l'abri des critiques, adopter une ligne de conduite schématique et rigide.

Le médecin paraît facilement suspect de complaisance, et la complaisance devient de la complicité ; on le poursuit donc, non pas en vertu de l'art. 1er, pour avoir contrevenu au règlement d'administration publique, mais en vertu de l'art. 2, comme ayant facilité à autrui l'usage de la substance nocive.

Ainsi, dans une affaire récente suivie contre 12 médecins, le juge d'instruction avait donné mission à l'expert par lui choisi de rechercher si les Drs A, B et C avaient « prescrit un traitement sérieux, s'ils avaient cherché à réaliser une vraie cure de désintoxication, à l'égard des toxicomanes de leur clientèle ou si, au contraire, ils avaient, sous le prétexte de cure de désintoxication, cherché à enfreindre les dispositions impératives de la loi dans le but de faciliter à leurs clients l'usage des stupéfiants ».

* * *

Est-il besoin de marquer les dangers d'une application aussi extensive de la loi ?

Comment dire ce qui constitue une « vraie cure de désintoxication » ?

Comment l'expert peut-il, sur le vu d'ordonnances, apprécier la bonne ou la mauvaise foi de ses confrères, comment pourrait-il discerner, quelquefois à deux, trois, quatre ans de date, si telle ou telle dose était légitime, si tel chevauchement était justifié par l'état de besoin, ou par les souffrances de l'intoxiqué ?

Sans doute, il peut émettre son avis sur la méthode employée, mais, sauf dans les cas où l'on se trouve en face d'un pseudo-traitement absolument fantaisiste, est-il en droit de déclarer que telle ou telle méthode de sevrage est seule admissible ?

Quant à la bonne ou la mauvaise foi, il ne s'agit pas d'une question pouvant ressortir de l'examen de ces experts, comme l'a dit fort justement l'éminent médecin qui était désigné dans l'affaire que nous relatons, c'est une question de fait qui ne peut être résolue que par l'enquête et qui est du domaine de la justice.

Il semble bien d'ailleurs que les tribunaux se soient, jusqu'à ce jour, refusés à suivre le Parquet dans son argumentation.

Par son arrêt du 22 décembre 1923, la Cour d'Appel de Paris a frappé, et durement frappé, deux médecins coupables d'avoir facilité à autrui l'usage des stupéfiants, mais la Cour relève qu'il leur est reproché d'avoir délivré des ordonnances à la même personne le même jour, soit sous son nom, soit sous des noms d'emprunt, et en les faisant chevaucher les unes sur les autres afin de dissimuler les doses les unes sur les autres, et de se soustraire ainsi aux dispositions de l'art. 39 du décret.

La Cour semble, il est vrai, adopter la thèse développée par le prof. Balthazard, que certains trouveront critiquable, ou du moins très discutable, au point de vue médical ; mais après l'avoir relatée, elle se hâte de préciser les éléments de fait qui démontrent la mauvaise foi des médecins qu'elle frappe, et la sentence d'acquittement qu'elle prononce au profit des Drs D et R, condamnés en 1re instance, et vis-à-vis desquels subsiste un doute, montre bien qu'elle ne s'appuie pas uniquement sur l'opinion de cet expert.

« Considérant, ajoute la Cour, en ce qui concerne « les docteurs D... et R... que s'il ne peut certes « être question de contester en le restreignant le « droit absolu du médecin de diriger librement la « thérapeutique qu'il a cru devoir adopter, on ne « saurait confondre cette liberté de traitement avec « certains agissements n'ayant pour objet que d'*en*« *freindre les dispositions impératives* de la loi dans « le but de faciliter à des toxicomanes l'usage dé« lictueux de substances vénéneuses ;

« Considérant, en effet, que les deux médecins « incriminés ne peuvent sérieusement soutenir qu'ils « cherchaient à poursuivre utilement des cures de « désintoxication à l'égard des toxicomanes, leurs

« co-prévenus, qui recouraient à eux sous le prétexte
« de solliciter leurs soins ;

« Considérant qu'il résulte de la déposition faite « devant la Cour par le professeur BALTHAZARD, « invité à formuler son avis sur ce point, qu'un « médecin honnête et soucieux de sa responsabilité « professionnelle ne peut se faire aucune illusion sur « le résultat d'une cure de cette nature entreprise « dans les conditions où la pratiquaient les docteurs « D... et R..., qu'un intoxiqué qu'on tente de « soustraire à ses funestes habitudes doit être l'objet « d'une discipline sévère, d'une incessante surveil- « lance, lesquelles ne peuvent être, dans la plupart « des cas, efficacement exercées que si le malade est « placé dans une maison de santé, dans une clini- « que, dans un asile où l'isolement absolu constituera « la sauvegarde susceptible de le protéger contre les « entraînements du milieu dans lequel il vivait, « contre les tentations souvent irrésistibles de sa « passion ; que par contre, l'intoxiqué laissé en li- « berté, livré à lui-même, ne résistera pas à la faci- « lité de s'adresser à plusieurs médecins sous le « fallacieux prétexte d'un traitement à suivre et à se « servir des ordonnances qu'il aura pu obtenir de « leur coupable complaisance pour se procurer la « drogue qui lui manque ou qu'il recherche en quan- « tités toujours plus considérables et satisfaire ainsi « d'impérieux besoins qui dégénèreront bientôt en « tyraniques exigences ;

« Considérant que les docteurs D... et R... se « rendaient si bien compte de la situation, ne pou- « vant se méprendre sur le but poursuivi par les « nombreuses personnes qui se présentaient à leur « cabinet, qu'ils ont usé des subterfuges les plus « blâmables pour se conserver une certaine clien- « tèle dont ils s'étaient fait les pourvoyeurs de toxi- « ques grâce à leur coupable spécialité ;

« Considérant, en effet, qu'il résulte des débats et « des données de l'information, que les médecins « sus-nommés ont gravement méconnu leurs devoirs « et contrevenu aux dispositions de la loi du 12 juil- « let 1916, en délivrant des ordonnances à leurs « clients *parfois sans les examiner, souvent même à des* « *personnes sous des noms d'emprunt*, afin d'échap- « per au contrôle administratif auquel ils savaient « soumis les pharmaciens qui exécutaient leurs or- « donnances, *en prescrivant enfin des doses qui excé-* « *daient la durée du traitement de sept jours*, délai « fixé par l'art. 30 du décret du 14 septembre 1916, « doses qui affectaient une tendance progressive « systématique manifestement inconciliable avec « un traitement médical rationnel ».

* * *

Il résulte donc bien de cet arrêt, dans sa partie doctrinale, que les médecins sont libres de diriger le traitement suivant la thérapeutique qu'ils croient devoir adopter, dès lors qu'ils se gardent d'enfreindre les prescriptions impératives de la loi : si on ne relève pas contre eux des infractions aux prescriptions règlementaires, on ne doit pas les poursuivre.

Qu'on dise que cette interprétation devra quelquefois laisser impunies des complicités dangereuses, nous pouvons l'admettre, et peut-être arrivera-t-il à des docteurs malhonnêtes ou peu scrupuleux de s'affranchir de toute responsabilité en prenant des précautions assez faciles.

Mais le mot de La Bruyère est toujours vrai :

« Un coupable puni est un exemple pour la canaille, un innocent condamné est l'affaire de tous les honnêtes gens. »

Il ne faut pas qu'on répète aujourd'hui ce qu'ajoutait le grand moraliste : « Je dirai presque de moi : je ne serai pas voleur ou meutrier ; je ne serai pas puni comme tel, c'est parler bien hardiment. »

C'est un principe que la loi pénale doit fixer les règles simples dont l'observation est facile et la transgression manifeste. C'est également un principe que les tribunaux ne doivent pas prendre parti dans des discussions scientifiques, sur des méthodes de traitement qui restent discutables. Si l'on condamne les gens au nom de telle théorie, dont l'inanité apparaîtra peut-être demain, on fait peser une menace intolérable sur ceux qui veulent remplir consciencieusement leur devoir.

Il y a plus.

S'il y a un intérêt social évident à ce que la loi soit strictement obéie, il y a un intérêt social aussi grand à ce que les médecins puissent remplir leur rôle, c'est-à-dire soigner ceux qui souffrent, atténuer ou pallier leurs douleurs, et rétablir de leur mieux un équilibre de santé qui a été troublé, même si la rupture d'équilibre provient de la faute du malade.

On a mis longtemps à faire admettre que les maladies vénériennes n'étaient pas des maladies honteuses, et que ceux qui en étaient atteints n'expiaient pas ainsi le péché de chair qu'ils avaient commis ; il ne faut pas que les intoxications, même volontaires, soient considérées comme des maladies honteuses.

Si les médecins honnêtes et considérés savent qu'ils s'exposent au déshonneur, et même à la prison, en soignant des toxicomanes, ceux-ci seront la proie des médecins douteux, au grand péril de la santé publique, et si, à la suite de la répression qu'on exerce, ces médecins douteux eux-mêmes devaient disparaître, leurs anciens clients ne seraient pas embarrassés pour trouver, à de plus grands frais sans doute, mais facilement encore, des mercantis peu scrupuleux pour leur donner les toxiques dont ils ont physiologiquement besoin.

Pour obtenir l'argent nécessaire, ils ne reculeront devant aucun délit, et le trouble social serait plus grand encore.

***

L'erreur qu'on paraît commettre, c'est de considérer le médecin comme l'ennemi de la santé publique et le pourvoyeur du désordre social.

Il ne faut pas contrarier son action, il faut la seconder.

Puisque la loi est insuffisante, il faut la modifier, non pas contre le médecin, mais pour appuyer et fortifier son contrôle.

La grande lacune de la réglementation actuelle est que le médecin ignore toujours si le malade, à qui il prescrit de la morphine ou des succédanés, n'est pas soigné au même moment par un autre médecin, sous le même nom ou sous un faux nom. Il croit diriger le traitement, il est souvent le jouet de son client.

Pourquoi ne pas imposer à celui-ci (le malade) l'obligation de déclarer le nom de son pharmacien à la préfecture, au bureau d'hygiène ?

Pourquoi ne pas l'obliger à faire inscrire sur un carnet spécial, dont il serait porteur, les toxiques qui lui sont délivrés ?

De la sorte, on réaliserait l'unité des soins.

Bien plus, le médecin qui reçoit un toxicomane pour la première fois, pourrait facilement, en examinant son carnet, voir les doses qui lui sont données, connaître les traitements subis, au lieu qu'il doit actuellement s'en rapporter aux déclarations du client, ou à ses inductions personnelles. Si le malade donnait un faux nom, les vérifications du bureau d'hygiène permettraient de déceler la fraude et le médecin serait immédiatement averti, soit par le pharmacien, soit par le bureau lui-même.

Violation du secret professionnel ? Mais il n'est pas question ici de secret professionnel, puisque, contrairement aux règles ordinaires, le pharmacien doit actuellement mentionner le nom du malade sur l'ordonnance.

Là ne devrait pas, croyons-nous, s'arrêter la réforme.

Il semble que ce soit une erreur de confondre les malades en cours de traitement pour une affection douloureuse, mortelle quelquefois, auxquels le médecin prescrit la morphine ou ses succédanés, et les toxicomanes, c'est-à-dire des malades encore, des hommes dont la santé est détruite par l'abus des toxiques, mais des malades qu'on peut et qu'on doit essayer de replacer dans un équilibre normal.

Aux uns comme aux autres, le médecin doit prescrire les substances du tableau B, et à tous aujourd'hui la même règlementation s'applique (1).

Mais pour les premiers, le médecin a le droit, ou le devoir, de les intoxiquer, du moins provisoirement, d'accroître les doses de stupéfiants nécessaires jusqu'à ce que le résultat cherché soit atteint. Avec des ménagements sans doute, avec prudence, en ne perdant pas de vue, du moins quand leur affection n'est pas mortelle, qu'il faudra quelque jour combattre l'effet du poison et arriver, s'il est possible, à le supprimer complètement (1).

Pour les autres, la seule maladie, c'est l'intoxication, c'est l'abus, c'est l'usage du poison. Tout l'effort de la société, tout l'effort du médecin doit être de les protéger contre eux-mêmes. Le médecin doit savoir qu'il n'a le droit moral et peut-être le droit légal de leur prescrire le poison qui leur est devenu nécessaire, que dans la mesure où ils ne peuvent s'en passer sans danger.

Ici, la surveillance des agents de l'ordre social peut être légitime et salutaire. Là, au contraire, toute restriction trop étroite de la liberté du médecin peut entraîner des inconvénients graves.

Déjà, à l'heure actuelle, les abus de la réglementation, lorsqu'il s'agit de malades gravement atteints, auxquels le médecin doit prescrire l'emploi de stupéfiants pour soulager des douleurs intolérables, compliquent d'une manière très angoissante et très pénible le rôle du médecin. Demain, si la jurisprudence persévérait dans la voie où elle voudrait s'engager, combien de médecins hésiteraient avant d'opérer ce miraculeux prodige qui éteint la souffrance, et de tirer parti d'une des plus admirables conquêtes de notre science !

Même si l'on doit se montrer sévère envers les morphinomanes, surtout si l'on veut se montrer sévère envers eux, il faut être pitoyable pour les grands malades, il faut que les vices de l'opium n'en fasse pas oublier les bienfaits.

Une double réglementation s'impose donc ; et qu'elle soit dirigée d'après des principes différents dont le caractère serait sans doute assez facile à marquer.

A ce point de vue encore, la réforme de la loi de 1916 s'impose, elle doit être énergiquement poursuivie et rapidement obtenue.

P. Nattan-Larrier.
Avocat de la Cour de Paris.

(1) Non seulement la même réglementation, mais la même terminologie. Dans le certificat délivré le 16 février 1927 par le docteur G. L., et publié au *Concours médical* (27-3-27), le docteur, pour expliquer les prescriptions faites à une malade, « *afin de lui permettre « de terminer sans trop de souffrances le cycle de la vie* », parle d'une cure très lente de démorphinisation. On doit supposer cependant qu'il ne cherchait pas à démorphiniser cette mourante.

(1) Ce n'était pas le cas dans l'espèce relatée au *Concours* (27-3-27), car la longue et douloureuse affection dont la malade était atteinte ne pouvait guérir, et il fallait se contenter, résulte-t-il du récit qui est fait, d'en combattre par des stupéfiants les symptômes les plus pénibles.

LA MYSTIQUE DES ASSURANCES SOCIALES

Strasbourg, 12 avril 1927.

Mon cher confrère,

C'est toujours pour moi un régal que de lire la prose de Jean Seval et j'ai savouré tout d'un trait sa *mystique des assurances sociales*, dans votre numéro du 10 avril.

Est-ce présomption ? Il semble que son article primesautier lui ait été inspiré par le mien, où je raillais doucement la tendance mystique du corps médical. Dans ce cas, il s'est mépris sur mes intentions et il est peut-être bon de le dire, car si cette erreur a pu être commise par un esprit aussi clair et brillant, elle a certainement été le fait de beaucoup d'autres.

Je n'ai point du tout voulu viser la tendance des confrères dont il partage les opinions en matière d'assurances sociales, mais une fâcheuse propension de l'espèce humaine, propension dont nos études réalistes nous devraient garantir et qui, pourtant, sévit chez les médecins avec une fréquence particulière. Tout développement de passions favorise le déchainement du mysticisme : ce fut le cas, quand le problème des assurances sociales vint au premier plan des préoccupations médicales. Il y a des mystiques des deux côtés de la barricade (si tant est qu'il y ait une barricade au milieu du corps médical), et non point, comme on me le fait dire, du côté où je ne suis pas.

Si élégante et spirituelle que soit la fantaisie de notre confrère Jean Seval, j'aurais tout de même préféré qu'il répondît *en réaliste* aux questions précises posées par ma première hypothèse. Par une disgrâce de la nature, je suis en effet rebelle aux séductions de la rhétorique, même quand je l'admire, et seule me convainct une solide argumentation... que j'attends encore à ce sujet.

Bien confraternellement vôtre.

Dr BATIER.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Encore les assurances sociales.

On a tant discouru et écrit sur les assurances sociales qu'il semble oiseux de prendre la plume pour étudier à nouveau cet organisme de demain.

La question au point de vue médical a été traitée avec ampleur et satiété dans tous nos groupements corporatifs et de la discussion a jailli la lumière. Nous sommes tous à peu près d'accord sur les principes généraux, mais divisés sur les questions de détail. Je ne sais quel sera le résultat du vote à la loi, mais jusqu'ici, elle a eu une conséquence remarquable, la désunion du Corps médical organisé (1).

Mais il ne faut pas seulement envisager les assurances sociales au seul point de vue médical, il faut voir ce qui se passe dans les autres milieux appelés à contribuer aux avantages et au fonctionnement de la loi.

Nous en trouvons des échos sous la plume de M. E. Dalo, dans le journal *La Mutualité*.

D'abord, que pense-t-on dans les groupements mutualistes ? Presque toutes les sociétés acceptent le principe des assurances sociales et en réclament l'application rapide, mais cet enthousiasme de façade n'est fait que pour masquer les craintes et les incertitudes des dirigeants mutualistes. Cependant, les Normands ralliés, mais longtemps opposés au principe de l'obligation, font valoir leurs griefs contre cette nouvelle création électorale. Ils estiment que cette loi aura pour effet de tuer la Mutualité à bref délai, et en supprimant toute initiative personnelle de prévoyance, de transformer toute la France en une vaste organisation d'assistance obligatoire. Le résultat tangible sera la fonte des effectifs mutualistes. Enrôlés dans les cadres des assurances sociales et y cotisant, les assujettis ne voudront pas verser une nouvelle cotisation dans une autre société à but similaire.

Quant aux membres mutualistes non assujettis à la nouvelle loi (un quart environ de l'effectif, et je suis heureux d'enregistrer cette déclaration), ils se désintéresseront de la marche de la société, n'offrant plus la même sécurité par suite de la disparition de nombreux sociétaires et surtout des membres honoraires. Ceux-ci, en effet, contribuaient largement au fonctionnement des sociétés incapables de boucler leurs budgets avec des cotisations squelettiques. Obligés à la participation patronale, ils ne cotiseront pas à titre de membres honoraires ou bienfaiteurs volontaires dans des sociétés qui ne les intéressent plus.

Dans ces conditions, la fonte des effectifs, la raréfaction du recrutement de nouveaux membres, mèneront fatalement les sociétés à la faillite ; à moins d'établir des cotisations élevées pour parer aux incertitudes du lendemain, ce qui est impossible en principe et contraire au passé de la Mutualité : faire tout avec rien.

(1) Au moment de mettre sous presse, nous apprenons, avec une vive satisfaction, que la désunion a cessé et que le front unique du corps médical organisé est reconstitué, sur la question des assurances sociales.
N. D. L. R.

Les sociétés mutuelles réclament tant et plus une place considérable dans l'organisation de la loi des assurances sociales. Elles pourront constituer des sociétés primaires pour la maladie, la maternité, le secours de chômage-maladie, les indemnités au décès qui peuvent se constituer dans le cadre départemental prévu par la loi.

Mais elles resteront soumises à un contrôle sévère pour l'organisation des retraites d'invalidité ou de vieillesse et devront jusqu'à plus ample informé passer par un organisme départemental d'Etat.

Elles ont essayé de se soustraire à cette emprise par la création récente de caisses autonomes départementales ou régionales, ou même fédérales, pour les sociétés ou unions à petits effectifs. Ces caisses sont agréées par la loi, mais soumises à son contrôle administratif et, du reste, malgré une très grande propagande, elles ne paraissent guère jouir de la faveur des sociétés qui pensent peut-être trouver plus de garanties dans une organisation étatique.

Les sociétés mutuelles, malgré les grands avantages qui leur sont faits, craignent de devenir des organes de l'administration.

Du côté des ouvriers, accord unanime pour réclamer la loi des assurances faite pour eux, qui doit améliorer leur bien-être et les soustraire aux incertitudes du lendemain. Il est évident que très rapidement, les Syndicats ouvriers auront la direction et l'organisation de ces assurances qu'ils tiendront à soustraire aux caisses patronales ou mutualistes, qui ne sont souvent que des sociétés à direction patronale.

Il ne faut pas oublier, disent les Mutualistes, que neuf à dix millions, nous pourrions ajouter au minimum, de travailleurs vont devenir des assurés.

Sur ce nombre, deux ou trois millions seulement seront mutualistes ; il faut donc compter qu'au moment de l'application de la loi, ce bloc formidable de sept à huit millions d'ouvriers veuille à son tour exercer à son profit les avantages qu'il pourra retirer à la loi. »

Le monde ouvrier est divisé en deux fractions qui appliquent à la mise en marche de la loi des modalités différentes. Les uns, le parti unitaire, font campagne pour que la loi des assurances fonctionne avec la seule cotisation patronale. Ils voient dans le précompte une occasion de difficultés avec les employeurs, difficultés qui peuvent être cultivées dans un but de révolution sociale. Qu'ils refusent leur cotisation ou s'opposent à la retenue sur les salaires, c'est une ère de difficultés qui ne fera que commencer.

La C.G.T. ne partage pas tout à fait les mêmes idées directrices. M. Rey, rapporteur des assurances sociales devant son groupement, a dit : « Quand un homme a tout donné pour assurer la production des richesses sociales, s'il est pour une cause quelconque condamné à l'invalidité, son droit à la vie doit être considéré comme un droit strict, indiscutable, tiré de l'effort même de production que cet ouvrier s'est quotidiennement imposé ; l'individu n'aura ce sentiment qu'il profite d'un droit qu'autant que celui-ci découle d'un effort direct et spécial de sa part. »

Il est à craindre qu'en tout état de cause, la question se résolve par une augmentation des salaires correspondant à l'effort de l'ouvrier.

Cela sera un peu la faute du patronat. Les industriels ont créé par leurs propres moyens, sans participation ouvrière, des œuvres utiles couvrant les risques que les assurances sociales sont appelées à garantir et qui donnent toute satisfaction au monde ouvrier. A l'époque de l'application de la loi, celui-ci pourra leur dire : vous avez pu faire fonctionner une véritable assurance sociale sans nous réclamer notre participation, vous avez ainsi prouvé que notre concours ne vous était pas indispensable.

Les organisations patronales acceptent la loi des assurances sociales. « Plus particulièrement, dit M. Maisier, dans *la Mutualité*, chez les patrons, on peut constater une tendance nouvelle que certains attribuent à un revirement de l'esprit patronal en faveur des assurances sociales, alors que d'autres pensent que si le patronat embrasse aujourd'hui plus vigoureusement le principe dont il s'était jusqu'à ce jour âprement défendu, c'était pour mieux l'étouffer . »

Les patrons reconnaissent néanmoins que l'application de la loi, par le prélèvement de 10 %, aggravera leurs frais généraux avec ses conséquences, augmentation des prix des objets fabriqués, aggravation de la vie chère, difficultés d'exportation avec ses conséquences, modification de la balance commerciale et chute du franc.

Ils prévoient également, comme je le disais plus haut, des difficultés pour faire rentrer la part due par l'ouvrier avec ses conséquences, exploitées par les partis politiques avancés, bâtissant sur la lutte des classes, d'où grèves en perspective.

Pour diminuer la charge sociale, ils demandent qu'une partie des frais médicaux et pharmaceutiques soient laissés à l'ouvrier.

Il est à craindre également que l'assurance chômage devienne rapidement un pivot politique et électoral et charge terriblement les autres branches de l'assurance par l'importance du prélèvement à opérer sur la cotisation globale.

En tout cas, à part l'ouvrier bénéficiaire de la loi sans en faire probablement les frais, les autres intéressés à son fonctionnement acceptent les assurances sociales, comme le guillotiné accepte la guillotine malgré les fanfaronnades de la dernière heure.

Mais ce qu'il est curieux d'observer, c'est que la prévision de la future loi a amené des divi-

sions dans tous les groupements prenant part à son fonctionnement.

Division du Corps médical en deux ou plusieurs camps, l'Union, la Fédération, les médecins indépendants qui cherchent d'où vient le vent.

Même division chez les Mutualistes, bien que ralliés, les uns acclament la loi dont ils espèrent accaparer l'organisation, avec ses bénéfices habituels, décorations, etc, et les autres ne pouvant digérer,malgré le trou normand, la suppression du principe de la liberté dans la prévoyance.

De même, chez les ouvriers, les uns partisans de la cotisation ouvrière, les autres apôtres du refus.

Enfin, même mésentente chez les patrons, les uns acceptant la loi avec son organisation étatique, se débarrassant par leurs versements de la responsabilité, des conséquences possibles au point de vue économique, les autres voulant la survivance de leurs œuvres d'initiative privée qui, à côté d'un but philanthropique ont un rôle économique qui leur permet de s'assurer une main-d'œuvre permanente.

Mais tout le monde est d'accord sur le même point, la liberté et le refus de l'intrusion de l'Etat.

Les médecins réclament l'entente directe avec leurs malades en dehors des caisses, les ouvriers réclament pour eux la surveillance et l'utilisation des fonds des caisses, ne voulant pas que l'Etat mette son grappin sur leur organisation.

Les mutualistes réclament la liberté de toutes leurs anciennes formations, qu'ils entendent diriger eux-mêmes comme par le passé, restant en contact avec leurs sociétaires.

Ils veulent être maîtres de leurs bonis, en faire les attributions qu'ils jugent utiles. Ils ne veulent en aucune façon devenir un rouage administratif.

Les patrons réclament également l'indépendance de leurs caisses de compensation, maladies maternité, maisons ouvrières. Ils demandent la fédération de toutes leurs œuvres privées en une caisse supérieure, mais dirigée par leurs représentants sans immixtion de l'Etat.

Dans notre époque et notre gouvernement de liberté, chacun réclame ce qu'il considère comme le plus grand bien difficile à acquérir et à garder la liberté : Liberté, liberté chérie, etc., refrain connu.

Dr M. VIMONT.

LE STATUT DES MÉDECINS DES RÉSERVES

Vers une solution.

Par le Dr A. CHALLAMEL.

A force de retourner un problème par tous les bouts (1), on arrive à en mieux pénétrer les causes ; et connaître l'étiologie, c'est être bien près d'une thérapeutique rationnelle, c'est-à-dire simple.

J'ai montré quelle fut pendant la guerre la situation pénible, *surtout au point de vue moral*, de beaucoup d'excellents confrères ayant cependant rempli tous leurs devoirs militaires, j'ai montré à quelles injustices, à quelles illégalités, le corps des officiers du service de santé fut soumis.

Et tout cela pour arriver à démontrer (en laissant dans la pénombre tout le reste) que ces causes sont au nombre de deux principales.

D'abord de toutes les études, ce sont les études de médecine qui sont le plus longues, et si un étudiant en droit par exemple, peut devenir officier de réserve à 23 ans, comme l'est d'active un Saint-Cyrien, la plupart des étudiants en médecine ne sont docteurs qu'à 28 ans environ, et perdent de ce fait quatre ou cinq ans pour être nommés officiers.

Pour supprimer une inégalité aussi choquante, deux moyens s'offraient.

Ou bien nommer sous-lieutenants-médecins les étudiants *avant* qu'ils soient docteurs, ou bien leur donner une *majoration d'ancienneté.* C'est cette dernière solution que prévoit pour les médecins d'active l'article 15 du projet de loi Girod. Quant aux médecins des réserves, pour eux la chose est faite, et la loi du 15 mars 1927 leur accorde cette majoration d'ancienneté.

Ainsi on ne risque pas de restreindre la valeur professionnelle, technique, que doit représenter tout officier médecin, et partant de diminuer **le bon renom de l'armée tout entière.**

Cependant, si cette solution est complète à l'égard des étudiants de l'école de santé de Lyon,

(1) Dr A. CHALLAMEL. — Lettre au Secrétaire général des S. M. S. sur la réorganisation du service de santé militaire (*Bulletin du S. M. S.*, juillet 1921, p. 293).

Dr A. CHALLAMEL. — Sur la nécessité d'un statut particulier pour les médecins de complément. Des bases de ce statut (*Concours médical*, 30 avril 1922 et *Bulletin du S. M. S.*, mai 1922).

Dr A. CHALLAMEL. — Poursuite de la réorganisation des cadres du service de santé militaire (*Concours médical*, 26 décembre 1926 et *Bulletin du S. M. S.*, mars 1927, p. 86).

Dr A. CHALLAMEL. — Le satut particulier des médecins de complément et l'article 20 de la proposition de loi Girod. Des conséquences de ce statut particulier (*Concours médical*, 3 avril 1927, p. 893).

il faut l'adapter à l'égard des étudiants en médecine des facultés. *La réalisation doit répondre à l'intention.*

Voici comment :

Leur service terminé, les étudiants des Facultés font leurs périodes réglementaires comme médecins auxiliaires ; ce sont ces années qui leur compteront comme ancienneté le jour où ayant passé leur thèse, ils pourront être nommés officiers. Or, à ce moment, on vient leur demander de faire à nouveau une période pour passer à deux galons, et plus tard, deux autres périodes pour passer à trois galons, c'est dire que toutes les périodes accomplies comme médecin auxiliaire *constituent pour les officiers-médecins..... du rabiot.*

La conséquence est connue. Ces jeunes gens, *devant la nécessité de gagner leur vie,* ne peuvent faire les frais de tant de périodes supplémentaires et ne se trouvent plus à leur place au point de vue militaire.

Bien plus, *ceux qui n'exerçant pas* et ayant des loisirs font des périodes, bien que souvent de valeur professionnelle moindre, gagnent de l'avancement et *sont appelés à commander* ! !

Cela est tellement clair que je suis gêné pour conclure *que les sous-lieutenants-médecins de réserve devraient être promus à deux galons au bout de quelques mois seulement de grade à un galon, et que pour cela ils devraient ne faire aucune période, si précédemment ils en ont fait comme médecins auxiliaires.*

Par la suite, pour être promus capitaines-médecins, ils feraient les périodes requises.

Ainsi pour eux, cette majoration d'ancienneté deviendrait effective et les grades d'aides-majors ne constitueraient plus qu'un passage assez court.

Mais, par contre, puisque les grades de sous-aide-major et d'aide-major deviennent accessibles en temps de guerre aux étudiants en médecine (*article* 24 *du projet Girod*), ils ne devraient plus l'être en temps de paix aux étudiants non reçus docteurs, grâce à la solution qu'apporte la loi du 15 mars 1927, et l'*article* 7 *de la loi Girod devient caduc.*

Compter les périodes accomplies comme médecin auxiliaire en remplacement de la période à accomplir comme sous-lieutenant-médecin, est une solution qui me semble devoir figurer dans le statut des médecins des réserves : c'est le corollaire de la loi du 15 mars 1927.

***

J'aborde la seconde grande raison qui fut cause qu'au début de la guerre le service de santé militaire, pendant de longs mois, *ne tira pas du Corps médical,* **mis presque en entier à sa disposition**, *le rendement maximum.* Cette cause réside dans la méconnaissance de la valeur technique de beaucoup d'officiers-médecins.

Connaître cette valeur est fort délicat, puisqu'il s'agit d'hommes transformés par un travail personnel qui suit l'accomplissement du service militaire, et que leurs qualités d'organisateur, aptitude au commandement et valeur scientifique n'ont pu être mises en évidence. Il semble nécessaire de développer l'*instruction médico-militaire* de l'étudiant dans la mesure du possible, mais, pour ne pas porter un jugement hâtif, il faut se rappeler que le médecin est un homme qui se forme longuement, et qui n'entre que progressivement en possession de la plénitude de son art, sinon de sa science.

Oui, il existe pour les directions du Corps de santé des difficultés fort nombreuses à surmonter, et sans cesse à reprendre, qui viennent *des nécessités d'une organisation professionnelle particulière.*

C'est ce qui doit imposer aux Directeurs de régions des relations *étroites et régulières* avec les membres du Corps médical, et plus spécialement avec les *représentants de leurs groupements,* c'est ce que le Syndicat des médecins de la Seine et l'Union ont appelé du mot de *représentation,* ce qui exprime bien *une collaboration* à objectif déterminé du corps médical, corps technique.

Je n'ai pas la prétention de déterminer les modalités de cette collaboration.

Cela doit conduire, après une sage élaboration, à quelque chose de simple *sans que les justes intérêts des praticiens soient étouffés par les officiels et autres.*

Auparavant le principe du statut particulier des médecins des réserves doit être inscrit dans la loi.

***

Il fallait dans un intérêt général que certaines choses fussent dites.

En toute indépendance, sous l'angle de vue d'un praticien, dans mes articles précédents j'ai fait l'exposé de ce que je croyais nécessaire et utile pour parvenir à une partie constructive solide. Les résultats du début font bien augurer de la suite.

A l'avenir les jeunes médecins d'active auront une majoration d'ancienneté qu'ils devront en partie aux efforts de leurs confrères des réserves.

A l'avenir les praticiens, jeunes confrères aujourd'hui, ne se trouveront pas à l'âge de 44 ans avec le grade d'aide-major, après une période supplémentaire accomplie, et *une guerre faite,* après 26 ans d'études et de pratique médicales.

Le dur labeur que je me suis imposé n'aura pas été vain.

VARIÉTÉS

Le mal que les proverbes ont dit du médecin.

A recueillir et à grouper, ici même (1), les proverbes, qui se rapportent à la médecine, j'ai mis à découvert dans l'âme populaire un reconnaissant respect pour la science médicale, qui va à excuser ses défaillances et parfois à l'absoudre de ses erreurs. Cette sympathie est à l'honneur de la médecine, dont trop d'ignorants et de jaloux nient les bienfaits et qui a forcé l'opinion malgré eux. On peut se demander, par contre, si le médecin a trouvé grâce pareille devant la « Sagesse des Nations ». Ce n'est point tout un, en effet, que la médecine et les médecins ; un proverbe même en fait le départ. Il ne le fait pas à notre avantage, s'il faut comprendre que les maladies ont leurs remèdes, mais que les médecins ne les connaissent pas : *Si trova la medicina ma il medico non si trova.*

Dès l'entrée, le fiel des proverbes paraît ainsi plus amer qu'on ne l'eût attendu de dictons sans malice comme celui-ci : *Il n'y a qu'aux médecins qu'il est permis de tirer la langue,* ou familiers comme cet autre qui, par allusion au crâne souvent chauve des docteurs, les traite de tête de veau. On le dit du moins ; mais, à la vérité, on ne donne ce compliment aux médecins que par excès d'honneur. Rendons à César ce qui lui appartient ; c'est aux avocats que la tête de veau revient :

> « Je ne suis pas de ces petits doctereaux dont il est écrit : j'ai une tête de docteur à dîner. Un avocat du Mans, ayant plaidé pour un boucher et ayant gagné sa cause, il trouva sa partie : hé bien, lui dit-il, n'ai-je pas bien plaidé pour vous ? — Je le sais bien, dit-il, Monsieur ; aussi, en récompense, vous avez la plus belle tête de veau qui soit dans la ville ; ce sera pour votre dîner ».
> (*Moyen de parvenir*, Nulle part, 100070038, t. 1, p. 17).

Tête de veau, d'ailleurs, serait fort peu de chose et il y a pire, par malheur. Il y a surtout le reproche de tuer le monde et celui de s'en prendre à la bourse des gens. Laissons ce point d'argent, dont j'ai parlé ailleurs (2) et voyons seulement, sur le premier grief, le mal que les proverbes ont dit du médecin.

Le grand dommage vient à ce dernier de l'incompétence de la foule, faiseuse de préceptes, à juger l'œuvre médicale. Elle n'a rien qui puisse lui servir de mesure, rien que les résultats obtenus ; et, comme elle a dit : *Saint qui ne guérit de rien n'a guère de pèlerin,* elle dira : *Bon mire est qui scet guérir.* Certains parémologistes ont vu dans cet adage l'altération d'un autre plus ancien : *Bon mire qui se peut guérir* ; et celui-ci dériverait lui-même du *Medice cura te ipsum* de Saint-Luc.

> « *Et ait illis : Utique dicetis mihi hanc similitudinem: Medice cura te ipsum ; quanta audivimus facta in Capharnaum, fac et hic in patria tua* ». — Saint-Luc, chap. IV, § 23. (Alors Jésus dit aux gens de la synagogue de Nazareth: « Sans doute m'appliquerez-vous le proverbe Médecin soigne-toi toi même et me direz-vous : Fais ici, dans ta patrie, les prodiges que l'on dit que tu as accomplis à Capharnaum.) » (1).

Point n'est besoin de si loin chercher et *Bon mire est qui sait guérir* devait naturellement venir à l'esprit populaire. Mais quand le malade n'est pas guéri ? Alors, cet esprit populaire a de curieuses inconséquences. Il se rend compte que *il n'est pas de médecin si fort que la mort* et pourtant, en réplique de son premier dire, il attribuera tout insuccès à l'ignorance du médecin. Il décide, il juge, il condamne, et, tout aussitôt, ajoute que cette condamnation manque de justes motifs parce qu'il est bien incapable de décider et, par suite, que le jugement lui échappe. Ce n'est pas modestie de sa part, mais seulement qu'il sait ce qui lui manque et sent ce qu'il ignore. *On ne trouve erreur de médecin ; erreur de peintre se voit sans fin. — La terra e la calcina cuoprono i mancamenti che fa la medicina.* — Et l'on connaît la phrase de Nicoclès que, quatorze siècles plus tard Beaumarchais devait ramasser : « *Les médecins ont le bonheur que le soleil éclaire leurs succès et que la terre cache leurs fautes* »

Mais voyez, même dans cet aveu de non savoir qui lui échappe, comme l'esprit public paraît prendre parti, n'admettant pas que la maladie puisse être la plus forte et par quelle gradation

---

(1) *Concours médical*, n° 10, 6 mars 1927.
(2) *Revue des spécialités*, 1927.

(1) Au *Nouveau prologue* du *Quart livre*, la glose rabelaisienne aggrave encore l'erreur commune sur le sens du texte évangélique. « Je révère la sacro-saincte parole de bonnes nouvelles. C'est l'Evangile, onquel est dict en horrible sarcasme et sanglante dérision au médecin négligent de sa propre santé : « Médecin, ô, guéris toi-mesme. » Cl. Galien, non pour telle révérence, en santé soi maintenoit, mais par crainte de tomber en ceste vulgaire et satyrique mocquerie : Ἰητρὸς ἄλλων, αὐτός ἕλκεσι βρύων.

> *Médicin est des aultres en effect,*
> *Toutes fois est d'ulcères tout infect.*

De mode que en grande braveté il se vente et ne veult estre médecin estimé si, depuis l'an de son âge vingt et huicticsme jusques en sa haulte vieillesse, il n'ha vescu en santé entière. « Car, dit-il, difficilement sera cru le médecin avoir soing de la santé d'aultrui, qui de la sienne propre est négligent. »

il court au pire. Là, le médecin n'a que manqué de guérir ; encore un coup ; il tue.

Sganarelle. — Je trouve que c'est le métier le meilleur dê tous... Un cordonnier, en faisant ses souliers, ne saurait gâter un morceau de cuir qu'il n'en paie les pots cassés ; mais, ici, on peut gâter un homme sans qu'il en coûte rien. Les bévues ne sont pas pour nous. Enfin, le bon de cette profession est qu'il y a parmi les morts une honnêteté, une discrétion la plus grande du monde et jamais on n'en voit se plaindre du médecin qui l'a tué ».
(Molière. — *Le médecin malgré lui*, acte III, sc. I).

Il n'est pas vrai qu'on puisse gâter un homme sans qu'il en coûte rien. Nos juges nous le font bien voir qui tant encouragent l'ardeur processive de notre époque qu'il n'est pas de médecin, fût-il le plus instruit et le plus savant, qui ne soit contraint de prendre une assurance contre la responsabilité civile, à tout hasard. Encore ne faut-il pas se plaindre des jours présents.

« En ce temps-là, la reine Austrechilde fut emportée par la peste ; mais avant d'exhaler son âme méchante, elle dit au roi Guntchramm : « Je pouvais vivre encore et je meurs. Plus que mon mal, les remèdes de mes mauvais médecins m'ont tuée. Cela ne doit pas rester sans vengeance. Je veux qu'ils périssent après mon trépas ; je t'en demande la promesse ; j'exige ton serment de la tenir. »
« Quand elle fut morte et que ses obsèques eurent été cérébrées, le roi, esclave de son serment, accomplit l'ordre d'iniquité, ce qui ne peut se faire sans péché à ce que croient bien des gens dans leur sagesse ».
(Grégoire de Tours. — *Histoire des Francs*, liv. V ch. 36).

« On lit dans les chroniqueurs russes qu'un Allemand du nom d'Antoine, médecin du prince Karatchouk, avait fait mourir ce dernier. Le grand prince Ivan III le livra au fils du défunt pour qu'il put venger la mort de son père. Il défendit seulement qu'on le martyrisât. Aussi, *seulement*, le conduisit-on, au cœur de l'hiver, sous un pont de la Moskowa, où on le dépeça comme un mouton. »
(Dr Veressaief. — *Mémoires d'un médecin*).

Tels traitements étaient si bien faits pour éloigner chacun d'entreprendre une cure quelle qu'elle fût qu'il est vraisemblable que ces affreuses coutumes disparurent plus encore par besoin des médecins, qu'on devait finir par ne plus trouver, que par l'adoucissement même des mœurs. Mais il a pu rester de la tradition lointaine cette pensée que, puisque les puissants faisaient mourir leurs médecins malheureux, ceux-ci étaient sans doute coupables. Pourtant l'on put bien voir, dans le cas d'Austrechilde, que contre la peste, qui faisait d'innombrables victimes, les médecins étaient dérarmés et qu'ils n'étaient pas les meurtriers. La pensée de Grégoire de Tours est franche sur ce point.

Il n'est pas vrai non plus que les médecins tuent le monde, encore qu'on l'ait répété, sans attendre Molière, sous cent formes diverses depuis les adages anciens : *Arrha mortis, medici pretium* et *Solis medicis licet impune occidere.*

La malignité parémiologique a ses formes atténuées : *Al dispetto de medici, viveremo sino alla morte* (En dépit des médecins, nous vivrons jusqu'à la fin) ; — *Le médecin guérit toutes les maladies, sauf la dernière* ; — *Le médecin guérit le malade s'il ne meurt pas* (proverbe marocain).

Elle a ses formules plus franches :

Le médecin toujours le mal ne guérit pas ;
Bien que docte souvent il conduit au trépas.
(Proverbe du XVIIe siècle).

Le médecin ne saurait pire avoir en enfer que d'avoir un procès, sans doute parce que ses victimes y seraient d'innombrables témoins à charge ;

El que quiere vivir mucho
Ha de huir lo mas que pueda
De medicos, boticarios,
Pepinos, melones y hombras.

(Qui veut vivre longtemps doit s'appliquer à fuir les médecins, les pharmaciens, les concombres, les melons et les femmes.)

Elle a ses brutalités : *Dieu te garde de l'* et cætera, *du notaire, du paraphe de l'homme de loi et du* recipe *du médecin* ;

Quien a medicos non cata,
O escapa, o Dios le mata ;
Quien a ellos se ha entregado,
Un verduyo y bien pagado.

(Qui n'use pas des médecins, ou échappe à son mal ou meurt : qui se livre à eux se donne des bourreaux bien payés. »

Tomar el pulso es pronosticar la loza.

(Tâter le pouls. c'est le commencement de la mort.)

Les médecins et les mareschaux,
Tuent les gens et les chevaux.

(Proverb. communs, goth., XVe siècle).

Un médecin de moins, cent citoyens de plus. »

D'où vient tant de rancœur ? D'où vient cette injustice ? C'est d'abord que *les fêtes ne demandent point de médecin* et qu'il ne paraît qu'aux jours de douleur. — *Mieux vaut aller au boulanger qu'au médecin.* — Visiteur désiré dans la souffrance, mais toujours indésirable, ce dernier finit par ne plus faire qu'un avec la peine. Il la représente et, quoiqu'il fasse, de quelque aide bienfaisante qu'il soit, il partage l'éloignement qu'on a pour elle.

C'est ensuite l'ignorance obligée dans laquelle est la foule de ce qu'il est et de ce qu'il peut. Non seulement le public a pour la médecine cette reconnaissance indulgente à ses faiblesses, que je rappelais au début, mais encore il oublie volon-

tiers ces dernières et surestime la science médicale jusqu'à l'impossible. Le possible pour le médecin est trop éloigné de si grands espoirs pour qu'il ne soit diminué de toute la différence qui sépare l'idéal imaginé de la réalité pratique. Dans ces *Mémoires d'un médecin*, auxquels je viens d'emprunter une anecdote, le Dr Veressaief écrivait :

« L'idée absolument erronée que le public se fait de la médecine est la cause principale de son injuste attitude envers les médecins. On devrait se rendre compte des forces et des ressources qui sont à la portée de la science médicale et ne pas accuser le médecin d'une faute dont, seule, l'imperfection de cette science est coupable. Alors, les exigences que l'on formule vis-à-vis des médecins retomberaient à un niveau raisonnable. » (*Traduct. franç.* de S. M. Persky, Paris, 1902, p. 203).

Nous n'en serons pas là de longtemps encore ; on pense à l'opposé ; et, malgré que les proverbes eux-mêmes accordent que *un médecin en laisse plus à tuer qu'il n'en tue*, on ne cessera pas de sitôt de répéter les lieux communs méchants qui précèdent.

Une troisième raison en est la force des habitudes de langage, le goût que l'on a à médire, l'irrésistible plaisir que l'on éprouve à faire un mot, fut-il injuste et cruel. Il en est d'innombrables. En voici deux.

Chamfort nous a confé que Frédéric II permettait certaine familiarité à ses généraux. Quintus Icilius, entre autres, en profitait. Avant la bataille de Rossbach, le roi de Prusse dit au général que, s'il était battu, il se retirerait à Venise pour y exercer la profession de médecin, et Quintus de répondre : « Toujours assassin ! »

Le second est de Dumas. Celui-ci apportait à Mlle Mars sa tragédie *Henri III*, coquettement reliée en satin. Un vieux médecin, qui se trouvait là, lui demanda sans malice : Vous faites donc des tragédies, jeune homme ? — Oui, Monsieur, répartit Dumas, tout comme vous ; seulement c'est en sapin que vous faites relier les vôtres. »

Du mal que nous vaut cet esprit facile les proverbes eux-mêmes fournissent plusieurs exemples. Vous vous souvenez du « Dieu te garde d'un *recipe* ». Or, ce n'est là que l'aggravation pour l'agrément de sa malice de véritables litanies, bien plus anciennes, énumérant la foule des choses dont Dieu est prié de nous garder. L'une d'elles, rapportée par Gabr. Meurier, au XVIe siècle, dans son *Trésor des sentences*, disait plus sagement :

De médecin, qui ne sçait pas bien l'art,
. . . .
. . . .
Nous garde Dieu et de voisin paillard.

Les Gascons respectèrent l'idée et le texte :
De medecy naouet qui nou sap pla soun art
Diou nous boulhe goarda è de besin paliard.

Laissons le voisin. Pour le médecin ignorant, la chose allait de soi. La satire populaire généralisa injustement.

De même les Anciens disaient à bon droit : *Medicus loquax, ægrotans alter morbus est.* On a d'abord supprimé *loquax* pour dire avec moins de raison mais plus de malice : *Medicus alter morbus* ; et, en fin de compte, par pure surenchère : *Le médecin est plus à craindre que la maladie.*

Enfin, il faut bien reconnaître que, pour une part, les médecins eux-mêmes ont tressé les verges qui les devaient fouetter. Le *dénigrement intermédical*, selon l'heureuse expression de M. G. Duchesne, a fourni ample matière aux calomnies du dehors. De ce dénigrement, l'historiette que M. G. Duchesne a contée nous donne un amusant exemple :

« Dans une commune rurale vivaient et exerçaient deux médecins, le père et le fils. Le père, parvenu à la fin de sa carrière, ne s'était réservé qu'une partie de sa clientèle abandonnant le reste à son fils. Celui-ci avait volontiers la langue trop longue. Certain jour, il est appelé auprès d'un malade en cours de traitement. Sans se renseigner préalablement, d'un ton brusque : « Quel est l'imbécile qui vous a dit de faire çà ? — Pardi M'sieu, v's êtes ben honnête ! L'imbécile, c'est M'sieu vot' père ! »

(Le dénigrement intermédical, *Concours médical*, no 1, 2 janvier 1927.)

Encore ceci n'était pas très méchant ; mais il y a eu, bien des fois, infiniment pire. *Non est invidia supra medicorum invidiam*, disait-on jadis ; le proverbe français a traduit : *Il n'est pire haine que celle des médecins.*

Tout de même, je ne suis pas bien assuré qu'on ait jamais exactement compris cette fameuse *invidia medicorum* dont tout le monde parle et qu'on accepte comme axiome. Les Anglais ont gardé du passé ce dicton : « *Two of a trade never agree* » (Gens de même métier ne sauraient s'aimer), plus général et, partant, plus vrai que le nôtre. Notre particularisme nous l'a fait rétrécir aux médecins, d'autres fois aux moines : *Il n'est envye que de moines.* Mais voyez la juste remarque de Gaspard Bachot dans ses *Erreurs populaires touchant la médecine* (Lyon, 1526, liv. I, chap. 3, p. 165) :

« On avait anciennement mis avec celle-là (*l'invidia medicorum*) les envies du pauvre (*du mendiant*) πτωχὸς πτωχῷ φθονεῖ et celle du potier, ou de gens d'un mesme mestier ; mais au iour d'huy ont a surhaulsé par-dessus les autres l'enuie du médecin ».

Or, je crois bien que cela est venu non pas d'une particulière tendance des médecins à médire les uns des autres ; mais de l'esprit de corps qui, de tous temps, unit les médecins pour la défense de leurs privilèges et en vint à dresser les uns contre les autres bien plus les Collèges différents et les Facultés rivales que les hommes. On

sait, par exemple, que, dès 1352, la Faculté de Médecine de Paris avait obtenu du roi une ordonnance interdisant l'exercice de la profession dans cette ville à quiconque n'était pas licencié de *sa* faculté. On sait surtout les procès et les luttes de Guy Patin contre les chirurgiens, les barbiers, les apothicaires, contre tout le monde.

De cela, d'ailleurs, les proverbes nous ont conservé un écho. On a dit à Montpellier, au XII[e] siècle :

S'ils (les médecins) *reviennent de Montpellier,*
Lor scavoir est moult chier ;
Et cil qui vient de Salerne,
Lor rend vessie pour lanterne. »

On disait au XVII[e] siècle ; et, vraisemblablement les étrangers nous rendaient la pareille :

Le médecin de Salamanque
Guérit l'un et l'autre manque.
Le médecin de Valence,
Longue robe, courte science.

L'étranger n'était pas, du reste, seul mis en cause et *prendre ses grades à la fleur d'orange* fut en même temps un jeu de mots et une satire de la facilité des examens à l'université d'Orange et d'Avignon.

Entre individus, l'animosité était moindre, et, tout de même qu'aujourd'hui, fut autrefois plus une exception que la règle. Cette remarque est si juste que le peuple ne fut pas sans la faire et que, pour exprimer l'accord de gens divisés d'opinion mais qui s'épargnent, vint dans la langue l'expression *passe-moi la rhubarbe, je te passerai le séné* (1). Ceci eût dû suffire à mettre au point les choses ; il n'en fut pas ainsi et le vieux dicton de l'*invidia medicorum* est resté. N'importe, d'ailleurs, du point de vue particulier où nous sommes placés. Querelles d'écoles et de groupes ou médisances d'individus, ceci autant que cela encouragea la satire parémiologique.

A bien regarder, on s'aperçoit cependant que, à l'égard des médecins, l'aigreur de cette satire est plus apparente que réelle. Toute sa méchanceté est dans ses formules. Pour le fonds, il est seulement de malice. La lettre des proverbes nous blesse, mais leur esprit se joue de leurs exagérations même.

Pour ceux que nous venons de voir, si les commentaires qui précèdent ne suffisaient à montrer la part petite, sinon nulle par endroits, que la vérité a eue dans leur naissance et dans leur pérennité et celle très grande, au contraire, qu'y ont prise la seule jalousie, la pure calomnie, beaucoup plus souvent même, je crois, une fantaisie qui s'amuse à faire la méchante, il n'y aurait qu'à tourner les feuillets des recueils de sentences pour se convaincre. Sans grande peine, on y peut faire ample cueillette de préceptes louangeurs ; et, mettant alors sur les plateaux de la balance le bien et le mal que les proverbes ont dit du médecin, on voit que lourdement le bien l'emporte.

Ainsi, la véritable pensée de la *Sagesse des Nations* se découvre ; et, tout à l'opposé du blâme, dans un proverbe italien elle se résume : *Sono stelle in terra li medici dotti.* (Les savants médecins sont les étoiles de la terre).

Albert GARRIGUES.

(1) Je ne sais sur quoi M. P. M. Quitard dans son *Dictionnaire des Proverbes* (Paris, 1842, p. 629) s'est appuyé pour prétendre que « *cette phrase proverbiale n'est pas fort ancienne, puisque le sené ne fut connu en France que depuis* 1623 ». Sans remonter à Serapion qui, au VIII[e] siècle aurait décrit et employé le séné, ce que je n'ai pu vérifier, la drogue, sous le nom de *Ssenen* ou *Ssinen*, figure, vers la fin du XII[e] siècle, sur la liste des marchandises sur lesquelles à Saint-Jean-d'Acre était prélevé un tribut (*Rec. des histoires des Croisades*, Lois, 1843, II, 117) ; et Fontanon dans ses *Edicts et Ordonnances des Roys de France* (1585, II, 349) nous apprend que, en 1342, le séné valait en France, comme le gingembre et le poivre, quinze sols la livre.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontivy.

Le D[r] *J. Lohéac, président du Syndicat médical de l'arrondissement de Pontivy à MM. les Présidents de la Fédération départementale et des Syndicats médicaux de Vannes, Lorient, Ploërmel et à tous les médecins du Morbihan.*

Au cours de son assemblée générale du 28 novembre 1926, le Syndicat médical de l'arrondissement de Pontivy a décidé que l'heure était venue de dénoncer, une fois pour toutes, le paradoxe indiscuté jusqu'ici de l'acceptation par le corps médical d'une réduction spéciale sur le tarif syndical minimum pour les services d'assistance et d'hygiène publiques.

Avant l'avènement des lois de médecine sociale, les médecins se trouvaient, quand ils étaient appelés à soigner des malades indigents, en face d'individualités, insolvables sans doute, mais dignes de pitié, auxquelles l'humanité et le sentiment du devoir professionnel, leur faisaient une obligation de prodiguer tous les soins nécessaires, sans prétendre à aucune rémunération pécuniaire ; aucun tiers n'était alors interposé entre le médecin et son malade. En retour de leur dévouement et de leur désintéressement, les médecins étaient alors l'objet de la reconnaissance de

ces déshérités, de la respectueuse considération de leurs concitoyens.

Aujourd'hui, la situation est totalement différente. L'Etat français, par la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale, a pris, officiellement et solennellement, en charge « les malades privés de ressources » auxquels il déclare assurer les secours de la médecine, de la pharmacie et de l'art des accouchements. Les frais, mis en œuvre pour l'application de la loi, sont supportés, suivant un barème prévu par l'instruction ministérielle du 18 mai 1894, par l'Etat, le département, les communes, qui pour les couvrir, établissent des impôts, ou inscrivent à leur budget respectif les centimes additionnels nécessaires.

Comme tous les autres contribuables, les médecins payent leur quote-part de ces impôts et dans la même proportion que leurs concitoyens. C'est l'équité fiscale, nul ne songe à s'en plaindre.

D'autre part, l'administration, se prévalant des traditions charitables et désintéressées qui, antérieurement à la loi, étaient l'honneur du corps médical, eut l'habileté plus ou moins consciente d'imposer à celui-ci, au moment de l'application de ladite loi, un tarif exceptionnellement réduit pour les soins à donner aux malades pauvres désormais assistés ; les médecins, alors sans défense, sans organisation professionnelle, mal conscients aussi de la situation nouvelle créée par la loi, et toujours imbus de sentiments altruistes, ne surent qu'accepter, sans discussion, les décisions de l'administration départementale.

Il y a de cela près de trente ans ; depuis lors, les syndicats médicaux ont bataillé, non sans succès, pour le relèvement du tarif de famine imposé à l'origine, mais jamais, jusqu'à ce jour, dans le Morbihan, tout au moins, ils n'ont encore dénoncé l'erreur paradoxale qui leur a fait accepter un tarif spécial réduit pour le service de l'A.M.G. ; jamais ils n'ont encore posé, délibérément et définitivement, le principe qui doit être la charte de la collaboration du corps médical à toutes les lois de médecine sociale, à savoir que, seul, le tarif syndical minimum est applicable à tous les services publics d'assistance et d'hygiène.

Comme nous le disions plus haut, par la loi de 1893, les malades privés de ressources sont pris en charge par l'Etat, désormais responsable des soins dont ils ont besoin ; or l'Etat français, malgré que la situation financière, au dire des économistes, ne soit pas des mieux équilibrées, ne peut, fût-ce par ses pires détracteurs, être considéré comme insolvable, ni privé de ressources. Le budget se chiffre chaque que année par un nombre toujours plus respectable de milliards et nos contributions, vous le savez, s'enflent en proportion.

Accepter pour les malades indigents, mais qui, en fait et en droit sont couverts par l'Etat, une réduction quelconque sur notre tarif minimum, c'est donc faire, non pas à ces indigents, à ces déshérités de la vie, mais à l'Etat, c'est-à-dire à la masse anonyme des contribuables, l'aumône de notre savoir chèrement acquis, de notre temps, de nos fatigues, de notre santé parfois !... Et en retour du sacrifice de nos intérêts les plus légitimes, en retour de ce don de nous-mêmes, nous n'avons à escompter ni la reconnaissance de l'indigent que nous avons soigné à tarif très réduit, car celui-ci se figure naïvement que le « billet de la Mairie » rémunère nos soins au tarif normal et que, par ailleurs nous sommes « obligés » de l'accepter ; ni la gratitude de l'Etat, du département ou des communes qui, volontiers, pensent et laissent penser aux contribuables que les médecins sont les « profiteurs » de l'assistance médicale, toujours insatiables, toujours mécontents !...

Et cependant, le seul argument qui puisse être mis en avant, avec quelque apparence de raison, par l'administration pour justifier la nécessité d'un tarif spécial pour l'A.M.G., serait que l'application du tarif syndical minimum aggraverait les charges financières des collectivités intéressées au point de rompre l'équilibre de leur budget, avouant ainsi implicitement que le désintéressement et l'abnégation du corps médical sont les facteurs nécessaires de cet équilibre. Or, le corps médical, payant comme toutes les autres classes de citoyens, sa quote-part des charges financières des lois sociales, n'a pas à supporter un supplément de charges, par le sacrifice à la masse anonyme des contribuables, du salaire légitime de son travail ; et d'autre part, prétendre équilibrer un budget au détriment d'une classe seule de contribuables n'est pas d'une saine justice et ne peut se justifier.

Il est évident, et les médecins sont les premiers à le constater et à s'en plaindre, que les dépenses d'A.M.G., s'accroissent démesurément chaque année et deviennent écrasantes pour les budgets départementaux et communaux ; il est non moins évident que la faute en est aux abus auxquels donne lieu l'application de la loi, devenue une manne électorale largement distribuée, et acceptée sans vergogne. Si l'assistance médicale était réservée, comme le veut la loi, aux seuls indigents, avec un budget moins démesuré, ceux-ci pourraient enfin recevoir tous les soins auxquels ils ont droit, le département et les communes verraient leurs charges diminuées, les contribuables, leurs impôts allégés.

Nous concluons, avec l'assemblée générale du syndicat médical de Pontivy :

I. Ni en fait, ni en droit, n'est justifié le principe d'une réduction d'honoraires sur le tarif syndical minimum pour les services d'assistance publique, et à dater du 1er janvier 1927, seront dénoncés par les syndicats médicaux du Morbihan, tous les contrats antérieurement passés dans le département ou les communes, sur la base d'une réduction quelconque du tarif syndical.

II. Au cours du premier semestre de l'année 1927, les syndicats médicaux du Morbihan exigeront de toutes les collectivités intéressées et pour tous les services publics d'assistance et d'hygiène, le tarif

syndical minimum. A titre transitoire, étant donné que les syndicats médicaux du Morbihan n'ont pas actuellement le même tarif minimum, il sera établi par les soins des bureaux des syndicats d'arrondissement un tarif minimum d'entente, valable pour l'année en cours.

III. Les médecins du Morbihan, conscients de la légitimité et de l'équité de leur revendication, s'engagent, dans l'intérêt général, à suivre, par discipline syndicale, au cours de la campagne qui sera menée par le bureau de leur syndicat respectif, d'accord avec les syndicats voisins, les directives, quelles qu'elles soient, qui leur seront données par leurs délégués pour en assurer le succès rapide et complet.

Nous prions les Présidents des syndicats de Vannes, Lorient et Ploërmel de bien vouloir soumettre nos propositions à l'assentiment de l'assemblée générale de leur groupement, et de nous faire savoir si elles sont agréées par elle. Le Conseil général devant se réunir en avril, il est urgent que nous nous mettions d'accord pour engager notre campagne en temps utile et obtenir satisfaction, au cours de ce semestre.

Ci-joint, à titre documentaire, les décisions du syndicat de Pontivy, au sujet des modifications à apporter au règlement départemental actuel de l'A.M.G. du Morbihan.

Pour le bureau de Syndicat de Pontivy
Le Président,
Dr LOHÉAC.

Décisions et propositions de l'Assemblée générale du 28 novembre 1926 au sujet de l'assistance médicale.

1. L'assistance médicale gratuite doit être exclusivement réservée aux malades privés de ressources, mais ceux-ci doivent recevoir tous les soins, quels qu'ils soient, que réclame leur état.

2. Le tarif de l'assistance médicale sera le tarif syndical minimum (tarif ouvrier) en cours, et sera comme celui-ci revisible chaque année.

3. A titre provisoire, et pour l'année 1927, en l'absence d'un tarif syndical uniforme dans les divers arrondissements, le syndicat de Pontivy propose le tarif accidents de travail, avec les quelques modifications ci-dessous.

Consultation	10 francs.
Visite de jour	12 —
— de nuit	20 —
Indemnité horo- kilom., le jour.	4 fr. par kilom. parc.
— la nuit	6 fr.
Les interventions de pratique courante et de chirurgie Radiologie, examens de laboratoire, soins des spécialistes	tarif Durafour

Les grandes interventions, les examens radiologiques et soins des spécialistes devront faire l'objet d'un préavis à la préfecture.

Tarif gynécologique et obstétrique :

Accouchements	150 francs.
Embryotomie	300 —
Curage digital pour perte et délivrance artificielle	100 —
Tamponnement utéro-vaginal	80 —
Périnéorraphie après accouchement	100 —
Cautérisation du col ; pansement intra-utérin ; application de pessaire	25 —

4. Toutes les interventions et accouchements, de nuit, seront majorés de 25 %.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Rapport-statistique médico-social.

Exercice 1925.

Par le Dr Henri ROURE,

Médecin du dispensaire.

Dans deux mémoires antérieurs :

« Le dispensaire antituberculeux de Béziers. Fonctionnement, résultats », *in* thèse du Dr KLINGHOFFER, Montpellier, 1925; et « Le dispensaire antituberculeux de Béziers. Enquête sociale », in *Le Concours médical,* numéros du 25 juillet, 8 août, 2 août et 19 septembre 1926, nous avons fait connaître le fonctionnement et les résultats médico sociaux du dispensaire départemental d'hygiène sociale de Béziers depuis sa création, (mars 1921), jusqu'au 1er janvier 1925, c'est-à-dire pendant les quatre premiers exercices.

Nous voulons aujourd'hui montrer ce qui a été fait en 1925, tant au point de vue médical que social.

Nous ne reviendrons pas sur le fonctionnement du dispensaire, déjà donné et d'ailleurs connu de tous, ni sur la description de la région biterroise, sa climatologie, etc...

Nous devons signaler, toutefois que depuis le 1er janvier 1925 le périmètre du secteur du dispensaire a été réduit à l'Est. Les cantons de Montagnac et Pézenas en ont été distraits pour être rattachés au dispensaire départemental ouvert, en novembre 1924, dans cette dernière ville.

En 1925, le dispensaire de Béziers n'a donc rayonné que sur 8 cantons : Béziers (deux cantons), Agde, Capestang, Florensac, Murviel, Servian et Saint-Chinian, comprenant ensemble 64 communes et une population de 160.000 âmes, en chiffres ronds, dont 64.000 pour la ville de Béziers (recensement de 1926).

Nous suivrons ici l'ordre adopté précédemment, et, pour permettre d'apprécier, par comparaison, les résultats de l'exercice actuel, nous mettrons en regard ceux obtenus antérieurement.

***

I. *Nombre total de consultants.* — En 1925, le nombre total de consultants (anciens et nouveaux inscrits), a été de 1753 (1457 en 1924).

II. *Nouveaux inscrits* (ou nouveaux consultants). — Leur nombre a été de 1129 (1003 en 1924), dont 394 hommes, 455 femmes et 280 enfants.

III. *Familles surveillées.* — Leur nombre a passé de 600, le 1er janvier 1925, à 676 le 31 décembre de la même année.

IV. *Analyses de crachats.* — Il a été fait 694 analyses de crachats (593 en 1924). 189 ont donné un résultat « positif », c'est-à-dire ont révélé la présence de bacilles de Koch. Il s'agit, bien entendu, de 189 crachats provenant de malades nouveaux, inconnus jusqu'alors du dispensaire.

Parmi les malades ayant fourni ces 189 expectorations bacillifères, 170 sont « inscrits » au dispensaire. Les autres, dont les crachats ont été analysés sur la demande de leur médecin traitant, n'ont pu s'y rendre pour diverses raisons (alités, trop éloignés, etc...)

En 1924, le nombre de crachats nouveaux, trouvés « positifs », avait été de 147, dont 131 provenant de malades « nouveaux inscrits » au dispensaire.

V. *Examens radioscopiques.* — Les radioscopies pulmonaires pratiquées en 1925 ont atteint le chiffre de 1527 (1292 en 1924).

Rappelons que tous les « nouveaux consultants » sont systématiquement « vus à l'écran » à leur première visite. Les « anciens » ne sont revus que sur la demande de leur médecin ou s'il survient dans leur état une modification quelconque (amélioration, aggravation, complication).

VI. *Placements effectués* (adultes et enfants). — 80 adultes (hommes ou femmes) ont été placés dans les hôpitaux ou divers sanatoriums, et 29 enfants ont été envoyés dans des préventoriums.

En 1924, le nombre des premiers avait été de 54, et 54 également celui des seconds, D'où, en 1925, diminution sensible, près de moitié, dans les placements d'enfants. Ce ne sont pas les sujets qui ont manqué, évidemment, mais les ressources. Celles-ci ont été d'autant plus difficiles à trouver que les établissements, par suite de l'augmentation de prix de toutes les denrées, ont élevé notablement leur prix de journée.

***

En récapitulant, avec, en regard, les chiffres correspondants de 1924, nous avons le tableau comparatif suivant :

Années	1924	1925
Consultants (anciens et nouveaux)	1.457	1.753
Consultants nouveaux (nouveaux inscrits)	1.003	1.129
Familles surveillées	600	676
Analyses de crachats (positifs et négatifs)	593	694
Crachats positifs nouveaux (malades inscrits ou non)	198	191
Crachats positifs nouveaux (malades inscrits)	131	170
Examens radioscopiques	1.292	1.527
Placements d'adultes	54	80
Placements d'enfants	54	29

***

Entrons maintenant dans quelques détails.

Le nombre de consultants, *adultes*, diagnostiqués *tuberculeux*, « positifs » ou « négatifs », pulmonaires ou autres, a été de 295, soit 173 hommes et 122 femmes.

Il faut y ajouter un enfant, trouvé « positif ».

La proportion est de 34,7 % par rapport au nombre de consultants (adultes) ; ce qui fait 1 tuberculeux sur 3 consultants adultes (849).

Elle est de 41,3 % pour les hommes ;

Et de 26,8 % pour les femmes.

Pendant les quatre années précédentes réunies

(1921-22-23 et 24), cette proportion avait été de 36,6 % pour les hommes, 28,8 % pour les femmes, et 32,5 % pour les adultes (hommes et femmes), soit 1 tuberculeux sur 3,5 consultants.

Parmi ces tuberculeux, adultes toujours, le nombre de ceux dans les crachats desquels a été trouvé le bacille de Koch, tuberculeux « positifs », est de 170, dont 106 hommes et 63 femmes. Un seul enfant ayant été trouvé « positif » complète ce total de 170 « positifs ».

La proportion des « positifs » adultes, par rapport au nombre total de tuberculeux adultes diagnostiqués, qui est de 295, est de 57,2 %, soit 2 « positifs » sur 3,5 tuberculeux diagnostiqués.

Par rapport au nombre total de consultants adultes (849), ce pourcentage est de 20 % ce qui donne une proportion de 1 « positif « sur 5 consultants.

Chez les hommes, la proportion, par rapport aux consultants hommes, est plus élevée que chez les femmes ; elle est de 26,9 % contre 13,8 % chez celles-ci.

L'ensemble des années 1921-22-23 et 24 avait donné les résultats suivants :

Proportion des « positifs » par rapport au total des tuberculeux diagnostiqués : 58,3 pour cent, soit 2 « positifs » sur 3 tuberculeux diagnostiqués.

Proportion des « positifs » par rapport au total des consultants adultes : 19,3 %, soit 1 « positif » sur 5 consultants.

Chez les hommes, la proportion était de 22,6 % contre 15 % chez les femmes.

***

Quelle est, parmi ces « positifs » la fréquence de la *localisation pulmonaire* : droite, gauche et bilatérale ?

Localisation droite, ou prédominant à droite : 77 cas, dont 48 hommes et 29 femmes.

Pourcentage des localisations droites, par rapport aux autres localisations : 45,5 % ;

Pourcentage des localisations droites chez les hommes : 45 % ;

Pourcentage des localisations droites chez les femmes : 46 %.

Localisation gauche, ou prédominant à gauche : 68 cas, dont 39 hommes et 29 femmes.

Pourcentage des localisations gauches, par rapport aux autres localisations : 40,2 %.

Pourcentage des localisations gauches chez les hommes : 36 % ;

Pourcentage des localisations gauches chez les femmes : 46 %.

Localisation bilatérale, sans qu'il soit possible de dire, au moment où le malade a été vu au dispensaire pour la première fois, si la lésion a débuté à droite ou à gauche : 25 cas, dont 18 hommes, 6 femmes et 1 enfant.

Pourcentage des localisations bilatérales, par rapport aux autres localisations : 14,7 %.

Pourcentage des localisations bilatérales chez les hommes : 17,5 % ;

Pourcentage des localisations bilatérales chez les femmes : 10 %.

Il ressort de cet exposé que :

1° Les lésions pulmonaires localisées ou prédominant à droite ont été les plus nombreuses et aussi fréquentes chez les hommes que chez les femmes, toutes proportions gardées ;

2° Chez les hommes, considérés isolément, le côté droit a été trouvé atteint plus souvent que le côté gauche ;

3° Chez les femmes il y a eu égalité numérique des localisations droites et gauches ;

4° Parmi les « bilatéraux », on a trouvé un nombre relativement élevé d'hommes, 18, comparé au nombre de femmes, 6, soit une proportion de 17,5 % pour les premiers et 10 % seulement pour les secondes.

5° Le seul enfant trouvé « positif » présentait des lésions bilatérales.

Ces conclusions concordent absolument avec celles déduites de nos recherches antérieures et ne font que les confirmer.

***

Les tuberculeux pulmonaires dits « *négatifs* » (absence de bacilles de Koch dans les crachats), comprennent les malades atteints de pleurites, cortico-pleurites et adénopathies diverses : celles-ci très rares chez l'adulte.

Enfin sous la rubrique : « *autres tuberculoses* », sont rangés les sujets porteurs d'ostéites, arthrites, orchites, péritonites, etc... Ils sont fort peu nombreux et signalés ici à titre documentaire : on en compte une vingtaine en tout.

Les premiers, *tuberculeux pulmonaires* « *négatifs* », atteignent le chiffre de 106.

Le pourcentage de ces « négatifs », par rapport au total des consultants adultes, est de 12,7 % ; il est de 36,9 par rapport à celui des tuberculeux « toutes formes », soit 1 négatif sur 8 consultants et 3 négatifs sur 8 tuberculeux diagnostiqués « toutes formes ».

Nous avons vu que celui des « positifs » était respectivement de 12 % et 57 % ; ce qui signifie que sur 100 consultants adultes nous avons 12 « positifs » et environ 13 « négatifs » « toutes formes » ; et, sur 100 tuberculeux « toutes formes », nous avons, en chiffres ronds, 57 « positifs », 37 « négatifs » pulmonaires et 6 tuberculeux « autres formes » ;

Ou encore : 1 « positif » et, approximativement aussi, 1 « négatif » sur 8 consultants adultes ; et 4 « positifs » sur 7 tuberculeux « toutes formes ».

Les résultats précédents avaient été les suivants :

Pourcentage des « négatifs » par rapport au total des consultants adultes : 11,6 % ;

Pourcentage des « négatifs » par rapport à celui des tuberculeux toutes formes : 35 %.

Sur 100 consultants adultes, nous avions trouvé 19 « positifs » et 12 « négatifs » toutes formes ; et sur 100 tuberculeux « toutes formes » nous avions trouvé : 59 « positifs », 35 « négatifs » pulmonaires et 6 tuberculeux « autres formes ».

Ici encore les résultats sont sensiblement concordants. La proportion des consultants diagnostiqués par nous « tuberculeux négatifs » demeure excessivement faible. Toujours pour les mêmes raisons médico-sociales, nous n'avons pas cru devoir étiqueter « tuberculeux » des sujets accusant quelques vagues troubles fonctionnels ou autres de l'appareil respiratoire mais ne présentant, après un examen approfondi (clinique, bactérioscopique et radioscopique), aucun symptôme pouvant être imputé indubitablement à une lésion tuberculeuse. Nous n'avons retenu que ceux chez lesquels les signes constatés (cliniques ou radioscopiques) ne pouvaient être attribués à une affection *autre* que la tuberculose.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Nécrologie. — M. le Dr Berruzier, de Raucourt (Ardennes). — M. le Dr Gustave Weil, de Paris.

Institut du cancer. — *Cours de perfectionnement* (Voir le Reportage du N° 17).

Programme du cours. — I. *Introduction* : 1° Etude historique et définition du cancer. Les hypothèses récentes sur son origine : prof. Roussy ; 2° Les causes du cancer, les facteurs de prédispositions locales et générales. Etude démographique : prof. Roussy. — II. *Etude morphologique* : 3° Caractères morphologiques du tissu cancéreux : la cellule, le nodule cancéreux : prof. Roussy ; 4° Classification générale des tumeurs. Les différentes variétés de cancers ; les épithéliomas des revêtements malpighiens : Dr Leroux, chef des travaux ; 5° Les épithéliomas des revêtements cylindriques et des parenchymes : Dr Leroux ; 6° Les cancers conjonctifs, les sarcomes : Dr Leroux ; 7° Les cancers embryonnaires. Les tumeurs mélaniques : Dr Leroux. — III. *Etude biologique* : 8° La physiopathologie du tissu cancéreux. Les métastases. Les récidives : prof. Roussy ; 9° La chimie biologique du tissu cancéreux. Les éléments chimiques constituants du tissu cancéreux : prof. agrégé Blanchetière ; 10° Le métabolisme du tissu cancéreux et de l'hôte du cancer : prof. agrégé Blanchetière ; 11° Constitution minérale du tissu cancéreux. Propriétés physiques (réceptivité électrique). Points isoélectriques. P. H. : M. Pierre Girard (de l'Institut de chimie physique) ; 12° Action des rayons pénétrants. Bases physico-chimiques d'une chimiothérapie : M. Pierre Girard ; 13° La culture des tissus et le cancer. Méthodes actuelles, techniques générales et spéciales : M. Faure-Fremiet, Collège de France ; 14° Les résultats de la culture cellulaire *in vitro*. La culture *in vitro*, moyen d'analyse des processus cancéreux : M. Faure-Frémiet. — IV. *Etude expérimentale* : 15° Le cancer chez les animaux : professeur Gabriel Petit (d'Alfort). ; 16° le cancer expérimental : prof. Roussy ; 17° Le cancer des végétaux : Dr Magrou (de l'Institut Pasteur). — V. *Etude clinique, thérapeutique et sociale.* 18° Etude clinique générale des cancers ; leur évolution ; les méthodes de diagnostic : prof. Roussy ; 19° Les formes anatomo-cliniques des cancers du sein : prof. Pierre Delbet ; 20° Le traitement des cancers du sein : prof. Gosset ; 21° Les cancers de l'utérus et leur traitement : Dr Simone Laborde ; 22° Les cancers de la peau et leur traitemnt : Dr J. Belot ; 23° Le diagnostic des cancerse du rectum : Dr Bensaude ; 24° Traitement des cancers du rectum : prof. Hartmann ; 25° Les cancers de la bouche et leur traitement : prof. agrégé Proust ; 26° Les cancers du larynx et leur traitement : prof. agrégé F. Lemaitre ; 27° Le traitement chirurgical des tumeurs cérébrales : Dr de Martel ; 28° La lutte sociale contre le cancer : prof. Roussy.

Les séances de démonstrations pratiques seront faites par MM. Grandclaude, Héraux, Huguenin, préparateurs et Ed. Peyre, chef de laboratoire.

Pour les conférences hors série, le concours de MM. les professeurs Bérard (de Lyon), Dustin (de Bruxelles), Firket (de Liège), Forgue (de Montpellier), est assuré jusqu'ici.

Les médecins français ou étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité peuvent s'inscrire dès maintenant, au secrétariat de la Faculté de médecine, les lundis, mercredis ou vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4).

Les inscriptions conditionnelles sont reçues par correspondance.

Le droit à verser est de 250 francs pour le cours complet.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Fiscalité.

1362. — Loyers servant de base à la patente.

Dois-je payer patente sur la somme de 5.800 de loyer ou sur la somme de 5.300 ?

Mon bail est ainsi fait :

Loyer : 5.000 francs pour l'appartement ; 300 fr. pour la mansarde ; 500 fr. pour part de contribution aux charges.

Dr M.

Réponse.

Le loyer à retenir comme base de la contribution des patentes doit être de 5.800 francs, si, comme nous le supposons, la somme de 500 francs représente la part de contribution foncière et les frais d'entretien de l'immeuble, car il s'agirait en l'espèce d'un supplément de loyer.

Au contraire, si les 500 francs représentent le prix des prestations en nature fournies par le propriétaire (eau, gaz, électricité, etc., consommés par le locataire, et non pour l'éclairage et l'entretien des entrées, escaliers, communs, etc.), ainsi que la part des taxes communales que le propriétaire peut également, et en dehors de toute clause formelle du bail, récupérer sur le locataire, les dits 500 fr. ne doivent pas être compris dans les bases d'imposition.

A. M.

1380. — Patente d'un médecin d'eaux.

J'exerce la médecine à V. pendant la saison d'été (mai à octobre).

D'octobre à mai, j'habitais à X., chez mes beaux-parents. Ma famille ayant augmenté, je viens de prendre un appartement à mon compte personnel, de 3.500 francs l'an, plus 15 % de charges. Je n'exercerai pas la médecine dans cet appartement, et n'ai nullement l'intention d'y faire aucun acte médical. C'est uniquement à V. que j'exerce, à X. je suis un vulgaire rentier sans profession. C'est à V. que je paye ma patente. Un avis me met la puce à l'oreille, en me disant que j'aurai à payer aussi une patente pour cet appartement de X. où je n'exercerai pas du tout? Est-ce vrai? Et si j'avais aussi une campagne d'agrément, me faudrait-il alors payer une troisième patente ? Cela me semble un peu carabiné. Veuillez me dire ce qu'il en est.

Si je dois payer cette seconde patente, pour l'éviter, puis-je déclarer que je suis sans profession (pour mon appartement de X.).

Et si je déclarais l'appartement de X. sous le nom de ma femme ? ? Le puis-je ?

Dr Y.

Réponse.

En vertu des dispositions de l'article 4 de la loi du 19 avril 1905, vous n'êtes imposable à la patente qu'en raison des locaux occupés par

vous à V. (locaux d'habitation et locaux professionnels). Si vous n'exercez pas votre profession à X., vous êtes totalement exempt de patente dans cette ville.

En tout état de cause, vous ne devez pas la patente pour votre maison de campagne, qui constitue une habitation secondaire, si vous n'exercez pas non plus dans la localité où elle est située.

Si les conditions visées ci-dessus n'étaient pas remplies, vous seriez imposable, quand même les locations seraient faites au nom de votre femme, quel que soit d'ailleurs votre régime matrimonial.

A. M.

1510. — Revision des impositions des années antérieures.

Je vous adresse en communication la pièce que je viens de recevoir par lettre recommandée de l'Inspection des contributions directs. Ce fonctionnaire m'a demandé des détails sur mes bénéfices de 1926. Je les lui ai fournis incomplètement, n'ayant pas conservé les pièces de justification de cette année-là d'une façon complète. Mais pour lui donner une idée j'avais envoyé toutes les pièces de dépenses de 1921 que j'avais gardées *saigneusement*. En réponse je reçois diverses augmentations. Il m'est difficile de les discuter n'ayant conservé à ce moment presqu'aucune pièce de justification remontant aussi haut. Toutefois je croyais que la loi ne permettait un retour en arrière que pendant cinq années. Comme la notification est *du 7 avril* 1921, il me semble qu'on ne peut empiéter et que cela ne peut concerner au maximum que 1922. Je vous serai reconnaissant de me documenter sur ce point.

Dr X.

Réponse.

Les bases des impositions au titre de l'année 1922 peuvent être révisées pendant les 5 années qui suivent, soit jusqu'en fin 1927 ; l'inspecteur peut donc réviser les revenus de 1921 imposés au titre de 1922.

A. M.

1079. — Déduction des versements pour la constitution d'une retraite.

J'ai encore recours à vos bons offices pour un renseignement fiscal, motivé par l'article 9360 (réponse à un parlementaire) du *Concours* du 6 mars 1927, concernant la déduction de versements à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse (page 670).

Depuis 3 ans, je verse environ 3.800 fr. à une compagnie d'assurances comme prime d'assurance vie *mixte* 25 ans. Cette année, ayant vu dans un journal financier qu'on pouvait déduire ces sommes de son revenu, je suis allé trouver le contrôleur pour en avoir la certitude. Il m'a répondu qu'il n'acceptait pas cette déduction (ce qu'entre nous j'ai trouvé

légitime). Je n'ai pas insisté et je n'ai pas fait cette déduction sur ma déclaration, comme les années précédentes d'ailleurs.

Or, lisant l'article en question page 610 du *Concours*, le Ministre donne raison à ceux qui font cette déduction, car je suppose qu'on peut assimiler une assurance vie mixte 25 ans à la caisse de retraites.

Alors comment faire pour obtenir justice ? N'ayant jamais eu de difficulté avec le contrôleur, je n'ai pas envie de commencer une lutte où j'aurais toujours le dessous une fois ou l'autre et je préfère la paix si possible. D'un autre côté, je n'ai aucun cadeau à faire à la République et ne veux payer que mon dû. Comment obliger le contrôleur à comprendre, sans se le mettre à dos ?

Dr P.

Réponse.

La réponse du Ministre des Finances reproduite page 610 du *Concours médical* du 6 mars 1927 vise uniquement les versements pour constitution d'une pension de retraite et non les primes fixes d'assurance sur la vie ; aucune disposition légale ou réglementaire n'autorise de déduire ces dernières des bénéfices professionnels ; seuls les versements pour constitution d'une pension de retraite sont déductibles.

A. M.

1337. — Taux du chiffre de base de la patente.

Je viens de recevoir ma feuille d'imposition et suis étonné du prix élevé de ma patente. J'ai un loyer de 6.000 fr. et je me demande vraiment s'il n'y a pas eu erreur. J'ai payé l'année dernière 3.700 fr. pour cette patente.

Auriez-vous l'obligeance de me dire si je suis légalement imposé ?

Je remarque que le montant du loyer servant de base a été divisé par 12 au lieu de l'être par 15.

Dr C.

Réponse.

L'application du taux du 12e pour le calcul de la patente ne peut être envisagée que lorsque le médecin exerce sa profession dans une ville de plus de 100.000 habitants ; ce n'est pas votre cas — il y aurait donc lieu de demander au contrôleur la rectification de votre imposition et, en cas de refus de sa part, de présenter une pétition au préfet (sur papier timbré à 3 fr. 60).

A. M.

1309. — Intérêts échappant à l'impôt cédulaire.

1° Les intérêts des bons du Trésor 1927 sont-ils soumis à l'impôt sur le revenu ?

2° J'ai à mon compte dans une grosse maison de

commerce une somme importante qui me rapporte intérêts.

Cette somme doit-elle être considérée comme un prêt et ses intérêts soumis à l'impôt cédulaire ?

Si oui, comment doit être payé celui-ci, les intérêts m'étant versés en chèques barrés qui tiennent lieu d'acquit, ou étant versés directement à certains de mes créanciers en paiement de sommes que je leur dois ? Dr P.

Réponse.

1° Les intérêts des bons du Trésor 1927 sont exempts de tout impôt cédulaire, mais passibles de l'impôt général sur le revenu.

2° Les intérêts de votre compte dans la maison de commerce visée dans votre lettre sont passibles de l'impôt cédulaire sur le revenu des dépôts, créances et cautionnements (taux de 12 % jusqu'au 31 décembre 1926, de 18 % postérieurement à cette date).

Quel que soit le mode de paiement (par chèque ou par virement au profit de vos créanciers) le paiement de cet impôt doit être constaté par l'apposition de timbres fiscaux sur les quittances d'intérêts que votre débiteur devrait vous réclamer. A. M.

1112. — Timbre des certificats.

En principe, les certificats médicaux pour assurances individuelles doivent être établis sur papier timbré ; dans bien des cas il s'agit de petits sinistres et ces certificats restent dans les bureaux de la compagnie sans jamais être produits dans un procès.

Ne pourrait-on pas établir ces certificats sous forme de la lettre dont je vous envoie le modèle ci-joint ? En cas de procès cette *lettre* serait *timbrée* et versée au procès, de cette façon le médecin ne se verrait pas infliger une amende pour avoir fait un certificat sur *papier libre*.

Le même *modus operandi* est-il possible pour les accidents aux tiers ?

Dr M.

Modèle

X. le..........

Monsieur X.......... Agent de la Compagnie.......... à X.

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai visité le.......... M.......... qui m'a dit être assuré à votre compagnie, atteint..........

J'évalue son incapacité de travail à.......... jours.

Agréez mes sincères salutations.

Signature.

Réponse.

Aucune disposition légale ne permet de faire timbrer les écrits rédigés sur papier libre, la formalité du timbre devant être remplie préa-

lablement à l'usage du papier, étant donné que l'Administration ne manquerait pas d'attribuer le caractère de certificat à la lettre que vous vous proposez d'employer, quels que soient d'ailleurs les termes employés par vous.

A. M.

1209. — Base de la patente.

Je suis locataire, avec bail d'avant-guerre actuellement en cours de prolongation, d'une maison pour le prix de 380 francs.

Jusqu'à ce jour, ma patente avait toujours été calculée sur cette base.

Je viens de recevoir ma nouvelle feuille d'impôts et suis stupéfait de constater que ma patente est cette fois-ci basée sur une valeur locative de 1.200 fr.

Le contrôleur peut-il ainsi modifier à son gré un bail écrit, même prorogé par les lois ? Dans l'affirmative, peut-il augmenter de plus de 200 % la valeur locative d'une maison, alors que les propriétaires ne peuvent dépasser le 125 % d'après la loi d'avril 1926 ?

Puis-je réclamer avec quelques chances de succès ? Si oui, comment et dans quelle forme me conseillez-vous de le faire ?

Dr J.

Réponse.

Nous estimons que vous devez présenter une réclamation au préfet du département dans les trois mois de la publication du rôle.

Dans cette réclamation, rédigée sur timbre à 3 fr. 60, vous exposerez les faits comme dans votre lettre et, s'il est possible, citerez les maisons de même importance que la vôtre louées par bail récent et dont le prix de location serait notablement inférieur à 1.200 fr.

Vous joindrez l'avertissement à votre réclamation.

A. M.

1144. — Patente en cas de changement de domicile.

J'exerce à X... et j'irai exercer à Z, en juillet prochain. Comme par hasard, mon loyer va passer de 1.100 à 6.500 fr. et ma patente augmentera naturellement en proportion.

J'interroge mon contrôleur des contributions directes sur le lieu où je suis patentable pour l'année de changement, c'est-à-dire l'année en cours.

Le contrôleur me répond que je devrais la patente de X... (ma résidence actuelle), pour *toute* l'année 1927 et la patente de Z. (ma future résidence) à partir du 1er du mois de mon installation à Z...

Est-il légal, à défaut d'équitable, de payer cette double patente ? Sinon, que dois-je faire pour m'opposer aux prétentions du contrôleur ?

Dr R.

Réponse.

Il est exact que la patente imposée à X. est

due pour toute l'année, mais la patente imposée à Z. ne pourra porter que sur l'augmentation de valeur locative des nouveaux locaux et pour une fraction correspondant au nombre de mois restant à courir jusqu'à la fin de l'année.

A. M.

Soins aux pensionnés de guerre

1063. — Maladie causale des pensions par rapport aux soins consécutifs.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignement suivant, n'ayant pas les documents qui permettraient de m'éclairer.

Pour les soins donnés aux bénéficiaires de l'article 64, doit-on s'en tenir *strictement* au diagnostic porté sur le carnet ou le médecin a-t-il une certaine latitude ?

En l'espèce, un réformé porte sur son carnet affection mitrale.

Le malade a déclaré au moment du début d'une crise rhumatismale que sa réforme a été consécutive à des rhumatismes. Le dossier consulté au centre de réforme atteste bien le cycle suivant :

Première réforme pour rhumatisme confirmé, pour endocardite, confirmé à nouveau par affection mitrale.

Je conseille au malade de demander à passer à nouveau pour compléter le diagnostic.

La Commission de contrôle refuse de payer pour soins indûment donnés et fait rembourser les frais pharmaceutiques. Postérieurement à sa décision, l'intéressé est augmenté de taux pour *cardiopathie* d'origine rhumatismale et arthrite d'un genou.

Le secrétaire à qui j'en réfère dit que ce fait nouveau ne peut le faire changer d'avis et propose à nouveau pour le trimestre suivant le non paiement des frais médicaux et le remboursement des frais pharmaceutiques.

(En effet les soins ont été donnés à cheval sur deux trimestres).

Le nouveau diagnostic a cependant été notifié à la préfecture, puisqu'un nouveau livret a été délivré avec le nouveau libellé.

Je suis convoqué devant la commission. La loi ne dit-elle pas : « soins donnés pour le motif de réforme ou s'y rattachant ».

Il me semble que notre secrétaire va un peu fort à cette occasion, qu'en pensez-vous ?

Dr M.

Réponse.

Question d'espèce. De façon générale, on peut dire seulement ceci : les soins donnés à un réforme de guerre, pour pouvoir ressortir à l'article 64, doivent avoir été donnés pour la maladie portée sur le carnet présenté *à cette époque* au médecin. Je crois comprendre que vous avez soigné votre malade pour « rhumatismes ». Y avait-il ce *mot même* comme maladie causale de la pension sur le carnet qui vous fut remis

au moment où vous avez donné vos soins pour « rhumatismes » ? Toute la question est là. Si oui, article 64 ; si non, droit commun.

Maintenant si, *plus tard*, une *autre* commission de réforme reconnaît au même blessé, comme cause de pension « rhumatismes », à partir du moment où ce mot est porté au carnet, vos soins donnés pour « rhumatismes » sont payables au compte de l'article 64.

J'ai pris ce mot de rhumatisme comme exemple ; il en serait de même de toute autre affection.

F. D.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

951. — Intervention plus deux pansements distincts.

Que dois-je compter pour l'accident du travail suivant ?

1° 20 décembre : pansement de deux plaies du cuir chevelu (régions temporale et occipitale) et une plaie de la région lombo-sacrée.

2° Injection de sérum antitétanique.

3° 21 décembre : mêmes pansements.

Quel est le prix d'une consultation depuis le 1er janvier 1927 ?

Dr D.

Réponse.

a) 20 *décembre.* — Injection antitétanique : 20 francs, plus un *seul* pansement (10 francs) au lieu des deux que vous avez faits. Et cela parce que l'autre est compris dans le prix de la visite ou consultation et que, cette visite, vous ne pouvez la compter en même temps qu'une intervention (injection antitétanique) sans tomber dans le *cumul* interdit par l'article 13. — Je vous conseille de donner cesdétails à l'assurance, afin de lui expliquer pourquoi vous comptez ici une intervention plus un pansement.

b) 21 *décembre.* — Cette fois, cela va tout seul : deux pansements, soit 12 plus 12, donc 24 francs.

c) Depuis le 1er janvier le prix de la visite et de la consultation est de 12 francs.

F. D.

II

1138. — Intervention plus pansements multiples sur membres distincts.

Vous m'obligeriez en me donnant le renseignement suivant :

Combien dois-je compter pour un blessé à qui le même jour je fais :

1° Trois agrafes pour plaies du cuir chevelu, région occipitale.

2° Pansement région frontale (plaie).

3° Pansement poignet droit (plaie).

4° Pansement pour plaie étendue jambe droite.
5° Pansement pour plaie étendue jambe gauche.
6° Injection sérum antitétanique.

Dr B.

Réponse.

Comptez d'abord : trois points de suture : 25 francs, puis ajoutez 12 francs par pansement effectué sur membres distincts, mais en *numérotant* les dits pansements et en en comptant *un de moins* au total, — et cela parce que l'un d'eux est compris dans la visite (article 16) et que vous ne pouvez compter celle-ci en même temps qu'une intervention (article 18) laquelle est ici votre suture. Et ne manquez pas d'expliquer à l'assurance que vous avez bien compté x — 1 pansements, afin d'obéir à l'article 13.

F. D.

III

1141. — Une consultation par correspondance n'est point tarifable.

Travaillant dans une banlieue industrielle, j'ai à soigner un assez grand nombre de blessés du travail. Fréquemment des médecins contrôleurs de compagnies d'assurances me demandent de leur adresser un blessé en leur faisant connaître mon avis.

Je m'excuse systématiquement et je confie au blessé une lettre expliquant diagnostic, traitement pronostic.

Le blessé me revient le lendemain avec une lettre du confrère contrôleur me faisant à son tour connaître sa façon de voir. Et tout se passe bien. J'estime que cet échange de lettres correspondant à une perte de temps sensible constitue une *véritable consultation par écrit*, et doit, comme telle, être rémunérée.

J'ai pris, depuis quelques mois, l'habitude de compter sur mes notes d'honoraires « *consultation avec le Dr X., médecin contrôleur* : 12 fr. ». Toutes les compagnies m'ont réglé *sans discussion* (soit 5 ou 6 compagnies différentes). Mais cette façon de procéder a été jugée particulièrement désagréable par l'une d'elles, qui m'a fait savoir officieusement qu'elle m'inscrivait sur sa « liste noire ». Pour des compagnies d'assurances, cette liste n'est pas celle des médecins douteux, mais celle des médecins qui réclament leur dû et *tout leur dû*.

Voudriez-vous avoir l'amabilité de me faire savoir votre point de vue sur cette question. Suis-je dans le vrai ? et dois-je persister ? Peut-être cette question intéressera-t-elle nombre de confrères du *Concours* et du « Sou » ?

Dr G.

Réponse.

Votre lettre vous semble, dites-vous, une « consultation par écrit » ? Comme telle, je ne vois point une ligne la concernant dans le tarif. D'ailleurs, peut-on appeler réellement cette lettre une « consultation » alors qu'au fond ce

sont plutôt des « renseignements » que vous fournissez ?

Par contre, ce que je vois possible et légal, c'est de donner les dits renseignements sous forme de « certificat fourni au cours du traitement à la demande du patron ou de son assureur, pour énoncer, etc... 10 francs » (voir article 29, alinéa 5). Naturellement, à condition qu'en cas de litige vous puissiez montrer une lettre de la Compagnie ou du médecin parlant comme son mandataire et vous demandant ces renseignements.

F. D.

IV

1071. — Actes opératoires le dimanche.

Je viens encore mettre à contribution votre inépuisable obligeance : l'article 3 de la loi de 1898 prévoit que la visite du dimanche sera majorée de 50 %, mais ne dit rien des « actes opératoires ». Faut-il donc compter pour une large plaie du cuir chevelu par coup de pied de cheval (dimanche) :

Sutures multiples	25
Sérum antitétanique	20
	45
Plus majoration 50 %	22 50
	67 50

Dr B.

Réponse.

Les actes opératoires sont majorés seulement *de nuit* (article 8) et avec une majoration non pas de 50, mais de 25 %. Il n'y a de majoration dominicale que pour la visite ; elle nous fut même refusée pour la consultation, « qui ne dérange guère le médecin », nous a-t-on assuré...

F. D.

Accidents.

1416. — Accidents survenus à une laveuse et à un homme de journée.

J'emploie une laveuse environ une fois par mois que je paye à la journée. Suis-je responsable des accidents qui peuvent lui arriver pendant son travail et dois-je l'assurer ?

De même, j'utilise un homme de journée pour couper mon bois, travail qui dure 7 ou 8 jours ; il apporte ses outils et je le paye à la journée, relève-t-il d'une assurance ?

Dr C.

Réponse.

Une laveuse à la journée, qui vient travailler à domicile, doit être considérée comme une domestique et, comme telle doit bénéficier de la loi sur les accidents du travail. C'est là d'ailleurs

l'opinion de Sachet, auteur d'un traité des accidents du travail très estimé, édition 1928, n° 911 *ter*.

En ce qui concerne l'homme de journée, qui vient couper votre bois avec ses propres outils, la question est plus délicate. Nous aurions tendance à croire qu'il ne pourrait être couvert par la législation sur les accidents du travail car c'est, à proprement parler, plutôt un artisan qu'un domestique. Or, les artisans ne sont pas compris dans les catégories de personnes auxquelles s'applique la loi du 2 août 1923.

Néanmoins, puisque vous devez comprendre votre laveuse dans votre police accidents du travail, nous vous conseillons de vous faire couvrir également de la responsab'lité que vous pourriez éventuellement encourir à l'égard de votre coupeur de bois. Le supplément de prime que vous aurez à payer ne sera pas très élevé, car le salaire de base pour le calcul des rentes serait infime.

1556. — Accident survenu à un ouvrier pendant le jeu.

Un fermier (d'ailleurs assuré pour ses ouvriers contre les accidents du travail) emploie entre autres ouvriers deux frères dont l'un est âgé de 12 ans 1/2. En jouant dans la cour de la ferme avec son frère aîné et non en travaillant, le plus jeune tombe et se fait un accident grave — luxation de l'épaule et fracture du col de l'humérus.

1° Le patron est-il responsable de cet accident qui n'est pas arrivé au cours du travail ?

2° Avait-il le droit d'employer un ouvrier âgé de moins de 13 ans ?

Dr S.

Réponse.

1° Lorsque l'accident est arrivé, le jeune ouvrier n'était sans doute pas occupé à remplir un acte de ses fonctions, mais néanmoins il était toujours placé sous la surveillance et l'autorité de son patron, surveillance et autorité que le jeune âge du blessé devaient rendre plus rigoureuses encore.

A notre avis, on doit considérer qu'il y a, en l'espèce, accident du travail, mais c'est là avant tout une question de fait, qui ne pourra être appréciée et tranchée que par le juge de paix en cas de contestation.

2° C'est seulement dans l'industrie qu'il est interdit d'employer des enfants de moins de treize ans (ou de douze ans, s'ils ont leur certificat d'études primaires) ; aucune limitation de ce genre n'existe pour l'agriculture.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 18 bis (N° Supplémentaire) — MERCREDI 4 MAI 1927

LE

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France .... 45 fr.
Etranger.. (voir conditions page IV)
Etudiants (France) .... 25 fr.
Le Numéro .... 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION

Dr A. GASSOT, *Directeur*

MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE,
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF

Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT

Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

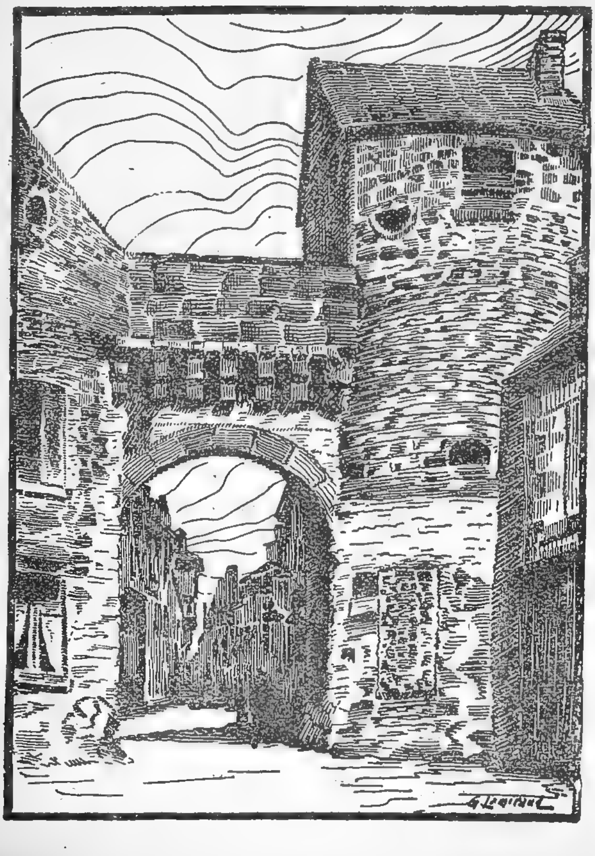
Numéro envoyé à tous les Médecins de France et des Colonies (23.000 exemplaires)

LA ROCHE-POSAY

(VIENNE)

Ouverture 10 mai ; fermeture 10 octobre

Station des Eczémateux
Station des Arthritiques



La Roche-Posay est une coquette petite ville. Ses vieux remparts, le clocher roman de son église, son donjon, ses maisons du XVIIe siècle, ses claires villas modernes, le tout, étagé sur un rocher qui surplombe la Creuse d'une hauteur de 15 mètres, forme un ensemble original et agréable à contempler.

Un beau Site

Le pays a la fortune unique de se trouver au confluent de deux belles rivières, la Creuse et la Gartempe. De la colline qui domine la station, le regard s'étend au loin sur le Poitou, sur la Touraine, sur le Berri ; le paysage est aimable et gracieux ; la proximité des forêts y entretient un gibier abondant ; la Creuse et la Gartempe s'étendent en de splendides miroirs sur 2 ou 3 kilomètres en amont et en aval, permettant la pêche, le canotage, tous les sports nautiques. L'air est léger, d'une fluidité remarquable, le ciel d'une luminosité toute provençale ; il n'existe aucune humidité dans l'atmosphère.

Les " Bonnes Fontaines " et l'Établissement Thermal

Trois sources ont été captées, dont la principale, *Saint-Cyprien*, a fait la renommée de la Station. L'eau est froide, limpide ; elle revêt une belle couleur vert-émeraude avec aspect fluorescent sous les rayons du soleil. Elle n'a pas d'odeur, n'est pas gazeuse.

C'est une eau *bicarbonatée calcique, silicatée, séléniée*. Sa minéralisation est légère (0 gr. 59 par litre).

Les trois principes essentiels sont le *bicarbonate de chaux* (0 gr. 45), la *silice* (0 gr. 03) et le *sélénium*, décelé par le professeur Taboury.

Elle est, enfin, *radio-active* (professeur Curie).

L'Etablissement Thermal, d'une blancheur éclatante sur laquelle tranchent les volets verts, occupe le milieu d'un très joli parc comprenant des pelouses à l'anglaise, de hautes charmilles vieilles d'un siècle, des catalpas, des peupliers, des ormes qui l'encadrent d'une façon ravissante.

La cure utilise les eaux en *boisson*, en *bains*, en *pulvérisations*, en *douches*.

Effets des Eaux

Les sels minéraux contenus dans nos eaux, expliquent leur action. Le *carbonate de chaux* est un diurétique puissant. La *silice* est un anti-arthritique bien connu ; on l'employait autrefois sous forme de « bouillon de cailloux ». Le *sélénium*, si rare dans les eaux minérales à dose pondérable, est ici l'élément caractéristique. On sait toute l'activité merveilleuse de ce corps. Les travaux récents le mettent au premier plan de la thérapeutique : il fait la chasse aux cellules malades, en provoque l'expulsion, et rénove ainsi l'organisme. De là, les appellations de « Fontaines miraculeuses » et de « Fontaines de Jouvence » au XVIIe siècle.

En boisson : L'eau, de saveur très agréable, est légère à l'estomac et se digère très bien, à ce point que nombre de baigneurs en absorbent des quantités considérables. Elle fait uriner abondamment et rapidement ; la quantité d'urine émise est supérieure à la quantité d'eau absorbée. Au bout de 24 à 48 heures, on constate, le plus souvent, la précipitation, dans les urines, de graviers, de boues, de pus. Le vase est teinté en rouge brique ; les matières fécales se colorent en vert par l'abondant flux biliaire.

En bains : En sortant de l'eau, on voit se déposer sur la peau une fine pellicule grisâtre, translucide : c'est un pansement et cela explique l'action calmante, antiprurigineuse des eaux : elles émaillent la peau.

En Pulvérisations on obtient des résultats tout à fait remarquables dans les eczémas du visage, les rougeurs, l'acné. L'épiderme est renouvelé ; on fait « peau neuve ».

Les Maladies guéries à La-Roche-Posay

Ce sont toutes celles qui relèvent de l'*Arthritisme*. Nos eaux sont un puissant solvant de l'acide urique, des urates, de tous les poisons et déchets de l'organisme. Leur absorption permet un lavage de tous les viscères : rein, foie, cœur, estomac, intestin, etc., un décapage et un lessivage de nos tissus ; tout est évacué dans l'abondante débâcle d'urines : le vase de nuit se teinte en rouge brique.

Deux modalités de l'*Arthritisme* sont influencées :

I. — L'Arthritisme qui se porte aux Jointures, au Rein, au Foie.

— Il comprend les manifestations morbides suivantes :

1° *La Goutte, le Rhumatisme goutteux.* — La cure amène rapidement l'assouplissement des jointures.

2° *La Lithiase rénale*, sous toutes ses formes, qu'il s'agisse de *sable*, de *gravelle*, ou de véritables *calculs*. Dès les premiers jours survient une décharge d'acide urique et d'urates teintant le vase en rouge. De fins graviers ou des calculs sont rejetés par la débâcle urinaire.

Le Dr Pineau, dans un travail inspiré par son maître, le Dr Guépin, montre l'efficacité de La Roche-Posay comme stimulante de la fonction dépurative du rein, grâce au lessivage qui réveille ses fonctions nobles. Il rappelle l'*abaissement de la tension artérielle* consécutive à la libération du rein et sans doute aussi à l'action antiscléreuse de la silice ; La Roche convient ainsi aux *hypertendus artério-rénaux*.

3° *La Lithiase biliaire*, surtout à la période de boue ou de sable biliaire ; *l'ictère* chronique simple, la *congestion du foie*, les diverses manifestations de la *cholémie familiale*, en particulier le *prurit*, la coloration jaunâtre de la peau et des conjonctives, les douleurs articulaires sont très améliorées. La cure provoque une abondante sécrétion biliaire et une débâcle intestinale ; le flux de la bile colore, dès les premiers jours, les matières en noir ou en vert. Le *Diabète* est également très amélioré.

II. — L'Arthritisme qui se porte à la peau, c'est-à-dire l'*Eczéma*.

L'Eczéma est une manifestation caractéristique de l'arthritisme : c'est « l'arthritisme qui sort à la peau » ; c'est une élimination au travers de la peau des poisons et toxines de l'organisme. Ici, l'action des eaux de La Roche-Posay est absolument remarquable ; elle est telle qu'à l'heure actuelle la Station est classée comme la première de France et d'Europe.

Les Eczémas les plus irritables, les plus suintants, ceux dont les démangeaisons sont intolérables, sont modifiés *dès les premiers jours*, d'une manière presque incroyable, par les bains et par la boisson : le *bain* recouvre la peau d'une fine pellicule blanchâtre, due aux sels des eaux, qui constitue un pansement, un vernis, une sorte d'émail cicatrisant ; la *boisson*, en éliminant les poisons de l'organisme, en le « *dépurant* », met à l'abri des récidives. Un troisième mode de traitement, la *pulvérisation*, a une action tout à fait remarquable sur les Eczémas du visage : elle soulage instantanément le malade, calme la démangeaison, donne une sensation de bien-être réel. L'eau est projetée en une sorte de brouillard tiède sur la région malade qu'il humidifie et pénètre.

Ecoutons les opinions de cliniciens éminents :

Le professeur Albert Robin, membre de l'Académie de Médecine, dit, parlant du traitement des *Prurigos eczématisés* : « On usera de l'eau minérale de La Roche-Posay, douée de propriétés anti-prurigineuses. »

Le professeur Brocq, médecin-chef de l'hôpital Saint-Louis, écrit : « La Roche-Posay possède des eaux de *grande réputation* dans les cas d'*Eczémas irritables*. »

Le professeur Ausset, dans une leçon aux étudiants de la Faculté de Médecine de Lille, parle ainsi du traitement du Prurigo de Hebra : « *Jamais vous n'obtiendrez d'aussi beaux et d'aussi rapides résultats qu'en envoyant votre malade se plonger dans les eaux de La Roche-Posay ; en quelques jours, les démangeaisons cesseront.* »

Le professeur Landouzy, venu en 1912, avec la caravane médicale qui constituait le V. E. M. de cette année-là, appréciant les vertus des eaux, prononça ces paroles catégoriques : « *L'Eczéma appartient à La Roche-Posay.* »

Enfin, dans un travail communiqué au Congrès International de Venise en 1905, et que l'Académie de Médecine a couronné, le professeur Beauchant, de Poitiers, et le D^r^ Œconomo écrivent :

« C'est surtout dans l'*Eczéma* que la cure a semblé avoir des effets quasi-spécifiques.

Sont surtout modifiés, les eczémas suintants, les formes prurigineuses, irritables, rebelles à tout traitement local, sujettes aux poussées incessantes. Le *Prurit*, en particulier, est, dans presque tous les cas, le symptôme le plus rapidement influencé. Nous avons vu, chez des malades porteurs d'*Eczémas de l'anus*, avec démangeaisons insupportables empêchant le sommeil, et qu'aucun traitement n'avait pu modifier, le prurit disparaître dès les premiers bains et les nuits redevenir paisibles. »

Certaines jeunes femmes, soucieuses de la clarté de leur teint, désireuses de conserver un épiderme souple et impeccable, sont de fidèles habituées de la station ; il est certain qu'en fin de saison, après une série de pulvérisations du visage, la peau présente un velouté et une finesse incomparables.

Quarante-neuvième année. N° 18 bis. 4 Mai 1927.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1234-IV)

suite du Sommaire.

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

LE SOU MÉDICAL

Au Confrère que n'ont pas encore convaincu mes appels de février et d'avril.

Aux arguments que j'ai développés à votre intention, vous n'avez plus d'objections à faire, et cependant, vous ne nous avez pas encore adressé votre demande d'admission au « Sou Médical ».

En dehors de la négligence ou de l'oubli, que vous pourriez évidemment invoquer, je ne vois plus qu'une seule raison qui puisse vous détourner de nous : l'obligation de verser une nouvelle subvention qui viendrait s'ajouter à toutes celles dont vous payez annuellement le tribut pesant.

Est-il possible que vous soyez retenu par cette dépense insignifiante de *quarante francs* par an, soit à peine trois fois les honoraires de l'une de vos visites ?

Je ne puis le croire, et vous m'aurez mal lu, dans mes plaidoyers précédents, si vous n'avez pas mis en balance une contribution aussi modeste avec les avantages qui en pourront découler pour vous : appui moral, et à l'occasion financier, de la Ligue, dans les affaires professionnelles qui pourront vous advenir, et garantie jusqu'à *soixante-dix mille francs* contre la responsabilité civile.

C'est bien ainsi qu'il avait raisonné jusqu'alors, le vieux et aimable confrère qui vint récemment nous demander, bien que n'étant à aucun titre des nôtres, de l'aider à faire triompher des revendications parfaitement légitimes.

— J'ai toujours vécu en isolé, me suffisant à moi-même, me dit-il, et je m'aperçois aujourd'hui que ce fut un tort. Inscrivez-moi donc immédiatement au « Sou Médical ».

Ce qui fut fait incontinent, avec mon parrainage.

Confrère encore réfractaire à l'idée d'adhérer au « Sou Médical », n'attendez pas la soixantaine pour vous affilier à notre Ligue. Pensez à vos intérêts qui, demain, peuvent être gravement menacés. Soyez prévoyant et assurez-vous une défense et un soutien efficaces pour ce jour-là. Venez grossir nos rangs, déjà serrés, et concourez ainsi à accroître notre puissance, fonction de nos effectifs numériques.

Vous étiez sceptique avant d'avoir lu mon appel du 23 février. Il vous a rendu un peu plus attentif. Puis, vous vous êtes dit sans doute : « Bah ! Rien ne presse. Je verrai plus tard. » Mon rappel du 6 avril est venu ranimer votre attention et vous vous êtes dit encore : « Il va falloir que je me décide ! » Mais vous n'en n'avez rien fait.

Serai-je plus heureux aujourd'hui ? Vous aurai-je convaincu ? Je le saurai quand vous

nous aurez envoyé le bulletin d'adhésion que vous trouverez à la page XXXVII du présent numéro, après l'avoir rempli et dûment signé. Je l'attends ce bulletin, avec impatience. Je vous en remercie, dans l'intérêt commun. Et je vous en félicite, dans votre intérêt personnel.

G. Duchesne,
Secrétaire Général adjoint du « Sou Médical ».

TUBERCULOSE ET BILÉMIE

Observation très importante au sujet de la tuberculose et qui peut intéresser tous les laboratoires s'occupant de l'étude de la tuberculose.

Une dame V..., 56 ans, demeurant à Roubaix, décédée en octobre 1893, était en traitement dans le courant de cette année pour trois ostéites suppurées : frontal, tibia droit et péroné gauche, datant, celle du frontal, de trois ans environ.

Tardivement, trois mois avant sa mort, sont survenues deux autres ostéites, costales avec abcès ossifluents gros comme un œuf de pigeon, non ouverts ; en même temps qu'une dégénérescence amyloïde des reins, une hypertrophie très marquée du foie, avec ictère intense.

Un mois après l'apparition de cet ictère noir, ces cinq ostéites étaient guéries, complètement; (les deux ostéites costales se sont guéries avec résorption purulente sans laisser d'adhérences à la peau).

Cette observation a été citée plusieurs fois à M. Guérin pendant son séjour à Roubaix chez M. Lamané, vétérinaire ; citée également au Dr Calmette à l'Institut Pasteur de Lille; de même à plusieurs professeurs de faculté de Lille, entre autre le Dr Lemoine, leur affirmant qu'il y avait une relation certaine entre la guérison de ces ostéites tuberculeuses et l'épanchement considérable de la bile dans le sang.

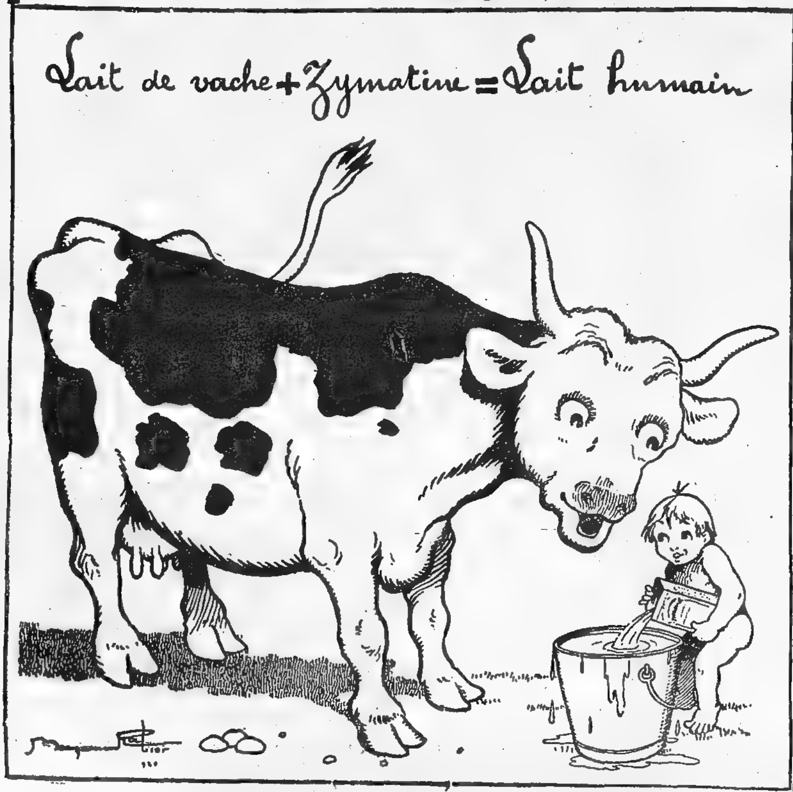
Cette publication tardive est faite sur les conseils de deux maîtres parisiens en juillet dernier.

Dr Harlet (Roubaix).

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Quelques précisions sur le rôle du médecin chargé de renseigner le patron sur l'état d'un accidenté du travail.

1° Le médecin contrôleur n'a, d'après l'art. 4 de la loi sur les accidents du travail, aucune part dans la direction du traitement. Il n'a pas « le caractère d'un médecin expert » et ne doit pas



« s'immiscer dans les soins donnés à l'ouvrier par le médecin de son choix » ou par les médecins de l'hôpital où celui-ci est traité. (Circulaire ministérielle du 3 mai 1905.) Il n'a donc aucune qualité pour dire si le blessé est transportable ou non, pour autoriser ou refuser d'autoriser un transport.

Il doit seulement renseigner le chef d'entreprise.

2° Le législateur a voulu subordonner les visites du médecin contrôleur au visa du Juge de paix, autoriser seulement une visite hebdomadaire et réserver expressément la présence du médecin traitant, dûment prévenu de cette visite deux jours à l'avance par lettre recommandée, « de manière à ce que l'ouvrier, fort de la présence de son médecin, puisse toujours se trouver à l'abri de toute ingérence dans le traitement, comme de toute intimidation volontaire ou involontaire sur son esprit (même Circulaire). »

Si le médecin contrôleur ne justifie pas, lors de sa visite, qu'elle a été autorisée par le juge de paix, et que le médecin traitant a été dûment prévenu, le blessé a le droit de refuser de se laisser examiner, sans encourir la sanction prévue par le § 6 de l'art. 4, c'est-à-dire sans encourir la suspension du payement de l'indemnité journalière.

3° Si l'ouvrier consent à se laisser examiner par le médecin du patron, sans que la visite de ce dernier ait été autorisée par le juge de paix, ou si le médecin contrôleur procède irrégulièrement, c'est-à-dire s'il ne fait pas prévenir le médecin du blessé dans la forme ou dans les délais légaux, je persiste à croire que les juges saisis de la demande d'indemnité peuvent, suivant les circonstances, retenir ou rejeter les constatations par lui faites.

Il est inexact, suivant moi, de dire que les prescriptions de la loi sur les accidents du travail sont toutes d'ordre public et que le rapport doit être tenu pour nul ; mais en tous cas, on ne peut admettre que les constatations que le médecin aurait faites sont inexistantes et ne peuvent être invoquées par les tribunaux chargés de statuer sur le caractère et l'étendue de l'incapacité de travail et sur l'indemnité à allouer.

Les juges ne feront jamais abstraction des faits, mais ils peuvent, suivant les cas, attacher plus ou moins d'importance à un examen qui, en raison de l'omission de certaines précautions, ne présente pas toutes les garanties.

4° L'art. 4, § 7, décide que, si le médecin contrôleur certifie que la victime est en état de reprendre son travail et que celle-ci le conteste, le chef d'entreprise peut requérir une expertise.

Evidemment, le certificat visé par cet article doit être un certificat régulier, c'est-à-dire établi par le médecin contrôleur après que les formalités du § 5 ont été remplies. S'il n'y avait eu ni

visa ni avis par lettre recommandée, les garanties que la loi a voulu donner à l'ouvrier manqueraient, et le juge de paix devrait ajourner la décision d'expertise jusqu'à ce qu'elles aient été remplies.

Il ne s'agit pas, dans ce cas, de renseignements, mais d'un acte déterminé, pour lequel la loi prescrit des formalités spéciales.

5° L'obligation de prévenir le médecin traitant par lettre recommandée peut entraîner le médecin contrôleur à faire certaines dépenses. Dans ce cas, il doit se faire couvrir par le patron, ou charger celui-ci d'envoyer la lettre recommandée. La loi ne dit pas que la lettre recommandée doit être envoyée par le médecin contrôleur, ni qu'il doit en supporter les frais, mais elle exige une lettre recommandée envoyée à l'avance.

6° Les principes qui viennent d'être rappelés, et qui résultent des textes légaux, n'excluent pas une entente entre les docteurs. Qu'ils agissent dans l'intérêt du patron ou dans l'intérêt du blessé, les deux médecins restent des médecins, et en face d'un blessé, leurs devoirs coïncident. Dans les cas d'urgence, le médecin de l'ouvrier peut rencontrer au chevet de son client, ou près de son client, son confrère désigné par le patron avant que le juge de paix n'ait donné son visa ; il est tout naturel qu'il l'écoute ; il n'est pas lié par l'avis qu'il entend ainsi, et il ne doit pas l'être, car seul il a la direction et la responsabilité du traitement. Mais bien sot, ou bien coupable, est celui qui, dans un cas difficile, a bouché obstinément ses oreilles sous prétexte que les formes légales ne sont pas exactement suivies.

Lorsque se pose la question d'un transport difficile, ou d'une intervention urgente et dangereuse, l'entente entre les deux médecins peut éviter au médecin de l'ouvrier des contestations ultérieures en ce qui concerne le payement des honoraires — ceci n'est qu'une question accessoire, mais elle peut aussi — et c'est plus important — mieux assurer la guérison, ou éviter des complications ; elle est donc hautement recommandable.

7° Serait-il utile de modifier la loi et de spécifier qu'en cas d'extrême urgence, le médecin du patron aura accès près du blessé, avant toute décision du juge de paix et que les délais de prévenance soient abrégés ?

Je ne le crois pas, du moins si l'on ne veut étendre le rôle très modeste que la loi a voulu donner au médecin contrôleur et qui, à mon avis, doit rester le sien.

Il doit uniquement renseigner le patron et le guider, mais il ne soigne pas.

L'urgence n'existerait donc à son égard que s'il était important que le patron puisse vérifier une situation déterminée dans un très bref délai ; le retard ne peut mettre en péril que des intérêts pécuniaires, et dans des cas très rares.

P. Nattan-Larrier.
Avocat à la Cour d'Appel.
Docteur en droit.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

1433. — Interventiou de la Commission Départementale de contrôle des déclarations.

J'ai fourni en février 1927 ma déclaration d'impôts sur les bénéfices professionnels de 1926. Mon contrôleur m'en a accusé réception.

Aujourd'hui il m'écrit : J'évalue à.... francs votre chiffre de bénéfices professionnels de 1926. En cas de contestation, je vous avise de mon intention de soumettre vos déclarations à l'appréciation de la Commission départementale (art. 12, loi du 4 avril 1926). Pas d'autre explication.

Je compte aller le voir dans la huitaine, comme il m'y invite et m'expliquer. La charge de la preuve est-elle à lui ou à moi ? Voilà ce que je désire savoir.

Au point de vue pénalités, je crois être en règle, n'ayant pas fait de déclaration sciemment fausse.

Je note que le contrôleur ne me donne aucun motif du redressement qu'il se propose d'opérer, et me menace de ce jury départemental en cas de désaccord, avant de m'avoir entendu. N'est-ce pas un argument dont je puis me prévaloir ?

Dr X.

Réponse.

Pour se conformer à la loi, le contrôleur aurait dû vous faire connaître les motifs justifiant le rehaussement de votre déclaration.

La Commission départementale donnera son avis après avoir entendu les observations du contrôleur et les vôtres.

Si le contrôleur vous taxe sur un chiffre supérieur à celui arrêté par la Commission, c'est à lui qu'incombera la charge de la preuve en cas de réclamation de votre part devant le Conseil de préfecture. Au contraire, si vous réclamez contre le chiffre arrêté par la Commission, c'est à vous qu'incombera la preuve dé l'exagération de ce chiffre.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

1440. — Les frais de remplacement peuvent être portés aux dépenses professionnelles.

Un médecin peut-il faire figurer les honoraires de son remplaçant parmi les dépenses professionnelles ? Il me semble avoir lu ces jours-ci, dans un numéro déjà ancien du *Concours*, que les frais de remplacement devaient être logiquement compris dans les dépenses professionnelles, puisque les recettes faites par le remplaçant entraient dans le revenu brut.

Le contrôleur des contributions n'est pas de cet avis et en janvier dernier, il m'a envoyé un supplément de taxe pour les années 1922-23-24 et 25 en refusant de déduire les frais de remplacement.

Il me demande sous quinzaine de lui fournir le détail de mes « frais d'exploitation » pour 1926, Avant de lui répondre, je serais heureux d'être fixé par vous.

Dr S.

Réponse.

Nous vous confirmons que le médecin a le droit de porter dans ses dépenses professionnelles le montant de la rémunération allouée à un remplaçant, quelle que soit d'ailleurs la raison du remplacement, étant entendu que les recettes faites par ce remplaçant soient comprises dans le bénéfice brut.

A. M.

1337. — Contribution personnelle mobilière sur un garage d'automobile.

Patente supplémentaire pour un garage d'auto de 5 m. × 6 m., situé à 50 mètres de chez moi. Location annuelle, 800 fr.

En 1927 je paye pour mon appartement une patente de (tabl. D.) = 1367 plus une contribution personnelle mobilière de 455 (loyer matricul. 2.150).

Comme vous le verrez par des feuilles que je vous adresse ci-joint, j'ai payé pour le garage, en 1925, une contribution personnelle mobilière de 46 fr.

En 1926, une patente seulement et que je croyais oubliée ; pour 1927, on me réclame à nouveau une contribution personnelle mobilière, le tout considérablement revu et augmenté ! !

Dois-je payer cette contribution personnelle mobilière pour le garage et pour mon appartement ?

J'ai crainte de poser la question au contrôleur, de peur qu'il me réclame 1926.

Je pense bien, en somme, que la seule chose à faire est de payer, mais je vous serais reconnaissant de me donner votre avis.

Dr F.

Réponse.

Si, comme il est à supposer, votre voiture automobile n'est pas *exclusivement* utilisée à un usage professionnel, c'est à juste titre que le garage est considéré comme une dépendance de votre habitation et qu'il est, en conséquence, imposé à la contribution personnelle-mobilière. Vous ne pouvez vous prévaloir de l'omission de 1926 pour réclamer contre l'imposition de 1927.

A. M.

1455. — Point de départ de la patente.

J'ai emménagé dans mon appartement (antérieurement non médical) le 15 mai 1926, et ai ouvert mon

(Voir la suite page XXXIX-1277)

PROPOS DU JOUR

Une page instructive de l'Histoire médicale.

Vicq d'Azyr et la création de la Société Royale de médecine. La lutte contre les épidémies, l'organisation de la médecine pratique et de l'hygiène en France. La jalousie de la Faculté de médecine de Paris, égoïste, incapable et rétrograde. Manifestations ridicules de sa haine impuissante. L'agonie lamentable de la Faculté. Les critiques de l'Enseignement officiel par Vicq d'Azyr. Les leçons qu'elles comportent.

C'était en 1775, Vicq d'Azyr venait, à 26 ans, d'être élu membre de l'Académie des sciences. Une épizootie décimait le bétail dans les provinces du midi de la France. Turgot demanda à l'Académie des sciences de lui désigner un médecin et un physicien capables de faire prendre les mesures nécessaires pour lutter contre l'épidémie. Vicq d'Azyr partît seul, fit établir un isolement effectif par des cordons sanitaires, ordonna d'abattre les animaux malades et même les suspects, en indemnisant les propriétaires; en un mot, fit si bien que l'épidémie fut enrayée en quelques semaines. Ce brillant résultat mit Vicq d'Agyr en évidence, et quand de Lassonne, qui fut le premier médecin du Roi, décida ses amis, les ministres Malesherbes et Turgot, à s'occuper de l'hygiène du Royaume et à organiser la lutte contre les épidémies, ce fut à Vicq d'Azyr qu'on s'adressa.

Un arrêt du Conseil d'Etat, rendu le 29 avril 1776, établissait une *Commission de médecins à Paris pour tenir une correspondance avec les médecins des provinces pour tout ce qui peut être relatif aux maladies épidemiques et épizootiques.* De Lassonne en fut l'Inspecteur général; Vicq d'Azyr, le Commissaire général, c'est-à-dire l'animateur. Dans un mémoire sur la *nécessité de l'établissement d'une Société royale de médecine*, Vicq d'Azyr exposa tout un programme intitulé: *Réflexions sur le perfectionnement de la médecine par les communications entre les médecins, les épidémies et l'histoire médicale de chaque province.* Il prit pour modèles Sydenham et Ramazzini, dans leurs études des maladies épidémiques, rappela que Baglivi conseillait la division des médecins en praticiens et en érudits, faisant chacun de leur côté des recherches sur les diverses maladies. Il montra que les erreurs populaires provoquaient des maux qu'un gouvernement averti pouvait éviter. Il ne se faisait pas d'illusions sur la difficulté de l'étude des épidémies, il indiquait en détail les recherches qu'il convenait de faire. Il montrait l'intérêt qu'il y aurait à ce « que tous les bons médecins veuillent s'occuper de l'art vétérinaire et ne point regarder comme au-dessous d'eux une science qui peut les mettre à portée de rendre à l'Etat les services les plus importants. Il est d'ailleurs un second motif aussi pressant que le premier pour les y déterminer, c'est que *cette médecine permet des expériences utiles et hardies qui seraient autant de crimes dans le traitement des maladies humaines* ».

Vicq d'Azyr demanda encore que les médecins veuillent bien se préoccuper de la météréologie (température, pression atmosphérique, vents, état du ciel), s'inquiéter des qualités des eaux potables et il regrettait qu'on ne se livrât qu'à l'analyse des eaux minérales; il énumérait les qualités d'une bonne eau potable. Il conseillait d'étudier la nature du terrain du pays que l'on habitait, ses productions végétales, l'altération des fourrages. Il demandait qu'on se renseignât sur les vicieuses habitudes des habitants dans leur régime. En un mot, il se révélait un véritable hygiéniste.

Sous une pareille direction, la Commission ne devait pas rester inactive. Réunie le 13 août 1776, elle s'organisait et se constituait en 1778 en *Société Royale de médecine*, en vertu de lettres patentes enregistrées en septembre 1778 par le Parlement. Le rêve qu'avait caressé quarante ans auparavant Chirac, premier médecin de Louis XV, qui avait voulu créer une Académie de médecine, était réalisé et la Société royale de médecine devait, après l'éclipse révolutionnaire, revivre en la Société de médecine de Paris et l'Académie de médecine, ses deux enfants légitimes.

Vicq d'Azyr, secrétaire perpétuel de la Société royale, l'organisa puissamment. Elle avait deux présidents: Lieutaud, premier médecin du roi, et de Lassonne, médecin de la Reine, successeur désigné de Lieutaud, 24 associés ordinaires par-

(1) Œuvres de Vicq d'Azyr. Tome V.

mi lesquels Bouvart, Lorry, Geoffroy, A. L. de Jussieu, Andry, l'abbé Tessier, Darcet, etc. 60 associés régnicoles, 60 associés étrangers. Le lieutenant de police Lenoir, le ministre Amelot, Franklin, Fourcroy, Thouret et bien d'autres savants distingués en devinrent membres. Onze Facultés de médecine de province acceptèrent d'être ses correspondantes (Aix, Angers, Bourges, Caen, Douai, Nantes, Perpignan, Poitiers, Reims, Strasbourg, Toulouse), vingt-deux collèges de médecinsadhèrèrent (Abbeville, Amiens, Béziers, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dieppe, Dijon, Grenoble, La Rochelle, Le Mans, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montauban, Moulins, Nancy, Nîmes, Orléans, Rennes, Rouen, Troyes) et enfin l'Université de Montpellier.

Ce succès suscita la fureur de la Faculté de médecine de Paris, institution rétrograde, qui avait jusqu'alors épuisé ses forces à lutter vainement contre les chirurgiens, les médecins de la Cour et tous ceux qui tentaient de faire réaliser quelques progrès à l'art de guérir. Jalouse de ses privilèges, la Faculté, corporation des médecins de Paris, qui, comme toutes les corporations de cette époque, avait borné son activité à la défense de ses petits intérêts égoïstes, incapable de faire un effort vers le progrès et un petit sacrifice pour le bien public, ne pouvait voir sans dépit prospérer aussi vite cette « Société royale de médecine établie pour entretenir sur tous objets de médecine pratique une correspondance suivie avec les médecins les plus habiles du royaume et des pays étrangers ». Elle ne pouvait souffrir de voir entreprendre, avec succès par d'autres, ce qu'elle n'avait voulu ni pu faire et, en s'appuyant sur ses antiques privilèges et sur l'autorité de l'Université de Paris dont elle était un rameau aberrant, elle entreprit une lutte héroï-comique, odieuse et ridicule contre la nouvelle institution. Nous laissons au lecteur le soin de savourer, dans le bel ouvrage de Delaunay sur le *Monde parisien au XVIIIe siècle*, les péripéties détaillées de cette guerre burlesque. Mais la Faculté avait affaire à forte partie, et elle dut finir par s'avouer vaincue.

Dès la constitution de la Société Royale, le Doyen Alleaume éleva au nom de la Faculté une protestation. Peu après, son successeur, Des Essartz, fut porter ses doléances à De Lassonne qui éluda courtoisement sa réponse. Mais voilà que publiquement, il fut annoncé que le secrétaire perpétuel de la Société royale, Vicq d'Azyr, « par ordre spécial du roi ferait des leçons publiques d'anatomie humaine et comparée dans l'amphithéâtre de la Société royale de médecine pour les épidémies, rue du Sépulchre, près la Cour du Dragon ».

Ce n'était pas tout, le mardi 27 janvier 1778, la Société royale procédait à la distribution de ses prix dans la grande salle du Collège royal de France, place de Cambray, sous la présidence de De Lassonne. Les mémoires furent lus en français. Les auditeurs et surtout les auditrices y accoururent nombreux et choisis, et 80 bougies brûlèrent dans les lustres pendant la séance.

La fureur de la vieille Faculté dépassa toutes les bornes. Les protestations se renouvelèrent, devinrent âpres et discourtoises. Le garde des sceaux Miromesnil se fâcha et, hâtant l'enregistrement des Lettres patentes mettant la Société royale sous la protection directe du roi, il en envoya un exemplaire à la Faculté. Ce coup jeta la consternation parmi les docteurs régents qui cherchèrent à se venger par de mesquines persécutions contre ses propres docteurs adhérents à la Société.

Pour dépasser en éclat sa rivale, la vieille Faculté, dont les locaux étaient en ruines, demanda asile à l'Université pour y distribuer elle aussi des prix. La séance solennelle eut lieu le jeudi, 4 novembre 1778, à 5 heures, dans les écoles extérieures de la Sorbonne. Pour la première fois, depuis l'origine de la Faculté, les discours, chose stupéfiante, furent prononcés en français. La Société royale avait fait brûler quatre-vingts bougies pour s'éclairer au Collège de France, la Faculté, pour l'éclipser, se saignant aux quatre veines, en fit brûler deux cents.

Mais la Société royale continua à prospérer.

Le doyen des Essartz protesta toujours. Le roi, puis Miromesnil, refusaient de l'entendre. Il s'adressa à l'Université qui fit une demande en faveur de la Faculté, démarche qui fut sans effet. Miromesnil ordonna même à cette dernière de rapporter les décrets qu'elle avait rendus contre les membres sociétaires. Alors, la Faculté en vint aux grands moyens ; le 15 décembre 1778, elle suspendit ses cours. Elle devint la risée de Paris, les humoristes s'en donnèrent à cœur joie et l'on chanta dans la ville :

> Plus de mort ! Plus d'enterrement !
> Les médecins ferment boutique.
> Oh ! dit un curé, Doucement.
> Ils n'ont pas quitté la pratique (1).

Mais le gouvernement ne plaisantait pas. Le Roi ordonna à la Faculté d'ouvrir immédiatement ses cours et elle obéit. Ce fut alors une

(1) Cité par Delaunay.

guerre de libelles anonymes et de pamphlets comme c'était à la mode. Un docteur régent, Hallot, eut la main un peu lourde. Le lieutenant civil Lenoir, qui était de la Société, le fit arrêter et conduire à la Bastille et Hallot y resta quelques semaines. La Faculté persécuta inlassablement ses membres sociétaires. Elle refusa la Régence à Hallé, obligea Fourcroy à recommencer sa thèse, le raya des candidats à un prix dont il avait besoin pour payer les frais de ses études et ne voulut pas de lui comme docteur régent, malgré sa valeur. Un brave homme, docteur-régent et journaliste, Barbier du Bourg, voulut s'interposer, prêcher la conciliation ; mal lui en prit. Les énergumènes de la Faculté le considérèrent comme un traître, il fut traité de bouc, de singe, d'âne, de veau, de mouton, de dindon, d'oie, de pie, de geai, de perroquet, de vipère, de frelon, de chauve-souris, de serpent à sonnettes dans les pamphlets que rédigeaient ses confrères.

Le Vacher de la Feutrie qui avait, entre temps, succédé à Des Essarts au Décanat céda la place à Bourru. Ce dernier s'y éternisa contre la tradition, et un peu malgré lui, car Guilbert et Guillotin, élus tour à tour doyens, refusèrent la charge. La situation était devenue difficile pour la Faculté, et il fallait être pourvu d'une forte dose de dévouementpour accepter le décanat.

Les Ecoles de médecine de la rue de la Bûcherie étaient en ruines et avaient dû être abandonnées. Guillotin en avait loué le grenier, qu'il habita avec l'ancien doyen de Thieullier. Par tolérance, l'on avait permis à la Faculté de s'installer rue Jean-de-Beauvais dans les locaux que la Faculté de droit venait de quitter pour occuper les nouveaux bâtiments de la rue Soufflot. La maison de la rue Jean-de-Beauvais menaçait de s'effondrer. L'éditeur Pancoucke avait accumulé aux étages supérieurs les volumes de l'Encyclopédie, et bien qu'il eût fait étayer le plafond, les docteurs de la Faculté risquaient fort, un jour ou l'autre, d'être écrasés par l'Encyclopédie, fin qui eût été évidemment d'une ironie bien symbolique. Le lieutenant de police, Lenoir, membre de la Société royale, craignant une catastrophe et savourant aussi sans doute une petite vengeance, pressait la Faculté de déguerpir. Celle-ci, ne sachant où aller, faisait la sourde oreille. Et l'on voyait chaque jour le bon doyen Bourru, que l'on surnommait Bourru le Bienfaisant, sortir de l'Hôtel qu'il occupait avec l'avocat son frère, rue des Maçons-en-Sorbonne (au n° 13 de la rue Champollion actuelle) et errer dans le quartier latin, cherchant en vain un refuge pour sa Faculté. Il existait un local au cloître Saint-Jacques-de-l'Hôpital ; la Faculté supplia qu'on le lui cédât, elle ne put l'obtenir. Où aller ?

Et pendant ce temps, les chirurgiens de Saint-Côme, que la Faculté avait pendant de longues années persécutés et accablés de son mépris, inauguraient le palais de leur Académie (la Faculté actuelle) nouvellement construit sur l'emplacement du Collège de Bourgogne, grâce aux libéralités du Roi ! La Société royale de médecine, sa mortelle ennemie, était installée au Louvre dans le pavillon de l'Infante. Elle y tenait ses séances, y faisait ses cours, y remplissait son rôle de Conseil d'hygiène, avait la charge de l'Inspection des Eaux minérales, et touchait pour cela 20.000 livres du Trésor et 22.000 livres de l'impôt sur les eaux minérales.

Ce n'était pas tout. La Révolutoin débutait. Vicq d'Azyr, qui était un esprit large et réformateur, avait publié ses *Réflexions sur les abus dans l'enseignement et l'exercice de la médecine,* qui étaient une critique sanglante de l'incurie de la Faculté et de l'incapacité de ses docteurs. « Notre profession, écrivait Vicq d'Azyr, est peut-être la seule où, celui qui sait et que son expérience a formé, ne sert point de guide à celui qui s'essaie et qui a besoin d'apprendre ; *que s'instruire par ses propres fautes est la seule ressource qui reste au jeune médecin pour avancer dans la carrière.* » (Les choses ont évidemment bien changé, mais n'en est-il pas encore un peu ainsi aujourd'hui ?)

Vicq d'Azyr déplorait les examens faciles et presques nuls, montrait que la fortune et la santé des citoyens étaient menacées par les docteurs ignorants ou des charlatans avides, poursuivant avec acharnement ceux qui font autrement qu'eux. Il s'apitoyait sur la docilité du public, sur les campagnes décimées par les épidémies, sans secours, livrées à des inexpérimentés, se plaignait des médicaments vicieux, altérés, vrais poisons pour le public.

L'enseignement, proclamait Vicq d'Azyr, était imparfait. Personne ne pouvait en douter. Il consistait à dicter et à lire pendant quelques années des prolégomènes, formés de définitions et de divisions stériles.

Pas d'enseignement de l'anatomie complète de l'homme, pas de dissections, de travaux pratiques de botanique, de chimie,de pharmacie. L'on n'apprenait ni l'art de formuler, ni la

nosologie, ni l'histoire de la médecine ; il n'y avait pas de traité des maladies. « *Pas un mot des fonctions publiques du médecin* » n'entrait dans les programmes. Nul ne professait son art au lit du malade. Et Vicq d'Azyr constatait avec amertume que la Faculté était constituée par des Ecoles « *d'où l'on sort enfin sans avoir rien appris de ce qu'un médecin praticien doit savoir* ».

« *Avec un enseignement aussi étranger à la médecine proprement dite*, continue-t-il, *les professeurs seraient en contradiction avec eux-mêmes s'ils étaient sévères dans les appels et dans les examens.* » Presque tous les candidats sont admis ; la thèse est soutenue par le professeur. Un jeune praticien pourrait se perfectionner en suivant auprès des malades un médecin expérimenté : il est privé de ce genre d'instruction. Les étudiants ne suivent pas les cours où ils s'inscrivent. Ceux qui enseignent ne finissent pas leurs leçons ou les font à la hâte. La Faculté professe encore de vieilles erreurs comme celle des esprits animaux. Les maîtres se servent du jargon utilisé par les malades et leurs gardes « *et tandis que peu de personnes savent la médecine, toutes en parlent, ce qui est un grand abus.* » Le faux bel esprit et le mauvais goût règnent dans la corporation médicale parisienne. Tous ses membres parlent des fruits de leur expérience et ils ne font aucune observation sérieuse et s'appuient sur de simples conjectures.

« *Les médecins courent beaucoup et réfléchissent peu, parviennent presque toujours à persuader et à croire qu'ils sont de grands hommes* ». « *Trop demander et trop promettre sont deux abus que le malade et le médecin auraient souvent à se reprocher entre eux.* »

Chaque formule sur les ordonnances médicales est un assemblage monstrueux d'herbes, d'huiles, de sels, de métaux.

« Les uns tremblants, faute d'appui, et flottants entre plusieurs opinions opposées, abandonnent le malade à son sort... les autres trop hardis, rompent les nœuds dont les replis effraient leur patience. Les uns essaient dans le même jour contre le mal tous les remèdes de la pharmacie ; les autres n'ont qu'un procédé qu'ils appliquent à tout. *Ne pas savoir dire : J'ignore, je n'en sais rien ; n'est-ce pas tromper ceux dont on a la confiance ?* »

Vicq d'Azyr pose à la Faculté ces questions : Profite-t-on des hôpitaux ? Y observe-t-on les malades ? Y ouvre-t-on les corps de ceux qui y ont succombé ? Y a-t-on établi des chaires de médecine clinique ? Et il demande qu'on construise les écoles de médecine, au sein même des hôpitaux. Et nous-mêmes répétons aujourd'hui, un siècle et demi après Vicq d'Azyr que l'hôpital doit être le centre de l'enseignement de la médecine, sans l'avoir complètement obtenu. « Mais, interroge Vicq d'Azyr, les Grands et les riches, à qui s'adressent-ils ? Sur quoi basent-ils leur confiance ? »

« Etre étranger, inconnu, empirique sont des titres qui surprennent l'attention et qui mènent à la célébrité. On pardonne aux nouveaux venus l'imprudence, l'ignorance, la fourberie ; on se livre avec eux aux illusions de la philosophie corpusculaire et magnétique, aux extravagances de la cabale et de la magie même ; pourvu qu'ils soient extraordinaires, on court à eux ; on les écoute, on les croit, on s'enrôle publiquement parmi leurs disciples, on se laisse attacher au cou le grelot de la folie, on les paie, on les honore même jusqu'à ce qu'ils soient chassés ou punis ; et encore, crie-t-on à l'injustice ! » Tout cela n'est-il pas encore rigoureusement exact à notre époque ?

Mais, continue Vicq d'Azyr, la médecine est un art conjectural, disent les uns. Il faut donc choisir un médecin qui réunit une grande instruction à un bon esprit parce qu'il est à présumer qu'il conjecture mieux qu'un autre. La médecine n'existe pas, disent les autres. Alors l'on doit s'adresser à la nature.

La science du véritable médecin est basée sur l'expérience. *Que de nos jours la médecine rejette les systèmes* ! (demande Vicq d'Azyr près d'un siècle avant Claude Bernard). Qu'elle ne se permette plus de conjectures qu'avec réserve. « Il ne faut pas craindre de dire à tous des vérités hardies, mais utiles, et qu'il est important de révéler ».

Et Vicq d'Azyr conclut, en philosophe autant qu'en vrai médecin : « Dans notre carrière plus que dans toute autre, l'homme n'a que des vues éphémères et ne travaille que pour l'instant où il vit, il court de grands risques en s'exposant à l'ingratitude et à l'injustice des partis. Celui que de grands motifs animent, que de grands obstacles n'arrêtent point, qui a pour la gloire un amour pur et qui sait tout sacrifier pour elle, peut seul fixer les suffrages de ses contemporains, en se rendant digne de ceux de la postérité. »

Ce noble et fier langage ne pouvait être compris des docteurs régents de la Faculté, et cela, d'autant plus que Vicq d'Azyr l'accompagnait d'un plan de réformes qu'en 1790, il voulait sou-

mettre à l'Assemblée Constituante. Il réclamait l'union indispensable de la médecine et de la chirurgie et demandait la transformation de sa Société royale en Académie de médecine pour établir une correspondance avec les médecins praticiens, pour examiner les remèdes nouveaux, pour étudier les mesures de salubrité publique, pour mener la lutte contre les épidémies, pour établir une nosographie météorologique, etc., etc.

Ce fut bien là le programme de notre Académie de médecine, instaurée quelques trente ans plus tard. Mais le Destin veut que les Institutions officielles médicales subissent une évolution fatale. Destinées à leur origine à une vie active utile, ardente, avide de progrès et d'innovations, elles ne tardent pas à devenir un simple conservatoire des progrès réalisés plus ou moins définitifs, qui prennent le caractère de dogmes intangibles quand elles les ont consacrés. En outre, elles finissent par devenir des sortes de Panthéons de Vivants, d'Hôtels de glorieux Invalides des sciences médicales qui conservent jalousement le décorum pontifical, le respect de la tradition et le souvenir du passé.

Vicq d'Azyr, par la Société royale de médecine, avait vaincu la vieille Faculté dont la fin avait été vraiment lamentable. Heureusement pour elle, en 1792, la suppression des corporations et de toutes les Sociétés mit tout le monde d'accord en faisant table rase.

Mais les lois et les décrets ne suppriment pas les idées. Ce furent des membres de la Société royale, Fourcroy et Thouret, qui obtinrent de la Convention, dont ils étaient membres, la réorganisation de l'enseignement médical en s'inspirant de Vicq d'Azyr.

L'Académie de médecine et la Société de médecine de Paris furent les glorieuses et légitimes héritières de la Société royale de médecine de Vicq d'Azyr.

***

Nous avons cru intéressant de tracer ici un rapide tableau de la vie de Vicq d'Azyr, d'y exposer ses idées, de résumer et de citer ses critiques. Que d'enseignements le corps médical de notre époque pourrait y puiser ? Combien est dramatique cette décadence de cette vieille Faculté, de cette Corporation des médecins parisiens, qui, comme toutes les corporations de cette époque, âpre à défendre ses intérêts égoïstes, négligeant l'intérêt public et méconnaissant le progrès, s'effondra ridiculement, méprisée de l'opinion et dédaignée par le Pouvoir comme un vestige inutile du passé ? Que ceux qui regrettent les Anciennes corporations, qui parlent de leur grandeur et de leurs bienfaits, sans trop les connaître, daignent étudier tant soit peu leur histoire. Sans doute du XIIIe au XVIe siècles, elles répondirent à un besoin et eurent leur éclat et leur utilité. Mais quand le progrès commença à évoluer, elles restèrent stagnantes et il sonna le glas du mouvement corporatif. Les professions s'émancipèrent, ne pouvant prospérer qu'en s'adaptant aux besoins de la Société. C'est ce que la vieille Faculté de médecine de Paris ne voulut jamais admettre ; c'est ce que comprirent Vicq d'Azyr et la Société royale de médecine. C'est ce que notre syndicalisme médical ne doit pas ignorer.

J. Noir.

Bibliographie : Œuvres de Vicq d'Azyr, publiées par J.-L. Moreau de la Sarthe (Paris, Duprat-Verger, édit., an XIII : 1805). — Eloge de Vicq d'Azyr prononcé par Lafine le 12 nov. 1797 à la Société de médecine. — Eloge de Vicq d'Azyr par Lemontey à l'Académie française, prononcé le 25 août 1825, jour de la Saint-Louis. — Eloge historique de Vicq d'Azyr, par J.-L. Moreau, sous-bibliothécaire de l'Ecole de médecine de Paris, an VI, membre de la Société de médecine. — Vicq d'Azyr par F.-C. Girard (*Rev. scient. et industrielle*, vol. 30, p. 302, 1847). — P. Delaunay : Le monde médical parisien au XVIIIe siècle. (J. Rousset, édit. Paris, 1900). — Pl. Mauclaire : Notice bibliographique sur Edme-Claude Bourru, 2e Congrès d'Hist. de la médecine, 1922.

PARTIE SCIENTIFIQUE

DE L'EMPLOI DES SÉRUMS HUMAINS IMMUNISANTS : TROIS OBSERVATIONS DE MALADIES INFANTILES ATTÉNUÉES

Par le Dr Germain BLECHMANN,

Ancien chef de Clinique de la Faculté à l'Hospice des Enfants-Assistés.

A. Historique.

L'emploi du sérum de convalescents ou plus exactement d'anciens malades dans le traitement et la prophylaxie est aussi justifié, écrit le Pr. Netter, que celui du sérum d'animaux immunisés.

Il renferme, en effet, les mêmes principes immunisants et curateurs, se prête aux mêmes indications et provoque moins souvent des accidents sériques.

Mais si la méthode a été appliquée dès 1892 et 1893, en Allemagne, en Italie et en France, c'est surtout à partir de 1910 que le sérum humain immunisant a été largement utilisé et qu'on a publié des documents suffisamment démonstratifs (1).

Poliomyélite aiguë.

En octobre 1910, A. Netter utilise du sérum d'un ancien malade dans le traitement d'une poliomyélite : l'injection du sérum d'anciens malades pratiquée dans le canal rachidien est susceptible d'enrayer l'extension des altérations médullaires, si elle n'est pas à même d'amener la régression des lésions constituées.

Des observations ultérieures mettaient l'auteur en présence de poliomyélites en voie d'extension et, dans deux de ces cas traités de bonne heure, il put obtenir le retour prompt et complet de la motilité des membres supérieurs (2).

Rougeole.

En 1896, Weissbecker emploie à titre curatif dans certains cas de rougeole le sérum de sujets convalescents de cette maladie. En France, Ribadeau-Dumas et Etienne Brissaud font en 1918 la première tentative systématiquement orientée dans cette direction (traitement d'une rougeole très grave par injections massives de sérum de convalescent).

Peu de temps après, Ch. Nicolle et Conseil relatent leurs recherches entreprises à Tunis dès 1916 et qui démontrent d'une façon éclatante la valeur préventive du sérum de convalescent de rougeole.

Nicolle et Conseil n'ont pas seulement, les premiers, démontré la valeur préventive du sérum de convalescent, ils ont fait connaître d'emblée le meilleur moment pour le prélèvement du sang, l'ordre de grandeur des doses à injecter et les indications générales de la méthode (1).

La *séro-atténuation* étudiée par Debré, Ravina, Bonnet et Mlle Benoist, consiste à ne pratiquer l'injection de sérum que dans la seconde partie de l'incubation de la rougeole (6e, 7e et même 8e jour). La maladie n'est plus enrayée ; des manifestations frustes et anodines la trahissent, mais, grâce à cette rougeole bénigne, l'état réfractaire est acquis.

Debré conseille en conséquence de substituer, dans nombre de cas, la *séro-atténuation* à la séroprophylaxie. Cette dernière devra être réservée aux sujets dont le mauvais état de santé, les conditions hygiéniques défavorables assombriraient le pronostic de la rougeole. Dans le cas contraire, il y aurait tout intérêt de rechercher une immunisation définitive, ce qui serait réalisé en retardant l'injection de sérum jusqu'au sixième ou septième jour.

Scarlatine.

En 1925, A. Netter avait pu analyser près de 800 observations provenant des pays les plus divers et faisant connaître les résultats fournis par le sérum d'anciens malades dans le traitement et la prophylaxie de la scarlatine.

Dans des *scarlatines toxiques*, dont l'issue fatale ne paraissait guère douteuse, beaucoup d'auteurs [en tête se place M. Roger (1896)] ont obtenu une amélioration très prompte et quasi-miraculeuse. Le sujet tombé dans la somnolence,

(1) Voir : Emploi du sérum de convalescents et d'anciens malades dans le traitement et la prophylaxie, par A. NETTER, *Clinique et laboratoire*, n° 1, 20-1-26. Consulter également le remarquable ouvrage de nos amis R. DEBRÉ et P. JOANNON : *La Rougeole.* Epidémiologie, immunologie, prophylaxie. Préface du Prof. L. BERNARD, 1926.

(2) Depuis, A. PETTIT (de l'Institut Pasteur) est parvenu à obtenir chez le cheval après inoculation périodique d'émulsions de centres nerveux de l'homme ou de singe, un sérum dont M. NETTER personnellement a pu reconnaître l'efficacité, déjà constatée par ETIENNE, BABONNEIX, etc.

(1) Des recherches analogues étaient pratiquées vers la même époque par DEGKWITZ (Munich) et par RICHARDSON et CONNOR (Etats-Unis), ignorant la communication de Ch. NICOLLE.

la face cyanosée, le pouls imperceptible, la température très élevée, reprend rapidement sa connaissance en même temps que le pouls se relève, la température s'abaisse, la sécrétion urinaire se rétablit.

Le sérum de convalescents est sans influence sur la proportion des complications de la scarlatine, ce qui ne peut surprendre puisqu'elles sont dues à des infections secondaires.

« L'utilité du sérum de convalescents dans la scarlatine sans être aussi marquée que celle du sérum antidiphtérique contre la diphtérie, ne saurait donc être mise en doute. » (NETTER).

Il convient de signaler les résultats obtenus avec les injections de sérum humain normal. Ce sérum, sans donner des résultats aussi marqués ni aussi constants que le sérum de convalescents, a paru exercer une action analogue que ne possède pas le sérum de cheval : le sérum de sujets normaux renferme assez souvent des anticorps, qui pourraient avoir été produits au cours d'une scarlatine méconnue.

Typhus exanthématique.

Legrain et Raynaud ont constaté les heureux effets des injections de sérum de convalescents de *typhus exanthémaitique.* Bien que les occasions d'employer cette médication n'aient pas manqué pendant la guerre et depuis cette dernière, « l'efficacité de ce traitement n'est pas absolument établie, non plus que l'utilité du sérum au point de vue prophylactique . »

Variole.

Teissier et P.-L. Marie ont rapporté en 1912, les résultats obtenus dans le traitement de la variole. Les auteurs affirment que la méthode est *légitime, séduisante, inoffensive.* L'occasion d'y recourir ne s'est plus présentée à eux depuis cette époque.

Coqueluche.

Pfaundler a employé avec succès, dès 1920, le sérum de *coquelucheux.* Debré et Gillot ont montré l'action empêchante du sérum d'adulte.

Oreillons.

Teissier et Cambessedès ont enrayé une épidémie dans un orphelinat qui avait déjà compté une quarantaine de malades. Il ne survint aucun cas chez les vingt-deux filles injectées alors qu'on observait encore quatre cas d'oreillons chez des enfants non injectées. Plus nombreux sont les cas dans lesquels les injections de sérum de convalescents ont été pratiquées au cours des oreillons en vue de prévenir l'apparition de l'orchite. A l'heure actuelle, on peut pratiquement prévenir l'orchite ourlienne de façon presque absolue, avec des échecs de l'ordre de deux ou trois pour cent (de Lavergne et Florentin) (1).

(1) Voir l'*Année médicale pratique,* 5e année, 1926 p. 295.

B. Observations personnelles.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de relater trois observations de maladies infantiles ayant évolué d'une façon peu commune et qui nous ont donné l'occasion de recourir avec succès à l'immunothérapie, grâce au sérum d'anciens malades.

I. Rougeole et scarlatine associées.

Dans la famille B., sur trois filles atteintes de la rougeole, deux firent presque simultanément la scarlatine. La mère présentait une double immunité, ayant été atteinte elle-même de scarlatine à l'âge de 9 ans et de rougeole à l'âge de 15 ans.

Paulette B. (âgée de 12 ans), fait la rougeole du 5 au 15 novembre.

Simone B. (âgée de 5 ans) commence le 22 novembre une scarlatine avec une fièvre qui persiste en augmentant jusqu'au 30 *novembre.* Nous sommes alors appelé par le Dr Peychère à examiner la petite malade et nous constatons qu'outre la scarlatinee, elle fait en même temps la rougeole (éruption, Köplik, etc.) qu'elle a contractée de sa sœur Paulette, tandis que les premières desquamations de la scarlatine apparaissent.

L'état de l'enfant paraissant assez altéré par cette double infection, nous faisons prélever le 1er décembre du sang maternel et le 2 décembre, on injecte 5 cc. du sérum maternel et une dose équivalente le 3 décembre.

La malade refuse de boire, et cesse d'uriner les 2 et 3 décembre (pas d'albumine dans les urines) ; aux poumons apparaissent quelques râles. On prescrit une médication stimulante, des bains, des lavements de sérum glucosé, une injection de 4 cc. de vaccin de Dufour.

Vingt-quatre heures après la deuxième injection de sérum maternel, la température s'abaisse de 40° à 36°4 et l'enfant est définitivement guérie, tandis que se poursuit la desquamation de la scarlatine.

Alice B. (3 ans) avait reçu le 12 novembre à titre préventif 20 cc. de sang maternel total en injection intramusculaire. Or le 23 novembre, elle commence une scarlatine dont l'éruption dure 24 heures et qui desquame le dixième jour, et le 6 décembre, elle fait une rougeole dont l'éruption fut légère et dura 48 heures. Pendant l'évolution de ces deux affections, l'état général fut excellent et les urines ne présentèrent pas d'albumine.

Chez Simone, l'action de la double injection de sérum maternel paraît avoir été nettement favorable en déclanchant la défervescence, car il est peu admissible que la petite dose de vaccin injectée ait suffi à obtenir une sédation aussi prompte.

Chez Alice, la double infection fut très bénigne si on la compare à celle de Simone, l'injection de sang maternel ayant joué son rôle d'atténuation.

II. Fièvre typhoïde grave.

Nous avons eu rarement dans notre carrière l'occasion d'observer un cas aussi grave que celui que nous allons relater, et que nous avons suivi avec nos amis Raphaël Massart et Berthet (de Chaville).

Il s'agit de l'enfant Geneviève J. âgée de 10 ans dont la mère fut en juin 1915, à l'âge de 21 ans, traitée à l'hôpital Laënnec pour une fièvre typhoïde qui dura 3 mois.

Geneviève J. ne présente d'autres antécédents qu'une double broncho-pneumonie.

En novembre 1926, elle commence un état fébrile avec de la céphalée, de la constipation, mais sans aucune détermination précise et c'est le 6 décembre, 3 semaines après le début de cette évolution morbide, que nous sommes appelé à examiner cette enfant.

Sa température oscille entre 38°6 et 39°7 et le pouls est en relation avec la fièvre. Le visage est bon et la langue est humide. Le ventre est souple. On ne sent pas de gros foie et la rate ne paraît pas augmentée de volume. L'auscultation du cœur et des poumons est négative. Il subsiste une constipation très marquée. Le psychisme de l'enfant est excellent et à proprement parler, elle ne se plaint de rien.

En présence de ce minimum de symptômes, nous hésitons à formuler un diagnostic précis, hésitant entre une affection à type paratyphoïde, une typhobacillose, etc. L'hémoculture et le séro-diagnostic pratiqués le lendemain sont d'ailleurs négatifs.

On prescrit un traitement par des bains, des lavements de collargol et de petites doses de sulfate de soude. D'ailleurs, six jours après notre examen, la fièvre cède, pas franchement il est vrai et pendant huit jours la température oscille entre 37° et 37°8, le pouls variant de 80 à 90.

Subitement, le 23 décembre, la situation change, la fièvre s'allume de nouveau et remonte à 39°6 ce jour-là, à 40°5 le lendemain (pouls 130, 140) ; puis, le visage de l'enfant s'altère et ses traits se pincent, la langue rouge et amincie à la pointe et sur les bords, devient sèche, et alors, en 48 heures, les signes abdominaux se transforment. Le ventre, jusqu'alors souple, devient tendu, ballonné, tympanique et douloureux. Gros foie, grosse rate, apparition de taches rosées, assourdissement du premier temps cardiaque, montée de râles pulmonaires ronflants, sibilants, humides ; les urines sont rares ; le délire s'installe avec une agitation extrême. C'est le tableau de la fièvre typhoïde classique, et cependant, le séro-diagnostic ne sera positif qu'au 1/50e l'Eberth (négatif pour les para A et B) !

Les bains sont suspendus. Malgré la glace installée en permanence, le ballonnement abdominal est intense et la menace de perforation intestinale paraît imminente : R. Massart est prêt à intervenir pour pratiquer, après laparotomie, l'exclusion de l'anse perforée. Repoussant la vaccinothérapie, nous décidons de tenter l'injection de sérum maternel, puisque Mme J. a fait autrefois une dothiénenthérie grave. Le 27 décembre, au huitième jour de la rechute, 2 cc. de cet immun-sérum sont injectés à l'enfant sans réaction appréciable. Le Pr Marfan, consulté le même soir, approuve cette thérapeutique que nous poursuivîmes les jours suivants. C'est ainsi que sont pratiquées dix injections de sérum maternel, soit en tout 37 cc. 1/2.

Est-ce l'action locale de la glace, la défense naturelle d'un organisme jeune, est-ce enfin l'influence spécifique du sérum immunisant maternel ? quoiqu'il en soit, le 31 décembre, à la troisième injection, la température s'abaisse au-dessous de 40°, le pouls n'atteint plus 120, la langue devient plus humide et le ventre s'affaisse peu à peu. Désormais, la fièvre s'abaisse, les urines deviennent plus abondantes, enfin, le délire est moins marqué pour faire place à une hyperesthésie excessive qui s'amendera progressivement.

La convalescence fut lente, entrecoupée d'incidents, telle l'apparition d'un abcès au niveau d'une escarre sacrée ; le pus ramené par l'incision donne à la culture des bacilles présentant tous les caractères morphologiques des éberthiens.

Revue récemment, l'enfant était complètement guérie sans séquelles psychiques ou organiques.

Cette observation appelle plusieurs réflexions :

Incertitude diagnostique de l'affection première. — Pendant un mois, affection fébrile qui ne fait pas sa preuve avec examens de laboratoire négatifs. On pense à la tuberculose, à une septicémie, que sais-je encore ! Cette pauvreté symptomatique contraste avec le tableau de la rechute typique au point de vue clinique et grave par la menace de perforation intestinale.

Rechute après une fausse défervescence. — Dans au moins 10 % des cas de fièvre typhoïde infantile, une rechute est à craindre. Nous ne fûmes jamais complètement rassurés d'ailleurs en constatant que la température ne s'abaissait pas franchement au-dessous de 37°.

Action du sérum immunisant. — La reproduction de la courbe thermique ne pourrait en aucune manière traduire l'évolution clinique lorsque nous commençâmes les injections d'immunsérum maternel. Mais en quelques jours, la maladie parut « virer » du bon côté. Cette impression fut suffisamment nette pour frapper vivement l'entourage.

Nous ne constatâmes de réaction locale ou générale d'aucune sorte.

A notre connaissance, notre cas constitue la première observation de l'emploi de sérum d'ancien malade dans le traitement de la fièvre typhoïde.

III. Encéphalo-méningo-myélite ourlienne. Sérum de convalescent et pyovaccin.

D. (André), (âgé de 12 ans) — Pas d'antécédents notables.

Au mois de mai 1925, au cours d'une épidémie d'*oreillons* qui sévit en ville, avec de nombreux cas à l'école que fréquente le jeune malade, ainsi que dans les maisons voisines, le jeune André D. tombe malade. M. le Dr et Mme le Dr Bousquet (de Deuil) constatent qu'il présente, le 16 *mai* 1925, avec de l'inappétence et un état fébrile modéré, une tuméfaction très nette de la région parotidienne gauche, tuméfaction douloureuse gênant la mastication et la déglutition.

Du 17 au 19 mai, la température s'est maintenue entre 37°5 et 38°5, puis est tombée progressivement et le 21, le petit malade est apyrétique.

La tuméfaction du côté gauche a progressivement diminué ; le côté droit pris à son tour a été cependant moins enflé et moins volumineux que le côté gauche.

Le 22 mai, l'enfant semble définitivement guéri.

La journée du 25 *mai* est moins bonne que les précédentes ; les parents du jeune malade remarquent un peu de boursouflure des paupières, de la somnolence ; l'enfant se plaint vers 4 heures de l'après-midi d'une céphalalgie violente.

Le 26 *mai*, après une nuit agitée, on constate un état de prostration qui va en s'accentuant, le malade répond difficilement aux questions posées, se plaint d'un *mal à la tête* violent, présente de la *photophobie*, de la *raideur de la nuque* et le signe de Kernig qui deviendra de plus en plus net. Les vomissements font défaut, la constipation est nette (mais habituelle chez l'enfant en bonne santé) ; la température dépasse de peu la normale : elle variera pendant tout le cours de la maladie entre 36°8 le matin et 37°7 le soir.

Le 28 *mai*, accentuation des symptômes précédents et apparition d'un signe nouveau très net : la *diplopie gauche avec ptosis* qui persistera pendant toute la phase aiguë de la maladie.

Le 29 *mai*, nous pratiquons une ponction lombaire et posons le diagnostic de méningo-polioencéphalite d'origine ourlienne.

A ce moment, le tableau clinique est le suivant :

Malade apyrétique ou presque, *fuyant la lumière*, couché *en chien de fusil* ; céphalalgie violente ; périodes de somnolence accompagnées de plaintes et de gémissements sourds ; ptosis, diplopie, *raideur de la nuque*, signe *de Kernig* très accentué, membres inférieurs atteints d'une légère parésie, avec diminution des réflexes tendineux ; *rétraction* du ventre nette ; pas de vomissements ; pas de dissociation de la température et du pouls qui restera entre 96 et 116 pulsations à la minute, pendant toute la maladie. Les urines sont normales comme quantité et ne présentent que de légères traces d'albumine ; pas d'acétonurie. Le traitement consiste en frictions au collargol et en injections intra-musculaires de septicémine.

Examen du liquide céphalo-rachidien (Tulasne) : liquide limpide, avec légère lymphocytose, *hyperalbuminose*, glycorachie normale, absence de bacilles de Koch ; réaction de Bordet-Wassermann négative.

Jusqu'au 3 juin, état de plus en plus grave et le processus intéresse les noyaux bulbaires : incapacité de déglutir ; toux quand on insiste pour faire avaler les liquides. Ces phénomènes *dysphagiques* rendent l'alimentation extrêmement difficile.

Dyspnée d'origine nerveuse ; le malade fait effort pour respirer (ptose respiratoire de 10" à 20", l'enfant demandant à sa mère de lui dire de respirer). Sensation d'étau dans la région précordiale. Le globe vésical remonte presque à l'ombilic, l'enfant urine par regorgement. On prévoit qu'il faudra pratiquer des gavages et sonder la vessie.

On note une douleur très nette, spontanée et exacerbée par la pression dans la région correspondant à la projection du pancréas sur la paroi abdominale (pancréatite ourlienne ?)

Abolition des réflexes rotuliens, achilléens, etc.

Devant l'extrême gravité de la situation, nous décidons de pratiquer concurremment des injections de pyovaccin (Pr Netter) et de sérum de convalescent.

Les injections de pyo-vaccin sont faites les 3 *juin*, 7 *juin*, 14 *juin* et 18 *juin*.

Nous trouvons un donneur de bonne volonté, âgé de 15 ans, ayant eu les oreillons au début de mai avec R. W. négative. Une injection est faite le 5 *juin* et une autre le 12 *juin*, chaque fois de 10 centimètres cubes de sérum de convalescent.

L'état du malade, qui avait présenté son maximum de gravité entre le 1er et le 5 juin, s'est sensiblement amélioré dès le 6 juin ; la céphalalgie, la photophobie, la raideur de la nuque, le signe de Kernig, la somnolence avec gémissements sont en diminution constante et progressive ; l'alimentation se fait plus facilement, les troubles de la déglutition s'atténuent, la dyspnée cesse et la miction redevient normale ; la diplopie cependant persiste,

Le 3 juin, le pronostic était sombre, les méninges, les noyaux bulbaires, les centres médullaires étaient gravement lésés......

Lorsque, le 13 juin, nous revoyons le jeune malade, le tableau clinique s'est singulièrement amélioré.

Au cours de la deuxième quinzaine de juin, on assiste à la disparition de la diplopie. Le jeune malade, très amaigri, présente encore de l'hyperesthésie cutanée des membres inférieurs qui sont en même temps parésiés. La raideur articulaire du genou et la flexion des deux jambes ne cèdent qu'au massage et à la mobilisation longtemps prolongés. Il subsiste de la parésie des membres supérieurs surtout accentuée à droite et marquée au niveau de la main et de l'avant-bras.

Dans la première quinzaine de juillet, nous assistons au retour progressif des mouvements ; quelques séances de faradisation des muscles semblent activer la guérison ; il persiste de la diminution des réflexes tendineux, les réflexes cutanés sont normaux.

L'enfant recommence à marcher vers le 25 juillet. Le 10 août, il pouvait faire de petites promenades et le 18 août, il reprenait sa bicyclette.

En novembre, état normal ; à signaler simplement une légère paresse des réflexes vendineux.

En résumé, il s'agit d'un cas d'oreillons habituels se compliquant au dixième jour d'une encéphalo-méningo-myélite. Rapidement, la situation s'aggrave ; elle devient tragique quand les noyaux bulbaires se prennent. Or, vingt-quatre heures après une injection de sérum de convalescent, la situation change du tout au tout. Le traitement par le sérum immunisant allié au pyovaccin (1) a fait merveille.

Une remarque : M. Netter nous a objecté qu'il s'agissait peut-être d'une forme d'encéphalite épidémique à localisation parotidienne. Mais, tout concorde à établir le diagnostic d'« oreillon cérébral », suivant la dénomination ancienne : la notion d'épidémicité, l'apparition des complications nerveuses dans les délais classiques, le résultat de la ponction lombaire, la guérison rapide sous l'action d'une médication véritablement spécifique et l'absence *de toute séquelle*, ce qui est vraiment peu dans la nature de la maladie d'Œconomo-Netter.

C. Conclusions.

Dans cet article, elles ne peuvent être que fort sommaires.

I. *Avenir de la méthode.* — Ces trois observations confirment l'action curative et spécifique d'un sérum de convalescent (obs. III) ou du sérum de la mère ancienne malade. (Obs. I et II).

Nous ne sommes qu'à l'aurore de cette immunothérapie d'origine humaine dont les applications sont pratiquement illimitées.

II. *Prélèvement du sérum.* Ce sont les adultes qui sont les principaux pourvoyeurs de sérum (ou les grands enfants comme dans l'obs. III). Il faut être certain — ce qui n'est pas toujours aisé — que le donneur a bien été atteint de la maladie en cause. Il doit être sain et vigoureux ; indemne de syphilis, de tuberculose et de paludisme.

La ponction veineuse sera faite avec une asepsie parfaite et le sang sera coagulé par séjour de 24 à 36 heures à la température ordinaire (on obtient 35 à 40 % de sérum par rapport au volume total du sang). Le séjour de deux jours à la glacière serait largement suffisant, suivant Neisser, pour tuer le tréponème. La dose à injecter est variable suivant chaque cas, la dose minima paraissant devoir atteindre 2 cc. par année d'âge.

III. *Accidents.* — Si l'on met à part les phénomènes causés par un prélèvement septique, des réactions locales et générales ont pu être observées : il faut les attribuer généralement à la présence d'hématies dans le sérum du donneur et n'appartenant pas au même groupe sanguin que le malade injecté. Il faut donc recommander de centrifuger le sérum.

IV. *Echecs.* — La séro-atténuation des maladies est loin d'être exempte d'insuccès !

Nous répèterons volontiers à ce sujet ce que disait le Pr. Léon Bernard de la séro-prophylaxie de la rougeole. « Toutes les méthodes d'immunisation artificielle comportent des échecs, même la séro-prévention antidiphtérique, malgré sa valeur inestimable, même la vaccination antityphoïdique, en dépit des affirmations contraires, même la vaccination antivariolique, si immenses que soient les services rendus par elle à l'humanité. »

CLINIQUE CHIRURGICALE

Quelques complications rares des polypes fibreux de l'utérus,

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Les polypes fibreux de l'utérus peuvent être, ainsi que vous avez pu vous en rendre compte à différentes reprises, le siège de complications extrêmement fréquentes : la plupart d'entre elles sont, pour ainsi dire presque d'observation journalière, car elles tiennent à la présence même de ces petites tumeurs, à leurs réactions sur la muqueuse utérine, ainsi qu'aux accidents infectieux qu'elles peuvent entraîner.

Mais à côté de ces complications, qui peuvent être en quelque sorte considérées comme banales, il en existe cependant quelques-unes des plus rares, que l'on n'a pas bien souvent l'occasion de rencontrer en clinique : je veux parler de celles

(1) Il s'agit de pyothérapie aseptique *passive* qui utilise le pus de l'abcès provoqué chez le cheval par la térébenthine (et évite les réactions de l'injection térébenthinée). Cette méthode a été utilisée avec succès par Netter dans la méningococcémie et dans les formes prolongées de l'encéphalite épidémique.

qui ont trait aux diverses dégénérescences, tuberculeuse ou cancéreuse, qui peuvent évoluer sur ces polypes, ainsi que des troubles mécaniques qu'ils peuvent déterminer directement, et cela,soit par excès de volume, entraînant alors de la rétention d'urine, soit du fait de leur migration en dehors de la cavité utérine, causant de l'inversion utérine ou de la procidence vulvaire.

Il s'agit là d'un ensemble de faits que la plupart de vos manuels et traités classiques se bornent simplement à signaler, lorsqu'ils ne les passent pas complètement sous silence, aussi, ai-je pensé qu'il pouvait être pour vous à la fois instructif et intéressant de réunir et de vous présenter les quelques observations qu'il m'a été donné de recueillir au cours de ces dernières années, observations qui se rapportent toutes à ces diverses complications que je viens de vous énumérer

La *tuberculose des polypes utérins* doit être une lésion excessivement rare, car, malgré mes recherches, je ne l'ai trouvée mentionnée nulle part : il est cependant infiniment probable que cette complication doit être beaucoup plus fréquente, et qu'un grand nombre d'observations ne tarderaient pas à être publiées, si les examens des tumeurs étaient pratiqués plus souvent. Je n'en veux pour preuve que le cas que j'ai rencontré, où les altérations tuberculeuses n'étaient aucunement soupçonnées, et ne furent reconnues que par suite de mes examens de laboratoire.

Il s'agissait d'une jeune femme âgée de 30 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu de Toulouse pour un petit polype utérin et dont les antécédents tant héréditaires que consanguins et personnels ne présentaient pas grand intérêt. Réglée à l'âge de douze ans, et très régulièrement pendant les années qui suivirent, ma malade a présenté des pertes blanches assez abondantes vers la vingtième année, et depuis cette époque, ses règles ont toujours été un peu irrégulières, en même temps qu'elles devenaient légèrement douloureuses. Elle s'est mariée à 22 ans, et a eu deux grossesses à terme ; quant aux suites de couches, elles ont toujours été normales.

Depuis six mois environ, la malade avait remarqué que ses règles, tout en présentant toujours la même irrégularité devenaient plus abondantes et se manifestaient pendant une plus longue durée, 8 à 10 jours, alors que précédemment, elles cessaient au bout de 3 à 4 jours. Un peu plus tard, elle avait présenté à différentes reprises, et cela en dehors de toute période menstruelle, d'assez fortes métrorragies s'accompagnant de douleurs lombaires : un médecin, consulté à ce moment,constata par le toucher la présence d'un petit polype saillant entre les lèvres du col utérin, et conseilla une intervention chirurgicale.

A l'examen au speculum, on apercevait dans l'intervalle délimité par les lèvres du col légèrement entr'ouvert une masse rougeâtre, assez ferme au toucher, qui n'était autre que le polype fibreux en question : il se présentait avec les dimensions d'une grosse cerise, et se trouvait implanté dans le canal cervical, par un pédicule court et assez large. L'ablation de cette petite tumeur eut lieu quelques jours plus tard sans aucun incident, et fut, comme il est de règle, accompagnée d'un curettage complet, tant du canal cervical que de la cavité utérine.

En examinant ce petit polype, je fus immédiatement frappé de l'état offert par la muqueuse qui le recouvrait ; elle présentait en effet non seulement une coloration bien plus marquée qu'à l'état ordinaire, mais encore, son épaisseur paraissait notablement exagérée, et sa surface, ulcérée en certains endroits, montrait l'existence d'un certain nombre de petits points jaunâtres. Aussi, dans la pensée que je trouverais peut-être quelque lésion intéressante, ai-je résolu d'en faire un examen histologique ainsi que des produits du curettage de la cavité du corps utérin.

L'inspection des coupes portant sur le polype, tout en me montrant la structure banale des fibro-myomes, m'a révélé des altérations spécifiques développées du côté de la muqueuse. Cette tunique, qui mesurait de quatre à cinq millimètres d'épaisseur, présentait, en dehors d'une prolifération cellulaire très active, des lésions de tuberculose consistant en follicules et en cellules géantes : il y a lieu d'ailleurs de remarquer que ces diverses altérations ne se bornaient pas seulement à la couche muqueuse, mais qu'elles tendaient à infiltrer la zone musculaire sous-jacente. Quant aux produits de curettage, leur examen m'a donné des résultats très différents, suivant qu'il s'agissait de la muqueuse du canal cervical ou de celle de la cavité utérine proprement dite. Les mêmes lésions se retrouvaient encore dans la première, mais beaucoup plus discrètes, presqu'à leur stade du début, alors que les produits de raclage, provenant du corps, ne montraient plus aucune lésion spécifique, mais uniquement des altérations d'inflammation banale.

Il s'est donc agi, en somme, dans ce cas d'un polype fibreux présentant au niveau de la muqueuse qui le revêtait des lésions de tuberculose et ces dernières favorisées par les accidents de rétention glandulaire et les troubles de circulation dans la nutrition du canal cervical causés par la présence même du polype, n'ont pas tardé à se développer dans ce même canal. Là où ces mêmes causes n'existaient pas, c'est-à-dire du côté du corps utérin, point d'élection de la tuberculose, je n'ai point rencontré de lésions, mais il est tout à fait hors de doute que si l'ablation de ce petit corps fibreux n'avait pas été réalisée, les lésions spécifiques, dont il avait entraîné l'existence au niveau du canal cervical, n'auraient par tardé

à se propager au reste du revêtement muqueux réalisant ainsi la prise de tout l'organe.

Pour ce qui a trait à la raison même de cette localisation, je n'ai pu arriver à en trouver une explication satisfaisante ; la malade se présente avec un excellent état de santé générale, sans aucun signe suspect ; son mari n'offre de même aucune trace de lésions, et enfin, dans sa famille je n'ai pu relever aucun antécédent de tuberculose.

La dégénérescence cancéreuse des polypes fibreux de l'utérus ne doit pas non plus constituer une complication observée bien fréquemment, car elle n'est pas non plus signalée dans les traités classiques, et d'autre part, sur une centaine de polypes fibreux que j'ai été à même d'étudier, il ne m'est arrivé qu'une fois de constater le développement d'un épithélioma.

L'observation clinique de la malade est des plus banales ; il s'agissait d'une femme âgée de 66 ans, hospitalisée à l'Hôtel-Dieu de Toulouse pour un polype fibreux de l'utérus, évoluant depuis trois ans environ, et qui traduisait sa présence par tous les signes classiques de cette affection, sur lesquels je crois tout à fait inutile d'insister ici aujourd'hui.

L'intervention chirurgicale eut lieu quelques jours après l'entrée de la malade et consista dans l'ablation d'une tumeur présentant le volume d'une grosse noix, qui pendait au milieu du vagin et dont le pédicule s'enfonçait assez profondément dans la cavité utérine : cette ablation fut comme toujours suivie d'un curetage de l'utérus.

La tumeur enlevée, assez ferme au toucher, offrait une surface assez irrégulière, et présentait à sa partie inférieure une vaste ulcération s'étendant dans la profondeur du polype ; il n'y avait aucune modification du côté des parois vaginales, le col utérin était normal d'aspect et de consistance.

Les examens que j'ai pratiqués m'ont montré que si la muquense utérine n'offrait que des altérations inflammatoires assez discrètes, il n'en était pas de même pour le polype qui présentait au contraire des lésions manifestes de dégénérescence cancéreuse. Sur les coupes intéressant sa moitié intérieure, on notait en effet l'existence de nombreuses cellules épithéliales, groupées en lobules plus ou moins réguliers et proliférant dans l'intérieur de la tumeur ; il semblait, en outre, qu'en certains points, les cellules paraissaient s'ordonnancer de manière à constituer des globes épidermiques. Quant à la trame conjonctive, très réduite en certains points, elle était au contraire beaucoup plus développée en d'autres, où elle se trouvait alors être le siège de vastes infiltrats hémorragiques.

Ainsi que vous le voyez, il s'est donc agi dans ce cas d'un épithélioma lobulé développé sur un polype fibreux, sans qu'il y ait eu d'autres lésions néoplasiques appréciables au niveau du vagin ou de l'utérus, mais ici encore, il faut bien reconnaître que si ce polypeffibreux ainsi dégénéré était resté encore un certain temps en contact avec les voies génitales, il n'aurait certainement pas manqué de provoquer dans son atmosphère l'apparition de lésions similaires, et qu'un jour où l'autre, on aurait eu l'occasion de constater l'existence d'un cancer du vagin ou de l'utérus.

La *rétention d'urine* est une complication des polypes fibreux que l'on n'est amené à observer qu'assez rarement : elle est due, à la présence dans la cavité vaginale d'un très volumineuse tumeur, qui, soit par inhibition nerveuse, soit plutôt par la compression qu'elle exerce sur l'urèthre et sur le col de la vessie, apporte un obstacle au cours de l'urine.

J'ai eu l'occasion d'en observer un cas fort net chez une malade entrée d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Toulouse au mois de novembre 1912. Il s'agissait d'une femme âgée de 47 ans, qui présentait depuis 28 mois environ des métrorragies irrégulières et très abondantes. Avec la belle insouciance qui caractérise habituellement les gens de la campagne, elle ne s'en était jamais inquiétée bien que, par leur répétition, ces pertes sanguines continuelles fussent arrivées à causer un degré d'anémie assez accentué. Vers la fin du mois d'août, elle avait ressenti une sorte de plénitude vaginale, et dans le début de novembre, elle avait constaté, qu'elle commencait à éprouver une certaine gêne à la miction, qui augmenta peu à peu d'intensité. Enfin, le 27 novembre, elle fut atteinte de rétention complète et fut amenée deux jours plus tard à l'Hôtel-Dieu n'ayant pas pu uriner depuis quarante-huit heures.

En examinant la malade, on voyait apparaître entre les petites lèvres écartées l'une de l'autre, l'extrémité d'une volumineuse tumeur, de couleur grisâtre, qui, ayant à peu près les dimensions d'une tête de fœtus à terme, comblait toute la cavité vaginale et qu'il était absolument impossible de contourner avec la main. Cette tumeur qui exhalait une odeur infecte, exerçait une forte compression vers la partie profonde de l'urètre, ainsi que sur le col de la vessie, comme le montra le cathétérisme qui fut pratiqué sans retard. Quelques instants après, on procéda à l'ablation de cet énorme polype ; mais, étant données ses dimensions, il fallut procéder au morcellement et ce n'est que lorsque la plus grande partie eût été enlevée que l'on pût sentir le pédicule qui le rattachait au fond de l'utérus.

Comme la tumeur fibreuse présentait de nombreux points en voie de sphacèle, et que son ablation s'était accompagnée d'écoulement de liquides purulents, les suites de l'intervention furent par-

ticulièrement graves : elles furent marquées par de la nécrose des parois vaginales, par l'expulsion de muqueuse utérine, ainsi que par l'apparition d'escharres sacrées très développées, qui mirent pendant un certain temps la vie de la malade en danger. On ne voit pas heureusement bien souvent de pareils cas, mais vous pouvez juger d'après ce que je viens de vous rapporter de la gravité que peut présenter parfois l'évolution de ces polypes utérins que l'on a l'habitude de considérer comme constituant une lésion tout à fait bénigne.

L'*inversion de l'utérus* constitue une complication que l'on note un peu plus souvent, et qui se manifeste à la suite des tentatives naturelles d'expulsion d'un polype au dehors de la cavité utérine, lorsque ce polype se trouve implanté sur le fond même de l'utérus par un pédicule extrêmement court. Aussi, si l'on n'a pas eu le soin, en examinant la malade, de rechercher la situation et la disposition du fond de l'utérus, qui se présente au toucher, combiné au palper abdominal, avec la forme caractéristique, dite en cul-de-fiole, on risque au cours de l'intervention, de méconnaître la paroi propre de l'utérus et de réaliser une perforation, en croyant simplement faire l'ablation d'une partie plus profonde du polype.

C'est un fait de cette nature que j'ai eu également l'occasion de voir chez une malade entrée à l'Hôtel-Dieu au mois de mars 1914. Elle présentait dans la cavité vaginale une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, douloureuse au toucher, très peu mobile, et s'appliquant étroitement sur le col utérin, dont elle était cependant complètement indépendante. La palpation abdominale, assez facile, étant donné le peu d'embonpoint de la malade, avait révélé la disposition classique de l'inversion utérine, dont on put se rendre encore mieux compte lors de l'ablation de la tumeur. Lorsque l'on eut sectionné le pédicule qui ne mesurait qu'une longueur d'un centimètre et demi, il fut des plus aisé de refouler le fond utérin et de lui faire reprendre sa situation normale : les suites opératoires ne furent marquées par aucun accident.

La *procidence* d'un polype utérin hors de la vulve peut se produire de deux façons différentes : soit d'une manière brusque, aiguë, soit d'une manière lente, chronique. La procidence lente, qui constitue le cas de beaucoup le plus fréquent, peut s'accompagner de l'expulsion totale du polype, qui pend alors tout entier entre les grandes lèvres, ou bien de l'expulsion partielle, une partie de la tumeur restant dans le vagin, ou même dans l'utérus, réalisant ainsi la forme dite en sablier dont de très beaux cas ont été rapportés par différents auteurs.

L'expulsion brusque, aiguë d'un polype est au contraire un phénomène beaucoup plus rare, qui n'arrive à se produire qu'à la suite d'un effort assez considérable : la tumeur, qui n'a fait jusqu'alors que distendre l'utérus et qui est encore contenue tout entière dans la cavité intérieure de l'organe, est, par suite de la contraction musculaire, violemment chassée au dehors de la vulve, et cette procidence s'accompagne de phénomènes extrêmement douloureux, tenant à la forte traction exercée sur l'utérus.

C'est un pareil fait que j'ai eu l'occasion d'observer en juillet 1918, à l'Hôpital mixte de Sézanne, au moment de la dernière ruée allemande. Il s'agissait d'une femme âgée de 46 ans, atteinte depuis plus d'un an de métrorragies très abondantes et de leucorrhée, qui, obligée de fuir précipitamment de son village sous un bombardement, ressentit, à la suite d'efforts violents pour désembourber un chariot, une sensation de déchirure au niveau du petit bassin, en même temps que s'effectuait la procidence d'une tumeur au dehors de la vulve. Les phénomènes douloureux furent si intenses que la malade ne put plus faire un seul pas et que, l'on fut obligé de la transporter sur une charrette. Par suite des circonstances, elle ne devait être examinée que quarante-huit heures après cet accident : il existait à ce moment en avant des grandes lèvres une tumeur rouge, saignante, du volume du poing, rattachée au fond de l'utérus inversé par un pédicule assez court. L'ablation de ce polype se fit sans difficulté, et les suites opératoires furent excellentes.

Rétention d'urine, inversion utérine, et procidence, ces trois complications mécaniques, plutôt rares, des polypes utérins, n'auraient pas dû se produire, comme les dégénérescences et comme d'ailleurs aussi la plupart des autres complications de ces petites tumeurs. Si les chirurgiens sont bien souvent appelés à les constater, cela tient pour une grande part à la négligence des malades, qui ne s'inquiètent pas assez des phénomènes anormaux, métrorragies et leucorrhée, qu'elles peuvent présenter et un peu aussi, il faut bien le reconnaître à celle de certains médecins, qui ne pratiquent pas encore assez l'examen direct de leurs malades.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement des états douloureux du ventre par la diathermie.

Dans l'esprit du Dr FRAIKIN, cette appellation comprend : les colites, surtout les colites spasmodiques, les péricolites adhérentielles et les péri-appendicites avec épiploïte, les affections inflammatoires du carrefour sous-hépatique : duodénite, périviscérite, périduodénite, cholécystite et péricholécystite, ainsi que les adhérences englobant l'angle sous-hépatique et le fixant au niveau du carrefour ; enfin, on peut ajouter, chez les femmes, les inflammations anciennes et adhérentielles péri-utérines et péri-annexielles.

L'auteur emploie l'appareil diathermique de d'Arsonval-Gaiffe ; il ne dépasse pas comme intensité deux ampères et demi ; mais jusqu'à présent, il a toujours trouvé cette intensité suffisante pour tous les cas qu'il a eu à traiter. L'intensité utilisée varie d'ailleurs notablement suivant les malades et suivant les épidermes, les uns supportant à peine 1.000 à 1.200 milliampères, les autres allant très bien à deux ampères et demi et davantage. Il utilise des plaques métalliques très larges et souples, coaptant bien à la peau : électrode dorsale ayant 25 sur 30 cent. environ ; électrode abdominale couvrant toute la surface de l'abdomen.

Le rayonnement ultra-violet associé à la diathermie semble amener plus rapidement l'amélioration locale et générale ; la chose n'a rien d'étonnant puisque les rayons ultra-violets ont une action analgésiante et modificatrice de la circulation et du système nerveux.

Bref, la diathermie, soit seule, soit associée à l'ultra-violet, est un traitement puissant des affections douloureuses du ventre capable, tout au moins, de produire un soulagement marqué. A ce titre, ce genre d'application mérite d'être connu non seulement des spécialistes, mais aussi des praticiens de médecine générale qui sont trop souvent désarmés dans de pareils cas. (*Paris médical*, 24 juillet 1926.)

Emission sanguine avec restitution globulaire.

Pour obtenir l'effet salutaire que l'on attend de la saignée, on est souvent conduit à pratiquer des spoliations sanguines assez considérables ; le chiffre de 300 grammes peut être considéré comme une moyenne. Certes on n'éprouve aucun scrupule à l'effectuer chez un hypertendu pléthorique, mais chez un brightique, l'état d'anémie avancé peut constituer une contre-indication.

A. GILBERT, A. TZANCK et NÉGRONI se sont donc demandé s'il n'était pas possible de tourner la difficulté en pratiquant, après l'émission sanguine, la réinjection immédiate des éléments cellulaires préalablement lavés et débarrassés des substances toxiques contenues dans le plasma.

Ils ont réalisé un dispositif permettant de conserver les globules en milieu isotonique, température de 37°, de réduire par lavage, la quantité d'anticoagulant nécessaire à maintenir le sang fluide et d'opérer (par le système d'un distributeur à deux voies) tous les transvasements nécessaires à l'abri de l'air.

La technique opératoire comprend les trois temps suivants : 1° saignée. Le sang prélevé à l'aide du distributeur à deux voies est recueilli directement dans le godet de la centrifugeuse (d'une capacité de 250 à 500 grammes), qui contient un à deux grammes de citrate de soude à 10 p. 100 ou 20 à 30 centigrammes de sulfarsénol.

Le prélèvement terminé, on met un mandrin dans l'aiguille, ce qui dispense d'une nouvelle ponction veineuse lors de la réinjection. Puis on aspire dans le distributeur une minime quantité de citrate de soude que l'on rejette dans le godet, pour éviter toute coagulation dans les canalisations.

2° Second temps : centrifugation et lavage. Après dix minutes de centrifugation, le plasma qui surnage est prélevé à l'aide du distributeur à deux voies et remplacé par du sérum stérile. Deux centrifugations suffisent à réduire l'anticoagulant à des traces négligeables.

3° Restitution globulaire par réinjection en sens inverse, avec le même dispositif et la même simplicité.

Après expérimentation sur l'animal, les auteurs ont réussi à pratiquer l'intervention quinze fois sur sept malades ; dans un seul cas, ils ont eu une réaction assez vive avec 39° et frisson très marqué.

Ces résultats établissent qu'il est possible sur l'homme de réinjecter sans danger des quantités importantes de globules préalablement lavés.

Cependant des auteurs américains visant à un véritable lavage du sang chez des urémiques ont noté des insuccès : de pareilles spoliations, favorables au début, possibles à la rigueur chez un sujet sain, deviennent fatales chez le malade dès qu'on atteint une certaine limite qu'on ne sau-

rait dépasser. Il se produit alors, semble-t-il, de profondes modifications dans la composition sanguine, et les organes malades s'adaptent difficilement.

Par la réinjection globulaire, on ne vise qu'à rendre praticable la thérapeutique qui a fait ses preuves : la saignée ; ici la spoliation sanguine est infiniment moins traumatisante, et elle est atténuée par les effets de la réinjection globulaire.

Cette opération est d'une innocuité remarquable, à la condition que l'on s'entoure de toutes les garanties d'asepsie indispensables. Elle est indiquée lorsque l'anémie d'un sujet s'oppose à une saignée nécessaire, ou lorsque l'abondance ou la répétition des spoliations sanguines risquerait (comme dans l'éclampsie) de réaliser un état anémique prononcé.

Par son efficacité et son innocuité, l'émission sanguine suivie de la réinjection des globules lavés est susceptible d'entrer dans la pratique courante. (*Paris médical*, 18 septembre 1926.)

Du traitement des sphinctéralgies anales par les courants de diathermie.

Les résultats obtenus par cette méthode nouvelle ont semblé très encourageants dans 114 cas de sphinctéralgies anales de causes diverses, traités par MM. Bensaude et Paul Meyer. On utilisait auparavant des courants de haute fréquence et de haute tension ; les courants de diathermie sont de haute fréquence et de basse tension, développant au niveau de l'électrode active une sensation de chaleur plus marquée.

Dans les cas aigus, le pôle actif anal demeure extra-anal, toutes les fois que le sphincter est fortement spasmé ; c'est alors un tampon de coton hydrophile (de la dimension d'un gros œuf de poule), imbibé d'eau salée et convenablement exprimé ; ce tampon est maintenu au contact de l'orifice anal, par la pression vigoureuse exercée avec la pointe du cône métallique de Doumer. L'intensité peut être portée à 7 ou 800 milliampères et maintenue pendant dix minutes ; après deux ou trois applications, on peut, sans déterminer aucune douleur, utiliser une électrode intra-anale, qui permet de réaliser une intensité plus élevée.

Sur 51 fissures anales vraies, 49 succès et deux échecs relatifs dus à l'impatience des malades.

Sur 107 fissures anales récidivantes, 14 succès et 3 échecs.

Trente-deux cas d'hémorroïdes en crise aiguë. Le spasme anal joue un rôle important dans la production des douleurs ; le résultat est d'autant plus marqué que les courants de haute fréquence exercent aussi une influence très heureuse sur l'inflammation hémorroïdaire elle-même. Tous les malades furent notablement soulagés dès la première application avec le pôle anal externe ; après deux ou trois séances, la réduction du paquet procident devint aisée et les malades ne souffrirent plus. Dix applications furent pratiquées à raison d'une par jour, pour calmer entièrement l'élément fluxionnaire ; puis, des injections sclérosantes parachevèrent la cure.

Dans huit sphinctéralgies aiguës ou subaiguës, liées à des ulcérations variées de la muqueuse ano-rectale, la guérison survint après un traitement plus ou moins prolongé, suivant l'étendue de la lésion.

Enfin la méthode a pu agir heureusement sur plusieurs cas de névralgies anales chroniques, en général si rebelles à tous les traitements médicaux, parfois même à la dilatation. (*Journal des Praticiens*, 24 juillet 1926.)

La conception actuelle du rhumatisme articulaire aigu.

Les travaux récents sont venus modifier la majeure partie des anciennes notions sur la dominante lésion articulaire et la complication cardiaque du rhumatisme articulaire aigu.

On sait aujourd'hui que, loin d'être une affection à prédominance articulaire, le rhumatisme frappe éminemment le cœur ; de plus, la participation du myocarde est extrêmement importante au point que l'endocardite et la péricardite ne s'observent guère à l'état isolé.

Loin d'être une affection aiguë et récidivante, le rhumatisme procède de façon essentiellement évolutive et chronique, entrecoupée tantôt de crises franches, tantôt de poussées frustes quant aux symptômes articulaires, mais au cours desquelles les lésions cardiaques évoluent pour leur propre compte.

MM. R. Worms et Gilbert Dreyfus exposent les problèmes nouveaux (pronostique, diagnostique et thérapeutique), qui doivent s'imposer au médecin devant *tout* cas de rhumatisme articulaire aigu.

Pronostic. — Pour la crise, il est bénin : l'articulation guérit entièrement ; les lésions naissantes du cœur ne menacent pas immédiatement la vie ; cependant, il y a toujours lieu de craindre une convalescence traînante et de la surveiller attentivement, car c'est parfois seulement alors qu'apparaissent les palpitations, témoins d'une atteinte du myocarde.

Quant à la maladie rhumatismale, elle-même, il ne faut pas hésiter à la qualifier de maladie grave, dont la gravité d'évolution est impossible à préciser, en raison du cœur (symphyse, insuffisance ou rétrécissement valvulaire) ; le cœur une fois lésé, le rhumatisant, par un mode continu ou discontinu, est constamment menacé d'entrer soit dans l'asystolie mécanique banale, soit dans l'asystolie inflammatoire.

Diagnostic. — Chez l'enfant on sait la fréquence des poussées articulaires frustes ; d'autre part, au cours de la crise rhumatismale, il n'est pas toujours aisé de préciser le diagnostic de la lésion cardiaque ; enfin le dernier mot revient à l'épreuve du salicylate, qu'il faut essayer dans toute asystolie fébrile, et dans toute endocardite, qui ne fait pas sa preuve bactériologique. On ne peut attacher à des résultats négatifs aucune signification absolue, car l'inefficacité du traitement peut tenir à sa trop tardive mise en œuvre ; par contre, il a de fortes chances d'améliorer à plus ou moins brève échéance une poussée de rhumatisme évolutif, et ses résultats posisifs ont une entière valeur au point de vue du diagnostic.

Traitement. — 1° *D'attaque* : il doit être précoce, donner d'emblée des hautes doses de 10, 12, 14 grammes et plus de salicylate de soude, les fractionner, également réparties dans les vingt-quatre heures par un gramme, car le médicament est vite éliminé. Enfin, il faut prolonger le traitement quinze jours après la disparition de tout symptôme local ou général. Éviter de l'interrompre brusquement, mais diminuer progressivement les doses.

Donner le salicylate avec dose égale ou double de bicarbonate de soude ; employer aussi la voie rectale, ou intraveineuse ; cette dernière permet de réduire les doses à 0 gr. 20 ou 0 gr. 40.

De plus, faire un régime de désintoxication, laxatifs légers, uroformine, repos au lit prolongé.

Il existe cependant des formes salicylo-résistantes, où il faut interrompre pour quelques jours le traitement, soit traiter par le choc, soit renforcer l'action du salicylate par l'extrait thyroïdien.

2° *D'entretien.* Pendant les dix ou quinze premiers jours des dix-huit mois qui suivent toute crise aiguë, même en apparence guérie, doses quotidiennes de trois à quatre grammes, en diminuant progressivement jusqu'à deux grammes.

Ne pas négliger le traitement hygiénique pour les porteurs de cardiopathie et les enfants ; conseiller une cure annuelle à Bourbon-Lancy. (*L'Hôpital*, septembre 1926-A.)

Nouvelles précisions sur les indications et les contre-indications de la médication iodée en phtisiothérapie.

Dans un travail paru en 1925 (1) le Dr Nigoul-Foussal exposait les indications et les résultats de la médication iodée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et concluait à l'utilisation de l'iode seulement dans les formes non évolutives localisées.

Des discussions s'étant élevées au sujet des applications cliniques de l'iode en phtisiothérapie, le Dr Nigoul-Foussal, en collaboration avec le Dr Marissal, de Montpellier, a fait des recherches nouvelles de contrôle et les auteurs apportent aujourd'hui un nombre important d'observations cliniques scientifiquement établies. Leur expérimentation a été faite d'abord avec la teinture d'iode, puis avec un iode organique injectable, et aussi bien chez les tuberculeux en évolution que chez les malades non évolutifs. Les conclusions de ce travail clinique sont les suivantes : « Qu'il s'agisse de la teinture d'iode dépourvue d'iodure, ou d'un iodé injectable, on n'obtient de résultats favorables que dans les formes non évolutives dont la température oscille autour de 37°5. Dans les tuberculoses évolutives, au contraire, formes extensives, infiltrantes, hémoptoïques, avec température, même ne dépassant pas 38°. *il faut s'abstenir de tout traitement iodé.*

Enfin une distinction s'impose entre les effets cliniques de l'iode absorbé *per os* (teinture d'iode) et ceux de l'iode utilisé par la voie intramusculaire. La teinture d'iode est nocive pour l'estomac, surtout à doses élevées, difficilement supportées. Elle est contre-indiquée chez les dyspepsiques et les sujets atteints de troubles pharyngo-laryngés.

Avec un iode organique utilisé par la voie intramusculaire, bonne tolérance, action thérapeutique rapide et régulière, action favorable sur le poids corporel et sur la pression artérielle, assèchement de l'expectoration, mais pas d'action nette sur le caractère bacillifère.

Si l'on utilise un iode injectable organique radioactif on constate, en outre, une sensation d'euphorie, avec action psychothérapique immédiate, des effets toniques généraux et une diminution de l'éréthisme cardiaque.

Quelle que soit la forme pharmaceutique administrée, teinture d'iode, iode organique injectable ou même iode organique radioactif, les conclusions des auteurs ne varient pas, elles sont formelles : s'abstenir de ce traitement iodé dans la tuberculose pulmonaire évolutive ; le réserver uniquement aux autres formes cliniques où il donne de beaux résultats. (*Les sciences médicales*, 26 février 1927.)

Traitement de la coqueluche chez l'enfant du premier âge par l'éthéro-goménol à hautes doses.

Après quelques essais d'éthérothérapie chez le nourrisson, d'après les données d'Audrain, le Prof. Lacapère (de Rouen) a été amené à penser que d'une part les doses d'éther étaient trop faibles, et que d'autre part l'addition d'un balsamique aurait l'avantage de compléter l'action de l'éther.

(1) *La Presse médicale*, 7 novembre 1925.

Il est arrivé à la formule suivante :

Ether pur............... 100 grammes
Goménol pur............ 1 gramme.

Tenir dans un flacon stérilisé à large col. Injections intramusculaires dans la fesse tous les deux jours.

Les doses à employer varient suivant la gravité de la maladie : de 2 cc. à 4 cc. avant douze mois, et de 4 cc. à 6 cc. de 12 à 24 mois ; ces injections sont plus faciles à faire que celles d'huile goménolée ou d'huile éthérée.

Dans les coqueluches bénignes (15 à 20 quintes), guérison avec 5 à 6 injections.

Dans les coqueluches moyennes (30 quintes, fièvre légère, vomissements), guérison en trois semaines environ avec 7 à 8 injections.

Dans les coqueluches graves (40 quintes, fièvre, vomissements, amaigrissement, excitation) la guérison peut se produire en quatre à cinq semaines pour les cas, qui paraissaient devoir durer plusieurs mois, avec un nombre d'injections allant de 10 à 14 au maximum.

Le seul inconvénient, c'est que la piqûre produit aussitôt une douleur assez vive, qui disparaît d'ailleurs en 4 ou 5 minutes. On désinfecte en même temps le nez par l'huile goménolée, le pharynx par la glycérine résorcinée, les voies respiratoires supérieures par des inhalations eucalyptolées, la peau par des lotions à l'eau alcoolisée camphrée. (*La Normandie médicale*, 1er octobre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur la statistique des cancers familiaux.

(M. Hanriot. — *Académie de médecine* ; 29-3-1927.)

Le travail de M. Chaton relatif à l'étiologie du cancer, dont parlait récemment M. Hartmann, comportait une statistique assez importante de cancers familiaux. M. Hanriot estime qu'une semblable statistique, pour être probante, doit être établie dans des conditions déterminées.

Le cancer est, en effet, une maladie fréquente. La mortalité par cancer est de un quatorzième des décès dans le département de la Seine. Cela veut dire qu'un individu pris au hasard a une chance sur quatorze de mourir de cancer.

Pour apprécier la réalité des cancers conjugaux, M. Hanriot propose de procéder ainsi. Faire une statistique des cancéreux veufs et interroger les malades sur les causes de la mort de leurs conjoints. Si, sur un total assez grand, on trouve une proportion de 1 pour 14, il s'agira d'un fait normal. Si, au contraire, on trouve un chiffre bien supérieur à 1 pour 14, c'est qu'il existe véritablement un cancer conjugal. Pour juger les cancers héréditaires, enquêter d'une façon analogue, en interrogeant *tous* les malades cancéreux sur la mortalité de leurs ascendants.

Les artérites diabétiques.

(MM. Maurice Letulle, Marcel Labbé, Jean Heitz et F. Nepveux. — *Académie de médecine* ; 29-3-1927.)

Les auteurs ont étudié au point de vue anatomo-pathologique, pathogénique et thérapeutique, les artérites diabétiques.

Certaines modifications sanguines accompagnent, chez les diabétiques, l'évolution des artérites. La cholestérinémie est notablement augmentée. On trouve d'ailleurs, dans les artères malades une proportion élevée de cholestérine et aussi de calcium ; ce dernier caractère explique, entre autres choses, la visibilité de certaines de ces artères à l'examen radiographique.

Dans l'artérite diabétique, les thromboses font défaut. Il n'y a pas de ces longs caillots observés parfois chez les athéromateux séniles, et plus souvent encore, chez les sujets jeunes atteints de maladie de Léo Buerger. Les lésions prédominent dans la membrane interne qui est boursouflée, comme injectée de suif. Il semble, disent les auteurs, qu'on puisse résumer ainsi l'évolution des phénomènes anatomiques. Le sang, anormalement chargé de sucre, irrite l'endartère, qui réagit en s'épaississant, de préférence à la naissance des collatérales. Plus tard, se produisent des poussées inflammatoires locales. Plus tard encore, apparaît la surcharge de l'endartère malade par la cholestérine. MM. Letulle et Labbé ne croient pas que l'hypercholestérinémie soit la cause des lésions artérielles chez les diabétiques. Elle jouerait seulement un rôle aggravant.

De ces données, en grande partie nouvelles, peut-on tirer des directives thérapeutiques ? Lorsque l'on constate une visibilité anormale des artères ou une réduction des oscillations (avec le Pachon) aux membres inférieurs, à plus forte raison lorsque les symptômes fonctionnels ont commencé (douleurs, refroidissement, cyanose des extrémités, fatigue dans la marche, claudication intermittente (crampe douloureuse dans le mollet après un parcours de quelques centaines de mètres, obligeant à s'arrêter), peut-on espérer enrayer la marche du pro-

cessus et prévenir les accidents sphacéliques contre lesquels l'amputation reste trop souvent l'ultime ressource ?

Le régime alimentaire est à la base du traitement. Il comporte la restriction des hydrates de carbone calculée sur la tolérance du malade. Lorsque la gangrène menace, la cure de jeûne pendant un ou plusieurs jours est indiquée, et aussi la cure d'insuline. Chez le diabétique présentant des signes d'artérite, on réduira dans l'alimentation les substances vectrices de cholestérine, c'est-à-dire les jaunes d'œufs, la cervelle, le foie, le boudin. On aura recours aux petites purgations salines qui favorisent l'élimination de la cholestérine par la voie biliaire. L'institution d'un régime hypocalcique ne semble pas offrir d'utilité.

L'insuline, indiquée au cas de gangrène menaçante, peut aussi être employée préventivement, dès les premiers indices d'artérite, non seulement pour l'action de ce médicament sur la glycémie et l'acidose, mais encore pour son effet sur l'hypercholestérinémie, effet, il est vrai, qui ne se traduit pas toujours par une résorption des dépôts de cholestérine.

Ambard, Boyer et Schmid, chez une diabétique souffrant de violentes douleurs dans les jambes avec cyanose des pieds ont constaté la disparition de ces troubles après une série de piqûres d'insuline.

On pourra, enfin, associer au régime et à l'insuline, la cure de Vichy, l'administration des iodures, le citrate de soude (15 à 30 grammes par 24 heures), la diathermie, les rayons infra-rouges, les bains de Royat, de Bagnoles-de-l'Orne, parfois la sympathectomie péri-artérielle.

— M. Chauffard rappelle, comme il l'exposait dans une leçon que nous avons publiée ici-même que les troubles du métabolisme chez le diabétique ne portent pas seulement sur les hydro-carbonés, mais aussi sur les graisses, allant de l'hypercholestérinémie à la grande lipémie. Suivant la loi des dépôts locaux de cholestérine, énoncée par M. Chauffard, l'excès de cholestérine circulante se fixe en des points particuliers de l'organisme : vésicule biliaire, peau, rétine, artères, rein dans les néphroses. On comprend dès lors les faits de calculs biliaires, de xanthélasma, de rétinite à plaques lipoïdiques chez les diabétiques. M. Chauffard va plus loin que MM. Letulle et Marcel Labbé. Pour lui, le dépôt local de cholestérine dans les artères est à la base de l'artérite diabétique : il provoquerait des réactions tissulaires et une calcification terminale. Cette pathogénie déborderait même le diabète. L'hypercholestérinémie se montrerait à la source des processus artéritiques chroniques, en dehors de l'artérite syphilitique, naturellement.

Peut-être trouvera-t-on là une indication thérapeutique. L'insuline modifie et réduit les états lipoïdémiques. M. Chauffard a vu ce médicament guérir un xanthome diabétique et améliorer grandement une rétinite diabétique pure, à plaques blanches rétiniennes. Ainsi, grandit chaque jour l'importance de cet élément de la chimie sérique si longtemps négligé : la cholestérinémie.

Régression d'une artérite chronique non diabétique sous l'influence de l'insuline.

(MM. Yacoel et G. Boyer. — *Académie de médecine* ; 29-3-1927.)

MM. Ambard, Boyer et Schmid ont présenté il y a un an et demi à la Société des hôpitaux un cas d'artérite chronique oblitérante non diabétique améliorée par le traitement insulinique. MM. Yacoël et Boyer ont pu suivre ultérieurement ce malade et ils ont vu l'amélioration s'accentuer, les oscillations artérielles étant réapparues. Ils expliquent l'action de l'insuline en pareille circonstance par un rôle trophique de cette substance considérée comme un extrait endocrinien.

— M. Vaquez, enregistrant ce succès de l'insuline dans une artérite oblitérante juvénile, ajoute que tous les observateurs n'ont pas été aussi heureux. Cela tient à ce qu'il n'y a pas unicité dans ces artérites. Des distinctions devront être établies sur ce sujet et l'insuline pourra être, dans une certaine mesure, un moyen de différenciation.

MM. Yacoël et Boyer, comme M. Ambard, expliquent l'action de l'insuline, ici, par une influence sur le trophisme des tissus, en l'occurence les tuniques artérielles. Cela n'est pas invraisemblable, M. Yacoël ayant vu l'insuline améliorer des ulcères variqueux ou des sphacèles dus à des artérites. Mais, comment s'exerce cette action trophique ? Nous ne le savons pas encore exactement. On tend à admettre qu'elle est d'origine endocrinienne. L'avenir seul nous fixera sur ce point.

Le théisme, fléau social en Tunisie.

(M. B. Dinguizli, de Tunis. — *Académie de médecine*, 29-3-1927.)

Avant 1914, l'usage du thé était presque inconnu en Tunisie. Après la guerre, les Tripolitains venant en Tunisie à la recherche de travaux agricoles importèrent cette plante avec eux, et, depuis ce moment, l'habitude de consommer du thé fit en quelque sorte tache d'huile, gagnant toute la population indigène.

Aujourd'hui, dit M. Dinguizli, le thé est devenu en Tunisie une boisson si répandue, qu'elle constitue un véritable fléau social. Alors qu'en Extrême-Orient, le thé est préparé en infusion faible, en Tunisie, il est pris à consistance sirupeuse, et en quantités considérables, dans les intérieurs indigènes et dans les cafés maures, généralement si mal tenus. Les consommateurs veillent tard pour en boire à satiété et il y a là un triple danger : médical, social et économique. Beaucoup d'indigènes présentent des

troubles circulatoires et nerveux. Le besoin de thé est devenu invincible et fait abandonner le travail et se priver de nourriture, d'où de multiples états morbides par mauvaise alimentation. La passion du thé conduit nombre d'individus au vol, à la paresse, sans parler des sommes exportées pour les achats de cette plante (1 million de kilogr. de thé en 1926, contre 100.000 kilogr. en 1917).

M. Dinguizli demande que des remèdes soient apportés à cet état de choses. Le principal lui paraît être l'éducation de la population sur les dangers de ce théisme, éducation qui pourrait être faite par des affiches, des tracts, des projections cinématographiques, des conférences par les médecins indigènes, les *imans* prédicateurs, etc.

— M. Hayem et M. Pouchet pensent que l'on peut consommer une quantité assez considérable de thé, en boisson, sans inconvénient très notable, s'il s'agit de thé pur. On connaît depuis longtemps les troubles légers et passagers qu'accusent les dégustateurs du thé, troubles qui cèdent rapidement à la suspension de ces ingestions professionnelles. S'il se produit des accidents sérieux, on peut se demander s'ils ne sont pas dus à l'addition au thé d'une autre substance.

Déformations professionnelles du squelette du pied chez une danseuse.

(M. Mauclaire. — *Société de chirurgie* ; 26-1-1927.)

M. Mauclaire présente les radiographies des pieds d'une danseuse âgée de 30 ans et qui exerce sa profession depuis l'âge de 10 ans.

Le bout du pied est carré ; on note une incurvation des premières phalanges des 2e, 3e, 4e et 5e orteils, avec valgus du gros orteil. Astragale déformé. Articulations assez larges.

Dans l'exercice des pointes, le poids du corps repose surtout sur l'extrémité des doigts de pied, d'où la déformation des premières phalanges des orteils.

Depuis six mois, cette malade a des douleurs sur le dos du pied au bout de quelques exercices de danse. Ces douleurs semblent provenir d'un peu de désaxement des tendons extenseurs. L'auteur a conseillé comme traitement le port d'un petit bracelet maintenant les tendons extenseurs, comme celui que l'on fait mettre pour certaines métatarsalgies.

M. Mauclaire a vu les radiographies du tarse de deux autres danseuses qui sont obligées de se reposer. Même aspect de l'astragale. L'avant-pied n'ayant pas été radiographié, l'état des phalanges n'a pu être apprécié. P. L.

Les Livres

Librairie J. B. Baillère et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Pr P. Carnot, Blamoutier, Libert, Friedel. — **Les périviscérites digestives.** (1 vol., 172 pages, 1926.)

Il ne semble pas qu'une étude comparative d'ensemble ait été faite des diverses périviscérites, dont le rapprochement s'impose cependant : car, périgastrites, périduodénites, péricolites, péricholécystites, dérivent des mêmes causes, protègent de même les organes qu'elles calfatent ; provoquent par contre des déformations ou malformations analogues qui entravent le transit digestif, sont enfin justiciables des mêmes règles de prophylaxie et de la même thérapeutique.

Tel est le sujet de ce volume, qui contient le cours de gastro-entérologie professé à l'hôpital Beaujon.

Pour les périviscérites, comme pour les autres lésions fibreuses d'organes, s'étend de plus en plus le rôle du microbisme latent d'origine viscérale, celui de la bacillose atypique, scléreuse et larvée, enfin celui de la syphilis adhésive et calleuse, péritonéale, préviscérale, aussi bien que médiastinale. L'ensemble des périviscérites digestives infectieuses est comparable à l'ensemble des lésions infectieuses de la plèvre, du péricarde ou des méninges.

Si délicat que soit, le plus souvent, le traitement des adhérences et des symphyses périviscérales par la chirurgie, par la physiothérapie (diathermie, et héliothérapie naturelle ou artificielle), et le plus souvent par les deux méthodes conjuguées, on doit cependant ne pas le négliger ; mais il faut toujours se rappeler que les périviscérites adhésives n'ont pas qu'un rôle nocif à leur actif, et qu'elles sont souvent fort utiles, car elles constituent contre l'infection, contre les pertes de substance, une réaction défensive qui calfate l'organe aminci ou perforé, qui séquestre l'infection. On ne songera donc à faire disparaître une symphyse viscérale que si l'infection est entièrement éteinte, et ne peut même pas renaître de ses cendres.

Masson et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pr H. Truc. — **Hygiène oculaire et inspection du travail.** (1 vol. 183 pages, 19 figures, 1926.)

Dans un précédent volume sur l'hygiène oculaire et l'inspection des écoles, l'auteur a étudié les conditions oculaires et visuelles de l'école et de l'écolier, en insistant sur la prophylaxie et l'inspection correspondantes.

Il a voulu faire de même pour le travailleur et le travail, dans leurs diverses spécialités, bureaux, magasins, ateliers, usines, mines, champs, chemins de fer, armée, marine, en indiquant les meilleures conditions de pratique et d'inspection oculaires.

Les adultes ont droit, dans le travail, comme les enfants à l'école, à la défense de leurs yeux et de leur vision ; mais, tandis que les mesures prophylactiques sont simples et univoques chez l'écolier ; elles deviennent complexes et diverses chez le travailleur.

Des prescriptions nouvelles s'imposent actuellement en raison de l'hygiène du travail, de la concentration industrielle, de la multiplicité des métiers et de leurs outillages perfectionnés.

L'auteur les étudie successivement en quatre parties :

La première comprend les conditions oculaires et visuelles du travailleur : anatomie, physiologie et pathologie.

La seconde, les conditions générales ou spéciales du travailleur visuel : bâtiments, éclairage, outillage, métiers et apprentissage.

La troisième, les accidents du travail, les maladies professionnelles, la simulation et la dissimulation.

La quatrième, enfin, la protection oculaire et visuelle du travailleur par lui-même et par les organismes sociaux, lois, règlements et inspection du travail.

IMPRIMERIE DU COMMERCE,
12, rue Santeuil, Nantes.

Dr G. LABEYRIE. — **La pulmo-culture et les faux abdominaux.** *Etude médico-chirurgicale.* 1 brochure in-8o 92 pages, 1925.)

Il s'agit d'un état pathologique du poumon, où cet organe devient le support, le réceptacle de germes, qui y vivent et s'y développent de façon chronique, sans causer de lésions locales profondes. L'action microbienne se révèle à distance par le malaise des différents organes, et rien n'attire l'attention sur l'appareil pulmonaire. Les organes les plus maltraités sont ceux qui sont chargés de la neutralisation ou de l'élimination des toxines, savoir le foie, le tube digestif tout entier et ses glandes annexes, l'arbre urinaire et les capsules surrénales. Le pulmo-culteur ne tousse pas ; il se plaint de souffrir en un point quelconque de son organisme, point presque toujours fort éloigné du poumon. C'est l'examen minutieux du poumon fait d'une façon systématique et un peu spéciale qui, seul peut donner la clef du diagnostic et permettre d'instituer le traitement curateur.

Des râles fins ou des frottements pleuraux, ou les deux en même temps, sont perçus très souvent uniquement en un point, qui correspond à l'implantation de l'acromion sur l'épine de l'omoplate.

Les manifestations viscérales abdominales peuvent donner le change avec la plupart des affections chirurgicales de l'abdomen. Le pronostic n'est pas sévère, le traitement médical général constitue la règle, l'intervention chirurgicale est l'exception.

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr M. T. DE GÉRIN. — **Anémie pernicieuse. La cholestérine en bio-pathologie.** (1 brochure, 42 pages, 1926.)

L'auteur ne fait pas une étude approfondie de l'anémie pernicieuse ; il se contente de rapporter quelques observations intéressantes faites à la suite de la guérison d'une vingtaine de cas, en attirant l'attention sur le rôle que joue le lipoïde cholestérine. Celui-ci, répandu dans tout l'organisme, paraît remplir une fonction plus importante que celle qu'on lui a attribuée jusqu'ici. Les effets sont différents suivant sa source (cervelle, calculs, etc.) ; ils sont étudiés chez les rachitiques, les cancéreux, les tuberculeux.

On ne doit pas oublier enfin le rôle protecteur de la cholestérine ; dans tous les cas d'anémie, plus il y a de cholestérine dans le globule sanguin et autour de lui, plus grande est la résistance à l'hémolyse.

EDITIONS « SEMAINE DENTAIRE »,
12, rue de Hanovre, Paris.

Dr J. BERNARD et A. BOULAND. — **Incidents et accidents de la pratique dentaire journalière.** (1 brochure, 170 pages, 1926.)

Le dentiste peut se trouver chaque jour en face de cas imprévus, les auteurs ont voulu qu'il y soit préparé. Ils étudient les différents cas d'urgence, avec les médicaments, l'instrumentation qu'ils peuvent nécessiter.

Un dernier chapitre a été réservé à quelques conseils de pratique courante, à la rédaction d'une ordonnance par exemple, à l'exposé de la récente loi sur les substances toxiques, dont certains articles concernent directement le chirurgien-dentiste.

IMPRIMERIE MODERNE,
139, rue Ste-Catherine, Bordeaux.

Dr COURBIN (de Bagnères-de-Bigorre). — **Les maigres.** (1 brochure, 21 pages, 1926.)

C'est le résumé d'une leçon faite au cours de perfectionnement du service du Pr Cassaët sur les maladies de la nutrition.

L'auteur étudie « La maigreur physiologique », « Les amaigris », « Les causes de la maigreur » (excès de dépense, insuffisance d'apports, maigreurs glandulaires et nerveuses) ; puis il aborde la question du traitement. Il attire finalement l'attention sur les accidents de suralimentation, si fréquents naguère chez les tuberculeux, et qui peuvent tout compromettre : l'atonie gastrique, la congestion du foie, l'albuminurie, les éruptions cutanées. Pour les éviter, il faut du tact, de la mesure, du goût.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES CONTRATS DE LOUAGE DE SERVICES MÉDICAUX
LE SALARIAT MÉDICAL MODERNE

Dans cette étude, je laisse complètement de côté les associations diverses entre médecins ou entre médecins et tiers. J'ai déjà traité ces questions dans le *Concours médical* (1922, 2863 ; 1925,2894 ; 1926,497).

Dans l'association, il y a égalité complète, ou presque entre les contractants.

Au contraire, il y a louage de services, lorsqu'un médecin loue son temps, son travail et sa science, soit à un autre médecin, soit à un particulier, ou à une collectivité quelconque.

Comme nous allons l'étudier, le médecin employé ne conserve pas sa liberté professionnelle, car il doit obéir à des directives, à des suggestions, voire même à des ordres, émanant de l'employeur.

L'employeur.

A. **Employeur médecin.**

Un praticien âgé, ou trop occupé pour desservir une grosse clientèle, s'adjoint un confrère, auquel il donnera une tâche déterminée (voir les malades de campagne, assurer le service d'une clinique, etc.), ou indéterminée (désignation chaque jour des malades que le médecin-employé devra visiter pour le compte du confrère-employeur).

Une modalité, qui a tendance à se développer beaucoup, est la suivante : un médecin, un chirurgien-dentiste veut exploiter plusieurs cabinets, sous son nom.

Il installe un diplômé, dans chacun de ces établissements secondaires, alors qu'il conserve pour lui-même son établissement principal.

Depuis de nombreuses années, les dentistes usent largement de ce procédé. Il n'est pas rare qu'un praticien emploie, même dans son propre appartement professionnel, des diplômés, qui desservent plusieurs « fauteuils dentaires », dans un ou plusieurs cabinets, ou qui gèrent, sous le nom de l'employeur, des cabinets situés dans plusieurs points de la même ville, ou dans des localités différentes.

En médecine, c'est surtout en matière d'accidents du travail que ce mode de louage de services médicaux commence à se faire jour : le médecin, propriétaire de plusieurs officines de blessés du travail, installe, dans chacune d'elles, un docteur qui, payé par un salaire fixe, ou par un pourcentage sur les recettes, exercera pour le compte de son patron.

B. **Collectivités privées.**

Les modalités de salariat médical sont diverses. Alors que, dans certains cas, le médecin employé doit tout son temps au travail que lui assigne son employeur, dans d'autres cas, le médecin est libre, sa tâche terminée, de se consacrer à l'exercice libre de sa profession.

Dans le premier cas, citons les médecins de mines, de grandes firmes industrielles, de grandes usines.

Dans le second cas, ce sont les médecins contrôleurs d'assurances contre les accidents du travail, les donneurs de soins dans les dispensaires divers (d'assurances ou de syndicats ouvriers, médecins de Mutualités, etc.).

Citons encore les médecins, qui font la représentation pour des firmes commerciales (spécialités pharmaceutiques, bandagistes, etc.).

Ce sont enfin les docteurs qui couvrent de leur diplôme les pratiques d'illégaux divers : voyantes, empiriques, magnétiseurs, marchands de ceintures électriques, ou d'appareils de massages (les Macaura et Mac Laughlin).

C. **Collectivités publiques.**

Quelques protestations que je puisse soulever, je dois déclarer que, juridiquement, je considère comme salariat médical et louage de services, le fait, pour un docteur, d'accepter de donner ses soins à des malades, qui ne l'ont pas choisi librement, soins qui seront donnés selon des modalités arrêtées par l'employeur et qui seront payés par celui-ci d'après un tarif déterminé.

Le praticien n'a pas le droit de discuter les conditions de travail, qui lui sont faites : il doit accepter, ou refuser en bloc.

C'est ainsi qu'il soignera les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite, inspectera les nourrissons ou les enfants assistés, vaccinera, certifiera les naissances et les décès, traitera les malades dans les hôpitaux, dans un dispensaire public, dans un sanatorium, dans un asile public d'aliénés.

Mais, dans aucun cas, le praticien n'aura été convié à discuter son contrat de travail avec la collectivité publique : c'est à prendre ou à laisser.

Et même, s'il ne donne pas satisfaction, il sera cassé aux gages, dans les cas où le libre choix absolu n'a pas été reconnu au malade pour désigner le praticien qui lui donnera des soins.

Le médecin employé.

Au sortir de la Faculté, recherchant un poste où gagner sa vie, le jeune médecin acceptera facilement un salariat : il ne voit là qu'une situation d'attente et surtout le gain immédiat.

L'employeur fera miroiter aux yeux du docteur la possibilité de se faire ainsi connaître, grâce à une clientèle toute faite que lui apportera une mutualité, une assurance, une usine.

Si le jeune confrère n'a pas de fortune personnelle, lui permettant de s'installer et d'attendre patiemment les clients, ou lui donnant la possibilité d'acheter un cabinet médical, s'il n'a pas trouvé de logement professionnel, il acceptera toutes les propositions qui lui seront faites.

C'est encore un praticien, désireux de quitter son poste actuel, pour venir dans la grande ville ; c'est le médecin militaire, voulant augmenter sa retraite par un « fixe » quelconque.

Ce sera, l'employé médecin, qui acceptera de travailler pour le compte d'un confrère âgé, ou malade, avec promesse de succession, si, au bout d'un certain temps, le docteur, titulaire du poste médical, ne peut, ou ne veut reprendre sa profession.

Ce sera enfin, une association plus ou moins déguisée entre un diplômé et un tiers, non diplômé, qui fournit un matériel, les fonds, une installation de clinique, par exemple.

Quel est le travail médical à faire ?

a) Les soins à donner.

Dans certains cas, le médecin-employeur a toute liberté et initiative, pour exercer son art, comme bon lui semble.

Dans d'autres cas, le praticien doit soigner les clients, selon une méthode déterminée, ou a l'obligation d'ordonner certains remèdes, certains appareils orthopédiques.

Enfin, dans d'autres circonstances, l'employé doit suivre des malades, que lui confie l'employeur, son confrère, mais il borne son activité professionnelle à appliquer les directives qui lui sont données. Il agit comme un véritable élève.

Le médecin employé peut donc, suivant les cas, être contraint de se placer sous une dépendance plus ou moins directe, soit au point de vue scientifique et professionnel, soit au point de vue matériel et financier (lorsque le matériel, la clinique ne lui appartiennent pas, mais sont la propriété d'un tiers non médecin).

b) Contrôle et certificats.

Dans cette modalité il s'agit de vérifier si des ouvriers ou employés, qui se sont fait porter malades, sont bien en réalité hors d'état de travailler.

Ce sont encore des praticiens, qui vérifient, pour le compte de compagnies d'assurances contre les accidents, en vertu du paragraphe 5 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

c) Contrôle et soins simultanés.

Ces cas sont fort nombreux : le médecin est imposé comme docteur traitant, à des malades, qui dépendent d'une administration, soit publique, soit privée ; mais en même temps, ce praticien devra informer son employeur de la nature de la maladie qu'il traite.

Il y a ainsi confusion de fonctions, au détriment des obligations de l'article 378 du code pénal, sur le secret professionnel.

Conséquences sociales.

A. Le malade.

Il ignore bien souvent ce contrat de louage de services.

En clientèle ordinaire, venu pour consulter le Dr A, à moins qu'il n'ait fait appeler ce praticien à son chevet, il se voit mis en présence d'un autre médecin, qu'il n'a pas choisi.

Dans l'immense majorité des cas, il accepte ce remplaçant ; mais il perdra peu à peu l'habitude de considérer le médecin comme un ami, un confident : ce ne sera plus que le donneur de soins et d'ordonnances, médecin plus ou moins anonyme à ses yeux.

A l'hôpital, que de malades croient de bonne foi avoir confié leurs misères au chef de service, dont le nom est affiché à la porte des hôpitaux parisiens ! Ils sont mis en présence d'un assistant, d'un interne, voire même d'un externe, qu'ils ne connaissent pas et même ne reverront pas la prochaine fois qu'ils reviendront dans l'établissement.

Qu'il s'agisse maintenant d'une société de secours mutuels, d'une assurance, d'une usine, d'une administration publique ou privée, d'une compagnie de chemins de fer, etc., qui imposent à leurs employés ou agents un médecin salarié, que ceux-ci n'ont pas librement choisi, et nous voyons combien est vicié le principe de la liberté de confiance.

Alors que le législateur inscrit progressivement, dans ses lois sociales, le droit, pour tout malade, de désigner son docteur, en toute liberté, alors que des sanctions pénales sont même prévues pour que ce libre choix ne soit jamais entravé, nous assistons à la survivance de pratiques médicales anciennes, dont cependant malades et syndicats médicaux demandent la disparition.

A la base de tout traitement médical doit se trouver la confiance, qu'à tort ou à raison le client place dans le docteur qu'il a choisi pour le guérir.

L'exercice de l'art médical comporte le respect du secret professionnel : quelle confiance peut avoir le patient dans le médecin qu'on lui

impose, alors qu'il sait que ce docteur ne respectera pas le secret par rapport à son mandant, à son employeur ?

Car, il faut bien l'avouer, la confusion des fonctions de médecin soignant et de médecin contrôleur au service d'un tiers, autre que le malade, aboutit à une méfiance vis-à-vis du praticien imposé.

Tout récemment encore, dans un milieu de fonctionnaires, d'employés et d'ouvriers, cette question de la liberté du choix du médecin me fut confiée, pour que je puisse expliquer quel intérêt le public peut avoir dans le libre choix du praticien, qui doit donner des soins.

Nombreux sont ceux qui pâtissent de pareil état de choses, mais ne savent pas comment faire pour remédier à ces errements préjudiciables.

Que le médecin attaché à une firme quelconque, ou à une administration, à une collectivité, soit le représentant de ses mandants, au point de vue du contrôle et de la police médicale : parfait ; mais que ce praticien ne soit pas appelé en même temps à donner ses soins aux personnes, qu'il doit inspecter, surveiller et même dénoncer.

D'ailleurs, à entendre fonctionnaires ou employés, les soins donnés par la plupart de ces médecins imposés ne satisfont pas les clients : visites hâtives, examens superficiels, médicaments parcimonieusement ordonnés.

Par conséquent, le salariat médical ne prend pas l'intérêt du malade.

B. **L'employeur.**

Individualité, ou collectivité, celle-ci ne connaît que son intérêt immédiat : que ce soit un médecin, ou un dentiste, exploitant une grosse clientèle, ou plusieurs cabinets, ce sera une véritable exploitation industrielle et commerciale de la clientèle.

A priori, la guérison du malade reposant sur la confiance qu'il met dans le médecin traitant librement choisi, il semble que ce principe primordial soit devenu d'un intérêt bien secondaire, aux yeux de l'employeur médical. Faire des affaires, tirer parti de nombreux clients, les faire soigner par des sous-verges : voilà ce que recherchent les entrepreneurs modernes de soins.

La confiance du malade dans son docteur semble préciser que le praticien ne doit entreprendre, comme clientèle, que ce qu'il lui est possible de faire personnellement.

La confiance est, aux yeux de la jurisprudence, la condition qui rend invendable une clientèle médicale ou dentaire.

Au contraire, dans l'exploitation commerciale médicale moderne, la confiance est complètement ignorée : le malade vient demander des soins ; un médecin plus ou moins anonyme l'examinera et lui ordonnera le traitement à suivre. Revient-il quelques jours après, ce ne sera plus le même praticien, qui continuera le traitement.

En ce qui concerne les collectivités publiques ou privées, pareil mépris se manifeste pour la confiance que le malade peut placer dans son médecin traitant.

Les soins médicaux sont une prime, un avantage, un complément de salaire, ou de traitement qu'une administration, une société de secours mutuels, une firme industrielle, ou commerciale donnera à son personnel ou à ses adhérents.

Par conséquent, l'employeur médical a besoin de payer ces soins au minimum : d'où la nécessité d'avoir recours au salariat médical, qui, en donnant à un seul praticien le monopole des soins pour une catégorie de clients, permettra de payer le docteur, au mois ou à l'année, à un prix autrement plus modique, que si ce praticien était payé à la visite.

N'oublions pas également que l'employeur commande , ordonne et doit être obéi de ses employés médecins.

Nous verrons tout à l'heure que les tribunaux ont été obligés de s'occuper du brusque renvoi de docteurs, brutalement cassés aux gages et renvoyés du soir au lendemain, sans même bénéficier des huit jours qu'on donne au plus modeste des domestiques.

C. **Le médecin employé.**

Quelle mentalité professionnelle se prépare pour demain ! Les professions libérales et celle de médecin, en particulier, ont tenu à toujours revendiquer très haut leur liberté absolue. Sont-ce les difficultés de la vie présente, qui forcent beaucoup de débutants modestes à gagner immédiatement leur vie ? est-ce désir de lucre par la commercialisation de notre profession ? toujours est-il que, fort rare, ou à peine ébauché jusqu'ici, le salariat médical s'organise vraiment, et personnellement je suis souvent consulté pour savoir sur quelles bases juridiques établir un contrat de louage de services médicaux.

Beaucoup, après la guerre, ont écrit sur la mentalité particulière, sur la déformation professionnelle, qui sont celles de beaucoup de médecins de l'armée : obligés à obéir au commandement supérieur, gênés par des règlements et des circulaires qu'il faut suivre à la lettre, sans chercher à comprendre, obligés d'étouffer l'esprit d'initiative et de décision, les médecins de l'armée sont souvent les premiers à envier la belle indépendance du médecin civil.

Verrons-nous, comme l'a écrit si bien le Dr Duchesne, l'établissement d'un service de santé civil ?

Aux Syndicats médicaux, défenseurs nés des grands principes corporatifs, de dire s'il ne convient pas de réagir contre pareille tendance, vers laquelle est entraînée progressivement notre profession, jadis indépendante et libre.

Considérations d'ordre juridique.

Il ne faut pas confondre les hésitations de la jurisprudence en ce qui concerne la validité du contrat d'association des médecins entre eux, ou avec des tiers, et les décisions jurisprudentielles sur la valeur d'un contrat de louage de services médicaux.

Un arrêt de la Cour de Cassation du 5 mai 1884 reconnaît à un médecin le droit absolu de s'associer des collaborateurs.

Un jugement du tribunal civil de la Seine, du 3 juin 1902 et un arrêt de la cour de Rouen, du 28 juillet 1906 considèrent comme parfaitement valable le fait, pour un médecin, d'engager des auxiliaires pour l'exercice de sa profession.

Par conséquent, bien qu'exerçant une profession libérale, un médecin est parfaitement en droit de louer ses services, tout comme une employé, un salarié ordinaire.

Définition juridique du contrat de louage de services médicaux.

Certains auteurs de doctrine ont considéré que les services intellectuels ne peuvent faire l'objet que d'un mandat et non d'un contrat de louage de services : celui -ci ne devrait comprendre que les services mécaniques ou matériels.

C'est ainsi qu'un jugement du tribunal de commerce de Marseille, du 25 janvier 1900, considère que ne saurait être assimilé à un employé le docteur en médecine, rétribué mensuellement par une compagnie de navigation, pour être médecin de son personnel de son port d'attache.

Cependant, on peut objecter que le mandataire agit au nom de son mandant et le représente gratuitement, ce qui n'est pas le cas, puisque le médecin reçoit une indemnité, un traitement, un salaire.

Dans les cas qui nous occupent, le médecin loue sa science, pour soigner les malades qui lui sont confiés par son employeur.

Aussi, plus nombreuse est la jurisprudence qui admet qu'est un contrat de louage de services ou d'ouvrage et non un mandat, la convention, par laquelle un médecin s'engage à donner ses soins, moyennant une somme fixe par an. (Tribunal de paix de Cotignac, 23 octobre 1893 ; tribunal de commerce du Havre, 27 octobre 1896, etc.)

Le médecin, qui a contracté avec une verrerie, pour soigner ses ouvriers, est un employé, dont le contrat, est bien celui de louage de services : ce docteur doit être assimilé à un domestique, ouvrier ou employé, personnes auxquelles s'applique l'article 1780 du code civil (Cour d'appel d'Amiens, 3 février 1906, confirmant tribunal civil de Chauny, 31 août 1905).

Si un médecin s'engage, vis-à-vis d'un de ses confrères, à soigner des malades, sous sa direction et moyennant un appointement fixe, il se trouve lié, vis-à-vis de son employeur par un contrat de louage de services ;

« Attendu que le contrat intervenu entre les parties constitue incontestablement, malgré leur qualité, un louage de services proprement dit, sans détermination de durée ; qu'il supposait la subordination du Dr D. au directeur de la clinique ; que la minime participation du Dr D. aux bénéfices ne permet point de le considérer comme l'associé véritable de son confrère ; attendu, dans ces conditions, que le Dr D. est tenu de justifier, comme tout salarié ordinaire, d'une convention, ou d'un usage, obligeant son patron à observer, pour son renvoi, un délai déterminé... »

Ainsi s'exprime un jugement du tribunal civil de la Seine (8e chambre, 24 mai 1921).

Par conséquent, rémunération fixe, ou proportionnelle au temps passé, continuité des rapports et subordination de l'employé médecin vis-à-vis de son employeur : tous les caractères du louage de services se trouvent ainsi réunis.

Un jugement du tribunal civil de Versailles, du 19 avril 1923, reconnaît le caractère de contrat de louage de services au contrat à durée déterminée qui lie un médecin à un comité de défense contre la tuberculose, pour soins à donner dans un dispensaire.

Dans une autre affaire, un médecin avait été engagé par une usine, pour donner ses soins, dans une clinique, aux ouvriers de ladite usine, victimes d'accidents du travail, moyennant une indemnité fixe annuelle.

Le tribunal de commerce de Marseille, par jugement en date du 11 décembre 1922, s'exprime ainsi :

« Attendu que la modalité du paiement de 4.000 francs par an, quelque fût le nombre des malades examinés ou soignés, exclut la notion du mandat, la caractéristique du mandat étant son intermittence et son renouvellement après chaque accident et le paiement des honoraires dus après exécution ;

« Attendu que les conditions qui avaient été convenues présentent plutôt les caractères du louage de services, le paiement des honoraires, prévus pour l'année, étant un engagement ferme, même au cas où aucun accidenté ou malade n'aurait été présenté ».

La Cour d'Aix, par arrêt du 20 février 1924, réforma ce jugement :

« Attendu que l'un des caractères essentiels du contrat de louage de services est la subordination du locateur de services à la direction, à la surveillance et aux instructions du maître ou patron ;

« Or, attendu que la nature de la convention intervenue entre la Société V. et le docteur V.

par laquelle celui-ci s'était chargé, moyennant une rétribution annuelle de 4.000 francs, de donner ses soins aux ouvriers victimes d'accidents du travail, est, par essence, contraire à tout lien de subordination envers la société du Dr V., qui conservait toute sa liberté d'action et son initiative propre et indépendante, aussi bien pour les soins promis, en ne s'inspirant que de ses lumières personnelles et de sa conscience, à l'exclusion de toute direction, surveillance, ou instruction de la Société, même quant au temps et au lieu, que pour continuer à satisfaire son autre clientèle, que, par suite, le lien nécessaire de subordination, pour l'existence du contrat de louage de services, faisant défaut, la Société avait le droit de mettre un terme à la convention, sans être tenue à aucune réparation ».

La chambre civile de la Cour de Cassation, par arrêt du 3 mars 1926 n'a pas été de cet avis :

« Les actes dépendant d'une profession libérale sont suceptibles de former l'objet d'une promesse de rémunération par celui au profit duquel ils doivent être accomplis ».

Dans cet arrêt, la Cour de Cassation s'est abstenue de se prononcer sur la nature juridique précise de l'engagement qui liait le médecin à l'industriel, qui, par contrat, avait engagé le praticien moyennant une rétribution fixe, pour soigner les ouvriers blessés.

En effet, la doctrine est toujours divisée. Certains auteurs, fidèles aux traditions du droit romain, voient un mandat dans ce contrat, alors que plus nombreux sont ceux qui considèrent que l'homme, qui exerce une profession libérale, accomplit les actes qui en dépendent, en son propre nom et nullement au nom et comme représentant de ceux qui doivent en profiter.

Aussi la doctrine dominante s'est fixée dans ce sens qu'on doit, en cette matière, appliquer les règles du louage de services.

D'ailleurs, dans l'arrêt que nous venons de citer, si la Cour de Cassation se refuse à se prononcer sur la qualification de louage de services au contrat qui lui était soumis, elle applique cependant, à la rupture de cet engagement, les règles qui se rapprochent sensiblement de celles du contrat de travail à durée indéterminée. Nous reviendrons sur ce dernier point, en étudiant plus loin, les indemnités pour brusque renvoi et rupture de contrat.

Enfin, un arrêt de la Cour d'appel de Paris, du 30 mars 1926, examinant si l'exercice de la médecine est compatible avec le lien de subordination, qui résulte d'un contrat de louage de services, a conclu par l'affirmative.

« Considérant que ni la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, ni aucun texte ne défendent à un médecin d'engager ses services, moyennant appointements préalablement fixés et qu'en telle matière, rien ne met obstacle à l'application des principes du droit commun édictés par le code civil pour le louage d'ouvrage ».

Ainsi peut-on constater, de la part de la doctrine et de la jurisprudence, la tendance à assimiler à un contrat de louage de services de droit commun l'acte par lequel le médecin accepte, moyennant rétribution fixe, de louer ses connaissances professionnelles au service d'un tiers, sous la dépendance duquel il est plus ou moins placé.

Cas de nullité.

A. Sont nuls tous contrats ou conventions contraires à la morale ou à la loi.

Ainsi, serait nul le contrat passé entre un diplômé et un non diplômé, soit pour que le médecin couvre de son diplôme l'exercice illégal de l'empirique, ou celui par lequel un chirurgien-dentiste s'associe avec un non diplômé, pour exercer tous deux l'art dentaire.

Ajoutons d'ailleurs que le non diplômé serait passible des pénalités prévues par l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892, en ce qui concerne l'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire et que le diplômé serait poursuivi pour complicité d'exercice illégal.

Seraient également nulles les conventions détournant un médecin du but normal de sa profession, c'est-à-dire la santé de ses malades. Un médecin ne saurait valablement louer ses services pour n'ordonner que les produits d'un seul pharmacien, ou pour récolter des ordonnances prescrivant des bandages herniaires pour une seule maison d'orthopédie.

Serait nul le contrat de louage de services, aux termes duquel le médecin employé serait obligé de ne traiter les malades que d'après une méthode déterminée. (Cour d'appel de Paris, 1re chambre, 14 décembre 1922.)

Dans cette espèce, il s'agissait d'un docteur, engagé pour diriger un dispensaire anti-tuberculeux et y soigner des malades. Ce praticien entendait soigner ses patients selon son savoir et son indépendance scientifique, alors que le Conseil d'administration du dispensaire émettait la prétention d'imposer l'emploi d'un seul médicament curatif ou prétendu tel.

« Considérant, dit l'arrêt, que l'identité de traitement imposé au médecin à l'égard de tous les malades du dispensaire, à raison de leur qualification commune de tuberculeux et abstraction faite de toutes particularités individuelles, paraît contraire aux principes les moins contestables de la science ; qu'elle méconnaît les droits et les obligations du médecin, à qui son diplôme attribue toute liberté

dans les prescriptions et dont la fonction est d'instituer un traitement dépendant uniquement de la conscience professionnelle ; que cette liberté est la condition même de sa responsabilité et que, sans elle, ne peut se concevoir la pratique de l'art médical ».

La Cour d'appel de Paris proclame ainsi le principe de l'indépendance que le médecin doit conserver dans l'institution d'un traitement.

Dans une autre espèce, les juges ont annulé le contrat de louage de services intervenu entre un médecin et un tiers, dans le but d'exploiter une clinique d'accidents du travail, parce que le docteur se trouvait subordonné à son associé, bailleur de fonds, et qu'il ne jouissait pas de la liberté dont doit disposer celui qui exerce la profession médicale (tribunal civil de la Seine, 6 décembre 1899 ; 3 juin 1902.)

Pareil contrat de louage de services fut révélé entre un médecin et un tiers, propriétaire de plusieurs cliniques d'accidents du travail, par un jugement du tribunal de paix de Paris (19e arrondissement du 13 août 1919 et par une décision du tribunal civil de la Seine, en date du 30 juillet 1924.)

Brusque congédiement.

D'habitude, le contrat de louage de services médicaux est conclu sans durée déterminée. Fort souvent, les tractations sont orales, sans engagement écrit.

Aussi certains employeurs usent-ils de cette absence de contrat, pour mettre purement et simplement à la porte leur employé médecin, sans même donner à ce dernier les huit jours reconnus au simple domestique.

Des procès ont été intentés pour que le médecin employé puisse obtenir des dommages-intérêts pour brusque congédiement.

Une société de secours mutuels avait brutalement congédié son médecin, sans préavis : elle fut condamnée à payer au praticien une indemnité d'une année de traitement, parce que les salaires du docteur étaient annuels (tribunal civil d'Angers, 30 décembre 1899).

Un médecin au service d'une verrerie depuis 15 ans fut brusquement congédié. Par jugement du tribunal de commerce de Chauny, du 31 août 1905, confirmé par la Cour d'apppel d'Amiens, par arrêt du 3 février 1906, le docteur obtint 10.000 francs de dommages-intérêts.

Cependant, le tribunal civil de la Seine, par trois décisions, du 12 décembre 1913, du 16 janvier 1914 et du 24 mai 1921, estime que si le médecin congédié ne peut pas fournir le texte d'un contrat de louage de services, spécifiant les conditions du congédiement, ni justifier d'un usage en pareille matière, il n'est pas fondé à réclamer des dommages-intérêts pour brusque renvoi.

Par contre, un jugement du tribunal civil de la Seine, du 29 novembre 1921, décide qu'un médecin, payé mensuellement pour donner ses soins à des blessés du travail, dans une clinique de compagnie d'assurances contre les accidents, ne peut être renvoyé sans indemnité compensatrice. En l'espèce, le médecin a touché 6.000 fr. de dommages-intérêts.

Le tribunal civil de Béziers, par jugement du 8 janvier 1925, accorda 300 fr. de dommages intérêts à un médecin qui avait été brusquement suspendu de ses fonctions de médecin d'une société de secours mutuels.

Pour brusque renvoi d'un médecin de dispensaire anti-tuberculeux, le tribunal civil de Versailles, par jugement du 19 avril 1923, alloua trois mois d'appointements au docteur ainsi congédié, plus 500 francs de dommages-intérêts.

« Attendu que la durée du contrat était d'une année entière pour la période de stage ; qu'il s'agit donc d'un louage de service à durée déterminée régi par la volonté expresse ou tacite des contractants ; que chacun d'eux devait remplir ses obligations jusqu'à l'expiration du terme fixé ; que du moins il ne pouvait y mettre fin qu'en conformité des stipulations arrêtées ; que le docteur E. a obéi au contrat en donnant sa démission trois mois à l'avance ; que si le Comité départemental en l'absence de disposition analogue à son égard, était en droit de remercier le praticien dans le même délai de préavis, il ne pouvait toutefois ainsi procéder qu'en cas de motif légitime de renvoi ; que tel est le droit commun en cette matière, alors même que le contrat se réfère uniquement à une période de stage ; que si le stage est un essai ne donnant lieu qu'à un minimum de garanties, il ne comporte néanmoins aucun arbitraire ; qu'il n'est pas contesté que le docteur E. n'a commis aucune faute morale ou professionnelle ; que le seul motif allégué est son incapacité physique, mais que cette incapacité ne ressort ni des pièces versées au dossier, ni des débats de l'audience, qu'on ne saurait la faire résulter, notamment pas plus de deux rapports, où de façon incidente, le docteur parle de fatigue après une journée de labeur que d'une demande de congé de quinze jours pour raison de santé ; que ce n'est, en tous cas, qu'au bout de l'année de stage que ces considérations auraient pu être retenues à l'encontre du docteur E.

Attendu, dans ces conditions, que si le dit Comité ne peut être recherché pour brusque renvoi, puisque le contrat autorisait un congédiement sans préavis, il convient, même dans le silence du contrat et en vertu du droit commun, de retenir au contraire ce Comité dans l'instance pour le renvoi injustifié qu'établit à sa charge le docteur E.

Attendu que, pour se conformer à son engagement, le docteur E. avait offert de continuer son mi-

nistère jusqu'au 15 novembre 1922 le premier chef de réclamation est fondé ; que si le second l'est aussi en principe, il apparaît toutefois que la somme de 15.000 francs est d'une exagération manifeste ; qu'en fait du 1er septembre au 15 novembre 1922, le docteur n'a pas rempli son emploi ; qu'il lui a été loisible pendant ce temps de chercher une autre situation ; que sa notoriété de spécialiste réputé n'a pas souffert de grave dommage du fait de la cessation de ses fonctions ; que le tribunal a les éléments d'appréciation suffisants pour fixer à 500 fr. le chiffre de l'indemnité à lui allouer pour réparation du préjudice matériel et moral par lui subi.

Un arrêt de la 8e chambre de la Cour d'appel de Paris, en 1926, a alloué 5.000 francs de dommages intérêts à un médecin, qui en service depuis quinze mois dans une coopérative ouvrière d'une usine, avait été brusquement congédié.

La cour a admis que l'obligation du délai-congé n'était pas seulement instituée au profit des ouvriers et des travailleurs manuels, mais qu'elle s'imposait comme consécration du contrat de louage de services quelle qu'en soit la nature.

Dans une autre espèce, un médecin, qui avait été chargé en 1919 par une usine, moyennant une annuité de 4.000 francs, de la direction de son service médical et en particulier des soins à donner aux ouvriers victimes d'accidents du travail, avait été avisé d'avoir à cesser immédiatement ses fonctions.

Le tribunal de commerce de Marseille, par jugement en date du 11 décembre 1922, donna satisfaction au médecin sur le principe du brusque congédiement, mais ne lui alloua que la moitié de son traitement, comme dommages-intérêts.

En appel, la Cour d'Aix réforma ce jugement, par arrêt du 20 février 1924, sous le prétexte que le médecin n'était soumis à aucun lien de subordination par rapport à l'employeur et que, par suite, l'élément constitutif du contrat de louage de services faisait défaut.

Par arrêt du 3 mars 1926, la Cour de Cassation cassa cet arrêt :

« Les actes dépendant d'une profession libérale dont susceptibles de former l'objet d'une promesse de rémunération par celui au profit duquel ils doivent être accomplis.

« Lorsqu'un engagement de cette espèce a été souscrit sans détermination de durée, il peut cesser à toute époque sans indemnité, par la volonté du promettant, à moins que la convention, ou l'usage, n'imposent l'observation d'un délai de prévenance, ou que la rupture n'ait eu lieu dans des circonstances constitutives de l'existence d'une faute.

« En conséquence, lorsqu'un médecin chargé par un industriel, moyennant une rétribution annuelle, de la direction de son service médical, ayant été avisé brusquement qu'il aurait à cesser ses fonctions, réclame une indemnité correspondante à sa rémunération annuelle et des dommages-intérêts pour rupture abusive de l'engagement, le juge ne peut, pour le débouter de sa demande, se borner à dire qu'en ne rentrant pas dans la catégorie des ouvriers et employés liés par un contrat de travail, aucune indemnité ne peut lui être accordée ; il lui appartient de rechercher si, eu égard aux rapports existant entre les parties, un délai de prévenance ne devait pas être observé et s'il n'y a pas eu faute dans la résiliation de l'engagement. »

Par conséquent, ayant à statuer sur cette question fort intéressante de savoir si la rupture d'un pareil engagement, fait sans détermination de durée, doit être précédé d'un préavis et donner lieu à des dommages-intérêts, la Cour de Cassation a indiqué que la solution, à défaut de texte spécial, devait être recherchée à l'aide des dispositions générales de l'article 1135 du code civil, d'après lequel les conventions obligent non seulement à ce qui y est exprimé, mais encore à toutes les suites que l'équité, l'usage où la loi donnet à l'obligation, d'après sa nature.

Cette question du brusque renvoi, consécutif à un contrat de louage de services, n'est pas l'apanage de la seule profession médicale.

Je citerai quelques décisions de jurisprudence se rapportant à la profession de journaliste.

Cour d'appel de Paris (8e chambre), 30 novembre 1921 ; « les règles du code civil en matière de louage de services sans détermination de durée s'appliquent aussi bien aux personnes exerçant des professions libérales, telles quo les journalistes, qu'aux ouvriers et employés.

« Même décision de la part du tribunal civil de la Seine (1re chambre), 8 décembre 1921.

« L'article 1780 du code civil, modifié par la loi du 27 décembre 1890, aux termes duquel, en cas de brusque rupture du contrat de louage de services, l'indemnité à allouer est determinée en tenant compte des usages, de la nature des services, du temps écoulé et, en général, de toutes les circonstances qui peuvent justifier l'existence et déterminer l'étendue du préjudice subi, s'applique en cas de renvoi d'un directeur de journal ». (Cour d'appel de Paris, 14 juin 1923).

Par conséquent, de tout ceci résulte :

Que les médecins, avant de conclure un contrat de louage de services, feront sagment de consulter un juriste ; qu'ils devront s'assurer des conditions et des modalités de rupture dudit contrat.

Mes confrères, surtout les jeunes, doivent bien se persuader que la profession médicale ne jouit pas, dans la société, d'une place à part. Tout comme les autres citoyens, ils sont soumis aux règles générales du droit.

Je dirai même que nous nous rapprochons progressivement du code du travail : le salariat in-

tellectuel sera sous peu placé au même rang, au point de vue juridique, que le travail manuel et relèvera des mêmes textes législatifs, réglementaires ou jurisprudentiels.

Axiome : le droit commun est applicable aux médecins et ces derniers feraient sagement de s'en souvenir en toutes circonstances de leur vie professionnelle.

Aussi, en matière de louage de services, il est indispensable que le médecin ne se drape plus dans une superbe, qui n'est plus d'usage, dans notre temps.

Si le médecin employé estime avoir été congédié dans des conditions trop brusques, ou sans motifs valables, il doit affirmer, devant les tribunaux, qu'il n'est pas placé dans une situation de dépendance telle, qu'il se trouve à la discrétion entière de son employeur.

A celui-ci, pour s'exonérer d'une condamnation en dommages-intérêts, de démontrer soit la faute de son employé médecin,soit sa négligence, soit son insuffisance.

D'autre part, les usages médicaux n'ont pas encore établi la nécessité d'un préavis pour le renvoi d'un employé médecin. Aux tribunaux de le fixer, dans leur sagesse, et de trouver des analogies avec les autres professions libérales, qui admettent des contrats de louage de services, ou avec les usages suivis pour le renvoi d'employés supérieurs.

« Un médecin, écrit Georgel (études juridiques des cliniques médicales, p. 155) ne peut être regardé comme un employé ordinaire, payé au mois et que l'on remplace facilement du jour au lendemain. C'est un de ces employés, dont on exige des capacités et des services exceptionnels. Il est l'analogue d'un ingénieur dans une exploitation technique et l'indemnité, qui lui sera due, devra être arbitrée en conséquence ».

Responsabilité professionnelle

Qu'il soit employé, ou non, le docteur en médecine est, *a priori*, responsable de ses actes, car il doit conserver son entière indépendance professionnelle.

S'agit-il d'un employeur non médecin, ce principe est absolu : le diplômé jouit d'une liberté complète à l'égard de son employeur, en ce qui concerne l'exercice de sa profession.

La cause a été maintes fois jugée, principalement au sujet des médecins d'hôpitaux.

Si l'administration hospitalière nomme ses médecins, en vertu du droit qu'elle tient de la loi du 7 août 1851 et des textes réglementaires ultérieurs à cette législation, si la commission administrative d'un hôpital a le devoir de s'assurer qu'au point de vue discipline intérieure, le service médical est correctement fait, aux heures régulières prescrites et que tous les malades hospitalisés sont suffisamment surveillés par le personnel médical, les administrateurs n'ont nullement le droit de s'immiscer dans le traitement médical des malades.

Aussi, le médecin ou chirurgien, est-il personnellement responsable de ses actes cliniques et thérapeutiques.

L'article 1384 du code civil ne saurait, dans ces cas médicaux, recevoir son application.

Mais si l'employeur est médecin, il sera mieux placé pour apprécier les qualités professionnelles de son subordonné, bien que cependant il soit obligé de laisser à celui-ci une certaine indépendance professionnelle.

« La profession médicale engage à tous les instants et au plus haut degré, la responsabilité morale et pécuniaire de ceux qui l'exercent. Un médecin, obligé de faire appel au concours d'un assistant, ne peut être tenu de conserver près de lui un collaborateur insuffisant, maladroit, ou négligent et il doit rester seul juge, dans l'intérêt même de la santé publique, de l'opportunité d'un congédiement immédiat et urgent. » (Tribunal civil de la Seine, 8e chambre, 24 mai 1921.)

Néanmoins, il est des cas où le médecin employé se place sous la dépendance complète de son confrère employeur. Il se soumet à ses ordres, tant ordinaires que professionnels, il consent à ne soigner que les malades qui lui seront confiés par son employeur, renonçant à avoir une clientèle qui lui serait propre, il consacrera tout son temps à son employeur et, même dans certains cas, il traitera les malades selon les directives scientifiques et professionnelles, qui lui seront indiquées par le médecin employeur.

Dans ces conditions, la responsabilité de l'employeur sera, dans tous les cas, celle découlant de l'article 1384 du code civil : le commettant est responsable des actes de son préposé, tant au point de vue responsabilité civile de droit commun que responsabilité professionnelle scientifique ;

Si le médecin employé ne veut pas se soumettre aux directives de son employeur, il devra démissionner.

« A moins qu'il se soit réservé le droit de donner ses instructions et ses ordres (Grenoble, 29 octobre 1901),il est difficile de refuser au directeur employeur, qui est en somme le véritable responsable, et qui serait responsable civilement des erreurs possibles de son subordonné, un droit de contrôle sur les prescriptions de celui-ci. Qu'arrivera-t-il en cas de conflit ? Nous supposons bien entendu les deux médecins ani...és de la même bonne foi, mais différant dans leur diagnostic. Nous estimons que, dans ce cas, le devoir professionnel ferait une loi au collaborateur de cesser sa collaboration. Il serait indigne de lui de consentir à appliquer un traitement qu'il estime inutile, ou nuisible, tout en faisant des réserves pour

dégager sa responsabilité. Et d'autre part, on ne pourrait davantage contraindre son chef à le laisser faire, s'il le désapprouve. L'aide devra donc, s'il estime réellement le traitement mauvais, quitter la clinique. Mais, dans ce cas, il n'aurait pas droit à une indemnité, à moins que le médecin chef ne commette dans son diagnostic une de ces fautes lourdes qui engagent la responsabilité du médecin vis-à-vis du malade. Car, dans ces conditions, cette faute lourde aurait également eu pour résultat de priver son collaborateur d'une situation avantageuse et il était en droit de compter qu'il ne serait pas mis dans l'obligation d'y renoncer, par l'incompétence du propriétaire de l'établissement. » (Georgel, « Etudes juridiques des cliniques médicales », 157).

Obligation du médecin congédié.

Mis à la porte par son employeur, le médecin salarié conserve cependant quelques devoirs vis-à-vis de son ancien patron. Il connaît les clients de l'établissement, ou de son confrère ; il pourrait donc s'installer en face et détourner ainsi, à son profit, ou au profit d'un établissement similaire la clientèle de son ancien employeur.

Il peut également, pour se venger, répandre des bruits fâcheux sur les manières d'agir de son ex-patron.

La jurisprudence a eu à se prononcer sur des cas analogues.

« Le fait, pour un médecin, anciennement attaché à un établissement médical, de dénigrer, dans une circulaire, cet établissement, et la personnalité des docteurs qui le dirigent, constitue un acte de concurrence déloyale » (Tribunal civil de la Seine, 18 février 1901).

Cette décision fut infirmée par la cour d'appel de Paris (19 décembre 1902) mais parce que l'établissement visé ne semblait pas très régulier.

« Le médecin, n'étant pas un commerçant, ne peut être tenu qu'à la réparation du dommage causé à l'exploitation par une faute civile et cette faute ne saurait exister à raison du dommage qui aurait pu être causé à l'exploitation d'une entreprise contraire aux lois ».

Il est évident que si l'établissement avait eu une existence légale, le jugement ci-dessus aurait été confirmé et le médecin employé condamné à des dommages intérêts, pour dénigrement ou détournement de clientèle.

Juridiction compétente.

Lorsqu'un médecin employeur a un conflit avec son confrère employé, le tribunal compétent sera, dans tous les cas, le tribunal de paix, ou le tribunal civil.

Mais lorsque l'employé médecin aura traité avec un établissement commercial (maison de santé, clinique, usine, firme industrielle ou commerciale) la juridiction choisie, pour connaître du conflit, sera soit le tribunal civil, soit le tribunal de commerce.

Nous avons d'ailleurs indiqué ci-dessus des jugements émanant de la juridiction consulaire, dont l'appel est porté devant la cour du ressort.

En matière de louage de services d'un médecin avec une collectivité publique (commune, hôpital, etc.), ce sera la plupart du temps la juridiction civile qui sera compétente.

Dans certains cas, la juridiction administrative pourra être choisie ; mais, pour porter le conflit devant le Conseil de préfecture, il faut que cette juridiction ait été désignée spécialement par un texte de loi.

Ainsi en est-il pour les litiges d'honoraires d'assistance médicale gratuite.

Sinon, le litige pourra être porté directement devant le Conseil d'Etat.

Mais, tout est question d'espèces et il est indispensable, avant d'introduire une action en dommages-intérêts, pour préjudice causé par brusque renvoi, ou rupture de contrat, de faire étudier par des avocats compétents, tels que ceux du « Sou Médical », devant quelle juridiction il faut porter le conflit et en quels termes il convient de rédiger les conclusions de demande.

Médecin attaché à une personne.

Un client riche tient parfois à s'attacher un docteur, soit pour donner chaque jour des soins, soit pour l'accompagner au cours d'un déplacement.

Ici, c'est encore le contrat de louage de services, à terme limité, ou à durée indéterminée.

Dans mes archives de droit médico-juridique, je n'ai qu'un jugement du tribunal civil de la Seine, en date du 25 avril 1904.

Une personne avait engagé pour une durée d'un an un médecin qui devait accompagner sa cliente dans tous ses déplacements.

Au bout de sept mois, le médecin fut brusquement congédié. Le médecin assigna en dommages-intérêts, pour brusque renvoi et payement des honoraires jusqu'à la fin du contrat.

« Attendu, dit le jugement, que la Baronne de H. était en droit, aux termes de la loi, de congédier le docteur N., sans observer aucune condition de la loi ; mais que le brusque congédiement qu'elle lui a signifié est de nature à préjudicier à la carrière du docteur, en portant atteinte à sa réputation médicale ».

En conséquence, la baronne fut condamnée à payer une indemnité de 1746 francs.

Impositions du médecin salarié.

Si le médecin n'a pas de clientèle propre et qu'il soit complètement pris par sa fonction salariée, il ne doit pas payer de patente professionnelle, s'il consacre tout son temps à l'emploi, pour lequel il s'est loué.

Citons un arrêt du Conseil d'Etat, du 15 décembre 1916 :

« Considérant que le sieur L. n'a pas de clientèle particulière et qu'il est exclusivement au service de la maison de santé dirigée par les Drs R. et M., lesquels sont personnellement imposés à la patente ; que le requérant reçoit un traitement mensuel et fixe, que, dès lors, il a droit, tant en raison de ce mode de rémunération qu'eu égard aux conditions dans lesquelles il est employé, à l'exception établie par l'article 17 de la loi du 15 juillet 1880, en faveur des commis et personnes travaillant à gages. »

Un autre décret du Conseil d'Etat, en date du 19 janvier 1912, concerne un médecin de compagnie d'assurances :

« N'exerce pas la médecine le médecin qui n'a pas de clientèle particulière, mais est exclusivement au service d'une compagnie d'assurances contre les accidents et dont les fonctions consistent uniquement à examiner, soit au siège de la compagnie, soit à leur domicile, les personnes victimes d'accidents et à donner à ladite compagnie son avis sur la nature, la gravité et les conséquences des blessures et maladies, dont elles sont atteintes.

« Rémunéré par un traitement fixe et non par des honoraires pour chaque cas, il est employé à gages de ladite compagnie. Par suite, il n'est pas imposable à la contribution des patentes, en qualité de médecin. ».

De même sont exemptés de la patente les médecins dont le contrat de louage de services peut les faire considérer comme des fonctionnaires, tels, par exemple, les médecins d'asiles publics d'aliénés (Conseil d'Etat, 23 avril 1852, 13 avril 1843).

Mais la jurisprudence du Conseil d'Etat est extrêmement limitative et le fait d'exercer la médecine, même pour le compte exclusif d'un employeur, ne fait pas échapper le médecin à la contribution des patentes.

Cela résulte d'une réponse ministérielle, parue au *Journal officiel* du 26 mai 1925 ;

« Les médecins qui font partie du personnel des établissements de l'Etat, des départements, ou des communes et qui, étant rémunérés par des collectivités, sont des fonctionnaires salariés de l'administration, se trouvent affranchis de la contribution des patentes, par application de l'article 17 de la loi du 15 juillet 1880, à condition, bien entendu, de ne pas exercer la médecine en dehors de l'établissement auquel ils sont affectés.

« Par contre, les médecins, qui sont rétribués par des établissements privés, restent passibles de la patente, conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat, alors même qu'ils n'auraient pas de clientèle particulière. La situation des médecins de dispensaire, au regard de la contribution des patentes, doit être réglée conformément aux indications qui précèdent ».

C'est ainsi qu'un arrêt du Conseil d'Etat, en date du 13 décembre 1925, déclare assujetti à la contribution des patentes le médecin attaché à un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, car cette institution n'est pas un établissement public, mais une œuvre privée.

D'autre part, une réponse ministérielle, parue au *Journal officiel* du 13 novembre 1926, considère que le médecin salarié, n'ayant pas de clientèle personnelle en dehors de l'établissement employeur, doit être assujetti à l'impôt des traitements et salaires et non au titre des impositions des professions libérales.

Accidents du travail.

Enfin, dernier point, lorsqu'un médecin salarié est attaché à un établissement commercial ou industriel, il bénéficiera, en cas d'accident du travail, des dispositions de la loi du 9 avril 1898.

Conclusions.

Cette étude ne fait qu'indiquer les évolutions de la jurisprudence, en ce qui concerne les tendances actuelles de notre profession.

Souvent, faute d'argent, de relations, de poste, le jeune praticien a tendance à louer ses services, aussi bien qu'un médecin militaire retraité, ou démissionnaire, habitué à toucher un traitement fixe.

L'amour de l'argent, qui régulièrement tombe chaque semaine, ou chaque mois, dans l'escarcelle médicale, conduit beaucoup de confrères à rechercher les situations dites « fixes. ».

La crainte de l'inconnu, les aléa de la clientèle, incitent nombre de praticiens à louer leurs services.

Je sais bien que ces louages se font sous des vocables divers et que le salaire est baptisé : traitement, indemnité, honoraires, etc.

Cela ne change rien à la chose : le médecin se laisse aller vers le salariat, ou vers la fonctionnarisation, à moins qu'il ne réagisse.

D'autre part, la guerre a décalé les mentalités et des docteurs en médecine imitent les dentistes, en faisant gérer plusieurs cabinets, ou cliniques.

On veut gagner de l'argent et faire vite fortune. Qu'importent les moyens.

C'est donc toute la question de la moralité professionnelle qui est ainsi posée et qui ne sera pas résolue, même par les Conseils de l'Ordre.

Il y a en effet tout un code de droit civil, qui échappera à la juridiction professionnelle, si celle-ci est établie un jour.

Les syndicats médicaux doivent, je crois, étudier cette tendance actuelle, qui entraîne notre profession.

Convient-il, d'ores et déjà, d'entraver cette industrialisation de la profession médicale, faire décider que les médecins, dignes de faire partie d'un syndicat, ne devront pas employer la main-d'œuvre confraternelle ; faut-il interdire les cabinets multiples, les cliniques d'accidents du travail, appartenant à un seul titulaire ? faut-il réglementer les accords financiers avec les étrangers à notre profession, bailleurs de fonds ? faut-il jeter un droit de regard sur les contrats de salariat divers, qui asservissent les médecins aux compagnies d'assurances, aux compagnies de chemins de fer, aux usines, etc., etc ?

Faut-il au contraire, laisser faire et, tout en prônant l'« entente directe », tolérer des contrats de louage de services, des salariats et des fonctionnarisations, qui étoufferont notre liberté d'antan ?

Aux Syndicats médicaux l'action et la décision à prendre.

Dr Paul BOUDIN,
Docteur en médecine
et en Droit.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Retraites.

Dans un précédent numéro, j'ai parlé de la retraite corollaire de l'indemnité maladie etc'est là, je le répète encore, la combinaison idéale, celle que devraient adopter tous nos jeunes confrères.

Mais certains paraissent ne s'intéresser qu'à la retraite — l'indemnité-maladie ne leur dit rien — j'estime qu'ils ont tort ; cependant chacun voit les choses à son point de vue particulier et nous n'avons qu'à nous incliner.

C'est pour cette raison que nous avons entièrement séparé les combinaisons-retraite des combinaisons-maladie : les confrères qui ne veulent que la retraite trouvent donc satisfaction à la Mutualité Familiale.

Celle-ci leur donne le choix entre la retraite à 60 ans et la retraite à 65 ans.

Cette dernière est surtout destinée à remplacer l'indemnité maladie, le jour où celle-ci vient à disparaître ; la retraite à 60 ans paraît mieux convenir à ceux qui se contentent de la retraite seule. Cependant comme la femme du médecin est admise également à la combinaison retraite, et ce dans les mêmes conditions que son mari, il est souvent avantageux pour le mari de prendre la retraite à 65 ans, alors que la femme prend celle de 60 ans, mode de faire qui les amène à toucher tous les deux la pension à peu près en même temps.

Quoi qu'il en soit, la Mutualité familiale est ouverte à tous et c'est aux intéressés qu'il appartient de choisir ce qu'ils veulent ou ce qu'ils peuvent faire.

Les conditions générales sont les mêmes pour l'une comme pour l'autre retraite :

La part de pension type est de 120 francs : le sociétaire peut prendre le nombre de parts qui lui convient sans cependant excéder 20 (pension de 2.400 francs), ce nombre constituant le maximum actuel. S'il n'a pas pris ce maximum au début, il lui est toujours loisible d'agmenter le nombre de ses parts par la suite.

La cotisation annuelle varie avec la pension choisie, avec le nombre de parts et avec l'âge d'entrée. Cet âge d'entrée est celui que le sociétaire a eu ou aura au cours de l'année de son admission. Il paye, pour cette année, la cotisation entière, mais par contre il ne paye rien dans l'année où il atteint 60 ou 65 ans, selon le cas.

Les cotisations peuvent être contre-assurées, de telle sorte que si le sociétaire venait à mourir avant d'avoir touché la première annuité de sa pension, la totalité de ses versements soit remboursée à ses ayants droits.

La première annuité de la pension est servie au 1er janvier qui suit l'année où le sociétaire atteint l'âge de la retraite.

Cette pension annuelle et viagère est versée d'une seule fois, en son entier, au 1er janvier de chaque année, sur le vu d'un certificat délivré sur papier libre par le maire de la résidence du sociétaire. Elle lui parvient exempte de tous frais.

En cas d'interruption dans le versement de la cotisation, il n'y a pas déchéance pour le participant : Celui-ci peut à tout moment reprendre ses versements et même se libérer des versements en souffrance, sauf dans les quatre dernières années qui précèdent l'âge de la retraite.

Si le sociétaire a versé au moins cinq cotisations annuelles, au moment où il atteint l'âge de la retraite, il lui est servi une pension proportionnelle calculée selon ses versements.

Les femmes des sociétaires sont admises dans les mêmes conditions que leurs maris, ce qui veut dire, non pas que le mari soit nécessairement inscrit lui-même à une combinaison retraite, mais

qu'il lui suffit d'être adhérent à un titre quelconque à la Mutualité familiale.

Cette faculté donnée aux femmes est très intéressante puisqu'elle permet de doubler la somme que le ménage touchera dans ses vieux jours. Rappelons-nous que mari et femme peuvent respectivement s'inscrire pour une pension à 60 et une autre à 65 ans et que le maximum de chaque pension est de 2.400 francs ; le ménage peut donc arriver à 9.600 francs, ce qui est quelque chose.

Sans doute, pour arriver à ce résultat, il faut verser une cotisation annuelle d'une certaine importance : celle-ci n'est pourtant pas inabordadable, qu'on en juge.

Prenons un jeune ménage : le mari a 33 ans, la femme 29, pour arriver à ce chiffre de 9.600 francs ils auront à verser une cotisation de 984 francs !

Et s'ils veulent, tous les deux, contre-assurer leurs versements, la cotisation sera de 1.182 fr.

Mais tout le monde n'est pas tenu de prendre le maximum.

Si notre jeune ménage se contentait de 1.200 francs à 60 ans et de 1.200 francs encore à 65 ans pour chacun, ils n'auraient à payer que 492 fr. et s'ils contre-assuraient, 591 francs.

Autre combinaison : si le mari prenait la pension de 2.400 fr. à 65 ans et la femme la même pension à 60 ans, la cotisation serait de 464 francs ou contre-assurée de 560 francs.

On voit que les arrangements peuvent varier au goût de chacun. Il suffit d'écrire au secrétaire général ce que l'on désire, on recevra de lui toute documentation nécessaire en même temps que tous les conseils qu'on pourrait désirer.

Mais ce n'est pas tout encore.

Notre Mutualité est professionnelle, mais elle est aussi familiale : sa sollicitude devait donc s'étendre encore aux enfants de ses sociétaires.

Sans doute ces enfants ne sont pas tous destinés à la carrière médicale, ils n'en ont pas moins fait partie à un moment donné de notre grande famille professionnelle et ils n'y resteront pas complètement étrangers, quoi qu'il arrive.

Il y a d'ailleurs tout intérêt à inculquer de bonne heure aux jeunes gens des idées de prévoyance, alors surtout que les cotisations sont de peu d'importance et ne constituent pas pour eux une charge. Et puis il y a le cas spécial des filles qui ne se marieront pas — c'est une éventualité que malheureusement les circonstances nous ont obligés à envisager — et nous avons pensé que le père serait heureux de leur constituer une retraite pour leurs vieux jours.

Quoi qu'il en soit, les enfants des sociétaires peuvent entrer à la Mutualité familiale, dès qu'ils ont atteint l'âge de vingt ans, dans les mêmes conditions exactement que leurs parents.

Ils ont le choix entre la retraite à 60 et à 65 ans ils peuvent cumuler les deux et prendre le nombre de parts qu'ils veulent jusqu'au maximum de 2.400 fr., pour chacune d'elles ; ils peuvent ou non contre-assurer leurs versements ; ils ont droit à la pension proportionnelle dès qu'ils ont versé cinq cotisations, etc., etc...

Et quelles cotisations leur réclame-t-on ?

A 21 ans, pour se constituer une retraite de 2.400 fr., à 65 ans, ils versent 110 francs par an, et s'ils contre-assurent, 124 francs !

A 25 ans, la cotisation simple n'est encore que de 128 francs et la cotisation contre assurée de 158 francs.

S'ils veulent avoir la même pension à 60 ans, ils verseront, à 21 ans, 168 fr., cotisation simple et 206 francs, cotisation contre-assurée.

Celui qui voudrait avoir 2.400 fr. à 60 ans et 2.400 fr. encore à 65 ans aurait à verser 276 fr. et 330 fr. contre-assurés, à 21 ans, à 25 ans, 350 fr. ou 426.

Véritablement la chose est attrayante et nous appelons tout spécialement sur cette combinaison l'attention de nos confrères, car ils ne paraissent pas en avoir compris tout l'intérêt.

J'allais terminer quand je reçois la lettre d'un confrère qui me demande de publier les barèmes des cotisations complètes : les exemples, dit-il, sont intéressants, mais il est beaucoup plus pratique de permettre à chacun de faire son calcul propre.

Je ne puis que m'incliner devant cette demande absolument justifiée.

Je donne les chiffres pour la pension de 1.200 fr. ; pour 2.400 fr., il faudra naturellement doubler.

COTISATIONS ANNUELLES.

1° *Combinaison* P. *Retraite à* 60 *ans.*

Age d'entrée	Cotisation simple	Cotisation contre-assurée
—	—	—
20 ans	82 fr.	97 fr.
21 —	87 »	103 »
22 —	93 »	109 »
23 —	99 »	116 »
24 —	105 »	123 »
25 —	111 »	131 »
26 —	119 »	140 »
27 —	126 »	149 »
28 —	136 »	159 »
29 —	144 »	169 »
30 —	154 »	181 »
31 —	164 »	193 »
32 —	176 »	207 »
33 —	188 »	222 »
34 —	202 »	237 »
35 —	217 »	255 »
36 —	234 »	274 »

37 —	252 »	295 »
38 —	272 »	318 »
39 —	295 »	344 »
40 —	320 »	372 »
41 —	347 »	404 »
42 —	379 »	439 »
43 —	415 »	479 »
44 —	455 »	524 »
45 —	501 »	575 »

2° *Combinaison R. Retraite à 65 ans.*

Age d'entrée	Cotisation simple	Cotisation contre-assurée
20 ans	48 fr.	58 fr.
21 —	51 »	62 »
22 —	54 »	66 »
23 —	57 »	70 »
24 —	60 »	74 »
25 —	64 »	79 »
26 —	68 »	84 »
27 —	72 »	89 »
28 —	77 »	95 »
29 —	82 »	101 »
30 —	87 »	108 »
31 —	93 »	115 »
32 —	99 »	123 »
33 —	106 »	131 »
34 —	113 »	140 »
35 —	121 »	150 »
36 —	129 »	161 »
37 —	139 »	172 »
38 —	149 »	185 »
39 —	160 »	199 »
40 —	172 »	214 »
41 —	186 »	230 »
42 —	201 »	249 »
43 —	207 »	269 »
44 —	236 »	291 »
45 —	256 »	316 »
46 —	279 »	343 »
47 —	305 »	374 »
48 —	335 »	409 »
49 —	369 »	418 »
50 —	408 »	493 »

Comme pour toutes les combinaisons de la Mutualité familiale, il faut ajouter 10 % pour frais de gestion.

Il n'y a pas de droit d'entrée.

A. Gassot.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7.663 Brouxel, Courbevoie (Seine). Parrains : Drs Bramard et Macheras.
7.707 Roquelaure, Manduel (Gard), Syndicat de Nîmes.
7.708 Crouzat, rue du Cardinal-Lemoine, Paris. Parrains : Drs Duchesne et Boudin.
7.709 de Saint-Martin, Toulouse (Haute-Garonne), Syndicat des oculistes.
7.710 Sedeilhan, Cercoux (Charente-Inférieure). Parrains : Drs Audoin et Le Gallen.
7.711 Magnier, Darnétal (Seine-Inférieure), Syndicat de Rouen.
7.712 Angammare, Charleval (Eure), Syndicat des Andelys.
7.713 Sylvestre, Montjean (Maine-et-Loire), Syndicat d'Angers-Campagne.
7.714 Paulet, Pézénas (Hérault). Parrains : Drs Aimes et Blanc.
7.715 Conrozier, Alès (Gard), Syndicat d'Alès.
7.716 Picheire, Agde (Hérault). Syndicat de Béziers.
7.717 Conte, Mèze (Hérault). Parrains : Drs Bastide d'Izard et Dollard.
7.718 Kesseler, Chaumont (Haute-Marne), Syndicat de la Haute-Marne.
7.719 Altenbach, Sens (Yonne), Syndicat de Sens.
7.722 Lair, Ivry-sur-Seine (Seine). Parrains : Drs Rimette et Perreau.
7.723 Duhamel, Agen (Lot-et-Garonne). Parrains : Drs Duhamel et Molinéry.
7.724 Brégier, Puteaux (Seine), Syndicat de Puteaux
7.725 Ménard, 197, boulevard Péreire, Paris. Parrains : Drs Duchesne et Bongrand.
7.726 Poty, Louhans (Saône-et-Loire), Syndicat de la région louhannaise.
7.727 Casse, 18, rue de Lisbonne, Paris, Association des médecins de France.
7.728 Lère, Saint-Etienne (Loire). Parrains : Drs Guichard et Maillon.
7.730 Pellerin, Mehun-sur-Yèvre (Cher), Syndicat du Cher.
7.731 Guilluy, 4, rue A.-Bartholdi, Paris. Parrains : Drs Gallois et Coliez.
7.732 De Montille, Stains (Seine), ancien membre du « Sou médical ».
7.733 Glaesel, 20, avenue F.-Faure, Paris, Syndicat de la Seine.
7.734 Risos, Auxerre (Yonne), Syndicat de l'Auxerrois.
7.735 Bronner, Lorient (Morbihan), Syndicat de Lorient.
7.736 Petit, 71, rue d'Avron, Paris, Syndicat de la Seine.
7.737 Grenier, Le Raincy (Seine-et-Oise), Syndicat de la Banlieue Est.
7.738 Laire, Carignan (Ardennes). Parrains : Drs Coutin et Guerbé.
7.739 Simon, rue Gay-Lussac, Paris. Parrains : Drs Boudin et Lehmann.

Prescriptions des stupéfiants.

M. le Dr M. (Seine), qui a été récemment l'objet d'une inculpation, suivie de non lieu, pour

prescriptions irrégulières de stupéfiants, demande que le « Sou » prenne part à une action, auprès des pouvoirs publics, en vue de la modification de la réglementation des stupéfiants.

Il signale également l'illégalité du cumul des deux fonctions de Doyen de la Faculté de pharmacie et d'Inspecteur des pharmacies.

Le Conseil, après discussion, adopte à l'unanimité, l'ordre du jour suivant :

Considérant que, depuis quelque temps, un certain nombre de médecins sont l'objet de poursuites judiciaires injustifiées dues : d'une part, à une mauvaise interprétation des textes législatifs et réglementaires concernant la prescription des stupéfiants ; d'autre part, à la conception erronée que se font de leur rôle deux ou trois inspecteurs des pharmacies qui, dans la rédaction de leurs rapports, se comportent assez souvent en médecins experts et s'érigent en juges de méthodes thérapeutiques qu'ils ne sont pas qualifiés pour apprécier, puisqu'ils ne sont pas titulaires du diplôme de docteur en médecine ;

Considérant que le cumul des fonctions de doyen de la Faculté de pharmacie et d'inspecteur des pharmacies est contraire à l'esprit du décret du 5 août 1908 ;

Sollicite de Monsieur le Garde des Sceaux la nomination d'une commission composée de médecins, de pharmaciens, de jurisconsultes, chargée d'étudier les modifications à apporter au décret du 14 septembre 1916, qui réglemente l'administration des substances toxiques et vénéneuses ;

Demande à Monsieur le préfet de police de vouloir bien rapporter ou modifier son arrêté de décembre 1926, qui nomme le doyen de la Faculté de pharmacie de Paris inspecteur des pharmacies.

Honoraires de droit commun.

Les Drs P. (Ain) et S. (Haute-Marne), ayant soigné, sur la demande des automobilistes, des victimes d'accidents d'automobile, n'ont pu obtenir le paiement de leurs honoraires.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr M. (Seine) a été payé à l'amiable par une patronne qui l'avait fait appeler pour soigner son ouvrière atteinte d'une hémorragie utérine. Les frais et honoraires de Me Audebert se sont élevés à 12 fr. dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr T. (Somme) a perdu en partie le procès en recouvrement d'honoraires engagé contre un client, qui affirmait l'avoir payé.

Les frais et honoraires de cette affaire se sont élevés à 259,05 dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr V. (Bouches-du-Rhône) a été payé amiablement par un client qui prétendait que les soins donnés à la suite d'une opération étaient compris dans les honoraires de l'opération.

Il a payé, pour menus frais, 15 fr., dont il fait abandon à la caisse du « Sou ». Le Conseil l'en remercie.

Le Dr P. (Maine-et-Loire), appelé par téléphone, est entré par erreur chez un homonyme de la personne qui l'avait fait appeler, y a soigné un enfant malade et se voit refuser le paiement de ses honoraires sous prétexte qu'on ne l'avait pas demandé.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr F. (Gironde), ayant soigné une commerçante, qui a depuis vendu son fonds de commerce, le notaire refuse de l'admettre comme créancier privilégié.

Le contentieux écrira au notaire pour lui rappeler les dispositions de la loi. Si cette démarche reste sans résultat, l'appui pécuniaire sera donné au Dr F. pour saisir la justice.

Le Dr T. (Loiret), ayant poursuivi un client sur les indications du secrétariat général, mais sans demander l'appui pécuniaire, a obtenu satisfaction, mais a payé 69.50 de frais, dont il demande le remboursement.

Le Conseil, considérant qu'il aurait accordé l'appui pécuniaire, s'il lui avait été demandé dans cette affaire, ordonnance le remboursement de cette somme.

Le Dr B. (Maine-et-Loire) a été payé amiablement des soins qu'il a donnés à la victime d'un accident d'automobile, sur la demande de l'auteur de l'accident.

Il a eu à débourser, pour frais et honoraires, 73,85 dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr M. (Ille-et-Vilaine), ayant assigné en paiement de ses honoraires, établis conformément au droit commun, le père d'un cultivateur, mineur, blessé au cours de son travail, la Compagnie qui assure celui-ci comme assujetti volontaire à la législation des accidents du travail, intervient au procès en offrant le montant des honoraires calculés suivant le tarif Durafour et concluant au rejet du surplus de la demande.

Cette prétention n'étant pas fondée, attendu que le médecin a toujours le droit de se faire payer par son client, en vertu du droit commun, l'appui pécuniaire est accordé au Dr M. dans cette affaire.

Le Dr B. (Mayenne) a soigné un motocycliste,

blessé par une automobile. Son client, pratiquement insolvable, a transigé avec l'assurance de l'auteur de l'accident, mais ne lui a pas payé ses honoraires .

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre solidairement le blessé et l'automobiliste.

Accidents du travail.

L'avoué du Dr S. (Lot-et-Garonne) demande une provision de 200 fr. dans l'affaire d'appel de justice de paix (accidents du travail) pour lequel l'appui pécuniaire a été accordé.

Le versement de cette somme est ordonnancé par le Conseil.

Le Conseil ordonnance le versement à l'avoué du Dr M. (Meuse), d'une provision de 250 fr. dans l'affaire d'appel de justice de paix (accident du travail), pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé.

Le Dr M. (Oise) envoie la note des frais taxés de l'avoué de son adversaire dans l'affaire d'honoraires accidents qu'il a perdue.

Le Conseil ordonnance le paiement de cette note, qui s'élève à 416,90.

Le Dr L. (Calvados) a obtenu l'admission, par la Chambre des Requêtes, du pourvoi en cassation formé contre un jugement du tribunal de commerce, qui a refusé d'admettre comme privilégiée, dans une faillite, une note d'honoraires accidents du travail.

Le Conseil ordonnance le versement d'une provision de mille francs pour suivre l'affaire devant la Chambre civile de la cour de Cassation.

Loyers.

Dans l'affaire du Dr L. (Haute-Garonne) (pourvoi en cassation contre un jugement refusant au médecin la prorogation pour un garage professionnel), il a été payé, tant par l'intéressé que par Me Auger, 617.35, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Dans l'affaire similaire du Dr R. (Côtes-du-Nord), Me Auger a payé, pour frais de pourvoi, 204.60, dont le conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr F. (Gironde) ayant eu un procès avec son propriétaire pour la fixation du prix de son loyer prorogé, a payé, pour honoraires d'avocat, 200 fr., dont il demande le remboursement.

Le Conseil n'accorde pas ce remboursement, parce qu'il ne s'agit pas d'une question professionnelle et que, en outre, le Dr F. n'a demandé l'appui qu'après la fin du procès.

Responsabilité professionnelle.

Dans l'affaire du Dr G. (Vosges), les frais de l'avoué de l'adversaire, en appel, se sont élevés à 938.60, auxquels il y a lieu d'ajouter ceux de l'avoué du Dr G., dont le solde, compte tenu des provisions déjà versées, est de 51 fr., au total 989,60, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr M. (Isère) est assigné en cent mille francs de dommages-intérêts, et remboursement des frais médicaux et autres, par une cliente, qui a perdu un œil à la suite de brûlures par rayons X. Une autre assurance garantit le risque antérieurement au « Sou », à concurrence de 50.000 fr.

Le Conseil confirme l'admission du Dr M. à la garantie statutaire, décidée antérieurement en principe.

Diffamation.

Le Dr G. (Haute-Savoie) remercie du versement de 350 fr. que le Conseil lui a alloués pour les honoraires qu'il a eu à payer dans son affaire de diffamation et fait don de 20 fr. à la caisse du « Sou ».

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr P. (Gard) a été diffamé par un journal local, qui lui a reproché d'avoir poursuivi en paiement d'honoraires une femme âgée et sans ressources.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour intenter une action judiciaire à ce journal.

Le Dr L. (Somme) a été dénigré par un journal, qui lui a reproché de demander des honoraires trop élevés et de ne pas s'être rendu, sur appel, près d'une femme en couches. En réalité, il était absent, mais a été remplacé par un confrère voisin, avec lequel il a une entente pour remplacement réciproque en cas d'absence.

Le Conseil est d'avis que le Dr L. adresse au journal une lettre rectificative, dont il demandera l'insertion conformément à la loi sur le presse. Si le journal ne lui donne pas satisfaction, l'appui pécuniaire lui sera accordé pour le poursuivre.

Exercice illégal.

Le Syndicat de l'Aube fait savoir que, dans l'affaire d'exercice illégal contre le nommé S., l'avoué ayant réduit sa demande, pour frais et honoraires, à mille francs, couverts par les dommages-intérêts obtenus par le Syndicat, il reste à payer les honoraires de l'avocat, soit 1.500 fr.

Le Conseil ordonnance le paiement de cette somme et décide de réclamer la participation de l'Office d'exercice illégal de la médecine, qui avait été accordée en principe.

Divers.

Le Conseil ordonnance le versement à l'avoué du Dr W. (Pyrénées-Orientales) d'une provision de 400 fr. pour défendre à l'appel interjeté par le pharmacien qui a été condamné à payer au médecin le prix de son stock de médicaments de propharmacien.

Le Dr H. (Seine-et-Oise) a envoyé la copie d'un jugement par lequel le juge de paix se déclare incompétent sur une demande formée par l'Office départemental des Pupilles de la nation, à l'occasion de l'exécution d'un contrat collectif.

Le coût de cette copie est de 59.90, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr S. (Corse) de 352 fr. pour enregistrement de l'arrêt du Conseil d'Etat qui a annulé la nomination d'un directeur de bureau d'hygiène pour le remplacer, se réservant de former une demande de remboursement de ce droit d'enregistrement, que Me Auger estime ne pas être dû.

Le Dr A. (Seine-et-Oise) se plaint du détournement, par le maire, de la clientèle des indigents, auxquels le règlement départemental d'assistance accorde le libre choix du médecin. Les bons de visite sont refusés par le maire aux assistés, s'il veulent choisir le Dr A. comme médecin.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour intenter une action dans la forme qui sera indiquée par nos avocats-conseils.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Hérin, de Féchain (Nord). — M. le Dr Noël Hallé, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Joseph, de Paris. — M. le Dr Verhaeghe, de Lille. — M. le Dr Prat, de Saverdun (Ariège). — M. le Dr F. Constant, de Vittel et Nice, père du Dr Guy Constant, de Vittel. — M. le Dr Augustin Henry, de Bois-Sainte-Marie (Saône-et-Loire). — M. le Dr Larger, de Dôle (Jura). — M. le Dr Fage, d'Ambarès.

— **Assistants d'électro-radiologie.** — Nouveau règlement du concours pour les places vacantes d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris.

Les candidats au concours d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux doivent justifier qu'ils sont de nationalité française et qu'ils possèdent le diplôme de docteur en médecine obtenu devant une Faculté de médecine de France (diplôme d'Etat).

Ils devront justifier, en outre, qu'ils sont titulaires des certificats de radiologie et d'électrothérapie de la Faculté de médecine de Paris et qu'ils ont accompli à un titre quelconque un stage d'une durée d'un an dans un service central d'électro-radiologie des hôpitaux ou dans un des postes individuels de radioscopie annexés aux services hospitaliers ou à un des services de clinique de la Faculté installés dans les hôpitaux de l'Administration.

Toutefois, exceptionnellement et à titre de mesure transitoire, pour le ou les concours à ouvrir en 1927, les candidats seront dispensés de satisfaire à ces deux dernières conditions.

Les épreuves du concours sont réglées ainsi qu'il suit :

1o Une épreuve sur titres.

Cette épreuve sera cotée de zéro à cinq points.

2o Une épreuve de manipulation consistant en un exercice de pratique électro-radiologique pour lequel les candidats disposeront de quinze minutes qu'ils utiliseront à leur gré pour la présentation et l'exposé oral de la question.

Le nombre maximum des points attribué pour cette épreuve est fixé à 30.

— **Cours de perfectionnement sur la tuberculose.** — Organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose par M. le professeur Emile Sergent, ce cours aura lieu à la Clinique médicale propédeutique de la Charité du lundi 13 juin au samedi 9 juillet 1927.

Il sera fait avec la collaboration de MM. Babonneix, Bertier, Fr. Bordet, Cottenot, Courcoux, Couvreux, H. Durand, Evrot, Génévrier, Grellety-Bosviel, Mme Gouin, MM. Haas, d'Heucqueville, Kuss, Laurens, Louste, Mignot, Oury, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Turpin et Viguerie.

La première conférence aura lieu le lundi 13 juin à 9 h. 30 ; des exercices pratiques auront lieu chaque après midi ; dans la matinée les élèves seront répartis dans les services hospitaliers des conférenciers et les cours théoriques auront lieu chaque jour à 15 h. 30 et à 17 h.

Les exercices pratiques et le stage hospitalier seront réservés aux boursiers du Comité national (s'adresser 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs) et aux élèves ayant versé un droit d'inscription de 250 fr. au Secrétariat de la Faculté (guichet no 4, le lundi, mercredi et vendredi de 15 à 17 h.).

Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Une affiche ultérieure donnera le programme détaillé des conférences.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

cabinet le 1er juin (pose de plaque et enregistrement du diplôme). Dois-je la patente pour l'année entière, ou seulement du jour de mon installation ?

Dr B.

Réponse.

La patente est due à partir du premier jour du mois au cours duquel a été entrepris l'exercice de la profession, c'est-à-dire à partir du 1er juin.

A. M.

1312. — Base de la patente.

J'ai un loyer de 1.150 fr. Pour mes locaux professionnels (cabinet et salle d'attente) ai-je droit à une réduction du droit proportionnel (1/15e) sur la valeur locative ? Dans quelle proportion ? Dans le temps, je ne payais que sur 550 fr. pour un loyer de 800 fr.

Dr C.

Réponse.

La patente est basée sur le loyer total des locaux professionnels et des locaux d'habitation ; elle est calculée en divisant ce loyer par 15 et en multipliant le quotient obtenu par le centime le franc, dont la quotité figure au verso de votre avertissement.

A. M.

Accidents du Travail

1567. — Congestion causée par la pluie.

Un ouvrier couvreur, habitant G., où en même temps se trouve le chantier principal de son patron, doit se rendre pour travailler à la commune de B. distante de 10 kilom. Vers 7 heures, il va chercher au chantier principal du matériel pour transporter sur son dos et en bicyclette à la commune de B. En cours de route, il reçoit une averse et dans l'après-midi, il est obligé de quitter son travail, ayant de la fièvre et des frissons. Le soir, quand je l'ai vu, j'ai constaté qu'il était atteint de congestion pulmonaire. Considérant que cette maladie s'était produite par le fait et à l'occasion du travail, j'ai établi le certificat initial et la déclaration a été faite par le patron à la mairie et à l'assurance.

Quand j'ai présenté ma note (19 fr.), l'assurance a dit au patron de ne rien payer parce que la maladie dont l'ouvrier était atteint n'était pas un accident.

Je serais heureux d'avoir votre avis : suivant votre réponse, l'ouvrier (qui d'ailleurs s'offre à régler la note) citera en justice le patron pour son demi-salaire et pour les honoraires.

Dr V.

Réponse.

Suivant Sachet (Traité de la Législation sur les accidents du travail, n° 470 *bis*), le refroidissement ayant un caractère traumatique, c'est-

à-dire provenant d'une action soudaine et survenu au cours du travail, comme celui cité dans votre lettre, et ayant causé une affection tuberculeuse ou une pneumonie, est garanti par la législation spéciale sur les accidents du travail.

Votre client, l'ouvrier, pourrait donc citer son patron devant le juge de paix du lieu de l'accident en payement de son demi salaire, de sorte que, s'il obtient gain de cause, comme il y a lieu de l'espérer, il pourrait se faire rembourser par son patron, outre son demi-salaire, les frais médicaux qu'il vous aurait payés.

1480. — Indemnité pour la fourniture de pharmacie de nuit aux accidentés du travail.

Voudriez-vous avoir l'amabilité de me faire savoir par la voie du *Concours* ou directement, à votre gré, si pour un accident du travail survenu la nuit, il est perçu pour la pharmacie une indemnité spéciale de « service de nuit ».

Dr C.

Réponse.

Nous avons transmis cette lettre à la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, dont nous avons reçu la réponse suivante :

Je vous communique très volontiers le renseignement que vous nous faites l'honneur de nous demander.

L'arrêté fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail (le dernier en date) est du 15 novembre 1926. Il reproduit, selon la coutume, une liste assez limitative de produits et objets de pansements les plus couramment prescrits. Pour tout ce qui ne figure pas à ces tableaux, il y a lieu de se reporter au « tarif de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France à l'usage des œuvres d'assistance et de prévoyance sociales ». Ce tarif prévoit des indemnités spéciales occasionnelles, et notamment une indemnité pour service de nuit, texte dont je vous livre ci-dessous copie :

« *Taux de l'indemnité.* Cette indemnité est fixée à 5 *francs* pendant les heures *se rapportant au service de nuit proprement dit* et qui sont déterminées ci-après.

Cette indemnité est réduite à 2 *fr.* 50 lorsque les médicaments sont délivrés après la fermeture de l'officine le soir ou avant son ouverture le matin, mais *en dehors des heures fixées comme se rapportant au service de nuit proprement dit.*

Heures de service de nuit proprement dit : Dans les localités où un service médical de nuit est organisé administrativement, l'horaire fixé par la municipalité (à Paris par la préfecture de police) est celui du service de nuit proprement dit.

Dans les autres localités, le service pharmaceutique de nuit est ainsi fixé : il commence à

21 heures (9 heures du soir) pour finir le matin à 7 heures ».

A votre disposition pour tous autres renseignements qui vous seraient nécessaires.

Veuillez agréer, M. le Rédacteur en chef, l'assurance de mes sentiments distingués.

G. Lépine.
Vice-Président de la C. S.
Rédacteur du *Bulletin*.

Application du Tarif Maginot.

1317. — Définition du spécialiste.

Il existe une expression sur laquelle je désirerais avoir quelques précisions, c'est celle de « médecin spécialiste », expression employée à différentes reprises au cours du dernier décret complétant le tarif Maginot. Quel est le critérium actuel de spécialiste, en attendant l'institution de diplômes spéciaux??? Quel est le sens habituellement accordé à ce mot dans la terminologie syndicale ? En province, la distinction semble plus malaisée qu'à Paris et dans les villes de Facultés ; en effet, il existe dans les petites villes des médecins de médecine générale qui font de l'oto-rhino-laryngologie, de l'ophtalmologie, de la chirurgie, de la radiologie ; il est inversement dans beaucoup de villes des accoucheurs, des chirurgiens, des phtisiologues qui font de la médecine générale. Faut-il entendre par spécialiste celui qui s'adonne particulièrement — ou bien exclusivement — à une spécialité ? A tous égards, il me paraît souhaitable que cette notion soit nettement définie, tant pour l'application des tarifs officiels que pour la terminologie courante.

Dr M.

Réponse.

A la commission des statuts de l'Union des Syndicats médicaux, il y a quelques jours, nous avons cherché à donner la définition que vous me demandez et nous n'avons pu en donner une *ne varietur*. Pour moi, je la trouve assez bonne dans cette explication que j'ai donnée, il y a déjà longtemps : « Le spécialiste est celui qui pratique habituellement une spécialité, sans faire de la médecine générale ». Et je n'en ai pas encore rencontré une autre qui me parût plus satisfaisante. Vous me parlez de phtisiologues ? Ceux-là, à mes yeux, s'ils sont de vrais phtisiologues, doivent examiner tous les organes, donc faire de la médecine générale. Ils ne rentrent donc pas, pour moi du moins, dans la catégorie des spécialistes.

Dr F. Decourt.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

1077. — Tarif pharmaceutique et pourcentage de réduction.

1° Le nouveau tarif pharmaceutique, établi par arrêté en date du 15 novembre 1926, est-il applicable à partir du 1er octobre de la même année ?

2° Le pourcentage de réduction est-il maintenu ?

Dr D.

Réponse.

1° Il a été admis, de convention expresse, à la séance du 9 novembre 1926 de la Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques, que le nouveau tarif serait applicable à partir du 1er octobre dernier, sous réserve des mémoires déjà payés et sous réserve aussi que, lorsque la baisse se produira, le tarif aura également, par accord entre les parties, un effet rétroactif.

2° L'article 2 de l'arrêté du 31 mars 1926 fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail est toujours en vigueur. Cet article dispose que les tarifs seront réduits de 6 % dans les villes qui, comme la vôtre, comptent entre 25 et 100 mille habitants.

F. D.

II

1307. — Ongle semi-détaché.

Comme membre du « Sou médical », je vous serais très obligé de bien vouloir me renseigner sur le cas suivant.

Je soigne une femme qui a eu 2 doigts pris dans un coupe-racines : plaies profondes de l'index et du médius. La plaie du médius coupe transversalement l'ongle par le milieu et, le fragment inférieur de l'ongle pénétrant dans l'autre lèvre de la plaie, je dois en pratiquer l'ablation. Je fais l'anesthésie régionale par la bague analgésique de Reclus et j'arrache l'ongle et sa matrice.

Que puis-je compter ? Je ne vois dans le tarif que l'ablation d'ongles *semi-détachés* ce qui n'est pas le cas. Il me semble que cette petite intervention mérite plus qu'un simple pansement. Ne pourrait-on pas compter par analogie avec incision d'abcès superficiel : 20 fr. ? plus le pansement de l'autre doigt 12 fr.?

Dr R.

Réponse.

L'ablation de l'ongle est « compris dans le prix de la visite ou consultation » (article 28). Il nous a été répondu personnellement (lors de l'élaboration du tarif, alors que nous demandions 20 francs) qu'en matière d'accidents du travail, seuls les ongles semi-détachés par le traumatisme ont à être enlevés.

F. D.

III

1328. — 1° Expertise. 2° Electrisation

Je vous serai bien obligé de me donner les renseignements suivants au sujet des accidents du travail :

1° Quel est le montant des honoraires que doit réclamer un médecin, désigné par une compagnie à titre d'expert pour examiner un malade dans son cabinet ?

2° Quelle somme supplémentaire peut-on demander à une compagnie pour des séances d'électrisation faites dans le cabinet avec un appareil portatif (appareil de Chardin) ?

Dr B.

Réponse.

1° Ce n'est plus une question de tarif d'accidents du travail. Vous êtes commis comme expert par la Compagnie, c'est là un arrangement à conclure à l'*amiable* entre la Compagnie et vous et suivant l'expertise demandée.

2° Le « traitement électrique dans son cabinet par un spécialiste » est tarifé 12 francs (article 26-VI), donc, avec les majorations actuelles du tarif de la visite simple, exactement le prix de celle-ci.

F. D.

Questions médico-militaires.

1170. — Aggravation de l'état d'un blessé de guerre.

J'ai encore recours à votre aimable obligeance. Heureusement que nous avons d'aimables compétences qui nous guident dans nos relations professionnelles, surtout quand il s'agit de relations avec les administrations. Encore une fois merci d'avance.

J'ai un malade qui est réformé pour tuberculose pleuro-péritonéale et testiculaire ; comme tel, il appartient aux soins gratuits donnés aux victimes de la guerre. J'ai fait faire l'opération jugée nécessaire et soigné la cicatrice légèrement suintante. Mais voilà que ce malade présente une arthrite torpide sténo-claviculaire. Qui doit payer les soins de cette lésion ? L'armée, en accordant les soins à mon malade, a-t-elle admis être responsable de la tuberculose ou bien des lésions tuberculeuses qu'il présentait lors de sa réforme. D'autre part, si j'admets la nécessité d'un traitement spécial du milieu, tel l'antigène méthylique par exemple, qui doit en supporter les frais ?

Mon malade a-t-il à faire une démarche pour faire admettre l'extension de son affection ? Ai-je à prévenir pour un traitement long, indirect et inusité ? Je l'ai prévenu que je me renseignerais sur son cas, pensant alors à votre science et à votre désir de rendre service.

Quand on est content des choses et des gens, on en abuse. C'est ce que je m'excuse de faire en ce moment.

Dr J.

Réponse.

Votre malade n'a droit aux soins gratuits que pour les localisations tuberculeuses reconnues, par la commission de réforme, imputables au service. Tel n'est pas le cas de la nouvelle arthrite sterno-claviculaire.

Pour régulariser sa situation, votre client doit adresser le plus tôt possible au directeur du service de santé régional une demande de visite pour aggravation de ses lésions ; vous y joindrez un certificat médical attestant de la réalité de cette aggravation.

D'autre part, et pour toute garantie, mieux vaut prévenir la commission départementale de l'art. 64 du traitement long et inusité que vous jugez nécessaire d'entreprendre.

1006. — Examen d'un blessé de guerre en vue de la demande d'une pension.

J'ai dans ma clientèle un blessé de guerre. Il porte un éclat de grenade qui a pénétré par le moignon de l'épaule gauche et s'est logé on ne sait où. Or ce blessé souffre de douleurs précordiales. Il voudrait être radiographié (car il ne l'a jamais été) pour savoir où se trouve l'éclat de grenade, et au besoin demander une pension s'il y avait une relation entre la blessure et les douleurs précordiales.

Ne peut-il obtenir d'être radiographié gratuitement ?

Dr T.

Réponse.

Le meilleur moyen d'aboutir au but sous toutes ses formes, c'est de demander au directeur du service de santé de la région, par lettre recommandée, d'être visité en vue d'établir les droits à pension.

Ce blessé sera obligatoirement radiographié, donc renseigné sur son état, et ses intérêts seront ainsi sauvegardés.

1233. — Vaccination antityphique d'un jeune homme appelé au service.

La mère d'un de mes clients, qui va être mobilisé dans 1 mois ou 2, voudrait, pour éviter que son fils soit vacciné au régiment, contre la fièvre typhoïde, que je fasse moi-même cette vaccination.

Je voudrais savoir :

1° Si les médecins militaires tiendront compte de mon certificat, et ne voudront pas vacciner ce jeune homme à nouveau ?

2° S'ils doivent accepter mon certificat, quel vaccin il me faudrait employer, et où je pourrais me le procurer ?

Dr C.

Réponse.

Il est plus que probable que les médecins militaires tiendront compte de votre certificat ; c'est même certain. D'ailleurs — puisque vous devez employer du vaccin T.A.B. du laboratoire antityphique de l'armée — au Val-de-Grâce, rue Saint-Jacques, Paris, 5e — adressez donc votre demande de vaccin au directeur de ce laboratoire (médecin inspecteur Sacquépée), et demandez-lui de vous confirmer le renseignement que nous vous donnons ci-dessus.

1283. — Périodes d'instruction.

Je suis aide-major de 1re classe de réserve en date du 1er janvier 1920. Agé de 41 ans, je marche avec la classe 1904 parce qu'engagé, je suis marié et père de deux garçons. Je me crois donc quitte d'accomplir des périodes de réserve.

Or, je reçois une lettre du directeur du service de santé de la ne région me demandant quand et où je veux faire 25 jours d'instruction.

Suis-je obligé d'accepter ... si je ne désire pas un galon de plus mais seulement m'occuper de ma clientèle ? Au cas où je serais obligé, pourriez-vous me dire quelle serait la solde et si je toucherais une indemnité d'habillement ?

Dr C.

Réponse.

Comme officier de réserve, vous êtes toujours susceptible d'être convoqué pour une période d'instruction, si courte soit-elle.

Cependant il s'agit actuellement de la période qu'exige de vous le ministre, si vous désirez être proposé pour le grade supérieur ; dans ces conditions, il vous est loisible de refuser sous un prétexte quelconque, ou même sous le vrai prétexte.

Votre solde de médecin-major de 1re classe est, d'après les nouveaux tarifs, de 895 francs 30 par mois, soit 29 fr. 85 par jour, plus les indemnités suivant la résidence.

Le grade de capitaine ou assimilé, 1er échelon, vous donne 1246 fr. 50 par mois, soit 41 fr. 55 par jour.

Lors de votre promotion au grade d'officier, vous avez dû toucher une indemnité de première mise d'équipement ; sinon, réclamez au trésorier de votre ancien régiment.

1000. — Passage d'un étudiant dans le service de santé militaire.

J'ai un fils qui a fait son service militaire dans le corps du génie comme simple soldat.

Depuis il a pris ses inscriptions comme étudiant en chirurgie dentaire. Il en reste à sa deuxième année de scolarité.

Peut-il demander dès maintenant à être versé dans le service de santé comme réserviste ? Est-ce un droit et comment l'obtenir ?

Dr P.

Réponse.

Ce passage dans le service de santé ne correspond pas à un droit pour l'intéressé ; mais une demande de ce genre reçoit toujours satisfaction.

Durant la période d'études, c'est affaire au commandant de recrutement. La scolarité terminée et le diplôme de fin d'études obtenu, il faut adresser une demande au directeur du service de santé; celui-ci fait établir un dossier et le transmet ensuite au ministre, qui statue.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Offrande à la Terre

Le matin, je me promène,
Le café pris, aux Giblains,*
Et je cours à la garenne
Causer avec les lapins.

Je fais à l'agriculture,
Chéron chéri, les yeux doux,
Et je donne à ma mesure,
Etant moins ventru que vous.

Sous les rameaux d'un vert tendre,
Où s'élabore le gland,
— Paris ne peut me comprendre —
Je cherche du bouillon blanc.

Gargantua le proclame,
Esmoucheur de volupté.
Sa douceur, ma belle dame,
N'écorche point la beauté.

Le papier, de bon service,
Offre, indiscret et cassant,
Sa blancheur révélatrice
A l'œil choqué du passant.

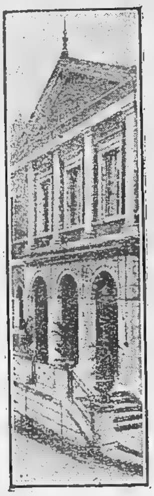
Ce jour-là, point de verbasce.
Un journal, un froid discours
De député, prit la place
De la feuille de velours.

Dr Paul Grossier.

* (Les Giblains, propriété de mon bon ami F. S.)

EAUX-BONNES

Station de la Gorge et des Bronches



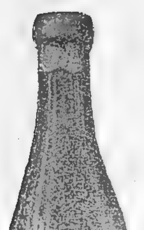
Station d'adultes. — Tarit les catarrhes : rhino-pharyngites, amygdalites, laryngites des chanteurs (râclements, " chats „), bronchites récidivantes, emphysème, asthme humide.

Station d'enfants. — Assèche les nez et arrière-nez enchiffrenés, adénoïdiens ; décongestionne les amygdales. Réduit les adénopathies cervicales et trachéo-bronchiques. Calme les toux quinteuses des petits bronchitiques.

Eaux-Bonnes, « station bijou » des Pyrénées, occupe un site unique, au pied du Pic de Ger, en terrasse sur la vallée d'Ossau. Son grand Etablissement Thermal, rénové au printemps 1927 par une Société nouvelle très agissante, et pourvu de toutes les installations complémentaires de cure, ouvrira le 25 mai, fermera le 10 octobre.

EAU DES EAUX-BONNES

Huile de foie de morue de la nature



Souveraine dans les inflammations catarrhales rebelles des voies aériennes: coryzas chroniques, rhino-pharyngites, laryngites glanduleuses (enrouements, toux d'irritation); fragilité bronchique ; emphysème ; ganglions cervicaux et trachéo-bronchiques de l'enfance ; végétations adénoïdes et amygdales avant et après l'opération.

Enfant : 1/4 verre ; Adulte : 1/2 verre : le matin à jeûn, le soir en se couchant dans : lait chaud, infusion de bourgeons de sapin, tisane.

La double sulfuration de l'« Eau-Bonne » (sodique et calcique) sa teneur en silicates (0,07) et chlorure de sodium (0,27), sa richesse en métalloïdes et métaux: iode, phosphore. arsenic ; fer, argent, cuivre, or, étain, platine,... expliquent son action expectorante d'abord, puis asséchante, sa vertu remontante et tonique.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 19 — DIMANCHE 8 MAI 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS

France	45 fr
Etranger... (voir conditions page IV)	
Etudiants (France)	25 fr.
Le Numéro	1 fr.

C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579.

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR, P. BOUDIN, Docteur en droit, M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25



L'ampoule de 10 cc..

NAÏODINE

TOUTES NÉVRALGIES REBELLES

SÉDATION RAPIDE ET ATOXIQUE

en ampoules de 2 cc. 5 cc. 10 cc.

Laboratoires J. LOGEAIS
22bis Rue de Silly
BOULOGNE sur SEINE
près PARIS

injection indolore
10 cc par jour

NAÏODINE

réserve une bonne année
aux Praticiens qui la prescriront...

Quarante-neuvième année — N° 19 — 8 Mai 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1286-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G. Frank-Duprat
Deauville. Molina
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr COUTAUD, d'Auterive, la somme de vingt francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 248. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr.

No 249. — Int. hôp. Paris, passant actuell. clinique et thèse dem. poste à achet. ou à fonder.

No 250. — Préchacq-les-Bains. Hôtel 150 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

No 251. — Belle plage Coutainville (Manche). A louer : 1o maisonnette terr. clos, eau pot., 1 min. centre plage

et tous fourniss., 2 p . et cuis., 4 its : saison : 1.450 fr. ou au mois. Chamb. suppl., 2° logem. rez-de-ch. mêmes prox. 2 ou 3 pet. chambr. et cuis. pour 2 ou 3 pers, au mois prix mod. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris, 15e.

N° 252. — Melle Lambert-Desgranges, 33, r. St-Front à Périgueux, 59 ans, excell. instr., anc. employée à la direct. de l'enregistrem. de Périgueux, désir. pl. de comptable ou surveill. dans mais. de santé.

N° 253. — Delahaye 10 CV, carross. transform., type 1887, éclair démarr. électr., entièrem. révisée octobre 1926. Très bon état de marche. Prix 16.000.

N° 254. — (S.-et-O.). Client. anc. sans auto, rapp. 45.000, fixes 6.000, grand pavillon. Prix 35.000, dont 20.000 compt. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 255. — (S.-et-M.). Résid. très agréable, bon poste actif, seul méd., mais. 7 pièces, électr. Indemn.25.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 3, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 256. — Cab. d'O. R. L. à céder dans gr. ville Côte d'Azur. Créé en 1911. Appartem. très central, client. de premier ordre.

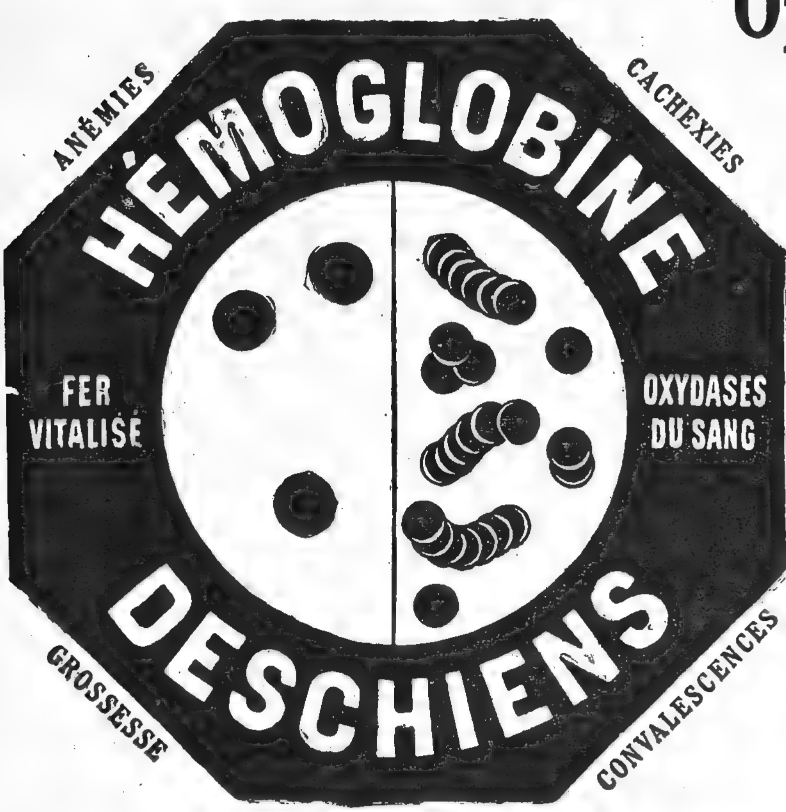
N° 257. — Poste ch.-lieu cant. Var, 55.000 pet. fixe, progress. constante, jolie villa, garage, pays chasse, pêche. Prix modique avec install. Facilités.

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. J. Baptandier, de la maison Merveau et Cie, décédé le 13 avril dernier. Il était le beau-père du Dr Bosc, de Sens-de-Bretagne.

— **Les Congrès** — Les 25 et 26 mai, premier *Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-oculistique*, à Strasbourg.

— **Le Congrès de la Presse médicale latine** s'est ouvert le vendredi 29 avril dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du professeur Roger. Après un discours de M. le professeur agrégé Loeper, président de l'Association de la Presse médicale, et la lecture des adresses présentées par MM. les délégués étrangers, M. le professeur Forgue, de Montpellier, a fait une brillante communication sur Théophraste Renaudot, communication dont nous donnerons une large analyse dans un prochain numéro.

— **Distinction honorifique.** — M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être promu au grade de Commandeur du Mérite agricole. Que notre éminent doyen veuille bien agréer les respectueuses félicitations du *Concours médical.*

— **Victime du devoir médical.** — Notre confrère, le Dr Paul Blondin, secrétaire général de la Société de médecine de Paris, a été atteint récemment d'un phlegmon grave de la main, contracté en soignant une affection septique chez un de ses malades. L'amputation, qui parut à un moment donné devoir être nécessaire, put être heureusement évitée à notre confrère, grâce aux soins éclairés du Dr Labey, chirurgien de Lariboisière.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — Le dimanche 8 mai à 10 h., à l'Amphithéâtre des cours, 49, rue des Saints-Pères, conférence de M. Métivet, chirurgien des hôpitaux, sur l'*évolution et les tendances actuelles de la chirurgie.*

— **Hôtel-Dieu.** — M. A. Baudoin, agrégé, fera en mai et juin, le samedi à 10 h. 3/4, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau) des leçons sur *le diabète sucré.*

— **Hôtel-Dieu.** — *Clinique médicale.* — Un cours de perfectionnement aura lieu du 27 juin au 10 juillet, sous la direction de M. le prof. agrégé Villaret. Il aura pour objet l'exposé des notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas et sur le diabète. Droit (de laboratoire) : 250 fr.

— **Hôpital Boucicaut.** — *Tuberculose.* — M. le professeur Letulle, M. Courcoux, médecin de l'hôpital

Boucicault et M. Gilson, radiologiste adjoint des hôpitaux, feront, à partir du 16 mai, une série de conférences pratiques sur la tuberculose.

— **Hôpital de la Pitié.** — *Neurologie.* — Les jeudis à 11 h., salle de consultation du service 5, conférences de M. Clovis Vincent, sur les maladies du système nerveux.

— **Ecole technique de l'alimentation.** — En mai et juin, cours de MM. Gauducheau, Martel, Bruno, Roques, Henri Labbé et Toubeau sur l'industrie et le commerce de l'alimentation (conserves, colorants alimentaires, biscuiterie, condiments, législation spéciale, etc.). Cet enseignement est fait provisoirement au Conservatoire National des Arts et Mértiers (salle E), 292, rue Saint-Martin.

Visites d'usines et conférences d'actualité, les 23 24, 27 et 28 juin.

— **Bourses de séjour dans les Universités étrangères.** — Grâce à la libéralité de M. David Weill, l'Université de Paris dispose cette année de 5 bourses de séjour dans les Universités étrangères, de 10.000 fr. chacune. Ces bourses peuvent être attribuées à des médecins se destinant à l'enseignement. Les demandes doivent être adressées au Recteur de l'Académie de Paris, avant le 15 mai.

— **Dispensaire antituberculeux du Lot.** — *Poste de médecin spécialisé.* — Il est créé un emploi de médecin spécialisé des dispensaires anti-tuberculeux du Lot. Le traitement de début est fixé à 25.000 fr. par an, frais de déplacements remboursés sur états.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 20 mai au Secrétariat du Comité National de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris VIe. Fournir à l'appui de sa demande : un acte de naissance (âge : de 30 ans à 50 ans au plus au 1er juin 1926) ; une copie du diplôme de docteur ; un certificat de bonnes vie et mœurs ; l'engagement de renoncer, au cas de nomination, à faire de la clientèle ; un exposé des titres et références.

— **Ecole dentaire de Paris**, 45, rue de la Tour-d'Auvergne. — Un concours pour un poste de professeur suppléant, et cinq postes de chef de clinique sera ouvert en mai 1927.

En juin, concours pour deux postes de professeur suppléant d'anesthésie.

— **Stomatologiste des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris aura lieu le 19 mai.

— **Erratum.** — Dans l'article du 1er mai : « *Le statut des médecins des réserves* », lire « *le bon renom de l'*ARME *tout entière* », au lieu du mot « ARMÉE », qui enlève tout sens au texte.

Dr Challamel

A TRAVERS L'OFFICIEL

20 *avril.*

Brevet d'infirmières.

Est approuvé le règlement de l'école d'infirmières des hospices civils de Laon, sous réserve d'application stricte du programme adopté pour la préparation de l'examen d'Etat d'infirmière hospitalière.

22 *avril.*

Asiles publics d'aliénés.

Jury du concours pour l'emploi de médecin des asiles publics d'aliénés.

Art. 1er. — Le jury du concours pour l'emploi de médecin des asiles publics d'aliénés, dont l'ouverture a été fixée au 25 avril 1927, est constitué comme suit :

Président : M. le Dr Daniel Santenoise, inspecteur général adjoint des services administratifs.

Membres titulaires : M. le Dr Levy-Valensi, médecin des hôpitaux, chargé de cours à la Faculté de médecine, représentant la faculté de médecine de l'Université de Paris ; M. le Dr Petit, médecin chef de service à la maison spéciale de santé de Ville-Evrard ; M. le Dr Damaye, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de la Roche-sur-Yon (Vendée). M. le Dr Beaussart, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de la Charité (Nièvre) ; M. le Dr Chevalier-Lavaure, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Font-d'Aurelle (Hérault) ; M. le Dr Mezie, médecin directeur de l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) ; M. Haye, chef du 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Membres suppléants : M. le Dr Perrens, médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Château-Picon (Gironde) ; M. le Dr Simon, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise).

24 *avril.*

Thermomètres médicaux.

Arrêté du 21 avril relatif à la perception dans le département de la Seine des droits de vérification des thermomètres médicaux.

Brevet d'infirmières.

Une session d'examen d'Etat d'infirmières hospitalières est ouverte à Rouen et aura lieu le 12 mai 1927.

Assistance publique.

Liste des hôpitaux et hospices, des bureaux de bienfaisance et d'assistance appelés à concourir aux élec-

tions au Conseil supérieur de l'Assistance publique (1er et 2e Collège électoral).

Hygiène et épidémiologie militaires.

Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 5 avril 1927.

Monsieur le Président,

Le décret du 31 mai 1904 a institué, auprès du ministre de la guerre, une commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires pour délibérer sur les questions d'hygiène et d'épidémiologie intéressant l'armée et soumises à son examen et à son avis.

La composition de cette commission qui, à l'origine, ne comprenait que de hauts représentants de la médecine civile et de la médecine d'armée, a été modifiée par de très nombreux décrets ayant pour but d'y faire figurer les diverses compétences reconnues nécessaires.

La commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires réunissant ainsi les compétences les plus variées et les plus qualifiées a justifié sa très grande utilité par les études approfondies auxquelles elle s'est livrée, sur ma demande, et par les avis autorisés qui m'ont permis d'être éclairé constamment sur les mesures nécessaires à la protection de la santé des troupes.

Au cours de la guerre, les faits se sont chargés de confirmer de manière éclatante la haute portée de la collaboration fertile en ses résultats que n'a cessé de m'apporter la commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires.

Il est donc indispensable de maintenir cette commission en lui donnant une vitalité plus grande encore si possible.

Par ailleurs, il me paraît nécessaire de faire bénéficier cette commission de la présence, non seulement de l'inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée, dont les fonctions ont été créées par l'arrêté du 6 mars 1919, mais encore de médecins inspecteurs généraux ou médecins inspecteurs de l'armée appartenant à la 2e section du cadre des officiers généraux et ayant rempli avec distinction dans l'armée active lesdites fonctions. Il me semble également opportun de confirmer la présence, comme membre de droit de cette commission, du président du conseil supérieur de santé des colonies au ministère des colonies, en raison de l'apport permanent dans la métropole des contingents coloniaux.

Enfin, pour maintenir une liaison plus étroite et plus rapide entre mon département et cette commission, il est de toute nécessité que le médecin militaire qui y est adjoint comme secrétaire appartienne à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

Tous les articles du décret primitif seraient par suite à modifier et il paraît plus simple pour la clarté du texte de résoudre dans un nouveau décret, abrogeant les décrets précédents, toutes les améliorations reconnues nécessaires.

Si vous approuvez ces propositions, je vous prie de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de la guerre,
PAUL PAINLEVÉ.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de la guerre,

Vu le décret du 31 mai 1904 instituant une commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires, modifié les 6 août 1906, 29 juin 1907, 25 février 1908, 21 novembre 1913, 29 avril 1921, 15 juin et 24 décembre 1926,

Décrète

Art. 1er. — Une commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires comprenant de hautes personnalités civiles et militaires est instituée pour donner son avis au ministre de la guerre sur la question d'hygiène et d'épidémiologie que le ministre juge à propos de soumettre à son examen.

Art. 2. — Cette commission se compose de membres nommés par le ministre de la guerre et de membres de droit.

Les membres nommés par le ministre sont au nombre de treize, savoir :

Neuf médecins civils choisis parmi les médecins qui font partie de l'académie de médecine.

Quatre médecins militaires pris parmi les médecins inspecteurs généraux ou les médecins inspecteurs de l'armée appartenant à la 1re ou à la 2e section du cadre des officiers généraux.

En sus de ces treize membres, et exceptionnellement, des médecins inspecteurs généraux ou médecins inspecteurs de la 2e section du cadre des officiers généraux ayant rempli les fonctions d'inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée pourront être nommés, par arrêté, membres de la commission.

Tous ces membres sont nommés régulièrement pour un an, leur mandat étant susceptible d'être renouvelé par périodes successives et équivalentes d'une année, toute désignation prononcée en cours d'année est renouvelable régulièrement à la date du 1er janvier suivant.

Les membres de droit sont :

Le président de la commission d'hygiène, de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociales au Sénat.

Le président de la commission de l'hygiène à la Chambre des députés.

Le directeur du service de santé au ministère de la guerre.

Le directeur de l'intendance au ministère de la guerre.

Le directeur central du service de santé de la marine au ministère de la marine.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Le président du comité consultatif de santé.

Le président du conseil supérieur de santé des colonies.

L'inspecteur technique des travaux du génie.

L'inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée.

Art. 3. — Le ministre de la guerre désigne annuellement comme président de la commission un des membres qui la composent.

Il est adjoint à la commission, comme secrétaire, un médecin militaire appartenant à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

Les résultats des délibérations de la commission sont transmis au ministre par son président.

Art. 4. — Sont et demeurent abrogés le décret du 31 mai 1904 instituant une commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires et les décrets des 6 août 1906, 29 juin 1907, du 25 février 1908, du 21 novembre 1913, du 29 avril 1921, du 16 juin 1926, du 24 décembre 1926, modifiant ou complétant le décret du 31 mai 1904.

Art. 5. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 5 avril 1927.

26 *avril.*

Soins aux Pensionnés de guerre. (Tarif Maginot).

Décret du 22 avril 1927 fixant le prix de la consultation ou de la visite pour les pensionnés de guerre.

Le Président de la République française,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 et l'article 36 de la loi de finances du 1er août 1924 ;

Vu le décret du 25 octobre 1922, modifié par le décret du 8 juillet 1924 ;

Vu les décrets des 12 mars 1923, 7 mai 1924 et 14 octobre 1926,

Décrète :

Art. 1er. — Le paragraphe 1er de l'article 60 du décret du 25 octobre 1922, modifié par le décret du 14 octobre 1926, est modifié comme suit à dater du 1er janvier 1927 :

« Le prix de la consultation ou de la visite est fixé à 10 fr. pour la France, l'Algérie, la Tunisie et le Maroc ».

Art. 2. — Le président du conseil, ministre des

Voir la suite page LV-1341

PROPOS DU JOUR

Les Centenaires.

Le Centenaire de la mort de Pinel; celui de la naissance de Vulpian.
Le Centenaire de Marcelin Berthelot et la fondation internationale d'une Maison de la Chimie.

Les célébrations des centenaires se multiplient. Quand ce n'est pas pour celui de la naissance, c'est pour celui de la mort qu'on se livre à des manifestations. Cette année est celle du Centenaire des naissances de Lister, né le 5 avril 1827 de Villomin, qui inocula le premier la tuberculose, et de Marcelin Berthelot, né le 25 octobre 1827.

Nous allons même avoir des célébrations de centenaires à retardement. A la fin du prochain mois de mai, les aliénistes, les neurologistes, voire même les physiologistes et les simples médecins, commémoreront à la Faculté, à la Salpêtrière, à l'Académie de médecine, les centenaires de la mort de Pinel et de la naissance de Vulpian.

Pinel est mort à Paris le 25 octobre 1926. Bien que clinicien et psychiatre remarquable, il ne tire pas de ses travaux scientifiques qui ne sont certes pas négligeables, sa réputation mondiale. Il est connu surtout comme bienfaiteur des aliénés. Nous avons en temps voulu rappelé la vie et les travaux de Philippe Pinel à nos lecteurs.

Vulpian est né à Paris le 5 janvier 1826. Ce sera donc presque quinze mois trop tard que l'on célèbrera le centenaire de sa naissance. Il fut indiscutablement un physiologiste distingué et nombreuses furent ses découvertes en physiologie, en pathologie expérimentale et plus particulièrement dans le domaine du système nerveux.

Docteur en 1853, médecin des hôpitaux de Paris en 1857, agrégé en 1860, il suppléa Flourens dans sa chaire de physiologie au Muséum d'histoire naturelle, enseigna successivement l'anatomie pathologique et la pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. Elu, en 1869, membre de l'Académie de médecine, et doyen de la Faculté, où il remplaça Wurtz, en 1875, il fut appelé à occuper le fauteuil d'Andral à l'Académie des Sciences en 1876. Il mourut en 1881.

Tout le monde connaît ses recherches sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, sur l'appareil vaso-moteur, sur l'action physiologique des poisons et des médicaments, ses cliniques de la Pitié et surtout de la Charité, sur les maladies nerveuses. Si ce n'était le retard qu'on y a mis, nous trouverions ingénieuse et excellente l'idée qu'ont eue les psychiatres et les neurologistes parisiens d'associer la mémoire de Vulpian à celle de Pinel. Vulpian et Pinel ont encore un trait commun. Tous deux furent persécutés et accusés d'opinions subversives. Pinel fut victime en 1822 de la réforme de la Faculté de médecine imposée par le gouvernement de la Restauration à la suite de manifestations politiques et tumultueuses des étudiants. Rappelons cependant qu'ayant 77 ans, il avait droit à la retraite qui lui fut peut être trop brutalement imposée.

Vulpian fut pris violemment à partie à cause de ses recherches et de ses leçons sur le système nerveux ; accusé d'être matérialiste et de corrompre la jeunesse par Mgr. Maret, évêque de Sura, il fut l'objet d'une pétition au Sénat qui fit grand bruit vers la fin du second Empire. Mais cette attaque inconsidérée contre un savant universellement estimé et qui, aujourd'hui, paraîtrait absolument ridicule, obtint un résultat diamétralement opposé à celui qu'espéraient ses fanatiques détracteurs, puisque Vulpian fut élu membre de l'Institut.

***

Le centenaire de la naissance de Marcelin Berthelot aura l'avantage d'être célébré à son heure.

Né à Paris, place de Grève, le 25 octobre 1827. Il mourut le 18 mars 1907 au Palais de l'Institut, étant un des deux secrétaires perpétuels de l'Académie des Sciences. Il succomba quelques instants après la mort de Madame Berthelot et le Gouvernement de la République décerna à l'illustre chimiste et à son épouse qu'il ne voulut pas séparer dans la mort, les honneurs d'une sépulture commune au Panthéon.

Marcelin Berthelot n'était pas médecin ; ses recherches furent poursuivies sans interruption de 1850 à 1907 à l'Ecole de pharmacie et au Collège de France. Mais ses découvertes augmentèrent considérablement l'arsenal pharmaceutique et permirent de grands progrès thérapeutiques.

Nous ne saurions oublier, en outre, que Marcelin Berthelot était le fils d'un médecin praticien

parisien qui fut reçut docteur à Paris en 1825, fut médecin du Bureau de Bienfaisance du VI[e] arrondissement d'alors, et qui, en 1845, habitait dans le même quartier 32, rue des Ecrivains et en 1853, au n° 113 de la rue Saint-Martin.

Aussi se rappelant de la profession qu'avait exercée son père, Berthelot ne se désintéressait pas de ce qui concernait l'exercice de la médecine.

Nous nous souvenons l'avoir rencontré, il y a près de trente ans, dans les couloirs du Sénat (Berthelot avait été élu par le Sénat en 1881 sénateur inamovible et fut deux fois ministre). Nous étions allé comme secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, prier notre bon maître, le prof. V. Cornil, de soutenir au Sénat nous ne savons plus quelles revendications professionnelles. Soudain, un petit homme, voûté, à la physionomie souriante et à l'œil vif, arriva devant nous. « Tiens, Berthelot, » fit Cornil, et il nous présenta comme délégué des Syndicats médicaux. « Les Syndicats médicaux ! interrompit Berthelot avec malice, ils existent donc ! J'aurais été tenté de vous répéter les paroles que Voltaire a mis dans la bouche de Spinoza, arrivant après sa mort devant le tribunal du Très-Haut : « Pardonnez-moi, Seigneur, mais vous n'existez pas, car je l'ai démontré par la mathématique. » Et Berthelot qui se souvenait évidemment de la discussion, relativement récente, de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine et qui savait le mal qu'avait eu Cornil à faire autoriser les médecins à se syndiquer, nous quitta en riant, heureux de sa répartie. et répétant : « Lisez Voltaire, vous y trouverez cela. »

Nous n'énumérerons pas ici les travaux de Berthelot. Tout le monde sait qu'on lui doit la synthèse chimique, qu'il créa la thermochimie, fit faire de grands progrès à la chimie agricole et écrivit une histoire de l'alchimie et de nombreux articles philosophiques, réunis en un recueil sous le titre de « Science et Philosophie ».

Les decouvertes synthétiques de Berthelot eurent pour l'industrie, l'agriculture, le commerce, la pharmacologie, des conséquences considérables. Aussi Berthelot fut-il accablé d'honneurs : membre de l'Académie des Sciences dont il fut secrétaire perpétuel, membre de l'Académie de médecine, de l'Académie d'agriculture, il fut élu membre de l'Académie française. La Société royale de Londres, les Académies de Berlin, de Vienne, de Saint-Pétersbourg, de Stockholm, de Turin, d'Amsterdam, etc., etc., s'honorèrent de le compter parmi leurs correspondants.

Un monument imposant, dû au ciseau du statuaire René de Saint-Marceaux, lui fut élevé en 1917 devant le Collège de France.

Pour célébrer le centenaire de la naissance de l'illustre chimiste, on a résolu de faire encore mieux ; un comité international s'est constitué, sous le haut patronage du Président de la République française, de son gouvernement et du Corps diplomatique, pour édifier à Paris la *Maison de la chimie*, institution internationale où les chimistes de tous les pays et les adeptes de toutes les branches de cette science (professeurs, industriels, commerçants, agriculteurs, économistes, pharmaciens, médecins), pourront coordonner leurs efforts et trouver la documentation nécessaire à leurs travaux.

Une souscription internationale est ouverte. Déjà plusieurs Etats de l'Amérique latine, qui (nous le savons bien à l'U.M.F.I.A et à l'A.D.R.M.), ne perdent aucun occasion de montrer d'une façon effective leur affection pour la France, ont envoyé ou promis des sommes très importantes. En France des Comités ont été créés dans chaque département, à Paris dans chaque arrondissement.

Il n'est pas douteux qu'avant peu la *Maison de la Chimie* s'élèvera en l'honneur de Marcelin Berthelot et n'est-ce pas le plus noble et le meilleur moyen d'honorer nos grands savants et de commémorer leurs œuvres que de placer sous leur invocation des Institutions consacrées aux Sciences qu'ils ont développées.

Jadis on dédiait les Temples aux Dieux ou aux héros divinisés ; plus tard, les églises chrétiennes furent placées sous l'invocation d'un Saint. Nos bibliothèques, nos laboratoires ne sont-ils pas de véritables temples ? Rappelons à leur propos, les phrases que Pasteur écrivit en 1867, dans un article intitulé le *Budget de la science* :

« Ce sont (les laboratoires), les temples de l'avenir, de la richesse et du bien-être. C'est là que l'humanité grandit, se fortifie et devient meilleure. »

J. Noir.

Soins aux Pensionnés de Guerre (Tarif Maginot).

Le prix de la consultation et de la visite est porté de 8 à 10 francs, par décret du 22 avril 1927 (Voir page 1294).

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES)

M. le Professeur NOBÉCOURT

Rhumatisme cervical et cervico-sciatique chez l'enfant (1).

Voici une fillette qui est née le 12 octobre 1919. Sa mère est morte d'infection puerpérale, son père, âgé de 29 ans, a, depuis son enfance, du rhumatisme articulaire aigu et a été réformé pour une maladie mitrale. Sa sœur, qui est son aînée d'un an, se plaint souvent de douleurs articulaires.

Cette enfant a été élevée à la campagne. Vers 19 mois, elle a eu quelques troubles gastro-intestinaux, qui ont duré six mois. Au début de cette année, elle a eu la rougeole.

La maladie actuelle a débuté au commencement de novembre. L'enfant présente une éruption, avec un peu de fièvre, pendant huit jours ; on ne demande pas de médecin. Presque aussitôt après apparaît brusquement un torticolis ; la douleur siège successivement à droite en arrière, puis à gauche ; tous les mouvements du cou deviennent impossibles à cause de la douleur. Des enveloppements chauds et humides du cou et un liniment calmant amènent une sédation des douleurs, qui persistent toutefois.

L'enfant entre à l'hôpital le 25 novembre, trois semaines environ après le début. Elle a sept ans. Elle est bien développée pour son âge ; sa taille est de 123 cm., son poids de 22 kg. 400. Le teint est pâle. Les muqueuses sont décolorées. On remarque une desquamation furfuracée sur l'abdomen, en lambeaux assez larges aux extrémités des orteils, qui éveille l'idée d'une scarlatine. La langue est saburrale, le pharynx légèrement rouge. La température est normale (37°2).

Le cou est peu douloureux ; l'enfant éprouve plutôt une gêne douloureuse qu'une douleur véritable. La tête est inclinée à gauche et en arrière. Les mouvements sont possibles. Il n'y a pas de points douloureux à la pression des vertèbres et des membres, pas de ganglions cervicaux. L'enfant ne souffre pas dans les membres.

Le cœur paraît un peu volumineux. La pointe est dans le cinquième espace, à un centimètre en dehors de la verticale mamelonnaire ; le bord droit déborde le sternum d'un centimètre. On entend sur la pointe un souffle systolique piaulant, qui se propage dans l'aisselle et a tous les caractères d'un souffle d'insuffisance mitrale. Le second bruit pulmonaire est un peu accentué, le second bruit aortique normal. Le pouls est rapide, à 112, malgré l'absence de fièvre. La pression artérielle est à peu près normale, 9,5-5,5 au Vaquez.

L'examen des autres viscères ne révèle rien de particulier. Il n'y a pas d'albuminurie. Le liquide céphalo-rachidien est clair ; il ne contient pas de leucocytes ; on y dose 0 gr. 18 d'albumine par litre.

Le Bordet-Wassermann (H^7) et la cutiréaction à la tuberculine sont négatifs ; le Hecht est positif.

Le sang contient 3.520.000 globules rouges par millimètre cube avec 80 % d'hémoglobine ; 9.800 leucocytes, dont 53 polynucléaires neutrophiles pour cent.

On prescrit du lait, des bouillies et 5 gr. de salicylate de soude par jour.

Bientôt les douleurs cervicales disparaissent complètement, mais pendant cinq jours la température reste subfébrile, atteignant, certains jours, 38°-38°2.

Du 1er au 4 décembre il y a apyrexie. A partir du 5, reparaît l'état subfébrile : 37°6-37°8. En même temps surviennent des douleurs passagères au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, puis des douleurs au niveau des articulations phalango-phalangiennes, qui se tuméfient et contiennent un peu de liquide.

Le pouls s'accélère : 106-116-120. Le cœur grossit, mais ses bruits ne se modifient pas.

Ces manifestations se produisent malgré l'ingestion quotidienne de 5 gr. de salicylate de soude.

Cette enfant a donc un *torticolis rhumatismal*, du *rhumatisme cervical*, accompagné d'une endocardite mitrale, dont il est impossible de préciser l'ancienneté, étant donnés les caractères du souffle. Il est apparu après une éruption qui est proba-

(1) Leçon du 11 décembre 1926, recueillie par le Dr LAPORTE, et revue par le professeur.

blement une scarlatine. S'agit-il d'un rhumatisme scarlatineux ou d'une maladie de Bouillaud ?

Je n'ose me prononcer, mais je note que cet enfant appartient à une famille de rhumatisants.

Par une coïncidence qui augmente l'intérêt de cette observation est entré l'autre jour ce garçon dont voici l'histoire.

Il est né le 19 mai 1913. Il est orphelin ; son père a été tué à la guerre ; nous ignorons de quoi est morte sa mère. Il a beaucoup grandi depuis quelques mois.

Il est depuis octobre placé dans une institution de Montrouge où sévit une épidémie de grippe.

Depuis le milieu de novembre, il se sent fatigué éprouve des maux de tête, mais ne garde pas le lit. Le 2 décembre, son malaise augmente, on prend sa température ; elle atteint 40° ; on l'envoie à l'hôpital où il entre le 3 décembre avec une température de 40°4.

M. Boulanger-Pilet, mon chef de clinique, le voit le lendemain matin. C'est un garçon de 13 ans et demi. Il mesure 161 cm. et pèse 36 kg. 600 ; il est très grand pour son âge et un peu maigre. Son pouls est à 130, régulier, bien frappé, nullement dicrote.

Il est très abattu ; il se plaint d'une forte céphalée ; il a une petite toux sèche. L'appétit fait complètement défaut. Il existe une constipation légère, mais pas de vomissements. La langue est blanche, porcelainée ; le pharynx normal. Le ventre est déprimé. Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord costal, la rate est un peu grosse. Les urines ne contiennent pas d'albumine. L'examen des poumons et du cœur est négatif. On constate une raideur de la nuque marquée et un léger signe de Kernig du côté gauche. La cutiréaction à la tuberculine est négative.

En présence de ce tableau clinique, on pense à une grippe, à une fièvre typhoïde et même à une méningite. On pratique une hémoculture ; elle donne, le lendemain, un bacille para-typhique B, que le sérum du malade agglutine à 1 p. 200. La ponction lombaire retire un liquide clair, ne contenant pas d'éléments cellulaires, dont l'albumine est normale.

Les 4, 5 et 6 décembre, la température s'abaisse progressivement à 39°, le pouls à 90.

Le 7 décembre, se produit une défervescence brusque à 37°3-37°2.

C'est à ce moment que j'examine l'enfant. Il répond bien aux questions. Il se sent mieux, mais il se plaint de souffrir du cou et des reins.

Je constate un peu de raideur de la nuque à la flexion du cou, mais elle paraît le fait de la douleur. On provoque une douleur exquise par la pression sur les parties latérales, au niveau des apophyses et notamment au niveau de l'articulation atloïdo-axoïdienne, de même qu'à la partie postérieure sur les apophyses épineuses et les ligaments qui les unissent.

D'autre part, on provoque une douleur par la pression du sciatique au niveau où le sciatique poplité externe contourne le péroné, au niveau du grand trochanter, sur la région lombaire. A droite le signe de Lasègue est très net, sans Kernig ; à gauche, il y a à la fois du Lasègue et du Kernig.

Il n'y a pas de véritables signes méningés. Une seconde ponction lombaire pratiquée la veille a retiré un liquide clair, contenant 12 éléments, lymphocytes et cellules endothéliales, par millimètre cube.

Je prescris 1 gr. d'aspirine et du liniment chloroformique. L'amélioration est rapide. Aujourd'hui l'enfant ne souffre plus.

En somme, ce garçon a une fièvre paratyphoïde B. Après une période ambulatoire d'une quinzaine de jours, apparaaît une fièvre élevée à 40°, qui tombe brusquement le sixième jour. On constate des symptômes qui font penser à une méningite. En réalité, il s'agit d'un *syndrome cervico-sciatique.*

***

Ces enfants me donnent l'occasion de vous entretenir du RHUMATISME CERVICAL et du RHUMATISME CERVICO-SCIATIQUE.

Le *rhumatisme cervical*, le *torticolis rhumatismal*, a été, pendant longtemps, considéré comme une affection musculaire, comme une contracture du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Puis le rôle des arthrites cervicales est apparu de plus en plus grand, avec Delpech, en 1828, Depaul, en 1844 ; il est admis par Cadet de Gassicourt, en 1882, dans son *Traité clinique des maladies de l'enfance*. En 1888, Grancher, dans une leçon clinique, distingue encore un rhumatisme cervical musculaire, un rhumatisme cervical articulaire, un rhumatisme cervical à la fois articulaire et musculaire. Mais la théorie musculaire est définitivement ruinée et le rôle exclusif des arthrites cervicales établi par Lannelongue en 1888, par Broca en 1894, par le Professeur A. Robin, par le Professeur Marfan, en 1895, M. Jean Humeau, en 1896, intitule sa thèse inspirée par Broca : *De l'arthrite cervicale d'origine rhumatismale.*

A côté du rhumatisme cervical simple, il existe un *rhumatisme cervico-sciatique*. J'en ai donné la description à la *Société médicale des hôpitaux* le 14 janvier 1916, dans une communication intitulée : *Syndrome clinique de rhumatisme cervical et de névralgie sciatique associés. Réactions méningées. Complications cardiaques. Diagnostic avec la méningite cérébro-spinale.* J'ai étudié ce syndrome dans une série de mémoires en collaboration avec M. Peyre. Un de mes élèves, M. Versini, a consacré sa thèse, en 1919, au *rhumatisme cervico-sciatique.*

Ce rhumatisme, je l'ai observé d'abord chez les soldats ; depuis la guerre, j'en ai rencontré un certain nombre d'exemples chez les enfants.

Qu'il s'agisse de *rumatisme cervical* ou de *rhumatisme cervico-sciatique*, les mêmes problèmes se posent que pour le *rhumatisme articulaire aigu* envisagé dans son ensemble. Il convient de distinguer : 1° le *rhumatisme articulaire aigu vrai*, la *maladie de Bouillaud* ; 2° des *rhumatismes secondaires* ou *symptomatiques* d'infections diverses

***

Etudions d'abord la MALADIE DE BOHILLAUD.

Assez souvent le *rhumatisme cervical*, le *torticolis rhumatismal* en est une manifestation. Il se présente sous deux modalités principales.

Tantôt apparaissent des localisations cervicales au cours d'une atteinte de rhumatisme articulaire aigu généralisé ; il se produit une localisation cervicale au même titre que les localisations au niveau des coudes, des genoux, des mains ou des pieds.

Tantôt, et c'est la forme la plus intéressante, le rhumatisme cervical est la localisation première et même la localisation unique de la maladie de Bouillaud.

Chez les enfants, cette forme n'est pas rare, Comme la maladie de Bouillaud, elle ne se rencontre guère qu'après 4 ou 5 ans, à peu près aussi souvent de 4 à 9 ans que de 10 à 15, ans chez les filles que chez les garçons.

Le début est généralement rapide.

Il peut être marqué par de la fièvre, de la courbature, une angine, des symptômes d'embarras gastrique. La fièvre est généralement modérée et de courte durée. En même temps s'installent les douleurs cervicales.

D'autres fois, les douleurs cervicales se montrent sans fièvre appréciable, sans phénomènes généraux. Un matin, au réveil, l'enfant présente du torticolis. C'est pour ces faits surtout qu'autrefois on invoquait volontiers l'action du froid ou une mauvaise position de la tête pendant la nuit, ou encore un effort qu'aurait fait l'enfant, quelquefois même un traumatisme.

Quoi qu'il en soit, les symptômes locaux sont caractéristiques.

La tête reste dans une attitude vicieuse, qui n'est d'ailleurs pas toujours la même. Tantôt c'est un torticolis analogue à celui qu'entraîne la contracture du sterno-cléido-mastoïdien ; la tête est inclinée sur une épaule, le visage tourné de l'autre côté. Tantôt la tête est simplement inclinée sur un côté, sans déviation de la face. Tantôt enfin la tête est en rectitude, dans le plan antéro-postérieur. La position peut varier suivant les moments. Comme l'écrit Cadet de Gassicourt, parfois le torticolis « suit une marche irrégulièrement intermittente » ; il change de côté, et « ce changement peut se répéter deux ou trois jours de suite ».

La douleur spontanée du début n'est pas très vive et ne tarde pas à disparaître. Il existe surtout une douleur provoquée par les mouvements passifs ou volontaires ; elle cesse dès que la tête est placée convenablement sur l'oreiller et que l'enfant ne bouge pas.

Les tentatives de correction provoquent une vive douleur, ainsi que la pression du cou dans certaines régions : sur les apophyses épineuses, sur les apophyses transverses ; on la provoque en prenant la nuque à pleine main et en appuyant sur les parties latérales du cou. La douleur peut siéger des deux côtés ou d'un seul, sur toute la hauteur du cou, ou sur un segment limité à la partie supérieure, à la partie inférieure, ou à la partie moyenne, généralement à la partie moyenne. Les localisations de la douleur expliquent les attitudes vicieuses.

C'est au niveau des ligaments et des articulations de la colonne cervicale que siègent les points douloureux. Par contre, les muscles et en particulier les sterno-cléido-mastoïdiens ne sont pas douloureux.

Quand la tête est au repos, les muscles ne sont pas contracturés, mais, si le malade se remue, il souffre et le muscle se contracture immédiatement pour immobiliser les articulations atteintes, comme le disait Gubler, « c'est un torticolis de protection ».

L'évolution du rhumatisme cervical est généralement favorable. Sous l'influence du repos, d'un liniment calmant, du salicylate de soude, les douleurs s'atténuent assez vite ; au bout de 10 ou 15 jours tout est terminé. Mais à côté des cas où le rhumatisme cervical est la localisation unique de la maladie de Bouillaud, il y a des cas où d'autres localisations se produisent et la maladie de Bouillaud se généralise. Enfin les complications cardiaques ne sont pas rares ; apparaissent assez souvent l'endocardite, la péricardite et le syndrome myocardique.

Parfois le rhumatisme cervical se prolonge ; les arthrites persistent avec les attitudes vicieuses qu'elles entraînent, où bien se produisent à plusieurs reprises des phases d'amélioration et des reprises. Le rhumatisme cervical devient subaigu, presque chronique, persiste pendant des semaines où même des mois.

Voici, un exemple de rhumatisme cervical à poussées successives.

Une petite fille, née le 27 novembre 1920, a une mère bien portante, un peu rhumatisante, un frère, son aîné de 7 ans, qui a été soigné pendant longtemps ici, salle Bouchut, pour une maladie de Bouillaud compliquée de cardiopathie ; elle appartient donc à une famille de rhumatisants. Cette enfant est habituellement bien por-

tant ; elle a eu la rougeole à 3 ans et présente de temps en temps des poussées fébriles avec bouffissure du visage.

Le 30 mai 1925, elle ressent un point de côté gauche, a un peu de toux et une fièvre légère. On l'amène à l'hôpital le 1er juin. Elle a 4 ans et demi. Son développement est moyen. Elle a un peu de fièvre : 37°6 le matin, 38°8 le soir, sa langue est un peu saburrale. Elle a un vomissement ; ses selles sont normales. Elle est un peu somnolente. Elle souffre beaucoup du cou, des deux côtés, et se plaint également de la tête. La nuque est douloureuse et paraît un peu raide. Il y a une ébauche de signe de Kernig. L'examen des viscères ne décèle rien de particulier. On porte le diagnostic de rhumatisme cervical et on prescrit 3 gr. de salicylate de soude par jour.

Deux jours après, la température s'est abaissée à 37°6, la douleur cervicale est beaucoup moins marquée, le cou est mobile, il n'y a ni Kernig, ni Lasègue. Une ponction lombaire retire un liquide céphalo-rachiden clair, contenant 0 gr. 30 d'albumine et 0 gr. 50 de glucose par litre, 40 lymphocytes par mmc. La cutiréaction à la tuberculose est négative. Le Bordet-Wassermann (H^2) et le Hecht sont positifs.

L'enfant sort le 10 juin en bon état. Son cœur est normal.

L'affection n'est cependant pas terminée. Pendant plusieurs mois, l'enfant revient nous voir pour des poussées fébriles accompagnées de douleurs cervicales. On lui donne de petites doses de salicylate de soude, parfois des doses assez grosses, 4 gr. pendant dix jours avec des interruptions de dix jours. Finalement, l'enfant entre le 18 juin dernier à l'hôpital pour des douleurs siégeant dans diverses articulations des membres qui sont passagères. Elle a 5 ans et sept mois. Le développement du corps est régulier. On constate un léger souffle systolique de la pointe, qui révèle une endocardite mitrale. On la traite par le salicylate de soude. Elle sort le 28 juin.

Le rhumatisme cervical peut entraîner quelques difficultés de diagnostic.

A la phase aiguë, il faut éviter la confusion avec une adénite cervicale aiguë, avec une otite et une mastoïdite ou avec un traumatisme de la colonne cervicale.

Quand l'affection se prolonge, on doit penser à un mal de Pott cervical. Les caractères différentiels ont été bien précisés par Lannelongue. Comparé au rhumatisme cervical, le mal de Pott a rarement au début aussi aigu, entrave davantage les mouvements de la tête, immobilise plus complètement le cou ; dans le mal de Pott, les douleurs provoquées par les essais de mobilisation sont plus vives, le gonflement est plus marqué, bilatéral, symétrique, l'empâtement envahit les parties molles, l'atrophie musculaire est plus prononcée. Finalement se produit de la suppuration ; alors aucune hésitation n'est possible. Mais c'est avant cette période qu'il faut faire le diagnostic, parce que le traitement diffère : dans le rhumatisme cervical, ce sont les calmants, le salicylate de soude ; dans la tuberculose cervicale, c'est l'immobilisation, le port d'un appareil de contention, l'aérothérapie et l'héliothérapie.

Aujourd'hui, la radiographie est d'un grand secours pour élucider le diagnostic.

Le *rhumatisme cervico-sciatique* se présente avec les caractères que j'ai décrits dans ma communication du 14 janvier 1916, d'après des observations recueillies chez les soldats.

Quelquefois il y a des prodromes ; pendant quelques jours le sujet se plaint de fatigue, de courbature, il a une angine, du coryza, il tousse. Souvent ils font défaut.

Le début est généralement brusque ou rapide ; il y a des frissons, de la fièvre, de la courbature, de la céphalée, des vomissements, même chez l'adulte. En même temps ou au bout de deux, trois ou quatre jours, apparaissent des douleurs dans la nuque et les membres inférieurs.

A la période d'état, la fièvre est généralement modérée (38°, 38°5, 39°), quelquefois élevée, jusqu'à 40°, 41°. Le pouls est modérément accéléré (80 à 100). Il y a généralement de la constipation. Il n'y a pas de troubles du rythme respiratoire, ni du rythme cardiaque. La rate est parfois un peu augmentée de volume.

Ce sont des phénomènes douloureux qui dominent le tableau clinique. Le malade se plaint assez souvent d'une céphalée frontale, d'ailleurs modérée et inconstante. Il accuse surtout de la douleur dans la nuque et les membres inférieurs.

Au niveau de la nuque, la douleur spontanée est en général assez légère ; mais le moindre mouvement du cou provoque une douleur vive, qui l'immobilise.

La flexion de la tête est généralement possible, mais les mouvements de rotation sont gênés par la douleur. Les mouvements provoqués entraînant une contracture de défense ; elle est surtout déterminée par les mouvements de rotation de la tête, quelquefois par les mouvements de flexion ; elle ressemble à la raideur méningitique de la nuque.

La pression des apophyses transverses et surtout des articulations atloïdo-axoïdiennes, quelquefois celle des articulations occipito-atloïdienne, au dessous de l'occipital, sur le bord externe de la masse musculaire, est douloureuse.

On provoque également quelquefois de la douleur par la pression des apophyses épineuses et des ligaments interépineux.

Au niveau des membres inférieurs, les douleurs spontanées sont assez souvent très vives ; parfois elles se réduisent à une simple sensation

de courbature ; quelquefois elles font défaut. L'examen décèle des signes de sciatique bilatérale ; on trouve des points douloureux au niveau de la tête du péroné, du trochanter, de l'échancrure sciatique, de la région lombaire, etc. Le signe de Lasègue est net ; il peut en imposer pour le signe de Kernig.

Le liquide céphalo-rachiden est d'apparence normale, sa pression plus ou moins élevée. L'albumine est tantôt normale, tantôt augmentée (0 gr. 30 à 0 gr. 80). Les leucocytes font souvent défaut ; parfois il existe des lymphocytes en petit nombre. Fait intéressant, la ponction lombaire calme souvent, d'une façon presque immédiate, la céphalée et les douleurs sciatiques.

Généralement, le rhumatisme cervico-sciatique s'améliore rapidement, surtout avec le traitement par l'aspirine ou le salicylate de soude. Quelquefois il persiste huit ou dix jours. Quelquefois se produisent des reprises.

Le syndrome cervico-sciatique prête à confusion, chez certains malades, avec la méningite cérébro-spinale. Les syndromes cliniques présentent en effet de grandes analogies, avec la céphalée, les vomissements, les douleurs de la nuque, des lombes, des membres inférieurs, les contractures de défense. L'examen du malade décèle des symptômes qui font penser à la raideur de la nuque et au signe de Kernig de la méningite. J'ai étudié le syndrome cervico-sciatique dans un service destiné au traitement des soldats atteints de méningite épidémique. Ces hommes étaient envoyés avec le diagnostic ferme ou suspectés de méningite cérébro-spinale. L'observation de mon premier malade est caractéristique.

Le 28 décembre 1914, dans la soirée, on m'amène à l'hôpital de la Butte, à Besançon, un soldat de 20 ans avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Je l'examine avec deux de mes collègues ; nous faisons tous trois le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Mais le liquide céphalo-rachidien est clair, ne contient ni leucocytes ni méningocoques. Je reprends l'examen du malade et rectifie le diagnostic. Une endocardite mitrale apparaît. Ce jeune homme guérit rapidement sous l'influence du salicylate de soude. Je le revois quelques semaines après à la Commission de réforme, où il était présenté pour une maladie mitrale.

Le diagnostic est facile dans les cas types, lorsqu'on constate les points douloureux localisès sur les vertèbres, la gêne douloureuse des mouvements de rotation de la tête avec conservation des mouvements de flexion et absence de raideur de la nuque à la flexion, quand on provoque les points douloureux sur le trajet des sciatiques, quand il existe un signe de Lasègue et non pas un signe de Kernig. Mais assez souvent il existe une réaction méningée caractérisée par une certaine raideur de la nuque et le signe de Kernig. Parfois même le syndrome cervico-sciatique est la première manifestation d'une méningite à méningocoques.

Il est donc toujours prudent de faire la ponction lombaire et d'examiner le liquide céphalo-rachidien

Quant à la nature rhumatismale de ce syndrome cervico-sciatique, elle est démontrée par la fréquence des complications cardiaques qui se montrent comme dans les autres modalités de la maladie de Bouillaud ; sur 16 soldats, dont j'ai rapporté les observations dans mon mémoire de 1916, 5, soit 31 p. 100, ont présenté des cardiopathies ; 2, de la dilatation du cœur et de la péricardite sèche ; un autre, de la dilatation du cœur, de la péricardite et de l'endocardite mitrale ; 2, de l'endocardite mitrale.

Chez les enfants, le rhumatisme cervico-sciatique rappelant la méningite cérébro-spinale n'est pas rare. En voici une observation bien typique.

Un jeune garçon, né le 1er mars 1914, est pris brusquement dans la nuit du samedi au dimanche, en octobre 1921, à l'âge de 7 ans et demi, de violentes douleurs dans la tête, la nuque et le dos. Son père, qui est officier et a vu des méningites cérébro-spinales, pense à cette maladie. Comme le médecin de l'enfant est absent, il me demande d'aller le voir. Le malade accuse de fortes douleurs dans la nuque et le rachis ; il paraît avoir de la raideur de la nuque et du Kernig, mais en réalité, il s'agit d'une simple réaction de défense contre la douleur. En examinant avec soin, je constate les points douloureux sur les vertèbres et sur le sciatique. Par prudence, je demande à M. Paraf, mon chef de clinique, de faire une ponction lombaire ; le liquide céphalo-rachidien est normal. Sous l'influence du salicylate de soude l'amélioration est rapide. Mais, quelques jours après, nous constatons un assourdissement du premier bruit, qui marque le début d'une endocardite mitrale, et quelques frottements péricardiques.

La cardiopathie mitrale a persisté sous forme de maladie mitrale à prédominance de rétrécissement. Actuellement, l'enfant, âgé de 12 ans et demi, présente seulement une ébauche de roulement diastolique et une oreillette gauche dilatée.

***

A côté de la maladie de Bouillaud, du rhumatisme articulaire aigu, maladie spécifique, il y a des RHUMATISMES SECONDAIRES OU SYMPTOMATIQUES, qui surviennent au cours de diverses affections aiguës. Le rhumatisme cervical et le rhumatisme cervico-sciatique peuvent y survenir au même titre que les autres formes cliniques.

Au premier rang vient la *scarlatine*. Dans celle-ci les endocardites et le rhumatisme ne sont pas rares, comme je l'ai montré dans une leçon qui se

trouve dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *affections de l'appareil circulatoire*. Notre malade a eu probablement la *scarlatine* ; doit-elle être considérée comme atteinte d'un rhumatisme cervical scarlatineux ou d'une maladie de Bouillaud intriquée avec la scarlatine et peut être réveillée par elle ? Il est difficile de conclure, car elle appartient à une famille de rhumatisants.

Les *fièvres typhoïdes* et *paratyphoïdes* déterminent assez souvent des *rhumatismes secondaires*, notamment du rhumatisme cervical et cervico-sciatique.

Rilliet et Barthez déjà, en 1853, dans la deuxième édition de leur *Traité pratique et clinique des maladies des enfants*, le décrivent parmi les phénomènes névralgiques. « La douleur, écrivent-ils, peut occuper la partie postérieure du col, comme la névralgie occipitale ou le torticolis. Passagère ou peu intense dans la plupart des cas, cette douleur a été quelquefois assez vive pour attirer l'attention à l'exclusion de tout autre symptôme. »

Ce rhumatisme cervical n'est guère décrit dans les traités. Les médecins d'enfants le connaissent bien cependant. Je me rappelle qu'en 1909, terminant mon internat chez le professeur Hutinel, je fus envoyé par lui en Allemagne voir un garçon de 13 ans et demi, qui voyageait avec son père et avait été pris d'un torticolis fébrile. Le professeur Hutinel me recommanda de me méfier de la fièvre typhoïde ; c'était bien une fièvre typhoïde qui commençait et qui a évolué d'une façon régulière.

Dans la fièvre typhoïde on peut voir également, des états simulant la méningite.

Avec M. Paisseau, nous avons publié à la *Société de Pédiatrie*, en octobre 1909, deux observations de *torticolis, signe du début de la fièvre typhoïde*. Une fille de 9 ans et demi entre à l'Hôpital le 20 novembre 1909. « Elle a été prise, huit jours avant, d'un torticolis assez accusé, qui a immobilisé la tête en position vicieuse pendant plusieurs jours ». Les jours suivants, apparaissent des signes nets de fièvre typhoïde. Une autre fille de 8 ans entre le 29 août 1909. Elle « a été prise brusquement, huit jours avant son entrée à l'hôpital d'un torticolis intense ; la tête était fortement déviée du côté droit, et la raideur musculaire était si accusée qu'elle a pu faire craindre l'apparition d'une méningite cérébro-spinale ». Elle présentait des symptômes nets de fièvre typhoïde.

Avec M. Peyre, à la *Société médicale des hôpitaux*, le 7 juillet 1918, dans une communication sur la *numération des leucocytes du liquide céphalo-rachidien dans le syndrome de rhumatisme cervical et de névralgies sciatiques associées*, nous avons relaté l'observation d'une fille de 9 ans, amenée à mon ambulance de Fismes pour des « symptômes permettant de craindre une méningite cérébro-spinale » ; il s'agissait d'une fièvre typhoïde, comme en témoignaient la clinique et l'hémoculture.

Les mêmes syndromes cervical et cervico-sciatique se rencontrent dans les paratyphoïdes A et B, l'enfant que je viens de montrer en est un bel exemple.

Il convient donc, comme je le rappelais il y a un an dans une leçon publiée par le *Journal de médecine de Paris* du 24 mai 1926 de ne pas oublier les *débuts brusques ou rapides de la fièvre typhoïde* par un syndrome cervical ou cervico-sciatique.

J'ai encore vu le rhumatisme cervical dans les *oreillons*. Le 12 mai 1924, est entrée dans le service une fillette née en 1919, âgée de 4 ans et demi ; elle venait d'avoir les oreillons et présentait les signes d'un rhumatisme cervico-sciatique qui disparut en quelques jours.

Au cours des *infections à pneumocoque*, le syndrome cervical ou cervico-sciatique n'est pas rare. Le 14 janvier 1916, j'ai publié avec M. Augé, à la *Société médicale des hôpitaux*, l'observation d'un jeune soldat de 21 ans, qui, pendant une quinzaine de jours, avait eu une fièvre à grandes oscillations jusqu'à 41°, suivie d'une défervescence brusque. Nous croyions la maladie terminée, mais dès le lendemain, commence une ascension progressive de la température. Au bout de trois ou quatre jours, apparaît une douleur du cou, présentant tous les caractères du rhumatisme cervical, qui dure trois jours. En même temps, se développe une arthrite suppurée du coude gauche qu'il faut inciser. L'hémoculture donne du pneumocoque, on trouve également ce germe dans le pus articulaire. Le malade a guéri.

Mais je ne puis passer en revue *toutes les infections* qui peuvent donner lieu au syndrome du rhumatisme cervical ou du rhumatisme cervico-sciatique.

***

Il importe de retenir l'existence des syndromes douloureux cervical et cervico-sciatique.

Les uns relèvent de la *maladie de Bouillaud*, du *rhumatisme articulaire aigu*, et se compliquent souvent de cardiopathies ; les autres sont des *rhumatismes secondaires*, des *rhumatismes symptomatiques*, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, des infections paratyphiques, des infections à pneumocoques, etc.

Le rhumatisme cervical et le rhumatisme cervico-sciatique primitifs ou secondaires ne sont pas rares chez l'enfant comme chez l'adulte. Leur symptomatologie est assez nettement individualisée. Ils sont importants à connaître, tant du point de vue de la nosographie que du point de

vue diagnostic. Ces syndromes peuvent faire penser à une méningite et en particulier à la méningite cérébro-spinale à cause des douleurs, d'une raideur de la nuque et d'un faux signe de Kernig que celle-ci provoque. Il faut savoir y penser pour éviter les erreurs de diagnostic ; l'analyse des symptômes permet, en général, de les différencier. Mais, si averti qu'on soit, la confusion est possible ; il ne faut éliminer la méningite cérébro-spinale qu'à bon escient et ne pas hésiter à pratiquer une ponction lombaire et un examen du liquide céphalo-rachidien.

TRENTE ANNÉES DE TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE DU TABÈS (1)

Par le Dr Maurice Faure (de La Malou).

Ancien Interne et chef de Laboratoire des hôpitaux de Paris.

C'est à la fin de siècle dernier, que l'on commença à se préoccuper sérieusement du traitement antisyphilitique du tabès. Cette maladie du système nerveux avait été rangée, par Fournier, parmi les lésions parasyphilitiques, c'est-à-dire résultant de la syphilis, sans obéir, cependant, au traitement de celle-ci. Des essais avait été faits par Fournier et ses élèves à l'Hôpital Saint-Louis, puis par Raymond, successeur de Charcot, à la Salpêtrière. Ces essais n'avaient pas donné de résultats nets, parce qu'ils étaient effectués avec des médicaments inefficaces, ou à des doses insuffisantes. Fournier appliquait les frictions à l'onguent mercuriel, mais l'absorption était irrégulière, d'où, parfois, des intoxications, et parfois une action nulle. Raymond commença les injections sous-cutanées d'huile biiodurée, préparée par Yvon. Mais cette préparation était instable et, d'ailleurs, ne renfermait qu'une très petite dose de médicament (1 à 5 milligrammes par centimètre cube). Ces deux procédés furent ensuite plus largement utilisés aux eaux sulfureuses d'Aix-la-Chapelle (frictions) et d'Uriage (injections). Les résultats furent les mêmes, c'est-à-dire que lorsqu'on poussait les doses un peu loin, des accidents toxiques apparaissaient immédiatement, et que lorsqu'on s'en tenait à des doses minimes, on n'observait aucun effet. Il en était de même avec les traitements, alors classiques, de la syphilis, par les pilules de Dupuytren et de Ricord, par la liqueur de Van Swieten *ab ore*, etc.

L'on était donc alors (1890 à 1900) dans la plus complète incertitude, et Fournier semblait bien avoir raison, lorsqu'il excluait le tabès des syphilis actives, justiciables du traitement. Cependant, des syphiligraphes plus jeunes s'élevaient contre son opinion et s'obstinaient dans la voie que l'on songeait à abandonner. Leredde, instigateur de ce mouvement, qui croyait combattre l'esprit dogmatique des Ecoles, et qui était lui-même l'esprit le plus dogmatique et le plus enclin à s'inspirer de vues théoriques, sans souci de l'expérience et de l'observation, lança cet aphorisme : « Si un tabétique ne guérit pas avec du mercure, c'est qu'il n'en a pas pris assez ». Et il recommanda des doses énormes, jusqu'à 5 et 6 centigr. de biiodure, benzoate, ou bichlorure par jour, en une injection aqueuse sous-cutanée.

Il fut écouté, et l'on tenta un nouvel effort. Pendant plusieurs mois, les tabétiques des services hospitaliers de Paris furent soumis à l'épreuve. Elle fut dure, mais elle fut brève, car ils ne résistèrent pas longtemps ! De graves accidents toxiques appparurent et la plupart des neurologues, déjà découragés par l'insuccès précédent, réagirent contre les évidentes exagérations des jeunes syphiligraphes, et devinrent alors nettement hostiles au traitement spécifique du tabès.

Ces essais ne furent cependant pas inutiles, car ils fournirent d'intéressants enseignements à d'autres observateurs (1). Et voici comment on les formula :

Si l'on examine un très grand nombre de tabétiques, on constate :

1° Que l'évolution du tabès est aggravée chez ceux qui ont fait des traitements antisyphilitiques violents ;

2° Que l'évolution du tabès est moins grave chez ceux qui ont fait des traitements antisyphilitiques systématiques à doses modestes, que chez ceux qui n'ont fait aucun traitement spécifique systématique ;

3° Que, dans l'ensemble, l'évolution du tabès va s'atténuant et que la maladie, qui était naguère presque toujours progressive, s'arrête souvent.

Attribuer cet arrêt de l'évolution du tabès au traitement spécifique était une conclusion tentante et l'on ne manqua point de la proposer. Il y eut, dès lors, au commencement de ce siècle, trois tendances, trois écoles, trois enseignements différents.

La plupart des neurologues, qui avaient subi l'influence de Charcot, n'avaient accepté qu'à contre cœur le traitement antisyphilitique. Les échecs, les exagérations, les en avaient dégoûtés. Mais il y avait déjà, à cette époque, une très

(1) Conférence à la Faculté de médecine de Barcelone, le 15 novembre 1926. — Traduit de l' *Ars Medica*, Barcelone, février 1927.

(1) Brissaud, Babinski, M. Faure, etc. Société de Neurologie de Paris, 1902. — Belugou et M. Faure, Statistique de 1.600 cas, in *Revue de médecine*, août 1903.

grande différence entre la consultation neurologique du temps de CHARCOT et la consultation neurologique moderne. On venait, naguère, consulter CHARCOT de tous les pays du monde, pour lui demander un diagnostic. Et l'importance attachée à ce diagnostic était telle que le pronostic et la thérapeutique pouvaient rester dans l'ombre, ou même se confondre avec lui. Le malade retournait donc dans son pays d'origine, avec son étiquette nouvelle, sans se rendre bien compte qu'il n'y avait rien de changé à sa situation, qu'un nom.

Mais la connaissance de la grande œuvre de diagnostic accomplie par l'Ecole de la Salpêtrière s'était répandue partout, et il n'y avait presque plus de pays où l'on ne pût reconnaître une hémiplégie, une paraplégie, un tabès, et les différencier. Ce que l'on demanda alors au spécialiste que l'on vint consulter, ce ne fut plus un diagnostic, ce fut un traitement.

Or, les neurologues, héritiers de CHARCOT, avaient hérité de son scepticisme thérapeutique. Ils n'étaient pas préparés, par son enseignement, à répondre à cette nouvelle demande de leur clientèle. La tentative qu'ils venaient de faire n'ayant pas réussi, ils restèrent donc désarmés devant les malades qui venaient leur demander, non plus le nom de leur maladie, mais des armes pour lutter contre elle.

Voilà pourquoi les tabétiques se tournèrent vers les spécialistes de la syphilis, qui leur promettaient un traitement efficace, avec d'autant plus d'assurance qu'ils ignoraient les difficultés qu'ils allaient avoir à surmonter. Sans aucun souci des lésions qu'une syphilis ancienne avait déterminées dans le foie, le rein, le système circulatoire, etc., ils continuaient à prescrire des doses énormes de poisons, qu'ils augmentaient, au fur et à mesure de l'aggravation du malade. Ils traitèrent donc les vieux tabétiques, les paralytiques généraux confirmés, dont la syphilis remontait à 10, 20, 30 et 40 ans, de la même manière que les jeunes syphilitiques atteints de chancre et de plaques muqueuses.

Telles furent les deux tendances extrêmes, les deux écoles opposées, qui résultèrent, au début du siècle, des essais de traitement spécifique, accomplis à la fin du siècle dernier.

***

Entre ces deux opinions excessives, qui se combattaient bruyamment, une troisième tendance était née dans l'esprit d'observateurs impartiaux, qui n'étaient liés, par l'habitude ou par l'intérêt, à aucune des deux écoles précédentes. J'ai dit quelles constatations fécondes ils firent sur les ruines causées par le scepticisme thérapeutique des uns et les affirmations dogmatiques des autres ! Et, sur ces constatations, ils édifièrent, lentement et silencieusement, un édifice durable, qui subsiste seul, aujourd'hui.

Ils y furent aidés, dès ce moment, par l'entrée, dans la thérapeutique de la syphilis, d'un auxiliaire précieux : l'arsenic. Sous la forme de cacodylate de soude, d'arrhénal, puis d'hectine (où il a acquis sa forme la plus parfaite), employé alternativement ou concurremment avec le mercure, il permit de formuler des médications nombreuses. Les chimistes, d'ailleurs, commençaient à spécialiser, dans ce but, d'excellentes préparations. L'on n'avait plus à redouter les effets caustiques du sublimé, du biiodure, du benzoate, du cyanure, les effets déréglés de l'huile grise et du calomel (dont l'absorption incertaine était toujours en deçà ou au-delà de ce que l'on en attendait). L'on pouvait enfin, dans des tissus où l'on ne provoquait plus de douleurs, de gonflements, d'indurations, répéter presqu'indéfiniment l'injection médicamenteuse, soigneusement choisie dans un arsenal déjà riche.

Dès 1905-1906, en collaboration avec le Prof. GRASSET, nous avions réglé une technique, répétant l'injection journalière 10 à 12 fois chaque mois, et la série de 10 à 12 injections tous les mois, ou un mois sur deux.

Le sel mercuriel ou arsenical, ou associé, n'était pas toujours le même, car déjà, nous avions remarqué que la réaction individuelle jouait ici, comme en toute chose, et qu'il n'était point de règle plus absurde que de se priver du concours de tous les médicaments, pour tenter, en vertu de la loi du moindre effort, de guérir tous les malades avec un seul médicament. Nous savions donc déjà varier la nature de la prescription et la dose, suivant l'âge, le sexe, l'état clinique et la tolérance du malade. Evidemment, cela compliquait la tâche du médecin, l'obligeait à observer avec soin, et à suivre ses malades longtemps. Et cette tactique rompait avec l'habitude précédente d'aller chez le spécialiste lui demander une consultation, pour en obtenir la formule définitive et permanente d'un traitement, en une seule entrevue.

Cette rupture fut éclatante ! Alors que nous étions parvenus, après 10 années d'attention et de patience, à régler des traitements qui s'étendaient sur des mois et des années, que tous les médecins pouvaient appliquer et tous les malades supporter sans danger (1) ; — alors que nous obtenions enfin, parfois après quelques semaines de tâtonnements et parfois d'emblée, des résultats réguliers, en série, que tout le monde pouvait constater et reproduire, avec des médicaments usuels, peu coûteux, et partout répandus — ; alors qu'au *tabès progressif* de CHARCOT, au *tabès figé* de BRISSAUD, au *tabès atténué* de BABINSKI, nous avions pu, enfin, substituer la notion de *tabès régressif*, où les améliorations indéfiniment

(1) Société de médecine, Société de thérapeutique, Société de l'internat des hôpitaux de Paris, 1908-1912.

croissantes étaient la règle et le *statu quo ante* l'exception ; — à ce moment précis (1910) se produisit l'épisode le plus fâcheux de toute l'histoire que nous retraçons aujourd'hui.

***

C'était dans la première quinzaine d'octobre. Les journaux quotidiens français annoncèrent, dans leur éditorial et sous la signature de syphiligraphes connus, la grande découverte ! Avec une seule injection d'un nouveau sel arsenical (dérivé d'une série cependant malheureuse : atoxyl, arsacétine, arsenobenzol), qui jouissait, disait-on, de la bien curieuse propriété d'être nocif pour la cellule microbienne, et inoffensif pour la cellule humaine (à n'importe quelle dose), on détruisait tous les spirochètes qui habitaient l'organisme du syphilitique, et, par conséquent, on supprimait, d'un coup, la syphilis, quelle qu'en fût l'ancienneté ! Ce n'était qu'une question de dose. Quand on n'avait pas réussi la première fois, on augmentait la dose, et on réussissait la seconde, ou sinon la troisième. Cela ne pouvait manquer, la théorie l'affirmait. On n'allait pas jusqu'à dire que le malade se retrouvait ensuite dans le même état qu'avant de contracter la syphilis ; mais cela paraissait résulter, assez clairement, d'allusions, d'ailleurs discrètes, aux observations déjà acquises. En tout cas, l'on citait de vieux ataxiques, qui avaient recouvré la marche, et des paralytiques généraux confirmés, l'intelligence et la lucidité, en quelques jours, après une crise sans gravité, qui témoignait seulement de l'activité du médicament et de la défense du spirochète. De même, au Moyen-Age, le malheureux, soumis au cérémonial de l'exorcisme, était secoué d'une crise dernière, par le démon forcé de le quitter d'un seul coup et pour toujours !

La simplicité et le mysticisme de ces idées puériles les rendaient facilement accessibles à l'ignorance des lecteurs,auxquels on s'adressait directement, par la grande presse. Leur retentissement fut grand dans un milieu de malades nerveux, suggestionnables, toujours à la recherche du nouveau, qu'ils confondent avec le mieux. Tous ceux qui le purent, partirent pour Francfort, où il y en eut bientôt plus qu'on en pouvait recevoir. Des adeptes empressés recueillirent ailleurs cet excédent. En effet, aux premiers bruits de ces résultats miraculeux, des syphiligraphes de Paris et d'autres villes, s'étaient tournés vers la Mecque nouvelle. Ils s'y étaient rendus en pèlerinage et avaient déversé, au retour, dans la presse, le trop plein de leur foi et de leur enthousiasme. Et ils furent largement récompensés de leur zèle !

Les tabétiques le furent moins, à vrai dire, car ils ne guérirent pas plus après la troisième injection qu'après la première. Alors qu'on en fit 4, puis 5, puis toutes les semaines, puis deux fois par semaine, et enfin tous les jours, comme avec les anciens médicaments. Si l'on échouait, c'était, disait-on, parce qu'il s'était formé une race de spirochètes arséno-résistants. Si l'on avait des accidents, ils n'étaient pas dus à l'arséno-benzol, mais à l'eau dans laquelle il était dissous et qui était de l'eau ordinaire, stérilisée ou distillée, comme toutes les eaux de toutes les injections, indigne, par conséquent, de servir de support à un médicament si supérieur, dans son essence, à tous les autres.

La plaisanterie parut alors excessive ! Qu'il se soit trouvé des médecins pour accepter des prétentions aussi ridicules, cela n'est point à notre honneur, mais le pauvre cerveau humain enregistre facilement l'idée simple, affirmée avec force, et qui flatte ses désirs et sa paresse. Il a bien de la peine, au contraire, à observer exactement la multitude des faits et à en extraire un peu de la vérité qui s'y cache ! Il n'était pas très difficile, cependant, de constater que l'arsénobenzol était, à ses débuts, un médicament mal préparé par des commerçants trop pressés, et mal manié par des opérateurs insuffisamment préparés à la technique des injections. Il demeurait non absorbé dans les poches formées sous la peau où on l'injectait. En injections intra-veineuses, il déterminait des chocs fort graves, souvent suivis d'accidents irrémédiables et parfois mortels.

Il n'était pas plus difficile de prévoir que le succès d'une médication à haute dose, quelle qu'elle fût, sur des sujets jeunes, atteints exclusivement de syphilis superficielles, cutanées ou muqueuses, laissant les émonctoires intacts, ne permettait pas de conclure au succès de la même médication sur des sujets atteints de syphilis anciennes du foie, des reins, des vaisseaux et du système nerveux. Les moyens d'assimilation et d'élimination de ces deux catégories n'étaient pas identiques. C'est là, d'ailleurs une notion vieille comme la médecine elle-même : HIPPOCRATE disait « Il faut réparer lentement les corps qui ont mis longtemps à dépérir et vite ceux qui ont dépéri en peu de temps ».

Un an après l'apparition de l'arséno-benzol, on pouvait affirmer, à coup sûr, l'échec des formules et des applications que l'on avait recommandées. Dix ans après, tout le monde était d'accord à ce sujet (1).

Mais, peu à peu, la préparation et la technique s'étaient améliorées et l'on avait pu se servir de l'arséno-benzol au même titre que de tous les autres médicaments, qui formaient déjà, et forment aujourd'hui, le magnifique arsenal thérapeutique anti-syphilitique. Et lorsqu'on jeta un regard en arrière pour mesurer, comme après une bataille, les pertes subies et les bénéfices acquis, voici ce que l'on constata :

(1) Société de médecine de Paris, 1911-1921.

1º Les succès obtenus avec l'arséno-benzol, dans le traitement du tabès et de la paralysie générale, ne sont pas plus importants que ceux obtenus avec les autres médicaments anti-syphilitiques ;

2º Les accidents ont été beaucoup plus nombreux et plus graves avec l'arséno-benzol qu'avec aucun autre médicament ;

3º Le mode d'emploi de l'arséno-benzol s'est modifié et a fini par devenir semblable à celui de tous les autres médicaments usuels. Ce médicament ne présente donc pas plus d'avantages, au point de vue de la durée, de la facilité, et de la dose du traitement, qu'au point de vue des résultats.

***

Il est malheureusement certain qu'en faisant perdre de vue les résultats déjà acquis, et négliger les techniques établies sur l'expérience, qui commençaient à se répandre, la bruyante campagne de l'arséno-benzol, de 1910 à 1920, a marqué un recul important dans les progrès de la thérapeutique anti-syphilitique du tabès. L'on doit donc regretter l'extrême crédulité qu'elle a rencontrée parmi les médecins, comme parmi les malades. Cette crédulité s'explique, en partie, par l'ignorance de la plupart des médecins et notamment des syphiligraphes, relativement aux résultats antérieurement acquis dans le traitement du tabès. S'ils les avaient connus, ils auraient constaté qu'ils étaient aussi satisfaisants, ou plus satisfaisants, que ceux qu'ils obtenaient avec le nouveau médicament. Les ignorant, ils comparèrent les quelques succès qu'ils obtenaient, au néant qu'on leur avait montré naguère, et ils furent émerveillés.

Leur intervention trop brutale ne fut, cependant, pas inutile. Durant quelques années, les journaux médicaux ont été inondés de leurs publications. Il en est résulté un mouvement d'opinion, qui a produit les effets bienfaisants que voivoici :

1º Les neurologues ont compris la nécessité de sortir de leurs contemplations et de leurs négations. Ils avaient continué à observer, à décrire, à classer des symptômes et des lésions, comme autrefois, oubliant que ce n'est là qu'un moyen et non une fin. Quand ils intervenaient, leur thérapeutique n'était que symptomatique, et, par conséquent, n'était plus d'accord avec la thérapeutique moderne, qui veut être pathogénique. L'exode de leurs malades vers d'autres autels, le succès d'opinion très réel obtenu par le traitement anti-syphilitique, bien qu'avec des procédés sans valeur scientifique, leurs ouvrirent les yeux. Il s'appliquèrent alors à assimiler mieux les idées nouvelles, à se défaire de la stérile notion d'incurablité, à s'intéresser davantage au traitement des malades et moins à la description des maladies ;

2º Les malades ont accepté l'idée de l'utilité du traitement spécifique. Loin de le refuser, comme ils le faisaient naguère, ils le demandent aujourd'hui ;

3º Les médecins savent que le nombre des syphilis nerveuses pouvant bénéficier du traitement est beaucoup plus grand qu'ils le croyaient.

Car dans le nombre des victimes, il y eut cependant des élus ! Et, parmi eux, il en était que l'on n'eût point songé à soumettre à un traitement spécifique, ou que l'on eût hésité à y soumettre. D'où les deux opinions que voici :

A. — Grasset pensait que le traitement antisyphilitique agissait dans les maladies du système nerveux, alors même qu'elles n'étaient pas de nature syphilitique. Cette appréciation paraît abandonnée aujourd'hui.

B. — La généralité des médecins est arrivée à penser que presque tous les malades atteints de maladies nerveuses confirmées doivent être soumis systématiquement au traitement antisyphilitique, les uns parce qu'ils ont certainement la syphilis, les autres parce qu'ils l'ont peut être, et surtout parce que, s'ils ne l'ont pas, on n'a rien de mieux à leur prescrire.

Il persiste, là encore, une exagération évidente, due aussi à la loi du moindre effort ; mais il est certain que si ce traitement antisyphilitique général est bien conduit, il n'amène pas d'accidents, et présente les deux avantages suivants :

a) Aucune syphilis nerveuse, ignorée ou méconnue, ne peut plus échapper à l'épreuve du traitement, alors que le plus grand nombre lui échappait naguère ;

b) L'évolution, de plus en plus bénigne, du tabès et des syphilis nerveuses, la raréfaction progressive des cas graves, sont incontestablement dues à cet effort universel, qui fait que les syphilis nerveuses sont maintenant partout soignées dès leur début, ce qui détruit les germes de la maladie et enraye son évolution. De sorte que les cas de tabès et de paralysie générale confirmée sont maintenant bien plus rares qu'autrefois, et disparaîtront peut-être complètement, dans un avenir prochain.

***

Que faut-il donc de plus pour aboutir à des données stables et à une pratique bienfaisante ?

Tout d'abord, il faut renoncer aux surenchères, et admettre que l'on ne peut guérir rapidement les maladies qui ne guérissent que lentement. « *A une maladie chronique, il faut un traitement chronique* ».

Il faut renoncer aussi à la recherche du médicament héroïque, qui dispense de tout choix, de

toute observation clinique, en opérant uniformément sur tous les malades, avec la même dose, avec la même prescription.

Et il faut revenir à la formule consacrée par l'expérience, telle qu'elle résultait déjà de nos statistiques de 1903 (c'est-à-dire l'emploi prolongé des doses moyennes), et à la technique que nous avons indiquée et appliquée régulièrement depuis 1906 : une série mensuelle d'injections sous-cutanées ou intra-musculaires (1), d'arsenic ou de mercure en solution aqueuse, en choisissant le médicament et la dose, d'après l'expérimentation dans chaque cas. Cette médication a fourni des preuves incontestables de sa valeur. Aucune n'a permis de mieux faire (1).

En prolongeant suffisamment cette pratique, en faisant, au besoin, varier les doses et les médicaments suivant les effets obtenus, on peut être assuré du succès, sans risques. Et il semble bien qu'aujourd'hui tous, malades et médecins, soient enfin disposés à accepter cette manière de procéder, après trente années d'errements ! (2)

(1) La voie intra-veineuse ne paraît posséder aucune supériorité dans le traitement du tabès. Il n'en est pas de même dans les syphilis vasculaires, où cette voie paraît la meilleure.

(2) Tuberculose et syphilis. Congrès de chirurgie, oct. 1925, page 765 et *Concours médical*, 6 février 1927, page 325. *Concours médical*, 20 février 1927, page 469.

(1) Il est bien entendu que ce traitement, purement antisyphilitique, ne dispense pas de l'utilisation de tous les autres moyens thérapeutiques, qui peuvent être rendus nécessaires par l'état du malade. Comme nous l'avons dit plus haut, l'une des causes principales des échecs répétés et retentissants du traitement spécifique, est que l'on n'a considéré, dans le tabétique, que la syphilis, alors qu'il faut tenir compte, au même titre, des désordres fonctionnels et des lésions acquises après vingt années de maladie (insuffisance du foie, des reins, troubles de la digestion et de la circulation, incoordination des mouvements, etc.). Tout cela doit être soigné, comme la syphilis (souvent, avant elle) et par des moyens différents.

(2) C'est à dessein que nous n'avons pas mentionné :

a) Le bismuth. Son application est trop récente pour que l'on puisse se prononcer sur ses résultats définitifs. Tout ce que l'on peut affirmer, c'est que son emploi, malgré la publicité dont il a été entouré, ne paraît pas donner de résultats supérieurs à ceux déjà obtenus autrement.

b) Les *sérums* d'animaux plus ou moins immunisés contre la syphilis. Leur emploi ne provoque pas d'accidents fâcheux et il semble donner de bons résultats, au moins par son action sur l'état général des tabétiques. Mais la question est encore à l'étude et la réalisation de l'immunisation est discutée.

TUBERCULOSE ET SYPHILIS

Par Robert SOREL.

Dans l'année 1926, sur 197 pensionnaires du sanatorium des Grandes Dalles, j'ai appliqué à seize malades un traitement anti-syphilitique intensif, soit qu'il s'agisse de malades nouveaux, soit de malades traités déjà en 1925 (2). J'ai trouvé qu'il y a grand intérêt à faire aux hérédi-taires un traitement intensif et prolongé, parce qu'il y a lieu de craindre qu'une fois retournés chez eux, ils négligent de se soigner, n'ayant plus aucun symptôme pour le moment. Et même si leur médecin les engage à faire une série de temps à autre, il y a lieu de supposer que les frais élevés des arsénobenzènes ne les éloignent. Ceci justifie, dans la lutte anti-vénérienne, la délivrance gratuite des médicaments intensifs par une organisation semblable à celle du Loiret décrites dans ce journal par Caillaud.

Méthode. — Quand je suppose la syphilis héréditaire, j'ai pris l'habitude de faire les injections intraveieneuses ou sous-cutanées d'arsénobenzène en commençant par une dose de 10 cgr. pour un malade de 60 kgr. et finissant par une dose de 90 cgr. répétée trois fois. Puis, après chaque série, je laisse un repos de 6 à 8 semaines et je fais ainsi cinq à six séries, même si la guérison symptomatique a lieu après la première.

Chez nos malades, nous avons eu des tuberculeux qui étaient en même temps hérédo-syphilitiques. Le traitement spécifique n'a pas, d'après mon expérience, été nuisible à l'évolution de la lésion tuberculeuse. Je n'ai jamais observé de complications locales, mais, au contraire, j'ai toujours vu l'état général du malade profiter de cette médication. Il n'y a donc aucunement lieu d'hésiter à appliquer ce traitement.

Diagnostic. — J'ai eu aussi des malades qui n'étaient pas tuberculeux et qui ont été complètement et rapidement guéris des lésions osseuses et ostéo-articulaires pour lesquels ils étaient entrés avec l'étiquette de tuberculose. Il n'y a pas lieu de regretter cette méprise puisque le traitement spécifique leur était donné gratuitement et dans les conditions hygiéniques avantageuses

D'ailleurs, le diagnostic de la syphilis osseuse ou ostéo-articulaire avec la tuberculose est fort difficile à faire dans grand nombre de cas, si on a affaire qu'à la seule lésion locale. Le plus souvent le diagnostic est rendu probable, si non certain, si on peut déceler d'autres symptômes ou si on peut faire une enquête familiale. Dans deux cas, le Wassermann positif nous a mis sur la voie du diagnostic.

Sur nos seize cas, nous avons eu six Wassermann positifs, six Wassermann négatifs et trois fois la réaction n'a pas été pratiquée. Les réac-

tions ont été faites au laboratoire central de sérologie de Rouen dirigé par le Dr Payenneville que je remercie pour sa collaboration.

Très souvent, la séroréaction est négative dans la syphilis héréditaire tardive ; aussi, une réponse négative n'est jamais une raison suffisante pour ne pas faire un traitement spécifique.

Observations. — 1° D.G., 15 ans. Entrée le 5 janvier 1925 pour ostéoarthrite du genou gauche, douleurs, boite, pas d'hydarthrose mais les mouvements spontanés et provoqués sont obtenus sans difficultés. La mère n'a pas fait de fausse couche, mais un enfant est mort à 18 mois de méningite et une fille est atteinte de perforation du palais. Traitement spécifique, 3e et 4e séries. Amélioration de l'état général, et très bon état de l'état local.

2° D. D. entrée le 9 août 1924 pour des lésions multiples, plaies et cicatrices à l'auriculaire gauche, à la face inférieure et interne de l'humérus, conjonctivite grave, poussées au genou droit. Colères fréquentes et violentes, se plaint de ne pas voir. 4e, 5e, 6e et 7e séries de traitement spécifique. Elle voit très bien, toutes les plaies sont guéries, l'état général est très amélioré.

3° H. Andrée, 12 ans, entrée le 26 janvier 1925 pour tumeur blanche du genou droit. Sa mère a eu une grossesse gémellaire, elle-même a eu dans son enfance des phénomènes de méningite grave avec monoplégie brachiale guérie par le traitement spécifique. Genou droit douloureux, empâté avec hydarthose, synovite à l'interligne épaissie. Wassermann négatif. Traitement spécifique. 3e série. Les poussées douloureuses du genou sont passées, l'articulation est sèche. Amélioration notable de l'état général.

4° L. Lucien, 10 ans, entré le 23 mars 1925 pour adénite. On constate qu'il a les dents crénelées, la racine du nez effacée, et du psoriasis. La mère a fait une fausse couche et a eu un enfant mort de méningite. Le Wassermann est positif. Traitement spécifique, 3e, 4e, 5e et 6e séries. Très bon état général, mais de psoriasis n'est pas encore guéri.

5° R. Cécile, 13 ans, entrée le 5 octobre 1925 pour mal de Pott. Elle a une scoliose très marquée, le tibia en lame de sabre, elle est très anémiée. Elle a une sœur bossue. La mère a fait deux fausses couches. Wassermann positif, 1re et 2e séries du traitement spécifique. Amélioration de l'état général.

6° Th. Marcelle, 10 ans, entrée le 9 juillet 1925, pour ostéomyélite droite du fémur. Elle a des dents crénelées, de l'incontinence diurne d'urine. Hecht positifs, 1re, 2e et 3e séries de traitement spécifique. Amélioration de l'état général, la plaie de la cuisse cicatrisée, plus d'incontinence.

7° F. Louise, 13 ans, entrée le 15 septembre 1924 pour hydarthrose des deux genoux et des deux poignets (voir *Concours médical* 1927, n° 6). Wassermann négatif, 4e, 5e et 6e séries. Guérie.

8e B. Madeleine, 7 ans, entrée le 21 septembre 1924 pour taie sur les yeux, spina ventosa des médius droits et spina ventosa de l'auriculaire gauche. Elle a de la paresse des membres inférieurs, elle est somnolente. Traitment spécifique, 6e série. Guérison de ses lésions, plus vive, état général bon.

9° L. Alice, 18 ans, entrée le 1er avril 1926 pour ostéite du bras et de la cheville gauche. Ce sont des phénomènes d'ostéomyélite chronique d'emblée. Elle a les dents crénelées. Le Wassermann est négatif Traitement spécifique 1re et 2e série. A la suite du traitement, une grosse esquille est sortie spontanément du bras, la plaie est cicatrisée.

10° L. Simonne, 17 ans, entrée le 17 août 1925 pour suppuration multiple des os du front, cubitus droit, avant-bras droit, coude droit, paupière supérieure gauche, jambe droite, kératite de l'œil et conjonctivite de l'œil droit. La mère a eu deux enfants décédés de méningite. Le Wassermann est positif. Traitement spécifique 2e, 3e, 4e et 5e séries. Guérison de toutes les lésions. Etat général devenu bon.

11° G. Nelly, 18 ans, entrée le 25 mai 1925 pour hydarthrose double du genou (voir le *Concours médical*, n° 6, 1927). Traitement spécifique, 3e, 4e et 5e séries. Guérison.

12° D. Madeleine, 19 ans, entrée le 29 juin 1925 pour une coxalgie en traitement. La mère a fait une fausse couche. Wassermann positif. Elle n'a aucun symptôme nous ayant permis de penser à la syphilis. Traitement 1re et 2e séries. A la 3e injection de la 2e série, elle a eu des phénomènes avec grosses céphalées, vomissement, température 40° et ictère. Nous avons cessé le traitement.

13° D. Madeleine, La mère a eu un mort-né. Elle a 15 ans, elle est entrée le 15 octobre 1924 pour une tumeur blanche du genou droit et qui paraît actuellement guérie. Elle est dure d'oreilles, elle a les dents crénelées, 2 incisives inférieures en corne, une kératite des deux yeux. Wassermann positif, traitement spécifique 1re et 2e séries. Guérison, l'ouïe reste diminuée, le genou est ankylosé, les autres troubles disparus, l'état général bon.

14° L. Georges, 10 ans, entré le 7 mars 1925 pour un abcès du dos ponctionné, pour des plaies à la tête, au coude et un abcès froid au mollet. Wassermann négatif, cuti-réaction positive. Il a reçu des injections Vandremer le 7, 17 et 29 août 1925. En décembre 1925, phénomène grave de méningite, crise très douloureuse de maux de tête avec cris, vomissements. Les fistules des points d'inoculation Vandremer ont coulé jusqu'au 19 mai 1926 et laissent de très larges cicatrices. Commencement du traitement, malgré le Wassermann négatif et la cuti-réaction positive et l'absence de renseignements héréditaires, le 23 juin 1926, 1re et 2e séries. A la fin de la 2e série, guérison de tous les symptômes, mais les deux nerfs optiques ont une atrophie complète.

15° R. Robert, 13 ans, entré le 12 mars 1926 pour plaies très étendues, au cou, sur les bras, sur la face antérieure de la poitrine et aux reins. Le Wasser-

mann est négatif. Traitement spécifique 3e série. Amélioration, mais très lente.

16° F. Raymonde, 12 ans, entrée le 23 août 1924 pour adénite avec cicatrices en collier autour du cou. Conjonctivite et taie de la cornée. Wassermann négatif. Elle se plaint de ne pas voir. Traitement 4e et 5e séries. A la fin de la 1re série, elle voit très bien. Très bon état général.

Résumé symptomatique. — Yeux : 1° kératite ; 2° taies sur les yeux ; 3° kératite des deux yeux.

OREILLE : 1° surdité.

DENTS : dents crénelées, incisives en croissant.

INCONTINENCE : 1° complète ; 2° diurne d'urine.

OSTÉOARTHRITE : du genou.

HYDARTHROSE : 1° du genou ; 2° du genou et du poignet.

OSTÉITES MULTIPLES : 2 cas.

OSTÉOMYÉLITE CHRONIQUE D'EMBLÉE : 2 cas.

SCOLIOSE ACCENTUÉE : 1 cas.

PSORIASIS : 1 cas.

MÉNINGITE guérie par le traitement spécifique avant l'entrée : 1 cas ; 2 cas pendant le traitement et 1 avec monoplégie.

SANS SYMPTOMES, mais avec Wassermann positif : 1 cas.

HÉRÉDITÉ. — *Chez la mère* : 1 grossesse gémellaire ; 4 fausses couches ; 1 mort-né ; *une sœur* avec perforation du voile du palais ; *frère et sœur*, 3 morts de méningite.

Réflexions. — La symptomatologie de la syphilis héréditaire tardive est essentiellement polymorphe, comme le montre le résumé ci-dessus. Il est le plus souvent impossible de faire le diagnostic, même en analysant minutieusement les symptômes. Il ne faut pas compter sur la réaction Wassermann pour tirer d'embarras. Dans l'année 1926, dans deux cas, le Wassermann positif m'a donné l'indication du traitement. Le Wassermann est dans la majorité des cas négatif. Il faut donc compter sur l'ensemble des symptômes et aussi sur les antécédents héréditaires. L'enquête familiale dans un établissement comme le nôtre est très difficile, les malades nous venant de tous les côtés du département. Elle est plus aisée dans la clientèle privée de chaque praticien et encore !

Dans l'intérêt social, il faut faire un traitement spécifique même dans le cas où un soupçon vague fait penser à la syphilis. Il est essentiel, si l'on fait un traitement intensif de surveiller de près le malade pour modifier la fréquence ou la dose des injections. Le traitement doit être intensif et prolongé. Si on veut être persévérant, les succès viennent récompenser les efforts. La syphilis héréditaire tardive est beaucoup plus fréquente que l'on ne le croit, il est très utile de toujours y penser.

CRÉNOTHÉRAPIE

Clinique et Laboratoire

Contribution à l'étude des boues radioactives en thérapeutique.

par le Docteur Raymond MOLINÉRY,

Directeur technique des E. Th. de Luchon.

Les maîtres de l'hydrologie contemporaine ratifiant en cela les résultats obtenus au cours de siècles d'expérimentation, nous apprenent que les boues thermales tiennent une grande place dans la thérapeutique radioactive : les succès, chaque année, enregistrés à Dax, Saint-Amand, Balaruc, Barbotan .... consacrent la haute valeur curative des boues radioactives françaises.

Avec les travaux de William Ramsay, Rutherford, Sudday, Charles Moureu, Desgrez, Perrin, Audubert, Lepape et un certain nombre de savants, la physico-chimie nous décèle, sur la constitution de la matière, des aperçus insoupçonnés et dévoile à nos yeux éblouis des horizons inconnus. En présence des grandioses problèmes que soumet à notre esprit la découverte de ces lois nouvelles, nous nous posons à nous-même la question de L. Garrigue : « *En sommes-nous plus avancés dans nos recherches et ma pensée a-t-elle trouvé dans ces explications, autre chose qu'un breuvage augmentant sa soif* ? » (Les origines des univers et de la vie, p. 260).

Cette métaphysique de la science nous ramène, tout simplement, à nous demander : quelles sont les indications thérapeutiques des boues radioactives ? quelle part joue la radioactivité dans ce mystérieux complexe, enfin, de quelle façon, si tant est que le rôle de la radioactivité soit démontré, une boue, non spontanément radioactive, pourrait le devenir ou pourrait être créée?

L'observation nous a appris que les boues jouissent d'une « triple » action. Je sais bien qu'il est de mode de diviser tout sujet en trois

points et que la chose est vraisemblable ; il se peut aussi qu'une quatrième action soit reconnue d'ici peu de temps... : *action mécanique* par la pression lente et continue exercée sur le revêtement cutané ; *action électro-chimique* par leurs éléments minéraux et leurs conferves ; *action thermique* par leur température généralement élevée. Cette triple action produit un état fluxionnaire de la peau (la crise aiguë, réclamée par Bordeu) réveillant la vitalité des tissus, stimulant l'activité des échanges nutritifs, provoquant une diaphorèse abondante qui élimine une grande quantité de toxines : la théorie humorale est toujours debout.

Ces quelques considérations générales étant données, quelles seront les indications spéciales de ces boues ? En première ligne, les diverses formes du *rhumatisme chronique* : rhumatisme chronique simple, la polyarthrite déformante, le rhumatisme chronique partiel, le rhumatisme chronique fibreux périarticulaire (synovites tendineuses), le rhumatisme blennorragique, dont la tendance rapidement ankylosante est si inquiétante, les nodosités d'Hœberden, le rhumatisme musculaire chronique, les névralgies sciatiques intercostales.

Nous nous garderions d'omettre (et cela sur le même plan que les affections que nous venons de rappeler), les phlébites, les œdèmes, les varices, j'entends à l'état chronique. N'oublions pas de mentionner *les salpingo-ovarites chroniques*, dans leurs formes douloureuses, dont la marche vers l'adhérence se trouve retardée, sinon même définitivement enrayée, par les applications de boues radioactives.

Par contre, tous les auteurs qui se sont occupés de cette importante question présentent, *comme contre-indications*, le rhumatisme et la goutte en période aiguë, l'artério-sclérose avancée, le brightisme, les cardiopathies non compensées, la phlébite à l'état aigu, la tuberculose et le cancer.

***

Comment utiliser les boues radioactives en thérapeutique ?

Dans un grand nombre d'établissements thermaux, les boues sont appliquées en bains de piscine comme à St-Amand ou en bains individuels comme à Dax ou à Barbotan. La technique elle-même du bain est affaire du spécialiste. Mais certains malades ne peuvent supporter l'action du bain total ; dans ce cas, la boue est ordonnée *sous forme d'illutations*, c'est-à-dire d'applications locales ou étendues. Un membre, un segment de membre, l'abdomen, l'épaule sont ainsi recouverts. Le malade accuse bientôt, une impression de forte chaleur, allant même jusqu'à la sensation de brûlure, se terminant vers la fin de l'application, par des sueurs remarquablement profuses.

Quelles sont les réactions que présente alors le malade, réactions qu'il importe de bien connaître, afin de l'en avertir ? D'abord, vive excitation nerveuse à laquelle participe tout l'organisme, avec augmentation des battements artériels qui peuvent amener une sensation pénible d'angoisse ; avec tintements d'oreille et étourdissements en second lieu. Mais dès que le malade a regagné sa chambre et son lit, une sensation d'euphorie succède à cet état d'excitation. Il importe de doser exactement le médicament.

Un autre mode de traitement est encore suivi aux stations dites de « fangothérapie ». Ce sont les frictions avec les boues retirées des eaux. On sait qu'à Cauterets et à Barèges, en particulier, existaient aux 16e et 17e siècles, une corporation dite des « frétaïrés », masseurs spécialisés dans l'utilisation de ces boues au cours du massage.

***

Que contiennent les boues radioactives ?

Les boues sont formées d'un double élément : minéral et végétal. Silice, argile, chaux, oxyde de fer, sulfure de fer, silicates d'alumine et de magnésie, oxyde de manganèse, brome, iode, sulfates, etc... voilà pour la partie minérale. Des matières organiques, constituées en majeure partie par des conferves [qui ne sont pas sans rapport avec les sulfuraires dont, avec Jean Dufrénoy, nous avons étudié les propriétés biologiques et thérapeutiques], s'ajoutent à la matière minérale.

Un élément nouveau, étudié depuis ces vingt dernières années, mais plus particulièrement depuis 1918 peut-on dire, intervient incontestablement dans le complexe végéto-minéral dont nous venons de parler.

Il s'agit du *radon* ou *émanation de radium* qui est contenu dans les boues radioactives.

Or, M. le prof. Gabriel Petit, membre de l'Académie de médecine, dans une communication fort remarquée, faite à la Société de Pathologie comparée, le 11 avril 1911, démontra, de façon péremptoire, l'action thérapeutique des boues radioactives actinifères rappelant, en même temps, les beaux travaux d'Octove Claude, de M. Fabre et de MM. Zimmern et Fabre, sur la pénétration diadermique des principes radioactifs des boues actinifères, grâce à l'action du courant continu. Lymphangites et engorgements, crevasses, entorses, arthrites et synovites, traumatismes, boiteries à siège indéterminé cédaient rapidement aux « emplâtres de boues radioactives », appliqués sur les chevaux en traitement.

Le même auteur, dans un numéro publié, en 1913, dans la *Gazette des eaux*, fixe les propriétés

hygiéniques et curatives des boues radioactives actinifères : il signale « *le bombardement continuel des éléments anatomiques, résultant de cette pénétration, provoquant une multiplication cellulaire intense* ». L'éminent professeur de l'école d'Alfort étudie alors la technique même de l'emploi des boues radioactives donnant sa préférence à l'emploi de l'emplâtre, facile à manier.

Les expériences de M. Gabriel Petit sont donc formelles sur la présence de radon, dans certaines boues actinifères.

Or, en 1924, paraissait chez Doin, le travail magistral de MM. Piéry et Milhaud, de Lyon, sur les eaux minérales radioactives : ouvrage de chevet de tous ceux qui veulent savoir utiliser la puissance, nouvellement reconnue, des eaux et des boues thermo-minérales.

Pour nos auteurs, les boues radioactives tirent leur caractéristique de ce fait qu'elles empruntent leur radio-activité à l'eau minérale ou aux gaz thermaux qui les traversent ou à l'action desquels on les soumet. « *La première catégorie constitue véritablement des boues thermales radioactives naturelles (c'est le cas de la plupart des boues françaises) les autres sont, au contraire, des boues radioactives secondairement* ».

De ces notions très générales, de ces considérations dont les boues radioactives sont l'objet, il peut se dégager des conclusions.

Si nous relisons les travaux de M. Lepape et le résultat des constatations qu'il a faites à Luchon depuis 1920, nous retenons que les Galeries des Sources de cette Station constituent de *véritables émanatoria naturels*, ou agissent, en dehors du radon, les vapeurs sulfurées des griffons et une température élevée. Mais dans les très nombreuses prospections que nous avons faites, au cours de ces sept dernières années, nous avons remarqué que dans les Galeries gisent des sédiments de toutes sortes : que ceux-ci baignent dans l'eau radioactive qui s'échappe des griffons et qu'il y aurait, par conséquent, lieu d'utiliser ces dépôts, tout comme des boues thermales radioactives, en y mélangeant les sulfuraires qui sont si abondantes, en particulier, dans la Source François et qui le deviendraient plus encore, si l'on utilisait le procédé de culture de la Barégine à Barèges.

Mais la radioactivité naît et meurt sur place.

Il fallait donc que *les malades qui préparent leur cure ou qui vont la continuer quelques semaines après leur départ de la station*, puissent pratiquer les applications, les illutations dont nous avons parlé. A l'étranger, les Allemands ont réalisé une sorte de cataplasme à base de produits radioactifs dont l'emploi est commode. Divers laboratoires français se sont essayés dans le même sens, mélangeant à une poudre inerte des traces d'uranium, de radium, de polonium, d'actinium, d'ionium. De très nombreux inconvénients ont fait abandonner ce mode de préparation.

Toutefois, récemment, il nous a été donné d'expérimenter et de faire expérimenter la préparation présentée par certains laboratoires.

Alors que les boues qui existaient jusqu'à ce jour contenaient une forte proportion de véhicule inactif (en l'espèce du glycérolé d'amidon) et peu de substances radioactives, la nouvelle présentation, au contraire, comporte une masse entière radioactive. De plus, ces boues étant sous forme de poudre, il nous a été possible de diluer, dans un excipient de notre choix, le produit soumis à notre étude et nous recommandons, en particulier, l'eau glycérinée.

En dermatologie, dans les ulcères phagédéniques consécutifs aux eczémas variqueux, dans les eczémas suintants, dans le psoriasis rebelle, désespoir des spécialistes, dans certaines formes de prurigo, dans l'ecthyma, dans le pityriasis, etc., il est employé tantôt l'huile de sésame, tantôt l'axonge, tantôt la vaseline, la lanoline, tantôt dans un mélange de ces deux derniers corps : quel que soit le véhicule indiqué, cette nouvelle préparation que nous nous permettons d'appeler « self radio-active » (si un néologisme peut être créé) peut s'y incorporer admirablement. Dans les arthropathies diverses que nous avons citées, dans les séquelles de phlébite, il nous a été facile de prescrire cette poudre en simple cataplasme entre quatre doubles de gaze stérilisée. D'autant que lorsqu'il s'agit de traitement gynécologique, vous pouvez utiliser le produit présenté en boîtes stérilisées.

Le Dr Chifoliau en effet, avait publié en 1920 dans le *Progrès médical* une curieuse observation d'une malade atteinte de salpingite double avec adhérences. L'introduction de boue radio-active dans le vagin les 6, 10 et 16 novembre amena une modification telle que la malade sortit le 18 novembre. Il y eut sédation de la douleur et de la température, tendance à la résorption rapide des masses inflammatoires périannexielles.

A côté des indications gynécologiques « conservatrices » il faut citer les polyarthrites, de nature diverse dont nous avons parlé à propos des boues de natures thermales ; les plaies atones sur qui les conferves sulfurées radioactives font merveille, comme nous l'avons écrit ailleurs avec Jean Dufrénoy.

Andréas Baceius, cité par Arnozan et Lamarque, nous dit que les médecins égyptiens frappés de l'action bienfaisante du limon du Nil sur la végétation, avaient eu l'idée de l'employer au soulagement de l'humanité. Mais les Romains furent les premiers à faire prendre des bains de boue et de conferves, si nous en croyons Pline. Les utilisations empiriques de cette médication se sont donc continuées à travers les âges.

Il était donc naturel de penser que notre siècle qui est celui du laboratoire, ait pu substituer aux boues offertes par la nature les sous-produits de la fabrication du radium dont la radioactivité permanente a été dosée pour obtenir le maximum d'effets bienfaisants à la suite ou en préparation d'une nouvelle cure, ou enfin, dans l'impossibilité, de la part du malade, de se rendre aux eaux ou encore aux boues hydrominérales radioactives naturelles, indiquées par le médecin traitant.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Notes sur l'hypertension artérielle.

Arthur Leclercq précise deux points :

I. Sur la première réaction vasculaire, qui constitue l'hypertension d'ensemble, nous ne tardons pas à voir se greffer les hypertensions régionales, c'est-à-dire les vaso-constrictions solidaires de la grande hypertension. Leur topographie varie avec l'organe directement intéressé ou menacé dans son existence. Dans l'ordre cérébral, amnésies passagères, aphasies transitoires, bourdonnements d'oreille ; du côté de l'œil, l'amaurose subite et fugitive des crises hypertensives du tabétique ; du côté du cœur, angines de poitrine, bradycardies paroxystiques, rupture du cœur ; du côté de l'aorte, souffles systoliques ; au poumon, hémorragies pulmonaires ; aux membres supérieurs, cryesthésie ; aux membres inférieurs, refroidissements, mal perforant plantaire, claudication intermittente ; aux reins, hématuries, rétention urinaire spasmodique. Il existe ainsi toute une gamme de réactions spasmodiques depuis le trouble où la lésion artérielle n'est pas aisément dépistable, jusqu'à celui où l'artère est simplement fragilisée, jusqu'à celui où l'on trouve à l'autopsie d'authentiques lésions anatomiques constituées.

C'est dans cette première période de l'hypertension rénale que les accidents sont le plus redoutables, notamment les hémorragies résultant des coups de bélier répétés de la colonne sanguine sur le vaisseau rétréci.

Puis vient, 2, 3, 10 ans après, une deuxième période avec détente spasmodique et chute progressive de la tension maxima pendant que la minima reste stable ou converge vers la maxima. On voit alors apparaître les extrasystoles, l'arythmie, la congestion du foie, l'albuminurie, les accès dyspnéiques d'asthme aigu, etc. ; les souffles systoliques spasmodiques ont fait place à des souffles régurgitatifs d'insuffisance fonctionnelle aortique, mitrale ; le malade va sombrer dans l'insuffisance cardiaque et l'asystolie.

II. Il faut distinguer les hypertensions primitives essentielles, des hypertensions secondaires dues aux toxi-infections variées.

a) Dans les premières (goutte, obésité, diabète, hérédité artérielle), on distingue les congestifs (hypertendus rouges), avec faciès vultueux, pouls bondissant, maxima surélevée, minima normale, oscillations de grande amplitude, peu de spasmes régionaux, voués même avant la cinquantaine aux accidents hypertensifs, avec complications cérébrales, et les hypertendus blancs, rénaux le plus souvent, dont le faciès est souffreteux, avec pouls serré, maxima surélevée, minima convergente, amplitude faible des oscillations ; enfin on y ajoute les sympathicotoniques, malades dont le souci des affaires, les grandes émotions, les jouissances de la vie, ont tendu le système sympathico-artériel pour les adapter à l'existence nouvelle qu'ils se sont créée.

Dans ces hypertensions primitives, le myocarde, le ventricule gauche, et le rein sont lésionnés, avec tendance à la généralisation de l'artério-sclérose.

b) Il n'en est pas de même pour les hypertensions toxiques ou infectieuses, d'origine par conséquent exagérée ; celles-ci laissent, en dehors des cas où le rein est lui-même intéressé, un rein et un myocarde sain, et se distinguent ainsi de l'artério-cardio-néphrosclérose.

Ces remarques intéressantes nous ouvrent des fenêtres plus larges sur la thérapeutique de l'hypertension. (*La Presse médicale*, 3 novembre 1926.)

Conduite à tenir dans les collections suppurées de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement.

C'est là, pour P. Balard, un problème difficile à résoudre ; d'un côté l'extirpation au cours de la grossesse d'une collection suppurée du tractus vulvo-vaginal risque théoriquement de provoquer un accouchement prématuré, et ce, avant la cicatrisation de la plaie opératoire, exposant par conséquent à la contamination intra-utérine ; d'autre part, l'expectative présente pour le moins les mêmes dangers de contamination.

Ce sont les bartholinites et les kystes suppurés du vagin, que l'on rencontre le plus souvent.

Pour les premières, il faut opérer dans les six premiers mois, et s'abstenir dans les trois derniers, pour ne pas provoquer l'accouchement prématuré et pour ne pas créer une large plaie vulvo-vaginale, qui ne serait peut-être pas entièrement guérie au moment du travail. Bien entendu, l'opération doit être accompagnée et suivie d'administration d'opiacés pour immobiliser l'utérus et prévenir les excitations réflexes susceptibles de déclancher le travail.

Si l'on n'opère pas, conseiller un traitement médical actif : pansements humides chauds, irrigations vaginales antiseptiques, et surtout vaccinothérapie.

La grossesse, d'autre part, amène parfois un accroissement rapide des kystes suppurés du vagin, sans que ceux-ci entravent le cours normal de cette grossesse ; par contre, leur rupture est fréquente. Pendant la grossesse ne pas intervenir ; pendant le travail, ponction si le kyste est cause de dystocie ; pendant les suites de couches débrider en cas de rétention, d'augmentation brusque de volume, extirper enfin quand les voies génitales sont revenues à leur état normal. Si le kyste est fistulisé pendant la gestation, ou plus tard, si la tumeur s'est ouverte, utiliser la vaccination locale avec des pansements au bouillon-vaccin. (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, août 1926.)

Etudes sur la douglassite. Essai de pathogénie de la dysménorrhée dite essentielle.

Les lésions premières de la douglassite sont la péritonite bacillaire, l'appendicite, la cholécystite, etc. Par l'écoulement de liquide infectieux dans le Douglas, les lésions inflammatoires de la cavité abdominale produisent une rétraction prédominante des ligaments utéro-sacrés.

Le Prof. CONDAMIN démontre que celle-ci est à la base de la dysménorrhée essentielle, c'est-à-dire sans lésions utéro-annexielles, laquelle se caractérise par des douleurs et aussi des malaises à distance (nausées, vomissements, migraines) ; celle-ci survient à partir de la puberté et peut persister jusqu'à la ménopause quand une grossesse, qui en est le vrai traitement, n'a pu se produire.

Trois symptômes objectifs caractérisent les dysménorrhées dites essentielles :

1° Un effacement plus ou moins complet du Douglas, avec rétractions tout à fait prédominantes du côté des ligaments utéro-sacrés.

2° Une antéflexion plus ou moins accentuée, portant toujours au niveau de l'isthme, c'est-à-dire cervico-utérine, et non cervico-cervicale, ou utéro-utérine suivant les classifications admises.

3° Une sténose marquée et exclusive au niveau de l'orifice interne, avec élément spasmodique, dont le point de départ est dans le plexus hypogastrique en état de souffrance par constrictions rétractiles.

Dans ces conditions, l'effort thérapeutique doit avant tout porter sur l'état des ligaments utéro-sacrés rétractés et du Douglas, par des séances de massage, assez doux d'abord puis plus fort quand la sensibilité s'est émoussée. Il ne s'agit pas d'un massage diffus, sans précision, mais bien de manœuvres minutieusement décrites par l'auteur. Les séances ne dureront pas plus de deux ou trois minutes ; elles pourront être quotidiennes, et rechercheront le rétablissement complet, ou à peu près, de la longueur des utéro-sacrés, et la réapparition d'un cul-de-sac postérieur convenable.

Chaque séance sera suivie d'une columnisation avec tampons glycérinés appliqués méthodiquement en arrière du col et aux points où le massage aura déjà obtenu une légère distension, que l'on maintiendra ainsi d'une séance à l'autre. Ultérieurement, on appliquera un pessaire, de préférence à bulbe postérieur.

Enfin, cette première partie du traitement terminé, on dilatera le canal cervical et surtout l'orifice interne, plus ou moins sclérosé, avec les bougies d'Hégar, après anesthésie locale, par injection sur les parties latérales de l'utérus, au voisinage de l'isthme ; faire cette dilatation progressivement en 2 ou 3 séances, plutôt qu'en une seule afin d'éviter des déchirures.

L'auteur a toujours obtenu de cette méthode des résultats satisfaisants, et souvent des grossesses. En cas d'échec, il n'hésiterait pas à conseiller les sections nerveuses, les résections plus ou moins étendues des troncs nerveux du plexus hypogastrique. (*Lyon médical*, 17 octobre 1926.)

Les troubles de la sécrétion externe du pancréas dans le diabète sucré.

Depuis que l'exploration de la sécrétion externe du pancréas est entrée dans le domaine de la pratique grâce à la sonde duodénale d'Einhorn, MM. Marcel LABBÉ et RÉCHAD ont entrepris l'examen de cette sécrétion au cours du diabète, en la provoquant au moyen de l'injection d'éther par le procédé de Katsch.

Les faits observés permettent d'affirmer que dans le diabète il existe presque toujours un défaut de la sécrétion pancréatique externe, quelle que soit la forme clinique et la gravité du diabète. Cette insuffisance est le plus souvent peu accusée, sans expression clinique, et décelable seulement par les moyens de laboratoire ; elle est parfois très intense, appréciable en clinique par le syndrome digestif d'insuffisance pancréatique externe, allant de pair avec un

◆◆◆◆◆◆

trouble profond de la fonction glycorégulatrice et imprimant au diabète un caractère de gravité fort prononcé. C'est aux cas ainsi caractérisés que les auteurs réservent la dénomination de diabète pancréatique. (*Arch. des maladies de l'app. digestif et de la nutrition*, octobre 1926.)

Les fractures de la clavicule chez l'enfant.

Ainsi que le fait très judicieusement remarquer le Dr R. MASSART, c'est une variété de fracture fréquente chez l'enfant, qui n'attire pas l'attention des parents, et reste même quelquefois méconnue jusqu'à la formation d'un cal volumineux.

Tous les traumatismes qui, chez l'adulte, donneront des luxations de l'épaule, se transforment chez l'enfant en fracture de la clavicule, en raison de la fragilité de cet os. Celle-ci s'observe surtout entre deux et sept ans.

Elle n'est pas, comme chez l'adulte, une fracture avec déplacement ; c'est presque toujours une fracture en bois vert ou une fracture sous périostée sans déplacement, dont le siège habituel est la partie moyenne de la diaphyse osseuse.

S'il s'agit d'un cas léger, d'une simple infraction, d'une légère fracture sous-périostée, l'enfant ne peut lever les bras ; il crie dès qu'on le prend par la main pour l'habiller, mais néanmoins, il se sert fort bien de son membre supérieur. Il arrive qu'on le montre au médecin seulement au bout de huit à quinze jours, quand apparaît une ecchymose ou une déformation du creux sus-claviculaire. Il suffit d'immobiliser le bras et le coude dans une écharpe pour obtenir une consolidation parfaite en dix ou douze jours, ou pour faire diminuer un cal volumineux.

Quant à la fracture en bois vert, elle ne peut être méconnue ; il y a déformation apparente ; celle-ci entraîne par la suite une déformation de l'épaule et une surélévation acquise de l'omoplate. Pour ne pas laisser subsister une déformation, cette fracture doit être réduite (sous anesthésie en quelques secondes au chlorure d'éthyle) ; la consolidation est obtenue en immobilisant le bras, l'avant-bras et le coude dans une écharpe rigide de Mayor, avec coussin dans l'aisselle pour écarter légèrement le bras du corps. Proscrire absolument le massage pour éviter un cal volumineux et parfois douloureux.

Enfin la fracture avec déplacement des fragments diffère peu dans son ensemble, du type que l'on observe chez l'adulte.

Une notion intéressante donne à la fracture de la clavicule du nouveau-né une importance toute particulière dans l'étiologie de la paralysie obstétricale du membre supérieur ; en pareil cas, on devrait toujours faire faire une radiographie ; et bien souvent c'est en traitant la clavicule brisée ou infléchie qu'on verra disparaître les troubles paralytiques, dont la cause est rapportée en général à des tiraillements du plexus brachial.

Bref, ces fractures de la clavicule chez l'enfant ont une physionomie particulière qu'il faut bien connaître ; presque toujours ce sont des lésions faciles à traiter et guérissant dans de bonnes conditions. (*La Médecine*, octobre 1926.)

L'hypertension artérielle d'origine rénale.

D'après P. N. DESCHAMPS, un certain nombre de faits cliniques paraissent démontrer la réalité de l'hypertension d'origine rénale. En premier lieu, on peut observer l'hypertension au cours des néphrites aiguës, infectieuses ou toxiques, et même voir cette hypertension varier parallèlement à la valeur du fonctionnement rénal. En second lieu, l'hypertension artérielle s'abaisse fréquemment dans des cas d'hydronéphroses par obstruction urétérale ou de reins polykystiques, où la maladie du rein est le fait primitif.

Enfin, en ce qui concerne les rapports de la sclérose rénale et de l'hypertension, la clinique offre un certain nombre d'exemples, où l'on peut saisir un lien chronologique évident entre une affection rénale aiguë, fait primitif, et l'apparition consécutive d'une hypertension artérielle, soit pure, soit associée aux autres symptômes du mal de Bright.

Bref, en dépit des critiques qui lui ont été adressées, l'hypertension artérielle d'origine rénale paraît devoir être considérée comme une des formes les plus importantes, sinon même la forme essentielle de l'hypertension artérielle. (*La Pratique médicale française*, nov. 1926 A.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La cuti-réaction des populations rurales.

(M. Phélebon. — *Académie de médecine* ; 5-4-1927.)

La cuti-réaction a été principalement étudiée dans les populations urbaines et l'on est arrivé à cette conclusion qu'elle est très fréquemment positive dès le jeune âge. La statistique du professeur Marfan donne, à cinq ans, le chiffre moyen de 53 % de cuti-réactions positives à la tuberculine.

Peu d'auteurs ont poursuivi la même enquête pour les populations des campagnes et nous ne possédions sur ce point que quelques rares travaux français et étrangers. Pour combler, en partie tout au moins, cette lacune, M. Phélébon a pratiqué depuis sept ans un nombre important de cuti-réactions tuberculiniques dans un milieu rural de Touraine. Ses recherches ont porté sur 3182 sujets, entre zéro et vingt-cinq ans, en apparence indemnes de tuberculose, vivant dans des hameaux isolés, sans communications faciles avec les villes. Dans ces conditions, le nombre des cuti-réactions positives lui est apparu beaucoup moins élevé que les chiffres des statistiques urbaines : 7 % environ jusqu'à 18 ans, 24 % de 19 à 20 ans et 61 % à 25 ans.

Pour l'enfant et l'adolescent, dans le milieu rural enquêté par l'auteur, la cuti-réaction négative à la tuberculine a été la règle, la réaction positive l'exception.

A partir de 19 ans, les réactions positives se multiplient, pour atteindre chez l'adulte une proportion moyenne de 60 %.

Vaccinothérapie des poroadénites.

(M. Pierre Delbet. — *Académie de médecine* ; 5-4-1927.)

M. Pierre Delbet a présenté en 1923, à l'Académie, ses premières tentatives de vaccinothérapie des poroadénites. Elles consistaient à enlever une partie des ganglions atteints, à les broyer après dessiccation, et à injecter à chaque malade la pulpe ainsi obtenue. Les résultats avaient été très satisfaisants.

Depuis cette époque, deux nouveaux malades atteints de la même affection sont entrés dans le service de M. Delbet. La vaccinothérapie a eu la même heureuse influence.

Sur la réforme des études médicales.

(M. Cazeneuve. — *Académie de médecine* ; 5-4-27.)

M. Cazeneuve ne partage pas l'avis de la Commission académique au sujet des baccalauréats à exiger en vue des études médicales. La commission rejette, sur le baccalauréat 2e partie, la philosophie au profit des mathématiques. M. Cazeneuve estime que l'étudiant en médecine doit avoir une solide éducation littéraire. Les études philosophiques, en développant le jugement, préparent mieux le futur médecin au sens clinique si nécessaire dans notre profession. Les mathématiques, sciences abstraites, ont une importance moindre, à ce point de vue. C'était, jadis, l'opinion de Brouardel, d'Alfred Fouillée, de Dastre et d'autres auteurs autorisés.

La microcristallographie dans l'identification des eaux minérales.

(MM. Maurice Perrin et P. Colson, de Nancy. — *Académie de médecine* ; 29-3-1927.)

MM. Perrin et Colson, dans une note présentée par M. Desgrez, proposent d'identifier les eaux minérales, non par l'analyse, mais par la microcristallographie, c'est-à-dire l'examen microscopique des cristaux que laisse l'évaporation de l'eau.

L'examen, au microscope polarisant, disent-ils, du résidu fourni par l'évaporation à sec d'une goutte d'eau minérale sur une lame porte-objet permet de reconnaître d'après leur aspect cristallin les constituants principaux de l'eau considérée. Ainsi, l'eau de Vichy donne d'abondants cristaux de bicarbonate, associés à des éléments moins nombreux : cristaux de chlorure et sulfate de sodium, bicarbonate de potassium, carbonate de calcium.

Les eaux non minérales (eau de Seine, de Moselle, eaux potables de Paris et de Nancy) sont pauvres en éléments minéraux, beaucoup plus pauvres que Vittel par exemple.

Cette méthode pourra permettre une identification *rapide* des eaux minérales, et fera soupçonner, en un temps plus court que l'analyse, les falsifications. Elle serait un excellent procédé d'examen des eaux.

Déviations de la trachée et de l'œsophage dans les affections pleuro-pulmonaires.

(MM. Rist et Hirschberg. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-2-1927.)

Depuis que Williams, en 1838, a montré qu'une induration occupant tout ou partie du lobe supérieur du poumon et prenant contact avec la trachée donnait un son tympanique à la percussion, on recommande de ne pas confondre le son tympanique cavitaire avec le son trachéal de Williams. A la vérité, ce n'est guère que depuis l'ère radiologique que l'on connaît bien l'un des facteurs essentiels de ce syndrome trompeur, à savoir la déviation latérale de la trachée. L'ectopie du conduit trachéal est, en effet, beaucoup plus fréquente qu'on ne le soupçonnait

avant les rayons X. On l'a observée au cours des goitres, des tumeurs du médiastin supérieur. On s'est aperçu, d'autre part, que les déplacements par refoulement le cédaient en fréquence aux déplacements par attraction et que dans les affections pulmonaires s'accompagnant de sclérose ou de rétraction, la trachée était plus ou moins déviée vers le côté malade.

M. Armand-Delille a bien étudié ce dernier groupe de déviations du grand canal aérien. Avec ses collaborateurs, il a rapporté des exemples de malades considérés à tort comme atteints de tuberculose cavitaire et seulement porteurs d'une telle déviation. La déviation peut, il est vrai, être le fait d'une rétraction fibreuse accompagnant une caverne pulmonaire et le diagnostic de cette association est délicat : habituellement impossible par le seul examen stéthacoustique, il se fait en général aisément par l'exploration rœntgénienne. La déviation de la trachée s'accompagne parfois d'un phénomène analogue du côté de l'œsophage.

Une des observations de M. Armand-Delille concernait une symphyse pleurale consécutive à un pneumothorax interrompu. MM. Rist et Hirschberg présentent aujourd'hui trois cas analogues, de déviations de la trachée et de l'œsophage ayant succédé à des pneumothorax artificiels curateurs. Les malades étaient guéries mais il persistait un souffle d'intensité diverse.

Ce déplacement médiastinal et trachéal, qui n'est pas rare à la suite de la guérison d'une tuberculose unilatérale par collapsothérapie, est intéressant en pratique. L'attraction du conduit trachéal et son accolement au parenchyme fibrosé ajoute un bruit de souffle souvent intense et qu'une auscultation non approfondie confondra aisément avec un souffle cavitaire. Pour peu qu'il persiste dans le poumon atelectasié quelques bruits adventices dits de déplacement alvéolaire, l'illusion est complète et l'on est tenté de croire à l'existence d'une lésion active, alors qu'il s'agit de cicatrice et de guérison.

Intolérance cutanée aux primevères.

(M. H. Eschbach, de Bourges. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-2-1927.)

Une malade se plaint d'accidents urticariens répétés et rebelles, attribués à des phénomènes d'anaphylaxie alimentaire. Une enquête patiemment poursuivie finit par montrer que les troubles se déclanchent lorsque la patiente se trouve au contact de primevères. Un pot de primevères de serre est apporté à cette malade qui les touche, et les respire. Au bout d'une heure, elle ressent des picotements dans la face, qui se tuméfie et se recouvre de placards et de papules rouges. Cette épreuve positive étant faite, la malade — qui ornait souvent son appartement avec cette plante — évite la cause connue de son affection, et celle-ci ne réapparaît plus.

La dermite par primevères est classée parmi les dermites vénéneuses. Elle est bien connue des jardiniers dont elle rend certains incapables de cultiver les espèces de serre. Elle se manifeste par contact, et se déclanche après une phase de latence. L'éruption primevérienne semble comparable à la dermite érucique provoquée par les chenilles urticantes.

— M. Hallé rappelle les travaux de Thibierge sur les éruptions causées par certaines plantes. Il signale l'histoire d'un de ses malades, enfant de cinq ans, offrant un exanthème intense, sans fièvre, de la face et des mains, à type d'érythème polymorphe papuleux. Se souvenant de faits analogues observés chez des jardiniers du Jardin des Plantes, il pensa à une éruption de cause externe. L'enfant avait, deux jours avant, manié longuement une grosse botte de *coucous* qu'il avait cueillie dans les bois.

— M. Flandin croit que l'éruption de primevères rentre dans le cadre des érythèmes anaphylactiques. Une de ses malades, sensibilisée aux roses, put être guérie par les méthodes de désensibilisation.

L'anesthésie locale en chirurgie opératoire.

(M. Chevrier. — *Société de chirurgie* ; 23-2-1927.)

Pour M. Chevrier, dans tous les cas de hernie et particulièrement lorsque l'anesthésie générale est contre-indiquée par l'âge ou l'état du patient, au lieu de recourir à l'anesthésie rachidienne dont les ennuis sont réels, il conviendra de se souvenir de l'existence de l'anesthésie locale.

L'anesthésie locale à la novocaïne est alors pleinement efficace lorsqu'elle est bien faite. Elle n'a que deux inconvénients : sa longueur relative et la nécessité d'une technique patiente et précise. Bien maniée — et chacun peut apprendre à la bien manier — c'est le procédé de choix, d'une bénignité absolue, le seul qui convienne vraiment à l'affection peu sérieuse qu'est la hernie. Si Reclus est mort, sa méthode n'est pas morte avec lui.

A propos du Mikulicz.

(M. J.-L. Faure. — *Société de chirurgie* ; 23-2-1927.)

M. J.-L. Faure estime que les indications du Mikulicz ne doivent pas se limiter aux opérations gynécologiques. La chirurgie de l'estomac, de l'intestin et des voies biliaires pourra assez souvent bénéficier de ce mode de pansement.

— M. Hartmann et M. Lecène ne sont pas partisans de cette extension du Mikulicz à la chirurgie gastro-intestinale.

La méthode de Bourguignon dans la contracture douloureuse des hémiplégiques.

(M. Laquerrière. — *Soc. d'électroth. et de radiol.* ; 12-1926.)

M. Bourguignon a préconisé la galvanisation transcérébrale avec électrolyse de calcium ou d'iodure dans le traitement des contractures des hémi-

plégiques. M. Laquerrière a eu l'occasion d'appliquer cette thérapeutique chez quelques malades et chez tous il a obtenu une amélioration, variable mais nette de la contracture.

— M. Bourguignon montre que le résultat final de ce traitement dépend de l'importance relative de la contracture et de la paralysie. Quand la contracture est la cause majeure de l'impotence fonctionnelle, la médication a les plus heureux effets. Quand la paralysie domine, la contracture est bien amendée, mais le résultat fonctionnel final est moins satisfaisant.

D'autre part, dans les cas favorables, l'amélioration porte principalement sur les grands mouvements des membres supérieurs (épaule, bras), les petits mouvements des doigts étant réacquis beaucoup plus difficilement. Ainsi, alors que l'hémiplégique contracturé peut avec ce traitement retrouver la faculté de s'habiller et de manger, il ne doit guère s'attendre à récupérer la possibilité d'écrire, l'écriture nécessitant des mouvements plus fins.

P.L.

Bordeaux

Société anatomo-clinique.

Sur un cas de chancres mous du col utérin.

MM. Petges et Le Coulant. — Comme suite à notre communication du 13 décembre 1926 sur un cas de chancres mous du col utérin, il est intéressant de signaler la rapidité avec laquelle ces chancres du col ont disparu.

En quinze jours, ils ont été guéris par le traitement qui nous est habituel : 1° détersion soigneuse des ulcérations à l'éther ; 2° lavages au tartrate ferricopotassique en solution chaude à 30 pour 1.000 ; 3° application de pommade iodoformée à 1/5 avec parfois quelques séances d'enfumage iodé à la place des lavages.

Sur une origine anormale du nerf vertébral. Son importance dans le traitement chirurgical de l'angine de poitrine.

M. Henri Fischer. — Au cours de recherches pratiquées au laboratoire de médecine opératoire, nous avons rencontré sur un homme adulte, du côté gauche, une disposition toute spéciale du nerf vertébral On remarque que l'origine de ce nerf ne se fait pas au ganglion cervical inférieur, mais au ganglion cervical moyen. De son extrémité supérieure naissait le nerf vertébral qui, arrivé au niveau de la 5e vertèbre cervicale, disparaissait dans le trou transversaire. Les anastomoses se faisaient avec les 5e, 6e, 7e racines cervicales. Pour les 5e et 6e, les anastomoses étaient doubles, tandis que la 7e était simple.

Nous devons également ajouter que le nerf vertébral sur son tronc principal possédait un ganglion surnuméraire de faible dimension d'où se détachait un rameau nerveux qui se portait vers l'anse de Vieussens et s'y anastomosait.

A droite, le nerf vertébral était tout à fait normal.

Ce cas, qu'il nous a été donné d'observer, est considéré comme un fait rare. Les auteurs classiques ne signalent pas cette malformation. La littérature consacrée à ce sujet ne relate, semble-t-il, qu'une observation analogue, présentée à la Société anatomique de Paris (C.-C. Vallude et Saint-Jianu, séance du 15 avril 1926).

Il nous a donc paru intéressant d'attirer votre attention sur cette particularité anatomique en raison aussi de l'importance que joue ce nerf dans les accès angineux puisque on a conseillé sa section dans le traitement de cette affection (Danielopolu).

Un cas d'occlusion intestinale intéressant le diverticule de Meckel.

MM. Gandy et Philip présentent une pièce provenant d'un homme de cinquante-trois ans, mort d'occlusion intestinale. La portion terminale de l'intestin grêle s'est engagée dans une fenêtre épiploïque qui a étranglé l'anse intestinale. Le diverticule de Meckel forme une sorte de cran d'arrêt au niveau de la bride épiploïque, mais ne paraît avoir joué aucun rôle dans la pathogénie de cette occlusion.

Estomac biloculaire.

M. J. Chavannaz. — Une femme de trente-sept ans entre à l'hôpital Saint-André dans le service de clinique chirurgicale du professeur Chavannaz, pour estomac biloculaire. Le sexe, l'histoire de la maladie (troubles gastriques durant dix ans, période de calme relatif de quatre ans, avec reprise des accidents dans ces derniers mois), l'examen radioscopique et radiographique pratiqué à plusieurs reprises confirment le diagnostic.

Le 7 février 1927, sous anesthésie générale à l'éther avec l'appareil d'Ombredanne, intervention (professeur Chavannaz). Laparotomie médiane sus-ombilicale, sténose médio-gastrique très serrée par vieil ulcère de la petite courbure. Décollement intercolo-épiploïque et gastro-gastrostomie postérieure. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires favorables.

Sur un muscle chondro-sterno-claviculaire.

M. Henri Fischer. — Cette malformation a été observée sur un sujet de sexe masculin adulte. Au-dessous du grand pectoral, sur le même plan que le petit pectoral, on aperçoit un muscle surnuméraire se détachant des 3e et 2e cartilages costaux, au niveau de leur tiers interne ; ce muscle est innervé par une branche du nerf du petit pectoral. Ce muscle était distinct du sous-clavier.

Cette variation anatomique n'a guère été étudiée jusqu'ici par les anatomistes. P. Hecker (Soc. anat. de Strasbourg, séance du 14 février 1924. *Strasbourg*

médical, 5 mars 1924, p. 39) en a relaté cependant un cas semblable.

Cet auteur fait justement remarquer que ce muscle anormal chez l'homme et le singe, mis à part le gibbon de Hepburn, représente l'équivalent de la portion sterno-chondro-claviculaire du pectoral profond observée chez certaines espèces claviculées de la série des mammifères.

Sur un cas de malformation du larynx. Quelques considérations chirurgicales.

M. Henri Fischer. — Les malformations laryngées n'ont pas fait l'objet de très nombreuses publications et cela parce qu'elles ne donnent lieu le plus souvent, comme l'a fait remarquer Texier depuis fort longtemps, à aucun symptôme fonctionnel digne d'attirer l'attention : ainsi s'exprime dans une très intéressante publication de malformations laryngées notre maître, M. le Dr Retrouvey (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, n° 2, 31 janvier 1923). Le cas que nous avons l'honneur de rapporter aujourd'hui à la Société anatomo-clinique répond fort justement à l'opinoin émise par ce distingué chirurgien.

Chez un jeune garçon d'une quinzaine d'années qui présentait une hypertrophie des amygdales, nous avons rencontré une malformation du larynx que nous avons découverte par hasard au cours de l'examen laryngoscopique, bien qu'aucun symptôme et en particulier aucun trouble de la voix n'ait attiré particulièrement notre attention vers cette région.

Cet examen laryngoscopique nous a révélé, en effet, l'existence d'une membrane tendue entre les cordes vocales, qui dans toute leur moitié antérieure sont unies par un voile rouge de même couleur que leur partie restée libre. Ce diaphragme laisse deviner le bord interne de chaque corde et il se termine en arrière par une courbe régulière dont la concavité forme la limite antérieure de la glotte.

Si on regarde la moitié postérieure des cordes, on remarque qu'elles sont libres, sauf cependant au niveau de la région aryténoïdienne droite. A cet endroit, la corde vocale est unie à la membrane interaryténoïdienne par un regli falciforme. On a l'impression qu'un diaphragme membraneux unissant les cordes vocales sur toute leur étendue s'est résorbé incomplètement pour donner ces replis.

Cette malformation est connue, mais n'est pas cependant bien fréquente. Le Dr Leplet (d'Amiens) qui en a fait une étude très approfondie, considère cette disposition comme un vestige embryonnaire ; au début de la vie fœtale, on sait en effet que des masses épithéliales unissent les deux moitiés du larynx. Leur disparition incomplète par arrêt de développement explique l'existence de cette disposition anormale (Roth, Leplet).

Quant à la thérapeutique, les oto-rhino-laryngologistes préconisent la section au galvano-cautère ou au bistouri de ces diaphragmes membraneux. Ils conseillent également leur morcellement avec une pince emporte-pièce. Ce jeune homme ne présentant pas de dyspnée, pas de gêne respiratoire, aucune de ces interventions n'a été pratiquée. D'ailleurs il est toujours à craindre même, qu'après ce genre d'opération, il ne se produise un nouvel accolement et de nouvelles soudures.

Tumeur de la glande mammaire par hyperplasie des cellules myo-épithéliales.

MM. P. Bégouin et A. Bonnard. — Avec des signes cliniques de fibro-adénome, cette tumeur présente une constitution histo-pathologique exceptionnelle. Les cellules de la couche myo-épithéliale présentent une hyperplasie considérable et en certains points la différenciation va jusqu'à la forme de fibres musculaires lisses, rappelant le type normalement observé dans les glandes sudoripares.

Deux cas de polypes de l'urètre antérieur.

M. H. Blanc rapporte les observations de deux malades, qui sans avoir de papillomes balano-préputiaux, présentaient au niveau de l'urètre antérieur de petits polypes papillomateux ayant donné naissance, à la suite d'une blennorragie chronique guérie, à un suintement persistant amicrobien.

L'auteur rappelle : 1° La réalité des végétations papillomateuses exclusivement urétrales, auxquelles il faudra penser en présence d'une urétrite chronique ancienne, présentant des alternatives de rechute et de guérison apparente, ou rebelle à tout traitement ; 2° la nécessité de l'urétroscopie pour déterminer la cause d'une symptomatologie semblable ; 3° l'extrême simplicité et l'efficacité certaine du traitement endoscopique par l'étincelage de haute fréquence.

Henri Fischer.

Nancy

Traitement du zona par les injections d'iodo-benzo-méthyl-formine.

(Dr Ganzinotty, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Nancy. — *Société de médecine de Nancy* ; 25-3-1927.)

M. Ganzinotty rapporte quatre cas de guérison rapide de zona observés par lui en janvier 1925, juillet 1926 et septembre 1926.

Les malades âgés de 32, 66, 67 et 71 ans ont été traités, dès l'apparition de l'éruption caractéristique par des injections quotidiennes, répétées 3 à 6 jours de suite, de 50 centigrammes d'iodaseptine Cortial, à l'exclusion de tout autre traitement. Après la première injection, les douleurs, si pénibles, rendant tout sommeil impossible, disparaissent. Après la deuxième, l'érythème pâlit, l'éruption s'affaisse. Après la troisième, la quatrième ou la sixième, les vésicules se dessèchent.

Cette action rapide de l'iodaseptine, M. Ganzinotty la compare aux résultats obtenus par d'autres mé-

thodes que leurs auteurs ont présentées, dans ces derniers temps, comme des méthodes de choix dans le traitement du zona. Il cite, d'une part, le traitement préconisé par le Dr X. Dulau, par les compresses imbibées de lipol liquide, appliquées sur l'éruption même ; d'autre part, l'auto-hémothérapie que M. le Pr Spillmann a recommandée lors de la séance de la Réunion dermatologique de Nancy du 26 mai 1926. Ces deux méthodes si différentes ont ceci de commun entre elles et avec celle des injections d'iodaseptine, c'est qu'elles aboutissent au même résultat remarquable, c'est-à-dire à la guérison presque immédiate du zona.

Chose à noter, les termes employés par ces trois auteurs pour exprimer cette guérison rapide sont presque identiques : « disparition des douleurs, retour du sommeil dès la première nuit, affaissement, puis dessiccation de l'éruption les jours suivants, guérison du 4e au 6e jour ».

M. Ganzinotty donne la préférence à l'iodaseptine, dont les injections intra-musculaires ou même simplement sous-cutanées sont très bien supportées par les malades et sont certainement d'une administration plus aisée que celles de sang pris dans la veine du malade et injecté dans son tissu cellulaire sous-cutané.

Les Thèses

P. — Dr Georges Rimé, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Les associations du bacille de Ducrey.** (Paris, Editions de la « Revue médicale universelle », 19, avenue de l'Opéra, 1926.)

Travail inaugural très intéressant, dont la substance peut se résumer dans les propositions suivantes :

Dans le chancre mou, de nombreux microbes s'associent d'ordinaire au bacille de Ducrey. La plupart sont de simples saprophytes, mais ils peuvent néanmoins : augmenter la sécrétion purulente (staphylocoques et tétragènes) ; exalter leur virulence (érysipèle streptococcique) ; expliquer certains cas de phagédénisme ; gêner l'action sur le chancre du vaccin antistreptobacillaire.

La symbiose fuso-spirillaire de Vincent, le gonocoque, l'herpès, la gale et même la tuberculose peuvent s'associer au bacille de Ducrey pour donner des chancres et des bubons d'aspects cliniques particuliers.

L'association du bacille de Ducrey et du tréponème ne réalise pas seulement le type du chancre mixte classique, que Milian a proposé de nommer chancre mixte primaire. A côté de son allure et de son évolution classiques, ce chancre mixte primaire garde souvent l'aspect de la chancrelle la plus banale.

Il existe aussi des chancres mixtes secondaires et tertiaires dus à l'association du chancre mou et de la syphilis secondaire ou tertiaire. Ils ont des aspects souvent caractéristiques : chancres papuleux, ulcéreux tertiaire, phagédénique, et peuvent se compliquer de bubons chancrellisés à évolution traînante. Le traitement antisyphilitique a une action remarquable dans tous ces cas.

A l'étude histologique, le chancre mou banal présente, à côté de l'afflux de leucocytes polynucléaires et mononucléaires, des infiltrats discrets de plasmazellen et des lésions très accentuées d'endo-périvascularite. Ces lésions se retrouvent dans les divers chancres mixtes ; alors que plasmazellen et lésions vasculaires sont souvent considérés comme caractéristiques de la syphilis, leur présence n'aura ici aucune valeur diagnostique.

Tout chancre mou, aussi banal qu'il paraisse, doit être maintenu en surveillance pendant deux mois ; la recherche du bacille de Ducrey et l'auto-inoculation seront faites au début pour affirmer le diagnostic. Le tréponème sera recherché aussi souvent que possible. Des examens sérologiques seront faits, le premier dès que le malade se présente, d'autres chaque semaine entre le trentième et le soixantième jour, pour dépister le plus rapidement possible une syphilis concomitante toujours à craindre. Le traitement antisyphilitique abortif ne sera institué que si la méthode de confrontation met en présence d'un sujet portant à la fois des chancres mous et des accidents syphilitiques en évolution.

P. — Dr Francis Lumière. — **Applications générales et locales de l'insuline en chirurgie** (*Travail de la Clinique urologique de Necker*). (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1926.)

A l'heure actuelle, il est de toute nécessité d'instituer un traitement à l'insuline chez un malade diabétique auquel on doit faire subir une intervention chirurgicale quelconque. On doit toujours appliquer le traitement à l'insuline chez les malades diabétiques, quand ils présentent une complication qui résiste au traitement par simple régime. Cette indication peut être considérée comme d'autant plus formelle que, d'après l'expérience de Chabanier, Lebert et Lobo-Onell, qui porte sur plus de 120.000 piqûres, l'insuline, bien appliquée, est *complètement inoffensive*.

Il peut y avoir intérêt et jamais aucun inconvénient à essayer le traitement à l'insuline chez des individus ne présentant aucun symptôme diabétique, portant des plaies, ulcérations atones et sans tendance à la cicatrisation. Il est bien entendu que tout traitement d'insuline doit être appliqué en s'entourant de toutes les précautions nécessaires et en surveillant de près son malade.

Les livres qui viennent de paraître...

A la Librairie Le François,
91, boulevard Saint-Germain.

Dr I. Loiselet (M.I.C.), ancien professeur à la Faculté de Beyrouth, professeur à la Faculté libre de Lille. — **Vade-Mecum de parasitologie**. (In-16, 153 p.)

Chez Doin et Cie, 8, place de l'Odéon

H. Gaehlinger, de Châtel-Guyon et A. Bécart. — **La vaccination par voie buccale dans l'infection intestinale**. Préface de Victor Pauchet. (Un vol. 166 p. avec fig.)

Chez Norbert Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Vaquez et Lian. — **Appareil circulatoire (Introduction; cœur)**. Tome IV, fasc. 1 du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* publié sous la direction d'Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix. 2e édiiton, 1926. (Un vol. 725 p., 104 fig.)

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Une nouvelle thérapeutique de la tuberculose.

Des longues et patientes recherches du professeur Robin (1), de nombreuses analyses faites sous sa direction, il ressort manifestement que le poumon qui succombe à la tuberculose est affligé d'un bilan déficitaire en chaux et en silice.

Le poumon bacillaire a perdu, dit-il, 41 % de sa silice de constitution. Son élève, le docteur Marq (Thèse 1911), a donc pu écrire: « La localisation prédominante de la silice dans le tissu fibreux suffit à la faire considérer comme un élément indispensable à la constitution de ce tissu, et légitime pleinement les idées que l'on a émises sur son rôle dans la guérison de la tuberculose ».

Cette conclusion est tellement logique que le professeur Robin fut un des premiers à essayer les sels de silice dans le récalcification du poumon tuberculeux.

En Allemagne, les travaux se sont multipliés aussi bien au point de vue chimique qu'au point de vue thérapeutique sur la silice.

Les savants allemands, quand ils étudiaient la silice, fixèrent toujours leur choix sur la prèle car elle se trouve, dans ce végétal, dans un état moléculaire très spécial, soluble, jouant un rôle intense dans la reminéralisation du terrain appauvri du tuberculeux.

Cette plante, la prèle, semble créée pour le poumon comme la digitale pour le cœur.

En effet, que contient-elle ?

De la silice : 60 % dans ses cendres.

De la chaux : 13 %.

Joignez-y de la magnésie, de l'acide phosphorique, du manganèse, tous matériaux qui sont en déficience chez les tuberculeux.

De plus, si on associe à cette poudre de prèle préalablement stabilisée, des extraits sélectionnés de levure, cultivés sur des milieux riches en manganèse et venant activer les oxydations, faciliter la solubilité de la silice de la prèle, dans les liquides organiques, on obtient un produit qui s'impose au clinicien devant un cas de tuberculose ou de prétuberculose, qu'il s'agit de resilicifier.

La prélase, poudre de prèle stabilisée additionnée de levure manganique, est ainsi le traitement de chevet qui, à la dose de 4 à 6 comprimés par jour, donne une arme nouvelle contre la bacillose.

Les médecins qui désirent essayer cette thérapeutique recevront les échantillons qu'ils demanderont au Laboratoire de la Prélase, 71, rue Sainte-Anne, Paris, afin qu'ils puissent se faire une opinion personnelle qui ne peut que corroborer les travaux signés du professeur Robin, du Dr Marq, des Drs Marie, Lardier, Pissavy, Monceaux, Adrian, Bardet, que je cite de mémoire parmi les plus célèbres.

La communication du Dr Chevallier à la Société de thérapeutique (avril 1927) tend de la même façon à démontrer qu'en France nous avons trop peu usé de la médication, par la poudre de prèle activée par un ferment catalytique (Prélase); et cette méthode continuée avec persévérance doit rendre les plus grands services dans une affection si souvent décourageante et décevante.

(1) *Bulletin mensuel* de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose, février 1907 ; *Bulletin général thérapeutique*, janvier et février 1909.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicats médicaux, contrats collectifs, clause compromissoire.

Des Syndicats médicaux ont, au cours des dernières années, signé des contrats collectifs avec des entreprises diverses, désireuses d'assurer, dans certaines conditions, les soins médico-pharmaceutiques à leurs ressortissants.

Je citerai particulièrement les contrats liant le Syndicat des Deux-Sèvres à la Société de Secours Mutuels, La Philanthropique ; le Syndicat des médecins de l'Oise au Groupement des Industriels du Beauvaisis ; le Syndicat des médecins de la Seine à la Caisse de compensation de la région parisienne.

Le Syndicat de l'Oise et le Syndicat des Médecins de la Seine ont contracté exclusivement pour leurs propres membres. Le Syndicat des Deux-Sèvres a contracté pour ses membres, *avec facilité aux médecins non syndiqués d'adhérer au contrat s'ils en acceptent les clauses.*

Ces contrats contiennent une clause dite compromissoire. On entend par *clause compromissoire,* dans un contrat, la clause par laquelle les co-contractants s'engagent à soumettre à des arbitres, qui ne sont pas désignés encore, tous les conflits qui pourront s'élever à l'occasion de l'exécution du contrat.

Le Tribunal d'arbitrage ainsi institué est, selon les cas, multipartite, ou unipartite, et dans ce cas, une émanation du Syndicat médical, sinon le Syndicat lui-même.

De tels contrats sont-ils valables ? Telle est la question qui se pose au moment où l'on s'apprête à discuter, au Sénat, le projet de loi sur les assurances sociales, qui fait reposer l'organisation des soins médicaux sur des contrats collectifs passés entre Syndicats médicaux et Caisses d'assurances.

Les médecins ont-ils le droit de se constituer en syndicats pour la défense de leurs intérêts professionnels ?

Oui, puisque l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 édicte que « *les médecins..... jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du* 21 *mars* 1884... », et que la loi du 12 mars 1920 modifiant celle de 1884 édicte, dans son article 9, que « la présente loi est applicable *aux professions libérales.* »

Les Syndicats médicaux ont-ils le droit de passer des contrats collectifs ?

Oui, puisque l'article 5 de la loi du 12 mars 1920 édicte encore que « ils (les Syndicats) peuvent passer des contrats ou conventions avec tous autres Syndicats, sociétés ou entreprises. Tout contrat ou convention, visant les conditions collectives du travail, est *passé dans les conditions déterminées par la loi du* 25 *mars* 1919. »

Donc, les Syndicats médicaux sont qualifiés légalement pour passer des contrats ou conventions avec des tiers. Si ce sont des contrats collectifs du travail, la loi de 1919, qui constitue la codification des conditions du travail, doit être observée.

Le seul point qui peut prêter à discussion, c'est de déterminer si les contrats rappelés ci-dessus peuvent être considérés comme étant strictement des contrats collectifs de travail. Les avis sont partagés. Admettons donc que ces contrats sont bien des contrats de travail.

Des tiers, non syndiqués, peuvent-ils adhérer aux contrats collectifs passés par des Syndicats médicaux ?

Oui, encore, si l'adhésion a précédé leur conclusion, l'article 31 de la loi de 1919 stipulant que « sont considérés comme liés par la convention collective de travail : 1° les employés et les employeurs signataires de la dite convention, *ainsi que ceux qui leur ont donné individuellement, par écrit, mandat spécial pour traiter en leur nom.* »

Rien ne s'oppose d'ailleurs, dans la loi, à ce que l'adhésion individuelle soit donnée postérieurement à la signature du contrat.

Enfin, la clause compromissoire, insérée dans les contrats collectifs passés par des Syndicats médicaux, est-elle valable ?

Oui, puisque l'article 31 de la loi du 25 mars 1919, qui englobe maintenant la législation sur les Syndicats, édicte que : « *Sont valables les dispositions de la convention collective de travail par lesquelles les parties remettent à des arbitres, désignés ou à désigner dans les formes déterminées, le jugement de tout ou partie des litiges que peut faire naître l'exécution de cette convention* ».

On peut se demander si les arbitres désignés ou

à désigner dans un contrat collectif passé par un Syndicat médical peuvent être exclusivement désignés parmi les membres du Syndicat.

Sur ce dernier point, comme sur l'ensemble de la question dont je viens d'examiner les différents points successivement, nous avons demandé l'avis juridique de notre très distingué Conseil, Me Pierre NATTAN-LARRIER, avocat à la Cour d'Appel.

Voici la consultation qu'il a bien voulu nous remettre.

G. DUCHESNE.

LES CONTRATS COLLECTIFS DANS LES ASSURANCES SOCIALES

Le projet de loi sur les assurances sociales prévoit, dans son article 7, l'institution d'une commission tripartite, composée par tiers de représentants des caisses, des groupements professionnels et des représentants de l'Office des assurances sociales. Cette commission, « chargée de « régler les difficultés dans les différents services « ou entre eux et de prendre toutes les sanctions « nécessaires avec appel devant la section perma- « nente du Conseil supérieur des assurances so- « ciales », semble devoir statuer sur les infractions qui ne constitueraient pas des délits et sur les manquements aux règles déontologiques (1).

On a critiqué cette disposition, et il semble en effet nécessaire que ce soit un organisme composé en majeure partie, sinon en totalité, de médecins, qui soit chargé d'assurer l'application des règles déontologiques. Pourquoi ne pas renvoyer l'examen de ces questions aux conseils de famille des syndicats ?

Mais, s'il en était ainsi, on arriverait à faire juger les médecins non syndiqués par le Syndicat. Grand émoi de certains. Le médecin, non syndiqué, ne participe pas à la vie syndicale, il ne participe pas aux élections et par conséquent, les membres du bureau ou des commissions sont désignés en dehors de lui, il ne reconnaît pas leur autorité ; il peut d'ailleurs avoir, il a sans doute des idées individualistes très différentes de celles de ses confrères ; s'il est soumis à la discipline syndicale, il deviendrait syndiqué malgré lui, et, ce qui est plus grave, un syndiqué de seconde zone, que le syndicat pourrait brimer, du moins quelquefois. La discipline syndicale est une discipline consentie, elle ne peut être imposée. On a même été jusqu'à dire (2) que le contrat par lequel le médecin non syndiqué accepterait de se soumettre à la discipline du syndicat serait « un contrat *léonin* qui, au point de vue légal, est sans valeur ».

Cette affirmation doit être discutée.

Le mot de « léonin » paraît inexact ; il n'est juridiquement usité qu'en matière de société et de partage : on l'emploie pour désigner les sociétés où les avantages réservés à certains associés sont en disproportion avec leurs charges. Souvenir d'une fable d'Œsope, traduite en latin par Phèdre, que nous apprenions au collège autrefois. Sont nulles en matière de société s toutes clauses léonines, c'est-à-dire, toutes clauses tendant à priver un ou plusieurs associés de toute participation aux bénéfices (Dalloz, Répertoire pratique, v° Société, n° 101).

Il ne s'agit pas, en matière d'assurances sociales, de participation aux bénéfices, il faut donc supposer que lorsqu'il a été employé, le mot « léonin », dans la discussion, signifiait illégal et abusif.

Illégal. — Il est bien exact, en effet, que la clause remettant au jugement de tiers, non désignés, le jugement de difficultés qui ne sont pas encore nées, n'est pas obligatoire pour les parties qui l'ont acceptée. C'est ce qu'on appelle la clause compromissoire. La jurisprudence considère qu'elle est contraire aux dispositions de l'article 1100 du Code de procédure civile, dès lors qu'elle ne précise, ni les objets en litige, ni le nom des arbitres. Mais cette nulllité n'est pas absolue, « elle n'est pas d'ordre public, elle ne peut être pro- « noncée d'office et se couvre par le silence des « parties, par leur renonciation formelle ou par « l'exécution de compromis, ce qui a lieu lorsque « les parties désignent postérieurement les arbi- « tres. » (Dalloz, Dictionnaire de droit, arbitrage, p. 85).

Clause nulle en ce sens qu'elle ne s'impose pas à ceux qui l'ont signée : ils peuvent refuser de s'y conformer, ils peuvent, au contraire, la rendre valable, en ne la contestant pas.

D'ailleurs, la clause compromissoire est valable en matière d'assurances maritimes, elle est valable depuis une loi récente en matière commerciale, elle est valable depuis la loi du 25 mars 1919 lorsqu'il s'agit de contrat collectif de travail, et il semble même que les dispositions de la loi du 25 mars 1919 ayant été rendues applicables aux professions libérales par la loi du 12 mars 1920, les syndicats de médecins peuvent réclamer le bénéfice de l'art. 31 du code du travail, qui déclare « valables les dispositions de la « convention collective du travail par lesquelles « les parties remettront à des arbitres désignés « ou à désigner dans des formes déterminées le

(1) Voir l'article du docteur Paul BOUDIN, dans le *Concours* du 24 mars 1926, p. 791.

(2) Le docteur VERGER, semble-t-il, voir *Bulletin* de la Fédération de l'Union, janvier 1927, page 23.

« jugement de tout ou partie des litiges que fait « naître cette convention. »

Comme on le voit, les dispositions restrictives du code de procédure, qui visent la clause compromissoire, sont successivement effacées ou paralysées et on peut admettre que d'ici peu cet article disparaîtra de nos lois.

Puisqu'il s'agit de voter des dispositions nouvelles, d'instituer un régime spécial pour l'application des assurances, pourquoi ne pas confier aux conseils de famille des syndicats le soin de régler les litiges qui seraient soulevés ?

Où serait l'abus ?

Ici, nous devons écarter certains des arguments qui auraient été présentés.

Tout le projet actuellement en discussion s'appuie sur les syndicats médicaux. Ce sont ces syndicats qui doivent traiter avec les caisses, ce sont les syndicats qui doivent assurer l'exécution des contrats passés. Les médecins non syndiqués ne peuvent récuser l'autorité du syndicat. Au surplus, l'existence d'un syndicat réagit forcément en fait sur la situation des médecins non syndiqués. Dès lors que ce syndicat est suffisamment puissant et qu'il astreint ses membres à respecter certaines règles déontologiques, il touche à la situation des non syndiqués, à la fois par ce qu'il interdit à ses membres ou par ce qu'il leur permet. Les non syndiqués sont en dehors de lui ; même quand la réglementation édictée ne les lie pas directement, elle modifie leur situation dans la région, soit qu'ils se trouvent moins stricts, ou plus stricts que leurs confrères syndiqués.

Un groupement professionnel important et honorable tend nécessairement à dominer tous les rapports professionnels ; la règle qu'applique la grande majorité s'impose d'elle-même à tout le groupe.

Il paraît donc naturel que le syndicat contrôle l'application du contrat-caisse, même à l'égard des médecins non syndiqués. Mais il ne nous semble pas légitime qu'il juge les infractions commises, ni celles que commettront les médecins non syndiqués, ni celles que commettront les médecins syndiqués eux-mêmes.

Et ceci pour une raison juridique d'abord : parce que le syndicat est partie, c'est une raison pour qu'il ne soit pas juge. Il est directement intéressé dans le débat, il a passé le contrat, les médecins qui composent son conseil de famille sont eux aussi des médecins de l'assurance maladie (1).

Nous trouvons naturel qu'ils prononcent, le cas échéant, des sanctions disciplinaires, allant dans certains cas jusqu'à l'exclusion du syndicat. Des sanctions disciplinaires, c'est l'application des règles qui régissent le groupement syndicat. Quand il ne s'agit plus des règles du groupement syndical, mais des règles du contrat passé avec la Caisse, c'est autre chose. Lorsqu'il ne s'agit plus de règles de discipline, mais de manquements à des obligations précises qui aboutissent à des sanctions pécuniaires, c'est un litige qui dépasse la compétence du conseil de famille.

Que le Syndicat doive obligatoirement donner son avis, et que cet avis soit soumis à la juridiction de jugement, nous le croyons utile et même nécessaire ; nous croyons même qu'il devrait avoir le droit de se faire représenter à la Commission de jugement pour défendre officiellement l'avis qu'il a donné. Mais là, selon nous, doit se borner son rôle.

A moins que les parties en cause ne le chargent d'un arbitrage, il doit rester un organe de surveillance, de conciliation, même si l'on veut, un groupement d'experts. Mais il ne doit pas devenir un collège de juges.

Pour mieux faire comprendre notre position, comparons-le aux chambres de discipline des avoués qui doivent être obligatoirement consultées avant que des poursuites soient engagées contre un avoué : elles donnent des avis, elles ne jugent pas (1).

Le Conseil de l'Ordre des avocats, au contraire, est juge du premier degré. Il paraît ainsi plus puissant. Il l'est moins, car il ne peut soutenir sa décision devant la Cour, quand un appel est porté : il est dessaisi par l'appel, alors qu'il aurait besoin de défendre son opinion et de faire connaître ses motifs, de manière à montrer les raisons qui l'ont guidé.

---

(1) Un exemple fera mieux comprendre notre pensée. D'après l'expérience qu'on peut tirer de la pratique des assurances contre les accidents du travail, on peut supposer que des difficultés fréquentes seront soulevées à propos de la recherche des clientèles.

La loi en préparation doit consacrer le libre choix du médecin par le client et il est possible que certains médecins, pour étendre le nombre des malades qu'ils soignent, aient recours à des procédés peu délicats : annonces, réclames, promesses plus ou moins directes d'avantages. Il y aura lieu, dans tous ces cas, de prononcer des sanctions. Les médecins qui composent le Syndicat seront tous intéressés à la répression de ces manœuvres qui les atteignent directement et l'inobservation de la règle syndicale causera un préjudice pécuniaire à l'ensemble des médecins de la région.

D'autre part, on voit très clairement par cet exemple que la situation des médecins non syndiqués et libres se trouve protégée par les règles syndicales. Si les médecins syndiqués s'interdisent certains modes de recherche de clientèle, les médecins non syndiqués, qui violent ces mêmes règles, auraient le champ libre si une sanction n'intervenait pas contre eux.

(1) La Chambre des avoués peut, aux termes de l'arrêté du 13 frimaire, an IX, prononcer contre les avoués certaines peines disciplinaires : rappel à l'ordre, censure, avec ou sans réprimande, interdiction de l'entrée de la Chambre. Mais les peines graves atteignant l'officier ministériel dans l'exercice de ses fonctions (suspension, destitution) ne peuvent être prononcées que par les tribunaux.

Ainsi, croyons-nous, toutes les objections qui ont été faites tomberaient et les syndicats resteaient dans leur rôle vis-à-vis de tous, quels qu'ils soient : défendre les intérêts professionnels, assurer l'exécution des contrats passés, donner des avis éclairés et, autant que possible, les faire prévaloir.

P. NATTAN-LARRIER,
Avocat à la Cour d'Appel.

ÉTUDE SUR LA CRISE DU SYNDICALISME

I

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE
25, rue Louis-le-Grand, 25
le 24 avril 1927.

A Monsieur le Rédacteur en Chef du *Concours Médical.*

Monsieur le Rédacteur en Chef,

C'est avec un pénible étonnement que je viens de lire, dans le *Concours*, un long article du Dr Gassot — le fils, pas le père — contre les actes du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, dont j'ai le grand honneur d'être le Président.

Et cela, à propos d'une histoire de Dr V..., qui, à l'Assemblée générale de décembre dernier, aurait posé, puis retiré sa candidature au Conseil. Tout d'abord, en quoi cette candidature concerne-t-elle les *actes du Conseil de l'Union,* alors que celui-ci n'existe plus virtuellement lors de l'Assemblée, n'ayant plus à se réunir avant la nomination d'un nouveau Conseil, qui va se faire sur-le-champ ? Quant au bureau en exercice, vous savez, par vous-même, que la tenue d'une Assemblée générale, avec le programme à remplir, ne lui donne guère le loisir de s'occuper de savoir si X ou Y est candidat. A l'heure actuelle, j'ignorerais même de quel confrère il s'agit si, dans l'article même, on ne le désignait comme le délégué du Syndicat d'Orléans. Je n'ai donc pas eu de peine à deviner qu'il s'agissait de l'excellent confrère Vacher, que nous aurions tous vu avec grand plaisir, je vous le certifie, devenir membre du Conseil de l'Union.

Avant de vous écrire, je viens de faire une enquête à ce sujet. En voici le résultat.

Ainsi que chaque année, fut remise aux délégués la *liste officielle des candidats,* liste imprimée par les soins du secrétariat et contenant les noms de tous ceux qui ont annoncé officiellement leur candidature. Cette liste, faite par ordre alphabétique, contient, outre le nom du candidat, celui de son propre syndicat, ainsi que de ceux des syndicats qui le proposent aux suffrages de l'Assemblée.

Or, durant le vote qui eut lieu à part, alors que la séance continuait, on vint me prévenir qu'il y avait un incident : certains confrères étaient portés, par erreur, comme se désistant ; d'autres, au contraire, étaient inscrits comme candidats alors qu'ils se désistaient (et chose curieuse, la sténo montre que le Dr Vacher ne figurait pas dans cette histoire tout d'abord). Qu'ai-je donc fait ? J'ai poussé la correction et le désir de loyauté absolue jusqu'à ne pas hésiter, pour qu'il n'y ait aucun malentendu, *à interrompre la séance et à faire recommencer le vote.*

Voici d'ailleurs le *compte rendu sténographique de cet incident.*

SÉANCE DU SAMEDI 4 DÉCEMBRE, MATIN.

La séance est ouverte à 9 h. 30 sous la présidence du Dr DECOURT, président.

Les Drs BATIER et MATHIEU sont désignés comme scrutateurs.

. . . .

M. LE PRÉSIDENT. — Je m'excuse d'interrompre Clavelier. Il y a un petit incident à propos des élections ; il faut le règler immédiatement.

Elections.

Nous avons établi une liste des candidats, et il paraît que certains confrères qui avaient été indiqués comme se désistant ne se sont pas désistés. Il faut donc recommencer le vote.

Je vais donner lecture de la liste complète des candidats ; si quelqu'un veut se désister, il en fera lui-même la déclaration.

(M. le Président donne lecture de la liste complète des candidats.)

Dr MAFFRE. — J'avais consenti à laisser poser ma candidature, mais à la condition qu'il n'y aurait pas une multiplicité de candidatures émanant du Groupement des Deux-Sèvres-Poitou. Mais, en présence de la candidature du Dr Petit, ce qui fait trois candidats pour ce Groupement, je suis prêt à retirer la mienne.

Dr MERLE. — Je propose que nos confrères s'arrangent entre eux pour désigner seulement deux candidats.

UN DÉLÉGUÉ. — On me dit qu'il y a des médecins appartenant à des Syndicats dissidents qui sont candidats au Conseil de l'Union. C'est le cas du Dr Jolicœur. Nous n'avons aucune raison de le maintenir sur notre liste.

M. LE PRÉSIDENT. — Voici la situation : Au 1er

décembre, le Dr Jolicœur fait partie de l'Union. Nous n'avons donc pas le droit de nous opposer à ce qu'il soit candidat.

Dr Humbel. — Le Dr Jolicœur appartient au Syndicat de Reims qui a démissionné de l'Union. Mais le Dr Jolicœur est resté fidèle à l'Union ; il a fait tout ce qu'il a pu pour empêcher la démission de son Syndicat. Il faut que nous fassions une manifestation de sympathie en votant pour lui.

Il appartient à l'Union jusqu'à fin décembre. D'autre part, il pourra adhérer au Syndicat voisin, attaché à l'Union, celui d'Epernay.

Dr Lefèvre. — Si vous aviez entendu la lecture de la lettre du Dr Jolicœur, vous diriez : « il faut qu'il reste au Conseil ».

Plusieurs délégués. — Il faut la lire.

M. le Président. — Ce débat ne peut pas continuer. Je devais signaler l'incident pour mettre fin à un malentendu ; mais les questions de candidature ne se débattent pas en séance.

Dr Maffre. — Je vous demande de reporter vos voix sur le Dr Petit. Je retire ma candidature.

M. le Président. — Je propose une suspension de séance pour que les Délégués puissent se mettre d'accord.

(Adopté.)

La séance est suspendue.

La séance est reprise.

M. le Président. — Le vote va être recommencé.

....

***

Voici donc un premier point acquis. Je n'insiste pas sur la différence que présente la réalité des faits avec les *accusations* lancées par le Dr Gassot fils.

Voyons maintenant ce qui s'est passé *en dehors* de l'Assemblée elle-même. Là aussi, bien qu'il ne s'agisse plus de questions officielles, j'ai tenu à faire la lumière. Et cela me fut d'autant plus facile que j'ai reçu une lettre de protestation contre ce même article, de l'ancien vice-président Lefèvre (alors sortant et non rééligible) qui nous apporte ici son témoignage irréfutable.

C'est lui, en effet, que vint trouver le Dr Vacher pour lui demander (m'écrit Lefèvre) : « de *supprimer son nom* de la liste des candidats, si le nombre en était plus grand que celui des membres à élire. J'ai cherché à l'en dissuader, en lui disant que les délégués pouvaient rayer les noms qu'ils voudraient et que la liste des candidats n'était pas limitée. »

Personnellement, je crois comprendre le geste — naturel — du confrère Vacher; je me rappelle que sur 26 membres à élire, il y avait 28 ou 29 candidats — pas davantage. Je suppose donc que Vacher voulait, en l'occurrence, éviter un ballottage et un deuxième vote, pour un ou deux noms... Quoi qu'il en soit, à un moment, sur réclamations de ceux qui soutenaient sa candidature (et tout cela, ne l'oublions pas, pendant la suspension de séance), Lefèvre déclare, dans sa lettre, qu'il a dit *textuellement* : « Il me semble que le Dr Vacher n'a pas besoin de conseils et qu'il est assez sage pour savoir ce qu'il veut. » Et c'est à la suite de ces paroles que Vacher aurait déclaré définitivement qu'il n'était pas candidat... « Voilà la vérité ! » conclut Lefèvre. On voit que sur ce deuxième point encore, il y a loin, bien loin, de cette vérité, aux accusations du Dr Gassot fils.

Et ceci m'incite a demander au confrère Vacher, lui-meme, son témoignage sur tous les faits relatés dans ma lettre.

***

Je vous prie de m'excuser de vous demander la publication dans le *Concours* d'une lettre aussi longue.

Sans doute, parmi le fiel généreusement épandu en sept colonnes, il y avait quelques gouttes d'un miel que nous pouvons être quelques-uns à penser avoir été placé là, courtoisement, à notre intention. Peut-être est-ce ce qui vous a incité à accepter — quand même — cette attaque, malgré les décisions de *neutralité* si justement et si sagement prises par le *Concours* depuis la scission ?

Je vous prie, Monsieur le Rédacteur en chef, de croire à ma constante affection.

Dr Fernand Decourt.
Président de l'Union.

II

SYNDICAT MÉDICAL DE LA CHARENTE

—

Montbron, le 27 avril 1927.

Mon Cher Confrère,

Je lis dans le *Concours médical* du 17 avril 1927, sous le titre *Etudes sur la crise du syndicalisme*, un article signé du Dr L. Gassot, dans lequel un incident de l'Assemblée générale, en décembre 1926, n'est pas présenté dans sa réalité.

Voulez-vous permettre à un autre « *médecin de campagne, ni plus ni moins* », sans avoir été mis en cause, d'apporter à la vérité un témoignage précis d'auditeur et d'acteur ?

A l'une des réunions du samedi 4 décembre, *hors séance*, un des délégués, dont le nom n'est pas présent à ma mémoire, prit l'initiative d'une proposition tendant à arrêter la liste des candi-

dats au Conseil, qui comprenait deux noms en surnombre. Le président, Dr Decourt, ne manqua pas de faire observer que le Conseil en exercice restait tout à fait étranger à ces pourparlers, qu'il n'avait pas à les connaître.

Proposé par le Syndicat de la Charente et plusieurs autres, je pris à ce moment la parole pour déclarer que, de mon plein gré et après accord avec les autres délégués des Syndicats du groupement Charentes-Poitou, ma candidature était retirée, pour faire place à celle du Dr Petit, de Niort. De son côté le Dr V. (tous les délégués à l'Assemblée auront reconnu le sympathique Dr Vacher, d'Orléans) déclara nettement qu'il n'était plus candidat, que son nom devait disparaître de la liste. En réponse aux instances qui lui étaient adressées de divers côtés, il s'avança une seconde fois et maintint sa décision.

Et voilà comment le confrère Vacher et moi fûmes victimes des manœuvres ténébreuses du Conseil de l'Union, exécutées dans le but d'éliminer deux conseillers nouveaux, en réservant les sièges à deux anciens, nourris dans le sérail!

En réalité ces deux anciens ne sont que des bleus : Drs Petit, de Niort, et Giss, de Thionville. Vos lecteurs jugeront si ce petit fait valait une charge à fond de train contre l'Union et six colonnes du *Concours*.

Le confrère L. Gassot a assurément le droit de témoigner toutes ses « sympathies aux séparatistes ». Toutes les opinions sont respectables. Mais vrai ! il exagère en y joignant celles des médecins de province. De qui en a-t-il reçu mandat ? En ce qui me concerne, il ne me convient nullement d'être ainsi représenté, malgré moi.

Veuillez agréer, M. le Rédacteur et cher Confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs, les plus dévoués d'un vieil abonné du *Concours médical.*

Dr Maffre.
Président du Syndicat.

III

A M. le Dr Decourt, Président de l'Union des Syndicats,

Mon cher Confrère,

Caillaud me communique à l'instant l'article de Louis Gassot, dans le *Concours médical* du dimanche 17 avril. Je suis absolument étranger à cet article. Je ne suis pas abonné au *Concours*, c'est ce qui explique que je ne l'aie connu qu'aujourd'hui.

Si Gassot m'avait annoncé son intention de l'écrire, j'aurais fait tous mes efforts pour l'empêcher.

Ce n'est pas au moment où nous espérons tous que l'union de tous les Syndicats peut se refaire qu'un article pareil doit être écrit.

Je n'ai jamais recherché la publicité ni les éloges, moins maintenant que jamais, puisque je suis tout à fait à la fin de ma carrière et que le mois prochain, il y aura 50 ans que j'ai passé ma thèse.

Je vais écrire à Gassot ce soir même, pour lui dire combien je regrette ce qu'il a écrit à mon sujet et surtout qu'il ait fait un article de tendance tout à fait contraire à ce que je pense.

J'espère que nous aurons le plaisir de vous avoir à notre réunion de la Fédération du Loiret le dimanche 1er mai, et que cette question sera tirée au clair. Car ce qui s'est passé à l'Union générale est tout à fait facile à expliquer par une simple erreur du dactylo qui a rédigé la liste des candidats.

On vous soumettra le compte rendu sténographié de la réunion de notre Syndicat, où j'ai rendu compte de mon mandat et vous verrez que Gassot ne pouvait y trouver aucune raison d'écrire ce qu'il a écrit, dans une intention que je ne veux pas apprécier.

En attendant le plaisir de vous voir, mon cher Confrère, je vous serre bien cordialement la main.

Dr Louis Vacher.

IV

Les protestations et rectifications que nous a values l'article du Dr Louis Gassot nous amènent une fois encore à rappeler à nos lecteurs et amis que nous laissons toute la responsabilité de leurs opinions aux confrères qui publient des articles dans le *Concours médical,* et que cette publication ne comporte nullement une adhésion implicite à ces opinions.

Le Conseil de direction.

UN SYNDICAT MÉDICAL EST-IL LIBRE DE REPOUSSER UNE CANDIDATURE ?

Dans la consultation médico-juridique que nous avons donnée précédemment (*Concours médical*, 1926-3023), nous avions exposé le conflit, qui s'était élevé, en Alsace, à propos de la candidature d'un médecin.

Parce que groupant les médecins, exerçant à Mulhouse, aux marches de l'Est, le Syndicat des médecins de Mulhouse et des environs avait introduit dans ses statuts un article 7 portant que le groupe reconnaissait comme base et exigeait comme condition un patriotisme français absolu.

Un médecin local, devenu citoyen français après la guerre, avait vu sa demande d'admission être repoussée par le syndicat, parce que son patriotisme, pour sa nouvelle patrie, était sujet à caution, étant donné que, pendant les hostilités, il avait contracté un engagement volontaire dans les armées allemandes.

D'ailleurs, depuis la cessation des hostilités, ce médecin avait continué à manifester des sentiments assez tièdes à l'égard de la France. Il fut tout récemment considéré comme un des chefs du Heimatbund et de l'autonomisme alsacien, au cours du fameux procès qui vient d'avoir son épilogue devant la Cour d'assises de Colmar.

Ne pouvant pas être admis comme membre du Syndicat médical de Mulhouse et des environs, ce praticien ne pouvait pas prendre part au service médical des caisses locales d'assurances sociales, qui ne comprend que des médecins syndiqués.

Il assigna donc le syndicat de Mulhouse devant le tribunal civil de cette ville.

Par jugement en date du 6 novembre 1922, ce tribunal donna raison au syndicat, estimant qu'un syndicat, qui, d'après ses statuts, a pour but de sauvegarder les intérêts professionnels tant scientifiques que moraux de ses membres, a le droit d'examiner individuellement, à tous égards, chaque candidat, qui se présente et de refuser l'admission de certains d'entre eux, sans devoir de compte à personne, quant aux raisons ayant dicté ce refus.

Le jugement ajoute que, lorsqu'un syndicat obtient par ses diligences des avantages pour ses membres, rien ne saurait l'obliger à en faire bénéfier, en tout ou partie, des étrangers à son groupement.

En particulier, si un syndicat a su exercer, par le grand nombre de ses membres, par son énergie, ou par son adresse à négocier des contrats collectifs, une influence telle sur des collectivités, qu'il a obtenu de celles-ci un privilège pour ses membres, ce serait un véritable contre sens que d'exiger qu'il fasse admettre des étrangers au même rang.

En appel, la cour de Colmar réforma le jugement, par arrêt du 15 juillet 1924, estimant qu'une association professionnelle ne peut, sans transformer en abus l'exercice normal de son droit, limité par le devoir de ne pas nuire à autrui, s'occuper de questions étrangères à l'étude et à la protection de ses intérêts professionnels, ni, en se créant un monopole de fait, supprimer ou diminuer, pour un non associé, qu'elle a refusé, les avantages matériels ou honorifiques qu'elle s'était réservés par ce monopole.

La Cour d'appel estimait donc que la décision prise par le syndicat de Mulhouse constituait une atteinte à la liberté de travail.

La Cour de cassation n'a pas été de cet avis et , par l'arrêt suivant, casse la décision de Colmar.

Alsace et Lorraine. — Législation civile allemande. — Responsabilité civile (C. Civ. All. 823 et 826). — Actes non contraires au droit et aux bonnes mœurs — Association de médecins — Statuts. — Clause soumettant l'adhésion à des sentiments français. — Caractère licite. — Préjudice causé à un médecin français ne remplissant pas ces conditions. — Action en dommages-intérêts. — Non-recevabilité.

COUR DE CASSATION (Ch. civile).

14 mars 1927.

Gaz. Pal., 30 *mars* 1927.

Il résulte des art. 823 *et* 826 *C. civ. all. que les actes dommageables donnent lieu à réparation civile s'ils sont contraires au droit, ou bien s'ils ont été commis dans des conditions de déloyauté portant atteinte aux bonnes mœurs.*

Il appartient à une association (dans l'espèce une association de médecins) constituée suivant les règles édictées par les art. 21 *et suiv. C. civ. all. de soumettre l'admission de ses membres à certaines conditions ; elle ne commet aucun acte illicite et ne fait qu'user de son droit en exigeant d'eux par ses statuts une adhésion explicite et sincère aux institutions nationales rétablies par le traité de Versailles, et par suite un médecin qui se prétend lésé dans ses intérêts professionnels par l'insertion, dans les*

statuts de l'association, d'une pareille clause susceptible d'emporter son refus d'admission en raison des sentiments antifrançais qu'il a manifestés au cours de la guerre, n'est pas fondé à demander à cette association la réparation civile prévue par les art. 823 *et* 826 *précités.*

Syndicat médical de Mulhouse et des environs c. docteur Ricklin.

L'association de médecins dite « Syndicat médical de Mulhouse et des environs » s'est pourvue en cassation d'un arrêt de la Cour de Colmar rendu le 15 juillet 1924 au profit du docteur Ricklin.

Moyen unique du pourvoi : « Violation des principes admis en matière de responsabilité civile, des art. 823 et 826, 21 et suiv., 55 et suiv., 58 C. civil all., 1382 C. civ. fr., de la loi allemande du 19 avril 1908 sur les associations, violation par fausse application de la loi allemande du 26 juillet 1900 sur les corporations, des art. 313 et 551 C. pr. civ. all., du principe écrit dans l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810 pour défaut de motifs et manque de base légale, en ce que l'arrêt attaqué a jugé fautive et préjudiciable l'attitude d'une association de médecins ayant pour objet les intérêts professionnels, tant scientifiques que moraux de ses membres, en tant que cette association a refusé un candidat pour des raisons d'ordre national, alors que cette décision n'a causé au candidat aucun préjudice illégal et qu'elle n'est pas illicite ni contraire aux bonnes mœurs. »

Arrêt (ap. délib. en ch. du conseil) :

La cour,

Vu les art. 823 et 826 C. civ. all., lesquels sont ainsi conçus : « Art. 823 : celui qui à dessein ou par négligence a illégalement porté atteinte à l'intégrité corporelle, à la vie, à la santé, à la liberté ou à tout autre droit d'autrui, est tenu envers la personne lésée à la réparation du préjudice causé. La même obligation incombe à celui qui contrevient à une loi qui a pour but la protection d'autrui. Si, d'après la teneur de cette loi, on peut y contrevenir, même sans qu'il soit besoin d'une faute, la responsabilité civile n'existe pourtant que si une faute se commet ». — Art. 826 : « Celui qui, à dessein, nuit à autrui par des agissements contraires aux bonnes mœurs est tenu de réparer le dommage » ;

Attendu qu'il résulte de ces textes que les actes dommageables donnent lieu à réparation civile s'ils sont contraires au droit, ou bien s'ils ont été commis dans des conditions de déloyauté portant atteinte aux bonnes mœurs ;

Attendu que Ricklin, docteur-médecin, a demandé son admission dans l'Association médicale du Haut-Rhin, mais que des objections ont été soulevées par de nombreux adhérents à raison de son rôle politique en Alsace-Lorraine et de son attitude pendant la guerre, à laquelle il aurait pris part comme engagé volontaire dans l'armée allemande ;

Attendu qu'au cours de ces incidents, l'Association médicale du Haut-Rhin a été dissoute et remplacée par une autre société dite « Syndicat de Mulhouse et environs » qui a introduit dans ses statuts un art. 7 portant « qu'en raison de la situation de Mulhouse aux marches de l'Est, le syndicat reconnaissait comme base et exigeait comme condition un patriotisme français absolu ; qu'en étaient donc exclus les médecins français dont l'attitude pendant la guerre avait été orientée dans un sens antinational » ;

Attendu que Ricklin a soutenu que cette mesure constituait à son détriment un fait dommageable entravant l'exercice de sa profession et notamment lui faisant perdre la clientèle des associations dites « Caisses de malades », lesquelles réserveraient aux médecins associés le soin exclusif de traiter leurs adhérents ; qu'il a, en conséquence, assigné le Syndicat de Mulhouse en dommages-intérêts ;

Attendu que le Tribunal de Mulhouse a rejeté sa demande, mais que la Cour d'appel de Colmar a infirmé cette décision par le motif que l'introduction de l'art. 7 dans les statuts était un acte illicite, commis dans l'intention de nuire à Ricklin et donnant lieu, par conséquent, à une réparation civile ;

Mais attendu qu'il n'est pas contesté que la société dite « Syndicat de Mulhouse et environs », constitue une association formée d'après les règles édictées par les art. 21 et suiv. C. civ. allemand et qu'elle a acquis la personnalité civile par son inscription au registre des associations du tribunal de bailliage ;

Attendu qu'il lui appartenait de soumettre l'admission de ses membres à certaines conditions ; qu'en exigeant d'eux une adhésion explicite et sincère aux institutions nationales rétablies par le traité de Versailles, elle n'a commis aucun acte illicite et n'a fait qu'user de son droit ; qu'en conséquence la demande de Ricklin tendant à obtenir la réparation civile prévue par l'art. 823 n'est pas recevable ;

Attendu, d'autre part, en ce qui concerne l'art. 826, que l'introduction dans les statuts de la nouvelle clause, expression légitime des sentiments patriotiques de l'Association, ne saurait être considérée comme un acte répréhensible et contraire aux bonnes mœurs ;

Par ces motifs,

Casse...

Note. — Les art. 823 et 826 C. civ. allemand, qui étaient applicables à l'espèce, en raison de la date à laquelle s'étaient passés les faits incriminés, n'ont fait que suivre, sous une rédaction différente et quelque peu amphigourique, présentant un contraste frappant avec le texte si clair dans sa concision de l'art. 1382 C. civ. français, le principe, résultant de cette disposition légale, qu'il ne peut y avoir de responsabilité sans une faute constitutive d'un acte illégal ou contraire aux bonnes mœurs. Ainsi, pas plus en droit allemand qu'en droit français, il ne saurait exister de responsabilité pour celui qui se borne à

faire usage de son droit, eût-il causé quelque dommage à un tiers ; *qui suo jure utitur neminem lædit,* disait déjà le droit romain. Cette règle ne souffre exception que si l'usage du droit est abusif.

Dans l'espèce, les statuts d'une association de médecins constituée sous le régime des art. 21 et suiv. C. civ. all. avaient subordonné l'admission des adhérents à la condition qu'ils fussent « d'un patriotisme français absolu ». Un médecin réintégré dans la qualité de Français par le traité de Versailles, — qualité dont n'avaient pu l'exclure les sentiments progermaniques qu'il avait manifestés avant la guerre et pendant sa durée, — se prétendant atteint dans ses intérêts matériels par l'exclusion virtuelle que comportait, pour lui, l'insertion de cette clause dans les statuts de l'association, avait actionné l'association en dommages-intérêts pour la réparation du préjudice à lui causé. La question se posait de savoir si, alors même que cette clause eût été introduite dans les statuts en vue d'écarter l'adhésion du demandeur, il y avait eu de la part de cette association un acte illicite, contraire aux art. 823 et 826 C. civ. allemand. — La Cour de cassation ne l'a pas pensé ; pour en décider ainsi, elle argumente de ce que, dans le droit allemand, les associations peuvent soumettre l'admission de leurs membres à des conditions qui s'imposent dès lors qu'elles sont licites, et la Cour suprême n'a pas cru pouvoir reconnaître un caractère illicite à la clause en question, bien qu'elle n'eût pas un rapport direct avec l'intérêt strict de la profession médicale, ni par suite un acte illicite pouvant donner lieu à l'application des art. 31, 823 et 826 C. civ. all. dans le fait par l'association d'avoir inséré cette clause dans ses statuts.

Il résulte, en effet, de l'art. 38 C. civ. all. que les statuts des associations inscrites « doivent contenir des dispositions sur l'entrée et la sortie des membres » sans d'ailleurs aucune limitation des conditions qui peuvent être posées pour cette entrée ou cette sortie. Là encore, le droit allemand ne diffère pas du droit français, où ce point est constant aussi bien pour les associations que pour les syndicats professionnels (V. Cass. 27 octobre 1924, *Gaz. Pal.* 1924. 2.747 et la note). En droit allemand, la question eût été plus délicate, s'il se fût agi d'un syndicat, car d'après l'art. 83 de la loi du 26 juillet 1900 qui les régit, les statuts de la corporation « ne peuvent contenir aucune disposition qui ne se rattache aux buts de la corporation », ce qui a été interprété par la jurisprudence allemande en ce sens, que les statuts des corporations ne peuvent valablement fixer pour l'admission de leurs membres d'autres conditions que des conditions purement et strictement professionnelles, et partant qu'une corporation ne peut fermer ses portes à un homme de métier sous prétexte de divergence d'opinion. — Peut-être, est-ce pour cette raison que, dans notre arrêt, la Cour de cassation a insisté sur le caractère d'association de la corporation en cause, qui avait pris l'appellation erronée de « syndicat ».

Commentaires.

Rappelons un arrêt de Cassation, chambre civile, du 27 octobre 1924 : si les Syndicats professionnels autorisés par la loi du 21 mars 1884 ne peuvent déroger aux prescriptions de cette loi, pour l'admission de leurs membres, ils sont libres de subordonner cette admission à la condition d'un consentement préalable.

La décision, prise au sujet d'une candidature, dans la limite des statuts, peut ne pas être motivée et n'est susceptible d'aucun recours en justice.

Une note de Dalloz ajoute : les statuts des syndicats professionnels fixent librement, conformément au droit commun, les conditions auxquelles est subordonnée l'admission des membres. Ces conditions doivent seulement respecter les prescriptions de la loi du 21 mars 1884, notamment ne pas autoriser l'admission de personnes, qui n'exerceraient pas la profession.

Mais l'admission n'est pas obligatoire , par cela seul que la profession est bien celle exigée par la loi.

Ajoutons, pour être complet, que la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace avait demandé à Me Degand, avocat, chargé de cours à la Faculté de droit de Strasbourg, une consultation sur les bases légales des Syndicats médicaux alsaciens.

Cette consultation très documentée, publiée dans le *Médecin d'Alsace et de Lorraine* du 1er janvier 1927, précise les avantages et les inconvénients, pour les groupes corporatifs alsaciens et lorrains, du régime des associations d'après le code civil local ou du régime de la loi française sur les syndicats.

Notons, en passant, que ce juriste distingué estime que la législation française sur les syndicats est autrement avantageuse pour les groupes médicaux que la législation sur les associations.

La conclusion de tout ceci est la suivante : un syndicat médical est libre d'inscrire, dans ses statuts, telle clause qu'il convient à des membres d'y inscrire, concernant l'admission des candididats.

Mais il ne faudrait pas que les clauses de non admission ne soient prises que dans le but de nuire à un candidat pour empêcher celui-ci d'être admis.

La question est de grande importance, à l'heure où les syndicats médicaux sont conduits, par la force des événements sociaux, à conclure des accords et contrats collectifs de travail avec des collectivités publiques ou privées.

Dans certaines régions, le libéralisme du groupe professionnel étend aux médecins non syndiqués le bénéfice des clauses du contrat collectif, à la condition d'adhérer aux conditions dudit contrat.

Ailleurs, les médecins syndiqués peuvent donner aux co-contractants, l'assurance que les praticiens adhérents au groupe sauront respecter les règles de la déontologie, soumis qu'ils sont à la juridiction du conseil de famille.

Aussi, ces syndicats n'entendent-ils contracter que pour leurs seuls membres, désirant ainsi réserver aux syndiqués seuls les bénéfices et avantages que le groupe a su obtenir pour ses adhérents.

Cette opinion est fort défendable, d'abord au point de vue de l'assainissement de la profession, puisque les médecins syndiqués ne sauraient ni ne pourraient user des procédés employés par les médecins marrons ; en second lieu, parce qu'il est juste que ceux qui cotisent au syndicat se dérangent, pour assister aux assemblées et réunions, travaillent et établissent des rapports et études professionnelles, puissent tirer bénéfice du groupe, en excluant du partage de ces avantages tous ceux qui restent chez eux, lorsque les autres sacrifient leur temps, leur argent et quelque peu de leur clientèle au profit de la corporation.

Attendons la décision de la Cour d'appel, devant laquelle est renvoyé le procès de Mulhouse, car, si cette Cour n'adopte pas la manière de voir de la Cour de Cassation, celle-ci devra rendre un arrêt, toutes chambres réunies, qui, définitivement, fixera la jurisprudence sur ce point.

Dr Paul Boudin.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

LA RADIOLOGIE AUX MÉDECINS

Rapport présenté au Syndicat des médecins électro-radiologistes à sa séance du 8 mars 1927
Par MM. A. Béclère, P. Aubourg et M. A. Laquerrière, rapporteur.

La question que vous nous avez chargés d'étudier est bien ancienne, puisque le *Congrès des rayons Rœntgen*, tenu à Berlin, du 30 avril au 3 mai 1905, avait déjà voté à l'unanimité que « l'emploi des rayons Röntgen chez l'homme est uniquement du ressort médical » et puisque l'*Académie de médecine*, en 1906, à la suite d'un rapport de M. le prof. Chauffard avait, à l'unanimité, dans sa séance du 16 janvier, adopté les conclusions suivantes : « Considérant « que l'emploi médical des rayons Röntgen peut « déterminer des accidents graves ; que certaines « pratiques peuvent créer un danger social.

« Que seuls les docteurs en médecine, officiers de « santé ou dentistes diplômés (en ce qui concerne la « pratique odontologique) sont capables d'inter- « préter les résultats obtenus au point de vue du « diagnostic et du traitement des maladies. »

« L'Académie est d'avis que :

« L'application médicale des rayons Röntgen, « par des personnes non pourvues des diplômes ci- « dessus, constitue un acte d'exercice illégal de la « médecine. »

Nous ne pensons pas qu'il soit utile de revenir aujourd'hui sur le chapitre de la radiothérapie : il ne paraît pas que des empiriques soient disposés à se livrer aux traitements par les rayons X plus qu'à une opération chirurgicale et l'opinion publique serait unanime pour trouver qu'un individu non diplômé qui manierait un agent si puissant, mais si dangereux, commet un délit.

Mais il est certainement nécessaire, pour des raisons exposées plus loin, de montrer une fois de plus que le radiodiagnostic doit être réservé aux médecins.

Le diagnostic médical est basé sur l'emploi de recherches diverses qui sont de deux espèces :

1° Les unes portent sur un produit séparé de l'organisme : urines, crachats, sang, etc... Elles ne mettent pas le malade en rapport avec l'opérateur ; elles donnent un résultat qui ne prête ni à discussion, ni à interprétation en lui-même, il y a ou il n'y a pas de sucre, il y a ou il n'y a pas de bacilles de Koch. C'est au médecin auquel est transmis ce résultat brutal de voir comment ce signe nouveau vient s'encadrer dans le tableau clinique qu'il a construit, mais il n'y a aucun inconvénient à ce qu'un pharmacien, un chimiste, ou toute autre personne, compétente pour la recherche prescrite, l'exécute sans être docteur en médecine.

Encore ferons-nous remarquer qu'en ville le nombre de cabinets de recherches biologiques, dirigés par des médecins, va croissant, et que l'Assistance publique de Paris développe sans cesse les laboratoires du même genre qui sont confiés à desmédecins (création du corps de chefs de laboratoire des hôpitaux).

2° D'autres investigations portent sur le sujet lui-même, qu'il s'agisse de l'auscultation, de la percussion, de l'examen du larynx au laryngoscope, de la recherche de réactions des muscles et des nerfs par le courant électrique, c'est le médecin et le médecin seul qui doit opérer. Il en est de même pour l'examen par les rayons X.

Il y a, à cela, d'abord des raisons d'ordre général sur lesquelles nous passerons rapidement ; outre que le médecin est lié par le secret professionnel et qu'un radiographe non médecin ne l'est pas, outre qu'il

peut être préférable, au point de vue des convenances, qu'une femme ne se dénude pas devant un opérateur quelconque, le malade ou le blessé peut porter un pansement qu'il est besoin de retirer ce qui ne doit être fait que par des mains expérimentées ; il peut présenter des lésions (fracture, par exemple) qui ne doivent être manipulées, pour réaliser les positions nécessaires à l'examen, que par un opérateur sachant les précautions nécessaires.

De plus la technique de l'examen radiologique s'est depuis un certain nombre d'années singulièrement compliquée. On insuffle les organes normaux par voie naturelle ; on fait absorber au malade, par voie buccale ou rectale, des substances diverses, on injecte des substances opaques dans divers canaux ou cavités : urètre, vessie, uretère, utérus, fistule, etc. On fait par ponction pénétrer des gaz dans le péritoine, dans la périphérie du rein ; pour certain examen, on injecte certaines substances directement dans les veines. Bref, la pratique du radiodiagnostic nécessite en mainte circonstance de véritables actes médicaux et chirurgicaux.

On peut signaler aussi que durant l'examen il se produira fatalement un échange de paroles : il est à craindre qu'un opérateur non médecin, qui ne sait pas comment il faut parler à un malade, laisse échapper des appréciations qui, par exemple, affoleraient un psychopathe.

***

Mais toutes ces raisons sont dominées et de beaucoup par une autre qui appartient à l'essence même de l'examen radiologique.Cet examen est un examen clinique, il n'est pas dans l'immense majorité des cas la constatation de l'existence ou de la non-existence d'un fait brutal, il rentre comme tout examen clinique dans l'interprétation de ce qui est observé, et dans l'association raisonnée des conclusions qu'on en peut tirer avec les renseignements fournis par les autres examens cliniques.

En soi, une image radiologique, qu'elle soit fournie par scopie ou par graphie, n'a pas une valeur absolue. Il est nécessaire de savoir, quand on la fait, ce qu'on recherche, car la technique pour une même région peut être très différente suivant le renseignement demandé.

C'est même pour cela qu'un radiographe peut se trouver très embarrassé devant une radiographie qu'il n'a pas faite lui-même : le public s'imagine assez facilement que les radiographies sont faites toujours de la même façon ; et, en effet, il y a des techniques et des positions classiques qui répondent à la majorité des cas ; mais outre que le malade ne peut pas toujours prendre les positions classiques, parce qu'il est malade, il est des cas où ces positions classiques ne montrent pas la lésion et où une position inhabituelle la révèle. Comment cherchera-t-on la position inhabituelle, si l'on n'est pas au courant de la pathologie ; comment jugera-t-on des déformations causées par cette position si l'on ne connaît pas l'anatomie.

Supposons que l'image prise dans une position correcte montre bien la région dans une position classique, sans que la projection ait produit de déformation notable, nous arrivons au point le plus délicat, la conclusion à tirer, c'est-à-dire l'interprétation.

L'examen radiologique, loin d'avoir la rigueur d'un examen de laboratoire, ne vaut comme tout examen clinique que par l'expérience que possède de la pathologie, de la physiologie, de l'anatomie celui qui le fait. Seul un médecin, et un médecin spécialisé en radiologie, est capable de savoir quelles sont les recherches à faire en chaque cas, seul le médecin peut donner une interprétation valable.

Pour les enquêtes médico-légales, le désir exprimé par M. Chauffard dans son rapport de 1906, que toute radiographie porte son certificat d'origine et soit *faite et signée* par un médecin est réalisé, puisque le tarif Breton, et les tarifs qui lui ont succédé, portent que la radiographie doit être signée par un médecin et accompagnée d'une interprétation faite par le médecin ; nous ne risquons donc plus de voir, comme le regrettait l'éminent rapporteur, un tribunal se laisser impressionner, malgré l'avis des experts, par une épreuve radiographique.

Il pouvait sembler autrefois que le radiodiagnostic des accidents était bien simple et que tout se bornait à dire s'il y avait ou s'il n'y avait pas de fracture. En réalité, même au simple point de vue des suites de traumatisme des membres, on a constaté bien vite que le problème était plus complexe ; pour ne citer qu'un exemple, les rayons X permettent de fixer l'âge de la blessure ; le radiographe, devant un accident récent, pourra, en certains cas, afirmer que la lésion est antérieure au traumatisme invoqué.

Puis il faut connaître toutes les maladies osseuses qui peuvent prêter à confusion avec des lésions accidentelles. Pour prendre encore un seul exemple : l'afflux actuel en France des travailleurs arabes fait qu'en clientèle d'accident du travail on rencontre actuellement un grand nombre de syphilis osseuses que l'intéressé cherche à attribuer à un coup reçu durant l'exercice de son métier.

Mais aujourd'hui, on ne demande plus seulement au radiographe d'examiner les membres des accidentés, on exige son avis sur des lésions viscérales ; c'est un individu qui, après un choc, se plaint de troubles douloureux et fonctionnels de l'intestin ; n'est un sujet qui, après un tamponnement, présente un pneumothorax. Comment le radiographe, s'il n'est pas médecin, songera-t-il, dans le premier cas, à rechercher si les anomalies radiologiques sont localisées au point frappé, ou s'étendent à tout le gros intestin, ce qui transforme l'affection en une colite d'ordre médical. Comment, dans le deuxième cas, ce même radiographe non médecin saura-t-il qu'il y a lieu d'examiner toute la cage thoracique afin de vérifier si le sujet ne présente pas une affection ayant pu provoquer le pneumothorax ?

D'ailleurs, la pratique chirurgicale de la guerre s'est chargée de montrer combien l'association étroite de la médecine et de la radiologie était indispensable. Pour ne citer que des exemples de notoriété courante, combien fréquemment des radiologistes improvisés ont pris des calcifications de poumon pour des éclats d'obus, des os surnuméraires pour des fractures ; combien souvent ces mêmes radiologistes, grâce à des radiographies fort bien faites ou à des mesures parfaitement exécutées, ont conduit des chirurgiens, qui avaient le tort de ne pas être assez familiarisés avec les aspects radiologiques, sur l'apophyse coracoïde ou sur le sesamoïde du genou qu'on avait pris pour un projectile.

***

Mais si nous quittons le domaine des lésions traumatiques, nous constatons que le champ d'interprétation est encore plus vaste et réclame des connaissances plus étendues. Tandis que la prise du cliché devenait de plus en plus facile, on a constaté que, cependant, on posait au radiographe des questions de plus en plus difficiles. Pour répondre à ces questions, il faut non seulement, comme nous le disions plus haut, utiliser parfois des techniques qui sont de véritables manœuvres chirurgicales, mais être au courant de l'anatomie normale, de l'anatomie pathologique, de cet aspect spécial des images radiologiques qui constitue l'anatomie radiologique, de la physiologie, de la pathologie, etc. Si ces connaissances étaient déjà nécessaires pour se reconnaître dans une affection du poignet, combien deviennent-elles encore plus indispensables quand l'on nous demande de préciser s'il y a un ulcère de l'estomac ou du duodénum, si telle paralysie est due à une lésion de pachyméningite vertébrale, si telle douleur du côté droit du ventre — et c'est là une question qui nous est souvent posée — est due à l'ovaire, à l'appendice, au rein, à la vésicule biliaire, à une affection duodénale, etc.

Est-il besoin d'insister pour convaincre que la complexité croissante des problèmes qu'on pose au radiologiste fait que seul un médecin peut être à même d'entreprendre l'étude de cette spécialité ? Cette étude elle-même est longue et difficile.

La Faculté de médecine de Paris fait un enseignement qui comprend un stage dans les services hospitaliers et un enseignement théorique et qui dure une année scolaire. Au bout de ce temps, l'élève subit un examen pour obtenir un certificat. Ensuite, après deux ans de stage dans les hôpitaux, il peut se présenter à une nouvelle épreuve pour obtenir le diplôme de radiologiste de la Faculté de Paris. En somme, un enseignement de trois ans paraît nécessaire pour faire un radiologiste. Encore faut-il remarquer que cet enseignement, ne s'adressant qu'à des médecins, les élèves n'ont plus à s'occuper d'apprendre ni l'anatomie, ni la physiologie, ni la pathologie.

Le concours pour le titre d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris devient de jour en jour plus difficile.

Bref, le radiodiagnostic est devenu une science très compliquée, nécessitant de longues études et la meilleure preuve en est que les médecins ou chirurgiens, même excellents, qui ne se tiennent pas au courant, font des erreurs en lisant les clichés que l'on obtient actuellement et qui, ou bien montrent des détails qu'on ne soupçonnait pas autrefois, ou bien concernent des régions qu'on croyait autrefois inaccessibles à ce genre d'examen.

Mais si ces études sont longues pour le médecin, combien seraient-elles plus longues et plus ardues pour un manipulateur qui n'aurait pas comme base une instruction médicale générale.

Evidemment, un manipulateur peut exécuter des clichés parfaits, au point de vue photographique ; évidemment, ce même manipulateur, si un médecin lui indique comment il faut prendre le cliché pour la recherche qu'on se propose, donnera un document très utilisable. Mais nous estimons que ce manipulateur n'est pas plus un radiographe qu'un photographe qui exécute des photographies de maladie de peau n'est un dermatologiste. Le vrai radiographe est celui qui peut discerner ce qu'il faut rechercher, indiquer la meilleure technique à utiliser, et surtout celui qui sait tirer du document les conclusions qu'il comporte, conclusions dont toute la valeur dépend de l'expérience non seulement radiologique, mais aussi clinique de l'interprétateur.

Confier un service radiologique à un non médecin, c'est quelquefois exposer le malade à des dangers immédiats (expositions trop répétées, exposition intempestive d'organes ultra-sensibles comme les testicules), mais c'est surtout l'exposer à un diagnostic insuffisant, ou à un diagnostic erroné. Il est certain qu'un infirmier ayant passé seulement un peu de temps dans un service de radiologie, ne commettrait plus aujourd'hui l'erreur, signalée par M. Chauffard, de prendre un sesamoïde pour un tophus goutteux ; mais comme on nous demande sans cesse d'aborder de nouvelles espèces de recherches, il est certain que, fréquemment, cet infirmier se trouverait devant des organes dont l'image lui paraîtrait tout aussi imprévue que les petits détails du squelette de la main ou du pied le paraissaient il y a vingt ans.

***

Il semble que nous nous étendons trop longtemps sur un sujet qui n'a pas besoin d'être démontré. En fait, il nous semble bien qu'il n'y ait qu'en France que cette controverse puisse être soulevée ; partout le radiodiagnostic appartient aux seuls médecins.

Il y a eu, autrefois, dans notre pays, des discussions à ce sujet ; mais les polémiques s'étaient éteintes et les rares non médecins qui menaient le combat, ont pris, vis-à-vis du corps médical des hôpitaux, le rôle qui leur convenait, celui d'excellents exécu-

tants de clichés radiographques, sans plus s'occuper de faire du diagnostic, c'est-à-dire de la médecine.

Aussi, si nous revenons aujourd'hui sur cette question qui est devenue sans intérêt là où elle a pris naissance, c'est-à-dire dans les hôpitaux de Paris, c'est que nombre de nos confrères nous ont signalé qu'elle renaissait sous une autre forme.

Dans certaines agglomérations importantes, dans certaines compagnies d'assurances, il existe des laboratoires de radiographie tenus par des infirmiers et qui font largement les radiographies, d'abord des accidents du travail, puis même des malades de l'usine ou du personnel. Bien plus, en certains endroits, sans doute pour trouver une diminution des frais généraux du laboratoire, on ouvre la porte à la clientèle de la ville, on envoie même des prospectus invitant cette clientèle à venir.

Que cela soit préjudiciable aux médecins radiologistes, nous n'en disconvenons pas, — mais le corps médical donne assez de preuves de dévouement pour qu'on nous croie quand nous affirmons que si nous protestons, c'est dans l'intérêt du public.

On ne peut, en effet, échapper au dilemme suivant :

Ou bien l'infirmier non instruit donnera des diagnostics qui seront acceptés par les médecins et les malades et l'on voit les désastres qui peuvent en résulter : telle vieille sclérose pulmonaire, depuis longtemps sans importance, sera prise pour une tuberculose, tel kyste osseux sera confondu avec un abcès froid ; telle exostose syphilitique deviendra un cal de fracture, etc.

Ou bien, conscient de son infériorité, il restera dans des appréciations vagues (car vraiment on ne peut lui de mander à lui, chef de service, de ne rien dire du tout), mais alors le mal ne sera guère moindre, car le médecin qui se trouvera, lui, dans l'obligation de faire l'interprétation, ignorera tout de la manière dont le cliché a été pris, des causes photographiques ou autres qui peuvent en un cas particulier donner une image anormale, etc., bref on aboutira à une séparation plus ou moins nette entre le radiodiagnostic et la clinique.

Or pour nous, médecins radiologistes, le radiodiagnostic n'est qu'une partie de l'examen clinique. Nous avons le devoir de proclamer que le malade ou le blessé n'auront un bon diagnostic que si la radiographie est interprétée par un médecin qui l'a faite.

***

Pour remédier au danger que présente pour les malades ou blessés le développement nouveau des laboratoires de radiologie tenus par des non médecins, nous pensons que d'abord une mesure administrative s'impose. Demandons au ministre de la Justice de rappeler aux tribunaux que toutes les radiographies qui leur sont soumises doivent être signées d'un médecin et accompagnées d'un commentaire, signé d'un médecin.

Cette mesure est évidemment insuffisante, car elle n'aurait d'importance que pour les accidents du travail et n'empêcherait pas les autres malades ou blessés de devenir les clients de laboratoires non médicaux. C'est pour cela que vous nous avez demandé de vous présenter un rapport sur un projet de loi pour règler la question.

Ce projet de loi pourrait avoir comme considérant cette simple proposition :

« *Considérant qu'un diagnostic basé sur la radio-*
« *logie ne peut être exact et complet que si l'examen a*
« *été fait et interprété par un docteur en médecine...*
et ne contenir qu'un article unique :

«*La pratique du radiodiagnostic est considérée*
« *comme faisant partie de l'exercice de la médecine.* »

Comme nous l'avons dit plus haut, partout la radiologie tout entière n'est pratiquée que par les médecins. Même, il existe en Autriche une loi pour interdire cette spécialité aux non médecins. De plus, tout récemment, en Suisse, la République de Genève (11 décembre 1926) a promulgué une loi sur l'exercice des professions médicales et des professions auxiliaires qui a été acceptée par le peuple en un referendum le 20 février et est, par conséquent, devenue définitive.

De cette loi, nous vous citerons seulement les articles intéressant notre sujet :

Article 2. — Les professions auxiliaires sont celles de sage-femme, d'assistant-pharmacien, de pédicure-manucure, d'infirmier et de *praticien en physiothérapie.*

Article 16. — Nul ne peut, sans autorisation du Conseil d'Etat, créer ou exploiter un hôpital ou hospice particulier, une clinique, maison de santé ou d'accouchement, un institut de physiothérapie, de psychothérapie ou de radiologie médicale.

Un règlement du Conseil d'Etat déterminera les conditions auxquelles seront soumis les établissements ci-dessus.

Article 18. — Toute installation pour la *radiologie médicale*, pour l'application médicale des rayons ultra-violets, de la haute fréquence et, en général, de tous courants électriques ou *radiations quelconques*, dans un but thérapeutique ou de *diagnostic*, doivent être *sous la direction effective d'un médecin* ou respectivement d'un médecin dentiste régulièrement inscrit.

Les articles de la loi suisse nous donneraient toute satisfaction, mais il font partie d'une refonte complète, dans ce pays, des lois sur l'exercice de la médecine ; nous ne pensons pas que pareille refonte soit vue en France. Il nous paraît fort à craindre que dans notre pays une proposition de loi concernant la seule radiologie ait peu de chances d'être prise en considération.

Récemment, en effet, dans le *Journal officiel* (12 janvier 1927) un ministre, à un parlementaire qui lui demandait si des radiographies pouvaient être faites par un non médecin, répondait que c'était aux tribunaux d'apprécier ce qui dans chaque cas particulier pouvait constituer le délit d'exercice illégal.

Il nous paraît probable qu'actuellement les parlementaires estimeront que la loi sur l'exercice de la médecine existant, il n'y a pas lieu de faire des lois nouvelles, mais de s'adresser aux tribunaux pour l'application de cette loi aux différents faits qui se présentent.

Il nous paraît donc nécessaire d'abord d'éclairer les parlementaires, de s'efforcer d'en trouver qui veuillent bien prendre en main la question, et quand ce résultat sera obtenu, mais alors seulement, il y aura lieu de discuter le texte législatif qui pourrait être soumis aux Chambres.

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(VARSOVIE, 30 *Mai*-4 *Juin* 1927)

Programme général du Congrès et des excursions.

INDICATIONS GÉNÉRALES.

Le bureau de renseignements fonctionnera à partir du 27 mai à la Gare Centrale de Varsovie. Après son arrivée chaque congressiste y trouvera l'adresse exacte de son hôtel (au cas où il demanda au Comité de lui retenir une chambre), et tous les renseignements requis. Les dames du Comité se tiendront au bureau à la disposition des dames congressistes. L'inauguration solennelle du Congrès aura lieu le 30 mai, dans le hall de l'Ecole Polytechnique (rue Nowowiejska). Un guide de Varsovie, un de Pologne, le programme détaillé du Congrès, le jeton du Congrès, etc., seront remis à chaque congressiste à l'entrée du hall, sous une enveloppe à son adresse. A partir de la matinée du 30 mai un bureau central du Congrès sera organisé à l'Inspection générale de l'Armée, I, Aleje Ujazdowskie. Chaque congressiste y pourra obtenir tous les renseignements demandés concernant les travaux du Congrès. S'y trouveront : la section d'excursions (où chaque congressiste pourra s'inscrire pour une excursion de son choix), l'agence des wagons-lits (où on retiendra les billets de retour et les billets d'excursions), bureau de poste et télégraphes à l'usage des congressistes où des timbres postaux, parus à l'occasion du congrès, seront mis en vente, ainsi qu'un bureau de change, organisé par la Banque de l'Etat. Le bureau du Comité des Dames qui comportera toutes les sections nécessaires, se trouvera dans le même bâtiment.

TRAVAUX DU CONGRÈS.

A la veille du Congrès le 29 mai à 17 h. une réunion du Comité Permanent aura lieu au Ministère de la Guerre.

Les séances du Congrès commenceront à partir du 31 mai à 8 h. 30 du matin et se tiendront les jours suivants jusqu'au 3 juin inclus, à l'Inspection générale de l'Armée, I, Aleje Ujazdowskie. Les deux premières journées, selon le vœu exprimé par le Comité Permanent, seront consacrées uniquement à la première question devant être discutée au Congrès, « l'évacuation dans la guerre de mouvement ». Les deux jours suivants seront consacrés aux autres questions, qui seront discutées en différentes sections, donc en salles séparées.

L'Assemblée générale aura lieu le 4 juin à 8 h. 30.

L'inauguration de l'Exposition internationale d'Hygiène et du matériel technique sanitaire aura lieu le 31 mai à 12 h. 30, au corps de bâtiment de l'Inspection gén. de l'Armée et dans les cours.

La clôture du Congrès aura lieu à midi le 4 juin, le même jour distribution des prix et des médailles aux exposants.

Les après-midi seront consacrés à la visite des curiosités de la ville, des établissements sanitaires de l'Etat et de la Municipalité, etc. Le programme détaillé de ces visites, élaboré par une section spéciale, sera remis à tous les congressistes.

PROGRAMME JOURNALIER.

Le 30 mai à 10 h. inauguration solennelle du Congrès à 12 h. 30, les délégués officiels se réuniront à la place de Saxe pour déposer une couronne sur la tombe du Soldat Inconnu. Le même jour dans l'après-midi (à 17 h.) M. le Président de la République recevra les délégués officiels à l'ancien Château Royal. Le soir à 21 h. raout au Palais du Conseil des Ministres.

Madame Moscicka et Madame Pilsudska recevront les dames congressistes le même jour entre 5 h. et 7 h. au Château de Lazienki.

Le 31 mai, à 17 h. réception à l'Hôtel de Ville pour tous les congressistes. Le soir concert de musique polonaise à Filharmonja.

Le 1er juin, à 14 h. 30 démonstration d'un exercice sanitaire, suivi d'une leçon d'éducation physique.

Le soir, à 20 h., représentation de gala à l'Opéra et au Théâtre National, suivie de cercle dans les salles unies des deux théâtres.

Le 2 juin, dans l'après-midi, visite au Château Royal à Wilanow : le soir, à 21 h., fête champêtre au Parc de Lazienki.

Le 3 juin, à 15 h. vernissage de l'Exposition des Peintres de bataille. Au cours de la soirée, une promenade en bateau sur la Vistule, organisée par le Comité des Dames.

Le 4 juin, à 14 h. concours hippique international. Le soir à 20 h. banquet d'adieu et bal dans les salons de l'Inspection générale.

Avis.

La tenue de gala pour les réceptions officielles et les fêtes est de rigueur. Le Comité d'organisation prendra soin d'organiser pour les congressistes des repas à prix fixes.

Programme général des excursions.

Pour faciliter à MM. les congressistes participant au IVe Congrès Int. de Méd. et de Pharm. Milit., la visite des curiosités de la Pologne, nous nous permettons de fournir aux intéressés quelques indications, concernant les excursions dans le pays.

Les guides illustrés ne permettront, malheureusement, que dans une très faible mesure de se rendre compte du caractère des paysages de la Pologne.

Au bureau de la section d'excursions du Congrès se trouveront des cartes de l'Europe et de la Pologne, où les lignes des chemins de fer seront spécialement marquées, et les lignes des excursions colorées en différentes couleurs pour en faciliter la compréhension. Les villes dignes d'intérêt seront marquées en vert, les villes d'eaux en jaune, et les stations frontières en rouge.

Au même bureau il y aura des photos, représentant les sites les plus intéressants des différents trajets. Plus loin nous indiquerons dans chaque trajet les villes dignes d'intérêt et les stations frontières les plus proches.

Dans les grands centres on peut acheter des photos et des albums artistiques avec des paysages et des types du pays, ou des guides illustrés en différentes langues. Outre cela, chaque excursion sera accompagnée d'un guide éclairé connaissant le pays et parlant les langues étrangères, qui se fera un plaisir d'en faciliter aux excursionnistes le séjour et la visite.

Il est à remarquer que durant le Congrès au bureau et à l'Exposition sanitaire, à Cracovie et à Zakopane, seront arrangés des kiosques spéciaux où on pourra trouver des articles du pays et les produits de l'art du paysan polonais, qui représenteront pour les excursionnistes un souvenir d'un pays lointain et relativement peu accessible.

Le Comité d'organisation du Congrès à Varsovie serait heureux si le séjour en Pologne éveillait l'intérêt pour notre pays et nos paysages, peu connus, riches pourtant en beautés merveilleuses. Malheureusement, le succès des excursions, et surtout des excursions dans la montagne, dépend trop souvent de la bonne grâce des génies que nous ne savons pas encore apprivoiser, notamment des génies de la pluie et du beau temps, dont la bienveillance n'est pas garantie au Comité. La meilleure volonté du Comité y pourra être d'avance réduite à l'impuissance. Malgré cela, tout ce qui dépend du Comité d'organisation sera fait pour faire voir le plus et pour éviter toute fatigue à ceux qui prendront la peine de suivre les belles routes de la Pologne campagnarde

Voici quelques indications générales :

Les réductions du tarif sur les voies ferrées de Pologne, accordées aux congressistes, leurs femmes et leurs filles, seront délivrées à la simple présentation de la carte de membre qui devra être produite à chaque demande. Ceux qui participent à une excursion, bénéficient d'une réduction de 33 % sur le prix de la classe empruntée, donc en réalité ils payent le billet de la classe inférieure à celle dont ils se servent.

Ceux qui quittent la Pologne, bénéficient de 66 % de réduction à partir de la station choisie du réseau des chemins de fer polonais, à une gare frontière du même réseau, — ils ne payent donc que la moitié du billet de la classe inférieure à celle dont ils se servent.

La station frontière étant située sur la ligne de l'excursion, la réduction 66 % sera décomptée à partir de Varsovie.

Les congressistes qui quittent Varsovie pour se rendre en excursion dans une direction autre que celle où se trouve la station frontière par laquelle ils comptent quitter le pays, devront, avant leur départ, se munir d'un billet direct de communication internationale à partir de cette station en Pologne de laquelle ils comptent commencer leur voyage de retour.

Ces billets, valables pour deux mois, seront délivrés par l'agence de Varsovie de la Société Internationale des wagons-lits à Krakowskie Przedmiescie, Hôtel Bristol, et dont la filiale se trouvera aux bureaux du Congrès. Le voyage en trains rapides, et en wagons-lits ne sera autorisé qu'après payement du supplément prévu pour les trains rapides et pour les places dans les wagons-lits.

La date du IVe Congrès inter. de médecine, coïncidant avec les concours Hippiques internationaux, le Grand Derby, le Congrès de médecins Slaves, de Géographes Slaves, le Congrès et l'Exposition Sportive de Pologne, et la Semaine Olympique de Lwow, il sera difficile de trouver des places dans les wagons-lits, des chambres à l'hôtel ; il est donc recommandé de les retenir d'avance.

Les congressistes bénéficieront des tarifs réduits à partir du 20 mai au 20 juin (en Pologne).

Au cas où ils désireraient jouir de certaines facilités du voyage en cours de route et à l'arrivée, ils n'ont qu'à en prévenir le bureau de la section d'excursions. Une personne déléguée spécialement les attendra alors à la gare, et leur facilitera le séjour, la visite des curiosités de la ville et les petites excursions locales. En tout cas il est recommandable de se conformer strictement aux dates et de n'user que des trains recommandés.

Les excursions quitteront Varsovie dans la soirée du 5 juin.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Rapport-statistique médico-social.

Exercice 1925.

Par le Dr Henri ROURE,
Médecin du dispensaire.

(Suite).

Nous avons condensé cette statistique, un peu fastidieuse, dans le tableau suivant, récapitulatif et comparatif, dont la lecture sera plus facile et moins rébarbative.

Années	1925	1921 à 1924 inclusivement
Tuberculeux « toutes formes » (adultes)	295 soit 34 %	698 soit 32 %
Tuberculeux « négatifs » (adultes)	108 » 13 %	245 » 11,6 %
Autres tuberculeux (adultes)	18 » 2 %	60 » 2,8 %
Tuberculeux « positifs »	170 (dont 1 enfant)	407 (dont 393 (adultes)
Pourcentage (adultes)	20 %	18,7 %
Localisations droites (hommes et femmes)	77 soit 45 %	151 soit 40 %
Localisations gauches (hommes et femmes)	68 » 40 %	111 » 28,2 %
Localisations bilatérales (hommes et femmes)	24 » 14 %	131 » 33 %
Localisations droites, hommes	48 » 45 %	95 » 41 %
» » femmes	29 » 46 %	56 » 33 %
Localisations bilatérales, hommes	18 » 17,5 %	80 » 34 %
» » femmes	6 » 10 %	51 » 32 %

Une constatation instructive et digne d'attention concerne les « localisations bilatérales ». Elles sont toujours plus fréquentes chez les hommes, de 60 à 75 % des localisation bilatérales. Mais, dans l'ensemble, hommes et femmes réunis, leur proportion, en 1925, est inférieure de plus de moitié, 14 % au lieu de 33 %, à celle relevée les années précédentes. Ceci laisse supposer que les malades consultent plus tôt, soit leur médecin traitant, soit le médecin du dispensaire. C'est un résultat heureux qu'il est bon de souligner en passant. Il permet, en effet, un diagnostic précoce, suivi de la mise en pratique, hâtive également, d'une thérapeutique appropriée, thérapeutique d'autant plus efficace, est-il besoin de le dire, qu'elle est instituée plus près du début de la maladie.

Il semble, d'autre part, que les localisations « bilatérales » ont été primitivement, en grande majorité, des « localisations gauches » qui, avec le temps, paraissent s'être « bilatéralisées ».

En effet, le pourcentage des « droites » est sensiblement le même en 1925 et pendant la période de 1921 à 1924 ; celui des « gauches » est au contraire, respectivement de 40 et 28 %, soit une différence de 12 % en faveur de 1925.

Or, c'est précisément l'inverse que nous constatons pour les localisations « bilatérales » : 14 % en 1925 et 33 % pour les années antérieures, soit une différence de 19 % en faveur de celles-ci.

Ainsi, avec le temps, de 1921 à 1924, 12 % des localisations « gauches » seraient devenues « bilatérales » contre 7 % seulement de localisations « droites » La proportion de la « bilatéralisation » des localisations « gauches » doit même être supérieure à 12 %, car, de 1921 à 1924, le pourcentage des localisations « droites » est encore de 40 %, c'est-à-dire inférieur de 5 % et non de 7 % à celui de 1925 ; ce qui permet de supposer que, de 1921 à 1924, 14 % des localisations « gauches » se sont « bilatéralisées » contre 7 % seulement de « droites ».

***

Le nombre *d'enfants* (jusqu'à 15 ans révolus), catalogués « adénopathiques trachéo-bronchiques », a été de 38, soit un pourcentage de 14 % environ (280 nouveaux inscrits).

Jusqu'ici, ce pourcentage avait été beaucoup plus élevé, 20 à 30 % en moyenne. Mais, nous avons cru devoir être plus circonspect dans l'attribution de ce diagnostic. Nous ne l'avons porté que chez les enfants dont la radioscopie révélait un élargissement « notable » de l'ombre médiane avec opacité « franche » de l'espace clair rétro-cardiaque. L'expérience nous a appris,

en effet, que ceux classés dans cette catégorie, adénopathie trachéo-bronchique, avec le mention : « ombre médiane légèrement élargie et espace rétro-cardiaque voilé », se développaient en général parfaitement bien, même sans cure préventoriale, et, après un fléchissement passager de leur santé, de nature et d'origine indéterminées, rentraient dans la normalité, tant au point de vue local que général. Dès lors nous avons jugé superflu d'encombrer inutilement notre fichier de « surveillance ». Quelques conseils d'hygiène donnés aux parents nous ont paru suffire et ont produit en effet, la plupart du temps le résultat escompté.

Il eût été prudent, certes, de contrôler l'examen par la cuti-réaction à la tuberculine. Cette épreuve nous aurait, dans certains cas, éclairé sur la nature, tuberculeuse ou non, d'un « léger élargissement de l'ombre » ou d'un « voile ». Mais elle aurait pu aussi nous induire en erreur. On sait, en effet, la fréquence de résultats « positifs » qu'elle donne chez l'enfant de cinq à douze ans, celui-là précisément qui fréquente le dispensaire. En lui accordant une valeur exagérée nous aurions pu nous laisser suggestionner et « voir » de l'adénopathie chez les enfants ou, en l'absence de « cuti », notre attention n'aurait été nullement éveillée.

Ceci, non pas pour expliquer et justifier complètement notre abstention. A vrai dire, celle-ci tient à d'autres causes : manque de temps, pénurie de personnel, quasi-impossibilité de faire revenir les enfants à intervalles rapprochés pour constater les résultats, méfiance des parents, etc.

Malgré cette lacune, ou plutôt à cause d'elle, le dispensaire a continué, en 1925, à étendre sa « surveillance » sur deux autres catégories d'enfants, proies toutes désignées à la tuberculose : ceux « en contact de cohabitation » avec un contagieux encore vivant ou disparu depuis peu, et ceux en état de « misère physiologique », malingres, chétifs, insuffisamment développés.

Leur nombre a été d'une centaine.

Soit au total : 140 enfants « surveillés », ce qui fait une proportion de 50 %.

Précédemment, ce pourcentage avait été de 54 %.

Disons enfin, avant de clore ce paragraphe, que, comme par le passé, le dispensaire a invité les parents à montrer à l'oto-rhino-laryngologiste ou au dentiste tout enfant atteint de lésions du rhino-pharynx, de caries ou de malformations dentaires.

***

Les consultants « *sortis* » du dispensaire, en 1925, se classent ainsi :

Non tuberculeux (adultes et enfants), 575 ;

Non diagnostiqués, perdus de vue, etc. (adultes et enfants), 89 ;

Décédés, 33.

Pourcentage des non tuberculeux : 50 % ;

Pourcentage des non diagnostiqués, 7,8 %.

En 1924 ces pourcentages avaient été respectivement de 50 % et 9 %.

***

En récapitulant, nous obtenons le tableau suivant :

Années	1925	1921 à 1924 inclusivement
« Positifs » (adultes et enfants)	170	407
Pourcentage (adultes et enfants)	15 %	12,8 %
« Négatifs » et « autres formes » (adultes et enfants)	295	891
Pourcentage (adultes et enfants)	26 %	28 %
Sortis « non tuberculeux » (adultes et enfants)	575	1.602
Pourcentage (adultes et enfants)	50 %	50,4 %
Sortis « non diagnostiqués » (adultes et enfants)	89	275
Pourcentage (adultes et enfants)	7,8 %	8,6 %
Enfants « surveillés » adénopathiques et autres	140	586
Pourcentage (enfants)	50 %	54 %
Adultes « suivis » négatifs et autres formes	155	305
Pourcentage (adultes)	18,2 %	14,5 %

***

Les « *décès* » enregistrés, du 1er janvier au 31 décembre 1925, parmi les « positifs » inscrits durant cette même année, atteignent le nombre de 33, dont 15 hommes et 18 femmes ; soit une proportion de 19,5 % par rapport au nombre total de « positifs » ; pour les hommes (106), la proportion est de 14 % ; elle est de 28,5 % pour les femmes (63).

Le pourcentage des décès, en 1924, par rapport au nombre des « positifs », avait été de 25,9 %.

***

Au point de vue « *localisation* » des lésions

on trouve, parmi ces décédés : chez les hommes : 3 tuberculoses pulmonaires droites, 6 gauches, et 6 bilatérales ; chez les femmes :8 droites, 7 gauches et 3 bilatérales ; soit en tout : 11 droites, 13 gauches et 9 bilatérales.

Pourcentages : 14,3 % de droites, par rapport au total de localisations droites (hommes et femmes) (77) ; 19,1 % de gauches, par rapport au total de localisations gauches (68) ; et 36 % de bilatérales, par rapport au total de localisations bilatérales (25).

Chez les hommes seuls : 6,2 % de localisations droites (48) ; 15,3 % de localisations gauches (39) ; et 33 % de localisations bilatérales (18).

Chez les femmes seules : 27,5 % de localisations droites (29) ; 27,5 % de localisations gauches (29) ; et 50 % de localisations bilatérales (6).

***

Classés d'après leur « *âge* », ces décédés se répartissent ainsi :

de 0 à 15 ans	néant.			
» 16 à 20 »	11	soit 33,3 % des décès	et 35,4 % des positifs de cet âge.	
» 21 à 30 »	9	» 27,2 % »	16 %	»
» 31 à 40 »	4	» 12,1 % »	10,2 %	»
» 41 à 50 »	5	» 15,1 % »	16,6 %	»
» 51 à 60 »	3	» 9 % »	30 %	»
au-dessus de 60	1	» 3 % »	33,3 %	»

Ainsi, près des deux tiers des décès survenus en 1925, parmi des malades vus par le dispensaire pour la première fois au cours de cette même année, concerne des sujets de 16 à 30 ans, c'est-à-dire des adolescents et des hommes ou des femmes jeunes. Près d'un autre tiers concerne des adultes de 31 à 50 ans, c'est-à-dire des sujets dans toute la force de l'âge.

***

Considérés au point de vue « *origine* », ville ou campagne, ces 33 décédés habitaient : 22, soit les deux tiers, la ville de Béziers, et 11, la campagne.

Nous verrons tout à l'heure que le nombre de « positifs », parmi les premiers, a été de 104, et 66 parmi les seconds. La proportion des décès est donc respectivement de : 21 % pour ceux de la ville et 16,6 pour ceux de la campagne.

La morbidité tuberculeuse rurale, des statistiques multiples l'ont prouvé pour plusieurs régions de la France et les nôtres pour la région biterroise, étant aussi élevée que celle des villes, il en résulte que la mortalité tuberculeuse a été, ici et pour 1925, manifestement et sensiblement plus forte à Béziers qu'à la campagne, tout au moins parmi les « positifs » connus du dispensaire.

***

En 1925, le nombre de consultants envoyés au Dispensaire par leur « *médecin traitant* » a été de 520, dont 459 adultes et 61 enfants.

La proportion des premiers par rapport au nombre des consultants adultes (849) est de 54 %, sensiblement égale à celle de 1924 qui était de 58 %.

Il y a lieu de mentionner ici une catégorie de malades qui n'ont pas été vus au Dispensaire et n'y sont pas inscrits mais dont les crachats, envoyés par les médecins, y ont été analysés (recheche du bacille de Koch). Le nombre de ces crachats a été de 85 en 1925 et, parmi eux, la présence du bacille a été décelée dans 19.

En 1924, le nombre de crachats ainsi examinés avait été de 60, dont 19 également avaient été trouvés « positifs ».

Parmi ces malades, vus sur la demande de leur médecin, le nombre de « positifs » (crachats bacillifères), a été de 135 (87 en 1924) ce qui représente une proportion de près de 80 % par rapport au nombre de « positifs », et de 28 % par rapport au nombre de consultants envoyés par les médecins.

Le pourcentage des « positifs » ayant une autre origine (conseils d'amis ou de « clients » du Dispensaire, des visiteuses d'hygiène, etc...), n'a donc été que de 20 % par rapport au total des « positifs », et de 9 %, à peine, par rapport aux « consultants » non envoyés par leur médecin.

Les mêmes constatations avaient été faites en 1924.

Le recrutement « médical » reste donc manifestement supérieur en « qualité », si l'on peut s'exprimer ainsi, et en « quantité ».

***

Parmi les « *professions* » exercées par ces 170 « positifs » nous avons trouvé :

44 cultivateurs, (viticulteurs),
36 ménagères,
13 employés de bureau ou de magasin,
8 domestiques ou femmes de ménages,
7 couturières-lingères,
7 manœuvres,
4 ajusteurs-mécaniciens,
4 commerçants,

4 coiffeurs,
4 employés de chemin de fer,

Enfin, quelques représentants, un ou deux, de l'une des professions suivantes : entonneur, sténo-dactylographe, cuisinier, tailleur, plâtrier, employé des P.T.T., menuisier, professions libérales, sellier, limonadier, imprimeur, pêcheur, boucher, infirmier, musicien, cordonnier, photographe, chaudronnier, tonnelier, charretier, foudrier, électricien, , artiste dramatique, cimentier, et chauffeur d'automobile.

***

Au point de vue « *âge* », ces 170 « positifs », se répartissent ainsi :

Ont de 0 à 15 ans (enfants) 1 soit 0,3 pour 100 enfants vus et 0,5 pour cent « positifs »

Ont de		dont hommes	et femmes	soit pour cent « positifs »
16 à 20 ans (adultes)	31	14	17	17,6
» 21 à 30 »	» 56	» 30	» 26	» 32,9 »
» 31 à 40 »	» 39	» 25	» 14	» 22,9 »
» 41 à 50 »	» 30	» 26	» 4	» 17,6 »
» 51 à 60 »	» 10	» 8	» 2	» 5,8 »
au-dessus de 60 »	» 3	» 3	» 0	» 1,7 »

Ainsi, ce sont les adultes de 21 à 50 ans qui ont payé le plus large tribut à la maladie, 75 %, et, parmi eux, toutes proportions gardées, les femmes autant que les hommes.

***

Au point de vue « *origine* », ville ou campagne, on trouve 104 « positifs » habitant Béziers, et 66 la campagne.

A considérer ces chiffres bruts , on pourrait croire que les citadins ont été frappés par la maladie beaucoup plus que les campagnards.

Ce n'est qu'une apparence.

C'est, en effet, d'après le nombre respectif de consultants venus d'ici et de là, qu'il faut établir la proportion. Or, le nombre de consultants, adultes, de la ville a été de 569, et celui de la campagne de 280. On trouve alors : pour la ville 18 % et 23 %, pour la campagne, c'est-à-dire un pourcentage à peu près égal, compte tenu de toutes les raisons qui ont empêché un plus grand nombre de ruraux de se rendre au Dispensaire (déplacement, frais de transport et de séjour, etc...). Encore une fois, cette nouvelle constatation confirme celle déjà faite, à savoir que la tuberculose sévit autant, sinon plus, à la campagne qu'à la ville.

***

La recherche du « *contact infectant* » n'a donné de résultats que dans un tiers des cas environ : exactement 52 fois sur 170 « positifs ». C'est toujours dans l'entourage immédiat du malade que ce contact a été trouvé.

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Ecole de puériculture.** — *Enseignement pour étudiants et docteurs en médecine.* — L'enseignement complémentaire réservé aux étudiants en médecine pourvus de vingt inscriptions et aux docteurs en médecine français et étrangers aura lieu à partir du 20 juin, sous la direction de M. le professeur Pinard, et de MM. les professeurs Marfan, Léon Bernard, Couvelaire ; MM. Weill-Hallé, médecin de l'hôpital de la Charité ; Lévy-Solal, agrégé, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine ; M. Ginoux, directeur de l'Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine ; avec la collaboration de MM. Devraigne, accoucheur de l'hôpital Lriboisière ; Marcel Pinard et Heuyer, médecins des hôpitaux ; Chailley-Bert, chargé de cours à la Faculté ; Vitry, Paraf, Hallez, Powilewicz, anciens chefs de clinique ; Dorlencourt, chef de laboratoire ; Trèves, ancien interne des hôpitaux ; Rousseau, chef de laboratoire à l'Ecole de puériculture et et de M. Cavallon, adjoint technique à la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques.

Cet enseignement dure environ un mois et comprend : *a*) un stage dans les dispensaires de l'Ecole de puériculture ; *b*) des leçons, des démonstrations et des travaux pratiques ; *c*) douze visites d'œuvres d'hygiène et deprotection de la mère et de l'enfant.

Il donnera lieu, après examen, à l'attribution du diplôme universitaire de puériculture.

Programme des cours. — Hygiène médico-sociale de la femme en état de gestation et du nouveau-né. — Hygiène médico-sociale de la première enfance. — Hygiène médico-sociale des périodes préscolaire et scolaire. — Organisation administrative de l'hygiène sociale de l'enfance en France. — Démonstrations pratiques de laiterie et de diététique.

Un certificat sera délivré aux candidats qui auront suivi avec assiduité cet enseignement.

L'examen donnant lieu à l'attribution du diplôme universitaire aura lieu dans la deuxième quinzaine de juillet.

Les candidats devront fournir, avant le 15 juin prochain, les certificats des stages suivants :

Quatre mois dans un service d'accouchement ;quatre

mois dans un service de première enfance ; quatre mois dans un service de deuxième enfance.

Ces certificats seront soumis à la Commission de l'enseignement qui sera juge de leur validité et des équivalences.

Les candidats devront, en outre, avoir suivi l'enseignement complémentaire de l'Ecole de puériculture.

L'examen comportera : 1° des épreuves pratiques : 2° des interrogations sur la puériculture à ses différentes périodes : 3° l'examen des titres des candidats.

Les droits sont fixés ainsi qu'il suit : immatriculation 60 fr. Bibliothèque, 40 fr. Laboratoire et travaux pratiques, 250 fr. Examen, 150 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h. Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur adjoint, 64, rue Desnouettes, Paris (XVe).

— **Le Nord Médical.** — Etaient présents au banquet du 10 mars : MM. Aureille, Barthélemy, Bernard, Bilhaut, Boeldieu, Gassel, de Chabert, Chaix, Charlier, Coulon, Crinon, Crouzon, Daubresse, de Castéras, Dhotel, Desfarges, Desmarquet, Dohen, Dorvaux, Douay, Drécourt, Eug. Dubar, Evrard, Farez, Felhoen, Gæhlinger, Gallois, Gaudier, Gernez, Goidin, Guisez, Hofmann-Bang, Housquains, Huber, Jeunet, Khayatt, Lardennois, Lobry, Mayeim, Milet, Mornard, Moses, Moulonguet, Paté, Paul, Payen, Quénay, Raoult-Deslongchamps, Renaudeaux, Richez, Ronnaux, Schmitt, Thibaut, Thobois, Tellier, Van den Bussche, Vieubled, Vornière, Watel. Les étudiants en médecine : MM. Amiard, Blasard, Danhiez, Desmoulin, Douay, Gallois, Goidin, Gorecki, Hurez, Manil, Pérard et Robert. S'étaient excusés : MM. Calot, Castiaux, Chicandard, Mabille, Makerell, Pamart, Planque, Sivry, T. Terrien, F. Terrien.

— **L'exposition d'art médical et pharmaceutique à la dernière foire de Lyon** — Cette manifestation professionnelle a obtenu le succès le plus complet et depuis les dernières « Journées médicales de Paris », aucune exposition de ce genre n'avait réuni un aussi grand nombre d'adhérents.

Plus de cent firmes parmi les plus notoires avaient répondu à l'appel de l'Office Commercial Pharmaceutique.

Sous l'active direction de M. Laubeuf, pharmacien et conseiller technique en publicité, chargé de l'organisation des stands, le grand salon au deuxième étage du Palais de la Foire avait été aménagé de façon remarquable et offrait aux visiteurs l'aspect le plus séduisant.

Une longue galerie adjacente avait été réservée aux spécialités purement médicales ou pharmaceutiques. Nombreux furent les médecins qui visitèrent successivement les divers groupes de cette exposition, qui comprenait non seulement les spécialités thérapeutiques mais encore tout ce qui touche à l'art de guérir, depuis les instruments de laboratoire jusqu'aux appareils de culture physique.

Les pharmaciens, dentistes, vétérinaires et sages-femmes ne manquèrent pas de s'arrêter longuement devant les stands qui les intéressaient plus particulièrement.

Enfin beaucoup d'étudiants mirent à profit l'occasion qui leur était offerte de venir se documenter de façon pratique sur les nouveautés professionnelles, démontrant ainsi tout le prix qu'attache la jeunesse studieuse de nos écoles à ces manifestations si utiles et si fécondes.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Jeudi 31 mars, au buffet de la Gare de Lyon, a eu lieu la deuxième réunion trimestrielle de la S. A. M. T. P. Etaient présents les docteurs Caujolé, Dartigues, Simon, Digeon, Cambies, Bory, Molinéry, Bourguet, Groc, Clavel, Durand, Esclavissat, Darquier, Laborde, Montagne, Mlle Bouteil, Mont-Refet, Busquet, Roule, Abdreu, Terson, Frizac, Azema, Flurin, Armengaud, Malavialle, Sauveplane, Péribère, Delater ; la section d'internes et d'étudiants était représentée par MM. Lacapère, Lion, Foures.

S'étaient excusés : les docteurs : Delherm, J. Digeon, Privat, d'Ayrenx, David de Prades, Lévy-Lebhar.

Comme à l'accoutumée, l'entrain le plus vif et la camaraderie la plus cordiale régnèrent pendant la soirée. Bonne reprise de contact entre compatriotes que séparent trop longuement les obligations professionnelles et pleinement ravis de se retrouver, pour quelques heures, dans la joyeuse et intime atmosphère de leurs années d'études et de jeunesse. Que d'heureuses conséquences, à tous points devue, de ces réunions ! ! !

Prirent successivement la parole les docteurs Groc, secrétaire général, pour la lecture de la correspondance et questions diverses ; Molinéry, qui inaugura sa présidence par un speech plein de verve ; Roule, qui, avec infiniment d'esprit, au sujet d'un nouveau pensionnaire du Muséum, donna quelques précisions zoologiques du plus haut intérêt ; Terson, qui condensa avec une éloquente clarté les modalités d'opérations de la cataracte ; Busquet, qui dit quelques mots sur le pouls lent de Napoléon et enfin Dartigues au verbe toujours chaleureusement lyrique et entraînant.

Le prochain dîner aura lieu le 12 mai 1927. Pour tous renseignements, s'adresser au Dr R. Groc, 40, rue d'Enghien, Paris, 10e.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Visitez la forêt de Fontainebleau.* — Les autocars P.-L.-M., qui assurent les excursions en forêt à Fontainebleau, ont repris leur service depuis le 1er avril. Deux circuits ont lieu chaque jour au départ de la gare de Fontainebleau et de la place Denecourt ; l'un, se fait le matin ; il conduit dans la partie nord de la forêt par la Croix de Toulouse, les Gorges-d'Apremont, le carrefour des Cépées, etc. (Prix : 12 fr.) ; l'autre, se fait dans l'après-midi, il traverse Montigny, Marlotte, les Gorges de Franchard, etc., dans la partie sud de la forêt (prix : 20 francs).

La visite complète de la forêt peut être effectuée, dès maintenant, les dimanches, lundis, jeudis, samedis et jours fériés ; mais à partir de juillet ce service de la journée se fera quotidiennement (prix : 30 fr.).

A dater du 26 mai, un service direct d'autocar partira de Paris tous les jours (sauf le mardi) ; il ramènera, le soir même, ses voyageurs à leur point de départ ; gare de Lyon et 88, rue Saint-Lazare (prix : 80 fr.).

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

finances, le ministre des pensions, le ministre des affaires étrangères, le ministre de l'intérieur, le ministre des colonies, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Attribution des allocations aux femmes en couches et aux femmes qui allaitent.

12104. — M. Prevet, député, demande à M. le ministre du travail : 1° si une femme privée de ressources, peut demander, après son accouchement, le bénéfice de la loi de 1913 (assistance aux femmes en couches) et, dans l'affirmative, quel est le délai légal maximum, après l'accouchement, pendant lequel la demande d'assistance peut être présentée au maire ; 2° si une femme, n'ayant pas demandé en temps voulu l'assistance aux femmes en couches (prime de 28 fr. pour le repos de quatre semaines) peut demander et obtenir, ultérieurement et après son accouchement, la prime d'allaitement, et dans l'affirmative, dans quel délai, après l'accouchement) la demande de prime d'allaitement doit être présentée. (*Question du* 8 *avril* 1927.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative, à condition que la demande d'admission à l'assistance soit formulée, au plus tard, au cours de la quatrième semaine qui suit l'accouchement. Le point de départ de l'assistance est, dans ce cas, toujours fixé à la date de la demande ; 2° la loi du 24 octobre 1919 impose formellement l'admission préalable à l'assistance aux femmes en couches pour les postulantes au bénéfice de la prime d'allaitement. Toute demande tendant à l'allocation de cette prime qui émanerait d'une postulante non admise à l'assistance aux femmes en couches ou ne pouvant y être admise pour cause de forclusion, serait donc irrecevable. Mais, toute assistée de la loi du 17 juin 1913 (assistance aux femmes en couches) est fondée à réclamer le bénéfice de la prime d'allaitement sous condition qu'elle allaite au sein, durant la période de douze mois après son accouchement, à quelque époque que ce soit. Il reste bien entendu toutefois que l'admission au bénéfice de la prime d'allaitement ne peut avoir d'effet rétroactif tout comme l'admission à l'assistance aux femmes en couches, en raison du contrôle permanent de l'assistée auquel est subordonné le bénéfice de la loi.

(*J. O.*, 21 avril 1927.)

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

1640. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de m'indiquer la diminution de la capacité de travail subie par un ouvrier pour désarticulation des deux épaules ? Quelle sera la rente à laquelle il a droit d'après la loi sur les accidents du travail ?

Dr M.

Réponse.

La désarticulation des deux épaules entraîne sans conteste une incapacité permanente totale.

Elle donne droit à une rente égale aux deux tiers du salaire annuel, compté comme suit :

Si l'accident a eu lieu avant le 1er février 1927, pour la totalité jusqu'à 4.500 fr., pour le quart de 4.500 à 15.000 fr. et pour le huitième au-delà de 15.000 fr.

Si l'accident a eu lieu depuis le 1er février 1927, pour la totalité jusqu'à 8.000 fr., pour le quart de 8.000 à 18.500 fr. et pour le huitième au-delà de 18.500 fr.

Baux et locations.

1646. — Prorogation de bail pour les locaux professionnels.

Les lois récentes sur les loyers comportent des dispositions spéciales, en ce qui concerne la reprise des locaux par les propriétaires vis-à-vis des locaux professionnels.

Mon bail porte comme désignation de l'immeuble « maison à usage de rentier ? ». Mais, d'autre part, comme partie prenante je suis désigné « M. le *Docteur* ». Est-ce suffisant pour que la maison puisse être considérée comme local professionnel ? Ou bien pour pouvoir invoquer cette qualité est-il nécessaire que le bail porte explicitement « maison à usage professionnel de docteur-médecin » ?

Dr C.

Réponse.

Si votre bail ne vous interdit pas d'une façon expresse d'exercer votre profession dans les lieux loués et si, d'autre part, vous y avez exercé votre profession d'une façon continue, au vu et au su de votre propriétaire, sans que ce dernier puisse justifier avoir protesté à aucun moment contre cette situation de fait, il y a un accord tacite entre vous et votre propriétaire suffisant pour donner à votre occupation un caractère professionnel interdisant au propriétaire d'exercer son droit de reprise jusqu'au 1er avril 1931.

Fiscalité.

1552. — Taxe sur les automobiles anciennes.

J'ai une Clément-Bayard de 10 CV qui date de 1910 et pour laquelle, d'après la dernière loi des finances, je ne dois payer que la demi-taxe. Le receveur des indirectes, qui n'a pas encore reçu d'ordres à ce sujet, veut me faire payer taxe entière, je n'ai pas encore payé le 2e trimestre pour cette voiture. Que dois-je faire ? attendre que les ordres arrivent ou payer taxe entière et demander ensuite le remboursement, qui aurait lieu cette année ou peut-être l'année prochaine ! Du moment que la loi a paru à l'*Officiel*, les employés des indirectes devraient savoir ce qu'ils ont à faire.

Dr G.

Réponse.

Nous estimons que vous n'avez qu'à payer la demi-taxe sans attendre que le receveur ait reçu les instructions de son administration, étant entendu que vous êtes en mesure d'établir que votre voiture est sortie de l'usine depuis plus de neuf ans.

A. M.

1393. — Etablissement de la contribution foncière.

Je vous prie de demander au conseiller fiscal du *Concours* de me donner son avis sur les augmentations de la contribution foncière sur une ferme m'appartenant, qui est louée depuis 1913 et qui ne me rapporte par conséquent pas plus que les années précédentes. Cependant les évaluations et les taxes ont été considérablement augmentées.

Les caculs sont faits en 1927 sur un revenu total de 160 fr. 1.726 = 1.886 francs alors qu'en réalité le fermage total payé par le fermier n'est que de 1.500 francs tel qu'il avait été fixé en 1914, le revenu réel est moindre puisqu'il y a à déduire les réparations.

Dois-je accepter ces chiffres, ou puis-je adresser une réclamation et à qui ?

Dr X.

Réponse.

La base de la contribution foncière des propriétés non bâties de 1927 a été obtenue en majorant forfaitairement le revenu net ancien de 75 %.

Vous ne pouvez contester cette majoration, faite conformément aux dispositions de l'article 23 de la loi du 3 août 1926.

A. M.

1574. — Le montant d'une assurance-vie est soumis aux droits de mutation après décès.

M. Martinot, notre conseiller fiscal, peut-il me dire s'il est exact (comme me l'a affirmé mon notaire) que les sommes représentant le montant d'une assu-

rance vie payées au-decès de l'assuré sont soumises aux droits de succession, au même titre que les autres sommes formant la succession ? J'avais toujours cru que l'Etat ne touchait en aucune façon aux assurances-vie. Dr Z.

Réponse.

Les sommes représentant le montant d'une assurance vie payées au décès de l'assuré, sont soumises aux droits de succession. A. M.

1427. — Patente d'un médecin exerçant dans deux localités.

1° J'habite à X une maison et j'y exerce la médecine.

2° D'autre part, j'ai à Paris, un appartement de 6 pièces où j'exerce également la médecine deux fois par semaine.

Nota : j'ai loué un appartement de 6 pièces, faute de trouver un appartement plus petit de 3 pièces qui m'aurait suffi. Je n'y habite pas. J'y couche rarement, peut-être dix fois par an. Et je n'utilise que 3 pièces : 1 salon et 2 cabinets.

Ceci dit, je paye les patentes suivantes : pour Paris (loyer de 13.500) .... 9.750 fr.

Pour X (loyer de 5.000)............. 3.750 fr.

Je paye donc pour Paris comme si j'habitais Paris ; et pour X comme si j'habitais X.

Suis-je obligé à cela ?

Ou bien doit-on tenir compte que je n'habite réellement que X. et que l'usage que je fais de mon appartement de Paris est exclusivement professionnel et ne s'applique rigoureusement qu'à 3 pièces : 1 salon et 2 cabinets.

La question pour moi est d'importance, car mon propriétaire va augmenter mon loyer à Paris ; cela va augmenter ma patente et, en fin de compte, j'en arrive à des chiffres d'une fiscalité absurde !...

Dr N.

Réponse.

Nous estimons que votre patente de Paris ne devrait être calculée que sur la valeur locative des pièces servant à l'exercice de votre profession, seule l'habitation principale (à X), étant soumise à la patente.

A. M.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

1592. — « Pansements » de contusion.

Comme suite à notre entretien de la semaine dernière, je vous serais infiniment reconnaissant de bien vouloir soumettre au Dr Decourt le cas d'un de mes blessés.

Il s'agit d'un ouvrier peintre qui en tombant d'une échelle, s'est fait :

1° Une contusion de l'hémithorax gauche sur la ligne axillaire ;

2° Une légère contusion du genou gauche ;

3° Une grosse contusion du genou droit avec ecchymose, qui par la suite à donné lieu à une hydarthrose.

Les quatre premières consultations ont comporté un bandage du thorax après badigeonnage à la teinture d'iode, un pansement compressif du genou droit et un pansement du genou gauche.

La contusion du genou gauche n'ayant eu aucune gravité, j'ai compté comme honoraires pour les quatre premières fois 2 consultations chaque fois (pansements du thorax et du genou droit). La compagnie d'assurance, se basant sur l'avis du Dr Decourt (*Concours médical* du 13 janvier 1924, p. 68) m'offre le prix d'une consultation.

Comme il s'agit d'un cas d'espèce particulier, je ne crois pas que le Dr Decourt maintienne ici le même avis.

Dr W.

Réponse.

Je ne puis guère que répéter ce que je disais dans ma réponse parue dans le *Concours* du 13 janvier 1924, à savoir que, pour qu'on puisse compter plusieurs « pansements », il faut au moins plusieurs plaies à panser. Et je ne trouve pas qu'on puisse donner ce nom à un badigeonnage de teinture d'iode effectué sur une contusion thoracique. Si nous sommes arrivés à faire augmenter quelque peu les prix de consultation de vingt, trente et quarante sous jusqu'en 1919, c'est en supprimant ce que j'ai appelé à cette époque « la note du plombier ». Par contre, nous avons eu beaucoup de peine, à l'article 14, pour faire admettre le tarif de « plusieurs pansements » en cas de « blessures multiples », chaque pansement étant tarifé le prix d'une consultation. Ce ne fut qu'en convenant qu'il ne s'agirait là que de pansements importants et non d'une bande mise sur une contusion. Conclusion : je ne vous conseille pas, dans votre cas, de compter plusieurs pansements.

F. D.

II

1548. — Interventions multiples chez un blessé grave.

21 *janvier* 1927. M. G. accident d'auto. *Visite* d'urgence le matin (vers 7 heures). Blessé maculé de sang, de boue, vêtements en lambeaux, famille éplorée. Plaies du cuir chevelu, de la joue, de l'oreille, du genou. Lavage et désinfection. Pansements.

2e *visite à* 10 *h. du matin.* Le blessé ayant, entre temps, été nettoyé, deshabillé, mis au lit, et réchauffé je pratique :

Sutures multiples cuir chevelu,
Suture simple de la joue,

Suture simple du genou,
Injection antitétanique.

Ces interventions me demandant une heure environ — de 10 à 11 h. — je reste ensuite jusqu'à 12 h. 1/2, pour parer, le cas échéant, à une syncope ou autre accident : blessé choqué, commotionné. Donc *surveillance prolongée de* 11 *h. à* 12 *h.* 1/2

22 *janvier* : Une visite :

Pansements du cuir chevelu, face, oreille (trois pansements séparés englobés dans un seul pansement terminal de tête).

Pansement du genou.

Les jours suivants, mêmes pansements.

Comment dois-je détailler pour le premier jour, et tarifer légalement ?

Pour les deuxième jour et suivants, dois-je compter :

1° Visite et pansement du genou 12 fr., plus pansements multiples (tête, joue, oreille), 15 fr. = 27 fr.

2° Ou visite pansement genou 12 fr., pansement tête 12 fr. = 24 fr.

3° Ou ne puis-je compter que : pansements multiples (tête, joue, oreille) = 15 fr. (sans pouvoir ajouter pansement simple du genou, compris lui-même dans le prix de la visite, et visite que je ne puis cumuler avec une intervention à tarif spécial.

Dr P.

Réponse.

1° 21 *janvier*. — *Première visite*, simple : 12 fr. *Seconde visite* : *a*) sutures multiples : 25 fr ; *b*) sutures simples à 15 fr. : 30 fr. ; *c*) une injection antitétanique : 20 fr. ; *d*) surveillance prolongée pendant trois demi-heures, 12 × 3 = 36 fr. (article 6). Total de la secnonde visite : 25 + 30 + 20 + 36 = 111 francs (non compris certificat et déplacement, s'il y a lieu).

2° 22 *janvier et jours suivants*. Pansements multiples : 15 fr. (même segment : tête, face, oreille), plus pansement simple : 12 francs (genou), total : 27 fr.

F. D.

III

1515. — Suture de la paupière.

J'ai une contestation avec une compagnie qui me demande d'accepter votre arbitrage : voici les faits :

Un maçon a eu la paupière fendue et une joue scalpée par la chute d'une ardoise, *toute* la joue et l'apophyse zygomatique. J'ai recousu etc., et j'ai dû aller faire des pansements *journaliers* à 6 k., le malade ne POUVANT pas venir me voir et moi voulant surveiller mes SUTURES. Résultat excellent, ni ectropion, ni trichiasis, comme le kilomètre auto me coûte 1 fr. 50 et que j'ai déjà eu deux histoires avec l'A, au lieu de demander 200 fr. opération et 1 fr. du kilomètre, pour les visites, j'ai demandé 100 fr. pour l'opération et 150 pour les kilomètres de visite. Elle me dit que *je ne suis pas oculiste*. Donc 25 fr. de suture. Or, ancien colonial, j'ai opéré des colons, mai qu'importe ?

Sur ces contestations, j'ai offert de refaire régulièrement mon mémoire. Alors 200 fr. pour l'opération, et 1 fr. par kilomètre cela fait entre les deux notes une différence de 4 fr. surplus de 700 fr.

Ce que je ne veux pas admettre, c'est que quand je fais la besogne d'un oculiste ou ne me paye pas à son tarif : c'est la première fois que cela m'arrive. J'ai 62 ans et suis depuis 33 ans à P.

J'accepte votre verdict.

Dr L.

Réponse.

S'il s'agit d'un accident du travail, ce que je pense, vous devez vous baser sur le tarif Fallières, quant à la part patronale, que, seule, envisage l'assurance.

A. — Voyez article 27 (oculistes). Pour suture simple de la paupière, je ne vois à compter que 20 francs,. Le prix noté plus loin de 200 fr. concerne les « sutures de *paupière et globe* », ce qui n'est plus votre cas, pas plus que « blépharrorhaphie », « sclérotomie », etc... Quant au prix, c'est le même, que vous soyez oculiste ou non, alors qu'il s'agit là, non plus de la consultation, mais des interventions, et cela en vertu de l'article 15, alinéa 2.

B. — Pour les *visites consécutives*, dans le cas où le blessé « ne pouvait se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé » (article 2), vous avez à compter 12 fr. par visite, plus 1 fr. 50 par kilomètre parcouru, soit 3 fr. par kilomètre de distance.

F. D.

IV

1466. — Ponction d'hygroma.

Le 13 octobre j'ai fait une ponction d'hygroma du coude.

Les 15 et 18 octobre, ponction suivie de lavages antiseptiques modificateurs.

Quel tarif appliquer pour ces trois interventions, la compagnie d'assurance ne veut payer qu'une simple consultation pour les 15 et 18 octobre : ponction suivie de lavage antiseptique modificateur.

Dr H.

Réponse.

1° La « ponction d'hygroma » n'est pas tarifée spécialement. Néanmoins, j'ai toujours fait admettre que, par analogie, on la tarifierait comme une « incision d'hygroma suppuré : 20 fr. » (article 17). A moins qu'il ne s'agisse d'un gros hygroma suppuré du genou, alors le prix est variable et fixable à l'amiable « suivant les cas » (article 28). Ici, je ne vois à compter que 20 fr.

2° Quant à compter deux et trois fois une même intervention *eodem loco*, parce que au lieu d'incision, on a ponctionné et reponctionné, ce serait contraire à l'adage de droit *non bis in idem* et je ne pense pas que vous auriez chance de faire admettre cette multiplication.

F. D.

V

1323. — Consultation de nuit entre confrères.

J'ai été appelé d'urgence un jour férié à la tombée de la nuit (légale), en consultation avec un confrère des environs pour un blessé atteint de contusion abdominale. Il y a là des majorations qui s'ajoutent ou ne s'ajoutent pas suivant le point de vue auquel on se place. Je voudrais bien avoir votre avis afin de le transmettre à la Compagnie.

Il me semble que le moyen de concilier les choses serait de tripler la consultation avec confrère (visite de nuit) soit 30 × 3 = 90 + l'indemnité kilométrique, sans tenir compte de la majoration dominicale.

Dr O.

Réponse.

Vous ne pouvez demander de majoration que pour la *nuit* ou pour le *dimanche*, mais pas les deux. Il est plus avantageux de compter la majoration de nuit. Ceci entendu, vous avez à compter une « consultation de nuit entre confrères », auquel cas j'ai toujours compté le prix de la visite multiplié par 5, déplacement en plus. Vous trouverez les raisons de ce décompte dans l'Agenda du *Concours* 1927, page 109. Donc, en 1926 : 10 × 5, soit 50 francs, plus 55 francs de déplacement pour 25 kilomètres de distance, soit, au total : 105 francs.

F. D.

VI

1043. — Visite dite « de contrôle ».

Voulez-vous avoir l'obligeance de me confirmer le prix de la visite de contrôle dans les accidents du travail.

En principe je compte 21 fr., qu'il s'agisse d'un contrôle au domicile du malade ou à mon cabinet.

Suis-je dans le vrai ?

Dr D.

Réponse.

En quelque lieu qu'elle se fasse, la visite dite de contrôle, c'est-à-dire par rencontre avec le médecin du patron ou de l'assurance, est comptée avec une majoration de 50 %, soit 12 plus 6, au total : 18 francs.

Ajoutez à cela le déplacement, s'il y a lieu, soit, à Paris, le prix moyen de deux francs, quelle que soit la distance, si vous avez été au domicile du blessé, soit 18 plus 2 = 20 francs.

F. D.

Questions médico-militaires

1277. — Promotion au grade de médecin-major de 2e classe.

Le directeur du S. S. de ma région m'informe que, médecin aide-major de 1re classe de réserve, je ne peux être promu au grade supérieur qu'après 6 ans

de grade et deux périodes d'instruction, et me demande à quelle date et où je veux être convoqué pour 1927 (pour 25 jours).

Je suis né en 1887, 2 ans de service, 5 ans de guerre au front. Aide-major de 1re classe à T. D. à dater du 26 février 1920, chevalier de la légion d'honneur avec cinq citations , marié et père de trois enfants.

J'ai, il est vrai, demandé il y a quelques années à être maintenu dans la réserve, ne me doutant pas de la possibilité de périodes. Ne puis-je pas être nommé à un grade supérieur sans accomplir de périodes ? Périodes qui exigent les frais d'un remplaçant et les frais de confection de tenues militaires que je n'ai plus.

Resterai-je indéfiniment aide-major de 1re classe si je m'y refuse ?

N'aurais-je pas pu être nommé au choix, avec mes états de service ?

Dr D.

Réponse.

Cette formalité des deux périodes à accomplir afin d'être proposé pour le grade supérieur est absolument indispensable, et l'on ne peut transiger, malgré vos beaux états de service.

Sinon, vous pouvez rester indéfiniment pourvu du grade de médecin aide-major de 1re classe, puisque dans la réserve cette promotion n'a lieu qu'au choix.

---

896. — Avantages en cas de naissance d'un troisième enfant.

Classe 1904. A. M. 1re cl. depuis 1916, père de trois enfants. Je suis affecté à un hôpital de l'intérieur, loin de ma résidence. Je dois rejoindre mon poste le premier jour de la mobilisation.

Quand j'ai reçu cette affectation, je n'avais que deux enfants.

Je désirerais savoir si le troisième ne me permettrait pas d'obtenir : 1° une date de départ plus éloignée, vers le dixième jour par exemple.

2° Un poste plus rapproché de ma résidence.

3° Serait-ce un droit ou une faveur, car dans ce dernier cas je me contenterai de signaler à la Direction S. S. la naissance du troisième enfant, sans adresser de réclamations.

Dr X.

Réponse.

Il ne s'agit pas d'un droit, mais d'une faveur. Nous vous conseillons donc de signaler à la Direction du service de santé la naissance de votre troisième enfant, mais aussi d'exposer votre légitime requête, à laquelle on ne peut manquer de réserver bon accueil.

---

895. — Attribution de l'indemnité aux grands tuberculeux.

Un réformé temporaire à 100/100 pour « tuberculose pulmonaire en évolution avec laryngite bacillaire et dysphonie » peut-il demander l'indemnité due aux grands tuberculeux, qui est je crois de 8 à 10.000 francs.

Quelle est la marche à suivre ?

Dr H.

Réponse.

Pour obtenir l'indemnité spéciale aux grands tuberculeux (5.000 fr.), il faut s'adresser à la Sous-Intendance militaire des pensions de la région ; celle-ci en est chargée et indique, le cas échéant, les formalités à remplir.

---

774. — Obligation d'accomplir des périodes d'instruction.

Le médecin inspecteur de la région où je suis affecté me demande de lui indiquer à quelle date je désire accomplir des périodes d'instructions volontaires qui ne peuvent être inférieures à 15 jours.

Avant la guerre, j'ai accompli 3 années de suite ces périodes, gratis et *pro deo*, sans aucun profit.

Fixé sur la nécessité de ces périodes, je serais heureux de savoir à quelles obligations militaires je suis encore soumis. Agé de 43 ans, médecin aide-major de 1re classe depuis le 11 décembre 1914, je ne désire aucun avancement.

Que dois-je répondre au Directeur de ma région ?

Dr N.

Réponse.

Etant données vos intentions, vous pouvez très bien échapper à cette corvée inutile, en répondant, par exemple, que cette année votre état de santé ne vous permettrait pas d'effectuer un service militaire actif, ... avec tous vos regrets.

Vous ne serez dégagé de toutes obligations militaires qu'à l'âge de 48 ans ; comme pis aller, vous offririez votre démission d'officier de réserve.

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

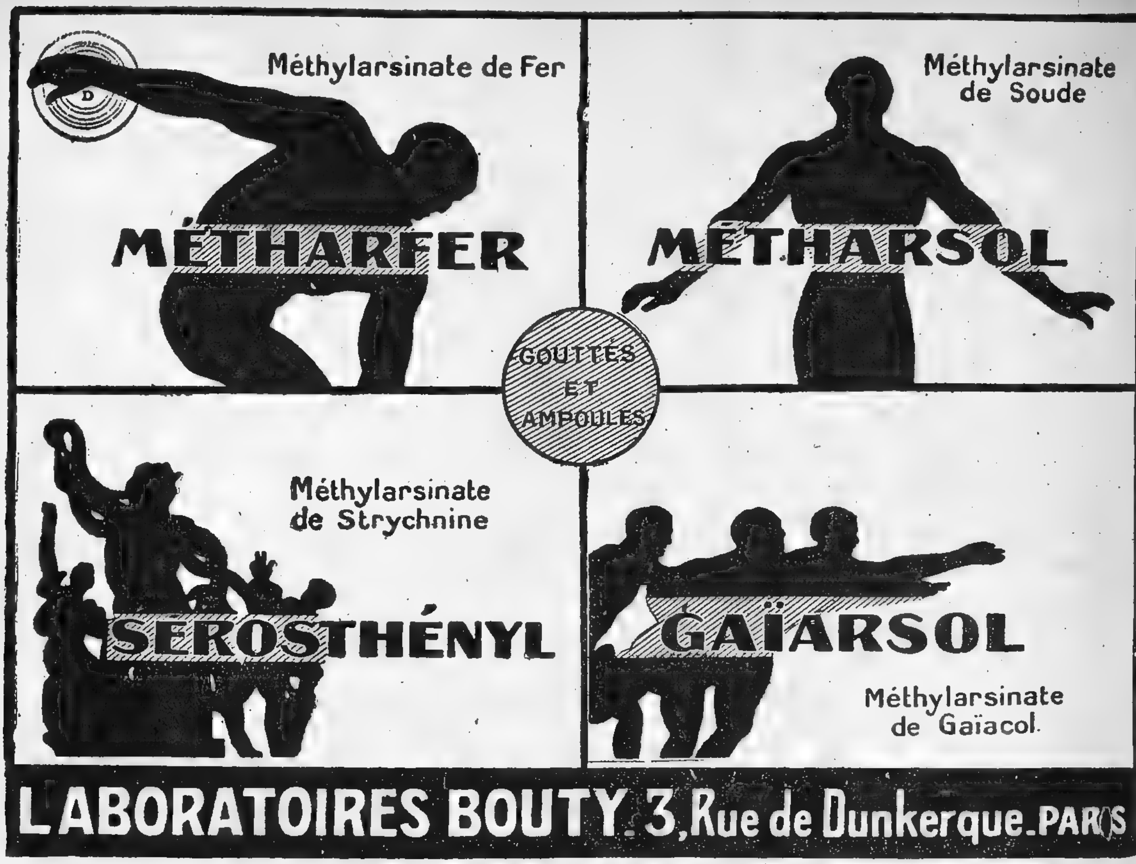
ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France.......................... 45 fr
Etranger... (voir conditions page IV)
Etudiants (France)......... 25 fr.
Le Numéro................ 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25


Méthylarsinate de Fer
MÉTHARFER
Méthylarsinate de Soude
MÉTHARSOL
GOUTTES ET AMPOULES
Méthylarsinate de Strychnine
SÉROSTHÉNYL
GAÏARSOL
Méthylarsinate de Gaïacol.
LABORATOIRES BOUTY. 3, Rue de Dunkerque. PARIS


Dr MARTINET
16, Rue du Petit-Musc
PARIS
Thérapeutique des Affections Gynécologiques
OVULES AU NÉO-COLLARGOL
DU Dr H. MARTINET
Chaque ovule à base de Glycérine renferme 0.10 de Néo-Collargol
INDICATIONS:
BARTHOLINITES
MÉTRITES. ULCÉRATIONS DU COL
PERTES BLANCHES. SALPINGITES.
MODE D'EMPLOI
Un ovule tous les soirs ou un soir sur deux.
Ovules Néo-Collargol
Toutes Affections Gynécologiques
POMMADE AU NÉO-COLLARGOL COCAÏNÉE OU NON COCAÏNÉE
Toutes Plaies _ Toutes Dermatoses

Quarante neuvième année N° 20 15 Mai 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1352-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Boyer, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarede.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, E. Le Gourlérec, E. Poulain

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Gardette, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes, Saint-Pée.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Auboux. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie). Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen, Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Gomot, Segard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Sauveur. Sabail.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Bouteller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel. Constant, Monsseaux

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr GAUSSEN, d'Avignon, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 258. — Préchacq-les-Bains. Hôtel 150 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

No 259. — A vend. 3.000, motocycl. Terrot 1926, 4 CV, 3 vit., très peu roulé, parf. état de marche.

No 260. — Achèterais urétroscope, tabouret métal, table métal ou lave émail, ou échangerais contre compte-glob. ou condens. ultramic. Stiassine.

No 261. — Pour cab. 5 CV Citroen, siège et dossier cuir noir absol. neufs, faire off. Dr Frigaux, 54, rue de Bourgogne, Paris.

No 262. — Mais. santé dem. méd. voulant habiter Paris. Dr Caux, 26, faub. St-Jacques.

No 263. — Cond. int. 3 pl. Citroen, série 21.000, entièr. revue et repeinte, 8.000 ; villa sur la mer, 5 ch. à coucher garnies, à louer 2.000 p. saison. Dr Top, à Loon-Plage (Nord).

No 264. — Poste demi repos Provence, avec bail. Rapp. 42.000. Prix : 20.000.

No 265. — Renault, torp. 5 pl. 12 CV 1919, type EU, éclair. et démarr. électr., garnit. cuir, parf. état à tous points de vue, très peu roulé. Prix : 10.000. Dr Almès, 16, rue de la Chapelle, Paris.

No 266. — A céder bonnes condit. montre O.S., gaine cuir pour Fiat 509, Dr Luc à St-Vallier (Drôme).

No 267. — A céd. 1 boite maillech. neuve complète (10 daviers, 2 élév. etc.), 1 boite chêne (tour à pédale, 2 pièces à main), 1 lot instru. séparés (daviers, élév. etc.).

No 268. — Doct. céder. appartem. 7 p. rayons X et client. à Lyon (Brotteaux).

No 269. — Deux-Sèvres. Citroen cond. int. 10 CV, caross. luxe cannée Dreguet, 4 amortiss. Houdaille, mot. excell. état, 13.000.

No 270. — Bords Loire. Anc. poste proxim. gr. ville affaire 45.000, jolie mais. 11 p. conf. Prix : 20.000, dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 271. — Paris. Clin. méd. aff. : 65.000, 5 p. install. mod. Prix : 60.000, y compris tout matér. et intrument. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 272. — Doct. dispos. capitaux import. rech. mais. de santé Paris-banlieue. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 273. — Calvados. St-Aubin-sur-Mer, stat. climat. suriodée à 5 heures de Paris. Plage de toute sécurité. Parc, tennis, ombrages. Saison juin à septembre.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **IVe Congrès International de Médecine et de Pharmacie Militaires.** — Nous rappelons encore une fois à nos lecteurs que les médecins de réserve sont tout particulièrement invités à prendre part à ce Congrès qui se tiendra à Varsovie du 20 mai au 5 juin, et auquel ils pourront se rendre en bénéficiant du tarif militaire sur les réseaux français et d'une réduction de 33 % sur les réseaux polonais.

C'est une occasion unique de faire en Pologne un voyage intéressant à des conditions avantageuses. Tous les détails relatifs à l'organisation matérielle et au programme du IVe Congrès ont été publiés dans le *Concours médical* : nos 12, 16 et 19.

— **Les épidémies.** — On signale un cas de variole dans l'Ille-et-Vilaine et plusieurs cas de fièvre typhoïde à Langres.

— **Académie de médecine.** — *La Fédération nationale des travailleurs des chemins de fer* a adressé une lettre à l'Académie en vue d'obtenir quelques renseignements concernant les troubles d'ordre physique ou psychique occasionnés par les conditions dans lesquelles travaillent les mécaniciens, chauffeurs et watmen de chemins de fer.

— **Société médicale des hôpitaux.** *Prix Paul Le Gendre.* — La Commission du prix Paul Le Gendre a proposé le sujet suivant pour le concours de l'année 1929 :

« Les lois françaises sur le secret professionnel et la jurisprudence qui les interprète sont-elles en harmonie avec la conception moderne de la fonction sociale du médecin ? »

Les travaux publiés ou inédits présentés au Concours pour ce prix devront être déposés sur le bureau de la Société, (12, rue de Seine, Paris, VIe) avant le 1er novembre 1929.

— **Une conférence de la défense sociale contre la syphilis**, organisée par la Ligue nationale française contre le péril vénérien, aura lieu à Nancy, les 29, 30 et 31 mai.

— **Les Journées médicales de Bruxelles de** 1927 se tiendront les 26, 27, 28 et 29 juin sous la présidence de M. le professeur Jean Verhoogen, de Bruxelles. La séance inaugurale aura lieu le 25 juin à 16 heures. La journée du 29 juin sera consacrée à Tournai-Belœil.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — Le dimanche, 22 mai, à 10 h.. à l'amphithéâtre des cours, 49, rue des Saint-Pères, conférence de M. P. Halbron, médecin de l'Hôtel-Dieu, sur *la phtisie fibreuse.*

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Syphiligraphie.* — Le 17 mai, à 20 h. 45, à la consultation du soir, leçon de M. Gougerot, agrégé, sur *les nouveaux traitements du chancre mou.*

— **Inauguration du médaillon du Dr Quivy, à Anzin (Nord).** — Cette inauguration aura lieu le dimanche 22 mai, à midi 1/2, au cimetière d'Anzin (Nord), en présence des délégations des Sociétés Nordistes et des différents groupements médicaux auxquels le Dr Quivy a apporté un dévouement sans limite. Tous les médecins sont spécialement invités à y assister pour apporter à leur confrère leur hommage de reconnaissance.

Le comité du Nord-Médical et celui de la Fondation Quivy, remercient chaleureusement les souscripteurs. Leur générosité va permettre de créer une « Fondation Quivy » en faveur d'un étudiant pauvre originaire de Nord, suivant un règlement qui sera publié ultérieurement.

Pour se rendre à Anzin, les médecins parisiens pourront partir le matin même de l'inauguration par le train de Valenciennes qui quitte Paris à 8 heures.

Tous renseignements pourront être demandés au Dr Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid, Laborde 01-26.

— **Hospice de la Salpêtrière.** — M. le docteur Crouzon fait, dans son service, à la consultation du Perron, les samedis, jusqu'au mois de juillet, à 10 h. 30, des conférences sur *Les maladies du système nerveux et les maladies chroniques des os et des glandes endocrines.*

Chaque conférence comprendra : *a*) dans une première partie : la présentation de malades observés dans la semaine avec documents iconographiques ou anatomiques ; *b*) dans une deuxième partie : l'exposé méthodique des principales maladies familiales et congénitales du système nerveux ainsi que de quelques dystrophies osseuses.

En outre : les mardis à 11 h., au pavillon du Perron consultation psychiatrique avec M. le docteur Vurpas. Les mercredis à 10 h., consultation à la porte de l'hospice : examen des nouveaux malades externes. Les vendredis à 10 h., au pavillon du Perron : examen des anciens malades externes.

— **Circuits automobiles Corses.** — La Compagnie *Cirnéa*, 5, quai Rauba-Capeu, Nice, enverra très volontiers à nos membres qui lui en feront la demande, le programme de ses *circuits corses en torpédos.*

Une réduction de 10 %, sur les prix indiqués sera consentie aux membres du *Concours médical* ainsi qu'à leur famille.

— **Office thermal et climatique français.** — Il vient de se fonder à Paris, 15, rue Royale, un « Office thermal et climatique français » qui a pour but de faciliter aux malades français et étrangers, l'accès et le séjour aux stations thermales et climatiques.

Cet Office fournira tous renseignements utiles sur les cures (prix, nature du traitement) ; il réservera dans les hôtels et sans frais les chambres conformé-

ment à tous les desiderata et à des prix compatibles avec les ressources de chacun ; pour les voyages, il émettra des billets spéciaux et assurera les moyens de transport non seulement pour se rendre aux stations, mais aussi pour les promenades et excursions.

L'Office se préoccupera de procurer partout des avantages spéciaux aux médecins et à leur famille.

A TRAVERS L'OFFICIEL

29 *avril.*

Assistance publique.

Additif à la liste des hôpitaux et hospices, des bureaux de bienfaisance et d'assistance appelés à concourir aux élections du Conseil supérieur de l'Assistance publique (1er et 2e collège électoral).

Service de santé des troupes coloniales.

Décret du 21 *avril* 1927 *modifiant le décret portant organisation du service de santé des troupes coloniales.*

Art. 1er. — Le décret du 7 mai 1908 susvisé est modifié comme suit :

a) Article 9, après : « 5° Médecine légale, administration », ajouter :

« 6° Hygiène sociale et coloniale.

« Un professeur, médecin principal de 2e classe ou major de 1re classe.

« 7° chimie » (le reste sans changement).

b) Article 18, supprimer le deuxième alinéa et rétablir comme suit le troisième alinéa :

« Les cours de l'école d'application commencent le 1er janvier. Les examens de sortie ont lieu dans la deuxième quinzaine d'août ».

c) Article 23, remplacer cet article par le suivant :

« Ils sont soumis à l'intérieur de l'école à des interrogations et à des épreuves pratiques qui donnent lieu à des notes calculées de 0 à 20.

« Ces notes sont portées à la connaissance des intéressés par voie d'affichage ; elles interviennent pour le classement final ».

d) Supprimer le quatrième alinéa de l'article 24.

Art. 2. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

30 *avril.*

Enseignement de la médecine.

Un emploi d'agrégé de médecine près la Faculté de médecine de Montpellier est déclaré vacant.

Un délai de 20 jours à dater de l'insertion au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

1er *mai.*

La chaire de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.



4 mai.

Asiles publics d'aliénés.

Avis de vacance (médecins des asiles publics d'aliénés

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle).

Conformément aux dispositions réglementaires, les candidats doivent justifier de la connaissance de la langue allemande.

Service de Santé des troupes coloniales.

Avis de vacance de chaires à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille.

Les chaires :

1° D'anatomie chirurgicale et médecine opératoire ;

2° D'hygiène sociale et coloniale, sont déclarées vacantes à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Il sera procédé aux nominations des nouveaux titulaires, dans les conditions prévues par l'instruction du 15 juin 1909, modifiée le 3 décembre 1923 et le 21 avril 1927.

Les demandes des candidats, revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), le 15 octobre 1927, au plus tard.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Indemnité de première mise d'équipement pour l'accomplissement d'une période d'instruction.

11927. — M. Vincent AURIOL, député, demande à M. le ministre de la guerre à quelle indemnité de première mise d'équipement peut prétendre un officier de réserve du service de santé, promu à son grade en 1922, qui doit, comme faisant partie de la classe 1920, accomplir une période d'instruction au mois de juillet 1927. (*Question du* 31 *mars* 1927.)

Réponse. — En 1922, à l'époque à laquelle a été nommé l'officier de réserve du service de santé dont il s'agit, l'indemnité de première mise d'équipement était accordée aux intéressés dans la limite des crédits annuels accordés par le Parlement pour cet objet. L'officier dont il s'agit ne peut prétendre actuellement à aucune indemnité de première mise, soit qu'il l'ait déjà perçue lors de la nomination, soit qu'elle n'ait pu lui être attribuée faute de crédits.

(*J. O.*, 28 avril 1927.)

Achat d'effets d'habillement par les officiers de complément.

12011. — M. Emile BOREL, député, demande à M. le Ministre de la guerre s'il serait possible pour alléger les frais que peut entraîner, pour les officiers

de complément appelés à accomplir une période d'instruction, l'achat d'un nouvel équipement, de les autoriser à acheter à l'administration, soit des effets d'équipement, soit du drap militaire ou de leur verser une indemnité. (*Question du* 5 *avril* 1927.)

Réponse. — Les officiers de complément viennent d'être autorisés à toucher à titre remboursable les effets d'habillement (capote, vareuse, pantalons, képi) et de grand équipement composant la tenue de campagne (circulaire du 3 mars 1927, *Bulletin officiel*, p. 447). Des cessions de drap pourront leur être consenties à la fin de l'année 1927.

(*J. O.*, 28 avril 1927).

DOCUMENTATION INTERCONFRATERNELLE

Mon cher confrère,

Je mets à contribution la vaste érudition de nos confrères du *Concours médical* et les prie par votre entremise de me signaler les travaux relatifs às l'Epilepsie de Pétrarque (médicaux et para-médicaux).

Veuillez accepter, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr Molin de Teyssieu.
14, rue Blanc-Dutrouilh, Bordeaux.

CORRESPONDANCE

Exercice de la médecine

1682. — Exercice de la médecine en France par des diplômés étrangers.

Voulez-vous me faire connaître où je pourrai trouver — à moins que vous ne puissiez me les indiquer vous-mêmes — 1° les conditions permettant aux médecins (non pourvus du diplôme d'Etat français) italiens, anglais, espagnols, de venir s'installer et exercer leur profession en France, ailleurs, dans celle-ci, que dans les villages et zones frontières ; 2° un médecin étranger attaché au Consulat de sa nation et non pourvu du diplôme d'Etat français peut-il exercer sa profession en dehors de son Consulat.

Vous m'obligerez fort en me fixant sur ce qui précède, nul mieux que vous n'étant en état de le faire.

Dr L.

Réponse.

Aux termes de l'article premier de la loi du 30 novembre 1892, nul ne peut exercer la médecine, en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français.

Donc, première condition, pour exercer l'art de guérir, c'est d'être muni du diplôme d'Etat, quelle que soit la nationalité du diplômé.

Mais, si un médecin, diplômé à l'étranger, quelle que soit sa nationalité, veut exercer la médecine en France, il devra, aux termes de l'article 5 de la loi, précitée, obtenir, au préalable, le diplôme de docteur en médecine de l'Etat français.

Il peut, il est vrai, bénéficier de dispenses de scolarité et d'examens, accordées par le ministre de l'Instruction publique, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique. En aucun cas, les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

Une seule exception est faite, pour l'exercice de la médecine dans les communes françaises, limitrophes de la frontière, en vertu de conventions diplomatiques passées avec le Grand Duché de Luxembourg, la Suisse et la Belgique.

La jurisprudence a appliqué ces textes de lois, par les jugements suivants :

« Un médecin étranger, qui n'est pas diplômé par le gouvernement français, ne peut exercer la médecine en France, sans commettre un délit, même sans y résider, ou en y venant en consultation, ou pour accompagner un compatriote pendant une cure. L'habitude nécessaire à l'existence de ce délit résulte suffisamment de visites réitérées faites à un malade, ce malade fût-il le seul qu'ait soigné ce médecin. » (Tribunal de Valenciennes, 19 mai 1904.)

« Se rend coupable du délit d'exercice illégal de la médecine, un médecin étranger (de la Faculté d'Athènes) qui, sans diplôme français, se livre habituellement à l'exercice de la médecine, alors même que, pendant deux mois, il était le remplaçant d'un médecin français, malade. » (Cour d'Appel de Paris, 9e chambre, 20 novembre 1907.)

Est également condamné pour exercice illégal le médecin étranger, qui, invoquant à tort la convention diplomatique passée entre la France et la Belgique, exerce dans une commune française, qui, pour être voisine de la frontière, n'est pas une commune limitrophe (Tribunal civil de Valenciennes, 15 mars 1905 ; Tribunal correctionnel de Sedan, 15 mai 1907.)

Par conséquent, un médecin, diplômé étranger, ne peut, nulle part en France, exercer la médecine, même pour un seul client (sauf les restrictions pour les communes limitrophes des frontières belge, luxembourgeoise et suisse).

2° En droit international public, l'immunité diplomatique n'est accordée qu'aux ambassadeurs et à leur suite officielle.

Par courtoisie, on applique ce même droit à la suite non officielle, dont font partie les médecins.

Les consuls n'ont droit à l'immunité que pour

Voir la suite page LV-1407

PROPOS DU JOUR

Vers l'Union.
Evitons de glisser vers l'anarchie.
Un bel exemple à suivre.

La crise actuelle que traverse le Syndicalisme médical menace de se compliquer. Ainsi nous voyons à Paris des confrères, évidemment de bonne foi, mais qui ignorent tout, ou à peu près, du passé et de la défense professionnelle, proposer sans ironie à nos Syndicats médicaux parisiens de se dissoudre pour construire sur leurs ruines nous ne savons quelle vaste corporation médicale parisienne qui ferait bande à part entre l'Union des Syndicats médicaux et la Fédération nationale. Nous ne sommes pas des admirateurs aveugles du syndicalisme médical de la Région parisienne, certes, il a ses défauts comme toutes les institutions humaines, mais il a une grande qualité, c'est d'exister. Et, si parmi ses membres, il s'en trouvait quelques-uns pour accepter le suicide, nous en connaissons beaucoup qui ne se résoudraient pas à imiter le guillotiné par persuasion. Les récents néophytes de la défense professionnelle parisienne proposent de créer un groupement nouveau qui ne serait ni association, ni syndicat, ou, ce qui reviendrait au même, serait à la fois les deux, constituant ainsi dans un nouveau mystère, une sorte de Trinité en deux personnes. Ils nous rappellent ces intellectuels dont parle dans *Belphlégor*, M. Julien Benda, qui attaquent et veulent détruire tout l'intellectualisme et prétendent représenter seuls le véritable intellectualisme. « Ainsi les rois barbares, qui venaient détruire la civilisation romaine, ne savaient rien de plus glorieux que d'être appelés consuls ».

Nous sommes assez convaincus de l'impuissance des tentatives parisiennes pour ne pas nous en émouvoir outre mesure. C'est, en somme, beaucoup de bruit pour rien. Mais nous apprenons que , dans une autre région, et une région absolument rurale, les médecins, désorientés par la scission actuelle, se demandent très sérieusement s'ils ne feraient pas mieux de créer une fédération régionale autonome qui, en dehors et à côté de l'Union et de la Fédération, essayerait de faire ses affaires toute seule. Nous supplions nos confrères de ne pas donner suite à leur projet, ce serait absolument inopportun, glisser vers l'anarchie et augmenter encore le désarroi momentané qui règne parmi nous.

Et nous ferons la même réponse à un confrère de la région du Nord qui nous propose de prendre l'initiative d'un referendum pour savoir nettement ce que pense le Corps médical.

« Il y a carence des Syndicats, nous écrit-il. Allez-vous, vous aussi, vous en laver les mains. Vous avez le devoir de défendre nos intérêts. Or, il faut d'abord savoir ce que nous voulons. Proposez une formule claire et précise à laquelle on puisse répondre par oui ou par non. »

Non, confrère, nous ne viendrons pas par une intervention intempestive, augmenter le trouble d'une situation qui, cependant, est moins embrouillée et moins critique qu'elle en a l'apparence.

Nous savons que les dirigeants de l'Union et de la Fédération qui ne sont pas ou plus des frères ennemis, viennent de se concerter pour constituer « un front commun » lors de la discussion du projet de loi sur les assurances sociales. Cette entente qui, croyons-nous, s'est très facilement établie, sera, nous n'en doutons pas, le prélude du rétablissement de notre Unité syndicale.

Dans un pays aussi centralisé que la France, une union des groupements médicaux est indispensable. Sous l'Ancien régime, les Facultés et les Collèges médicaux étaient isolés. Certaines Facultés, comme celle de Paris, faisaient même la guerre aux autres dont elles repoussaient les docteurs. Il suffit à Vicq-d'Azyr de fonder la Société royale de médecine, pourvue de l'esprit tout opposé, pour recevoir aussitôt l'adhésion de douze facultés de médecine de province et de 22 collèges de médecins.

La Faculté de Paris résista et ce fut son pitoyable effondrement. *Vœ soli.*

Plus nous y réfléchissons et plus nous sommes persuadés que la scission actuelle, qui ne peut être que momentanée, est la conséquence d'un malaise, causé par des impondérables, malaise résultant d'une organisation insuffisante de notre Union dont le Corps médical français tout entier est responsable.

L'Union des Syndicats médicaux est tenue de s'occuper de tout ce qui concerne l'exercice de la médecine, l'hygiène, l'assistance et la prévoyance. Pour remplir parfaitement sa tâche, elle devrait être présente partout, dans tous les conseils ou commissions officiels, dans tous les Congrès ; elle devrait être en relations constantes et suivies avec les Ministères, les Administrations, le Parlement, les grandes Associations ou Comités, les Ligues qui s'occupent d'Assistance, de Prévoyance, d'Hygiène, de Prophylaxie. Elle devrait être tenue au courant de tout ce qui se dit et se fait dans les Associations et les Sociétés médicales. Elle devrait pouvoir faire des démarches et des enquêtes immédiates dès qu'un fait, ou un projet nouveaux intéressant le Corps médical verraient le jour.

Pour exécuter ce programme, il faudrait créer une Administration syndicale qui exigerait le personnel et le budget d'un Ministère. Il faudrait en outre que les membres du Secrétariat, nombreux et débarrassés des soucis de la clientèle, ayant leur avenir assuré, puissent se consacrer uniquement à la direction de leurs services.

Or ceci nous ne pouvons l'obtenir et, à moins d'une transformation radicale qui enrégimenterait les médecins dans des chambres professionnelles et il n'en sera pas ainsi, nous ne l'obtiendrons vraisemblablement pas de fort longtemps.

Avec une organisation matériellement insuffisante et incomplète, les dirigeants, au dévouement et à l'activité desquels nous nous plaisons encore une fois à rendre hommage, font ce qu'ils peuvent, tout ce qu'ils peuvent, souvent plus que raisonnablement ils devraient être tenus de faire. Mais, par la force des choses, ils ne peuvent faire tout ce qu'il serait nécessaire de faire. Fatalement, certaines questions sont négligées ou imparfaitement résolues. Il s'en suit des froissements, des rancœurs qui s'accumulent, des malentendus qui s'accentuent. Ces impondérables au fur et à mesure qu'on s'éloigne du centre, prennent une importance qu'ils n'ont pas et créent le malaise qui, à l'occasion d'un fait fâcheux, d'une fausse manœuvre, d'une erreur, provoque un conflit et déclanche une crise.

Mais la maladie, malgré l'aspect inquiétant et bruyant de ses premiers symptômes, suit son cours et tend inévitablement à la guérison.

Naguère, un état semblable s'est manifesté dans notre Alsace. Des hommes de parfaite bonne foi, indiscutablement dévoués à la France, leur patrie bien-aimée, se sont heurtés, se sont reprochés les pires intentions, se sont accusés de trahison et des complots les plus ténébreux. Mais, à la lumière d'une loyale discussion devant la Cour d'assises, les reproches se sont évanouis, les poings fermés se sont ouverts pour permettre aux mains de s'étreindre et les frères ennemis, oubliant leurs torts réciproques et leurs injustes préventions, se sont réconciliés loyalement aux cris de « Vive la France ! »

Souhaitons qu'il en soit de même demain du Corps médical français, et que Fédérés et Unionistes, prenant exemple sur nos frères d'Alsace, se réconcilient dans un même élan au cri de « Vive l'Union Médicale » sans autre épithète.

J. Noir.

Les journées médicales de Marseille.

Avant de donner le compte rendu de ces Journées, dont le succès fut complet, je tiens à adresser mes bien vifs remerciements et toute ma gratitude, au nom du *Concours médical*, que j'avais l'honneur de représenter, aux organisateurs, au président de leur Comité d'organistaion M. le professeur Olmer ; à son secrétaire général, le Dr André Sauvan ; au Dr Pieri, chirurgien des hôpitaux, son trésorier, et au directeur du *Marseille Médical*, le professeur Imbert, et à tous nos confrères Marseillais dont nous fûmes les invités et qui nous ont réservé un si cordial accueil.

Nous devons une grande part, dans ces remerciements, au Comité des dames et en particulier à Mmes Alezais et Olmer qui se sont multipliées pour procurer aux familles prenant part à ces journées toutes les distractions possibles.

Nous ne saurions oublier la *Société médicale de climatologie et d'hygiène du littoral méditerranéen* et son distingué président M. le Dr Maurice Faure qui nous ont convié d'une façon spéciale à leur belle excursion de la Côte d'Azur qui s'effectua dans les conditions les plus satisfaisantes.

A tous, notre cordiale reconnaissance.

Dr M. Vimont.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

MORPHOLOGIE CLINIQUE

Les gouttières thoraciques latérales

Par le Dr DUBREUIL-CHAMBARDEL (de Tours).

Il n'est pas rare de rencontrer chez l'enfant et chez l'adulte des gouttières latérales qui dépriment la région thoracique plus ou moins profondément.

Ces gouttières n'ont pas seulement un intérêt morphologique, elles acquièrent une importance clinique capitale par l'association fréquente, lorsqu'elles sont très accusées, de lésions des organes intra-thoraciques, ou intra-abdominaux. Il est donc nécessaire de les bien connaître.

Nous reconnaîtrons deux formes de gouttières latérales thoraciques :

1° Une *forme haute* intéressant les six ou sept premières côtes et pouvant s'accompagner de désordres cardiaques.

2° Une *forme basse* intéressant les cinq ou six dernières côtes et pouvant s'accompagner de désordres hépatiques.

I

Les gouttières thoraciques hautes (type Apert).

La forme haute de gouttière thoracique est caractérisée par une dépression latérale ayant l'aspect d'une raquette, commençant en haut dans la région axillaire se dirigeant en bas, en avant et en dedans, en s'élargissant, pour se terminer vers les cartilages costaux des 5e, 6e et 7e côtes.

Cette dépression est placée d'ordinaire au-dessous du relief du muscle grand pectoral.

Elle varie en largeur et en profondeur.

En largeur, elle peut intéresser vers sa partie terminale, la hauteur de deux, trois parfois quatre côtes.

En profondeur elle peut varier depuis une simple gouttière à peine remarquable à un examen minutieux jusqu'à des gouttières dont le fond forme un creux de quatre, cinq ou six centimètres.

La présence de ces gouttières n'est pas une rareté et l'examen attentif de sujets jeunes permet de les déceler deux ou trois fois sur cent sujets. Généralement elles sont peu accusées et ce n'est qu'exceptionnellement que, devenant profondes, elles constituent une vraie malformation.

La gouttière thoracique peut n'exister que d'un seul côté. Mais il est plus fréquent de remarquer une gouttière de chaque côté. La malformation est alors symétrique, mais peut être plus accusée d'un côté à l'autre.

Les cas que nous avons observés se sont rencontrés avec une égale fréquence dans l'un et l'autre sexes.

Lorsque ces gouttières thoraciques sont peu accusées et peu prrfondes, elles n'exercent pas d'influence sur le libre fonctionnement des organes cardio-pulmonaires. Il n'en est pas de même lorsque les dépressions sont plus profondes. Il est fréquent de trouver alors des complications cardiaques. C'est à cette variété de déformations que M. Apert, depuis 1897, a consacré un certain nombre de mémoires fort intéressants.

M. Apert, en 1897, a décrit une malformation thoracique associée à des troubles cardiaques, et il a montré l'étroite relation des deux états.

Le thorax du sujet observé présente de chaque côté, sur la face antéro-latérale, et au-dessous des pectoraux une dépression profonde en forme d'entonnoir. Ces dépressions étaient congénitales. L'auscultation révélait un gros souffle systolique perceptible dans la région précordiale, mais à maximum très net au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire. Cette lésion était, elle aussi, congénitale ; elle était bien compensée.

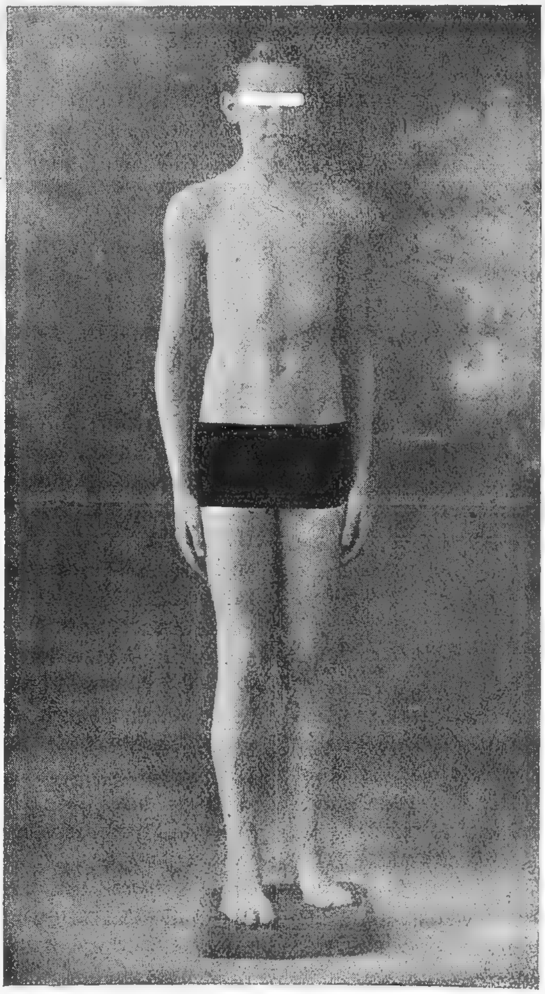
Depuis cette observation divers auteurs : Huchard, Ettighofer, Cochez, nous-même, dans deux travaux publiés en 1907 et 1913, ont rencontré des cas tout à fait semblables et superposables, avec association de profondes gouttières thoraciques et de symptômes de rétrécissement de l'artère pulmonaire.

En 1920, Rouslacroix et Manet ont publié un cas où l'observation clinique est accompagnée d'un examen nécroscopique. Il y avait chez un garçon de dix ans coexistence de gouttières thoraciques très profondes et de troubles cardiaques ; mais au lieu d'intéresser l'artère pulmonaire, les lésions touchaient l'orifice mitral.

A quoi sont dues ces malformations thoraciques accompagnées de lésions cardiaques ?

Comme pour beaucoup d'autres syndromes on a invoqué l'hérédo-syphilis (Fournier), le rachitisme (Variot, Elstein), la dégénérescence (Mayet), mais sans preuves évidentes, et ce sont là vues systématiques et idées doctrinaires que ne vérifient pas l'observation attentive du malade.

Il semble bien aujourd'hui que l'accord s'est fait entre les auteurs. Ces malformations sont d'ordre mécanique. Ce sont les membres supérieurs de l'enfant, ses bras et ses coudes, parties saillantes, plaquées contre le thorax pendant toute la durée de la grossesse qui forment leurs empreintes sur les parois en de véritables gouttières plus ou moins accusées suivant la pression. M. Apert a parfaitement étudié ces pressions des bras de l'enfant contre le thorax dans les grossesses à liquide amniotique peu abondant.



Si on croise les bras des sujets malformés, en dedans de la poitrine, on peut ramener les coudes au niveau des dépressions et on voit qu'ils s'y emboîtent très exactement.

La lésion cardiaque ne saurait être attribuée à une endocardite fœtale. Elle est, elle aussi, la conséquence de la compression. Elle n'accompagne que les dépressions très profondes. Et c'est cette compression extérieure déformant la paroi thoracique et déterminant une saillie en dedans des côtes au niveau du cœur, qui gêne le développement de ce dernier organe, le serre contre le rachis et trouble la formation regulière de ses orifices vasculaires.

Nous avons vu des lésions cardiaques de même ordre accompagnant parfois les dépressions du *sternum infundibuliforme* ; il s'agit là aussi, on l'a vu, de compressions mécaniques du sternum par des parties fœtales dures.

D'ailleurs cette pathogénie du fœtus par compressions exercées sur son tronc par ses membres est explicative de bien des faits. Si les malformations observées sont souvent les mêmes, c'est que la position des membres du fœtus pendant la vie intra-utérine est remarquablement fixe.

II

Les gouttières thoraciques basses.

La forme basse de gouttière thoraciques est beaucoup moins fréquente que la forme haute. Elle a été bien étudiée, d'après un de nos malades, par un de nos élèves, M. E. P. Rousseau, dans une thèse de Paris en 1926 (1).

Ici la dépression intéresse les dernières côtes et plus particulièrement les VIIe, VIIIe IXe et X^e côtes. Elle commence plus ou moins haut sur la ligne axillaire, est orientée en bas et en avant et intéresse le cartilage costal qui est déprimé de façon permanente. La gouttière est moins large que dans la forme précédente.

La portion du cartilage costal située au-dessus de la gouttière forme une saillie très accusée, déterminant un aileron thoracique très particulier et d'origine toute différente des autres formes d'ailerons décrites récemment par Meige.

Les organes, situés derrière le gril costal, subissent des déformations. En particulier le foie présente une gouttière due au contact de la côte en retrait formant le fond de la gouttière thoracique.

(1) Voici l'observation de M. Rousseau :

« Le sujet observé : O. M., âgé de 16 ans appartient au type longiligne ; c'est un macroskèle tel que l'a décrit Manouvrier, caractérisé qpar des membres inférieurs très longs, un thorax court et exigu, un cou court et une petite tête. Voici les mesures que nous avons relevées : elles n'ont d'ailleurs qu'un intérêt relatif puisque notre sujet est en période de croissance.

Hauteur totale : 1 m. 75.
Hauteur de l'ombilic : 1 m. 14.
Hauteur du trochanter : 0 m. 99.

L'estomac paraît aussi subir l'influence de la pression occasionnée par les côtes et j'ai constaté un rapport avec des dépression thoraciques basses, des gouttières de la face antériere de l'estomac.

Jacquemet dans une thèse récente de Lyon, a étudié avec soin les gouttières que peut parfois présenter le foie sur toute sa voussure. Il en attribue la formation à des variations diverses du muscle diaphragme. Jamais il n'a eu l'occasion d'incriminer l'action du plastron costal. Cependant à l'Ecole de médecine de Tours, sur des sujets injectés au formol et présentant des gouttières thoraciques basses du type que nous décrivons ici, nous avons constaté la coexistence habituelle de gouttières hépatiques au niveau même de l'enfoncement costal et ayant la même orientation. Pour nous donc il n'y a aucun doute que la disposition du foie ne soit déterminée par la disposition des côtes.

Dans les différents cas que nous avons étudiés, en particulier dans celui qui a fait l'objet du travail de Rousseau, puis plus récemment chez un jeune homme de 18 ans, lordosique, nous avons constaté la bilatéralité et la symétrie des empreintes thoraciques. Cependant les gouttières peuvent ne pas avoir la même profondeur d'un côté à l'autre.

Dans les cas que nous avons rencontrés et étudiés, nous n'avons jamais pu déceler des lésions en rapport avec l'hérédo-syphilis, la dégénérescence ou le rachitisme.

La dépression thoracique basse est due comme la dépression haute, à un phénomène de compression.

Les bras de l'enfant dans la cavité maternelle peuvent occuper deux positions : ou ils sont croisés sur la poitrine les avant-bras en flexion et la pression des bras imprime l'empreinte de ceux-ci sur le gril pectoral formant les gouttières du premier groupe, les coudes imprimant plus fortement leur empreinte, ou bien ils sont tendus le long du corps, les avant-bras en extension continuant la direction des bras et se joignant sur le bubis et la pression s'exercera alors sur le thorax inférieur au niveau des VIIIe, IXe ou X^e côtes.

Ainsi donc ces gouttières hautes ou basses reconnaissent la même cause physiologique : une compression intra-utérine des membres sur le tronc de l'enfant, dans des utérus oligo-amniotiques.

III

Quelques remarques.

A. Thorax élargi et thorax étroit. — Dans chacune des deux variétés de gouttières thoraciques décrites ici, la forme du thorax n'est pas la même.

Dans les cas de gouttières hautes, le thorax est souvent comme applati d'avant en arrière, son diamètre transversal est élargi. Il semble que la compression se soit exercée sur la région antérieure du thorax, diminuant le diamètre antéro-postérieur. Tel est le cas en particulier d'une des observations d'Apert.

Dans les cas de gouttière basses le thorax au contraire est comme comprimé latéralement. La pression du bras du fœtus s'est faite sur les côtés du gril costal, d'où diminution du diamètre transverse, et saillie en avant du sternum et formation des ailerons thoraciques que nous avons signalés.

B. Scoliose et gouttières thoraciques. — Nous avons plusieurs fois trouvé chez des sujets présentant des gouttières thoraciques des symptômes scoliotiques. Cette scoliose n'existe que

---

Hauteur de l'acromion : 1 m. 51.
Hauteur du menton : 1 m. 56.
Diamètre thoracique au niveau des seins : transverse 0 m. 23 ; ant. post., 0 m. 18.
Périmètre thoracique au niveau des seins : 75 cent. en expiration, 80 en inspiration.
Périmètre thoracique au niveau de la 8e côte : 72 en expiration ; 78 en inspiration.
Diamètre biacromial, 35 cent ; bi-iliaque, 26 ; bitrochantérien, 30.

On ne décèle parmi les antécédents personnels rien de vraiment notable. Le passé pathologique est réduit aux affections banales de l'enfance. L'enfant a fait ses premiers pas à dix mois. Un frère de R. M. est très normalement constitué. Quant à l'hérédité, on ne saurait lui attribuer un rôle : la santé du père est bonne et si la mère est actuellement en évolution de tuberculose, cette affection est acquise, due aux conditions de vie et très postérieure à la mise au monde de son enfant. L'intelligence du sujet paraît normale.

En résumé, nulle trace d'hérédo-syphilis, nul stigmate de rachitisme ou de dégénérescence mentale.

On constate de chaque côté du thorax une gouttière qui commence, discrète, un peu au-dessous de la pointe de l'omoplate, se creuse de haut en bas et d'arrière en avant pour acquérir son maximum de profondeur à l'origine des 9e et 10e cartilages costaux où elle s'élargit en triangle

Le fond de cette gouttière est occupé par la 9e côte tout entière qui est nettement en retrait par rapport aux côtes voisines : la 10e côte forme une saillie au-dessous qui limite en bas la dépression en haut limitée par la 8e côte qui fait un relief considérable encore augmenté dans l'inspiration.

Au-dessus du point le plus déprimé, la portion cartilagineuse des côtes sus-jacentes qui dessine l'angle chondro-sternal, très épaissie, déborde le plan de l'hypochondre et du thorax et saille en avant à la manière de véritables ailerons. L'inspiration profonde, creusant l'abdomen, montre davantage la projection de ces ailerons qui semblent s'ouvrir à la manière de ceux d'un oiseau qui prend son vol.

Dans le jeu respiratoire normal, ou accentué, lagouttière persiste, semblable des deux côtés, et l'on remarque mieux en s'aidant du palper, la déformation des cartilages des 9e et 10e côtes. Celle-là aussi est fixe, définitive ; elle se traduit par l'enfoncement décrit et un mouvement de rotation en dedans qui rappelle un bec d'aigle et que l'on peut accrocher. Ce crochet dirigé en dedans est réalisé par le cartilage de la 10e côte auquel on découvre une articulation morbide avec celui de la 9e côte. »

dans les cas de gouttière unilatérale, ou lorsque il y a une grande différence de profondeur entre des gouttières bilatérales.

Le rachis thoracique est incurvé du côté où se trouve la gouttière la plus profonde et présente une déviation parfois assez accusée.

Nous suivons actuellement le jeune L., âgé de 14 ans, originaire de Clion, Indre. Ce garçon présente des gouttières latérales hautes très marquées, celle du côté gauche est bien plus accusée que celle du côté droit. On note une scoliose thoracique à concavité gauche.

L. S. d'Esvres (Indre-et-Loire), âgé de 16 ans présente des gouttières latérales basses. La gouttière droite est la plus profonde. On remarque une scoliose thoraco-lombaire à concavité droite.

Nous avons là une variété de scoliose d'origine congénitale très intéressante à connaître. Il semble que la pression des membres de l'enfant sur le thorax ait agi, lorsqu'elle a été très forte, sur le rachis et produit une courbure de l'axe vertébral. Cette mauvaise attitude du fœtus pendant la vie intra-utérine a amené une gêne prolongée dans le développement des vertèbres de la zone ainsi courbée, déterminé une asymétrie d'un ou de plusieurs éléments vertébraux, d'où scoliose.

Il y aurait tout un chapitre à écrire à propos des scolioses congénitales dues à de mauvaises attitudes du fœtus dans la cavité utérine. Nous avons signalé déjà les scolioses existant chez les sujets ayant un sternum infundibuliforme.

Conclusions.

Les gouttières latérales du thorax, sans être rares, constituent cependant une disposition anatomique qui a été peu étudiée jusqu'ici.

Elles reconnaissent pour cause des pressions des membres du fœtus sur le thorax. Ces pressions sont en rapport avec l'oligo-amnios.

Lorsqu'elles sont peu accusées, elles n'exercent aucune influence sur les organes internes.

Mais lorsqu'elles sont très prononcées, elles peuvent s'accompagner soit de lésions cardiaques, soit de malformations en gouttière du foie. Ces troubles organiques sont la conséquence aussi des compressions fortes subies par les parties dures des membres sur les parois du tronc.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Luxation du ménisque interne (genou).

D'après une leçon du professeur DELBET (1).

Ce malade est entré à l'hôpital pour une affection du genou dont le diagnostic est difficile. Ce jeune homme de 22 ans se plaint de gêne de la marche et de douleur du genou droit, ayant débuté, il y a deux ans, à la suite d'un traumatisme : après avoir reçu une bobine de papier, il est tombé ; il a pu se relever et marcher, mais il a reconnu que le genou était enflé au bout de deux ou trois jours. Il entra à l'hôpital, où il fut traité et guéri sous l'influence de divers traitements ; pointes de feu, rayons ultra-violets, air chaud et ponction. Samedi dernier, il s'est trouvé dans l'impossibilité d'étendre la jambe sur la cuisse. Quand il est entré, il avait un gros genou avec choc rotulien. Jusqu'à cette seconde crise, il avait continué à travailler.

Le diagnostic qui s'est présenté à l'esprit est celui de luxation des ménisques, on devrait dire du ménisque interne, car l'externe n'est que très rarement luxé. Un chirurgien de Lausanne avait considéré qu'il s'agissait d'une inflammation primitive des ménisques ; à l'heure actuelle, personne ne parle plus de cette méniscite.

Avant d'étudier ces lésions, je dois vous rappeler quelle est la disposition anatomique du ménisque.

Vous voyez qu'il suit le contour du plateau tibial. En dehors, il adhère à la capsule et au ligament latéral interne. Les lésions observées, ce sont des déchirures, qu'on appelle quelquefois des fractures : c'est un mauvais mot. Ces déchirures du ménisque sont de deux ordres, ou perpendiculaires, ou, au contaire, parallèles à l'axe du ménisque.

Les déchirures perpendiculaires portent dans la majorité des cas, sur le segment antérieur du ménisque. On observe principalement l'arrachement de la corne antérieure du ménisque. Cette déchirure peut porter plus en dehors, et même sur la corne postérieure.

Les déchirures longitudinales, c'est-à-dire parallèles à l'axe du ménisque, arrivent à le séparer en deux lames, l'une périphérique, et l'autre centrale. Elle peut se prolonger jusqu'à la corne antérieure ou postérieure ; alors la lame interne, devenue mobile, peut se déplacer, en se recourbant dans l'intérieur de l'articulation.

Dans certains cas, la déchirure se rapproche de plus en plus de son bord convexe, de son grand bord, et quelquefois il semble que la lésion passe au ras de l'union du bord périphérique du mé-

(1) Leçon faite le 9 décembre 1926, à l'hôpital Cochin, recueillie par le Dr LAPORTE.

nisque avec la capsule articulaire et le ligament latéral interne. Lorsque la déchirure s'est ainsi produite très en dehors et qu'elle s'étend sur toute la périphérie du ménisque, celui-ci est absolument flottant dans l'articulation. C'est peut-être dans ce déplacement complet seulement que se produit le véritable blocage, qui est au fond le seul symptôme vraiment pathognomonique des luxations traumatiques du ménisque.

L'accident subi par ce malade est-il une cause habituelle des déplacements du ménisque? Non. Il y a cependant un certain nombre d'observations de déchirure avec plus ou moins de luxation du ménisque, consécutive à un traumatisme direct, mais c'est la rarissime exception. Généralement, c'est un mouvement forcé qui produit la lésion, que ce soit une déchirure perpendiculaire à l'axe, ou parallèle.

C'est le plus souvent chez des gens faisant des sports violents qu'on observe ces luxations du ménisque.

C'est aussi dans une certaine catégorie de travailleurs, ceux qui sont obligés de travailler avec la jambe fléchie sur la cuisse, particulièrement les mineurs.

C'est ordinairement au moment où il se relèvent que se produit la lésion. A ce moment, ils ressentent une douleur plus ou moins violente, plus ou moins inhibitrice, qui les arrête un temps plus ou moins long.

Dans les cas types, qui sont — je m'empresse de vous le dire — l'exception, il y a un phénomène très particulier, c'est ce qu'on appelle le bloquage de l'articulation, immobilisée dans une position fixe ; la jambe est maintenue en demi-flexion, le malade ne peut pas l'étendre pendant un temps qui peut varier de quelques minutes à plusieurs heures ou plusieurs jours dans certains cas. Il estprobable que le ménisque interne a été déchiré sur une étendue considérable, est devenu libre dans l'articulation,comme l'anse d'un seau, il a été basculé dans l'espace intercondylien, et au moment où le malade s'essaye à redresser son membre, ce ménisque vient accrocher le bord postérieur du condyle.

Pour faire cesser ce bloquage, il suffit d'exagérer le mouvement de flexion, ce qui est toujours possible, puisque le bloquage ne porte que sur l'extension. En fléchissant la jambe complètement, puis en la redressant très doucement, il arrive très souvent qu'on fait cesser ce bloquage.

Les malades qui ont des bloquages fréquents arrivent en général à trouver d'eux-mêmes le mouvement qui dégage le ménisque. Dans d'autres cas, le malade est impuissant à corriger le bloquage, le médecin aussi. On met le malade au lit, il s'endort, et le lendemain matin, au réveil, il constate que ce genou est parfaitement droit : la réduction s'est faite toute seule.

Ce cas type ne présente véritablement pas de difficulté de diagnostic bien grande, mais il faut savoir qu'il est tout à fait exceptionnel.

Le bloquage permanent, durable, ne s'observe que très rarement ; pour ma part, je ne l'ai jamais vu.

En général, les malades disent qu'ils n'ont rencontré aucune difficulté à redresser leur jambe, à la mettre en ligne droite. D'autres, plus ou moins suggestionnés, disent qu'en effet ils ont eu une certaine difficulté à porter le membre en extension : il y a eu un bloquage temporaire.

Très souvent, on fait tout simplement le diagnostic d'entorse de l'articulation du genou ou d'entorse du ligament latéral interne du genou. On comprend aussi sous ce nom des cas beaucoup plus graves, dans lesquels il existe des mouvements de latéralité. Et bien, quand on peut produire nettement une déviation de la jambe en valgus, on peut être sûr qu'il y a une lésion beaucoup plus grave qu'une simple déchirure du ligament latéral interne, qu'il y a des lésions considérables des ligaments croisés. Mais, dans le cas qui nous occupe en ce moment, on ne trouve pas de mouvement de valgus.

Nombre de malades disent qu'à la suite d'un traumatisme ayant amené un léger degré d'hydarthrose, suivie d'un rétablissement complet de la fonction, il se reproduit de temps en temps des accidents du même ordre, plus ou moins intenses, plus ou moins durables. C'est ce qu'on appelle les entorses à répétition, où les hydarthroses à répétition.

Ici, nous apprenons qu'à la suite d'un traumatisme, ce malade a eu une crise assez sérieuse dont il s'était remis à peu près complètement ; il avait recommencé à travailler, et puis, dans son lit, il a été repris d'une nouvelle crise,c'est-à-dire sans traumatisme notable. Et bien, lorsqu'on lit les observations de luxations du ménisque, on constate des faits absolument paradoxaux comme cela : par exemple, un homme de cheval qui ne luxait pas son ménisque lorsqu'il avait un pantalon large, et qui le luxait presque inévitablement dès qu'il avait une culotte de cheval, c'est-à-dire quand il avait le genou serré comme par une genouillère, qu'on avait cru devoir lui conseiller.

Une fois que le traumatisme a produit les accidents, des accidents ultérieurs peuvent se produire sans traumatisme.

Il y a plusieurs observations où la luxation s'est reproduite ainsi pendant la nuit.

Sous l'influence du repos, l'épanchement articulaire chez ce malade a disparu. Je viens de constater qu'il n'y a pas de mouvements anormaux, latéraux, ni d'hyperextension. Il reste à chercher s'il existe de la douleur et un petit relief à la partie antérieure de l'interligne, comme cela arrive dans quelques cas.

C'est assez près du bord externe du ligament

◆◆◆

rotulien qu'il faut aller chercher s'il y a une douleur ou un petit ressaut anormal.

C'est dans l'extension complète que la saillie antérieure est la plus marquée. Dans la flexion, elle tend à disparaître et même disparaît complètement. C'est que dans l'extension complète le ménisque est refoulé en avant, dans la flexion complète, il est refoulé en arrière. Mais ce fait qu'à certains moments on sent une petite saillie, tandis qu'à d'autres moments on n'en sent pas, a une extrême importance. Il est, à mon avis, entièrement en faveur du diagnostic de luxation méniscale. On conçoit très bien qu'un ménisque sectionné perpendiculairement à son axe fasse saillie dans certains moments et, dans d'autres, réintègre l'intérieur de l'articulation.

En même temps que la luxation du ménisque il peut se produire des lésions des ligaments. Je vous ai dit que toutes les fois qu'on trouve un mouvement de latéralité permettant de porter la jambe en valgus, il y a toujours en ce cas des déchirures des ligaments croisés, qui entraînent de plus un autre signe : c'est le mouvement du tiroir, c'est-à-dire le mouvement de translation dans le sens antéro-postérieur du tibia sur le fémur. On peut le chercher dans l'extension. Ordinairement, il est plus facile de le chercher dans la flexion, le malade étant assis sur le bord du lit. Ce symptôme fait défaut ici.

On doit encore chercher s'il s'agit du reliquat d'une hémarthrose. Le fait que la rotule est parfaitement mobile, qu'il n'y a aucun épaississement des culs-de-sac synoviaux, aucun signe d'arthrite, aucune élévation de température, permet de rejeter cette hypothèse.

Il faut toujours vérifier s'il y a des ganglions, car nombre d'hydarthroses à répétition sont fonction de tuberculose, et si on trouve les ganglions du triangle de Scarpa manifestement engorgés le diagnostic s'affirme.

Un traumatisme portant sur le genou peut entraîner des lésions bien singulières, la formation de corps étrangers articulaires.

Je parle des corps étrangers dits spontanés, je ne parle pas des corps étrangers venant de l'extérieur, comme une aiguille ou une balle qui entrent dans le genou. Je veux parler seulement des corps étrangers incontestablement d'origine traumatique. Voici un fait typique. Un cantonnier de B..., étant monté sur une table pour allumer un quinquet, fait un faux mouvement, tombe de la table. Immédiatement se produit un épanchement considérable dans son articulation. On l'amène dans mon service.

La radiographie montre l'existence d'un corps étranger. Je l'opère, et je trouve un corps étranger volumineux. Il est constitué par un segment ostéo-cartilagineux détaché du condyle interne du fémur.

En pareil cas on peut supposer qu'il existait antérieurement des altérations notables, auxquelles on a donné le nom d'ostéo-chondrite disséquante.

Dans un autre fait, dont l'histoire est superposable au précédent, on voyait non pas un corps étranger mobile, indépendant, mais un point du condyle qui paraissait modifié dans son aspect, à la radiographie. Je trouvai un fragment à peu près de la même dimension que le précédent, qui n'était pas encore complètement détaché, et en le détachant, je ne produisis aucune hémorragie.

Dans un autre cas également, sur une malade souffrant depuis longtemps de son articulation, j'ai libéré ce corps étranger sans aucune hémorragie. Il y avait donc des altérations antérieures, portant sur le cartilage et l'os sous-jacent.

Les symptômes du corps étranger ressemblent prodigieusement à ceux des luxations du ménisque. Un malade qui ne se connaît pas d'antécédents est pris brusquement au cours de la marche d'une douleur terrible dans le genou, et il tombe, par l'effet de cette douleur inhibitrice. Puis, il se relève, il est surpris de pouvoir encore marcher, en boitant quelquefois légèrement et quelques jours après, un épanchement se produit dans l'articulation.

La seule différence, c'est qu'ordinairement dans la déchirure du ménisque, il y a eu un mouvement forcé. Il arrive quelquefois que le malade arrive à percevoir son corps étranger : il fuit sous le doigt, c'est la souris articulaire, mot indiquant son extrême mobilité. Dans les autres cas, nous avons une ressource précieuse, c'est la radiographie.

Dans les cas de luxation du ménisque, une radiographie faite par les procédés ordinaires ne donne aucun renseignement : les ménisques sont parfaitement transparents aux rayons X.

En injectant du lipiodol ou de l'air dans l'articulation, on peut arriver à distinguer les ménisques, mais je ne crois pas qu'à l'heure actuelle on puisse par cette méthode faire le diagnostic de la luxation du ménisque.

Ces luxations du ménique sont incomparablement plus fréquentes en Angleterre que dans les autres pays, plus fréquentes en Allemagne qu'en France. Un chirurgien anglais a enlevé deux mille ménisques, alors que le chirurgien français qui en a enlevé le plus en a enlevé en tout quarante-huit.

Il ne faut faire une opération que lorsqu'on a un diagnostic précis. De plus, les chirurgiens anglais déclarent qu'il ne faut jamais faire l'intervention à la suite du premier accident. Il faut simplement immobiliser le malade pendant quinze jours ou un mois. On voit dans nombre de cas où le diagnostic de rupture du ménisque n'était pas douteux, la guérison à la suite d'une simple immobilisation, sans récidive ultérieure.

Les partisans de l'intervention précoce disent que le retour des accidents est fatal parce que le ménisque étant un organe avasculaire, la réparation ne peut pas se produire.

Lorsque les accidents se répètent, lorsqu'ils deviennent si fréquents qu'ils troublent véritablement la vie du malade, évidemment, on est autorisé à faire une intervention.

Je crois qu'il faut condamner les opérations véritablement énormes, à la suite desquelles il y a bien des cas où la réparation fonctionnelle est incomplète. Il faut faire des incisions latérales, pouvant être verticales ou horizontales. Ainsi, chez notre malade, si nous sommes conduit à faire une intervention, je lui ferai simplement l'incision latérale transversale antérieure, c'est-à-dire en respectant le ligament latéral interne. Elle ne s'impose en aucune façon. Ce malade peut très bien ne pas avoir de nouvelles crises. Si lui, voulant se mettre à l'abri de ces accidents possibles, désire l'intervention, j'estime que nous sommes autorisé à la faire, parce qu'il y a assez de probabilités pour la diagnostic de luxation de la corne antérieure du ménisque.

LES ATAXIES AIGUËS

Jacques DECOURT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

C'est en 1921 que, pour la première fois, le professeur GUILLAIN a attiré l'attention de l'Académie de médecine sur une forme très particulière et jusqu'alors peu connue du tabès. « Cette forme se caractérise par une ataxie suraiguë, se développant en quelques heures, et rendant d'emblée le malade semblable aux grands ataxiques chroniques depuis longtemps confinés à l'hôpital. »

Ainsi s'exprime, dans l'introduction de sa thèse inaugurale (1), le docteur Jacques DECOURT, dont nous avons à différentes reprises publié de très modernes revues cliniques, et qui vient de couronner ses études médicales par un travail qui met au point un chapitre de pathologie jusqu'alors obscur, avec une précision et une clarté qui en décuplent l'intérêt.

Dans le plan adopté par l'auteur, contrairement à l'usage, — et je crois bien qu'il a raison de s'en départir — il a commencé par la relation des observations, dont sept personnelles, sur lesquelles il a étayé son savant exposé. L'étude clinique de l'affection en cause dérivait en effet de la synthèse de ces observations et trouvait heureusement place immédiatement après elles. Vient alors le chapitre consacré à l'évolution, au pronostic et au traitement. La physiologie pathologique fait ensuite l'objet de remarques judicieuses, relatives aux poussées évolutives du tabès.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée au diagnostic des ataxies aiguës, auxquelles ressortissent les paraplégies et déséquilibrations brusques des tabétiques, les ataxies aiguës polynévritiques, l'ataxie aiguë de Leyden, que M. J. Decourt nous apprend à différencier de l'ataxie aiguë tabétique, sujet principal de son mémoire inaugural.

(1) Gaston Doin, et Cie, éditeurs, Paris.

Et les conclusions que voici, sont le reflet bref mais éloquent de cette thèse couronnée par la Faculté de médecine.

***

I. — L'ATAXIE AIGUE TABÉTIQUE.

Parmi les états disparates, que leur symptomatologie permet de désigner sous le nom d'ataxies aiguës, il y a place pour une forme évolutive particulière du tabès qui réalise une véritable ataxie aiguë tabétique ; en raison de sa grande rareté cette forme est restée, jusqu'à ce jour, ignorée des auteurs classiques.

Plus fréquente chez l'homme, qu'elle frappe surtout entre 30 et 40 ans, cette ataxie aiguë tabétique est presque toujours révélatrice d'un tabès demeuré, jusqu'à elle, fruste et méconnu. Si l'on retrouve parfois, dans le passé des malades, quelques manifestations qui donnent la trace antérieure du tabès, bien souvent, elle est le premier accident pathologique qui vient surprendre un sujet en pleine santé apparente.

Des prodromes peuvent précéder les troubles moteurs : paralysies oculaires, engourdissements ou fourmillements dans les membres. Mais toujours l'ataxie s'installe de la façon la plus soudaine. En quelques instants ou quelques heures, au maximum en quelques jours, elle acquiert une intensité extrême. D'un sujet qui, la veille, se comportait comme un individu normal, elle fait un infirme, incapable de marcher et de se tenir debout sans soutien, comparable, en un mot, aux grands ataxiques chroniques confinés depuis longtemps dans les hospices.

L'examen systématique montre que les troubles moteurs sont exclusivement dus à l'incoordination musculaire : la force segmentaire est normale. L'ataxie prédomine aux membres inférieurs, mais peut frapper aussi les membres supérieurs. Mis à part son mode d'installation singulier, elle ne diffère pas de

l'ataxie classique des tabétiques, et l'examen complet du malade confirme le diagnostic de tabès. Dans certains cas, pourtant, le signe d'ARGYLL-ROBERTSON est absent.

L'A. A. tabétique s'accompagne constamment d'altérations du liquide céphalo-rachidien : lymphocytose, hyperalbuminose, réactions des globulines positives. La réaction de BORDET-WASSERMANN, souvent négative dans le sang, est généralement positive dans le liquide céphalo-rachidien ; mais elle peut être en défaut. La réaction du benjoin colloïdal paraît plus constante ; elle se montre souvent, aussi intense que dans la paralysie générale.

Une des particularités les plus intéressantes de l'A. A. tabétique est son évolution régressive sous l'influence du traitement spécifique. L'amélioration est très manifeste après quelques semaines. Au bout de plusieurs mois, la guérison est généralement complète. Le malade n'en reste pas moins un tabétique, car l'abolition des réflexes et les troubles pupillaires persistent.

Les altérations humorales régressent comme l'ataxie. Il est particulièrement frappant de suivre le rapide fléchissement de la courbe du benjoin colloïdal, dont l'évolution contraste ainsi avec ce que l'on observe chez les paralytiques généraux.

Le pronostic de l'A. A. tabétique est donc favorable, à condition que le traitement soit suffisamment précoce et actif. L'action thérapeutique semble d'autant plus efficace que les réactions du liquide céphalo-rachidien se sont montrées plus intenses.

Parmi les différentes médications antisyphilitiques, il faut donner la préférence au mercure et surtout au bismuth. L'arsenic doit être manié avec plus de prudence.

L'A. A. représente une poussée évolutive particulièrement intense du tabès. Les altérations du liquide céphalo-rachidien font la preuve du processus inflammatoire qui préside à l'éclosion des accidents, et qui explique, dans une certaine mesure, leur régression sous l'influence du traitement spécifique.

Anatomiquement, il s'agit d'un processus de méningo-radiculomyélite spécifique à topographie postérieure, intéressant non seulement la méninge et les racines, mais encore vraisemblablement les conducteurs médullaires ascendants à destination cérébrale et cérébelleuse.

L'A. A. tabétique est, dans une certaine mesure, comparable à la myélite aiguë syphilitique à début apoplectique ; elle réalise un véritable ictus ataxique. Au contraire, l'ataxie progressive des tabès classiques s'apparente à la myélite d'Erb.

Une atteinte pyramidale peut d'ailleurs s'associer aux troubles ataxiques : ainsi se trouve réalisé le tableau d'une sclérose combinée à début suraigu.

Il est impossible de confondre l'A. A. avec les autres accidents moteurs brusques du tabès : dérobement passager des jambes, paraplégies brusques, troubles labyrinthiques par névrite de la 8e paire ou par crise angioneurotique.

II. — ATAXIES AIGUES POLYNÉVRITIQUES.

Certaines polynévrites aiguës à forme ataxique, d'origine toxique ou infectieuse, peuvent réaliser un tableau très voisin de l'ataxie aiguë tabétique. Ces formes, d'ailleurs très exceptionnelles, rentrent dans le cadre du nervo-tabès périphérique de DÉJERINE, et méritent le nom d'A. A. polynévritiques.

A vrai dire, un examen clinique complet permet généralement de différencier les deux affections. Il est pourtant des cas où la ponction lombaire est indispensable pour affirmer la nature des accidents.

Il n'y a pas, à l'heure actuelle, d'observations probantes de polynévrites syphilitiques capables de simuler l'ataxie aiguë tabétique.

Quant aux « polyradiculites syphilitiques » aiguës à forme pseudo-tabétique, il paraît légitime de les faire rentrer dans le cadre du tabès.

III. — ATAXIE AIGUE TYPE « LEYDEN ».

Cette affection réalise un tableau très différent de l'A. A. tabétique. Elle se caractérise par une ataxie du type cérébelleux, accompagnée souvent de tremblement intentionnel et de troubles de la parole qui la font ressembler à la sclérose en plaques. Les réflexes sont conservés, ou même exagérés ; un véritable syndrome pyramidal peut s'associer à l'ataxie. L'évolution est régressive et aboutit généralement à la guérison complète.

Une distinction doit être faite entre les syndromes d'A. A. qui peuvent compliquer maintes maladies infectieuses classées, et l'A. A., qui survient en dehors de toute étiologie précise, comme dans l'observation princeps de Leyden.

Il est difficile, à l'heure actuelle, de se prononcer sur la nature exacte de cette affection. La question de ses rapports avec la sclérose en plaques reste en suspens.

IV

Si les différences sont grandes entre l'A. A. type LEYDEN et les autres formes d'A. A. de type tabétique ou polynévritique, il existe pourtant des faits de passage entre les divers cadres nosologiques.

C'est ainsi que la syphilis peut réaliser des A. A. qui, débordant largement le cadre du tabès, s'apparentent à l'ataxie de LEYDEN.

D'autre part, l'exemple de certaines maladies infectieuses nous montre qu'une même cause peut indifféremment donner naissance à l'ataxie du type polynévritique ou à l'ataxie du type cérébelleux.

Grâce à nos moyens modernes d'investigation biologique, on peut espérer que l'observation de nouveaux faits permettra d'éclairer nombre de points qui demeurent obscurs dans l'histoire des syndromes d'ataxie aiguë.

Le docteur Jacques Decourt appartient à une famille où l'on est médecin de père en fils. Son jeune frère, Philippe Decourt, marchant sur ses

propres traces, est interne des hôpitaux de Paris. Son père, Fernand Decourt, est un trop grand ami et dévoué collaborateur du *Concours médical* pour que nous ne soyons pas gênés, en disant ici tout le bien que nous en pensons. Certes, notre ami Decourt a des nombreux titres à la gratitude du Corps médical à qui il a rendu tant de services. Mais, son plus beau titre de gloire n'est-il pas d'avoir donné à la médecine française deux sujets d'élite, qui s'avèrent dès à présent comme des types représentatifs de cette humanité supérieure, qui se recrutent si volontiers parmi les médecins ? Quand un homme, après avoir mené une vie aussi bien remplie que celle de Decourt, se voit revivre dans deux fils qui lui font autant d'honneur et qui lui doivent leur formation et leur orientation, il a le droit d'en concevoir quelque fierté. Et ses amis sont fondés à s'en réjouir avec lui et à le féliciter d'avoir, dans sa modeste sphère de médecin de campagne, tant fait et tant donné !

G. Duchesne.

DE L'ACTION DU GLUCOSIDE CRISTALLISÉ DU BULBE DE SCILLE SUR LA PERMÉABILITÉ RÉNALE

(Comparaisons avec la Théobromine)

Par le docteur Gabriel Perrin,

Professeur à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand,
Docteur ès sciences,
Médecin consultant à Royat.

Le glucoside cristallisé, extrait du bulbe de la scille en 1921 par Stoll et Suter, est définitivement entré dans la thérapeutiuque cardio-vascufiaire. Les nombreux travaux parus sur ce principe actif ont confirmé les résultats de nos propres recherches publiées en 1923 (1).

L'année suivante, le docteur B. Joz reprenant la question au laboratoire du professeur Carnot, à l'hôpital Beaujon, s'occupait plus spécialement de l'action de ce médicament sur l'élimination uréique, et montrait son action efficace dans l'azotémie. (2)

Les travaux ultérieurs de Fonteneau, résumés dans sa thèse inaugurale (2) apportent de nouvelles précisions à son efficacité sur les néphrites azotémiques.

Récemment, le Dr Bonnarme (3), de Le Blanc, montrait que ce principe actif est un bon diurétique azoturique et que son action est supérieure à celle des théobromines dans la plupart des néphrites azotémiques et chlorurémiques, à l'exception des néphrites syphilitiques pour lesquelles le traitement spécifique reste prédominant.

L'étude des effets du glucoside de la scille sur le rein peut donc maintenant être reprise et il nous a paru qu'ils devaient être vérifiés méthodiquement.

Nous avons procédé à cette étude par de nombreuses recherches à la fois cliniques et expérimentales et nous allons, dans ce travail, en exposer succinctement les résultats.

Ces recherches se groupent en plusieurs chapitres :

Action du glucoside cristallisé isolé du bulbe de scille : sur :

1° La diurèse ;
2° La déchloruration ;
3° L'azotémie et la viscosité sanguine ;
4° La désintoxication ;
5° La perméabilité rénale.

Action diurétique du glucoside cristallisé isolé du bulbe de scille.

Le volume de l'urine émise en vingt-quatre heures, facile à déterminer chez tous les malades, est à la fois un des éléments les plus précieux et les plus simples de la clinique. Sans doute, la diurèse évaluée en elle-même ne permet pas d'établir scientifiquement l'état du filtre rénal, car, d'une part, il faut tenir compte de la qualité de cette urine, et, d'autre part, son volume dépend aussi de la composition du liquide sanguin et de la pression au niveau des glomérules de Malpighi. Malgré tout, l'examen du bocal à urines n'est pas prêt de perdre sa valeur comme moyen adjuvant de diagnostic. S'il n'est pas possible d'évaluer par ce moyen la valeur de la perméabilité rénale, il permet cependant d'arriver à des conclusions justifiées.

Il faut admettre que normalement, le volume du liquide ingéré en vingt-quatre heures doit être éliminé par le rein, lorsque l'organisme est en état d'équilibre. Si, au contraire, avec une absorption d'un litre et demi de liquide en vingt-quatre heures, trois quarts de litre seulement sont rejetés dans le même temps, la masse san-

(1) Contribution à l'étude clinique du bulbe de la scille et de son glucoside cristallisé. (*La Gazette des hôpitaux*, 10 juillet 1923.)

(2) Etude de l'action cardiotonique et diurétique du Scillarène, (*Thèse* de Paris 1924).

(3) De la scille et en particulier de son glucoside cristallisé le scillarène. (*Thèse* de Lyon, 1925.)

(4) Contribution à l'étude du traitem.nt des néphrites azotémiques et chlorurémiques, hypertensives et urémigènes. (*Les Sciences médicales*, 15 octobre 1926.)

guine a augmenté d'une façon appréciable, la tension artérielle s'est accrue. La céphalée due à la rétention uréique et à l'hypertension, s'est également aggravée et les vertiges apparaissent. Dans ces conditions, on peut dire qu'au niveau du rein, il y a un barrage qui ne laisse passer que trois quarts de litre d'urine par vingt-quatre heures. Le pouvoir secrétoire du rein a diminué. Il devient nécessaire de réduire le volume du liquide absorbé ou bien d'ouvrir le barrage rénal.

Jusqu'à ces derniers temps, pour obtenir ce résultat, on administrait la théobromine qui augmentait la diurèse dans de notables proportions. Ce médicament semble agir directement sur l'épithélium rénal et produit une action vaso-dilatation locale sans élévation de la pression artérielle. La diurèse théobromique est rapide, elle se produit dès le premier jour de l'administration du médicament ce qui est un avantage sur la digitale par exemple dont l'action est plus tardive.

Par suite, au rebours de la digitale, qui est un toni-cardiaque fort et un diurétique faible, la théobromine n'exerce qu'une action cardiaque faible, mais a une action diurétique forte, de sorte que, très souvent, il faut combiner l'action des deux médicaments pour obtenir une diurèse abondante chez les cardiaux rénaux.

Que se passe-t-il avec la médication par la scille ? De tout temps, la scille a été employée (pilules de Bouchardat, vin de la Charité) comme diurétique, à cause de son action sur l'épithélium rénal analogue à celle de la théobromine. Mais, contrairement à ce dernier médicament, la scille possède une action cardio-tonique. D'autre part, comme nous le verrons tout à l'heure, elle diminue la viscosité sanguine et favorise l'élimination de l'urée.

Cette triple action : 1° excitation de l'épithélium rénal ; 2° cardio-tonique ; 3° modification de la viscosité sanguine, permet d'expliquer les effets diurétiques de la scille et de son glucoside cristallisé en même temps que sa supériorité sur la théobromine.

Nous avons personnellement étudié les effets des deux médicaments sur différents malades atteints, les uns, de néphrite aiguë, d'autres, de néphrite azotémique, d'autres encore, de néphrite chlorurémique et, dans nombre de cas, la diurèse a été plus abondante chez les malades traités au glucoside de la scille (XX gouttes, trois fois par jour) que chez ceux traités à la théobromine (un gramme par jour).

Peut-être cependant, la diurée était-elle plus rapidement obtenue, plus immédiate avec la théobromine et, en particulier dans les cas de néphrite chlorurémique, mais elle n'était pas plus considérable. Par contre, elle se montrait supérieure chez les azotémiques soumis au traitement par le glucoside de la scille, les malades étaientplus rapidement soulagés.

Quelques-uns de ces résultats sont portés dans le tableau ci-joint, les malades étant approximativement du même âge, atteints de néphrite au même degré, et soumis au même régime alimentaire.

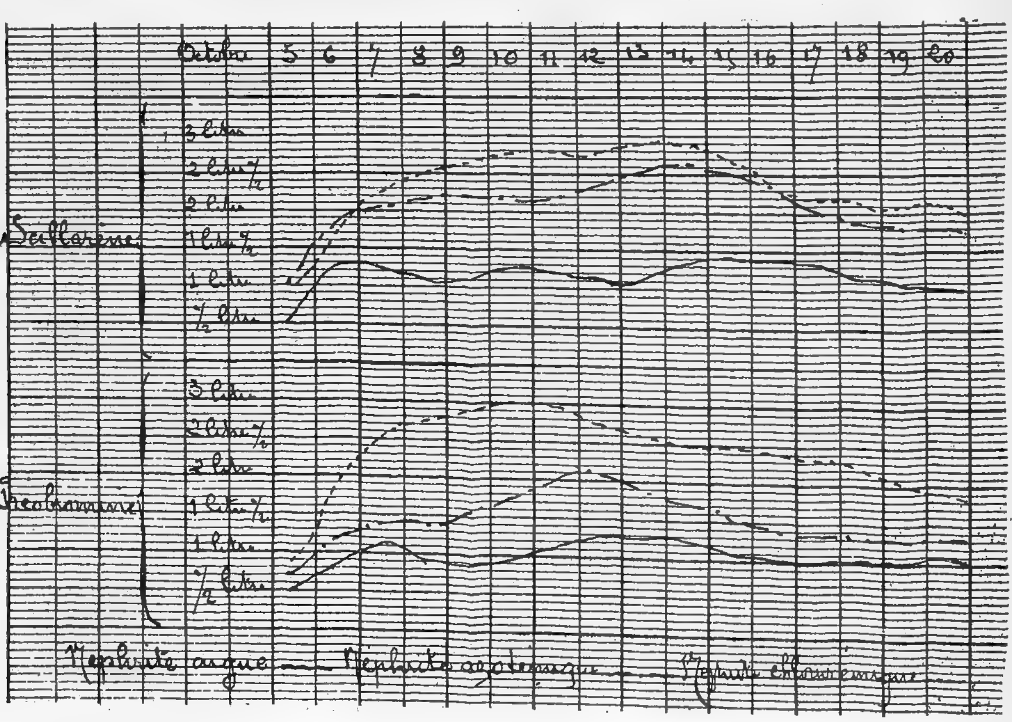


Tableau N° 1.

Action du glucoside cristallisé du bulbe de scille sur la déchloruration.

On sait que la théobromine exerce une action curative surtout quand l'organisme est encombré de chlorures par suite d'insuffisance cardiaque et de néphrite chlorurémique. Le rein s'oppose aux passages des chlorures. Ceux-ci, retenus dans l'organisme, attirent l'eau par leur pouvoir osmotique et produisent des œdèmes. De là vient le nom de néphrite hydropigène donné à cette affection.

Quelle est, dans ce cas, l'action du glucoside de la scille ?

Chez plusieurs de ces malades nous avons recherché la richesse en chlorures par litre d'urine émise et le point cryoscopique de ces urines, en traitant les malades pendant quinze jours successivement : 1° par un cachet de théobromine de cinquante centigrammes matin et soir ; 2° par une dose de XX gouttes de glucoside scillitique renouvelée trois fois par jour pendant le même temps.

Les résultats de ces analyses sont consignées dans le tableau ci-joint et la conclusion nous paraît être que la déchloruration est approximativement la même chez les malades soumis soit à la théobromine, soit au glucoside de la scille. Peut-être les œdèmes diminuent-ils un peu plus rapidement avec la théobromine, mais cette constatation se fait surtout quand l'action de celle-ci est renforcée par la digitale, ordonnée simultanément. A noter que pour la scille comme pour la théobromine, la diurèse libératrice ne se produit que chez les cardio-rénaux. Chaque fois que les rétentions chlorurées sont liées à des affections d'un autre ordre, comme il arrive dans les épanchements par inflammation des séreuses (ascite, pleurésie, péricardite), l'action de ces médicaments est beaucoup moins marquée.

Comparaison de l'élimination des chlorures sous l'influence du ***glucoside de la scille*** *et de la* ***Théobromine***

	Diurèse en 24 heures		Richesse en chlorures. *par litre*		*par 24 heures*	
	Théob.	Scil	Théobr.	Scill	Théob.	Scill
Néphrite aiguë :						
Ve jour	1 l. 30	1 l. 70	4 gr. 2	4 gr. 3	5 gr. 46	7 gr. 31
Xe jour	1 l. 70	1 l. 90	6 gr.	5 gr. 8	10 gr. 2	11 gr. 02
XVe jour	1 l. 80	1 l. 80	6 gr. 3	6 gr.	11 gr. 34	10 gr. 80
Néphrite chlorurémique :						
Ve jour	1 l. 7	1 l. 6	5 gr. 2	5 gr.	8 gr. 84	8 gr.
Xe jour	2 l. 3	2 l. 1	6 gr.	5 gr. 4	13 gr. 8	11 gr. 34
XVe jour	2 l. 5	2 l.	7 gr. 3	6 gr. 9	18 gr. 25	13 gr. 8
Néphrite azotémique :						
Ve jour	1 l. 5	1 l. 7	6 gr.	6 gr.	9 gr.	10 gr. 2
Xe jour	1 l. 8	2 l.	6 gr. 2	6 gr. 5	11 gr. 16	13 gr.
XVe jour	1 l. 7	2 l. 10	6 gr. 4	6 gr. 6	10 gr. 88	13 gr. 65

Action du glucoside cristallisée du bulbe de scille sur l'azotémie et la viscosité sanguine.

La supériorité diurétique du glucoside cristallisé du bulbe de scille se montre surtout dans la néphrite azotémique. Celle-ci correspond au manque de filtration des matières azotées de déchet et en particulier de l'urée. Contrairement à la néphrite chlorurémique, l'azotémie n'entraîne pas d'œdème mais provoque une céphalée tenace, des vertiges, des troubles visuels et une hypertension plus ou moins marquée.

On sait que le sang contient normalement de l'urée dont la quantité varie avec le régime alimentaire. Pour une même masse de matières albuminoïdes ingérée, le degré de rétention uréique dans le sang se fixe à un chiffre assez constant, oscillant, chez l'individu normal, entre 0 gr. 25 et 0 gr. 40. Si une altération des reins vient à diminuer leur perméabilité à l'urée, cette substance s'accumule dans le sang et le taux observé varie de 0 gr. 50 à 3 gr. donnant à la fois la mesure de, la perméabilité rénale et le pronostic de l'urémie. pronostic réservé lorsque le taux dépasse un gramme, et grave s'il dépasse 1 gr. 5.

En traitant des malades atteints de néphrite azotémique de même gravité approximative, à la fois par le glucoside de la scille (XX gouttes, trois fois par jour) et par la théobromine (0.50 centigrammes le matin, à midi et le soir), ces malades étant au même régime fruito-végétarien, les analyses successives de sang ont donné les résultats suivants :

	Teneur du sang en urée Théobromine	Scille (glucoside)	Viscosité sanguine Théobromine	Scille (glucoside)
Traitement par :				
Au début du traitement	0.85	0.87	6.2	6.3
X jours après le traitement	0.78	0.74	5.9	6
XX jours après le traitement	0.70	0.65	5.7	5.5
XXX jours après le traitement	0.67	0.52	5.4	5.3

L'avantage clinique reste donc au glucoside scillitique comme l'avait déjà montré Tilmant (1) La constante d'Ambard calculée simultanément donne également des résultats légèrement meilleurs avec ce médicament.

Si, d'autre part, profitant des mêmes prises de sang, on détermine le degré de viscosité sanguine, on constate que cette viscosité a diminué parallèlement à la teneur du sang en urée. Cette viscosité se détermine facilement avec l'appareil de Walter-Hess ; normalement, elle varie de 3.89 à 4.91 ; dans les cas d'azotémie, elle est presque toujours au-dessus de 5.

Sans doute, le régime est pour beaucoup dans la diminution de cette viscosité, mais l'élimination progressive de l'urée semble fluidifier le sang et, à ce point de vue, on ne peut nier la supériorité de l'action du glucoside de la scille sur la théobromine.

Action du glucoside cristallisé du bulbe de scille sur la désintoxication.

L'examen des urines au point de vue volumétrique, aussi bien que celui de leur richesse en chlorures, ne suffit pas pour évaluer l'action d'un médicament sur l'émonctoire rénal. Il faut, en effet, tenir compte des toxines contenues dans ces urines et c'est surtout en se plaçant à ce point de vue, qu'on peut dire que la qualité des urines émises vaut mieux que la quantité.

L'organisme est, en effet, un laboratoire et un réceptacle de poisons, et il serait sous la menace continuelle d'un empoisonnement s'il ne détruisait pas une partie de ces poisons par le foie et n'éliminait le reste par le rein.

Dans tous les cas de néphrite, le rein a perdu partiellement sa perméabilité pour les poisons ; aussi, est-on obligé d'ordonner un régime sévère d'où les toxines sont presque complètement exclues. Malgré tout, par suite de la flore microbienne, commensale habituelle de l'intestin, il y a toujours production de poisons et, par suite, rétention partielle de ceux-ci, d'où l'intoxication plus ou moins accentuée qui en dérive.

Reste à vérifier si la diurèse provoquée, libératrice des chlorures, est en même temps, libératrice des toxines. C'est ce que l'examen direct de la toxicité urinaire va nous montrer.

Pour cela, nous allons nous baser sur la relation établie par les professeurs Billard et Perrin, entre la tension superficielle des urines et leur toxicité, relation qui a permis d'établir un procédé réellement clinique pour la mesure approximative de la toxicité urinaire.

Rappelons que la tension superficielle d'une urine normale est 6 m. 70 et que l'unité de toxicité ou urotoxie est la quantité d'urine en C³ qui tue un kgr. de lapin. Normalement, il faut 50 cc. d'urine pour une urotoxie, soit 20 urotoxies au litre.

Grâce à l'emploi de ce procédé, voici les résultats auxquels nous sommes arrivés sur les mêmes malades, soumis aux mêmes doses de glucoside de la scille et de théobromine que ci-dessus.

	Diurèse de 24 heures		Tension superficielle		Valeur de l'urotoxie		Urotoxies éliminées	
	Théobr.	Scille (glucoside)	Théobr.	Scille (glucoside)	Théobr.	Scille (glucoside)	Théobr.	Scille (glucoside)
Néphrite aiguë :								
Ve jour	1 l. 40	1 l. 70	7.07	7.10	81	85	17	20
Xe jour	1 l. 70	1 l. 90	6.97	6.95	67	63	25	30
XVe jour	1 l. 80	1 l. 80	6.40	6.34	42	40	42	45
Néphrite chlorurémique :								
Ve jour	1 l. 6	1 l. 7	7.04	7	76	71	21	25
Xe jour	2 l. 1	2 l. 2	6.91	6.76	58	51	36	43
XVe jour	2 l. 3	2 l. 1	6.37	6.30	41	38	53	56
Néphrite azotémique :								
Ve jour	1 l. 6	1 l. 8	7.01	6.97	72	66	22	28
Xe jour	1 l. 7	2 l.	6.91	6.71	58	50	29	40
XVe jour	1 l. 7	2 l.	6.89	6.49	55	53	31	38

Que conclure de ces expériences ? sinon que la décharge urotoxique provoquée par la scille et son glucoside est supérieure à celle provoquée par la théobromine dans la plupart des cas, mais qu'elle est surtout marquée dans la néphrite azotémique.

Voilà donc un cardio-tonique qui est en même temps dépurateur de l'organisme et prévient la sclérose consécutive à la présence des toxines.

(1) *Les Sciences médicales*, 31 mai 1924.

Examen direct de la perméabilité rénale.

Examinons directement l'état du filtre rénal autant que nos moyens d'exploration nous le permettent c'est-à-dire, par la méthode du bleu de méthylène complétée par l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine.

Le principe de la méthode, on le sait, est d'introduire dans l'organisme une matière colorante inoffensive pour l'organisme, le bleu de méthylène ou la phénolsulfonephtaléine et d'étudier les modalités de leur élimination.

Pour le bleu de méthylène, on injecte : 1 cc. de la solution à 5 % dans les muscles de la fesse et on recueille l'urine au bout de la première demi-heure, et ensuite d'heure en heure si possible. Le bleu doit normalement apparaître dans la première heure. Si le début de l'élimination est retardé, il y a imperméabilité rénale ou plutôt perméabilité restreinte.

La durée de l'élimination est d'environ deux jours : si cette élimination se prolonge et dure trois jours et plus, cela indique de l'insuffisance de fonctions rénales.

Les résultats de cette épreuve chez les mêmes malades, absorbant des doses analogues de théobromine et de glucoside de la scille sont indiqués dans le tableau ci-dessous, l'expérience ayant été faite après huit jours de traitement et les courbes étant sensiblesment les mêmes chez ces malades, en temps habituel, courbes moins élevées, et plus sinueuses, indiquant une élimination retardée et intermittente.

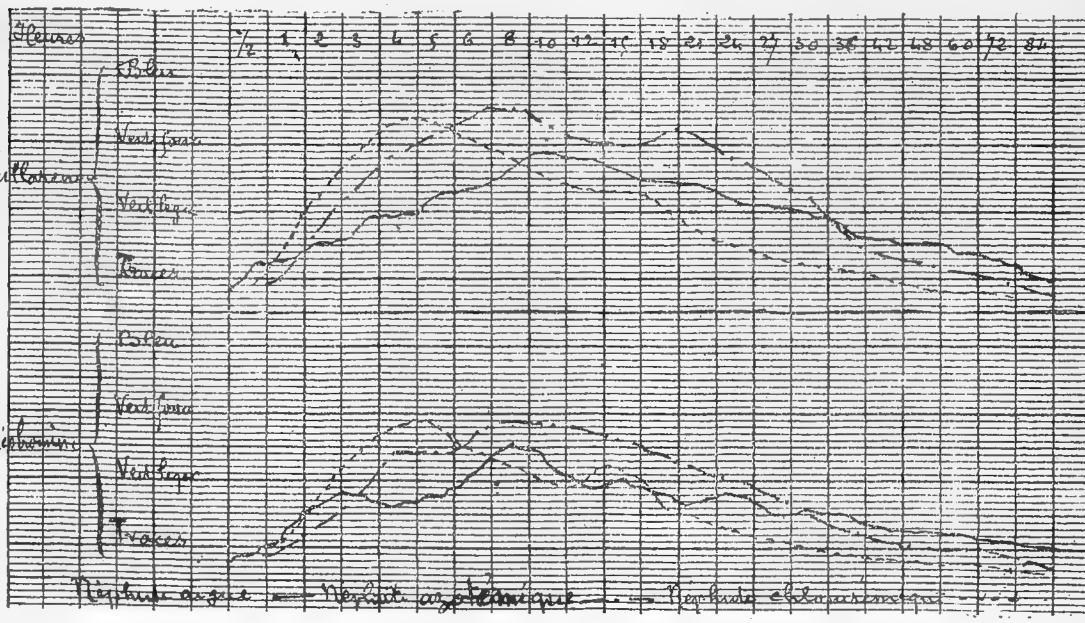


Tableau N° 2.

La méthode de la phénolsulfonephtaléine a comme supériorité sur la précédente, la rapidité avec laquelle cette matière colorante traverse l'organisme et la courte durée de son élimination par le rein. En une heure dix minutes, 50 % de la dose injectée se retrouvent dans l'urine si le rein est normal. Autre avantage, la quantité de phénolsulfonephatéline éliminée peut être précisée très exactement au moyen d'un colorimètre, par comparaison de l'urine émise, avec des tubes étalons contenant des solutions à des titres connus.

D'après la quantité de matière colorante éliminée en une heure 10 minutes, on peut donc évaluer approximativement l'état de perméabilité du rein.

Les expériences ayant été faites sur les mêmes malades avant traitement et après huit jours de traitement par le glucoside de la scille et la théobromine, voici les résultats obtenus :

En somme, il y a concordance approximative des résultats en examinant directement, soit la perméabilité rénale, soit l'urine.

Elimination de la phénolsulfonephtaleine.

	Avant traitement	Après traitement de 8 jours Par théobromine	Scille glucoside cristallisé
Néphrite aiguë........	16	26	31
Néphrite azotémique...	14	23	29
Néphrite chlorurémique.	21	34	32

Conclusions.

Comme conclusions de ces recherches personnelles, nous proposerons donc, avec le Dr Bonnarme, d'essayer l'action du glucoside de la scille dans tous les cas de néphrite, c'est-à-dire chaque fois que l'on voudra provoquer une diurèse libératrice des chlorures, des toxines et de l'urée.

Tout en reconnaissant la valeur indiscutable des théobromines, il faut convenir que le glucoside cristallisé, principe actif de la scille, peut soutenir avec avantage la comparaison clinique. Nous conseillons donc, quand la perméabilité rénale est déficiente, d'essayer à intervalles plus

ou moins espacés les deux médicaments, glucoside de scille et théobromine, de comparer les résultats obtenus avec chacun d'eux et nous ne craignons pas d'affirmer que les malades se trouveront mieux dans de nombreux cas de la médication par la scille.

Rien n'empêche d'ailleurs d'ordonner alternativement scille et théobromine ou même de les prescrire simultanément, par exemple le glucoside de la scille dans la matinée et la théobromine le soir. Beaucoup de médecins agissent ainsi et ajoutent cinq centigrammes de poudre de scille aux cachets de théobromine qu'ils prescrivent.

La posologie à utiliser, lorsque l'on recherche l'action diurétique, est celle que nous avons employée dans nos recherches, c'est-à-dire, XX gouttes du glucoside de la scille, trois fois par jour ou un cachet de théobromine de 0 gr. 50 matin et soir.

En résumé, après avoir reconnu que le glucoside scillitique est un cardio-tonique qui, sans avoir l'action énergique de la digitale, présente cette qualité pratique d'une action modérée et longtemps prolongée sans inconvénient, notre expérimentation montre que ce glucoside peut être avec avantage, comparé à la théobromine.

Si les deux médicaments paraissent posséder une action analogue sur l'élimination des chlorures, le glucoside est supérieur aux théobromines pour l'élimination de l'urée et pour favoriser la désintoxication de l'organisme.

D'autre part, il est intéressant de constater que l'action diurétique obtenue par le glucoside cristallisé du bulbe de scille, peut être prolongé aussi longtemps qu'il est nécessaire sans aucun inconvénient. On ne constate ni céphalée, ni hypertension, ni intolérance, et ces propriétés doivent également entrer en ligne de compte dans une étude comparative avec les théobromines.

MÉDECINE PRATIQUE

Les rayons ultra-violets, sont-ils à la portée de tous les praticiens, et en particulier des médecins de campagne ?

Depuis le début du siècle, la thérapeutique médicale s'est beaucoup modifiée : les plantes, qui, pendant des millénaires, avaient été la base de la médecine, sont tombées dans un oubli peut-être immérité, tandis que les produits chimiques et les techniques physiques connaissaient un succès sans précédent ; et parmi ces dernières la radiologie marche à pas de géants non seulement avec les rayons X mais encore avec toute la gamme de la lumière, des rayons infra-rouges aux rayons ultra-violets en passant par le spectre visible. Il semble qu'il y ait là un des plus puissants modificateurs de l'économie cellulaire dont on peut facilement graduer l'action suivant la résistance du malade et les indications de la maladie. Cette thérapeutique par les radiations lumineuses trouve chaque jour de nouvelles applications ; surtout sous sa forme si efficace des *radiations ultra-violettes*, et le médecin moderne, non seulement n'a pas le droit d'ignorer ces thérapeutiques nouvelles, mais encore a le devoir de les mettre à la portée de ses malades.

Nous allons donc essayer d'examiner ici, dans quelles conditions, le médecin non spécialiste (car pour ce dernier la question est résolue depuis longtemps) et en particulier le médecin de campagne peut et doit faire des rayons, comme il a fait de tout temps d'autres spécialités : gynécologie ou art dentaire, par exemple. Et nous verrons que cette question s'impose d'autant plus, que nous constatons qu'à la campagne, grâce à l'auto, la partie la plus riche de la clientèle a tendance à passer sur le dos du médecin local, pour aller consulter, *proprio motu*, les spécialistes des villes qu'elle estime mieux à même de la soigner. Il importe donc de se mettre à la page, et montrer à nos clients que dans bien des cas ils pourront trouver dans nos cabinets les ressources thérapeutiques les plus modernes.

Voyons ce qu'il en est pour les *rayons ultra-violets*.

***

A la campagne, allez-vous m'objecter, inutile de nous procurer un appareillage compliqué et coûteux ! Nous avons le soleil ! Oui, certes, et nul plus que moi n'en reconnaît les bons effets ! Mais l'héliothérapie est assez délicate à appliquer en dehors des maisons spéciales de cure ou sans une surveillance compétente.

Le médecin de campagne n'a pas le temps de passer des heures à surveiller la cure de son malade, et le soleil est capricieux ; s'il survient un nuage à l'heure de votre visite ; adieu la séance d'irradiation. Enfin, et je crois que c'est assez général en France, le paysan répugne beaucoup à quitter ses vêtements ; se mettre à nu lui est pénible, se mettre à nu en plein air lui semblerait aussi dangereux que de passer sa tête dans la lunette de la guillotine. Et si, par malheur, à la suite d'une de ces séances votre patient fait le moindre accident, s'il vient à attraper une grippe banale, ce qui peut pourtant arriver à tout le monde, voilà le discrédit jeté sur vous ; l'opinion publique blâmera vos méthodes et cela peut vous mener loin. Qu'il faille pour cela aban-

donner complètement la thérapeutique solaire ? Je ne le pense pas mais il faut réserver son action à des cas bien choisis ; comme complément par exemple à la cure par les *rayons ultra violets* dont nous allons maintenant parler.

***

Si le soleil est capricieux, *les rayons ultra-violets* ont au moins l'avantage d'être presque partout à votre disposition, car bien rares sont les pays qui n'ont pas de distribution d'électricité, ou ne sont sur le point d'en avoir une. En outre, comme ils s'emploient à l'intérieur, dans une pièce qui peut être chauffée, le paysan s'y soumettra plus volontiers, n'ayant plus la crainte de la *fluxion de poitrine* ou des *rhumatismes*. Et puis, prescrire le soleil à un rustre, c'est comme lui conseiller le lait ; à ses yeux ce sont là des choses bien trop communes pour être véritablement utiles !

Les rayons ultra-violets ont en outre l'avantage d'avoir une action plus rapide. Vous ne serez pas immobilisé des heures à surveiller votre patient, la séance dure quelques dizaines de minutes, ce qui n'est pas exagéré. Enfin, comme vous apporterez vos appareils, vous fournirez quelque chose de palpable et votre malade ne vous marchandera pour une irradiation les honoraires qu'il vous aurait discutés pour une séance d'héliothérapie. « Le soleil luit pour tout le monde ! Pas vrai ? ! »

Ce qui a retardé la diffusion de la radiothérapie par l'ultra-violet en dehors des grands centres, c'est la nécessité où l'on a été jusqu'ici de recourir à des spécialistes. Il faut que le malade aille à la ville et perde une demi-journée ou une journée entière pour une séance de quelques minutes. Si c'est un enfant, il faut que la mère ou un parent l'accompagne et c'est à la fois gênant et onéreux à tous les points de vue. Voyons donc s'il est possible d'avoir à la campagne une installation pratique de *rayons utlra-violets*.

***

La première objection que nous feront les praticiens c'est qu'ils ne sont pas des électriciens. Certes, ils savent poser une prise de courant, vérifier un contact : à la campagne il faut bien savoir se débrouiller un peu ; l'installation électrique de leur auto avec ses fils multiples semble déjà plus ténébreuse à beaucoup d'entre nous. Enfin lorsqu'on a contemplé quelques instants le contenu du cabinet d'un confrère électro-radiologiste, on se dit que pour s'y reconnaître au milieu de tous ces fils, de toutes ces bornes, de toutes ces manettes, il faut au moins être ingénieur E. S. E. ! Et puis, c'est là un matériel coûteux et fragile, qu'on ne peut transporter sans grandes précautions : « Le voyez-vous dans le coffre de mon auto ? » Bref, le confrère qui sort de chez le spécialiste n'a pas envie de s'écrier comme le Corrège « Anch'io son' pittore ». Peintre ou radiologiste, c'est tout un, puisque l'un et l'autre travaillent la lumière et ses couleurs.

Appareillage.

Oui, jusqu'à ces derniers temps l'appareillage à rayons ultra-violets présentait des défauts prohibitifs pour le simple praticien. Trop cher, très fragile, intransportable ; il nécessitait des courants intenses qui ne permettaient pas l'usage des canalisations électriques usuelles des appartements et les compteurs courants. Dans ces conditions on ne saurait blâmer le confrère non spécialiste d'avoir hésité à se lancer dans cette voie difficile. Mais, récemment, un constructeur a grandement perfectionné ces appareils, et l'on livre actuellement, pour des prix raisonnables, des appareils simples que le plus ignorant de l'électricité peut manipuler sans danger, car *ils se branchent sur une prise de courant ordinaire*; comme une simple lampe. Ces appareils sont de volume assez réduit pour tenir dans deux boîtes de dimensions modestes et ils sont assez robustes pour pouvoir être transportés en auto par les plus mauvais chemins sans risque d'avarie. Cette facilité de transport est, pour nous, praticiens, un progrès important, car pour nos coxalgies, nos tumeurs blanches, nos maux de Pott, nos tuberculoses péritonéales, qui relèvent étroitement du domaine des ultra-violets, nos malades se sont pas transportables ; il faut pouvoir les traiter à domicile. Si à chaque application il vous faut transporter votre appareil avec mille précautions, à la merci d'un faux pas ou d'un caniveau qui secoue un peu trop brusquement le mercure du brûleur et brise ce dernier, vous aurez vite fait d'abandonner un traitement aussi difficultueux au grand dam de votre malade.

***

Technique des irradiations.

La manipulation *de la lampe portative* est très simple. Comme nous l'avons dit, elle se branche sur une prise de courant ordinaire, comme le fer à repasser de nos femmes par exemple. Un simple inverseur que l'on met sur *continu* ou *alternatif* suivant la nature du courant, un bouton qui bascule le brûleur, et voilà votre lampe allumée. Vous la laissez marcher quelques minutes pour qu'elle s'échauffe et prenne son régime, et il ne reste plus qu à diriger le faisceau lumineux sur votre malade, ce qui est très facile, car la lampe et son socle sont à la fois très stables et assez légers pour être mis sur un support quelconque, tabouret chaise, table, tandis que

les différents mouvements de rotation du pied, du bras, du réflecteur, permettent toutes les orientations utiles du faisceau des rayons ultra-violets.

***

Précautions utiles.

Quelles sont les précautions à prendre ? Elles sont très simples :

a) *Pour la lampe.* Nettoyer souvent le brûleur à l'alcool, éviter de le toucher avec les doigts qui y laissent fatalement quelques traces de graisse qui viendra diminuer la transparence de votre tube de quartz. Ne vous amusez pas à allumer et éteindre votre lampe sans nécessité, car vous abrègeriez la vie du brûleur qui doit faire 800 à 1000 heures de travail. Au bout de ce temps, le constructeur peut le régénérer ce qui évite les frais d'achat d'un nouveau bruleur.

b) *Pour le malade et le médecin.* Il faut absolument protéger les yeux par des lunettes hermétiques, garnies de verres spéciaux (Fieuzal). Quelques épaisseurs d'étoffe suffisent à protéger le reste du corps, les rayons ultra-violets étant très absorbables.

Lors des premières applications, il y a lieu de surveiller le sujet de plus près, car les malades présentent des différences considérables de sensibilité à l'ultra-violet et sous peine de brûlure, il ne faut pas dépasser la dose utile. Plus tard, la peau devient plus résistante, elle se pigmente et la marge de sécurité devient plus grande.

Enfin, il est bon d'éviter de placer la lampe, directement au dessus du malade, il vaut mieux le disposer latéralement. On évitera ainsi, en cas de rupture du brûleur (accident à la vérité très rare) de brûler son patient avec le mercure très chaud qui pourrait s'en écouler.

***

Applications thérapeutiques.

Il n'est guère de branche de la médecine où les *rayons ultra-violets* n'aient été essayés avec succès et l'on trouvera dans les ouvrages spéciaux, tous renseignements utiles. A ce sujet, qu'on nous permette de faire part de notre expérience. Parmi tous les livres de radiologie que j'ai eu entre les mains, j'en ai retenu deux que je voudrais signaler ici. Ce sont :

1º *Les radiations lumineuses en physiologie et thérapeutique,* par A. C. Guillaume.

2º *L'ultra-violet, la lumière, l'infra-rouge,* par J. Aimard et H. Dausset.

Les auteurs de ces deux livres ont su garder leur sens critique. En médecins consciencieux, ils distinguent les cas où les résultats sont franchement favorables de ceux où ils sont souvent douteux et nous mettent en garde contre l'exagération des néophytes spécialistes. Nous ne saurions en dire autant de tous les ouvrages que nous avons parcourus.

Le Traité de Guillaume nous donne la physiologie normale et pathologique des radiations, c'est une question qui est encore à l'étude,mais dont la connaissance est indispensable à celui qui veut comprendre les raisons de ce qu'il fait.

Le compendium de Aimard et Dausset est un excellent formulaire des radiations lumineuses, et nous semble indispensable au praticien qui veut faire de l'ultra-violet. Après une brève introduction où ils résument admirablement les principes de la radiothérapie lumineuse, ces auteurs passent en revue toutes les maladies où cette thérapeutique donne des résultats et cela avec toute la clarté qu'on est en droit d'espérer de la part de médecins pour lesquels la lumière ne présente plus aucune ombre. Pour chaque maladie, nous trouvons dans un article très condensé, les indications, la technique, la posologie, les résultats exposés avec beaucoup de méthode. Nous ne saurions trop recommander ce livre aux praticiens.

Bornons-nous à constater avec ces auteurs que la *lumière ultra-violette* est un puissant excitateur du métabolisme cellulaire, que suivant la technique employée, on peut obtenir des effets sédatifs ou analgésiques, des effets toniques, de l'irritation et même de la destruciton cellulaire.

Dans le rachitisme, la tétanie, l'asthme infantile, vous obtiendrez des résultats brillants et rapides.

La tuberculose osseuse ou viscérale, les adénites, demandent des traitements de plus longue haleine qui seront les bienvenus du médecin et de son malade dans ces affections qui manquent de remèdes héroïques en dehors des cures de Grancher et de Ferrier.

Les sciatiques, les névralgies rebelles, sont souvent favorablement influencées par les ultra-violets, et un nouveau remède n'est pas à dédaigner dans ces douleurs souvent bien réfractaires aux médicaments. Les plaies infectées seront aseptisées, les plaies torpides, les ulcères, les cicatrices douloureuses gueriront plus vite sous l'action des radiations ultra-violettes.

Enfin, les multiples lésions de la peau et de ses annexes, follicules pileux et glandes sébacées, constituent un vaste champ d'activité pour le praticien qui veut faire de l'ultra-violet.

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les principales indications thérapeutiques de ces radiations.

***

Conclusion.

Comme nous venons de le montrer, avec les nouveaux appareils, le traitement par les ultra-violets est devenu un procédé applicable facile-

ment et partout où l'on dispose du courant électrique. Avec ces appareils transportables, les malades alités pourront bénéficier des progrès de la science moderne, et les habitants des campagnes recevoir désormais toutes les applications voulues sans déplacement, sans perte de temps, sans frais exagérés.

De leur côté, les médecins qui les emploieront les premiers vont y trouver une nouvelle réputation. « Il a les rayons ultra-violets !!! » dira-t-on dans sa clientèle. « Il est à la page » et le confrère verra sa réputation s'accroître ; et non seulement sa réputation, mais son budget aussi en profitera. Vous avez prescrit un traitement à ce rachitique, vous avez plâtré ce coxalgique et vous êtes forcé d'espacer vos visites sous peine de paraître importun. Au contraire vos séances d'ultra-violet seront accueillies avec faveur, car les progrès réalisés encourageront le malade et sa famille à persévérer dans une voie qui lui laisse entrevoir une guérison plus proche.

Enfin, comme j'en ai déjà touché un mot tout à l'heure, la partie la plus riche de la clientèle rurale : gros fermiers, châtelains, notables commerçants, qui, grâce à l'auto se dirige chaque jour davantage vers les cabinets des consultants du chef-lieu, voire même de la capitale, tend à échapper chaque jour davantage au médecin de campagne. Lorsque cette clientèle verra qu'elle peut trouver au bourg voisin et même à domicile, les mêmes techniques modernes qu'elle va chercher à grands frais bien loin, elle nous reviendra. Confrères ruraux ; Soyez transquilles ! le paysan français a toujours su compter de très près, et s'il voit qu'il peut trouver moins cher chez lui ce qu'il était allé chercher à grands frais en ville, il ne tardera pas à vous revenir, un peu honteux de son équipée, et vous ne lui garderez pas rancune de cette infidélité, lui montrant ainsi que, si depuis quelques années, il a pu vous dépasser par la fortune, il est resté votre inférieur par cette éducation du cœur qui ne se cote pas à la bourse !

Dr Louis GASSOT.
(Chevilly, Loiret.)

L'Actualité Scientifique

La Presse

Diagnostic des kystes hydatiques du poumon.

MM. Emile SERGENT, A. BAUMGARTNER et R. BENDA établissent que si l'on suppose l'existence d'un kyste hydatique du poumon, il est indispensable de ne perdre de vue aucun des arguments dont la réunion permettra seule de fonder le diagnostic sur des bases solides et d'éviter une intervention chirurgicale inutile.

Les arguments d'ordre clinique n'ont par eux-mêmes qu'une valeur toute relative ; l'image kystique demande également à être interprétée. Si l'apparition d'une vomique, avec membrane hydatique et vésicules filles, lève entièrement le doute, bien des kystes, qui étaient autrefois des trouvailles d'autopsie, restent aujourd'hui des trouvailles de l'examen radiologique. D'autre part, on pourrait signaler l'importance des hémoptysies répétées et apyrétiques dans les pays où l'échinococcose est très répandue ; la percussion, l'auscultation ne fournissent aucun renseignement précis ; quant à la ponction exploratrice, elle est une manœuvre dangereuse, qui ne saurait être tolérée en aucun cas.

Quant à la radiologie, les caractères radiologiques habituels de l'image kystique peuvent se trouver modifiés, soit par le siège particulier de l'hydatide, soit par la survenue de diverses complications péri- ou intra-kystiques ; il peut arriver aussi que des images franchement kystiques ne correspondent pas à des kystes hydatiques du poumon (certains épanchements pleuraux enkystés, ou abcès froids thoraciques à contours arrondis, ou tumeurs du poumon).

Pour ce qui est des différents tests biologiques, malgré la valeur prépondérante de la réaction de Casoni (intra-dermo-réaction avec comme antigène le liquide kystique de kyste humain), positive au bout d'une demi-heure, il est nécessaire de les employer tous, car la toxicité hydatique peut être dissociée : on recherchera donc : éosinophilie sanguine, réaction de fixation du complément, précipito-réaction de Fleig et Lisbonne (XII gouttes de sérum du malade ajoutées à 2 cmc. de liquide hydatique, précipité floconneux en 24 heures). (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 janvier 1927).

Les fractures du calcanéum sont souvent méconnues.

On les confond, dit le Pr GUIBÉ, soit avec une fracture malléolaire, soit avec une entorse tibio-tarsienne ; et, à l'appui de cette assertion, il en relate trois cas observés par lui en l'espace d'une année.

Deux fois la fracture avait passé inaperçue tout d'abord jusqu'au moment où la radiographie l'avait décelée ; la troisième fois elle avait été confondue avec une fracture bimalléolaire.

Il est cependant une variété de fracture facile à reconnaître, c'est celle de l'angle postéro-supérieur, avec ascension du fragment supérieur, dite encore fracture en soufflet ; les deux fragments sont écartés l'un de l'autre en tournant autour de l'articulation astragalo-calcanéenne postérieure ; ils baillent en arrière ; la dépression qui existe normalement au-dessus du calcanéum est remplacée par la saillie du fragment supérieur entraîné par le triceps sural ; il existe une impotence fonctionnelle accentuée.

Mais cette variété est rare : les variétés les plus habituelles sont les fractures par écrasement quand un ouvrier, qui travaillait sur un échafaudage tombe sur les pieds de la hauteur d'un ou de plusieurs étages, dans le cas où le pied a porté à plat ; car, s'il a porté sur le bord externe ou sur le bord interne, ce sont des fractures bimalléolaires.

S'il est possible, on fera radiographier le blessé ; sinon on le surveillera, et au bout de 8 à 10 jours, les souffrances persisteront sans atténuation séreuse.

Le plus souvent, le diagnostic n'est pas fait, car on ne peut faire préciser si le pied a bien porté à plat, ou bien on n'y pense pas, ou bien c'est parfois une lésion plus importante qui attire l'attention et fait négliger la fracture.

Pour éliminer une fracture bimalléolaire, on se basera sur l'intégrité du cou-de-pied, l'absence d'augmentation du diamètre bimalléolaire et le siège précis de la douleur au-dessous et non au niveau des malléoles. Mais le vrai diagnostic se fait en regardant le blessé d'en arrière : la présence d'un gonflement sous-malléolaire, l'effacement des deux gouttières de chaque côté du tendon d'Achille, quelquefois un abaissement des malléoles, parfois plus apparent que réel, tels sont les signes qui peuvent permettre presque d'emblée de porter le diagnostic de fracture du calcanéum ou tout au moins inciteront à la rechercher. Enfin il y a, mais rarement, une ecchymose apparaissant au bout de quelques jours entre les orteils. (*L'Année médicale de Caen et de la Basse-Normandie*, janvier 1927.)

Le virus tuberculeux filtrant et les acquisitions nouvelles sur l'hérédité tuberculeuse.

Les recherches de MM. F. Arloing et A. Dufourt ne mènent pas à des idées révolutionnaires et ne prétendent pas détruire ce qui existe; elles ont toutefois le mérite de dissiper certaines obscurités et d'apporter à de vieilles controverses des éléments nouveaux de discussion. Elles mettent en évidence les points suivants :

1° Dans l'espèce humaine une mère tuberculeuse peut transmettre par voie transplacentaire à l'enfant qu'elle porte dans son sein le virus tuberculeux sous sa forme filtrante.

2° Parmi les états d'hypotrophies ou d'atrophies de nourrissons nés de mères tuberculeuses, il en est qui sont imputables à la transmission du virus tuberculeux filtrant.

3° A côté des deux variétés pathogènes de virus tuberculeux filtrant déjà décrites, il convient de distinguer une troisième et nouvelle variété : le virus filtrant labile temporaire ; il ne manifeste sa présence dans l'organisme que par une allergie éphémère à des dilutions de tuberculine plus concentrées que celles employées ordinairement. Ce virus disparaît au bout d'un temps variable et l'infection tuberculeuse qu'il engendre chez les sujets qui en ont été temporairement porteurs est spontanément curable.

4° L'inoculation à des animaux nouveau-nés de ces diverses variétés de virus filtrant donne des résultats variables en rapport avec la virulence de ces divers types d'agents virulents. Tantôt les sujets n'en sont pas affectés, tantôt ils présentent un arrêt ou un retard de développement pondéral, tantôt enfin, ils meurent après une dénutrition progressive rapide.

Ces faits expérimentaux offrent d'étroites similitudes avec les observations de la clinique infantile, dont ils contribuent à éclairer le côté pathogénique. (*La Presse médicale*, 5 janvier 1927.)

Un cas de méningite à mélitensis.

Dans cette méningite peu connue, on a essayé surtout de mettre en évidence un signe caractéristique facile à reconnaître, et l'on admet comme réaction propre une mononucléose et une hyperglycorrachie. Mais par un cas qu'ils ont observé, MM. Desage, Pellerin et Vinerta (d'Oran) ont prouvé que l'hyperglycorrachie n'était pas caractéristique, la seule preuve d'une telle méningite étant la mononucléose et la mise en évidence du mélitensis par la culture du liquide céphalo-rachidien (culture abondante de 10 cc. de liquide). De plus les douleurs (céphalée, arthralgies), qui persistent après la fièvre, sont, non pas des séquelles, mais des résultats d'une localisation apyrétique du mélitocoque. La vaccination, la sérothérapie, l'emploi de l'urotropine, sont donc les traitements rationnels de ces algies.

L'allure torpide de cette méningite sans fièvre, n'ayant comme symptômes qu'une forte céphalée, de la diplopie, un léger Kernig et quelques jours de vomissements, montre que la méningite à mélitensis survenant après une fièvre de Malte est une méningite à manifestation fruste, faisant plutôt penser à une méningite tuberculeuse qu'à une méningite septique aiguë ; il faut donc pratiquer la culture du liquide céphalo-rachidien avant de décréter l'arrêt de mort qu'est le diagnostic de la méningite tuberculeuse

De telles méningites, mal diagnostiquées, peu

vent, par leur évolution favorable, faire croire à de fausses guérisons de méningites tuberculeuses. (*Maroc médical,* 15 novembre 1926.)

Sur l'emploi du quinosol dans la thérapeutique des épidermophyties.

MM. LORTAT-JACOB et BIDAULT rappellent le remarquable pouvoir empêchant que possède, à l'égard des tallophytes, le sulfate d'ortho-oxyquinoleine (quinosol). Leurs recherches de laboratoire, et la non toxicité de ce produit, ont engagé les auteurs à essayer le quinosol dans le le traitement des teignes des milieux glabres, avec des solutions de 0,5 à 1 p. 150. Des tricophytus de la face, du bras, du poignet, dues à un tr. gypseum, ont été guéries en une semaine, grâce à des frictions à la solution quinosolée, répétées plusieurs fois chaque jour.

Il est à remarquer que l'action protectrice du quinosol imprégnant les régions saines circonvoisines des points parasités est très nette ; l'extension des lésions est ainsi très rapidement arrêtée. Ce produit méritait d'être signalé à l'attention des dermatologistes, afin qu'ils comparent sa valeur thérapeutique à celle des solutions iodées. Les modalités de son emploi sont encore à fixer. (*La Presse médicale,* 1er janvier 1927.)

Il faut alimenter tous les malades.

M. G. LEVEN estime que le premier devoir du médecin doit être le souci de l'alimentation du malade, que la maladie à traiter soit aiguë ou chronique.

Dans une maladie aiguë, une alimentation insuffisante facilite certaines complications, allonge la durée de la convalescence et exagère l'amaigrissement dont la maladie n'est responsable que pour une part seulement. L'auteur cite un cas de fièvre typhoïde compliquée d'un coma, qui guérit par la reprise de l'alimentation négligée par le médecin, aggravée dans son évolution et compromise dans la période de convalescence par la dilatation gastrique, évitable généralement si l'alimentation demeure suffisante pendant l'évolution de la maladie.

Il est parfois regrettable aussi de supprimer toute alimentation buccale, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, souvent liés à l'aérophagie, laquelle est facilitée par le spasme que déterminent le goutte à goutte rectal et les lavements alimentaires.

D'autre part la suppression de toute alimentation buccale trop prolongée chez les porteurs d'ulcus gastrique semble retarder la cicatrisation de la lésion ; alors même qu'il y a une hémorragie, l'inanition paraît nuisible. Un blessé mal nourri cicatrisera moins vite ses plaies qu'un blessé alimenté comme il convient ; or, la réparation d'une plaie gastrique n'échappe pas aux lois qui président à la réparation des plaies en général. On objectera que l'aliment en passant sur la lésion est susceptible de l'irriter ; mais l'estomac vide est le siège de mouvements identiques à ceux de l'estomac qui renferme des aliments. Et puis le suc gastrique, fixé sur l'aliment, sera moins nocif que le suc gastrique libre, dont la sécrétion n'est pas interrompue.

D'autre part, une alimentation suffisante fournie à un malade aide parfois au diagnostic dans des cas complexes où les procédés usuels de diagnostic, procédés cliniques, chimiques et radiologiques, ne tranchent pas la difficulté ; pour distinguer un ulcus et un cancer gastrique, s'il est démontré que l'alimentation est suffisante, l'amaigrissement du malade devient un élément de diagnostic précieux. Les mêmes considérations s'appliquent à l'entérite et à la tuberculose intestinale.

L'alimentation, donnée dans ces conditions, ne sera jamais très abondante, elle sera simplement suffisante : une ration de 1.600 calories a suffi pour engraisser un malade de 15 kilos. Un litre et demi de lait, aromatisé et sucré sera une dose à ne pas dépasser; peu à peu on arrivera aux potages, aux œufs, aux purées, au riz, etc.

Ces données basées sur une longue expérience sont à l'origine de grandes satisfactions thérapeutiques. (*Gazette des Hôpitaux,*26 janvier 1927.)

La pratique des inoculations intradermiques.

On sait que sur le trajet, à travers la peau, de l'aiguille qui va déposer de la tuberculine dans le tissu conjonctif sous-cutané, il se développe de la rougeur, de la tuméfaction, dont l'apparition succède au dépôt d'une infime quantité de réactif dans la peau. Ce fait, riche de conséquences, devait être à l'origine de nouveaux procédés de diagnostic, de prévention, de traitement, que résument MM. L. GOLDENBERG et L. PANISSET.

Ainsi, on interroge la peau, et notamment on provoque à son niveau les réactions d'allergie, qui seront interprétées comme des éléments de diagnostic : cuti-réaction à la tuberculine, à la malléine, à la toxine diphtérique (réaction de Schick). Mêmes considérations pour l'anatoxine (pseudo-réaction de Schick). C'est surtout en divulgant l'extrême sensibilité de la peau à l'infection charbonneuse que les travaux de Besredka ont mis à l'ordre du jour la pratique de l'inoculation intradermique comme un moyen de révéler le rôle de la peau dans l'infection et dans l'immunité.

Cette inoculation intradermique de toxine peut aussi servir de moyen d'identification et de différenciation des germes ; la recherche de la réaction de Dick, pratiquée au cours ou après

la gestation a montré que le streptocoque de la fièvre puerpérale était distinct de celui de la scarlatine.

Pour le charbon bactéridien, mieux que la vaccination habituelle, l'introduction du vaccin sous la peau en une ou plusieurs séances assure sans danger une immunité qui permet de résister aux risques de la contamination même dans les régions gravement infectées. Le même mode d'inoculation intra-dermique tend à se substituer, pour la vaccination antivariolique, à la pratique des scarifications.

De la même façon on peut pratiquer la vaccinothérapie dans la furonculose, les pyodermites, la pyorrhée, les maladies localisées comme la blennorragie.

L'inoculation intradermique a pu révéler la toxicité et la spécificité de certains produits élaborés par les agents infectieux ou formés chez les individus malades ; elle sert de base à certaines méthodes de désensibilisation.

Cependant, l'inoculation intradermique de produits spécifiques ou non, pouvant provoquer une réaction, les phénomènes consécutifs à l'inoculation de produits spécifiques doivent être interprétés avec réserve avant de conclure que leur apparition révèle l'existence de l'infection présumée.

La peau est donc un véritable organe autonome, d'où les réactions provoquées témoignent des désordres qui existent dans les profondeurs de l'organisme. (*Paris médical*, 8 janvier 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La diphtérie chez le nourrisson.

(MM. Ribadeau-Dumas et Chabrun. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-2-1927.)

On admet généralement que les nourrissons contractent la diphtérie d'autant plus rarement qu'ils sont plus jeunes. On a cependant signalé des épidémies de diphtérie dans la toute première enfance. Il faut distinguer d'ailleurs, comme plus tard chez l'adulte, les porteurs de germes et les sujets atteints de diphtérie-maladie.

Les porteurs de germes sont extrêmement nombreux, dans certains milieux infantiles (hôpitaux) principalement. On les a trouvés dans des proportions allant à 50 % et au-delà. L'infection se fait parfois au moment de l'accouchement, le bacille de Lœffler ayant été rencontré dans les sécrétions vaginales.

Les diphtéries réelles sont beaucoup moins communes, mais il reste à définir ce que l'on est en droit d'appeler diphtérie du nourrisson. Le coryza diphtérique en est la manifestation la plus fréquente. L'unilatéralité des lésions, la marche longue de la maladie, le jetage sanglant, sont des caractères importants quoique non décisifs. La constatation de la fausse membrane associée au bacille de Lœffler est le meilleur élément de diagnostic. Souvent, celui-ci n'est porté qu'au moment de l'apparition des paralysies. On considère ordinairement les coryzas diphtériques des nourrissons comme assez bénins. Cette opinion, toutefois, ne doit être acceptée que sous grandes réserves. L'état général est alors souvent atteint et la cachexie peut même se manifester sans la signature clinique de la diphtérie.

On connaît, d'autre part, le problème soulevé par M. Duchon relatif au rôle du bacille diphtérique dans la broncho-pneumonie infantile. Le bacille aurait une influence considérable sur le pronostic de cette maladie et l'auteur conseille, en l'absence d'une réaction de Schick négative constatée peu avant, d'injecter d'emblée du sérum. Pour les nouveau-nés et les nourrissons, le rôle du bacille de Lœffler a paru moins évident à M. Ribadeau-Dumas.

Dernier point. On a dit (Chevalley) que la débilité de certains nourrissons atteints de rhino-pharyngite pouvait être due au bacille de Lœffler. La diphtérie occulte du nourrisson serait ainsi une cause de troubles sérieux de l'état général. M. Ribadeau-Dumas a recherché une justification de ces vues dans la sérothérapie. Or, la plupart des rhino-pharyngites qu'il a ainsi traitées se sont montrées réfractaires au sérum.

— M. Lesné croit que la diphtérie du nourrisson n'est pas exceptionnelle. La forme angineuse se voit fort peu au-dessous d'un an, le coryza (rarement pseudo-membraneux) et le croup étant les manifestations ordinaires. La diphtérie latente n'a pas paru à l'auteur fréquente chez le petit enfant. Il ne suffit pas de constater des bacilles dans les fosses nasales pour en porter le diagnostic, les porteurs de germes étant nombreux dans les hôpitaux d'enfants. M. Lesné n'a pas rencontré souvent, non plus, des bacilles diphtériques virulents dans le rhino-pharynx d'enfants atteints de broncho-pneumonie avec coryza. Le sérum n'a donné chez eux que des résultats sans netteté.

— M. Lereboullet s'associe aux conclusions de MM. Ribadeau-Dumas et Chabrun. La diphtérie du nourrisson, sans être tout à fait exceptionnelle, est rare. Le problème est rendu plus complexe, par l'inaptitude du tout jeune enfant à réagir classiquement à cette infection. A cet âge, le sujet ne fait

que très rarement une angine membraneuse. C'est un coryza, une conjonctivite, des troubles cutanés, qui constituent les manifestations de la maladie.

Pour ce qui est du rôle de l'infection diphtérique dans certains états de dénutrition du jeune enfant, M. Lereboullet en a observé des exemples. Ces faits, quoique peu nombreux, posent la question des hypotrophies d'origine diphtérique. En présence de cozyzas tenaces chez le nourrisson, hérédo-syphilitique ou non, se rappeler cette particularité.

— M. Grenet a trouvé, à l'hôpital Bretonneau, plus souvent que MM. Ribadeau-Dumas et Lesné, le bacille diphtérique dans le pharynx des petits malades atteints de broncho-pneumonie. Toutefois, aucune conclusion ne peut être, quant à présent, formulée sur ce point.

Traitement des splénomégalies chroniques dans l'hérédo-syphilis.

(M. P. Emile-Weil. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-2-27.)

Dans le traitement des splénomégalies chez les hérédo-syphilitiques M. P. Emile-Weil rejette les arsenicaux et conseille les cures mercurielles à doses faibles. Les fortes doses peuvent devenir néfastes.

— M. Barbier pense que l'on manie quelquefois les médications spécifiques sans précautions, à doses trop fortes, en particulier chez les nourrissons.

— M. Marcel Pinard ne partage pas une telle opinion. Le diagnostic étant bien établi, en insistant dit-il, les doses fortes sont alors tolérées et curatrices.

La fièvre de lait sec.

(MM. Robert Debré et G. Semelaigne. — *Soc. de pédiatrie* ; 21-12-1926.)

MM. Debré et Semelaigne relatent deux observations de nourrissons, élevés au lait sec, qui ont présenté pendant plusieurs semaines une fièvre persistante, certainement liée à des phénomènes toxiques causés par l'ingestion de cet aliment.

Ces deux cas prouvent, pour les auteurs, l'existence d'une « fièvre de lait sec » apparaissant chez des enfants exclusivement nourris avec ce lait et cessant lorsqu'on supprime celui-ci pour le remplacer par du lait ordinaire. Cette fièvre de lait, équivalant a ce qu'on a appelé la « fièvre de sel », et la « fièvre de sucre », offre des caractères assez spéciaux. Son intensité peut être extrême (41°5, 42°) ; elle ne s'accompagne pas de troubles marqués, l'état général étant peu touché, l'hyperthermie résumant à elle seule toute la maladie.

Les faits de ce genre, quoique utiles à connaître, sont rares. Le médecin qui songera à leur existence pourra, à l'occasion, éviter des erreurs de diagnostic et faire tomber, par un simple changement de régime, une fièvre alarmante. Mais, la notion d'une « fièvre de lait sec » ne doit en rien diminuer l'estime dont jouit cet aliment. M. Debré le considère toujours comme un produit de choix, capable de donner de remarquables résultats dans l'alimentation des enfants du premier âge.

— M. Jacques Florand et M. Georges Schreiber signalent des cas semblables.

— MM. Aviragnet et P. L. Marie ont eu également l'occasion de voir deux exemples de fièvre liée à l'ingestion de lait sec. Ils comparent aussi ces troubles aux fièvres de sel et de sucre sur lesquelles les auteurs allemands ont attiré l'attention. Ce sont probablement des réactions toutes individuelles et exceptionnelles qui n'enlèvent rien à la valeur de la poudre de lait.

L'asthme essentiel chez les nourrissons.

(M. Lavergne. — *Soc. de pédiatrie* ; 21-12-1926.)

L'auteur pense que l'asthme essentiel est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit dans la toute première enfance. Il serait désirable, pense-t-il, de répandre cette notion pour ne pas attribuer à des bronchites ou broncho-pneumonies imprécises des accidents d'ordre asthmatique. M. Lavergne a obtenu, en pareil cas, chez le petit enfant, de bons effets de l'ingestion de doses fractionnées et souvent répétées d'adrénaline, médication si décevante chez le grand enfant.

— M. Comby est d'accord avec M. Lavergne sur la fréquence relative de l'asthme chez les nourrissons. Cette fréquence est bien connue des pédiatres.

L'hérédo-syphilis à Marseille.

(M. Paul Giraud. — *Soc. de pédiatrie* ; 21-12-1926.)

A Marseille, comme dans les grandes villes, l'hérédo-syphilis est très répandue. Sur 716 enfants, M. Giraud a trouvé 111 hérédo-syphilitiques, soit une proportion de 15 p. 100. Le signe le plus fréquemment révélateur de la maladie a été la spléno-mégalie chronique précoce, accompagnée le plus souvent d'hypotrophie.

Nourrisson asthmatique traité par les rayons U.V. Mort subite au cours du traitement.

(M. Roueche. — *Soc. de pédiatrie* ; 21-12 1926.)

Un nourrisson de 2 mois 1/2 ayant des accès d'asthme subintrants est soumis à la thérapeutique par les rayons ultra-violets. A la troisième séance et quelques heures après, l'enfant est pris d'une crise d'agitation qui dure un quart d'heure environ et se termine par la mort subite. Le petit malade n'offrait aucun signe d'hypertrophie du thymus.

— M. Georges Schreiber remarque que les enfants irradiés aux U.V. peuvent succomber du fait de l'affection qui a justifié l'actinothérapie ou par suite d'un état morbide intercurrent. Il convient donc de ne pas tirer de cas de ce genre, encore peu nombreux, des conclusions hâtives, soit dans un sens, soit dans l'autre.

On se rappelle qu'il y a un an, MM. Blechmann et

François ont rapporté une observation analogue, qui a donné lieu à une consultation juridique du Conseil du « Sou Médical ». Elle concernait un enfant de 5 mois, rachitique, qui était transporté à une certaine distance pour être soumis aux rayons ultra-violets. Le soir de la troisième séance, il fit de la température et mourut le lendemain sans signe clinique notable. La multiplication de ces cas pourrait seule avoir une signification.

Sur l'acrodynie de l'enfance.

(MM. Janet et Pierrot. — *Société de pédiatrie*, 21-12-1926.)

MM. Janet et Pierrot ont observé un cas d'acrodynie chez un enfant de 7 ans, avec symptômes passagers d'encéphalite. Dans l'incertitude où l'on est encore quant à la cause de l'acrodynie, il y a là un argument pouvant plaider en faveur de l'origine encéphalitique de cette affection, opinion qui a été soutenue par plusieurs auteurs.

— M. Péhu remémore sa communication antérieure sur l'acrodynie de l'enfance, communication que nous avons analysée. L'auteur a soigné un nouveau cas de cette affection, chez une fillette de 13 ans, originaire de la Drôme.

— M. Robert Debré pense qu'il faut être très réservé dans l'appréciation des rapports de l'acrodynie et de l'encéphalite léthargique. On ne trouve guère à l'habitude de signes de la seconde affection au cours de l'évolution de la première.

L'acrodynie a été décrite pour la première fois par Chardon en 1829 à l'occasion d'une singulière épidémie qui sévit à Paris à cette époque et n'atteignit pas moins de 40.000 personnes en 5 mois. Quelques caractères cliniques distinguent toutefois l'acrodynie actuelle de l'acrodynie de 1829 ; l'intensité des troubles psychiques (irritabilité, insomnie), par exemple, contraste avec leur peu d'importance lors de l'épidémie de 1829. D'autre part, pendant celle-ci, les vieillards et les adultes furent surtout atteints ; en juin 1828, la maladie frappa l'hospice de vieillards Sainte-Thérèse et atteignit sévèrement les casernes de Lourcine et de La Courtille. Aujourd'hui, au contraire, ce sont les enfants et même les nourrissons, qui sont presque exclusivement touchés. Il paraît néanmoins légitime de rattacher les deux épidémies au même groupe morbide.

Il ne faut pas oublier, d'autre part, que l'acrodynie de 1829 a été rapprochée et confondue, alors, avec l'ergotisme. Les deux affections offrent des ressemblances et aussi des différences. Sans pouvoir se faire une opinion précise, on ne peut s'empêcher de se demander si ces différents syndromes (acrodynie, ergotisme, et encore pellagre) n'ont pas une étiologie toxique assez voisine.

— M. Nobécourt, chez deux enfants acrodyniques, a constaté les bons résultats d'un traitement, une fois par l'extrait surrénal, une autre fois par les rayons ultra-violets. P. L.

Marseille

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Quelques essais du vaccin de Vaudremer dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

M. Reynès résume les travaux de Vaudremer concernant le polymorphisme du bacille de Koch, et ses formes de virus filtrant. Il montre les effets de l'aspergillus niger sur les cultures du microbe tuberculeux. Enfin il indique comment Vaudremer est arrivé à des essais thérapeutiques. L'auteur a essayé ce vaccin dans trois cas. L'un concernait une orchi-épididymite tuberculeuse, suppurée, fistulisée. Dès novembre 1926, on fit 4 injections à la cuisse à 4 jours d'intervalle. Le résultat fut assez rapide et très favorable. Le pus s'est tari. La cicatrisation est complète avec atrophie très marquée du testicule atteint. Le malade est présenté à la réunion. Il y eut quelques réactions locales et générales. Le deuxième cas concerne une jeune fille de 26 ans, atteinte de fistule bacillaire du trochanter droit. Après divers traitements et un curage, six injections de vaccin de Vaudremer, une tous les quatre jours, ont été pratiquées. La première donna lieu à des élévations de température ; les jours suivants : 35,5, 39,9, 40. Les autres injections n'ont presque pas été pyrétiques. Ces injections semblent avoir hâté l'ouverture de divers points abcédés. Un mois après l'état général s'est remonté. Les écoulements diminuent. Enfin tout se cicatrice. Résultat favorable. Le troisième cas, pour une fistule ostéo-bacillaire rachidienne, dut être interrompu faute d'ampoules. Actuellement, mars 1927, ces essais sont continués sur plusieurs autres cas de tuberculoses chirurgicales.

Quatorze cas d'empoisonnement par les champignons secs.

M. Silvan a eu l'occasion de traiter en 3 mois, 14 cas d'empoisonnement phallinique répartis dans 6 familles différentes ; les lavages d'estomac pratiqués systématiquement ont fait admirablement cesser les phénomènes d'intoxication, vomissements et diarrhée. La convalescence a été écourtée par l'administration précoce de toniques nervins donnés à petite dose.

La fragmentation du calcul comme cause de récidive après la pyélotomie.

M. E. Chauvin présente un calcul dont la pince avait, au cours de l'extraction, détaché deux petits fragments demeurés dans le bassinet. La facette de rupture observée sur la pierre l'incita à chercher les débris qu'il put découvrir et extraire. Il signale ce danger de récidive et conseille d'examiner toujours le calcul extrait pour en vérifier autant que possible l'intégrité.

Sur un cas de sigmoïdite diverticulaire chronique.

MM. Roger SARLES et Louis ARTAUD. — Volumineux diverticule du côlon sigmoïde offrant cliniquement l'aspect d'une sigmoïdite profonde. Insuffisance de la sigmoïdoscopie qui permet d'éliminer le cancer mais ne montre qu'exceptionnellement les diverticules ; nécessité d'une radiographie après lavement baryté et vidage de l'intestin de son contenu opaque. Traitement médical de la colite. Traitement chirurgical minimum : laparotomie exploratrice ; excision des diverticules dans tous les cas où elle est possible.

Pseudo-cancers utérins.

M. REYNÈS relate l'histoire de deux pseudo-cancers utérins. Il s'agissait de deux femmes de 30 à 35 ans, qui avaient présenté des signes locaux et généraux faisant croire à un cancer utérin avancé (troisième degré de la nouvelle classification des directeurs de centres anti-cancéreux). En réalité il n'en fut rien. La première, observée il y a plus de 20 ans, avait simplement, et depuis plusieurs mois, une éponge intra-vaginale, qui s'était comme incrustée sur le col tout ulcéreux. Elle n'avait et n'eut jamais plus rien de cancéreux. La seconde, 35 ans, présentait, avec l'altération de l'état général, des masses végétantes ulcéreuses, nécrotiques, avec ichor fétide brunâtre et hémorrhagique. Après deux curettages successifs d'assainissement chirurgical, elle présente des plaques sphacéliques du vagin, qui s'éliminèrent et cicatrisèrent en 3 ou 4 semaines. En même temps, l'état général devint très bon et les signes de pseudo-cancer utérin disparurent entièrement. Il est probable qu'il y a eu une brûlure très grave, chimique ou thermique, du col, du vagin et de la vulve. Peut-être aussi faut-il faire une part à un traitement intensif subi par la malade, un mois et demi avant son entrée (9 piqûres de novar, 9 piqûres huile grise). En tout cas, tout a disparu.

Rectoscopie simplifiée avec un tube de cristal.

M. REYNÈS décrit sa méthode de rectoscopie simplifiée, un peu oubliée, qu'il avait présentée en 1913, au Congrès de chirurgie, où elle fut appréciée et mérita les encouragements de Depage et de Monprofit. Elle consiste à introduire dans l'anus et le rectum le tube rectoscope en verre de l'auteur, long de 22 centim., gradué, et d'une solidité spéciale. On met ensuite dans le tube un cystoscope ordinaire. En tournant le cystoscope en divers sens, et en le promenant à diverses hauteurs, on voit toutes les parois ano-rectales. On peut ainsi reconnaître la présence, l'aspect et l'étendue de toutes lésions, hémorrhoïdes, polypes, ulcérations, tumeurs, sténoses. Ce procédé est simple et très peu coûteux. Il n'est pas douloureux, car la manœuvre du cystoscope est intra-tubaire.

— M. MONTFORT, confirme les bons résultats qu'il a obtenus avec le tube de M. Reynès ; il vante sa simplicité. Pour faciliter l'introduction, il présente un tube analogue mais dont l'extrémité interne est cylindro-conique.

— M. ACQUAVIVA a appris ce mode de rectoscopie dans le service de M. Reynès. Il l'a employé plusieurs fois dans sa pratique avec succès. Il rapporte deux cas récents, où le tube de Reynès lui a permis de préciser des lésions ano-rectales.

Emile CASTELLI.

Les Congrès

VIe Congrès de la Tuberculose.

Le VIe Congrès national de la tuberculose, qui a tenu ses assises à Lyon, s'est terminé jeudi 14 avril après quatre journées de travaux bien remplies. Est-ce le nombre des congressistes, est-ce l'intérêt des questions inscrites au programme, ou n'est-ce pas plutôt son organisation particulièrement heureuse qui lui a valu un succès qui semble avoir dépassé cette année tous les succès antérieurs ?

Le lundi 11 avril à 9 heures, dans le grand amphithéâtre comble de la Faculté de médecine, le président du Congrès, M. le Dr Mouisset, prend la parole et évoque les Lyonnais dont les noms restent à jamais attachés au souvenir de la lutte antituberculeuse : les Ollier, les Tripier, les Gangolphe, les Auguste et Maurice Pollosson, Poncet, Chauveau, Arloing, Weil, Jules Courmont, enfin Bard, Dumarest et Guinard.

M. Herriot, maire de Lyon, ministre de l'Instruction publique, qui préside la séance d'ouverture, vient à son tour ajouter à cette longue liste le nom de M. Mouisset lui-même, dont l'idéal élevé et le zèle infatigable ont puissamment contribué à intensifier la lutte antituberculeuse dans le département du Rhône ; puis il insiste sur la nécessité, dans la guerre contre les grands fléaux sociaux, d'une collaboration de plus en plus étroite entre le médecin et l'administrateur, et termine en rendant hommage au grand organisateur que fut Jules Courmont dans le domaine de l'hygiène sociale. Commence alors l'exposé des communications scientifiques et M. Paul COURMONT (Lyon) a la parole sur les *bases expérimentales des réactions d'allergie dans la tuberculose.*

Les bases expérimentales des réactions d'allergie dans la tuberculose.

Le mot *allergie*, créé par Pirquet, signifie change-

ment d'état d'un organisme après une première inoculation de microbes ou de toxines. Ces réactions d'allergie se manifestent différemment pour la tuberculine ou pour les corps bacillaires.

a. **Réactions à la tuberculine.** — La tuberculine est sans effet sur les sujets sains ; chez les sujets tuberculeux, la sensibilisation à la tuberculine se témoigne par des *réactions générales* (fièvre), des *réactions focales* (congestion des foyers tuberculeux), des *réactions locales* (cuti et intradermo-réactions). Parmi les différentes théories proposées pour expliquer le mode d'action de la tuberculine, la *théorie des lysines* de Nicolle semble donner l'explication la plus satisfaisante. Cette sensibilisation de l'organisme vis-à-vis de la tuberculine ne se constitue qu'après une certaine incubation ou *période antéallergique* dont on connaît l'importance pratique en clinique infantile. Cette sensibilisation est produite par la tuberculose elle-même, mais les lésions tuberculeuses ne sont pas nécessaires ; ce qui importe, c'est l'assimilation, la digestion par l'organisme des protéines bacillaires. Quelle est la nature de ces phénomènes d'hypersensibilité des tuberculeux à la tuberculine? Peuvent-ils être assimilés à des réactions d'*anaphylaxie* ? Il semble bien y avoir des différences notables entre les deux phénomènes : la tuberculine elle-même n'est allergisante que chez les tuberculeux, l'anaphylaxie passive à la tuberculine n'est pas constante et les phénomènes d'anti-anaphylaxie sont douteux ; de plus, la tuberculine ne produit pas d'*immunité*, ni contre la tuberculose, ni contre elle-même, elle se borne à de simples phénomènes d'*accoutumance*. La spécificité expérimentale de la tuberculine n'est d'ailleurs pas rigoureuse ; les animaux peuvent être sensibilisés par d'autres produits que les bacilles de Koch, par des bacilles paratuberculeux par exemple ; de plus, les toxines de ces mêmes bacilles agissent dans le même sens que la tuberculine ; enfin des produits divers : peptones, sérums, corps chimiques, donnent chez le tuberculeux certaines des réactions d'hypersensibilité. La tuberculine est donc un antigène incomplet et elle ne conduit pas d'hypersensibilité à l'immunité.

b. **Réactions aux corps bacillaires tuberculeux.** — Par opposition à la tuberculine, les corps bacillaires constituent l'*antigène complet*, à la fois préparant et déchaînant ; ils produisent l'hypersensibilité et déterminent les réactions qui la caractérisent ; ce sont : 1° *des réactions de surinfection*, telles que le *phénomène de S. Arloing*, qui consistent en phénomènes toxiques rapides d'ordre vaso-moteur relevant d'anaphylaxie microbienne ; 2° *des réactions éliminatrices* telles que le *phénomène de Koch*, d'ordre vaso-moteur mais avec prédominance de manifestations cellulaires locales, qui constituent des réactions à tendance favorable ; 3° *des réactions diverses de surinfection* qui s'accompagnent de modifications variées des lésions tuberculeuses de primo-infection ou de réinfection.

Ces réactions varient avec la gravité de la tuberculose, l'ancienneté de l'infection, la virulence et la dose des bacilles inoculés. La cause de ces phénomènes réside dans les corps bacillaires ; les protéines bacillaires agissant comme agents irritants et toxiques et les bacilles morts donnent ces réactions d'allergie ; mais la vitalité et la virulence ont une action sur la modalité des réactions.

c. **Quels sont les rapports des phénomènes d'hypersensibilité avec l'anaphylaxie et l'immunité au sujet des corps bacillaires ?** — L'anaphylaxie aux corps bacillaires est prouvée par la réinoculation intracérébrale et le phénomène de Koch peut être comparé au phénomène d'Arthus. Les rapports d'hypersensibilité et d'immunité sont plus difficiles à préciser. Certains auteurs dissocient complètement les deux phénomènes, d'autres en font les étapes d'un même processus. Ces deux états sont en général indépendants : l'immunité est le but à atteindre avec un minimum d'hypersensibilité, puisque cette dernière peut produire des réactions exagérées qui vont à l'encontre du but, mais *l'immunité ne semble pas pouvoir se produire sans hypersensibilité.*

La conclusion de toutes les considérations précédentes, c'est que dans la tuberculose plus que dans toute autre maladie il y a intrication des *phénomènes d'allergie*, des *phénomènes de protection* et de *prédisposition*, d'*immunité* et d'*anaphylaxie.*

Au cours de la *discussion* de ce rapport sont successivement entendus :

M. Bezançon (Paris), qui insiste sur la distinction à établir entre le *phénomène de Koch local* et les réactions pulmonaires, à la suite des réinoculations de bacilles ; il se produit au niveau des poumons une congestion intense avec alvéolite desquamative qui est bien différente du *phénomène de Koch.*

M. Philibert (Paris), qui consigne les résultats de ses recherches sur les phénomènes de réinfection pulmonaire par inhalation.

M. F. Arloing (Lyon), qui donne une description détaillée des manifestations qui caractérisent le *phénomène de S. Arloing* ; les troubles observés peuvent entraîner la mort en vingt-quatre heures ; ils consistent en une violente congestion œdémateuse des poumons avec modifications importantes de la respiration et de la température.

M. Dufourt (Lyon), qui rappelle ses recherches récentes avec F. Arloing sur les formes filtrantes du bacille tuberculeux ; avec l'inoculation de ces formes filtrantes, la période antéallergique est notablement plus longue qu'avec l'inoculation des formes ordinaires ; ces constatations concordent parfaitement avec la notion du raccourcissement de la période antéallergique avec la plus grande virulence des cultures.

Les facteurs de terrain, autres que l'allergie, dans l'infection tuberculeuse.

La séance est reprise l'après-midi à 14 h. 30 pour l'exposé du rapport de MM. Sergent et R. Turpin

(Paris), sur *les facteurs de terrain, autres que l'allergie dans l'infection tuberculeuse.*

Certes, les conditions humorales (état humoral vierge ou allergique) expliquent les modes si différents d'évolution d'une tuberculose de primo-infection ou d'une tuberculose de réinfection ; la voie d'introduction, la virulence, la qualité et la quantité, l'état morphologique des microbes sont des facteurs importants, mais ils ne suffisent pas pour expliquer complètement le polymorphisme des formes évolutives et pour règler les conditions de réévolution. Il est certain qu'après une période de prépondérance bactériologique trop exclusive, on revient à donner au facteur *terrain* sinon sa supériorité de l'ère prépasteurienne, tout au moins la juste part de son importance. En se tenant sur le terrain même de la biologie, n'est-on pas obligé d'admettre que des *qualités humorales non spécifiques*, indépendantes de l'imprégnation bacillaire, sont susceptibles de modifier les conséquences de celle-ci ? Ce que nous enseigne la bactériologie au sujet des nombreuses conditions physico-chimiques à réaliser pour obtenir une culture du bacille, sa fragilité lorsqu'un des éléments essentiels vient à être supprimé, ses modifications morphologiques parallèles avec les variations du milieu, enfin la perte même de ses propriétés tuberculigènes en milieu bilié par exemple, comme l'a montré Calmette, mettent en valeur l'importance capitale du terrain. Des exemples analogues sont offerts par la pathologie comparée ; tous les animaux ne réagissent pas semblablement à l'infection tuberculeuse ; peut-on comparer la tuberculose expérimentale du cobaye et celle du lapin ? Que penser des différences de tuberculisation des bovidés et des équidés et que penser aussi de l'état réfractaire de certaines espèces ?

Dans cette étude du terrain, il importe de faire une distinction absolue entre la tuberculose de l'enfant et celle de l'adulte ; d'un côté, en effet, il faut envisager les conditions qui semblent favoriser ou inhiber une primo-infection ; du côté de l'adulte au contraire, il faut rechercher les causes physiologiques ou pathologiques qui peuvent ou non aider à un réveil d'une infection latente.

a. **Pour la tuberculose de l'enfant**, sans méconnaître la valeur de l'infection, il faut admettre qu'il y a dans certains cas des facteurs autres que le bacille, car les exemples sont nombreux d'enfants de souches différentes, exposés à la même contagion, qui n'ont pas réagi de la même façon vis-à-vis de l'infection. C'est de ces considérations qu'est née la conception de l'*hérédité de prédisposition de Peter*. Wright et Lewis se sont efforcés de mesurer la valeur de cette hérédité de prédisposition en étudiant 214 familles groupant 5629 individus ; ils concluent que la tuberculose est plus fréquente chez les descendants de tuberculeux. Ces résultats sont confirmés par Sergent et Vidrasco, qui, sur 1000 tuberculeux ont pu trouver une hérédité similaire sur 340 cas.

b. **Dans la tuberculose de l'adulte**, les étapes physiologiques de l'existence impriment à la tuberculose une évolution particulière ; l'enfant, l'adulte, le vieillard ne font pas leur tuberculose de la même manière ; ces différentes modalités cliniques paraissant surtout en rapport avec l'immunisation acquise à la suite d'infections antérieures. Il n'en est pas de même du rôle de la *puberté*, de la *grossesse*, de l'*accouchement* et de la *ménopause*, états dans lesquels le rôle joué par le système endocrino-végétatif semble des plus importants et auxquels correspondent des modifications profondes du métabolisme général de l'organisme, de l'équilibre physico-chimique des humeurs.

A côté des modifications intrinsèques du terrain, il faut également faire une part importante à toutes celles qui résultent du contact avec le milieu extérieur. Peut-on nier le rôle de la salubrité des locaux, de la misère, de l'alimentation, et en particulier des carences alimentaires sur lesquelles a insisté Mouriquand, de la profession, de certaines maladies ?

En résumé : tous les facteurs précédents peuvent modifier les caractères anatomiques et cliniques d'une tuberculose préexistante, et cela sans l'intervention d'une réinfection tuberculeuse hétérogène. Ces causes, pour la plupart *anergisantes*, peuvent entraîner des modifications humorales de terrain autres que celles qui sont d'ordre spécifique. Ces modifications sont conditionnées par les états physiologiques et pathologiques aussi bien d'ordre héréditaire que d'ordre acquis. Ces modifications humorales s'exercent-elles par l'intermédiaire de glandes ? Le corps thyroïde, entre autres, semble jouer un rôle particulièrement actif. Quel est le rôle de la cholestérine, des sels calcaires ? Les résultats des recherches faites dans ce sens sont contradictoires, et il faut reconnaître que nous ne sommes pas encore capables de définir la forme physico-chimique du terrain tuberculisable ou returberculisable.

On passe alors à la *discussion.*

M. Courmont (Lyon). En restant dans le domaine de la biologie pure, on constate des différences très nettes au sujet de l'allergie dans les espèces animales ; ce fait est déjà un argument en faveur de l'importance du terrain.

M. Bezançon (Paris), en montrant l'insuffisance des conditions biologiques pures, établit une distinction entre le *terrain de fond*; le terrain des endocriniens par exemple, et le *terrain accidentel*, qui est modifié par le surmenage sous toutes ses formes physiques et intellectuelles.

M. Rist (Paris). Parmi les facteurs de terrain, il semble qu'on ait exagéré le rôle joué par l'*alcoolisme* et qu'on ne se soit montré trop indulgent vis-à-vis des *sports* qui sont manifestement nocifs quand ils sont exagérés. Le *chagrin* semble jouer aussi un rôle important, et les recherches sur la tuberculose conjugale montrent que dans trois quarts des cas l'évolution de l'un des conjoints se fait après la mort de

l'autre. Peut-être pourrait-on trouver dans le domaine de l'anthropologie certains éclaircissements aux différences de sensibilité vis-à-vis de la tuberculose ; l'étude des *groupes sanguins* a montré que les sujets du groupe II payaient le plus lourd tribut à la tuberculose.

M. Jacquerod (Leysin) insiste sur le rôle de l'*alimentation* ; la viande et les graisses paraissent s'opposer au développement de la tuberculose plus que ne le font le sucre et les farineux ; ce qu'il faut, ce n'est pas l'adiposité mais de la *graisse circulante*.

MM. Leuret et Aubertin pensent que le rôle *du foie* est primordial dans la lutte contre l'infection tuberculeuse ; leurs recherches chez les tuberculeux évolutifs ont toujours montré des signes de déficience hépatique ; ils pensent qu'on peut parler d'*hépato-pronostic*.

M. Bard (Lyon) pense qu'il y a dans la question du terrain une distinction capitale à établir entre la *défense* et l'*invulnérabilité*.

M. Cordier (Lyon). Il semble qu'on ait considérablement exagéré le rôle de l'ovaire dans l'évolution de la tuberculose ; comme l'a montré Despeignes, la période menstruelle n'amène au niveau des lésions pulmonaires que des poussées congestives éphémères sans rapport avec une évolution ; par contre, le rôle du corps thyroïde semble des plus importants. Pierre Delore a essayé d'analyser la formule physico-chimique du terrain tuberculeux par l'étude de la réserve alcaline et du CO^2 alvéolaire ; les modifications obsevées semblent une résultante plutôt qu'une condition de l'évolution.

M. Courmont insiste sur le danger de faire connaître au gros public les notions acquises sur l'hérédité de la tuberculose par la découverte des formes filtrantes du bacille de Koch et revient au rôle du surmenage que démontre la fréquence des évolutions après la période des examens. Contrairement à Rist, il croit que l'alcoolisme n'est pas un facteur négligeable pour la préparation du terrain à la tuberculose.

La fin de l'après-midi est consacrée à la visite de certaines organisations sanitaires : dispensaire d'Oullins, préventorium de Charly, hôpital-sanatorium de Sainte-Eugénie, pavillon Michel-Perret, hôpital-sanatorium du Perron, et le soir, dans le cadre grandiose des salons de l'Hôtel-de-Ville, les membres du Congrès sont conviés à une réception par M. le ministre Herriot, maire de Lyon, et la municipalité lyonnaise.

La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Mardi 12 avril à 9 h. 30, la *deuxième journée du Congrès* débute par le rapport de MM. Léon Bérard (Lyon) et Dumarest (Hauteville) sur *la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*.

M. Dumarest prend le premier la parole. Après un historique sur la thoracoplastie, il expose le but de la méthode : a) *l'immobilisation de l'organe* ; b) *son exclusion fonctionnelle* ; c) *la réduction* ou la *quasi-suppression de la circulation sanguine et lymphatique*. Ce but, qui est en somme celui de toute collapsothérapie, se trouve donc être également celui du pneumothorax, mais pneumothorax et thoracoplastie diffèrent par les moyens d'atteindre ce but ; de plus, la gravité encore très inégale de ces deux méthodes devra faire préférer le pneumothorax, en dépit de la conception de l'école allemande, toutes les fois qu'on pourra le réaliser ; en plus de sa gravité moindre, le pneumothorax est plus efficace, et en cas d'insuccès il ne laisse rien d'irréparable derrière lui. Cependant les lésions pulmonaires auxquelles s'adressent ces deux modes de collapsothérapie sont un peu différentes. La thoracoplastie, qui nécessite une grande résistance des malades, ne sera applicable qu'aux formes à tendance fibreuse et à une période tardive de leur évolution. Par contre, le pneumothorax reprend tous ses droits dans les formes caséifiantes et rapidement destructives. Dans les deux cas, la question de l'unilatéralité des lésions se pose, mais dans la thoracoplastie l'unilatéralité doit être beaucoup plus rigoureuse ; de plus, consistant en un acte opératoire grave, il est indispensable que le malade à opérer ait une résistance organique parfaite, d'où la nécessité d'examens médicaux méticuleux et répétés.

Quelles sont les indications comparées de la thoracoplastie, de la phrénicectomie et du pneumothorax ? — 1° *La thoracoplastie peut être considérée comme un succédané du pneumothorax, possible ou irréalisable*, mais c'est « un équivalent inférieur du pneumothorax », sauf pour certaines lésions ulcérées de la base ; on pourra d'ailleurs dans ce cas la combiner à la phrénicectomie. Elle est le trait ement de choix des lésions ulcéro-fibreuses anciennes, symphysées, unilatérales, inactives ou peu, avec bon état général et sans lésions organiques . 2° *La thoracoplastie* peut être utilisée comme *complément d'un pneumothorax abandonné* ou *insuffisant*. C'est ici qu'elle trouve ses plus nombreuses indications et ses meilleures chances de réalisation, l'épreuve antérieure du pneumothorax ayant montré les bons résultats du collapsus. 3° *La thoracoplastie* peut être de mise *dans le traitement de certaines pleurésies tuberculeuses* et *des fistulisations pleuro-pulmonaires et pleuro-pariétales*. A côté de la thoracoplastie existent des moyens accessoires tels que la *pneumolyse extrapleurale* et surtout la *phrénicectomie*. Cette méthode peut être utilisée soit : 1° *à titre d'opération autonome* dans les affections du lobe inférieur quand le pneumothorax n'est pas réalisable, dans les tuberculoses fibro-caséeuses graves évolutives après échec du pneumothorax et si la thoracoplastie est inapplicable, comme moyen d'épreuve fonctionnelle de l'autre poumon avant une thoracoplastie, comme traitement d'hémoptysies récidivantes de la base en cas d'échec du pneumothorax, enfin comme traitement de la gêne cardiaque occasionnée par les grosses

fibroses symphysées ; 2° *à titre de moyen associé*, la phrénicectomie peut être recommandée comme adjuvant d'un pneumothorax partiel ou d'une thoracoplastie à laquelle elle constitue un acheminement.

Ces indications étant nettement définies, M. Bérard poursuit l'exposé du rapport en précisant certains points d'ordre technique. Il insiste avant tout sur le rôle primordial qu'il convient d'attribuer au médecin, car c'est d'examens médicaux méticuleux et prolongés que dépend en grande partie le succès de l'opération. Après avoir donné autrefois la préférence à la thoracectomie en un temps, il a recours plus volontiers actuellement à la thoracectomie en plusieurs temps.

Le mode d'anesthésie est variable suivant les malades : l'*anesthésie générale* aura la préférence chez les sujets jeunes, surexcitables, dans le cas d'hypotension ou quand l'état général amoindri fait redouter le shock post-opératoire ; par contre, lorsque l'expectoration est très abondante, il faut préférer l'anesthésie régionale, qui sauvegarde le réflexe de la toux. Les résultats statistiques de M. Bérard sont les suivants :

Opérés	91	»
Guérisons	26 à 28	%
Améliorations	20 à 22	»
Résultats incomplets ou nuls	4 à 4,3	»
Décès post-opératoires	17 à 18	»
Décès tardifs	19 à 20	»
Résultats inconnus	5	»

M. Guilleminet, chef de clinique de M. Bérard, vient ensuite présenter dix malades opérés avec succès dans le service de M. Bérard, en même temps que sont projetés les photographies et les clichés radiographiques concernant ces malades, puis, M. Bérard conclut en disant que par ses résultats la thoracoplastie est une méthode désormais consacrée ; les chiffres mêmes des statistiques actuelles n'ont pas de valeur absolue, car ils seront progressivement améliorés par le perfectionnement de la technique et surtout par la mise au point des indications sur laquelle devront surtout à l'avenir porter les efforts. Prennent part à la *discussion* :

M. Savé (Barcelone), qui apporte les résultats de sa statistique qui comporte une guérison de 30 p. 100 et conseille la méthode des résections très étendues en deux ou trois séances. Plusieurs fois il a complété le traitement par la sanocrysine.

M. Toussaint (Bruxelles), M. Tapie (Toulouse) viennent également consigner leurs résultats, le dernier insistant surtout sur les interventions combinées; enfin la séance se termine sur un exposé de M. Roux (Lausanne) qui insiste à son tour sur le rôle capital du médecin dans la thoracoplastie et donne des détails sur sa technique personnelle. (*A suivre.*)

Les Thèses

P. — Dr Roger Maillet. — **Atropine et spasmes coliques.** (Paris, Gaston Jeanbin, 38, rue Sainte-Croix-de la-Bretonnerie, 1926.)

L'atropine donnée en injections sous-cutanées à 4 chiens détermine de la mydriase et de la sécheresse de la bouche à la dose moyenne de 1 milligramme 1/2. Les doses de 1/2 milligramme, 1 milligramme, 1 milligramme 1/2 n'entraînent aucune modification des selles. Avec 2 ou 3 milligrammes ces chiens présentent des signes inquiétants d'intoxication : vomissements, tremblements, malaises, agitation ou abattement. Avec 3 ou 4 milligrammes, les matières deviennent plus rares et plus sèches.

Deux chiens auxquels on fait ingérer 4 et 6 milligrammes d'atropine absorbée au charbon n'ont présenté aucun phénomène d'intoxication, sauf de la mydriase et un peu de sécheresse de la bouche.

Un chien qui a reçu de l'atropine absorbée au charbon, à la dose de 7 milligrammes et même 8 milligrammes, a eu, en outre, un vomissement, mais il a pu continuer à ingérer cette dose sans que les manifestations toxiques reparaissent.

Sur 4 chiens auxquels on fait ingérer du charbon animal, 2 ont des selles normales, 2 ont des selles pâteuses.

Sur 6 chiens auxquels ont fait ingérer du charbon animal avec 1/2 milligramme, 1 milligramme, ou 2 milligrammes d'atropine absorbée, on obtient 6 fois des selles pâteuses et même dans 2 cas les selles étaient visqueuses, presque liquides.

Lorsqu'on fait ingérer à deux chiens de grosses doses d'atropine, 4 et 6 milligrammes ou même plus adsorbés au charbon, les selles deviennent plutôt sèches. L'évacuation du charbon ingéré est complète du 3e au 4e jour en moyenne. Dans 9 cas de constipation avec spasme du côlon, l'atropine à dose de 1 à 2 milligrammes adsorbés au charbon, prise en une ou deux fois par semaine, a permis d'obtenir des selles quotidiennes et régulières. Dans 4 de ces cas, la dose de 1 milligramme 1/2 prise d'emblée a déterminé de la diarrhée.

Dans aucun de ces cas on n'a observé le moindre signe d'intoxication, même avec les doses de 1 milligramme 1/2 prises d'emblée.

Ly. — Dr René Derennes. — **Traitement de la syphilis au cours de la grossesse par les injections sous-cutanées de sulfarsénol.** (Lyon, imprimerie Bosc frères et Riou, 1925.)

Le sulfarsénol, le sel sodique de l'éther sulfureux

acide du méthylolaminoarsénophénol, en raison des qualités spéciales qu'il tient de sa constitution chimique : très grande solubilité, stabilité remarquable, toxicité très faible ; en raison de son action curative certaine dans toutes les manifestations de la syphilis est un des médicaments les plus intéressants à employer dans la lutte contre la syphilis.

La possibilité d'administrer le sulfarsénol par la voie cous-cutanée ou intramusculaire, confère à cet arsénobenzol un réel avantage sur les autres arsénobenzènes et autorise particulièrement son emploi chez les intolérants, les fragiles et les femmes enceintes.

Utilisé en injections sous-cutanées, dans le traitement de la syphilis des femmes enceintes, le sulfarsénol est sans danger, à condition d'être administré d'une manière correcte, à doses faibles, progressivement croissantes et suffisamment espacées. Il paraît aussi efficace que n'importe quel autre médicament, assure une disparition rapide des accidents spécifiques en évolution, et permet la naissance à terme d'enfants vivants. Le pourcentage de déchet est au moins égal, sinon inférieur, à celui de tout autre traitement.

Les femmes enceintes syphilitiques mises au traitement par des injections sous-cutanées de sulfarsénol, à des époques variables de leur grossesse, ont toutes accouché d'un enfant vivant. Ces enfants qui étaient d'apparence saine étaient tous en vie le 8e jour après leur naissance. On continuera chez eux, par prudence, le traitement pendant la première enfance. Les injections ont été bien supportées dans la majorité des cas. Les phénomènes réactionnels précoces ne sont pas fréquents : jamais d'èrythrodermie généralisée desquamative, d'ictères, ni de crises nitritoïdes. L'albuminurie, quand elle existait, n'a pas été augmentée et a pu même disparaître. Les traitements effectués n'ont provoqué ni accidents génitaux, ni métrorragies, ni avortements. Un seul accouchement prématuré a été constaté.

En résumé le sulfarsénol paraît devoir occuper une place importante dans la série des arsénothérapies de la syphilis, au cours de la grossesse. En raison de sa forte activité thérapeutique, de sa nocivité minima, de son indolence et surtout de la facilité de son mode d'administration, le traitement des femmes enceintes syphilitiques par le sulfarsénol, permet une thérapeutique intensive s'accompagnant de résultats cliniques et sérologiques, pour le moins tout aussi rapides que ceux obtenus par la voieveineuse et les arsénobenzènes jusqu'ici utilisés

Mp. — Dr Pierre MONTAGNOL. — **L'épidémiologie et la prophylaxie de la variole. A propos d'une épidémie de variole dans l'Hérault** (juillet 1925-janvier, 1926). (Montpellier, imprimerie Firmin et Montane 1926.)

L'épidémie de variole qui a sévi dans le département de l'Hérault, du mois de juillet 1925 au mois de février 1926, a été importée par une nomade espagnole, venue de Toulouse, ville ou sévissait la variole, et s'est étendue assez rapidement à une importante partie du département, en procédant par poussées successives de foyer en foyer. Sur 52 personnes atteintes, il y eut 19 décès.

La variole a frappé indistinctement les gens, sans considération d'âge, ni de sexe. Les femmes paraissent cependant lui avoir payé un plus lourd tribut. La contagion directe paraît l'avoir emporté sur la contagion indirecte.

Les mesures prises pour combattre l'épidémie ont été prescrites, en application de la loi du 15 février 1902, du décret du 14 août 1914 et de la loi dé 7 septembre 1915. Ces mesures semblent avoir été efficaces, puisqu'elles ont réussi à enrayer une épidémie qui s'annonçait comme très grave à son début.

Les considérations épidémiologiques tirées de cette épidémie de variole et l'examen attentif des textes qui ont permis de la combattre semblent faire ressortir que notre armement légal est encore insuffisant.

Il nous apparaît qu'il pourrait être complété :

a) Par une meilleure application des textes actuels.

Il semble que le soin d'appliquer des lois, décrets ou règlements ayant nécessairement un caractère coercitif, doive appartenir à l'autorité supérieure et non au maire.

b) Par l'intervention d'un texte nouveau, permettant d'imposer la vaccination à toute personne ou à tout groupe de personnes désignées par l'autorité sanitaire chargée de la prophylaxie antivariolique, et rendant la vaccination obligatoire tous les dix ans, jusqu'à 60 ans et au-delà.

P. — Dr Albert LEBLEU. — **Les formes graves de la poliomyélite antérieure aiguë. Leur traitement par le sérum antipoliomyélitique.** (Tours, imprimerie Tourangelle, 1926.)

La poliomyélite antérieure aiguë appartient au groupe des maladies infectieuses (tétanos, méningite cérébro-spinale, diphtérie), où le succès thérapeutique est lié à *l'extrême précocité du diagnostic*. Ce dernier est parfois facilité par l'apparition dès le début d'une réaction méningée spéciale : symptômes cliniques d'une méningite aiguë (raideur de nuque, signe de Kernig au niveau des membres inférieurs, etc.) et réaction lymphocytaire ou polynucléaire plus ou moins abondante du liquide céphalo-rachidien, *contrastant avec l'intégrité de la formule climique* (l'albumine, le sucre et les chlorures gardent leur taux normal).

Le diagnostic est le plus souvent, dans les formes actuelles, rendu difficile par des *symptômes atypiques* dus à ce que les lésions ne restent pas strictement localisées aux cornes antérieures de la moelle (paralysie des sphincters, syndrome pyramidal avec réflexes exagérés). Une des formes les plus redoutables semble être l'apanage *des jeunes gens et des adultes* ; elle évolue à la manière de la paralysie ascen-

dante de Landry et amène souvent la mort en deux à cinq jours.

Il semble que le sérum antipoliomyélitique du docteur Pettit soit capable d'enrayer ces formes aiguës. Dans les obsevrations rapportées, il paraît avoir eu également des résultats favorables sur les séquelles de la maladie.

L'usage du sérum doit être *précoce et intensif*. En raison de la brutalité d'évolution de certaines formes, il est à souhaiter que tout médecin ait toujours en dépôt la dose nécessaire à un traitement, de manière à l'injecter immédiatement, même en cas de doute, de même qu'on fait aujourd'hui la première injection de sérum antiméningococcique sans attendre le résultat de l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Les livres qui viennent de paraître ..

Chez R. LÉPINE, éditeur, 3, rue Vézelay.

L'Année médicale pratique, publiée sous la direction de C. LIAN, prof. agrégé, médecin des hôpitaux de Paris. Préface du professeur E. Sergent. 6e année. (Un vol. in-16, 528 p., 16 fig.)

À PROPOS DE LA STASE INTESTINALE

« Darm open » (intestin libre).
BOERHAAVE.

Ed. SCHERER remarque que les mystères de la « Vénus Cloasina » forment la partie essentielle de ce qu'on appelle la gaieté française. Mais le médecin trouve ce chapitre infiniment moins gai, lorsqu'il est aux prises avec les états intestinaux rebelles : la stase cæcale, si fréquente chez les ptosés, la dyschésie rectosigmoïdienne, avec alternatives d'atonie et de spasme, crises d'entéro-colite sèche, etc. Pour avoir une idée exacte du rôle joué en pathologie, par la constipation, il suffit d'assister au déluge, sans cesse renaissant, des préparations laxatives nouvelles et de leurs ingénieuses réclames auprès des médecins et du public.

Négligée ou mal soignée, la constipation est une cause reconnue de dyspepsie, migraine, rhumatisme et dermatoses toxémiques, neurasthénie et même psychose, sans parler des infections locales, toujours possibles, entérite, appendicite. On a vu la stercorémie provoquer l'asthme bronchique, engendrer des poussées d'urticaire, et l'on a aisément raison de ces états symptomatiques lorsqu'on sait en dépister l'étiologie. Sont sujets à la coprostase et tributaires de la déplétion intestinale : les sédentaires, les déprimés nerveux, les victimes de la surnutrition azotée, les prostatiques, les gravidiques, les mégacôliques, les sujets à intestins allongés et flexueux, les hypocholiques à sécrétions déficientes, les porteurs de rétrécissements ou d'adhérences, de déviations ou de tumeurs, les insuffisants de la musculature abdominale, qu'ils soient obèses ou amaigris. Dans toutes les catégories, le ventre requiert une décharge journalière. Qui se couche avec de la constipation, dort, comme Job, sur un fumier...

Rejetons, sans pitié hors de la pratique, tous les laxatifs irritants qui ne savent exonérer que par la brutalité d'une entérite artificielle. Recherchons les excito-moteurs du péristaltisme et les animateurs du foie torpide et de la lipolyse pancréatique afin de faire obstacle à la culture des entérocoques et des colibacilles. Depuis longtemps, la « Cascarine Leprince », doucement eccoprotique et cholagogue, orexique et eupeptique, incapable de réaction congestive ou spasmodique, est reconnue comme le meilleur exonérateur. En déracinant les deux grandes causes de la coprostase, atonie et acrinie, elle déconcerte la pathogénèse de la rétention fécale, réveille les parésies et modifie heureusement la flore toxique de l'intestin.

La « Cascarine » donne aussi l'évacuation dérivative exempte des périls drastiques, contre l'hypertension, l'œdème, l'asystolie, la pléthore, la cyanose, l'urémie. Elle dégage la circulation, évacue les déchets, neutralise l'action putréfiante des microbes, rétablit l'équilibre humoral. Elle favorise les échanges et équilibre le métabolisme. Bien loin de provoquer les hémorroïdes, comme il est reproché, à bon droit, aux pilules aloétiques, la « Cascarine » éloigne la congestion veineuse du bassin et dégage la circulation anorectale.

Grâce à la pureté de ses composants dépouillés de tout principe irritant, la « Cascarine Leprince » corps défini, nous représente le laxatif physiologique par excellence, « a vegetable calomel » comme le nomment les Anglais. C'est le remède de choix pour les hémorroïdaires, les femmes enceintes, les artério-scléreux, les dyspeptiques souffrant de dysfonctionnement sécrétoire, les personnes sujettes aux nausées et aux coliques. Une ou deux pilules, au commencement du repas du soir, mettent fin à l'obsession de la selle matutinale.

L'intestin, libéré, se tranquillise et le purgatoire (c'est le cas de le dire) succède à l'enfer du coprostasique le plus opiniâtre, qui peut alors répéter, avec notre MONTAIGNE : « Mon ventre et moi, ne faillons jamais au point de nostre assignation, au sault du lit ». Dr E. M.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA MOLLESSE DE LA RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DES GUÉRISSEURS LA SÉVÉRITÉ DES TRIBUNAUX ENVERS LES MÉDECINS

Je redisais récemment combien il me semble illusoire de croire à l'efficacité de la suppression temporaire ou à vie du droit d'exercer la médecine, comme pénalité suprême prononcée contre un médecin convaincu de faute grave contre la déontologie. J'ajoutais que « quand il est si difficile d'atteindre les illégaux, et si impossible de les empêcher d'exercer leur industrie délictueuse, on pourra plus difficilement encore s'opposer à ce qu'un médecin légalement diplômé réponde aux appels des malades qui auront, malgré tout, conservé leur confiance en lui ou qui viendront assiéger son domicile ».

J'aurais dû ajouter que la répression de l'exercice illégal est d'autant plus inefficace que les magistrats eux-mêmes témoignent aux illégaux une indulgence à nulle autre pareille.

J'ai déjà donné des exemples caractéristiques de cette indulgence. En voici un autre, tout nouveau, que je découpe dans la *France de Bordeaux et du Sud-Ouest,* du 31 mars dernier.

Le guérisseur de la Couarde

Un propriétaire cultivateur et homéopathe, a comparu, jeudi 31 mars, à l'audience de l'après-midi, devant les magistrats correctionnels de La Rochelle. Il se nomme Rolland Proux, est âgé de 46 ans et domicilié à La Couarde, cette charmante commune de l'île de Ré, dont la réputation des coquillages est brillamment établie.

La justice reproche à Rolland Proux d'avoir à plusieurs reprises contrevenu aux lois qui protègent la médecine et la pharmacie, en donnant à des malades qui s'adressaient à lui des conseils, des soins et des remèdes.

Il résulte d'ailleurs des déclarations faites à la barre par trois témoins, que ces conseils étaient généralement éclairés, et dans des cas nombreux auraient eu pour résultat, soit de soulager, soit de guérir.

C'est sous forme de granules de différents calibres que ce guérisseur distribuait ses remèdes. Il a invoqué, en sa faveur, plus de cent attestations, qui rendent hommages à ses qualités, dont l'une notamment provenant d'un négociant bien connu de La Rochelle, a produit une forte impression sur les magistrats et sur le nombreux public qui assistait à l'audience.

Rolland Proux ne demandait pas d'argent à ses clients. Néanmoins, il n'a pas refusé les trois, quatre, cinq ou dix francs qu'on lui offrait le cas échéant, en témoignage de reconnaissance.

Les renseignements fournis sur le compte de ce guérisseur sont excellents. Le maire de sa commune fait ,par voie de certificat, l'éloge de sa probité et de sa bonté inépuisable.

Son avocat, Me Ravail, bâtonnier de l'ordre, en une fine plaidoirie, réclame toute l'indulgence du tribunal.

M. Blanchard, substitut, en quelques paroles empreintes de bonhomie et de sagesse, attend du tribunal une condamnation légère.

Le guérisseur est condamné, pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, à deux cents francs d'amende avec le baume du sursis.

Ainsi donc, après que le représentant de l'intérêt public, le substitut du procureur, *en quelques paroles empreintes de bonhomie et de sagesse,* eût demandé une condamnation légère, le Tribunal a infligé à ce guérisseur une amende de 200 francs, tempérée de la loi de sursis ! ! !

Ce qui me surprend, c'est que le Syndicat médical de la région ne se soit pas porté partie civile. Comment nos confrères, à l'un desquels je dois la communication de ce cas d'exercice illégal, n'ont-ils pas compris que leur intérêt leur faisait une obligation d'être partie au procès et de réclamer des dommages-intérêts qui leur auraient été sûrement acordés, ce qui leur eût permis de suivre l'affaire attentivement et de stimuler peut-être l'ardeur répressive, bien inoffensive, du Tribunal ?

Mais il est encore temps pour eux de s'occuper de ce guérisseur et de le traquer de nouveau. Qu'ils imitent les médecins de l'arrondissement de Rennes, occupés à poursuivre sans relâche toutes les récidives de Chaupitre. Qu'ils se réfèrent à l'enseignement du professeur Balthazard, qui conseille de surveiller d'une façon ininterrompue tout illégal qui vient d'être condamné, même légèrement. Il recommencera son métier de guérisseur et on pourra assez facilement constituer contre lui un dossier nourri de faits indiscutables qui finira pas impressionner les magistrats. Il faut de la ténacité et de la diplomatie. Nos confrères de Rennes ont obtenu jusqu'à des 25.000

francs de dommages-intérêts. Ceux de l'Ile de Ré, encouragés par ce précédent, parviendront, pour peu qu'ils s'entendent pour le vouloir, à frapper à la bourse de leur concurrent irrégulier et à compenser ainsi le préjudice qu'il leur cause.

***

Si le Corps médical était vraiment unanime à poursuivre l'exercice illégal, il consentirait les sacrifices nécessaires. Le professeur Balthazard l'a exposé, et je le répète après lui : « Ce qu'il faudrait, c'est une police privée, capable de faire des enquêtes sérieuses, d'accumuler les faits délictueux et leurs preuves, et de constituer des dossiers devant lesquels les tribunaux les plus indulgents seraient forcés de s'incliner. Et, pour animer cette police, ce sont des confrères qui, comme Patay, de Rennes, ne se lassent pas de provoquer des poursuites réitérées contre l'illégalisme médical. Cela demande de l'argent d'abord, et une certain empressement, une certaine constance de la part des principaux intéressés, les médecins.

***

Il est possible d'ailleurs que je me trompe, quand je compare l'anodine repression de l'exercice illégal des profanes à celle qui pourrait s'exercer contre un médecin suspendu indisciplinairement et qui aurait continué à pratiquer illégalement. Il est possible au contraire que les tribunaux, en pareil cas, se montrent d'une sévérité marquée, tout à l'opposé de leur tendresse bien connue pour les rebouteux, charlatans et autres dispensateurs d'orviétan.

C'est que, quand ils tiennent un médecin dans leurs griffes, il faut qu'il montre une patte singulièrement blanche pour s'en tirer sans y laisser de ses plumes. Témoins ces poursuites contre des confrères parisiens soupçonnés de trafiquer des stupéfiants qu'ils ont légalement le droit de prescrire dans des conditions déterminées.

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs de ces faits lamentables, auxquels ont été mêlés des confrères âgés, infiniment respectables, aussi incapables d'un trafic de ce genre que d'un avortement ou d'une opération de complaisance. Ce qu'il y a de plus grave, c'est que ces poursuites ont été généralement intentées à la suite des rapports de pharmaciens, inspecteurs des pharmacies, qui n'ont pas hésité à apprécier, avec leur incompétence, des méthodes thérapeutiques et à les critiquer. Et bien ! Il faut qu'ils sachent qu'en agissant ainsi, ils sont sortis de leur rôle, qu'ils ont outrepassé leurs droits, et qu'ils ont commis une faute. Ces poursuites ont eu pour résultat d'émouvoir l'opinion médicale parisienne. L'Académie de Médecine, les groupements corporatifs, sont saisis, et ils ne s'arrêteront que lorsqu'ils auront obtenu l'assurance que de pareilles expertises ne se renouvelleront pas, et que la législation sera réformée. En ce qui nous concerne, nous les y aiderons de toutes nos forces.

G. DUCHESNE.

CONGRÈS INTERNATIONAUX

Dans le *Concours médical* du dimanche 17 avril 1927, page 1075, M. Batier a publié un article sur « la reprise des relations scientifiques avec l'Allemagne ». En me plaçant au point de vue général, je voudrais faire quelques remarques sur les Congrès Internationaux et les relations personnelles entre gens de même technique.

Certes, même avant l'invention de l'imprimerie, les grands ouvrages étaient connus et les grands courants scientifiques s'établissaient, mais, de même que la presse a grandement facilité la rapide diffusion des nouveautés de toute nature, de même les réunions internationales activent les réalisations pratiques des techniques nouvelles. Pour un chirurgien, il ne suffit pas de lire des travaux en langues étrangères sur différents sujets, il faut voir les installations, manier les instruments, assister aux opérations des différents maîtres pour pouvoir avec rapidité et précision adopter les nouveaux procédés opératoires. La décentralisation chirurgicale en France, qui rend tous les jours de si grands services, a réussi par cette méthode. Mes collègues et moi-même, assistions avec attention aux Congrès nationaux et internationaux et profitions de notre séjour à l'étranger pour visiter les Universités, les hôpitaux et les cliniques privées. C'est à la suite de ces efforts que l'on peut voir, aujourd'hui, dans toutes les régions de la France, dans des villes petites ou grandes, des hôpitaux et des cliniques privées, outillées à la moderne, up to date, comme disent les Américains, avec des techniciens instruits.

Les Congrès sont utiles sinon pour la création, mais pour la diffusion scientifique. Un chirurgien occupé à l'hôpital et à la clinique économise un temps considérable en participant à un Congrès international, en lisant les rapports sur un sujet qui ont demandé à leur auteur un grand nombre d'heures qui lui sont épargnées à lui. On se souvient plus longtemps et avec plus de détails, d'un paysage qu'on a vu à l'écran que de celui dont la description a été faite par un prosateur de génie. De même en 15 jours de vacances on apprend mieux à voir dans les installations les plus récentes opérer des chirurgiens étrangers qu'à lire leur mémoire. D'où la nécessité

d'entrer en contact, d'avoir des relations personnelles avec les étrangers du même métier, quelle que soit leur nationalité.

Il y a fort longtemps que j'ai écrit qu'il y a un intérêt national évident à voir les personnalités éminentes assister d'une façon assidue aux séances des congrès internationaux, entourées d'un grand nombre de praticiens de même pays. A chacun d'accomplir son devoir et dans une légitime émulation d'essayer de faire mieux que le voisin. Le voisin éliminé trouvera toujours le moyen de remplacer son absence forcée par d'autres procédés ; son absence nous privera d'un moyen facile d'information.

Le monde civilisé, malgré les querelles politiques, forme un tout et pour le progrès scientifique, économique ou social, on ne doit éliminer aucun collaborateur. Collaboration ne veut pas dire amitié ni alliance politique, mais travail en commun pour un seur DELFINO, but commun déterminé. En dehors de ce but, chacun reprend sa liberté de pensée et d'action.

La lecture des travaux étrangers est insuffisante pour une application technique. Un exemple : mon maître Championnière a lu les travaux de Lister, il a été à Glascow à l'infirmerie royale et a rapporté de son séjour la méthode antiseptique. La lecture eût été insuffisante ; la preuve la voici : je suis assez vieux pour avoir *vu* des professeurs de tout premier ordre qui avaient lu les travaux de Lister et de Championnière et qui, de bonne foi, croyaient appliquer la méthode et hélas ! faisaient des fautes nombreuses. Donc même pour des esprits éminents, lire est insuffisant, voir est nécessaire, à plus forte raison pour la masse des modestes praticiens de ma catégorie.

Robert SOREL.

FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

Première Réunion

Précédée d'une brillante réception au Cercle de la Librairie, à laquelle prêtèrent leur concours mes bons camarades de l'Orchestre Médical, conduits par mon ami Louis Destouches, le jeudi 28 avril, la première journée de la réunion s'est tenue le lendemain à la Faculté de Médecine et a débuté par la séance d'ouverture, à 9 h., sous la présidence du doyen sympathique, le professeur ROGER, dans la Salle du Conseil des professeurs, dont les murs disparaissent derrière d'admirables tapisseries des Gobelins.

Dans une brève et spirituelle allocution, le professeur Roger salue les congressistes présents, et, faisant allusion à la splendeur des tapisseries en question, montre l'art en constante association avec la science. Il évoque à propos le souvenir de savants éminents qui furent en même temps des artistes, rien que par la façon dont ils écrivirent en français : Claude Bernard, Pasteur, Trousseau... Et il déclare la séance ouverte.

Le Dr LOEPER, président de l'Association de la Presse médicale française, prononce alors le discours d'ouverture, petit chef-d'œuvre littéraire qui fut hautement goûté par l'assistance et longuement applaudi.

Puis, les délégués étrangers apportèrent les adresses et les souhaits de leurs gouvernements respectifs ; notre ami MAYER, de Bruxelles, représentant du Gouvernement et de la presse médicale belge ; le professeur AUSTREGESILO, au nom du Brésil ; le professeur CORTEZO, au nom de l'Espagne ; le professeur ASCOLI, au nom de l'Italie ; le Dr EZEQUIEL, au nom de la Bolivie ; le Dr HERRERA, au nom du Chili ; le Dr BEJAVANO, au nom de Cuba ; le Dr MOUTRIER, au nom du Luxembourg ; le Dr NEMOURS, au nom de Haïti ; le Dr CRAMER, au nom de la Suisse ; le professeur DELFINO, au nom de la République Argentine ; le Dr AVEZEDO, au nom du Portugal ; le Dr DANIELOPOLU, au nom de la Roumanie...

Tous exaltèrent la communauté de sentiments et de culture qu'établit, entre toutes les nations représentées, l'esprit latin dont chacune d'elles s'inspire.

La parole fut alors donnée à M. le professeur FORGUE de Montpellier, qui fit une conférence sur *Théophraste Renaudot, médecin et père du journalisme.*

Le professeur FORGUE, chirurgien éminent, est en même temps, un érudit, un lettré, et un charmeur. C'est la troisième fois que j'avais le plaisir de l'entendre et, ce fut pour moi, comme pour tout l'auditoire attentif à la douceur prenante de son verbe, un véritable régal que cette conférence dont la péroraison fut saluée par une ovation enthousiaste durant plusieurs minutes.

Rappelant les circonstances dans lesquelles naquit, le 30 mai 1631, la *Gazette* de Théophraste Renaudot, M. Forgue, décrit les premiers numéros de cette *Gazette*, et cite la nouvelle venue de Constantinople du siège de Dille par le Roy de Perse.

« Et voilà, dit-il, l'humble commencement, le fait divers de rédaction médiocre et sommaire, qui constitue l'origine de cette haute puissance qu'est devenue la Presse Moderne, à la fois direction et reflet de l'opinion publique, organe indispensable d'information et de publicité, instrument de gouvernement et en même temps arme de combat contre les gouvernements, agent

précieux d'évolution pacifique et ferment possible de révolution, au total, l'une des grandes forces intellectuelles et morales qui mènent le monde et préparent ses destins ! »

L'orateur suit l'évolution de la presse, depuis la naissance du premier journal jusqu'à nos jours, et établit un parallèle entre ses débuts et l'aspect actuel des salles de rédaction d'un grand organe. Il montre les transformations accomplies, sans cependant que les règles morales du journalisme, posées par T. Renaudot, aient cessé d'être applicables. Ces règles, notre grand ancêtre ne cessera jamais de leur être soumis et de leur obéir.

Il montre l'accroissement de volume de la *Gazette*, la distribution de ses rubriques, sous la pression du succès qu'elle obtient.

Ce succès fut dû, en grande partie, aux appuis que T. Renaudot a trouvé dès ses débuts : la faveur du public et le soutien du pouvoir. Le Roi et le Cardinal ont en effet compris quelle force un gouvernement peut trouver dans ce nouveau moyen de diriger et dominer l'opinion. Aussi patronnent-ils l'un et l'autre la *Gazette* de leur haute autorité et de leur toute puissance et s'en improvisent-ils même les collaborateurs.

« Voilà donc de quel haut parrainage et de quelle popularité Renaudot, le père du journalisme, fut, dès le début, honoré et secondé. C'est, pour nous, une juste fierté professionnelle que de saluer, dans ce novateur, dans cet esprit d'avant-garde, un médecin. Pour bien connaître, dans la multiple activité de sa haute intelligence, l'une des plus vastes de son époque, servie par un labeur opiniâtre, reportons-nous, par la pensée, si vous le voulez bien, vers son bureau de rédaction, et allons le visiter à sa maison du Grand-Coq, rue de la Calandre... »

Et de nous faire assister au fonctionnement de cette véritable ruche en pleine activité, où ne se rencontrent pas seulement la direction et la rédaction d'un journal, mais un bureau d'adresses et de rencontre renseignant sur les emplois disponibles ; un bureau de vente à grâce, troques et rachats de meubles... sur gages ; un service de consultations charitables. De sorte que Renaudot, non content d'avoir inventé le journalisme, crée en même temps la publicité, le mont-de-piété et le dispensaire gratuit.

Mais, au milieu de cette complexité d'occupations, Renaudot reste avant tout médecin, préoccupé d'opposer la clinique à la scholastique et d'appliquer la chimie à la médecine.

« Donc, médecin il est resté ; et, surtout médecin de Montpellier. C'est, en effet, en novembre 1605, que Théophraste Renaudot âgé de 18 ans, s'inscrit comme étudiant sur le registre des matricules de notre Ecole ; en moins d'un an, il a franchi les examens *per intentionem*, les points rigoureux, la licence, les triduanes, et arrive au doctorat, ce qui témoigne sans doute d'aptitudes peu communes, mais ce qui prouve aussi que le régime des dispenses ne date point d'aujourd'hui. Nous avons la bonne fortune de conserver, dans le Registre des Congrégations de notre Faculté, les pièces originales et manuscrites de ces autorisations. Donc, c'est à 19 ans, le 12 juillet 1606, que Renaudot a reçu, comme il l'a écrit lui-même, « le bonnet à la fameuse Université de Montpellier ». Il a célébré, chez nous, *l'Actus triumphalis* dans toute la pompe de son cérémonial ; les cloches de Saint-Firmin ont, dès la veille, annoncé la fête ; le récipiendaire est conduit en cortège, les tambourins et les hautbois ouvrent la marche, puis viennent les professeurs en costume officiel ; Renaudot reçoit, à l'Eglise, ce bonnet noir, surmonté d'une houppe de soie cramoisie, une bague d'or, une ceinture dorée et le livre d'Hippocrate ; il fait le tour de l'assistance, distribuant gants, bonbons, dragées et fruits confits ; la cérémonie se termine par un banquet pantagruélique à l'Auberge de la Croix d'Or ! Cela n'est-il pas d'une autre allure que nos médiocres examens de thèses, en séries ?

« Il nous est permis de penser que c'est à l'Ecole de Montpellier que Renaudot a puisé ces principes de large démocratie, cette liberté et cette audace d'entreprises sociales, cette tolérance de la pensée, cette passion pour les idées progressistes, pour la chimie et ses remèdes, pour ces deux pôles de la vie médicale moderne : le laboratoire et la clinique. Démocratique, notre Ecole l'a été dès son origine : songez que, dès le XVIe siècle, en face du chancelier et du doyen, le procureur des étudiants, qui portait le bâton d'honneur dans les cortèges officiels, avait le droit d'admonester le professeur dont le cours n'était pas scrupuleusement fait. Et cela s'explique bien, comme l'a montré GERMAIN, quand on considère le milieu républicain au sein duquel se sont développées nos écoles, et la vie catholiquement démocratique de la commune de Montpellier, au Moyen-Age. Alors que la Faculté de Paris repoussait les étudiants de la religion réformée, notre Université les accueillait avec grande tolérance ; et cette raison dut décider Renaudot, né de riches parents protestants, à venir demander à notre Ecole l'admission libre et l'instruction médicale. Alors que la Faculté de Paris, plus que stationnaire, réactionnaire, combattait, avec âpreté et par d'injurieuses polémiques, toutes les découvertes nouvelles, les circulateurs, les chirurgiens, les « chymistes » l'Ecole de Montpellier, qui attirait à elle tous les étudiants des rives méditerranéennes, et, par eux, ressentait l'influence des grandes écoles italiennes et des centres arabistes d'Espagne, qui, par son collège allemand, avait

reçu les idées de Paracelse, qui avait possédé Arnaud de Villeneuve, qui, près d'un siècle avant, avait compté Rabelais parmi ses élèves et ses docteurs, l'Ecole de Montpellier rejetait, par l'étude de la chimie, le dogmatisme et continuait en clinique les principes expérimentaux du génie hippocratique ! C'est à ces inspirations libérales de notre Ecole, que se sont formées les hautes qualités d'indépendance, d'initiative et de solidarité humaine qui sont la gloire de ce grand ancêtre du journalisme, l'une des figures dominantes du XVII[e] siècle.

« Le Congrès de la Presse médicale, vous le voyez, ne pouvait pas s'ouvrir sous de plus nobles auspices que par l'évocation de la haute personalité de ce médecin journaliste, précurseur des idées modernes, épris d'amélioration sociale, et dont l'œuvre nous étonne par sa justesse d'invention et par sa permanence. Or, à près de trois siècles de distance, nous voyons, en magnifique floraison, ces germes de bien, dont il disait avec modestie « qu'il avait bien pu semer et arroser les graines, mais qu'il appartenaità Dieu de leur donner accroissement ». Avoir créé le journal et la publicité des annonces, ces deux organes essentiels de la vie moderne ; les monts-de-piété et les consultations gratuites, ces deux instruments efficaces d'assistance et de charité ; cela ne merite-t-il point de classer Renaudot, parmi les grands novateurs qui ont donné le branle à l'humanité ! Par contre, des véhémentes polémiques de Guy Patin, de toute cette vaine dépense d'esprit réactionnaire et caustique, de l'arrêt du Parlement qui a condamné Renaudot, des privilèges de la Faculté de médecine qui lui ont fait obstacle, que reste-t-il ? D'une pareille vie, une forte leçon se dégage : c'est le rôle que le médecin peut jouer dans l'organisation sociale quand, s'inspirant des principes de solidarité et d'entr'aide, il poursuit cet idéal, au milieu de toutes les traverses, avec une foi absolue dans le progrès humain. A ceux qui voulaient le détourner d'affronter, au voisinage de la cinquantaine, tous les obstacles qui allaient s'opposer à ses entreprises charitables, il répondait avec courage : « ils me reconnaissent, né au bien public, auquel j'ai sacrifié le plus beau de mon âge, sans autre récompense que celle dont la vertu se paye par ses mains, il serait trop tard désormais d'épargner, comme on dit, le fond du tonneau, après avoir été prodigue du reste ». Et il tint parole : ce philanthrope, qui avait reçu, comme fortune de ses parents, la somme de 40.000 livres, chiffre considérable pour le temps, est mort, ainsi que l'a décrit son implacable ennemi Guy Patin, « gueux comme un peintre », insulte suprême, suprême hommage envers l'homme dont toute l'œuvre s'est consacrée au soulagement de la misère humaine !

L'auditoire éclate en applaudissements chaleureux et prolongés.

Quand le silence fut rétabli, le D[r] Pierra, secrétaire général du Comité d'organisation, donna lecture des statuts de la Fédération de la Presse médicale latine, et l'on procéda à la nomination du Comité permanent.

L'après-midi et toute la journée du lendemain furent consacrées à la lecture et à la discussion des rapports et aux communications diverses des congressistes.

Nous publierons ultérieurement ces rapports dont certains intéressent plus directement le journalime médical.

G. Duchesne.

MOUVEMENT SYNDICAL ET PROFESSIONNEL (1)

Syndicalisme et corporation médicale

L'unité du Corps médical n'a jamais été plus nécessaire qu'aujourd'hui. C'est une vérité que tous les médecins admettent, et cependant, malgré le danger qui nous menace, l'entente si désirable est loin d'être réalisée. Certains médecins restent hostiles à tout groupement, et l'immense majorité du corps médical, groupée dans les syndicats, tout en considérant la nécessité absolue de reconstituer « un front unique » devant le projet des assurances sociales, est encore malheureusement divisée. Cependant, si l'on va au fond des choses, tous les confrères sont d'accord sur les grands principes qui doivent présider à l'exercice de notre profession. Il en résulte qu'avec quelque bonne volonté, les causes de divergence pourraient être facilement aplanies. Il semblerait donc que tous nos journaux professionnels, conscients de leur responsabilité, devraient s'efforcer de calmer les esprits, alors que quelques-uns d'entre eux raniment avec complaisance les polémiques qui divisent. La forme même de nos groupements est très discutée par eux, et loin de chercher une formule qui rallie tous les confrères, les uns s'étendent sur les avantages que présenterait l'association de leurs rêves, le terme seul de syndicat les inquiétant ; pour d'autres, le Syndicat est suffisamment armé dans la lutte contre les médecins malhonnêtes et le retour à l'ancienne corporation leur paraît être la solution la meilleure.

(1) *L'Algérie médicale*, avril 1927.

Le corps médical est malheureusement trop souvent victime de ces désaccords qui, la plupart du temps, ne reposent sur aucun fondement sérieux. Il faut avant tout s'entendre sur le sens et sur la valeur des mots et ne pas risquer de désunion pour un eexpression qui heurte des préjugés, pour un terme mal défini et qui n'est pas compris par tous de la même façon.

Que n'a-t-on pas ergoté à propos du tiers payant, du contrat collectif et de l'entente directe. La passion n'était pas toujours éliminée du débat, et très souvent, alors que les idées étaient les mêmes, les dissentiments persistaient.

Ces malheureuses querelles ont amené la scission du corps médical pour le seul profit de nos adversaires. Tous les médecins raisonnables le déplorent.

Ne compromettons donc pas, une fois de plus, ce désir d'union, par de vaines controverses. Le titre par lequel nous désignons nos sociétés professionnelles ne signifie en effet que fort peu de choses. Il ne suffit pas à lui seul à organiser la profession. Sans un esprit de solidarité, sans une activité désintéressée qui doivent animer les membres de nos groupements, ceux-ci, quels qu'ils soient, ne peuvent avoir aucune force, aucune action efficace.

Ceci posé, il est tout de même bon de savoir, au point de vue pratique, étant donnée la législation actuelle, quelle est la forme de groupement qui convient le mieux au corps médical, quelle est l'organisation qui lui permettra de réaliser le plus facilement ses aspirations.

Chacun sait ce qu'étaient les corporations d'autrefois. Constituées par le pouvoir royal, elles jouissaient de certains privilèges ; elles veillaient au recrutement de la profession, elles secouraient leurs membres dans le besoin et défendaient la dignité professionnellle. Mais, avant tout, elles luttaient pour garantir leur monopole contre les autres corporations, ou contre les indépendants. Qu'on se rappelle les rivalités entre collèges de médecins et collèges de chirurgiens.

Tracassière, autoritaire, voire même tyrannique, la corporation négligeait les intérêts généraux de la Société ,se désintéressait de tout progrès scientifique, pour ne s'occuper que de ses avantages personnels. On va même jusqu'à prétendre qu'elle sacrifiait les intérêts collectifs de la profession aux intérêts particuliers, par exemple en tenant plus grand compte, dans l'admission aux grades, des liens de parenté que de la valeur professionnelle (1).

C'est pour toutes ces raisons que la Révolution supprima les corporations en 1792. Y a-t-il lieu pour nous de le regretter ? Nous ne le croyons pas. Nous ne pouvons que déplorer que le corps médical d'autrefois n'ait pas su mieux défendre les droits qu'il avait acquis. Mais, si nous devons nous garder de tomber dans les mêmes erreurs que nos anciens confrères, nous devons aussi ne pas oublier l'exemple de solidarité qu'ils nous ont donné.

A cet esprit d'union qui animait les membres des corporations, ont malheureusement succédé des tendances égoïstes dont le corps médical se ressent encore aujourd'hui. Le médecin obéissant au courant général de la Révolution devint individualiste. Nanti de son diplôme, il crut possible de vivre dans un complet isolement. Cette situation nouvelle eut peut-être du bon, tant que le médecin n'eut en face de lui que son malade. Mais la situation changea, dès que des groupements sociaux dus au développement de la science et de l'industrie se furent constitués. Pe u à peu, des collectivités se dressèrent entre le malade et son médecin : l'Etat, les départements et les communes organisèrent leurs services d'hygiène et d'assistance. La grande industrie, les importantes sociétés financières, ne tardèrent pas à suivre cet exemple et le médecin fut la première victime de ces organisations. Abandonné à ses seules forces, il ne put se défendre contre ses puissants adversaires et dut accepter pour vivre des honoraires de famine.

C'est ainsi que, poussés par la nécessité et pour lutter contre l'exploitation dont ils souffraient, nos confrères reconnurent qu'ils devaient se grouper à leur tour.

Sous l'impulsion de confrères clairvoyants, des associations, puis des syndicats furent créés. Mais ces derniers n'avaient pas une existence légale, car la loi du 21 mars 1884 sur la constitution des syndicats n'était pas applicable aux professions libérales. Il fallut attendre la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine qui reconnut expressément aux médecins le droit de se syndiquer.

Le droit syndical ne constituait encore qu'une étape vers l'organisation professionnelle. Le médecin restait encore, en effet, par trop individualiste. Il se méfiait d'une association constituée selon les mêmes principes que les syndicats ouvriers à tendances collectivistes, et c'est sans trop de conviction qu'il se résignait à participer au mouvement corporatif général.

***

Cependant la société continuait à évoluer. La loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite avait créé, dans la métropole, un service de soins pour les malheureux. Le médecin devait naturellement accepter des honoraires très réduits pour les secours qu'il apportait à ces malades. De plus, le Parlement avait voté deux lois d'assurance et de prévoyance sociales : celle du 1er avril 1898 sur

(1) Perreau. — *Eléments de jurisprudence médicale*, p. 151.

les Sociétés de secours mutuels et celle du 9 avril de la même année sur les accidents du travail.

Tous ceux qui ont pu suivre le mouvement professionnel de ces trente dernières années savent quelles luttes ont eu à soutenir nos groupements syndicaux. Ils se rappellent l'exploitation du corps médical par la mutualité, la noble, la généreuse Mutualité dont les adhérents étaient soignés, eux et leurs familles, dans certaines régions de la France, pour un prix forfaitaire et global de quatre francs par an. Les tarifs de 5 francs par sociétaire et par an étaient courants. Les pages du *Concours Médical* fourmillent de protestations de confrères sur les «salaires déshonorants » accordés par les Sociétés de secours mutuels: Diverneresse, exposant les abus des Sociétés de secours mutuels « qui ne rougissent pas d'exploiter les médecins en leur demandant l'aumône le couteau sur la gorge », les appelle « des syndicats de malades pour la plupart aisés et avares, que dirigent les habiles, trop enthousiastes pour n'être que des philanthropes ». (1).

Que dire également des discussions sans nombre, des véritables chicanes soulevées par les Compagnies d'assurances dans leurs rapports avec les médecins, pour l'application de la loi sur les accidents du travail? Que dire des forfaits ridicules acceptés de ces Compagnies par certains confrères que seules les nécessités de la vie pouvaient excuser ; de la lutte engagée pour obtenir une plus juste rémunération de nos services aussi bien de la part de l'Administration que des Sociétés privées ?

Et si nous pouvons enregistrer aujourd'hui un peu plus d'équité dans l'application de ces lois sociales, c'est surtout à l'action de nos syndicats et de leur Union que nous le devons ; c'est aussi, il ne faut pas l'oublier, à l'activité, à l'énergie déployées par les créateurs du mouvement syndical, par les dévoués confrères qui, dans le *Concours Médical*, ont toujours mené et mènent encore le bon combat pour la réalisation de nos revendications.

Nos jeunes confrères ne se doutent pas des dures campagnes qui furent entreprises pour la défense du libre choix du médecin, du tarif à la visite et du secret professionnel. Ils peuvent cependant se rendre compte du chemin parcouru s'ils considèrent que les tarifs d'abonnement ont été supprimés dans la plupart des Sociétés de secours mutuels, ainsi que dans la presque totalité des départements métropolitains pour les services de l'assistance ; ils peuvent également juger des progrès réalisés depuis les débuts de l'application du tarif Dubief alors que, dans les petits centres, le prix de la visite pour les soins aux accidentés du travail était de 1 fr. 50 et celui de la consultation de 1 franc.

(1) *Concours médical*, 1906, n° 29.

Et cependant nous ne sommes pas au bout de nos peines. Après les misères de la période de guerre, l'esprit d'association, pour la reprise de la vie normale, s'est accentué. Ce sont les groupements d'anciens militaires, les groupements de mutilés, de combattants d'Orient ou du Maroc, de prisonniers de guerre, les groupements ouvriers ou patronaux, politiques ou confessionnels; actuellement tout est prétexte à la constitution d'une association ou d'un syndicat. Ces sociétés cherchent naturellement à obtenir des avantages pour leurs membres. Constituant le nombre, elles ont un grand pouvoir électoral et sont par conséquent très écoutées des Pouvoirs publics.

L'Etat, de son côté, remplissant son devoir vis-à-vis de la société, organise la lutte contre les fléaux sociaux, crée des dispensaires antituberculeux et antisyphilitiques, des centres anticancéreux, cherche à réaliser une médecine administrative au moyen de médecins fonctionnaires. Il prend l'initiative d'une loi pour les soins gratuits aux mutilés militaires ; il cherche à organiser la médecine et la prévoyance sociales en mettant à l'étude un projet de loi d'assurance contre la maladie, l'invalidité et le chômage.

Il est bien certain que toutes ces organisations, tous ces projets de lois, sont extrêmement dangereux pour l'avenir de notre profession : c'est toujours la médecine au rabais que l'on cherche à obtenir, c'est aussi l'indépendance du corps médical que l'on tend à supprimer par sa fonctionnarisation.

Pour éviter l'exploitation dont nous sommes menacés, pour sauvegarder notre indépendance et les droits de nos malades, nous ne disposons que d'un moyen, c'est de répondre à l'organisation puissante de nos adversaires, par la coordination de nos forces, par la constitution véritable d'un corps médical uni.

***

La loi met à notre disposition deux formes de groupements : l'association et le syndicat.

L'association, constituée sous le bénéfice de la loi de 1901, doit être déclarée, sinon elle ne possède aucune capacité juridique.

Pour la protection des intérêts professionnels, l'association présente des avantages analogues à ceux offerts par le syndicat, mais elle n'a pas la faculté de recevoir des dons ou des legs et *la menace d'une dissolution administrative pèse sur elle constamment.* D'autre part, la loi de 1901 ne prévoit pas d'unions d'associations semblables aux unions des Syndicats (1), ce qui est naturellement une faiblesse pour la défense des intérêts généraux de la profession.

(1) PERREAU. — *Eléments de jurisprudence médicale*, p. 169.

Les syndicats ou « associations professionnelles » fondés sous le bénéfice de la loi de 1884, modifiée par celle du 12 mars 1920 donnent à leurs adhérents plus de garantie. Leur stabilité et leur indépendance sont défendues ; ils ne risquent plus la dissolution administrative, ils ne peuvent être dissous que par une décision de justice et seulement en cas d'infraction aux dispositions de la loi qui a présidé à leur constitution.

***

D'ailleurs les syndicats groupent actuellement la grosse majorité du corps des praticiens. Mais cela suffit-il ? Il est encore trop de médecins, soucieux de l'avenir de la profession, qui ne participent pas à l'œuvre commune de défense.

D'autre part, l'entente est insuffisante entre les différents groupements professionnels, et bien souvent elle n'est pas complète au sein des syndicats eux-mêmes.

Ce sont là autant d'erreurs préjudiciables à la profession tout entière.

On ne conçoit pas, en effet, la division du corps médical en un nombre infini de groupes d'intérêts particuliers. Facultés, hôpitaux, médecine administrative ou militaire, spécialités de toutes sortes, praticiens, tous ces groupes ont sans doute des intérêts spéciaux à défendre, mais ils ne constituent cependant que des parties d'un même tout qui est le Corps médical. Tous les médecins, quelle que soit leur situation ou leur rang, doivent avoir un même idéal : avant d'être spécialistes, avant d'être professeurs, avant d'être militaires, ils sont médecins tout simplement.

Les détracteurs du corps médical ne font aucune distinction entre le grand maître ou le modeste praticien.

Nos maîtres, qui ont la responsabilité de l'éducation scientifique des jeunes médecins, ont aussi celle de leur éducation professionnelle et déontologique. Leur devoir ne doit pas se borner à faire des élèves, mais à les suivre, et à les aider de leurs conseils, en participant activement avec eux, à l'organisation matérielle et morale de la profession. Constituant l'élite du corps médical, ils ont le devoir de prêcher d'exemple. Noblesse oblige !

***

Il faut donc réaliser le groupement général du corps médical ; la corporation médicale si l'on veut, mais une corporation nouvelle, adaptée à la vie moderne, aux besoins et aux aspirations de notre profession. Et, dans ce but, utilisons le seul moyen pratique que nous offre la loi, constituons des syndicats solides, tous unis dans un même idéal.

Que ceux que le titre de syndicat peut encore inquiéter, adoptent celui, plus débonnaire, d'association professionnelle, mais tous nos groupements doivent être constitutés sous le bénéfice de la loi de 1884.

Le titre, nous le répétons, ne signifie rien. Syndicat ou association ne sont pas des termes magiques qui suffisent à eux seuls à organiser la profession. C'est l'activité nos groupements et le désintéressement de leurs membres qui importent. Il faut que chacun travaille dans le même but et apporte sa pierre à l'édifice commun.

Trop souvent, nous entendons des confrères critiquer les syndicats, protester contre leur insuffisance. Ce sont toujours les mêmes mécontents, ceux qui ne travaillent jamais, ceux qui ne s'intéressent à nos groupements que lorsqu'ils ont quelque mesquine question d'intérêt personnel à défendre.

D'autres reprochent aux syndicats leur action tyrannique. Est-ce la discipline d'ailleurs assez peu rigide de nos groupements qu'ils nomment tyrannie ? Mais comment concevoir l'organisation d'une société dont les membres ne seraient soumis à aucune règle, à aucun statut ? Comment concevoir un syndicat médical, constitué pour défendre les intérêts généraux de la profession, et dans lequel les intérêts particuliers ne sauraient s'effacer, à l'occasion, devant ceux de la collectivité ? Sans une discipline, tout groupement est anarchique ; il est donc nécessaire que les membres des syndicats s'engagent à respecter les statuts et les règles adoptées d'un commun accord. S'engager à respecter les règles de la déontologie, c'est-à-dire se conduire honorablement dans l'exercice de la vie professionnelle, est-ce aliéner sa liberté ? Le médecin entre librement au syndicat ; il peut en sortir librement, dès qu'il le désire, à la seule condition d'avoir rempli ses engagements jusqu'à la date de sa démission.

Certains adversaires du syndicalisme ravalent le rôle du syndicat à la seule défense matérielle de la profession. Nous ne saurions trop nous élever contre cette conception. Le jour où le syndicat négligerait la défense des intérêts moraux du corps médical, le jour où il oublierait le dévouement qu'il doit aux malades et à la Société, il ne jouirait plus d'aucun crédit. Les médecins syndiqués sont d'ailleurs tenus d'observer les statuts de leur groupement et dans ces statuts, toutes les obligations peuvent être inscrites, pourvu qu'elles ne soient pas contraires à la morale et à l'ordre public (article 6 C. civ.). Le syndicat doit donc réaliser la défense des intérêts matériels du médecin, mais aussi celle de sa dignité et de son indépendance ; il doit également, dans la mesure de ses moyens, collaborer avec l'Administration, pour la protection de la santé publique.

***

Depuis leur création, les syndicats ont assumé la tâche de maintenir, dans le corps médical, les règles traditionnelles de déontologie qui sont l'honneur de notre profession. Il n'est pas de médecin, quelle que soit la position prise par lui dans le conflit actuel, qui ne s'incline devant ces principes déjà codifiés par de nombreux syndicats.

Nos conseils de famille, constitués en véritables chambres de discipline, veillent à l'application de ces règles et arbitrent les conflits survenus entre les médecins syndiqués. Souvent même des médecins non syndiqués font appel à leur arbitrage et s'engagent à respecter les sentences prononcées par eux.

Mais objecte-t-on, le conseil de famille peut prendre une décision, donner des conseils, il ne dispose pas de sanction légale contre les confrères qui refusent de s'incliner devant sa sentence ou de suivre ses avis. Et s'il est des médecins honnêtes qui font appel au jugement du Conseil de famille, les indésirables de la profession ne peuvent être touchés par cette action morale de nos groupements.

Le fait est exact et l'on reconnaît de plus en plus l'utilité de soutenir et de compléter l'action syndicale par celle d'un organisme disposant de pouvoirs disciplinaires légaux. Que cet organisme s'appelle ordre des médecins, chambre de discipline ou commission arbitrale, son utilité ne saurait être contestée. Mais il ne faut lui demander que ce qu'il peut donner : une action morale et moralisatrice avec des sanctions légales, mais pratiquement applicables. Ces ordres ou commissions d'arbitrage seraient régionaux et devraient être obligatoirement consultés par les tribunaux dans toutes les affaires intentées par des tiers contre leur médecin, à l'occasion de l'exercice de la profession.

L'Union des Syndicats médicaux, dans sa dernière assemblée générale, a d'ailleurs décidé de procéder à la rédaction d'un code de déontologie, qui serait adopté par le Corps médical tout entier et à l'étude de l'organisation d'ordres médicaux régionaux.

***

Pour conclure, nous estimons que la formule syndicale telle qu'elle est définie par la loi de 1884 est celle qui convient le mieux à nos groupements médicaux, celle qui leur permet le plus facilement de réaliser leurs aspirations.

Nous pensons que le syndicat, respectueux de toutes les supériorités de bon aloi, et défenseur de la liberté, de la dignité et de l'indépendance de ses membres, doit grouper l'unanimité des médecins dignes de ce nom, sans distinction d'origine et de rang social. Des sections spéciales seraient constituées pour la défense des intérêts particuliers pour chaque spécialité, mais tous seraient unis dans un même élan de solidarité pour la défense des intérêts généraux de notre profession.

Constitués de la sorte et complétés par la création de chambres régionales d'arbitrage, tous nos syndicats seraient solidement groupés dans leur Union nationale. Ainsi serait réalisée notre nouvelle corporation, véritable expression du corps médical tout entier, adaptée à la vie moderne, éprise de progrès et consciente de ses devoirs envers la société, mais aussi jalouse de ses droits et décidée à les défendre avec énergie. Ainsi seulement le médecin sera écouté et se fera respecter.

PICARD.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Les roues — Les jantes.

Il y a quelques mois, j'ai eu l'occasion de conseiller aux lecteurs du *Concours médical* d'attendre, pour changer éventuellement leurs pneus à haute pression pour des « ballons » que les fabricants aient stabilisé leurs modèles.

Les évènements sont venus montrer la prudence de cet avis, puisque, depuis lors, Dunlop d'abord, puis ensuite Michelin ont apporté une énorme contribution au progrès de l'automobile en sortant leurs nouveaux types de pneus pour jantes à base creuse et pour jantes dites Bibendum.

Aujourd'hui donc, s'il est encore un peu prématuré de prendre position parce que ces pneus n'ont pas encore été fabriqués dans toutes les dimensions, on peut du moins avoir une idée très précise de ce qui sera adopté par la plupart des constructeurs de voitures dans un très proche avenir.

Pour bien faire comprendre la question, il me semble utile de résumer brièvement ce que furent les différents types de roues et ce que sont les nouvelles, car enfin un pneu, si bon soit-il, n'est intéressant que s'il se monte sur des roues pratiques.

Au début de l'automobile, on ne se servait que de roues en bois, se rapprochant de très près de celles qui équipent les voitures à chevaux. Elles avaient comme caractéristiques de gros rayons, une jante très épaisse, un poids considérable, une fixation difficile et n'étaient par conséquent pas interchangeables.

Vinrent ensuite les roues dites « fil » où métalliques.

Plus jolies, plus légères d'allure, munies de jantes beaucoup plus minces, elles avaient l'inconvénient de coûter très cher. Leur fixation, beaucoup plus sûre, entraînait cependant un dispositif très spécial.

Enfin, on vit les roues du genre « Sankey » à gros rayons mais métalliques, à fixation par simples écrous comme les roues bopi.

Et un beau jour, ce fut le gros succès de la roue pleine dite « disque » sortie triomphalement par Michelin et qui sembla bien devoir détrôner toutes les autres, en raison de son prix extrêmement réduit et de son interchangeabilité d'une rapidité et d'une facilité extraordinaires.

Mais jusqu'ici, il n'était pour ainsi dire question que de roue pour pneus à talons et à haute pression.

Quand apparurent les « ballons », on comprit bientôt qu'il deviendrait vite indispensable de suivre l'exemple des Américains, et de remplacer les pneus à talons par des straight-sides ou pneus à tringles, afin d'éviter le réel danger de déjantage.

C'est alors que Dunlop imagina, pour obvier à tous les ennuis causés par les roues à anneau mobile, sa fameuse jante à base creuse, rappelant la jante vélo qui ne se doutait pas, certainement, qu'elle servirait un jour de modèle à sa grande et victorieuse rivale.

Le principe de cette jante, susceptible d'être montée sur toutes les roues autres que les « disques », consiste en un évidement central assez prononcé pour que l'enveloppe puisse se mettre en place presque sans effort, par un simple mouvement de bascule. C'est très facile et très ingénieux.

Mais il ne s'agissait encore que d'une jante et non pas d'une roue.

Michelin trouva alors le moyen de perfectionner ce système et de l'adapter à sa roue- disque. Il sortit donc sa roue « Bibendum » déjà connue de tout le monde, tout au moins de nom.

La roue Bibendum est en somme une roue » « disque », munie de tous les types de jantes à la fois, puisque la jante est successivement à base creuse, du type straight-side et enfin presque du type plat ancien.

Son grand avantage réside dans la suppression presque absolue du déjantage. En effet, avec la base creuse ordinaire, tout point de montage peut être un point de démontage et par conséquent de déjantage. Avec la Bibendum, il n'y a qu'un seul point où ces deux opérations sont possibles, c'est la portion en forme de base creuse, où se fait le montage.

Mais le démontage, et toujours par conséquent le déjantage, est rendu impossible par un dispositif de bloquage posé sur la chambre à air, dont la valve est munie d'un écran qui vient immobiliser les tringles sur les rebords de la jante, même si la chambre éclate, précisément à l'endroit creux.

Actuellement, la roue Bibendum n'existe qu'en quatre dimensions :

11 × 45 correspondant au 715 × 115 cyclecar.

12+45 correspondant au 715 × 115 voiturette.

13 × 45 correspondant au 730 × 130.

14 × 50 correspondant au 775 × 145.

Il y a tout lieu de penser que d'autres dimensions suivront bientôt.

En attendant, Dunlop perfectionne lui aussi sa base creuse et en livre de très grandes quantités, surtout naturellement dans les dimensions où il n'est pas concurrencé.

En vérité, les automobilistes doivent une réelle reconnaissance à ces deux importantes maisons qui leur rendent la conduite de leurs voitures de plus en plus agréable. Et pour conclure, je crois pouvoir dire que l'orientation très probable dans l'avenir sera dirigée, en ce qui concerne les roues, vers la solution la plus pratique résultant des méthodes Dunlop-Michelin.

Dr M. T.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration.

(5 *avril* 1927)

Présents : MM. Maurat, *président*; Noir, Vimont, Mignon, Gassot, Duchesne, de la Rochefordière, Pamart, Levassort, Mazeroux, Henne et Boudin, *secrétaire*.

Excusé : M. Huguenin.

Indemnités maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaisons MA et B.

N°	Nom	Département	Durée	Montant
2	MAURAT	Oise	29 jours	290 fr.
40	HERVOUET	Paris	12 jours	120 »
84	GIROD	Jura	3 mois	300 »
97	HEURTEAU	Loiret	3 mois	300 »
100	COQUERET	Aube	3 mois	300 »
117	DOLLARD	Hérault	8 jours	80 »
140	DESFARGES 1/2	Allier	9 jours	45 »
142	DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
145	SIMONEAUX	Vendée	12 jours	120 »
164	DE GRISSAC	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
175	ROUSSEAU	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
192	HOUDART	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
228	TACHERON	Aube	3 mois	300 »
233	PERROTTE	Seine-Inférieure	55 jours	550 »
236	HERLAND	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
255	DEMMLER	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
260	JACQUOT	Oise	3 mois	300 »
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
341	CHABANON	Lozère	3 mois	300 »
348	GRIFFAULT	Lot-et-Garonne	30 jours	300 »
357	MATHIEU	Yonne	3 mois	300 »
366	BAZIN	Indre	36 jours	360 »
379	MARTY	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
391	FOURNIAT	Ardennes	22 jours	220 »
396	OLLIER	Manche	47 jours	470 »
409	CAFFEAU	Nord	3 mois	300 »
412	DUROS	Calvados	3 mois	300 »
433	GUEUTAL	Doubs	11 jours	110 »
453	GAUJA	Gironde	57 jours	570 »
467	JOSSU	Saône-et-Loire	14 jours	140 »
482	HERVÉ	Loir-et-Cher	10 jours	100 »
488	HAMANT	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
492	PLAISANT	Sarthe	4 jours	40 »
500	RICHARD	Loiret	32 jours	320 »
502	CARLOTTI	Eure-et-Loir	5 jours	50 »
504	DELUCQ	Gers	3 mois	300 »
507	TAPHANEL	Nord	13 jours	130 »
513	GRIOLET	Gard	32 jours	320 »
516	BARDON	Corrèze	3 jours chr	10 »
524	FRAIKIN	Seine	11 jours	110 »
526	OLIVIÉRI	Mayenne	7 jours	70 »
534	EPRON	Vendée	3 mois	300 »
535	CANNAC	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
537	MORAULT	Loire-Inférieure	8 jours	80 »
547	CLISSON	Maine-et-Loire	60 jours + 2 mois et 27 jours chr	889 90
558	BOLLIET	Rhône	60 jours + 24 jours chr	679 90
587	LALAGUE	Landes	11 jours	110 »
603	LASAYGUES	Lot	60 jours + 14 jours chr	646 60
626	MORIN	Rhône	11 jours	110 »
638	CAMPUZAN	Lot-et-Garonne	58 jours	580 »
653	DUHAMEL	Seine	22 jours	220 »
663	MEZANGEAU	Mayenne	6 jours	60 »
682	VIAUD	Manche	7 jours	70 »
696	CÉZILLY	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
700	REY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
713	ARCHIMBAUD	Ardèche	16 jours	160 »
818	VÉNASSIER	Seine	60 jours + 9 jours chr	629 95
828	MERCIER	Paris	60 jours + 22 jours chr	673 25
830	BROT	Yonne	25 jours	250 »
834	MOHAMED	Mayenne	3 mois	300 »
861	LAUGIER	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
900	DUCLOS	Seine	3 mois	300 »
919	LAVABRE	Aveyron	25 jours	250 »
934	GIRARD	Paris	un mois et 6 jours chr	120 »
958	SAINT-GERMAN	Haute-Garonne	17 jours	170 »
975	GARÊS	Seine	20 jours	200 »
976	EYRAUD	Haute-Loire	3 mois	300 »
993	BOUTARD	Eure	3 mois	300 »
1003	LAPEYRE	Lozère	12 jours	120 »
1028	DEJEAN	Nièvre	27 jours	270 »
1050	MOTEL	Morbihan	55 jours	550 »
			A reporter.....	20.209 60

		Report.....	20.209 60
1054 ROBERT	Aube	11 jours	110 »
1057 BOUDOU	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1072 PERRIN	Seine-et-Oise	47 jours	470 »
1104 OLIVIERI	Bouches-du-Rhône	5 jours	50 »
1116 BOUILLY	Seine-et-Marne	6 jours	60 »
1172 RENOULT	Yonne	13 jours	130 »
1176 TEL	Lot-et-Garonne	14 jours	140 »
1200 THIERS	Drôme	14 jours	140 »
1233 BOURGRAFF	Meurthe-et-Moselle	16 jours + un mois et 20 jours chr	326 65
1259 RILHAC	Haute-Vienne	3 mois	300 »
1272 MOLINÉRY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1281 KERRIEN	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1346 BARTOLI	Bouches-du-Rhône	37 jours	370 »
1363 BERNARD	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1398 ROUX	Haute-Savoie	29 jours	290 »
1401 JOLY	Allier	3 mois	300 »
1408 GRANDOU	Eure	3 mois	300 »
1410 MONTIGNY	Nord	3 mois	300 »
1506 CHAZALON	Ardèche	15 ojurs	150 »
1520 POULIQUEN	Finistère	33 jours	330 »
1534 GAYET	Seine-Inférieure	60 jours + 7 jours chr	623 30
1557 MAGNIN	Ain	56 jours	560 »
1560 MARION	Aube	8 jours	80 »
1573 LECOUILLARD	Paris	3 mois	300 »
1579 LAROCHE	Dordogne	12 jours	120 »
1596 BARDET	Puy-de-Dôme	35 jours	350 »
1608 RIBON	Oise	11 jours	110 »
1611 TRAVERSIER	Isère	60 jours + un mois et 6 jours chr	720 »
1612 SUTTEL	Haute-Loire	37 jours	370 »
1616 BONHOMMET	Loire-Inférieure	23 jours	230 »
1661 LUCIANI	Corse	56 jours	560 »
1745 MANGUIS	Paris	60 jours + 14 jours chr	646 60
1757 VIGOUROUX	Hérault	23 jours	230 »
1777 PETRIAUX	Paris	16 jours	160 »
1778 POIRSON	Tunis	10 jours	100 »
1796 MARMARIAN	Allier	3 mois	300 »
1799 CASTAGNONI	Constantine	56 jours	560 »
1832 LEULIER	Seine-et-Oise	5 jours	50 »
1840 ANGELLIER	Saône-et-Loire	4 jours chr	13 30
1860 O'FOLLOWELL	Paris	12 jours	120 »
1869 COUPUT	Seine-et-Oise	7 jours	70 »
1896 ROURE	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
1929 FAURE	Alpes-Maritimes	50 jours	500 »
1968 MORÉ	Finistère	19 jours	190 »
1990 KRAUT	Vendée	16 jours	160 »
		Total	32.144 45

Combinaison MAD

1 DUVERNOY	Vosges	6 jours	120 »
8 AUBOUIN	Charente-Inférieure	12 jours	240 »
13 DURON	Alpes-Maritimes	18 jours	360 »
41 WEILL	Paris	23 jours	460 »
50 ETCHEPARE	Basses-Pyrénées	5 jours	100 »
55 FORESTIER	Lozère	26 jours	520 »
115 LAGET	Gard	6 jours	120 »
117 DOLLARD 1/2	Hérault	8 jours	80 »
118 BOULANGIER	Moselle	30 jours	600 »
158 CHAUVENET	Côte-d'Or	18 jours	360 »
167 BESSON	Maine-et-Loire	10 jours	200 »
191 BARRIÉ	Hérault	12 jours	240 »
224 TISSOT	Ain	22 jours	440 »
233 PERROTTE 1/2	Seine-Inférieure	55 jours	550 »
348 GRIFFAULT	Lot-et-Garonne	30 jours	600 »
366 BAZIN	Indre	36 jours	720 »
391 FOURNIAT	Ardennes	22 jours	440 »
396 OBLIN	Manche	47 jours	940 »
467 JOSSU 1/2	Saône-et-Loire	14 jours	140 »
492 PLAISANT	Sarthe	4 jours	80 »
507 TAPHANEL	Nord	13 jours	260 »
513 GRIOLET 1/2	Gard	32 jours	320 »
		A reporter.	9.790

		Report..........	9 790 »
524 Fraikin 1/2	Paris	11 jours	110 »
526 Olivieri	Mayenne	7 jours	140 »
830 Brot 1/2	Yonne	15 jours	250 »
1003 Lapeyre 1/2	Lozère	12 jours	120 »
1172 Renoult 1/2	Yonne	13 jours	130 »
1200 Thiers 1/2	Drôme	14 jours	140 »
1398 Roux 1/2	Haute-Savoie	29 jours	290 »
1520 Pouliquen 1/2	Finistère	33 jours	330 »
1596 Bardet 1/2	Puy-de-Dôme	35 jours	350 »
1757 Vigouroux 1/2	Hérault	23 jours	230 »
1778 Poirson 1/2	Tunis	10 jours	100 »
1869 Couput	Seine-et-Oise	7 jours	140 »
1969 Moré 1/2	Finistère	19 jours	190 »
		Total..................	10.410 »

M. le Dr Hervé abandonne son indemnité à la Caisse auxiliaire.

M. le Dr Duclaux, sur son indemnité, fait à la Caisse auxiliaire un don de 25 francs.

Le Conseil leur adresse ses remerciements.

Pensions aux veuves.

Le Conseil alloue, pour leur pension du premier trimestre 1927, les sommes suivantes à :

4	Madame Veuve Lepage, Paris	150 fr.
38	Madame Gillette, Calvados	150 »
43	Madame Veuve Chevreux, Paris	150 »
45	Madame Veuve Valot, Hautes-Alpes	60 »
51	Madame Veuve Rousselot, Marne	150 »
13	Enfants Deshusses, Haute-Savoie	100 »
	Total	760 »

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 31 mars 1927.

Ratification d'admissions.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA :

MM. Castéra, Vernier, Clément, Bouchet, Feige, Nougaret, Bonifay, Bordenave, Cheynel, Le Troadec, Brabant et Nappey.

Combinaison MAD :

MM. Castéra, Vernier, Barbot, Nuvel et Taviani.

Combinaison MAD² :

MM. Charvin, Clément, Agard, Surun, Guittard' Bouchet, Daumié, Feige, Nougaret, Ficat' Dimey Bonifay, Bordenave, Le Troadec, Brabant, Nappez, Moisan, Bougelot, Brot, Briéry, Phélebon, Lalaurie, Denier, Rolland, Carrier et Bézine.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions suivantes à titre provisoire :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
de Belleville, d'Alfortville (Seine).
Boichot, de Cuisery, (Saône-et-Loire).
Boisseau, de Saujon, Charente-Inférieure).
Hillebrand, de Sail-sans-Couzan (Loire).
Lefebvre, de Bar-sur-Aube (Aube).
Le Droumaguet, de Nevers.
Raffegeau, de Maintenon (Eure-et-Loir).
Kayser, de Vervins (Aisne).
Cocault-Duverger, de Nantes.
Goguillon, de Cambrai (Nord).
Feré, de Hammam-Lif. (Tunisie).

Combinaison MAD :

MM. les docteurs :
Boichot, de Cuisery (Saône-et-Loire).
Boisseau, de Saujon (Charente-Inférieure).
Lefebvre, de Bar-sur-Aube (Aube).
Calazal, de Foix (Ariège).

Combinaison MAD² :

MM. les docteurs :
Lefevre, de Montluçon (Allier).
Forgeron, de Saint-Florentin (Yonne).
de Belleville, d'Alfortville (Seine).
Giraud, de Montpellier.
Cleu, de Coligny (Ain).
Bentkowski, de Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard).
Hillebrand, de Sail-sous-Couzan (Loire).
Le Droumaguet, de Nevers.
Raffegeau, de Maintenon (Eure-et-Loir).
Kayser, de Vervins (Aisne).
Cocault-Duverger, de Nantes.
Goguillon, de Cambrai (Nord).
Féré, de Hammam-Lif (Tunisie).
Riou, du Chambon-sur-Lignon (Haute-Loire).
Molimard, d'Ambert (Puy-de-Dôme).

Les admissions définitives seront prononcées à la séance de fin juin.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P :

MM. les docteurs :
de Belleville, d'Alfortville (Seine).
Daubigny, de Chatelus-Malvaleix (Creuse).
Raffegeau, de Maintenon (Eure-et-Loir).

Kayser, de Vervins (Aisne).
Calazel, de Foix.
Féré, de Hammam-Lif (Tunisie).

Combinaison R :

MM. les docteurs :
Boisseau, de Saujon (Charente-Inférieure).
Lefebvre, de Bar-sur-Aube (Aube).
Féré, de Hammam-Lif (Tunisie).
Madame Boisseau, de Saujon (Charente-Inférieure).

Combinaison V :

MM. les docteurs :
Hillebrand, de Sail-sous-Couzan (Loire).
Kayser, de Vervins (Aisne).
Hernette, de St-Martin-de-Ré (Charente-Inférieure).

M. le Dr Mignon entretient le Conseil de son travail sur la morbidité médicale.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, P. Boudin. *Le président,* A. Maurat.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr Jules Bœckel, professeur honoraire à la Faculté de Strasbourg. — M. le Dr Paul Regnard, membre de l'Académie de médecine. — M. le Dr Schickelé, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Strasbourg. — M. le Dr Feyat, de Saint-Symphorien-d'Ozon (Isère). — M. le Dr Tison, de Paris.

— **Ouverture d'un examen d'aptitude à l'emploi de médecin de dispensaire de l'Office public d'hygiène sociale.** — Un examen sera ouvert le 27 juin 1927 en vue de l'inscription de candidats sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Il est rappelé qu'à chaque dispensaire sont attachés un médecin-chef et un ou plusieurs médecins-assistants ; ces derniers sont nommés par le préfet de la Seine, d'après une liste d'aptitude dressée après l'examen par le jury ; l'inscription sur cette liste ne confère pas un droit à la nomination.

Les médecins ne sont nommés qu'en qualité de stagiaires. Ils doivent alors accomplir un stage de trois mois tant dans les hôpitaux que dans les dispensaires de l'Office, et, à l'issue de ce stage, justifier de leur connaissance de la pratique de l'examen radiologique. Ils sont alors titularisés pour une période de trois ans, leurs fonctions pouvant être renouvelées par périodes d'égale durée.

Les médecins, chefs ou assistants, reçoivent une indemnité mensuelle calculée à raison d'autant de fois cent soixante-dix francs qu'ils font de consultations par semaine aux jours et heures fixés par l'administration. Les médecins-chefs reçoivent en outre une indemnité mensuelle de direction fixée à quatre cent trente francs.

L'examen consiste en une épreuve clinique comportant l'examen de deux malades (pour chaque examen, il est accordé dix minutes) atteints de maladie des voies respiratoires, et la rédaction d'une courte observation comprenant l'exposé du diagnostic, du pronostic et des considérations d'hygiène et de prophylaxie sociales que chaque cas comporte. Cette rédaction, pour laquelle il est accordé vingt minutes, est lue par le candidat devant le jury.

Les candidats doivent avoir la nationalité française, être munis d'un diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté française, compter cinq ans de pratique professionnelle auxquels sont assimilées les années d'internat, au titre d'interne titulaire ou provisoire des hôpitaux de Paris. Les candidats hommes doivent en outre avoir satisfait à la loi sur le recrutement.

Les candidats doivent adresser à M. le préfet de la Seine, Direction de l'Office public d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, en même temps que leur demande d'inscription, les pièces suivantes :

1° Expédition de l'acte de naissance ;

2° Extrait n° 3 du casier judiciaire datant de moins de 3 mois ;

3° Diplôme de docteur en médecine ou copie certifiée conforme, ou certificat en tenant lieu, et, le cas échéant, certificat d'internat ;

4° Certificat constatant les situations occupées antérieurement ;

5° Exposé, destiné à être soumis au jury d'examen, des titres du candidat, ainsi que des communications et publications médicales dont il serait l'auteur (indiquer les titres et références, ne pas envoyer de documents : tenir simplement ces documents, le jour de l'examen, à la disposition du jury) ;

6° Certificat de position militaire.

Le registre d'inscription à l'examen d'aptitude sera clos le 11 juin 1927, à 18 heures.

La liste des candidats admis à prendre part aux épreuves sera arrêtée par le préfet de la Seine et affichée dans les locaux de l'Office, 9, place de l'Hôtel-de-Ville à partir du 15 juin.

Une convocation spéciale sera adressée aux candidats inscrits.

— **L'Association française des chirurgiens-dentistes** a tenu, le dimanche 3 avril 1927, son assemblée générale ordinaire à la Faculté de médecine Paris, sous la présidence de M. Billoret, assisté de M. Seimbille (Paris) et de M. Raynal (Marseille), vice-présidents.

Outre la mise au point des délibérations officielles concernant la réforme en cours de notre statut professionnel et l'examen des mesures transitoires envisagées l'ordre du jour comportait l'étude *de la répression efficace de l'exercice illégal dans notre spécialité.* M. Châron, rapporteur, a soumis à l'Assemblée un projet législatif rédigé par M. le Dr Paul Boudin, conseiller juridique de l'Association, spécialement chargé de cette mission par le Bureau.

Après avoir décidé l'adhésion de l'A. F. C. D. à l'Association stomatologique internationale, l'Assemblée, à l'unanimité des voix, a voté l'ordre du jour suivant :

Le 3 avril 1927, l'Assemblée générale de l'Association française des chirurgiens-dentistes,

Rappelant par ses votes précédents que la doctrine « odontologique » ne peut dorénavant soutenir l'er-

reur scientifique dont elle sort qu'à la faveur d'une équivoque sur le titre de docteur (doctorat en chirurgie dentaire) ou d'un non-sens professionnel (atteinte portée à l'exercice de la médecine).

Constate l'effondrement devant l'opinion publique médicale de l'une comme de l'autre de ces prétentions,

En prend acte,

Se félicite de voir ainsi dégagé le véritable sens de notre évolution professionnelle,

Charge son bureau de tenir prêts les projets législatifs élaborés en application de sa déclaration de principes visant à rendre obligatoire, à l'avenir, le diplôme de docteur en médecine pour l'exercice de notre spécialité.

Appelle l'organisation à bref délai de l'enseignement dentaire par les Facultés de l'Etat,

Renouvelle sa confiance au Conseil et passe à l'ordre du jour.

Le secrétaire général,
Paul Arnold.

— Services médicaux du département de la Seine. — *Traitements des médecins.* — Un arrêté préfectoral fixe de la façon suivante, à partir du 1er juillet 1926, les traitements du personnel médical, dépendant du département de la Seine.

Service médical de la préfecture. — Médecin en chef : 1re classe, 45.000 fr. ; 2e classe, 42.000 fr. ; 3e classe, 39.000 fr.

Médecin en chef adjoint : 1re classe, 24.000 fr. ; 2e classe, 22.000 fr.

Médecin suppléant : 8.200 + 5.600 fr.

Médecins titulaires de circonscription. — Indemnité fixe : 8.200 fr.

Visite à domicile : à Paris, par visite 6 fr. ; en banlieue, par visite, 7 fr. Indemnité kilométrique : 0 fr. 80.

Médecins adjoints et suppléants de circonscription. — Consultation (prélèvement sur l'indemnité du médecin titulaire), 18 fr.

Visites à domicile (même tarif que les médecins titulaires).

Médecins spécialistes consultants, par examen, 18 fr.

Médecin des services spéciaux (Seine et hors Seine), sans changement.

Service de l'état civil. — Par constatation effectuée dans l'arrondissement : naissance, 13 fr. ; décès, 15 fr. — Par constatation effectuée à Paris, mais hors l'arrondissement d'affectation, 18 fr. — Par constatation effectuée hors Paris et dans les limites du département de la Seine (frais de voyage compris), 2 6 fr.

Médecins inspecteurs de la vérification des décès (cadre d'extinction) : indemnité fixe et annuelle, 16.500 fr. — Indemnité par constatation de décès en vue d'incinération ou d'embaumement, 28 fr.

Médecins des établissements charitables municipaux. — Médecins : de Ledru-Rollin, 6.700 fr. ; de Pauline Rolland, Ledru-Rollin, Léo Delibes, 6.200 fr. ; de Georges-Sand, Michelet, Nicolas-Flamel, Benoit-Malon, 4.900 fr.; des orphelinats Dubreuil, Sainte-Jeanne, 2.700 fr.

Institut municipal d'électro-radiologie. — Médecin directeur, 11.200 fr. ; médecin adjoint, 6.700 fr. ; médecins assistants : 1.800 fr. ; chef de laboratoire, 1.800 fr.

Office public d'hygiène sociale. — Directeur : 1re classe, 39.000 fr. ; 2e classe, 36.000 fr. ; 3e classe, 33.000 fr. ; 4e classe, 30.000 fr.5eclasse, 27.000fr.

Médecin inspecteur adjoint : 1re classe, 33.000 fr. ; 2e classe, 30.000 fr. ; 3e classe, 27.000 fr. ; 4e classe, 24.000 fr. ; 5e classe, 21.600 fr.

Médecins directeurs d'établissement : 1re classe 31.000 fr. ; 2e classe, 27.800 fr. ; 3e classe, 25.400 fr. ; 4e classe, 23.000 fr. ; 5e classe, 20.000 fr.

Asile de Chezal-Benoit et colonies d'aliénés. — Médecins assistants : 1re classe, 14.200 fr. ; 2e classe, 13.400 fr.; 3e classe, 12.600 fr. ; 4e classe, 11.800 fr. ; 5e classe, 11.000 fr.

Médecins assistants d'établissement : 1re classe, 23.000 fr. ; 2e classe, 21.500 fr. ; 3e classe, 20.000 fr. ; 4e classe, 18.500 fr. ; 5e classe, 17.000 fr.

Médecins-chefs des dispensaires. — Indemnité de 430 fr. par mois, plus indemnité mensuelle calculée à raison d'autant de fois 150 fr. que de consultations effectuées par semaine.

Médecins assistants des dispensaires et stagiaires. — Indemnité mensuelle calculée à raison d'autant de fois 170 fr. que de consultations par semaine.

Laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie. — Médecin-chef directeur : 28.800 fr. à partir du 1er octobre 1926. — Médecins adjoints, 10.800 fr.

Hospice départemental Paul-Brousse. — Médecin en chef, 9.000 fr. — Chirurgien, 9.000 fr. — Médecin adjoint, assistant oculiste, assistant oto-rhino-laryngologie, dentiste, 3.400 fr. — Chef du laboratoire du médecin en chef, de radiologie, de radiumlogie, 6.500 fr. — Internes en médecine, en pharmacie, en chirurgie : 1re année, 7.500 fr. ; 2e année, 7.800 fr. ; 3e année, 8.100 fr. 4e année, 8.400 fr.

Centre anticancéreux de la région parisienne. — Médecin assistant, 2.300 fr.

Institut départemental des aveugles, à Saint-Mandé. — Médecin : 1re classe, 3.500 fr. ; 2e classe, 3.150 fr. ; 3e classe, 2.800 fr. — Oculiste et oto-rhino-laryngologiste, indemnité, 1.000 fr.

Ecole Théophile-Roussel, à Montesson. — Médecin, 3.900 fr.

Ateliers départementaux pour les ouvriers estropiés mutilés ou infirmes. — Médecin, par ouvrier et par an, 11 francs.

Hospice Favier, à Bry-sur-Marne. — Médecin, 3.400 francs.

Hospice Raspail, à Arcueil. — Médecin, 1.400 fr.

Hôpital Henri-Rousselle. — Médecin en chef, directeur 1re classe, 39.000 fr. ; 2e classe, 36.000 fr. ; 3e classe, 33.000 fr. ; 4e classe, 30.000 fr. ; 5e classe, 27.000 fr. — Médecin chargé de la consultation de psychiatrie générale, 16.800 fr. — Médecin assistant résident et médecin assistant de l'hôpital, 13.000 fr. — Médecin chargé de la médecine générale et médecin chargé du service social et du service à domicile. 10.800 fr. — Assistant de physiothérapie, 4.100. — Médecin consultant, 42 fr. par séance. — Internes en médecine et en pharmacie, 1re année, 7.500 fr. ; 2e année, 7.800 fr. ; 3e année, 8.100 fr. ; 4e année, 8.400 fr. ; 5e année, pour les seuls internes en médecine, 8.700 fr. — Chefs de laboratoire, 13.500 fr.

Cour et tribunaux (palais de justice, tribunal de commerce). — Médecin, 10.500 fr. ; premier médecin adjoint, 4.500 ; deuxième médecin adjoint, 3.100 fr.

Asiles d'aliénés de la région parisienne. — Chirurgien des asiles, 17.400 fr. — Chirurgien assistant des asiles, 8.400 fr. — Assistants de chirurgien des asiles, 3.200 fr. — Professeur de la clinique des maladies mentales, 6.000 fr. — Chefs de clinique titulaires, 4.500 fr. — Internes en médecine et en pharmacie, 1re année, 7.500 fr. ; 2e année, 7.800 fr. ; 3e année, 8.100 fr. ; 4e année, 8.400 fr. ; 5e année, applicable seulement aux internes en médecine 8.700 fr.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

l'exercice de leurs fonctions officielles et nullement pour leurs actes civils, ou pénaux.

Il en résulte que, par tolérance, on peut admettre qu'un médecin étranger donnera ses soins, dans l'ambassade même, aux agents de ladite ambassade ; mais il ne pourrait recevoir, en ce lieu, d'autres malades, même des compatriotes qui ne seraient pas de la suite officielle de l'ambassadeur.

A plus forte raison, est-il impossible, pour un médecin diplômé étranger, d'exercer la médecine en dehors du consulat auquel il est attaché.

Il ne faut pas qu'une tolérance puisse dégénérer en abus.

Les syndicats médicaux sont habilités pour poursuivre ces délits d'exercice illégal, en déposant plainte entre les mains du procureur de la République. Dr Paul Boudin.

1686. — Aucun diplôme spécial n'est nécessaire pour utiliser les rayons ultra-violets.

Est-il vrai que pour faire des rayons ultra-violets en clientèle il faut posséder un diplôme spécial ?

Depuis deux ans, je possède une toute petite installation de rayons U. V., qui me permet de traiter quelques enfants malingres ou anémiques par irradiations générales.

Or j'entends dire que le Ministre du travail et de l'hygiène, ayant consulté le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, a décrété qu'il fallait limiter l'emploi des rayons ultra-violets aux services hospitaliers et aux *médecins spécialistes*.

Est-ce bien exact ? Et puis-je, sans être inquiété, continuer ma très modeste pratique de ces rayons, dans laquelle j'apporte, du reste, toute la prudence et toute la réflexion que le diplôme de docteur en médecine semble à lui seul exiger de nous. Dr X.

Réponse.

Le diplôme de docteur en médecine permet à celui qui le possède d'exercer toutes les branches de la médecine, sans aucune limitation.

Par conséquent, vous avez le droit de faire des applications de rayons ultra-violets, de même que vous pourriez exercer n'importe quelle autre spécialité, sans avoir besoin d'un diplôme spécial.

D'ailleurs, pour limiter les droits des docteurs en médecine d'une façon quelconque, une loi serait nécessaire et non pas seulement une décision ou un arrêté du Ministre du Travail et de l'Hygiène.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

1555. — Contention de fracture par tel ou tel appareil.

Un Delbet de marche n'est-il pas coté à un tarif

plus élévé qu'une simple gouttière de jambe ? Cet appareil plus difficile à appliquer, permet la marche au bout de quelques jours, réduit au minimum les soins médicaux (mobilisation, massages) et fait certainement gagner plusieurs semaines sur le temps d'incapacité. J'ai fait partie d'un centre de fractures pendant la guerre et j'ai à ce sujet, une certaine expérience.

Dr S.

Réponse.

Au tarif des accidentés du travail, la réduction et *contention* d'une fracture de jambe est tarifée, suivant les cas (tibia ou les deux os : 150 francs, péroné : 25 fr.) et non pas suivant le mode de contention adopté.

F. D.

II

1461. — a) Avis conforme ;
b) Cumul d'interventions de physiothérapie.

Dans quel cas peut-on compter pour un accident du travail 15 fr. + 50 % pour une séance d'air chaud ou de lumière.

En effet, j'ai coutume de faire précéder ou suivre une séance de massage d'une douche d'air chaud ou d'un bain de lumière : ne pouvant cumuler les deux applications n'y a -t-il pas lieu de compter seulement celle au tarif le plus élevé ?

L'article 6 assimile le traitement comprenant l'électrisation complète du corps comme l'électricité statique, etc., à air chaud, lumière, ionisation qui sont la plupart du temps des applications locales.

Une compagnie d'assurance à qui j'ai appliqué le tarif 15 + 20 %. pour une application d'air chaud et massage me répond qu'elle ne doit que le massage soit 10 fr. par séance.

Dr F.

Réponse.

1° Tout d'abord, ainsi qu'il est dit à la note 1 de l'article 26-VI « Il ne pourra être procédé... ou à toute séance d'air chaud... qu'après avis *conforme* du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué : « Faute de cela, vous agissez en médecin traitant, vous-même, pour lequel massage, pansements, etc., sont *compris* dans le prix de la visite ou consultation.

2° Si au contraire, vous avez suivi le règlement, vous avez à compter (depuis le 1er janvier 1927) pour une séance d'air chaud, lumière, ionisation, etc. 15 + 50 %, soit : 22,50 par séance de l'un ou de l'autre (*ibidem*).

3° En cas de *plusieurs* applications diverses, vous êtes en droit de compter celle au tarif le plus élevé, cela va de soi. Mais je ne pense pas, *a priori*, que le patron ou assureur accepte de *cumuler*, en une seule séance, plusieurs applications, à moins qu'il ne l'ait accepté en vous donnant cet avis, auquel vous devez rester *conforme*, ne l'oubliez pas.

F. D.

III

1583. — 1° « Consultation entre confrères » (article 5) n'est pas « envoi en consultation » (article 7) ; 2° Sutures de plusieurs tendons.

En ma qualité d'abonné du *Concours* et du « Sou médical », je me permets de vous demander avis sur ma note d'honoraires, contestée par la « X... » ou plus vraisemblablement par son agent de C.

Comme chirurgien de la ville de C., mon collègue D. m'envoie le 3 juin 1927 en consultation une fille de fermier ayant reçu un coup de pied de cheval dans le ventre et se plaignant violemment.

Elle m'a remis la lettre par laquelle mon confrère me demandait de l'examiner. Examen négatif.

Le 8 juin, la sinistrée se présente à nouveau et se plaignant toujours de douleurs abdominales violentes.

Je ne me rappelle pas, si elle m'apportait une seconde lettre de mon confrère. Je me rappelle avoir insisté sur l'opportunité d'une radio entre autres traitements indiqués.

La ou les deux lettres de mon confrère, je ne les trouve plus.

Le 11 juin (toujours dans le même mois) la sinistrée vient encore me trouver toujours pour les mêmes douleurs : cette fois sans lettre.

Troisième examen négatif, puis renvoi de la personne à son médecin traitant disant que mon travail était terminé.

Quelques mois après en envoyant ma note de 90 francs, trois examens (envoyés en consultation par mon confrère) l'agent est venu m'offrir 30 francs seulement et me disant que pour le surplus, il fallait m'adresser à la sinistrée même, qui est absolument insolvable ; d'ailleurs où trouver la personne... Il paraît que mon confrère aurait établi le certificat de guérison après mon premier examen, mais je n'en ai pas été prévenu.

Est-ce que ma façon d'agir vous semble correcte ? dois-je citer, en justice de paix, la sinistrée et son patron ?

2° On m'amène hier soir, un garçon de ferme assuré à l'U.

Coup de serpe à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de l'avant-bras, face antéro-externe. Section de l'artère radiale, des tendons du grand et du petit palmaire et du tendon fléchisseur commun superficiel de l'index et du médius.

Ligature de l'artère radiale, 75 fr. ; suture des tendons fléchisseurs des doigts, 150 fr. ; mais comme j'ai suturé trois tendons, chacun par 3 sutures, faut-il multiplier 150 par 3 ?

D[r] C.

Réponse.

1° *a*) Si le « médecin traitant » de la blessée avait signé le certificat de guérison et que la malade avait alors repris son travail, je ne vois pas sur quoi vous pourriez vous baser pour ré-

clamer quelque chose au patron ou à l'assurance, libérés du fait du certificat de guérison.

b) De plus, comment pouvez-vous, d'après le tarif, demander 30 francs pour une consultation *simple* de spécialiste chirurgien, qui n'a pas de prix *spécial* ? Une consultation *triplée* est celle qui a lieu entre deux confrères, l'un médecin traitant, l'autre appelé en consultation (art. 5). D'après ce que vous me dites, là n'est pas votre cas, mais celui de l'article 7, « le médecin traitant ayant estimé nécessaire la consultation d'un spécialiste » et lui ayant envoyé le malade, après avis préalable (cela fut-il fait ?) au patron ou à son assureur.

c) Je conclus : la compagnie vous paye trois consultations simples, en somme (si accident antérieur au 1er janvier 1927), elle pourrait n'en payer qu'une seule d'après ce que je vous dis plus haut. Je ne vois donc plus d'autre moyen pour vous que de demander le surplus à la blessée elle-même. Mais vous avez été imprudent en ne lui faisant pas payer comptant les deux dernières consultations faites en dehors du médecin traitant, alors que vous n'agissiez plus, vous-même, qu'en dehors de la loi sur les accidents du travail, et suivant le droit commun.

2e D'après la « lettre » du tarif, « tendons superficiels » étant au pluriel, on pourrait soutenir que c'est 150 francs pour la suture de *n* tendons. D'après « l'esprit », il m'apparaît qu'on a voulu tarifer 150 francs *une* suture de tendons de telle ou telle espèce. D'autre part, lorsqu'il y a plusieurs interventions *simultanées*, ne nécessitant donc pas des préparatifs, précautions antiseptiques, etc... qui soient différents, on compte d'ordinaire le prix marqué pour la première intervention et la moitié pour les suivantes. C'est la jurisprudence acceptée et rationnelle d'ailleurs. Je compterais donc ici pour trois sutures de tendons fléchisseurs, dans la même plaie opératoire : 150 + 75 + 75, soit au total : 300 francs.

F.D.

IV

1580. — Cumul ou non ?

Je vous communique la lettre que je reçois d'un médecin conseil d'une compagnie d'assurances. J'ai demandé à être payé pour :

Première consultation + 2 certificats dont l'un sur papier de la Compagnie : 22.

Deuxième consultation + injection sérum antitétanique : 20.

Le médecin conseil prétend que je n'ai pas droit à la première consultation.

Je vous serais reconnaissant de me faire connaître votre avis là-dessus. C'est une question de principe plus que d'argent, mais j'estime que nous ne devons pas nous laisser mener par les compagnies.

Dr B.

Réponse.

Si j'ai bien compris votre lettre, vous avez dû faire une consultation le matin et une seconde le soir, avec, dans cette dernière, une injection antitétanique. Dans ce cas, vous avez à compter, sans aucun doute : *a*) une consultation le matin : 12 francs ; *b*) une consultation avec injection antitétanique le soir : 20 francs. C'est entendu.... Mais pourquoi avez-vous eu deux consultations à faire le même jour pour un malade peu gravement atteint, si je ne me trompe ? C'est ce point là que vous auriez à justifier, en cas de litige avec la Compagnie. Autrement, celle-ci pourrait déclarer que vous avez agi ainsi pour tourner l'article 13 sur le cumul.

F. D.

Fiscalité.

1618. — Frais professionnels. Remplacements, impôts, etc.

Le contrôleur des contributions directes me demande de lui fournir le détail de mes dépenses professionnelles au cours de l'année 1926.

Ai-je le droit de faire figurer dans ces dépenses celles que m'a occasionnées une maladie grave nécessitant un séjour dans une ville d'eaux et des frais de remplaçant ?

Je vous serais bien reconnaissant de me répondre à ce sujet.

De plus, quels sont les impôts que je puis faire figurer aux dépenses professionnelles ?

Ai-je droit de compter les gages et l'entretien d'une domestique sur deux que j'ai ?

Autre chose encore. J'ai deux autos (par suite de la difficulté de trouver ici des voitures de louage). Puis-je compter l'amortissement des *deux* voitures à raison de 10 à 15 % par an ?

Dr D.

Réponse.

Vous pouvez comprendre dans vos dépenses professionnelles les frais de remplacement, mais non ceux de votre séjour dans une ville d'eaux.

Les impôts professionnels sont les suivants :

Patente ;

Impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales.

Taxe sur l'automobile.

Vous pouvez faire état des gages et des frais d'entretien d'un domestique ou tout au moins du tiers du total de ces frais pour vos deux domestiques.

Vous pouvez compter l'amortissement de vos deux voitures.

A. M.

1537. — Taxe sur deux autos ne circulant pas simultanément.

Je possède deux autos 6 HP Renault l'une datant de 1923, me servant d'auto de secours, l'autre datant de 1927, que j'emploie couramment, je suis seul à les conduire et elles ne roulent jamais en même temps.

Je les ai déclarées d'ailleurs à la régie.

1° Que faut-il faire lorsque l'une d'elles tombe en panne et lorsque je veux me servir de l'autre ?

2° Le nombre de laissez-passer que je peux prendre lorsque je change de voiture est-il illimité dans l'année ?

3° Dois-je payer pour une ou deux voitures ?

Je dois vous dire, que faute de temps, ces autos sont assez mal entretenues et que les pannes sont relativement fréquentes.

4° Pourriez-vous m'envoyer l'article de loi réglant cette question ?

Vous avez déjà traité cette question dans un article du *Concours*, mais je voudrais des précisions.

D[r] G.

Réponse.

La faculté de ne payer que pour une seule voiture résulte non pas de la loi, mais d'une simple tolérance de l'administration.

Cette faculté ne vous sera accordée que si les mutations de voiture ne présentent aucun caractère de fréquence ni de périodicité.

A. M.

Questions médico-militaires

1189. — Promotion au grade d'Officier de la Légion d'Honneur.

Je voudrais vous exposer un cas qui ne manquera pas de vous intéresser — comme il m'intéresse d'ailleurs beaucoup — attendu qu'il ne doit pas se présenter souvent.

Voici :

Ayant été mobilisé pendant toute la durée de la guerre et démobilisé au mois de novembre 1919 avec le grade de médecin major de 1[re] cl. de l'armée territoriale, j'ai reçu la croix de chevalier de la Légion d'honneur — sans traitement — le 10 novembre 1920.

Or, je suis médecin des brigades de gendarmerie depuis le 15 juillet 1892 et j'ai obtenu, à ce titre, toutes les récompenses qui m'étaient dues pour mes services gratuits aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles jusqu'à la médaille d'or qui m'a été donnée en 1920.

Depuis cette époque, je n'ai plus rien reçu.

Autrement dit, la dernière et la plus haute récompense, c'est-à-dire la Croix de la Légion d'honneur, m'est due — pour mes services gratuits à la gendarmerie — depuis le 31 décembre 1925.

Mais, ayant été décoré précédemment, en 1920, comme je viens de vous le dire, au titre de mon service militaire, quelle est donc la récompense à laquelle me donnent droit mes services de trente-quatre

années à la gendarmerie et, si c'est la rosette d'officier de la Légion d'honneur, à quelle date peut-elle ou doit-elle m'être donnée ?

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis à ce sujet. Il y a là un cas d'espèce qui doit être rare, mais qui pourrait quand même éclairer d'autres confrères, dans le même cas.

Dr X.

Réponse.

Le nombre d'annuités exigé pour obtenir la rosette de la Légion d'honneur est, pour cette année, au minimum, de 45, dont 8 ans de grade de chevalier : il faut donc 37 annuités (les années passées au front sous les ordres du général en chef comptant pour une annuité, qui s'ajoute aux années de service), plus 8 années de grade de chevalier. Il ne semble pas que vous ayiez déjà ces 8 années de grade.

1231. — Pension pour perte de l'œil au service militaire.

Je vous serais obligé de me faire connaître à quelle pension a droit un soldat actuellement sous les drapeaux et qui va être prochainement réformé pour perte de l'œil gauche. A-t-il droit à la même pension qu'un blessé de guerre ?

Dr M.

Réponse.

La blessure étant survenue après la cessation des hostilités (24 octobre 1919), cet homme a droit, non plus au barème le plus favorable, mais au barème de 1919 qui accorde de 25 à 30 % pour la perte d'un œil.

1212. — Aggravation de l'état d'un pensionné de guerre.

Pourriez-vous me donner un renseignement pour un invalide de guerre, maladie aggravée empêchant son transport. Peut-il faire augmenter sa pension et où faut-il qu'il écrive à Paris pour qu'on vienne l'examiner chez lui ?

Dr M.

Réponse.

Votre invalide de guerre doit écrire au médecin chef du centre de réforme de la Seine, 139, rue de Bercy, Paris, 12e, et demander d'être soumis à l'examen d'une nouvelle commission de réforme en raison de l'aggravation de son état depuis la dernière expertise, qu'il a subie. Il joindra à sa demande un certificat médical, attestant la réalité de cette aggravation.

Honoraires de droit commun.

1695. — Soins à un enfant naturel reconnu. Responsabilité du père.

Appelé par sa mère auprès d'un enfant naturel reconnu par le père et qui sert une pension à la mère, j'ai donné mes soins à l'enfant jusqu'au jour où la mère, devenue folle a été hospitalisée avec son enfant qui est décédé deux jours après son entrée à l'hôpital.

J'ai assigné le père à me régler mes honoraires : il s'y refuse prétextant que je ne suis pas son médecin, qu'il ne m'a pas appelé et que s'il avait eu à faire soigner son enfant, il aurait envoyé son médecin particulier.

Dr V.

Réponse.

Puisque l'enfant naturel a été reconnu par son père, ce dernier a l'obligation légale de pourvoir à son entretien et de subvenir aux frais médicaux et pharmaceutiques en cas de maladie.

Par conséquent, c'est à bon droit que vous poursuivez le père en payement de vos honoraires. L'argument qu'il invoque pour ne pas vous payer, à savoir que vous n'avez pas été choisi par lui et que, s'il avait choisi le médecin, ce n'est pas à vous qu'il se serait adressé, n'a aucune valeur. En effet, il n'est pas contestable que les soins ont été donnés et que l'enfant en a bénéficié ; de ce fait, il s'est créé entre vous et le père, débiteur légal des soins donnés à son enfant, un lien de droit qui oblige le père à vous payer.

Baux et Locations.

1632. — Renouvellement de bail. Droit à la prorogation.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner certains renseignements au sujet de renouvellement de bail.

Bail de 3-6-9 du 9 juin 1919, de 1.600 fr. sans impôts ; passe à 2.000 sans impôts au début de la 7e année.

Le propriétaire m'adresse ses nouvelles conditions en vue d'un nouveau bail, 2.500 plus les impôts.

La législation sur les loyers lui en donne-t-elle le droit ?

La valeur locative de l'immeuble était avant-guerre de 400 fr. environ, maison occupée alors par le propriétaire.

Dr M.

Réponse.

La question que vous nous posez comporte deux solutions différentes, suivant que la commune où vous habitez rentre ou non dans l'une des catégories ci-après désignées : communes de plus de 4.000 habitants, ou distantes de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants

ou dont la population a augmenté d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements.

Dans l'affirmative, lorsque votre bail sera expiré, vous aurez droit à une prorogation jusqu'au 1er avril 1931. Que vous jouissiez de la prorogation ou que votre propriétaire vous consente un nouveau bail, votre loyer, jusqu'au 1er avril 1931, ne pourra pas dépasser le maximum autorisé par la loi du 1er avril 1926. Ce maximum est fixé, jusqu'au 1er avril 1929, au loyer ou à valeur locative de 1914 majoré de 125 % : le locataire doit en outre rembourser les prestations fournies et les impôts payés par le propriétaire (à l'exclusion de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière) dans la mesure où ces charges ont augmenté par rapport à 1914. S'il y a forfait pour ce remboursement, il ne peut excéder 15 % du loyer majoré.

La taxation pour la période du 1er avril 1929 au 1er avril 1931 sera établie par une loi nouvelle.

Dans la négative, c'est le droit commun qui régit dès à présent vos rapports avec votre propriétaire. Il en résulte que, dans ce cas, votre propriétaire peut ou bien refuser de renouveler votre bail ou bien vous demander tel loyer qu'il juge bon. Aucune taxation ne peut lui être opposée.

ANTHOLOGIE

Les âges de la vie.

Soixante-dix ans.

Septante ans de son front écrasent le glacis ;
Leur poids a fait saillir l'âpreté de la ride.
Le cœur est toujours chaud, mais la pensée aride ;
Le corps penche et se tord, l'esprit est imprécis.

Soudain, sont éclairés les cercles rétrécis
Où l'âge laisse agir ce qui reste valide
En l'être ardent, jadis, qui devient presque algide...
Un essaim de baisers sur son front s'est assis.

Car de joyeux bébés ont fêté le grand'père !
Oh ! miracle étonnant que cette enfance opère !
Son influx rajeunit le vieillard affaissé.

Ainsi, le printemps verse, aux vieux troncs, sa rosée...
De l'œil flasque, où la lèvre enfantine est posée,
Sourd un pleur rayonnant qui monte du passé.

Dr G. LOUVEL.
La Ferté-Macé.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE | N° 21 | DIMANCHE 22 MAI 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « **LE CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*.

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ

C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS

France.......................... 45 fr.
Etranger... (voir conditions page IV)
Etudiants (France)........ 25 fr.
Le Numéro................. 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579.

CONSEIL DE DIRECTION

Dr A. GASSOT, *Directeur*

MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION

Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF

Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT

Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

Quarante-neuvième année — N° 21 — 22 Mai 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1416-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher. Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot. L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G. Frank-Duprat
Deauville. Molina
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau Duproca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

AVIS

Les confrères sollicités de s'installer à Dame-Marie-les-Bois (Indre-et-Loire) sont priés, dans leur intérêt de se renseigner auprès du Dr Cosse, 2, rue George-Sand, Tours, Président du Syndicat départemental.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Giraud, de Cette, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 274. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. excelus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 275. — Préchacq-les-Bains. Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

No 276. — Calvados. St-Aubin-sur-Mer, stat. climat. suriodée à 5 heures de Paris,. Plage de toute sécurité. Parc. tennis, ombrages. Saison juin à septembre.

No 277. — Deux-Sèvres. Citroen cond. int. 10 CV, carross. luxe cannée Dreguet, 4 amortiss. Houdaille, mot. excell. état, 13.000.

No 278. — Urgent. Client. à repr. avec pet. appart., 20 min. Paris. Pas d'indemn. Conviendr. célibat.

Nº 279. — Banl. imméd. Est, clin. méd. à céder pour rais. santé. Rapp. 18.000, frais minimes. Prix : 6.000.

Nº 280. — A vend. Torp. Ford 1924. Prix : 6.000. S'ad. Dr Viellard, à Montataire (Oise).

Nº 281. — A vend. 2 env., et 2 chamb. à air 815 × 105 une env. et une chamb. sont neuves. Prix dem. : 570 fr.,

Nº 282. — Client. anc. à céder rég. Est, pour rais. famille. Ne conv. qu'à jeune méd. franç., instr., trav., imbu traditions. Assoc. préal. poss.

Nº 283. — Doct. cert. âge exerc. ds ch.-lieu cant. très imp., pays riche et agr., belle client., dés. jeune doct., non marié, comme coll. avec prom. succ'. Aff. sér., bonnes réf.

Nº 284. — Doct. ophtalm. O.R.L. cherche bon cab. prov. ou banl., compt. import.

Nº 285. — Torp. Citroen 9 HP, fin 1924, parf. état, cul. Ricardo, bons pneus dont 2 neufs : 10.000, Dr Perrot, 49, rue des Frères-Herbert, Levallois-Perret.

Nº 286. — Paris. Quartier centr, à céder : 1º anc et bonne clin. gynécol. plein rapp., en appartem. 4 pièces, prix : 35.000 ; 2º autre clin. dans quart. bourg. et contral install. 1er ordre, avec cab. dentaire. Indemn. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 287. — Côte-d'Azur. Gr. ligne ch. de fer, ville riche, cabin. rapp. 74.000, sans frais, gr .mais. de maîtres confort. à céder égal. Prix total : 175.000 dont part. compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris. (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 288. — A louer pour juin, juillet et août, villa meublée à Chantilly, près pelouses, 6 p s. de b., cab. toil., jard., buanderie. S'adresser Nattée, 6, aven. de la Gare, à Chantilly (Oise).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies.** — Un cas de variole a été signalé à Bourges.

— **Académie de médecine.** *Le secret médical.* — A la demande de M. Maurice Letulle, l'Académie a nommé une commission d'étude du secret médical, composée de MM. Balthazard, Brault, Brouardel, Couvelaire, de Lapersonne, Le Gendre, Legry, Letulle et Sergent.

— **Journées vétérinaires à l'école d'Alfort.** — Des Journées vétérinaires, créées, comme nous l'avons annoncé, sur le modèle des Journées médicales, sont organisées à l'école vétérinaire d'Alfort, les 27, 28 et 29 mai courant. La séance d'ouverture, qui aura lieu le vendredi 27 mai à 14 heures 30, sera présidée par M. le Ministre de l'Agriculture.

Des expositions sont annexées aux Journées : une exposition technique concernant tous produits et instruments se rapportant à la médecine vétérinaire ; une exposition rétrospective (Alfort et la région Alforienne dans le passé) qui restera ouverte en permanence jusqu'au 15 juin.

— **Hôpital des Enfants-Malades.** *Voies respiratoires.* — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants, fera en mai et juin, à 10 h. 30, une série de leçons sur les affections de l'appareil respiratoire chez le nourrisson.

— **La Salpêtrière.** *Clinique des maladies du système nerveux* (Prof. Guillain). — Un cours de perfectionnement sur les maladies du système nerveux sera fait à la clinique Charcot, par séries de 16 leçons. La première série commencera le 31 mai et la seconde le 17 juin. Inscriptions à la Faculté. Droits de 250 fr.

— **Hôpital de la Charité.** *Tuberculose.* — Le cours de perfectionnement sur la tuberculose, organisé par le prof. Sergent, commencera le 13 juin. Nous en donnerons le programme dans un prochain numéro, à la rubrique « Reportage ».

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. le prof. agrégé C. Lian a commencé son cours au petit amphithéâtre et le continue les mardi, jeudi, samedi, à 6 h. Objet du cours : *Les grands syndromes cardiaques* (insuffisance cardiaque, angines de poitrine, etc.).

— **Val-de-Grâce.** *Conférences d'actualités médico-chirurgicales.* — Le samedi 28 mai, à 17 heures, conférence de M. le professeur Regaud, directeur de l'Institut du radium, sur *les conditions de la guérison des cancers par les radiations* ; *résultats actuellement obtenus.*

— **Le banquet du « Jeune médecin ».** — Après 25 années de mésentente stérile, les deux groupements d'étudiants « L'Association corporative » et « La section de médecine de l'A. », viennent de s'unir en fondant : L'*union corporative des étudiants en médecine de Paris.*

Afin de fêter une réconciliation qui se présente sous les meilleurs auspices et, à l'occasion de la parution du premier numéro de la revue « *Le jeune médecin* », organe unique du nouveau groupement, un banquet par souscriptions est organisé, avec le concours de M. Barrault, *pour le mercredi* 1er *juin à* 19 *h.* 30 *dans les salons de la Sorbonne.* Ce banquet auquel assisteront MM. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur, Charlety, recteur, Roger, doyen de la Faculté de médecine, sera présidé par M. Herriot, ministre de l'Intsruction publique. Tous les maîtres de la Faculté et des hôpitaux sont instamment conviés à y souscrire.

Adresser les adhésions avant le 24 mai au Dr Crouzat, 1, rue Pierre-Curie (5e). Tél. Gob. 73-09. Montant de la souscription (chèque ou mandat) : 40 francs.

— **Saône-et-Loire.** *Poste de médecin inspecteur d'hygiène.* — Le poste de médecin-inspecteur d'hygiène de la circonscription de Charolles (Soône-et-Loire) sera vacant le 1er août 1927.

En outre des attributions qui lui sont conférées par la loi du 15 février 1902, le médecin-inspecteur est chargé de l'Inspection médicale des écoles de sa circonscription. Traitement : 18.000 francs auxquels s'ajoute l'indemnité provisoire de 12 % — droit à la retraite — Indemnité forfaitaire de déplacement : 11.000 francs. Eventuellement, indemnité de charges de famille.

La date précise pour la nomination du titulaire de ce poste sera fixée ultérieurement. Pour tous renseignements s'adresser à la préfecture de Saône-et-Loire (Service de l'inspection départementale d'hygiène, à Mâcon).

— **Ecole de malariologie.** — L'école de malariologie, fondée sur l'initiative du Comité d'hygiène de la Société des Nations et rattachée à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, donnera du 7 juin au 13 juillet, un enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris. Les cours auront lieu au laboratoire de parasitologie de la Faculté, 15, rue de l'Ecole de médecine.

Le diplôme peut être délivré, après examen : 1° aux docteurs en médecine français ; 2° aux étrangers pourvus du doctorat universitaire ; 3° aux étrangers pourvus d'un diplôme médical admis. Inscriptions au secrétariat de la Faculté (droit : 850 fr.)

— **Paris.** — Le professeur CHEVALIER-JACKSON, de Philadelphie, sur invitation du professeur Sebileau au nom de la Faculté de médecine, fera en juillet, à la clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, une série de cinq leçons sur *la broncho-œsophagoscopie.* Ses assistants, MM. Aucoin et Eeman complèteront cet enseignement par un cours pratique (en langue française et en langue anglaise).

A TRAVERS L'OFFICIEL

5 *mai.*

Assistance publique.

Elections au Conseil supérieur.

Par arrêté du 2 mai, la date des élections pour le renouvellement des pouvoirs des divers membres du Conseil est prorogée du 15 au 29 mai, un deuxième tour de scrutin pouvant avoir lieu le 5 juin, si la majorité absolue n'est pas acquise au premier tour.

La prochaine session du Conseil supérieur s'ouvrira le mercredi 15 juin 1927.

Le *Journal officiel* publie un additif à la liste des institutions de bienfaisance appelées à élire des représentants au Conseil supérieur.

Service de santé des colonies.

Décret du 27 avril fixant le statut et les traitements des infirmières appelées à servir dans les établissements hospitaliers du service général aux colonies, suivi d'une instruction pour l'application de ce décret.

6 *mai.*

Hygiène publique.

Avis de concours de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant

réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Saintes (Charente-Inférieure).

Le traitement alloué est fixé à 12.000 fr. par an.

Le directeur percevra, en outre, le produit des analyses du laboratoire, jusqu'à concurrence d'une somme de 7.000 fr. Au-dessus de cette somme, ce produit sera partagé entre la ville et le directeur.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

7 mai.

Service de santé des colonies.

Décret du 4 mai 1927 modifiant le régime administratif et financier des établissements hospitaliers du service général en Afrique Equatoriale française.

8 mai.

Brevet d'infirmières.

Le règlement de l'école d'infirmières hospitalières du Comité de Metz de l'Association des Dames françaises est approuvé.

M. le Dr Gallet de Santerre est désigné comme membre du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, en qualité de délégué du Ministre des Colonies et en remplacement de M. le Dr Viala.

Enseignement de la médecine.

Un emploi d'agrégé de neurologie et psychiatrie à la Faculté de médecine de Paris est déclaré vacant.

Un délai de vingt jours à dater de la publication au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Admission dans un sanatorium public.

11622. — M. Gadaud, député, demande à M. le ministre du travail pour quelles raisons un malade atteint d'emphysème pulmonaire n'est pas justiciable du sanatorium de Saint-Jodard (Loire), alors que la commission de contrôle avait transmis la demande de l'intéressé avec avis favorable. (*Question du* 15 *mars* 1927.)

Réponse. — Le climat de la région où est situé le sanatorium de Saint-Jodard est peu favorable au traitement de l'emphysème et, à maintes reprises, des malades atteints de cette affection ont présenté

des crises asthmatiformes qui n'ont cédé qu'après retour dans leur région d'origine. Il y a donc intérêt à éviter aux emphysémateux un séjour à Saint-Jodard. L'avis favorable émis par la commission de contrôle ne saurait lier le médecin directeur du sanatorium qui, d'après l'article 13 du décret du 10 août 1920, modifié par le décret du 24 juillet 1924, est seul qualifié pour procéder au classement des demandes d'admission et pour apprécier si un malade déterminé est susceptible de tirer profit d'une cure dans l'établissement qu'il dirige.

(*J. O.*, 8 *mai* 1927.)

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

1564. — Patente sur un garage non professionnel.

Exerçant à la campagne, à quelques kilomètres d'A. je possède dans cette ville une maison que j'ai louée en me réservant le garage.

En effet j'utilise celui-ci le dimanche lorsque je viens voir ma famille.

J'ai reçu régulièrement ma feuille de patente pour la localité où j'exerce, et je viens de recevoir une nouvelle feuille d'imposition de patente pour ce garage basée sur une valeur locative de 700 fr. et se montant à 350 fr.

Suis-je en droit de réclamer l'annulation de cette imposition ?

Dr D.

Réponse.

Nous estimons qu'un garage situé à 7 kilomètres de l'habitation ne peut être considéré comme une dépendance de l'habitation et qu'en conséquence, la patente n'est pas due à condition cependant que vous n'exerciez pas votre profession dans la ville où est situé ce garage, c'est-à-dire que n'y visitiez pas de clientèle.

A. M.

1589. — Patente. Taxe réduite sur les automobiles.

1° Consultant en ville, ayant ma clinique opératoire à 7 k. de là dans une commune de la banlieue, comment dois-je payer patente ? 1 ou 2 ?

2° Quelle proportion la patente par rapport à la valeur locative des immeubles occupés ?

3° Quelle est la réduction que je puis obtenir sur la taxe pour auto que je paye actuellement entière ?

Dr C.

Réponse.

Vous serez imposé à la patente une première fois sur votre habitation et sur vos locaux pro-

fessionnels et une seconde fois sur les locaux de votre clinique opératoire.

La patente de médecin comporte seulement un droit proportionnel à la valeur locative des locaux occupés (du douzième ou du quinzième suivant l'importance de cette valeur locative et la population de la commune où les locaux sont situés).

La patente des maisons de santé, (ou cliniques) comporte une taxe déterminée de 5 francs, une taxe variable de 3 francs par employé et un droit proportionnel au taux du cinquantième sur la valeur locative des locaux.

L'application de ces taux aux éléments d'imposition donne le principal fictif qui, multiplié par le centime le franc (très variable suivant les communes) donne le montant de la patente.

Vous ne pouvez obtenir de réduction de la taxe sur les automobiles que si vos voitures sont sorties des usines depuis plus de neuf ans. Dans ce cas, la réduction serait de 50 %.

A. M.

1726. — Contestation sur les dépenses professionnelles.

J'ai remis en mars au contrôleur des contributions directes le total de mes recettes et dépenses pour 1926 qui sont : recettes : 43.500 ; dépenses : 31.456,75; bénéfices : 12.044,75.

Or, c'est la troisième année que j'exerce. Je trouve que mes bénéfices sont assez élevés après 2 ans d'une installation créée.

Le contrôleur discute les points suivants : 1° J'ai déclaré entre autres dépenses professionnelles, la moitié des frais de la servante, qui, en réalité est là presque exclusivement pour moi (nettoyage de l'auto, des locaux professionnels, des instruments, service de porte, etc., etc.). La moitié des gages, soit 5.150 fr.

Or, le contrôleur dit qu'une femme de ménage pour 3000 fr. par an peut suffire, et ajoute donc 2150 fr. au bénéfice déclaré.

Mais une femme de ménage qui travaillerait 6 h. par jour à 1 fr. 50 soit 12 fr. par jour pendant 365 jours coûterait 4.380 fr. et serait tout à fait insuffisante à la tâche, vu que chez un médecin il faut travailler du matin au soir, dimanches et fêtes et parfois la nuit, donc plus de 8 h. par jour. Sans ma profession nous n'aurions pas besoin de servante, car ma femme fait le reste. Les frais qu'elle occasionne devraient donc entrer entièrement dans les dépenses professionnelles.

Voici ce que j'ai proposé au contrôleur. Puisqu'il trouve qu'une servante ne coûte pas 20 fr. par jour (et qu'il faudrait que je fasse une déclaration de ses salaires pour qu'elle paye l'impôt), j'ai ramené à 7.000 fr. la dépense d'une servante par an, mais les 2/3 au moins de 7.000 fr. doivent entrer dans les

dépenses professionnelles soit $\frac{7.000 \times 2}{3} = 4.666$ fr., somme qui remplacerait les 5.150 fr. déclarés précédemment .

2° J'ai acheté une deuxième voiture 5 HP Peugeot pour seconder ma 5 HP Citroën en réparation pendant 4 mois. L'amortissement de la Peugeot en 4 ans est de 5.102 fr. par an. Or, le contrôleur n'admet pas cette somme dans les dépenses, et l'ajoute aux bénéfices. Il augmente donc mes bénéfices de plus de 7.200 et dit que la commission départementale nous départagera.

Veuillez avoir l'obligeance de m'écrire comment est composé cette commission et ce que je dois faire.

J'ai dépensé dans mon année plus que j'ai reçu, en prenant sur l'année précédente.

Dr X.

Réponse.

La Commission consultative siégeant au chef lieu de département comprend le président du Tribunal civil, un représentant de chacune des principales professions non commerciales nommés par les présidents de groupements, et un inspecteur des contributions directes remplissant les fonctions de secrétaire avec voix délibérative.

En ce qui concerne les frais de domestiques, leur évaluation primitive était un peu élevée et le contrôleur pouvait, à juste titre, vous opposer l'absence de déclaration pour l'impôt sur les traitements et salaires.

L'amortissement des voitures automobiles est généralement admis au taux de 20 % pendant 5 ans ; le taux de 25 % est un maximum qui s'applique à des voitures d'occasion.

Par ailleurs, l'amortissement des deux voitures est justifié.

La Commission départementale vous convoquera sur la demande du contrôleur ; vous n'avez qu'à attendre cette convocation.

A.M.

1606. — Timbre des certificats.

Je me permets de vous demander votre avis sur la question du timbre des certificats médicaux.

1° Ai-je le droit d'établir des certificats sur papier libre en mettant en tête du certificat :

« Ce certificat ne pourra être utilisé qu'après avoir satisfait à l'impôt du timbre. »

Le client va faire timbrer mon certificat au bureau de l'enregistrement et du timbre.

Ceci simplifie les difficultés ; souvent l'on ne trouve pas de papier timbré, la régie n'en possédant plus ; d'autre part, cela permet de faire plus facilement payer au client la valeur du timbre.

Si le client n'utilise pas son certificat, il n'est pas nécessaire qu'il soit timbré.

Voir la suite page LV-1471

PROPOS DU JOUR

Au Livre d'Or du Corps médical avant la lettre. Un héros et un martyr : Le Dr Emmanuel Basso, de Flumet en Savoie.

Il est mort, il y a quelques semaines, au bourg de Flumet (Savoie) à près de 1.000 mètres d'altitude, un médecin de campagne, le Dr E. Basso, qui fut un héros et un martyr.

Le Dr Emmanuel Basso était, il y a quelques vingt ans, admis à l'Ecole de santé militaire de Lyon, quand une maladie, hélas ! trop fréquente, l'obligea à abandonner le service de santé militaire. Il passa sa thèse en 1906 et vint s'installer en Savoie dans la haute montagne, entre la chaîne des Aravis et le massif du Mont-Blanc, à Flumet dans la vallée pittoresque de l'Arly. Il avait choisi ce village pour s'y établir comptant que l'air pur, le soleil, les courses dans la montagne lui permettraient d'y vivre, malgré l'état précaire de sa santé, en menant une existence à la fois simple et utile. Et en effet, il exerça pendant 18 ans dans ce pays, en été enchanteur, mais enseveli pendant de longs mois dans les neiges. Doué d'une énergie peu commune, le Dr E. Basso se dévoua à ces saines et honnêtes populations savoyardes pour lesquelles il avait l'estime la plus grande et l'affection la plus vive. Jamais la pluie, l'orage, les tourmentes de neige ne l'arrêtèrent quand, appelé à secourir un malheureux, il eut à toute heure du jour ou de la nuit à s'aventurer dangereusement dans la montagne. Sa volonté de fer obligea son corps débile à obéir et pendant de longues années, il triompha de la maladie et de la fatigue. Le dévouement de ce petit médecin en avait fait un demi-dieu dans le pays ; chacun sentait bien ce qu'il y avait de noble et de grand dans ce valétudinaire qui, en pleine conscience des dangers qu'il courait, et d'une fin qu'il entrevoyait prochaine, n'hésitait pas à se sacrifier pour secourir les autres.

Les derniers jours de sa vie, que notre distingué correspondant, le Dr Armand, d'Albertville, a bien voulu nous faire connaître, dépassèrent en courage et en abnégation tout ce que l'on peut imaginer.

Atteint d'une affection incurable du larynx et dont l'issue fatale ne pouvait lui être cachée, muni d'une canule pour pouvoir respirer, obligé de se nourrir par une bouche gastrique qu'on avait dû lui pratiquer, le Dr Basso visita jusqu'à la veille de sa mort ses pauvres malades, car, disait-il, il était seul médecin dans le pays.

Son dévouement ne l'a pas enrichi et sa veuve et son enfant n'auront vraisemblablement pour principal héritage que la vénération que son nom inspirera encore longtemps aux populations reconnaissantes de la région.

Le *Journal d'Albertville*, du 2 avril a fait un compte rendu touchant des obsèques du Dr Basso.

Elles eurent lieu le 21 mars. La neige, tombée en abondance la veille, rendait très difficile les communications ; ce qui n'empêcha pas les habitants de toutes les communes de la Haute-Arly de venir se joindre à ceux de Flumet pour accompagner le cercueil de leur bienfaiteur. Des éboulements avaient barré la route dans les gorges de l'Arly, malgré cela, des groupes importants d'Albertville et d'Ugine firent à pied dans la neige un long détour pour pouvoir atteindre Flumet. La presque totalité des habitants de la région était accourue ; un cortège immense se déroulait derrière le cercueil ; toutes les sociétés, le Conseil municipal, la Colonie italienne étaient représentés en corps et avaient apporté des couronnes. L'église étant trop petite, la majeure partie de la foule dut attendre devant le porche les pieds dans la neige. Au cimetière, le maire de Flumet, le conseiller général du canton, un confrère, le Dr Rodet, de Mégève, vinrent tour à tour énumérer les services, vanter le dévouement, rappeler le courage héroïque du Dr Basso qui avait répondu jusqu'au bout à l'appel de ses malades, et la veille même de sa mort, pu accueillir en souriant ses amis.

E. Basso n'avait pas borné ses bienfaits aux limites de ses devoirs professionnels ; tout ce qui intéressait le bien-être de ses concitoyens l'avait passionné ; il ne refusait jamais son concours à une œuvre de progrès et avait été un des promoteurs de l'électrification de la vallée.

Mais ce qu'il y avait de plus émouvant dans ces funérailles magnifiques en leur simplicité, c'était de voir ce peuple de rudes montagnards

pleurant à chaudes larmes l'Ami irremplaçable qu'il avait perdu.

Nous écrivions, il y a peu de temps, que l'Association générale des médecins de France n'aurait pas de peine à remplir les pages du Livre d'Or projeté du Corps médical français. Elle ne pourrait l'inaugurer plus dignement qu'en y inscrivant l'histoire simple et émouvante de la vie et de la fin du Dr Emmanuel Basso, un des plus beaux exemples d'héroïsme professionnel du médecin praticien français.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE PERSÉCUTÉ HOMICIDE : LA CRISTALLISATION DU DÉLIRE.

Par R. Benon,

Médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Sommaire. — *Haine et délire de persécution. La cristallisation de la psychose. Evolution lente et progressive. La carence des Pouvoirs publics en cas de réactions violentes. L'indemnisation des victimes : la responsabilité de l'Etat. Une observation. Conclusion.*

« La haine a sa cristallisation », a dit Stendhal. Il l'avait dit auparavant, chacun le sait, de l'amour. Il a voulu exprimer ainsi le travail cérébral de lente construction, d'apports quotidiens qui s'opère dans l'esprit, à la faveur d'un état passionnel.

Cette observation psychologique a la plus haute valeur. Son importance en pathologie mentale s'explique par le fait que le plus grand nombre, de beaucoup, des délires ou vésanies chroniques comportent une origine émotionnelle ou mieux passionnelle, ou encore dysthymique (δυς, idée de trouble, θυμος, cœur, passions). Pour nous, c'est une notion de certitude que, dans les délires de persécution à évolution chronique, on constate au début des phénomènes de cristallisation, à la fois d'ordre psychologique et d'ordre psychopathologique. Nous l'avons mise en relief, cette notion, pour la première fois, chez un persécuté dont le délire était fondé sur des interprétations absurdes, multiples et fantastiques (1). L'expression paraît avoir retenu l'attention de quelques auteurs qui l'ont employée depuis dans leurs travaux.

Quand on compare ces phénomènes psychologiques, qui marquent la première étape du délire de persécution, aux signes physiques que peut révéler dans le même temps l'examen le plus minutieux, quand on considère l'importance de ces troubles mentaux et qu'on voit au contraire tout ce qu'il y a de vague, scientifiquement, de menu, de pauvre, dans l'état physique symptomatique, on se demande en vérité comment certains auteurs distingués peuvent tendre à faire prédominer en psychiatrie l'organique sur le fonctionnel, le somatique sur le dynamique. Que cette aberration d'esprit ait pour excuse un vif désir d'annoblissement de la pathologie mentale, puisqu'à ce jour seul ce qui est noble est l'organique, cela se conçoit. Mais d'autres voudront réfléchir aux conséquences fâcheuses, à la fois pratiques et scientifiques, qu'entraîne une pareille déviation médicale spéciale. A notre sens, la psychiatrie peut et doit conquérir rang « aristocratique » par ses propres moyens. Elle se suffit à elle-même et l'observation que nous rapportons n'en est-elle pas un exemple éclatant ?

***

L'évolution de la psychose, chez notre persécuté à tendances homicides, s'est montrée particulièrement lente. Pendant une longue période qui a duré au moins six ans (1918-1924). — après un mariage désiré et manqué, — le patient n'a pas cessé d'éprouver des malaises variés, surtout, semble-t-il, d'ordre asthénique, en tout cas plus manifestement d'ordre asthénique que d'ordre émotionnel. Il avait du chagrin et des regrets de ne pas avoir épousé la personne qu'il voulait, il

(1) Benon (R). — Délire d'interprétation chronique et homicide. (*Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, 1921, novembre).

gardait le souvenir du mal que lui avaient fait ceux qui étaient la cause de la rupture avec sa fiancée. Les troubles émotionnels qui résultaient de cet état d'esprit, l'asthénie secondaire que déterminait cet état moral douloureux, expliquent que les auteurs appellent *période d'hypocondrie*, la période de début du délire de la persécution. Cela est-il exact à l'analyse psycho-clinique ? Il s'agit simplement chez ces malades de sensations et de réactions nerveuses normales, ou presque, mais bien caractérisées, amplifiées, si l'on veut, avec des altérations du jugement et des déviations du raisonnement. Il est vrai que l'hypocondrie minor débute ainsi.

Notre malade, malgré ses divers malaises d'ordrethymique et d'ordre sthénique, pouvait travailler. Il échappait jusqu'à un certain point à la dure et lourde tyrannie de ses idées obsédantes.

A la suite d'un rapport sexuel avec une fille publique, il se croit atteint de syphilis, et cette croyance persiste de 1920 à 1924. Il achète un livre sur les « « maladies secrètes ». Il constate qu'il ressent tous les symptômes de la syphilis. De très nombreux Bordet-Wassermann aboutissent à des réactions négatives. Les médecins lui affirment qu'il n'est pas contaminé. A ce moment alors (fin 1924), chez cet homme triste, inquiet, énervé, se produit un changement dans l'idéation : s'il n'est pas syphilitique, alors qu'il éprouve toujours les mêmes malaises, le même sentiment de faiblesse générale, avec étourdissements, maux de tête, c'est qu'on le rend malade, c'est qu'on agit sur lui, c'est qu'on l'influence, c'est qu'on le magnétise. Au reste, il le voit bien : on se moque de lui au travail, on ricane sur son passage, on lance des mots contre lui, on l'empêche de travailler, etc. Or, qui peut lui nuire ? Il n'a eu qu'un ennemi dans sa vie, celui qui lui a fait manquer son mariage. Ainsi se trouve complété le système d'un délire en évolution depuis des années, et alors des réactions nuisibles vont se succéder en très peu de temps : avril, mai et juin 1926. Il faudra l'emploi du revolver et une tentative de meurtre pour que le sujet soit mis en état d'arrestation.

***

La carence des Pouvoirs publics, en présence de faits de cet ordre, est remarquable. Cela tient sans doute à ce que l'homicide chez les aliénés est relativement rare et que les individus atteints ne sont que de vagues personnalités. Un temps viendra néanmoins où des mesures protectrices, sociales et individuelles, devront être prises. La faiblesse de l'Etat et de ses agents est notoire dans tous ces cas. Notre persécuté, spontanément, a déclaré que ses plaintes près de la police étaient restées sans effet, et qu'ainsi, on l'avait « poussé au crime ».

Nous estimons, quant à nous, que dans les faits de cet ordre, la responsabilité de l'Etat est engagée et que la victime ou ses proches ont droit à des *indemnités*. On peut alléguer, pour notre patient, que la famille aurait dû informer les autorités, ou demander elle-même un examen médical. Cela est vrai. Mais, dans le cas présent, il s'agissait de paysans qui, souvent, ignorent les formalités à accomplir, qui se résignent difficilement à considérer un des leurs comme atteint de folie. Si nous ajoutons que le sujet est un adulte, qui dispose de son entière liberté, on se rendra compte de l'insuffisanece de l'action familiale.

Au contraire, le malade a demandé secours à la police, à la Sûreté ne devait-on pas mieux écouter ses dires, ses plaintes ? Ne devait-on pas faire enquêter et au besoin provoquer une mise en observation pour examen mental par un spécialiste ? Les maires, les procureurs, les préfets, à notre sens, ne doivent pas se désintéresser des menaces que profèrent les individus. Ils ont une excuse : l'excès de leur tâche. Un certain nombre de crimes seraient évités s'il existait une organisation sociale plus rationnelle et plus riche. La liberté, toujours invoquée, y perdrait-elle de ses droits et avantages ? C'est douteux. En tout cas on ne doit pas compter sur le seul médecin pour résoudre de telles difficultés. S'il agissait de lui-même, on lui reprocherait quelquefois de violer le secret professionnel. De plus, il ne peut guère intervenir qu'à la requête de la famille ou des autorités compétentes. Enfin, lorsque les constatations sont longues et complexes, une expertise médicale spéciale devient indispensable.

***

RÉSUMÉ. — *Homme, journalier,* 32 *ans.* — *Mariage manqué en novembre* 1918. *Chagrin et contrariétés. En* 1919, *malaises divers ; se croit atteint de syphilis : nombreux examens négatifs Fin* 1924, *croit qu'on agit sur lui, qu'on l'influence. Illusions. Hallucinations. Systématisaiton du délire. Réactions violentes : tentative de meurtre.*

Le nommé A..., Emile, journalier, sans domicile fixe, 32 ans, (né le 1er avril 1894, Ille-et-Vilaine), est inculpé de tentative de meutre et de port d'arme prohibée.

Les faits et le dossier. — Le 7 juin 1926, à onze heures quarante-cinq, au village de la Piais, le sieur Masson Jules, cultivateur, âgé de 51 ans, occupé à retirer son pain du four, aperçoit sur la route le nommé A., qui presque aussitôt se dirige vers lui et sans parler. Comme le nommé A. avait été deux ans domestique chez le sieur Masson (juin 1912-septembre 1914), comme il avait voulu épouser, vers 1918, la cousine du sieur Masson, Renée G., laquelle s'est mariée depuis avec le frère de la femme du sieur Masson (en 1920), celui-ci lui dit familièrement : « Tiens, voilà Emile ! » A ces mots, le nommé A.,

◆◆

qui se trouvait à quatre ou cinq mètres de lui, répond : « Salaud !... Le jour est venu. » Il saisit un révolver dans la poche droite de son paletot et tire sur le sieur Masson qui crie : « Qu'est-ce que tu fais, Emile ? Tu es fou ! » Il essuie deux autres coups de révolver sans être blessé et se sauve en sautant par-dessus une haie. Alors qu'il montait un petit chemin, non loin du four, le nommé A. lui dit : « Tu en as pour ton compte ! Tu peux avertir la gendarmerie maintenant... »

Arrêté le jour même, le nommé A. a déclaré à peu près ce qui suit : « Pendant la guerre, en 1916, j'ai fréquenté une cousine de Madame Masson, dans le dessein de l'épouser. Je n'ai pu réussir, car mes anciens patrons, M. et Mme Masson, ont fait tout ce qu'ils ont pu pour empêcher ce mariage. Ils continuent maintenant à me diffamer et me causent toutes sortes d'ennuis... Je suis arrivé aujourd'hui (7 juin) à la gare de Fougerat, à dix heures cinquante-cinq. Je me suis rendu de suite à la ferme de la Piais, et j'ai tiré sur Masson qui travaillait devant son four... Je ne regrette nullement l'acte que j'ai commis. » Il était porteur de son pistolet automatique.

Le 8 juin 1926, il a déclaré devant le Juge d'instruction qu'on l'empêchait de gagner sa vie, qu'on se payait sa tête, qu'au restaurant on ne le laissait pas manger tranquille, que partout c'était une diffamation et que cette diffamation venait du sieur Masson. Il a ajouté : « Si Masson ne fait pas lui-même cette diffamation, il la fait faire par d'autres. » Ces explications ont déterminé le juge d'instruction à commettre un médecin-expert en vue d'un examen mental.

D'après le dossier, le nommé A. a exercé d'autres violences le 18 avril 1926, sur un sieur Lacour, Jean, son voisin, et le 26 mai, sur un sieur Vignon, François, son camarade de travail au Jardin des Plantes à R...

Antécédents. — Les renseignements qui suivent sur les antécédents ont été fournis par l'inculpé ou puisés au dossier.

Son père, cultivateur, serait âgé de 60 ans ; aveugle à ce jour, il aurait d'abord perdu un œil à la suite d'un accident, puis l'autre par phénomènes morbides secondaires ou sympathiques. Sa mère est bien portante ; elle est âgée de 56 ans. Elle a mis dix enfants au monde ; une fille seulement est morte à trois ans et trois mois du croup. L'inculpé a cinq frères et trois sœurs, tous valides. L'aîné des enfants, un garçon, est âgé de 35 ans ; le plus jeune, un garçon également, a quinze ans. Deux sont mariés, le cadet et la sœur aînée. Il est le troisième des enfants. Le frère cadet, Joseph est marié avec Jeanne G., la sœur de Renée G., cousine du sieur Masson. A noter que dans la famille de l'inculpé, il n'y aurait eu aucun cas d'aliénation mentale.

Elevé chez ses parents, le nommé A. n'aurait pas présenté d'affection grave dans son enfance. Après avoir reçu une instruction primaire, il a été placé par sa famille, comme domestique de ferme ; il avait 13 ans. Il a changé plusieurs fois de patron, sans faire preuve d'instabilité. Lorsque la guerre a éclaté, il travaillait chez le sieur Masson depuis juin 1912.

Appelé sous les drapeaux le 8 septembre 1914, il a servi durant cinq ans moins trois jours. Il a été blessé quatre fois : le 30 décembre 1914, au Bois Brûlé (plaies superficielles du bras droit, des fesses et des cuisses, par éclats de grenade et perforation du tympan gauche par détonation à proximité) ; le 26 février 1914, à Verdun (plaie de la cuisse gauche par éclat d'obus) ; le 9 juillet 1916, à Hardécourt (plaie superficielle de la jambe gauche par éclat d'obus), le 27 juin 1917, devant Braye-en-Tardenois (plaie de la région claviculaire du côté droit par éclat d'obus). Il a été cité à l'ordre du Régiment dans les termes suivants : « Très bon soldat ayant toujours accompli son devoir. » Ces diverses blessures, sans gravité particulière, ne lui ont laissé aucune invalidité.

Démobilisé le 5 septembre 1919, il a été affecté aux chemins de fer de l'Etat, au Mans, à partir du 5 novembre 1920 jusqu'au 25 mai 1925. Le 2 septembre suivant, il était réincorporé dans un régiment, le 71e d'Infanterie.

Sa conduite habituelle, jusqu'en 1926, n'a fait l'objet d'aucune remarque fâcheuse, il ne s'adonnait pas à la boisson. Toutefois on le disait de caractère sombre et sournois.

Etat actuel. Examen spécial : juillet-octobre 1926 — L'examen spécial, dans le temps présent, établit l'existence chez l'inculpé de troubles psychiques. L'état organique, en revanche, est satisfaisant.

Au point de vue mental, on constate très nettement des idées vésaniques de persécution, systématisées et déjà anciennes.

Le thème paranoïaque est le suivant (le nommé A. l'expose à tout venant, sans la moindre difficulté) : « On me diffame. Il y a une diffamation qui est répandue contre moi : c'est comme une traînée de poudre. On m'empêche de travailler, de dormir, de gagner ma vie : c'est un chantage organisé, c'est un montage de bateau On me rend malade, on m'a fait croire que j'étais syphilitique On me fait mettre en colère On me fait « marcher ». On me prend pour une bête. La vie n'est plus tenable. Je sens qu'on influe sur moi, sur mon cerveau, sur mes nerfs, par le magnétisme, ou quelque chose qui se rapproche de cela. »

Il désigne nettement ses persécuteurs ; c'est Masson et aussi sa femme. Il le sait depuis le début de 1925. Ils ont commencé la diffamation dès 1918, en l'empêchant de se marier avec Renée G., leur cousine. Masson n'est pas seul ; ils sont plusieurs. Masson n'a pas assez de capacité pour opérer seul. Il est aidé par des intermédiaires. Très probablement, il recrute ses complices dans la police. Il se doute de cela parce que la police, qui aurait dû le protéger, n'a jamais voulu l'écouter. Masson a pu le diffamer en

public et il le fait diffamer partout où il va à l'aide de moyens « particuliers ».

Comment est-il informé de cette activité persécutrice dirigée contre lui ? C'est que, dès qu'il arrive quelque part, il voit qu'on se fiche de lui. Les gens parlent entre eux et se payent sa tête. On lance près de lui des mots grossiers et ces mots sont pour lui. On pousse des cris de bête, et c'est à lui qu'on les destine. Les illusions de l'ouïe sont plus nombreuses, semble-t-il, que les hallucinations. Il existe aussi de simples interprétations, nombreuses et absurdes de faits et gestes des individus qui l'entourent. En outre, il constate qu'il éprouve toutes sortes de malaises, qu'il n'est pas dans son état de santé ordinaire. Il ne dort pas, se sent fatigué, alors qu'il n'a fait aucun travail de force. Pourquoi tout cela ? N'est-ce pas la preuve qu'on l'influence, qu'on agit sur lui. Ces jugements qu'il porte sur son état physique sont en rapport avec des sensations d'ordre émotionnel et ne paraissent nullement être à ce jour des phénomènes illusionnels ou hallucinatoires.

Le but poursuivi par ses ennemis est de l'empêcher de travailler, de gagner sa vie, sinon de le rendre malade et de le faire ainsi disparaître. « A un moment, dit-il, j'étais entre la vie et la mort, et je ne savais pas trop ce qui allait m'arriver. »

Ce thème délirant de persécution, fondé sur des troubles psycho-sensoriels (illusions et hallucinations) apparaît dès maintenant comme systématisé, progressif et chronique.

Examen rétrospectif au moment de l'acte. — Le délire observé à ce jour existait certainement au moment de l'acte. Voici ce que rapporte le nommé A. « Depuis quelques semaines (avril 1926), la vie était devenue complètement impossible. Je ne pouvais plus travailler nulle part. Après avoir passé plusieurs mois dans ma famille (15 janvier 1926-20 avril), j'ai voulu tenter à nouveau de m'occuper. Je n'ai pas pu y arriver. Partout où je me présentais, on se moquait de moi, ou bien on poussait des cris étranges. »

Avant l'acte. — A ce moment, en mai-juin 1926, le nommé A. était dans un état de surexcitation manifeste. « Sur la fin, dit-il, je souffrais terriblement, physiquement et moralement. J'avais la poitrine prise comme dans un étau. Je croyais étouffer. Je me voyais perdu. Il fallait en finir, ou alors me suicider. » Il essaye en vain de trouver un emploi à Rennes : il doit partir au bout de quinze jours : on l'a traité de bouc blanc. Sa haine contre Masson et ses acolytes grandit. Il se plaint aux autorités ; on ne l'écoute pas. La gendarmerie, le service de la sûreté lui disent : « Nous n'y pouvons rien ». Il fait remarquer justement : « C'était me pousser au crime ». De Rennes, il gagne Creil, puis Paris. Inquiet, désemparé, il achète un révolver, le 3 juin. Décidé, enfin, à se venger de Masson, il se rend à Messac, près de Langon, le 6 juin. Il couche à l'hôtel et le lendemain, dans la matinée, il va à la Piais en Langon accomplir sa tentative de meurtre.

L'acte lui-même. — « J'ai tiré sur Masson sans hésiter, dit-il. Je l'ai aperçu près de son four. Je me suis aussitôt dirigé sur lui et j'ai sorti mon révolver, en disant : « Masson, le jour est venu, tu payes tes infamies. » J'ai tiré d'abord un coup près du four et deux autres pendant qu'il fuyait. Ensuite, je lui ai dit : « A présent, je vais à la gendarmerie ». Il ajoute : « Je savais bien ce que je faisais ; j'avais toute ma présence d'esprit ... Il me diffamait, m'empêchait de gagner ma vie ; personne ne s'intéressait à moi : cela ne pouvait pas durer. J'étais trop malheureux. Et je savais que c'était lui qui était la cause de mon malheur. »

Après l'acte. — L'inculpé n'exprime aucun regret de sa tentative de meurtre. Calme, très maître de lui chaque fois qu'on l'examine, il répond toujours : « Cela ne pouvait pas durer .Seul contre tous, j'ai fait ce qu'il fallait faire. Masson n'est pas l'unique coupable, j'en conviens, mais c'est lui qui le premier a lancé contre moi la diffamation. Pourquoi ne l'a-t-on pas fait cesser, cette diffamation ? On aurait dû m'écouter : je me suis plaint plusieurs fois aux autorités. Je n'ai pas de reproches à m'adresser... Je dois dire que je ne voulais pas tuer Masson, mais le blesser pour le châtier. »

Histoire de la maladie mentale. — La maladie mentale, constatée à ce jour, représente une forme de délire de la persécution, délire systématisé, hallucinatoire et progressif. Quelle est l'origine de cette affection et comment a-t-elle évolué ? A quelle époque s'est produite la systématisation ? Quelles réactions ont accidenté la marche de la vésanie ? L'analyse psycho-clinique et l'étude du dossier permettent de répondre aussi exactement que possible à ces diverses questions.

Le délire de la persécution, surtout dans sa forme chronique, est constitué à l'origine par un syndrome hyperthymique (sorte d'état passionnel complexe), fondé essentiellement sur la colère et la haine : le cas de l'inculpé est à cet égard des plus caractéristiques.

Début de la psychose : 1916-1924. — Le nommé A. avait travaillé comme domestique chez le sieur Masson durant plus de deux ans (juin 1912-septembre 1914) : il donnait sans aucun doute pleine satisfaction à son patron. Incorporé le 8 septembre 1914, blessé à plusieurs reprises, une fois en 1914 (30 décembre), deux fois en 1916 (26 février et 9 juillet), il commença en cette année 1916 à fréquenter pour l'épouser une nommée Renée G. qui était la cousine, par sa femme, de Masson. Blessé encore en 1917 (le 27 juin), il passait ses permissions au pays et eut des relations suivies avec la jeune fille jusqu'au 12 novembre 1918, date de leur dernière entrevue.

La cause de la rutpure entre les deux jeunes gens aurait été le sieur Masson et sa femme. Ce sont eux, explique A., qui, par leurs méchantes paroles et pernicieux conseils, ont détaché cette jeune fille de lui. Ils lui auraient dit à peu près ceci : « Ne te marie

pas avec Emile, c'est un violent, il te battra. » Ils auraient ajouté d'autres choses: lesquelles exactement ? A. ne le sait pas. La jeune fille lui aurait déclaré : « Si je te répète les mots dont ils se sont servis vis-à-vis de toi, tu iras les trouver, leur demander des explications et cela je ne le veux pas. » Il ajoute, lui : « C'était sûrement du mal de moi qu'ils avaient dit... Ce n'était sûrement pas quelque chose de bien... C'était quelque chose comme : « Ne te marie pas avec lui, c'est un sale voyou, c'est un mouton... »

A. fut très affecté de cette rupture, d'autant que son frère, Joseph, avait épousé la sœur de Renée G., et lui, Emile, voyait avec plaisir les deux frères mariés avec les deux sœurs.

La jeune fille, Renée G., a épousé en septembre 1920 le frère de la femme de Masson.

Démobilisé environ un an après la rupture (le 5 septembre 1919), A. quitte le pays : il avait du chagrin d'avoir manqué son mariage ; il était vexé dans son amour-propre, à cause des propos que son amie lui avait rapportés.

Après avoir travaillé environ un mois dans une usine (octobre 1919), il s'embauche aux chemins de fer de l'Etat en novembre 1919, comme manœuvre. Ouvrier titularisé dans les fonctions d'homme d'équipe, le 5 novembre 1920, il restera à la Compagnie jusqu'au 25 mai 1925.

En septembre 1920, il commence de se trouver malade (sans cesser son emploi). Il avait eu un rapport sexuel avec une fille publique, et, quelques jours après, il avait présenté un mal dans la bouche (abcès dentaire probable). Il se croit atteint de syphilis. Un médecin le rassure vainement. En novembre (1920), il achète un livre sur les « maladies secrètes », et quel n'est pas son étonnement de voir qu'il ressent tous les symptômes de la syphilis : faiblesse générale, fatigue, perte de la mémoire, maux de tête, étourdissements, insomnie ! Il ajoute : « J'avais le ventre ballonné et le sang monté à la tête. J'avais des taches de jaune et de rouille sur la poitrine, sur les bras et les jambes. Je ne pouvais supporter ni vin, ni alcool. »

Préoccupé, inquiet, il consulte de nombreux médecins (fin 1920, fin 1924), soit au Mans, soit à Paris. Dix examens du sang (réactions de Bordet-Wassermann), dont cinq à Paris et cinq au Mans, sont négatifs. Certains médecins lui font quand même un traitement antisyphilitique, ce qui entretient le doute dans son esprit pendant quelques années. A la longue pourtant, il conclut que son mal ne vient pas de la maladie vénérienne.

Il n'a pu dire avec certitude s'il éprouvait des malaises avant de se croire affecté de syphilis, malaises qui auraient pu être d'origine émotionnelle, vu le chagrin et les contrariétés antérieures.

Systématisation. Hallucinations. — Vers la fin de 1924, ou au début de 1925 (le nommé A. ne peut pas préciser davantage), en vérité après plusieurs années de réflexions et de recherches touchant son affection soi-disant syphilitique, il fait de nouvelles constatations. D'abord il lui semble qu'on se moque de lui, qu'on ricane sur son passage, que dans les groupes on parle de lui, qu'on le fait marcher, etc. A ce moment, il était encore employé aux chemins de fer, ; or, il remarquait, par exemple, que des voyageurs lui demandaient des renseignements, et ces voyageurs étaient juste devant le bureau qui les donne. N'était-ce pas se payer sa tête ? Les camarades l'envoyaient à droite, à gauche, sans motif précis. Il démissionne le 25 mai 1925.

Il avait alors fait les raisonnements suivants : si je ne suis pas syphilitique, comme les médecins me l'affirment, comment expliquer les malaises que j'ai éprouvés et que je continue d'éprouver ? Je suis malade. Je ne me sens pas dans mon état normal, d'où cela peut-il venir ? Et il ajoute : « C'est ainsi que j'en suis arrivé à penser qu'on agissait sur moi, qu'on me travaillait les nerfs et le cerveau par le magnétisme, qu'on cherchait à me faire passer pour une bête, enfin que peut-être on voulait ma mort... « Qui pouvait faire cela ? Je n'avais eu des difficultés, des ennuis avec personne, sauf à cause de Masson, qui m'avait diffamé et empêché de me marier avec sa cousine. Ce devait donc être lui. En fait je n'avais pas eu la syphilis, et on me travaillait depuis quatre ou cinq ans. »

La systématisation de la psychose s'est donc réalisée lentement. La découverte par le patient de l'action néfaste de Masson n'a pas été brusque. A. a eu des doutes d'abord, puis des oscillations dans la certitude et enfin la croyance absolue.

A partir de cette époque, quand il quitte les chemins de fer (mai 1925), la colère et l'anxiété, progressivement, grandissent. Il travaille comme docker au Havre, mais dans les restaurants il voit des « bonshommes » qui se moquent de lui. Au bout d'un mois, il s'embarque sur un bateau de la Compagnie des Chargeurs Réunis : il lui semblait que sur les quais on mettait opposition à son emploi comme docker. A la compagnie, il fait un premier voyage de trois mois, sans le moindre enuni, affirme-t-il. Un second voyage est désastreux : « J'ai entendu, sur le bateau, dit-il, des types qui poussaient des cris pas ordinaires ; c'était comme des bêlements de mouton. On me cherchait chaque jour des noises. Ces cris étaient dirigés comtre moi et destinés à me faire passer pour une bête. Je me suis plaint au chef. On m'a débarqué en me disant qu'on n'y pouvait rien. Je voyais bien que c'était le chantage organisé et qu'on m'avait encore une fois fait aller « en bateau » (?).

Réactions violentes avant le crime. — Il rentre au foyer paternel le 15 janvier 1926 : il était ennuyé, triste, inquiet, et certainement halluciné. La famille fait la remarque de ses idées de persécution et de ses troubles nerveux.

Le 18 avril 1926, dans son pays, il se livre à des

violences sur un de ses voisins, le sieur Lacour, Jean (la femme de Lacour est la marraine de A.) ; il récidive à R., le 26 mai, sur un sieur Vignon, François, employé comme lui au Jardin des Plantes. Les faits méritent d'être détaillés tellement ils sont démonstratifs.

Le dimanche 18 avril 1926, le sieur Lacour sortait de chez lui pour se rendre à la messe. Il avait été averti par la famille de A. que celui-ci lui en voulait. Et même huit jours auparavant environ, Lacour allant chez un voisin y trouva A. ; aussitôt celui-ci se lève et s'en va. Lacour demande pourquoi et s'excuse. A. lui répond dehors : « Je vous dirai ce que j'ai à vous dire entre quatre-z-yeux, avec une bonne giffle sur la figure. » Donc, le 18, Lacour allait à la messe. Il aperçoit A. dans un sentier qui l'attend. Il l'approche sans grande défiance. A ce moment A. lui porte un violent coup de poing à la figure, lui casse une dent, le jette à terre, s'acharne sur lui et le laisse comme mort. —Prié aujourd'hui de s'expliquer, A. dit ceci : « Le 27 ou le 28 janvier 1926, j'étais allé chez Lacour. On s'est assis dans le foyer ; sa femme était entre nous deux. On parlait de choses et autres. A un moment la conversation vient sur le Maroc et ma marraine me demande s'il y a des bêtes à corne, des moutons, au Maroc. Moi, je réponds qu'il y en a partout. Elle rigolait, et elle insiste. J'ai entendu alors très nettement son mari dire : Sale mouton ! sale voyou ! J'ai été suffoqué. Je ne pouvais plus parler. Lacour s'en est aperçu. Il m'a dit : Tu es fâché ? J'ai répondu : Mais non. C'est pour ces motifs que je lui ai administré une bonne correction. Pour moi, il est d'accord avec Masson ; il a cherché à me diffamer et à me faire passer pour une bête. »

Le 26 mai (il travaillait depuis une quinzaine de jours comme manœuvre au Jardin des Plantes à R.), il s'est brutalement jeté sur un de ses camarades, le sieur Vignon, François, et l'a violemment frappé. Voici les explications de ce dernier : « Quelques jours avant, un soir, on rentrait les outils de travail à la ferme ; A. me demande quels animaux il y a dans l'étable. Je lui explique qu'il n'y a qu'un cheval, car le bouc blanc du jardin couche dans un petit parc, à part, et je lui indique l'endroit. Le 26, au cours du travail, à brûle-pourpoint, A. me dit : « Peux-tu me montrer où est le bouc blanc ? » Je fais un geste, mais aussitôt, il me porte un violent coup de poing à la tête. Je tombe à terre. Je me relève. J'en reçois un autre. A. me dit alors : « Si tu veux, nous allons aller au Commissariat de police. » Je lui répondis simplement : « En tout cas, je serai en droit. »

Cette observation est bien caractéristique de la progressivité des psychoses systématisées chroniques ; elle représente un type classique de délire de persécution, hallucinations à tendances homicides manifestes et hautement affirmées.

***

Le persécuté homicide, halluciné ou non, est le malade mental le plus dangereux socialement, sinon pour l'ordre public, du moins pour la sécurité des personnes.

Sans doute, on peut discuter longtemps de la date à laquelle l'action sociale doit se produire, mais, tout de même, faut-il attendre le meurtre ou la tentative manquée de meurtre ? Les phénomènes de cristallisation de la vésanie, qui sont si nets dans ces formes de psychopathie, permettent de prévoir la nature des événements qui vont se produire. C'est dire qu'il y a là tous les éléments intellectuels nécessaires pour fixer la prophylaxie de ces crimes spéciaux.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

(Hôtel-Dieu)

M. le professeur F. Terrien.

Sur un cas de d'amaurose post-hémorragique (1).

La cécité qu'on peut observer à la suite des hémorragies profuses est assez rare et cependant très anciennement connue, puisque Hippocrate lui-même en parle : « Après des vomissements de matières noirâtres, quelquefois sanguinolentes, le malade souffre de la tête et ses yeux ne voient pas ». Cette notion n'est pas assez répandue ; or, il importe de savoir qu'après les pertes de sang abondantes, on peut noter quelquefois une diminution considérable de la vision, c'est-à-dire l'amblyopie, ou même une perte totale, une amaurose absolue. Ces faits sont rares, et d'autant plus intéressants à connaître que le plus souvent l'amaurose n'apparaît pas immédiatement après l'hémorrhagie ; c'est au bout de 12, 24 heures, deux jours, quelquefois cinq à huit jours que survient le trouble visuel.

J'ai eu l'occasion de voir un malade suivi à l'hôpital Saint-Antoine par MM. Coyon, Cerise et

(1) Leçon du 25 février 1927, recueillie par le Dr Laporte et revue par le Professeur.

Clog qui en ont présenté l'observation à la Société médicale des hôpitaux (*Bulletin* du 27 janvier 1927). C'est un jeune homme de 22 ans qui est pris tout à coup, dans la matinée, de douleurs abdominales, besoins d'aller à la garde-robe ; il remplit les trois-quarts d'un seau de toilette de liquide noirâtre, de mélæna. Le lendemain, nouveau mélæna. On lui fait des injections de sérum glucosé, et le surlendemain, ce malade est amené dans le service du docteur Coyon, où on lui fait une transfusion de 500 cmc. de sang ; puis, le pouls étant petit, incomptable, une nouvelle transfusion de 200 cmc. M. Coyon fait faire une application de rayons X sur la rate et pense à un ulcus duodénal. Il continue les transfusions de sang. Huit jours plus tard, le malade commence à s'alimenter, les garde-robes ; redeviennent normales, mais il se plaint de voir trouble, et trois jours après de ne plus voir du tout. A ce moment, le docteur Cerise constate une dilatation extrême des deux pupilles avec absence de réaction à la lumière. A l'examen du fond de l'œil, toute la rétine apparaît très pâle, la papille blanche, ses artères filiformes, ses veines, par comparaison, paraissant plus volumineuses. Le sujet n'accuse même pas la perception de la lumière.

J'ai eu l'occasion de voir ce malade plus tard. Les papilles étaient blanches, atrophiques. Cependant la vision s'était améliorée ; elle était de 1 /10 à droite et de 1 /300 à gauche avec champs visuels irrégulièrement rétrécis. On peut espérer que la vision s'améliorera encore dans la suite, mais il est vraisemblable qu'elle restera très diminuée.

Les observations de ce genre ne sont pas très nombreuses. M. Duhot, dans sa thèse sur les névrites par ischémie (thèse de Lille, 1912), cite le cas d'un homme de 45 ans, qui est pris tout à coup, au milieu d'un repas, d'un vomissement de sang (plus de deux litres). Quelque temps plus tard survient un mélæna, et on pense à un ulcère du duodénum. Trois jours après l'hémorragie, cet individu se plaint de voir trouble. Lorsque, huit jours plus tard, M. Pierret examine le malade, on constate des pupilles très dilatées, ne réagissant pas à la lumière, des papilles décolorées, pâles et la cécité est absolue. La numération du sang indique une diminution considérable des globules rouges (2.600.000).

La lecture de semblables observations pourrait être multipliée. Car, sans être fréquents, semblables faits ne sont pas exceptionnels puisque, il y a une quinzaine d'années, Singer avait pu réunir 194 observations de sujets ayant eu des troubles visuels à la suite de pertes de sang, et depuis cette époque le nombre s'en est certainement accru. La date d'apparition de ces troubles visuels est toujours tardive. Dans l'observation de MM. Coyon et Cerise, c'est vers le huitième jour que le sujet commence à se plaindre de ces troubles. D'après la statistique relevée par M. A. Terson dans son intéressant rapport sur ce sujet à la Société d'ophtalmologie de Paris, en novembre 1921, dans huit pour cent seulement des cas ces troubles s'observent pendant l'hémorragie ; immédiatement après, dans 11,6 % ; dans les douze heures qui suivent l'hémorragie dans 14,2 % ; deux jours après, 19,2 % ; entre trois et treize jours 39 à 40 %. Au-delà du seizième jour 7 %.

Il y a donc comme le dit M. Terson, une sorte de phase élective qui se place entre le cinquième et le huitième jour.

Ceci est d'autant plus intéressant que la cécité ou tout au moins la diminution de vision est presque toujours bilatérale (87 %). Il y a intérêt, nous le verrons, à noter l'unilatéralité possible (12 %) des troubles visuels, au point de vue de la pathogénie .

Généralement, l'apparition du trouble visuel est assez brusque. Mais elle est quelquefois annoncée par quelques obnubilations passagères ; les sujets se plaignent d'un léger brouillard qui dure quelques secondes ou quelques minutes ; puis un peu plus tard, le soir même, le lendemain ou le surlendemain, apparaît une diminution, quelquefois considérable, de l'acuité visuelle, un champ souvent rétréci irrégulièrement, etc., Presque toujours les pupilles sont très dilatées, réagissent très mal à la lumière lors d'amblyopie, ou même pas du tout lorsqu'il y a amaurose complète.

Il y aura toujours intérêt bien entendu à pratiquer l'examen ophtalmoscopique le plus près possible du moment de l'apparition des troubles visuels, de manière à tâcher de pénétrer leur pathogénie.

Il est des cas où la papille demeure absolument normale, même plusieurs jours après l'apparition du trouble visuel. Ceci est à rapprocher de ce qu'on observe quelquefois au cours de l'amaurose accompagnant l'urémie. On peut donc ici encore penser à une cause toxique. Mais ces faits sont rares. Généralement, la papille est très pâle, ses artères sont minces, filiformes, les veines paraissant par comparaison un peu plus volumineuses. Ce sont des phénomènes d'ischémie. Chez quelques autres malades, on trouve un aspect de stase papillaire, mais beaucoup moins accentué que dans les tumeurs cérébrales.

En réalité, ces deux modalités semblent dériver du même processus, car lorsqu'on examine les malades tout de suite après l'hémorrhagie, on constate le plus souvent une pâleur de la papille, puis, un peu plus tard, on peut noter ces phénomènes de stase, qui sont la conséquence de l'affaiblissement de la circulation et de la diminution de la tension.

Le rétrécissement artériel provoque une stase veineuse et celle-ci explique à son tour l'œdème et les hémorrhagies, conséquence de la stagnation exagérée du sang veineux dans un organe quelconque à la suite de chute brusque de la tension artérielle. Mais ici vient s'ajouter en nouveau facteur, celui du tonus de l'œil qui, vous le savez, peut être évalué à l'état normal à 18 où 20 mm. de mercure.

Nullement modifié ici, il vient encore accroître les difficultés de la circulation dans les artères et dans les veines de la rétine qu'il comprime, surtout aux limites de la papille, au point où elles décrivent un coude assez brusque pour pénétrer dans le tronc du nerf optique.

La stase entraîne une transsudation de sérosité à travers les parois vasculaires, c'est-à-dire un œdème.

Au bout d'une certaine période, ces phénomènes font place à l'atrophie de la papille. Cette atrophie optique peut être définitive, absolue, complète, aboutir à une cécité totale, ou à une cécité relative, comme dans l'observation de MM. Coyon, Cerise et Clog, où, deux mois et demi après l'accident, le malade avait une acuité de 1/10 à droite et de 1/300 à gauche, avec un champ visuel très rétréci du côté nasal.

Le pronostic n'est donc pas absolument fatal, mais il est toujours très grave. Cette atrophie est primitive. Comme dans le tabès, la papille a des bords nets, on n'y retrouve aucun signe d'inflammation antérieure. Ceux-ci sont le propre de l'atrophie post-névritique, par exemple à la suite de stase papillaire et de papillite et on peut, vous le savez, à l'aide de ce caractère, faire le diagnostic rétrospectif de tumeur cérébrale. Cependant, chez le malade de MM. Coyon et Cerise, il m'a semblé que les bords de la papille, sur un segment de celle-ci, étaient quelque peu effacés.

La cécité est définitive dans plus de la moitié des cas (59 %). On trouve une amélioration dans 28 %, et une guérison dans 13 % seulement.

Les éléments qui nous aident à fixer le pronostic sont d'abord la période de temps écoulée entre le moment de l'hémorrhagie et l'apparition des troubles visuels. D'une manière générale, il semble que plus ils ont apparu de bonne heure, plus ils s'améliorent facilement. Voici la statistique rapportée par M. Terson.

Date d'apparition des troubles visuels après l'hémorragie	Proportion des cas d'amélioration
—	—
12 premières heures...........	71 %
2 jours	50 %
Du deuxième au huitième jour...	45 %

Il semble donc que plus l'incubation est prolongée, plus le pronostic est sévère. Ces notions n'ont d'ailleurs rien de très précis, car on voit quelquefois des améliorations alors que la cécité est apparue assez tardivement. Dans l'observation de MM. Coyon et Cerise, la cécité était apparue le huitième jour, et le malade parut s'améliorer au bout de six semaines.

Mais à côté de la durée de l'incubation, il est certains éléments que nous devons retenir capables d'influer davantage sur l'apparition des troubles visuels et parmi eux, il en est deux très importants ; le premier a trait à l'origine de l'hémorrhagie, le second se rapporte au terrain.

Pour ce qui a trait à l'origine de l'hémorragie, c'est là un fait observé depuis longtemps que ces amauroses s'observent particulièrement à la suite d'hématémèses, de melæna ou après des métrorragies. Les hémorrhagies du tube digestif, presque toujours liées à des ulcères de l'estomac ou du duodénum, entrent dans les statistiques pour 35 à 40 % des cas ; puis viennent les hémorrhagies de la délivrance (30 à 35 %), celles se produisant à la suite surtout d'avortements, mais parfois d'accouchements normaux ; j'en ai rapporté une observation que vous trouverez publiée dans les *Archives d'Ophtalmologie* de mai 1921. On a cité aussi quelquefois des cas d'amauroses à la suite des saignées, au temps où la saignée était couramment pratiquée et ces cas d'amaurose entrent pour une proportion de 14 p. 100.

Au contraire, à la suite des hémorrhagies chirurgicales, des traumatismes, des blessures de guerre et des accidents du travail, on observe très rarement cette amaurose. J'ai eu l'occasion d'en observer un cas chez un blessé de guerre, dont l'observation a été publiée dans les *Archives d'Ophtalmologie* de mai 1921. Le sujet, blessé par éclat d'obus, était demeuré quatre jours sur le champ de bataille. Amené au Val-de-Grâce, il était entré dans le service de M. Walther, qui avait constaté une blessure très étendue de la cuisse avec gangrène qui nécessita l'amputation. Les jours suivants, la température s'abaisse, l'état s'améliore. En même temps, le sujet se plaint de voir trouble. C'est quinze jours après son arrivée que je l'ai vu. Les pupilles étaient immobiles, elles réagissaient à peine à une lumière vive ; les papilles étaient décolorées, les veines dilatées et les artères filiformes. La vision s'améliora peu à peu, mais l'acuité resta diminuée : 1/10e à droite ; à gauche, ce malade pouvait à peine compter les doigts à vingt-cinq centimètres.

A côté de la nature de l'hémorrhagie, il faut aussi tenir un grand compte de l'état antérieur du malade. Il est intéressant de noter que ces sujets sont souvent assez affaiblis, dénourris, malades depuis assez longtemps. Chez le malade de M. Coyon, il y avait une anémie considérable, puisque deux jours après l'hémorragie, on trouvait seulement 1.850.000 globules rouges par millimètre cube ; chez le malade observé par MM. Duhot et Painblan, une semaine après l'a-

maurose, il n'y avait encore que 2.600.000 globules rouges par millimètre cube.

Recherchons les autres troubles visuels qui peuvent simuler cette amaurose post-hémorrhagique. Je n'insiste pas sur l'amblyopie hystérique. D'une manière générale, dans l'hystérie, les réflexes pupillaires sont tout à fait normaux. Cette cécité hystérique n'est pas rare, d'ailleurs.

Je parle pour mémoire de la diminution de l'acuité visuelle à la suite d'intoxication par l'alcool, le tabac, la quinine. J'ai eu l'occasion de publier, avec M. Aubineau, l'observation d'une amaurose due à la quinine. Ces faits sont moins rares que les amauroses post-hémorrhagiques. Ma malade avait absorbé par erreur une dose de 7 gr. 50 de sulfate de quinine. Trois heures après, elle a un malaise général, des hallucinations bizarres, un pouls rapide, des vertiges, les extrémités froides. Le lendemain, elle reste dans un état comateux qui dure une douzaine d'heures et laisse à sa suite la triade caractéristique de l'empoisonnement par la quinine : l'abolition de l'ouïe et la perte complète de la vision avec pupilles extrêmement dilatées. Dans ces cas, ce qui domine, c'est l'ischémie du fond de l'œil avec un peu d'œdème de la papille.

Dans d'autres observations, en particulier dans une observation de MM. Prosper Veil et Valière-Vialeix, rapportée à la Société d'Ophtalmologie de Paris en janvier 1923, le fond de l'œil était normal. Il suffit souvent de très petites doses de quinine pour déterminer des troubles visuels chez un sujet déjà intoxiqué et il en est de même pour les hémorrhagies. Des individus ayant fait un premier mélæna ou une hématémèse très abondants sans avoir de troubles visuels, en ont eu à l'occasion d'une nouvelle hémorragie beaucoup moins accusée.

On connaît quelques autopsies : Hirschberg, chez un malade ayant succombé trois ans et demi après une hématémèse suivie de cécité complète, a constaté une atrophie complète des deux papilles et une dégénérescence ascendante partant de la rétine. Une deuxième observation, plus démonstrative, est rapportée par Ziegler. La malade était une femme de 51 ans qui avait succombé vingt-trois jours après des hématémèses répétées. L'auteur a constaté une atrophie des couches internes de la rétine. On avait supposé l'existence d'hémorrhagies entre le nerf optique et son enveloppe dure-mérienne. Elles n'existent pas dans les cas qui nous occupent. Dans une observation publiée par M. Gorlitz en 1920, il y avait également des altérations de la couche interne de la rétine. Dans l'observation rapportée par M. Terson, en novembre 1921, on note principalement l'absence de phénomènes inflammatoires.

Il semble donc bien que ces lésions sont dues simplement à l'hémorrhagie, à l'ischémie, à la saignée considérable subie par le malade. On comprend que l'ischémie puisse déterminer sur une membrane aussi délicate, la rétine, dont les vaisseaux revêtent le type terminal et ne s'anastomosent pas avec ceux de la choroïde, un trouble nutritif considérable, suivi de nécrobiose. Cependant, il est des faits assez troublants : ces troubles visuels n'apparaissent pas, en général, immédiatement. Nous savons que dans l'obstruction de l'artère centrale de la rétine (qui est due à l'endartérite et non à une embolie, comme on le disait autrefois), il y a une perte complète et le plus souvent définitive de la vision, mais cette perte est immédiate ; au contraire après l'amaurose, elle apparaît vers le sixième ou septième jour et peut quelquefois être unilatérale (dans 13 % des cas). Peut-être, à côté de l'ischémie, à laquelle s'ajoute très vraisemblablement un élément spasmodique, qui, lui aussi, doit jouer un rôle considérable, y a-t-il encore d'autres éléments à retenir : intoxications, comme l'abus d'alcool, par exemple, chez des individus, mal nourris, déprimés ou malades depuis longtemps, profondément dénourris, etc. A l'ischémie viendrait s'ajouter une cause toxique et ceci pourrait expliquer la plus grande fréquence de l'amaurose à la suite des hématémèses ou du mélæna, les cas de cécité unilatérale, et enfin l'apparition tardive de l'amaurose.

Le traitement doit être avant tout général, reconstituant et stimulant : injections de sérum, transfusion de sang, etc.

On placera le malade dans le décubitus horizontal, autant que possible la tête basse et les jambes un peu plus élevées de façon à éviter l'anémie cérébrale. En 1921, à la Société d'Ophtalmologie, à propos d'un rapport de M. Terson, et s'inspirant de ce qui avait été fait par de Græfe pour l'obstruction de l'artère centrale de la rétine, lequel pratiquait l'iridectomie, afin de diminuer le tonus de l'œil et favoriser par là le cours du sang dans les vaisseaux rétiniens, on s'est demandé si on ne devait pas intervenir chirurgicalement. J'ai fait deux fois, à Beaujon des iridectomies pour des obstructions de vaisseaux centraux sans jamais obtenir aucune amélioration de la vision. M. Terson a conseillé des paracentèses ou des sclérectomies.

Il est permis d'essayer ces moyens. Dans tous les cas, on recommandera les instillations fréquentes de pilocarpine, toujours dans le but de diminuer le tonus de l'œil et de favoriser la circulation rétinienne.

TRAITEMENT DES MÉTRITES CERVICALES CHRONIQUES PAR LA HAUTE FRÉQUENCE

Par le Dr Lorain, de Paris.

Rien n'est décevant comme les métrites chroniques du col. Si au cours de la phase aiguë, des soins appropriés et précoces ont été donnés, les glandes n'ont pas eu le temps de s'infecter profondément et le col peut reprendre assez rapidement un aspect normal.

Mais le plus souvent les métrites restent tout d'abord sans soins. La malade endort ses inquiétudes en admettant que toutes les femmes ont des pertes. Elle fait des injections avec des antiseptiques variés et prend parfois des fortifiants pour combattre l'anémie.

Mais devant la ténacité des écoulements qui reviennent avec une persistance désespérante elle se décide enfin à consulter.

A ce moment la phase aiguë est passée. C'est, soit une métrite chronique se traduisant par des écoulements glaireux soit une métrite chronique avec poussées subaiguës de temps à autre.

Un tel cas pathologique, si fréquent au cours de la pratique gynécologique, ne laissait pas d'embarrasser sérieusement le praticien. Rien n'était plus facile que d'atténuer les phénomènes aigus, rien n'était, par contre, plus difficile que, d'amener une guérison complète et durable de ce col malade.

La haute fréquence est une arme récente, qui donne dans ces cas de remarquables résultats.

Elle peut être utilisée sous trois formes : électrocoagulation, effluvation, diathermie. Nous n'envisagerons dans cet article que l'emploi de la haute fréquence sous forme d'électro-coagulation.

L'effluvation et la diathermie peuvent également rendre de grands services, mais devant être à notre avis plutôt réservées aux cas aigus ou subaigus, nous les laisserons ici complètement de côté.

Appareillage.

L'instrumentation est très simple, elle consiste en un appareil de haute fréquence d'une marque quelconque. En France les appareils de Heitz-Boyer, de Gaiffe et de Drapier sont les plus connus. Il n'est pas nécessaire d'utiliser un appareil de très grande puissance. Il suffit de pouvoir disposer de 1.500 mA. On placera un plaque de plomb de 20 cm. de côté, soit sous le siège de la malade, soit tout simplement entre ses mains. Quant à l'électrode active elle sera composée d'une pointe métallique, soit très fine pour agir en une point bien localisé, soit un peu plus grosse ayant par exemple 2 à 3 mm. de surface. On pourra également utiliser des électrodes dont l'extrémité, seule active, est légèrement recourbée. De telles électrodes sont pratiques pour aller travailler dans le canal cervical sans fulgurer de nouveau l'extrémité du museau de tanche qui aura été traitée déjà. On pourra enfin utiliser une aiguille de platine qui permettra de faire porter l'action du courant jusque dans les tissus même du col. Ce dernier mode d'utilisation demandant bien entendu une grande circonspection à cause des dégâts trop étendus qu'il pourrait amener et devant être considéré comme exceptionnel.

Aspect du col malade.

L'aspect peut être assez variable, mais on peut grossièrement ranger les cols en deux grandes catégories : les cols rouges et les cols blancs.

Les cols blancs sont des cols très anciennement infectés qui sont loin d'une phase aiguë. Leurs sécrétions sont soit transparentes, soit blanchâtres. Mais elles ne sont presques jamais jaunes. De tels cols peuvent être attaqués d'emblée par les méthodes destructrices.

Les cols rouges, au contraire, à muqueuse parfois ectropionnée et qui saignent facilement présentent le plus souvent des pertes colorées en jaune. Il existe dans ces cas des lésions inflammatoires plus ou moins aiguës. Il faut perparer dans ce cas la malade avant de détruire les lésions.

Préparation de la malade.

Il ne faut commencer le traitement destructeur que lorsque les phénomènes aigus auront disparu. Pour cela, on fera à la malade quelques séances d'effluvation ou de diathermie sur le museau de tanche en même temps qu'on lui fera prendre chaque jour une injection vaginale tiède de 2 litres d'eau bouillie contenant deux cuillerées à soupe de liqueur de Labarraque. Pour éviter l'emploi de l'effluvation ou de la diathermie, qui ne sont pas indispensables, on pourrait se contenter de badigeonner le col, soit avec du thigénol pur, soit avec de la glycérine ichtyolée à 50 %, le médicament devant être porté jusque dans le canal cervical. Les applications devront être faites à plusieurs reprises jusqu'à faire disparaître tout symptôme de métrite subaiguë.

Sans ces précautions, on pourrait voir, sous l'influence des premières séances d'électricité, des phénomènes de métrite aiguë se produire.

◆◆◆◆

Il pourrait même y avoir réveil de lésions annexielles et inflammation du paramètre.

Toutes les précautions ayant été ainsi prises, le col étant débarrassé des symptômes d'infection aiguë on peut commencer le traitement destructeur.

Une bonne précaution consiste à faire vaseliner chaque jour l'orifice vulvaire pour éviter les phénomènes pénibles de vulvites dus au contact de la peau avec des pertes rendues momentanément plus virulentes par le traitement électrique.

Un spéculum assez gros est nécessaire. Il devra écarter largement le vagin de façon à bien mettre en évidence tout le museau de tanche. On devra éviter de mettre l'électrode en contact avec le métal du spéculum. mais avec quelqu'attention on y arrive aisément en sorte qu'il est pratiquement inutile d'utiliser un spéculum isolant. Un bon éclairage en fin est indispensable. Aucune anesthésie n'est néccessaire.

Le traitement lui-même devra être fait systématiquement en commençant par les parties périphériques du museau de tanche et en allant progressivement jusque dans le canal cervical.

La première séance pourra consister, simplement en quatre touches d'électrocoagulation situées à la périphérie des lésions. On aura auparavant débarrassé le col des sécrétions qui le recouvrent et qui seraient un obstacle au passage du courant. Dès le début de la séance, les sécrétions augmentent considérablement. On voit en quelques secondes le col se couvrir à nouveau de mucosités et une grosse glaire sortir du canal cervical. En sorte que l'on sera obligé à plusieurs reprises au cours de la séance de nettoyer toute la région avec un petit coton. Il y a là une hypersécrétion réflexe très curieuse à observer et qui contribue peut-être à expliquer les bons résultats obtenus par ce traitement.

Aux séances ultérieures on se rapprochera de l'orifice même de l'utérus pour, dans les dernières, pénétrer dans l'intérieur du col. Lorsqu'on en est arrivé à ce stade il ne faut plus seulement se contenter d'essuyer le col mais pénétrer dans le canal avec un coton monté sur pince ou exprimer le canal entre les valves du spéculum de façon à bien faire sortir le bouchon muqueux.

Durée du traitement.

Elle dépend essentiellement de l'étendue des lésions. On peut estimer qu'en moyenne 6 à 8 séances sont nécessaires séparées chacune par un intervalle de 10 à 12 jours. Nous insistons sur l'utilité de ne pas rapprocher les séances, il faudrait plutôt les éloigner. A tel point même que, pour bien juger de l'effet du traitement, nous avons l'habitude de laisser un mois entre l'avant-dernière et la dernière séance. De cette façon le col ayant eu le temps de se refaire pendant ce mois de repos on peut voir finalement quels sont les points limités restant encore à traiter.

Résultats.

Les résultats sont la remise en état du col et la suppression des glaires. Il est certain que l'on n'agit pas ainsi sur les sécrétions du corps utérin lui-même, mais comme on sait fort bien que ce sont les glandes du col qui fournissent la plus grande partie de sécrétions désespérantes de la métrite chronique, on comprend aisément pourquoi on obtient d'aussi bons résultats. Les sécrétions ayant disparu, on n'a plus à craindre une nouvelle reprise d'infection gonococcique restée jusque-là latente. Ce sont justement les repaires les plus cachés du gonocoque que le traitement par la haute fréquence permet facilement d'atteindre et de détruire.

Cette destruction d'ailleurs ne présente pas les inconvénients de certains autres traitements. Pas de rétractions cicatricielles gênantes pour les règles et cause possible de dystocie pour un accouchement ultérieur.

Le tissu cicatriciel laissé par l'électrocoagulation n'est ni dur ni rétractile, et ce n'est pas là un de ses moindres avantages.

Enfin parmi les résultats on ne saurait passer sous silence le point de vue psychologique. Des malades obsédées depuis des années par leurs pertes glaireuses, dont certaines surviennent au moment le plus inopportun, voient enfin disparaître la cause leur cauchemar et peuvent ainsi retrouver leur tranquillité d'esprit.

Il nous semble intéressant pour terminer de résumer une observation particulièrement démonstrative montrant la persistance des pertes glaireuses chez une malade hystérectomisée et ne gardant plus qu'un petit moignon de col.

Mme N., 36 ans a été soignée de façon intermittente pour métrite. Elle avait des pertes auxquelles elle ne prêtait pas grande attention. Quelques années plus tard un fibrome se développant dans le corps utérin un chirurgien lui fait une hystérectomie subtotale.

Les suites opératoires sont normales, lorsque la malade constate, quelques semaines après être sortie de la maison de santé, que ses pertes glaireuses ont une tendance très nette à augmenter. Ces pertes sont particulièrement abondantes au moment des rapports sexuels.

Le chirurgien consulté conseille l'ablation chirurgicale du col, l'opération de Schrœder étant dangereuse à cause de la proximité du péritoine.

C'est alors que nous faisons à la malade une série d'électro-coagulations. Nous sommes très prudent dans le traitement intra-cervical ; par contre, nous n'hésitons pas à employer de fortes étincelles sur le museau de tanche. Il faut réduire en effet, ce simple moignon sans aucune utilité.

A la fin du traitement le col a les dimensions de l'extrémité de l'index. Il est blanc lisse et presque entièrement scléreux. Aucune sécrétion ne s'en écoule plus. Le résultat se maintient complet depuis 18 mois. La haute fréquence a donc permis d'obtenir un résultat parfait et durable sans recourir à une véritable intervention opératoire et sans arrêter la malade un seul jour. L'action destructrice a été profonde parce que c'était ici le but que l'on se proposait. Pour la majorité des cas on devrait agir moins énergiquement. C'est en effet un des grands avantages de l'électro-coagulation de permettre très aisément la graduation des effets destructeurs. Suivant la gravité des cas et même suivant l'intensité des lésions en un point donné, si on y ajoute la facilité d'application du traitement et la souplesse des cicatrices, on devra convenir qu'à l'heure actuelle c'est *le meilleur traitement* des métrites cervicales chroniques.

SUR LE CHOC RADIANT

Par MM. J. Risler et Foveau de Courmelles (1).

La lumière sous ses diverses formes peut produire le choc radiant ; celui-ci est *primaire* quand la lumière suffit à elle seule pour déchaîner des réactions violentes accompagnées de fièvre intense, courbature, ébranlement général ; *secondaire*, quand elle ne produit ces réactions qu'après injections ou ingestions de substances étrangères fluorescentes, métalliques ou organiques, badigeonnages cutanés, interventions chirurgicales, absorption d'aliments ou de médicaments ou toutes causes susceptibles de provoquer déjà des réactions dont le seuil se trouve considérablement abaissé par l'énergie complémentaire de l'élément lumineux.

L'un de nous, Foveau de Courmelles, a décrit les phénomènes apparus après l'irradiation de malades atteintes de fibromes, puis montré les dangers de la superposition des chocs. On sait, en effet, qu'une opération bénigne peut avoir des conséquences graves, si elle est précédée ou suivie de séances de rayons X (Louis Bazy).

Les rayons X, le radium, les ultra-violets, les infra-rouges, en effet, peuvent déclancher une sorte de photo-sensibilisation avec phénomènes nocifs ou bienfaisants selon les substances sensibilisantes employées et la pénétration des rayons. Notons ici que l'antagonisme des radiations signalé dès 1903 par Foveau de Courmelles a été utilisé en avril 1925 pour désensibiliser par l'orange, le rouge et l'infra-rouge, dans les cas de radiodermites (J. Risler et Ch. Mondain).

Continuant nos expériences sur les phénomènes de choc, avec le concours de A. Philibert, nous avons voulu observer *si la gravité des chocs par photo-sensibilisation* après injection ou ingestion de substances fluorescentes était proportionnelle à la fréquence vibratoire des sources lumineuses d'émission. Pour cela, des souris injectées d'une substance fluorescente telle que le violet de méthyle, ont été soumises à l'action de lumières de fréquences croissantes telles que, dans l'ordre :

1° Lampe infra-rouge. T. = 1578° (T. = Température absolue = longueur d'onde maximum. Longueur d'onde = 1,8 mm.

2° Lampe à Néon (350 bougies). Intensité lumineuse calculée d'après la puissance absorbée.

3° Lampe ultra-violet : brûleur de quartz de Hanau ; (1.200 bougies), type alternatif.

Vingt souris ont été exposées à ces rayonnements à des distances correspondant à l'énergie émise. Les résultats sont les suivants :

1° Les souris meurent sous le rayonnement ultra-violet dans des temps correspondants en général *entre* 8 *et* 20 *minutes*.

2° Sous la lumière du néon *entre* 20 *et* 35 *minutes* ;

3° Sous le rayonnement infra-rouge *entre une heure* 30 *et* 4 *heures* 45.

Les souris témoins meurent dans des temps non inférieurs à quatre jours.

On voit donc 1° *que la rapidité avec laquelle les souris meurent croît avec la fréquence de la lumière d'excitation.*

Dans un autre ordre d'idées, nous avons voulu étudier le rôle que joue l'intensité de la lumière. A cet effet, nous avons exposé des souris, d'une part à la lumière du soleil correspondant au maximum de l'énergie de la journée (deux heures de l'après-midi), d'autre part, à la lumière diffuse du laboratoire. Ces souris qui ont été injectées comme les précédentes avec une solution aqueuse de violet de méthyle (1/2 cm. cube) sont mortes dans des temps qui varient entre 35 et 55 minutes au soleil, et entre deux heures et demie et cinq heures à la lumière diffuse. On peut donc dire 2° *que la gravité de certains chocs par injection ou ingestion de substances photo-électriques est proportionnelle à l'intensité de la lumière.*

Ces phénomènes expliquent le mécanisme des accidents de photosensibilisation dont sont sou-

(1) Communication à l'*Académie des Sciences* (14 mars 1927), présentée par M. Pierre Bazy.

vent victimes des animaux ayant absorbé *au soleil* des végétaux contenant des éléments fluorescents tels que, par exemple, le trèfle, le millepertuis, etc. *A l'ombre*, au contraire, aucun accident ne se produit jamais.

Ces constatations sont frappantes ; elles éclairent la pathologie et la thérapeutique par les substances fluorescentes, les colorants et les métaux dont l'action peut être d'origine photoélectrique (indépendamment de toute autre affinité moléculaire ou physico-chimique en présence des protéines).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement des syndromes dysentériques.

Le syndrome dysentérique est caractérisé par des épreintes, du ténesme, une constipation réelle que masquent de faux besoins, et des évacuations glaireuses, mêlées de sang et de pus. Mais ainsi que le fait remarquer le Dr R.-A. GUTMANN, ce « syndrome » ne constate en somme qu'une irritation des dernières parties de l'intestin, et, en pratique, il se rencontre dans : 1° des colites aiguës dysentériformes, infectieuses ou toxiques, non spécifiques, non épidémiques, ni contagieuses, qui peuvent laisser après elles des séquelles recto-colites ulcéreuses ; 2° des dysenteries plus ou moins spécifiques, réclamant un traitement spécifique, mais nécessitant souvent aussi le traitement de base, non spécifique, des premières colites.

1° Traitement non spécifique commun des syndromes dysentériques :

Cas aigus. — Dans les attaques légères, le repos au lit, la diète à l'eau, s'imposent ; le lendemain on donne un purgatif salin, on tempère à peine la diète (bouillon de légumes, eau de riz, riz à l'eau bouilli et sucré, semoules, etc.) ; le succès est généralement rapide.

Dans les cas sérieux toute une série de remèdes sont indiqués.

Le sulfate de soude donne souvent d'excellents résultats, par demi-cuillerées à café dans de l'eau chaude tous les quarts d'heure jusqu'à effet purgatif ; ou bien, l'on commence par une dose plus forte (15 grammes), que l'on fait suivre de doses légères ; on peut employer d'ailleurs d'autres sulfates alcalins.

En cas d'insuccès, on s'adressera au calomel (0,06 centigr. toutes les 5 ou 6 heures, 0,005 milligr. toutes les heures) ; lorsque les douleurs, les selles muqueuses et sanglantes ont disparu, mais qu'il subsiste encore une diarrhée ordinaire résiduelle, on peut employer, mais alors seulement, le bismuth et l'opium. On utilise certains produits végétaux : la salicaire sous forme de salicarine, l'écorce de racine de simarouba. Le Kho-sam, dans le commerce, sous forme de comprimés, réussit bien dans les dysenteries qui saignent, à doses progressives, de 4 à 10, puis dégressives ; l'hordénine, le stovarsol, le tréparsol sont aussi recommandés.

Les douleurs, les épreintes, le ténesme sont améliorés par des fomentations chaudes, des bains chauds, de petits lavements d'eau amidonnée laudanisée, de décoction de guimauve, des suppositoires de morphine et de cocaïne au besoin. Dans les cas très aigus, on fera des injections de morphine-atropine (ââ 1 milligramme) ou mieux d'atropine (un quart de milligramme deux fois par jour, puis un demi, trois quarts, un milligramme), car il faut éviter, avec les opiacés, de constiper brusquement le malade. Parfois des lavements très chauds calment transitoirement les incessantes envies d'aller à la selle ; des suppositoires de ratanhia donnent souvent d'excellents résultats.

Ne jamais négliger le traitement général, car on risque le collapsus, l'insuffisance surrénale aiguë, la déshydratation aiguë dans les dysenteries aiguës, maladies souvent extrêmement graves : huile camphrée, adrénaline, etc. La réalimentation sera très prudente : bouillon de céréales, puis pâtes d'Italie dans le bouillon, puis pâtes fines fraîches, purées de pomme de de terre. Essayer le lait cuit, s'il est supporté (il l'est souvent) ; bouillies aux farines, fécules, orge, riz, etc. ; lait caillé, kéfir (œufs souvent mal supportés) ; viande enfin, poisson maigre, etc.

Cas chroniques. — La thérapeutique doit être surtout locale ; elle se confond avec celle des recto-colites : pansements portés au niveau des lésions par le bock à lavements, ou avec la seringue de Guyon, qui permet de pousser une masse plus épaisse ; les solutions conseillées sont nombreuses ; au cours du traitement il y a souvent intérêt à changer. L'excipient ne doit jamais être de l'eau ordinaire, mais des solutions visqueuses, moins irritantes et qui, en s'attachant à la muqueuse, laissent les médicaments au contact des lésions qu'elles isolent en même temps. Suivant l'état de viscosité, le malade garde la solution 15 minutes, une ou deux

heures ; on peut employer des désinfectants (Dakin, goménol, acriflavine, etc.), des astringents, des cautérisants, des calmants, etc.

2° Traitement spécifique de certaines dysenteries.

Dysenterie amibienne : chlorhydrate d'émétine, 2 injections, matin et soir, de 0.06 à 0.08, en moyenne ; éviter les ampoules vieilles, à teinte jaunie ; chez la femme, pendant les règles et durant la grossesse (abortif) interrompre. L'action cumulative oblige, lorsqu'on a atteint 0 gr.80 en un mois, à interrompre durant un mois et demi ou deux. Surveiller les accidents possibles de la cure : urticaire, bronchite, insomnie, tachycardie, état nauséeux, crises asthmatiformes.

L'association d'arsenic (novarsénol, sulfarsénol, stovarsol, tréparsol) donne plus de vigueur au traitement, suivant les règles fixées par l'auteur et elle permet d'espacer les doses d'émétine sur un laps de temps qui empêche les effets cumulatifs. A noter également le traitement mixte acétylarsan et émétine.

Pendant le traitement, le malade doit garder le lit ; on met sur le foie des compresses chaudes ; l'alimentation sera légère ; on surveillera la constipation qu'on évitera par de petites doses de sulfate de soude ou de calomel.

Enfin, suivant les données habituelles, si l'émétine n'est pas supportée, on emploie l'ipéca de 1 gr. 50 à 2 gr. et 3 gr.

Dysenterie bacillaire : quand le bacille de Shiga est en cause, employer le sérum spécifique antishiga ; s'il s'agit du bacille de Flexner, le sérum anti-Flexner.

Il existe aussi des dysenteries à agents spirillés, pour lesquelles on recommande l'injection d'arséno-benzènes (tréparsol, stovarsol). Enfin la dysenterie amibienne peut aussi se compliquer de dysenteries à flagellés, cercomonas, trichomonas, de dysenteries à infusoires, qui exigent des traitements spéciaux. (*Le Bulletin médical*, 29 janvier 1927.)

La part du système endocrine en séméiologie digestive.

Dans une étude très complète, le Dr F. Moutier passe tout d'abord en revue les symptômes digestifs au cours des maladies endocrines.

Ce sont, notamment, dans la petite insuffisance thyroïdienne, le retard dentaire, la constipation atonique, l'anorexie (qui atteint son maximum dans le myxœdème), la bouffissure du visage le matin. Chez les hyperthyroïdiens, les symptômes sont opposés ; l'appétit est augmenté, et, malgré cela, l'amaigrissement est habituel, on note une céphalée prandiale, de la diarrhée, des troubles dyspeptiques liés à une hyperchlorhydrie marquée. Dans la maladie de Basedow, la boulimie est habituelle, le vomissement facile notamment à jeun, les crises diarrhéiques fréquentes ; enfin l'excitation solaire réalise des crises cœliaques typiques.

Des symptômes digestifs divers sont relevés dans l'insuffisance hypophysaire, le syndrome adiposo-génital ; on connaît aussi les troubles digestifs prémenstruels, diarrhée sur laquelle comptent beaucoup de femmes, habituellement constipées, pour rétablir l'équilibre de leur intestin ; il faut enfin signaler ceux de la chlorose. On a également voulu faire dépendre de quelque perturbation endocrine les coliques hépatiques coïncidant avec les règles ou une grossesse : l'hypercholestérinémie serait due à une augmentation directe des lipoïdes sécrétées par les glandes endocrines, et les coliques hépatiques relèveraient directement ainsi de la dysovarie. Citons encore les vomissements de la grossesse, de l'insuffisance surrénale, les syndromes digestifs du thymus, la spasmophilie de l'enfance et la tétanie de l'adulte (gl. parathyroïdes) etc.

Inversement, il est un retentissement endocrinien des accidents gastro-intestinaux ; toutes les causes d'intoxication peuvent aussi venir influencer les fonctions des thyroïdes, des surrénales, etc. Le fait est établi pour la stase intestinale chronique, pour l'infantilisme intestinal (arrêt de développement d'enfants atteints de troubles intestinaux). Un mot pour la toxémie de l'helminthiase : les extraits d'helminthe détermineraient en effet au niveau du corps thyroïde, un processus d'excitation.

D'autre part, enfin, certaines fonctions endocrines seraient dévolues à l'appareil digestif, et plus particulièrement à l'appendice, dont l'orientation endocrine peut être soutenue de par la présence dûment constatée des cellules argentaffines de Masson.

L'auteur, traitant, pour terminer, de l'endocrinothérapie appliquée aux affections digestives, fait justement remarquer à quel point, en opothérapie, peuvent différer les divers extraits organiques, selon leur mode de préparation, selon leurs doses, selon les tolérances individuelles. Aussi n'est-il rien d'étonnant à ce que les conclusions des auteurs présentent des divergences aussi notables que celles qu'il est courant des constater. A noter les résultats heureux des extraits thyroïdiens chez certains hyperchlorhydriques et dans la constipation ; ceux de l'hypophyse dans la constipation et dans les dyspepsies du goitre exophtalmique ; de l'extrait orchitique dans la constipation aussi. L'adrénaline serait très utile dans certaines diarrhées, dans les vomissements de la grossesse et de l'acétonémie. dans les péritonites et contre le choc chirurgical, L'insuline paraît devoir être recommandée dans l'ulcère gastrique, dans certains cas de constipation ; la médication parathyroïdienne agit contre les spasmes divers. N'oublions pas l'opothérapie entérique et surtout l'opothérapie

◆◆◆◆◆

duodénale ; on se rappellera que les extraits hépatiques sont d'excellents stimulants de l'appareil moteur et de l'appareil glandulaire. (*Le Bulletin médical*, 20 novembre 1926.)

Du traitement du coma diabétique.

MM. CHABANIER, M. LEBERT, C. LOBO-ONELL et F. LUMIÈRE rappellent que c'est la complication la plus redoutable du diabète ; il est pour ce dernier ce que l'urémie est pour les néphrites, à savoir le mode de terminaison le plus fréquent. Il existe deux phases dans son évolution : une phase prodromique, *précoma*, dans laquelle, avant même l'apparition de l'insuline, une évolution heureuse était considérée comme possible, et une phase d'état, *coma confirmé*, dont l'évolution était classiquement considérée comme fatale, et dont le pronostic, bien que considérablement amélioré depuis l'insuline, demeure cependant encore des plus sérieux. Voici, d'autre part, quelques considérations utiles au traitement, et qu'il convient de ne pas oublier.

Dans la détermination du coma un rôle, sinon exclusif, du moins primordial, est dévolu à l'acidose, constante dans les états comateux du diabète, et que met notamment en évidence l'abaissement de la réserve alcaline du plasma sanguin. L'acidose, et par suite l'acétonémie, sont dues non seulement à une hyperproduction des acides, mais encore à un trouble rénal, facteur de rétention de ces substances, et celui-ci joue un rôle des plus importants dans la détermination de l'acidose du diabète ; il faut donc de toute urgence, connaître, pour le pronostic, l'état fonctionnel des reins.

On n'oubliera pas non plus les causes habituelles d'acétonémie, qui sont : le jeûne hydrocarboné, les troubles gastro-intestinaux, les états infectieux, les interventions chirurgicales, surtout celles pratiquées sous anesthésie générale, au chloroforme notamment.

Ces causes ne doivent pas être oubliées pour prévenir le coma.

I. *A la période de précoma* (diabétique connu se plaignant de céphalée, d'insomnie nocturne, avec tendance à la somnolence diurne, la sensation d'oppression, d'inappétence) il faut aller vite et fort, et après un examen rapide du patient, sans attendre le résultat des examens de laboratoire, recourir sans délai à l'insuline, afin de sauver le patient. On injectera d'emblée 60 à 80 unités d'insuline en même temps qu'on fournira abondamment à l'organisme la matière, avec laquelle il va pouvoir refouler l'acétonémie, c'est-à-dire les hydrocarbonés (aussitôt après la piqûre, 60 à 80 gr. d'hydrocarbonés sous forme de fruits cuits, de champagne sucré, de sirops de fruits) ; on fractionnera l'absorption des hydrocarbonés en prises successives, de façon à ce que le maximum de passage du glucose dans le torrent circulatoire coïncide sensiblement avec la phase de maximum d'action de l'insuline.

De 4 à 5 heures après cette première piqûre, on fait un nouveau prélèvement d'urine et l'on effectue la réaction d'Imbert. Cet essai permet déjà de se rendre compte du sens dans lequel évolue l'acétonémie. Les examens établissent-ils que l'on est en présence d'une accentuation brutale et marquée de l'acétonémie et marquée de l'état diabétique (glycémie élevée : 3 grammes ou plus, acétonurie marquée), on intensifiera l'attaque thérapeutique ; pendant les premières 24 heures on répètera les injections à la dose initiale ou même à doses plus fortes : 80, 100 unités ou plus, toutes les quatre ou cinq heures.

Si, au contraire, on est en présence d'une poussée de moindre importance on maintiendra la dose initiale toutes les cinq ou six heures, ou même à intervalles plus éloignés, suivant les indications fournies par le laboratoire, avec ingestion d'hydrocarbonés.

Les effets observés dans cette manière de faire sont généralement rapides et marqués ; la réaction d'Imbert s'affaiblit fortement 10 à 15 heures après la première piqûre, puis disparaît parfois au bout de 24 heures. Parallèlement, les symptômes cliniques d'acétonémie s'atténuent et disparaissent. Dès lors on ramène à 3 par 24 heures le nombre des piqûres et à 60 le nombre des unités injectées chaque fois, et l'on maintient ce traitement pendant 2 à 3 jours.

Ensuite, si le précoma était survenu chez un diabétique grave, un traitement de fond par l'insuline s'impose, suivant les indications déjà publiées ; s'il s'agit d'un diabétique léger, on continuera le traitement insulinique, limité en durée à la durée même de la circonstance qui a déclenché l'acétonémie ; puis on instituera un traitement diététique.

Dans ces conditions, le traitement insulinique a complètement transformé le pronostic des états précomateux ; la guérison n'est plus exceptionnelle, et, les états précomateux se succédant, on n'arrive plus à l'état de coma grave, sauf cas tout à fait exceptionnels.

II. *Quand le coma est confirmé*, plus encore que dans la période prodromique, il s'agit d'aller vite. L'état fonctionnel des reins est capital, il y a une chute souvent considérable de la concentration maxima urinaire, et une augmentation notoire du taux de l'azotémie.

On fait sur-le-champ une injection sous-cutanée profonde de 60 à 80 unités d'insuline ; si le cœur est bon, sans défaillance, on peut y joindre, poussée très lentement, une injection intra-veineuse de 20 à 30 unités. Puis, administration d'hydrocarbonés, au besoin par les voies rectale, sous-cutanée et intra-veineuse : goutte à

goutte glucosé rectal ; sérum glucosé isotonique à 47 p. 1.000 sous la peau ou, si le cœur est bon, sérum glucosé hypertonique (100 ou 200 p. 1.000) intraveineux ; il faut ainsi injecter 60 à 100 gr. de glucose après chaque piqûre. Trois ou quatre heures après la première piqûre, on prélèvera les urines ; d'après la réaction d'Imbert on intensifiera, ou on ralentira le traitement insulinique en fréquence et en intensité. Le traitement sera ainsi conduit opiniâtrément jusqu'à ce que l'acétonurie devienne nulle ; il faut compter en moyenne 2 à 5 jours. La disparition de l'acétonurie est un point important ; mais l'acidose n'a pas pour cela cessé d'exister ; la réserve alcaline, bien que relevée, reste encore basse ; cette constatation invite à un pronostic d'autant plus réservé et au maintien d'autant plus prolongé de la thérapeutique mise en œuvre, que, par ailleurs, l'insuffisance rénale, décelée au début, conservera une importance plus marquée. Celle-ci est, en effet, capable, à elle seule, de provoquer une reprise de l'acidose, avec effondrement de la réserve alcaline du plasma, et rechute, fatale cette fois, du syndrome comateux. Et de plus, la plupart des fonctions organiques (foie, cœur) sont plus ou moins rapidement troublées au cours du coma confirmé ; il ne faut donc pas se borner à lutter contre l'acétonémie par l'insuline, mais actionner aussi la médication cardiaque, diurétique, etc.

Il y a donc intérêt à agir précocément et à ne pas attendre le coma confirmé pour recourir à l'insuline et à prévenir le coma plutôt que d'attendre qu'il se déclenche. (*La Presse médicale*, 19 janvier 1927.)

Le début de la tuberculose chez l'homme.

Par son étude, le Prof. Léon Bernard a voulu démontrer la nécessité de dépister la maladie d'une façon précoce.

La cuti-réaction étant, dans les villes, positive chez une proportion de 90 à 97 p. 100 sujets adultes bien portants, et ce taux étant acquis, ou peu s'en faut, dès la fin de l'adolescence, il est prouvé, contrairement aux idées anciennement admises, que l'infection tuberculeuse se fait au cours de l'enfance.

Tous les faits d'observation, comme aussi de laboratoire, démontrent 1° que la contagion est le fruit d'inoculations répétées en séries, sauf la rarissime exception d'une inoculation massive ; 2° que les effets de la contagion sont gouvernés par la quantité de bacilles inoculés.

Suivant l'âge de l'enfant, suivant les circonstances où il est exposé à rencontrer le bacille, circonstances qui commandent la richesse et les modes d'incidence de la contagion, suivant aussi les mesures qui sont prises durant cette agression infectante, dont on laisse continuer ou dont on interrompt le cours, celui-ci réagit par des modalités, qui vont depuis l'absence complète de toute manifestation spontanée jusqu'aux formes les plus graves, mortelles d'emblée de la maladie.

Mais ordinairement le début de l'infection est aussi dissimulé que la maladie peut devenir funeste ultérieurement, et, de manière constante, un signe ou plutôt une épreuve permet toujours de la déceler, l'épreuve à la tuberculine. C'est ce qu'explique que l'expression initiale de la tuberculose a été si longtemps méconnue, qu'elle est toujours si malaisée à dépister ; ce n'est que l'esprit averti de ces difficultés, qui peut être à même de formuler un diagnostic précis et certain. Il faut à cet effet, savoir se servir de la cuti-réaction, plus encore que de l'analyse sémiotique, y compris la radiologie.

C'est le dispensaire qui constitue le plus précieux instrument de dépistage au milieu des familles ; il ne faut pas se contenter d'une seule cuti-réaction ; si celle-ci est négative, elle doit être répétée, et répétée à l'abri de toute contamination, en séparant à ce moment l'enfant de toute contamination.

D'ailleurs, en cas de lésions évolutives, l'application du pneumothorax artificiel se heurte à des difficultés insurmontables et ne donne aucun résultat ; la seule thérapeutique est ici d'ordre prophylactique ; elle consiste à arrêter les inoculations répétées de l'enfant et à le séparer de son agent de contagion ; on peut ainsi transformer en évolution bénigne un processus qui, autrement, serait fatal. Grâce à la séparation dès la naissance (prophylaxie anté-natale) ou de la séparation après contact (prophylaxie post-natale), on modifie le pronostic, jadis inexorable, de la tuberculose de la première enfance ; il est possible ainsi de réduire cette maladie, naguère invincible à sa toute première manifestation. Ayant appris à reconnaître les modalités de son expression initiale, on est parvenu à circonscrire le mal. (*Paris médical*, 1er janvier 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur le zona zoster.

(MM. G. Marinesco et St. Draganesco. — *Académie de médecine* ; 12-4-1927.)

MM. Marinesco et Draganesco pensent que le zona zoster est une affection due à un ultra-virus qui,ayant pénétré par la peau, après avoir produit des lésions assez spéciales de la couche malpighienne, se propage le long des travées du derme, des vaisseaux et des nerfs qui s'y trouvent et, à la faveur de ces derniers, chemine le long des troncs nerveux pour arriver aux ganglions spinaux où il détermine un processus inflammatoire intense, ensuite se transmet aux racines, à la corne postérieure et même à la corne antérieure. L'envahissement des méninges est annoncé par la lymphocytose rachidienne. L'irritation des terminaisons nerveuses au moment de l'entrée du virus par la peau expliquerait les troubles de sensibilité et l'éruption.

Les auteurs ont essayé de transmettre le virus, soit par scarification cutanée, soit par injection hypodermique. En inoculant ainsi, à des adultes consentant, le contenu de vésicules de zona, ils ont obtenu, avec M. Sager, un résultat positif une fois sur quinze.

Les pratiques funéraires chez les musulmans tunisiens au point de vue de l'hygiène.

(M. B. Dinguizli. — *Académie de médecine* ; 12-4-27.)

Lorsqu'un indigène tunisien musulman meurt, son corps est l'objet d'un lavage purificateur d'ordre cultuel. Le cadavre est étendu sur une table spéciale, savonné, lavé, rincé, essuyé et sommairement habillé. Cette opération est confiée à des professionnels, les laveurs de morts et leurs aides, auxquels la famille remet, en dehors d'une rétribution pécuniaire, la literie et les vêtements du défunt. Inutile de dire que ces travailleurs d'un ordre spécial, s'empressent de vendre immédiatement au marché toute cette garde-robe qui, dans nombre de cas, peut être éminemment contagionnante.

Le corps est transporté au cimetière sur une civière pour les hommes, dans un cercueil pour les femmes (les femmes devant être cachées aux regards indiscrets). Les tombes où se font les inhumations sont profondes (1m . 10), recouvertes de dalles cimentées et d'une couche de terre de 35 à 40 centimètres. En droit musulman, chaque tombe devient (si l'on peut dire) la propriété exclusive du corps qu'elle abrite pendant un délai de trente ans. Une tolérance en autorise l'ouverture en vue d'une seconde inhumation mais cette tolérance n'est guère admise avant 8 à 10 ans au minimum.

Ces règles des inhumations ne soulèvent pas de critiques au point de vue de l'hygiène. Il n'en est pas de même des conditions dans lesquelles se pratiquent les lavages purificateurs et de l'habitude de remettre aux laveurs de corps la literie et les vêtements du défunt. M. Dinguizli voudrait que l'eau servant à ces ablutions mortuaires ne soit pas simplement rejetée hors de la maison, mais recueillie dans des récipients *ad hoc* pour être reversée aussitôt à l'égout. De même, les hardes et autres objets ayant appartenu aux morts devraient être désinfectés avant toute distribution ou vente. De même, enfin, il conviendrait d'interdire les transports sur civière, pour n'autoriser que les transports en bière. L'auteur demande à l'Académie de vouloir bien appuyer ses conclusions au nom de l'hygiène.

Traitement préventif des phlébites post-opératoires

(M. A. Morice, de Caen. — *Société de chirurgie* ; 30-3-1927.)

M. Auvray présente un rapport sur un travail de M. Morice concernant le traitement préventif par les auto-vaccins des phlébites après hystérectomies pour fibromes.

Ayant fait des prélèvements du mucus utérin, de façon aseptique, sur 14 opérées pour fibromes et les ayant soumis à l'examen bactériologique de M. Lebailly, l'auteur a été surpris de trouver 12 fois des streptocoques. Ces streptocoques lui ont paru jouer un rôle dans les phlébites post-opératoires, et il a eu l'idée de préparer avec les germes en question un auto-vaccin qu'il a appliqué perventivement. Sur 10 malades ainsi vaccinées, opérées d'hystérectomies, aucune n'a eu de phlébite mais ce chiffre est, il va sans dire, insuffisant pour permettre de conclure.

— M. Anselme Schwartz ne pense pas qu'il faille faire intervenir spécialement le streptocoque dans la genèse des phlébites post-opératoires. Pour sa part, il incrimine plus volontiers le coli-bacille, dont l'action est favorisée par une cause prédisposante, telle que l'inflammation des vaisseaux veineux utérins. Depuis un an, M. Schwartz fait vacciner tous ses malades devant subir une hystérectomie ou une appendicectomie avec un vaccin anti-colibacillaire.

— M. Picot attribue un rôle à la coagulabilité sanguine dans la pathogénie des phlébites post-opératoires. Il a constaté, en pareil cas, une coagulabilité augmentée notablement d'où l'habitude prise dans son service, de n'opérer qu'après avoir ramené par le citrate de soude la coagulation à la normale.

— M. de Martel estime que les phlébites post-opératoires sont dues le plus souvent à une infection *endogène*. Pour savoir si un sujet est sous le coup d'une infection, il fait établir sa formule leucocy-

taire. Une polynucléose même légère suffit pour reculer la date de l'opération. La polynucléose précède la fièvre et se prolonge bien après elle. Nos lecteurs se rappellent l'intéressant article publié sur cette question, dans nos colonnes, par M. de Martel en collaboration avec M. Antoine.

— M. J.-L. FAURE voit dans la grippe un élément provocateur des phlébites chez les opérés. Si bien que, pour les opérations non urgentes, pour les fibromes qui peuvent attendre en particulier, il conseille d'intervenir en dehors de toute période grippale, à la fin de l'hiver par exemple.

Dans le traitement de ces phlébites, M. Fauré utilise les applications de sangsues, conseillées par Termier il y a quelques années. Au premier soupçon de phlébite, il fait mettre des sangsues, renouvelées au besoin au bout de trois ou quatre jours.

— M. Pierre MOCQUOT a obtenu également de bons effets de cette thérapeutique. Après l'application de sangsues dans le pli de l'aine, l'œdème ne progresse pas, la fièvre et la douleur disparaissent.

— M. Paul MOURE pense que beaucoup de femmes atteintes de fibrome portent dans leur cavité utérine leurs germes d'infection post-opératoire. Ce microbisme latent explique certaines complications inattendues de l'opération. L'examen bactériologique des sécrétions utérines avant les hystérectomies pour fibrome permettrait de reconnaître les cas où il faudrait drainer, voire s'abstenir d'intervention. La vaccination pourrait avoir son utilité, et aussi le traitement arsenical léger dans le but d'agir sur la flore spirillaire.

Incisions circulaires pour sectionner le mamelon dans les opérations esthétiques du sein.

(M. DARTIGUES. — *Soc. des chirurgiens de Paris* 4-3-1927.)

Dans l'opération esthétique du prolapsus mammaire, en raison des rétractions en sens inverse du mamelon incisé et de l'ouverture de fenestration destinée à le recevoir, il faut faire la première incision plus grande que la dernière. D'autre part, il est assez difficile de bien suivre une ligne circulaire géométrique.

Pour aplanir ces difficultés, M. Dartigues a fait construire un inciseur circulaire, dont la lame peut couper en des points différents. L'instrument, qui est cylindrique, permet de bien centrer le mamelon et l'aréole.

Utilisation de la diathermie pour réchauffer les opérés.

(M Victor PAUCHET. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 18-3-1927.)

Le réchauffement des malades, au cours des interventions chirurgicales, est une question importante. Les procédés classiques utilisés pour lutter contre le refroidissement du patient sont loin d'être parfaits Les bottes de flanelle, les bouillottes d'eau chaude et même les grandes compresses électriques chauffantes n'apportent au malade qu'une chaleur externe et ont l'inconvénient de ne guère chauffer les organes internes.

Pour lutter contre le refroidissement, qui peut entraîner chez certains opérés, les cachectiques en particulier, des désastres, M. Pauchet a pensé utiliser au cours des actes opératoires une méthode qui a fait ses preuves en thérapeutique électrique : la diathermie.

La diathermie procure aux opérés une chaleur interne. Les courants de diathermie ont un effet de thermo-pénétration. Si, par exemple, deux électrodes diathermiques sont appliquées, l'une à la région dorsale, l'autre à la région ventrale d'un malade, celui-ci, au passage du courant, n'accusera aucune sensation d'électrisation, mais un sentiment de chaleur interne. Ses muscles, ses viscères, ses vertèbres seront chauffés aussi fortment que son revêtement cutané.

M. Pauchet recommande un appareil diathermique assez puissant, d'un débit régulier, d'un fonctionnement silencieux. Dans les opérations abdominales ou thoraciques, il applique une grande électrode embrassant toute la région dorsale et deux autres électrodes (dont les surfaces additionnées doivent égaler la grandeur de la plaque dorsale) sur la partie antéro-supérieure de chaque cuisse.

Petite précaution à prendre. Le chirurgien s'isolera en chaussant des souliers à semelle de caoutchouc, pour éviter la condensation de chaleur que pourrait provoquer le contact avec le malade d'un instrument tenu à main nue.

Opothérapie surrénale et diphtérie.

(MM. LEREBOULLET, GOURNAY et PIERROT. — *Soc. de pédiatrie* ; 21-12-1926.)

M. Lereboullet a appelé l'attention, en 1925, sur les bienfaits de l'opothérapie surrénale dans le traitement des diphtéries graves. Il recommandait l'emploi d'ampoules d'extrait persurrénal, ajoutant toutefois qu'il fallait en user avec prudence en raison des chocs dans quelques circonstances impressionnants qui succèdent à ces injections. L'auteur a eu recours depuis à cette thérapeutique qui lui a paru offrir de sérieux avantages. Avec la haute probité scientifique qu'il apporte toujours dans ses travaux il publie aujourd'hui un fait malheureux concernant ce mode de traitement.

Un enfant de 6 ans 1/2, entré à l'hôpital pour une angine diphtérique sérieuse, est soumis à la sérothérapie et à l'opothérapie surrénale par voie hypodermique. A la quatrième injection, le petit malade, deux minutes après la piqûre, pâlit, est pris de nausées, s'agite, se cyanose et perd connaissance. On injecte de l'huile camphrée et on fait inhaler du nitrite d'amyle. Après une amélioration de quelques minutes, retour des accidents et mort. A l'autopsie, congestion et hémorrhagies des surrénales. Ces acci-

◆◆◆◆◆◆

dents n'ont été que l'exagération extrême des troubles, à l'habitude légers (pâleur, nausées), qui suivent les injections d'extrait surrénal. M. Lereboullet ne croit pas qu'il faille abandonner cette méthode (il a fait plusieurs milliers d'injections de ce produit sans alerte inquiétante), méthode active et utile, mais il conviendra d'y recourir avec prudence

P. L.

Montpellier

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et *du Languedoc méditerranéen.*

Ulcère peptique après gastro-entérostomie, Présentation de pièces.

MM. Forgue, Mourgue-Molines et Mlle Turot. — Les auteurs rapportent l'histoire d'un homme qui, 3 ans après une gastro-entérostomie pour ulcus pylorique, présente des signes d'ulcère peptique L'évolution en fut anormalement longue. 10 ans plus tard le malade qui n'avait jamais voulu accepter une intervention vient mourir à l'hôpital. A l'autopsie ulcère peptique gastro-jéjunal avec oblitération partielle de la bouche, et oblitération presque complète de l'anse afférente. Il en était résulté un véritable circulus vitiosus avec énorme dilatation duodénale.

A propos de l'invagination intestinale aiguë. Intussusception iléo-colique chez un enfant de 3 ans.

MM. Massabuau, Guibal et Duponois. — Les auteurs retiennent deux points intéressants dans l'étude approfondie de leur observation.

1° La présence de lésions nécrotiques sur le dernier segment en amont de l'invagination,les vaisseaux de cette région se trouvant pincés en aval par le collier. Ces lésions («sphacèle rétrograde») sont importantes à connaître pour le pronostic de l'élimination spontanée éventuelle.

2° L'hésitation du chirurgien sur la conduite à suivre en face d'une désinvagination opératoire impossible : si l'extériorisation conseillée par Ombredanne est impossible, il faut se résoudre à la résection ; mais l'échec de n'importe quelle thérapeutique est à peu près certain, chez un malade vu tard. Les auteurs n'ont vu le leur qu'au quatrième jour ; la longueur de l'invagination (fin du grêle, côlon droit formant le cylindre) empêchait l'extériorisation ; l'intensité des lésions (gangrène) contraignit à la résection. Le malade, profondément intoxiqué, ne survécut que quelques heures.

Ophtalmie métastatique consécutive à un érysipèle chirurgical.

M. Villard. — Observation d'irido-choroïdite métastatique typique ayant entraîné la perte rapide et définitive de l'œil survenue 11 jours après le début d'un érysipèle très grave accompagné d'arthrites et apparu à la suite de l'incision d'un bubon consécutif à un chancre mou.

Emploi du masque prophylactique en médecine.

M. Etienne. — Dans les diverses maladies contagieuses dont la contagion est d'origine bucco-pharyngée, ce ne sont pas les sujets sains qui doivent être porteurs du masque prophylactique, mais plutôt les malades eux-mêmes. Ce moyen est plus pratique et plus efficace.

Prophylaxie de certains accidents de la vaccine.

M. Etienne. — L'auteur insiste sur les précautions d'aseptie insuffisamment prises habituellement dans la pratique de la vaccination antivariolique. Elles éviteraient bien des complications fâcheuses par l'infection secondaire locale de la plaie vaccinale.

Les Congrès

VIe Congrès de la Tuberculose.

(*Suite et fin*) (1)

Valeur séméiologique de l'examen bactériologique des crachats dans la tuberculose pulmonaire.

A 14 h. 30, M. Cordier (Lyon) vient faire l'exposé de son rapport sur la *valeur séméiologique de l'examen bactériologique des crachats dans la tuberculose pulmonaire.* Cette question est restée à l'ordre du jour depuis le Congrès de Strasbourg, où il a déjà été présenté un rapport à ce sujet par MM. Rist et Ameuille. Après avoir insisté sur la nécessité d'une recherche méthodique et prolongée dans les crachats avant de conclure négativement, avec examens directs, homogénéisations répétées et, en cas de carence, recherche dans le liquide gastrique, M. Cordier arrive aux conclusions suivantes :

1° **La présence de bacilles de Koch dans les crachats est la règle à peu près absolue au cours de toute tuberculose pulmonaire évolutive.** Il existe toutefois un certain nombre de sujets qui, tout en présentant des signes de bacillose pulmonaire, ne rejettent pas de bacilles. Si on élimine les faux tuberculeux, on

(1) *Concours Médical* n° 20.

trouve parmi ceux-là : des tuberculeux cicatrisés, des sujets porteurs de pneumothorax, enfin de vrais tuberculeux qui ne font leur preuve bactérioscopique que plus tard. Ces sujets, qu'il serait très important de ne pas méconnaître, sont, d'après les statistiques, réduits aux chiffres de 1 à 2,5 p. 100 ; ils correspondent aux formes infantiles et juvéniles, aux granulies lentes, aux lésions post-pleurétiques basales, aux processus de base, aux broncho-alvéolites incipientes et surtout aux formes scléreuses à évolution torpide. Or cette absence de bacilles n'est presque jamais définitive : tôt ou tard, l'évolution s'affirmant, les bacilles apparaissent. Comme conclusion, on peut dire qu'après élimination des fausses tuberculoses, un malade qui présente tous les signes cliniques d'une tuberculose pulmonaire, mais sans bacilles dans les crachats, doit cependant être tenu pour suspect ; mais si dans un délai de six mois, l'absence de bacilles est confirmée, on peut le considérer comme un tuberculeux cicatrisé.

2° **La présence des bacilles de Koch dans les crachats n'est pas une preuve absolue d'évolution** et on ne saurait trop insister sur les formes de tuberculose stagnantes avec élimination de bacilles sans extension clinique des lésions.

3° On peut considérer l'**intermittence des émissions de bacilles** comme un **signe favorable** surtout après une longue période d'émissions continues.

4° On ne peut parler de **tarissement réel** qu'après **six mois d'examens** complets et constamment *négatifs* et répétés une à deux fois par mois.

5° Il ne semble pas **qu'on puisse établir un pronostic d'après le nombre de bacilles** par champ, non plus que par leur *aspect morphologique*.

Au cours de la *discussion* :

M. Jullien (Lyon) apporte le résultat d'observations faites au cours d'expertises militaires. Il conclut que la recherche des bacilles dans les crachats est la pierre angulaire du diagnostic : positive, elle a une valeur absolue, mais négative si les signes cliniques sont importants, il faut chercher autre chose que la tuberculose ; en tout cas la recherche des bacilles ne peut résumer à elle seule la question de la tuberculose ; les émissions peuvent être tellement espacées qu'il faut pouvoir se passer d'elles.

MM. Armand Weill et Vibert insistent sur la recherche des bacilles dans le liquide stomacal.

M. Martin (Paris) compare les résultats fournis par la bactérioscopie avec les renseignements donnés par la radiologie.

M. Dumarest (Hauteville) proteste contre le délai de six mois proposé par M. Cordier pour laisser au malade le temps de faire sa preuve bactérioscopique ; pour lui, c'est un délai de six ans au moins qu'il faut lui accorder, car il est des formes tuberculeuses qui échappent pendant des années au contrôle bactériologique : les formes ganglionnaires, les formes post-pleurétiques et surtout les fibroses à évolution lente.

M. Urbain Guinard (Bligny) insiste sur l'importance de la bactérioscopie, M. Barbary (Nice) parle d'une méthode d'enrichissement des crachats.

M. Rist (Paris), pense, comme M. Cordier, que la plupart des tuberculeux arrivent à faire leur preuve bactérioscopique, mais en pratique il ne faut pas attendre cette confirmation et il faut s'appuyer sur un bon examen clinique. D'autre part, s'il est regrettable de laisser passer un tuberculeux, on ne saurait aussi assez insister sur les graves conséquences qu'il y a de considérer comme tuberculeux un sujet qui ne l'est pas.

M. Courcoux (Paris). Si la bactérioscopie peut donner la clé du problème, et si dans le milieu hospitalier on a les facilités de multiplier les examens à cet effet, dans la pratique du dispensaire, par exemple, il faut savoir faire rendre à l'examen clinique tout ce qu'on peut attendre de lui.

M. Jacquerod (Leysin). La seule preuve indiscutable de tuberculose pulmonaire est la présence de bacilles dans les crachats ; leur diminution après une longue période d'émission abondante est un signe favorable.

MM. Leuret et Boureille ne reconnaissent également qu'un signe certain de bacillose : la présence du bacille.

MM. Thévenot et Arloing (Lyon) insistent sur la technique de centrifugation des crachats et sur la nécessité de faire toujours précéder l'homogénéisation d'un examen direct.

M. Sergent (Paris) souligne la distinction à faire entre une tuberculose active et une tuberculose évolutive ; le diagnostic de la tuberculose est ou très facile ou presque impossible.

M. Philibert (Paris) parle de la méthode d'autolyse des crachats.

M. Piéry (Lyon) attire l'attention sur certains cas où l'homogénéisation s'étant montrée positive, l'inoculation au cobaye a été négative ; peut-être y a-t-il à ce fait autre chose qu'une raison paucibacillaire et peut-être la question des virus tuberculeux filtrants apportera-t-elle une explication. Malgré ce qui a pu être dit à ce sujet, M. Piéry pense également que la morphologie des bacilles n'est pas dépourvue de toute signification pronostique.

M. Bezançon (Paris) insiste à son tour sur la nécessité de commencer tout examen de crachats par l'examen direct ; malgré le secours de la bactérioscopie, la méthode de clinique générale doit garder toute sa valeur ; il ne faut s'exposer non plus à méconnaître la tuberculose dans ses formes larvées : que de bronchites cataloguées banales ne sont que de la *petite tuberculose fibreuse*, prélude de lésions classiques plus graves !

M. Bard (Lyon) est du même avis que M. Rist ; il est quelquefois plus préjudiciable au malade de le considérer à tort comme un tuberculeux que de le méconnaître, petit tuberculeux qui guérira souvent sans aucun soin.

La discussion du rapport Cordier est close et les congressistes sont emmenés pour la visite d'une

deuxième série de formations sanitaires : pouponnière de Cuire, préventorium de Cuire, internat de plein air du Vernay, maison d'hygiène de la Chaux.

Le soir à 21 heures, tous les congressistes se retrouvent à la soirée offerte aimablement au palais du Conservatoire par M. et Mme Mouisset. Le Dr Grange fait défiler par projections de plaques autochchromes les coins à la fois les plus artistiques et les plus inconnus de cette délicieuse Provence ; ces plaques, dues au talent des Dr Grange et Darmezin sont si évocatrices dans leur lumineuse reproduction qu'elles soulèvent l'enthousiasme des spectateurs. Cet enthousiasme ne fait que s'affirmer quand, dans la deuxième partie du spectacle, le quatuor Crinière se fait entendre dans des quatuors de Beethoven et de Debussy.

Préventoriums et placement familial.

La troisième journée du Congrès est réservée aux questions de médecine sociale et de prophylaxie antituberculeuse. A 9 h. 30, est entendu, présenté par M. Poix, le rapport de MM. Léon Bernard et Poix (Paris) sur *Préventoriums et placement familial.* L'idée du *préventorium*, exposée pour la première fois par Brouardel en 1905, puis reprise par Grancher en 1906, repose en entier sur la conception qu'en matière de tuberculose plus qu'ailleurs il vaut mieux prévenir que guérir. La ville de Lyon, avec l'appui de M. Herriot, fut la première à mettre en pratique l'intéressante tentative réclamée par le grand phtisiologue parisien en affectant en 1907 à la prophylaxie antituberculeuse le magnifique château du Vernay. Le terme de préventorium (qui signifie prévenir) créé par Calmette a d'abord servi à désigner des établissements destinés à recevoir des enfants anémiés, chétifs, susceptibles de constituer une proie facile à l'infection tuberculeuse ; mais en 1922, sur la proposition de Léon Bernard, il a reçu sa définition officielle et il est actuellement réservé aux formes curables et non contagieuses de la tuberculose — tuberculoses pulmonaires exclues. Les *indications* du séjour d'un enfant en préventorium ressortissent à trois facteurs : *médical* (ancien lymphatisme et prétuberculose), *prophylactique* (suppression de la surinfection familiale), *social* (familles nombreuses et nécessiteuses). Il existe plusieurs variétés de préventoriums : préventoriums de plaine, de montagne, maritimes, avec leurs indications respectives. Outre ces conditions climatiques, le préventorium doit remplir d'autres conditions de fonctionnement et d'organisation bien déterminées ; il doit en particulier être soumis à une surveillance médicale des plus attentives. Le recrutement s'opère surtoutpar le service d'inspection des écoles et par le dispensaire. Avec toutes les conditions réalisées, les résultats de la cure préventoriale sont généralement excellents ainsi que l'ont montré M. Mouisset et ses collaborateurs par une statistique relative à 1200 enfants du département du Rhône. A côté du *préventorium*, il y a aussi le *placement familial*, dont nous devons encore à Grancher la conception et la réalisation. C'est sur cette idée que repose toute l'*œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose* : les pupilles sont confiés à d'excellents médecins de campagne qui choisissent les maisons de paysans où ils pourront recevoir tous les soins nécessaires et où ils exerceront eux-mêmes la surveillance médicale.

Médicalement, cette œuvre supprime toutes les causes de la tuberculose sociale, l'enfant étant enlevé à la promiscuité d'un logis infecté de tuberculose. Au début, ces mesures d'isolement ne s'appliquaient qu'aux enfants âgés de plus de trois ans, mais il est intéressant de soustraire l'enfant dès le premier jour au contage familial, et c'est de cette idée qu'est née l'*œuvre du placement familial des Tout-Petits*. Comme l'a montré M. Léon Bernard, les chiffres statistiques qu'il a obtenus à la suite de ses enquêtes sont éloquents : alors que la mortalité des enfants laissés au contact de parents malades est de 82 p. 100, celle des enfants préservés totalement de la contagion familiale est de 5,7 p. 100, et parmi les enfants déjà contaminés mais susceptibles d'être envoyés en placement, de 7,6 p. 100 seulement.

Ce rapport est alors *discuté*.

MM. Armand-Delille et Pontet soulignent l'influence néfaste de la surpension de 7.000 francs pour les réformés de guerre sur la prévention antituberculeuse. Cette mesure a eu pour résultat l'abandon des sanatoriums et le retour dans leur famille des sujets contagieux.

M. Boureille (Paris), insiste sur l'avantage qu'il y aurait de rallier les différentes corporations à la lutte contre la tuberculose pour que l'exemple des cheminots soit suivi.

M. Eugène Vitry émet le vœu qu'on institue deux variétés de préventoriums, les uns pour les enfants tuberculeux, les autres pour les chétifs susceptibles de le devenir.

M. Mouriquand (Lyon), montre le danger de mettre des enfants trop jeunes en collectivité, à cause de la fréquence et de la gravité toute particulière des maladies contagieuses dans ces conditions; on ne saurait trop insister également sur le choix judicieux des nourriciers, car la tuberculose paraît de plus en plus fréquente à la campagne.

M. Genévrier. La conception de la nécessité d'une cuti-réaction positive pour l'admission en préventorium est injuste, car les enfants qui ont une cuti-réaction négative ont plus besoin encore d'être soustraits à la gravité de la primo-infection.

M. Mouisset se montre très large pour l'admission des enfants au préventorium. Il a gardé au préventorium sa première signification -(prévenir) et le fait servir à l'application de l'œuvre Grancher pour la deuxième enfance.

M. Rist propose que le Congrès émette un vœu à adresser aux pouvoirs publics au sujet du danger de la loi de surpension.

MM. Mouisset, Courmont et Sergent viennent insister sur les abus de la loi des pensions.

De la collaboration du Corps médical avec le dispensaire.

La fin de la matinée est consacrée au rapport de M. Parisot (Nancy) : *De la collaboration du corps médical avec le dispensaire.* M. Parisot, après avoir rappelé que la création des dispensaires a suscité une certaine réaction dans le corps médical pratiquant et qu'une certaine animosité à l'égard de ces organismes subsiste encore chez certains médecins, insiste sur la nécessité cependant de plus en plus grande d'une étroite collaboration entre le corps médical et le dispensaire.

1° *Cette collaboration est nécessaire et importante* à trois points de vue : a) *au point de vue de la lutte antituberculeuse*, de sa vitalité, de son efficacité ; b) *au point de vue du malade*, car le diagnostic et la conduite thérapeutique en sont facilités ; c) *au point de vue du médecin*, qui sans cela irait à l'encontre de l'intérêt de son malade, de l'intérêt social et même de son propre intérêt.

2° *Cette collaboration existe déjà en France* et s'exerce : a) *par la collaboration entre le groupement qui a pris en charge l'organisation de lutte antituberculeuse et le corps médical* ; b) *par la collaboration des médecins au dispensaire* ; c) *par la collaboration des médecins et des infirmières-visiteuses.* On peut dire que cette collaboration s'est déjà fortement étendue et existe actuellement dans les sept dixièmes des départements.

3° *Comment peut-on intensifier cette collaboration ?* *a*) Il faut organiser officiellement cette collaboration entre les syndicats et les offices ; *b*) assurer de la sorte la facilité de collaboration entre les praticiens et le dispensaire ; *c*) tenir le corps médical régional au courant de l'organisation de l'hygiène sociale locale ; *d*) vulgariser ces notions d'hygiène sociale dans l'instruction donnée aux étudiants.

A la *discussion* prennent part :

M. Gaussel (Montpellier) parle en délégué de l'Union des Syndicats médicaux de France ; il demande que dans toute organisation sociale le corps médical soit obligatoirement représenté, que les délégués soient nommés par le syndicat et que ce dernier soit l'intermédiaire entre les organismes de lutte antituberculeuse et les praticiens.

M. Duvernoy (Besançon) est d'avis que la lutte antituberculeuse doit être faite par le médecin praticien lui-même, le dispensaire ne fait que contribuer au diagnostic et se charge de l'orientation vers les formations sanitaires.

M. Amster (Angers) insiste sur la collaboration avec le médecin praticien et critique le contrat en stipulation formelle.

L'après-midi, après réunion à 13 h. 30 de la *Société des médecins de sanatorium et de dispensaires d'hygiène sociale*, la lecture des rapports reprend à 1 heures et la parole est donnée à Mlle Delagrange (Paris) sur l'*Infirmière-chef départementale, son rôle social.* L'expérience d'une infirmière-chef départementale réalisée dans environ vingt-cinq départements montre le rôle important qu'elle peut jouer : a) *Au dispensaire* : vérifications de la tenue des fiches, registres, rapports, surveillance de la régularité des permanences et heures de présence au dispensaire ; surveillance de la tenue professionnelle des infirmières, de la correction des locaux, relevé de la statistique de tous les dispensaires, fonctionnement du fichier central. b) *A l'extérieur* : elle conseille l'infirmière-visiteuse au sujet de l'organisation de son emploi du temps, vérifie la régularité et l'opportunité des visites, conseille la débutante et a une vue d'ensemble de toute le travail social. L'infirmière-chef départementale *peut être utile*, dit le règlement intérieur des dispensaires ; Mlle Delagrange dit *qu'elle est utile.*

C'est au tour de Mme Delafontaine (Paris) de venir parler de *la part de l'initiative dans le travail des infirmières-visiteuses antituberculeuses.* Elle insiste sur la nécessité de pouvoir compter sur l'initiative personnelle, qui est beaucoup plus utile chez les infirmières-visiteuses, bien souvent livrées à elles-mêmes que chez les infirmières hospitalières, qui sont sans cesse placées sous la surveillance médicale et qui le plus souvent n'ont qu'à exécuter des prescriptions.

Enfin le dernier rapport est celui de Mlle Hervey (Rouen) sur *l'importance de la formation hospitalière pour les visiteuses d'hygiène sociale et du rôle des infirmières polyvalentes.* Mlle Hervey aboutit aux conclusions suivantes : *a*) Toute infirmière-visiteuse diplômée d'Etat doit avoir comme base indispensable des études hospitalières complètes ; *b*) il y aurait lieu de remplacer dans la plus grande mesure la spécialisation par la polyvalence.

Au cours de la *discussion* de ces trois rapports sont entendus successivement :

M. Lievre-Brisard (Evreux), qui ne comprend pas la nécessité d'une visiteuse-chef départementale pour la formation pratique des débutantes ; il serait plus simple, avant de laisser la visiteuse livrée à elle-même, de lui faire faire un stage dans un dispensaire auprès d'une de ses aînées.

M. Gaussel n'est pas opposé à l'infirmière-chef dans les départements où il y a un grand nombre de visiteuses, mais il est indispensable auparavant, pour éviter les frictions, de délimiter exactement ses attributions et ses rapports avec le corps médical ; il lui reconnaît un rôle de coordination plutôt que de direction.

M. Brébion. L'infirmière sociale future devra tenir ses directives d'une organisation centrale, départementale ou communale et ne pas dépendre d'un médecin ou d'un autre ; de plus, il serait à désirer que les infirmières-visiteuses aient l'expérience de l'âge.

M. Rist, pour terminer, vient rendre un hommage à la précieuse collaboration des infirmières-visiteuses au corps médical.

A 16 *heures* commence la séance de clôture du Congrès. M. le ministre du Travail et de l'Hygiène, qui devait la présider, s'étant fait excuser, la prési-

dence est donnée à M. Bezançon. Celui-ci rend hommage à tous ceux qui ont assuré le succès du Congrès, il exprime surtout sa reconnaissance à M. Mouisset, qui en a été le grand organisateur, et il associe à ses éloges sa dévouée collaboratrice Mme Mouisset. M. Mouisset prend à son tour la parole et déclare clos le VI[e] Congrès de la tuberculose.

La troisième journée est complétée par la fin des visites aux formations sanitaires. Un premier groupe va visiter : bureau d'hygiène, musée d'hygiène, institut bactériologique, dispensaire Jules-Courmont, tandis qu'un deuxième groupe se rend à la maison de l'Enfance, à l'hôpital de Grange-Blanche, au stade municipal et à l'Ecole des visiteuses.

Le soir, à 19 h. 30, un banquet servi dans les salons Berrier-Willet réunit la plupart des congressistes.

Si les travaux purement scientifiques du Congrès sont terminés, le Congrès lui-même se prolonge encore le jeudi 14 avril, et la dernière journée est tout entière consacrée à une *excursion à l'importante station sanatoriale de Hauteville* (Ain), dont voici le compte rendu :

Départ à 7 h. 30 de Lyon en cars alpins. Itinéraire Meximieux-Ambérieu-Tenay-Hauteville (temps splendide). Arrivée et rassemblement vers 10 h. 30 au sanatorium de Mangini de l'Œuvre lyonnaise des tuberculeux indigents. A 11 heures, dans la salle des fêtes, après un petit discours d'introduction du Dr Mouisset, M. le Dr Dumarest fait une conférence. Il rappelle que le sanatorium Mangini est le premier des sanatoriums populaires français ; en vingt-sept ans, 6.000 malades y ont fait un séjour de plus de trois mois ; ils ont été par ce fait les meilleurs propagandistes non seulement de la cure hygiénique, mais de la prophylaxie antituberculeuse, et à ce propos l'orateur se demande si, socialement parlant, le rôle d'éducation populaire du sanatorium n'est pas le plus important. La majorité des malades n'est qu'améliorée et non guérie, mais tous apprennent à se soigner. Guérir quelques tuberculeux curables, éduquer, rendre conscients et outiller le mieux possible en vue du retour à la vie ordinaire la grande masse des améliorables et des chroniques, telle est, pense M. Dumarest, la fonction du sanatorium. Le sanatorium doit avoir un rôle moral également ; il ne faut pas, en particulier, laisser s'implanter chez le malade l'idée du droit à l'oisiveté, et l'axiome de la nécessité du repos absolu pour tous les tuberculeux est socialement nuisible.

Le Dr Dumarest, en s'excusant d'avoir l'air de plaider *pro domo*, insiste sur l'importance thérapeutique du climat d'altitude et aussi sur l'important adjuvant qu'est la collapsothérapie.

Après la conférence du Dr Dumarest les congressistes sont conviés à un lunch aimablement servi, puis ils visitent le sanatorium Mangini sous la conduite du Dr Dumarest et du Dr Brette, médecins du sanatorium. Les congressistes font ensuite en cars le tour de toute la station d'Hauteville. 1° Visite du sanatorium du Dr Philip (sanatorium du Sermay) où ils assistent à une séance d'héliothérapie laryngée ; 2° visite du sanatorium départemental de Bellecombe (médecin-chef : Dr Farjon) ; 3° visite du sanatorium l'Espérance (fondation Adélaïde de Rothschild ; médecin-chef : Dr Bonafé) ; 4° visite du sanatorium de Belligneux (médecin-chef : Dr Dumarest ; médecin résidant : Dr Bonafé) ; 6° visite du sanatorium de la Croix-Rouge française (château d'Angeville), sous la conduite du Dr Rochette, médecin-chef. Un goûter est servi sur la terrasse du château, d'où les visiteurs jouissent d'une vue splendide sur toute la station d'Hauteville.

A 6 heures du soir, retour à Lyon : les congressistes se séparent définitivement ; tous donnent l'impression d'être pleinement satisfaits de ces quatre journées passées dans la région lyonnaise et de s'associer aux paroles d'enthousiasme reconnaissant prononcées par M. Bezançon à la séance de clôture du Congrès à l'égard de son organisateur, M. Mouisset (1).

Dr Despeignes.

Les Livres

Norbert Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Vaquez et Lian. — **Appareil circulatoire**. T. I., 2e édition. Volume du Traité de Pathologie médicale publié sous la direction du professeur Sergent, des Drs Ribadeau-Dumas et Babonneix.

Le professeur Vaquez, dans l'Introduction de cet ouvrage, fait un historique rapide de la pathologie cardiaque, dont le point de départ ne remonte guère plus haut que 1806, date de l'apparition du livre de Corvisart, qui « constituait une véritable révolution. »

Il montre les progrès réalisés et les découvertes effectuées successivement par Laennec, Bouillaud, Potain, qui le premier, utilisa la méthode graphique pour inscrire le tracé du pouls. A dater du professeur Potain, la cardiologie fait des progrès rapides et s'enrichit des notions relatives à l'hypertension et à sa mesure, des données précises de la radioscopie et de la radiologie, de l'électrocardiographie, des relations entre les lésions rénales et les affections cardiaques... On parvient à mesurer l'aptitude fonctionnelle du cœur d'une façon de plus en plus rigoureuse.

(1) Compte rendu de l'Association de la Presse Médicale française.

A la connaissance de plus en plus exacte du fonctionnement du cœur, tant à l'état physiologique que dans ses perturbations pathologiques, s'est superposée une thérapeutique plus efficace et d'un maniement plus rigoureux, dont l'ouabaïne est un des éléments les plus récemment découverts et heureusement employés.

Tout se ramène finalement à une notion primordiale d'insuffisance cardiaque, laquelle « revêt des aspects dissemblables, quant à ses symptômes et à la façon dont elle réagit aux médicaments. Aussi, devons-nous avoir pour but de procéder, non par synthèse, mais par analyse et de distinguer les diverses variétés de l'insuffisance en cherchant le remède qui convient à chacune d'elles. Pour y parvenir, ce n'est pas sur des formules mathématiques qu'il faut se guider, mais — suivant le principe même de la médecine — sur l'observation patiente et méthodique du malade ».

Le Dr C. Lian, professeur agrégé, bien connu des lecteurs du *Concours médical*, s'est chargé de l'exposé didactique des maladies du cœur dont « le diagnostic ne consiste pas exclusivement à établir si les troubles fonctionnels accusés par le patient sont dus à une lésion cardiaque, et à préciser, le cas échéant, la nature ainsi que le siège de cette lésion... L'autre partie du diagnostic, non moins importante est la nécessité d'établir le bilan de la valeur fonctionnelle du cœur ».

Sur ces prémisses, le Dr Lian étudie tout d'abord l'insuffisance cardiaque dans ses divers types cliniques : syndrome d'encombrement vasculaire progressif, syndrome d'encombrement aigu de la circulation pulmonaire, syndrome de surcharge ventriculaire gauche, syndrome de surcharge ventriculaire droite... Puis, il passe en revue les affections du péricarde, de l'endocarde, les troubles du rythme, les syndromes myocardiques, les cardiopathies traumatiques, et quelques syndromes cardiaques tels que les angines de poitrine, les douleurs précordiales, la syncope, tout cela dans un esprit clinique et thérapeutique, à l'intention des praticiens, auxquels je recommande tout particulièrement la possession de cet ouvrage, qui marque la mise au point la plus récente de la pathologie cardiaque. D'ailleurs, mon ami Lian a bien voulu m'autoriser à reproduire certains chapitres de son livre, de telle sorte que nos abonnés auront un aperçu très personnel de sa manière et du profit que l'on peut tirer de sa grande expérience et du fruit de ses méditations des nombreuses observations cliniques qu'il a recueillies.

G. Duchesne

Les Thèses

P. — Dr Charles Brody. — **Conception moderne de la péritonite tuberculeuse et de son traitement.** (Paris, librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, 1926.)

Ainsi qu'il ressort des témoignages recueillis auprès des nombreux spécialistes, médecins et chirurgiens ayant en la matière la plus haute compétence, et comme les observations le confirment, la péritonite tuberculeuse n'est point rare chez l'adulte ; bien au contraire, c'est une maladie assez fréquente et que le fonctionnement des dispensaires avec leurs médecins spécialistes aide à diagnostiquer beaucoup plus souvent aujourd'hui qu'autrefois.

La loi de Godelier, qui fait une règle de la coexistence des lésions tuberculeuses pleuro-péritonéales, n'est pas exacte, et ce fait est reconnu presque d'une façon unanime par tous. Elle fait surtout défaut dans les pelvi-péritonites, qui ne remontent pas plus haut, ne dépassent pas le diaphragme et n'atteignent pas la plèvre.

La péritonite tuberculeuse n'ayant pas de signe pathognomonique caractéristique, le dépistage de son origine tuberculeuse réclame l'application de l'épreuve de Kuss, que l'on réservait jusqu'ici exclusivement aux pulmonaires. Elles confère l'immunité contre la tuberculose pulmonaire ; il est exceptionnel, après la péritonite tuberculeuse, d'avoir une tuberculose pulmonaire grave.

Les troubles menstruels qui, dans la grande majorité des cas, précèdent ses autres symptômes et ne ressemblent pas aux troubles observés chez les pulmonaires, peuvent être considérés comme de véritables « *signes d'alarme* », souvent précurseurs de son existence. Ces troubles consistent presque toujours en des périodes d'aménorrhée, rarement de métrorragie. La laparotomie est inutile, sauf des cas exceptionnels, comme traitement de la péritonite tuberculeuse.

L'héliothérapie a sur la péritonite tuberculeuse une action incontestablement efficace, et peut se pratiquer *partout*, quoique, bien entendu, il vaille toujours mieux pouvoir faire la cure solaire à l'altitude et dans un climat permettant de nombreuses heures d'insolation. Si on ne peut pas recourir à l'héliothérapie, il faut employer les rayons ultra-violets, qui donnent aussi d'excellents résultats. Il importe alors de pratiquer, au lieu de l'irradiation partielle en usage aujourd'hui, l'irradiation totale du corps, qui donnera des résultats infiniment supérieurs.

La péritonite tuberculeuse ne doit plus s'appeler « tuberculose chirurgicale », ou, « tuberculose externe », ces appellations étant impropres, ni être rangée dans le domaine de la chirurgie, mais classée dans celui de la médecine qui, sauf des cas exceptionnels, est celui qui lui convient, et garder son nom de *péritonite tuberculeuse*, qui désigne aussi bien l'agent pathogène que l'endroit touché.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

Pour procurer aux malades
un Sommeil bienfaisant et réparateur

Le Sirop Gelineau

(Bromure de potassium et chloral)
est resté
LA PRÉPARATION CLASSIQUE
sûre en ses résultats, supérieure aux hypnotiques récents;
toujours bien tolérée, son administration ne laissant à redouter aucun accident consécutif.

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

LABORATOIRE
J. MOUSNIER
30, rue Houdan
à SCEAUX
(près PARIS)
et Phcies

R. C. Seine 203.822

Épilepsie !!

dans l'état actuel de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

STIMULANT du SYSTÈME NERVEUX
TONIQUE GÉNÉRAL - APÉRITIF -
fixateur des sels de chaux -

RACHITISME - ANÉMIE - DIABÈTE
ALGIES - CONVALESCENCE
TUBERCULOSE.

Spécifique des maladies nerveuses

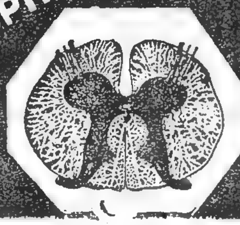
FOSFOXYL

TERPÉNOLHYPOPHOSPHITE SODIQUE CARRON $C^{10}H^{16}PO^3Na$

3 formes d'égales activités.

Fosfoxyl Pilules
Fosfoxyl Sirop
Fosfoxyl Liqueur (pour diabétiques)

Dose moyenne par 24 heures
8 pilules ou 2 cuillerées à dessert.
à prendre dans un peu d'eau.



Laboratoires Carron, 89, rue de St-Cloud à Clamart (Seine)

BROMONE ROBIN

GOUTTES INJECTABLE R.C. 224839

Spécifique des Affections nerveuses

Traitement de l'**INSOMNIE NERVEUSE**

LABORATOIRES **ROBIN**, 13, Rue de Poissy, PARIS

PSORIASIS ET ARSENIC

Par M. le Dr J. M. Sacaze.

Nous avons eu l'occasion tout récemment (1) d'étudier l'efficacité de l'arsylène dans le traitement des formes prolongées et des séquelles de l'encéphalite épidémique et, après Culty, Schneider, Valois (2), nous avons montré que cet arsenic organique nouveau donnait, dans la sclérose en plaques, dans les symptômes parkinsonniens, des résultats excessivement intéressants.

L'arsylène, on le sait, se présente sous trois formes : les granules dosés à un centigramme d'acide allylarsinique qui sont administrables par voie buccale et qui permettent d'instituer la méthode progressive de Fowler ; les ampoules de 2 cc. en solution glucosée dosées à 0,05 centigrammes qui sont utilisées pour les traitements d'entretien et dans les cas où l'on veut obtenir seulement une toni-stimulation de l'organisme et, enfin les ampoules de 5 cc. en solution glucosée dosées à 0,20 centigrammes qui sont employées pour les traitements intensifs, pour les doses massives ; ces ampoules peuvent être injectées en plein muscle ; elles sont absolument indolores. Dans les cas graves, on peut préférer la voie endoveineuse.

Dans les maladies de peau et en particulier dans le psoriasis, l'arsylène a été utilisé avec d'excellents effets par MM. Vigne et Fournier (*Sud médical et chir.*, 15 déc. 1925). Sur 8 cas, ils ont obtenu 3 guérisons complètes et 5 améliorations très nettes, et ils ont constaté que la tolérance du médicament était parfaite. Quand on considère combien est décevante la thérapeutique du psoriasis, on voit avec satisfaction que l'on trouve dans ce médicament un moyen thérapeutique des plus efficaces.

Or, voici M. Bénech qui, à la séance du 26 janvier 1927 de la Société française de dermatologie et syphiligraphie, vient de publier à son tour quelques observations absolument concluantes, parmi lesquelles nous citons volontiers la suivante :

« Un jeune homme de 23 ans, héréditairement chargé, présentant un dysfonctionnement endocrinien, est atteint d'un psoriasis tenace depuis 4 ans et résistant à tout traitement tant externe qu'interne. L'opothérapie polyglandulaire combinée au traitement externe (acide chrysophanique) n'amène que des améliorations passagères, mais cependant très nettes.

« Nous pensons au cours d'une de ces améliorations apporter l'adjuvant de l'arsenic sous forme d'arsylène (réaction de Bordet-Wassermann négative chez le malade et chez les parents) Nous faisons au malade une série de 20 injections d'arsylène à raison d'une ampoule de 5 centimètres cubes à 4 % d'arsylène tous les jours pendant 20 jours. Le malade au bout de ce temps voit ses squames tomber rapidement ; la pigmentation sous-jacente, d'habitude très tenace, s'atténue notablement. Le malade après cette série est laissé un mois au repos. Ensuite il est recommencé une nouvelle série de 20 injections. Le malade est resté sans poussée psoriasique sérieuse depuis 10 mois.

« Actuellement il se produit une nouvelle poussée moins forte que d'habitude ; le traitement a été repris sur les mêmes bases.

« La combinaison de l'opothérapie et du composé arsenical employé sans ennui à hautes doses, semble donc avoir donné une amélioration durable. »

Cse deux études si documentées, qui sont tout à l'avantage de la médication arsenicale, prouvent également que, parmi les arsenics organiques, l'arsylène est certainement le mieux toléré et le plus actif. Aussi est-il susceptible de rendre les plus grands services, non seulement aux neurologues et psychiatres, dans les scléroses en plaques, les symptômes parkinsonniens, les séquelles de l'encéphalite, non seulement aux dermatologistes, dans la cure du psoriasis et des dermatoses graves, mais encore et surtout à tous les médecins praticiens qui utilisent généralement les cacodylates, les méthylarsinates ou des formules plus ou moins complexes. Les ampoules de 5 cc. en solution glucosée, parfaitement indolores, par voie intramusculaire, permettent au médecin d'instituer ou de pratiquer lui-même un traitement intensif sans aucun inconvénient. Les ampoules de 2 cc. donnent la possibilité de diriger un traitement d'entretien toni-stimulant. Les granules enfin sont réservés à la voie buccale. On a pu dire justement que, grâce à ces trois formes, l'arsylène était le plus pratique des arsenics organiques.

---

(1) *Bulletin médical*, Paris, 27 avril 1927.
(2) Thèses de Lyon, 1925 et Lille, 1926.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

ETUDE JURIDIQUE ET PRATIQUE SUR LA CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL

La loi du 25 mars 1919, qui réglemente la convention collective de travail, a été codifiée et figure au chapitre IV *bis* du Livre premier du Code du Travail et de la Prévoyance sociale.

La définition suivante est donnée par l'article 31 dudit Code :

« La Convention collective de travail est un contrat relatif aux conditions du travail, conclu entre, d'une part, les représentants d'un syndicat professionnel, ou de tout autre groupement d'employés et d'autre part, les représentants d'un syndicat professionnel, ou de tout autre groupement d'employeurs, ou plusieurs employeurs contractant à titre personnel, ou même un seul employeur.

« Elle détermine les engagements pris par chacune des parties envers l'autre partie et, notamment, certaines conditions auxquelles doivent satisfaire les contrats de travail individuels, ou d'équipe, que les personnes, liées par la convention, passent soit entre elles, soit avec des tiers, pour le genre de travail qui fait l'objet de ladite convention. »

La première question, qui vient à l'esprit, est la suivante : un syndicat médical peut-il se placer sous l'égide de ce texte du Code du travail ? Exerçant une profession libérale, n'étant, par suite, ni des ouvriers, ni des employés, les médecins peuvent-ils bénéficier de la législation sur les conventions collectives du travail ?

La question est controversée, en droit pur, car le médecin, bien que salarié dans certaines circonstances, conserve néanmoins une liberté professionnelle dans l'accomplissemet de sa tâche médicale.

Son diplôme de docteur en médecine lui donne une indépendance absolue, à l'égard de quiconque n'est pas médecin.

Néanmoins, pour ne pas discuter plus à fond ce point doctrinal, j'estime personnellement que les syndicats de médecins tiennent leur existence légale , non seulement de l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892, mais aussi des termes de la loi du 12 mars 1920, reconnaissant à toutes les professions libérales le droit de se constituer en syndicats.

D'ailleurs l'article 2 du Livre III du Code du Travail et de la Prévoyance sociales, est ainsi conçu :

« Les syndicats ou associations professionnelles de personnes exerçant la même profession, des métiers similaires, ou des professions connexes, concourant à l'établissement de produits déterminés, ou la même profession libérale, peuvent se constituer librement. »

Il s'en suit, à mon sens, que syndicats de métiers ou de professions libérales, ont les mêmes devoirs et droits, découlant des termes du Code du Travail.

Par conséquent, un syndicat médical est parfaitement qualifié pour contracter collectivement, pour l'organisation de soins à donner à des malades, dépendant de collectivités publiques ou privées.

Mais, autre question : le Syndicat médical a-t-il le droit de ne contracter que pour ses seuls membres ? ou bien peut-il stipuler pour autrui, c'est-à-dire faire inscrire, dans la convention collective, que tout médecin, syndiqué ou non, qui adhèrera aux termes de la convention, aura le droit de soigner la catégorie visée de malades, à l'exclusion de tout autre médecin ?

Bien que sujet à discussion, juridiquement, un tel accord peut être considéré licite ; mais le problème se présente également sous un jour déontologique.

Certains syndicats estiment que le libre choix doit être étendu à tout médecin, qui, syndiqué ou non, se soumet aux conditions prévues par l'accord collectif de travail.

D'autres groupes professionnels, au contraire, entendent réserver à leurs seuls membres les avantages que, par leur diligence, leur puissance corporative, ils ont pu obtenir.

Il est équitable, disent-ils, que seuls soient les bénéficiaires des conventions syndicales, les médecins qui sont adhérents au groupe, qui soutiennent ce dernier, par leurs cotisation, qui travaillent pour le groupe et assistent aux assemblées générales, alors que les non syndiqués gardent leur argent pour eux et même voient les clients de leurs confrères, pendant que ceux-ci se déplacent, pour assister aux réunions et assemblées générales du syndicat.

Juridiquement et déontologiquement, les syndicats ont le droit d'étendre à tous les médecins d'une région les avantages résultant d'une con-

vention collective, ou de réserver ceux-ci aux seuls syndiqués.

Mais les représentants des Syndicats ne peuvent contracter, au nom de la collectivité médicale, que s'ils sont mandatés à cet effet par le groupe, ou s'ils ont ce pouvoir au nom des statuts (article 31 *b* du code du Travail).

Cependant, les dirigeants d'un syndicat médical peuvent arrêter les termes d'une convention collective de travail avec les représentants autorisés de la collectivité co-contractante, puis faire approuver cette convention par une assemblée générale du Syndicat.

Il est également prudent de faire adhérer chaque confrère par écrit : ce faisant, chaque médecin accepte les modalités inscrites dans l'accord et surtout déclare acquiescer d'avance au contrôle médical et aux sanctions.

En effet, le Syndicat ne peut avoir de force morale, par rapport aux tiers, que s'il peut donner l'assurance que, par son conseil de famille, il saura faire respecter la bonne et saine déontologie, par tous les praticiens, qui soigneront les malades, au bénéfice desquels l'accord a été signé.

Nous devons alors envisager successivement deux points : le contrôle et la juridiction, qui prononcera les sanctions, seront-ils mixtes, ou uniquement syndicaux ?

Le contrôle est de deux ordres :

Contrôle administratif, qui regarde essentiellement la Caisse (surveillance des malades, au point de vue de leur cessation de travail ou des sorties, etc.).

Contrôle médical, qui est plutôt du ressort syndical (contestation d'un diagnostic, fréquence abusive de soins, ou négligence, abus de petites interventions, etc.).

Ce contrôle médical peut être nécessité, soit par une demande de la Caisse, qui a intérêt à ce que ses malades soient bien soignés, mais sans excès, soit à la demande du syndicat médical ou d'un syndiqué. Ce groupe corporatif a, en effet, grand intérêt à ce que le bon renom de médecin syndiqué soit respecté de tous.

Aussi, personnellement, crois-je que le contrôle médical doit rester du ressort syndical.

Bien entendu, la Caisse conserve toujours le droit de se faire renseigner par un médecin, qu'elle désigne à cet effet ; mais si ces renseignements sont de telle nature qu'une enquête ou un contrôle médical soit établi, la Caisse s'adressera au Syndicat co-contractant, pour que celui-ci fasse le nécessaire, de la manière qu'il jugera nécessaire et utile.

Ceci nous conduit à envisager la juridiction qui, s'il y a lieu, prononcera des sanctions contre le médecin peu scrupuleux.

On peut concevoir des commissions mixtes d'arbitrage, qui auront à connaître des plaintes déposées contre les médecins. Mais, il est à craindre que les membres de ces commissions, qui n'appartiendront pas à notre profession, ne se fassent pas la même idée que les praticiens.

Il me semble préférable que, déposant une plainte contre un médecin, la Caisse soutienne l'accusation devant le conseil de famille du syndical médical, qui aura qualité pour apprécier la faute professionnelle, si elle existe et empêcher son renouvellement, qui porterait préjudice à toute la corporation locale.

Au surplus, si le contrat collectif est passé entre la caisse et les seuls médecins syndiqués, ceux-ci sont tenus par leurs statuts et leurs engagements syndicaux, à respecter toutes les règles de bonne et saine déontologie.

Nénanmoins, pour plus de sécurité juridique, il serait prudent de faire signer, à chaque médecin désireux de participer au service médical de la Caisse, l'engagement, dont ci-après je propose un modèle.

Enfin, un dernier point : une pareille convention collective doit être rédigée par écrit,à peine de nullité (art. 31 *c* du Livre premier du Code du Travail.)

Elle n'est applicable qu'à partir du jour qui suit celui de son dépôt, soit au secrétariat du conseil des prud'hommes du lieu où elle a été passée, soit, à défaut de conseil des prud'hommes ou si les parties le stipulent, au greffe de la justice de paix convenu par les parties.

Elle peut être déposée au secrétariat du conseil des prud'hommes, ou au greffe de la justice de paix de tout lieu où elle doit être appliquée.

Le dépôt de cette convention a lieu par les soins de la partie la plus diligente, à frais communs.

Sous le bénéfice de ces explications, je propose les deux formules ci-après :

Projet de convention entre le syndicat médical de ... et la caisse de ......

Sous le bénéfice de l'article 15 du Livre III du Code du Travail et de la Prévoyance sociale et des dispositions du chapitre IV*bis* du Livre premier du dit Code, il a été convenu ce qui suit, entre

La Caisse de... représentée par M... dument mandaté à ce effet et le syndicat des médecins de... représenté par M. le Dr ... dument mandaté à cet effet :

Article premier.

Le présent accord ne s'applique qu'au personnel des établissements affiliés à la Caisse de... et bénéficiant du service d'allocation-maladie, organisé par la dite caisse.

Article 2.

Les bénéficiaires auront le libre choix de leur médecin, parmi les membres du syndicat médical de...

qui se seront fait inscrire sur une liste, dressée à cet effet, par le syndicat médical de...

Cette liste, ainsi que les modifications qui pourraient ultérieurement y être apportées, seront déposées au siège social de la Caisse, qui la communiquera aux bénéficiaires de ses allocations-maladie.

Article 3.

La caisse n'intervient en aucune sorte dans le règlement des honoraires des médecins par les malades ; ces derniers seront personnellement débiteurs, vis-à-vis des docteurs, des soins qu'ils auront reçus de ceux-ci.

La caisse décline toute responsabilité, en ce qui concerne les soins donnés aux malades.

Article 4.

Chaque médecin, inscrit sur la liste susvisée, délivrera gratuitement à chacun de ses malades l'attestation de maladie, prévue par le règlement de la caisse, permettant à l'intéressé de toucher l'allocation, qui lui sera attribuée par la caisse.

A cet effet, des carnets de formules d'attestations seront délivrés, contre reçu, par la caisse au secrétariat du syndicat médical, lequel les fera tenir à chaque médecin adhérent à la présente convention.

En aucun cas, cette attestation de maladie ne fera mention d'un diagnostic.

La caisse n'acceptera que ses formules d'attestations, à l'exclusion de toutes autres.

Article 5.

Le syndicat médical de ... organisera un contrôle médical, sous sa propre responsabilité. La caisse donnera au syndicat médical toutes facilités pour l'exercice de ce contrôle et communiquera, à cet effet, tous renseignements administratifs nécessaires.

Ce contrôle portera sur les actes professionnels des médecins, inscrits sur la liste prévue à l'article 2 de la présente convention, lorsqu'une plainte émanera soit de la caisse, soit d'un malade, soit d'un membre du syndicat médical, à l'occasion de la mise en exécution de la présente convention.

Les frais en incomberont à la partie qui l'aura demandé.

Article 6.

Toute contestation entre la caisse et le syndicat médical sera réglée par une commission d'arbitrage, composée de trois délégués nommés par la caisse et de trois médecins choisis par le syndicat.

En cas d'égalité des voix, la commission désignera un tiers arbitre, chargé de départager les membres de la commission.

Article 7.

La commission prévue par l'article précédent sera en outre chargée d'étudier les résultats du contrôle prévu à l'article 5, et, s'il y a lieu, de demander au syndicat médical, dont dépend le médecin délinquant, l'application des sanctions prévues aux statuts dudit syndicat médical.

Article 8.

La caisse s'engage à ne créer aucune organisation similaire, sans entente préalable avec le syndicat médical.

Article 9.

Le présent accord est conclu pour une année, qui prendra effet à partir du jour qui suit celui du dépôt de la présente convention au secrétariat du conseil des prud'hommes du lieu où elle a été passée, ou au greffe de la justice de paix, en conformité avec l'article 31*c* du Livre I du Code du Travail.

Il est renouvelable, pour la même durée, par tacite reconduction, s'il n'est pas dénoncé trois mois à l'avance, par lettre recommandée.

Projet d'engagement individuel

Je soussigné.... docteur en médecine, domicilié à...., membre du syndicat médical de.......... déclare avoir pris connaissance de la convention collective, en date du...., passée entre la caisse de ..... et le syndicat médical de ....

Je déclare en accepter les termes, adhérer aux stipulations qui y sont inscrites et demande mon inscription sur la liste prévue à l'article 2 de la dite convention.

En ma qualité de membre du syndicat médical de .... je respecterai les tarifs de soins, votés par mon syndicat, je m'engage à ne pas faire de rabais, dans un but de concurrence ; je respecterai, dans mes rapports professionnels avec les malades dépendant de la caisse de ......, tant les stipulations de la convention collective précitée que toutes les décisions ultérieures, qui seraient votées par mon syndicat.

Je m'interdis tout contrat, engagement écrit ou verbal avec une collectivité publique ou privée, ou même une individualité, pour donner mes soins aux malades, ou blessés, si ce n'est d'un commun accord avec mon syndicat.

En un mot, je m'abstiendrai de tout acte qui pourrait être anticonfraternel, ou antisyndical.

En cas de litige, j'accepte que le différend soit soumis au conseil de famille prévu par les statuts du syndical médical de ..... qui arbitrera le conflit et m'appliquera, s'il y a lieu, les sanctions prévues aux statuts du syndicat médical de ......, nonobstant les dommages-intérêts que je m'oblige d'avance à payer, pour préjudice causé soit au syndicat médecal et à ses adhérents, soit à la caisse de .....

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE MEDICO-MILITAIRE

Les Conférences pratiques de l'Ecole d'Instruction du Service de Santé du G. M. P.

La création de la carte de surclassement a eu le résultat magique de décupler les effectifs des quatre grandes sections de l'Ecole d'application du Service de Santé du Gouvernement militaire de Paris : médecins (Union Fédérative des médecins de réserve), pharmaciens, dentistes, officiers d'administration.

Ce qui prouve qu'ayant demandé beaucoup aux officiers de réserve, il a suffi de leur accorder un minime avantage matériel pour qu'ils répondent immédiatement à l'appel.

Et c'est pourquoi, dimanche 24 avril dernier, le Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique était rempli, jusqu'au faîte, de près d'un millier d'assistants, venus pour entendre la conférence pratique que leur a faite, avec son grand talent d'exposition, M. le médecin principal Spire, professeur à l'Ecole supérieure de guerre, assisté de ses stagiaires, MM. les médecins majors Junquet et Robert.

La séance fut ouverte par M. le médecin inspecteur général Fournial, directeur du Service de Santé du Gouvernement militaire de Paris. Brève allocution de circonstance, dans laquelle je mettrai en relief cette pensée, dont je reproduis la substance, à défaut des termes exacts : « Vous faites bien de vous intéresser aussi vivement à la préparation de votre rôle dans le fonctionnement du Service de Santé en campagne. Cela fait partie des obligations de tous les officiers ; et je ne dis pas, volontairement, de réserve, pas plus que je ne dirais de l'active, car les deux doivent se confondre dans un même sentiment du devoir à accomplir. Et nous devons travailler à faire tomber les cloisons étanches qui ont trop longtemps existé entre les uns et les autres, et à favoriser au contraire l'interpénétration des différentes catégories intéressées, de manière à ce que les engrenages de la grande machine que nous représentons soient bien ajustés et puissent alors fonctionner à plein rendement, dans l'intérêt supérieur des malades et blessés. »

Si l'on considère les effets de la guerre moderne, tels que la campagne de 1914-1918 nous les ont révélés, on constate qu'immédiatement en arrière du front, se développe une première zone de cinq à six kilomètres de profondeur battue par l'artillerie légère adverse ; puis, une seconde zone qui s'étend jusqu'à douze kilomètres, battue par l'artillerie lourde ; et enfin, une troisième zone s'étendant jusqu'à trente kilomètres, moins exposée au feu. La première zone voit évoluer les formations divisionnaires ; la deuxième les formations de corps d'armée, et la troisième est dévolue à l'armée. Dans la première zone, le Service de Santé ne fera que de la relève. Dans la seconde, seuls les blessés de première urgence et les grands gazés (ypérités) devront trouver des organes de traitement, assez peu nombreux, puisque ces blessés et gazés sont évalués à 5 % des pertes.

L'échelon d'armée, au contraire, a pour caractéristiques et pour rôle la réception, le triage, le traitement, le transport et l'évacuation, le ravitaillement et la coordination du Service de santé de l'avant.

Le sympathique conférencier, ayant ainsi précisé l'objet de son exposé, décrit, sur la carte, le thème tactique auquel vont s'appliquer les grands principes généraux qui précèdent.

J'essayerai de résumer ce thème. En vue d'une offensive prochaine, en direction N.-E. — S.-O. trois corps d'armée et une division de cavalerie sont disposés de droite à gauche, face à une ligne jalonnée par Moreuil, Broyes, Maignelay et Compiègne, tenue par l'ennemi, à six kilomètres au S.-O.

Pendant que le deuxième et le troisième corps d'armée, au centre, mèneront cette offensive avec toutes leurs forces, le premier, à droite, assurera la liaison à sa droite et n'engagera que deux divisions et la division de cavalerie, à gauche, en couverture, assurera également la liaison avec les troupes amies à gauche.

Le Service de Santé de l'Armée doit donc prévoir l'organisation de ses différents éléments, en tenant compte de la topographie de la région, boisée et accidentée, et par suite munie de nombreux défilements à gauche, — en plateau et découverte à droite ; des moyens de communication : canaux, réseau ferré normal, voie métrique et routes...

Les corps d'armée recevant et traitant les cas de première urgence, l'Armée recevra les cas de deuxième et troisième urgence, les petits récupérables, les malades et les contagieux, les éclopés.

A cet effet, donc, le Service de Santé organisera deux hôpitaux d'évacuation primaires sur des emplacements judicieusement choisis, tant pour leurs ressources propres que pour leurs facilités d'accès et de pénétration.

C'est à cette démonstration que s'applique M. le médecin-major Junquet, que les questions de M. Spire aiguillonnent vers une solution rapide et exacte du problème posé : choix des emplacements ; utilisation des ressources locales ; montage, à l'aide de matériel et de travailleurs fournis par le génie, de locaux sous tente ; organisa-

tion à proximité de centres spéciaux pour gazés, malades et contagieux, petits blessés récupérables, éclopés, laboratoires ; nombre de lits, en prévision des pertes possibles.... Une réserve avancée de médicaments et de matériel devra être également constituée.

Au médecin-major Robert, M. Spire demande comment il organisera les évacuations par voie ferrée (trains à mettre en marche par les soins de l'Etat-major), par canaux, par routes et nous apprenons alors que le nombre de voitures sanitaires et de camions à réunir en vue de celles-ci est fonction d'une formule originale, dans laquelle entrent les éléments pertes (P), distance (K) et un indice (I) variable selon l'espèce de véhicules utilisés (0.18 pour les voitures sanitaires ; 0,065 pour les camions). Et cette formule, qui a un aspect thérapeutique, — dit M. Spire, — se présente ainsi, avec sa facilité mnémotechnique :

$$\frac{I.P.K.}{100}$$

Quand la conférence s'achève, dans une ovation générale, tout a été dit de ce qu'il importait que les assistants sussent et retinssent de ce sujet.

Et ne pensez-vous pas que deux heures passées à entendre traiter des questions aussi intéressantes, sont infiniment plus instructives que des jours entiers vécus dans une infirmerie régimentaire, à distribuer les exemptions de service, les journées d'infirmerie, les admissions à l'hôpital, besogne fastidieuse dans l'exécution de laquelle le praticien convoqué pour une période dans laquelle il perd son temps, n'a rien à apprendre ?

C'est donc la formule heureuse, qui se complète par des démonstrations de matériel et éventuellement par des exercices et des manœuvres, qui doit désormais être mise en application pour l'instruction des médecins de réserve.

***

Cette heureuse formule a retrouvé une nouvelle application, le lendemain lundi 25 avril, dans une conférence du même ordre, faite à l'Ecole militaire, à l'Union fédérative des médecins de réserve, par M. le médecin-major de première classe Junquet.

Dans la première partie de cette conférence notre sympathique confrère a exposé comment doit fonctionner le Service de santé dans le dispositif de marche d'une division d'infanterie qui fait mouvement par voie de terre.

Dans la seconde partie, il a exposé le fonctionnement du Service de Santé d'une division d'infanterie au moment d'une prise de secteur en position défensive.

Des cartes à grande échelle, répliques de la carte d'Etat-major, permettaient à l'auditoire de suivre les explications très claires de M. Junquet.

Après avoir rappelé rapidement la composition de la division tant au point de vue des troupes combattantes qu'au point de vue du Service de Santé, il a envisagé, dans le premier cas, les mesures à prendre par le Directeur du Service de santé de la division dès que l'Etat-major a fait connaître l'ordre du mouvement. Il a rappelé la mission des médecins de régiment ainsi que celle du médecin chef du groupe sanitaire divisionnaire et a étudié la constitution d'une tournée de ramassage avant le départ ainsi que l'organisation de postes de recueil pour les indisponibles sur les divers itinéraires empruntés par la division.

Exposant ensuite le thème tactique nécessitant l'organisation d'une position de résistance sur la Moselle, il a étudié le fonctionnement du Service de Santé régimentaire et divisionnaire en faisant ressortir les raisons qui motivaient l'emplacement du poste de secours divisionnaire en arrière de la ligne de déploiement de l'artillerie, pour permettre une bonne évacuation des postes de secours régimentaires et une communication facile avec les formations sanitaires de corps d'armée et d'armée.

L'étude de ces deux thèmes a ainsi familiarisé les médecins qui l'écoutaient avec les problèmes qui se posent au sujet de l'organisation du Service de Santé de l'avant.

G. Duchesne.

PREMIÈRE RÉUNION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE (AVRIL 1927)

Communication du Dr Fernand DECOURT,

Secrétaire général
de l'Association professionnelle internationale des Médecins (1)

Mes chers Confrères,

De même que la grande presse répand les nouvelles sur le monde entier, la presse médicale fait connaître à tous les médecins — savants ou praticiens — les nouveautés scientifiques de l'art de guérir. Elle travaille ainsi à la diffusion du progrès dans la pratique médicale et rend service, non seulement aux médecins, mais à leurs malades eux-mêmes.

Toutefois, pour que le praticien ait le temps matériel de lire son journal professionnel, encore faut-il que l'inéluctable devoir de faire vivre lui et les siens ne vienne pas, par suite d'une modicité trop grande des honoraires de ses actes médicaux, l'obliger à travailler du matin au soir, sans lui laisser le moindre loisir. De ce labeur incessant du praticien de ville, de province ou de campagne, nous connaissons tous trop d'exemples pour ne pas approuver les groupements d'intérêts professionnels, ayant pour but de défendre ce praticien contre les multiples et formidables abus dont il est trop souvent victime...

D'ailleurs, ces groupements ne s'occupent pas seulement des questions matérielles, comme on l'a cru longtemps et comme le pensent encore certains confrères insuffisamment renseignés. Si, dans les débuts, ces questions matérielles furent au premier plan, l'orientation actuelle nous montre ces groupements s'occupant de tout ce qui concerne le rôle du praticien dans les grandes questions d'hygiène et de médecine sociale. Leur horizon, s'il parut borné tout d'abord, s'est singulièrement élargi depuis, venant côtoyer, pénétrer même, par endroits, les hautes sphères de la science médicale en ce qu'elle a rapport avec la vie journalière et la santé physique de chaque nation.

Or, si la presse médicale nourrit les colonnes de ses journaux et de ses revues de la manne scientifique, issue journellement des Facultés, des laboratoires, des Instituts ou des cliniques hospitalières, il est à noter — et à regretter — combien dans la plupart de nos journaux médicaux sont, jusqu'ici, mesurées au compte-gouttes, les quelques lignes traitant des questions d'intérêts professionnels. Sans aucun doute, celles-ci ne sauraient prétendre à partager également l'attention du monde médical avec les infinis problèmes scientifiques posés chaque jour et résolus parfois... mais, cependant, à l'heure actuelle, du plus modeste praticien au grand maître le plus chevronné, tous commencent enfin à sentir combien notre belle et noble profession est menacée, aussi bien dans ses libertés que dans cette haute valeur morale qui fut toujours sa gloire et que nous devons nous efforcer de lui conserver.

S'intéresser à ces questions, c'est là, assurément, le devoir de tous nos groupements, mais c'est principalement celui que se sont tracés ceux qui s'occupent de la défense physique et morale du praticien, de quelques noms qu'ils se nomment : Unions, Associations, Fédérations, Ligues ou Syndicats. Et ce devoir, on pourrait le définir en deux mots : « protéger le praticien afin de lui permettre de vivre dignement, honorablement, en se tenant toujours à la hauteur de sa tâche ». C'est d'ailleurs ce que répondait, à un de nos questionnaires, et en termes aussi heureux que justes, l'Association des médecins du Danemark, il y a quelques jours : « Quoique les « intérêts » du Corps médical dépassent le cadre des intérêts économiques, il va de soi que notre Association doit chercher à obtenir des conditions économiques acceptables pour ses membres, sans lesquelles il est impossible aux médecins de maintenir leur rang social, sans lesquelles aussi la morale et la probité professionnelle indispensables à l'exercice normal de la médecine ne pourrait que baisser ». Paroles à méditer, mes chers Confrères, en vue de conserver à notre profession, comme je le disais tout à l'heure, sa haute valeur morale, dont vous devez être, vous médecins journalistes, tout autant les gardiens vigilants, que vous êtes les propagateurs inlassables des progrès de la médecine et de la valeur scientifique du praticien.

Dans chaque pays, se sont donc fondés, surtout depuis un demi-siècle, des groupements professionnels. Mais, jusqu'à l'année dernière, chacun d'eux se tenait à l'écart des autres dans un « splendide isolement » et dans l'ignorance absolue des travaux et des efforts des confrères des autres nations, même les plus proches. C'est alors qu'en juillet 1926 fut créée l'*Association professionnelle internationale des médecins* (A. P. I. M.), dont j'ai le grand honneur et la lourde tâche d'être le secrétaire général.

Sortie d'une initiative prise en 1925, lors d'une réunion, à Londres, de Présidents ou Secrétaires de groupements professionnels de six nations : Grande-Bretagne, France, Hollande, Danemark, Suède et Norvège — la cellule primordiale s'est développée peu à peu et groupe actuellement

(1) Siège social : 25, rue Louis-le-Grand, Paris (2e)

plus d'une vingtaine de nations, représentées au Conseil de cette A. P. I. M., d'ordinaire, par les présidents ou secrétaires de chaque groupement national. Mais chose curieuse et pénible pour le secrétaire général, ce sont les nations latines qui montrent le moins d'empressement à se joindre à ce groupement international ; sans doute, on y compte des pays latins ; mais alors qu'il en est de bien éloignés du centre originel, tels que le Chili, le Pérou, la République Argentine ou l'Uruguay, d'autres, bien proches, n'ont pas encore pris contact avec nous, malgré nos lettres, tels que l'Italie, la Roumanie ou le Portugal...

C'est pourquoi, profitant de la présence de la presse médicale latine, je viens lancer, dans ces grandes assises confraternelles, un solennel appel, afin que nos confrères veuillent bien, dans leurs journaux, se faire les porte-paroles de l'A. P. I. M. — *et aussi faire connaître directement aux dirigeants des groupements professionnels de leurs pays* que, depuis juillet 1926, s'est créée une Association professionnelle internationale des médecins qui fonctionne activement depuis le 1er janvier dernier, et serait heureuse de leur faire connaître ses buts et ses moyens d'action, en leur envoyant tous les renseignements nécessaires.

Personnellement nous sommes revenus, il y a quelques semaines, de Genève où nous avions été conviés par le *Bureau international du travail*, en vue précisément de connaître et d'étudier de près l'A. P. I. M. Nous y avons eu la fierté d'y voir notre groupement hautement apprécié et jugé capable de rendre, aux praticiens de tous pays, les plus signalés services. Et cela, d'abord en condensant en un seul bloc les idées, les désirs, et les vœux émis çà et là, en ordre dispersé, jusqu'ici, puis en dressant des tableaux synoptiques, si l'on peut dire, des expériences tentées en des lieux divers et dont les résultats, bons ou mauvais, sont restés inutiles pour l'ensemble, parce que ignorés des autres...

On nous assura, comme nous l'espérions, que, de nos travaux se dégageraient, au grand jour, des *constatations d'opinions collectives médicales* dont devrait tenir compte, forcément, la *Conférence internationale du travail* qui a pour mission de s'occuper également des « travailleurs intellectuels ». « Ce serait donc pour le Corps médical, nous a-t-on dit en propres termes, le meilleur moyen de faire entendre sa voix et de faire connaître ses desiderata dans les milieux gouvernementaux, patronaux et ouvriers internationaux. »

Nous n'ajouterons rien à ces appréciations sur notre groupement et son avenir. Mais, confrères journalistes, là encore, dans cette action médicale sociale, de même que dans les idées et les expériences scientifiques, pour faire connaître, à tous, les résultats acquis et les rendre utiles et féconds, en tous lieux, depuis les grands centres jusque dans les régions les plus isolées, là encore la presse médicale peut remplir un rôle primordial.

Ah ! confrères qui avez tant de pages et de colonnes toutes blanches à votre disposition, c'est à vous, à votre influence, à votre bonne volonté et à votre puissance que je fais appel. Et j'ai le grand espoir que cet appel sera entendu, parce que j'aurai réussi à vous démontrer que ce sera travailler ainsi, comme vous le faites journellement, pour le mieux-être du Corps médical mondial et, par suite, pour le plus grand profit de l'humanité tout entière.

Dr Fernand Decourt.

LES LOYERS DES MÉDECINS DE VILLES D'EAUX

A Monsieur le Président du Syndicat Général des Médecins des Stations Balnéaires et sanitaires de France.

Monsieur le Président,

La loi sur les loyers, promulguée au *Journal officiel* du 2 avril 1926, assure le bénéfice d'une prorogation allant jusqu'au 1er avril 1931, à tous locataires, sous-locataires, cessionnaires et occupants de bonne foi, de locaux d'habitation, en vertu d'une prorogation antérieure ou d'un délai de grâce *dans les communes d'une population totale supérieure à 4.000 habitants*, ou distantes de moins de cinq kilomètres des villes de 10.000 habitants, et dans toutes celles où le dernier recensement accuse un accroissement de la population municipale d'au moins 5 %, sur le précédent recensement.

Bien que ce texte indique qu'il s'agit d'une *population totale supérieure à 4.000 habitants*, l'allusion faite plus loin au dernier recensement, (à propos de la proportion d'accroissement), a fait interpréter la loi dans le sens suivant, qui ne paraît pas conforme à la pensée du législateur : la loi, n'est applicable qu'aux communes où le dernier recensement accuse une population supérieure à 4.000 habitants, *au jour de ce recensement*.

Il est évident que cette interprétation restreint beaucoup le champ d'application de la loi, en ce qui concerne les villes d'eaux et stations d'été. En effet, le dernier recensement a eu lieu au mois de mars. A cette époque, une grande par-

tie de la population des stations d'été est absente, de sorte que le recensement de mars accuse une population inférieure à 4.000 habitants, dans les stations qui en comptent le double, le triple ou le quadruple, entre mai et octobre.

Réciproquement, le recensement de mars accuse, dans les stations d'hiver, une population beaucoup plus nombreuse que s'il était fait en août.

Il ne s'agit pas ici de la population dite « flottante », composée de baigneurs, touristes, hivernants, qui font des séjours plus ou moins longs dans la station, mais qui devraient, en réalité, compter dans le recensement de leur résidence habituelle et non dans la station où ils passent. Il s'agit seulement de la population sédentaire payant, dans la station, la cote mobilière, la cote personnelle et la patente, mais qui, la saison terminée, va s'employer ailleurs, prend des vacances, ou simplement habite les villes ou les campagnes environnantes. Cette partie de la population sédentaire, dite « saisonnière », est généralement inscrite sur les listes électorales, et, en tout cas, normalement représentée dans les Chambres d'industrie climatique ou thermale. Elle comprend : les hôteliers, les propriétaires et directeurs d'établissements thermaux ou médicaux, les tenanciers et employés des casinos, théâtres, restaurants, cafés, les directeurs d'agences, les entrepreneurs de transports, les commerçants etc., enfin tous ceux qui exercent des industries saisonnières. Ce sont eux (et non les paysans du village), qui constituent la partie agissante de la station. Or, l'interprétation donnée à la loi du 2 avril 1926, les exclut du bénéfice de cette loi.

C'est, dans cette catégorie disgraciée que s'inscrivent les médecins des stations thermales et climatiques d'été, dont le droit d'occupant n'est opposable à celui du propriétaire désireux de récupérer son local, que dans les communes où le recensement de mars 1926 accuse un chiffre supérieur à 4.000 habitants. Or, la majeure partie dest stations thermales françaises n'ont pas 4.000 habitants durant l'hiver.

De même, ces stations, situées dans des pays montagneux où la population est peu dense, sont généralement à plus de 5 kilomètres d'une agglomération de 10.000 habitants. Enfin, l'accroissement de 5 %, d'un recensement à l'autre, ne s'applique pas davantage à ces stations, car la population qui s'accroît est précisément la population saisonnière, absente au moment du recensement, alors que la population paysanne, qui réside toute l'année, a plutôt tendance à diminuer, parce que beaucoup de fils de cultivateurs deviennent garçons d'hôtels et de restaurants, chauffeurs d'autos, cochers de fiacre, garçons de magasin, c'est-à-dire passent dans la population saisonnière.

Il y a donc lieu de préciser que le terme de *population totale* inscrit à l'article premier, § 1, de la loi du 2 avril 1926, lorsqu'il s'applique aux stations thermales et climatiques, ne s'entend pas seulement de la population présente dans la commune au moment du dernier recensement.

Par suite, et en l'absence de tout autre moyen d'évaluation exacte, les habitants des stations thermales et climatiques doivent pouvoir bénéficier des dispositions prévues aux articles suivants de ladite loi, quel que soit le résultat du dernier recensement, c'est-à-dire que le *minimum prévu de 4.000 habitants n'est pas applicable aux Communes où se trouve une station thermale et climatique.*

Cette disposition est justifiée par le fait que, dans les stations thermales et climatiques d'été, les difficultés de logement sont aussi grandes que dans les grandes agglomérations urbaines et pour les mêmes raisons : 1° augmentation considérable de la partie de la population qui occupe les locaux, mais ne les construit pas ; 2° diminution, en nombre et en ressources de la partie de la population qui construit.

J'ai l'honneur, Monsieur le Président, de soumettre ces réflexions au Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France, dans l'espoir qu'il voudra bien les faire siennes, et les présenter comme telles aux groupes compétents du Parlement.

Dr Maurice FAURE,
Président de la Société médicale du Littoral méditerranéen.

CHRONIQUE FISCALE

Le contrôle des déclarations.

Nous étions bien informés lorsque nous annoncions que l'Administration se réservait de contrôler à son heure les déclarations de revenu qui lui étaient faites chaque année par les contribuables de toutes profession.

Le ministre des Finances, persuadé que des centaines de millions étaient soustraits annuellement au Trésor par les fraudeurs, a procédé méthodiquement à l'organisation du service de contrôle.

Il commença par réunir en une seule les deux grandes régies des Contributions directes et de l'Enregistrement. Cela lui permit de mieux utiliser les services de chacun des fonctionnaires de

ces administrations, de supprimer certains postes sans utilité et d'en créer d'autres dans les départements les plus chargés.

Tout un personnel de contrôleurs et d'inspecteurs est maintenant spécialement chargé de vérifier les déclarations faites *depuis cinq ans* par les contribuables qui figurent sur des listes préablement dressées. Les intéressés reçoivent à tour de rôle une lettre les mettant en demeure de confirmer ou de rectifier les déclarations concernant les années 1921-1922-1923-1924 et 1925, en vertu de l'article 52 de la loi du 22 mars 1924.

Le destinataire, qui ignore quels sont les renseignements que le fisc possède dans son dossier, hésite à maintenir une déclaration inexacte après avoir pris connaissance de l'article de loi visé par le contrôleur et qui est ainsi conçu :

« S'il est établi que le contribuable a agi dans « le but de se soustraire frauduleusement au « paiement total ou partiel des impôts, soit qu'il « ait volontairement omis de faire sa déclaration « dans les délais prescrits par la loi concernant « l'impôt géénral sur le revenu, les impôts cédulaires et l'impôt de mutation par décès, soit « qu'il ait volontairement dissimulé une part des « sommes sujettes à l'impôt, il sera passible indé« pendamment des sanctions fiscales établies par « les lois en vigueur, d'une amende de 1.000 à « 5.000 fr. à la condition, en cas de dissimulation, « que l'insuffisance atteigne au moins 10 %.

« Le tribunal pourra, dans tous les cas, or« donner que le jugement sera publié intégrale« ment ou par extraits dans les journaux qu'il « désignera et qu'il sera affiché dans les lieux « qu'il indiquera, le tout aux frais du condamné « sans toutefois que les frais de la publication et « de l'affichage puissent dépasser 5.000 fr. Les « dispositions des six derniers alinéas de l'article « 7 de la loi du 1er août 1905 seront applicables.

« L'article 463 du code pénal pourra être ap« pliqué.

« Préalablement à toutes poursuites, le con« tribuable sera mis en demeure, par lettre re« commandée, de faire ou de compléter sa décla« ration dans un délai qui ne pourra être moin« dre de quinze jours ni excéder un mois.

« En cas d'accord, le redevable ne sera passi« ble que de l'amende fiscale. En cas de contesta« tion, il sera statué par la juridiction compé« tente.

« Les poursuites correctionnelles pourront, « s'il y a lieu, être engagées soit dès l'expiration « du délai supplémentaire plus haut visé, soit, « en cas de déclaration contestée, dès la décision « de la juridiction compétente. »

La simple lecture de ce texte législatif suffit à faire comprendre aux contribuables qui ont fait des déclarations inexactes qu'ils pourraient se trouver dans une situation très grave s'ils n'étaient pas en mesure de prouver leur bonne foi.

S'il est vrai que les agents du fisc ne peuvent exiger une comptabilité régulière des personnes qui, par leur profession, ne sont pas tenues d'en avoir une, il est non moins exact que le contrôleur peut taxer d'office d'une façon exagérée tout contribuable qui ne fournit pas les explications nécessaires à l'établissement de son revenu réel. Or, ces explications sont impossibles à improviser. Il est donc de toute nécessité, pour les médecins comme pour les autres contribuables, d'établir, en vue de leur défense, un dossier fiscal reposant sur des bases sérieuses et leur permettant de combattre utilement les exigences du fisc.

L'expérience que nous acquérons chaque jour en répondant aux questions des lecteurs de ce journal, en leur fournissant les réponses à faire aux demandes émanant de l'administration, nous permet d'affirmer qu'un grand nombre de praticiens sont incapables d'établir eux-mêmes leur dossier fiscal, de rédiger une déclaration de revenu et se trouvent dans une situation extrêmement embarrassante le jour où le contrôleur veut vérifier leurs déclarations.

En matière fiscale, comme en médecine, il est plus facile de prévenir que de guérir, c'est pourquoi nous engageons tous nos lecteurs dont le revenu dépasse 20.000 fr., et, par conséquent, qui sont appelés à fournir des justifications, à constituer dès aujourd'hui le dossier qui doit servir à leur défense et contenir les réponses aux observations qu'il y a lieu de prévoir de la part de l'Administration.

A. Martinot,
Conseil fiscal,
Directeur du *Contribuable Français*

LES DAMES AMIES DE L'UNION MÉDICALE FRANCO-IBÉRO-AMÉRICAINE

(U.M.F.I.A.)

Le but de l'Union médicale franco-ibéro-américaine, fondée en 1912 par notre vaillant confrère Dartigues, est d'établir un intercourant intellectuel et amical entre les peuples latins, franco-ibéro-américains en particulier, par l'étude, la diffusion, l'expansion des langues vivantes latines : espagnol, français, portugais. Cette union est basée sur les *médecins* qui possèdent sur les autres groupements sociaux le grand avantage de pouvoir mieux se comprendre, car ils ont déjà entre eux les liens d'une même culture et d'une même formation scientifique. Par l'U.M.F.I.A.

est réalisée une meilleure interpénétration des différentes sociétés médicales des diverses nations latines pour la mise en contact des individualités éminentes, par les réceptions, les fêtes, les banquets, les relations personnelles. De grands résultats ont déjà été obtenus par cette union médicale qui compte dans son sein des représentants de vingt-six nations européo-américaines et plus de deux mille membres.

Il a semblé qu'on pouvait faire encore plus en faveur de cette union latine en faisant appel aux femmes des médecins et en tâchant de nouer des relations, non seulement scientifiques, mais sociales et familiales.

Les femmes de médecins français qui accompagnent, par exemple, leurs maris dans un voyage d'études, dans un pays de langue latine, éprouvent une grande satisfaction à être reçues dans l'intimité du foyer familial des maîtres étrangers; elles peuvent ainsi se rendre compte de la mentalité du pays visité beaucoup mieux que par le séjour dans un hôtel banal ou par les réceptions officielles. De même, les femmes de médecins étrangers qui viennent à Paris seraient heureuses d'avoir des renseignements d'ordre pratique pour leur séjour en France, pour les mille détails de la vie courante ; elles seraient heureuses d'utiliser les moments pendant lesquels leurs maris sont dans les hôpitaux ou les laboratoires en s'initiant à la vie réelle de Paris et non à la vie artificielle des lieux de plaisir ; elles seraient heureuses de pouvoir juger et apprécier *de visu* le foyer familial français. C'est dans le but de concrétiser ces tendances que le Comité des Dames de l'U. M. F. I. A. a été fondé. Ses moyens d'action seront les suivants : dès qu'un membre adhérent à l'U. M. F. I. A. arrivera à Paris avec sa famille, le Comité des Dames enverra un mot pour se mettre à la disposition de la femme du médecin, lui fournira tous les renseignements possibles d'ordre pratique qui lui seront demandés et lui ménagera des invitations personnelles auprès des diverses dames du comité de propagande.

Le cas échéant, auront lieu des réceptions collectives, de même que les dames participeront aux grandes manifestations d'U.M.F.I.A., mais ce n'est pas le moyen principal d'action ; ce qu'on veut obtenir, c'est la *mise en contact personnel familial*, en tâchant de faciliter les rapprochements fondés déjà, par exemple, sur les diverses affinités résultant des spécialités des maris et en utilisant toutes les occasions. Ainsi, ne serait-il pas facile aux femmes françaises, au moment d'une fête, d'un mariage, d'un goûter, de comprendre, parmi leurs invités de famille, quelques-unes des femmes de confrères étrangers avec lesquelles elles auraient été mises en relation ? Le Comité ne pose ici que des jalons et serait heureux d'étudier toutes les suggestions qui pourraient lui être faites.

Le Comité des Dames amies de l'Union médicale franco-ibéro-américaine est présidé par Madame Tuffier, 42, avenue Gabriel, Paris ; secrétaire générale : Madame Desfosses, 17, rue de Tocqueville.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Fédération des Syndicats médicaux de l'Yonne.

Réunion du dimanche 27 mars 1927 à Laroche.

Etaient présents :

Syndicat d'Avallon : Dr Escallier ;
— d'Auxerre : Dr Billaudet ;
— de Joigny : Dr Guénot et Truchy ;
— de Tonnerre : Dr Slatoff ;
— de Sens : Dr Potiron et Bailly-Salin.

Association générale des médecins de France : Dr Deibtang.

Consultations prénatales. — Après entente avec M. le préfet de l'Yonne, M. Lavielle, attaché aux services d'assistance à la préfecture, assiste à la séance pour donner le point de vue de l'administration au sujet des consultations prénatales.

Cette question est immédiatement mise à l'ordre du jour.

M. Lavielle explique que le préfet s'étonne de la force d'inertie du corps médical vu l'élasticité donnée volontairement aux termes de sa circulaire qui p r-met aux médecins de nourrissons délégués pour ces consultations nouvelles de les faire fonctionner à leur guise.

En effet la circulaire du 1er juillet 1926 invite les maires et les médecins à organiser des consultations et une circulaire du 16 novembre constate qu'il n'y a eu presque rien de fait.

Le préfet qui a reçu une lettre de protestations du Syndicat de Tonnerre, dont il est donné lecture s'étonne de ses termes et se demande pourquoi cette indifférence inaccoutumée du corps médical.

M. le préfet a, du reste, répondu au président du Syndicat de Tonnerre (cette lettre de janvier 1927 n'a pas encore été reçue par le dit président) en ne reconnaissant pas le droit aux médecins organisés

d'imposer une entente à son administration pour tout ce qui regarde l'organisation de la médecine dite sociale.

Tous les confrères présents, imbus de ce principe qu'on ne peut construire de maison sans le concours de maçons, fournissent à tour de rôle des objections à cette thèse.

Ils s'opposent à cette volonté de la préfecture de désigner comme ses seuls collaborateurs les médecins inspecteurs des nourrissons.

L'envoyé du préfet admet que le concours bénévole avec un maigre crédit prévisionnel ne pouvait être demandé qu'à des médecins acceptant ce sacrifice en raison de leurs bonnes relations avec l'administration et qu'on n'a pas voulu faire injure aux médecins inspecteurs en doutant de leur bonne volonté.

Peu à peu les membres présents font concevoir le rôle énorme, précis, économique, efficace du médecin traitant.

Le Dr Guénot rappelle que tous les médecins de l'A.M.G. autre service officiel, c'est-à-dire tous les médecins du département *font depuis longtemps*, des consultations prénatales sans qu'il en coûte rien au département au moment des admissions des femmes enceintes à l'allocation pré et postnatale.

Partant de cette idée d'un service en plein fonctionnement la préfecture, qui désire réclamer pour ouvrir un droit à ces allocations, deux ou trois certificats mensuels avant l'admission définitive, fait table rase de ses préférences et d'accord avec tous les Syndicats représentés admet :

1° Les avantages du médecin traitant qui restera chargé pour chaque femme de sa clientèle de faire des examens, au tarif de l'A.M.G. à son cabinet ou chez la malade.

2° Ce libre choix nous permettra d'éviter la multiplicité des examens de laboratoire puisque les médecins connaissent les antécédents dans leur clientèle ; plusieurs exemples démonstratifs en sont fournis. On donnera plus tard la liste des laboratoires chargés des examens de sang.

3° Ce tarif : cinq francs la consultation, trois francs l'analyse d'urines, dix francs la prise de sang, est admis pour 1927 et au cas de modification des tarifs de l'A.M.G., il y aurait nouveau conciliabule avec l'administration.

4° Chaque médecin recevrait un carnet et à chaque examen en détacherait une feuille, qui serait signée par l'intéressée, c'est sur le vu de ces feuilles adressées tous les trois mois directement à la préfecture que le payement aurait lieu.

5° L'administration va étudier le moyen de signaler les femmes ayant droit à ces examens gratuits dès leur première visite.

Des précisions sont données de part et d'autre sur des difficultés rencontrées sdans le fonctionnement de l'A.M.G. et on envisage des mesures utiles pour y remédier.

De plus l'administration ayant écrit au Dr Truchy, président de la Fédération pour le prier de centraliser les résultats d'une enquête au sujet de la syphilis, l'assemblée demande à la préfecture d'étudieret d'appliquer au département de l'Yonne les principes de lutte antivénérienne qui font appel, dans le Loiret à la collaboration de tous les médecins.

M. Lavielle n'étant pas mandaté pour discuter du tarif de l'A.M.G. ni des certificats de décès prend congé de l'Assemblée.

Celle-ci prend acte de ce que la préfecture a consenti devant nos justes observations et notre unanimité à assurer un service public avec l'aide de *tous les médecins* évitant de nous entraîner un peu plus avant dans la fonctionnarisation et la favoritisme.

Séance de la Fédération des Syndicats du Loiret. — Cette fédération qui a réalisé une entente régionale avec l'Eure-et-Loir et le Loir-et-Cher, a demandé à la Fédération de l'Yonne d'envoyer un délégué à sa séance du 1er mai.

Le Syndicat de Sens désigné pour mandater un délégué à choisi M. le docteur Potiron.

Les frais de déplacement seront payés par la Fédération.

Caisse de la Fédération. — A ce sujet le secrétaire donne le bilan de la caisse au 1er avril 1927.

Les dépenses s'élèvent à 85 fr. 80 l'encaisse à 39 fr. 50.

Il est décidé conformément aux statuts que les sommes versées par chaque syndicat seront proportionnelles au nombre de membres payants à ces Syndicats.

L'Assemblée accepte pour 1927 une redevance de deux francs par membre, chaque syndicat est prié de fournir au secrétaire, avec le prochain compte rendu de la séance syndicale,le nombre exact de ses cotisants.

Décisions au sujet de circulaire de l'Union. — Au sujet de l'article 64, l'assemblée déclare accepter provisoirement le nouveau tarif de 10 fr. par visite ou consultation, en demande le relèvement dans le plus bref délai, un mutilé n'étant pas moins qu'un accidenté du travail pour lequel seule la part patronale est envisagée comme rémunération.

Déclare s'opposer à l'extension du bénéfice de la loi des pensions à tous les militaires qui ne doivent pas leur infirmité à la guerre 1914-1918.

Au sujet du tarif des assurances vie l'assemblée regrette l'initiative parisienne qui en portant la rémunération des certificats à 80 fr. a obligé le corps médical à revenir à celui de soixante francs.

Pour soutenir néanmoins cette revendication, le tarif de cinquante francs admis dans l'Yonne est porté à soixante francs.

Certificats de décès. — Après une longue discussion, l'examen des différentes fiches de décès présentées par l'administration, vu l'impossibilité d'appliquer la déclaration du département de l'Aube qui implique la création d'un poste nouveau à la préfecture, l'assemblée déclare s'en tenir aux conclusions suivantes.

« Considérant qu'en l'état actuel de la législation le secret professionnel est absolu.

« Qu'en conséquence aucun médecin ne peut même porter sur un certificat de décès d'un de ses clients la mention : mort naturelle.

« Que le garde des sceaux a reconnu en 1923 qu'il y aurait viollation du secret professionnel chaque fois que le médecin traitant indiquerait les causes de la mort, *même* sur un certificat destiné à un *médecin* chargé d'établir les statistiques, *fût-il tenu également* au secret professionnel.

« Considérant que l'article 79 du code civil, modifié par la loi du 7 février 1924 ne prévoit pas, pour la rédaction de l'acte de décès, l'indication du diagnostic de la maladie cause de la mort.

« Que l'article 81 ne prévoit l'intervention d'un médecin pour faire les constatations *que s'il y a* des indices ou signes de mort violente.

« *Que le médecin traitant doit se taire* alors que le médecin de l'état civil doit la vérité à son mandant, l'officier de l'état civil.

« Ne peut qu'approuver, en accord avec toutes les organisations professionnelles, la conduite des confrères qui refusent d'inscrire une mention sur les certificats de décès de leurs clients les dits certificats n'étant prévus ni par le code civil ni par un texte de loi.

« Engage tous les médecins dans leur propre intérêt à se conformer à cette décision. »

L'assemblée rappelle ensuite aux médecins le refus formel qu'ils doivent opposer aux demandes d'assurances sur la vie qui exigent indûment d'un médecin qui n'est pas partie traitante à leur contrat un certificat sur les causes de décès d'un assuré, il faut faire valoir aux ayants droit que toutes les dispositions légales sont en faveur des bénéficiaires des assurances.

Pareil refus doit être opposé à toute enquête de la gendarmerie, etc... chaque fois que le secret professionnel doit être invoqué.

Au sujet du secret professionnel dans l'A.M.G., il doit être rappelé à tous les confrères que rien ne peut les obliger à faire une réponse à la *question nature de la maladie*.

Mais pour faciliter le contrôle de la commission, il est demandé à tous les confrères qui ont parmi leur relevé d'honoraires semestriels des chiffres élevés pour certains clients, d'envoyer *sous pli fermé au secrétaire de la commission du contrôle*, qui est un médecin ; pour ces clients importants seulement quelques mots d'explications sur la nature et le développement de la maladie.

Tarifs de l'A.M.G. — L'assemblée après avoir recueilli les doléances des médecins qui, par suite de la non application stricte de la loi, sont en difficultés avec les mairies et la préfecture demande un contrôle des listes d'assistance.

« Constatant que la nécessité d'un tarif moins limitatif est admise à chaque réunion de la commission de contrôle.

« Constatant que ce contrôle effectué en partie par les médecins apporte une garantie à l'administration et tend à réduire des dépenses des soins à domicile, très inférieures aux frais d'hospitalisation.

« Demande dans un esprit d'équité de lier le tarif d'assistance du département à un tarif déjà existant, sérieusement étudié et tenu à jour, revisé annuellement par une commission ministérielle et ainsi maintenu à un taux s'approchant du prix de la vie.

« Donne mission à son bureau de demander les entrevues nécessaires aux délégués du conseil général ; les bons effets de conversations nous ayant été encore démontrés aujourd'hui, en vue d'arriver pour juillet 1927 à l'acceptation du tarif des accidents du travail à l'exemple de nombreux départements.

Fiscalité. — Des précisions sont données sur la non obligation pour le médecin d'avoir des livres de comptabilité, ni de montrer aux agents du fisc ceux sur lesquels figurent des noms de clients.

Il est rappelé aux confrères en difficultés avec le fisc que le délégué des médecins à la commission départementale est le Dr Delétang, lui communiquer toutes réclamations à ce sujet.

Accidents agricoles. — Pour éviter le nouvel engrenage de taxation officielle auquel aboutit l'extension de la loi des accidents du travail à l'agriculture, il est décidé que le tarif officiel continuera à être appliqué pour les employés agricoles, mais que le tarif syndical est seul applicable aux patrons. Le secrétaire en avisera la réunion des assureurs. La note détaillée au tarif syndical doit être envoyée à l'accidenté patron qui se fera règler au tarif Durafour par son assurance.

Médecins de nourrissons. — L'assemblée demande aux pouvoirs publics de ne pourvoir aux postes privés de titulaire qu'après entente avec le président du Syndicat intéressé dans le but de donner un poste à chaque médecin qui accepte de s'intéresser aux nourrissons et d'éviter la monopolisation.

Spécialistes et syndicats. — Le Dr Guénot, au nom du Syndicat de Joigny donne lecture d'un ordre du jour récent de ce Syndicat.

« Tout spécialiste qui opèrera avec un confrère exclu sera exclu *ipso facto* du Syndicat après explications devant le conseil de famille. »

L'assemblée, après discussion, admet la nécessité d'une réunion des spécialistes du département pour mettre cette question au point. Elle admet que la Fédération peut prononcer en deuxième degré l'exclusion des bons offices des spécialistes, l'exclusion du Syndicat ; le premier degré ne comportant qu'une exclusion du concours médical et servant d'avertissement.

Les présidents de Syndicats sont priés de faire parvenir au plus vite à leurs adhérents une note concernant les décisions relatives aux consultations prénatales, tarifs d'assurance vie, certificats de décès, et accidents agricoles.

Le secrétaire : Dr BAILLY (SALIN).

Syndicat de la région Nortaise.

Réunion du 17 novembre 1927 à Niort.

I. *B. G.* — Le Dr Guesné nous rappelle la récente circulaire préfectorale qui confirme ce que nos journaux professionnels nous avaient annoncé : la suppression des catégories et le relèvement du tarif à 8 fr. pour la consultation et la visite.

Chacun se réjouit de la suppression des injustes catégories, mais les membres présents sont unanimes à trouver le nouveau tarif trop au-dessous de nos desiderata. Ils sont d'autant insuffisants, nous dit notre secrétaire, qu'il vient d'être déposé sur les bureaux de la Chambre un projet de loi tendant à faire bénéficier de l'art. 64 tous ceux qui prétendent avoir subi une atteinte à leur santé du fait de leur séjour sous les drapeaux.

Il est temps de prendre position et de réclamer l'entente directe avec les bénéficiaires de l'art. 64 ; une motion en ce sens, approuvée par tous les membres présents sera adressée à la Fédération nationale. Au cas où nous n'obtiendrions pas satisfaction, la cessation du service pourrait être envisagée.

II. A la réunion, qui eut lieu le 20 juin dernier, il a été question, nous dit le secrétaire-adjoint, de :

a) A.M.G. L'impression générale fut que la plupart des départements voisins allaient tendre leurs efforts pour se rapprocher du tarif minimum commun ; cependant que l'avis général fut d'abandonner à cette catégorie de clients dont certains seulement sont des déshérités 20 % de nos honoraires. Depuis nous n'avons pas été au courant de toutes les tractations et nous ne pouvons nous baser sur la table de M. le Préfet qui est un tissu d'erreurs voulues ou non. Nous savons seulement que le Finistère qui demandait 20 % sur 10, 12 et 2 n'a pu obtenir grâce à la défection du Morbihan et des Côtes-du-Nord que 5, 7 et 1,50 ; le Maine-et-Loire 6, 8 et 1,25 ; l'Ille-et-Vilaine 25 % sur 10, 15 et 2, c'est-à-dire 7,50, 11,25 et 1,25, 150 fr. d'accouchement et le tarif Durafour avec 10 %, sauf les petites interventions qui rentrent dans le prix de la visite et de la consultation.

b) Tarif. Pour le tarif commun, quoique n'étant pas le département le moins riche, tant s'en faut, nous sommes celui où les malades rétribuent le moins leurs médecins. Tous les départements limitrophes sont à deux francs du kilomètre : la consultation est en général restée à 10, par contre la visite est presque partout à 15.

c) Fiscalité. Cette question a été assez traitée à notre syndicat, surtout après le travail si complet de notre président pour que nous ne soyons pas obligés d'y revenir. Mais nous tenons à vous signaler un petit fait qui peut vous être utile pour vos déclarations : les Cies d'assurances sont tenues d'aviser le fisc chaque fois qu'elles payent à un médecin des honoraires égaux ou supérieurs à 1000 fr.

d) Pupilles de la Nation. — En Ille-et-Vilaine et en Maine-et-Loire, la visite se fait au cabinet du médecin de famille, les honoraires sont de 6 fr. dans le premier département, de 7 dans l'autre. Notre président de Fédération a demandé que cette visite soit faite dans notre département, une fois l'an au cabinet médical et que les honoraires soient au minimum de 10 fr.

Nous ne connaissons pas encore le résultat de ces démarches.

e) Engagement d'honneur. Le Dr Bordeau, de Fougères, nous a conté qu'il avait fait instituer l'engagement d'honneur dans son syndicat et que ce procédé très bien accepté des médecins de sa région avait fait tache d'huile et empiété sur les syndicats voisins.

Il nous a paru après les regrettables défections survenues dans le département au sujet de l'A.M.G., défections qui ont été la cause de la prolongation du conflit, qu'il serait peut être désirable d'introduire ce procédé dans notre association et pour le rendre plus efficace qu'une sanction pécuniaire y fût adjointe.

Nous avons relevé dans le *Concours médical* du 5 mai 1926 la demande faite au Dr Boudin par un syndicat qui préconisait un dédit de 20.000. Après discussion, cette proposition est renvoyée pour étude à la prochaine réunion.

III. *Vaccinations.* — Le D Guesné nous rappelle que le Préfet a affirmé, par écrit à notre Président de Fédération que les vaccinateurs nommés par lui cette année ne l'étaient que pour 1926 et que pour 1927 les nominations seraient faites suivant les propositions des syndicats déposées depuis le début de l'année et auxquelles le Préfet n'avait pas donné suite, en raison du conflit de l'A.M.G.

Bien que les tarifs des vaccinations soient tout à fait insuffisants, il ne nous semble pas opportun de demander son relèvement avant que la question d'A.M.G. ne soit complètement tranchée. Les confrères qui auraient des modifications à apporter à la liste de l'an dernier sont priés d'en avertir le bureau.

IV. *Assemblée générale de la Fédération nationale.* — L'Assemblée générale de la F.N. devant avoir lieu dans quelques jours à Paris il est nécessaire de désigner un délégué. Pour la première Assemblée le Dr Clenet, notre Président, le plus compétent sur toutes les questions qui sont à traiter, est désigné.

Le mandat qui lui est donné est de chercher à demeurer autant que possible dans la pratique de la médecine actuelle.

V. *Tarifs.* — Tous les départements voisins appliquent pour leur clientèle ordinaire un tarif supérieur au nôtre au moins pour la visite et l'indemnité kilométrique. Le secrétaire demande si nous sommes

d'avis de procéder à une augmentation. On vote à mains levées sur chacune des catégories et le *statu quo* est maintenu pour la visite, consultation et indemnité kilométrique. Il est seulement décidé d'appliquer le tarif des interventions distribué à cette intention et qui sera proposé pour l'A.M.G.

Le Secrétaire-adjoint,
Dr Y. de Sallier-Dupin.

Réunion du 15 février 1927 à Nozay.

La séance est ouverte à 16 h. 30 par le Dr Clenet notre Président.

En un rapide aperçu, il nous montre que les ordres du jour de la Fédération et de l'Union se rapprochent, laissant entrevoir que certaines théories utopistes de prise en charge de la médecine semblent de plus en plus délaissées par la majorité du corps médical français.

Dans le cadre départemental, malgré les promesses du Conseil général, nous n'arrivons pas à surmonter entièrement le mauvais vouloir de l'administration préfectorale.

Le Dr Gaschignard, notre trésorier, nous rend compte de sa gestion. Cette année par suite de la suppression de la réunion d'été, nos finances se sont améliorées et le budget a été largement bouclé. Cependant les cotisations des repas, de la Fédération nationale et de la Fédération départementale ayant été augmentées, le trésorier propose une augmentation sur chacun des articles :

Cotisation du Syndicat	20 fr.
— Féd. Nat.	30 »
— Féd. Dép.	10 »
Dîners	90 »
Total	150 »

Ces chiffres sont adoptés à l'unanimité.

I. *Accidents du travail.* — Le Dr Guesné nous dit l'amélioration obtenue quant aux accidents de travail et nous lit l'arrêté du 16 décembre dernier. (*Concours méd.*, 9-1-27.)

Les consultations et visites sont portées de 10 à 12 fr. L'indemnité de déplacement de 1 fr. 10 à 1 fr. 50 (rég. plaine). Pour prendre effet à partir du 1er janvier 1927 ; donc établissez vos notes en conséquence.

Mais à côté de cela, il y a un projet de modification de la loi de 1896, déposé à la Chambre par le Dr Gros, député, au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance (*Concours méd.* 3-2-27) projet qui libère le bénéficiaire de la loi de la part que nous, médecins, sommes en droit de lui réclamer en plus du tarif légal.

Nous joignons nos protestations à celles du *Concours médical*, car certains accidentés peuvent être dans une situation de fortune élevée, d'autre part nous tenons à conserver la faculté de réclamer les honoraires qui bons nous semblent, tout au moins le tarif commun.

II. *Blessés de guerre.* Le confrère Guesné rappelle qu'à notre dernière réunion il nous avait entretenus d'un nouveau projet de loi demandant l'extension du bénéfice de l'art. 64 à tous ceux qui prétendent avoir subi une atteinte à leur santé du fait de leur séjour sous les drapeaux. Ce n'est, nous dit-il, jusqu'ici qu'un projet. et cependant d'aucuns parmi nous ont déjà vu de ces réformés munis d'un carnet et pourtant à la suite des discussions avec le ministre Maginot et les délégués médicaux en 1919, il était bien entendu qu'il ne s'agissait que des réformés de guerre.

En conséquence, nous ne devons pas accepter ces carnets, de façon que l'on ne nous mette pas devant le fait accompli.

Le Dr Bichon demande de quelle façon savoir si le titulaire d'un carnet rentre dans la catégorie des B.G. véritables ? Il suffit la plupart du temps de l'interroger et surtout de lui demander son âge.

A ce sujet, le secrétaire nous rappelle que nous sommes toujours à 8 et 8,taux insuffisant qui n'a pas suivi l'indice de la vie et il nous lit à ce sujet dans le *Concours* le vœu de l'U.S.M.F. ? qui préconise le chiffre 13 comme correspondant à l'augmentation de l'indice et le tarif Durafour avec 25 % d'augmentation.

III. *Pupilles de la Nation.* Le Dr Chauvet,président du Syndicat de Nantes,s'occupe actuellement avec le Dr Méloche de cette question ,qui n'intéressait plus depuis longtemps beaucoup de confrères. Le projet comprend les modifications suivantes sur l'ancien système : le contrôle se ferait une seule fois par an au mois de mars, par le médecin de famille et dans son cabinet. Cet examen serait simplifié et toutes les indications superflues supprimées.

Le prix de chaque examen ne serait pas inférieur à 10 francs.

IV. *Assemblée de la F.N.* Notre président vient nous parler ensuite de la 1re Assemblée de la F.N. des 28 et 29 nov. derniers. Ce groupement est déjà une force puisqu'il comprend actuellement 65 Syndicats et 4500 membres environ.

Les débats se sont déroulés dans un calme parfait sous la présidence du Dr Vanverts. Notre président nous parle des divers rapports et commente les ordres du jour. Le rapport de Vauzanges fait oublier les théories utopistes auxquelles l'on nous avait accoutumés ; celui de Desrousseaux sur les assurances sociales que nous pouvons concevoir avec certains amendements ; enfin l'exposé lumineuxdu professeur Verger, de Bordeaux, relativement à la charte de la profession médicale.

Quant à la question de la fusion, le moment n'a pas été jugé opportun pour entamer des pourparlers mais l'Assemblée accepte de faire front unique pour les assurances sociales.

V. *Assurance vie.* A la suite d'une réunion interdépartementale où la question avait été discutée, nous avions porté à 30 fr. les certificats d'ass. vie qui avant la guerre étaient taxés 20 fr. Or, nous avons lu dans le *Concours* que l'Union avait adopté

à l'unanimité le chiffre de 30. N'êtes-vous pas d'avis de ne pas accepter un chiffre inférieur ? Adopté.

VI. *A.M.G.* Mêlé à toutes les tractations, notre président vient de nous rendre compte de cette question vue depuis la réunion d'automne.

Un règlement a été envoyé par le préfet à tous les confrères, règlement soi-disant élaboré par une Commission d'études dont faisaient partie les Dr Méloche et Clenet. Nos confrères ont bien collaboré à la rédaction de certains articles, mais ils ont demandé la modification et l'adjonction d'autres ; en tous cas le projet, malgré leurs demandes réitérées, ne leur a pas été soumis avant l'impression. Le principe de l'échelle mobile qui eût évité bien des discussions futures n'a pas été porté.

Au paragraphe 3 de l'art. 4 où un médecin-pharmacien n'a pas le droit d'exercer les deux professions, ne peut être toléré, puisque les médecins qui ont leur femme pharmacienne et surtout les propharmaciens, qui n'ont qu'un diplôme ont le droit de le faire.

La composition de la commission de contrôle des mémoires aurait dû rester ce qu'elle était ; que viennent y faire l'inspecteur de l'A.P. et le chef de bureau de l'A.M.G. et la sage-femme ? Qui la nommera puisqu'il n'y a pas de Syndicat ni d'association professionnelle ? Les 3 médecins syndiqués (7 autrefois) ne sauraient, tant la tâche est peu aisée, faire un contrôle sérieux et efficace ; quant au médecin non syndiqué, qui ne représente que lui et dont l'autorité morale est souvent discutable, sa présence est inadmissible : les médecins honnêtes et consciencieux n'admettront pas une telle promiscuité. L'indemnité de 50 fr. pour toute une journée, déjeuner compris, est insuffisante (trop élevée pour ces Messieurs de l'administration qui, vraisemblablement, la touchent en supplément de leur traitement habituel). Quant à la fameuse Commission prévue par le Conseil général en août et composée de représentants de cette assemblée, de médecins et de pharmaciens, elle ne s'est jamais réunie.

En terminant notre président déclare qu'il faut user de notre influence auprès des conseillers généraux pour faire amender ce règlement, qu'en attendant, il faut remplir le bulletin d'adhésion et se conformer sinon à la lettre, du moins à l'esprit du libellé distribué.

La Fédération départementale a décidé, à sa réunion de janvier, d'envoyer une lettre au président du Conseil général, signée de tous les présidents de Syndicat pour dégager sa responsabilité, les engagements n'ayant pas été tenus.

Il a été également décidé de refuser systématiquement de faire partie de la Commission de contrôle.

VII. *Engagement d'honneur.* Le secrétaire adjoint parle à nouveau de l'engagement d'honneur dont il a été question à la précédente réunion et dont le Dr Bordeau, de Fougères, se montre satisfait pour sa région.

Cet engagement d'honneur semble plus nécessaire que jamais et il faut y joindre une sanction pécuniaire, ainsi que le Dr Boudin l'a recommandé dans le *Concours médical* ; en effet, l'on a pu malheureusement voir au cours de 1926, dans notre département, combien certains confrères font fi de l'honneur.

Une discussion s'engage à ce sujet et il est décidé qu'un projet sera élaboré, dont la rédaction est confiée au Dr Mérand, de Nozay.

VIII. *Exercice illégal de la médecine.* Le secrétaire adjoint donne lecture d'une affiche de l'abbé Chaupitre, à laquelle il n'est besoin d'ajouter de longs commentaires.

Le bureau a pensé qu'il serait peut-être bon d'imiter le Syndicat de Rennes et d'exercer des poursuites. Lecture est alors donnée de ce qui a été fait en Ille-et-Vilaine depuis 1909 et des résultats obtenus.

Après renseignements pris près de l'ancien président de ce syndicat, farouche pour les illégaux, l'auteur de l'affiche ne peut être inquiété ; il faut pouvoir donner le nom de personnes soignées. Les confrères qui peuvent fournir ces renseignements sont priés d'en avertir le bureau.

IX. Lieu de la prochaine réunion. A Blain, vers juin.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Rapport-statistique médico-social.

Exercice 1925.

Par le Dr Henri ROURE,

Médecin du dispensaire.

(Suite).

Nous venons de voir que parmi les 170 « positifs » diagnostiqués en 1925, 104 habitaient Béziers et 66 la campagne.

Nous pourrions répartir ces derniers, canton par canton, et même par commune, mais un pareil classement serait fastidieux et inopportun. En outre, il n'apprendrait rien sur la « tuberculisation » réelle de telle ou telle région, le nombre de contagieux « connus » du Dispensaire dépendant de beaucoup de facteurs n'ayant aucun rapport avec cette « tuberculisation ».

Disons seulement que dans les deux cantons

de Béziers, ville non comprise, on compte 23 « positifs ».

Les 43 autres sont répartis à peu près également dans les six cantons de : Agde, Capestang, Florensac, Murviel, Servian et Saint-Chinian, ce qui, pour chacun, représente un chiffre moyen de sept.

Quant aux 104 de Béziers-ville, leur répartition dans les différents quartiers est la suivante : 58 dans le canton Nord et 46 dans le canton Sud. Le premier comptant un nombre d'habitants un peu supérieur, 33.000 en chiffres ronds contre 31.000 (population fixe, municipale ; recensement de 1926), la proportion, par mille habitants, est à peu rprès la même : 1.70 et 1.50 ‰.

Même remarque si on suppose une ligne nord-sud divisant la ville en deux parties : Est et Ouest. On trouve 50 « positifs » dans les quartiers del'Est (30.000 habitants) et 54 dans ceux de l'Ouest (34.000 habitants). La proportion est, respectivement, de 1.65 et 1.60 par mille habitants.

Ces résultats sont absolument concordants avec les précédents et confirment ce que nous connaissons déjà : dans Béziers, la tuberculose frappe à peu près également tous les quartiers de la ville.

***

Sur ce total de 170 « positifs » nous connaissons le *logement* de 108 d'entre eux, soit près des deux tiers. Nous pouvons les diviser en deux catégories : logements « suffisants » et logements « insuffisants ».

Dans la première, nous faisons entrer tous ceux dont le nombre de pièces, y compris la cuisine, est au moins égal au nombre de personnes qui l'habitent, *plus* une pièce supplémentaire, « *chambre d'isolement* », indispensable, à notre avis, pour « isoler » le malade et assurer la prophylaxie.

La deuxième catégorie comprend tous les autres logements, c'est-à-dire ceux où le nombre de pièces est inférieur à celui des personnes qui l'habitent, ou bien, dans lesquels, ce nombre de pièces étant égal, il n'existe pas de « chambre d'isolement. »

Ce critérium posé voici le classement obtenu :

1re catégorie : logements suffisants : 33, dont 25 à la ville et 8 à la campagne.

2e catégorie : logements insuffisants : 75 dont 50 à la ville et 25 à la campagne.

Ainsi près des trois quarts de ces logements, habités par des tuberculeux « contagieux », sont « insuffisants ». On en trouve autant, proportionnellement, à la ville qu'à la campagne, où ils sont répartis également, aussi bien dans les grosses agglomérations que dans les hameaux de faible importance.

Dans Béziers, ils sont de même répartis également dans tous les quartiers. On en trouve 27 dans les quartiers nord de la ville et 23 au sud ; ou encore, 23 à l'est et 27 à l'ouest.

Ici encore, ces résultats concordent avec ceux trouvés précédemment et corroborent la conclusion que nous en avions déjà tirée : la tuberculose paraît affectionner le logement « insuffisant » *où qu'il soit situé*. Ce qui ne veut pas dire, rappelons-le également, que tout logement « insuffisant » est nécessairement « tuberculisé ».

D'autres facteurs interviennent, complexes et multiples, dont nous ignorons encore la nature, l'importance et l'influence respective sur la « graine » et le « terrain ».

***

Revenons à l'activité « intérieure » du Dispensaire.

Son « *rendement mensuel* », en 1925, a subi des variations absolument semblables et exactement superposables à celles constatées les années précédentes. Affluence moyenne, normale dirions-nous, en janvier, février, mars et avril ; ascension brusque et considérable de la courbe des « présences aux consultations », en mai et juin, période de triage des enfants en vue de l'exode à la campagne ou à la mer ; chute, non moins brusque, et beaucoup plus profonde, en juillet et surtout en août et septembre, saison des vacances et des vendanges ; puis retour progressif à la normalité.

***

Il y a eu, en 1925, 179 *séances de consultations*.

Le nombre moyen de consultants, « anciens et nouveaux », vus à chaque consultation, a donc été de 10 environ (8 en 1924) ;

Celui des consultants « nouveaux » a été de six environ (six également en 1924) ;

Celui des « nouveaux diagnostics de tuberculose » (négatifs et positifs) faits à chaque consultation, a été de 1.5 environ (3.1 en 1924) ;

Celui des « nouveaux diagnostics de tuberculose « positive » faits à chaque consultation a été de près de 0.9 (0.8 en 1924).

***

Il nous paraît intéressant d'examiner maintenant où en est le Dispensaire en ce qui concerne le « *dépistage* » des tuberculeux. Jusqu'à quel point le nombre de ceux qu'il « connaît » actuellement, 1er janvier 1926, se rapproche-t-il du nombre total de tuberculeux toutes formes « existants » dans son secteur ?

Toujours grâce à l'extrême obligeance de M. le docteur Arquier, médecin directeur du Bureau municipal d'hygiène de Béziers, nous con-

naissons la mortalité totale et la mortalité tuberculeuse de la ville pendant l'année 1925.

Les voici :

Mortalité totale : 1.124, soit 17.6 ‰ habitants (64.000 habitants) ;

Mortalité par tuberculose toutes formes : 139 soit 2.17 ‰ habitants ;

Mortalité par tuberculose pulmonaire : 116 soit 1.80 ‰ habitants ;

Les pourcentages obtenus sont légèrement inférieurs, sauf pour la mortalité totale, aux pourcentages respectifs relevés en 1924 qui étaient : 17.1 ‰, 2.80 ‰ et 2.10 ‰, et concordent à peu près avec ceux de la moyenne de la France qui sont respectivement : 18 ‰, 2.10 ‰ et 1.80 ‰.

Pour avoir le nombre « approximatif » de tuberculeux toutes formes « existants » à Béziers en 1925, multiplions par le coefficient 6 (chiffre adopté en France), la mortalité tuberculeuse « toutes formes » enregistrée cette même année.

Nous trouvons : 834, chiffre qui représente « approximativement » la morbidité tuberculeuse biterroise en 1925 (positifs et négatifs).

Or, le 1er janvier 1926, le Dispensaire connaissait, habitant Béziers, 404 tuberculeux, « positifs » et « négatifs », (total des cas diagnostiqués en 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, défalcation— faite, bien entendu, des décès jusqu'au 1er janvier 1926.)

La différence entre ce dernier chiffre et le précédent est de 340, ce qui signifie, qu'à la date du 1er janvier 1926, 340 tuberculeux de la ville échappaient encore à la surveillance du Dispensaire soit une proportion de 40 %, un peu moins de la moitié.

Le 1er janvier 1925, cette proportion était de 51 %, un peu plus de la moitié.

Béziers ne représente que les deux cinquièmes (64.000 âmes), de la population du secteur du Dispensaire. Les trois autres cinquièmes vivent à la campagne. Or, nous avons vu que la morbidité tuberculeuse rurale est sensiblement égale à la morbidité tuberculeuse urbaine.

La morbidité tuberculeuse rurale est donc « approximativement » égale : à : 834 : 2 × 3, soit 1.251.

Sur ces 1.251 tuberculeux ruraux, le Dispensaire en connaissait seulement 240, à la date du 1er janvier 1926 (total des cas, positifs et négatifs, diagnostiqués de 1921 à 1925 inclusivement, défalcation faite des décès).

La différence, 1011, représente « approximativement », le nombre de tuberculeux ruraux encore « inconnus » du Dispensaire, soit une proportion de 80 %.

Le 1er janvier 1925 cette proportion était de 90 % environ.

En additionnant : 340 + 1011 on obtient 1351, nombre qui représente « approximatievement » le total des tuberculeux, « toutes formes » encore « inconnus » du Dispensaire, « existants » dans son secteur, à la date du 1er janvier 1926, soit une proportion de 65 % environ.

Autrement dit, le Dispensaire « connaît » à peine 35 %, un peu plus du tiers, des tuberculeux « toutes formes » existant dans son secteur.

Le 1er janvier 1925, ces proportions étaient respectivement de 78 % et 22 %.

Cette évaluation, rappelons-le, n'a pas la prétention de correspondre exactement à la réalité. Elle n'est que « très approximative ». Toutefois, à défaut de base plus précise et plus solide, encore à trouver, on peut la considérer comme s'en rapprochant suffisamment pour permettre d'apprécier, d'abord, l'effort accompli en 1925, et, en second lieu, celui qui reste à faire.

L'activité à déployer devra être très grande, puisque 65 % des tuberculeux « existants » sont encore « ignorés » du Dispensaire.

Mais le travail des derniers douze mois n'a pas été vain. Le nombre des tuberculeux « connus » s'est encore accru, en effet, de 13 %, réduisant d'autant celui des « inconnus ».

Si semblable progrès est réalisé chaque année, c'est dans cinq ans que le Dispensaire aura atteint un de ses buts : le « dépistage », — ce terme étant entendu dans le sens de « connaître » — de tous les tuberculeux de son secteur, ou plus exactement de tous ceux susceptibles d'y venir, soit les deux tiers, puisqu'on admet qu'un tiers n'y viendra jamais et ne sera connu que des médecins traitants.

Cette « connaissance » est nécessaire pour éduquer, hygiéniquement parlant, et « placer » au besoin, les contagieux, donc atteindre l'autre but, socialement le plus important : la diminution de la morbidité et la de mortalité tuberculeuse.

Evaluer celles-ci, comparativement, avant et depuis l'ouverture du Dispensaire, nous paraît, en conséquence, prématuré. Le faire, et trouver une diminution sensible pendant cette dernière période, passerait, à bon droit, pour osé, sinon tendancieux, à supposer même que cette diminution corresponde à la réalité.

Cette question ne pourra donc être discutée, jugée et appréciée sainement que dans quelques années.

Mais ce que nous pouvons dès maintenant mettre en relief — et nous l'avons déjà fait au cours de ce travail — c'est la diminution très importante, constatée en 1925, des lésions pulmonaires bilatérales, étendues. Ceci veut dire, à notre sens tout au moins, que les malades consultent plus tôt, plus près du début de la maladie, soit leur médecin, soit celui du Dispensaire. Il en résulte nécessairement qu'ils sont éduqués et traités à la période la plus propice, celle où l'hygiène

et le traitement sont réellement efficaces et donnent leur maximum d'effet thérapeutique. Double conséquence heureuse ; ils sèment moins longtemps et moins abondamment la contagionet ils s'acheminent plus rapidement et plus sûrement vers une guérison solide et durable.

Cette constatation permet tous les espoirs : diminution de la contagion, donc de la morbidité, par l'éducation précoce des semeurs de germes, et diminution de la mortalité, par la cure hygiéno-diététique appliquée hâtivement, avant la période d'incurabilité.

Ils seront vraisemblablement réalisés dans un avenir qu'il faut désirer et souhaiter proche.

***

On pourrait, de même, évaluer « approximativement » le nombre d'enfants à « surveiller » existants dans le secteur du Dispensaire et échappant encore à sa surveillance.

On admet que la population infantile égale environ le dixième de la population totale, soit 16.000 pour le secteur de Béziers, dont 6.400 pour la ville de Béziers. Abstraction faite des tuberculeux avérés, pulmonaires et autres, la surveillance du Dispensaire doit s'étendre sur trois catégories d'enfants : les adénopathiques, les malingres, et ceux qui « cohabitent » avec un contagieux.

La proportion d'adénopathiques est de 15 à 20 pour cent (pourcentage des médecins inspecteurs des écoles). Mettons 15 pour cent, pour ne pas être taxés d'exagération, ce qui donne 2.400 enfants à surveiller à ce point de vue.

La proportion des malingres, souffreteux, chétifs, insuffisamment développés, est de 5 pour cent, soit 800.

Le nombre d'enfants « en contact de cohabitation » avec un tuberculeux « contagieux » égale à peu près celui des « positifs » existants, dans la région biterroise tout au moins. En effet, pour 577 « positifs » connus du Dispensaire, on compte 515 enfants « en contact ». S'il est vrai que beaucoup de « positifs » sont célibataires, il est par contre, des familles ou un seul « contagieux » peut « tuberculiser » trois, quatre, cinq enfants et même davantage, vivant avec lui.

Or, il y a dans le secteur environ 2.000 tuberculeux contagieux.

Ce chiffre de 2.000 représente donc aussi, « approximativement » le nombre d'enfants « en contact de cohabitation ».

En réalité, la plupart d'entre eux rentrent dans la catégorie des « adénopathiques ». Il y a donc lieu d'en éliminer un grand nombre déjà classés parmi ceux-ci.

Retenons-en le quart seulement, 500 par conséquent, puisqu'il est avéré que, parmi ces enfants « cohabitant » avec un tuberculeux « contagieux », 25 pour cent échappent à la contamination et ne présentent aucun signe clinique « apparent » de tuberculisation.

Additionnons :

2.400 + 800 + 500 = 3.700 enfants à surveiller.

Sur ces 3.700 enfants, le Dispensaire en connaît 726.

La différence, soit 2.974, représente le nombre de ceux qui, justiciables de sa surveillance, lui échappent encore.

Parmi tous ces enfants, les deux cinquièmes, soit un peu plus de mille, habitent Béziers.

Cette évaluation, — « très approximative » répétons-le —, n'est pas purement fantaisiste. Elle repose sur des statistiques dignes de foi, fruit de l'expérience et de l'observation, donc sur des bases solides, nullement arbitraires ou hypothétiques.

A ce titre, elle peut intéresser les municipalités et les Œuvres sociales désireuses de créer, pour ces enfants, des colonies de vacances et surtout des écoles de plein air, externats ou internats, les seules qui leur conviennent, et des préventoriums.

Cette considération, explique et justifie suffisamment, croyons-nous, la place que nous avons cru devoir faire ici à cette question, d'une importance pratique capitale pour la prophylaxie antituberculeuse, et le développement que nous venons de lui donner.

***

Voici enfin, pour terminer, un dernier tableau résumant l'activité du Dispensaire pendant les cinq premières années de son fonctionnement (mars 1921 au 1er janvier 1926) :

Présences aux consultations	7.669
Consultants inscrits (adultes et enfants)	4.304
Tuberculeux diagnostiqués (positifs et négatifs)	994
Tuberculeux positifs (crachats bacillifères)	577
Analyses de crachats	2.377
Crachats trouvés positifs (pour la 1re ou 2e fois)	740
Crachats trouvés positifs (pour la 1re fois)	577
Radioscopies pulmonaires	4.960
Familles surveillées	676
Placements d'enfants	278
Placements d'adultes	247
Adultes « suivis », négatifs et autres formes	460
Enfants « surveillés », contacts, adénopathieques et autres	726

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Congrès international des accidents du travail.** — Le prochain congrès international des accidents du travail, qui fera suite à la IVe session réunie à Amsterdam en septembre 1925, aura lieu vraisemblablement à Buda-Pesth en 1928. Il sera consacré uniquement aux accidents du travail, contrairement à celui d'Amsterdam qui comprenait aussi les maladies professionnelles.

— **Centenaire de Volta.** — On célèbrera, en Italie, à l'occasion du Congrès international des physiciens, qui se tiendra à Côme et à Rome à partir du 8 septembre prochain, le Centenaire de la mort d'Alessandro Volta, l'inventeur de la pile voltaïque. L'Académie des sciences de Paris, dont il fut membre associé étranger, se fera représenter aux fêtes du Centenaire.

— **Pour combattre la lèpre à Paris.** — Proposition adoptée par le Conseil municipal de Paris. Le Conseil : considérant que la lèpre est une maladie contagieuse, même dans nos climats ; considérant que des coloniaux (fonctionnaires, soldats, missionnaires) reviennent dans la métropole, sans présenter le moindre symptôme de lèpre, alors qu'ils sont déjà envahis par le bacille de Hansen ; considérant que des malades avérés viennent des centres léprigènes pour se faire soigner dans les établissements réputés comme l'hôpital Saint-Louis ; considérant qu'il y a lieu d'accueillir et de soigner tous ces malades, mais qu'il importe de préserver la population autochtone d'une contamination possible :

Sur la propositinon de M. Roéland, délibère :

Article premier. — L'Administration est invitée à grouper tous les lépreux à l'hôpital Saint-Louis dans un bâtiment spécial, pour réaliser l'isolement prophylactique de ces malades.

Art. 2. — L'Administration est invitée à rechercher tousles lépreux indigents de Paris et à les réunir dans un ou plusieurs établissements hospitaliers.

Art. 3. — L'Administration est invitée à mettre à la disposition des lépreux aisés des chambres confortables dans des établissements hospiataliers organisés pour soigner la lèpre.

— **Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.** — Dans leur réunion du 16 février 1927 les oto-laryngologistes Danois ont résolu de convoquer leurs collègues à un Congrès d'oto-rhino-laryngologie, qui aura lieu à Copenhague du 30 juillet au 1er août 1928 sous la présidence du prof. E. SCHMIEGELOW.

Une invitation à prendre part à ce Congrès, qui sera le premier Congrès international d'oto-rhino-laryngologie, sera adressée prochainement aux Sociétés oto-laryngologiques du monde entier.

Le Comité d'organisation est constitué de la façon suivante :

Président : Prof. E. SCHMIEGELOW, 18 Norregade, Copenhague K. *Vice-président* : Prof. H. MYGIND, 31 Havnegade, Copenhague K. *Secrétaire général* : Dr N. Rh. BLEGVAD, 3 Nytorv. Copenhague K. *Trésorier* : Dr Jorgen MOLLER, 8 Lykkesholms Allé. Copenhague V.

— **Statistique médicale américaine.** — Le *Journal of medical association* a établi une statistique de la mortalité des médecins aux Etats-Unis d'Amérique, avec l'âge des décès. Sur 2448 décès, 207 confrères américains étaient, au moment de leur mort, âgés de 81 à 90 ans, 18 de 91 à 100 ans, et un avait atteint 107 ans.

— **Syndicat général des biologistes français.** — Sur l'initiative de la Section biologique du Syndicat médical de Bordeaux, un Syndicat général des biologistes français est en formation.

Son but est de resserrer les liens confraternels ; de régler au mieux des intérêts moraux et matériels de ses membres toutes les questions se rapportant au libre exercice de la profession ; de veiller à l'application des règles déontologiques ; d'assurer une représentation efficace devant les grandes collectivités et l'Etat. Il se recrute parmi les docteurs en médecine dirigeant un laboratoire patenté, possédant un passé technique sanctionné par des titres, ou une pratique d'au moins trois années à la satisfaction du Corps médical local et admis à la majorité des membres.

Les vingt membres fondateurs tiendront une séance constitutive à Bordeaux, le 14 mai. Ils font appel à tous les confrères spécialisés pour venir grossir leurs rangs et les éclairer de leurs avis. Le vote par correspondance est admis en principe. Dès la formation définitive, l'affiliation sera demandée au Groupement des Syndicats généraux de médecine spécialisés. Pour tous renseignements complémentaires et adhésions, s'adresser au secrétaire provisoire : Dr CUVIER, 30, place Gambetta, Bordeaux.

— **Congrès annuel de laSociété française d'oto-rhino-laryngologie.** — Le prochain Congrès annuel de la Société française d'oto-rhino-laryngologie se tiendra à la Faculté de Médecine de Paris, du 17 au 20 octobre 1927, sous la présidence du professeur Collet (de Lyon).

Les rapports mis à l'ordre du jour sont les suivants : 1° Indications thérapeutiques dans la tuberculose laryngée. Rapporteur : M. Caboche. — 2° L'insuffisance respiratoire nasale. Rapporteur : M. Worms.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Georges Liébault, secrétaire général de la Société, 216, boulevard Saint-Germain, Paris, VIIe.

— **La pléthore médicale en Angleterre.** — Le Dr William Robinson, de Sunderland, signale au *Lancet* la pléthore de médecins et surtout de femmes-médecins dans le Royaume-Uni. Pour 2 postes de médecin-résident dans un hôpital d'enfants du Nord de l'Angleterre il n'y a pas moins de 48 postulants. Le traitement s'élève de 100 à 120 livres par an. (*Le Scalpel*, de Bruxelles).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Lorsque je fournis, comme médecin spécial, à une compagnie d'assurance, un certificat pour un examen de contre-visite d'un blessé assuré individuellement, le certificat ne doit être timbré que si la Cie l'oppose à son client. Donc là j'ai le droit de faire le certificat sur papier libre, avec la mention spéciale pour le timbre ?

2° J'ai remarqué dans le *Concours médical* une réponse à une question intéressant les certificats d'assistance délivrés sur l'ordre du maire, vous dites qu'ils doivent être faits sur timbre.

Je viens de faire une demande au préfet au sujet des certificats d'internement délivrés par moi, comme médecin spécialiste communal, pour les aliénés de la commune.

Voici la réponse que l'on me fait :

Préfecture de...
Inspection de l'Assistance publique. — le 15 avril 1927.

Docteur.

Vous m'avez consulté sur le point de savoir si les certificats médicaux délivrés pour la mise en observation à l'hôpital civil des malades atteints de troubles mentaux devaient être rédigés sur papier timbré.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que tous les certificats de médecins ou chirurgiens, délivrés à des particuliers *dans un intérêt privé*, sont assujettis au timbre de dimension, par application de l'article 12 de la loi du 13 brumaire an VII.

Font seuls exception les certificats délivrés sur réquisition des agents de l'autorité judiciaire ou de la force armée et les certificats demandés par l'administration, soit pour admission dans un hospice, soit pour toute autre fin.

En conséquence, j'estime qu'en votre qualité de médecin communal, chargé de l'examen des aliénés de la commune d'O., vous pouvez rédiger, sur papier libre, les certificats médicaux demandés par l'administration pour les placements d'office des malades atteints d'aliénation mentale, à admettre au pavillon d'observation de l'hôpital civil d'O.

Veuillez agréer.....

P. le Préfet,
Le secrétaire général :
Signé : A.

Que pensez-vous de cette réponse qui me semble contraire à celle que j'avais remarquée dans le *Concours médical* ?

Si elle n'est pas exacte, dites-moi en vertu de quelles lois et quels arrêtés je puis montrer à l'autorité préfectorale son erreur.

Si l'on doit admettre à la lettre la réponse de mon préfet, les asiles d'aliénés étant non des hôpitaux de traitement mais des établissements chargés d'assurer la sécurité du pays en isolant les aliénés « dangereux pour l'ordre public, pour eux-mêmes et pour ceux

qui les entourent... » ; on pourrait pour tout certificat d'internement estimer qu'il n'y a pas « un intérêt privé en jeu » et qu'il s'agit de la sécurité publique.

Dr D.

Réponse.

D'après l'article 1er du décret portant codification des droits de timbre, le droit de timbre est dû pour tous les écrits qui peuvent être produits en justice ou y faire foi.

Les certificats médicaux rentrent dans cette catégorie d'écrits et ceux délivrés à des particuliers ou à des compagnies d'assurances dans des cas non spécialement prévus pour bénéficier de l'exemption doivent être établis sur papier timbré.

En ce qui concerne la réponse du préfet, vous remarquerez qu'elle émane des services de l'Inspection de l'Assistance publique et que la loi exempte du timbre tous certificats, etc.., faits en vertu de la loi du 15 juillet 1893 et relatifs au service de l'assistance médicale.

A.M.

1627. — Exonération d'impôts sur constructions neuves. Amortissement d'une automobile d'occasion.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me fournir, par la voie du *Concours*, les renseignements suivants :

1) Je fais construire dans le fond de mon jardin un local à usage de garage auto et de buanderie. Y a-t-il exonération d'impôt foncier pendant 15 ans, ou seulement pendant 2 ans, comme dans le cas envisagé page 424, *Concours* du 13-2-27 ?

2) Comment compter, au point de vue fiscal, l'amortissement d'une auto achetée d'occasion ? Les années pendant lesquelles elle a servi entrent-elles en ligne de compte ?

Dr H.

Réponse.

1° Le garage et la buanderie étant considérés comme dépendance de la maison d'habitation doivent bénéficier de l'exemption d'impôt foncier pendant 15 ans.

2° Amortissez la voiture que vous avez achetée en vous basant sur sa durée probable. Si celle-ci était de 4 ans par exemple, déduisez chaque année de votre bénéfice 25 % de la valeur d'achat de la voiture.

A. M.

1603. — Base de la patente.

J'avais avant-guerre un loyer de 1.300 fr. porté depuis mai 1926 à 3.300, plus 10 % de charges. Je reçois ma feuille de patente au 15e sur valeur locative de 1720 fr.

J'occupe avec ma femme et 4 de mes 6 enfants cet appartement composé de 5 pièces, plus cuisine. Je

vous serais obligé de me faire savoir si la proportion établie par le contrôleur est exacte.

Dr N.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente porte à la fois sur la valeur locative des locaux d'habitation et sur celle des locaux professionnels.

La valeur locative retenue étant de 1.720 francs, alors que votre loyer atteint 3.300 francs, votre taxation est loin d'être exagérée.

1716. — La patente reste due pour l'année entière en cas de cessation d'exercice.

Je vous serais obligé de me renseigner sur le point suivant : ayant cessé d'exercer le 1er avril dernier, dois-je ma patente pour l'année entière ou puis-je obtenir une réduction proportionnelle et dans ce cas à qui dois-je adresser ma demande ?

Dr M.

Réponse.

La patente établie d'après les faits existant au 1er janvier reste due pour l'année entière, et la cession en avril ne peut motiver une réduction.

A.M.

Questions médico-militaires

1703. — Requisition et recensement des automobiles.

Suis-je tenu de présenter annuellement au recensement des voitures automobiles, fait par l'autorité militaire, la voiture qui sert pour ma profession ? Si j'avais plusieurs voitures, serais-je tenu de les présenter ou l'une d'elles seulement ? Vous trouverez ci-inclus un ordre de convocation que je viens de recevoir. J'ai ma voiture depuis 1922 et c'est la première fois qu'une pareille convocation me parvient. Dois-je la garder et m'y conformer le cas échéant ou bien faire une réclamation ? A qui, sous quelle forme ; en invoquant quel article de loi ou de décret ?

Dr G.

Réponse.

La pièce que vous nous communiquez et que nous vous retournons sous ce pli n'est pas un ordre de convocation pour présenter votre voiture au recensement. Le recensement annuel n'est d'ailleurs plus, en exécution d'un décret du 13 octobre 1926, suivi d'un arrêté interministériel du 14 octobre, tous deux publiés au *Journal officiel* du 21 octobre 1926, effectué qu'au moyen de la remise à la mairie d'une déclaration écrite, signée du propriétaire.

Cette pièce est un ordre de convocation en cas de mobilisation, vous invitant à faire amener votre voiture devant la commission de réquisi-

tion des automobiles, le deuxième jour de la mobilisation.

Mais, aux termes de l'article 5-5° de la loi du 22 juillet 1909, sont exemptes de la réquisition en cas de mobilisation et ne sont pas portées sur la liste de classement par catégories, les voitures appartenant aux docteurs en médecine, à raison d'une voiture par médecin. Vous avez donc le droit de protester contre l'ordre de convocation qui vous est adressé et de demander qu'il soit annulé, si vous n'avez pas d'autre voiture que celle qui y est portée.

Vous pouvez adresser votre réclamation, sous forme de lettre, au Général commandant la Région, puisque c'est son subordonné qui est le signataire de l'ordre en son nom.

1693. — Démission d'un ancien officier de l'active.

Né en 1875, médecin-major de 1[re] classe de l'armée active retraité pour ancienneté de services en octobre 1922, je désire démissionner de mon grade dès que les règlements me le permettront et dès que je serai libéré de toute obligation militaire. Veuillez, je vous prie, me faire savoir quelle est la date exacte à laquelle, dans ces conditions, je pourrai envoyer ma démission au ministre de la guerre.

D[r] T.

Réponse.

Comme ancien officier de l active, vous restez, cinq ans durant après votre démission, à la disposition du Ministre de la Guerre. Ce n'est donc qu'à partir d'octobre 1927, que vous pourrez offrir au Ministre votre démission d'officier de réserve.

1609. — Demande de pension pour maladie contractée au cours de la guerre.

Un homme atteint de troubles digestifs et cardiaques, ayant été hospitalisé plusieurs fois au cours de la guerre pour ces affections, et en souffrant toujours, peut-il demander encore une pension ? Cet homme possède ses billets d'hôpitaux attestant l'origine.

D[r] M.

Réponse.

La loi du 9 janvier 1926 a prorogé jusque fin 1928 les délais durant lesquels cet homme peut demander une pension. Cependant, il ne bénéficie plus de la présomption légale d'origine, et il doit faire la preuve non seulement de l'origine de la première maladie (billets d'hôpitaux, etc.), mais encore de la filiation entre cette première maladie et l'affection actuelle.

1621. — Première mise d'équipement.

Je viens de recevoir un avis me demandant si je veux faire une période militaire cette année. Je le veux bien. Mais les « tenues » de la guerre sont loin et en piteux état ! Elles ne sont plus utilisables. Aussi je voudrais savoir si un officier de réserve peut toucher une nouvelle mise d'équipement pour faire ses périodes. J'ai touché une mise d'équipement lorsque j'ai été nommé aide-major pendant la guerre. Puis-je en toucher une seconde maintenant ?

Dr L.

Réponse.

Vous ne pouvez malheureusement toucher une deuxième mise d'équipement, et cela pour de nombreuses raisons. Cependant, à tout hasard (?), en exposant la situation, tentez de demander au Général commandant le corps d'armée, par l'intermédiaire de votre Directeur du service de santé, l'autorisation de toucher des effets de sous-officier au magasin d'habillement du corps d'armée.

1781. — Promotion au grade de médecin-major de 2e classe.

Je suis médecin aide-major de 1re classe depuis août 1917, ce qui va me faire cette année 10 *ans* de grade.

Ai-je le droit de réclamer (après un laps de temps aussi long), ma nomination au grade supérieur (major de 2e cl. 3 galons), ou bien dois-je attendre patiemment que l'on songe à moi ?

Dr X.

Réponse.

La promotion au grade de médecin-major de deuxième classe, dans la réserve, a lieu uniquement au choix ; il faut donc que, tout d'abord, sur la proposition de votre directeur, vous soyez inscrit par le Ministre à un tableau d'avancement, qui paraît au *Journal officiel*. Votre ancienneté est largement suffisante pour justifier cette inscription.

Cependant, pour ne pas risquer un oubli, vous pourriez intervenir ou faire intervenir auprès du directeur. Le moment opportun pour faire cette démarche serait le mois de novembre.

Baux et locations.

1758. — Prorogations et augmentations de loyer.

J'habite une ville de 5.600 habitants. J'y suis locataire pour un bail du 1er nov. 1911 d'une durée de 12 ans, d'un immeuble où j'exerce, d'un loyer de 900 francs.

(J'ai fait notifier en 1919, à ma démobilisation, mes droits à la prorogation.)

Je croyais, par la loi des loyers d'avril 1926, avoir droit à une prorogation jusqu'en avril 1931. Or, aujourd'hui, mon propriétaire me dit qu'il compte disposer de sa maison en novembre 28, d'après l'avis d'un avocat conseil.

Y a-t-il donc erreur de ma part sur mes droits et ma situation en face de la loi d'avril 26, ou y a-t-il une nouvelle loi et récente la modifiant et que j'ignore ?

En outre, je paye 30 % d'augmentation depuis 1923 (début de ma prorogation de guerre). Est-ce un taux normal et jusqu'à nov. 28 ?

Ensuite combien devrai-je payer jusqu'en 1929 ?

Dr L.

Réponse.

La durée exacte de la prorogation de guerre à laquelle vous avez droit en vertu de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 est de 5 ans et 84 jours (temps égal à la durée des hostilités) plus le délai nécessaire pour achever le terme qui sera en cours à l'expiration de cette période.

Par conséquent, votre prorogation, qui a commencé à courir à partir du 1er novembre 1923, ne prendra pas fin le 1er novembre 1928, mais seulement le jour du terme qui suivra le 23 janvier 1929.

L'augmentation de loyer que vous payez depuis le début de votre prorogation était due en vertu de la loi du 31 mars 1922, qui a mis à la charge des locataires dans votre situation une augmentation de 5 % sur le prix du loyer, plus la majoration des charges grevant l'immeuble, par rapport à 1914, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière. Le forfait de 30 %, pour le payement de ces diverses majorations, ne paraît pas exagéré.

Lorsque votre prorogation de guerre sera expirée, vous aurez droit automatiquement et sans même avoir à en faire la demande, à la prorogation de la loi du 1er avril 1926, jusqu'au 1er avril 1931.

En effet, la loi du 1er avril 1926 est applicable dans votre ville, puisque celle-ci compte plus de 4.000 habitants.

La loi de 1926 déclare la prorogation non opposable au propriétaire qui veut habiter lui-même ou faire habiter par un membre de sa famille, mais ce droit de reprise ne peut être exercé que sur des locaux servant *exclusivement* à l'habitation. Dès lors que vous exercez votre profession dans la maison louée, votre propriétaire ne peut user à votre encontre de son droit de reprise.

C'est d'ailleurs en échange de cette faveur accordée aux locataires de locaux à usage professionnel ou mixte (habitation et exercice de la profession) que ces derniers doivent supporter une augmentation de loyer plus élevée que les locataires de simples locaux d'habitation, 125 % du loyer d'avant-guerre au lieu de 100 %. En

outre, les bénéficiaires de la prorogation doivent rembourser au propriétaire les majorations subies par les prestations en nature fournies et les impôts grevant l'immeuble (à l'exception toutefois de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière), par rapport à 1914. Pour le remboursement de ces charges, il peut être convenu d'un forfait, dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

Cette taxation des loyers n'est valable que jusqu'au 1er avril 1929. A ce moment interviendra une nouvelle taxation pour la seconde période de la prorogation. Il nous est donc impossible de vous dire, quant à présent, quelle augmentation vous aurez à supporter lorsque vous commencerez à bénéficier de la prorogation de la loi du 1er avril 1926.

Nous vous signalons que votre propriétaire aurait pu et peut encore vous demander la révision de votre loyer en vertu de la loi du 6 juillet 1925, sur la révision des baux à longue durée. Mais, dans ce cas, il serait tenu de vous accorder un supplément de prorogation de guerre égal au temps qui reste à courir sur celle-ci.

Accidents du travail.

1694. — Le blessé a le droit de changer de médecin traitant.

Le 12 janvier se présente chez moi un accidenté du travail, que je soigne jusqu'au 28 du même mois.

A cette date, l'état de ce blessé s'aggravant (phlegmon de l'avant-bras à la suite de plaie du pouce), je l'évacue après consultation avec un chirurgien, sur l'hôpital.

J'apprends aujourd'hui même que ce blessé, de retour chez lui depuis une quinzaine de jours, se fait soigner par un confrère.

Je n'insiste pas sur la façon d'agir de ce confrère, peu ferré sans doute en déontologie, mais que les scrupules, en tous cas, n'étouffent pas.

Mais, à un autre point de vue, cette façon d'agir est-elle légale ? Et ne suis-je pas en droit de réclamer ?

Il me semble que la loi accidents est formelle sur ce point, puisqu'en pareil cas, j'eusse dû être prévenu deux jours avant par lettre recommandée.

Dr H.

Réponse.

Aux termes de l'article 4, § 2, de la loi sur les accidents du travail, la victime peut *toujours* faire choix elle-même de son médecin.

C'est dire qu'elle peut en changer en cours de traitement et à toute époque.

D'autre part, la loi n'oblige le blessé à remplir aucune formalité pour le changement de médecin, comme pour le choix de son premier médecin.

L'obligation de prévenir le médecin traitant par lettre recommandée deux jours à l'avance

ne s'applique pas en cas de changement de médecin traitant, mais lorsque le chef d'entreprise veut faire contre-visiter le blessé par un médecin de son choix, désigné par lui au juge de paix, pour le renseigner sur l'état de la blessure.

C'est le paragraphe 5 du même article 4 qui réglemente les formalités de cette contre-visite.

1679. — Accident du travail ancien. Demande de revision irrecevable.

Un de mes clients, victime d'un accident du travail en date du 8 octobre 1913, s'est vu allouer une rente annuelle de 179 fr. par jugement en date du 30 octobre 1918.

L'état de ce blessé s'étant aggravé, je voudrais savoir s'il est en droit de demander une augmentation de pension.

En outre la rente ayant dû être calculée sur le salaire d'avant-guerre, n'a-t-il pas droit à une augmentation de sa rente en rapport avec le coût actuel de la vie. Dr P.

Réponse.

L'action en révision de l'indemnité permanente allouée à un blessé du travail est ouverte dans les trois ans à compter, suivant les cas, de l'accord intervenu entre les parties devant le président du Tribunal civil ou de la décision judiciaire attributive de rente passée en force de chose jugée.

Dans le cas que vous nous soumettez, le délai est depuis longtemps expiré, puisque le jugement remonte au 30 octobre 1918.

Il est donc impossible à votre blessé d'obtenir une révision de sa rente pour aggravation de sa lésion.

Mais plusieurs lois successives ont admis pour les blessés du travail dont l'accident est antérieur à 1920 le droit à une allocation supplémentaire versée par l'Etat.

Pour vous renseigner sur le droit que votre blessé peut avoir à ces allocations, il serait nécessaire que vous nous fassiez connaître le salaire de base qui a servi à la fixation de la rente et le taux d'incapacité fixé par le tribunal.

1247. — Accident survenu à l'occasion du travail.

1° Un garçon boucher de 15 ans est laissé seul à la boucherie pour la garde de la maison pendant l'absence du patron et de sa famille. Quelques instants après le départ de son patron, il détache les deux chiens de la maison pour les faire boire, dit-il ; ceux-ci se battent ; il veut les séparer et alors il est affreusement mordu aux deux jambes et à la cuisse, qui présentent des plaies multiples avec lambeaux de peau arrachés. J'ignore si le patron lui avait dit de détacher les chiens.

Est-ce un accident du travail ? puisque c'est arrivé

pendant que le garçon gardait la maison, donc pendant le travail ; mais bien que cela ne soit pas à proprement parler un travail de boucher.

Est-ce un accident de droit commun ?

Et dans ce cas, le patron, propriétaire des chiens, est-il responsable, s'il n'avait pas donné l'ordre à son garçon de détacher ces chiens ? Dr R.

Réponse.

A notre avis, il n'est pas douteux qu'il s'agit bien en l'espèce d'un accident du travail. En effet, c'est sur l'ordre de son patron et dans l'accomplissement de ses fonctions de garçon boucher que le jeune homme est resté seul pour garder la boucherie. Quand bien même il aurait commis une imprudence en détachant les chiens, cette considération ne peut avoir aucune influence sur ses droits aux indemnités prévues par la législation sur les accidents du travail. Nous vous conseillons donc de présenter votre note au patron ou à son assurance.

1667. — Assistance à l'autopsie d'un accidenté du travail.

A la suite du décès subit d'un ouvrier agricole, le juge de paix, à la requête de la compagnie d'assurances, a commis un médecin de son choix pour pratiquer l'autopsie, à l'effet de déterminer si la mort était due ou non à un accident du travail.

D'autre part, la compagnie d'assurances m'a demandé d'assister à l'autopsie , ce que j'ai fait.

J'ai, de plus, aidé dans cette opération le médecin commis par le juge de paix.

Ne voyant pas qu'il soit fait mention d'autopsies dans le tarif des accidents du travail, je vous prie de vouloir bien me dire quels honoraires je suis en droit de réclamer à la Compagnie d'assurances.

Dr C.

Réponse.

Le tarif des accidents du travail, dit tarif Durafour, ne concerne que la part des frais médicaux mise à la charge du patron durant l'incapacité temporaire de l'ouvrier blessé. Il est donc logique que ce tarif ne prévoie aucun honoraire pour autopsie.

D'autre part, ne sont tarifés que les honoraires du médecin traitant choisi par le blessé. Lorsque l'assurance fait contre-visiter le blessé par un médecin ou de son choix, ou demande à un médecin, comme c'est votre cas, d'assister à l'autopsie de la victime de l'accident ordonnée par le juge de paix, il se crée entre ce médecin et l'assurance des rapports de pur droit commun. Il appartient donc aux parties en cause, c'est-à-dire au médecin et à l'assurance, de fixer les honoraires du médecin, sans qu'aucune tarification puisse être invoquée de part ou d'autre.

A vous d'évaluer les honoraires justifiés par le temps que vous avez passé et le travail que vous avez eu à fournir et d'adresser votre note en conséquence à l'assurance. A titre indicatif, nous vous signalons que le tarif médico-légal alloue 60 francs d'honoraires pour l'autopsie d'un cadavre avant inhumation et 90 francs après exhumation.


LACTO
MAGNÉSIE VI
UNION BIOLOGIQUE
PARIS

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 22 — DIMANCHE 29 MAI 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France...................... 45 fr.
Etranger... (voir conditions page IV)
Etudiants (France)........ 25 fr.
Le Numéro................ 1 fr.
C. P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*
MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1480-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envol des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Boyer, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, E. Le Gourièrec, E. Poulain.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges Fourment, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Gardette, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes, Saint-Pée.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Dulliège. Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les Bains. De Langenhagen.

Lamalou les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Auboux. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*) Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie). Peytoureau *peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Roger André, Beal, Débidour, E. Dullin, Garcin. Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, O tal.

Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Ambiès, Bargy, Berthomier (*phys.*). Cahen, Caillon, Castera. Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*). Fau. Gannat, Guinard. Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Adda, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2 fr. 50** *la ligne. Verser au compte des chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 289. — Préchacq-les-Bains. Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

N° 290. — Calvados. St-Aubin-sur-Mer, stat. climat. suriodée à 5 heures de Paris. Plage de toute sécurité. Parc, tennis, ombrages. Saison juin à septembre.

N° 291. — Deux-Sèvres, Citroen cond. int. 10 CV. carross. luxe cannée Dreguet, 4 amortiss. Houdaille, mot. excell. état, 13.000.

N° 292. — A vend. 1 gr. bobine Casel 60 cm. d'étinc., 1 amp. thérapie eau bouillante V.S., 2 amp. thérapie V.S., 1 soupape C.L. Plon., 1 soup. Villard, 1 bain de lumière Heller-Coudray.

N° 293. — Banl. paris. imméd., bon air. pas d'usines, ménage dem. nourriss. à partir 3 ans.

N° 294. — A vend. faut.-voiture Dupont état neuf, 750 fr.

N° 295. — Jne doct. en médec., libre toutes matin., aider. confr. ou clin., consultat. Très au cour. accouch.

N° 296. — 50 km. Paris, jolie banl. gr. ligne, anc. poste rapp. 130.000 propriété conf. avec parc, loyer 3.000, bail. Prix : 100.000 dont 80.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 297. — Sud-Est, ch.-lieu canton. cab. rapp. 55.000 (gros augm.) villa agréab. 8 p. Indemn. 20.000, dont 10.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36.-46.

N° 298. — Paris, joli quart., anc. client. de quart. à céder avec très gr. appart. 7 p. conf., bail 9 ans, indemn. 40.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 299. — Maison de repos. Imm. neuf. Toit-terrasse sur grand parc. Chaque chambre avec bains. Ascenseur. Cuisine soignée. Régimes. Paradou, 53, rue Manin, Paris. Nord 94-14.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies.** — De nouveaux cas de variole sont signalés dans la commune de Vierzon-Forges.

— **Val-de-Grâce.** — *Conférences d'actualités médico-chirurgicales.* — Le 11 juin, à 17 h., conférence de M. VANLANDE, agrégé du Val-de-Grâce, sur *les fausses appendicites.*

— **Hôpitaux de Paris.** — A la suite du dernier concours, ont été nommés médecins des hôpitaux : MM. de Gennes, Tzanck et Marchal.

Sont nommés assistants d'électro-radiologie, MM. Couvreux, Quivy, Diocles, Morat, Sidon, Gadreau, Gauillard, Desgrez, Humbert, Veau, Brennan, Guilly, Guimpel, Blondeau, Dupouy.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Enseignement de la phtisiologie.* — Une semaine de perfectionnement aura lieu du 30 mai au 4 juin, sous la direction du professeur LEURET, avec la collaboration de MM. Secousse, Piéchaud, Caussimon, Philip, Aubertin, Aumont, Lamothe, L. Cruchet, Fontan, Colbert, Creignou, Crouzet, Michel et Delmas. Le cours aura lieu au saantorium de Feuillas et au centre anti-tuberculeux (Hôpital Saint-André).

— **Assemblée annuelle de la « Prévoyance médicale ».** — Le dimanche 15 mai, a eu lieu à la salle des Ingénieurs civils l'assemblée générale annuelle de la Prévoyance médicale.

Sur les bénéfices s'élevant à 2.608.283 fr. elle a attribué, après versements aux réserves, une somme de 1.625.162 fr. comme allocation viagère à 1310 médecins âgés de plus de 60 ans, à 837 veuves et à 217 orphelins.

Le Dr Chapon membre du conseil, sortant et rééligible, ainsi que le docteur Sellier, professeur d'hydrologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, candidat en remplacement du regretté docteur de Pradel, ont été nommés à l'unanimité administrateurs.

Les membres présents ont constaté l'état florissant de la Société qui groupe à l'heure actuelle près de 10.000 adhérents.

— **Journées médicales bruxelloises de 1927.** — *Les fêtes.*— Après le programme scientifique, publié récemment, nous pouvons annoncer que les congressistes seront invités à une soirée dansante à l'Hôtel-de-Ville de Bruxelles, le lundi 27 juin. Le dimanche 26, le Théâtre royal de la Monnaie donnera en gala une représentation de *Turandot*, la dernière œuvre de Puccini, dont il a fait une création retentissante en langue française. Le 25, après la séance inaugurale, un banquet réunira les congressistes ; il sera suivi d'une soirée de danse.

Le Ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène a marqué son intention de donner au Ministère un grand dîner en l'honneur des hautes personnalités scientifiques étrangères qui assisteront au Congrès.

— **Sanatorium des étudiants.** *Concert de gala.* — Le Comité du sanatorium des étudiants et étudiantes a organisé au profit de l'œuvre un concert de gala qui sera donné salle Gaveau, le vendredi 3 *juin* 1927, à 21 heures. Ce concert sera présidé par M. le Bâtonnier Henri-Robert. Il groupera des artistes de grand talent (Mme Chassignat-Gigot, MM. Enesco, Koubetzky, Gambert), et offrira un intérêt musical exceptionnel (Location salle Gaveau).

— **Institut international d'anthropologie** (15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — Le 28 mai, à 17 h., conférence de Mme le Dr Simone Laborde : Le cancer est-il héréditaire ?

— **Finances Châtelguyonnaises.** — L'assemblée générale des actionnaires de la Société de Châtel-Guyon, qui a eu lieu le 11 mai dernier, a voté la répartition d'un dividende brut de 16 fr. par action (coupon n° 6) payable aux caisses de la Société générale à partir du 1er septembre 1927. Net : porteur, 11,45. — Nominatif, 13,10.

— **Algérie.** *Concours de médecin adjoint des hôpitaux.* — Un concours sera ouvert à Alger le 7 novembre 1927 pour la nomination d'un médecin adjoint à l'hôpital civil de Bône.

Le 15 novembre, aura lieu à l'hôpital civil de Mustapha un concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux d'Alger. La liste des inscriptions sera close le 14 octobre. Pour renseignements, s'adresser à la Direction de l'hôpital de Mustapha.

— **Croisières du « Bruxelles médical ».** — Une croisière partira du Havre le 10 août prochain et comportera le trajet suivant : Le Havre, Lisbonne, Tanger, Alger, Palma (Iles Baléares), Barcelone, Marseille. Durée : trois semaines environ. Prix : depuis 560 belgas (2.000 fr. français), en première classe. S'adresser : section des voyages du *Bruxelles-médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

A TRAVERS L'OFFICIEL

11 *mai.*

Assistance publique.

Circulaire ministérielle relative aux élections au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

12 *mai.*

Brevet d'infirmières.

Des sessions d'examen d'Etat d'infirmières hospitalières auront lieu :

A Nantes, les 7, 8 et 9 juillet ;

A Nancy, du 18 au 22 juillet ;

A Reims, du 20 au 30 juin.

Une session d'examen d'Etat d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose aura lieu à Nancy, du 18 au 25 juillet.

Soins aux pensionnés de guerre.

Instruction interministérielle *fixant les conditions d'application des articles* 10, 55 *et* 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919.

Le titre II « Frais d'hospitalisation », de l'instruction interministérielle du 12 juin 1926 (*Journal officiel* du 3 août 1926, fixant les conditions d'application des articles 10, 55 et 64 de la loi du 31 mars 1919 est modifié et complété comme suit :

TITRE II

Frais d'hospitalisation

Il résulte des trois articles de la loi du 31 mars 1919, dont les dispositions ont été rappelées au début de la présente instruction, que les bénéficiaires de l'article 10 peuvent être hospitalisés à trois titres différents :

1° Le pensionné faisant valoir le droit que lui reconnaît l'article 10 se fait hospitaliser pour se procurer, sous une forme autre que l'aide d'une tierce personne, l'assistance que lui est indispensable pour accomplir les actes essentiels à la vie ; l'état de l'invalide relève de l'hospice plutôt que de l'hôpital. L'intéressé, qui est alors toujours admis dans un établissement public, doit subir le prélèvement des frais d'hospitalisation. Le prélèvement porte sur la pension principale, compris la majoration de l'article 12, s'il la touche, et le supplément spécial temporaire correspondant, sur l'allocation spéciale temporaire aux grands invalides.

Par contre, aucune retenue ne doit être opérée sur les majorations d'enfants et les suppléments spéciaux temporaires correspondants, non plus que sur les majorations supplémentaires temporaires ;

2° Le caractère de l'affection et la nature des soins qu'elle exige sont tels que le traitement ne pourrait pas être pratiqué au domicile du malade ou dans un hospice, mais qu'il nécessite, médicalement parlant, hospitalisation proprement dite, en raison d'accidents ou de complications de la blessure ou de la maladie qui a motivé la pension.

L'hospitalisation a lieu suivant les règles établies par le décret du 25 octobre 1922, pour l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par l'article unique de la loi du 21 juillet 1922, et les frais de cette hospitalisation sont à la charge de l'Etat. Le préfet les mandate au profit des établissements intéressés par imputation sur les crédits budgétaires.

Toutes les fois qu'un bénéficiaire de l'article 10 sera admis dans un hôpital, sans qu'il ait été spécifié par la préfecture que l'hospitalisation est effectuée soit au titre de l'article 10, soit au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, la direction de l'établissement provoquera immédiatement auprès de la préfecture un avis de la commission tripartite départementale fixant ce point particulier.

3° ....

Le reste sans changement.
Paris, le 7 mai 1927.

13 mai.

Sanatoriums publics.

Recrutement des médecins directeurs.

Décret du 5 mai 1927 :

Art. 1er. — L'article 35 du décret du 10 août 1920 est modifié ainsi qu'il suit :

« A titre transitoire et jusqu'au 10 août 1930, les docteurs en médecine ne justifiant pas de deux ans de stage comme médecins adjoints pourront être admis à concourir en vue de leur inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecins directeurs, pourvu qu'ils remplissent les autres conditions exigées. Toutefois, il ne sera procédé à leur nomination qu'à défaut d'inscription de médecins adjoints ayant deux ans de fonctions. »

Art. 2. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Lutte anti-cancéreuse.

Le vice-président du Conseil d'administration du bureau de bienfaisance de Marseille est nommé membre du Conseil d'administration du Centre anti-cancéreux de cette même ville.

14 mai.

Assistance publique.

Conseil supérieur.

Par arrêté ministériel du 10 mai sont maintenus membres du conseil supérieur de l'assistance publique pour une nouvelle période de quatre ans :

Au titre de sénateurs.

MM. Bienvenu-Martin, Chauveau, Daraignez, Debierre, Dron, Honnorat, Lancien, Mauger, Merlin, Philip, Reynald, Steeg.

Au titre de députés.

MM. Camuzet, Durafour, Grinda, Jacquier, Lefas, Lenoir, Nogaro, Paté, Schumann, Emile Vincent.

Au titre de compétence spéciale.

MM. le Dr Armaingaud, Berthelemy, le Dr Bouloumié, Mlle Chaptal, MM. le Dr Chevallereau, Constantin, Cros-Mayrevieille, Lucien Descaves, le Dr Legrain, Leredu, Emile Leven, Mirman, Ogier, Olivier, le Pr Pinard, Rebeillard, Henri Rollet, Rondel, le Dr Roubinovitch, Sée, Mme Jules Siegfried, MM. Van Cauvenberghe, Villey, de Vogué.

Au titre de membres du corps médical des hôpitaux.

MM. les Dr Couvelaire, médecin des hôpitaux de Paris, et Reynes, médecin des hôpitaux de Marseille.

Au titre de médecins des asiles publics d'aliénés.

MM. les Dr Marie, méedcin à l'asile de Villejuif, et Toulouse, médecin directeur de l'hôpital Henri-Rousselle.

17 mai.

Service de santé militaire.

Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires.

La composition de cette commission pour l'année 1927, est fixée comme suit :

Président : M. le Dr Roux.

Membres civils : MM. les Dr Léon Bernard, Bezançon, Calmette, Chauffard, Chauveau, Pinard, Jules Renault, Roger, Pierre Teissier, Widal, M. Nepoty.

Membres militaires : MM. Savornin, Rimbert, Gastinel, Cernesson, Toubert, Sacquépée, Audibert, Vaillard, Sieur, Vincent, Rouget, Polin.

Secrétaire : M. Coudray.

Service de santé de la Marine.

INSTRUCTION

fixant les dispositions particulières à l'établissement des notes et propositions des officiers du corps de santé pour l'année 1927.

Paris, le 13 mai 1927.

1re PARTIE

OFFICIERS EN ACTIVITÉ DE SERVICE (1)

Avancement.

Les officiers du corps de santé qui réuniront au 1er janvier 1928 les conditions d'ancienneté indiquées ci-après, pourront seuls être proposés pour l'avancement en 1927.

1° Médecins.

Pour le grade de médecin général de 1re classe.

(Conditions légales.)

Trois années d'ancienneté dans le grade de médecin général de 2e classe.

Pour le grade de médecin général de 2e classe.

(Conditions légales.)

Deux années d'ancienneté dans le grade de médecin en chef de 1re classe.

Pour le grade de médecin en chef de 1re classe.

Les médecins en chef de 2e classe promus avant le 1er octobre 1925.

Pour le grade de médecin en chef de 2e classe.

(Conditions légales.)

Trois années d'ancienneté dans le grade de médecin principal dont une année, au moins, d'embarquement.

Pour le grade de médecin principal.

Les médecins de 1re classe promus avant le 1er janvier 1923, et réunissant dans le grade deux années d'embarquement.

Pour le grade de médecin de 1re classe.

(Conditions légales.)

Trois années d'ancienneté dans le grade de mé-

(1) Certains emplois à terre ont été assimilés, au point de vue des conditions requises pour l'avancement, au service à la mer. (Décret du 28 août 1926, *B. O.*, p. 460. Loi du 10 juin 1896, modifiée le 23 février 1926.).

decin de 2e classe dont une année, au moins, d'embarquement.

Légion d'honneur.

Pour le grade de commandeur et d'officier, se reporter aux dispositions communes à tous les corps prévues par l'instruction du 27 mars 1926. (*Journal officiel* du 31 mars 1926, page 3961.)

Pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Officiers du corps de santé de tous grades, réunissant au 1er janvier 1927, dix années de services militaires effectifs.

Observations. — Seront considérées comme nulles et non avenues les propositions formulées en faveur des officiers qui ne rempliraient pas les conditions fixées ci-dessus.

Les prescriptions du paragraphe 4, 1re partie de l'instruction du 27 mars 1926 (*Journal officiel* du 31 mars, page 3961) restent en vigueur pour ce qui a trait aux dispositions générales relatives à l'établissement des notes.

1re PARTIE

OFFICIERS DE RÉSERVE

Les dispositions générales et particulières du titre B de l'instruction insérée au *Journal officiel* du 22 avril 1927, page 4452, sont applicables aux officiers de réserve du corps de santé de la marine.

APHORISMES

Trois sentences de Syrus que les membres des Syndicats médicaux pourraient méditer :

Nimium altercando veritas amittitur
Quand on dispute trop, la vérité s'échappe.

Est turba semper argumentum pessimi
Le parti qu'embrasse la foule est toujours le plus mauvais.

Non omni eumden calceum induces pedi
La même chaussure ne va pas à tout pied.

Dr P. Noury (Rouen).

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

1662. — Régions dévastées.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire savoir s'il y a un changement au tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail pour les indemnités de déplacement dans les régions dévastées en 1927.

Dr T.

Voir la suite page XLVII-1527

PROPOS DU JOUR

Un grand praticien méconnu : Charles-Gabriel Pravaz, l'inventeur de la seringue hypedermique.

Un Comité s'est constitué le 8 septembre 1923, sous la présidence du Dr Liénard, au Pont-de-Beauvoisin (Isère et Savoie), se proposant d'ériger dans sa ville natale un monument commémoratif à Charles-Gabriel PRAVAZ, l'inventeur de la seringue hypodermique. Malgré les membres distingués inscrits au Comité de patronage, le souvenir du grand praticien que fut Pravaz, s'est quelque peu atténué, recouvert par le flux des centenaires qui ont été ou vont être célébrés. Notre distingué ami, le Dr Dartigues, qui ne reste jamais indifférent lorsqu'il s'agit de faire triompher une idée généreuse et de rendre justice à un génie méconnu, a fait inscrire l'*Union médicale franco-ibéro-américaine*, l'*Umfia*, au Comité Pravaz et nous a demandé de faire connaître à nos lecteurs les mérites de l'inventeur trop oublié. Nous répondons volontiers à l'appel du Dr Dartigues et le remercions cordialement des documents qu'il a bien voulu nous faire parvenir. Nous publierons ici avec d'autant plus de plaisir la biographie de Pravaz, que, fils d'un médecin de campagne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ayant exercé de longues années à Paris comme médecin praticien, dépourvu de titres officiels, et n'ayant pas été toujours encouragé dans ses ingénieuses recherches, il mérite d'être mieux connu des médecins qui doivent savoir que l'œuvre de Pravaz ne s'est pas bornée à l'invention de la petite seringue qui, cependant, arrachera à jamais son nom à l'oubli.



***

Charles-Gabriel PRAVAZ naquit le 24 mars 1791, à Pont-de-Beauvoisin, petite ville située sur le Guiers entre la Savoie et le Dauphiné au pied du massif de la Chartreuse.

Son père, Guillaume Pravaz, médecin praticien à Pont-de-Beauvoisin, considéré comme suspect, fut avec sa famille interné en septembre 1793 au Couvent de Sainte-Marie-d'en-Haut à Grenoble, où il resta détenu quelques mois.

Ce fut d'abord son père, puis ses deux oncles, l'un Bénédictin, l'autre Jésuite, qui assurèrent l'éducation et l'instruction du jeune Pravaz. Il se rendit ensuite à Grenoble pour compléter ses études en mathématiques, sciences pour lesquelles il avait une véritable prédilection. Il y mena la vie laborieuse et retirée d'un étudiant très sérieux, revint au bout de peu de temps dans sa ville natale où il remplit au Collège les fonctions de professeur de mathématiques, tout en préparant le concours de l'Ecole Polytechnique où il fut admis.

Il était à cette école en 1814, lors de la rentrée des Alliés à Paris ; il prit part, avec ses camarades polytechniciens, aux combats livrés à la barrière de Clichy et fut cité à l'ordre du jour pour avoir repoussé, sabre en main, une attaque de lanciers autrichiens.

Pravaz cependant abandonna la carrière militaire, pour commencer ses études médicales à la Faculté de Paris. Il dut donner pour vivre des leçons de mathématiques. Il passa en 1824 une thèse remarquée sur la *Phtisie laryngée*, maladie dont mourait sa mère.

Une fois docteur, Pravaz se fixa à Paris et il y exerça pendant dix ans. Nommé en 1825 médecin de l'Asile royal de la Providence, hospice de vieillards situé à Montmartre, Chaussée des Martyrs, il épousa peu après Mlle Gambès dont l'aïeule dirigeait une importante Institution

de jeunes filles, institution dont il devint médecin. Ce fut en soignant les élèves de cette institution qu'il observa chez elles la fréquence des déviations de la colonne vertébrale, les étudia et se spécialisa dans l'orthopédie. Notons qu'à cette époque, Pravaz avait déjà publié dans les *Archives générales de médecine* d'intéressants articles sur l'hémianopsie.

L'orthopédie était un art jusqu'alors assez négligé en France, bien que fort cultivé en Allemagne. Il devint à cette époque à la mode dans notre pays. Pravaz en fit une étude vraiment scientifique, démontra que les déviations de la colonne vertébrale chez les jeunes gens étaient rarement la conséquence du mal de Pott, cause à laquelle on les attribuait alors systématiquement. Il obtint de tels succès à l'Institution de sa grand-mère que les malades y affluèrent et qu'on dut la transformer en clinique orthopédique. Une succursale plus importante fut créée à Passy ; une troisième, sur la colline de Sainte-Foy à Lyon, prit un tel développement que Pravaz quitta Paris pour séjourner désormais dans cette ville.

A partir de 1827, les mémoires de Pravaz communiqués à l'Académie de médecine sur l'orthopédie, les déviations de la colonne vertébrale, la gymnastique médicale, l'organoplastie, se multiplièrent. Mais le plus important sujet de ses études, celui qu'il étudia le plus complètement, fut la luxation congénitale de la hanche. De 1838 à 1847, Pravaz s'acharna à des recherches cliniques et thérapeutiques sur cette affection. Il préconisa une méthode curative qui, au lieu de réduire brusquement la luxation congénitale comme une luxation traumatique, consistait à user de patience, à agir avec lenteur, par des manœuvres prudentes, par des tractions prolongées pour mettre en contact les surfaces articulaires. Les critiques violentes et injustifiées de Bouvier à l'Académie, n'empêchèrent pas le triomphe de la méthode de Pravaz, encore en usage aujourd'hui. Il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur, correspondant de l'Académie de médecine.

Son *Traité théorique et pratique sur les luxations du fémur, suivi d'un appendice sur la prophylaxie des luxations spontanées*, édité en 1847, à Lyon et à Paris, fut couronné par l'Académie des sciences.

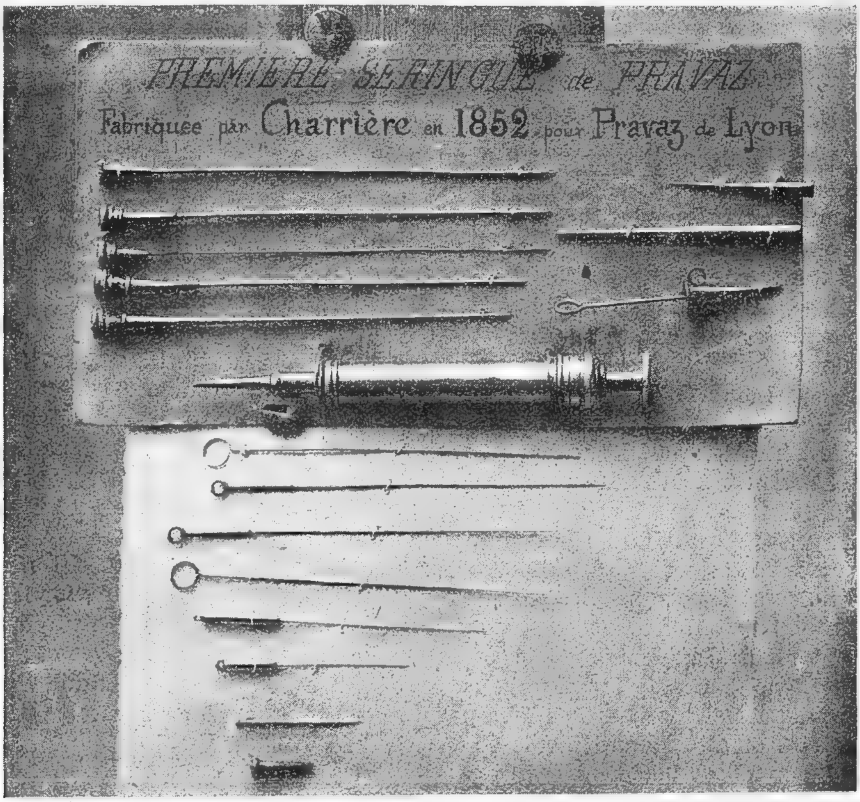
En même temps, Pravaz, pour aider à la cure orthopédique de ses malades, imaginait les bains d'air comprimé.

Depuis 1830, Pravaz s'était aussi préoccupé de la cure des anévrysmes. Il se servit d'abord de l'électricité pour coaguler le sang dans la poche anévrysmale et ce procédé fut adopté par Alphonse Guérard, Lisfranc, Petrequin, Velpeau, Ciniselli (de Crémone). Il essaya ensuite, après des expériences, faites sur les chevaux à l'Ecole vétérinaire de Lyon, d'obtenir la coagulation en injectant du perchlorure de fer dans l'anévrysme. C'est dans ce but qu'il imagina la seringue et l'aiguille creuse. Ce procédé exigeait évidemment une grande prudence et il donna à Raoul Deslongchamps et à Niepce de remarquables succès. Malheureusement, l'imprudence de quelques chirurgiens inexpérimentés causa des échecs, qui furent exploités contre Pravaz. Attaqué à la tribune de l'Académie de médecine par un chirurgien de l'autorité de Malgaigne qui, dans un fougueux et injuste réquisitoire, débuta par cette invective : « Est-ce assez de morts ! », le procédé de Pravaz fut condamné. Le coup fut terrible pour l'homme de conscience et de probité qu'était Pravaz ; sa santé fut rapidement en déclinant et il mourut cette même année 1853 à l'âge de 62 ans.

L'ingéniosité de Pravaz lui avait fait imaginer la seringue hypodermique munie d'une aiguille creuse que construisit Charrière. Avant lui, aux XVIIe et XVIIIe siècle, Fabricius, de Dantzig, et Elsholtz avaient fait des injections intraveineuses et Anel avait construit une fine canule pour le cathétérisme des voies lacrymales, qu'il destinait aussi à l'aspiration du liquide dans les collections purulentes, mais ces instrumentations n'avaient qu'un rapport très éloigné avec la seringue hypodermique dont l'emploi s'est si rapidement et si universellement généralisé.

Nous avons emprunté la plupart des renseignements que nous venons de donner à un remarquable article du Dr Grangée, d'Aix-les-Bains, publié dans la *Revue de thérapeutique moderne illustrée* (mai 1923) et à une brochure du Comité Pravaz, rédigée à l'aide de documents fournis par la famille et les amis du célèbre chirurgien. Or nous avons retrouvé une plaquette, éditée en 1924 par la *Vie médicale*, intitulée : *Pravaz et la Lithotritie*, où un de nos plus distingués urologistes parisiens, le Dr L. Boulanger, rappelle que Pravaz imagina un lithotrite qui fut essayé par Blondin à l'hôpital Beaujon le 23 avril 1829. Cet instrument, représenté dans l'ouvrage sur la Lithotritie de Schleiss von Lovenfeld, publié à Munich en 1839, constitue un progrès sur le lithotriteur de Leroy d'Etiolles.

Le foret de l'instrument, au lieu d'être mû par un archet, est mis en action par une manivelle en relation avec une roue dentée engrenée à des pignons. Il n'est pas sans intérêt de montrer que l'ingéniosité de Pravaz ne s'est pas bornée à la seringue et à son aiguille creuse.



***

Malgré la célébration de nombreux centenaires de médecins et de savants illustres, malgré les souscriptions répétées pour lesquelles il a été fait appel à la générosité du Corps médical, nous pensons que c'est un acte de piété et de justice que de contribuer à l'élévation du monument projeté en l'honneur de Charles-Gabriel Pravaz, fils d'un médecin de campagne, clinicien savant, laborieux et consciencieux, orthopédiste habile, esprit inventif et ingénieux, qui, tout en réalisant des travaux de premier ordre, a doté l'arsenal du praticien de l'instrument le plus précieux (1).

J. Noir.

(1) Les souscriptions peuvent être envoyées à M. le Dr Liénard, Président du Comité Pravaz, à Pont-de-Beauvoisin (Isère).

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE XYLOL EN DERMATOLOGIE

Par M. Louis Bory.

Lorsque j'ai essayé de mettre en vedette, en 1919 (1), le rôle important que le xylol méritait de prendre, à mon avis, dans la thérapeutique des affections cutanées, il avait été déjà employé en médecine interne dès 1871, pour la première fois, semble-t-il, par Zuelzer dans le traitement de la variole et depuis par un grand nombre d'auteurs (Burgess, José Otvos, Vichnewsky, Belin et Salomon, Longuet, Teissier...) qui ont montré la supériorité de ce médicament capable de faire avorter l'éruption variolique (2), quand on l'administre en gouttes, dans du lait ou du vin à la dose de L à CXX gouttes, réparties en quatre à cinq prises chaque jour ; la suppuration s'arrête et les cicatrices qui en sont les conséquences indélébiles se trouvent évitées. A leur place se produisent soit des taches non déprimées, fortement pigmentées, soit des cicatrices hypertrophiques, papuleuses, fortement pigmentées, qui mettent un assez long temps à disparaître. Teissier et Tanon, étudiant histologiquement l'action du xylol sur l'élément éruptif variolique ont montré que le médicament développe un travail intense d'hypergenèse et d'hyperpigmentation. « Le processus de suppuration ne se produit pas (il n'y a ni dégénérescence de la couche génératrice, ni destruction du corps papillaire) et, durant que le stratum granulosum se charge de pigment, les cellules de la couche génératrice prolifèrent, permettant un véritable travail de réédification qui, pour un temps, peut se développer avec exubérance ; d'où la nécessité d'arrêter aussitôt que possible le traitement en diminuant les doses dès que la période de dessiccation commence ».

En dermatologie, le xylol avait été préconisé par M. Sabouraud dans le traitement des phtiriases du cuir chevelu et de la région pubienne.

Nous en avons nous-même généralisé l'emploi dans la thérapeutique externe des dermatoses, dès 1916, soit en utilisant son action propre antiseptique et antiparasitaire, soit en la combinant à ses propriétés dissolvantes d'un très grand nombre de produits, qui en font un remarquable excipient dermatothérapique. Depuis, les vaselines ou huiles xylo-iodées et xylo-iodoformées, dont nous avions donné les formules sont couramment employées, les premières surtout, dans le traitement des phtiriases, des infections superficielles de la peau, particulièrement chez l'enfant, les secondes dans le traitement du chancre mou et de sa complication suppurée ganglionnaire. L'efficacité de ces préparations a été confirmée par Tixier, Hudelo et Rabut (1), Spillmann.

Pour compléter ce court historique, disons que Volpino (2) a expérimenté le xylol pur ou en dilutions huileuses dans le traitement des tuberculoses osseuses, articulaires et ganglionnaires ; et que tout récemment Sudley a préconisé le même produit dans la cure radicale des kystes sébacés (3).

***

Le xylol, produit brut retiré de la houille et utilisé en histologie, désormais aussi en thérapeutique, est, en réalité, un mélange de trois xylènes ou diméthylbenzènes, de formule générale

$$C^6H^4 \langle \begin{matrix} CH^3 \\ CH^3 \end{matrix}$$

Ces trois isomères sont mélangés dans la proportion suivante : 10 à 15 % d'ortho, 20 à 25 % de para et le reste, soit la plus grande part, de métaxylène.

Très voisin du toluène, il a une odeur plus

(1) L. Bory. — Le xylol, agent thérapeutique et prophylactique. Considération sur la prophylaxie vénérienne, *Presse médicale*, 10 février 1919.

(2) Cf. article de Teissier : Variole, *in* Nouveau Traité de médecine, tome II. (Masson, éditeur, 1922 pp. 249-252.)

(1) Hudelo et Rabut. — Note sur le traitement des bubons chancrelleux. La méthode de Fontan modifiée par l'emploi de l'huile xylo-iodoformée. *Presse médicale*, 12 novembre 1919, p. 676.

(2) Volpino. — Étude expérimentale sur la thérapie de la tuberculose, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, tome XXXIII n° 3, 5 mars 1919.

(3) E. W. Sudley. — Cure radicale des kystes sébacés par le xylol, *Gaz. hebdomad. de médecine de Bordeaux*, 9 janvier 1927.

agréable ; comme lui, c'est un dissolvant énergique des matières grasses ; non miscible à l'eau et à la glycérine, il l'est en toutes proportions à l'éther, l'alcool, l'acétone, le sulfure et le tétrachlorure de carbone qu'il désodorise. Bien qu'inflammable, le xylol se manie très bien à quelque distance d'une flamme et ne présente pas à ce point de vue la volatilité et les dangers de l'éther, de l'éther de pétrole et du sulfure de carbone.

Le xylol est un solvant remarquable d'un très grand nombre de produits , essences, huiles essentielles, corps gras, hydro-carbures, lipoïdes, lécithines, cholestérines, phénols.

En recherchant les solubilités de divers corps dans le xylol, j'ai surtout retenu comme les plus utiles au dermatologiste celles-ci :

L'*iode* soluble au quinzième (1 pour 15) environ donne une belle teinture violette, stable.

L'*iodoforme* soluble au quarantième (1 pour 40) donne une belle teinture jaune clair, instable, qui demande par conséquent d'être préparée fraîchement. Le xylol atténue beaucoup l'odeur si désagréable de l'iodoforme.

La *chrysarobine*, peu soluble, au trois millième seulement, donne à cette concentration (0.01 pour 30 cc.), une belle teinture claire de couleur safran, très stable.

Le *camphre*, l'*acide phénique*, le *thymol*, le *menthol*, le *salol*, le *gaïacol*, les goudrons, sont très solubles ; le naphtol β (1 pour 100), l'acide salicylique, l'acide picrique le sont moins. L'ichtyol ne l'est pas, ni le coton poudre, de sorte qu'on ne peut préparer de collodion au xylol ; mais on peut mélanger parties égales d'une teinture au xylol et de collodion à l'éther ou à l'acétone ; le xylol dissout d'ailleurs un certain nombre de résines (le baume du Canada surtout, baume de tolu très peu), ce qui permet la préparation de vernis adhésifs. Il dissout mal le caoutchouc et la gutta.

Enfin, comme le xylol, produit solvant et diffusible, se mélange admirablement aux excipients gras habituels, qu'il dissout, on conçoit qu'en incorporant à ces derniers les diverses teintures xylolées, on obtienne des produits pharmacologiques parfaits, si l'on veut bien continuer à admettre que l'action chimique d'un corps est déterminée par sa solubilisation préalable.

On voit quelle riche combinaison de formules nouvelles peuvent naître de cet emploi raisonné du xylol, dont les propriétés générales dermatologiques sont :

Un pouvoir dissolvant puissant des matières grasses, qui en fait un agent décapant de premier ordre ;

Un pouvoir antiseptique et parasiticide remarquable ;

Un pouvoir modificateur très important dû à une certaine causticité du produit, dont le degré peut varier suivant la concentration, depuis la destruction des cellules non protégées par une imprégnation suffisante de kératine jusqu'à la simple action irritante et congestive utilement provoquée dans certaines affections cutanées. Cette action caustique se fait particulièrement sentir lorsqu'on fait agir le xylol pur ou concentré sur les peaux fines, les plaies ou les muqueuses ; elle est à peu près nulle aux faibles concentrations.

***

Cela étant, voici quelles formules personnelles il m'a été donné d'établir et d'expérimenter depuis une douzaine d'années :

1° La **vaseline ou l'huile xylo-iodée.** — C'est une teinture d'iode au xylol incorporée à de la vaseline ou de l'huile de vaseline, suivant qu'on désire utiliser une préparation consistante ou au contraire fluide. On peut évidemment en varier la concentration suivant la région et le cas à traiter.

	Formule forte	Formule faible
	—	—
Iode métalloïdique	1 gramme	0,50
Xylol............	15 cc.	10 cc.
Vaseline ou huile de paraffine	Q.S.	Q.S. pour 100 gr.

Cette préparation fort simple est très facile à exécuter ; mais il faut bien indiquer : « Faire dissoudre au préalable l'iode dans le xylol et verser goutte à goutte la teinture xylolée dans l'excipient, en mélangeant avec un simple agitateur en verre. »

La vaseline xylo-iodée d'abord d'un très beau violet tend à brunir à la longue ; l'huile xylo-iodée garde au contraire indéfiniment sa coloration ; la première mérite donc d'être préparée fraîchement et en petite quantité.

Les applications de ces deux ordres de formules sont courantes.

Elles sont d'abord le remède héroïque, propre, inoffensif de la *phtiriase pubienne* : une seule application de la vaseline xylo-iodée forte peut suffire chez l'adulte à le débarrasser de ses parasites, quitte pour lui de renouveler l'application tous les trois ou quatre jours, à deux ou trois reprises. afin d'éviter sûrement les récidives. J'ai fait très rapidement disparaître les morpions dans un cas difficile où ils avaient envahi les cils, en faisant imprégner au pinceau la base des cils avec l'huile faible ci-dessus à un demi pour cent. La vaseline xylo-iodée doit remplacer l'onguent mercuriel si désagréable et dangereux dans le traitement de ces phtiriases.

Pour les *phtiriases du cuir chevelu ou du corps*, la formule faible est tout à fait recommandable

(vaseline pour le corps, huile pour le cuir chevelu) Ce traitement est indolent, ce qui doit le faire préférer au mélange de Sabouraud (xylol 50 gr. ; alcool absolu 25 ; éther, 25), douloureux, inflammable et dangereux pour les yeux s'ils n'ont pas été bien protégés.

Comme nous le verrons tout à l'heure, il est possible d'émulsionner le xylol dans un savon liquide ou une pommade savonneuse ; ces savons xylolées, dont j'ai montré tout l'intérêt pour la prophylaxie vénérienne, sont d'excellents succédanés des préparations ci-dessus pour le traitement des phtiriases infantiles ; la préparation connue sous le nom significatif de phtiriol n'est qu'un savon liquide au xylol, associé à d'autres parasiticides.

Toutes les *infections légères, superficielles, de la peau,* les dermo-épidermites, les impétigos, echtymas, sont rapidement guéris par les applications de vaseline xylo-iodée ou de compresses imbibées d'huile xylo-iodée, faible ou forte, suivant la délicatesse des téguments à traiter.

Les *épidermophyties* inguinales et autres (faux eczémas marginés épidermophytiques) sont guéries, sans douleur, par le même genre d'applications ; la commodité et l'efficacité de ce traitement trop peu connu d'une affection assez fréquente mérite, je crois, de le substituer aux pénibles frictions énergiques à l'alcool iodé préconisées par Sabouraud et qui sont d'autant plus douloureuses que ces épidermophyties ont une prédilection pour les régions délicates comme le pli inguino-crural où les intervalles des orteils, presque toujours macérés. Dans tous ces cas, je trouve préférable de faire faire, plusieurs nuits consécutives, des applications de compresses imbibées d'huile xylo-iodée faible ou forte suivant les régions et de les remplacer le jour soit par des poudrages au talc, soit par des applications de pâte de Lassar ou de pâte à l'eau ou de liniment oléo-calcaire suivant le degré d'inflammation à calmer . Une fois les lésions guéries, il est bon, pour éviter les récidives, de reprendre l'huile xylo-iodée une fois ou deux par semaine, pendant quelque temps encore.

On peut avec ces préparations guérir ou améliorer des lésions plus profondes ; j'ai ainsi fait cicatriser en huit jours, sous pansement inamovible, une gomme du dos de la main sans traitement général spécifique, celui-ci n'étant intervenu qu'ensuite ; un esthiomène de la vulve, a guéri par des applications répétées de vaseline xylo-iodée, avec une rapidité qui m'a fait depuis poser la question de savoir si cette affection rare et d'étiologie peu connue ne serait pas liée à une épidermophytie méconnue.

Enfin l'huile xylo-iodée me sert couramment pour maintenir l'état aseptique (par badigeonnage au pinceau deux ou trois fois par jour) sur les surfaces scarifiées ou cryocautérisées. Elle peut être avec fruit injectée dans les trajets fistuleux, les abcès froids. Elle est le lubrifiant le plus sûr des sondes et des béniqués.

2° La **vaseline ou l'huile xylo-iodoformée** est très précieuse pour le traitement des chancres mous et du bubon suppuré qui souvent les complique.

Iodoforme	0,25
Xylol	10 cc.
Huile de vaseline ou vaseline	90 gr. ou 40

suivant qu'on veut panser à plat avec un liquide peu irritant ou introduire dans la poche ganglionnaire un liquide fort et légèrement irritant (faire toujours dissoudre l'iodoforme dans le xylol avant de l'incorporer à l'huile ou à la vaseline ; utiliser fraîchement).

L'huile xylo-iodoformée forte permet la meilleure utilisation de la méthode de Fontan ; celle-ci consistait dans la ponction du bubon, l'expression du pus et le remplissage de la poche avec de la vaseline iodoformée fondue ; l'emploi de l'iodoforme dissous, de même que l'action antiseptique propre et désodorisante du xylol, nous ont paru justifier davantage l'emploi de notre formule, à laquelle j'ajoute volontiers maintenant une petite quantité de thymol.

Thymol	0,05
Iodoforme	0,25
Xylol	10 cc.

Faire dissoudre. Mêler avec :

Huile de paraffine	40 cc.

Dès que la suppuration commence à devenir évidente, on ponctionne avec un trocart ou la pointe d'un bistouri ; on exprime le contenu le plus complèteement possible et on injecte dans la poche 5, 10, 20 cc., suivant les dimensions, de liquide xylo-iodoformé, qu'on renouvelle deux fois par jour. en pansant à plat. Si le bubon est déjà ouvert et décollé on panse avec des mèches imbibées du liquide. Cela pendant trois à cinq jours. Après quoi, il vaut mieux généralement le remplacer par une solution d'argyrol ou de félargent à 1 pour 50. Telle est du moins la technique qui m'a permis de guérir dans les plus courts délais les bubons à bacille de Ducrey soumis à mon observation. Cette méthode permet d'éviter, sauf exception, les réactions assez vives de la vaccinothérapie.

3° L'**huile xylo-chrysarobique** dont voici la formule :

Chrysarobine	0,01
Xylol	30 cc.

Faire dissoudre, puis mêler avec :

Huile de paraffine	Q.S. pour 200 cc.

m'est très précieuse pour combattre le *pityriasis simplex* de la face et du cuir chevelu, les *séborrhéides*, le *pityriasis rosé* de Gibert. A cette dose, la chrysarobine n'est pas irritante ; c'est pourquoi la formule ci-desssus est peu active sur le psoriasis ; elle est cependant recommandable dans le *psoriasis du cuir chevelu* où elle est d'une application moins désagréable que la plupart des préparations utilisées en pareil cas.

Dans les cas rebelles, on peut ajouter au mélange 5 à 10 pour 100 d'huile de cade.

Des onctions alternées faites avec l'huile xylo-iodée faible, l'huile chrysarobique (additionnée ou non d'huile de cade) et l'huile soufrée (soufre 0,50 ; camphre 1.50, dissous dans huile de sésame 120, à chaud sans faire bouillir), chaque soir pendant trois semaines, sur tout le cuir chevelu, constituent à mon point de vue l'un des meilleurs traitements de la *pelade* et de nombre d'alopécies. Enlever chaque matin l'excès du corps huileux avec la liqueur d'Hoffmann chloralée à 1 pour 100.

Pour le pityriasis rosé de Gibert, affection bénigne qui ne nécessite généralement pas le secours de la thérapeutique, dans certaines séborrhéides irritables, je recommande de substituer à la formule précédente, fluide et chargée en xylol, la formule ci-dessous plus douce et adhérente, où l'addition de camphre répond à l'indication de calmer le prurit quelquefois important :

Chrysarobine		0,001
Camphre		0,20
Xylol		5 cc.
Huile de chaulmoogra		5 gr.
Vaseline	ãâ	20 gr.
Lanoline		

J'ai vu l'évolution du pityriasis rosé souvent considérablement raccourcie par l'emploi de cette pommade.

On peut mélanger dans une même préparation xylolée l'iode, la chrysarobine et même d'autres produits solubles dans le xylol, témoin la formule ci-dessous que j'emploie en frictions prolongées sur les *lupus*, matin et soir :

Iode	0,20
Chrysarobine	0,001
Gaïacol synt	0,05
Xylol	5 cc.

Faire dissoudre ; puis mêler avec :

Huile de chaulmoogra		5 gr.
Lanoline	ãâ	20 gr.
Vaseline		

4° **Les vernis xylolés au baume de Canada** m'ont paru pratiques pour le pansement de nombre de dermatoses en plaques, telles que psoriasis, *lichens*, lichénisations, prurigos, urticaires, engelures, lupus . . . où de petites surfaces de peau seulement sont à recouvrir. L'incorporation des divers produits solubles ci-dessus étudiés permet l'utilisation directes des teintures xylolées sur les téguments d'une certaine épaisseur. Le type de ces baumes est la formule ci-dessous que je donne dans les cas de prurits localisés, dans les *névrodermites* et les *prurigos* particulièrement :

Menthol	ãâ	0,01
Gaïacol		
Camphre		
Thymol		
Baume de Canada au xylol		10 gr.

Etaler au pinceau sur l'élément ou sur la région prurigineuse localisée. Excellent calmant en particulier des *piqures de moustiques*.

5° Les **savons xylolés**. — Le xylol s'émulsionne dans le savon liquide ; il est donc facile de l'utiliser sous cette forme :

Xylol	5 à 10 cc.
Savon liquide neutre q. s. p.	150

dans le traitement des *phtiriases*.

A titre plus faible et mélangé au cyanure de Hg, je l'ai recommandé comme le prophylactique le plus sûr pour la *prophylaxie immédiate de toutes les maladies vénériennes*, le plus commode aussi et le plus propre. C'est un savon xylolé cyanuré, longuement étudié, en collaboration avec M. Falque, pour qu'il ne soit pas irritant, pour la muqueuse uréthrale, que contient ma petite burette prophylactique, présentée au Congrès International de propagande d'hygiène sociale (Paris, mai 1923) et qui permet l'aseptisation immédiate des organes génitaux, — intus et extra — après le coït, grâce à un simple savonnage suivi d'une instillation, avec le même liquide et le même appareil (1).

6° Le **xylol pur** a été préconisé récemment (voir plus haut) par Sudley dans la cure radicale des kystes sébacés, même anciens et volumineux.

Le xylol, injecté en petite quantité dans la poche du kyste, possède en effet à la fois : un pouvoir dissolvant immédiat sur son contenu, une action destructive sur l'assise épithéliale génératrice, une propriété irritante sur la paroi conjonctive se traduisant par une réaction inflammatoire assez vive.

Voici la technique d'après Sudley :

Après asepsie préalable et anesthésie facultative, on ponctionne la poche avec un bistouri (incision de un centimètre environ) ; avec une

(1) Louis Bory. — Des raisons qui nuisent à la prophylaxie individuelle des maladies vénériennes et des moyens d'y remédier : Le savon liquide antiseptique et l'instillateur de poche individuel (*Progrès médical*, 21 juillet 1923, n° 29, p. 361.)

seringue en cristal, préalablement chargée de xylol, et dont l'embout est enfoncé dans l'orifice de ponction, on injecte de quelques gouttes à un ou deux cc. de liquide suivant le volume de la tumeur, en coaptant étroitement les lèvres de l'incision sur la seringue afin d'éviter tout reflux de l'injection.

On attend deux ou trois minutes, puis on enlève la seringue et on exprime soigneusement la poche pour la vider entièrement de son contenu ramolli et liquéfié.

On injecte de nouveau quelques gouttes de xylol pour bien compléter le nettoyage (le kyste après expression doit être entièrement vide et bien aplati) et l'on applique un pansement compressif chaud et humide.

La réaction inflammatoire occasionne une douleur très supportable (calmée du reste par des applications chaudes) durant deux à quatre jours, pendant lesquels on surveillera le malade ; car, il est nécessaire d'empêcher la fermeture précoce de l'orifice de ponction et de favoriser la sortie de l'exsudat séro-sanguinolent mêlé des résidus de la paroi stéatogène qui distendrait la poche. Un pansement compressif est alors maintenu durant huit à douze jours, pendant lesquels les parois du kyste s'accolent, la peau se rétracte, reprend son aspect normal. Aucune trace ne subsiste. Le succès a toujours été complet, sans complication, ni récidive.

On voit en résumé tout le parti qu'on peut tirer d'un excipient comme le xylol, parfaitement toléré par les téguments d'une certaine épaisseur et même, à certaines dilutions, par les muqueuses et qui peut leur apporter à l'état dissous une foule de produits, tout en ayant une action propre à trois effets, diversement utilisables :

L'effet décapant, dissolvant des matières grasses ;

L'effet antiseptique ;

L'effet irritant, dont les dosages raisonnés permettent d'innombrables variantes du formulaire que nous venons de schématiser.

CLINIQUE CHIRURGICALE

I. Ectopie testiculaire et hernie inguinale. — II. Cancer du corps thyroïde. III. Névrome plexiforme de la région parotidienne et maladie de Recklinghausen.

D'après une leçon du professeur HARTMANN (1).

I. — Ectopie testiculaire et hernie inguinale.

Ce malade, âgé de 18 ans, se plaint d'une tumeur dans la partie droite des bourses, apparue depuis un an et demi. Il dit n'avoir jamais eu de testicule de ce côté. La tumeur diminue dans le décubitus. En examinant le malade debout, on voit que le scrotum est très inégalement développé ; tandis que du côté gauche l'apparence est tout à fait normale, du côté droit, il descend à deux travers de doigts moins haut, dessinant une tuméfaction arrondie qui part de la région inguinale, et qui est complètement réductible. Ce malade a donc une hernie et en même temps une ectopie testiculaire. Mais, pour terminer le diagnostic, il faut savoir à quelle variété d'ectopie testiculaire on a affaire, car on décrit des ectopies intra-abdominales, intra-inguinales, et inguinales externes.

Pour cela, il faut examiner le malade couché. En le faisant tousser, et en pressant sur la fosse iliaque, on arrive à sentir le testicule, qui est complètement atrophié, ou plutôt qui n'a pas pris son développement. Ce malade présente une ectopie testiculaire intra-inguinale et en même temps une hernie.

La coïncidence de ces deux choses n'est pas étonnante, puisque toutes deux dépendent d'un arrêt de développement. On sait que, initialement, le péritoine sort par le trajet inguinal et arrive jusqu'au fond des bourses, constituant ce qu'on appelle le canal vagino-péritonéal, parce que la portion inférieure constituera plus tard ce qu'on appelle la tunique vaginale. Le testicule naît dans la région lombaire, aux dépens du corps de Wolf, puis il descend peu à peu dans la fosse iliaque, dans le trajet inguinal et finalement dans les bourses. Quand sa migration est effectuée, la vaginale se ferme et le canal péritonéo-vaginal disparaît. C'est là le processus normal. S'il est arrêté avant l'oblitération du canal péritonéo-vaginal, il existera un sac dans lequel pourront s'engager les hernies. Il peut se faire en même temps un arrêt dans la migration du testicule, une ectopie. L'arrêt de développement peut entraîner soit l'ectopie testiculaire, soit la hernie congénitale, soit la combinaison des deux, comme ici.

Par conséquent, les lésions que présente ce malade s'expliquent très bien. L'atrophie du testicule n'est pas non plus un fait anormal ; c'est au contraire, un fait très fréquent. Le testicule ne prend son développement réel qu'une fois descendu au fond des bourses. Les testicules

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu en janvier 1927, et recueillie par le Dr LAPORTE.

restés dans l'abdomen ou dans le trajet inguinal restent petits comme ils sont chez l'enfant. C'est pourquoi on doit opérer les ectopies testiculaires à l'âge de 12 ou 13 ans.

La thérapeutique est un peu différente suivant les cas. Chez un malade âgé de 12 ou 13 ans, il y a intérêt à faire deux opérations simultanées, la cure de la hernie et l'orchidopexie.

En réalité, la pexie est un point secondaire, le plus important est la libération du trajet inguinal. Chez ce malade, l'ablation de ce testicule et la cure de la hernie sont indiquées.

II. — Cancer du corps thyroïde.

Ce malade a subi deux opérations successives pour goitre. Ce qui est intéressant à préciser, c'est le temps nécessaire au développement de son goitre. Il n'avait pas le cou gros, il n'avait rien remarqué de particulier jusqu'en décembre 1923. C'est à partir du début de l'année 1924 qu'il a vu son cou grossir ; il est venu se faire opérer en décembre 1925. Le chirurgien fit l'ablation du lobe droit du corps thyroïde. L'examen histologique fit penser à un goitre kystique à petits acini de type fœtal. En septembre 1926, il fut opéré de nouveau, puisque la tumeur du cou avait recommencé à grossir du côté gauche. A ce moment, on lui enleva le lobe gauche du corps thyroïde. Le chirurgien porta le diagnostic de goitre enflammé. Le malade a de nouveau guéri, puis une nouvelle tumeur s'est développée, au bout de trois mois. En même temps, le malade a constaté que sa voix devenait couverte et enrouée. Il apparut à la partie droite du cou une grosseur indolore, qui avait à ce moment le volume d'une noisette. En 1927, cette tumeur a augmenté de volume et est devenue douloureuse, avec des irradiations derrière l'oreille. La peau est devenue rouge à son niveau.

En somme, l'histoire de ce malade se résume en ceci : goitre du côté droit, à évolution très rapide. Ablation du lobe droit du corps thyroïde. Peu de temps après, le lobe gauche se met à grossir, avec des phénomènes inflammatoires tels que le chirurgien fait le diagnostic de goitre enflammé, et enlève le lobe gauche du corps thyroïde, en septembre 1926, c'est-à-dire il y a cinq mois. Quatre mois après, le malade est pris de troubles de la voix qui attirent son attention, puis il remarque une tuméfaction qui a augmenté rapidement ; depuis ces derniers jours, elle est devenue rouge. Actuellement, le cou est augmenté de volume d'une façon très notable, et presque depuis sa partie supérieure jusqu'au niveau du sternum. A la face antérieure du cou, à droite et un peu au-dessus de la partie moyenne, se détache une bosselure ayant le volume d'un œuf de poule, dont le grand axe est oblique de haut en bas et de dehors en dedans.

A son niveau, la peau est amincie et présente une teinte rouge disparaissant momentanément sous la pression du doigt ; elle est manifestement plus chaude que la peau voisine.

Lorsqu'on palpe cette tumeur, on constate une consistance un peu différente suivant les points. La bosselure elle-même est dépressible, pseudo-fluctuante, le reste de la masse est plus dur. Le tout est indolent à la pression. Le larynx est perdu dans la masse. En faisant contracter le sterno-mastoïdien, on voit qu'il se fusionne avec la masse du côté droit. La masse s'élève pendant la déglutition, mais il est impossible de lui imprimer des mouvements dans le sens vertical.

En bas, la masse atteint la fourchette sternale et l'on ne peut engager le doigt en arrière du sternum. Dans les creux sus-claviculaires, on sent des deux côtés quelques petits ganglions. Au niveau de la moitié supérieure du sternum, et sur les parties voisines de la cage thoracique, en appuyant fortement avec le doigt on détermine une petite cupule d'œdème et l'on remarque quelques veines plus marquées qu'à l'état normal. Du côté de la face, on ne remarque pas d'œdème, pas de modifications des orifices palpébraux ni des yeux.

Le malade se plaint de douleurs remontant vers la tête, du côté droit, particulièrement, derrière l'oreille. La voix est très faible, très altérée. Le malade n'a pas de troubles de la déglutition, il dit bien boire et bien manger. Son pouls n'est pas accéléré. Il n'a pas de tremblement des doigts. Il n'a de douleurs nulle part ailleurs.

Il est évident qu'on se trouve en présence d'un cancer du corps thyroïde. Ce qui le montre, c'est d'abord la rapidité d'évolution. Il est possible qu'un goitre se développe rapidement, mais c'est généralement d'une façon brusque, en quelques jours il prend un grand développement, quand il se fait une hémorragie, un kyste du corps thyroïde. Le diagnostic est très difficile, même au point de vue histologique. MM. Bérard et Dunet, dans leur récent livre sur le cancer du corps thyroïde, signalent l'extrême difficulté de ce diagnostic. Les caractères du cancer du corps thyroïde ne sont pas toujours typiques, tout au moins au début.

Avant que la tumeur n'ait été constatée par le malade, le premier signe qui a attiré son attention a été le trouble de la voix. Ceci n'est pas très rare. On peut voir des troubles de la voix dans les goitres ordinaires, mais ils sont plus rares. Dans les cancers du corps thyroïde, les troubles de la voix sont extrêmement fréquents.

Il est à remarquer que la consistance de la tumeur paraît différente suivant les points. La partie droite, en bas, est extrêmement dure, alors que, dans d'autres points la tumeur est plus molle, dépressible et même légèrement rénitente. Cette différence de consistance est fréquente dans les cancers du corps thyroïde. Quand le cancer

à son début, est encore bien encapsulé, on est frappé, en la palpant, de la dureté de la tumeur, mais les bosses qui se développent en dehors de la capsule sont souvent plus molles, rénitentes, et font quelquefois penser même à un abcès : c'est là une erreur qu'on fait quelquefois.

Il faut noter l'importance des troubles de la voix. Ils sont dus à la compression des nerfs laryngés, et en particulier du récurrent. On voit quelquefois dans les goitres ordinaires des paralysies du récurrent, mais elles sont généralement unilatérales ; au contraire, dans le cancer, elles peuvent être bilatérales. On voit quelquefois des modifications des pupilles et des fentes palpébrales.

On note ici, à la partie supérieure du thorax, un peu d'épaississement et un godet d'œdème à la pression du doigt. Quelquefois, cet épaississement devient considérable et fait une espèce de pèlerine couvrant la partie supérieure du thorax.

Il ne faut pas oublier de percuter avec soin le thorax pour voir s'il y a une zone de matité à la partie supérieure du sternum, indiquant l'existence d'un prolongement rétro-sternal de ce cancer.

Enfin, on doit faire deux examens complémentaires : examiner le larynx pour voir s'il y a paralysie d'une ou des deux cordes vocales ; faire une radiographie.

Evidemment, toute tentative opératoire est ici contre-indiquée. L'influence du radium et des rayons X sur les cancers du corps thyroïde n'est pas très bien établie actuellement. On cite des améliorations, des survies de deux à trois ans. On peut, chez ce malade, essayer le sérum de M. Collot qui a fait l'objet d'une communication récente à la Société médicale des hôpitaux.

III. — Névrome plexiforme de la région parotidienne, et maladie de Recklinghausen.

Ce malade porte à la région parotidienne une cicatrice, trace d'une opération dans laquelle on lui a enlevé une tumeur qu'il avait, dit-il, depuis son enfance, et qui présentait à cette époque le volume du poing. Cette tumeur avait grossi peu à peu et par ses dimensions était devenue tellement disgracieuse que le malade ne pouvait continuer ses occupations, et s'était décidé à aller trouver un chirurgien. Il n'en a jamais souffert. Le chirurgien qui l'a opéré en juin 1925 a porté le diagnostic de névrome plexiforme très volumineux et étendu de la région parotidienne.

Cette tumeur aurait débuté à l'âge de quatre ans, et se serait développée progressivement, mais plus rapidement depuis quelques mois. Le sujet est Tunisien ; il a été traité à Tunis par la radiothérapie sans succès.

Il présente en même temps à la partie postérieure de la cuisse, un peu au-dessous du pli fessier, une tumeur dure, n'ayant aucune adhérence à la peau, mobile dans le sens latéral, moins mobile, mais un peu, dans le sens vertical. Lorsqu'on fait contracter les muscles postérieurs, la tumeur reste mobile, par conséquent elle n'adhère pas aux muscles de la face postérieure de la cuisse, ni aux internes, ni aux externes. Le malade étant mis sur le dos, lui faisant plier la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, la tumeur reste mobile. Lui faisant étendre la jambe sans défléchir la cuisse, la mobilité de la tumeur est manifestement diminuée. Cette tumeur n'a donc pas de rapports avec les muscles, mais elle fait corps avec le nerf sciatique.

Au niveau de la région dorsale, la peau présente une série de petites tumeurs, ou plutôt de saillies, comme des boutons, de coloration brunâtre, et des petites taches café au lait, de dimensions variables.

De ces trois caractères réunis, — d'une part, des tumeurs sur des nerfs, d'autre part ces saillies sur la peau et ces taches café au lait —, il résulte qu'on est en présence de cette maladie rare, mais absolument typique, décrite autrefois par Recklinghausen sous le nom de neurofibromatose généralisée. C'est une de ces maladies dont nous connaissons mal la cause, rentrant dans le cadre des dystrophies, d'origine probablement congénitale. Le névrome plexiforme, décrit par Verneuil, en France, par Birtz, en Allemagne, n'est peut-être une maladie localisée que pour ceux qui n'ont pas examiné complètement leur malade.

C'est une maladie à évolution extrêmement lente, mais pouvant cependant quelquefois se modifier brusquement et, à un moment donné, évoluer comme un sarcome.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La cellulite gangréneuse du plancher buccal (phlegmon diffus hyperseptique sus-hyoïdien, dit « angine de Ludwig »).

Personne n'ignore plus l'histoire clinique de cette grave affection ; et cependant, parfois encore, le chirurgien est appelé trop tard pour sauver le malade.

Le Pr Soubeiran rappelle ses causes principales : origine dentaire, propagation d'une angine, phlegmon sous-maxillaire ; on ne doit pas oublier non plus les plaies de la muqueuse buccale, les corps étrangers (arêtes de poisson), les fractures ouvertes du maxillaire inférieur. Enfin, le rôle du terrain (débilités, convalescents, diabétiques, alcooliques) ne peut être nié, non plus que la virulence du microbe non spécifique, due à un milieu buccal très septique.

Les lésions sont situées au-dessus du muscle mylo-hyoïdien, dans la région sublinguale, sans qu'il s'agisse d'adénophlegmon puisqu'il n'y a pas là de ganglions ; il n'y a pas de pus, mais une véritable gangrène gazeuse du plancher buccal, accompagnée cliniquement de phénomènes d'intoxication générale, entraînant la mort.

Il existe une forme foudroyante qui tue en 48 heures (tuméfaction dure du plancher, fine crépitation sus-hyoïdienne, intoxication rapide), malgré des débridements immédiats.

Habituellement, au début, est une phase de phénomènes généraux variables (frissons, pouls rapide) ; puis, ce sont les signes locaux : respiration bruyante, bouche entr'ouverte, langue surélevée, tuméfaction mento-hyoïdienne qui augmente rapidement, et s'étend à toute la région ; avant le trismus, on peut percevoir un bourrelet sous la langue en arrière du maxillaire inférieur ; la langue, couverte d'un enduit grisâtre, est refoulée en arrière et comme soulevée en bloc par le plancher buccal œdématié. Point caractéristique, la tuméfaction est dure comme une pierre ; elle est collée à la mâchoire, et la région semble prise en masse ; faire un palper bi-manuel. Ensuite s'établit le trismus, surtout s'il y a eu ablation d'une dent, puis apparaissent les symptômes inquiétants : respiration difficile, cyanose, aphonie, dysphagie, salivation hors la bouche, désaxation du pouls et de la température. Si le malade n'est pas opéré, la peau devient livide, se sphacèle vers le cinquième ou sixième jour ; il y a des fusées purulentes ; la mort survient par septicémie, ou asphyxie (œdème de la glotte).

Il faut opérer d'urgence dès l'apparition des phénomènes généraux, des troubles fonctionnels, et de la tuméfaction indurée du plancher buccal, sans attendre la collection et la fluctuation, qui n'existent jamais. Inciser par la région mento-hyoïdienne, peu d'anesthésique ; se méfier du chlorure d'éthyle. Une incision médiane, plan par plan, du menton à l'os hyoïde ; dans la région sub-linguale, décoller, rechercher les fusées latérales ; le doigt ne doit s'arrêter que sous la muqueuse linguale. Faire des contre-ouvertures latérales (comme pour la ligature de la linguale) pour placer les drains ; lavages à l'eau oxygénée, au Dakin ; pas d'antiseptiques forts. Pansements journaliers avant d'opérer, injecter 50 à 70 cmc. des quatre sérums antigangréneux de l'Institut Pasteur. (*Journ. des Praticiens*, 16 octobre 1925.)

Les crises d'hypertension artérielle paroxystique.

Voici un exemple rapporté par H. Vaquez et G. Donzelot : à la suite d'un effort ou d'une émotion même légère, le malade ressent au niveau des extrémités, particulièrement des membres inférieurs, des picotements et des douleurs, auxquels succèdent des crampes dans les mollets et les cuisses, puis des douleurs abdominales sous forme de coliques violentes, elles-mêmes suivies, à très court intervalle, de douleurs thoraciques et cervicales de type angineux, et enfin d'une céphalée atroce ; ni nausées, ni vomissements, ni phénomènes convulsifs ; la conscience reste intacte. La crise complète dure quelques minutes, mais les douleurs ont été d'une telle violence que le malade les déclare intolérables et vit dans la crainte continuelle de leur retour. D'abord espacées, toutes les trois semaines, les crises ont fini par se reproduire plusieurs fois en 24 heures ; à ce moment la pression artérielle passe de 14-8 à 30-17 ;

Pas d'antécédents héréditaires. Tous les appareils sont sains, il ne faut pas penser aux crises hypertensives de l'angine de poitrine du saturnisme ni de l'éclampsie.

Les rares faits cliniques de ce genre, observés jusqu'à présent, les autopsies, l'expérimentation, font admettre une brusque perturbation à la fois nerveuse et humorale du système régulateur de la pression artérielle ; le « primum movens » de cette perturbation qui déborde toutes les forces compensatrices normalement actionnées, pourrait être une altération médullo-surrénale dont nous ne possédons du reste aucune preuve clinique.

Cependant le malade, observé par les auteurs, a présenté au cours de ses crises répétées une

albuminurie intermittente, peut-être due à des raptus hémorragiques se produisant dans le parenchyme rénal à l'occasion des à-coups hypertensifs ; et cependant rien ne permet de penser à une néphrite chronique. De plus, il a fait une hémorragie rétinienne et une crise d'œdème aigu du poumon ; il y a donc lieu de redouter pour lui l'apparition de nouveaux phénomènes du même genre et de caractère peut-être irrémédiable. (*La Presse médicale*, 23 octobre 1926.)

L'hypertension artérielle.

La pathogénie de l'hypertension artérielle est encore loin d'être établie. La conception classique est que l'hypertension est secondaire, soit à des lésions vasculaires, soit à des lésions rénales ; mais elle soulève de nombreuses objections, et il semble à l'heure actuelle bien établi qu'il existe une hypertension essentielle, et que celle-ci est tout à fait indépendante des lésions rénales éventuelles, qui peuvent l'accompagner ; on incrimine l'hérédité, l'infection, un déséquilibre nerveux provoquant une vaso-constriction générale et permanente ; l'hypertension de la ménopause est comprise par beaucoup d'auteurs dans ce groupe des hypertensions essentielles.

Ces données nouvelles, dit le Dr R. VERHOOGEN, ne nous permettent malheureusement pas encore d'envisager un traitement plus effectif que celui que nous sommes habitués à prescrire ; seule, la question du régime est peut-être mieux éclaircie.

Dans les cas d'hypertension essentielle et s'il n'y a pas de trouble de l'élimination azotée, il semble bien que la restriction stricte des aliments protéiques soit inutile. Un régime riche en protéines reste sans influence sur la pression, un régime sévère et prolongé peut quelquefois, au contraire, amener des symptômes de faiblesse et d'insuffisance alimentaire.

D'autre part, Allen a recommandé la restriction des chlorures dans le traitement de l'hypertension ; pour que la cure soit efficace, il faut que la quantité de sel ingérée soit dans la plupart des cas inférieure à 1 gr. et même à 1/2 gr.

Cependant avec le régime à peu près achloruré certains malades montrent très tôt les signes de la carence saline, tels que l'anorexie et la faiblesse ; il est alors nécessaire de découvrir le minimum indispensable et de ne pas le dépasser.

Si la question reste encore ouverte, il semble bien qu'Allen ait obtenu des résultats plus marqués et plus durables que par toutes les autres méthodes préconisées d'habitude ; sa méthode a l'avantage de permettre aux malades de continuer à mener une vie normalement active ; elle a, par contre, le grand défaut d'être d'une application culinaire difficile. (*Bruxelles médical*, 7 novembre 1926.)

Traitement de l'infection puerpérale post-partum

Le Pr METZGER et M. J.-L. MARMASSE nous communiquent d'intéressantes statistiques démontrant l'abaissement progressif et régulier de la morbidité qui suit le perfectionnement des méthodes de travail et de la stérilisation de tout ce qui sert à l'accouchement.

Dans cet ordre d'idées, ces auteurs recommandent spécialement, pour la conduite de l'accouchement normal : 1° une surveillance particulière de la vessie qu'il faut, si besoin est, cathétériser pour éviter sa distension après avoir déposé sur le méat une goutte de teinture d'iode au 1/25e avant d'introduire une sonde en verre ou en métal ; 2e l'application immédiate d'une vessie de glace sur l'utérus de toute femme dont l'accouchement a été douteux, à plus forte raison s'il y a eu intervention quelconque ; la glace est supprimée le cinquième jour si la température n'a pas dépassé 37°6.

En ce qui concerne l'accouchement dystocique, toujours il faut anesthésier ; beaucoup d'accidents survenant au cours des interventions sont dus au manque d'anesthésie ; l'accoucheur doit aussi s'habituer à opérer seul, sans avoir besoin d'aucun aide, sauf pour l'anesthésie.

Mais, malgré tout, peut apparaître une infection puerpérale grave à forme septicémique : frissons le deuxième ou le troisième jour, utérus gros, douloureux sur une corne ou sur les deux, lochies fétides, plaies vaginales grisâtres, état général plus ou moins atteint. Cependant le pronostic reste quand même favorable, à condition que le traitement soit bien conduit car l'infection puerpérale, même grave en apparence, a une tendance naturelle à guérir.

On s'abstiendra systématiquement de tous les traitements plus ou moins spécifiques, car ils ne sont pas dépourvus de tout danger. Il faut, au contraire, aider la femme à se guérir elle-même sans troubler ses moyens de défense, par des traitements intempestifs. Ces moyens de défense sont à la fois locaux et généraux : on les respectera en ne touchant pas à l'utérus, et en faisant seulement un abcès de fixation pour aider les réactions de l'organisme.

Traitement local : d'abord vessie de glace *sur l'utérus* (quel que soit son placement dévié) et non sur l'abdomen. Ensuite on enlève tous les catguts mis sur les lésions périnéales et vulvaires, et on panse à plat avec une mèche imbibée de bouillie lactique, qui empêche le développement des germes protéolytiques et détermine une leucocytose intense (mélange à parties égales de lactose stérile et de bouillon lactique liquide). Ne faire des injections vaginales que si les lochies sont fétides, et pas avant le sixième et septième jour, époque à laquelle le col reformé est devenu peu perméable aux liquides ; les

faire à basse pression, avec une canule percée seulement d'orifices latéraux. Contrairement à une opinion admise, les auteurs estiment qu'il faut s'abstenir de toucher à l'utérus, de quelque manière que ce soit pendant la durée de l'infection puerpérale ; dans un cas ils firent un curage digital, la femme mourut.

A ce traitement local, ils n'ajoutent ni sérum, ni vaccins, ni métaux colloïdaux, mais seulement une bonne alimentation avec de la viande crue. Exceptionnellement on y adjoint de l'huile camphrée si le cœur faiblit, du sérum glucosé si la femme est deshydratée ; bien souvent, enfin, on pratique un abcès de fixation. Celui-ci possède une valeur pronostique ; dans une infection puerpérale grave, une réaction locale intense aboutissant à une suppuration rapide peut être considérée comme un gage à peu près certain de guérison ; une réaction nulle comporte un pronostic extrêmement grave. Enfin sa valeur thérapeutique est indiscutable ; c'est après l'apparition de l'abcès, que se fait l'amélioration de l'état général. Cet abcès doit être fait d'une manière précoce, dès le deuxième ou le troisième jour , si la température reste élevée ; si la première injection de térébenthine ne donne lieu à aucune réaction locale, on tente un deuxième abcès, quatre à cinq jours plus tard.

Avec un traitement aussi minime, les auteurs ont obtenu des résultats égaux sinon supérieurs à ceux obtenus avec des méthodes différentes et parfois opposées. (*La Presse médicale*, 2 octobre 1926.)

Les diarrhées des tuberculeux.

I. Ce sont d'abord les diarrhées non tuberculeuses des tuberculeux (M. F. Trémolières) :

La *diarrhée d'origine dyspeptique*, au début de la tuberculose pulmonaire, peut être due à une simple viciation fonctionnelle (hyperchlorhydrie, hypopepsie) ou à de véritables lésions des glandes digestives : contre les insuffisances pancréatique et biliaire, on recommandera la suppression des graisses, de la viande, le régime lacté, les sels de chaux (chlorure de calcium ou biphosphate de chaux qui excitent la sécrétion pancréatique), les sels de magnésium ou de sodium (excitation de la sécrétion hépatique), enfin la pancréatine, l'extrait de bile. Il peut aussi y avoir une diarrhée rebelle avec hyperesthésie abdominale, crises entéralgiques : faire de la recalcification, des compresses chaudes sur l'abdomen ; donner des antispasmodiques (belladone, valériane, bromures), des toniques du système nerveux (lécithine, phosphore), enfin prescrire la diathermie.

Assez tard dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire apparaît une *diarrhée d'origine entéritique*, tantôt apyrétique, tantôt fébrile. De cause exogène, elle est due à la suralimentation carnée, à l'abus de certains médicaments (huile de foie de morue, ichtyol, créosote, arsenic). De cause endogène, elle est provoquée par la déglutition de crachats septiques. Son traitement se confond avec celui des entérites aiguës : régime lacto-farineux, laits fermentés, purgatifs salins légers, lavages intestinaux légèrement antiseptiques, opium et belladone, teinture de salicaire, stovarsol.

Enfin, dans les tubercusoses pulmonaires à évolution lente, suppurative, on observe plus rare que les autres, une forme de *diarrhée par dégénérescence amyloïde*, séreuse, abondante, incolore, avec albuminurie abondante, teint terreux, etc. Il n'y a qu'un traitement palliatif à lui opposer : diminuer la suppuration par des auto-vaccins, compenser la déperdition des forces de l'organisme.

II. Puis, c'est la véritable *diarrhée par entérite tuberculeuse* ; elle est habituellement de forme ulcéreuse ; son diagnostic est en général facile, sauf lorsqu'elle est primitive, chose rare, et se produit surtout chez l'enfant. Elle survient généralement chez des tuberculeux avérés ; l'étude des antécédents et les examens coprologiques de laboratoire dissipent vite les hésitations (diarrhées infectieuse, parasitaire, toxique de l'urémie, cancéreuse, amibienne ou autre).

Elle peut participer au tableau clinique de la granulie, ou bien débuter par des douleurs, non pas coliques, mais à type névralgique, et de la diarrhée. Elle peut affecter le type hémorragique, dysentérique, ou entéro-péritonéal, avec ascite. Elle guérit rarement, mais plutôt elle vient accélérer l'apparition de la cachexie chez les tuberculeux, dont elle précipite la fin.

Son traitement est presqu'uniquement symptomatique ; il doit tendre à diminuer le flux diarrhéique, qui épuise le malade, à calmer ses douleurs très vives souvent, et qui empêchent le sommeil.

On supprimera les médicaments irritants pour l'intestin, la suralimentation.

On recommandera les bouillies, les purées, le riz, les pâtes, un peu de jambon maigre, pas d'aliments gras, de la viande crue pulpée en petite quantité, du thé léger, du lait coupé d'eau de chaux, du kéfir.

Les médicaments conseillés sont nombreux et divers, ce qui témoigne de leur peu d'efficacité bismuth, antiseptiques intestinaux, tanin, collargol. On sait les inconvénients des opiacés.

Quand l'entérite est dysentériforme, on peut recourir aux lavages intestinaux à base de ratanhia, de décoction de pavots, de sulfate de zinc ou d'azotate d'argent, en solution gélosée; puis aussi aux comprimés, *per os*, de stovarsol, aux

injections intraveineuses de chlorure de calcium à 50 p. 100, à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 par jour.

Enfin les applications de rayons ultra-violets sur l'abdomen peuvent être essayées ; leur action peut s'exercer sur les ulcérations intestinales ; elle est indiscutable sur les lésions péritonéales associées. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 octobre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les maladies des pays chauds aux eaux minérales françaises. Les affections intestinales.

(MM. les Drs F. Baraduc et J. Foucaud, de Châtel-Guyon. — *Société d'Hydrologie.*)

La pathologie des pays chauds comprend un certain nombre d'affections qui ne sont pas spéciales à ces pays, mais s'observent en Europe et particulièrement en France où elles ont été importées à la faveur des grands mouvements de troupes nécessités par la guerre, entre l'Orient et l'Afrique d'une part et la Métropole de l'autre.

Le climat chaud et humide agit sur l'organisme des coloniaux et détermine chez eux des diminutions de résistance au niveau de certains de leurs appareils, tel le tube digestif ; à la faveur de cet affaiblissement local et général, les infections microbiennes et parasitaires trouvent un terrain excellemment préparé, pour créer des affections, parmi lesquelles il faut citer la constipation habituelle, les diarrhées essentielles, les colites, la diarrhée de Cochinchine, les diarrhées palustres, les dysentéries (amibienne et bacillaire).

« La constipation essentielle sous toutes ses formes, les diarrhées fonctionnelles, dans toutes leurs modalités, relèvent au premier chef et au même titre que les maladies de la métropole d'une cure thermale appropriée... Chez les colitiques, avec insuffisance digestive ou troubles sensitivo-moteurs, les cures thermales, modificatrices des sécrétions et du tonus, seront le complément nécessaire de la diététique et de la thérapeutique habituelles... Les colites parasitaires, la dysentérie amibienne, relèvent avant tout d'un traitement spécifique, mais tout en gardant le premier rang, celui-ci est le plus souvent insuffisant et doit être aidé et complété par le traitement thermal. »

Les traitements thermaux ne doivent être mis en œuvre qu'en dehors des crises franchement aiguës, et sont contre-indiqués par les complications septiques.

« Ces réserves faites, toutes les colites parasitaires bénéficieront largement de la conjugaison du traitement antiparasitaire à une cure thermale appropriée. »

Les deux stations qui s'adressent plus directement aux intestinaux sont : *Châtel-Guyon* et *Plombières*. On pourra aussi recourir éventuellement à *Bains-les-Bains*, *Luxeuil*, *Bagnoles-de-l'Orne*, *Bagnères-de-Bigorre*, et *Néris*, complémentaires de Plombières ; à *Brides*, *Santenay*, *Aulus* et *Miers*, complémentaires de Châtel-Guyon.

Châtel-Guyon convient aux constipés totaux ou partiels, droits ou gauches, proximaux ou distaux, atoniques ou atono-spasmodiques ; surtout aux constipés colitiques, entéro-hépatiques, anémiés, torpides, nerveux déprimés, intoxiqués.

Plombières s'adresse aux colitiques avec prédominance de spasmes et de phénomènes douloureux.

Brides est surtout la station des constipés pléthoriques, obèses ou congestifs. Les fausses diarrhées sont justiciables de Châtel-Guyon.

Les diarrhéiques par hypermotricité et hypersécrétion ressortissent à Plombières ; les diarrhéiques avec irritation et infections coliques, avec insuffisance gastrique, pancréatique ou cæcale à Châtel-Guyon. L'insuffisance hépatique chez un diarrhéique appelle Vichy, seul ou associé à Châtel-Guyon. Brides convient aux diarrhéiques avec congestion du foie.

Les colites parasitaires sont justiciables de la station qui convient aux symptômes principaux qu'elles présentent.

Quelle que soit la station indiquée, la thérapeutique de ces états intestinaux comportera trois chapitres : traitement anti-parasitaire, traitement thermal, traitement hygiéno-diététique.

« Enfin, on attachera toute l'importance qu'elle mérite à la cure d'air et de repos, et nous dirons en terminant que Châtel-Guyon, Plombières et Brides, stations de demi-montagne, offrent aux malades des pays chauds avec les bienfaits de leurs eaux, les conditions climatériques dont ils ont justement besoin pour se refaire après leur séjour dans un climat excessif (1). »

G. D.

La phtisie des gazés.

(M. Ch. Achard .— *Académie de médecine* ; 19-4-27.)

Lorsqu'on vit, pendant la guerre, les gaz de combat provoquer des accidents respiratoires sérieux et sou-

(1) Imprimerie typographique Coueslant, Cahors.

vent prolongés, on put craindre que ces accidents ne fussent suivis dans un grand nombre de cas du développement de la tuberculose pulmonaire. L'observation clinique montra bientôt que ces craintes étaient pour le moins exagérées. M. Achard, chargé au cours de la guerre d'un service de gazés, constata que nombre de ces malades malgré la longue durée de leurs troubles finissaient par guérir sans offrir d'indice de bacillose.

Depuis cette époque, beaucoup d'anciens gazés ont encore guéri, mais chez d'autres, divers phénomènes thoraciques se sont manifestés sous forme d'accès dyspnéiques et asthmatiques, d'emphysème, de bronchites à poussées hivernales, etc. Enfin, l'on voit de plus en plus chez ces sujets se développer la tuberculose pulmonaire, et ainsi se présente à nouveau la question de la phtisie des gazés, qui demande, pour être résolue, à être examinée avec attention.

M. Achard signale d'abord une statistique personnelle portant sur 71 malades, victimes des gaz pendant les hostilités, qu'il a pu examiner assez récemment, avec MM. Flandin et Mouzon, à la clinique de l'hôpital Beaujon .L'emphysème pulmonaire a été la séquelle la plus fréquemment rencontrée (35 %), associée souvent à la bronchite. La sclérose pulmonaire a été notée 8 fois et la tuberculose pulmonaire 19 fois, soit à un taux de 26,7 %.

Il ne faudrait pas évidemment déduire de là que la tuberculose s'observe dans la proportion de un sur quatre, chez les anciens gazés. Un très grand nombre de ceux-ci, en effet, ont complètement guéri et ne consultent point le médecin. D'autre part, pendant cette période de 9 ans, un certain nombre de ces tuberculeux le seraient devenus même s'ils n'avaient pas été gazés. Il est donc difficile d'évaluer la proportion véritable des tuberculoses dérivées de l'intoxication par les gaz. A l'époque où M. Achard publiait ses premières observations (1919), il était possible d'établir approximativement cette proportion, les deux facteurs d'erreur dont nous venons de parler n'entrant pas en jeu. Sur un nombre de 6.525 gazés, le chiffre de 6 tuberculeux donnait une proportion de 0,17 %. A mesure que l'on s'est éloigné de la guerre, seules les séquelles sérieuses ont été soumises aux médecins. Les relevés de tuberculose sont alors devenus plus importants (Brelet, 6 % ; Parisot, 23 %, etc.). Au point de vue évolutif, cette tuberculose constitue assez généralement une forme lente et scléreuse.

Ainsi, rare parmi les séquelles prochaines des intoxications par les gaz de guerre, la tuberculose pulmonaire paraît devenir plus fréquente parmi les suites lointaines. Il y aurait lieu d'en tenir compte, à l'occasion, dans la révision des pensions militaires, mais encore convient-il, pour admettre cette révision, de pouvoir établir une filiation entre les séquelles prochaines de l'intoxication et la séquelle lointaine qu'est la tuberculose. Un ancien gazé qui aurait parfaitement guéri, sans trace appréciable de lésion thoracique, ne saurait légitimement invoquer l'action des gaz s'il devenait, au bout d'un certain nombre d'années, tuberculeux. En d'autres termes, il ne faut pas qu'il y ait entre les accidents de l'intoxication et l'éclosion de la tuberculose un intervalle libre de trop longue durée.

Dans l'expertise, on devra donc établir à la fois la tuberculose et les lésions développées entre les séquelles prochaines et cette tuberculose. Cette constatation, fondée sur l'examen clinique et radiologique, est toujours nécessaire, l'enquête sur les commémoratifs étant difficile et souvent trompeuse.

L'ictère conjonctival, signe d'appendicite.

(M. C. Poenaru Caplesco, de Bucarest.— *Académie de médecine* ; 19-4-1927.)

M. Poenaru Caplesco a déjà signalé l'ictère chronique apyrétique d'origine appendiculaire. Il pense qu'il n'existe pas d'appendicite sans ictère conjonctival. Il appuie son opinion sur l'examen de 750 malades opérés d'appendicite et aussi sur l'examen de 254 jeunes filles internes dans une école normale. L'ictère conjonctival s'est montré plus ou moins accentué chez 95 élèves et il le rattache à une infection appendiculaire latente, dont la fréquence serait ainsi grande dans le cours de l'adolescence.

La toux cardiaque.

(MM. Camille Lian et Gilbert Dreyfus. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-2-1927.)

La toux mérite d'être considérée comme un symptôme possible des cardiopathies, à côté des douleurs précordiales, des palpitations, de la dyspnée, etc. Si elle n'est souvent qu'un épiphénomène plus ou moins tardif et facilement rattaché à sa cause, elle peut aussi se présenter comme le premier symptôme en date, celui qui incite le malade à venir consulter.

La toux cardiaque a des aspects cliniques variés. Elle dépend quelquefois d'une compression récurrentielle (anévrysme de la crosse de l'aorte), d'un réflexe (aortites aiguës ou chroniques, endocardites malignes à marche lente), d'une manifestation broncho-pulmonaire des maladies de cœur (congestion, œdème du poumon, etc.). Assez communément, la toux est un symptôme précoce, initial, univoque pour ainsi dire, de l'insuffisance cardiaque. Les circonstances de l'apparition de cette toux sont essentiellement le décubitus et l'effort. Dans un tiers des observations de M. Lian, la toux était du type nocturne. On rencontre aussi les toux matinale, postprandiale, etc. L'examen de l'appareil respiratoire est généralement négatif.

Au point de vue diagnostic, il importe de bien connaître cette forme « coqueluchoïde » du début de l'insuffisance cardiaque, pour être à même de déceler celle-ci de bonne heure. On recherchera les signes, nets ou discrets, de l'insuffisance cardiaque, troubles du rythme, gros foie, palpitations, douleurs précordiales, bruit de galop chez les hypertendus, etc.

L'épreuve thérapeutique sera un appoint. La toux cardiaque est en effet justiciable du traitement de la maladie du cœur en cause.

Les auteurs concluent : la toux cardiaque est, dans la majorité des cas, l'expression clinique de l'insuffisance cardiaque. Signe de second plan à l'habitude, elle est d'autres fois un signe de premier plan. Son intensité, sa prédominance, peuvent même être telles qu'elle réalise une forme coqueluchoïde de l'insuffisance cardiaque, notion d'un grand intérêt pratique pour le diagnostic, le pronostic et le traitement.

La grippe chez les vieillards.

(MM. Maurice RENAUD et Ch. JUGE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-2-1927.)

Dans la dernière épidémie de grippe, MM. Maurice Renaud et Juge ont eu à soigner, à Brévannes, 17 vieillards âgés de plus de 70 ans atteints de cette affection. La mortalité a été élevée : 7 de ces malades moururent. Plus que tous autres, les vieillards doivent donc éviter la grippe par des soins d'hygiène et un traitement précoce.

— M. P. JACQUET a noté, en 1918, l'immunité relative des tuberculeux et des paludéens vis-à-vis de la grippe.

— M. RIST a fait la même remarque dans les services de tuberculeux de l'hôpital Laennec, en 1918-1919.

Appendicite gangréneuse compliquée de gangrène généralisée.

(M. René BONAMY. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 1-4-1927.)

M. René Bonamy relate une observation d'appendicite rétro-cæcale gangrénée qui, cinq jours après l'opération, alors qu'elle paraissait guérie, se compliqua d'un large foyer gangréneux sous-cutané à l'hypochondre droit, puis au côté gauche du thorax, à la cuisse gauche et à la région présternale. Malgré les débridements et les sérums antigangréneux, la malade succomba en trois jours, de septicémie gangréneuse.

— M. BONNEAU propose en pareil cas de protéger les tissus sains de la paroi par un badigeonnage avec des agents chimiques ou des autofiltrats. Les sérums antigangréneux lui ont donné de mauvais résultats.

Luxation irréductible de la mâchoire.

(M. DUFOURMENTEL. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 1-4-1927.)

M. Dufourmentel présente un malade qui eut des luxations doubles récidivantes de la mâchoire, puis une luxation irréductible datant de 2 mois. Les constatations opératoires ont établi avec netteté le mécanisme de l'irréductibilité. L'obstacle était constitué par le ménisque et la résection des deux ménisques a amené une guérison définitive, maintenue depuis deux ans et demi.

Corps étrangers extraits de l'œsophage et des bronches par œsophago-bronchoscopie.

(M. J. GUISEZ. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 4-3-1927.)

M. Guisez montre une série de corps étrangers de l'œsophage et des bronches extraits par lui sous l'œsophagoscope et le bronchoscope.

Corps étrangers de l'œsophage : 1° un os qui, solidement attaché par ses deux extrémités ayant embroché les parois de l'œsophage, ne put être retiré qu'après morcellement en deux fragments ; 2° une arête de merlan, chez une femme déjà opérée il y a trois ans pour un os enclavé dans l'œsophage ; 3° une autre arête enlevée au tiers moyen de l'œsophage chez un confrère. Les petits os et les arêtes, corps extrêmement septiques, dont les pointes pénètrent facilement dans la muqueuse œsophagienne, sont peut-être les corps les plus dangereux, amenant très rapidement des accidents septiques et médiastinaux ; 4° un dentier qui était fixé par un crochet enfoncé dans la paroi œsophagienne. L'auteur parvint à l'extraire en le désenclavant et en lui faisant exécuter ensuite une véritable version.

Corps étrangers des bronches : une anche de trompette siégeant dans la ramification bronchique inférieure droite, chez un enfant de 7 ans. L'accident remontait à sept mois et il y avait bronchite purulente. Le corps étranger, enfoui dans un tissu granuleux, fut assez difficile à extraire.

Cancers opérables et cancers inopérables du sein

(MM. AUBOURG et JOLY. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 1-4-1927.)

MM. Aubourg et Joly étudient au point de vue thérapeutique les cancers opérables et les cancers inopérables du sein. Dans les cancers inopérables, soit par cause locale (trop grande extension de la tumeur), soit par causes générales (état précaire, état du foie, du rein ou du cœur, présence de métastases, etc.) les auteurs ont obtenu des résultats intéressants par la rœntgenthérapie ; même des néoplasmes inopérables ont pu, après irradiation, être secondairement opérés. Pour les cas opérables, malgré les preuves histologiques de la stérilisation totale d'une tumeur, MM. Aubourg et Joly déconseillent la radiothérapie pour recourir sans délai à l'intervention, car l'irradiation risquerait de retarder de quelques semaines l'acte opératoire. Sur la question des risques que pourrait faire courir aux malades la radiothérapie et du danger des métastases, les auteurs réfutent ces craintes par de nombreux arguments techniques et histologiques, appuyés sur des faits cliniques. Quant à la nature des rayons à utiliser, c'est l'étude clinique seule qui permet de faire le choix entre la curie et la rœntgenthérapie.

P. L

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Variation de la cholestérine dans le sang.

MM. Averseno, Maurin et Sermet, continuant leurs recherches sur le thorium X, ont constaté qu'aux doses de 5 microgrammes injectées à des cobayes, il augmentait de près du double la teneur du sang de ces animaux en cholestérine. Or ce même agent radioactif augmente aussi, comme l'ont montré des expériences antérieures, la mononucléose sanguine.

Si l'on rapproche ces deux faits des expériences de MM. Abelous et Soula, mettant en évidence le rôle cholestérinogène de la rate, on est frappé de voir cet organe, générateur de leucocytes et de cholestérine répondre aux irradiations du thorium X d'une façon parallèle, en augmentant la mononucléose et la cholestérine du sang.

Traumatismes de la colonne vertébrale.

M. Pinat, après avoir présenté deux intéressantes observations de traumatisme de la colonne vertébrale, insiste sur ce fait, que la radiographie seule a pu dans les mois ou dans les années qui ont suivi, établir la lésion anatomique, qui avait primitivement échappé à l'investigation clinique ou qui avait donné lieu dans la suite à une erreur d'interprétation.

L'auteur croit pouvoir en conclure :

1° L'obligation pour tout médecin d'avoir recours à la radiographie dans les traumatismes même légers de la colonne vertébrale.

2° L'obligation pour le radiographe de faire toujours des épreuves de face, de profil et même obliques des points paraissant suspects.

3° L'obligation d'inspecter au-dessus et au-dessous de la région présumée atteinte, tous les segments de la colonne vertébrale.

En procédant ainsi, les lésions existantes ne pourront pas dans la suite être considérées comme ressortissant d'un mal de Pott au début. Ce n'est également qu'à cette condition que pourra avoir lieu l'indemnisation des traumatismes de la colonne vertébrale dans les cadres de la loi de 1898 et dans le droit commun.

Maladie kystique de la mamelle.

MM. Dambrin et Thomas, après avoir rapporté l'histoire d'une femme de 42 ans, présentant tous les symptômes classiques de la maladie de Reclus, chez laquelle ils procédèrent à l'ablation du sein, rappellent les différentes théories pathogéniques successivement émises par Malassez et Brissaud, par Quénu, par Delbet et par Lecène et Lenormant. Ils se rallient à l'opinion soutenue par ces derniers auteurs, qui font de la maladie de Reclus un adéno-kystome bénin. Mais comme cette tumeur peut, à un moment donné, arriver à acquérir un caractère de malignité très net, ils estiment que toute tentative d'exérèse doit être conduite très largement de manière à se mettre à l'abri des récidives : ce n'est qu'en procédant ainsi que l'on pourra parvenir à réaliser la chirurgie préventive du cancer.

Maladie kystique de la mamelle.

M. J. P. Tourneux rapporte deux observations de maladie kystique du sein ayant présenté de la dégénérescence cancéreuse au cours de leur évolution.

Le premier cas a trait à une femme de 26 ans, opérée en septembre 1912 de mammite diffuse du sein droit ; à cette époque le sein gauche ne présentait qu'une prolifération très discrète. La malade fut revue en mars 1921, 8 ans après : pas de récidive à droite, mais à gauche tout le sein était occupé par de petites nodosités s'accroissant continuellement. Une intervention chirurgicale fut refusée : au mois de février 1922, il existait des symptômes très nets de malignisation (dureté, adhérence de la peau, adénopathie). En septembre, il se produisit une ulcération néoplasique, et la mort survint au début de 1923 de généralisation cancéreuse.

La deuxième se rapporte à une femme de 42 ans présentant depuis environ 2 ans au sein droit les signes ordinaires de la maladie de Reclus : depuis deux mois, les nodosités avaient beaucoup augmenté de volume et étaient devenues douloureuses. Pensant à un début de malignisation, on pratiqua l'ablation du sein : l'examen histologique montra en plusieurs points une dégénérescence cancéreuse très nette.

Ces deux observations, tout à fait démonstratives, viennent bien en confirmation des faits avancés par MM. Dambrin et Thomas.

Diabète juvénile.

MM. R. Sorel et Gadrat rapportent un cas de diabète qu'ils ont observé chez un jeune homme de 16 ans et qui remontait à trois ans environ. La glycémie était de 4 gr. et l'examen des urines révéla 280 gr. de sucre par 24 heures (3 litres 500), 4 gr. 50 d'acétone, et 30 gr. d'acide B oxybutyrique par 24 heures. La mort survint deux mois plus tard dans le coma diabétique.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans l'association chez ce jeune malade d'insuffisance pancréatique et testiculaire : en effet, âgé de 16 ans, il paraît en avoir 12, pèse 35 kilogrammes pour une taille de 1 m. 57, et ne présente pas de poils sur le pubis, aux aisselles, sur les lèvres : sa verge et ses testicules sont minuscules.

Les auteurs ne pensent pas que son diabète relève d'une atteinte pluri-glandulaire ; il est probable que la dystrophie, portant sur les organes de la glycorégulation, qui s'est manifestée lors de la puberté a retenti secondairement sur l'appareil génital qu'elle a arrêté dans son développement. Peut-être s'agit-il d'hérédo-syphilis, la réaction de B.W. étant faiblement positive dans le sang.

Traitement d'un cas de sclérodermie par l'acétylarsan.

M. Daunic rapporte un cas de sclérodermie à marche progressive ayant évolué chez une femme de 37 ans, à constitution délicate et donnant par son peu de développement l'impression d'une hérédo-syphilitique : la réaction de B.W. était d'ailleurs fortement positive.

En présence de ce résultat et de l'évolution rapide de la maladie, qui dénotait des troubles graves endocrino-sympathiques, le traitement classique à la thyroïdine fut écarté au profit d'une médication arsenicale : 50 injections de 3 cc. d'acétylarsan, pratiquées en 7 mois, déterminèrent non seulement l'arrêt, mais la régression complète de tous les symptômes. Malheureusement, trois mois après sa guérison, la malade fut enlevée par une pneumonie.

On peut rapprocher la guérison, au moins momentanée, de ce cas de sclérodermie de l'adulte de celles du sclérème du nouveau-né lorsque le traitement spécifique est institué dès l'apparition de ce symptôme, le sclérème du nouveau-né n'étant en somme qu'une ébauche, un diminutif, de la sclérodermie de l'adulte.

Chancre syphilitique de la commissure palpébrale.

MM. Calmette et Dubau présentent une malade atteinte d'un chancre syphilitique du bord ciliaire au niveau de l'angle externe de l'œil, se manifestant sous la forme d'une ulcération d'aspect fissuraire à base indurée avec polyadénopathie indolente pré-auriculaire, parotidienne et sous-maxillaire : ce diagnostic fut confirmé à l'ultra microscope par la présence de spirochètes dans la sérosité. Le mode de contagion ne put être déterminé avec précision.

Les auteurs mettent en évidence les caractéristiques de cette affection et, à propos du mode de contamination, insistent sur le fait que c'est souvent un chancre professionnel observé chez les médecins à la suite de la projection de gouttelettes de salive ou après une exploration digitale de lésions syphilitiques.

Sacralisation vertébrale et spina bifida occulta.

M. Vital Badin communique le cas d'une fillette de 12 ans, qui fut traitée pendant plusieurs mois pour un mal de Pott lombaire et qui était atteinte de malformations vertébrales sans aucune lésion pottique.

Les douleurs de lombo-sciatique, la raideur à la flexion dorsale avaient jusque-là induit en erreur : une zone d'hypertrichose dans la région lombo-sacrée et l'absence de douleur bien caractérisée éveillèrent l'attention à l'examen clinique.

L'épreuve radiographique révéla une anomalie bien caractérisée de la Ve vertèbre lombaire dont l'apophyse transverse présentait un processus très avancé de sacralisation. En outre, les vertèbres sacrées étaient incomplètement soudées sur la ligne médiane du sacrum et en son tiers supérieur.

Cette observation est intéressante, car en présence du nouveau diagnostic, une intervention chirurgicale, malheureusement refusée, aurait pu être tentée avec succès.

La tache bleue mongolique.

M. Audebert, après avoir rappelé la rareté des observations de tache bleue mongolique (peu de fréquence dans la race blanche, disparition précoce, mauvaise recherche) passe successivement en revue ses différents caractères.

Cette tache, qui apparaît à la naisssance et qui disparaît vers l'âge de 7 à 8 ans, parfois plus tôt, se voit dans 95 à 98 % des cas dans la race jaune ; elle est rare dans la blanche et rarissime chez les nègres. Elle n'est ordinairement pas unique, mais seule la localisation sacrée, d'aspect fusiforme, dans le sillon interfessier est constante : les localisations parasacrées et aberrantes (abdomen, thorax et membres), affectant des formes variables, peuvent manquer. Elle se présente sous l'aspect d'une surface bleuâtre, ardoisée, analogue à un tatouage défraîchi, plate, sans saillie, non douloureuse et ne s'effaçant que sous la pression.

L'auteur relate ensuite les 5 cas qu'il lui a été donné d'observer : 3 d'entre eux ont trait à la race jaune, soit pure (Chinois et Chinoise), soit mélangée (Anamite et Française), les trois enfants présentaient la tache sacrée caractéristique. Dans le quatrième cas, il s'agissait de mulâtres de la Martinique et de la Guadeloupe dont l'enfant offrait en plus de la tache sacrée, deux taches parasacrées et plusieurs taches aberrantes ; la dernière observation se rapporte à la race blanche (père toulousain) dont l'enfant portait une tache sacrée assez large et trois taches parasacrées.

Volumineux épithélioma du sein ayant présenté les signes cliniques du sarcome.

MM. Dambrin et Pommepuy rapportent l'observation d'une femme de 69 ans, sans antécédents particuliers, ayant allaité 4 enfants, ménopausée à 50 ans, qui avait constaté il y a 9 ans au niveau du sein gauche la présence d'une petite tumeur très mobile et non douloureuse : cette dernière resta pendant quelques années à peu près stationnaire, puis se mit à évoluer progressivement.

Au moment de l'hospitalisation, le sein était occupé en totalité par une tumeur volumineuse, bien délimitée, irrégulièrement lobulée, assez molle à la palpation et présentant au milieu de sa surface une ulcération à bords amincis : il n'y avait pas d'envahissement de la peau, ni d'adhérences aux plans profonds ; la recherche de l'adénopathie axillaire fut négative.

L'intervention chirurgicale eut lieu quelques jours plus tard et ne fut marquée par aucun incident.

Devant le tableau clinique présenté, si différent de celui du cancer du sein, on avait cru pouvoir porter le diagnostic de sarcome : l'examen histologique

devait montrer qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur de nature conjonctive, mais d'une tumeur épithéliale de nature un peu spéciale, ou épithélioma adénoïde ou papillaire, à grandes cellules cylindriques, ce qui rend bien compte des particularités de l'évolution clinique de ce cas.

Abcès ovariens.

M. J.-P. Tourneux communique deux observations d'ovarite suppurée, ne s'étant pas accompagnée des lésions inflammatoires analogues des trompes de Fallope.

Il s'agissait de deux jeunes femmes de 20 à 28 ans, hospitalisées en 1924, pour annexites droites, suite d'infection puerpérale. Malgré les divers traitements institués successivement (glace, compresses chaudes, etc.), l'état local ne s'améliora pas et comme au bout de plus d'un mois de tentatives de refroidissement, l'état général commençait à laisser gravement à désirer, on se décida à intervenir.

Au cours des opérations, on constata qu'il s'agissait uniquement d'abcès ovariens droits, avec trompe de Fallope macroscopiquement normale : la salpingectomie unilatérale fut pratiquée dans les deux cas et les deux opérées guérirent sans incidents. L'examen bactériologique montra qu'il s'agissait de suppurations dues au sreptocoque : les trompes ne présentaient que des lésions tout à fait insignifiantes se bornant à la présence de quelques cellules inflammatoires dans la sous-muqueuse. Il semble donc par suite, au point de vue pathogénique, qu'il ne s'est pas agi dans ces deux cas, d'une infection ovarienne d'origine ascendante, mais d'origine sanguine, le streptocoque ayant dû être amené non par la trompe, mais par les vaisseaux ovariens.

J.-P. Tourneux.

FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

Première réunion

(*Paris*, 28-30 *avril* 1927)

Unification de la terminologie, du classement et de la bibliographie dans la littérature médicale,

Par le Dr Alfred Mirande,

Rédacteur en chef du *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*.

Une image est venue à mon esprit quand l'Association de la Presse médicale française me fit l'honneur de me désigner comme rapporteur devant vous du sujet suivant : « Unification de la terminologie, du classement et de la bibliographie dans la littérature médicale ».

Je voyais, dans un fleuve immense, un homme émergeant du milieu des flots et qui, de ses bras étendus, semblait vouloir régir et ordonner le cours implacable des eaux.

Messieurs, vous avez reconnu dans le fleuve indifférent, que rien n'arrête, l'*usage*, maître souverain des choses du langage, et je vous prierai de bien vouloir inférer, de la situation de l'homme perdu au milieu des flots, l'état d'esprit d'un rapporteur occupé à un sujet soumis tout entier à cette force aveugle.

Il ne saurait s'agir d'arrêter ou de modifier le courant de l'usage ; tout au plus, après avoir recherché les raisons de son penchant, peut-on souhaiter de tracer quelques limites ou d'imposer quelques règles à ses pires débordements.

Avant d'aborder mon sujet, il m'est un agréable devoir d'adresser ici mes remerciements au Dr Hahn, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine, qui fut mon guide de haute compétence et d'inlassable bonté dans les domaines que j'avais à explorer.

J'ai à envisager successivement la terminologie, le classement et la bibliographie dans la littérature médicale, de là trois chapitres dans ce rapport.

La *terminologie*, c'est l'art de représenter des idées par des mots.

Mais ces mots doivent se conformer à des règles qui les rendent susceptibles d'être classés dans l'ordre des idées qu'ils représentent ; cela, c'est l'art de la *nomenclature* (nomen, calo), qui assemble les noms donnés aux sujets dont une science se compose.

Mais cette nomenclature, pour assembler les mots en usage dans cette science, doit suivre les règles de *classification* de la science dont elle dérive.

On voit que la terminologie doit se soumettre à la nomenclature, qui elle-même découle de la classification et qu'une étude de la terminologie médicale ne peut atteindre son objet qu'après avoir remonté à ses sources : la classification et la nomenclature médicales.

Les essais modernes de classification des sciences médicales datent de Fernel et de Plater (de Bâle) vers 1560 et se sont succédé jusqu'à nos jours. Il serait de peu d'intérêt de les énumérer ici, il peut au contraire y avoir profit à s'essayer à en pénétrer l'esprit.

Les nosographes du début s'arrêtaient aux caractères les plus simples des états morbides : durée, extension, siège ; on les vit, avec les progrès des sciences médicales, invoquer des bases plus précises et successivement prôner les méthodes symptomatique, anatomo-topographique, organo-pathogra-

phique (PIORRY), étiologique, enfin anatomo-pathologique et anatomo-physiologique.

Aucune de ces méthodes ne se suffit à elle-même : la méthode symptomatique groupe, au nom d'un symptôme, des états très dissemblables ; la méthode étiologique se heurte souvent à l'obscur mystère des causes réelles ; la méthode anatomo-topographique, qui ne s'occupe que du siège, doit céder le pas aux méthodes anatomo-clinique et anatomo-physiologique, dont la méthode organo-pathographique de PIORRY fut le précurseur, et qui groupent plus naturellement les maladies suivant l'appareil fonctionnel mis en souffrance et suivant la nature de ses lésions ou du trouble de ses fonctions. Encore ces dernières méthodes laissent-elles de côté un grand nombre d'états morbides : fièvres, maladies infectieuses, maladies parasitaires.

La nosographie est donc obligée d'adopter une méthode mixte : elle prend les éléments de son signalement dans l'étiologie, les symptômes, la nature des lésions, les troubles fonctionnels et établit sa présentation en suivant celui de ces facteurs qui semble fournir les renseignements les plus typiques sur l'affection envisagée.

Il est à noter que ce facteur ne varie pas seulement suivant le groupe morbide ; pour un même groupe, il n'est pas rare, au cours de l'histoire médicale, qu'il se modifie ou fasse place à une autre série de faits récemment venus en lumière.

C'est ainsi que, pour prendre un exemple entre beaucoup d'autres, la pathologie rénale a demandé, pendant de longues années, à l'anatomie pathologique la séparation entre les néphrites parenchymateuses et les néphrites interstitielles ; puis sous l'influence des acquisitions sur la valeur fonctionnelle du rein, on a décrit des néphrites hydropigènes, hypertensives, urémigènes ; enfin, plus récemment, et reprenant les idées de BRAULT, on s'est essayé à baser sur le facteur étiologique, considéré moins dans sa nature même que dans le mode et surtout la *durée* de son action, la classification des néphrites, et on a distingué à côté des néphrites aiguës, les néphrites chroniques à évolution rapide, les néphrites chroniques à évolution lente, les néphrites chroniques à évolution prolongée.

Cette tendance est, je crois, un des caractères de la médecine de nos jours ; les conceptions pathologiques tendent à quitter les bases anatomiques pour emprunter celles que leur fournissent, à côté de l'étiologie, la physiologie pathologique et l'évolution clinique.

Ainsi, pour les besoins de notre esprit, s'élève suivant certains principes, le tableau mouvant, tout agité de progrès et d'erreurs, de l'infinie variété des réactions morbides ; il est certes imparfait, mais lorsqu'il s'agit d'enfermer dans des mots les actes directs de la nature, il ne saurait être autrement.

La NOMENCLATURE enregistre ces variations et, en leur donnant un cadre, s'efforce de les ordonner.

Comme le remarque justement DECHAMBRE (1), la mobilité de la nomenclature médicale est nécessaire. On ne saurait l'assimiler aux nomenclatures des sciences qui s'appliquent à des objets stables et définis.

Il a semblé assez aisé de fixer les lois de la nomenclature zoologique (1881) ; de même les lois de la nomenclature chimique, tracées par LAVOISIER, sont aujourd'hui universellement respectées et suivent, au cours de commissions annuelles, les modifications que leur impose la marche du progrès.

La question est beaucoup plus complexe lorsqu'il s'agit de classer des états dont le point de départ, la pathogénie, la nature enfin, sont les uns et les autres obscurs, parfois inconnus et, à la vérité, à la merci des découvertes de l'heure.

Dans ce besoin, la nomenclature médicale ne saurait s'accomoder d'un cadre rigide, inspiré d'un caractère unique, mais au contraire demander ses bases aux divers facteurs que la science médicale parvient progressivement à déterminer et en se réglant sur l'orientation de ses progrès ; elle doit, en un mot, pouvoir être indéfiniment perfectible.

Conservant les grandes subdivisions anatomo-fonctionnelles, c'est aujourd'hui à la physiologie pathologique, aux modalités de l'évolution, à l'étiologie, quand elle se laisse percer, que la nomenclature doit demander la charpente de ses nouveaux rayons.

C'est en partie pour n'avoir point respecté ce caractère de particulière souplesse, qu'exige le développement de l'art médical, qu'aucune des nomenclatures du passé n'a connu le succès.

Les essais en ont été innombrables, tant en pathologie générale que dans les diverses branches de la médecine (2) ; je n'en poursuivrai point l'inutile revue. Je dirai seulement quelques mots des deux plus récentes tentatives, dont l'histoire enferme quelque enseignement.

L'une est *The nomenclature of Diseases*, fixée de 1859 à 1869 par un Comité nommé par le Royal College of Physicians of London et dont les éditions se sont depuis, régulièrement poursuivies.

La nomenclature suit une classification basée sur les caractères anatomiques, mais, au cours des revisions, elle a dû tolérer quelques amendements pour introduire les maladies du sang, des glandes endocrines, les affections de la nutrition et du métabolisme.

« Au chapitre du système nerveux, je traduis « l'introduction, on trouve une division qui contient « des noms de symptômes, des affections nommées « suivant leurs symptômes, et des maladies dont la « pathogénie n'est pas connue avec précision.

« Dans les autres sections, on trouve les mêmes

(1) DECHAMBRE. — Article « Nomenclature » *in* Dict. des Sc. méd. de DECHAMBRE.

(2) Parmi les tentatives récentes, je citerai celles de : Anatomie (Congrès de Bâle 1891) ; Histologie (WAGNER) Mal. gastro-intest. de l'enfance (ROTCH), Bactériologie, Electrothérapie, Art Dentaire, etc.

« désordres et des symptômes qui ne peuvent être « classés séparément (1). »

Il est à noter que la première édition donne le terme latin, avec cette raison que le latin est « peut-être le langage le plus convenable pour une nomenclature commune à tout le monde », et les équivalents en trois langues : français, allemand, italien. La cinquième édition ne comporte que l'anglais, peut-être parce que les membres du Royal College ont abandonné l'espoir qu'ils avaient émis « d'avoir ainsi posé les bases pour une nomenclature des maladies dans tout langage existant dans le monde ».

D'autre part, un projet de *Nomenclature générale de la médecine* fut présenté en 1907 à l'Académie de médecine par LANCEREAUX et son élève PAULESCO (2).

Partant d'une classification étiologique, « base inébranlable, disent les auteurs, puisque les mêmes causes engendrent toujours les mêmes effets », LANCEREAUX et PAULESCO s'efforcent d'appliquer à la nomenclature médicale la manière de la nomenclature chimique. Ils partent de noms empiriques universellement admis, ou créent de nouveaux vocables s'il en est besoin, et se servent de suffixes pour désigner les grandes classes, de préfixes pour préciser la cause, de terminaisons pour caractériser les subdivisions.

Malgré l'autorité et la conviction de son auteur, cette tentative ne dépassa point la Commission à laquelle elle fut renvoyée.

Les cadres de la nomenclature étant tracés, c'est à la TERMINOLOGIE de frapper les mots qui y viendront prendre place.

La terminologie dispose pour baptiser les affections de deux systèmes de parrainage : elle peut leur donner des noms communs, c'est la terminologie nosologique ; elle peut leur donner les noms de ceux qui les premiers les décrivirent, c'est la terminologie éponymique, appelée aussi historique.

Je vous entretiendrai tout d'abord de la terminologie éponymique, car, tout d'abord, il s'agit de savoir si nous devons la rejeter de la nomenclature médicale, au nom de l'unification ; ou si, tout au contraire, il convient de la garder pour conserver à la nomenclature des maladies la part de précisions qu'elle y peut apporter.

La *terminologie éponymique* a subi bien des assauts (3), et, au IIIe Congrès international de la Presse médicale, tenu à Budapest en août 1909 (1), notre distingué confrère le Dr BLONDEL l'a vivement attaquée ; le Dr TIBERIUS von GYORY (2), privat-docent à l'Université de Budapest, en présenta non moins vivement la défense. Je dois dire que je me range énergiquement aux côtés de ce dernier.

La terminologie historique a pour elle tout d'abord l'appui irrésistible de l'usage. Quel anatomiste renoncera au triangle de Scarpa, à l'hiatus de Winslow, au canal de Stenon, à la trompe de Fallope ? Quel clinicien consentira à ignorer le mal de Bright, la maladie de Parkinson ou de Ménière, la cirrhose de Laennec, le signe d'Argyll-Robertson, celui de Bacelli ou de Babinski ? Quel chirurgien s'embarrassera d'une périphrase pour désigner la fracture de Dupuytren, le Wertheim ou le Freyer, la position de Trendelenburg, le drainage à la Mikulicz ? Quel physiothérapeute reniera les milliampères, les rayons de Rœntgen ou la curiethérapie ? Quel bactériologue déguisera la pasteurisation, le bacille de Koch, le Ziehl ou le Gram, la réaction de Bordet-Wassermann ? Quel praticien rayera de son formulaire la liqueur de Van Swieten, celle de Fowler, l'eau d'Alibour, le laudanum de Sydenham, la potion de Todd ou de Rivière, les pilules de Dupuytren, de Ricord, de Second ou de Lancereaux ? J'arrête ici ces exemples que je pourrais indéfiniment multiplier.

Mais la méthode historique sauve encore un minimum, et un minimum glorieux, d'histoire de la médecine ; elle rend, avec des réserves que l'envisagerai tout à l'heure, hommage à ceux qui portèrent leur pierre à l'édifice de notre art.

Enfin, Messieurs, elle apporte son tribut à notre jargon médical. Veuillez considérer à ce propos que, de toutes les sciences, la médecine seule a vraiment le droit à une langue inaccessible ; c'est elle qui permet, au chevet du malade, de mener avec humanité une discussion ou un enseignement ; le masque éponymique ne se laisse point pénétrer.

Je n'ignore point, d'autre part, les inconvénients qu'on a reprochés à cette terminologie. Et, tout d'abord, qu'au travers des frontières elle engendre la confusion : l'exemple de la maladie de Basedow est classique, on l'appelle maladie de Graves en Angleterre, de Flajani en Italie (3), on devrait au réel la nommer maladie de Parry (4), et je sais d'autres affections qui voient leur nom changer avec les pays. On a dit aussi que bien souvent elle consacrait une erreur, en attachant à un nom la découverte d'un autre. Les exemples ne manquent point ; j'en ai rencontré un que je cite parce qu'il est peu connu : le signe de Koplik, signalé par cet auteur à New-York

(1) « The nomenclature of Diseases », fixée par le Comité du *Royal College of Physicians* de Londres, 1906.

(2) LANCEREAUX et PAULESCO. — *Bulletin de l'Académie de Méd.*, 22 janvier 1907.

(3) Voir : de MAURANS. — Unification de la terminologie (1er *Cong. intern. de la Presse médicale*, 1900).
BOLOGNESI. — Terminologie technique et scientifique. (*Bulletin de Thérapeutique*.) 1895
BLANCHARD. — Syndrome du baptême. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1898, t. 18.)
The pitfalls of latin quotation. (*British med. Journ.*, 1907.)

(1) *Compte rendu du IIIe Congrès int. de la Presse médicale*, Budapest, 1909.

(2) T. VON GYORY. — L'unification de la terminologie du point de vue de l'historien de la médecine. (*Janus*, 1911.)

(3) DE MAURANS. — *Loc. cit.*

(4) T. VON GYORY. — *Loc. cit.*

vers 1896-1898, aurait été décrit, dès 1880, par Flindt, médecin danois (1).

Ces reproches sont justifiés ; la terminologie éponymique est parfois injuste, elle prête parfois à confusion ; ce sont là des défauts qui appellent les mêmes remèdes que ceux que nous aurons tout à l'heure à envisager pour la terminologie nosologique ; mais il suffit que le plus souvent d'un mot elle évoque un état morbide et fasse revivre le nom d'un médecin illustre pour que nous lui conservions notre faveur.

Et j'en suis maintenant à l'étude de la *terminologie nosologique.*

Servante d'une science en perpétuelle gésine, victime de l'ardeur des pionniers et plus encore du raffinement de leurs suivants, encombrée de synonymes de toutes langues, obscurcie d'inexactitudes, torturée de barbarismes, — d'ailleurs éprise de nouveau et dédaigneuse du passé — il est vrai que la terminologie médicale offre davantage, avec l'amoncellement des faits, l'image de la confusion.

Le mal croît d'année en année ; il menace de devenir un obstacle à la marche même des sciences médicales ; il légitime au plus haut point l'attention que vous voulez bien accorder à un nouvel effort d'ordre et d'unification.

Un seul exemple de fraîche date suffit à donner l'exacte mesure de ce débordement. Vous savez que l'attention a été récemment appelée par Nicolas et Favre (de Lyon) sur une adénite inguinale à caractères particuliers. Permettez-moi de vous citer les appellations que cette affection — cliniquement bien déterminée — a totalisées :

Adénopathie inguinale subaiguë simple à suppuration intra-ganglionnaire (Nélaton, 1890).

Bubon strumeux de l'aine (Lejars).

Ulcère vénérien adénogène.

Adénite climatique à bacillus fluorescens (Pigeon et Tanton).

Lymphogranulome ou lymphogranulomatose subaiguë.

Maladie de Nicolas et Favre.

Poro-adénolymphite suppurée bénigne à forme septicémique (Ravaut).

Poradénite (N. Fiessinger).

Granulome vénérien ou inguinal.

Et je ne suis point sûr de n'en point oublier !

Il n'est point exagéré de penser que de ce pas, et quand on songe à l'infinité des phénomènes à découvrir, nous marchons vers le chaos.

J'étendrai à l'étude de la terminologie la méthode que je viens de suivre pour celles de la classification et de la nomenclature.

Lorsqu'il s'agit de crééer un nom pour une nouvelle maladie, ce nom s'inspire d'une idée directrice, puis il se traduit dans la langue qui semble la plus appropriée ; de là deux facteurs à envisager : l'idée directrice, la langue.

(1) Bibliogr. méd. à la fin du XIX[e] siècle. (*La Semaine médicale*, 1899, n° 28.)

L'*idée*, qui guide celui qui cherche à baptiser un fait nouveau, dérive des tendances scientifiques ambiantes ; je me suis trop attaché depuis le début à les rechercher pour qu'il soit de nouveau nécessaire d'y insister.

Je noterai seulement qu'un besoin de précision nosologique s'affirme à mesure que s'accroît le domaine de nos connaissances, il ne saurait être méconnu ; nous ne sommes plus au temps où l'illustre Trousseau pouvait écrire que les noms « seront d'autant meilleurs qu'ils auront moins de signification nosologique » (1). Cette aspiration n'est d'ailleurs pas incompatible avec la conservation des vieux mots consacrés par la tradition scientifique ou populaire et qui gardent tout leur prix.

Dans quelle *langue* se traduira le fait nouveau ? Trois groupes de langues peuvent être employés :

Les langues mortes dont, par consentement universel, ne restent que le grec et le latin ; les langues vivantes ; les langues artificielles.

J'éliminerai tout d'abord les deux derniers groupes

L'emploi des langues artificielles (2), que ce soit le volapuk, la pasilingua préconisée par Steiner en Allemagne, la langue internationale proposée en Pologne par Samenhov, l'espéranto, dernière venue, cet emploi ne fait qu'ajouter une difficulté de plus à la solution. Il faudra, après s'être entendu sur le choix de la langue, en imposer la connaissance aux travailleurs internationaux et songer ensuite à la revision de la terminologie.

Ce sont d'ailleurs, comme le remarque le D[r] Collineau, des instruments de langage secs, sans étincelle de vie, dénués de toute puissance de style ; il semble juste de réduire leur destinée aux transactions commerciales, industrielles et maritimes.

Les langues vivantes s'offrent toutes parées de leur qualités propres et également fières d'un passé glorieux. Je ne m'attarderai point à discuter leurs mérites respectifs ; je signalerai seulement, à titre documentaire, qu'en réponse à un projet d'adoption de langue scientifique internationale,proposé par l'American philosophical Society à propos du Congrès de Paris tenu en 1889, la Société de médecine de Paris discuta la question ; elle rejeta les langues mortes et les langues artificielles et, parmi les langues vivantes élut le français. On trouve dans le rapport du D[r] Collineau (3) les excellentes raisons qui dictèrent son choix. La Société zoologique de France, de son côté, adoptait le principe des langues vivantes, soumettait le choix de la langue à un congrès, préconisait la continuation du latin pour les ouvrages relatifs à la systématique, jusqu'à l'adoption de la langue définitive.

Messieurs, je ne donne point ma voix aux langues

(1) Introduction aux Cliniques de l'Hôtel-Dieu.

(2) Voir Collineau. — Rapport sur un projet d'adoption de langue universelle. (*Soc. de méd.* de Paris, 1889.) Emile Thiéry. — Une langue médicale internat. (*Bull. Soc. méd. de l'Yonne*, 1889, t. 30.)

(3) Collineau. — *Loc. cit.*

vivantes pour une raison d'un ordre beaucoup plus général ; ou je me trompe fort, ou l'amour-propre international n'arrivera jamais, même sur un terrain aussi pacifique, à une entente générale et je tais mes préférences personnelles devant le succès de l'œuvre commune.

Les deux vieilles langues, ancêtres vénérées de la civilisation occidentale, restent en présence : le grec et le latin.

Le latin est déjà la langue systématique de la zoologie, de la botanique ; nous avons vu que le Royal College of Physicians of London le reconnaissait comme « peut-être le langage le plus convenable pour une nomenclature commune à tout le monde » ; c'est un instrument de pensée qui est familier à la plupart des esprits cultivés au travers de l'humanité. Ce sont là des titres internationaux dont la valeur n'échapperait point à une réunion de médecins qui discuterait l'adoption d'une langue scientifique internationale et, il semble bien, en vérité, que le latin réunisse les qualités de langue universelle pour ce qui touche à la systématique, à la nomenclature scientifique.

Mais là peut-être se borne son domaine ; lorsqu'il s'agit de la création de mots, le latin doit céder le pas au grec, en fait c'est au grec que l'usage médical demande tous les jours la forme verbale du fait nouveau.

Il y a pour cela plusieurs raisons.

La langue grecque donna leur nom aux premières notions de la philosophie et de la médecine et, comme le dit Rose (1), « les sciences ont été transmises au monde avec leur nom grec. »

Le Dr Wytch a calculé que sur 42.000 mots du *Dunglisons medical Dictionary*, 20.000 sont d'origine grecque ; 22.000 dérivent tout ensemble du latin, de l'anglais, du français, de l'allemand.

Le grec n'a pas seulement ces titres du passé, il reste le plus merveilleux instrument linguistique au service des pensées nouvelles. C'est qu'en effet, alors que pour la création de mots, le latin et le français procèdent par voie unique de dérivation, le grec procède par dérivation et par composition ; ses moyens le désignent pour affronter les exigences de l'avenir.

Mais, quelle que soit la langue adoptée, il importe que les nouveaux mots ne sortent point estropiés de la forge. Je ne m'étendrai pas sur ce sujet et sur les règles de la formation des mots. On pourra, en ce qui concerne le grec, trouver dans les études de Rose (2), d'intéressantes notions sur le grec ancien et le grec moderne, sur les variétésvulgaire et cultivée du grec moderne ; on y trouvera aussi l'écho des efforts faits en Grèce pour la révision et la correction, du point de vue philologique, des nouveaux termes médicaux ; nouveaux termes « qui, dit le Dr Phoustanos, présentent l'impitoyable et répugnant spectacle de barbares entorses du grec ». Comment ignorer celui des monstres hybrides, à profil grec et à queue latine, ou inversement, dont quelques uns ont acquis leur droit de cité ? La nomenclature de Lancereaux et Paulesco en présente de bien curieux exemples. L'enfantement du nouveau mot n'est point chose aisée et exige des connaissances philologiques, qui sont rarement du domaine médical. On ne saurait, à ce propos, trop méditer l'exemple de Pasteur, qui prit l'avis du linguiste Littré avant de donner le nom de microbies ou de microbes au monde qu'il venait de découvrir.

(1) Rose. — Necessity for scientific medical nomenclature. (*Med. Record*, 1910, T. 27.)

(2) Rose. — Katharenousa and scientific medical nomenclature, (*American Medicine*, 1911, T. 17.)

Pépin. — Essai d'un langage médical. (*Thèse de Paris*, 1904.)

Messieurs, négligeant les détails, je viens de m'essayer à dégager, au cours de cette rapide révision, les tendances qui mènent, à l'heure actuelle, les lois de la terminologie dans la littérature médicale ; je suis convaincu que c'est d'elles que doit s'inspirer toute œuvre d'unification si elle veut avoir quelques chances de succès. N'est-ce point à la terminologie médicale comme à toute œuvre de langage, que s'adresse le sage avertissement du poète latin ?

« Multa renascentur quœ jam cecidere, cadentque
« Quœ nunc sunt in honore vocabula, si volet usus.
« Quem penes arbitrium est et jus et norma loquendi

Cette œuvre d'unification est immense ; elle doit savoir respecter ce qui reste juste et vrai dans les formidables acquisitions du passé et préparer leur place aux infinies promesses de l'avenir ; elle doit, sur la base de larges principes, reviser les formes terminologiques actuelles et poser les règles de la terminologie future ; elle exige une science sans défaut, une sage prudence, une hauteur d'esprit scientifique qui puisse imposer silence aux rivalités, elle ne saurait être l'œuvre d'un seul. Elle ne peut être le fait que d'une organisation complexe, faite de comités nationaux composés de médecins historiens, cliniciens, spécialisés, philologues qui transmettront leurs travaux à un bureau international, travaillant suivant des règles établies après entente générale, et qui, à des dates régulières, les confronteront au sein d'un conseil international (1). Elle exige un travail ingrat et tenace qui devra se poursuivre au cours de longues années.

Puissent ceux qui entreprendront cette tâche être soutenus par la notion de haute utilité de leur effort pour la marche des sciences médicales !

Je serai beaucoup plus bref sur le second sujet que je dois envisager : le CLASSEMENT dans la littérature médicale.

Le classement est l'ordination des travaux de toutes sortes concernant une science, dans le but qu'ils soient aisément retrouvés par le chercheur.

Le classement des travaux scientifiques — médicaux et autres — utilise quatre procédés :

(1) Voir : Conférence de Londres, 1896, *in* Bibliographie, Classification. (*Revue Rose*, 1896, T.2).

Le *classement alphabétique* — onomastique s'il s'agit de noms propres — range les travaux suivant l'ordre des lettres de l'alphabet latin.

Cette méthode, parfaite pour les noms d'auteurs, est passible de beaucoup d'objections pour les documents. Elle est à la merci de la plus petite erreur de titre ; elle ne fournit pas ce titre lorsque précisément il est l'objet des recherches ; elle groupe une infinité de travaux sous des mots trop généraux, elle implique une multitude de renvois pour les synonymes, enfin elle exige un travail compliqué lorsqu'il s'agit d'une révision globale d'un chapitre déterminé.

Le *classement méthodique ou analytique* enferme les travaux sous des rubriques générales, subdivisées en classes, sous-classes, groupes. Il exige une classification générale précise de la science qu'il prend pour objet ; il convient à une science comme la zoologie dont les lois de la nomenclature obéissent à des règles définitivement arrêtées.

Ce caractère définitif et immuable, nous le savons, ne s'accommode point à l'esprit d'une science aussi mobile que la médecine. Un classement analytique médical présenterait, à quelques années de distance, d'irréparables lacunes et, en compensation, des chapitres désertés de tout intérêt.

Le classement dans la littérature médicale doit laisser place aux pousses nouvelles, et supporter sans inconvénient l'émondage des rameaux desséchés ; il doit être révisible et extensible.

Cette solution est apportée par les deux dernières méthodes : le classement alphabétique et analytique et le classement décimal (1).

Le *classement alphabétique et analytique* ou méthodique corrige les défauts de la méthode alphabétique en y introduisant des subdivisions méthodiques.

Le type en est donné par l'Index Catalogue of the Library of the Surgeon general's Office United States Army. Ce n'est point un répertoire, mais un catalogue d'une bibliothèque exceptionnellement complète, classé dans un ordre alphabétique subdivisé par des « mots souches ». Il enregistre, les matériaux scientifiques depuis 1880, au cours d'éditions successives, dans un seul et même ordre alphabétique, onomastique et idéologique.

L'*Index medicus*, qui paraît aussi en Amérique, est un répertoire périodique de travaux médicaux, basé sur le principe de l'Index Catalogue et qui le complète utilement.

On sait trop les services rendus à tous ceux qui cherchent à se documenter sur une question par ces deux ouvrages pour ne pas reconnaître l'excellence de la méthode alphabétique et analytique.

Elle est en usage à la Bibliothèque de l'Académie de médecine de New-York, à celle de la Society of the County of Kings de Brooklyn ; elle a aussi les préférences du distingué bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris, le Dr Hahn.

Elle n'est certes point sans défauts : elle est variable suivant le type de subdivisions adopté et exige, pour chaque répertoire, une certaine pratique de sa classification ; elle est alourdie de nombreux renvois pour les synonymes ; elle exige d'assez longues recherches pour embrasser l'ensemble d'un sujet.

Dewey a pensé trouver mieux lorsqu'il a proposé le *classement décimal*, appliqué la première fois à la Bibliothèque de l'Amherst College.

Le classement décimal repose sur des conventions. Il divise l'ensemble des connaissances humaines en 10 parties, chaque branche portant un numéro de 0 à 9, et, suivant ce principe décimal, poursuit ses divisions à l'infini.

Prenant la médecine pour exemple, j'en donnerai un rapide aperçu. La médecine fait partie du groupe 6, consacré aux sciences appliquées ; ce groupe se subdivise lui-même en 10 parties (médecine, art de l'ingénieur, industrie, etc.), la médecine y tient le n° 1, elle répond donc au chiffre 6.1.

Le groupe 6.1 se répartit en 10 : 6.1.0, sciences médicales, généralités ; 6.1.1. anatomie et histologie ; 6.1.2. physiologie, etc.

Chacun des groupes se subdivise à son tour suivant le mode décimal.

Prenons la pathologie interne 6.1.6 ; 616.24 sera affections des poumons ; 616.246 répondra à la phtisie, etc.

On conçoit que ce mode de classement est infini, perfectible et pourtant immuable. Il n'est point cependant à l'abri de toute critique. Bien que les chiffres répondent à une catégorie d'idées, on ne saurait utiliser la méthode décimale sans avoir toujours sous la main l'Index de Dewey ; la difficulté de classification de certains titres obscurs n'est point résolue et entraîne l'obligation de les faire figurer sous deux et même trois rubriques ; enfin l'indexation se monte parfois à plus de 12 chiffres ; c'est là certes une complication.

La méthode décimale a été adoptée par les conférences internationales réunies à Bruxelles, par l'Association française pour l'avancement des sciences, par La Fontaine et Otlet, pour la classification des sciences sociologiques, par les Archives provinciales de chirurgie, la Revue scientifique, etc., et il est juste de reconnaître que si sa diffusion se généralise, elle est susceptible d'apporter au classement des connaissances humaines un précieux élément de clarté.

Messieurs, c'est entre ces deux dernières méthodes que les commissions médicales internationales d'unification auront à se prononcer. La méthode alphabétique et analytique est plus dans nos habitudes et répond mieux aux répertoires restreints et spécia-

(1) Voir : Ch. RICHET. — Méthodes en bibliographie et classific. décimale. (*Revue scientifique*, 11 août 1896.)

CHAVIGNY. — Organisation du travail intellectuel.

L. HAHN. — Essai de Bibliog. méd. (*Thèse de Paris*, 1897) ; Bibliograph. médic. à la fin du XIXe siècle. (*Semaine médic.*, 1899, n° 28.)

HUNTINGTON. — A pratical system of classification for medical libraries. (*Med. libr. and histor. Journal*, 1903, T. 1.)

lisés ; elle convient aux tables des matières qui sont l'objet direct de nos soucis de journalistes ; elle exige la préoccupation dominante de l'orientation de l'idée directrice du chercheur, ce point est capital dans son maniement. La méthode décimale marque incontestablement un progrès dans la voie du classement général des connaissances humaines. Son répertoire ne connaît point de limites, et aucune objection ne lui vient du caractère si particulier des sciences médicales ; elle nous indispose peut-être mais c'est là l'habituelle rançon de tout progrès.

Mon troisième objet, l'unification de la BIBLIOGRAPHIE, n'exigera que quelques lignes.

Il ne s'agit point ici de bibliographie véritable, c'est-à-dire de l'art du classement des livres ; il suit d'ailleurs les procédés généraux que nous venons d'énoncer ; il ne peut s'agir que de la méthode à observer dans les indications bibliographiques auxquelles se réfèrent les travaux médicaux (1).

Deux manières sont en présence : le rejet des références en fin d'article, sous une rubrique spéciale, l'indication ne figurant dans le texte que par un chiffre dont le numérotage se poursuit jusqu'à la fin du travail ; l'inscription de la référence sous le texte au bas de chaque page, en renvoi d'un chiffre dont le numérotage finit à la page.

A cette dernière méthode va ma préférence. Elle n'encombre point davantage le texte ; elle donne au lecteur la latitude de retrouver la source, s'il lui plaît, ou de ne s'y point arrêter ; elle lui évite d'incessantes promenades à la rubrique finale. Un index bibliographique terminal n'est réellement utile que lorsqu'il vise à donner la bibliographie complète d'un sujet.

Les règles des indications bibliographiques sont si simples qu'il est presque inutile de les rappeler.

La citation doit être complète et ordonnée, comprenant nom d'auteur, titre du travail, date et, s'il s'agit d'un journal, titre du journal, date, numéro de livraison.

Le titre sera cité dans la langue originelle, sauf à en donner la traduction.

Si la référence est de seconde main, on devra renvoyer le lecteur à la source d'origine et ne citer que ce qu'on a lu soi-même. Cette petite règle est d'importance ; elle évite des erreurs qui se sont perpétuées au travers des années et dont certaines sont restées fameuses.

Si une bonne bibliographie de la question étudiée existe déjà, ne point la renouveler, mais y renvoyer et s'efforcer seulement de la continuer.

Messieurs, il s'agit là de simple discipline et pour l'imposer il semble qu'il ne faille point l'autorité d'imposants congrès.

Conclusions. — L'unification de la terminologie dans la littérature médicale est devenue œuvre nécessaire ; la confusion de la nosographie croît avec le nombre des acquisitions et menace d'entraver le progrès des sciences médicales.

Elle ne peut être qu'une œuvre internationale et de longue haleine, systématiquement répartie en commissions nationales et réunions internationales.

Elle devra s'inspirer des tendances spontanées de la nosologie, qui sont le reflet de l'esprit de la médecine : elle cherchera, suivant les cas, ses bases dans l'étiologie, la physiologie pathologique, l'évolution clinique et son expression dans une langue unique, susceptible de s'adapter aux faits acquis et aux découvertes futures, tant pour la formation des mots que pour la nomenclature.

Elle s'efforcera de respecter l'œuvre du passé en ordonnant celle de l'avenir.

Les conclusions, en ce qui regarde le classement et les indications bibliographiques, s'inspirent, dans leurs sphères respectives, des mêmes principes généraux.

(1) Voir Ch. RICHET. — *Loc. cit.* ; Marcel BAUDOIN. — Technique des tables des matières internationales, (1er *Cong. intern. de la Presse méd.*, juillet 1900.)

Les Thèses

Mtp. — Dr Charles MOY, — **Sur l'invasion néoplasique des ganglions carotidiens et sus-claviculaires dans les cancers de l'étage inférieur de la face** (*Travail du Centre anticancéreux de Rennes*). (Montpellier, imprimerie « L'Abeille », Coopérative ouvrière, 1926.)

L'invasion des ganglions carotidiens et sus-claviculaires, dans les cancers de l'étage inférieur de la face, est assez fréquente. La tendance à la prolifération des cellules épithéliomateuses ; l'ignorance dans laquelle nous nous trouvons de prévoir l'évolution de ces mêmes cellules incluses dans un sinus ganglionnaire, sont autant d'obstacles à l'opinion de Paterson lorsqu'il suppose que les cellules néoplasiques isolées peuvent être détruites par une réaction locale du tissu sain.

L'argument de Paterson, selon lequel l'exérèse des ganglions prive l'organisme d'une barrière d'arrêt contre l'invasion des cellules cancéreuses, semble critiquable, d'abord parce que des ganglions qui paraissent cliniquement sains peuvent être infectés par des cellules cancéreuses et devenir la source de nouvelles embolies, ensuite parce que, en supprimant les ganglions et les vaisseaux lymphatiques, on prive la tumeur des principales voies d'accès à la création des métastases.

Il ne semble donc pas, dans l'état actuel de nos

connaissances, que la technique opératoire classique puisse être abandonnée, car elle seule fournit les garanties nécessaires et lutte avec efficacité contre l'invasion cancéreuse. La seule méthode vraiment sûre est actuellement, croyons-nous, le « block-dissection » des Américains, qui consiste à enlever tous les ganglions du cou y compris ceux de la chaîne jugulaire et le groupe sus-claviculaire, et à pratiquer en outre la résection du sterno-mastoïdien.

Mtp. — Dr Jean MONTAGNE, interne des hôpitaux de Montpellier. — **Spondylites infectieuses et spondylites de croissance (Contribution à l'étude des « faux-maux de Pott »)**. (Montpellier, imprimerie Emmanuel Montane, 1926.)

Si le passage des spondylites infectieuses aux spondyloses est parfois possible, leur assimilation ne paraît pas justiciable par cette seule raison. Ces affections constituent deux entités morbides, nettement distinctes, que l'on doit décrire séparément.

Les spondylites, en particulier, ont une autonomie incontestable. Elles s'opposent aux spondyloses par *leur début brusque* au décours ou à la convalescence d'une maladie infectieuse, ou au cours d'une septicémie, par *leur étiologie précise*, presque toujours contrôlée au laboratoire, *par une évolution rapide* enfin, qui se fait *vers la guérison complète*, sans ankylose, sous l'influence d'un traitement orthopédique complété ou non par la vaccinothérapie. L'étude des spondylites infectieuses tire son intérêt de l'importance du diagnostic différentiel de ces affections avec le mal de Pott.

Les spondylites du *groupe typhique* (spondylites typhiques, paratyphiques, mélitococciques, staphylococciques, etc.) représentent la variété principale des spondylites infectieuses.

Ce sont des ostéo-arthrites subaiguës de la colonne vertébrale, à siège lombaire, dont les lésions, intéressant surtout les tissus périvertébraux, sont bien visibles à la radiographie.

Elles se manifestent, en clinique, par un syndrome pottique où prédominent les signes fonctionnels, en particulier la douleur et la rigidité vertébrale.

Ces phénomènes spondylitiques simulant la tuberculose vertébrale peuvent être réalisés par un très grand nombre d'infections à germe connu ou inconnu.

L'interrogatoire, les examens cliniques et de laboratoire, la radiographie permettent de dépister assez facilement ces *faux maux de Pott*, d'origine infectieuse.

A ce premier groupe se rattachent, malgré leur évolution plus grave, les spondylites infectieuses spécifiques (spondylites syphilitique, mycosique, hydatique) parce qu'elles sont aussi facilement décelables par la clinique et par l'examen radiographique.

En opposition avec les précédentes, il est des spondylites où l'examen clinique révèle bien l'existence d'un syndrome pseudo-pottique, mais reste impuissant à les « étiqueter » avec précision, en raison de l'absence de tout antécédent infectieux. Mais ces spondylites *surviennent au cours de l'adolescence : ce sont les spondylites de croissance.* La radiographie seule tout d'abord, l'évolution, plus tardivement, permettent d'affirmer le diagnostic.

Ces spondylites se rattachent aux *ostéites vertébrales de croissance* de Poncet : ce sont des ostéomyélites larvées. Leurs signes radiographiques, très spéciaux, n'ont été étudiés qu'au cours de ces dernières années.

A ce groupe appartiennent : l'épiphysite vertébrale des adolescents de LANCE, SORREL et DELAHAYE ; certaines cyphoses et cypho-scolioses douloureuses des adolescents ; l'ostéochondrite vertébrale infantile de CALVÉ ; les apophysites vertébrales des adolescents. L'étude des signes radiographiques des spondylites de croissance montre qu'il faut ajouter à ceux précédemment décrits un signe jusqu'à présent réservé pour le diagnostic positif du mal de Pott au début : *le pincement vertébral.*

Se détache du groupe précédent des spondylites de croissance, surtout décelables par la radiographie, *un certain nombre de cas dans lesquels la radiographie reste négative* : on ne trouve, dans ces faits aucune trace d'altération des lames épiphysaires ou d'ossification prématurée. Seul, parfois, un léger pincement vertébral, qui disparaît d'ailleurs rapidement, indique la nature de l'affection, que confirme toujours l'évolution.

Ces spondylites de croissance, sans signes radiographiques, sont des ostéomyélites à staphylocoques très atténuées de la colonne vertébrale.

Le diagnostic des spondylites infectieuses et de croissance se fait avec le mal de Pott d'abord et avec toutes les affections subaiguës ou chroniques du rachis par la confrontation des éléments fournis par l'interrogatoire, la clinique, la radiographie et le laboratoire.

Leur pronostic est bénin, sauf pour la spondylite syphilitique et la spondylite hydatique. Le traitement (orthopédique et vaccinothérapique ou spécifique) donne généralement d'excellents résultats.

Les livres qui viennent de paraître...

Editions du MOUVEMENT SANITAIRE.
4, rue de Sèvres, Paris.

A. ROCHAIX, prof. agrégé à la Faculté de Lyon et M. CANEL. — **La lutte contre les maladies contagieuses et la déclaration obligatoire.** Préface du Dr G. Dequidt, inspecteur général au Ministère de l'Intérieur. Cet ouvrage comprend les *instructions prophylactiques du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.*

Edition de la « Semaine Dentaire »,
12, rue de Hanovre, Paris, 2e.

Paul BERNARD. — **Avers et Revers. Silhouettes médicales et infra-médicales**, suivi de **Aphtalie ou l'autonomicide.** (Un vol., 95 p. en vers.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES JOURNÉES MÉDICALES MARSEILLAISES ET COLONIALES

Ces journées ont remporté un grand succès, comparable à celui des précédentes journées de Toulouse et de Montpellier. Cela se devait : l'Ecole de plein exercice de médecine et pharmacie de Marseille, centenaire quant à ses débuts, à la veille d'être transformée en faculté, possède à sa tête un groupe de professeurs éminents et offre un champ d'études incomparable. Marseille, ville cosmopolite, voit affluer en sa cité des gens de toutes les parties du monde, qui y apportent leurs maladies avec leurs particularités spéciales. Il y a des maladies qu'on ne voit qu'à Marseille et sa richesse pathologique est incomparable.

Ajoutez à cela que ces Journées avaient été organisées sous l'égide de notre confrère le *Marseille médical* qui, avec ses 64 années d'existence, est un des doyens les plus estimés de la Presse médicale.

Joignez à cela une bonne organisation technique des conférences. Notons enfin que nos confrères, pour nous recevoir, avaient séquestré le mistral et commandé un soleil radieux qui ne s'est pas dérobé un instant pendant notre séjour.

Nous y avons rencontré le professeur Gley, président de l'Académie de médecine, les professeurs Léon Bernard, Laignel-Lavastine et Sicard, de Paris, le professeur Bardier, de Toulouse, le doyen Euzière et le professeur Delmas, de Montpellier, le Dr Dor, de Lyon, Souchon, de Nîmes, etc.

Des médecins et professeurs de la Belgique, de la Roumanie, de l'Espagne, de la Bolivie, de la Grèce, de la Suisse étaient venus se joindre à de nombreux médecins français. Nous avons été heureux d'y rencontrer un grand nombre de nos amis du *Concours médical*, que nous voyons toujours avec un nouveau plaisir.

Les Journées avaient eu comme préface, le 20 avril, la journée de Daviel. Elle commémorait la découverte à Marseille, le 8 avril 1745, de la méthode d'extraction des cataractes. A cette occasion, le Dr Nicati avait organisé à l'Hôtel-Dieu, une exposition de documents concernant Jacques Daviel, offrant aux visiteurs des pièces rares, instruments, dessins, gravures, manuscrits, autographes intéressants pour tous et surtout pour les amateurs du passé.

Une séance avait lieu dans l'après-midi au grand palais de l'exposition coloniale du parc du Prado, sous la présidence du professeur Truc, pour célébrer la mémoire du grand ophtalmologiste. Le savant professeur nous exposa la vie et l'œuvre de Daviel, venu comme volontaire à Marseille pour y soigner les pestiférés. Par reconnaissance, il fut agrégé au Corps des chirurgiens de cette ville, y exerça plus de vingt ans avant de se fixer à Paris. Il rappela la découverte de l'extraction de la cataracte et les luttes que Daviel eut à soutenir contre les chirurgiens et notamment contre le frère Come. Il répondit ironiquement à ses attaques. « J'opère, disait-il, par un procédé daviélique et le frère Come par un procédé comique. »

Le professeur Truc termine en énumérant les honneurs rendus dans la suite au grand savant qui eut sa statue dans différentes villes.

Après les conférences des Drs Dor, de Lyon et Aubaret, de Marseille, on projette un film montrant les différentes méthodes opératoires de la cataracte. Un public nombreux assistait à cette séance. On y remarquait le professeur Laignel-Lavastine, de Paris, petit neveu de Daviel. Il fut longuement acclamé par l'assistance.

Le lendemain jeudi 21 avril étaient inaugurées les Journées marseillaises et coloniales, divisées en trois cycles. La première journée consacrée surtout aux questions coloniales, la seconde, aux questions chirurgicales, la troisième à la clinique médicale et stomatologique.

Au cours de ces trois journées, des conférences nombreuses furent faites sur les sujets les plus variés. Tous les domaines de la pathologie y furent abordés, chacun pouvant choisir le sujet qui l'intéressait.

Il en fut de même pour les visites hospitalières. Tous les services furent largement ouverts aux congressistes qui purent y observer une série de malades intéressants et assister à des opérations brillantes avec des techniques souvent personnelles.

Inutile d'ajouter que, dans tous ces hôpitaux, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à la Conception, à Salvador, à l'hospice Sainte-Marguerite, ou à la crèche départementale, l'accueil le plus aimable fut réservé aux confrères.

Du reste, au cours de ces assises médicales,

plusieurs sociétés scientifiques tinrent séance et mirent à leur ordre du jour des questions intéressantes. Le jeudi, la Société de médecine et d'hygiène coloniale et navale de Marseille, le samedi la Société oto-neuro-oculistique du Sud-Est, la Société biologique de Marseille. J'ai eu, moi-même, le plaisir d'assister à la réunion de la Société médicale de climatologie et d'hygiène du littoral méditerranéen.

Avant de pénétrer dans la salle des séances, on eut le loisir de s'arrêter aux stands des fabricants de spécialités, d'instruments et de produits diététiques et des dépositaires d'eaux minérales.

Nous ne voulons pas les citer, par crainte d'en oublier. Tous ces stands étaient entourés de confrères désireux de se tenir au courant des progrès accomplis dans la thérapeutique moderne.

L'ouverture des journées se fit sous la présidence du Dr Flaissières, maire de Marseille, qui souhaita en termes aimables la bienvenue à tous les médecins français et étrangers réunis dans la vieille cité phocéenne.

Autour du maire et du professeur Olivier, président des Journées, se groupaient toutes les personnalités marquantes de la ville et notamment le médecin inspecteur Oberlé, le président de la chambre du Commerce , le recteur de l'Académie Aix-Marseille, etc.

Le Dr Mayer, représentant de la Belgique, le professeur Paulian, de Bucarest, remercient les docteurs Flaissières et Olivier au nom de leurs pays. Il est inutile d'ajouter que ces représentants de nations alliées et amies furent l'objet de chaleureuses acclamations. Il en fut de même pour le professeur Gley, président et représentant de l'Académie de médecine.

Après ces discours, la parole fut donnée au professeur Léon Bernard, de Paris, qui nous entretint de la coopération sanitaire internationale.

Par de nombreux exemples, il nous démontra l'utilité de cette coopération, les résultats obtenus et ceux qu'on pouvait espérer. Il remporta un grand succès.

Dans l'après-midi, se succédèrent des conférences coloniales, dont une très captivante du Dr Léger, ancien directeur de l'Institut Pasteur de Dakar, sur la peste, problèmes d'épidémiologie et de pathologie non encore résolus. Il passa en revue les formes classiques de la peste et au cours de sa causerie souleva quelques problèmes non élucidés, sur la transmission de la peste du rat à l'homme, sur la malignité de certaines épidémies, sur l'ensemencement direct de l'alvéole pulmonaire, la naissance d'épidémies de peste pulmonaire, etc. Il conclut à la nécessité de nouvelles recherches.

Après une journée si bien remplie, une soirée de gala nous était offerte au Gymnase, le Grand Opéra étant immobilisé par les préparatifs du prochain gala présidentiel. Nous eûmes le plaisir d'assister à la représentation de *l'Arlésienne*, jouée par la troupe de l'Odéon et d'apprécier mieux encore la charmante musique de Bizet dans ce milieu méridional.

Le lendemain, dès 8 h. 30, nous nous pressions dans les salons de la Bourse du Commerce où nous recevaient le président et ses collègues. Dans une allocution spirituelle, il compara les négociants et les médecins. Les premiers, créateurs de biens et de richesses, les autres créateurs du plus grand bien et de la plus grande richesse : la santé, d'où communauté d'intérêts entre eux.

Après une visite rapide des salles de réception de la Bourse, d'une richesse de bon goût, les assistants se rendaient au Vieux port pour embarquer à bord des vapeurs le « Bois-Sacré » et « Saint-Mandrier ». Ils nous firent faire un délicieux tour de la rade, en contournant le château d'If, les lazarets et les établissements sanitaires du Frioul, pour nous rendre ensuite à l'entrée du canal de Rove, que le Président de la République devait inaugurer deux jours plus tard. Retour par les bassins des transatlantiques, accompagné pendant cette magnifique excursion offerte par la Chambre de Commerce, d'un soleil radieux permettant de juger en pleine beauté le grand port de Marseille. Cette promenade nous avait mis en appétit et à midi, soixante-dix convives étaient réunis autour d'une table somptueuse, invités par le *Marseille médical*. Dire que ce déjeûner avait lieu sur la Corniche, au fameux restaurant de la Réserve (ancien Roubion), c'est tout dire. Le menu était digne de la réputation de cet établissement et ce déjeûner dans ce cadre superbe avec un service conforme à l'étiquette de l'ancien temps fut un régal à tous les points de vue, inusité dans nos repas corporatifs.

Il était présidé par le professeur Imbert, directeur du *Marseille médical* ayant à ses côtés le Dr Audebert, adjoint représentant le maire empêché, le Dr Gley, etc. Après de nombreux discours et notamment ceux du président et du professeur Olivier remplis de cordialité pour les invités, le professeur Gley, président de l'Académie de médecine, fit une allocution avec sa spirituelle verve coutumière, parlant au nom de l'Académie, cette vieille personne qui ne compromet pas et qu'on ne compromet.

Il termina par une magnifique dissertation sur la conscience professionnelle. Il émailla son discours de citations latines, que seuls dit-il, comprennent, à l'heure actuelle, les médecisns et les jeunes filles .. Inutile de souligner les vivats qui accueillirent tous ces discours.

Mais retournons au Grand Palais. Nous eûmes le plaisir d'y entendre le médecin-major Gensollen, nous décrire le service de santé d'une division en montagne. Après cette conférence, le médecin-inspecteur Oberlé nous fit visiter l'exposition du Service de santé militaire et nous mon-

tra l'installation d'un poste de secours divisionnaire en montagne. Cette exposition sanitaire très bien comprise offrait un intérêt particulier. On pouvait y voir des salles pour gazés et une salle d'opération et de stérilisation tout à fait moderne. Ce service comprenait également une section d'hygiène corporelle, des brouettes porte-brancards, des bâts à double litière, des traîneaux skis pour le transport des blessés, etc.

A la reprise de la séance, deux savantes conférences, l'une de notre confrère et ami le Dr Mayer, de Bruxelles, sur les acquisitions récentes dans le traitement du cancer et l'autre du professeur Imbert, de Marseille sur la greffe osseuse. Un auditoire nombreux ne ménagea pas ses applaudissements à nos deux érudits maîtres.

Le soir, grande réception à l'Hôtel de Ville où le maire, le Dr Flaissières, notre confrère, sut trouver des mots aimables de bienvenue, pour les médecins présents , les charmantes femmes qui les accompagnaient et les nations que représentaient les médecins étrangers. On sabla le champagne dans ce cadre illuminé servant de répétition générale à la réception prochaine du Président de la République.

La dernière journée fut des mieux remplies. Dans la matinée, nombre de confrères s'essaimèrent dans les divers services hospitaliers de la ville, suivant avec intérêt les démonstrations offertes par les médecins et chirurgiens de la ville. D'autres se rendirent à la crèche départementale dont le Dr Cassoute leur fit les honneurs.

En même temps, avait lieu au Grand Palais, la réunion de l'UMFIA (Union médicale franco-ibéro-américaine), société florissante qui groupe actuellement plus de 3.000 membres et que préside brillamment le Dr Dartigues.

A cette réunion, le professeur Cuellar, ancien doyen de la faculté de Sucre (Bolivie), délégué à la Commission de l'opium à la Société des Nations, traita le problème de l'opium et des autres stupéfiants à la société des Nations. Il montra les ravages causés par ces toxiques, la mortalité considérable qu'on doit leur attribuer, le développement de la cocaïnomanie dans la population infantile en Russie soviétique. Il fut félicité au nom de l'assemblée par le Président de l'UMFIA.

Auparavant, on avait entendu le Dr Darasse, stomatologiste des hôpitaux de Paris, sur l'importance de la prothèse en chirurgie réparatrice faciale et une présentation de film sur le traitement orthopédique des fractures du maxillaire supérieur suivit cette conférence.

A midi, un grand déjeuner réunissait dans le cadre magnifique qu'offre le port de Marseille, sur le ponton élégant et fleuri du Cercle nautique, autour de trois tables, la plupart des congressistes. A la table principale étaient réunis, l'UMFIA, le Syndicat et la Société médicale de climatologie et d'hygiène du littoral méditerranéen, à la table voisine les odonto-stomatologistes et à la troisième, le Syndicat professionnel des médecins de Marseille. Menu excellent où figurait la fameuse bouillabaisse locale, puis toasts nombreux et charmants des présidents des groupements représentés, du Dr Audebert , adjoint au maire, des médecins étrangers au nom de leurs pays et du Dr Bellencontre au nom de l'Association générale des médecins de France. Vivats répétés et prolongés, bans.

On gagna pour la dernière fois, le Palais du Prado pour y entendre les derniers conférenciers ; mais auparavant, il convenait de flaner autour des stands des spécialistes, de visiter le salon des médecins organisé par le Dr Castinel et l'exposition des œuvres médico-sociales de Marseille, riche de documents photographiques, statistiques, graphiques montrant l'effort réalisé par la ville dans l'intérêt de la santé publique.

Après avoir entendu traiter, avec talent, la question de l'appareillage des fractures de guerre avec démonstration pratique des appareils de transport du Service de santé militaire, nous écoutâmes avec plaisir les deux derniers conférenciers. L'un, le professeur Paulian, de Bucarest, nous fit une brillante leçon presque au pied levé sur la malariothérapie dans les affections du système nerveux et l'autre, le professeur Sicard, de Paris, marseillais d'origine, une magistrale conférence, le bouquet d'un brillant feu d'artifice, sur les compressions rachidiennes. Il nous démontra l'importance des recherches biologiques et chimiques sur le liquide céphalo-rachidien, de la tensiométrie et de l'examen radiologique surtout après injection de lipiodol pour établir le diagnostic définitif qui peut poser des indications opératoires capitales. Il termina par une série de projections des plus instructives. Le succès du conférencier fut très vif.

Un grand banquet final par souscription réunissait 200 convives dans la salle de la Cigale. Dîner servi par petites tables, dans un cadre féérique, dans un flot de lumières et de feux changeants. Menu des plus délicats. Vins exquis et abondants. Gaîté et cordialité très grandes, conversations animées et sympathiques que tempéraient les flons-flons d'un agréable orchestre.

Le banquet était présidé par le Ministre des Colonies, M. Tardieu, entouré des organisateurs des Journées, des personnalités administratives et politiques de la ville et des représentants des nations étrangères.

Dans ce cadre charmant, l'exquise délicatesse des mets était génératrice d'éloquence. Nous eûmes quatorze discours officiels. Le professeur Olmer qui parla le premier fut longuement acclamé et seul eut les honneurs d'un ban chaleureux. Parmi les autres orateurs, le médecin-inspecteur Oberlé, paraphrasant la phrase du général Liau-

tey « **il n'y a pas des médecins civils et des médecins militaires, il n'y a que des médecins** », obtint un grand succès. De même le recteur M. Pade levant son verre à la prochaine faculté de Marseille recueillit de nombreux vivats. Les discours de nos confrères étrangers furent également acclamés. Le ministre prit la parole le dernier et déplora le peu d'enthousiasme des médecins à se fixer dans les Colonies, mais il oublia d'ajouter que la pénurie des médecins coloniaux tient à la situation précaire que le Gouvernement leur assure. On trouvera le nombre de médecins nécessaires à nos Colonies, le jour où ils pourront y vivre honorablement.

Au cours des Journées, les dames et jeunes filles qui accompagnaient nos confrères avaient trouvé le meilleur accueil auprès du Comité des dames de Marseille qui leur avaient prodigué maintes distractions.

Madame Reynaud-Viala, bien que n'étant pas inscrite, prit la parole pour remercier avec émotion au nom des dames. Elle le fit dans un style romantique, évoquant à la foie Æsculape et ses filles Hygie et Panacée, esquissa le rôle de la femme au foyer du médecin. Elle eut un gros succès.

Une brillante soirée offerte par l'Association des internes et anciens internes de Marseille se prolongea tard dans la nuit. On se sépara en remerciant une dernière fois nos confrères marseillais de leur cordiale réception et on prit rendez-vous pour les Journées de Bordeaux, en 1928.

Dr M. VIMONT.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Banquet du 4 Mai 1927

Dans le cadre où il se tient depuis quelques années, et qui convient à la qualité des convives qu'il réunit et à leur nombre, à Lutetia, le VIIe Banquet du Syndicat des Médecins de la Seine a eu lieu le mercredi 4 mai et son succès a été plus vif encore que celui des précédents.

L'heureuse idée qu'ont eue les organisateurs de le faire suivre par une soirée dansante à laquelle serait conviée la jeunesse médicale et paramédicale, déjà ratifiée l'an dernier, a reçu cette année une triomphale consécration.

C'est donc d'une pierre blanche que notre S. M. S. pourra marquer cette manifestation.

Nombre des convives, ai-je dit ! Nous étions environ 120 répartis autour de cinq tables disposées en dents de peigne perpendiculairement à la table d'honneur.

Qualité des convives... Jugez-en par l'énumération de quelques-uns d'entre eux : M. le professeur Cunéo, préside. Il a à sa droite Madame Jayle, puis l'aimable et fidèle doyen Roger, le Dr Jayle, président du S. M. S., le Dr Noir, le professeur Balthazard, le professeur Marcel Labbé. De l'autre côté : Decourt, président de l'Union des Syndicats, Thierry, secrétaire général de l'Association générale, etc. J'ai reconnu et salué cordialement : Lenglet, Lafontaine, Dartigues, Me Geoffroy, Roulland, Foveau de Courmelles, Pamart, Le Fur, Fanton d'Andon, Cibrie, etc., etc. Je ne puis nommer tout le monde.

Les dames sont en notable proportion. Decourt dira d'elles qu'elles parsèment d'œillets, de pâquerettes, de roses, aux tendres coloris, le noir des smokings, des jaquettes.

Mais, à dix heures, alors que les toats battaient leur plein, la foule des danseurs et danseuses commença d'affluer, et quand on se leva de table, il était littéralement impossible de circuler.

LE FUR ouvre la série des discours en apportant les excuses de Bellencontre, du président de la Chambre Syndicale des pharmaciens... et en remerciant les donateurs qui ont aidé à la parfaite réussite de cette fête.

JAYLE prononce ensuite un discours infiniment spirituel, et parfois léger, mais d'une légèreté de bon aloi qui, dans ce milieu éminemment sympathique, provoque des rires approbateurs. Souhaits de bienvenue, remerciements aux nombreux assistants d'un banquet qui s'abrite sous le chiffre 7, — chiffre sacré, fatidique : Dieu ne mène-t-il pas à bien la création en 7 jours, dont le dernier est le jour du repos ? Ces 7 jours ne sont-ils pas devenus les jours de la semaine ? Et les 7 merveilles du monde ! Les 7 sages de la Grèce ! Les 7 branches du chandelier israélite ! Les 7 plaies d'Egypte ! Les 7 notes de la musique ! Les 7 péchés capitaux ! Les 7 femmes de Barbe-Bleue ! Les 7 enfants de Madame de Montespan ! Sans parler de cet enfant de 7 ans, dont Buffon a dit qu'il a tant de chances de vivre un an de plus ! Aussi, le VIIe Banquet du S. M. S. s'inscrit-il dans l'éternité...

L'orateur rappelle qu'il fut l'initiateur de ces banquets dont le premier eut lieu en 1921 et réunissait une trentaine de convives. Le suivant fut aussi peu suivi. Pourquoi ? parce que cela manquait de femmes. « Parce que je suis gynécologue, je guigne toujours la femme. Cherchez toujours la femme, disent les psychologues, et aussi les gynécologues. »

Jayle se confesse d'avoir deux amours inavouées. Sans avoir eu jamais avec lui de relations suivies, il aime le Président du 7e Banquet, le professeur Cunéo, dont il a suivi d'un œil intéressé les étapes successives de sa vie ; il l'a suivi dans ses joies, dans ses peines. Il l'aime parce que, depuis vingt ans, il n'a cessé de se dévouer aux praticiens.

Il a aussi l'amour des jeunes, qui sont représentés dans la personne des délégués des deux Associations d'Etudiants, la section de médecine de l'A. G. et l'A. corporative.

Puis, avec le mot aimable qui convient à chacune des personnalités présentes, il salue le professeur Roger, Decourt, Noir, Thierry, Dartigues, Me Geoffroy.

Mais il a réservé les plus belles fleurs de son esprit et de son érudition pour les dames. Il loue la femme, il exalte la mère. Maman, mot qui vient le premier et tout naturellement aux lèvres de celui qui va sombrer dans le sommeil profond des opérations, aussi bien que de celui-ci qui en sort. Il rappelle un joli souvenir personnel qui illustre pittoresquement cette glorification de la mère. Il s'agissait d'un noir qu'il allait opérer, d'un traumatisme à la tête, et qu'on endormait. Aux premières bouffées de l'anesthésique, ce noir s'écria : « Ma mère ! — Quand il sentit qu'il allait s'endormir, il cria : « Mon capitaine ! » — Puis, au moment de perdre tout à fait pied dans le néant de l'anesthésie, il cria : « La France ! »

La famille, le chef, le pays .... trinité dans laquelle s'incarnent toutes les tendresses de l'homme.

Un sonnet de Richepin sur le mois de mai, qui est le mois de Marie, qui marie... lui sert de transition pour formuler le vœu qu'à la faveur des rencontres que doit provoquer le bal, des unions se nouent, se cimentent, et qu'après neuf moi s révolus, nous puissions fêter la naissance de nombreux petits syndiqués.

Et de terminer : « Je vous porte à toutes et à tous un toast de gaieté, de santé et d'amour ! »

Le professeur Roger, toujours souriant dans sa barbe patriarcale, ne veut pas être en reste d'esprit, et il ne faillit pas à sa réputation.

« Tous les ans, vous me faites le plaisir et l'honneur de me convier à votre banquet. Tous les ans, je m'y rends avec empressement, sachant bien que vous me demanderez de prendre la parole. Et tous les ans, j'arrive sans avoir rien préparé, attendant de mon entourage l'inspiration du sujet que je traiterai ! » Cette fois-ci, cette inspiration ne lui a pas fait défaut. C'est d'abord une lettre qu'il a écrite il y a longtemps, et dont Jayle a donné lecture. A entendre cette lecture de sa propre prose, il n'en est pas mécontent. C'est qu'à distance, on se juge, et peut-être peut-on parfois regrett er ce qu'on a dit ou fait.....

De là, la nécessité de ne jamais traiter à la légère les questions qui se posent. Et cela nous vaut la narration de l'aventure qui lui advint à l'époque où il était candidat à l'Académie de médecine. Soumis au rite traditionnel des visites aux académiciens dont il sollicitait la voix, il savait bien qu'autant il convient de ne pas parler de ses propres travaux, ni de ses titres, autant, par contre, il est utile de parler à chacun de ses œuvres. Mais, comme il ne pouvait retenir d'un seul trait tout ce qui concernait les maîtres qu'il visitait, il avait écrit sur de petits papiers leurs œuvres respectives. Il arrive chez l'un d'eux, et tout en montant l'escalier, il prend le papier qui le concerne afin de se rémorer à la dernière minute tout ce qui peut l'intéresser. Mais il se trompe, et lui énumère gravement tous les travaux d'un autre académicien. Le visité écoute sans broncher... L'élection a lieu. Le professeur Roger est élu à quelques voix de majorité, et il apprend que son plus solide soutien a été cet académicien témoin de son erreur. « Il est extraordinaire, dit celui-ci pour justifier la faveur dont il l'entoura, il connaît mes travaux mieux que moi.

... Il m'en a cité toute une liste dont je ne me souviens pas moi-même ... »

Je vous laisse à penser si l'on a ri et applaudi.

Mais le professeur Roger n'en a pas fini. Et pour répondre à une suggestion de Madame Jayle, il rappelle que quelques jours plus tard, aura lieu le bal organisé en faveur des veuves et orphelins des médecins morts malheureux, auquel il convient que tous, nous nous intéressions.

Il félicite les étudiants d'avoir donné un bel exemple d'union, car il a été informé en effet par les présidents des deux associations qu'elles venaient de fusionner. Cette union devrait régner dans tous les milieux médicaux, et notamment entre l a Faculté et les Syndicats. Elle ne peut qu'être féconde, et c'est cette union qui a présidé à la composition de la nouvelle Commission ministérielle chargée de préparer la réforme des études dentaires, et dans laquelle, à côté des doyens de toutes les Facultés, figurera officiellement M. Lenglet, représentant de l'Union des Syndicats.

C'est, en l'honneur de cette union que, pour finir, le doyen Roger lève son verre.

Notre ami Decourt salue le professeur Cunéo, artisan des résultats positifs obtenus par le Corps médical dans les tarifs des pensionnés de guerre, membre influent et écouté de la Commission, et à qui l'on ne s'adresse jamais en vain quand on a besoin d'un renseignement relatif à une interprétation ou une application de tarif. Il annonce qu'un grand pas vient d'être fait vers la fin de la scission. Une rencontre a eu lieu, il y a quelques jours, entre des délégués de l'Union et de

la Fédération, et après plusieurs heures de conversation et de discussion, ils se sont mis d'accord sur la reconstitution du front unique à opposer aux pouvoirs publics sur la question des assurances sociales.

C'est en l'honneur de cette unité que Decourt lève son verre.

Le Dr Thierry, secrétaire général de l'Association générale, remplaçant le président Bellencontre empêché, fait un pressant et chaleureux appel en faveur de la Caisse des veuves et orphelins des médecins, pour laquelle est donné le grand bal prévu dans les salons du Ministère de l'Intérieur. A l'issue du banquet, Madame Jayle se tiendra à la disposition des confrères qui désireraient des cartes pour ce bal. Il souhaite que ces confrères soient nombreux à favoriser de leur appui moral et matériel cette œuvre de solidarité confraternelle.

Le professeur Cunéo prend la parole à son tour et remercie tout d'abord, le S. M. S. de lui avoir fait, en l'invitant à présider ce banquet, un plaisir et un honneur d'autant plus grands qu'ils coïncident avec l'anniversaire — le vingtième — de son état de syndiqué. Il s'est syndiqué, non pas pour répondre à une invitation, et sans enthousiasme particulier, mais de propos délibéré, et il s'est affilié au S.M.S. parce qu'il était alors, comme maintenant, le groupement le plus important. C'est d'ailleurs une nécessité de se grouper et de se solidariser pour répondre aux attaques dont le Corps médical est l'objet dans les journaux, au théâtre, dans le roman, dans les conversations particulières.

Il est mauvais de rester isolé. Et tous les professeurs devraient donner l'exemple et s'empresser de faire partie du Syndicat de leur région. A Paris, ce qui est déplorable, c'est la multiplicité des Syndicats. Pourquoi cette multiplicité ? Quel avantage offre-t-elle ? Il y aurait intérêt à fusionner pour arriver au groupement unique. Il y aurait aussi intérêt non moins grand à ce que le nombre des syndiqués augmente. On comprend difficilement pourquoi des médecins restent à l'écart. Serait-ce pour préserver leur indépendance ? Elle est bien plus menacée par le corps électoral d'où sortent les lois.

Quelle doit donc être l'attitude du Corps médical en face des lois sociales ? Si le principe de chacune de ces lois est légitime, il convient que le médecin ne soit pas le seul à en faire les frais.

De ces lois, le professeur Cunéo fait une critique serrée, où il montre qu'à la responsabilité technique du médecin, elles ont ajouté une responsabilité administrative, que l'obligation de tenir des écritures fastidieuses rend particulièrement pesante.

C'est contre cela qu'il faut lutter, faute de quoi les médecins sont condamnés à devenir des sortes de fonctionnaires, mal considérés parce que suspects. Le souci de sa dignité interdit au Corps médical de courir ce risque.

En terminant, le professeur Cunéo boit à la prospérité du Syndicat des médecins de la Seine.

Inutile de dire que tous ces discours ont été salués de bans, doubles bans, triples bans enthousiastes.

En même temps qu'on servait le café, d'aimables jeunes femmes distribuaient des fleurs, des sucres d'orge de Vichy-Etat, des pastilles digestives Châtelguyon-Gübler, et un excellent cigare inclus dans une boîte dont la forme originale rappelle celle d'un livre ancien, et qui fut offerte par les laboratoires Bouty.

A 10 h. 1/2, tandis qu'on débarrassait la salle des tables du banquet, l'aimable et talentueux confrère Dhotel se préparait à donner un intermède original en jouant « de la scie », et d'autres instruments bizarres de son invention, mais dont il sait tirer un parti extraordinaire.

Mais on sentait que les jambes des jeunes gens et des jeunes filles, et même des moins jeunes, étaient agitées de tressaillements, et tremblaient d'impatience de fox-trotter, one-stepper, charlestonner, black-bottommer, tangoter... Ce qui eut lieu aux accents d'un jazz endiablé, pour la plus grande joie et le plus vif plaisir des assistants.

Cela se prolongea jusqu'à l'heure où les règlements exigent la clôture, et chacun s'en fut, un peu peiné que cela fût si vite fini, mais ravi cependant des bons moments qu'il venait de passer.

..... Décidément, j'avais raison de le dire au début de ce compte rendu : c'est d'une pierre blanche, et même de plusieurs que le S.M.S. est en droit de marquer la soirée du 4 mai 1927.

G. Duchesne.

LE CORPS MÉDICAL ET LES STUPÉFIANTS

Dr Paul SOLLIER.

L'article de M. Nattan-Larrier (*Concours médical*, 1er mai 1927) appelle l'attention sur les imprécisions et les inconséquences de la loi du 16 juillet 1916 concernant la délivrance des stupéfiants et, en particulier de la morphine ou de ses dérivés.

Spécialisé depuis près de quarante ans, avec Madame le Dr Alice Sollier, et depuis vingt ans avec le Dr Morat, dans la cure des toxicomanes, et ayant vu des centaines, pour ne pas dire des milliers de cas, je crois devoir appuyer les remarques de M. Nattan-Larrier, et lui apporter quelques arguments supplémentaires pour la revision de cette loi.

Elle paraît d'ailleurs assez inefficace, si l'on en juge par le nombre stationnaire, sinon croissant, des toxicomanes actuellement. Si elle est inefficace contre les passionnels, qui trouvent autant qu'ils veulent, en dehors des médecins, l'opium à fumer et l'héroïne à priser — qui a remplacé pour eux l'attirail gênant de la morphine en injection — elle est certainement gênante pour les médecins consciencieux et préjudiciable aux vrais malades.

Par crainte d'être considérés comme complaisants — c'est-à-dire complices — beaucoup de médecins n'osent plus prescrire la morphine aux doses nécessaiires. Or, quelles sont ces doses ?

Les formulaires indiquent de ne pas dépasser chez un adulte normal deux à cinq centigrammes par vingt-quatre heures. Chez un *adulte normal non habitué*, oui, mais chez un morphinomane, ou pour mieux dire, *chez un morphinisé, thérapeutiquement ou non, et habitué* à des doses plus ou moins élevées, ces chiffres sont dérisoires.

Leur administration à un intoxiqué qui prend depuis des années des doses pouvant aller, comme ce n'est pas rare, jusqu'à 2, 3 et même 5 grammes par jour, équivaudrait à le mettre immédiatement en état de sevrage brusque, dont on sait les dangers, souvent mortels.

Le médecin qui donnerait une ordonnance avec des doses nécessaires en pareil cas, se verrait accuser de trafic de stupéfiants. A l'intoxiqué de se procurer ce qu'il lui faut où il peut, et il n'y manque pas. Or, le cas se présente souvent d'un morphinomane décidé à se soigner dans une maison de santé spéciale, mais qui ne peut abandonner immédiatement ses affaires. En attendant de les régler pour avoir devant lui le temps suffisant — deux ou trois mois au moins — pour sa cure, que va-t-il faire si on ne lui donne pas les moyens d'atteindre le terme assigné pour cette cure ? Si son médecin lui refuse une ordonnance conforme à ses besoins, il est condamné à s'adresser à des trafiquants, et s'expose ainsi sur une pente fatale où il risque de laisser se dissiper ses bonnes dispositions. Si le médecin la lui donne, celui-ci ne s'expose-t-il pas à des poursuites ?

Ne serait-il pas possible, en pareil cas, de formuler une ordonnance indiquant que ces doses sont prescrites *en attente d'une cure de désintoxication devant avoir lieu à telle date précise et dans tel établissement déterminé, qui l'attesterait* ?

Si, à cette date, le malade n'était pas entré en traitement, toute nouvelle ordonnance lui serait refusée, et sa persistance dans l'intoxication constituerait pour lui, et pour le médecin qui lui en fournirait une nouvelle, une infraction à la loi.

M. Balthazard a bien raison de dénoncer comme des fraudes les ordonnances délivrées en vue de soi-disant cures de désintoxication à domicile.

On ne peut se désintoxiquer sérieusement que dans un établissement spécialement organisé, comme surveillance et soins, — car il en est qui sont des refuges pour les toxicomanes impénitents qui s'y rendent pour se procurer ce qu'ils peuvent plus difficilement se procurer au dehors, et y demeurent en continuant tranquillement à s'intoxiquer, pour en sortir avec des doses quelquefois plus fortes qu'à leur entrée.

Il faudrait une réglementation spéciale pour la cure des toxicomanes, qu'on ne peut interner et maintenir aussi longtemps qu'il est nécessaire puisqu'ils ne délirent pas, ou trop peu de temps, et qu'on ne peut garder de force dans un établissement ouvert, et où ils sont entrés librement, s'il leur plaît, au moment critique du sevrage, de réclamer leur mise en liberté. La loi de 1916, inefficace à tant de points de vue, l'est également à celui-là et doit être complétée sous le rapport des mesures thérapeutiques à prendre pour sauvegarder les intoxiqués contre eux-mêmes et faciliter la tâche des médecins qui les soignent.

Le cas que signale le Dr Weber, où le médecin s'expose à des poursuites comme complicité de trafic de morphine s'il en ordonne des doses progressives à des malades chroniques, est des plus topiques. Il se présente non seulement pour les cancéreux, mais, dans tous les cas de douleurs violentes et irrémédiables, telles que celles du tabès, les névralgies rebelles du trijumeau ou du sciatique. Va-t-on forcer ces malheureux à se désintoxiquer, alors qu'on est incapable en même temps de les guérir de leur affection douloureuse ?

Si on le faisait, ne sait-on pas que, comme je l'ai signalé depuis longtemps, on les exposerait — la récidive étant fatale et immédiate — à tous les inconvénients de la récidive précoce, c'est-à-dire une déchéance rapide de l'organisme, pire que du fait de la première intoxication ?

Il faut savoir, d'ailleurs, que tous les morphinomanes ne doivent pas être sevrés, ou ne peuvent pas l'être. Il y a d'abord des vieillards intoxiqués depuis longtemps et qui ne sauraient faire les frais d'une régénération organique. Il en est d'autres dont l'état du foie, encore suffisant pour leur fonctionnement d'intoxiqués, est incapable de fournir aux besoins de leur organisme réactivé par le sevrage, et qui, après avoir semblé se tirer assez bien d'affaire les premiers temps, ne tardent pas à dépérir et à succomber dans une sorte de marasme, pas insuffisance hépatique.

Enfin, il est des syphilitiques qui, au moment de leur sevrage, présentent des accidents cérébraux ou bulbaires tels qu'il faut immédiatement leur restituer une dose plus ou moins élevée de morphine pour rétablir leur équilibre, et cela malgré la lenteur et les précautions avec lesquelles on a procédé à la diminution.

Il est donc un certain nombre de morphinomanes qui ne peuvent se passer de leur morphine, à une dose plus ou moins élevée, et singulièrement au-dessus de celles des formulaires.

Malheureusement les toxicomanies, assez mal connues des médecins en général, le sont encore plus mal des experts pharmaciens, chargés de déterminer à partir de quelles doses un médecin contrevient à la loi. A cet égard, j'ai été stupéfait, au cours d'un procès où j'étais appelé pour défendre un confrère poursuivi pour une telle contravention — tout à fait à tort du reste — d'entendre l'expert pharmacien, sommité officielle pourtant, prétendre que ce confrère devait vendre de la morphine à ses clients parce qu'il se faisait pour son usage particulier (il avait dû à un moment donné, pour des raisons thérapeutiques tout à fait légitimes, prendre pendant assez longtemps de la morphine, dont il s'était d'ailleurs débarrassé depuis) des ordonnances de 35 centigrammes par jour.

Ce malheureux expert s'imaginait que les morphinomanes ne s'injectaient la morphine que par doses d'un centigramme à la fois, et ne pouvait pas admettre qu'on se fît trente-cinq piqûres par jour. En quoi il montrait une non moins grande ignorance de la question. Mais je l'étonnai fort à mon tour en lui disant que maints morphinomanes s'injectaient en une seule fois vingt ou trente centigrammes à la fois, et que j'en avais vu un qui s'en administrait d'un seul coup sa dose journalière de *un gramme*. Et c'est avec une telle ignorance qu'il suspectait les médecins et les faisait poursuivre !

Une revision de la loi sur les stupéfiants s'impose, tant au point de vue du droit du médecin à agir suivant sa conscience professionnelle que de l'intérêt des malades sérieux, chroniques, incurables, qu'on ne peut soulager de leurs douleurs intolérables qu'en les intoxiquant, ou de ceux qui ont besoin momentanément d'un traitement prolongé par l'opium (tels des mélancoliques anxieux qu'on soumet à une cure progressive de laudanum, ou certains cas dans lesquels on détermine une réaction perturbatrice par une intoxication morphinique suivie d'une suppression brusque), et de ceux enfin qui *ne peuvent* ni *ne doivent* être sevrés complètement et chez lesquels on doit se contenter de maintenir les doses au minimum ou les y ramener de temps en temps.

Mais il y aurait bien d'autres choses à dire à ce propos qu'ignorent les fabricants de lois et les experts chargés d'en contrôler l'application.

FAUT-IL ABOLIR LE SECRET PROFFESSIONNEL ?

De nombreuses controverses juridiques, sociales ou médicales ont été soulevées depuis quelque temps, autour du secret professionnel. Or, je soumets aux réflexions de mes confrères, l'article suivant, paru dans le *Soir*, du 6 mai.

Mon point de vue

Secret professionnel

Il se trouve quelques bonnes âmes pour partir en guerre, au nom de la santé publique, contre ce qu'on appelle le « secret médical ». On voudrait que le médecin fût dégagé de ce secret et qu'il pût signaler à l'attention les malades contagieux.

Là-dessus sont venues se brocher quelques suggestions plus ou moins intéressantes, telle, par exemple, que celle qui consisterait à tenir un « carnet de santé ». Chaque individu aurait son livret qui le suivrait de la naissance à la mort. Nous avons déjà le casier judiciaire, le livret militaire qui suffisent à notre bonheur, sans compter le livret de mariage. Il ne nous manquera plus que d'être mensurés et fichés périodiquement.

Mais je pense que le carnet de santé ne concernera pas seulement la médecine générale. Il faut songer aux spécialistes. D'où le carnet du dentiste, le carnet de l'oculiste, le carnet du pédicure, le carnet de la sage-femme, etc... Ce serait tout à fait gai !

Revenons au secret professionnel.

Faut-il l'imposer ? Faut-il le supprimer ? De telles

questions me paraissent oiseuses. Car ce fâcheux secret est, à proprement parler, le secret de Polichinelle.

Combien de fois ai-je entendu un de ces bons docteurs déclarer paisiblement, à la table d'un café :

— Vous voyez ce type-là... le gros qui passe sur le trottoir... C'est un joyeux bonhomme. Figurez-vous qu'il avait une tumeur qui s'était placée à tel endroit.

Ou bien :

— Tiens, la petite dame. Vous la trouvez gentille, hein ? Eh bien ! mon cher, imaginez qu'elle a eu, la semaine dernière, une gale indurée.

Rares sont les médecins qui se taisent. Et quel recours contre les autres ? Vous les poursuivrez ? Alors, la tare que vous voulez dissimuler sera connue de tout le public. Vous prétendrez le châtier sévèrement. Même résultat, car ce sera l'autre qui poursuivra.

A la vérité, il n'y a pas de secret professionnel. Certes, le médecin ne va pas hurler ses histoires sur la place publique. Mais rien de l'empêche de les glisser dans l'oreille du voisin. Et la chose fait son petit chemin.

Et puis, voulez-vous que je vous dise, le secret professionnel ne profite qu'aux riches.

Quand le pauvre est malade, et surtout de façon contagieuse, il n'a pour tout asile que l'hôpital. Là, on le fourre dans une salle, avec des malades de son genre. Tout le monde peut le voir, savoir ce qu'il a, son état précis, depuis ses camarades de lit jusqu'aux garçons de salle, aux infirmières, aux carabins, aux visiteurs...

Pas de secret médical pour le pauvre bougre. Seul, celui qui a le moyen de se payer un docteur à lui tout seul peut lui réclamer le silence. Et il le pourra encore, en y mettant le prix, quand il n'y aura plus de secret.

Alors, qu'est-ce qu'on vient nous raconter ?

Victor MÉRIC.

Il faut l'avouer, bien des médecins ignorent totalement qu'ils encourent un emprisonnement d'un mois à six mois et une amende de 100 à 500 francs, lorsqu'ils violent l'article 378 du code pénal. Et dire que certains praticiens en sont encore à croire que le secret professionnel est une prérogative en faveur du Corps médical ! Belle prérogative que celle qui peut nous conduire en prison !

Dans son article, Victor Méric dit des vérités : le secret médical est souvent celui de polichinelle, par la faute des médecins eux-mêmes, qui bavardent, sans savoir que leurs propos inconsidérés peuvent les conduire sur les bancs de la correctionnelle.

Il dit aussi la vérité, lorsqu'il dénonce la violation du secret dans les hôpitaux, tant civils que militaires, dans les consultations gratuites de dispensaires, ou dans celles des infirmeries régimentaires, etc.

Mais, je ne le suis pas du tout, lorsqu'il affirme que le secret est l'apanage des riches et non celui des pauvres. Le secret profesionnel est un droit pour tout malade quel qu'il soit et, en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le malade, quelle que soit sa condition de fortune, est en droit d'exiger que son secret soit respecté par son docteur.

L'obligation au silence a été instituée dans un but d'ordre public, pour la paix des familles et pour le respect de leur honneur.

Donc, encourent les pénalités d'emprisonnement et d'amende tous ceux, quels qu'ils soient, qui, inconsidérément, ou volontairement, dévoilent ce qu'ils ont appris, entendu, surpris, deviné dans l'exercice de la profession médicale.

De plus, c'est parce qu'il sait que son secret doit être respecté, que le malade osera se confier à son docteur, pour que ce dernier puisse le guérir ou le sauver.

N'est donc pas bon médecin, le praticien, qui, avec légèreté, parle des confidences qu'il a reçues.

Mais l'emprise des lois sociales, l'intromission d'un tiers payant entre le malade et son médecin nous conduisent à une évolution dans la conception du secret professionnel.

Ici, au nom de la santé publique, le législateur de 1892 et celui de 1902 ordonnent aux médecins de déclarer certaines maladies contagieuses, dans le but de permettre de circonscrire et de combattre une contagion.

Allant plus loin, certains hygiénistes réclament la déclaration obligatoire de la tuberculose, de la syphilis, etc. Ils ne calculent pas les répercussions sociales et individuelles de ces déclarations, alors que les pouvoirs publics sont absolument désarmés (faute d'argent et de crédits) pour faire œuvre utile et efficace, en pareille matière.

On voudrait encore, toujours dans un but de préservation sociale et d'hygiène publique, faire déclarer toutes les causes des décès et réclamer du médecin traitant une véritable observation clinique sur le défunt.

A cela, nous répondons que, quelque louable que puisse être l'idée, qui guide ces hygiénistes, on ne peut, en l'état actuel de la législation, leur donner satisfaction. Tant que l'article 378 du code pénal ne sera pas modifié par une loi, le médecin traitant est obligé de se taire dans tous les cas.

Puis, ce sont les mutualités, qui, parce qu'elles payent pour les soins donnés à leurs sociétaires, voudraient que le médecin traitant dévoile, aux dirigeants des sociétés,le diagnostic des maladies.

Ici, ce serait pour établir un contrôle administratif ; là, pour ne pas payer une indemnité d'invalidité, lorsque le mutualiste est atteint d'une

maladie, que les arriérés pudibonds qualifient de « maladie honteuse ».

C'est un ministre de l'hygiène, peu versé dans les questions de droit, qui adresse à ses préfets une circulaire, prescrivant que les médecins de l'assistance médicale gratuite ne seront payés de leurs honoraires qu'autant qu'ils dévoileront le diagnostic des maladies soignées par eux chez des indigents.

Je me suis élevé personnellement contre pareille manière de faire et le Conseil d'Etat sera appelé à rappeler aux ministres et aux préfets que les lois françaises, ainsi que les Codes devraient être connus de ces magistrats administratifs, partant respectés par eux.

Ce sont les compagnies d'assurances contre les accidents qui, au mépris de la législation du travail et de la jurisprudence de la Cour de cassation, voudraient obliger le médecin traitant à dévoiler autre chose que les conséquences immédiates et directes d'un accident.

Aussi, dans mon esprit simpliste, puis-je dire :

Ou bien le secret professionnel est indispensable pour que les malades soient bien soignés et il faut rappeler aux médecins, comme aux administrateurs publics et privés, que l'article 378 du code pénal n'est pas abrogé et qu'il a été institué pour le bénéfice des seuls malades ;

Ou bien, vu l'extension des lois sociales, l'interposition progressive d'un tiers entre le malade et son médecin, vu les tendances actuelles à l'institution d'une médecine collective, collectiviste même, dans laquelle le médecin ne sera qu'un fonctionnaire d'Etat, ou un salarié d'ordre privé, il faut que le législateur abroge l'article 378 du code pénal, prescrivant l'obligation au secret professionnel.

Comme médecin, je me réjouirai de ne plus encourir la prison, si par ignorance des lois, ou par vantardise, couardise ou tout autre motif, j'ai violé le secret que je dois à mon malade.

Mais, mon intérêt égoïste est en contradiction avec celui de mes malades : dans bien des cas, je dois pouvoir affirmer à mon client, riche ou pauvre, que son secret sera inviolable, en toutes circonstances, même en justice et que je soignerai mon patient, sans avoir à me faire juge de sa conduite.

Aux médecins à guérir le malade, quoi qu'il ait pu faire, pour attenter à sa vie, ou à sa santé : aux magistrats à poursuivre ce que les lois d'aujourd'hui appellent crimes ou délits. Le médecin ne doit, en aucun cas, se faire le pourvoyeur de la justice, au regard de ses propres clients.

Je serais heureux de savoir si les lecteurs de Victor Méric sont pour ou contre le maintien du secret professionnel, en toute connaissance de cause. Si oui, faisons tous ensemble une campagne, pour que le secret ne soit violé par personne, dans n'importe quel cas, et pour n'importe quel but.

Mais si le public se moque de ce secret professionnel, ou s'il estime que la santé collective doit passer avant la santé de l'individu, alors supprimons tout ou partie de l'article 378 du code pénal.

En attendant, confrères, taisons-nous sur les maladies de nos clients, quelle que soit leur condition sociale.

Dr Paul Boudin.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Syndicat des médecins de campagne de la Haute Ardèche

Réunion à Lamastre le 1er mai 192 .

Rochette, président ; Charra, secrétaire.

Bouvat, Tourasse, Cambon, Armandon, Chaynel, Brun, Bouzol, Faivre, Cadet, Arnaud, Abel, Dehan, Chazallet, Magnette (dont la candidature est posée).

Excusés : Astier, député, Delarbre, Michel, Chazal, Palayer.

Etrangers au Syndicat : Dupin (président de la Fédération de l'Ardèche) ; Petit (médecins des dispensaires antituberculeux de l'Ardèche).

A. *Assistance médicale gratuite.* — Après discussion on décide :

1° Prier la préfecture d'insister auprès des mairies pour que les médecins soient convoqués à la séance annuelle, où la liste des assistés est élaborée ; que cette liste soit envoyée à tous les médecins du canton ; que l'élaboration de cette liste soit étudiée avec la plus grande minutie ; que le bénéfice de l'admission d'urgence (art. 10 de la loi de 93) ne soit accordé que *très exceptionnellement*, alors que le contraire tend à devenir la règle, et que dans ce cas les maires fassent leur possible pour avoir l'avis des médecins intéressés.

2° *Assistance médicale gratuite partielle.* — La création plus ou moins légale de cette sorte d'assistance permettant l'inscription sur les listes de personnes relativement aisées, est une porte ouverte à tous les abus.

La part contributive de ces assistés spéciaux, étant calculée (chose contraire au bon sens), non sur les tarifs syndicaux mais sur le tarif réduit de l'A.M.G., le corps médical fait seul les frais de cette loi.

Dans les cas d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale, le fait paraît encore plus scandaleux.

Les médecins considérés par ailleurs comme le commun des contribuables, comprennent mal que l'Etat leur fasse supporter tous les frais d'une loi d'assistance si opportune soit-elle, et ceci sans même les consulter. Décident :

De ne plus assurer le service d'*assistance partielle.*

Ces assistés seront soignés comme des clients ordinaires, mais au *tarif minimum.* Un reçu des honoraires payés leur sera délivré pour permettre à la collectivité, si elle le juge bon, de les rembourser tout ou partie.

Ces résolutions seront appliquées, sauf discussions nouvelles avec l'administration, à partir du 1er octobre 1927.

3° Le Syndicat des médecins de campagne de la Haute-Ardèche demande en outre :

Qu'à partir du 1er janvier 1928, les tarifs (soit pour la visite, soit pour acte chirurgical) soient relevés et les mêmes que ceux réclamés par les médecins de la Drôme, avec lesquels ils se solidarisent.

Que dans l'élaboration de ce tarif, il soit établi une différence, entre le kilomètre fait à pied et celui fait en voiture.

B. *Compagnie d'assurance-vie.* — Il est décidé :

Avertir M. le Président du service médical (Alexandre) directeur du Gresham, 58, rue de la Victoire, à Paris, que les médecins syndiqués feront payer leurs certificats d'assurance vie, soixante francs.

C. *Compagnie des chemins de fer départementaux.* — Le projet d'accord élaboré par le Dr Rochette et Bouzol est approuvé et sera communiqué à la compagnie. Les agents seront soignés comme les clients ordinaires, mais au tarif syndical minimum, et les reçus et certificats nécessaires à leur administrat on leur seront délivrés.

D. *Cotisations.* — Le trésorier ayant dans sa caisse une somme suffisante pour assurer le fonctionnement, il sera perçu provisoirement seulement la cotisation nécessaire à la Fédération, soit : trente francs.

E. *Fédération départementale.* — Elle existe en principe et M. le Dr Dupin en est le président ; mais étant donné l'importance de plus en plus grande que prend l'action syndicale, et la nécessité de faire cadrer son organisation avec l'organisation gouvernementale, il est de toute nécessité de créer une Fédération départementale, vivante et active, avec : *secrétariat,* peut-être même rétribué, se tenant en contact continuel avec, d'un côté, les syndicats locaux, de l'autre, la préfecture, et enfin avec les syndicats voisins.

Il est nécessaire de tenter encore une fois de rendre plus actif le syndicat de la Basse-Ardèche.

Le Dr Petit, médecin des DAT de l'Ardèche, que ses fonctions mettent en relations fréquentes avec les médecins praticiens, voudra bien et nous l'en remercions, leur montrer la nécessité d'une entente complète et agissante.

M. le Dr Dupin, président organisera une réunion à Aubenas où assisteront les présidents et secrétaires des syndicats voisins.

F. *Candidature du Dr Magnette.* — Est proposée par le Dr Charra, secrétaire.

Le Dr Bouzol s'oppose à son admission, tant que la question de l'attribution des services administratifs n'est pas tranchée.

Le Dr Charra secrétaire expose les faits et après discussion on conclut :

Que le Dr Magnette a eu tort de demander en s'installant des services assurés par un confrère, sans voir celui-ci et tâcher de s'entendre amicalement avec lui.

Que l'administration aurait dû avertir M. le Dr Brun qu'elle trouvait son service mal assuré, et lui demander au moins une fois de mieux faire avant de le congédier. Qu'en tout cas le syndicat admet difficilement qu'un médecin soit congédié aussi brutalement.

Qu'en résumé, M. le Dr Magnette doit donner sa démission des services administratifs, et que ce n'est que dans quelque temps que le partage peut être envisagé d'un commun accord entre les deux confrères.

Le D Magnette accepte ces conditions et les deux confrères se tendent la main.

Le Dr Bouzol dit qu'alors on doit demander le partage dans tous les cantons où il reste à faire et cite Saint-Félicien.

Le secrétaire fait ressortir la difficulté qu'il y a à mettre tout le monde d'accord, fait remarquer que ce principe a été posé lors de la création du syndicat et *qu'il fait partie des statuts.* Mais qu'en vue de conserver la bonne entente qui règne parmi nous, il faut laisser faire le temps, patienter parfois, et permettre à chaque confrère de réfléchir et de se rendre compte de son devoir syndical. Les occasions se présentent d'exiger celui-ci.

Pour cette réunion, il demande instamment qu'on s'en tienne là et la séance est levée.

Le secrétaire, Dr CHARRA. *Le président,* Dr ROCHETTE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie**. — M. le Dr HEURTEAU, de Fay-aux-Loges (Loiret). — M. le Dr MOURETTE, de Cambron (Aisne).

— **Prix de la Société des chirurgiens de Paris**. — 1° *Prix de chirurgie générale* (Prix Dartigues), 1.000 fr. Attribué à M. le Dr EBRARD (de Trouville) pour son travail intitulé : « Deux cas de plaies péritonéales et de lésions anorecto-sigmoïdes à la suite d'un attentat sur deux fillettes par un même criminel. Mort dans les deux cas. »

2° *Prix de chirurgie gastro-intestinale* (Prix Victor Pauchet), 1.000 fr. Attribué à M. QUEINNEC (de Paris), pour son travail intitulé : « Le bouton de Jaboulay en chirurgie gastrique. »

3° *Prix de chirurgie gynécologique* (Prix Paul Delbet), 1.000 fr. Attribué à M. le Dr Pierre LAURENT (de Paris), pour son travail intitulé : « De la conduite à tenir en présence des blessures chirurgicales de l'uretère au cours des interventions gynécologiques. Résultats et indications de la ligature de l'uretère. »

4° *Prix de chirurgie urinaire* (Prix Cathelin), 1.000 fr. Le prix n'a pas été décerné.

— **Hôpital de la Charité**. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé avec le concours du Comité National de défense contre la tuberculose, du 13 juin au 9 juillet 1927 inclus, par M. le professeur Emile SERGENT, avec la collaboration de MM. BABONNEIX, BERTIER, Fr. BORDET, COTTENOT, COURCOUX, COUVREUX, H. DURAND, EVROT, GÉNÉVRIER, Madame GOUIN, MM. GRELLETY-BOSVIEL, HAAS, D'HEUCQUEVILLE, KUSS, G. LAURENS, LOUSTE, MIGNOT, OURY, PIGNOT, PRUVOST, RIBADEAU-DUMAS, TURPIN et VIGUERIE.

Programme : Lundi 13 juin, à 9 h. 30. M. SERGENT : Principes et bases de l'organisation de la lutte antituberculeuse. — Lundi 13 juin, à 17 heures. M. H. DURAND Exposé général d'anatomie pathologique. — Mardi 14 juin, à 15 h. 30. M. TURPIN : Bactériologie et expérimentation. — Mardi 14 juin, à 17 heures. M. KUSS : Le rôle du médecin dans un dispensaire. — Mercredi 15 juin, à 15 h. 30. M PRUVOST : Moyens de diagnostic de laboratoire. — Mercredi 15 juin, à 17 heures M. H. DURAND : Technique de laboratoire. — Jeudi 16 juin, à 17 heures. M. SERGENT : Exposé général sur l'évolution clinique. — Vendredi 17 juin, à 17 heures. M. RIBADEAU-DUMAS. : Tuberculose de la première enfance. — Samedi 18 juin, à 17 heures M. SERGENT : Tuberculose pulmonaire de l'adulte Eléments généraux du diagnostic. — Lundi 20 juin, à 15 h. 30. M. SERGENT : Les signes fonctionnels de la tuberculose. — Lundi 20 juin, à 17 heures. M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose de la deuxième enfance et de l'adolescence. — Mardi 21 juin, à 17 heures. M. GÉNÉVRIER : Signes stéthoscopiques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — Mercredi 22 juin, à 15 h. 30. M. G. LAURENS : Tuberculose des voies aériennes supérieures et du larynx. — Mercredi 22 juin, à 17 heures. M. D'HEUCQUEVILLE : Mesure de la capacité respiratoire. — Jeudi 23 juin, à 17 heures. M. BORDET : Diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — Vendredi 24 juin, à 15 h. 30. M. COURCOUX : La tuberculose pleurale. — Vendredi 24 juin, à 17 heures. M. D'HEUCQUEVILLE : Mesure de la capacité respiratoire (*suite*). — Samedi 25 juin, à 17 heures. M. SERGENT : Les signes généraux. Les signes d'évolution. Les éléments du pronostic. — Lundi 27 juin, à 17 heures. M. COURCOUX : Tuberculose des séreuses. — Mardi 28 juin, à 17 heures. M. BORDET : Le cœur des tuberculeux. — Mercredi 29 juin, à 15 h. 30. M. PRUVOST : Les réactions humorales. La cuti- et l'intradermo-réaction. — Mercredi 29 juin, à 17 heures. M. LOUSTE : Tuberculose ganglionnaire et cutanée. — Jeudi 30 juin, à 15 h. 30. M. SERGENT : Les signes radiologiques. — Jeudi 30 juin, à 17 heures. M. BABONNEIX : Le système nerveux des tuberculeux. — Vendredi 1er juillet, à 15 h. 30. M. OURY : Le tube digestif des tuberculeux. — Vendredi 1er juillet, à 17 heures. M. EVROT : Le statut juridique de différents organismes de lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale. — Samedi 2 juillet, à 15 h. 30 : M. EVROT : Organisation départementale des dispensaires. — Samedi 2 juillet, à 17 heures. M. SERGENT : Les signes radiologiques (*suite*). — Lundi 4 juillet. Visite au sanatorium de Plessis-Robinson. — Mardi 5 juillet. à 15 h. 30. Madame GOUIN : L'infirmière-visiteuse et l'œuvre sociale du dispensaire. — Mardi 5 juillet, à 17 heures. M. PIGNOT : Principes généraux d'hygiène. — Mercredi 6 juillet. Visite au sanatorium de Bligny. — Jeudi 7 juillet, à 17 heures. M. COTTENOT : Technique radiologique. — Vendredi 8 juillet, à 15 h. 30. M. COURCOUX : Le pneumothorax tuberculeux. — Vendredi 8 juillet, 17 heures. M. BERTIER : Le pneumothorax artificiel. — Samedi 9 juillet, à 15 h. 30. M. MIGNOT : Le traitement médicamenteux, le traitement spécifique. — Samedi 9 juillet, 17 heures. M. BERTIER : Traitement des complications.

Exercices pratiques (l'après-midi) : Démonstrations cliniques et radiologiques. Examens de laboratoire. Visites de dispensaires, de préventorium (Plessis-Robinson) et de sanatorium (Bligny). Visite de la Pouponnière E.F.F. (Boulogne).

Stage hospitalier (le matin) : Répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivront les visites et les policliniques.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité National de Défense contre la tuberculose (s'adresser 66 *bis*, rue Notre-Dames-des-Champs), et aux élèves qui auront versé au Secrétariat de la Faculté les droits d'inscription. Les conférences théoriques seront publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Les droits d'inscription sont de 250 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures. Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Réponse.

Depuis le 1er janvier 1927, le régime spécial aux régions dites « dévastées » a pris fin. Elles sont donc rentrées dans la règle commune. Donc, le prix du déplacement kilométrique y est, comme partout, de 1,50 pour les régions de plaine et 1,85 pour les régions de montagne.

F. D.

II

1697. — Extraction d'un ongle incarné.

A quelle intervention peut-être assimilée l'extraction d'un ongle incarné, pratiquée chez un blessé du travail avec l'autorisation du patron ?

D F.

Réponse.

L'ongle incarné n'est pas, *par définition*, un accident du travail et ne saurait être tarifé comme tel. Ceci entendu, si, pour un cas de clientèle courante, vous me demandez nue *analogie* prise dans le tarif Fallières, je vous proposerais celle ci : « Régularisation, épluchage et suture d'une petite plaie de la main ou du pied : 40 fr. » (article 17).

F. D.

III

1780. — Fracture du péroné avec plâtre nécessaire.

Je voudrais aussi demander au conseiller Decourt comment il faut tarifer une réduction de fracture du péroné au 1/3 moyen, avec angulation des fragments ayant nécessité la pose d'un appareil Delbet de marche. Sur le tarif, la fracture du péroné : 25 fr. (sans doute la fracture extrémité inférieure, qu'on traite par le massage), alors que la répétition d'appareils plâtrés de grands segments de membre est coté 50 fr.

Dr T.

Réponse.

Lorsque la fracture du péroné fut de telle nature qu'un appareil plâtré s'imposait, j'ai toujours proposé, au lieu des 25 francs du tarif, le prix de 50 francs, par analogie avec « répétition d'appareil plâtré des os longs » (article 18, *in fine*). Et cette proposition, qui paraît rationnelle, fut toujours acceptée des deux parties.

F. D.

IV

1842. — Pansement et massage quotidien pour plaie contuse, plus contusion.

Un accidenté du travail présente : *a*) une plaie contuse de la cuisse droite ; *b*) une contusion de l'épaule droite nécessitant un massage quotidien. Comment compter ?

Consultation....................	
Pansement cuisse...............	10 fr.
Massage épaule..................	7 50

Dr C.

Réponse.

Il me semble difficile de compter deux pansements pour une plaie à tel membre plus une contusion à tel autre. Sans doute vous remplacez le dit pansement, impossible en l'espèce, par un massage.... Mais il faudrait encore expliquer *techniquement* quel fut le cas *spécial* de cette contusion de l'épaule nécessitant un massage quotidien du médecin, ou un prix de 12 + 12, soit 24 francs par séance. Pour s'expliquer ce *modus agendi,* il faudrait être certain que vous auriez fait de même en cas de payement direct par le malade. Ou alors, si vous ne donnez pas de raisons plausibles, je craindrais que vous ouvriez ainsi la porte à toutes les chicanes.

F. D.

Accidents.

1760. — Recouvrement d'honoraires accidents.

Encore une question de règlement d'honoraires pour accident de travail. J'ai recours à vous pour me donner la marche à suivre.

Après avoir comme d'habitude adressé ma note par deux fois à la Cie d'assurances, celle-ci me répond qu'elle ignore le sinistre. Le patron prétend avoir plaidé avec sa Cie et avoir gagné, mais ne semble pas disposé à payer. Pour recouvrer mes honoraires, dois-je appeler en conciliation le patron ou le blessé mon client ? Le pharmacien ayant fourni les objets de pansements se trouve dans le même cas que moi. Que faut-il faire ?

Dr T.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail vous donne, comme au pharmacien d'ailleurs, une action directe contre le patron du blessé en payement de vos honoraires, à concurrence du tarif établi par arrêté ministériel, actuellement le tarif Fallières.

Mais vous n'avez aucune action contre la compagnie d'assurances qui, lorsqu'elle règle médecin et pharmacien, agit seulement en qualité de mandataire de son assuré, le patron.

Par conséquent, vous n'avez pas à vous occuper du différend qui peut diviser le patron et son assurance. Puisque l'assurance refuse de vous payer et que l'accident du travail n'est pas contesté, vous n'avez qu'à citer le patron en payement de vos honoraires, comme la loi vous en donne le droit.

Le juge compétent est le juge de paix du canton où l'accident s'est produit. L'instance est exempte des droits de timbre et d'enregistrement.

Vous pouvez vous présenter vous-même aux audiences du juge de paix ou confier votre affaire à un huissier.

1719. — Accident de droit commun. Indemnisation de la victime.

Il y a un mois environ, j'étais appelé à donner mes soins à une blessée qui avait été renversée par une auto et constituait un accident de droit commun.

Dans le certificat que j'avais délivré, j'avais prévu une incapacité de travail de 20 jours ; cette incapacité a d'ailleurs été confirmée par le médecin que la Cie d'assurances avait envoyé pour contre-visiter la blessée.

Cette Cie, qui ne conteste pas l'accident, discute sur l'indemnité à allouer.

Elle prétend qu'en droit commun, à l'encontre des accidents du travail, les *jours fériés* n'entrent pas en ligne de compte pour l'indemnité et par suite ne doivent pas être payés.

Comme je ne me rappelle pas avoir vu ce cas signalé dans le *Concours médical*, je vous prierais de me renseigner sur cette question.

Dr D.

Réponse.

En matière de droit commun, l'indemnité due par l'auteur responsable d'un accident à la personne qui en a été victime doit être égale au préjudice éprouvé. Au contraire, en matière d'accidents du travail, l'indemnité est forfaitaire et déterminée par des règles précises fixées par la loi et la jurisprudence. C'est ainsi que le demi-salaire est dû à l'ouvrier blessé dans son travail, même les dimanches et jours fériés.

Dans le cas que vous nous soumettez, puisqu'il s'agit d'un accident de droit commun, le blessé peut réclamer à l'auteur de l'accident le montant intégral du salaire qu'il aurait gagné normalement pendant la durée de son incapacité, mais pas davantage. Par conséquent comme l'ouvrier n'aurait certainement pas travaillé les dimanches et jours fériés, le salaire correspondant à ces journées n'est pas dû par l'assurance.

En outre du salaire perdu doivent entrer en ligne de compte pour le calcul de l'indemnité les frais médicaux et pharmaceutiques, la détérioration des vêtements s'il y a lieu, et le *pretium doloris*.

1820. — Allocations aux victimes d'accidents du travail anciens.

L'un de mes anciens clients, titulaire d'une pension, par suite d'accident du travail, cette pension correspondant à 60 % d'incapacité permanente et antérieure à 1920, me demande quelle est la loi du 8 juillet 1926 ?

Cette loi lui accorderait une augmentation de pension ou plutôt une allocation mensuelle variable suivant les cas.

Ne connaissant que très peu cette question, je

vous prie, par voie du *Concours*, de me renseigner à ce sujet.

Dr L.

Réponse.

Une loi du 15 juillet 1922, modifiée et prorogée successivement par les lois du 30 juin 1924 et du 30 juin 1926, a institué des allocations temporaires en faveur des victimes d'accidents du travail antérieurs au 5 août 1920. Pour une invalidité de 60 %, le montant de cette allocation est de 40 francs par mois.

Toutefois, lorsque le salaire qui a servi à la fixation de la rente a dépassé la somme de 2.400 francs, le montant de la rente se rapportant à la partie du salaire dépassant 2.400 francs vient en déduction de l'allocation.

Si votre client n'a fait jusqu'ici aucune demande d'allocation, il doit se hâter de la faire maintenant, car il ne pourra en obtenir le rappel que pour trois années à compter du jour de sa demande.

Pour obtenir l'allocation, ainsi que les arrérages qui lui sont dus, que votre client adresse une demande sur papier libre au Ministère du travail (contrôle des assurances).

Il devra indiquer dans sa demande :

1° Ses nom, prénoms et adresse ;
2° Sa nationalité ;
3° La date de l'accident ;
4° La date de la dernière décision attributive de rente, le montant du salaire qui a servi de base à la fixation de la rente, le taux d'incapacité et le montant de la rente servie.
5° L'établissement qui fait le service de la rente.

Après liquidation de l'allocation par les bureaux du Ministère du Travail, le service en sera fait à l'intéressé, en même temps que celui de la rente elle-même, par la Compagnie d'assurances qui paye actuellement la pension du blessé.

1916. — Recouvrement d'honoraires accidents en cas de faillite du patron.

J'ai opéré un accidenté du travail. L'assurance m'offre une somme très inférieure à ce qu'elle doit, en se basant sur le fait suivant : « Le patron est en faillite, et si vous l'attaquez, il ne prendra pas la peine de nous appeler en garantie, ou de faire suivre la citation. Dans de telles conditions, vous êtes dans l'impossibilité de nous poursuivre directement. »

Est-ce exact ? La compagnie a régulièrement touché les primes. Elle a payé les demi-salaires de l'ouvrier.

Dr C.

Réponse.

Il est exact que vous n'avez pas d'action directe contre la Compagnie d'assurances qui

couvre le patron en faillite, mais, cependant, vous n'êtes pas désarmé pour obtenir le payement intégral de ce qui vous est dû.

En effet, en vertu de l'article 23 de la loi sur les accidents du travail, la créance du médecin traitant du blessé bénéficie du privilège de l'article 2.101 du Code civil.

Il faut donc que vous produisiez votre créance, avec toutes les pièces à l'appui, entre les mains du syndic de la faillite, en demandant votre admission au passif par privilège. De la sorte vous serez payé avant tous les autres créanciers et sans avoir à subir la loi du concours, c'est-à-dire, sans avoir à supporter une réduction quelconque sur votre note en cas d'insuffisance d'actif pour désintéresser tous les créanciers.

C'est au syndic qu'il appartiendra de se retourner contre l'assurance pour se faire rembourser par celle-ci, dans les conditions prévues à la police.

1935. — Détérioration d'effets d'un accidenté du travail.

Pourriez-vous me fixer sur ce point : un ouvrier accidenté du travail par des brûlures a eu ses vêtements mis hors d'usage : qui doit l'indemniser de cette perte : l'assurance accident ou l'assurance incendie patronale ou le patron ? Comment doit-il s'y prendre ?

Réponse.

En raison du caractère forfaitaire de la loi sur les accidents du travail, les ouvriers blessés ne peuvent prétendre qu'aux indemnités limitativement énumérées par la loi.

Ces indemnités consistent dans le payement du demi-salaire et des frais médicaux et pharmaceutiques, pendant la durée de l'incapacité temporaire, et dans le versement d'une rente en cas d'incapacité permanente.

Aucune indemnisation n'est prévue par la loi pour la détérioration des effets portés par l'ouvrier au moment de l'accident.

Par conséquent, votre client ne peut rien réclamer de ce chef.

1880. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail.

Un de mes clients a perdu son bras gauche dans un accident du travail. Le bras est amputé au 1/3 inférieur, un peu au-dessus du coude par conséquent. Quelle est, je vous prie, le pourcentage de l'invalidité permanente ? Cet homme est manœuvre.

Son salaire annuel est de 5.603 fr. Quel sera le taux de la pension. Il a 3 enfants en bas-âge.

Dr B.

Réponse.

L'amputation du bras gauche au tiers inférieur donne lieu à une incapacité partielle per-

manente de 60 à 65 % ; la moyenne généralement adoptée est de 60 %.

Sur la base d'un salaire annuel de 5.603 francs et d'une incapacité permanente de 60 %, la rente due au blessé s'élèvera à 1.680 fr. 90.

Fiscalité.

1721. — Base de la patente.

Je vous adresse les pièces ci-jointes :

1° Une feuille d'impôts 1926 ;

2° Une feuille d'impôts 1927 ;

3° La réponse que je reçois ce matin à ma demande de dégrèvement.

Je suis installé ici depuis le 15 juillet 1926. J'ai un loyer de 5.000 fr. pour 4 pièces, cuisine, salle de bains, cave, chauffage central, ascenseur.

Immédiatement après avoir reçu mes feuilles d'impôts j'ai été chez le contrôleur et j'avais demandé un dégrèvement, car je trouve que ma patente ne doit porter que sur le loyer des 2 pièces qui me servent pour l'exercice de ma profession. Or, je reçois à l'instant une fin de non recevoir.

Comment faut-il faire pour se faire dégrever ? Est-ce que j'ai le droit pour moi ?

J'avais demandé à ce que ma patente ne porte que sur un loyer de 2.000 fr., car je connais ici un médecin qui, pour un loyer de 6.000 fr. n'est imposé pour sa patente, que sur 2.000 fr.

Le 30 avril, n'ayant pas reçu de réponse de l'administration à la demande de dégrèvement, j'ai été chez le percepteur. Le percepteur qui, comme moi, n'avait pas de réponse à mon sujet, m'a incité à payer ma patente de 1926 pour être en règle. Ce que j'ai fait.

Dr X.

Réponse.

Contrairement à ce que vous supposez, le droit proportionnel de patente d'un médecin doit être calculé sur la valeur locative totale de l'ensemble des locaux professionnels et de ceux servant à l'habitation. Cette règle ne souffre pas d'exception, même lorsque ces locaux sont séparés.

En conséquence, c'est à juste titre que votre réclamation a été rejetée par le contrôleur.

A.M.

1759. — Patente en cas d'association de médecins.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de nous dire si, en l'état actuel de la jurisprudence, l'administration des contributions directes est en droit d'exiger le payement d'une patente par *chacun* des docteurs exploitant un cabinet dentaire sous la forme de société civile.

Jusqu'à ce jour seul le Dr A. était patenté, mais cette année le Dr B. vient de recevoir une feuille d'impôt de patente. Dr A.

Réponse.

Nous estimons que seul le médecin premier en nom doit être imposé à la patente en qualité d'associé principal, le 2e médecin doit être exonéré, à condition, évidemment, qu'il n'ait pas de clientèle particulière en dehors de celle de la société.

A. M.

1779. — Valeurs échappant à l'impôt sur le revenu.

Veuillez me faire indiquer par votre conseiller fiscal la liste des valeurs françaises exemptes de l'impôt général sur le revenu.

Dr M.

Réponse.

Sont seuls exempts de l'impôt général sur le revenu les intérêts des bons du Trésor et des bons de la Défense nationale à échéance d'un an au plus et les arrérages des rentes perpétuelles 4 % émises en 1925 (avec garantie de change).

A. M.

Questions médico-militaires

1755. — Allocation de l'indemnité de 5.000 francs aux tuberculeux de guerre.

J'ai donné mes soins à un P. de guerre à 100 % pour tuberculose pulmonaire (pensionné depuis 1918). Le malade est décédé il y a 20 jours, après avoir traîné 2 mois dans la cachexie. Ces malades ont droit, je crois, à plusieurs indemnités dont une de 5.000 fr. ; c'est à ce sujet que je voudrais être renseigné. La famille peut-elle maintenant, malgré qu'il soit mort, toucher ces indemnités qu'elle n'a pas touchées de son vivant ; elle n'en n'avait jamais fait la demande d'ailleurs. Peut-elle donc la faire maintenant et a-t-elle le droit de rentrer en possession, de ces indemnités et quelles sont-elles exactement ? A qui adresser les demandes ?

Dr M.

Réponse.

L'indemnité spéciale de 5.000 francs, que peuvent percevoir les tuberculeux *pour se soigner*, n'est allouée que de leur vivant ; la veuve n'a donc pas qualité pour en réclamer les arrérages.

Quant aux autres indemnités (grand invalide, besoin d'une tierce personne, etc...), elles sont payées automatiquement, avec la pension, et l'intéressé a dû les toucher.

C'est le sous-intendant militaire des Pensions qui, en possession de l'acte de décès, établira une feuille de décompte des sommes restant dues au jour du décès et qui seront versées à la succession.

1756. — Avancement dans la réserve de la marine.

J'ai été nommé médecin de 2e classe de la marine dans la réserve par décret ministériel en septembre 1920.

Veuillez me dire si je passerai automatiquement au grade supérieur, c'est-à-dire de 1re classe ou bien s'il me faut pour cela faire des périodes.

Combien d'années de grade de 2e classe me faut-il pour le grade supérieur ?

Dr X.

Réponse.

Dans la marine, nous croyons que vous passerez facilement au grade supérieur, mais non d'une manière automatique ; il faudra en manifester le désir. Six années de grade sont nécessaires. Les périodes d'instruction n'existent pas, en pratique, dans le service de santé de la marine.

Adressez une demande à votre directeur ; nul doute qu'elle soit favorablement accueillie.

Baux et Locations.

1847. — La loi sur les loyers sera-t-elle applicable dans toute la France ?

Je suis locataire d'un immeuble par un bail de 3, 6 ou 9 années qui commenceront à courir (selon les termes même du bail) le 1er novembre 1919 pour finir le 1er novembre 1928, à la volonté respective de chacune des parties, à charge pour celle des dites parties qui voudra en faire cesser l'effet à l'expiration de la 1re ou de la 2e période de prévenir l'autre au moins 6 mois à l'avance de son intention à cet égard.

Or, je reçois ces jours-ci une lettre du gérant de mon propriétaire m'annonçant que celui-ci n'a pas l'intention de renouveler mon bail quand il viendra à expiration.

La petite ville que j'habite n'a que 2.000 habitants, et le dernier recensement accuse une légère diminution : dans ces conditions, je crois donc que je n'aurais qu'à quitter ma maison à l'expiration de mon bail. Mais il m'a été dit que le garde des sceaux avait déposé, ou devait déposer, un projet de loi étendant à toute la province, en matière de loyer, les dispositions qui sont en vigueur à Paris, et par conséquent permettant aux locataires de rester en leur maison à l'expiration de leur bail, sauf reprise de leur maison par le propriétaire (ce qui n'est pas le cas ici). La chose est-elle exacte ? et, dans ce cas, quelles formalités accomplir ?

D'autre part, si la chose était exacte, pourrais-je céder ce droit à un successeur au cas où je viendrais à vendre ma clientèle, étant entendu qu'une clause de mon bail porte que je ne puis « sous-louer, ni céder mes droits au présent bail sans le consentement par écrit du bailleur ? »

Enfin, *si* la chose était exacte, le propriétaire pourrait-il augmenter le prix de mon loyer, et dans quelles proportions ? Dr T.

Réponse.

En l'état actuel de la législation sur les loyers, la loi du 1er avril 1926 n'est pas applicable dans votre commune, puisque celle-ci compte moins de 4.000 habitants, ne se trouve pas distante de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants et n'a pas vu sa population croître d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements.

Par conséquent, lorsque votre bail sera terminé, votre propriétaire aura le droit, à sa seule volonté, soit de poursuivre votre expulsion, soit de vous imposer un nouveau bail avec le loyer qu'il voudra, sans que vous puissiez lui opposer aucune taxation.

Si votre propriétaire veut vous expulser, votre seule ressource sera de demander des délais de grâce en référé, mais ces délais seront certainement de courte durée.

Il est exact qu'un projet de loi a été déposé, tendant à étendre à toutes les communes de France, indistinctement, la loi du 1er avril 1926. Si ce projet est adopté, ce dont il nous est impossible de préjuger actuellement, vous aurez droit automatiquement à la prorogation, sans même avoir à la demander, jusqu'au 1er avril 1931.

En échange de cette prorogation, vous aurez à payer, jusqu'au 1er avril 1929, date à laquelle doit intervenir une nouvelle taxation, un loyer égal au loyer d'avant-guerre majoré de 125 %. En outre vous devrez rembourser à votre propriétaire la majoration subie, par rapport à 1914, par les prestations en nature fournies par lui et par les impôts grevant l'immeuble, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière.

Et tant que durera votre prorogation, votre propriétaire ne pourra reprendre votre maison pour son usage personnel ou celui d'un membre de sa famille, le droit de reprise ne pouvant porter que sur des locaux affectés *exclusivement* à l'habitation, ce qui n'est pas votre cas, puisque vous exercez votre profession dans votre maison.

Un assez long délai vous sépare encore de la date d'expiration de votre bail pour que vous puissiez être fixé, à ce moment, sur le sort réservé au projet de loi. Si ce projet est adopté, ce que vous apprendrez certainement par les journaux, nous serons à votre disposition pour vous renseigner sur les droits qu'il pourra vous donner.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 23 — DIMANCHE 5 JUIN 1927

LE

CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

CURE DÉFENSIVE DE L'ORGANISME
CONTRE LES INFECTIONS MICROBIENNES

LE PHAGOSTHYL

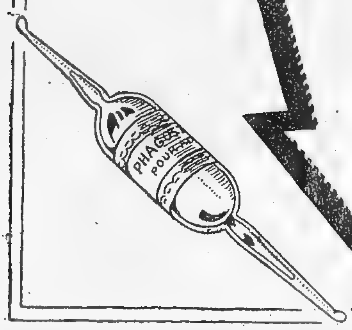
SÉRUM NEUROTONIQUE
CYTOPHILE HÉMOPOÏÉTIQUE
RECONSTITUANT PHAGOCYTAIRE

AMPOULES DE 5cc

RÉALISE LA SYNERGIE
STRYCHNO-CACODYLIQUE INTENSIVE
ACCÉLÈRE LA NUTRITION
STIMULE L'ACTIVITÉ CELLULAIRE
MULTIPLIE LES GLOBULES
EXALTE LA
PHAGOCYTOSE

INDICATIONS

TOUTES CARENCES
TOUTES DÉCHÉANCES
MUSCULAIRES
CELLULAIRES
OU
NERVEUSES



CHIMIO-THÉRAPIE
STRYCHNO-FERRO-CACODYLIQUE
INTENSIVE

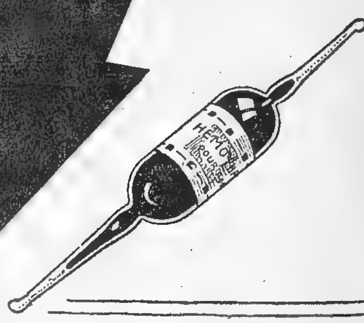
L'HÉMO-PHAGOSTHYL

(PHAGOSTHYL FERRUGINEUX)

AMPOULES DE 5cc

CHLORO-ANÉMIE
GLOBULATION DÉFICITAIRE
FAIBLESSE GÉNÉRALE
TROUBLES MENSTRUELS
LEUCÉMIE

TOLÉRANCE ABSOLUE
INJECTIONS
INDOLORES



LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES ANDRÉ PARIS
4 Rue de La Motte-Picquet - PARIS

Quarante-neuvième année — N° 23 — 5 Juin 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1536-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1[re] Zone **75 fr.** — 2[e] Zone **100 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon, Rozet
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G. Frank-Duprat
Deauville. Molina
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau Duoroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 300. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 301. — Deux-Sèvres, Citroen cond. int. 10 CV. carross. luxe cannée Dreguet, 4 amortiss. Houdaille, mot. excell. état, 13.000.

N° 302. — Calvados, St-Aubin-sur-Mer, stat. climat. suriodée à 5 heures de Paris. Plage de toute sécurité. Parc, tennis, ombrages. Saison juin à septembre.

N° 303. — Préchacq-les-Bains, Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

N° 304. — Doct. ch. jeune conf. expérim., marié de préf., pour l'assist., le remplac. et repr. de poste très import.

N° 305. — Bon noyau client. avec fixes dans ville près Paris. Prix 20.000 fr.

N° 306. — A céd. microsc. Stiassine, boîte acajou, révolver à 4 object., condensat. Abbé, chariot mobile, objectifs 1, 4, 6, 8, 1/15e imm., oculaires 1, 2 ; 9 compens. Prix 2.000.

N° 307. — Coutainville (Manche), plage sable fin, logem. rez-de-ch., 2 ch., 1 cuis., eau, à 1 min. plage, tous fourniss. : août 600, sept., 350, à louer pour locat. tranq. S'adr. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris (15e).

N° 308. — Cause double empl., à vend. au plus off., minim. 450 fr., un beau fusil Hammerless, triple verrou grenner, cal. 12, poudre pyrox., canon droit lisse, canon gauche, choke rectifié, crosse pistolet. Et. de n. Dr Cochy de Moncan, à St-Sernin. (Aveyron).

N° 309. — Barzols. A vend. au sevrage chiots levriers russes de Pilal du Zwaenhoeck et de Hadja du Mont-Cabèrt inscrit 10 F beaux pédigrées. M. Arnaud, Saint-Germer (Oise).

N° 310. — Banl. Paris, imméd., bon air, pas usines, ménage dem. nourris. à partir 18 mois.

N° 311. — Ser. reconnais. à confr. qui m'indiq. pet. villa ou appart. 4 à 5 p. meubl. avec jard., prix mod. à louer pour été prochain, Rhône, départ. limitr., ou deux Savoies. Dr Chabanon, 143, av. Saxe, Lyon.

N° 312.— Banl. imméd. vieil. cli. famil., app. conf. mod. 7 pièces, plus salle bains et cuis., loyer 3.250 tout compr., bail 6 ans. Prix 70.000 compt. Adr. Dosse 99 *bis*, boul. Brune, Paris (14e).

N° 313. — Dr franç. 30 ans, rech. bon cab. méd. Paris ou pr. banl., avec facil. achat. Dr Weber, 8, rue Michel-Chasles, Paris (12e).

N° 314. — Chevreuse « Hélianthe », cure séjour d'air, repos, conv., gr. parc, cuis. partic. soign., ni contag. ni tuberc., 1, rue de la Mairie, tél. 21 (Les méd. peuvent y suivre leurs malades).

N° 315. — Côte d'Azur, à céd. mais. de régime, cure d'air, 11 chambres (20 malades) gr. villa, loyer 6.000, long bail, à céder avec l'install. complète 130.000, dont 80.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1,rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 316. — Est. Près stat. thermale, poste seul méd., gr. rayon, rapp. 60.000, petit loyer, mais. 10 pièces, indemn. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 317. — Haute-Savoie. Dans site superbe, à céder contre faible indemn. poste seul médec., avec joli, mais. confort. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies.** — Des cas de variole sont signalés dans les départements de l'Indre et de l'Ille-et-Vilaine.

— **Sanatoriums.** — Dimanche dernier, a été inauguré, à Champrosay, le deuxième sanatorium des Cheminots. Il recevra les femmes agents des chemins de fer ; le 1er sanatorium des Cheminots, sis à Ris-Orangis, étant consacré aux hommes.

— **Faculté de Bordeaux.** — *Agrégation.* — M. DUBECQ a été désigné par le Conseil de la Faculté pour les fonctions d'agrégé d'anatomie.

— **Bordeaux.** — *Concours de médecin des hôpitaux.* — M. le prof. agrégé AUBERTIN et M. le Dr COURBIN sont proposés par le jury pour les deux places mises au concours de médecin des hôpitaux.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — Le 12 juin, à 10 h., à l'amphithéâtre des cours, 49, rue des Saints-Pères, leçon de M. COURCOUX, médecin de l'hôpital Boucicaut, sur *les hémoptysies des tuberculeux.*

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *Dermatologie.* — Le 17 juin, à 20 h. 45, à la consultation du soir, conférence de M. GOUGEROT, agrégé, sur *les nouvelles formes cliniques de l'herpès. Traitement.*

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** (M. le professeur BEZANÇON). — *Cours supplémentaire sur la tuberculose.* — Du mardi 7 juin au samedi 9 juillet tous les matins, de 10 h. 30 à midi, à l'amphithéâtre de la Clinique et dans les salles : enseignement complémentaire de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, par le professeur F. Bezançon. Les mardi et vendredi à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre, leçon clinique.

Programme des leçons : schéma de l'interrogatoire et de l'examen d'un tuberculeux pulmonaire. Valeur pratique de l'auscultation. L'examen radiologique du thorax normal. Aspects radiologiques des lésions élémentaires tuberculeuses. Renseignements pratiques donnés par l'examen du crachat. L'hémoptysie tuberculeuse. La période pré-phtisique. La tuberculose fibreuse. Les formes aiguës dites pneumoniques. La cure hygiéno-diététique. Le choix d'un climat de cure. Les indications du pneumothorax. Thérapeutique dite spécifique. Médications adjuvantes. Les lundis, mercredis et jeudis, de 10 h. 1/2, à midi, présentation de malades atteints de tuberculose. Etude des différentes formes cliniques. Lecture des clichés radiologiques. La matinée du samedi sera consacrée à la technique du pneumothorax (Dr Braun).

Le cours est libre. Le service est ouvert pendant cette période à tous les médecins français et étrangers, et aux étudiants en médecine qui désireront suivre la visite et assister au cours.

— **Centenaire de Vulpian.** — A l'occasion de la récente célébration du centenaire de la naissance de Vulpian, une plaque commémorative a été apposée sur la maison, 24, rue Soufflot, où est mort le célèbre physiologiste et neurologiste, le 18 mai 1887.

Le Comité d'organisation du Centenaire de Vulpian a, d'autre part, décidé d'ouvrir une souscription dans le but d'élever une statue sur une place publique à la mémoire de ce grand médecin. La maquette de cette statue, due au talent de M. Paul Richer, a été exposée à la Faculté de médecine lors de la cérémonie du 28 mai. Les souscriptions seront reçues par M. Albert Charpentier, trésorier du Comité d'Organisation, 3, avenue Hoche, Paris, 8e.

— **Journées médicales de Bruxelles.** — La VIIe session des Journées médicales belges, organisée par le *Bruxelles médical*, se tiendra, sous le Haut-Patronage de LL. MM. le Roi et la Reine, du 25 au 29 juin 1927.

La cotisation a été fixée à 75 francs ou 15 belgas (50 francs ou 10 belgas pour les abonnés au *Bruxelles médical* et les Dames), 30 francs ou 6 belgas pour les étudiants.

Les chemins de fer belges accorderont 35 % de réduction sur le parcours effectué en Belgique aux congressistes porteurs d'une carte spéciale délivrée par le secrétariat.

Renseignements et inscription auprès du Dr R. Beckers, secrétaire général, 62, rue Froissart, à Bruxelles.

— **XXe V. E. M.** — Le XXe V. E. M. aura lieu en août-septembre 1927 aux stations des Pyrénées-Orientales, sous la direction du professeur Carnot et du professeur agrégé Harvier. Des inscriptions conditionnelles sont reçues dès maintenant par M. Gayet, secrétaire général, 54, rue du faubourg Saint-Honoré.

— **Croisière de la « Caravane Universitaire. ».** — La Caravane Universitaire accepte les médecins et leurs familles dans sa croisière d'Orient. Durée 32 jours, à partir du 13 août. Prix de revient : 4.500 fr. Visite de Naples, Pompéi, la Sicile, Athènes, Constantinople, Jaffa, Jérusalem, Bethléem, Beyrouth, Alexandrie, le Caire. Demander le programme à M. Roy, professeur de philosophie au Collège de Gaillac (Tarn).

— **Hôpital Saint-Michel** (rue Olivier-de-Serre, 33). — Un interne est demandé dans le service de M. Victor Pauchet. S'adresser à l'hôpital.

— **XIXe Congrès français de médecine (Paris, 11-14 octobre 1927) et Centenaire de Villemin** — Des réductions de tarifs ont été consenties par les Compagnies de chemins de fer en faveur des congressistes.

D'autre part, les adhérents français au Congrès de médecine sont avisés qu'à l'occasion de ce Congrès et du Centenaire de Villemin, des démonstrations techniques intéressant les médecins militaires de l'active et de la réserve seront organisées. Les médecins de réserve qui assisteront à ces démonstrations seront considérés comme accomplissant une période d'instruction et auront ainsi droit au tarif militaire sur les

chemins de fer français. Pour bénéficier de cette faveur, il leur suffira de s'adresser au Comité d'organisation du centenaire de Villemin (direction du service de santé du Ministère de la guerre, 66, rue de Bellechasse, Paris).

— **Office thermal et climatique français.** — Les compagnies de chemins de fer français viennent d'émettre des billets à prix réduit avec validité exceptionnelle pour les stations thermales et climatiques françaises (billets d'aller et retour valables 33 jours).

Tous renseignements à ce sujet peuvent être fournis de suite à l'Office Thermal et Climatique, 15, rue Royale.

— **Naissance.** — Le docteur Georges TABARIÉ, de La Malou, et Madame, nous font part de la naissance de leur fille *Josette*.

A TRAVERS L'OFFICIEL

19 *mai.*

Enseignement de la médecine.

M. Carnot, professeur de thérapeutique à la Faculté de Paris, est nommé professeur de clinique médicale à ladite Faculté (chaire de M. Gilbert).

Service de santé militaire.

Décret du 13 *mai* 1927 *modifiant le décret concernant la réorganisation de l'Ecole du Service de santé militaire.*

Art. 1er. — Le premier alinéa de l'article 6 du décret du 19 septembre 1919, modifié les 5 et 21 octobre 1922, 1er juin 1923, 5 juillet 1925, 29 avril 1926 et 29 juin 1926, concernant la réorganisation de l'école du service de santé militaire, est remplacé par celui-ci :

« Les élèves de l'école du service de santé militaire sont nommés, après l'obtention de leur diplôme, au grade de médecin aide-major ou de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active et, à dater du jour fixé pour leur prise de service dans les fonctions de ce grade, ou, au plus tard, du 31 décembre de l'année du diplôme. Ils bénéficient d'une majoration d'ancienneté (sans rappel de solde), qui varie avec la date de nomination, et telle que leur ancienneté au 31 décembre de l'année où ils ont obtenu leur diplôme soit égale au temps minimum diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine ou de pharmacie, exigées par les règlements universitaires pour l'obtention du diplôme, à l'exclusion pour les pharmaciens de la durée du stage dans une officine. »

Art. 2. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Instruction interministérielle relative au concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien aide-major de deuxième classe de l'armee active des troupes coloniales (concours latéral).

Hygiène publique.

Avis de concours pour l'emploi de médecin départemental d'hygiène adjoint dans le département des Deux-Sèvres.

Le 30 juin 1927 sera ouvert, à la préfecture des Deux-Sèvres, un concours sur titres pour l'emploi de médecin inspecteur départemental d'hygiène adjoint, chargé plus spécialement d'assurer le service des dispensaires d'hygiène sociale (tuberculose et maladies vénériennes) du département des Deux-Sèvres.

Le traitement attaché à ces fonctions est fixé au chiffre de 22.000 fr. par an.

Les candidats devront être Français, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine, âgés de trente ans au moins et de cinquante ans au plus.

Ils devront, en outre, justifier de l'exercice de la profession médicale en clientèle, pendant une durée de trois années, ou avoir rempli, durant la même période, les fonctions d'interne en médecine dans les hôpitaux des villes de facultés françaises.

Ils devront s'engager — à moins de l'avoir préalablement accompli — à faire, après leur nomination, un stage de trois mois dans un service spécial de lutte antituberculeuse désigné par le comité national.

Ils devront adresser leur demande de candidature au préfet des Deux-Sèvres, qui leur fera parvenir la nomenclature des pièces constituant le dossier réglementaire qu'ils auront à produire pour le 15 juin, dernier délai.

Le titulaire du poste désigné à l'issue du concours devra résider à Niort, s'interdire l'exercice de la clientèle ordinaire ; il pourra, toutefois, être médecin de l'hôpital de Niort et se rendre à l'appel de ses confrères au titre de médecin consultant.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Hauteville (Ain).

Le traitement alloué est fixé à 3.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau,), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

21 *mai.*

Enseignement de la médecine.

Les chaires d'anatomie et de thérapeutique de la Faculté de Paris sont déclarées vacantes.

Assistance publique.

M. Aubert Lefas, auditeur au Conseil d'Etat, est nommé secrétaire rapporteur du Conseil supérieur de l'Assistance publique, en remplacement de M. Quiot, démissionnaire.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service sera prochainement vacant à l'Asile public d'aliénés de Clermont (Oise), par suite du départ de M. le Dr Beaudouin.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Qui a qualité pour faire une déclaration d'enfant sans vie ?

8047. — M. Servain, sénateur, demande à M. le Ministre de la Justice quelles sont les personnes qui ont qualité pour faire, en mairie, une déclaration d'enfant sans vie. (*Question du* 26 *mars* 1927.)

Réponse. — Les personnes qui doivent faire une déclaration d'enfant sans vie sont celles qui, aux termes de l'article 56 du code civil, sont tenues de déclarer une naissance. En cas de non déclaration, la jurisprudence applique, d'ailleurs, l'article 346 du code pénal, que l'enfant soit vivant ou non.

(*J. O.*, 18 mai 1927.)

CORRESPONDANCE

Médecine légale.

1945. — Honoraires pour autopsie d'un nouveau né.

Vieil abonné du *Concours médical*, j'en profite pour vous demander un renseignement : j'ai été convoqué un jour par le capitaine de gendarmerie pour aller faire l'autopsie d'un nouveau né qui avait été enterré par sa mère un mois auparavant ; j'ai fait cette autopsie à 200 mètres de chez moi.

Deux jours après, le procureur ne s'est sans doute pas contenté de ce que le capitaine de gendarmerie avait fait, car le juge de paix muni d'une commission rogatoire en règle, m'a convoqué à nouveau pour tout recommencer à la gendarmerie où l'enfant était resté dans un sac. J'ai donc refait une seconde autopsie, avec une seconde fois l'épreuve du poumon dans l'eau, etc.

Puis, j'ai fourni un long rapport.

Comment m'établiriez-vous cette note ?

Dr R.

Réponse.

En vertu de l'article 26, 3° du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, vous avez droit, pour chacune de vos autopsies du cadavre du nouveau-né, après exhumation, à un honoraire de 50 francs, soit 100 francs pour les deux, y compris la rédaction et le dépôt de vos rapports.

Exercice de la médecine.

1929. — Les chirurgiens-dentistes et l'anesthésie générale.

Un chirurgien dentiste a-t-il le droit de procéder à l'anesthésie générale, en dehors de la présence d'un docteur en médecine ?

Dr C.

Réponse.

L'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine interdit aux dentistes non-diplômés, mais simplement « patentés », de pratiquer l'anesthésie générale sans l'assistance d'un docteur en médecine.

Il en résulte, *a contrario*, qu'un chirurgien-dentiste diplômé a le droit de procéder seul à l'anesthésie locale, ou même générale.

Un jugement du tribunal de Montbéliard (correctionnel) du 30 janvier 1896, reconnaît que les dentistes non diplômés, mais simplement patentés, ne peuvent pas pratiquer une anesthésie, même locale.

Un jugement du tribunal correctionnel de la Seine (9e chambre) du 14 janvier 1913 reconnaît aux chirurgiens dentistes le droit de pratiquer l'anesthésie générale :

« Il est certain que les chirurgiens dentistes diplômés, ayant fait des études spéciales appropriées à la pratique délicate de la chirurgie, ont la faculté d'employer l'anesthésie pour leurs opérations, sans l'Assistance obligatoire d'un docteur et que la loi ne fait aucune distinction, à cet égard, entre l'anesthésie générale et l'anesthésie locale, mais bien entendu, cette faculté leur impose, en retour, des devoirs étroits de prudence dont ils ne sauraient se départir, sans engager gravement leur responsabilité, au point de vue civil ou pénal ».

Cette dernière phrase indique l'état véritable de la question. Le législateur de 1892 (et cela ressort des débats parlementaires, ainsi que du rapport du professeur Brouardel, commissaire du gouvernement) estimait que le titre de chirurgien dentiste n'était que provisoire, qu'il servirait à mettre un peu d'ordre dans la profession des dentistes, qui jusqu'à cette époque n'était nullement réglementée.

Aussi pensait-on qu'à brève échéance, les docteurs en médecine seraient seuls qualifiés pour exercer l'art dentaire, tout comme une autre spécialité de l'art de guérir.

Il n'en fut rien, à cause du recrutement des chirurgiens dentistes, non parmi les bacheliers, mais parmi les diplômés primaires (actuellement brevet de l'enseignement primaire supérieur, section générale, ménagère ou agricole).

Devant le silence de la loi du 30 novembre 1892, il faut bien admettre qu'un chirurgien

Voir la suite page LV-1591

PROPOS DU JOUR

Un coup d'œil sur les dernières manifestations professionnelles.

Au Syndicat des médecins de la Seine. — La soirée au profit de la société de secours mutuels et de retraites des femmes et des enfants des médecins. — A la Conférence des secrétaires des Commissions départementales de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux mutilés. — A l'Association générale des médecins de France. — A la Maison du Médecin. — Hommage à Anzin au Dr Georges Quivy, ancien secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux de France.

Le mois de mai doit être inscrit cette année en tête de nos fastes professionnels.

Le 4 mai, le *Syndicat des médecins de la Seine* ouvrait la série des manifestations médicales par un banquet qui, sous la présidence du Pr Cunéo, montra combien est encore vivant notre vieux Syndicat et combien était étrange la proposition de ceux qui lui conseillaient de se dissoudre. Cette proposition singulière évoque dans notre esprit la fable de La Fontaine, celle du Renard qui a la queue coupée.

Un bal fit suite au banquet et il y régna la plus franche gaité et la plus confraternelle courtoisie. Le président Jayle qui, avec Madame Jayle, faisait les honneurs de la maison, prononça au champagne une allocution humoristique très applaudie où il fit l'historique du banquet, le septième depuis la guerre. Le succès est allé toujours en croissant, surtout depuis que les femmes de nos confrères y sont conviées (1).

***

Le samedi 7 mai, a eu lieu dans les salons du Ministère de l'Intérieur et sous le patronage de l'Association des médecins de France, une soirée, suivie de bal au bénéfice de la Caisse des retraites des femmes et enfants de médecins. Cette fête de bienfaisance a obtenu aussi un grand succès.

***

Le dimanche 8 mai, le Syndicat des médecins de la Seine a tenu son Assemblée générale. Le président Jayle exposa dans son discours quelques vérités. Nous nous plaisons à en souligner une entre toutes, parce que, comme lui, nous en avons à diverses reprises indiqué l'importance : c'est que la force de nos syndicats réside dans leur organisation, dans leur administration. Administration ne veut pas toujours dire paperasserie. Mais sans administration, un syndicat, quel que soit le nombre de ses membres, est voué à l'impuissance. Qu'on le veuille ou non, le Syndicat des médecins de la Seine est une force parce qu'il a une administration organisée que le Dr Jayle s'est acharné à perfectionner comme secrétaire général, et que son successeur, le Dr Barlerin, améliorera encore. Nous devons leur en être reconnaissants. La question des assurances sociales, qui passionne toujours nos confrères, a été cette fois envisagée avec un plus sérieux désir d'entente et de conciliation. Tous les médecins français veulent également éviter le salariat et la fonctionnarisation, conserver leur dignité et leur indépendance, exercer leur profession avec conscience et probité. Mais où ils diffèrent, c'est dans la tactique à employer pour sauvegarder le mieux possible ces privilèges de la profession médicale. Les uns prétendent exiger des précisions à ce sujet dans la loi. Les autres, peut-être plus clairvoyants, réclament simplement l'inscription dans la loi de la liberté contractuelle laissée à chaque syndicat. Ils savent que les syndicats bien organisés et cohérents ont facilement obtenu ce qu'ils ont voulu de juste des conseils généraux pour l'organisation de l'assistance médicale gratuite, et ils ne doutent pas que les tractations des syndicats autonomes avec les caisses d'assurances autonomes sauvegarderaient les intérêts médicaux dans les régions où les syndicats seraient réellement organisés. L'entente des deux partis paraît vouloir se réaliser. Espérons et attendons. En tous cas, il nous a paru qu'au Syndicat des médecins de la Seine le vent souffle vers la conciliation. Souhaitons que ce ne soit pas une illusion.

***

(1) Nos lecteurs ont déjà lu dans le *Concours Médical* le compte-rendu détaillé de cette fête.

Le samedi, 14 mai, s'est tenue, matin et soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, la conférence des secrétaires des commissions départementales de surveillance et de contrôle pour les soins gratuits accordés aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi des Pensions.

Le volumineux rapport du Dr Lenglet, secrétaire de la commission supérieure, sur le fonctionnement du service pendant les années 1923 et 1924, a été examiné. Ce rapport, qui compte plusieurs centaines de pages et dont le numéro d'avril du *Médecin Syndicaliste* a publié la seule partie statistique, a exigé du Dr Lenglet un travail de bénédictin. Les chiffres des statistiques, fournis par les commissions tripartites départementales, ont leur éloquence. Tandis que 11 % des bénéficiaires ont réclamé des soins dans la Loire-Inférieure, 13 % dans la Lozère, 21 % dans l'Aisne, 22 % dans la Savoie et 26 % en Seine-et-Oise ; 82 % ont demandé le médecin dans la Creuse, 85 % dans l'Ille-et-Vilaine, 88 % dans le Rhône, 92 % dans la Corse, et les Bouches-du-Rhône, avec 100 %, détiennent le record. Nous livrons ces simples constatations aux méditations de nos lecteurs et nous leur laissons faire toutes les hypothèses sur la signification de pareils écarts. La discussion qui a suivi l'examen de cette statistique n'a pas manqué d'intérêt. De nombreux secrétaires se sont plaints de l'instabilité de leurs employés qui, n'ayant là qu'une situation précaire et mal payée, cherchent à en trouver une autre. Il s'ensuit un certain désarroi dans le service qui doit, dans une certaine mesure, rendre suspecte l'exactitude des chiffres fournis à la statistique. L'on a fait remarquer avecjuste raison que les départements où par le fonctionnement des assurances sociales, comme en Alsace, dans d'autres par les services médicaux d'usines et de mutualité, les malades ont été habitués à avoir fréquemment recours au médecin, avaient, du fait même de ces habitudes, des pensionnés plus enclins à réclamer des soins médicaux fréquents. Il en est de même des départements pourvus de nombreux hôpitaux, de sanatoriums, de laboratoires. Dans ces départements, les frais qu'occasionnent les mutilés sont évidemment plus élevés puisqu'ils peuvent bénéficier d'un outillage thérapeutique important, mais évidemment coûteux. Le Haut-Rhin, par exemple, qui est pourvu de cinq sanatoriums, de plusieurs grands hôpitaux, de laboratoires, d'installations radiographiques, dépense proportionnellement beaucoup plus que la Haute-Loire, dépourvue à peu près de ces avantages dont les pensionnés ne peuvent user ni abuser puisqu'ils n'existent pas. En outre, dans les départements du Midi, les tuberculeux affluent de tout le reste de la France.

Certes, toutes ces objections ont leur valeur et il ne faut pas avoir une confiance absolue dans les données des statistiques, même les mieux établies, mais les écarts sont tels entre les départements qu'on est bien obligé de tirer un enseignement de ces constatations. Ce n'est pas le médecin qui est ici responsable. Il est obligé de subir la mentalité du malade dont la moralité chez les uns, le psychisme chez les autres sont étrangement altérés. Le prix de revient de l'ordonnance ne signifie rien, car la multiplicité abusive des visites médicales aurait pour résultat l'abaissement du prix moyen des ordonnances. En outre, il y a de tels écarts dans le prix des journées d'hôpital et de sanatoriums selon les régions, que les dépenses faites à ce titre ne permettent de tirer aucune conclusion d'ordre général.

La conférence a étudié, dans la séance de l'après-midi, les modifications que l'on pourrait utilement apporter au décret qui réglemente le fonctionnement des Commissions, notamment pour faciliter le contrôle tout en évitant de lui donner les apparences d'une brimade à l'égard du médecin traitant. Quoi qu'il en soit, il nous a été permis de constater que les Commissions tripartites ont rempli leurs fonctions en conscience ; que les secrétaires désignés par les syndicats médicaux jouissent pour la plupart d'une grande autorité, car ils sont choisis parmi les confrères les plus estimés de leurs pairs, présidents, anciens présidents, secrétaires de leurs syndicats, et sont animés du meilleur esprit, alliant le souci de leur devoir de surveillance et de contrôle aux sentiments de la confraternité la plus bienveillante.

***

Le dimanche 15 mai, l'*Association générale des médecins de France* a tenu l'Assemblée annuelle des délégués de ses sociétés locales. Sous la direction vigilante de son président Bellencontre, de son secrétaire général Thiéry, et de son trésorier général Bongrand, l'Association est à l'abri de toute surprise et sa situation ne peut être que prospère. Cette heureuse stabilité enlèverait même tout intérêt à l'Assemblée générale, si l'on n'avait coutume de lui soumettre des projets ayant trait au maintien de la dignité morale du corps médical que ses statuts indiquent comme étant un de ses buts. Cette année les projets de la création d'un livre

d'or, de la rédaction d'un Code de Déontologie et de l'instauration de l'Ordre des médecins ont donné lieu à des échanges de vues et à des discussions, qui ont eu pour conclusion la nomination de commissions pour réaliser le Livre d'or et pour collaborer au Code de Déontologie et à l'étude de l'Ordre des médecins, questions dont s'occupent actuellement les syndicats et nombre de sociétés médicales.

Quelques-uns des orateurs ont traité le Livre d'Or avec quelque ironie. Pour eux, tous les médecins praticiens auraient droit à leur inscription et ils prévoient des difficultés et des abus dans le choix des inscrits. Nous avouerons en toute franchise, que nous poussons plus loin qu'eux la modestie et que, bien qu'ayant rempli pendant 34 ans, aussi bien que nous l'avons pu, nos obligations professionnelles, parfois dans des circonstances assez pénibles, nous ne nous trouvons pas le plus petit droit d'être inscrit à un livre d'or. Mais nous pensons qu'en relatant et publiant les actes de dévouement vraiment héroïques, qui, chaque année, causent la mort ou le martyr de quelques confrères qui marchent, en pleine conscience, vers le sacrifice, nous ferions plus pour la moralisation du corps médical et pour la défense de sa réputation et de son prestige qu'en accumulant dans un Code des sanctions illusoires qui ne seront jamais appliquées judicieusement, si toutefois elles le sont jamais. Nous ne nions pas la nécessité du gendarme, mais nous avons la naïveté de croire que pour les gens instruits comme les médecins et qui ne sont pas tout à fait des amoraux ni des imbéciles, les bons exemples et l'exaltation du point d'honneur ont dans le maintien de la moralisation un rôle autrement efficace.

Des critiques se sont élevées sur la proposition que nous avons faite de prier les spécialistes pharmaceutiques de nous aider à divulguer les actes de dévouement des médecins et à glorifier nos martyrs. Mon Dieu ! ne faisons pas à ce point les difficiles. Nous aurions de la peine à nous faire prendre au sérieux. Quand, grâce à la générosité et au dévouement de certains pharmaciens spécialistes (il en est de fort connus et de très appréciés qui, devenus nos confrères, font partie des conseils d'administration de nos œuvres de bienfaisance), nos souscriptions, nos ventes de charité, nos tombolas obtiennent des succès imprévus, nous ne trouvons pas, loin de là, leur intervention intempestive ni indésirable.

Et nous apprécions tout particulièrement la délicatesse de certains d'entre eux qui saisissent le moindre prétexte pour déposer, sans bruit ni réclame, quelques billets dans la caisse de notre association.

Le soir, un banquet réunit les délégués sous la présidence de M. André Fallières, ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales. Le banquet excellent fut servi dans le cadre luxueux du Foyer médical, 9, avenue d'Iéna, qui, bien qu'incomplètement installé, avait ouvert ses portes à l'Association. Duchesne en donne, plus loin, un compte rendu très détaillé et très véridique.

***

Enfin, pour clôturer la série des réunions de ce mois, signalons l'Assemblée générale de la *Maison du médecin* du 29 mai. Nous ne saurions assez vanter et recommander à nos lecteurs, cette œuvre florissante, à qui la crise économique actuelle donne une importance de plus en plus grande. Qu'on songe que sans la maison du médecin, sans son château de Valenton, il y aurait de vieux praticiens, certains octogénaires, dont la situation fut jadis brillante, qui seraient réduits à la plus affreuse misère et *mourraient littéralement de faim.*

La *Maison du médecin*, qui ne peut guère accueillir plus de 25 pensionnaires, non seulement a besoin de vivre, mais de se développer pour remplir le but charitable qui lui incombe et il est du devoir étroit de tout médecin français de coopérer, par une cotisation, proportionnelle à ses ressources, à la prospérité de cette œuvre de bonté et de compassion (1).

J. Noir.

(1) Envoyer les adhésions à M. le Dr Cazin, président de la Maison du Médecin, au siège social, 51, rue de Clichy, à Paris, (8e.)

Pour permettre à tous ceux qui le désirent de se rendre compte de ce qu'est la *Maison du Médecin*, une visite en autocars au château de Valenton est organisée pour le dimanche 19 juin. Le prix aller et retour est de 22 fr. ; se faire inscrire le plus tôt possible à la Maison du Médecin, 51, rue de Clichy. Les familles des médecins seront admises. Un goûter sera servi à Valenton.

Hommage rendu au Dr Quivy, ancien secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, au cimetière d'Anzin.

Parmi les manifestations professionnelles du mois de mai, nous devons donner une place à part à la cérémonie touchante qui a eu lieu le dimanche, 22 mai, au cimetière d'Anzin, où a été inauguré le monument dressé sur la tombe de notre regretté ami, G. Quivy.

Elevé grâce à une souscription dont l'Association parisienne, le Nord médical, prit l'initiative, le monument du Dr Georges Quivy, situé dans l'allée principale du cimetière, est l'œuvre de M. Dussart, architecte. Son harmonieuse simplicité met en valeur le superbe médaillon en bronze du statuaire Paul Theunissen, le grand artiste qui, ami de G. Quivy, a su rendre vivant son profil expressif.

La cérémonie, selon le désir formel de la famille qui y assistait toute entière, a été d'une extrême simplicité. Le Dr Renaudeaux, de Paris, secrétaire du Comité Quivy et délégué du *Nord médical*, appela tour à tour les orateurs qui vinrent s'incliner devant la tombe et exprimer leur reconnaissance à l'ami trop tôt disparu.

Ce fut le Dr Douay, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, président de l'Union valenciennoise, puis M. Ernest Laut, au nom de l'Association des enfants du Nord et du Pas-de-Calais, le Dr Farez, du Nord médical, représentant le Dr Paul, président de cette société qui, en termes excellents, fit un tableau touchant de la vie de Georges Quivy et indiqua le rôle important qu'il joua dans l'évolution de la profession médicale, plus particulièrement après la guerre. Le Dr Decourt, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, salua en termes émus la mémoire de son collaborateur et ami et rappela les grands services rendus par lui au Corps médical français. Le Dr Déplat, au nom du Syndicat des électrologistes et radiologistes, vint à son tour s'incliner sur la tombe de celui qui fut l'actif secrétaire général de cette association. Enfin M. Thiétard, maire d'Anzin, apporta l'hommage de sa cité au médecin philanthrope qui, même après sa mort, devient un bienfaiteur d'Anzin.

Grâce à la générosité du sculpteur, M. Theunissen et de l'architecte M. Dussart, un reliquat assez important de la souscription permettra de fonder une bourse d'études en faveur d'un étudiant en médecine d'Anzin, ou, à son défaut, de la région du Nord.

Après les discours, les assistants furent présenter leurs hommages à Mme veuve Quivy et à ses enfants, Mlle Denise Quivy, M. le Dr Jean Quivy, assistant de radiologie des hôpitaux de Paris, M. Jacques Quivy, interne provisoire des hôpitaux, MM. Emile et Léopold Quivy, frères de Georges Quivy. Nous ne saurions énumérer tous les assistants qui étaient fort nombreux. Parmi les médecins, outre les orateurs, nous citerons le Dr Mauclaire, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté; le Dr Lafontaine, ancien secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, dont G. Quivy fut l'ami fidèle et le collaborateur ; le Pr Vanverts de Lille, président de la Fédération nationale des Syndicats médicaux ; le Dr Bouvat, de Saint-Peray, trésorier de cette Fédération ; le Dr Noir, du *Concours médical* et du « Sou médical » ; le Dr Thobois, de Saint-Ouen ; les Drs Laurent, Rémy et Vallée, d'Anzin, etc., etc.

En dehors des représentants du Corps médical, assistaient à la cérémonie, Me Payen, avocat à la Cour d'appel de Paris, conseil du Nord médical ; M. le Maire, MM. les Adjoints et de nombreux représentants de la municipalité d'Anzin ; M. Raynaud, pharmacien ; M. Guillez, chimiste de la compagnie des chemins de fer du Nord, le compositeur Ludovic Blareau ; M. A. Jaumard, secrétaire général des Rosati de Flandre ; M. Lefèbvre, capitaine de la compagnie des sapeurs-pompiers et les représentants de toutes les sociétés locales anzinoises.

Cet hommage émouvant rendu à notre regretté ami qui, avec une si belle énergie, a su après la guerre non seulement rétablir sa situation personnelle et terminer l'éducation de sa famille, mais aider puissamment par sa bienfaisante activité ses confrères sinistrés du Nord, tout en prenant une part importante à l'action du syndicalisme médical et de nos principales œuvres professionnelles, montre que le mort n'efface pas le souvenir des bienfaits et des services rendus et que le nom de Georges Quivy restera longtemps gravé dans le cœur de ceux qui l'ont vraiment connu.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(*Hôpital des enfants malades*)

Professeur NOBÉCOURT.

L'opothérapie thyroïdienne à hautes doses dans les états de dénutrition et l'athrepsie des nourrissons (1)

Ce garçon est né le 28 décembre 1926, à terme, avec un poids de 3.600 gr., après un accouchement normal.

Il a été nourri par sa mère jusqu'à six jours, puis successivement au lait ordinaire, au lait condensé et, de nouveau, au lait ordinaire. Il avait des vomissements, de la diarrhée et maigrissait.

Il entre le 31 janvier, à 33 jours. Il a une taille de 52 cm., un poids de 3.470 gr., un rapport $\frac{P}{T}$ de 66. Il est très maigre ; sa peau est flasque. Sa température est normale. Il a, dans les vingt-quatre heures, un ou deux vomissements, trois selles vertes très liquides. L'examen des organes ne révèle rien de particulier. La cuti-réaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H⁷) sont négatifs.

On donne de l'eau sucrée à 15 %, de l'eau de riz sucrée, puis du babeurre et, à partir du 3 février, du lait condensé sucré.

Les selles s'améliorent. Le poids, qui a d'abord diminué de 120 gr., augmente : 3.350 gr. le 2 février, 3.550 gr. le 12 février, soit une augmentation de 200 gr. en dix jours, de 20 gr. par jour.

Les 13 et 14 février apparaît de la fièvre (38°-39°) qui persiste, en s'abaissant, jusqu'au 24 ; elle est accompagnée de vomissements et de diarrhée. Le poids tombe à 3.210 gr. le 18 février, à 3.180 gr. le 24, soit de 370 gr. en dix jours, de 37 gr. par jour, malgré la reprise du lait condensé sucré, après une diète hydrique passagère. L'état général est très grave ; la mort paraît imminente. Cependant, il n'y a pas d'azotémie : l'urée du liquide céphalo-rachidien est de 0 gr. 21 et 0 gr. 28 par litre, les 16 et 26 février.

Le 25 février, on commence l'opothérapie thyroïdienne. Jusqu'au 8 mars, on fait chaque jour sous la peau une injection d'un centimètre cube d'un extrait thyroïdien contenant 0 gr. 10 de glande, soit au total 1 gr. 20.

Le poids s'abaisse à 3.140 gr. le 28 février, puis augmente et atteint 3.470 gr. le 10 mars. L'augmentation est de 330 gr. en dix jours, 33 gr. par jour. L'état général est très amélioré, l'appétit bon ; les selles sont normales.

Voici un deuxième malade. Il est né le 10 octobre 1926, à terme, avec un poids de 3.250 gr. Son père est inconnu, sa mère bien portante. Placé à dix jours en nourrice, il ne supporte pas le lait de vache ordinaire et est mis au lait condensé.

Vers le 10 novembre, à un mois, son état général est très mauvais, il a une diarrhée verte abondante, sans vomissements ni fièvre, et est considéré comme perdu. Cependant, il s'améliore quoique la diarrhée verte persiste.

Il est amené le 2 janvier pour la persistance de cette diarrhée. Il a deux mois et vingt-trois jours, mesure 53 cm, pèse 3.200 gr. et a un rapport $\frac{P}{T}$ de 60. Il est très maigre ; sa peau est flasque, ridée, trop large, son facies vieillot, sa fontanelle grande et un peu déprimée ; il y a un peu de chevauchement des os du crâne et de cranio-tabès. Les muscles sont raides. L'abdomen est gros, tympanisé ; le foie, gros en totalité, descend presque jusqu'à l'ombilic ; la rate est normale. Il n'y a pas de fièvre. L'enfant émet par jour trois selles vertes, liquides, sentant mauvais. La cuti-réaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H⁷) sont négatifs ; le Hecht est faiblement positif.

On donne du babeurre, puis du lait sec.

Les selles restent liquides ou muco-grumeleuses. Il y a des périodes fébriles, avec 38°8-39°, Le poids, après avoir atteint 3.360 gr. le 9 janvier, tombe à 2.840 gr. le 19 ; il diminue de 360 gr. en seize jours, soit de 22 gr. par jour.

Du 20 au 31 janvier, on donne du babeurre et du lait sec et on injecte chaque jour un centimètre cube d'extrait thyroïdien, au total 1 gr. 20 de substance active en douze injections.

(1) Leçon du 12 mars 1927.

Le poids augmente. Le 27 janvier, après sept injections, il est de 3.190 gr., soit une augmentation de 350 gr. en huit jours, de 43 gr. par jour.

Mais alors surviennent des poussées fébriles et quelques vomissements. Le poids n'augmente plus ; le 31 janvier, il est de 3.170 gr.

Après l'interruption de l'opothérapie, la chute du poids s'accentue. Le 8 février, l'enfant pèse 2.840 gr., ayant perdu 330 gr. en huit jours, 41 gr. par jour. La chute a surtout été rapide au début ; le 2 février, le poids était de 2.960 gr.; il avait diminué de 210 gr. en deux jours. L'état général est mauvais ; il n'y a pas d'azotémie ; l'urée du liquide céphalo-rachidien est de 0 gr. 23 par litre, le 10 février.

A partir du 1er février, l'enfant est nourri avec du lait condensé sucré ; nous venons de voir que cet aliment n'a pas empêché la perte de poids.

Du 9 au 18 février, on recommence les injections d'extrait thyroïdien, soit un gramme d'extrait en dix injections.

Le poids passe de 2.840 gr. le 8 février, à 3.300 gr. le 20, soit une augmentation de 460 gr. en douze jours, de 38 gr. par jour.

L'augmentation se poursuit après l'arrêt de l'opothérapie. Le 10 mars, le poids atteint 3.800 gr. ; il a augmenté de 500 gr. en dix-huit jours, de 27 gr. par jour.

Actuellement, l'enfant a 5 mois. Son état général est relativement bon ; ses chairs sont plus fermes ; il est plus vivant ; son œil est vif ; son foie a un volume normal.

Voici l'observation d'un troisième de nos malades, que mon ancien interne Max Lévy a relatée dans sa thèse de 1926 : *Etudes sur les cachexies des nourrissons.*

Il s'agit d'un garçon né le 4 février 1925, à terme, avec un poids de 3.330 gr. Il a été nourri par sa mère jusqu'à deux mois, puis au biberon.

Il est amené le 20 avril pour une rhinopharyngite passagère. Il a deux mois et demi, mesure 56 cm. pèse 3.850 gr. ; le rapport $\frac{P}{T}$ est de 68. Il est maigre, a des selles grumeleuses, plus ou moins liquides, vertes ou panachées. La température est normale. L'examen des viscères ne révèle rien. La cuti-réaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H^8), le Hecht sont négatifs.

On prescrit de l'eau sucrée, puis du babeurre et de la bouillie de babeurre, enfin du lait. Les selles sont variables. Le poids augmente et atteint 4.420 gr. le 3 mai ; il a augmenté de 570 gr. en douze jours, de 47 gr. par jour.

Alors l'état s'aggrave : l'enfant a de la fièvre, de la diarrhée verte, maigrit. Le 11 mai, il pèse 3.750 gr. ; il a perdu 670 gr. en huit jours, 83 gr. par jour.

Avec le babeurre, la fièvre diminue, puis cesse, le 20 mai, les selles s'améliorent, le poids reprend un peu. Mais, malgré une température normale, des selle sassez bonnes, l'enfant est anorexique et perd du poids. Il pèse 3.940 gr. le 27 mai, 3.600 gr. le 31 ; il a diminué de 340 gr. en quatre jours, de 85 gr. par jour.

A partir du 31 mai, on donne de l'eau à laquelle on mélange du lait en proportions croissantes et on injecte chaque jour un quart de centimètre cube d'extrait thyroïdien, soit 0 gr. 025 de produit actif. Jusqu'au 10 juin, l'enfant reçoit 0 gr. 27 d'extrait en onze injections.

L'enfant s'alimente mieux et a des selles normales. Le poids augmente ; il est de 4.310 gr. le 18 mai ; l'augmentation a été de 710 gr. en dix-huit jours, de 39 gr. par jour.

L'enfant sort le 18 juin, à quatre mois et demi.

Nous le revoyons le 13 novembre, à neuf mois ; il est en bonne santé.

Voici une quatrième observation qui est également publiée dans la thèse de M. Max Lévy.

Un garçon naît le 17 juillet 1925, à terme, avec un poids de 4.350 gr., de parents bien portants. Il est élevé à l'allaitement mixte jusqu'à un mois et demi, puis au biberon, sans aucune règle. Il a toujours vomi et il maigrit beaucoup.

Il entre le 17 septembre, à deux mois. Il mesure 55 cm., pèse 3.480 gr., a un rapport $\frac{P}{T}$ de 63. Il est très maigre ; sa peau est flasque, ridée. Sa température est normale ; l'examen de ses organes n'apprend rien. Ses selles, au nombre de quatre ou cinq, sont, les unes vertes et liquides, les autres foncées et glaireuses.

On lui donne du lait sec. Les selles restent mauvaises. Du 26 septembre au 2 octobre, il y a une température irrégulière, jusqu'à 39°, les troubles digestifs s'aggravent, le malade maigrit. Le poids qui a augmenté jusqu'à 3.630 gr. le 22 septembre, tombe à 3.260 gr., le 30 ; il a diminué de 370 gr. en huit jours, de 46 gr. par jour. L'azotémie se montre ; le taux de l'urée du sang passe de 0 gr. 27 par litre le 22 septembre à 1 gr. 60 par litre le 1er octobre.

A partir du 3 octobre, la température s'abaisse, ne dépasse plus 38°, les selles sont bonnes, le poids augmente, l'amélioration est très nette. L'alimentation consiste en eau de chaux additionnée de quantités croissantes de lait, le mélange étant sucré à 15 %.

Durant ce temps, on a injecté de l'extrait thyroïdien :

Du 23 au 28 septembre, six injections d'un quart de centimètre cube, soit de 0 gr. 025 de substance active ;

Du 29 septembre au 15 octobre, dix-sept injections d'un demi-centimètre cube, soit de 0 gr. 05 de substance active.

Pendant la première période, l'enfant a des troubles digestifs et perd du poids.

Pendant la seconde, le poids augmente. Il passe de 3.260 gr. le 30 septembre à 3.900 gr. le 12 octobre ; l'augmentation est de 640 gr. en douze jours, de 53 gr. par jour.

L'enfant sort le 16 octobre, à trois mois, pesant 3.910 gr.

Après la sortie, il reçoit encore six injections, une tous les deux jours. Le 2 novembre, il pèse 4.080 gr.

Les quatre bébés sont nés à terme, avec des poids moyens ou même forts : 3.200 à 4.300 gr. Soumis à un allaitement mixte ou artificiel mal réglé, ils ont des troubles digestifs, de la diarrhée commune ou, comme le quatrième, des vomissements habituels. Ils entrent à l'hôpital à l'âge d'un mois, de deux mois ou de deux mois et demi, dans un état de dénutrition allant jusqu'à l'athrepsie. Leur poids est le même qu'à la naissance ou même moindre ; il est de 300 gr., de 1.000 gr., de 1.600 gr. inférieur aux moyennes de l'âge. Les troubles digestifs sont plus ou moins tenaces, s'accompagnent de périodes fébriles ; l'amaigrissement s'accuse.

On institue l'opothérapie thyroïdienne à hautes doses. Le poids, qui diminuait, se met à augmenter quand on commence le traitement. Le premier enfant, qui perdait 37 gr. par jour, prend 33 gr. Le deuxième, qui perdait dans une première phase 22 gr. et dans une seconde 27 gr. par jour, prend, pendant deux cures différentes, respectivement 43 gr. et 28 gr. par jour. Le troisième, au lieu de perdre 15 gr. par jour, prend 39 gr. Le quatrième au lieu de perdre 46 gr. prend 53 gr. ; en même temps son azotémie disparaît.

Ces enfants sont véritablement transformés

***

Les ÉTATS DE DÉNUTRITION, que présentent nos malades, sont fréquents pendant les premiers mois de la vie. Ils relèvent de causes multiples, qui, d'ailleurs, sont souvent intriquées. Un facteur important est la privation du sein. Comme l'a fort justement dit le professeur Mouriquand dans un rapport sur les *états de dénutrition dans la première enfance*, présenté à la *Société de Pédiatrie de Paris*, le 9 novembre 1926, le lait maternel est le lien qui remplace le cordon de la période fœtale. « Lorsque ce *cordon lacté* est coupé, lorsque le lait de vache est substitué au lait humain, l'équilibre nutritif est frappé d'instabilité et mûr par la dénutrition. »

L'allaitement naturel et surtout l'allaitement maternel réalise le meilleur moyen de prévenir et de traiter les états de dénutrition d'origine alimentaire qui conduisent à l'hypothrepsie et à l'athrepsie. Pour beaucoup de raisons, il est trop souvent impossible d'y avoir recours.

A son défaut, on choisit entre les nombreux régimes et les médications variées qui ont été proposés.

Je ne parlerai aujourd'hui que de l'OPOTHÉRAPIE THYROÏDIENNE.

Déjà, dans le *British medical Journal* du 30 avril 1910, J.-W. Simpson a relaté les bons effets obtenus chez les athrepsiques par l'emploi de cette médication. Il donne 0 gr. 02 par jour de poudre de corps thyroïde desséché à des enfants âgés de moins de neuf mois. Le régime restant le même, le poids se met à augmenter soit immédiatement, soit quelquefois au bout d'une ou deux semaines. Chez des syphilitiques, dont le poids ne change pas sous l'influence du mercure, l'opothérapie entraîne l'augmentation.

A la *Société de pédiatrie de Paris*, le 21 février 1922, mon ancien chef de clinique Marcel Maillet a également mentionné les bons effets obtenus chez des hypotrophiques, âgés de quatre à vingt mois. Il prescrit quotidiennement 0 gr. 01 ou 0 gr. 02 de poudre de corps thyroïde, par séries de dix, quinze ou vingt jours, séparées par des repos de dix jours. Sur 32 malades, 29 ont pris du poids : les accroissements pondéraux ont été de 150 à 500 gr. en huit à quinze jours, de 300 à 500 gr. en trente jours.

Avec mon ancien interne, Max Lévy, à la *Société de pédiatrie*, le 9 février 1926, dans *Los Progresos de la Clinica* et dans *Terapia contemporanea*, en novembre de la même année, nous avons montré les bons effets des injections sous-cutanées de hautes doses d'extrait thyroïdien dans certaines cachexies des nourrissons. Plusieurs des observations que nous avons recueillies sont reproduites dans la thèse de M. Max Lévy, que je citais tout à l'heure.

Dans les cas où les injections d'extrait thyroïdien ont une influence favorable, on fait les CONSTATATIONS suivantes :

Le *poids* augmente. L'accroissement commence du premier au quatrième jour ; il peut être très grand, de 80, 100, 150 grammes par jour. Il se poursuit plus ou moins longtemps, parfois jusqu'à la fin du traitement ; assez souvent, il se ralentit au bout de quelques jours. Après l'interruption des injections, tantôt il continue, tantôt il s'arrête et le poids reste stationnaire, tantôt il fait place à une diminution du poids, qui peut revenir à son point de départ.

Quand on recommence le traitement, l'accroissement du poids recommence.

L'*état général* s'améliore. Le bébé est plus vif, plus éveillé. Sa peau reprend son élasticité ; ses chairs, de la fermeté.

L'*appétit* reparaît, les *troubles digestifs* régressent et les selles redeviennent normales.

Quand il existe un état subfébrile, la *température* se régularise ; le bébé redevient monotherme.

Quand il y a de l'*azotémie*, elle disparaît. Chez le quatrième malade, le taux de l'urée du sang tombe de 1 gr. 60 à 0 gr. 12 ‰.

***

Le MODE D'ACTION de l'opothérapie thyroïdienne chez des bébés en état de dénutrition, d'hypothrepsie ou d'athrepsie pose plusieurs problèmes.

La première pensée qui vient à l'esprit est que l'opothérapie *supplée un corps thyroïde déficient*.

De fait, il existe des *lésions du corps thyroïde* chez les athrepsiques. Dans un rapport sur les *hypotrophies* et les *cachexies des nourrissons*, publié dans les *Archives de médecine des enfants*, de 1916, j'ai relaté les constatations faites par Thompson, Lucien, Alezais et Mattéi. La glande est atrophiée, réduite de volume et de poids ; elle pèse 1 gr. 50 au lieu de 3 gr. Sa coloration est rougeâtre, sa consistance ferme et fibreuse. Les vésicules thyroïdiennes présentent des lésions dégénératives à différents stades. La capsule et les travées interlobaires sont épaissies ; le tissu conjonctif est formé de fibrilles normales peu nombreuses, surtout de fibres épaisses ayant l'apparence de boyaux hyalins, volumineux, contournés ; les capillaires sont aplatis, étouffés. Au milieu du stroma conjonctif, on voit des amas de noyaux pycnotiques noyés dans de la substance colloïde, des blocs et des traînées de colloïde. Somme toute, conclut M. Mattéi, il existe : 1° une destruction épithéliale et colloïde ; 2° une hyperplasie conjonctive, qui ne paraît pas d'origine inflammatoire, mais a plutôt l'aspect d'une sclérose dystrophique.

Des altérations semblables se retrouvent dans les *parathyroïdes*, les *capsules surrénales*, le *thymus*, l'*ovaire*.

Ces lésions sont vraisemblablement la conséquence d'une régression qui se produit sous l'influence de la dénutrition générale et de l'inanition. Ces lésions, surtout celles de la thyroïde, sont, d'après M. Mattéi, « assez intenses pour laisser penser qu'on se trouve en présence d'une insuffisance fonctionnelle très notable. »

L'étude du *métabolisme basal* démontre la déficience des fonctions thyroïdiennes ; mais celle-ci est tardive.

M. Fouet, au cours des recherches qu'il a publiées dans la *Revue française de pédiatrie*, d'août 1925, a, en effet, recueilli les constatations suivantes. A la phase d'hypothrepsie, alors que la perte du poids n'a pas atteint 35 à 38 % du poids normal, le M. B. exprimé en calories par vingt-quatre heures est normal, le M. B. exprimé en calories par unité de poids et de surface est augmenté, ce qui se conçoit car la surface spécifique est accrue du fait de l'amaigrissement. A la phase d'athrepsie confirmée, alors que la perte de poids dépasse 35 à 38 % du poids normal, le M. B. exprimé en calories par vingt-quatre heures diminue brusquement, le M. B. exprimé en calories par unité de poids et de surface revint à la normale ; c'est là un indice manifeste de déficience des fonctions de l'organisme et notamment des fonctions thyroïdiennes.

Toutefois, cliniquement, l'athrepsique ne ressemble pas à ces petits myxœdémateux dont je vous ai parlé dans ma leçon du 22 janvier. Les bébés atteints d'athyroïdie congénitale ont la peau épaisse, tendue, le tissu sous-cutané épais, l'aspect infiltré, un poids et un rapport du poids à la taille supérieurs aux moyennes de l'âge et aux moyennes correspondant à leur taille.

Il existe donc un désaccord entre les constatations histologiques et le métabolisme basal, qui sont en faveur d'une hypothyroïdie, d'une part, et l'aspect clinique, qui ne plaide pas dans le même sens, d'autre part.

Il ne faut pas oublier toutefois que les myxœdémateux qui se cachectisent se rapprochent des cachectiques vulgaires ; leur poids, leur rapport du poids à la taille, deviennent inférieurs aux moyennes correspondant à leur âge ou à leur taille, comme chez ces derniers.

Une autre contradiction résulte du fait de l'influence de la médication thyroïdienne.

Chez les myxœdémateux, l'infiltration diminue et le poids baisse. Cette notion peut même faire hésiter à utiliser l'opothérapie chez les athrepsiques. « Connaissant la fonte rapide des tissus qui survient dans l'intoxication thyroïdienne, écrit le professeur Mouriquand dans son rapport, nous avons hésité à employer cette médication chez les athrepsiques. »

Mais au contraire, chez certains myxœdémateux en état de dénutrition, l'opothérapie thyroïdienne entraîne une augmentation de poids ou tout au moins le maintient stationnaire, alors que l'état général s'améliore manifestement. Enfin, nous venons de le voir, cette opothérapie détermine souvent l'augmentation du poids des athrepsiques.

Il est donc permis de penser que l'opothérapie thyroïdienne supplée la déficience des fonctions thyroïdiennes qui se produit chez les athrepsiques.

Elle peut agir en *régularisant la nutrition*, soit par action directe, soit en stimulant le corps thyroïde. Je ne m'arrêterai pas sur ce point.

Elle peut agir en *régularisant le métabolisme de l'eau*. Cette hypothèse mérite quelques développements.

L'organisme du *nourrisson normal* contient une forte proportion d'eau. Dans les tissus, il y a

70 % d'eau, d'après Camerer, M. Michel, M. Aron, au lieu de 60 % chez l'adulte ; dans le sang, il y en a 3 ou 4 % de plus que chez l'enfant plus âgé et l'adulte. Pendant les premières semaines de la vie, l'augmentation du poids du corps et de l'eau du sang, sont presque parallèles, d'après M. Lust. Le sérum renferme 55-65 grammes %° d'albumine, au lieu de 75 à 90 %° chez l'adulte, ainsi que le constatent MM. Lesné et Binet, en 1921, dans leur livre sur la *Physiologie normale et pathologique du nourrisson.*

Comme je l'ai fait remarquer dans mes *Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons*, pour 10 grammes d'augmentation de poids, il y a fixation de 7 gr. d'eau, et avec 100 gr. de lait de femme, le bébé ingère 90 gr. d'eau.

L'eau joue un grand rôle dans la nutrition du nourrisson. Mais l'autorégulation de son métabolisme est imparfaite, peut-être parce que le centre régulateur de la région infundibulaire est encore inachevé. Sous des influences minimes, se produisent de brusques variations dans la teneur de l'organisme en eau, non seulement dans l'eau du plasma, mais dans l'eau de constitution des cellules et par suite dans la teneur des cellules en matières minérales, en colloïdes et en autres substances. Tous les nourrissons ne se comportent pas d'ailleurs de la même façon ; il en est qui sont particulièrement aptes aux hydratations et aux déshydratations rapides ;ce sont des *hydrolabiles* que le professeur Finkelstein oppose aux *hydrostabiles*.

Les bébés en *état de dénutrition*, d'*hypothrepsie*, d'*athrepsie* sont des déshydratés ; ils présentent, suivant la remarque de Parrot, une *cachexie sèche progressive*. Les analyses chimiques des tissus, qui peuvent conduire à une opinion contraire, ne prévalent pas, à mon avis, sur une observation clinique journalière, car d'importantes perturbations se produisent pendant la période agonique.

Ces bébés perdent de l'eau par les reins, l'intestin, les poumons. Le volume des urines est généralement normal, sauf, quand il y a de la diarrhée ; quelquefois même, il y a de la polyurie, comme je l'ai remarqué avec MM. Maillet et Bidot. La diarrhée est fréquente. La quantité d'eau exhalée par les poumons est augmentée, d'après Rubner et Heubner, Bahrdt et Edelstein, Niemann et d'autres.

Les humeurs de l'organisme se concentrent. Le liquide céphalo-rachidien diminue, ainsi qu'en témoignent la dépression des fontanelles, le chevauchement des os du crâne et la ponction lombaire. Dans le sang, M. Jean Minet a constaté de l'hyperglobulie, et, avec M. Maillet, nous avons observé une augmentation du taux des albumines du sérum. Le volume du sang est d'ailleurs diminué, d'après Mac Kim Marriott, Kirsten, Utheim, etc. De ce fait, la circulation est défectueuse et les échanges sont troublés.

Les cellules elles-mêmes se déshydratent et leur fonctionnement est profondément troublé. Le professeur Finkelstein insiste sur l'importance des altérations de la constitution physico-chimique des cellules dans cet état de dénutrition qu'il appelle décomposition et que nous appelons athrepsie. Par suite, les fonctions osmo-régulatrices des couches superficielles sont défectueuses ; sous la moindre influence, la cellule perd de l'eau, des minéraux, de l'azote. L'azotémie, que j'ai étudiée avec MM. Maillet et Bidot, est un indice de dénutrition.

Les troubles du métabolisme de l'eau jouent donc un grand rôle dans les états de dénutrition et l'athrepsie.

On peut se demander si les troubles des fonctions thyroïdiennes, dont j'ai montré l'importance, n'ont pas une action sur les troubles du métabolisme de l'eau.

Malheureusement, il n'existe à cet égard que des notions contradictoires. Pour Eppinger, l'hypothyroïdie favorise l'œdème, l'opothérapie thyroïdienne, la résorption de ce dernier. Pour Marie Parhon, au contraire, la thyroïdectomie pratiquée chez le mouton entraîne la diminution de l'eau contenue dans les muscles.

En faveur d'une influence de l'opothérapie thyroïdienne sur la fixation de l'eau chez les athrepsiques plaident les augmentations rapides de poids et la disparition de l'azotémie, plaide encore l'analogie d'action avec l'insuline et le sucre de canne à hautes doses.

***

Les effets des injections d'INSULINE chez les athrepsiques ont été diversement appréciés par les médecins qui les ont utilisées. Dans certains cas, nous avons obtenu avec M. Max Lévy d'excellents résultats, comme en témoignent les observations que nous avons relatées, le 17 juillet 1925, à la *Société médicale des hôpitaux*, et dans les mémoires, que j'ai cités tout à l'heure, consacrés également à la médication par l'insuline.

Le temps me manque pour citer des observations. Je me borne à vous montrer la courbe d'un cachectique entré dans le service le 21 septembre 1925, qui pesait 4.150 gr. à six mois et demi. Du 21 septembre au 12 octobre, on injecte quotidiennement 10 unités cliniques ; le poids passe de 4.170 gr. à 4.640 gr., soit une augmentation de 470 gr. en vingt jours, de 23 gr. par jour. Du 5 au 11 novembre, on injecte quotidiennement 15 unités cliniques : le poids passe en quatre jours de 4.610 gr. à 4.800 gr., soit une augmentation de 290 gr. ou de 71 gr. par jour.

L'action de l'insuline est complexe. Notamment, elle améliore l'utilisation du glucose. Mais,

en outre, elle intervient manifestement dans le métabolisme de l'eau ; elle favorise sa fixation et augmente l'hydrémie. Les diabétiques traités par ce médicament en fournissent la preuve.

Le professeur Léon Blum, de Strasbourg, a vu apparaître de l'œdème. MM. Widal, Abrami, André Weil et Laudat ont constaté des variations de l'indice réfractométrique du sérum. Moi-même, dans des leçons reproduites dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *troubles de la nutrition et de la croissance,* ainsi que dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine des enfants* de janvier 1925, ai fait remarquer qu'on peut oberver des variations rapides et considérables du poids qui ne s'expliquent que par des modifications dans l'hydratation de l'organisme.

Le SUCRE DE CANNE introduit à hautes doses dans l'alimentation des bébés cachectiques entraîne des augmentations de poids comparables à celles que déterminent l'opothérapie thyroïdienne et l'insuline. J'ai attiré l'attention sur cette action du sucre dans les *Archives de médecine des enfants* de 1914. Je vous en ai parlé dans ma leçon du 18 décembre, reproduite dans *La Tribune médicale* de février.

Je rappelle brièvement l'observation du premier bébé que j'ai soigné en 1913. Né le 2 août 1913, il entre à l'hôpital le 4 novembre, à trois mois et demi. Il a des troubles digestifs, est cachectique, pèse 3.600 gr. L'état s'aggrave ; le 7 janvier, à cinq mois, le poids est tombé à 3.070 gr., l'azotémie est de 1 gr. 15 %°. Jusque-là, la ration de sucre (lactose et saccharose), était de 11 gr. par kgr. Le 13 janvier, cette ration est portée à 30 gr. par kgr. Le poids augmente : du 13 janvier au 12 février, il passe de 3.120 gr. à 3.770 gr., augmentant de 650 gr. en trente jours, de 21 gr. par jour. L'azotémie disparaît.

Or l'action du sucre est complexe. C'est un aliment calorique ; mais, en outre, il fixe de l'eau dans les plasmas intercellulaires et dans les cellules. D'après les physiologistes, la transformation du glucose en glycogène fixe neuf fois son poids d'eau et le glycogène retient trois ou quatre fois son poids d'eau. Bénédict et Milner, Atwator et Bénédict ont établi que l'augmentation de poids produit par un régime hydrocarboné est due à une rétention d'eau.

Il est intéressant de comparer l'action sur le poids des bébés en état de dénutrition et cachectiques de trois substances différentes : l'*extrait thyroïdien, l'insuline,* le *sucre de canne.* Elles interviennent certainement par des processus complexes : les extraits thyroïdiens et l'insuline améliorent la nutrition, le saccharose est un aliment calorique. Elles ont un point commun : l'influence sur le métabolisme et la fixation de l'eau. Les augmentations fortes et rapides de poids s'expliquent surtout par ces phénomènes et l'explication paraît d'autant plus vraisemblable que les cachectiques sont des déshydratés. Je répète ce que je disais devant la *Société de Pédiatrie,* en octobre dernier :

« Le sucre agit comme aliment calorique facilement absorbable et assimilable.

« Il agit également en fixant de l'eau.....

« C'est probablement en régularisant le métabolisme de l'eau qu'agissent les injections d'insuline et peut-être aussi les injections d'extrait thyroïdien. »

J'ajoute que cette influence sur le métabolisme de l'eau, éminemment favorable, n'exclut pas l'influence utile de l'extrait thyroïdien et de l'insuline sur la nutrition.

***

Quel que soit le mécanisme physiologique des injections d'extrait thyroïdien, il convient de retenir, du point de vue pratique, les conclusions suivantes :

1° Les bébés en état de dénutrition, de cachexie plus ou moins avancée, tolèrent bien les extraits thyroïdiens en injections sous-cutanées, aux doses de 0 gr. 025, 0 gr. 05, 0 gr. 10 de substance active, pour des enfants pesant 3 ou 4 kgr.

2° Les injections d'extrait thyroïdien entraînent des augmentations de poids et une amélioration de l'état général, quelquefois de véritables résurrections.

3° On fait des injections quotidiennes d'abord d'une dose faible pour tâter la susceptibilité et bientôt de doses plus fortes.

4° A côté des cas où l'action est favorable, il en est d'autres où elle est nulle. Il en est d'ailleurs de même avec l'insuline et avec le sucre de canne à hautes doses .

Les insuccès n'ont rien d'étonnant ; ce sont au contraire, les succès constants qui surprendraient. L'étiologie et la pathogénie des états de dénutrition sont trop complexes, les états de cachexie sont souvent trop avancés et la résistance des bébés est souvent trop faible, le milieu hospitalier a une influence trop néfaste, pour qu'un agent thérapeutique soit toujours efficace.

CARDIOLOGIE

Syndrome de moyenne surcharge ventriculaire gauche (*)

Dr C. LIAN, agrégé.

Le signe cardiaque par excellence de ce syndrome est le bruit de galop gauche.

Le bruit de galop gauche. — Le bruit de galop est dû à ce qu'aux deux bruits normaux du cœur s'ajoute un bruit sourd localisé dans la diastole. Le plus souvent, ce bruit surajouté précède le premier bruit, il est présystolique (bruit de galop présystolique). Mais il n'est pas rare qu'il se produise au début de la diastole, suivant de près le deuxième bruit normal (bruit de galop protodiastolique [1]). Dans sa forme la plus fréquente, variété présystolique, le bruit de galop est donc caractérisé par deux bruits rapprochés (l'un présystolique et pathologique, l'autre systolique, bruit normal), précédant un bruit isolé (deuxième bruit normal).

Le bruit de galop gauche, est, selon la description de Potain, « un bruit sourd, à peine un bruit, plutôt un choc, un soulèvement diffus de la région du cœur, ayant surtout et le plus souvent son maximum vers la partie moyenne. Il produit pour l'oreille une sensation tactile plutôt qu'une sensation auditive, et ce qui le prouve bien, c'est qu'il n'est pas transmis par les stéthoscopes flexibles. »

Le bruit de galop gauche est donc perçu dans une zone qui correspond non seulement au ventricule gauche, mais aussi au ventricule droit. Mais, somme toute, ce fait n'est pas plus surprenant que la perception, dans cette même région, du souffle diastolique de l'insuffisance aortique, qui est, lui aussi, un bruit intraventriculaire gauche. Cela tient à ce que le ventricule gauche fait une saillie considérable dans le ventricule droit. Sur une coupe perpendiculaire à l'axe des ventricules, le ventricule droit n'est qu'un croissant, aplati sur la moitié droite de la masse arrondie ventriculaire gauche. Donc, au point de vue de la configuration externe, le ventricule gauche n'occupe, dans la face antérieure du cœur, qu'une minime partie. Mais, en réalité, il correspond à une bonne partie de la région précordiale, si l'on tient compte que, pour une portion notable, il est séparé seulement de la paroi thoracique par la paroi mince du ventricule droit et une portion effilée de la cavité ventriculaire droite.

Lorsque le bruit de galop est très marqué, on peut le diagnostiquer par la palpation de la région précordiale. La main perçoit alors, pour un bruit de galop présystolique une impulsion vague et étalée précédant le soulèvement systolique. Ce soulèvement anormal est visible sur les tracés recueillis par la méthode graphique : il est l'exagération du soulèvement physiologique que présentent à l'état normal dans la présystole les cardiogrammes apexiens.

Je n'apporterai qu'un léger correctif à cette description classique. C'est, d'une part, le fait que souvent le bruit de galop gauche s'entend bien, non seulement dans la région mésocardiaque, mais aussi à la pointe, et que dans certains cas même je l'ai trouvé à son maximum à la pointe. C'est, d'autre part, le fait que le bruit de galop s'entend avec les stéthoscopes bi-auriculaires habituels, où le pavillon est relié à l'oreille par un tube de caoutchouc, puis par un tube métallique avec embout auriculaire. Néanmoins, il est plus net dans l'auscultation avec l'oreille appliquée directement sur le thorax car l'oreille perçoit non seulement le bruit, mais aussi le soulèvement vague et étalé de la paroi thoracique.

Quant au mécanisme intime du bruit de galop, il a soulevé de nombreuses discussions. Je rapporterai seulement l'opinion de Potain. D'après cet auteur, le bruit de galop est l'expression de la « diminution de résistance tonique du myocarde ventriculaire ». L'ondée sanguine descendant de l'oreillette dans le ventricule distend beaucoup et brutalement ce dernier, parce que la paroi ventriculaire n'oppose plus

(*) Extrait du T. IV, fasc. I du Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix ; publié avec l'autorisation du Dr Lian, que nous remercions vivement.
N. D. L. R.

(1) Récemment, Gallavardin, puis Laubry, Mougeot et Giroux ont rapporté quelques faits où la localisation protodiastolique du bruit surajouté tenait à un trouble de la conductibilité. L'intervalle entre la contraction des oreillettes et celle des ventricules était très allongé. Ainsi la présystole était relativement rapprochée de la fin de la révolution ventriculaire précédente, et éloignée de la systole ventriculaire suivante. Par suite, le bruit surajouté présystolique était plus près du deuxième bruit précédent que du premier bruit suivant, d'où l'allure protodiastolique du bruit de galop. Cette interprétation, exacte pour les faits rapportés, ne me paraît pas devoir être généralisée à tous les cas de galop protodiastolique.

La localisation du bruit-choc surajouté me paraît surtout tenir à la rapidité de réplétion du ventricule. On conçoit que, dans certains cas, surtout si l'encombrement ventriculaire est très marqué, le ventricule puisse être fortement et brusquement rempli dès le début de la diastole.

Pour toutes ces raisons, j'ai donc quelques tendances à admettre avec Laubry que le bruit de galop protodiastolique indique un trouble plus accentué que le bruit de galop présystolique.

à cette ondée sanguine une résistance très souple, mais une résistance peu souple arrivant brutalement à l'extrême limite de sa dilatation. Cette diminution de la résistance tonique du myocarde serait due, chez les brightiques, à la prolifération du tissu conjonctif. Cette théorie, excellente dans ses grandes lignes, me paraît appeler quelques correctifs de détails. La sclérose du cœur brightique peut manquer ou être minime. D'ailleurs, le bruit de galop s'observe dans les néphrites aiguës. J'estime que la distension myocardique brutale entraînant le bruit-choc dit de galop, dans les néphrites avec hypertension artérielle, est la conséquence d'une surcharge réelle du cœur gauche. En raison de l'hypertension artérielle permanente, le ventricule gauche se dilate et s'hypertrophie. Mais, malgré une grande dilatation hypertrophique et malgré l'absence fréquente de sclérose notable, il finit par éprouver de plus en plus de difficultés à se vider complètement. Aussi, lors de la diastole, la quantité du sang intraventriculaire arrive à dépasser beaucoup celle des sujets sains, et la distension ventriculaire réalisée lors de la présystole ou lors du début de la diastole arrive à être tellement intense qu'elle entraîne un bruit-choc anormal. On conçoit facilement d'autre part que l'encombrement ventriculaire gauche et par conséquent le bruit de galop puissent exister en l'absence d'hypertension artérielle.

A l'intervention de l'encombrement ventriculaire s'ajoute aussi, à mon avis, dans la genèse du bruit de galop, le rôle du gros volume du ventricule gauche, qui assure un contact intime entre la masse ventriculaire et la paroi thoracique.

Ainsi donc, malgré qu'elle ait été de nouveau employée récemment par Laubry et Giroux, l'expression de Potain « diminution de la résistance tonique du myocarde ventriculaire » ne me paraît pas exacte. D'ailleurs, les recherches récentes du physiologiste Starling apportent une idée nouvelle sur la dilatation du cœur. Elle est, d'après lui, une sorte d'adaptation du myocarde qui allonge ses fibres pour pouvoir donner plus de force à sa contraction.

Il est beaucoup plus simple et beaucoup plus près de la vérité d'admettre, comme je le propose, que le bruit de galop gauche est un signe d'encombrement dans la cavité d'un gros ventricule gauche.

Toutes ces considérations, jointes à mes observations cliniques, m'ont amené à faire rentrer le bruit de galop gauche dans le syndrome de l'insuffisance ventriculaire gauche. Ainsi donc, la constatation d'un bruit de galop gauche implique l'existence d'une grande augmentation de volume du ventricule gauche et d'un encombrement, au moins moyen, de la cavité ventriculaire gauche.

Mais il ne faut accorder cette valeur séméiologique qu'à un bruit de galop bien net, qu'à un gros bruit de galop, si l'on peut s'exprimer ainsi.

En effet, il n'est pas rare de percevoir, chez des sujets sains ou atteints des affections les plus diverses, un dédoublement du premier bruit qui forme avec le deuxième bruit un rythme à trois temps rappelant le bruit de galop. Trop souvent un pareil dédoublement est étiqueté à tort « léger bruit de galop » ou « ébauche de bruit de galop ». Pour éviter cette erreur, il est bon de savoir, comme je l'ai fait remarquer, que le dédoublement du premier bruit s'entend surtout chez le sujet debout, et disparaît habituellement dans le décubitus. Il est en cela l'inverse du bruit de galop, qui s'entend bien mieux chez le sujet couché que chez le sujet debout. De plus, il y a lieu de se souvenir que les deux parties du premier bruit dédoublé sont plus rapprochées que le bruit-choc présystolique et le premier bruit de galop bien franc, d'où le conseil prudent formulé plus haut.

VACCINOTHÉRAPIE ET CRÉNOTHÉRAPIE ASSOCIÉES

Pyélonéphrite colibacillaire et vaccination par voie buccale,

Par le Dr H. GAEHLINGER,

Médecin consultant à Châtel-Guyon.

Le syndrome entéro-rénal décrit par Heitz-Boyer est constitué par « un ensemble d'accidents traduisant le retentissement sur l'appareil urinaire de troubles siégeant dans l'intestin ».

L'infection se fait par voie circulatoire et la guérison durable ne peut être obtenue que par la guérison de l'intestin. Tout traitement portant exclusivement sur l'intestin ou sur la vessie n'est qu'un traitement symptomatique. Seul le traitement portant sur l'intestin constitue un traitement causal, puisqu'il s'adresse à la lésion initiale d'où sont partis les microbes qui ont secondairement altéré l'appareil urinaire.

La question mérite d'être posée avec netteté au moment où, de toutes parts, nous voyons surgir des traitements de la pyélonéphrite colibacillaire (lavages des bassinets, pansements vaccinants, etc.) qui visent uniquement la lésion rénale. Si l'essaimage d'origine intestinale a été unique et de courte durée, ces traitements locaux pourront parfois donner des résultats brillants. Mais si, ce qui est le plus fréquent, l'alté-

ration intestinale est chronique, les réinfections d'origine colique continuent et, après une amélioration transitoire, on constate une réapparition des symptômes urinaires.

Le traitement de la lésion intestinale est donc la donnée prédominante. Certes, la vaccination colibacillaire par voie sous-cutanée ou intra-veineuse possède à son actif de très beaux résultats, mais nous pensons que dans les cas où elle réussit, le succès vient, non d'une action sur le rein, mais bien plus d'une action sur l'intestin colitique. Il est assez fréquent en effet, de constater après une série d'injections de vaccin colibacillaire, une améliroration indiscutable des symptômes intestinaux. Ce qui, encore une fois fait les insuccès, c'est que le traitement de la lésion colitique n'a pas été conduit jusqu'au bout et que l'on n'a pas profité de l'action vaccinale pour modifier les altérations intestinales, point de départ de l'infection générale.

Les altérations intestinales sont constantes et, pour notre part, nous n'avons jamais trouvé de pyélonéphrite colibacillaire qui ne s'accompagne pas de lésion intestinale.

C'est la colite qui, le plus souvent par ses modifications de la muqueuse, permet le passage du colibacille. Cette colite est plus ou moins intense, par fois évidente, s'accompagnant de constipation spasmodique ou de diarrhée, parfois latente et décelée seulement par l'examen coprologique.

Lorsque la colite n'existe pas, il faut penser à l'infestation parasitiaire. Ce parasitisme s'associe souvent à la colite, créant ou aggravant les lésions intestinales, mais parfois il peut être absolument isolé et constituer l'unique cause d'essaimage microbien.

Sur 44 cas de pyélonéphrite colibacillaire ou d'infections urinaires d'origine intestinale que nous avons pu soigner depuis quatre ans, nous avons *toujours* trouvé comme cause, soit la colite, soit le parasitisme. Parmi nos malades, une seule avait manqué à cette règle et des événements récents viennent de prouver l'existence d'un parasitisme intestinal que l'on n'avait pu déceler.

Il s'agissait d'une malade qui, il y a deux ans avait, à l'occasion d'une grossesse, présenté une pyélonéphrite grave. Envoyée à Châtel-Guyon pendant une nouvelle grossesse débutante, nous constatâmes les signes d'une pyélonéphrite à allure chronique, mais nous ne trouvâmes aucun motif qui nous permit de soupçonner l'existence d'une lésion intestinale. Tous les examens coprologiques furent négatifs ; nous avions cependant émis l'hypothèse d'un parasitisme intestinal et procédé à diverses recherches toutes aussi négatives les unes que les autres. Sous l'influence de la vaccination par voie buccale, cette malade fut très nettement améliorée mais non guérie. Le pus réapparaissait par moments, les urines contenaient constamment du colibacille ; cependant, la malade restait en bon état de santé, grâce à la vaccination. Or, il y a un mois et demi, elle a rendu un volumineux ascaris mâle, dont les examens coprologiques n'avaient naturellement pas pu montrer la présence. Depuis cette expulsion, les urines se sont totalement éclaircies.

Au sujet de cette observation, nous en rappellerons une autre tout aussi caractéristique. Il y a un an environ, nous recevions à Châtel-Guyon un malade, d'origine grecque, qui nous fut envoyé pour pyélonéphrite d'origine colibacillaire. Ce vieillard de 67 ans présentait depuis plusieurs années et plus particulièrement depuis deux ans des urines purulentes, riches en pus et en colibacilles et qu'aucun traitement vaccinothérapique n'avait pu améliorer. Il avait subi de multiples lavages du bassinet sans aucun succès.

L'interrogatoire était négatif ; les fonctions intestinales avaient toujours été extrêmement régulières. A l'examen, on constatait l'existence d'une grosse cicatrice d'un abcès du foie opéré 35 ans auparavant et qui semblait ne s'être accompagné d'aucun symptôme intestinal. Nous portâmes le diagnostic d'amibiase intestinale et en effet, l'examen coprologique montra la présence de très nombreux kystes d'entamœba dysenteriæ. Traité simultanément par le stovarsol, la vaccination par voie buccale et la cure de Châtel-Guyon, l'amélioration fut extrêmement rapide et un mois après, il quittait la station avec des urines claires. Aux dernières nouvelles, le résultat s'est maintenu.

Cette notion de l'importance des lésions parasitaires est déjà connue de longue date et Léo a insisté à diverses reprises sur cette fréquence. Notre première observation est particulièrement intéressante parce qu'elle prouve qu'en cas de présence d'un ascaris mâle, il n'existe point de signe coprologique de l'existence de ce parasite.

Cette absolue constance de la lésion intestinale étant démontrée, il faut donc systématiquement rechercher la cicatrisation de la ou des lésions intestinales.

Ce résultat pourra être obtenu assez facilement par l'association de l'autovaccinothérapie par voie buccale et de la cure de Châtel-Guyon.

L'autovaccinothérapie par voie buccale que nous avons expérimentée depuis quatre ans, est une méthode assez simple, ne donnant lieu à aucun incident, ni aucune réaction. Elle consiste sommairement à faire préparer un vaccin avec les microbes dominants et de la flore urinaire et de la flore fécale.

En effet, en dehors du parasitisme dont nous venons de voir l'importance, nous concevons que l'exaltation de virulence du colibacille et de l'entérocoque, hôtes normaux de l'intestin, ne peut

se faire le plus souvent que grâce à l'intervention d'un troisième microbe (staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, proteus, etc.), arrivant à l'intestin le plus souvent par voie sanguine et qui crée la lésion par laquelle colibacilles et entérocoques peuvent gagner la circulation. Il peut arriver que ce troisième larron disparaisse des lésions après avoir créé la ou les brèches initiales. Cependant, il faut toujours le rechercher. Le colibacille qui passe dans la circulation n'est souvent que le témoin de la lésion ; il faut s'efforcer, toutes les fois où l'on peut, de déceler l'agent causal et de la lésion intestinale primitive et de l'exaltation de virulence du colibacille.

C'est pourquoi nous faisons, toutes les fois où la chose est possible, figurer dans le vaccin, non seulement les bactéries urinaires, preuves de l'existence de la lésion, mais aussi les microbes intestinaux qui ont pu créer la lésion.

En outre, nous demandons au laboratoire de nous préparer un vaccin bouillon, ayant poussé pendant sept à huit jours, c'est-à-dire un vaccin liquide, riche en exotoxines, en endotoxines et en produits de lyse spontanée. Ce vaccin bouillon est infiniment plus actif qu'un vaccin purement microbien et nous avons l'impression nette que nous pourrions le filtrer, nous débarrasser des cadavres microbiens sans altérer son action. Nous ne le faisons pas pour éviter de transformer encore une fois une méthode qui, à l'heure actuelle, nous donne de très bons résultats, mais nous pensons que cette modification ne changerait pas sensiblement les propriétés antiseptiques et antitoxiques du vaccin.

Il ne faut pas croire qu'à elle seule, la vaccination par voie buccale, soit susceptible de guérir toutes les pyélo-néphrites colibacillaires. Dans bien des cas, par cette thérapeutique isolée, on n'obtiendrait que des améliorations transitoires.

La lutte contre le microbe n'est qu'une partie de notre thérapeutique et en oubliant cette notion capitale, on s'expose à des échecs. Il faut modifier parallèlement le terrain et c'est donc de la recherche de tous les éléments étiologiques que dérivera la thérapeutique.

Nous avons vu l'importance de la suppression des parasites intestinaux et nous ne reviendrons pas sur cette question.

Il faut éviter les causes de réinfection intestinale, dépister les motifs de septicité, réalisés par les affections buccales (stomatites, gingivites, pyorrhée alvéolodentaire), rhinopharyngées (amygdalites, pharyngites, sinusites) que l'on soignera concomitamment avec le traitement intestinal.

Mais si l'infection intestinale a été possible, a pu être réalisée, c'est parce que ces malades sont le plus souvent des insuffisants digestifs, des insuffisants hépatobiliaires, des constipés, chez qui les lésions intestinales n'ont pu se cicatriser.

Ces diverses indications sont satisfaites par la cure de Châtel-Guyon. Dans nos expérimentations faites sous la direction de M. le professeur Carnot, nous avons montré la stimulation sécrétoire résultant de la cure de Châtel-Guyon, se traduisant par l'augmentation des sécrétions gastriques, pancréatiques, intestinales, mais aussi et surtout par une action cholagogue considérable, se traduisant cliniquement par la selle verte de Châtel-Guyon. L'amélioration des sécrétions digestives renforce leur action bactéricide et constitue la meilleure barrière que nous pouvons opposer à une infection ultérieure.

Par cette amélioration des sécrétions digestives et plus particulièrement de la sécrétion biliaire, par son action de tonicité douce et progressive, Châtel-Guyon stimule la motricité intestinale, réagit contre les stases qui perpétuent la lésion et l'infection.

Mais aussi et surtout l'eau de Châtel-Guyon est cicatrisante. Les travaux de Delbet, de Fiessinger et de leurs collaborateurs ont mis en valeur l'action cicatrisante du chlorure de magnésium qui constitue le principal composé de l'eau de Châtel-Guyon. On a la preuve de cette action cytophylactique en traitant les ulcérations recto-sigmoïdiennes chroniques par le goutte-à-goutte rectal d'eau minérale selon la méthode de Murphy et l'on peut assister sous le contrôle du rectoscope à la cicatrisation de ces ulcérations dont la thérapeutique est parfois si décevante.

Cette action cytophylactique, stimulante des éléments cellulaires, est donc du plus grand intérêt et nous pensons avec notre confrère Aine qu'au niveau du tube digestif lui-même, le pouvoir rénovateur du chlorure de magnésium intervient dans une large mesure.

L'action de l'eau de Châtel-Guyon présentera un réel intérêt dans le syndrome typhlocholécystique que l'on constate si souvent en même temps que le syndrome entéro-rénal. Les cholécystites, que l'on rencontre si fréquemment comme complication de l'infection du cæcum, sont une cause de réensemencement microbien de l'intestin. Il se constitue un véritable cercle vicieux dans lequel l'intestin infecte la vésicule biliaire par voie lymphatique ou sanguine, tandis que le réservoir biliaire à son tour envoie dans l'intestin une bile polluée et riche en microbes. Une vaccination pratiquée dans de semblables conditions risque donc d'être inopérante. Il y a donc intérêt, chez les malades qui présentent un syndrome typhlocholécystique, de pratiquer un drainage des voies biliaires pour empêcher la réinfection de l'intestin colitique par une bile sans cesse septique. C'est pourquoi nous avons proposé (*Paris médical*, 11-4-1925), l'évacuation de la vésicule biliaire par l'addition de 10 % de sulfate de magnésie à l'eau de Châtel-Guyon prise à la source.

L'action cholagogue et de drainage des voies biliaires de l'eau de Châtel-Guyon peut être utilisée avec avantage pour obtenir une vaccination biliée.

On sait, en effet, que Besredka a montré que l'ingestion de pilules de bile vingt minutes ou une demi-heure avant l'absorption du vaccin buccal a l'avantage de décaper la muqueuse intestinale, de la débarrasser de ses mucosités et de rendre ainsi plus facile l'absorption du vaccin ingéré.

Il est plus logique de rechercher cette action de décapage avec la propre bile du malade ; l'eau de Châtel-Guyon, soit seule, soit additionnée d'un peu de sulfate de magnésie s'il faut drainer la vésicule, nous permet d'obtenir ce résultat. Nous avons donc l'habitude de faire absorber le matin à jeun l'eau de Châtel-Guyon de façon à provoquer une sécrétion biliaire, puis une demi-heure après l'auto-vaccin dans une petite dose d'eau de Châtel-Guyon. Nous obtenons ainsi un vaccin bilié par la propre bile du malade sans intervention d'aucune substance étrangère.

Il est évident qu'en même temps que la thérapeutique anticolitique, il faut demander au malade de suivre un régime strict qui n'apporte pas de nouvelles causes d'irritation intestinale. Outre que le régime ne doit fournir qu'un minimum d'aliments aux microbes protéolytiques, il doit constituer pour la muqueuse irritée un véritable cataplasme. Ces deux conditions sont réalisées par le régime à prédominance hydrocarbonée, les aliments étant bien cuits, très divisés et au besoin passés. La viande pourra utilement être supprimée au début du traitement pour être rendue ensuite très progressivement. Le képhyr, le yoghourt, viendront en aide pour modifier la flore microbienne.

Pour évacuer l'intestin stasique, il est indiqué d'employer les méthodes de douceur et d'éviter la tactique du charretier qui lèse l'intestin que l'on veut cicatriser. Les laxatifs, les lavements par les traumatismes journaliers qu'ils réalisent, sont une cause extrêmement favorisante de colite, irritent l'intestin, le congestionnent et créent des érosions nouvelles en faisant passer à frottement dur, dans le côlon spasmé, des matières desséchées, véritables corps étrangers de l'intestin. Aussi est-il nécessaire de les supprimer de façon définitive.

L'usage de l'huile de paraffine associée à l'agar-agar ou aux mucilages sera donc indiqué et si l'on a pris la précaution de renforcer en même temps les sécrétions digestives et, en particulier la sécrétion biliaire, l'évacuation intestinale ne sera pas aussi difficile qu'on le pense habituellement. D'ailleurs, au bout de quelques jours, sous l'influence de la cicatrisation des lésions par la vaccination combinée avec la cure thermale, l'amélioration de l'exonération deviendra encore plus nette.

Nous avons traité par cette thérapeutique combinée 44 cas d'infection rénale d'origine intestinale, de gravité différente, depuis les symptômes de colibacillurie avec légère réaction leucocytaire jusqu'aux pyuries considérables et aux pyélonéphrites de la grossesse. Certaines de ces affections étaient récentes : une d'entre elles, datait de vingt ans, une de sept ans avec pyélonéphrite purulente, état général très touché et accès fébriles fréquents, deux autres dataient de six ans et enfin trois cas datant de trois à quatre ans. Dans tous les cas, les urines se sont éclaircies très rapidement, les phénomènes fébriles ont rétrocédé tandis que les signes macroscopiques et microscopiques de purulence disparaissaient. Cependant, il faut signaler que, dans beaucoup d'observations, surtout parmi les premières, le colibacille persiste, pendant trois à huit mois. Chez notre malade atteint depuis vingt ans, la guérison totale n'a pu être obtenue, mais chaque période de vaccination donne au malade une période de tranquillité de six mois au bout desquels il doit renouveler la vaccination.

Dans le cas de pyélonéphrite datant de sept ans, les colibacilles persistent depuis trois ans alors que les autres symptômes urinaires ont cédé totalement. A l'exception de la malade dont nous avons rapporté l'observation au début de cet article, tous les autres malades semblent totalement délivrés de leurs accidents urinaires.

Cette persistance des colibacilles dans le rein que nous avons observée chez quelques malades, alors que les autres symptômes urinaires ont totalement disparu n'a rien qui doive nous étonner. Il semble que, sous l'influence de la vaccination, la communication soit coupée entre l'intestin et le rein et ainsi on met fin aux réinfections constantes d'origine colitique. Lorsque le rein pendant des mois ou même pendant des années a éliminé des colibacilles d'origine intestinale, il peut jusqu'à un certain point être comparé à une éponge remplie de microbes qu'il pourra mettre un certain temps à éliminer. Il semble même que certaines circonstances favorisent la persistance du colibacille dans le milieu rénal et peut être même son développement. En dehors des compressions de l'uretère (grossesse) ou de ses coudures qui entraînent de la stase urinaire favorable à l'infection, il semble que l'hyperalcalinité des urines favorise souvent la durée de l'infection rénale. Nous n'entrerons pas dans les discussions récentes sur l'origine de cette alcalose, mais il n'en existe pas moins que dans les cas où le colibacille persiste après la vaccination, il suffit le plus souvent de donner une médication acidifiante pour obtenir rapidement la disparition de ce microbe. La cure de Châtel-Guyon se comporte le plus généralement comme acidifiante après une période passagère d'alcali-

◆◆◆◆◆

nisation. Cependant, il faut lui préférer les médications telles que l'acide phosphorique, la phytine, l'uroformine et plus particulièrement encore les sels de chaux et surtout le chlorure de calcium. Nous donnons la préférence à ce dernier médicament administré à la dose de six grammes par jour, qui nous a toujours donné de très beaux résultats depuis que nous l'employons.

Cette nécessité de l'acidification du milieu fait comprendre qu'il n'est pas intéressant de continuer trop longtemps un régime végétarien qui, excellent au début pour lutter contre la colite, se comporte comme alcalinisant et finirait par favoriser la persistance des altérations rénales.

La vaccination par voie buccale est donc un moyen précieux de lutter contre les lésions déterminées par la colite et contre les localisations secondaires du microbisme colique. Cependant son action est considérablement facilitée par l'association avec la cure de Châtel-Guyon, qui peut être considérée comme spécifique de l'infection intestinale.

LE FACTEUR C (ANTISCORBUTIQUE) DANS LE LAIT DE VACHE. SES RAPPORTS AVEC LA CONCENTRATION, L'HOMOGÉNÉISATION ET LA STÉRILISATION (1)

Par P. LAVIALLE,

Professeur à l'Université de Strasbourg.

Les recherches exposées dans cette note ont eu pour but de déterminer l'influence de la concentration, de l'homogénéisation et de la stérilisation, sur le facteur antiscorbutique du lait de vache.

Choix de l'animal d'épreuve.

Randoin (L.) a montré (2) que le cobaye exige, quotidiennement, le tiers ou la moitié de son poids de lait frais, pour éviter les accidents scorbutiques. Cet animal ne peut donc pas servir à l'étude des aliments destinés à l'homme dont les exigences en facteur C sont beaucoup moindres.

Mon attention a été attirée sur le chien, dont le scorbut a fait l'objet d'un certain nombre d'observations (3) et présente des caractères rappelant assez exactement ceux du scorbut humain.

J'ai pu, à l'aide d'une alimentation abondante et normale en tous points, mais carencée complètement en facteur C, provoquer chez plusieurs chiens des accidents scorbutiques très nets : sensibilité des articulations ; taches rougeâtres ou bleuâtres de la peau, au niveau des épiphyses surtout ; gonflement des épiphyses ; ulcérations ; tuméfaction des gencives, déchaussement des dents, haleine fétide, diarrhée intense et persistante, déjections sanguinolentes, hématurie, muqueuses fortement décolorées.

Ces accidents surviennent au bout de 7 à 10 mois de régime carencé en facteur C : période d'incubation qui rappelle assez exactement celle du scorbut infantile.

Choix du lait.

J'ai utilisé un lait industriel réunissant les caractères que je désirais étudier : lait pur, non additionné de sucre, concentré à la moitié environ de son volume, homogénéisé et stérilisé. Les caractéristiques de ce lait sont les suivantes :

1° Lait d'herbage, provenant de vaches séjournant aux pâturages presque toute l'année et vraisemblablement très riche en facteurs accessoires divers ;

2° Rapidité du traitement du lait aussitôt après la traite ;

3° Manipulations effectées à l'abri de l'air ;

4° Conservation du lait en boîtes presque complètement remplies et à parois opaques ;

5° Acidité du lait doublée par la concentration.

Expériences.

Voici la série d'essais que j'ai institués au début de novembre 1924, et qui se sont terminés en mars 1926, soit une durée de 15 à 16 mois.

J'ai mis en expérience cinq chiens « fox » en très bonne santé. Chacun d'eux prenait, à discrétion, à 18 heures, une soupe composée de pain, viande, os, sel, eau. Deux fois par semaine, la viande était remplacée par du lait (200 gr. environ par chien). L'ensemble était carencé en facteur C, par chauffage quotidien à l'autoclave à 125° pendant 45 minutes.

Le matin à 8 heures, chaque chien recevait une ration de 500 c. cubes de lait : lait cru (chien n° 1, témoin) ; lait concentré commercial surchauffé par moi à 125° pendant 45 minutes (chien n° 2, témoin) ; lait commercial non surchauffé par moi (chiens n°s 3, 4, 5).

Voici les résultats obtenus :

Chien n° 1. — Ce chien témoin recevant, comme source unique de facteur C, 500 grammes

(1) Extrait *Bull. internat. de la protection de l'enfance*, n° 49, juin 1926.

(2) RANDOIN (Mme L.). — *Bull. Soc. chim. biol.*, T. V. 1923.

(3) GANGÉE (Miss). — *Bull. Soc. Péd.*, mars 1922, p. 107. — KARR (W. G.) : *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, T. XVII, 1920, p. 84.

de lait de vache cru présente, au bout de cinq mois de ce régime, une gastro-entérite grave, qui cesse dès que le lait cru est remplacé par du lait concentré commercial, reprend avec un lait cru d'une autre origine, est encore guérie par le lait concentré, récidive enfin sans guérison possible avec un second retour au lait cru.

Chien n° 2. — Ce chien, témoin, recevant comme unique source de facteur C, 500 grammes de lait concentré commercial surchauffé par moi à 125° pendant 45 minutes, présente les symptômes du scorbut au bout de 9 à 10 mois.

*Chiens n^os^* 3, 4, 5. — Ces trois animaux recevant, comme unique source de facteur C, 500 grammes de lait concentré commercial non surchauffé par moi, ont pu subir ce régime pendant 15 à 16 mois sans présenter aucun symptôme de scorbut.

Il semble résulter, avec évidence, de ces essais, que le lait utilisé (concentré, homogénéisé, stérilisé) renferme le facteur C en quantité ou qualité suffisante pour protéger contre le scorbut, pendant 16 mois, des chiens en bonne santé initiale.

Conclusions.

Le chien paraît de beaucoup préférable au cobaye pour la détermination des carences alimentaires en facteur C, surtout lorsque les résultats doivent tendre à éclairer l'alimentation humaine.

L'expérience sur le chien n° 1 confirme les observations des cliniciens relatives au danger de l'alimentation des nourrissons par le lait cru.

Les connaissances que nous possédons sur le facteur C, en particulier sur sa sensibilité à l'action de la chaleur et de l'air, et sur l'action préservatrice qu'exerce sur lui l'acidité normale du milieu, jointes à mes observations personnelles sur le lait étudié et aux résultats qui viennent d'être exposés, conduisent à proposer aux pédiatres, pour le choix des laits à réserver aux nourrissons, les règles suivantes :

a) Laits d'herbage, riches en facteurs accessoires en général. Cette richesse étant fonction de la richesse en ces mêmes facteurs de l'alimentation des vaches laitières, il est évident qu'un lait d'herbage est plus riche qu'un lait produit au cours d'une longue stabulation hivernale. Il est vraisemblable aussi qu'un lait de cette dernière catégorie conservé, ne permettrait pas de maintenir un organisme en équilibre nutritif aussi longtemps qu'un lait d'herbage traité de même façon.

b) Préparation effectuée rapidement, aussitôt que possible après la traite, entièrement à l'abri de l'air et en s'aidant du vide qui accélère l'évaporation du lait et le désaère complètement.

c) Récipients de conservation remplis aussi complètement que possible pour éviter l'action de l'air.

d) Considérer comme favorables, en ce qui concerne la conservation du facteur C, toutes conditions (concentration en particulier) qui, sans l'intervention d'une fermentation microbienne dont les conséquences sont à éviter, peuvent augmenter l'acidité normale du milieu et protéger par là le facteur C contre les agents de destruction.

e) Jusqu'à plus ample information, conserver le lait à l'abri de la lumière, dans des récipients à parois opaques (1).

La marge certaine de 15 à 16 mois laissée aux chiens nourris au lait concentré non sucré, permet d'envisager sans inquiétude l'alimentation des nourrissons normaux au moyen de laits concentrés de bonne fabrication.

D'ailleurs, jamais le nourrisson ne reçoit pendant une période aussi longue une alimentation lactée absolument exclusive. A l'apparition des premières dents, on commence à varier un peu le régime, et on s'efforce d'y faire entrer, pour une part, des aliments frais tels que : purée de pommes de terre ou de légumes frais, fruits frais ou très peu cuits, et non pas seulement des aliments vieillis. Nombre de cas de scorbut sont en effet, observés chez des enfants soumis à un régime composé en partie de lait stérilisé et en partie d'aliments à carences multiples.

Mes expériences sont d'accord avec les faits enregistrés en pédiatrie. Les cas de scorbut infantile sont rares, surtout en France. Cependant, on élève aux laits conservés un nombre considérable d'enfants qui supportent facilement le régime et prospèrent convenablement. Si tous ces laits étaient entièrement dépourvus de facteur C, le scorbut infantile ne serait pas une rareté.

J'insiste, en terminant, sur le point suivant. Pour utiliser les laits conservés avec sécurité dans tous les cas, même chez les débiles et les atrophiques pour lesquels leur richesse habituelle et leur digestibilité sont si précieuses, il suffit d'administrer régulièrement des sucs de fruits frais (orange, raisin). Il suffirait de généraliser l'emploi de ces sucs, de les considérer comme des satellites normaux de tout lait conservé ou même de tout lait bouilli, pour voir diminuer considérablement, sinon disparaître complètement, les cas de scorbut infantile.

---

(1) Lesné et Vagilano. — Revue « *Le Lait* », décembre 1925.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le lait desséché.

Le Dr I. Vergely rappelle les données intéressantes fournies par le Prof. Porcher (de Lyon) dans un important travail ; il démontre comment le lait desséché a fait faire un grand pas en avant à la question du lait, alors surtout que la question d'approvisonnement en bon lait se pose avec une acuité de plus en plus grande, pour les enfants d'abord, et aussi pour les consommateurs adultes des grands centres.

Le lait en poudre est préparé soit par évaporation du lait à l'air libre jusqu'à consistance sirupeuse, puis dessiccation et pulvérisation du résidu — soit par dessiccation du lait sur cylindres chauffés, — soit par dessiccation du lait pulvérisé en brouillard.

Pour la fabrication de ces poudres de lait, le temps et la température sont deux facteurs importants ; le lait, par exemple, peut être chauffé à 120 ou 130° sans qu'il en résulte de dommage, à condition que l'action de ces hautes températures ne dure que quelques secondes au plus.

Pour faire du bon lait desséché, il faut aussi un bon lait ; mais cette condition étant difficile à réaliser industriellement pour les grandes quantités, il faut toujours pasteuriser, puis pratiquer la dessiccation le plus vite possible après la traite.

Il est inexact que le lait desséché soit un lait modifié ; il n'est modifié que quant à la matière grasse, élément qui varie d'une vache à l'autre, d'une saison à l'autre.

Un lait desséché, en partant d'un lait contenant 40 gr. de matière grasse par litre a une valeur calorigène de 750 calories par litre, et un lait de 30 gr. de matière grasse, 660 calories.

La poudre fraîche a une odeur très fine de pâtisserie ; mais, même très bien préparée, elle se modifie avec le temps et les altératins oportent surtout sur la solubilité et l'odeur. Pour obtenir le degré plus grand de solubilité exigible pour le lait destiné aux enfants, les industriels ont ajouté des carbonates alcalins, mais ceux-ci exercent une influence destructive sur les vitamines et sur l'odeur par l'attaque des protéines, qui laissent dégager des gaz sulfurés.

Une des conditions de conservation est de maintenir sèche la poudre de lait, qui ne doit jamais contenir plus de 3 p. 100 d'humidité.

La loi française exige l'apposition sur l'étiquette de la date de fabrication : c'est une mesure un peu illusoire, étant donné que la durée de conservation, qui peut aller à 15 mois, varie énormément selon la nature du lait et le soin apporté à la fabrication.

Pour les nourrissons, le lait sec est certainement plus difficile à salir que les autres laits. Naturellement la poudre de lait ne réussit pas chez les enfants tarés par la syphilis ou la tuberculose ; ce n'est pas un médicament, pas plus qu'un aliment d'exception ; c'est simplement un très bon aliment, plus ou moins riche, selon la nature de la poudre à laquelle on s'adresse, et qui a la grande qualité de pouvoir être préparé partout, extemporanément, avec toutes les conditions de propreté, on peut même dire d'asepsie requises.

On emploie généralement, pour l'élevage de la première enfance une poudre faite avec un lait originel, constitué par un mélange d'un volume de lait entier avec deux volumes de lait écrémé. Le lait sec normal donnerait des éruptions par suite de surcharge des organes digestifs ; rien de semblable avec la poudre demi-maigre.

Le lait partiellement écrémé ne contient que 15 à 20 gr. de matières grasses par litre ; mais il faut arriver assez rapidement, vers le sixième mois, aux poudres grasses.

Pendant les deux premières semaines on emploie une cuillerée à potage de poudre pour trois d'eau ; on augmente progressivement pour donner, vers deux mois, deux cuillerées à potage de poudre pour six d'eau. A partir de huit mois, augmenter et atteindre, vers la fin du douzième mois, quatre cuillerées à potage de poudre pour dix à douze d'eau. Les enfants sont mis dès le début au régime de sept repas par vingt-quatre heures.

Ces indications sont purement schématiques, et il faut tâtonner suivant les données fournies par la balance. Pour éviter la constipation due à la grande digestibilité du lait sec, qui ne fait que peu de déchets, remplacer de temps en temps le sucre des biberons par de la lactose. Le lait sec ne donne que rarement des troubles digestifs ; les enfants qui vomissent s'en trouvent très bien ; il en est de même des prématurés, des diarrhéiques.

Chez les adultes et les adolescents le lait sec est également précieux dans les néphrites chroniques, pour les convalescents, les opérés de gastro-entéro-anastomose, les malades atteints d'entérites muco-membraneuses, les tuberculeux.

Enfin, industriellement le lait desséché est

employé pour la fabrication du lait malté et des farines lactées. (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 10 octobre 1926.)

Suppurations pulmonaires aiguës.

Deux cas observés par M. Jeanneney lui permettent de formuler les remarques suivantes : l'importance d'un diagnostic précoce, très difficile d'ailleurs, ne se démontre pas. La localisation est tout aussi difficile à préciser. Ceci acquis, la thérapeutique doit être précisée. Dans les formes diffuses, on attendra l'apparition d'une collection, à moins de tenter un pneumothorax ; dans les formes localisées, avec collection constituée, le traitement chirurgical doit être immédiatement mis en pratique : pneumothorax en plèvre libre ; pneumotomie en plèvre adhérente. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, janvier 1927.)

Notions générales sur le traitement médical du cancer

L'étiologie du cancer comporte encore tant d'inconnues qu'en dehors d'un traitement spécifique, actuellement inexistant, il faudra se contenter longtemps encore sans doute d'un traitement empirique et symptomatique. Ainsi s'exprime M. Jeanneney. Cependant, une prophylaxie, basée sur les notions acquises, doit être mise en œuvre et comporter l'examen répété des sujets à hérédité cancéreuse et l'application de l'attention en ce sens sur les malades ayant dépassé la quarantaine ; la poursuite du traitement des syphilitiques ; le traitement des parasitoses et des infections dont les agents ouvrent volontiers la porte au cancer ; la suppression de toute cause locale d'irritation des tissus, de toutes les lésions précancéreuses (leucoplasie), l'observation d'une bonne hygiène pour éviter le surmenage, les maladies, les intoxications... tout ce qui peut diminuer la résistance des sujets et rendre leur terrain favorable à l'éclosion cancéreuse.

Le traitement médical doit se proposer de modifier le terrain, en améliorant l'état général, et en y développant des substances anti-néoplasiques, et de détruire ensuite la tumeur par des substances toxiques spécifiques.

Les insuffisances glandulaires si fréquentes dans le cancer, réclament une opothérapie appropriée. Les substances seraient des substances minérales judicieusement choisies (magnésium, calcium, potassium, phosphore, soufre, fer, etc.). Les toxiques de la cellule cancéreuse sont la quinine (Jaboulay), des substances minérales, des substances radio-actives.

« Dans les cas inopérables ou désespérés de cancers, dans certaines récidives incurables par les agents thérapeutiques actuels, le médecin aura recours à ces différentes médications à titre palliatif en leur adjoignant sans hésitation les analgésiques divers. L'expérience montre que ces traitements palliatifs peuvent beaucoup contre le cancer, soit seuls, soit employés en liaison avec des opérations partielles de nettoyage, elles-mêmes utilisées avec une radiothérapie palliative. » (*Evolution thérapeutique*, octobre 1926.)

Cancer du sein et grossesse.

D'après MM. Réchou, Péry et Jeanneney, on peut admettre que la grossesse et l'allaitement exercent incontestablement la plus fâcheuse influence sur le cancer du sein.

Le cancer subit une poussée et une aggravation sous leur influence, et elles favorisent les récidives des cancers opérés préalablement.

Cancer du sein au début de la grossesse : opérer le cancer et interrompre la grossesse. Cancer du sein et grossesse avancée : opérer le cancer, conduire la grossesse à terme et interdire la lactation. Cancer du sein d'une nourrice : arrêter l'allaitement, opérer si possible, sinon castrer. Enfin, à la femme opérée d'un cancer du sein, interdire la grossesse et provoquer la ménopause par castration anticipée. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 13-2-1927.)

Double cancer du tractus digestif chez un même malade.

Il s'agissait d'un cancer de la bouche et d'un cancer de l'œsophage, chez un homme de soixante-six ans, vérifié à l'autopsie. Ce cas, observé et rapporté par MM. Jeanneney et Mathey-Cornat, a donné lieu aux remarques suivantes :

Les cancers multiples s'échelonnant le long d'un même tractus sont rares, tandis que les métastases œsophagiennes d'autres tumeurs cancéreuses, ainsi que les propagations de voisinage, sont bien connues.

Dans le cas rapporté, les deux cancers étaient distincts. On peut se demander, sans pouvoir répondre à cette question, s'il y a eu coexistence de deux tumeurs distinctes, ou greffe de haut en bas. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 20-2-1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les injections intra-cardiaques dans le traitement des affections pulmonaires.

(MM. CHERECHEWSKI, FLORENTIN et LESBOUYRIES — *Académie de médecine* ; 26-4-1927.)

La voie parentérale d'administration des médicaments s'étend de plus en plus. Après les injections hypodermiques, les injections intra-musculaires, les injections intra-veineuses, voici venir les injections intra-cardiaques comme moyen de traitement des maladies générales ou locales. Disons de suite que nous n'en sommes qu'à la période vétérinaire de cette thérapeutique nouvelle et que le praticien n'a pas encore à faire l'acquisition d'une seringue intra-cardiaque pour le traitement de ses malades atteints de pneumonie ou de broncho-pneumonie.

Dans sa thèse de doctorat vétérinaire, Muret expose qu'il a pu, pendant des mois, pratiquer chaque jour une ou plusieurs ponctions du cœur chez des chiens qui ne présentèrent dans la suite aucun trouble cardiaque ou respiratoire. Opérant sur le cœur droit selon la technique de Muret, MM. Cherechewski, Florentin et Lesbouyries ont fait des ponctions cardiaques répétées sans provoquer d'accident préjudiciable à la vie de l'animal. Ces ponctions multiples ne laissent sur le myocarde que de très fins pertuis non ecchymotiques.

Assurés de l'innocuité anatomo-physiologique de cette méthode, les auteurs l'ont complétée par des injections thérapeutiques, dans le cœur droit, de médicaments divers (bleu de méthylène, collobiase d'or). Ils ont vu la matière colorante diffuser rapidement dans le tissu pulmonaire. La collobiase d'or a paru améliorer un chien atteint de cette forme grave de la « maladie du jeune âge » qu'est la broncho-pneumonie.

Les auteurs poursuivent leurs expériences. La voie intracardiaque permettrait une antisepsie directe du poumon, et pourrait peut-être être favorable dans la thérapeutique des pneumopathies, la tuberculose y compris. En tout cas, les ponctions multiples faites dans le cœur droit se sont montrées inoffensives chez l'animal à la condition d'utiliser de fines aiguilles. Les substances médicamenteuses non irritantes et non huileuses paraissent être bien tolérées.

La synthaline dans la thérapeutique du diabète.

MM. H. CHABANIER et M. LEBERT. — *Académie de médecine* ; 26-4-1927.)

La valeur de la synthaline dans la thérapeutique du diabète commence à être mieux définie, un certain nombre de travaux ayant été déjà publiés sur ce produit. Cette substance, d'origine allemande, a été préparée par les établissements Kalhbaum et préconisée par fe Prof. Frank, de Breslau. Au point de vue pharmacologique, c'est un bel exemple de ce que peut la chimie puisqu'il s'agit d'un agent synthétique dont les propriétés se rapprochent de celles de l'insuline. Au point de vue clinique, il ne semble pas toutefois que l'on soit, tant s'en faut, autorisé à la comparer à l'insuline.

Son principal avantage est son administration *per os*, qui en simplifie l'emploi. Ses inconvénients sont, il est vrai, assez importants pour restreindre beaucoup ses indications, d'autant que son activité se montre très inférieure à celle de l'extrait pancréatique.

MM. Chabanier et Lebert l'ont essayée dans 27 cas de diabète, graves et bénins. Dans les diabètes graves on l'a proposée soit en alternance, soit en association avec l'insuline. Chez 19 de leurs malades atteints de diabète grave, les auteurs n'ont trouvé aucun bénéfice à l'association de la synthaline à l'insuline, soit que la glycosurie ait remonté aussitôt la cessation de cette dernière, soit qu'il y ait eu des phénomènes d'intolérance obligeant à arrêter le médicament. Chez tous ces patients, en effet, la synthaline a provoqué la perte de l'appétit et un état de dépression contrastant avec l'euphorie qui accompagne le traitement insulinique.

Les diabètes bénins paraissent, pour beaucoup d'auteurs, représenter la véritable indication de la synthaline. Il n'est pas douteux que ce produit n'agisse en pareil cas d'une manière efficace, sur la glycosurie notamment. Cela permettrait, dans les petits diabètes, à-t-on dit, d'élargir le régime des malades. Malheureusement, à cet effet heureux, s'associe une action défavorable sur l'appétit et l'état général, avec amaigrissement. Il en fut ainsi chez huit malades de MM. Chabanier et Lebert.

Les auteurs concluent : autant la synthaline, du point de vue purement scientifique, présente un intérêt incontestable, autant au point de vue pratique sa valeur semble limitée. Il y a lieu, d'ailleurs, d'espérer mieux des recherches qui ne manqueront pas d'être poursuivies dans la voie ouverte par Frank et ses collaborateurs.

Traitement des angiomes par les injections intra-tumorales de quinine.

(M. LE ROY DES BARRES, d'Hanoï. — *Société de chirurgie* ; 9-3-1927.)

M. le Roy des Barres a employé avec succès, dans le traitement, des angiomes, les injections de sels de quinine. L'injection est poussée en pleine tumeur et à sa périphérie, à raison d'un centim. cube

environ par point ponctionné. Les points de ponction sont éloignés le plus possible les uns des autres pour éviter la réaction trop intense des tissus qui se produit dans les injections massives au même endroit. La quantité de quinine à injecter varie avec le poids du sujet, de 0 gr. 50 à 2 grammes. Inutile de chercher à pénétrer dans un vaisseau quelconque de l'angiome, l'oblitération se faisant plus par sclérose péri-vasculaire que par réaction endothéliale. L'injection est répétée tous les huit jours environ et des pansements humides chauds sont appliqués pour calmer la douleur, d'ailleurs modérée, causée par la réaction.

Appareil de contention pour les grands prolapsus génitaux.

(M. César, de Culoz. — *Société de chirurgie* ; 16-3-1927.)

M. Pierre Duval présente, au nom de M. César (de Culoz), un appareil très simple pour soutenir, sans réduction, les grands prolapsus utérins. Cet appareil se compose d'une sangle légèrement garnie, suspendue à deux bretelles élastiques passant pardessus les épaules et se rejoignant, en avant et en arrière, au-dessus de la sangle.

M. César a observé deux malades, de 62 et 77 ans, atteintes de grand prolapsus génital, que différents pessaires et ceintures n'avaient pu contenir et que le port de ce simple appareil a permis de tolérer sans grand inconvénient.

M. Pierre Duval pense que ce petit appareil pourra rendre de reéls services à cette catégorie de malades.

Syncopes anesthésiques traitées par l'adrénaline intra-cardiaque.

(M. Toupet. — *Société de chirurgie* ; 16-3-1927.)

M. Toupet fait un rapport sur une série de mémoires de MM. Léo Barbier, Raul et Cuny, Pellot, Guillet et Simonin, relatifs à des syncopes anesthésiques traitées par l'injection intra-cardiaque d'adrénaline.

M. Toupet est un promoteur de cette méthode et les observations qu'il relate aujourd'hui ont été dans leur ensemble favorables à la thèse qu'il défend. Les neuf cas en question sont tous en effet des succès ; deux des opérés ont succombé, mais des suites naturelles de leur affection.

C'est surtout dans la syncope survenant au cours de la rachi-anesthésie que l'injection intra-cardiaque d'adrénaline a été préconisée et employée et l'expérience de M. Toupet n'avait porté jusque-là que sur ce mode d'anesthésie. Or, dans les faits nouveaux relatés aujourd'hui, l'anesthésie au chloroforme et au chlorure d'éthyle figure pour une part.

On connaît l'objection physiologique qui a été soulevée à propos de l'emploi de l'adrénaline intracardiaque dans la syncope chloroformique. Chez le chien, l'association chloroforme et adrénaline s'est montrée nocive, capable de provoquer la syncope elle-même par fibrillation rapide du cœur. L'auteur ne croit pas devoir s'arrêter à cette objection qui ne lui paraît pas valable chez l'homme, sauf peut-être pour les interventions sur les fosses nasales. Comme conclusion, il émet le vœu que, dans toutes les salles d'opérations, on mette à portée du chirurgien le matériel nécessaire à l'injection intra-cardiaque d'adrénaline : une seringue de 2 cent. cubes ; une aiguille fine à ponction lombaire ; quelques ampoules d'adrénaline.

— M. Dujarier a eu avec cette éthode un succès et un échec.

— M. Chevrier pense qu'il faut séparer, à ce point de vue, les syncopes sous anesthésie rachidienne et les syncopes chloroformiques. Dans les premières, l'adrénaline est nettement indiquée. Dans les secondes, l'injection intra-cardiaque d'adrénaline peut être faite s'il s'agit de syncope du début ; elle est beaucoup plus discutable dans la syncope tardive, alors que le sujet est imprégné de chloroforme, faisant craindre l'accident syncopal adrénalino-chloroformique des physiologistes.

— M. Pierre Delbet vient d'observer un résultat nul de l'adrénaline intra-cardiaque dans une syncope chloroformique du début.

La rachi-anesthésie dans l'occlusion intestinale.

(M. Ch. Dujarier. — *Société de chirurgie* ; 16-3-1927.)

Il y a une question de la rachi-anesthésie dans l'occlusion intestinale : elle a été soulevée dernièrement par M. Pierre Duval. Voici en quoi elle consiste

Lorsque l'on anesthésie les opérés par la méthode rachidienne, on voit quelquefois se produire un fait particulier : des évacuations alvines sur la table d'opération. Les causes de ce phénomène résident dans la béance du sphincter anal et la cessation de l'élément spasmodique dues à l'injection rachidienne anesthésique ; peut-être aussi à d'autres conditions. En tout cas, cet incident, s'il a au cours de certaines interventions l'inconvénient de souiller les régions voisines du champ opératoire, a quelquefois des avantages : un iléus se trouve ainsi réduit, l'évacuation alvine souhaitée se produisant avant de prendre le bistouri. Faut-il considérer alors le malade comme guéri ?

M. Dujarier a vu, deux fois, au cours d'une hystérectomie totale faite sous rachi, des selles abondantes envahir le petit bassin au moment de l'ouverture du vagin. Pour éviter cet ennui, il prend actuellement la précaution d'obturer le vagin par une mèche.

D'autre part, lorsqu'une selle se produit, dans le cas d'iléus, du seul fait de la rachi-anesthésie, il serait tout à fait imprudent à son avis de s'en tenir là et l'opération n'en doit pas moins être continuée.

— M. Lecène croit aussi que s'abstenir d'opérer parce qu'il y a eu débâcle consécutive à la rachi-anesthésie, serait une grave erreur.

— M. Riche conclut dans le même sens. Employez,

dit-il, si vous le voulez, la rachi dans l'occlusion intestinale, mais comme anesthésique et non comme traitement.

— M. MAUCLAIRE a observé chez deux malades l'influence heureuse d'une rachi-anesthésie sur l'occlusion intestinale. Deux autres fois, le résultat fut nul. L'auteur rappelle les observations de Mayer, Leriche, Delmas, Jean Quénu, etc. Jusque maintenant, il existe une trentaine de succès publiés, mais les insuccès doivent être très nombreux.

Les examens de laboratoire dans le diagnostic de l'échinococcose.

(M. BRUN, de Tunis. — *Société de chirurgie* ; 23-3-1927.)

M. Brun a eu l'occasion d'opérer à l'hôpital Sadiki 250 cas de kyste hydatique. Il a fait pratiquer chez ses malades les recherches de laboratoire habituelles (éosinophilie, réaction de Weinberg). Il ne lui est pas apparu que ces méthodes apportaient au chirurgien des arguments très décisifs. La radiographie et l'examen clinique donnent beaucoup plus de présion.

L'auteur croit inutile de régler la conduite du chirurgien sur un supplément d'information fourni par le laboratoire. Si un examen de laboratoire négatif devait, ajoute-t-il,faire rejeter l'intervention, 80 pour 100 des cas de kyste hydatique ne seraient pas opérés en Tunisie.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Sarcome de la fesse.

M. F. CONDAMIN présente, au nom de M. Tavernier, une femme porteur d'une volumineuse tumeur de la fesse gauche ayant débuté il y a un an. Cette tumeur, bien qu'énorme, ne détermine qu'une gêne assez légère. D'aspect rouge et violacé par endroits, elle a infiltré la peau dans toute son étendue et poussé des prolongements sous forme de nodosités intra-dermiques. Grosse adénopathie inguinale. On porta le diagnostic de sarcome des parties molles, confirmé par l'examen histologique après biopsie. Le seul traitement possible paraît devoir être radiothérapique.

Traitement des dentiers de la partie inférieure de l'œsophage.

MM. SARGON, DUNET et BINET. — Jeune homme de 24 ans, ayant avalé un dentier de caoutchouc de cinq dents sans crochet. L'œsophagoscopie ayant échoué, on pratiqua la gastrotomie et on tenta d'amener le dentier avec le doigt ; on ne put atteindre le cardia. On tenta alors d'extraire le corps étranger avec une pince, mais sans plus de succès. On se résolut alors à transformer la gastrotomie en gastrostomie temporaire et à attendre que la cessation du spasme cardiaque amène la chute du dentier dans l'estomac, puis dans l'intestin, d'où il fut expulsé par l'anus. Telle est la conduite que M. Sargon préconise dans les dentiers de la partie inférieure de l'œsophage.

Sténose chronique de l'œsophage par corps étranger.

M. SARGNON présente un malade qui avait avalé un os de lapin de la grosseur d'une allumette et de 3 ou 4 cm. de long, en juin 1926. Depuis, gêne œsophagienne, qui est allée en s'accentuant. Actuellement, la radioscopie montre une sténose nette à quatre travers de doigt au-dessous du sternum ; ganglions périœsophagiens ; l'aspect radioscopique est plutôt en faveur d'un cancer avec infiltration périœsophagienne. L'œsophagoscopie montra la présence d'un morceau de viande bouchant complètement l'œsophage à l'origine de la sténose, ce qui expliquait l'aggravation récente de la dysphagie. Une fois ce débris de viande enlevé, on vit une filière d'aspect cicatriciel, à lumière centrale, sans bourgeonnement ni ulcération visible et dans laquelle une bougie n° 16 passe assez facilement. Il s'agit donc d'une sténose cicatricielle par corps étranger ayant déchiré l'œsophage. Ce sont là des faits très rares et de diagnostic particulièrement difficile.

Echinococcose hépatique.

MM. TAVERNIER, MORÉNAS et F. CONDAMIN. — Homme de 23 ans, Arménien, ayant habité Constantinople jusqu'en 1923 ; il avait alors un chien auprès de lui. Depuis deux ans, douleur gravative dans l'hyponchondre droit, quand le malade court ou monte à bicyclette. Depuis l'automne 1926, augmentation de volume de l'abdomen. Actuellement, voussure de l'hypochondre droit, tumeur volumineuse perçue dans la profondeur ; matité à la base droite, avec abolition des vibrations et du murmure vésiculaire. *Radioscopie* : ombre volumineuse empiétant sur l'hémithorax droit et la plus grande partie de l'abdomen, soulevant le diaphragme et déjetant l'estomac à gauche ; on porte le diagnostic de kyste hydatique du foie. L'examen du sang ne montre *pas d'éosinophilie* et l'intra-dermo-réaction au liquide hydatique est négative. L'intervention confirma le diagnostic clinique : énorme kyste englobant tout le lobe droit du foie ; ponction au trocart, évacuation de 1.500 cc. de liquide opalescent, légèrement teinté de bile ; injection de 150 cc. d'une solution à 5 % de formol ; incision du kyste sur le bord antérieur : il ne contenait qu'une membrane germinale affaissée, sans vésicules-filles. Cette membrane enlevée, la poche est suturée sans drainage. Il s'agissait, en somme, d'un *kyste mort* comme en témoignaient l'aspect opalescent et non « eau de roche » du liquide et l'absence de vésicules-filles

reconnaissables. Le liquide renfermait cependant des crochets. Les auteurs voient dans la mort de la colonie échinococcique la cause de l'absence des réactions biologiques habituelles.

Arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne.

MM. Nové-Josserand et Poujet. — Homme de 27 ans, soigné à l'âge de 3 ans pour une arthrite tibio-tarsienne droite fistulisée et un mal de Pott. L'évolution de cette arthrite dura trente-quatre mois. La guérison survint après dix-huit mois d'immobilisation. Actuellement, ce sujet présente une ankylose absolument complète de ses articulations tibio-tarsienne et tibio-péronière inférieure. Mais, fonctionnellement, il a des mouvements de flexion-extension du pied assez étendus, permettant une marche presque normale et qui se passent dans l'*articulation sous-astragalienne* très bien adaptée à sa nouvelle fonction. Dans les raideurs de la tibio-tarsienne, la médio-tarsienne compense souvent la perte de mouvement, mais l'adaptation de la sous-astragalienne aux mouvements de flexion-extension par laxité acquise spontanément est beaucoup moins connue.

Epanchement sanguin extra-dure-mérien à symptomatologie fruste.

M. Heitz présente, au nom de M. Laroyenne et au sien, une jeune femme qui, renversée par une automobile, avait frappé violemment le sol par le côté droit de son crâne. A l'entrée à l'hôpital, hébétude assez marquée, sans perte de connaissance vraie, otorragie droite assez abondante ; pouls à 52 ; pas de paralysies, pas de troubles oculaires, pas d'ecchymose. La torpeur s'accentue dans les heures qui suivent et le lendemain, ce qui décide à pratiquer la trépanation ; entre temps des ecchymoses palpébrales et conjonctivales étaient apparues. On trouva deux traits de fracture parallèles au niveau de l'écaille du temporal, et un troisième intéressant la face supérieure du rocher. On enlève l'esquille délimitée par les deux premiers traits de fracture et on tombe sur un épanchement sanguin occupant toute la zone décollable. On enlève les caillots ; au-dessous d'eux on ne voit pas de vaisseau saignant. On place une méche. Suites simples. La malade sort peu à peu de sa torpeur. Elle est actuellement guérie, sauf une surdité droite due à une otite moyenne consécutive à la rupture traumatique du tympan.

FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

(*Premier Congrès* : *Paris*, 28-30 *avril* 1927)

La propriété littéraire et les droits des éditeurs et directeurs de Journaux

Par le Dr Victor Gardette.

Directeur de *La Presse thermale et climatique*.

La propriété littéraire est reconnue en France par les lois des 19 et 24 juillet 1793 et par les nombreux jugements et arrêts qui ont appliqué cette loi. C'est peu lorsqu'on aperçoit les nombreuses innovations qui se sont produites depuis plus d'un siècle dans l'expression de la pensée, et déjà beaucoup de pays, tels que l'Italie, la Roumanie, la Serbie, la Tchéco-Slovaquie, la Grèce ont devancé la France par l'établissement d'une loi moderne sur la propriété littéraire. Elle est traitée dans son ensemble par M. Ribadeau-Dumas, dont vous saurez apprécier le rapport si consciencieux et si complet.

Je n'ai donc pas à y revenir, et je ne me reconnais pas d'ailleurs la compétence requise pour en discourir.

Néanmoins, grâce à la loi des 19 et 24 juillet 1793, et les applications de cette loi par les tribunaux, la propriété littéraire constitue, il faut bien le savoir, pour un auteur, un droit total et absolu sur ses œuvres quelles qu'elles soient.

Cette proposition étant admise, le rôle qui m'a été assigné est de rechercher, du point de vue de l'éditeur d'un journal ou d'un livre, les limites dans lesquelles il doit se renfermer, suivant les cas, pour ne pas empiéter sur la part de la propriété qui ne lui a pas été cédée et ne s'exposer à aucun mécompte.

La propriété littéraire donne à chaque auteur le droit exclusif d'autoriser ou d'interdire l'édition, la publication ou la reproduction de son œuvre. Elle comprend tous les genres de production intellectuelle, sous quelque forme qu'elle soit livrée au public, qu'elle soit écrite ou simplement verbale, cours, conférences, discours.

Elle s'étend à tous les modes de publication que l'on peut ranger sous quatre chefs : l'édition ou première publication d'une œuvre dans un journal ou une revue, la reproduction de cette œuvre dans un journal, la traduction de cette œuvre, et enfin l'adaptation (cinéma, théâtre, etc...).

L'édition ou la première publication dans un journal ou une revue d'une œuvre quelconque écrite ou orale ne peut donc être faite qu'après autorisation formelle donnée à l'éditeur et au journal par l'auteur, et ce dernier, bénéficiant de la propriété entière de son œuvre peut, à sa guise, l'aliéner en tout ou en partie d'une façon définitive ou pour un temps limité, à titre onéreux ou gratuit.

Les droits d'auteurs sont donc rigoureusement con-

ditionnés par les termes de l'accord ou du contrat intervenu entre l'éditeur et lui. On ne saurait, par conséquent, apporter trop de précision à la rédaction des conventions entre auteur et éditeur. C'est un point très important qu'il y a lieu de retenir ; jamais un auteur ne perdra son temps à fixer clairement les termes de la cession de ses œuvres ou à examiner attentivement les termes de cette cession que lui propose son éditeur.

En l'absence de convention écrite ou dans le silence de cette convention, les difficultés qui pourraient survenir entre auteur et éditeur ne pourront être résolues que par une interprétation qui s'inspirera toujours des circonstances de fait, permettant de préciser l'intention des parties, c'est-à-dire l'étendue de l'abandon fait par l'auteur sur ses droits qui sont légalement illimités. C'est ainsi, par exemple que, sauf convention expresse, la première publication ne confère pas au propriétaire du journal ou de la revue, comme beaucoup se l'imaginent à tort, le droit de propriété sur l'œuvre publiée. Le droit de publication donné par un auteur à titre onéreux ou gratuit, reste, sauf stipulation contraire, limité à une seule publication dans le journal ou la revue. Il en résulte par exemple, et ceci nous intéresse particulièrement, qu'en confiant la publication d'un article, même à titre onéreux, à un périodique, l'auteur garde le droit exclusif de le faire publier à nouveau, c'est-à-dire de le faire reproduire, et avec rémunération par un autre périodique sans même qu'il soit nécessaire de faire mention de la première origine, comme on le croit communément.

Plusieurs périodiques annoncent dans leur manchette que la reproduction des articles publiés dans leurs colonnes est interdite sans autorisation préalable et sans citation d'origine. Cet avis est dénué de toute valeur légale. Il n'a pas plus de valeur que celui auquel ont recours dans les journaux certains maris malheureux qui croient ainsi se libérer de leur obligation de solder les dettes de leur volage épouse. Néanmoins cette mention, sans valeur légale, peut quelquefois mettre un frein au désir de reproduction gratuite de certains journaux.

Il faut en dire autant de l'édition d'un volume. Sauf stipulation spéciale entre auteur et éditeur, le droit de ce dernier est limité à la première édition. Celle-ci étant épuisée, l'auteur reprend l'entière propriété de son œuvre et il est en droit d'en faire assurer la réédition par les soins de qui bon lui semble. Mais ce cas est rare, et presque toujours les auteurs envisagent dans leur contrat le sort des éditions ultérieures.

Les éditeurs, les directeurs de périodiques agiront sagement en ne perdant pas de vue ces quelques considérations. Elles pourront leur éviter beaucoup de déboires et de mécomptes.

Elles trouvent d'ailleurs leur application non seulement aux travaux écrits, mais aussi à la publication des cours, conférences et communications verbales.

La propriété littéraire s'applique, nous l'avons déjà dit, aussi bien à la simple expression orale de la pensée qu'à sa fixation manuscrite.

Il n'est donc pas licite de faire sténographier et de reproduire ensuite un cours ou une conférence sans l'autorisation expresse de l'orateur, comme pour les productions écrites d'ailleurs ; le droit à cette publication, si elle a été autorisée et en l'absence de convention plus explicite et plus large est limité à un tirage. D'autres peuvent ensuite, si l'auteur y consent, le reproduire exactement dans sa forme initiale, aussi bien à titre onéreux qu'à titre gratuit. Le premier éditeur ne saurait exciper du droit que lui auraient conféré l'initiative et la charge financière de faire recueillir ce cours ou cette conférence.

Nous voudrions enfin dire quelques mots d'une question dont nous avons souvent entendu parler et qui nous paraît mal connue. C'est celle de la publication des travaux apportés à la tribune d'un congrès ou d'une société. L'œuvre intellectuelle jouit ici des mêmes prérogatives que dans toutes autres circonstances ; elle ne peut subir une diminution dans ses droits que par le consentement exprès et formel de son auteur.

On a dit, c'est donc à tort, pensons-nous, que la première publication appartenait à la Société ou au Congrès pour lequel un travail a été rédigé.

Ici, comme toujours, si l'auteur n'a aliéné en aucune façon son droit de propriété, il peut à sa guise publier son travail où bon lui semble, même avant qu'il n'ait été inséré dans le volume des comptes rendus du congrès ou dans le bulletin de la société, et avant même qu'il n'ait été communiqué à la tribune du groupement pour lequel l'auteur l'a écrit.

Il appartient donc à ces groupements, s'ils entendent s'assurer la primo-publication des travaux figurant à leur ordre du jour, de prendre avec leurs auteurs des engagements très précis acceptés de part et d'autre.

Tout ce que nous avons dit plus haut de la publication et de la reproduction s'applique également à la traduction et à l'adaptation.

Le droit de traduction fait partie de l'ensemble de la propriété littéraire, et il ne peut en être détaché que par suite de conventions très formelles en l'absence desquelles il reste la propriété indiscutable de l'auteur. Le fait pour un éditeur d'avoir accepté l'édition, la publication et la vente dans sa langue d'origine, d'un écrit quel qu'il soit, ne lui confère aucun droit à la traduction de cet écrit qui peut faire, sans qu'il ait à récriminer et en dehors de lui, l'objet d'un contrat distinct avec un traducteur ou un éditeur étranger.

Il ne nous paraît pas inutile, pour terminer, d'apporter quelques remarques sur un point qui a souvent été controversé et sur lequel l'accord ne semble pas fait : nous voulons parler du droit de citation.

Nous ne trouvons, pour définir la citation et limiter l'étendue au-delà de laquelle elle devient une reproduction déguisée, aucun texte précis dans la législ-

lation, ni aucun usage, qui, admis dans la pratique, puisse suppléer à l'absence de toute règle écrite.

En cas de conflit, les arbitres chargés de le résoudre ne pourront donc asseoir leur décision que sur une interprétation des faits soumis à leur sentence ; ils chercheront à établir pour chaque cas d'espèce, si la citation n'est pas abusive et si, plus ou moins intentionnellement, elle ne cache pas une reproduction déguisée au lieu de rester une simple référence qui dans un écrit permet à un auteur de corroborer sa pensée par celle d'un autre, ou d'argumenter un travail critique.

Mais aucune règle générale ne peut être indiquée car il n'en existe pas.

Nous croyons savoir que la Société des gens de lettres depuis quelques années, considère comme reproduction illicite toute citation qui d'une façon continue ou entrecoupée, dépasse le tiers de l'œuvre originale pour les articles de journaux ou de revues.

L'œuvre intellectuelle sous toutes ses formes constitue donc pour son auteur un patrimoine auquel nul ne peut attenter, mais dont il peut aliéner à sa guise, conformément à ses droits de propriétaire, tout ou partie, à temps ou d'une façon définitive ; en toute hypothèse, l'auteur conserve sur son œuvre, même quand il l'a cédée, un droit de regard et il peut toujours s'opposer à ce qu'il soit porté une atteinte quelconque soit à sa forme, soit à son esprit.

Le droit d'auteur sur son œuvre lui est acquis sa vie durant et il passe à ses héritiers ou ayants droit pendant un délai de 50 ans après sa mort.

Ceux qui enfreignent ce droit s'exposent à une action judiciaire qui peut s'exercer ensemble ou séparément contre tous ceux qui se sont faits les instigateurs ou les collaborateurs de la reproduction illicite (auteur, éditeur, imprimeur, libraire) et les faire traduire, suivant les cas, devant les tribunaux civils ou correctionnels.

Les Livres

EDITIONS DE LA « SEMAINE DENTAIRE »,
12, rue de Hanovre, Paris.

Paul BERNARD. — **Avers et revers. Silhouettes médicales et infra-médicales.**

C'est un épisode rimé de la grande querelle des stomatologistes, des odontologistes et des autonomistes. Episode pacifique, écrit le distingué préfacier, M. Billoret, où la bonne humeur fait suite aux propos outrés.

Pièces, et mieux piécettes, en forme de quatrains, de sonnets, de ballades, le plus souvent tournés spirituellement peut-être, mais dans lesquelles l'indulgence que l'auteur réclama à so n préfacier pour lui-même n'est guère apparente... La satire y voisine en effet avec l'épigramme, et le fouet de l'une cingle, tandis que la pointe acérée de l'autre pique et blesse.

C'est un procédé de polémique, qui cherche à couvrir l'adversaire de ridicule. Je ne sais si la cause à défendre y gagne vraiment quelque chose. D'autant que cela expose à des représailles, toujours possibles.

Voici un échantillon de la manière de Paul Bernard. On y reconnaîtra aisément certain homme d'Etat de la troisième République, membre du Gouvernement durant la guerre, et bien connu pour sa bienveillance envers les dentistes autonomistes.

GLORIA PATRI

Muses inspirez-moi !... Calliope, Thalie,
Prêtez-moi les accents familiers à Ronsard
Pour chanter un Héros, cher à la douce Hygie :
« Gloire au Père... à Titin Bobard ! »

Il s'en vint du pays de Lyonnais le Juste
Nous donner ses clartés, lui, le fils des brouillards
Et porté par Démos, il eut la toge auguste :
« Gloire au Père... à Titin Bobard ! »

Nous lui devons bien plus qu'une gloire éphémère,
Nous, les fils naturels de l'illustre Fauchard.
Il nous fit : « Adjudants ! ! ! » pendant la Grande Guerre :
« Gloire au Père... à Titin Bobard ! »

G. D.

G. DOIN ET CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

Dr J. GATÉ, médecin des hôpitaux de Lyon. — **Dermatologie.** (Un vol. in-16 de 438 pages.) Collection des « Consultations Journalières ».

L'auteur de ce précis a eu pour objectif de rendre, si possible, moins rebutante l'étude de cette branche aride et difficile de la médecine, par ailleurs si intéressante et d'une réelle utilité pratique pour le praticien.

Dans une première partie sont longuement exposées les ressources thérapeutiques dont dispose le praticien : L'hygiène générale avec l'étude des régimes et des climats ; les moyens biologiques (vaccins, tuberculine, injections intra-veineuses et intra-musculaires, médications désensibilisantes et de choc, opothérapie, crénothérapie) ; les traitements locaux (physiothérapie et chimiothérapie). On trouve exposés tous les renseignements utiles sur leur action et leur mise en œuvre.

La deuxième partie envisage les lésions élémentaires, dont la connaissance parfaite est indispensable au dermatologiste, pour lequel elles constituent le fil conducteur, qui leur permettra de comprendre la terminologie dermatologique et de conduire correctement le diagnostic.

Enfin, dans la troisième partie, la plus importante, sont envisagés les différentes dermatoses. Celle s-ci ont été groupées suivant leur aspect objectif. (d. prurigineuses, d. érythémateuses, d. érythémato-

squameuses, d. papuleuses, etc.), suivant leurs localisations, suivant les facteurs étiologiques (d. parasitaires, d. bacillaires, leucémides, tumeurs).

Chaque dermatose, sans anatomo-pathologie, donne lieu à une étude séméiologique aussi précise et aussi claire que possible, à une discussion diagnostique, à un aperçu étiologique, à l'exposé détaillé de la thérapeutique appropriée.

Tel est le plan suivi par l'auteur dans ce travail, qui s'adresse avant tout aux praticiens désireux de se familiariser avec la science dermatologique.

G. DOIN ET CIE, éditeurs, Paris.

Dr HUGEL et DELATER. —**Le système veineux normal et pathologique. Guide des malades et des prédisposés.** (Un vol. 182 pages, 1926.)

Les auteurs ont voulu que ce livre, simple et instructif à la fois, s'adressât à l'ensemble des innombrables malades veineux.

Une notion primordiale s'en dégage, c'est que les phlébites, les varices, ne sont pas un accident fortuit, mais l'aboutissement d'un état de maladie, qui a longuement évolué en silence et sur lequel s'exercent diverses causes provocatrices : infection, intoxication, pesanteur. L'action médicale ne devra donc plus se borner à traiter les lésions dues à cette cumulation, mais elle devra les prévenir en soignant de bonne heure les troubles préparatoires de l'insuffisance veineuse progressive, et, quand ils sont établis, en luttant contre les causes qui pourraient favoriser l'extension de ces lésions sur d'autres points du système veineux. Ces causes, il faudra les rechercher en pratiquant un examen complet et minutieux du malade.

Mais il faut aussi que le malade soit prévenu de la valeur des petits symptômes qu'il observe et de l'importance d'une action précoce sur les troubles qu'ils traduisent. Il faut qu'il soit éduqué.

Les auteurs ont voulu écrire un chapitre d'hygiène préventive (alimentation, vêtement, repas, etc.), et donner une orientation générale de la thérapeutique, qu'il faut suivre.

M. MALOINE, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Prof. Emile SERGENT.— **Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire.** (Un vol. in-8, 538 pages, 69 figures ou planches dans le texte, 1926).

Cet ouvrage important ne se prête pas à une analyse détaillée ; il est, en effet, un simple recueil, ne contenant aucune publication inédite, mais réunissant les principales recherches personnelles que l'auteur a publiées depuis ses « Études cliniques sur la tuberculose » et ses « Études cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire », et qui ont fait l'objet de son enseignement durant ces dernières années.

Ainsi se trouve constitué un ensemble dont les diverses parties sont inséparables. Dans les fragments de cet ensemble, bon nombre de sujets se retrouvent, scandant, en quelque sorte, par étapes successives, les acquisitions de sa pratique clinique, et les modifications progressives de sa conception personnelle sur telle ou telle question.

Dans l'*étiologie de la tuberculose* sont traités : le rôle du terrain, tuberculose et grossesse, syphilis et tuberculose. Puis, c'est le *diagnostic* de laboratoire, la séméiologie clinique, le diagnostic clinique. Ensuite, les *localisations et formes cliniques* : grosses adénopathies hilaires, cortico-pleurales, scissurites et périscissurites, le pneumothorax, etc. Enfin, le *traitement* et la *prophylaxie antituberculeuse* : conférence populaire, la maison de convalescence prolongée, la lutte antituberculeuse en France.

Les *maladies de l'appareil respiratoire* comprennent les méthodes d'exploration et de séméiologie clinique, les pleurésies, la syphilis pulmonaire, les tumeurs, les séquelles respiratoires des intoxications par les gaz de combat ; quelques observations de phrénicectomie.

Librairie MASSON et Cie.
120, boulevard Saint-Germain.

P. RUDAUX, accoucheur des hôpitaux de Paris, et Ch. MONTET, ancien interne des hôpitaux. — **Le guide pratique de la mère. Les deux premières années de l'enfant. Notions élémentaires de puériculture.** (174p. 40 fig.).

Ce petit ouvrage vise à donner aux jeunes mères et aux infirmières, les conseils pratiques dont elles peuvent avoir besoin pour faire de la bonne puériculture. Il n'y est pas question de pathologie, ni de thérapeutique, mais de soins, d'hygiène et de la façon d'appliquer les prescriptions médicales. En un texte illustré de nombreuses figures schématiques, les auteurs décrivent clairement tout ce qui concerne la manière d'élever et de bien élever les enfants pendant les deux premières années de la vie. Voici quelques-uns des nombreux chapitres de cet excellent petit livre : la chambre de l'enfant, manière de donner un bain, de peser, de tenir l'enfant, habillement à la française, à l'anglaise, maillot, couche-culotte, les temps de la pose du maillot, le lit, son contenu, sa préparation, les berceaux, les voitures d'enfant, l'alimentation du nourrisson, au sein, au biberon, stérilisation, dentition, marche, prise de la température, lavements, instillations, etc., etc. Chacune des descriptions s'accompagne d'ailleurs de figures qui permettent de les comprendre.

C'est là un très bon petit guide que le médecin pourra utilement recommander aux mères.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

EXCURSION SUR LA COTE D'AZUR A L'OCCASION DES JOURNÉES MÉDICALES DE MARSEILLE

Plusieurs excursions étaient offertes aux médecins venus aux Journées médicales. Une en Corse paraît avoir groupé un certain nombre d'amateurs, une en Provence et une sur la Côte-d'Azur.

La Société médicale du littoral méditerranéen et son distingué président, le Dr Maurice Faure, de Nice et Lamalou-les-Bains, avaient convié d'une façon spéciale, à cette dernière, le *Concours médical* et son représentant et c'est avec le plus grand plaisir que j'ai pu jouir de cette magnifique randonnée dont l'organisation fut parfaite. Elle a permis aux 70 médecins français et étrangers désireux de connaître et d'admirer cette région incomparable de notre France, de contempler la Méditerranée aux puissants coloris sous un soleil radieux . Quand on voit certaines toiles de nos artistes peintres avec une mer bleu vif, on a tendance à se dire « ces bons Méridionaux exagèrent un peu » et pourtant quand on a la vision réelle de cette mer, on est obligé de se rendre à l'évidence.

Dans cette caravane étaient un certain nombre de membres du *Concours* avec lesquels la connaissance est vite renouvelée.

Puis, un certain nombre de confrères étrangers entre autres le professeur Saforeada vice-doyen de la faculté de médecine de Barcelone ; le Dr Turo, président du Cercle médical de Barcelone et rédacteur en chef d'*Ars medica* ; le Dr Battestini, directeur du même journal ; le Dr D'Ermst , secrétaire général de l'Association des médecins de Genève ; le Dr Odagesco, président de l'Association des Etudiants roumains, les docteurs Marcel et Laure Sœur, de Charleroi, le Dr Koliopoulos, de Tripolitza (Grèce), etc.

Beaucoup de dames accompagnaient les touristes et leur présence donnait un nouveau charme à cette exquise excursion.

Le point de concentration était fixé à Cannes et pour nous rendre dans cette ville, nous eûmes le plaisir, en compagnie du Dr M. Faure, depuis notre départ de Marseille, de prendre un avant goût des beautés de la région, contemplant la chaîne des Maures, la Méditerranée et ses golfes de Saint-Tropez, de Fréjus, avec une vision brève des anciennes arènes et de l'aqueduc de cette cité.

Arrivée à Cannes vers midi, en longeant le golfe de la Napoule. On nous attend et tout est prévu avec précision. On nous conduit dans nos hôtels respectifs, hôtels de premier ordre avec tout le confort capable de satisfaire les plus difficiles, confort élégant et luxueux que nous trouverons dans tous les hôtels lors de nos séjours à Nice et à Monte-Carlo.

L'après-midi est consacrée à la visite de Cannes, la ville aristocratique de la Côte, séjour préféré des souverains, ainsi qu'en témoigne le monument d'Edouard-VII, élevé à proximité du Casino. Promenade pour le Cannet, cette délicieuse banlieue de Cannes si bien abritée et si favorable à nos convalescents, puis le chemin Prince de Galles, la Californie avec ses riches villas et ses palais perdus au milieu des fleurs, enfin la fameuse promenade de la Croisette si vivante, avec son horizon splendide sur les îles Lérins, son casino fastueux, ses hôtels princiers, ses magasins somptueux. Retour par le boulevard du Midi jusqu'à la Bocca et les flots bleus où, à 17 heures, un apéritif d'honneur nous était offert par les personnalités de la ville dans une salle de décoration moderne, au milieu des danses animées aux accords discordants d'un tumultueux jazz-band.

On rentra dans l'agglomération de Cannes où l'on put admirer son port, l'aspect pittoresque de la ville haute groupée autour de l'église. Pendant ce temps, un groupe se détachait pour voguer vers l'île Saint-Honorat avec son ancienne tour moyennageuse et l'île Sainte-Marguerite avec ses souvenirs du Masque de fer et du traitre Bazaine.

Le soir, le Casino nous était gracieusement ouvert et un certain nombre d'entre nous purent applaudir Le Bargy dans le Duel.

Le lendemain, la caravane se dirigea vers Nice en longeant le golfe Juan, Juan-les-Pins, avec un arrêt au Cap d'Antibes. Après une visite sous la direction de l'aimable docteur Delmas, distingué praticien d'Antibes, du parc d'Hellen-Roc avec ses allées superbes ayant pour horizon la mer bleue, ses sentiers rocailleux, ses grottes, sa flore tropicale, nous sommes montés à la table d'orientation de la Garoupe, voisine du phare et du sémaphore pour jouir d'un coup d'œil unique, favorisés par la lumineuse clarté du soleil.

Comme arrière-plan, les cimes neigeuses des Alpes Maritimes, puis l'Estérel, enfin la magnifique côte avec ses golfes et ses promontoires depuis Saint-Tropez jusqu'à Bordighera et en face, le cap d'Antibes avec ses tours sarrazines sur la hauteur, le fort Carré et l'anse Saint-Roch avec le petit port d'Antibes. Dans ce lieu de délices, le Dr Sardou, de Nice, nous fit une conférence des plus intéressantes sur les particularités du climat de la Côte-d'Azur, sujet qu'il traita avec sa compétence exceptionnelle et qui fut très goûté des auditeurs. Mais le temps presse, après l'aimable compliment de bienvenue des représentants de la municipalité d'Antibes, nous devons gagner Nice, la capitale des Alpes-Maritimes. Avant de se séparer, M. Guillaumont, président du Syndicat d'initiative d'Antibes, avait eu l'amabilité d'offrir aux dames du groupe une superbe gerbe de fleurs.

Nos auto-cars nous amènent aux confins de la route de Nice, où nous fûmes reçus par le Dr Guglielminetti, le créateur du goudronnage des routes de la Côte-d'Azur, un bienfaiteur de cette région persécutée par les poussières si nuisibles aux malades, si désagréables aux touristes et aux chauffeurs. Notre confrère, appelé familièrement le Dr Goudron, titre dont il est fier, nous fit l'historique de sa découverte, nous montra les heureux résultats de ses applications, conférence très applaudie, complétée par des renseignements techniques des ingénieurs Bonfante et Chabot.

A midi, nous parcourions triomphalement la promenade des Anglais, de réputation mondiale, avec ses palmiers, ses hôtels et villas d'une richesse inouie, pour nous rendre à l'hôtel Métropole ou un déjeuner somptueux nous était réservé sous la présidence de M. Charabot, sénateur des Alpes-Maritimes, du Dr Bonnet, adjoint remplaçant le maire et du Dr M. Faure, l'animateur et l'organisateur de ce voyage médical. Autour de la table d'honneur, les convives s'étaient groupés par petites tables au gré de leur convenance. Le repas se déroula dans une atmosphère de joyeuse sympathie, grâce à la délicatesse du menu et la belle ordonnance du service. Une surprise nous était réservée. Deux charmantes niçoises, en costume du pays, coiffées de la Petase, firent le tour des tables pour offrir à chacun de magnifiques œillets de Nice. Une série de discours termina le repas. D'abord celui du Dr M. Faure, qui, avec une simplicité charmante, une parole facile, nous présente le sénateur des Alpes-Maritimes venu parmi nous surtout, fier de son titre de docteur es sciences et par conséquent plutôt en collègue et ami qu'en représentant officiel.

Il le remercia ainsi que le Dr Bonnet et il termina en glorifiant à juste raison la Côte d'Azur, lui attribuant les paroles de Gœthe : « C'est là que je voudrais vivre, aimer et, ajoute-t-il, ne pas mourir ». Il fut acclamé par un ban des plus nourris. Le discours du sénateur Charabot fut un morceau d'une éloquence remarquable. Il sut avec un art achevé rendre un hommage délicat aux dames qui assistaient au banquet, il salua, avec des paroles justes et cordiales, les médecins étrangers nos hôtes et termina par ces mots : « C'est de l'union ferme des forces intellectuelles des nations que dépendra dans l'avenir immédiat la paix universelle ». Son discours fut souligné à maints passages de frénétiques applaudissements. Le Dr Ernsten en quelques phrases émouvantes répondit au nom des médecins étrangers.

Après, nos auto-cars nous transportaient à Cimiez, cette villégiature reposante, loin et près de l'agitation de Nice avec ses splendides villas, ses palais comme Tony-Pin, ses grands hôtels comme le Winter-Palace, Riviera-Palace, le Majestic, le Regina. Le Dr M. Faure, *deus ex machina*, nous fit visiter les salons et les appartements somptueux du Regina, les pièces occupées jadis par la reine Victoria dont la statue est élevée à proximité. Des fenêtres de l'hôtel, une magnifique vue se déroule de l'agglomération niçoise. Mais la tournée est longue, nous remontons dans nos voitures pour gagner le Mont-Boron et jouir de ce point du panorama féérique de la ville de Nice, de la jetée, du château et de la fameuse baie des Anges avec, sur l'autre versant, la rade de Villefrancehe et le cap Ferrat. Nous faisons une courte halte à la villa des Délices du Dr Martinaud, asile charmant pour cure de repos, de régime et de soleil. De là, nous descendons aux usines d'ozonisation où le Dr Balestra nous expliqua d'une façon intéressante le régime des eaux de la ville de Nice et de l'usine de Cimiez qui peut fournir par jour à chaque habitant 300 litres d'eau stérilisée s'ajoutant à 300 litres d'eau épurée pour les usages domestiques.

Puis c'est la descente sur Beaulieu en longeant ces rues fleuries, ce boulevard Gordon-Bennet dont toutes les murailles ne sont qu'un mur de fleurs à couleurs vives et variées, surtout de l'espèce des Dragonniers, jusqu'à ce superbe jardin public si riche en espèces florales qui poussent jusqu'au bord de la mer.

Nous avons pu admirer le port de cette charmante localité et la pointe des Fourmies avec la villa construite par Théodore-Reinach sur les plans d'une maison de l'antiquité grecque. Déjà en parcourant la nouvelle corniche, nous avions pu admirer le magnifique panorama de la rade de Villefranche avec ses rives si pittoresques, séparée de la baie de Beaulieu par le cap Ferrat et ses villas aristocratiques. Le docteur Héraud de Besse, médecin de Beaulieu après nous avoir souhaité la bienvenue nous fit une causerie médicale sur le climat de cette station, la plus tempérée et la mieux abritée de la côte, remarquable

par sa faune et sa flore tropicale presque uniques dans les Alpes-Maritimes, qui permet la culture du citron et même du bananier et autres espèces aussi rares.

Nous regagnâmes Nice par la route du bord de la mer, si pittoresque, pour revenir à nos hôtels en longeant les magnifiques jardins du roi Albert-Ier, voisins du monument commémoratif de la réunion de Nice à la France, la place Masséna et l'avenue de la Victoire.

Après un dîner rapide, on revêt son smoking pour se rendre aux casinos de la Jetée et au Casino municipal, ouverts gracieusement aux médecins excursionnistes et à leurs familles.

de Rome pour commémorer la soumission des peuplades Ligures. De la Turbie, on jouit d'un coup d'œil enchanteur sur la principauté de Monaco.

Nos cars nous conduisent ensuite à Garavan et à la frontière italienne, au pont Saint-Louis. Halte de quelques minutes pour constater le zèle des douaniers italiens et parcourir ces boutiques de camelots vendant des bibelots et des souvenirs. Nous gagnons la délicieuse Menton, ville chère et propice aux malades, sur cette promenade du Midi en bordure de la mer, pour nous rendre à l'hôtel Balmoral où nous déjeunons. Déjeuner excellent comme toujours, menu choisi,



Le lendemain, départ de Nice par la Grande Corniche et la route stratégique. Promenade ravissante, permettant des vues plus lointaines et des panoramas plus vastes. Malheureusement, pendant une heure environ, un fâcheux brouillard nous dérobe l'horizon.

Le programme prévoyait un arrêt à la Turbie, petite ville curieuse, avec ses vieilles rues moyennageuses, tortueuses, avec ses antiques demeures arcboutées par des arcades en plein cintre, ses escaliers extérieurs et surtout son imposante ruine romaine, dite le trophée ou la tour d'Auguste. Le Dr M. Faure nous fit avec maîtrise l'histoire de ce monument construit en l'an 749

vins délicieux. Discours au dessert pour ne pas en perdre l'habitude. Un toast rempli d'émotion du représentant de la Roumanie, pays sœur de la France, puis du professeur Saforcada, de Barcelone. Le Dr Vimont en quelques phrases simples remercie le Dr Faure, les confrères étrangers, les municipalités, au nom du *Concours médical* et de la presse professionnelle. Le Dr Faure exprime sa gratitude en termes émouvants aux différentes nations représentées au voyage médical et a un mot charmant pour la Grèce qu'il appelle la grand'mère de la Côte-d'Azur, puisque ces villes, avant d'être romaines, avaient eu une origine grecque. Le Dr Sardou, paraphrasant

les mots Gallia immortalis inscrits au détroit des Dardanelles, boit à notre pays.

Mais il faut se hâter de regagner les voitures et nous nous dirigeons sur le cap Martin avec ses oliviers et ses pins de forme bizarre s'inclinant respectueusement vers cette mer si belle et si bleue. Cette halte charmante nous permet de mieux communier avec ces lieux enchanteurs et nous repose de ces visions rapides se déroulant comme un film à nos yeux.

De là, nous nous acheminons vers Monte-Carlo. Installation rapide et luxueuse au Monte-Carlo-Palace. Une heure de flanerie nous permet de prendre contact avec Monte-Carlo, ses superbes parcs aux essences d'arbres variées, à la floraison luxuriante, puis nous errons à loisir sur les terrasses si grandioses bordant le Casino sur la mer et le tir aux Pigeons.

Après le dîner, une soirée de grand gala nous était réservé. Le Casino avait mis à notre disposition des entrées pour la salle de théâtre où se donnaient les ballets russes. Spectacle de choix, dans cette luxueuse salle construite par Garnier, architecte de l'Opéra, assistance choisie et élégante, artistes à réputation mondiale. Ces ballets, surtout ceux à caractère national ou classique, recueillirent de nombreux applaudissements et des levées de rideau répétées. Un petit tour aux salles de jeu, pour tenter sa chance ! ! !

La matinée du lendemain fut consacrée à la visite de Monaco. Nous avons pu en montant au château, admirer ce joli port d'Hercule destiné surtout aux yachts et bateaux de plaisance. Puis une visite du nouvel établissement thermal où dans un cadre moderne sont réunis toutes les applications de l'hydrothérapie et des agents physiques.

Nous allons signer le registre des visites au palais du Prince. Nous gagnons le palais océanographique pour admirer sa belle architecture et la richesse de ses collections. La visite de l'aquarium d'une splendeur inouie fut des plus intéressante par la variété des espèces sous-marines représentées et acclimatées. Dans les salles du premier, ce qui était particulièrement curieux, c'est l'ensemble des engins employés pour l'étude des fonds maritimes et des instruments pour les recherches scientifiques.

Après une pause sur l'escalier monumental de ce palais, pour fixer sur les plaques photographiques le groupe des excursionnistes, nous nous rendîmes au musée d'anthropologie riche en documents préhistoriques où le Dr Faure qui a un violon d'Ingres, ou plutôt un orchestre dont l'anthropologie, nous fit une causerie sur la géologie de la région et les découvertes faites dans les grottes de Menton et de la région de la présence de la race négroïde de Grimaldi contemporaine de *l'homo Mousteriensis* dont le docteur M. Faure a essayé de faire une reproduction iconographique et la race des Géants dite de Cro-Magnon contemporaine du renne. Ces deux races, nous fit-il remarquer, sont entièrement évoluées dans les squelettes de Menton et leur berceau est donc ailleurs. Les applaudissements mérités clôturèrent cette conférence.

L'après-midi, après une visite à l'hôpital dont la situation au bord de la mer est idéale, nous allâmes visiter le jardin botanique, une des curiosités de Monaco. Des plantes rares poussent à flanc de rocher, de variétés curieuses, de formes bizarres, ressemblant pour certaines à des serpents se chauffant au soleil, d'autres à des cucurbitacés, d'autres à des phallus géants, mais présentant presque toutes la même particulalarité ; elles sont garnies d'épines et semblent dire aux visiteurs : regardez-moi et ne me touchez pas.

Avant de se séparer, on adressa un dernier remerciement au Dr Faure et on lui remit un modeste souvenir de notre passage, une canne ayant pour nous la signification d'un bâton de maréchal, à l'amiral des voyages médicaux de la Côte d'Azur, c'est ainsi que familièrement nous nommons notre aimable directeur.

On regagne ensuite Nice par la moyenne Corniche et on se serre la main en se disant non pas adieu, mais au revoir. Car ces excursions sur la Côte-d'Azur, organisées par le Dr Faure, avec une belle maîtrise, se renouvellent deux fois par an, en décembre et aux vacances de Pâques et la récidive est bien tentante.

Dr M. VIMONT.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Banquet du 15 Mai

Dîner somptueux, remarquablement servi par Guerbois dans les non moins somptueux salons du jeune Foyer médical international, rapidement aménagés à cette occasion.

Le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, M. André FALLIÈRES, préside, ayant à ses côtés le sénateur Dr DELPIERRE, à gauche, le président BELLENCONTRE, à droite.

Combien sommes-nous au moment de passer à table ? Je ne le pourrais dire avec exactitude. Ce que je sais, ce que j'ai vu, c'est qu'à la dernière minute, il a fallu organiser au pied levé des tables supplémentaires pour une trentaine de convives qu'on n'attendait pas. Aux présidents et aux délégués des sociétés locales, se sont joints les membres du Conseil général ; les représentants des deux groupements corporatifs : DECOURT et LENGLET, pour l'*Union des Syndicats* ; VANVERTS et VAUZANGES pour la *Fédération nationale*. Est-ce le présage heureux d'une féconde réconciliation ?? A coup sûr, geste élégant de l'Association, qui favorise ainsi un rapprochement, dont nous souhaitons la réalisation et l'affermissement de tout notre cœur et dont le premier acte a eu lieu quelques jours plus tôt. La presse médicale n'a pas été oubliée ; plusieurs de ses organes ont envoyé des délégués : j'étais l'un de ceux-ci. Crinon ne manquera pas, au dessert, de fixer sur la plaque photographique, dans l'éclair réitéré du magnésium, la physionomie infiniment symbolique, et sympathique aussi, de ces agapes sincèrement confraternelles.

Ce dîner valait, ai-je dit, par sa chère abondante et choisie. Il valait encore par l'atmosphère de concorde et d'harmonie qui y règnait. Il a valu aussi par les toasts qui en ont sonné l'heure du champagne.

Et voici d'abord, — le protocole l'exige — notre grand ami Bellencontre — l'élégance et le tact personnifiés — Bellencontre, dont j'ose qualifier de *belles* toutes les *rencontres* que la vie me ménage avec lui — ce dont je lui sais, à la vie, un gré infini ; — Bellencontre qui montrera une fois de plus à quel point il incarne le *vir bonus bene dicendi peritus*, en honneur chez les Romains de la grande époque, avec lesquels il s'apparente si bien. L'a-t-il assez, l'esprit latin, si bien exalté par l'ami Dartigues ??

Remerciements au jeune ministre qui porte un nom fameux dans les fastes de la IIIe République. Glorification du père, chef de l'Etat... honoraire, oserai-je dire, dont le nom est universellement respecté. Glorification du fils, dont chacun loue l'énorme et consciencieux labeur de préparation aux hautes fonctions qu'il remplit si dignement... Emotion et esprit ; délicatesse et nuances... Tout Bellencontre. Et comme on applaudit ses périodes harmonieuses, si distinctement articulées !

Et de continuer, en définissant l'Association générale, tout à la fois union nationale et union corporative, synthèse du corps médical français, dans ses 93 sociétés locales dont les délégués sont là.

Une habile transition amène l'orateur à faire une allusion rapide et discrète à la question brûlante actuellement soumise au Parlement. Quelle mesure dans l'expression ! Quelle douceur dans les termes, pour marquer la fermeté avec laquelle il réclame, pour le corps médical, une plus juste répartition des charges ! Défendre les intérêts des médecins, — le lui reprochera-t-on ? Mais ne défend-il pas en même temps les intérêts des malades ? Et n'est-ce pas ceux-ci qui gagneront le plus à ce que la qualité des soins qu'ils réclameront ne soit jamais avilie ?

Ayant ainsi traduit les sentiments et les aspirations du corps médical, Bellencontre remercie tous les autres personnages de marque qui l'entourent : le député, Dr ASTIER, au concours de qui l'on ne fait jamais appel en vain ; Delpierre, l'ami de toujours, dont tout le programme se résume en trois mots : confraternité, dévouement, fidélité ; Decourt, Vanverts, Lenglet, Vauzanges ; Bottu et Debat, vice-président et trésorier de l'Union des fabricants de spécialités pharmaceutiques, laquelle vient de faire un don si généreux à l'Association ; Faure, de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, l'habile organisateur des Expositions qui accompagnent si opportunément la plupart des grandes manifestations scientifiques modernes.

Il a un mot aimable pour saluer Dartigues, créateur, orateur, animateur ; les juristes : Me Geoffroy, avocat, Me Collet, notaire, M. Paul Boudin ; l'actuaire avisé, M. Puge, ; les représentants de la presse médicale ; des étudiants...

Il termine enfin par une chaleureuse congratulation générale à tous les présidents et délégués des sociétés locales.

Et il s'assied, salué à son tour par une formidable acclamation.

Le Dr ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE, de Bordeaux, parle au nom des sociétés locales. Il rend un vibrant hommage d'admiration envers l'Association générale et rappelle que celle-ci trouva son berceau dans la société de la Gironde qui, depuis lors, de mère s'est muée en fille, et a contracté mariage avec le syndicat. Il boit à Bellencontre, à Thierry, l'actif et dévoué secré-

taire général, aux membres du bureau du Conseil général, et adresse au Ministre le salut respectueux des groupements.

Decourt, au nom de l'Union des Syndicats ; Vanverts, au nom de la Fédération nationale, traduiront, chacun avec son tempérament, les angoisses du corps médical devant la perspective d'une loi qui menace de lui faire supporter une nouvelle et très lourde charge venant s'ajouter à toutes celles qui pèsent déjà sur lui. Tous deux disent la nécessité de rétablir l'union dans les esprits et dans les cœurs. Cette union, dit particulièrement Vanverts, certaines frictions qui persistent l'empêchent encore d'être de nouveau réalisée ; mais il espère que c'est chose probable, et il boit à cette union, avec un petit *u*, qui amènera la reconstitution, avec un grand *U*, de l'Union.



Dr Bellencontre, O. ✻, Président de l'A. G.

Le Dr Astier, député et délégué de la Drôme, se vante d'être un député qui sait se taire. Mais puisqu'on lui a donné la parole, il en profitera pour saluer M. le Ministre A. Fallières, qui a montré tout à la fois une claire vision des réalités, un labeur acharné et une grande pondération. Il boit à l'Association générale, œuvre utile de solidarité, et à la profession médicale tout entière.

Le Ministre se lève à son tour. Il connaît bien l'Association, cette société d'entre aide mutuelle, bien comprise, au ministère, par un qui sait, et en qui elle compte un auxiliaire dévoué ; il vante, à côté de son souci des intérêts professionnels, sa grande influence moralisatrice, et il escompte sa collaboration à la chose publique, dans l'intérêt général.

Abordant à son tour la question des assurances sociales, il veut calmer les appréhensions des médecins, pour qui elles ne doivent pas être une charge ; pas plus qu'elles ne doivent entraîner une diminution de la qualité des soins.

Il affirme qu'au sein du Gouvernement, il ne s'est jamais manifesté de conception propre à inquiéter les médecins.

Il expose le mécanisme de la loi, dans la branche maladie, concernant les soins médicaux ; C'est le projet Chauveau qu'il paraphrase avec une sobriété et une conviction dont il convient de lui savoir gré, même si, comme il en est parmi nous qui le redoutent, l'événement ne justifie pas son optimisme, et si, une fois de plus, tout se sera borné à des mots...

Il compte sur les médecins pour assurer l'acceptation et le développement de cette mesure de progrès, si bienfaisante pour le monde du travail. Le pays doit pouvoir compter sur eux, sur leur fidélité à leurs traditions, à leur esprit, à leur amour de l'humanité... Ils peuvent faire beaucoup de bien... affaire de tact et de délicatesse...

Le Ministre, rappelant ensuite qu'une loi récente a apporté certaines modifications intéressantes à la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels, invite l'Association générale à profiter de ces modifications, et à accepter le concours de l'Etat. La porte du Ministère est grande ouverte à l'Association.

Il lève sa coupe, en terminant, en l'honneur du corps médical.

Ce discours, qui respirait la bonne grâce et la bonne volonté, a été à plusieurs reprises, interrompu par de chaleureux applaudissements. Il s'est terminé sur une ovation vibrante faite à M. A. Fallières.

Et comme il était tard, la soirée se termina ellemême sur cette ovation.

***

Quel enseignement tirerons-nous aujourd'hui de cette manifestation traditionnelle ? Celui-ci : des efforts indiscutables ont été faits de part et d'autre en vue de la reconstitution de l'unité du corps médical organisé, tout au moins sur la question des assurances sociales. Ces efforts n'ont pas encore abouti. Des points de friction, c'est Vanverts qui l'a dit, persistent encore.

Or, c'est le 9 juin prochain que le Sénat entame la discussion du projet de loi.

Il faut, de toute évidence et de toute nécessité, que l'accord soit réalisé avant cette date, entre l'Union et la Fédération. Il semble que les points de friction tiennent à une intransigeance persistante de certains éléments de la Fédération. Ne peut-on espérer que, dans l'intérêt général,

cette intransigeance finisse par céder ? Il n'est pas possible que la Fédération nationale soit opposée à l'autonomie syndicale, qui est à la base même de la charte du syndicalisme.

Et le bon sens, cette vertu si française, doit finalement triompher.

Je souhaite ardemment qu'à l'heure où paraîtront ces lignes, ce triomphe soit un fait accompli.

G. DUCHESNE.

L'A.P.I.M. au B.I.T.

Par le Dr Fernand DECOURT.

Sous ce titre cabalistique, je désire simplement raconter le voyage que je fis dernièrement, à Genève où j'avais, avec le Directeur du *Bureau international du Travail* (B. I. T.), M. Albert Thomas, un rendez-vous, auquel j'avais été convié, à titre de secrétaire général de l'*Association professionnelle internationale des médecins* (A.P. I. M.). Je n'insisterai pas sur la genèse et les préliminaires de cette entrevue. Ce sont là questions d'ordre intérieur de notre Groupement international. Je dirai seulement que le correspondant suisse de ce Groupement, le Dr Vuilleumier, de Territet, et moi-même, nous avions reçu mission, en juillet dernier, du Conseil général de l'A. P. I.M., de nous rendre à Genève, dans les premiers mois de 1927, pour « étudier les voies et moyens de collaboration entre les deux institutions ».

J'arrivai donc à Genève, le soir du jeudi 24 mars, par une pluie battante. Dès la descente du train, je m'empressai de me rendre à l'hôtel où Vuilleumier m'avait aimablement retenu une chambre. Une lettre de lui m'y attendait, s'excusant de ne s'être pas trouvé à ma rencontre sur le quai et m'annonçant son arrivée en auto, dès le lendemain matin. Ce qui eut lieu. Nous nous concertâmes aussitôt sur les détails de la conduite à tenir au B. I. T. et il me donna les divers renseignements sur ce qu'à ma demande, il avait déjà fait, ainsi que sur les personnes entrevues et la très heureuse impression qu'il en avait ressentie.

Il était bien évident qu'avant de nous entretenir avec le Directeur du B.I.T., il était indispensable de causer avec ceux de ses collaborateurs immédiats, avec lesquels nous étions éventuellement susceptibles de correspondre dans la suite. Sur ce point, le Dr Vuilleumier avait judicieusement préparé le terrain, ainsi que je pus m'en rendre compte, tout d'abord par son exposé, puis par l'accueil que je reçus dans la suite.

Je n'ai pas l'intention d'entrer, ici, dans le détail des questions techniques traitées en cette journée au B.I.T. C'est là l'objet d'un *rapport* qui vient d'être envoyé aux correspondants des vingt et quelques nations faisant partie de l'A. P. I. M. Une grande partie de ce rapport paraîtra dans le *Médecin syndicaliste* ; il était de mon devoir, non plus de « secrétaire international », mais de « correspondant français », de le faire connaître à nos confrères, dans l'organe officiel syndical. Tout en me permettant d'y faire certains emprunts, ce qui est bien mon droit, je mentionnerai ici principalement les détails et les à-côtés de mon voyage.

Tout d'abord, il convient de présenter à nos lecteurs le B.I.T. lui-même et ses ..... abords, si je puis dire. Le déjeuner terminé, nous quittâmes donc l'hôtel pour nous y rendre. Après avoir descendu, dans l'auto de Vuilleumier, sous l'indécise clarté d'un temps grisâtre et maussade, la large et belle rue du Mont-Blanc, au lieu de franchir le pont du Rhône qui limite en aval le lac, nous tournâmes à gauche pour côtoyer la rive Nord de ce prestigieux lac Léman, long de 90 kilomètres et qui a ses vagues et parfois ses tourmentes et ses colères dangereuses, comme une mer intérieure. Une large avenue, formant quai, bordée de grands arbres, de vertes pelouses et de luxueux jardins, mène directement du pont au B.I.T., situé presque à l'extrémité de la ville.

Chemin faisant, nous pouvons admirer au passage les hôtels cosmopolites et princiers où descendent les princes de nos jours, les diplomates de la Société des Nations. A cet hôtel, au vaste portail, habitent d'ordinaire Briand et les Français, Chamberlain et les Anglais, là, tel ou tel autre ténor du grand orchestre international, tandis que Streseman et les Allemands se logent, dans un non moins spacieux et luxueux hôtel, de l'autre côté du pont du Rhône, dans la vieille ville, mais pas très loin du lac cependant — par delà l'île minuscule, losangique et verdoyante où, dans un cadre agreste, sinon champêtre, songe soucieusement Jean-Jacques Rousseau, pensif du haut de son socle, d'où il contemple, d'un air désabusé, l'agitation humaine, « ..... Sont-ce donc là, me semble-t-il avoir entendu, ceux qu'on proclame souvent mes disciples, ces conducteurs de peuple, aux somptueuses limousines passant à toute allure devant moi ? Théoriquement, peut-être ? Mais, en pratique ? Aurais-je donc prêché le grand confort et les luxueuses habitations, sans m'en douter, moi qui n'en avais

guère coutume, sauf quand une noble hospitalité m'était gracieusement offerte ?..... Il est vrai que, pour ceux-là aussi ..... » Le vent venant soudain à tourner, je ne pus entendre le reste. Et je le regrette.

D'ailleurs, l'auto s'était remise à rouler. Nous laissons ainsi, sur notre droite, au-delà du Rhône, la ville compacte et fière, dont la cathédrale pointe, en aigrette, sur une petite colline de premier plan, devant un décor de montagnes s'étageant à l'infini, jusqu'aux blancs sommets éternellement neigeux, parmi lesquels apparaît tout là haut, le Mont-Blanc, froid et inaccessible, comme un Olympe glaciaire. En réalité, quant à celui-ci, il serait honnête de l'avouer, je ne parle ici que de mémoire. Ce jour là, je ne voyais du fond même du tableau rien que de menaçants nuages ; derrière lesquels devait pourtant bien se trouver le majestueux mont, déjà vu plusieurs fois en d'autres années, et qui, j'ai bien le droit de le penser, n'a pas dû s'envoler depuis... Revenons à notre quai où roulait silencieusement notre auto. Parmi les grands arbres, les majestueuses demeures, à notre gauche, et la plaine liquide, à notre droite, je me pris à songer à Nice, la promenade des Anglais, en imaginant toutefois, ce qui faisait si grandement défaut pour réaliser ce rêve, le soleil du midi, la chaleur constante, douce même en hiver, les palmiers et le ciel bleu..

Quelques tours de roues encore et nous sommes devant l'actuel, mais provisoire « Palais des Nations », logé, lui aussi à l'hôtel mais qui n'en a pas moins un certain grand air, dans son jardin aux arbres séculaires, bordé d'une haute terrasse formant mur, sur lequel une longue plaque de marbre rappelle (Ironie ou mélancolie ?) que Woodrow Wilson est le créateur de l'*Assemblée des Nations* — laquelle les renferme presque toutes, sauf celle de son fondateur lui-même. Palais « provisoire », ai-je dit ? Ce n'est pas que je doute de la solidité de l'œuvre Wilsonienne, mais parce que, un peu plus loin, tout près du B.I.T. où nous allons, dans un site également enchanteur et boisé, on vient d'acheter un terrain pour construire un *Palais des Nations* digne de la grandeur de son rôle. Tout au bord du lac, dont semble s'être respectueusement écartée l'avenue pour lui céder le pas, un splendide emplacement lui est réservé où se mirent de grands arbres et de gaies floraisons dans les flots bleus, verdâtres, ou sombres, suivant l'humeur du temps. Quelle splendide vue auront les heureux habitants de ce futur palais lorsque, après s'être reposé les yeux sur le tapis liquide, il les élèveront peu à peu vers la rive française, verte en bas, puis brune, ocre, grisâtre et enfin blanchâtre, tout en haut, d'un blanc qui, par beau temps, tranche crûment, comme dans les estampes japonaises, sur le bleu du ciel...

Soudain, dans un virage impressionnant, Vuilleumier nous fait passer au travers d'une grande porte largement ouverte et nous pénétrons dans un parc sablé fin, peigné, astiqué, pour nous arrêter devant un long, long, long bâtiment, aux centaines de fenêtres, tenant du couvent ou de la caserne, au choix, mais avec ce qui manque à ces sortes de demeures, un je ne sais quoi d'agréable à l'œil et de... cossu, si j'ose dire. Nous sommes au B. I. T.

***

Notre auto remisée à la file, parmi celles qui, placidement, attendent la sortie de leurs maîtres nous montons les marches d'un large perron et pénétrons dans un vaste hall qui s'en va, tout là-bas, jusqu'au fond de l'édifice. C'est qu'il prend un petit côté du long quadrilatère, que constitue le B.I.T. autour d'une cour intérieure à laquelle il ne manque que les arcades et les colonnettes des cloîtres ajourés des antiques monastères. Les promenades à pied des moines aux coutumes péripatéticiennes ne sont plus de mise en ces temps d'autos et d'avions.

Plusieurs employés de l'entrée, à vareuses et casquettes uniformes, s'avancent au devant de nous. Nous déclinons noms et qualités. Un sourire entendu de l'un d'eux dénote consigne donnée et il nous conduit au vestiaire où nous abandonnons « les superfluités de la conversation » représentées prosaïquement par nos chapeaux, pardessus et parapluies. Ascenseur, palier du premier étage. Nous débouchons sur le couloir sud de la cour intérieure que nous montrent, à droite, les nombreuses fenêtres donnant sur elle. A gauche, autant de portes, avec un tout petit écriteau indiquant le numéro du bureau ou le nom d'un chef. J'y retrouve subitement la sensation de ces cellules monastiques de la Grande Chartreuse..... Un coup discret de l'employé à une porte qui s'ouvre presque aussitôt. Nous voici en présence de l'un de ceux qui nous attendent. Accueil affable, sous l'égide d'un aimable sourire et l'éclair d'un regard avisé. Cordial shake-hands et geste hospitalier de prendre place sur une des chaises de ce bureau, simple, austère, sobrement meublé et qui rappelle, relativement, s'entend, mais bien en accord avec la première impression donnée par le B.I.T., le couvent et la cellule monastique.....

Nous ne rapporterons pas ici la conversation qui fut aussitôt entamée, pas plus que celles que nous eûmes dans d'autres bureaux avec autant de « spécialistes » en la matière, que nous avions de questions à aborder. Chacun d'eux, d'ailleurs, possédait les diverses circulaires et communications, ainsi que les questionnaires déjà envoyés par le secrétariat de l'A. P. I. M. à ses correspondants. Aussi, les problèmes à envisager étaient-

ils sériés à l'avance et nous n'eûmes qu'à suivre « l'ordre et le mouvement » qui s'imposaient d'eux-mêmes.

Nous nous contenterons de renvoyer, à ce sujet, nos confrères au *rapport officiel* dont tout ou partie paraîtra dans le *Médecin syndicaliste*, comme dans un grand nombre des Bulletins professionnels des diverses Nations adhérentes à l'A. P. I. M. Nous pouvons, toutefois, dire, en un court résumé, que fut établi, de commun accord, le principe d'une *collaboration bénévole* entre le B. I. T. et l'A. P. I. M., par communication réciproque des documents susceptibles d'utilité pour l'un ou l'autre organisme. De plus, celui de Genève à qui manquait, jusqu'ici, les réponses aux « *questions d'opinion* » concernant le Corps médical, aurait, nous assura-t-on, le plus grand intérêt à les connaître. Ainsi qu'il est dit dans notre rapport :

« Il lui importerait beaucoup, par exemple, au sujet de ce problème des assurances sociales, de savoir ce que pense le Corps médical des divers pays, ou même « mondial ». Et il est évident que si la grande majorité du Corps médical « international » se trouvait avoir le même point de vue sur telle ou telle question, il y aurait toute chance pour que la « *Conférence internationale du travail* », qui, elle, fait des propositions ou des suggestions aux gouvernements, s'en préoccupe et en tienne compte. *Ce serait, pour le Corps médical, le meilleur moyen de faire entendre sa voix et de faire connaître ses desiderata dans les milieux gouvernementaux, patronaux et ouvriers internationaux.* »

Nous nous entendîmes même, au point de vue *pratique*, sur les possibilités d'*intervention directe des médecins* à la Conférence internationale du travail et en particulier par l'intermédiaire de *délégués de l'A. P. I. M.* convoqués à cet effet, comme *conseillers techniques* suivant la procédure prévue dans l'organisation internationale du travail. Nos confrères pourront trouver des détails sur tous ces points dans le rapport ci-dessus mentionné. Passons.

Donc, depuis de longues heures nous causions ici, avec la plus grande animation quand, à 17 heures 1/2, heure exacte du rendez-vous, on vint nous prévenir que M. le Directeur nous attendait. Ascenseur, retour au rez-de-chaussée et entrée dans le vaste et très luxueux bureau de M. Albert Thomas, avec cette fois, des murs tapissés, des meubles massifs et des fauteuils confortables, moelleux, « profonds comme des tombeaux » ainsi que dit le poëte : Réception des plus affable, en cette visite courte et toute de courtoisie, puisque, comme nous le fit remarquer M. Albert Thomas, le principal était fait, dès le moment où nous nous étions mis d'accord avec ceux de ses collaborateurs auxquels ces questions incombaient. Il n'avait plus vraiment qu'à « nous donner sa bénédiction », c'est-à-dire à nous assurer que, désormais, le B.I.T., ses travaux et ses archives étaient à notre disposition, en attendant que nous ayons à revenir, ainsi qu'il le pensait, comme délégués, lors d'une session de la Conférence internationale du travail.

A 18 heures, nous prenions congé de M. Albert Thomas, quittions le B.I.T., et reprenions le chemin de l'hôtel avant de nous rendre, délicieuse surprise, à la charmante invitation qu'avaient tenu à faire le Bureau de l'*Association des médecins du canton de Genève*, et celui de la *Société médicale genèvoise*, aux deux *représentants de l'A.P.I.M.*, en les conviant à venir dîner avec eux, au Kursaal.

***

C'est, pourrait-on dire, le Casino de Genève, fort animé en tous temps, mais surtout au moment des grandes assises internationales. Quand le ciel ne permet pas les promenades au grand air, on vient s'y reposer des joutes oratoires, des séances ou des conciliabules interminables des coulisses, durant les entractes.

Nous étions, dans un petit salon, une douzaine de convives n'engendrant guère la mélancolie. Sans doute, on avait tenu à bien recevoir « le secrétaire international » mais ce fut surtout « le Français » qu'on fêta. D'ailleurs, je dus faire un effort pour songer que je me trouvais au-delà de nos frontières. Comment ne me serais-je pas cru « chez nous » entre le confrère Rychner, président de l'Association des médecins du canton de Genève et le Dr Maillart, son prédécesseur, promu, depuis l'année dernière, président de la Fédération des médecins suisses ? N'avais-je pas, en outre, à côté ou en face, les confrères Montandon, Dunant, Méroz, Perrier, Guyot, etc..., aux noms à désinences si françaises, au parler doux et savoureux de nos contrées jurassiques ? Mon collègue Vuilleumier était également un « invité » puisque, membre de l'Association du canton de Vaud, dont la capitale est Lausanne, il était là en voisin et non pas « dans son secteur ».

Dîner succulent, arrosé de bons crus et couronné d'une coupe de champagne, le tout assaisonné de la plus vive gaieté, celle de nos dîners confraternels où l'esprit mousse, pétille et fuse en tous sens, parmi les rires sonores... Mais il n'y avait pas à s'attarder, car nous devions nous rendre à une réunion de l'Association qui avait lieu le soir même afin de discuter... la question du tiers payant ou du paiement direct, en assurance sociale.

J'avais avoué à mes confrères, en dînant, qu'une telle question ne m'était pas entièrement inconnue et que chez nous, en France, elle faisait couler pas mal d'encre ... Ils savaient tout cela

aussi bien que moi. Ils connaissent nos multiples théories, nos infinies discussions, nos débats tumultueux aux assemblées générales, nos principaux leaders ainsi que notre scission qu'ils ne peuvent s'expliquer alors que c'est précisément le moment, quand se discute le projet de loi, que nous devrions « ne former qu'un seul tout, avec un seul front et un seul cœur ».

Nous quittâmes donc le Kursaal pour filer en auto (la place ne manquait pas, la plupart des convives ayant amené la sienne) jusqu'à la salle de réunion où, quand nous arrivâmes, une trentaine de confrères étaient déjà présents, et devaient être dans les 70 à 80 dans la suite, ce qui n'est déjà pas mal pour des réunions très souvent renouvelées. Après de rapides présentations, la séance commença.

Je n'ai pas à la décrire. Vous pouvez la deviner dans la forme, car ce fut ce que sont nos réunions syndicales locales, avec les mêmes idées, les mêmes préoccupations traduites par les mêmes expressions, depuis les médecins « jaunes » et les médecins « marrons » qui furent mis en jeu, ainsi que la « sinistrose »jusqu'au « bourrage de crâne » dont quelqu'un se plaignit. Après quelques broutilles parmi lesquelles on parla d'un blâme infligé par le Bureau à un confrère, d'ailleurs présent et confus, le plat de résistance fut la grave question dont je parlais plus haut. Mais là, il ne s'agit pas de théories dans l'espace. Depuis environ 30 ans, nos confrères ont chez eux l'assurance-maladie dont les modalités médicales sont réglées régionalement, par cantons. Comme à peu près partout, c'est le règne du tiers-payant et cela *sur la volonté même* du Corps médical. Il s'agissait, ce jour-là, d'envisager la possibilité du *paiement direct* du médecin par le malade. C'était la thèse du président, le Dr Rychner, tandis que le vice-prsésident, si je ne me trompe, le Dr Montandon, se montrait partisan du *statu quo* du *tiers payant*, devant une assemblée silencieuse, attentive, désireuse de s'instruire, avant de prendre une décision. Le Dr Montandon fit entendre une plaidoirie assez courte, mais nerveuse et claire. Puis, le Dr Rychner nous lut, pendant plus d'une heure, qui parut courte à tous, un travail à la fois historique et de statistiques multiples, avec schémas en couleurs qu'il piquait sur le tableau noir. Au fond, travail si intéressant, si étudié, si fouillé et si important que, chose à noter, c'est l'adversaire lui-même, l'orateur précédent, qui en demanda l'impression, aux frais de l'association, ce qui fut voté d'acclamation, en remettant à un autre jour la suite de la discussion, car minuit avait sonné depuis longtemps déjà.

Malgré les autos confraternelles qui nous sont offertes, nous revenons à pied, Vuilleumier et moi, par une nuit reposante, en traversant le large pont du Rhône, d'où nous apercevons Jean-Jacques toujours pensif en son île, tandis que mon confrère me conte que, dans le canton de Vaud, à propos des Caisses d'assurances infantiles, c'est le *statu quo* par le système du *tiers payant*, qui vient hier même de l'emporter »... Ceci me laisse rêveur en songeant à notre mouvement actuel, en vue de l'avenir, alors que les assurances sociales ont là-bas un passé trentenaire... Qui a raison ? Nos confrères Vaudois ou nous? Et dans cette question brûlante, que nous réserve l'avenir ?

Le lendemain, en revenant de Genève à Paris, je ne pouvais m'empêcher de réfléchir à cette question obsédante. Tiers-payant ou paiement direct ? Mieux encore ! Entente directe ? Ce dont je ne connais pas encore d'exemple dans *aucun* des pays où l'assurance-maladie est en vigueur..... Sommes-nous destinés, en France, à créer un *modus agendi* nouveau, un « *modèle* » sur lequel d'autres nations en viendront à modifier leurs coutumes ?..... Qui nous dira le choix à faire, l'écueil à éviter ?... Combien alors, tandis que le train roulait à toute vitesse, je me félicitais d'avoir, pour les débuts de l'A. P. I. M., mis cette question brûlante à l'ordre du jour. De l'enquête ouverte sur l'assurance-maladie, avec les 65 *questions* qui y sont posées, d'ici quelques mois, j'aurai dépouillé les réponses si importantes envoyées par les Groupements nationaux des pays où existe l'assurance-maladie. Je serai à même alors, non pas de résoudre tous ces points d'interrogation, mais, tout au moins de dire à nos confrères français : « Voilà ce qui se passe dans les autres pays. Tirez-en les conclusions... ».

Et j'ai la certitude que pour nous, praticiens de France, angoissés devant un « *avenir* » que nous redoutons, cette connaissance du « *présent* » qui se vit au dehors, par nos confrères d'autres pays, ne sera pas le moindre des services que pourra nous rendre *l'Association professionnelle internationale des médecins.*

Dr Fernand Decourt,
Secrétaire général de l'A. P. I. M.

COMMENT EMPÊCHER UN HOPITAL DE CRÉER UNE CLINIQUE PAYANTE EN CONCURRENCE D'UNE CLINIQUE PRIVÉE ?

Dans une localité, dans laquelle un chirurgien a créé, à ses frais, une maison de santé, pour y opérer ses malades non indigents, l'hôpital local peut-il solliciter des subventions (commune, pari mutuel, ou autres) pour édifier une clinique payante, faisant ainsi la concurrence à l'établissement privé déjà existant ?

Lorsque la loi du 7 août 1851 (qui n'est plus de notre époque) a réglementé les attributions des hospices et hôpitaux, le législateur d'alors ne pouvait se douter qu'avec l'anesthésie et l'antisepsie, la chirurgie ferait des progrès tels, que l'hôpital pourrait être appelé à être autre chose que l'asile des pauvres.

Actuellement, l'hôpital est devenu un centre de soins et d'enseignement. Les malades y sont admis, soit lorsqu'une collectivité paye pour eux (assistance médicale gratuite, mutualités, blessés du travail), soit lorsqu'ils acquittent eux-mêmes le prix de journée.

Aussi, mus par un louable désir de philanthropie, les administrateurs de certains hôpitaux glissent, sans s'en apercevoir, ni sans s'en douter, vers l'application des pures doctrines collectivistes.

L'hôpital doit devenir le centre de l'art de guérir. Reçus gratuitement, ou n'ayant qu'à rembourser leurs dépenses d'entretien et frais de séjour, les malades sont reçus dans l'établissement quelle que soit leur condition sociale.

Ils recevront les soins de médecins-employés de l'hôpital, obligés d'aliéner leur antique indépendance professionnelle, pour respecter les termes d'un contrat de louage de services passé avec l'administration de l'établissement.

Que ce soit pour tenter l'application de théories de sociologie communiste (à chacun selon ses besoins), ou pour obéir à un sentiment d'altruisme mal compris, toujours est-il que les commissions administratives des hôpitaux sortent actuellement des limites que leur assignent les lois et font acte de commerce, tant en hospitalisant avec un bénéfice les malades payants qu'en faisant une concurrence déloyale à l'initiative privée, qui gère des maisons de santé payantes.

Or, dans une ville, dans laquelle le seul chirurgien est en même temps chargé du service chirurgical de l'hôpital, un conflit se prépare.

Pour opérer et soigner ses malades aisés, le chirurgien, comme c'est son droit absolu, a organisé une maison de santé, dans laquelle il reçoit ses clients, ou ceux que ses confrères lui adressent.

L'hôpital émet la prétention d'en faire autant pour la clientèle riche : il sollicite des subventions (pari mutuel, ou autres), pour édifier, dans l'établissement hospitalier, voire même pour faire construire des salles et chambres affectées à tout malade, qui n'entre pas dans les catégories prévues par les lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893 (les indigents).

Il en résulte que, non seulement l'hôpital va être détourné de son but légal : les soins et l'abri à donner aux seuls nécessiteux, et fera une concurrence déloyale, dans le cadre commercial, à l'initiative privée, qui n'est pas déficiente ; mais encore il s'acheminera vers un conflit d'attribution avec son personnel médical.

En effet, le chirurgien unique de la ville, à la fois chirurgien de l'hôpital et propriétaire d'une maison de santé, peut voir (et le cas est fréquent) un malade refuser d'entrer à la clinique et lui préférer l'hôpital, parce qu'établissement plus économique, dans lequel on n'a pas à payer les honoraires d'opération.

A bon droit (et on ne saurait l'en blâmer), le chirurgien se refusera d'opérer grasuitement, à l'hôpital, dans une chambre payante, un malade aisé, qui lui aurait donné des honoraires dans la maison de santé et lui aurait permis de gagner sa vie.

Si le chirurgien ne veut pas opérer, l'administration de l'hôpital s'imposera et ordonnera à son employé-chirurgien d'avoir à soigner indistinctement tout malade que l'on a fait admettre, quelle que soit la condition sociale de ce patient.

Le docteur devra se soumettre ou se démettre.

Dans ce dernier cas, il faudra aller à la recherche d'un chirurgien, pour l'hôpital, cependant que les malades hospitalisés auront à souffrir de ce conflit, car j'aime à croire que les autres médecins attachés à l'établissement prendront fait et cause pour leur confrère.

J'attire l'attention des administrateurs de la chose publique sur ce point, qui est fort grave : les médecins en ont assez de faire un métier de dupe, d'avoir à soigner gratuitement, à l'hôpital, des malades, qui pourraient fort bien les honorer, alors que les nécessités économiques présentes rendent la vie de plus en plus chère.

En attendant que les tribunaux compétents soient saisis par les syndicats médicaux pour avoir à se prononcer sur les abus de droit que commettent les commissions administratives des hôpitaux, en étendant outre mesure et d'une manière illégale les limites de leurs attributions juridiques, j'estime que, dans le cas présent, le chirurgien, qui se trouve menacé par une concurrence déloyale, doit s'adresser au syndicat des médecins propriétaires de maisons de santé (président docteur Hervé, de La Motte-Beuvron, Loir-et-Cher).

Cette association professionnelle fera les démarches nécessaires auprès du Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, pour que la subvention sollicitée du pari mutuel ne soit pas accordée.

En second lieu, une démarche pourra être faite auprès du Conseil supérieur de l'Assistance publique, pour que cette haute assemblée discute, dans un avenir prochain, le statut des hôpitaux, en ce qui concerne l'admission des malades payants, sans léser les intérêts légitimes des médecins en général et des propriétiaires de cliniques privées.

En troisième lieu, le syndicat du docteur Hervé fera savoir officiellement à la commission administrative de l'hôpital visé et au préfet du département que les décisions de la commission administrative de l'établissement seront déférées au Conseil d'Etat, au cas où le préfet donnerait son approbation, pour la construction de salles, ou de chambres payantes, en vue de transformer en entreprise commerciale un établissement public, dont la seule destination est la bienfaisance aux malades nécessiteux.

Il faut qu'une bonne fois pour toutes, nous soyons fixés sur l'avenir de notre profession.

Ou bien, suivant l'initiative actuelle et la tendance plus ou moins avouée de certaines commissions administratives d'hôpitaux, nous nous acheminons vers un collectivisme de l'art de guérir : centralisation des soins à l'hôpital, tant pour indigents que pour payants de divers ordres : malades soignés à forfait, sans bénéfices pour l'hôpital et sans honoraires à payer aux médecins appointés par l'établissement : « à chacun suivant ses besoins et non plus suivant ses moyens » ;

Ou bien les hôpitaux, établissements publics, devront se résigner à leur ancienne fonction philanthropique ; celle de soigner les hospitalisés indigents, laissant à l'initiative privée le droit de traiter, selon les règles du droit commun, les malades qui ne sont pas des nécessiteux.

Entre ces deux formules extrêmes, il y a certainement place pour des tractations intermédiaires, selon les lieux, les ressources, ou les déficiences de l'initiative privée.

Mais le Corps médical ne veut plus admettre d'être traité, par la superbe de certains administrateurs d'hôpitaux, à la philanthropie immodérée, voire même maladive, comme domestique intellectuel, auquel on donne des ordres et dont on n'accepte pas les avis.

L'hôpital est peut-être à la veille de voir s'élever des conflits graves : je connais des médecins, qui, excédés par les idées et les attitudes césariennes de leur Commission administrative hospitalière, sont sur le point de prier ces dernières de donner elles-mêmes les soins aux malades.

Je le répète une fois de plus : pour qu'un hôpital existe et puisse fonctionner, il faut des malades, pour lesquels l'établissement est fondé et des médecins, pour soigner les patients.

Les membres de la Commission administrative, véritables officiers d'administration gestionnaires, sont moins indispensables et ce sont eux, cependant, qui gouvernent en maîtres, sans nul souci de la déférence qu'ils doivent à ceux qui représentent la science et qui seuls ont légalement le droit d'exercer l'art de guérir.

Le temps n'est plus du régime césarien, mais de la collaboration sur un pied d'égalité.

Aussi, que nos confrères s'adressent, selon les cas, soit au Syndicat des propriétaires de maisons de santé, soit au Syndicat des chirurgiens de France, ou à l'Association des médecins et chirurgiens des hôpitaux de France.

Ces groupements corporatifs prendront en mains leur défense et entraveront les initiatives intempestives de certains administrateurs d'hôpitaux, à philanthropie exagérée, ou à ambitions politiques démesurées, et qui font fi du droit des médecins à l'existence et à l'indépendance.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Ce qu'elle devient.

Il y a quelques jours, je recevais la lettre suivante :

Mon cher Secrétaire général,

Vous prenez une peine très louable, le Dr Gassot et vous, en prônant dans les colonnes du *Concours médical* les bienfaits et le mécanisme de notre Mutualité familiale : il faut faire connaître notre œuvre à tous ceux qu'elle peut intéresser et qui font réellement trop bon marché des vieilles et salutaires idées de prévoyance. Mais ne trouvez-vous pas que vous oubliez un peu trop les vieux sociétaires comme moi et que vous ne nous tenez guère au courant de ce que nous devenons. Un rapport annuel, c'est peu et parfois il échappe.....

Peut-être en effet, négligeons-nous un peu d'entretenir nos camarades de nos petites affaires intérieures, mais n'avons-nous pas une excuse ? Le propagande d'abord — elle est d'une absolue nécessité, et nous ne pouvons pas abuser du *Concours*.

Pourtant mon correspondant a raison : nos confrères ne savent pas assez ce que nous faisons, ce que nous devenons.

Il est vrai, peut être, que lorsqu'ils voient, dans le *Concours*, le procès-verbal d'une réunion du Conseil de la Mutualité Familiale, ils n'attachent pas à cette publication toute l'importance qu'elle mérite et qu'ils s'empressent de tourner la page.

Pourtant, s'ils voulaient bien s'arrêter quelques instants, ils y trouveraient des choses intéressantes.

Ils verraient, par exemple, que pour le premier trimestre 1927, la Mutualité Familiale a accordé l'indemnité maladie à 128 confrères et que ces indemnités se sont élevées à 42.554 fr. 45, chiffres plus que respectables.

Ils verraient que le nombre de nos sociétaires progresse, mais aussi qu'il prorgresse trop lentement à notre gré..... et cela leur donnerait peut-être la bonne idée de nous aider et de joindre à nos efforts généraux de propagande leur action personnelle plus efficace près de leur entourage.

Ils verraient enfin que notre situation financière reste bonne et que nos réserves ne cessent pas d'augmenter.

En veut-on la preuve ?

Prenons les combinaisons MA et B, les deux vieilles qui donnent l'indemnité-maladie, voici le chiffre de leur réserves en fin d'année :

En 1921	553.456 83
1922..............	616.306 37
1923..............	685.561 74
1924..............	749.359 08
1925..............	802.300 51
1926..............	859.997 66

Soit, en cinq ans, une augmentation de 306.540 fr. 83.

Si nous prenons les combinaisons retraites, nous voyons que, pendant la même période, les réserves de la combinaison R ont doublé passant de 574.607 fr. 35 à 1.025.52 2 fr. 03 et que, pour P, elles ont passé de 287.574 fr. 71 à 812.029 fr.35

Constatations rassurantes s'il en fut.

Dans un autre ordre d'idées, ils pourraient constater la quasi permanence du nombre des malades et la proportion toujours très élevée des chroniques, environ le quart.

Et cela montre bien l'importance des services rendus par notre Société, services dont les bénéficiaires se montrent hautement reconnaissants ainsi qu'en témoignent les quelques lettres que je prends parmi les dernières reçues !

Monsieur le Secrétaire général,

Je vous envoie le bulletin de maladie de mon mari... mon cher malade tient à vous exprimer toute sa reconnaissance pour tout le bien que vous lui faites surtout en allégeant ses grosses dépenses...

Madame M..., à M....

Mon cher Confrère,

Je reprendrai mon service lundi prochain, après une longue convalescence due à une exagération de surmenage professionnel.

Combien je suis heureux de faire partie de votre association ! Moi qui n'avais jamais été malade, je suis vraiment trop souvent touché depuis deux ans...

Dr C..., à V....

Monsieur le Trésorier,

Que Dieu vous bénisse ainsi que les membres du Conseil d'administration pour l'envoi des 300 francs que je reçois aujourd'hui ! C'est un peu de joie dans le cœur et l'avenir moins sombre : mille remerciements de la part de votre vieux retraité...

Dr M..., à St-D....

Je pourrais allonger indéfiniment la liste, mais je ne veux ni abuser, ni ressembler aux rédacteurs de ces réclames que vous connaissez. J'ai voulu simplement, par des documents concrets, répondre à ceux qui se demandent à quoi nous servons et ce que nous faisons.

Me sera-t-il permis d'ajouter que notre Société est citée comme exemple, qu'elle est dans le monde compétent regardée comme une de celles qui fonctionnent avec le plus de régularité, qu'elle est connue à l'étranger et que récemment encore une association de fonctionnaires nous demandait nos statuts et des détails sur notre fonctionnement.

Nous avons voulu créer une société digne du Corps médical : pour cela nous n'avons rien ménagé, nous nous sommes donnés corps et âme, et ma foi, je puis bien dire que nous avons réussi.

Nous voudrions voir plus souvent, au Siège social, des confrères désireux de nous mieux connaître ; nous leur montrerions toute la documentation que nous avons pu réunir. Dans onze gros volumes, Gassot a condensé tout ce qui concerne le fonctionnement de la Société au point de vue financier et, moi-même, en ce moment, je mets la main à la rédaction du travail que je poursuis depuis plusieurs années sur la morbidité médicale.

Au dire de notre actuaire, M. Fleury, aucune société ne possède des archives semblables.

Voilà ce qu'ignorent trop de nos confrères et ce que je suis bien obligé d'écrire puisqu'un de nos vieux sociétaires le demande.

Ce n'est pas, qu'on le croie bien, pour nous glorifier nous-mêmes ; mais il faut qu'au moins une fois toute la vérité soit dite et j'ai conscience de n'avoir dit que la vérité.

Nos débuts ont été modestes : nous ne pouvions marcher qu'avec une extrême prudence, car nous abordions un terrain neuf. Nous n'avions

aucune documentation précise, c'est nous-mêmes qui allions dresser la table de morbidité du Corps médical.

Mais cette table, nous la connaissons maintenant assez pour que les chiffres qu'elle porte ne risquent plus d'être modifiés d'une manière sensible, c'est ce qui nous a permis de nous adapter aux nécessités et de porter l'indemnité maladie successivement à vingt, à trente, à quarante et même à cinquante francs, la retraite à 2.400 francs et la pension aux veuves à 1.200 francs.

Nous avons voulu que le médecin, quelle que fût sa situation, pût trouver chez nous ce qui pouvait lui convenir en matière de prévoyance ; que les uns pussent y venir par besoin, les autres par esprit de solidarité confraternelle et d'exemple ; que tous enfin pussent s'y rencontrer dans un esprit tout amical et le sentiment du devoir accompli.

VARIÉTÉS

Pax vobiscum !

Par le Dr Pierre MAUREL (de La Bourboule).

Voilà une invocation « antique et solennelle » de singulière actualité. C'est un idéal toujours prôné, mais peu mis en pratique ou du moins sans grande efficacité, surtout dans le monde médical. Et pourtant qu'elle est belle la divine formule ! Pour la réaliser ici-bas, il faudrait un peu d'union la fameuse « Union sacrée ».

Celle-ci surgit et triompha pendant la guerre, au moment où le pays était menacé et c'est un rare et glorieux souvenir à l'honneur des Français. Aussi quelle tristesse lamentable pour le Corps médical d'avoir subi une douloureuse scission à l'heure du danger, en face des menaces actuelles de la question sociale aux dépens du médeci n . C'était le moment critique où il fallait au contraire serrer les rangs pour ne pas permettre à l'ennemi de pénétrer, de dissocier la résistance et de triompher, quitte, après la bataille, à laver en famille son linge sale . . . si linge sale il y a ! ?

Certe, la question est difficile, délicate, compliquée. Ils ne faut pas se prêter à la proverbiale comparaison du « veau dans un magasin de porcelaines » ! Mais il semble que c'est un devoir de crier sans cesse alerte ! . . . même dans le désert pour essayer encore une fois d'attirer l'attention, de provoquer peut-être une nouvelle réflexion qui pourrait être un point de départ et aiguiller vers de nouvelles délibérations susceptibles de modifier la situation, etc., etc.

Dieux qu'en termes . . . discrets . . . !

Nous savons que, comme toujours, il y a de bonnes raisons des deux côtés. Nous ne voulons, ni ne pouvons entrer dans la « mystique » du sujet avec les formules rituelles du tiers payant, du contrat limitatif, etc . . . Nous ne voulons pas même effleurer les questions de personnes. Nous voulons faire abstraction des individualités avec leurs qualités et défauts comme partout. Mais sans prendre parti, ni faire de polémique, on peut, semble-t-il, traiter le sujet en général. Essayons !

L'individualisme a du bon, mais pas trop n'en faut, comme dit l'autre. Or, le médecin en a peut-être trop. A certains moments, il faut savoir faire des sacrifices, se discipliner. Et ne devrions-nous pas faire et garder l'union, malgré tout et quand même, surtout au moment du danger. Répétons -le sans vergogne ! On doit évoquer les responsabilités qui pourront dans l'avenir échoir à ceux qui, au moment décisif, n'ont pas tout sacrifié à la défense de l'intérêt général, n'ont pas su ou voulu faire le « front unique » devant l'ennemi commun de notre profession. Pas d'intransigeance ! Il vaut mieux ne jamais dire... Fontaine, je ne boirai pas de ton eau. Excusez ce douteux à peu près et continuons notre impartiale philippique. Pas d'emballement ! Du sang-froid. Pas de susceptibilités ! De la tolérance ! Pardonnez ce style d'affiche électorale, mais n'y a-t-il pas un peu de politique spéciale sous roche

Dans tout, il y a la manière et le moment. Réfléchissons et voyons si nous avons su tenir un compte exact et suffisant de l'une et de l'autre. Et, au risque de paraître encore naïf et gaffeur, faisons toujours appel à l'apaisement, à la compréhension mutuelle, à l'union, à cette bonne « Union sacrée » comme au moment où la grande Patrie risquait de sombrer, où les intérêts généraux de notre pays étaient menacés comme le sont aujourd'hui nos intérêts particuliers. Mais assez de pathétique ! Nous savons que le rôle est ingrat, que le geste peut être incompris, mal vu, inutile. Qu'importe ! s'il s'impose, est nécessaire. Veuille Esculape qu'il ne soit pas trop tard ! Il faut, en tout cas, essayer de répercuter l'écho de la grande masse anonyme, apathique longtemps, mais qui pourrait, après le désastre, s'émouvoir, se redresser, demander des comptes, brandir un réquisitoire, trop tardif, hélas ! comme souvent.

Essayons, chacun pour notre petite part, « d'écarter ce calice »... *Amen* !

AUTOUR DES THÉATRES

Théâtre des Variétés : Mademoiselle Flûte. — Théâtre de Paris : « Tu m'épouseras ».

Mademoiselle Flûte, la nouvelle pièce que MM. Georges BERR et Louis VERNEUIL ont donnée au Théâtre des Variétés, est une comédie-bouffe, extrêmement gaie, dont toute une partie et non la moins amusante se passe entre salle et scène, donnant au public la joie de voir de près les acteurs qu'il vient d'applaudir.

Si de ces quatre actes on coupait les deux tiers du premier pour n'en faire qu'une scène du second et donner à ces deux actes de début toute la gaité qu'ils comportent et qui n'apparaît pas immédiatement à cause de leurs longueurs, *Mademoiselle Flûte* serait une pièce admirablement équilibrée et les deux derniers actes qui sont incomparables de fou rire et de pittoresque ne feraient qu'y gagner. Voici le sujet de la pièce :

On a supprimé de nombreux tribunaux en province de sorte que le juge Mignonnet, obèse et ventripotent, et dont les ressources se trouvent réduites à néant, a dû demander l'hospitalité de son beau-frère, le Président André Lefaur, long, sec et maigre, riche de nombreux millions qui fait maintenant dans toute la France le remplacement des Présidents lorsqu'ils sont malades, ce qui l'oblige à de fréquents voyages et lui permet de négliger sérieusement sa femme. Sa fille Mlle Germaine Baron a rompu ses fiançailles avec le vicomte de la Martellière pour se fiancer avec Gaston Boulard qu'elle aime et qu'elle a connu au théâtre, un soir où son père l'avait menée voir jouer *Fifine a manqué l'école,* pièce dont la principale interprète est Maud Loty, *alias* Suzy Flûte, dont le président (sans qu'elle sache qui il est) est devenu l'amant de cœur.

En l'absence du président, Gaston Boulard vient faire sa cour, mais la Martellière qui l'a fait suivre par un détective privé dévoile à la fiancée et à la future belle-mère, en présence de l'oncle Mignonnet, qui, cette fois, s'érige, pour de bon, en juge, que Gaston Boulard fréquente une petite dame en rouge avec laquelle il dîne le dimanche soir et que non seulement c'est la dame qui paye le dîner mais encore qu'en le quittant, elle lui a, le dimanche précédent, glissé dedans la main un billet de cinq cents francs. Boulard ne peut nier mais il refuse de s'expliquer et nous apprenons avec stupeur en le voyant arriver chez Suzy Flûte qu'il est son fils et que comme elle joue les petites filles au théâtre, il n'a pu parler de peur de révéler l'âge de sa mère.

Suzy Flûte prend une grave décision, elle ira à Romorantin demander la main de la fiancée de son fils à ses parents. Peu importe qu'à Romorantin on sache qui elle est, pourvu qu'on l'ignore à Paris !

Et pour ce faire, elle revêt sa robe noire, la plus longue, celle qui tombe à terre, celle qu'elle met pour les enterrements.... Elle y ajoute, « pour faire comme Cécile Sorel », un grand panache rose à son grand chapeau de velours noir et un immense éventail de plumes d'autruches, des pleureuses, non moins roses !

Amusant effet d'arrivée, le président qui est allé faire sa toilette redescend et se trouve en présence de Suzy Flûte. Tableau ! elle l'enlève dans l'Hispano de son amant (un riche fabricant de bouillon).

Et la suite se passe à Paris dans les coulisses du Théâtre des Entractes où après des péripéties diverses et compliquées, le président repart avec sa femme, sa fille et Gaston Boulard redevenu le fiancé, mais non sans avoir fait jurer à Mademoiselle Flûte que rien ne sera changé.

Délicieuse soirée en somme et digne de toutes celles que les mêmes auteurs nous donnent en ce moment, notamment au Théâtre de Paris où *Tu m'épouseras*, joué par Louis Verneuil lui-même et la délicieuse et follement trépidante Elvire Popesco, est un des plus gros et plus justifiés triomphes de la saison.

Dr G. POLEM.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Fédération des Syndicats médicaux d'Eure-et-Loir.

Assemblée générale du 12 *décembre* 1926.

Présidence du Dr FOISY.

I. Le procès-verbal de la dernière assemblée générale du 13 juin, qui a été adressé le 30 juin à tous les délégués, est adopté.

Le secrétaire général rend compte de l'évolution du groupement durant sa première année. Etaient inscrits : 35 membres à Chartres, 25 à Dreux, 18 à Châteaudun, 17 à Nogent, soit 95.

Il y a pour 1927 trois inscrits nouveaux, soit 98, dont 9 des départements voisins.

Vu l'action entreprise par la Fédération et les frais

qu'elle nécessite, le budget prévu à titre d'essai à 5 fr. de cotisation par membre se trouve en déficit :

Recettes de 1926	485 fr.
Dépenses	628 fr. 20
Déficit :	143 fr 20

L'Assemblée vote une cotisation de 10 fr par membre (comprise dans la cotisation syndicale). On pourra ainsi indemniser, autant que possible, les délégués de leurs frais de déplacement, tant à la Fédération qu'à l'entente régionale.

II. *Assistance médicale gratuite.*

Le secrétaire général expose les circonstances qui ont précédé et préparé la décision du Conseil général. Sur la question tarif, le Fédération ayant à peu près satisfaction prend acte de l'effort réel accompli par le Conseil général et décide d'y répondre par une application loyale de ce tarif.

Il est question d'adresser à ce sujet une circulaire à tous les médecins du département, pour leur expliquer les modifications obtenues à leur avantage, mais leur imposant par contre un self-contrôle préventif de celui que pourrait avoir à exercer l'administration. Le nouveau règlement, quoique modifié, ne nous paraît pas encore au point et demandera pour l'avenir des efforts nouveaux.

Mais, en attendant, il faut organiser la position acquise, simplifier la comptabilité et le relevé des mémoires, proposer les modifications immédiates compatibles avec le règlement. Ce sera l'œuvre d'une *commission d'études* que le bureau va organiser incessamment et dont les conclusions pourraient être mises en application au cours de ce premier semestre.

Se posera ensuite la nomination des membres de la *commission de contrôle*. Elle sera, si possible, renvoyée à l'Assemblée générale de printemps. En ce cas, un membre du bureau remplacerait provisoirement le Dr Maunoury à la prochaine session de cette commission.

III. *Lois des pensions.*

Le tarif nouveau ne peut être que provisoire, en tout cas il supprime la distinction heurtante des deux catégories.

Le préfet, par lettre du 3 décembre 1926, rappelle que les pouvoirs des membres de la *commission de contrôle* prennent fin le 31 décembre 1926 et demande nos propositions.

Fidèle à son principe qui est d'assurer autant que possible la représentation des 4 syndicats, l'assemblée décide de réserver au syndicat de Dreux, jusqu'alors non représenté, la désignation d'un membre et de conserver au Dr Damiot, pour 1927, sès fonctions de secrétaire.

IV. Lecture est faite d'une lettre du préfet au sujet du vœu exprimé par la *commission départementale de la natalité* (rabais de 20 % accordé par les médecins de Bordeaux aux familles comptant 5 enfants mineurs à leur charge). L'assemblée, tout en remerciant la commission et son président de leur communication, constate qu'en Eure-et-Loir, de telles familles sont généralement à l'assistance, et en tout cas que les habitudes de leurs confrères obéissent généralement à cette préoccupation et qu'il n'y a pas lieu de codifier en un texte public ce qui est une tradition honorablement discrète.

V. *Lutte antivénérienne.* — Le règlement avait été approuvé par le bureau, mais il a été adopté par le Conseil général avec une modification unilatérale qui en change le caractère. Le secrétaire général lit la lettre au Dr Aynaud où il fait toutes réserves sur les possibilités d'application de ce règlement. Après entente avec notre confrère, on décide de mettre le préfet au courant de notre réserve qui persistera si l'article visé n'est pas modifié.

VI. *Lutte antituberculeuse.* — A Châteaudun, M. Lours, président du Comité, a démissionné ; les Dr Mariani et Petit continuent leurs fonctions ;

A Nogent, le Dr Rollin est médecin du dispensaire ;

A Dreux, c'est le Dr Prévost, médecin du dispensaire de St-Rémy-sur-Avre, qui assure le fonctionnement du dispensaire par entente tacite avec les médecins de l'arrondissement ;

A Chartres, nul n'est officiellement saisi d'aucune proposition.

Il y a des infirmières-visiteuses payées par l'Office départemental avec les fonds votés par le Conseil général.

Il y a eu soirée dansante pour permettre l'envoi d'enfants dans des préventoriums. Qui fera l'examen préalable *d'accord avec le médecin de la famille* ? Le Comité veut-il la quadrature du cercle et tenter de faire de la médecine sociale sans les médecins praticiens ?

VII. *Sociétés de secours mutuels.* — A la date du 1er janvier 1927, presque tous les médecins du département auront adopté le mode de liberté vis-à-vis des caisses ; à Châteaudun et à Dreux, en plein accord avec les bureaux des sociétés ; à Chartres, avec accord tacite, Nogent fait exception et pour cause. Ci-joint modèles d'imprimés utiles qui peuvent être demandés au secrétaire.

Dernière heure. — Accidents du travail :

Nouveau tarif applicable à partir du 1er janvier 1927.

Visite et consultation : 12 fr., et 1 fr. 50 au lieu de 1 fr. 10.

Commission tripartite :

Membres titulaires: Dr Damiot et Dr Coudray père;

Membres suppléants : Dr René Larrieu et Lhomme.

Le secrétaire général,

Dr POIREL.

DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX ET MÉDECINS PRATICIENS

Par le Dr Yves Doizy,

Médecin spécialisé des Dispensaires antituberculeux de l'Orne, Surexpert près le Centre de Réforme de la IVe Région.

Nos rapports depuis plusieurs années, avec les médecins praticiens de diverses régions, nous ont montré la nécessité de mettre en relief deux points essentiels .

L'un, le but et le fonctionnement exacts des Dispensaires antituberculeux dirigés par des médecins spécialisés.

L'autre, la collaboration possible et souhaitable entre ces médecins et les praticiens, collaboration profitable, à la fois, au malade et au médecin traitant.

Par ces seuls mots, je vais éveiller, je le sais, le scepticisme de nombreux confrères. Je leur demande simplement de me faire confiance et de me lire jusqu'au bout. Je n'avancerai rien que mes rapports avec un grand nombre de praticiens de l'Ille-et-Vilaine d'abord, de l'Orne ensuite, ne puissent prouver.

Je n'ignore pas évidemment que, presque partout, les Dispensaires et leurs médecins se heurtent à l'hostilité, ou du moins, à la méfiance première des praticiens. Pourquoi ? Par la faute des uns et des autres. D'abord, dans nombre de départements, le système initial de fonctionnement des Dispensaires (médecins non spécialisés, faisant de la clientèle) s'est heurté de façon très compréhensible à la résistance des praticiens

Par ailleurs, la direction médicale par roulement présentait à l'usage de tels inconvénients (absence d'unité de vue et de travail, malades ballotés d'un médecin à l'autre, etc.), que le Comité national de Défense contre la tuberculose se refusa à l'admettre et, d'accord avec les Syndicats médicaux, invita de façon énergique et pressante les comités départementaux à adopter le mode du médecin unique, préconisant l'emploi du médecin spécialisé ne faisant pas de clientèle, dans le double but d'assurer aux œuvres antituberculeuses un meilleur rendement et de ménager les légitimes intérêts du praticien. Ce dernier système implique en retour l'espoir d'une collaboration sincère et efficace. Il tend à se généraliser et nombre de départements déjà, au premier rang desquels il faut placer le Finistère et l'Oise, l'ont adopté.

D'autre part, il faut bien reconnaître que beaucoup de confrères ignorent le principe même des dispensaires, du moins selon leur conception présente. Ils imaginent une infirmière prétentieuse portant des crachoirs à domicile, « bêchant » leurs prescriptions, et un confrère que la clientèle embêtait, installé dans un poste administratif inutile. Parfois, les erreurs sont encore plus surprenantes.

Dans un article paru dans le *Concours* du 16 janvier 1927, page 162, il est d'abord question des « nombreux médecins fonctionnaires » de dispensaires (en réalité actuellement une cinquantaine pour toute la France). Et savez-vous ce qui se passe dans ces Dispensaires dirigés par des médecins fonctionnaires, espèce éminemment détestable ? Voici..... « à l'instigation d'infirmières bien dressées, les malades à leur sortie du dispensaire, sont habilement dirigés vers le cabinet du directeur, et celui-ci continue à les soigner jusqu'à épuisement de leurs ressources financières ».

Comprenne qui peut, puisque par *définition même*, les médecins fonctionnaires de dispensaires antituberculeux visés n'ont pas de cabinet, ne font pas de clientèle. Comment expliquer cette ignorance dont l'aveu apparaît même par écrit ? Par l'absence évidemment de propagande auprès des médecins praticiens. Je ne parle pas de la propagande administrative,d'ailleurs bien restreinte et souvent maladroite, quand elle existe. Je vise ce que je n'ai pas, pour ma part, rencontré dans la presse médicale de diffusion : l'article, la campagne tendant à aplanir les différends qui peuvent opposer les praticiens aux dispensaires antituberculeux, tendant surtout à prouver qu'il n'y a pas lieu à différends.

J'ai lu, certes, bon nombre d'articles sur la question. Habituellement hostiles, ils témoignaient, en général, de malentendus...

J'estime que cette imprécision constitue une très regrettable lacune. Je forme le projet, peut-être présomptueux, d'essayer d'y remédier. J'avertis les confrères qui voudront bien me lire qu'avant de me spécialiser définitivement, j'ai été médecin praticien et que j'ai eu, à ce titre, à entrer maintes fois en rapport avec les dispensaires de mon département et leur médecin spécialisé. Je parle donc de choses que je connais doublement, sur leurs deux faces, si j'ose dire.

D'autre part, je suis le fils d'un médecin, ayant fait quinze ans de clientèle rurale, et qui, par la suite, spécialement pendant la guerre, a rendu de tels services à l'ensemble du Corps médical, que son nom est encore dans bien des mémoires.

Ce que j'en dis est uniquement pour avertir que je ne me propose pas de m'adresser aux confrères en « officiel » , et de leur faire un discours « ex cathedra », que je leur offre simple-

ment et amicalement le fruit de mes réflexions et de mon expérience, exprimé avec le plus grand souci d'impartialité.

On conviendra que je ne pouvais mieux faire que d'offrir cet article au *Concours médical*, si justement connu et apprécié de l'ensemble des praticiens.

***

Le Dispensaire antituberculeux, type Calmette, comporte un médecin spécialisé, chargé en général de la direction de plusieurs de ces organismes et un nombre variable d'infirmières d'hygiène sociale, dites encore infirmières visiteuses.

Celles-ci ne sont pas de simples infirmières de Croix-Rouge. Elles font au minimum deux ans d'études, dans l'une des écoles, au nombre de onze, spécialement créées pour les former. Leur rôle, auprès des malades, est strictement d'ordre social.

« L'infirmière visiteuse, écrit le Dr Evrot, sous-directeur du Comité national, ne doit sous aucun prétexte donner de soins réguliers à domicile. Dans les familles, elle se préoccupe surtout de faire adopter les mesures prophylactiques autour du contagieux, elle persuade les familles de la nécessité des placements proposés... Elle s'efforce de ramener au dispensaire pour examen et surveillance les malades inscrits et leur entourage, menacé de contagion. N'est-il pas évident que ce rôle de la visiteuse doit-être rempli en relation avec le médecin traitant ? »

Le médecin spécialisé est un spécialiste *ne faisant pas de clientèle*, conservant simplement la faculté d'être demandé e n consultation par les confrères. Non seulement, il ne fait pas de clientèle, mais son contrat comporte même l'engagement, en cas de résiliation, de ne pas s'installer dans le département où il a exercé ses fonctions avant une période ordinairement de cinq ans.

Ce médecin est nommé par voie de concours et doit justifier, à l'appui de sa candidature de titres de spécialisation (stages, travaux, etc.) Dans un grand nombre de cas, il doit être à même de pratiquer en personne, au dispensaire, la radioscopie pulmonaire et des interventions telles que le pneumothorax artificiel.

Dans tous les cas, il doit être capable de surveiller et d'effectuer les travaux du laboratoire.

On conçoit que la nomination de ces médecins, effectuée d'accord avec les Syndicats locaux, doive, en fait, calmer les inquiétudes qu'éprouvaient les confrères à l'égard d'un des leurs. Il ne peut plus être question de rapt de clientèle.

Cependant, malgré l'approbation syndicale, on a parfois soulevé une objection en retour que je qualifierai pour le moins d'imprévue. Certains confrères se sont froissés de ce que l'on établisse et utilise, officiellement, des spécialistes de la tuberculose.

En quoi, je le demande impartialement, est-il plus étrange de voir un médecin spécialiste de la tuberculose et nécessairement des voies respiratoires, qu'un médecin spécialiste des maladies du cœur ou de l'estomac ?

Il est, certes, exact qu'un médecin praticien, puisse dans nombre de cas soigner convenablement un tuberculeux, pour peu qu'il suive le mouvement thérapeutique et ne s'obstine pas à certaines pratiques désuètes et souvent néfastes. Mais c'est que justement, le rôle du médecin spécialisé n'est pas de faire la thérapeutique médimenteuse. *On ne fait pas d'ordonnances au Dispensaire.* C'est le médecin praticien qui les établit avec les renseignements et suggestions que, le cas échéant, peut lui fournir le médecin spécialisé.

Ce traitement doit être précédé d'un diagnostic précoce. La guérison du malade, la préservation de l'entourage, en dépendent. Or, il est évident que le praticien, quelle que soit sa science, n'est pas outillé pour faire le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à son début. D'autre part, il n'en a le plus souvent ni le temps, ni la facilité. Enfin, on a conviendra qu'une spécialisation peut bien être de quelque utilité dans les cas épineux.

— Oui, me répondront certains, nous avons besoin d'examens complémentaires, nous comprenons, qu'il est le plus souvent impossible, pour faire un diagnostic initial de même que pour poser des indications ou suivre l'évolution, de se passer de la radioscopie et de l'examen des crachats. Mais, nous pouvons faire procéder à ces examens pa r des radiologues et des laboratoires privés. Nous ferons ensuite, nous-mêmes, le travail de synthèse utile.

— Soit ! Cela conviendra pour vos clients riches. Mais comment les autres accepteront-ils et payeront-ils des examens coûteux et qui, pour être véritablement efficaces et précieux, *pour ne pas donner parfois une fausse sécurité*, doivent le plus souvent être répétés ?... Il arrive fréquemment qu'avant d'être fixé, il faille revoir le malade à intervalles réguliers où non seulement on l'examine cliniquement, mais aussi à l'aide des rayons X et à l'aide des renseignements fournis par des bacilloscopies répétées, seulement positives, dans beaucoup de cas, au cinquième, sixième examen et plus. Ces multiples examens sont souvent nécessaires. La guérison, possible ou non, du malade en peut dépendre.

On me permettra aussi de faire observer qu'il y a une singulière différence entre ce que l'on voit sur un écran et sur un schéma. Pour serrer le diagnostic et le pronostic, l'oreille et l'œil qui entrent en jeu ont intérêt à appartenir au

même individu. Avoir les rayons X ? Soit encore. Mais l'interprétation pulmonaire demande une étude approfondie et les mêmes difficultés matérielles subsistent.

Enfin, en dehors même d'examens spéciaux il faut pouvoir répéter les visites. Combien de fois, des confrères m'en ont signalé la difficulté morale, même pour les visites de surveillance et de traitement, me priant d'insister auprès des malades pour en souligner la nécessité.

Et le temps, le temps indispensable pour réfléchir aux cas particuliers, se tenir au courant des acquisitions et modifications dans ce domaine de la science médicale ? Le praticien, qui trouve la possibilité de lire, est obligé à un incessant travail de révision et, ce qui est naturel, dirige son attention sur des sujets dont l'importance pratique lui paraît plus grande. D'ailleurs, la plupart des travaux de phtisiologie se rencontrent dans les revues et ouvrages de spécialité, surtout écrits pour des spécialistes. Il serait souhaitable, que l'on trouve plus souvent dans la grande presse médicale des articles, soit d'actualité, soit rappelant des notions essentielles et qui fussent écrits pour le praticien, sans verbiage inutile, avec une clarté qui n'exclurait pas nécessairement la précision et la documentation.

Et le calme, le repos nerveux, si nécessaires à la spéculation intellectuelle, où les trouver entre les soins urgents que réclame un accidenté, la hâte d'arriver avant la fin d'un accouchement et l'ennui soudain d'un gicleur bouché ou d'un pneu crevé ?

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Médecins parisiens de Paris.** — Le grand dîner annuel des « Médecins parisiens de Paris » a eu lieu le 5 mai. Plus de 100 convives se trouvaient réunis, soit comme membres de la Société, soit comme invités. Remarqués dans l'assistance : MM. les Drs Bauer, Bernard, Mme Benoist-Michel, Drs Michel, Binet, Bloch (A.), Bongrand (Jules), Cabrol, Dr et Mme Cachera, Dr Chassin, Dr et Mme Chenet, Dr et Mme Dalle, Dr Dartigues, Dr et Mlle Deniker, Dr et Mme Devraigne, Dr et Mme Doin, Drs Duclaux, Dufour, Dr et Mme Eloy, Drs Escorcia, Fatout, Fège, Dr et Mlle Flandin, Drs Galliot, Gérard (Léon), Dr et Mme Gatellier, Dr et Mme Guébel, Dr Haret, Dr et Mme Laurent-Gérard, Dr et Mme Legrain, Dr et Mme Leroux, Drs Le Savoureux, Lobligeois, Luys, Mlle Mircouche, Dr et Mme Mock, Dr et Mme Molina, Dr et Mme Mounier, Dr et Mme O'Followell, Dr Ortègue, Dr et Mme Papillon, Drs deParrel, Piot, Dr et Mme P. Prost, Dr et Mme Quiserne, M. le Pr Richet, Dr Roger, Dr et Mme Rolet, Dr et Mme Rollot, Dr et Mme Sauphar, Dr Schaeffer, Dr et Mme Schreiber, Dr Tarrius, Dr et Mme Trèves, Dr Vallery-Radot (Pasteur), Dr et Mme Viguerie, Dr Vimont, Dr et Mme Vitry, ainsi que Mlles Berger, Hébert, MM. Blondin fils, Laennec, Lotte, Suzor, internes et externes des hôpitaux

S'étaient fait excuser : MM. les Drs Barry, Blondin, Collin, Constensoux, Didsbury, Giraud, Gréder, Lenormand, Lereboullet, Le Roy des Barres, Merklen, Monscourt, Tixier.

M. le Pr Charles Richet, président d'honneur et M. le Dr Devraigne, président sortant, prononcèrent quelques mots à la fin de ce dîner : le premier pour saluer la présence de M. Allouard, président des « Parisiens de Paris », le second pour regretter l'absence du nouveau président, le Dr P. Blondin, retenu à la chambre, victime du devoir professionnel.

Ce dîner, plein d'entrain, fut suivi d'une soirée artistique des plus réussies, au cours de laquelle se firent entendre : M. Casadesus, le célèbre pianiste, Mlle Gauley (de l'Opéra-Comique), M. Francell (de l'Opéra-Comique), et Mlle Francell, Mlle de Filiquier, les Frères Tzipine (des Concerts Lamoureux), Mme Roudneff, accompagnée de ses chœurs et guitaristes tziganes, enfin le Docteur Deniker qui se livra à quelques imitations variées qui firent la joie de l'assistance. Puis aux sons du « Lovely Jazz », une sauterie fort animée se poursuivit très avant dans la nuit, interrompue seulement par les fantaisies des clowns Carlo, Mariano et Porto (du Cirque Médrano).

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au secrétaire général, Dr P. Prost, 119, boul. Malesherbes, Paris, 8e.

— **Les biographies médicales**, par le Dr Busquet, bibliothécaire de l'Académie de médecine, publication mensuelle. (J.-B. Baillière, éditeur à Paris, abonnement : 24 fr.)

Ces monographies de la vie des médecins qui ont illustré l'Académie de médecine, ne sont pas une compilation des éloges ou biographies déjà publiés. Elles sont écrites à la suite de recherches dans les archives de l'Académie et de la Faculté de médecine de Paris, dans les archives paroissiales, municipales et départementales, parfois après enquêtes locales dans les lieux habités par les maîtres éminents. Ces biographies constituent des pages d'histoire, sans aucune fantaisie, et rectifient les erreurs de dates qui existent en abondance dans la littérature médicale.

Par les « Biographies médicales » se trouve rénovée la tradition des grands biographes du siècle dernier. Cette publication dont la périodicité facilite la lecture, suscitera chez nos jeunes confrères d'utiles réflexions et provoquera de nobles émulations devant des modèles aussi caractéristiques de travail, de science, de haut désintéressement.

Il n'est que les frustes pour rester insensibles aux choses du passé, aussi les médecins qui trouvent plaisir et délassement dans l'histoire de la médecine sont-ils très nombreux et nous ne doutons donc point, que cette nouvelle publication, dont les deux premiers numéros ont été consacrés à Alibert et à Double, et qui se continue par Broussais, Corvisart, etc..., trouve le meilleur accueil du public médical.

— **XIIe Congrès de médecine légale de langue française** (Lyon 4, 5, 6 juillet 1927). — *Programme des travaux* :

Lundi 4 juillet : A neuf heures : Faculté de médecine.

Amphithéâtre C. : Ouverture du Congrès et discussion du rapport de MM. Raviart, Nayrac et Julien, sur les Vols pathologiques. — A quinze heures : Faculté de médecine. Institut de médecine légale : Réunion de l'Association des médecins-experts de France. — A dix-sept heures : Inauguration du buste du Prof. Lacassagne, sous la présidence de M. Herriot, Ministre de l'Instruction publique, maire de Lyon. — A vingt et une heure : Soirée offerte par le président à MM. les membres du Congrès.

Mardi 5 juillet : A neuf heures : Faculté de médecine. Amphithéâtre C : Discussion du rapport du Dr Naville, sur les accidents de l'électrocution et leurs suites éloignées. — A quinze heures : Séance de communications.

Mercredi 6 juillet : A neuf heures : Faculté de médecine. Amphithéâtre C : Discussion du rapport du Dr Piédelièvre, sur les Orifices d'entrée des projectiles dans la peau. — A quatorze heures : Départ pour l'excursion dans les Monts du Lyonnais et la visite de l'Ecole de la Société de patronage de l'enfance à Sacuny-Brignais (la séance de clôture aura lieu à cette école).

Adhésions et cotisations (60 fr., réduits à 25 fr. pour les membres de la Société de médecine légale de France), à M. le Dr Mazel, 54, avenue de Noailles, à Lyon.

— **Société internationale d'hydrologie médicale.** — La Société internationale d'hydrologie médicale a pour but : l'instruction mutuelle de tous ceux qui s'intéressent au traitement des maladies par les agents naturels et à l'étude des maladies qui relèvent de ce traitement. Elle se propose d'encourager en tous pays les études expérimentales et cliniques d'hydrologie et de climatologie, y compris l'hydrothérapie ; d'établir une union entre tous les travailleurs scientifiques dans cette branche de la médecine.

Elle comprend déjà 350 membres répartis dans 17 nations différentes. Elle tient une réunion générale annuelle dans un de ces 17 pays : en 1925, à Paris ; en 1926, en Tchéco-Slovaquie avec visite des stations hydrominérales dans des conditions exceptionnelles de confort, sur l'invitation expresse du Gouvernement tchéco-slovaque ; en 1927, en Italie, avec visite de Montecatini et des environs de Rome, sur invitation du Gouvernement italien.

Les langues officielles sont le français et l'anglais ; et de plus, pour la réunion annuelle, la langue officielle du pays dans lequel a lieu la réunion. Il y a en plus une réunion supplémentaire à Londres en mars , et on la fait coïncider avec le meeting de la Balneological Section of Royal Society.

La Société internationale d'hydrologie médicale publie les *Archives of Medical Hydrology* tirant actuellement à 2.000 exemplaires, revue envoyée aux sommités médicales des divers pays ainsi qu'aux bibliothèques universitaires, reçue gratuitement par tous les membres. Tout article publié en français est suivi d'un résumé en anglais et inversement.

Sur les 350 adhérents, on compte 50 Français et 86 Anglais ; le groupe anglais va s'accroître d'une centaine de membres nouveaux ; il nous invite instamment à augmenter notre groupe français de façon à s'égaliser avec le leur, d'autant plus que la Société, étant internationale, ne peut s'opposer à l'entrée des Allemands qui avait été reculée jusqu'à l'introduction de l'Allemagne dans la Société des Nations ; or, le Comité prévoit un grand nombred'adhésions venant d'Allemagne.

La S ociété comprend (et notamment en Angleterre) des sommités médicales, des professeurs d'Universités ; elle se répandra largement en Amérique du Nord et du Sud ; elle offre des perspectives de relations intéressantes aux médecins français qu'ils parlent soit l'anglais, soit l'espagnol.

Il faut que dès maintenant, dans les *Archives* où sont résumées les publications des divers pays, les médecins français fassent bonne figure, montrant qu'ils produisent les travaux de valeur aussi bien dans l'étude expérimentale et clinique des maladies que dans l'étude expérimentale et clinique de leurs moyens thérapeutiques. Déjà les trois confrères soussignés ont assumé de résumer en anglais pour les *Archives* les publications des médecins français, mais ils ont besoin de votre aide et la sollicitent. La cotisation est de une livre sterling par an, mais réduite à dix shillings pour les pays à change défavorable comme la Belgique, l'Italie, la France. Vous enverrez votre adhésion de principe à l'un de nous qui vous fera aussitôt parvenir un bulletin d'adhésion.

M. Monod (Vichy), président sortant, 34, rue Galilée (8e) ; M. Bergouignan (Evian), représentant pour la France, 57, boulevard Pasteur (17e) ; M. Mougeot (Royat), trésorier du Groupe français, 1, rue Le Nôtre (16e).

— **Société de médecine publique et de génie sanitaire.** — La célébration du *cinquantenaire de la Société de médecine publique* et de génie sanitaire et le XVe Congrès d'hygiène auront lieu à Paris, du 25 au 28 octobre 1927, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence d'honneur de M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur et sous la présidence de M. le professeur Léon Bernard, professeur d'Hygiène et de Médecine préventive à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine et du Comité d'hygiène de la Société des nations.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Relations de Paris-P.L.M. avec les villes d'eaux et les Centres de séjour de l'Auvergne et du Forez.* — Depuis le 15 mai 1927, les relations de Paris-P.L.M. avec l'Auvergne et le Forez sont assurées comme suit :

Un express de jour 1re, 2e, 3e classes et wagon-restaurant qui part de Paris à 7 h. 30.

Un nouveau train de luxe de jour « Londres-Vichy-Pullman », composé exclusivement de wagons-salons type Pullmann :

Du 16 mai au 30 septembre au départ de Paris ;
Du 17 mai au 1er octobre au départ de Vichy.

Deux rapides de jour : l'un « Vichy Rapide », 1re, 2e classes et wagon-restaurant : Paris dép. 11 h. ; l'autre toutes classes et wagon-restaurant : Paris dép. 13 h. 55.

Un express de nuit avec places de luxe, 1re, 2e et 3e classes qui part de Paris à 22 h. 40. Correspondance à Clermont-Ferrand (du 15 mai au 30 septembre) et à Issoire (du 1er juin au 25 septembre) avec les autocars P.L.M. pour Saint-Nectaire, le Lac Chambon et le Mont-Dore.

Un express de nuit avec places de luxe, 1re, 2e et 3e classes, entre Paris et Saint-Etienne ; Paris dép. 22. h. 10

Un express de nuit avec couchettes, 1re, 2e et 3e classes entre Paris et le Midi par la ligne des Cévennes, Paris dép. 20 h. 30.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

dentiste diplômé a le droit de pratiquer seul une anesthésie générale.

Mais sa responsabilité civile ou pénale peut être fortement engagée, plus fortement même que celle d'un médecin.

En effet, avant de pratiquer une anesthésie locale ou générale, il est indispensable d'examiner le cœur et les poumons, si l'on ne veut pas voir se produire des accidents mortels, rares il est vrai, mais possibles.

Or, justement parce qu'il n'est pas docteur en médecine, le chirurgien dentiste ne peut pas se livrer à cette auscultation.

En cas de syncope mortelle, grief lui sera fait de ne pas avoir fait examiner, au préalable, son patient, par qui de droit.

En second lieu, des docteurs en médecine ont été poursuivis, parce qu'ils ont procédé seuls à une intervention légère, sous anesthésie générale, suivie de syncope mortelle.

Je n'ai pas à rappeler ici cette jurisprudence ; mais cette dernière a fait l'objet d'une discussion récente à la Société de médecine légale (janvier et mars 1927).

Il en résulte que, quels que soient les droits que nous confère la loi, médecins comme chirurgiens dentistes, nous avons le plus grand intérêt à ne pas pratiquer seuls une anesthésie générale au cas d'accident grave. Il est préférable qu'un praticien administre la narcose, pendant que le dentiste pratiquera les extractions, ou autres interventions sur les dents.

Dr Paul BOUDIN.

Accidents.

1943. — Accident causé par un employé revenant de son travail.

Un domestique revenant de son travail, étant à sa droite et ayant fait marcher son timbre, renverse une femme âgée qui est atteinte d'une contusion de la cuisse gauche avec de légères ecchymoses.

La blessée veut se faire indemniser de mes soins et réclame au patron du domestique ; celui se retranche derrière son assurance et refuse (non, il ne refuse pas mais préfère s'arranger à l'amiable). Je ne sais ce qu'il va en résulter ; mais voici ce que j'ai fait.

Au lieu de donner un certificat sur papier libre, j'ai rédigé mon certificat sur papier timbré, estimant que cet accident relevait plutôt du code de la route que d'un accident de travail.

Que vous en semble ? Je crois que cela est intéressant.

Dr N.

Réponse.

Si la blessée n'était pas au service d'un patron au moment où l'accident s'est produit, il s'agit d'un accident de droit commun et c'est avec

juste raison que vous avez établi votre certificat sur papier timbré.

Quant à la responsabilité de l'accident, en admettant qu'elle ne soit pas imputable à une imprudence de la victime, elle ne saurait en aucune manière incomber au patron du cycliste ou à son assurance, car, au moment où l'accident s'est produit, l'ouvrier avait cessé son travail et ne se trouvait plus sous la surveillance et la direction de son patron.

C'est donc au cycliste seul que la blessée peut réclamer une indemnité.

1987. — Revision d'un accident du travail.

Je viens vous demander quelques conseils au sujet d'un accident du travail qui s'adapte malaisément au mécanisme des cas habituels. Il s'agit d'une ouvrière qui est venue me faire constater, il y a un mois et demi, une contusion de la face dorsale de la main. J'ai fait un certificat de simple constatation disant que « sauf complications et sous réserve de recevoir les soins nécessaires, l'ouvrière pourrait continuer son travail ». Or, la partie contusionnée est devenue le siège d'une synovite (synoviale des tendons extenseurs) ; cette lésion demeure torpide ; un chirurgien consulté n'est pas d'avis d'intervenir. L'ouvrière continue à travailler cependant que de temps en temps, elle vient recevoir chez moi quelques pointes de feu.

J'ai prévenu le patron, par lettre recommandée, de la situation de son ouvrière, faisant toutes réserves sur son cas, une aggravation pouvant survenir. Est-ce suffisant pour que, dans un délai de trois ans, l'intéressée puisse à n'importe quel moment invoquer pour cette synovite, le bénéfice de la loi de 1898.

Et, d'autre part, les soins que je donne et que je donnerai encore, si besoin est, sont-ils bien légalement à la charge du chef d'entreprise comme la logique semble le commander ? Dr G.

Réponse.

Dans les trois années de l'accident, votre cliente pourra introduire une demande de révision pour se faire attribuer une rente, si elle devient atteinte, par suite de l'accident, d'une incapacité permanente partielle. Ce délai de trois ans expiré, elle n'aura plus aucun moyen de se faire indemniser.

Quant aux frais médicaux que pourrait nécessiter son état, depuis la reprise du travail, ils ne peuvent légalement être mis à la charge du patron. En effet, les frais médicaux sont un accessoire de l'indemnité temporaire et cessent d'être dûs en même temps qu'elle. Par suite, comme en cas de rechute, seule une instance en révision est possible, et que, dans ce cas, l'indemnité temporaire n'est pas due à nouveau, c'est votre cliente qui devrait vous honorer directement, sans recours contre le patron ou l'assurance.

1884. — Accident survenu à un membre d'une société sportive.

J'ai donné mes soins à un membre d'une société de foot-ball rugby de la région, victime d'un accident survenu au cours d'un match. Le blessé une fois guéri, m'a prié d'envoyer ma note d'honoraires à l'agent d'assurances de la Cie qui assure la société pour les accidents de sports. J'ai donc établi ma note d'honoraires au tarif syndical. Or, je viens de recevoir une lettre de l'agent d'assurances m'informant que le service médical de la Cie avait réduit à 137 fr. ma note d'honoraires de 190 fr. et cela, par application du tarif sur les accidents du travail ? !

1° Pourriez-vous me dire si *la loi sur les accidents du travail* comporte un article assimilant aux accidents du travail les accidents survenus aux membres d'une société sportive ?

2° Dois-je maintenir ma note d'honoraires de 190 fr. et ne pas accepter la réduction à 137 fr. ?

Dr B.

Réponse.

Les membres d'une société sportive, victimes d'accidents au cours d'exercices sportifs, ne sont pas couverts par la législation sur les accidents du travail.

Par conséquent, vous devez les considérer comme des clients de droit commun et vous faire payer par eux, conformément à votre tarif de clientèle ordinaire.

Il se peut que la société ait contracté au profit de ses membres une assurance qui leur garantit le payement des frais médicaux et pharmaceutiques en cas d'accident, suivant les tarifs des accidents du travail. Cette convention est valable, et si vous vous adressez à l'assurance pour vous faire payer, celle-ci ne peut vous donner plus que ce à quoi elle est obligée en vertu de sa police, c'est-à-dire plus que le tarif Durafour.

Mais rien ne vous oblige à vous faire payer par l'assurance, ni même à entrer en rapport avec elle. Faites-vous payer par le blessé votre note de droit commun, remettez-lui un reçu détaillé de vos honoraires et il lui appartiendra de s'arranger personnellement et directement avec l'assurance pour se faire rembourser dans la mesure de ses droits, sans que vous ayez à intervenir.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

1870. — Blessures multiples et intervention à Tarif spécial-Injection (A. T.)

J'ai été appelé à donner mes soins, il y a quelques jours, à un garçon de 15 ans qui travaillait sur la route nationale pour le compte des Ponts et Chaussées et avait été pris et traîné par une automobile.

Ce blessé transporté à la pharmacie présentait à la cuisse droite une large plaie avec lambeau mettant l'aponévrose à nu, à la cuisse gauche, contusion du genou avec épanchement et éraflures. La plaie étant remplie de petit gravier, il a été très difficile de la nettoyer et il a fallu un long et minutieux lavage à l'éther et au sérum artificiel. J'ai mis sept points de suture et laissé un faisceau de crin en drainage.

Pour le genou gauche, désinfection des éraflures et pansement compressif.

Injection de sérum antitétanique.

Ce blessé m'a retenu auprès de lui une heure et demie au moins.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire :

1° Si ce blessé relève du tarif des accidents du travail ;

2° Si oui, comment tarifer mon intervention ;

3° Sinon, quel tarif appliquer ?

Dr E.

Réponse.

Je vois à compter : *a*) cuisse droite : « points de suture multiples » 25 francs (article 17) ; *b*) injection antitétanique 20 francs ; *c*) genou gauche : rien pour le pansement, puisque le prix de l'injection antitétanique comprend le prix de la visite ou consultation, ou un pansement compris dans l'une de celles-ci. Autrement dit, en cas de x blessures multiples plus une intervention à tarif spécial, comptez x — 1 pansements en plus de l'intervention, et ceci afin de ne pas pratiquer le *cumul* interdit par l'article 13.

F. D.

II

1827. — Visite « supplémentaire à la normale ».

J'ai encore recours à vous et vous prie de bien vouloir me renseigner sur les cas suivants :

1° Un accidenté du travail âgé de 17 ans se présente à mon cabinet le 19 avril 1927, à 9 heures du matin ; plaie de la face antérieure du poignet gauche avec section d'un tendon superficiel, le petit palmaire probablement. Je rédige une ordonnance et fais un pansement. A 4 heures : suture du tendon, de l'aponévrose, quatre points à la peau ; deux jours après, suppuration. Un point de la peau est enlevé, les autres, les jours suivants. Comment établir cette première partie de ma note d'honoraires ?

2° Le père de cet accidenté refuse la piqûre de sérum antitétanique proposée le 19 avril 1927. Il la demande ensuite le 23 avril 1927 au moment où je me rends auprès de son fils à l'occasion d'une visite de contrôle du médecin patronal ; je rédige une ordonnance à 10 heures du matin, le sérum m'est apporté à 5 heures du soir, je fais la piqûre ;

La Compagnie est-elle en droit de me refuser les honoraires dus pour cette piqûre ? Il est évident que ces frais supplémentaires : visite de contrôle et pi-

qûre à 5 heures le même jour, sont le fait de l'irrésolution du père de l'accidenté.

Dr B.

Réponse.

1° Le 19 avril, comptez : *a*) matin, consultation et certificat : 12 plus 5, soit 17 francs ; *b*) soit « suture de tendon superficiel du poignet 150 francs » (article 17) ; *c*) les jours suivants : visite ou consultation : 12 francs.

2° Le 23 avril, il vous est dû : *a*) matin, consultation : 12 francs ; *b*) soir, injection antitétanique : 20 francs, c'est entendu, puisque telles sont vos interventions. Maintenant, si la compagnie refuse de payer, ce jour-là, une visite plus une injection, que normalement vous auriez dû faire en même temps, c'est le blessé (ou plutôt son père) qui vous doit la visite supplémentaire que vous avez dû faire (soit 12 francs), puisque celle-ci, dites-vous, fut causée par « l'irrésolution du père de l'accidenté », ce dont la Compagnie, après tout, serait en droit de se considérer comme n'en étant pas responsable, ni « comptable ».

F. D.

Fiscalité.

1798. — Base de la patente. Charges à ajouter au loyer.

Membre du « Sou Médical », j'ai déjà usé de votre amabilité et de votre compétence ; ne serait-ce pas abuser que de vous demander un nouveau renseignement concernant la patente.

J'ai un loyer de 6.000 francs net ; dans mon bail, (d'ailleurs enregistré), il est spécifié que je dois payer une somme de 1.000 francs « pour toutes charges » en sus du prix de mon loyer. La valeur locative de mon logement est-elle de 6.000 comme je le pensais ou de 7.000 comme le pense mon contrôleur que j'ai d'ailleurs vu à ce sujet.

Il faut noter que la cause de ces charges n'est pas spécifiée et que je paye en plus droit proportionnel, portes et fenêtres, etc.

Dr P.

Réponse.

Si, comme vous l'indiquez dans votre lettre, la cause des charges évaluées 1.000 francs n'est pas spécifiée, c'est à juste titre que le contrôleur prétend vous imposer sur une valeur locative de 7.000 francs. Seules, n'entrent pas en ligne de compte, pour la détermination de la valeur locative, les sommes versées au propriétaire, soit en remboursement des contributions payées par lui mais incombant légalement au locataire,

(portes et fenêtres avant la suppression de cette contribution, taxe d'enlèvement des ordures ménagères, de balayage, etc. », soit en remboursement des prestations en nature, (eau, chauffage, etc...), consommées par le locataire dans son appartement.

A. M.

1305. — Base de la patente en cas de sous-location partielle.

J'ai un loyer de 1.750 fr. Je sous-loue le rez-de-chaussée pour 500 fr. ; dois-je être imposé sur 1.750 francs ou 1.250 fr. ? ? On me dit ici que l'impôt est basé sur le prix du bail, et que la sous-location n'a rien à voir dans le calcul de l'impôt ?

Dr L.

Réponse.

Votre patente doit être basée sur la valeur locative des locaux occupés par vous, c'est-à-dire en fait sur un loyer de 1.750 — 500, soit : 1.250 francs, ou sur un loyer voisin, car il pourrait arriver que la valeur locative de vos locaux soit supérieure à ce chiffre, si la sous-location de 500 francs peut être considérée comme vous procurant un bénéfice.

A. M.

1653. — Patente sur un garage professionnel.

J'ai un petit garage, indépendant de mon appartement que je paie 50 fr. par mois, au mois, *sans aucun bail*, soit 600 fr. par an. Je l'occupe depuis février 1926. Je viens de recevoir une patente à payer là-dessus de 580 fr. J'ai l'intention de quitter de ce fait ce garage puisque je n'aurai rien à payer à l'Etat en garant dans un garage public.

Un de mes amis me dit qu'on doit la patente sur un local occupé le 1er janvier et qu'il a dû payer pour un an sur un garage qu'il n'avait occupé que trois mois, janvier-février-mars :

1° Est-ce que je dois payer patente sur ce garage, que je loue au mois sans bail ?

2° Dois-je la patente sur les douze mois ou sur les onze mois seulement où je l'ai occupé ;

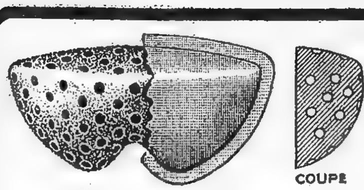
3° Si je le quitte maintenant aurais-je à payer pour 1927, la patente sur trois mois seulement ou pour toute l'année.

S'il est exact que j'aie à payer pour un ou sur un local occupé le 1er janvier, je serais obligé de payer pour toute l'année 1927 même en le quittant, mais je n'aurais rien à payer pour 1926, puisque je ne l'ai occupé qu'en février.

J'attends votre réponse pour aller trouver le contrôleur.

Dr H.





Réponse.

1° Le droit proportionnel de patente est bien calculé sur la valeur locative de votre garage.

2° Vous avez dû être imposé en 1926 pour 11 mois seulement.

3° La patente est due pour l'année entière, même si vous abandonnez maintenant la location de votre garage. D'autre part, l'administration impose maintenant à la patente pour le loyer payé dans un garage public.

A. M.

1786. — Changement annuel de voiture automobile.

J'ai passé un contrat avec un garagiste de ma localité pour changer chaque année ma voiture automobile moyennant un prix forfaitaire, et avoir ainsi une voiture neuve du même modèle :

1° Ce contrat doit-il être établi sur feuille de papier timbré et en trois exemplaires dont un déposé à l'enregistrement ?

2° Pourrais-je produire ce contrat comme déduction dans mes frais professionnels pour le calcul des impôts des propriétés non commerciales ?

Dr L.

Réponse.

Le contrat avec le garagiste doit être établi régulièrement en trois exemplaires sur papier timbré, un de ces exemplaires devant être déposé à l'enregistrement.

D'autre part, la somme totale payée annuellement au garagiste pourra être portée parmi vos dépenses professionnelles.

A. M.

Baux et Locations.

1770. — Droit à la prorogation.

Je me permets d'avoir recours à votre obligeance pour me renseigner sur mes droits comme locataire, attendu qu'une nouvelle loi vient, paraît-il, de voir le jour.

Mon bail de 9 ans date du 15 mars 1914.

Mobilisé, j'ai été prorogé de 5 ans 3 mois.

Ma prorogation expire le 23 juin 1928.

Ma propriétaire habite une autre maison qui lui appartient, je crois.

Elle veut ou que je lui achète la maison que j'habite (ce que je ne veux pas), ou que je parte afin qu'elle puisse la vendre. Dans ce cas elle viendrait habiter elle-même pendant 2 ans l'immeuble que j'occupe. Cet immeuble me sert à la fois de clinique, cabinet, locaux, habitation.

Lecteur assidu de vos consultations du *Concours*, je suis persuadé que j'ai le droit de rester dans les locaux que je loue jusqu'en 1931, quitte à subir des augmentations de loyer à partir de juin 1928. Je

vous serais reconnaissant de me dire si j'ai droit ou non à être prorogé jusqu'en 1931 ? Dr P.

Réponse.

La loi sur les loyers du 1er avril 1926 est applicable dans votre ville, puisque celle-ci compte plus de 4.000 habitants.

Il en résulte que, lorsque votre prorogation de guerre actuellement en cours sera expirée, vous aurez droit automatiquement, et sans même avoir à le demander, à la prorogation nouvelle de la loi du 1er avril 1926, jusqu'au 1er avril 1931, si toutefois votre loyer en 1914 n'excédait pas 2.500 francs.

Tant que durera cette nouvelle prorogation, votre propriétaire ne pourra pas prétendre reprendre votre maison pour venir l'habiter ellemême, car le droit de reprise n'est accordé aux propriétaires que pour les locaux servant *exclusivement* à l'habitation. Ce droit ne peut donc s'exercer sur une maison affectée, tout au moins partiellement, à l'exercice d'une profession, comme c'est votre cas.

C'est d'ailleurs en échange de ce privilège que les locataires de locaux à usage professionnel ou mixte doivent payer une augmentation plus élevée que les locataires de locaux d'habitation (125 % du loyer d'avant-guerre, au lieu de 100 %.)

Questions médico-militaires.

1836. — Indemnité de premier équipement.

Je suis appelé à effectuer une période de 25 jours comme médecin aide-major de deuxième classe. J'ai, conformément aux conseils publiés dans le *Concours*, fait une demande pour obtenir l'indemnité de mise de premier équipement.

Le Service de santé me répond que, par application de l'article 43 de l'Instruction du 8 janvier 1925, seuls, peuvent prétendre à cette indemnité les officiers nommés depuis cette date.

J'appartiens à la classe 1915, j'ai été promu médecin auxiliaire en 1922 et médecin aide-major en septembre 1923.

Ainsi je n'aurais donc pas droit à l'indemnité d'équipement. En est-il bien ainsi ? N'y a-t-il pas possibilité d'adresser de réclamation ?

Le même document du 8 janvier 1925 (article 43) rend obligatoire pour les officiers de réserve la possession d'une tenue de campagne.

Voudriez-vous avoir l'amabilité de m'éclairer davantage à ce propos qui intéresse bon nombre de confrères. Dr M.

Réponse.

Les renseignements qu'on vous a donnés sont exacts, malheureusement : l'indemnité de première mise d'équipement n'est, paraît-il, payée que dans la mesure des crédits disponibles. Ces crédits n'ont été rétablis qu'à partir du 8

janvier 1925, vous ne pouvez donc pas en profiter en raison de la date de votre promotion au rang d'officier.

Cependant, essayez d'adresser une demande au général commandant le Corps d'armée, par l'intermédiaire de votre directeur, en vue d'obtenir la livraison par le magasin d'habillement du Corps d'armée, à titre gratuit, d'une collection d'effets en drap de sous-officier.

1316. — Droit de la mère d'une victime de la guerre.

1° Une femme veuve a eu son fils tué en 1914. Elle s'est remariée en 1921 et vient de devenir veuve une seconde fois en décembre dernier. Elle a 62 ans. Avant la mort de son second mari, elle touchait une pension de 720 fr. par an.

A combien a-t-elle droit maintenant à 720 fr. ou à 1.440 fr. ?

Dans le cas où elle aurait droit à 1.440 fr., quelles pièces doit-elle fournir et à qui doit-elle adresser sa demande de majoration ?

Dr L.

Réponse.

Cette veuve doit demander au Sous-Intendant militaire régional des pensions de lui établir son dossier de veuve en secondes noces ; celui-ci lui indiquera exactement quelles sont les pièces à fournir.

Il n'y aura pas cumul des deux pensions, mais l'intéressée aura la faculté d'opter pour la plus avantageuse de ces pensions.

1749. — Obtention de l'indemnité spéciale par un tuberculeux de guerre.

Je vous serais fort obligé de bien vouloir me faire savoir si un réformé à 100 % art. 10 pour mal de Pott avec abcès par ingestion, immobilisé en plâtre et couché, peut obtenir l'indemnité spéciale de 7.000 fr. pour soins aux réformés, à la condition qu'ils ne se livrent à aucun travail et qu'ils se soumettent au contrôle des organismes antituberculeux.

Dr A.

Réponse.

Tout tuberculeux peut avoir droit à l'indemnité spéciale de 5.000 francs, s'il ne se livre à aucun travail et s'il se soumet au contrôle des organismes antituberculeux. Il doit adresser sa demande au Sous-Intendant militaire des pensions de la région, qui est chargé de l'attribution de cette indemnité.

1524. — Allocation d'une petite voiture à un mutilé de guerre.

Un réformé de guerre à 100 p. 100 atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche peut-il obtenir une petite voiture comme un amputé ? A qui doit-on adresser la demande ?

Dr M.

Réponse.

Cette impotence est, à notre avis, assez marquée pour que ce malade ait droit à une petite voiture. Qu'il s'adresse au médecin-chef du centre d'appareillage, qui se trouve au siège de la direction du Service de santé du corps d'armée.

1292. — Blessé de guerre. Droit à pension.

Un de mes clients qui a eu, à la suite d'une chute d'un premier étage survenue en septembre 1915 étant mobilisé et du fait du service, est resté paralysé des quatre membres pendant plus de six mois. La chute se fit sur le crâne et la région cervicale. Il fut cependant réformé n° 2 avec le diagnostic de *tabes dorsalis* le 25 février 1916.

Ayant eu l'occasion d'examiner cet homme qui, actuellement n'est plus paralytique, mais présente des troubles encéphaliques graves, je constatai à ma grande surprise qu'il ne présentait aucun symptôme de tabès dorsalis et le fis visiter par le professeur X, qui, comme moi, estima qu'il y avait là une erreur de diagnostic et établit un certificat dans ce sens.

Après expertise médicale et examen devant une nouvelle commission militaire, l'erreur fut reconnue et une incapacité de 80 % lui fut allouée ces derniers jours.

Or, depuis plusieurs années, ce malade est incapable de se livrer à aucun travail utile et sa situation a empiré de jour en jour. N'y a-t-il pas lieu de faire une demande à l'autorité militaire pour qu'un rappel soit effectué et qu'on lui verse une indemnité pour les sommes non perçues, puisque depuis 1916, jusqu'à ce jour cet homme, victime de la guerre, n'a rien touché.

D'autre part, étant donné qu'on lui alloue 80 % d'incapacité, après sa mort qui semble devoir ne pas tarder, sa femme pourra-t-elle toucher une pension.

Dr G.

Réponse.

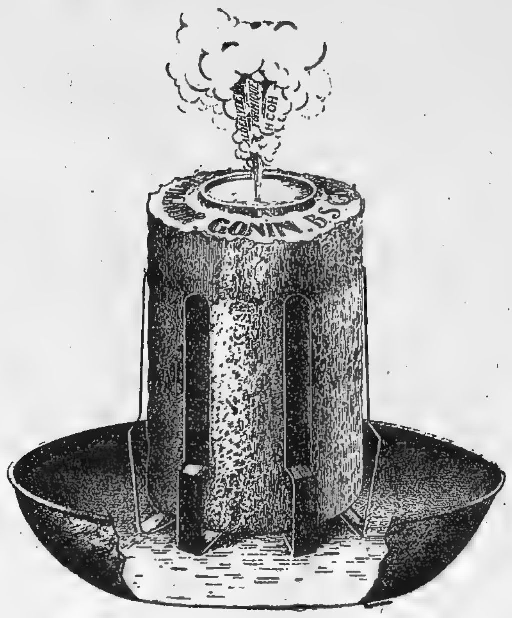
1° L'intéressé est évidemment en droit de demander au Ministre qu'il lui soit établi une rétroactivité de sa pension depuis le jour où il est passé pour la première fois devant une commission de réforme (25 février 1916), les constatations faites par elle des troubles nerveux devant fixer le point de départ de la pension. Cependant, une question semble un peu délicate à résoudre : la disparition des signes qui avaient fait commettre l'erreur diagnostique de tabès en 1916 permet-elle à coup sûr d'établir la filiation entre les troubles primitifs et les troubles actuels ? Peut-être le Ministre des pensions ne voudra-t-il pas l'établir et alors il faudra recourir au tribunal des pensions.

2° La veuve peut avoir droit à pension, quelle que soit l'époque de son mariage, si la filiation entre l'accident et la maladie est établie (arrêté du Conseil d'Etat, Vve Létard). Sinon, elle n'aura droit à pension que si le mariage est antérieur à la blessure ou à l'aggravation de la maladie (arrêté du Conseil d'Etat, Vve Mariaud).

(1)

Après les Maladies Contagieuses

Fumigator N° 4 pour 20 m3



Fumigator N° 3 pour 15 m3

Le Fumigator Gonin

DÉSINFECTE sans rien abîmer
ÉCONOMIQUEMENT
DISCRÈTEMENT

il est autorisé par le Ministère de l'Intérieur pour

Toutes Désinfections de Locaux

Rappelons que chacun a le droit d'exécuter par ses soins ou de faire exécuter par un service privé **LA DÉSINFECTION DE SES LOCAUX** pourvu que ce soit à l'aide d'un procédé autorisé comme

le Fumigator Gonin

(Article 17 du décret du 10 juillet 1906)

FUMIGATOR, 60, rue Saussure, PARIS

Téléphone : ***Wagram 17-23*** *Télégraphe :* ***FUMIGATOR-PARIS***

Chèques postaux : Paris 208-12.

Registre du Commerce, Seine n° 160.287


LACTATE DE MAGNÉSIE BIOLOGIQUE
VITAMINES DE POMMES CRÛES
LACTO MAGNÉSIE VITA
Lacto-Magnésie Vita
CONSTIPATION DE TOUTE ORIGINE
LAXATIF DOUX
ÉCHANTILLON & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
POUR ADULTES: 1 à 2 cuillerées à café
POUR ENFANTS: 1/2 cuiller à café
le soir, au coucher
dans un peu d'eau sucrée, au mieux dans du lait.
UNION BIOLOGIQUE
PARIS

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 24 — DIMANCHE 12 JUIN 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS

Groupés dans la Société « **LE CONCOURS MÉDICAL** » *et ses Filiales*

Rédaction et Administration : **37, rue de Bellefond, PARIS (9e)** — Téléphone : Trudaine 29-25

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1602-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Boyer, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, E. Le Gourlérec, E. Poulain.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Bandol. Rozet.

Barbazan. Fournier.

Barèges Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Gardette, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou, Portes, Saint-Pée.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen, Truelle.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, Segard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Boutelier

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Adda, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 318. — Préchacq-les-Bains, Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

N° 319. — Calvados, St-Aubin-sur-Mer, stat. climat. iodée à 5 heures de Paris. Plage de toute sécurité. Parc, tennis, ombrages. Saison juin à septembre.

N° 320. — Deux-Sèvres, Citroën cond. int. 10 CV. carross. luxe cannée Dreguet, 4 amortiss. Houdaille, mot. excell. état, 13.000.

N° 321. — Chevreuse « Hélianthe », cure séjour d'air repos., conv., gr. parc, cuis. partic. soign., ni contag., ni tuberc., 1, rue de la Mairie, té,. 21 (Les méd. peuvent y suivre leurs malades).

N° 322. — Banl. Paris, imméd., bon air, pas usines, ménage dem. nourris. à partir 18 mois.

N° 323. — Dr franc. 30 ans, rech. bon cab. méd. Paris ou pr. banl., avec facil. achat. Dr Weber, 8, rue Michel-Chasles, Paris (12e).

N° 324. — Coutainville (Manche), plage sable fin, logem., rez-de-ch., 2 ch. 1 cuis., eau, à 1 min. plage, tous fourniss. : août 600, sept., 350, à louer pour locat. tranq. S'adr. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris (15e).

N° 325. — Sud-Est, ville agréab., gr. ligne, centre tourisme Dauphiné, Vivarais : à louer 1.100, bel appart. meublé, eau, gaz, électr., 5 pièces, 1er juill., 1er oct.

N° 326. — Achet. mat. méd. et dent. vitrine, table ex. lavabo, fauteuil dent., tour à péd, crachoir, fontaine, etc. Dr Bernier, 3, square d'Anvers, Paris.

N° 327. — Les deux médec. d'Agon-Coutainville (Manche) recomm. Madame Herian Mathilde, y demeurant, qui prend chez elle pensionn. non contag.

N° 328. — Ouest., joli pays chasse et pêche, relat. fac. avec plage réputée, poste seul pro-pharm., rapp. 72.000 minimum, habit., agréab., 7 pièces confort. A céd. 30.000 dont 20.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 329. — Provence. A céd. même région, un poste seul méd. pr. ville rapp. 45.000, un autre poste ville rapp. 70.000 minim., gr. habit. confort. install. de radio. Condit. avantag. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 330. — Paris bon quart, moyen, client. très ancienne, noyau intéress., à céder avec bel appart., 6 pièces sur boulev. Indemn. à débat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 331. — 200 km. Paris, anc. poste seul méd., fixe ch. de fer, rapp. 80.000, gr. mais. confort., indemn. 30.000, dont 20.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.



DERNIÈRES NOUVELLES

— Victime du devoir médical. — Un de nos confrères de l'armée, le professeur PICQUÉ, vient de mourir d'un accident d'avion, en se rendant par la voie des airs à l'hôpital de Talence, pour une opération d'urgence. L'avion dans lequel il se trouvait ayant pris feu, notre confrère fut tué en tombant sur le sol.

Le Dr Picqué, agrégé du Val-de-Grâce, médecin chef de l'hôpital militaire de Talence (Dordogne), était très connu pour ses importantes études sur l'aviation sanitaire. Beaucoup d'entre nous ont suivi avec grand intérêt les démonstrations qu'il faisait, à l'occasion des Congrès et des réunions médicales, sur le transport des blessés et des malades par avions sanitaires.

— Une visite à « La Maison du médecin ». — Rappelons à nos lecteurs qu'une visite du château des Charmilles et de son parc à Valenton (Seine-et-Oise) est organisée par le *Dimanche 19 juin.* Elle aura lieu par autocars.

Départ à 14 heures très précises de la place de la Concorde (angle de la rue de Rivoli). Le retour aura lieu avant 19 heures. Tous les médecins et leurs familles sont conviés à cette visite. Prix par personne : aller et retour : 22 francs.

Prière de s'inscrire 51, rue de Clichy, à « La Maison du médecin ». (Tél. Gut. 54-17, de 15 à 18 heures.)

— Faculté de Paris. *Chirurgie orthopédique chez l'adulte.* — M. MAUCLAIRE, agrégé, chargé de cours, fera dix leçons de révision à partir du mardi 21 juin 1927, à 16 h., amphithéâtre Vulpian, les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Programme. — Chirurgie orthopédique du rachis. — Cubitus valgus ou varus. — Coudes ballants. — Luxations congénitales de la hanche chez l'adulte. — Coxa vara. — Coxa valga. — Coxa plana. — Difformités orthopédiques du genou. — Pieds bots chez l'adulte. — Présentation de nombreuses radiographies.

— Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. — Un cours complémentaire et de perfectionnement portant sur les questions d'actualité neuro-psychiatrique aura lieu à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe) (Métro Glacière), du 20 au 28 juin 1927, sous la direction du professeur Henri Claude, tous les jours, à 10 h. et à 14 h. 30.

Pour renseignements, s'adresser à M. Cénac, chef de clinique, 1, rue Cabanis.

Droit d'inscription : 250 fr.

— Hôpital Cochin. *Cours de dermatologie.* — Un cours de dermatologie pratique sera fait jusqu'au 22 juin dans le service de M. Marcel Pinard.

— Hôpital Saint-Antoine. *Radiologie gastro-intestinale.* — Des démonstrations de radiologie gastro-

duodénale seront faites du 20 au 27 juin par M. Félix Ramond, avec le concours de MM. Jacquelin, Zizine et Gorostini.

— **Ecole de psychologie** (49, rue Saint-André-des-Arts). *Cours d'été.* — Les jeudis, à 5 heures, Dr BÉRILLON : L'orthopédie mentale et la psychothérapie. Les jeudis, à 4 h. 1/2, Dr ARTAULT DE VEVEY : L'évolution biologique de la psychologie.

Leçons du jeudi, à 10 h. 1/2, à la consultation : applications de la psychothérapie et de l'hypnotisme au traitement des névroses et des psychoses ; les applications de l'orthopédie mentale à la rééducation des enfants nerveux, vicieux ou anormaux.

— **Hôpitaux de Lyon.**— Les épreuves du concours de médecin des hôpitaux, ouvert le 9 mai dernier, ont été les suivantes : 1° La villosité intestinale ; digestion et absorption des graisses ; 2° les anémies spléniques ; 3° le tabac (hygiène et thérapeutique).

Le concours s'est terminé par la nomination de M. BERTOYE.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Prix Léon Riboud.* Ce prix, quinquennal, qui s'élèvera cette année à la somme de 12.200 fr., sera décerné en décembre 1927. Il doit être attribué à un savant de la région lyonnaise, ayant au moins cinq ans de résidence, qui, par ses travaux, aura contribué au progrès de l'hygiène ou des sciences médicales. Les candidats devront déposer leurs titres au secrétariat de la Faculté, avant le 15 novembre.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Sont nommés, à la suite du dernier concours, MM. PETIT-DUTAILLIS et FEY.

— **Hôpitaux de Marseille.** — M. Jean SEDAN est nommé, après concours, ophtalmologiste adjoint des hôpitaux de Marseille.

— **Hôpitaux de Fez.** — M. Louis PICON, ancien interne des hôpitaux de Montpellier, a été nommé chirurgien des hôpitaux de Fez.

— **Mariage.** — Madame Maria-de-los-Dolorès CID DE VIVARE, veuve Auguste DESTRÉES, et M. le Dr Lucien FÉRÉ, nous font part de leur mariage, qui a été célébré, dans la plus stricte intimité, au Vice-Consulat de France et à l'Eglise N.-D. du Rosaire à Tunis, le 12 mai 1927 (Hammam-el-Lif, Tunisie).

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 *mai.*

Commission du Codex.

M. Breteau, pharmacien principal de l'armée, est nommé secrétaire technique de la Commission du Codex.

Assistance médicale indigène.

Par décret du 24 mai, n'est pas approuvée une

délibération du Conseil général de la Nouvelle Calédonie tendant à instituer dans la colonie une taxe d'assistance médicale indigène que verserait tout indigène soumis à l'impôt de capitation et qui aurait pour corollaire la création d'un service de l'assistance médicale indigène.

29 *mai.*

Pensions civiles et militaires.

Décret du 26 mai 1927 allouant une indemnité aux médecins non fonctionnaires membres des Commissions de réforme.

Art. 1er. — Les médecins non fonctionnaires membres des commissions de réforme instituées par la loi du 14 avril 1924 (art. 20) ont droit pour leur participation aux travaux de ces commissions à une indemnité calculée à raison de 5 fr. par malade examiné, sans que cette indemnité puisse être inférieure à 20 fr. pour chaque séance de la commission.

Art. 2. — Le président du conseil, ministre des finances, est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* et qui aura son effet à compter du 1er janvier 1926.

Assistance publique.

Jury du concours pour l'emploi de sous-inspecteur de l'Assistance publique.

Ce jury est constitué comme suit : M. Hendlé, président ; Gravereaux, Albert Rivière, Couturier, Dr Jules Renault ; Barbary, de la Tailhède, secrétaire.

31 *mai.*

Bourses d'enseignement supérieur.

Arrêté du 14 mai 1927.

Art. 1er. — Les bourses d'enseignement supérieur de toute catégorie sont accordées, en principe, pour une année scolaire, à partir du 1er novembre. Toutefois, lorsque l'état des crédits le permet, il peut en être attribué dans le courant de l'année scolaire à des étudiants qui, pour une raison jugée valable, n'ont pu produire leur demande dans les délais réguliers.

Les bourses sont payables par dixièmes et d'avance. Elles ne peuvent être cumulées avec aucune fonction rétribuée.

Art. 2. — Sont abrogées les dispositions des règlements antérieurs, notamment celles de l'article 16 de l'arrêté du 31 mai 1886, en ce qu'elles ont de contraire au présent arrêté.

Bourses en vue de la préparation au P.C.N.

Arrêté du 15 mai 1927.

Art. 1er. — Il peut être attribué, près les facultés des sciences des universités, après avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur public, des bourses en vue de la préparation du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 2. — Les bourses sont accordées pour une année scolaire. Exceptionnellement, elles peuvent l'être pour une partie seulement de l'année.

Elles ne sont pas renouvelables.

Sont seuls autorisés à les postuler les étudiants qui ont été admis au baccalauréat de l'enseignement secondaire et ayant obtenu soit la mention « assez bien » à chacune des deux parties de cet examen, soit la mention « passable » à la première partie et la mention « bien » à la deuxième.

Bourses en vue du doctorat en médecine.

Arrêté du 15 *mai* 1927.

Art. 1er. — Peuvent obtenir, sans concours, pour un an, une bourse de doctorat en médecine de première année, les candidats qui justifient :

Soit des mentions « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de 80 points audit certificat ;

Soit des mentions « bien » au baccalauréat et « assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit des mentions « assez bien » au baccalauréat et « bien » audit certificat.

Art. 2. — Les bourses de doctorat en médecine, à partir de la deuxième année d'études sont données au concours, pour un an.

Sont admis à prendre part à ce concours, les candidats appartenant au régime d'études fixé par le décret du 10 septembre 1924, pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions, qui ont subi avec la note moyenne 7, l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Art. 3. — Les épreuves de ce concours consistent en compositions écrites, savoir :

Etudiants à 4 inscriptions.

a) Une composition d'anatomie.
b) Une composition d'histologie.

Etudiants à 8 inscriptions.

a) Une composition de physiologie.
b) Une composition de physique et de chimie biologiques comportant :

1° Une question de physique biologique (une heure).

2° Une question de chimie biologique (une heure).

Etudiants à 12 inscriptions.

a) Une composition d'anatomie pathologique.
b) Une composition de pathologie expérimentale.

Etudiants à 16 inscriptions.

a) Une composition de médecine générale.
b) Une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique.

Art. 4. — Jusqu'à la disparition des anciens régimes d'études, les étudiants en cours de scolarité appartenant à ces régimes seront admis à s'inscrire

au concours dans les conditions déterminées par les arrêtés du 22 avril 1902 (modifié par l'arrêté du 23 mai 1912) et du 26 décembre 1919 ;

Art. 5. — Les concours ont lieu annuellement au siège des facultés, dans le courant du mois d'octobre, au jour fixé par le ministre.

Brevet d'infirmières.

Des sessions d'examen d'Etat sont ouvertes :

A Paris, le 16 juin, pour des infirmiers masseurs aveugles ;

A Strasbourg, les 28, 29 et 30 juin, pour des infirmières hospitalières, des infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et des infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance ;

A Lyon, les 23, 24 et 25 juin, pour les trois mêmes catégories qu'à Strasbourg.

Soins aux pensionnés de guerre.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 20 mai 1927.

Monsieur le Président,

Un décret en date du 5 mars 1927 a modifié les articles 74 et 80 du décret du 25 octobre 1922, modifié par décret du 8 juillet 1924, en ce qui concerne la nomenclature et le tarif des interventions de petite chirurgie et de spécialités applicable au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 (soins gratuits aux mutilés).

Les mêmes modifications doivent être apportées au décret du 15 juin 1926, déterminant les modalités d'application de ces textes aux colonies.

Le projet de décret ci-joint a été préparé dans ce but.

Si vous en approuvez la teneur, nous vous prions de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Le président du conseil,
ministre des finances,
Raymond Poincaré.

Le ministre des colonies,
Léon Perrier.

Le ministre des pensions,
Louis Marin.

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre des colonies, du ministre des pensions et du président du conseil, ministre des finances,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 et l'article 36 de la loi de finances du 1er août 1924 ;

Vu le décret du 25 octobre 1922, modifié par les décrets des 8 juillet 1924 et 5 mars 1927 ;

Vu le décret du 15 juin 1926,

Décrète :

Art. 1er. — L'article 74 du décret du 15 juin 1926 est modifié comme suit :

a) Ajouter :

Injection sous-cutanée d'oxygène .... 20 »
Ponction exploratrice.................... 25 »
Ponction d'un abcès superficiel avec injection modificatrice .... 20 »
Ponction simple d'un abcès froid profond.... 30 »
Ponction d'un abcès froid profond avec injection modificatrice, la première .... 60 »
Les suivantes, chacune .... 30 »
Transfusion du sang (quelle que soit la technique et y compris l'épreuve de la compatibilité sanguine quand elle est effectuée).. 300 »

(Par transfusion du sang on doit entendre le recueil et la transfusion d'au moins 150 centimètres cubes de sang humain.)

Les injections de petites quantités (sous-cutanées ou intra-veineuses) qui constituent des pratiques d'hémothérapie.. 20 »
Rémunération du donneur lorsque celle-ci est nécessaire :
1° Pour les 150 premiers centimètres cubes de sang.................... 50 »
2° Pour chaque prélèvement ultérieur de 100 centimètres cubes .... 50 »
Sympathectomie péri-artérielle........... 400 »
Libération d'un tronc nerveux dans une cicatrice .... 40 »
Dans un cal.............................. 200 »
Empyème avec résection costale .... 200 »
Ponction d'abcès du foie................. 50 »
Incision et drainage d'abcès du foie........ 200 »
Etant entendu que si les deux interventions sont pratiquées à la suite d'une de l'autre au cours d'une même séance, la rémunération est de .... 200 »
Thyroïdectomie .... 500 »
Cure radicale d'hémorroïdes.............. 350 »
Phrénicotomie .... 200 »

b) Remplacer la rubrique « Ponction de la plèvre avec injection d'azote » par la suivante :

Pneumothorax.

Insufflation pour entretien de pneumothorax
Prix d'une insufflation mensuelle.......... 100 »
Insufflation plus fréquente pour décollements parcellaires de la plèvre........... 50 »

Art. 2. — L'article 80 du décret du 15 juin 1926 est complété comme suit :

Art. 80. — Radiologie.

Cryothérapie. — Traitement cryothérapique par un spécialiste, quel que soit le nombre des séances à son cabinet, chaque..... 20 »
Diathermie. — Application de haute fréquence et de basse tension par le médecin spécialiste lui-même :
A. — Diathermie médicale, chaque séance .... 40 »

Voir la suite page LV-1657

PROPOS DU JOUR

La lutte contre les maladies contagieuses et la déclaration obligatoire.

Il y a plus d'un demi siècle Disraëli proclamait que : « Le souci de la santé publique est le premier devoir d'un homme d'Etat ». Or, en France, les hommes d'Etat les plus éminents se sont succédé au pouvoir depuis vingt-cinq ans et aucun n'est parvenu à obtenir du Parlement la revision de la loi de 1902 que l'on est unanime à déclarer insuffisante et qui dans la pratique n'a donné aucun des résultats désirés.

La révision de la loi sanitaire a été le souci constant de nos Syndicats professionnels et de nos Congrès de praticiens ; le *Concours médical* a, sans répit, souligné les imperfections de la loi et indiqué les moyens d'y remédier ; aussi sommes-nous heureux de voir les hygiénistes spécialisés reprendre la question et c'est avec une réelle satisfaction que nous avons lu l'ouvrage édité par notre confrère *Le Mouvement sanitaire*, intitulé : *La lutte contre les maladies contagieuses et la déclaration obligatoire*, dû à la collaboration de M. le Dr A. Rochaix, professeur agrégé à la Faculté de Lyon et de M. le Dr M. Canel, médecin aide-major.

Notre distingué confrère, M. le Dr Dequidt, Inspecteur général au Ministère de l'Intérieur, qui dirige avec talent *Le Mouvement sanitaire*, a bien voulu, dans une préface, rappeler que les Syndicats médicaux ont toujours offert leur collaboration à l'Administration dans la lutte sanitaire et que le *Concours médical* a joué là un rôle important. Nous le remercions de nous avoir rendu cette justice. Nous nous permettrons de rappeler qu'en plusieurs circonstances, notamment dans un discours prononcé en 1909 au banquet du *Concours médical*, M. Mirman, alors directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, reconnut la légitimité de nos réclamations au sujet du mode de déclaration des maladies transmissibles. C'était en partie à notre instigation que le Ministre de l'Intérieur d'alors, G. Clemenceau, conseillé par un homme aussi averti que M. Mirman, présenta, le 30 mars 1909, au Sénat un projet de loi modifiant le mode de déclaration des maladies transmissibles et l'imposant au chef de famille avant d'en rendre le médecin responsable. Le projet de loi fut renvoyé à la Commission, ajourné sous divers prétextes ; 18 ans se sont écoulés et il n'a pas été encore discuté. Les réformes en France ne se font pas à la légère et le Parlement ne se décide guère sans une longue et sérieuse réflexion... quand l'intérêt électoral n'est pas en jeu.

***

MM. A. Rochaix et M. Canel montrent sur quelles bases solides s'appuie la lutte contre les maladies contagieuses. La solidarité sanitaire est le corollaire de la solidarité humaine, et Pasteur par ses découvertes a créé un droit nouveau, mais la codification de ce droit est difficile et encore bien imparfaite. D'ailleurs la défense sanitaire en imposant des mesures nécessaires à la sauvegarde de la santé publique, ne porte aucune atteinte à la liberté, si l'on adopte la définition de l'article 4 de la Déclaration des Droits de l'homme du 26 août 1789 : « *La Liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui.* »

Jamais médecin n'a discuté la nécessité d'une politique sanitaire, mais, pour la réaliser, une mesure est nécessaire. On ne peut combattre les maladies transmissibles sans connaître le lieu, ni l'étendue de leurs ravages, par conséquent la déclaration de ces maladies s'imposent. Déjà l'article 13 de la loi du 3 mars 1822 édictait la déclaration pour les maladies dites pestilentielles. La loi sur l'exercice de la médecine du 30 novembre 1892 qui, selon le sénateur Strauss eût dû être précédée et non suivie par la loi sanitaire, imposait aux médecins traitants la déclaration de certaines maladies, mais l'organisation de cette déclaration ne fut fixée que par l'article 4 de la loi du 15 février 1902. Pour cette déclaration est dressée une liste qui prête singulièrement à la critique avec sa division en maladies à déclaration obligatoire et maladies à déclaration facultative. Nous ne voyons guère pour quelles raisons la déclaration de la lèpre, par exemple, obligatoire en Algérie et en Tunisie, est facultative en France ; pourquoi la rougeole et les infections puerpérales qui doivent être obligatoirement déclarées en France, le sont facultativement en Tunisie.

Selon les lieux, l'Hygiène administrative a parfois des raisons que la raison ne connait pas.

***

Un des grands avantages que nous avons trouvé à la lecture de l'ouvrage de MM. Rochaix et Canel, c'est de trouver des renseignements intéressants sur les législations étrangères en matière de déclaration obligatoire.

En Allemagne : La loi d'Empire de 1900 imposait la déclaration de la lèpre, du choléra, du typhus, de la fièvre jaune, de la peste, de la variole, mais chaque Etat allemand pouvait augmenter à son gré cette liste ; la Prusse, par exemple, a ajouté la diphtérie, la méningite cérébro-spinale, la fièvre puerpérale, le trachome, la fièvre récurrente, la dysenterie, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la morve, la rage, le charbon (1), les morsures suspectes, l'intoxication par les viandes, la trichinose. En Bavière, outre un certain nombre de maladies qui doivent toujours être déclarées, il en est, comme la diphtérie, la coqueluche, la rougeole, la scarlatine qui ne doivent être signalées que lorsqu'elles affectent un caractère épidémique.

La déclaration de la tuberculose est imposée en Saxe, en Bade, Oldenburg et quelques petits Etats.

En *Angleterre et Pays de Galles*, en 1924, 21 maladies, dont la tuberculose et la pneumonie, doivent être déclarées ; la diphtérie, la rougeole, la coqueluche ne figurent pas dans la liste, que les autorités peuvent, il est vrai, modifier à leur gré.

En Autriche : Une liste de 17 maladies (comprenant la lèpre, la morve, le charbon, la rage, les morsures suspectes) a été dressée, mais elle peut être accrue suivant que telle ou telle maladie « prend un caractère dangereux ou une extension générale ».

En *Belgique* : Huit maladies seulement doivent être obligatoirement déclarées.

Au *Brésil* : La déclaration est imposée pour 13 maladies, dont la tuberculose, lorsqu'il y a élimination de bacilles. La scarlatine et la rougeole ne sont sujettes à déclaration que dans les collèges et les établissements analogues.

Le *Danemark* où l'on fait les déclarations depuis le XVIIIe siècle, détient le record, nous lisons dans la liste qui comprend 30 maladies énumérées en latin :

13° *Febris rheumatica*, 16° *tracheo bronchitis*, 19° *angina tonsillaris*, 20° *catarrhus intestinalis acutus*, 24° *gonorrhea*, 25° *ulcus venereum*, 26° *syphilis acquisita e coïtu impure* (sic), 27° *syphilis congenita*, 29° *scabies*, 30° *delirium tremens.* On se demande quelles sont les maladies que les médecins ne sont pas tenus de déclarer.

En *Espagne*, si l'on ne déclare pas la rougeole, l'on doit signaler la septicémie et les maladies parasitaires des enfants, et depuis mai 1920, l'encéphalite léthargique.

Aux *Etats-Unis* d'Amérique du Nord, il y a des variations profondes selon les Etats. En *Californie*, 31 maladies sont obligatoirement déclarées, parmi elles le charbon, la dengue, le tétanos, la roséole, la pellagre et la gonococcie. Dans les Etats de *Delaware* et d'*Arkansas*, la déclaration est légalement obligatoire mais aucune liste de maladies n'a été dressée.

Dans le *Grand Duché de Luxembourg* les cas de tuberculose après décès doivent être signalés à l'administration.

Au *Canada*, dans la province de *Québec*, la liste de déclaration comprend 20 maladies y compris la tuberculose. Le lieutenant-gouverneur a la faculté d'ajouter à cette liste après avis du Conseil provincial.

En *Hongrie*, à la liste des maladies transmissibles ordinaires, sont ajoutées la pellagre, l'ankylostomiase, l'encéphalite léthargique, les morsures par animaux suspects de rage.

En *Italie*, toutes les maladies infectieuses sans liste nominative doivent être signalées.

Aux *Pays-Bas*, la loi du 1er juin 1865 indique 8 à 9 maladies à déclarer.

Au *Portugal*, on ne déclare pas la rougeole, mais la lèpre, la rage, la morve, l'encéphalite léthargique et la pneumonie.

En *Pologne*, la loi du 25 juillet 1919 impose la déclaration de 23 maladies dont le paludisme, la lèpre, la tuberculose (*dans les cas jugés dangereux pour l'entourage*), la trichinose, les empoisonnements élémentaires.

En *Argentine*, outre les infections ordinaires, on déclare la lèpre et la tuberculose pulmonaire.

En *Yougoslavie*, la loi du 21 novembre 1921 indique une liste qui comprend l'encéphalite léthargique, le tétanos et la lèpre.

En *Suède*, une ordonnance royale du 15 mai 1875, exigeait la déclaration et la loi du 19 juin 1919 l'impose pour 10 maladies. La tuberculose et la syphilis font l'objet d'une réglementation spéciale.

En *Suisse*, comme en Allemagne, la loi fédérale exige un nombre assez grand de déclarations (parmi elle, l'encéphalite léthargique, le paludisme, la lèpre). Chaque canton peut augmenter

(1) Notons que la déclaration de la rage ni du charbon n'est obligatoire ni facultative en France ! ?

à son gré la liste, il en est où l'on doit déclarer la varicelle, la rubéole, l'érysipèle, la rougeole. la coqueluche, et les parotidites.

Au *Vénézuela*, toutes les angines, les dysenteries, les fièvres de plus de quatre jours de durée, les méningites, les tuberculoses, le béribéri, le cancer, la pellagre, doivent être signalés.

En *Uruguay*, les tuberculoses pulmonaires et laryngées les adénites de causes inconnues. la grippe, l'encéphalite léthargique sont inscrites sur la liste.

La grande variabilité des listes dans les différentes nations indiquent nettement sur quelles bases incertaines elles sont dressées. nous nous permettrons ces réflexions que MM. Rochaix et Canel n'ont pas voulu faire. Seuls le Danemark et l'Italie sont logiques en demandant la déclaration de presque toutes les maladies.

***

Mais quels sont les buts de la déclaration ? Evidemment en premier lieu, la statistique, qui, hélàs ! étant donnée l'incertitude des diagnostics, doit être singulièrement inexacte. En second lieu l'application de mesures prophylactiques. Quelles sont-elles ? 1° La *désinfection* ? elle est presque toujours pratiquée d'une façon inefficace, pour ne pas dire toujours ; elle est reconnue inutile dans la rougeole, la méningite cérébro-spinale épidémique, la poliomyélite antérieure aiguë. Outre la désinfection, dont l'importance, de l'avis même de MM. Rochaix et Canel, est exagérée, il y a d'autres mesures : 2° *l'isolement* ? il est inapplicable dans nos grandes villes françaises et en premier lieu à Paris, faute de lazarets, ainsi que dans la plupart des villes d'Eaux.

Nous en avons à divers reprises exprimé le regret dans le *Concours médical*, après plusieurs de nos confrères, notamment M. le Dr Cayla, de Neuilly-sur-Seine, qui tenta sans succès une campagne à ce sujet, il y a une trentaine d'années ; 3° *le traitement des porteurs de germes* ? Il est souvent absolument inefficace, notamment pour la diphtérie et nous pourrions citer un exemple dans une famille médicale, où les pédiatres les plus distingués et d'éminents bactériologistes en pareil cas reconnurent l'impuissance où l'on se trouvait encore à l'heure actuelle ; 4° la *séroprophylaxie*, les *vaccinations* ? Nous ne nions pas leur efficacité dans certaines maladies mais, sur ce point, de nombreuses recherches sont encore à faire. Le plus sage solution est donnée par MM. Rochaix et Canel, qui conseillent de laisser aux autorités sanitaires locales, guidées par les directives du Conseil supérieur d'hygiène, le soin d'appliquer une prophylaxie spécifique adaptée aux temps et aux lieux.

***

La déclaration des maladies dites sociales offre le plus de difficultés. L'on tenta du moins à Paris, en 1918-1919, d'engager les médecins à déclarer les cas de *grippe*. Ceux qui, comme nous, exerçaient à Paris à cette époque, peuvent se rappeler de la puérilité de cette mesure. Si les 2.000 ou 3.000 médecins qui exerçaient alors dans la région parisienne, avaient déclaré les 10 ou 15 cas nouveaux de grippe qu'ils constataient chaque jour, l'administration sanitaire aurait dû s'adjoindre un nombreux personnel, rien que pour ouvrir et classer les déclarations et ensuite, qu'aurait-elle pu faire ?

Nous avons vu que la *déclaration de la tuberculose* est obligatoire dans un assez grand nombre de nations. En France cette déclaration est facultative, MM. Rochaix et Canel font remarquer que c'est un acheminement vers l'obligation et que la tuberculose est la maladie que les médecins français déclarent le plus à l'heure actuelle ; que, par conséquent, ils considèrent l'obligation comme désirable. C'est, à notre avis, une erreur ; la déclaration de la tuberculose est utile et efficace dans certains cas, et inutile et même nuisible dans d'autres ; c'est le médecin traitant qui seul en peut être juge et le nombre des déclarations qu'il fait démontre bien qu'il sait parfaitement prendre l'initiative de signaler la maladie quand il y a intérêt à le faire. La loi polonaise, qui prescrit la déclaration dans les cas où il y a danger pour l'entourage, nous paraît être dans le vrai. MM. Rochaix et Canel énumèrent les objections que l'on fait à la déclaration obligatoire de la tuberculose. Ce sont : 1° la nécessité de supprimer les facteurs sociaux qui, à notre avis, jouent le rôle le plus important dans l'étiologie de la tuberculose (taudis, alcoolisme, surmenage, sous-alimentation, etc.) Avouons que, pour remédier à l'influence nocive de ces facteurs, l'on a fait peu de choses et même pratiquement, rien du tout. Les apôtres de l'influence étiologique de la seule contagion, comme M. Rist, qui nient l'influence, cependant bien évidente de ces facteurs sociaux, voudront bien reconnaître que la promiscuité du taudis et les excès de toutes sortes qui résultent de l'alcoolisme et du manque de propreté banale

qui en résulte, joue un rôle primordial dans la contagion.

Or à quoi bon exiger la déclaration d'un tuberculeux, si l'on ne peut l'arracher au taudis ni à l'alcoolisme. Et à l'heure actuelle, tout au moins à Paris, cela est absolument impossible.

2° La déclaration est *souvent* inutile et inopérante ; aucun médecin *praticien* qui va soigner les tuberculeux à domicile ne peut le contester pour les raisons même que nous venons de donner.

3° Les instruments de prophylaxie n'existent pas ou sont absolument insuffisants. Dans la population ouvrière, les bénéfices du sanatorium sont passagers et trompeurs.

4° La création de nouveaux fonctionnaires. C'est le reproche que nous faisons aux protagonistes de la lutte antituberculeuse, d'avoir cru supprimer la maladie en créant une armée de fonctionnaires qui ne disposent pas de moyens efficaces, car c'est mettre la charrue devant les bœufs que d'organiser une armée avant de s'assurer qu'elle pourra avoir à sa disposition les armes et le matériel nécessaires.

5° La violation du secret professionnel. C'est une objection serondaire et à laquelle il est possible de remédier pour la tuberculose comme pour les autres maladies contagieuses.

6° La transformation du tuberculeux en paria. Malheureusement il en sera ainsi tant que l'éducation populaire n'aura pas été suffisamment faite. Elle devrait être faite à l'Ecole. De très intéressantes tentatives, que nous avons rapportées ici, ont été faites à Paris, il y a quelques années, mais elles ont été si limitées, faute de personnel et de crédit qu'il est à craindre qu'elles ne donneront aucun résultat. Enfin il y a les objections des erreurs de diagnostic fréquentes et de la responsabilité médicale en cas d'erreur.

En regard de ces objections loyalement énumérées par MM. Rochaix et Canel, citons avec eux les avantages de la déclaration obligatoire :

1° La statistique, avantage pour nous très discutable, car tout le monde connait l'étendue du fléau.

2° Elle entraîne la création de laboratoires de diagnostic, des organisations de cure et d'assistance. En quoi la déclaration obligatoire est-elle nécessaire pour déterminer ces créations ? Est-ce la déclaration obligatoire de la fièvre typhoïde qui a obligé les villes à se pourvoir d'eau potable ?

3° La déclaration aurait une valeur éducative, stimulant les pouvoirs publics et la population elle-même. Voilà une opinion qui aurait besoin d'être étayée par quelques solides arguments que nous n'entrevoyons pas.

4° Enfin c'est une question de moralité scientifique. Il est inadmissible que dans le pays de Villemin la tuberculose ne soit pas considérée officiellement comme une maladie transmissible !

Voilà un argument qui ne nous touche guère. Si la déclaration obligatoire n'est ni indispensable ni utile, nous ne voyons pas en quoi cela démontre qu'*officiellement* elle n'est pas reconnue comme une maladie transmissible et ce serait quelque peu puéril d'obliger à la déclaration si elle présente plus d'inconvénients que d'avantages, simplement parce que la France a eu l'honneur indiscutable d'être la patrie de Villemin.

Nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier, en les comparant, les avantages et les inconvénients, *à l'heure actuelle*, de la déclaration obligatoire de la tuberculose.

Nous pensons qu'on peut se borner à la déclaration facultative, de l'utilité de laquelle le médecin est le meilleur juge. Elle peut suffire et la preuve que le médecin praticien n'y est pas rebelle, c'est que en 1922, il déclarait en France 21.675 cas ; en 1923, 23.444 cas ; 24.568 cas en 1924. Pourquoi cette manie de vouloir envers et contre tout user de méthodes policières contre lesquelles le public et les médecins s'insurgent, ce qui les rend absolument inefficaces, quand, en France, l'on obtient si facilement d'excellents résultats par l'éducation et la persuasion. L'on nous cite toujours l'exemple de l'étranger. Il s'agirait de savoir d'une façon certaine comment sont appliquées les lois sanitaires dans les autres nations et, cela, non pas par des statistiques officielles discutables, mais par une enquête faite auprès des médecins qui, eux-mêmes, collaborent à l'application de ces lois. Nous avons créé une Association nouvelle : *L'Association professionnelle internationale des médecins* qui comprend 25 nations et est en relation avec le Bureau international du travail de Genève ; notre très distingué collaborateur et ami, le Dr Decourt, en est le secrétaire général, nous ne doutons pas que, par elle, nous n'arrivions à être sur ce point très sérieusement documentés. La déclaration de la *syphilis*, obligatoire en Danemark, en Suède, en Norvège, dans les Etats de Victoria, du Queensland, de Tasmanie, en Australie, dans certains états de la Grande

République Américaine, ne paraît pas applicable à notre époque en France. Au Danemark l'anonymat de la déclaration est obtenu par un système qui nous paraît assez compliqué.

***

Qui doit faire la déclaration ? Nous sommes heureux de constater que, de l'avis de MM. Rochaix et Canel, c'est au chef de famille que doit incomber tout d'abord la responsabilité de la déclaration. Le médecin ne devrait venir qu'en second lieu en cas de carence du chef de famille comme pour la déclaration des naissances. Ce système qui existe en Angleterre et dans le Pays de Galles, en Suède et dans d'autres nations, est celui que demande en France, l'unanimité du Corps médical, que le *Concours médical* réclame sans se lasser depuis plus de 20 ans, que tout le monde (gouvernement, parlement) nous promet et que nous attendons toujours. Contentons-nous de l'espérer : *Un jour viendra* !?

***

MM. Rochaix et Canel ont eu l'excellente idée de faire suivre leur très intéressant ouvrage des *Instructions prophylactiques du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France.* Nous avons le plus grand respect et la plus grande considération pour la plupart des membres de ce conseil qui sont tous des hommes éminents. mais nous craignons qu'ils n'aient pas suffisamment réfléchi à l'impossibilité absolue où le médecin praticien se trouve dans 90 cas sur 100 pour faire appliquer leurs instructions. Prenons un exemple : *Les instructions contre la rougeole*, nous lisons : Le malade doit être isolé aussitôt que possible et son isolement sera prolongé pendant les quinze jours qui suivront le début de l'éruption. Nous affirmions qu'à Paris (et sans doute ailleurs) dans les quartiers qui ne sont pas aristocratiques, cet isolement est pratiquement tout à fait impossible, que l'hospitalisation ne serait pas acceptée par la plupart des familles et que, si elle était acceptée, les hôpitaux n'y pourraient suffire. D'autre part, il est d'observation courante que la rougeole presque toujours bénigne, à domicile, même soignée dans de mauvaises conditions, s'aggrave et se complique très fréquemment à l'hôpital.

L'application de la blouse, du voile sur les cheveux préconisé dans l'instruction, est absolument inapplicable dans les milieux populaires. La séroprophylaxie, dont nous ne discutons pas l'efficacité, peut être tentée à l'hôpital, mais dans les conditions où elle peut être appliquée actuellement, ne saurait sérieusement être considérée comme un moyen de prophylaxie pratique. Quant à la désinfection et à son utilité dans la rougeole, les hygiénistes les plus réputés nous ont si longtemps et si souvent affirmé son absolue inutilité, que nous ne comprenons guère pourquoi on la fait figurer dans des Instructions officielles. Nous citons la rougeole parce que c'est la maladie transmissible la plus répandue. Nous pourrions faire les mêmes observations pour les instructions données pour bien d'autres maladies, notamment pour la coqueluche. Les constatations faites par les pédiatres les plus éminents sur les conditions dans lesquelles se contractent la rougeole et la coqueluche démontrent l'impossibilité de pouvoir prendre à temps des mesures prophylactiques, puisque le médecin n'est jamais appelé au moment où la contagion est la plus active et, serait-il appelé qu'il ne pourrait dans de très nombreux cas, sauf au cours d'une épidémie, faire un diagnostic (1).

Si nous nous permettons ces critiques, c'est pour montrer les difficultés de la prophylaxie des maladies contagieuses et qu'il est vraiment impossible de donner des Instructions applicables en médecine populaire.

Mais plus la tâche est ardue, moins elle doit rebuter ceux qui ont le devoir d'entreprendre la lutte contre les maladies évitables et la médecin est parmi eux au tout premier rang. C'est pourquoi nous devons remercier MM. les Drs A. Rochaix et M. Canel d'avoir mis à la disposition de nos confrères un ouvrage aussi concis, aussi clair et aussi documenté que « *La lutte contre es maladies contagieuses et la déclaration obligatoire* » et féliciter la direction du *Mouvement sanitaire* de l'avoir édité.

J. NOIR.

(1) J. NOIR : De la prophylaxie scolaire de la diphtérie, de la coqueluche et de la rougeole, etc. *Concours médical*, 17 nov. 1926, p. 2.851.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES RAPPORTS PATHOLOGIQUES ENTRE L'INTESTIN ET LE SANG

Par L. PRON.

I

Intestin et sang.

De tous les organes, c'est l'intestin qui, au plus haut degré, est capable d'amener des perturbations dans la composition du sang, qualitativement et quantitativement, puisque c'est lui qui en fournit, de façon directe, toutes les constituantes. Le foie, la rate et même les organes hématopoiétiques n'ont qu'un rôle secondaire, quoique important, dans la constitution de notre liquide nourricier.

En laissant de côté les *pertes de sang*, dues aux hémorroïdes, aux colites ulcéreuses, aux ulcérations dysentériques, aux lésions parasitaires et aux ulcères francs, en particulier l'ulcère duodénal, on peut dire que l'intestin est une source importante d'*anémie chronique*.

L'auto-intoxication gastro-intestinale est un état extrêmement fréquent ; or, les produits anormaux que charrie le sang, sont un facteur puissant d'*hémolyse*, de même que certains microbes, banals en la circonstance.

Un certain nombre d'auteurs font même jouer un rôle capital à l'intestin dans la genèse de l'*anémie pernicieuse*, les toxines du côlon constituant un vrai poison pour les globules rouges, et ce n'est pas là une simple vue de l'esprit, puisqu'en 1921 le prof. SEYDERHELM a communiqué au Congrès de médecine interne de Wiesbaden deux cas traités par la création d'un anus artificiel à l'extrémité du grêle ; dans l'un il y eut amélioration immédiate. Il n'y a pas à tenir compte du second, où l'occlusion de l'anus contre nature n'empêcha pas la marche de la maladie vers une issue fatale.

D'autre part, les expériences sur le lapin (1) ont montré que l'injection des toxines, isolées du contenu intestinal des malades, produit une anémie rapide. Même lorsque l'extrait alcoolique des matières fécales n'exerce pas d'action hémolytique *in vitro*, l'expérience *in vivo*, avec une dose sept fois moindre, détermine une anémie grave ; le colibacille des patients atteints d'anémie pernicieuse jouit de propriétés nocives tout à fait spéciales, d'après SEYDERHELM et son collaborateur NOACK.

(1) *Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, 17 juillet 1926, p. 98.

Outre cette action pathogène directe, il conviendrait de faire une place à l'action réflexe de l'irritation gastro-intestinale sur les organes hématopoiétiques, par l'intermédiaire du sympathique principalement. C'est l'opinion de MEINERT, à propos de la ptose gastrique avec irritation mécanique du plexus solaire, et celle de KRUGER, à propos des parasites intestinaux, de l'atrophie de la muqueuse intestinale et d'autres états morbides ; l'irritation, aboutissant à la rate, en troublerait profondément la fonction hématogène (1).

A propos des parasites intestinaux, outre leur nocivité réflexe et hémorragipare, PRETI fait entrer en ligne de compte les lipoïdes hémolysantes, qu'il a trouvées dans certains d'entre eux, en particulier l'ankylostome — et les toxines du bothriocéphale et aussi des ascarides et des oxyures.

La *leucémie*, dont l'origine est multiple et encore mal élucidée, aurait, dans certains cas, une étiologie intestinale ; BÉHIER a décrit une leucémie intestinale, qu'il rattache à un catarrhe chronique de la muqueuse et aux relations étroites qui existent entre l'intestin et la rate.

Une autre modification du sang, touchant les globules blancs, dans les affections intestinales, est la *leucocytose*, qui, normale pendant chaque période digestive, existe de façon continue dans certains états aigus de l'intestin, en particulier les infections coli-bacillaires et l'appendicite, mais une seule numération ne suffit pas ; il en faut plusieurs, pour pouvoir conclure à une anomalie réelle.

L'*hémoglobinémie* a été rattachée dans certains cas aux perturbations digestives, principalement au catarrhe intestinal des nourrissons par HIRSCHSPRUNG. Sous l'influence des toxines élaborées, les globules rouges sont détruits et l'hémoglobine est mise en liberté, ce qui se traduit par de l'hémoglobinurie.

(1) H. HERZ. — *Die Stœrungen des Verdauungs apparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen* (Berlin 1912, T. I., p. 9.)

De même, l'*hydrothionémie* peut être une des conséquences de l'auto-intoxication gastro-intestinale. Par suite de la présence d'hydrogène sulfuré en grande quantité dans l'intestin, il y a diffusion dans tout l'organisme, surtout dans la rétention fécale ; l'air expiré, l'urine en contitiennent et, par conséquent, le sang. Il y a plus d'un demi-siècle que BETZ a publié deux cas d'intoxication sulfhydrique aiguë, dans lesquels l'air expiré, les rots, les produits de vomissements, les selles et l'urine renfermaient ce gaz.

L'*éosinophilie* due à l'helminthiase est classique ; elle constitue même un excellent moyen de diagnostic, surtout pour l'ankylostomiase.

La *diathèse hémorragique* peut-elle être la conséquence des affections gastro-intestinales ? Oui, mais à titre exceptionnel et seulement dans les infections graves, telles que l'appendicite à forme sévère, ou les vieilles dyspepsies intestinales.

Par contre, une viciation du sang extrêmement importante et bien admise est l'*acidose*, due à la fois à l'auto-intoxication et à l'état de jeûne partiel continu des sujets insuffisamment nourris par suite du mauvais état de leur appareil digestif.

II

Sang et intestin.

Un symptôme qu'on rencontre chez la moitié des chloro-anémiques (1) est la *constipation* ; tantôt elle est la conséquence directe de la pauvreté du sang ; tantôt, elle apparaît en même temps qu'elle par suite d'une méiopragie congénitale de tous les organes. Dans le premier cas, la constipation est liée à une *atonie du côlon* et à une faiblesse de la musculature de la paroi abdominale (2), ou à une *insuffisance sécrétoire*, aussi bien du foie que de l'intestin grêle et du côlon.

Cette constipation s'accompagne d'*hyperesthésie* de *la masse intestinale* et surtout du côlon, soit par irritation des plexus sympathiques, soit par inflammation de la muqueuse, consécutivement au contact prolongé des matières fécales dures (3).

(1) La chlorose tend à disparaître du cadre nosologique ; elle paraît beaucoup moins fréquente qu'au siècle dernier.

(2) L'état fonctionnel de la paroi abdominale, c'est-à-dire sa tonicité ou, au contraire, son atonie, marche toujours de pair avec celui du contenu abdominal.

(3) Cette inflammation, en particulier, la typhlite stercorale, peut aboutir, avec le temps, à une ulcération.

L'atonie côlique chlorotique conduit au *tympanisme*, la musculature de l'intestin n'ayant pas la force de faire cheminer et d'expulser les gaz, qui se produisent en abondance, par suite de l'insuffisance de la sécrétion biliaire, la bile ayant une action antifermentative bien définie.

Cette atonie est souvent associée à des phases de *spasme*, qui entraîne des *coliques*, par contraction douloureuse de l'intestin, et aussi, et très souvent, par un empêchement au transit des gaz.

Les douleurs généralement localisées aux angles sous-hépatique et splénique, sont très fréquentes d'une façon générale en pathologie intestinale ; c'est à cette pathogénie venteuse qu'il faut penser d'abord devant tout malade chronique, qui se plaint de souffrir à droite ou à gauche du ventre, plutôt qu'à de la cholécystite ou à une affection de la rate.

De même, la coexistence de contractures le long d'un intestin absolument atone se rencontre fréquemment ; j'ai insisté sur ce fait, en somme banal, il y a bien longtemps (1). Dans un ventre absolument mou, la main perçoit l'S iliaque sous la forme d'un petit doigt rigide, ou bien elle sent un boudin prépylorique dans un estomac dilaté, arrivant à l'ombilic ou au-dessous, en position couchée, et fournissant un bruit de clapotage à 5 h. du soir ou le matin à jeun (2).

L'insuffisance sécrétoire chlorotique a comme conséquence une *mauvaise élaboration des aliments* dans l'intestin, principalement des graisses. JACKS, NOTHNAGEL et d'autres auteurs ont signalé la *stéarrhée fécale*, mais celle-ci n'existe pas chez tous les malades.

L'interaction réciproque de l'intestin sur le sang et du sang sur l'intestin fait que la guérison complète de la vraie anémie ou chlorose *constitutionnelle* — et non accidentelle — est difficile à obtenir. Le traitement doit être prolongé pendant longtemps et doit viser non seulement le sang ou l'intestin, mais s'adresser aux glandes à sécrétion interne et au système nerveux, grand régulateur de toutes les fonctions de l'organisme.

(1) *Exploration manuelle de l'estomac* (1912, p. 62). Librairie Rousset.

(2) Le clapotage à jeun, d'après ma statistique portant sur 1200 examens, est dû, 95 fois sur 100, uniquement à du liquide d'hypersécrétion ou au reflux biliaire, sans aucune rétention alimentaire, ni ébauche de sténose pylorique.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Plaie par arme à feu de l'estomac et du rein.

M. J. P. Tourneux.

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Si les plaies de l'estomac par armes à feu sont d'observation relativement assez courante, les plaies combinées de l'estomac et du rein le sont beaucoup moins, car Forgues et Jeanbrau, dans leur important mémoire de 1903, n'ont pu relever sur 126 cas de lésion stomacale, que 16 fois la coexistence de lésion rénale. Il semble d'ailleurs que du fait de cette association, ces plaies abdominales présentent un caractère plus accentué, puisqu'en définitive sur les 16 cas rapportés par Forgues, il n'y a eu qu'une seule guérison, celle du malade de Przyborowsky.

Au commencement de cette année, j'ai eu l'occasion. en tant que chirurgien de garde d'intervenir dans un cas de plaie pénétrante de l'abdomen, causée par une arme à feu, dans laquelle le projectile avait intéressé à la fois et l'estomac et le rein. Comme il s'agit là,en somme, d'un fait assez rare, s'accompagnant d'un certain nombre de particularités assez importantes à noter, tant au point de vue de l'acte opératoire lui-même que de l'évolution ultérieure des lésions, je crois intéressant de vous présenter mon observation, espérant que l'exposé de la conduite que je me suis décidé à suivre pourra vous être de quelque utilité dans les cas, où comme moi, vous seriez appelés à vous trouver en présence de semblables accidents.

Comme vous le verrez, il existe, en effet, dans cette observation, un certain nombre de points de technique opératoire, secondaires si l'on veut, mais qui prennent pour le praticien une importance des plus marquées et qui sont passés presque sous silence dans nos gros traités. C'est sur eux que j'ai l'intention d'insister d'une façon toute particulière, afin de bien mettre en évidence toute l'importance qui leur est due et qui les fait influer d'une façon si manifeste sur le pronostic de semblables interventions. Il ne nous faut pas oublier, en effet, qu'en chirurgie abdominale, comme d'ailleurs en toute chirurgie d'urgence, c'est à une intervention précoce, faite dans les quelques heures qui suivent immédiatement l'accident que l'on est redevable du plus grand nombre des succès, et que bien souvent, pour ne pas perdre ce moment favorable, il faut savoir faire vite, avec le minimum d'aide et d'instrumentation. C'est ce qui est arrivé, et arrivera encore fréquemment à tous ceux qui remplissent les fonctions de chirurgien de garde, et c'est dans cette situation que je me suis trouvé lorsque j'ai été amené à intervenir chez le blessé dont je vais maintenant vous rapporter l'observation.

Le 1er février, vers 11 heures 45 du soir, Antonin J., âgé de 24 ans, rentrait du théâtre en causant avec quelques amis, lorsqu'ayantaperçu une dispute dans un groupe de promeneurs, il s'approcha, attiré par la curiosité. C'est alors, qu'il vit un homme, à demi renversé sur le sol, braquant un revolver sur les personnes qui l'entouraient. Au moment où Antonin J. esquissait un geste de retraite, il ressentit soudain une sensation de choc, suivie d'une violente douleur et perdit connaissance. Il fut immédiatement relevé par ses amis, et porté dans la pharmacie la plus voisine. Par un heureux hasard, je me trouvais, à ce moment, dans la région où s'était passé l'accident ; prévenu de suite, j'ai pu me rendre auprès du blessé, l'examiner rapidement, et me rendre compte d'un certain nombre de faits assez importants au point de vue du diagnostic.

J'ai trouvé le blessé couché sur le sol, il possédait toute sa connaissance, ne présentant aucune trace d'agitation ; son facies était pâle, le corps était couvert de sueurs, et dans la région hypochondrale gauche, il existait une petite plaie sur la ligne mamelonnaire. Au niveau de la face postérieure du tronc, il n'y avait pas de plaie indiquant un orifice de sortie de la balle. En interrogeant les assistants sur la scène qui s'était passée, j'appris que le coup de feu avait été tiré de bas en haut, à une distance de cinq à six mètres, et on me présenta l'arme à feu, révolver d'assez fort calibre, pourvu de balles blindées.

Etant donnés les renseignements qui avaient pu m'être fournis, j'ai pensé, dès ce moment à une plaie perforante de l'abdomen, avec lésion probable de l'estomac ou du côlon, et j'ai insisté sur la nécessité de transport immédiat du blessé à l'Hôtel-Dieu, où un examen plus minutieux serait possible, examen probablement suivi d'intervention.

Environ une demi-heure plus tard, le blessé était couché sur la table d'opération et il me fut possible de me rendre alors un compte plus exact de son état. Il était toujours, très pâle, mais conservait toute sa connaissance, répondant nettement à toutes les questions posées : le pouls battait à 76, sans modifications, et la température était de 37,6. Dans la région hypochondrale gauche, le long de la ligne mamelonnaire, à deux travers de doigts au-dessous du rebord costal, se trouvait l'orifice d'entrée de la balle, orifice à bords noirâtres et contus, laissant sourdre quelques gouttes de sang.

A la pression, l'abdomen était douloureux au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre, il n'y

avait pas de matité ou de sonorité anormales, pas de ballonnement ni de contracture musculaire. En examinant la région lombaire, il me fut donné de sentir sous la peau, un peu audessous de la douzième côte, un corps dur assez mobile : c'était la balle, qui ayant vraisemblablement traversé l'abdomen était venue s'arrêter en ce point.

Le diagnostic de plaie perforante de l'abdomen était alors à peu près certain, et il paraissait évident, étant donné la plaie d'entrée, et la situation du projectile dans la région lombaire, que ce dernier avait dû perforer l'estomac de part en part, léser peut-être le pôle supérieur du rein, pour venir enfin s'aplatir contre la paroi abdominale postérieure.

Il ne me restait donc plus qu'à pratiquer une intervention acceptée sans hésitations par le blessé, qui, au moment où on allait commencer l'anesthésie, fut pris brusquement d'une violente hématémèse : ce symptôme, en venant ainsi confirmer le diagnostic que j'avais porté, ne put que légitimer davantage ma manière de procéder.

L'intervention fut commencée à minuit et demi, environ trois quarts d'heure après l'accident ; elle eut lieu sous anesthésie générale à l'éther. L'abdomen fut incisé parallèlement au rebord costal, en décrivant une ligne à concavité inférieure et interne, passant par l'orifice d'entrée de la balle ; c'est ainsi qu'après avoir sectionné la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, j'arrivai sur le plan musculaire, où malgré toutes mes recherches, il me fut impossible de trouver le point de passage du projectile. Devant ce résultat négatif, il était permis d'hésiter un instant devant la conduite à tenir : avais-je affaire à une plaie pénétrante ou à une plaie simple de la paroi ? et la balle n'avait-elle pas simplement contourné l'abdomen au lieu de le traverser ? En un mot, l'intervention devait-elle être poursuivie ou fallait-il se garder d'inciser plus profondément ?

Ma décision fut prise assez rapidement, j'estimai en effet que les masses musculaires abdominales n'étaient pas assez puissantes pour arrêter une balle blindée et la faire dévier de son chemin, qu'une simple contusion de l'abdomen n'aurait vraisemblablement pas pu occasionner une hématémèse aussi violente, et me souvenant enfin du cas rapporté par Michaux, je résolus d'aller plus loin et d'explorer la cavité abdominale.

Les muscles, puis le péritoine furent rapidement incisés, et c'est alors que déprimant légèrement la face antérieure de l'estomac, j'aperçus une petite plaie, de près d'un centimètre de long : il n'y avait pas de liquide épanché dans la région, mais simplement un peu de sang. Cette plaie fut immédiatement fermée par deux plans de sutures au catgut, puis me rappelant que dans les lésions par armes à feu, les sutures doivent toujours être en nombre pair, je me mis à la recherche de l'orifice de sortie de la balle. Pour cela, j'effondrai alors en partie l'épiploon gastrocolique, et attirant par cette brèche une partie de l'estomac, je pus examiner la face postérieure sur laquelle je ne tardai pas à découvrir une deuxième plaie, qui fut traitée comme la précédente : il n'y avait dans cette arrière cavité qu'un peu de sang épanché, qui fut soigneusement enlevé avec des compresses, mais aucune trace de matières alimentaires.

Je passai ensuite en revue le côlon transverse et l'intestin grêle, sans y trouver de lésions, et je voulais terminer par l'exploration de la région rénale que j'estimais lésée, lorsque le malade qui, depuis le début de l'intervention, respirait très mal, et avait déjà eu deux syncopes légères, fut pris brusquement d'une troisième, qui dura plusieurs minutes et nous causa de vives appréhensions. Aussi, redoutant les dangers d'une plus longue anesthésie, ai-je cru devoir terminer rapidement, sans pouvoir, à mon grand regret, aller vérifier l'état de son rein. La paroi fut suturée au catgut et aux crins de Florence, après mise en place de deux gros drains, l'un d'eux étant au contact de la paroi postérieure de l'abdomen.

Le lendemain matin, 2 février, le malade se trouvait très abattu : la température était de 37,6 et le pouls à 90. Pas d'écoulement par les drains. Diurèse normale, injections de caféine, d'huile camphrée et de sérum artificiel. Diète absolue.

Le 3 février, même état général, température 39,3, pouls à 110, plein et bien frappé. La plaie a fort bonne mine, il n'y a pas d'écoulement par les drains, même à la suite d'aspiration. L'opéré accuse quelques douleurs dans la région rénale droite, et on note à ce niveau une légère tuméfaction ; la diurèse est toujours normale. Caféine, huile camphrée et lavement de sérum.

Le 4 février, le malade est encore très abattu, la température est de 39,1, et le pouls à 110. La tuméfaction rénale augmente, bien que les urines ne soient pas modifiées. Caféine, huile camphrée, un lavement nutritif après lavement évacuateur.

Le 5 février, l'état général de l'opéré s'est heureusement modifié, la nuit a été bonne et il a meilleur aspect, la température est de 37,7, et le pouls à 70, les drains sont retirés. Les urines sont légèrement sanguinolentes, on donne deux lavements nutritifs.

Du 6 au 10 février, le bon état général persiste ; le malade demande à manger à grands cris, mais par prudence on se borne aux lavements nutritifs. L'hématurie persiste malgré l'ergotine, mais la tuméfaction rénale, diminue peu à peu, et à la date du 10 février elle a complètement disparu.

Le 11 février, on commence l'alimentation par du lait et du bouillon glacé. On enlève les crins de Florence, le ventre est souple, il n'y a pas de douleurs, l'hématurie a cessé, le malade se trouve en excellent état, qui se continue les jours suivants.

Le 15 février, je procède à l'extraction de la balle par incision de la peau de la région lombaire, et le 22 février mon opéré était autorisé à se lever : son exeat fut signé le 29. A ce moment, il se trouvait en excellent état, n'éprouvant aucun phénomène douloureux ni dans la région épigastrique, ni dans la région lombaire ; quant aux urines, elles avaient repris leur coloration normale et ne contenaient pas d'éléments étrangers.

Cet état de bonne santé ne devait pas persister longtemps, car le 28 mars, Antonin J. revenait me voir à l'hôpital : huit jours auparavant, il avait constaté que ses urines étaient devenues troubles et légèrement sanguinolentes, puis peu à peu, il avait perdu l'appétit, pendant que lui survenait de la constipation. Il souffrait en même temps de la région rénale gauche, qui disait-il, lui semblait devenue plus grosse et, enfin, chaque soir, il présentait un accès fébrile ; depuis deux jours les urines étaient redevenues claires. En l'examinant, je trouvai une région empâtée, s'accompagnant d'une induration profonde, à contours vagues non ballottante et très douloureuse à la pression. En présence de ces différents symptômes, un seul diagnostic était possible, c'était celui de phlegmon péri-néphrétique, aussi ai-je proposé au malade une deuxième intervention, qui fut pratiquée le lendemain.

Par l'incision classique de Guyon, j'arrivai rapidement sur une grosse collection suppurée rétro-rénale contenant un litre de pus, qui fut rapidement évacuée : la plaie fût laissée ouverte après la mise en place de deux gros drains. Les suites opératoires furent fort simples : la température tomba immédiatement, puis peu à peu la brèche se combla expulsant ainsi les drains, et la cicatrisation fut complète vers le milieu du mois d'avril. C'est un peu après cette époque que le blessé quitta pour la seconde fois notre service, la région rénale avait repris toute sa souplesse et il n'existait plus aucune espèce de symptôme quelconque.

Telle est, très rapidement résumée, l'histoire de ce blessé : elle me paraît assez mouvementée dans ses diverses phases, pour justifier les quelques considérations pratiques que je vais maintenant vous exposer et qui pourront peut-être plus tard vous être utiles un jour.

Et d'abord, par suite de circonstances particulières, qui tiennent un peu à l'organisation du service de garde tel qu'il se pratique ici, j'ai été réduit à pratiquer mon intervention tout seul, sans l'assistance d'aucun aide, car les infirmiers présents étant incapables d'exécuter une anesthésie, j'avais été obligé de la confier à l'interne de garde. Il n'est assurément pas très commode de faire tout seul une laparotomie et surtout de suturer une double perforation de l'estomac, mais avec un peu d'adresse et d'attention on y arrive sans trop de difficultés. Le seul moment pénible est celui où l'on s'attaque à la paroi postérieure, car la même main doit à la fois refouler les anses intestinales, maintenir l'estomac en bonne position et nouer les fils de catgut. Si j'insiste sur ce point, c'est que, sans vouloir préconiser comme règle les conditions dans lesquelles je me suis trouvé, je pense que l'on a dans bien des cas considérablement exagéré l'importance du nombre des aides, et qu'en somme, dans bien des circonstances, on peut, sans grands ennuis opérer tout seul : on y est même souvent obligé, car de telles circonstances arrivent fréquemment à la campagne, dans les petits hôpitaux, voire même dans les grands, et, ce que je suis parvenu à faire montre bien que l'on peut tout de même opérer sans avoir recours à deux ou trois assistants.

Dans le tracé de mon incision, je n'ai pas cru devoir adopter la ligne médiane recommandée par Forgues, car sachant que je devais manœuvrer dans la région stomacale, j'avais pensé ne pas pouvoir obtenir ainsi un jour assez suffisant. Quand on hésite sur le siège exact des lésions ainsi que sur l'organe atteint, l'incision médiane constitue évidemment le procédé de choix, mais dans mon cas, j'eus été obligé d'y ajouter le débridement latéral d'Auvray, et comme je savais où je voulais et où je devais aller, j'ai estimé que l'incision le long du rebord costal serait de beaucoup préférable car elle me menait directement sur l'estomac et me permettait d'explorer tout ce viscère. Par ce procédé, on obtient en effet une large voie d'accès sur toute la région et il est très aisé alors d'en explorer tout le contenu.

Après avoir tracé ma ligne d'incision en passant par l'orifice d'entrée de la balle, et sectionné la peau et le tissu cellulaire, je n'ai pas pu, malgré les recherches les plus attentives, trouver l'orifice de pénétration lorsque je suis arrivé sur le plan musculaire. J'ai pourtant décidé de pousser plus loin mon intervention, car je me souvenais du cas rapporté par Michaux en 1900, qui, en de semblables circonstances, crut ne se trouver en présence que d'une plaie simple de la paroi abdominale, n'incisa pas plus profondément, et perdit son malade de péritonite par perforation stomacale. Je n'ai donc pas hésité à aller de l'avant, et à continuer ma laparotomie, car il doit être de règle, j'insiste encore une fois sur ce point, de toujours pratiquer une intervention complète

dans le cas de plaie de l'abdomen, qu'elle provienne d'arme blanche ou d'arme à feu, et cela même quand l'orifice présente des dimensions réduites, ou que la pénétration semble ne pas exister. En agissant de la sorte, vous obéirez aux règles de la plus élémentaire prudence, et vous n'aurez pas la désagréable surprise de voir se déclarer une péritonite aiguë généralisée en face de laquelle vous vous trouveriez presque désarmés.

Grâce à la technique que j'ai suivie, l'exploration des deux faces de l'estomac a été des plus aisées, et je n'ai pas éprouvé, pour examiner la face postérieure, les difficultés que certains auteurs se sont plu à décrire. Je n'ai pas cru devoir, devant l'absence de tout épanchement intrapéritonéal, pratiquer le traitement préventif des grandes infections, préconisé par nombre de chirurgiens, en répandant dans la cavité abdominale une certaine quantité d'huile camphrée, d'électrargol, ou d'éther. Je me suis contenté, par prudence, de placer deux drains au contact des plaies, drains qui n'ont pas d'ailleurs joué un rôle bien important, car même par l'aspiration, ils n'ont jamais donné aucun liquide : ils ont été retirés au bout de quatre jours, et leur présence n'a retardé en rien la cicatrisation. La réparation musculo-cutanée s'est faite dans d'excellentes conditions et je n'ai pas eu à relever dans la paroi l'existence de points plus faibles, amorces d'une éventration.

Deux jours après l'intervention, j'ai vu apparaître une tuméfaction diffuse de la région rénale, ce qui a confirmé mes soupçons de lésion de cet organe. Cette tuméfaction a augmenté insensiblement les jours suivants : puis, en même temps que la température s'abaissait, une hématurie a commencé à se manifester et l'épanchement péri-rénal s'est mis à diminuer. S'est-il agi là d'une simple coïncidence ou au contraire existe-t-il une relation de cause à effet ? En un mot l'hématurie a-t-elle été due à la collection qui s'est drainée par l'uretère, ou bien n'a-t-elle été causée que par la blessure du rein, pendant que l'hématome se résorbait spontanément ? Voilà, à la vérité deux opinions parfaitement défendables, toutefois, la coexistence exacte de ces deux phénomènes, la chute brusque de la température qui n'accompagne pas d'ordinaire une résorption sanguine, puisque cette dernière produit généralement une augmentation de température connue sous le nom de fièvre de résorption, et les modifications de l'état général de mon blessé, me font pencher vers la première hypothèse. Ce qui me pousse encore à admettre cette opinion, c'est que l'hématurie a continué à se manifester pendant plusieurs jours, et que ce n'est que lorsque toute la collection péri-rénale eut disparu, et que la région eut recouvré sa souplesse primitive, qu'elle s'est arrêtée spontanément, alors que jusqu'à ce moment l'ergotine donnée à hautes doses n'avait produit aucun effet.

Quant au phlegmon péri-néphrétique qui est survenu un mois après la guérison de mon malade il résulte nécessairement de la blessure du rein. Ainsi qu'il est de règle, et comme l'a bien indiqué Legueu, il ne s'est manifesté que tardivement, ne traduisant pendant quelque temps sa formation que par la purulence des urines ; puis du jour où les mictions sont redevenues claires, la tuméfaction péri-rénale a commencé à apparaître avec tout son cortège symptomatique. Je pense à ce sujet, que le trajet créé par le projectile avait dû laisser une petite fistule faisant communiquer le rein avec son atmosphère adipeuse : tant que cette dernière est demeurée libre, l'épanchement s'est pour ainsi dire drainé par l'uretère, mais du jour de son oblitération, due probablement à un caillot, il y a eu rétention uro-hématique, et apparition du phlegmon.

Vous voyez donc, si je résume en quelques mots cette observation, que la meilleure condition pour le succès du traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen est l'opération précoce. J'ai pu, favorisé par un concours de circonstances particulièrement heureuses, intervenir trois quarts d'heure après l'accident, et cette précocité dans l'intervention a été certainementpour beaucoup dans la guérison de mon opéré.

Je vous ferai ensuite remarquer que l'existence de lésions rénales ne me paraît pas présenter les graves dangers que les auteurs leurs reconnaissent généralement. De par la situation de l'orifice d'entrée de la balle et du trajet qu'elle a suivi, je pouvais estimer dans mon cas que le rein avait dû être complètement traversé dans sa partie supérieure. Il n'en est pourtant pas résulté de graves ennuis, aussi devez-vous conclure que dans une association de plaies de l'estomac et du rein, c'est la lésion intra-péritonéale qui est la plus importante et qui présente le maximum de gravité.

D'ailleurs, qu'aurais-je pu faire, si j'avais poussé mon intervention jusque dans la région rénale ? Vous savez que les plaies simples du rein, ne s'accompagnent pas de la blessure des gros vaisseaux du hile, ont d'ordinaire une évolution bénigne, et qu'elles se réparent spontanément : dans ces conditions, une suture, déjà bien difficile à effectuer dans le cas présent, eût été parfaitement inutile. Seul le drainage de la loge rénale eût peut-être été efficace : il est vrai qu'il s'est établi spontanément par l'uretère, mais il aurait amené une évacuation plus complète de la région rénale, et aurait ainsi évité à notre malade les ennuis d'un phlegmon péri-néphrétique. Mais dans l'état où il se trouvait, une intervention plus longue était impossible, et en somme je ne regrette pas trop de n'avoir pas pu réaliser ce que je voulais tenter, car, en ouvrant la voie

◆◆◆◆

lombaire, qui sait si je n'aurais pas créé une porte d'entrée à l'infection microbienne, si prompte à venir coloniser dans les épanchements uro-hématiques, et ici spécialement redoutable par suite de l'existence de lésions intra-abdominales.

CARDIOLOGIE (*)

Des asystolies le plus efficacement traitées par la digitale.

Dr C. LIAN, agrégé.

Mackenzie a très judicieusement remarqué que la digitale fournit ses plus beaux résultats dans les asystolies des cardiopathies mitrales rhumatismales, accompagnées d'une tachy-arythmie complète. « C'est à leur action dans ces cas, écrit-il, que les médicaments du groupe de la digitale doivent leur grande réputation. » Et, sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, Mackenzie a fait preuve d'une grande sagacité clinique, d'une grande maîtrise à laquelle je suis heureux de rendre hommage (1). Mais j'ai cependant la conviction qu'il s'est laissé entraîner un peu loin par le côté séduisant de cette remarque clinique. Ainsi, il a écrit : « Dans la dilatation aiguë du cœur, comme dans les affections fébriles, je n'ai jamais constaté d'amélioration à la suite de son usage : il n'y avait pas de meilleur résultat dans les cas de dilatation secondaire à une cardio-sclérose avancée », et ailleurs : « Lorsque le rythme était normal, c'est-à-dire quand les contractions ventriculaires suivaient les contractions auriculaires, la digitale n'avait pas souvent d'autre effet que de ralentir légèrement les battements du cœur. » Certes, dans d'autres parties de son livre ou de ses articles, il est moins exclusif. *Mais il se dégage de son œuvre cette notion qu'en dehors de la tachy-arythmie complète des lésions mitrales rhumatismales, il n'y a pas grand'chose à attendre de la médication digitalique.* Ce n'est peut-être pas exactement la pensée de Mackenzie, mais c'est l'impression qui se dégage de ses écrits ; d'ailleurs, on trouve des opinions analogues ou voisines dans certains travaux anglais et français parus ultérieurement.

Les faits que j'ai observés m'incitent à réagir contre la limitation excessive des indications de la digitale, telle qu'elle risque de s'implanter à la suite de ces divers travaux.

D'abord, la digitale donne de très bons résultats non seulement dans l'arythmie complète des cardiaques rhumatisants, mais aussi dans celle des cardio-scléreux. Il est donc inexact de dire avec Mackenzie que la digitale n'a pas d'heureux effets dans la cardio-sclérose. M. le professeur Vaquez émet la même opinion en disant : « C'est le syndrome, non sa cause, qui commande le traitement ».

Mais pour ce qui est de l'action de la digitale dans l'insuffisance des cœurs réguliers, le professeur Vaquez confirme l'opinion erronée de Mackenzie et s'exprime ainsi dans une récente leçon sur la digitale :

Si l'insuffisance cardiaque « n'est pas accompagnée d'arythmie complète, et même s'il existe des œdèmes importants, la digitale sera alors inefficace » ... « Chez les sujets atteints de lésion de l'aorte ou du système artériel, le pouls reste d'ordinaire régulier jusqu'aux approches de l'asystolie ; aussi ne faut-il pas attendre aucun effet utile de la digitale, et c'est ce que nous constatons journellement. Si cependant le pouls devient irrégulier, si le syndrome d'arythmie complète s'établit, alors la digitale sera indiquée, comme chez les autres malades »... « Les malades atteints d'hypertension et de sclérose rénale sont exposés à des troubles d'insuffisance cardiaque, à la suite desquels le cœur se dilate, le pouls devient irrégulier, la pression s'abaisse et les œdèmes apparaissent. Or, si vous les soumettez à la digitale avant l'apparition de ces troubles, quand bien même il y aurait déjà de légers œdèmes, vous n'obtiendrez que des effets et une diurèse très médiocres. »

Pour ma part, les faits m'ont imposé une opinion franchement opposée. Comme je l'ai déjà mentionné dans la première édition de ce traité, j'ai vu de très nombreux cas de dyssystolie, d'hyposystolie et d'asystolie dans des cœurs réguliers dont les signes d'insuffisance s'améliorèrent considérablement ou disparurent sous l'influence seule de la digitale. Je considère ces faits comme tellement banaux que je ne les compte plus.

Comment donc s'expliquer que le professeur Vaquez appuie les conclusions de Mackenzie ? Très

(*) Extrait du T. IV, fasc. I : Traité de pathologie médicale et thérapeutique appliquée de SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, publié avec l'autorisation du Dr LIAN, que nous remercions vivement. N.D.L.R.

(1) On ne saurait trop admirer l'œuvre de ce grand médecin qui a recueilli, dans sa clientèle de praticien, les observations qui l'ont conduit à éclairer d'un jour nouveau la pathologie cardiaque, et spécialement l'étude des arythmies.

simplement de la façon suivante. Il n'est pas douteux que la digitale donne ses meilleurs résultats dans la tachy-arythmie complète compliquée de congestions viscérales passives et d'œdèmes (asystolie mitrale classique). Il est également certain qu'il existe des asystolies irréductibles, résistant à la digitale comme à l'ouabaïne, et que bien souvent, dans ces cas rebelles, le cœur est régulier. Il y a donc là une opposition de faits très frappante. Mackenzie et le professeur Vaquez ont donc mille fois raison lorsqu'ils apprennent aux médecins qu'ils doivent s'attendre à avoir des insuccès lorsqu'ils auront à lutter contre une grande insuffisance cardiaque sans arythmie. Mais c'est une erreur de pousser la schématisation jusqu'à considérer que la digitale ne rend pas de services dans les cœurs réguliers.

En somme, les faits imposent la conclusion suivante : la digitale donne ses meilleurs résultats dans l'asystolie avec tachy-arythmie complète. Son action n'est ni intense, ni aussi constante dans l'asystolie des cœurs réguliers. Cependant, dans ces derniers cas, elle rend d'excellents services, auxquels il ne faut pas manquer de faire appel.

D'autre part, certains auteurs ont pu croire que la digitale agissait seulement contre l'insuffisance du cœur droit, et que l'ouabaïne seule pouvait lutter contre l'insuffisance ventriculaire gauche. C'était une formule erronée, car elle est en contradiction formelle avec les excellents résultats que Danielopolu, Gallavardin et moi-même avons obtenus avec la digitale dans l'insuffisance ventriculaire gauche, et en particulier dans le pouls alternant, un des signes cardinaux de ce syndrome. Enfin, cette formule n'était plausible que si l'on niait l'action favorable directe de la digitale sur la contraction cardiaque. Mais puisqu'on est unanime à admettre maintenant que la digitale a une action directe sur la contractilité myocardique, il serait illogique de dire que cette action cardio-dynamique s'exerce seulement sur la faible musculature du ventricule droit et pas sur la forte musculature du ventricule gauche ! Par conséquent, *j'estime qu'est maintenant enterrée cette formule que je combats depuis son apparition : digitale pour l'insuffisance du cœur droit, ouabaïne pour celle du cœur gauche.*

Donc la digitale peut donner d'excellents résultats dans l'insuffisance ventriculaire gauche, et j'ai mentionné plus haut les cas dans lesquels il y a lieu de recourir soit à l'ouabaïne, soit à la digitale.

Par contre, l'influence de la digitale dans les accidents cardiaques des toxi-infections aiguës est plus difficile à mettre en évidence, et n'est-il pas logique qu'elle soit souvent minime dans un cœur fortement imprégné de toxines, sans cesse renouvelées. D'ailleurs, dans ce cas, il est classique de ne pas fonder de grandes espérances sur la digitale. Danielopolu a donné la préférence aux petites doses d'ouabaïne par la voie intraveineuse dans les accidents cardiaques graves du typhus exanthématique.

Les faits me font donc conclure que *la digitale a certes des indications de choix,* dans lesquelles elle fournit, avec une grande fréquence, d'excellents résultats, mais que *le domaine de ses bons effets n'est pas limité à une variété d'insuffisance cardiaque.*

Elle est susceptible de rendre les plus grands services dans tous les types de moyenne et de grande insuffisance cardiaque. D'autre part, les contre-indications de la digitale sont très minimes dans les moyennes et grandes insuffisances cardiaques.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'expectoration des tuberculeux.

Si l'étude qualitative de l'expectoration présente le plus grand intérêt pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, l'étude quantitative, ainsi que le démontrent le Pr E. Leuret et P. Lamothe, fournit, à son tour, un élément pronostique d'une réelle importance à la période d'état de la maladie.

C'est chez les tuberculeux stabilisés que la quantité d'expectoration est la plus faible et la plus régulière.

La « courbe d'expectoration » décèle le développement et témoigne de la profondeur et de l'extension des lésions tuberculeuses du poumon. Elle donne l'interprétation clinique de certaines fièvres inexpliquées, sert de moyen de contrôle à la radioscopie, et apporte, dans tous les cas, un élément au diagnostic et au pronostic de la maladie.

La « crise d'expectoration » signe l'ouverture d'une ou plusieurs lésions tuberculeuses et révèle la fistulisation d'abcès tuberculeux du parenchyme.

Le « piétinement de l'expectoration » marque un temps d'arrêt dans le processus évolutif de la fonte parenchymateuse du poumon.

La quantité moyenne de l'expectoration journalière des tuberculeux est différente chez les évolutifs ou les stabilisés. Elle est généralement basse et régulière chez les stabilisés, sauf chez ceux qui sont porteurs d'une caverne sécrétante et non évolutive. Elle est généralement abondante et variable chez les évolutifs, les poussées d'expectoration correspondant à la formation ou à la fistulisation de foyers nouveaux. (*Journal de médecine de Bordeaux,* 25 décembre 1926.)

Cure radicale des kystes sébacés par le xylol.

Le Dr E.-W. Suldey indique pour cette infirmité un moyen de guérison certaine en dehors de l'opération. Il ponctionne la poche au bistouri (incision de un centimètre environ), puis y injecte du xylol.

Le xylol, injecté en très petite quantité dans la poche possède à la fois : 1° un pouvoir dissolvant immédiat pour son contenu, qu'il soit dur et stéatomateux, mou et mélicérique, liquide et huileux ; 2° une action destructive sur l'assise épithéliale génératrice ; 3° une propriété légèrement irritatrice sur la paroi conjonctive. (*Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux,* 9 janvier 1927.)

A propos des troubles nerveux et psychiques chez les femmes continentes. Heureuse influence de l'opothérapie spermatogénétique.

Le Dr Henri Malherbe dit que nombreuses sont déjà les publications traitant de l'administration hétérologue de l'extrait orchitique en vue de remédier, chez la femme, à certains troubles que l'on peut supposer dus à une carence de l'activité génitale, Si beaucoup de ces travaux laissent un peu l'impression de vues *a priori,* ce n'est pas le cas de la nouvelle contribution de Malherbe, qui apporte des faits cliniques dont le témoignage semble irrécusable. L'auteur nous met en présence de malades qui, du fait de leur situation sociale (religieuses), se trouvent indubitablement soustraites à toute « imprégnation mâle ». Les troubles qu'elles présentent sont d'ordre nerveux, mais avec des déterminations parfois singulièrement topiques, telles que pelade ophiasique chez l'une, violentes éruptions urticariennes chez l'autre. Ces accidents qui avaient résisté à tous les médicaments, cédèrent, et très rapidement, lorsque fut institué un traitement par l'androstine (extrait spermatogénétique). Le produit fut administré par voie buccale, en comprimés, et les résultats dépassèrent toute attente, se traduisant par la régression des accidents trichosiques et cutanés, l'amendement et la disparition des troubles nerveux et psychiques concomitants. Une guérison durable s'en suivit dans plusieurs cas.

Ces observations apportent une nouvelle confirmation à la thèse de la nécessité de l'imprégnation mâle pour que soit réalisé le plein équilibre de l'organisme féminin ; elles montrent que la meilleure thérapeutique des troubles provoqués par son absence est l'opothérapie par l'androstine, qui a pu guérir des manifestations ayant résisté à toute autre médication. (*Progrès médical,* 19 mars 1927.)

Une inondation péritonéale de cause difficile à préciser : grossesse tubaire invisible et ne saignant plus.

En présence du syndrome de la fausse couche, tant qu'on n'aura pas vu l'embryon éliminé avec les métrorrhagies, pensons toujours à la grossesse ectopique, même si l'examen clinique ne révèle absolument rien dans les culs-de-sac latéraux, car, le ventre ouvert, les annexes, regardées et palpées, peuvent ne pas paraître en état de gestation ectopique, tout en l'étant.

R. Bonneau rapporte une observation intéressante d'inondation péritonéale où les annexes, examinées à l'œil nu, se présentaient avec un aspect extérieur sain, sauf un petit kyste rompu de l'ovaire. L'examen microscopique s'imposait ; il montra l'ovaire, du type sensiblement normal, avec deux kystes de petites dimensions : ceux-ci n'étaient pas des ovisacs venant de se rompre, mais des kystes folliculaires, reliquats d'anciennes pontes ovulaires ; de plus, la trompe renfermait un placenta du volume d'un grain de blé, partiellement nécrosé. L'auteur, désirant être le moins mutilant possible, et rencontrant avec un ovaire apparemment malade, une trompe semblant saine, avait d'abord pensé enlever l'ovaire et aboucher la trompe sur l'autre ovaire ; mais il eut la bonne idée de faire l'ablation totale des annexes. Heureusement, car rien ne dit que, dans ces conditions pathologiques, la malade remise dans son lit avec un tonus vasculaire relevé, ne se serait pas remise à saigner...

Dans une inondation péritonéale qui a nécessité une laparotomie, il faut donc se garder d'instituer une thérapeutique incomplète. (*La Presse médicale,* 29 janvier 1927.)

L'insuline peut-elle guérir le diabète ?

Telle est la question que se sont posée MM. Desgrez, Rathery et P. Froment.

De leurs observations, il résulte, qu'en physiologie pathologique, l'insuline est un médicament symptomatique d'une puissance incontestée ; elle paraît agir, dans la majorité des cas, en apportant à l'organisme une sécrétion interne, qui lui manque, à la façon de l'extrait thyroïdien dans le myxœdème, par exemple.

Elle semble bien cependant avoir, au moins chez certains diabétiques, le pouvoir d'exciter aussi certaines glandes (le pancréas ou d'autres)

et de faire disparaître les symptômes du diabète pendant quelques jours.

Certains diabètes semblent plus sensibles à l'action de l'insuline ; d'autres y paraissent absolument réfractaires ; on doit donc admettre que le symptôme diabète relève d'un mécanisme complexe et varié, et que, dans tous les cas, le pancréas n'intervient peut-être pas exclusivement, ou même d'une façon prépondérante.

Au point de vue thérapeutique, le traitement par l'insuline peut produire un effet très rapidement ; dans d'autres cas, il est nécessaire qu'il soit très prolongé. Ces faits proviennent peut-être de lésions différentes du pancréas, et d'une facilité plus ou moins grande de récupération fonctionnelle. En tout cas, cette notion incite le médecin et le malade à une longue patience ; des années de traitement sont parfois nécessaires pour arriver à cette récupération.

L'insuline peut être considérée, dans un certain nombre de cas, contrairement à l'opinion de la majorité des auteurs, comme agent curateur. Mais il faut se défier des rechutes, qui peuvent se produire après plusieurs mois d'aglycosurie avec relèvement net du coefficient d'utilisation des glucoses. D'où cette règle, de surveiller avec grand soin les sujets, même quand ils paraissent guéris. L'effet curateur se traduit habituellement par des signes légers d'intolérance aux doses d'insuline qui, jusque-là, étaient bien supportées. D'autre part, si on a soin d'étudier les urines fractionnées des malades, on s'aperçoit que la glycosurie fait défaut dans l'un des échantillons : tantôt c'est l'urine du matin, tantôt celle de l'après-midi, tantôt celle du soir, suivant que la dernière injection d'insuline a eu lieu la veille au soir, ou la veille au matin. Puis les échantillons où le sucre est absent se font de plus en plus nombreux et enfin la glycosurie cesse.

Pour obtenir de semblables résultats, il faut traiter les sujets précocement avec des doses d'insuline suffisantes. Il existe une dose optima d'insuline, qu'il est inutile de dépasser, mais qu'il est nécessaire d'atteindre. Cette dose optima peut être très élevée, atteindre 75 et même 160 unités par jour pendant des mois ; elle peut aussi varier à chaque moment chez un même diabétique, d'où l'importance d'un traitement très surveillé ; la réussite est à ce prix. Enfin, le traitement doit être prolongé durant des années, et il faut surveiller les sujets guéris ; telles sont les règles indispensables à suivre pour obtenir l'effet curateur. (*La Presse médicale*, 15 janvier 1927.)

Pourquoi, quand et comment faut-il pratiquer l'appendicectomie ?

Le Pr MAYER s'est rendu compte que, pour beaucoup de médecins, « appendicite » reste encore synonyme d' « abcès appendiculaire », que fréquemment l'appendicite chronique est méconnue et que, trop souvent encore, les médecins, en présence d'une crise appendiculaire, perdent en temporisation des heures précieuses.

Or, il est un principe : c'est que tout appendice malade doit être enlevé aussitôt le diagnostic posé. Pour ce diagnostic, on se rappellera que la douleur est généralement vive, aiguë, et *procède par poussées*. Si, à ce signe se joint une *défense musculaire localisée* à la pression de la région iléo-cæcale avec hyperesthésie cutanée, le risque d'une erreur devient très minime. L'élévation de la température au début trompe souvent dans son intensité et sa fugacité ; il y a des malades dont l'appendice est en voie de perforation et dont la température n'excède pas 37°8.

Deux symptômes hypnotisent trop fréquemment le médecin, et souvent ils sont absents dans la moitié des cas ; il s'agit de la constipation et de la douleur localisée au point de Mac Burney.

L'auteur, résumant les résultats de sa pratique personnelle, estime donc que l'appendicectomie s'impose chez tout sujet présentant les symptômes d une lésion appendiculaire, qu'elle soit aiguë ou chronique. L'intervention se fera d'urgence dans toutes les appendicites aiguës, quelle qu'en soit la bénignité apparente et la durée d'évolution ; elle se fera le plus tôt possible dans les appendicites chroniques secondaires et dans les appendicites chroniques d'emblée. Il s'ensuit que l'appendicite devrait figurer dans les traités de pathologie externe au même titre que la hernie et cesser d'être considérée comme une affection médicale. Déjà, la plupart des médecins assimilent l'appendicite aiguë à la hernie étranglée et ils ont renoncé à la glace et aux opiacés dans l'appendicite aiguë comme au taxis dans la hernie étranglée ; le traitement médical ne peut être envisagé que dans des circonstances exceptionnelles.

Dans les formes aiguës, la meilleure incision est celle de Waltner ; dans les formes bénignes une petite incision transversale suffit.

La vaccinothérapie est un adjuvant utile dans les formes graves ; dans les abcès appendiculaires aigus, il est imprudent de renoncer au drainage et souhaitable d'enlever l'appendice si les difficultés techniques ne sont pas trop grandes. (*Bruxelles médical*, 17 octobre 1926.)

Contribution à l'étude des albuminuries fonctionnelles.

M. Jean GIRARD rapporte deux cas où la grossesse, avant le développement suffisant de l'utérus gravide, a marqué la fin d'une albuminurie orthostatique bien installée chez deux jeunes femmes aux règles irrégulières. Il trouve là un argument de valeur contre la théorie purement mécanique de l'albuminurie orthostatique.

On est donc amené à considérer ce trouble,

comme ne dépendant pas d'un facteur extra-rénal mécanique, mais bien d'un trouble profond de l'élaboration urinaire, en un mot d'un facteur rénal ou humoral. L'inconstance des résultats des expériences statiques, les accidents qui accompagnent l'albuminurie, la précèdent ou la suivent, les antécédents héréditaires et cette action particulière de la grossesse semblent caractéristiques à cet égard.

La part que peuvent y prendre les glandes à sécrétion interne semble assez mystérieuse et difficile à préciser.

Il semble donc spécieux d'opposer les albuminuries orthostatiques aux albuminuries cycliques, dont les unes, accident individuel, pouvaient faire craindre une évolution tuberculeuse ultérieure, tandis que les autres ne seraient qu'une manifestation d'avant-garde de la diathèse goutteuse. Bien au contraire, la nature neuro-arthritique de l'albuminurie orthostatique semble probable.

C'est vers la notion de débilité rénale qu'il semble falloir se tourner, débilité acquise ou plutôt héréditaire, car il est rare que les antécédents personnels du malade fournissent la cause de cette débilité.

Pourquoi maintenant la station verticale est-elle nécessaire à l'extériorisation de ce trouble rénal ? La station est défavorable au fonctionnement de l'appareil urinaire et les troubles de son fonctionnement sont plus marqués quand le malade est debout ; aussi peut-on penser qu'un trouble léger passerait inaperçu dans la position couchée, mais que la légère fatigue de la station suffit à le provoquer. (*La Presse médicale*, 6 octobre 1926.)

Guérit-on la syphilis ?

Voici la réponse formulée par le Dr Ch. FLANDIN :

1° Sauf, peut-être, à la période initiale, pré-sérologique du chancre, nos moyens thérapeutiques actuels ne nous permettent pas de faire disparaître le tréponème de l'organisme, où il reste capable de produire des lésions tardives, cutanées et viscérales, et de se transmettre héréditairement. Par conséquent, nous ne guérissons pas la syphilis.

2° Si nos moyens thérapeutiques sont impuissants à guérir la syphilis et à stériliser l'organisme vis-à-vis du tréponème, ils sont capables de guérir toute lésion syphilitique en évolution et de prévenir l'apparition et le développement de toute lésion syphilitique. Ils ont le pouvoir d'empêcher la transmission héréditaire de la syphilis.

3° La conclusion pratique qui découle des deux propositions précédentes est la nécessité de continuer indéfiniment, à titre préventif, le traitement d'un syphilitique, à intervalles convenables.

Cette thèse s'étaye sur des arguments cliniques qui montrent qu'absence de lésion n'est pas, en matière de syphilis, synonyme de guérison, puisqu'à toute époque, en un point quelconque de l'organisme, et, sans cause provocatrice évidente, l'évolution de la syphilis peut se traduire par le développement inattendu de lésions diverses.

Au point de vue héréditaire, on sait aussi qu'on observe la guérison du grand-père, l'indemnité de la mère, et la reprise de la syphilis à la troisième génération. Ensuite, le laboratoire nous démontre aussi la persistance du tréponème dans un organisme en apparence guéri ; puis, les réactions sérologiques ont compliqué la question de la guérison de la syphilis, en donnant, par leur apparence de précision, une sécurité trompeuse à beaucoup de médecins et de malades ; on ne saurait cependant affirmer que la syphilis est « inactivée » parce que les réactions sérologiques sont « négatives » ; les courbes sérologiques sont loin de correspondre à l'évolution des lésions objectives. Telle syphilis maligne précoce s'accompagnera d'un Wassermann négatif ou subpositif, alors qu'une syphilis réduite à des manifestations éphémères et discrètes sera très dure à négativer. Le principal reproche adressé aux tests sérologiques vise d'ailleurs les périodes tardives, et la syphilis viscérale, la plus dangereuse en particulier. Dans la règle, une vieille aortite syphilitique, évoluant chez un malade, qui n'a jamais été traité depuis de nombreuses années, ne s'accompagne pas de Wassermann positif. Les réactions sérologiques n'ont donc de valeur absolue ni pour le diagnostic de la syphilis, ni surtout pour la mesure de son activité. Les prendre pour guide dans le pronostic et le traitement serait s'abandonner à une illusion dangereuse. Considérons-les donc comme un document utile.

Quand l'auteur affirme que la syphilis ne guérit pas, il veut dire que le tréponème, ayant pénétré dans l'organisme, y demeure et ne peut en être chassé définitivement, ainsi qu'il arrive pour l'hématozoaire du paludisme, pour l'amibe dysentérique ; ayant sommeillé durant des années sans causer de troubles, il peut déclancher brusquement des accidents aigus.

Il convient donc de s'orienter vers un traitement de longue durée de la syphilis, si on veut être d'accord avec les faits. (*Le Bulletin médical*, 6 novembre 1926.)

L'opération de l'empyème dans les pleurésies purulentes aiguës.

Il ne faut pas opérer d'urgence les pleurésies purulentes, dit M. Alphonse HUGUIER. Tant que le liquide pleural n'est pas franchement purulent, tant que la lésion pulmonaire est en pleine évolution, il faut attendre. L'anesthésie générale doit être poussée à fond jusqu'à la perte des réflexes qui sont dangereux.

Le malade est placé en position de néphrectomie lombaire. L'incision est faite immédiatement en dehors de la masse sacro-lombaire, au niveau de l'angle postérieur des côtes. Les ponctions exploratrices étagées de haut en bas fixent le point déclive qui détermine la côte à réséquer. Résection costale postérieure de 6 à 8 cent. portant sur la côte immédiatement sus-jacente à la ponction la plus inférieure ayant donné du pus.

Avec le doigt recourbé, rechercher si le fond du cul-de-sac pleural descend profondément au-dessous de l'ouverture. Si oui, réséquer toutes les côtes sous-jacentes à la résection première jusqu'au fond du cul-de-sac purulent de façon à fendre jusqu'au point déclive.

Surtout pas de lavages. Avec des compresses extraire la totalité des fausses membranes. Placer quatre très gros drains très courts. Surtout les fixer à la peau avec des crins. Rabattre le lambeau et le fixer de chaque côté des drains.

Pas de lavages. Supprimer le drainage au bout d'une semaine environ. Pratiquer la gymnastique respiratoire et terminer le traitement par une suture secondaire de la plaie. Cette technique inspirée de celle de Cazin et de Marion a donné à Huguier les meilleurs résultats depuis plus de vingt ans. (*Paris chirurgical*, février 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La phtisie des gazés.

(M. Emile Sergent. — *Académie de médecine* ; 3-5-1927.)

M. Emile Sergent revient, à propos de la communication de M. Achard, sur la question de la phtisie des gazés. Divers points rendent cette question difficile. D'abord, les « anciens gazés » sont extrêmement nombreux, presque tous les hommes qui ont fait la guerre en ligne ayant été à quelques exceptions près ypérités à un moment donné. Il importe de faire une discrimination ; seuls, doivent être retenus ceux qui ont eu des accidents importants et durables.

Depuis 1919, M. Sergent a hospitalisé dans son service 48 anciens gazés. Parmi eux, 22, porteurs de séquelles respiratoires importantes, n'offraient aucun signe de tuberculose ; 26 étaient tuberculeux, mais l'atteinte des gaz n'avait été chez eux que légère, n'ayant pas nécessité l'évacuation. Pour 24 de ces derniers, les premières manifestations de la tuberculose se sont montrées seulement de 3 à 8 ans après cette atteinte légère par les gaz, et sans qu'ils eussent présenté, dans l'intervalle, des troubles indiquant une séquelle (sauf chez six).

Un ancien gazé véritable, c'est-à-dire fortement intoxiqué, est beaucoup plus menacé de devenir un invalide respiratoire qu'un tuberculeux.

Il faut tenir compte cependant de la difficulté du diagnostic de la tuberculose pulmonaire dans certaines de ses formes, en particulier dans les formes qui prennent le masque de la bronchite chronique, de la sclérose broncho-pulmonaire, de l'emphysème, de la dilatation des bronches, des dyspnées asthmaformes, qui sont précisément les types les plus communs des séquelles des intoxications par les gaz de combat. Le bacille de Koch n'est pas toujours facile à déceler chez les tuberculeux fibreux.

M. Sergent termine en appelant l'attention des pouvoirs publics sur la situation de certains *grands* anciens gazés. Combien de ces malheureux, véritables mutilés de guerre, sont incapables de se livrer à aucun travail et mènent une existence misérable d'invalides incurables. Ils sont plus malades que bon nombre de soi-disant suspects de tuberculose et ils ne reçoivent pas un pourcentage aussi élevé que les tuberculeux.

La fièvre jaune en Afrique occidentale.

(M. Lasnet. — *Académie de médecine* ; 3-5-1927.)

M. Lasnet communique un compte rendu des cas de fièvre jaune observés en Afrique Occidentale française de juillet 1926 à février 1927. Le sérum de Noguchi a paru produire dans un cas où il fut employé un excellent effet et le malade a guéri. Il a été essayé aussi à titre de vaccination ; mais, son efficacité n'étant pas encore démontrée, la protection vis-à-vis des stégomyas reste la mesure principale de prophylaxie.

La réforme des études médicales.

(*Académie de médecine* ; 3-5-1927.)

L'Académie adopte les conclusions du rapport de M. Marcel Labbé sur la réforme des études médicales. Ces conclusions sont les suivantes :

1° Les jeunes gens qui se destinent à la médecine devront être munis de deux diplômes de baccalauréat : *a*) baccalauréat première partie, section A, avec latin obligatoire et grec facultatif ; la section B, sans latin ni grec n'est pas admise ; *b*) baccalauréat deuxième partie, mathématiques ; le baccalauréat philosophie n'est pas admis.

2° L'année de P. C. N., qui s'accomplit actuellement dans les Facultés des sciences, sera remplacée par une année scientifique préparatoire ayant un programme analogue, dont l'enseignement serait

donné dans les Facultés de médecine et dans les Ecoles de médecine.

Favus et immigration.

(MM. Jeanselme et Joannon. — *Académie de médecine* ; 3-5-1927.)

Le favus est une maladie qui se raréfie en France mais dont il existe encore d'importants centres endémiques dans les Etats de l'Europe centrale. En raison des courants d'immigration qui ont leur point de départ dans ces pays, on peut redouter que des foyers nouveaux viennent à se développer sur notre territoire.

M. Jeanselme signale quelques faits. Des immigrants de passage atteints de favus, venus dans l'intention de gagner l'Amérique, sont restés à Paris et se sont rendus à l'hôpital Saint-Louis pour se faire soigner, ayant été informés que les autorités américaines leur interdiraient l'entrée aux Etats-Unis en raison de leur affection. Un malade du service de M. Jeanselme qui avait pu débarquer aux Etats-Unis fut reconnu porteur de favus et refoulé en France. Notre pays risque dans ces conditions de devenir de plus en plus le refuge des malades et des déchets humains de l'étranger. Des mesures convenables seraient à prendre pour lutter contre l'entrée de ces malades indésirables.

Le rôle de la purification de l'insuline dans les accidents hypoglycémiques provoqués par cette substance.

(MM. Chabanier, Lebert, Lobo-Onell et F. Lumière. — *Académie de médecine* ; 3-5-1927.)

On sait que les préparations insuliniques sont susceptibles de déterminer, quelques heures après leur injection, des réactions d'une importance variable, attribuées à une chute brusque du taux du glycose sanguin. On admet généralement que cette chute résulte d'une dose d'insuline non adaptée à la ration d'hydrates de carbone.

Les auteurs pensent que ce mécanisme est réel, pour une part du moins. Il leur est apparu toutefois qu'un autre élément entrait en jeu dans la provocation de ces accidents, à savoir la pureté de l'insuline. Chose étrange : l'insuline purifiée créerait plus de risques d'hypoglycémie que l'insuline moins pure.

Epingles avalées par les nourrissons.

(MM. Léo, Petit de la Villéon, Huguier, Pauchet, Thévenard et Buizard. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 7-1-1927.)

La question des épingles de bavoir avalées par les nourrissons, déjà discutée l'an dernier par la Société de chirurgie et la Société des chirurgiens de Paris, est remise à l'ordre du jour de cette dernière société savante.

M. Alphonse Huguier verse aux débats le cas suivant. Un enfant de 10 mois avale une broche de bavoir. Le troisième jour, une radiographie montre la broche située transversalement entre l'épigastre et l'hypochondre droit, pointe orientée en dehors et en bas. La laparotomie, pratiquée d'urgence, révèle une perforation du duodénum, la pointe du corps étranger étant fichée dans le foie. Mort quelques heures après l'intervention.

— M. Petit de la Villéon rejette l'opération systématique en pareille circonstance. Les corps étrangers des voies digestives, principalement chez les enfants, sont bien tolérés dans l'immense majorité des cas, et sont éliminés sans incident la plupart du temps, quelle que soit leur forme, qu'ils soient ou non munis d'aspérités, que ce soit des épingles d'acier, des épingles anglaises, des épingles à bavoir, ouvertes ou non. L'auteur a dirigé pendant 7 ans un service de chirurgie d'enfants. Il a vu des quantités de corps étrangers des voies digestives et n'en a jamais opéré qu'un seul. Il s'est toujours contenté du traitement classique par les purées, bourrant les petits malades de mie de pain, de purées, même de coton hydrophile trempée dans la confiture : le corps étranger s'éliminait dans les trois ou quatre jours. Même pour les corps étrangers agressifs, il faut savoir résister à l'entourage et attendre, *la radioscopie en main*. On soumettra l'enfant à des examens radioscopiques répétés, tous les jours, voire *deux fois par jour*. Si le corps étranger chemine, tout va bien ; s'il s'arrête en une zone suspecte, plusieurs jours surtout, l'indication opératoire alors se pose, mais ce n'est pas fréquent.

— M. Victor Pauchet pense que le chirurgien, appelé auprès d'un enfant qui a avalé une broche, si celle-ci est fermée, doit attendre. Faire une radiographie toutes les 24 heures. Si la broche est ouverte, en principe également, s'abstenir jusqu'à plus ample informé. Lorsque la radio montre que le corps étranger reste fixe, intervenir. Lorsqu'il est passé dans l'intestin grêle, le laisser évoluer. Tout le problème est dans la fixité de la broche. Le fait que celle-ci est ouverte ne suffit pas pour prendre le bistouri, car l'intervention est grave.

— M. Thévenard partage la même opinion.

— M. Ch. Buizard résume ainsi la question : une épingle fermée s'éliminera naturellement ; une épingle à bavoir ouverte doit être surveillée par la radiographie. Lorsque la broche a franchi le duodénum elle a les plus grandes chances de sortir spontanément par les voies naturelles. Dans l'estomac et le duodénum, la situation est plus sérieuse.

Bruits d'oreille et cellulite cervico-radiculaire.

(M. Léopold-Lévi. — *Société de médecine de Paris* ; 27-11-1926.)

M. Léopold-Lévi communique trois observations de malades atteints de bourdonnements d'oreille par otospongiose améliorés à la suite de massages thérapeutiques des racines cervicales.

— M. KOUINDJY insiste sur l'importance pratique de la cellulite. Celle-ci est un œdème du tissu cellulaire. L'affection se caractérise par les symptômes qu'elle détermine : œdèmes, douleur à la pression et troubles divers. Par elle-même, la cellulite n'est pas une maladie localisée : elle peut se trouver là où il y a du tissu cellulaire. La kinésithérapie est la thérapeutique de choix. C'est d'ailleurs par les médecins suédois que nous avons connu cet état morbide. Massage et air chaud sont indiqués.

Reste le problème de l'étiologie de ces phénomènes bizarres. Il semble que l'on soit en présence de causes endocriniennes.

— Pour M. LÉOPOLD-LÉVI, il convient d'annexer la cellulite aux troubles fluxionnaires endocriniens (troubles angiocriniens). L'opothérapie peut mettre à l'abri des poussées congestives, mais le massage vibratoire est le traitement principal à appliquer aux accidents cellulitiques.

Traitement des entorses par la faradisation.

(MM. LAQUERRIÈRE et COLSON. — *Soc. d'électroth. et de radiol.* ; 5-1926.)

MM. Laquerrière et Colson relatent deux nouvelles observations d'entorses du pied traitées et rapidement guéries par la faradisation. Les auteurs insistent à ce propos sur l'efficacité du traitement électrique dans les entorses. La guérison, s'il n'y a pas de lésion osseuse (la radiographie est généralement nécessaire pour préciser ce point) s'obtient en quelques séances et les séquelles sont évitées.

La technique des applications est la suivante. Les électrodes sont placées de part et d'autre de l'articulation malade, autant que possible sur les points les plus douloureux ; elles sont formées de plaques humides, souples et rembourrées, et ont une taille en rapport avec le volume de l'articulation. Le courant utilisé est la faradisation rapide (tétanisante), à l'intensité que le malade tolère sans difficulté. Il est bon, d'ailleurs, d'augmenter la force du courant, au fur et à mesure que la tolérance s'établit pour avoir toujours l'intensité maximum possible. La séance dure de 15 à 20 minutes et est répétée une ou deux fois par jour.

L'auteur recommande de commencer le traitement tout à fait au début, dès les premières heures si l'on peut.

P. L.

Lyon

Société médicale des hôpitaux.

Lésions cutanées à type de troubles trophiques des membres inférieurs par déficit circulatoire.

MM. A. DUMAS et P. RAVAULT relatent l'observation d'un vieillard de 73 ans qui présentait au niveau des deux membres inférieurs des phlyctènes, des plaques érythémateuses ayant l'allure de troubles trophiques cutanés, mais sans aucun signe de lésion nerveuse quelconque, centrale ou périphérique. Par contre, on constatait des symptômes d'ordre vasculaire : absence de pulsatilité au niveau des jambes, hyperpulsatilité au niveau des cuisses. L'autopsie montra, en effet, au niveau des vaisseaux des membres inférieurs , des thromboses d'origine endartéritique.

Gomme syphilitique de l'humérus chez un enfant de deux mois.

MM. PÉHU, CHASSARD et MALARTRE. — Fillette de deux mois amenée à la consultation parce qu'elle ne se sert pas de son bras droit. Celui-ci est, en effet, collé le long du thorax et immobile ; l'enfant remue bien l'avant-bras et la main. La région scapulo-humérale a le volume d'une grosse noix, sans œdème, ni rougeur. La palpation permet de se rendre compte que la tête humérale est augmentée de volume. On ne note pas d'autre signe de syphilis héréditaire qu'une augmentation de volume de la rate. Wassermann faiblement positif. La radiographie montre, au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus une zone claire, irrégulièrement arrondie, séparée du cartilage conjugal par une mince couche de tissu osseux, image assez caractéristique de la gomme syphilitique de la première enfance. Le reste du squelette est normal. La gomme osseuse est une lésion très rare dans la première année de la vie. A cet âge, les ostéopathies hérédo-spécifiques se réduisent à deux variétés : ostéo-chondrites des os longs type Wagner-Parrot et périostite ossifiante.

Volumineuse exostose cranienne.

MM. NICOLAS, J. LACASSAGNE et CHEVALLIER. — Malade de 68 ans, porteur d'une tumeur temporo-pariétale droite s'étendant, d'avant en arrière, de l'apophyse orbitaire externe à une verticale passant par la pointe de la mastoïde, et, de bas en haut, du zygoma à la suture sagittale. Cette tumeur est lisse, régulière, de consistance osseuse. Son apparition remonte à environ 35 ans. La radiographie montre une ombre étendue et d'une densité variable. Pas d'antécédents syphilitiques. Les réactions sérologiques sont cependant positives. Le diagnostic reste hésitant entre une exostose essentielle bénigne et une hémicraniose (Brissaud et Lereboullet) symptomatique d'une tumeur des méninges sous-jacente (méningo-blastome).

Hyperkératose cornée plantaire.

MM. NICOLAS, J. LACASSAGNE et CHEVALLIER présentent une femme de 67 ans porteur sur les plantes des deux pieds d'abondantes et volumineuses proliférations cornées, sous forme de véritables crêtes grisâtres, épaisses d'un centimètre, séparées par des sillons laissant voir la peau saine, irrégulièrement

◆◆◆◆◆◆

disséminées sur la voûte plantaire, en respectant les points d'appui ; ces cornes, peu adhérentes, se détachent en bloc en découvrant un tégument presque normal. On note de chaque côté un mal perforant plantaire typique. Abolition du réflexe rotulien à droite ; forte diminution à gauche ; abolition des achilléens. Inégalité pupillaire. Signe d'A. Robertson. Wassermann légèrement positif. Les auteurs penchent, sans se prononcer d'une façon ferme, pour le diagnostic d'accidents hyperkératosiques d'origine syphilitique.

Hémolymphangiome de la langue.

MM. Nicolas et Lebeuf présentent un jeune homme de 19 ans porteur d'une tumeur de la face dorsale de la langue ; la surface de cette tumeur présente des varices lymphatiques sous forme de pseudo-vésicules, les unes claires et transparentes, les autres blanches et opaques, quelques-unes de teinte rouge, noire ou bleuâtre (sang). Il s'agit, ce qu'a confirmé l'examen histologique après biopsie, d'un hémolymphangiome. Un traitement radiothérapique sera institué.

Tuberculoses multiples de l'encéphale chez un enfant de deux ans.

MM. Péhu et Malartre relatent l'observation d'un enfant de deux ans, amené à l'hôpital pour un syndrome méningé survenu après des crises convulsives et une hémiplégie grauche.

A l'entrée, l'enfant est dans un demi-coma ; température : 38°5 ; raideur de la nuque, Kernig, Brudzinski positif par flexion du membre inférieur gauche ; contracture de la moitié gauche du corps. Ponction lombaire : liquide limpide, 1 gr. 20 d'albumine par litre, 21 lymphocytes par bande à la cellule de Nageotte ; pas de microbes ; culture stérile. On porte le diagnostic de méningite tuberculeuse, probablement consécutive à un tubercule cérébral développé dans la zone rolandique droite. *Autopsie* : adénopathie caséeuse trachéobronchique et hilaire ; altérations typiques de méningite bacillaire ; tuberculomes de l'encéphale, cervelet, intérieur de la protubérance ; plusieurs tubercules du centre ovale et surtout transformation totale des deux couches optiques et du noyau caudé droit.

Mélitococcie. Injection de stock-vaccin. Choc thérapeutique tardif.

MM. Favre, Gaté et Billa relatent l'observation de l'un d'entre eux qui contracta une mélitococcie en manipulant une culture de *micrococcus melitensis*. La maladie évolua d'une façon classique. A la troisième oscillation de la courbe thermique, le diagnostic étant établi d'une manière certaine par la clinique et les réactions sérologiques, on décida une cure par un stock-vaccin (ce dernier fut en réalité un auto-vaccin, ayant été préparé avec la culture qui avait contaminé la malade). Après l'injection de ce vaccin, la température, qui était la veille à 40°1, descendit à 38°9, puis le lendemain, quarante heures après l'injection, le malade ressentit une douleur au lieu de la piqûre avec rougeur et empâtement ; deux heures plus tard, grand frisson de vingt minutes de durée, refroidissement, cyanose des extrémités, tendance lipothymique, tachypnée et tachycardie extrême. La température remonte à 40°6, puis survient une crise sudorale extrêmement intense. Le lendemain la température tombe à 37°3. Depuis lors, la maladie sembla virtuellement terminée. On nota seulement, huit jours plus tard, une éruption très prurigineuse caractérisée par une sorte de prurigo aigu avec points purpuriques. Actuellement le malade peut être considéré comme guéri.

FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

(*Premier Congrès* : *Paris*, 28, 30 *avril* 1927.)

Le rôle de la presse médicale dans la préparation, l'organisation et les comptes rendus des congrès médicaux.

Par le Dr F. Le Sourd,

Directeur de la *Gazette des hôpitaux*,
Président honoraire de l'Association de la Presse médicale française.

A différentes reprises, les associations de presse se sont occupées de cette question. Elle prend une intérêt particulier à une époque où les congrès médicaux se multiplient d'une façon impressionnante, en même temps que les services d'information deviennent plus compliqués et plus onéreux pour les journaux de médecine.

Au XIIIe *Congrès international de médecine* de Paris, en 1900, notre collègue Raoul Blondel, secrétaire général de l'Association internationale de la presse médicale, réalise, pour la première fois, croyons-nous, un service de presse qui peut servir de modèle. Dans une salle spéciale, réservée aux journalistes, affluent tous les jours les renseignements de tout genre méthodiquement classés, si bien que le *Bulletin médical*, sous l'impulsion de Janicot et

de GRANJUX, réussit à publier une édition quotidienne donnant au jour le jour le compte rendu des travaux du congrès ; les autres journaux suivent le mouvement et l'un d'eux peut même publier moins de huit jours après la clôture du congrès un numéro spécial donnant un compte rendu complet et vivant.

Cet effort n'a été rendu possible que par l'organisation préalable dont nous parlons plus haut.

En mars 1911, l'Association professionnelle des journalistes médicaux français met la question à l'ordre du jour du 1er *Congrès des journalistes médicaux français*, organisé avec un si brillant succès par son Secrétaire général CABANÈS, sous la présidence du professeur PONCET. Le regretté AUSSET (de Lille), étudie les relations de la presse médicale avec les congrès dans un excellent rapport auquel nous nous reporterons plusieurs fois au cours de cette étude.

Après la guerre, nos amis de *Bruxelles médical*, le professeur MAYER, MM. BECKERS et BERNARD, inaugurant les prestigieuses « Journées médicales » réalisent d'emblée un impeccable service de presse dont se sont inspirés depuis, en y apportant divers perfectionnements, les organisateurs des journées médicales en France, notamment à Toulouse et à Montpellier et dans l'Afrique du Nord, au Maroc et à Tunis.

Enfin, l'Association de la Presse médicale française, à l'occasion du *Congrès de l'Association internationale de chirurgie*, tenu à Paris en 1920, commence à mettre sur pied une organisation de comtes rendus collectifs qui trouve un excellent accueil auprès de ses adhérents et qui sera plus apprécié encore quand il sera mieux connu.

NÉCESSITÉ D'UNE ORGANISATION.

Il semble que les organisateurs des congrès n'aient pas toujours bien compris quelle force peut leur apporter l'appui de la presse médicale. Que d'économies de temps et d'argent ne pourraient-ils pas réaliser, si, au lieu d'envoyer un peu au petit bonheur, des circulaires coûteuses, au lieu de s'adresser au public par des brochures, des lettres aux affranchissements croissants et ruineux, ils prenaient la peine de demander leur concours aux journaux de médecine, toujours prêts à le donner gratuitement !

Mais certains organisateurs, méconnaissant leur propre intérêt, s'imaginent encore qu'ils font une amabilité à un journaliste quand ils lui adressent une communication dont l'impression encombre parfois plusieurs colonnes de son périodique.

D'autres considèrent les journalistes comme des gêneurs ; c'est ainsi qu'il y a quelques années, notre collègue GRANJUX, alors Secrétaire général de l'A. P. M. F., se vit demander une cotisation pour assister, en journaliste, aux séances d'un Congrès dont il devait faire le compte rendu !

N'insistons pas sur ces procédés, ils sont périmés. S'il arrive encore, parfois, qu'un subordonné mal informé reçoive sans aménité le correspondant d'un journal médical ou le collaborateur scientifique d'un grand quotidien ; si on répond encore à un journaliste demandant des renseignements : « Vous n'avez qu'à lire demain matin le journal de la localité », ce sont des exceptions qui seront demain de l'histoire ancienne. L'accueil si courtois, si empressé, si chaleureux que nous recevons depuis tant d'années dans les congrès les plus variés montre que tous les organisateurs comprennent maintenant quel appoint ils peuvent tirer du concours dévoué et entièrement désintéressé des journaux de médecine.

1° Préparation d'un Congrès médical.

Nous entrons ici, dans le cœur de notre sujet. Nous le traiterons aussi rapidement que possible, car il s'agit d'observations bien simples sur lesquelles il est inutile d'insister longuement.

Le comité d'organisation d'un congrès médical devrait obligatoirement comprendre parmi ses membres un représentant de l'Association de la Presse médicale du pays organisateur. On verra plus loin que sa présence peut être particulièrement utile pour orienter la publicité du congrès.

Les renseignements concernant le congrès seront adressés non seulement aux quelques journaux avec lesquels le comité d'organisation peut être en relations, mais à tous les journaux de médecine. L'A. P. M. F., par exemple, se chargera volontiers soit de transmettre les programmes à ses adhérents, et même aux journaux non adhérents, soit de communiquer la liste complète des journaux au comité de propagande. Elle pourra communiquer ces renseignements aux associations étrangères de presse médicale.

La propagande comprend la publication d'un avis préparatoire servant de prise de date, puis d'un programme complet ; enfin d'une ou plusieurs notes de rappel pendant les semaines qui précèdent la clôture des inscriptions. Il est un point sur lequel nous devons insister : ces communications ne doivent pas être trop longues, car la place est souvent mesurée dans les journaux de médecine. Un programme d'une certaine de lignes, des avis d'une vingtaine de lignes ont toutes les chances d'être insérés rapidement, et sans coupures plus ou moins heureuses. Ces communications seront d'autant plus lues qu'elles seront plus courtes. Il faut, en outre, qu'elles soient mises à la poste en temps utile. Il est parfaitement inutile d'envoyer le 1er mars des programmes lorsque la clôture des inscriptions a lieu le 8 du même mois. On doit se rappeler que beaucoup de journaux médicaux sont hebdomadaires et qu'il faut compter entre la réception d'un avis et sa publication un délai d'environ une semaine.

En tenant compte de ces indications, tellement élémentaires, que nous osons à peine les formuler, les congrès réaliseront une économie notable, car les journaux de médecine font cette publicité gra-

tuitement ; les organisateurs feront aussi une œuvre utile, car il est plus facile d'atteindre tous les médecins par des avis répétés dans les journaux que par des envois de lettres individuelles.

Une erreur est à éviter dans la propagande d'un congrès, c'est celle de l'envoi, aux journaux, de programmes destinés à être encartés.

En voici un exemple : le comité d'organisation d'un grand congrès fit exécuter à grands frais, il y a quelques années, un programme artistique qu'il avait l'intention de faire encarter dans les journaux. Aucun des organisateurs n'avaient songé qu'un encartage entraîne des frais postaux élevés, et qu'il était difficile d'en charger les journaux qui offrent une publicité bénévole. Ces encarts ne purent être utilisés et on se contenta de demander aux journaux d'en publier le contenu. La présence d'un véritable journaliste dans le comité d'organisation eût évité cette dépense considérable et inutile.

Envoi des rapports. — C'est à la fin de cette période de préparation que devrait se placer l'envoi à chaque journal du volume des rapports. Au milieu de l'agitation d'un congrès, nos collaborateurs n'ont ni le temps, ni le calme nécessaire pour étudier un rapport. Il est bon de leur permettre de le résumer dans les quelques jours qui précèdent l'ouverture du congrès.

2° Organisation du service de presse au cours d'un Congrès.

Réception des représentants de la presse. — Tous les journaux ayant inséré les avis d'un congrès, et ayant fait connaître leur intention de rendre compte de ses travaux doivent être inscrits d'office comme membres du congrès et jouir des mêmes droits que tous les congressistes. Ils devront notamment trouver à leur nom, en se présentant au secrétariat, une enveloppe contenant toutes les invitations adressées aux congressistes et ne pas être traités comme des congressistes de 2e zone. Ne pas les inviter aux réceptions ou banquets dont ils auront à rendre compte en même temps que des travaux scientifiques, constituerait une incorrection à leur égard.

Les rapports, s'ils n'ont pas été adressés directement aux journaux, huit jours avant l'ouverture du congrès, comme nous le demandions plus haut, seront alors remis, ainsi que des résumés dactylographiés de chaque rapport.

Et ici il faut nous expliquer : les journaux n'attendent pas qu'on leur « mâche » le travail, ils ne demandent pas qu'on leur fournisse des comptes rendus tous faits, ils attendent qu'on leur remette des documents leur permettant de rédiger un compte rendu fidèle, renseignant exactement leurs lecteurs. C'est dans cet ordre d'idées que nous demandons un résumé dactylographié du rapport, si on nous remet ce dernier seulement au dernier moment.

Tous les soirs, le secrétariat doit être en mesure de donner à la presse les résumés dactylographiés des communications ainsi que des discussions de la journée. Ces résumés, dans les congrès internationaux, devront autant que possible être traduits dans les langues officielles du congrès.

La distribution de ces documents ne doit jamais être remise au lendemain... nous en parlons par expérience. Elle est absolument indispensable. « On conçoit, écrivait Ausset dans son excellent rapport, qu'un auteur est mal venu, s'il n'en est pas ainsi, à se plaindre que ses idées ont été mal traduites, sa pensée mal exprimée, le sens général de son rapport mal mis en lumière.... ? Nous sommes inondés de congrès, chaque spécialité veut le sien : et, qui mieux est, dans certaines spécialités où dominent, où rivalisent plusieurs maîtres en renom, on voit des congrès divers se créer, concernant la même spécialité. Alors il faudrait que le rédacteur du journal eût la science infuse, pour s'y reconnaître au milieu de tout ce déluge de paroles et de cette inondation d'imprimés. Il est indispensable que chaque auteur lui remette un résumé de son travail ».

D'autre part, plusieurs sections fonctionnent souvent en même temps ; n'ayant pas reçu le don d'ubiquité, les journalistes ne peuvent assister à toutes les discussions, entendre toutes les communications, il est donc nécessaire de les documenter.

A ce propos, Ausset va même plus loin, et il ajoute que les journalistes devraient s'engager à ne rien publier des rapports ou communications pour lesquels n'auront pas été faites ces remises à tous les journaux inscrits aux associations de presse.

Affichage du nom des orateurs. — Dans un autre ordre d'idées, attirons l'attention sur une mesure qu'il serait intéressant d'adopter dans tous les congrès internationaux ou nationaux. Quand un orateur prend la parole dans une discussion ou pour une communication, son nom devrait être immédiatement inscrit, ainsi que son pays d'origine, sur un tableau noir bien en vue, près de la tribune. Ceci a déjà été fait dans quelques congrès, c'est une bien petite complication, elle mériterait d'être généralisée et serait très appréciée du public... et des journalistes.

Salle de presse. — Enfin, il est à souhaiter qu'une salle spéciale soit, autant que possible, réservée aux journalistes pour effectuer leur besogne quotidienne. S'il n'y a pas de bureau de poste annexé à cette salle, une boîte aux lettres y sera installée avec l'indication des heures de levées.

3° Comptes rendus collectifs.

Devant la multiplicité toujours croissante des congrès, devant l'élévation des frais de transports et des frais de séjour, beaucoup de journaux de médecine hésitent ou renoncent à envoyer des collaborateurs à tous les congrès. Il est cependant nécessaire de donner de la publicité aux travaux de ces manifestations scientifiques et de renseigner les lecteurs des journaux médicaux. C'est pourquoi l'A. P. M. F.,

a eu l'idée, il y a six ans, d'inaugurer un servicede comptes rendus collectifs qui permettent à tous les journaux de renseigner leurs lecteurs rapidement et avec le minimum de frais.

Voici comment a fonctionné jusqu'ici le service de ces informations collectives.

Un collaborateur choisi par le bureau de l'A. P. M. F., et désigné le plus souvent comme délégué officiel de l'Association, assiste au Congrès. Il établit, aussi rapidement que possible, un compte rendu d'une longueur ne dépassant généralement pas mille lignes. Ce détail à son importance : plus long, le compte rendu risquerait de ne pas trouver de preneurs.Le travail est imprimé par les soins de l'Association, une épreuve en est adressée dans un très bref délai, et affranchie comme lettre, à chacun des journaux inscrits pour ce service. Chaque journal peut publier *in extenso* le compte rendu moyennant une taxe forfaitaire fixée d'avance pour chaque congrès. Il peut, au contraire, s'il le désire, n'en publier que des extraits, en payant à l'association une redevance calculée à raison de tant la ligne, et fixée également d'avance. Malgré quelques petites imperfections impossibles à éviter au cours des premières transmissions, ces comptes rendus ont rendu déjà de réels services : nous sommes certains qu'ils seront de plus en plus appréciés.

Les quelques considérations qui précèdent nous permettent d'établir un programme schématique nous servant de conclusions.

Conclusions.

I

Le rôle de la Presse dans la préparation d'un congrès médical.

1° Le comité d'organisation d'un congrès médical doit comprendre parmi ses membres un représentant de l'A. P. M. du pays organisateur, dont le rôle sera d'orienter la propagande du congrès ;

2° Les renseignements, programmes ou avis, formant la propagande du congrès, seront adressés sous une forme concise et en temps utile à tous les journaux sans exception, soit par l'intermédiaire de l'A. P. M., soit, de préférence directement suivant une liste fournie par l'A. P. M. du pays organisateur ;

3° L'envoi du volume des rapports devra être fait à chaque journal inscrit, dans les mêmes conditions et, autant que possible, huit jours au moins avant l'ouverture du congrès.

II

Le rôle de la Presse pendant le congrès.

4° Les représentants des journaux ou des associations de presse ayant fait connaître leur intention de rendre compte des travaux sont inscrits d'office comme membres du congrès. Ils jouissent des mêmes droits et reçoivent les mêmes invitations que les autres congressistes. Il n'est que correct de leur permettre d'assister aux réceptions dont ils auront à rendre compte ;

5° Tous les soirs, ils reçoivent du secrétariat les résumés des communications faites dans la journée, ainsi que le résumé des discussions, traduits, autant que possible, dans les langues officielles du congrès ;

6° Il est désirable que le nom de chacun des orateurs prenant part à une discussion soit inscrit très lisiblement sur un tableau au moment où il prend la parole ;

(Nous faisons nôtres les deux conclusions suivantes adoptées le 23 mars 1911 par le congrès de l'A. P. J. M. F. Elles n'ont rien perdu de leur actualité).

7° Il est décidé que toute communication pour laquelle il n'aura pas été remis de résumés pour tous les journaux représentés sera passée sous silence, même par ceux ayant reçu lesdits résumés ;

8° Enfin, nous demandons que dans chaque congrès soit prévue une salle spéciale, bien isolée, réservée aux seuls membres de la presse. A cette salle sera annexé un bureau de poste ou tout au moins une boîte aux lettres dont la levée sera assurée à chaque courrier.

III

Comptes rendus collectifs.

9° Devant la multiplicité des congrès, l'usage des comptes rendus collectifs organisés par les associations de presse, s'impose aux journaux de médecine. Ces comptes rendus, tels que les a organisés depuis plusieurs années l'A. P. M. F., permettent à peu de frais une documentation précise et rapide. Il est désirable que toutes les associations de presse médicale s'entendent pour les généraliser et les rendre de plus en plus pratiques.

Les Thèses

P. — **Nouvel essai d'analgésie obstétricale par un analgésique injectable : l'hémypnal VIII,** par le Dr A.-L. LAVERDET. Thèse Paris 1927. Présid. du Prof. JEANNIN.

Très important travail par lequel l'auteur aborde une fois de plus ce difficile problème — mais non insoluble, nous assure-t-il — de l'analgésie obstétricale. Le but est certainement louable : « Nous ne croyons pas qu'il soit dans la destinée de l'humanité d'être frappée pour toujours de la douleur obstétricale ; nous ne croyons pas que celle-ci, sous prétexte qu'elle est physiologique, ait un caractère inéluctable et sacré, qu'il soit interdit de la faire disparaître, — ou tout au moins de l'atténuer largement — comme ont disparu et se sont atténuées les grandes souffrances autrefois inséparables de l'acte chirurgical », et la tentative méritoire : « Venant après beaucoup d'auteurs dont certains hautement qualifiés pour préconiser les moyens divers dont ils avaient usé pour lutter contre la violence épuisante des douleurs de l'enfantement, nous croyons qu'il nous est encore permis de tenter un nouvel effort pour atteindre ce but malgré tout incomplètement réalisé : éviter à la parturiente des douleurs inutiles, mais sans lui nuire et sans nuire à l'enfant. »

D'une étude serrée des faits communiqués, comme de ses observations personnelles, qui sont nombreuses, l'auteur, au terme de son étude, formule des conclusions vraiment encourageantes, desquelles il résulte que l'hémypnal injectable VIII réalise l'analgésie obstétricale dans la grande majorité des cas, avec une constance, une innocuité, aussi bien pour la mère que pour l'enfant, qu'aucune autre méthode n'avait données jusqu'ici. Facile à administrer l'hémypnal injectable VIII est accessible à tous les praticiens et a le grand avantage de laisser aux parturientes leur pleine conscience, tout en atténuant leurs douleurs dans la plus large mesure possible.

St. — Dr Palmyre ZISSITCH. — **Action du bromoforme et d'un nouveau dérivé bromoformique sur la toux.** (Thèse de Strasbourg, 1926.)

Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître l'action, pour ainsi dire spécifique, qu'exerce sur la toux le bromoforme ; cependant jusqu'à ces derniers temps, l'accord était loin d'être fait entr'eux au sujet de l'adaptation thérapeutique de ce composé chimique.

Ainsi, les formes thérapeutiques ne donnaient pas une posologie univoque, d'où sa mauvaise administration et l'accusation portée contre lui de n'agir qu'à des doses toxiques, ou même d'être toxique. Or, la toxicité du bromoforme n'existe en réalité que lorsqu'il y a eu faute et erreur dans son administration, car, n'ayant aucune action cumulative et s'éliminant rapidement par la voie pulmonaire, il ne peut présenter aucun inconvénient si on le donne à doses fractionnées. L'auteur appuie cette affirmation des opinions autorisées du professeur HARVIER, de Paris, et TAILLENS, de Lausanne.

M. le docteur ZISSITCH nous apprend que la découverte du sel bromoformique de BOTTU a permis une véritable rénovation du bromoforme et rappelle à cette occasion une étude physiologique qui a été faite de ce nouveau composé par MM. BOTTU et PREAULT, étude qui a été communiquée à la Société de thérapeutique de Paris.

Voulant étudier comparativement les effets du bromoforme et du sel bromoformique sur les pneumogastriques respiratoire et gastrique, ces auteurs se sont servis de solutés huileux en injections intraveineuses. Ils sont arrivés aux deux principales conclusions suivantes :

a) Si, avec le bromoforme, on prend la précaution de fractionner les doses, l'élimination intervient d'une façon si rapide que l'on peut sans danger introduire des quantités considérables du médicament.

b) Le bromoforme provoque, aussi bien à la dose de 1/10 de cc. que de 1 cc. d'émulsion par kgr., une hyperexcitabilité des deux bouts respiratoire et cardiaque du pneumogastrique. La nouvelle combinaison bromoformique, au contraire, provoque à des doses éloignées des doses toxiques, une sédation manifeste et prolongée dans le domaine du pneumogastrique respiratoire.

Avantage scientifique qui se double de considérations d'ordre plus pratique. Puisque le sel bromoformique se présente à l'état solide, il répond aux deux principaux griefs portés à juste titre au bromoforme liquide. Il peut être administré avec un dosage rigoureux donnant une sécurité complète dans son emploi ; il donne la possibilité de présenter le médicament sous forme de comprimés enrobés évitant ainsi l'action caustique du bromoforme sur la muqueuse gastrique et toute action irritante ou nauséeuse sur l'estomac, ce qui est le cas de toutes les préparations liquides : sirops, potions, et surtout émulsions et solutions alcooliques.

Dans un chapitre intéressant de son travail, l'auteur s'inspirant d'une étude magistrale du professeur HARVIER sur la physiologie et la pathologie de la toux dans laquelle ce praticien ramène à **quatre** médicaments les nombreuses drogues préconisées contre la toux : l'opium et les opiacés, la belladone, l'aconit, le bromoforme et parfois les bromures. De tous les alcaloïdes, il préfère la codéine qui est moins toxique que la morphine et l'héroïne et qui calme la toux sans exercer une action narcotique bien marquée ; la belladone, qui agit en influençant les terminaisons sensitives et motrices du pneumogastrique; l'aconit,

L'avis de quelques MAITRES

M. le Dr GOUGEROT. — ...*Ils ont (les sels insolubles) l'inconvénient de provoquer parfois des accumulations avec résorption nulle ou incomplète, d'où une action imparfaite, puis des décharges massives dont on n'est plus maître et qui peuvent être dangeureuses en cas d'accidents bismuthiques. Parfois l'injection musculaire donne des accidents locaux, nécrose, abcès, fistule interminable.*

(Le traitement de la syphilis en clientèle, 4e édit., Maloine, Editeur.)

M. le Dr LACAPÈRE. —....*Chez les intolérants aux arsenicaux, les injections intraveineusse ou intramusculaires de sels bismuthiques solubles ou de bismuth colloïdal peuvent être employées avec succès. On doit se défier dans ces cas des préparations insolubles qui demandent un temps assez long pour être aborbées et entrer en action, si bien que, dans les syphilis jeunes, des localisations nouvelles peuvent se produire en cours de la première série d'injections bismuthiques insolubles et atteindre les viscères ou les centres nerveux.*

(L'HOPITAL, octobre 1926.)

M. le Dr LORTAT-JACOB. — *Il nous a semblé que dans les syphilis récentes, certains sels solubles de bismuth en injections intramusculaires (benzobismuth) étaient doués d'un pouvoir très efficace et pouvaient rendre de grands services, lorsque le novar ne pouvait être employé.*

(L'HOPITAL, octobre 1926.)

M. le Dr LOUSTE. —......*Plus j'acquiers d'expérience, moins j'utilise les préparations insolubles ou les garde en fin de série pour éviter les indurations, les scléroses musculaires, ou les abcès....*

(L'HOPITAL, octobre 1926.)

M. le Dr QUEYRAT. —.....*A propos de la communication de M. Pinard « 61 cas de rétention bismuthique » dues à des injections de bismuths insolubles.*

« Il y a longtemps pour mon compte que j'y ai renoncé après les avoir essayés sans aucun parti pris, en voyant, par l'emploi comparatif, combien les préparations bismuthiques solubles donnent des résultats thérapeutiques plus satisfaisants ; je n'emploie plus que ces préparations solubles ; je m'en trouve très bien et mes malades encore mieux. »

(Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Séance du 12 novembre 1925.)

Cinq années de pratique journalière en clientèle et dans les hôpitaux ont prouvé la parfaite innocuité et l'incomparable activité du BENZO-BISMUTH : *Dérivé sodique de l'acide trioxy-bismutho-benzoïque.*

(Académie des Sciences, février 1922 ; Académie de Médecine, juin 1922, etc.)

Echantillons : Laboratoires MILLOT, 54, rue de la Bienfaisance, PARIS 8e

qui, diminuant la sensibilité bulbaire est analgésique, sédatif, diaphorétique, enfin le bromoforme, médicament des toux quinteuses rebelles et laryngées. Ce groupement, véritable synergie médicamenteuse, qui semble réaliser un ensemble parfait de la thérapeutique de la toux, est réalisé dans les comprimés de codoforme Bottu.

Comme indications, l'auteur énumère successivement, les formes sèches spasmodiques, quinteuses et coqueluchoïdes de la toux ; les toux réflexes des hépatiques, des cardiaques, des diabétiques (médicament sans sucre), les laryngo-trachéites post-grippales.

Spécialement enrobé pour ne pouvoir être dissous que dans l'intestin, le codoforme Bottu ne détermine ni intolérance de l'estomac, ni perturbation dans l'évacuation gastrique, avantage très précieux pour le traitement de la toux des tuberculeux. D'autre part, il n'interdit ni thiocol, ni arsenic, ni chaux, ni phosphore, ni aucun des traitements préconisés contre le bacille de Koch. Il s'associe au benzoate de soude, au drosera, à l'ipéca, à la terpine, chez les bronchitiques, à l'iodure de caféine, aux fumigations variées chez les emphysémateux.

Il est bon toutefois, pour le médecin, d'instituer un cercle médicamenteux et d'interrompre de temps à autre l'administration du codoforme par la prescription de médicaments synergiques : hélénine, datura, drosera, eau de laurier-cerise, etc.

Le Dr Zissitch termine enfin son intéressant travail par une série d'observations de toux quinteuses et emétisantes recueillies au sanatorium Saint-François et dans lesquelles le codoforme Bottu lui a donné des résultats parfaits, action sédative et anesthésique ; pas d'action caustique sur la muqueuse gastrique, ni retardatrice sur le chimisme gastrique ; aucun effet toxique ; aucune accoutumance.

P. — Dr J. Lissade. — **Le syndrome « Éléphantiasis tropical ». Étude étiologique. Un procédé nouveau de diagnostic de la filariose.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1927.)

La division schématique de l'éléphantiasis tropical ne correspond pas à la réalité des faits observés.

La filariose n'est pas la cause déterminante de l'éléphantiasis tropical, qui n'est pas une affection microbienne spécifique.

L'éléphantiasis des pays chauds est un syndrome anatomo-clinique. Il faut l'association de troubles circulatoires, sanguins ou lymphatiques, et d'une infection locale de cause variable, aiguë ou chronique, pour créer le syndrome éléphantiasis tropical.

Mtp. — Dr E. Lanfranchi. — **Les syphilides prurigineuses.** (Montpellier, Causse, Graille et Castelnau, 1927.)

Le prurit ne doit pas être une raison suffisante pour éliminer du cadre de la syphilis une éruption. L'analyse des caractères des éléments éruptifs, le mode d'apparition, leur évolution, les phénomènes concomitants et la réaction de Bordet-Wassermann permettront de conclure malgré l'existence du prurit et ne laisseront pas le diagnostic s'égarer.

Lille. — Madeleine Notredame, pharmacien de 1re classe, docteur de l'Université de Lille (pharmacie). — **L'acide acétylorthocrésotique (1-2-6) Crésopirine. Etude chimique, pharmocologique et thérapeutique.** (Librairie Marquant, éditeur, 98, rue Léon-Gambetta, Lille, 1926.)

Ce travail décrit les divers procédés d'obtention d'un homologue supérieur de l'aspirine, en acétylant l'acide orthocrésotique (1-2-6).

Le produit obtenu est stable ; l'auteur en donne les propriétés physiques et chimiques, les caractères d'identification et d'essai, ainsi que la préparation assez délicate de l'acétylorthocrésotinate de soude.

L'acide acétylorthocrésotique s'hydrolyse plus lentement que l'aspirine au contact des liquides aqueux, point important au point de vue thérapeutique.

Le coefficient de toxicité du produit, son élimination dans l'organisme ; les formes pharmaceutiques qu'il est susceptible de prendre, sont étudiés par l'auteur.

Une dernière partie de ce travail relate les applications cliniques de ce nouveau composé.

Les livres qui viennent de paraître...

A la librairie Payot,
106, boulevard Saint-Germain.

Dr E. Minkowski, assistant de consultation à l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle. — **La schizophrénie**, psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes (un vol., 268 p.)

A la librairie de la Maison Rustique.
26, rue Jacob.

E. Rabaté, ingénieur agronome. — **La destruction des mauvaises herbes**, 2e édition (un vol. 12-19 de 170 p. avec gravures).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE CORPS MÉDICAL, LES INSPECTEURS DES PHARMACIES ET LA LÉGISLATION SUR LES STUPÉFIANTS

Abus d'autorité ; irrégularités.

Dans la guerre que certains inspecteurs des pharmacies ont déclarée au corps médical parisien, à l'occasion des prescriptions de substances du tableau B, il est curieux, et déplorable en même temps, de constater avec quelle désinvolture ces inspecteurs sortent de leurs attributions et commettent des irrégularités.

Voici l'une de celles-ci, dont nous avons la preuve entre les mains :

Un inspecteur de police de la brigade mondaine — c'est l'euphémisme par lequel on désigne les policiers chargés spécialement de rechercher les infractions commises à l'occasion de l'usage, de la détention, de la vente des stupéfiants, — se présente *seul* chez les pharmaciens et leur demande communication des ordonnances médicales comportant des prescriptions de morphine, cocaïne, et autres substances du même ordre. Il en prélève un certain nombre qu'il emporte.

Et cela définitivement. Où vont-elles ? Sans doute à la police judiciaire. Peut-on dire qu'elles y seront conservées précieusement et serviront à constituer des amorces de dossiers, des fiches, concernant tel ou tel médecin *qui sera tenu à l'œil* ?

Car, il ne faut pas s'y tromper : c'est contre les médecins, et non contre les usagers, licites ou non, de la morphine, que ces mesures sont dirigées. On les traite comme des malfaiteurs. Et cependant, il est permis de faire remarquer combien ces machinations sont de nature à compliquer la tâche du médecin et à nuire à la cause des malades.

Ce policier s'est ainsi présenté chez un honorable pharmacien que je connais parfaitement. Il a saisi 49 ordonnances portant la signature de quatre confrères honorablement connus. Le pharmacien lui ayant demandé en vertu de quel texte législatif, ou de quel mandat, il procédait à cette saisie, le policier lui répondit d'abord : « **Je suis envoyé par** M. X. inspecteur des pharmacies », sans produire aucune justification de son allégation. Il revint ensuite avec un mot de l'inspecteur des pharmacies.

Il consentit à donner un reçu de ces 49 ordonnances. Il y mentionna : « Par commission rogatoire de M. Y. »

Tout cela est parfaitement irrégulier, sinon illégal, et celui ou ceux qui font pratiquer ces sortes de perquisitions encourent une très lourde responsabilité.

Que dit en effet l'article 45 du décret du 14 septembre 1916 ?

« Concurremment avec les inspecteurs chargés « de procéder aux visites prescrites par les articles « 29, 30 et 31 de la loi du 21 germinal an XI modi- « fiés par la loi du 25 juin 1908, *les maires et les* « *commissaires de police* doivent veiller à l'exécution « des dispositions qui précèdent.

« Ils ont qualité pour visiter, *avec l'assistance de* « *l'inspecteur* institué par l'article 2 du décret du « 8 août 1908 ou, en cas d'empêchement de celui-ci, « *avec le concours d'un pharmacien* désigné par le « préfet, les officines des pharmaciens... »

Que dit d'autre part l'article 4 du décret du 5 août 1908 relatif à l'inspection des pharmacies ?

« Les *inspecteurs* peuvent se faire assister, dans « leurs visites, par les *Commissaires de police* ou, à « leur défaut, par les *maires* ou *adjoints*. Ils peuvent « en outre requérir ces mêmes officiers de police « judiciaire d'effectuer certains prélèvements dans « les officines de pharmaciens... »

Donc, pas d'ambiguïté possible : seuls les commissaires de police, ou les maires et adjoints, sont qualifiés pour assister les inspecteurs dans leurs visites et pour être requis par eux d'avoir à effectuer des prélèvements.

De sorte que l'inspecteur de police qui se présente à Paris chez les pharmaciens agit sans droit et sans mandat. Et il semble bien que ceux-ci soient fondés à refuser de se soumettre à ses prétentions.

En outre, si l'on conçoit la saisie d'une ordonnance, irrégulière manifestement, — ou au cours d'une instruction ouverte contre un médecin ou un consommateur — il est difficile d'admettre comme régulières et légales ces saisies en bloc, nullement motivées, et effectuées, oserai-je dire, préventivement et au petit bonheur.

Au moment de la Saint-Barthélémy, Catherine de Médicis répondit à qui lui demandait à quoi l'on distinguerait les catholiques des huguenots, afin d'épargner les premiers : « Tuez tout ! Dieu reconnaîtra bien les siens. »

« Saisissez tout, dit pareillement M. l'inspecteur des pharmacies, nous reconnaîtrons bien ensuite les bons et les mauvais... »

Oui, mais ce petit jeu est dangereux, et il pourrait bien tourner autrement que ses meneurs le pensent. Car, il n'y a pas là qu'une violation de la législation sur les stupéfiants. Il y a même en temps violation du secret professionnel, lorsque les ordonnances de stupéfiants portent le nom et l'adresse des malades à qui elles ont été délivrées.

Et en fait, cette violation a bel et bien eu lieu. Il est seulement regrettable que celui qui en a été la victime ait préféré, pour des raisons que l'on comprendra, se taire.

Il vivait bien tranquille, ayant oublié toutes ses erreurs de jeunesse, ce brave banlieusard à qui l'un de ses amis, connu pour avoir des accointances avec la police, dit un jour d'un air narquois : « Eh ! Eh ! mon vieux, tu ne m'avais pas dit que tu avais eu la chaude-pisse ? »

L'autre, interloqué, et pris au dépourvu, ne sut que balbutier : « Surtout que ma femme n'en sache rien... »

Mais comment trouvez-vous l'aventure ? N'est-il pas regrettable qu'il ne soit pas possible de donner une bonne leçon à ces soi-disants représentants de l'ordre, qui sont les premiers semeurs de désordre ?

Nous y veillerons, et quand l'occasion s'en offrira à nous, nous ne manquerons pas de réclamer auprès de qui de droit.

En attendant, déplorons encore une fois des procédés qui, sans grandes espérances de moralisation ni d'épuration, nuisent à l'exercice de la médecine et, par suite, à l'intérêt général, puisque la santé publique peut en être affectée.

Quels moyens faut-il employer pour que M. le procureur général et M. le préfet de police s'en émeuvent enfin et mettent le holà à de tels errements ?

Et quand M. le Ministre de la Justice consentira-t-il à être le promoteur avisé d'une réforme d'une législation mal faite et dangereuse ?

Jusqu'à ce qu'il en soit ainsi fait, serait-il indiscret de prier très respectueusement M. le Préfet de police, en tant qu'il nomme les inspecteurs des pharmacies et surveille l'exécution de leurs missions, de leur donner des instructions impératives pour que, chaque fois qu'ils rencontreront, au cours de leurs inspections, une ordonnance médicale qui leur paraîtra irrégulière, ils en informent le médecin signataire de cette ordonnance et provoquent ses explications, *avant d'établir un rapport transmis ensuite au Parquet et propre à déclancher des poursuites* ?

Ce n'est cependant pas, semble-t-il, bien difficile ni compliqué. Et cette simple mesure éviterait sans doute à la grande majorité des médecins la perspective de se trouver un jour convoqués devant un juge d'instruction, pour se voir inculper, plus ou moins légèrement, de trafic de stupéfiants.

G. DUCHESNE.

ENQUÊTE INTERNATIONALE SUR LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ DES ENFANTS DU PREMIER AGE

Le Dr Ott, inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure, a adressé à certains confrères de son département les lettres suivantes :

I

PRÉFECTURE
de la
SEINE-INFÉRIEURE
—
INSPECTION
DES
SERVICES D'HYGIÈNE
Tél. 10.71.

Rouen, le 31 *mars* 1927.

Mon cher confrère,

J'ai l'honneur de vous transmettre ci-joint une lettre de M. le professeur Debré, expert français au Comité d'hygiène de la Société des Nations, relative à une enquête internationale sur la morbidité et la mortalité des enfants du premier âge, qui va être menée pendant une année, à dater du 1er avril 1927, dans quelques circonscriptions des principales nations d'Europe.

En France, sur les quatre districts choisis, deux se trouvent en Seine-Inférieure, l'un dans le pays de Bray, l'autre dans le pays de Caux. Cette désignation n'a pas été faite au hasard : il est apparu, en effet, à la Commission internationale d'experts que, pour pouvoir être menée à bien, l'enquête devait être faite dans des régions où la collaboration du Corps médical et des Services d'hygiène était un fait acquis.

Aussi, est-ce avec la plus entière confiance que je viens faire appel à vous, car les communes de votre rayon médical se trouvent comprises dans les circonscriptions choisies, et vous prier de vouloir bien accepter de collaborer avec les médecins experts de la Société des Nations, dans les conditions suivantes :

A l'occasion de chaque décès d'enfant de 0 à 1 an, y compris ce que, dans la législation française on désigne sous le nom de morts-nés, ainsi que les fœtus âgés de plus de six mois et demi, je vous demanderais de vouloir bien remplir un questionnaire très détaillé, œuvre d'une Commission internationale, qui vous sera chaque fois adressé par mes soins.

Si, en dehors des questions plus particulièrement d'ordre médical, il vous semble oiseux de répondre à tous les points soulevés, je vous serais très obligé de vouloir bien m'autoriser à recueillir les renseignements indispensables (d'ordre social), soit personnellement, soit par l'intermédiaire de M. le Dr Joannon, collaborateur immédiat du professeur Debré, soit encore par une des visiteuses du service antituberculeux, habituées à ces sortes d'enquêtes, et dont vous connaissez le tact et la conscience.

J'ajoute, en terminant, que la Société des Nations assurera le paiement de vos honoraires sur la base forfaitaire de vingt francs par rapport. Ces honoraires vous seront mandatés par mes soins à votre volonté, soit trimestriellement, soit semestriellement, soit encore à la clôture de l'enquête, le 31 mars 1928.

Je vous serais obligé, en me transmettant votre acceptation, de me fixer sur ce dernier point.

Il va sans dire, d'autre part, que le rapport d'ensemble qui terminera cette vaste enquête internationale vous sera adressé par la Section d'hygiène de la Société des Nations, dès sa parution,

Je vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

II

PRÉFECTURE
de la
SEINE-INFÉRIEURE
—
INSPECTION
DES
SERVICES D'HYGIÈNE
Tél. 10.71

Rouen, le 6 *avril* 1927.

Mon cher Confrère,

Comme suite à ma lettre du 31 mars dernier, j'ai l'honneur de vous adresser quelques documents que la Commission d'hygiène de la Société des Nations vient de me faire parvenir, ainsi qu'un modèle du questionnaire rédigé par *elle*.

Afin de conserver à ce questionnaire l'anonymat désirable, les indications de nom et de domicile, qu'il porte en tête, seront remplacées par un numéro d'ordre, les indications de nom et de domicile étant simplement mentionnées sur une feuille volante jointe au questionnaire, et qui sera détruite par mes soins dès sa réception.

Des envois ultérieurs mettront à votre disposition le nombre de questionnaires qui vous seront nécessaires ; dès maintenant, leur renouvellement sera assuré automatiquement, dés réception d'un questionnaire rempli.

Agréez, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Voici la première page, — il y en a quatre ! — du questionnaire rédigé par la commission d'hygiène de la société des Nations.

QUESTIONNAIRE

Nom de l'enfant..

Adresse des parents ....

Date de la naissance ....

Date de la mort..

Sexe ....

Religion (facultatif)..

I. INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. *Adresse exacte de la famille* : ....

....

2. *Conditions générales du logement* :

a) Loyer (locataires ou sous-locataires) :..

b) Dispositifs du logement (en particulier des chambres à coucher et des lits) :..

....

....

c) Les parents habitent-ils le logement depuis la naissance de l'enfant ou non, et dans ce cas depuis quand ?..

d) Nombre des occupants du logement :

a) Personnes de moins de 15 ans :..

b) Personnes de plus de 15 ans : ....

e) Conditions hygiéniques générales du logement :

a) W. C. (communs ou personnels) :..

b) Propreté :..

c) Lumière et orientation :..

II. HISTOIRE DE LA FAMILLE

1. *Histoire pathologique de toute la famille, depuis la naissance de l'enfant.*

....

....

....

2. *Situation économique de toute la famille* (aisance, demi-aisance, indigence).

....

....

3. *Assurance ou mutualité* : Est-ce que les parents, le père ou la mère, sont assurés ou font partie d'une société de secours mutuels ?..

Est-ce l'enfant qui bénéficie des secours médicaux de ces organisations et depuis quand ? ....

La famille bénéficie-t-elle d'allocations familiales et, si tel est le cas, lesquelles :..

....

Un des médecins ainsi saisis ayant manifesté la crainte qu'en remplissant intégralement ce questionnaire, il violerait le secret professionnel, a reçu la lettre suivante :

PRÉFECTURE
de la
SEINE-INFÉRIEURE

Rouen, le 5 avril 1927.

—

INSPECTION
DES
SERVICES D'HYGIENE
Tél. 10.71

Monsieur le docteur X, à X.

Mon cher Confrère,

En m'adressant le questionnaire de la Société des Nations vous ne violez pas plus le secret professionnel que je ne le viole moi-même, lorsque je vous fais transmettre le résultat d'un examen radiologique d'un de vos malades.

Il n'y a pas de secret professionnel de médecin à médecin.

Au reste, soyez tranquille, je vous couvre.

Vous recevrez d'ici quelques jours les questionnaires sur lesquels toute indication de nom sera remplacée par un numéro d'ordre que je vous indiquerai dans chaque cas : votre « secretophobie » aura ainsi tout apaisement.

Le rayon médical d'un médecin comprend l'ensemble de sa clientèle ; chaque médecin enquête ainsi dans sa propre clientèle.

Avec mes remerciements, agréez, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

***

Paul BOUDIN, *consulté, a, à son tour, formulé les commentaires et observations qui suivent :*

A première vue, cette enquête semble devoir être utile ou tout au moins sans grands inconvénients. Le corps médical des praticiens est appelé à collaborer à l'œuvre des médecins fonctionnaires hygiénistes, dans le but d'établir une statistique mondiale qui peut avoir une utilité, non seulement pour la science pure et spéculative, mais aussi pour conduire, dans chaque nation, la lutte contre les fléaux sociaux.

Mais, à la réflexion, je ne puis personnellement m'associer à l'enthousiasme officiel: bien que modeste médecin praticien, je suis un juriste impénitent et je m'en voudrais si, plus tard, un de mes confrères pouvait venir me reprocher de ne pas lui avoir signalé les inconvénients judiciaires auxquels il s'expose, en suivant aveuglément les directives, que lui donne actuellement l'administration.

Certes, je suis susceptible d'être traité de théoricien, qui se refuse à évoluer : je suis censé ne pas ignorer les lois françaises et j'entends rester dans le cadre des lois, qui réglementent ma profession, jusqu'au jour où le législateur aura voté d'autres textes législatifs, abrogeant ceux qui sont encore actuellement en vigueur.

Ceci dit, j'aborde les réflexions qui m'ont été suggérées par la lecture des documents, qui m'ont été confiés.

L'idée primordiale est celle du respect du secret professionnel. Or, je n'ai pas à rappeler les termes généraux et impératifs de l'article 378 du code pénal français.

Hors les cas de déclaration des maladies contagieuses, imposée par les lois du 30 novembre 1892 et 15 février 1902, le médecin doit se taire dans tous les cas.

Malheureusement, l'enquête internationale comprend des pays qui n'ont pas la même législation, au point de vue du secret professionnel. Comment concilier les obligations, que chaque citoyen doit aux lois de sa patrie, avec le désir de participer à une enquête internationale ?

Ici, l'intérêt de l'individu prime tout : pour le respect de l'honneur des familles, pour que le malade puisse, en toute confiance, se livrer à son médecin, ce dernier ne doit rien dévoiler, directement, ou indirectement, de ce qu'il a pu apprendre, entendre, surprendre, ou de ce qu'on lui a confié, au cours de ses divers actes de praticien.

Ailleurs, l'intérêt général et social est légalement considéré comme étant supérieur à celui de l'individu. Au nom de la santé publique, ou dans l'intérêt de la justice pour la poursuite des crimes et délits, le médecin doit dévoiler ce qu'il a appris, en exerçant sa profession. Il doit même parfois se porter dénonciateur.

Comment, dès lors, concilier ces diversités de législations sociales, lorsqu'il s'agit de faire, en même temps, une enquête identique dans des pays à lois aussi différentes ?

En France, je le répète une fois de plus, le secret professionnel a été institué contre les médecins pour le malade. Ce dernier a droit d'exiger un mutisme complet de la part de qui le soigne ; sinon, le docteur, quelque peu bavard, risque une pénalité de prison, accompagnée d'une amende.

Dans le cas présent, je ne ferai que rappeler les nombreuses consultations, que j'ai données ces temps derniers, dans le *Concours médical*, en opposition souvent avec des circulaires de ministres, qui connaissent mal, ou pas du tout, certaines lois ou articles des Codes.

Le secret professionnel est absolu par rapport au malade décédé.

S'agit-il, comme dans l'espèce présente, de nourrissons, que cette objection n'a pas grande valeur vis-à-vis de ce petit être défunt!

Mais le secret n'en persiste pas moins vis-à-vis de chaque famille : je ne sache pas que, de gaieté de cœur, les parents laisseront leur médecin dévoiler à un tiers (fût-il médecin) les tares qui ont provoqué la mort de l'enfant.

Cependant, j'entends d'ici la grosse objection, qui va m'être faite et que d'aucuns croient irrésistible : il n'y a pas de secret professionnel de médecin à médecin.

Quelle erreur ! Il n'y a pas de secret entre confrères, lorsque ceux-ci, au chevet d'un malade, se voient en consultation. Ils doivent tout se dire dans l'intérêt de l'individu qui est en danger ; mais ces praticiens sont liés par le secret *erga omnes*.

Le fait de consulter ensemble, ou simultanément, le même client transforme chaque docteur en médecin traitant vis-à-vis de la personne en cause.

Il n'en est plus de même, pour la situation juridique qui est créée entre un médecin praticien et un médecin administratif. Ce dernier n'exerce pas la médecine, il n'est pas le médecin traitant du patient.

Aussi, à juste titre, le Garde des Sceaux a-t-il répondu officiellement au Ministre de l'hygiène, en 1923, qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, devrait être considéré comme ayant violé le secret professionnel le médecin traitant, qui adresserait au médecin inspecteur départemental d'hygiène des fiches ou observations, indiquant les causes précises des décès.

C'est pour cela que dut être dissoute la commission, dont je faisais partie, en vue de rechercher une manière d'établir une statistique des causes des décès en France.

Vainement essayera-t-on de tourner les textes légaux, en n'indiquant les maladies que par des numéros, en portant le nom et l'adresse du défunt sur une feuille à part, destinée à être détruite immédiatement par le médecin administratif d'hygiène.

Ce ne sont que des palliatifs, qui n'excluent nullement la violation possible du secret.

J'irai même plus loin : l'enquête, dont le texte nous est soumis, peut transformer le médecin traitant en dénonciateur, soit par rapport aux familles, soit au regard d'un confrère.

Le médecin traitant doit donner des renseignements précis sur l'habitation : les causes d'insalubrité seront ainsi signalées contre des propriétaires rapaces, qui forcent leurs locataires à nicher dans des taudis innommables.

Parfait, au point de vue de l'hygiène de l'habitation ; mais le médecin de campagne, ou de petite ville n'aura-t-il pas à supporter les rancunes de ces propriétaires, qui l'accuseront de les avoir dénoncés ?

D'autant qu'en l'état actuel de notre législation sanitaire, les maires se mettront du côté des électeurs influents, c'est-à-dire des propriétaires, contre les médecins, et déclareront que ce praticien exagère, lorsqu'il parle d'insalubrité des logements, ou bien laisseront faire, restant dans l'inaction.

Dénoncer une syphilis, une tuberculose qui a enlevé un enfant, n'est-ce pas parfois faire supprimer le travail du père de famille, car le secret, dans les administrations, est bien mal gardé : tout arrive à se savoir.

Le médecin doit encore indiquer si les parents sont mariés légitimement, ou vivent en état de concubinage, pourquoi, comment, etc...

Vraiment, celui qui exerce la médecine, avec notre mentalité française, se mutera difficilement en agent de statistique et de recensement.

N'est-ce pas dénoncer que d'indiquer que telle nourrice mercenaire a mal soigné son nourrisson ? que le médecin inspecteur de la protection du premier âge ne fait pas ses tournées d'inspection aux jours fixés par le règlement départemental ? que tel enfant est mort des suites d'une maladie contagieuse, alors que celle-ci n'a pas été déclarée par le médecin traitant ?

Je ne crois pas m'avancer beaucoup en affirmant que bien de mes confrères se refuseront à ce rôle de délateur, même pour le plus grand bien de l'hygiène sociale.

Point de vue pratique.

1° A quoi ces statistiques peuvent-elles servir ? Tout le monde sait bien en France que le budget national n'a pas d'argent pour faire quelque chose de sérieux, en fait d'hygiène publique. Beaucoup de discours, certes ; mais d'action pratique, peu ou prou.

En second lieu, la loi de 1902 est absolument sous la dépendance du bon vouloir des maires et ces derniers se soucient bien plus de leur réélection, en ne mécontentant pas leurs électeurs, que de faire respecter les lois et règlements d'hygiène publique.

Ensuite, les médecins, désireux de remplir consciencieusement leurs fiches, vont se heurter soit à l'ignorance, soit au mauvais vouloir des familles.

Ignorance, car souvent, en fait d'antécédents héréditaires, beaucoup ne savent pas la cause précise de la mort de leurs parents ; ils ne connaissent même pas toujours leurs propres antécédents personnels.

Hostilité : car les familles ne tiennent pas à dévoiler leurs tares, surtout si ces tares doivent servir à faire des rapports.

Que de gens, dans les campagnes, ou petites villes, se cachent pour venir consulter leur médecin. A plus forte raison, ces gens ne voudront pas que le docteur fasse une enquête sérieuse et documentée.

Pense-t-on, d'autre part, au surmenage des médecins ? Très occupés pendant la journée, comment trouveront-ils le temps pour procéder à ces enquêtes ? D'autant que, dans bien des cas, à la campagne, le docteur devra se déplacer, pour aller puiser les renseignements, à domicile, pour remplir le questionnaire, dont il s'agit.

Reste la question des honoraires : je trouve les vingt francs alloués bien modestes pour le travail demandé, surtout si le praticien est obligé à des déplacements.

Un examen pour assurance sur la vie est mieux payé. Or, c'est une erreur que de toujours vouloir demander aux médecins de faire de la besogne mal rétribuée, toutes les fois qu'il s'agit d'un service public. En retour, l'Etat, les départements et les communes ne diminuent pas les charges fiscales des praticiens, au contraire.

Aussi, par réciprocité, traitons l'Etat, les départements et les communes comme des clients ordinaires, qui n'ont aucun motif pour bénéficier d'un rabais quelconque, et s'ils ont besoin de notre travail, qu'ils le payent, comme un client quelconque et non privilégié.

Conclusions.

1° Le secret médical est compris d'une manière différente par un médecin praticien et par un médecin administratif. Le praticien doit le secret à son client et est tenu au silence *erga omnes*.

Le médecin fonctionnaire, représentant l'autorité publique, n'est tenu au secret que dans les limites de ses fonctions ; il doit tout dire à son mandant : le préfet ou le maire.

Par conséquent, les fonctions de médecin traitant et celles de médecin fonctionnaire, ou contrôleur, vérificateur, sont radicalement et juridiquement incompatibles.

2° Il importe donc de faire modifier, ou abroger les termes de l'article 378 du code pénal, au cas où le législateur croirait devoir faire passer l'intérêt général avant celui de chaque particulier.

Mais, tant que cette modification législative ne sera pas intervenue, nous devons obéissance et respect à la loi, si mal faite soit-elle. Et, nous conformant à l'avis du garde des Sceaux, nous devons affirmer que le médecin traitant est lié par le secret professionnel par rapport au médecin fonctionnaire d'hygiène, en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence.

3° Si les pouvoirs publics départementaux estiment l'enquête utile, qu'ils la fassent faire par leurs agents administratifs divers, auprès des familles. Après tout, pourquoi ne pas charger ces dernières de remplir elles-mêmes les questionnaires, qui leur seraient présentés et de faire compléter certaines réponses par les représentants des mairies ou de la préfecture ?

Une fois de plus, je ne me déclare pas hostile à toute innovation, en ce qui concerne la certification des décès, ou l'enquête ci-dessus ; mais je mets en garde mes confrères contre des poursuites correctionnelles possibles : l'influence du préfet, ou celle de son représentant, le médecin inspecteur départemental d'hygiène, n'empêcherait pas un procureur de la république de requérir les pénalités prévues par l'article 378 du code pénal, c'est-à-dire emprisonnement et amende, contre un médecin, ayant violé le secret professionnel, soit dans un certificat de décès, soit dans la rédaction des feuilles d'enquête sanitaires ci-dessus.

La famille intéressée pourrait porter plainte au correctionnel, et demander, en plus, des dommages-intérêts, pour préjudice causé.

Ce n'est pas parce que, jusqu'à présent, aucune plainte n'a été déposée contre un médecin, ayant indiqué la cause d'un décès, qu'il n'est pas possible de voir se dérouler pareil procès.

Avant tout, nous devons respect à la loi, même lorsque cette loi est préjudiciable à nos intérêts personnels, pour la protection de l'individu malade et de l'honneur des familles. *Dura lex, sed lex.*

Dr Paul BOUDIN.

CLIMATOLOGIE

La leçon de choses qu'inspire aux médecins le voyage sur la Côte d'Azur,

Par Gaston SARDOU, de Nice.

Après ces journées médicales de Marseille où votre attention a été absorbée par des questions scientifiques importantes, le voyage le long de la Côte est une distraction que nous espérons agréable pour vous, et une détente qu'il ne faudrait pas contrarier par un nouveau travail. Aussi vaut-il mieux que quelqu'un rassemble devant vous les notions éparses dans votre mémoire et vous présente un exposé rapide du climat de la Côte d'Azur et de ses applications thérapeutiques. Vous n'aurez ainsi aucun effort à faire pour préciser la leçon qui se dégage des paysages et des autres composants de l'ambiance naturelle que vous traversez. Grâce à cette belle

carte schématique, vous pourrez voir défiler plus rapidement devant vous les différents éléments qui s'enchaînent pour constituer ce milieu caractéristique, et assez différent de beaucoup d'autres, à position géographique comparable, pour avoir, depuis les origines de la civilisation méditerranéenne, attiré l'attention des navigateurs, des émigrants, des artistes et des littérateurs, et particulièrement des médecins et des malades.

C'est une région naturelle, c'est-à-dire limitée par les Alpes au Nord et la Mer au Sud. Elle forme une bande côtière dont le triangle curviligne marque la frontière italienne par sa pointe, tandis que sa base élargie ouvre vers la vallée du Rhône et par conséquent le reste de la France une facile communication. Sa position géographique, au sud de l'Europe, sur la Méditerranée occidentale, a moins d'importance pour la constitution de son climat que les autres conditions qui vont suivre.

Descendant en pente douce de la montagne à la mer, cet espalier regarde le Midi et le Levant. Des vallées courtes et rapides perpendiculaires à son axe découpent son étroite pointe en compartiments successifs jusqu'à l'Esterel, tandis qu'au delà de ce massif, deux vallées longitudinales dans le prolongement l'une de l'autre, creusent, suivant son grand axe, le large couloir qui aboutit au delta du Rhône. Cette conformation topographique et ce relief déterminent le régime des éléments mobiles, c'est-à-dire de la circulation aérienne. Comme toutes les régions côtières, à cause de l'inégal échauffement de la terre et de l'eau, la nôtre est balayée régulièrement par la brise venant de la mer chaude pendant le jour, et, pendant la nuit, par la brise de terre qui vient ici de la montagne plus froide. Dans les deux cas, c'est un air pur qui assainit les stations et contribue à assurer leur hygiène. Mais c'est au régime des vents qu'il faut arriver, pour découvrir l'ultime et plus grande cause déterminante de nos hivers ensoleillés. La haute muraille des Alpes oblige les vents du Nord à projeter directement leur courant au loin sur la mer, en épargnant l'angle dièdre sous-jacent dans lequel nous sommes blottis. Le *Sirocco* est aussi détourné latéralement par la Sardaigne et la Corse et nous touche seulement deux ou trois fois par an, bien reconnaissable par la température brûlante qu'il apporte, du reste, sans violence. Ce sont donc surtout les vents latéraux qui peuvent pénétrer dans notre triangle, conditionnés déjà par la topographie et le régime aérien des régions voisines. Ils se divisent en *Marins* et *Continentaux*, antagonistes entre eux et dissemblables. Le Golfe du Lion, quoique nous lui tournions le dos, nous envoie quelquefois nuages et pluies. Mais c'est surtout du Golfe de Gênes, en face de nous, que le vent d'Est nous apporte, après avoir voilé le ciel, les grosses averses à la manière tropicale, qui, au printemps et surtout à l'automne, rarement en hiver et presque jamais en été — sauf vers le 15 août — nous distribuent les 70 jours de pluie annuelle. Ce n'est pas qu'il ne fasse plus souvent d'autres tentatives qu'annonce un ciel couvert. Mais elles sont généralement courtes et arrêtées par son antagoniste puissant, le vent continental sec et relativement froid qui nous vient principalement à travers le large couloir de l'Arc et de l'Argens nous reliant à la vallée du Rhône. C'est le *Mistral*, le maître de la Provence, dont la violence croissante dans la descente du Rhône, s'atténue à mesure que ses courants secondaires s'en éloignent. Ayant buté sur l'Esterel, celui qui nous vise est renvoyé dans les hautes régions atmosphériques. Il est le *balai du ciel*, suivant l'expression consacrée, c'est à lui que nous devons notre ciel d'hiver, habituellement limpide et bleu qui est la condition nécessaire de l'ensoleillement prolongé, qui, avec l'hygrométrie la plus faible et les vents les plus modérés des côtes de France, caractérisent le Climat. C'est grâce à toutes ces conditions combinées entre elles que le soleil nous arrive pendant plus de jours en hiver et aussi pendant plus d'heures quotidiennes, et, avec plus de force que dans la plupart des autres régions analogues. Ce fait capital établi par les travaux comparatifs de M. J. Vallot, le regretté directeur de l'Observatoire du Mont-Blanc et de la station météorologique de Nice, est la dominante énergétique qui multiplie les effets de tous les autres facteurs locaux pour les réalisations matérielles, physiques et énergétiques que l'on peut constater, ressentir et étudier sur la Côte d'Azur. Ce sont les multiples résultantes de ces facteurs diversement combinés qui déterminent les effets biologiques particuliers à notre littoral. Une flore et une faune qui rassemblent sur une bande de 70 kilomètres à Nice, entre le faîte des Alpes et le rivage, des types répartis ailleurs dans les pays froids, les pays tempérés et les pays chauds, en sont déjà des preuves irréfutables. L'étude des poussières du sol et de l'air poursuivie par M. Corre, dans la plupart des stations du littoral, a démontré le pouvoir microbicide de cette forte insolation, par la pauvreté en germes et l'absence habituelle de microbes pathogènes. Ainsi les hivernants sont-ils moins exposés à des contages extérieurs. Mais la plus intéressante étude pour le médecin est celle des effets produits par ce climat sur l'homme physiologique ou pathologique.

Dans cette région de la zone intermédiaire entre les pays chauds et les pays tempérés, l'observation des sujets venus de climats plus accentués fournit des notions très instructives par la multiplicité de leurs modes d'adaptation à ce nouveau milieu. Qu'on y vienne d'un pays

froid ou d'un pays chaud, on rencontre ici un milieu non trop différent et sans grands écarts, où le mécanisme de l'adaptation peut se dérouler par degrés, sans injonctions trop impérieuses. On y passe ainsi par des formules successives qui dévoilent plus nettement la valeur respective des différents appareils. Ainsi leur souplesse se montre ou bien au contraire leur gêne, et, par épisodes se dévoilent les qualités ou les défauts de chaque individualité, éclairant le diagnostic et le pronostic. On peut alors distinguer les sujets bien équilibrés dans la zone physiologique moyenne, ceux qui sont portés vers des excès de réactions ou au contraire vers des paresses organiques ou métaboliques accentuées, et enfin ceux qui, encore par excès ou par défaut, ont déjà pénétré dans le domaine pathologique. C'est que l'homme est assez tributaire de son milieu pour que les changements d'incitations qui lui en viennent, en modifiant ses allures fonctionnelles, démontrent sa souplesse ou au contraire sa révolte ou ses diverses déficiences. De l'étude de ces réactifs si variés et si sensibles que sont les hommes, même normaux, mais surtout malades, et de l'étude parallèle du climat, observé directement ou par les instruments météorologiques, on peut déduire un utile classement qui en éclaire la connaissance et les rapports respectifs. Il apparaît ainsi que la Côte d'Azur est un milieu stimulant, c'est-à-dire qui porte l'organisme vivant à accroître toutes ses activités. Quand ces manifestations nécessaires à la vie sont simplement réduites sans être encore viciées, le climat tend à les rétablir à leur taux utile et ramène alors facilement l'organisme total dans sa voie normale. Quand ces ralentissements côtoient des états pathologiques, en proviennent ou bien les aggravent, l'entraînement climatique, dosé avec prudence, suivant la sensibilité de chacun, apporte, en plus, et secondairement, un secours efficace aux parties lésées, par la mise en œuvre automatique de toutes les entr'aides possibles, et les conséquences favorables, directes ou indirectes, qui en peuvent résulter pour les parties lésées. Mais quand, inversement, au lieu de pécher par défaut, c'est par des excès liés aux anomalies ou aux lésions, le milieu stimulant, ne pouvant qu'accentuer cette tendance, se trouve à divers taux défavorable. C'est sur ces bases premières que doivent s'établir les indications et contre-indications du climat, cette puissance naturelle qui est capable d'influencer si fortement et diversement le taux et l'orientation dynamiques de l'être vivant. C'est d'après ces données premières de physiologie et de pathologie générales qu'on doit aborder l'examen, à ce point de vue, de chaque cas particulier. L'antique notion du tempérament, malgré les différentes réalisations qu'elle a subies, n'en reste pas moins, en définissant les tendances fonctionnelles générales de chaque individu, un des principaux éléments à rechercher pour les connaître. La distinction élémentaire entre les *hyper* et les *hypofonctionnants* reste fondamentale pour un premier classement, aussi bien des sujets que des climats qui les influencent à ce point de vue, dans un sens ou dans l'autre. La Côte d'Azur, stimulante à divers degrés suivant les nuances de sa posologie étendue, et grâce à la conduite du traitement et par l'effet de contraste, la durée du séjour, la saison choisie, l'époque du départ, etc., peut donc être favorable dans tout état morbide à allure traînante ou dépressive, quels que soient la nature où le siège des déviations fonctionnelles ou des lésions. Car le milieu naturel, investissant toute la périphérie sensitive et sensorielle et les appareils qui s'y ouvrent, imprime par la diversité et la puissance des forces naturelles, des impulsions si souplement adaptées aux possibilités correctives de l'être vivant, que ses effets, généraux ou locaux, sont capables d'innombrables modes d'altération comme de restauration. Dans les cas douteux ou changés par des incidents imprévisibles, l'observation attentive et suivie trouve, dans la marche des modifications obtenues, les signes de contre-indications, mais en tenant compte des possibilités acceptables quand il s'agit de la *Crise Climatique* d'arrivée, ou des *Crises Saisonnières*, épreuves passagères et pleines d'enseignements. Aussi plus la torpidité est accentuée et plus l'état d'ensemble lui est imputable, plus grandes sont les chances de guérison, tant que les lésions ne sont pas trop accentuées ou irrémédiables, et qu'on peut parler de cachexie. Inversement, c'est l'agitation, la dénutrition et l'hyperthermie, diversement développées ou associées, qui caractérisent les maladies ou syndromes à contre-indication nette.

Partant de ces principes fondamentaux, le choix des hivernants peut se préciser encore davantage. A titre *Prophylactique*, peuvent en bénéficier tous ceux qui, pour une raison quelconque, montrent leur état défectueux entretenu ou aggravé, dans leur pays, par le froid, l'humidité, l'obscurité, le confinement, la sédentarite ou bien les excès atmosphériques et leurs conséquences. A titre favorisant ou curatif, les convalescences, les retards et troubles de croissance, anémies et chloroses, les surmenages, intoxications, ralentissements métaboliques, les dyscrasies, dystrophies, les insuffisances endocriniennes, ainsi que les rhumatismes, goutte, les diabètes, les scléroses, les albuminuries, le rachitisme, etc. ; les infections chroniques, torpides, latentes, locales, et leurs suites ; les bacilloses, surtout externes, osseuses, etc., aussi viscérales, même pulmonaires, quand elles sont apyrétiques, torpides, fibreuses et limitées. Il en est de même

pour les cardiopathies compensées, les hyposystolies à myocarde suffisant, les hypotensions, les asthénies, les débilités et dépressions mentales. A ces titres, enfants et vieillards abondent particulièrement. En été, grâce à la mer régulatrice dont la brise rafraîchit le rivage, aussi bien que le courant nocturne de la montagne, bien des améliorations commencées peuvent être poursuivies sur des intolérants à la mer, au vent violent et froid du nord et aussi sur tous les frileux, coloniaux ou autres. Les contre-indications absolues ou relatives, passagères ou permanentes, suivant le degré et la phase morbide, le taux de réactivité et d'hyperesthésie, peuvent être somatiques, métaboliques, nerveuses ou mentales. Elles s'appliquent aux formes suraiguës, fébriles, congestives, consomptives des infections et surtout de la tuberculose ; aux dénutritions par métabolisme excessif, dans le diabète, les polyuries, etc. ; les cachexies à lésions profondes, étendues ; les néoplasies rapides surtout sur les jeunes ; les lésions cérébrales ou médullaires en activité ; les excitations nerveuses, végétatives, psychiques ou mentales ; les asystolies au myocarde trop atteint. Entre ces catégories bien tranchées s'échelonnent des cas intermédiaires ou complexes que doit démêler la *Clinique Climatique*, d'après l'évolution passée et présente, pour les admettre ou les éloigner, régler la posologie et les autres détails du traitement ainsi que l'opportunité d'un retour ultérieur.

Telles sont les grandes lignes qui résument l'étude de ce climat Méditerranéen mixte, Marin et Alpestre. Ses diverses actions dynamiques polyvalentes sont capables, en combinant leur puissance avec la douceur inhérente au milieu naturel de l'homme, de susciter d'abord tant de modifications élémentaires qui vont ensuite en se transformant dans la profondeur et dont la portée, ainsi étendue à l'ensemble de la vie organique, aboutit suivant les cas à des effets si polymorphes qu'il importe de suivre de près pour les classer et en tirer le meilleur parti. Il n'est pas surprenant que les séductions extérieures qui traduisent pour les sens ses précieuses qualités biologiques, aient attiré et retenu, dès les premières époques de l'histoire, tant de messagers successifs de la pensée humaine partis sur la Méditerranée en quête d'un pays accueillant. C'est ainsi que les idées et l'art helléniques ont débarqué sur la côte gauloise où déjà, dans les temps préhistoriques, l'esprit s'était manifesté comme le montrent les dessins retrouvés dans les cavernes du Périgord, les plus anciens connus dans le monde et déjà si libres d'allure, et plus tard, la doctrine chrétienne avec Lazare et les Saintes Maries, et puis l'organisation latine. Ainsi éveillés, les cerveaux gaulois ont fait éclore plus tard un nouvel épanouissement de l'Art et de l'Intellectualité humaine, la plus Occidentale, celle de la terre de France qui s'est exprimée et renouvelée sous tant de formes et pendant tant de siècles. Sur la côte de Provence, sa belle et lumineuse Porte de l'Orient, on peut retrouver les traces de ce passé dans la langue, les mœurs, le costume même ; car y a-t-il un autre pays où le Pétase grec tel qu'on le voit sur les figurines antiques de Tanagra est encore porté comme à Nice, les ruines, les légendes. Ce n'est pas pour rien que les Gaulois sont allés dans la forêt de Dodone et aussi à Delphes où a été trouvée la pierre tombale d'un pèlerin de Massilia, et dont le moulage est au musée Borelly. Si les guerres, les invasions et les attaques Mauresques ont détruit la plupart des monuments premiers de la Côte, cependant ceux de Fréjus, les colonnes de Riez, les Attiques de Saint-Rémy, de Nîmes, de Vaison, et le théâtre d'Orange sont là pour montrer la forme encore Hellénique maintenue à l'époque Gallo-Romaine. Dans le poème du Valcarès, Jean d'Arbaud a fait puissamment reparaître la vision émouvante de cette étrange Bête aux pieds de bouc et à tête humaine cornue, représentant, dans la plaine marécageuse du Rhône, le dieu Pan, c'est-à-dire le Mythe Grec qui conciliait les primitives idoles animales et le panthéisme en marche vers la notion anthropomorphe et idéaliste d'Athœna, de Phœbos, qui devait aboutir à Zeus et au Monothéisme, en préparant la venue du Christ.

C'est ce magnifique passé qu'évoque pour les esprits instruits, le voyage en Provence, en même temps que les idées Hippocratiques, dont la médecine française, après ses débuts à Montpellier, reste, par ses tendances élevées et généralisatrices, un fidèle épanouissement.

***

Cette conférence résume les idées émises dans les travaux suivants du même auteur :

Art. Nice. Index des stations thermales et climatiques (Gainche, 1903).

L'adaptation climatique (*Congrès de Nice*, 1904).

L'intolérance climatique (*Congrès de Nice*, 1904).

L'entraînement climatique (*Congrès de Nice*, 1904).

Le climat méditerranéen français au point de vue clinique. Epreuve climatique (*Presse Méd.*, 31 décembre 1904).

La posologie du climat (*Presse Médicale*, 14 août 1907).

L'être vivant et les variations du milieu extérieur (*Revue de Médecine*, 10 janvier 1907).

L'épreuve de la montagne (*Bull. gén. de thérap.*, 8 avril 1907).

Les influences du crépuscule (*La Clinique*, 11 octobre 1907).

L'accord entre l'organisme et le climat (*La Clinique*, 7 février 1908).

Climats stimulants et climats modérateurs (*Journ. des Praticiens*, 28 novembre 1908).

Le climat et l'organisme (*Soc. de l'Internat.*, octobre 1908).

Corps thyroïde et climat (*Journ. des Praticiens*, 27 mars 1909).

Les différents climats marins : Côtes de France (*La Clinique*, 12 février 1909).

Mer et montagne : Climatophysiologie comparée (Rapport au IIIe Congrès de physiothérapie, Paris, mars 1910).

Nervosité et climats stimulants (*La Clinique*, 27 octobre 1910).

L'héliothérapie en France et sur le littoral méditerranéen (*Presse Médicale*, 2 mars 1912).

Nice et son climat (*Annuaire du Syndicat médical et du Syndicat des hôteliers*, 1912).

Météorologie et médecine (*La Clinique*, 8 mai 1914).

Nice station d'hiver (*Gazette des Eaux*, 1914).

Héliophiles et héliophobes (*Paris Médical*, 16 mai 1914).

Le climat de la Côte d'Azur. Notions générales sur ses effets (*La Médecine thermale et climatique*, novembre 1916).

La Côte d'Azur pendant l'été (*L'Eclair*, 30 mai 1917).

Le printemps de la Côte d'Azur (*L'Eclair*, 1er juin 1918).

Nice station d'hiver (*Le Médecin français*, 1er décembre 1919).

La clinique climatique (*Bull. gén. de thérap.*, novembre 1920).

Le climat de la Côte d'Azur (Critique des critiques, *La Méd. internationale illustrée* avec Maurice Faure, janvier 1922).

Coup d'œil d'ensemble sur la climatologie de la Côte d'Azur (*Côte d'Azur Médicale*, février 1922).

Enchaînement des éléments climatiques sur la Côte d'Azur (*Paris Médical*, 29 juin 1922).

Influence des taches solaires sur les accidents aigus des maladies chroniques (*Acad. de Méd.*, 11 juillet 1922).

Les stations climatiques françaises de la Méditerranée (Conférence du cours de thérap., Faculté de Paris, 9 février 1923).

Les véritables caractéristiques du climat de la Côte d'Azur (*Acad. de Méd.*, 27 février 1923, avec J. Vallot et M. Faure).

La sensibilité météorique (*Journ. des Praticiens*, 9 juin 1923).

Nice station d'hiver et de printemps. Nice à ses hôtes (*Guide pratique du tourisme*, par H. Berger-Bœchat, éd. Menton, 1923).

Indications et contre-indications du climat de la Côte d'Azur en général et de Nice en particulier (*Presse thermale et climatique*, 1924).

Le gain pondéral au cours ou à la suite des cures climatiques (*Presse thermale et climatique*, 1924).

Les caractéristiques du climat de la Côte d'Azur (Conférence aux Fêtes du 25e anniversaire de la fondation de la Soc. du littoral, *Strasbourg Médical*, 5 mai 1925).

Rythme nycthéméral de la réceptivité aux influences météoriques (*Journ. des Praticiens*, 25 octobre 1925).

Comparaison entre le Sud et le Sud-Ouest climatiques (Voyages d'études de la Faculté de Bordeaux, avril 1925).

L'effet de contrastes en thérapeutique climatique *Presse thermale et climatique*, 1er janvier 1926).

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Assemblée Générale du 8 mai 1927.

Les Assurances sociales

Comment le S.M.S. envisage le fonctionnement de la future loi.

Rapport par MM. CIBRIE et HARTENBERG.

Le Corps médical n'est pas hostile aux lois d'assurance sociale, car, de tous temps, le médecin n'a jamais hésité à mettre sa science et son dévouement au service des déshérités de la fortune. Mais, connaissant par expérience et mieux que quiconque les conditions de l'exercice de la médecine, il demande, pour collaborer à ces lois, qu'elles réalisent vraiment un progrès social et que leur application n'entraîne pas des inconvénients, surpassant leurs avantages.

Or, après des études minutieuses et prolongées, le Corps médical, dans sa presque unanimité, a cru devoir désapprouver tous les projets de loi prévoyant une organisation collective de la médecine, et qui auraient, comme conséquence pratique, l'interposition, entre le malade et le médecin, d'une administration de Caisse.

En effet, cette interposition aurait pour résultat de transformer complètement l'exercice de la médecine traditionnelle et d'altérer, sinon de supprimer, les conditions de liberté, de dignité, de discrétion, de conscience, de loyauté, de moralité, qui doivent régner entre malade et médecin dans la lutte contre la maladie.

UNE ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE LA MÉDECINE ENTRAÎNERAIT :

La mise en tutelle du malade, considéré comme un mineur, incapable de se diriger lui-même, placé sous l'autorité des Caisses dont il serait contraint d'accepter docilement les règlements

souvent vexatoires, et appliqués par des fonctionnaires dont on connaît, par d'autres exemples, l'aménité et la complaisance.

L'impossibilité pratique du secret professionnel absolu, fatalement compromis par les nécessités administratives (diagnostics plus ou moins précis portés sur certains papiers, divulgation de secrets de famille, etc...) ;

La dépréciation des soins médicaux résultant, d'une part, d'examens trop rapides, de visites hâtives effectuées par des médecins pressés, fatigués, surchargés de besogne, et, d'autre part, de la limitation réglementaire des médicaments, dont les plus onéreux, ainsi que peut-être les spécialités, seront interdits dans un but d'économie ;

Les encouragements aux abus, aussi bien de la part de malades que de médecins peu consciencieux, et la création d'une atmosphère de méfiance et de suspicion ;

Des discussions au sujet des interventions thérapeutiques ;

Des chicanes au moment des règlements de comptes, aussi bien avec le malade qu'avec le médecin ;

La déchéance progressive de la science médicale par la fonctionnarisation du plus grand nombre des médecins, entraînant l'absence d'effort et d'émulation ;

Et enfin, *argument capital*, suffisant à lui seul à condamner le système, *l'***ABAISSEMENT FATAL DE LA MORALITÉ PROFESSIONNELLE ET SOCIALE.**

Pour toutes ces raisons, le S. M. S. pense que son devoir est de n'accepter de collaborer à une loi d'assurances sociales que si cette loi respecte les conditions traditionnelles de l'exercice de la médecine, sauvegardes de sa valeur et de sa moralité.

Ces conditions sont réalisées dans le système dit de l'**entente directe**, qui est celui de la pratique habituelle.

Son essence est de permettre au malade assuré d'être soigné comme un client ordinaire. Le malade garde sa dignité : il n'est pas traité en mineur suspect par la Caisse. Il a recours au médecin de son choix, et son entière liberté lui est laissée.

Il règle lui-même ses honoraires au médecin, selon le tarif habituel de la clientèle, et conformément à l'échelle des prix de la vie. Payant de ses propres deniers, il est son propre contrôleur, et il n'appelle le médecin que quand il en a besoin (1).

(1) L'application de cette entente directe pourrait être réalisée par le législateur, selon la modalité suivante :

L'assuré toucherait de la Caisse, avec ou sans allocation de chômage, selon les cas, une allocation quotidienne de maladie, au moyen de laquelle il règlerait les honoraires du médecin et payerait ses médicaments.

Les seuls rapports du médecin avec les Caisses consisteraient, d'une part, dans la délivrance au malade d'un certificat attestant l'état de maladie, et, d'autre part, dans l'acceptation d'une juridiction contrôlant, en cas de doute, la bonne foi et la loyauté de sa conduite.

Conclusion.

Le S. M. S. déclare, d'accord avec la grande majorité du Corps médical français, qu'il ne collaborera qu'à une loi d'assurances invalidité-maladie comportant, comme seule modalité, l'**entente directe** telle qu'elle vient d'être définie, **et s'opposera de toutes ses forces à toute autre conception**

PROPAGANDE DE NOS IDÉES

1° Dans le Corps médical.

(Ce point sera exposé plus loin).

2° En dehors du Corps médical.

Rapport par M. HARTMANN.

Jusqu'à présent, le S. M. S. s'est contenté d'étudier les différentes modalités du projet de loi sur l'Assurance-maladie, et de concréter ses desiderata sous la forme de vœux qu'il transmettait à l'Union.

Il est possible, certain même, que le travail que nous avons ainsi fourni au cours de ces dernières années n'a pas été sans exercer sur les Assemblées générales de l'Union une réelle influence, mais ce n'est pas assez de convaincre nos confrères, notre action doit s'exercer aussi sur les intéressés : futurs assujettis et contribuables, dont l'influence sur le Parlement sera certainement plus décisive que la nôtre, et c'est pénétré de cette nécessité que votre Conseil d'administration vous propose d'entreprendre en dehors du Corps médical une campagne de propagande excessivement active.

Si vous désirez que votre campagne produise le maximum d'efficacité, il faut qu'elle s'exerce sur toutes les classes de la société, sans aucune arrière-pensée politique, et que nous recherchions sans distinction d'opinions tous ceux qui consentiront à nous prêter leur appui.

1° *Action auprès des futurs assujettis* :

Les futurs assujettis sont ceux auprès desquels nous sommes tout d'abord conduits naturellement. C'est auprès d'eux que nous aurons à exercer notre propagande la plus active. Un grand nombre d'entre eux sont groupés en syndicats adhérents à la C. G. T. et à la C. G. T. U. C'est donc auprès de ces deux groupements ainsi qu'auprès des autres Fédérations de Syndicats ou Associations professionnelles patronales ou ouvrières, que nos efforts devront se porter en premier lieu.

Il nous a semblé que des entrevues officieuses devaient précéder les interventions officielles. Si nous réussissons à convaincre les dirigeants de ces diverses organisations que leurs intérêts bien entendus sont les mêmes que les nôtres, il nous sera ensuite facile, avec leur appui, d'organiser dans les différents Syndicats les conférences nécessaires à la propagande de nos idées. Au contraire, notre action serait plus nuisible qu'utile si ce n'était pas en accord avec les militants de ces unions nationales que nous exercions notre effort.

2° *Action auprès du public* :

Cette action, pour être moins importante que celle à entreprendre auprès des futurs assujettis, n'est pas moins indispensable. Les contribuables, les futurs assujettis, font en effet partie du public et ce sera déjà les préparer à nos idées que d'organiser des conférences dans les mairies et de demander aux journaux d'insérer nos communiqués généraux et les articles particuliers que les uns et les autres voudront bien rédiger. Là encore, aucune idée politique ne devra nous guider et les communiqués devront être transmis par nos soins à tous les journaux, de quelque opinion qu'ils soient.

Toutes les classes de la société sont touchées par la T. S. F., nous ne devons pas négliger ce mode de propagande et devrons essayer quelques conférences en employant ce nouveau mode de transmission.

3° *Action auprès des parlementaires* :

Cette action peut être envisagée à deux points de vue, selon qu'elle s'adresse à la grande masse des parlementaires ou aux membres des Commissions chargés de l'étude du projet de loi.

Les parlementaires sont habitués à se tenir en contact avec leurs électeurs. La plus grande partie du travail à faire auprès d'eux sera déjà accomplie si nous pouvons leur transmettre des ordres du jour favorables à nos idées, adoptées par les intéressés.

En ce qui concerne les démarches officielles à faire auprès des Commissions chargées de l'étude du projet de loi, nous pensons qu'afin d'éviter des divergences, toujours regrettables, nous aurons à nous abstenir de toute propagande directe, mais il est bien entendu que nous ne suivrons cette ligne de conduite qu'à la condition que nos Unions nationales défendent elles-mêmes avec énergie les idées qui sont les nôtres.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'action que notre Conseil d'administration propose d'engager, tant auprès des futurs assujettis qu'auprès du public et des parlementaires, et si vous approuvez ces idées, votre Conseil vous demande de voter l'ordre du jour suivant, étant bien entendu que le vote de cet ordre du jour implique l'approbation des idées qui viennent. de vous être exposées :

Le S. M. S., réuni en Assemblée générale le 8 mai 1927, donne mandat à son Conseil d'administration d'organiser en dehors de toute tendance politique, une action destinée à propager nos idées parmi les futurs assujettis, le public et les parlementaires.

II

Propagande de nos idées dans le Corps médical.

Rapport par M. FANTON D'ANDON.

Dans leur excellent rapport, MM. HARTENBERG et CIBRIE ont exposé comment le S.M.S. envisage le fonctionnement de la future loi sur l'Assurance maladie. Comme nous avons eu, au cours de ces derniers mois, plus d'une preuve que cette façon de voir était celle d'une grosse partie du Corps médical aussi bien provincial que parisien, il importe essentiellement de répandre à profusion ces idées dans la masse des praticiens de France, afin de créer parmi eux un mouvement d'opinion irrésistible qui détermine définitivement l'orientation du législateur. Rien ne doit nous rebuter dans cette tâche ; nous combattons pour la bonne cause, pour la dignité de notre profession, pour l'intérêt bien compris des futurs assurés, intérêts que nous entendons défendre au même titre que les nôtres, pour une médecine saine et honnête ; il faut donc que nous soyons et compris et suivis.

Pour ces motifs, je pense qu'il faut obligatoirement :

1° Tirer un très grand nombre d'exemplaires du rapport Hartenberg-Cibrie, 10 à 15.000 par exemple, vous verrez plus loin pourquoi ;

2° Envoyer ce rapport à tous les médecins de la région parisienne sans exception ; le communiquer, avec « Prière d'insérer », à tous les journaux médicaux (*Presse médicale*, *Journal des Praticiens*, *Concours médical*, *Bulletins syndicaux*, etc., etc...) ; le développer dans des conférences, réunions, meetings médicaux ; en un mot, donner à ce factum la plus grande, la plus féconde publicité dans la région parisienne où le mouvement doit être actif avant tout ;

3° Pour la province : l'adresser aux présidents et secrétaires généraux de tous les Syndicats et groupements médicaux connus, en les priant de le discuter et de nous donner l'opinion de leur groupement. Nous pourrions également leur demander, s'ils l'approuvent, naturellement, de le répandre à profusion autour d'eux en leur conseillant, pour atteindre ce but, soit de nous en demander directement des exemplaires que nous pourrions leur envoyer moyennant le simple remboursement de leur valeur et du port, soit d'en faire tirer eux-mêmes des exemplaires afin de le distribuer sur place.

4° Enfin, pour rendre ce mouvement plus com-

pact et plus apparente l'unanimité du Corps médical sur la question, nous vous demandons de nous autoriser à étudier une formule d'engagement à faire signer par les médecins de la région parisienne seulement, nos moyens d'action ne nous permettant pas d'organiser un referendum dans le Corps Médical français tout entier, engagement de n'accepter de collaborer qu'à une loi comportant exclusivement l'entente directe.

Voilà comment je conçois le mouvement à exécuter, et je suis persuadé que si nous le faisons avec ordre et méthode, et surtout avec esprit de suite, nous aurons réalisé auprès du Corps médical français ce que nous cherchons, c'est-à-dire une levée de boucliers générale en faveur de l'inscription dans la future loi de l'Entente directe, le seul mode acceptable pour les médecins et les malades.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

L'exercice de la Médecine dans la Perse antique d'après le Zend-Avesta.

Si l'on en croyait Hérodote, il n'y aurait pas eu de médecins en Perse. Les Assyriens, dit-il, ne se servent jamais de médecins ; les malades sont portés sur une place publique où les passants, qui se croient quelque compétence médicale, donnent leur avis. Hérodote raconte encore que Darius, blessé au pied, fut soigné par des médecins égyptiens, mais qu'après sept jours, las de souffrir, il fit rechercher d'autres médecins, c'est alors que l'on retrouva, parmi les esclaves, le célèbre médecin grec Démocède, qui le soigna ensuite.

Il était étonnant que les Perses n'aient pas eu de médecins propres et qu'ils aient toujours été obligés de recourir aux offices des médecins des pays voisins.

Dans l'Avesta, le livre du Zoroastrisme, on trouve des passages qui contredisent Hérodote et donnent des détails sur l'exercice de la médecine chez les fidèles de Zoroastre, encore représentés, aujourd'hui, par les Parsis de l'Inde.

Certains font remonter la composition de l'Avesta au XII[e] siècle avant notre ère, d'autres au VIII[e] siècle ; on admet que l'Avesta est de date plus récente, mais qu'il était écrit avant la conquête d'Alexandre, car dans la dislocation des peuples qui suivit la mort du conquérant, la vieille langue zend se perdit et devint une langue morte. Malheureusement les manuscrits de l'Avesta, en langue zend, que l'on possède aujourd'hui, sont tous du Moyen-Age et ne sont que des copies.

Une partie du fargard VII du Vendidâd (1) donne des renseignements curieux sur les épreuves probatoires, les honoraires et les catégories de médecins.

Avant d'être admis à exercer, le futur chirurgien devait faire successivement trois opérations de préférence sur des dévicoles, c'est-à-dire sur des pécheurs, condamnés par leurs vices ou leur impiété. Si les trois opérations étaient suivies de mort, le candidat était exclu à tout jamais de l'exercice de la médecine. Malgré ces insuccès, s'il exerçait quand même la médecine, il restait responsable et s'il causait quelque dommage à un mazdéen, c'est-à-dire à un homme pieux, il subissait le châtiment du Baodhowarsta, probablement une mutilation des mains, afin qu'il ne recommençât plus.

Si le candidat réussissait les trois épreuves opératoires, il était reconnu capable d'exercer la chirurgie pour toujours.

Les honoraires étaient proportionnés au rang social du malade et payés en nature, souvent en bétail ; détail curieux, les soins donnés aux femmes étaient honorés par des animaux femelles.

Les médecins étendaient l'exercice de leur art aux animaux domestiques.

Il y avait trois catégories de médecins, selon la méthode thérapeutique qu'ils employaient, c'étaient les chirurgiens, les médecins et les sorciers qui soignaient respectivement par les incisions, les médicaments et les prières conjuratoires. Le plus considéré était le sorcier parce que, dit le texte pehlvi, il ne fait point de mal et il guérit.

Le fargard XX parle d'abord de Thrita, le père de la médecine qui fut le premier des mortels secourables et ensuite expose les nombreuses prières conjuratoires contre toutes les maladies, formules magiques dont la liste se continue dans les fargards XXI et XXII ; la liste fastidieuse de ces invocations n'a aucun intérêt médical.

A titre documentaire, voici la traduction par C. de Harlez du passage de l'Avesta qui s'occupe de l'art médical :

ZEND-AVESTA
Vendidâd
Fargard VII

. . . .

XXXVI-94. Créateur du Monde ! Si des Mazdéens veulent s'adonner à l'art de guérir.

(1) Fargard, veut dire division ou chapitre.
Le Vendidâd, partie de l'Avesta, est la Loi pour écarter les dévas.
Les dévas, démons malfaisants des deux sexes, avaient à leur tête Ahriman, le démon des démons, toujours en lutte avec Ormuzd, le bien ; les dévicoles étaient les pécheurs, soumis aux dévas et devenant eux-mêmes, des dévas.

95. Sur quoi doivent-ils s'exercer en premier lieu, est-ce sur des Mazdéens ou sur des dévicoles ?

XXXVII-96. Ahura-Mazda répondit : Ils doivent s'exercer sur des dévicoles, plutôt que sur des Mazdéens.

97. Si un Mazdéen pratique une incision (sur le corps d'un dévicole) et que celui-ci en meure, s'il fait une deuxième incision à un dévicole et que celui-ci en meure, s'il en pratique une troisième et que ce dévicole succombe.

98. Le Mazdéen est (reconnu) incapable pour toujours.

XXXVIII-99. Que de tels Mazdéens n'exercent plus désormais la médecine, qu'ils ne fassent plus d'opérations afin de ne plus causer de dommages par des incisions.

100. Mais s'ils exercent encore l'art de guérir et s'ils font des opérations et qu'un mazdéen subisse par là quelque dommage.

101. Qu'ils expient le tort fait au blessé par le châtiment du Baodhowarsta.

XXXIX-102. Si, au contraire, un mazdéen fait une incision à un dévicole et que celui-ci guérisse, s'il fait une deuxième incision à un dévicole et qu'il guérisse, s'il fait une troisième opération à un dévicole et que celui-ci en guérisse.

103. Alors, il est reconnu capable pour toujours.

XL-104. Il peut exercer la médecine à son gré, il peut pratiquer des incisions et traiter par des opérations chirurgicales (litt. en coupant).

XLI-105. Que le médecin mazdéen traite un prêtre pour les prières liturgiques de bénédiction (c'est-à-dire ayant une valeur magique surnaturelle).

106. Qu'il traite un chef de nmâna pour le prix d'une bête de trait de petite espèce ;

107. Un chef de village pour la valeur d'une bête de trait de moyenne grandeur ;

108. Un chef de clan pour la valeur d'une bête de trait de la plus grande espèce ;

109. Un chef de district, pour un quadrige.

XLII-110. S'il soigne, en premier lieu, la femme d'un chef de nmâna, son salaire sera de la valeur d'une ânesse.

111. Qu'il traite l'épouse d'un chef de village, pour la valeur d'une vache ;

112. L'épouse d'un chef de clan, pour la valeur d'une jument ;

113. L'épouse d'un chef de district, pour la valeur d'une chamelle ;

114. Un enfant d'un village, pour le prix d'une bête de trait de grande espèce.

XLIII-115. Qu'il soigne une bête de trait de grande espèce, pour la valeur d'une semblable bête d'espèce moyenne ;

116. Une bête de trait d'espèce moyenne, pour une de petite espèce ; une tête de trait de petite espèce, pour la valeur d'une tête de petit bétail ;

117. Un animal de cette espèce, pour la valeur de la nourriture d'un bœuf.

XLIV-118. S'il se présente à la fois plusieurs médecins, ô saint Zarathustra ! qui traitent par incision, par médicaments ou par des prières conjuratoires ;

119. Que l'on recoure à celui qui guérit par (les paroles) de la loi sainte (c'est-à-dire celui qui emploie les incantations).

120. Car celui-là est le médecin des médecins qui guérit par (les paroles de) la loi.

121. Et qui exerce l'art de guérir pour le bien d'un homme juste.

Dr P. Noury, de Rouen.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX ET MÉDECINS PRATICIENS

Par le Dr Yves Doizy.

Médecin spécialisé des Dispensaires antituberculeux de l'Orne, Surexpert près le Centre de Réforme de la IVe Région.

(*Suite et fin*) (1)

Que de confrères, épris de leur art, regrettent amèrement les difficultés qu'apportent les contingences matérielles à l'observation, au traitement des malades et l'opposent au souvenir excellent, que, le plus souvent, ils ont conservé de la pratique de l'hôpital, où l'on pouvait suivre le sujet, pratiquer tous les examens nécessaires autant de fois qu'il le fallait, avoir recours en toute liberté aux services spécialisés, sans se heurter aux éternelles questions d'argent !

Ce sont ces conditions favorables que nous essayons de réaliser au dispensaire, en ce qui concerne la tuberculose.

Nous prenons connaissance du premier inter-

(1) *Concours médical*, n° 23.

rogatoire pratiqué par l'infirmière visiteuse. Nous le complétons. Après l'auscultation, examen immédiat, dans les dispensaires où l'on dispose de l'installation nécessaire, aux rayons X. Ceci est particulièrement précieux, car il est ainsi possible de rapprocher des examens frais ; pour ne pas perdre trop de temps, il suffit de substituer à la lumière du jour un éclairage artificiel tamisé par un voile ou une coupe jaunes ou rouges.

Si le diagnostic ne ressort pas des premiers examens, nous mettons le malade en observation. Nous rapprochons les données que nous fournissent les signes subjectifs, objectifs et généraux (particulièrement la température, sur l'intérêt de laquelle, je ne saurais trop insister et dont l'infirmière-visiteuse enseigne la prise et l'inscription) des résultats qu'apporte la pratique répétée des examens spéciaux.

Ecrivant cet article pour des médecins, je ne reviens pas sur ce sujet. Je rappelle simplement, pour mémoire, que des individus, sans signes d'auscultation, parfois sans signe radioscopique ou radiographique, parfois même à peu près sans signe clinique, peuvent être bacillifères. Le laboratoire le démontre. Je rappelle, d'autre part, que plus de la moitié des cavernes visibles à l'écran sont inaudibles. Ceci, à simple titre d'exemple, pour imager l'intérêt capital que présente la mise en œuvre simultanée des différents modes d'examen dont nous disposons. Que penserait-on, je vous le demande, d'un homme qui dirait : « Je pourrais voir clair, en portant des lunettes, mais j'ai une bonne oreille. Cela me suffit pour me diriger dans les rues » ? ou d'un chef de corps, responsable de ses hommes, qui les contraindrait à n'user que d'un seul mode de défense ?

Lorsque le diagnostic est établi, et surtout lorsqu'il existe déjà des lésions notables, il sera précieux de pouvoir apprécier leur étendue, leur potentiel évolutif et la résistance du sujet. L'abandon d'une profession, un changement de séjour, un placement dans un établissement de cure, la création d'un pneumothorax artificiel, reposent sur cette étude et ne s'en peuvent passer.

Le Dispensaire a en effet un second but, celui d'assurer dans la mesure du possible et *avec le plus grand souci d'entente avec le médecin traitant*, les placements susceptibles de déterminer ou faciliter la guérison, ou l'amélioration considérable d'un malade, susceptibles d'autre part, d'écarter d'une famille, soit un semeur de bacilles, soit les sujets les plus réceptifs de son entourage.

Nous avons donc en vue deux sortes de placement, les uns d'ordre prophylactique, les seconds d'ordre thérapeutique.

Les premiers, souvent les plus utiles, visent surtout les enfants. Les « tout petits » peuvent être placés en nourrice, soit directement, soit par l'intermédiaire de centres spéciaux, malheureusement trop rares, tels qu'il s'en est constitué sous l'impulsion féconde de mon maître, le prof. Léon Bernard, tels qu'il en existe un dans l'Orne à la Roche-Mabille, fondé sous les auspices de Madame Fould. Ces centres sont pourvus d'une infirmière surveillant enfants et nourrices et parfois d'une infirmerie. Pour les enfants plus âgés, nous insistons sur le placement chez d'autres membres de la famille., de préférence à la campagne ; nous nous adressons, quand les circonstances le permettent à l'Œuvre Grancher, ou, à défaut d'autres moyens, nous cherchons, leur intégrité sanitaire reconnue, à les placer simplement au bon air, chez de braves gens.

En ce qui concerne les sujets déjà lésés, les placements à envisager sont évidemment différents.

S'il s'agit d'enfants ou de jeunes gens atteints d'adénopathies trachéo-bronchiques, de déficience de l'état général, le séjour en *preventorium marin* est tout indiqué. Le *preventorium terrien* est préférable lorsqu'il s'agit de formes ganglio-pulmonaires, cortico-pleurales ou à discrètes lésions pulmonaires. Un séjour de quelques mois dans ces établissements, où l'on mange bien, où l'on trouve un relatif confort, où, sous surveillance médicale, on peut pratiquer l'héliothérapie et subir un traitement propre à modifier le terrain, revigore parfois de façon remarquable l'organisme de ces affaiblis. Que de fois l'ai-je constaté lorsque je dirigeais le preventorium de Pontchaillou ?

Les formes chirurgicales, avec intégrité pulmonaire, à vérifier soigneusement, bénéficient d'un placement en *sanatorium marin*, qui, malheureusement, pour être efficace, doit être prolongé.

Les formes pulmonaires *curables* avec expectoration bacillifère ou non (elle ne l'est pas inéluctablement, même dans les formes actives et évolutives quoi qu'ait pu prétendre certaine école) relèvent en principe, de la cure en *sanatorium terrien*. Selon les indications particulières et les possibilités matérielles, on s'efforce d'envoyer le malade dans un établissement de plaine, de haute ou moyenne altitude.

Enfin l'*hôpital sanatorium*, les salles spéciales d'hôpital, concernent les malades en observation, au début d'un pneumothorax, en cours d'évolution, ou très gravement atteints. On arrive ainsi à séparer parfois ces derniers de leur famille, pendant la période de contagiosité la plus intensive, à leur donner les soins matériels que réclame leur misérable état et à leur suggérer l'espoir d'une guérison plus proche.

Hélas ! me direz-vous, tout cela est bien imparfait dans la réalité. Je ne le sais que trop et tous les phtisiologues, tous les hygiénistes avec moi.

Comme le fait si justement remarquer le distingué Dr J. Noir, rédacteur en chef de ce journal, dans le *Concours* du 21 septembre 1924, les séjours en sanatorium sont trop courts et le malade, d'abord amélioré, perd trop souvent le bénéfice de sa cure quelques mois après sa sortie de l'établissement.

D'autre part, les crédits qui nous sont alloués sont si ridiculement infimes, que nous ne pouvons, dans la plupart des départements, procéder qu'à un nombre très restreint de placements, ne parvenant même qu'à aider financièrement le malade et non à assurer la totalité des frais. Il nous est impossible, par ailleurs, de venir matériellement en aide aux familles privées de leur soutien et l'on voit chaque jour de pauvres gens, qui pourraient guérir, s'exténuer jusqu'à leur dernier souffle pour gagner le pain quotidien de leurs gosses.

Malgré ces restrictions forcées, il est souvent d'une extrême difficulté de caser un malade en sanatorium. Au moins, en ce qui concerne les pulmonaires, ces établissements trop rares sont débordés, et pour les mêmes raisons de sordidité des pouvoirs publics, n'offrent parfois qu'un confort relatif. D'ailleurs, le sanatorium représente une médiocre formule de traitement. Celle du village sanatorium lui est supérieure. Il en existe un en France, à Praz-Coutant et depuis peu.

Je n'ignore pas non plus, et je me permets de féliciter le Dr J. Noir de l'avoir vigoureusement mis en relief, que la lutte contre la tuberculose est « menée à rebours », que « l'on a mis la charrue avant les bœufs », et « qu'un outillage coûteux ne pourra donner un résultat social appréciable que si, au préalable, on est parvenu à améliorer suffisamment les conditions générales de l'existence et, en premier lieu, de l'habitation ». Où en est la lutte contre la misère, l'alcoolisme et le taudis ? Certes, nos représentants ne manquent pas à l'occasion de geindre sur la dépopulation, les risques qu'elle entraîne et les dépenses supplémentaires qu'elle nécessite en vue de la défense du pays. Cependant, on laisse froidement mourir, ou à peu près, environ 150.000 tuberculeux par an (les statistiques officielles très inférieures à la réalité en raison des multiples cas non diagnostiqués ou non déclarés donnent 85 à 86.000) dont les deux tiers, au moins auraient pu ne pas le devenir. Le Prof. Calmette, évaluant en 1919 à 50.000 fr. la moyenne du capital social d'un adulte de 20 à 40 ans, on s'aperçoit que l'insuffisance des mesures prophylactiques entraîne une perte annuelle d'environ 8 à 10 milliards. A nous placer au seul point de vue humanitaire, le crime de négligence est encore plus impardonnable. Hélas ! Nous ne pouvons que nous indigner, agir dans notre minime sphère de citoyen et espérer un état meilleur. Ce serait, cependant, l'occasion d'un reportage sensationnel pour la grande presse que la mise en valeur de ces singulières économies de vies et de capital humain.

En attendant, je crois, et le Dr Noir est bien de cet avis, que le mieux est encore d'utiliser les moyens de lutter dont nous disposons, si incomplets soient-ils. C'est encore mieux que rien. Les mesures prophylactiques réalisables, même dans les pires taudis : lit personnel, usage du crachoir etc., donnent de précieux résultats, ainsi que la mise en œuvre du traitement précoce, grâce au diagnostic de début.

Le séjour en sanatorium, toujours trop court évidemment, puisque sa durée idéale, se compte souvent par années, et que là, il s'agit seulement de quelques mois, provoque assez souvent une réaction de reprise favorable et persistante dans les cas peu avancés. Surtout, il apprend au malade à se soigner, à prendre les précautions nécessaires pour lui-même et son entourage. D'aucunes : discipline du repos, du silence, de la toux, de l'expectoration, ne peuvent vraiment s'enseigner que là.

Le séjour en preventorium donne en général, avons-nous dit, de très bons et assez durables résultats.

La cure de sanatorium marin procure, si elle est assez longue, des guérisons définitives. Il est un fait, c'est que, malgré la guerre, malgré l'abandon des campagnes, l'extension de l'industrie, la crise du logement, on constate dans les régions où on a lutté opiniâtrement et même dans l'ensemble du pays, une diminution de la mortalité par tuberculose.

A ne s'en référer qu'à l'expérience personnelle, je prétends en tout cas, pour ma part, avoir, grâce aux moyens ridiculement restreints dont nous disposons, déjà préservé nombre de sujets et, semble-t-il, en avoir sauvé d'autres, ou, du moins, leur avoir permis de prolonger leur vie de façon très appréciable. C'est, parfois, le seul résultat à escompter. On ne peut évidemment pas, dans la tuberculose comme dans le cancer, garantir une guérison absolument stable et durable.

Mieux armé préventivement et curativement, on pourrait escompter des résultats plus brillants. Tels qu'ils sont, j'ai encore la faiblesse d'en être satisfait.

Il va sans dire que je me cite au seul titre d'exemple. Les résultats que j'ai pu obtenir dans des départements peu favorisés sont très certainement inférieurs à ceux de la région parisienne, du Finistère, de l'Oise, etc...

Mais cela même, l'existence de résultats favorables et l'infériorité qu'ils présentent sur ceux obtenus dans des régions mieux organisées, est doublement significatif.

On peut améliorer une arme sans, pour son imperfection même, renoncer à l'employer. Une

mesure propre à modifier favorablement le sort des hommes doit être encouragée et soutenue avec le ferme dessein de lui donner l'assise logique et l'ampleur qui lui manquent encore.

Certes, le grand effort de *prophylaxie* dont le dispensaire est le centre se rapprocherait plus des conditions idéales si, là encore, nous ne nous heurtions aux logements insalubres, au paupérisme, à l'ignorance entretenue. Toutefois, notre action est utile. Ce sont d'abord ces conseils que le médecin traitant n'a pas toujours le temps de donner ou de répéter : la nécessité du crachoir, son nettoyage, l'obligation de la chambre et du lit personnels, quand c'est matériellement possible, de l'aération, du nettoyage humide, etc.

Ce sont les conseils répétés pour la séparation éventuelle des enfants ou sur les précautions propres à leur assurer le minimum de risques, les directives sur la façon de prendre le repos, l'hygiène alimentaire, etc.

Pas de prescription médicamenteuse, je le répète, hors le cas ou le médecin traitant nous en prie expressément.

Ce sont les invitations faites au malade, pour l'examen du reste de sa famille, les nombreux « contacts » qui gravitent autour de lui, c'est encore le conseil formel de faire appel au médecin traitant, ce à quoi, très souvent le malade qui ne souffre pas, qui n'est n'est pas alité, ne pense que lorsqu'on l'y invite et lui en explique l'utilité.

Ce sont ensuite les visites à domicile de l'infirmière-visiteuse qui remonte le moral du malade, vérifie l'application des conseils donnés, les répète, les développe, les explique, montre la manière de faire. C'est elle aussi qui, très souvent, est à même de dépister les malades et, leur diagnostic établi peut collaborer avec le médecin traitant en vue des mesures d'hygiène à prendre.

***

J'ai exposé le trépied de l'action fondamentale du dispensaire antituberculeux type Calmette : *diagnostic précoce, prophylaxie efficace, placements opport. ns.*

« Réglementairement, écrivait l'auteur de l'article auquel j'ai déjà fait une première allusion, ces dispensaires ont pour but unique les recherches de laboratoire afin d'aider les médecins praticiens à établir un diagnostic précis. »

Quel nouvel aveu d'ignorance, car, croyez-le bien, confrère auteur de cet article erroné, ce que j'écris n'est point de mon cru, ce n'est pas moi qui ai inventé les dispensaires « à médecins fonctionnaires » comme vous dites, et dont les buts bien plus vastes sont ceux que je viens de décrire. Et tout cela existait bien avant votre paragraphe intitulé « 1926 ».

La question des rapports directs entre le dispensaire et les médecins praticiens a conquis une importance telle, d'ailleurs justifiée, qu'elle a fait l'objet en avril dernier au Congrès de Lyon d'un rapport du Prof. Parisot, de Nancy. Si la rédaction de ce journal m'y invite, je résumerai et commenterai, pour les lecteurs du *Concours*, les termes mêmes de ce travail dont l'intérêt ne peut échapper à aucun de nous. (1)

La collaboration entre praticiens et dispensaires, entre praticiens et médecin spécialisé, est, en effet, la base de tout travail fécond. Dans le cas inverse, la seule solution possible serait le retour au dispensaire délivrant ordonnances et médicaments. Cette collaboration est-elle donc limitée aux seuls renseignements de laboratoire à fournir aux praticiens ? On sent déjà que non, cela va de soi ; autrement pourquoi un médecin, pourquoi un spécialiste ? On sent bien que le médecin spécialisé va faire profiter le praticien du résultat de ses multiples recherches.

Appliquée déjà d'assez longue date par certains dont notre collègue de la Sarthe, le dévoué confrère Gallouëdec, et par nous-même en Ille-et-Vilaine, elle a été depuis codifiée dans ses grandes lignes par le Comité National, dans son règlement intérieur des Dispensaires d'hygiène sociale et de Préservation antituberculeuse du 20 juin 1925.

Voici le passage en question : « Le médecin du dispensaire doit s'assurer la collaboration indispensable des médecins ; il lui est recommandé de procéder comme suit, pour les différentes catégories de consultants inscrits :

I. — *Malades adressés par les médecins.*

Tous les médecins peuvent recourir au service des dispensaires en vue de l'établissement ou de la confirmation du diagnostic, à la double condition :

a) Qu'il s'agisse, non pas d'une consultation isolée (examen radioscopique par exemple), mais d'une consultation complète, éclairée par toutes les méthodes scientifiques d'investigation dont le résultat pourra être communiqué au médecin.

b) Que le consultant se fasse inscrire régulièrement au dispensaire de son secteur et relève ainsi, d'accord avec le médecin, de son action prophylactique éventuelle.

S'ils en sont justiciables, les malades présentés sont donc inscrits au dispensaire et d'accord avec le médecin traitant, l'action du dispensaire et de l'infirmière visiteuse se déroule automatiquement.

Le résultat complet des examens pratiqués a

(1) Je ne puis, en effet, sous peine d'alourdir à l'excès cet article rédigé avant le congrès de Lyon, analyser présentement, cet excellent rapport.

dispensaire sera transmis sous forme d'une fiche de liaison confidentielle au médecin traitant.

(Suivant l'exemple de mon ami Gallouëdec, j'ai fait imprimer des comptes rendus avec place pour les résultats fournis par l'examen clinique, le laboratoire et la radioscopie.

En outre, j'ai pris l'habitude, bien accueillie des confrères, non seulement de formuler les conclusions de ces examens, mais parfois aussi, à simple titre de suggestion évidemment, de noter les directives thérapeutiques qui me paraissent les plus indiquées. En somme, ce que fait tout spécialiste en l'occurrence.)

II. — *Malades venus spontanément et malades signalés au dispensaire.*

Le dispensaire s'informe si le malade a un médecin traitant habituel, engage, si besoin en est, le malade à faire *choix* de l'un d'eux et, dans ce cas, se mettra en relation avec lui. (Il va sans dire qu'aucune pression ne doit être faite sur le malade en faveur de tel ou tel confrère).

III. — *Malades alités signalés par les médecins.*

Il est de la plus haute utilité de surveiller les tuberculeux alités, souvent les plus dangereux. Non seulement, ceux ayant fréquenté le dispensaire continuent à être surveillés à domicile par la visiteuse, mais encore ceux non venus au dispensaire, mais signalés par les médecins, bénéficient des services prophylactiques et d'assistance du dispensaire où ils seront inscrits.

Le dispensaire avisera les médecins du départ de leurs malades pour les établissements de cure ou d'isolement, de même qu'il les tiendra au courant du retour de ces malades dans leur famille. »

« La collaboration entre dispensaires et médecins praticiens, écrit, de son côté, Küss, doit être favorisée par tous les moyens possibles...

Assurer le bon fonctionnement d'un dispensaire, dit-il, excellemment par ailleurs, est une méthode excellente pour démontrer aux praticiens de la région que leurs préventions n'étaient pas fondées et que le dispensaire, *loin d'être pour eux un concurrent dangereux, leur apporte, au contraire, des conditions nouvelles de travail médical plus facile et de clientèle plus nombreuse.* Dès lors, il est fatal que disparaisse peu à peu l'hostilité première qui ne reposait que sur des malentendus. »

Cette vérité est en marche. Dans un secteur de l'Oise sur 1.502 nouveaux malades 431 avaient été adressés par les médecins, soit plus du quart. Dans les Vosges, sur 301 en trois mois, 98, soit près du tiers. Nous pourrions citer dans le Rhône, la Sarthe, l'Orne, la Meurthe-et-Moselle, la Loire, la Seine, la Seine-Inférieure, l'Ille-et-Vilaine, etc., des résultats aussi convaincants.

C'est avec le seul but de les voir le devenir de plus en plus que j'ai écrit cette étude.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

(3e *Journée médicale* ; 15 *mai* 1927.)

Le succès de ces manifestations va toujours grandissant ; c'est environ trois cents médecins, tant de Nancy que de sept départements voisins et du grand-duché de Luxembourg, qu'a réunis le 15 mai dernier la troisième journée médicale.

A 9 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, M. le professeur Perrin ouvre la série des conférences, en exposant « La destination à donner aux malades tuberculeux ». S'il existe des sanatoria un peu partout, ce n'est qu'une raison de plus pour que tout médecin soit exactement averti du climat qui convient le mieux à chacune des formes de la maladie ; et M. Perrin indique comment, suivant les cas, la préférence doit être donnée à la mer, à la montagne, aux hautes ou basses altitudes. Il montre ensuite l'importance capitale du mode d'utilisation des ressources climatiques naturelles et du régime suivi par les malades, et insiste sur la nécessité d'une surveillance médicale constante au cours de la cure.

M. le professeur Jacques Parisot étudie ensuite deux des grands moyens actuels de la lutte antituberculeuse. L'un curatif, le pneumothorax artificiel, est employé trop rarement et souvent trop tard ; M. Jacques Parisot en expose les indications et les contre-indications, et, se basant sur les statistiques, en montre les effets heureux. Un autre traitement, préventif celui-là, est constitué par le nouveau vaccin B.C.G. de Calmette ; des résultats efficaces en ont déjà été obtenus, en France et à Nancy notamment, pour la réduction de la mortalité infantile, et M. Jacques Parisot indique la nature de son action et les conditions de son emploi.

La fin de la matinée se passe à visiter les hôpitaux et les dispensaires Villemin et Fournier et le laboratoire de sérologie.

A midi et demi, la plupart des participants se retrouvent à l'Hôtel Thiers, en un déjeuner amical présidé par M. le Doyen Spillmann. Au dessert, M. le Dr Giry, président du Syndicat des médecins de Meurthe-et-Moselle, remercie la Faculté de médecine de l'organisation des Journées et insiste sur le succès des « Journées séparées » surtout lorsque, comme celle-ci, elles ont

lieu le dimanche, M. le Doyen Spillmann se lève ensuite pour remercier ses hôtes de l'empressement mis à répondre à l'appel de la Faculté et boire aux relations cordiales unissant médecins praticiens et corps enseignant. Puis M. le Dr Krombach, président de la Société d'hygiène du Grand Duché de Luxembourg remercie en quelques paroles éloquentes la Faculté et tous ses confrères français de leur hospitalité et de leur accueil.

Les séances de travail reprennent à 14 heures, à la Faculté, où M. le professeur agrégé de Lavergne indique ce que le praticien doit attendre de la sérologie dans la syphilis. Il souligne l'existence des réactions divergentes du Wassermann, et montre que le résultat de la réaction demande à être interprété par le médecin traitant : « la clinique est maîtresse ; et le laboratoire est le premier, mais n'est que le premier de ses serviteurs. »

Puis M. le Doyen Spillmann, en une conférence très documentée, expose quel doit être le traitement de la syphilis. Quel médicament choisir : mercure, bismuth ou arsenic ? Quelle voie d'introduction adopter : intramusculaire ou intraveineuse ? Quelles doses employer ? Telles sont les indications données tout d'abord par M. Spillmann. Il insiste ensuite sur la latence de la syphilis, et sur la nécessité pourtant du diagnostic précoce ; et, envisageant l'utilité du traitement d'attaque, il signale l'efficacité, à ce point de vue, du novarsénobenzol, du bismuth et du cyanure de mercure. Dès maintenant, conclut-il, mortalité ou morbidité syphilitiques diminuent, et tout permet d'espérer des succès toujours plus nombreux.

En fin de journée, le programme prévoit une visite au préventorium de Flavigny, où se dirige vers 16 h. 30, à travers la riante vallée de la Moselle, un long cortège d'automobiles médicales. A l'arrivée, dans le vaste préau de jeux, M. Henry Brun, président du Conseil d'administration, salue les visiteurs en une cordiale et éloquente allocution ; puis M. le professeur Jacques Parisot, l'animateur de l'œuvre, en expose le mode de fonctionnement et les résultats heureux déjà obtenus. Et la journée se termine par la visite, sous la conduite des médecins et de la supérieure, du préventorium, de tous les services du vaste domaine ; dortoirs, réfectoires, cuisines, enfin jardins et parc ou s'ébattent plusieurs centaines d'enfants.

Dr Louis MERKLEN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Clinique oto-rhino-laryngologique** (professeur Sébileau). — *Cours de broncho-œsophagoscopie et de chirurgie anaplastique de la face et du cou.*

I. *Cours de broncho-œsophagoscopie*, par le professeur Chevalier-Jackson (de Philadelphie), sur invitation du professeur Pierre Sebileau, au nom de la Faculté de médecine. — Ce cours comprendra cinq leçons :

Première leçon (lundi 11 juillet) : Technique de la laryngoscopie directe, de la bronchoscopie, de l'œsophagoscopie et de la gastroscopie.

Deuxième leçon (mardi 12 juillet) : Corps étrangers des voies aériennes et digestives : diagnostic clinique, endoscopique et radiologique.

Troisième leçon (mercredi 13 juillet) : Problèmes mécaniques soulevés par la technique de l'endoscopie transbuccale et de l'extraction des corps étrangers des voies aériennes et digestives. Multiplicité des procédés d'extraction.

Quatrième leçon (vendredi 15 juillet) : Efficacité de l'aide apportée au médecin et au chirurgien dans le diagnostic des suppurations et des maladies malignes des bronches et des poumons. Aspiration endoscopique du pus de la bronchectasie et des abcès du poumon. Prélèvement endoscopique des sécrétions bronchiques et de fragments tissulaires.

Cinquième leçon (samedi 16 juillet) : Application de l'endoscopie au diagnostic et au traitement des maladies de l'œsophage.

Les cinq leçons auront lieu le matin, à 10 h., à la clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière (service du professeur Pierre Sebileau). Chaque leçon durera environ deux heures. Le cours, qui sera fait en langue anglaise, comportera, le cas échéant, des explications faites en langue française par M. Edmond Aucoin. Ce cours est gratuit et ouvert à tous les praticiens ainsi qu'à tous les étudiants. Des « propos à la craie », des projections, des démonstrations cinématographiques, la présentation d'un mannequin ouvert le compléteront.

Il sera accompagné et suivi d'un cours pratique, lequel aura lieu du 11 au 30 juillet et sera fait en langue française et en langue anglaise par MM. Edmond Aucoin et Fernand Ecman, assistants du professeur Chevalier-Jackson (droits de laboratoire de 175 fr. par semaine).

II. *Cours de chirurgie anaplastique de la face et du cou*, par le professeur Pierre Sebileau et M. Léon Dufourmentel, chef de clinique. — Ce cours de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face et du cou comprendra douze leçons théoriques et douze leçons pratiques.

Première leçon (vendredi 16 septembre), par M. L. Dufourmentel : Chirurgie cosmétique de la peau. Incisions dissimulées. Sutures. Pansements. Traitement des cicatrices. Le tatouage chirurgical.

Deuxième leçon (samedi 17 septembre), par M. Pierre Sebileau : chirurgie réparatrice de la peau. (Les greffes tégumentaires et les lambeaux tégumentaires.)

Troisième leçon (lundi 19 septembre), par M. L. Dufourmentel : Le nivellement chirurgical de la peau par action sur les téguments et les parties molles. (Nivellement après distension (peau ridée), après atonie (flaccidité de la paralysie faciale), après affaissements (dépressions consécutives aux traumatismes accidentels et

chirurgicaux), après ptose (chute et poches cutanées). Greffons et lambeaux de remplissage (muscle, graisse, aponévrose).)

Quatrième leçon (mardi 20 septembre), par M. P. Sebileau : Le nivellement chirurgical de la peau par les soutiens organiques. (Greffons et lambeaux ostéo-périostiques et cartilagineux. Ostéoplastie et ostéotransplantation. Greffons de continuité et traitements des pseudarthroses de la mâchoire inférieure. Greffons de remplissage des cavités osseuses et traitement des pertes de substance du crâne et des sinus de la face.)

Cinquième leçon (mercredi 21 septembre), par M. L. Dufourmentel : Correction chirurgicale des déformations nasales. (Traitement des affaissements squelettiques, des déviations et torsions, des hypertrophies, saillies, allongements, élargissements de la pyramide nasale.)

Sixième leçon (jeudi 22 septembre), par M. L. Dufourmentel : Correction chirurgicale des destructions nasales partielles (rhinoplasties départementales). (Réfection du lobule, de la sous-cloison, des ailes du nez.)

Septième leçon (vendredi 23 septembre), par M. L. Dufourmentel : Correction chirurgicale des destructions totales et subtotales de la pyramide nasale (rhinoplasties régionales). (Pratique de la mise en nourrice des greffons osseux et cartilagineux. Réfection du squelette nasal. Pratique des lambeaux superposés.)

Huitième leçon (samedi 24 septembre), par M. L. Dufourmentel : Restauration et correction des lèvres. (Cheilorraphies et cheiloplasties. Restauration du recouvrement muqueux. Restauration des plans d'épaisseur et du recouvrement cutané. Elargissement commissural. Correction des déformations (hypertrophie, irrégularités, cicatrices.)

Neuvième leçon (lundi 26 septembre), par MM. P. Sebileau et L. Dufourmentel : Restauration operculaire des grandes pertes de substance des parois buccales. Chirurgie réparatrice du menton. (Pratique des lambeaux bipédiculés du cou et du cuir chevelu. Application de ces lambeaux sur des soutiens inorganiques (prothèse de soutien). Lambeaux retournés et lambeaux superposés.)

Dixième leçon (mardi 27 septembre), par M. Sebileau : Traitement chirurgical des divisions congénitales de la voûte et du voile du palais. (L'urano-staphylorraphie.)

Onzième leçon (mercredi 28 septembre), par M. L. Dufourmentel : Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire. (Traitement chirurgical des luxations récidivantes, des luxations irréductibles et des ankyloses de l'articulation temporo-maxillaire. Correction du prognathisme et des déviations mandibulaires.)

Douzième leçon (jeudi 29 septembre), par MM. P. Sebileau et L. Dufourmentel : Correction des déformations de l'oreille externe. Traitement des fistules salivaires. (Technique des opérations cosmétiques sur le pavillon de l'oreille. Drainage et résection des fistules salivaires. Enervement de la glande parotide.)

La partie clinique et théorique du cours aura lieu le matin, à 10 h. dans le service de la clinique oto-rhino-laryngologique à l'hôpital Lariboisière.

La partie technique aura lieu l'après-midi, à 14 h. à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Le cours technique comporte un droit d'inscription de 1.000 fr. (s'inscrire au secrétariat de l'Amphithéâtre, 17, rue du Fer-à-Moulin).

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Les docteurs Faulong, Digeon, Groc, Lévy-Lebhar, Duraud, Privat, Andreu, Esclavissat, David de Prades, Bory, Bouteil Delater, de Parrel, Fourès, Montagné, Delherm, Baissette, Clavel, Digeon (P.), Sauveplane, Mouchard, d'Ayrenx, assistaient le mercredi 18 mai à la réunion de printemps de la S. A. M. T. P.

S'étaient excusés : les docteurs Flurin, Molinéry, Simon, Buvat, Cany, Busquet, Azema. Caraven, Noguès, Malavialle, Roule, Dartigues, Bourguet, Caujole. Entrain accoutumé et toujours la même gaieté chaleureuse. A l'heure des toasts — et des discours — prirent successivement la parole, les docteurs Groc, pour la lecture de la correspondance et questions diverses ; Durand qui, avec sa verve habituelle, évoqua de plaisants souvenirs de l'internat toulousain, Bouteil qui résuma brillamment la question du nystagmus, actuellement à l'ordre du jour, Delherm qui proposa d'ouvrir aux confrères originaires du Languedoc, de la Gascogne et des Pyrénées, les portes de la S.A.M.T.P. (proposition qui fut agréée d'enthousiasme) et David de Prades qui émit une suggestion particulièrement heureuse pour la prochaine réunion de juin : faire celle-ci aux environs de Paris, présence des femmes des confrères, groupement des automobiles disponibles afin d'assurer le transport des membres de la S.A.M.T.P. Toutes mesures seront prises afin d'assurer la réalisation et le succès de cette sortie. Et l'on se sépara ravi de la bonne soirée passée dans la réconfortante atmosphère d'affectueuse camaraderie.

Tous les confrères originaires du Languedoc, de la Gascogne et des Pyrénées sont cordialement invités à adhérer à la S.A.M.T.P. : écrire ou téléphoner au Dr R. Groc, secrétaire général, 40, rue d'Enghien, téléphone Provence 37-13, qui donnera tous renseignements utiles.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Relations de Paris-P.L.M. avec les villes d'eaux et les centres de séjour de la Savoie.* — Rapide de jour, 1re, 2e classes et wagon-restaurant : Paris, dép. 8 h. 10 ; Evian arr. 21 h. 02 ; Aix-les-Bains, arr. 17 h. 26 ; Annecy, arr. 18 h. 33.

Du 1er juillet au 30 septembre, un nouvel express de jour de toutes classes sera mis en marche entre Paris, Chambéry, Bellegarde et Evian avec correspondance sur Annecy : Paris, départ. 8 h. 30 ; Bellegarde, arr. 18 h. 30; Aix-les-Bains, arr. 18 h. 13 ; Chambéry, arr. 18 h. 45 ; Annecy, arr. 20 h. 05 ; Evian, arr. 21 h. 02.

Rapide de nuit : places de luxe, 1re et 2e classes : Paris, dép. 20 h. ; Evian, arr. 8 h. 13 ; Annecy, arr. 6 h. 35. A dater du 15 juin, ce train sera prolongé sur Sallanches-Combloux, arr. 9 h. 21 et Chamonix, arr. 10 h. 48.

Du 14 juin au 25 septembre un deuxième rapide de nuit avec places de luxe, 1re, 2e et 3e, circulera entre Paris, Chambéry et la Tarentaise : Paris, dép. 21 h. 40 ; Aix-les-Bains, arr. 6 h. 45 ; Chambéry, 7 h. 07 ; Moutiers-Salins, 9 h. 12 ; Bourg-Saint-Maurice, 10 h. 20.

Du 1er juillet au 17 septembre, un troisième rapide de nuit avec places de luxe, 1re et 2e classes sera mis en marche entre Paris et Evian d'une part, Paris et Chamonix d'autre part : Paris dép. 19 h. 22 ; Evian, arr. 7 h. 20 ; Sallanches-Combloux, arr. 7 h. 50 ; Chamonix, 9 h. 40.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

B. — Diathermo-coagulation, chaque intervention sera, au point de vue du tarif à appliquer, assimilée à une opération chirurgicale de même importance faite avec le bistouri.

Art. 3. — Le décret du 15 juin 1926 est complété par un article 80 *bis* ainsi conçu :

Art. 80 *bis.* — Inhalation de vapeurs balsamiques sous pression .... 6 »

Art. 4. — Le président du conseil, ministre des finances, le ministre des colonies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et au *Bulletin officiel* du ministère des colonies.

Fait à Paris, le 20 mai 1927.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Assistance aux cours d'instruction militaire.

12344. — M. Verlot, député, demande à M. le ministre de la guerre, si la circulaire du 22 mai 1913, insérée au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre, volume 72, dont les dispositions concernent le service de santé, est toujours en vigueur et si, consécutivement à ces dispositions, le fait pour un officier de réserve du service de santé (médecin, pharmacien, officier d'administration) d'assister, dans un intervalle de douze mois, aux cours d'instruction et aux exercices pratiques d'une école de perfectionnement du service de santé, lui est toujours décompté pour une période d'instruction valable pour l'avancement. (*Question du* 12 *mai* 1927.)

Réponse. — Les cours d'instruction visés dans la circulaire du 22 mai 1913 et constitués dans chaque corps d'armée ou gouvernement militaire par l'instruction du 5 décembre 1912 ont été interrompus par la guerre et n'ont pas été rétablis. Ces cours, institués à l'occasion de la convocation en période d'instruction d'une durée de dix jours consécutifs (avec quatre jours supplémentaires d'exercices spéciaux d'application sur le terrain) des officiers du cadre auxiliaire du service de santé affectés à des formations sanitaires de campagne, n'ont rien de commun avec les écoles de perfectionnement créées par l'instruction du 15 janvier 1924, modifiée le 30 novembre 1926, et l'assiduité aux séances et travaux pratiques d'une école de perfectionnement du service de santé ne saurait tenir lieu des périodes d'exercices exigées pour l'avancement. (*J.O.*, 28 *mai* 1927.)

Situation militaire d'un officier de réserve du service de santé, engagé pour la durée de la guerre.

11759. — M. Goirand, député, demande à M. le Ministre de la Guerre, si un officier de réserve du service de santé, né en 1900, engagé pour la durée de la guerre en août 1918, doit, dans la réserve, suivre le

sort des officiers de la classe 1920, ou de ceux de la classe 1919, notamment en ce qui concerne les périodes d'instruction. (*Question du* 22 *mars* 1927.)

Réponse. — Les engagés pour la durée de la guerre sont rattachés à la classe incorporée, par appel, dans l'année de leur engagement ou dans la fraction d'année, dans le cas où deux classes ont été incorporées dans la même année. Les jeunes gens engagés volontaires en 1918 pour la durée de la guerre sont donc rattachés à la classe 1919, et l'officier de réserve du service de santé en cause doit suivre le sort des officiers de réserve du service de santé de cette classe, et non de la classe 1920, notamment en ce qui concerne les périodes. (*J. O.*, 20 mai 1927.)

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Salariat médical et secret professionnel

Un médecin, qui est rétribué à l'année par une société minière, par une usine, ou autre firme industrielle ou commerciale, est-il lié par le secret professionnel, d'une part au regard de son employeur, d'autre part au regard de ses clients ?

En certains cas, les pénalités, prévues par l'article 378 du code pénal lui seraient-elles applicables, alors qu'il pourrait être poursuivi pour violation du secret professionnel ?

1° *Le médecin est appointé par son employeur, uniquement pour contrôler l'état des malades.*

Le chef d'entreprise peut avoir grand intérêt à être renseigné sur l'état sanitaire de son personnel ouvrier ou employé. Il a besoin d'être éclairé sur la durée des incapacités de travail, sur l'indisponibilité de tel ou tel travailleur.

Dans ce but, il prend à sa solde un docteur en médecine qui se rendra à domicile, examinera les malades et, sans s'immiscer en rien dans le traitement, institué par le médecin traitant du patient, rendra compte de sa mission médicale à son mandant.

N'étant pas médecin traitant, ce docteur, chargé du contrôle, n'est pas lié par le secret professionnel au regard de l'employé, ou ouvrier, qu'il a mission d'examiner, pour le compte du patron.

Au malade, s'il ne veut pas que sa maladie soit dévoilée, de se refuser à se laisser inspecter par ce docteur, qu'il n'a pas choisi et qui représente d'autres intérêts que les siens propres.

Mais, s'il refuse ce contrôle, cet employé risque de se voir congédier par le patron.

Le praticien, chargé du contrôle, devra dévoiler à son mandant, le chef d'entreprise, tout ce qu'il a pu apprendre, surprendre, voir, au cours de sa mission. Il est l'homme de l'art, représentant le patron au chevet de l'ouvrier ou de l'employé.

Dans son rapport, il indiquera toutes les par-

ticularités, susceptibles de rendre le résultat de sa mission aussi parfait que possible.

Bien entendu, ce docteur sera lié par le secret professionnel, à l'égard de toutes autres personnes : il lui sera interdit de parler de son examen médical et de ses constatations, à qui que ce soit, en dehors du chef d'entreprise, son mandant.

2° Le médecin est appointé par son employeur, pour donner des soins aux salariés de l'entreprise.

Dans ce cas, les malades n'ont pas le libre choix de leur médecin. S'ils veulent être soignés gratuitement, aux frais de leur patron, ils doivent faire appel à ce praticien, choisi par le chef d'entreprise.

S'ils veulent faire choix d'un autre docteur, ce sera à leurs frais.

Mais, si l'ouvrier consent à recevoir les soins du médecin de l'entreprise, ce praticien sera lié par le secret professionnel *erga omnes*.

En effet, les dispositions de l'article 378 du code pénal sont d'ordre public, comme ayant pour but le repos des familles et le respect de leur honneur.

Pour que le malade puisse confier toutes ses tares, toutes ses maladies antérieures, son hérédité, il faut qu'il puisse recevoir l'assurance que le médecin, son confident, ne révèlera rien de ce qu'il aura appris.

Vainement, certains font-ils la distinction entre les choses secrètes de leur nature, et celles qui ne le sont pas ; entre les cas où le secret est demandé par le client et ceux, pour lesquels le malade n'a pas fait connaître son désir du silence.

Ces distinctions, fort justes, en ce qui concerne la profession d'avocat, par exemple, ne sont pas applicables à l'exercice de la profession médicale.

Dans le cabinet de son avocat, ou de son notaire, un client sait parfaitement ce qui peut être secret, dans ses aveux ; il est suffisamment maître de lui, pour demander, s'il y a lieu, le silence, sur ce qu'il confie.

Chez le médecin, il n'en est plus de même, car le malade ne peut pas se douter du résultat de l'examen auquel va se livrer l'homme de l'art. Il n'a pas qualité pour réclamer le silence sur certaines choses et non sur d'autres, car il arrive fréquemment que le docteur ne puisse pas révéler le véritable diagnostic au client lui-même, ou ne peut le faire qu'avec beaucoup de ménagements et de périphrases.

Par conséquent, le secret professionnel est plus strict pour le médecin que pour quiconque qui est, par état ou profession, assujetti aux obligations prescrites par l'article 378 du code pénal.

Il en résulte qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter à cette distinction entre les choses secrètes de leur nature et celles qui ne le sont pas, parce que médecin ou malade doivent collaborer à une guéri-

son aussi rapide que possible, sans se laisser influencer par des arguties, ou des discussions vaines et oiseuses.

Il ne faut pas de plus faire grief au malade, de ce qu'il a omis de prier le docteur de garder le secret sur ce qu'il va lui confier, ou sur ce que le praticien pourrait découvrir, surprendre, apprendre à l'insu même du client, qui ne connaît pas la médecine.

L'article 378 du code pénal ne fait pas cette distinction entre les cas où le secret est réclamé et ceux dans lesquels le silence n'a pas été imposé, au préalable, par l'intéressé.

3° *Le médecin est appointé par son employeur pour être à la fois médecin traitant du personnel et médecin contrôleur, pour le compte du patron.*

C'est le cas le plus fréquent surtout dans les entreprises industrielles isolées, lorsqu'il n'existe qu'un praticien dans l'endroit.

Médecin traitant, le docteur pénétrera dans l'intimité de son malade et sera un confident nécessaire ; mais médecin contrôleur, ce même praticien devra tout dévoiler à son patron, le chef d'industrie, qui le paie.

Disons de suite que, dans l'immense majorité des cas, le diagnostic n'a rien de secret : tout le monde, dans l'entourage, ou chez les voisins, sait que l'ouvrier X a une bronchite et que Z est atteint d'une maladie d'estomac.

En second lieu, beaucoup de praticiens estiment pouvoir concilier le respect du secret professionnel avec leurs obligations d'employés, en inscrivant un diagnostic de fantaisie, erroné, ou tronqué.

Personnellement, je réprouve absolument cette politique de l'autruche, qui, pour ne pas voir, met sa tête sous son aile.

En n'indiquant pas un diagnostic exact, le docteur ne remplit pas la mission qui lui est confiée et, volontairement, il trompe son employeur, qui se croit en droit de savoir la vérité, sur l'état de santé de ses employés, au point de vue du rendement de leur travail.

Cependant, le médecin désire conserver sa place et ne pas être renvoyé par son employeur, le chef d'industrie, et néanmoins, il se souvient des prescriptions impérieuses de l'article 378 du code pénal.

En effet, un contrat quelconque ne peut aller à l'encontre du code pénal. Poursuivi par un ouvrier, pour avoir violé le secret professionnel, vainement le docteur invoquera-t-il pour sa défense l'obligation contenue dans son contrat de louage de services, d'avoir à déclarer au chef d'entreprise les maladies qu'il aura à traiter chez les ouvriers du patron.

Conclusions.

Il faut nettement insister sur cette incompati-

bilité des fonctions de médecin traitant et de celles de médecin contrôleur. Dans aucun cas, le docteur ne doit révéler le diagnostic précis des malades qu'il est appelé à soigner pour le compte d'autrui.

Que ce soit en matière de contrat privé ou d'assistance médicale gratuite, ou autre, médecin contrôleur et médecin traitant doivent être deux personnes distinctes.

Si le patron désire faire faire un contrôle, que celui-ci soit surtout d'ordre matériel : n'importe qui pourra dire si l'ouvrier simule un état de maladie, s'il va se promener au lieu de se soigner chez lui, etc.

Le chef d'entreprise aurait-il besoin d'être renseigné au point de vue technique, qu'il peut s'adresser à un médecin, à la condition que ce soit à tout autre praticien que le docteur, qui donne ses soins au malade à contrôler.

S'il n'y a qu'un seul médecin dans la localité, le patron ne devra, en aucun cas, obliger le docteur à lui dévoiler ce qu'a le malade, auquel il donne ses soins. Il ne faut jamais mettre un homme dans l'alternative d'avoir à choisir entre son devoir et son intérêt.

Or, si le médecin traitant a le devoir impérieux de se taire, sur les maladies qu'il soigne, il a le plus grand intérêt à obéir à son patron, lorsque celui-ci lui donne un ordre.

J'estime donc que le docteur, qui se trouve dans l'alternative, ou de violer le secret professionnel et d'encourir une pénalité, de ce chef, ou de mécontenter son patron, en se taisant sur les diagnostics de ses malades, fera sagement en représentant audit patron dans quelle situation fausse il se trouve et, si besoin en est, montrer à celui-ci cette consultation juridique.

Dr Paul Boudin.

TUBERCULOSE ET BILÊMIE

Dans le *Concours médical* du 4 mai dernier, le Dr Harlet, de Roubaix, donne l'observation très intéressante d'une dame V. qui, un mois après l'apparition d'un ictère très accentué, guérit spontanément de cinq ostéites tuberculeuses.

Je possède une observation absolument superposable, mais s'appliquant à une tuberculose pulmonaire.

Une jeune fille de 19 ans, Mlle C., du type appelé blond vénitien, est atteinte en mai 1924 de phtisie galopante à évolution très rapide.

En l'espace d'un mois, la malade est à toute extrémité. Le poumon droit est atteint dans toute son étendue et le poumon gauche présente des signes non douteux de tuberculose du sommet. Les crachats sont positifs ; une tentative de pneumothorax

faite antérieurement du côté droit a montré des adhérences irréductibles (23 mai 1924). La malade, cachectique, étendue sur son lit, qu'elle ne peut quitter, tousse et crache d'une façon continue. Deux confrères appelés en consultation portent avec moi un pronostic fatal à brève échéance dont personne ne doute d'ailleurs dans l'entourage.

Subitement, Mlle C. est prise d'un ictère intense généralisé, jaune vert sans cause appréciable. Le foie est gros et douloureux.

A partir de ce moment, à ma grande stupéfaction, la malade se rétablit. L'ictère disparut progressivement en l'espace d'un mois. Actuellement, Mlle C. est une jeune fille superbe, qui garde de ses lésions étendues une obscurité respiratoire du poumon droit avec quelques frottements discrets. L'expectoration est négative, la toux presque nulle. La lésion n'est pas éteinte définitivement, mais l'évolution est enrayée.

A mon avis, cette transformation subite d'un état désespéré est la conséquence de l'ictère. La bilémie a entravé l'évolution du bacille de Koch qui trouve là des conditions nettement défavorables.

L'observation du Dr Harlet et la mienne pourraient entraîner des conséquences thérapeutiques.

S'il était possible de réaliser un ictère accentué et passager chez un tuberculeux, on pourrait peut-être enrayer l'évolution de la tuberculose dans toutes ses formes.

Une ligature ou plutôt une striction passagère du cholédoque chez l'animal tuberculeux semble réalisable et pourrait être essayée.

L'expérience vaudrait la peine d'être tentée.

Dr Bagot, fils,
Ex-interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris.
(Saint-Pol-de-Léon).

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

1952. — 1° Avis conforme. 2° Les interventions marquées 10 fr. sont passées automatiquement à 12.

Je viens de lire avec grand intérêt la réponse que vous avez faite au Dr F., dans le n° 20 du *Concours médical*, page 1408, relative à l'avis conforme, n° 1461.

Tout comme le Dr F. quand je fais un massage avec applications d'air chaud avant ou après, je compte 15 + 50 %.

Au préalable, chaque fois qu'un confrère m'adresse un blessé, j'envoie à l'agent de la Compagnie d'assurance une lettre (qui de par la loi doit être recommandée) mais que le plus souvent je dépose moi-même à son bureau dans laquelle je lui signifie que le traitement que je commence devra nécessiter plus de cinq interventions à tarif spécial (art. 7) et comprendra des séances de massage (art. 24) et des séances d'air chaud (art. 26, parag. VI). Est-ce là l'avis conforme (du médecin traitant et du médecin en chef d'entreprise) ?

Jamais je ne reçois de réponse. Dans ce cas-là, au moment d'établir la note d'honoraires, ne pouvant cumuler, je note le tarif le plus élevé : le libellant de la façon suivante :

Séance d'air chaud (art. 26, parag. VI) avec massage : 15 + 50 % = 22,50.

Sans cela ce n'est pas la peine d'être spécialiste et de passer sa journée à faire un massage — qui n'est encore payé que 10 fr. — alors qu'une consultation ordinaire, qui prendra, vous me l'accorderez, 3 fois moins de temps, est payée 12 fr. Si l'on veut faire un massage proprement il faut y mettre le temps, et le nombre de malades traités dans une journée est relativement restreint.

Dr G.

Réponse.

L'avis « conforme » est celui par lequel la Compagnie, ou plutôt son médecin, a trouvé utile en accord avec le médecin traitant, tel traitement proposé par celui-ci. Si vous déposez une lettre au siège sans recevoir de réponse, il n'y a pas avis conforme. D'autre part, vous ne pouvez attendre le bon plaisir de la Compagnie pour donner vos soins. Aussi, je vous conseillerais d'adresser une lettre recommandée et, si celle-ci reste sans réponse, de passer outre, suivant l'adage « Qui ne dit mot consent »..., mais cela après que, par le reçu de recommandation, vous pourrez prouver en cas de besoin que vous aviez bien demandé l'*avis* de la Compagnie.

Pour air chaud plus massage dans une même séance, vous agissez fort bien comme vous l'indiquez dans votre lettre. Vous faites, par contre, erreur, en disant que le massage n'est encore que 10 francs, alors que la consultation simple est de 12 francs. Dans l'ordre du jour du 25 janvier 1927, de la Commission du tarif des accidentés du travail, il est dit : « la Commission est d'avis que le prix de toute intervention notée 10 francs sera désormais relevé à 12 francs, automatiquement. »

F. D.

II

1995. — « Médecin le plus rapproché ».

Je vous serais très obligé de me renseigner dans le cas suivant. J'ai donné mes soins à un blessé du travail qui, à la suite d'une piqûre septique de la main, a fait de l'infection de tout le membre supé-

rieur. J'ai dû faire appeler aux fins d'opération le Dr ... chirurgien des hôpitaux, Après cette intervention faite sous anesthésie générale, le blessé fut transporté au domicile de ses parents à C. Je dus le voir à son domicile deux jours de suite et je comptai pour la première visite (visite et pansement : 50 fr.), pour la deuxième visite qui eu lieu un dimanche : 75 fr. (la visite le dimanche étant augmentée de 50 %).

A cette note d'honoraires, la compagnie d'assurances m'accorde 14 fr. pour la première visite au lieu de 50 et 18 fr. pour la seconde au lieu de 75 fr. Elle allègue que le blessé avait le devoir de choisir un médecin de C. et non un médecin de Paris. J'ai fait remarquer que le blessé, vu son état grave, avait le droit de choisir son médecin et en outre que j'avais été appelé à l'origine de cette affaire par le patron dont je soigne la famille depuis longtemps. Il me semble difficile que le tarif légal n'accorde qu'une somme de 14 fr. et de 18 fr. à un médecin qui se déplace de Paris à C., cette somme ne représentant même pas la moitié des frais de transport en taxi.

Dr M.

Réponse.

Le texte est formel. « Cette indemnité (de déplacement) ne pourra toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché » (article 2, alinéa 7). Or, comme il y a des médecins à C... même et que, d'ailleurs, vous êtes dans la banlieue de Paris, vous ne pouvez réclamer que 12 francs de visite, plus l'indemnité fixe de déplacement de 2 fr., soit 14 francs en tout.....

Ne vous indignez pas, confrère, songez à ce qu'aurait eu à payer la Compagnie, avec le libre choix illimité que vous réclamez, si le malade avait fait venir à C... un médecin de Lille, ou de Lyon, ou de Carpentras... ! Tel est d'ailleurs le prix dont est responsable le patron, si votre blessé ne voulait personne autre que vous, libre à lui de vous payer, ou plutôt à vous de lui demander le supplément de ce qui vous est dû légitimement.

F. D.

III

1897. — Abcès de la main.

Je vous demanderai seulement le procédé à suivre et votre secours moral d'abord, pécuniaire ensuite pour un règlement d'honoraires d'une autre compagnie d'assurances dont le siège est à Paris et qui n'a pas de représentant régional. Il me faudrait porter l'affaire devant le juge de paix de Paris, je crois, et cela, sans votre aide, dépasserait de beaucoup la différence qui nous sépare. L'accident date du 22-XII-25, mais la Cie ne conteste pas l'ancienneté de la note ; le blessé, un scaphandrier, à la

suite d'une contusion grave de la main, fit un phlegmon *profond* qui nécessita l'ouverture large de la paume de la main. J'ai compté, selon le tarif du 31 décembre 1925 :(incision de phlegmon sous aponévrotique = 100 fr. La Cie veut me réduire à 35 fr. cette intervention ; je n'ai pas voulu accepter et menace la Cie de poursuivre l'affaire. Voilà 15 jours, et n'ai pas reçu de réponse. Comment faut-il agir ? Je joins la lettre de la Cie d'assurances et le bulletin d'avis.

Dr J.

Réponse.

Si vous avez fait une incision simple pour abcès de la main, la somme à payer est de 35 fr. Elle est au contraire de 100 francs, si vous avez eu à faire : « Incision, contre-incision et drainage » (article 17). Si oui, il ne doit pas vous être difficile de prouver, par témoins, qu'il y eut deux ouvertures et un drain passant à travers la main. Si non, je vous conseille d'accepter ce que vous propose la Compagnie qui est dans son droit de ne pas payer plus de 35 francs.

F. D.

Questions médico-militaires.

1674. — Sursis d'incorporation pour un étudiant.

I

Quelles conditions doit remplir un jeune homme pour obtenir un sursis d'incorporation en vue d'études, c'est-à-dire quels sont les diplômes qu'il doit déjà posséder ?

Quelles formalités sont à remplir pour obtenir le sursis d'incorporation ? A quelle époque faut-il en faire la demande ; avant ou après la révision. A quelle autorité la demande doit-elle être adressée ?

Dr M.

Réponse.

Pour obtenir un sursis d'incorporation, en vue de fin d'études, il faut justifier de la situation scolaire par des certificats d'inscription dans une faculté ou dans une école.

Les demandes de sursis sont adressées aux maires dans les deux mois qui précèdent les opérations du conseil de révision, lequel est chargé de les instruire. Le Conseil municipal donne son avis motivé. Elles sont envoyées au préfet et transmises par lui, avec observations, au Conseil de révision qui statue.

La demande de sursis d'incorporation qui n'a pu être formulée au cours de la session ordinaire du conseil de révision cantonal, est examinée dans une session extraordinaire au mois d'octobre.

II

Je vous renouvelle une demande déjà faite auprès

de votre collaborateur militaire afin d'avoir plus de précision.

Un jeune homme de la classe 1928, désire obtenir un sursis pour continuer ses études.

1° A quel moment doit-il en faire la demande ?

2° A qui cette demande doit-elle être adressée ?

3° Sous quelle forme doit-elle être faite :

Doit-elle être sur papier timbré, quels détails doit-elle contenir ?

5° Doit-il être joint d'autres pièces à l'appui, par exemple, certificats du directeur d'école ?

5° Quels diplômes le jeune appelé doit-il déjà posséder ?

Dr M.

Réponse.

Les demandes de sursis sont adressées aux maires, dans les deux mois qui précèdent les opérations du Conseil de révision ; elles sont instruites par lui. Le Conseil municipal a donné au préalable son avis et a transmis les demandes au préfet. Le Conseil de révision statue au cours de sa tournée cantonale, ou bien en session extraordinaire au mois d'octobre.

Les maires donnent tous renseignements utiles sur les pièces qu'ils peuvent exiger pour faire leur enquête.

ANTHOLOGIE

Amérique — France.

A son Excellence
Myron T. Herrick
Ambassadeur des Etats-Unis.

Hier, pour les Français, le destin s'est montré
Bien cruel : dans nos cœurs, ainsi qu'un fer de lance,
La joie et la douleur ensemble ont pénétré.
Deux héros sont tombés... Mais un autre s'élance...

Vers le couchant, soudain, le ciel s'est empourpré ;
Un nouvel astre vient à nous dans le silence...
C'est Lindbergh, dont le nom brille au Livre sacré,
Car sur Paris déjà l'avion se balance.

L'Atlantique est vaincu, Nungesser ! Si la mer
Doit garder son secret, ton sort est moins amer :
Il vit, resplendissant, le grand rêve héroïque !

Les Cigognes de France, envolées sous leur deuil,
Saluent l'aigle vainqueur gloire de l'Amérique :
Et deux peuples amis goûtent le même orgueil.

Dr Eugène François.

Valence, 23 mai 1927.

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » et ses Filiales

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France........................ 45 fr.
Etranger... (voir conditions page IV)
Etudiants (France)......... 25 fr.
Le Numéro................... 1 fr.
C.P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579.

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

Quarante-neuvième année — N° 25 — 19 Juin 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 1668-IV*)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon, Rozet.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G. Frank-Duprat
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 332. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 333. — Préchacq-les-Bains, Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

N° 334. — Calvados. St-Aubin-sur-Mer, stat. climat. suriodée, à 5 heures de Paris. Plage de toute sécurité. Parc, tennis, ombrages. Saison juin à septembre.

N° 335. — Deux-Sèvres, Citroen cond. int. 10 CV. carross. luxe cannée Dreguet, 4 amortiss. Houdaille, mot. excell. état, 13.000.

N° 336. — Chevreuse « Hélianthe », cure séjour d'air repos., conv., gr. parc, cuis. partic. soign., ni contag., ni tuberc., 1, rue de la Mairie, tél. 21 (Les méd. peuvent y suivre leurs malades).

N° 337. — Dr franc. 30 ans, rech. bon cab. méd. Paris ou pr. banl., avec facil. achat. Dr Weber, 8, rue Michel-Chasles, Paris (12e).

N° 338. — Coutainville (Manche), plage sable fin, logem. rez-de-ch., 2 ch., 1 cuis., eau, à 1 min. plage, tous fourniss. : août 600, sept. 350, à louer pour locat. tranq. S'adr. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris (15e).

N° 339. — Banl. Paris, imméd. bon air, pas usines, ménage dem. nourriss. à partir 18 mois.

N° 340. — Sud-Est, ville agréab., gr. ligne, centre tourisme Dauphiné, Vivarais : à louer 1.100, bel appart. meublé, eau, gaz, électr., 5 pièces, 1er juill., 1er oct.

N° 341. — Banl. imméd. vieil. cli. famil., app. conf. mod. 7 p., plus s. de b. et cuis., loyer 3.250 tout compr., bail 6 ans. Prix 70.000 compt. Adr. Dosse-Cornu, 99*bis*, boul. Brune. Paris.

N° 342. — Paris. A vend. 4 ch. à air Michelin, mod. 1925, 730 × 130 : 100 fr.

N° 343. — A céd. poste gr. banl. rapp. 85.000 touch. Ind. demand. : demi-ann. compt. Présent. assurée, transm. certaine. Acc., A.T., méd. gén. Gr. mais. conf., chauff. électr., gar. Bail 9 ans.

N° 344. — A céd. à Paris (9e) tr. bon noy. de client. (aff. 20.000) av. app. 3 p. cab. toil. cuis. remis à neuf. Loyer 3.200, bail 3, 6, 9, tél. Ind. 28.000.

N° 345. — Ass. avec apport demandé pr polyc. Côte d'Azur, déjà installée. De préf. anc. int., spécial ou non.

N 346. — Poste T.S.F. 4 l. Radiophénix, h.-parl., batter. 4 v., parf. état, 1.200 fr. A vend. cause départ.

N° 347. — Doct. peut placer dans fam. 2 enf., plus d'un an, exc. soins assur. Dr Courtadon à St-Thierry (Marne).

N° 348. — Pour rais. santé, import. poste chir. à céder à trois heures Paris, conv. spéc. à anc. int. hôp. Paris ou grande ville de Faculté.

N° 349. — Par suite décès, client. médic. à céd. sur l'Ouest à 60 km. Paris. Log. assuré. Recet. 30.000.

N° 350. — A vend. vélo Gladiator, 2 fr., pn. et ch. neufs, porte-bag. et supp.-pied, 400 fr. A vend. ou éch. contre plus pet., avec ristourne, Citroen 9 CV. 4 pl., 1.000 km. Dr Issalène à Maiche (Doubs).

N° 351. — Jeune doct. marié ch. client. pet. ville ou gros bourg Nord ou P.-de-C. de préfér.

N° 352. — St-Angel (Corrèze) P.T.T., pêche, chasse, parc, appart. à louer 6, 8, 10 p. meublées. Dr Goudounèche à Ussel (Corrèze).

N° 353. — Ac éder : gr. canapé et faut. en cuir capit., salon 6 pièc. bois doré, velours Gènes, en bon ét. avec housses. Dr A.P., 7, rue Taylor, Paris (10e). On achèter. balai électr. genre Lux. Dr A.P., 7, rue Taylor, à Paris (10e).

N° 354. — 1 cocker, 1 épagneul breton, mâles, 2 ans, pédigrée. Dr Chavoix, 196, cours Marne. Bordeaux.

N° 355. — Ouest. pet. ville 4.000 hab., 3 h. Paris, exc. poste 60.000 touch. dep. deux ans, en grosse augm., dev. faire 80.000 en 1927 par suite augm tarifs. Loyer 3.500 nets. Prix : 35.000, gr. facil. payem.

N° 356. — Banl. imméd., anc. cab., rapp. envir. 100.000, grande maison conf. Ind. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46

N° 357. — Est. A céd. contre faible indemn., poste pro-pharm. Rapp. 60.000 min. Méd. ch. de fer. Raisons famille. Urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 358. — Paris (5e), contre pet. reprise, appart. méd. 4 p. avec noyau de client. Libre de suite. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 359. — 200 km. Paris, anc. poste seul médec. fixe ch. de fer, rapp. 80.000, gr. mais. confort., indemn. 30.000 dont 20.000 compt. S'ad. Cab Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 360. — A céder, aux Portes de Paris, vieille clientèle, logement minimum assuré. S'adresser : Contentieux du Syndicat des Médecins de la Seine. 28, rue Serpente, Paris, T. P. R.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.**— *Election.* — M. le professeur CLAUDE, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, est élu membre de l'Académie de médecine (Section médecine et spécialités médicales.)

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — Le dimanche 19 juin, à 10 h., à l'Amphithéâtre des cours, 49, rue des Saints-Pères, conférence de M. LORTAT-JACOB, médecin de l'hôpital Saint-Louis, sur *la cryothérapie des dermatoses.*

— **Journées médicales de Bruxelles de 1927.**— *Quatrième journée.* — Un train spécial conduira les congressistes à Tournai le mercredi 28 juin, pour la visite de la ville et la cathédrale, qui est un des joyaux de la Belgique. A 11 h. 30, réception par le Conseil communal. A 14 heures, départ en auto-car pour Belœil et visite du château du Prince de Ligne.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours d'accoucheur.* — M. DESNOYERS est nommé, à la suite du dernier concours, accoucheur des hôpitaux de Paris.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours d'électro-radiologiste.* — Les épreuves pratiques de la séance du 3 juin ont été les suivantes : 1° faire un rapport sur l'état d'une batterie d'accumulateurs ; 2° monter un meuble de Ledoux-Lebard avec une ampoule de Coolidge à radiateur.

— **Æsculape.** — (Grande Revue mensuelle illustrée. Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine. Abonnement : 35 fr. (étranger : 50 fr.). 15, rue Froidevaux, Paris, 14e). — Le numéro spécial de mars qui vient de paraître est consacré à : estomac, foie et intestin dans l'art, l'histoire et la littérature. Il est luxueusement présenté, orné d'une centaine de reproductions magnifiques de vieilles gravures, d'œuvres d'art des temps anciens et modernes, riche d'un texte émanant d'écrivains médicaux appréciés et de maîtres autorisés des Facultés. Voici un aperçu des articles :

La langue miroir de l'estomac (1 ill.). — Les devanciers du bouton de Murphy (9 ill.), par le prof. FORGUE. — Le foie dans les mille et une nuits (4 ill.), par le Dr DELORT. — Réflexions sympathologiques sur deux estampes de Cruikshank (2 ill.), par le prof. agrégé LAIGNEL-LAVASTINE. — Deux planches de Gui de Vigevano (2 ill.), par le Dr B. BORD. — Contribution d'un profane à la pathologie.. verbale du foie (4 ill.), par M. BRACONNIER. — Le mal de mer dans le passé (9 ill.), par les docteurs CURY et BOHEC. — Deux caricatures de Gillray (2 ill.), par le Dr FAROY. — Le chimisme gastrique au XVIe siècle (5 ill.), par le prof. agrégé LOEPER. — Le ver solitaire (1 ill.), par le Dr CAMUSET. — Les ptoses abdominales dans l'art (5 ill.), par le Dr GLÉNARD. — Une méryciste au XVIIe siècle (2 ill.), par P. SAINTYVES. — Sur trois saints guérisseurs des maux de ventre (5

ill.), par J. Avalon. — Au terme du tube digestif : « Le Curieux » (1 ill.). — Supplément : 25 ill.

Ce numéro exceptionnel est vendu 15 francs.

— **Hospices civils d'Orléans.** — *Concours de médecin des hôpitaux.* — Un concours pour la nomination d'un médecin-adjoint aux hospices d'Orléans aura lieu le vendredi 28 octobre 1927.

Pour tous renseignements, inscriptions, s'adresser au Directeur des hospices d'Orléans.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Marguerite Debidour, fille de notre distingué confrère, le Dr Debidour, du Mont-Dore, avec M. Robert Blancherie, ancien élève de l'Ecole polytechnique.

A TRAVERS L'OFFICIEL

4 juin.

Pensions militaires.

Révision du guide barème des invalidités en ce qui concerne l'oto-rhino-laryngologie et la stomatologie.

Arrêté du 1er juin 1927.

Art. 1er. — Il est constitué au ministère des pensions une commission chargée de reviser le guide barème des invalidités en ce qui concerne l'oto-rhino-laryngologie et la stomatologie.

Art. 2. — Cette commission est constituée comme suit :

MM. Ch. Valentino, conseiller d'Etat, directeur du contentieux et des services médicaux au ministère des pensions, représentant le ministre des pensions, président ; le médecin inspecteur Baron, président de la commission consultative médicale ; A. Paloque, chef du service des soins gratuits et de l'appareillage des mutilés au ministère des pensions ; le docteur Louis Baldenwick, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; le docteur Bercher, médecin-major de l'armée, chirurgien des hôpitaux militaires, Val-de-Grâce ; le docteur André Bloch, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris ; le docteur Brochet, médecin principal de la marine ; le docteur Emile Halphen, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris ; le docteur P. Jacquet, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la faculté de Nancy ; le docteur Fernand Lemaître, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris ; le docteur H. Leroux, assistant de laryngologie de l'hôpital Saint-Antoine, Paris ; le docteur G. Molinié, professeur à la faculté de Marseille ; le docteur André Moulonguet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris ; le docteur Georges Portmann, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux ; le docteur J. Ramadier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris ; le docteur Worms, médecin-major de l'armée, professeur à l'école d'applica-

tion du service de santé militaire, Val-de-Grâce ; le colonel Picot, député, ancien sous-secrétaire d'Etat, président de l'association des Gueules-Cassées ; Robert Morche, secrétaire général de l'association des mutilés de guerre de l'oreille.

5 juin.

Sanatoriums publics.

Avis de concours pour un poste de médecin adjoint de sanatorium public.

Un concours sur titres est ouvert pour une place de médecin adjoint au sanatorium public de Ponteils (Gard).

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans et produire : 1° un extrait de leur acte de naissance ; 2° un extrait de leur casier judiciaire ; 3° une copie certifiée conforme d'un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat ; 4° toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Ils devront adresser leurs demandes, accompagnées des pièces et références ci-dessus, au ministère du travail et de l'hygiène, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris. Les demandes seront reçues jusqu'au 30 juin 1927.

Le traitement de début est fixé à 10.000 fr. Le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Application à l'Algérie du Tarif Durafour Fallières.

Arrêté fixant le tarif de remboursement des frais médicaux en matière d'accidents du travail.

Le Gouverneur général de l'Algérie,

Vu la loi du 9 avril 1898, relative aux accidents du travail, notamment son article 4 ;

Vu la loi du 25 septembre 1919, concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail en Algérie, et spécialement le premier alinéa de l'article 3, ainsi conçu :

« Les tarifs de remboursement visés aux paragraphes 2 et 3 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, sont fixés par un arrêté du Gouverneur général après avis des commississions spéciales, dans les mêmes conditions que celles prévues aux paragraphes précités. »

Vu l'arrêté du Gouverneur général, en date du 26 mars 1920, instituant une Commission pour la fixation du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail ;

Vu l'arrêté du Gouverneur général en date du 25 janvier 1921, fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail ;

Vu l'arrêté du Gouverneur général en date du 25 octobre 1923 portant division des départements algériens en régions de plaine et en régions de montagne ;

Vu l'arrêté du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en date du 15 décembre 1926, modifiant pour la Métropole le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail fixé par l'arrêté du 31 décembre 1925 ;

Vu l'arrêté du Gouverneur général, en date du 26 avril 1926, modifiant la composition de la Commission instituée par l'arrêté susvisé du 26 mars 1920 en vue de la fixation du tarif de remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail ;

Vu l'avis émis par ladite Commission dans sa séance du 9 mars 1927 ;

Sur le rapport du Directeur de l'Agriculture, du Commerce et de la Colonisation et les propositions du Secrétaire général du Gouvernement,

ARRÊTÉ :

ARTICLE 1er. — Le tarif de remboursement des frais médicaux en matière d'accidents de travail survenus en Algérie est le même que celui qui a été établi pour la Métropole par l'arrêté ministériel du 31 décembre 1925, modifié par l'arrêté du 16 décembre 1926.

ART. 2. — Le présent arrêté aura rétroactivement son effet à partir du 1er janvirer 1927.

A compter de la même date est rapporté l'arrêté du 26 avril 1926 fixant le tarif de remboursement des frais médicaux en Algérie.

ART. 3. — A dater de ce jour, toute modification nouvelle qui sera apportée au tarif métropolitain des frais médicaux en matière d'accidents du travail sera applicable de plano en Algérie, si, dans un délai de deux mois à compter de la publication dudit tarif au *Journal officiel* de la République française, le Gouverneur général n'a pas pris, à ce sujet, une décision spéciale, après consultation de la Commission instituée par l'arrêté du 26 mars 1926.

ART. 4. — Le Secrétaire général du Gouvernement est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* du Gouvernement général de l'Algérie.

Fait à Alger, le 29 mars 1927.

Le Gouverneur général de l'Algérie,

Signé : VIOLLETTE.

CORRESPONDANCE.

Syndicats.

1918. — Clause pénale statutaire.

Je suis chargé par mon Syndicat de faire un rapport sur la possibilité d'introduire une clause particulière dans nos statuts.

Nous voudrions, en cas de manquement grave d'un des nôtres, pouvoir lui infliger une amende.

Nous pensons que la crainte de cette amende pourrait empêcher un de nos membres de manquer à sa parole.

Il faudrait évidemment que cette amende fût assez élevée.

Nous avons été amenés à cette idée parce qui s'est passé dans notre dernière grève au sujet de l'A. M. Il y a eu chez nous deux dissidents sur trente-deux, c'est peu, mais, dans le reste du département, il n'en a pas été de même. Nous avons obtenu cependans à peu près ce que nous demandions, malgré toutes les manœuvres. Nous ne voudrions pas que pareille aventure, nous arrivât à l'avenir.

Pourriez-vous me dire si l'introduction dans nos statuts d'une amende est légale — même e n cas de grève administrative.Si d'autres syndicats ont adopté cette manière de faire — lesquels — pour que je puisse me documenter auprès d'eux.

Je pense qu'il ne faudrait pas exagérer l'imposition d'une amende et la réserver à des cas sérieux. Ne pas l'appliquer à des querelles entre confrères voisins, ni à des questions de tarifs peu importantes.

Je m'excuse d'avoir recours à vous, mais je sais que vous êtes documenté sur toutes ces questions syndicales et juridiques et je connais votre inépuisable complaisance.

Dr X.

Réponse.

Différentes modalités ont été proposées, po ur que les engagements pris par les syndiqués puissent être sanctionnés par l'application d'une amende, infligée en cas de manquements graves.

Le syndicat médical de Bédarieux, en 1913, celui de Neufchateau, en 1914, ont fait signer, à leurs adhérents, un véritable contrat, par lequel chaque signataire s'interdit tout acte antidéontologique, ou de concurrence illicite et anticonfraternelle.

Ce contrat prévoit un tribunal d'arbitrage, qui pourra prononcer une amende, ou des pénalités morales.

Un autre Syndicat avait émis l'idée de faire signer, au moment de l'admission au syndicat, une reconnaissance de mille francs, qui pourrait être mise en recouvrement, si le syndiqué était considéré comme ayant manqué aux règles syndicales.

Pareil système est à déconseiller, parce que ce billet doit avoir une date certaine, en ce qui concerne son échéance ; de plus, il doit indiquer l'objet (valeur en compte, marchandises reçues, etc.).

Je crois qu'il est préférable, pour un syndicat, de ne pas employer d'autres formes que celles qui sont permises par la législation sur les syndicats.

En effet, la loi du 12 mars 1920, qui étend la capacité pénale des syndicats, les autorise à poursuivre l'action civile pour la réparation d'un préjudice, qui atteint même indirectement l'intérêt collectif de la profession (Cassation criminelle, 8 juin 1923 ; — D. 1923.1.1201 ; 14 mars 1924 ; *Gaz. Pal.*, 1924.1.762 ; 1er mai 1924 ; *Gaz. Pal.*, 1924.2.154 ; Trib. correct. Seine, 27 novembre 1924 ; *Gaz. Pal.*, 1925.1.120 ; Cour de Douai, 17 juin 1926 ; *Gaz. Pal.*, 1926.2.461).

Un arrêt récent de la chambre criminelle de la Cour de Cassation, du 11 mars 1927 (*Gaz. Pal.*, 18 mai 1927) reconnaît une fois de plus à un syndicat le droit de poursuivre devant les tribunaux la réparation d'une concurrence illégale qui porte atteinte aux intérêts que la loi a entendu protéger et que représente le syndicat.

Dans ces conditions, je crois qu'un article des statuts d'un syndicat médical pourrait être ainsi rédigé :

« Pour faire partie du syndicat, il faut :

....

x° Adresser au président l'engagement suivant : je m'engage, à partir du jour où je serai admis comme membre du syndicat des médecins de ..... à m'abstenir de tout acte de concurrence anticonfraternelle, en violation des statuts, ou des décisions adoptées par les diverses assemblées générales, à respecter les règles de déontologie générale, en m'abstenant de tout acte de réclame illicite, ainsi que de tout acte anti-confraternel.

« En outre, je contracte l'obligation de ne signer individuellement aucun contrat, ou engagement avec une collectivité publique ou privée, ou avec une personne quelconque, si ce n'est d'un commun accord, rédigé par écrit, entre les membres du syndicat médical de....

« En cas de litige, je m'engage à soumettre le différend qui existerait entre moi et le syndicat des médecins de..... à un tribunal d'arbitrage composé d'un médecin, désigné par chacune des parties, ces deux arbitres en désignant eux-mêmes un troisième, avec mission de les départager comme amiables compositeurs.

« Je prends dès à présent l'obligation de me soumettre à la décision de ce tribunal d'arbitrage qui, s'il y a lieu, pourra prononcer contre moi soit un blâme, soit une amende de cinquante à mille francs, sans préjudice de dommages intérêts, qui ne pourront dépasser la somme de vingt mille francs. »

Dr Paul BOUDIN.

Voir la suite page LI-1719

PROPOS DU JOUR

Chez les Etudiants : Le banquet du Jeune Médecin à la Sorbonne. L'Exposition rétrospective de l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Sous la présidence du Ministre de l'Instruction publique, M. Herriot, assisté de M. le Recteur Charlety et du professeur Balthazard représentant, comme assesseur, le doyen Roger empêché, a été fêtée en un banquet, dans les Salons de la Sorbonne, la naissance de l'Union corporative des Etudiants en médecine de Paris.

Comme l'a exposé M. André Bonnet, président de la nouvelle Union dans un article du premier numéro du *Jeune Médecin*, son organe officiel, les étudiants en médecine étaient depuis de longues années divisés en trois groupes : les indifférents, trop nombreux, que nous citons pour mémoire, les membres de l'Association corporative et ceux de la Section de médecine de l'Association générale des étudiants. La rivalité de ces deux derniers groupements avait eu sans doute à l'origine sa raison d'être, mais, après la guerre, tous les vrais amis des étudiants en médecine (et nous sommes du nombre) déploraient ce gaspillage de forces et d'action qui, étant données les graves difficultés auxquelles sont en butte les étudiants, ne doit pas persister. Membre honoraire de la Corporative depuis sa fondation ou à peu près, et avec nos camarades du *Concours médical* comptant de nombreux amis dans la section de médecine de l'A., nous crûmes le moment venu, il y a trois ans environ, d'esquisser une tentative de conciliation. Le Conseil de Direction du *Concours médical* réunit en un dîner tout intime des délégués de la Corporative et de la Section de médecine de l'A. et nous nous efforçâmes de leur montrer tout l'intérêt qu'il y aurait pour eux à faire la paix et l'union.

Notre démarche était sans doute prématurée puisqu'elle ne donna aucun résultat. Mais la semence de la concorde était jetée sur un terrain fertile, elle leva. Nos jeunes camarades étudièrent de quelle façon ils pourraient se rapprocher. L'entente cordiale se fit d'elle-même et elle ne tarda pas à être suivie d'une alliance dont la formule heureuse est la création de l'Union corporative qui réunit l'Association corporative et la Section de médecine en vue d'une action commune et amène la fusion des deux Revues mensuelles de ces deux groupements : *L'Action médicale* et la *Section médicale*, en un seul organe officiel : *Le Jeune médecin* qui servira de trait d'Union.

Le *Jeune médecin* n'est pas seulement destiné aux étudiants, il s'adresse encore aux nouveaux docteurs qui, si péniblement à l'heure actuelle cherchent leur voie. « Nous voulons, écrit M. André Bonnet, dans l'article de tête du nouveau journal, les soutenir et les orienter vers les Syndicats médicaux qui se plaignent trop souvent et à juste raison de l'indifférence des jeunes. » C'était là un des buts principaux, une des raisons d'être de l'Association corporative. C'était à cause de ce but que nous avions applaudi à sa création et c'est pourquoi nous avons été heureux de voir son programme s'étendre à la Section de médecine de l'A. Aussi avons-nous, avec grand plaisir, appris au *Concours médical* la naissance de l'*Union Corporative* et c'est aussi avec une légitime fierté que nous avons lu dans le *Jeune médecin* les *Souhaits de bienvenue*, formulés par un des nôtres : Paul Boudin, devenu conseiller médico-juridique de la nouvelle Union. Dans ces conditions nous ne pouvions qu'accepter avec enthousiasme l'aimable invitation au banquet d'inauguration et tous les membres de notre Comité de Direction, disponibles : Boudin, Vimont et Noir, se rendirent mercredi soir, 1er juin à la Sorbonne.

Le cadre était somptueux, les invités de choix, le dîner excellent et les vins capiteux. Toutes les conditions étaient réunies pour que la cordialité la plus parfaite régnât.

Quand vint l'heure des discours, M. Bonnet exposa les raisons qui ont poussé les étudiants à réaliser l'Union et il fut unanimement et longuement applaudi, ainsi que le Dr Crouzat, Directeur du *Jeune médecin* et organisateur de la fête, qui consacre d'autre part toute son activité à l'organisation du sanatorium des étudiants. Puis le Dr Lenglet, au nom de l'Union des Syndicats médicaux, félicita les étudiants de leur désir de concorde et leur montra combien l'avenir était sombre pour le médecin praticien et quelle nécessité pressante il y avait de s'organiser et de

s'unir. Des applaudissement prolongés, suivis d'un ban, montrèrent à Lenglet qu'il avait été compris. Notre ami, Paul Boudin fut alors invité à prendre la parole et il le fit tant au titre de secrétaire général de notre Ligue de défense, le *Sou médical,* que de son rôle de conseiller juridique de l'Union corporative.

Le Dr Paul Boudin compara ses propres débuts, en médecine à l'exercice actuel de la profession. Il montra comment, en 1893, le praticien était libre dans ses rapports avec le client. La loi sur l'assistance médicale gratuite datant de 1893 lia le médecin au département pour le mode des soins à donner aux indigents. Puis la loi de 1898 sur les accidents du travail mit une chaîne de plus à son cou. Actuellement, avec les lois sociales, que le législateur, à tort ou à raison, veut accorder à la masse des travailleurs, le praticien tend à s'enfoncer dans un salariat plus ou moins déguisé.

Aussi faut-il recommander au Parlement de ne toucher qu'avec une extrême prudence et délicatesse aux habitudes prises par le corps médical, dans ses rapports avec des malades : libre choix du médecin, respect du secret professionnel, tarif librement consenti, avec le plus souvent paiement sans intermédiaires.

Le corps médical ne refusera jamais son concours loyal à l'application des lois sociales, à la condition que le législateur sache respecter les droits des malades et des médecins.

Il convient donc d'apprendre aux futurs praticiens le droit et la législation qui concernent notre profession. La Faculté fait des docteurs en médecine. Nos Associations les éduquent pour en faire des praticiens. Aussi, les Syndicats, le Sou médical, Ligue de défense professionnelle, donneront-ils tout leur concours pour aider le jeune confrère à l'heure de son installation, pour lui éviter les faux pas du début dans la carrière.

Paul Boudin termina en se félicitant d'avoir pu être de quelque utilité en collaborant à la confection des statuts de la nouvelle Union des Etudiants et il souhaita longue vie et prospérité au *Jeune médecin.*

Les applaudissements répétés et les bans qui suivirent l'improvisation de Boudin, étaient à peine apaisés, que M. le professeur Balthazard se levait et prononçait une allocution qui fut très appréciée de tous les auditeurs, maîtres, praticiens, étudiants. Il montra la nécessité de se grouper, de se syndiquer dans la profession médicale, reconnut le bel exemple que la sagesse des jeunes donnaient à leurs aînés et but à l'union étroite de tous les membres du Corps médical.

Le Ministre de l'Instruction publique, M. Herriot, clôtura la série. Son discours fut parfait dans la forme et le fond. Familier sans vulgarité, M. Herriot exprima toute sa sympathie aux étudiants d'aujourd'hui qui sont en butte à des difficultés et à une détresse poignante que nous, leurs aînés, n'avons pas connus. Ministre, il se rappella qu'il était encore maire d'une grande ville et qu'à ce titre, il avait pour fonction la célébration des unions, aussi est-ce avec une joie sans mélange qu'il unit en ce jour et sans faire intervenir la loi, la corporative et la section de médecine de l'A. M. Herriot affirma son optimisme : Il ne faut pas, dit-il, se laisser effrayer toujours par des mots, et il rappela ce restaurant où sous l'inscription en rouge flamboyant *Restaurant ouvrier*, on lisait en caractères noirs, plus modestes mais tout aussi véridiques : *Cuisine bourgeoise.* Faisant allusion aux discours des précédents orateurs, M. Herriot fit des vœux pour l'achèvement rapide du sanatorium des étudiants et termina en souhaitant la conservation par les prochaines générations des qualités de science, d'honneur, de dévouement qui sont l'apanage du médecin français.

Plusieurs bans couvrirent les dernières phrases du Ministre qui avait été plusieurs fois interrompus par de chaleureux et unanimes applaudissements tant l'auditoire avait fait sincèrement abstraction de toute opinion et préoccupation politiques.

La gaieté de nos jeunes étudiants ne perdit pas ses droits. Une tombola gastronomique où le hasard se montra parfois très malicieux, fut tirée après le café. M. Herriot gagna une pipe ; le professeur Balthazard un jambon ; nous ne savons plus quel autre de nos maîtres réputés, une botte d'asperges et notre ami, Foveau de Courmelles, emporta un bel album.

Citons au hasard parmi les assistants, outre le Ministre, M. le Recteur Charléty et M. le Pr Balthazard, M. Coville, directeur de l'Enseignement supérieur, MM. les Prs Desgrés, de l'Institut, Jean-Louis Faure, Marcel Labbé, Legueu, Lian, etc., etc., nos confrères Vitoux, de la *Presse médicale* ; Dartigues, de l'U. M. F. I. A. ; Foveau de Courmelles, de la *Presse scientifique* ; Berry, de la *Revue internationale* ; Bouquet, du *Temps et du Monde médical* ; Henne, du Syndicat des médecins de la Seine ; Vimont, Boudin, Noir, du *Concours médical* et du Sou médical.

Nous avons été heureux de retrouver parmi

les étudiants et les jeunes médecins, MM. Crouzat Bonnet, Jodin. Bloch, Brizard, Janneau, Leblanc. Pouzerques, Conty, et autres que nous félicitons vivement et que nous remercions cordialement des bonnes heures qu'ils nous firent passer.

Au nom du *Concours médical* nos meilleurs souhaits pour le développement de leur œuvre, à l'Union corporative et au *Jeune médecin* auxquels nous restons tous ici absolument dévoués.

J. Noir.

Alfort dans le passé.

A la suite des Journées vétérinaires dont le succès a été aussi grand que celui des diverses Journées médicales qui ont eu lieu ces dernières années, l'Ecole d'Alfort a organisé une Exposition rétrospective « Alfort dans le Passé ».

Répondant à la gracieuse invitation de M. le Pr Nicolas. le distingué directeur de l'Ecole, et regrettant de n'avoir pu assister aux Journées vétérinaires, nous nous sommes rendus à Alfort et avons eu la bonne fortune d'être guidé dans notre visite par M. Barthélemy, bibliothécaire de l'Ecole, qui est à la fois un érudit, un artiste, un organisateur et un homme du monde.

L'Exposition rétrospective est installée dans la belle bibliothèque de l'Ecole et nous avons eu le plaisir d'y trouver une foule de documents curieux, de vénérables reliques et quelques superbes objets d'art qui ne dépareraient pas nos meilleurs musées nationaux.

L'Ecole d'Alfort fut fondée par Claude Bourgelat (1712-1779) un Lyonnais de génie, qui, d'abord avocat au Parlement de Grenoble, puis mousquetaire et écuyer, créa en 1761 la première école vétérinaire à Lyon et voulut quatre ans plus tard en ouvrir une seconde à Paris. Bourgelat, élève de Lafosse, vétérinaire des écuries du roi, s'était surtout instruit dans les ouvrages de Jacques de Salleysel, écuyer et hippiâtre (1617-1660), dont nous avons pu voir à l'exposition rétrospective le traité qu'il écrivit. Bourgelat acheta à M. de Lhérault, écuyer, baron de Bormes, le Château d'Alfort qu'il transforma en 1766 en Ecole vétérinaire (gravure et autographe de M. de Lhérault et vues du Château d'Alfort exposées). Comme nous l'indique des plans et des documents iconographiques nombreux, Alfort fut jadis une dépendance de la fameuse Abbaye de Saint-Maur, située en face de Charenton qui devint au XVIe siècle un foyer de la Réforme comme en font foi plusieurs gravures exposées, portraits de pasteurs de Charenton.

Alfort devint donc la Maison et l'Ecole de Bourgelat. Protégé par Bertin, le contrôleur général, dont plusieurs lettres autographes sont exposées, Bourgelat acquit une grande influence et une renommée cnosidérable. Elu membre de l'Académie des sciences, collaborateur de l'Encyclopédie, il était en correspondance avec Buffon, avec Diderot, avec Voltaire qui lui écrivait en 1771 la lettre CCCXI que nous avons pu lire à l'Exposition dans une des premières éditions de Voltaire, et où nous avons relevé ce passage :

« Plus vous savez et moins vous assurez ; vous ne ressemblez pas à ces physiciens qui se mettent toujours sans façon à la place de Dieu, et qui créent un monde avec la parole. Vous avez ouvert une nouvelle carrière par la voie de l'expérience, vous avez rendu de vrais services à la société ; voilà de la bonne physique. »

Nous avons pu voir plusieurs volumes des œuvres de Bourgelat, annotés en marge de sa propre main.

Bourgelat est donc une sorte de divinité à Alfort, on ne s'étonnera donc pas de trouver à l'Exposition rétrospective maints autographes de lui, une miniature, plusieurs bustes, et la maquette de sa statue par Crang. Mais ce qu'il y a de plus précieux à l'Exposition rétrospective comme souvenirs de Bourgelat, c'est le superbe bureau à cylindre Louis XVI et deux fauteuils qui lui ont appartenu. Une des richesses de la bibliothèque d'Alfort est le monument en marbre formé par une stèle supportant le buste de Bourgelat, chef-d'œuvre de Boizot, que Louis XVI, donna à l'Ecole en 1779 après la mort de son fondateur.

Comme souvenirs d'Alfort sous l'ancien régime nous trouvons un trépan Louis XV gravé, un curieux dessin de Parrocel, représentant la dissection d'un cheval (Leçon d'anatomie), des autographes, des portraits, des souvenirs de Chabert, sa nomination comme garçon chirurgien vétérinaire de l'Armée, par Berthier de Sauvigny, qui fut intendant de Paris et devait mourir tragiquement le jour de la prise de la Bastille, peu après Foulon, son beau-père. Chabert fut directeur de l'Ecole et Inspecteur général. Nous trouvons des portraits et des autographes de Daubenton, de Vicq d'Azyr, de Cadet de

◆◆

Gassicourt, apothicaire célèbre, qui furent professeurs à Alfort, un brevet de privilégié du roi, des portraits peints et des miniatures de la famille Fragonard, car le frère du grand peintre fut professeur à Alfort, des souvenirs de la visite à Alfort de l'empereur Joseph II, frère de Marie-Antoinette, qui peu après devait fonder sur le même modèle l'Ecole vétérinaire impériale de Vienne.

Nous trouvons nombre de portraits de directeurs ou de professeurs célèbres soit peints, soit gravés de Desplas (1758-1833), de Yrard (1762-1831), de Girard (1770-1852), de Barthélemy aîné (1785-1851) grand-oncle du bibliothécaire actuel, qui fut membre et président de l'Académie de médecine et dont l'épée est exposée, des Directeurs Delafond (1805-1861), Magne (1804-1885), de Rodet, professeur d'hygiène en 1842, de Renault, inspecteur général, dont le fils fut Préfet de la Seine et un beau buste de Trasbot (1838-1904), le physiologiste bien connu qui dirigea l'Ecole.

Signalons une terre cuite représentant Godine aîné (1768-1833), des autographes de Huzard, membre de l'Institut, de Fourcroy, de Latreille, des Broussonnet, d'Olivier, de Desmarets, avec portraits.

Nous arrivons à l'époque contemporaine représentée par les portraits de Bouley, de Colin, de Chauveau, de Nocard, de Goubeaux dont les noms sont tous célèbres. Notons encore la maquette de la statue de Bouley par H. Allouard.

Parmi les précieuses reliques, recueillies religieusement, nous trouvons deux registres de visites où sont inscrites d'une belle écriture des observations et des formules et tenus chaque jour lors de la fondation de l'Ecole, un registre de notes sur les élèves envoyés au XVIII[e] siècle aux frais de leurs provinces, de leurs villes natales, ou de grands seigneurs qui voulaient les attacher à leur service. A côté du nom de l'un d'entre eux, la note ironique : « A mal tourné, a abandonné l'Ecole pour devenir chirurgien » (pour les hommes).

Un cours recueilli par Pigeon qui fut tué avec une douzaine de ses camarades en 1814 en défendant le Pont de Charenton contre les Alliés et qui est inhumé dans les jardins de l'Ecole. Sous une vitrine un chapeau avec cocarde et une épée de l'ancien uniforme des élèves, des boutons d'uniformes, de superbes trousses anciennes en maroquin rouge garnies de leurs instruments, le moulage des médaillages qui étaient données comme prix ; à côté, la tenue de membre de l'Institut de Bouley, qui fut l'ami de Pasteur, qui le défendit avec énergie contre les attaques de Colin et qui, peu avant sa mort, se fit porter à l'Académie de médecine dont il était président, pour assister au triomphe du grand savant. Enfin à la place d'honneur se trouvent le masque mortuaire de Nocard et un petit carnet pieusement recueilli, où ce dernier a noté les observations faites en pratiquant des autopsies, quelques heures après la mort, quand Pasteur le fit envoyer en mission en Egypte pour y étudier la peste.

Il y a bien d'autres richesses à la bibliothèque d'Alfort, des traités d'anatomie, de chirurgie, d'hippiâtrie, de vénerie, certains remontant au XVI[e] siècle, un album de Carl Vernet, des aquarelles et des peintures de Jacob qui fut dessinateur de l'Ecole. Il y a encore un Musée anatomique très curieux, où les pièces et les moulages sont admirablement mis en valeur par M. Barthélemy qui, à ses fonctions de bibliothécaire joint celles de conservateur du Musée. Un médecin, pour peu qu'il s'intéresse à l'histoire des sciences et qu'il ait le sentiment du beau, peut passer des heures agréables à la bibliothèque d'Alfort surtout s'il est conduit par M. Barthélemy qui a un mot intéressant à dire sur chaque chose ou une anecdote curieuse à conter.

Lecteurs, quand vous aurez quelque loisir, allez visiter Alfort, vous y serez très cordialement accueillis et vous ne regretterez pas ce petit voyage qui, en bateau, par un beau temps, est tout à fait agréable.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CARDIOLOGIE

Pouls alternant (*)

Dr C. LIAN, agrégé,
Médecin de l'Hôpital Tenon

Le pouls est dit alternant lorsque les pulsations artérielles se succèdent dans l'ordre suivant : une forte, une faible , une forte, une faible, etc., et que les contractions cardiaques qui les commandent sont nettement équidistantes.

ETUDE CLINIQUE.

I. *Forme bien caractérisée.* — Dans les cas les plus faciles à reconnaître en clinique, la palpation du pouls montre avec netteté la succession constante et alternative d'une pulsation forte, d'une pulsation faible. Cette constatation, faite habituellement à la radiale, peut se faire également aux autres artères et d'une façon plus générale, l'alternance est d'autant plus facile à apprécier que les artères sont plus grosses.

La simple palpation faite avec attention peut, à la rigueur, être suffisante pour faire constater, en outre, que chaque faible pulsation artérielle est un peu plus rapprochée de la pulsation forte suivante que de la pulsation forte précédente. Mais, pratiquement, cette nuance échappe au doigt, et les pulsations radiales paraissent régulières.

Enfin, la palpation du choc de la pointe du cœur, l'auscultation du cœur, font constater que les systoles ventriculaires sont franchement régulières.

Tels sont les deux traits fondamentaux du pouls alternant : pulsations artérielles alternativement inégales, pulsations cardiaques régulières.

L'auscultation du cœur ne fait pas constater de différence dans les caractères des bruits d'une révolution cardiaque à l'autre. Des différences légères n'ont été notées que dans de très rares observations. Pour ma part, je n'ai fait qu'une seule constatation de ce genre. Il s'agissait d'un sujet présentant un souffle systolique aortico-mitral, de l'hypertension artérielle et un pouls alternant : le souffle systolique variait considérablement d'intensité d'une pulsation à l'autre.

II. *Formes frustes.* — Dans ces formes frustes, de beaucoup les plus fréquemment observées, la palpation du pouls, pratiquée sans précautions spéciales, laisse le clinicien hésitant ou ne lui fait rien constater d'anormal. *Diverses manœuvres sont à mettre en œuvre pour découvrir l'alternance du pouls.*

La plus simple consiste à chercher l'existence du pouls alternant, tandis qu'on mesure la pression artérielle. En effet, il y a un écart d'un demi à un centimètre, rarement 2 centimètres de Hg dans la pression maxima des fortes et des faibles pulsations. Ainsi, tandis qu'on décomprime progressivement la manchette et qu'on palpe ou ausculte l'artère au-dessous de la manchette on note, pour un chiffre donné, 24 centimètres de Hg par exemple, qu'on perçoit seulement des pulsations à un rythme de 50 par minute, tandis qu'à 23, on en perçoit 100, et qu'elles sont alternativement inégales : une forte, une faible, etc. Ou encore, sans avoir saisi ce court moment où une seule pulsation artérielle sur deux est perceptible, on se rend compte facilement, tandis qu'on examine le pouls artériel au-dessous de la manchette, qu'il a le caractère alternant. Par la méthode auscultatoire, on entend les bruits artériels alternativement inégaux, ou encore on entend alternativement un bruit soufflant et un simple bruit. On assiste à un phénomène de même ordre si l'on se sert de l'oscillomètre Pachon : on voit que les battements de l'aiguille oscillométrique sont alternativement inégaux. Comme je l'ai montré, toutes ces explorations artérielles ne donnent des résultats sûrement positifs que pour une pression voisine de la pression maxima. Au contraire, pour une pression voisine de la minima, les différences entre les pulsations s'atténuent ou disparaissent.

On peut, à la rigueur, se passer d'une manchette, et comprimer l'artère humérale avec plusieurs doigts au-dessus du pli du coude (Gallavardin et Gravier). On exerce une compression

(*) Extrait du § IV, Fasc. I, du traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, publié avec l'autorisation du Dr Lian.

prudente et progressive avec une main, tandis qu'avec l'autre on palpe l'artère radiale du même côté. On peut saisir ainsi, sans aucun instrument, le caractère alternant du pouls.

On peut recourir à l'épreuve du rythme, que Gravier décrit ainsi : « Elle consiste à donner la cadence de l'alternance à un aide qui étudie le pouls radial au niveau de l'autre membre. L'aide continue à rythmer mentalement la cadence (forte, faible, forte, faible), tandis que l'observateur s'arrête d'examiner le pouls quelques minutes. Il (l'observateur) reprend ensuite le pouls et donne de nouveau la cadence. S'il ne s'agit pas de suggestion, et à moins qu'un accident extrasystolique ne soit survenu, mais que l'aide aura perçu, la nouvelle cadence doit être identique à la première. L'épreuve peut, d'ailleurs se répéter dix, quinze fois. »

Il est bon aussi d'examiner le sujet après un effort, car l'alternance peut ainsi devenir plus nette en raison de l'accélération cardiaque, et parfois des extrasystoles ainsi provoquées.

III. *L'alternance post-extrasystolique.* — Enfin il faut connaître les faits où l'alternance du pouls se fait sentir non pas surtout, mais exclusivement dans les trois ou quatre, parfois six à dix couples, qui suivent l'extrasystole.

On sait qu'après une extrasystole, la première pulsation est ample, et qu'ensuite les pulsations reprennent leur amplitude normale. Il n'en est plus ainsi dans l'alternance post-extrasystolique.

Ces faits sont importants et montrent tout l'intérêt de l'inscription du pouls chez les malades présentant des extrasystoles, car l'alternance post-extrasystolique noircit singulièrement le pronostic.

IV. *Formes transitoires.* — L'alternance est loin d'être toujours continue, et personne, actuellement, n'admet plus l'opinion ancienne, dans laquelle le diagnostic de pouls alternant devait être réservé aux cas où l'inégalité alternative du pouls était permanente. Il y a d'assez nombreux cas, en effet, dans lesquels on assiste non seulement à des variations, mais aussi à des disparitions plus ou moins durables de l'alternance. D'une façon générale, on a remarqué que l'accélération cardiaque favorise l'alternance, et que l'alternance devient moins nette ou peut disparaître si la fréquence des contractions devient normale (1).

Surtout il y a lieu d'insister sur l'accentuation de l'alternance après une extrasystole ; elle se fait sentir en général sur trois ou quatre couples de pulsations après l'extrasystole.

DIAGNOSTIC. — *Le diagnostic est relativement facile par le seul examen clinique.* Le principal écueil me paraît être non pas de mal interpréter une inégalité remarquée dans les pulsations artérielles, mais de laisser passer inaperçu le pouls alternant. En effet, comme je l'ai remarqué, les formes bien caractérisées sont rares, tandis que les formes frustes sont d'observation très courante, mais il faut penser à les rechercher. Aussi beaucoup de médecins n'ont-ils pas perçu de pouls alternant, et cependant c'est un symptôme fréquent. Ainsi, en cinq mois, j'ai trouvé à la Consultation de médecine de l'hôpital Tenon, sur une soixantaine d'hypertendus, dix cas de pouls alternant ; mais deux seulement ont pu être diagnostiqués par la simple palpation radiale sans précautions spéciales, les huit autres n'ont été révélés que par la palpation ou l'auscultation artérielle en aval de la manchette d'un sphygmomanomètre.

Néanmoins, il y a quelques causes d'erreur. Un pouls alternant, dont les faibles pulsations ne seraient pas perceptibles au doigt, pourrait réaliser une pseudo-bradycardie. Mais il suffirait d'ausculter la région précordiale pour percevoir toutes les contractions ventriculaires et éviter l'erreur. Je n'ai jamais observé pareille éventualité, qui doit être bien exceptionnelle.

Il y a aussi des cas où la fréquence des mouvements respiratoires, étant exactement la moitié de celle des contractions cardiaques, peut entraîner une pseudo-alternance d'origine respiratoire, chaque inspiration entraînant, par exemple, une diminution d'amplitude du pouls radial.

La véritable cause d'erreur est représentée par le pouls bigéminé. A vrai dire, dans l'aspect le plus typique du pouls bigéminé, l'erreur est impossible, car les pulsations cardiaques et radiales forment des couples de deux pulsations rapprochées, et tous ces couples sont séparés les uns des autres par une longue diastole, véritable pause. L'aspect est donc tout différent de celui du pouls alternant, où les pulsations radiales sont sensiblement équidistantes, et où les pulsations cardiaques sont franchement régulières. Mais, dans le pouls bigéminé, l'extrasystole qui suit chaque pulsation normale peut se produire très peu en avance ; aussi le pouls radial peut-il être régulier pour le doigt et même pour un tracé. La ressemblance est grande alors avec le pouls alternant, et la clef du diagnostic est dans la régularité ou l'irrégularité des contractions cardiaques, qu'on appréciera par l'auscultation et, au besoin, par une inscription graphique : régularité du cœur dans le pouls alternant, apparition prématurée des contractions cardiaques

(1) J'ai ainsi observé un malade hypertendu qui présentait de l'insuffisance ventriculaire gauche avec extrasystoles et pouls alternant bien net, vérifié par la méthode graphique. J'assistai à l'installation d'une dissociation auriculo-ventriculaire complète chez ce malade, il y a dix-huit mois. Depuis lors, il n'a plus jamais présenté de pouls alternant.

(extrasystoles) correspondant aux petites pulsations radiales dans le pouls bigéminé.

Parfois, la méthode graphique et l'électrocardiographie sont indispensables pour élucider certains cas délicats. Mais je veux insister, en terminant ces quelques mots de diagnostic, sur la facilité et la fréquence avec laquelle on reconnaît le pouls alternant par un examen clinique attentif.

Mécanisme et valeur séméiologique du pouls alternant. — Le mécanisme intime du pouls alternant soulève des discussions. Mais, des opinions diverses découle une notion qui est universellement admise, et qui donne à cette anomalie une grande valeur séméiologique. C'est la notion que *le pouls alternant implique un trouble profond et par suite grave du fonctionnement du myocarde.*

La théorie qui semble la plus satisfaisante actuellement découle de recherches expérimentales de Gaskell et de Hering. L'alternance apparaît comme un trouble de la phase réfractaire. On sait que chaque contraction du muscle cardiaque entraîne normalement une courte période réfractaire pendant laquelle la fibre myocardique est inexcitable. Dans l'alternance, il y aurait un assez grand nombre de fibres myocardiques ventriculaires dont la phase réfractaire serait très allongée, à tel point que, pour une incitation motrice auriculaire sur deux, ces fibres se trouvent encore inexcitables. Ainsi, lors de la pulsation forte, la totalité ou la quasi-totalité des fibres myocardiques ventriculaires ont répondu à l'incitation motrice auriculaire, et sont entrées en systole. Mais, pour la pulsation suivante, bon nombre des fibres sont encore dans leur période réfractaire ; aussi l'incitation motrice auriculaire n'aboutit-elle à la contraction que d'un petit nombre de fibres myocardiques ventriculaires, d'où une faible pulsation. Enfin, pour l'autre pulsation auriculaire suivante, ce grand nombre de fibres ne s'étant pas contractées aura terminé sa période réfractaire, et il se produira une forte pulsation ventriculaire, etc. Telle est, *grosso modo*, la théorie de l'asystolie partielle alternante. Elle explique aussi la discordance qu'on peut observer entre la hauteur des pulsations de la pointe du cœur et celle des pulsations artérielles. Les fibres myocardiques de la base des ventricules joueraient le plus grand rôle dans le lancement de l'ondée sanguine dans l'aorte. Or, si l'asystolie partielle porte surtout sur la base du cœur, la pointe pourra avoir des pulsations normales ou fortes correspondant à de faibles pulsations radiales.

On s'accorde en général à considérer le pouls alternant comme l'indice d'un trouble de la contractilité myocardique. Toutefois, Gallavardin et Gravier font la réserve suivante : « Tout en admettant, selon la doctrine classique, que la phase réfractaire est bien une propriété myocardique, il semble que l'on ne peut avec certitude confondre le trouble de la phase réfractaire et le trouble de la contractilité. »

Quoiqu'il en soit de toutes ces questions complexes, il n'en résulte pas moins que le pouls alternant implique une diminution notable de la valeur fonctionnelle myocardique. En effet, il y a fatalement, lors de la pulsation faible, ou bien une contraction globale, mais faible, de la masse ventriculaire, ou bien une contraction d'une partie seulement des fibres myocardiques ventriculaires. Dans les deux éventualités, le rendement de la pompe cardiaque est fortement diminué. Par conséquent, le pouls alternant est l'indice d'un degré marqué d'insuffisance cardiaque. Il est possible que l'alternance existe simultanément dans certains cas à l'artère pulmonaire et à l'aorte, comme le fait a été vu expérimentalement. Mais, en clinique, le pouls artériel ne peut être étudié que dans le système aortique. Aussi ai-je considéré le pouls alternant comme l'un des éléments caractéristiques du syndrome de surcharge ventriculaire gauche, et les circonstances habituelles de son apparition, ainsi que sa gravité pronostique, m'ont amené à le regarder comme l'indice d'une *grande surcharge ventriculaire gauche.*

Telle est, à mon avis, la signification clinique du pouls alternant, si l'on considère, comme je l'ai exposé plus haut, l'insuffisance cardiaque comme traduisant l'insuffisance du rendement fonctionnel de la pompe cardiaque.

Après ces considérations, il est facile d'envisager avec fruit l'étiologie, le pronostic et le traitement.

Etiologie. — Puisque le pouls alternant est un signe de grande surcharge ventriculaire gauche, c'est donc dans les affections commandant ce syndrome qu'il se rencontre.

Son terrain d'élection est constitué par les néphrites chroniques accompagnées d'hypertension artérielle, surtout quand l'hypertension minima est très élevée, atteignant ou dépassant 14, 15 centimètres de Hg. Si, chez ces malades, on cherche à dépister les formes frustes du pouls alternant par la palpation du pouls au-dessous d'une manchette compressive, on est étonné de leur fréquence.

On le trouvera aussi dans certaines insuffisances aortiques, type Hodgson, dans les hypertensions artérielles sans signes certains de néphrite ; chez les malades qu'on appelle volontiers des scléreux, et chez lesquels on trouve de l'aortite chronique, ou de l'artério-sclérose, ou une cardio-sclérose valvulaire, ou des signes d'insuffisance cardiaque faisant penser à l'existence d'une cardio-sclérose myocardique.

En dehors des groupes précités, le pouls alternant est assez rare. Cependant, il a été observé

dans certaines myocardites chroniques d'origine infectieuse (syphilis) ou toxique (alcoolisme), et dans l'insuffisance myocardique d'allure primitive et d'origine indéterminée ; dans certaines myocardites aiguës (diphtérie, rhumatisme, grippe, fièvre typhoïde, etc.) ; dans certaines cardio-valvulites chroniques rhumatismales (insuffisance aortique, type Corrigan, et, plus rarement, lésions mitrales) ; dans certains états cachectiques.

Il y a lieu de souligner, par contre, la fréquence du pouls alternant dans les accès de tachycardie paroxystique : tachy-hétérosystolie et flutter.

Les malades ayant du pouls alternant ont, en général, des signes assez intenses d'insuffisance ventriculaire gauche : dyspnée d'effort, crises dyspnéiques nocturnes, palpitations, accélération cardiaque, hyposystolie, moins souvent asystolie. Enfin, dans des observations tout à fait exceptionnelles qui restent des curiosités, les troubles fonctionnels cardiaques étaient presque nuls.

Je rappellerai que Mackenzie a pu considérer comme à peu près forcée la coexistence de l'angor pectoris et du pouls alternant, et que D. Windle a écrit que tout sujet atteint de pouls alternant a ou aura de l'angor. Certes, il n'y a pas lieu d'être surpris de cette coïncidence, puisque l'angor pectoris est souvent aussi un signe d'insuffisance ventriculaire gauche. Mais, comme Gallavardin et Gravier, mes observations m'autorisent à considérer cette coïncidence comme faisant assez souvent défaut.

Pronostic. — Tous les auteurs sont d'accord pour considérer que *le pouls alternant comporte un pronostic sévère*. Toutefois, les premiers travaux sur cette question avaient trop assombri le pronostic, en regardant le pouls alternant comme un signe de mort prochaine. Mes cas personnels m'autorisent à admettre avec Gallavardin et Gravier qu'on peut observer une survie de plusieurs années. Mais il y a bien des observations où la mort a suivi de quelques mois la constatation d'un pouls alternant.

Par contre, l'absence de pouls alternant n'implique nullement un pronostic rassurant. En effet, même dans les circonstances étiologiques les plus favorables à l'apparition du pouls alternant, celui-ci peut manquer alors que les accidents cardiaques aboutissent rapidement à la terminaison fatale.

Le seul point encore discuté est de savoir s'il n'y a pas lieu de faire des distinctions dans le pronostic, selon que le pouls alternant est continu ou passager, très marqué ou fruste. Comme M. Vaquez, j'avais pensé, en tablant sur les recherches expérimentales de Hering, qu'il pouvait y avoir toute une gamme dans le pronostic du pouls alternant. MM. Gallavardin et Gravier considèrent, au contraire, que « ni l'intensité, ni la durée, ni la façon de réagir à la thérapeutique de l'alternance ne peuvent, en somme, servir de base pour une appréciation exacte du pronostic ».

En réalité, cette contradiction s'atténue si l'on rappelle l'opinion universellement admise que le pouls alternant, quels que soient ses caractères, comporte un pronostic sévère. Ceci dit, il faut envisager que, chez un malade ayant un pouls alternant, ce symptôme est bien loin de régler seul le pronostic : il suffit de se reporter aux circonstances étiologiques pour voir qu'elles comportent toutes à elles seules des facteurs de grande gravité. On comprend dès lors la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de tirer des conclusions fermes pour le pronostic des variétés de pouls alternant. Cependant, il me paraît séduisant de concevoir qu'un pouls alternant transitoire ou fruste est, toutes choses égales d'ailleurs, le témoin d'une perturbation myocardique moins grave qu'un pouls alternant continu ou extrêmement accusé. D'ailleurs, une statistique récente de White est en faveur de cette conclusion. Parmi 100 malades ayant du pouls alternant, 73 sont morts dans les trois ans qui ont suivi l'apparition de ce symptôme. Tous les survivants sont des sujets dont le pouls alternant n'était pas constant. Tous ceux dont le pouls alternant était permanent ont succombé dans le cours des trois ans.

Il semble, d'autre part, que le pouls alternant n'aggrave pas sensiblement le pronostic des accès de tachycardie paroxystique.

Traitement. — L'indication thérapeutique formelle qu'entraîne le pouls alternant, c'est l'emploi de cardio-dynamiques sur lesquels on puisse compter, puisque le pouls alternant implique l'insuffisance ventriculaire gauche.

Mackenzie a pu considérer la digitale comme contre-indiquée dans le pouls alternant. En effet, l'intoxication digitalique expérimentale peut entraîner du pouls alternant, et dans quelques rares observations cliniques, on a pu voir apparaître du pouls alternant après l'emploi de la digitale, surtout à très fortes doses. Mais la pratique a montré que ces craintes, surtout théoriques, n'étaient pas fondées. Comme Danielopolu, Gallavardin, j'ai soigné et amélioré par la digitale des cardio-rénaux présentant du pouls alternant. Ces faits constituent la meilleure réponse aux craintes provoquées par des recherches expérimentales.

Je n'ai pas besoin non plus d'insister à nouveau pour défendre la digitale contre le reproche de ne pas agir dans l'insuffisance ventriculaire gauche. Trop de faits m'ont amené à con-

sidérer que la digitale donne d'excellents résultats dans l'insuffisance ventriculaire gauche. D'ailleurs, les observations de Danielopolu, Gallavardin et les miennes sont tout à fait concordantes à ce point de vue.

Par conséquent, chez le porteur d'un pouls alternant, quel que soit le chiffre de sa pression artérielle, on prescrira la digitale qui, par la voie buccale, m'a donné des résultats plus constants que l'ouabaïne. Je conseille une administration prolongée à doses décroissantes, jusqu'à saturation si c'est nécessaire. Puis, lorsque les signes fonctionnels et physiques d'insuffisance cardiaque se seront améliorés, on fera des cures digitaliques répétées et d'importance décroissante, pour arriver enfin à un traitement d'entretien. Ce n'est qu'en cas d'échec de la digitale par la voie buccale qu'on aura recours aux injections intraveineuses soit de préparations digitaliques (doses égales ou équivalentes à un quart de milligramme de digitaline cristallisée), soit de préparations strophantiques (ouabaïne cristallisée d'Arnaud, un quart de milligramme). L'emploi d'injections intra-veineuses n'est indiqué que temporairement, pour parer à des accidents menaçants, l'ingestion de préparations digitaliques restant le traitement de fond.

Bien entendu, la prescription d'un médicament cardio-dynamique ne constitue pas tout le traitement. *Il faudra recourir simultanément à l'emploi de purgatifs, saignées, diurétiques* (*comme théobromine, scille*), *et régimes alimentaires appropriés. Le traitement s'adressera ainsi à la fois à l'insuffisance cardiaque et à sa cause, qui est le plus souvent une néphrite chronique avec hypertension artérielle et avec troubles de l'élimination azotée.* Je mentionnerai à ce propos qu'il n'y a pas à compter sur les médicaments dits hypotenseurs. Mais, par contre, on verra souvent baisser la pression artérielle sous l'influence combinée du régime alimentaire, des purgatifs, des diurétiques et de la digitale : on ne saurait trop insister sur ce point dans le but de détruire l'épouvantail que constituaient les néphrites et l'hypertension artérielle pour l'emploi de la digitale.

CLINIQUE MÉDICALE

Traitement de l'asthme,

D'après une leçon du professeur Bezançon (1).

L'asthme, n'est pas, en général, le résultat d'une seule cause, c'est un véritable complexe où il est souvent difficile d'apprécier l'importance des diverses causes.

Autrefois, et même il y a quelques années encore, on peut dire que la thérapeutique de la crise d'asthme était basée sur l'emploi de la belladone, de l'iodure de potassium et de la morphine. Aujourd'hui, on peut dire que la thérapeutique de l'accès d'asthme repose, pour la plus grande part, sur l'emploi de l'adrénaline. L'adrénaline est à l'accès d'asthme ce que la digitale est au cœur. M. Kaplan a été le premier à montrer l'intérêt de l'emploi de l'adrénaline dans l'asthme. Il s'est rendu compte que l'injection d'adrénaline apportait un soulagement immédiat à ces malades. En France, on doit à M. Léopold-Lévi, et plus tard à MM. Lian et Bensaude l'introduction de cette thérapeutique.

Comment l'employer ? Il n'y a qu'une seule méthode pratique, c'est l'injection sous-cutanée ou l'injection intra-musculaire ; l'injection intraveineuse d'adrénaline offre un danger considérable. Dans quelques cas, peut-être pourrait-on introduire l'adrénaline par la voie rectale, en lavement ou suppositoire, mais en réalité, sauf chez les enfants où, d'après M. Marfan, on peut s'en servir par voie buccale, on peut dire que chez l'adulte, il n'y a qu'une seule méthode, l'injection sous-cutanée ou l'injection intra-musculaire.

Employez le chlorhydrate d'adrénaline, en solution au millième ou à un pour deux mille, cette solution faible étant préférable parce que déterminant moins de constriction périphérique. La dose à employer est le demi-milligramme, mais il est bon de tâter la sensibilité du malade ; certains individus présentent à la suite de l'injection de chlorhydrate d'adrénaline des symptômes, jamais dangereux, mais assez pénibles pour qu'il soit bon de chercher à les atténuer. Ce sont : l'angoisse précordiale, l'anxiété, la tachycardie, les palpitations, quelques vertiges et même, chez certains malades, du tremblement. Dans quelques cas, n'employez que le quart de milligramme. Au contraire, dans certaines grandes crises, il y a intérêt à employer le milligramme entier. Cette adrénaline doit être bien pure, non oxydée, conservée dans un verre spécial, à l'abri de la lumière.

Injectez l'adrénaline dès le début de la crise, sans vous attarder aux petits moyens qui peuvent servir à atténuer une petite crise, mais qui

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, le 21 janvier 1927, recueillie par le Dr Laporte.

sont absolument insuffisants. Il y a intérêt à supprimer immédiatement les accidents , à ne pas laisser le malade entrer en pleine crise, car celle-ci détermine toujours une distension pulmonaire, un certain état emphysémateux aigu du poumon et, par conséquent, un retentissement sur le cœur, une gêne de la circulation pulmonaire. Il y a intérêt aussi à juguler la crise parce que l'asthmatique est toujours un nerveux, un anxieux.

Cette adrénaline ainsi introduite aura, dans le plus grand nombre des cas, un effet véritablement merveilleux. Il faut avoir assisté à une crise, vu la gravité, l'intensité de l'angoisse du malade, et l'avoir vu, après l'injection de ce demi milligramme d'adrénaline, en quelques instants, revenir à l'apparence normale, pour se rendre compte de l'intérêt considérable de cette substance. A l'auscultation, on constate souvent que quelques minutes après l'injection, les râles sibilants et piaulants ont disparu. Chez ces malades, l'adrénaline a donc une action presque immédiate. Je connais un grand asthmatique, qui était obligé, avant de rentrer chez lui, de se faire une piqûre d'adrénaline, pour monter les cinq étages conduisant à son appartement. Quelques minutes après l'injection, il pouvait monter.

L'adrénaline est donc un calmant remarquable de l'accès d'asthme, mais ce calmant a une action relativement courte, momentanée ; elle s'élimine extrêmement vite. Elle agit généralement pendant une heure, une heure et demie ou deux heures. Très souvent au bout de ce temps, l'effet est épuisé. Si le malade est en état de grande crise d'asthme , il faut faire une nouvelle injection. Il ne faut pas hésiter à renouveler ces injections de deux heures en deux heures, ou de trois heures en trois heures, jusqu'à ce que l'individu ne soit plus en état de crise. Certains peuvent recevoir dans les vingt-quatre heures jusqu'à 5, 6 et même 7 injections d'adrénaline, et il n'y a pas de danger à agir ainsi ; il y a beaucoup plus de danger à laisser l'individu en état de crise, d'anxiété et de distension pulmonaire.

Je vous ai signalé les petits inconvénients de l'adrénaline, mais les grands asthmatiques n'hésitent pas et aiment mieux supporter ces petits inconvénients que de renoncer à l'adrénaline.

En France, on emploie souvent l'adrénaline associée à l'extrait hypophysaire, sous le nom d'évatmine. L'extrait hypophysaire aurait une action modificatrice sur la circulation pulmonaire. Le sérum de Heckel est un extrait de surrénale, une surrénine désalbuminée, qui est diluée dans 5 cc. de sérum. Certains malades préfèrent cette spécialité.

Enfin, dans certains cas, on a pensé qu'il y avait intérêt à associer un composé opiacé à l'adrénaline. Il est réel que chez certains malades l'association, en particulier de papavérine, soulage le patient. Mais un des grands progrès apportés par l'adrénaline a été précisément de supprimer l'emploi de l'opium. Autrefois, on soulageait ces malades en leur faisant une piqûre de morphine et en répétant ces piqûres un grand nombre de fois, transformant l'asthmatique en morphinomane. D'autre part, les opiacés ont un grand inconvénient dans le traitement de l'asthme : souvent ils diminuent, tarissent les sécrétions. Employez l'adrénaline seule, et dans certains cas particuliers, quand vous aurez la main forcée, exceptionnellement, vous y ajouterez un opiacé.

Cette substance merveilleuse, l'adrénaline, qui est le véritable spécifique de l'accès d'asthme, comment agit-elle ? Nous ne le savons guère. Au début, on a cru que l'adrénaline avait une action circulatoire. On a pensé qu'elle élevait la pression artérielle. Les expériences de Josué avaient montré que l'adrénaline injectée dans les veines du lapin pouvait déterminer l'athérome. C'est pourquoi certains auteurs ont peur de manier l'adrénaline, surtout si l'asthmatique est déjà un individu âgé ou s'il s'agit d'un hypertendu. Je crois qu'on doit employer l'adrénaline même chez les hypertendus ; introduite sous la peau, elle semble plutôt hypotensive ; même intra-veineuse, mais à petite dose, elle ne paraît pas hypertensive ; cette crainte de l'hypertension artérielle est chimérique en pratique.

Il y a même des cas (observation de MM. Richard, Claude et Etienne, de Nancy) où un individu a reçu plus de huit cents injections d'adrénaline en quelques mois, sans avoir aucun accident. Retenez que l'adrénaline est le véritable médicament de l'asthme et que vous pouvez la manier sans danger, à condition de l'injecter sous la peau ou dans le muscle, jamais dans les veines, enfin de ne jamais se servir d'adrénaline diluée dans de très grandes quantités de sérum. L'injection de 200 cmc. de sérum contenant de l'adrénaline, sous la peau, a déterminé dans certains cas des eschares extrêmement pénibles.

L'adrénaline peut-elle être considérée comme un médicament de l'asthme ? Non, elle a une action exclusive sur l'élément dyspnéique, mais il semble bien qu'elle n'empêche pas la répétition des crises. Peut-être cependant qu'en diminuant la dyspnée, elle écartera les crises ; c'est pourquoi certains auteurs ont pensé que l'adrénaline pouvait être un médicament de fond, mais je crois qu'il faut la considérer seulement comme le médicament curateur qui, momentanément, termine l'accès. Une médication préventive par l'adrénaline ne rendrait guère de services. Il n'est pas utile d'injecter systématiquement de l'adrénaline à des heures déterminées dans l'espérance de faire avorter les accès.

Avons-nous d'autres médications de la crise d'asthme ? D'abord, nous avons une médica-

tion qui est connue depuis Trousseau, c'est l'emploi de la belladone, de ces fameuses pilules à l'extrait et poudre de belladone qu'on donnait trois fois par jour. Elle est employée sous forme d'atropine (un quart de milligramme) seule ou jointe à la morphine. Dans ces derniers temps, sous le couvert que l'asthme est un état vagotonique, on a voulu rénover l'emploi de la belladone ou de l'atropine. Je crois que l'atropine est un médicament utile, mais un petit médicament ; on doit la réserver au traitement des petits accès asthmatiques. A ce point de vue, c'est un médicament facilement maniable. On l'emploie souvent sous forme de pulvérisation de sulfate d'atropine. Je vous rappelle cependant que cette médication par les pulvérisations nasales, qui donne un soulagement considérable dans les tout petits accès, n'est pas complètement inoffensive ; certains individus finissent par introduire des quantités d'atropine assez considérables ; il ne faut pas l'oublier, parce que, s'il y a très peu de grandes idiosyncrasies à l'adrénaline, au contraire, beaucoup d'individus supportent moins bien la belladone, de sorte qu'il faut toujours aller prudemment, n'employer que de petites doses d'abord, n'aller aux doses fortes qu'un peu plus tard. La belladone a aussi un autre inconvénient, elle est antisécrétrice, souvent. Il est mauvais d'empêcher de cracher l'asthmatique. il est quelquefois utile de l'employer tout au début d'une crise, mais il ne faut pas prolonger son action trop longtemps, car très souvent vous ne rendrez service à votre asthmatique que quand vous aurez abouti à l'expectoration, quand vous aurez refluidifié son mucus. Comme l'avait vu Germain Sée, il faut se méfier des opiacés et des solanées (belladone), parce qu'on risque d'aller à l'encontre du but poursuivi, qui est de faciliter l'expectoration. On l'a associée à la cocaïne. Là encore, il y a un inconvénient ; de même qu'il y en a à associer la papavérine à l'atropine et que les individus qui ont besoin d'injections répétées deviendront facilement des morphinomanes ; de même, il est à craindre d'en faire des cocaïnomanes. Il y a intérêt à garder nos spécialités françaises qui contiennent exclusivement, à cause de la loi, de l'atropine, parce que, dans ces conditions, sauf les petites idiosyncrasies dont j'ai parlé, l'individu peut manier le vaporisateur qui finit par faire partie de la vie de l'asthmatique, car il l'a sur sa table de nuit, toujours à sa portée.

Dans les petites crises, d'autres méthodes thérapeutiques sont très employées. Elles consistent dans l'emploi de poudres à brûler, de cigarettes anti-asthmatiques, dont quelques-unes contiennent du datura, comme les fameuses cigarettes d'Espic. D'après Germain Sée, ce qui importe dans l'action de toutes ces substances, ce sont les fumées, la pyridine. Il versait quelques gouttes de pyridine dans une soucoupe et faisait faire une inhalation. Les papiers anti-asthmatiques ou la pyridine, dans un certain nombre de cas, dans les petites crises, donnent des résultats indiscutables. Il faut savoir que ces papiers, ces poudres, cette pyridine, ont quelquefois l'inconvénient de déterminer une irritation laryngée et des quintes de toux souvent très pénibles ; pour certains asthmatiques, elles sont mauvaises parce qu'elles exagèrent la distension pulmonaire, cependant ces moyens rendent souvent service.

L'iodure de potassium a été, au début, à la base des spécialités secrètes du traitement de l'asthme. Germain Sée rappelle une formule célèbre contenant de l'iodure de potassium, de la teinture d'opium, de la teinture de lobélie, dans une décoction de polygala. Trousseau avait entrevu l'action de l'iodure de potassium, mais l'avait manié avec terreur ; il n'employait que les petites doses de 25 centigrammes. Comme dit Germain Sée, c'est pour n'avoir pas employé la dose véritable que Trousseau est passé à côté du spécifique de l'asthme. Germain Sée employait l'iodure à haute dose (2 grammes par jour), et continuait pendant plusieurs jours, plusieurs semaines s'il le fallait.

Certains individus n'ont qu'un accès. D'autres ont des séries d'accès, pendant une semaine, quinze jours, quelquefois davantage, comme si la cause qui avait déclanché le premier accès laissait l'individu dans un état de susceptibilité particulière pour que, dans la suite, il continue à faire de l'asthme sous l'influence de petites causes qui, ordinairement, ne suffiraient pas à provoquer l'accès.

Il faut quelquefois recourir à une saignée, tellement l'individu présente de cyanose, saignée qui amène une amélioration quelquefois très remarquable. Il y a intérêt à purger le malade, à le désintoxiquer, lui donnant à boire des tisanes et un peu de lait. Il y a intérêt à le faire expectorer. A ce point de vue, l'iodure de potassium est utile.

En présence d'un individu qui refait constamment des crises nouvelles, on emploiera des médications de choc, qui, toutes, ont pour base l'emploi des peptones. On injecte généralement une solution de 25 centigr. de peptone de Witte, avec 2 gr. 50 de chlorure de sodium, dans 5 cmc. d'eau.

Dans d'autres cas, on emploie la méthode de l'hémothérapie de M. Ravaut, la méthode de l'autosérothérapie de MM. Achard et Blandin. Quand les phénomènes bronchiques sont très importants, on remplace ces médications par l'emploi de vaccins préparés avec les microbes mêmes des voies respiratoires de l'individu, ou des stocks-vaccins, ou des vaccins préparés avec les microbes de l'intestin.

Si, dans le traitement des bronchites chroniques en général, les vaccins et auto-vaccins ne

◆◆◆◆

donnent guère de résultats, on peut dire qu'il n'est pas rare qu'ils aident à terminer la crise asthmatique, à espacer les crises. Quand les crises restent subintrantes, on a essayé l'emploi des abcès de fixation qui ont donné des résultats appréciables.

Souvent, dans ces formes rebelles correspondant à ce que j'ai appelé avec M. de Jong, l'asthme intriqué, il y a un élément bronchique important. Dans ces cas, les médications expectorantes ne sont pas inutiles. L'extrait de café rend service au déclin des crises, quand l'expectoration est difficile.

On a cherché une prophylaxie de l'asthme. Trousseau donnait la belladone dans l'intervalle des accès. Germain Sée pensait que l'iodure de potassium était non seulement le médicament de l'accès, mais le médicament intercalaire. D'autres employaient l'arsenic. Il est bon de donner alternativement, pendant une période de dix jours, l'iode et l'arsenic.

Quand on s'est rendu compte qu'un individu est sensible à certains substances, on peut arriver à le désensibiliser en lui donnant une heure avant les repas des quantités infinitésimales de cette même substance. Il y a une observation célèbre de MM. Pagniez et Pasteur-Valléry-Radot, où un individu sensible à l'ovalbumine a été désensibilisé ainsi, mais les auteurs eux-mêmes ont reconnu que cette méthode ne pouvait être d'une pratique courante. La méthode des cutiréactions pour le diagnostic de l'antigène a été abandonnée. Le plus souvent on arrive à tenter des méthodes de désensibilisation non spécifique. Nous devons ce progrès aux travaux de M. Widal, et de ses élèves, MM. Pagniez et Pasteur Valléry-Radot. Cette méthode consiste dans l'emploi des peptones par voie d'ingestion ; par exemple, on donne avant le repas un ou deux cachets contenant 50 centigr. de peptone avec de la magnésie ; par ces méthodes, on soulage un certain nombre d'individus, notamment dans des cas de coryza spasmodique.

Quelquefois, on peut arriver à améliorer l'asthmatique et même à le guérir, en supprimant l'épine irritative qui est véritablement la cause de l'asthme (ablation d'un polype nasal, cure d'une appendicite, ablation d'un kyste de l'ovaire).

L'asthmatique présente un tempérament névropathique particulier, c'est un anxieux. L'hygiène générale, l'hygiène morale, l'hygiène intellectuelle, le repos, la cessation du surmenage, auront des résultats quelquefois très remarquables. L'hydrothérapie tiède sera utile.

M. Léopold-Lévi a préconisé l'emploi du corps thyroïde dans certains cas. L'étude du métabolisme basal pourra guider. Il est très important de connaître l'état utéro-ovarien. L'asthmatique peut être un respiratoire, ou un digestif. Souvent chez les asthmatiques, il y a une épine bacillaire. On a proposé de les traiter par des vaccins antituberculeux.

Certains malades sont particulièrement sensibles aux poussières, aux manifestations atmosphériques. C'est, dans ce but, qu'on a imaginé l'installation de chambres pour asthmatiques (méthode hollandaise). D'autres sont sensibles au refroidissement, et pour ceux-là, la vie en plein air, l'accoutumance au froid est indiquée. Un individu qui a une sensibilité particulière de son trijumeau fera de l'asthme parce qu'il est exposé à la lumière. M. Vernet, pour essayer de modifier cette sensibilité particulière des muqueuses, revient au traitement employé autrefois par Albert Robin, à l'emploi du jaborandi ou de la pilocarpine dans l'intervalle des crises. On peut encore modifier cette sensibilité particulière des muqueuses par des cures thermales (Mont-Dore, Saint-Honoré, Brides, Vichy, Vittel ou Contrexéville).

TROUBLES AUDITIFS ET AUTO-INTOXICATION INTESTINALE

A priori on ne voit pas très bien les relations qui peuvent exister entre l'intestin et l'oreille. Pour beaucoup, ces relations se bornaient à la perception par celle-ci des sonorités de celui-là.

Or, d'une communication récente de notre confrère Matignon (de Châtel-Guyon) à la Société de thérapeutique (9 mars 1927) et d'un article qu'il a donné au *Journal des Praticiens* (14 mai 1927) il paraît bien établi que des troubles de l'audition, variant de la simple dureté d'oreille et la quasi surdité, peuvent résulter d'une auto-intoxication intestinale. Jugez plutôt :

« Il y a quelques années, je recevais à Châtelguyon, une jeune femme, adressée par mon ami le Dr Claoué, l'éminent otorhinologiste bordelais. C'était une grande nerveuse, très constipée, faisant de l'auto-intoxication, souffrant de céphalées fréquentes, très amaigrie, avec un teint terreux, une peau sèche, de l'asthénie très accusée et surtout un degré de surdité très marqué. « Mon médecin m'envoie pour me guérir de mes troubles intestinaux et aussi de ma surdité », me dit-elle. Je fus un peu surpris de cette nouvelle indication thérapeutique de Châtelguyon que suggérait un auriste. La malade suivit un traitement hydrominéral qui n'eut pour ainsi dire pas d'effet sur sa constipation. La malade revint l'année suivante : elle me déclare que, bien que toujours constipée, elle avait retiré de

sa cure un bénéfice très manifeste qui avait duré près de six mois : disparition des céphalées, diminution de l'asthénie, teint éclairci. Mais surtout, elle entendait mieux et c'était là pour elle, le résultat le plus intéressant.

« Je revis, par la suite, mon ami CLAOUÉ : il me fit part de ses idées sur les *surdités humorales*, m'ouvrit des horizons cliniques et m'engagea à pousser mes investigations dans ce sens. J'ai cherché et j'ai trouvé : des troubles auditifs s'amendent sous l'action de la cure de Châtelguyon.

« J'ai vu un certain nombre de mes intestinaux se plaindre, accidentellement, de troubles auditifs caractérisés par des bourdonnements, une surdité bilatérale plus ou moins accusée, avec sensation de tension intra-auriculaire. Quelques-uns avaient consulté un spécialiste lequel avait, le plus souvent, trouvé une perception cranienne normale, un Rinne négatif. Il n'y avait pas la plus petite lésion otoscopique et le diagnostic, vu l'âge du sujet, avoisinant la cinquantaine, était surdité progressive, avec otosclérose ou otospongiose.

« Or, maintes fois, ce diagnostic, en tant que vérifié par la thérapeutique, s'est trouvé faux. Certaines de ces surdités, qualifiées de progressives, s'amélioraient notablement, se guérissaient même pour ainsi dire, par un simple traitement qui régularisait les fonctions intestinales, mais qui surtout désintoxicait profondément les malades.

« Les sujets chez lesquels j'ai vu s'amender ces accidents auditifs, sont des malades chroniques, présentant depuis des années des troubles intestinaux — surtout de la constipation — compliqués d'intoxication. Le sexe paraît sans importance étiologique. Il n'en est pas de même de l'âge : tous les sujets ont, en général, dépassé la quarantaine ; la plupart sont des émotifs, à plexus solaire impressionnable.

« L'examen de leur tension ne permet aucune conclusion. Leurs phénomènes subjectifs du côté de l'oreille ont débuté longtemps après leurs accidents intestinaux ou ils n'ont attiré leur attention que lorsqu'ils sont devenus gênants : bourdonnements d'abord, diminution de l'acuité auditive ensuite, qui peut aller de la simple dureté d'oreille à la quasi surdité.

« Sous l'action régulatrice et désintoxicante des eaux de Châtelguyon, des résultats très intéressants ont été obtenus, sur lesquels les malades ont, d'eux-mêmes, attiré mon attention. Ces résultats sont rarement immédiats : ce n'est que très exceptionnellement que des malades m'ont déclaré noter, en fin de cure, une amélioration de l'ouïe. Celui-ci indique que ses bourdonnements d'oreille, si pénibles, ont cessé ; celui-là dit qu'il n'est plus dans la pénible obligation de tendre attentivement l'oreille comme par le passé, en se penchant du côté de son interlocuteur ; cet autre ne doit plus, sans cesse, faire répéter des phrases qu'il saisissait mal. Tel malade a noté, que de son lit, il distingue, maintenant, très nettement le tic-tac de sa montre sur la table de nuit, bruit qu'il n'entendait plus depuis très longtemps. Tel autre, affecté d'une dureté d'oreille qui l'empêchait de suivre le théâtre ou les concerts, peut aujourd'hui, aller au spectacle et en jouir, comme tout le monde.

« Les bourdonnements sont, peut-être, les troubles subjectifs qui s'atténuent le plus vite. Mais, d'ordinaire, ce n'est guère que, un ou deux mois après la cessation de la cure, que les sujets commencent à en constater les heureux effets. Dans certains cas, l'amélioration s'est produite sans qu'il y ait eu aucune modification dans le degré de la constipation ; mais l'état s'était amendé : teint éclairci, langue moins chargée, haleine normale, arrêt de l'amaigrissement et quelquefois légère augmentation de poids, tous signes d'une diminution ou d'une disparition de l'intoxication. C'est un fait bien connu que les eaux de Châtelguyon sont éminemment désintoxicantes, qu'elles font un lavage profond de l'organisme et le débarrassent de ses « humeurs peccantes.

« Ordinairement, une première cure ne donne qu'une amélioration passagère, qui dure quelques mois. Puis, les accidents reparaissent, atténués, il est vrai. Mais deux ou trois cures finissent par rétablir la fonction. Il est du reste rare que nous voyions les troubles intestinaux céder par un premier séjour à la station.

« M. CLAOUÉ, qui connaît bien ces troubles, les a, à juste titre, qualifiés de surdité humorale. Voici, en effet, des sujets présentant des troubles auditifs, attribués à une altération progressive des tissus de l'oreille interne et qui, par une simple cure de régularisation intestinale, de lavage du sang et de désintoxication, récupèrent leur fonction, en apparence très compromise. Ces surdités ou ces pseudosurdités ne sont-elles pas comparables aux accidents auditifs d'ordre toxique ou toxi-infectieux, tels que ceux que nous observons à la suite de l'ingestion de la quinine, du salicylate de soude ou comme reliquats des oreillons ou de la fièvre typhoïde et qui disparaissent à mesure que l'organisme se débarrasse ou des médicaments ou des toxines microbiennes ?

« Pourquoi ne pas supposer que, chez certains sujets, sous l'action de toxines intestinales, se produisent des modifications de la composition des liquides labyrinthiques, par exemple, entraînant des troubles de la conduction des ondes aériennes ? Ne voyons-nous pas des troubles humoraux de l'œil, faciles à constater, caractérisés par une augmentation du taux de l'albumine, une modification des exsudats, de la viscosité, de la quantité du liquide et de sa pression se tra-

duire par des perturbations de la vision ? « Il est logique, dit Claoué de raisonner par analogie. Comme dans l'œil, où vous avez les procès ciliaires, vous avez aussi dans l'oreille, une véritable glande, la strie vasculaire. Comme dans l'œil, où vous avez les voies de Fontana, vous avez, dans l'oreille, les voies d'excrétion par l'aqueduc du limaçon et les espaces libres des nombreux canaux osseux qui donnent passage aux nerfs et aux vaisseaux.

« Dans tous les cas, si les liquides transmetteurs du son viennent à être modifiés qualitativement et quantitativement, n'obtiendrez-vous pas les mêmes symptômes et la même formule acoumétrique qui vous a fait dire tout à coup : otospongiose avec ankylose de l'étrier ? Vous aurez les bourdonnements, le Weber latéralisé, du côté le plus sourd, la conduction cranienne prolongée, le Rinne négatif... »

« Les cas que je viens de relater sont fréquents, et ils m'amènent à cette conclusion : avant de diagnostiquer une surdité progressive, affection lamentable, devant laquelle nous sommes désarmés, interrogeons soigneusement notre malade, recherchons si ses fonctions digestives sont normales et si nous trouvons des troubles intestinaux, si nous avons des raisons de suspecter une intoxication d'origine intestinale, essayons par un traitement hygiénique de remettre d'aplomb un foie, de régulariser un intestin, plus souvent spasmodique qu'atone ; débarrassons l'organisme de poisons qui modifient profondément la composition de nos humeurs. Le vieil adage *Naturam morborum...* est ici tout à fait de mise. Nous hésitons sur l'étiologie d'une surdité : la thérapeutique, par ses résultats, tranche le différend. Châtelguyon offre cet avantage d'être et régulateur de la fonction intestinale et désintoxiquant général. Peut-être d'autres eaux minérales réputées pour leurs propriétés de lavage, comme Vittel, Contrexéville, Capvern, pourraient également donner d'heureux résultats.

« On a dit que le spécialiste devrait aussi savoir la médecine générale : les faits que je viens de relater ne sont-ils pas la plus éloquente confirmation de cette très sage opinion ? »

J'ai reproduit avec empressement cet intéressant travail. Il met en lumière un nouvel exemple de ces faits, un peu déconcertants au premier abord, puis dont l'explication s'impose, de telle affection locale déterminant à distance des troubles très spéciaux, qui disparaissent sous l'action de la thérapeutique dirigée contre l'affection causale.

La surdité des constipés, n'est-ce pas la constipation de l'oreille ?

G. Duchesne.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Conduite du praticien en présence d'un épanchement pleural.

Le Pr Rieux n'envisage que l'épanchement pleural habituel de grande cavité, celui qui est le plus communément observé.

Tout d'abord, il faut s'assurer, par les nombreux signes cliniques connus, de la réalité de cet épanchement, de quantité moyenne ou grande, c'est-à-dire atteignant ou dépassant un litre de liquide ; mais cette symptomatologie d'ordinaire si probante fait défaut dans les faibles épanchements, relégués à l'extrême base pleurale, dans la région sus-diaphragmatique : il faut alors se contenter du point douloureux avec diminution des vibrations vocales et du murmure vésiculaire à l'extrême base thoracique en arrière, et radioscopie positive.

Il est ensuite nécessaire de reconnaître l'aspect macroscopique de l'épanchement, et pour cela une ponction exploratrice de la plèvre est toujours utile et très souvent nécessaire.

C'est une opération d'une bénignité absolue, qui se fait avec une seringue en verre de 10 à 20 cent. cubes et une aiguille de 7 cent. stérile, s'adaptant parfaitement à l'embout de la seringue, que l'on enfonce, après les précautions d'usage, dans un espace intercostal repéré au-dessous de la pointe de l'omoplate, en contact avec le bord supérieur de la côte inférieure. On fait ensuite jouer le piston en enfonçant progressivement l'aiguille dans la cavité thoracique ; en cas de ponction blanche, vérifier la perméabilité de l'aiguille et recommencer dans l'espace intercostal sous-jacent.

Un liquide séreux et limpide appartient à la pleurésie séro-fibrineuse dite primitive, de nature bacillaire, ou encore à la pleurésie métapneumonique, à l'hydrothorax.

Le liquide séreux trouble se retrouve dans les mêmes cas ; mais une streptococcie pleurale au début, qui n'est qu'une culture pure de streptocoques par exemple, peut avoir la même aspect macroscopique.

Un liquide purulent autorise à conclure à une suppuration septique de la plèvre.

La pleurésie hémorragique donne au liquide un aspect caractéristique, mais à côté des hématies peuvent se trouver d'autres éléments cellulaires d'une très grande importance séméiologique.

Aussi le liquide extrait, recueilli dans un tube à essai stérile, doit-il être l'objet d'examens ultérieurs d'ordre chimique (fibrine, aspect du caillot, ou albumine, précipitation par l'acide acétique à froid), cytologique (coloration au bleu de méthylène après centrifugation) et bactériologique.

La lymphocytose (80 %) est habituellement caractéristique de la pleurésie tuberculeuse ; l'abondance des placards endothéliaux au milieu de lymphocytes et de polynucléaires plus rares, se trouve dans les hydrothorax des cardiaques et des brightiques. La prédominance des polynucléaires neutrophiles est le fait des pleurésies septiques ou métapneumoniques.

Dans les liquides purulents, on retrouve, par contre, des polynucléaires altérés.

Quant aux liquides hémorragiques, les hématies sont toujours situées dans un liquide d'exsudation ou de transsudation pleurale ; une lymphocytose abondante répond à certaines formes de pleurésie tuberculeuse ; une éosinophilie abondante (40 à 50 %) est le fait d'une tuberculose pleurale particulièrement bénigne ; une formule de polynucléose manifeste (70 à 80 %) au milieu des globules sanguins garde sa signification générale de pleurésie septique ; la proportion des polynucléaires est en rapport avec l'intensité du processus congestif pulmonaire. Dans les épanchements néoplasiques, la formule cytologique est encore mixte avec des éléments cellulaires un peu spéciaux.

Rien de particulier à signaler pour l'examen bactériologique, sinon que l'inoculation au cobaye est classique pour la recherche du bacille de Koch.

La thérapeutique du groupe des pleurésies séreuses ou séreux-troubles est l'abstention sous surveillance. Ce principe paraît surtout impérieux pendant la période aiguë, c'est-à-dire fébrile, de la pleurésie séro-fibrineuse, quand la température, généralement du type continu, oscille autour de 39° ou de 40°. C'est la période proprement « exsudative » de la maladie ; on est donc en droit de penser que pendant toute sa durée l'épanchement intra-pleural pourra se reproduire après chaque ponction exploratrice ; ceci dit, contrairement à la pratique autrefois recommandée de ponctionner, sans attendre les symptômes de compression intra-thoracique, dès que l'épanchement atteignait ou dépassait 1.800 cc.

Pendant cette période aiguë, le malade doit rester au repos absolu, allongé en décubitus dorsal dans son lit, sans s'asseoir et user de l'urinal et du bassin plat. La ponction évacuatrice n'interviendra qu'en cas de dyspnée, sensation d'oppression avec pouls rapide (110-120), mou, hypotendu ; on la pratiquera en position déclive, de préférence à la position assise. Pour déterminer la quantité de liquide à extraire, prendre la pression intra-thoracique au moyen d'un manomètre à eau, de 200 cc. en 200 cc. par exemple, et s'arrêter quand de 20 ou 30 elle est tombée à 2 ou 4 ; cette technique si judicieuse de Courcoux permet d'éviter les accidents autrefois observés : toux quinteuse, expectoration albumineuse, etc.

Passé la période aiguë, on peut plus facilement pratiquer la thoracentèse dans le but d'assécher la plèvre ou d'amorcer la résorption spontanée ; il ne paraît pas utile d'injecter des gaz ou de l'air pour remplacer une partie du liquide évacué ; on n'évite pas certainement ainsi la symphyse pleurale partielle, qui est à la fin de toute pleurésie aiguë.

Dès l'apyrexie, même sans résorption complète du liquide, le pleurétique peut s'asseoir. Se lever, se promener et tenter prudemment quelques exercices respiratoires.

Mêmes indications thérapeutiques que pour la pleurésie séro-fibrineuse dans la pleurésie séreuse secondaire tuberculeuse ; ici, même, la compression du poumon par le liquide agit parfois favorablement sur l'évolution des lésions pulmonaires, et il y a lieu de recommander les insufflations de gaz pour déterminer un véritable hydro-pneumothorax.

Dans les hydro-thorax néphrétiques et cardiaques, la gêne respiratoire amène au contraire, à évacuer le liquide pleurétique au fur et à mesure de sa production.

Quant aux pleurésies septiques, à liquide d'abord séreux trouble, puis purulent, le traitement varie suivant qu'il s'agit du pneumocoque (enfant) ou du streptocoque (adulte) ; dans le premier cas, injecter du sérum antipneumococcique dans les muscles de la fesse, 60, 80, 150 cc. chez l'adulte, 20, 40, 60 cc. chez l'enfant, jusqu'à la chute au moins momentanée de la température, indice de la diminution de vitalité du pneumocoque. L'auteur conseille alors la pleurotomie, même sans résections costales ; c'est une opération bénigne, même chez l'enfant ; seule, elle permet une évacuation rapide et complète du pus et un rapprochement des feuillets pleuraux.

Contre le streptocoque, plus virulent, nous sommes moins bien armés. Abandonnant le sérum et le vaccin, le prof. R. fait des injections intrapleurales de bouillon-vaccin streptococcique filtré pur ; sous son influence le pus se forme, l'infection diminue, la température baisse, et le malade est conduit dans les meilleures conditions vers la pleurotomie, qui n'est plus ici que le geste évacuateur d'une collection purulente à peu près « froide ». La pleurotomie précoce n'aboutit

qu'à des désastres. Faire la médication symptomatique de toutes les pyrexies : enveloppements froids, toni-cardiaques, ventouses, potions calmantes, diurétiques, etc.

En présence de la pleurésie purulente tuberculeuse, véritable abcès froid pleural, on est bien désarmé. L'état du malade ne permet le plus souvent que des ponctions évacuatrices aussi répétées que possible ; le pneumothorax n'assèche pas la plèvre ; l'oléothorax y parvient plus efficacement. La pleurotomie n'est acceptable que si elle peut être suivie de thoracoplastie ; mais pour l'heure, semblable conduite thérapeutique reste de l'ordre des faits d'exception. (*Journal des Praticiens*, 30 octobre 1926.)

Étude critique des méthodes de titrage de l'hormone ovarienne.

Le Dr Fr. UHLMANN dit que l'endocrinothérapie sera dépourvue de bases scientifiques tant que, par défaut d'isolement pour chaque organe de substances chimiquement définies, ou par l'absence de tests physiologiques sûrs, on restera dans l'ignorance de ses effets réels.

En ce qui concerne l'ovaire, les travaux récents d'Allen et Doisy ont pu donner l'impression que, grâce à une méthode de titrage nouvelle et rigoureuse, basée sur la provocation expérimentale de l'oestrus, l'hormone ovarienne allait pouvoir être identifiée et thérapeutiquement dosée. C'est à la critique de cette méthode que l'auteur s'est attaché au cours de cette longue étude très nourrie de faits. Il établit que, en dépit de nombreuses contradictions, plus apparentes que réelles, il faut considérer dans l'ovaire deux substances agissant d'une façon antagoniste l'une vis-à-vis de l'autre : 1° une hormone lipoïdique, stimulant l'apparition des caractères sexuels primaires et secondaires, provoquant un accroissement marqué de l'utérus, des trompes, de la vulve, du vagin et les phénomènes de l'oestrus ; 2° une hormone protéidique déterminant l'hyperémie des organes sexuels, l'augmentation de la sécrétion lactée, etc.

Opérant sur un grand nombre de sujets (rates et lapines) et avec plusieurs extraits, parmi lesquels l'agomensine et la sistomensine, l'auteur montre par de nombreux clichés microphotographiques les résultats de ses recherches, lesquelles l'amènent à conclure que, tout en reconnaissant la réelle valeur scientifique de la méthode d'Allen et Doisy, celle-ci comporte certaines possibilités d'erreur et qu'elle n'est ni si sûre ni si simple qu'elle apparaît à première vue. Pour obtenir un titrage scientifiquement exact des extraits ovariens, il faut combiner la méthode d'Allen et Doisy avec celle basée sur la croissance de l'utérus et de ses annexes, car selon Uhlmann et contrairement à l'opinion de Zondeck, l'oestrus n'obéit pas à la loi du tout ou rien. Seul, en tout cas, l'emploi des deux tests permet de déceler les réactions fonctionnelles et les modifications anatomiques.

Pratiquement la réaction oestrienne ne permet pas une indication formelle quant aux applications cliniques des substances qui la déterminent, alors que l'autre méthode offre une base beaucoup plus solide pour l'appréciation de leur efficacité thérapeutique. Cette dernière méthode est donc indispensable ; la première, employée seule, n'est pas concluante, mais les deux employées simultanément, se complètent. La sistomensine, déterminant les deux phénomènes, possède donc une activité intégrale. L'agomensine, par contre, provoque une hyperémie prononcée des organes génitaux sans modifications anatomiques sensibles, ce qui explique que cette dernière substance favorise le déclanchement de l'hémorragie menstruelle par activation de la circulation sanguine au niveau de l'ovaire et de l'utérus. (*La Gynécologie*. février 1927.)

Le babeurre dans l'alimentation du nourrisson.

Il est bien entendu, ainsi que le confirme le Dr E. CORDIER, que la supériorité de l'allaitement naturel sur l'allaitement artificiel ne peut se discuter. Cette réserve faite, le babeurre peut rendre les plus grands services chez le nourrisson.

Le babeurre au lait battu, on le sait, est le liquide laiteux, qui se trouve dans la baratte lorsque le beurre est aggloméré, soit qu'il ait été fait avec du lait entier non écrémé ou de la crème ; ce lait ou cette crème doivent avoir été au préalable aigris par la fermentation lactique, hôte habituel du lait, ou mieux encore par des ferments sélectionnés. Suivant qu'il a été préparé avec du lait entier ou de la crème, on a le babeurre de lait doux et le babeurre de crème. L'un comme l'autre se caractérise par sa pauvreté en beurre, 5 à 8 p. 1.000, une acidité en acide lactique variable et une caséine coagulée et dissociée en fines particules sous l'action du barattage. Cette privation de matières grasses réduit sa valeur calorique de 760 à 235 calories par litre.

On peut y incorporer une certaine quantité de crème de riz ou de froment, 10 à 25 grammes par litre, moins pour renforcer la valeur nutritive du produit que pour le rendre plus homogène ; on réalise ainsi la soupe de babeurre avec addition de saccharose. Pour la préparer, on fait le mélange à froid, puis on la laisse cuire vingt minutes, en la secouant énergiquement avec un fouet à crème. On obtient ainsi une bouillie liquide et très liée qui peut être soumise au surchauffage de 108 à 120° pour être conservée un certain temps, et délivrée soit en bouteilles d'un litre, soit en boîtes scellées ; à ce contenu, on ajoute au mo-

ment de le consommer une certaine quantité d'eau, ou d'eau de chaux, nécessaire à combattre l'acidité du produit, pour le faire supporter lors de la reprise d'alimentation dans les troubles digestifs.

Chez un nourrisson, on ne peut employer le babeurre que durant quelques semaines à quelques mois suivant les cas (6 à 10 mois).

Les selles doivent devenir consistantes, jaunâtres, alcalines, à odeur très faiblement fécaloïde ; si, au bout de quelques jours, elles restent liquides et acides, il faut cesser l'emploi, exclusif du moins, du babeurre.

Ne pas oublier que le babeurre n'est pas une panacée universelle, et qu'il peut avoir des insuccès, dus aux sujets eux-mêmes ou à son mode d'administration.

Pour l'enfant bien portant, élevé à domicile, on doit recourir au babeurre, si au cours de l'allaitement des phénomènes de dyspepsie apparaissent.

Pour l'enfant débile, il faut distinguer. Si la débilité est très accentuée, enfant de 1.000 à 1.500 grammes, c'est le lait de femme qu'il faut donner à tout prix ; les succès par l'allaitement artificiel sont des raretés. Si l'enfant pèse 1.500 à 2.000 gr. l'allaitement mixte, lait de femme et babeurre constituera le meilleur mode d'alimentation. Après 2.000 grammes, à défaut de lait de femme, c'est le babeurre qui offre au nourrisson les meilleures chances d'avoir une croissance régulière.

Quant à l'enfant élevé en commun, l'atrophie hospitalière, dans la pouponnière, est d'expérience clinique ; chez les débiles, l'allaitement mixte au lait de vache donne des insuccès ; c'est au babeurre également qu'il faudra avoir recours, associé au lait de femme, dans les mêmes conditions que chez les débiles à domicile. Très souvent, il faudra donner un régime mixte composé de lait de femme, de babeurre, lait albumineux, etc.

Pour les troubles digestifs aigus, c'est d'abord une diète hydrique, suivie du régime hydro-carboné, bouillon de légumes, décoction de céréales, puis la réalimentation délicate, à défaut de lait de femme, par certains succédanés du lait de vache dont certains éléments ont été retirés ou bien ont subi une digestion partielle, tel le babeurre qui très souvent donne des succès.

Dans les troubles digestifs chroniques, atrophie ou hypotrophie, les laits modifiés sont aussi d'un secours précieux : babeurre, bouillie maltée, pure ou additionnée de lait caillé, lait albumineux, etc.

Dans tous ces cas, bref, le babeurre est bien toléré et il assure une croissance régulière ; ses insuccès sont dus souvent à l'inexpérience de celui qui le conseille ou de celle qui l'emploie ; les craintes de troubles de la nutrition ou des phénomènes de carence consécutifs à son emploi prolongé ne sont pas plus justifiées qu'avec les laits stérilisés ou les autres succédanés. (*Le Scalpel*, 30 octobre 1926.)

Le rhumatisme cardiaque évolutif est-il une contre-indication des cures thermales ?

Dans un rapport à la Journée médicale de Clermont-Ferrand de 1926, le professeur Pic, traitant de la cure thermale des affections du cœur, des artères et des reins, conclut que si la séreuse cardiaque, comme la séreuse articulaire, peut bénéficier de Bourbon-Lancy, c'est à la condition de n'y envoyer un endocarditique qu'après un an d'apyrexie.

Sans s'inscrire en faux contre cette affirmation, M. Piatot, de Bourbon-Lancy, est d'avis que la fièvre n'est pas, dans certains cas, à vrai dire exceptionnels, une contre-indication à la cure de cette station thermale.

Fort de nombreuses observations, dont il en relate cinq en détail, il définit le rhumatisme cardiaque évolutif, avec Pichon, « cette forme clinique de rhumatisme franc, dans laquelle les lésions cardiaques, spécifiquement rhumatismales, évoluent de façon aiguë ou chronique sans arrêt, sans cicatrisation. »

L'indication de Bourbon-Lancy, dans de tels cas, c'est le rhumatisme cardiaque, d'emblée ou secondairement évolutif, quand la médication salicylée a commencé de calmer l'évolution inflammatoire, sans cependant que le mieux ait tendance à se stabiliser.

Les contre-indications sont l'insuffisance cardiaque, le rhumatisme cardiaque malin, la pancardite, la myocardite rhumatismale, l'endocardite lente prolongée, l'endocardite végétante.

En résumé, la véritable indication de Bourbon-Lancy est l'endocardite rhumatismale récente, sans péricardite, ni myocardite trop accusée, de trois à six mois après la fin de la crise articulaire et cardiaque. (*Paris médical*, 19 mars 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'hygiène en Tunisie.

(*Académie de médecine* ; 10-5-1927.)

Après avoir entendu les communications de M. Dinguizli, dont nous avons donné une analyse, l'Académie a nommé pour les examiner une commission composée de MM. Vaquez, Léon Bernard, et Jules Renault, rapporteur. La commission a proposé d'émettre le vœu suivant, qui a été adopté par l'Académie. Vœu :

« L'Académie de médecine, prenant note des indications fournies par M. Dinguizli, membre correspondant :

« 1° Sur les méfaits toujours croissants du théisme en Tunisie, les accidents observés semblant dus exclusivement à l'emploi du thé absorbé par les indigènes *en ébullition* et non en *infusion*, ou bien à l'adjonction de substances étrangères qu'il importerait d'identifier ;

« 2° Sur les pratiques funéraires défectueuses des Musulmans de l'Afrique du Nord et le danger de transmission des maladies contagieuses qui peuvent en résulter ;

« Appelle l'attention des Pouvoirs publics sur ce sujet et leur demande de prendre, de concert avec les administrations compétentes et les sociétés savantes, les dispositions nécessaires pour remédier à cet état de choses. »

L'épidémie récente de diphtérie : les causes de sa gravité.

(M. P. Lereboullet. — *Académie de médecine* ; 10-5-1927.)

La diphtérie a sévi d'une manière anormalement grave à Paris et dans la région parisienne au cours de l'hiver dernier. Ainsi, alors que, au pavillon de la diphtérie des Enfants-Malades, la mortalité ne dépasse pas à l'habitude globalement 5 p. 100, elle s'est élevée à 37 % en janvier 1927, à 27 % en février, à 15 % en mars.

L'analyse des causes de la mort, dans ce premier trimestre de 1927, a montré à M. Lereboullet que si la diphtérie fut, par sa malignité propre, responsable d'un certain nombre de décès, ce sont surtout les infections associées et secondaires qui ont amené une mortalité excessive. Ces infections secondaires ont été : la streptococcie, dont l'association à la diphtérie est d'une importance bien connue ; les pneumococcies, la rougeole, et surtout la grippe. On sait la fréquence avec laquelle celle-ci ramène les pneumococcies virulentes et on peut se demander si la gravité de la diphtérie du récent hiver ne fut pas en partie le fait de l'épidémie grippale concomitante.

On a, à ce propos, ajoute M. Lereboullet, beaucoup discuté la valeur de la sérothérapie anti-diphtérique et parlé de sa moindre efficacité. S'il paraît certain que les cas observés ont résisté trop souvent à une sérothérapie intensive, c'est peut-être parce que l'intoxication plus précoce et plus sérieuse rendait l'action du sérum plus limitée. C'est aussi et principalement parce que le germe diphtérique n'était pas seul en cause, que pneumocoques et streptocoques intervenaient simultanément ou secondairement. La disparition de la grippe et celle des infections secondaires amenées par elle ont entraîné la fin de cette période de gravité anormale. Même aggravée, la diphtérie reste néanmoins très différente de ce qu'elle était autrefois ; la sérothérapie est toujours, dans la règle, la merveilleuse médication qu'en 1894, Roux, Martin et Chaillou nous ont appris à connaître.

Sérum radioactif dans les états septiques.

(MM. Roger Fischer et H. Wohlers. — *Académie de médecine* ; 10-5-1927.)

MM. Roger Fischer et Wohler ont utilisé un sérum radioactif réalisé par l'un d'eux (1) (gélatinolysine, cadmiocalcique, chargé d'émanations de radium) dans 14 cas d'affections septiques graves : septicémies à streptocoques, à colibacilles, fièvre typhoïde, broncho-pneumonie, actinomycose. Ils ont obtenu des chutes brusques de température (39° à 37°8, à 37°) et une forte amélioration dans la pluralité des cas. Une endocardite streptococcique n'a pas été influencée. Ces injections ont été bien supportées, à l'exception d'un choc chez un septicémique.

Le pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose infantile.

(M. P.-F. Armand-Delille. — *Académie de médecine* ; 10-5-1927.)

Le pronostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant a toujours été considéré comme redoutable. Certains auteurs, même, soutiennent que l'apparition des bacilles dans l'expectoration correspond, dans le jeune âge, à une évolution fatale. C'est pour lutter contre ce danger que M. Armand-Delille s'est efforcé, depuis six ans, d'appliquer chez l'enfant tuberculeux la méthode du pneumothorax artificiel de Forlanini. Au début, il n'utilisa la collapsothérapie que dans les cas de lésions strictement unilatérales ;

---

(1) R. Fischer. — *Schweiz med, Wochenschrift* n° 58, 1926.

puis il y eut recours dans les cas de lésions bilatérales.

L'expérience de l'auteur porte actuellement sur 300 enfants. Il a obtenu nombre de fois des guérisons complètes, avec restitution *ad integrum*, contrôlée par l'examen radioscopique. Parmi ces succès, on trouve non seulement de grands enfants, mais des sujets d'âge moyen et des nourrissons. Sauf quand le traitement a été mis en œuvre trop tard ou s'il est intervenu au cours d'une poussée de généralisation, le résultat du pneumothorax a toujours été excellent : disparition de la fièvre, de la toux, de l'expectoration, augmentation régulière de poids, etc.

Comme conclusion, M. Armand-Delille croit pouvoir affirmer que le pneumothorax thérapeutique, d'une innocuité parfaite, même bilatéral, est aujourd'hui le seul mode de traitement qui permette, chez l'enfant atteint de tuberculose pulmonaire, d'obtenir la guérison avec un pourcentage très appréciable.

Les facteurs intervenant dans l'évolution des maladies infectieuses.

(M. Maurice RENAUD. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-3-27.)

L'évolution des maladies infectieuses est sous la dépendance de trois facteurs principaux : le virus, le malade, le traitement. M. Maurice Renaud pense qu'il ne faut pas s'appesantir sur l'activité du virus, qui est variable et sur laquelle nous n'avons pas prise. On doit au contraire tenir grand compte des portes d'entrée de ce virus, des localisations des lésions, des réactions de l'organisme, étudier les circonstances extérieures et le terrain, faire une bonne hygiène générale et diététique. Le milieu joue un grand rôle. Une rougeole dans un taudis, par exemple, est beaucoup plus sérieuse que dans une chambre ayant la propreté chirurgicale.

Manche de cuiller dans le cholédoque.

(MM. A. LEMIERRE et Léon POLLET. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-2-1927.)

A l'autopsie d'une femme ayant succombé à l'hôpital Bichat, MM. Lemierre et Pollet ont trouvé une suppuration hépatique diffuse et un manche de cuiller (de 13 centimètres 1/2) dans le cholédoque. Il s'agissait d'une aliénée qui avait avalé, à une date indéterminée, ce corps étranger. Il a fallu un concours de circonstances bien extraordinaires pour qu'un objet inerte et aussi volumineux ait pu forcer l'orifice de l'ampoule de Vater et s'engager dans cette voie.

Dilatation ampullaire isolée des veines.

(M. Raymond PETIT. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 18-3-1927.)

M. Raymond Petit rapporte trois cas de cet état morbide, avec examens histologiques. Le premier cas intéressait la veine jugulaire externe et en imposait pour un kyste sébacé enflammé. Le second affectait la fémorale et paraissait avoir pour origine un effort, faisant penser à une hernie crurale. Le troisième cas était une dilatation ampulaire de la saphène interne, siège classique ; il offrait comme particularité la présence d'un caillot ancien et libre dans la dilatation ampullaire.

Fracture marginale postérieure isolée du tibia.

(M. HALLER. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 18-3-1927.)

M. Haller relate l'observation d'un homme de forte corpulence qui reçut un coup de pied dans la jambe droite, tomba à la renverse de toute sa hauteur et demeura dans l'impossibilité de marcher. Le lendemain, œdème du cou-de-pied, douleur à la pointe des malléoles, sans déplacement. La radiographie de face montre l'intégrité des malléoles, la radiographie de profil, l'existence d'un fragment marginal postérieur sous forme d'un croissant. La fracture marginale postérieure coexiste en général avec les fractures malléolaires (Destot). Depuis le mémoire de Meissner, les cas de fracture marginale publiés ont été rares. C'est par le mécanisme de l'hyperextension du pied sur la jambe que cette fracture se produirait (Hilgenveiner) et elle aurait lieu par éclatement (König). L'absence de subluxation du pied en arrière peut, ici, s'expliquer par ce fait que la lésion n'a intéressé qu'un fragment de l'apophyse tibiale postérieure, au lieu de la détacher en entier comme dans le cas de Meissner.

La sympathectomie péri-artérielle dans la chirurgie des membres.

(M. E. BRESSET. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 18-3-1927.)

M. Bresset communique les résultats de 27 sympathectomies pratiquées pour des affections diverses des membres.

Dans la maladie de Reynaud et chez les sujets atteints de troubles asphyxiques des extrémités, les résultats sont certains et durables quand le spasme vasculaire est prédominant.

Dans les larges pertes de substance cutanée et les ulcérations torpides chroniques non syphilitiques, à condition qu'elles ne soient pas dues à des lésions nerveuses, la sympathectomie donne des guérisons durables et rapides. Ces cas-là semblent être le triomphe de l'opération.

Dans deux fractures de jambe avec retard de consolidation et chez deux patients atteints de phénomènes causalgiques au début, les résultats ont été probants. Par contre, échec dans un mal perforant plantaire, dans un ulcère variqueux, où l'on n'avait pas traité en même temps les varices et dans deux cas de troubles causalgiques sévères et anciens.

Un cas de maladie de Buerger.

(M. PÉRAIRE. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 18-3-1927.)

M. Péraire présente une femme de 33 ans atteinte depuis 2 ans de troubles ischémiques et de douleurs vives dans le pied droit, au gros orteil surtout, qui se couvre de taches bleuâtres. Devant l'insuffisance des autres traitements, on peut penser recourir à la sympathectomie ou à la surrénalectomie gauche.

Un cas de forage de la prostate.

(M. Georges LUYS. — *Soc. de médecine de Paris* ; 10-12-1926.)

M. Luys relate une observation de forage de la prostate avec vérification du résultat au bout de trois ans. Le malade, âgé de 59 ans, avait été opéré déjà de cystostomie par M. Le Fur, mais en raison du mauvais état général, le deuxième temps de la prostatectomie ne put être effectué. C'est alors que cet homme vint trouver M. Luys. L'examen signala la présence d'une barre prostatique avec déformation notable du col vésical. Deux séances de forage furent faites à six semaines d'intervalle et se montrèrent suffisantes pour permettre au patient de vider sa vessie par les voies naturelles et d'avoir un gros jet d'urine.

Depuis cette époque, le malade a repris une existence normale. Examiné, trois ans plus tard, il offre un jet d'urine puissant, un résidu vésical ne dépassant pas 30 gr. et n'a jamais ressenti le moindre signe de rétention. Les *sondes passent* avec la plus grande aisance.

P.L.

Les hydarthroses périodiques et les cures thermales

(M. A. PIATOT. — *Société d'hydrologie* ; 15-11-1926.)

M. Piatot ayant eu l'occasion de soigner, à Bourbon-Lancy, deux femmes atteintes de cette curieuse affection, en a trouvé, dans la littérature médicale, la première observation en 1847. Depuis cette époque, nombreux sont les auteurs qui, en ayant rencontré des cas, les ont étudiés et ont cherché à en donner une explication étiologique et pathogénique.

Il semble indiscutable qu'il faille attribuer l'hydarthrose intermittente à des troubles endocriniens, conditionnés eux-mêmes par l'activité sexuelle. Il y a là une intervention très vraisemblable du système nerveux végétatif.

Les femmes sont naturellement plus fréquemment atteintes que les hommes et ce sont les genoux qui se prennent le plus souvent aussi. Les antécédents des patients révèlent presque toujours une hérédité et un passé articulaire.

« A intervalles fixes, de neuf à quinze jours, l'articulation subit une crise de gonflement qui dure deux à cinq jours. Douleurs vagues, fatigue générale, irritabilité, troubles du caractère annoncent l'hydarthrose, généralement peu, ou pas douloureuse et sans grande gêne fonctionnelle, malgré l'abondance de l'épanchement... (Mouzon). »

« Si tous les essais thérapeutiques restent le plus souvent inefficaces, les cures thermales pourtant peuvent être retenues comme un bon moyen d'agir sur l'état général des malades, sur leurs manifestations rhumatismales, et leurs troubles nerveux. »

G. D.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Caractère deutéro-pathique de l'angine fuso-spirillaire de Vincent.

M. ESCAT s'appuyant sur 60 cas dans lesquels la syphilis acquise et héréditaire, la tuberculose miliaire d'Isambert, et des propathies amygdaliennes furent dépistées 46 fois, rompant avec l'opinion classique qui admet une forme primitive et une forme secondaire de l'affection, affirme qu'elle est toujours secondaire, exerçant sur les lésions gutturales les plus diverses, tout comme sur les plaies externes sa fonction traditionnelle de pourriture d'hôpital.

La clinique se trouve ainsi d'accord avec la médecine expérimentale qui n'a jamais pu réussir une inoculation par le bacille de Vincent que sur une plaie préalablement infectée. Sous toute angine fuso-spirillaire existe toujours une propathie qui lui a fait le lit, et que le clinicien a le devoir de rechercher sous peine de s'exposer aux erreurs de diagnostic les moins pardonnables. Si cette propathie peut être une amygdalite cryptique latente et très discrète, effacée par le processus ulcéro-membraneux, elle peut être aussi une lésion syphilitique ou hérédo-syphilitique insoupçonnée. Ces derniers cas donnent l'explication du B.W. positif relevé par certains auteurs dans l'angine de Vincent.

L'arythmie du gros intestin.

M. TIMBAL communique trois observations de cette forme particulière de colite du transverse qui a été décrite récemment par MM. Lœper et Baumann. Il en étudie les symptômes cliniques et les signes physiques en insistant tout particulièrement sur les résultats de l'examen radiologique qui permet seul d'affirmer le diagnostic.

L'arythmie se caractérise à l'écran par l'alternance sur le côlon de zones claires contractées, ne contenant que peu de baryte, et de zones ectasiées atones remplies de substance opaque. Cet aspect spécial a pour origine une atteinte plus ou moins sévère du système nerveux intestinal qui réagit d'une manière exagérée comme il arrive dans certaines affections cardiaques avant les premières crises d'asystolie.

En terminant, M. Timbal indique les meilleurs procédés thérapeutiques destinés à calmer les douleurs, supprimer le spasme et assurer la régularité

des évacuations. Il insiste en particulier sur les excellents effets de la diathermie et sur les résultats favorables de la cure de Plombières.

Accident consécutif à une injection intraveineuse de cyanure de mercure.

M. STILLMUNKÈS. Les accidents consécutifs à l'utilisation du mercure en thérapeutique syphiligraphique sont bien connus : en ce qui concerne plus particulièrement le cyanure de Hg, on connaît actuellement un ensemble de faits témoignant, soit d'une intoxication, soit d'une intolérance pour le médicament, et qui se révèlent comme étant fonction de lésions organiques préexistantes du malade. Ils témoignent d'une rupture d'équilibre dans un organisme préalablement taré, et démontrent les dangers de cette thérapeutique dans les cas de non intégrité des grandes voies d'élimination.

Toutefois, on ne saurait trouver dans cette origine toxique l'explication de tous les méfaits occasionnés par le cyanure de Hg : l'auteur rapporte à ce propos, l'observation d'un sujet qui, après un repos de 10 jours consécutifs à une première série de cyanure, fit, à la reprise de la seconde série, des accidents caractérisés par un frisson violent, de l'hyperthermie, de la dyspnée, des sueurs profuses, et un abaissement notable de la pression artérielle, phénomènes évoluant sans localisations viscérales. Leur soudaineté d'apparition, leur allure paroxystique et leur durée éphémère permet de les rapprocher du cas publié par Cade et Ravault sous le nom d'accès fébrile pseudo-palustre, à propos duquel, ils ont mis nettement en relief l'influence du cyanure de Hg. Ces accidents semblent dépendre d'une susceptibilité spéciale du sujet et s'apparenter d'une façon étroite avec les phénomènes de choc, traduisant un déséquilibre humoral passager.

Varicelle et rougeole conjuguées.

M. LEVRAT a pu, au cours de la récente épidémie, voir évoluer concurremment sur le même sujet d'abord la varicelle, puis, trois ou quatre jours après l'éruption varicelleuse, une rougeole type. Il a observé aussi plusieurs cas de varicelle post-rubéolique. Ceci a déjà été signalé, alors que les classiques et maints pédiatres ne parlent que de varicelle pré-rubéolique. Ces maladies associées ont évolué sans aggravation de l'état général, et leur conjugaison fut sans influence sur la convalescence.

Rougeoles à forme traînante.

M. LEVRAT. Il s'agit de deux enfants, de familles différentes, mais dont les frères et sœurs ont fait une rougeole type. Ceux-ci, après une éruption légère, mais nette, avec courbe de température classique, font une chute brusque et un plateau aux environs de 36,8-37. Cette pseudo-convalescence dure 6 jours dans un cas, 9 jours dans l'autre, et elle est suivie d'une reprise excessivement sévère de l'éruption, avec haute température, épistaxis abondantes dans un cas.

L'évolution par la suite fut normale : il s'agit sans nul doute de cas d'auto-réinfection, rien dans les anamnestiques ne permettant d'incriminer une cause étrangère à l'enfant.

J.-P. TOURNEUX.

Bordeaux

Société anatomo-clinique.

Schéma radioscopique du cœur.

M. CREYX présente le schéma radioscopique du cœur chez une jeune femme atteinte d'endocardite maligne streptococcique à évolution lente. L'ombre cardiaque droite déborde largement la colonne vertébrale. On ne distingue pas très bien les différents segments. En position oblique antérieure droite, l'espace rétro-cardiaque est légèrement obscurci.

L'histoire de la malade est la suivante : Elle a fait aux colonies deux séjours successifs dans l'intervalle desquels on diagnostiqua chez elle une insuffisance mitrale d'étiologie indéterminée.

Actuellement, les signes locaux de cette lésion sont très apparents et s'accompagnent d'un état fébrile modéré (38°) avec asthénie profonde et anémie intense.

L'hémoculture sur bouillon peptoné a révélé dans le sang la présence d'un streptocoque non hémolytique.

Paraplégie d'origine encéphalo-myélitique.

MM. J. CARLES, Fr. LEURET et A. BASTEAU présentent une jeune femme de vingt-trois ans, atteinte de paraplégie progressive depuis 1924. La paraplégie est actuellement très spasmodique, et complète. On ne peut trouver aucune cause à cette paraplégie à moins de la rattacher à l'encéphalo-myélite épidémique dont elle représenterait une forme basse. En effet, la malade a présenté, en 1925, une légère atteinte de ses membres supérieurs, qui a régressé depuis ; et, en 1926, un épisode encéphalitique léger et fugace, mais bien caractérisé : diplopie, somnolence invincible et poussées thermiques.

On ne note ni lésions vertébrales, ni modifications du liquide céphalo-rachidien.

A propos de malformations sternales. Importance clinique.

M. Henri FISCHER présente un sternum prélevé sur le squelette d'un homme adulte, sur lequel on note la concomitance de détails morphologiques intéressants :

1° On remarque au milieu du mésosternum, au niveau des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur, une perforation circulaire de 7 millimètres

de diamètre, aux bords larges, émoussés, polis. Cette cavité est comblée par une membrane fibreuse souple.

2° On distingue ensuite une deuxième perforation du xiphi-sternum, de forme à peu près ronde, légèrement allongée cependant dans le sens horizontal (DV = 2,5 millimètres, DT = 3 millimètres). Cet orifice est dépourvu de ligaments transversaux.

3° L'appendice xiphoïde enfin a une forme toute particulière ne répondant pas du tout aux descriptions nombreuses que les anatomistes en donnent Il est large, entrant presque au contact des deux rebords chondraux ; d'autre part sa pointe est constituée par trois épines osseuses dont la médiane est plus longue et plus effilée, se dirigeant du côté droit.

Ces malformations peuvent donc susciter certaines considérations :

1° Pour ce qui est de la *perforation du mésosternum*, il s'agit ici d'une irrégularité morphologique due soit à un défaut de rapprochement et d'union des deux hémisternums, soit au manque d'union des deux points d'ossification d'une sternèbre (Dubreuil-Chambardel, *Concours méd.*, 24 oct. 1926), qui entre dans la catégorie des *fissures partielles centrales* (Dubreuil-Chambardel) d'*origine primitive* (Antony) puisque dans ce cas la perforation est absolument fermée et qu'il n'y a pas eu de hernie des organes, comme cela peut arriver dans les divisions du sternum d'origine secondaire, dues à des ectopies du cœur ou à la célosomie.

Ces perforations du mésosternum sont tout à fait exceptionnelles. Taruffi, sur 100 squelettes, n'en a trouvé que deux cas (*Storia della teratologia*, 1886). Hunauld, Sandifort, Civinni, Hyrtl, ont aussi rencontré cette disposition, mais n'indiquent pas dans quelle proportion. M. Anthony, dans son beau travail sur le sternum (Thèse de méd., Lyon 1898, Doin, édit.), n'en a vu qu'un seul également.

Tout dernièrement enfin, notre maître le professeur Dubreuil-Chambardel, qui a étudié tout spécialement ce point anatomique, nous dit que cette malformation se rencontre une fois sur 600 sujets.

Pour notre propre compte, c'est la seule pièce que nous ayons rencontrée. Ajoutons que cette fissure centrale n'a pas eu de répercussion sur les organes du médiastin, ce qui est d'ailleurs habituel, sauf que l'on trouve chez certains sujets tousseurs et emphysémateux un pneumocèle au niveau de la fissure (Dubreuil-Chambardel).

2° *Perforation du xiphisternum.* — Les solutions de continuité du xiphisternum sont, en revanche, presque normales, chez l'homme : 20 fois sur 66 sujets, d'après le professeur Anthony ; 25 fois sur 100 cas, d'après le professeur Dubreuil-Chambardel ; 15 fois sur 50, d'après nos propres recherches.

Mais parmi ces perforations du xiphisternum il y a lieu de distinguer :

a) Celles qui ont pour cause un défaut de fusion des deux points d'ossification latéraux ; elles sont simples ou multiples, occupant presque toujours la ligne médiane et sont toujours comblées par des faisceaux fibreux transversaux. Elles n'ont habituellement aucune conséquence pathologique (Dubreuil-Chambardel). Ce sont les plus fréquentes.

b) Celles qui sont simplement dues à une irrégularité morphologique, retour ancestral à une disposition qui existe normalement chez beaucoup de vertébrés, situées alors à un endroit quelconque de l'os, ne possédant pas de ligaments transversaux et de dimensions exiguës. Elles sont beaucoup plus rares : c'est ce que nous retrouvons sur notre pièce.

3° *L'appendice xiphoïde.* Autant de sujets, autant de variétés, pourrait-on dire. On l'a décrit aigu, rond, ogival, très souvent bifurqué (trace de la division primitive des deux hémisternums). Dans notre pièce, il est formé de trois branches osseuses ; c'est une disposition de plus à ajouter, qui est d'ailleurs très peu fréquente. De plus il est large, occupant toute la partie supérieure de l'angle chondral.

Il aurait été difficile à délimiter sur le vivant et on aurait pu croire peut-être à son absence. Et à ce propos nous voulons ajouter encore un mot sur l'axiphoïdie à laquelle on a attribué une valeur clinique très grande (Queyrat), comme étant un signe d'hérédité spécifique. Nous avons à ce propos, de notre côté, examiné systématiquement, tant à l'hôpital qu'à la Faculté de médecine, un grand nombre de sternums et nous n'avons jamais observé jusqu'à présent d'absence de l'appendice xiphoïde, même chez les hérédos.

Nous pensons que c'est là un phénomène exceptionnel, possible peut-être, mais dans tous les cas nous ne croyons pas que l'on puisse l'interpréter comme un stigmate d'hérédité spécifique. Les variations de longueur, de largeur et de consistance peuvent plutôt faire croire, dans certains cas, à l'absence de l'appendice xiphoïde.

— M. le professeur Dupérié est heureux d'entendre la conclusion de M. H Fischer sur l'axiphoïdie, ayant lui-même recherché, mais en vain, cette malformation chez les hérédos.

Ankylose du genou.

MM. J. Chavannaz et H. Fischer complètent leur communication de la précédente séance et présentent le genou disséqué qui montre une ankylose complète de l'articulation.

Fracture pathologique au cours d'un cancer du sein non traité.

M. J. Chavanaz. — Une femme de soixante-cinq ans se présente à la consultation de clinique chirurgicale du professeur Chavannaz, le 4 février 1927, pour des douleurs dans le bras droit persistant depuis trois mois. Il s'agit, en réalité, d'une fracture diaphysaire spontanée de l'humérus droit par épithélioma osseux secondaire. La malade est, en effet, atteinte d'un cancer du sillon sous-mammaire gauche évoluant à bas bruit depuis trois ans et qui est ac-

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour éviter les frais de recouvrement, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous adresser le montant de leur abonnement, soit ***45 fr.***, par versement à notre compte de chèques postaux *Concours Médical*, PARIS 167-95, versement qui peut être fait dans tous les bureaux de poste.

tuellement ulcéré ; le néoplasme primitif a le volume d'un petit œuf et n'a été l'objet d'aucun traitement.

La radiographie montre des altérations nettes de l'humérus.

Ostéomyélite du 1er métatarsien droit.

M. J. CHAVANNAZ présente un garçon de seize ans pour ostéomyélite du premier métatarsien droit. Ce malade est porteur d'anomalies dentaires complexes : dédoublement des canines, incisives supplémentaires, molaires supplémentaires placées en dedans et en dehors des dents normales.

Castration utéro-ovarienne.

MM. FAVREAU et J. CHAVANNAZ présentent des pièces provenant d'une castration utéro-ovarienne : utérus normal, varicocèle tubo-ovarien, pas de lésions des trompes, ovaires d'apparence normale, mais très volumineux.

Ovaire droit : longueur 7, largeur 3, épaisseur, 2, poids 25 grammes.

Ovaire gauche : longueur 6, largeur 3, épaisseur 1 1/2, poids 19 grammes.

Henri FISCHER.

Marseille

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Chancre mou du doigt.

MM. Paul VIGNE et A. FOURNIER ont observé une malade qui a vu se développer à l'index droit, sur une brûlure superficielle, une ulcération profonde du diamètre d'une pièce de 5 centimes, à fond vermoulu et à bord taillés à pic et décollés. On ne note pas de réaction ganglionnaire, mais la coexistence d'autres lésions chancrelleuses génitales. Ducrey et intradermo positifs. La cicatrisation de ce chancre mou du doigt a été obtenue par deux injections de vaccin antistreptobacillaire.

Volumineux anthrax guéri par vaccinothérapie générale et locale.

MM. FOURNIER, EMPERAIRE et DE MOUSON présentent un malade atteint d'un très volumineux anthrax du dos traité par des injections locales de bouillon-vaccin et des pansements de vaccin gélosé. En même temps vaccinothérapie générale par stock-vaccin. La guérison complète a été obtenue en un mois.

Lupus tuberculo-croûteux serpigineux.

MM. Paul VIGNE et A. FOURNIER présentent un malade présentant un grand placard cicatriciel occupant toute la région latérale droite du cou, la nuque et la partie supérieure du thorax. En bordure on note des lésions tuberculeuses, assez sèches, recouvertes de croûtes. Le tout a évolué très lentement. On ne trouve aucun lupome dans la cicatrice. L'examen histologique a montré la structure habituelle du lupus.

Spasmes de l'urètre et diverticules urétraux.

M. E. CHAUVIN rapporte l'histoire d'un malade chez lequel des alternatives de cathétérismes très faciles puis brusquement impossibles avaient fait porter par plusieurs spécialistes le diagnostic de spasme. L'urétroscope à vision directe s'engagea dans un cul-de-sac bulbaire situé dans l'axe de l'urètre antérieur et sur la paroi antérieure duquel on apercevait nettement, à trois centimètres environ de ce fond, l'orifice de l'urètre membraneux. Le cathétérisme cystoscopique était ainsi très facile. S'agit-il dans ces cas, dont l'auteur a observé plusieurs exemples, de diverticules congénitaux ou de fausses routes organisées ? On note dans les antécédents de presque tous ces malades des cathétérismes forcés et sanglants.

Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson. Pylorotomie extra-muqueuse à 20 jours. Guérison.

MM. CASSOUTE, J. POUCEL et ORSONI. — L'enfant a le syndrome classique d'un obstacle pylorique: vomissements en geyser, péristaltisme stomacal, diminution de poids. Opération dans de bonnes conditions. Guérison sans incidents.

Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson. Pylorotomie extra-muqueuse à 37 jours. Guérison.

MM. CASSOUTE, J. POUCEL et Félix TRABUC. — Cas superposable au précédent, mais avec une plus grande perte de poids. Aussi excellent résultat après la pylorotomie. Les conclusions qui découlent de l'étude de la maladie sont que : 1° si l'état général le permet, on peut essayer le traitement médical quelquefois suffisant ; 2° mais qu'il ne faut pas attendre que l'enfant soit cachectique pour opérer ; 3° cette opération sera toujours la pylorotomie extra-muqueuse.

La Commission scientifique du Comité médical, dans sa séance du 29 avril, a procédé à l'élection de son président pour 1927-1928 : M. ROUSLACROIX a été élu à l'unanimité.

Emile CASTELLI.

Les Livres

Gaston DOIN et Cie, éditeurs, Paris.

H. GÆHLINGER et A. BÉCART. — **La vaccination par voie buccale dans l'infection intestinale.**

« La caractéristique de l'infection intestinale, c'est que, comme la syphilis d'ailleurs, avec laquelle elle a divers points de ressemblance, elle peut toucher tous les organes, mais qu'elle localise surtout ses méfaits sur ceux qui présentent un terrain favorable, un certain degré de fragilité personnelle. » Ainsi s'expriment, dans leur introduction, les auteurs, qui disent encore : « La thérapeutique de l'infection intestinale est une thérapeutique de longue haleine, parfois complexe, qui demande un examen minutieux du malade, des recherches de laboratoire et qui doit être suivie pendant longtemps... Pour comprendre l'infection intestinale... l'intestin normal ne laisse passer ni microbes, ni poisons. C'est une barrière totale qui ne se aisse pas forcer si elle n'est pas lésée... »

Là-dessus, les auteurs commencent par une étude clinique de l'infection, la grande maladie dont dérive la moitié de la pathologie, fonction de lésions intestinales, primaires ou locales, et secondaires. Lésions primaires : les colites, aiguës et chroniques. Lésions secondaires : septicémies ou toxémies intestinales ; troubles digestifs ; lésions de l'appareil urinaire ; lésions du système nerveux ; troubles de l'hématopoïèse ; lésions et troubles de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire ; des articulations, des glandes endocrines, etc.

Le diagnostic et la pathogénie ayant été étudiés, Gæhlinger et Bécart abordent la thérapeutique de l'infection intestinale. Que faut-il penser des laxatifs et des purgatifs, de la bactériothérapie lactique ? Comment faut-il concevoir et pratiquer la bactériothérapie spécifique ? Comment prépare-t-on un autovaccin ?

La supériorité de la vaccination buccale étant affirmée, il faut, en même temps qu'elle, modifier les conditions qui ont permis à l'infection de s'installer ; hygiène générale, hygiène alimentaire, régime.

Ce traitement peut être considérablement aidé par des traitements associés : la gymnastique, le massage, l'électrothérapie, le traitement thermal... Châtel-Guyon est la station des infectés intestinaux.

G. D.

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

H. VIGNES, accoucheur des hôpitaux de Paris et J. DAUPHIN. — **L'année obstétricale. Travaux de l'année 1924 et questions obstétricales d'actualité.** (1 vol. de 128 pages).

Cet ouvrage est une bibliographie systématique des ouvrages obstétricaux parus en 1924, bibliographie pouvant être utile au praticien comme au spécialiste. Les auteurs ont voulu leur donner quelque chose d'analogue à ces excellents recueils, qui existent en allemand et en anglais.

Il leur a semblé nécessaire pour certaines questions d'actualité de déborder au-delà des limites de l'année 1924, et ils ont donné une vue d'ensemble de l'évolution des tendances obstétricales au cours des années voisines.

1° Recueil des travaux français et étrangers (J. Dauphin). I. Gestation ectopique et nidations anormales. II. Gestation normale. III. Gestation pathologique. IV. Gestations multiples. V. Avortement. VI. La parturition normale. VII. Parturition pathologique. VIII. Thérapeutique obstétricale. IX. Suites de couches. X. Suites de naissance. XI. Obstétrique légale et sociale. XII. Histoire de l'obstétrique et évolution.

2° Questions obstétricales d'actualités (H. Vignes). Irradiation et reproduction. Modification du système nerveux végétatif. Glycosurie gravidique. Les causes et la nature de la toxémie gravidique. Anatomie pathologique du placenta et des membranes. Influence des maladies bucco-dentaires sur la gestation. La contraction utérine. Analgésie et anesthésie. L'opération de Portes.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille.

L.-E. PERDRIZET. — **Manuel des médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires.** 2e édition, 1927 mise en concordance avec les derniers règlements. (in-16, 540 p. avec 19 fig.).

A LA SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES rues Solignac et Bottelin, à Nancy.

Paul MOINET, étudiant en médecine. — **Au temps des Césars.** *Médecine et chirurgie de l'époque romaine.* (1 vol., 116 p. avec fig.)

A L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, VIe.

Dr Louis CHARRON. — **Nos pauvres médecins.** (*Episodes de la vie du médecin de campagne.*) (1 vol. 131 p., vendu au profit de l'Œuvre des veuves de médecins sans ressources.)

Dr Georges BARRAUD, de Châtelaillon-Plage. — **Nos enfants à la mer.** *Guide médical pour le séjour sur les plages.* Préface du Dr COMBY. (1 vol. 138 p. 1927.)

« NOTE DE PUÉRICULTURE »

Farines maltées ? Farines diastasées ?

Dans une série d'articles parus dans le *Concours médical* (1) M. R. LECOQ a bien mis au point la question des farines lactées dans l'alimentation du nourrisson : une bonne farine doit être *lactée, dextrinée, homogène, maltée,* ou pour mieux dire diastasée, car *l'action diastasique doit être effective.*

Ce dernier point doit retenir l'attention : tout médecin soucieux de sa responsabilité et connaissant les méfaits d'une alimentation défectueuse chez le nourrisson, demande avant de conseiller une farine :

Est-elle maltée ?

Est-elle effectivement diastasée ?

Malter un aliment, en effet, ce n'est pas seulement y ajouter un produit contenant du malt, c'est, dans des conditions bien précisées par les travaux de MM. SCHWANZER, BRUCKE, TERRIEN, LECOQ, etc... le transformer sous l'action de la *diastase du malt, le diastaser,* le rendre assimilable en dépit de l'insuffisance digestive du nourrisson.

Or, si l'on se rapporte aux analyses de MM. E. PERROT et R. LECOQ (2), nombre de produits présentés sous le nom de « maltés » ne sont que des mélanges où le *maltage est illusoire,* parce que les conditions de l'action diastasique n'ont pas été réalisées.

Instruits de ces faits, certains médecins tentent d'y remédier, en demandant à la mère d'effectuer elle-même le maltage au moment de la cuisson des bouillies :

1° Cuisson lente et prolongée de la farine jusqu'à l'ébullition : 20 à 30 minutes ;

2° Retirer du feu et ramener à 80° ;

3° Ajouter la quantité convenable de farine de malt ou d'extrait malté ;

4° Après liquéfaction résultant de l'action diastasique, attendre un quart d'heure ;

5° Porter de nouveau à l'ébullition, ne pas laisser bouillir plus d'une minute ;

6° Ajouter le sucre en quantité convenable.

Qui ne voit combien il est délicat de confier à la mère une tâche aussi minutieuse ? aussi nous rallierons-nous aux conclusions de Mme la doctoresse YV. BOURBON que nous allons résumer :

« **Le maltage**

...présente l'inconvénient d'exiger une *série d'opérations longues et délicates.* Il semble impossible de compter à la fois, sur la bonne volonté, la patience et la compréhension des mères et à plus forte raison des nourrices, pour réaliser convenablement cette série d'opérations indispensables à un maltage effectif.

« **Farines maltées**

... une étude suivie des diverses marques mises dans le commerce et mes observations en clientèle me font un devoir de déclarer qu'aucune (à une exception près) ne *réalise un maltage effectif.*

« **Farine lactée diastasée**

L'exception à laquelle je faisais allusion, concerne la ***farine lactée diastasée, préparée par la maison Salvy,*** de Courbevoie qui, grâce à une composition particulièrement étudiée, permet d'obtenir par une simple opération de cuisson beaucoup moins prolongée que dans le cas des farines ordinaires (une dizaine de minutes en tout), ***une préparation diastasée réellement prédigérée*** dont *l'assimilation par l'organisme de l'enfant se révèle même supérieure à celle d'un lait autre que le lait maternel et* **avec laquelle il est constant d'obtenir des résultats absolument remarquables** (1).

---

(1) *Concours médical,* n° 40, 3 oct. 1926 ; n° 42 17 oct. 1926.

(2) Em. PERROT et R. LECOQ. — Les farines maltées du commerce et la farine de malt. *Bull. Soc. de Thérap.*, 1924.

(1) D'HERMIGNY DE BRUCE et YVONNE BOURBON. — Manuel d'assistance et de Puériculture, Maloine, éditeur, 1927.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

NÉCESSITÉ D'UNE JURIDICTION PROFESSIONNELLE

Par le Dr Gosselin, d'Argenteuil.

Dans notre mémoire pour le *Concours médical* sur l'état de la médecine en 1935, nous avons envisagé la possibilité de la création de tribunaux professionnels pour les médecins. Depuis, nous avons reçu à ce sujet les observations de nombreux confrères. Nous nous sommes aperçu que cette conception exposée hâtivement demandait des explications.

Le but de cette nouvelle juridiction serait d'empêcher la démoralisation de la profession médicale. Si l'on n'y prend garde, cette démoralisation va augmenter considérablement avec la loi des assurances sociales. La loi des accidents du travail a développé le racolage, les ristournes, les collusions et abus de toutes sortes. Ce qu'a fait l'assurance-blessure, l'assurance-maladie le fera mieux encore. Nous pensons que nous pourrions remédier à ces abus si nous obtenions du Parlement le vote d'une loi comportant les articles suivants :

1° Les conflits d'ordre professionnel concernant les médecins ou les Associations médicales seront jugés par un Tribunal composé de docteurs en médecine élus par les praticiens exerçant dans la circonscription.

2° La compétence de ce Tribunal sera obligatoire pour les médecins et les Associations médicales. Elle sera facultative pour les autres personnes.

3° Le racolage de clientèle est interdit aux médecins.

4° Le tribunal médical pourra condamner à des dommages-intérêts et, s'il y a lieu, prononcer, en outre, l'interdiction d'exercer la médecine totalement ou partiellement.

Cette loi n'aurait rien de bien révolutionnaire, car elle ne ferait que donner aux médecins ce qui est depuis longtemps acquis aux commerçants sous le nom de tribunaux de commerce. Nous partons de ce principe que ni le malade, ni le médecin consciencieux, ni le tiers-payant n'ont intérêt à l'existence de médecins malhonnêtes. Le malade parce qu'on l'exploite, le médecin parce qu'on détourne sa clientèle, le tiers payant parce qu'on lui impose des charges injustifiées. L'action en justice de l'un profite aux deux autres. Si nous rendons cette action plus facile, le médecin fautif sera condamné fréquemment à des dommages-intérêts. Son industrie cessera parce qu'elle sera devenue déficitaire.

Le Syndicat dans cette juridiction aurait sa place, place prépondérante, car c'est lui que nous avons visé par l'expression « Association médicale ». Son utilité serait augmentée. En effet, un médecin aurait bien le droit de poursuivre devant le tribunal médical le mauvais confrère, mais en pratique, beaucoup d'entre nous s'y refuseraient ou ne le feraient qu'insuffisamment. Ce serait le Syndicat représentant l'intérêt de la corporation qui devrait s'en charger. Son rôle serait celui du Parquet devant les tribunaux de droit commun. Le Syndicat, d'ailleurs, peut déjà « ester » en justice. Certains de ces agissements dont nous nous plaignons tombent sous le coup de la loi. Il a légalement les qualités requises pour les poursuivre. On peut se demander pourquoi dès maintenant il ne le fait pas.

Il ne le fait pas pour trois raisons :

La première, c'est le coût des frais de justice. Les médecins ne sont pas riches, leurs Syndicats non plus. Les litiges qui les concernent sont d'un chiffre peu élevé et ne méritent pas les débours que représent une action en justice.

La deuxième raison, c'est que les juges de droit commun ne peuvent apprécier en connaissance de cause les affaires médicales. Notre profession est toute particulière. Ceux-là seuls qui l'ont pratiquée peuvent la connaître. Dans ces conditions, on a beau avoir le bon droit pour soi il est hasardeux d'engager un procès.

La troisième est que les Syndicats ne se soucient pas beaucoup d'étaler à la publicité du prétoire les petites misères de la corporation. Ils pensent que les défaillances individuelles des membres de celle-ci ne doivent pas être livrées à la malignité publique. Le tribunal de droit commun, c'est le lavoir public. Nous demandons un petit lavoir particulier où nous pourrons laver notre linge sale en famille, ce lavoir particulier sera le tribunal professionnel.

Au contraire, si les Syndicats avaient à leur disposition une juridiction professionnelle, ils y auraient recours plus souvent. Le tribunal médical serait peu coûteux. Les juridictions corporatives sont d'ordinaire peu onéreuses. Ils auraient affaire à des juges compétents par leur pratique

professionnelle et enfin les débats sans être secrets n'auraient pas la grande publicité et même le caractère quelque peu infamant des tribunaux de droit commun.

Actuellement, dira-t-on, il y a les Conseils de famille. Mais les Conseils de famille ne concernent que les syndiqués. Or, ce n'est pas dans les Syndicats que se trouvent les médecins qui font tort à la profession. Ceux qu'il faudrait atteindre se tiennent justement en dehors des Syndicats. Ensuite, l'expérience montre que même pour les syndiqués l'action des Conseils de famille est insuffisante. Le Conseil de famille est une émanation du Syndicat. On a vingt-quatre heures pour maudire ses juges. C'est plus de temps qu'il n'en faut pour écrire et mettre à la poste une lettre de démission. Cela fera un syndiqué de moins. Le Conseil de famille y songe et, en pratique, il se refuse, dans la plupart des cas, à appliquer une sanction sérieuse. S'il existait un tribunal professionnel, les Syndicats pourraient, en outre, poursuivre devant lui ceux de ses membres qui ont enfreint les décisions syndicales. Celles-ci ne resteraient pas lettre morte, ce qui est trop souvent le cas actuellement. Le Syndicat ne pourra donner toute sa mesure que le jour où on aura institué un tribunal professionnel.

Les médecins auraient une plus grande commodité pour régler leurs litiges professionnels particuliers : procès avec un successeur, un remplaçant, un confrère voisin, partage du prix d'une note commune, détournement de clientèle, dénigrement, toutes ces petites querelles qui s'enveniment avec le temps et créent ces rivalités de médecins si pernicieuses pour la corporation.

S'il s'agissait de deux confrères honorables, si les juges étaient à hauteur de leur tâche nous sommes persuadés qu'il suffirait d'un appel en conciliation pour terminer l'affaire à la satisfaction de tout le monde. Les deux confrères s'en iraient réconciliés. Dans les autres cas, il y aurait au moins l'avantage de terminer le différend simplement et rapidement. Les médecins malhonnêtes, seuls, regretteraient les tribunaux de droit commun dont les lenteurs, les complications, les frais, permettent de lasser l'adversaire et de l'amener à abandonner sa poursuite même quand il est certain d'avoir gain de cause.

Cette juridiction, disons-nous, serait facultative pour les autres personnes. Ici nous envisageons surtout les malades et les tiers payants. Il y a des malades qui se plaignent à tort de leur médecin, mais il y en a d'autres qui peuvent s'en plaindre avec raison. Il y a des officines où l'on exploite les malades. Elles font un tort considérable à notre profession. La juridiction de droit commun, l'expérience le montre, est impuissante à les faire disparaître ou même à gêner la prospérité de leurs affaires.

Si le malade, trompé par un charlatan, savait qu'il a à sa disposition une juridiction peu coûteuse, rapide et plus avisée, il n'hésiterait pas à y avoir recours. On verrait alors la différence entre la sévérité d'un tribunal composé d'hommes ayant le souci de l'honneur de leur profession et l'indulgence de magistrats habitués à juger des malfaiteurs et à considérer les fautes professionnelles comme des peccadilles sans importance. L'établissement d'une juridiction médicale entraîne la disparition des charlatans pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Pour les mêmes raisons, les tiers payants auraient volontiers recours au tribunal corporatif. De ce côté, on s'est déjà engagé dans cette voie par les Commissions d'arbitrage. Tel est le cas de l'A. M. G., des Mutualités, des Compagnies d'assurances, des Commissions tripartites des Mutilés. Mais nous estimons qu'il vaudrait mieux pour tout le monde, que ces commissions d'arbitrage soient remplacées par un tribunal composé exclusivement de médecins. On pourrait objecter qu'un tribunal ainsi composé serait partial en faveur des médecins. Mais d'abord, sa juridiction ne serait que facultative. Ensuite, il ne jugerait qu'en premier ressort. Ceux qui le voudraient pourraient toujours faire appel devant les tribunaux de droit commun. Dans ce cas, les inconvénients de ceux-ci signalés plus haut seraient très diminués, car l'affaire au moment où elle serait portée devant eux aurait été déjà mise au point par un tribunal de professionnels.

Les Commissions d'arbitrage, les Commissions tripartites sont un progrès sur la juridiction de droit commun. Progrès petit, insuffisant. Nous nous refusons à voir en elles comme certains de nos confrères, la plus belle conquête de la corporation médicale.

Dans les Commissions d'arbitrage, les membres sont trop portés par un sentiment bien naturel, à défendre les intérêts de ceux qui les y ont envoyés. Leurs décisions sont plutôt des transactions de mandataires que des jugements d'hommes examinant les faits et se prononçant suivant leur conscience. L'état d'esprit du juge corporatif qui n'a pas en face de lui de contradicteur et qui sent peser sur lui la charge de l'honneur de sa corporation est tout autre. Des non commerçants ont souvent gain de cause contre les commerçants devant les tribunaux de commerce. L'expérience des tribunaux corporatifs montre que les étrangers à la profession peuvent s'y adresser sans crainte.

Pour ces raisons, nous pensons que les divers tiers payants auraient recours habituellement au tribunal médical s'il y en avait un.

L'interdiction d'exercer la médecine pourrait n'être que temporaire, ou ne porter que sur une branche de la profession, par exemple la médecine du tiers payant. L'interdiction totale et définitive n'est qu'une menace qui, en pratique, ne

serait presque jamais mise à exécution. Cette sanction n'est pas nouvelle. Elle existe dans la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Elle peut être appliquée actuellement par les tribunaux de droit commun.

En résumé, une juridiction professionnelle serait utile à la fois aux malades, aux médecins consciencieux, aux tiers payants. Le médecin marron, seul, regretterait le régime actuel.

Voyons maintenant les objections qui peuvent être faites à cette conception.

Le Dr Duchesne a posé dans le *Concours médical* du 10 avril la question suivante qui est presque une objection. Comment un Ordre des médecins sera-t-il mieux armé que les tribunaux de droit commun pour réprimer les abus ?

Comment en fera-t-on la preuve ? Sans preuve, quel Tribunal pourra condamner ?

Il est bien évident que sans preuve, aucun tribunal ne peut condamner. Un tribunal corporatif pas plus que les autres. Mais il est des preuves d'indélicatesse médicale qui ne seront pas perceptibles pour les magistrats, mais qui le seront pour les médecins. Souvent, nous le reconnaissons, on ne pourra pas plus faire la preuve devant le tribunal corporatif que devant le tribunal de droit commun.

Mais nous estimons que s'il y a poursuite et condamnation dans tous les cas où on peut faire la preuve, ce sera suffisant pour moraliser la profession. Actuellement, le médecin marron est encore, heureusement, l'exception. En pratique, ce ne sont pas toujours les preuves qui manquent, c'est une juridiction devant laquelle on puisse les produire facilement. Ici revient la question des frais de justice. Ceux-ci dans l'état actuel empêchent les poursuites même quand on a les preuves. Le tribunal médical ne sera pas mieux armé que le tribunal de droit commun. Il ne disposera pas de peines plus fortes, mais le coupable aura moins de facilité d'échapper. Devant le tribunal de droit commun, il peut invoquer des prétextes d'ordre technique qui obligent les magistrats à ordonner une expertise et lui permettent de s'évader dans le maquis de la procédure.

Avec la juridiction professionnelle, il aura affaire à un tribunal d'experts qui pourra prendre une décision séance tenante. Ce qu'il faut, ce n'est pas punir fortement les coupables, mais bien les atteindre facilement. C'est le plus sûr moyen de faire disparaître les brebis galeuses qui peuvent se rencontrer parmi nous.

Autre objection :

Nous n'avons pas encore de code de déontologie. Les juges du tribunal professionnel ne sauront sur quelle règle se baser pour établir leur jugement.

Nous ne sommes pas ennemi d'un code de déontologie, mais d'une part, si nous attendons sa rédaction complète pour demander une juridiction professionnelle, nous risquons fort de retarder beaucoup trop une réforme urgente. Il nous faut l'obtenir avant le vote de la loi des assurances sociales. Celle-ci peut être votée prochainement. D'autre part, il n'est pas nécessaire d'avoir un code pour qu'un tribunal puisse fonctionner. Le tribunal médical peut juger en se basant sur les lois et la jurisprudence existantes comme le font les tribunaux de droit commun. Pour le reste les juges s'inspireront des traditions et usages professionnels et au besoin pour les cas imprévus, des principes que leur dictera au fond de leur conscience leur bon sens de praticiens expérimentés.

L'observation des sociétés humaines nous montre, en effet, que l'existence de tribunaux a précédé la rédaction des codes. Ceux-ci sont presque toujours la mise par écrit de principes établis par une jurisprudence antérieure. Or, la jurisprudence est constituée par des séries de jugements concordants. Les jugements à leur tour, ne peuvent exister que s'il y a eu des tribunaux pour les prononcer. Le tribunal précède le code. Cherchons d'abord à obtenir le tribunal corporatif, nous rédigerons le code ensuite.

Les médecins connaissent la médecine , mais ne connaissent pas le droit. Il sera difficile de trouver des médecins capables de composer le tribunal.

L'exemple des tribunaux de commerce permet de répondre à cette objection. Ceux-ci sont composés de commerçants dépourvus de tout diplôme juridique. Cependant pareille objection n'a jamais mis d'obstacle à leur fonctionnement. La pratique montre que le nouveau juge se familiarise très rapidement avec le droit et en sait vite assez pour répondre aux nécessités de sa fonction. Les médecins ont une culture générale supérieure à celle des commerçants. Il n'y a aucune raison de penser qu'ils ne pourront apprendre ce que les commerçants ont appris. Ensuite, il suffit d'avoir assisté aux réunions de nos associations professionnelles pour constater que nous avons déjà parmi nous des confrères qui ont des connaissances juridiques très suffisantes pour siéger dans des tribunaux médicaux.

Uns institution de ce genre permettrait une main mise de l'Etat sur nos affaires professionnelles.

Cette objection est celle qui a toujours été faite dans les Assemblées générales de l'Union des Syndicats médicaux à ceux qui demandaient l'établissement d'un Ordre des médecins. Elle n'a pour elle que l'autorité de ceux qui l'ont formulée. Nous ne voyons pas en quoi la substitution d'un juge médecin élu par ses confrères au lieu et place du juge de droit commun nommé par l'Etat augmente le pouvoir de celui-ci dans les affaires intérieures de la profession. La démonstration n'en a pas encore été apportée. Elle serait curieuse à entendre.

Par contre, il y a l'objection inverse.

Le législateur n'acceptera jamais la création d'une

juridiction professionnelle médicale parce que celle-ci donnerait à la Corporation médicale une indépendance qui l'inquièterait.

Cette objection est plus sérieuse. Mais ce n'est pas une raison parce que le législateur nous refuserait une juridiction professionnelle pour ne pas la lui demander. On a obtenu des choses plus difficiles. Le libre choix du médecin dans les accidents du travail et dans l'A. M. G. par exemple.

Ensuite, il souffle, en ce moment, un vent favorable aux juridictions professionnelles dont nous pourrions profiter pour remonter le courant autoritariste de l'Etat omnipotent. Celui-ci n'a pas de raison pour refuser aux médecins ce qu'il donne aux commerçants, aux avocats, aux notaires, aux fonctionnaires.

Et puis, prochainement va venir l'instant où, pour l'application de la fameuse loi des assurances sociales, l'Etat aura besoin de la collaboration du Corps médical.

Une juridiction professionnelle, voilà la condition que doit mettre le Corps médical à sa participation à l'application de la loi. Celle-là est la condition primordiale. Toutes les autres sont secondaires et doivent lui être subordonnées. Nous pensons que si le Corps médical est uni sur ce point, il pourra l'obtenir du législateur et même lui imposer si celui-ci refusait d'abord.

Quelle force morale aurait devant l'opinion publique le Corps médical s'il disait au Parlement avant le vote de la loi : « Vous voulez créer l'assurance sociale. Celle-ci peut engendrer des abus qui en rendront l'application impossible. Ces abus nous vous offrons de les combattre. L'intérêt des médecins honnêtes est, sur ce point, conforme à l'intérêt public. Mais, pour cela, il faut que vous nous laissiez faire nous-mêmes la discipline de notre corporation. C'est pourquoi nous vous demandons l'autorité nécessaire. »

Nous pensons que le législateur reculerait devant la responsabilité formidable que serait pour lui le refus d'une semblable proposition. S'il refusait, le Corps médical aurait beau jeu par la suite, lorsque se produiront les abus de l'assurance sociale de répondre aux hommes d'Etat qui ne manqueraient pas de les lui reprocher : « Ces abus, nous vous avions offert de les empêcher. Vous avez refusé. Vous êtes mal venus à vous plaindre aujourd'hui, d'une situation que vous avez voulue. »

C'est pour cela que nous pensons que quelle que soit l'attitude que puisse prendre l'Etat, la proposition doit être faite au législateur et que tous les médecins doivent s'unir pour réclamer une juridiction professionnelle.

Dr GOSSELIN.

HOSPITALISATION DES MALADES PAYANTS ET HONORAIRES MÉDICAUX

Extraits de la circulaire ministérielle du 31 mars 1926.

Article 28. — Des modifications importantes ont été apportées au régime des malades payants.

Le rapport de l'inspection générale des services administratifs pour l'année 1913 (*Journal officiel*, annexe du 6 août), a rappelé les points de droit qui ne sauraient être perdus de vue : *l'hôpital a été créé pour les indigents, et c'est le détourner de sa destination que d'y recevoir normalement des malades payants. La transformation partielle des hôpitaux en maisons de santé ne peut se concilier avec le respect des fondations hospitalières. Le principe de la spécialité des établissements publics s'oppose également à ce que les hôpitaux se livrent à une opération ayant un caractère commercial, qui les mettrait en concurrence, dans des conditions privilégiées, avec les maisons de santé privées.* Les hôpitaux sont en général, tout juste suffisantspour les malades indigents et l'admission desmalades aisés ou peu aisés risque de nuire aux ser vices des malades indigents *pour lesquels, l'hôpital a été spécialement créé.*

Tels sont, dans leur rigueur les principes posés par les lois organiques qui régissent les établissements hospitaliers, et ils ne sauraient être modifiés que par la voie législative. Ils sont d'accord avec les intérêts du corps médical, *pour lequel l'hôpital ne doit pas constituer une concurrence.*

Toutefois, on ne saurait interdire absolument aux Commissions administratives, lorsqu'elles ont pleinement satisfait à toutes les obligations qui leur sont imposées par les actes de fondation et par l'organisation de l'assistance obligatoire, de consacrer le surplus de leurs lits disponibles à ceux qui ne pourraient être admis dans les maisons de santé, à condition qu'aucun préjudice ne soit porté au patrimoine des pauvres. *L'admission des malades payants dans les hôpitaux proprement dits doit rester l'exception*, étant entendu que les cliniques annexées ne sont pas soumises à la législation hospitalière. *Elle sera limitée aux cas ci-après* qui peuvent se justifier par la force des choses, mais doivent, je le répète, rester exceptionnels :

1° Malades atteints de maladies contagieuses, étrangers ou non à la commune, logés dans des conditions telles qu'ils ne peuvent être soignés à domicile utilement pour eux-mêmes, ou sans péril pour autrui. L'exception se justifie par l'intérêt de la salubrité et de la sécurité générales ;

2° Malades étrangers à la commune, de passage,

ayant besoin d'un traitement soit chirurgical, soit médical, lorsqu'il y a urgence, lorsqu'il n'y a pas dans la commune de maisons de santé, ou lorsqu'ils ne peuvent être transportés, sans danger pour eux, à leur domicile ou dans une maison de santé. Telles seront, par exemple, les victimes d'accidents ;

3° Malades n'ayant pas de maison de santé dans la commune de leur résidence, ou ne pouvant pas être transportés dans une maison de santé facilement et sans danger pour eux. Ils peuvent ne pas résider dans la commune de l'établissement ;

3° *bis*. Malades n'ayant pas de ressources suffisantes pour payer le prix de la maison de santé, seulement dans le cas où le traitement à domicile sera impossible dans des conditions satisfaisantes. Cette exception tient compte de l'insuffisance des ressources de certains malades ;

4° Malades dont le cas nécessite une opération grave, quand il sera constaté qu'il est impossible de la faire dans des conditions satisfaisantes, soit à domicile, soit dans une maison de santé.

La Commission administrative prononce librement ces admissions exceptionnelles, en s'inspirant des circonstances, et principalement de l'état de ses disponibilités.

Au point de vue du payement, les malades relevant de chacune de ces quatre exceptions seront divisés en trois séries, dans lesquelles les Commissions administratives les classeront librement *après enquête*. Les prix de chaque série seront fixés par une délibération soumise au préalable à votre approbation. Les Commissions s'attacheront principalement à ne pas entretenir de malades, même de condition modeste, aux dépens du patrimoine des pauvres et à déjouer les manœuvres des personnes qui cherchent à s'introduire à l'hôpital pour se faire soigner à meilleur compte et dans de meilleures conditions qu'ailleurs.

Les malades de la série inférieure, dont les ressources sont très limitées, payeront le prix de journée de l'assistance médicale, pour toute charge et sans aucun supplément. Il va de soi qu'en aucun cas l'admission de ces malades ne saurait porter préjudice aux malades en mesure de bénéficier de l'assistance obligatoire.

Les malades de la série moyenne, de condition modeste, acquitteront le prix de la journée de l'assistance médicale, sensiblement majoré pour toute charge.

La série supérieure comprend les malades plus aisés. D'après un premier mode de payement, le prix de journée pourra être celui de l'assistance médicale avec une majoration plus des frais de salle, d'opération, de pansement, de frais médicaux et pharmaceutiques, et tous ceux que décidera la Commission administrative. D'après un second mode de payement, un prix de journée forfaitaire et global sera calculé d'après ces éléments. *Les honoraires médicaux et chirurgicaux seront compris ou non dans les prix ci-dessus.*

D'une façon générale, les honoraires médicaux et chirurgicaux seront réglés par un tarif établi par la Commission administrative. Le corps médical sera nécessairement consulté à ce sujet, mais il ressort de la discussion du projet de règlement au Conseil supérieur qu'il devra seulement émettre un avis.

Si les honoraires sont compris dans le prix de journée, la Commission administrative pourra distraire des sommes encaissées la part représentant les honoraires du médecin traitant pour la tenir à la disposition d'après le mode qu'elle aura établi.

Si les honoraires sont payables en sus par le malade, le payement sera fait à la caisse de l'établissement. Les tractations entre malades et médecin doivent être évitées. Les Commissions administratives, pourront apprécier si les honoraires doivent être reversés au médecin traitant ou s'ils doivent être versés à une caisse commune pour être répartis parmi tout le corps médical selon un mode établi d'accord entre la Commission et les divers praticiens.

Les Commissions administratives seront libres de décider, dans leur règlement, si les médecins et chirurgiens de dehors pourront être admis à donner leurs soins aux malades payants, à la demande de ceux-ci. Elles prononceront également sur l'affectation des salles à chaque série de malades.

De plus, lorsqu'il n'existera pas dans la localité de services externes de radiographie, analyses, etc., analogues à ceux fonctionnant à l'hôpital, la Commission administrative pourra mettre ses services à la disposition des malades payants suivant un tarif qu'elle établira d'après les mêmes principes. Les frais seront plus ou moins élevés suivant la classe du malade, et comprendront, ou ne comprendront pas, selon les cas, une part à remettre comme honoraires aux chefs de service.

Vous remarquerez enfin que le nouveau règlement n'a pas maintenu l'obligation de rendre compte à mon administration du fait d'avoir à approuver une délibération par laquelle une Commission administrative créerait une chambre ou une salle payante.

Commentaires.

Dans la circulaire ci-dessus, c'est moi qui ai volontairement fait mettre en caractères italiques certains passages, que je considère comme importants.

Il est bon que médecins, comme administrations hospitalières, puissent se rappeler les caractères fondamentaux de la législation des hospices et hôpitaux. Le ministre est très affirmatif, lorsqu'il déclare que « l'hôpital a été créé pour les indigents et c'est le détourner de sa destination que d'y recevoir des malades payants. »

Donc, première conclusion à retirer de la circulaire ministérielle, c'est que l'hôpital, asile des indigents, ne doit consacrer de lits disponibles, pour les malades payants, que dans des cas très exceptionnels.

Ces cas sont ceux indiqués par la note de l'ar-

ticle 28 du règlement modèle des hôpitaux. Or, en ce qui concerne les quatre catégories, qui y sont mentionnées, ce règlement modèle spécifie que le malade payant ne peut être admis à l'hôpital, que s'il n'existe pas de maison de santé privée dans la localité, ou si le malade ne peut être transporté dans la maison de santé, soit parce que celle-ci est trop éloignée, soit parce que le cas est urgent, soit parce que, dans la maison de santé, on ne peut donner les soins nécessités par le genre de maladie, dont est atteint le patient.

En fait, beaucoup d'hôpitaux ne font aucun cas ni du règlement modèle, ni de la circulaire ministérielle. Ils admettent les malades payants, quelle que soit la condition de fortune de ces derniers, quelle que soit leur maladie, quand bien même il existe une maison de santé privée dans la localité.

Nous croyons savoir qu'un procès de principe sera bientôt intenté à un hôpital, pour que la juridiction compétente puisse décider, une fois pour toutes, si les hôpitaux, établissements destinés aux pauvres, peuvent faire concurrence aux maisons de santé privées et aux sanatoria.

Ainsi, dans la circulaire précitée, le ministre invite les commissions administratives des hôpitaux à n'admettre dans l'établissement, les malades payants qu'après enquête, pour éliminer les faux pauvres qui, dans un but de lucre et d'égoïsme, se font opérer à bon compte à l'hôpital, pour éviter les frais d'une maison de santé, frais qu'ils peuvent parfaitement bien payer.

Combien sont-ils, les hôpitaux qui se livrent sérieusement à pareille enquête ? Le séjour des malades payants est une source de bénéfices pour l'établissement et, de la sorte, une concurrence déloyale est faite à l'initiative privée.

Un point sur lequel j'attire l'attention de mes confrères, médecins ou chirurgiens d'hôpitaux, c'est la question des honoraires.

Lorsqu'en 1920 et 1921, nous avons discuté cette question au Conseil supérieur de l'assistance publique, je me suis toujours élevé pour que soit proclamée la liberté des tractations entre commissions administratives et corps médical hospitalier.

J'estime que la loi du 7 août 1851 donne aux administrateurs des hôpitaux le droit de nommer leurs médecins et de les rémunérer à leur guise : mais pour les soins à donner aux seuls malades indigents.

Pour les payants, nous sommes sous l'empire du droit commun.

J'ai donc toujours réclamé pour le malade payant hospitalisé, libre choix, soit parmi les docteurs attachés à l'établissement, soit parmi tous les praticiens de la ville. Seul un accord avec le syndicat médical local peut déterminer ce point de pratique professionnelle.

En second lieu, j'ai réclamé, pour mes confrères, le droit absolu de contracter directement avec les hospitalisés payants et d'exiger de ces derniers, les honoraires correspondant à leur situation de fortune et au genre de service rendu.

Les commissions administratives m'ont répondu que, pour éviter les abus et se défendre contre les médecins, ou chirurgiens, qui pourraient exiger des sommes trop fortes de leurs clients, ce serait l'administration hospitalière qui fixerait elle-même le prix des interventions, en toucherait le montant et reverserait aux médecins ce qu'elle croirait devoir leur allouer.

J'ai vainement demandé que les tarifs soient établis d'accord avec le corps médical : non, m'a-t-il été répondu : au nom de la souveraineté que possèdent les commissions administratives, tout ce que l'on peut accorder, c'est de demander un simple avis aux docteurs.

Certes, les commissions administratives sont maîtresses chez elles ; mais elles ne devraient pas ignorer que les médecins sont également maîtres d'accepter ou de refuser de travailler à des conditions draconiennes.

Avis, soit ; mais les docteurs de l'hôpital peuvent parfaitement vouloir consentir à ne soigner que les indigents. Si la commission administrative impose sa manière de voir, les docteurs sont en droit de se démettre de leurs fonctions hospitalières et l'administration, incapable de soigner elle-même ses malades, sera bien obligée de composer avec ceux qu'au début, elle entendait traiter en inférieurs, en employés, en sous ordre.

Je ne cesse de réclamer une entente cordiale entre collaborateurs, administrateurs et médecins, au lieu de persister à suivre les errements passés : le corps médical considéré comme l'inférieur, l'employé de la commission administrative.

Pour ma part, je ne puis donner mon approbation à la circulaire ministérielle, interprétant le règlement modèle sur les points qui concernent la fixation des honoraires des médecins et chirurgiens.

J'estime que l'hôpital ne doit demander aux payants que le remboursement des frais d'alimentation, d'entretien, de séjour, etc. : frais matériels exigés par toute maison de santé. Mais ces dépenses ne doivent laisser ni perte, ni bénéfice.

Pas de perte, sinon l'hospitalisation des payants grèverait injustement le patrimoine des pauvres.

Pas de bénéfice, car, établissement public, l'hôpital ne doit pas faire acte commercial.

Mais la commission administrative n'a rien à voir sur ce que le médecin pourra réclamer comme honoraires au malade payant : cela ne la regarde pas ; de même que le gérant d'une

maison de santé ne se préoccupe pas de l'argent que touche le chirurgien, qui vient opérer dans ladite clinique.

Au docteur de s'arranger avec son client, de débattre avec lui le prix de l'intervention, des soins, comme cela se passe sous l'empire du droit commun.

L'objection, qui m'est toujours faite, est la suivante : les malades, qui sont admis comme payants, à l'hôpital, sont, en principe, des gens peu fortunés : la commission administrative ne peut donc tolérer que des médecins peu scrupuleux puissent réclamer à ces clients modestes des honoraires trop élevés. Pour empêcher cet abus, c'est l'administration elle-même qui réclamera les honoraires, au nom du médecin, honoraires dont elle fixera seule le quantum.

A cela, je réponds en m'étonnant qu'on ne veuille voir, parmi les membres du corps médical, que des exploiteurs, des assoiffés d'argent, qui pressurent leurs clients, alors que ces mêmes médecins donnent une très grande preuve d'altruisme, en acceptant de soigner à l'hôpital, pour une maigre indemnité, tous les malheureux et les déshérités de la vie.

En second lieu, les malades n'ont pas besoin qu'on prenne leur défense : ils savent bien discuter eux-mêmes les prix des différentes interventions, ou des divers traitements, qui leur sont proposés.

En troisième lieu, les médecins connaissent leur clientèle et savent bien lorsqu'ils ont affaire à de faux pauvres qui, pour exploiter la charité d'autrui, n'hésitent pas à se faire passer pour miséreux ou très gênés.

Enfin, en cas de conflit entre malade et médecin, le désaccord pourra être porté, par la partie la plus diligente, soit devant les juges de droit commun, soit devant la commission administrative de l'hôpital, choisie comme arbitre.

Aussi, pour ma part, me suis-je constamment élevé contre cette autocratie des hôpitaux, qui semblent vouloir considérer le médecin, non comme un égal et un collaborateur, mais comme un inférieur, un salarié mercenaire, susceptible des plus bas calculs pour gagner de l'argent, aux dépens des hospitalisés.

Je suis donc personnellement opposé soit au prix forfaitaire de journée, englobant les honoraires du médecin, soit au recouvrement de ces frais médicaux par la commission administrative, d'après un barême fixé par cette dernière seulement.

Je propose, au contraire, la liberté des tractations entre malade payant et médecin, ce dernier ne devant soigner gratuitement à l'hôpital, que ceux qui sont admis en vertu des lois du 7 août 1851 et 15 juillet 1893, c'est-à-dire les indigents.

Et lorsque l'hôpital est petit, je demande que, pour les soins à donner aux malades payants, tous les médecins de la localité puissent, sur le même pied, avoir accès dans l'établissement. Il ne faut pas créer un monopole en faveur des uns au détriment de ceux qui ne sont pas choisis par la commission administrative.

Mais, je sais bien que bien du temps se passera avant de faire comprendre aux philanthropes, qui gèrent le bien des pauvres, qu'en transformant l'établissement hospitalier en maison de santé, ils abusent de leurs droits et violent l'esprit des textes législatifs et règlementaires.

C'est bien beau de dire que « charbonnier est maître chez lui », à la condition de ne pas entraver la liberté de travail d'autrui.

Le jour où les médecins, propriétaires de maison de santé, auront fait et gagné un procès, pour concurrence déloyale que leur font les hôpitaux, en admettant les malades payants, les commissions administratives verront qu'elles ont eu tort de s'aliéner la collaboration médicale, par un autoritarisme, qui n'est plus de notre époque.

Maisons de santé organisées par les hôpitaux et indépendantes de ceux-ci.

De plus en plus se fait jour l'idée de l'organisation de maisons de santé, indépendantes de l'établissement hospitalier, mais dirigées et administrées par la commission de l'hôpital.

Dans sa circulaire, le ministre du Travail fait remarquer que ces cliniques hospitalières ne sont pas soumises à la législation hospitalière du 7 août 1851 : ce sont des établissements commerciaux, privés, assujettis à toutes les charges fiscales ordinaires.

Elles peuvent bénéficier d'achats en commun, faits par l'hôpital ; elles peuvent utiliser le personnel infirmier, etc.

Il est évident, à première vue, que cette concentration de l'art de guérir ne peut qu'être profitable à tous.

L'hôpital peut réserver ses lits aux indigents, cependant qu'il fera admettre les payants dans cette clinique, qu'il a fondée et organisée.

Les malades seront reçus dans une maison de santé, dont les prix de journée pourront être réduits, grâce à cette collaboration matérielle entre l'hôpital et la clinique.

Les médecins auront à leur service une organisation médicale, chirurgicale et spéciale, dont les frais d'achat et d'entretien seront couverts par l'administration hospitalière.

Mais, au point de vue juridique, on peut discuter le droit, pour un établissement public, de prendre la direction d'une entreprise commerciale.

Certes le décret du 5 novembre 1926 peut permettre l'organisation d'entreprises commerciales, utiles à l'intérêt public, mais seulement

dans le cas, où l'initiative communale doit suppléer à la déficience de l'initiative privée.

Or, ces organisations de maisons de santé hospitalières cherchent surtout leur création dans les grands centres où justement existent déjà des maisons de santé privées.

On peut donc soutenir que l'hôpital, établissement public, fait une concurrence déloyale à la clinique privée, en prenant l'initiative d'organiser un établissement commercial, lorsque le besoin ne s'en fait pas sentir.

Car, il ne faut pas se le dissimuler : ce n'est pas du tout dans un but d'altruisme et d'entr'aide sociale que les hôpitaux cherchent à créer ces maisons de santé : mais uniquement dans un but de lucre, pour faire des bénéfices commerciaux.

Je sais bien que les administrateurs ne se partagent pas les bénéfices et que ceux-ci iront alimenter le patrimoine de l'hôpital, tant comme revenus que comme augmentation du capital.

Mais ces administrateurs se doutent-ils qu'ils font œuvre de collectivistes et de communistes ? Ils dispensent la médecine à tous, gratuitement aux uns, à prix réduit aux autres, en vertu de la fameuse formule communiste : « à chacun selon ses besoins. »

Ils acheminent également notre profession, jusqu'ici libérale et indépendante, vers un salariat et même pas vers la fonctionnarisation.

Salariés, les médecins d'hôpitaux, qui doivent subir un règlement, cahier des charges qu'ils n'ont pas été appelés à discuter, qui travaillent selon un mode déterminé par la commission administrative, leur employeur, qui peuvent être cassés aux gages du soir au lendemain, qui n'ont plus la liberté de discuter librement le quantum de leurs honoraires avec leurs clients, ou avec ceux qui leur sont imposés par l'administration.

Fonctionnaires, ils auraient un statut, une retraite, ils ne seraient pas renvoyables du soir au lendemain.

Je ne crois donc pas m'avancer beaucoup, en disant que l'initiative des hôpitaux est grave comme conséquences sociales et influence l'avenir de notre profession.

Quant au but lucratif, poursuivi par les hôpitaux, en créant des maisons de santé, je n'en veux pour preuve que cet extrait du compte rendu du Congrès de l'Union hospitalière du Sud-Ouest, tenu à Libourne, le 19 octobre 1926 (*Revue des hôpitaux*, 30 novembre 1926).

2° *Maisons de santé des hôpitaux.*

Cette réalisation, dont la formule me paraît de plus en plus utile et nécessaire, n'a fait aucun progrès. Mais je demeure convaincu qu'il faudra arriver à obtenir dans le plus grand nombre de centres hospitaliers possible, que l'hôpital proprement dit reste ouvert aux indigents, pour lesquels d'ailleurs il est fait, et qu'à côté s'ouvre une maison de santé pour tous les malades en mesure de payer les soins que leur état de santé réclame. Le fonctionnement de ces établissements payants a donné et donne chaque jour, de tels résultats sérieux et incontestés, qu'il faut souhaiter vivement les voir se multiplier en complément de nos hôpitaux, étant donné que *l'appréciable profit annuel* qu'ils laissent à leurs administrateurs, permettrait d'apporter de notables améliorations au fonctionnement général des hôpitaux, et cela sans que nul intérêt ne soit lésé. Votre Union hospitalière du Sud-Ouest ne doit pas perdre cette attachante question de vue.

Conclusions

Je ne suis pas *a priori* hostile à l'hospitalisation des malades payants, tant à l'hôpital que dans des maisons de santé organisées par ce dernier.

Le bien public peut en retirer de réels avantages.

Mais, je réclame, pour mes confrères, le droit d'être traités en collaborateurs et non comme quantité négligeable de la classe des salariés.

A mon sens, la commission administrative de l'hôpital sera bien inspirée en s'abouchant, non seulement avec ses propres médecins, mais également avec les autres praticiens du lieu.

Ensemble, ils discuteront le meilleur mode d'admission des malades payants pour que soient respectés de légitimes intérêts privés et pour que les malades soient bien soignés.

Mais les errements actuels, autoritaires et despotiques, conduiront les commissions administratives des hôpitaux à des conflits juridiques avec le corps médical, avec les propriétaires de maisons de santé privées et pourraient même provoquer des démissions de la part des médecins d'hôpitaux.

Les administrateurs d'hôpitaux croient-ils donc bien gérer le patrimoine des pauvres, ou celui des malades en général en se privant du concours des médecins ; en forçant ces derniers à la lutte, pour faire respecter leur indépendance sociale et leur droit de se faire payer par qui peut le faire ?

La collaboration, sur un pied d'égalité, donnerait des résultats autrement productifs pour tous.

Dr Paul BOUDIN.

CONTRIBUTION A LA QUESTION DE L'INSTRUCTION DES ÉLÈVES-OFFICIERS-MÉDECINS DE RÉSERVE

Assister à la visite d'incorporation doit être à la base de l'instruction militaire des étudiants en médecine incorporés.

Par le Dr A. CHALLAMEL.

Je fus incorporé en 1899, et lorsque j'arrivai à Mayenne, le médecin-major du 102e était seul pour assurer le service de l'hôpital et du régiment. Il lui fallait, en outre, faire passer la visite d'incorporation.

Il demanda donc au colonel de mettre à sa disposition provisoirement les deux étudiants en médecine qui avaient le plus d'inscriptions. Ayant huit inscriptions en plus du P. C. N., moi et un autre fûmes désignés.

Ces premiers jours de régiment passés à l'infirmerie ne sont jamais sortis de ma mémoire, non pas tant du fait d'un genre de vie tout nouveau que du fait de l'enseignement médical qu'ils m'apportèrent.

J'entends encore les observations du major : « Encore des pieds plats ! Il est cuisinier ! Allons, il ne portera guère le sac. »

« Et cet autre ! Il faut faire une demande de « changement d'arme. Pour la cavalerie, non « plutôt pour l'artillerie, car il est fort et trop « grand pour la cavalerie. »

« Et celui-ci c'est un malingre ! Inscrivez-le pour le prochain conseil de réforme. », etc.

De temps à autre, il se tournait vers nous, ajoutant quelques explications aux pieds plats, orteils en marteau, genu varum ou déformations sternales qui motivaient ces réflexions.

Jamais je n'avais vu tant d'anatomies défiler sous mes yeux, anatomies de l'homme de 20 ans. La plupart belles sans doute, on ne s'y attardait pas, sauf une simple remarque sur un périmètre thoracique, etc. Ces hommes défilaient en ordre, passant un à un sous la toise. Le caporal inscrivait. Que de choses nouvelles pour moi. Au cours de mes deux années d'hôpital, *je n'avais pas vu cela.*

Parfois la pathologie reprenait ses droits. C'était alors l'interrogatoire, l'auscultation ; c'était un cœur palpitant, un varicocèle, une hernie, que sais-je.

Au bout de quelques jours, la visite d'incorporation était terminée et les séances de vaccination commencèrent. Pour la *première fois*, je vis faire et je fis, des vaccinations en série, 200 à 300 par jour. Médecine nouvelle pour nous, faite avec rapidité, faite de prévisions et d'organisation.

J'assistai ainsi à *une grande leçon de pratique* de médecine militaire. Ce furent de fructueuses journées d'instruction. A part le *débrouillage* des manœuvres qui terminèrent mon temps de service, *ce fut la seule instruction militaire réelle* que je reçus, je veux dire la seule qui devait ultérieurement me servir pour mes fonctions de médecin de réserve, car, à cette époque pendant la durée du service militaire, le service de santé *ne faisait rien* pour l'instruction de ses futurs officiers de réserve.

J'ai conservé du médecin-major Bayvel, le souvenir d'un de mes maîtres.

***

Je n'en dirai pas autant du médecin-major d'un autre régiment où je fus envoyé.

Quel degré de science se cachait sous sa morgue hautaine ? Je ne l'ai jamais su.

Par hasard, j'appris plus tard qu'il fut trouvé mort dans un train en arrivant à Bordeaux.

Mais tout sert à l'instruction. C'est mêlé aux troupiers que l'on apprend à connaître leur mentalité. C'est au régiment que l'on commence à connaître les hommes.

***

J'ai essayé de rendre de façon aussi vivante que possible l'impression que fit sur un néophyte une *méthode d'instruction due aux circonstances seules.*

Actuellement, les étudiants en médecine ne font plus leur service dans les mêmes conditions qu'autrefois. Beaucoup servent durant un laps de temps comme médecins auxiliaires et, de ce fait, apprennent le fonctionnement d'une infirmerie régimentaire.

En vérité, c'est là bien faible instruction, car s'ils ont ainsi des services à rendre, ce n'est pas au cours du stage militaire qu'ils ont à apprendre leur pathologie clinique.

La médecine militaire se distingue de la médecine ordinaire par quelques côtés.

Par dessus tout une des particularités de la médecine militaire est d'exiger des médecins, à quelque échelon qu'ils soient, quelque poste qu'ils occupent, *des connaissances techniques sur l'aptitude physique.*

Ces connaissances peuvent seulement être

acquises par la pratique et acquises au cours du *stage militaire* ; cela fait partie de *l'instruction médico-militaire* que l'étudiant doit recevoir.

En se plaçant de haut, on ne saurait laisser perdre une occasion d'enseignement si belle pour de futurs médecins. Car si à l'hôpital l'étudiant approche le malade, *la visite d'incorporation constitue un véritable stage spécial* où il apprend à comparer et à connaître l'état physique de l'homme sain.

Il serait difficile de le faire assister aux conseils de révision, faits de façon très rapide, à moins de concevoir une transformation de leur composition.

Si les périodes sont employées à *compléter les connaissances militaires* des médecins des réserves, le service doit l'être *à instruire* les élèves-officiers-médecins : ce sont deux échelons d'instruction tout à fait différents.

Le médecin d'active se rend mal compte de la façon dont le médecin de réserve parvenait à faire son instruction médico-militaire autrefois. C'est qu'à ce point de vue la formation de l'un et de l'autre, n'est pas la même : l'un sort d'une école et l'*autre passe par le rang.* Par contre, au point de vue médical, pur, le second est plus avantagé quand il exerce, du fait d'une pratique plus variée et plus étendue.

Certes, l'élaboration du plan et l'établissement du programme d'instruction des recrues et des cadres regarde les chefs militaires, comme l'instruction des étudiants regarde les professeurs des Facultés. Mais professeurs et chefs militaires doivent être renseignés, et, pour ne parler que de la médecine, il apparaît que peuvent utilement servir les remarques faites par les médecins, avec le recul de l'âge, sur la façon dont ils ont été instruits au temps où ils étaient étudiants *et où ils avaient tout à apprendre.*

C'est à la visite d'incorporation, bien plus minutieuse que le Conseil de révision, que l'*élève-officier-médecin doit recevoir une part de son instruction* militaire spéciale. Rien ne saurait remplacer ce stage. Cette visite d'incorporation dure des jours très courts et ces jours ont un intérêt primordial pour la formation du médecin militaire de réserve. Une occasion d'instruction comme celle-là ne doit pas être une question de hasard.

***

L'instruction du 12 octobre 1926, relative aux conditions dans lesquelles..... les étudiants en médecine... accomplissent leur service militaire obligatoire, prévoit à l'article 14 leur participation effective obligatoire aux opérations d'incorporation (1).

J'ai tenu néanmoins à rapporter *mon observation.*

MUTUALITÉ FAMILIALE

Ce qu'elle devient.

Récemment un des plus anciens membres de la Mutualité familiale écrivait au Dr Mignon, lui disant que nous étions trop avares de renseignements et que les sociétaires seraient heureux de savoir quelque chose de la marche de leur société.

Bien des fois j'ai été tenté de publier des chiffres, seul mode de répondre utilement à notre confrère : j'ai toujours hésité, craignant que ce ne fût en pure perte et que les lecteurs du *Concours* — même membres de la Mutualité familiale — ne fussent effrayés par mes tableaux et s'empressassent de tourner la page.

Mais puisque certains, paraît-il, seraient heureux d'être documentés, je vais tenter la chose en puisant dans les inventaires annuels que je dresse depuis le premier jour de la Mutualité familiale.

Veut-on, par exemple, connaître les recettes et les dépenses de la combinaison MA (indemnité maladie de 10 francs par jour) dont je vais seulement m'occuper aujourd'hui ?

Rien de plus simple :

Les cotisations se sont élevées à.....	1.788.543 fr.
Les intérêts à....................	242.387 88
Les bonis sur remboursements de valeurs à....................	6.615 24
Les dons à....................	1.088 99
Le total des recettes s'élève donc à	2.038.635 11
Les dépenses — il n'y en a pas d'autres que les indemnités maladie — ont été de....................	1.365.794 70
L'avoir actuel de la combinaison est donc de....................	672.840 41

Voilà, d'une façon peut-être un peu brutale mais rigoureusement exacte, le bilan de la combinaison MA.

Il peut être intéressant d'analyser quelques uns de ces chiffres ; je prendrai pour cela trois périodes : la première de la création de la

(1) Voir *Concours médical*, n° 14 du 3 avril 1927 p. 906.

Société à la guerre, la deuxième comprenant la période de guerre, la troisième de 1921 à fin 1926.

Cotisations.

Voici ce qu'elles ont été dans ces trois périodes :

1894-1913	765.910 10
1914-1920	513.369 40
1921-1926	509.263 50
	1.788.543 »

Examinons de plus près les dernières années :

1921	69.563 75
1922	88.527 50
1923	87.105 25
1924	87.591 »
1925	87.940 25
1926	88.535 75
	509.263 50

Il faut se rappeler que les années 1921 et 1922 ont constitué une sorte de compensation de la période de guerre ; mais, à partir de 1923, on voit que la progression est régulière bien que ralentie par la création des combinaisons nouvelles qui, actuellement, présentent plus d'attraits.

Intérêts.

1894-1913	49.612 60
1914-1920	63.502 87
1921-1926	129.272 41
	242.387 88

Ceci pour constater simplement l'augmentation du taux de l'intérêt depuis 1921.

Indemnités maladie.

1894-1913	601.256 75
1914-1920	408.023 55
1921-1926	356.514 40
	1.365.794 70

Les indemnités-maladie sont, je le répète, les uniques dépenses de la combinaison.

Il convient de remarquer le chiffre de la période de guerre 408.023,55, ce qui montre que la société a continué toujours à fonctionner en conformité de ses statuts.

Quant à la dernière période, si on prend année par année, on trouve :

1921	59.128 45
1922	57.242 10
1923	51.840 70
1924	61.382 35
1925	60.591 75
1926	66.329 05
	356.514 40

On constatera la progression depuis 1923 : elle est due à ce que les sociétaires avancent en âge et aussi à ce que le recrutement s'est ralenti pour les éléments jeunes qui, recherchant des indemnités plus élevées, se portent vers d'autres combinaisons.

Voilà pour la situation financière.

Veut-on maintenant connaître comment s'est corportée la morbidité.

Journées de maladie.

	Aiguës	Chroniques
1894-1913	49.316	54.801
1914-1920	14.347	59.023
1921-1926	20.011	47.024
	83.674	160.848

On remarquera que pendant la première période les journées chroniques dépassent de peu les journées aiguës, c'est que la société était composée de membres plus jeunes.

Par contre, la période de guerre donne quatre fois plus de journées chroniques que de journées aiguës, c'est que les éléments jeunes étaient mobilisés tandis que les membres âgés, les valétudinaires étaient restés dans leurs foyers. Depuis, la proportion est descendue à un peu plus du double, ce qui paraît être à peu près normal puisque, depuis 1894 date de la création de la société, les totaux sont respectivement de 83.674 et 160.848.

Examinons séparément les années de la dernière période, nous trouvons :

	Journées aiguës	Journées chroniques
1921	3.641	6.847
1922	3.199	7.639
1923	3.204	5.995
1924	3.473	7.942
1925	2.957	9.312
1926	3.537	9.289
	20.011	47.024

Cela montre que le total annuel des journées aiguës reste à peu près constant tandis que celui des journées chroniques a plutôt tendance à monter.

Et cela justifie le cri d'alarme que nous ne cessons de pousser :

Confrères, ne vous fiez pas à votre bonne santé actuelle : comme tous, vous êtes exposés à la maladie, comme tous vous pouvez être arrêtés et souvent d'une manière définitive — soyez prévoyants !

A. Gassot.

AUTOUR DES THÉATRES

Chaque semaine, le *Concours médical* présente d'ordinaire à ses lecteurs, en se laissant guider par l'intérêt du sujet plus que par une formule stricte et préconçue, non seulement les pièces de théâtre les plus nouvelles, mais aussi celles auxquelles un succès tout particulier a conféré, parfois contre toute attente (et le cas est fréquent), un véritable renouveau d'actualité, si ce n'est même une véritable gloire triomphale, de par leur durée inusitée. « A tout seigneur, tout honneur », c'est de la bonne pièce de MM. Gabriel Alphand et Pierre Maudru, « *Cotillon III* », que je veux aujourd'hui exclusivement m'occuper. Le théâtre de la « Gaîté Lyrique », a monté cet opéra bouffe en trois actes, avec le luxe admirable de décors et de costumes auquel M. Georges Bravard, son directeur actif, intelligent et moderne, a depuis longtemps accoutumé un public qu'il a peu à peu gâté et rendu de plus en plus exigeant en constituant pour lui une troupe hors de pair, des chœurs remarquablement disciplinés et entraînés, en même temps qu'un corps de ballet digne de tous les éloges.

Les décors sont d'une note infiniment élégante, les couleurs en sont chatoyantes et vives, leur atmosphère est toute de claire gaîté et forme le cadre qu'il faut aux personnages qui y vont vivre.

La musique de M. Henri Casadessus est d'une belle originalité dans le cadre de la vieille musique française : elle est gaie et entraînante et tous les qualificatifs aimables lui peuvent être adaptés, on pourrait même en vanter la légèreté et la simplicité à la condition de donner à ces deux mots le sens spécial qu'ils prennent lorsqu'ils sont rattachés à une infinie distinction et à une adéquation parfaite au sujet et aux sentiments. On est, sans savoir pourquoi, sous le charme ; on sent que, sans une défaillance, l'harmonie est des plus délicates, dénotant une haute culture, profonde et fine, qui veut se laisser deviner par les plus sensibles sans s'imposer par force, de peur de laisser dans un excès de majesté un peu de cette clarté franche, de cet abandon charmant dont le Roi lui-même, dédaignant pour un temps l'étiquette, donne l'exemple et la note.

Cotillon II vient de mourir ! Cotillon II, c'est le surnom que le Grand Frédéric a donné à Madame de Pompadour et il s'agit de choisir au milieu des intrigues des Grands et des ambitions dont ce choix pourra être l'origine ou le couronnement, celle qui sera Cotillon III.

La Baronne de la Garde (Madame Rachel Lauwers) reçoit le roi Louis XV qu'elle ne connaît que sous le nom de Loulou et s'attache à lui. Sous son toit habitait une très belle créature, Jeanne Vaubernier (Mademoiselle Valbelle), ainsi qu'une fort jolie provençale, Annette Montelars, (Mlle Denya) quelque peu égarée à Paris où elle est venue chercher de l'avancement pour Christian de Lavalette, son fiancé (M. Henri Laverne).

On conçoit l'anxiété du maréchal de Richelieu, qui voudrait devenir premier ministre en donnant au roi celle qui deviendra la vraie favorite.

La note ultra-comique est donnée par l'arrivée de l'ambassadeur du Dey d'Alger, à la Conférence de la Paix : son Excellence Absintani, (en l'espèce l'excellent comique Allard, artiste complet qui, cherchant une situation pour éviter d'être empalé selon les usages de son Maître, consent successivement à être le père de la favorite éventuelle ou le fils du roi selon l'état des négociations.

Et l'intrigue se corse peu à peu de manière à devenir inextricable, jusqu'au moment où la Cour faisant un voyage en province arrive dans le pays d'Annette où le bon vieux curé (M. Henri Jullien) dénoue l'intrigue en assurant le mariage de ses ouailles : Annette deviendra Madame de Lavalette, la baronne de la Garde épousera le vice-roi de Gênes et Jeanne Vaubernier devenant Madame du Barry, deviendra Cotillon III.

D'un bout à l'autre, le succès a été des plus brillants, grâce à la qualité particulière de l'interprétation.

Je m'en voudrais d'omettre de signaler la grâce toute particulière des danseuses du harem que l'ambassadeur offre au Roi de la part de son maître. Elles sont souples, sveltes et aériennes et Mesdemoiselles Capri, Myriam et Sonia Bakhlief en sont les belles animatrices, intelligemment guidées par l'incomparable maîtresse de Ballet qu'est Madame Stichel.

M. Clemandt est le meilleur chef d'orchestre de Paris !

L'adaptation réciproque du texte à la musique et de la musique au texte, a certainement une intense répercussion dans la qualité délicate de cette pièce qui est un véritable spectacle de gourmets, dont la préciosité fine, la joie expansive demeurent voisins de la douce liberté grivoise, allant parfois jusqu'à friser la licence sans craindre même — mais une seule fois ! — et lancé par de si jolies lèvres, un mot bien vilain d'ordinaire.

Dr E. Polem.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Fédération des syndicats médicaux d'Eure-et-Loir

Assemblée générale du 10 avril 1927, à l'Hôtel-Dieu de Chartres.

Sous la présidence du Dr FOISY ; Dr PETIT, secrétaire de séance.

I. Le procès-verbal de l'assemblée générale annuelle du 12 décembre est lu et adopté. Il est décidé que tout compte rendu officiel de la Fédération sera désormais adressé au secrétariat de l'Association. Le secrétaire fera de plus tout son possible pour prévenir par lettre directe tout confrère qui serait touché par une décision de l'Assemblée.

Les deux réunions semestrielles auront désormais lieu un dimanche de la première quinzaine d'avril et d'octobre. Les convocations seront adressées au moins 8 jours auparavant.

II. *Assistance médicale.* — 1° Le secrétaire expose les modifications du réglement. 13 communes sur 426 sont encore à l'abonnement, au lieu de 52, (dont Dreux et Châteaudun) en 1896.

2° La Fédération prend acte que le *tarif chirurgical* édité dans le règlement *n'est pas limitatif*, par impossibilité de prévoir toutes les interventions et laisse à la commission de contrôle, comme par le passé, le soin de tarifer ces opérations par analogie avec celles du tarif. Jamais la commission ni l'administration n'ont contrevenu aux appréciations loyales des médecins membres de cette commission. C'est de cette manière d'ailleurs que fût édifié le tarif d'assistance en Eure-et-Loir, de 1898 à 1900 (Cf. *Bulletin de l'association.*) Il suffit que la commission sache que le tarif proposé par la Fédération au vote du Conseil général et adopté par ce dernier le 29 septembre 1926 est celui des accidents du travail en vigueur au 1er juillet 1926 (tarif Durafour).

L'ancien tarif portait les ventouses scarifiées, l'extraction de dent avec anesthésie, ou dents multiples sans anesthésie, en supplément du prix de visite. Le nouveau tarif ne comprenant pas l'adjonction du prix-visite, il se trouve que, par erreur, le tarif proposé et voté à 10 fr. (soit 8 fr.) se trouve inopérant. La Fédération demande 20 fr. pour les ventouses scarifiées et 15 fr. pour les deux genres d'extractions (prix bien entendu soumis à la réduction).

3° *Vœu* que soit proposé dès que possible le nouveau tarif accidents du travail.

4° La question de *nomenclature des médicaments* et de mémoires des pharmaciens sera examinée d'accord avec le Syndicat des pharmaciens.

5° Un nouveau modèle de bons de visites est adopté ; il tend à simplifier la comptabilité semestrielle des praticiens avec suppression des quinze colonnes. Il sera sans doute exposé et proposé par la préfecture pour le deuxième semestre 1927.

6° Le tarif d'*électricité médicale* à proposer au Conseil général sera celui des accidents du travail en vigueur à la date du 1er juillet 1926, avec rabais de 30 %, exception faite de toute thérapie. Les calques et épreuves devront être remis à l'appui du mémoire.

7° La désignation des 12 menbres à proposer au préfet, pour la nomination des 4 médecins de la *commission de contrôle*, sera faite par chaque syndicat, dont le secrétaire adressera les 3 noms désigûés (un en première ligne acceptant la charge prévue pour le 31 mai).

III. *Lutte antivénérienne.* — Le règlement proposé par la préfecture ne semble pas répondre aux directives données par le Dr Faivre, inspecteur général au Ministère de l'hygiène, directives mises en application depuis 3 ans en Nièvre et dans le Loiret à la satisfaction de tous : malades, médecins et administration. La Fédération se déclare à nouveau toute disposée à apporter sa collaboration avec la rédaction primitive du projet.

IV. *Pupilles de la nation.* — Seul sera proposé à l'Office l'examen initial au tarif syndical, et seulement pour les pupilles présumés malingres ou malades, autant que possible par le médecin de famille.

V. *Tarif des pensions.* — Accepté sans refus de collaboration pour l'avenir.

VI. *Assurances vie.* — Chaque syndicat reste libre de son nouveau tarif.

VII. Le nouveau règlement des *hôpitaux et hospices* a paru. En sont évoquées les difficultés possibles d'application.

VIII. La réunion de l'*entente de l'Orléanais*, est fixée au 1er mai, à Orléans.

Le secrétaire général,

Dr POIREL.

Syndicat des Médecins du Bugey et du Pays de Gex.

Réunion du 15 mai 1927, à Seyssel.

Présidence du Dr Levrat. *Présents* : MM. les Dr Levrat, Julliard (Chatillon), Brandstetter, Larrieu, Marichal, Patel, Cleret, Julliard (Genève), Machard (Genève), Roland (François), Bérard, Brunet, Chabert, Chaboux, Colmez, Favre, Gidon, Girardot, Grézel, Paget, Pinard, Ponsard, Roland (Jean), Vion-Delphin. *Excusés* : MM. les Dr Michon, Péhu, Vergnory (Lyon), de Choudens, Carron, César, Fusier, Martin, Rigaud.

I. *Accidents du travail.* — Le nouveau tarif des « Accidents du travail », applicable depuis le 1er janvier 1927, donne satisfaction aux membres du Syndicat.

Consultation 12 francs. — Visite à domicile 12 francs. — Kilomètre, en montagne, 1 fr. 80. — Kilomètre, en plaine, 1 fr. 50.

II. *Accidents agricoles.* — Pour les « Accidents agricoles », le tarif de : consultation 12 francs. — Visite 12 francs. — Kilomètre 1 fr. 80, sera appliqué uniquement aux journaliers et aux salariés de la culture (ouvriers et domestique).

Quant aux patrons agricoles, et aux membres de leur famille, il conviendra de leur appliquer le tarif syndical, en fournissant la note d'honoraires aux patrons eux-mêmes et non pas à la Compagnie d'assurance.

III. *Mutualités.* — On décide, une fois de plus, de ne consentir aucun rabais aux mutualités. On doit leur appliquer le plein tarif syndical.

IV. *Réformés de guerre.* — Pour les bénéficiaires de l'article 64 (victimesde la guerre et de l'après-guerre) le nouveau tarif de : consultation 10 francs. — Visite à domicile 10 francs, est accepté. (*Journal officiel* du 26 avril 1927).

Une demande sera adressée à la Fédération Nationale, pour obtenir un relèvement du tarif kilométrique.

V. *Assistance médicale gratuite.* — Tarif demandé pour l'assistance médicale gratuite : consultation 10 francs. — Visite à domicile 12 francs. — Par kilomètre parcouru, à l'aller et au retour, 2 francs, du domicile du médecin à celui du malade.

L'Assemblée décide que, si les tarifs, ci-dessus mentionnés, ne sont pas accordés par le Conseil général de l'Ain, dans la prochaine session d'été, tous les médecins syndiqués s'engagent formellement à faire la grève administrative, à partir du 1er octobre 1927. — On ne remplira plus les carnets, on ne fera plus d'ordonnance sur papier officiel, on ne fournira plus d'états d'honoraires.

Cette décision sera portée, très rapidement, à la connaissance de l'autorité préfectorale.

Il en sera de même de la décision qui consiste en un rajustement d'honoraires pour la vaccination ; rajustement précédemment demandé et conforme au coût de l'existence.

Tarif demandé pour la vaccination officielle dans les communes. — Par personne vaccinée 1 francs. — Minimum par séance de vaccination 12 francs. — Suppression du maximum de 20 fr. par séance. — Pour la séance de révision 12 francs. — Indemnité kilométrique de 2 francs par kilomètre parcouru à l'aller et au retour, du domicile du médecin, au lieu de la vaccination.

VI. *Assistance partielle.* — L'assistance partielle (demi-assistance) est refusée.

Les demi-indigents payeront le tarif syndical ; quitte à se faire rembourser, d'une partie de leurs frais, par qui de droit.

VII. *Ordre des médecins.* — L'Assemblée, à l'unanimité moins une voix, se déclare favorable à la création d'un Ordre des médecins.

VIII. *Relèvement de la cotisation syndicale.* — Par suite de la nécessité de reverser trente francs (30 fr.) par membre syndiqué, à la Fédération nationale (cotisation annuelle à la Fédération) ; le prix de la cotisation syndicale annuelle est porté à soixante-quinze francs (75 fr.), à partir de l'année courante 1927.

IX. *Décès. Démissions.* — Le président de l'Assemblée termine la séance, en prononçant l'éloge funèbre de notre confrère M. le Dr Françon, de Tenay, décédé le 27 février 1927.

MM. les Dr Lançon, de Belley, et Jacquet, de Brénod ayant quitté la région, ont donné leur démission du syndicat.

X. *Réunion d'automne.* — La réunion d'automne aura lieu à Bellegarde, en novembre 1927.

Le secrétaire adjoint,

Dr Marichal.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française** (Blois, 25-30 juillet 1927). — *Programme des travaux et des excursions.* — *Lundi* 25 juillet. 10 heures. SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE, sous la présidence de M. André Fallières, Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, dans la salle des Etats généraux du château de Blois. — 14 h. 15. *Premier rapport.* PSYCHIATRIE : *L'automatisme mental.* Rapporteurs : M. le Dr LÉVY-VALENSI, médecin des hôpitaux de Paris, et M. le Dr NAYRAC, de Lille, médecin des Asiles publics. Discussion du rapport (salle Gaston d'Orléans). — 17 h. 30. *Réception* officielle par les autorités au Château de Blois (salle des Etats Généraux). — 21 heures. Au Théâtre Municipal : *Conférence* sur « Blois et les Châteaux de la Loire », par le Dr LESUEUR, conservateur du Château et des Musées.

Mardi 26 juillet. 9 h. 15. *Deuxième rapport.* NEUROLOGIE : *Les tumeurs des ventricules latéraux.* Rapporteur : M. le Dr JUMENTIÉ, de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Joseph et de la Fondation Galignani. Discussion du rapport (salle Gaston d'Orléans). — 14 h. 15. *Séance de communications* (salle Gaston d'Orléans). — 16 h. 30. Visite du Château et de la Ville sous la conduite du Dr LESUEUR. — 19 h. 15. *Dîner* offert sur la Terrasse de l'Evêché par la Maison de Santé départementale. Pendant le repas, concert par l'Harmonie Municipale.

Mercredi 27 juillet. 9 h. 15. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du Congrès (salle Gaston d'Orléans). *Excursion à Chambord et à Cour-Cheverny.* — 13 heures. Départ de Blois (place Victor-Hugo) en auto-cars pour les châteaux de Chambord et de Cour-Cheverny. (Prix de l'excursion : 22 fr. par personne). — 19 heures. Retour à Blois. — 19 h. 30. *Dîner* offert par la Ville de Blois. *Concert* de musique ancienne et soirée dansante (salle Gaston d'Orléans).

Jeudi 28 juillet. 9 heures. *Séance de communications* (salle Gaston d'Orléans). *Excursion à Chaumont et à Chenonceaux.* — 13 heures. Départ de Blois (place Victor-Hugo) en auto-cars pour le château de Chaumont. — 13 h. 30. Visite du château de Chaumont. — 15 h. 30. Départ pour le château de Chenonceaux. — 1 6 heures. Visite du château de Chenonceaux. Départ pour Montrichard. — 18 heures. Réception et visite des célèbres caves Monmousseau à Montrichard. — 19 heures. Départ pour Blois en auto-cars. — 20 heures. Arrivée à Blois. (Prix de l'excursion : 45 fr. par personne).

Vendredi 29 juillet. — 9 h. 15. *Troisième rapport.* MÉDECINE LÉGALE. *Le divorce des aliénés, sa jurisprudence, son application, ses résultats.* Rapporteur : M. le Dr BOVEN, de Lausanne. Discussion du rapport (salle Gaston d'Orléans). — 14 heures . *Séance de communications* (salle Gaston d'Orléans). — 17 heures. Visite de la Maison de Santé départementale. — 20 h. 30. *Soirée* offerte par le Président et les membres du Congrès (salle Gaston d'Orléans).

Samedi 30 juillet. — *Excursion à Amboise et à Tours.* 8 heures. Départ de Blois (place Victor-Hugo) en auto-cars pour Amboise. — 8 h. 45. Visite du Château d'Amboise. — 10 h. 45. Départ d'Amboise pour Tours. — 11 h. 45. Arrivée à Tours. (Prix de l'excursion : 30 fr. par personne). — 12 heures. *Réception* à l'Hôtel de Ville de Tours. — 14 heures. Visite de la ville. — 18 heures. Dislocation.

Note. — Tenue de ville pour toutes les réceptions. La carte de Congressiste tiendra lieu d'invitation.

Les 25 et 26 juillet, des visites de la Ville de Blois seront organisées pour les *Dames congressistes* qui désireront y participer (musées, rues, monuments. chocolaterie Poulain, etc.). Le vendredi 29 juillet, les Dames sont invitées à une excursion au château de Ménars-Pompadour. Départ de Blois à 15 heures. *S'inscrire au Secrétariat du Congrès.*

Les membres du Congrès qui désirent participer aux *excursions* et assister aux *réceptions* devront s'inscrire au Secrétariat au plus tard le lundi 25 juillet. Le *Secrétariat se tiendra au château de Blois*, dans l'ancienne salle d'histoire naturelle, au rez-de-chaussée, Gaston d'Orléans.

Adhésions et cotisations au docteur M. OLIVIER, secrétaire général de la 31e Session, directeur-médecin de la Maison de Santé départementale deBlois (Loir-et-Cher). (Comptes de chèques postaux : Paris, n° 1050-87).

— **Cours d'orthopédie de M. Calot, le 1er août, à Berck-Plage.** — Avec exercices pratiques individuels. En une semaine, de 9 heures du matin à 7 h. du soir : enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens. Pour médecins et étudiants de toutes nationalités. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au Dr Fouchet, Clinique-Calot, 69, quai d'Orsay, Paris ou Institut Calot, Berck-Plage (P.-de-C.), droit d'inscription 150 francs.

Résumé du programme : I. Technique des appareils et moulages et des ponctions et injections. — II. Tuberculoses des os, articulations, ganglions (abcès froids, adénites, épididymites. péritonite tuberculeuse, spina ventosa, tumeurs blanches, coxalgie, mal de Pott). — III. Déviations congénitales et acquises : luxation congénitale, pied bot, paralysie infantile, pied plat, scoliose, torticolis, difformités rachitiques, coxa-vara, etc. — IV. Maladies non tuberculeuses des os, articulations et ganglions (syphilis, tumeurs, etc.). — V. Fractures (du col de fémur, de cuisse, etc.). — VI. Les dernières acquisitions en orthopédie : *a*) dans le mal de Pott : pourquoi M. Calot a abandonné les opérations ankylosantes qu'il avait imaginées et faites le premier (Congrès de chirurgie, 1897), dix ans avant les chirurgiens américains. Parce que ses méthodes purement orthopédiques actuelles donnent des guérisons plus complètes, sans aucun des risques ou aléas de ces oprérations sanglantes ; *b*) le traitement moderne de la scoliose, par une méthode personnelle ; *c*) diagnostic et traitement des autres maladies non tuberculeuses de la colonne vertébrale ; *d*) luxation congénitale de la hanche, nouveau traitement qui permet d'obtenir des guérisons plus parfaites et plus sûres qu'on n'en peut avoir avec les autres méthodes. Comment éviter les reluxations, et comment les guérir ; *e*) la rénovation de la pathologie de la hanche par les travaux d'après guerre. Ce que tout médecin et chirurgien doit en savoir. Rôle capital, ignoré jusqu'ici des subluxations congénitales.

— **Préfecture de la Seine.** — *Laboratoire de radiologie.* — Une annexe du laboratoire départemental de radiologie vient d'être ouverte, 189, rue Vercingétorix. L'ouverture de ce nouveau laboratoire porte à trois le nombre des établissements de radiologie dépendant de la Préfecture de la Seine, avec la répartition suivante par arrondissements et communes :

1° *Institut municipal*, 37, *boulevard Saint-Marcel.* Tél. : Gobelins 23-98 ; 3e, 4e, 5e, 10e, 11e, 12e, 13e, 19e et 20e arrondissements ; cantons de Noisy-le-Sec (à l'exception des communes de Drancy et Bobigny), Mon-

treuil, Vincennes, Nogent-sur-Marne, Charenton, Saint-Maur, Ivry-sur-Seine ; communes de Bagnolet, Les Lilas, Villejuif, le Kremlin-Bicêtre.

2° *Laboratoire*, 153, *rue Lamarck*. Tél. : Marcadet 19-36 ; 9e, 17e, 18e arrondissements ; cantons d'Aubervilliers, Saint-Denis, Saint-Ouen, Asnières, Clichy, Courbevoie, Levallois, Colombes, Puteaux, Neuilly ; communes de Pantin, Le Pré-Saint-Gervais, Bobigny, Drancy.

3° *Laboratoire*, 189, *rue Vercingétorix*. Tél. : Vaugirard 30-15 ; 1er, 2e, 6e, 7e, 8e, 14e, 15e, 16e arrondissements ; cantons de Boulogne, Vanves, Sceaux, Villejuif (à l'exception des communes de Villejuif et du Kremlin-Bicêtre).

Dans chacun de ces établissements, l'accès est gratuit pour les indigents ; les personnes non indigentes sont admises à condition d'acquitter la redevance fixée par les tarifs adoptés par les Conseils municipal et général. Les malades devront se munir de pièces d'identité, d'un certificat d'indigence (s'il y a lieu), délivré par le maire ou le Bureau de bienfaisance, et, autant que possible, d'une note explicative du médecin d'assistance ou du médecin traitant.

— **Motocyclisme.** — *Guide de graissage.* — S il est une question qui soit toujours d'actualité et sur laquelle un motocycliste aime à être documenté, c est bien le graissage de sa machine. Celui-ci, en effet, constitue la clé de voûte du bon fonctionnement.

Aussi, nous est-il agréable de signaler la parution du dernier-né des éditions « Kervoline » : le « Guide de graissage général motocyclettes », qui donne le moyen d'établir solidement cette clé de voûte.

Edité avec soin et abondamment illustré, rédigé par des ingénieurs spécialistes du moteur à explosion et du graissage, ce guide constitue un véritable manuel d'entretien que tout motocycliste voudra posséder.

Pour le recevoir, à titre entièrement gracieux, nos lecteurs n'ont qu'à en faire la demande aux établissements Quervel frères, 25 à 37, rue du Port, à Aubervilliers (Seine), en ayant soin toutefois de se recommander du *Concours médical.*

— **XIXe Congrès français de médecine.** — Le XIXe Congrès français de médecine, décidé par l'Assemblée générale de l'Association des médecins de langue française, tenue en 1925 à Nancy, se tiendra à Paris du lundi 10 au jeudi 13 octobre 1927, sous la présidence de M. le professeur Teissier.

Les rapports porteront sur les questions suivantes :

I. *Séméiologie des septicémies médicales.* — Rapporteurs : M. Gastinet et Reilly (de Paris). — Séméiologie générale de l'état septicémique.

M. de Lavergne (de Nancy). — Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques spécifiques à virus connus ou inconnus.

MM. Arloing et Dufourt (de Lyon). — Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques non spécifiques.

II. *Physico-pathologie des œdèmes.* — Rapporteurs : MM. Mauriac et Aubel (de Bordeaux). — Etude du rôle de quelques ions et des variations de leur répartition dans la pathogénie des œdèmes.

M. Gowaertz (de Bruxelles). — Rôle des propriétés physico-chimiques des protéines dans la pathogénie des œdèmes, avec étude des variations de la tension osmotique et de la tension capillaire.

M. Pasteur-Vallery-Radot (de Paris). — Les œdèmes brightiques.

III. *Indications médicales et valeur thérapeutique comparée de la splénectomie.* — Rapporteurs :

MM. Fiessinger et Brodin (de Paris). — La splénectomie dans les processus hémolytiques.

MM. Nanta (d'Alger) et Jean Tapie (de Toulouse). — La splénectomie dans les processus anémiques. — M. Nanta : Anémies parasitaires et infectieuses ; M. Jean Tapie : Anémies pernicieuses et leucémies.

Le texte de ces rapports sera envoyé aux membres adhérents avant le mois de juillet 1927 pour leur permettre d'en prendre connaissance et de s'inscrire éventuellement pour toutes communications relatives aux trois questions. Afin d'assurer une discussion large et méthodique, le comité d'organisation a décidé de n'accepter aucune communication qui ne concernerait pas exclusivement les questions rapportées. En raison des adhésions déjà reçues, le comité d'organisation prie les futurs membres du Congrès de s'inscrire le plus tôt possible. Il sera, en effet, obligé de fixer peu après l'envoi des rapports le terme au delà duquel les inscriptions ne pourront être admises.

Renseignements généraux. — Pendant la durée du Congrès, se tiendra une exposition de produits pharmaceutiques, d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire, de journaux et de livres médicaux.

Des réductions de tarif sont accordées par les Compagnies de chemin de fer en faveur des congressistes.

Des fêtes, réceptions et excursions, dont le détail sera donné ultérieurement, seront organisées à l'occasion du Congrès.

La cotisation est fixée à :

50 francs pour les membres adhérents, médecins civils, militaires ou coloniaux ;

25 francs pour les membres associés, membres des familles des adhérents, internes et externes des hôpitaux, étudiants en médecine.

Les demandes d'inscriptions doivent être adressées, avec le montant de la cotisation, à M. Pierre Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), par chèque ou versement à la poste au compte courant de chèques postaux n° 599, à Paris.

Le bureau compte sur tous les membres de l'Association pour assurer au XIXe Congrès un succès digne de la science médicale française. Il tient à exprimer de nouveau sa reconnaissance aux nombreuses notabilités médicales des pays amis et alliés de l'Amérique du Sud (République Argentine et Brésil), de la Belgique, du Canada, de l'Italie, du grand duché de Luxembourg, de la Pologne, de la Roumanie, de la Suisse, de la Tchéco-Slovaquie, de la Yougo-Slavie, dont le concours dévoué, si spontanément et si libéralement donné, lui est déjà un encouragement précieux.

Renseignements complémentaires. — Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la permanence du bureau du XIXe Congrès, salle Béclard, à la Faculté de médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, « Bureau de l'Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger », A. D. R. M., ou à M. le Dr M. Chiray, secrétaire général du Congrès, 14, rue Pétraique, à Paris (XVIe), ou à M. le Dr Lian, 19, rue de Bourgogne, à Paris (VIIe).

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Un *cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie* sera organisé à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques du 19 septembre au 5 novembre 1927 sous la direction de M. le professeur L.-M. Pautrier avec la collaboration de MM.

Prof. A. Barré, professeur de clinique neurologique ; prof. L. Blum, professeur de clinique médicale ; prof. G. Canuyt, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; prof. Merklen, professeur de clinique médicale.

Dr Paul Blum, chargé de cours d'hydrologie ; Dr Boez, chargé de cours de bactériologie ; Dr Gunsett, chargé de cours de radiologie ; Dr Rœderer, chargé de cours de dermato-vénéréologie ; Dr Simon, professeur

agrégé, clinique chirurgicale A ; Dr VAUCHER, chargé de cours, clinique médicale B; Dr WEILL, chargé de cours d'ophtalmologie.

Dr A. BŒCKEL, chargé de polyclinique urologique à la clinique chirurgicale A ; Dr DISS, chef de laboratoire ; Dr GLASSER, chef de laboratoire ; Dr G. LÉVY, chef de clinique ; M. SLOIMOVICI.

Le cours aura lieu du lundi 19 septembre au samedi 5 novembre tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, matin et soir, aux heures indiquées sur le programme détaillé. Il sera donné à l'hôpital civil, à la clinique des maladies cutanées, et pour chaque branche de la spécialité dans les cliniques intéressées.

Tous les cours, essentiellement pratiques, eront accompagnés de présentations de malades, de photographies, de projections, de démonstrations bactériologiques et histologiques.

Les élèves seront exercés individuellement aux différentes méthodes de traitement, cautérisations, scarifications, électrolyse, neige carbonique, radiothérapie, frotte, injections intraveineuses, lavages de l'urèthre, dilatations, interventions uréthroscopiques, uréthroscopie, etc.

En dehors des heures de cours, ils auront libre accès dans le service : *visite complète du service le mardi et vendredi matin à 9 h.* ; *polyclinique externe dermatologique*, tous les jours à 10 h. Traitement externe de la syphilis, tous les soirs à 18 h.

La clinique des maladies cutanées *possède une bibliothèque de près de* 3.000 *volumes* qui contient la plupart des ouvrages intéressant la spécialité, et la collection complète des atlas et des périodiques ; un musée photographique et un musée histologique. Les élèves du cours y auront accès tous les jours de 9 à 12 h. et de 14 à 19 heures.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Les élèves recevront après chaque cours un résumé de deux à trois pages, tapé à la machine à écrire, qui, avec les notes qu'ils auront prises, leur permettra de reconstituer la leçon.

Droit d'inscription : 300 francs. S'inscrire en écrivant directement au professeur PAUTRIER, 2, quai Saint-Nicolas. Les médecins étrangers qui le désireront pourront recevoir d'avance les indications nécessaires concernant leur logement à Strasbourg. En tous cas, ils peuvent être assurés de trouver des pensions de famille confortables, à des prix moyens.

Cours de laboratoire. — Un cours sur les principales méthodes de laboratoire et l'anatomie pathologique générale des dermatoses en vingt leçons aura lieu en même temps.

Tous les élèves seront exercés individuellement aux différentes manipulations pratiques que comportera chaque leçon. En particulier, ils se constitueront une collection de coupes histologiques et de cultures de teignes qui resteront leur propriété personnelle. Ils seront exercés à la technique des examens sérologiques (réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht-Bauer, floculation de Vernes). Droit d'inscription : 300 francs. S'inscrire en écrivant directement au professeur PAUTRIER.

— **Une école municipale d'hygiène, à Paris.** — Au 1er octobre 1927 sera créée une école d'hygiène, publique et gratuite, qui fonctionnera au Musée d'hygiène de la ville de Paris.

Les leçons auront lieu deux fois par semaine, le mardi et le vendredi, à 20 h. 30.

Les matières suivantes seront traitées : *Hygiène générale*, MM. Thierry, inspecteur général des services d'hygiène de la Ville de Paris, et Santenac, ingénieur en chef des Ponts-et-Chaussées, inspecteur général des services techniques des eaux et assainissement. — *Hygiène individuelle*, M. H. Vignes, accoucheur des hôpitaux. — *Hygiène alimentaire*, M. J. Blier, vétérinaire sanitaire de la Ville de Paris. — *Hygiène alimentaire : Le lait*, M. Roeland, vétérinaire, conseiller municipal. — *Hygiène individuelle*, M. Bérillon, médecin inspecteur des asiles d'aliénés de la Seine. — *Hygiène sociale*, M. Gastou, de l'Hôpital Saint-Louis. — *Maladies transmissibles*, M. Caujole, conseiller général de la Seine. — *Maladies d'origine animale*, M. Boussard, inspecteur général des services vétérinaires du ministère de l'Agriculture. — *Maladies professionnelles*, M. Martin, inspecteur divisionnaire du travail. — *Législation de la santé publique*, M. Delsol, conseiller mnuicipal, avocat à la Cour d'appel.

— **Bourses d'études en Roumanie.** — L'Institut français de Hautes-Etudes en Roumanie a été fondé, à Bucarest, en 1923, par le ministère des Affaires étrangères et le ministère de l'Instruction publique, pour établir une collaboration intellectuelle et universitaire entre la France et la Roumanie. Chaque année par ses soins quatre professeurs de notre enseignement supérieur donnent une série de cours et de conférences auprès des Universités roumaines, et un nombre égal de pensionnaires préparent des thèses ou des travaux sur un sujet intéressant la Roumanie (histoire, géographie, philologie, linguistique, histoire de l'art, *biologie*, sciences sociales, droit, etc.).

Les conditions faites aux pensionnaires sont les suivantes :

1° Traitement de 16.000 francs par an, voyage d'aller et retour payé chaque année ; — 2° logement gratuit assuré à l'Institut, possibilité d'y prendre les repas dans des conditions très avantageuses ; — 3° parcours gratuit sur les chemins de fer roumains ; indemnité de voyage en cas de travaux nécessitant la présence des pensionnaires hors de Bucarest ; 4° les pensionnaires sont nommés par le Comité de Direction pour un an avec facilité de renouveler pour une deuxième année et exceptionnellement pour une troisième ; — 5° les candidatures doivent être adressées à M. le Directeur de l'Enseignement supérieur au Ministère de l'Instruction publique qui en saisit le Comité de direction.

— **Le Certificat médical prénuptial.** — La Chambre des députés a prononcé le renvoi à la Commission de l'hygiène de la proposition de loi suivante déposée par le Professeur Pinard et plusieurs de ses collègues :

Article unique. — Tout citoyen français voulant contracter mariage ne pourra être inscrit sur les registres de l'état-civil que s'il est muni d'un certificat médical, daté de la veille, attestant qu'il ne présente aucun symptôme appréciable d'une maladie contagieuse.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Questions médico-militaires.

1443. — Période d'instruction, solde, promotion.

1° J'appartiens à la classe 1920. Nommé médecin A.-M. de 2e classe de réserve, le 16 octobre 1926, je vais accomplir en septembre prochain une période obligatoire de vingt-cinq jours, avec solde, et indemnités (je suis célibataire). Quelle sera cette solde ?

2° D'après la loi du 15 mars 1927 (majoration d'ancienneté de grade) à quelle date serai-je promu A.-M. de 1re classe. La période d'instruction de cette année suffira-t-elle, ou faudra-t-il en faire d'autres ?

3° J'ai pris, en octobre 1920, l'engagement de trois ans spécial aux étudiants de la classe 1920 (C. M., n° 5684 1/11 du 28 avril 1920), comportant l'engagement de servir comme officier de réserve, jusqu'à mon passage dans la territoriale (octobre 1934). Quelles obligations entraîne pour moi cet engagement ? Devrai-je, par exemple, faire des périodes en plus grand nombre que ceux de ma classe qui ne l'ont pas contracté ? Dr C.

Réponse.

1° La solde d'un médecin aide-major de deuxième classe de réserve est, indemnités non comprises, de 798 francs par mois, soit 26,50 par jour.

2° Si vous appartenez au « nouveau régime d'études », vous bénéficiez d'une majoration de trois ans et vous devriez passer à deux galons non plus le 16 octobre 1930, mais le 16 octobre 1927.

Etant données les dispositions de la loi du 15 mars 1927, cette période suffira certainement.

3° Cet engagement ne doit pas vous astreindre à des périodes d'instruction supplémentaires.

1625. — Période d'instruction. Première mise d'équipement.

Je suis aide-major de 2e classe de réserve depuis janvier 1927. Je viens de recevoir du Directeur du Service de Santé une note m'avertissant que j'aurai, dans le courant de 1927, une période de vingt-huit jours à accomplir.

Etant installé depuis dix mois seulement, je suis très ennuyé de ce départ, étant occupé à faire ma clientèle.

Quelles sont les démarches à faire, je vous prie, pour remettre à l'année prochaine cette période, et quelles sont les répercusssions possibles sur mon avancement ?

2° J'ai touché en 1923 une indemnité de première mise d'équipement, comme médecin auxiliaire. J'appartenais à la 17e section d'infirmiers et j'ai oublié le montant de cette somme.

Le service de santé me réclame *la date* et *le montant* de la somme pour me donner la différence puisque je suis aide-major.

Comment dois-je faire pour livrer mes renseignements ? J'ai répondu que j'avais tout oublié et je n'ai pas reçu de réponse depuis.

D[r] P.

Réponse.

1° Légalement, vous ne pouvez être promu à deux galons sans avoir effectué cette période d'instruction. Cependant peut-être pourra-t-on passer outre en raison de la récente loi de mars 1927, qui vous accorde pour cette promotion à deux galons une majoration d'ancienneté égale à la durée normale de vos études médicales, diminuée de deux ans, soit une majoration de trois ans, si vous êtes du nouveau régime. En somme, vous ne resteriez qu'un an à un galon.

Mais, puisque vous êtes sur place, allez donc personnellement rendre visite à votre très accueillant directeur, lui exposer votre situation et vous pourrez peut-être trouver un arrangement.

2° Ecrivez au commandant de la 17[e] section d'infirmiers, en lui rappelant vos souvenirs ; celui-ci trouvera, sur ses registres, trace du versement effectué, et vous documenterez ainsi le service de santé, comme il le désire.

1587. — Allocation d'ascendant de victime de la guerre.

Un de mes clients, vivant depuis une quinzaine d'années avec une femme mariée, divorcée, qui a reconnu les enfants de cette femme, ils portent son nom, a perdu un de ses enfants après la guerre, dans la zone des armées en Allemagne, secteur 96 où il est enterré ; cet enfant était un engagé volontaire de cinq ans. Cet homme qui est âgé de 60 ans a-t-il droit à la pension d'ascendant et dans ce cas comment doit-il s'y prendre pour l'obtenir ?

D[r] C.

Réponse.

Puisque cet ascendant a reconnu le militaire et que, de plus et surtout, il peut justifier avoir recueilli, élevé et entretenu l'enfant abandonné et avoir remplacé ses parents auprès de lui jusqu'à sa majorité ou son appel sous les drapeaux, il a droit à une allocation d'ascendant. Un jugement devra établir ce rôle qu'il a rempli auprès de l'ex-militaire (article 33 de la loi du 31 mars 1919).

Une demande d'allocation d'ascendant doit être adressée au sous-intendant militaire des pensions de la région ; celui-ci est chargé d'établir le dossier.

Médecine légale

2115. — Constatation de décès sur réquisition d'un maire.

A deux reprises, j'ai eu à constater un décès sur la voie publique « sur réquisition de M. le maire ».

C'est-à-dire que le maire est venu me trouver, il

m'a dit en substance : « on vient de découvrir à tel endroit le cadavre de X. J'ai téléphoné à la gendarmerie qui m'a répondu de vous faire prévenir pour venir constater le décès ». J'ai donc constaté le décès et j'ai fourni un rapport détaillé aux gendarmes.

Lorsque j'ai parlé au maire du paiement de mes honoraires, il m'a répondu que c'était à la famill e et non à la commune à me payer.

Comme il s'agit de deux suicidés, je n'ai rien réclamé à la famille et, de plus, il me semble qu'elle ne me doit rien. Ce n'est pas elle qui m'a demandé mes services dont elle pouvait parfaitement se passer. Qui pensez-vous qui doit me payer.

1° Quels honoraires peut-on demander. Et pour la constatation et pour le rapport ?

Dr E.

Réponse.

Le maire n'a le droit de requérir un médecin que pour rechercher les causes d'un décès, lorsqu'il y a présomption de crime ou de délit. Dans ce cas, il agit comme officier de la police judiciaire.

Nous vous conseillons donc d'essayer de vous faire honorer au titre de la médecine légale. Pour cela, il y a lieu d'adresser un mémoire en double exemplaire (dont l'un sur timbre si la somme réclamée dépasse 50 francs) au Procureur de la République du ressort. Après visa du Procureur général et taxe du Président, si votre demande est admise, vous serez payé par le receveur de l'enregistrement.

Il y a lieu de demander 15 francs par constatation, y compris la rédaction de votre rapport, plus vos frais de déplacement à raison de un franc par kilomètre parcouru, si vous avez eu à vous déplacer à plus de deux kilomètres de votre résidence.

Au cas où le Parquet rejetterait votre mémoire, nous vous conseillerions d'en rester là, car un recours vous exposerait à des frais hors de proportion avec l'intérêt du litige.

A l'avenir, en pareille circonstance, exigez du maire, avant de déférer à sa réquisition, une réquisition écrite, dans laquelle il spécifiera qu'il y a présomption de crime ou de délit. De la sorte, aucune contestation ne pourra s'élever pour le paiement de vos honoraires.

Fiscalité.

1957.— Admission des honoraires médicaux au passif d'une succession.

Un de mes clients vient de mourir d'une maladie qui a duré quelques mois. Un de mes confrères et moi avons soigné le malade jusqu'à son décès et avons présenté à la succession une note d'honoraires pour soins de dernière maladie, donc privilégiée.

On nous accorde le bénéfice du privilège, mais il y

a désaccccord entre le notaire et l'enregistrement d'une part et l'héritier d'autre part, auquel on fait payer les frais de succession et d'enregistrement sur ces deux notes. L'héritier et son avocat prétendent que ce sont là des dettes contractées par le défunt, faisant par conséquent partie du passif et non de l'actif et qu'elles ne doivent par être touchées par les frais de succession et d'enregistrement .

Où est la vérité ?

Dr P.

Réponse.

Les motifs invoqués par le receveur pour refuser d'admettre au passif votre note d'honoraires sont inexacts ; la loi n'exige pas que la créance ait date certaine avant le décès, mais qu'elle soit justifiée par des titres susceptibles de faire preuve en justice.

Contrairement à l'opinion du receveur, nous estimons que les notes d'honoraires peuvent être admises en déduction et qu'il y a lieu de formuler une demande en restitution des droits indûment payés.

A. M.

2043. — Renseignements à fournir à l'appui de la déclaration des bénéfices.

Le contrôleur des contributions directes vient de me demander (ainsi d'ailleurs qu'à d'autres confrères) de lui indiquer le tarif habituel et le nombre approximatif :

a) Des consultations à mon cabinet ;
b) Des visites à domicile ;
c) Des interventions chirurgicales,

Ceci à titre de « renseignements susceptibles de justifier l'exactitude des chiffres déclarés pour les bénéfices professionnels ».

Dois-je fournir ces renseignements, ou dois-je les garder en cas de conflit pour les soumettre à l'appréciation de la commission consultative ?

Dr M.

Réponse.

La loi oblige le contribuable à fournir tous renseignements justifiant sa déclaration de bénéfices non commerciaux.

Nous vous conseillons donc de fournir ceux qui vous sont demandés par le contrôleur, qui n'a peut être pas l'intention de contester votre déclaration.

A. M.

1991. — Vente d'une automobile d'occasion.

Je me permets, en ma qualité d'abonné au *Concours* et de membre du « Sou Médical », d'avoir recours à votre obligeance coutumière pour vous prier de me faire connaître si un médecin, lors d'une vente à un garagiste, d'une voiture automobile d'occasion, a quelques formalités à remplir, soit envers le garagiste, soit envers le fisc.

Le montant de la vente ne dépasserait pas trois mille francs.

D[r] L.

Réponse.

Lors de la vente d'une voiture automobile d'occasion, le vendeur doit déposer le permis de circulation à la recette-buraliste (ou au bureau du receveur des contributions indirectes) et endemander le transfert au nom de l'acheteur ; c'est la seule formalité fiscale à remplir, la taxe sur le chiffre d'affaires n'étant pas exigible.

En outre, le transfert de la carte grise doit être également demandé.

A. M.

1828. — Base de la patente.

Je suis locataire, depuis 1908, d'une maison dont le loyer était de 1650 fr. par an. C'est là qu'est mon domicile et mon cabinet et je n'occupe aucun autre local à un titre quelconque.

Par suite du jeu des prorogations, mon loyer primitif a été augmenté progressivement et il est actuellement majoré de 150 % ; je paye donc 1650 + 2475, soit 4125 fr., somme à laquelle s'ajoute 10 % pour participation aux charges, 412 fr. 50, ce qui fait au total 4537 fr. 50 par an.

J'avais toujours cru comprendre que la patente devait être calculée sur le loyer total et réel. Or je viens de recevoir mon avertissement pour 1927 et je constate avec étonnement que cette patente a été calculée « au 15[e] sur une valeur locative de 6.000 fr. », soit 400 fr. qui, multiplié par le centime-le-franc (7 fr. 999 etc.), donne 3199 fr. 66.

Je vous serais reconnaissant de me dire s'il n'y a pas là un abus du contrôleur des contributions, qui estime que je dois payer un loyer de 6.000 fr., alors que je ne paye que 4.125 fr. ou 4.537 fr. 50, compte tenu de ma participation aux charges, et qui n'a pas daigné me demander des précisions.

S'il y a abus, sur quelle somme doit être calculée ma patente (4125 ou 4537 fr. 50) ?

Que dois-je faire ? Payer d'abord et réclamer ensuite, sans doute ? Je sais que cette réclamation doit être faite sur papier timbré : faut-il l'adresser au préfet de mon département ou au président du Conseil de préfecture régional ?

Dois-je aller voir le contrôleur pour l'avertir et pour qu'il ne recommence pas l'an prochain ?

D[r] L.

Réponse.

Nous estimons que votre patente devrait être basée sur une valeur locative de 4.537 fr. au maximum. Vous pouvez voir le contrôleur et, si ce dernier ne vous donne pas satisfaction, nous vous conseillons de présenter une pétition au Préfet.

A. M.

1983. — Impôts dus en cas de changement de domicile.

J'exerçais la médecine à B., l'année dernière jusqu'au 11 octobre 1926, date où je quittais cette commune après avoir réglé tous mes impôts pour l'année 1926, patente, personnelle mobilière, et mes impôts cédulaires pour l'année 1925.

Je laissais le poste à ce moment au confrère qui me remplaçait, et je m'installais à T. où j'ouvrais mon cabinet le 1er janvier 1927.

Pour mon impôt cédulaire de 1926, je fis en février 1927 ma déclaration au contrôleur de T., lieu de ma nouvelle résidence, et non à celui de B. où je la faisais les autres années.

Mais quel ne fut pas mon étonnement de recevoir fin avril courant, pour le compte de l'année 1927, l'avis du percepteur de B. pour avoir à acquitter pour l'année en cours ma personnelle mobilière, ma patente, chemins vicinaux de B., etc.

Je renvoyais ma feuille au maire de B. ainsi que me l'indiquait un avis au sujet des réclamations à adresser, avis se trouvant sur la feuille même. Je réclamais comme étant porté induement sur le rôle de B. pour l'année 1927, ayant quitté cette commune en octobre 1926 et qu'au 1er janvier 1927 j'exerçais à T. où j'habitais depuis octobre. Qu'il y avait erreur sans doute dans les écritures, mon remplaçant se trouvant à B. le 1er janvier 1927 et qu'il s'y trouvait encore depuis son arrivée en octobre 1926.

J'écrivais en même temps au percepteur de B. Et voici ce qu'il me répond :

Cher Monsieur,

« Le contrôleur passe chaque année dans chaque « commune au mois de mai ou juin pour la tournée « générale des mutations. Au cours de cette tournée, « il porte ou supprime les impôts de la personnelle-« mobilière, patente, etc..., qui doivent figurer sur « les rôles de l'année suivante.

« Ainsi donc en juin 1926, il a maintenu la patente « et la personnelle-mobilière qui figurent à votre nom « sous l'article n° 69 du rôle de 1927, puisqu'à cette « date vous étiez encore à B.

« D'autre part, le contrôleur de T. n'a pu à cette « même époque vous porter sur la matrice de T. puis-« que vous n'étiez pas encore dans cette ville.

« Il s'ensuit en toute logique que pour l'année « 1927, votre successeur doit payer les impôts de la « patente et la personnelle-mobilière dans la localité « où il se trouvait avant de venir à B. et que vous-« même devez payer ces mêmes impôts portés sur le « rôle de B. »

C'est ce : « il s'ensuit en toute logique » que je trouve magnifique et qui fait que je m'adresse à vous. Je serais mort, le 11 octobre 1926, au lieu de quitter B. comme je l'ai fait, il s'ensuivrait en toute logique que pour l'année 1927, bien que mort et enterré, je devrais la personnelle mobilière et ma patente dans un endroit où les miens ne seraient plus. En mai-

juin 1926, je me trouvai à X. pour étude et n'ai pu voir le contrôleur à ce moment.

J'écrirais bien au contrôleur de B qui doit être mieux renseigné que le percepteur, mais existe-t-il encore ? Et je suis sûr d'une chose que le contrôleur de T. ne m'oubliera pas pou r 1927, vu le montant des impôts à T. Ou ne dois-je pas la patente dans la commune où j'exerce le 1er janvier. Et étant le 1er janvier 1927, n'est-ce pas à T. en toute logique que je la dois et non à B. où je ne suis plus depuis huit mois.

Ainsi que ma mobilière personnelle. Ma propriétaire a du faire la déclaration, en temps voulu sous peine d'être à l'amende, de location au bureau des locations verbales de T... et il me semble qu'en toute logique je ne dois rien à B. pour 1927.

Dr N.

Réponse.

Ce n'est pas au percepteur, mais au *contrôleur* que vous auriez dû vous adresser. La réponse du premier est d'ailleurs conforme à la loi, en ce qui concerne la personnelle-mobilière : vous ne pouvez obtenir décharge de l'imposition établie dans votre ancienne résidence qu'en justifiant avoir été imposé dans la nouvelle.

Au contraire, en ce qui concerne la patente, vous n'étiez plus imposable en 1927, et vous n'avez qu'à demander au contrôleur de votre ancienne résidence de vous dégrever d'office.

A. M.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

2007. — 1° Brûlures multiples ; 2° Avis conforme.

a) Abonné au *Concours*, je vous serai très obligé de m'éclairer sur la façon d'établir ma note d'honoraires pour un accident du travail : brûlures par explosion de poudre :

1° 2e degré : totalité de la face et partie antérieure du cou ;

2° 2e degré : totalité de la face dorsale des poignets et des mains et face palmaire en partie ;

3° 3e degré : face antérieure de la cuisse 20 cm. à 15 cm ;

4° 2e degré : cou-de-pied gauche.

Donc cinq pansements différents longs et minutieu m'ayant pris au moins deux heures les premiers temps.

Dois-je tarifer chaque séance en comptant :

Face et cou.............	50 fr.
Mains.................	30 fr.
Cuisse................	30 fr.
Pied..................	15 fr.

Ou bien compter en bloc « vaste brûlure » : 100 fr. en diminuant, dans les deux cas, le tarif au fur et à mesure de la réduction de surface des plaies ?

La première façon me paraît plus logique puisque à un moment donné les surfaces additionnées n'ont représenté qu'une brûlure tarifée 30 et puis 15 fr. alors qu'en réalité j'ai eu cinq pansements différents à effectuer, tarifés chacun 15, puis 10 fr.

b) J'ai remis personnellement à l'agent la lettre contenant avis des « interventions à tarif spécial », mais n'en ai aucune preuve. Si l'assurance était de mauvaise foi et arguait de la non observation de l'article 7, devrais-je renoncer à me faire payer les pansements ?

c) Sans être spécialiste, je fais de l'électricité à l'usage de ma clientèle générale : galvano-faradiation, H.F. et U.V.

Comment concilier, pour les accidents du travail, mon rôle de médecin traitant, et de pseudo-spécialiste, si tant est que les Compagnies acceptent cela ? Et cependant, les spécialistes sont à trente kilomètres et peut-on imposer ce déplacement à un blessé qui a besoin de galvaniser sa névrite ou son atrophie?

Dr D.

Réponse.

a) Vous trouverez dans la note 2 de l'article 18 qu'en cas de brûlures multiples, on doit compter « les surfaces additionnées ». Ici, dans les premiers temps du moins, je crois que vous avez à compter, d'après ce que vous m'écrivez, 100 fr. En décomposant d'ailleurs, vous n'arrivez pas au total indiqué par vous, car la brûlure de la cuisse n'intéressant pas deux segments de membre n'est comptable que 15 fr. et non 30.

b) Remettre une lettre de la main à la main, c'est ne rien avoir fait en cas de différend ; une lettre recommandée est une preuve plus certaine.

c) Si vous êtes installé suffisamment pour faire la spécialité électrique à l'occasion, vous pourriez le faire attester par vos confrères voisins non outillés ou par le président de votre syndicat et en prévenir les Compagnies en leur demandant l'avis *conforme* qui (spécialiste ou non) est nécessaire (article 26, note 1), pour instituer tout traitement électrique.

F. D.

II

2001. — Visites nombreuses, cas de fracture du péroné.

Veuillez avoir l'obligeance de me dire si les Compagnies d'assurances sont obligées de payer les massages faits à un blessé atteint de fracture du péroné.

Dr C.

Réponse.

Le massage est compris dans le prix de la visite ou consultation (article 15). Si vous avez fait un nombre x de visites, anormal par rapport à ce qui se passe en cas ordinaire de fracture du péroné, il faut équitablement e n donner les raisons techni-

ques et démontrer que vous en auriez fait tout autant si le malade avait payé de sa poche.

F. D.

III

2006. — Déplacement unique pour visites multiples.

Je vous renvoie la lettre réponse de l'assurance pour la petite affaire que vous avez bien voulu arbitrer. Tout va bien qui finit bien.

Veuillez seulement faire remarquer au président Decourt que je me trouve désormais dans la situation suivante.

Je suis appelé à L. en même temps pour un accident du travail et pour un indigent.

Je demanderai pour l'indigent : visite 8 fr. ; indemnité kilométrique 6 = 14 fr.

Pour l'accidenté, puisque je n'ai pas le droit de réclamer une indemnité kilométrique, si je vois dans la même tournée, un autre malade *quelconque*, je demanderai : une visite : 12 fr.

Donc, l'indigent paye plus cher que l'accidenté... C. Q. F. D.

A moins que, de son côté, la préfecture ne me dise : Vous avez fait une visite le même jour à un accidenté, et alors, plus d'indemnité kilométrique, etc., etc.

Vous trouvez ça logique ? Mon Dieu, si ça peut vous faire plaisir, moi aussi ... Mais tout de même un peu drôle, allons !

Dr A.

Réponse.

Vous avez mal compté dans votre lettre du 20 mai, au sujet de l'exemple pris par vous. Et vous aboutissez ainsi à un résultat « non logique » et même « un peu drôle ». Il faut d'abord partir du principe que vous n'avez ni logiquement ni équitablement le droit de compter *trois fois le même déplacement*, c'est-à-dire alors qu'en réalité vous avez fait aller et retour douze kilomètres par exemple, en compter trente-six parce que vous avez vu trois malades. La logique et l'équité veulent que vous fassiez porter à chacun la *quote-part* du déplacement effectué. Vous avez fait une visite à six kilomètres, vous avez à compter douze plus (1.50 × 12), soit en tout : 30 francs. Vous en avez fait deux, comptez pour chacune 12 plus 9, soit 21 francs, soit 42 pour les deux. Vous en avez fait trois, comptez, pour chacune, 12 plus 6, soit : 18 francs, soit 54 francs, pour les trois, etc... Ce sera logique, équitable et vous n'aurez pas fait de tromperie sur la « marchandise-déplacement » que vous avez fournie. Je terminerai en disant que je vous souhaite d'avoir chaque jour pas mal de pays à visiter ainsi.

F. D.

IV

1938. — Fracture de deux métatarsiens.

Je suis des filiales du *Concours*. Veuillez me renseigner sur les cas suivants :

Un ouvrier se fracture 2 métatarsiens. Puis-je compter réduction de fracture : 20 fr., et ensuite pose de plâtre et dans ce cas, quel honoraire demander ?

Dr C.

Réponse.

Vous oubliez le titre même de l'article 18 : « Réduction et *contention* » des fractures, les deux choses étant donc payées 20 francs pour un métatarsien. Ici, il s'agit de deux, auquel cas la « réduction et contention » ne fut plus du tout la même intervention qu'en cas d'un seul maintenu, d'ordinaire, par « l'attelle » naturelle que forme le métatarsien voisin. Faute de cette « attelle », vous avez dû faire un plâtre, qui aurait été inutile sans cela. Je vous conseille donc de demander 50 francs, par analogie avec « répétition d'appareil plâtré », que vous trouverez *in fine* de l'article 18.

F. D.

Assistance

2100. — Assistance aux familles nombreuses.

Un jeune ménage, domestiques de ferme, le père, âgé de 37 ans et la mère de 31 ans, ont 5 enfants vivants dont l'aîné à 6 ans. Ce jeune ménage a fait à la mairie une demande d'allocation aux familles nombreuses, il y a plus de six mois. Il n'a jamais eu de réponse, et soupçonne que le dossier n'ait pas été transmis.

A qui ce jeune ménage peut-il s'adresser pour avoir des renseignements complémentaires et savoir si le dossier a bien été transmis ?

Dr P.

Réponse.

Les règles pour l'admission à l'assistance aux familles nombreuses sont les mêmes que celles pour l'admission à l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

La liste arrêtée par le Conseil municipal est déposée au Secrétariat de la Mairie et ce dépôt est annoncé par affiches.

Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, tout intéressé dont la demande a été rejetée peut présenter sa réclamation à la mairie.

Il est statué sur les réclamations, dans le délai d'un mois, par une Commission cantonale composée du Sous-préfet, du Conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement, du juge de paix du canton, d'une personne désignée par le Préfet, d'un délégué des bureaux d'assistance du canton et d'un délégué des Sociétés de Secours Mutuels existant dans le canton.

Le père de famille peut demander à la mairie ce qui est advenu de son dossier et, s'il n'a pas été donné suite à sa demande ou si le délai de réclamation est expiré, ce qui est à craindre, former une nouvelle demande d'admission.

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE — N° 26 — DIMANCHE 26 JUIN 1927

Fondé en 1879 par Auguste CEZILLY
Rédigé et dirigé par H. JEANNE (1900-1914)

LE CONCOURS MÉDICAL

ORGANE HEBDOMADAIRE DES PRATICIENS
Groupés dans la Société « LE CONCOURS MÉDICAL » *et ses Filiales*

ADMINISTRATION & PUBLICITÉ
C. BOULANGER, ADMINISTRATEUR

ABONNEMENTS
France........................ 45 fr.
Étranger... (voir conditions page IV)
Étudiants (France)......... 25 fr.
Le Numéro................. 1 fr.
C.P. Paris 167-95. R. C. Seine 76.579

CONSEIL DE DIRECTION
Dr A. GASSOT, *Directeur*

MEMBRES DU CONSEIL :
Drs A. MAURAT, J. NOIR,
P. BOUDIN, Docteur en droit,
M. VIMONT, G. DUCHESNE.
MM. J. DUMESNY, Licencié en droit
et C. BOULANGER.

RÉDACTION
Dr J. NOIR
RÉDACTEUR EN CHEF
Dr G. DUCHESNE
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dr P. LACROIX
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) — Téléphone : Trudaine 29-25

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1730-IV)

(Suite du Sommaire)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et e plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Boyer, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, E. Le Gourlérec, E. Poulain

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Bandol. Rozet.

Barbazan. Fournier.

Barèges Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Belloeuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Gardette, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes, Saint-Pée.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin. Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salles-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Como?, Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Dr Nègre, de Mézamet ; Vermeil, de Saintes ; S. Lévy, de Paris, la somme de trente-cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 361. — Préchacq-les-Bains, Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

No 362. — Calvados, St-Aubin-sur-Mer, stat. climat. suriodée, à 5 heures de Paris. Plage de toute sécurité. Parc, tennis, ombrages. Saison juin à septembre.

No 363. — Deux-Sèvres, Citroen cond. int. 10 CV. carross. luxe cannée Dreguet, 4 amortiss. Houdaille, mot. excell. état, 13.000.

No 364. — Chevreuse « Hélianthe », cure séjour d'air repos., conv., gr. parc, cuis. partic. soign., ni contag., ni tuberc., 1, rue de la Mairie, tél. 21 (Les méd. peuvent y suivre leurs malades.)

No 365. — Coutainville (Manche), plage sable fin, logem. rez-de-ch., 2 ch., 1 cuis., eau, à 1 min. plage, tous fourniss. : août 600, sept. 350, à louer pour locat. tranq. S'adr. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris (17e).

No 366. — Banl. imméd. vieil. cli. famil., app. conf. mod. 7 p., plus s. d. b. et cuis., loyer 3.250 tout compr., bail 6 ans. Prix 70.000 compt. Adr. Dosse-Cornu, 99 *bis*, boul. Brune, Paris.

No 367. — Ville d'eaux. On dem. clientèle seul médecin ou avec fixes.

No 368. — Stéréospido métallique Gaumont, mod. A, état neuf. Object. Tessar Zeiss Krauss f. 4, 5, valeur 3.900 fr. avec sac., déclanch., écrans Montpillard et bonnettes portrait pour 2.500 fr. Dr Castex, à Châteauroux.

No 369. — Suis acheteur à 30 fr. du carnet réclame de 10 timbres envoyé l'année dernière par la Minéraline à chaque docteur.

No 370. — Doct. act. et jeune, cherche à repr. ou à collaborer clin. méd. sérieuse, sanator. ou affaire paramédic.

No 371. — A vend. cond. intér., 4 pl., La Licorne, mot. Ballot, état de neuf, tous access., montre, compteur, indicat., téléjauge, pneus conforts neufs, housses, etc. S'ad. Dr Duval, à Ingré (Loiret).

No 372. — Paris, centre, à céd. clin. méd. génér. v. ur., gyn., A. T. et cab. dentaire, aff. 170.000 en progress., vaste appartem. profess. Indem. 250.000 dont 170.000 compren. install. méd., ultra-violets, diathermie et dentaire. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies.** — Une épidémie de scarlatine est signalée dans une commune du département du Loiret. Onze cas de variole ont été constatés à Paris en avril 1927.

— **Faculté de Paris.** — *Clinicat.* — Des concours pour la nomination aux emplois vacants de chefs de clinique auront lieu à la Faculté de médecine de Paris, le jeudi 30 juin 1927.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — Le 26 juin, à 10 h. à l'amphithéâtre des cours, 49, rue des Saints-Pères, conférence de M. Desmarest, chirurgien de l'hôpital Ambroise-Paré, sur *les symptômes et le traitement chirurgical de la lithiase vésiculaire.*

— **Faculté de médecine de Paris.** *Adjuvat.* — Sont proposés pour l'adjuvat : MM. Blondin (Sylvain), Sauvage, Merle d'Aubigné, Blondin (Marcel) et Galtier.

— **Ecole de médecine de Grenoble.** — M. le Dr Porte est nommé directeur de l'école de médecine de Grenoble.

M. le Dr Termier est nommé professeur de clini-

que chirurgicale ; M. le Dr Sigaud, professeur d'histologie ; M. le Dr Bethoux, professeur suppléant de clinique médicale, à la même école.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Internat et externat.* — Des concours pour 40 places d'externes et 10 places d'internes des hôpitaux de Bordeaux s'ouvriront les 17 et 18 octobre 1927

— **Bordeaux.** *Dispensaire de salubrité.* — Un concours pour les fonctions de médecin-adjoint du dispensaire municipal de salubrité de Bordeaux aura lieu le 12 juillet prochain. Il comportera une épreuve de titres, une composition écrite, une épreuve orale et un examen clinique portant sur les maladies vénériennes. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 1er juillet 1927 aux bureaux de la police municipale, 6, place Rohan, à Bordeaux.

— **Hôpitaux de Besançon.** *Concours de médecin de l'hôpital Saint-Jacques.* — Le 24 octobre 1927, un concours sera ouvert devant la Faculté de médecine de Nancy pour la nomination d'un médecin de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon. Inscriptions au secrétariat de l'hôpital.

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 juin.

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira le 15 janvier 1928 devant la Faculté de Bordeaux, pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

10 juin.

Baux et locations.

Loi du 9 juin 1927 autorisant la revision des prix des baux à ferme.

11 juin.

Soins aux pensionnés de guerre.

Arrêté du 3 juin 1927.

Art. 1er. — Pour la blessure ou la maladie ayant motivé l'inscription sur les listes spéciales de soins gratuits, les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ont droit à tous les produits pharmaceutiques énumérés dans la nomenclature de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France, sous les réserves indiquées ci-après.

1° Chap. 3. — *Accessoires de pharmacie et de bandages.* — Sont fournis par les pharmaciens les objets suivants qui figurent au chapitre 3 : petites attelles, leucoplastes, suspensoirs, pinceaux pour teinture d'iode, compte-gouttes, seringues en verre (pour urèthre, nez, oreilles), œillères.

Les autres objets du chapitre 3 auxquels peuvent prétendre les bénéficiaires de l'article 64 sont fournis par les centres d'appareillage aux mutilés titulaires d' un livret d'appareillage ;

2° Chap. 5. — *Lunetterie et yeux artificiels.* — Les objets du chapitre 5 sont fournis par les centres d'appareillage aux mutilés titulaires d'un livret d'appareillage ;

3° Chap. 6. — *Récipients divers.* — Seul le premier récipient sera payé aux pharmaciens :

4° A. — Toute feuille d'ordonnance, portant prescription d'eaux minérales, au titre de l'article 64, doit être transmise à la commission tripartite départementale avec l'avis du médecin traitant indiquant les raisons d'ordre médical qui motivent cette prescription. Seules les feuilles d'ordonnances de cette nature portant le « Vu bon à délivrer » de la commission tripartite départementale peuvent être remboursées au titre de l'article 64.

En tout état de cause, les autorisations délivrées par la commission tripartite départementale seront limitées à 12 bouteilles d'eau minérale par trimestre et par bénéficiaire. Les eaux minérales ayant le caractère d'eau de table ne peuvent pas être remboursées au titre dudit article.

Les dispositions précédentes ne s'appliquent pas aux eaux purgatives.

B. — Ne peuvent être remboursés au titre de l'article 64 :

a) Les vins, en nature ou mélangés, à l'exception du vin de digitale composé ou vin de Trousseau ou de l'Hôtel-Dieu, du vin de Scille composé ou vin de la Charité, du vin aromatique ;

b) Les élixirs, à l'exception de l'élixir parégorique ;

c) Les alcoolats, en nature ou mélangés, à l'exception de l'alcoolat de cochléaria composé et de l'alcoolat de Fioraventi ;

d) L'eau de Cologne, l'eau-de-vie de lavande, l'eau dentifrice, les pâtes, savons et, d'une façon générale, les produits de toilette.

Art. 2. — Le tarif à appliquer aux produits pharmaceutiques fournis au titre de l'article 64 est celui consenti par l'Association générale des syndicats pharmaceutiques en faveur des œuvres d'assistance et de prévoyance sociales avec remise égale à celle qui est consentie au titre des accidents du travail (1).

(1) Article 2 de l'arrêté du ministre du travail du 31 mars 1926 (*Journal officiel* du 6 avril 1926) ;
« Le tarif ci-dessus visé ne comportera aucun rabais dans les communes ne comptant pas plus de 5.000 habitants, il sera réduit de 4 p. 100 dans les villes comptant 5.000 à 25.000 habitants, il sera réduit de 6 p. 100 dans les villes comptant 25.000 à 100.000 habitants, il sera réduit de 8 p. 100 dans les villes comptant plus de 100.000 habitants et de 10 p. 100 à Paris et dans le département de la Seine ».

Toutefois, dans les localités où il est consenti par la moitié au moins des pharmaciens une remise supérieure à celle des accidents du travail, en faveur soit de l'assistance médicale gratuite, soit des grandes administrations et services publics, c'est la plus élevée de ces dernières remises qui sera appliquée au titre de l'article 64. La remise applicable dans chaque localité en vertu de ces dispositions sera arrêtée par le préfet.

Les factures doivent être établies d'après le prix porté au bulletin de variation en cours à la date de la livraison des médicaments.

En outre, sur le montant total du mémoire trimestriel établi par chaque pharmacien au titre de l'article 64, il sera fait une réduction proportionnelle à l'importance du mémoire et calculée sur les bases ci-après :

2 p. 100 sur le montant des mémoires de 300 à 500 fr.

4 p. 100 sur le montant des mémoires de 501 à 1.000 fr.

8 p. 100 sur le montant des mémoires de 1.001 à 1.500 fr.

10 p. 100 sur le montant des mémoires de 1.501 à 2.000 fr.

12 p. 100 sur le montant des mémoires de 2.001 à 4.000 fr.

15 p. 100 sur le montant des mémoires au-dessus de 4.000 fr.

Cette réduction portera sur le montant de l'ensemble des fournitures faites trimestriellement par chaque pharmacien lorsque ce montant aura été arrêté par la commission de contrôle après vérification et redressement, s'il y a lieu, et après application des remises prévues au paragraphe 1er du présent article.

Toutefois, lorsque seront adressés à l'examen de la commission de contrôle des mémoires trimestriels arriérés, les remises et réductions ci-dessus prévues porteront sur le montant totalisé des mémoires arriérés et du mémoire normalement présenté.

Les eaux minérales et les spécialités marquées P. M. O. ne doivent subir ni remise, ni réduction.

Art. 3. — Les analyses chimiques ou biologiques et les examens bactériologiques ordonnés par les médecins sont payés au tarif de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques.

Art. 4. — Les substances toxiques prévues au tableau B sont remboursées aux pharmaciens sur production d'une copie certifiée conforme des ordonnances en prescrivant la délivrance.

Art. 5. — Le présent arrêté annule les arrêtés des 12 janvier 1923 et 24 décembre 1924. Il entrera en vigueur à partir du 1er juillet 1927. (*Erratum : J.O., 12 juin.*)

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service sera vacant à l'asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord), à dater du 1er juillet 1927 (poste rétabli).

12 juin.

Tribunaux des pensions.

Sont nommés pour l'année 1927 :

Membre titulaire du tribunal départemental des pensions de Strasbourg (1re section), M. le Dr Baur, en remplacement de M. le Dr Bœckel, décédé ;

Membre suppléant dudit tribunal, M. le Dr Humbert, en remplacement de M. le Dr Baur, nommé membre titulaire.

Service de santé militaire.

Concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien aide-major de 2e classe du service de santé militaire de l'armée active des troupes métropolitaines.

Un concours sera ouvert le 30 novembre 1927, à 9 heures, à l'école d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à 20 emplois de médecin aide-major de 2e classe et à 5 emplois de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active.

Voir les conditions du concours dans le *Journal officiel* du 12 juin.

Hygiène publique.

Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène du Finistère.

Un concours sur titres pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène du Finistère aura lieu à Paris, dans le courant du mois de juillet, à une date qui sera fixée par arrêté du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Le concours est réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé les fonctions de médecin hygiéniste et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats devront être Français et pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès) avant le 5 juillet 1927.

Elles seront accompagnées :

1o De l'acte de naissance du candidat ;

2o D'un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

3o D'une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine

4o D'un exposé des titres du candidat, comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5o D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6o De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de résider à Quimper ; de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions

et de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 5 juillet 1927.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 24.000 fr.

Les frais de déplacement seront remboursés sur états justificatifs jusqu'à concurrence d'une somme de 5.000 fr.

Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène des Ardennes.

Un concours sur titres pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène des Ardennes aura lieu à Paris, dans le courant du mois de juillet 1927, à une date qui sera fixée par arrêté du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Le concours est réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé les fonctions de médecin hygiéniste et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats devront être Français et pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès) avant le 5 juillet 1927.

Elles seront accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

3° D'une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° D'un exposé des titres du candidat, comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de résider à Mézières ; de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions et de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 5 juillet 1927.

Le traitement annuel de début attaché à cette fonction est fixé à 22.500 fr., avec une indemnité de résidence de 1.500 fr. et, s'il y a lieu, les indemnités prévues pour charges de famille.

Le montant du traitement pourra être revisé si le titulaire donne toute satisfaction.

Enfin, une indemnité annuelle de 3.000 fr. est attribuée à l'Inspecteur départemental d'hygiène au titre de secrétaire général de l'office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

Voir la suite page XLVII-1793

PROPOS DU JOUR

La Tuberculose, d'après M. le Dr Rist.

La révolution pastorienne a définitivement engagé la médecine dans la voie expérimentale, c'est-à-dire dans la voie scientifique. Elle a fait surgir des apôtres qui, avec l'enthousiasme que donne la foi, se sont consacrés à la poursuite des recherches pastoriennes et à leur divulgation. Nous respectons et parfois admirons les apôtres ; par leur persévérance, leur inlassable propagande, la sincérité de leurs convictions, ils arrivent à convaincre les indifférents et parfois même les incrédules. Mais s'ils ont de grandes qualités que nous nous plaisons à reconnaître, ils ont aussi leurs défauts.

L'apôtre est persuadé qu'il détient la vérité, toute la vérité, alors qu'il n'en détient comme tout homme, hélas ! qu'une faible parcelle. Sa sincérité même le rend absolu dans ses jugements, le porte à ne pas tenir compte systématiquement des faits déjà observés et des objections, pour peu qu'ils soient en contradiction avec sa doctrine. Semblable à celui qui, voyageant la nuit en automobile, se sert pour éclairer sa route de phares très puissants, il chemine à toute vitesse guidé par une éblouissante lumière, mais cette clarté trop intense l'empêche de distinguer ce qui est en dehors de la zone qu'elle illumine et laisse dans l'ombre les côtés de la route ; elle aveugle en outre les voyageurs, les empêche de se garer à temps et peut provoquer ainsi les pires catastrophes.

En lisant le livre que M. le Dr Edouard Rist a écrit sur la tuberculose dans la Collection Armand Colin, et qu'il a bien voulu nous envoyer, nous avons été convaincu que c'était l'œuvre d'un apôtre. Il en a toutes les qualités : écrit avec conviction, nous dirons même avec passion, il expose avec un réel talent et une indiscutable clarté une question cependant encore obscure et complexe ; mais c'est l'exposé d'une doctrine, et l'esprit doctrinaire s'éloigne du véritable esprit scientifique. « Une doctrine, a dit Claude Bernard, est une théorie que l'on regarde comme immuable et que l'on prend pour point de départ de déductions ultérieures, que l'on se croit dispensé de soumettre désormais à la vérification expérimentale.

« En un mot, les systèmes et les doctrines en médecine sont des idées hypothétiques ou théoriques transformées en principes immuables. Cette manière de procéder appartient à la scolastique et elle diffère radicalement de la méthode expérimentale ....

« La médecine expérimentale est donc par nature une médecine antisystématique et antidoctrinale, ou plutôt elle est libre et indépendante par essence, et ne veut se rattacher à aucune espèce de système médical (1). »

Nous allons, tout en reconnaissant la valeur indiscutable du livre de M. le Dr Rist, tenter de montrer les partis pris qui découlent de sa doctrine. Nous tâcherons de ne pas nous laisser entraîner trop loin dans notre critique, nous rappelant toujours l'enseignement de Claude Bernard, notre guide le plus sûr :

« En science, a encore dit le grand physiologiste, le mot de critique n'est pas synonyme de dénigrement ; critiquer signifie chercher la vérité en séparant ce qui est vrai de ce qui est faux, en distinguant ce qui est bon de ce qui est mauvais. Cette critique, en même temps qu'elle est juste pour le savant, est la seule qui soit profitable pour la science. »

***

M. le Dr Rist fait un exposé remarquable de l'histoire de l'étude de la tuberculose. Il consacre quelques belles pages à Laennec, à la grande mémoire de qui il a dédié son livre.

Après avoir montré toute l'étendue de l'œuvre de Laennec qui a été, au point de vue clinique, le véritable inventeur de la tuberculose, il rend un hommage tout aussi mérité à Villemin qui, le 5 décembre 1865, fit connaître à l'Académie de médecine le résultat de ses recherches sur l'inoculation de la maladie et inaugura l'étude expérimentale de la tuberculose.

Les découvertes de Pasteur, qui créa une science nouvelle, la bactériologie, permirent à Robert Koch de découvrir, de colorer, de cultiver, d'inoculer le bacille tuberculeux, ce que le savant

(1) Claude Bernard. — *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.* Applications de la méthode expérimentale.

allemand annonça le 24 mars 1882 à la Société physiologique de Berlin. Ce fut la troisième étape et la plus décisive de l'étude scientifique de la tuberculose. R. Koch plus tard, par la découverte de la tuberculine et de ses effets, Clemens von Pirquet, par celle de l'ingénieux procédé de la cutiréaction modifièrent profondément les conceptions qui régnaient chez les médecins sur la phtisie.

Au cours de cet exposé sur l'évolution des recherches scientifiques sur la tuberculose, M. le Dr Rist étudie le bacille tuberculeux et expose ses idées sur la contagion.

Chemin faisant, il décoche quelques traits peut-être excessifs. C'est ainsi qu'il annonce en ces termes que Bouchard avait admis la dualité de la tuberculose : « On apprendra sans étonnement que le célèbre Bouchard, faux et présomptueux savant dont le pontificat pesa si lourdement et de si néfaste façon sur la médecine française jusqu'à une époque toute récente, s'était rallié sans réserves à la doctrine dualiste. »

Nous ne comptons pas parmi les admirateurs sans réserves de Bouchard, mais l'on ne saurait sans injustice ne pas reconnaître l'impulsion puissante qu'il donna à l'étude expérimentale de la pathologie générale. Ses hypothèses, ses doctrines ont subi le sort de la plupart des hypothèses et des doctrines, elles ont été en partie détruites au fur et à mesure que la science médicale a progressé.

Après l'étude du bacille, M. le Dr Rist se heurte aux paradoxes de la contagion, car la découverte de l'agent pathogène ne permettait pas d'expliquer comment on devient tuberculeux. « Il subsistait toujours, écrit-il, ce paradoxe que, les occasions de contamination étant à peu près égales pour tous, la maladie frappe les uns et épargne les autres ; que tel individu fait, lorsqu'il est atteint, une tuberculose grave et plus ou moins rapidement mortelle, tandis que tel autre s'accommode plus aisément de son mal et finit par s'en rendre maître ; enfin que la tuberculose, tantôt se généralise presque d'emblée dans l'économie tout entière, tantôt reste localisée dans un organe sans se généraliser. » Le bacille pouvait ne pas être le seul facteur en cause. L'hérédité, la prédisposition naturelle ou acquise, la faiblesse de constitution, toutes les causes occasionnelles banales furent invoquées, sans raison valable pour M. Rist. « On créa une nouvelle entité métaphysique : le *terrain tuberculisable* sans lequel aucune tuberculose n'était possible et que d'ailleurs, par définition, pour ainsi dire, on ne pouvait définir. »

L'on voit que le Dr Rist fait bon marché du terrain. Il n'admet pas davantage l'influence de la diversité des races de bacilles et est convaincu « que ce n'est pas à des variations de virulence qu'il faut attribuer la grande diversité des formes de tuberculose observées chez l'homme ».

Etudiant le mécanisme de la contagion interhumaine, M. le Dr Rist considère la théorie de l'infection héréditaire comme erronée ; nous savons que la presque unanimité des phtisiologues n'admet plus l'hérédité, mais il est des cas indiscutables qui ont été constatés ; il est, tous les jours, de nouveaux cas signalés et, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, l'avenir peut réserver de singuliers retours.

Il ne semble pas douteux que le plus souvent, la contagion de la tuberculose se produit par inhalation comme Küss l'a démontré. M. Rist n'admet pas la théorie de la contamination par ingestion soutenue par Calmette qui, sans nier la possibilité de la contamination par inhalation, est persuadé, en se basant sur des expériences sur l'animal, que la porte d'entrée ordinaire du bacille est le tube digestif.

L'origine primitive des bacilles inhalés est presque toujours les poumons des phtisiques et les expectorations. Mais les poussières en seraient rarement le véhicule. « La présence en quelque sorte ubiquitaire des bacilles tuberculeux dans l'air que nous respirons est un mythe », proclame M. Rist. Voilà une opinion catégorique qui doit singulièrement bouleverser les conceptions défendues avec âpreté par les hygiénistes. Si les poussières entrent dans la contagion tuberculeuse comme quantité négligeable, les gouttelettes projetées par la toux du malade sont bien autrement plus riches en bacilles, mais elles ne seraient que très exceptionnellement dangereuses, car les bacilles ne flotteraient guère dans l'air que pendant plus d'une demi-heure et seulement dans un rayon d'un mètre autour du tousseur (Flügge). Cependant ce serait encore ces gouttelettes bacillifères projetées par la toux qui seraient le moyen de contagion le plus usuel de la tuberculose humaine.

M. Rist revient sur la question de l'hérédité et croit nécessaire de détruire la théorie de l'hérédité de terrain. Les fidèles de l'hérédité « se seraient retranchés à l'abri d'une conception séduisante au premier abord, insaisissable en réalité, lorsqu'on cherche à la définir avec précision, et qui est celle de l'hérédité de terrain. » L'enfant issu de parents tuberculeux serait un dystrophique dans un état de réceptivité spécifique à l'égard du bacille tuberculeux ou bien

dans quelques cas, il jouirait d'une hérédo immunité, mais au prix d'autres affections : rétrécissement mitral, chlorose, asthme, emphysème. « Landouzy, rappelle M. Rist, s'était fait le champion enthousiaste et persévérant de cette abstraction, dernier avatar des mythes anciens. Elle se fonde sur des sentiments plutôt que sur des faits, se dérobe à toute démonstration expérimentale et contredit formellement les données de la clinique. » Pauvre Landouzy qui, cependant, donna une si grande importance au bacille et à la contagion par inhalation des crachats ! Le voilà relégué, avec Bouchard, parmi les faux et présomptueux savants dont le pontificat pesa si lourdement et de si néfaste façon sur la médecine française. Combien ses mânes doivent-elles être attristées de voir ses convictions sur la tuberculose regardées comme en contradiction formelle avec les données de la clinique, lui qui se croyait et avait fait croire à ses contemporains et à ses élèves qu'il était un clinicien de premier ordre !

M. Rist a un argument pour détruire le « mythe » de l'influence du terrain et l'hérédo-prédisposition, c'est la grande expérience médico-sociale de Grancher et de son œuvre. M. Rist trouve l'expérience concluante, lui qui nie l'influence des causes secondes que l'on considère encore comme favorisant l'éclosion de la tuberculose. « Celles qu'on invoquait le plus volontiers, écrit-il, la *prédisposition héréditaire, l'alcoolisme, la misère physiologique, les troubles de la nutrition générale*, ou bien ne résistent pas à une critique un peu serrée, ou bien représentent des notions si vagues qu'elles n'ont aucun sens réel. » Or M. Rist qui, avec une indiscutable raison, admire l'Œuvre de Grancher, aurait dû aussi le ranger dans la catégorie des faux et présomptueux savants, avec Bouchard et Landouzy. Il n'ignore pas ce que Grancher écrivait en 1903 sur l'œuvre de préservation qu'il venait de fonder, puisqu'il le cite, et voici ce que dit Grancher reproduit dans le livre même de M. Rist : « Cette sélection de la graine encore saine de la race humaine réalise la formule de Pasteur appliquée à la sériculture..... Elle supprime, en effet, toutes les causes de la tuberculose ; *causes lointaines* : *le taudis et la misère des grandes villes, qui préparent le* TERRAIN ; cause immédiate : la contagion familiale. Socialement, l'enfant enlevé à la promiscuité d'un logis infecté de tuberculose et *placé pour une longue période de sa vie dans une bonne maison, en plein air, avec une nourriture abondante, devient un* ETRE NOUVEAU, physiquement et moralement. Il arrive plein de vigueur au seuil de l'adolescence, et peut alors choisir entre la vie des champs ou le retour à la grande ville. » M. Rist oserait-il affirmer que si les enfants de l'œuvre de Grancher, au lieu d'être placés dans de parfaites conditions d'hygiène à la campagne, avec une nourriture abondante, avaient été maintenus à Paris, dans des taudis mal aérés, mal éclairés, s'ils avaient été mal nourris et progressivement habitués à la consommation de l'alcool, M. Rist, en toute bonne fois oserait-il affirmer que ces enfants, même placés dans des familles exemptes de tuberculose (ce qui, en de pareilles conditions, serait d'ailleurs difficile à trouver), resteraient à l'abri de l'évolution de la maladie ? Nous l'affirmons dès à présent, et le répèterons sans cesse : *L'amélioration des conditions générales de l'existence : habitation, alimentation, hygiène du corps, hygiène du travail, est le meilleur agent de la lutte sociale contre la tuberculose comme, du reste, de la lutte contre toutes les maladies transmissibles.* C'est le secret des beaux résultats obtenus par Grancher et par la cure sanatoriale.

***

Après avoir brûlé tous les dieux qui ont été jusqu'alors et sont encore adorés, M. Rist expose son dogme et établit sa religion nouvelle. Ils ont pour base les révélations de la cutiréaction. Nous avouerons très franchement que les doctrines de l'allergie et de l'anergie tuberculeuses sont séduisantes, et nous sommes convaincu qu'elles contiennent une importante part de vérité. De petites infections très limitées et très bien supportées, répétées plusieurs fois depuis le jeune âge, créeraient une véritable immunité. Ces contagions laissent dans nos tissus des foyers contenant des bacilles vivants, comme le démontre la cutiréaction positive dans 97 % des cas chez les adultes sains de nos grands centres urbains. Mais, sur ces 97 % d'individus qui portent des foyers tuberculeux avec bacilles vivants, 3 ou 4 % au plus voient la tuberculsoe évoluer. L'allergie (mot qui signifie réaction différente) est un état de corrélation entre l'immunité et la sensibilisation provoquées par ces petites infections tuberculeuses. La phase immunisante de l'allergie est la plus fréquente, mais une phase de sensibilisation peut se produire. M. Rist affirme que « la contagion est la condition nécessaire de la maladie, mais à elle seule elle ne suffit pas à la produire. » Les médecins ordinaires, comme nous, qui ont passé leur vie à soigner des tuberculeux,

à vivre, pourrions-nous dire, au milieu d'eux, pensent que là pourraient intervenir le taudis, la sous-alimentation, l'alcoolisme, le surmenage, en somme, ces mythes dont M. Rist se plaît à dénoncer les avatars. Non il n'en serait pas ainsi. L'immunité acquise par une première infection tuberculeuse ne serait qu'une immunité relative. Très solide à l'égard des réinfections à petites doses, elle ne protègerait pas contre les réinfections massives, et même, la supersensibilité allergique qui l'accompagnerait rendrait ces réinfections particulièrement graves.

Cette doctrine de l'allergie, de l'immunité relative, de la supersensibilité, des réinfections massives, etc., repose sur des expériences fort intéressantes, mais l'hypothèse et l'imagination jouent encore dans son établissement un rôle important. M. Rist ne se sent pas sur un terrain absolument solide car, chez lui, le savant lutte avec le croyant et presque à chaque ligne, nous voyons poindre dans son livre le doute scientifique. Parle-t-il de la tuberculose aiguë du jeune enfant ? il croit que cette tuberculose a *toutes les chances* « d'être une primo infection sur un terrain non allergique, tandis que l'adulte qui la subit a *toute chance* d'être déjà immunisé par une ou plusieurs infections antérieures, très discrètes qui l'ont rendu allergique ».

Le paradoxe de la tuberculose conjugale, où l'évolution de la maladie chez les deux conjoints n'est pas la règle immuable, celui des médecins et des infirmières qui vivent dans des foyers de tuberculose sans la contracter, troublent un instant le savant, mais le croyant finalement l'emporte. Il reconnaît que le paradoxe paraît exister « mais, ajoute-t-il, nous n'avons pas encore, dans cet exposé, tiré de la doctrine de l'allergie tous les enseignements qu'elle comporte ».

L'allergie ne serait pas constante. « Elle peut augmenter, et *il est probable* (non pas certain) qu des réinfections discrètes, répétées, comme celles que subissent les médecins et les infirmières, favorisent cette augmentation de l'allergie. » Elle peut diminuer et même disparaître ; cette perte d'allergie ou *anergie* laisse alors le champ libre à l'infection tuberculeuse qui évolue. Vous avez cru jusqu'ici que la grippe, la rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde, la pneumonie, la puberté, la syphilis à la période secondaire, provoquaient parfois l'évolution de la tuberculose par une préparation du terrain en affaiblissant l'organisme, en donnant à nos cellules moins de résistance, en modifiant notre sang, nos humeurs, aurait-on dit jadis. Il n'en est rien. Ces maladies sont tuberculogènes et elles déterminent l'anergie !? M. Rist sent néanmoins qu'il ne marche pas encore là sur un terrain très solide, car tout aussitôt, le savant en éveil écrit : « Nous ne connaissons, cela est certain, qu'une faible partie des circonstances physiologiques ou pathologiques qui déterminent une anergie plus ou moins durable à l'égard de la tuberculose. Le problème est nouveau ; il est de ceux qu'il est le plus urgent d'étudier à fond. » Mais le doctrinaire reprend aussitôt le dessus et il considère comme résultats acquis l'insignifiance des causes secondes : prédisposition héréditaire, alcoolisme, misère physiologique, troubles de la nutrition générale.

Abordant la question du diagnostic, M. Rist fait remarquer, et personne ne le contredira, que le diagnostic certain de la tuberculose, surtout à ses débuts, ne peut être fait si aux symptômes généraux et fonctionnels et aux signes stéthacoustiques, on n'ajoute, et le plus tôt possible, l'examen radiologique et la recherche des bacilles.

Nous arrivons au traitement. M. Rist est d'une implacable logique. De traitement vaccinothérapique, il n'y en a pas qui ait encore fait ses preuves. Il proclame la vanité thérapeutique médicamenteuse, cela se conçoit puisqu'il ne croit pas à l'influence du terrain. Sa conviction est telle qu'il devient injuste : il parle de la crédulité des médecins, il dénonce l'immoralité de la publicité « des périodiques médicaux les plus sérieux qui se croient quittes envers leur conscience en déclinant toute responsabilité à l'égard des annonces pharmaceutiques dont ils ne veulent connaître que les profits, etc. » Nous en prenons ici pour notre grade, mais nous savons que nous sommes en bonne compagnie, car la même mercuriale pourrait s'adresser à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine. Le régime des tuberculeux est, pour M. Rist, indifférent. Après Debove, c'est Charles Richet qui vient rejoindre les éditeurs de périodiques médicaux qui ne craignent nullement cette promiscuité dont M. Rist les honore. M. Rist pousse ici la passion du doctrinaire au plus haut point : « *La récente tentative faite par Ch. Richet pour réhabiliter sa méthode*, écrit-il, *est*, IL FAUT L'ESPÉRER DU MOINS, *vouée à l'insuccès.* » Ainsi donc, périssent les tuberculeux plutôt que d'assister au succès de la méthode de Ch. Richet !

L'usage des sels de chaux et la méthode de reminéralisation ne trouve même pas grâce devant lui. Toutefois, par égard pour le Pr Sergent, il concède que cette thérapeutique n'est pas nocive.

La crédulité des médecins ! Non, M. Rist, les médecins ne sont pas aussi crédules. Mais ils savent, parce qu'ils le constatent tous les jours, que certains médicaments, si l'on en fait un emploi judicieux, améliorent les tuberculeux et facilitent leur guérison. Ils savent qu'en calmant la toux, en stimulant l'appétit, en facilitant la digestion, en relevant les forces, en alimentant convenablement le malade. Ils font œuvre de bons praticiens, ils ont constaté que certaines médications modifient l'expectoration, gênent le développement du bacille. Tout cela est de l'empirisme et s'explique par des hypothèses, qui peuvent parfois être discutées. Nous n'en disconvenons pas, mais que resterait-il de la médecine, et même de vos doctrines, si l'on en bannissait l'hypothèse ? Qui nous dit que, dans un siècle ou deux, on ne se moquera pas de l'allergie et de l'anergie comme nous nous moquons de ces médecins savants pour leur époque, qui, au début du XVII[e] siècle, affirmaient que l'on ne pouvait, sans l'astrologie, soigner convenablement un malade ?

***

M. Rist pense néanmoins qu'on peut utilement soigner la tuberculose : il préconise la cure méthodique de repos et l'aération. Sur ce point, l'unanimité des praticiens est de son avis et cela, parce que le repos, pour eux, dans de bonnes conditions d'hygiène et d'alimentation, améliore ce terrain dont M. Rist ne veut pas admettre l'importanec.

Le repos doit être complet, physique, intellectuel, émotionnel. Il reconnaît que ce dernier n'est pas toujours facile à procurer. En effet, si le médecin répond constamment au malade qui se plaint d'un symptôme qu'il n'y a rien à faire et que toute médication est *a priori* inefficace, sinon dangereuse, il aura quelque peine à lui maintenir un moral satisfaisant. L'aération continue est indispensable, mais pour M. Rist, c'est un préjugé de croire que telle région est préférable à telle autre. Les climats, l'altitude ne comptent pour rien dans la cure de la tuberculose, la pureté de l'air n'entre même pas en cause. C'est la chaleur, les troubles du rayonnement calorifique du corps humain, c'est-à-dire des facteurs physiques et non chimiques qui causent les malaises attribués à l'air confiné. Nous ne nions pas la nocivité des facteurs physiques, mais il sera difficile de faire accepter à des médecins, malgré les expériences de Léonard Hill, sur lesquelles se base M. Rist, que l'aération continue donnera d'aussi bons résultats à Paris que dans les Alpes, les Pyrénées ou sur le rivage de la mer. Il suffit de monter par un temps clair à Montmartre, et l'on pourra se rendre compte que l'atmosphère parisienne obscurcie par la poussière, les fumées, sans parler des émanations d'automobiles et d'autres foyers de combustions qui étendent sur la ville un voile opaque, ne doit pas fournir un air inoffensif à la respiration de nos poumons. Il est démontré que l'atmosphère des grandes villes contient des éléments suffisamment irritants pour altérer les pierres de nos monuments ; ne nous étonnons pas si elle est capable d'irriter les tissus délicats de nos alvéoles pulmonaires et de nos bronches.

Sur l'action de l'aération, M. Rist avoue son ignorance : « Pourtant, écrit-il, il convient de le faire remarquer, le fondement de la cure d'aération est tout empirique et nous ne savons que fort peu de choses sur les principes de son efficacité. » Cette constatation sincère gagnerait à être généralisée à tout ce que l'on sait sur la tuberculose.

Le pneumothorax artificiel est un procédé de cure logique ; il provoque mécaniquement le repos du poumon malade et permet la cicatrisation rapide des lésions, mais il doit être judicieusement appliqué dans des cas limités. Son action purement mécanique n'a rien de spécifique.

La thoracoplastie, qui s'applique aux cas où une symphyse pleurale rend le pneumothorax impossible, peut, dans de rares cas, donner des résultats satisfaisants mais, de l'avis de M. Rist, n'est pas une opération anodine.

La phrénicectomie qui, par la section du nerf phrénique, paralyse le diaphragme, peut être utile dans quelques rares circonstances en causant un collapsus partiel.

M. Rist termine par un exposé de l'organisation de la lutte contre la tuberculose. Nous sommes convaincus des résultats que peut donner la lutte contre les maladies transmissibles si elle est bien conduite. A notre avis, il ne convient pas de la mener contre la seule tuberculose et c'est là une erreur qui, au point de vue de l'hygiène générale, est, selon nous, déplorable.

Il ne faut pas se laisser illusionner par les statistiques qui, à nos yeux, n'ont aucune valeur, car nous savons sur quelles bases elles reposent. Il faut se garder de croire que la tuberculose diminue à Paris dans une proportion très notable du fait de l'organisation des dispensaires. Beaucoup de tuberculeux émigrent ; la crise du logement et l'espoir de la guérison les fait refluer soit à la campagne, soit dans la banlieue parisienne immédiate. Il en est de même des indigents en général.

L'échec relatif de la lutte contre la tuberculose à Paris, échec qui ne nous paraît pas douteux, ne tient ni à l'insuffisance technique du personnel des dispensaires, ni à son dévouement que nous ne mettons pas en doute, ni même à l'indifférence du Corps médical que l'on s'est ingénié à éloigner de la collaboration à la lutte antituberculeuse où il eût dû tenir une place importante, mais où il aurait sans doute été gênant parce que manquant de docilité et de souplesse. Mais la cause de cet échec tient à l'insuffisance des moyens. A quoi sert la visite d'une infirmière visiteuse dans un taudis immonde, si elle ne peut en arracher le tuberculeux et sa famille, si, comme nous l'avons vu, il est nécessaire à une femme enceinte dont le mari est phtisique et qui habite un réduit épouvantable avec deux enfants en bas âge, d'attendre la naissance d'un troisième pour avoir le droit d'être proposée pour être inscrite à la suite sur la liste des candidats à un logement dans une maison ouvrière ? A quoi sert l'enquête faite sur un tuberculeux si l'on attend de longs mois avant de pouvoir le placer dans un sanatorium où il ira, quand il ne pourra plus y retirer de bénéfice de son séjour ? A quoi sert de l'envoyer guérir dans un sanatorium, si à son retour, il tombe dans les mêmes conditions de mauvaise hygiène, de surmenage, d'habitudes d'intempérance, de sous-alimentation qui, en quelques semaines, détruiront tout le bénéfice que le tuberculeux aura retiré de sa cure ?

Nous sommes loin, bien loin, d'être opposés à l'action des infirmières-visiteuses, qui peut être excellente si elle est bien dirigée, mais nous ne partageons pas l'optimisme de M. Rist quand il conclut :

« Dans les annales de la lutte antituberculeuse, il n'est peut-être pas, depuis la démonstration de la contagiosité du mal, de date plus importante que celle de la création des infirmières-visiteuses. Et c'est par cette vérité que je veux conclure. »

Et nous répèterons, en terminant, que M. le Dr Rist est un apôtre, qu'il a la foi, ce qui le rend digne de respect malgré trop de tendance aux attaques mal fondées et aux critiques acerbes qui nous paraissent injustes. Il nous concèdera puisqu'il n'est pas dépourvu d'esprit scientifique, que ce qu'il considère comme la vérité, n'est sans doute pas la Vérité tout entière.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

COMMENTAIRES D'UNE ORDONNANCE MÉDICALE A L'USAGE DES INFIRMIÈRES

(*Leçon faite à l'Union des Femmes de France*)

Par Georges Rosenthal.

Dans notre première causerie, je vous ai entretenues des qualités essentielles que doit avoir une bonne infirmière : j'ai insisté sur la sensibilité effective du corps médical, qui, devant la maladie doit agir et non pleurer, comme sur la confiance mutuelle qui doit unir tous ceux qui contribuent à la guérison des malades. Dans une deuxième partie, j'ai mis en valeur un fait qui devrait être banal, mais qui n'est même pas mentionné dans la majeure partie des livres d'hygiène. Ce fait peut se formuler ainsi :

La maladie crée de nouveaux besoins à l'être humain, mais ne supprime en quoi que ce soit les besoins normaux de l'individu bien portant : cela veut dire que le corps doit être entretenu en état de propreté, que la dépuration rénale et intestinale doit être soigneusement surveillée, que l'aération joue un rôle important, etc...

Aujourd'hui je voudrais entrer dans le cœur du sujet. C'est à l'hôpital et au lit du malade que votre instruction se complètera. Mais il n'est pas mauvais — encore que ce soit une technique imparfaite — de vous entretenir théoriquement de questions pratiques.

Nous allons donc prendre un cas simple et fréquent de pratique médicale. Le médecin vient de voir un petit enfant atteint de rougeole avec menace de complications pulmonaires, et il a écrit les prescriptions suivantes :

N'approcher l'enfant qu'avec une blouse, se laver les mains chaque fois que l'on quittera sa chambre.

Repos au lit, sauf deux fois par jour pendant 20 minutes où l'enfant sera promené sur les bras. Aération de la chambre. Isolement du petit malade.

Température à noter à 9 h., 12 h., 17 h. Pouls — respiration, et urines à inscrire.

Alimentation. — Un litre de lait. Boissons : orangeade, citronnade, eau de Vals. Petits suisses. Quelques farines, pâtisseries légères, mandarines et bananes.

Enveloppement chaud simple du thorax trois fois par jour pendant une heure. 9 à 10, 13 1/2 à 14 1/2, 18 à 19 h.

Avant l'enveloppement, huile goménolée dans le nez ; après l'enveloppement onction à l'huile eucalyptolée.

A 14 h. 1/2, un suppositoire de sulfate de quinine (0.20).

A 17 h. 1/2, une injection hypodermique de :

Une ampoule de cacodylate de soude.

Avant la nuit, vers 20 h. 1/2, si l'enfant est agité, un grand bain chaud de 15 min. à 37°.

Au sortir du bain un suppositoire de pyramidon (0 gr. 20).

La potion prescrite sera continuée et prise pendant l'enveloppement.

Voyons maintenant la mise en œuvre de l'ordonnance :

D'abord les blouses c'est essentiel. A la porte de la chambre ou mieux à un porte-manteau près de l'entrée seront suspendues des blouses ; il faut agir comme si leur surface extérieure était contaminée, leur surface intérieure propre. Donc suspendez-les refermées comme un livre sur elles-mêmes et passez-les avant d'approcher le petit malade.

Ne circulez pas dans l'appartement sans les enlever. C'est simple. De même les serviettes d'auscultation seront changées chaque jour et, en tout cas, posées sur une table propre et débarrassée de tout objet : elles seront repliées de façon que la face externe, c'est-à-dire le côté qui sera posé sur le jeune sujet ne touche pas le côté interne comme il arrive d'une serviette fripée.

Près de la porte de sortie, vous mettez une cuvette sur une table un peu haute — s'il y a d'autres enfants — et vous la remplissez d'eau additionnée d'une petite quantité d'eau de Javel, ou de quelques cristaux de sulfate de cuivre ou d'un verre d'alcoolat de lavande, ce qui est hygiénique et agréable.

Vous êtes gardienne de l'enfant, le médecin a spécifié : pas de visites. Nul ne doit enfreindre cette règle. Les parents obéiront. Défiez-vous de l'affection touchante mais souvent indisciplinée des grands-parents ; vous ferez respecter la consigne, car vous ne relevez que du seul médecin.

La question du repos au lit est liée à la question de l'aération. Théoriquement, il serait utile d'avoir dans un cas grave deux chambres à sa disposition pour aérer l'une tandis que le malade est dans l'autre. Pratiquement il faut se contenter — et encore ce n'est pas toujours possible — d'avoir deux lits pour pouvoir mettre l'enfant malade toujours dans un lit frais et ne pas laisser — que de fois vous serez obligée d'agir ainsi — le jeune sujet dans un lit non fait pendant 10 et 15 jours !

On peut toujours aérer à un moment de la journée soit par une porte qui communique avec une chambre dont la fenêtre est ouverte, soit en ouvrant la fenêtre de la chambre même, après avoir garanti le lit avec un paravent, ou avoir momentanément recouvert le petit malade par des couvertures légères selon un dispositif de fortune comme nous faisions dans les nuits trop froides de Champagne.

Deux fois par jour, vous promenez l'enfant sur les bras pendant vingt minutes — on en profite pour refaire le lit, s'il n'y a qu'un lit ; et vous tâchez d'égayer l'enfant et de le distraire sans le fatiguer. Là, l'instinct maternel naturel de l'infirmière fera mieux que la prescription médicale.

Et votre tâche technique commence :

Avant tout, il faut établir la feuille de température, fait capital dans une affection fébrile.

Je vous dis, courbe de température ; ce mot est usuel ; mais la courbe ne doit pas être un simple relevé thermométrique. Elle doit noter :

Le degré de la fièvre à 8 h. et à 17 h. ;

Le nombre de pulsations à 8 h. et à 17 h. ;

Le nombre de respirations à la minute aux mêmes heures ;

La quantité d'urines des 24 heures, quantité notée à 8 h. du matin après l'émission du réveil.

Le médecin inscrira en travers ses observations quotidiennes et pourra ainsi, le lendemain, contrôler d'un regard l'évolution de la maladie.

Vous apprendrez donc à faire ces quatre opérations essentielles de l'infirmière médicale.

La température doit être rectale chez l'enfant ; le thermomètre sera laissé trois minutes dans le rectum de l'enfant couché sur le côté, la jambe reposant sur le lit, étendue, la jambe supérieure repliée, la fesse supérieure soulevée à la main. L'enfant sera étroitement surveillé pendant ces 3 minutes.

Chez l'adulte vous prendriez la température entre la joue et les dents, lèvres bien fermées.

Jamais de température axillaire, car mieux vaut absence de renseignements qu'une indication erronnée. Toutefois, à titre documentaire, il peut être intéressant chez l'enfant de comparer la température centrale et la température périphérique.

Le thermomètre devrait être individuel. Je vais vous étonner : peu d'hôpitaux réalisent cet élémentaire desideratum. Alors le thermomètre, passé à l'alcool ou désinfecté (?!) dans une solu-

tion de sublimé, passe de malade en malade, cela me paraît invraisemblable ; mais il en est ainsi et le vrai.... vous connaissez ce trop juste proverbe.

Prenez le pouls au poignet, longtemps, au moins une minute, avant de le noter (exactement artère radiale en dedans du tendon du grand palmaire.) Posez la main sur la poitrine de l'enfant et regardez votre montre : vous pourrez ainsi compter les respirations.

Dans le bocal gradué des urines, mettez un peu de formol ou d'eau de Javel ou d'un autre antiseptique.

Pour avoir alors une courbe complète, je vous recommande de marquer :

Un trait continu à l'encre noire pour les températures notées par un gros point ;

Un trait interrompu pour les pulsations notées par un P-------

Un trait de petites croix ++++ pour les respirations chiffrées R ;

Un trait au crayon pour les urines qui réunit la notation U.

Si vous en avez le temps ou la possibilité, faites vos courbes avec des encres de couleur noire, bleue, rouge, violette, cela sera encore mieux.

Au-dessus du chiffre U notez la présence ou l'absence d'albumine, en écrivant Alb 0+, ou les chiffres qui représentent la quantité d'albumine. C'est là une manœuvre bien simple et bien utile, puisqu'il suffit de faire bouillir un peu d'urine fraîche dans un tube à essai sur une lampe à alcool. Nous aurons l'occasion de revenir sur le dosage au tube d'Esbach.

Votre courbe faite, vous allez vous occuper du menu du petit malade ; et ce sera facile car vous êtes maintenue entre deux dangers tous deux à éviter.

1) Il ne faut pas donner à un malade des aliments qu'il ne pourrait supporter ;

2) Selon le grand principe posé, le malade a, comme le bien portant, des besoins alimentaires.

Dans l'alimentation des enfants malades, le lait tient une place essentielle ; mais il sera masqué pour ainsi dire sous la forme de café au lait sucré (1), chocolat au lait, lait eau de fleurs d'oranger ou même lait additionné d'une cuillerée à café de rhum ou de cognac. Les fruits sont agréables ; donnez des mandarines (sans pépins), des compotes légères, des confitures et vous trouverez un élément utile dans la confiture d'oranges (genre anglais) qui ne laisse pas dans la bouche ce goût de sucre désagréable aux malades. Après les petits « suisses », les Yogourt, képhir, fruits entiers en compote, vous avez encore droit aux farines de céréales dont d'excellentes maisons vous offrent de grandes variétés, sans compter la banane et la farine de banane qui fait des pâtisseries fort appréciées du petit malade, si vous avez la chance qu'il soit gourmand. Alors que le blanc d'œuf est banni, le jaune d'œuf vous permet, avec le lait, les jus de fruits, les parfums et au besoin un peu d'agar-agar de faire des entremets agréables et fort alimentaires.

(1) Un litre de lait sucré avec 60 gr. de sucre équivaut à 1000 calories.

Le médecin a pris soin dans son ordonnance de grouper les manœuvres utiles autour des enveloppements faits à heure fixe.

Avant l'enveloppement, huile ou vaseline goménolée dans le nez. Pour ma part, je préfère la vaseline mise en tube d'étain, qui reste propre S'il est possible, mettez-en dans les narines du petit malade, couché sur le dos et maintenu sur le dos les quelques minutes nécessaires pour que la chaleur du corps fasse pénétrer la vaseline jusque dans l'arrière-gorge et tapisse ainsi la muqueuse du fond des fosses nasales, siège des amas lymphatiques désignés quand ils sont hypertrophiés sous le nom de végétations adénoïdes ou de 3e amygdale.

Pour l'enveloppement chaud du thorax, vous procédez de la manière suivante : vous trempez dans un seau d'eau chaude ou dans une grande cuvette une ou plusieurs serviettes éponges, en vous souvenant qu'après avoir retiré la serviette et en avoir exprimé l'eau, la température en deviendra supportable même si l'eau était un peu chaude auparavant. Tâtez néanmoins avec le dos de la main pour juger de la tolérance. Rapidement le petit malade est débarrassé de sa chemise, roulé dans une couverture de laine, puis vous enroulez la serviette chaude autour de sa poitrine, vous recouvrez d'une flanelle plutôt que d'un taffetas gommé. Une bande en crêpe genre crêpe Velpeau achève la manœuvre rapide. Selon les cas, vous remettrez la chemise ou vous roulerez l'enfant dans une couverture de laine bien sèche. Ayez donc deux couvertures.

L'enfant s'endort, laissez-le dormir, dès qu'il aura pris la potion.

L'enfant reste éveillé. Restez près de lui sans parler et au bout d'une heure, enlevez l'enveloppement, séchez l'enfant, puis, avec une flanelle ou le creux de la main, onctionnez-le avec l'huile eucalyptolée à 3 % ou avec de l'alcool eucalyptolé à 2 % en le frictionnant légèrement. Une sensation de bien-être se traduira sur la courbe par une moindre montée de la température vespérale qui normalement a droit à 6 à 7 dixièmes de plus que la température matinale.

A 17 h. 1/2, piqûre d'une ampoule de cacodylate de soude. C'est ici que je regrette de ne pouvoir vous démontrer la façon d'agir. C'est si simple lorsque la manœuvre est vue ; c'est si compliqué en apparence dans un exposé théorique.

Mise en garde près d'un malade sérieusement atteint, vous avez eu soin de mettre dans une petite casserole en porcelaine blanche, votre seringue séparée en corps de seringue et piston et deux aiguilles (3 cm. long., 7 à 10 dixièmes de mm. de diamètre), le tout enroulé dans un mouchoir propre non amidonné. La casserole a été remplie d'eau additionnée d'une pincée de borate de soude (pris chez un pharmacien), ce qui sauvegarde vos aiguilles ; elle est soigneusement bouillie sous couvercle.

Vous retirez le mouchoir et vous le dépliez sur une serviette éponge bien propre ; vous montez la seringue et l'armez de son aiguille. Puis vous brisez avec la lime l'ampoule de cacodylate et vous aspirez le liquide dans la seringue.

Où ferez-vous la piqûre. Dans le haut du bras, entre les deux épaules, à la face externe de la cuisse, à la région supérieure de la fesse au-dessus d'une ligne horizontale passant par le haut du pli interfessier, le médecin vous l'a indiqué ; c'est question d'habitude. Il y a des traditions ; le vaccin antityphique se fait entre l'omoplate et la colonne vertébrale ; le sérum antidiphtérique sous la peau du ventre, le cacodylate à la cuisse, l'abcès de fixation, dont nous reparlerons, se fait à la face externe de la cuisse, avec l'aiguille enfoncée au contact du plan résistant fourni par l'aponévrose musculaire qui ne doit pas être franchie.

Optons aujourd'hui pour la face externe de la cuisse. Passez un peu de teinture d'iode sur la peau ; prenez l'aiguille isolée de la main droite, pincez largement la peau de façon à faire un gros pli avec la main gauche et enfoncez votre aiguille obliquement dans la chair du petit sujet. Aucun saignement ne se produit ; raccordez votre seringue et poussez l'injection. Dès que la seringue est enlevée, le petit malade oublie sa douleur minime qu'un petit tampon d'éther mis sur la peau, après le badigeonnage iodé, aurait pu atténuer.

Si par hasard, une goutte de sang suintait par l'embout de l'aiguille, vous la déplaceriez légèrementde façon que le cacodylate ne pénètre pas dans un vaisseau.

Une injection de 1 ou de 20 cc. se fait de la même façon avec les mêmes précautions, seule la dimension de la seringue varie.

Mais l'enfant, vers le soir, présente de l'agitation ; alors vous lui donnerez un bain à la place du dernier enveloppement. L'idéal est d'avoir la baignoire auprès du lit ; c'est même indispensable lorsqu'il s'agit d'un typhique. Le bain doit être préparé d'avance à la température strictement demandée. Il doit être assez rempli pour que le petit sujet soit entièrement immergé. Il est permis de ne pas donner de bain à un fiévreux agité ; il est dangereux — donc interdit — de donner un demi-bain où l'enfant subirait une inégalité thermique dangereuse. Dans un bain, un enfant ne doit pas être perdu de vue une seconde, c'est imprudent de ne pas exercer une surveillance continue. Il est bon d'asperger doucement le front avec un peu d'eau tiède et de le faire boire, ce qui lui est agréable.

L'enfant est sorti du bain en restant absolument passif. Vous le déposez sur son lit recouvert à l'avance d'une couverture de laine et d'un drap chaud, où il reste enveloppé 30 minutes à une heure.

Avant de le remettre au lit, vous profiterez de ce qu'il est sur le lit pour introduire dans le rectum le suppositoire prescrit en prenant la précaution de l'enfoncer doucement mais assez profondément pour l'empêcher de ressortir. Maintenez les fesses serrées l'une contre l'autre quelques minutes, et quand l'enfant est recouché, laissez venir le doux sommeil réparateur.

Votre journée est terminée ; elle a été bien remplie et vos soins seront très profitables au jeune sujet en le mettant dans les meilleures conditions pour guérir.

Et la nuit ? Autant que possible, elle est faite pour le sommeil, pour vous, comme pour le petit malade. Pas de zèle exagéré, vous seriez fatiguée et vite hors d'état de travailler le lendemain.

Pour ma part, sauf nécessité, je réduis toujours au minimum les soins nocturnes. Une expérience déjà bien longue m'a montré que les soins la nuit étaient toujours — quelle que soit notre bonne volonté à tous — défectueux. Ils troublent de plus le repos du petit malade ; le plus grand service que vous puissions lui rendre est de laisser intacte la réparation du sommeil.

Après quelques jours, la défervescence s'annonce. Vous notez sur la feuille 37°8, 18 respirations, 90 pulsations et 1 litre d'urine. Le médecin modifie son ordonnance. La voici :

Repos au lit ;

Mêmes soins d'hygiène ;

Ajoutez au régime alimentaire une à trois cuillereés à dessert de jus de viande ;

Continuez l'huile dans le nez, l'onction eucalyplyptolée mais cessez bain, enveloppement, piqûres ;

Evaporez dans la pièce près du petit malade, 3 fois par jour, une cuillerée à dessert de teinture d'eucalyptus ;

Mobilisation légère des bras et des jambes ;

Quelques commentaires sur ces deux points.

L'évaporation si utile d'eucalyptus se fait en mettant sur la cheminée dégagée de tout objet inflammable une lampe à alcool en bon état, dont la casserolle est remplie d'eau où l'on ajoute soit la teinture d'eucalyptus, soit quelques feuilles d'eucalyptus.

Laisser bouillir et surveiller. Eteignez si vous quittez la pièce.

Aucune alerte de petit incendie ne doit être possible.

Pour mobiliser bras et jambes, faites faire au petit sujet matin et soir cinq à dix flexions des bras et des jambes, et s'il est assez grand, demandez-lui selon son âge ou de souffler une bougie réallumée dix fois à dix ou vingt centimètres de distance, ou de respirer méthodiquement par le nez cinq à dix fois sur une cadence que vous lui donnez ou de souffler cinq à dix fois dans le si pratique spiroscope de mon très distingué collègue Pescher, exercice aussi utile que récréatif.

Mais tout est bien et l'enfant est guéri. Tous se réjouissent. Que le petit sujet continue à se bien porter et, pour cela, donnez-lui l'habitude suivante : Matin et soir qu'il fasse 5 à 20 mouvements de saut à la corde, après quoi il respirera profondément par le nez cinq à vingt fois.

Vous aurez ainsi contribué largement à la guérison ; vous aurez mérité les remerciements du médecin et de la famille, comme ce soir, vous méritez les miens pour la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu m'écouter.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Pancréatite et lithiase cholédocienne.

D'après une leçon du Professeur Delbet (1).

Cette femme entre à l'hôpital pour des douleurs dans l'hypochondre droit. En cette région, plusieurs organes sont superposés et peuvent donner lieu à des difficultés de diagnostic. Laissons de côté les abcès froids liés à une tuberculose vertébrale, car ils ne produisent jamais de douleurs vives. Mais dans cette atmosphère celluleuse il se développe des abcès subaigus ou aigus. Ils sont consécutifs le plus souvent à des lésions siégeant primitivement dans des organes voisins, le rein, le côlon, quelquefois la vésicule biliaire, très souvent l'appendice. Il est certain aussi que dans certaines bacillémies les microbes viennent se localiser dans ce tissu cellulaire rétro-rénal, presque toujours du côté droit. Enfin il est possible que ces abcès soient parfois consécutifs à un effort, c'est-à-dire à une rupture des fibres musculaires du psoas. On les décrivait sous le nom de *psoïtis*. Cette pathogénie est exceptionnelle.

Le rein est une source d'erreurs de diagnostic fréquente. J'ai enlevé un calcul du bassinet chez un malade atteint de douleurs vagues dans l'hypochondre droit qui avaient fait porter le diagnostic d'appendicite.

Le pylore, la vésicule biliaire, l'angle du côlon, enfin le pancréas peuvent en être le siège.

Cette malade, âgée de 47 ans, depuis deux mois ressent des pesanteurs à l'estomac, des douleurs dans la fosse iliaque droite, irradiant à la partie supérieure, vers la région de l'omoplate. On sait que cette irradiation ascendante des douleurs entraîne l'idée vers une lésion des voies biliaires, tandis que les irradiations descendantes du côté du pli de l'aîne, entraînent plutôt l'hypothèse d'une lésion rénale. Le médecin qui la soignait en ville a porté le diagnostic de colique hépatique. Elle a eu la fièvre typhoïde dans son enfance. On sait que les bacilles d'Eberth peuvent persister d'une manière indéfinie dans la bile. La vésicule biliaire de cette malade n'aurait-elle pas été infectée à ce moment ? Une infection de la vésicule biliaire peut favoriser la production des calculs. A 18 ans, elle a eu un enfant, puis elle a fait une fausse couche de 3 mois. Elle a présenté un ictère par rétention avec décoloration des matières, passage des pigments et sels biliaires dans les urines, en 1918, il y a neuf ans. Cet ictère a duré trois semaines et la malade en fut très affaiblie. Depuis, elle présente des crises très douloureuses, le plus souvent à droite, rarement à gauche. Nous verrons l'explication de ces douleurs qu'elle ressent parfois à gauche. Ces crises n'apparaissent pas toujours après les repas. Elle souffre quelquefois pendant trois jours de suite, d'une façon continue. Elle n'a pas de signes de spécificité.

A l'examen, le ventre est normal, sauf les battements de l'aorte très marqués. La pression forte détermine une douleur du côté gauche.

Elle a eu de l'ictère. Voilà un fait fondamental. Elle a eu un ictère par rétention, avec décoloration des matières, c'est-à-dire qu'elle a eu ses voies biliaires principales bouchées. Est-ce par un bouchon muqueux ? Est-ce par un calcul? Il y a quelque chose de particulier, c'est que la douleur durait parfois plusieurs jours de suite, et qu'il y avait une irradiation allant jusque du côté gauche. Ceci ne s'expliquerait pas par une simple lésion des voies biliaires.

La question des douleurs tardives survenant 2 à 3 ou 4 heures après les repas, est intéressante. Cette douleur tardive s'accompagne souvent d'un autre symptôme qui a été primitivement décrit par Cruveilhier, et qu'on a appelé en France la faim douloureuse. Certains de ces malades, sans même prendre le conseil d'un médecin, arrivent

(1) Leçon faite le 20 janvier 1927 à l'hôpital Cochin, recueillie par le Dr Laporte.

à prendre quelque chose pour se soulager. C'est généralement pendant la nuit, entre onze heures et une heure du matin. Ils prennent la précaution de mettre sur leur table de nuit un en-cas, composé généralement de gateaux secs. Lorsqu'ils sont près de leur crise, ils en mangent quelques-uns, et éprouvent un soulagement presque immédiat.

Comment se fait-il que l'ingestion d'aliments amène une sédation presque immédiate des douleurs ? Ces douleurs tardives sont liées à l'évacuation du contenu stomacal dans le duodénum, à travers le pylore. Lorsque le malade ingère de nouveaux aliments, ces aliments n'ayant pas subi la digestion arrêtent l'évacuation stomacale, d'où soulagement.

On a d'abord attribué cette douleur tardive à des ulcères du duodénum. Cette interprétation n'est pas toujours permise. D'abord la douleur peut ne pas siéger dans le tube digestif. Au moment où les aliments sont chassés de l'estomac dans le duodénum,il se déclanche, par suite d'actions réflexes ou de phénomènes harmoniques, une chasse biliaire. Le passage des aliments acides de l'estomac dans le duodénum provoque immédiatement une contraction de la vésicule biliaire, de sorte que la douleur tardive peut très bien être due à des troubles siégeant dans la vésicule biliaire, dont la contraction peut être devenue douloureuse par suite de l'inflammation. Elle peut être due aussi à un obstacle partiel siégeant dans le cholédoque.

D'autre part, au moment de l'évacuation des matières de l'estomac dans le duodénum, il se produit régulièrement une contraction du gros intestin. On devrait évacuer le repas antérieur au moment où on fait le repas consécutif, comme cela existe pour un certain nombre d'animaux. Chez l'homme, les convenances sociales l'obligent à règler les selles de façon qu'elles le gênent le moins possible dans la vie courante. Il est arrivé à aller à la selle une fois par jour, quand il se porte bien.

Les lésions portant sur le gros intestin, liées à une colite, à un dolicho-côlon, à un accolement anormal du côlon ascendant avec le transverse, peuvent donc se manifester par des crises douloureuses survenant un certain nombre d'heures après le repas.

Ces douleurs tardives peuvent être dues aussi à des difficultés dans l'évacuation du duodénum, à ce qu'on appelle actuellement les occlusions sous-duodénales. On sait que, normalement, la traversée du duodénum par les aliments est d'une si grande rapidité que dans les radiographies on trouve d'une manière à peu près constante le duodénum vide.

Les occlusions sous-duodénales, à part les cas où elles sont dues à des néoplasmes, reconnaissent deux grandes causes : des lésions inflammatoires des voies biliaires, et la compression par la corde mésentérique de la troisième portion du duodénum. Il semble établi par les travaux de M. Ombredanne que la corde mésentérique est capable de comprimer le duodénum surtout dans les cas où il existe d'autres malformations, en particulier une mobilité anormale du gros intestin.

Lorsque ces douleurs sont dues à un ulcère siégeant dans la portion supérieure des voies digestives, cet ulcère est juxta-pylorique; le plus souvent il siège, d'après les recherches faites en France, sur le versant stomacal.

Chez cette malade, la douleur n'a pas franchement le caractère tardif, elle semble commencer assez rapidement après le repas. Le fait qu'elle a eu au début de sa maladie un ictère oriente vers l'hypothèse d'une lésion des voies biliaires. Les cholécystites inflammatoires donnant lieu à des douleurs continues.

Les douleurs liées à l'ulcère ont une évolution cyclique d'une régularité véritablement saisissante, les douleurs liées aux obstacles incomplets du cholédoque sont au contraire d'une fantaisie incroyable. Les malades savent quels sont les aliments qui déclanchent la crise. La crise a une intensité extraordinaire, elle est du type de la colique hépatique. Le lendemain, le malade ne souffre pas du tout. La crise reviendra au bout de plusieurs semaines ou plusieurs mois. Ces crises sont quelquefois extrêmement espacées ; quelquefois elles ne se produisent qu'une ou deux fois par an. Mais chaque crise est unique, ce n'est pas un état de crise prolongé pendant plusieurs jours consécutifs.

Dans l'occlusion sous-duodénale, les douleurs n'ont pas cette intensité. C'est une sensation de pesanteur qui s'accroît progressivement. Certains de ces malades atteints d'occlusions sous-vatériennes savent qu'en prenant une certaine attitude ils obtiennent un soulagement immédiat. Mon maître Nicaise attirait vivement notre attention sur un cas qu'il avait observé. Ce malade prenait la position genu-pectorale. Dans cette attitude, la masse intestinale vient reposer sur la paroi abdominale et décomprime le duodénum ; le syndrome appelé dilatation aiguë de l'estomac est dû souvent, probablement, à une compression du duodénum par le mésentère ; souvent il a suffi de mettre le malade en décubitus latéral ou ventral, pour faire cesser immédiatement ces accidents.

Chez cette malade, il y a quelque chose de particulier, c'est que les douleurs se sont propagées jusqu'au côté gauche. On constate que la paroi abdominale, dans toute la région épigastrique et même jusqu'à l'ombilic, est secouée par les battements de l'aorte. Chez les individus maigres, en déprimant légèrement la paroi abdominale, on arrive toujours à sentir les battements

de l'aorte, mais ce phénomène peut être anormal par l'intensité des battements, et — ce qui est beaucoup plus important — par l'étendue dans laquelle ces battements sont perceptibles. C'est le cas ici. Or, il n'y a aucun signe d'anévrysme de l'aorte abdominale. Si les battements de l'aorte sont transmis avec une intensité et sur une étendue anormales, cela tient à ce que les tissus interposés entre l'aorte et la paroi abdominale sont modifiés, ont une consistance plus ferme. Une tumeur de l'estomac pourrait donner lieu à ce symptôme. Il n'y a aucune raison d'y penser ici. J'ai montré jadis, dans une communication à l'Académie de médecine, que ce symptôme est lié dans un très grand nombre de cas à une pancréatite.

La pancréatite se traduit dans ses formes aiguës (pancréatite hémorragique) par une brutalité symptomatique effrayante. Sans aucun prodrome, les malades sont pris brusquement d'une douleur qui acquiert une intensité incroyable. Dans la majorité des cas, on a affaire à un syndrome d'occlusion intestinale ; un grand nombre des malades ayant présenté ce drame pancréatique, comme disait Dieulafoy, succombent, mais il y en a qui, guérissent. Il y a même des formes très atténuées, qui n'inspirent à aucun moment de grandes inquiétudes, et on voit se développer ultérieurement un kyste du pancréas ; chez cette malade la persistance des douleurs, leur propagation jusque dans le côté gauche, s'expliquent par l'existence d'une pancréatite chronique. Les lésions des voies biliaires sont dans un certain nombre de cas (pas dans tous) la condition pathogénique des lésions pancréatiques. Par quel mécanisme ? Vraisemblablement, en favorisant le reflux de la bile dans le canal de Wirsung. Les recherches expérimentales confirment cette hypothèse. M. Bloch a eu le mérite d'en règler le déterminisme. Les lésions des voies biliaires, inversement, peuvent être secondaires à des lésions pancréatiques ; le cancer de la tête du pancréas peut comprimer le canal cholédoque et amener un ictère chronique par rétention. Les pancréatites chroniques scléreuses de la tête du pancréas peuvent agir comme le cancer en comprimant les voies biliaires, mais nous n'avons pas à envisager cette hypothèse ; ce sont certainement les voies biliaires qui, chez cette malade, ont d'abord été atteintes, et le pancréas a été pris secondairement.

J'ai vu une malade qui avait des crises douloureuses fort espacées, tous les deux ou trois mois, mais d'une intensité atroce. La malade savait quel aliment déterminait sa crise. Je fis recueillir les urines de 2 en 2 heures à partir du moment où la crise est déclanchée. On trouva des pigments biliaires dans le verre correspondant à la quatrième heure. Sur ce seul symptôme, j'ai cru devoir conclure à l'existence d'un calcul dans le cholédoque. Je l'ai opérée, et j'ai trouvé trois calculs dans le cholédoque. Elle a été débarrassée définitivement de ses douleurs.

Voici un autre cas, peut-être plus saisissant. Ainsi, vous voyez que ce petit symptôme, dans les crises douloureuses de l'hypochondre droit, la présence de traces de pigments biliaires dans les urines recueillies de deux en deux heures après le début de la crise, suffit à affirmer le diagnostic de calcul du choldéoque.

Comment expliquer ce qui se passe dans ces cas-là ? Il s'agit de calculs mobiles de cholestérine, c'est-à-dire légers, de densité peu différente de celle de la bile, flottants dans la bile. Les voies biliaires sont extrêmement distendues. La bile peut passer sans aucune difficulté de chaque côté de ce calcul, et les malades n'en souffrent pas. Puis il arrive qu'à la suite d'un repas particulier déterminant une brusque contraction de la vésicule biliaire, il y a une chasse biliaire violente ; ce courant entraîne le calcul, qui vient buter contre la partie rétrécie et forme clapet. C'est alors qu'il y a rétention dans les voies biliaires, et qu'apparaît la crise ; le facteur principal de la douleur, dans ces cas-là, c'est la rétention dans les voies biliaires. Quelques gouttes viennent à filtrer, le calcul se remet à flotter, et la crise disparaît. Voilà donc un petit moyen qui peut sortir d'embarras dans un grand nombre de cas et permet à lui seul d'affirmer l'existence d'un calcul du cholédoque. L'ablation de ce calcul est formellement indiquée, pour faire disparaître les crises douloureuses, et pour obtenir indirectement la guérison de la pancréatite chronique qui les accompagne.

LES AFFECTIONS CATARRHALES DES VOIES RESPIRATOIRES AUX EAUX SULFUREUSES DES PYRÉNÉES

Les stations thermales sulfureuses pyrénéennes, Argelès, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Barèges, Cambo, Cauterêts, Eaux-Bonnes, Eaux chaudes, Luchon, Saint-Sauveur traitent non seulement les maladies chroniques des voies respiratoires, mais aussi certains rhumatismes, des dermatoses, la syphilis, les affections gynécologiques, certaines affections urinaires et digestives.

Nous n'aurons ici en vue que leur action spéciale dans les affections catarrhales des voies respiratoires et laisserons de côté les autres indications accessoires.

Par contre, si la station des Eaux-Bonnes a beaucoup moins d'indications, sa spécialisation est surtout respiratoire d'après le rapport présenté au Congrès de Bruxelles en octobre 1925 par MM. Flurin, de Cauterêts, Henri Lamarque, de Bordeaux et A. Liacre , de Paris.

Les Eaux-Bonnes, a dit le docteur de Bordeu, un des premiers médecins qui ait fait des recherches sur les eaux thermales, sont, pour ainsi dire spécifiques dans les affections catarrhales et Pidoux a écrit dans un ouvrage auquel la Faculté de Médecine de Paris décerna le prix de dix mille francs fondé par le Dr Lacaze que « ces eaux possèdent une profondeur d'action qu'on ne peut demander à aucun autre médicament, à aucune eau minérale. »

Plus près de nous, le professeur Carnot, de Paris, s'exprimait en ces termes dans une conférence faite en septembre 1922 aux médecins du V. E. M.

« En somme, les Eaux-Bonnes constituent une station magnifique par la beauté de son site, le charme de ses excursions et promenades, le calme de son atmosphère, la simplicité de sa vie et par l'électivité de son action sulfureuse dans les affections chroniques non tuberculeuses de tout l'appareil respiratoire.

Elles ont une réputation bien assise et fort ancienne pour le traitement de ces affections.

Eaux-Bonnes sera donc en grande partie une station d'oto-rhino-laryngologie ».

Cette station dont l'action thérapeutique est tout à fait spéciale peut donc revendiquer pour elle les maladies chroniques des voies respiratoires, supérieures et inférieures suivantes.

a) Supérieures.

Rhinites, pharyngites granuleuses, laryngites catarrhales des professionnels de la voix (chanteurs, professeurs, orateurs, instituteurs, ecclésiastiques, crieurs publics), hypertrophie des amygdales, adénoïdisme.

b) Inférieures.

Débilité des bronches, toux perpétuelle, trachéite, bronchite, adénopathie trachéo-bronchique (professeur Carnot), catarrhes liés à l'emphysème et à l'asthme, séquelles de coqueluche, grippe, pleurésie, pneumonie (professeur Landouzy), dilatation des bronches), professeur Bezançon), séquelles de gaz toxiques, asthme des gazés (professeur Bezançon et de Jong).

Les auteurs n'ayant pas été toujours d'accord sur la question des végétations adénoïdes que les uns voulaient traiter par la médication sulfureuse, les autres par l'ablation, elle a été bien mise au point tout récemment par un laryngologiste distingué des hôpitaux de Paris, le docteur Le Mée et relatée dans l'*Année médicale pratique* (1927).

« Outre une amélioration de l'état général, le traitement thermal exerce une action indéniable sur l'élément sécrétoire du syndrome et contribue ainsi à restreindre un des facteurs constants de l'adénoïdisme, l'infection.

Appliqué avec persévérance, il permet d'éviter de nouvelles interventions et, en modifiant le terrain, d'obtenir la guérison réelle. C'est parce que l'on méconnaît souvent cette vérité essentielle qu'on parle d'interventions mal conduites et qu'on voit tant de « balafrés du cavum » qui restent des adénoïdiens.

Les végétations adénoïdes relèvent de la chirurgie et uniquement d'elles ; l'adénoïdisme au contraire, est du domaine médical et doit y rester cantonné. En somme, il y a végétations adénoïdes quand l'amygdale rétro-nasale joue un rôle personnel et exclusif. Si, au contraire, elle participe au processus hypertrophique ou inflammatoire en même temps que les éléments lymphoïdes du voisinage, il s'agit d'adénoïdisme.

Cette distinction n'est pas une question de mots ; elle permet de séparer deux états différents quoique apparentés et de comprendre qu'un même traitement peut ne pas donner le même résultat. »

Quel est le mode d'action des eaux sulfureuses ?

C'est là une question qui exercera encore longtemps la sagacité des médecins hydrologues et autres chercheurs scientifiques, chimistes, physiologistes, bactériologistes.

Le soufre agit-il seul ou par l'action combinée des métalloïdes et métaux contenus dans les eaux sulfureuses ? Une vieille formule hydrologique « Les eaux minérales agissent par l'ensemble de leurs éléments combinés » est peut-être dans le vrai.

On a aussi invoqué les gaz rares et un facteur important, la radioactivité qu'on retrouve du

◆◆◆◆

reste dans toute eau minérale et, de fait, on a pu déjà comparer l'action hydro-minérale à l'effet des rayons X et du radium.

Enfin, il résulte des expériences assez récentes faites sur le mode d'action des eaux sulfureuses au laboratoire de l'Institut d'hydrologie et climatologie de Lyon par MM. Piéry, Bonamour et Milhaud, que « certains sulfureux exercent sur l'animal une action puissante et élective sur le système vago-sympathique.

Tout se passe comme s'ils entraînaient une modification de l'état d'équilibre normal, dans le sens d'une activité prépondérante de l'appareil para-sympathique et, semble-t-il, de l'élément constitutif plus important de ce dernier, c'est-à-dire, du vague. Troubles respiratoires, vaso-dilatation pulmonaire, tachycardie, hypertension observés au cours de ces expériences, plaident en faveur de cette opinion.

Etant donné ce que nous savons du champ d'influence de l'appareil vago-sympathique, il est probable que ces réactions cardio-respiratoires les plus apparentes dans les conditions de ces expériences, ne sont pas les seules à se produire, et que, dans le même temps, d'autres effets se poursuivent au sein des organes et dans l'intimité des humeurs. On en vient ainsi à concevoir que certains sulfureux, comme aussi certaines eaux minérales sulfureuses, par le mécanisme de la perturbation vago-sympathique qu'ils engendrent puissent atteindre en définitive, la nutrition générale et modifier l'état humoral. »

Des études expérimentales et des observations cliniques relatées par divers auteurs, il résulte que les eaux sulfureuses se caractérisent par :

1° Une dilatation et congestion locale de la muqueuse respiratoire ;

2° Une électivité spéciale pour certains tissus et notamment les muqueuses respiratoires ;

3° Une action trophique dans la réparation des cellules mucipares de ces muqueuses ;

4° Une action anticatarrhale et par suite cicatrisante.

La thérapeutique a pu donc en déduire comme conclusion que les eaux sulfureuses sont tout à fait indiquées dans les affections catarrhales des muqueuses respiratoires.

La climatothérapie étant la quintescence de la thérapeutique par les agents chimiques, comme l'a écrit notre savant maître, le professeur Arnozan de Bordeaux, il semble que, dans les stations où l'on traite spécialement les maladies des voies respiratoires, la topographie de la région n'est pas une condition indifférente.

On peut dire que celle de ces stations pyrénéennes ont été mises par la nature en harmonie avec les exigences hygiéniques des malades qui les fréquentent. Du fait que ces stations sont situées dans le Midi de la France à une altitude de 400 à 1.000 mètres, elles jouissent pendant l'été d'une température des plus agréables, d'un ciel pur, d'une lumière éclatante, autant de conditions, qui jointes à l'absence de vents, en font un climat tonique et sédatif.

La cure climatique marche donc de pair avec la cure hydro-minérale et cette dernière se compose de bien d'autres choses encore que de la buvette, de la piscine et de la baignoire.

D'après le professeur Landouzy, cette cure est donc une mixtion thérapeutique dans laquelle entrent en jeu bien d'autres agents que les éléments minéraux thermiques et autres, constitutifs de cet être vivant qu'est une source émergeant du centre de la terre:

Tous ces éléments valent mieux pour les vertus et la renommée d'une station que quelques milligrammes de minéralisation ou quelques degrés de thermalité de plus . »

Ajoutons que l'altitude moyenne, la pureté de l'air et le calme reposant de la montagne ont une action des plus favorables chez les malades tributaires des stations sulfurées pyrénéennes et aussi chez les anémiés et surtout les surmenés qui sont aujourd'hui légion.

Dans une conférence toute récente faite à Pau, M. Duhoureau a dit « La montagne exerça son effet salutaire sur les esprits fatigués de certains de nos grands écrivains et calma bien des nerfs trop tendus, car les Pyrénées avec leurs pentes douces et boisées, apaisent , loin d'effrayer par un aspect sauvage comme les Alpes âpres et massives. »

Dans toutes les stations des Pyrénées traitant les affections des voies respiratoires, les eaux sont surtout utilisées en boisson, gargarisme, douches pharyngiennes, douches nasales, mais aussi en pédiluves, bains généraux et douches générales.

Certaines sources dites hyperthermales ne doivent pas élever le degré de l'eau, tandis que d'autres, au contraire, sont obligées d'en augmenter artificiellement la thermalité. C'est ainsi qu'à Bagnères-de-Bigorre, Cauterêts et Eaux-Bonnes, le chauffage de l'eau minérale est fait à l'électricité ; la pression et la température peuvent être réglées par le malade lui-même suivant les indications du médecin traitant.

La posologie des eaux sulfurées ne se prête pas à des règles générales, les doses varient suivant la maladie et les sujets en traitement. Comme tous les médicaments actifs, ces eaux doivent être dosées en toute connaissance de cause, d'après l'âge du malade, les maladies antérieures et l'état des organes (poumon, cœur, foie, reins, tension artérielle), etc.

C'est une arme puissante qui ne doit pas être maniée par tout le monde, une arme de précision qui ne doit être confiée qu'à des mains expérimentées. On devra se rappeler, a dit le professeur Carnot dans sa conférence déjà citée, que toute

eau sulfureuse stable est excitante au point de devenir irritante, qu'on doit par conséquent pour profiter des avantages du soufre, sans en risquer les inconvénients, graduer doucement la cure et en éviter les excès, ce qui revient à dire que la médication sulfureuse demande à être surveillée.

On peut conclure que :

1° Les cures hydro-minérales sulfurées des stations pyrénéennes ont une profondeur d'action qu'on ne peut demander à aucun autre médicament ;

2° Elles remontent l'état général, et donnent un véritable coup de fouet à l'organisme ;

3° Ces eaux thermales ont depuis longtemps fait leurs preuves et leur efficacité est incontestée dans le traitement des catarrhes des muqueuses respiratoires ;

4° L'air pur, tonique et sédatif de ces stations est un adjuvant précieux de la cure hydrominérale.

« C'est là, un riche trésor qui, à tous égards, devrait être mieux utilisé ». (Dr Sellier, professeur d'hydrologie à la Faculté de Bordeaux).

Quant aux contre-indications, elles sont celles de toute cure hydro-minérale, c'est-à-dire, maladies aiguës, périodes aiguës des affections chroniques, affections cardiaques non compensées, hypertension, affections rénales et troubles organiques des organes digestifs.

La durée du traitement est, comme la posologie de l'eau, variable suivant la maladie et les malades, et les vingt et un jour admis par le public sont loin d'être suffisants dans la majorité des cas.

En principe, la cure devrait être de trente jours, en y comprenant une période de repos vers le milieu pour éviter la saturation que produit toute eau hydro-minérale à un moment donné, et que certains auteurs ont dénommée « fièvre thermale ».

Dr PORTES,
Médecin-consultant.
Eaux-Bonnes.

LA PSYCHOTHÉRAPIE DANS LA THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE (1)

Par le Dr Paul FAREZ.

I. C'est une erreur de croire que la psychothérapie doive se cantonner dans le seul domaine des maladies mentales ou nerveuses. Elle déborde la neurologie et la psychiatrie. Elle pénètre toute la médecine générale.

II. L'émotion n'est pas seulement un phénomène intellectuel, moral, psychique. Elle entraîne des modifications bio-chimiques, bouleverse l'équilibre colloïdal, déclenche une véritable hémoclasie, provoque des perturbations organiques.

III. L'« organicité » des réactions émotives se manifeste surtout dans le rhume des foins, la migraine, l'asthme, l'eczéma, l'urticaire, la glycosurie, l'adrénalinémie, l'uricémie, l'ictère, l'insuffisance hépatique, et les spasmes à localisation élective (pylore, intestin, vessie, etc.).

IV. Ceux qui sont à la merci des émotions présentent une diathèse de psychocolloïdoclasie. Leur cas appelle une désensibilisation psychique, capable de neutraliser leur vulnérabilité aux chocs émotifs et de leur rendre, avec leur équilibre mental, leur équilibre viscéral.

V. Tout comme il a été pathogène, le choc émotionnel peut devenir curatif et, même, préventif de nombreuses affections somatiques. Devra-t-il être unique et brusque, menu mais répété ? Quels en seront la nature, le mode, la qualité, les degrés ? Pour atteindre le but, sans le dépasser, il faut de la circonspection, du flair, du doigté, un sens de l'opportunité que confèrent l'expérience et la pleine connaissance du moral de son malade.

VI. Très souvent, des états d'esprit, des croyances, des opinions, des interprétations, des illusions, des appréhensions, des craintes et le découragement engendrent, favorisent, perpétuent la maladie, empêchent la guérison. La psychothérapie entraîne le malade à voir juste ; elle l'éclaire sur son cas, le rassure ; elle lui procure la distraction, la dérivation morale, suscite l'espoir, l'optimisme ; et ainsi, aisément, sans obstacle, entre en jeu la *vis medicatrix naturæ*.

VII. Il y a, véritablement, une psychothérapie de la digestion, de la circulation, de la respiration, en somme une psychothérapie de chaque organe. Elle comporte l'ensemble des erreurs qu'il faut s'appliquer à ne pas commettre, les préceptes d'hygiène qu'il convient d'observer, et, aussi, les rééducations fonctionnelles, les habitudes, les disciplines, acceptées, consenties, voulues, maintenues avec continuité, avec persévérance.

VIII. Prescrire le régime le mieux approprié, avec les restrictions et les prohibitions les plus justifiées, cela ne suffit pas. Il faut, en outre, faire œuvre de psychothérapie : montrer l'utilité, l'urgente nécessité de ces prescriptions, — écouter les objections, y répondre victorieusement, —

(1) Conclusions d'un rapport au Congrès annuel de psychothérapie, 16 novembre 1926.

faire appel non seulement à des motifs rationnels, mais à des mobiles passionnels ou affectifs, pour triompher des résistances de son malade, le décider à rompre avec ses habitudes et à en contracter de nouvelles, l'endoctriner, en somme, au point d'en faire même un propagandiste.

IX. Toute consultation de médecine générale sera d'autant plus efficace qu'elle aura été davantage imprégnée de psychothérapie. Par son examen, par ses commentaires, le praticien inculque à son malade la croyance que son cas a été débrouillé à fond, que le diagnostic s'impose avec évidence, que le traitement en découle naturellement et sans conteste. Toutes les résistances sont levées. Il a conquis la confiance et, partant, la docilité du client qui, avec persévérance, avec allégresse, suit les prescriptions et, dans un état d'euphorie, en prépare, en favorise, en réalise les bons effets attendus.

X. Faisant partie intégrante de la médecine et de la thérapeutique générales, la psychothérapie permet au médecin de pratiquer la médecine préventive. Toute maladie est un péché, a-t-on dit. Non pas toutes, mais la plupart. Oui, la plupart résultent de ce que, non pas une fois, mais souvent, mais longtemps, mais habituellement, on a oublié, négligé quelqu'un des devoirs envers soi-même, quelqu'une des règles les plus élémentaires de l'hygiène. Ainsi, la maladie, le plus souvent, c'est non pas un accident, mais une échéance, une sanction, une punition. Quant à la santé, elle n'est pas un droit, pas une prérogative, pas un privilège, mais bel et bien, une récompense. Presque toujours, on l'aura, si l'on a su faire effort pour la mériter. Ainsi, tout comme le conseiller financier vous aide à gérer votre capital-argent, de même le médecin vous aidera à défendre, à conserver, à accroître votre capital-santé. Il sera un véritable conseiller sanitaire ; il vivra non de la maladie, mais de la santé de ses clients. Grâce à la psychothérapie qui inculque de bons états d'esprit, des habitudes salutaires, le médecin pourra se donner pour tâche de soigner, aussi et surtout, les bien portants, tout comme le stomatologiste, par exemple, travaille à conserver les dents en bon état.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les vomissements de la gestation sont souvent justiciables de l'opothérapie ovarienne dissociée.

Le Dr A. Lévy dit que la pathogénie des vomissements gravidiques reste toujours obscure, et ce n'est point dans les thérapeutiques diverses utilisées pour les combattre que l'on peut trouver leur explication physiologique, étant donnée l'inconstance des résultats observés. On sait cependant que plusieurs auteurs ont employé avec satisfaction les extraits ovariens, et l'agomensine, notamment, a donné entre les mains de quelques-uns (Lehmann, Pellissier), de réels succès.

Rattachant *a priori* un certain nombre de vomissements gravidiques à des troubles de la sécrétion ovarienne, par insuffisance, ou au contraire, par hyperfonction, A. Lévy a administré à plusieurs de ses vomisseuses, l'agomensine et la sistomensine, la première à celles qui, antérieurement à leur grossesse, étaient peu réglées, la seconde à celles qui l'étaient trop, en abondance et en durée. Il a obtenu ainsi la cessation des vomissements chez huit parturientes dont il communique les observations.

Cette médication a l'avantage d'être d'application facile et sans danger, qu'on l'utilise par voie buccale, ou, dans les cas graves, par voie hypodermique. (*Journal de médecine de Paris*, 7 mars 1927.)

Le traitement des luxations récentes de l'épaule.

Le procédé de Kocher est brutal et dangereux (arrachement de tubérosités, de muscles, fracture du col chirurgical), puisque l'on travaille avec un bras de levier long de toute la longueur de l'humérus ; il doit être abandonné et celui de Delbet demande trop de temps (10 à 30 minutes chez les hommes bien musclés).

En pratique privée, le Dr Appelmans préfère le vieux procédé de Mothe, un peu modifié ; il demande trois minutes, ne requiert qu'un aide de bonne volonté, deux essuie-mains et une bande sérieusement mouillée.

Luxations en dedans. Le malade s'assied sur un siège très bas, même sur le parquet : un essuie-mains plié en biais passe sous l'épaule luxée et on ramène les deux chefs derrière la nuque ; ce point est important pour immobiliser l'omoplate ; les deux chefs noués forment une anse de traction excellente pour la contre-extension. Une seconde anse de traction est amarrée au-dessus du coude (au moyen de la bande mouillée) et sert pour l'extension.

L'aide chargé de la contre-extension s'arcboute contre un pied du siège, contre le patient lui-même ou contre le pied du chirurgien et détend simplement l'anse sans exagérer la traction, ni imprimer des secousses. Le médecin saisit l'autre anse à pleine main, élève doucement, très

doucement, le bras jusqu'à l'angle obtus en tirant légèrement. Arrivé à l'angle obtus, il augmente la tension sans à-coups. Cette tension est maintenue en arrière du chirurgien ; c'est autant le poids du corps que l'action de ses muscles qui fait l'extension. En une minute, quelquefois en deux, jamais en trois, le déclic caractéristique est entendu et senti par le patient. Alors le chirurgien reporte le coude au devant de la poitrine et l'y maintient par une écharpe de Mayor, qui, au bout de trois jours, sera remplacée par l'écharpe simple. Dès le cinquième jour, on commence la mobilisation passive et active ; la rapidité de la guérison dépend entièrement de la mobilisation active ; toutes les manœuvres sont bonnes pourvu qu'elles aillent progressivement à fond.

Voilà pour la luxation récente sous-coracoïdienne et sous-claviculaire.

Le procédé reste le même pour la luxation sous glénoïdienne, sauf qu'avant de diriger le bras vers l'angle obtus, on tire pendant une minute vers le bas pour dégager la tête humérale de dessous le bord de la glénoïde.

Dans la luxation en arrière ou sous-épineuse, le malade doit s'asseoir sur une table. L'aide de la contre-extension s'assied à côté de lui ou bien se tient debout sur la table pour bien immobiliser l'omoplate. Ici un second aide pour l'extension est utile ; il tire en bas, en avant et en dehors pendant que le chirurgien de ses deux pouces refoule en avant la tête apparente derrière l'acromion, ou sous l'épine de l'omoplate.

S'il subsiste le moindre doute sur la variété de luxation, la radiographie doit intervenir, autant dans l'intérêt du malade que pour la responsabilité du médecin. (*Le Scalpel*, 2 octobre 1926.)

Les hémiplégies encéphalitiques.

L'encéphalo-myélite épidémique est une maladie protéiforme ; et, malgré l'opinion courante contraire, l'attention du Pr H. Verger a été mise en éveil par l'observation de malades dont l'hémiplégie, au premier abord banale, soulevait cependant des doutes par la constatation de certains symptômes inaccoutumés.

Or, il semble, dit-il, que l'origine encéphalitique d'une hémiplégie doit être envisagée comme possible dans les conditions suivantes :

1° S'il existe simultanément des signes caractéristiques d'encéphalite : pseudo-stupeur aiguë, myoclonies, somnolence et fièvre légère ne dépassant guère 38°, qu'il ne faudra pas confondre avec l'hyperthermie des hémorragies cérébrales graves.

2° Si on trouve des phénomènes suspects : céphalée, fièvre, délire, convulsions ou même parfois un simple malaise indéfinissable dans les heures ou les jours précédents. Ceux-ci, en effet, une fois la syphilis dûment éliminée, ne se voient pas dans les lésions cérébrales d'origine artérielle classique et légitiment la présomption d'une infection. L'évolution rapide élimine pratiquement la tuberculose et la notion d'épidémie qui, dans le temps présent, ne doit jamais quitter l'esprit du médecin, conduit à l'idée d'encéphalite épidémique.

Cette simple suggestion conduirait à une thérapeutique énergique, si nous en possédions une ; malheureusement, pour l'instant nous n'avons guère, d'après l'auteur, que l'abcès de fixation, dont les résultats sont bien incertains. (*Gazette hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 7 novembre 1926.)

Traitement de l'hydarthrose du genou par la diathermie.

Le Pr H. Bordier croit que la diathermie réalise une méthode thérapeutique, en même temps facile à appliquer et à subir, laissant au malade suffisamment de liberté, traitement ambulatoire en somme et d'une efficacité supérieure aux petits moyens (vésicatoires, teinture d'iode, repos intermittent, douches de vapeur, etc.). Elle peut suffire à guérir en un laps de temps relativement court les formes légères et moyennes de l'hydarthrose simple ou chronique du genou.

Les électrodes, appliquées de part et d'autre du genou, donnent une quantité de chaleur insuffisante dans l'articulation malade ; mieux vaut placer une électrode sur la face antérieure de la cuisse, au-dessus des culs-de-sac synoviaux, et l'autre sur le mollet.

Ces électrodes sont de dimensions relativement grandes, 15 sur 20 centimètres. L'intensité du courant peut atteindre facilement 1.500 milliampères sans provoquer de sensation faradique, ni de brûlure. L'auteur signale les avantages et les qualités du « néodiathermique » de Drapier, dont il s'est servi pour les applications.

La séance de diathermie doit durer une demi-heure ; après avoir arrêté le courant et avant de permettre au malade de se lever, on fait de la compression du genou à partir des orteils à l'aide d'une bande de crêpe Velpeau ; cette compression donne des résultats plus rapides qu'avec la seule diathermie.

La diathermie agit rapidement sur l'hydarthrose grâce à l'hyperhémie active qui se développe dans l'articulation et facilite la résorption du liquide épanché, et surtout grâce à l'effet électrique et à l'effet calorifique sur la synoviale et sur le liquide épanché ; à noter que l'hyperhémie déterminée par la diathermie persiste plusieurs heures après la séance. (*Paris médical*, 9 octobre 1926.)

Néphrite chronique urémigène sans hypertension.

MM. Cestan et Fabre établissent que la né-

phrite chronique urémigène n'est pas toujours hypertensive par une observation anatomo-clinique intéressante.

La néphrite chronique urémigène peut exister jusqu'à l'urémie la plus nette, la plus évidente, la plus mortelle, avec une pression artérielle normale.

Leur malade, âgée de 63 ans, sénile par suite, est morte avec le syndrome de rétention urémigène de la néphrite chronique, diagnostic confirmé par le microscope, et cependant sa pression artérielle n'a jamais dépassé 17 et 9. Il y avait au microscope néphrite chronique interstitielle ; jamais on n'a observé de rétention hydrique, d'œdème périphérique ou viscéral ; le cœur n'a jamais été défaillant.

Certes, on ne saurait nier la coexistence très fréquente de l'hypertension artérielle et de la néphrite dite urémigène ; mais qui dit fréquence ne dit pas constance. L'origine exclusivement rénale de l'hypertension chronique n'est donc plus soutenable en présence de cette variété de néphrite chronique urémigène. (*Toulouse médical*, 15 octobre 1926.)

Toxémie gravidique et cardiopathie chez la femme enceinte.

Le P[r] A. Grosse étudie leur influence réciproque et aggravante, et il établit qu'il faut une lésion cardiaque décompensée pour favoriser et aggraver la toxémie gravidique, par la gêne circulatoire et les altérations viscérales qu'elle entraîne. Mais plus importante encore est l'influence de la toxémie dans l'éclosion des accidents gravido-cardiaques, et c'est l'état du myocarde plus que la lésion orificielle, qui conditionne l'apparition et la gravité des accidents cardiaques de la grossesse. : asystolie, œdème pulmonaire, etc.

Tout à fait évidente est l'influence de l'intoxication dans l'accident le plus grave, l'œdème aigu du poumon qui, en dehors comme au cours de la grossesse, chez l'homme comme chez la femme, reconnaît toujours pour origine une cause toxique exogène (gaz asphyxiants pendant la guerre) ou endogène (auto-intoxication, septicémie, néphrite).

Les accidents gravido-cardiaques, étant avant tout fonction de l'état du myocarde et de l'état d'intoxication du sujet, il est possible de les préciser et de les atténuer par un traitement prophylactique de repos et de désintoxication. Il importe avant tout que la femme enceinte atteinte d'une lésion cardiaque *ne se fatigue pas, ne s'intoxique pas.* Elle devra donc éviter tout travail pénible, nécessitant un effort, ou de longue durée, garder le repos au moindre indice de surmenage physique, se soumettre à un régime alimentaire de désintoxication, d'où seront bannis les aliments riches en toxine et dont le fond sera constitué par le régime lacto-végétarien déchloruré. L'emploi des cardiotoniques est indiqué en cas de besoin. Tel est le cas pour les petits accidents (œdèmes, albuminuries, tachycardie, hyposystolie, menaces d'asystolie).

Contre les accidents gravido-cardiaques (asystolie, congestion et œdème pulmonaire), le traitement médical par les injections sous-cutanées de spartéine, caféine, huile camphrée, les inhalations d'oxygène, occupe encore la première place et vient le plus souvent à bout des accidents menaçants. La digitale doit être proscrite dans le rétrécissement mitral et l'œdème pulmonaire, où il vaut mieux employer l'ouabaïne, mais elle donne de bons résultats dans l'asystolie. La saignée est un moyen d'urgence, rapide et efficace. L'ergotine, vaso-constricteur périphérique, élève la pression dans la petite circulation et peut causer de l'œdème pulmonaire.

Mais si ces moyens échouent, on peut discuter de l'opportunité de la provocation de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, en présence d'asystolie grave ou répétée, ou bien, lorsque, la crise terminée, la femme reste en état d'hyposystolie. Il ne faut recourir au traitement obstétrical qu'en cas d'absolue nécessité, mais cependant ne pas attendre que la femme soit épuisée, car le travail est pour elle une lourde épreuve, qui comporte de sérieux dangers en présence d'un cœur déficient, d'un poumon bloqué ; d'où la règle de ne jamais intervenir obstétricalement au cours des accidents gravido-cardiaques, mais dans leur intervalle, après avoir énergiquement remonté la malade par un traitement médical. (*Gazette médicale de Nantes*, 1[er] octobre 1926.)

Les petites transfusions de sang dans le traitement des anémies.

Si les grandes transfusions de sang répondent aux besoins organiques créés par les hémorrhagies accidentelles, Noël Fiessinger et H.-R. Olivier remarquent judicieusement que, dans les anémies proprement dites, dans les états hémorragiques, il ne s'agit plus de remplacer une masse globulaire et plasmatique qui, brusquement fait défaut, mais de lutter contre un processus durable, permanent, dont l'activité nocive s'étale dans le temps.

L'action du traitement doit obéir au même rythme, il faut avoir recours aux petites transfusions, s'armer de patience et injecter toutes les semaines 50 cc. de sang, moins même, mais pendant plusieurs mois s'il est nécessaire.

Les grandes transfusions, ici, ne permettraient pas, comme dans l'hémorragie accidentelle, de se mettre à l'abri d'accidents graves, parfois mortels, par l'observation stricte de la règle des

groupes ; la recherche de l'agglutination ou de l'hémolyse est infidèle lorsque le récepteur est atteint d'une maladie du sang : anémie pernicieuse ou leucémie.

Or, l'évolution de ces accidents graves se fait en deux temps : un premier temps, immédiat, survient dès l'injection des 20 à 40 premiers centimètres cubes et se traduit par de véritables prodromes : douleurs lombaires ou abdominales violentes et brusques, pâleur, oppression, agitation. Si l'on achève l'injection, utilisant tout le sang du donneur, on voit apparaître des accidents graves : frissons, dyspnée intense, vomissements, accélération du pouls et parfois état syncopal, mort.

Si, au contraire, on suspend l'injection dès l'apparition des symptômes prémonitoires, tout rentre dans l'ordre, et les malades éprouvent cette sensation d'euphorie, qui est le premier résultat d'une transfusion favorable.

Les petites transfusions, par leur faible quantité de sang, réalisent d'elles-mêmes la prévention des complications possibles d'une médication qui, pour être courante et pratique, ne doit comporter aucun danger ; elles constituent une véritable opothérapie.

Dans les anémies symptomatiques du cancer ou de l'endocardite maligne, celles-ci ne peuvent que relever l'état général, afin de lutter ensuite contre la cause initiale, par les rayons X, par exemple.

Les anémies par intoxication arsenicale ou benzolique cèdent, mais après un traitement prolongé et tenace ; même succès pour la chlorose.

Dans les leucémies, les transfusions ne jouent qu'un rôle accessoire à côté des méthodes habituelles par le radium ou les rayons X, permettant à un organisme fatigué de faire les frais d'une thérapeutique active.

Dans les anémies par fragilité globulaire, les globules transfusés sont détruits comme les autres ; le bénéfice de chaque transfusion est de courte durée ; mais en les répétant à intervalles rapprochés, on peut améliorer considérablement les chances de succès d'une splénectomie. Il en est de même pour l'hémophilie.

Mode opératoire. — Mieux vaut, au préalable, déterminer les groupes sanguins du donneur et du receveur par la méthode de Beth-Vincent, au moyen de l'agglutination macroscopique sur lamelle avec deux gouttes des sérums déjà étalonnés des groupes I et II.

Mais si cette classification est impossible, on choisit un donneur sain, à Wassermann négatif. On recueille, du donneur et du receveur, du sang en tube stérile et du sang en solution citratée. Le premier permet d'avoir le lendemain du sérum, le second des globules rouges. On mélange le sérum du receveur avec les globules rouges du donneur et inversement. La transfusion peut être tentée si on n'observe ni agglutination, ni hémolyse.

Si on est trop pressé, on peut tenter sans étude préalable des tolérances une transfusion sanguine d'un consanguin par hérédité, le fils pour la mère, la mère pour la fille, par exemple ou inversement.

Le sang du donneur est prélevé ensuite comme pour une simple prise de sang, par ponction veineuse, et reçu dans une capsule ou un verre stérile, dans lequel on a, au préalable, versé une ampoule de 5 cent. cubes de citrate de soude à 10 %. Un aide veille à ce que le sang tombe directement dans le récipient et non sur les bords, et, à l'aide d'un agitateur en verre stérile, mélange citrate et sang, sans hâte et sans violence. Une fois le sang recueilli, citraté, sans se presser, on procède à la réinjection. Celle-ci se fait comme une simple injection intra-veineuse ; le sang est aspiré dans une seringue ordinaire de 50 cc. si possible, rincée avec la solution de citrate de soude ; avec une aiguille à biseau court, on ponctionne la veine du receveur, on retire le garrot et on pousse lentement l'injection en surveillant l'apparition possible des petits accidents précédemment décrits, prémonitoires d'accidents plus graves, et qui commandent l'arrêt de l'injection.

Après la transfusion, mettre le receveur au repos, prendre sa température dans les heures qui suivent et recueillir les urines pour surveiller l'apparition possible d'une albuminurie ou d'une hémoglobinurie légère.

Ces petites transfusions peuvent être répétées tous les huit jours, si le donneur y consent.

Pendant deux mois, un malade, atteint d'anémie pernicieuse a pu recueillir ainsi chaque semaine 50 cc. du sang de sa femme.

Cette méthode ainsi simplifiée rend de précieux services, et ne doit pas être le privilège ni des spécialistes, ni des cliniques des grandes villes. (*Journ. des Praticiens*, 10 novembre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les dangers de la vaccine oculaire.

(MM. DELORD, de Nîmes, et VILLARD, de Montpellier. — *Académie de médecine* ; 17-5-27.)

Dans une note, présentée par M. de Lapersonne, MM. Delord et Villard appellent l'attention sur les dangers qui peuvent résulter de la projection de vaccin jennérien sur l'œil.

Le 5 novembre 1925, un de nos confrères, le Dr X., était occupé à vacciner quand, en coupant un tube de pulpe vaccinale, il reçut sur l'œil gauche une gouttelette minime de vaccin. Il se contenta d'un lavage sommaire sans autrement se préoccuper de cet incident. Le soir, l'œil rougit et, les choses ne s'arrangeant pas, malgré un collyre à l'argyrol, il se soumit à des soins plus complets. En dépit d'une thérapeutique ophtalmologique appropriée (atropine puis ésérine, iridectomie, etc.), en raison de phénomènes glaucomateux avec douleurs vives et menace d'ophtalmie sympathique, on dut pratiquer l'énucléation de l'œil malade, deux mois environ après l'accident. La guérison fut alors obtenue.

Il s'est agi là de lésions oculaires d'une gravité anormale. Il n'y a pas eu pustule vaccinale. Les troubles ont consisté en infiltration kératique à évolution ulcéreuse, suivie d'iritis et de cyclite à tendances glaucomateuses. La marche n'a pu être enrayée par aucune tentative thérapeutique et il fallut en arriver à l'énucléation de l'œil blessé.

Les observations de ce genre sont heureusement très rares. Elles concernent, à l'habitude, des médecins ou des employés des Instituts vaccinaux. Il s'agit de véritables maladies professionnelles.

Comme conclusion, les auteurs mettent en garde tous ceux qui sont appelés à manipuler la pulpe vaccinale contre le danger qu'ils courent lorsqu'une parcelle, même minime, de cette pulpe vient à pénétrer au niveau de la surface oculaire. Il faut prendre toutes précautions nécessaires pour éviter un tel accident. S'il se produit, il est indispensable de pratiquer un lavage minutieux et abondant de l'œil.

— M. L. CAMUS signale quelques particularités, assez bien établies, de la vaccine oculaire. Les paupières et la cornée surtout peuvent conserver une réceptivité presque complète au virus vaccinal alors qu'il existe par ailleurs un état réfractaire à l'inoculation cutanée. Cette sensibilité différente des organes se rencontre aussi pour certains territoires cutanés. Les pustules aux doigts se voient, par exemple, chez des sujets inaptes à toute réaction sur le reste de la peau. Le contage vaccinal accidentel des paupières n'est pas absolument rare. Quant à la cornée, elle reste toujours réceptive, même chez les personnes fortement immunisées. Heureusement, son inoculation accidentelle est exceptionnelle chez l'homme.

S'appuyant sur diverses expériences, M. Camus se demande s'il ne serait pas rationnel en cas d'inoculation vaccinale, par accident, de la cornée, d'essayer l'action locale du sérum de sujet immun, sérum qui possède un pouvoir virulicide (Béclère et Ménard). Cette thérapeutique est exempte de danger car la propriété virulicide résiste au chauffage et le sérum peut être chauffé. Pratiquement, il est vrai, les essais thérapeutiques effectués avec ce sérum dans le traitement des infections générales ne semblent pas avoir donné de grands résultats.

Les vomissements à répétition des nourrissons.

(M. ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE, de Bordeaux. — *Académie de médecine* ; 17-5-27.)

Pour M. Rousseau Saint-Philippe, médecin honoraire de l'Hôpital des Enfants, de Bordeaux, les vomissements à répétition des nourrissons ne sont pas nécessairement causés par un obstacle, un rétrécissement, situé au pylore ; ils ne le sont même qu'exceptionnellement.

Au moins 95 fois sur 100 leur étiologie est liée à une intoxication, à la dyspepsie venant de l'aliment, du lait, et notamment du lait de la mère, du lait de femme. Cinq fois environ sur 100 seulement, ils relèvent d'une sténose pylorique, qui peut être passagère et spasmodique, ou congénitale et permanente. La sténose s'accompagne, d'ailleurs, d'intoxication et de dyspepsie, auxquelles il convient de remédier.

Les moyens médicaux à employer et qui réussissent dans la plupart des cas, sont les alcalins, la pepsine et l'acide chlorhydrique, l'ipéca et la rhubarbe, soit seuls, soit associés à la jusquiame et à la belladone. Les inhalations d'oxygène sont un utile adjuvant. Il faudra aussi s'occuper d'améliorer le lait, quelqu'il soit.

Quand on se sera assuré, autant que faire se peut, par une observation patiente, par le tubage et la radioscopie, que l'obstacle au pylore paraît réellement exister, on fera appel, et sans trop tarder, à l'intervention, souvent heureuse, du chirurgien — non sans surveiller l'avenir du petit opéré, qui reste aléatoire.

Condition médico-légale des paralytiques généraux traités.

(M. Henri CLAUDE. — *Académie de médecine* ; 17-5-1927.)

Jusqu'à ces dernières années, le pronostic de la paralysie générale était considéré comme fatal.

L'évolution de la maladie se faisait en un laps de temps qui ne dépassait guère 3 ou 4 ans, et, en raison des troubles psychiques présentés par les patients, il était d'usage de prendre à leur égard, souvent de bonne heure, certaines mesures médico-légales de protection (vente de charges, démissions d'emplois, conseil judiciaire, etc.)

Les nouveaux traitements mis en œuvre actuellement dans la paralysie générale (arsenicaux, bismuth, pyrétothérapie et surtout malariathérapie) ont permis d'obtenir, dans une proportion assez forte de cas, des rémissions prolongées et en particulier des améliorations de l'état psychique telles que nombre de malades ont pu reprendre avec plus ou moins de régularité leurs occupations intellectuelles. Il y a lieu de se demander, dans ces conditions, s'il n'importe pas de donner aux décisions médico-légales concernant les paralytiques généraux une forme moins sévère. La question est certes délicate, les bases nouvelles d'appréciation étant encore trop fragiles pour appuyer des conclusions nettes. Il semble cependant qu'il convienne désormais de conseiller une certaine prudence dans les décisions médico-légales relatives à la capacité civile des paralytiques généraux traités.

La période pré-clinique de la syphilis nerveuse.

(M. Paul Ravaut. — *Académie de médecine*; 17-5-1927.)

Dans une série de travaux poursuivis depuis 25 ans sur le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, M. Ravaut s'est efforcé de dégager une notion nouvelle : celle de la période pré-clinique de la syphilis nerveuse, dont il a montré en 1914, pour la première fois, l'intérêt théorique et pratique.

Cette notion nous incite à dépister le plus précocement possible l'existence des localisations du spirochète sur le système nerveux, parfois longtemps avant l'apparition des signes cliniques. Elle peut fournir aussi des indications au traitement.

La difficulté que l'on rencontre en cette matière est la répugnance du malade à se soumettre à des ponctions lombaires répétées, surtout en l'absence de troubles morbides. La période la plus intéressante pour faire l'examen du liquide rachidien d'un syphilitique s'échelonne en décroissant du début de la quatrième année à la dixième.

Albuminurie de la grossesse et syphilis.

(MM. Marcel Pinard et Vernier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-3-1927.)

M. Marcel Pinard montre qu'une albuminurie survenant au cours de la grossesse est quelquefois due à d'autres causes que la gestation et en particulier à la syphilis. Une de ses malades eut, au cours de cinq grossesses consécutives, de l'albuminurie, avec mort de l'enfant. A la cinquième gestation, enfant macéré. On recherche le Wassermann qui est positif chez la femme et chez le mari.

L'auteur conclut qu'une syphilis acquise ou héréditaire peut prédisposer par une débilité rénale à l'albuminurie gravidique. Une thérapeutique précoce aura des chances d'éviter cet accident et de permettre l'accouchement à terme.

A propos de la grippe chez les vieillards.

(M. Brelet, de Nantes. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-3-1927.)

M. Renaud rappelait dernièrement la gravité particulière de la grippe chez les vieillards. Cette règle offre toutefois des exceptions et M. Brelet en signale plusieurs exemples. L'auteur a vu guérir des vieillards de 75 à 80 ans atteints de grippe assez intense, hyperthermique, avec complications broncho-pneumoniques, chez lesquels le pronostic semblait de prime abord devoir être fatal. Un de ses malades, vieillard de 78 ans, malgré un foyer de congestion pulmonaire grippal fébrile, continua à vaquer à ses occupations et guérit néanmoins d'une façon complète.

Ossification du muscle pectiné après fièvre typhoïde.

(MM. Okinczyc et Vassitch. — *Société de chirurgie*; 23-3-1927.)

Une jeune femme de vingt ans, un an après une fièvre typhoïde, présente une gêne croissante de la marche. Celle-ci s'effectue avec un dandinement assez accentué, pieds en rotation interne, genoux se touchant. L'attitude est celle d'une luxation de la hanche avec cambrure marquée de la région lombaire.

Au palper, on ne sent rien d'anormal; la radiographie montre des deux côtés une sorte de console osseuse tendue entre la branche ilio-pubienne et la face postérieure du fémur, suivant une ligne qui correspond à la direction des fibres profondes du pectiné. L'apparence est celle d'un ostéome, l'intérêt de cette observation résidant en ceci : il n'y a aucun traumatisme dans les antécédents et seule la fièvre typhoïde peut être incriminée comme étiologie de cette myosite ossifiante.

Les auteurs posent la question thérapeutique. Quel traitement est à conseiller en pareille circonstance : intervention sanglante ou radiothérapie ?

Sur la syncope anesthésique.

(M. de Martel. — *Société de chirurgie* ; 30-3-1927.)

A propos de la communication de M. Toupet, dont nous avons parlé, sur les injections intra-cardiaques d'adrénaline dans la syncope anesthésique, M. de Martel remarque qu'en vingt ans de pratique chirurgicale il n'a observé que deux syncopes, toutes deux mortelles. L'auteur à l'habitude de prendre la tension artérielle au cours de l'opération : une chute

considérable de cette tension annonce la menace de syncope et prévient du danger.

Disjonction de la symphyse pubienne. Ostéosynthèse.

(MM. Larget et Lamare, de Saint-Germain-en-Laye. — *Société de chirurgie* ; 16-2-1927.)

Un jeune homme de vingt ans, renversé par un tramway, est admis d'urgence à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. On fait le diagnostic de fracture du bassin et l'on se borne à immobiliser convenablement le blessé. Une radiographie, pratiquée quelques jours plus tard, montre une énorme disjoncction de la symphyse pubienne, avec décalage considérable des deux pubis.

M. Larget intervient, avec l'aide de M. Lamare. Pour obtenir la réduction, après mise à nu du foyer, on tire avec le tracteur de Lambotte sur le membre inférieur droit, en prenant point d'appui sur la branche ischio-pubienne gauche. Cette manœuvre amène les deux pubis au même niveau. On fixe par deux fils de bronze. Guérison, constatée à nouveau 16 mois après l'opération.

Dans le rapport qu'il présente sur l'observation de MM. Larget et Lamare, M. Dujarier remarque que les cas de disjonction pubienne avec gros écartement ne sont pas fréquents. Dans les lésions récentes, il faut opérer à moins de contre-indications tenant à l'état général.

— M. Pierre Mocquot a observé, dans le service de M. Launay, un exemple de disjonction des pubis chez un sculpteur qui avait été renversé par un bloc de marbre. L'auteur sutura les deux pubis au fil d'argent et le blessé guérit.

— M. P. Bazy considère comme remarquable une grande disjonction pubienne sans déchirure de la vessie.

P. L.

Les Livres

G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris.

A. Tournay. — **Neurologie.** (Un vol. in-16 de 316 pages. Prix : 19 fr. 20). « Les Consultations journalières ».

Le préjugé de l'incapacité thérapeutique en matière de maladies nerveuses doit être fortement ébranlé par les incontestables progrès réalisés, grâce à la chimiothérapie, la physiothérapie, la petite et la grande chirurgie nerveuse, dans l'attaque des manifestations douloureuses, des accidents nerveux d'origine syphilitique, des tumeurs comprimant l'encéphale et la moelle, pour la restauration des nerfs.

Dans ce livre, pour chacun des problèmes pratiques, méthodiquement classés, une démonstration aussi concise et claire que possible est faite, à l'aide des informations cliniques et des indications pathogéniques, en vue des décisions thérapeutiques à prendre.

Tous les renseignements indispensables pour la mise à exécution sont donnés ave c la plus grande précision.

Le syndicalisme médical. Ses bases légales, ses moyens d'action, par M. A. Martin, docteur en droit.

Le groupement des syndicats médicaux des Charentes et du Poitou vient de faire éditer en une plaquette, une série d'études juridiques, dues à Me Martin.

Cet opuscule est fort intéressant, pour qui s'occupe des questions juridiques, concernant l'évolution de notre syndicalisme médical.

Après un aperçu général et un historique sur le syndicalisme en général, puis sur celui qui intéresse notre profession, le travail de Me Martin examine les applications dans le domaine médical : action contre l'exercice illégal de la médecine, contre l'escroquerie en matière d'accidents du travail, ou de l'application de la loi sur les réformés de guerre.

Ensuite, l'auteur aborde un sujet, qui est brûlant d'actualité : celui du contrat collectif de travail. La loi de 1919 et le code du travail sont examinés au point de vue général, d'abord, puis au point de vue particulier médical. Ces conventions collectives de travail sont-elles possibles, sont-elles désirables, comme effet juridique, entre collectivités médicales et collectivités publiques, ou privées ?

Enfin, Me Martin envisage les statuts des syndicats, surtout en ce qui concerne le droit d'admission et les pénalités (exclusion ou autres). Il termine ce chapitre fort intéressant, par un parallèle entre le syndicat et le Conseil de l'Ordre, au point de vue de la moralisation de notre profession.

Personnellement, j'ai lu avec beaucoup d'intérêt ce travail de Me Martin et je le remercie d'avoir mis sa science juridique au service de notre profession. J'ai tiré beaucoup d'enseignements pratiques de ses diverses argumentations et je crois que le groupement des syndicats médicaux des Charentes et du Poitou (secrétariat : 33, avenue Saint-Jean, Niort) a fait œuvre utile, en éditant cette plaquette, pour venir en aide aux militants du corps médical, qui pourront s'instruire et se documenter, en ce qui concerne nos droits et nos devoirs en matière syndicale et défense de la corporation.

Dr Paul Boudin.

DIFFICULTÉS ET DANGERS DE LA REMINÉRALISATION

Dans la thérapeutique de la tuberculose deux notions essentielles s'imposent : tout d'abord, il faut donner un médicament qui se fixe, qui s'assimile ; en second lieu, il faut le faire accepter par l'organisme sans qu'il altère si peu que ce soit les fonctions du tube digestif.

Si ces deux notions sont strictement observées la tuberculose se modifie le plus souvent très rapidement dans le sens de la guérison.

Le professeur Robin a longuement enseigné dans ses magistrales leçons sur la tuberculose, la nécessité de reminéraliser non pas seulement par la chaux, mais aussi par la silice, la magnésie et le fer.

Nous proposons aux cliniciens, comme reconstituant et reminéralisateur de premier ordre : la Prélase.

Pour quoi ?

La Prélase est une poudre stabilisée de prêle, laquelle, d'après Robin et ses élèves, contient 70 % de silice organique, c'est-à-dire d'une silice déjà élaborée par la plante, prête à être assimilée par l'organisme humain.

Or, la prêle contient non seulement cette silice organique, mais elle renferme en outre 13 % de chaux pour la recalcification, 2.60 % de magnésie pour la reminéralisation magnésienne ; 1.60 % d'acide phosphorique, du fer et du manganèse.

Elle semble donc créée pour donner au tuberculeux la totalité des reconstituants chimiques qu'il a perdus et qu'il réclame pour sa guérison.

Bien plus, la Prélase est un complexe de poudre de prêle activée par une levure sélectionnée.

Or, des travaux très récents viennent de démontrer que le meilleur des véhicules pour un médicament antiphymique est la levure.

Déjà en 1900, Faisans a démontré qu'elle est un puissant désinfectant du tube digestif, un antibactérien très actif ; qu'elle neutralise en outre les toxines et favorise toute nutrition.

La silice véhiculée par une levure, qui, à très faible dose, agit chez le tuberculeux en neutralisant ses toxines et en favorisant sa nutrition est encore, dans la Prélase, doublée d'un ferment catalyseur : c'est le bioxyde de manganèse en précipité colloïdal.

Les tablettes de mangaïne, universellement connues à cause de leur action si rapide sur toutes les hyperchlorydries et les dyspepsies en général, ont amplement démontré le rôle du manganèse colloïdal.

Il semble donc que le traitement de la tuberculose ait trouvé dans la Prélase son expression la plus parfaite : silice organique véhiculée et activée par une levure manganique ; en d'autres termes, reminéralisation totale, non seulement sans nocivité, mais aidant aux phénomènes de la nutrition. Telle se présente la Prélase devant les cliniciens.

Prise à la dose de 4 à 6 comprimés par jour, soit aux repas, soit en dehors des repas, elle peut être continuée pendant le temps nécessaire à la reminéralisation du bacillaire.

A elle seule, en effet, elle modifie le terrain du phymique appauvri en silice, en chaux, en magnésie, en phosphate et en fer.

En outre, elle les présente à l'organisme, sous la forme végétale, c'est-à-dire sous une forme éminemment assimilable ; non seulement elle n'irrite pas le malade, mais encore elle améliore les phénomènes de dyspepsies qu'on retrouve toujours à la base et au début de l'affection.

Ces affirmations peuvent être vérifiées tant dans la clientèle privée que dans les hôpitaux, par des expérimentations pour lesquelles tout le matériel nécessaire sera mis à la disposition des praticiens (1).

---

(1) Laboratoire de la Prélase, 71, rue Sainte-Anne, Paris.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

COMMENT LE PARLEMENT DÉFEND LE THERMALISME

Le 18 mars dernier, le Sénat a voté, après la Chambre des Députés, à l'occasion de la discussion du projet de loi créant des crédits supplémentaires, un article 98 *bis* ainsi conçu :

« Art. 98 *bis*. — A la taxe de séjour instituée dans les stations hydrominérales, climatiques et de tourisme par la loi du 24 septembre 1919 pourra s'ajouter, à la demande du Conseil général du département intéressé, une nouvelle taxe additionnelle de 10 p. 100 dont le recouvrement sera effectué en même temps et dans les mêmes formes que celui de la taxe principale.

« Le produit de cette taxe additionnelle sera mis à la disposition du département sur le territoire duquel sont situées les stations, à l'effet d'en améliorer les conditions d'accès et de circulation. Le programme des travaux à effectuer sera établi par le Conseil général, après avis des Chambres d'industrie thermale, climatique ou de tourisme des stations, dans les conditions prévues par la loi pour les travaux exécutés par les communes. » (*Adopté*).

Cet article a déjà donné lieu à d'énergiques protestations, notamment de la part du Dr Gardette, le distingué directeur de la *Presse thermale et climatique*, organe officiel en quelque sorte du thermalisme français.

« La taxe de séjour, dit Gardette, doit être et rester intégralement une taxe perçue au profit de la commune. Il ne faut qu'on touche à cette taxe ni aujourd'hui, ni demain... Dans aucun cas et pour aucun motif, il ne faut que l'on détourne la taxe de séjour du but qui l'a fait instituer... Il est à craindre que la double augmentation adoptée par le Sénat ne provoque des récriminations de la part des assujettis. »

Si les assujettis se bornent à récriminer, il n'y aura que demi-mal. Mais s'ils boudent les stations thermales, pour le motif que tout y est prétexte à les tondre, qui sera finalement le mauvais marchand dans cette aventure ? Les économistes affirment que la matière imposable a son plafond au-dessus duquel elle ne rend plus. Que le Parlement y réfléchisse bien avant de prendre une décision définitive, et qu'il ne risque pas de tarir une source incontestable de revenus pour l'industrie thermale, pour les municipalités des communes où elle s'exerce, et pour le Trésor.

La taxe supplémentaire de transmission de 7% sur la première mutation dans les ventes d'immeubles, inaugurée par le budget de 1926, a eu pour conséquence la diminution très sensible des transactions de ce genre, de telle sorte que les finances publiques n'y ont pas gagné, au contraire. Toutes proportions gardées, n'allons pas au devant d'un résultat analogue dans l'achalandage de nos villes d'eaux.

D'autant plus que la concurrence se fait plus âpre que jamais, et que les médecins d'Outre-Rhin ne se gênent plus pour venir jusque dans nos services hospitaliers faire une active propagande pour tous leurs *bads*.

Il est curieux, tout de même, de constater une fois de plus à quel point les Pouvoirs publics méconnaissent l'intérêt national qu'offrent la protection et l'exploitation de certaines de nos richesses les plus somptueuses.

La France est peut être le pays le plus favorisé sous le rapport des sources hydro-minérales. Celles-ci sont en quelque sorte infinies dans leur variété et leurs indications, à telles enseignes qu'il est permis d'affirmer que toute la pathologie leur ressortit.

Il y a donc de multiples raisons à ce que tout concour à leur parfaite mise en valeur. Et, certes, il n'y avait rien à dire à l'institution de la taxe de séjour, destinée à assurer le perfectionnement de l'hygiène et de l'urbanisme des stations thermales perçue sur ceux qui y viennent chercher vie et santé. Mais si l'on augmente indéfiniment le taux de cette taxe, aujourd'hui pour l'entretien des routes, demain pour l'entretien des monuments, plus tard pour je ne sais quoi, on finira par lasser la clientèle qui se désaffectionnera de nos Hydropoles, et les délaissera.

Aussi, faut-il se réjouir de la création des organismes corporatifs, telle la Fédération thermale et climatique française, qui, représentant le nombre, aura sans doute la puissance et saura faire entendre en haut lieu la voix de la raison.

G. DUCHESNE.

LES DÉCLARATIONS ET CERTIFICATS DE NAISSANCE

Un de nos confrères nous adresse le modèle de certificat ci-après, que les mairies du département de la Seine exigent pour pouvoir rédiger les actes de naissance. Notre confrère se demande dans quelle mesure il viole le secret professionnel en remplissant tous les blancs du dit certificat ?

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉPARTEMENT
DE LA SEINE
—
ARRONDISSEMENT
DE
—
CANTON
DE

MAIRIE D'A...

Je soussigné (1)..

....

déclare avoir accouché..

M (2)..

âgée de.................*ans, profession d*.................

demeurant à................., *Rue*................. *N°*.........

ÉPOUSE *de M* (3)..

âgé de................. *profession d*.................

demeurant à.................*Rue*................. *N°*.........

PRÉSENT *ou* ABSENT (4) *mariés à*................. *département d*.................

le.................*d'un enfant du sexe* (5).................

né le.................*à*......... *heure du*.................

au domicile de..

Rue.. *N°*.........

NATIONALITÉ DES PARENTS (6) : ....

....

....

E, le..192.........

SIGNATURE :

(1) Nom, prénoms, domicile du docteur ou de la sage-femme.
(2) Madame ou Mademoiselle.
(3) Nom et prénoms du mari, ou non mariée. Consulter, autant que possible, le livret de famille.
(4) Rayer l'un des deux mots, suivant le cas.
(5) S'il s'agit d'un fœtus, indiquer le nombre de mois de conception.
(6) S'il s'agit d'un enfant légitime, indiquer la nationalité du père, s'il s'agit d'un enfant naturel non reconnu, indiquer celle de la mère.

L'article 55 du code civil a été modifié par la loi du 20 novembre 1919 : il est ainsi conçu :

« Les déclarations de naissance seront faites dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu. »

La loi de 1919 a supprimé les mots : « l'enfant lui sera présenté ».

Jadis, l'enfant devait être porté à la mairie et présenté à l'officier de l'état civil. Mais, à Paris et dans un certain nombre de villes, le maire déléguait un médecin, dit médecin de l'état civil, aux fins d'examiner le nouveau-né au domicile des parents, vérifier le sexe, etc.

Ainsi, l'enfant était protégé contre les rigueurs des intempéries ; mais le déclarant devait faire deux voyages à la mairie : l'un pour déclarer la naissance, l'autre (après la visite du médecin de l'état civil), pour donner devant deux témoins les indications nécessaires, pour l'établissement de l'acte de naissance.

Dans un but de simplification des formalités, le législateur de 1919 a supprimé cette présen-

tation de l'enfant, de sorte qu'une seule visite à l'officier de l'état civil est maintenant suffisante : sur la déclaration du père ou de la personne ayant assisté à l'accouchement (en cas d'absence du père) et sur les deux témoignages, l'officier de l'état civil doit dresser l'acte de naissance.

Mais, le législateur de 1919 a oublié de remplacer la présentation de l'enfant par une garantie quelconque : aussi une circulaire du Garde des sceaux, en date du 12 décembre 1919 fut-elle adressée aux préfets :

« Le législateur de 1919 a supprimé, du premier alinéa de l'article 55 susvisé les mots : « l'enfant lui sera présenté ». Il en résulte que les municipalités ont le choix entre divers procédés, pour constater que le nouveau-né est vivant, au moment où est dressé l'acte de naissance : visite du médecin de l'état civil au chevet de l'accouchée, remise à tous les médecins et sages-femmes de la commune de bulletins, dont ils remplissent les blancs après l'accouchement et que le déclarant porte à la mairie : déplacement de l'officier de l'état civil, présentation du nouveau-né à la mairie, si le déclarant est lié par le secret professionnel quant à la maison où a eu lieu l'accouchement. »

Le ministre de la Justice a raison de faire prendre toutes les garanties, pour éviter les substitutions ou les suppositions de parts.

En exécution de cette circulaire, le préfet de la Seine a envoyé aux maires des communes du département, une circulaire, en date du 11 septembre 1920 dont voici un extrait :

« Afin d'éviter ces inconvénients, j'ai décidé d'adopter pour Paris une procédure, qui est déjà en pratique dans la plupart des communes de la banlieue et donne d'heureux résultats. Désormais donc, les actes de naissance pourront être dressés sur la seule production d'un certificat du modèle ci-joint, signé du médecin ou de la sage-femme, qui a procédé à l'accouchement. Le déclarant n'aura qu'à se présenter à la mairie, muni de ce certificat et accompagné des témoins, pour faire établir et signer immédiatement l'acte de naissance, sans attendre la visite préalable du médecin de l'état civil.

Toutefois, il est absolument indispensable, pour éviter toute fraude possible, qu'à titre de contrôle, la visite médicale soit maintenue. Elle devra donc être effectuée dans tous les cas et vous devrez tenir la main à ce qu'elle ait lieu dans le plus court délai possible, de façon à conserver toute son efficacité : mais en aucun cas, la rédaction des actes de naissance ne pourra se trouver retardée du fait de cette visite, au résultat de laquelle ladite rédaction n'est plus subordonnée. »

Deux cas sont maintenant à considérer.

1° *Le père est présent à l'accouchement.*

Aux termes de l'article 56 du code civil, c'est le père qui doit faire la déclaration. Par conséquent c'est à lui que le docteur, ou la sage-femme, doit remettre le certificat en question.

Dans les cas les plus habituels, il n'y a aucune difficulté, car le père déclarera son enfant légitime et il lui est parfaitement indifférent que le médecin indique, ou non, le nom des parents sur le certificat qu'il va rédiger.

Mais, si le père n'est pas marié légitimement, il sera le premier à demander au médecin d'observer le secret professionnel. En tous cas, muni du certificat, le père verra ce qu'il devra faire de cette pièce : la remettre ou non à l'officier de l'état civil.

Néanmoins, si l'on veut pousser à bout la stricte observation des règles juridiques, on doit dire que le médecin (ou la sage-femme) ayant rédigé le certificat, devra le remettre au père en présence de l'accouchée.

Le père et la mère verront ce qu'ils devront faire de ce certificat, ou s'ils devront demander au médecin de n'inscrire que les prénoms de l'enfant, sans indiquer les noms des auteurs, ni le domicile.

2° *Le père est absent.*

Aux termes de l'article 56 du code civil, la déclaration de la naissance incombe au docteur ou à la sage-femme ou à toute autre personne ayant assisté à l'accouchement.

Dans ces conditions, le médecin ou la sage-femme doit, autant que possible, se souvenir des règles absolues, imposées par l'article 378 du code pénal, concernant le secret professionnel.

Avant de rédiger le certificat, dont s'agit, le praticien aura l'obligation de demander à la mère si elle consent à ce que mention de son nom et de son domicile soit portée sur cette pièce.

D'où le problème suivant :

Le certificat de naissance et le secret professionnel.

L'article 57 du code civil, modifié par la loi du 7 février 1924, est ainsi rédigé :

« L'acte de naissanec énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés, les prénoms, noms, âges, professions et domiciles des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant. Si les père et mère de l'enfant naturel, ou l'un d'eux, ne sont pas désignés à l'officier de l'état civil, il ne sera fait, sur les registres, aucune mention à ce sujet. »

Ce dernier alinéa avait été ajouté par la loi du 22 juillet 1922.

Il en résulte que le code civil admet la possibilité de la non-indication du nom des père et mère d'un enfant.

La jurisprudence avait déjà été appelée à se prononcer. En effet, un médecin, ou une sage-femme, dépositaire, par profession, des secrets

d'une famille, peuvent se trouver dans l'obligation de taire les noms des père et mère, voire même le domicile de l'accouchée, pour qu'aucune indiscrétion ne soit commise.

Le praticien apporte l'enfant à l'officier de l'état civil, pour que celui-ci puisse faire toutes les constatations et vérifications nécessaires, afin que l'acte de naissance ait bien son caractère d'authenticité ; mais le praticien est-il en droit de conserver un mutisme complet ?

D'autre part, le docteur peut-il se refuser à mentionner, sur le certificat de naissance qui lui est demandé, le nom et le domicile de l'accouchée ?

Un arrêt de la cour de Dijon, du 20 avril 1843 (*Ann. de médecine légale*, vol. XXX, p. 180 et 422), déclare que la personne qui a assisté à l'accouchement, doit tout déclarer à l'officier de l'état civil.

« Attendu que la réticence à cet égard empêcherait la preuve de l'état civil de l'enfant ; qu'en vain les docteurs en médecine exciperaient de l'article 378 du code pénal, qui leur défend de révéler les secrets dont ils sont dépositaires, par état ou profession ; que cet article ne dispose évidemment que pour le cas où la loi n'a pas imposé le devoir d'une révélation. »

Dans le même sens, cour de Dijon, 14 août 1840 (S. 1840.2.467) ; Cour de Paris, 20 mai 1843, S. 43.2.210).

Certes, lorsque les choses ne sont pas secrètes (enfant légitime, aucun secret ne planant sur cette naissance), le médecin appelé à faire la déclaration de naissance, en l'absence du père, n'a aucun motif à cacher quoi que ce soit, surtout lorsqu'il a informé l'accouchée qu'il doit faire la déclaration de naissance et que celle-ci n'a soulevé aucune objection, ni réclamé le secret.

Mais, plus nombreuse est la jurisprudence qui autorise le médecin à garder le silence, lorsqu'un secret plane sur la naissance de l'enfant.

En fait, ce qui importe le plus, au point de vue social, c'est le fait matériel même de la naissance ; les autres mentions (noms des père et mère, leur domicile, leur profession) n'ont d'importance qu'en cas de filiation légitime.

D'ailleurs, en droit civil, l'indication du nom du père ou de la mère, par le médecin, n'implique pas forcément la reconnaissance de l'enfant naturel par celui de ces deux auteurs qui a été indiqué par le praticien.

Cinq arrêts de Cassation spécifient que le médecin a le devoir de taire le nom de la mère naturelle, et également doit garder le silence sur toutes indications, pouvant révéler d'une manière directe ou indirecte l'identité de la mère. (Cour de Cassation 16 septembre 1843 (D.44.1.137) ; deux arrêts du 1er juin 1844 (D.44.1.283); 1er août 1855 (D.45.1.363) ; 18 juin 1846 (S.46.1.696).

Ces divers arrêts de la cour de Cassation stipulent que l'obligation de déclarer la naissance à toute personne ayant assisté à l'accouchement, est remplie dès que l'assistant a déclaré dans les délais, le fait matériel de la naissance, sans qu'il soit tenu de faire connaître le nom de la mère. Ainsi décidé notamment à l'égard de l'accoucheur, qui affirme n'avoir connu le nom de la mère que sous le sceau du secret, ou du médecin ou de la sage-femme chez lesquels l'accouchement a eu lieu, lorsqu'ils n'ont connu le nom de la mère qu'à raison de leur profession.

Un jugement du tribunal correctionnel d'Angers du 19 juillet 1850 avait condamné un médecin à 100 francs d'amende pour « n'avoir pas dénoncé d'une manière précise le lieu de la naissance de l'enfant et avec cette circonstance aggravante, qu'un attentat commis sur l'enfant, était demeuré impuni, faute par lui de déclarer au bureau de l'état civil le lieu précis de la naissance ».

Ce jugement fut réformé en appel, par la cour d'Angers, par arrêt du 18 novembre 1850 (S. 51.2.280), qui reconnaît au médecin le droit de ne pas désigner le lieu de l'accouchement.

Un jugement du tribunal civil de la Seine, du 30 décembre 1875 (*Gazette des tribunaux*, 31 décembre 1875), un arrêt de la cour d'Agen, du 20 avril 1844 (*Rép. Dalloz*, v° Actes de l'état civil, 235) ont jugé dans le même sens.

« Un médecin ne peut être poursuivi, en vertu des articles 55 et 56 du code civil, sous prétexte qu'en déclarant la naissance de l'enfant, il n'a pas indiqué le nom de la mère, ni le domicile de cette dernière. Ce faisant, il se retranchait, selon son droit, derrière le secret professionnel. En outre, les docteurs et les sages-femmes ne sont pas tenus de présenter les nouveau-nés à l'officier de l'état-civil (Tribunal correctionnel de Reims, 12 mars 1910 ; *Concours médical* 1910. 463)

D'ailleurs l'arrêt précité de la cour de Cassation du 1er juin 1844, montre bien la distinction qu'il convient de faire entre les obligations de l'article 346 du code pénal et celles de l'article 378 du même code : « attendu qu'au lieu d'être puni par l'article 346 du code pénal, le silence sur toutes ces choses à lui (le médecin) confiées, lui est imposé par l'article 378 du même code qui lui défend, sous des peines sévères, de révéler de tels secrets ».

Le médecin est-il obligé de remplir le certificat de naissance ?

Juridiquement, il est prouvé que, d'après la jurisprudence de la cour de Cassation, le médecin, comme la sage-femme, ont l'impérieux devoir d'observer le secret professionnel.

Donc, mis à même de remplir le certificat, dont ci-dessus le modèle, le praticien fera sagement, dans le cas de naissance naturelle, de

prévenir la mère des mentions qui doivent être portées sur pareille pièce.

Si la mère ne fait aucune objection, le médecin inscrira les déclarations faites par l'accouchée ; mais si celle-ci demande le secret, le praticien taira tout ce qu'il doit taire.

Pratiquement, lorsque le docteur se trouve en présence du père, lequel doit faire la déclaration de naissance, il remplira son certificat et le remettra au père : cela ne souffre aucune difficulté.

Mais, si le médecin a des doutes sur la légitimité du mariage, il remettra le certificat à la mère elle-même, qui en fera faire tel usage que bon lui semblera et par l'intermédiaire de qui elle voudra.

Si la mère réclame le secret, c'est à elle et non au mari que le médecin devra obéir, car c'est envers sa malade qu'il est lié par le secret professionnel.

Bien entendu, je me place ici dans des situations plus juridiquement théoriques que pratiques.

Mais, à un autre point de vue, le praticien peut-il se refuser à délivrer pareil certificat, même au père légitime ?

Si nous nous plaçons dans les termes de la loi, oui le docteur a le droit de ne pas consentir à remplir l'attestation de naissance, que lui demande le père, pour la mairie.

Cette obligation du certificat découle, non des termes du code civil, mais d'une circulaire ministérielle et d'une autre, préfectorale.

Un procès récent est né de ce refus.

Un père flanqué de deux témoins, fait une déclaration de naissance, qui est vérifiée par le médecin de l'état civil. Mais l'accoucheur s'était refusé à délivrer le certificat prévu par les circulaires ministérielle et préfectorale.

Par jugement, en date du 23 février 1923 (*Gazette des tribunaux*, 17 juin 1923) le tribunal civil de la Seine a ordonné la transcription de la déclaration de naissance, sur les registres de l'état civil, malgré l'absence dudit certificat.

Il en résulte que la praticien est en droit de refuser de certifier la naissance, alors que cette obligation n'est pas contenue dans le code civil.

Conclusions.

Lorsque la naissance ne comporte aucun secret, en refusant de délivrer le certificat, susvisé, le médecin ou la sage-femme peuvent créer des difficultés au père, qui doit faire la déclaration.

Au praticien de voir si l'affirmation d'un droit de refus du certificat est plus impérieuse que la simplification des démarches que doit faire le père pour faire inscrire son enfant sur les registres de l'état civil.

Lorsque la naissance comporte un secret, le praticien devra se montrer très circonspect. Avant toute rédaction de certificat, il devra informer la mère des conséquences de cette pièce.

Si la mère ne voit aucun inconvénient à ce que son nom et son domicile soient dévoilés, le médecin délivrera l'attestation demandée.

Si le secret est réclamé, il ne sera fait nulle mention de ce qui pourrait dévoiler l'incognito de la parturiente.

Si le père est absent, le médecin (ou la sage-femme) fera lui-même la déclaration à la mairie, en taisant tout ce qui est secret. Mais, quel tolle, car les maires ni les secrétaires de mairie ne connaissent bien souvent ni leur droit, ni le code !

En tous cas, en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, quoi qu'en disent les détracteurs du secret professionnel, celui-ci reste et demeure une menace pour le praticien, qui est passible d'amende et de prison, s'il dévoile ce qu'il a appris au cours de l'exercice de sa profession.

Tant que l'article 378 du code pénal n'est pas modifié, taisons-nous.

Dr Paul BOUDIN.

PSYCHOLOGIE DE L'ART MÉDICAL (*)

Par le Dr VAN LINT (Bruxelles).

Agrégé à l'Université de Bruxelles.

Nous avons lu avec un vif intérêt cet article où nous retrouvons tant d'idées qui nous sont chères, et nous remercions vivement notre ami L. MAYER *de nous avoir autorisé à le reproduire dans sa partie essentielle*

. . . .

« L'art de guérir n'est pas la même chose que la médecine. »

. . . .

S'il est utile d'écrire un livre qui fasse pendant à la psychologie de l'hygiène, il faudrait traiter non pas de la psychologie de la thérapeutique, mais de celle de l'acte médical, dans son entièreté, et l'intituler « *Psychologie de l'art médical* ».

Puisse ce livre paraître un jour ! Je n'ai aucunement l'intention de l'écrire. Mes études ophtalmologiques et mes occupations professionnelles ne m'en laissent pas le loisir. Je veux résumer ici les principaux arguments que j'aimerais y

(1) *Bruxelles médical*, n° 27, 1er mai 1927.

voir développés, dans l'espoir que des professeurs d'université les enseignent à leurs élèves, pour le plus grand bien de leurs futurs clients.

Il est bien entendu qu'il ne faut pas confondre la psychologie de l'art médical avec la psychothérapie, cette branche de la thérapeutique qui eut son maximum de succès il y a une trentaine d'années et dont les armes principales sont l'hypnotisme et la suggestion. Elle n'est donc, ni le développement, ni la paraphrase d'un autre chapitre ; elle existe par elle-même.

J'espère faire surgir sa personnalité.

L'importance de la psychologie de l'art médical est énorme. Elle se mesure au but que poursuit la médecine : la guérison des malades. Elle serait nulle si la profession médicale pouvait se baser sur des formules physiques, chimiques ou même biologiques. Hélas ! nous en sommes loin !

Une dose d'antitoxine diphtérique peut neutraliser une dose de toxine dans l'expérimentation sur le cobaye : mais dès qu'on en vient à l'application chez l'homme, la formule devient plus élastique et se perd dans l'inconnu. Et pourtant le traitement de la diphtérie par l'injection de sérum peut être considéré comme le type le plus parfait de la thérapeutique « exacte » ! Combien enviable nous paraît la certitude du chimiste qui voit dans ses éprouvettes, se réaliser les réactions qu'il a prévues ! Toute la science médicale tend vers ce but, bien éloigné. C'est l'avenir. En attendant, le médecin doit prendre des directives dans le passé et le présent, et mettre en œuvre toutes les ressources qui s'offrent à lui, d'où qu'elles viennent, pourvu qu'elle coopèrent à la guérison des malades.

La psychologie de l'art médical est une de ces forces bienfaisantes qui guérit parfois, soulage souvent, console toujours. Aussi faut-il l'enseigner au médecin pour qu'il en fasse bénéficier ses malades. Elle peut être une arme dangereuse entre les mains d'un malhonnête homme. Il en est quelques-uns, bien rares, parmi les médecins, est-ce une raison pour ne pas la diffuser dans le corps médical dont la dignité est intangible ?

N'est digne du titre de docteur en médecine que celui qui, en présence d'un malade s'estime capable de le soigner aussi bien que tout autre médecin, et se récuse dans la négative.

Je n'écris que pour ceux qui suivent ces préceptes du serment d'Hippocrate : « Je prescrirai le régime qui, d'après ma science et ma raison, sert au bénéfice des malades, les garde du mal et des choses nuisibles... Dans quelque maison que j'entre, ce sera pour le bénéfice des malades », ou ceux du serment récemment adopté par la Faculté de médecine de Toulouse : « Je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur, en honnête homme, de rigoureuse probité ».

Que faut-il entendre par psychologie de l'art médical ? C'est l'étude du savoir-faire médical (non le mauvais savoir-faire, mais le savoir-faire légitime et louable, comme l'appelle Legendre, celui qui emploie des moyens qui n'ont rien de contraire à l'honneur, à la délicatesse, à la bonne confraternité), appliqué dans l'intérêt exclusif des malades. Elle imprègne tout acte médical. Aussi suit-elle le médecin comme son ombre.

Il faut dissocier la psychologie de l'art médical en étudiant le médecin :

1° Dans ses qualités physiques, intellectuelles et morales ;

2° Dans le milieu où il vit ;

3° Dans l'exercice de sa profession.

Mais cette psychologie ne peut jamais se manifester d'une façon heureuse pour le malade, s'il n'existe pas entre celui-ci et le médecin, un chaînon, intermédiaire : la confiance. Celle-ci est une véritable substance sensibilisatrice qui rend le malade réceptif à l'action thérapeutique bienfaisante du médecin. Son influence est telle, que même dans l'état actuel de nos connaissances médicales qui ont fait des progrès inouïs au cours du siècle écoulé, nous devons considérer comme vrai le passage suivant, publié en 1819, dans le *Grand Dictionnaire des Sciences médicales*: « Que ne peut la confiance d'un malade dans son médecin ! Voyez ce malheureux, l'œil éteint, les forces anéanties, le corps bientôt glacé : un homme habile et insinuant s'empare de sa confiance, aussitôt l'espoir renaît dans son âme, le sang circule avec plus de rapidité, le courage se réveille et la nature et l'art ramènent la santé. Qu'il est étendu l'empire de la confiance ! Combien son influence est puissante. Sans la confiance le plus grand talent perd la plus grande partie de son pouvoir ; avec elle, tout est possible à la médiocrité ».

Voyons comment le médecin peut acquérir cette confiance et renforcer ainsi sa thérapeutique par des facteurs psychologiques.

Les qualités requises sont la propreté, la bonne tenue et la sobriété. Des mains mal lavées, des ongles sales, des dents trop rarement brossées, des vêtements tachés et débraillés impressionnent défavorablement. Si la négligence du costume accroît parfois la réputation d'un médecin qui jouit d'une grande renommée, le jeune praticien fait bien de suivre une méthode opposée ; le vulgaire attribuerait la modestie de sa mise au petit nombre de ses clients. La négligence et le luxe des vêtements sont deux extrêmes à éviter ; il faut que l'extérieur du praticien annonce qu'il est au-dessus de l'indigence. Propreté, décence, commodité, élégance sans prétention, telles sont les qualités qui doivent présider à son costume.

Quant à la sobriété que quelques rares médecins ignoraient — aussi avait-on soin de les

consulter avant l'heure de l'apéritif —, elle s'est complètement généralisée par suite des conditions économiques actuelles.

Les qualités intellectuelles sont : la rectitude du jugement, la sagacité et par dessus tout, une culture générale très développée. Comme le dit Legendre, le médecin doit être instruit, d'une instruction étendue et solide, littéraire et scientifique. La culture générale est nécessaire au praticien, qui est en contact avec tous les milieux de notre époque d'interpénétration sociale, pour qu'il ne soit jamais sensiblement inférieur à ses clients de tout rang, s'il veut acquérir et conserver sur eux une influence indispensable. Si instruit qu'il soit, il doit se garder de faire parade de ses connaissances. Etre instruit, n'oblige pas à être pédant.

Sans qualités morales, on peut être un savant, mais non un médecin. Sont indispensables : la bonté qui porte à soulager la souffrance, la patience qui permet d'assurer la guérison, la douceur qui rallie les plus rétifs, la discrétion qui engendre la confiance, le tact qui fait éviter les blessures d'amour-propre, l'exactitude, politesse appréciée de tous. Il faut montrer, dit Rabelais : « Face joyeuse, sereine, plaisante, riante, ouverte » qui « esjouit le malade » non celle du « médecin chagrin, rébarbatif, malfaisant, malcontent ».

Le milieu dans lequel vit le médecin dispose ou indispose le malade envers lui.

Le bureau et la pièce d'attente doivent être propres, ordonnés, les cendres de tabac non éparpillées sur les meubles ni à terre, pas trop luxueux, car le malade, assimilant facilement le médecin à un commerçant, redoute une exploitation possible ; pas d'aspect pauvre, car le patient conclut à une clientèle rare et, par suite, à la médiocrité du médecin. Les conversations des pièces voisines ne doivent pas s'entendre dans le cabinet du médecin ; sinon le client est fondé à croire que ses confidences peuvent aussi être entendues, et rien n'est plus désagréable à beaucoup de malades.

L'auto s'est généralisée dans la profession médicale, par ses multiples avantages ; c'est heureux, car pour le public « un médecin en voiture n'a jamais l'air d'un imbécile ».

Suivons le médecin dans l'exercice de sa profession, dégageons de la pratique médicale : conversation, interrogatoire, examen, pronostic et thérapeutique, l'influence psychologique qu'elle peut avoir sur le malade.

Comment le médecin doit-il se présenter au malade ? Comment doit-il causer ? Comment doit-il l'interroger ? Voilà trois points qui, la plupart du temps, se confondent : une présentation adroite fait naître les confidences, une conversation bien menée se substitue avantageusement à un interrogatoire direct. Le médecin doit, au cours de ses études, acquérir par ses fréquentations et ses travaux littéraires l'aisance qui permet à l'homme du monde d'exprimer naturellement ses pensées et soutenir sans effort une conversation avec n'importe qui. Il est des exemples célèbres de professeurs illustres, de chirurgiens notamment, qui furent toute leur vie bourrus, grossiers et paysans. Il est inutile de vouloir les imiter ; ils ne peuvent réussir qu'à de rares exemplaires. Le médecin se comporte toujours avec aisance s'il voit dans le malade, le malade uniquement et non l'homme, qui peut être odieux, méchant et même criminel, ni le client parfois détestable par ses mauvais procédés et son ingratitude.

Dans l'interrogatoire, il faut de la patience, de la discrétion, pas de curiosité inutile, pas de question maladroite : ne jamais demander à une femme si elle est mariée avant de lui demander si elle a des enfants, ne pas alarmer les malades par l'emploi des mots cancer, tuberculose, syphilis. En face du client, il faut toujours se montrer affirmatif, sûr de soi.

Comme le dit le professeur Murri, dans l'une de ses magistrales leçons, admirablement traduites par le Dr Walravens : « Le vulgaire prend l'indécision comme un indice d'ignorance et considère comme des signes de savoir, la sûreté et la précision des formules diagnostique et thérapeutique ».

La conversation doit être ondoyante et diverse Le médecin doit la mener avec art, pour éviter les mille obstacles qui peuvent faire crouler, un mot suffit parfois, ses efforts pour obtenir la guérison du malade.

Il doit faire naître la sympathie et se mettre en harmonie avec le patient : ne pas le froisser au point de vue social, en ne s'adaptant pas à son milieu ; au point de vue moral, en combattant, ou méprisant ses opinions politiques ou religieuses ; ne pas le désorienter par des mots techniques incompris, ou un vocabulaire tantôt trivial, tantôt recherché ; ne pas se retrancher derrière une obstination soi-disant scientifique en refusant de se prêter au goût, snobisme de certains originaux, pour les méthodes nouvelles, l'inédit, le sensationnel.

Le sujet principal de la conversation doit être le malade lui-même, car tout malade est égoïste ; il faut lui parler de sa profession, de musique s'il est musicien, d'agriculture s'il est agriculteur ; l'entretenir des sujets qu'il aime : arts, philosophie, sports, politique générale. Il faut lui parler le moins possible de ce que l'on pense ou fait soi-même ; cela n'intéresse pas le malade dont toutes les pensées convergent vers sa propre personne et vers sa guérison. Il est utile, dit le Dr Champaux, de ne pas trop manifester au malade les préoccupations ou même les occupations qui sont étrangères à sa propre personne

souffrante. A ce sujet, voici une anecdote contée par M. le professeur Brouardel, le regretté doyen de la Faculté de médecine de Paris. Cette histoire avait trait à son premier client. Celui-ci — une dame atteinte d'une affection chronique — fit appeler M. Brouardel qui venait de s'installer et lui confia le traitement. Comme, en médecin délicat, il manifestait sa surprise de voir la malade renoncer aux soins du praticien qui jusqu'alors l'avait assistée, non sans succès, il obtint en substance cette réponse : « M. X. m'a bien soignée, mais il m'est très désagréable de le voir entrer dans ma chambre lisant son journal, marquer d'un coup d'ongle le point d'arrêt de sa lecture, puis dès la consultation terminée, reprendre avec hâte la lecture interrompue. Il est évident que mon cas ne l'intéresse pas beaucoup. » N'oublions pas que le malade est jaloux de son médecin, qui représente la santé, ne suit pas de régime, déambule par monts et par vaux.

Il faut varier sa façon d'agir selon l'âge du patient. Soigne-t-on un enfant, il faut le prendre par la douceur, faire preuve d'une grande patience, avoir l'air au début de ne pas s'occuper de lui pour ne pas l'effaroucher. On s'enquiert de la personne de l'entourage qui a le plus d'autorité sur l'enfant (ce n'est pas toujours la maman). Comme elle seule peut réussir à appliquer les prescriptions il faut la persuader de l'utilité du traitement en combattant parfois les préjugés si tenaces et si néfastes, concernant la thérapeutique infantile, qui se transmettent de générations en générations. Examine-t-on une jeune fille, il ne faut pas effaroucher sa pudeur ni vouloir lui arracher ses secrets. On n'en peut plus rien obtenir si l'on paraît être l'instrument de la volonté paternelle ou maternelle.

Quand une malade se déshabille, il faut détourner les regards ou paraître occupé, pour ne pas provoquer une gêne dont tout l'examen pâtit. Il est souvent adroit ne ne pas demander que la femme se déshabille au cours de la première visite ; la femme, même la mieux soignée, en est reconnaissante. Est-on appelé auprès d'une femme âgée, il faut subir ses longues explications, ne pas combattre trop fortement ses vieilles méthodes thérapeutiques, se souvenir qu'elle répugne à l'examen physique et surtout ne pas faire attention aux fausses dents, ni sourire des faux cheveux.

Autant d'hommes, autant de caractères. Il est impossible, quoi qu'on fasse, d'adapter sa façon de faire et de dire, à la satisfaction de tout le monde. Il faut néanmoins s'efforcer d'y arriver, être subtil et changer ses batteries selon les circonstances. Aux malades curieux, il faut donner maintes explications ; avec les inquiets, se cantonner dans l'affirmation. Sent-on la confiance du malade s'ébranler, il faut proposer un médecin consultant, qui, par quelques paroles bien pesées et adéquates à la situation, raffermit le bien-être moral et physique qu'exerce le médecin traitant. N'oublions pas que le malade ne s'abandonne à nous que s'il a la sensation d'être le seul malade dont nous ayons à nous occuper. Accordons-lui cette satisfaction. Pour lui, ses moindres plaintes prennent une importance capitale ; laissons-lui croire que nous apprécions de même les troubles qu'il éprouve. Il n'y a d'ailleurs là que l'hypertrophie d'un sentiment banal : quand un médecin s'adressant à un avocat pour une question d'honoraires impayés ou de loyers — vétilles ! — est renvoyé à son stagiaire, est-il satisfait ? Dans l'interrogatoire, il faut voiler ses mots et user de périphrases quand on aborde le chapitre de l'hérédité. Ne dites jamais à un malade : « Vous avez une hérédité fâcheuse ». Il ne vous croira pas et se fâchera. Il admet bien l'hérédité chez le voisin, mais pas chez lui.

Quand on passe à l'examen physique, inspection, palpation et percussion, le côté psychologique n'est pas à dédaigner. Que de clients perdus par des examens maladroits ou des fautes grossières : oubli d'un lavage de mains avant certains examens, déshabillage dans des pièces peu chauffées.

Comme le disait le professeur Guinard, dans sa leçon d'ouverture à l'Hôtel-Dieu, en 1906, on doit « aux malades, douceur en les examinant, patience en les écoutant, discrétion et respect de la pudeur de la femme (même quand elle est feinte). Découvrez-la doucement, tout en lui disant que vous ne la découvrez pas ; glissez une compresse en triangle sur le pubis quand vous voulez palper le ventre ; vous la trouverez d'une docilité parfaite ; la compresse pourra se déplacer au cours de l'examen, la malade n'y prêtera plus attention ».

Quand l'examen est terminé, le diagnostic posé, on établit le pronostic.

Faut-il dire au malade la vérité ? Faut-il la lui cacher, assombrir ou amender le pronostic ?

Annoncer une affection grave alors qu'on la sait bénigne, est une action malhonnête. C'est assurer au médecin un succès facile ; mais heureusement les malades démasquent rapidement ces procédés condamnables ! Assombrir le pronostic est parfois utile chez les insouciants qui jettent par dessus bord recommandations, prescriptions, et régime.

Il faut, dans la grande majorité des cas, se montrer optimiste, farder des couleurs de l'espérance les gris sombres de la réalité. C'est donner au patient une force qui lui fait vaincre les petites incommodités d'une maladie s'il ne lui donne pas le pouvoir de la terrasser complètement ; c'est tendre l'étrier à celui qui veut enfourcher sa monture. « Mieux vaut mensonge qui fait vivre » dit un proverbe persan. N'est-il pas inutile et cruel d'annoncer à un malade d'une

trentaine d'années, dont on examine les yeux pour le choix d'une lunette, qu'on lui découvre une cataracte congénitale, affection dont il n'a éprouvé aucune gêne et qui ne s'aggravera probablement pas avant la soixantaine ?

Il est parfois nécessaire de dire la vérité : un tuberculeux peut guérir s'il suit à la lettre les prescriptions médicamenteuses, diététiques et hygiéniques qu'il n'acceptera d'exécuter que s'il se sait atteint de tuberculose.

La vérité est toujours difficile à manier ; on ne peut pas établir de règles générales, il faut individualiser. Des aveugles ont reproché à leurs médecins de ne pas les avoir prévenus qu'ils s'acheminaient vers la cécité ; ils auraient pu utiliser leur reste de vision pour faire certains travaux, prendre des dispositions professionnelles ou familiales, apprendre facilement l'écriture Braille. Par contre, des malades se sont suicidés le jour où ils ont appris que leur affection était incurable et que la cécité les guettait !

Quel que soit le pronostic, le malade attend du médecin une thérapeutique efficace, l'acte médical par excellence. Un seul point importe pour lui : qu'on le guérisse ou qu'on le soulage !

Pour manier avec dextérité et à propos cette arme puissante qu'est la thérapeutique, il faut la connaître à fond, non seulement en ses données actuelles, mais sous tous les aspects qu'elle a présentés dès les temps les plus reculés. Il faut s'imprégner de la valeur relative des théories médicales, pour utiliser les médications les plus variées, avec l'aisance d'un virtuose dont les doigts agiles, intelligents et sensibles,font résonner le clavier du piano avec force, douceur, émotion et profondeur.

Comme le dit Chavigny : « L'histoire de la médecine donne à ce point de vue de sages enseignements : elle nous montre que les faits scientifiques bien établis sont, à chaque époque, en nombre presqu'infime, et que ces données exactes disparaissent bien souvent, presque enfouies sous le fratras de théories générales aussi séduisantes que peu durables. Chaque génération est portée à admettre que ses dogmes médicaux sont intangibles. Invariablement, la génération suivante démontre l'inanité de cette prétention. Malgré tout, et à son tour peu instruite par la révolution dont elle a pris l'initiative, cette génération nouvelle croit elle-même et avec la même bonne foi, avec la même naïveté, qu'elle vient de bâtir des dogmes valables pour l'éternité. Elle est incapable de s'imaginer que la révolution suivante aura fatalement une échéance assez prochaine ».

La connaissance des anciennes théories médicales est indispensable pour dégager de nos études l'esprit philosophique nécessaire pour une heureuse pratique. C'est l'avis de Martinet : « Qui de nous ne s'est posé cent fois la question fatidique : *Quo vadis* ? Nulle méthode n'est plus précieuse, à ce point de vue, que la méthode historique. Se tourner vers le passé, tracer la trajectoire « passé-présent » essayer de la prolonger en sa résultante « présent-avenir » est la meilleure des disciplines. C'est, du moins, celle à laquelle nous nous sommes efforcés. »

Pour se rendre compte de la valeur relative de nos théories et de nos médications, point n'est nécessaire de rem nter bien haut. Ne prenons que quelques faits observés depuis une trentaine d'années. Le massage partout enseigné, et partout appliqué, était l'apanage de quelques rebouteux, honnis et poursuivis par les médecins. L'héliothérapie, étoile montante à l'horizon, n'était honorée que par quelques illuminés. On est fixé aujourd'hui sur son efficacité. Les médecins plaignaient le sort des enfants auxquels des parents barbares faisaient ingurgiter de l'huile de foie de morue. Les sardines à l'huile, corps gras, n'étaient-elles pas aussi efficaces, tout en étant plus agréables au goût ? L'huile de foie de morue n'avait pas encore livré son secret : la vitamin e. Les sels de chaux n'étaient assimilés qu'en composés solubles. Aujourd'hui on prescrit les sels insolubles.

Une conclusion se dégage de ces faits qui paraissent paradoxaux : c'est que toutes ces médications possédaient une vertu qui leur était commune, un pouvoir moral, dont je défends précisément ici l'importance : psychologie de l'art médical ! « La façon dont une prescription est faite vaut souvent plus que la prescription elle-même. »

Quand on s'adresse au malade, il ne faut pas s'adresser à sa raison, tout d'abord parce que ses connaissances en la matière sont insuffisantes et ensuite parce qu'il en est en médecine comme dans tous les domaines, le public ne se laisse pas guider par la raison, mais par le sentiment. C'est donc cette corde sensible qu'il faut toucher et faibre vibrer.

L'énumération de toutes les médications où le côté psychologique est presque seul opérant, serait trop longue ; qu'il me suffise de citer : la nouveauté du médicament, la dosimétrie, la prière, le pélerinage, la Christianscience, l'Antoinisme, le Couéïsme.

Dans la pratique journalière, il ne suffit pas de faire des ordonnances et de prescrire un régime. Il y a la manière. Il faut notamment se garder de se documenter et d'ouvrir un formulaire en présence d'un client. Il jugerait notre science peu étendue et bien superficielle ; sa confiance en serait ébranlée.

Les prescriptions se font ordinairement en français. Il ne faut pas oublier que la formule latine exerce sur certaines personnes un prestige, qui peut être le début de l'action thérapeutique.

La meilleure prescription médicale comprend

trois à quatre lignes. Trop brève, elle est dédaignée par le malade qui ne comprend pas qu'un long examen se termine aussi simplement : trop longue, elle paraît moyennageuse, grotesque et fait sourire : « Docteur, c'est un menu de banquet que vous m'écrivez-là ! »

Dans les affections chroniques, il faut souvent changer de médicaments ou au moins modifier la présentation si l'on désire l'employer longtemps.

Pour le choix des excipients, il faut se conformer au goût du malade et même à ses préjugés. Certains nerveux affirment ne pouvoir avaler ni pilules, ni cachets ; prescrivons-leur les médicaments sous une autre forme. Un malade refusait d'employer une pommade au précipité blanc et une lotion au cyanure de mercure, parce que, se disant disciple de Raspail, il prétendait ne jamais prendre de mercure, sous quelque forme que ce fût. Aucun raisonnement n'aurait pu faire changer d'avis ce pauvre illuminé. Il était plus humain de changer d'antiseptique !

Lorsqu'un malade vient consulter le médecin pour une affection cutanée, bénigne au point de vue médical, mais importante au point de vue esthétique, le médecin a le devoir de ne pas traiter cette affection à la légère et avec dédain. Si le malade ne se sent pas écouté, il quitte son médecin, tombe entre les mains des charlatans, et achète force pommades et fards, le tout au détriment de sa santé.

Soyons toujours prudents dans nos paroles, pour que la confiance que nous témoigne le malade ne s'écroule pas. Aussi faut-il prendre garde de ne pas tirer vanité du succès d'un traitement, quand on revoit un malade très amélioré depuis sa dernière visite. Il est possible que le malade n'ait pas exécuté le traitement !

Quand une intervention chirurgicale est le seul traitement efficace, il faut parfois temporiser avant de la proposer, sinon il se produit un véritable réflexe qui éloigne le malade. Celui-ci va de médecin en médecin jusqu'à ce que l'un d'eux se contente de prescrire la médication qui plaît. Il faut user de tactique, ne parler qu'incidemment d'opération et manœuvrer de telle façon que le malade lui-même réclame l'intervention. Par des chemins détournés, on arrive plus rapidement à la solution que réclame l'intérêt du malade, que par l'exposé exact, mais brutal de la réalité.

Ainsi tout l'art médical doit être imprégné de psychologie.

Comment le médecin peut-il acquérir cette psychologie ? Certains diront qu'elle ne s'enseigne pas, que l'on naît psychologue, et donneront comme preuve que des médecins avec un bagage scientifique restreint, ont brillamment réussi dans la profession médicale grâce à leur connaissance de la nature humaine.

A mon avis, il faut enseigner cette psychologie de l'art médical.

Actuellement, le médecin l'apprend pendant les premières années de sa pratique, à ses dépens et au détriment de ses malades, d'où nuisance pour le médecin et pour la société. L'enseignement ne donnera évidemment pas des résultats parfaits qui feront, qu'en toute circonstance, le médecin agira d'une façon idéale ; mais il vaudra ce que vaut tout enseignement, dans quelque branche que ce soit. Enseigner c'est guider, montrer, conduire, mais ce n'est pas agir pour autrui. Le rôle de l'université est tout indiqué. Si elle doit former des savants, elle doit, avant tout, donner à la société des médecins qui exercent la profesison médicale avec le maximum de connaissances et avec les aptitudes requises pour guérir les malades. La psychologie de l'art médical concourt à créer ces aptitudes.

On peut objecter que la médecine est une science et que celui qui l'applique a pour lui la vérité alors que le malade est ignorant. Le second doit donc se soumettre aveuglement aux décisions du premier. Le problème n'est pas aussi simple. Si le XIXe siècle a hissé la médecine sur le socle de la Science, le XXe siècle est plus modeste et ne s'effarouche plus quand on parle de « L'art médical ». Dans l'exercice de la profession médicale, deux facteurs sont en présence : le malade et le médecin, tous deux avec leurs qualités et leurs défauts. Vouloir exercer une action sur la mentalité du malade, c'est-à-dire de l'humanité entière, est une utopie. Il faut donc limiter ses vues de réformes sur la classe restreinte de la société, que forme le groupe médical.

On peut instruire celui-ci de la meilleure façon de se comoprter, pour faire accepter aux hommes ce qui les maintiendra en bonne santé et les guérira s'ils sont malades. Ainsi l'hygiène et la médecine accompliront des progrès sensibles.

L'utilité de cet enseignement de la psychologie de l'art médical est défendue par Legendre. Ne dit-il pas : « Nos facultés offrent aux étudiants en médecine une nourriture scientifique de premier choix, d'une abondance presque excessive ; les programmes sont de plus en plus touffus, les professeurs rivalisent d'érudition et d'éloquence. Mais la *formation professionnelle*, si elle n'est pas aussi dédaignée qu'au temps de mes études, est encore bien laissée dans l'ombre par l'enseignement officiel ».

D'autre part, Murri écrit : « Je sais, moi aussi, qu'on ne peut jamais l'acquérir, cet œil médical, si la nature ne nous en a pas doté. Mais il en est de même pour n'importe quelle faculté humaine. Et la gymnastique elle-même ne peut donner des muscles vigoureux à quelqu'un qui est né avec la tendance à les avoir faibles. Et cependant, elle est plus utile aux faibles qu'aux forts. L'école n'est pas faite ni pour les génies, ni pour les

idiots... nous visons cette grande couche d'humanité qui se trouve entre ceux qui sont au sommet et ceux qui sont à la queue ».

Comment enseigner cette psychologie de l'art médical que je viens d'esquisser ? L'enseignement théorique n'exige pas un cours spécial. On pourrait l'introduire dans le cours de Pathologie générale, mais celui-ci est déjà si vaste qu'il ne faut pas le surcharger. C'est dans le cours d'histoire de la médecine qu'il me paraît devoir occuper une place importante car il est, en somme, l'aboutissant pratique, la synthèse utile de ce que l'humanité a mis en œuvre jusqu'à ce jour pour guérir les maladies.

L'enseignement pratique pourrait se donner au début de la carrière médicale.

Le Dr Dumas a lancé en 1900, l'idée du *stage obligatoire* « chez un médecin expérimenté et honorablement connu, au choix de l'intéressé, sur une liste dressée chaque année par une commission compétente. Accompagnant son maître chez presque tous ses malades, revoyant seul les cas simples et sans gravité, le jeune stagiaire s'initierait vite, sans peine et sans péril pour lui et pour les autres, aux difficultés de la pratique ». Ce serait revenir à l'apprentissage du moyen âge. « Sans doute, dit Legendre, l'apprenti était astreint à un travail modeste, mais, tout en nettoyant les instruments du maître, en rendant au client quelques humbles services, il apprenait les mille détails de la clientèle, voyait son maître agir, et se trouvait, par cette collaboration de tous les jours, naturellement amené à faire un bon praticien sans passer par cette transition si brusque que connaissent trop de nos jeunes médecins actuels. »

Il ne faut pas espérer rétablir ces pratiques anciennes. Les mœurs actuelles ne s'y prêtent plus. Mais on pourrait donner cet enseignement dans les hôpitaux pendant les années de doctorat. En schématisant, on peut dire que dans les hôpitaux on soigne les malades au point de vue physique, alors qu'en clientèle on les soigne au point de vue moral et au point de vue physique. Il suffirait d'accorder aux malades des hôpitaux cette double thérapeutique. Peu de changements seraient nécessaires : développement du service des consultations, augmentation du nombre des médecins assistants, réforme de l'internat, collaboration des infirmières visiteuses. Malades et étudiants tireraient un immense bénéfice de cette réorganisation hospitalière.

Si chaque assistant avait toute autorité et responsabilité thérapeutique sur un groupe de malades (sous la haute surveillance du chef de service), avec quel dévouement et quelle compétence il remplirait son rôle ! Auprès de lui l'étudiant s'initierait à l'étude et à l'application non seulement de la science médicale, mais encore de la psychologie de l'art médical.

Enseigner cette psychologie, c'est faire progresser la médecine, c'est empêcher beaucoup de malades de tomber, pour leur malheur, entre les mains de charlatans, qui sont eux, maîtres en la psychologie de l'art médical, mais l'appliquent sans science ni conscience.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr A. VAUTRIN, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Jacques DURAND, de Paris.

— **Le Souvenir du professeur P. Haushalter, de Nancy.** — L'inauguration du médaillon, érigé à la Clinique médicale infantile, à la mémoire du professeur P. HAUSHALTER, a eu lieu le samedi 21 mai à l'hôpital civil de Nancy. Le graveur Prud'homme avait reproduit dans le bronze avec une grande vérité d'expression les traits du maître disparu.

En présence de M. MAGRE, préfet de Meurthe-et-Moselle, de M. le Recteur ADAM, membre de l'Institut, et M. le Doyen SPILLMANN et des professeurs de la Faculté de médecine, devant une foule nombreue de personnalités nancéiennes, d'anciens élèves et d'amis, le professeur ETIENNE, prenant le premier la parole, a évoqué en termes émus les hautes qualités de cœur et d'esprit du professeur et du médecin.

M. JAMBOIS, prenant possession du monument au nom de la Commission des hospices, redit la vie toute de dévouement et de bonté du maître, se consacrant à l'hôpital aux soins et à la guérison de l'enfant malade.

Enfin, au nom de la Faculté de médecine, M. le Doyen SPILLMANN retraça la belle carrière de cet homme de bien, son grand sens clinique, ses remarquables qualités professorales qui lui avaient acquis une grande et juste renommée et l'avaient classé parmi les maîtres de la pédiatrie française.

Désormais son image s'élève à l'entrée de la Clinique infantile, théâtre de son activité généreuse, rappelant à tous ceux qui l'ont connu et aimé le souvenir d'une vie noblement remplie et proposant aux jeunes un bel exemple de labeur et de dévouement. P. B.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1927

1er Semestre

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale. — V. Bibliographie.

I

Partie Scientifique

A

E

F

G

H

I

K

L

M

N

Œ

O

P

R

S

T

U

V

Z

II

Partie Professionnelle

A

B

C

D

T

U

V

III

NOMS DES AUTEURS

A

B

C

D

E

F

G

H

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

IV
Jurisprudence Médicale

V
Bibliographie

D

E

F

G

H

J

L

M

N

P

R

S

T

V

Z

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Visite des hôpitaux militaires par des officiers.

11366. — M. Etienne Bognon, député, expose à M. le ministre de la guerre que, conformément au règlement sur le service de place, un officier est commandé, chaque jour, pour faire la visite de l'hôpital ; et demande : 1° de quel grade doit être cet officier ; 2° s'il est admissible que de jeunes sous-lieutenants de l'active ou de la réserve, que des adjudants-chefs, que de simples adjudants soient désignés pour faire cette visite dans les hôpitaux où l'on rencontre, comme médecin-chef, un médecin principal, comme médecins traitants, des médecins principaux ou majors de 1re classe, comme gestionnaire, un officier principal ou de 1re classe ; 2° quelles sont les limites assignées à cette visite ; 3° si l'officier doit s'occuper de l'alimentation des malades et des soins donnés à ceux-ci, de leur habillement, du chauffage des salles, des détails administratifs, etc. ; 4° s'il n'y a pas antinomie flagrante entre ce règlement périmé et les dispositions qui consacrent l'autonomie du service de santé lequel devrait, à bon droit, échapper à cette espèce de contrôle du fait qu'il n'a aucune raison d'exister, attendu que le directeur du service de santé du corps d'armée, ou de la région, le médecin chef, les médecins traitants et l'officier gestionnaire de l'établissement ont respectivement et sans conteste une suffisante notion de leurs devoirs professionnels envers tous les hospitalisés. (*Question du 25 février 1927.*)

Réponse. — 1° Cet officier est, en principe, choisi parmi les officiers subalternes ; 2° une modification de la réglementation en vigueur est actuellement à l'étude ; 3° et 4° les visites dans les hôpitaux ont actuellement pour but de permettre au commandement ; *a*) d'être renseigné sur tout ce qui n'est pas d'ordre purement technique, par l'organe des officiers de visite, qui lui signalent les réclamations reçues ou les anomalies constatées par eux ; *b*) de manifester son intérêt à l'égard des malades. (*J.O.*, 11 *juin* 1927.)

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

2102. — Prise de sang pour hémothérapie.

Lecteur du *Concours médical* et membre du « Sou », je viens vous demander un renseignement à propos de l'établissement éventuel d'une note d'accident de travail.

Il s'agit d'un blessé de la jambe, fracture double ouverte, consolidée mais à suppuration interminable,

auquel j'ai fait quelques séances d'autohématothérapie.

Faut-il compter :

Prise de sang.................... 20 fr.
Inj. sérum physiologique......... 20 fr.

Naturellement la réinjection du sang se fait dans la fesse, intramusculaire.

Dr P.

Réponse.

Je ne pense pas que vous puissiez compter deux interventions dans ce cas. La prise de sang est à compter 20 francs, mais l'injection dans la fesse n'est plus une injection intraveineuse, ni de sérum physiologique, etc... Elle est comprise dans le prix de la visite ou consultation, ou, en ce cas, de l'intervention qui est comptée au lieu et place de ces dernières.

Conclusion : Je compterais 20 francs pour cette hémothérapie.

F. D.

II

2057. — Visite et déplacement.

Etant abonné au *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner quelques conseils qui me seraient utiles pour établir une note d'honoraires au sujet d'un accidenté de travail.

Etant installé à O. j'ai eu à faire 15 visites à un accidenté, habitant P., arr. de V. et distant de 4 kil. j'ai établi ma note comme suit :

15 vis. à 4 kilom. aller .... 390 fr.
Soit : 4 × 3 + 14 (visites) = 26 fr. par visite.

La Cie de navigation aérienne qui assure son personnel prétend que je dois compter : 4 × 3 + 12 = 24 fr., sous prétexte que l'indemnité de déplacement de 2 fr. ne s'applique que pour les villes de plus de 100.000 habitants, aux communes de la banlieue de Paris et non pour les visites justiciables de l'indemnité kilométrique. O. se trouve dans la Seine et P. en Seine-et-Oise.

Dr D.

Réponse.

La visite est de 12 francs et non de 14, et cela dans toute la France ; les deux francs supplémentaires dans les grandes villes sont une moyenne forfaitaire de déplacement, en dehors du prix de visite. Si donc, dans votre cas, vous comptez un déplacement, vous ne pouvez compter un second déplacement. C'est donc bien 12 francs de visite plus 8 kilomètres à 1,50, soit au total 24 francs par visite que vous avez à compter.

F.D.

III

2072. — Luxation de l'épaule. Réduction nocturne.

Sur ma note d'un blessé que je ne savais pas soumis à la loi des accidents du travail, j'ai compté, la

nuit, réduction de luxation de l'épaule sous chloroforme : 300 fr., sans parler de mon aide qui est mon fils, interne provisoire des hôpitaux de Paris.

L'assurance rectifie et compte 150 fr.

Puis-je rectifier ma note et compter 75 fr. pour mon fils ?

Dr D.

Réponse.

La réduction de luxation de l'épaule est tarifée : 75 francs (article 19). Pour la nuit, vous avez à ajouter 25 % (article 8), ce qui fait en tout 75 + 18,75, soit : 93,75.

Quant à l'aide, il doit être « docteur en médecine ou officier de santé » pour avoir droit aux 50 francs indiqués à l'article 11.

Conclusion : L'offre de l'assurance est à accepter sans autre discussion.

F. D.

IV

2081. — Extraction de corps étranger profond sous écran.

J'ai dû, à la demande d'un confrère, le Dr B., opérer le 5 novembre dernier un blessé qui avait une plaie pénétrante origine d'une hémorragie intarissable.

La radio révélait la présence d'un corps étranger. Or, la recherche de ce corps étranger restait infructueuse. On constatait simplement une lésion de l'artère radiale d'où le sang s'échappait en abondance. En recherchant sous le contrôle immédiat des rayons le corps étranger, il me fut possible de constater qu'il était inclus dans l'épaisseur des tuniques de la radiale, et dans sa lumière. Je n'ai pu l'extraire qu'en pratiquant la double ligature de l'artère radiale, et en retirant le corps étranger avec le fragment d'artère qui le contenait.

Pour éviter toute discussion ultérieure, j'ai conservé la pièce.

J'ai donc adressé à la Compagnie d'assurance la note suivante :

Certificat	10 fr.
Consultation avec Dr B	30 »
Radio d'avant-bras face et profil	72 »
Anesthésie régionale (Dr X)	50 »
Aide (Dr F.)	50 »
Recherche d'un corps étranger (dans l'artère radiale) exigeant le contrôle radiologique	
Ligature d'artère radiale	300 »
Résection du fragment d'artère déchiqueté	75 »
Certificat	10 »
	597 fr.

La Compagnie me refuse formellement de me payer la recherche du corps étranger, arguant qu'il y a cumul entre la ligature de l'artère et la recherche du corps étranger. Elle m'offre simplement 75 francs pour le tout.

Il me semble que la recherche d'un corps étranger sous l'écran ne peut pas être plus nécessaire que dans un cas semblable.

Dr C.

Réponse.

Si vous avez eu affaire à un corps étranger intra-artériel, repéré par radio durant l'intervention, il me semble équitable de compter : « Extirpation de corps étranger profond opérée sous écran : 300 francs » (article 28), plus anesthésie régionale 50 francs (article 12), plus un aide 50 francs (article 11), plus certificat descriptif 10 francs, soit au total : 410 francs, et non pas 75 francs comme vous offre la Compagnie, si vous êtes tous deux d'accord sur les *faits* en cause, tels que vous me les donnez dans votre lettre. Je ne compte pas une consultation avec le médecin traitant, celle-ci n'ayant pu consister qu'à vous envoyer le blessé, en vous demandant de l'opérer, ou alors c'était au dit médecin traitant à vous servir d'aide opératoire pour vous concerter au fur et à mesure des besoins.

F.D.

V

1930. — 1° Indemnité moyenne de déplacement dans les banlieues des grandes villes ; 2° Déplacements pour plaie de tête.

Je suis établi à L., commune comprise dans le périmètre de B., et toutes les Compagnies d'assurances pour le compte desquelles je soigne des blessés du travail, règlent sans difficulté sur la base des prix de B., visite 12 + 2.

Une Compagnie, ces jours-ci, prétend supprimer l'indemnité de déplacement de 2 fr. prétendant que L. est une commune de moins de 100.000 habitants.

Je vous serais obligé de bien vouloir m'adresser des conclusions que je puisse présenter au juge de paix devant qui viendra cette affaire.

La même Compagnie, pour un blessé soigné hors de L., dans une commune voisine, m'écrit :

« Sur la note Es. vous mentionnez cinq déplacements kilométriques à 9 fr. soit 45 fr. Or, le « blessé était atteint de plaie de la face et notre service de vérification a estimé qu'il lui était possible « de se rendre à la consultation, et n'accorde que trois « déplacements. »

Or, il s'agissait d'une plaie assez large du cuir chevelu, pour laquelle le blessé n'a été immobilisé que du 19 avril au 2 mai, c'est-à-dire le strict minimum de temps. Il est resté cinq jours alité, a reçu une injection de sérum antitétanique, et n'aurait pu sans inconvénients parcourir les sept kilomètres qu'il avait à faire pour venir à la consultation. Au reste, le malade n'ayant pas été contre-visité, le médecin n'est-il pas seul juge de la possibilité pour cet homme de venir ou non à la consultation ? Le certificat initial mentionne : écorchures de la face ; plaie contuse de

cinq centimètres au niveau de la partie moyenne de la suture sagittale.

Dr A.

Réponse.

1° L'indemnité de déplacement de deux francs existe dans les villes de plus de 100.000 habitants et leur banlieue. Or, vous pouvez lire en note de l'article 2 : « La banlieue des villes de 100.000 habitants et au-dessus comprend les communes situées en totalité ou pour la partie la plus importante de l'agglomération dans un périmètre de deux kilomètres à partir de la limite administrative de ces villes ». Voyez donc si tel est bien votre cas.

2° Une plaie du cuir chevelu de cinq centimètres, s'il n'y eut pas de complications infectieuses et fébriles, ne paraît pas, — *a priori* —, pouvoir empêcher le blessé de « se présenter à la consultation sans inconvénients pour sa santé » (article 2). Je dis *à priori*. Si vous avez des raisons *techniques* valables à présenter (complications érysipélateuses par exemple), on vous doit, sans conteste, tous vos déplacements. Si non, à part les tout premiers jours, il me paraît difficile de le soutenir sans apporter d'autres raisons que celles que vous donnez dans votre lettre.

F. D.

Accidents

2092. — Accidents survenus en dehors du travail.

Je viens encore voue demander de bien vouloir m'éclairer sur les cas suivants :

1° Un ouvrier, venant de sortir de l'usine, après son travail, se rencontre avec une camionnette. Blessures superficielles et diverses contusions, 10 jours d'incapacité de travail. Comment doivent se règler les différentes indemnités et les honoraires médicaux ? Doit-on considérer cet accident comme de droit commun ou comme accident de travail, l'ouvrier rentrant à son domicile en fin de journée de travail.

2° Un autre cas semblable : un cantonnier se rendant à son travail (cylindrage d'une route) est renversé et blessé par une voiture. Quelles sont les responsabilités et comment l'affaire doit-elle se règler ? Dans les deux cas, j'ai fourni deux certificats initiaux, dont l'un à l'entreprise ou administration et l'autre au blessé lui-même.

Dr T.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail ne s'applique qu'aux accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail. Interprétant ces dispositions d'une façon restrictive, la jurisprudence décide que seuls peuvent être considérés comme accidents du travail, les accidents survenus alors

que l'ouvrier est sous la surveillance et la direction de son patron.

Lorsqu'un ouvrier se rend de son domicile à son travail, ou vice-versa, la surveillance et l'autorité du patron ne peuvent s'exercer sur lui. La jurisprudence en fait découler cette conséquence que les accidents dont il peut être victime au cours du trajet ne sont pas des accidents du travail.

Par conséquent, dans les deux affaires que vous nous soumettez, il y a accidents de droit commun et non accidents du travail. Il vous appartient donc de vous faire honorer par vos clients, conformément au droit commun, et de leur remettre un reçu de vos honoraires pour leur permettre, le cas échéant, d'exercer leur recours contre l'auteur responsable de l'accident.

Il n'en serait autrement que dans le cas où le déplacement aurait été effectué au cours du travail et sur l'ordre du patron.

1999. — Accident survenu à un tiers travaillant sans contrat de travail.

Un horticulteur prend à sa charge de faire un tennis. Le dernier jour, alors que jusque-là, il n'avait eu besoin de personne, comme un individu passe à proximité s'offrant à « lui prêter la main » pour rentrer son rouleau, l'horticulteur non assuré accepte l'offre faite pour quelques minutes, bien entendu sans salarier mon bonhomme qui le fait de très bon cœur avec tout au plus l'espoir de « boire un pot » suivant l'expression du pays.

En avait-il déjà bu ? Toujours est-il que de la façon la plus maladroite, il se fait pincer le pouce droit avec écrasement de toute la phalangette qui a nécessité même la résection de la tête de la première phalange. Phénomènes inflammatoires consécutifs qui font bien prévoir un mois d'incapacité sans compter les séquelles permanentes.

La propriétaire du tennis n'était même pas au courant du secours d'un nouvel ouvrier, mais l'accident est arrivé chez elle. L'horticulteur cherche à se dégager.

Est-ce bien un accident du travail sous la responsabilité de l'horticulteur, si mon blessé s'est offert de lui-même et non salarié ?

En tout cas, je ne vois pas que puisse être engagée la responsabilité de la propriétaire ?

D[r] F.

Réponse.

L'horticulteur, ayant pris à charge de faire le tennis, doit être considéré comme un entrepreneur, puisque seul il avait assumé la responsabilité de son travail et sa direction. Par conséquent, la propriétaire ne saurait être responsable de l'accident dont a été victime le tiers qui est venu aider l'horticulteur.

D'autre part, aucun contrat de louage de ser-

vices n'existait entre l'horticulteur et le tiers qui est venu l'aider d'une façon accidentelle. Par conséquent, la législation sur les accidents du travail n'est pas applicable en l'espèce. Pour obtenir une indemnité, le tiers, victime de l'accident, devrait, conformément au droit commun, établir la responsabilité de l'horticulteur.

2255. — Paiement du demi-salaire.

Membre du *Concours médical* et du « Sou Médical », je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire si l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, qui veut que le demi-salaire ne soit dû qu'à partir du cinquième jour lorsque l'incapacité de travail est inférieure à dix jours, a été modifié. S'il l'a été, à quelle date ?

Dr C.

Réponse.

Le projet de loi qui tend à modifier sur certains points, et notamment sur celui qui fait l'objet de votre lettre, la législation sur les accidents du travail, est actuellement en cours de discussion devant la Chambre. Quand celle-ci l'aura voté, il faudra ensuite qu'il soit soumis au Sénat.

Cependant, on peut espérer qu'il sera adopté et promulgué avant la fin de la session parlementaire actuelle.

Baux et locations.

2112. — Inapplicabilité de la loi sur les loyers.

J'habite une commune de 3.500 habitants, chiffre des deux derniers recensements. Mon loyer d'avant-guerre était de 650 fr. tant pour le logement d'habitation que pour les locaux professionnels.

En vertu d'une circulaire, parue au début de juin 1916, je crois, laquelle nous faisait une obligation morale de payer notre loyer, j'avais pendant toute la durée de la guerre continué à payer mes termes.

De même à la période d'expiration de mon bail fin mai 1922 et pour éviter d'aller devant les tribunaux, j'avais réglé à l'amiable avec le propriétaire l'augmentaion de loyer qui avait été porté de 650 à 900 francs et ceci pour une durée de six ans. Je suis, donc à fin de bail fin mai 1928.

Quels sont actuellement mes droits ?

Puis-je être renvoyé par le propriétaire au cas où celui-ci voudrait louer à un autre locataire ou bien prendre l'appartement pour lui-même ou pour sa famille ?

Si j'ai le droit de rester, quelle augmentation approximative dois-je subir ?

J'ai déjà vu dans le *Concours* plusieurs réponses à des questions identiques, mais je crois, mon cas est un peu différend du fait que tout a été réglé à l'amiable entre mon propriétaire et moi.

Dr F.

Réponse.

D'après les renseignements que vous nous donnez, la loi du 1er avril 1926 sur les loyers n'est pas applicable dans votre commune, à moins toutefois qu'elle ne soit située à moins de cinq kilomètres d'une ville de 10.000 habitants.

Sous cette réserve, c'est le droit commun qui, dès à présent, règle les rapports entre locataires et propriétaires dans votre commune.

Par conséquent, lorsque votre prorogation conventionnelle sera venue à expiration, votre maintien dans les locaux que vous occupez dépendra du bon plaisir de votre propriétaire. Celui-ci pourra, ou bien reprendre votre maison pour son usage personnel, ou bien louer à un nouveau locataire, ou bien vous faire un nouveau bail au prix qu'il voudra, sans que vous puissiez lui opposer aucune taxation.

Un projet de loi a été déposé qui tend à étendre à toutes les communes de France, la législation des loyers résultant de la loi du 1er avril 1926 mais nous ne pouvons prévoir quel sort sera fait à ce projet.

Dans la situation actuelle, le mieux serait de tâcher dès maintenant de vous entendre avec votre propriétaire pour la conclusion d'un nouveau bail.

Au cas où, contrairement à ce que nous pensons, votre commune serait située à moins de cinq kilomètres d'une ville de 10.000 habitants, faites-le nous savoir et nous vous dirons alors quels droits vous donne la loi du 1er avril 1926.

2034. — Droit à la prorogation.

J'habite une ville de 7.000 habitants. En août 1921, par bail enregistré, je suis devenu locataire d'une partie de la maison que j'habite pour un loyer de 1200 fr.

En 1923, j'ai, sans bail, loué le reste de la maison pour un supplément de 600 fr., soit au total 1800 fr.

Mon bail expire en août 1927.

1° Mon propriétaire a-t-il le droit de m'expulser à cette époque pour habiter lui-même sa maison ?

2° Peut-il, s'il me laisse la disposition de mon logement, en augmenter le loyer et dans quelle proportion ? Il m'a déjà fait entendre qu'une petite augmentation ne lui déplairait pas et qu'il comptait me transmettre prochainement ses propositions.

3° Dans le cas où j'aurais droit à la prorogation, s'étend-elle aux deux parties de mon logement (location de 1921 et location de 1923) ? Etant donné l'accroissement de ma famille, toute la maison m'est désormais nécessaire pour pouvoir me loger.

J'ajoute que j'exerce ma profession dans cet immeuble et que ma patente, comme c'est la règle, est basée sur le chiffre de mon loyer.

Dr X.

Réponse.

Puisque votre ville compte plus de 4.000 habitants, la loi sur les loyers du 1er avril 1926 s'y trouve applicable.

Par conséquent, lorsque votre bail aura pris fin et que votre propriétaire aura fait cesser votre location verbale en vous donnant congé, vous aurez droit, automatiquement et sans même avoir à la demander, à la prorogation jusqu'au 1er avril 1931. Et votre propriétaire ne pourra prétendre reprendre votre maison pour son usage personnel, puisque le droit de reprise ne peut porter que sur les locaux servant *exclusivement* à l'habitation, ce qui n'est pas le cas pour un médecin qui exerce sa profession dans les lieux loués.

En échange de la prorogation, vous aurez à payer, jusqu'au 1er avril 1929, date à laquelle doit intervenir une nouvelle taxation des loyers pour la seconde période de la prorogation, un loyer égal au loyer d'avant-guerre majoré de 125 % (au lieu de 100 % pour les simples locaux d'habitation) ; en outre, vous devrez rembourser à votre propriétaire la majoration subie par les prestations en nature fournies par lui et par les impôts grevant l'immeuble (à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière) par rapport à 1914. Pour le remboursement de ces charges, il peut être convenu d'un forfait dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

Questions médico-militaires.

1322. — Passage d'un officier de réserve dans le service de santé.

Je suis lieutenant de réserve (service armé), à la date du 20 janvier 1922.

D'autre part, je suis docteur en médecine depuis 1926 et je désire être affecté dans le Service de santé.

La législation actuelle me permet-elle de conserver mon grade et mon ancienneté ?

Il me semble légitime de ne pas devoir abandonner des avantages qui résultent d'années de mobilisation pendant la guerre.

Au cas où les règlements n'admettraient pas le cas présent, que faire pour obtenir gain de cause ?

Dr X.

Réponse.

La législation actuelle ne permet pas de vous donner gain de cause ; malheureusement, on ne peut établir aucune équivalence de grade entre un lieutenant et un médecin aide-major de première classe. Vos années de service militaire vous restent acquises, bien entendu, mais vous devrez être nommé médecin aide-major de deuxième classe, si vous demandez votre affectation dans le service de santé.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1802-IV)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et e plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon, Rozet.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G. Frank-Duprat
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr DUPLESSIS DE POUZILLAC, de Narbonne, la somme de vingt francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 376. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 377. — Par suite décès, client. médic. à céd. sur l'Ouest à 60 km. Paris. Log. assuré. Recet. 30.000.

No 378. — Doct. act, et jeune, cherche à repr. ou à collaborer clin. méd. sérieuse, sanator. ou aff. paramédic.

No 379. — Coutainville (Manche), plage sable fin, logem. rez-de-ch., 2 ch., 1 cuis., eau, à 1 min. plage, tous fourniss. : août 600, sept. 350, à louer pour locat. tranq. S'adr. M. Rothe, 7, rue Fenoux (17e).

No 380. — Chevreuse « Hélianthe », cure séjour d'air repos, conv., gr. parc, cuis. partic. soign.; ni contag., ni tuberc., 1, rue de la Mairie, tél. 21 (Les méd. peuvent y suivre leurs malades.)

N° 381. — Calvados, St-Aubin-sur-Mer, stat. climat. suriodée, à 5 heures de Paris. Plage de toute sécurité. Parc, tennis, ombrages. Saison juin à septembre.

N° 382. — Banl. imméd. vieil. cli. famil., app. conf. mod. 7 p., plus s. d. b. et cuis., loyer 3.250 tout compr., bail 6 ans. Prix 70.000 compt. Adr. Dosse-Cornu, 99 *bis*, boul. Brune, Paris.

N° 383. — Préchacq-les-Bains, Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

N° 384. — Banl. porte de Paris, clin. A. T. sérieuse, recet. 4.000 par mois malgré chômage, peut doubler simple surveill. 20.000 compt. y compr. matér. et bles, sés en cours. Très urgent.

N° 385. — A vend. : 1° 4 amort. Hartford, état de neuf pour voit. jusqu'à 1.000 k., 500 fr. ; 2° Hammerless cal. 20, canons Kniff, excell. état, 700 fr.

N° 386. — Cond. intér. 3 pl. D. F. P. 1926, en parf. état à vendre. S'ad. Dr Lauriat, 64, rue Saussure, Paris.

N° 387. — Centre. A céd. pour rais. santé, poste ch.-lieu cant. sur gr. ligne, seul médec., pas de sage-fem. Conviendr. à conf. actif. Prix 40.000.

N° 388. — Garde pour femmes en couches ou enf. grande expér., pers. très sér., 40 ans, recomm. par plus. doct., dispon. le 1er août. S'add. Dr Richard, à Montoire (Loir-et-Cher).

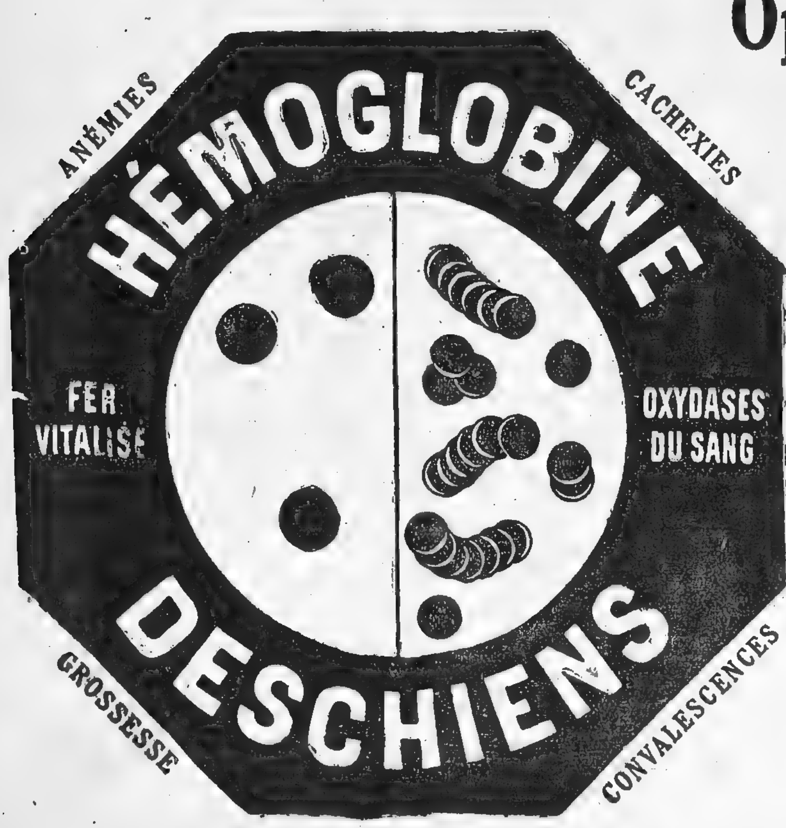
N° 389. — Doct. gr. client. dem. jeune doct. collabor. en vue cession éventuel., pourcent. affaires avec minim. garanti 2.000 par mois, tous frais payés. Sér. réf. exigées, instruct. et activité.

N° 390. — Sarthe, seul méd. ch.-lieu cant., poste import., en plein rapp., maison agréab., garage, jardin av. rivière. Long bail.

N° 391. — Anc. monit. d'obstétrique à Baudelocque rech. à suppl. ou à aider médec. accouch. à Paris, accept. place dans clin. ou mais. de santé pour sa spécialité.

N° 392. — Côte d'Azur. Propriété à destinat. de mais. de santé nouvellem. construite et installée, tous traitements possibles, bonne altitude; 40 ch. environ. Prix et compt. à débatt. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 393. — Banl. agréable Ouest, anc. poste, bonne client. en augment. grande villa confort., loyer en bail intéress., condit. de cession avantageuses. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les Journées médicales de Bruxelles.** — La VII[e] *session* des Journées médicales belges vient d'avoir lieu à Bruxelles au milieu d'une grande affluence de congressistes. Ces *Journées* ont obtenu, comme les précédentes, un très vif et très légitime succès. Nous en donnerons ultérieurement le compte rendu.

— **Nouvelle Ecole de chirurgie dentaire.** — Nous apprenons l'ouverture d'une nouvelle Ecole de chirurgie dentaire : L'ECOLE DE CHIRURGIE DENTAIRE ET DE STOMATOLOGIE DE PARIS, 45, et 47, boulevard Voltaire, Paris (11[e]), placée sous la direction de M. le D[r] Lebedinsky, stomatologiste des hôpitaux.

— **Les épidémies.** — On signale une épidémie de rougeole dans le département de la Haute-Garonne, des cas de variole dans le département du Gers et une épidémie de diphtérie dans la commune de Culey-le-Patry (Calvados).

— **Faculté de médecine de Paris.**— *Prosectorat.* — MM. GUEULLETTE et GÉRARD-MARCHAND sont nommés prosecteurs.

— **Le certificat médical avant le mariage.** — La Commission de prophylaxie des maladies vénériennes au Ministère du travail et de l'hygiène vient d'émettre le vœu que la proposition de loi, déposée à la Chambre par le professeur Pinard, créant un certificat médical prénuptial, soit adoptée le plus tôt possible par le Parlement.

— **Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger.**—Dans sa dernière séance, le Conseil de l'A. D. R. M. s'est occupé de dresser le programme de la réception de 200 médecins américains qui arriveront à Paris le 7 juillet et de 40 médecins égyptiens qui y séjourneront 9 jours.

— **Hôpitaux de Paris.** *Internat.* — Le jury du concours de l'internat est provisoirement composé de MM. Heuyer, Jacquet, Rouillard, Tzanck, Chatellier, qui acceptent ; Moure, Quénu, Bloch (Jacques), Chirié, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— **Hôpitaux de Paris.** — Sont nommés à la suite des derniers concours :

Médecins des hôpitaux de Paris : MM. Etienne BERNARD, JACOB et MARQUEZY.

Stomatologistes des hôpitaux de Paris : MM. THIBAUT et RAISON.

— **Hôpitaux de Paris.** *Direction des hôpitaux.*— Sont nommés : directeur de l'hôpital Lariboisière, M. Pécheyran, directeur de l'hôpital Laënnec ; directeur de l'hôpital Laënnec, M. Cornevin, directeur de l'hôpital Broca ; directeur de l'hôpital Saint-Louis, M. Jampy, directeur du groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades ; directeur du groupe hos-

pitalier Necker-Enfants-Malades, M. Tisnes, économe de ce groupe ; économe du groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades, M. Mestivier, économe de l'hôpital Cochin ; économe de l'hôpital Cochin , M. Vincent, économe de l'hôpital Trousseau ; économe de l'hôpital Trousseau, M. Guiol, économe de l'hôpital de San-Salvadour ; secrétaire trésorier du bureau de bienfaisance du 13e arrondissement, M Doumens, économe de la maison de retraite Vineuil-Saint-Firmin ; économe de la maison de retra ite Vineuil-St-Firmin, M. Flament, économe de la maison de retraite La Rochefoucauld.

— **Clinique médicale des enfants** (Hôpital des Enfants-Malades). — Un cours de vacances sur les *notions nouvelles en pédiatrie* sera fait en juillet-août 1927 (du 25 juillet au 14 août) à la clinique médicale des Enfants-Malades.

Inscriptions au secrétariat de la Faculté. Droit: 250 fr.

— **XXe V.E.M.** — Le XXe V. E. M. aura lieu du 1er au 10 septembre. Concentration à Balaruc. Visite de La Malou, Amélie-les-Bains, Vernet, Ax-les-Thermes, Ussat, Salies, Luchon, etc. Le prix du voyage est fixé à 1.150 fr. pour les adhérents des pays à change élevé, et 750 fr. pour les adhérents des pays à change bas. Les demandes d'inscription doivent être adressées à M. René Gayet, secrétaire général, 54, rue du faubourg Saint-Honoré. Il y sera statué à la date du 8 juillet, les places devant être équilibrées entre les différentes catégories de participants.

N'effectuer le versement de la cotisation qu'après avis de l'inscription définitive.

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 juin.

Conseil supérieur de la natalité.

Sont maintenus membres du conseil supérieur de la natalité pour une nouvelle période de quatre ans :

MM. J.-L. Breton, sénateur, ancien ministre ; François-Saint-Maur, sénateur ; de Las Cases, sénateur ; Marraud, sénateur ; Bokanowski, député ; Duval Arnould, député ; le Dr Grinda, député ; Lefas, député ; le Pr Pinard, député ; Ambroise Rendu, conseiller municipal de Paris ; Mme Bérot-Berger ; MM. Bigourdan ; Bonnevay, ancien ministre ; Boverat ; Carré, ancien auditeur au conseil d'Etat ; Mme Comolet-Suc ; MM. Coquemard ; Delachenal, ancien député ; Corréard ; Dequidt, inspecteur général des services administratifs ; Mme Raymond Grégoire ; MM. Albert Glorieux, professeur au lycée Condorcet ; Achille Glorieux, industriel ; Hadamard, membre de l'Institut ; Huber, directeur de la statistique générale de la France ; Isaac, ancien ministre ;



Lacoin ; Legendre ; March, vice-président du conseil supérieur de la statistique générale de la France ; Michelin ; Népoty, conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ; le Dr Ollive ; Plytas, inspecteur général des services administratifs ; le Pr Richet, membre de l'Institut ; Georges Risler, président du musée social ; Rossignol, inspecteur d'académie honoraire ; Sarraz-Bournet, inspecteur général des services administratifs ; le Dr Siredey ; Vieuille, secrétaire général de « La plus grande famille » ; l'abbé Viollet.

Sont également confirmés dans leurs fonctions : le secrétaire général, M. Lefas ; le secrétaire rapporteur, Mlle A. Simon.

Sont nommés membres du conseil supérieur de la natalité :

MM. François Marsal, sénateur, ancien président du conseil ; Landry, député, ancien ministre ; Pernot, député ; le Dr Cauchois ; Haury, professeur au lycée Condorcet ; Partiot, délégué de la caisse de compensation de la région parisienne ; Charles-Georges Picot, trésorier de la Fédération nationale des associations de familles nombreuses ; Mme Gustave Roy ; M. le général Serrigny.

Service de santé de la Marine.

Concours d'admission à l'école principale du service de santé de la marine.

Par décision ministérielle en date du 14 juin 1927, de nombre de places mises au concours pour l'admission à l'école principale du service de santé de la marine, en 1927, a été fixé ainsi qu'il suit ;

Ligne médicale.

(Candidats à quatre inscriptions.)

216 places, dont 60 pour la marine et 156 pour les troupes coloniales.

Ligne pharmaceutique.

(Candidats munis de la validation de stage.)

17 places, dont 3 pour la marine et 14 pour les troupes coloniales.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu les 25 et 26 juillet 1927 à Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort, Toulon et Alger, dans les conditions fixées par l'instruction publiée au *Journal officiel* du 25 décembre 1926.

Mesures sanitaires aux Colonies.

Interdiction des mutilations corporelles nuisibles à la santé en Afrique équatoriale française.

Décret du 12 juin 1927 :

Art. 1er. — Il est interdit à tout indigène en Afrique équatoriale française de pratiquer ou de subir des mutilations corporelles, notamment faciales ou dentaires, susceptibles de nuire à la santé des patients.

Art. 2. — Tout indigène qui aura pratiqué ces mutilations sera puni de quinze jours à une année

d'emprisonnement et de 50 à 500 fr. d'amende ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 3. — L'indigène qui aura volontairement subi ces mutilations sera puni de six jours à trois mois d'emprisonnement et de 16 à 200 fr. d'amende ou de l'une de ces deux peines seulement, à moins qu'il n'ait pas atteint l'âge de seize ans.

Dans ce dernier cas, les peines fixées au présent article seront encourues par les parents ou tuteurs sous l'autorité desquels il se trouve et qui auront laissé pratiquer les mutilations par une autorisation ou même par leur indifférence.

Art. 4. — Le gouverneur général, par des arrêtés pris en conseil de gouvernement, fixera la liste des mutilations visées à l'article 1er du présent décret.

Art. 5. — Les infractions prévues au présent décret seront déférées aux tribunaux de deuxième degré, dont les jugements seront soumis d'office à l'homologation de la chambre spéciale de la cour d'appel.

Art. 6. — L'article 463 du code pénal pourra être appliqué.

Art. 7. — Le ministre des colonies et le garde des sceaux, ministre de la justice, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

18 *juin.*

Enseignement de la médecine.

Est déclarée vacante la chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Montpellier.

Un délai de vingt jours à partir de la publication est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Un concours s'ouvrira le 5 janvier 1928 devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

19 *juin.*

Le concours ouvert pour une place d'agrégé de la section de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris aura lieu à Paris, le 5 décembre 1927.

Les registres d'inscription seront clos le 5 octobre 1927.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Hôpitaux et secret professionnel.

Une commission administrative d'un hôpital peut-elle être rendue responsable du fait de la communication, à un tiers, des registres tenus par le bureau des entrées et dans lesquels sont inscrits non seulement les noms des hospitalisés, avec l'indication des dates d'entrée et de sortie,

mais aussi le diagnostic exact des maladies, pour lesquelles ils ont été soignés dans l'établissement ?

Tout d'abord dégageons le principe, selon lequel les directeurs d'hôpitaux sont tenus au secret professionnel : bien qu'ils n'exercent que des fonctions purement administratives, ils ont cependant connaissance des diagnostics, de la nature, de l'évolution des différentes maladies, pour lesquelles sont soignés les hospitalisés.

Par le fait de ces fonctions, ils sont tenus au secret professionnel, tout comme le personnel infirmier.

Citons, dans ce sens, une décision du Comité consultatif de l'Assistance publique, du 13 février 1902 (*Annales d'hygiène publique*, t. 48, 1908, p. 77).

La jurisprudence fait une certaine distinction.

Ainsi, n'est pas secret le fait d'être admis dans un hôpital général, où sont traitées toutes sortes de maladies.

Un arrêt de Cassation du 16 mars 1893 (D.P., 1894.1.238) précise que « le fait d'avoir été admis dans un hospice où sont soignés les indigents, atteints de diverses maladies, ne rentre pas dans la catégorie des faits, dont l'article 378 du code pénal interdit la révélation ; en conséquence, le directeur de cet hospice, interpellé par un juge d'instruction, sur le point de savoir si un individu désigné y a été reçu, à quelle date il y est entré et quel jour il en est sorti, ne peut refuser de répondre, sous le seul prétexte que le fait, sur lequel sa déclaration est requise, ne serait venu à sa connaissance que dans l'exercice de ses fonctions. »

Dans le même sens, Cassation, Chambre des Requêtes, 30 août 1909 (D. P. 1909.1.270).

Mais si le fait matériel d'être admis dans un hôpital n'est pas considéré comme secret, il n'en est pas de même du motif pour lequel on a été admis, c'est-à-dire du diagnostic de la maladie soignée.

Dans les deux arrêts ci-dessus, il ne s'agit que de l'admission dans un hôpital général, ou dans un hospice où sont reçus toutes sortes de malades.

Il n'en serait pas de même, si l'hôpital était nettement spécialisé, comme genre de maladies soignées : maladies vénériennes, maladies mentales, accouchements, etc.

Un arrêt de la chambre criminelle de la Cour de Cassation, du 14 mars 1895 (S. 1895.1.375 ; D. P. 1899.5.614) décide que « si le directeur d'un hôpital ne peut, en principe, s'abriter derrière l'article 378 du code pénal, pour éviter de déposer en justice, il est cependant tenu d'observer le secret professionnel, dans les cas qui concernent la sécurité des malades et l'honneur des familles.

« Spécialement, le directeur d'une maternité est en droit de refuser de communiquer les registres tenus dans cette maternité au juge d'ins-

truction, désireux d'y relever les noms et adresses des femmes qui auraient accouché dans cet établissement. »

Il en serait de même pour un hôpital de vénériens, par exemple.

Un arrêt récent de la Cour d'appel de Chambéry, du 13 janvier 1926 (*Gaz. Pal.*, 12 mai 1926) estime que l'hôpital est tenu au secret professionnel, par rapport au chef d'entreprise, dont un ouvrier, blessé du travail, est hospitalisé :

« Elle (la Compagnie d'assurances) ne saurait du reste reprocher à l'hôpital, qui n'est tenu d'aucune obligation à cet égard et est même étroitement soumis au secret, au regard des malades hospitalisés, d'avoir omis de lui faire connaître l'état du malade à une date déterminée. »

Il en résulte que les Commissions administratives des hôpitaux ont l'impérieux devoir de faire respecter le secret professionnel, qui est dû aux malades hospitalisés, ceux-ci soient-ils indigents, gratuits ou payants.

Serait donc fautive la Commission administrative qui permettrait que les diagnostics soient inscrits ostensiblement sur la pancarte, suspendue à la tête du lit, ou au pied du lit du malade, pancarte que tout le monde peut lire.

Serait également en faute la Commission, qui, sur les registres d'entrée, laisserait faire mention, par son personnel, des diagnostics, à côté des noms, prénoms et domicile des hospitalisés, si ces registres peuvent être feuilletés par des tiers.

En effet, les articles 30, 31 et 32 du règlement modèle des hospices et hôpitaux, du 30 juin 1921, stipulent que l'admission des malades à l'hôpital sera prononcée par l'administrateur de service sur le vu d'un certificat délivré par le médecin traitant, ou par le médecin de l'établissement.

Mais il est sous-entendu que cette formalité reste soumise aux obligations générales découlant de l'article 378 du code pénal.

D'ailleurs, l'article 12 de ce règlement modèle prévoit la tenue d'un registre *ad hoc*, par les médecins, sur lequel ils doivent consigner leurs observations individuelles sur les personnes soignées à l'hôpital. C'est donc sur ce registre et non sur celui des entrées que doit être transcrit le diagnostic porté sur le bulletin d'entrée.

De tout ceci, résulte qu'une commission administrative pourrait être tenue pour pénalement responsable du fait de la violation du secret professionnel, si un administrateur, ou un employé de l'établissement communiquait à un tiers, fût-il procureur de la République, ou juge d'instruction, les diagnostics des malades soignés dans ledit hôpital.

C'est donc une faute, pour l'hôpital, que de transcrire, sur le registre des entrées, le diagnostic de chaque malade et celui-ci serait en

Voir la suite page XLVII-1849

PROPOS DU JOUR

Un médecin précurseur de Lindbergh.

Depuis que les frères Montgolfier inventèrent, en 1783, l'aéronautique, le rêve de leurs émules fut la traversée de la mer. A cette époque, on ne songeait évidemment pas à franchir l'Océan, le problème se bornait à survoler un bras de mer, la Manche ou le canal Saint-Georges entre l'Irlande et la Grande-Bretagne.

L'essai malheureux de Nungesser et de Coli, le merveilleux raid de Lindbergh, et celui aussi surprenant des deux Américains Chamberlin et Levine, nous ont rappelé une lithographie d'un dessin de Boilly représentant le Dr Potain, médecin et aéronaute français, qui tenta le 17 juin 1785 la traversée du canal Saint-Georges en ballon. Ce docteur Potain, aéronaute, dont nous conservions le portrait, nous avait intrigué, et nos recherches à son égard étaient restées à peu près vaines.

Nous écrivîmes alors à son sujet à notre excellent et distingué correspondant, le Dr P. Noury, de Rouen, connaissant sa sûre documentation et sa très vaste érudition. Notre attente ne fut pas longue et nous recevions du Dr P. Noury, les extraits suivants de la *Chronique médicale* de Cabanès qui datent de 18 ans environ et qui nous fixent autant qu'il est possible, sur le médecin aéronaute, grand-oncle du professeur Potain, de vénérée mémoire :

Un Potain aéronaute. (*Chronique médicale*, 15 septembre 1909, p. 583). — A l'exposition de documents se rapportant à l'aérostation et qu'ont organisée avec tant de zèle et d'intelligence MM. Grand Carteret et Léo Delteil doit probablement figurer la pièce que nous devons à l'obligeance de M. Paul Flobert, secrétaire général du Vieux Papier ; en tout cas, elle serait digne d'y prendre place.

Elle rappelle une ascension célèbre dont le héros fut un des nôtres sur lequel nous manquons malheureusement de renseignements, tout ce que nous en savons, c'est qu'il s'appelait le Dr Potain.

Qui nous dira ce qu'était cet homonyme, et peut-être ascendant, de l'illustre praticien ?

Suivait le fac-simile d'une carte d'entrée pour l'ascension aéronautique du Dr Potain avec la devise : *Mota pependit in aura* au-dessus d'un ballon ; au-dessous était la mention : *Subscribers ticket* et le prix : *One guinea* avec le nom du pilote : POTAIN.

La *Chronique médicale* du 1er novembre 1909 donnait p. 720, la réponse suivante :

Le Dr POTAIN, *aéronaute.* — Je suis heureux de pouvoir vous donner quelques renseignements sur le Dr Potain, aéronaute dont parle la *Chronique médicale* du 15 septembre que vous avez eu l'amabilité de m'envoyer.

Le Dr Jean Potain était le grand-oncle du professeur Carl Potain décédé en 1901, dont mon père était cousin germain.

Jean Potain avait été chirurgien en chef d'un Corps d'armée dans les guerres du premier Empire ; *né à Saint-Germain en* 1757, *il mourut à Paris, en* 1845.

Il fit des ascensions, et le *fac-similie* de carte que vous avez publié, se rapporte, sans doute, à la traversée du canal Saint-Georges.

Dans les *Merveilles de la Science*, publiées par Louis FIGUIER en 1868, on trouve *son portrait* avec l'entrefilet suivant :

« L'ascension du Dr Potain, mérite d'être citée. Il traversa en ballon le canal Saint-Georges, pas de mer qui sépare l'Angleterre de l'Irlande. Il avait perfectionné la machine hélicoïde de Blanchard et s'en servit, dit-on, avec quelque avantage. Je ne connais pas la date exacte de cette traversée en ballon, mais Figuier la fixe entre 1785 et 1794. »

A. POTAIN.

La *Chronique médicale* du 1er janvier 1910, p. 27, complétait la documentation :

Le Dr POTAIN, *aéronaute.* — Voici ce qu'on peut lire dans l'ouvrage de M. J. Lecornu, *La Navigation aérienne*, p. 107 :

« Le Dr Potain s'éleva de Dublin le 17 juin 1785 dans l'intention de traverser le canal Saint-Georges, bras de mer qui sépare l'Irrlande de l'Angleterre :.

« Il avait muni son aérostat d'ailes analogues à celles de Blanchard qui ne lui furent d'ailleurs d'aucune utilité. Il s'avança assez loin au dessus de la mer, mais des vents contraires le rejetèrent en Irlande et il ne put réaliser son projet.

« Le Dr Potain dut être extrêmement mortifié, dit une relation contemporaine, de se voir frustré de l'espérance qu'il avait eue que son ballon se dirigerait vers la mer, ayant toujours témoigné la plus grande envie qu'il prît cette direction, pour avoir la gloire de passer le canal et de descendre en Angleterre. »

Jacques MERLIN.

Nous restons dans le doute au sujet du succès de la traversée du canal Saint-Georges par le Dr Potain, traversée que Louis Figuier admet sans contestation. En tous cas, la tentative du 17 juin 1785 paraît bien avoir échoué, elle suivait de deux jours l'échec de Pilastre de Roziers, le phy-

sicien, ami des Montgolfier qui, deux ans auparavant avait, avec Montgolfier l'aîné, tenté la première ascension en montgolfière. Le 7 janvier 1785, Blanchard, accompagné du Dr Jeffries, avait tenté en vain la traversée de la Manche avec un ballon gonflé à l'hydrogène dont le premier essai avait été fait au Champ de Mars, à



Portrait du Dr Potain. Lithographie d'un dessin de Boilly, pour remémorer la tentative de la traversée du Canal Saint-Georges le 17 juin 1785. (Collection du Dr J. Noir).

Paris, le 27 août 1783. A ce sujet, M. le Dr P., Noury a bien voulu nous écrire la très intéressante lettre suivante :

Rouen, 5 juin 1927,

Mon cher Confrère,

J'ai parcouru l'année 1785 du *Journal de Normandie*, le Journal de Rouen actuel, fondé en 1762. Il n'est point parlé de Potain, mais on y trouve une lettre du chimiste rouennais Descroizilles relatant la mort de son ami Pilastre de Roziers survenue à Boulogne-sur-Mer le 15 juin 1785 (matinée) en tentant de traverser en ballon le Pas-de-Calais.

« Le vent paraissait favorable, il était sud-est et soufflait de notre côte sur celle d'Angleterre. Il avait lâché trois petits ballons qui ont pris la route d'Angleterre. Il monta le ballon à 7 h. 1/4. Le vent le conduisit sur les bords de la falaise, mais un courant dans la direction du Nord l'a ramené sur notre côte. »

Dans un numéro suivant, un Boulonnais explique l'accident par la déchirure de l'enveloppe. La soupape

était trop dure, Pilastre, ayant voulu s'abaisser pour retrouver un vent favorable, fit un effort sur la soupape et l'enveloppe craqua.

Le Boulonnais dit qu'on n'a entendu aucune explosion, ce qui se serait produit si la montgolfière avait mis le feu à l'hydrogène.

A quelques kilomètres de Boulogne, on ramassa le cadavre de Pilastre de Roziers ; son compagnon, Romain, vivait encore, mais mourut peu de temps après.

La traversée en ballon d'un bras de mer était donc le problème du jour (comme ces temps derniers, la traversée de l'Atlantique).

Deux jours après la mort de Pilastre, Potain qui ignorait encore cette tentative malheureuse, essayait vainement la traversée du canal Saint-Georges.

Dans le même journal, il est parlé des nombreuses ascensions de Blanchard. On y trouve aussi la liste des prix distribués le 30 août 1785 par la *Société royale de médecine du Louvre.*

Veuillez agréer, etc. P. NOURY.

Dans un article du *Journal de Rouen* du 16 juin 1927, le Dr P. Noury fait remarquer qu'après celle de Potain de nombreuses tentatives furent faites et plusieurs aéronautes tombèrent à la mer. Ce fut le ballon, *Great Nassau*, monté par Green, Holland et Mason qui, faisant 850 kilomètres, réussit partant de Londres, en traversant les flots, à attérir sur le continent à Weilburg (Duché de Nassau). Une fois l'avion connu, Blériot traversa le premier la Manche et Garros, la Méditerranée.

Depuis les prouesses des aviateurs ne se comptent plus.

Il nous a paru qu'il n'était pas sans intérêt de rappeler les premières tentatives qui datent exactement de 142 ans, et eurent lieu sensiblement à la même saison de l'année que la traversée actuelle de l'Atlantique.

Nous nous plaisons à souligner la part que les médecins ont prise aux progrès de la navigation aérienne. Le Dr Potain a été le précurseur du prof. Charles Richet, du sénateur Dr Reymond, tué en 1915 sur son avion au cours d'une reconnaissance, du Dr Chassaing, député, et enfin du Pr Picqué, de Bordeaux, médecin en chef de l'hôpital militaire de Talence ; la récente victime d'un accident d'avion en allant porter secours à la femme d'un officier, qui sont les principaux créateurs de l'aviation sanitaire. J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

FREUD

Ses idées. Sa méthode,

Par le Dr Gilbert ROBIN,

Ancien chef de clinique psychiâtrique à la Faculté de Paris.

Le Dr Gilbert ROBIN, *ancien chef de clinique psychiatrique à la faculté de Paris, a fait récemment à la salle Poissonnière, 7, faubourg Poissonnière, une conférence sur Freud, sa vie et sa doctrine. Nous regrettons de ne pouvoir publier* in extenso *cette conférence, mais nous sommes heureux d'en donner ce qui intéressera le plus le public médical : les idées freudiennes strictement applicables en psychothérapie.*

Cet exposé, qui n'est suivi d'aucunes considérations critiques, n'empêche pas l'auteur d'avoir sur Freud des idées personnelles, mais il permet de se rendre compte que le Dr Gilbert Robin ne croit pas devoir se passer d'une méthode de traitement précieuse dans des affections jusqu'ici souvent rebelles aux efforts thérapeutiques : notamment les obsessions, les idées hypocondriaques, les anxiétés, les ennuis morbides, les haines familiales, les passions pathologiques, l'impuissance, la frigitdité, l'onanisme, l'inversion sexuelle, la dépression psychique, les rêveries morbides, les formes de début de la schizophrénie, etc.

« Que l'on se penche vers l'enfant, on le voit, au milieu de ses instincts impérieux, faire une classification spontanée entre ce qui est douleur, amertume, malaise et ce qui est douceur, caresses, nourriture chaude et sucrée. Le principe du plaisir le conduit à des réalisations immédiates, personnelles, égoïstes, dégagées de toutes contingences sociales. L'enfant se satisfait de tout, de lui-même d'abord, en vertu de cet autoérotisme qui est capable de procurer des satisfactions à des zones de son corps, vagues, mal limitées, zones érogènes dont Freud cependant a cru pouvoir nous révéler la topographie. Il se caresse à lui-même si j'ose dire. Il est bien certain que c'est la faim qui lui fait réclamer le sein de sa mère. Mais les lèvres à sucer cette peau chaude et douce éprouvent une satisfaction voluptueuse, et l'enfant réclame à nouveau ce sein même lorsqu'il est rassasié. Ce simple exemple qu'on pourrait multiplier à l'in-

fini vous fera comprendre le sens de cette libido qui tend à satisfaire le besoin sexuel. Mais déjà je viens d'employer un terme qui a pu vous choquer et qui est équivoque pour l'oreille française. La libido n'a rien de libidineux. C'est une grande énergie, un immense désir, source d'action et de plaisir, comme est la faim pour l'instinct de nutrition. Elle montre que la sexualité qu'on croyait avant Freud contemporaine de la puberté, anime maintes tendances de l'enfant.

Et cet enfant qui cherche avant tout son plaisir cherche un objet qui le satisfasse et s'il se prend d'abord comme la propre source de ses joies, il trouve encore plus de jouissances auprès de ses parents, de ses frères, de ses sœurs ou des personnes qui l'entourent. C'est le début de la tendresse. C'est l'aurore de l'amour. Mais imaginez déjà que cet amour le déçoive, il retourne en lui-même et force est bien qu'il s'y complaise. Narcissisme qui ne consiste pas seulement à baiser sa propre image dans un miroir, mais se résout dans une complaisance en soi-même douloureuse et forcenée, la libido ne pouvant plus se déverser sur autrui et devenant la source souterraine et stérile de rêves ou de rancœur.

C'est vous avertir que la lutte est commencée, que le principe du plaisir est vite contrarié. Cette mère qui veille à tous les besoins de l'enfant reçoit en échange un amour physique et brutal qui ne peut plus se passer d'elle. L'enfant veut avoir sa mère pour lui seul, il supporte mal la présence du père. Il le jalouse et se réjouit de son absence. Ce ne sont autour de la mère que caresses, baisers, amoureux balbutiements, ou bien froideur, colères, bouderies quand la jalousie vis-à-vis du père brise ses tendres effusions. D'autre part la petite fille ne dissimule guère sa préférence pour le père. Elle met en œuvre pour lui plaire des coquetteries où se devinent les artifices de la femme. Sans doute pour schématiser à l'excès, sans doute il se mêle chez certains enfants à côté de l'hostilité vis-à-vis de leur père, une vénération qui le leur fait considérer à l'égal d'un Dieu et n'est pas étranger à la formation du sentiment religieux. Mais que l'attraction sexuelle se fasse en général dans le sens où l'a indiqué Freud, qui ne saurait en convenir ? Vous connaissez tous la célèbre légende du roi de Thèbes, Œdipe, dont Sophocle a tiré la plus belle tragédie du monde. Œdipe a été voué par le destin — destin qui se confond du reste avec les forces inconscientes qui pressent chacun de nous — à tuer son père et à épouser sa mère. Freud a retrouvé partout cet inceste filial. Non certes l'inceste véritable, bien qu'à vrai dire il serait moins rare qu'on ne le pense, mais l'inceste psychique et de la fable antique il a tiré le célèbre — trop célèbre complexe d'Œdipe.

A ce stade, amour, jalousie, haine, vengeance, désirs irrésistibles, font de l'enfant un être primitif conduit par ses seuls instincts. Période, dit Freud, d'immoralité infantile, expression que pour ma part je réprouve parce qu'elle crée une équivoque finaliste et éthique. Je déteste autant celle de pervers polymorphe qui sert à définir l'enfant cherchant coûte que coûte, en tous sens, et sans lois, toutes les formes de plaisirs, chez les autres, en lui-même et dans les zones les plus diffuses de son corps. On ne sait quel préjugé semble accroché à de semblables formules et nous étonnent de la part de celui qui nous libère de toute hypocrisie en matière morale.

Termes d'autant plus fâcheux que tout se passe à l'insu de la conscience claire, du jugement de la raison, en dehors des limites de l'espace et du temps. Tout se passe dans les souterrains de l'esprit où règnent les désirs et les instincts primaires à titre de forces ignorées et puissantes. Tel est l'inconscient. Et si déjà je vous ai parlé d'amour et de haine à titre de sentiments ressentis par l'enfant, c'est que déjà sur lui avait agi pour s'opposer au fameux principe du plaisir, le principe de réalité. Ce principe de réalité c'est la vie quotidienne avec ses critères moraux, sociaux et esthétiques, mis au service de l'activité consciente, délibérée. On imagine si les mille et une manifestations de la sexualité de l'enfant et de ses tendances incestueuses qui restent bien entendu totalement inconscientes vont se trouver en conflit moral avec les exigences de la conscience, esclave de la vie sociale. La censure est une force qui empêche une tendance de parler de l'inconscient au conscient qui la tient capitive dans l'ombre de l'être. Freud vous met bien en garde de n'aller pas l'imaginer cette censure comme « un petit homme sévère, ou un esprit habitant une chambre du cerveau, d'où il exercerait ses fonctions ». Pour nous adapter à la société nous sommes obligés d'imposer silence aux exigences de nos besoins. Nous passons notre temps sans le vouloir, sans le savoir même, à réprimer, à refouler nos tendances les plus gênantes, impossibles à réaliser. C'est ainsi que des sentiments qui paraissent quasi spontanés chez l'enfant, tels que dégoût, honte, pudeur, pitié, remords, scrupule, ne sont souvent qu'un compromis. Outre des tendances contraires, les unes de nature instinctive les autres de nature sociale, c'est ainsi que nous nous débarrassons, en l'escamotant, d'un souvenir pénible. C'est ainsi que souvent nous croyons avoir oublié notre enfance sur laquelle ont pesé tant de coercitions. Ou bien nous nous fixons dans une attitude qui marque d'abord une réaction, un moyen de défense, puis tout habitués que nous sommes, nous cessons de savoir pourquoi nous l'avons prise. Mais l'attitude nous reste.

Il s'en faut du reste que nous soyons si bien défendus. L'armure a ses défauts, l'inconscient ses fissures. Des lapsus, des erreurs, des actes manqués en apparence insignifiants et que nous attribuons au hasard révèlent souvent certains désirs insuffisamment refoulés et maladroitement exprimés par la franchise même de leur impulsion. Mais nous nous trahissons sans cesse. Le Dr Jones chargé de fonctions subordonnées dans une institution essayait d'en ouvrir la porte avec une clef qui du reste n'allait pas, au lieu de sonner... Comme ses collègues permanents avaient droit à une clef qui leur assurait leur indépendance d'allées et venues Jones traduisit ainsi son désir d'être traité sur un pied d'égalité avec ses collègues à titre définitif.

Eléonore Duse, dans une pièce où après une scène violente avec son mari elle attendait le séducteur dans les bras duquel elle était prête de tomber, jouait avec son alliance, l'enlevant la remettant et finissait par ne plus la remettre.

Je pourrais multiplier les exemples mais je préfère calmer votre impatience car je gagerais que vous avez deviné qu'il n'y a pas si loin des actes manqués ou des distractions aux symptômes morbides. Les uns et les autres témoignent d'un conflit entre le désir qui cherche à se faire jour consciemment et l'effort de réprimer, de refouler ce désir.

Le Dr Odier raconte le cas d'une hystérique qui avait vu venir son ancien fiancé auprès de son frère dont il était l'ami parce que celui-ci s'était cassé la jambe. Elle tint inconsciemment ce raisonnement : « Si moi, je m'immobilise la jambe, il viendra peut-être aussi me voir ». Depuis ce moment, elle contracta une paralysie hystérique qui céda au traitement psychanalytique.

Henri Fournoy a publié le cas d'une malade atteinte d'un pseudo-tremblement de Parkinson. Il s'agissait d'une femme qui voulait s'assurer l'affection de son amant. Or, elle avait observé qu'en face de chez elle, vivait une vieille dame atteinte d'un fort tremblement, ce qui obligeait son mari à l'accompagner partout. Elle tint inconsciemment ce raisonnement : « Si moi aussi je me mets à trembler, mon ami m'accompagnera partout. »

Je vous ai cité deux cas simples. En général, les mécanismes sont à la vérité plus complexes. Vous vous souvenez de cet enfant sauvage, de cet enfant comme Freud vous dit qu'ils sont tous, livrés à ses tendances sexuelles diffuses, se satisfaisant de toutes les façons sur lui-même, sur autrui et parfois en rêveries. A la puberté, ces instincts indécis, éparpillés, se ramassent, se précisent. Le vrai but sexuel est atteint. C'est le plaisir normal. Mais il arrive que ces tendances sexuelles éparses de l'enfant continuent à évoluer pour leur propre compte, gênant l'essor de la sexualité normale. Ce qui n'était qu'enfantillage érotique devient perversion chez l'adulte ou symptômes nerveux. La psychonévrose apparaît comme la manifestation déguisée, camouflée, estropiée, si j'ose dire, d'un désir réprimé, mal réprimé. La conscience, mise en présence d'un symptôme qui n'est plus qu'un symbole des tendances anciennes, s'étonne et ne comprend pas.

Elle doit comprendre. C'est le but de la psychanalyse. Ah ! que l'on saisisse exactement ma pensée ! Sans doute le malade sera initié au mécanisme de ses troubles et connaîtra leur genèse. Mais ce n'est pas cette révélation qui le guérira. Ce n'est pas en se remémorant les émotions anciennes, causes de sa maladie, qu'il sera délivré de son pouvoir obsédant, c'est en les revivant, en les éprouvant, en rejouant en quelque sorte la douloureuse comédie dont il ne se souvenait pas d'avoir été l'acteur autrefois.

Le succès des méthodes freudiennes a ses exigences. Il faut que le sujet, esclave de sa maladie, d'une obsession, d'une angoisse, d'un sentiment de haine, que sais-je encore, veuille guérir. Il faut qu'il le veuille de toutes ses forces, de toute sa sincérité. Mais supposons ce point acquis. La conscience ouvre toutes les digues, fait abnégation de toute pudeur et le médecin recueillera bientôt tous les détails de la vie de notre patient, du moins tel qu'il les connaît ou tels que son imagination morbide les conçoit. Mais si vous me comprenez bien, vous vous rendrez compte que le médecin va se trouver en présence d'une vérité que j'appellerai rétractée. Car l'important ce n'est pas ce que sait le malade, c'est ce qu'il ignore ou ce qu'il a oublié. Sa maladie prouve qu'il est accroché sans le savoir et sans le vouloir à des désirs , à des tendances infantiles oubliées, à des résistances mystérieuses. Une partie de sa personnalité, la plus profonde, la plus instructive, la plus gourmande, la plus exigeante ne lui appartient plus ou du moins n'appartient plus à sa conscience, mais règne toute puissance dans son être profond qui ne peut plus s'en dégager et obligé de vivre avec ces masses qui l'obstruent, se débat et s'évade à grand'peine par les fissures de la névrose.

Avant la psychanalyse quel médecin n'était au bout de peu de séances psychothérapiques bloqué devant des conflits mentaux dont il avait en quelque sorte vite fait le tour et dans l'intimité desquels il ne savait pas pénétrer. Il ne connaissait pas le défaut de la cuirasse. Combien d'obsessions, de malaise, d'anxiété, d'ennui, de nostalgie, de dégoût, de haine au sein de la famille, de mortifications conjugales, de perversions de la pensée et des désirs, combien de drames enfin nous laissaient désemparés. Aujourd'hui nous savons le chemin des secrets et souvent nous avons la joie de guérir.

La psychanalyse est en même temps une technique d'examen et un moyen de traitement. Cette technique qui exige autant d'habileté et de précision que celle du chirurgien, je ne peux vous exposer en détail pourquoi il est préférable, à part certaines exceptions, que le sujet soit étendu et tourne le dos au médecin. Sachez seulement qu'il est ainsi à l'abri des expressions de physionomie qui échappent au médecin le plus impassible ; au contraire il est heureusement impressionné, comme stimulé par son silence. Le sujet doit parler à bâtons rompus, sans ordre, sans logique, raconter sa vie, extirper son enfance et passer d'un sujet à l'autre, exprimer à l'instant tout ce qu'il pense même s'il s'agit de sentiments choquants ou déplaisants. Il doit se laisser mener par les associations les plus libres, par un jeu de mots même, par tous les fils les plus subtils de la pensée. Comment vous raconter par le menu les résistances ou les élans, les silences ou les intarissables discours, les rires nerveux ou les crises de larmes, les accès de timidité, de pudeur, ou les abandons les moins retenus. Comment vous raconter ce qui est un drame aux cent actes divers, un drame incommensurable et sacré que le médecin emporte avec lui dans la tombe.

Il me coûte, je vous assure, de ne pas me laisser aller à mes souvenirs, de ne pas vous parler de cette si belle jeune fille, une étudiante en médecine toujours habillée en cavalier, la cravache à la main, sans du reste jamais monter à cheval ! Brutale, haineuse, elle dérobait la femme qu'elle était sous une virilité d'emprunt. Elle s'irritait dès qu'elle s'abandonnait devant moi à des confidences qu'elle me faisait en sanglotant comme une petite fille, petite fille qu'elle était restée je vous assure, et pour se venger, elle me rouait de coups de pieds. Je vous assure que je n'étais pourtant que passivité, que silence. Le malade parle. J'écoute, je ne puis qu'écouter. Comment L. Daudet a-t-il pu écrire que la psychanalyse agit par suggestion ? Je ne suis là au contraire que pour dilater le plus possible la confiance du malade. J'observe toutes les modalités du silence, tous les gestes de gêne ou de révolte. Comme je regrette parfois de ne pouvoir rester des heures et des heures, la journée entière derrière cette âme torturée qui veut livrer son secret, ses secrets et qui ne le peut, et qui va céder et qui ne cède pas ! J'attends un jour meilleur. Le jour meilleur arrive. Le malade nous apporte un rêve.

Mais, tel qu'il fût rêvé, tel qu'il est raconté, le rêve est sec, laconique : il faut reprendre chaque phrase, chaque terme et que le sujet dise à son propos tout ce qui lui vient à l'esprit. Le vrai sens du rêve s'enchevêtre à des associations libres. Les souvenirs d'enfance qu'on croyait oubliés remontent à la surface. Peu à peu s'impose l'importance du rêve. Il marque une réalisation de désirs. Les tendances que notre conscience bannit le jour osent la nuit revenir en rêves. Complicité de l'ombre et du sommeil ! Merveilleux réglage de la nature qui permet à nos désirs trop tendus la détente des réalisations imaginaires. Le sujet livre avec candeur, avec innocence des rêves de meurtre et de carnage dont il ne peut démêler le sens. Il n'y a pas huit jours une jeune femme me racontait avoir rêvé d'un complot politique dirigé contre la France. La trahison était déjouée, et le chef de l'état passait triomphant, conduit par le chef du Gouvernement qui restait cependant invisible sous les voiles. Les associations me révélèrent aisément que cette jeune femme, assez peu éprise de son mari, s'était en rêve identifiée à la France, qu'elle espérait et redoutait à la fois un imprévu (complot) qui la sauverait d'une union un peu monotone. Quant au bien-aimé qui se présentera elle n'ose y croire, que dis-je, elle refuse d'y croire : l'homme d'Etat est invisible. Les tendances affleurent. Mais combien condensées ? Combien travesties ! Tout se passe en images, en symboles. Notre inconscient se livre en rêve, mais par une certaine pudeur ou coquetterie masque sa réalité brutale sous des analogies, des métaphores, des symboles. L'idée ou la tendance joue à cache-cache avec les images. L'interprétation des rêves est capitale en psychanalyse. Mais quel tact elle exige. Comme elle côtoie le précipice ! L'interprétation des rêves qui peut prêter à des divagations de la part du médecin surtout s'il veut reconnaître à tout prix une signification universelle, une signification passe-partout à chaque symbole.

Mais les séances d'analyse se multiplient. Mais les matériaux s'accumulent. Le malade est pressé de toutes parts dans ses rêves, dans toutes les spontanéités de sa pensée la plus distraite, la plus floue. Du reste, ce ne sont pas seulement des paroles, des confessions que livre le malade, ce sont surtout des émotions, et tout encombré de ces émotions qui montent de l'enfance pour l'assaillir, il en reporte une bonne partie sur le médecin, Suivant la tonalité, la couleur de ses émotions, ce que Freud a appelé le *transfert* sera de l'amour ou de la haine vis-à-vis du psychanalyste. Moment précis, moment subtil où le médecin montrera à son malade devenu son ami le plus fervent, le plus intime qu'il n'a été que l'occasion, le prétexte de ces sentiments, que ceux-ci ont des sources plus anciennes et surtout doivent se tourner vers d'autres buts, vers la vie. Et le malade un peu déçu sans doute de sa tendresse rebutée, mais comprenant enfin le sens de sa destinée, ira donner son cœur, renouvelé, son cœur pur, son cœur guéri à ceux que jusqu'alors il n'avait pas su ou pas pu aimer.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES)

M. le professeur NOBÉCOURT.

Le myxœdème de la petite enfance [1]

Je vais vous montrer deux petits enfants atteints de myxœdèmes congénitaux.

Cette petite fille, qui est soignée dans la salle Parrot, est née à terme, le 15 août 1924, avec un poids de 3 kgr. 500. Ses parents, une sœur, son aînée d'un an, sont bien portants; sa mère n'a pas eu d'autres grossesses. Elle a été élevée au lait sec par sa mère sans incidents.

On nous l'amène le 15 octobre 1926, à l'âge de 2 ans et deux mois. Depuis son entrée, son état ne s'est guère modifié. Elle a actuellement 2 ans et demi.

Son aspect est caractéristique. Ses téguments sont secs, luisants, résistants, infiltrés ; la pression du doigt ne détermine pas de godet comme dans l'œdème. Le teint est jaune verdâtre. Le visage est rond, en pleine lune, le nez écrasé à la racine, élargi au niveau des narines, «épaté». Les fentes palpérbrales sont petites, les paupières épaisses, infiltrées. L'œil est sans expression ; l'enfant regarde, mais ne paraît pas voir, ni s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle. Sa bouche est ordinairement demi-ouverte ; la langue, assez grosse, fait saillie entre les lèvres. On voit 4 incisives inférieures et 2 supérieures, apparues ces jours derniers. Le front et le crâne ont l'aspect normal ; la fontanelle antérieure n'est pas encore fermée, elle mesure 15 millimètres. Les cheveux ne sont pas très fournis ; ils sont assez souples.

Le cou est court, empâté.

Le tronc est long et volumineux ; il a la forme d'un tonneau. Le thorax est évasé à la partie inférieure ; le ventre gros, flasque, tombe ; une hernie ombilicale volumineuse fait saillie ; à son niveau la peau est mince et sillonnée de veinosités.

Les membres inférieurs sont courts, épais ; les téguments forment de gros bourrelets, qui effacent les reliefs et les méplats normaux. Les pieds sont courts, tassés ; le dos bombe, la face plantaire est plane.

Les mains sont courtes et épaisses, les doigts ont tous à peu près la même longueur.

Les extrémités sont froides, cyanosées.

La taille mesure 70 cm., elle est inférieure de 14 cm. à la moyenne de l'âge de la malade ; c'est celle d'un bébé d'un an. Le poids, qui varie, a atteint, le 9 janvier, 13 kgr. 300 ; c'est celui d'un enfant de 3 ans. Pour ce poids, le rapport du poids à la taille est 190, au lieu de 148, moyenne de cet âge ; c'est celui d'une enfant de 9 ans et demi. Le périmètre thoracique est de 52 cm. au lieu de 49 cm., c'est celui d'un enfant de 5 ans. Le coefficient de Pignet est 5, au lieu de 20 ; il est si faible qu'on ne retrouve pas son équivalent chez les enfants normaux. Le buste B mesure 43 cm., la hauteur réduite des membres inférieurs S = 26 cm. Le rapport de Manouvrier $\frac{S}{B}$ est 0.59 ; c'est celui de la première année.

La circonférence céphalique de 45 cm., correspond à la moyenne des enfants d'un an.

Retenez les faits suivants : la taille est petite, notablement inférieure à la taille de l'âge ; le poids, relativement trop fort pour l'âge, l'est à plus forte raison pour la taille ; le rapport du poids à la taille est trop élevé et pour l'âge et pour la taille ; le périmètre thoracique est également trop fort ; le coefficient de Pignet est très faible. Toutes ces données témoignent d'une corpulence exagérée. Les membres inférieurs sont courts et le rapport des membres inférieurs au buste est faible pour l'âge ; ce sont ceux des enfants de cette taille ; la malade est brachyskèle pour son âge, mésoskèle pour sa taille. La circonférence céphalique est petite pour l'âge, moyenne pour la taille.

Somme toute, la malade a la stature d'une enfant d'un an, la corpulence d'une enfant de deux ans et demi au moins.

Les radiographies des poignets montrent l'absence de points d'ossification au niveau du carpe, à l'extrémité inférieure des métacarpiens et à l'extrémité supérieure des premières phalanges, ainsi qu'à l'extrémité inférieure du radius. Ces points devraient être apparents à cet âge.

La dentition est très en retard ; l'enfant n'a que 6 dents tandis qu'à 2 ans et demi la denture doit être complète.

La température est monotherme, c'est-à-dire sans différence appréciable entre le matin et le soir. Il y a de l'hypothermie à certaines périodes : 36°7-36°8 ; 36°-36°3. Néanmoins l'enfant, pendant une rougeole, a eu une fièvre élevée à 39° et même 40°5.

Les viscères ne présentent rien de particulier.

L'appétit est assez bon ; la constipation est

(1) Leçon du 22 janvier 1927, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

habituelle ; 6 ou 7 jours se passent sans selles ; celles-ci sont normales.

La pression artérielle, le pouls sont impossibles à enregistrer, à cause de la microsphygmie.

L'examen du sang révèle une anémie assez marquée, avec 2.800.000 globules rouges et 70 % d'hémoglobine ; il y a 12.000 leucocytes, dont seulement 21 % de polynucléaires. Les hématies sont normales.

Cette enfant est une *idiote*. Elle est apathique, indifférente, ne reconnaît personne, ne s'intéresse à rien de ce qui se passe auprès d'elle ; elle ne distingue pas les aliments et ne paraît pas avoir de goût ; elle ne sait pas se servir de ses mains, ne peut se tenir sur ses jambes. Elle a un caractère désagréable. Dès qu'on l'approche pour l'examiner, elle se met à pousser des cris.

Le liquide céphalo-rachidien est normal.

Il n'existe aucun signe clinique de syphilis et la réaction de Bordet-Wassermann (H^8) est négative.

La cutiréaction à la tuberculine, négative à trois reprises, les 15 octobre, 7 et 17 novembre, a été positive le 5 janvier. Nous nous demandons si l'enfant s'est tuberculisée depuis qu'elle est dans le service. En tous cas, elle n'a aucun signe clinique et radiologique d'adénopathie trachéo-bronchique.

Du 2 au 19 décembre, on a pratiqué, à des intervalles de trois jours, six injections de 2 cc. d'un intrait thyroïdien préparé par M. Max Lévi, contenant son poids de glande fraîche Peut-être ont-elles amélioré légèrement le psychisme ; le poids n'a pas été influencé.

Le 10 janvier, nous avons commencé une nouvelle série d'injections d'un produit contenant 0 gr. 10 d'extrait thyroïdien par cc. ; à l'heure actuelle l'enfant a reçu une injection d'un demi cc. et quatre injections d'un cc.

Le poids, de 13 kgr. 300, le 9 janvier, est tombé, le 21 janvier, à 12 kgr. 350 ; l'infiltration des téguments semble diminuer.

Ces traitements ont été bien supportés.

Voici le deuxième enfant.

C'est un garçon né le 13 juillet 1923. Sa mère et un frère, son aîné de 4 ans, sont bien portants. Son père est en bonne santé ; il a été trépané pour une blessure de guerre. Un frère est mort à 15 jours. La mère n'a pas eu de fausse couche.

Cet enfant est né à terme après un accouchement normal ; il a été élevé au sein jusqu'à 9 mois, puis au biberon. Il a eu à 15 jours un léger coryza, et à 3 mois un ictère qui a duré une quinzaine de jours.

Vers l'âge d'un an, sa mère remarque son faible développement et le conduit à l'hôpital Trousseau. La réaction de Bordet-Wassermann est négative pour l'enfant et pour la mère. On porte le diagnostic de myxœdème. Un traitement thyroïdien amène une amélioration, au dire de la mère et de l'entourage.

L'enfant entre ici le 7 septembre 1925, à l'âge de 2 ans et deux mois.

A ce moment la taille est très petite (62 cm.), le poids faible (7 kgr. 800) : c'est une taille de 4 mois, un poids de 8 mois. Le rapport $\frac{P}{T} = 125$, ce qui correspond à 8 mois. Le buste mesure 40 cm., la hauteur réduite des membres inférieurs, 22 cm., le rapport $\frac{S}{B} = 0.55$. La circonférence thoracique mesure 48 cm., comme à 2 ans. Le coefficient de Pignet est de 7 au lieu de 18. La circonférence céphalique est de 45 cm. 5 comme à 1 an.

L'enfant présente le même aspect que la fille que nous venons de voir. Ses téguments sont infiltrés ; sa peau est pâle, son facies bouffi. La bouche est entrouverte, la langue grosse apparaît entre les lèvres, la fontanelle est largement ouverte. Il n'y a que 2 incisives médianes inférieures ; la première est apparue à 2 ans.

Le cou est court, le tronc gros, en tonneau on constate une petite hernie ombilicale.

Il y a de la monothermie (36°8-37°).

L'idiotie est complète. L'enfant ne se tient pas sur ses jambes.

Les radiographies montrent l'absence de tout point d'ossification au niveau du carpe, des métacarpiens, des phalanges et du radius.

Du 12 au 25 novembre, l'enfant prend 14 doses de 6 à 20 milligr. d'extrait thyroïdien, au total 188 milligr. Du 12 septembre au 17 octobre on pratique 16 séances de rayons ultra-violets.

Le poids ne se modifie pas.

Le 19 septembre, débute une rougeole et l'enfant quitte le service.

Depuis cette époque, il est dans le service de mon collègue Apert. Il prend par périodes plus ou moins longues, 0 gr. 10 par jour de poudre de corps thyroïde.

Il a actuellement 3 ans et demi. Son aspect myxœdémateux est toujours typique. L'idiotie est toujours complète. L'enfant ne marche pas. Il a 10 dents. Sa taille (64 cm.) s'est peu modifiée ; c'est celle d'un enfant de 6 mois. Son poids est de 8 kgr. 800 : c'est celui d'un bébé de 11 mois. Le rapport du poids à la taille est de 137 ; il correspond à peu près à l'âge. Son buste mesure 42 cm., la hauteur réduite des membres inférieurs est de 22 cm. ; le rapport $\frac{S}{B} = 0.52$; c'est celui d'un nouveau-né. Son périmètre thoracique est de 51 cm., ce qui correspond à son âge. Le coefficient de Pignet est toujours le même (7).

Depuis le mois de septembre 1923, nous avons soigné dans le service quatre autres petits myxœdémateux : une fille entrée le 27 septembre 1923 à l'âge de 5 mois ; une fille, entrée le 9 mars 1925 à l'âge de 3 ans et sept mois ; une fille entrée le 31 août 1925 à l'âge de 2 ans et neuf mois' A ces observations je joins celle d'une fille entrée en avril 1920 à l'âge de 2 ans et huit mois, que je cite dans une leçon sur les *hypotrophies de la petite enfance*, reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Troubles de la nutrition et de la croissance.*

***

Le myxœdème des enfants, a, tout d'abord, été observé et décrit dans la grande enfance. Sur 26 cas, réunis par Bourneville, en 1890, un seul a trait à un sujet de moins de six ans. Le fait s'explique, puisqu'il observait à l'hospice de Bicêtre, où on ne reçoit pas de nourrissons. C'est Lange, en 1899, qui le premier, je crois, a rapporté deux cas de myxœdème chez des enfants de 4 mois et de 11 mois. Depuis les observations se sont multipliées.

Toutes les observations se ressemblent.

Exceptionnellement, le myxœdème est reconnu dès la naissance ; le plus souvent c'est dans le milieu de la première année, qu'il est découvert par le médecin, soit par hasard, soit parce que les parents se préoccupent de l'état du bébé. Ils trouvent qu'il ne grandit pas, ou bien qu'il est trop gros, que sa dentition ne se fait pas, que son intelligence ne s'éveille pas, qu'il ne se sert pas de ses mains, qu'il ne marche pas en temps voulu. Peu à peu le tableau se précise. On note l'aspect de l'enfant, l'insuffisance et les particularités de la croissance, des symptômes divers, l'absence de développement intellectuel.

L'aspect de l'enfant est caractéristique. La peau est pâle, jaune, sèche, rude, assez souvent ichtyosique ; les téguments sont épais, fermes, infiltrés, mais la pression du doigt ne laisse pas de godet. Le tissu cellulaire sous-cutané est épaissi, il forme des bourrelets plus ou moins volumineux qui déforment le corps. L'ensemble paraît bouffi. Cet état des téguments est dû à l'augmentation du tissu adipeux sous-cutané et à une infiltration spéciale, qui caractérise le myxœdème.

Le visage est en pleine lune ; les joues sont grosses ; le nez est épaté, la bouche grande ; la langue fait saillie entre les lèvres, car il y a de la macroglossie. Les fentes palpébrales sont petites, les paupières gonflées. Le front est bas. Les cheveux sont plus ou moins fournis et souples ; souvent ils sont assez rares, secs, et il existe des plaques d'alopécie.

Le crâne est plus ou moins gros. La fontanelle antérieure, au lieu de se fermer à 6 ou 7 mois et de se souder vers 14 ou 15 mois, reste large et persiste à 2, 3 ou 4 ans.

Le cou est court, épais ; des saillies remplacent les creux sus-claviculaires.

Le tronc paraît trop long; il est volumineux, épais, a la forme d'un tonneau ; le ventre est gros et bombé; souvent il y a une volumineuse hernie ombilicale et un écartement exagérée des grands droits.

Les membres inférieurs sont gros et courts, déformés par des bourrelets adipeux. Les extrémités sont froides et cyanosées. Les pieds sont courts, tassés, avec le dos bombé, la face plantaire plane. Les mains sont courtes, larges, épaisses.

L'ANTHROPOMÉTRIE fournit des données intéressantes. Voyons les données que nous apporte l'examen des sept enfants dont j'ai recueilli les observations.

La *taille* doit être comparée à celle des enfants de même âge.

Un seul, âgé de 1 an, à la taille correspondant à son âge (70 cm.) ; il fait exception.

Les six autres ont des tailles inférieures à celles de leurs âges. Un enfant de 5 mois, qui mesure 51 cm., a la taille du nouveau-né ; un enfant de 2 ans et demi, qui mesure 70 cm., a la taille d'un an ; un enfant de 2 ans et neuf mois, qui mesure 68 cm., a la taille de 10 mois ; un enfant de 3 ans et sept mois, qui mesure 78 cm., a la taille de 22 mois. Un des enfants que je vous ai montrés, à 2 ans et deux mois, mesure 62 cm. et a la taille de 4 mois ; à 3 ans et demi, il mesure 64 cm. et a la taille de 6 mois. Un autre enfant, à 2 ans et huit mois, mesure 72 cm., et a la taille de quinze mois ; à 3 ans et dix mois il mesure 78 cm., et a la taille de 2 ans.

Donc les petits myxœdémateux ont une croissance staturale insuffisante.

En étudiant le rapport entre la longueur du buste et celle des membres inférieurs on voit pourquoi ces enfants restent petits.

Ce rapport, rapport de Manouvrier, s'exprime par les lettres $\frac{S}{B}$; B est la distance du vertex au plan du siège, S est la différence entre la taille T et le buste (T — B). montre quel est l'état de développement des membres inférieurs par rapport au buste.

Chez trois myxœdémateux, le rapport de Manouvrier a été :

Chez un enfant de 2 ans et demi		0,59
Chez un enfant de 2 ans etneuf mois		0,50
Chez un troisième	à 2 ans et deux mois	0,55
	à 3 ans et demi	0,52

Chez les myxœdémateux $\frac{S}{B}$ ne diffère pas beaucoup de ce qu'il est chez le nouveau-né (0,50).

Or, normalement, le nourrisson grandit principalement par l'allongement des membres inférieurs et le rapport $\frac{S}{B}$ augmente. Si le myxœdémateux ne grandit pas ; c'est parce que les membres inférieurs ne s'allongent pas.

Le volume du corps s'apprécie par le poids, par le rapport du poids à la taille $\frac{P}{T}$ et par le coefficient de Pignet. Pour le *poids* et le *rapport* $\frac{P}{T}$, nos myxœdémateux se rangent en trois groupes.

Dans le premier groupe, qui comprend trois enfants, ceux-ci ont des poids et des rapports $\frac{P}{T}$ égaux ou supérieurs aux moyennes de leurs âges et, *a fortiori*, de leurs tailles qui sont réduites.

Un enfant de 2 ans et demi, avec une taille de 1 an, a un poids de 3 ans et un rapport $\frac{P}{T}$ de 9 ans. Un enfant de 3 ans et sept mois, avec une taille de 22 mois, a un poids de 3 ans, et un rapport $\frac{P}{T}$ de 6 ans. Un enfant de 2 ans et huit mois, avec une taille de 15 mois, a un poids de 2 ans, et un rapport $\frac{P}{T}$ de 6 ans ; ce même enfant, à 3 ans et dix mois, avec une taille de 2 ans, a un poids de 3 ans et demi et un rapport $\frac{P}{T}$ de 7 ans.

Ces enfants sont donc petits et gros.

Dans une deuxième catégorie, qui comprend également trois enfants, les poids et les rapports $\frac{P}{T}$ sont plus petits que les moyennes de l'âge, mais sont égaux ou supérieurs aux moyennes des enfants de même taille.

Un enfant de 5 mois, avec une taille de nouveau-né, a un poids de 2 mois, un rapport $\frac{P}{T}$ de 4 mois. Un enfant de 2 ans et neuf mois, avec une taille de 10 mois, a un poids de 11 mois, un rapport $\frac{P}{T}$ de 12 mois. Un enfant de 2 ans et deux mois, avec une taille de 4 mois, a un poids et un rapport $\frac{P}{T}$ de 8 mois ; le même, à 3 ans et 10 mois, avec une taille de 6 mois, a un poids de 11 mois et un rapport $\frac{P}{T}$ de 17 mois.

Ces enfants sont petits et trop gros pour leurs tailles.

La troisième catégorie ne comprend qu'un enfant, celui d'un an, qui a la taille de son âge ; son poids est celui d'un bébé de 5 mois, le rapport $\frac{P}{T}$ celui d'un bébé de 4 mois. Il a une taille normale et est très maigre. Ce fait est exceptionnel.

Les myxœdémateux ont des *périmètres thoraciques* égaux ou supérieurs à ceux des enfants de mêmes âges et, par suite, à ceux des enfants de mêmes tailles.

Un enfant de 2 ans et demi, avec une taille d'un an, a un périmètre de 5 ans. Un enfant de 2 ans et nenf mois avec une taille de 10 mois, a un périmètre de 3 ans. Un enfant de 3 ans et demi, avec une taille de 6 mois, a le périmètre de son âge.

Quant au *coefficient de Pignet*, T — (P + circonférence thoracique), il permet d'apprécier la corpulence. Sa valeur est d'autant plus petite que la corpulence est plus grande. Avant un an, il est, normalement, de 12 à 20, d'après MM. Lesné et Binet. D'après M. Lucien Mayet, il est : à 1 an, de 12 ; à 2 ans, de 17, à 3 ans, de 22,5.

Chez des myxœdémateux de 2 ans et demi, de 2 ans et neuf mois, de 3 ans et demi, il est de 5, de 10,8, de 7. Il est donc extrêmement faible. La corpulence est très forte. Or ces bébés sont le contraire d'individus robustes ; comme je l'ai déjà fait remarquer, c'est à tort qu'on qualifie le coefficient de Pignet de coefficient de robusticité.

La *circonférence cranienne* est plus petite que celle des enfants de mêmes âges, égale ou supérieure à celle des enfants de mêmes tailles, c'est-à-dire que, pour certains, la tête paraît grosse. Un bébé de 5 mois, avec une taille de nouveau-né, à la circonférence d'un mois et demi. Un enfant de 2 ans et deux mois, avec une taille de 4 mois, a une circonférence d'un an. Un enfant de 2 ans et demi, avec une taille d'un an, a une circonférence d'un an. Un enfant de 2 ans et 9 mois, avec une taille de 10 mois, a une circonférence d'un an.

L'*ossification* est retardée, comme le démontrent les radiographies de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, du poignet et de la main. Normalement, apparaissent : de 6 à 12 mois, deux points d'ossification du carpe, un du grand os et un de l'os crochu ; de 24 à 36 mois, un troisième point carpien, celui du pyramidal, le point épyphysaire de l'extrémité inférieure du radius, les points épiphysaires inférieurs des quatre premiers métacarpiens et les points épiphysaires supérieurs des phalanges.

Or, des myxœdémateux d'un an, de 2 ans, de 3 ans et demi n'ont aucun de ces points d'ossification, un myxœdémateux de 3 ans et demi a seulement deux points au niveau du carpe.

Le retard de l'ossification se traduit également par la persistance de la grande fontanelle.

La *dentition*, au lieu de commencer à 6 mois,

débute tardivement. Un enfant d'un an n'a pas de dents. Des enfants de 2 ans et demi, 2 ans et huit mois, 2 ans et neuf mois, ont 4, 2, 5 dents. Un enfant a sa première dent à 2 ans, 2 incisives à 2 ans et deux mois, 10 dents à 3 ans et demi. Par contre un enfant de 3 ans et sept mois à 20 dents.

Je serai bref sur les SYMPTOMES DIVERS que peuvent présenter les petits myxœdémateux.

On note l'anorexie, la constitpation, la monothermie, parfois, de l'hypothermie, la microsphygmie, l'impossibilité de prendre la pression artérielle au sphygmomanomètre.

L'intelligence ne s'éveille pas. Le regard est vague ; l'enfant le fixe quelquefois sur un objet, mais il n'a pas l'air de voir. L'enfant ne reconnaît personne, même pas sa mère, ni sa nourrice. Il ne bouge pas, n'essaye pas de se servir de ses mains, ne se tient pas sur ses jambes, ne marche pas. Il est atteint de cette *idiotie myxœdémateuse*, qu'a bien décrite, pour la première fois, Bourneville chez des enfants plus âgés.

Nous n'avons pas étudié le *métabolisme basal* ; d'après les constatations faites dans la grande enfance, il est vraisemblablement abaissé.

EN SOMME, pendant les premières années de la vie, les myxœdémateux présentent des *symptômes communs* à tous les mxyœdémateux, l'aspect myxœdémateux, et des *symptômes particuliers* à leur âge, liés à l'influence de l'athyroïdie sur la croissance physique et intellectuelle. Ils ont de l'hypotrophie staturale et pondérale, du retard de l'ossification et de la dentition, une absence de développement intellectuel, de l'idiotie.

Dans la première enfance, le myxœdème entraîne l'*hypotrophie*. Celle-ci est bien différente de l'hypotrophie simple. Parmi les caractères différentiels, notons : le poids, le périmètre thoracique, la corpulence supérieurs aux moyennes des enfants de mêmes âges. Les myxœdémateux sont des hypotrophiques corpulents ; leur corpulence est le fait de la surcharge graisseuse et de l'infiltration des tissus ; ce sont des obèses ou des faux obèses.

Mais les myxœdémateux peuvent maigrir et avoir un poids faible, sous des influences diverses.

Peut intervenir d'abord la maladie myxœdémateuse elle-même, la *cachexie myxœdémateuse*, celle qu'améliore l'opothérapie thyroïdienne. Peuvent intervenir l'hygiène défectueuse, l'insuffisance ou la mauvaise composition de l'alimentation, les troubles digestifs, qui entraînent l'amaigrissement, mais rarement le poids et le rapport du poids à la taille sont inférieurs aux moyennes des enfants de même taille. Un seul de nos malades sur sept se trouvait dans cette condition.

***

Le myxœdème de la première enfance est un *myxœdème congénital*, lié à l'aplasie du corps thyroïde, à l'athyroïdie. Rarement il s'aigt d'un *myxœdème acquis*, dû à une lésion du corps thyroïde réalisée par une maladie infectieuse ; en pareille circonstance, il faut se rappeler que la maladie reste souvent occulte pendant les premiers mois de la vie et qu'il peut s'agir d'une simple coïncidence.

Le myxœdème enfin, dans certains pays, se rattache au *goitre endémique* ; il apparaît que l'enfant soit ou non porteur d'un goitre.

Hertoghe a écrit que, 9 fois sur 10, la mère d'un myxœdémateux congénital présentait tôt ou tard les symptômes d'un *myxœdème fruste*. Le fait, est en réalité, exceptionnel.

On note parfois l'*alcoolisme des parents* et notamment la conception en état d'ivresse, les *maladies infectieuses* chez les parents et en particulier chez la mère pendant la gestation.

L'*hérédité syphilitique* se rencontre dans quelques cas. Elle manque souvent. Sur les six enfants que nous avons observés depuis septembre 1923, on ne relevait aucune raison clinique de penser à la syphilis. Le Bordet-Wassermann était négatif chez cinq, légèrement positif (H^5) chez un, qui avait également un Hecht très légèrement positif.

On se demande pourquoi, dans le myxœdème congénital, les symptômes apparaissent plus ou moins tardivement.

On peut penser que, pendant la vie intra-utérine, les produits thyroïdiens, élaborés par la mère et parvenant au fœtus à travers le placenta, puissent suppléer à l'athyroïdie du fœtus et empêcher l'apparition d'un myxœdème fœtal. On peut penser également qu'après la naissance il puisse exister dans l'organisme de l'enfant une réserve de produits thyroïdiens qui suffisent à empêcher l'apparition des symptômes du myxœdème. Le fait ne serait pas isolé ; rappelez-vous que l'enfant vit pendant la première partie de sa première année avec la réserve de fer constituée pendant la vie intra-utérine.

On a invoqué, d'autre part, le rôle de l'allaitement naturel. On a pensé que les produits thyroïdiens passent dans le lait de la femme et subviennent aux besoins de l'enfant. M. Spolverini, par exemple, dans la *Revue d'hygiène et de médecine infantiles*, en 1909, a cité des enfants allaités par des nourrices atteintes d'un goitre simple, qui présentaient des signes d'hypothyroïdie ; ces enfants ont guéri par le changement d'alimentation et par le traitement thyroïdien.

Que nous apprennent, à cet égard, les observations de nos malades. Des cinq enfants dont nous avons retenu le mode d'alimentation, quatre ont été alimentés au sein : l'un jusqu'à 5 mois,

époque où nous l'avons vu, un jusqu'à 4 mois, puis à l'allaitement mixte jusqu'à 6 mois, deux jusqu'à 9 mois. Un seul avait été alimenté au lait condensé. Tous ces myxœdémateux ont présenté les mêmes caractères. Il ne semble donc pas que l'allaitement naturel fasse obstacle au développement du myxœdème.

On a invoqué encore la suppléance du corps thyroïde par le *thymus hypertrophié*. En réalité, chez les myxœdémateux, le thymus a un volume variable ; il peut être gros, normal, ou même petit. Comme je l'ai exposé, en 1923, dans *Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse*, il n'existe aucune preuve expérimentale de relations de suppléance entre le thymus et le corps thyroïde ; tout au plus, d'après MM. Destin et Zung, le corps thyroïde agit-il sur les fonctions régulatrices que le thymus exerce sur le métabolisme des nucléo-protéines.

Nous sommes donc obligés de reconnaître notre ignorance sur ces problèmes d'étiologie et de pathogénie.

***

Quoiqu'il en soit, dès qu'on a porté le diagnostic de myxœdème, il faut instituer l'OPOTHÉRAPIE THYROIDIENNE.

On prescrit, soit, par la voie buccale, la poudre de corps thyroïde desséché ou des extraits liquides qui paraissent préférables, soit, par la voie sous-cutanée, des extraits injectables.

On n'est pas d'accord sur les doses qu'il convient de donner. La dose moyenne, généralement conseillée, est de deux centigrammes d'extrait par année d'âge. C'est une dose de départ. Il ne faut pas craindre de donner des doses plus fortes. Les accidents, qu'on observait plus souvent autrefois qu'aujourd'hui, tenaient, pour la plupart, aux altérations des produits utilisés.

Les petits enfants tolèrent bien le corps thyroïde. Avec M. Max Lévi, nous avons donné à des cachectiques, âgés de moins d'un an, pesant de 3 à 4 kgr., en injections sous-cutanées, des doses quotidiennes de 0 gr. 10 d'extrait thyroïdien qui ont été très bien supportées ; le premier des malades, que je viens de présenter, a eu des injections d'un extrait à des doses correspondant à 2 gr. d'organe frais. Il faut néanmoins procéder avec prudence, commencer par des doses faibles et augmenter progressivement.

On institue d'abord le *traitement d'attaque* ; toutes les fois qu'on peut, il semble préférable d'employer les injections sous-cutanées, qui sont plus actives. On fait une injection tous les jours ou tous les deux jours, jusqu'à 15 ou 20 injections ; puis on interromp pendant 10 ou 15 jours, on recommence et ainsi de suite ; on varie les doses suivant la tolérance et les effets obtenus.

Il arrive un moment où l'enfant ne progresse plus. Il ne faut pas cesser le traitement ; on devra le continuer pendant toute la vie. On met alors en œuvre le *traitement d'entretien*, qu'on peut régler de différentes manières, soit une dose tous les deux jours sans interruption, soit une dose quotidienne pendant dix ou quinze jours, avec des repos de trente jours. Les doses seront plus faibles que pour le traitement d'attaque. La voie digestive est la seule pratique. De temps en temps pour donner un coup de fouet on peut faire une série d'injections sous-cutanées.

Les résultats du traitement sont quelquefois très appréciables ; souvent ils sont médiocres. Ces différences peuvent tenir, pour une part, aux modalités du traitement qui n'a pas été assez intensif. Jamais toutefois les enfants ne deviennent des sujets normaux.

Même quand le traitement a été précoce et, à plus forte raison, quand il a été tardif ou nul, les myxœdémateux congénitaux restent des anormaux. Vous pouvez vous imaginer ce que deviendront les malades que vous venez de voir, en regardant cette fille que nous soignons depuis six ans à la salle Parrot.

Vous trouvez son histoire dans plusieurs leçons publiées dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Troubles de la nutrition et de la croissance*.

Elle est née le 25 mai 1907.

Elle est entrée dans le service le 4 septembre 1920, à l'âge de 13 ans et quatre mois. Voici les photographies et les mensurations que nous avons faites à différents âges.

En mars 1921, à 13 ans et 10 mois, après 8 mois de traitement, elle mesure 105 cm., pèse 25 kgr. et a un rapport $\frac{P}{T}$ de 238.

En novembre 1924, à 17 ans et demi, elle mesure 114 cm., pèse 33 kgr. et a un rapport $\frac{P}{T}$ de 239.

Actuellement, elle a 19 ans et huit mois. Sa taille est de 126 cm., son poids de 36 kgr. 700 ; le rapport du poids à la taille est 288. Le buste mesure 68 cm.5, la hauteur réduite des membres inférieurs est de 57 cm.5, le rapport $\frac{S}{B}$ = 0,83

Cette fille de 19 ans et demi a la taille d'une enfant de 10 ans, le poids d'une enfant de 13 ans et demi, le rapport du poids à la taille d'une enfant de 15 ans, le rapport de Manouvrier d'une enfant de 10 ou 11 ans.

D'autre part le périmètre thoracique xiphoïdien mesure 82 cm. 5, le coefficient de Pignet, est de 6,8, le périmètre cranien de 57 cm. Cette fille a la circonférence thoracique d'une fille âgée de plus de 16 ans, un coefficient de Pignet plus faible que celui d'un enfant d'un an, la circon-

férence cranienne d'une grosse tête d'adulte. Elle est petite et volumineuse. C'est une obèse, mais avec de la « mauvaise graisse ».

L'aspect myxœdémateux est toujours caractéristique. La tête est grosse, le faciès lunaire, le teint blafard. Les lèvres sont épaisses. Ses cheveux sont assez fournis. Le cou est court, le thorax en tonneau, le ventre gros et bombant. Les membres inférieurs sont courts et épais.

Les seins sont formés ; il y a des poils fournis à la région pubienne, quelques poils dans la région axillaire. Cette fille a eu ses premières règles novembre 1925, à l'âge de 18 ans et demi. A ce moment les pertes sanguines ont été très abondantes, elle a eu des métrorragies, dont j'ai parlé au cours d'une leçon sur les *Ménorragies et métrorragies de la puberté,* parue dans *La Clinique* de mai 1926 ; nous avons même demandé au chirurgien s'il n'y aurait pas lieu de pratiquer un curettage, car on pouvait penser à des altérations de la muqueuse. Puis ces métrorragies se sont arrêtées. Actuellement les menstruations sont régulières, d'abondance moyenne, d'une durée normale.

Le métabolisme basal étudié par M. Janet et par M. Lebée à plusieurs reprises est devenu normal : en juillet 1923, il était inférieur à la moyenne, de 39 %, de 26 au lieu de 43 ; en avril 1926, il était de 37.8, la moyenne étant de 38.

Les radiographies des poignets et des mains montrent que l'ossification s'est poursuivie ; elle n'est cependant pas absolument conforme à l'âge ; les interlignes diaphyso-épiphysaires des extrémités inférieures des quatre premiers métacarpiens et de l'extrémité supérieure du premier persistent, alors qu'ils se soudent de 16 à 18 ans ; de même ceux des extrémités supérieures des phalanges, dont la soudure a lieu normalement de 18 à 20 ans. Les interlignes sont larges au niveau des extrémités inférieures du radius et du cubitus ; à cet âge, il est vrai, ils ne sont pas encore soudés. Enfin au niveau du carpe les espaces interosseux sont encore très larges. L'ossification présente donc du retard. Elle se poursuit cependant si on compare la radiographie actuelle, à l'âge de 19 ans, et la radiographie faite à l'âge de 15 ans.

Etudions l'état psychique. Quand nous avons vu cette enfant, à 13 ans, elle était complètement idiote. A l'heure actuelle, l'idiotie est moins complète ; mais elle persiste. L'enfant ne reconnaissait personne ; maintenant elle reconnaît les personnes qui l'entourent. Elle ne souriait pas ; maintenant elle sourit, mais, en réalité, son sourire est béat et n'a pas grande expression. Son caractère est tranquille. Elle s'occupe à des travaux simples dans son lit. Elle marche difficilement et ne marche pas seule.

Telles sont les quelques remarques que j'ai cru utile de vous exposer à propos du myxœdème de la première enfance et de l'avenir des enfants qui en sont atteints.

TRAITEMENT DU GOITRE EXOPHTALMIQUE A USSAT

D'abord en 1899, puis en 1904, au Congrès d'hydrologie de Grenoble, et, en 1913 au Congrès de Madrid, où nous avons eu l'honneur de voir le prof. A. Robin corroborer nos propositions, nous avons présenté des cas de guérisons du goitre exophtalmique survenues à la suite d'une cure thermale à Ussat.

C'était un nouveau chapitre qui venait s'ajouter à la renommée que la station s'était acquise pour le traitement des maladies des femmes et des maladies nerveuses.

Les cas nombreux que nous avons eu à soigner depuis viennent confirmer nos dires et nous pouvons répéter avec plus de force que les bains d'Ussat guérissent le goitre exophtalmique pur.

Si, dans ces cas, l'amélioration est rapide et totale, au point que les préliminaires sont manifestes du 12e au 15e jour de la cure, il n'en est pas de même dans les cas de goitre basedowifié où, malheureusement, après la disparition de la tachycardie, de l'exophtalmie, des tremblements, des phénomènes vaso-moteurs, et la diminution légère du corps thyroïde, celui-ci reste toujours assez gros, sans cependant reprendre le volume qu'il avait avant la crise basedowienne.

Nous avons également remarqué que l'affaissement du corps thyroïde est un peu retardé dans les cas qui ont été préalablement soumis au traitement radiothérapique, et ce n'est qu'après une cure renouvelée que les eaux produisent leur plein effet.

L'action des rayons X, quand elle est favorable, se manifeste, dès les premières séances, sur la glande qui ne se trouve plus influencée, au dire des malades, après la dixième séance.

Dans tous les cas, cette action est incomplète, irrégulière et laisse intacts un ou deux des symptômes de la triade basedowienne : exophtalmie ou tachycardie. Si le corps thyroïde reste un peu gros, il semble qu'il est plus résistant à la modification thérapeutique des eaux, ce qui porterait à croire que, sous l'influence des rayons X, il a subi un certain degré d'induration, de sclérose qui le rendrait réfractaire, jusqu'à un certain point, aux émanations radio-actives des eaux.

C'est pourquoi il serait prudent et logique,

quand cela est possible, avant de poursuivre un traitement de cette nature, de conseiller au malade un traitement à Ussat, pour qu'il en recueille, sans obstacle, les résultats les plus complets et les plus rapides. Il en a été ainsi chez une jeune femme de 34 ans, dont le goitre a eu une évolution précipitée, à la suite d'une ablation du sein gauche, après 3 interventions sur le sein droit pour une maladie kystique, et qui, en 2 mois, avait maigri de 11 kgr. Son médecin, le docteur Amar, de Paris, lui conseilla Ussat d'où elle est repartie guérie, après un séjour d'un mois, avec une augmentation de poids de 3 kgr.

Nous avons dit que les effets favorables de la cure se montraient du 12e au 15e jour. Ce sont d'abord les divers tics de la face ou des membres, la grande instabilité dont se plaignent les malades, qui s'atténuent et disparaissent. A ce moment le malade éprouve un certain calme qui s'accompagne d'une légère lassitude et le pouls tombe aux environs de 100. Les yeux se ferment mieux, la glande thyroïde s'amollit, n'occasionnant plus cette sensation de pression, de tiraillement qui irrite le sujet. Il y a un synchronisme parfait dans l'apparition de ces phénomènes. Le processus curatif se poursuit de jour en jour et il n'est pas rare de constater au 20e jour, 85-90 pulsations, les yeux rentrés mais encore durs, et le corps thyroïde à peine un peu plus développé qu'à l'état normal.

A partir de ce moment on peut considérer le malade comme guéri : les forces reviennent, l'inquiétude a cessé, le sommeil est bon, il envisage l'avenir sous un jour moins sombre, il se reprend à espérer.

Nous ne pouvons mieux traduire notre pensée qu'en résumant les renseignements que nous donne le mari d'une malade, deux mois après sa cure : l'état se relève peu à peu ; le lobe droit du corps thyroïde reste un peu gros, mais ne donne plus la sensation de tiraillement ; les pulsations tombent à 80-85 ; le poids s'est accru de 2 kgr., les forces reviennent, la nervosité s'atténue malgré les contrariétés qui surviennent à l'occasion d'un changement de résidence (logement, affaire nouvelle).

Nous devons ajouter que cette malade âgée de 51 ans, en ménopause depuis 15-16 mois, avait son pouls à 130-140 à son arrivée à la station, souffrait fréquemment de crises de tachycardie paroxystique avec 180-200 pulsations et durant plusieurs jours, qu'elle était continuellement sous le coup d'une angoisse très pénible avec la phobie de l'arrêt du cœur, ne pouvant jamais rester seule, surtout pendant la nuit, avec un sommeil de très courte durée ; que, malgré une alimentation copieuse, sans diarrhée, elle perdait du poids tous les jours et que sa grande faiblesse lui interdisait toute marche, même légère ; qu'en outre, son cou était très développé, surtout à droite, le regard brillant sans exophtalmie.

Les traitements antérieurs n'avaientpas donné des résultats : hémato-éthyroïdine, rayons X (10 séances environ).

Il nous serait facile de multiplier les observations. Mais, comme dans une certaine mesure, toutes se ressemblent, nous nous contenterons d'en donner une troisième qui offre quelque intérêt, parce que la maladie datait de 15 ou 16 ans. Madame le docteur Kouindjy nous l'adresse en ces termes : « Je vous recommande tout particulièrement Mme C., atteinte de maladie de Basedow. Elle va un peu mieux à la suite d'un traitement prolongé par les rayons X et par un traitement médical que je lui ai fait suivre, pendant des mois au salicylate de soude, quinine et hémato-éthyroïdine, etc... »

A l'arrivée de cette malade dans la station (1923) nous faisons les constatations suivantes : Mme C., 52 ans, d'origine russe, en ménopause depuis 2 ans, pouls 125, exophtalmie prononcée, asthénie très grande, tremblements des membres, instabilité remarquable, tics de la face prononcés surtout à droite, pas d'hypertrophie du corps thyroïde, malade depuis 15 ans, a fait 52 séances de rayons X, échelonnées sur plusieurs années, est même allée se faire soigner en Allemagne, a parfois des crises de tachycardie paroxystique qui durent de 36 à 48 heures.

20 août, après 15 jours de traitement, pouls à 88, exophtalmie bien diminuée, tics également ; quelques jours plus tard, à son départ, pouls 85, exophtalmie en voie de disparaître, tics totalement supprimés.

Revue en 1924 à peu près guérie, a pu s'occuper pendant l'hiver ; en 1925 et 1926, la guérison se maintient avec un pouls à 72.

Ces jours-ci nous recevons du prof. Stierer, de Vienne (Autriche) l'annonce de l'envoi d'une de ses parentes pour faire une cure parce qu'il a pu en constater les bons résultats chez un de nos malades, qu'il avait vu à son passage à Vienne avant et après le traitement.

Nous n'ajouterons aucun commentaire.

Dr E. PUJOL.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Vaccino et protéinothérapie endonasales contre des petites infections bucco-naso-pharyngées.

Nombreux sont les sujets de tous âges qui, sans être positivement malades, présentent un état chronique, de petites infections des muqueuses tapissant les diverses cavités faciales, avec sécrétions augmentées, naso-pharyngite, gingivite, pyorrhée alvéolo-dentaire. A chaque instant, se produisent des poussées infectieuses, avec névralgies craniofaciales, réaction fébrile légère, hypertrophie des ganglions cervicaux ; celles-ci disparaissent en quelques jours.

Mais à la longue, par déglutition des sécrétions purulentes, peut apparaître de la gastro-entérite chez l'enfant, et chez l'adulte de la dyspepsie gastro-intestinale avec congestion hépatique, etc. Or, ces troubles sont particulièrement tenaces et rebelles aux divers traitements, tant que persiste l'infection causale.

Pour atteindre celle-ci, à peu près inaccessible aux moyens ordinaires, il a semblé logique au Dr ALQUIER de combiner la vaccination aux chocs humoraux que permet la protéinothérapie, en les appliquant au point de départ même de l'infection, c'est-à-dire par voie endonasale. Ces liquides étaient introduits dans les narines au moyen d'un pulvérisateur, ou d'un tampon d'ouate laissé quelques instants en place.

L'auteur a employé le vaccin de Béal et Levaditi, constitué par le mélange de microbes morts, provenant de cultures sélectionnées renfermant les principales espèces (spirochètes et bactéries) pathogènes de la flore des cavités naso-bucco-pharyngiennes avec addition d'une solution de stovarsol, qui est spirillicide et de plus, enlève au vaccin son odeur de pus. Il peut y avoir, rarement d'ailleurs, au début du traitement une réaction congestive des muqueuses et des conjonctives.

Pour la protéinothérapie, c'est la caséine du lait au 1/10e qui a été utilisée, en suspension dans l'eau, avec addition de bicarbonate ou de salicylate de soude en quantité égale à celle de la caséine.

Chez l'enfant on pulvérise, la tête couchée sur le côté correspondant à la narine traitée, une ampoule de vaccin par jour, en une ou deux fois. Ce qui tombe dans la gorge est avalé ; ne pas se moucher dans les minutes qui suivent. Cette pulvérisation est renouvelée un jour sur deux. Les phénomènes infectieux s'amendent avant la fin de la première semaine ; en quinze jours, généralement, le résultat est acquis. Mais l'immunisation est brève, les rechutes possibles; on les combattra de la même façon sans prolonger l'emploi du vaccin après sédation de chaque poussée.

Chez l'adulte également, le vaccin n'est indiqué qu'en présence des signes locaux de petite infection ; en quelques jours on améliore de la même façon l'état local, les ganglions du cou, la dyspepsie ; ici encore on cesse le vaccin, aussitôt le résultat obtenu. Il est d'ailleurs à remarquer que ce vaccin n'agit que localement ; et si les voies respiratoires inférieures sont prises, l'infection continuera à s'y développer. Par contre, les troubles oculaires, qui accompagnent parfois les infections naso-sinusiennes peuvent être favorablement influencés par le vaccin endonasal.

Quant à la protéinothérapie, elle procure dans certains cas un soulagement immédiat, comparable à celui des instillations d'adrénaline-cocaïne. C'est un moyen précieux d'atténuer certaines crises de dyspnée asthmatiforme, de calmer pendant plusieurs jours des accès d'étouffement.

Certes la vaccinothérapie et la protéinothérapie varient dans leurs effets d'un sujet à l'autre ; mais, depuis sept mois, sur une centaine de cas, l'auteur a établi que le vaccin représentait un agent thérapeutique de premier ordre dans toutes les infections nettement caractérisées bucco-naso-pharyngées. La protéinothérapie est indiquée lorsque, l'infection semblant éteinte ou très rapide, persistent des troubles attribuables à une cellulite tenace, à poussées subintrantes, avec troubles de l'innervation végétative, et plus spécialement, en cas de crises dyspnéiques asthmatiformes.

Bref, le vaccin endonasal s'adresse à l'infection, la protéinothérapie, aux troubles d'ordre humoral. (*Gazette des hôpitaux*, 10 novembre 1926.)

Le traitement des retards de la marche par les rayons ultra-violets.

Les rachitiques marchent tard, vers dix-huit mois, deux ans, parfois davantage, et l'on attribue volontiers ce retard à l'insuffisance musculaire, si frappante chez les rachitiques, et qui, avec les déformations osseuses, l'intumescence des organes lymphoïdes et l'état d'anémie, constitue la caractéristique du rachitisme.

On sait d'autre part que lorsque ce rachitisme suit son évolution normale vers la guérison, un des premiers signes d'amélioration est justement la disparition de l'hypotonie musculaire : c'est à

ce moment que l'enfant commence à se tenir debout et à faire ses premiers pas.

D'après MM. MOURIQUAND et BERNHEIM, il est aisé de constater l'action très efficace des rayons ultra-violets sur cette hypotonie musculaire au cours du traitement : les muscles prennent plus de tonicité ; ils deviennent fermes, augmentent de volume.

Les auteurs ont réuni vingt-quatre cas probants, enfants de 17 mois à 4 ans, rachitiques, n'ayant jamais marché ou ne marchant plus. Tous ont subi une ou plusieurs séries d'irradiations ultra-violettes au moyen de la lampe de quartz à vapeur de mercure (1.500 bougies ; distance du brûleur au plan du lit, 90 centimètres).

Chaque série comprend dix séances. Cinq séances deux fois répétées, dont la durée augmente progressivement d'une à cinq miunutes pour les enfants âgés de moins d'un an. Chez les enfants âgés de plus d'un an, la durée des dix séances augmente d'une à dix minutes.

Deux échecs de traitement seulement ont été notés chez les hérédosyphilitiques très hypotrophiques. Chez les autres, au contraire, dès la première série d'irradiations, les enfants ont commencé à se tenir debout. Après la deuxième, la troisième au maximum, ils pouvaient marcher soutenus, puis la marche est devenue normale.

Cette influence remarquable des rayons ultra-violets sur la marche mérite de retenir l'attention en médecine infantile. (*Lyon médical*, 31 octobre 1926.)

Les métrorrhagies des jeunes filles.

Il est bien vrai de dire, avec le Dr GASNE, que c'est là une question décevante pour le praticien ; l'étiologie de ces métrorrhagies ne repose, en effet, souvent que sur des probabilités, en raison des difficultés d'interrogatoire et d'examen ; d'autre part, leur traitement reste souvent lent et incomplet, même quand le diagnostic étiologique a été posé avec quelque certitude.

Quelques renseignements utiles, mais non certains, peuvent résulter de ce que les causes d'ordre extragénital provoquent en général des hémorrhagies de sang pur, survenant d'abord et pendant longtemps uniquement sous forme de ménorragies, tandis que les lésions génitales donnent du sang le plus souvent mélangé de mucus ou de muco-pus, et survenant dans l'intervalle des règles aussi bien que lors des périodes menstruelles. Quand enfin la cause de ces hémorrhagies est génitale, elles sont accompagnées de phénomènes locaux et notamment de douleurs.

Ces métrorrhagies peuvent être de *cause circulatoire* : maladie de cœur (et surtout rétrécissement mitral pur), néphrite chronique, affection hépatique, chlorose, hémophilie, tuberculose ou syphilis héréditaire.

D'*origine endocrinienne*, elles sont dues surtout à l'hyperovarie ; on les traite alors par l'opothérapie hypophysaire et mammaire (pendant trois semaines, à chacun des deux repas, un cachet avec poudre d'hypophyse : dix centigrammes, poudre de glande mammaire : trente centigrammes et au besoin un centigramme de poudre de thyroïde, la thyroïde semblant être le meilleur régulateur des sécrétions endocriniennes). S'il y a instabilité ovarienne, avec association d'hyper et d'hypoovarie, on donne des doses faibles de thyroïde (un à deux centigrammes par jour). Il peut aussi s'agir d'hyperthyroïdie(proscription absolue du traitement thyroïdien, hématothyroïdine, et surtout 10 à 20 centigrammes par jour d'extraits hypophysaires, qui sont vaso-constricteurs du corps thyroïde), ou encore d'instabilité thyroïdienne (avec œdèmes paroxystiques, migraines, dermatoses, anaphylaxie alimentaire ou respiratoire, troubles psychiques, décalcification dentaire) : traitement thyroïdien faible, prudent, surveillé, avec récalcification.

Quant aux métrorrhagies d'ordre local, chez les jeunes filles, on peut trouver toutes les tumeurs, mais le plus souvent, c'est le polype muqueux, l'adénome unique ou multiple, du corps et du col, ou encore simplement une muqueuse épaisse, ramollie, extrêmement vasculaire. Ici, le curettage est particulièrement indiqué et peut amener une disparition complète des hémorrhagies ; mais, le plus souvent, des récidives nécessitent des curettages successifs. E n cas de fibrome bien diagnostiqué, la radiothérapie a l'avantage de conserver l'hymen inctat, mais elle expose plus à la stérilisation des ovaires.

En dehors du traitement local, voici quelques conseils pour traiter l'hémorrhagie en elle-même ; repos absolu au lit, la tête basse, pris à chaque flux menstruel ; celui-ci, au bout de trois à quatre mois, peut ainsi se régulariser. La vessie de glace sur le ventre pourra être employée comme adjuvant ; les injections très chaudes , difficiles à employer pour d'autres raisons, sont en général peu recommandables. Si l'hémorrhagie n'est pas immédiatement sérieuse, donner des hémostatiques : hydrastis et hamamélis, hémostyl, anthéma ; si l'hémorrhagie est grave, donner de l'ergotine, ou du chlorhydrate d'émétine, d'hydrastinine, des injections intra-musculaires de rétropituitine.

Schwartz a obtenu la cessation définitive d'une hémorrhagie sérieuse par une injection intra-veineuse de dix cent. cubes d'une solution de citrate de soude. à 30 p. cent. (*La Consultation*, septembre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur les vomissements habituels des nourrissons.

(M. A.-B. Marfan. — *Académie de médecine* ; 24-5-1927.)

M. Marfan présente quelques remarques à propos de la communication récente de M. Rousseau Saint-Philippe sur les vomissements à répétition des nourrissons.

M. Rousseau Saint-Philippe a invoqué le mode d'alimentation comme une des causes prédominantes des vomissements à répétition des nourrissons. Selon M. Marfan, ce facteur ne serait pas primordial, tout au moins dans l'affection appelée par lui « maladie des vomissements habituels ». L'état morbide en question s'observe aussi bien chez l'enfant au sein que chez celui nourri au lait de vache. Les troubles débutent en général avant le troisième mois, parfois dès les premiers jours. Ils consistent en vomissements se produisant après les repas, qui continuent pendant des semaines et des mois. La maladie a des phases d'exacerbation et des périodes de calme relatif. Elle est indépendante de tout rétrécissement organique du pylore et le spasme pylorique n'y est qu'un élément inconstant, comme le montre la radiographie.

Les recherches de M. Marfan l'ont conduit à penser que cette affection, sorte de gastro-névrose émétisante, est le plus ordinairement en relation avec la syphilis congénitale et guérit généralement assez vite par le traitement spécifique.

Education sexuelle et prophylaxie des maladies vénériennes.

(M. René Martial. — *Académie de médecine* ; 24-5-1927.)

La prophylaxie moderne des maladies vénériennes s'appuie surtout en France sur la thérapeutique. Guérissez, dit-on, les vénériens rapidement, blanchissez par une cure d'attaque énergique les accidents contagieux, et vous verrez la contagion s'atténuer, les maladies vénériennes devenir plus rares.

A la vérité, il ne faut ni mésestimer, ni surestimer ce moyen de prophylaxie. Mais il est insuffisant et il est nécessaire d'y associer d'autres mesures. La pommade au calomel de Metchnikoff a quelquefois son utilité. L'éducation sexuelle peut rendre également des services. Qui doit être chargé de donner aux jeunes gens les avertissements convenables ? L'école ne paraît pas convenir à ce but. Le médecin et la famille sont beaucoup mieux désignés pour remplir ce rôle.

— M. Jeanselme expose son opinion sur la prophylaxie des maladies vénériennes par l'éducation sexuelle. C'est à l'approche de la puberté que cette éducation a le plus d'importance. Les jeunes ouvriers pourront y être initiés dans les œuvres post-scolaires par des médecins recrutés parmi les membres des ligues antivénériennes. L'éducation sexuelle des collégiens pourra être faite par le médecin de lycée, dans des entretiens familiers et non dans des leçons didactiques, en groupant les élèves susceptibles de tirer avantage de telles causeries.

Pour la jeune fille, le problème est plus délicat. Si l'ouvrière qui vit dans la promiscuité de l'atelier ou de l'usine doit être mise en garde contre le péril vénérien, en est-il de même de la jeune fille qui fait ses études dans un établissement scolaire ? Les instituteurs et les institutrices suivront toujours utilement, tant dans leur intérêt personnel que dans celui de leurs futurs élèves, cet enseignement.

— M. Chauffard pense que l'éducation sexuelle a sa valeur, surtout pour les jeunes gens, exceptionnellement pour les jeunes filles, mais ce n'est pas là œuvre scolaire, ni matière à conférences. Une instruction de ce genre a besoin d'être plus discrète, plus familière, et il semble que c'est au père pour les garçons, à la mère pour les jeunes filles, qu'il appartient de la donner, au moment et sous la forme qu'ils jugeront le mieux convenir. Ce sera là, sans doute, une précaution non à dédaigner ; elle ne saurait toutefois assurer une prophylaxie dont la moralité et l'exemple d'une saine vie familiale resteront toujours la meilleure garantie.

Radiothérapie et pilocarpine dans le traitement du syndrome de Mikulicz.

(MM. Pasteur Vallery-Radot, P. Gibert, Blamoutier et Weyland. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-3-1927.)

Parmi tous les traitements préconisés dans le syndrome de Mikulicz (arsenic, mercure, iode, opothérapie, exérèse), celui de choix est la radiothérapie, qui peut agir à la fois sur la tuméfaction glandulaire et la fonction salivaire. La pilocarpine est également à conseiller quelquefois pour son action excito-sécrétoire de la salive.

Adénopathies inguinales et affections du col utérin.

(MM. Louste, Ducourtioux et Lotte. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-2-1927.)

MM. Louste, Ducourtioux et Lotte reviennent sur la question des adénopathies inguinales dans les affections (chancre mou, syphilis, etc.) du col utérin. Schwartz, Balzer, Mauriac, Fournier ont signalé ce siége inguinal de l'adénopathie, dans les cas de chancre (simple ou syphilitique) du col utérin. L'ana-

tomie (travaux de Mascagni, de Poirier) montre les relations lymphatiques entre le col de l'utérus et les ganglions de l'aine et permet de comprendre la possibilité de cette adénite inguinale.

Si donc, les ganglions pelviens, qui desservent mieux les lymphatiques du col, sont ceux où doit siéger l'adénopathie dans les cas habituels, il convient d'admettre la possibilité du bubon inguinal dans les chancres du col.

Prurit vulvaire guéri par une hystéropexie.

(M. Louis Bory. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-2-27).

On connaît la résistance à la thérapeutique de certains prurits ano-vulvaires dits esssentiels, ainsi appelés d'ailleurs parce que leur étiologie nous échappe. Cette étiologie comprend des causes générales et des causes locales. Parmi celles-ci, M. Louis Bory en signale une, que le résultat du traitement lui a permis d'apprécier. Une de ses malades, se plaignant depuis plus de vingt ans de prurit ano-génital rebelle aux thérapeutiques habituelles, présentait, à l'examen gynécologique, une rétroversion utérine très accentuée. L'auteur conseilla l'intervention chirurgicale qui fut acceptée. A la suite de l'opération, le prurit disparut complètement.

— M. Clément Simon remarque qu'il devrait être classique d'examiner gynécologiquement toute femme atteinte de prurit vulvaire. Il est fréquent, alors, de trouver non pas une rétroversion mais des fibromes utérins qui conditionnent le prurit.

— M. Lortat-Jacob reconnaît avec M. Bory le rôle des troubles génitaux-anaux pour localiser le prurit périnéal, mais dans les cas rebelles il s'agit d'une véritable topoalgie, et tout ce qui contribue à changer le psychisme des malades intervient heureusement pour le modifier. L'auteur traite les cas graves de prurit par la méthode de Déjerine, l'isolement, l'engraissement, la psychothérapie, en laissant de côté, de parti pris, la thérapeutique locale, en dehors des soins simples de la peau, car toute médication dirigée localement contre le prurit périnéal fixe les sensations et aggrave l'affection ; tout ce qui modifie le psychisme tend au contraire à son amélioration.

La syphilis et les maisons de tolérance.

(M. L. Bizard. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-2-1927.)

M. Bizard présente une statistique comparée des cas de syphilis récentes observés, de 1917 à 1927, chez les prostituées en maisons et chez les prostituées libres : 26 cas pour les premières et 4.361 cas pour les secondes. Et encore, sur les 26 syphilis récentes et contagieuses constatées dans les maisons de tolérance, 19 concernaient des femmes arrêtées lors de la première visite, avant leur entrée véritable dans la maison.

Certes, cette statistique, comme toutes les statistiques, comporte des éléments d'erreur. Elle n'en indique pas moins l'énorme supériorité au point de vue de la contagion syphilitique de la maison de tolérance sur la prostitution libre. Il faut, dit l'auteur, se féliciter grandement du bon état sanitaire de ces maisons pour cette raison importante qu'elles sont fréquentées, annuellement, à Paris, par plus de un million de clients : une d'elles accueille le samedi et le dimanche environ 1000 hommes que se distribuent dans la journée les pensionnaires, au nombre de 60 à 80.

Il semblerait qu'une telle constatation dut faire désirer le maintien des maisons publiques par tous ceux qui s'intéressent à la prophylaxie des maladies vénériennes. Et pourtant, en fait, il n'en est rien. A la commission de prophylaxie des maladies vénériennse au Ministère de l'Hygiène, deux médecins seulement (M. Milian et M. Bizard) ont voté pour leur maintien. Il est des syphiligraphes qui se montrent d'irréductibles ennemis de ces maisons, attendant, semble-t-il, que le règne de la vertu vienne éteindre la syphilis. Le mot d'ordre à la mode est : la prophylaxie par le traitement ! Les dispensaires, les consultations antivénériennes se multiplient... et la syphilis ne diminue pas !

En dehors de la prophylaxie par le traitement, qui est certes un bon moyen de lutte contre la syphilis, il est indispensable d'organiser une surveillance médicale bien comprise des prostituées et incontestablement la prostituée de maison est la plus facile à surveiller.

— M. Thibaut apporte une statistique recueillie dans le service de M. Louste, confirmative de l'opinion de M. Bizard. Sur 58 chancres constatés à la polyclinique Hillairet, 4 avaient été contractés en maison de prostitution et 54 en dehors. La maison publique est un excellent instrument de prophylaxie antivénérienne.

— M. Burnier donne le relevé des syphilis récentes traitées au dispensaire de la clinique du professeur Jeanselme. En 1926, le nombre des cas de syphilis récentes s'est élevé à 490 (il était de 451 en 1925, la syphilis ne régresse donc pas à Paris). Sur ce chiffres, 56 % ont été contractées avec des prostituées racolant sur la voie publique, 11 % avec des filles de salle et de restaurant qui se livrent clandestinement à la prostitution, et *trois* pour cent seulement avec des femmes de maison de tolérance.

On devrait pouvoir arriver à un meilleur résultat encore et supprimer, ou presque, toute contamination dans les maisons, en faisant, par exemple, 2 visites au lieu d'une par semaine, et en faisant ces visites inopinément, sans prévenir du jour et de l'heure, ce qui éviterait les quelques fraudes qui peuvent se produire.

— M. Sabouraud remarque que les adversaires des maisons de tolérance mêlent aux questions de fait des questions de sentiment, qui n'ont rien à voir en la matière.

Herbe aux verrues.

(M. P. Michon. — *Soc. derm. de Nancy* ; 26-1-1927.)

Une jeune fille, affligée de nombreuses verrues vulgaires des mains et avant-bras, cautérisées par cryo et galvano-thérapie, est en pleine récidive. Elle commence à appliquer, matin et soir chaque jour sur les lésions, du suc frais d'*Euphorbia helioscopia* (vulg : euphorbe réveille-matin ou herbe aux verrues). Le résultat est, en un mois, la disparition de tous les éléments traités, même les plus volumineux, sans persistance d'aucune cicatrice. Les applications ont déterminé une sensation peu durable de picotements et une légère rubéfaction. Une application intempestive d'une gouttelette sur le rebord palpébral à causé, après 12 heures, une phlyctène avec œdème des paupières. La plante peut être conservée fraîche, en bouquets dans l'eau, pendant quelques jours.

Il s'agit d'un traitement simple, dont l'inconvénient est de ne pouvoir s'appliquer en toute saison et d'échapper à toute surveillance médicale.

P. L.

L'ALLONAL COMME ANALGÉSIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Par le Dr Quénée.

La lutte contre la douleur a été de tous temps l'un des points les plus discutés et aussi les plus importants de la thérapeutique. La première chose en effet que demande le malade est le soulagement de son mal. Il y a, de plus, un gros intérêt à supprimer l'intoxication que causeront l'absence de sommeil et l'agitation provoquées par la douleur. La diversité et le nombre des médications sédatives proposées montrent assez leur importance, et prouve aussi qu'aucune ne peut être indiquée dans tous les cas : à chacune ses indications propres.

Schématiquement on a distingué :

Les anesthésiques, locaux et généraux ; type : cocaïne et ses dérivés ou chloroforme.

Les hypnotiques qui déterminent le sommeil sans agir sur l'élément douleur ; type : somnifène.

Les antipyrétiques qui agissent sur la fièvre et l'agitation consécutive ; type : antipyrine.

Les analgésiques enfin, qui ont une action presque exclusive sur la douleur.

Quoique les indications de chacune de ces classes de médicaments soient précisées, dans beaucoup de cas, elles se chevauchent entre elles ; les antipyrétiques agissent parfois sur l'élément douloureux ; les analgésiques permettent le sommeil par la sédation de la douleur ; les hypnotiques, en diminuant la sensibilité et les réactions du patient, semblent être analgésiques dans certains cas. Surtout il n'y a pas intérêt à trop schématiser ces indications, et même on pourra avec avantage associer à l'élément analgésique qui apaise la douleur, l'élément hypnotique qui calme l'agitation, conséquence fréquente de certaines algies aiguës et qui dissipe l'angoisse née de la crainte d'une nouvelle crise, déterminant ainsi un sommeil tout à fait tranquille.

Les plus anciens et les plus connus des analgésiques sont les opiacés ; la morphine a passé longtemps pour le seul analgésique, et actuellement dans beaucoup de cas, elle est toujours le médicament de choix. Mais sans contester ses indications souvent formelles, on peut lui reprocher plusieurs inconvénients : d'abord, au point de vue pratique, la difficulté pour se la procurer (loi sur les toxiques) et aussi de la faire admettre par l'entourage du malade ; d'autre part, il y a un danger immédiat à l'utiliser lorsque l'appareil cardio-rénal ne jouit pas de toute son intégrité, et un danger moins immédiat, mais tout aussi sérieux, lorsqu'il s'agit d'une maladie longue et douloureuse, nous voulons parler de l'*accoutumance* qui impose en quelque sorte au malade un emploi croissant du médicament et en fait, en quelques semaines, un morphinomane.

C'est pourquoi on a cherché la solution du problème dans l'emploi de produits moins toxiques, et ne déterminant pas d'accoutumance. On a voulu aussi combiner les indications d'un hypnotique et d'un analgésique. En partant des corps de la série des barbituriques (dont fait partie le somnifène et dont les propriétés hypnotiques et la faible toxicité sont connues depuis longtemps), et en saturant l'un de ces corps par un analgésique tel que la diméthyl-amido-antipyrine, on a obtenu l'isopropylallylbarbiturate de diméthylamidoantipyrine ou allonal, dont le professeur Pouchet a fait une étude chimique et pharmacologique absolument complète (*Progrès médical*, 21 juin 1924).

La toxicité de ce produit paraît à peu près nulle, aux doses usuelles. En tous cas, son élimination rapide permet de l'employer sans risque d'accoutumance, ni d'accumulation. Il n'agit pas sur l'appareil circulatoire : le pouls et la tension artérielle ne sont nullement influencés. Il n'agit pas non plus sur l'appareil pulmonaire, ni sur le foie ou le rein. Il pourrait seulement avoir comme contre-indication le diabète, à cause de la diméthylamidoantipyrine qu'il renferme, si l'on en croit les travaux de Robin et Bardet.

L'allonal, est présenté sous forme de compri-

més, contenant 0 gr. 16 de substance active. Il s'emploie à la dose de 1 à 4 comprimés *pro die* sans aucun risque. Ses indications sont extrêmement nombreuses : analgésique de choix, analgésique « renforcé » (Mallein-Gérin), il s'emploiera dans toutes les maladies douloureuses, aiguës ou chroniques. Il a donné dans tous les cas des résultats extrêmement intéressants, arrivant à calmer des douleurs rebelles à tout autre moyen thérapeutique.

Parmi les maladies douloureuses, les névralgies seront l'une des principales indications du médicament, d'autant que l'allonal est « avant tout un sédatif du système nerveux central, avec, par l'amidopyrine, un calmant spécifique des excitations des nerfs sensitifs bulbo-protubérantiels. » (Vinchon, *Pratique médicale française*, avril 1926-B.)

De nombreux auteurs, Petiteau (Thèse de Lyon, 1924) Mounot (Thèse de Bordeaux, 1926), ou, en Amérique, Burns, Gerty, Wright, etc... ont rapporté des cas de névralgies rebelles à tout traitement et dont la douleur fut calmée par l'allonal. Il s'agit alors de toutes les sortes de névralgies, mais parmi elles, la névralgie faciale occupe une place plus importante.

Sydney Kuh (*The Therapeutic Gazette*, avril 1923) rapporte le cas d'une malade souffrant depuis 8 ans d'une névralgie facilale : les injections d'alcool avaient procuré une amélioration qui ne s'était pas renouvelée dans la suite ; la morphine n'arrivait plus à juguler les douleurs. L'allonal, à dose de 2 à 3 comprimés, amena un soulagement presque complet et provoqua régulièrement un sommeil durant 8 heures.

Les autres névralgies sont heureusement influencées elles aussi ; nous reviendrons plus loin sur les névralgies dentaires à cause des indications toutes particulières de l'allonal en stomatologie. La sciatique, les névralgies intercostales, le lumbago sont aussi traités avec succès de la même manière.

Burns a rapporté plusieurs cas de polynévrites où la sédation de la douleur avait été obtenue par l'allonal.

Toutes les algies enfin peuvent parfois être améliorées ainsi : on l'a employé avec succès dans le rhumatisme articulaire aigu, dans des cas où le salicylate n'amenait pas la suppression immédiate de la douleur ; dans le rhumatisme gonococcique, à côté du traitement spécifique. De même l'allonal s'est montré particulièrement efficace pour combattre l'élément douloureux du zona (Sabrazès). Dans les algies viscérales du tabès, crises gastriques, douleurs fulgurantes, douleurs en ceinture, souvent si rebelles à toute thérapeutique, on pourra dans certains cas, obtenir la sédation de la douleur, alors que toutes les autres médications auront échoué et également dans la toux convulsive, dans la toux émétisante des tuberculeux, on a obtenu, de l'emploi de l'allonal, d'excellents effets.

En stomatologie on a beaucoup préconisé l'emploi de ce médicament, d'abord à cause de l'effet sédatif qu'il exerce sur toute douleur, au cours de la névralgie dentaire, puis à cause d'une spécificité qu'il a pour les douleurs d'origine dentinienne, enfin parce qu'avant une intervention, il calme les réactions du patient, et après une anesthésie locale, il empêche la période douloureuse consécutive (Tellier, Beyssac, Petiteau, etc.).

En chirurgie enfin, il peut avoir des indications multiples, d'abord dans les maladies chirurgicales douloureuses : fractures de côte, ou de jambe par exemple ; dans les névrites traumatiques, les abcès, les périostites, les brûlures, etc., après les interventions également pour donner le calme absolu nécessaire aux opérés. Enfin et surtout dans les maladies à évolution longue, les cancers, par exemple, qui conduisent si facilement à l'abus de la morphine, le médicament apparaît comme un excellent analgésique hypnogène.

En somme, l'allonal agit d'une manière régulière sur l'élément douleur, apaise l'excitation et l'agitation, et amène progressivement, sans à coup, un sommeil calme ; comme d'autre part, il semble dépourvu de toute toxicité aux doses thérapeutiques et qu'avec son emploi on n'a pas à craindre d'accoutumance, nous pouvons conclure, avec les auteurs qui l'ont expérimenté, que l'allonal est un excellent médicament analgésique, d'une grande importance pratique dans la thérapeutique journalière.

Les Livres

Chez l'AUTEUR. Saint-Nectaire.

Émile ROUX. — **Saint-Nectaire et les maladies des reins.**

Dans les 350 pages qui composent cet ouvrage, le Dr Emile Roux a réuni tout ce qui intéresse Saint-Nectaire, tout ce qu'il peut être intéressant, à quelque titre que ce soit, d'en connaître.

Et d'abord, en guise de préface, de la poésie : La symphonie de Saint-Nectaire, quatre pièces de Mlle Amélie Murat. De la troisième pièce, la Journée du baigneur, j'extrais ces quatrains finaux :

Tu peux, après la halte brève,
Baigneur, selon qu'il te plaira,
De musique enivrer ton rêve,
Tenter la chance au baccarat ;

Ou, c'est bien le jeu le plus sage,
Boire à plein regard exalté,
Dans la coupe du paysage,
Tout ce qu'il y tient de beauté !

La première partie de l'ouvrage est consacrée, par le Dr Roux, à la situation et aux voies d'accès de Saint-Nectaire, aux promenades et excursions dont cette jolie ville d'eaux est le centre. La deuxième traite d'archéologie et d'histoire. Dans la troisième sont réunis les chapitres thermaux proprements dits et les chapitres médicaux : Les sources. — Action physiologique et procédés d'utilisation thérapeutique. — Indications thérapeutiques. — Néphropathies. — Les maladies des reins étudiées en fonction des eaux de Saint-Nectaire. — Diagnostic étiologique des néphrites chroniques. — Pathogénie des néphrites chroniques. — La dyscrasie sanguine chez les néphropathiques. — Thérapeutique des néphrites chroniques.

Ce qu'il importe de faire ressortir sans doute, aux yeux du lecteur, ce sont précisément les indications des eaux de Saint-Nectaire. Voici comment l'auteur les résume :

« Dans tous les cas de débilité ou de fragilité rénale constatées ou simplement soupçonnées, dans tous les cas où l'on doit penser à une tuberculose rénale latente : indication formelle et nécessaire ; les cures ne seront jamais inutiles ni trop précoces, ni trop fréquemment renouvelées.

« Dans tous les cas de néphrites chroniques confirmées, le malade étant dans l'état d'équilibre normal par rapport à son affection : indication également formelle et générale. Nous avons posé le principe de la spécialisation,nous l'acceptons avec toutes ses conséquences ; nous traitons la maladie dans toutes ses formes ; nous prenons la responsabilité de soigner le malade jusqu'à l'extrême limite ; aussi longtemps que ses réactions lui permettent d'espérer un bénéfice de la cure, alors même que renonçant à tout espoir de guérison ou d'amélioration, nous ne l'envisageons plus que comme un moyen d'obtenir une survie plus ou moins longue.

« Etant bien entendu que, dans un certain nombre de cas, le traitement hydrominéral complet ne comporte pas uniquement la cure de Saint-Nectaire, mais réclame des cures associées.

« Dans les suppurations rénales : indications limitées ; nous ne traitons pas la maladie, nous soignons certains malades, ceux pour lesquels Saint-Nectaire paraît représenter le meilleur ou l'un des meilleurs moyens d'obtenir un bon résultat pour chaque cas pris en particulier. »

Quel que soit la face du sujet : Saint-Nectaire, que le Dr Roux ait abordée, il l'a fait avec un souci d'exactitude et d'intérêt dominant. Si les considérations pathologiques et thérapeutiques sont exposées et développées avec un sens particulièrement aiguisé de la clinique des maladies des reins en général, et une connaissance approfondie, une expérience consommée des relations de ces maladies avec la thérapeutique nectarienne, la description des lieux, des monuments, celle en particulier de l'Eglise ce pur joyau du roman auvergnat, montrent à quel point il en apprécie les beautés et sait les faire valoir. Les légendes elles-mêmes ont un goût de terroir qui les rend infiniment attrayantes. Il y a même deux pages consacrées à l'aspect administratif actuel de la Société thermale qui sont un modèle de bon sens, d'impartialité bienveillante et de parfaite psychologie.

C'est avec un plaisir non dissimulé qu'ayant lu l'ouvrage du Dr Emile Roux, je le présente aux lecteurs du *Concours médical.*

Plaisir double, puisque cela ne permet d'abord d'évoquer de lointains souvenirs d'études, à l'époque où, habitant sous le même toit que Roux, je fraternisais volontiers avec lui, sans me douter que trente-sept ans plus tard, j'aurais l'occasion de mettre en évidence les mérites incontestablesde Saint-Nectaire, et du confrère qui les a lui-même si bien exposés ; puis que, d'autre part, ce m'est une bonne fortune que de pouvoir proclamer ici ma reconnaissance envers cette ville d'eaux et ma foi dans ses vertus. J'ai expérimenté personnellement qu'un rein fatigué, partiellement atrophié par suite de sclérose d'origine vasculaire, dont le fonctionnement a été réduit dans d'assez notables proportions, retrouve, sous l'influence de la cure nectarienne, bien dirigée, une activité qui lui permet de suffire aux besoins d'un organisme qui a su s'adapter à son nouvel état, en réduisant, par un régime approprié, au minimum, les apports toxiques alimentaires. Une perméabilité mesurée par l'épreuve répétée de la P.S.P., qui passe de 42 % à près de 55 %, à la suite de trois cures, possède assez d'éloquence sans qu'il me soit nécessaire d'ajouter d'autres arguments.

G. Duchesne.

PARTIE PROFESSIONNELLE

A PROPOS DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Réponse à une argumentation *ad hominem*.

Dans un rapport sur l'Ordre des médecins, publié par le *Bulletin de la Fédération nationale des Syndicats médicaux,* dans son numéro de mars 1927, je suis pris à partie par M. le Dr Billaud, de Nantes, en ces termes, que je reproduis intégralement.

Quant à l'interdiction d'exercer, si elle est prononcée, nous estimons qu'elle peut être temporaire ou définitive ; mais en tout cas, totale. Il ne nous apparaît pas qu'il soit pratique ni même possible de la réduire à l'interdiction de faire des certificats et de prescrire des substances toxiques. Ce serait d'un contrôle très difficile ! Dans les cas d'urgence, c'est le malade qui pourrait en pâtir ; du reste, le public ne comprendrait pas, et le médecin, mis dans cette situation, n'en continuerait pas moins à déshonorer sa profession.

Nous n'avons pas, comme nous l'a reproché le Dr Duchesne, dans le *Concours médical*, du 31 août 1924, cette « suprême pitié » de laisser à ces confrères exclus des os à ronger, ni la possibilité pour eux « d'être employés dans les cliniques ou hôpitaux comme collaborateurs ». Nous ne savons pas quel accoucheur serait tenté de s'adjoindre un médecin poursuivi pour avortement, ni quel chirurgien ou neurologiste serait désireux de recourir à l'assistance d'un ancien trafiquant de toxiques. Quel joli moniteur pour les infirmiers ! Quelle sécurité donnerait un tel collaborateur ! Quel éclat et quel renom pour la clinique !

Nous ne pensons pas, non plus, que ces confrères indésirables puissent être utilisés dans les rédactions de journaux médicaux ; nous serions, en tout cas, curieux de savoir si le Dr Duchesne aurait la suprême pitié d'en faire son *alter ego*.

Quand un postier est prévaricateur, le tribunal lui inflige de la — sa vie en exerçant correctement sa profession, ses confrères n'ont que faire de s'embarrasser d'un sentimentalisme qui n'est que mauvaise raison. Il y a des métiers interlopes qui font vivre leur homme ; ils sont tout désignés pour les exercer (1).

Quand un postier est prévaricateur, le tribunal lui inflige de la prison ; mais ses collègues réunis en Conseil de discipline le révoquent. Quand un officier déshonore l'armée, on le chasse, et ses camarades ne s'occupent pas de savoir comment il vivra.

Il ne faut pourtant pas pousser l'esprit de contradiction au delà des limites qui lui enlèvent toute valeur. Gardons notre pitié pour les malheureux qui, chez nous, crèvent loyalement à la peine.

D'autant que cette peine d'exclusion ne peut s'infliger que dans des cas extrêmement graves ; car personne n'a le sens commun assez perverti pour imaginer quelqu'un d'entre nous susceptible de frapper à tort et à travers le confrère, par exemple, qui aurait omis de faire, en s'installant, la visite de courtoisie due à un confrère voisin.

Mais nous estimons qu'un médecin dont le casier judiciaire est chargé de neuf condamnations de droit commun, pour trafic de stupéfiants, avortement, désertion en temps de guerre, peut, sans inconvénients pour personne, être rayé du tableau.

Le Dr Duchesne (*loco citato*) désirerait cependant que, même en droit commun, l'interdiction ne soit appliquée que pour les cas qualifiés *crimes*.

Mais la tromperie habituelle n'est-elle pas l'abus de confiance et l'abus de confiance n'est-il pas un crime ?

Supposons que le traître Ulmo, enseigne de vaisseau, eût été médecin de marine ; dégradé et condamné à une peine à temps ou même gracié, il ne pouvait plus rentrer dans l'armée. Mais quelle est la loi, nous le demandons, qui aurait pu l'empêcher d'exercer la médecine civile, de devenir notre « cher » confrère ? Et *tutti quanti*.

Ce que nous voulons, c'est que l'organisation du Conseil de l'Ordre soit étudiée dans ses moindres détails ; et c'est ce que nous nous sommes efforcé de faire dans le projet que nous vous demanderons de discuter.

***

C'est une réponse à un article que j'avais publié dans le n° 35 du 31 août 1924 sur le contrôle professionnel par l'Ordre des médecins. Me référant à un projet d'organisation de l'Ordre médical, émanant de M. Billaud et du Syndicat de Nantes, dont un article 31, relatif à l'interdiction du droit d'exercer, prévoit que tout médecin interdit et convaincu d'exercer la médecine sera condamné aux peines applicables

(1) Il y a dans cet alinéa une erreur de composition d'imprimerie que je n'ai pu redresser ; les premiers mots étant les mêmes que ceux commençant l'alinéa suivant. G. Duchesne.

à l'exercice illégal, *multipliées par* 10. Rappelant la campagne de l'*Œuvre* dirigée contre le corps médical, j'avais osé écrire : « Quand Théry dit : Tue ! — Billaud réplique : Assomme ! »

M. Billaud me rend aujourd'hui la monnaie de ma pièce, ainsi du reste qu'il m'en avait prévenu très loyalement. Monnaie de cours quelque peu discutable, oserai-je dire.

Mon honorable contradicteur me fait, en effet, un procès de tendance, et il accumule contre moi un luxe d'arguments dont l'abondance fait contre-poids à leur faiblesse. Je vais m'efforcer une fois de plus de le démontrer.

Mais, pour y parvenir, il importe de placer de nouveau la question sur son véritable terrain. De quoi s'agit-il donc ? De moraliser la profession médicale par la création d'un Ordre des médecins, chargé d'exercer un contrôle sévère sur ses membres et disposant, comme juridiction professionnelle, du droit d'appliquer des sanctions dont la plus grave serait l'interdiction temporaire ou à vie d'exercer la médecine.

Il importe maintenant de définir les attributions de cette juridiction. M. le professeur Verger à la suite du Dr Billaud, dans le même numéro du *Bulletin* de la F. N., le fait en ces termes :

Les Conseils de discipline auront charge :

....

c) De réprimer sur plainte des Syndicats médicaux ou de tiers intéressés, les fautes professionnelles, susceptibles de porter atteinte à l'honorabilité et au respect de la profession médicale, et les agissements habituels constitués par des manœuvres destinées à duper le public.

Ne voulant pas m'en rapporter exclusivement à moi-même, j'ai soumis ce texte à l'examen de juristes compétents. Ils m'ont répondu qu'il manquait de la précision juridique, nécessaire en droit pénal.

Il faudrait en effet commencer par définir chacune de ces fautes, susceptibles d'entacher l'honneur professionnel, ou de ces manœuvres dolosives destinées à duper le public, dont les Conseils de discipline, émanation de l'Ordre des médecins, auraient à connaître ; puis, de fixer la peine méritée dans chaque cas. Il faudrait, en un mot, rédiger le *Code de déontologie*, ce qui n'est pas encore fait !

Voyez, par exemple, dans la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, l'article 25, ainsi conçu, qui répond aux desiderata formulés ci-dessus.

La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les cours et tribunaux, accessoirement à la peine principale, contre tout médecin..... qui est condamné :

1) A une peine afflictive et infamante ;

2) A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, vol et escroquerie, pour crimes et délits prévus par les articles 316, 317, 331, 334 et 335 du Code pénal.

3) A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi. »

Et pour être précis, je rappelle que l'article 316 punit le crime de castration des travaux forcés à perpétuité ; — l'article 317 punit l'avortement et les avorteurs, et l'administration volontaire de substances qui, sans être de nature à donner la mort, sont nuisibles à la santé ; — l'article 331 punit de réclusion l'attentat à la pudeur ; — l'article 334 punit les attentats aux mœurs (racolage, vagabondage spécial, excitation à la débauche...) ; — enfin, l'article 335 prive les coupables des délits énoncés à l'article précédent, de certains droits et fonctions (administration de la personne et de ses biens, tutelle, curatelle, conseils de famille). Je pense que les lecteurs du *Concours médical* et mon honorable confrère, le Dr Billaud, me concéderont qu'ils ne courent pas les rues, les médecins qui se mettent dans le cas de mériter les sévères sanctions de ces articles du Code....

Il n'est pas douteux que le médecin qui se rendrait coupable de l'un quelconque des crimes ou délits indiqués ci-dessus aurait porté atteinte à l'honorabilité et au respect de la profession médicale et exercé des manœuvres destinées à duper le public (escroquerie).

Alors, mes chers confrères, cela ne vous suffit pas ? Plus royalistes que le Roi, vous voulez renchérir encore sur ces dispositions législatives ? Répondez-moi de grâce ? En dehors des fautes explicitement prévues par les lois, quelles sont celles, plus strictement professionnelles, que jugeraient vos Conseils de discipline ?

Ainsi que le dit M. le docteur Billaud, « personne n'a le sens commun assez perverti pour imaginer quelqu'un d'entre nous susceptible de frapper à tort et à travers le confrère, par exemple, qui aurait omis de faire, en s'installant, la visite de courtoisie due à un confrère voisin ».

Ce modèle d'incorrection, ou de mauvaise éducation, est ici enfantin. Nous en connaissons de plus sérieux. Le médecin qui voyage de ville en ville, annonçant dans les journaux locaux, son passage, et donnant, à l'hôtel, des consultations à qui veut les lui demander. Vous en avez dans votre voisinage un beau type, qui a été exclu d'un groupement corporatif, Le médecin qui utilise la publicité des grands quoti-

diens pour prôner sa méthode, et attirer à lui la clientèle. Le médecin de pissotière...

Ce sont là, je pense, des faits anti-déontologiques caractérisés. Prétendrez-vous priver leurs auteurs du droit de pratiquer la médecine qui leur plaît, dans les limites de la loi de 1892 ?

A plus forte raison, le médecin rabaisien, le médecin qui piétine les plates-bandes de ses confrères, échapperont à toute sanction du genre de celles que vous envisagez.

Arrivons maintenant aux médecins marrons, ceux qui exploitent la médecine des accidents du travail, des pensionnés de guerre, — de la façon que nous connaissons tous. Quelques-uns ont été si fort que la justice s'est saisie de leur cas et qu'ils ont été poursuivis correctionnellement. Combien d'entre eux ont été condamnés accessoirement à la suspension temporaire du droit d'exercer ? Un d'eux l'avait été en première instance. La Cour d'appel s'est empressée de le décharger de cette peine. Il aurait d'ailleurs été reconnu depuis qu'il n'avait mérité ni inculpation, ni condamnation.

Il faut distinguer entre les fautes de droit commun, même commises à l'occasion de l'exercice de la profession médicale, et les fautes strictement déontologiques.

Les premières relèvent des tribunaux de droit commun, et jamais ceux-ci ne seront dessaisis de leurs attributions au profit d'une juridiction professionnelle (Conseils de discipline). Les autres, au contraire, relèvent de ces Consils de discipline, — qu'ils fonctionnent étroitement dans le cadre syndical, ou plus largement dans le cadre éventuel d'un Ordre des médecins. Pour celles-ci, je mets quiconque au défi d'en désigner une seule qui puisse être justiciable de la suspension totale.

Bien au contraire, et quoi qu'en dise le Dr Billaud, une suspension partielle est possible et efficace. Les médecins marrons, convaincus d'agissements répréhensibles, pourraient être privés du droit temporaire ou définitif de soigner les accidentés du travail, les pensionnés de guerre, les assistés, dans le cadre des lois qui régissent ces matières. C'est d'ailleurs prévu dans la médecine des pensionnés de guerre, par un article de la loi de finances de 1926 que je rappelais dans le *Concours médical* du 10 avril dernier (p. 1004). En quoi est-il moins pratique ni moins possible de réduire l'interdiction à l'établissement des certificats et à la prescription des substances toxiques, sanctions suprêmes prévues primitivement par M. Verger, et qu'il vient d'abandonner pour se rallier à une formule plus intransigeante ?

Possible et pratique. Je le prouve. Pour le médecin suspendu au titre des pensionnés de guerre, rien de plus simple : La Commission tripartite de laquelle il dépend ayant prononcé sa suspension, refuse de lui payer ses honoraires. Pour le médecin suspendu au titre des accidents du travail, toutes les mairies de sa circonscription sont informées de la peine prononcée contre lui et refuseront les certificats établis par lui. Pour la suspension au titre des stupéfiants, tous les pharmaciens de sa circonscription seront également informés de la peine prononcée contre lui et refuseront d'exécuter ses ordonnances, si elles renferment des stupéfiants.

Est-ce plus difficile que de faire opposition chez tous les agents de change, dans toutes les Banques, au paiement de coupons et de valeurs volés ? A Paris peut-être, cela sera un peu plus compliqué. Mais ailleurs ? A Marseille, qui compte 190 pharmaciens, et à Nantes, où il n'en existe que 79, ce ne sera qu'un jeu, — jeu plus facile encore en toute autre ville moins importante.

Il est donc possible et pratique d'empêcher un médecin d'accomplir certains actes de sa profession.

Il est au contraire, sinon impossible, du moins très difficile et peu pratique de l'empêcher de l'exercer tout entière, dans toute sa plénitude.

Il est entendu, une fois pour toutes, que je ne m'occupe pas des interdictions prononcées aux termes de l'article 25 de la loi de 1892. Un médecin condamné aux travaux forcés à perpétuité ou à dix ans de réclusion, ou neuf fois, comme dans le cas cité par M. Billaud, détenu par conséquent à vie ou durant de longues années, — pour lui, la question ne se posera pas.

Je parle de fautes plus légères, entraînant cependant une sanction aussi grave que celle qui nous occupe.

Voici donc un médecin suspendu pour une ou plusieurs années. Que va-t-il faire ? Vous aurez beau me rétorquer que peu vous chaut ; ce n'est pas répondre. Il va chercher sans doute à s'occuper dans la mesure de ses aptitudes. Il pourra, par exemple, se donner comme infirmier libre, masseur, ventouseur, professeur de culture physique. Il massera, ventousera, éduquera... Il fera des piqûres.... Mais en même temps, on lui demandera des conseils ; il en donnera qui pourront être d'autant plus autorisés qu'il possédera de solides connaissances cliniques. Il fera ce que font tant d'infirmiers, contre lesquels nous sommes désarmés, et il vivra peut-être plus largement de ce métier que de sa profession de médecin. Paraissant en marge de la médecine proprement dite, il n'en continuera pas moins à la pratiquer. Et vous n'y pourrez rien. Et n'allez pas me dire que vos confrères et vous-même vous vous opposerez à ce qu'il soit appelé par les malades. Ceux qui auront recours à lui ne vous demanderont pas votre avis, et il aura peut-être à leurs yeux l'auréole du martyre, à cause de vos poursuites.

S'il dispose de certains moyens financiers, il organisera une maison de santé, une clinique, un dispensaire... Il prendra des médecins à sa solde qui feront toute la besogne. Il les surveillera, les commandera, les payera... chichement, et gardera pour lui les bénéfices. Ne dites pas davantage qu'il ne trouvera pas de médecins pour entrer à son service. Si vous le prétendiez, je ne prendrais pas la peine d'en discuter avec vous.

Je le suis, dans sa vie, votre médecin suspendu. Il passe dans la rue ; soudain un attroupement attire ses regards. Il s'en approche et voit un homme qui asphyxie, en proie à une crise d'œdème aigu du poumon, ou que secouent des convulsions urémiques. Une saignée immédiate peut sauver cet homme. Obéissant à l'instinct, cet instinct puissant dont Kistemackers a fait une si saisissante exposition dans une de ses pièces les plus connues, il procède à cette saignée héroïque, après quoi le malade revient à la vie. Comment jugerez-vous son acte, à ce médecin mis par vous au ban de la médecine ? Et comment le jugerez-vous si le hasard veut que ce malade, tombé sur la voie publique, soit quelqu'un des vôtres, et vous-même peut-être ?

Oh ! je ne me fais pas illusion, vous me reprocherez de dramatiser, de faire du roman facile. La vie, j'en ai eu maintes fois la preuve, est plus fertile en évènements romanesques, que le mieux imaginé des romans.

Donc, autant il est difficile d'empêcher un médecin d'exercer toute sa profession, autant il est facile de le priver partiellement de certains des droits que lui confère son diplôme.

Mais ce qui sera difficile avant tout, en dehors des fautes de droit commun qualifiées crimes et délits, et en nous tenant strictement sur le plan professionnel, ce qui sera difficile, ce sera de faire la preuve d'agissements répréhensibles, justiciables des Conseils disciplinaires.

Prenons, si vous le voulez bien, un exemple de faute professionnelle, qui rentre cependant dans le droit commun, l'opération de complaisance. Un médecin diagnostique une appendicite inexistante, et opère inutilement. Comment ferez-vous la preuve de cette inutilité ? Un autre, jouant habilement de la réaction de Wassermann, diagnostique des syphilis à tout bout de champ et prescrit des intra-veineuses à tour de bras, c'est le cas de le dire. Mais, plus prudent que ce Bougrrri de Bougrrrat, il injecte simplement du sérum physiologique. Comment ferez-vous la preuve de ses agissements ? Dans son ouvrage si intéressant sur l'Education médicale, le regretté Dr Noël Hallé cite, aux Appendices, le cas suivant: il est appelé dans une famille avec laquelle il a quelques relations, à voir une jeune femme chez laquelle le médecin habituel a diagnostiqué une inflammation des annexes, réclamant une opération d'urgence. Etant d'un avis opposé, il provoque une consultation avec ce confrère et obtient de celui-ci qu'il se rallie à un traitement momentanément médical, l'intervention étant reportée à plus tard. Dès qu'il a le dos tourné, le médecin traitant revient, accompagné du chirurgien qui devra faire l'opération. Les deux compères, disons le mot, font tant et si bien que la journée ne se termine pas sans que la malade ne soit transportée dans une maison de santé et opérée dare dare ; elle en meurt. Et M. Noël Hallé d'ajouter : « S'il y avait eu un Ordre des médecins, ces deux compères auraient passé en Cour d'Assises ! » Naïveté des naïvetés! ! ! Que l'on me démontre comment on aurait pu, juridiquement, faire la preuve de l'inutilité de cette opération, je ne dis pas de ses risques : toute intervention en comporte qui sont de notoriété courante.

***

Mais pourquoi s'acharner à mettre en parallèle des situations qui ne sont nullement comparables ? Pourquoi vouloir avec tant d'insistance assimiler les médecins disciplinairement aux avocats ? Leurs positions respectives sont-elles donc analogues ? Pour le prétendre, il faut vraiment n'y avoir jamais réfléchi sérieusement.

Tout cela déjà a été dit. Mais il n'est pas superflu d'y revenir, puisque tant de confrères, si honorables et animés de si bonnes intentions, persistent dans cette erreur d'assimilation.

Droit

La Licence et le Doctorat en droit sont des grades universitaires, qui ouvrent, à celui qui les possède, diverses carrières, diverses professions : il pourra entrer dans certaines administrations d'Etat, ouvrir un cabinet de consultations juridiques.

Il pourra aussi devenir avocat. Et alors, il ne lui suffira pas de posséder ces grades universitaires. Il faudra encore qu'il fasse un stage, avant d'être inscrit au barreau d'une Cour d'Appel, après avoir prêté serment. A ce moment seulement, il fera partie de l'Ordre des Avocats et sera soumis à sa juridiction.

S'il est rayé un jour de cet Ordre, il perdra la qualité d'Avocat, ne pourra plus plaider devant les Cours de justice, mais il sera toujours licencié ou docteur en droit, libre d'exploiter autrement ses connaissances juridiques, *tout en continuant à en vivre.*

Autre exemple : Le licencié, ou le docteur en droit, pourra rechercher une charge d'officier ministériel, notaire, avoué *dont il sera investi par un décret présidentiel.* Et alors, mais alors seulement, il deviendra justiciable de la Chambre

disciplinaire des Notaires ou des Avoués. S'il est un jour révoqué de ses fonctions, contraint de vendre sa charge, il n'en demeurera pas moins possesseur de ses grades universitaires et libre d'en vivre.

Médecine

Le Doctorat en médecine est un grade universitaire qui donne à celui qui le possède le droit d'exercer la médecine, à la seule condition de faire enregistrer son diplôme dans les conditions requises par la loi.

Mais si le Docteur en médecine veut être médecin d'asile d'aliénés, ou de sanatorium public, ou médecin sanitaire maritime, il devra accomplir certaines formalités supplémentaires et deviendra justiciable des organismes disciplinaires qui contrôlent la médecine des asiles, des sanatoriums publics, de la navigation. Si, disciplinairement, il est révoqué de ses fonctions, il n'en demeurera pas moins possesseur de son diplôme et du grade y attaché et pourra en vivre.

Le même raisonnement s'applique à toutes les situations administratives ou publiques que peut assumer un médecin : médecine des hôpitaux, médecine légale, médecine des enfants du premier âge...

C'est de ce seul point de vue que la comparaison est possible entre le médecin et le juriste. — Un étudiant dit : « Je fais mon droit » comme un autre dit : « Je fais ma médecine ». Il ne dit jamais, et pour cause : « Je fais mon barreau ». — L'un et l'autre possèdent un grade universitaire dont aucune puissance au monde ne peut les priver. Ce grade est nécessaire, voire indispensable, pour accéder à certaines situations. Médecins et juristes peuvent en être chassés, mais ils n'en demeurent pas moins possesseurs d'un diplôme qui ne peut leur être retiré et qui comporte certains droits élémentaires dont il me paraît bien difficile de les priver...

Je ne retiens pas l'exemple des officiers chassés de l'armée, et moins encore celui des postiers révoqués. Cela ne supporte pas la moindre discussion, tellement c'est dissemblable. *L'officier est un fonctionnaire, le postier est un employé, Le médecin est un homme libre et indépendant,* sauf lorsqu'il aliène cette indépendance en entrant au service d'une administration ou d'une entreprise par laquelle il pourra, tout comme le postier, être renvoyé. Le jour où les médecins seront fonctionnarisés, dans les cadres d'un service de santé civil, il sera possible de les destituer de leur emploi, mais ils n'en resteront pas moins des docteurs en médecine, et il sera bien difficile de les dépouiller de toutes les prérogatives attachées à leur diplôme.

Je m'attarderai un peu plus à la flèche que me décoche M. Billaud, quand il me demande si je ferais mon *alter ego*, à la rédaction du *Concours médical*, d'un confrère indésirable. Je vais sans doute bien étonner M. Billaud, mais il y a, à ma connaissance, au moins quatre journaux médicaux classés qui ont publié des articles scientifiques très intéressants, signés par un médecin qui a été exclu de son Syndicat comme coupable de fautes contre la confraternité et la déontologie. On peut être très instruit et manquer d'éducation, de correction et de convenances. Il peut y avoir profit à connaître les idées scientifiques d'un médecin doublé d'un savant, et qui, par ailleurs, laissera à désirer au point que l'on hésitera à le recevoir chez soi et même à lui serrer la main.

Quant au traitre Ulmo, dont j'ai ouï dire qu'il avait expié cruellement un crime odieux de jeunesse, et qu'il s'était repenti au point d'avoir mérité en effet une grâce, qu'il a, je crois, refusée, je ne dis pas que, s'il avait été médecin, j'en aurais fait, après sa réhabilitation, mon *cher confrère.* Mais si, ayant payé très lourdement sa dette, il avait trouvé ensuite des gens pour recourir à ses soins, j'aurais dit : « C'est leur affaire. Ils savent bien à qui ils s'adressent ». Car je crois à la vertu du repentir qui entraîne le droit au rachat et à toutes ses conséquences.

Pour toutes ces raisons, l'Ordre des médecins n'est pas encore fait, et je me demande même s'il se fera jamais.

En tous cas, partisan d'une organisation professionnelle dont j'ai précédemment donné les bases, j'hésitais à me rallier à ceux qui voudraient réaliser cette organisation par la création de l'Ordre. Après avoir lu le rapport de M. Billaud et les commentaires de M. Verger, je pense, et d'autres pensent avec moi, qu'un Ordre des médecins, ainsi présenté « et aussi formidablement armé » n'est pas souhaitable.

Les défenseurs de l'Ordre des médecins ont un idéal très élevé, et qui leur fait le plus grand honneur. Dès qu'ils veulent transposer cet idéal sur le plan de la pratique, ils prouvent qu'ils manquent essentiellement d'esprit réaliste. Animés des plus nobles ambitions, ils me font l'impression de prendre trop facilement leurs désirs pour des réalités. Ils oublient ainsi la vie et ses fatalités, les hommes et leurs faiblesses ; cela fait le plus grand tort à leurs conceptions théoriquement généreuses.

Si celles-ci devaient un jour être en effet mises en application, je ne sais si la profession médicale s'en trouverait moralisée, mais ce dont je suis sûr, c'est que les médecins n'auraient qu'à bien se tenir. — C'est bien ce que nous voulons, me retorqueront sans doute mes adversaires. *Timor ordinis initium sapientiæ.* — Grand merci ! La censure sévère et intransigeante qui s'exercerait sur eux leur promettrait d'ineffables joies, Puisse le Ciel les en préserver !

Le médecin est comme le prêtre, à qui la Parole sacrée confère l'éternité de sa haute fonction : *Tu es sacerdos in æternum* ! Son diplôme de docteur est collé à ses reins comme la tunique de Nessus. Et ce diplôme renferme en lui-même une telle puissance d'action que rien ne peut prévaloir contre elle dans les jugements des hommes. Et si Bougrat va au bagne, que fera-t-il, au bagne ? De la médecine .... (1).

G. DUCHESNE.

QUI DOIT PAYER LES HONORAIRES D'UN CHIRURGIEN ÉTRANGER A UN HOPITAL POUR SOINS DONNÉS AUX HOSPITALISÉS ?

Je ne considère, dans cette étude, que le cas d'un chirurgien, qui est appelé dans de petits hôpitaux voisins, pour opérer des indigents, des blessés du travail, ou des malades payants, alors que ce chirurgien n'a aucun lien de droit avec ces établissements (ni contrat, ni convention).

Au point de vue de la responsabilité du paiement des honoraires du praticien, il faut examiner successivement les deux points suivants : pour qui le chirurgien est-il appelé ? Par qui l'est-il ?

Pour qui le chirurgien est-il appelé ?

A. Malades indigents.

Un malheureux, hospitalisé en vertu de la loi du 7 août 1851 ou de celle du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, a besoin de subir une opération chirurgicale et son état est tel, qu'il ne peut être transporté dans un autre hôpital, comprenant un service de chirurgie.

L'établissement ne possédant ni installation chirurgicale, ni chirurgien, devra avoir recours à un praticien étranger, avec lequel il n'a aucun lien de droit.

Dans ce cas, la Commission administrative de l'hôpital devra honorer le chirurgien et ses aides, lui rembourser ses frais de pansements stérilisés, catguts et autres.

Les honoraires seront calculés d'après le droit commun et non d'après le tarif fixé par le préfet, pour le service départemental de l'assistance médicale gratuite.

Néanmoins, si le chirurgien fait partie du personnel médical de l'A. M. G., s'il accepte d'opérer, dans la ville où il a son domicile, les indigents d'après le tarif départemental d'assistance, c'est d'après ce tarif qu'il pourra faire fixer ses honoraires versés par la Commission administrative de l'hôpital.

En effet, il ne faut pas oublier qu'il a été appelé pour opérer un indigent, inscrit sur les listes de l'Assistance médicale et qu'il est honoré par la caisse de l'hôpital, c'est-à-dire par le patrimoine des pauvres.

C'est la Commission administrative de l'établissement qui est débitrice et non le service départemental : en effet, en vertu des articles 3, 24 et 25 de la loi du 15 juillet 1893 et des articles 28 (note) et 31 du règlement modèle des hospices et hôpitaux, du 30 juin 1921, l'hôpital ne peut récupérer sur la commune et le département qu'un prix global et forfaitaire, fixé par arrêté préfectoral, sans qu'on aie à se préoccuper si l'indigent hospitalisé a nécessité des soins particuliers.

Ces frais de rémunération opératoire et de déplacement du chirurgien seront imputés sur le budget général de l'hôpital ; ils figureront pour le décompte des dépenses imputables pour déterminer le prix de journée de chirurgie (article 24 de la loi du 15 juillet 1893, modifié par les lois du 28 juin 1918, 14 février 1921 et 10 février 1925.)

Ce prix de journée est fixé par le préfet, sur proposition de la Commission administrative de chaque hôpital, qui calcule le prix de revient, qui devra être remboursé pour chaque hospitalisé en tenant compte des dépenses ordinaires, extra-

(1) *Je lis, fort à propos, dans le* Progrès médical *du 30 avril 1925, l'articulet suivant qui prouve que ma prédiction peut trouver dans le passé un sérieux appui. Quand je vous dis qu'il n'y a rien de nouveau ? ?*

G. D.

UN MÉDECIN GALÉRIEN (*Annali di medicina navale et coloniale*, 26e année, vol. II, fasc. V-VI.) — Le Musée naval de la Spezzia possède une supplique qui fut adressée en mars 1835 à l'amiral Georgio des Geneys, commandant général de la marine à Gênes, par le galérien N° 1324, le Dr Vincezo Pierra, né en 1781 à Guspini (Sardaigne), où il exerçait la profession de médecin-chirurgien et condamné à vingt ans de travaux forcés par le tribunal de Cagliari le 25 juin 1821 pour agression à main armée et homicide. Dans la nuit du 1er août 1809, une vendetta avait mis en présence, près de Siligna, deux groupes ennemis, composés l'un de trois hommes, l'autre de quatre hommes et d'une femme ; un de ces derniers avait été tué et la femme blessée ; elle fut soignée et guérie par Pierra. Soupçonné d'avoir fait partie du premier groupe il prit la fuite mais fut arrêté quelques années après ; il ne lui servit de rien d'établir qu'il avait cherché à éviter la rencontre et à mettre la paix entre les combattants et qu'après avoir échoué, il avait dû obéir aux règles de l'honneur familial. Envoyé au bagne de Gênes le 5 juin 1825, il embarqua en 1829 sur le *Commercio* et en 1833 sur la *Haute-Combe* et assista à plusieurs rencontres avec des pirates. Dans une démonstration contre le bey de Tunis, il assura le service sanitaire de l'équipage d'une dizaine de barques armées. A la suite de sa demande en grâce, la peine fut commuée en travaux forcés... en chirurgie (*lavori forzati in chirurgia*) et Pierra passa sur la *Stattaeff* en qualité de phlébotome.

ordinaires et supplémentaires, telles qu'elles sont indiquées au décret du 9 février 1922, modifié par le décret du 29 avril 1925,portant règlement d'administration publique.

De tout ceci résulte que le chirurgien régional, susceptible d'être appelé dans plusieurs hôpitaux voisins, pour y opérer des malades indigents, devra s'entendre avec les Commissions administratives de ces établissements, pour que ses honoraires et frais de déplacement lui soient décomptés d'après le tarif syndical local, ou d'après les prix indiqués, pour la chirurgie, au tarif départemental de l'Assistance médicale gratuite, ou enfin d'après le tarif ministériel fixé pour les accidents du travail.

De cette manière, les hôpitaux sauront à quoi s'en tenir, lorsqu'ils devront faire appel au chirurgien, pour opérer sur place un bénéficiaire de l'Assistance médicale gratuite.

B. **Hospitalisés payants.**

La jurisprudence est abondante, en ce qui concerne le droit aux honoraires du chirurgien, pour les hospitalisés payants, lorsqu'il s'agit du praticien attaché à l'établissement.

D'ailleurs, la plupart des hôpitaux accordent à leur personnel médical le droit de percevoir des honoraires, pour tout malade, non inscrit sur les listes de l'Assistance médicale gratuite et devant subir une opération chirurgicale.

A plus forte raison, le docteur, qui n'a aucun lien de droit avec l'hôpital, peut-il réclamer ses honoraires au malade payant hospitalisé.

Au regard de ce dernier, l'hôpital fait fonction de maison de santé, hébergeant ce client.

Le règlement modèle des hospices et hôpitaux du 30 juin 1921 laisse la liberté aux Commissions administratives de fixer un prix de journée, pour les payants, comprenant ou non les honoraires du chirurgien.

La tendance administrative bien connue est d'appliquer un prix forfaitaire global, comprenant tous les frais médicaux et chirurgicaux,ainsi que les dépenses matérielles d'entretien.

Mais le Corps médical, qui n'a nullement la même mentalité fonctionnarisée, entend rester maître de ses tractations vis-à-vis de tout malade qui n'est pas un indigent.

Alors, certaines Commissions administratives, pour bien faire sentir qu'elles sont maîtresses chez elles, veulent employer la brimade suivante : ce sont elles qui percevront les honoraires dûs aux chirurgiens, et qui les leur remettront ensuite, en totalité, ou mieux en partie. Il n'y a pas de petit bénéfice !

Qu'un médecin attaché à l'hôpital soit obligé d'accepter ce *modus faciendi*, à moins de donner sa démission, c'est fort compréhensible ; mais il n'en est pas de même pour le chirurgien étranger à l'établissement, qui n'a aucun lien de droit avec l'hôpital.

Ce praticien ne connaît que la personne qu'il vient d'opérer et qui a bénéficié de ses soins. A défaut de celle-ci, il peut s'adresser à l'intermédiaire, qui l'a mis en cause et l'a prié de venir faire cette opération.

Nous étudierons ce point tout à l'heure.

Le tarif à appliquer est celui de droit commun : tarif syndical régional.

Cependant, pour calmer les émois de certaines commissions administratives d'hôpitaux, qui, *a priori*, jugent le Corps médical capable d'abuser de l'urgence, de la gravité du cas, pour faire payer trop cher les hospitalisés payants, il peut être entendu entre chirurgien et Commission administrative que le tarif adopté serait soit celui du Syndicat médical local, dont un exemplaire sera remis à l'hôpital, soit le tarif ministériel, en vigueur pour les soins chirurgicaux et spéciaux donnés aux blessés du travail.

Une bonne recommandation à prendre : médecin traitant ou Commission administrative de l'hôpital, où est admis le malade payant, fera bien de prévenir ce dernier qu'en sus du prix de journée, il aura à acquitter les honoraires du chirurgien, ou du spécialiste. Au besoin, il faut le mettre par écrit, pour que plus tard, l'opéré, oublieux du service rendu, ne veuille acquitter que ses dépenses d'entretien, en se refusant à débourser quoi que ce soit pour le chirurgien et ses aides.

C. **Blessés du travail.**

En l'état actuel de la législation sur les accidents du travail et de la jurisprudence de la Cour de Cassation, la victime qui doit être hospitalisée, recevra, dans l'établissement, tous les soins nécessités par son état ; mais le responsable (chef d'entreprise, ou assurance de celui-ci) n'aura à débourser qu'un prix de journée global, « tout compris » (loi du 31 mars 1905, modifiée par celles des 6 juillet 1920 et 14 février 1921).

Un arrêt de la Cour de Cassation (ch. civ.), du 22 mars 1909 a fait supporter par la caisse d'un hôpital les honoraires et frais de déplacement d'un chirurgien, établi dans une autre ville, appelé dans cet établissement, pour y opérer un blessé du travail, en l'absence de tout chirurgien faisant partie du personnel médical dudit hôpital.

D'autre part, un arrêt de la Cour de Cassation (Chambre des Requêtes) du 28 avril 1926, décide que, si préalablement à l'hospitalisation d'un blessé du travail, le chef d'entreprise ou l'assurance de ce dernier, accepte de régler les honoraires du chirurgien, en plus du prix de journée, pareille convention est parfaitement valable.

Il en résulte que le chirurgien régional fera sagement et prudemment, en avertissant les dif-

férents hôpitaux, qui font appel à sa science, pour opérer des blessés du travail hospitalisés, d'avoir à faire signer, par le chef d'entreprise, ou son représentant, ou par celui de l'assurance du patron, un engagement préalable à l'admission dans l'établissement, engagement par lequel les honoraires et déplacement du chirurgien et de ses aides seront payés en plus du prix de journée.

Par qui le chirurgien a t-il été appelé?

Si le praticien est mandé par le malade lui-même, ou par un de ses représentants, ou parents, le chirurgien devra avertir cette personne que, n'étant pas lié par contrat avec l'hôpital et ne faisant pas partie du personnel médical de cet établissement, ses honoraires et frais de déplacement devront lui être payés.

Je sais bien qu'en pratique, surtout lorsque le cas est grave, ou urgent, le docteur néglige de prendre ces précautions juridiques, en vue du paiement ultérieur de ses honoraires.

Néanmoins, devant la mauvaise foi sans cesse croissante de beaucoup de clients, qui nient leur dette, leur engagement oral, ou n'hésitent pas à invoquer une prétendue responsabilité professionnelle pour ne pas payer, le chirurgien fera sagement de prendre les précautions écrites, qui lui permettront plus tard de faire effectuer le recouvrement de ses honoraires, même en justice, si besoin en est.

Ici, le responsable, c'est le client lui-même, ou l'intermédiaire qui a agi en son nom.

2° Si c'est la commission administrative de l'hôpital, qui fait appel au chirurgien, c'est elle qui se porte garante du paiement des honoraires chirurgicaux, sauf recours contre le malade hospitalisé.

A cette Commission administrative de faire signer, préalablement à l'admission, un engagement, par lequel le client ou ses proches s'engagent à payer les frais de séjour, plus les honoraires du chirurgien et de ses aides.

3° Si c'est le médecin traitant, qui fait appel au chirurgien, avant que le malade soit hospitalisé, il est considéré comme étant le *negotiorum gestor* du malade, agissant au mieux des intérêts de celui-ci.

Par conséquent, en cas de contestation d'honoraires, c'est le client, bénéficiaire des soins, qui devra payer le chirurgien, qu'avec son consentement le médecin traitant aura fait appeler.

Ou bien encore, le médecin traitant peut faire figurer sur sa note personnelle les rémunérations diverses dues au confrère qu'il a fait appeler, car ce dernier a fait confiance au docteur et non au malade, qu'il ne connaissait pas. Ainsi jugé par le tribunal civil de la Seine (6e chambre), 8 juin 1898 et par le tribunal civil de Loches, 17 décembre 1904.

Si le malade est déjà hospitalisé et que ce soit le médecin de l'établissement qui ait fait appel au chirurgien, ce praticien de l'hôpital fera bien de demander, au préalable, l'autorisation et du malade et de la Commission administrative.

Le malade, ou ses proches, doit être informé de ce qui est nécessaire à son état et, par conséquent, des dépenses pécuniaires, qui en découleront.

La Commission administrative de l'hôpital doit être également avertie, pour qu'elle sache ce qui se passe, dans l'établissement dont elle a la gestion.

A chacun, en cas de refus, de prendre ses responsabilités par écrit.

Mais, si se laissant émotionner par l'urgence et la gravité du cas, le médecin d'hôpital omettait de demander avis de qui que ce soit et s'adressait directement au chirurgien, serait-il tenu pour responsable des honoraires du chirurgien ?

Non, d'après un arrêt de cassation du 22 mars 1909 : « Le fait, pour un médecin attaché à un hôpital, d'avoir, sans autorisation préalable de la Commission administrative, mandé auprès d'un blessé, pour une amputation qu'il jugeait nécessaire, un chirurgien établi dans une autre ville, ne constitue pas une faute de nature à engager sa responsabilité, alors que, d'après les constatations du juge, ledit hôpital n'était pourvu d'aucun outillage chirurgical ni d'aucun des moyens d'antisepsie indispensables pour les opérations, de sorte que, pour celle, très délicate et urgente, nécessitée par l'état du blessé, il était préférable, dans l'intérêt de son existence, d'avoir recours à un chirurgien spécialiste. »

Cet arrêt dégage donc la responsabilité du médecin de l'hôpital, quant aux honoraires du chirurgien.

Néanmoins, le médecin d'hôpital agira avec prudence lorsqu'il avertira la Commission administrative avant de faire appeler le spécialiste ; car la Commission administrative est souveraine maîtresse chez elle, c'est-à-dire à l'hôpital, le médecin n'étant qu'un subalterne, un employé au sens juridique du mot.

Conclusions

Lorsqu'un chirurgien régional est appelé régulièrement dans des hôpitaux périphériques, qui n'ont pas de chirurgien, ni même d'installation opératoire, le docteur fera bien de s'entendre au préalable avec les Commissions administratives de ces hôpitaux, pour que les situations juridiques soient bien établies.

Cet accord écrit spécifierait qu'en cas d'appel pour opération à pratiquer sur un indigent, c'est l'hôpital qui rémunèrera le chirurgien et ses aides, lui remboursera ses frais de matériel opératoire, ou autres. La Commission administrative fera figurer ces dépenses exceptionnelles au chapitre : frais chirurgicaux, pour les mentionner au

budget général de l'établissement, en vue de la fixation du prix de journée.

En cas d'appel pour opérer un malade payant, ou un blessé du travail, la Commission administrative fera signer, préalablement à l'hospitalisation, un engagement, soit par le malade lui-même, soit par ses représentants, ou les responsables, pour que les honoraires du chirurgien soient payés.

Si la Commission administrative désire connaître le tarif qu'appliquera le chirurgien, celui-ci pourra fournir le tarif de son propre syndicat, ou celui établi par arrêté ministériel, pour les accidents du travail.

Quant au médecin d'hôpital, il agira sagement en faisant approuver, par la Commission administrative, ou par le malade, l'appel du chirurgien, en spécifiant que ce dernier ne doit pas venir opérer pour rien.

Dr Paul BOUDIN.

UN CONTRAT COLLECTIF INTÉRESSANT

La Société Artésienne de Force et Lumière exploite un vaste secteur, s'étendant sur une partie des départements de la Somme, du Pas-de-Calais, du Nord et de la Seine-Inférieure.

Elle comprend des usines d'électricité et des usines à gaz ; son administration centrale est à Paris.

Une Société de Secours Mutuels assure les soins médicaux et pharmaceutiques à son personnel. A notre confrère et ami, le docteur Blondel, président du Syndicat d'Amiens, revient le mérite d'avoir réussi à contracter heureusement, avec le président du Conseil d'administration de l'Artésienne, M. Duchange, ingénieur des mines.

Nous connaissons bien M. Duchange : pendant la guerre, il fut notre frère d'armes, au 42e d'artillerie. C'est un esprit très ouvert, s'adaptant facilement. Mais il réside dans la région des mines et la manière, dont y est pratiquée la médecine n'était pas faite, pour le préparer à un tel contrat.

Disons de suite, qu'il en comprit facilement les avantages et qu'il n'aura pas à regretter cette innovation, dans l'avenir.

***

Le contrat collectif, dont s'agit, est passé entre les présidents des Syndicats de médecins de la Seine, du Nord, de la Somme, du Pas-de-Calais et de la Seine-Inférieure et le Président du Conseil d'administration de la Société de Secours mutuels.

Le choix du personnel est limité aux seuls médecins syndiqués.

Il était difficile de faire autrement. Le président ne contracte que pour les membres de son Syndicat ; d'autre part, le Conseil de famille des Syndicats est appelé à connaître des différends entre médecins et malades et ne peut valablement étendre sa juridiction aux médecins isolés.

Ainsi s'affirme, tous les jours, l'importance de nos organisations professionnelles.

Le sociétaire malade règle directement son médecin, au tarif syndical de la région, contre un reçu des honoraires versés. Il est remboursé, dans la quinzaine, par la S. S. M., sur le taux de 85 %. Les 15 %, à sa charge, représentent le ticket modérateur.

Toutefois, la visite d'entrée des nouveaux adhérents est au compte de la Société.

La question chirurgicale n'a été qu'ébauchée.

A titre d'indication, l'opéré reçoit un secours variant de 50 fr. à 300 fr.

Pour tout acte médical accompli, le médecin délivre une attestation écrite et signée, sur la carte de maladie. Aucun diagnostic ne doit y figurer, pour respecter le secret professionnel.

Cette attestation permet au malade de toucher les indemnités quotidiennes et de se faire rembourser des frais médicaux et chirurgicaux, dans la mesure ci-dessus indiquée, jusqu'à la délivrance du certificat de guérison.

Le contrôle est à deux échelons.

Une première commission de surveillance comprend trois délégués des Syndicats médicaux et trois délégués du Conseil de la S. S. M. auxquels est adjoint un médecin choisi par le Conseil.

Cette commission assure le contrôle des soins donnés, pour éviter les abus de toute nature.

Elle peut apporter des modifications aux notes d'honoraires ; mais les décisions prises ne sont définitives, qu'après audition de l'intéressé et avis du Syndicat des médecins.

Il y a lieu de remarquer que le médecin a été payé directement par le malade. Les retranchements ne peuvent donc jouer que dans le remboursement, par la Société, à ses membres.

Néanmoins, un médecin convaincu d'avoir augmenté ses notes, d'accord avec le sociétaire, en devra compte à son Syndicat, par le jeu d'une deuxième Commission.

En effet, recours contre les décisions prises, par la commission de surveillance, peut être porté devant une autre commission purement médicale, dite aussi de contrôle.

Cette deuxième commission est constituée par le bureau, ou le Conseil de famille de chaque Syndicat. Elle dispose de sanctions.

La S. S. M. et les membres des Syndicats médicaux en acceptent d'avance toutes les décisions.

Le contrat est fait, pour un an avec tacite reconduction.

***

Un tel contrat est difficilement critiquable. Il donne largement satisfaction, même aux plus farouches partisans de l'entente directe. Il pourrait servir de modèle aux futures tractations du Corps médical, avec les Caisses d'assurance-maladie.

Nous félicitons ici nos amis, MM. Duchange et Blondel, d'avoir mené à bien l'organisation toujours épineuse du service médical d'une Société de Secours mutuels et d'avoir résolu le problème, dans un sens très libéral.

La voie est tracée ; le Corps médical peut s'y engager, sans trop d'appréhensions.

Docteur RINUY,
Flesselles (Somme).

VARIÉTÉS

La pratique médicale dans les proverbes

Les proverbes se sont moqués de la médecine beaucoup moins qu'on ne pense et des médecins moins qu'on ne dit. J'ai tenté de le montrer ici même (1) ; mais on en juge mieux encore à chercher dans les dictons, les maximes et les adages comment la foule, qui fait les uns ou seulement adopte les autres, voit la pratique médicale et ce qu'elle en dit. Sur ce point, la parémiologie est curieuse ; le plus souvent, le trait se retourne vers qui l'envoie et l'on découvre ainsi, bonnes raisons de la discrétion d'ensemble des critiques que les proverbes ont faites au médecin.

Déjà, des vérités générales, d'autres particulières, étaient assez d'ailleurs pour les incliner à l'indulgence. Ainsi, parmi les premières : *Le médecin n'est pas le bon Dieu*, ou encore : *Le médecin n'est pas louis d'or*. Ainsi, parmi les secondes : *Un médecin comme berger cognoist voisin*, ce qui est dire que le praticien est épié par tous autant qu'un berger par le propriétaire du pré voisin, guettant pour défendre son herbe contre la première brebis qui s'égare. Toutefois, ceci a fait bien davantage que la *Sagesse des Nations* ait senti tout ce qu'on exige du médecin, le peu qu'on lui offre en retour et tout ce que cependant il donne. Parodiant le début du célèbre pamphlet sur le Tiers-État : « *Qu'est-ce que le Tiers ? — Tout. Qu'est-il ? — Rien. Que veut-il être ? — Quelque chose* », on pourrait dire : Que demande-t-on au médecin ? — Tout. Que lui accorde-t-on ? — Rien. Que donne-t-il ? — Le plus qu'il peut. Cela, les proverbes l'ont vu et ils l'ont dit.

Le public est tout exigences. *L'art est long* ! Eh bien ! le médecin ne cessera d'apprendre. Voilà tout. *Le médecin est la fourmy* (2). Qu'il acquierre sans cesse des connaissances, comme elle amasse sans cesse du grain ! Courage ! brave homme ! Seulement *quand le médecin meurt, il est hors d'apprentissage*.

A cette étude de chaque jour, s'il gagne cet air réfléchi et ces traits pâlis, d'où le proverbe est venu : *il a un teint, un visage de médecin*, fi ! le vilain ! dira-t-on et les gascons se raillent :

Qui a toustens praube colou
Nès boun medecy, ni doctou (1).

Montaigne réclamait bien davantage encore, puisqu'il voulait jusqu'à de la beauté et de la grâce : « *Jamais*, écrit il, *médecin laid et rechigné n'y feit œuvre.* » (2).

Pour le moins, bonne santé est donc obligatoire ? A coup sûr ; mais, car il y a un mais... il n'est pas mauvais cependant que le médecin soit quelquefois malade. Platon lui même en jugeait ainsi, estimant que « *l'habile médecin est celui qui, de complexion mauvaise, aurait été sujet à toutes sortes de maladies* » (3). Belle autorité que Platon ! n'est-il pas vrai ? et pouvait-on moins faire après lui que de dire : *Consulte non pas le médecin, mais celui qui a été malade* ?

Ces contradictions des proverbes sont terrible chose. Grâce à elles, quoiqu'il fasse, le médecin a toujours tort. — *Quand le médecin boit de son vin, il est malade*, lit-on aux *Adages françois* du XVI[e] siècle. Boire de son vin est prendre médecine. Il témoigne donc de sa confiance dans la thérapeutique. Fort bien cela ; mais il a tort, on le sait, d'être malade. — *Rarement le médecin prend des*

(1) *Concours médical*, n° 10, 6 mars 1927 (La médecine dans les proverbes) et n° 18, 1er mai 1927 (Le mal que les proverbes ont dit du médecin). Voir encore : *Revue des spécialités*, juin 1927 (Medico da borse) et *L'Association médicale*, juin 1927 (Le bon et le mauvais médecin dans les proverbes).

(2) Proverbe du XV[e] siècle.

(1) Qui a toujours pauvre couleur n'est bon médecin ni docteur.

(2) Montaigne. *Essais*, liv. III, ch. 4.

(3) Platon. *La République*, liv. III. — Comparer : Montaigne. *Essais*, liv. III, ch. 13 : « *C'est raison qu'ils prennent la vérole, s'ils la veulent sçavoir panser. Vrayment, ie m'en fierois à celuy-là.* »

remèdes (1), dit un autre. Il est donc bien portant. Parfait ; mais il a tort encore, car il semble mépriser les drogues. — On lui impose de donner l'exemple, car *il faut faire comme le médecin et le curé* ; *on sera sauvé si le diable n'emporte le curé* ; mais quel exemple dans ce conflit d'exigences qui s'opposent ?

Le *Figaro* contait naguères qu'un malade surprit son médecin à table : « Docteur, vous mangez du foie gras et vous m'avez dit, l'autre jour : «J'ai l'estomac dans le même état que le vôtre, donc je connais votre cas. Si vous voulez vous guérir, ne mangez pas de foie gras. » — C'est vrai, je vous ai dit tout çà ; mais... moi, je ne veux pas me guérir (2). » C'était se tirer d'affaire par une application du *Fais ce que je dis et non ce que je fais* ; le public n'entend pas de cette oreille ; il s'en tient à sa *sagesse*, pour contradictoire qu'elle soit.

Contradictoire, elle semble l'être jusqu'au bout à l'égard du médecin, soit qu'elle attribue indifféremment au savoir ou à l'ignorance sa confiance en soi, ou bien qu'elle réclame tout à la fois de lui qu'il parle et qu'il se taise.

Je dis : *elle semble.* Sur le premier point, en effet : *Qui davantage sait moins présumé* (3) et *Qui ne sait rien ne doute de rien* (4), ont chacun leur part de vérité ; et, pour la voir, il suffit de ne pas opposer les deux proverbes. — Sur le second point, si *beaucoup parler n'écorche pas mais guérit* (5) et *un médecin bavard est une seconde maladie* (6) sont, il est vrai, inconciliables, à bien prendre le reste, le trop et le peu gâtent le jeu et il s'agit surtout de cela. — Considérés ainsi, ces proverbes généraux semblent sans reproche : *celui qui est de l'art peut raisonner sur l'art* (7) ; *qui ne sait parler de son métier le connaît mal* (8). On peut les appliquer sans répugnance à la pratique médicale, comme on peut accepter aussi leur contrepartie : *Bien parler vaut beaucoup* ; *bien faire dépasse tout* (9) ; — *Qui sait beaucoup parle peu* (10) ; *Qui parle trop se trompe souvent* (11).

Sur d'autres qualités requises, il n'y a plus d'équivoque. Le médecin doit être discret ; il doit tout supporter sans se plaindre ; il doit avoir une énergie qui ne souffre pas la sensiblerie ; il doit surtout répondre à tous appels sans pouvoir jamais marchander sa peine.

Discret. Le vieux proverbe rime la formule du secret professionnel :

(1) Di rado il medico piglia medicine.
(2) G.-J. WITKOWSKI. — *Anecdotes médicales*, Steinheil, Paris, s.d., p. 215.
(3) Chi piu sà meno presume.
(4) Chi non sà niente non dubita di niente.
(5) Bello parlare non scortica ma sana.
(6) Medicus loquax alter morbus est.
(7) Chi è dell'arte puo ragionar dell'arte.
(8) Chi non sà parlare del suo mestiero, non lo sà bene.
(9) Ben dire val molto, ben farè passa tutto.
(10) Chi molto sà, poco parla.
(11) Chi troppo parla spesso falla.

Médecin, tiens-toi coi
Et en quoi que ce soit.

Patient. Car *le malade a la liberté de tout dire* (1) et *le médecin doit avoir des oreilles de Job*, c'est-à-dire qui restent sourdes aux railleries et aux injures.

Endurci quelque peu à la douleur des autres. Il est assez curieux que les proverbes aient noté cette nécessité de métier pour que le médecin puisse appliquer toujours les médications actives. Ils l'ont fait un peu dans tous les pays : *Main de médecin trop piteux* (2), disait au XVI[e] siècle Gabriel Meurier dans son *Trésor des Sentences, rend le mal souvent chancreux* ; et l'italien qui le répétait : *medico pietoso fa la piaga incurabile* (3), ajoutait aussi, jugeant sans doute que la jeunesse n'a pas eu le temps d'endurcir son cœur : *medico giovine fa la piaga puzzolente* (4).

Sur la dernière exigence, la parémiologie est riche. Aussi bien, n'est elle pas vraie cette boutade que Witkowski écrivit jadis dans *Le Praticien* : « *Le Juif errant auquel Jehovah crie sans cesse : marche ! marche ! personnifie fort bien le corps médical.* » Les proverbes l'ont redit de pittoresques manières. — *La boutique du médecin est aux champs et à la ville* (5). Marche ! Marche ! *Le médecin n'a point de repos s'il n'est à cheval.* Marche donc ! Marche encore ! — *Quand un médecin pratique, il se repose* ; *quand il ne fait rien il travaille* (6). Marche ! te dis-je ; et, s'il fait un temps où la pitié des hommes empêche de mettre les chiens dehors, marche quand même, marche toujours ; cette pitié n'est pas pour toi. Là se découvre le sens d'un vieux dicton : *Le médecin escoute si pleust.*

Il est remarquable que, sur ce chapitre de la pratique médicale, les proverbes aient perdu leur malice coutumière. Ils notent simplement ce qu'il est donné de voir chaque jour et l'ironie ne trouvait pas ici sa place. Avec une égale justesse de vue, ils ont saisi combien peu on accorde au médecin en échange de tout ce qu'on lui demande ; ils ont retenu l'indocilité, la sottise, l'ingratitude des malades, la médiocrité de fortune qui est le lot du praticien et la brièveté même de sa vie trop bien remplie.

Sur l'indocilité des malades, les proverbes glissent ; mais ils la connaissent et ils l'avouent dans cette observation : *Le malade désobéissant fait le médecin cruel* (7), cruel parce qu'à plaie envenimée un traitement douloureux devient parfois nécessaire ; — dans cette maxime : *Qui mé-*

(1) L'infermo hà libertà di dire il tutto.
(2) **Qui s'appitoie plus qu'il ne convient, pitoyable.**
(3) Médecin pitoyable fait la plaie incurable.
(4) Jeune médecin fait la plaie puante.
(5) *Adages français* du XVI[e] siècle.
(6) *Adages français*, XVI[e] siècle.
(7) L'ammalato disubediento fa il medico crudele.

prise le bon conseil se plaint en vain (1) ; — dans ce conseil : *Un Recipe est une obligation*. Il est vrai, ce dernier a son contre-proverbe : *Le Recipe d'un médecin n'oblige personne*, mais venu plus tard et par déformation de l'idée primitive, comme on en voit de nombreux exemples en parémiologie.

Au procès des malades pour défaut de sagesse, les proverbes citent ceux qui courent les médecins et multiplient leur nombre, les discrets hors de saison, les maniérés hors de propos et ceux enfin qui ne veulent pas guérir.

Certes, *l'un voit souvent ce que l'autre ne voit* ; c'est chose entendue ; mais Sganarelle, dans l'*Amour medecin*, dépasse la mesure à la manière de Molière :

SGANARELLE. — *Vite qu'on m'aille quérir des médecins et en quantité. On n'en peut trop avoir dans une pareille aventure. Ah ! ma fille ! ma pauvre fille !*
(Acte 1, scène 7.)
LISETTE. — *Que voulez-vous donc faire, Monsieur, de quatre médecins ?*
SGANARELLE. — *Taisez-vous. Quatre conseils valent mieux qu'un.*
(Acte II, scène 1.)

Cabanès et Witkowski rapportent (2) qu'un philosophe anglais, qu'ils ne nomment pas, assure qu'un médecin peut vous guérir mais que deux à la fois sont les deux rames de la barque qui conduisent rapidement aux bords du Styx. A trois, Casimir Delavigne dans *Les Comédiens* reprenait à propos d'un malade le mot de Corneille : Que voulez-vous qu'il fit contre trois ? Qu'il mourut. Le proverbe tient avec ces derniers contre Sganarelle :

Succombe même un Empereur
Au zèle de trop de soigneurs.

Son origine tient à l'histoire. Elle remonte à Dion qui, rapportant que Hadrien mourut (3) en se moquant des médecins, écrivait : 'Ετελεύσε, λέγων καὶ βοῶν τὸ δπῶδες, ὅτι « Πολλοὶ ἰατροὶ βασιλέα ἀπώλεσαν. » [LXIX, 22]

Quant aux malades qui parlent à demi-mot et qui répondent sans franchise, pour invraisemblable que cela paraisse, ils sont beaucoup plus nombreux qu'on ne pense. On devine qu'ils accusent le médecin plus fort que personne de ne rien comprendre aux maladies.

A quoi bon, quand la fièvre en nos artères brûle,
Faire de notre mal un secret ridicule ?
. . . .
Qu'avez-vous ? — Je n'ai rien. — Mais... Je n'ai rien, vous dis-je,
Répondra le malade à se taire obstiné.
(Boileau. — *Epître* III.)

(1) Chi sprezza il buon consilio si duole invano.
(2) CABANES et WITKOWSKI. — *Joyeux propos d'Esculape*, Paris, 1923, p. 262.
(3) 10 juillet 138.

Ce travers, qui est de tous les pays, est aussi de tous les temps et ce sont vieux adages venant de partout que :

Qui veult la garison du mire,
Il lui convient tout son mal dire. (1)
(*Proverbes communs*, XVe siècle).

Al confessor, medico & auvocato
Non si deve tener' il ver alato. (2)

Verzwegen quaed,
Blyft zonder raed ;
Verborgen pyn,
Geen medecyn. (3)

La fausse pudeur, les sottes manières sont moins communes ; mais on les rencontre et elles ont donné naissance à cet amusant proverbe : *A poulx de toile, médecin de drap*, qui demande explication. Je l'emprunte avec sa saveur ancienne au *Facétieux réveille-matin des espritz mélancoliques ou Remède préservatif contre les tristes* (in-12, Rouen, 1659, p. 352).

« Un médecin fut appelé pour visiter une demoiselle malade à laquelle voulant taster le poulx, esmeue de quelque petitte honte, faisant de la délicate et craignant qu'il ne maniast son bras nud, elle tira le bout de la manche de sa chemise jusques sur sa main; ce que voyant le médecin, il prit le bout de son manteau et s'en couvrit toute la main, puis maniant le poulx de la demoiselle, il luy dit : A poulx de toile, médecin de drap. »

Plus rares, certes, mais j'en ai connus, les malades qui ne veulent pas guérir, cela à la grande peine des médecins et aussi, le proverbe les en prévient, à leur dommage :

D'homme contre sa volonté guary
N'attens gré, grâce, ne mercy.

Nous touchons ici à l'ingratitude des malades. Grâce et mercy, rares qui les prodiguent. *On vient chercher le médecin en voiture et il s'en retourne à pied*. C'est que, pour parler comme Sanche et enfiler un à un des proverbes, *Mal passé n'est que songe* ; — *Dès qu'on a bu, on tourne le dos à la fontaine* ; — *L'orange pressée on la jette*. — « *La reconnaissance pour le médecin*, dit l'auteur de Jean Baudry, *je connais cela. Ça fait partie de la maladie. Ça se déclare avec la fièvre* ; *ça se calme dans la convalescence* ; *la santé en guérit.* » Et le docteur A. Decourcelle du *Figaro*, dans ses *Formules du Dr Grégoire*, pouvait écrire à bon droit :

(1) Comparer Gabriel MEURIER dans le *Trésor des Sentences* (XVIe siècle) : *Qui cerche guarison du mire, luy convient son meshaing dire.*
(2) Comparer : *Al medico, confessor, y letrado, no le hayas enganado.* Le proverbe français a traduit :
A confesseur, médecin, avocat,
La vérité ne cèle de ton cas.
(3) Mal que l'on tait reste sans conseil ; douleur cachée demeure sans remède.

Médecin : « *Le Ciel ! l'Empyrée ! quand on est malade. Un empirique dès qu'on va mieux.* »

Reste la ressource de se consoler en se voyant en bonne compagnie ; car Dieu même et les Saints ne sont pas mieux partagés que les médecins. Un exemple, entre autres, en est classique. Vous vous souvenez de la tempête au Quart Livre de *Pantagruel.*

Au chap. XIX, Panurge larmoie : « *Bous, bous, bouououous ! Sainct Michel d'Aure, Sainct Nicolas, à ceste fois et jamais plus, je vous fai ici bon vœu et à Nostre-Seigneur, que si ce coup m'estes aidant, je vous édifierai une belle grande petite chapelle entre Quande et Monssoreau et n'y paistra vache ne veau'.* »

Au chap. XXIV, la tempête est finie et Panurge a retrouvé courage : « *Escoutez, beaulx amis ! Je proteste devant la noble compagnie que de la chapelle vouée à Monsieur Sainct Nicolas entre Quande et Monssoreau, j'entends que ce sera une chapelle d'eau rose, en laquelle ne paistra vache ne veau. Car je la jecterai au fond de l'eau. — Voilà, dict Eusthènes, le galant ; voilà le galant, galant et demi. C'est vérifier le proverbe lombardique :* Passato il pericolo, gabbato il santo. »

La conséquence pratique de cette tournure d'esprit trop générale, les proverbes l'ont vite aperçue. A l'opposé de bien des gens, qui jugent sans savoir et, sur de trompeuses apparences, croient les médecins fortunés, la parémiologie italienne leur appliquait volontiers son dicton : *Cattivo è il mestiero che non nutrisce l'artifice* (1) ; et l'adage français surenchérit :

Mourir de fatigue ou de faim,
Tel est le sort du médecin.

Faisons la part d'un peu d'exagération. Il reste, en tous cas, hors discussion que la moyenne de vie des médecins est courte. Casper et Roscoe Tayler la fixaient au bas de l'échelle des professions à 56 ans. Tout a été dit sur ce point et Montaigne se servait même de cette observation générale pour proclamer la vanité de la médecine. Moins soucieux de précision que la statistique, moins méchants que Montaigne et plus pittoresques que celui-ci et que celle-là, les proverbes ont noté le fait d'humoristique façon : *On voit*, disent-ils, *plus de vieux ivrognes que de vieux médecins.*

Mais alors, si tant on demande à ces derniers et s'ils sont payés de tels retours, n'est-ce pas miracle que des médecins se trouvent encore ? Or, s'il s'en trouve, vous le savez. Tous, il est vrai, ne répondent pas à l'idéal qu'ont esquissé les proverbes. De là, le blâme qu'ils distribuent assez volontiers, comme on le sait. Je ne reviens pas sur ce point. Il me suffit pour aujourd'hui d'avoir essayé de montrer comment la foule juge la pratique médicale ; comment, sur ce sujet, sa satire est émoussée et sa vue claire ; comment enfin, en exigeant du médecin des qualités nombreuses et rares, les proverbes lui rendent d'indirecte manière une pleine justice.

Albert GARRIGUES.

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

Edition 1928.

Lettre au Dr M...

Vous manifestez quelque étonnement, et quelque inquiétude aussi, mon cher Confrère, de n'avoir pas encore vu annoncer la prochaine édition de l'Agenda-Memento du Praticien. Vous vous demandez si nous n'aurions pas par hasard renoncé à poursuivre cette publication annuelle, inaugurée en 1911, et qui s'est continuée régulièrement, sauf durant les années de guerre, à la grande satisfaction des praticiens.

Soyez rassuré ! L'édition 1928 est en préparation, et seules, des considérations d'ordre matériel en ont retardé l'annonce.

Veuillez donc la trouver céans, ainsi que le programme des matières qui y seront traitées avec l'ampleur qu'elles réclament.

Et d'abord, le Code de la Route : trop de médecins sont des automobilistes permanents pour qu'il ne soit indispensable de les familiariser avec tous les règlements qui ont pour but de canaliser, de surveiller la circulation automobile sur les routes, et de prévenir, autant que possible, les accidents.

Des renseignements, d'ordre technique, seront rappelés avec la mise au point qu'ils réclament : Renseignements relatifs à toutes ces petites interventions qui font partie intégrante de la pratique de chaque jour : ponctions et injections intra-veineuses, ponction lombaire, transfusion du sang, etc.

Les conditions de l'exercice de la Pharmacie seront de nouveau précisées.

La législation sur les Syndicats a subi, depuis quelques mois, d'importantes modifications. Il est indispensable que les praticiens sachent tout le parti qu'ils peuvent tirer du Syndicalisme.

Notre collaborateur et ami Decourt poursuivra la publication de ses consultations si précieuses sur l'application des tarifs officiels. M. Martinot publiera également ses consultations fiscales.

Pour tout dire, nous nous efforcerons, avec tous les concours qui nous sont acquis, d'éditer

(1) Mauvais métier que celui qui ne nourrit pas l'artisan.

un volume qui ne le cède en rien à ses devanciers, et qui complète heureusement la collection.

Voilà, mon cher Confrère, qui est de nature à apaiser vos préoccupations. Souscrivez donc avant le 1er août, comme d'ailleurs tous les confrères amateurs, en utilisant le Bulletin placé page 1808 de ce numéro. Et dites-vous bien que, si nous avions jamais eu quelque doute sur l'utilité de l'Agenda Memento, votre aimable rappel, dont nous sommes infiniment fiers, aurait dissipé cette impression. Renseigner, documenter, servir les médecins, c'est là le devoir impérieux du *Concours médical*, c'est sa raison d'être : il ne faillira pas à sa tâche.

G. DUCHESNE.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Assemblée générale annuelle.

L'Association générale des médecins de France a tenu dimanche 15 mai à 14 h. 30, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Dr Bellencontre sa 65e assemblée générale annuelle.

Dans son discours d'ouverture, M. le président a souhaité la bienvenue aux délégués des 94 associations locales présentes et dans un langage ému a rendu un hommage officiel à la mémoire du Dr Benoit, de Montauban, qui, bien que n'appartenant pas à l'Association, lui a légué tous ses biens avant de mourir ; à celui de M. le Dr Langlet, ancien maire de Reims et ancien membre du Conseil général de l'Association, décédé à l'âge de 85 ans, et enfin à celle du professeur Jules Boeckel, de Strasbourg, dont il rappela, en termes émus, la noble figure et l'amour profond qu'il avait toujours eu pour la France, sous la domination allemande après la guerre de 1870.

Les comptes de M. Bongrand, trésorier général, après lecture du rapport de M. le Dr Doizy, membre de la Commission de vérification, furent ensuite approuvés, ainsi que l'attribution de 15 pensions nouvelles à de vieux sociétaires sur les propositions du rapport de M. le Dr Vacher, d'Orléans, membre du Conseil général.

MM. les Drs Bardier (Hte-Garonne), Choyau (Vendée), Peyre (Gironde) ; Bauzon, Lutaud et Noir (Société Centrale), conseillers sortants, sont réélus à l'unanimité des suffrages.

Vient ensuite la discussion du rapport de M. le Dr Thiéry, secrétaire général, sur les actes de l'Association au cours de l'exercice 1926 et le vote de ses conclusions adoptées par le Conseil général sur les différents vœux présentés par ces sociétés locales :

1° Versement d'une somme fixe de 5 francs à la Caisse des Fonds généraux par tête de sociétaire, en plus du droit statutaire de 1 fr. 20 ;

2° Maintien du droit d'admission de 12 francs ;

3° Publication d'un Livre d'Or du corps médical et nomination d'une commission pour en fixer le règlement ;

4° Entente avec tous les groupements professionnels pour la publication d'un Code de Déontologie et la création d'un Ordre des médecins.

5° Fixation de la date de l'Assemblée générale au troisième dimanche de mai.

Avant de clore la séance, après l'adoption de ces différentes motions, M. le Dr Thiéry, secrétaire général, fait part de l'avènement tant attendu du Foyer médical installé au 10 de l'avenue d'Iéna, dans les locaux de l'hôtel du Prince Roland Bonaparte et manifeste toute sa satisfaction d'y convier pour ce soir tous les confrères présents au banquet annuel clôturant les travaux du Congrès.

Ce banquet, au menu très alléchant, servi pour la première fois dans les salons du Foyer, eut un gros succès et quelques confrères, heureusement peu nombreux, ne purent, au vif regret des organisateurs, y prendre place. Nous en avons déjà, dans un précédent numéro, donné le compte-rendu.

Syndicat médical de Seine-et-Marne.

Mitry-Mory, le 13 juin 1927.

Mes chers Confrères,

Voici plusieurs fois déjà que le Président du Syndicat reçoit de pressantes réclamations de confrères au sujet du tarif *minimum* de clientèle (à 10 francs la consultation et 12 francs la visite), qui fut voté à l'Assemblée générale ; on lui fait remarquer — et la mission de Bertaux, à Orléans, dont on a lu le rapport dans le *Bulletin* n° 10, ne fait que le confirmer — que nous sommes en Seine-et-Marne, *au-dessous* des prix de clientèle des départements voisins.

D'autre part, il ne sert à rien de décider quoi que ce soit, si cette décision doit rester sur le papier et

n'être pas mise réellement en vigueur. Si nous voulons faire œuvre utile, comme augmentation de notre prix minimum syndical, et surtout de son *unification* en vue des Assurances sociales — il faut que le tarif de base soit demandé par, au moins, les 3/4 d'entre nous, s'engageant à l'avance non seulement à approuver ces prix, mais à les *appliquer* dans leur clientèle.

Enfin, attendre l'Assemblée générale d'octobre me semble inutile. D'ordinaire, 1/3 environ des confrères y sont présents, ce qui est loin des 3/4, dont la signature me paraît la condition *sine qua non* pour poursuivre l'affaire.

Etant données ces explications prémonitoires, je viens maintenant proposer, d'après ce qui m'a été demandé, les prix suivants :

Consultation	12 fr.
Visite	15 fr.
Déplacement au kilomètre parcouru	1 fr.

Je ne demande pas plus d'un franc du kilomètre parcouru — pour le moment. Il faut éviter, pour les malades résidant à 5 ou 6 ou 8 kilomètres de tout médecin, d'en arriver à des *prix prohibitifs*. D'ailleurs telles sont mes propositions : libre à chacun de donner son avis. Je souhaite seulement qu'on reste sagement dans les limites de la *possibilité pratique*. Et ces limites, personnellement, je suis persuadé les avoir atteintes par les prix ci-dessus dont je demande *instamment* à mes confrères de se contenter. Le mieux est l'ennemi du bien.

***

Dans le cas où ces proposiitons seraient acceptées par les 3/4 des confrères, les syndics de chaque cercle syndical pourraient être chargés de faire passer dans les journaux locaux la note suivante :

Le Syndicat médical de Seine-et-Marne

Vu l'accroissement continu non seulement du prix de la vie, mais des impôts et des charges, chaque année plus lourdes, qui pèsent sur les médecins praticiens,

Vu les prix en cours dans *tous* les départements voisins, depuis plusieurs mois, ainsi que dans la majorité des villes de Seine-et-Marne,

Vu la nécessité, avant le vote de la Loi sur les assurances sociales, *d'unifier les prix minima* de clientèle :

Décide :

A partir du 1er août 1927, le *prix minimum* médical est fixé comme suit dans le département tout entier :

Consultation au cabinet	12 fr.
Visite à domicile, dans la localité habitée par le médecin	15 fr.
Indemnité de déplacement horo-kilométrique (au kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour)	1 fr.

Pour le Bureau du Syndicat :

Le Président,

Dr Fernand Decourt.

De plus, si des confrères désirent un certain nombre d'exemplaires, ils sont priés de le dire dans leurs réponses. Ce serait naturellement *aux frais de chacun*, les uns en demandant peu ou pas, les autres un nombre... exagéré (si j'ose dire).

Mais qu'ils ne manquent pas de dire combien ils en *commandent ferme* afin que ces multiples commandes puissent être *centralisées* et envoyées à Limoges à notre imprimeur qui leur ferait parvenir directement le petit paquet commandé.

Comme conclusion, chaque confrère est prié de remplir, de signer et d'envoyer au Président, *le Dr Decourt, à Mitry-Mory (Seine-et-Marne)*, le referendum ci-joint — étant bien entendu et convenu que rien ne sera fait si les confrères ne prennent pas la peine de retourner la feuille de referendum, *avec acceptation pour les 3/4 des praticiens exerçant effectivement en Seine-et-Marne.*

Le Président du Syndicat,

Dr Fernand Decourt.

P.S. — Retourner le referendum *avant huit jours avec refus ou acceptation.* Dans le cas contraire, la réforme serait remise à plus tard, ou, suivant les cas..., aux calendes grecques. Cela dépend uniquement de vous.

F.D.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr ARNAUD, directeur de la Maison de santé de Vanves. — M. le Dr SAUVEZ, stomatologiste des hôpitaux de Paris.

— **Association française de chirurgie.** — *Le 36e Congrès français de chirurgie* aura lieu à Paris, à la Faculté de Médecine, du 3 au 8 octobre 1927, sous la présidence de M. Paul Bégouin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès. 1° Le drainage dans la chirurgie abdominale. Rapporteurs : MM. Cadenat (de Paris) et Patel (de Lyon) ; 2° Les péricolites et des épiploïtes chroniques. Rapporteurs : MM. Lardennois (de Paris) et Silhol (de Marseille) ; 3° Indications et résultats de la sympathectomie péri-artérielle dans la chirurgie des membres. Rapporteurs : MM. Leriche (de Strasbourg) et Robineau (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant *le premier août*, le titre et les conclusions de vurs communications au *Secrétaire général*, 12, *rue de Seine, à Paris* (8e).

Extrait du règlement. — Les chirurgiens qui désirent faire partie de l'Association doivent envoyer au Secrétaire général une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut, de ses anciens chefs de service.

— **Congrès international d'urologie.** — Le IIIe Congrès de la Société internationale d'Urologie se réunira à Bruxelles, du 3 au 6 août 1926, sous la présidence de M. le Prof. Jean Verhoogen.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour : la valeur comparative des divers examens du sang et de l'urine dans la chirurgie urinaire ; rapporteurs : MM. Chabanier (Paris), Kojen (Belgrade), Quinby (Boston). Le traitement des tumeurs de la vessie par les agents physiques, par MM. Beer (New-York), Fryszman (Varsovie) et Heitz-Boyer (Paris). Le traitement de la tuberculose génitale, avec pour rapporteurs MM. Barney (Boston), Gamberini (Bologne), K. Walker (Londres).

Pour tous les renseignements concernant le Congrès, s'adresser à M. le Dr Jean de Smeth, 126, boulevard de Waterloo, à Bruxelles, et à Paris à M. le Dr Pasteau, 13, avenue de Villars.

— **Syndicat général des médecins biologistes.** — La réunion de formation du Syndicat général des médecins biologistes français, a eu lieu le 14 mai à Bordeaux, sur l'invitation de la section bordelaise. Les membres fondateurs, au nombre de 20, réunissent les laboratoires de toutes les parties de la France : Paris, Marseille, Lille, Lyon, Dijon, Nantes, Clermont-Ferrand, Saintes, Amiens, Bordeaux, Strasbourg. Cette création est de la plus grande opportunité, au moment où les questions syndicales prennent une telle importance dans la pratique de la médecine. Les médecins biologistes pourront donc désomais établir les règles déontologiques de leur spécialisation, défendre leurs intérêts moraux et matériels devant l'Etat et les collectivités. Aussi ne doutons-nous pas que les promoteurs d'une telle œuvre, n'arrivent aisément à grouper la très grande majorité des médecins possédant ou dirigeant en France et aux Colonies, des laboratoires patentés d'analyses médicales.

C'est le 24 juillet que se réunira, de nouveau, à Bordeaux, l'Assemblée générale qui examinera les demandes de candidature et mettra à son ordre du jour un certain nombre de questions importantes, telle celle des Assurances sociales. Devant se placer dans le cadre du Syndicat général des médecins spécialistes, les décisions prises recevront leur solution en conformité de vue et d'action avec l'ensemble du Corps médical.

Provisoirement, le fonctionnement est assuré par le bureau suivant : président : Dr MOUGNEAU (Bordeaux); vice-président : Dr VANSTEENBERGHE (Lille) ; secrétaire: Dr CUVIER (Bordeaux) ; trésorier : Dr SERNAUTIE (Bordeaux) ; conseillers : Dr SENEZ (Marseille) ; Dr BONNES (Paris) ; Dr MUSSO (Saintes), Dr CREMIEU(Lyon)

Adresser les adhésions ou demandes de renseignements : 30, place Gambetta, Bordeaux.

— **Journées médicales d'Egypte** (15-24 décembre 1927, Université Egyptienne). — La « Revue des maladies des pays chauds » organise les Journées médicales d'Egypte qui auront lieu au Caire du 15 au 24 décembre 1927.

Comité d'honneur : MM. les professeurs J.-L. FAURE et A. LOUTFI EL SAYED, présidents ; MM. les professeurs Andrew BALFOUR et Aldo CASTELLANI, STEPHENS, vice-présidents ; M. le Major THOMSON. *Comité d'organisation* : M. ZEITOUN, secrétaire général ; *Comité de rédaction* : Les Comités égyptiens et de propagande. *Comité scientifique* : MM. Pr. STRONG, Pr Aldo et Ed. PERRONCITO, Pr MADSEN, Pr WARRINGTON, YORKE, Pr STEPHENS, Pr BRODEN, Pr DELAMARRE, Pr HUTINEL, Pr BRUMPT, Pr HECKENROTH, Pr SICARD, Pr TUFFIER, Pr DUVAL, Pr GUIART, Pr BEZANÇON, Pr MARCHOUX, Pr MANDOUL, JOYEUX, NEVEU-LEMAIRE, Pr NOBÉCOURT, Pr Léon BERNARD, Pr BERTIN-SANS, Pr JEANNIN, Pr Victor PAUCHET, Pr RIEUX, Pr RADAIS, AUDIBERT, SORREL, Pr NATTAN-LARRIER, Pr SARTORY, Pr VUILLEMIN, TANON, BRULÉ, GARIN, Pr GAUJOUX, Pr LEENHARDT. GOUGEROT, DALCHÉ, MORAX, F. RAMOND, RAVAUT, RIST, Pr SANARELLI, Pr ELLIOTT, Pr LÉPINE. *Travaux du congrès* : Conférences et communications. I. *Maladies des pays tempérés* : Questions médico-chirurgicales d'actualité. II. *Maladies des pays chauds* : Abcès du foie. Bilharzioses. Trypanosomiases. Bouton d'Orient. Lèpre. Kala-azar. Trachome. Paludisme. Fièvre jaune. Fièvre de Malte. Hygiène sanitaire. Il sera accordé vingt minutes pour les conférences et dix minutes pour les communications. Les langues adoptées : le Français et l'Anglais. Les titres et les résumés des communications et conférences devront parvenir à M. ZEITOUN, *Secrétaire général*, 32, *rue Gay-Lussac*, Paris (Ve), avant le 1er octobre 1927.

Exposition internationale des Arts et sciences appliqués à la médecine, chirurgie, pharmacie et l'hygiène sanitaire : Le programme détaillé et les conditions d'adhésions peuvent être communiqués sur demande par le Comité d'organisation de l'Exposition.

Facilités de voyage : Sur présentation de la carte de congressiste adhérent ou associé, il serait accordé des réductions par les compagnies de navigation, etc.

Renseignements et adhésions : Dr ZEITOUN, 32,rue Gay-Lussac, Paris (Ve) ; ou 10, route du Palais-III ; Rond-Point, Alexandrie (Egypte). — Dr J. KHOURI, 4, rue de France, Alexandrie (Egypte).

— **Le voyage d'études médicales de Strasbourg visite Luchon.** — Les V.E.M.S. ont cette particularité qu'ils

comprennent des professeurs, des médecins, des internes, des étudiants, français et étrangers. En outre, les dames y sont admises ; suivant une formule heureuse, ce voyage, unissant l'utile à l'agréable, ne veut pas se priver de la joie de voir, à son passage, de beaux sites, de moyen-âgeux monuments, sous le prétexte que beaux sites et monuments moyen-âgeux ne sont ni de l'hydrologie ni du climatisme. Je crois la conception du voyage d'études médicales de Strasbourg aux Eaux minérales extrêmement adéquate au but poursuivi. La direction scientifique, qui en est assurée par M. Paul Blum, l'administration dont notre distingué confrère, le Dr Arbinet Labessède, assume la responsabilité, mérite toute l'attention de la Commission médicale de l'Office National du Tourisme.

Luchon et sa municipalité, la nouvelle Compagnie fermière des établissements thermaux, le Casino, le syndicat des Hôteliers ont rivalisé d'ardeur pour donner à nos hôtes une impression durable. Le Dr Molinéry, directeur technique, a dirigé, avec ses confrères locaux, la visite des établissements thermaux en même temps que du Vaporarium qui devient le plus vaste du monde, depuis les agencements que lui ont fait subir les magnifiques prospections de MM. Bertrand et Lepape. Le prof. Paul Brum a fait, sur le dynanisme biologique des eaux thermo-minérales sulfureuses, une leçon magistrale, véritable préface au V. E. M. qui commençait à Luchon. M. Pelon a résumé les indications des Eaux de Luchon et le Dr Baqué, qui en avait été prié, a défini nettement ce qu'il faut entendre par HUMAGE, caractéristique de la station.

Très bon et très utile travail.

R. M.

— **VIIe Congrès national d'Assistance publique et privée.** Nancy, 27, 28, 29 et 30 octobre 1927. — Ce Congrès, organisé comme les précédents sous le patronage du Comité national que fonda Casimir-Périer en 1900 et que préside aujourd'hui M. Paul Strauss, ancien ministre, fait suite aux assises qui ont eu lieu à Lyon, à Rouen, à Bordeaux, à Reims, à Nantes et à Montpellier. Il s'adresse plus particulièrement aux établissements publics d'assistance (hospices, bureaux de bienfaisance, asiles divers) et aux œuvres libres, reconnues ou non d'utilité publique. Les questions mises à l'ordre du jour de ce Congrès sont les suivantes. 1re question : La lutte contre les grands fléaux sociaux: tuberculose, syphilis, cancer, dépopulation. Rôle des différents organismes publics et privés dans cette lutte et rapport de ces organismes entre eux. 2e *question* : De l'assistance aux personnes de condition moyenne et assistance partielle. 3e *question*: Du rôle des infirmières d'hygiène et des assistantes sociales, dans l'application des lois et règlements d'assistance. 4e *question* : La loi du 7 juillet 1877 sur l'organisation des services de santé de l'Armée dans les hôpitaux mixtes et les hôpitaux purement civils et ses conséquences pour les hôpitaux. 5e *question* : Extension, aux préventoriums, du bénéfice de la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums.

La cotisation, fixée à 20 francs pour les six premiers Congrès, n'a pas été augmentée pour celui-ci.

Adresser les adhésions au secrétaire général, M. Marcel GAUGUERY, chef des services administratifs des hospices civils de Nancy.

— **Hôpital Cochin** (27, rue du faubourg Saint-Jacques, Pavillon Albarran). — *Cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires.* — Ce cours, sous la direction de M. Maurice Chevassu, aura lieu du lundi, 19 septembre au samedi 1er octobre 1927. Il sera fait par MM. Chevassu, agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin, Boppe, chirurgien des hôpitaux ; Braine, prosecteur des hôpitaux ; M. Leroy, ancien chef de clinique de la Faculté ; Godard, chef de clinique de la Faculté; Nora, ancien assistant du serviece ; Bayle, assistant du service ; Gautier, assistant de consultation ; Lazard, assistant de cystoscopie ; Giroud, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; Canoz, chefdu laboratoire de bactériologie ; J. Leroy, chef du laboratoire de chimie ; Bariéty, attaché médical.

Le cours sera complet en deux semaines. Il comportera, le matin, de 9 h. à 12 h., trois leçons de pathologie et de thérapeutique urinaires, avec examens cliniques et de laboratoire, présentations de pièces et opérations. L'après-midi , de 2 h. à 4 h., deux leçons théoriques et pratiques aux salles de cystoscopie et de radiodiagnostic, aux laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie. En concordance avec ce cours, des leçons pratiques de médecine opératoire et de chirurgie expérimentale auront lieu chaque jour, à 4 h. 1/2: du 19 au 24 septembre, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (M. Braine) ; du 25 septembre au 1er octobre, au laboratoire d'anatomie chirurgicale (MM. Boppe et Bayle). Consulter les affiches spéciales. Un certificat sera remis à la fin du cours à tous ceux qui l'auront suivi régulièrement. Un diplôme pourra être délivré après examen.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Bayle, à l'hôpital Cochin. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Droits d'inscription : cours de Cochin : 500 fr. ; cours de médecine opératoire : 200 fr. ; cours de chirurgie expérimentale : 250 fr.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Pour vos voyages.* — Les vacances approchent. Vous avez certainement, par la pensée, choisi la station où vous désireriez séjourner, mais la vie est si chère que vous vous demandez s'il vous sera possible d'y aller.

Ne connaissez-vous donc pas le moyen de voyager économiquement ? Prenez un billet d'aller et retour de famille à prix réduit. A partir de la 3e personne une réduction importante vous est faite (50 % pour la 3e personne, 75 % pour la 4e personne et chacune des suivantes) et 3 personnes seulement sont tenues de voyager ensemble.

Désirez-vous excursionner dans le Dauphiné, la Savoie, le Jura, l'Auvergne, les Cévennes ? Demandez alors une carte d'excursion de 15 ou 30 jours pour la région de votre choix. Les cartes permettent d'atteindre la zone d'excursion, d'y circuler librement et de revenir ensuite au point de départ.

Désirez-vous, au contraire, vous rendre sur une plage de la Côte d'Azur ou faire un séjour, d'avant ou d'arrière-saison, dans une station thermale ou climatique des Alpes, du Jura, des Cévennes, de l'Auvergne, du Morvan ? prenez un billet d'aller et retour individuel pour stations balnéaires, thermales et climatiques ; vous voyagerez aussi à bon compte.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

droit de poursuivre la Commission administrative devant le tribunal correctionnel, au cas où il aurait à se plaindre d'une divulgation le concernant, au point de vue médical.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Baux et locations.

4291. — Un médecin propriétaire a-t-il le droit de reprise dans son immeuble ?

L'affaire dont je désire vous entretenir, bien que personnelle, soulève une question de droit professionnel susceptible d'intéresser de nombreux confrères ; c'est à ce titre que je prends la liberté de vous la soumettre, en vous autorisant à la livrer à la publicité si vous l'estimez utile.

Propriétaire de l'immeuble où j'exerce ma profession, arrivé à l'âge (64 ans) où il est légitime et sage de songer à laisser la place aux autres, j'ai demandé à reprendre *pour mon usage personnel* l'appartement occupé dans ma maison par des *étrangers* (le mari lithuanien, la femme chilienne, les enfants de je ne sais quelle nationalité, mais n'ayant pas fait la guerre quoique en état de porter les armes) pour installer dans l'appartement que je laisserais vacant un confrère français, lui, et ayant fait la campagne.

Mes locataires, qui avaient reçu congé par huissier en janvier 1925 avaient pris par écrit l'engagement « sans conditions ni réserves » de quitter la maison le 1er janvier 1926. Cet engagement n'ayant pas été tenu, une ordonnance de référé confirmée par arrêt de la 2e chambre de la Cour d'appel ordonnait leur expulsion.

Mais la loi est faite, dirait-on, pour n'être pas appliquée, et les jugements rendus sont lettre morte. Quoi qu'il en soit, je connais maintenant les vicissitudes du plaideur, les tribulations du référé à la conciliation et de la conciliation à la chambre du Conseil, je connais les incohérences d'une justice qui n'est plus boiteuse, mais paralytique.

Mes étrangers, usant d'une évidente manœuvre dilatoire, se raccrochant à la dernière loi des loyers (la dernière en date !) qui ne leur donnait pas plus de droits, ont demandé le bénéfice de la prorogation accordé par cette nouvelle loi et finalement le 14 janvier 1927, j'étais débouté et condamné aux dépens sous prétexte que ma demande de reprise est basée « *sur un but de spéculation* ».

Or, je lis dans la loi du 1er avril 1926 :

Art. 4. « N'ont pas droit au bénéfice de la prorogation les étrangers n'ayant pas combattu ni servi ou dont les enfants ou gendres n'auront pas combattu ou servi... »

Art. 5. « Le droit à la prorogation n'est pas oppo-

sable au propriétaire de nationalité française qui, ayant acquis un immeuble ou partie d'immeuble avant le 1er mars 1926, voudra occuper *par lui-même* ou faire occuper par son conjoint, par ses ascendants ou descendants ou par ceux de son conjoint, cet immeuble ou une partie de cet immeuble d'habitation. »

Bien mieux, un jugement de la Ch. du conseil, 5e section du 15 nov. 1926 décide que le droit de reprise existe « abstraction faite de tout motif légitime » et la Ch. du Conseil 4e section a jugé le 19 octobre 1926 que *même si un propriétaire possède déjà un appartement dans l'immeuble, ce fait ne saurait lui interdire d'exercer le droit de reprise.*

Des arrêts de la Cour de Cassation ont confirmé cette jurisprudence.

Avons-nous donc en France deux poids et deux mesures ? Sommes-nous livrés au bon vouloir et au caprice des juges ? Je me suis pourvu en Cassation et j'attends les événements, souhaitant presque, comme le misanthrope, perdre encore mon procès.

Il est intéressant pour le corps médical de retenir les attendus du jugement qui me déboute : ma demande de reprise est « *basée sur un but de spéculation* » (le même jugement reconnaît d'ailleurs que je n'ai même pas appliqué à mes locataires la majoration de 100 p. 100 à laquelle la loi me donne droit !)

Le médecin qui, arrivé à l'âge de la retraite, est obligé de céder son cabinet, *commet-il un acte de spéculation ou ne fait-il qu'exercer un droit absolu ?* Voilà la question posée à ceux de nos confrères qui siègent à la chambre.

Céder un cabinet médical est chose parfaitement légale lorsque cette cession repose sur un substratum matériel (cession de local, installation...). Le refus d'accorder la reprise (*au bénéfice d'étrangers n'ayant aucun droit*) met un citoyen français dans l'impossibilité de jouir du fruit de son travail. Le même tribunal estimera légitime qu'un bistro cède son commerce d'empoisonneur même s'il n'a pas atteint l'âge de la retraite.

Il est entendu que les écrits sont aujourd'hui « chiffons de papier » et que nous nous acheminons tout dou.. tout doucement vers les temps heureux où il n'y aura plus ni propriétaires ni locataires, mais en attendant il existe encore une loi.

Si cette loi est faite pour n'être pas appliquée, à quoi bon berner les braves naïfs qui s'en réclament et leur imposer des frais (et pas au tarif léger !), des pertes de temps et des brimades dont les Tribunaux savent d'avance l'inutilité ?

Lorsqu'on sert depuis plus de 2 ans d'animal d'expériences sur le dos duquel les juges cherchent une jurisprudence (mon cas est-il donc le premier qui se présente pour les médecins ?) on a le droit de demander avec quelque acrimonie à ces messieurs de la Cour si leur balance n'a pas besoin d'une petite retouche, on a l'angoisse de penser qu'un pays dont la justice ne serait plus qu'un simulacre serait un pays bien malade.

Excusez, mon cher confrère, la longueur de cette lettre, et que Dieu vous garde des juges !

Dr H. TONDEUR.
12, r. d'Alsace-Lorraine, Saint-Mandé.

Exercice de la médecine.

Un docteur en médecine peut exercer l'art dentaire sans autres conditions.

Voulant m'installer en ville comme dentiste, voulez-vous me dire quelles sont les conditions requises d'un docteur en médecine pour exercer l'art dentaire. Faut-il faire légalement un stage dans une école dentaire ou peut-on s'installer avec le seul diplôme de docteur en médecine, après apprentissage technique bien entendu.

Dr X.

Réponse.

L'art dentaire n'est qu'une branche de l'exercice de la médecine et il n'est pas plus nécessaire à un docteur en médecine d'avoir un diplôme ou un certificat spécial ou de faire un stage dans une école dentaire pour l'exercer que pour exercer l'autre branche de la médecine qui est l'art des accouchements.

Vous avez donc parfaitement le droit de vous installer comme dentiste, ou stomatologiste, comme généralement s'intitulent les docteurs en médecine qui exercent l'art dentaire, avec votre seul diplôme.

Accidents et maladies professionnelles.

2304. — Légitimité de la visite de contrôle.

Je viens encore mettre à contribution votre obligeance pour m'éclairer sur un point en matière d'accidents du travail. Je m'excuse de vous importuner, mais le corps médical est si souvent brimé que j'estime le moment plus que jamais venu de ne plus nous laisser faire. Et comment mieux faire que de s'adresser au *Concours* ?

Voici donc l'objet de ma requête : Une Cie d'assurances a-t-elle le droit de faire visiter *systématiquement* ses accidentés du travail par un médecin fonctionnaire, appointé par elle pour ce genre de contrôle ? N'y a-t-il pas là une suspicion intolérable pour nous et ne devons-nous pas, dans l'intérêt même de la profession, refuser ce contrôle ?

Dr C.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail a réservé au patron ou à son assureur, agissant en ses lieu et place, le droit de contrôler le traitement suivi par le blessé, à la condition de respecter les for-

malités imposées par le paragraphe 5 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 ; c'est-à-dire désignation visée par le juge de paix et lettre recommandée adressée au médecin traitant, deux jours à l'avance, pour lui faire connaître le jour et l'heure de la contre-visite. En outre, le médecin contrôleur ne peut examiner le blessé qu'une fois par semaine, au maximum.

Le patron et son assurance sont donc dans leur droit en exerçant systématiquement ce contrôle dans chaque accident, s'ils observent les formalités légales, et aucun recours n'est possible pour les empêcher d'agir de la sorte.

2217. — Frais médicaux dus jusqu'à la consolidation.

Pour soins donnés à un blessé du travail M. P. (du 29 septembre 1926 au 10 mars 1927), j'ai produit à la Compagnie d'assurances une note de 413 fr.

La Compagnie me fait savoir qu'elle m'accorde seulement 275 francs pour soins donnés du premier jour de l'accident jusqu'au jour de la consolidation fixée au 10 décembre 1926 par le médecin expert.

Ai-je quelque chance de toucher les 138 francs de différence qui représentent les soins donnés du jour de la consolidation au jour de la conciliation, acceptée par l'ouvrier seulement le 10 mars 1927 ?

L'ouvrier est insolvable ou presque et le patron se retranche derrière la Cie d'assurances.

Que me conseillez-vous ?

Dr L.

Réponse.

Si le 10 mars 1927 est non pas le jour où la conciliation a eu lieu, mais celui auquel elle a fixé, d'un commun accord entre les parties, la consolidation de la blessure, c'est jusqu'à cette date que vous devez être payé de vos honoraires par le patron.

Mais si la consolidation a été fixée au 10 décembre 1926, date déterminée par l'expert, vous n'avez de recours contre le patron, pour le paiement de vos honoraires, que jusqu'à cette date et contre l'ouvrier pour le surplus. L'expert n'a, en effet, aucun pouvoir de fixer la date de la consolidation de la blessure. Il ne fait que donner un avis, que soit les parties, en cas d'accord, soit le tribunal, si l'accord n'existe pas, peuvent suivre, mais sans y être contraints.

La marche à suivre, si vous êtes en droit de vous faire payer, est de citer, non la Compagnie d'assurances, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit, mais le patron, devant le juge de paix du lieu de l'accident.

La procédure, en cette matière, est exempte de timbre et de droits d'enregistrement.

2229. — Surdité relative, incapacité permanente.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire savoir si, pour un accidenté du travail qui va conserver comme séquelles de son traumatisme une surdité relative du côté droit, je puis conclure à une incapacité permanente partielle, et dans l'affirmative, à quel taux la fixer ?

Dr P.

Réponse.

La surdité même unilatérale et incomplète, doit être considérée comme une incapacité permanente partielle et le blessé du travail qui en est atteint est en droit de demander une rente.

D'après le barème du Dr Mayet, la surdité incomplète unilatérale (voix chuchotée entendue à 0 m. 10 et voix haute entendue à 1 m. 25), peut être évaluée de 5 à 10 %, suivant son intensité.

2240. — Accouchement traumatique.

Une jeune bonne de ferme, enceinte de huit mois, en allant ramasser les œufs à la grange, passe à travers une trappe et tombe dans l'écurie. Appelé aussitôt, je constate de multiples contusions sans gravité, et le silence absolu du côté de son utérus.

Le lendemain, rappelé, je me trouve en présence de violentes contractions de la matrice, qui expulse une fille viable de huit mois environ. Les suites sont normales. Le fermier est assuré. Qui doit régler les honoraires pour l'accouchement prématuré ? Est-ce la bonne, est-ce l'assurance ?

Dr A.

Réponse.

Si vous estimez qu'il y a relation de cause à effet entre le traumatisme dont a été victime votre cliente au cours de son travail, et l'accouchement prématuré, ce dernier doit être considéré comme une suite de l'accident du travail et par conséquent vos honoraires d'accouchement doivent être supportés par le patron ou son assurance.

Ce cas a d'ailleurs été prévu par le tarif des accidents du travail, qui, dans son article 21, alloue un honoraire de 200 francs pour « accouchement traumatique sans complication. »

2094. — Déclaration des maladies professionnelles.

Depuis que j'exerce, je n'avais jamais eu à m'occuper de maladies professionnelles, mais le décret du 19-2-27 ayant considérablement allongé la liste des professions susceptibles de provoquer des maladies, je vous serais très obligé de vouloir bien m'indiquer la procédure à employer dans le cas de maladies professionnelles : Dois-je, par exemple, deman-

der à l'employeur un certificat indiquant le genre de travail que fait l'ouvrier.

D[r] M.

Réponse.

Aux termes de l'article 5 de la loi du 25 octobre 1919, toute maladie professionnelle dont la victime demande réparation doit être déclarée, *par ses soins*, dans les quinze jours qui suivent la cessation du travail, au maire de la commune. A la déclaration doit être joint un certificat médical. Mais le patron n'a aucun certificat à fournir.

L'article 12 de la même loi oblige les médecins à déclarer toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans la liste établie par décret. Cette déclaration doit être adressée au Ministre du Travail, par l'intermédiaire de l'inspecteur du travail et de l'ingénieur ordinaire des mines et indiquer la nature de la maladie et la profession du malade ; elle est faite à l'aide de cartes-lettres détachées d'un carnet à souche, circulant en franchise et mises gratuitement à la disposition des médecins. Pour vous procurer ces cartes-lettres, il y aurait lieu de vous adresser à l'inspecteur du travail.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

2107. — Réduction de luxation de l'astragale.

Je vous serais reconnaissant de m'indiquer le tarif que je dois appliquer pour une réduction sous chloroforme de l'astragale (aide d'un confrère). Par analogie, j'avais demandé 400 fr. ; le tarif officiel indique en effet ce chiffre pour réduction de cou-de-pied. La Cie d'assurance m'offre 150 fr.

D[r] Y.

Réponse.

Je ne vois pas d'autre tarification à établir, en l'espèce, que, ainsi que vous l'avez fait, « réduction de luxation du cou-de-pied, par la méthode *non sanglante* : 120 fr. » (article 19). Mais c'est 120 fr. qui est marqué sur le tarif et non 400 fr. qui l'est pour les « méthodes sanglantes ».

Nota. — Sur une impression non officielle du tarif 1927, il y a, en effet, 400 fr., mais c'est une erreur d'impression. Voir toutes les éditions précédentes et celles, *officielles*, du Ministère, qui portent bien 120 francs dans le premier cas et 400 dans le second : je viens de m'en assurer, — de même que dans l'Agenda du *Concours*, édition 1927, page 93.

F. D.

II

2135. — Expertise d'accidents du travail plus divers.

Je vous serais bien reconnaissant de vouloir bien me fournir les renseignements suivants :

1° J'ai, dernièrement, été délégué par une Compagnie d'assurances pour, à 16 kil. de mon domicile, aller visiter un accidenté du travail, pensionné, consolidé depuis deux ans et dire, après un rapport, si l'affection, qui lui avait valu cette pension, s'était améliorée de façon à pouvoir permettre de modifier le pourcentage accordé ? Que dois-je demander ?

2° Obligé, après m'être mis en règle avec la Compagnie d'assurances, de faire opérer par un spécialiste venu de la ville voisine un accidenté, que dois-je compter pour ma consultation auprès du blessé avec ce spécialiste ainsi que pour l'aide que je lui ai prêté pendant l'intervention ?

3° A propos de ce même accidenté, la Compagnie m'a plusieurs fois demandé des certificats descriptifs sur son état de même que, voulant liquider cette situation, elle m'a demandé un certificat de consolidation avec évaluation du quantum d'incapacité professionnelle en résultant ? Que valent ces divers certificats ?

4° Le trois fois plus accordé aux visites de nuit s'applique-t-il aussi à l'indemnité kilométrique ?

Dr B.

Réponse.

1° Ceci n'est plus question de tarif des accidents du travail, mais doit être réglé de gré à gré entre vous et la Compagnie, sur le tarif normal pour une expertise quelconque, plus le rapport. Le prix ordinaire d'expertise pour accidents du travail et rapport paraît être de 100 francs, déplacement en plus au prix ordinaire local ;

2° Si vous avez eu deux interventions médicales séparées : *a*) la consultation un jour ; *b*) l'aide opératoire un autre jour, comptez les deux : soit : consultation entre confrères 12 × 3 = 36 francs (article 5) plus aide opératoire lors de l'intervention 50 francs (article 11)..... si toutefois l'aide était nécessaire et s'il s'agissait d'une « intervention de grande chirurgie », ce que vous n'indiquez pas.

3° Les certificats *descriptifs* sont tarifés 10 fr. (article 29).

4° La majoration de *nuit* n'existe que pour la visite et consultation (article 4), soit de trois fois le prix de l'acte, et pour les interventions (article 8), auquel cas, elle est de 25 %.

F. D.

Questions médico-militaires.

1676. — Radiation des cadres.

La radiation des cadres, soumise à l'approbation du ministre, est-elle *un droit* pour un médecin de

complément qui la demande à l'expiration définitive de la classe à laquelle il appartient ?

Dans le cas contraire, ne serait-il pas opportun de donner sa démission de médecin de complément quelques mois avant la libération définitive de sa classe, pour suivre alors, comme infirmier de 2e classe le sort commun aux hommes de troupes de cette classe ?

Dr D.

Réponse.

La radiation des cadres, soumise à l'approbation du Ministre, ne constitue aucun droit pour un médecin de réserve, quelle que soit l'époque à laquelle celui-ci formule sa demande.

Le mieux serait d'obtenir une radiation pour raison de santé, après passage devant une commission de réforme.

1396. — Refus de pension. Délai de pourvoi devant le Tribunal des Pensions.

Il s'agit d'un homme de la classe 1912 atteint d'emphysème pulmonaire avec dilatation du cœur dont l'incapacité est actuellement à peu près complète. Parti pour la guerre en parfait état de santé (attestation médicale versée à son dossier), il fut prisonnier en Allemagne. Là atteint de bronchite il fut hospitalisé un mois durant et à la sortie versé dans les travaux légers, les majors boches estimant que du fait de sa bronchite il était incapable de travaux pénibles. De cette maladie il n'a pas été établi de certificat médical boche, mais deux camarades de captivité ont fourni deux attestations écrites qui ont été versées au dossier en juin 1923 lors d'une visite passée devant la commission de réforme de Nîmes.

A l'armistice, au retour de captivité, pressé de rentrer dans ses foyers et pensant à une atteinte légère du côté poumons, l'intéressé ne se fit pas examiner. Plus tard les malaises augmentant, il demande à être visité. Il comparaît devant la commission de réforme en juin 1923 et lui remet les attestations ci-dessus indiquées.

Cette commission conclut en ces termes : « Perte de la phalange unguéale du pouce gauche. Bronchite chronique avec emphysème. Séton au bras droit sans gêne fonctionnelle. A titre documentaire : bronchite chronique avec emphysème, inspiration humée, expiration prolongée et soufflante, ronchus sonores en arrière, diminution et rudesse du murmure avec râles soufflants et sibilants disséminés, cœur normal. Invalidité 10 %.

Cette dernière ne s'adressant qu'à la perte de la phalange, il n'était pas fait état des lésions pulmonaires. Cependant devant les malaises croissants et l'incapacité de plus en plus grande, six mois plus tard, le malade redemandait à comparaître devant une autre commission de réforme. Celle-ci lui faisait réponse huit mois après seulement en ces termes : trop tard et notification de ce refus lui était donnée

par le ministère des pensions, le 25 octobre 1924 en ces termes : L'intéressé présente des séquelles d'emphysème pulmonaire léger sans lésion cardiaque. Affection non imputable au service n'ayant pas été constatée dans les délais légaux et d'autre part la preuve de l'origine n'a pu être établie. »

Que concluez-vous ? L'intéressé a pris sa maladie à la guerre, pas de doute. Il ne peut travailler ; la misère le guette. Que faire ?

Dr P.

Réponse.

L'intéressé avait un délai de six mois, à partir du jour de la notification du *refus de pension* (25 octobre 1924) pour se pourvoir contre cette décision devant le Tribunal des Pensions ; l'origine a probablement été rejetée malgré les témoignages de compagnons de captivité, qui ont dû être jugés non valables, comme ayant été établis trop tard, comme n'étant pas contemporains des faits.

Dans ces conditions, il est en effet trop tard, à moins qu'il ne puisse être produit de nouvelles pièces d'origine.

1645. — Avancement d'une période d'instruction.

Un officier de réserve convoqué pour une période en juillet 1927 peut-il demander à faire cette période de suite ? Si oui, quelles sont les demandes à faire ?

Dr R.

Réponse.

Nous ne pouvons vous donner une réponse précise à votre demande. *A priori*, il ne semble pas impossible de donner satisfaction à cet officier, à moins d'une question d'allocation budgétaire des crédits. Mais l'autorité militaire, qui a adressé la convocation, peut, seule, prendre cette décision ; c'est donc à elle qu'il faut s'adresser, en exposant des motifs valables.

Fiscalité.

2045. — Déclarations à faire concernant les revenus.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire envoyer, les ayant égarées, les indications nécessaires pour la déclaration à faire au fisc. Mes recettes ne dépassent pas 20.000 fr. ; je suis marié, avec deux enfants mineurs ; on me réclame la déclaration que je n'ai pas faite, ne m'y croyant pas obligé.

Dr C.

Réponse.

Vous deviez souscrire dans les deux premiers mois de l'année :

1° Une déclaration de vos bénéfices des professions non commerciales indiquant : vos recettes professionnelles ; vos dépenses professionnelles, et la différence représentant votre bénéfice net lequel était imposable s'il dépassait 7.000 fr., quelle que soit votre situation de famille ;

2° Une déclaration pour l'impôt général sur le revenu, indiquant, outre votre bénéfice professionnel, tous les autres revenus dont vous aviez disposé au cours de l'année 1926 (revenus fonciers, de valeurs mobilières, etc...) sous déduction des impôts payés ; vous n'étiez imposable que si le total net de ces revenus était supérieur à 16.000 fr., soit 7.000 plus 3.000 fr. comme contribuable marié, plus 3.000 fr. pour chacun de vos enfants. A. M.

1980. — Base de la patente, charges.

J'ai un loyer de 13.000 fr. qui comporte 1.600 fr. de charges. Je viens de recevoir, pour 1927, ma feuille de personnelle-mobilière et de patente qui est rédigée comme suit : contribution personnelle-mobilière : pour un loyer matriciel de 4.425 fr. — 927 fr. 10 d'impôt net.

Contribution des patentes. Droit proportionnel au 12e sur une valeur locative de 14.600 fr. — 1216 fr. 67 qui, multipliés par les centimes-le-franc, firent un impôt de 9.168 fr. 27 ; taxes municipales : 474 fr. 25 ; soit un total de 10.579 fr. 32.

N'est-ce pas exagéré ? Par ailleurs, le droit proportionnel au 12e sur la valeur locative doit-il porter, aussi, sur les charges ou sur le loyer net, tout simplement ? Dr L. S.

Réponse.

Votre taxation est régulièrement établie sur un loyer total de 14.600 fr., si les 1.600 fr. de charges ne représentent pas le remboursement des fournitures qui vous sont faites par le propriétaire, telles que : eau, gaz, électricité, chauffage pour votre appartement particulier.

C'est à bon droit que ces charges sont ajoutées au loyer imposable, si elles représentent les frais d'entretien et d'éclairage des locaux communs (entrée, escalier, etc...). A. M.

ANTHOLOGIE

A la jolie station sédative des Vosges

Aux premiers jours de mai, ravissante Plombières,
De ton manteau neigeux ayant secoué les pleurs,
Tu parais dans l'éclat de tes arbres en fleurs,
Poudrée comme à frimas de couleurs printanières,

Le ruisseau dans tes bois s'échappe en cascadelles,
Mêlant son gazouillis à celui des oiseaux.
Des frondaisons du chêne aux pointes des roseaux,
Zéphir jette en passant quelques notes nouvelles.

Resplendissante ainsi de jeune nouveauté,
A tes premiers baigneurs tu t'offres en beauté.
Rhumatisme, entérite, affections féminines
Cèdent vite à tes eaux brûlantes cristallines.

Nymphes de tes Thermes et Nymphes de tes bois
Répandent sur ton sol leur splendeur éternelle ;
Et s'il t'avait connue telle que je te vois,
Ronsard t'aurait chantée comme étant la plus belle.

Un ancien abonné du CONCOURS.

Quarante-neuvième année N° 28 10 Juillet 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1860-IV)

Parfois, durant le rêve, la surexcitabilité du cerveau est telle que des signes avant-coureurs de la maladie la révèlent, alors qu'à l'état de veille aucune manifestation n'était encore constatée. Une personne par exemple, rêve qu'un chien la mord cruellement à la jambe. Elle se réveille, rien d'anormal ne s'est produit et ce n'est que quelques jours après qu'elle voit apparaître au point où elle a cru être mordue une éruption, suivie d'une ulcération.

Dans les diverses maladies, les rêves varient et chez le même malade l'on peut constater les variations des rêves concordants avec les oscillations de leur état.

Tout le monde connaît les rêves terrifiants des alcooliques. Dans les maladies pulmonaires, les rêves sont le plus souvent agréables.

Dans les maladies du cœur, le malade rêve qu'il se baigne, qu'il nage, qu'il est transformé en poisson ; d'autres fois, il se figure qu'il est léger, très léger qu'il vole en avion ou qu'il est transformé en oiseau. Tristes, moroses, mélancoliques sont les rêves des malades dont les viscères abdominaux sont atteints.

Mme Lipinska termine en nous parlant des rêves des aveugles. Atteinte de cette triste infirmité depuis deux ans, elle peut, hélas ! faire sur elle-même des observations et poursuivre des études personnelles à ce sujet.

L'obstacle qui se dresse pour l'aveugle et qu'il faut absolument lui faire vaincre, c'est la peur. Lorsqu'on est parvenu à supprimer la peur, un grand pas est fait pour la rééducation de l'aveugle.

La conférence de Mme Lipinska a été un exposé de ses propres observations et surtout le programme en quelque sorte des recherches qu'elle espère compléter et mener à bien. L'énergie qu'elle a déployée il y a deux ans quand elle se soumit pendant 46 jours au jeûne pour permettre d'en parfaire l'étude physiologique nous fait espérer qu'elle arrivera à élucider la très intéressante question de la séméiologie des rêves. C'est tout un domaine peu connu à explorer et nous lui souhaitons le plus grand succès dans cette étude.

Utile dulci : les amis de Mme la doctoresse Lipinska avaient encadré sa conférence d'un fort beau concert. MM. Albert Huberty et Edmond Rambaud, de l'Opéra ; Mme Jeanne Voultier, de l'Opéra-Comique, M. Ch. Murano des Concerts Colonne et Lamoureux ; des artistes de premier rang comme MM. Victor Gille, André Lévy, Mme Louise Carmel, Mlle Quichéry, charmèrent l'assistance et furent longuement applaudis.

J. N.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Boyer, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, E. Le Gourlérec, E. Poulain.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Bandol. Rozet.

Barbazan. Fournier.

Barèges Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Gardette, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes, Saint-Pée.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Dulièg, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salles-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Ambiès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel. Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, des Drs FABRE de Verneuil-sur-Avre, et GREBERT de Sin-le-Noble, la somme de vingt-cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 394. — Préchâcq-les-Bains, Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

N° 395. — Banl. imméd. vieil. cli. famil., app. conf. mod. 7 p., plus s.d.b. et cuis., loyer 3.250 tout compr., bail 6 ans. Prix 70.000 compt. Adr. Dosse-Cornu, 99*bis*, boul. Brune, Paris.

N° 396. — Calvados, St-Aubin-sur-Mer, stat. climat. suriodée, à 5 heures de Paris. Plage de toute sécurité. Parc, tennis, ombrages. Saison juin à septembre.

N° 397. — Doct. act. et jeune, cherche à repr. ou à collaborer clin. méd. sérieuse, sanator. ou aff. paramédic.

N° 398. — Coutainville (Manche), plage sable fin, logem. rez-de-ch., 2 ch., 1 cuis., eau, à 1 min. plage, tous fourniss. : août 600, sept. 350, à louer pour locat. tranq. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux (17e).

N° 399. — A vend. salle à mang. en chêne sculpté, buff. argentier, deux dessertes dessus marbre, une table ovale 4 allonges, six chaises dossier et sièges cannés. Deux bergères Louis XVI dorées coussins duvet recouvert soierie. Excell. état. Dr Duquet, 51, boul. Malesherbes. Paris.

N° 400. — Médec. dentiste dem. collaboration avec conf., en vue success. éventuelle.

N° 401. — Conf. rech. imméd. à Paris, quart. Panthéon de préfér., pour 15 jours à 3 semaines, logem. meublé (2 chambres et cuisine).

N° 402. — A céder après décès, pharmacie seule, 50 minutes Paris. Bénéf. intéress., petit loyer, eau, électricité, prix selon comptant.

N° 403. — A vend. 1.400 fr. ou à échanger contre cal. 16, même marque et même état, Charlin cal. 12, mod. B, état neuf. Dr Charrier, St-Etienne-du-Bois (Vendée).

N° 404. — Banl. très proche, anc. client., rapp. 70.000 maison agréable, à céder 80.000 très urgent. Autre

client., même banlieue, d'un rapp. de 75.000, avec pavillon, à céder 50.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Gob. 36-46.

N° 405. — Paris. Quart. agréab., aéré, proxim. bois Vincennes, client. dans quartier neuf en plein développ., rapp. assuré 30.000, bel appartem. dans immeuble confort. Indemn. 30.000, avec facil. de payement. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 406. — Grande ville Côte d'Azur, client. de méde. génér. de quartier, rapp. 55.000 environ, villa confort., bail à volonté, à reprend. d'urgence 20.000 comptant. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un très vif regret la mort du Dr CARAYON, de Montauban, directeur du Journal *Le Propharmacien*, organe de l'Union des médecins-propharmaciens de France. Nous adressons à Madame Carayon et à ses enfants, à Mlle Madeleine Carayon, étudiante en médecine à la Faculté de Toulouse, qui va continuer l'œuvre créée par son père, l'expression de notre grande sympathie.

— **Les épidémies.** — On signale une épidémie de varicelle à Souppes (S.-et-M.). Douze cas de variole ont été observés à Paris pendant le mois de mai 1927.

— **Les Congrès.** *Conférence internationale du goitre* — Un conférence du goitre aura lieu à Berne, dans l'Aula de l'Université, du 24 au 26 août 1927. Le 27 août, à 9 h. du matin, des démonstrations sur la chirurgie du goitre seront faites à la clinique chirurgicale du professeur de Quervain.

— **Faculté de Paris.** *Nouveaux professeurs.* — Le conseil de la Faculté a proposé dans sa dernière assemblée :

Pour la chaire de thérapeutique : M. le professeur agrégé LOEPER.

Pour la chaire d'anatomie : M. le professeur agrégé ROUVIÈRE.

M. ALAJOUANINE a été proposé comme agrégé de neurologie.

— **Hôpitaux de Paris.** *Internat.* — Le jury est définitivement composé de MM. Heuyer, Jacquet, Rouillard, Tzanck, Chatellier, Moure, Quénu, Jacques Bloch et Chirié. La première séance du concours a eu lieu le mercredi 29 juin.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Sont nommés chirurgiens des hôpitaux, à la suite du dernier concours : MM. RICHARD et BRAINE.

— **Hôpitaux de Paris.** *Prosectorat.* — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, ont été nommés prosecteurs des hôpitaux : MM. LEIBOVICI et MEILLERE.

— **Lyon.** *Inauguration du buste du professeur Lacassagne.* — A l'occasion du XIIe Congrès de médecine légale de langue française, le buste du professeur Lacassagne a été inauguré, le lundi 5 juillet, à la Faculté de médecine de Lyon.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Le concours ouvert le 13 juin pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Dr RICARD.

— **Un monument au Dr Issartier.** — La commune de Monségur (Gironde), dont le Dr Issartier fut maire pendant trente ans, a décidé d'élever sur une place publique de la ville un monument à sa mémoire. C'est au Dr Issartier, ancien sénateur de la Gironde, qu'est due l'introduction dans ce département du prunier d'Agen, qui constitue aujourd'hui une des sources de richesse de la région.

— **Belgique.** — Une plaque commémorative de la naissance (13 juin 1870) du professeur Jules BORDET vient d'être apposée sur la maison où est né le savant biologiste, à Soignies (Belgique). Le professeur Bordet, qui assistait à la cérémonie, fut l'objet d'une manifestation de très vive sympathie.

— **Bruxelles.** — On annonce pour 1928 l'inauguration de la nouvelle Faculté de médecine, boulevard de Waterloo. A cette même époque, sera commencée la construction de la Maison des étudiants. La Maison des étudiants et celle des étudiantes coûteront, pense-t-on, de six à sept millions. La totalité des fonds n'est pas encore recueillie.

— **Hôpital civil d'Oran.** *Concours de médecin radiologiste.* — Un concours pour la nomination d'un médecin suppléant de radiologie à l'hôpital civil d'Oran aura lieu le 7 novembre 1927, à Alger.

Renseignements à l'hôpital civil d'Oran, à la préfecture d'Oran (bureau de l'Assistance publique) ou au gouvernement général de l'Algérie (intérieur, 2e bureau).

A TRAVERS L'OFFICIEL

23 *juin.*

Enseignement de la médecine.

M. Lombard, agrégé près la Faculté d'Alger, est nommé professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie.

24 *juin.*

Pensions militaires.

Loi du 22 *juin* 1927 *modifiant ou complétant l'article* 49 *de la loi du* 31 *mars* 1919 *et étendant l'application intégrale de ladite loi aux anciens militaires et marins invalides et réformés N°* 1 *d'avant-guerre.*

Art. 1er. — Les anciens militaires et marins titulaires de pensions concédées pour blessures reçues ou infirmités et maladies contractées en service avant le 2 août 1914, quelle que soit la date de leur mise en réforme, ainsi que leurs ayants cause, pourront réclamer le bénéfice intégral de la loi du 31 mars 1919 et des lois supplémentaires, même s'ils n'ont pas repris de service depuis le 2 août 1914.

Les gratifications permanentes ou temporaires attribuées avant le 2 août 1914 seront transformées en pensions définitives.

Art. 2. — Les pensions pour invalidité des fonctionnaires, agents ou ouvriers civils des départements de la guerre, de la marine militaire et de la marine marchande, tributaires au 17 avril 1924 du régime des pensions militaires, sont, pour toutes les infirmités contractées par le fait ou à l'occasion du service pendant leur présence effective sous les drapeaux, soumises à l'ensemble de la législation dont bénéficient les militaires et marins de carrière en matière de pensions d'invalidité.

Les droits des ayants cause des agents ci-dessus sont également réglés par application des dispositions relatives aux ayants droit des militaires de carrière, lorsque le décès résulte de blessures reçues ou de maladies contractées dans les conditions prévues au paragraphe précédent.

Les dispositions des deux paragraphes précédents sont applicables, à compter du 17 avril 1924, aux agents ayant appartenu aux catégories ci-dessus visées ou à leurs ayants droit, titulaires de pensions concédées.

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, ceux des agents, des personnels ci-dessus visés qui auraient déjà opté, par application de l'article 76, paragraphe 1er, de la loi du 14 avril 1924, pour le régime commun à tous les fonctionnaires civils, seront admis à formuler une réoption en faveur du régime militaire amélioré, conformément aux dispositions qui précèdent. Dans le cas où une pension civile leur aurait déjà été concédée en vertu de leur première option, la réoption entraînera l'annulation de cette pension

et l'application du régime des pensions militaires, le tout avec effet de la date de la réoption.

Enseignement de la médecine.

L'emploi d'agrégé de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy est déclaré vacant.

Un délai de vingt jours, à compter du 24 juin, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

26 *juin.*

Hygiène publique.

Compte rendu de la session extraordinaire d'avril-mai 1927 de l'Office international d'hygiène publique.

Ce document sera publié ultérieurement dans la partie scientifique du journal.

25 *juin.*

Brevet d'infirmières.

Des sessions d'examen d'Etat d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance et d'infirmières hospitalières ont eu lieu à Bordeaux fin juin 1927.

Accidents du travail

Frais pharmaceutiques.

Arrêté ministériel du 21 juin 1927 fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accident du travail.

Ce document sera publié ultérieurement dans le *Concours* et figurera dans l' « Agenda-Memento du Praticien » de 1928.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Droits des herboristes.

12269. — M. LEBŒUF, député, demande à M. le ministre de la justice en vertu de quelles instructions certains inspecteurs de la pharmacie interdisent aux herboristes diplômés la vente de plantes médicinales mélangées, soit en boîtes préparées d'avance, soit en vrac, la loi de germinal an XI, qui permet à ces mêmes herboristes de vendre toutes les plantes médicinales indigènes non toxiques, ne spécifiant pas que ces plantes ne doivent pas être mises en vente lorsqu'elles sont mélangées. (*Question du* 10 *mai* 1927.)

Réponse. — Le garde des sceaux n'a pas qualité pour répondre à la question posée, les tribunaux étant seuls compétents pour interpréter la loi. (*J.O.*, 17 *juin* 1927.)

Déduction intégrale en une année du prix d'achat d'une automobile ou d'un mobilier professionnel.

12313. — M. ARCHIMBAUD, député, rappelle à M. le ministre des finances l'arrêt du Conseil d'Etat du 10 août 1926 admettant la déduction en capital,



pour la détermination du revenu imposable à l'impôt sur les salaires et à l'impôt général sur le revenu, de la dépense faite par un contribuable pour l'achat d'un mobilier de bureau, contrairement aux prétentions de l'administration d'après laquelle la déduction devrait être limitée à une somme correspondant à l'amortissement de l'objet acquis, et demande : 1° si l'administration est disposée à admettre désormais le principe posé par l'arrêt précité et à l'appliquer pour la détermination du bénéfice imposable aux cédules des professions libérales et des charges et offices ; 2° si, spécialement, un médecin ou un notaire sont autorisés à déduire du montant de leur bénéfice brut de l'exercice précédent, soit le prix d'acquisition d'une voiture automobile, soit la différence entre le prix de vente d'une voiture ancienne et le prix d'achat d'une nouvelle voiture (déduction faite de la proportion représentant la part d'agrément de cette voiture si elle n'est pas utilisée uniquement pour l'exercice de la profession. (*Question du* 12 *mai* 1927.)

Réponse. — 1° et 2° Réponse affirmative. Bien que l'arrêt dont il est question ait été rendu en matière d'impôt sur les traitements et salaires, la jurisprudence qui en découle trouve également son application dans l'établissement de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

(*J. O.*, 24 juin 1927.)

L'ankylostomiase des mineurs n'est pas un accident du travail.

12842. — M. Desoblin, député, expose à M. le ministre du travail : *a*) que l'ouvrier mineur G... M..., de nationalité polonaise, travaillait aux mines de la société A..., des H... de M... et L... B..., lorsque, le 7 avril 1926, il fut reconnu, après analyse médicale des matières fécales, atteint d'ankylostomiase (anémie des mineurs) ; *b*) que l'exploitant obligea alors G... à entrer dans un de ses hôpitaux (l'hospice du M..), le 10 avril 1926, pour y subir le traitement nécessité par cette maladie professionnelle ; *c*) que G... est mort dans cet établissement, le 16 mai 1926, après trente-cinq jours de traitement ; *d*) que Mme G..., habitant à C... F..., estimant que la mort de son mari était la conséquence de cette maladie particulière aux conditions de travail dans les mines et par conséquent, relevant de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, sollicita le juge de paix du canton de C... F..., de bien vouloir procéder à l'enquête sur les causes du décès de son mari ; *e*) que, le 24 juin 1926, le juge de paix fit connaître à Mme G... qu'il n'entreprendrait pas d'enquête en raison que le certificat médical mentionnait seulement que M. G... avait succombé de collapsus cardiaque, à la suite d'anémie grave, ajoutant que cela n'avait rien d'un accident du travail ; *f*) qu'il ne fait cependant l'ombre d'aucun doute que G... M... est mort au cours du traitement,

imposé par l'exploitant, pour ankylostomiase, synonyme d'anémie des mineurs ; et demande : 1° si le juge de paix du canton de C... F... est dans son droit de refuser l'enquête demandée en la circonstance ; 2° si Mme veuve G... M... et ses deux enfants ayant bénéficié, pendant la durée du traitement par le mari de l'article 130 de la loi de finances du 13 juillet 1911, conformément au décret du 17 juin 1913, peuvent prétendre aux avantages conférés par la loi du 9 avril 1898 aux conjoint et descendants des victimes d'accidents du travail. (*Question du* 16 *juin* 1927.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative, car il ne s'agit pas d'un accident de travail régi par la loi du 9 avril 1898 ; 2° réponse négative, pour la même raison.

(*J. O.*, 24 juin 1927.)

Mesures prises pour combattre une épidémie dans un établissement public.

8218. — M. Gaudin de Villaine, sénateur, demande à M. le ministre du travail et de l'hygiène quelles mesures il compte prendre pour combattre d'urgence une épidémie qui sévit dans un établissement public et remédier aux abus administratifs qui s'y seraient produits. (*Question du* 15 *juin* 1927.)

Réponse. — Dès que l'épidémie dont il s'agit a été signalée, l'administration s'est préoccupée de prendre de toute urgence, les mesures utiles. Grâce au concours immédiat des laboratoires A. Lumière, de Lyon, de l'entéro-vaccin a pu être absorbé par l'ensemble de la population de l'établissement en cause. D'autre part, le régime alimentaire a été l'objet de surveillance spéciale de la part des médecins et il a été procédé aux désinfections bi-quotidiennes des waters-closets. Enfin, le service compétent de la préfecture de police a été aussitot alerté et a suspendu l'arrivée de l'eau de Seine. Des recher hes ont été effectuées pour découvrir les points de contact possible de cette dernière avec l'eau de source. Ces différentes mesures semblent avoir eu pour résultat de mettre fin à l'épidémie. Aucun cas nouveau n'a été signalé depuis douze jours.

En ce qui concerne les abus qui se seraient produits dans le même établissement, l'honorable parlementaire est prié de bien vouloir fournir tous renseignements utiles. Une enquête ne manquera pas d'être prescrite à ce sujet.

(*J. O.*, 25 juin 1927.)

Voir la suite page XLVII-1907

PROPOS DU JOUR

Les Éloges de médecins. En marge de la chirurgie, de J.-L. Faure.

La composition des Eloges est une coutume fort ancienne dans les milieux médicaux. Nos confrères, en tous temps, en firent pour les vivants et en font encore pour les morts.

Jadis, à Paris, dans nos vieilles Ecoles de la rue de la Bûcherie, à la cérémonie du Paranymphe, quand le chancelier de Notre-Dame, en présence du Doyen et de tous les docteurs en robe réunis, octroyait les licences, un confrère, choisi parmi les plus éloquents, prononçait en latin le Panégyrique de la Faculté et le faisait suivre d'*Orationes Encomiasticæ*, c'est-à-dire des Eloges des nouveaux lauréats et même des anciens, gloires de l'antique Ecole. Nous avons, sous les yeux, le panégyrique que prononça en 1628 Gabriel Naudé, docteur de la Faculté de médecine de Paris, le savant bibliothécaire du Cardinal Mazarin, précédé d'une longue pièce en vers latins de Gassendi et du quatrain suivant, signé de son ami, Gui Patin :

Dum reddis luci Asclepi, Naudœe, nepotes,
Doctaque turba libro stat rediviva tuo ;
Jamdudum meritis nunquam peritura reponis
Prœmia et Iatricœ redditur artis honos.

Guido Patin, *Bellovacus*
Doctor medicus Parisiensis.

Il était de bon ton à cette époque de se congratuler ainsi. Passe-moi la casse, je te passerai le séné.

Au siècle suivant, la coutume des éloges persista ; certains médecins y excellèrent, entre autres Vicq d'Azyr, qui en prononça de remarquables, notamment ceux de Franklin, de Linné, du ministre Vergennes, de Haller, de Lorry, et surtout celui de Buffon qui, il convient de le souligner, fut le discours de réception de Vicq d'Azyr à l'Académie française.

Le XIXe siècle fut encore une période florissante pour les Eloges médicaux académiques. Pariset, un des premiers secrétaires perpétuels de l'Académie de médecine, acquit comme panégyriste une réputation méritée qui ne lui permit pas néanmoins d'occuper un fauteuil convoité à l'Académie française.

Nous avons récemment lu et utilisé l'Eloge de Pinel par Pariset, lors du centenaire du célèbre aliéniste.

Le physiologiste Flourens, docteur en médecine de Montpellier, professeur au Muséum d'histoire naturelle, qui remplaça Cuvier comme secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences et devint aussi membre de l'Académie française, fut encore un maître en ce genre et les éloges historiques qu'il prononça aux séances publiques de l'Académie des sciences, de 1856 à 1862, ont été réunis en deux volumes.

A notre époque, le genre panégyriste n'est pas déchu, témoin les nombreux et éloquents discours ou articles éclos à chaque centenaire, et l'on sait combien copieuse a été, depuis la grande guerre, la célébration de ces derniers. Le professeur Achard, émule de son prédécesseur au secrétariat de l'Académie de médecine, marche avec grand succès sur les brisées de Pariset.

***

Mais, parmi les maîtres panégyristes que comptent les médecins et les chirurgiens de notre époque, il convient de faire une place à part à M. le professeur Jean-Louis Faure dont personne n'ignore les brillantes qualités de délicat lettré. Il y a bien près de 40 ans, l'interne-poète, J.-L. Faure, avait acquis dans le monde des Ecoles réputation et popularité ; nous nous souvenons avoir entendu déclamer par nos camarades, dans la vieille salle de garde de Bicêtre, les beaux vers de l'Epopée que les lugubres visions du célèbre hospice lui avaient inspirés Depuis, les succès chirurgicaux du Maître ne l'ont pas détourné du culte des Belles-Lettres et, pour notre régal, il a eu l'excellente idée de réunir en un beau volume, admirablement édité, sous le titre : *En marge de la chirurgie* (1), les éloges funèbres, prononcés à la Société de chirurgie, et les notices biographiques qu'il a publiées dans la *Presse médicale.* Ce premier volume en laisse espérer plusieurs autres.

Nous ne retiendrons, des 350 pages de ce livre, que la première moitié, les Eloges funèbres. Ce sont ceux de Peyrot, de Pozzi, de Lannelongue, de Guyon et de Farabeuf. Chacun constitue un

(1) Paris. Les Arts et le Livre, 17, rue Froideveaux (XIVe) 1927.

petit chef-d'œuvre. De funèbre, ils n'ont que le nom, car ils débordent de lyrisme et de vie. Pour en donner une idée juste, il faudrait les reproduire en entier. L'auteur, nous allions dire le poète, fait vivre ses héros dans les milieux où il naquirent, dans ceux qui furent témoins de leurs succès ou de leur fortune. Il évoque prestigieusement les parents, les amis; d'admirables digressions nous font connaître les charmes des pays de cette vieille France, d'où surgirent tant d'hommes de talent et de génie. Les récits sont émaillés d'anecdotes, de telle sorte qu'on se laisse séduire par la lecture de ces phrases à la fois enthousiastes et limpides, harmonieuses et imagées, et on les lit d'un trait jusqu'à la dernière ligne, comme s'il s'agissait du meilleur et du plus passionnant roman.

Comment résister à la tentation de faire quelques citations ? Il est vrai que l'embarras du choix est grand. Mais nous en ferons quand même et d'autant plus volontiers que nous tenons à montrer à nos lecteurs notre parfaite sincérité et lui prouver que la flatterie est loin de notre esprit en écrivant ces lignes. Touchants sont les passages que M. J.-L. Faure consacre aux parents de ses héros, et d'autant plus touchants que leur origine est plus modeste et que tous sont les fils de leurs œuvres.

M. J.-L. Faure fait le portrait vivant des ascendants de ses héros :

C'est le père de Peyrot, modeste charpentier, venu en 1827 à Périgueux de Saint-Léon-sur-Vézère, « fils robuste de cette vallée sans pareille, berceau de l'Humanité », devenu « un des premiers parmi les hommes de son art, car ce modeste charpentier était capable de donner des leçons à bien des ingénieurs, lorsqu'il fallait construire un pont ou réparer, dans les vieux châteaux du pays, les charpentes souvent merveilleuses, établies par ces ouvriers du Moyen-Age qui furent et qui resteront les premiers ouvriers du monde ». Malgré les succès de son fils, le père de Peyrot voulut continuer d'habiter sa très modeste maison : « C'est là, écrit M. J.-L. Faure, dans cette pauvre chambre d'une pauvre maison, qu'est mort paisiblement un homme simple et droit qui vécut dans l'honneur et dans la probité et qui, avec l'exemple d'une vie sans faiblesse, nous a laissé son fils ».

Et M. J.-L. Faure nous apprend que Peyrot, qui avait connu le succès et la fortune, qui possédait un hôtel à Paris, une demeure en Ile-de-France, une villa sur les bords de la mer en Normandie, une résidence « sur la côte enchantée qui baigne dans les flots d'une mer plus bleue que le ciel , ses rochers couronnés d'éternelle verdure » et enfin le château des Evêques de Périgueux qu'il avait fait restaurer et où il avait accumulé les richesses artistiques, que Peyrot devenu académicien et sénateur, se fit enterrer dans la tombe de son père où, sur une simple pierre, on peut lire ces deux noms se suivant :

JEAN PEYROT
Maître charpentier.

JEAN-JOSEPH PEYROT
Membre de l'Académie de Médecine.
Sénateur de la Dordogne.

***

Le père de Pozzi, fils d'un protestant d'origine italienne, émigré en Suisse, puis en France, où il s'était établi comme pâtissier à Agen, fut professeur au Collège de Sainte-Foy-la-Grande, puis pasteur à Bergerac où naquit Samuel Pozzi.

« C'était, écrit M. J.-L. Faure, un esprit ardent, aux convictions profondes, comme il arrivait à cette époque où les hommes n'étaient pas, au même degré qu'aujourd'hui, hésitants sur la valeur respective des institutions politiques ou des convictions religieuses... Son éloquence, son ardeur enthousiaste et la sincérité de ses convictions ne tardèrent pas à étendre sa réputation dans tout le pays environnant où les protestants sont nombreux...

« Il redressait sa haute taille. Sa face glabre et tourmentée était loin d'avoir la beauté de celle de son fils, mais dans ses yeux brillait une flamme inspirée, et sa voix, que j'entends encore, allait jusqu'au fond de nos cœurs. »

Pozzi, venu à Paris, devint l'élève, et le protégé de Paul Broca, son compatriote. Ceci permet à J.-L. Faure de brosser le portrait du vieux médecin praticien de Sainte-Foy-la-Grande qui fut le père du grand Broca, et qu'il avait connu dans son enfance :

« Benjamin Broca exerçait cette médecine de campagne qui ne rapportait guère que de larges satisfactions de conscience et le respect universel. C'était un petit vieillard toujours vêtu d'une longue redingote et dont l'index mutilé, éternellement recouvert d'une étroite gaine de soie noire, me pénétrait d'admiration, même lorsqu'il l'agitait d'un air menaçant, parce que je savais que c'est en soignant un malade qu'il s'était gravement blessé. Il avait dans sa

jeunesse servi comme chirurgien dans les armées de l'Empereur et racontait volontiers à qui voulait l'entendre la part qu'il avait prise au siège de Saragosse. Enfants, nous ne l'écoutions pas toujours avec recueillement, nous avions tort. Nous ne comprenions pas alors ce qu'étaient ces grands souvenirs ! . . . C'était donc un petit vieillard, d'une vivacité incroyable, au parler brusque et coloré, à la répartie prompte et qui n'aimait point la contradiction, si bien que lorsque je vois ici, dans l'agitation de certaines de nos séances, mon vieil ami, Auguste Broca, je me dis quelquefois que l'hérédité n'est pas un vain mot et que si nous pouvions avoir la joie de le voir revenir au milieu de nous, le vieux soldat de Saragosse serait fier de son petit-fils ! »

***

Rapprochons ce portrait de celui du père de Lannelongue, encore un modeste et vieux praticien :

« Son père exerçait la médecine. Ce n'était qu'un modeste officier de santé, mais la valeur d'un homme ne se mesure pas au titre de ses parchemins et l'officier de santé du petit village du Gers (Castera-Verduzan) était un médecin instruit et courageux qui même un jour, dans ces temps où la chirurgie était chose grave, n'avait pas hésité à pratiquer une désarticulation de l'épaule. Il était né en 1798, trop tard pour participer aux luttes de ces temps héroïques, puisqu'il n'avait que dix-sept ans quand elles prirent fin. Son enfance avait été bercée au récit de ces évènements aujourd'hui légendaires, contés par ceux-là mêmes qui les avaient vécus. ... Le père de Lannelongue avait vécu dans cette atmosphère héroïque. Il considérait l'Empereur comme le grand soldat qui avait répandu parmi les peuples de l'Europe, et presque jusqu'aux extrémités du monde, les principes et les idées de la Révolution, mais son admiration pour le grand homme n'allait pas jusqu'à lui faire sacrifier son idéal au culte de la dynastie. Il était resté républicain et en 1870, le gouvernement de la Défense nationale l'avait nommé maire de son village.

« C'était un homme énergique et un médecin dévoué. Enveloppé dans un grand manteau, il faisait à cheval sa tournée dans les durs chemins du pays. Une photographie le représente vêtu d'une grande redingote, la tête couronnée de cheveux blancs quelque peu rebelles, la figure rasée, barrée par une bouche aux lèvres minces, avec des petits yeux perçants. Sa physionomie sévère s'accordait bien avec son caractère qui n'était pas toujours facile. Il avait avec son fils de fréquentes discussions, et la mère, morte jeune, n'était plus là pour apporter le calme dans des conversations parfois orageuses. »

Ce fut ce petit praticien énergique qui, malgré sa pauvreté, fit faire à son fils de brillantes études, d'abord au lycée d'Auch, puis au lycée Saint-Louis à Paris. Il rêvait pour son fils Polytechnique et ce fut malgré lui qu'il entreprit des études médicales . « Il ne voulait pas que ce fils fut comme lui un de ces pauvres médecins de campagne, dont la rude existence est faite de dures fatigues, et n'est, le plus souvent, qu'une sorte d'apostolat bienfaisant qui, s'il donne à celui qui l'exerce l'estime universelle et les plus hautes satisfactions de conscience, apporte rarement l'aisance et presque jamais la fortune. » L'avenir pour Lannelongue en décida autrement.

***

Guyon, fils d'un pharmacien de la marine et orphelin de bonne heure, fit sa médecine dans l'espoir de gagner promptement sa vie et de soulager la mère qui avait peine à élever quatre enfants.

Quant à Farabeuf, il était issu de paysans qui travaillaient les terres de leur domaine de La Conquillie, près de Breton-Bazoches, village « couché dans un pli de terrain, vers l'endroit où la grande plaine de Brie s'élève en ondulations verdoyantes vers les collines du Valois. »

***

Déjà l'on peut se rendre compte de l'enthousiasme qui anime M. J.-L. Faure lorsqu'il parle du beau pays de France, et surtout de ces rives de la Dordogne, du Périgord, du Quercy, de la Gascogne, de cette région si pittoresque où il est né et où il passa son enfance. Il ne peut quand il en parle réfréner son lyrisme et, par une coïncidence singulière Peyrot, est originaire de Périgueux, Pozzi, de Bergerac, Lannelongue du Gers et la mère de Guyon, bien que créole, était issue d'une vieille famille périgourdine émigrée, la famille Delpit. Seul Farabeuf fait exception. Aussi les éloges des quatre grands chirurgiens paraissent être la panégyrique de la région où ils sont nés.

L'éloge de Peyrot débute par une évocation de la cité gallo-romaine des Pétrocoriens avec ses arènes, ses théâtres, ses temples et sa tour de Vésone encore debout depuis près de vingt

siècles, tout cela transformé, démoli pendant l'invasion des barbares pour permettre d'édifier le mur d'enceinte de Périgueux et protéger ses habitants.

Et avec quel lyrisme M. J.-L. Faure célèbre-t-il son Périgord !

« Quelle est donc, s'écrie-t-il, cette force inconnue, cette puissance souveraine qui fait de ce Périgord magnifique, tantôt dur et tantôt riant, avec ses campagnes sauvages, avec ses bois sans fin et qu'habitaient encore, aux jours de ma jeunesse, les loups à jamais disparus de toutes les forêts de France, avec ses rivières aux eaux transparentes, coulant parfois au milieu des prairies, parfois aux pieds d'âpres rochers portant des ruines féodales ou des châteaux pareils à ceux de la légende... Quelle est cette force inconnue qui fait de ce petit pays, qui n'est qu'un point sur la carte du monde, la terre sans pareille qui servit de berceau à l'humanité primitive? Car, c'est ici sous les rochers de la Vézère, c'est dans cette vallée en même temps sauvage et souriante, qu'on a trouvé la source inépuisable d'où nous tenons les documents les plus précieux sur l'humanité que nous cachent les mystères de la préhistoire, car c'est ici que sont apparus pour la première fois les êtres à figure humaine s'élevant lentement des profondeurs obscures où se perdent nos origines, pour devenir les premiers hommes qui aient laissé trace de leur passage sur la surface de la terre ! ....

Oui cette terre créatrice a donné quelque chose de sa puissance et de son énergie au cœur de ses enfants ! Ce sont eux qui, retranchés sur ce puy d'Issolu, qui dresse fièrement au bord de la Dordogne son sommet rocailleux, livrèrent à César la dernière bataille où sombra pour toujours la liberté des Gaules et d'où sortit, non pas la servitude, mais cette harmonieuse et puissante fusion entre le génie celte et le génie latin, d'où devait naître un jour cette fleur merveilleuse qui fut au cours des siècles le génie de la France ! »

Et M. J.-L. Faure. qui a déjà évoqué les tailleurs de silex des abris rocheux des Eysies et les artistes des cavernes de Font-de-Gaume, montre ces Périgourdins résistant les derniers à Pépin-le-Bref et à Charlemagne, soutenant pendant les siècles des luttes intestines dans les forteresses féodales, accompagnant Bonaparte dans les plaines lombardes et les sables du désert et suivant Napoléon dans le rayonnement du soleil d'Austerlitz et dans les neiges de Russie. Il se souvient des mobiles de la Dordogne « dont l'héroïsme éclaira pour un jour d'un pur rayon de gloire le ciel désespéré de la France meurtrie », et termine en rappelant que ce fut aux pieds des Pyrénées que virent pour la première fois le jour Joffre et Foch, les deux hommes qui sauvèrent la France. Nous regrettons de ne pouvoir citer ici dans leur intégrité ces pages superbes.

Combien est touchante, dans sa poétique mélancolie, la description que M. J.-L. Faure fait du vieux collège de Sainte-Foy-la-Grande où il fit ses études et où fut pendant quelque temps professeur le père de Pozzi :

« Comme un pélerin recueilli, je viens d'aller revoir le vieux collège où se sont écoulés les jours de mon enfance. J'ai poussé lentement la porte aux gonds rouillés qu'un demi-siècle auparavant j'avais franchie pour la première fois. J'ai retrouvé la cour aux murs vieillis et délabrés, avec ses grands platanes qui m'apparaissaient autrefois si beaux et si majestueux, mais dont on a coupé les hautes branches et qu'on a mutilés d'une main sacrilège. Morts les vieux acacias dont les troncs servaient de limites à nos camps de joueurs de barres. Mort le vieux catalpa à l'écorce rugueuse dont nous transformions en cigares les gousses allongées. Je n'ai pas revu sans émoi les classes aujourd'hui désertes et la grande salle d'études où, dans nos pupitres propices, nous élevions des vers à soie. J'ai même retrouvé la pièce obscure, dont les murs connaissaient la lèpre blanche du salpêtre, où j'avais parfois expié sans terreur et sans repentir quelque pécadille enfantine. Et, dans la salle claire où M. Battachon, vieux maître souriant, d'une ironie charmante, enseignait en même temps la rhétorique et nous initiait avec un talent véritable aux difficultés du dessin. J'ai retrouvé sur les murs qui s'écaillent mon nom presque effacé à côté de celui de camarades disparus ! Combien restons-nous aujourd'hui des enfants qui couraient jadis à l'ombre des platanes, dans la cour maintenant déserte du vieux collège abandonné ? »

***

Les Eloges du professeur J.-L. Faure sont aussi semés d'anecdotes, de renseignements curieux, que nous ne pouvons relever tous, mais dont il sied ici de donner quelques exemples.

Voici l'invitation à dîner qu'adressait Pozzi, qui venait de recevoir une dinde de sa grand'mère, à son ami et compatriote, Mounet-Sully, alors qu'il habitait un modeste appartement boulevard Saint-Germain en face Saint-Germain-des-Prés :

Elle est de Bergerac, elle est jeune, elle est blanche !
Sur son sein rebondi l'épiderme fait crac !
Un bleuâtre reflet jaspe son estomac :
La graisse, doucement, capitonne sa hanche !

Venez la voir, amis, sans mettre votre frac.
Et sans vous essouffler montez mes cinq étages !
Nous serons neuf à lui présenter nos hommages.
Neuf ! cela n'est pas trop. Elle est de Bergerac !

Piquante est aussi l'anecdote, citée dans l'éloge de Lannelongue, où est décrit un déjeuner chez Onimus, rue de Lille, où assistaient Camuset, les frères Hébrard, Charles Robin, Collin et Lannelongue. Ce dernier, après le dîner, faisait la sieste couché sur un hamac dans le jardin quand il vit entrer « conduit par Camuset, Charles Robin couvert d'une toge romaine et le front couronné de roses ! Ceux qui gardent le souvenir de ce vénérable savant à l'allure un peu lourde, avec sa face enluminée, sa barbiche pointue et ses gros yeux tout ronds, peuvent s'imaginer l'effet que dut produire l'apparition soudaine du bon Monsieur Robin, sous les traits de Tibère ou de Caligula ! Lannelongue en fut abasourdi, si bien qu'il perdit l'équilibre et fut précipité du haut de son hamac. Il se releva la figure inondée de sang. »

Quelle intéressante documentation l'on peut relever au cours de ces éloges sur nombre de personnages dont la vie nous est en partie ignorée, témoin Albert Robin dont peu de gens connaissent la brillante conduite en 1870.

« Albert Robin, nous apprend M. J.-L. Faure, jouissait à cette époque (1872) d'un prestige bien légitime. Tout jeune, il portait fièrement le ruban rouge gagné sur le champ de bataille. Prisonnier dès le début de la guerre, il s'était évadé et était venu s'enfermer dans Verdun, Bien qu'attaché aux ambulances, il allait faire le coup de feu avec ses camarades et il avait participé à une sortie au cours de laquelle la petite troupe dont il faisait partie avait encloué 48 canons allemands. Décoré à Verdun même pour sa participation à cet exploit, il gagna plus tard l'armée de la Loire et finit la campagne comme lieutenant de dragons ! »

Mais nous ne saurions tout citer, et il y aurait trop à dire si nous osions aborder la critique chirurgicale qui, évidemment, tient une grande place dans ces Eloges. Nous nous bornerons pour terminer à citer l'hommage que M. J.-L. Faure rend à Péan. Reprochant à Pozzi l'admiration peut-être excessive qu'il rapporta de ses visites à Berlin et à Vienne en 1886 et 1887, pour les chirurgiens allemands, pour Hégar, pour Schrœder, pour Albert, pour Billroth, le maître chirurgien français ne peut retenir un petit mouvement d'indignation :

« Pozzi aurait trouvé, s'écrie-t-il, dans Paris même, un homme, qui depuis des années et des années, bouleversait la chirurgie ancienne, pratiquait l'ovariotomie en 1864, l'hystérectomie en 1866, enlevait la rate en 1869, extirpait d'énormes tumeurs, créait véritablement la grande chirurgie abdominale et, dès l'année 1879, ne reculait pas devant cette opération formidable que paraissait alors l'extirpation du pylore cancéreux. Cet homme s'appelait Péan ! Quel nom laisseront donc dans l'avenir, à côté de celui de ce Français, ces hommes d'au-delà du Rhin que nous vantait notre collègue ! »

Et nous cueillons, pour terminer, cette phrase lapidaire dans l'Eloge de Pozzi :

« Rien n'est plus grand, dans le domaine de la conscience, avec le culte de la vérité, que la liberté de l'esprit. Soyons des hommes libres ! »

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES CONVULSIONS

Par R. Turquety,
Chef de la Clinique de la Faculté.

Il n'y a pas en médecine infantile un symptôme d'une constatation plus banale que les convulsions ; elles représentent en effet, dans le premier âge, le mode habituel de réaction du système nerveux sous l'influence des causes les plus diverses.

Mais il n'y en a guère dont l'interprétation soit plus délicate. Aussi l'opinion des classiques sur ce point a-t-elle été de tout temps divisée. Pour certains, comme Rilliet et Barthez, Bouchut et, d'une façon générale, la plupart des pédiâtres du siècle passé, les convulsions sont un

symptôme banal des maladies de l'enfance, exception faite des cas où elles sont en rapport avec une lésion du névraxe.

Pour d'autres par contre, — et c'était là l'opinion de la plupart des neurologues — les convulsions constituent de véritables manifestations épileptiques. Elles sont l'équivalent, dans la première enfance, de l'épilepsie de l'adulte.

Les modernes se sont appliqués à mettre au point cette question et à fixer le pronostic des convulsions par une connaissance plus précise des causes qui peuvent les engendrer.

Il est, à ce point de vue, un facteur dont l'importance apparaît comme primordiale depuis qu'on s'attache à le dépister, c'est la syphilis (Fournier, Gaucher, Marfan, Leredde). Parmi l'ensemble des convulsions, le prof. Marfan isole le groupe des convulsions dites essentielles, qu'il rapporte tout entier à l'hérédo-syphilis. Cet auteur a proposé, pour l'étude des convulsions, une classification qui nous paraît le mieux capable de guider le clinicien. Nous nous efforcerons d'en reproduire l'esprit le plus fidèlement possible.

Symptômes.

1° *Forme généralisée* (la plus habituelle).

Le tableau clinique est, dans ses grandes lignes, celui de l'attaque d'épilepsie avec ses deux phases successives : tonique et clonique. Dans le premier âge, les convulsions s'accompagnent presque toujours de la perte de la conscience. Le plus souvent le début en est instantané ; d'autres fois, elles sont précédées de prodromes : agitation, cris, hyperesthésie sensitivo-sensorielle.

A la période d'état, les symptômes sont caractéristiques : « Le regard, qui était naturel, devient fixe ; l'œil exprime la terreur, puis rapidement le globe oculaire est agité de mouvements saccadés qui le dirigent en haut, sous la paupière supérieure, beaucoup plus rarement en bas ; il redevient ensuite momentanément fixe pour être bientôt entraîné tantôt à droite, tantôt à gauche. Les pupilles sont tantôt dilatées, tantôt contractées et, lorsque l'iris est entièrement voilé par la paupière supérieure, on n'aperçoit plus que le blanc de l'œil et le facies revêt un aspect caractéristique et effrayant. En même temps, les muscles du visage entrent en contraction : la face est grimaçante ; les commissures, tirées en dehors par des mouvements saccadés, produisent à chaque secousse un bruit particulier ; souvent des mucosités mousseuses ou légèrement sanguinolentes couvrent les lèvres d'une écume blanche ou rosée. La lèvre supérieure est tiraillée en haut, la mâchoire inférieure est agitée du même mouvement ; d'autres fois, il y a du trismus, interrompu, de temps à autre, par des grincements de dents. La tête est d'habitude fortement portée en arrière. Les doigts sont fléchis sur la paume de la main avec raideur ; les avant-bras, ramenés sur les bras, sont incessamment agités par des mouvements saccadés de demi-flexion et de demi-extension. On observe les mêmes symptômes aux extrémités inférieures, mais ils sont en général moins prononcés. Les muscles du tronc participent rarement aux contractions cloniques, mais d'ordinaire le torse est roide. La contraction spasmodique du diaphragme et des muscles du larynx produit quelquefois un bruit tout spécial lorsque l'air s'engouffre dans la poitrine à chaque inspiration. Si les contractions sont très violentes, les urines et les matières fécales sont rendues involontairement. L'intelligence est presque toujours abolie et la sensibilité nulle ; les autres sens sont souvent encore impressionnables. » (Rilliet et Barthez).

Lorsque les convulsions sont intenses, et surtout lorsqu'elles se prolongent, elles ne tardent pas à se compliquer de phénomènes asphyxiques : la face violette, vultueuse, se couvre de sueur, les extrémités se refroidissent, le pouls s'accélère et s'affaiblit, la resipiration devient fréquente et bruyante, la température s'élève jusqu'à 40°.

Enfin, après quelques secondes, une ou deux minutes au plus, les convulsions cloniques cessent, la résolution musculaire survient, les muscles sont inertes et flasques. Le plus souvent, l'enfant crie ou pleure après la fin de l'accès ; parfois, il est en état de stupeur, et il peut arriver que la conscience ne revienne qu'après une phase de coma avec respiration stertoreuse.

Quand le malade revient à lui, il présente parfois, pendant quelque temps, un état de parésie ou d'hémi-parésie, même quand la convulsion n'a pas été déterminée par une lésion du cerveau. Dans cette forme complète et généralisée, les convulsions sont bilatérales ; toutefois, elles prédominent souvent sur une moitié du corps.

Il est extrêmement rare que la mort survienne pendant un accès isolé et du fait même de cet accès. Cependant, cette terminaison peut s'observer. Elle se produit, en général avec des symptômes d'asphyxie ; parfois, il semble que le malade ait succombé à une syncope.

2° *Forme incomplète.*

Dans nombre de cas, l'accès est incomplet. Tantôt, il n'est représenté que par la phase tonique, sans phase clonique, ou bien celle-ci n'est qu'ébauchée. Plus souvent, il n'y a qu'une phase clonique, non précédée d'une phase tonique, ou bien celle-ci est fugace, si courte parfois (Trousseau) qu'elle peut passer inaperçue.

3° *Formes partielles, localisées.*

Elles ont été bien étudiées par Trousseau. Elles peuvent affecter les membres, le tronc, la face, ou encore une moitié du corps.

Les convulsions des membres frappent la totalité des muscles d'un membre ou se localisent à

quelques-uns d'entre eux. Elles sont plus fréquentes aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

Les convulsions partielles du tronc se présentent, soit sous forme d'une contraction tonique des muscles de la gouttière vertébrale, représentant un véritable accès tétanique, soit sous forme de contractions cloniques, en apparence localisées aux muscles du cou et imprimant à la tête des mouvements de flexion ou de rotation (Trousseau), mais les convulsions partielles les plus fréquentes sont celles du visage. Elles peuvent intéresser tous les muscles de la face ou, au contraire, se localiser à l'orbiculaire des lèvres, aux muscles de la langue, aux muscles des yeux. Parfois elles sont exclusivement toniques, plus souvent elles sont complètes : à la contraction permanente succèdent des mouvements cloniques imprimant aux globes oculaires une oscillation continuelle.

4° Enfin, il y a des *formes irrégulières* dans lesquelles les phases de rigidité et de mouvements cloniques se succèdent et alternent sans règle.

Evolution.

Quelle que soit sa forme, une convulsion isolée est, en général, courte, la phase tonique et la phase clonique ne durant guère plus d'une à deux minutes. Cependant, il y a des accès plus longs, qu'il ne faut pas confondre avec des accès subintrants.

Ce qui caractérise la convulsion, c'est la tendance à la *répétition des crises*. Celle-ci obéit à des règles très variables. Il peut arriver que l'accès soit unique et ne se reproduise jamais ; cela est fort rare. Le plus souvent, il se répète à intervalles tantôt très courts, tantôt très longs.

Quelquefois les convulsions sont très rapprochées ; après un court retour à la conscience, on voit se déclancher un nouvel accès ; on désigne parfois cette forme sous le nom d'*éclampsie du nourrisson*. D'autres fois, les accès sont subintrants : c'est l'*état de mal convulsif* ; les accès sont rapprochés au point que la période de résolution qui les sépare est très écourtée. Cet état peut durer des heures et se termine par la mort avec des symptômes d'asphyxie.

Diagnostic.

Le diagnostic différentiel de la convulsion offre, en général, peu de difficultés :

« Le spasme essentiel de la glotte peut être pris parfois pour un accès de convulsions véritables. L'accès de laryngospasme est dû à une contraction de la glotte qui, chez le jeune enfant, coexiste presque toujours avec les signes de la tétanie latente ou évidente ; il représente une localisation de la tétanie sur le larynx. Il débute par une inspiration difficile et longue s'accompagnant d'une sorte de bruit de gloussement, puis d'une apnée qui, si elle se prolonge, entraîne de la cyanose et de l'asphyxie. L'accès est court et dure une demi-minute au plus ; il ne s'accompagne ni de perte de connaissance, ni de contracture dans les autres parties du corps. Mais deux circonstances peuvent inspirer quelques hésitations : d'abord l'accès de spasme glottique peut se terminer par une crise convulsive généralisée due à l'asphyxie qui se produit lorsque l'apnée se prolonge. Ensuite, l'accès de spasme de la glotte peut alterner avec des convulsions ; c'est ce qui arrive lorsque les convulsions sont symptomatiques d'une tétanie évidente ou latente. Celle-ci sera reconnue par la recherche du signe du facial et des autres stigmates de la diathèse spasmogène. »

On ne confondra pas non plus la convulsion avec le *tic de Salaam* ou *spasmus nutans*, caractérisé par des secousses rythmiques de la tête ressemblant à des salutations. Ce trouble moteur est ordinairement asscié à du nystagmus, mais il ne s'accompagne pas de perte de la conscience.

Diagnostic étiologique.

On peut admettre une *prédisposition aux convulsions*. Les enfants issus de parents souffrant de névropathie, de pscychoses, d'affections organiques du système nerveux, les enfants issus de parents syphilitiques, alcooliques, tuberculeux, saturnins, paraissent prédisposés aux convulsions.

L'*âge* est un autre facteur de prédisposition. Les convulsions s'observent surtout dans les deux premières années, et c'est de trois à six mois qu'elles sont le plus fréquentes.

La recherche des *causes efficientes* constitue la partie la plus importante de l'étude des convulsions. Nous reproduisons ici la classification qu'a adoptée M. Marfan et l'exposé qu'il a fait du diagnostic étiologique.

Pour M. Marfan, on peut diviser les causes efficientes en quatre groupes :

1° Celles qui dépendent d'une lésion des centres nerveux ; on pourrait leur donner le nom de « convulsions *organiques*. »

2° Celles qui paraissent indépendantes d'une lésion des centres accessibles à nos moyens d'investigation, mais qui sont dues manifestement à une affection d'un autre appareil ou système ; on pourrait leur donner le nom de « convulsions *symptomatiques*. »

3° Celles qui sont la manifestation d'une tétanie évidente ou latente, de ce qu'on peut appeler la « diathèse *spasmogène*. »

4° Enfin, celles auxquelles on ne peut assigner aucune cause évidente et que, pour cette raison, on appelle « *essentielle*. »

I. — Convulsions organiques.

Presque toutes les *lésions aiguës ou chroniques du névraxe* peuvent, chez le jeune enfant, déter-

miner des convulsions ; mais certaines interviennent plus souvent.

Les méningites aiguës sont parmi les plus efficaces. Chez le nourrisson la méningite tuberculeuse peut, d'emblée, se traduire par des convulsions ; il y a même une forme éclamptique (Marfan) de cette affection où les convulsions sont le symptôme prédominant. On peut observer des faits du même genre dans la méningite cérébro-spinale. Les hémorragies méningées d'origine obstétricale peuvent se manifester par des convulsions dès les premiers jours, voire dès les premières heures de la vie. Les convulsions peuvent aussi être déterminées par la thrombo-phlébite des sinus, surtout dans celle qui peut compliquer la diarrhée cholériforme. Il est vraisemblable que les convulsions qui compliquent les états asphyxiques, celui du croup, celui de la broncho-pneumonie, celui de la quinte de coqueluche, sont dues, au moins en partie et dans certains cas, aux hémorragies méningées que détermine l'anhématose.

Les convulsions du coup de chaleur semblent dues à une congestion intense des méninges et de l'écorce cérébrale. Celles qui s'observent à la suite des grandes hémorragies ont été attribuées à une anémie des centres nerveux.

L'encéphalite hémorragique, cause habituelle de l'hémiplégie spasmodique infantile, et qui paraît avoir des relations avec la syphilis congénitale, débute souvent chez le nourrisson par des convulsions ; celles-ci peuvent durer des années, voire toute la vie. Toutes les lésions congénitales du cerveau peuvent s'accompagner de convulsions : sclérose cérébrale, porencéphalie, méningo-encéphalite, hydrocéphalie, lésions de la maladie de Little, même quand celle-ci n'est pas due à un traumatisme obstétrical. Plus nous avançons et plus le rôle de la syphilis congénitale paraît considérable dans la genèse de ces affections congénitales du cerveau. L'hydrocéphalie acquise peut aussi s'accompagner de convulsions, soit à sa phase initiale, soit dans le cours de son évolution ; elle est aussi le plus souvent en relation avec la syphilis congénitale. Les tumeurs du cerveau, gliomes, tubercules solitaires, sont également des causes de convulsions.

Enfin, la poliomyélite aiguë à sa phase initiale peut se manifester par des convulsions.

Les convulsions qui dépendent d'une lésion des centres nerveux sont facilement rapportées à leur cause. Leur origine est reconnue par les symptômes nerveux associés, par la coexistence de la fièvre ou de l'apyrexie, enfin par les caractères du liquide céphalo-rachidien. Ces convulsions d'origine organique ont un pronostic grave. Elles laissent souvent après elles des troubles psychiques, idiotie, arriération intellectuelle, des paralysies, des contractures ; elles sont parfois le prélude d'une épilepsie définitive.

II. — Convulsions symptomatiques.

Dans certains cas, les convulsions ne peuvent être attribuées à une lésion des centres nerveux accessibles à nos moyens d'investigation, mais elles sont déterminées par une affection d'un autre appareil ou système. Ces convulsions symptomatiques s'observent dans les maladies infectieuses, dans les intoxications, elles peuvent être dues à une irritation des nerfs périphériques. Toutes les infections qui débutent par une brusque élévation de température peuvent, chez le nourrisson, déterminer des convulsions.

Ces convulsions initiales des fièvres s'observent dans la grippe, la broncho-pneumonie, la pneumonie, la rougeole, la scarlatine, l'angine aiguë. Elles disparaissent après le début de la maladie. Il est beaucoup plus rare de rencontrer des convulsions pendant le cours des infections, à moins que celles-ci n'aient déterminé une méningite, une encéphalite, une thrombo-phlébite des sinus. On peut toutefois les observer dans les broncho-pneumonies avec hyperthermie où dans l'otite moyenne aiguë ; dans celles-ci, elles disparaissent ou s'atténuent après la paracentèse du tympan. Ces convulsions des maladies infectieuses sont dues probablement à l'action sur les centres nerveux des toxines microbiennes ou des déchets de la nutrition viciée par la maladie.

Les intoxications exogènes peuvent aussi déterminer des convulsions . C'est à ce mécanisme qu'on a rattaché les convulsions d'un nouveau-né issu d'une mère éclamptique, les convulsions d'un nourrisson mis au sein d'une nourrice alcoolique, ou atteinte de néphrite ou de diabète. Un médicament donné à dose trop élevée a pu être accusé de déterminer des convulsions : opium, belladone, santonine, bromoforme.

Les intoxications endogènes peuvent également déterminer des convulsions ; signalons par exemple quelques cas rares d'urémie du nourrisson ; on a, d'autres fois, incriminé une lésion du foie ou des capsules surrénales. Les auto-intoxications digestives sont souvent invoquées comme causes de convulsions chez les enfants du premier âge ; on exagère la fréquence de leur intervention ; en beaucoup de cas où on l'invoque, on serait bien embarrassé de le prouver. Cependant, il n'est pas douteux que les convulsions peuvent compliquer l'indigestion aiguë vraie, la diarrhée cholériforme, l'étranglement herniaire, le rétrécissement du pylore.

Les convulsions qui surviennent au cours des intoxications exogènes ou endogènes sont dues probablement à l'action directe du poison sur les centres nerveux.

L'irritation des nerfs périphériques est considérée par nombre d'auteurs comme pouvant déterminer des convulsions. Celles qui reconnaissent cette cause sont parfois appelées « convul-

sions *réflexes* ». Ici, nous entrons dans un domaine où les faits sont obscurs et prêtent au doute. L'irritation incriminée peut avoir pour siège la muqueuse des voies digestives ou le tégument externe. On a accusé l'éruption dentaire ; certains enfants ont des convulsions chaque fois qu'ils émettent une dent ; le fait est rare, mais il ne paraît pas contestable ; il est admis par M. Roger, pourtant très sceptique sur d'autres causes. Mais ce qu'on doit discuter c'est sa pathogénie ; il semble bien qu'à elle seule l'éruption dentaire ne peut déterminer des convulsions ; mais, chez un nourrisson prédisposé, une éruption dentaire, surtout si elle est difficile, peut mettre en activité ces dispositions. On a parfois aussi incriminé un corps étranger des voies digestives. On a encore accusé la présence des helminthes, mais ceux-ci sont rares avant deux ans ; on pourrait, dans ce cas, discuter si leur action est due à une ntoxication ou à une irritation périphérique.

III. — **Diathèse spasmogène.**

L'état communément désigné sous le nom de tétanie ne se manifeste pas toujours par des contractures spontanées des extrémités et par du laryngospasme ; il reste parfois latent et ne se reconnaît que si l'on recherche systématiquement la surexcitabilité des nerfs périphériques par le courant électrique (signe d'Erb) et par une action mécanique (signe du facial ou de Chvostek, signe de Trousseau). Chez les enfants atteints de tétanie les convulsions peuvent alterner avec du laryngospasme et avec des périodes de tétanie latente où les signes de Chvostek, d'Erb, de Trousseau traduisent seuls l'état anormal du sujet.

Pour Escherich, 90 % des convulsions de l'enfance relèveraient de la tétanie. MM. Lesné et Turpin déclarent que, chez les enfants ayant dépassé 3 mois, dans les deux tiers des cas, les convulsions relèvent de la spasmophilie.

Cette opinion n'est pas admise par tous. MM. Heuyer et Longchampt, dans une étude récente portant sur un très grand nombre de cas, disent n'avoir jamais observé de semblables convulsions. Et M. le prof. Marfan, sans nier leur existence, ne leur reconnaît pas, tant s'en faut, une pareille fréquence. Nous avons personnellement recherché les signes de la tétanie latente chez tous les nourrissons atteints de convulsions et présentés à la consultation de l'hospice des Enfants-Assistés, nous ne les avons rencontrés que d'une façon tout à fait exceptionnelle. L'assertion d'Escherich, de Lesné et Turpin appelle donc, avant d'être acceptée, de nouvelles recherches, et, particulièrement, la recherche, chez les enfants atteints de convulsions, du syndrome humoral de la tétanie (hypocalcémie).

IV. — **Convulsions essentielles.**

Il existe enfin des cas où on ne peut faire rentrer les convulsions du jeune enfant dans aucun des groupes précédents ; on dit alors qu'il s'agit de *convulsions essentielles*. Il convient de faire à la *syphilis* une part très importante dans l'étiologie de ce type de convulsion. Chez les enfants atteints de convulsions dites essentielles, on découvre très souvent des signes de syphilis congénitale, certaine ou très probable, et parfois la séro-réaction est positive.

Quand on pratique la ponction lombaire, comme on doit le faire en pareil cas, on s'assure que parfois les convulsions essentielles sont en relation avec une réaction méningée latente : le liquide céphalo-rachidien présente de la lymphocytose et de l'hyperalbuminose, il peut donner une réaction de Bordet-Wassermann positive. Alors les convulsions ne peuvent être regardées comme essentielles, elles rentrent dans le groupe des convulsions organiques.

Il convient de savoir, toutefois, que même lorsque les convulsions surviennent chez des hérédo-syphilitiques, la réaction méningée peut être absente.

Quoi qu'il en soit, l'observation montre que, lorsque chez un enfant de moins de six mois surviennent des convulsions qu'on ne peut rapporter à des causes évidentes, dans les deux tiers des cas une enquête systématique permet de découvrir des antécédents ou des stigmates de syphilis. Le traitement spécifique doit donc être prescrit aux enfants atteints de c convulsions dites essentielles. Il donne souvent de bons résultats dans des cas où la simple cure anticonvulsive a échoué.

Le pronostic des convulsions dites essentielles est, en général, favorable. Cependant il doit toujours être réservé. Elles peuvent être le prélude d'une encéphalopathie ou d'une hydrocéphalie chronique.

On devra mettre tous les moyens en œuvre pour dépister la cause des convulsions : examen somatique complet, exploration attentive du système nerveux, recherche des stigmates de l'hérédo-syphilis, recherche des signes de la tétanie. On complètera cet examen par la cuti-réaction à la tuberculine et par la ponction lombaire.

Pronostic.

Il faut établir un pronostic *immédiat* et un pronostic *lointain*.

1° *Immédiat*. — Il dépend avant tout de la cause du mal. Une crise liée à un trouble digestif passager ou marquant le début d'une fièvre a, par elle-même, un pronostic bénin. Celle qui accompagne, par contre, une lésion du cerveau ou des méninges présente, par cela même, un pronostic péjoratif. Il faut encore tenir compte du caractère des convulsions : des convulsions violentes, répétées, avec cyanose, des convulsions subintrantes, comportent un pronostic ré-

servé et cela d'autant que l'enfant est plus jeune. Mais on peut dire qu'en règle générale le pronostic immédiat d'une convulsion est favorable.

2° *Lointain.* — Il est d'importance capitale, car il met en jeu l'avenir des enfants atteints de convulsions.

Ces enfants, sont-ils, ultérieurement, voués au mal comitial ? Le problème a été diversement résolu par les auteurs.

Pour les uns, la plupart des épileptiques adultes (80 p. 100 pour Pierre Marie) sont d'anciens convulsifs infantiles. On a même avancé que les enfants atteints de convulsions dans les deux premières années de leur existence présentent, presque tous, à partir de 5 ou 6 ans, des crises typiques d'épilepsie.

M. Marfan s'élève contre cette assertion : « Nombre de sujets, dit-il, qui ont eu des convulsions dans la première enfance, ne sont devenus ni des idiots, ni des épileptiques, ni même des névropathes ou des psychopathes évidents. D'autre part, beaucoup d'idiots ou d'épileptiques n'ont jamais eu de convulsions dans leur première enfance. » Cet auteur rappelle les travaux de Lassègue qui avançait que l'épilepsie vraie a comme caractère de ne débuter qu'à la période prépubère ou pubère.

Dans un travail récent, M. André Collin et Mlle Revon distinguent, au point de vue du pronostic d'avenir, deux types de convulsions infantiles : dans le premier, la convulsion est purement clonique, sans phase tonique, et se produit avec un minimum de symptômes associés ; cette forme serait bénigne et, si les sujets qui en sont atteints peuvent présenter plus tard des accidents nerveux sans gravité : terreurs nocturnes, incontinence d'urine, bizarrerie de caractère, ils ne présentent, par contre, ni hydrocéphalie, ni idiotie, ni épilepsie, ni contracture.

Dans le second type, la convulsion présente une phase tonique, accompagnée ou non de secousses cloniques ; il s'y associe des troubles de la respiration et de la circulation. Celle-ci serait toujours en rapport avec une lésion de la cellule nerveuse ; son pronostic éloigné serait grave et, si la mort ne survient pas rapidement du fait de la méningite ou de l'encéphalite génératrice, plus tard, apparaissent de l'idiotie, de l'hydrocéphalie, des paralysies, des contractures, de l'épilepsie.

M. Marfan, tout en faisant des réserves sur le caractère absolu de cette classification, estime toutefois qu'une longue durée de la période tonique constitue un facteur de gravité certain, tant au point de vue du pronostic immédiat que du pronostic lointain de la convulsion.

Quoi qu'il en soit, l'avenir des enfants atteints de convulsions essentielles doit être envisagé avec une grande réserve. La statistique de MM. Heuyer et Longchampt en fait foi ; elle est basée sur l'observation de 68 enfants fréquentant leur consultation de neuro-psychiatrie infantile :

14 enfants au-dessous de trois ans pour lesquels l'observation est insuffisante.

5 morts.

9 scléroses cérébrales infantiles.

5 hémiplégies cérébrales infantiles.

19 épilepsies.

2 perversions instinctives graves.

9 troubles légers de caractère (épileptoïde, instabilité, etc.), ou débilité intellectuelle et motrice légère.

Traitement.

1° Au *moment de l'accès,* étendre l'enfant sur un lit, le débarrasser des vêtements qui peuvent gêner sa respiration et ne pas le mobiliser tant que dure la crise.

Dans l'intervalle des accès, mettre l'enfant dans un grand bain chaud à 36° ou 37° et l'y laisser dix minutes.

Si les accès se répètent, on administrera un lavement de bromure et chloral :

Bromure de Na	0 gr. 50
Chloral hydraté	0 gr. 20
Jaune d'œuf	N° 1
Eau distillée	120

(Lavement pour un enfant de cinq mois).

On donnera à l'enfant trois à six cuillerées à café par jour, selon l'âge, de la préparation

Bromure de K. ou de Na ou Ca.....	2 gr.
Hydrate de chloral	1 gr.
Sirop de fleur d'oranger	20 gr.
Eau de tilleul	80 cmc.

On peut aussi faire inhaler à l'enfant, dans les formes sévères, quelques gouttes d'éther ou de chloroforme sur un mouchoir.

Dans tous les cas où les crises sont fréquentes, et dans l'état de mal, il est utile de faire la ponction lombaire ; non seulement elle permet l'examen du liquide céphalo-rachidien mais encore, lorsqu'il y a hypertension, elle a un effet favorable sur les convulsions. On évitera, par contre, l'emploi de certaines pratiques qui n'ont aucune utilité et parfois même exaspèrent les convulsions : sinapisme, émission sanguine, injection d'eau salée ou d'huile camphrée.

2° *Lorsque l'accès est terminé,* il faut mettre en œuvre le traitement causal et le traitement anti-convulsif.

On traitera la lésion nerveuse, si c'est elle qui est en cause. Si les convulsions marquent le début d'un état fébrile, on fera appel aux antithermiques.

S'il existe des signes de tétanie, on utilisera l'huile phosphorée à 1 p. 20.000 (une à deux cuillerées à café par jour) ; on y adjoindra le chlorure de calcium ou le lactate de chaux (un à deux

grammes par jour). Si l'on soupçonne la syphilis on instituera le traitement.

Quel que soit, d'ailleurs, le traitement causal, il sera indiqué d' y associer les anticonvulsifs. Les bromures seront tout d'abord utilisés : bromure de Na, de K., de Ca (avant six mois 0.50 par jour), de six mois à un an 0.75 à un gramme par jour ; la dose quotidienne prise en trois fois) ; quinze jours de cure, cinq jours de repos, et recommencer. Si l'enfant est un peu grand, on y associe le régime déchloruré.

On pourra faire appel encore à deux médicaments plus récents : le gardénal et le tratrate borico-potassique.

M. Marfan considère que le tartrate borico-potassique, difficilement accepté par le nourrisson, est, en outre, assez mal toléré par lui.

Le gardénal, par contre, donne des résultats souvent très favorables ; on peut l'administrer à la dose de deux à trois centigrammes par jour, dose que l'on peut augmenter à condition de surveiller l'enfant et d'éviter chez lui la somnolence.

LES GLANDES ENDOCRINES ET LES CANCERS

Par M. Joseph LERICHE (de Joigny).

Membre fondateur de la Société internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer.

Depuis quelques années, la plupart des théories qui ont été émises sur la pathogénie des cancers, sans excepter la conception parasitaire, se sont insensiblement ralliées sous la poussée des acquisitions de la clinique et du laboratoire à un substratum pathologique dont l'importance, en tant que facteur prédisposant, a fait tomber l'acuité des controverses, nous voulons parler du terrain cancéreux.

Si l'on se reporte à la fameuse communication de Gye et Barnard sur la découverte d'un virus filtrant du sarcome, nous remarquons que ces deux savants considèrent comme condition *sine qua non* à la prolifération néo-plasique la présence d'un « facteur spécifique » nettement différencié. Or, quel est donc ce facteur spécifique mystérieux qui permet de transformer la cellule saine en cellule cancéreuse, et quel rapport n'offre-t-il pas avec les altérations humorales et les conditions spéciales de vulnérabilité consécutives aux perturbations physiologiques qui conditionnent le terrain cancéreux ?

Si obscures que soient encore nos connaissances sur le processus insidieux des déviations physiologiques qui créent un milieu propice au développement des cancers, elles ne constituent pas moins, à l'heure actuelle, un faisceau de documents du plus haut intérêt qui soulignent l'importance d'un tel facteur.

Il découle des notions acquises que le terrain cancéreux se présente comme la résultante d'une dyscrasie, et il faut entendre par ce terme imprécis l'ensemble des nombreux troubles physiologiques qui s'installent à notre insu et portent pendant de longues années une atteinte silencieuse au mécanisme initial des actions et des réactions qui se produisent normalement d'une cellule à une autre cellule, d'un groupement de cellules à un autre groupement, à ces interdépendances organiques dont les fonctions régularisent la vie des tissus comme elles assurent l'équilibre de leurs éléments constitutifs.

L'histo-physiologie et l'histo-pathologie des endocrines ont apporté un peu de lumière sur la pathogénie de ce terrain spécial et fort complexe. Toutes les découvertes sur la physiologie de ces glandes démontrent que l'équilibre interne et le rythme normal des fonctions restent subordonnés à leur intégrité. Les travaux de Prenant, de Nageotte, de Grynfeltt, de Roussy de Champy, etc., sur les interactions tissulaires, quelle que soit leur modalité, statique ou dynamique ou tout à la fois statique et dynamique ne tendent qu'à confirmer ces acquisitions de la clinique et de la physiologie expérimentale.

Le terrain cancéreux est essentiellement caractérisé par des troubles humoraux consécutifs à une altération des fonctions de sécrétion des endocrines, quelle qu'en soit la cause. Baronaki fut le premier à attirer l'attention des chercheurs sur ces perturbations glandulaires qu'il considère comme « les éléments constitutifs de la genèse du cancer ». Sans être aussi absolu que cet auteur, sur le processus morbide qui aboutit à la prolifération néoplasique, nous considérons les altérations glandulaires comme le facteur pathogénique basal du terrain favorable au déséquilibre cellulaire. Les déviations physiologiques de l'appareil para-thyroïdien représentent un des agents les plus actifs dans la préparation de ce terrain par une action complexe, directe et indirecte de ses sécrétions. Indépendamment de leurs attributs propres, nous rappellerons que les sécrétions thyroïdiennes exercent une action synergique ou inhibitrice sur les autres glandes et qu'il existe une relation étroite entre les fonctions de la thyroïde et celles de l'hypophyse, du pancréas, des surrénales, du foie et des glandes génitales. Après la thyroïdectomie, l'hypophyse s'hypertrophie et il y a hyperfonctionnement de

♦♦♦♦

cette glande. Si l'on opère sur des sujets en voie de développement, on voit apparaître des dystrophies multiples.

L'ablation de la thyroïde entraîne l'hypofonctionnement des surrénales et l'hyperfonctionnement du pancréas par suppression de l'action inhibitrice des sécrétions thyroïdiennes sur le fonctionnement de cette glande, et en particulier sur le mécanisme des îlots de Langerhans qui sécrètent l'insuline. Il en résulte que la thyroïde a une part importante dans les phénomènes de glycorégulation. Inversement, l'absorption prolongée d'extrait thyroïdien provoque une suractivité des surrénales et conduit à l'insuffisance pancréatique interne par un accroissement excessif de son pouvoir inhibiteur qui déclanche la glycosurie.

Ces quelques exemples suffisent à faire ressortir l'extrême complexité des phénomènes glandulaires et l'interdépendance des endocrines. Ils dégagent le rôle polyopothérapique de la thyroïde qui participe à toutes les fonctions de la vie organique et « exerce par ses sécrétions une action régulatrice sur le système endocrinien tout entier » (Claude et Sourdel). Si l'on considère ses effets prépondérants sur le métabolisme des graisses et des albumines d'une part, de l'iode, du phosphore et du calcium d'autre part, sur le système nerveux central et les centres thermiques, sur le pneumogastrique, le sympathique, le parasympathique et, par ces intermédiaires, sur la trophicité générale, on se représente la part qui est dévolue aux fonctions de cette glande dans le processus normal de l'équilibre interne et quelles peuvent être les conséquences, directes ou éloignées, de ses déviations fonctionnelles sur la vie même des tissus et le potentiel d'équilibre de chaque cellule.

Les altérations des parathyroïdes, bien différenciées des précédentes, se traduisent toujours par des désordres plus ou moins marqués dans le métabolisme du calcium et de l'azote. Elles amoindrissent l'action stimulante de ces glandes sur les fonctions du foie, ainsi que leur pouvoir antitoxique à l'égard de certains poisons endogènes ou exogènes telle que la guanidine par exemple, dont la transformation ne se fait plus et s'accumule dans le sang. (L. Blanchard).

Le rôle du pancréas apparaît également considérable. S'il est bien établi que l'insuffisance pancréatique interne aboutit au diabète classique, Rathery et Froment ont signalé un syndrome d'hyperglycémie sans glycosurie, commun à un grand nombre d'affections et fréquent au cours de certaines dermatoses.

Selon ces auteurs, ce phénomène reste sous la dépendance d'un trouble dans l'assimilation des hydrates de carbone. Il constitue un état prédiabétique qui pourra ne jamais se manifester dans la suite sous forme de diabète vrai, mais il « crée chez l'individu qui en est atteint un témoignage tangible d'une débilité dans ses fonctions de nutrition. »

L'hyperglycémie du terrain cancéreux relève de causes analogues et n'est elle-même qu'une expression insidieuse de cette débilité fonctionnelle qui a pour point de départ les atteintes portées aux organes glycorégulateurs. Nul n'ignore le caractère malin des néoplasmes qui évoluent chez les diabétiques, et il nous paraît difficile de ne pas admettre que l'hyperglycémie précancéreuse, dont les premières manifestations échappent le plus souvent à notre investigation, ne constitue un des facteurs les plus actifs du terrain.

Tout en faisant la part des troubles consécutifs aux altérations de la sécrétion pancréatique externe qui portent atteinte à la digestion intestinale et à l'interdépendance fonctionnelle qui existe entre le pancréas d'une part, l'estomac, le foie et l'intestin d'autre part, nous estimons que les déviations physiologiques de la sécrétion interne représentée par l'insuline ont une influence prépondérante dans le mécanisme des viciations humorales prédisposantes.

Dans une série de communications à l'Académie des Sciences, d'un intérêt considérable, MM. Gabriel Bertrand et Macheboeuf, exposant les résultats de leurs recherches sur la teneur de l'organisme en nickel et en cobalt, ont démontré que ces métaux existent normalement dans tous les organes, sauf dans quelques muscles et le tissu adipeux. Le mode de leur répartition à travers les organes est approximativement identique ; toutefois, chez l'homme et les animaux supérieurs, le foie et le thymus en contiennent une proportion relativement élevée et le pancréas se présente comme un des organes les plus riches en nickel et en cobalt. Quant aux préparations d'insuline qu'on en tire, elles sont encore beaucoup plus riches. « C'est ainsi qu'à poids égal, on peut trouver des centaines de fois plus de nickel et de cobalt dans ces préparations que dans les glandes dont elles ont été extraites. » (Compte rendu de l'Académie des Sciences, T. 182, nº 25.)

Ces deux savants ont cherché à déterminer le rôle de ces métaux dans l'action hypoglycémiante de l'insuline et sont arrivés à cette conclusion qu'il est possible d'améliorer en qualité et en quantité les préparations d'insuline par l'addition en proportion déterminée de nickel et de cobalt.

Rathery et Mlle Ravina ont confirmé ces données par les résultats cliniques qu'ils ont obtenus dans le traitement du diabète par la solution mixte de nickel et de cobalt.

Ces premières notions sur ces deux métaux, dont la découverte porte à environ 25 le nombre des métalloïdes et métaux qui entrent dans la composition de la matière vivante, fixent notre

attention sur la part qui leur revient dans les phénomènes du métabolisme. Il se peut qu'ils agissent comme les co-ferments de l'insuline au même titre que le manganèse dans l'action oxydasique de la laccase.

Les déviations fonctionnelles des surrénales dans le processus des troubles humoraux précancéreux n'offrent pas moins d'importance que les précédentes et elles se rattachent à des causes diverses, dont deux principales. Elles peuvent être provoquées soit par un fléchissement temporaire ou permanent de la synergie thyroïdienne sur le mécanisme de leur sécrétion, soit par des lésions tissulaires de l'écorce ou de la moelle surrénales. Il est vraisemblable que ces lésions sont beaucoup plus fréquentes qu'on se l'imagine si l'on se reporte aux examens anatomo-pathologiques pratiqués sur des sujets atteints de cancers considérés au début et morts de maladies intercurrentes.

Ces troubles glandulaires se caractérisent : 1° par une diminution de sécrétion de l'adrénaline dont l'action excito-motrice sur les terminaisons du sympathique se trouve compromise, et il en résulte des perturbations dans le tonus vasculaire et le métabolisme des hydrates de carbone et du soufre (Loeper, Decourt et Garcin); 2° par une atteinte à la production de la lécithine et à l'équilibre cholestérinémique bien mise en évidence par les expériences de Troisier et Grigaut dans leurs recherches sur les troubles consécutifs à l'extirpation de ces glandes. L'abaissement du taux de la cholestérine dans le sérum des cancéreux a été observé par de nombreux auteurs et bien étudié par Loeper, Debray et Tonnet. Ce trouble s'accentue avec l'extension du néoplasme et il a été constaté dans certains cas bien avant l'apparition des signes cliniques du cancer (tuberculose et cancer).

La part des perturbations physiologiques que provoquent les altérations de l'hypophyse reste beaucoup plus difficile à déterminer en raison des divergences qui existent sur les fonctions de ses sécrétions propres. Cependant, la majeure partie des auteurs admettent que le lobe antérieur participe au métabolisme des hydrates de carbone, favorise la croissance et régularise les centres thermiques (Parisot et Richard). Le lobe postérieur exercerait une action synergique sur les muscles lisses, la sécrétion rénale, et interviendrait pour une part active dans le métabolisme des hydrates de carbone et des graisses. (Claude et Porak).

Ce qui est indéniable, c'est la corrélation fonctionnelle qui existe entre l'hypophyse et les autres endocrines. Il est bien établi que les altérations physiologiques ou expérimentales de la thyroïde, des glandes génitales ou des surrénales entraînent l'hyperplasie de l'hypophyse alors qu'une altération partielle ou des lésions parenchymateuses de l'hypophyse provoquent l'atrophie des organes génitaux, l'hyperplasie de la thyroïde et des surrénales. Ces acquisitions ont été confirmées par les travaux de P.-E. Smith et I.-P. Smith qui amenèrent ces auteurs à conclure que les lésions du lobe antérieur se caractérisaient non seulement par un arrêt de la croissance, mais encore par l'atrophie de la thyroïde et des parathyroïdes (*Endocrinology*, 4 juillet 1923).

Il découle de ces faits, malgré les réserves de certains physiologistes sur les fonctions strictes des sucs hypophysaires, que l'hypophyse joue un rôle très important dans l'enchaînement des phénomènes physiologiques normaux et pathologiques.

Les altérations de la fonction ovarienne et leur retentissement sur l'équilibre humoral sont attestées par les multiples accidents qui éclatent après la castration ou quand les glandes sont atrophiées et ne fonctionnent plus.

La sécrétion interne de l'ovaire exerce une action purement équilibrante et synergique. Hallion a signalé l'augmentation de volume de la thyroïde avec des doses relativement faibles de suc ovarien, et, d'après Dutoit, les fonctions de l'hypophyse seraient activées par la sécrétion ovarienne. Tous les expérimentateurs s'accordent à reconnaître que la suppression ou le ralentissement des sécrétions de l'ovaire se traduisent par des troubles du métabolisme avec une tendance marquée à l'obésité. Curatello et Tarulli ont trouvé une diminution considérable des échanges respiratoires et un abaissement de l'excrétion phosphorée qui remontait à la normale et la dépassait sous l'influence d'extraits ovariens.

Le rôle stabilisateur du suc ovarien sur le système nerveux central et périphérique est démontré par les troubles de l'affectivité et de l'appareil cardio-vasculaire qui se manifestent après l'exérèse chirurgicale. D'autre part, Dalché a décrit un syndrome d'hyperovarie avec tachycardie, hyperazoturie et hyperphosphaturie. Il semble donc, comme l'a exposé Leynen que l'ovaire contribue à régler l'état d'équilibre du système neuro-glandulaire en agissant sur le sympathique par corrélation fonctionnelle avec les autres glandes.

La sécrétion interne du testicule paraît avoir un rôle tout aussi complexe dans le mécanisme de l'équilibre interne. Bien que sa composition nous soit totalement inconnue, ses propriétés physiologiques ont été dégagées des phénomènes qui surviennent après la castration. Cette sécrétion répond à des fonctions multiples. Outre qu'elle intervient dans les phénomènes de croissance où elle conditionne les caractères sexuels, elle agit activement sur le sympathique et participe au métabolisme, surtout à celui des graisses.

Il existe enfin une relation étroite entre les fonctions du testicule et de la thyroïde, et il est probable que le suc testiculaire exerce sur les autres endocrines une action synergique qui dépasse de beaucoup le champ actuel de nos connaissances si l'on se reporte aux faits de revitalisation humaine réalisée par VORONOFF et DARTIGUES.

Dans cette étude sommaire, nous nous sommes attaché surtout à dégager l'interdépendance des éléments nerveux et glandulaires dont le mécanisme assure l'équilibre humoral, et la solidarité physiologique et pathologique des endocrines. Cette solidarité devient manifeste lorsqu'une des glandes se trouvant lésée, d'autres glandes, dont les sécrétions tendent aux mêmes fins, s'hypertrophient et accroissent leur activité pour suppléer à l'insuffisance de l'organe déficient.

On admet qu'à la base des troubles endocriniens, une glande se trouve primitivement lésée, qui, par sa déficience, entraîne secondairement celle des autres glandes à échéance plus ou moins longue, mais rien n'atteste qu'il en soit toujours ainsi, car « la cause qui agit sur une glande, en lèse d'autres aussi » (PARISOT et RICHARD). D'autre part, la conception de ce mécanisme à point de départ glandulaire implique l'intégrité préalable absolue du système nerveux. Quoi qu'il en soit, il arrive un temps où ces fonctions de suppléance fléchissent et ouvrent l'ère des viciations humorales et de leurs innombrables conséquences sur la vie organo-végétative.

Les insuffisances glandulaires provoquent des perturbations physiologiques qui ont pour effet d'altérer le plasma interstitiel, qui est l'intermédiaire indispensable entre l'élément anatomique et le sang, constituant l'atmosphère liquide où la cellule vit et où elle puise les principes nécessaires à sa rénovation, de même qu'elle y verse ses produits d'excrétion.

Les altérations de ce milieu ambiant, vicié dans ses éléments chimiques et par l'apport de principes toxiques, affectent le mécanisme intime de la nutrition cellulaire. Les fonctions physiologiques de la cellule, touchée dans sa vitalité sont altérées et ce trouble initial entraîne d'autres troubles dans le mécanisme des interactions tissulaires et les phénomènes de régulation. Il s'ensuit que le processus des altérations du milieu physiologique précancéreux se présente essentiellement comme une « maladie de fonction » suivant l'expression de ODDO et GAUDIÈRE si l'on entend par là les désordres complexes qui ont pour point de départ un trouble des fonctions de la cellule et des inter-relations tissulaires, consécutif à un affaiblissement de l'activité du système neuro-glandulaire.

La multiplicité des fonctions de ce système nous éclaire sur la pathogénie de maladies variées dont l'évolution reste subordonnée au ralentissement des sécrétions d'hormones. La diversité des troubles décrits sous le nom d'arthritisme qui frappent l'individu dès sa prime jeunesse pour aboutir beaucoup plus tard à des entités morbides bien définies, constitue les manifestations types de la variation et de l'insuffisance constitutionnelles des sécrétions endocriniennes. C'est ainsi que, pendant fort longtemps, les cancers furent considérés comme une expression terminale exclusive des troubles du métabolisme qui caractérisent l'arthritisme. En réalité, ces troubles participent très activement à la création du terrain précancéreux par le déséquilibre des minéraux et une imprégnation continue d'éléments toxiques résultant de déviations physiologiques multiples. Nous en avons un témoignage probant dans les antécédents personnels des cancéreux où nous retrouvons dans la majorité des cas des accidents nettement imputables à l'arthritisme. Cependant, s'il est rationnel d'établir un rapprochement entre les troubles humoraux provoqués par le ralentissement des échanges et l'évolution des cancers, ou bien entre les symptômes fugaces qui traduisent chez l'adolescent un déséquilibre glandulaire sans que l'état général paraisse altéré, et l'apparition des néo-formations précoces telles que les ostéosarcomes et les myosarcomes, il est démontré que les altérations des glandes internes déterminent des désordres qui dépassent de beaucoup le cadre nosologique de l'arthritisme.

Les cancers qui évoluent chez les tuberculeux, où les anomalies fonctionnelles des endocrines sont également nombreuses, ne sont pas une exception. Les statistiques de LETULLE portant sur 294 observations d'autopsies de cancers, dont 56 avec tuberculose en évolution et 70 avec tuberculose éteinte, démontrent la fragilité de la thèse de l'antagonisme entre ces deux maladies.

L'influence de l'état général prédisposant devient surtout manifeste dans les cancers qui évoluent sur les personnes âgées. Il existe un parallélisme étroit entre l'affaiblissement progressif des fonctions de la vie organo-végétative et la cancérisation. Celle-ci s'accroît à mesure que les désordres physiologiques s'accentuent avec l'âge, pour atteindre son maximum de fréquence chez les vieillards, où elle apparaît comme l'expression silencieuse d'une déchéance diffuse des fonctions physiologiques. Cette dégénérescence cancéreuse paraît soumise à un substratum analogue à celui des manifestations majeures des états dyscrasiques dont elle affecte le caractère torpide, quel que soit le siège de la localisation. Il est exceptionnel, en effet, que l'apparition du cancer chez les vieillards ne soit précédée ou accompagnée de manifestations pathologiques qui se rattachent à des troubles du métabolisme. D'autre part, les modifications organiques et fonctionnelles multiples qui créent le terrain se trouvent accrues par un lent travail de sclérose,

où toutes les endocrines sont plus ou moins touchées. Ainsi se trouvent réalisées les conditions optima des viciations humorales précancéreuses qui, selon toute probabilité, constituent le facteur intrinsèque et spécifique des cancers. L'extrême fréquence de la dégénérescence néoplasique des nævi, des kératoses et des papillomes dont rien n'altère la stabilité pendant des années et qui se transforment en épithéliomes chez les vieillards, c'est-à-dire à une période où les troubles physiologiques sont de plus en plus marqués, sont autant d'exemples typiques.

En dehors de ce substratum biologique, le cancer étant à son début une affection essentiellement circonscrite, le processus de prolifération se trouve favorisé par une action locale cancérigène qui dépend de causes multiples, non spécifiques et habituellement décrites sous le qualificatif de « causes irritatives ». Dans ce groupe, rentrent toutes les actions mécaniques, physiques, chimiques et parasitaires qui s'exercent en un point déterminé, aussi bien sur les organes profonds que sur les téguments et elles ne deviennent cancérigènes que si elles sont de longue durée. Ces irritations locales continues déterminent un état inflammatoire chronique, où apparaissent des modifications dans la morphologie et la structure des éléments cellulaires. Ces modifications sont provoquées par des facteurs complexes et obscurs parmi lesquels des troubles circulatoires et de nutrition et une entrave persistante aux fonctions de la cellule, imputable à l'agent d'irritation, pour aboutir à la prolifération néoplasique par une succession ininterrompue de lésions inflammatoires.

Le parasitisme, dans l'enchaînement de ces phénomènes, apparaît comme un facteur extrinsèque étroitement associé.

D'après BOUVERET (de Lyon) la cellule cancéreuse serait le résultat d'une symbiose entre un microbe et la cellule normale qui donnerait naissance, par conjugaison de ces deux éléments, à un type cytolitique nouveau ayant la propriété de proliférer indéfiniment.

Quelles que soient les discussions que puisse soulever une conception aussi catégorique, il faut reconnaître à la lumière des faits cliniques et expérimentaux que les parasites exogènes ou endogènes exercent une action propre intra-ou extra-cellulaire qui active le mécanisme intime de la prolifération néoplasique.

En résumé, la cancérisation de la cellule se présente comme l'expression morphologique terminale des modifications locales et des troubles humoraux précancéreux dérivant des déviations physiologiques des endocrines.

L'étiologie de ces déviations fonctionnelles englobe toutes les causes susceptibles de léser le système nerveux qui est le régulateur par excellence de la vie organo-végétative. Dans cet ordre de faits, la syphilis et surtout la syphilis héréditaire dont les atteintes frappent plusieurs générations successives, occupent une place considérable et nettement prédominante. Le rôle de la syphilis est tellement important que PFEIFFER (de Dijon) et JACQUEMARD (de Bavay) ne craignent pas d'affirmer « qu'il n'y a pas de cancer chez l'homme et chez la femme sans une syphilis sous-jacente, antérieure ou concomitante. Toutes les fois que chez un porteur de cancer on recherche la syphilis acquise ou héréditaire on la trouve. Il n'y a pas d'exception à cette règle. Réciproquement, dans toutes les familles syphilitiques, on trouve des tumeurs. Ces néoplasies apparaissent comme des équivalents cliniques des autres productions pathologiques syphilitiques. » (PFEIFFER : La famille syphilitique et la famille cancéreuse.)

Ces deux auteurs rapportent à l'appui de leurs affirmations un nombre élevé d'observations rigoureusement établies.

STAJANO (de Montévidéo) pense que « le rôle de la syphilis et de la tuberculose dans la genèse des dystrophies cancéreuses, consiste dans la propriété sclérogène et destructive du système nerveux qui leur est commune. »

Quant aux troubles endocriniens, d'origine hérédo-syphilitique, ils ont été bien étudiés et consignés par NICOLAS et GATÉ (de Lyon) dans deux rapports très documentés sur cette importante question au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie qui s'est tenu à Bruxelles en juillet dernier et dont voici les conclusions : la syphilis héréditaire précoce fournit un riche réseau de constatations anatomiques sur la thyroïde, l'hypophyse, les surrénales, les testicules, le pancréas et le thymus, mais les faits cliniques susceptibles d'être rapportés aux lésions des endocrines par le tréponème sont rares à cette période évolutive de l'hérédo-syphilis. Par contre, « l'hérédo-syphilis tardive a pour domaine tous les syndromes plus ou moins variés de nature endocrinienne. » Ces documents d'histo-pathologie renforcent la thèse de PFEIFFER et de JACQUEMARD qui ne repose que sur des données cliniques et corroborent étroitement notre conception. La syphilis doit être considérée non comme la cause des cancers (car s'il en était ainsi nous aurions la solution dans le traitement spécifique, comme cela se produit pour les pseudo-cancers, telle que la linite plastique), mais comme le facteur étiologique le plus actif du terrain cancéreux. Le parallélisme qui existe dans l'extension de ces deux fléaux ne saurait reposer sur une coïncidence.

Eugène HIRTZ et WORMS rattachent les troubles endocriniens à une action toxique sur la zone centrale d'origine du sympathique, qu'ils désignent sous le qualificatif général de « sympathicose ». D'après ces auteurs, le processus de

ces troubles cérébraux a pour point de départ les infections chroniques du rhino-pharynx, première étape des polysinusites chroniques superficielles (frontale et maxillaire) et profondes (ethmoïdale et sphénoïdale). Ces sinusites profondes sont visibles à la radiographie de la base du crâne, en arrière des limites maxima postérieures. Elles forment un voile qui envahit les fosses cérébrales moyennes, la région pétro-mastoïdienne et les fosses occipitales avec maximum bordant les limites postérieures des sinus. Ce sont ces manifestations qui ont été décrites par E. Hirtz et Worms sous le nom de « périsinusite profonde ».

Ces périsinusites se caractérisent, sur les profils, par des anomalies de la région clinoïdienne postérieure, sous forme de périostose et en arrière par des traînées floconneuses et enfin la calcification de la glande pinéale dans une proportion de 5 6 %.

Ces modifications radioscopiques sont dues à une infection chronique de la base des méninges, du mésencéphale, et du centre cérébral du sympathique qui se traduit toujours en clinique par des troubles du sympathique et une perturbation plus ou moins profonde des sécrétions endocriniennes.

Tels sont les principaux facteurs étiologiques connus des altérations des glandes internes auxquels il convient d'ajouter les intoxications de toute nature.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les mictions anormales.

Le Dr Erpicum envisage tout d'abord la pollakiurie, soit diurne, soit nocturne, soit simplement épisodique par accès.

Ce sont, à peine couché le soir, quatre ou cinq mictions successives : la dyspepsie le plus souvent sera en cause. Si le fait se produit après minuit, c'est probablement de la prostatite chronique ou bien de l'hypertrophie ou encore du cancer de la prostate. Quand la pollakiurie se déclenchera à propos d'un mouvement, on pensera au calcul, s'il y a sensibilité vésicale en l'absence de tout signe rénal; ou bien dans le cas contraire au calcul rénal à vérifier par la radiographie. Si la raison déterminante est une augmentation de la pression abdominale, il y a lésion vésicale ou prostatique. Les femmes, qui perdent un peu d'urine dans la position debout, présentent souvent une tumeur utérine ou un prolapsus génital. Dyspeptiques, diabétiques et arthritiques ont de la pollakiurie après les repas, et chez les nerveux, celle-ci est invariable.

Quand la pollakiurie est aussi bien diurne que nocturne, les urines restent claires, chez les prostatiques, même ayant des poussées congestives et porteurs d'un adénome ou d'un cancer, chez les tuberculeux rénaux au début, les porteurs de calculs urétéraux ou de tumeurs au voisinage de la vessie. Par contre, les urines troubles et purulentes feront suspecter une cystite tuberculeuse, une tuberculose rénale sans cystite, une pyélo-néphrite simple ou calculeuse, enfin une prostatite ou une uréthrite postérieure.

Parmi les rétentionnistes simples se range la miction lente (affection de la moelle par traumatisme, tabès, syphilis, tuberculose, ou encore hypertrophie prostatique, rétrécissement, corps étranger de l'urètre). Si elle nécessite un effort au début, c'est la prostate qui est en cause ; si c'est à la fin, il y a cystite ou calcul vésical. Quant à la miction incomplète, le système nerveux peut intervenir en tout premier lieu chez les médullaires, chez les nerveux ou après une rachianesthésie.

La rétention aiguë et passagère, d'autre part, succède à un écart de régime ou d'hygiène; complète et définitive, elle interdit le sondage et permet tout au plus une ponction ou une cystostomie, premier temps d'une prostatectomie qui mettra le malade à l'abri d'une infection rénale ascendante et permettra aux reins de reprendre leur fonctionnement dans les meilleures conditions possibles. La cause peut en être une lésion urinaire, l'hypertrophie de la prostate, les diverticules vésicaux de la tuberculose rénale.

Une rétention avec distension vésicale, souvent jusqu'à l'ombilic, est chose grave, car il peut y avoir en même temps dilatation de l'arbre urinaire supérieur ; un sondage pratiqué en ce cas et d'une façon rigoureusement aseptique est plus sérieux qu'une opération; le malade peut être emporté en 48 heures.

Ainsi, dit l'auteur, se termine la galerie des déshérités inaptes au sport que pourtant ils pratiquaient dans leur jeunesse ! (*Liège médical*, 5 septembre 1926.)

Traitement des arthrites blennorragiques aiguës.

Pendant longtemps, le traitement de l'arthrite blennorrhagique s'est résumé à l'immobilisation, qui était considérée comme la plus simple et la meilleure des médications. Depuis l'emploi des

vaccins et des sérums dans la thérapeutique de cette affection, l'ankylose en bonne position n'est plus la pensée directrice et dominante des médecins. D'autre part, la théorie de l'immunisation locale de Besredka a fait varier la voie d'introduction de ces produits.

Le Dr BRESSOT rapporte les résultats de son expérience personnelle sur les vaccins et sérums, méthode appelée à prendre beaucoup d'extension ; il n'a retenu que des formes sévères, arthrites aiguës à épanchement important, louche ou purulent, à forme phlegmoneuse s'accompagnant souvent de périarthrite ; toujours l'état général était plus ou moins altéré.

Ces malades ont été traités : soit par ponction et sérothérapie intra-articulaire, soit par arthrotomie et sérothérapie intra-articulaire, soit enfin par vaccination intra-articulaire.

Actuellement, en dehors de la vaccinothérapie intra-articulaire dont il n'a pas une pratique suffisante, l'auteur conduit ainsi le traitement. Si l'affection est récente et hâtivement traitée, il commence par pratiquer une ponction suivie de nettoyage de l'article à l'éther et d'injection de sérum. Si les phénomènes locaux et généraux ne cèdent pas d'une façon notable à la troisième ponction, il n'hésite pas à pratiquer une arthrotomie latérale externe suivie d'un brossage à l'éther et d'un écouvillonnage qui enlève toutes les fausses membranes et permet au sérum de mieux agir. Dans un milieu organisé, c'est une intervention qui ne fait courir aucun risque à un malade.

Quand la périarthrite est intense et revêt très rapidement une allure phlegmoneuse, formes que l'on rencontre souvent au poignet et au cou-de-pied, on serait tenté de conseiller une arthrotomie d'emblée, même si le traitement est appliqué très précocement et l'épanchement peu abondant car, dans ces articulations serrées, c'est la seule façon de permettre au sérum d'avoir une action rapide et efficace.

Mais ni la sérothérapie, ni la vaccinothérapie ainsi employées ne doivent empêcher l'emploi des autres moyens. La mobilisation active doit être très précoce, dès la cessation des phénomènes douloureux locaux et l'atténuation des symptômes généraux.

S'il est possible, employer aussi l'électrothérapie ou la physiothérapie, surtout dans les cas de périarthrite, qui font très facilement des ankyloses articulaires.

Ne pas négliger enfin le traitement de la blennorragie causale. (*Paris médical*, 27 septembre 1926.)

La suggestion dans les vomissements de la gestation.

Il ne faut pas trop promptement recourir à l'avortement provoqué ; celui-ci, à côté de succès indiscutables, compte aussi des échecs, paraît même quelquefois précipiter la terminaison fatale ; il n'est d'ailleurs, en réalité, qu'un aveu d'impuissance.

Si l'étiologie de ces vomissements ne nous échappait assez souvent, le traitement pathogénique serait le traitement idéal. Nous n'obtiendrons d'ailleurs des résultats favorables que par l'épreuve successive de différentes médications.

MM. AUDEBERT et DALÉAS pensent que la suggestion doit être employée aussi systématiquement et avec la même rigueur que la cure de désintoxication ; elle donne ainsi des résultats excellents dans la très grosse majorité des cas.

Le traitement dans toute sa rigueur doit être mis en œuvre, dès que la fréquence et la répétition des vomissements compromettent gravement la nutrition.

Ce sont les malades, à antécédents névropathiques, héréditaires ou personnels, qui doivent être recherchées avec un soin méticuleux ; elles donnent les plus beaux résultats, et constituent d'ailleurs l'immense majorité des femmes qui présentent des vomissements graves.

Les retards, les atermoiements, difficiles à éviter dans la pratique courante ne sont que perte de temps ; ils peuvent permettre à un état pathologique, qui à l'origine était surtout psychique, de devenir réellement organique ; d'autre part, la non cessation immédiate des vomissements ébranle la confiance des malades et les met dans un état de suggestibilité amoindrie. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, octobre 1926.)

La maladie de Léo Buerger. Que faut-il entendre par troubles trophiques d'origine vasculaire ?

Il s'agit de la thrombo-angéite oblitérante, décrite par Leo Buerger (de New-York), qui frappe surtout des sujets jeunes entre 25 et 40 ans, du sexe mâle. Avant les lésions objectives, durant des mois ou des années, l'attention du malade est attirée par des douleurs spontanées des membres inférieurs, qui s'aggravent par la marche ; celles-ci ont un caractère progressif, puis se compliquent de troubles trophiques divers, qui aboutissent presque toujours à des lésions gangréneuses d'un ou de plusieurs orteils. La même affection peut s'observer au membre supérieur.

Léo Buerger pensait qu'il s'agissait d'une thrombose oblitérante artérielle et parfois veineuse chez des sujets non syphilitiques et non diabétiques ; il admettait une cause toxique ou chronique, peut-être d'origine microbienne.

Se rapportant à une observation très détaillée de cette maladie chez un jeune confrère, J. BOYER et G. THIBAULT, mettent en doute la primitivité des lésions des nerfs et des lésions vasculaires dans la thrombo-angéite oblitérante ; il y a, au contraire, des prémisses qui tiennent à une

atteinte du système nerveux cérébro-spinal, que l'on pourrait attribuer à un virus neurotrope, filtrant, non encore catalogué : ce sont des céphalées, des crises de migraine ophtalmique, des troubles sensitifs rappelant au début le tabès (signe des jambes croisées, sensation de fouler des pieds un tapis, etc.), des atrophies, des éruptions symétriques, des contractions fibrillaires sous-cutanées, des troubles de la miction.

Les auteurs sont persuadés que si, au cours d'autopsies complètes, l'attention était dirigée avec insistance et minutie sur le système cérébro-spinal et grand sympathique, des lésions macroscopiques ou microscopiques, seraient mises en évidence. (*La Presse médicale*, 22 janvier 1927.)

Des stomatites infectieuses graves.

Elles s'observent surtout chez les individus peu soigneux de leur cavité buccale (ouvriers et paysans). Le plus souvent, ce sont des stomatites dentaires, provenant de dents en mauvais état ; elles sont aussi secondaires à certaines maladies (fièvre typhoïde, scorbut) ou à certaines intoxications médicamenteuses (hydrargyre, etc.), et guérissent assez vite quand on en peut retrouver la cause déterminante ; enfin, ce sont des complications banales d'angines aphteuses, diphtériques, ulcéro-membraneuses.

Elles restent, en général, une affection purement locale, avec gencives saignantes, douleurs à la mastication, salivation abondante. Mais parfois, elles peuvent entraîner des désordres locaux très étendus, et aussi une réaction, une infection générale graves, voire même inquiétantes. Témoin les observations faites récemment par le Dr René-Celles.

Dans un cas, on se trouvait en présence d'une tumeur ulcéreuse de la langue, et le diagnostic immédiat était assez délicat ; on pouvait se demander si l'on avait affaire à un chancre, à un épithélioma ou tout simplement à une stomatite.

En dehors de l'examen microbiologique, qui ne prouve rien, car une infection surajoutée peut toujours compliquer un chancre ou un cancer, le jeune âge du patient, le caractère aigu et récent des lésions, leur diffusion et l'évolution rapide des accidents, la multiplicité des ganglions cervicaux douloureux, la réaction générale infectieuse, le très mauvais état gingivo-dentaire, l'absence de tout antécédent spécifique, et au besoin la négativité du Wassermann, constituaient un ensemble de faits très suffisant pour imposer le diagnostic de « stomatite infectieuse grave. »

En agissant rapidement et énergiquement, le pronostic de ces stomatites, quel qu'en soit le tableau, peut toujours être envisagé comme bénin, et la maladie rapidement guérissable.

Le traitement est d'ailleurs des plus simples : minutieux gargarisme « mécanique » boro-oxygéné ; badigeonnage assez fort de toutes les lésions au néosalvarsan en solution glycérinée (0,30 p. 10) extemporanée. Faire sucer au malade deux comprimés de chlorate de potasse ; le faire gargariser le plus souvent possible à l'eau bouillie boro-oxygénée. Pratiquer, en outre, une série de trois injections intraveineuses d'or colloïdal à deux jours d'intervalle. Régime lacté les premiers jours, et petites doses répétées de calomel. Les attouchements au néo pourront être répétés tous les deux jours, alternés avec des badigeonnages au chlorure de zinc à 20 p. 100. Dès le troisième jour, le malade est en voie de guérison ; dès la deuxième injection intra-veineuse, la température a disparu ; le quatorzième jour, la guérison est complète.

En deux semaines, au plus, les cas les plus graves sont guéris ; mais alors s'impose le traitement prophylactique par la mise en état de la bouche et des dents. Les injections intra-veineuses désintoxiquent l'organisme profondément infecté et il faut ensuite reconstituer le malade. (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 10 janvier 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le contrôle des médicaments antisyphilitiques.

(*Académie de médecine* ; 5-1927.)

L'Académie de médecine, ayant reçu du Ministère de l'hygiène une demande en vue d'organiser un service de contrôle des médicaments antisyphilitiques employés dans les dispensaires publics, a estimé utile de procéder à une étude préliminaire de la question. MM. Meillère, Gley, Tzanck, Jeanselme et Sézary ont été chargés de rédiger des rapports sur ce contrôle considéré par ses côtés pharmacologique, chimique et physiologique, sur les accidents des médications spécifiques et sur l'activité thérapeutique des médicaments anti-syphilitiques usuels.

— M. Meillère fait l'historique de la thérapeutique anti-syphilitique depuis l'époque de l'apparition de la syphilis en Europe. Pendant plus de trois siècles elle a eu pour base le mercure métallique. Puis vinrent, avec Ricord, les sels mercuriels en pilules (protoïodure), puis les injections mercurielles, les arsenicaux et le bismuth.

Les accidents que peuvent provoquer les médicaments anti-syphilitiques et les arsénobenzènes en particulier rendent nécessaire une vérification de ces produits, un contrôle de leur constitution physico-chimique et de leur action physiologique. Ce contrôle est assez délicat dans sa mise en œuvre. Pour ce qui concerne le rôle du chimiste, il consistera à étudier les indices analytiques (physiques et chimiques) de chaque produit, de manière à fixer ses caractères d'identité.

— M. Pierre Gley envisage le contrôle physiologique et toxicologique des arsénobenzènes, contrôle de première importance en raison de l'insuffisance des épreuves chimiques, de notre ignorance des éléments chimiques qui, dans les arsénobenzènes, offrent le plus de toxicité. Ce contrôle existe à l'étranger. En Allemagne, il est fait sur la souris et sur le rat, par des injections intra-veineuses à ces animaux. En Angleterre, on a choisi également la souris (après avoir employé le lapin), comme sujet d'épreuve. Aux Etats-Unis, on s'est adressé au rat blanc. En France, le contrôle n'est pas officiel; il est privé et fait par les maisons elles-mêmes spécialisées dans la fabrication et la vente des arsénobenzènes. Le contrôle pratiqué à la maison Poulenc a lieu sur le lapin : le test de valabilité se base sur l'absence de diarrhée et de convulsions après injection à cet animal. L'auteur montre ensuite comment pourrait être organisé un laboratoire officiel pour le contrôle physiologique des arsénobenzènes.

— M. Tzanck présente une étude générale des accidents des médications anti-syphilitiques. Le mercure, l'iodure, le bismuth, peuvent donner lieu à des troubles, parfois sérieux (stomatites, néphrites, exanthèmes, etc.). Les accidents des arsenicaux sont de deux ordres. Les uns tiennent au médicament seul et sont de nature uniquement toxique ; ils sont liés à la dose, à la composition du produit. Les autres, les plus fréquents, tiennent au malade. Ils comportent deux ordres de faits : les réactions arséno-syphilitiques et les intolérances.

Sous l'influence d'une cure arsenicale, on voit quelquefois se développer une réaction manifestement syphilitique (réaction d'Herxheimer). Les phénomènes d'intolérance, qui sont les plus dramatiques, sont généraux (crise nitritoïde) ou systématisés à un organe (système nerveux : apoplexie séreuse ; peau : érythrodermies ; foie : ictère ; sang : purpura, anémie, etc.). La crise nitritoïde est à l'habitude précoce. L'injection (intra-veineuse) à peine terminée, le malade éprouve une sensation d'angoisse, une congestion faciale vive. Dans les formes légères, la mise du patient en position horizontale ramène rapidement le calme. Dans les formes plus sérieuses, on trouve, en outre, de la céphalée, de la tachycardie, de la constriction thoracique, des signes d'irritation du pneumogastrique (pâleur, vomissements, tendance syncopale, diarrhée). Les cas très graves, suivis de mort sont rares ; le patient alors succombe en pleine crise ou son état passe à l'apoplexie séreuse. Le traitement est en premier lieu prophylactique et comporte l'emploi curatif de l'adrénaline.

L'accident (intolérance systématisée) le plus redoutable des arsénobenzènes est l'encéphalite hémorrhagique ou apoplexie séreuse. Cette complication éclate surtout à la suite de la troisième piqûre et elle débute non immédiatement mais au bout de deux jours, par de la fièvre, de la céphalée, des vomissements, auxquels succèdent des crises convulsives et du coma. La mort survient généralement après 24 ou 48 heures.

Il est important de pouvoir établir la différence entre les phénomènes relevant de la réaction d'Herxheimer (le traitement doit ici être continué) et les phénomènes d'intolérance vraie qui demandent l'arrêt de la cure ou quelquefois une médication désensibilisatrice. Malgré les contrôles les plus scrupuleux, certains accidents demeurent inévitables, même pour les médecins les plus avertis. D'où l'importance qu'il y a à soumettre, avant le traitement, les malades à un examen complet et à les surveiller attentivement au cours de la cure.

— MM. Jeanselme et Sézary présentent une note sur l'activité thérapeutique des médicaments anti-syphilitiques usuels. C'est l'action de ces agents dans la syphilis secondaire qui doit servir de test clinique de leur pouvoir spécifique. A ce point de vue, l'arsenic se place en première ligne ; le bismuth au second rang (et assez près de l'arsenic) ; le mercure au troisième rang. Aucun de ces trois produits ne donne complète satisfaction à lui seul, d'où l'utilité des traitements mixtes conjugués, arséno-mercuriel, arséno-bismuthé. La voie d'introduction des médicaments a, de plus, une grande importance. Pour le bismuth, elle ne se pose pas ; ce corps n'est actif qu'en injection. La période de la maladie modifie également la direction thérapeutique. Au stade tardif de la syphilis, les méthodes brutales atteignent plus difficilement le tréponème caché dans les parenchymes. Il faut leur préférer souvent des procédés plus lents, faisant une véritable guerre d'usure. Le mercure, le bismuth trouvent alors plus d'indications.

Les centenaires de Pinel et de Vulpian.

(*Académie de médecine* ; 31-5-1927.)

L'Académie a consacré sa séance du 31 mai à la célébration du centenaire de la mort de Pinel et du centenaire de la naissance de Vulpian. Des discours furent prononcés par M. de Fleury sur Pinel nosographe et clinicien, par M. G. Dumas sur Pinel psychologue, par M. Hayem sur Vulpian médecin, par M. Gley sur Vulpian physiologiste, par M. Achard sur la médecine de Pinel à Vulpian, et enfin par M. Herriot, Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Le professeur Hayem parla au nom des élèves de Vulpian, groupe aujourd'hui bien réduit et dont il reste un des derniers représentants. Il évoqua, en

des termes souvent émouvants, le souvenir de Duchenne, de Boulogne, grand médecin sans service d'hôpital, de Charcot, de Pasteur, de Vulpian, qui a été le plus grand clinicien de son époque.

Je vous demande, dit-il en terminant, de ne pas mésestimer la valeur intellectuelle et morale des cliniciens. Un grand clinicien est un homme tout à fait exceptionnel, devant lequel il convient de s'incliner aussi profondément que devant le plus illustre des savants.

Sur la maladie de Buerger.

(M. Sicard. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-3-1927.)

M. Sicard pense que la maladie de Léo Buerger doit être individualisée dans le groupe des artérites. C'est une affection qui frappe les hommes jeunes ou à l'âge de la maturité, qui a une évolution progressive à peu près implacable, qui résiste à toutes les physiothérapies, qu'aucune thérapeutique d'ordre médical ne peut arrêter, dans laquelle les phénomènes douloureux cèdent au moins momentanément à une amputation, même parcimonieuse. Elle s'observe exclusivement chez l'homme, avec une prédilection particulière pour les Israélites Russes, Polonais, Roumains, ainsi que pour les Japonais.

Divers arguments plaident en faveur d'une origine endocrinienne de cette affection. La surrénalectomie (unilatérale bien entendu) a donné à von Oppel, à Leriche, à Hertz, des succès immédiats remarquables avec disparition des douleurs, dans nombre de cas, succès parfois durables. L'insulinothérapie (Ambard, Boyer) également.

Partant de là, M. Sicard propose et a essayé chez un malade, avec avantage, une thérapeutique nouvelle. Puisque, remarque-t-il, la maladie est exclusive à l'homme, pourquoi ne pas tenter de « féminiser » ces patients ? Par l'homo-hémothérapie féminine (injection sous-cutanée quotidienne de 10 cc. de sang total de femme) et par injection de suc perovarien. Ce traitement a été, en tout cas, très bien toléré chez le sujet à qui il a été appliqué.

L'otite des nourrissons.

(M. L. Girard. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-3-1927.)

M. Girard rapporte le cas d'un nourrisson de 4 mois atteint de fièvre, de toux, de dyspnée avec tirage sus-sternal, sans affection pulmonaire appréciable, et chez lequel il constata une otite suppurée bilatérale. La paracentèse amena un écoulement assez abondant de pus. Après deux jours d'amélioration, les accidents infectieux reprirent et un état cachectique avec diarrhée s'installa. La guérison, longue à venir, fut néanmoins obtenue après plusieurs incision des tympans.

— M. Maurice Renaud qui, on se le rappelle, a déjà appelé l'attention sur l'importance des otites des nourrissons, montre le caractère trompeur de la symptomatologie dans l'observation de M. L. Girard. La maladie était dans les rochers et les troubles étaient respiratoires d'abord, intestinaux et généraux ensuite.

— M. Hallé ne voudrait pas laisser accréditer l'opinion formulée par M. Maurice Renaud que l'otite des nourrissons est une maladie d'une extrême gravité. Heureusement, pour l'immense majorité des cas, il n'en est rien. Un peu de pus sur l'oreiller, quelques cris, un peu de fièvre résument le plus souvent la maladie. C'est exceptionnellement que l'on rencontre des troubles aussi graves que ceux observés chez l'enfant soigné par M. Girard. Néanmoins, c'est une règle générale de toujours examiner les tympans d'un enfant qui présente une fièvre qu'on ne peut expliquer.

Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

(M. J. Abadie, d'Oran. — *Société de chirurgie* ; 27-4-1927.)

M. Abadie fait une communication à propos de 300 opérations pour ulcère de l'estomac, dont 264 pylorectomies. La mortalité post-opératoire s'est élevée à 5,60 %.

L'auteur décrit les indications opératoires : l'examen chimique du suc gastrique, élément peu précis, la radiographie, beaucoup plus importante (stase, niches de Hawdeck, encoche persistante, etc.), l'évolution clinique. Dans 60 % des cas, M. Abadie a fait le diagnostic et décidé l'intervention uniquement d'après l'évolution clinique. Il opère tout malade qui a présenté le tableau clinique suivant : au début douleurs (coïncidant avec le stade pré-ulcéreux). A l'encontre de ce qui se passe pour le cancer gastrique, où les douleurs et les phénomènes pathologiques n'apparaissent que lorsque l'extension des lésions a altéré les organes voisins ou largement modifié l'estomac, l'ulcère lui, « crie avant d'être écorché ». Après cela, évolution caractéristique : périodes de crises douloureuses de plus en plus rapprochées alternant avec des périodes de tranquillité de plus en plus courtes, amaigrissement. Un tel tableau suffit, dit l'auteur, à comporter une indication opératoire. Accessoirement, les hématémèses seront un élément surajouté de décision.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE SÉNAT

I

Extraits du Rapport de M. Chauveau

présentés par Paul BOUDIN.

La Chambre haute ayant abordé la discussion de la loi sur les assurances sociales, nous croyons utile de mettre, sous les yeux de nos lecteurs, les termes précis du troisième rapport supplémentaire, que M. le docteur Chauveau vient de faire distribuer, au nom de la Commission de l'hygiène, de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociales du Sénat, dont il est le président et le rapporteur (volume de 304 pages).

Nous nous garderons bien d'exprimer actuellement notre façon de penser, ni d'indiquer ce qui, à nos yeux, « devrait être » ; nous nous bornons à publier « ce qui est », ce qui peut être la loi de demain.

La discussion, l'échange des idées reprendra, lorsque le Sénat, aura voté son texte, qui, constitutionnellement, devra être renvoyé à la Chambre des Députés.

Dans son préambule, après avoir rappelé que le texte primitif du projet de loi du gouvernement fixait les honoraires des médecins et des pharmaciens d'après un forfait, réparti entre les ayants droit, au prorata du nombre de leurs actes professionnels, M. Chauveau montre comment la Chambre, dans le texte qu'elle a voté, laisse plus d'initiative aux Caisses locales pour traiter librement avec les médecins.

Le rapporteur ajoute :

La Commission d'hygiène a délibérément écarté le système du forfait et celui du payement à la visite dans le forfait.

Elle propose de réglementer les prestations en nature d'après des conventions et de les évaluer, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels.

Elle décide, en outre, que le montant en est supporté ou remboursé par la Caisse au choix des intéressés. C'est donc la possibilité de la suppression du tiers payant.

Dans le sens de la liberté des conventions et, tout en donnant son entière adhésion au système des tickets modérateurs prévu par le projet gouvernemental, la Chambre avait remplacé la fixité des taux prévus dans le projet par une certaine élasticité dans la détermination de leur montant. Le prix dû ticket, déclare le texte de la Chambre, ne pourra excéder le tiers du montant de l'allocation journalière correspondant à la classe de l'assuré, ce qui permet en réalité de réclamer, pour les assurés de la sixième classe, 4 francs au lieu des 0 fr. 75 prévus dans le projet gouvernemental.

La Commission d'hygiène a abandonné le système du ticket modérateur, notamment pour la raison de principe que les cotisations des assurés sont prévues par elle en pourcentage du salaire, et par conséquent, variables avec celui-ci et d'autant plus importantes que le chiffre du salaire est plus élevé ; de plus, la vente des tickets de visite risquait fort d'être l'occasion de nombreuses collusions.

Mais, pour mettre un frein salutaire à la consommation médicale ou pharmaceutique et faciliter la pratique de l'assurance-maladie, la Commission d'hygiène prévoit la participation obligatoire de l'assuré aux frais médicaux et pharmaceutiques pour lui, son conjoint et ceux de ses enfants couverts par l'assurance.

Assurés obligatoires.

Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés des deux sexes, dont la rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas 15.000 francs. Le chiffre limite est augmenté de 2.000 francs par enfant, à partir du deuxième, à la charge de l'assuré, au sens fixé par l'article 20 de la présente loi.

Article 20, § 2 : par charges de famille, on entend les enfants de plus de six semaines et de moins de seize ans non salariés à la charge de l'assuré, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou recueillis.

Portée de l'article :

Sont affiliés obligatoirement les salariés des deux sexes, c'est-à-dire ceux qui, par profession, travail-

lent sous l'autorité patronale, quelle que soit la forme de leur rétribution.

Qu'entend-on par salarié ?

C'est principalement à l'occasion de l'application des lois des 12 janvier 1895 et 27 juillet 1921 sur la saisie-arrêt des petits salaires et traitements, et aussi de la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes, que la jurisprudence a été appelée à préciser ce point.

Elle a établi le principe, ici, comme en matière d'accidents de travail, que la condition de salarié, découlant du contrat de travail, implique essentiellement des relations régulières de *subordination* du salarié à l'égard du patron, qui a la direction du travail, sans distinguer d'ailleurs suivant la durée ou la continuité du travail, ni suivant le mode de payement du salarié, et alors même que le salarié serait intéressé aux bénéfices par le patron.

C'est ainsi qu'elle a considéré comme salariés : les cochers, travaillant à la moyenne ou au taximètre ; le gérant de commerce, qui ne fait que débiter des marchandises à lui confiées ; l'ouvrier travaillant à la commission, les maçons, forgerons, menuisiers, les contremaîtres, à moins qu'ils ne soient exclusivement employés à la direction et à la surveillance du travail, un coupeur, les forts de la Halle, un correcteur d'imprimerie, les secrétaires, commis-greffiers, clercs de notaire, d'avoué ou d'huissier, les professeurs, répétiteurs et précepteurs, un maître d'armes dans un établissement d'instruction, les acteurs, les choristes de théâtre, les commis-voyageurs et les voyageurs de commerce, même travaillant à la commission, mais non les mandataires qui vendent pour le compte d'un patron, à leurs risques et périls.

Par contre, les tribunaux ont refusé la qualité de salariés : aux artisans, aux tâcherons, aux entrepreneurs de transports de dépêches, aux concessionnaires de bureaux de tabac, aux ministres du culte, même s'ils sont aumôniers, à la mère au service de ses enfants, aux greffiers des tribunaux civils, de justice de paix, aux religieuses gardes-malades, aux clercs amateurs, etc.

Le travail à façon, aux pièces, s'il est exclusif d'un véritable contrat d'entreprise, doit être considéré comme un travail salarié et relever, par suite, de l'assurance obligatoire.

Assurance contre la maladie.
(Texte du projet de loi).

ART. 4.

1° L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires, pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, selon les modalités suivantes :

2° L'assuré choisit librement son praticien sur une liste locale établie, d'un commun accord, entre les Caisses et les Syndicats professionnels affiliés aux Unions nationales. Cette liste comprendra les praticiens faisant partie des groupements professionnels avec lesquels la Caisse a passé un contrat et tous les praticiens qui auront adhéré aux conditions fixées et qui n'auront pas été exclus pour motifs graves et légitimes. Les réclamations relatives à ces exclusions pourront être portées devant la Commission tripartite prévue à l'article 7, § 5.

3° Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. Si la liste ne comprend pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci doit choisir parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien de la liste ou, en général, à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

4° Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les Caisses et les Syndicats professionnels.

5° Leur montant est supporté ou remboursé par la Caisse, au choix des intéressés. La participation de l'assuré aux frais médicaux, en dehors des suppléments de frais visés au paragraphe 3 ci-dessus, est fixée par la Caisse entre 15 et 20 % et réalisée suivant le mode prévu aux contrats. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 %. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

6° Après expérience d'au moins deux années, toute Caisse d'assurance pourra être autorisée, sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le Fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage des assurés.

7° Les prestations en nature sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale, et pendant une période de six mois.

8° Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

9° L'assuré dont l'état nécessite des soins préven-

tifs peut se prévaloir des dispositions des paragraphes 1 et 7 ci-dessus.

COMMENTAIRES DU RAPPORTEUR.

1° *Portée de l'article.*

L'article 4 énumère les diverses prestations en nature garanties par cette assurance.

Avant tout, elles comportent les soins médicaux dans toute leur étendue, y compris, éventuellement, ceux d'un spécialiste, ou même les dépenses d'une cure ou d'une intervention chirurgicale.

Faut-il entendre que l'assuré a droit également au séjour dans une station thermale ? En principe, la réponse doit être affirmative ; mais il est bien évident que ce droit sera subordonné à l'état du malade et à la nécessité de la cure.

Les assurés doivent recevoir les soins les plus complets, mais à des conditions en rapport avec les ressources des Caisses qui sont suffisantes. Les Caisses auront à régler le mécanisme des prestations en nature et leur tarification, d'accord avec les syndicats professionnels.

Pour éviter tout abus dans ces conventions, l'article 7 spécifie qu'elles seront soumises à une Commission départementale, à qui il incombe de les approuver. Cette Commission devra s'attacher à prévenir et à régler les difficultés qui surgiraient à propos de leur application.

A ce sujet, votre Commission écarte l'hypothèse qu'il puisse être impossible, par un contrat tel que le prévoit le projet, d'assurer le service médical nécessaire au fonctionnement de l'assurance-maladie. Ce serait reconnaître aux goupements médicaux la faculté et les moyens de mettre en échec ou de suspendre l'application de la loi sur l'Assurance sociale.

La loi précise que l'assuré a le libre choix du praticien, médecin, pharmacien . . . et la femme enceinte, de sa sage-femme, sur une liste établie d'un commun accord entre la Caisse et les syndicats professionnels affiliés aux Unions nationales et comprenant à la fois les membres des syndicats professionnels qui ont passé un contrat avec elles, et tous ceux qui ont adhéré aux conditions fixées.

Certains praticiens peuvent être exclus de la liste pour motifs graves et légitimes. Ils auront un recours contre cette exclusion devant la commission tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 5.

Le libre choix sera évidemment restreint dans les petites localités où le nombre des praticiens se réduit quelquefois à l'unité. Des difficultés pourront se produire si ceux-ci se refusent à adhérer aux conditions établies. La Caisse devra alors faire soigner les malades de ces localités par le ou les médecins d'une commune voisine, en principe la plus rapprochée. Si l'assuré choisit un praticien résidant dans une commune plus éloignée, le supplément des frais de déplacement sera à sa charge.

Le libre choix du médecin et du pharmacien implique évidemment le libre choix du médicament ordonné par le médecin traitant ou consultant, dans la limite des formes prévues par les conventions intervenues.

Les prestations en nature, supportées par la Caisse, sont, au choix des intéressés, réglées directement par elle, ou avancées par l'assuré, qui en sera remboursé.

La loi prévoit, en vue d'éviter tout abus, une participation de l'assuré aux dépenses d'ordre médical ou pharmaceutique. En ce qui concerne les frais médicaux, cette participation pourra être, pour la visite, réalisée à l'aide d'un ticket remis par l'assuré au médecin au moment de la consultation. Le modèle de ce ticket sera arrêté par le règlement général d'administration publique. Il y aurait intérêt, en vue du contrôle, à donner à ces tickets un numéro d'ordre faisant partie d'une série ininterrompue de numéros pour chaque département et pour chaque année. Les conditions d'application de ces dispositions seront prévues par le règlement général d'administration publique.

Le paragraphe 6 permet aux Caisses, après une expérience d'au moins deux ans, de diminuer le pourcentage de la participation de l'assuré aux frais médicaux et pharmaceutiques. Cette mesure devra être autorisée, après avis favorable de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Les prestations en nature (paragraphes 7 et 8) sont dues pendant toute la durée de la maladie et pendant un délai maximum de six mois. Toutefois si, à l'expiration de cette période de six mois, l'assuré bénéficie de l'assurance-invalidité, les frais médicaux et pharmaceutiques lui seront garantis dans les mêmes conditions, pendant une durée de cinq ans.

Les indications sur les prestations en nature seront complétées à propos de l'examen des articles 6 et 7.

2° *Modifications apportées au texte primitif.*

Votre Commission d'hygiène a tenu à apporter une précision à la rédaction du § 4 de cet article, au sujet des tarifs locaux. Ceux-ci s'inspireront évidemment des tarifs syndicaux ordinaires. Aussi le texte contient-il l'adjonction suivante : « Compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires ».

Pour répondre au désir exprimé notamment par les agriculteurs, votre Commission d'hygiène a accepté de relever le taux de participation de l'assuré aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres. En ce qui concerne les frais médicaux, cette participation qui était de 10 à 15 % pourrait être fixée entre 15 et 20 %, et, pour les frais pharmaceutiques et autres, le taux serait uniformément de 15 % au lieu de 10 %. Les Caisses dont la situation financière est favorable auront d'ailleurs la possibilité de réduire, dans les conditions prévues par la loi ou le règlement, le taux de cette participation, mais la mise en train doit s'opérer dans les conditions les plus favorables d'équilibre et de bon fonctionnement.

D'autre part, pour la participation des intéressés

aux soins médicaux, le projet du gouvernement avait institué un ticket modérateur, dont la valeur avait été prévue. Mais la Commission de la Chambre n'avait pas admis la fixité. Elle avait laissé aux Caisses le soin d'en déterminer le taux. Celui-ci ne pouvait toutefois excéder le tiers du montant de l'allocation journalière correspondant à la classe de l'assuré. Un tel système permettait en réalité de réclamer au malade des honoraires variant de 0 fr. 60 à 4 francs par visite, au lieu des sommes allant de 0 fr. 25 à 0 fr. 75 prévues dans le projet du Gouvernement.

La Commission de la Chambre avait également estimé que le montant de ces tickets, que le projet du gouvernement ajoutait à la rémunération forfaitaire des médecins, resterait acquis à la Caisse, en déduction des charges assumées par elle pour le payement des frais médicaux et pharmaceutiques.

Pour les soins pharmaceutiques, le ticket n'existait pas, les assurés y participaient dans une proportion librement fixée par la Caisse et jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 % si c'était l'assuré qui est malade, et de 20 % s'il s'agissait des membres de la famille.

Or, sans parler des dépenses, que l'impression des tickets, leur distribution et leur renouvellement n'auraient pu manquer d'entraîner, on voit que leur valeur aurait varié d'une caisse à l'autre, d'une année à l'autre. Pouvait-on imposer aux médecins de tenir une véritable comptabilité de tous ces tickets, dont le moindre inconvénient était de représenter la même valeur aux yeux du corps médical, à savoir le prix d'une visite, et une valeur différente aux yeux de la Caisse qui les aura cédés aux assurés pour des prix variant du simple au quintuple ? Cette dernière considération ne risquait elle pas de créer un véritable trafic de ces tickets qui, dans les évaluations financières du projet de la Chambre, figuraient pour plus de 22 millions de recettes ? Enfin, pourquoi ne pas adopter les mêmes règles pour les frais médicaux et pour les frais pharmaceutiques ? En d'autres termes, pourquoi ne pas réclamer à l'assuré une même part des deux ? Pourquoi également ne pas fixer immédiatement cette part pour toutes les Caisses ? Le risque-maladie est, entre tous, le plus incertain quant à la couverture financière. Les dépenses-maladie constituent les charges les plus lourdes de la loi. Laisser à leur sujet trop de liberté aux Caisses — organismes en partie irresponsables — c'est donner à ces dépenses un caractère encore plus aléatoire, rendre impossible toute prévision dans l'équilibre des recettes et des dépenses.

Votre Commission d'hygiène n'a donc pas voulu imposer l'emploi du ticket, mais elle n'en a pas interdit l'usage, elle a préféré s'arrêter à une solution intermédiaire. C'est dans cet esprit qu'elle a inséré au paragraphe 5 le membre de phrase suivant : que la participation de l'assuré est réalisée « suivant le mode prévu aux contrats ».

En ce qui touche la réduction possible du taux de la participation des intéressés, le paragraphe 6 de l'article prévoyait qu'après expérience au moins d'une année toute Caisse d'assurance pourrait être autorisée, dans certaines conditions, à envisager la réduction du pourcentage, ainsi d'ailleurs que la réduction du délai de carence prévu à l'article 5 pour l'indemnisation espèces en cas de maladie. Ce délai d'un an a été critiqué parce qu'insuffisant pour permettre d'apprécier utilement les résultats auxquels conduisait l'application des prescriptions légales en matière d'assurance-maladie. Cette observation paraît fondée, étant donné que des assurés, malades durant les premiers mois de l'année suivante, peuvent se réclamer des cotisations versées au cours du trimestre précédent. Il y a donc chevauchement d'une année sur l'autre.

Dans ces conditions, votre Commission d'hygiène vous propose de porter à deux ans le délai dont il s'agit.

Le paragraphe 6 de l'article 4 débuterait comme suit :

« Après expérience d'au moins *deux ans*, toute Caisse d'assurance pourra être autorisée, sur sa demande... (La suite sans changement). »

3° *Autres propositions et suggestions.*

On sait que, pour le payement des visites médicales les praticiens sont absolument opposés au système du « forfait », qui consiste à allouer chaque année au praticien une somme fixe, quel que soit le nombre de ses visites. Or le Conseil de l'Union des syndicats médicaux explique que le forfait demeure possible à l'abri du projet de loi, rien, dans le texte du paragraphe 4 de l'article 4, n'interdisant à un Syndicat médical de signer un contrat comportant, soit une limitation globale des honoraires prévus annuellement, soit toute autre forme de forfait déguisé. Le Conseil considère qu'une stipulation de cette nature est contraire à la moralité médicale.

Quelle que soit l'opinion que peut entretenir la plus grande partie du corps médical touchant la moralité du forfait, il paraît difficile de le viser par une disposition expresse. Le texte du projet laisse à cet effet aux Caisses et aux syndicats professionnels le soin de régler par un contrat toutes les questions relatives à l'assistance médicale dont doivent bénéficier les assurés. Après leur avoir, sur le vœu même des praticiens, reconnu à cet égard une entière liberté pour mieux garantir, dans la limite des ressources dont peut disposer l'assurance-maladie, le libre choix et la liberté de confiance du bénéficiaire de l'assistance médicale, le législateur ne peut reprendre sur cette liberté et la limiter en excluant ou en recommandant un mode de règlement qui pourrait être différent de celui auquel ils seraient arrivés.

Ceci posé pour le principe, il a toujours semblé à la Commission, il importe de le redire, que la stipulation d'un tarif supposait le payement à l'acte médical rémunéré sur sa valeur acceptée, et non sur les ressources réparties en raison du nombre des

actes médicaux accomplis. C'est à ce point de vue qu'elle s'est toujours placée.

A propos de ce même paragraphe 4, les représentants des syndicats médicaux ont également signalé avec insistance divers inconvénients qui résulteraient de l'adoption d'un tarif limitatif. En particulier celui-ci : l'assuré ne peut recourir qu'à un praticien de la liste ; s'il plaît à un malade de consulter un médecin de son choix, pourquoi l'en empêcher ?

Il importe assurément de respecter, dans toute la mesure possible, les conditions essentielles de la pratique médicale traditionnelle et de donner aux assurés toutes les satisfactions réalisables. On ne saurait vraiment refuser à un assuré le droit de s'adresser au médecin qu'il préfère. S'il en résulte des frais plus élevés, rien ne s'oppose à ce que cette charge supplémentaire retombe sur l'intéressé. La Caisse remboursera ou payera suivant les conditions des tarifs locaux, compte tenu de la participation de l'assuré. Elle n'aura pas à intervenir pour les suppléments de frais visés ci-dessus.

Enfin, dans le paragraphe 3, il est question de la participation des intéressés « aux frais pharmaceutiques et autres ». La Commission des finances a demandé de remplacer ces mots par « frais pharmaceutiques et *d'appareils* ». Il ne fait pas de doute que le risque-maladie, comme le déclare le paragraphe premier de l'article 4, couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure ou les frais d'intervention chirurgicale nécessaires pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants. Si l'on supprime les mots « et autres » pour les remplacer par « et d'appareils » il semble bien que la participation de l'assuré peut devenir nulle, lorsqu'il s'agit de frais d'hospitalisation, de traitement dans un établissement de cure, d'intervention chirurgicale, etc.

Votre Commission d'hygiène juge nécessaire de vous demander le maintien de cette participation de l'assuré à tous les frais que peut entraîner la maladie et à la garantie desquels concourent les Assurances sociales.

Texte du projet de loi.

Art. 6.

1° L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la Caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle.

2° L'allocation à laquelle l'assuré peut prétendre est réduite, en cas d'hospitalisation :

du tiers, si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de seize ans, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge ;

de la moitié, si l'assuré est marié sans enfant ni ascendant à sa charge ;

des trois quarts, dans tous les autres cas.

Art. 7.

1° Les Syndicats professionnels de praticiens ont la charge respective des services qui les concernent dans le fonctionnement de l'assurance-maladie, sans préjudice de la responsabilité personnelle des praticiens. Ils contrôlent eux-mêmes, soit sur leur initiative, soit sur celle de la Caisse, la façon dont le service est assuré, sans qu'il soit porté atteinte aux droits propres de la Caisse en ce qui concerne le contrôle des assurés.

2° Tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectueront en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

3° Si l'assuré conteste l'importance de l'incapacité de travail fixée par le médecin, ou si la Caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, l'état du malade est apprécié par une Commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la Caisse, et d'un troisième médecin choisi par les deux premiers pour les départager.

4° En cas d'abus, la Caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

5° Les conventions passées entre la Caisse et les Syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins sont soumises à une Commission tripartite, fonctionnant au chef-lieu, composée par tiers de représentants des Caisses, des groupements professionnels et, pour le dernier tiers, de représentants de l'Office des assurances sociales. Elle est chargée en outre de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales. En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel devant la section permanente, les litiges qui naîtraient, entre les parties contractantes, de l'application desdites conventions.

Art. 8.

1° Ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent, sous réserve de l'application de l'article 60 ci-après : les maladies et blessures indemnisées par l'application des dispositions légales relatives aux accidents du travail.

2° Ne donnent pas lieu aux prestations en argent : les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré.

3° Les blessures et les maladies visées par la législation sur les pensions militaires sont garanties suivant les conditions fixées aux articles 51 et 54.

Maternité.

Art. 9.

1° Au cours de la grossesse et des six mois qui sui-

vent l'accouchement, l'assurée et la femme de l'assuré bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques dans les conditions et limites fixées par les articles 4 et 5.

2° Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié durant cette période, et qu'elle ait cotisé réglementairement soixante jours pendant les trois mois qui ont précédé l'état de grossesse. Pour le calcul du salaire annuel, il est fait état des cotisations payées dans les douze mois antérieurs à cette grossesse.

3° En cas de grossesse pathologique de l'assurée, entraînant application des assurances maladie, invalidité, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide. Les dispositions de l'article 10 reçoivent application six mois après l'accouchement.

4° L'assurée ou la femme de l'assuré qui allaite son enfant et qui remplit ou dont le mari remplit les conditions fixées par l'article 5, § 3, a droit, durant la période d'allaitement et pendant un an au maximum, à une allocation mensuelle spéciale de 100 francs pendant les deux premiers mois, de 75 francs le troisième, de 50 francs du quatrième au sixième, de 25 francs du septième au neuvième, de 15 francs du dixième au douzième.

5° L'assurée ou la femme de l'assuré qui, par suite d'une maladie grave ou de toute autre cause physiologique constatée par le médecin, se trouve dans l'impossibilité absolue d'allaiter son enfant peut recevoir, si l'enfant est élevé chez elle et pendant la durée de sa maladie et de sa convalescence, des bons de lait dont la valeur ne peut, en aucun cas, dépasser les deux tiers de la prime moyenne d'allaitement.

Commentaires du rapporteur.

Article 7.

1° *Portée de l'article.*

L'article 7 règle la question si importante du contrôle dans l'assurance-maladie. Le malade doit se soumettre aux divers contrôles institués : contrôle de la Caisse d'assurance, contrôle des syndicats professionnels de praticiens. S'il essaye de s'y dérober, la suspension du bénéfice de l'assurance, qui lui est notifiée, vient le rappeler à son devoir. Il faut donc que le refus de contrôle soit constaté et que l'arrêt de l'assurance soit porté à la connaissance de l'intéressé, c'est seulement à dater de la réception de cette notification que cessent les prestations de l'assurance en argent ou en nature.

Si le malade doit être contrôlé, il faut aussi un droit de regard sur son médecin traitant, non pas que l'on se propose de créer une suspicion à l'encontre du corps médical, dont la collaboration dévouée est certaine, si l'on sait tenir compte des conditions normales de l'exercice de son art ; mais il est indispensable d'organiser un mécanisme de surveillance. Cette surveillance s'imposerait, même si l'utilité n'en pouvait être qu'exceptionnelle, soit pour mettre fin à des pratiques abusives, soit pour faire régner entre les Caisses et les assurés une atmosphère de confiance, qui naîtra de l'organisation régulière de ce contrôle.

Le médecin choisi par l'assuré peut être contrôlé par le syndicat auquel il est affilié ou rattaché. Il est lui-même intéressé au bon renom et à l'exercice régulier de la profession médicale, tout abus pouvant causer à la collectivité un préjudice grave, tant au point de vue matériel qu'au point de vue moral.

De plus, ces mêmes syndicats professionnels ont la charge respective des services qui les concernent ; cette obligation doit avoir pour corollaire un droit de regard.

Comment fonctionnera ce double contrôle ? Celui des Caisses sera organisé par leur propre régle ment ; il est susceptible de varier infiniment suivant l'importance de la Caisse et le milieu où elle opère. Aucune règle ne saurait être posée. Celui des syndicats médicaux dépendra de l'organisation syndicale. Le législateur peut s'en rapporter à ces libres associations qui, créées pour la défense des intérêts du corps médical, sauront exercer leurs prérogatives sans froisser les intéressés.

L'article 7 donne au surplus les moyens de prévenir et de régler les difficultés qui pourront se produire, au sujet des prestations en nature, entre les médecins et les assurés et entre les médecins et les Caisses. Au nombre de ces moyens, l'arbitrage doit être considéré comme un des plus désirables et des plus commodes. L'article 7 prévoit que les conventions passées entre les Caisses et les syndicats professionnels seront soumises à une commission qui pourra en contrôler les dispositions et les amender, s'il y a lieu, avec le concours des parties. Cette commission pourra prévoir, dans chacune des conventions, des modalités propres à prévenir et à régler les difficultés. Elle sera tripartite ; un tiers des membres pour les caisses, un tiers pour les médecins, pharmaciens..., un tiers enfin pour les assurés, représentés par l'Office départemental des assurances sociales. La loi n'indique pas comment seront nommés les délégués à cette commission ; il appartiendra au règlement d'administration publique de le préciser.

Nulle organisation d'assurance ne pourrait subsister si elle n'était armée contre les abus. Lorsque le contrôle les aura révélés, la Caisse pourra poursuivre contre l'assuré s'il est à l'origine de la fraude, contre son praticien s'il est responsable des abus commis, le remboursement des frais qui lui auront été imposés indûment.

2° *Modifications apportées au texte primitif.*

L'Union des Syndicats médicaux estime que, dans les cas où le règlement des conflits n'est pas prévu par les stipulations des contrats, il est indis-

pensable que la commission tripartite prévue par le paragraphe 5 de l'article 7 soit appelée à connaître de ceux qui naîtraient de leur interprétation, sous réserve d'appel devant la section permanente du Conseil des Assurances sociales.

La rédaction du paragraphe 5, bien que conçue en termes très généraux, nous parait, telle qu'elle est, répondre au vœu légitime de l'Union des syndicats médicaux. Les contrats devront sans doute prévoir les moyens de résoudre les différends entre Caisses et Syndicats. C'est après l'échec de ces moyens qu'interviendrait l'arbitrage de la Commission.

Il n'y avait cependant aucun inconvénient à la compléter par une addition à insérer après la deuxième phrase du paragraphe visé. C'est ce qui a été fait.

« Les conventions passées entre la Caisse et les Syndicats professionnels de praticiens ou avec les établissements de soins sont soumis à une commission tripartite fonctionnant au chef-lieu composée par tiers des représentants des caisses, des groupements professionnels et pour le derniers tiers des représentants de l'Office des Assurances sociales.

« Elle est chargée en outre de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux et de prendre toutes les sanctions nécessaires avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

« *En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, les litiges qui naîtraient entre les parties contractantes de l'application des dites conventions.* »

Il a paru utile de préciser que le contrôle des syndicats professionnels s'exerce soit sur leur initiative, soit sur celle de la Caisse, sans qu'il soit porté atteinte aux droits propres de la Caisse en ce qui concerne le contrôle des assurés.

Pénalités.

L'article 67, qui punit les médecins ou toutes autres personnes, qui auraient tenté de porter atteinte au libre choix du praticien, n'est qu'un rappel de l'article 11 de la loi du 25 octobre 1919, sur les maladies professionnelles.

ART. 67.

1° Sera puni d'une amende de 100 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à deux mois ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, par menaces, dons, promesses d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, faits à des assurés ou à des Caisses d'assurances ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les bénéficiaires de la présente loi, notamment dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie.

2° Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction et le tribunal pourra ordonner l'insertion du nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité. le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 200 francs.

3° Les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles, en outre, d'une amende de 100 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice de plus fortes peines, s'il y échet.

Rôle des médecins, pour l'application de la loi.

Les praticiens donneront leurs soins aux assurés sociaux, d'après les modalités, qui seront arrêtées par les accords locaux entre caisses locales d'assurances et syndicats professionnels.

Ces accords détermineront également le mode de paiement des honoraires, soit par perception directe du praticien auprès de son client, soit par l'interposition d'un tiers quelconque.

Mais les praticiens auront à délivrer, à leurs malade, des certificats, pour leur permettre d'obtenir l'indemnité temporaire d'incapacité de travail ; ils rédigeront également un autre certificat, à la fin de la maladie, pour certifier, soit la reprise du travail, soit un état d'invalidité permanente partielle ou totale.

Dans certaines circonstances, si l'assuré conteste l'importance de l'incapacité de travail fixée par le médecin traitant, ou si la Caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, l'état du malade sera apprécié par une Commission technique composée du médecin taitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la Caisse et d'un troisième médecin choisi par les deux premiers pour les départager.

Les docteurs auront donc, dans certains cas, à jouer un rôle arbitral, en présence d'intérêts divergents.

D'ailleurs, les praticiens auront à désigner ceux des leurs qui devont faire partie des commissions tripartites, prévues à l'article 7, § 5, chargées de prévenir et de régler les difficultés survenues à l'occasion de l'application de la loi, et même d'appliquer les sanctions nécessaires.

Le mot « prévenir » indique que ces commissions tripartites non seulement joueront, le rôle de tribunal arbitral, mais auront aussi une mission quasi-permanente, celle de conseil technique devant arrêter certaines règles, pour empêcher les conflits de se produire, ou les abus d'être commis.

Par conséquent, qu'ils aient ou non signé des conventions collectives de travail avec les Caisses, les Syndicats médicaux ont un rôle à jouer, dans le fonctionnement de la loi, sans qu'il soit en rien touché aux prérogatives de leur autonomie.

L'article 68 prévoit encore la participation des Syndicats de praticiens pour le fonctionnement de l'office national et des offices régionaux. Ces divers offices délibèrent sur les dispositions relatives à l'organisation du service des assurances sociales ; ce sont des organismes d'administration.

Enfin, le Conseil supérieur des assurances sociales (article 72) comprendra quatre délégués des groupements professionnels de praticiens, dont deux médecins et un pharmacien, désignés par les Syndicats médicaux et pharmaceutiques.

Conclusions.

Je me bornerai à citer quelques passages des conclusions du rapport du docteur Chauveau.

....

La solidarité n'est pas seulement à sa base, elle en est le lien intime et étroit qui unit les diverses dispositions, qui en règle même l'ordre et la forme, comme il détermine la formule suivant laquelle sera matériellement pratiquée l'assurance.

Si nombreuses, si fortes et si justes que soient les raisons de principe militant en faveur de la participation des intéressés aux charges de l'assurance, certaines objections spécieuses ont pu être présentées.

Et d'abord n'est-il pas à craindre que ce fardeau ne pèse trop lourdement sur eux ?

Il importe, en premier lieu, d'observer à ce propos qu'il ne s'agit pas, pour la classe ouvrière, d'une dépense entièrement nouvelle. Les assurés de demain sont aujourd'hui déjà, eux et leur famille, exposés aux risques de la vie, à la maladie notamment. Sans doute, les travailleurs dont les ressources sont très modestes ne supportent pas eux-mêmes ces charges : ils s'adressent à l'Assistance publique, à contre-cœur du reste, car ils n'en ignorent pas les inconvénients et les tares. Aussi, depuis la hausse des salaires, a-t-on observé une sensible diminution dans la clientèle des hôpitaux.

Dès qu'il peut le faire, et par dignité autant que par intérêt, l'ouvrier préfère donc être soigné chez lui ou y soigner les membres de sa famille. Il consulte le médecin, fréquente chez le pharmacien. Il est quelquefois membre d'une société de secours mutuels, et s'efforce par ses ressources personnelles, de faire face, tant bien que mal, et plutôt mal que bien, à tout un ensemble de frais, dont le déchargera sa cotisation à la loi d'assurances. Quelle famille ouvrière ne dépense pas à cet égard près de 250 francs par an ? Or, au taux de 5 %, c'est la cotisation qu'acquittera l'ouvrier gagnant un salaire de 5.000 francs, et qui le garantira non seulement contre la maladie, mais contre les divers risques.

Ce calcul si simple, le travailleur saura le faire à coup sûr. Il saura faire le compte des frais, des angoisses que lui causent aujourd'hui les tristes épreuves de la maladie ou de l'invalidité, et que, demain, lui épargnera sa cotisation d'assurance. Tout au plus, rendu par la loi prévoyant malgré lui, sera-t-il incité à épargner un peu sur quelques plaisirs inutiles ou mêmes nuisibles........................

....

Particulièrement dans le domaine social, une loi d'assurance est moins une loi de garantie qu'une loi de quiétude. Par le sentiment de sécurité qu'elle procurera au travailleur, elle dégagera son énergie des entraves du souci, en substituant à l'obsession de la menace la certitude de la prévention ou de la réparation du dommage. La crainte de la misère n'est pas un moteur ; c'est un frein. Et la législation qui abolit cette crainte et supprime ce frein est un puissant facteur de l'énergie nationale.

Créatrice d'action, l'assurance sociale est aussi créatrice de paix sociale. Car, en délivrant l'ouvrier des inquiétudes les plus menaçantes elle le soustrait aux influences de la violence, elle le préserve des effets démoralisants de la misère et des tentations de révolte, elle lui donne le sens du risque et l'attache à son bien, si modeste soit-il. Elle confère par là au travailleur et à sa famille cette stabilité, à la fois morale et sociale, qui lui fait souvent défaut et qui est un élément si important de l'ordre social.

....

Pour terminer ce simple exposé objectif, puisé dans le troisième rapport supplémentaire du docteur Chauveau, qu'il me soit permis, à titre purement personnel, de supplier mes confrères de lire attentivement, non pas seulement ce que publient les journaux médicaux, de nuances diverses, sur les modalités qu'il convient de faire triompher, quant à l'application de la future loi sur les assurances sociales, mais aussi les comptes rendus des séances du Sénat (nous les donnerons au fur et à mesure dans les colonnes du *Concours*).

Nous avons raison de faire connaître au législateur comment, nous plaçant au point de vue technique, nous estimons que le service médical doit être organisé pour le meilleur rendement de la loi et pour le plus grand bien de la santé publique. Ces principes sont le libre choix du médecin par le malade, le respect du droit commun, en ce qui concerne le secret professionnel dû au malade, le paiement des honoraires médicaux à la visite, avec interposition du moins d'intermédiaires possible entre malade et médecin.

Mais ici ne s'arrête pas notre rôle.

La loi envisage la participation des praticiens tant dans les diverses commissions d'arbitrage, et de discipline que dans les conseils et offices, chargés de surveiller le bon fonctionnement de la loi.

Le Corps médical aura donc, au cours des années, à faire connaître son opinion sur les modifications locales ou générales à apporter, par voie législative, réglementaire, ou même délibérative locale.

Il en sera, de cette loi, sur les assurances sociales comme de celle sur les accidents du travail : critiquée, à tort ou à raison, dès son apparition, elle entrera progressivement dans les mœurs.

Ne convient-il donc pas, pour nos groupes professionnels, d'entrevoir quelle pourra être notre participation, au point de vue de conseils techniques, tout en faisant respecter l'indépendance qui nous est nécessaire, pour le plus grand bien de la santé publique ?

Mais pour cela, il est utile, qu'oubliant pour un moment les querelles intestines, les chefs du Corps médical organisé puissent, dans le silence du cabinet, méditer, sans passion, sur ce pr ojet de loi, en se demandant quelle pourra être notre attitude au lendemain de la promulgation de la loi et de sa mise en vigueur, puisque tout citoyen en France doit obéissance à la loi et est censé la connaître.

Dr Paul Boudin.

II

Les Débats au Sénat.

Le Sénat a commencé, le 9 juin dernier, la discussion du projet de loi sur les Assurances sociales.

Nous publierons intégralement, non pas tous les détails des débats, mais tout ce qui est capable d'intéresser les médecins et l'exercice de la médecine dans le cadre de l'assurance maladie.

Nous avons imprimé en italiques les passages particulièrement dignes d'attention. Le remarquable et courageux discours de M. Fernand Merlin, — Merlin, l'enchanteur comme l'ont baptisé ses collègues —, en fourmille. Pour mieux dire, tout, dans la partie relative à l'organisation des soins, est à mettre en valeur. Soucieux sans doute du sort du Corps médical et de la médecine française, mais soucieux plus encore du sort des assujettis en rapport avec la qualité des soins qu'ils réclameront, il a parlé en médecin parfaitement conscient des obligations des médecins, mais aussi de leurs droits, de la légitimité de leurs revendications. Qu'il en soit loué bien sincèrement !

Mais Fernand Merlin parlant des abus constatés et dénoncés dans le régime des Caisses s'est vu interrompre par M. Jourdain qui soutint que ces abus sont exceptionnels, avec la conviction qu'il affiche, des bienfaits des assurances sociales démontrés par l'expérience alsacienne lorraine. Quelques chiffres feraient, en pareille matière, bien mieux notre affaire. Par exemple, une statistique comparative entre la morbidité dans les provinces désannexées et dans les régions immédiatement voisines de l'ancienne France ; une même statistique de la mortalité, avec la moyenne des âges.

M. Paul Strauss a prononcé quelques paroles qui méritent d'être mises en relief : « ... On doit souhaiter que le malade avant même qu'il soit touché, dès qu'il éprouve les plus légers symptômes d'indisposition aille au médecin. Il faut l'encourager dans cette voie préservatrice et curative, par tous les moyens possibles... »

Rassurez-vous, Monsieur le Sénateur, point ne sera besoin d'encourager les ayants droit à réclamer le secours médical, avant même qu'ils soient malades. Si la législation ne prévoit pas, ainsi que le demandent les Syndicats médicaux, un frein sérieux aux abus, m'est avis que nos confrères ne chômeront guère... Des précédents irrécusables nous donnent le droit de l'affirmer.

G. Duchesne.

Séance du 14 juin 1927.

M. E. Sari, *Rapporteur de la Commission de l'administration générale, départementale et commerciale.*

....

Votre commission s'est demandé à ce sujet quelle serait la situation réservée à certains intéressés par l'entrée en vigueur des assurances sociales, en comparaison des avantages que leur procure actuellement la loi d'assistance de 1893.

Une simple comparaison suffira pour renseigner le Sénat. En ce qui concerne les soins médicaux, les consultations, les visites à domicile, le traitement à l'hôpital, c'est pour les assistés la gratuité complète. Notre système d'assurances prévoit pour l'assuré la participation de 10 à 15 p. 100 et le texte de la commission d'hygiène nous fait craindre que cette participation ne soit réclamée même pour les frais d'hospitalisation.

En effet, l'article 4 est ainsi conçu, dans son paragraphe 5 : « Les prestations, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier, sont réglementées d'après des conventions, etc. » Et plus loin : « La participation de l'assuré aux frais médicaux est fixée par la caisse entre 10 et 15 p. 100 et réalisée suivant le mode prévu au contrat. »

Même observation pour les produits pharmaceutiques. Ces produits sont actuellement fournis gratuitement par l'assistance médicale gratuite ; alors que les assurances réclameront une participation de l'intéressé fixée à 10 p. 100.

Aussi votre commission s'est-elle préoccupée de savoir si certains assistés d'hier, devenant aujourd'hui assurés, ne perdraient pas à ce changement de catégorie...

M. Penancier, *rapporteur de la commission de*

législation. — Pour que la loi fonctionne, il faut un moyen pratique de l'appliquer. C'est pourquoi, en m'en excusant, je vais faire passer en quelques minutes devant vous les inconvénients que nous avons pu trouver, inconvénients d'ailleurs minimes, au rapport fort remarquable — et mon éloge n'y ajoute rien — qu'a présenté M. Chauveau et où il a mis, il faut le dire, autre chose qu'une étude, l'animant de sa foi profonde, que nous partageons, dans l'œuvre qu'il accomplit. (*Très bien ! très bien ! et applaudissements.*)

Cette loi, messieurs, elle sera ce que les bénéficiaires la feront, elle vaudra suivant la conscience qu'ils apporteront dans son application et suivant la véracité des déclarations qu'ils feront : si ces déclarations sont réelles, sincères, la loi pourra s'appliquer ; elle ne le pourrait en aucune façon si la fraude y sévissait, et nous ne pouvons supporter la penséee qu'elle y sévisse. C'est à la conscience de tous qu'il faut faire appel.

Mais il est un point, je crois, sur lequel le Sénat pourra porter quelque attention : qui examinera le blessé ? qui constatera le degré d'incapacité dont il est atteint ?

L'article 10 du projet en discussion indique que ce blessé sera examiné par trois médecins, un médecin désigné par lui, un médecin désigné par la caisse — jusqu'ici rien de mieux — et un troisième médecin désigné par les deux autres. Excusez-moi, si j'ai le regret de faire un peu de procédure, mais je suis forcé de me demander ce qui arrivera si les deux premiers ne se mettent pas d'accord pour nommer le tiers arbitre chargé de les départager.

Et puis il y a là encore autre chose qui me paraît singulièrement dangereux. Si la loi doit avoir tous les effets que nous en attendons, il faudra que les choses aillent vite. Lorsque les trois médecins auront statué, l'appel sera porté, dit le texte, devant la section permanente des assurances sociales. Or cet organisme se composera de trente ou quarante membres, d'ailleurs tous éminents, mais parmi lesquels il n'y aura que deux médecins.

Je vous avoue, messieurs, que ce n'est pas sans étonnement et sans crainte que je vois ces trente personnes chargées d'examiner une question purement médicale déjà tranchée en première instance par trois médecins. J'entends bien qu'ils pourront nommer un expert, mais leur décision n'en sera pas hâtée.

Je voudrais encore appeler l'attention du Sénat sur une proposition qui nous a paru intéressante et qui, je pense, intéressera également la commission d'hygiène et d'assistance.

Le projet primitif de la Chambre des députés avait institué des comités de contentieux exceptionnels, c'est-à-dire qu'aux juridictions d'exception, déjà fort nombreuses, on en ajoutait une autre, comme on l'a fait en matière de loyers et dans d'autres matières.

Trois conseils étaient prévus, un conseil local, un conseil régional et un troisième qui est supérieur, naturellement, tous présidés par des magistrats de l'ordre administratif ou judiciaire, sans doute pour occuper les magistrats auxquels la réforme judiciaire aurait, dans une certaine mesure, donné des loisirs. (*Sourires.*) Les intéressés, l'assuré et l'employeur, y étaient représentés, à des degrés différents, bien entendu, suivant qu'il s'agissait d'un petit ou d'un grand tribunal.

Votre commission d'hygiène et d'assistance a pensé que ces conseils extraordinaires étaient peut-être inutiles, et elle n'en a institué qu'un à la base, un conseil local présidé par le juge de paix, avec une sorte de jury composé d'un assuré et d'un employeur ou d'un représentant d'une caisse. Mais ce n'était dans l'esprit de la commission d'assistance qu'une commission de conciliation, et nous avons pensé que peut-être, il y aurait lieu de faire juger les affaires en premier ressort par ce conseil local.

Dans des expériences voisines, nous avons éprouvé toutes les difficultés résultant de procédures, que nous croyions exceptionnelles et plus rapides ; peut-être pourrait-on revenir simplement à la procédure de la justice de paix avec le petit tribunal dont je viens de parler : le juge de paix président, l'assuré, l'employeur. D'autre part, nous espérons — espoir qui ne sera pas, nous le pensons, trop souvent déçu — que, devant ce comité familial, la plupart des affaires s'arrangeront et ne seront pas portées à l'audience.

M. Jénouvrier. — Ce n'est pas douteux.

M. le rapporteur de la commission de législation. — La procédure sera incontestablement simplifiée. Ce sera celle des justices de paix. Désireux d'éviter des frais, des lenteurs, nous pensons que la commission d'assistance voudra bien accepter cette suggestion, l'appel étant alors porté devant le tribunal civil jugeant comme en matière sommaire, bien qu'il ne faille pas attacher à ce terme une idée d'excessive rapidité...

M. Jénouvrier. — Non !

M. le rapporteur de la commission de législation... qui serait en contradiction avec les faits.

Ainsi tout cet édifice qu'avait organisé la Chambre et que, comme la commission d'assistance, nous pensions inutile, nous le réduisons à une procédure de droit commun, avec cette seule différence que le juge de paix est assisté de deux intéressés.

M. Jénouvrier. — C'est un petit jury.

M. le rapporteur de la commission de législation. — C'est un petit jury, comme le dit très bien notre collègue M. Jénouvrier.

Voilà donc le contentieux que nous proposons ; souhaitons qu'il ne fonctionne pas trop souvent, mais craignons que tout de même il n'ait devant lui de nombreuses affaires en raison de la masse considérable des intéressés. Nous souhaitons que cette procédure soit facile et rapide.

Sur la question d'assistance judiciaire, nous ne

sommes pas tout à fait d'accord avec la commission d'assistance. Nous estimons que peut-être on pourra faire jouer l'assistance judiciaire dans les termes du droit commun et qu'il serait sans doute exagéré d'accorder à tous les bénéficiaires, sans distinction, l'assistance de plein droit. Ce serait, croyons-nous, créer une différence trop sensible avec les assistés judiciaires ordinaires, auxquels on refuse l'assistance judiciaire dans certains termes, si on l'accordait de plein droit aux assujettis à la loi sur les assurances.

Petite question, je le sais, c'est pourquoi je m'excuse de mon intervention. Tout de même, nous faisons une loi dans laquelle le contentieux jouera. Il faut bien que les juristes, comme on dit, essayent dans une certaine mesure, de prendre part à vos travaux autrement que dans l'ensemble dont nous avons parlé tout à l'heure, et sur lequel nous sommes tout à fait d'accord.

Notre collègue, M. Sari a souhaité, il y a un instant, que la commission de législation examine rapidement un texte qui pourrait supprimer la vie chère, ou tout au moins l'atténuer.

Mon cher collègue, nous examinerons de la façon la plus attentive les textes qui nous seront renvoyés, je n'ai pas besoin de vous le dire. Mais je crains bien que cette formule tant cherchée par tous les gouvernements qui, depuis plusieurs années se sont succédé et qui devra supprimer totalement la vie chère, ne rentre dans le domaine du rêve. Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait rien à faire. Nous ne le pensons pas. Mais il faut se prémunir contre les espoirs impossibles. Nous nous efforcerons tout au moins de présenter un texte pratique et de permettre à la loi de punir les véritables et incorrigibles spéculateurs, mais l'expérience nous a démontré les difficultés de pareille tâche !

Messieurs, il faut aussi, dans une loi comme celle que nous étudions, prévoir nécessairement les contraventions possibles frappant ceux qui n'obtempèreront pas à ses dispositions et qu'on peut ranger en deux catégories:

L'employeur qui n'aura pas versé ses cotisations, nous l'amenons devant le juge de paix présidant le tribunal de simple police et il pourra être condamné aux peines ordinaires. En cas de récidive, ce sera le tribunal correctionnel et, là, la pénalité pourra être plus grave puisque la commission de l'assistance et de la prévoyance sociales, comme d'ailleurs la Chambre des députés, prévoit, en outre, l'interdiction possible d'exercer la fonction de membre du tribunal de commerce, de conseiller prud'homme et aussi, par une formule un peu singulière, que nous demanderons peut-être au Sénat de modifier, de participer « aux organes de l'administration publique chargée de la représentation officielle des intérêts industriels, commerciaux et agricoles ».

Pour l'autre catégorie, les pénalités proposées — je regrette de le dire, mais il faut bien y songer — nous paraissent les moins graves que l'on puisse souhaiter pour des hommes entre tous les plus odieux je veux dire pour ceux, qui, sous le couvert d'une loi d'assistance, chercheraient à démoraliser le pays en engageant les assujettis à faire des déclarations mensongères, et en profitant de cette démoralisation pour emplir leurs poches. (*Très bien ! très bien !*)

Pour ceux-là, il ne saurait être question d'indulgence ! On nous propose sur ce point l'admission de l'article 453 et les circonstances atténuantes, nous l'acceptons ; mais, je le répète, celui qui sous le couvert de la loi des assurances sociales cherchera à rééditer des manœuvres frauduleuses sévèrement punies et à juste titre dans des lois analogues, ne peut intéresser personne. (*Très bien !*)

M. Paul STRAUSS ....

....

Ce que je tiens à dire, ce sur quoi je vais condenser et rassembler mes observations, c'est qu'une loi comme celle que nous élaborons manquerait son but si elle n'était pas tout entière, du commencement jusqu'à la fin, imprégnée de l'esprit de prévoyance sanitaire et d'hygiène sociale.

Ce ne sont pas des mots. Un de nos collègues s'est fait applaudir tout à l'heure — j'ai eu le regret de le constater — en disant que nous n'avions pas à nous inspirer des législations étrangères, que nous devions faire appel à nos initiatives propres.

L'expérience, au contraire, est démonstrative, convaincante, éloquente, décisive. Voulez-vous me permettre de jeter un simple coup d'œil sur les assurances en Allemagnes et en Alsace-Lorraine ?

La prévention est le fondement même de l'organisation des caisses de malades comme des caisses d'invalides.

Un renseignement, tout récent, m'a été donné par un des hommes les plus avertis, par l'historiographe le plus consommé de l'expérience allemande, mon ami Edouard Fuster, professeur au Collège de France. En 1924, il existait en Allemagne, à la disposition des caisses d'assurances, 47 sanatoriums de tuberculeux, une clinique d'observation pulmonaire, 39 asiles de convalescence, un sanatorium de rhumatisants, 4 sanatoriums d'enfants.

Non seulement en Allemagne, mais en Autriche, en Hongrie, en Pologne, il y a, à la disposition des caisses de malades, des institutions préservatrices.

Quel est l'intérêt de la caisse de malades ? On a beaucoup parlé du risque de maladie inconnu. Ce sont là des craintes excessives à mon avis. Le risque maladie doit être amoindri et limité par le recours permanent à la médecine préventive, à l'hygiène sociale. (*Très bien ! très bien !*) Puisque cet organisme doit s'occuper, non seulement des adultes, des vieillards, des invalides, mais des femmes en couches et des enfants, nous avons là un très vaste champ d'action préventive. S'il m'était permis de formuler un très léger regret, ce serait de ne plus voir dans notre texte une disposition qu'avec sa foi ardente M. le docteur Grinda avait fait adopter par la Chambre. Mais mon regret est de pure forme, car l'idée se retrouve implicitement dans le texte de notre commis-

sion et d'ailleurs mon ami M. le docteur Chauveau est passionnément d'accord avec moi. Le texte de la Chambre qui nous avait été transmis stipulait en effet, dans son article 18, que l'assuré aurait droit aux soins préventifs. Notre rapporteur nous donne implicitement satisfaction puisqu'il fait entrer dans la loi les établissements de prévention à côté des établissements de cure. Il y a donc seulement une différence de forme.

Mais il ne faut pas que cette préoccupation soit limitée à la caisse de maladie. Nous ne pouvons perdre de vue la leçon donnée par les assurances sociales en Allemagne.

Déjà en 1895, un homme expérimenté entre tous, M. Gebhard, avait indiqué, dans un rapport au congrès de Stuttgart, que sur 60.000 rentes d'invalidité, 8.500 allaient à des tuberculeux.

Qu'est-ce à dire, si ce n'est que les caisses d'invalidité ne doivent pas attendre que soient à leur compte, à leur charge, les invalides.

Il ne faut pas les présumer incurables. Ce serait en contradiction avec toute notre mentalité française avec nos habitudes d'esprit. Il faut, au contraire, considérer qu'*a priori* il n'y a pas de maladie incurable. Nous avons l'obligation de laisser un espoir, si faible soit-il, à tous les malades, à tous les souffrants, à tous ceux sur qui s'acharnent les forces malfaisantes de la nature.

Dès que les caisses de maladie auront la responsabilité de leurs assurés, elles devront, animées de l'esprit mutualiste, joindre leurs efforts à ceux de la caisse d'invalidité pour prendre les mesures les plus efficaces et les plus opportunes en vue de visites médicales immédiates.

Quand viendra devant nous le délai de carence, il conviendra d'entrer plus avant dans l'examen de cette première mesure de sauvegarde sanitaire et médicale. *Non seulement on ne doit pas se plaindre de ce que notre rapporteur, avec beaucoup d'humour en même temps que de justesse, appelle la consommation médicale ; mais on doit souhaiter que le malade, avant même qu'il soit touché, dès qu'il éprouve les plus légers symptômes d'indisposition, aille au médecin. Il faut l'encourager dans cette voie préservatrice et curative, par tous les moyens possibles.*

Ce que nous demandons, c'est que les caisses de maladie d'abord, les caisses d'invalidité ensuite, aient des établissements propres. Si ces institutions ne disposent pas de moyens, ou d'un outillage qui leur soient propres, elles devront s'entendre, non seulement avec les hôpitaux, mais avec nos dispensaires d'hygiène sociale, si nombreux, si utiles, avec nos préventoriums et nos sanatoriums, pour une mise en œuvre commune de tous les moyens d'action préventifs. Toutes nos organisations, comme les mutualités maternelles, les consultations de nourrissons, les dispensaires d'hygiène sociale, les mutualités scolaires, les colonies de vacances, les cantines scolaires, les écoles de plein air, tout cet ensemble d'institutions publiques et d'œuvres privées forme une série ininterrompue d'efforts qui, en se soudant, en se joignant, peuvent et doivent produire les résultats les plus bienfaisants et les plus salutaires.

Si par aventure, nous manquions à ce programme de médecine préventive que complète et conditionne l'article des placements sociaux, nous ne suivrions même pas l'exemple qui nous est donné par les Etats-Unis.

J'avais, il y a quelques années, la bonne fortune de recevoir d'un médecin très averti, le docteur Léopold-Lévi, le résultat de ses études sur les examens de santé des compagnies d'assurances américaines, sur l'expérience de Firmingham et sur l'hygiène industrielle aux Etats-Unis. Ces renseignements m'ont été confirmés, rajeunis, il y a quelques jours, par l'actif secrétaire général de la Ligue des sociétés de Croix-Rouge, le docteur René Sand.

M. le lieutenant-colonel Josse. — Vous avez raison de profiter de l'expérience étrangère !

M. Paul Strauss. — Une compagnie, la « Metropolitan Life Insurance », de New-York, société à base mutuelle, fait ce qu'on appelle l'assurance de groupe ou assurance industrielle. Elle a, au Canada comme aux Etats-Unis, 18 millions d'assurés. Elle recueille hebdomadairement les primes. Elle dispose de 21.000 agents qui sont des propagandistes, des moniteurs d'hygiène et en même temps elle a traité, dans 4.000 villes, avec des infirmières visiteuses dont l'utile concours accroît l'influence sanitaire du corps médical.

Une telle expérience qui repose essentiellement sur des examens périodiques des assurés bien portants et sur une propagande incessante d'hygiène publique, a été suivie d'un profit démographique en même temps que d'un bénéfice financier.

En 1909, la mortalité générale était, aux Etats-Unis, de 10.08, p. 1.000. Elle s'élevait, parmi les assurés de la « Metropolitan Life Insurance » à 12,5, comme il arrive malheureusement dans un milieu purement ouvrier où il y a des risques spéciaux et professionnels.

En 1926, la mortalité générale était tombée à 8,6 ; celle des assurés de la Metropolitan, à 8,8.

L'effort de la compagnie avait donc, dans la partie de la classe ouvrière qu'elle assure, abaissé la mortalité à un niveau presque égal à celui de la mortalité générale. De 1911 à 1926, cette amélioration a sauvé 417.628 existences et économisé à la compagnie 71.500.000 dollars, qu'elle aurait dû verser lors des décès qu'elle a évités ou du moins retardés. La dépense totale de la compagnie pour son service d'hygiène a été, de 1909 à 1926, de 26.846.615 dollars. Tout en rendant à ses assurés et à la nation le plus signalé service, elle a donc, par son action, économisé 44 millions de dollars en 17 ans. En d'autres termes, les 26 millions de dollars que la Metropolitan a dépensés pour l'hygiène lui en ont rapporté 41 millions, soit 169 p. 100.

Il y a eu chez les industriels américains, comme

chez un certain nombre d'industriels français — je tiens à leur rendre cet hommage — la préoccupation de réduire les journées de maladie, de prodiguer en temps utile les visites médicales, les consultations à leurs ouvriers, à leurs travailleurs. Du coup, des bénéfices considérables ont été obtenus, par la conservation de la santé, par l'accroissement de la capacité physique et par conséquent de la production industrielle.

M. Fernand MERLIN ....

....

Pour améliorer les risques, réduire ou supprimer les mauvais, atténuer les charges formidables de la maladie et de l'invalidité, il y a les prestations diverses, et, au premier rang de ces prestations, le service médical. Comment sera organisé ce service, dont dépend la réussite ou l'insuccès de la loi ? En quelques mots, je voudrais l'examiner devant le Sénat.

Nous souhaitons, je le dis avec beaucoup d'espoir, que les plus modestes praticiens comme les plus grands maîtres tiennent à défendre, par leur participation effective aux assurances sociales, ce qui est le patrimoine commun, notre vraie force : la santé publique. (*Très bien ! très bien !*)

Pendant la guerre il n'y a eu aucune défection : nous nous souvenons du concours que donnèrent, sur les champs de bataille, dans les ambulances, dans les hôpitaux, dans les commissions, les conférences, dans les contrôles même, suivant leur âge ou leur compétence, *ces* 20.000 *médecins que le Sénat me permettra de saluer de cette tribune même parce qu'ils le méritent.* (*Applaudissements.*)

Ils furent hier parmi les meilleurs artisans, au prix de quels sacrifices, d'une victoire durement acquise. Ils seront demain parmi les bons ouvriers du relèvement de la France. Nous le disons et nous l'affirmons en leur nom. Ils soigneront avec le même dévouement les malades de la paix comme ils ont soigné ceux de la guerre. *Mais ils ont eux aussi — vous le comprendrez — des préoccupations matérielles et morales dont ils pe peuvent pas se détacher. Ils réclament avec raison, à propos de cette loi, une organisation sérieuse et des garanties.* Quelles sont ces garanties de divers ordres ?

Nous nous rallions pleinement au libre choix du médecin par le malade. Ce principe, cet axiome est énoncé à l'article 4, d'après lequel les prestations seront supportées ou remboursées par la caisse, au choix des intéressés, les ententes étant passées entre les caisses et les syndicats médicaux, mais valables pour tous les médecins. Le même article, dans son alinéa 3, prévoit les consultations médicales données au domicile du praticien.

L'article 6 ajoute « L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle. »

Il n'est question, nous le pensons bien, que de cas spéciaux, de lésions légères, de petits accidents. Sinon, il serait à craindre que les assurés ne fussent systématiquement attirés à certaines consultations et qu'il n'y eût tendance à commercialiser, à industrialiser la médecine, à entraîner le praticien à proportionner les soins qu'il donne à la rémunération qu'il reçoit.

Cette éventualité, si elle se réalisait, risquerait, elle aussi, de mettre la loi en échec. *Qu'on ne donne plus désormais, dans l'avenir, ce spectacle de* 40, 50 *ou* 100 *malades examinés en une heure par un médecin obligé de renverser souvent les rôles, de recueillir rapidement les innombrables renseignements préalables qui n'ont aucun rapport avec la clinique, la thérapeutique.*

Permettez-moi de citer cette lettre d'un médecin d'Alsace : « Dans de pareilles consultations sortes d'ateliers, dit-il, on débite non pas de la médecine, mais des ordonnances comme, dans d'autres, des pièces de fonte en série. Comme étaient loin, dit ce praticien attristé, l'idéal professionnel et l'enseignement des maîtres. Où étaient l'interrogatoire sur les antécédents, l'examen méthodique par organe et par fonction ? Où étaient, surtout, cette intimité discrète entre le malade et le médecin, cet abandon confiant dont l'influence psychique était immense sur le malade ? »

Nous avons trop d'exemples de cette médecine collective ; le responsable est ce tiers payant, fréquemment dénoncé par nos confrères.

Le docteur Weiss, doyen de la faculté de médecine de Strasbourg, a montré les abus de ce déplorable fonctionnement des caisses de maladie en Alsace. Je m'empresse de le dire, il ne s'agit que d'exceptions...

M. JOURDAIN. — Ce cas n'est pas général.

M. Fernand MERLIN. — ... la plupart des caisses en Alsace fonctionnent, à l'heure présente, dans de bonnes conditions. Je suis heureux de recevoir, sur ce point, l'adhésion de M. Jourdain. Grâce à l'action énergique des médecins, l'épuration a été faite et nous constatons fort heureusement, dans les pays recouvrés, le retour à une médecine normale et sincère. (*Très bien ! très bien !*)

M. JOURDAIN. — Lorsqu'il en était autrement, c'était l'exception.

M. Fernand MERLIN. — Cette exception était fâcheuse.

N'encourageons pas certains praticiens à cette médecine en série et au rabais et, surtout, ne votons pas un texte qui permette le retour ou l'extension de ces faits blâmables. Revenons à l'honnête pratique médicale, à la moralité professionnelle qui rétablira ces rapports de droiture entre médecins et clients étayés sur le dévouement et la confiance.

Il y aura moins de consultations et de visites ; elles seront réellement motivées, de qualité meilleure. En réglant lui-même son médecin, son pharmacien, en participant à ces dépenses, l'assuré comprendra mieux l'importance de ce service médical, base de la loi, il sera le premier à limiter les abus. Nous ne voulons plus de

ces cabinets, très rares, certes, mais qui existent cependant, transformés en officines douteuses d'où les pourboires ne sont pas exclus. La loi sur les accidents du travail et la loi des pensions favorisèrent parfois cette pratique cynique qui n'a rien avoir avec la médecine digne de ce nom. Ne retombons plus dans de semblables erreurs ; méfions-nous des textes improvisés ou mal rédigés qui les favorisent. Ce scandale cessera, avec un contrôle organisé sur des données sérieuses, dont les médecins seront les principaux agents d'exécution.

Ce contrôle est délicat, car le secret médical doit rester intact et inviolé. Un médecin judicieux écrivait ces lignes que je soumets à vos réflexions :

« Conçoit-on le mécanisme redoutable et compliqué du contrôle fonctionnant sans que soit indiqué le nom de la maladie dont le traitement sera l'objet du litige ? Cette opération contestée, ce nombre de visites critiqué, comment le médecin les défendra-t-il si ce n'est en invoquant les exigences de la maladie et ses indications thérapeutiques ? Et les assurés — il y en aura atteints de maladies vénériennes ou autres peu avouables — se prêteront-ils volontiers aux investigations procédurières d'une commission présidée par un magistrat quel qu'il soit. »

Le secret professionnel n'a pas été institué pour dissimuler les fautes des médecins, mais pour garantir le malade ou les malades.

Ils cesseront aussi, messieurs, quand le praticien, entraîné dès le début de ses études à la pratique de son art, à la déontologie bien comprise, au respect de soi-même et à sa clientèle, comprendra qu'il y a un apostolat à exercer, quand il aura donné cette impression à tous qu'il est le médecin digne de ce nom. (*Très bien ! très bien !*)

Et je le dis, messieurs, plus pour nos confrères que pour nos collègues de la haute Assemblée, il faut aussi que le corps médical se le persuade, l'évolution, le progrès, les notions dont nous sommes obligés de nous préoccuper aujourd'hui imposent à tous les hommes, quelles que soient leur situation et leur condition sociale, d'autres préoccupations que les préoccupations personnelles.

Une autre notion nationale et d'Etat est apparue. Personne ne saurait s'en dégager à l'heure présente, ni se placer par une carence personnelle, en dehors des intérêts généraux. Un lien de solidarité existe pour tous. Les assurances sociales l'affirmeront davantage, c'est mon intime conviction. Il y a lieu de demander au corps médical de ne pas l'oublier, de prendre sa part, dans les conditions les plus honorables, de la tâche commune, de détruire ou de limiter les abus et de poursuivre le relèvement général. C'est une tâche qui tente les honnêtes gens et qui tentera le corps médical. (*Très bien ! très bien !*)

Ce n'est pas en vain qu'on fait appel aux praticiens de France. Les médecins, critiqués parfois, ne le prouvent-ils pas chaque jour dans leurs associations, les syndicats, les groupements corporatifs ou scientifiques ? Est-ce que les débats de l'académie de médecine ne témoignent pas du haut intérêt que ses membres trouvent à dénoncer les misères, à jeter un cri d'alarme que nous autres, hommes politiques, ou Gouvernement, ou assemblées parlementaires, nous devrions peut-être entendre et recueillir plus souvent.

Libre choix, entente directe entre les malades et les médecins, contrôle, ce sont des principes qui comporteront quelques exceptions mais correspondent à la dignité des médecins et des clients. L'expérience prouvera la valeur d'une pareille méthode, la seule efficace.

L'assurance sociale aura une répercussion considérable sur la vie médicale ; souhaitons que cette répercussion soit salutaire. Si nous avions à formuler des réserves, elles viseraient l'enseignement de la médecine.

Et comment se formeront demain les générations nouvelles qui donneront aux travailleurs, au public, les traitements et les soins qui conviennent ?

Je me souviens des auditions de plusieurs professeurs de facultés de médecine de Paris et de province. Je me souviens des réserves que certains apportaient à la commission d'hygiène pour un avenir qu'ils ne voyaient pas calme et sans nuage. Que deviendront nos hôpitaux ? Comment poursuivrons-nous l'enseignement clinique de nos élèves ? Telles sont quelques-unes des observations présentées. (*Très bien ! très bien !*)

Je suis persuadé, messieurs que par les différentes modalités de la loi et les conditions de son fonctionnement, nous arriverons à sauvegarder ce qu'il y a de plus précieux dans ce pays ; les manifestations et la conduite de l'intelligence, surtout pour les médecins de l'avenir.

Si important que soit leur rôle, la médecine et la « solidarité » ne suffiront pas à conjurer les périls qui menacent la société française depuis tant d'années. Sur ce dernier point, je voudrais rapidement appeler l'attention du Sénat.

Nous sommes amenés à envisager les compléments indispensables et immédiats à la loi d'assurances sociales, l'ensemble des mesures dont les travailleurs et la nation ont un impérieux besoin.

La loi des assurances sociales, a-t-on dit, doit constituer une simple étape ; elle incite à d'autres mesures, à l'élaboration d'une charte préventive, réclamée par les esprits vraiment clairvoyants.

L'ensemble du milieu français est souvent anormal, en raison des éléments trop disparates qu'il contient ; la répartition des métiers, des professions y est souvent incohérente ; elle ne correspond pas aux besoins généraux du pays. De même qu'il y a de bons et de mauvais risques, il y a des professions utiles, d'autres oisives, inutiles ou dangereuses.

Que d'exemples on trouverait, en comparant le labeur de l'ouvrier des mines, du terrassier, du métallurgiste, du tisseur, de l'agriculteur, à celui de l'em-

ployé de dancing, de champ de courses, de bar ou d'autres établissements de ce genre !

En France le nombre de ceux qui exercent des professions sans utilité sociale réelle est considérable. Nous traînons une lourde chaîne, qui retiendra demain, par son poids mort, la marche du char des assurances sociales, si vous ne savez pas opérer à temps le redressement nécessaire.

M'adressant alors au représentant du Gouvernement, à M. le ministre du travail, je lui demande s'il n'est pas séduit, lui qui est un homme jeune, plein de bonne volonté, par cette idée, d'un reclassement, ne serait-ce qu'au point de vue théorique ? Je lui demande s'il ne serait pas bon de présenter des explications d'ordre général à ce pays qui ne sait pas, à cette masse de travailleurs qui ignore ; si l'on ne devrait pas dire à certains d'entre eux lorsqu'ils entrent dans la vie qui doit être la leur, l'intérêt qu'il auraient, souvent, à s'orienter différemment, grâce à une notion plus exacte vers d'autres situations plus utiles, pour eux-mêmes, pour leur famille et la nation.

J'ai demandé à M. le ministre du travail quelques renseignements sur la classification des professions et la répartition dans l'économie nationale de celles dont je viens de faire une rapide énumération. Seules, des statistiques d'ensemble apparaissent et non pas les détails qui permettraient d'analyser les conditions du travail en France.

Un reclassement est nécessaire pour aboutir au travail sain, rémunérateur, pour limiter l'invasion étrangère qui, trop massive et mal orientée, bouleverse et alourdit la vie nationale.

Nous ne saurions passer sous silence, messieurs, un autre fait, vous le connaissez : trop souvent l'existence matérielle et familiale de l'ouvrier et du travailleur a été négligée par le patronat, qu'il s'agisse des particuliers, des collectivités, ou même de l'Etat. On n'a pas su, on n'a pas voulu comprendre ; on a dédaigné la vie ouvrière, on n'a pas songé à l'organisation physiologique et technique du travail, on a ignoré les besoins des travailleurs qui sont des hommes, on les a confondus avec les mêmes aspirations et les mêmes besoins que recherchent les fortunés : confort, bien-être, distractions, tous ces « petits bonheurs » qui constituent la poésie de l'existence et dont personne ne devrait être sevré dans une société instruite.

Ah ! certes, il y a des exceptions (nous sommes les premiers à le dire très haut et à nous en féliciter) ; des habitations, des villages, des villes, des usines agréables et salubres se sont édifiées depuis la guerre dans les départements envahis. C'est une de nos satisfactions de le constater : aux désastres de l'horrible tuerie a succédé une renaissance à laquelle nous applaudissons tous. (*Très bien très bien !*)

Ailleurs, dans la plupart des régions, la crise du bâtiment et du logement sévit, elle laisse subsister ces taudis dont on parlait il y a un instant, abris de misère, témoins d'une incurie impardonnable, preuve tangible de l'unique souci de lucre de certaines gens, incapables de toute préoccupation humaine.

Il y a là un état d'esprit rétrograde qui doit disparaître avec l'avènement de l'assurance sociale.

Les conséquences de cette situation pénible c'est la vie de la famille ouvrière orientée sans règle, au hasard, dans les conditions les plus fâcheuses. Un inventaire sommaire nous montre la source des maladies populaires et des fléaux sociaux ; elle se montre à tous les yeux, avec trop d'évidence !

La tuberculose, vous le savez, est née du taudis et de la mauvaise alimentation; la mortalité de l'enfance et des adultes, la morbidité excessive, procèdent des mêmes causes. Chaque année, vous ne l'ignorez pas, meurent 150.000 *tuberculeux ; chaque année, nous perdons* 120.000 *enfants qui n'ont point atteint leur première année ; chaque année, nous constatons que* 100.000 *personnes sont atteintes de maux ou d'accidents inévitables, parmi lesquels figurent, compagnons inséparables, ceux dus aux maladies vénériennes et à l'alcoolisme.* (*Très bien ! très bien !*)

J'ai parlé de l'alcoolisme, de l'intoxication éthylique ; il semble que ces expressions aient été rayées du vocabulaire officiel. Des méfaits de l'alcool, cet ennemi farouche et irréductible de la classe ouvrière, il est rarement parlé en France; il en est à peine question dans les discours ou allocutions prononcés chaque dimanche à l'occasion de multiples solennités. Cependant, il eût été naturel de suivre, après la guerre, la plupart des gouvernements européens.

Nous avons été absorbés, je le sais, par d'autres préoccupations, par la nécessité de reconstituer des régions dévastées, puis de relever le franc, douloureusement atteint. Cette raison dominante explique seule, messieurs, ce phénomène paradoxal d'amnésie, dont la conséquence est la suppression de certains termes. On en usait ainsi, jadis, avec la syphilis, maladie « honteuse », dont le nom n'était pas prononcé.

Cependant, l'intoxication par l'alcool, les essences, les stupéfiants, est génératrice de nombreuses maladies, aux appellations les plus diverses. L'alcoolisme et ses conséquences sont rayés en fait des statistiques officielles et des nomenclatures des causes de décès mais leurs ravages n'en subsistent pas moins dans les organismes.

Comment ne pas voir là une des principales causes de déchéance, puisque notre mortalité et notre morbidité sont supérieures à celles des autres peuples ? La consommation de l'alcool — écoutez ces chiffres connus, officiellement affirmés — atteint près de 20 litres par an et par habitant, sans tenir compte de la fraude qui double ce chiffre.

La France tient la tête — record peu enviable — de toutes les nations d'Europe et du Nouveau-Monde avec ses 500.000 cabarets, ses 3.250.000 bouilleurs de cru. Il y a aussi les 2 milliards consacrés à la seule dépense de l'alcool de bouche, les 350 ou 450 millions de journées de travail perdues, les 3 milliards en-

gloutis dans les dépenses inutiles occasionnées par l'alcool et ses déplorables conséquences.

Je n'insiste pas davantage, mais je le dis, il existe une question de l'alcool dans ce pays, comme il existe une question du logement, de l'alimentation, de la tuberculose, des maladies vénériennes ; une politique de la santé s'impose.

Il y a un problème total de la vie française à envisager ; vous ne pouvez rien en distraire ; nous ne cesserons de le répéter.

L'alcool et l'alcoolisme, les spiritueux, « l'apéritisme » — passez-moi ce néologisme — redeviennent les grands ennemis, non seulement de la santé publique, mais encore de nos produits naturels, de nos vins, de nos boissons hygiéniques.

Qui ne connaît les ravages, pour ne citer qu'un exemple, des apéritifs anisés, de ce renouveau, malgré la loi, de « l'absinthisme » qui s'abat sur tant de régions; qui ne connaît la nocivité de ces divers breuvages à base d'essences variées, séduisants autant que dangereux, qui meurtrissent implacablement les cerveaux de ceux qui s'y adonnent ?

Et l'étranger, toujours bien accueilli, ne cesse de nous inonder de ses poisons, chassés de son territoire, sans que nous protestions jamais ! Il y a moins d'ivrognes inoffensifs, mais un plus grand nombre d'intoxiqués, de malades du cœur, du foie, du rein ou du poumon, du système nerveux. La dipsomanie gagne la France.

Combien les médecins voient-ils chaque jour de malheureux ignorant leur propre état, victimes d'une intoxication inconsciente !

Allons-nous rester impassibles et inactifs à l'heure où une loi capitale va s'appliquer à la moitié des Français, alors que beaucoup d'assujettis sont frappés de maux évitables et que nous avons le plus grand intérêt à limiter les risques ? La question devra être résolue : c'est là une question gouvernementale au premier chef. Une lutte sérieuse, courageuse contre tous ces maux nous permettrait de récupérer des milliards ; et nous retrouverions, dans nos populations, des organismes solides et vigoureux.

Messieurs, ma tâche est ingrate. Le Sénat me permettra cependant de la poursuivre, (*Parlez ! parlez !*) elle me tient à cœur. Lorsque j'évoque devant vous ces misères, je traduis certainement vos pensées, en invoquant des faits et des exemples bien connus. *Très bien !*)

L'hygiène sociale est, chez nous, presque inexistante, au regard de l'Angleterre, de l'Allemagne, des Etats-Unis et des pays de moindre importance tels que la Suisse, les Pays-Bas, le Danemark, les pays scandinaves. Il suffit de voyager hors de France, pour s'en convaincre. Qui n'éprouve un sentiment de tristesse d'inquiétude, lorsque nous entrevoyons une politique internationale ébauchée sur la faiblesse numérique de la France ? (*Très bien ! très bien !*)

Les misères qui nous inquiètent fauchent le capital humain en pleine sève, sèment le malheur au foyer.

Un programme de relèvement, de défense sanitaire s'impose au pays. Il est facile à réaliser ; la France est riche en œuvres diverses, auxquelles manquent seulement la cohésion et l'unité d'action.

La loi d'assurance sociales prévoit des disponibilités. Il est dit à l'article 33 :

« Les caisses d'assurances peuvent également employer leur solde soit à créer ou développer des hôpitaux, sanatoria, dispensaires, maisons de convalescence ou de retraite, gouttes de lait, terrains de jeux et autres institutions d'hygiène sociale ».

Les caisses devront à cet égard être encouragées, mais elles devront user de prudence, avoir pour ces créations des conseillers avisés qui ne laisseront rien au hasard.

Il faut enfin un programme de Gouvernement : l'habitation ouvrière, la transformation des logements insalubres, les jardins et les cercles ouvriers, la bonne utilisation des loisirs ouvriers, le développement des œuvres maternelles et infantiles, en seront les principaux chapitres, avec la lutte entreprise contre les principaux fléaux sociaux, au premier rang desquels se placent l'éthylisme et les stupéfiants meurtriers.

Alors, nous aurons l'argent nécessaire ; l'équilibre financier sera solidement établi, maintenu par cet autre équilibre physiologique et vital. S'il est besoin de ressources complémentaires, nous les demanderons. Les *beati possidentes* ne sauraient, dans ce pays, se retrancher derrière une richesse dangereuse quand elle ne s'emploie pas, dans une large mesure, à l'amélioration du sort des travailleurs.

Nous avons à pied d'œuvre tous les éléments de réalisation ; il suffit d'en faire un emploi convenable. (*Très bien ! très bien !*)

D'abord, nous sommes instruits, nous savons et c'est heureux : « L'ignorance, a dit un de nos grands écrivains, est la plus dangereuse des maladies et la cause de toutes les autres. »

Le pays n'admettrait pas, en matière d'assurances, une politique hésitante, de pure façade ; il ne pourrait pas vivre davantage dans cette tunique de Nessus, tissée de maux et de misères. Ayons tous, Gouvernement et Parlement, messieurs, un réveil de volonté, de courage, et s'il en est besoin, d'audace, pour le vote rapide de ces mesures de salut public. Jamais le besoin d'une France saine, forte ne se fit plus impérieusement sentir que dans cette Europe troublée aujourd'hui. (*Très bien ! très bien !*)

Au début, ces mesures, qui figurent dans les textes législatifs de tous les pays civilisés, lèseront peut-être quelques intérêts particuliers ; mais elles seront approuvées, applaudies par la nation entière lorsqu'elles en aura compris les avantages.

Nous nous rencontrons, pour l'élaboration de ce programme, avec les organisations les plus officielles. La conférence internationale du travail, qui siège à Genève, insiste dans ces termes sur la prévention des maladies :

« La plupart des maladies peuvent être prévenues;

une prévention vigilante est susceptible d'éloigner des pertes de capacité de production, de rendre disponibles les ressources qu'absorbent les affections évitables et d'accroître le bien-être matériel, intellectuel et moral des collectivités.

« L'assurance-maladie devrait faire pénétrer la pratique des règles d'hygiène parmi les travailleurs. Elle devrait pouvoir — d'après un plan d'ensemble coordonnant toutes les activités tendant à ce but — intervenir dans la lutte contre les maladies sociales et pour le relèvement de la santé populaire. »

Dans ce pays de bons sens, de logique et de mesure, la loi ne doit pas faire appel, pour son heureuse application, à une action brutale, mais à une autorité bienfaisante et persuasive ; c'est une condition de succès dans ce pays où l'Etat est faible. Ici, me revient en mémoire la parole d'un maître que citait tout à l'heure M. Paul Strauss. Duclaux, l'ancien directeur de l'institut Pasteur, disait : « Nous sommes dans un pays faible, où l'Etat remet facilement son épée au fourreau, lorsqu'il devrait s'en servir ».

Faisons en sorte de ne pas encourir un tel reproche.

M. A. Fallieres, *ministre du travail, de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales*..........

....

Cela nous conduit à dire que si nous voulons que la loi en discussion ait un meilleur sort, nous devons l'organiser de façon à ce qu'elle rencontre bon accueil auprès des intéressés.

M. Raoul Péret, l'autre jour, dans son très beau discours, avait trouvé une formule que je reprendrais volontiers à mon compte ; il disait : « Loi de contrainte, soit, mais sous une forme telle que les intéressés soient plus portés à l'accepter qu'à la subir. »

Ce fut la préoccupation de vos commissions. Elles se sont mises en rapport avec tous les groupements qui pouvaient avoir un intérêt quelconque dans l'organisation des assurances sociales : syndicats professionnels, mutualité, grands organismes agricoles, mutualistes et syndicalistes, et aussi les médecins.

On a dit très justement de ces derniers qu'ils étaient indispensables à la réussiste de la loi ; or, les médecins avaient des objections à formuler, ils avaient des inquiétudes en dehors de celle de cette dépréciation des services dont j'ai parlé tout à l'heure. Ils ne voulaient pas être considérés comme des fonctionnaires et, d'un autre côté, ils ne voulaient pas faire tous les frais de la loi. Ils entendaient que leurs consultations fussent rémunérées, puisqu'aussi bien il ne s'agissait plus d'assistance. Enfin, ils voulaient être défendus contre les abus que pourraient commettre certains d'entre eux par des procédés aussi malhonnêtes que nuisibles à la réputation de leur profession.

Satisfaction a été donnée au corps médical sur tous les points. On a admis le libre choix du médecin. Les tarifs médicaux à instituer seront librement discutés par les associations de médecins et les caisses au sein du conseil d'administration desquelles les médecins seront représentés ; enfin, il a été admis qu'ils exerceraient, par leurs propres organismes, le contrôle médical de l'assurance sociale.

Ne devons-nous pas, dans ces conditions, compter que les médecins apporteront à l'application de la loi le dévouement qu'ils ont toujours donné à la cause de la santé publique et aux œuvres de solidarité humaine ? (*Très bien ! très bien !*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr Pierre Roche, de Lyon. — M. le Dr A. Darier, de Paris. — M. le Dr Pierre Froidure, d'Amiens. — M. le Dr Bonnefoy, de Bourbon-l'Archambault.

— **Institut d'hygiène et de médecine coloniale de l'Afrique du Nord.** — Les enseignements supérieurs préparant au certificat de microbiologie et aux diplômes d'hygiène et de médecine coloniale commenceront le 4 novembre 1927, à la Faculté de Médecine d'Alger.

Ces enseignements sont identiques à ceux donnés dans les Instituts similaires des autres Universités de la Métropole.

Le diplôme universitaire d'hygiène est pris en grande considération par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, pour la désignation des candidats aptes aux fonctions de directeur de bureau d'hygiène ou d'inspecteur départemental d'hygiène. Il est, quelquefois, obligatoirement exigé pour les candidats qui se présentent à certains concours d'inspecteur départemental d'hygiène.

Le diplôme universitaire de médecin colonial fait bénéficier d'un droit de priorité pour être admis à faire un stage volontaire de deux années dans les troupes coloniales aux colonies (circulaire du 31 août, ministère des colonies) ; fait jouir d'une majoration de dix points dans les concours pour une place d'assistance médicale en Indo-chine (lettre du ministère des Colonies du 3 décembre 1926) : permet l'admission, sans concours, dans les cadres de médecin de colonisation, chargé des services des circonscriptions territoriales non rurales en Algérie (Arrêté du Gouverneur général du 20 avril 1914).

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur de l'Institut, Faculté de Médecine, 1, rue Lys-du-Pac. et pour les inscriptions au secrétariat de la Faculté.

— **La visite à Vichy des adhérents aux Journées médicales thermales de Clermont-Ferrand et de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** — Le banquet offert par la Compagnie fermière aux adhérents aux journées médicales thermales de Clermont-Ferrand et à la clini-

que médicale de l'hôpital Saint-Antoine, a constitué une importante manifestation scientifique.

Plus de 250 convives prirent place autour de tables magnifiquement dressées. M. Normand, secrétaire général de la Compagnie fermière, présidait, ayant à sa droite le professeur Castaigne, directeur de l'école de médecine de Clermont-Ferrand, et, à sa gauche, le professeur Loeper, de la Faculté de Paris. Au moment des toasts, M. Normand retraça les phases du développement de Vichy. Le Dr Chabrol, président de la Société des Sciences médicales de Vichy, dans une allocution également très applaudie, exposa les perfectionnements de la station au point de vue scientifique. Puis, le professeur Rimbaud, de la Faculté de Montpellier, fit un éloge applaudi du professeur Castaigne, de l'école de Clermont, et de Vichy, reine des stations thermales françaises.

Dans une brillante improvisation, le professeur Loeper définit la portée des journées médicales et spécialement l'intérêt de la visite à Vichy. Il lève son verre au directeur de l'école de médecine de Clermont, au directeur du *Centre médical* et au *Centre médical* lui-même. Le Dr Félix Ramond, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, décrit ensuite le rôle du Corps médical de Vichy et l'œuvre de la Compagnie fermière de l'Etat. On l'applaudit chaleureusement.

Après des toasts de M. Prevadourakis, médecin grec, et de M. Nicolin, médecin roumain, le professeur Castaigne clôt la série des discours par une remarquable improvisation à la gloire de Vichy et de Clermont-Ferrand, point de ralliement scientifique d'un ensemble d'études hydrologiques dont il trace un remarquable programme.

Ajoutons que deux des faits marquants de cet important V.E.M. furent les belles leçons faites par le professeur Castaigne et par le professeur agrégé Villaret. Celui-ci exposa magistralement la pathogénie et le traitement hydro-minéral de la lithiase rénale à Vichy.

— **VIe Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie.** — Le VIe Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie aura lieu à Bucarest le 29 et le 30 octobre 1927, dans le grand amphithéâtre de l'hôpital Coltea, sous la présidence du professeur Predescu-Rion (Cluj).

Rapports : 1° Corps étrangers trachéo-broncho-œsophagiens. Rapporteurs : professeur Belinoff (Sofia, Bulgarie) et Fotiade. 2° La syphilis de l'oreille. Rapporteurs : Tempea et Costiniu jeune.

Prière de faire parvenir au secrétaire général, M. L. Mayersohn, 81, Calea Mosilor, Bucarest, le titre ainsi qu'un court résumé des communications et des mémoires, avant le 1er octobre 1927, dernier délai.

— **Exposition internationale des stations hydrominérales, climatiques et marines.** — Un Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales s'ouvrira à Lyon le 5 octobre.

Les organisateurs ont eu l'heureuse pensée d'y adjoindre une Exposition internationale des Stations hydrominérales, climatiques et marines qui s'ouvrira, dans le Palais de la Foire, le 5 octobre pour se terminer le 16.

La présence à Lyon des autorités scientifiques et médicales qu'attirera la tenue du Congrès, les démarches faites auprès des gouvernements intéressés, les adhésions déjà reçues des stations les plus réputées promettent à cette manifestation le succès que méritent son opportunité et son originalité.

— **Laboratoire d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale.** — *Un cours de chirurgie expérimentale sur les voies urinaires*, en six leçons, par M. Boppe, chirurgien des hôpitaux, et M. Bayle, commencera le lundi 26 septembre, à 4 h. 30 de l'après-midi, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Ce cours sera fait en liaison avec le cours de chirurgie urinaire de M. le professeur agrégé Chevassu, à l'hôpital Cochin, du 19 septembre au 1er octobre 1927.

Inscriptions au Secrétariat de la Faculté. (Droit : 250 fr.).

— **Fédération internationale des organisations d'Eugénique.** — La prochaine conférence internationale portant sur des problèmes d'eugénique aura lieu à Amsterdam du 19 au 23 septembre 1927. Elle se tiendra en même temps que l'assemblée de l'Institut international d'Anthropologie.

Deux questions sont portées à l'ordre du jour : 1° les métissages humains, rapporteurs : Dr Davenport et Dr Myoen ; 2° la signification du terme « eugénique », rapporteur : Dr A. Govaerts.

Au cours de cette réunion, la Fédération des organisations d'Eugénique tiendra deux séances d'ordre administratif.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée** — *Billets d'aller et retour individuels à prix réduits pour les stations balnéaires, thermales et climatériques.* — Toutes les gares des grands réseaux français délivrent en 1re 2e et 3e classes, du 1er juin au 30 septembre, des billets d'aller et retour individuels à prix réduits pour les principales stations balnéaires de la Côte-d'Azur.

On peut également se procurer dans ces mêmes gares, du 1er mai au 25 juin et du 20 août au 30 septembre, des billets d'aller et retour individuels à prix réduits, d'avant et d'arrière-saison, pour les principales stations thermales et climatiques du réseau P.-L.-M.

Dans les deux cas, le voyage doit comporter un parcours simple d'au moins 300 kilomètres en 1re et 2e classes, d'au moins 500 kilomètres en 3e classe. La réduction est de 25 % en 1re classe, de 30 % en 2e classe pour un trajet simple de 300 kilomètres, de 30 % en 1re classe et de 25 % en 2e classe pour un parcours simple de 600 kilomètres. Elle est de 20 % pour un parcours simple d'au moins 500 kilomètres en 3e classe.

La validité des billets est de 33 jours. Pour les billets de stations balnéaires, elle peut être prolongée, deux fois de 30 jours, moyennant un supplément de prix de 10 % pour chaque prolongation.

Aucune extension de validité n'est accordée pour les billets de stations thermales et climatiques.

Le voyage de retour du billet d'avant-saison doit être effectué avant le 10 juillet.

En aucun cas, la validité des billets d'aller et retour individuels de stations balnéaires et de stations thermales et climatiques d'arrière-saison ne peut dépasser la date du 5 novembre.

D'autre part, les titulaires de billets délivrés dans les conditions qui précèdent doivent effectuer leur voyage de retour au plus tôt après un délai de 15 jours, compté du jour de départ, ce jour compris.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Le secret professionnel dans l'assistance médicale gratuite. Doit-on indiquer un diagnostic imprécis ?

A propos des bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite, en ce qui concerne l'indication du diagnostic des maladies traitées, qui doit être indiqué sur les mémoires d'honoraires, un confrère demande s'il peut inscrire un diagnostic quelconque (grippe, rhume, ou autre indication peu précise). De cette manière on donnerait satisfaction au préfet, tout en respectant le secret professionnel.

Personnellement, je ne saurais trop m'élever contre pareille manière de faire. C'est la politique de l'autruche, qui, pour ne pas voir, met sa tête sous son aile.

J'estime que le praticien doit choisir sa ligne de conduite.

Ou bien il a l'âme d'un fonctionnaire : il obéira à son supérieur et, pour pouvoir être payé, il déclarera la maladie *véritable* qu'il a soignée chez un indigent.

Agir autrement, c'est mentir. Il faut ou bien mentionner un diagnostic exact, ou ne rien mettre. Inscrire un diagnostic de fantaisie, c'est falsifier volontairement les statistiques, qui sont si chères, parce qu'inutiles, au cœur des bons fonctionnaires de tous ordres et de tous grades.

Mais, si le médecin est conscient des obligations imposées par l'exercice de sa profession, il refusera d'obéir à un préfet quelconque, qui n'a aucune qualité, ni pouvoir, pour modifier, à son gré, un article du code pénal, s'abriterait-il même derrière une circulaire émanant d'un ministre mal informé, qui a méconnu le droit.

En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, je ne saurais trop répéter à mes confrères qu'ils risquent l'amende et la prison (article 378 du code pénal), s'ils dévoilent un diagnostic, serait-ce même à un médecin administratif.

Qu'on change cet article du code pénal, qu'on l'abroge ou qu'on en diminue la portée, si l'on veut ; mais pour ce faire, il faut une loi et, tant que cette loi ne sera pas votée, le silence le plus rigoureux doit être notre ligne de conduite.

Si le médecin a des difficultés pour se faire payer qu'il s'adresse au « Sou Médical », qui, actuellement, soutient plusieurs procès de ce genre devant les conseils de préfecture ; puis, les portera devant le Conseil d'Etat.

Mais j'estime qu'il faut dire la vérité, ou rien. Et la loi m'oblige à ne rien dire.

Si le médecin ne veut devenir ni un salarié, ni un fonctionnaire, qu'il s'adresse au « Sou Médical », pour faire respecter ses droits, devant toutes les juridictions, sans se laisser émouvoir par



des circulaires ministérielles ou préfectorales, qui, bien qu'écrites sur du beau papier, à en-tête impressionnant, oublient cependant qu'il existe encore des lois qui ne sont pas abrogées, alors que nul, en France, n'est censé ignorer la loi !

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Accidents.

2390. — Accident survenu à un facteur rural.

Un conseil s'il vous plait. Je viens de soigner un facteur rural des postes, victime d'un accident pendant le retour de sa tournée de distribution (chute de bicyclette : entorse du genou droit.

L'administration des postes lui a servi le traitement pendant les cinq mois qu'a duré son incapacité temporaire. mais lui a signifié (sans autres explications) qu'elle lui laissait les frais médicaux et pharmaceutiques à sa charge.

Par quelle loi sont régis les accidents survenus aux facteurs ruraux pendant leur travail ?

Dois-je établir une note d'honoraires selon le tarif des accidents du travail ou selon le tarif commun en vigueur ?

Dr R.

Réponse.

Une distinction est à faire, suivant que le facteur, victime de l'accident, appartient au cadre permanent ou au cadre auxiliaire des P. T. T.

Dans le premier cas, il s'agit d'un fonctionnaire et la loi sur les accidents du travail ne lui est pas applicable car il bénéficie, en vertu de la loi sur les pensions civiles, d'avantages qui ne peuvent se cumuler avec ceux de la loi du 9 avril 1898.

Dans le second cas, au contraire, on doit considérer le facteur comme l'employé d'une entreprise de transports, responsable des accidents dont peuvent être victimes ses employés au cours de leur travail, dans les termes de la loi du 9 avril 1898.

D'après les renseignements que vous nous donnez et l'attitude de l'administration, il semble bien que votre client a la qualité de fonctionnaire.

Il vous appartient donc de vous faire payer par lui, suivant votre tarif ordinaire de clientèle, sans pouvoir exercer aucune action contre l'administration des P. T. T.

2376. — Accident causé par un animal appartenant à un tiers.

Je donne actuellement mes soins à une dame de 65 ans qui a été victime d'accident assez grave provoqué par la vache de son voisin, assuré pour les

accidents causés aux tiers, aux Travailleurs Français. Ce voisin conduisait ses vaches et pria cette personne de les arrêter, ce qu'elle fit, mais à ce moment, l'une d'entre elles se jeta sur elle et la blessa avec ses cornes : contusion à la région abdominale et au cou. On pouvait redouter, en raison de la violence du choce, des complications viscérales ; aussi eut-elle de la glace pendant plusieurs jours, du champagne et comme prescriptions médicales des grains de Vals et des tablettes de sédobrol Roche. Je désirerais savoir si ces frais doivent être payés par l'assurance. Je le crois, mais étant donné que souvent les compagnies d'assurances ergotent dans le règlement des accidents du travail au sujet des prescriptions purement médicales, je désirerais être fixé d'une façon précise et savoir ce qu'en décide la jurisprudence.

Je sais bien qu'on peut, à propos des prescriptions médicales, invoquer qu'il s'agit de spécialités, je pourrais aussi bien naturellement prescrire par exemple pilules d'aloés composées (grains de Vals) et solution de Na Br (sédobrol), mais je pense que même formulée sans spécialité, une ordonnance de produits purement médicaux serait probablement non acceptée par l'assurance.

Enfin, il reste la glace et le champagne ; que faut-il faire ? faut-il que la blessée se contente d'avoir des reçus des dites fournitures et les fournisse, à la guérison, à la compagnie ou plutôt à l'assuré qui, en l'occurence, est responsable en cas de défaillance de la compagnie.

Je pense que nous pouvons avoir, à défaut de celle-ci, un recours contre l'assuré.

Dr G.

Réponse.

L'accident n'aurait le caractère d'un accident du travail que si la victime était le préposé, le salarié, du propriétaire de l'animal. Mais il n'en est pas ainsi, puisque la blessée n'était liée au propriétaire par aucun contrat de louage de service et qu'aucun lien contractuel n'existait entre eux.

Dans ces conditions, il s'agit purement et simplement d'un accident de droit commun, auquel sont applicables les règles de la responsabilité civile posées par l'article 1385 du Code civil (responsabilité du fait des animaux que l'on a sous sa garde).

Il en résulte : 1° que la blessée est en droit de réclamer au propriétaire de l'animal la réparation de l'intégralité du préjudice subi par elle, au lieu de l'indemnisation forfaitaire de la loi sur les accidents du travail ; 2° que vous n'avez pas d'action directe contre le propriétaire de l'animal en paiement de vos honoraires ; 3° que vous ne pouvez vous faire payer que par votre cliente seule, et que vous n'avez pas d'autre tarif à appliquer que votre tarif habituel de clientèle de droit commun.

Vous devrez simplement remettre à votre

cliente un reçu détaillé de vos honoraires, ce qui lui permettra de les comprendre dans sa demande d'indemnité globale.

En ce qui concerne les fournitures pharmaceutiques et le traitement que vous avez prescrit (glace, champagne, spécialités, etc.), l'assurance n'avait pas à donner un avis quelconque. Tous ces frais devront être compris dans l'indemnité réclamée, sur justification des dépenses faites, et de leur utilité résultant de vos ordonnances.

2247. — Soins après consolidation de la blessure. Décès du blessé.

Je donne mes soins à un ouvrier victime en septembre dernier d'un accident dans son travail : il s'agirait, entre autres blessures d'une fracture de la colonne vertébrale. Actuellement, il y a paraplégie complète, avec parésie des sphincters. Je n'ai pas encore donné le certificat de consolidation ; évidemment je ne peux que conclure à 100 p. 100 d'invalidité ; mais il peut survenir chez ces blessés, des complications tardives, pouvant entraîner la mort.

1° Dans le cas de complications survenant après que j'aurais donné le certificat de consolidation, le blessé aura-t-il droit aux soins médicaux et pharmaceutiques ?

2° En cas de mort, à la suite de ces complications, à échéance plus ou moins lointaine, APRES *délivrance* dudit certificat de consolidation, la veuve aura-t-elle droit à pension ?

Dr V.

Réponse.

Les frais médicaux et pharmaceutiques constituent un accessoire de l'indemnité temporaire et cessent d'être dus en même temps qu'elle. Il en résulte que, lorsque la consolidation de votre blessé sera acquise et qu'une rente aura été substituée à son demi-salaire, tous les frais médicaux et pharmaceutiques seront à sa charge, sans recours possible contre le patron ou l'assurance.

Si le blessé vient à décéder par suite des conséquences de l'accident, la veuve pourra introduire une instance en révision pour se faire attribuer une pension de veuve, à la condition que le décès soit survenu et l'instance introduite dans les trois ans au plus tard de l'accord intervenu entre les parties pour l'attribution de la rente au blessé, ou de la décision judiciaire attributive de rente passée en force de chose jugée. Si le décès survient après l'expiration de ce délai de trois ans, la veuve n'aura droit à aucune indemnité.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

2282. — Enfoncement des maxillaires supérieurs.

J'ai été appelé à soigner un accidenté, qui avait tout un enfoncement de la face par projection d'une grosse barre métallique. Fracture bilatérale transversale des deux maxillaires supérieurs, avec bascule et profond enfoncement de toute l'infrastructure du massif osseux. Sous anesthésie générale j'ai dégagé, libéré, désengrené le bloc fracturé et luxé, l'ai replacé en bonne position, et je vais envoyer le blessé à Paris, chez mon maître Sébileau pour application d'un appareil prothétique, qui assurera la conservation de l'articulé dentaire.

Je néglige les soins accessoires, pansement des larges plaies contuses de la face, etc.

Combien dois-je demander à l'assurance pour mon intervention ?

D^r P.

Réponse.

Aucune rubrique du tarif ne s'applique à votre cas. Nous ne pouvons donc chercher que des analogies. En somme, il s'agit de réduction de luxation, aussi je trouverais une analogie équitable avec « réduction de luxation de coude, épaule, rotule, par la *méthode sanglante* : 200 fr. » (article 19)

II

2105. — Visite dite « de contrôle ».

Dans un cas grave, le médecin de la compagnie prend rendez-vous par téléphone pour une contre-visite le soir même. Quel tarif appliquer ? Art. 3 a ? ou bien art. 5, puisque aucune des prescriptions prévues à l'art. 3 a n'ont été remplies ?

D^r A.

Réponse.

Une contre-visite de médecin de la Compagnie n'est pas une « consultation entre confrères », mais, quel que fût le *modus agendi*, c'est toujours la visite de contrôle indiquée à l'article 3 : *a*), qui doit être rémunérée au prix de la visite ordinaire, avec une majoration de 50 %.

F. D.

III

2117. — Extractions multiples.

Je vous serais reconnaissant de me dire ce que je dois compter comme pansement pour un accident semblable, *éclatement d'une mine* ayant criblé le dos, hanches, fesses, mains, poignets de l'accidenté. Voici du reste mon certificat détaillé. Ces pansements me prennent 3/4 d'heure à une heure. C'est un véritable maillottage. Chacun de ces jours, extrait des pierres, des morceaux d'étoffe profonds, superficiels un peu partout.

En plus premier jour, certificat simple, pansements multiples.

Deuxième jour, certificat détaillé (*sérum antitétanique, huile comphrée, caféine*).

Troisième jour, pansements multiples, poignets, avant-bras, dos, fesses, cuisses, mollets, bourses, etc.

Quatrième jour, antitétanique. Pansements *idem. Double du certificat.*

Tête : pas de lésions.

Bras gauche : *main gauche*, multiples éclats *tous les doigts* sauf l'index sont touchés. *Avant-bras gauche* plusieurs éclats.

Bras droit : plaie du *coude* assez profonde ; *main droite* : face dorsale multiples éclats, poignet : une vingtaine d'éclats en cercle autour du cubitus.

Tronc : quelques éclats le long de la colonne vertébrale ; multiples éclats au coccyx.

Hanche droite, fesse droite absolument criblés de plaies et d'éclats, quelques uns superficiels ; quelques-uns profonds.

Mollet droit criblé d'éclats.

Hanche gauche et fesse gauche criblées ; un éclat à la base des bourses ; morceaux d'étoffe et cailloux à extraire un peu partout. Pansement excessivement longs à faire.

Etat général choc et commotion, poumons, respiration rapide, pouls fréquent, état très grave.

D[r] P.

Réponse.

1° D'abord, chaque fois que vous avez eu à faire des extractions multiples de corps étrangers, il ne s'agit plus de pansements à compter, mais d'extractions. Dans ce cas, d'extractions multiples, comptez de 20 à 60 francs, suivant ce que vous avez eu à faire, en donnant toutes explications *détaillées* à la Compagnie, car il n'y a qu'un arrangement à l'*amiable* à prévoir en ce cas. De même, pour les pansements des premiers temps, quand il n'y aura plus d'extractions à compter ;

2° Quant aux certificats, je les vois trop près l'un de l'autre pour ne pas devoir se confondre et je ne compterais qu'un certificat détaillé, d'origine, à 10 francs (article 29).

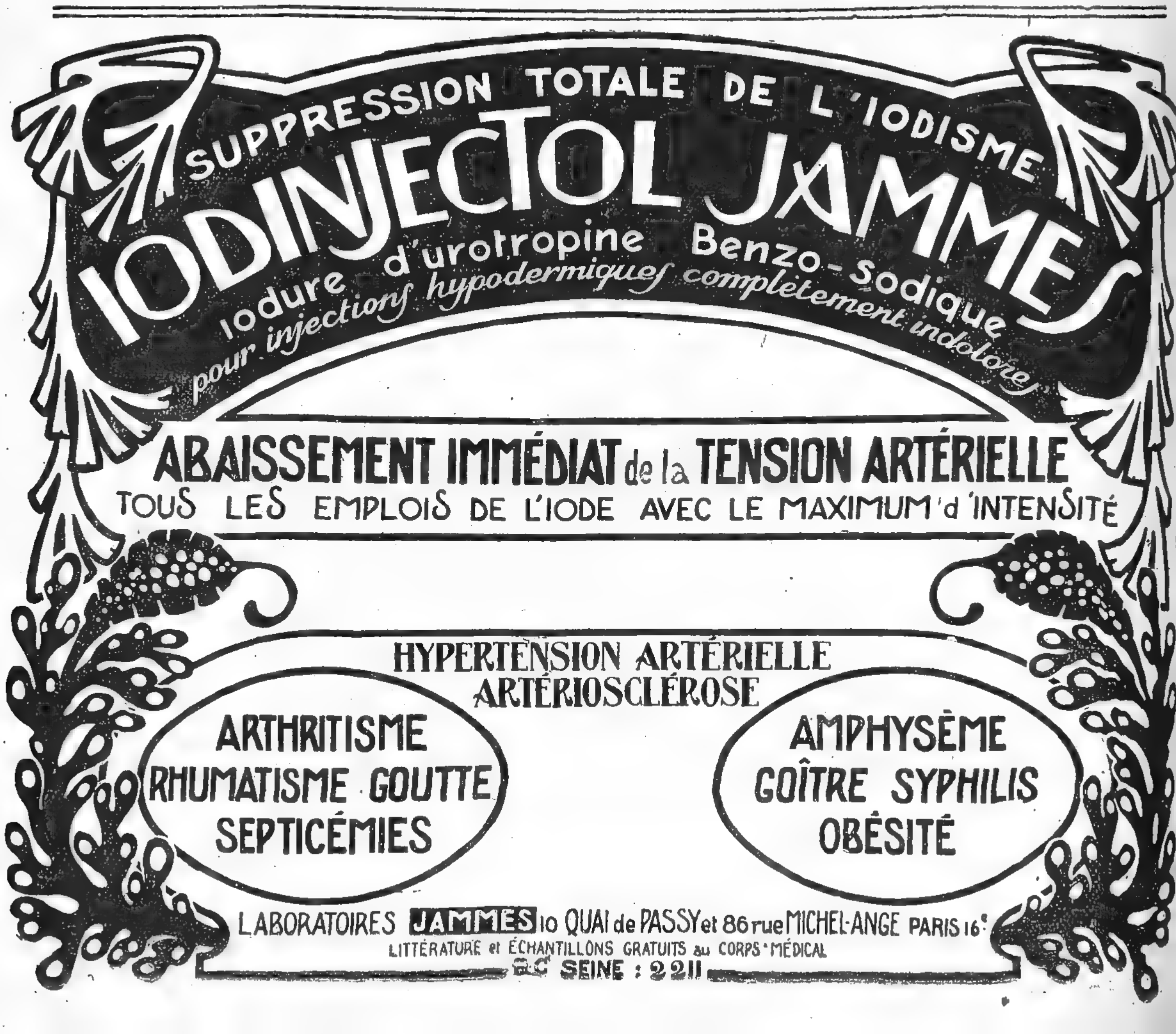
F. D.

IV

2210. — Ordonnances pour accidents du travail.

Je vous envoie ci-joint une lettre de compagnie d'assurances, me priant de vouloir prescrire telle catégorie de bandes plutôt que telle autre. D'autres compagnies refusent de payer au pharmacien des ordonnances contenant de l'Immunizol (bouillon-vaccin pour pansement).

Comme membre du *Concours médical*, je vous prie de bien vouloir me dire s'il existe des médicaments dont l'emploi n'est pas autorisé et s'il convient que je suive les indications données par les compagnies.



Je sais très bien que si j'ai l'air de vouloir céder, les réclamations seront continuelles.

Je ne me préoccupe pas d'habitude des questions touchant la fourniture des médicaments. Ceux-ci sont délivrés par le pharmacien de la localité. J'ordonne ce qui me convient, sans m'occuper de rien. Toutefois je voudrais autant que possible ne pas avoir d'ennuis à ce sujet.

Dr B.

Réponse.

Si vous acceptez d'être payé par le patron ou son assurance, vous ne pouvez ordonner que les médicaments ou fournitures qui se trouvent dans le tarif pharmaceutique des accidents du travail, de même que vous ne pouvez réclamer au patron que les honoraires inscrits dans le tarif médical..... A moins que vous ne vous fassiez payer *directement par le blessé*, comme c'est votre droit, suivant votre tarif habituel, quitte à lui à se faire rembourser en partie et suivant les tarifs ci-dessus par son patron ou l'assureur substitué à celui-ci.

F. D.

III

2163. — Certificats en double.

Toujours éclairé précieusement par vos conseils, je serais désireux de savoir ce que je dois compter le second certificat fait ce jour.

Un juge de paix m'a dit une fois que ce second certificat n'étant qu'une copie du premier ne pouvait être tarifé au même prix.

Dr D.

Réponse.

1° La lettre de la Compagnie, que vous me communiquez, ne demande pas *deux* certificats, mais dit que le patron doit déposer à la mairie trois pièces : *a*) une déclaration de certificat ; *b*) une déclaration de dépôt de certificat médical ; *c*) le certificat médical signé, celui-là, par le médecin, les deux premiers l'étant par le patron. Et ce que demande la Compagnie est conforme à la jurisprudence.

2° Au cas où la Compagnie, ou le patron, ou l'ouvrier, vous demanderait un second certificat, c'est au demandeur, quel qu'il soit, qu'il appartient de payer ce second certificat, le même prix que le premier.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

2015. — La rétroactivité de l'augmentation du tarif.

Le tarif Maginot, pensionnés de guerre, vient d'être augmenté de 2 fr. à partir du 1er janvier. Or le décret a paru le 22 avril et nos notes du 1er trimestre ont été remises obligatoirement le 1er avril au tarif de 8 fr., après l'apparition du décret. Va-t-on nous faire

l'augmentation d'office de nos notes du 1er trimestre ou faut-il demander qu'on nous applique l'augmentation ? Dr P.

Réponse.

L'augmentation de deux francs a effet rétroactif à partir du 1er janvier 1927 et c'est l'administration même qui doit rectifier les chiffres fournis par le médecin traitant d'après le tarif précédent. Ce n'est que dans le cas où la rectification ne serait pas faite qu'il y aurait lieu d'agir, mais c'est peu probable.

F. D.

Fiscalité.

2079. — Augmentation des impôts. Base de la contribution personnelle mobilière.

Voulez-vous me donner les renseignements qui suivent, soit à titre individuel, soit dans la correspondance de votre estimable journal.

Je suis imposé de 2515 fr. au titre contributions directes et patente, plus du double de l'an dernier.

J'ai un loyer de 4250 fr., augmenté de 1500 fr. depuis l'année dernière.

Mais si l'administration tient compte à son avantage de l'augmentation du taux du loyer, elle laissé d'une année à l'autre le taux du loyer matriciel au même chiffre : 750 francs.

Le loyer matriciel n'est-il pas celui qui concerne les pièces professionnelles. Or, j'ai trois pièces professionnelles sur les cinq que renferme mon appartement et elles constituent plus de la moitié du taux du loyer.

Pour me résumer, l'impôt de 2515 fr. (plus que doublé, puisqu'il était de 1215 fr. en 1926) est-il juste, eu égard à un loyer non point doublé, mais augmenté de plus du tiers et étant donné que dans ce loyer de 4250 le loyer professionnel (est-ce le même que le loyer matriciel) doit compter pour 2800 à 2900 fr. environ.

Dr B.

Réponse.

L'augmentation de vos impôts provient d'une part de la majoration de votre loyer, et, d'autre part, de ce que le centime de 1927 est supérieur à celui de 1926.

Le loyer matriciel sert de base à la contribution personnelle-mobilière qui frappe uniquement les locaux d'habitation et non pas, comme vous le supposez, les locaux professionnels.

A. M.

1960. — Base de la patente.

1° La valeur locative, servant de base à l'établissement de la contribution des patentes, peut-elle et doit-elle comprendre, en plus du prix du loyer

mentionné dans le bail : le montant des droits d'enregistrement du bail et le chiffre des impôts fonciers lorsque le locataire est astreint à le payer d'après le bail ?

2° Le locataire ayant à sa charge la contribution foncière de l'immeuble qu'il occupe ne peut-il obtenir sur ce chiffre, la réduction pour charges de famille d'après le nombre de ses enfants à lui plutôt que d'après le nombre des enfants du propriétaire ?

Voici les documents : j'ai un bail de 3300 avec clause laissant les impôts à ma charge. A la fin de ce bail la note suivante : « Pour la perception des droits d'enregistrement, les *charges* sont évaluées à quarante francs, et il est déclaré que pour la présente année, les impôts fonciers se portent à la somme de 209 fr. 03... et l'enregistrement des présentes est requis par périodes triennales. »

Ma patente de 1925 était basée sur une valeur locative de 3300 (v. plus haut). Celles de 1926 et 1927 sont basées sur.... 4000 fr.

Sur ma demande en réduction, l'an dernier, le contrôleur m'a offert de la ramener au chiffre de 3549 soit 3300 + 249 (v. plus haut).

Comme je refusais encore, il m'a reporté à 4.000 en me faisant réclamer à la préfecture sans autre explication.

Je n'ai pas encore la réponse de la préfecture, mais ma nouvelle feuille d'impôts est bien de nouveau basée sur 4.000 fr.

D'autre part j'ai 5 enfants et ma propriétaire 2. Ne puis-je obtenir une réduction pour charges de famille personnelle sur l'impôt foncier qui m'incombe d'après le bail !

En résumé, la patente est-elle basée :

1° Sur le prix du loyer ;

Plus 2° les droits d'enregistrement du bail ;

Plus 3° les impôts fonciers afférant à l'immeuble ?

Dr Y.

Réponse.

Le loyer servant de base au droit proportionnel de patente ne doit être majoré que de la contribution foncière mise à la charge du locataire et non pas des droits d'enregistrement du bail.

Le locataire ne peut obtenir la réduction de la contribution foncière en raison de ses charges de famille personnelles, seules celles du propriétaire peuvent être retenues.

A. M.

2152. — Point de départ de la patente.

Ayant dû remettre mon premier poste pour raison de santé, j'espère pouvoir en reprendre un autre dans les derniers mois de l'année. Mais au cas où je reprendrais un poste en novembre, aurai-je à payer la patente pour l'année entière ? Quelles démarches devrais-je faire pour l'éviter ?

Dr X.

Réponse.

Si vous ne recommencez à exercer qu'à partir de novembre, vous ne serez imposé à la patente que pour les deux derniers mois de 1927 et non pour l'année entière.

A. M.

2144 — Pas de pourcentage pour les dépenses professionnelles.

Je viens de recevoir du contrôleur des contributions directes de mon canton une petite note concernant la déclaration de mes revenus professionnels.

Dans cette note il me dit en particulier et c'est sur ce point que je demande votre avis, que les dépenses ne doivent pas représenter plus de 40 % des recettes.

Dr B.

Réponse.

Rien n'autorise le contrôleur à fixer à 40 % le taux des dépenses professionnelles par rapport aux recettes, mais il a le droit de vous demander la justification de ces dépenses et vous ne sauriez vous soustraire à cette obligation sans vous exposer à être taxé d'office.

A. M.

2109. — Patente d'un médecin sanitaire maritime.

Abonné au *Concours médical* faisant partie du « Sou médical », je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me renseigner sur ma patente : je suis médecin sanitaire maritime, je n'exerce jamais à terre mais seulement à bord, au service de ma compagnie.

Mon appartement ne sert uniquement qu'au logement de ma femme et moi.

Le contrôleur m'impose pour une patente basée sur la totalité de mon appartement.

1° Dois-je payer cette patente ?

2° Si oui, puis-je obtenir un dégrèvement pour les pièces occupées par ma femme ?

Dr P.

Réponse.

La patente est basée sur la valeur locative totale de l'habitation du patentable sans qu'il y ait lieu de déduire une fraction quelconque correspondant à la valeur locative des locaux occupés par les membres de sa famille.

Mais si vous avez vis-à-vis de la Compagnie générale transatlantique, la situation d'un véritable employé salarié, vous pourriez demander l'exonération totale de la patente. Il est entendu que vous ne pouvez prétendre à cette exonération si des honoraires vous sont payés par les passagers.

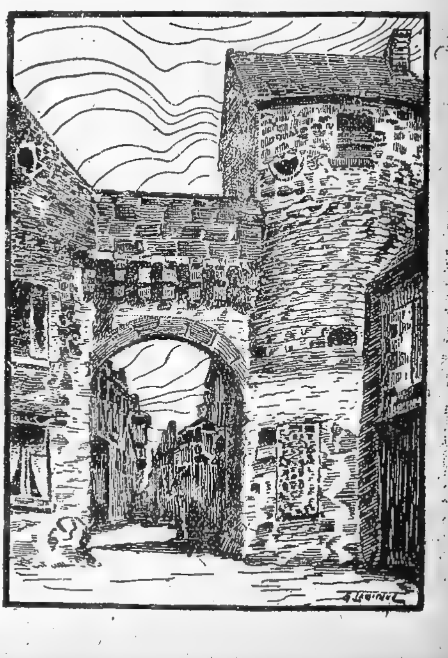
A. M.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1918-IV)



(Suite du Sommaire)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon, Rozet
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier, Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Richard, de Pithiviers, la somme de cinquante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 407. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 408. — Par suite décès, client. médic. à céd. sur l'Ouest à 60 km. Paris. Log. assuré. Recet. 30.000.

No 409. — Préchacq-les-Bains, Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

No 410. — Doct. act. et jeune, cherche à repr. ou à collaborer clin. méd. sérieuse, sanator. ou aff. paramédic.

No 411. — Dame posséd. diplôme infirm. et ayant meill. réf., cherche situat. soit dans clinique ou chez

doct., ferait office de secrét. accompagn. malade ou enfants. Mme Desmarais, 15, rue des Ecoles, à Sèvres (S.-et-O.).

N° 412. — Tuberculeuses curables, anémiées, prises en pension et trait. en très pet. nombre, chez ancien médec. de sanator. et de dispens. antituberc. habitant belle et saine région du Périgord.

N° 413. — A vendre, en parfait état, nombreux ouvrages de médecine. Dem. liste au Dr Leclère, 5, rue du Trésor, à Reims.

N° 414. — 9.000 fr. Donnet-Zedel, 7 CV, 3 pl. trèfle 1925, carross. et mécanism. en très bon état. Cause double emploi.

N° 415. — 50 km. Paris, rég. grande culture, client. facile et agréabl., grande maison, jardin, loyer 1.300, bail à courir. Rapport 47.000. Indemn. 25.000, compt. à débatt.

N° 416. — A vend. 16.000, 8 CV Herstal, moteur et châssis sortant de révision, avec 2 carrosseries, cond. int. 2 ou 3 pl. torp. 4 p. Etat neuf. Dr Bourgarel, à Villers-sur-Marne (S.-et-O.). Photos sur demande.

N° 417. — A vend. 1 bicycl. Peugeot, roue libre, bon état, 300 ; 1 Vest-Pocket-Kodak, parf. état, 100 ; 2 réchauds Ultimus à gaz de pétrole, tout cuivre, l'un trois becs, 60 ; l'autre 1 bec, 40 fr., tout neufs.

N° 418. — A céd. de suite dans condit. très intéres., pharmacie de création récente, à 50 km. de Lyon, chef-lieu cant., pays riche et agréable. Affaire 100.000, frais minimes, bénéfices très intéress., suscept. d'un gros développ.

N° 419. — Touraine. A céd. cause décès poste méd. génér., chirurgie, accid. trav. et usuel, ville 5 à 7.000 habit. agglom. et environs. Rapp. import. grande belle mais. conf. moderne, jardin, garage. Bail à discut., collection import. d'instrum. de chirurgie. Divers appar. électr. et autres. S'ad. à M. Ed. Picard, avocat à Loches (I.-et-L.).

N° 420. — Normandie, local. très agréab., anc. poste, rapp. 100.000 env. grande maison, à céder d'urg. 45.000 dont 25.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 421. — Nord-Ouest, jolie plage fréquentée, doct., mettrait à la disp. de confrère, appart. meublé, locat. 3.500. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 422. — Banlieue, sanator. tubercul., 60 malades, grande propriété avec parc, affaire 600.000, condit. de cession à débat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1,rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec regret la mort de Mme Cordier, née Castanié, femme de M. Gabriel Cordier, Président du Conseil d'administration de la Compagnie P.-L.-M., Régent de la Banque de France. Les obsèques ont eu lieu à Saint-Genis-Laval (Rhône), le 8 juillet.

— **Les épidémies.** — On signale des épidémies de diphtérie dans la commune de Sauveterre (Haute-Garonne) et à Sainte-Marie-en-Chanois (Haute-Saône).

— **Académie des Sciences.** *Election.* — M. le Dr Carrel, du Rockefeller Institute, est élu membre correspondant pour la section médecine et chirurgie.

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. Perrot est élu membre titulaire dans la section pharmacie.

— **Comité consultatif des chemins de fer.** — Le Ministre des Travaux publics a fait connaître à l'Académie de médecine que l'organisation nouvelle du Comité consultatif des chemins de fer comprendra, à la section technique, un docteur en médecine proposé par l'Académie et choisi par le Ministre sur une liste de trois noms.

MM. Gley, Roger et de Lapersonne ont été désignés par l'Académie.

— **Monument à la mémoire de l'aviateur Robert Thierry.** — Le 4 juillet, avait lieu à Villacoublay l'inauguration du monument élevé à la mémoire du pilote aviateur Robert Thierry, le regretté fils du Dr Thierry, secrétaire général de l'Association Générale. Tout le monde a encore présente à la mémoire la mort de ce héros de l'air et les circonstances du tragique accident qui en fut la cause, au cours d'un raid sensationnel. Une foule recueillie se pressait autour de la stèle portant le buste du célèbre pilote en tenue de vol.

Après quelques paroles émouvantes de M. Bréguet, constructeur, des représentants de l'aéroclub de France de la Société des pilotes civils et du maire de Saint-Mihiel, après quelques minutes de recueillement, prit fin cette cérémonie si simple dans sa grandeur.

Nous renouvelons, au Dr Thierry et à sa famille, l'expression de notre très vive sympathie et nos sincères condoléances.

M. V.

— **Umfia.** — Nous apprenons avec grand plaisir que M. Aristide Briand, Ministre des affaires étrangères, vient d'accorder à l'Umfia le haut patronage de son ministère, à la demande personnelle de M. Albert Sarraut, Ministre de l'Intérieur, auprès de qui M. le Dr Cambiès, médecin consultant à Châtel-Guyon et membre du conseil de l'Umfia, avait fait une démarche toute amicale.

Cette société vient également de recevoir le patronage de M. Charlety, le nouveau et éminent recteur de l'Académie de Paris.

— **Congrès des aliénistes et neurologistes, de Blois.** *Réduction de tarif sur les chemins de fer.* — Les adhérents au Congrès des aliénistes et neurologistes, qui se tiendra fin juillet à Blois, pourront bénéficier d'une réduction de 50 % sur les chemins de fer français (tarif plein à l'aller, plus impôt ; gratuité au retour) sous condition d'un parcours d'au moins 50 km. Ecrire, à cet effet, d'urgence, au secrétaire général du Congrès (Dr Olivier, à Blois) en joignant 1 fr. pour frais de correspondance (3 fr. pour l'étranger).

— **XIXe Congrès français de médecine** (Paris, 11-15 octobre 1927). *Exposition artistique.* — Le Comité du XIXe Congrès de médecine a décidé qu'une exposition artistique groupant, d'une part des tableaux et gravures ayant trait à la vaccine, et d'autre part des portraits, silhouettes et caricatures de médecins contemporains, y serait adjointe. Nos confrères qui désireraient y participer gracieusement, sont priés de s'adresser à M. le Dr Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe). Joindre un timbre pour la réponse.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — Composition écrite. Séance du 29 juin. — Question donnée : « Artère axillaire sans histologie. » — Séance du 30 juin. — Question donnée : « Etude clinique du rétrécissement mitral pur. Symptômes, évolution, complications. »

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Gastro-entérologie.* — Le Dr René Gaultier, ancien chef de clinique, fera à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, du 25 au 30 juillet, une nouvelle série de démonstrations de gastro-entérologie (gastrotonométrie, analyse fractionnée du chimisme gastrique, tubage duodénal, coprologie clinique). Droit : 150 fr. Inscription salle Magendie, à l'hôpital Saint-Antoine.

— **Faculté de médecine de Lille.** *Prosectorat.* — Le récent concours de prosectorat s'est terminé par la nomination de M. Minne.

— **Faculté de Bordeaux.** *Clinicat.* — M. le Dr Delmas-Marselet est nommé chef de clinique médicale.

— **Ecole de médecine de Rouen.** — M. Pierre Cerné est nommé, après concours, professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicales et obstétricales.

— **Bureau d'hygiène de Versailles.** — Le bureau municipal d'hygiène de Versailles est déclaré vacant. Traitement de 16.000 à 18.000 fr., plus 3.000 fr. de cherté de vie. S'adresser, 7, rue Cambacérès (6e bureau, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques.)

A TRAVERS L'OFFICIEL

7 juillet.

Ministère de l'instruction publique et des beaux arts.

Avis de concours pour un emploi de chef de travaux à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 6 juillet 1927, un concours s'ouvrira, le 8 novembre 1927, au siège de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Avis de concours pour un emploi de professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 6 juillet 1927, un concours s'ouvrira, le 12 janvier 1928, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Examens d'Etat d'infirmières.

Par arrêté ministériel en date du 27 juin 1927, une session d'examen d'Etat a été ouverte, à Paris, pour les infirmières hospitalières et les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance.

Ce même arrêté a désigné le jury d'examen.

Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux arts,

Vu l'arrêté du 26 mars 1912 relatif aux fonctions de chef de travaux anatomiques de la faculté de médecine de l'université de Paris ;

Vu l'avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique,

Arrête :

L'article 2 de l'arrêté susvisé du 26 mars 1912 est complété ainsi qu'il suit :

« Dans le cas où la faculté estime suffisants les titres d'un candidat, le conseil de la faculté peut décider que la place ne sera pas mise au concours et que le candidat sera présenté directement à la nomination du ministre. »

Fait à Paris, le 4 juillet 1927.

Edouard HERRIOT.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Impôts à payer pour deux voitures qui ne sont jamais simultanément en service.

12128. — M. Paul BASTID, député, demande à M. le ministre des finances si un médecin, propriétaire de deux voitures automobiles qu'il conduit lui-même, n'ayant pas de chauffeur, qu'il n'emploie pas simultanément, mais tour à tour, l'une étant voiture de secours en cas de réparations et de panne de l'autre, est tenu de payer taxe entière pour ses deux voitures ou seulement pour une seule en ce cas la plus puissante. (*Question du* 10 *mai* 1927.)

Réponse. — Le contribuable qui, possédant deux automobiles se sert indifféremment de l'une ou de l'autre doit l'impôt sur les deux voitures, alors même que celles-ci ne sortiraient pas simultanément. Toutefois, quand les mutations ne présentent pas un caractère marqué de fréquence ou de périodicité ou qu'elles sont justifiées par des pannes ou des accidents, l'administration admet que l'impôt puisse frapper uniquement le véhicule de la plus forte puissance.

Exemption d'impôt foncier pour les dépendances d'une maison d'habitation nouvellement édifiée.

8152. — M. BABIN-CHEVAYE, sénateur, demande à M. le ministre des finances sur quel texte se base l'administration des contributions directes pour estimer que les dépendances d'une habitation, telles que buanderie, remise, écurie, bûcher, garage, etc., se trouvent placées sous le régime de la loi du 8 août 1890 et non sous celui des lois du 31 mars 1922 et 1er avril 1926 qui ont accordé aux immeubles édifiés dans certaines conditions une exemption temporaire d'impôt foncier, avantage réservé aux immeubles affectés à l'habitation. (*Question du* 19 *mai* 1927.)

Réponse. — Lorsqu'une maison d'habitation nouvellement édifiée remplit les conditions exigées pour bénéficier des immunités fiscales d'une durée de quinze ans prévues par l'article 31 de la loi du 1er avril 1926, celles-ci sont applicables, non seulement au corps principal de l'immeuble, mais aussi aux locaux à usage de buanderie, remise, écurie, bûcher, garage, etc., qui en constituent les dépendances immédiates.

Par contre, le propriétaire qui se borne à faire construire un bâtiment exclusivement affecté à l'un de ces usages ne peut prétendre aux mêmes immunités qui sont destinées à favoriser la construction de locaux d'habitation et il a droit seulement pendant deux ans à l'exemption d'impôt foncier prévue par l'article 9 de la loi du 8 août 1890 en faveur de toute construction nouvelle régulièrement déclarée. (*J.O.*, 9 juillet.)

Les taxes de séjour dans les stations thermales

Mon cher Confrère,

Dans le *Concours médical* du 26 juin, vous protestez avec énergie contre la taxe additionnelle de 10 % sur la taxe de séjour, qui vient d'être autorisée au profit des départements.

A la lecture de votre article, nos confrères étrangers vont se figurer que leurs clients envoyés dans nos stations sont frappés de taxes exorbitantes, et qu'il est préférable de les diriger vers des stations étrangères.

Il serait bon, je crois, de compléter votre article par une documentation qui apprendrait aux lecteurs quel est l'ordre de grandeur de la nouvelle taxe. La publication de quelques chiffres apaiserait les craintes que votre article auraient pu faire naître.

La taxe principale de séjour est, dans la plupart des stations, de 0 fr. 50 à un franc par jour pour les hôtels de second ordre dont le prix moyen de pension est de 30 à 50 francs. La taxe additionnelle départementale sera de 0 fr. 05 à 0 fr. 10 par jour, soit au total, de un à deux francs pour une cure de 20 jours. Je crois que même les clients de situation modeste, qui doivent prévoir une dépense minimum de 1.500 francs pour leur cure, peuvent supporter un super-impôt de 1 à 2 francs.

Pour les hôtels de premier ordre et les palaces, la taxe principale varie de 2 à 3 francs par jour ; la taxe additionnelle départementale s'élèvera, pour une cure de trois semaines, à la somme de 4 ou 6 francs. Elle représentera un impôt d'environ un demi pour mille sur les dépenses effectuées. Cela n'a rien d'effrayant pour la bourse des villégiaturants.

Dr Paul MATHIEU.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

2395. — L'injustice de la base de la patente.

Membre de l'Association corporative des étudiants en médecine, je viens de recevoir le premier numéro du journal *Le Jeune médecin*.

Jeune médecin, je le suis puisque je suis établi ici, depuis six semaines, et je viens de m'apercevoir que nous ignorons beaucoup de questions pratiques dans notre profession libérale, non commerciale (comme dirait le fisc). Il existe un problème qui devient de plus en plus angoissant pour les jeunes, injustice contre laquelle nous ne pourrons pas lutter si nous restons isolés. C'est un côté du problème fiscal, la question de la patente.

Je viens d'en faire l'expérience : sur 8.500 fr. de loyer, je vais payer ici 8.200 fr. de patente (selon le contrôleur) 6.666 fr. (selon un autre compte).

Le fisc table tout simplement sur le chiffre du loyer, car il veut ignorer que le coût de la vie a augmenté depuis un certain nombre d'années. Dans l'esprit de ces messieurs du fisc un pavillon de 8.500 doit être considéré en 1927 comme un palace.

Tant pis pour le malheureux médecin qui ne peut pas louer un pavillon de trois ou quatre pièces à 3.000 ou 4.000, mais qui doit dans l'intérêt de la profession louer six pièces.

Tant pis pour lui s'il ne trouve pas un propriétaire assez philanthrope pour lui louer moins cher.

Tant pis, si des confrères, installés depuis vingt ans payent une patente minime, puisqu'ils tablent sur un loyer d'avant-guerre ou puisqu'ils sont propriétaires.

Dura lex sed lex. Il paraît que cela couvre tout. Comment doit-il boucler son budget un jeune médecin, devant des frais pareils ? (Je ne compte pas l'impôt sur le revenu, ni la cote mobilière).

Vous représentez un groupement médical important.

Ne vous semble-t-il pas que cette situation provisoire ne peut plus durer parce qu'elle mène vers une situation intolérable, je crois qu'il faudrait réagir. Je serais trop heureux si ces lignes vous intéressaient.

Dr B.

Réponse.

La patente est un impôt auquel est assujetti tout Français, ou étranger, qui exerce, en France, un commerce, une industrie, une profession quelconque (sauf quelques exceptions prévues par l'article 17 de la loi du 15 juillet 1880).

Ce n'est pas le titre de docteur en médecine, qui oblige à payer patente, mais l'exercice de l'art de guérir : d'ailleurs,, une circulaire de l'administration des contributions directes du 2 mai 1893, décide que doit être compris sur le rôle des patentes un individu, qui, sans diplôme régulier, exerce illégalement la médecine en France !

La profession de médecin est exempte du paiement d'un droit fixe : elle acquitte un droit proportionnel, qui est établi sur la valeur locative réelle, ou supposée, de l'habitation et des locaux servant à l'exercice de la profession.

Par habitation, il faut entendre la résidence ordinaire et principale du patentable et non telle ou telle résidence passagère, ou momentanée, comme une villa, ou une maison de campagne.

Pour déterminer la valeur locative, qui servira à la fixation du quantum de la patente, trois modes différents peuvent être employés :

Soit la référence au prix du bail authentique, ou de la déclaration de location verbale ;

Soit la comparaison ;

Soit l'appréciation.

La plupart du temps, pour le Corps médical, existe un bail écrit ou location verbale ; mais l'ad-

Voir la suite page XLVII-1965

PROPOS DU JOUR

Les Journées médicales de Bruxelles

(VIIe Session)

(25 29 *juin* 1927)

Un après-midi en grisaille. De pâles rayons de soleil viennent cependant de temps en temps jeter leur note lumineuse, cependant qu'un public de choix envahit le Palais des Académies où va se tenir, selon les rites, la solennelle séance d'ouverture des Journées médicales de Bruxelles.

Du cadre, je ne dirai rien, l'ayant longuement décrit l'an dernier. De la foule, dirai-je qu'elle est innombrable ? Quinze cents personnes, m'a-t-on affirmé, sont là, pour acclamer la gracieuse Souveraine, et se délecter ensuite à écouter la causerie du professeur Pierre MAURIAC, de Bordeaux.

16 heures. — La Brabançonne retentit, tandis que S.M. LA REINE ELISABETH prend place dans la loge royale, et qu'au bureau, se tiennent debout, entourant M. VAUTHIER, Ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, qui préside, les professeurs J. VERHOOGEN, Président de la Session actuelle ; le Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, J. LÉPINE ; CHRISTIANSEN (Danemark) ; DANIÉLOPOLU (Roumanie) ; Pierre MAURIAC ; J.-L. FAURE ; LERICHE, ARLOING, POLICARD, LOEPER, BORDET, DEMOOR, les organisateurs des Journées, nos amis MAYER, BECKERS et BERNARD... J'en passe que je m'excuse de ne pas nommer.

Derrière eux, sur l'estrade, de nombreuses personnalités belges et étrangères, du monde médical, et parmi celles-ci, notre excellent confrère et ami LESOURD, représentant la *Gazette des hôpitaux*.

Allocutions du Ministre qui, ayant salué la Reine, fait l'éloge des Journées médicales ; du professeur Lépine, parlant au nom des délégués étrangers : il définit les médecins, les soldats de la santé humaine, et il termine par un hommage discret et délicat envers S.M., disant excellemment que quand nous entendons rappeler la confrontation de la souffrance avec la science et le dévouement, « *c'est aux baraquements de la Panne que nous pensons...* »

Beckers, secrétaire général du Comité, a des mots heureux pour saluer les délégués étrangers et l'assistance. Il montre comment les Journées médicales ont contribué à sceller l'entente entre flamands et wallons et à réaliser la collaboration entre les quatre Universités belges.

M. le professeur Verhoogen dresse en raccourci le bilan des conquêtes les plus récentes de la médecine : les séro-réactions, dont son collègue Bordet fut l'initiateur, le traitement de la syphilis, l'insuline... Il place la plupart des progrès accomplis sous l'égide de la bactériologie. Mais combien ne reste-t-il pas à faire encore ? Le problème du cancer se pose avec urgence. Sa solution est peu avancée... Sa complexité rend celle-ci ardue... Il faut, dans l'intérêt du genre humain, espérer qu'un jour viendra où la science saura s'en rendre maîtresse...

Enfin, le professeur Pierre Mauriac prend la parole. Il traitera *Des confins de la médecine et ceux qui les fréquentent.* Mais, avant d'entrer dans le vif de son sujet, il saura saluer S.M. d'une façon poignante, qui prit au cœur tout l'auditoire. Il évoquera, avec des images émotionnantes, la journée du 23 août 1914, où se situe la bataille de Charleroi, cette journée dont l'aube vit l'enthousiasme héroïque des troupes franco-belges, et dont le crépuscule fut témoin de leur défaite... Ayant réclamé l'indulgence de S. M. : « De cette indulgence, permettez-moi dit-il en substance, de faire une gerbe royale et de la déposer sur la tombe de tous ces bordelais, de tous ces landais, de tous ces béarnais, de tous ces basques, qui, au cours de la bataille, tombèrent à tout jamais et qui ont deux Patries : celle de leur berceau, et celle de leur tombe... »

Puis, il décrivit, avec un grand talent d'orateur et une parfaite érudition de lettré, les frontières, les confins de la médecine, où l'on rencontre des philosophes, qu'il faut redouter ; des littérateurs ; des médecins de haute culture, qui savent écrire : les Maurice de Fleury, les Jean-Louis Faure ; des transfuges de la médecine : Léon Daudet, Georges Duhamel, de l'œuvre desquels il brossa un tableau tout ensemble chatoyant et exact dans ses moindres détails ; des romanciers, Emile Zola, Paul Bourget, s'attaquant avec bonheur au problème de l'hérédité,

des névroses... François Mauriac, dont *Genitrix* et *Thérèse Desqueyroux* étudient aussi des questions biologiques. Il termina par un magistral portrait du Dr Georges Clemenceau, autre transfuge de la médecine, terminant sa vie, dans l'incarnation du Père La Victoire, en écrivant des livres qui semblent venir d'outre tombe...

Lorsque Pierre Mauriac eut terminé, la salle éclata en applaudissements nourris et prolongés, qui montrèrent à quel point il avait su intéresser son auditoire et captiver son attention. C'est un charmeur, infiniment sympathique. J'espère pouvoir publier sa conférence. J'ai été particulièrement heureux de l'entendre et de le connaître.

Le soir, un grand banquet, servi au Résidence Palace, groupait environ 400 invités et assistants. Toasts de M. Vauthier, Ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, qui préside ; du professeur Verhoogen ; du professeur Daniélopolu, au nom des délégués étrangers ; du professeur Loeper, au nom de la Presse médicale latine...

A la suite du banquet, dont je ne décrirai pas la somptuosité, des danses rythmiques ont été exécutées, sous de brillants jeux de lumière, par de gracieuses jeunes filles dont la fraîcheur de la température ne parvint pas à calmer l'ardeur.

***

Le lendemain dimanche, après l'inauguration de l'Exposition internationale des Arts et Sciences appliqués, débuta l'ère des conférences. Un programme substantiel laissait à chacun le choix d'écouter traiter le sujet qui l'intéressait davantage.

Parmi ces conférenciers, tous plus brillants les uns que les autres, j'ai entendu le professeur Dianiélopolu exposer *la pathogénie et le traitement chirurgical de l'angine de poitrine*, d'après ses recherches personnelles. L'angine est un syndrome qui reconnaît des causes très diverses : si elle est conditionnée par des altérations vasculaires (coronarites) ou des spasmes artériels, réalisant l'ischémie du myocarde, son caractère transitoire et paroxystique montre qu'il faut autre chose pour en déclancher l'accès; cette autre chose, c'est l'effort, c'est l'émotion... Sur le traitement chirurgical, l'auteur, rappelant les travaux de René Leriche, de Strasbourg, établit pourquoi il faut sectionner seulement les fibres sensitives, aussi bien sur le trajet du sympathique que du vague.

Le professeur Policard, de Lyon, fit plus tard un exposé très savant de la *Physiologie osseuse.* Il montra, en histologiste consommé et expérimenté, que le tissu osseux se compose essentiellement d'une trame et d'une substance qui en remplit les mailles, à la façon du ciment armé. L'originalité de cette démonstration résida dans l'énoncé de cette notion que l'os, que l'on serait tenté de considérer comme le tissu par excellence permanent et durable à l'infini, est au contraire en état de perpétuel renouvellement, toute construction nouvelle se faisant aux dépens de l'ossature existante.

Le professeur Leriche, s'emparant des données histologiques et physiologiques révélées par M. Policard, les appliqua à la clinique. Il montra le rôle de la congestion et de l'œdème dans l'ostéogénèse. Il exposa comment ce rôle apparaît dans les fractures et leur reparation. Il établit comment certains traumatismes, sans grand retentissement apparent, peuvent créer l'ostéoporose chez ces accidentés que l'on prend pour des simulateurs ou des sinistrosés jusqu'au jour où, les examinant complètement nus, ainsi qu'on le doit toujours faire, on découvre des atrophies musculaires, des dissymétries, qui mettent sur la voie du diagnostic.

Or, ces troubles de la nutrition osseuse sont sous la dépendance du sympathique. On les fait disparaître en pratiquant la sympathectomie péri-artérielle, et dans certains cas, la section des rami communicantes lombaires.

Le professeur Lépine traite de *la maladie de Basedow*. Comment cette curieuse affection, dont les victimes sont infiniment plus nombreuses qu'on ne le pense, — car il y a un basedowisme fruste qu'il faut savoir dépister, — est surtout connue depuis la découverte de l'endocrinologie d'une part, des fonctions du système sympathique de l'autre ; comment s'établit un cercle vicieux entre les perturbations endocrines et les troubles nerveux végétatifs ; comment il faut rompre ce cercle.... tout cela fut exposé de main de maître, jusqu'au traitement, à la base duquel le professeur Lépine place le repos au lit, durant plusieurs jours. Puis, les médications classiques, avec l'ergotine et la quinine, trouveront leurs indications. Certaines préparations sérothérapiques (l'hémato-éthyroïdine) ; les rayons X, seront aussi d'une judicieuse application. En fin de compte, on pourra recourir à l'acte chirurgical, mais avec prudence...

Le soir, brillante représentation de gala au Théâtre de la Monnaie, où une troupe d'élite interprétait TURANDOT, œuvre posthume de Puccini. Je ne m'attarderai pas à vous raconter comment la princesse Turandot, à Pékin, soumet ses prétendants à une épreuve redoutable : la solution de trois énigmes obscures qu'ils ne réussissent pas à découvrir, ce qui les conduit sous le sabre du bourreau qui leur tranche la tête ; comment un noble étranger décide d'affronter l'épreuve ; comment il en sort vainqueur, proposant une énigme à son tour à la princesse ; comment tout cela finit par un mariage d'amour... Je n'analyserai pas davantage la partition que Puccini a écrite sur cette trame. Je me bornerai à souligner l'enthousiasme avec lequel furent salués le prince Léopold et la princesse Astrid, lorsqu'ils apparurent sur le bord de leur loge, salués par l'hymne national belge et par les applaudissements de l'assistance. Attentif à la représentation, le jeune couple royal donna à différentes reprises le signal des bravos qu'une exécution impeccable, au milieu d'une mise en scène somptueuse, déchaîna maintes fois à juste titre.

***

Lundi matin, dans tous les hôpitaux, les policliniques, les instituts, séances de démonstrations, d'opérations, de conférences en abondance, de quoi contenter les plus difficiles et les plus exigeants. A la Policlinique du Parc Léopold, j'ai écouté avec intérêt une conférence de notre ami René Beckers sur le *traitement vaccinothérapique des affections gynécologiques.* Des applications locales d'un vaccin polyvalent viennent à bout des métrites et même des salpingites les plus invétérées. Si l'application locale ne donne pas tous les effets qu'on en attend, on l'appuiera sur une vaccination générale par injection intradermique, aussi rapprochée que possible du foyer.

Un grand déjeuner était offert au Ministère de l'Intérieur et de l'Hygiène, par M. Vauthier, aux délégués étrangers et aux conférenciers. J'ai eu le grand honneur d'y prendre part, et de mesurer une fois de plus l'étendue et la profondeur de l'hospitalité et de la cordialité belges.

Dans l'après-midi, le professeur Arloing, de Lyon, fit une conférence sur *le virus filtrant tuberculeux et le problème de l'hérédité tuberculeuse.* Cela me fut une occasion d'entendre citer et vanter les beaux travaux de notre ami le professeur Vaudremer, dont une partie a été publiée dans le *Concours médical.*

A la suite de cette conférence, M. Jean Capart, conservateur en chef des Musées royaux du Cinquantenaire, sut charmer un auditoire en grande partie féminin, en projetant sur l'écran la succession des fouilles auxquelles donna lieu le tombeau de Tout-Ank-Ammon, et les plus curieux des bijoux qui furent trouvés dans son sarcophage.

Je signale également, comme ayant été suivie par un nombreux auditoire, la conférence de M. Besredka, de l'Institut Pasteur, sur l'*immunité et les antivirus* : question d'actualité au premier chef, et qui ne pouvait manquer de solliciter l'attention.

Le soir, la municipalité de Bruxelles, son éminent bourgmestre, M. MAX, en tête, recevait les congressistes à l'Hôtel-de Ville. On ne se lasse pas d'admirer ce prestigieux morceau de l'architecture gothique du XVe siècle, soit qu'on le contemple extérieurement, s'harmonisant avec les immeubles voisins pour donner à cette Grand' Place son caractère monumental inoubliable ; soit que l'on en parcourt les salles somptueuses, depuis le vaste palier orné de portraits de souverains des Pays-Bas, jusqu'à la salle du Conseil communal, en passant par le cabinet du bourgmestre, les cabinets des échevins, la salle des mariages et la salle gothique.

Tandis que de jeunes couples fox-trottaient et charlestonnaient, aux accents d'un excellent jazz, d'autres invités, d'allure plus calme, devisaient en circulant, pour s'arrêter à un buffet infiniment confortable, où j'ose dire que le champagne coula à flots....

Pour ma part, c'est bien la cinquième ou sixième fois que j'étais admis à pénétrer dans cet Hôtel de Ville, et mes sensations demeurent aussi enthousiastes que la première fois qu'il me fut donné de le visiter. Et puis, serrer la main du bourgmestre Max, c'est un honneur d'un prix inestimable, quand on se souvient de sa crânerie permanente, de son courage indomptable, de son sang-froid imperturbable, durant l'occupation allemande... Souvenirs qu'il convient tout de même de ne pas laisser périmer dans un oubli qui ne serait que trahison du cœur.

***

La matinée de mardi a été, comme la veille, remplie par des séances diverses dans les hôpitaux et centres de traitement.

Parmi les conférences de l'après-midi, je citerai tout d'abord celle du professeur Viggo Christiansen, de Copenhague, ancien élève de notre Salpêtrière, qui traita, en un français châtié que ne déparait pas son accent, *des syndromes simples, — non hypophysaires — de la région chiasmatique.* Il s'agit des tumeurs de l'encéphale et des répercussions qu'elles ont sur la vision. De nombreuses projections ont défilé sous nos yeux : elles nous montrèrent certains des sujets observés par le professeur ; les lésions anatomo-pathologiques constatées à la nécropsie ; et les modifications du champ visuel, représenté par des diagrammes infiniment éloquents.

Puis, le docteur Chiray, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, exposa l'état de la question des cholécystites, pour préciser *le diagnostic actuel de la cholécystite calculeuse.*

Quatre formes cliniques peuvent être assignées à la cholécystite : la forme latente ; la forme dyspeptique ; la forme paroxystique (colique hépatique) ; la forme douloureuse permanente.

L'examen clinique doit permettre de reconnaître une vésicule douloureuse.

M. Chiray a recommandé, à cet effet, la manœuvre qui lui est familière, à savoir le repérage de la vésicule dans le décubitus latéral gauche : le foie est entraîné en effet vers l'épigastre, et y amène avec lui la vésicule dont la palpation plus perceptible réveille la douleur.

A côté de l'examen clinique, deux procédés de laboratoire en assurent le contrôle et la confirmation des résultats ; le tubage duodénal avec injection d'une solution de sulfate de magnésie, qui a pour effet presque immédiat de vider les vésicules perméables. De telle sorte que, par le tubage, on obtient d'abord le contenu du duodénum, une bile jaune, puis le contenu de la vésicule, une bile brune fortement teintée, puis la bile en provenance directe du foie, jaune et moins teintée que la première. Si la bile vésiculaire brune n'est pas recueillie, c'est que la vésicule est imperméable et ne peut se vider.

L'autre procédé consiste à radiographier la vésicule, rendue apparente par l'ingestion de phénol tetra iode phtaléine, qui s'élimine très rapidement par le foie et est opaque aux rayons.

Grâce à ces méthodes, on arrive à des précisions presque mathématiques, qui orientent le médecin vers une thérapeutique rationnelle, jusqu'à l'exérèse de la vésicule (cholécystectomie) quand celle-ci est sclérosée, ou infectée, de toutes manières inutile et dangereuse.

A retenir, de l'exposé de M. Chiray, que la colique hépatique n'est pas toujours due à la migration d'un calcul, mais plus souvent aux contractions douloureuses des parois d'une vésicule enflammée. Il ne faut même pas prendre toujours les concrétions recueillies, à la faveur des selles, pour des calculs biliaires : certaines sont dues à du sable proprement intestinal, d'autres à des concrétions provenant de l'huile que les lithiasiques consomment parfois en grande quantité.

Là encore, d'intéressantes et lumineuses projections ont illustré le très clair et très pratique exposé du docteur Chiray.

La journée s'est terminée par un concert donné dans le Parc Royal par une musique militaire, avec des intermèdes très divertissants.

***

La journée de mercredi a été consacrée à Tournai où les congressistes furent amenés par train spécial. Visite de la ville, de la cathédrale. Réception officielle à l'Hôtel de Ville. Conférence du professeur Héger Gilbert, de Bruxelles, sur le *service médical pénitentiaire.* Ensuite concert de carillon, en guise d'apéritif avant le délicieux lunch servi dans la Halle aux Draps sous la présidence de M. le baron Houtart, ministre des Finances.

Tournai, ville d'art représentative d'un passé lointain, — c'était un relai du temps des romains, sur la route de Cologne à Boulogne-sur-Mer. — propre à provoquer des rétrospections instructives...

Après le lunch, des cars ont amené les congressistes jusqu'au château de Belœil, dont la visite a été gracieusement autorisée par le prince de Ligne, et leur a permis d'admirer ce domaine à la fois imposant et charmant qui, à l'ampleur près, rappelle Versailles.

***

La journée terminée, la VIIe session des Journées médicales de Bruxelles avait vécu. Mais quelle existence bien remplie, et oserai-je dire, mouvementée ! Que d'acquisitions précieuses pour les praticiens prompts à parfaire leur édu-

cation technique ! Que de spectacles plaisants, générateurs de souvenirs que l'on aime à se remémorer !

Mais surtout, que d'aménité, que de cordialité, que de bonne grâce chez ces sympathiques confrères qui président aux destinées, et de *Bruxelles médical* et des *Journées médicales de Bruxelles* ! Comme ils méritent d'être aimés, et admirés, pour la constance de leur effort, la qualité de leur travail, et comme ils ont bien gagné le succès qui couronna une fois de plus leur noble entreprise ! Louanges donc et honneur à Mayer, à Beckers, à Bernard et à tous leurs collaborateurs !

— Vous me disiez, mon cher Mayer, que, deux mois avant l'ouverture des Journées de 1927, quand vous en commenciez la préparation, vous étiez anxieux sur leur réussite. Vous vous demandiez avec inquiétude si leur répétition et leurs imitations n'en avaient pas épuisé la puissance , et si, la situation économique aidant, ces Journées grouperaient la même assistance que leurs devancières.

Je pense que, maintenant, vous êtes rassuré. Habitué de vos manifestations scientifico-festivales, je puis vous affirmer que votre formule, particulièrement excellente, conservera la faveur du Corps médical, pour la façon dont vos amis et vous, savez la réaliser, vous ingéniant, d'antée en année, à recruter les premiers enseigneurs médicaux, parmi les meilleurs du monde entier ; fournissant ainsi aux praticiens une mine inépuisable où ils peuvent venir « faire le point », oserai-je dire, de leur instruction médicale ; vous efforçant d'autre part d'en agrémenter le côté essentiellement scientifique, de charmantes ou grandioses exhibitions, parmi lesquelles, les plaisirs de la table ne sont certainement pas les moins goûtés de vos invités. Et à cet égard, qu'il me soit permis d'associer, aux remerciements qui vous sont dus, Mesdames Beckers et Mayer, dont j'eus le grand honneur et l'infini plaisir d'être de nouveau l'hôte reconnaissant. Je dépose à leurs pieds mes bien sympathiques hommages.

***

Dans les Journées médicales de Bruxelles, un programme particulier avait été réservé à l'art dentaire par l'Association générale des dentistes de Belgique. D'intéressantes communications, de savantes et instructives démonstrations ont été faites par des as de la stomatologie.

***

Enfin, je ne puis terminer ce compte rendu sans parler de l'Exposition internationale des Arts et Sciences appliqués à la Médecine, la Chirurgie, la Pharmacie et l'Hygiène, exposition organisée par notre ami René Lépine, un maître d'inlassable complaisance et de parfaite aménité en cette matière.

Parmi les exposants, j'ai eu plaisir à retrouver de sympathiques firmes bien connues du *Concours médical*, dont elles sont les fidèles annonceuses. Au risque d'en oublier quelques-unes, je ne puis résister au dessein de citer la maison Fumouze, la maison Heudebert, la maison Vigier, et le Lactéol de Boucard, et la maison M. Leprince, et les laboratoires Lambiotte, Cortial, Roche,les Usines du Rhône, les produits Scientia, les produits Choay, présentés avec une bonne grâce souriante par M. Choay fils, les laboratoires Robin, etc., etc.

***

Et j'informe les lecteurs du *Concours médical* que les Journées médicales de Bruxelles auront lieu, en 1928, *du* 21 *au* 25 *avril*, afin de permettre aux Congressistes de visiter Gand et ses célèbres Floralies.

Je compte bien, si rien ne s'y oppose, être encore de la partie . . .

G. DUCHESNE.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DES INDICATIONS DE LA RŒNTGENTHÉRAPIE PROSTATIQUE

Par le Dr Ch. Guilbert,

Radiologiste des hôpitaux.

L'irradiation de la prostate est, une méthode thérapeutique qui doit avoir sa place, non pas en opposition, mais à côté de l'intervention chirurgicale.

Laissant de côté l'efficacité de la radiothérapie dont nous avons précédemment fourni des observations à différentes reprises, nous allons voir aujourd'hui que l'irradiation a ses indications en marge de celles de l'intervention.

En effet, un prostatique souffre pendant de longs mois et parfois pendant de longues années avant que le chirurgien décide l'intervention ou avant de l'accepter. Pendant cette période de traitement palliatif, lavage, massage, lavement chaud, régime, etc., la radiothérapie se présente comme une thérapeutique singulièrement agissante, capable dans bien des cas d'éloigner, même définitivement, l'acte chirurgical. De ceci, la preuve est faite, non seulement théoriquement par l'action élective des radiations Röntgen sur l'histolyse des cellules de néoformation de l'adénome, mais encore par la série d'observations cliniques que de nombreux auteurs et nous-même avons apportées.

D'autres malades sont ou trop âgés ou trop faibles pour que l'on puisse tenter l'intervention avec quelque chance de succès. L'irradiation est inoffensive, puisque nous l'avons appliquée sur des vieillards de 75 à 88 ans, sans provoquer la moindre déchéance physique.

Une méthode thérapeutique ne saurait avoir de valeur que si elle n'exclut pas toute possibilité de traitement autre dans le cas d'insuccès.

Pour la première catégorie de malades qui, nous semble-t-il, ressortissent de l'irradiation, c'est-à-dire pour ceux au sujet desquels l'indication opératoire ne se pose que pour une échéance lointaine, il importe que celle-ci demeure possible en tous les cas.

Pour obtenir ce résultat, nous nous sommes efforcé de limiter l'irradiation à un minimum pour les doses appliquées et pour le nombre des séances. Les résultats, si nous en jugeons par les opérations effectuées sur nos malades, sont absolument concluants.

Sur les soixante malades que nous avons traités à l'heure actuelle, quatre, à notre connaissance, ont été opérés.

Pour l'un d'eux, nous n'avons eu aucun renseignement. Le second a refusé le deuxième temps et reste un cystostomisé.

Pour les deux autres, nous avons pu obtenir des renseignements précis que nous transcrivons :

« M. L..., cystostomie et adénomectomie transversale. Les opérations ont marché normalement sans le moindre incident ni complication. La tumeur enlevée fut reconnue formée d'un adénome pur, sans aucune tracé de modification anatomique attribuable au traitement radiothérapique. La seule complication opératoire fut une fistulette qui n'entrava nullement la fonction vésicale. » (Dr Loumeau.)

Le dernier malade eut une crise de rétention brusque aussitôt après le traitement radiothérapique. Il fut cystostomisé et opéré en pleine période de réaction röntgen et ceci malgré notre avis, car nous avions tout lieu de redouter des hémorragies et un manque de consolidation des tissus. La première éventualité s'est réalisée et nous transcrivons :

« Très forte congestion de la muqueuse vésicale. Prostatectomie, suite normale et simple. » (Dr Fauverghe.)

Cette congestion de la muqueuse est de règle, nous l'avons constatée chaque fois qu'il nous fut donné d'examiner avec un spécialiste une vessie récemment irradiée. C'est la complication immédiate du traitement Rœntgen dont nous devons limiter la réaction et qui exige, à notre avis, des soins minutieux de désinfection vésicale préalables.

En effet, l'irradiation sur une vessie septique amène toujours une crise de cystite très pénible en elle-même et de plus, si elle n'est pas traitée complètement avant l'irradiation ou pendant la période réactionnelle, le résultat du traitement physique peut être compromis ; c'est ce qui s'est passé pour le premier et le troisième de nos opérés.

Comme conclusion, au point de vue radiologique, il est de toute nécessité de s'assurer, avant l'irradiation, de l'intégrité vésicale et d'assurer

l'aseptie du réservoir (lavages, vaccins, etc.).

Dans tous les cas où la vessie a déjà été antérieurement irritée, il faut être très prudent dans l'application et espacer les séances d'irradiation. Ceci pour les malades que j'ai appelés les laissés pour compte de la chirurgie.

Pour les malades de la première catégorie, la radiothérapie est une thérapeutique qui n'est nullement à dédaigner, qui ne pose pas une contre-indication à une opération éventuelle et ne la complique pas quand l'irradiation est prudemment dosée.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les abcès chauds rétro-pharyngiens,

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

J'ai eu l'occasion d'intervenir devant vous, il y a quelques jours, chez un malade atteint d'abcès rétro-pharyngien : il s'agit de cet homme, âgé de 38 ans, couché encore actuellement au n° 8 de la salle Saint-Pierre, et qui, au déclin d'une grippe assez grave, présenta cette complication, observée assez rarement au cours des grandes maladies infectieuses, surtout chez les adultes. Il était à ce moment hospitalisé dans un service de médecine, et l'évolution de sa pyrexie semblait annoncer une issue tout à fait favorable, lorsqu'il présenta subitement une recrudescence de fièvre, s'accompagnant, quelques jours plus tard, d'une dysphagie assez marquée, ainsi que d'un peu de dyspnée. Devant l'apparition de ces différents symptômes, on pensa bien vite à la possibilité d'une localisation infectieuse rétro-pharyngienne, et l'examen direct de la gorge du malade ayant montré l'existence en ce point d'une collection purulente, il fut immédiatement dirigé sur notre service.

Vous avez pu le voir à son arrivée, et quelques-uns d'entre vous, en pratiquant le toucher pharyngien, ont pu se rendre compte par eux-mêmes de la manière dont il fallait procéder pour rechercher la présence de l'abcès. Comme, en pareil cas, il s'agit de ne pas perdre de temps, j'ai procédé, le jour même de l'entrée du malade dans nos salles, à l'évacuation du pus en intervenant par les voies naturelles, et l'évacuation de l'abcès a entraîné, comme vous avez pu d'ailleurs le constater, la disparition assez rapide de tous les symptômes présentés : notre malade, dont la paroi pharyngienne tend à reprendre ses caractères normaux, peut être considéré maintenant comme à peu près guéri, et ne tardera pas sans doute à nous quitter dans quelques jours.

Voyons maintenant ce que sont ces abcès rétro-pharyngiens, qui constituent assurément la variété la plus fréquente de toutes les différentes suppurations qui se localisent autour du pharynx.

Ils siègent, comme l'indique d'ailleurs leur dénomination, dans cet espace compris entre la paroi postérieure du pharynx et l'aponévrose prévertébrale, espace limité latéralement par les cloisons sagittales de Charpy. Cet espace rétro-pharyngien est occupé par un tissu cellulaire lâche se continuant sans aucune délimitation avec celui de l'espace rétro-œsophagien, ce qui peut vous expliquer facilement les propagations purulentes rétro-viscérales qui, dans certains cas, en arrivent à fuser jusqu'à la base du cou, et jusque dans le thorax. Au sein de ce tissu cellulaire lâche, au niveau de la partie supérieure du pharynx, se trouvent, de chaque côté de la ligne médiane, en avant du corps de l'axis, deux ganglions, chargés de recevoir les troncs lymphatiques provenant de l'oreille moyenne, de la muqueuse des fosses nasales, et de la partie supérieure du pharynx.

Les collections purulentes, qui viennent se localiser au niveau de cet espace rétro-pharyngien, peuvent se manifester sous des aspects bien différents : dans un premier ordre de faits, il s'agit de véritables abcès dus à une infection microbienne banale, se présentant avec tous les caractères ordinaires des suppurations : ce sont là les *abcès chauds rétro-pharyngiens* dont vous avez eu sous les yeux un cas absolument typique. Dans un second, il s'agit de suppuration ne provenant plus de l'activité de microbes pyogènes ordinaires, mais résultant d'une infection spécifique provenant de l'action du bacille de Koch : ces *abcès froids* dont la symptomatologie diffère sensiblement de celle que vous avez pu constater, sont la plupart du temps consécutifs à une lésion osseuse, à un mal de Pott sous-occipital ; plus rarement, ils traduisent l'existence d'une tuberculose ganglionnaire primitive. J'ajouterai encore que, dans certains cas, ces abcès froids, soit du fait d'un apport d'autres germes microbiens, soit du fait d'une évolution un peu particulière, peuvent perdre une partie de leurs caractères primitifs et présenter alors une symptomatologie se rapprochant sensiblement de celle des abcès chauds : on se trouve alors en présence de ce que les auteurs ont désigné sous le

nom d'*abcès froids réchauffés* ou encore d'*abcès tièdes.* Afin de ne pas compliquer la question et pour éviter d'embrouiller vos idées, je me bornerai aujourd'hui à vous entretenir uniquement des abcès chauds rétro-pharyngiens.

Ces collections suppurées, qui peuvent s'observer à tout âge, mais bien plus fréquemment chez le jeune enfant que chez l'adulte, résultent de modes d'infection bien différents.

Dans quelques cas, elles succèdent à de véritables effractions de la paroi pharyngienne, à des plaies du pharynx, produites par des instruments les plus divers, à une pénétration de corps étrangers, comme dans ces abcès que l'on a observés chez des aliénés nourris à la sonde : ce sont là, à la vérité, des cas presque exceptionnels.

Un peu plus fréquemment, au cours de certaines infections générales, comme la fièvre typhoïde, la grippe, les oreillons, la coqueluche, on a pu noter l'apparition d'une collection purulente au niveau de la région rétro-pharyngienne, collection, qui, comme dans le cas précédent, siège nettement dans le tissu cellulaire prévertébral ; c'est cette étiologie qui a pu être relevée chez notre malade.

Mais le plus souvent, dans l'immense majorité des cas, pourrais-je presque dire, ce n'est pas au sein du tissu cellulaire que se fait l'apport microbien, mais bien au niveau de ces ganglions dont je vous ai signalé l'existence, il n'y a qu'un instant. Ainsi que tous les adéno-phlegmons, dont il n'est, en somme qu'un type, l'abcès rétro-pharyngien a pour origine presque constante une lésion infectée d'un des territoires muqueux dont les vaisseaux lymphatiques vont aboutir aux ganglions prévertébraux, et c'est ainsi qu'on le voit surtout survenir à la suite d'une angine, d'un coryza, d'une otite ou encore d'une sinusite frontale où maxillaire. Dans bon nombre de cas, la lésion primitive est assez importante pour qu'il soit facile de rattacher l'effet à la cause, c'est-à-dire de reconnaître le point de départ de l'abcès rétro-pharyngien, mais dans d'autres, cette lésion initiale est si minime qu'elle passe pour ainsi dire complètement inaperçue, et que l'abcès paraît en quelque sorte primitif et spontané.

C'est ce qui s'observe chez des petits scrofuleux, chez des hérédo-syphilitiques, chez des adénoïdiens, où les petites lésions, les petites ulcérations de la muqueuse naso-pharyngienne sont assez fréquentes : dans un autre ordre d'idées, vous connaissez la fréquence des localisations naso-bucco-pharyngées au cours de certaines fièvres éruptives, telles que la rougeole, la scarlatine, l'érysipèle, et il n'y a rien de surprenant à constater pendant l'évolution de ces pyrexies l'apparition d'une localisation inflammatoire rétro-pharyngienne.

Une semblable complication peut assurément se manifester à tout âge, mais, il est reconnu qu'elle est surtout l'apanage de la toute première enfance, de 3 à 18 mois, et qu'elle devient rare après trois ans. Peut-être, pour expliquer ce fait, conviendrait-il de tenir compte de l'opinion d'un certain nombre d'auteurs, qui admettent que les ganglions prévertébraux tendent spontanément à s'atrophier au cours de l'évolution normale : il n'y a rien dans cela qui doive vous surprendre, car ce n'est en définitive que la tendance naturelle que présente le tissu lymphoïde à régresser à partir d'un certain âge.

Les abcès rétro-pharyngiens ne tardent pas à aboutir rapidement à la production d'une collection purulente enkystée : théoriquement, comme il n'y a presque toujours au début qu'un seul ganglion infecté, l'abcès devrait être primitivement latéral, mais il ne tarde pas à empiéter sur l'atmosphère environnante, c'est-à-dire à atteindre puis à dépasser la ligne médiane, pointant en avant puisqu'il est bridé en arrière par l'aponévrose prévertébrale qui s'oppose à son expansion. Certains auteurs, comme Gilette, avaient cru pouvoir distinguer trois variétés d'abcès, supérieur, moyen, inférieur, correspondant aux trois étages, nasal, buccal et laryngien du pharynx. Cette distinction, assez séduisanste en théorie, ne me paraît pas nullement mériter d'être conservée ; il n'y a pas, en effet de limite anatomique précise entre ces différents étages, et par suite entre les collections purulentes qui s'y développent. Le pus se propage librement sans trouver de barrières qui le localisent à tel ou tel territoire, et cliniquement il est impossible de pouvoir établir une différenciation.

Quant au pus que contiennent les abcès rétro-pharyngiens, c'est, en général un pus jaunâtre bien lié, parfois crémeux, rarement fétide ; on y trouve les variétés microbiennes les plus diverses, mais il semble bien, que, dans la majorité des cas, ce soit le streptocoque que l'on y ait rencontré. A cet égard, notre malade ne faisait pas exception à la règle, car l'examen de la collection purulente évacuée a bien montré que c'était ce dernier microbe qu'il fallait incriminer.

Le premier symptôme par lequel se manifestent les abcès rétro-pharyngiens est d'ordinaire la dysphagie.

Le nourrisson, car c'est presque toujours, comme je vous l'ai déjà dit, chez de tous petits enfants que l'on rencontre cette affection, prend le sein, tette normalement pendant quelques secondes, puis crachant le lait qu'il venait d'aspirer, rejette la tête en arrière et se met à pousser des cris : cette dysphagie extrêmement précoce tient uniquement à la douleur causée par le contact des aliments avec une paroi pharyngienne tuméfiée. Puis apparaissent bientôt les symptômes généraux qui traduisent l'existence d'un foyer de suppuration : c'est une fièvre vive, ce sont des frissons répétés, ce sont des convulsions

généralisées, et tous ces symptômes extrêmement bruyants s'expliquent aisément par suite de l'intensité que ces réactions générales affectent toujours chez les jeunes enfants.

Si, au lieu de se trouver en présence d'un nourrisson, on a affaire à un adulte, on retrouve assurément les mêmes symptômes, mais ils sont plus fugaces, moins bien esquissés ; en outre, dans certains cas, comme par exemple celui que vous avez eu sous les yeux, où la collection rétro-pharyngienne se trouve sous la dépendance d'une affection générale de l'organisme, la dysphagie n'est pas souvent le premier symptôme qui se manifeste, et d'ordinaire c'est par une recrudescence des phénomènes généraux que l'attention est attirée sur l'évolution probable d'une complication, que l'apparition secondaire de la dysphagie permet bientôt de localiser.

Un peu plus tard, au moment où se manifestent les autres symptômes des abcès rétro-pharyngiens, c'est encore la dysphagie qui tient la première place, relevant à la fois et de la douleur et de la gêne mécanique apportée par la tuméfaction. Les sujets un peu âgés avalent encore généralement les liquides, mais chez les enfants, chez les nouveau-nés, la dysphagie est complète, ils ne peuvent plus téter, ils ne peuvent même plus déglutir leur salive, qui s'écoule à l'extérieur, aussi ne tardent-ils pas à maigrir et à dépérir.

Puis, pendant que le foyer infectieux amène un certain nombre de réactions musculaires se traduisant par de la rigidité du cou, de la contraction des mâchoires et de la gêne des mouvements, d'autres symptômes se manifestent du côté de la phonation. La voix se modifie, le cri de l'enfant s'affaiblit, prenant un timbre rauque ou nasillard, le ronflement apparaît pendant le sommeil. Enfin, se produit de la dyspnée, d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune et que le calibre de son pharynx est plus réduit. Elle constitue généralement un symptôme assez tardif, car il faut, pour la produire, une tuméfaction assez volumineuse pour gêner l'arrivée de l'air dans le larynx. Dans certains cas, elle est un peu plus précoce, et il est alors infiniment vraisemblable qu'à la cause mécanique, encore peu accentuée, est venu se surajouter un élément spasmodique, comme le prouvent bien les accès de dyspnée, qui se manifestent dans certaines circonstances, comme dans l'examen de la gorge du petit malade. Beaucoup plus rarement, mais fort heureusement peut-on dire, car il s'agit alors de formes particulièrement graves, cette dyspnée est due à l'œdème de la glotte succédant à la propagation de l'inflammation aux replis ary-épiglottiques.

A côté de ces symptômes, que l'on peut qualifier de primordiaux, on peut encore noter l'existence de quelques autres signes, mais qui sont moins importants, et, en outre, assez souvent inconstants : ce sont les vomissements, la toux, qui peut parfois prendre un timbre croupal, le reflux des liquides par le nez, leur chute dans le larynx, et plus rarement, la paralysie faciale.

Mais, ce qui vous révèlera le mieux l'existence de l'abcès rétro-pharxyngien, ce sera l'examen direct de la gorge du malade que vous pratiquerez : assurément, par suite de l'étroitesse de la bouche, et de la contracture des mâchoires, l'inspection ne vous montrera guère qu'une tuméfaction diffuse du fond du pharynx, mais il est une manœuvre qui vous permettra toujours de vous rendre compte de l'évolution d'une collection purulente, ce sera le toucher digital.

Chez les enfants, vous ne pourrez pratiquer le toucher pharyngien qu'avec un seul doigt, vous en comprenez de suite la raison : au contraire, chez les sujets âgés, plus dociles, et possédant un orifice buccal plus développé, vous pourrez, dans nombre de cas, introduire deux doigts pour rechercher la fluctuation, comme vous avez pu le faire chez notre malade. Donc, chez l'enfant, après lui avoir immobilisé la tête, vous enfoncerez votre index dans la bouche, directement en arrière, jusqu'au contact de la paroi postérieure du pharynx. Ce toucher, qu'il convient de faire rapidement et sans brutalité, car il peut provoquer des accès de suffocation, vous révèlera au début un empâtement diffus et douloureux ; puis, plus tard, lorsque le pus sera collecté, ce qui ne tarde guère, vous reconnaîtrez une certaine dépressibilité de la tumeur, et un véritable choç en retour, le liquide renvoyé par le plan vertébral revenant soulever le doigt.

Dans certains cas, mais très exceptionnellement, et cela toujours assez tard, l'abcès pourra venir pointer à l'extérieur sur les parties latérales du cou en arrière de la mâchoire ; vous sentirez alors à la palpation une tuméfaction profonde, vaguement fluctuante, dont la compression augmente souvent la dyspnée ; parfois en plaçant l'index droit sur la tuméfaction cervicale et l'index gauche dans le pharynx, pourrezvous percevoir nettement la fluctuation.

Que deviennent ces abcès pharyngiens dont je viens de vous esquisser très rapidemetnt la symptomatologie ? Abandonnés à eux-mêmes, leur pronostic est extrêmement grave, au moins chez les enfants, et la mort survient habituellement dans plus de 90 % des cas, avant que l'abcès se soit ouvert à l'extérieur, car la résolution naturelle n'existe pas. Les causes de mort les plus habituelles sont chez les nourrissons l'inanition ainsi que l'asphyxie mécanique, entraînée soit par la compression due à la collection purulente, soit par l'œdème de la glotte. Dans certains cas, on a constaté la mort subite sans lésions de l'appareil respiratoire, le cœur s'étant arrêté en systole, et cette syncope terminale doit vraisemblablement être attribuée à l'irritation de voisi-

nage du pneumogastrique ; plus rarement, le pus peut fuser le long de l'œsophage dans l'espace rétro-viscéral, et arriver dans le thorax, ce qui entraîne une médiastinite ou une pleurésie purulente toujours mortelle.

L'ouverture spontanée de la collection purulente a été notée un certain nombre de fois, mais c'est là une évolution toujours extrêmement tardive et qui ne donne pas en général d'heureux résultats. Cette ouverture se produit toujours dans le pharynx : lorsqu'elle survient pendant le sommeil, le pus peut pénétrer dans les voies respiratoires et occasionner la mort par asphyxie. Mais, même lorsqu'elle survient en plein jour, à l'état de veille, et s'accompagne du rejet à l'extérieur du contenu de la cavité purulente, on ne peut parler véritablement de guérison. C'est, qu'en effet, cette ouverture, comme toutes les ouvertures spontanées des collections purulentes, est généralement insuffisante ; elle est petite, à bords irréguliers, et, fait extrêmement important, elle n'est qu'exceptionnellement située à la partie déclive de la poche purulente. Le foyer se draine donc très mal, car il persiste un véritable clapier purulent, qui peut devenir le point de départ soit d'une septicémie chronique, soit d'une pneumonie de déglutition.

Et c'est cette gravité toute particulière du pronostic qui indique combien il sera important pour vous de faire un diagnostic précoce de l'affection, afin de ne pas perdre votre temps à essayer des médications impuissantes et de pouvoir appliquer d'emblée le traitement efficace, qui, institué précocement, change radicalement le pronostic, puisqu'il procure une guérison complète dans 94 à 96 % des cas.

Aussi, pour cette raison, ne devriez-vous pas attendre l'apparition de la dyspnée et des autres symptômes qui l'accompagnent, car alors, vous risqueriez d'hésiter, et de confondre l'abcès rétro-pharyngien avec toutes les affections qui s'accompagnent d'accès de suffocation, depuis l'angine, le croup et la laryngite striduleuse, jusqu'aux corps étrangers du pharynx et des voies aériennes.

Le grand symptôme qui devra attirer et retenir votre attention, c'est la dysphagie : n'oubliez pas qu'elle est particulièrement précoce, précédant tous les autres symptômes, et c'est elle qui devra vous mettre immédiatement en éveil. En outre, comme il existe parfois une localisation infectieuse dans un territoire muqueux, si vous arrivez à pouvoir la dépister, la reconnaître, vous obtiendrez, en vous souvenant des propagations lymphatiques, un deuxième élément de diagnostic extrêmement important.

C'est alors qu'il faudra, sans perdre de temps, que vous pratiquiez l'examen de la région pharyngée, examen facile, qui vous permettra sans peine de reconnaître l'existence d'une collection liquide en arrière du pharynx. Cette constatation entraînera d'elle-même le diagnostic, car en dehors des abcès chauds, il ne peut y avoir en fait de collection liquide rétro-pharyngienne, que des abcès tuberculeux. Or, dans l'immense majorité des cas, ceux-ci proviennent d'une ostéite des vertèbres cervicales (mal de Pott sous-occipital), ostéite se manifestant, avant l'apparition d'une collection purulente, par un ensemble de symptômes, qui ne pourront laisser de doutes dans l'esprit du praticien. Dans quelques cas, mais beaucoup plus rares, il pourra s'agir de tuberculose primitive des ganglions prévertébraux ; cette affection évoluant beaucoup plus lentement, ne se traduit pas par les symptômes bruyants qui accompagnent la marche des abcès chaudsrétro-pharyngiens, vous n'aurez donc pas de peine à l'éliminer.

Le traitement des collections purulentes situées en arrière du pharynx, ne peut être, vous le concevez aisément, qu'exclusivement chirurgical. Il existe du pus dans l'espace rétro-pharyngien, il faut lui donner issue et le plus rapidement possible, car l'ouverture de l'abcès supprime tous les accidents menaçants, dysphagie, dyspnée, etc., et ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels, à allure suraiguë, où la propagation infectieuse a déterminé de l'œdème de la glotte, que la question d'une trachéotomie nécessaire pourra se poser à votre esprit.

Quant à cette ouverture, vous devrez la faire par les voies naturelles, par la bouche, avec un bistouri dont la pointe seule sera laissée libre, et que vous guiderez avec votre index gauche jusqu'au contact de l'abcès : dès que votre incision, d'un centimètre environ, aura été pratiquée, vous ferez immédiatement incliner en avant la tête de votre opéré de manière à éviter l'entrée du pus dans les voies aériennes. J'ajouterai encore, que, dans ces cas d'abcès rétro-pharyngiens, vous pourrez trouver un précieux adjuvant dans la vaccinothérapie : grâce à des injections de propidon, d'inava ou d'immunizols Grémy, car vous n'aurez ni le temps, ni les moyen s de faire confectionner un auto-vaccin, vous arriverez dans une large mesure à diminuer la période du traitement et à prévenir les complications toujours possibles. Mais, n'oubliez pas, que, dans ces cas, comme dans d'autres d'ailleurs, où il existe une collection purulente, la vaccinothérapie à elle seule serait tout à fait insuffisante, et qu'il faut toujours avoir recours d'emblée à l'incision de l'abcès.

Quelques auteurs, C.Liene, Burckhart, Jacques Reverdin, Phocas, etc., émus des dangers d'infection secondaire que pouvait présenter l'ouverture dans la bouche d'une collection purulente, ont soutenu qu'il valait mieux aborder l'abcès rétro-pharyngien par la voie cutanée, en pas-

sant soit en avant, soit en arrière du sterno-cléido-mastoïdien. Il est bien évident que l'incision cervicale ne peut donner que d'excellents résultats, et qu'elle mérite d'être conservée pour les abcès froids rétro-pharyngiens, comme pour certains abcès chauds à évolution subaiguë, ou encore pour ceux qui viennent pointer dans les parties latérales du cou.

Mais, il ne faut pas oublier que cette incision cervicale constitue une véritable opération chirurgicale nécessitant, par suite des connexions vasculaires de la région, des connaissances anatomiques parfaites des rapports des différents organes : en un mot, elle n'est pas et ne peut pas être cette opération d'urgence que tout praticien doit et peut réaliser. On se trouve, en effet, en présence d'un enfant qui souffre, qui meurt de faim, qui asphyxie, il est indispensable d'intervenir immédiatement avec le matériel parfois un peu sommaire dont on dispose ; dans ces conditions, bien loin souvent de toute installation chirurgicale moderne, on ne peut se livrer à une intervention en somme assez complexe, risquant de faire courir au malade de nouveaux dangers. Aussi, est-ce par la bouche que vous devrez faire l'ouverture des collections purulentes rétro-pharyngiennes, chez lesquelles vous serez appelés à intervenir.

SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE

Un nouveau vaccin en application cutanée contre le rhumatisme chronique et son importance comme moyen de combattre cette maladie (1)

Par le Dr Gustave PAUL,

Ancien Directeur de l'Institut national des vaccinations à Vienne (Autriche).

(Communication à l'Académie de Médecine, juillet 1927.)

Dans mon exposé fait au Congrès des médecins à Weimar (Pentecôte 1925), j'ai déjà parlé des résultats que j'avais obtenus avec les vaccinations cutanées dans le traitement du rhumatisme chronique selon les indications de mon confrère Ponndorf ; mais j'ignore jusqu'à quel point sa méthode, qui visait particulièrement à combattre la *tuberculose* a pu faire son chemin et être adoptée dans la pratique. Je ne l'ai pas suivi dans cette voie ne m'intéressant qu'à la guérison du *rhumatisme chronique* par la vaccination cutanée.

En raison des succès obtenus avec mes vaccinations, j'ai été poussé et encouragé à continuer mes efforts, sur ce terrain, pour arriver à un réel progrès, par l'amélioration de ma propre méthode. Ce qui me semble étrange, bien que Ponndorf ne cesse pas depuis des années d'attirer l'attention du monde médical sur ce champ d'indication de la vaccination cutanée, c'est qu'il n'existe aucune communication sur des résultats obtenus concernant la guérison du rhumatisme de quelque côté que ce soit, et ce silence doit avoir une cause particulière.

Je suppose qu'elle réside chez les médecins dans l'aversion à prescrire un traitement contenant de la tuberculine, et chez le malade dans la peur de suivre ce traitement contre le rhumatisme, maladie qui d'après la conception clinique et même générale n'a rien de commun avec la tuberculose, à l'exception du rhumatisme de Poncet.

Au cours de mes expériences, en traitant quelques cas graves d'arthritis deformans primaire, qui semblaient être favorablement influencés au début par la vaccination cutanée, j'ai constaté l'apparition désagréable d'une hypersensibilité due à la présence de la tuberculine dans la composition du vaccin, qui laissait douteux le résultat final.

D'autre part, il est absolument prouvé dans le traitement du rhumatisme chronique que l'influence bienfaisante de la vaccination cutanée existe et qu'il faut en tenir compte.

La loi de la spécificité de la tuberculine semble ici par conséquent en défaut.

Ponndorf, adepte fervent et convaincu de la doctrine sévère de la spécificité, croit pouvoir expliquer ces effets multiples en admettant que les maladies influençables par les vaccinations cutanées à la tuberculine, sont en relation — soit directement, soit indirectement — avec la tuberculose, et qu'il faut les considérer comme infections mixtes.

Pour se conformer à cette manière de voir, et aussi pour se conformer à la circonstance que le rhumatisme est — selon une conception générale — provoqué par l'invasion des microbes pyogènes et que d'autre part les processus de suppuration, comme par exemple, la furonculose, se trouvent favorablement influencés par la vaccination à la tuberculine, il a cherché à en tenir compte de la façon suivante : il a combiné un « *vaccin mixte B* ». Pour augmenter l'effet de réaction de son « *vaccin tuberculose A* », qui lui-

(1) Notre attention a été attirée sur cette communication par M. le Dr AYGUEBERE, de Toulouse, qui, ayant expérimenté la méthode du Dr Paul, en a retiré d'excellents résultats qu'il nous fera connaître prochainement. N. D. L. R.

même est un produit tiré de la culture de bacilles de la tuberculose antilysés et plus encore pour donner à ce mélange une sorte de polyvalence, il a ajouté à ce nouveau vaccin des autolysats de bactéries pyogènes. Il a donné à cette combinaison destinée aux « maladies hétérogènes », le nom de « *Hautmischimpfstoff B* ».

Cette prétendue amélioration de l'effet curatif dans le traitement du rhumatisme n'a pas été, selon mon expérience, atteinte par lui. Je n'ai pu trouver une différence sensible entre le vaccin « A » et le vaccin « B » de Ponndorf, et il faut que je l'avoue, j'ai constaté souvent en employant le vaccin « A » des réactions plus fortes qu'avec le vaccin « B » et dans ces cas, il m'a semblé que la force de la réaction dépendait surtout du degré d'instabilité des produits résiduels (impuretés) dans les séries de vaccin qui se trouvent dans le commerce.

Pour vérifier les proportions, et pour me rendre compte de l'effet et de leur importance, j'ai vacciné séparément avec chacune des deux parties composant la préparation du « vaccin-mixte B », c'est-à-dire avec l'autolysat de culture de bacilles de la tuberculose et avec celui de bactéries pyogèenes, et j'ai comparé les résultats.

J'ai constaté alors que l'autolysat de bacilles de la tuberculose produisait des effets de réaction locale beaucoup plus forts et plus prolongés sur la peau que l'autolysat de bactéries pyogènes.

Cette différence prouvait donc que les vaccins composés de bacilles de la tuberculose (« Tuberkulose-Hautimpfstoff A » de Ponndorf) ainsi que les produits de la métabolie — *les toxines* — et les extraits solubles d'une part et les substances insolubles intra-cellulaires de bacilles de la tuberculose humaine d'autre part, peuvent produire des effets réactifs, plus ou moins forts sur la peau tandis qu'avec les produits de la métabolie de bactéries pyogènes qui ne produisent comm e, on le sait, aucune toxine et dont seules les substances protoplasmiques sont toxiques, on ne peut faire les mêmes constatations.

Quelques sortes de saprophytes se comportent d'une manière identique. La conclusion est donc, que l'effet inflammatoire ne dépend pas tellement de la *qualité* des substances irritantes, mais de leur *quantité*.

Le maximum de la force irritante est lié étroitement à la composition exacte des substances toxiques et protéiniques.

Continuant alors l'idée, on arrive à la conclusion que la tuberculine comme antigène dans le traitement cutané des maladies non tuberculeuses qui joue aussi le rôle d'une matière non spécifique, peut — d'après mes expériences, — être remplacée très avantageusement par une de ses dérivations des bacilles de la tuberculose en combinaison avec d'autres substances d'un effet réactif sur la peau, et créant de l'allergie.

Ma proposition déjà faite au Congrès des Médecins à Weimar, de préparer un vaccin spécial, pour le traitement du rhumatisme, n'est donc pas un problème insoluble et irréalisable ; l'idée est, au contraire, théoriquement fondée et se laisse techniquement réaliser sans grandes difficultés.

On ne peut assez faire ressortir que le rhumatisme chronique est une maladie répandue parmi tous les peuples de la terre, et le fait que ce mal, véritable fléau de l'humanité, est guérissable, ne peut pas être taxé assez haut. En réalité : *le rhumatisme chronique est radicalement curable par une méthode rationnelle de vaccination cutanée, et avec un vaccin approprié.*

L'empêchement principal réside — d'après ma conviction intime — dans *la peur de se servir d'un vaccin contenant de la tuberculine* !

On n'arrivera donc à la bonne voie pour combattre systématiquement le rhumatisme chronique en tant que maladie mondiale qu'en scindant la question de la tuberculose de celle du rhumatisme, de façon que l'on ne voie pas seulement la variété des moyens thérapeutiques, mais que l'on sente que cette séparation est dictée par une nécessité intime.

La dernière barrière tombera au moment où un nouveau vaccin paraîtra *répondre à toutes les exigences que le traitement spécial du rhumatisme chronique demande.*

En étudiant à fond le problème de la combinaison d'un vaccin spécial répondant à l'essence du rhumatisme, je suis arrivé à le solutionner. J'ai combiné un vaccin nouveau, dont la composition diffère fondamentalement de tous les vaccins cutanés connus.

En le composant, je n'avais pas l'idée de chercher un effet de polyvalence, mais mon intention était d'arriver à la possibilité d'un accord harmonieux de l'irritation par une variation du degré des forces du vaccin. La réalisation de cette idée paraît être faite par le vaccin, dont la composition repose principalement sur le principe de la quantité de la force irritante.

Pour ce nouveau vaccin, j'ai choisi la dénomination :

« *Cutivaccin Paul* »

Il se compose de trois préparations originales soigneusement accommodées :

1° Le « Tuberculomucin Weleminsky » (Prague) scientifiquement éprouvé ;

2° La « Vaccine-Toxine Paul mitigée » (Wien), tirée de la vaccine brute animale et préparée d'après ma propre méthode) ;

3° La « Saprophytine G. Günther » (Wien), un extrait fait d'un groupe de saprophytes produisant un fort effort réactif sur la peau.

Le choix de ces trois préparations repose sur les considérations suivantes :

L'observation que j'ai faite chez les malades souffrant de rhumatisme, qui montrent une hypersensibilité contre la tuberculine Koch (Alt-Tuberkulin) et ailleurs la constatation que la vaccination cutanée avec des substances contenant de la tuberculine influence le rhumatisme chronique sous toutes ses formes m'a conduit à étudier diverses dérivations de bacilles de la tuberculose propres à substituer l'effet trop violent de la tuberculine Koch sans toutefois diminuer l'effet curatif. Je me suis arrêté finalement au « Tuberculomucin », que le docteur Weleminsky avait, en son temps, très aimablement mis à ma disposition pour mes essais de fond. Ce Tuberculomucin se distingue de toutes les autres dérivations contenant de la tuberculine par sa réaction locale au foyer de la maladie relativement vigoureuse en n'occasionnant qu'une réaction générale presque imperceptible. En l'employant avec ma vaccine-toxine et la saprophytine du professeur Günther, j'ai obtenu les meilleurs résultats, à tous les points de vue.

Les propriétés de la lymphe vaccinale (Kuhpockenlymphe) pouvant créer de l'*allergie*, ainsi que mes connaissances approfondies de toutes ses qualités particulières, et connaissant également la façon dont elle est préparée — connaissances dues à ma situation de directeur de l'Institut vaccinal d'Etat à Vienne, ont fait germer en moi l'idée d'employer pour le nouveau vaccin comme « agent renforceur » obligatoire, la « vaccine toxine » (appelée aussi « Pockentoxine ») débarrassée de tous les germes vaccinaux vivants, dont les médecins Ponndorf, Einsiedel et Nagakawa avaient prouvé l'existence par leurs travaux expérimentaux et que mes recherches ont pu confirmer.

Pour enrichir le nouveau vaccin des substances protéiniques bactériennes de nature à réagir sur la peau, j'ai choisi à la place des dérivations de microorganismes pathogènes comme les staphylocoques et streptocoques des dérivations de bactéries *saprophytiques*, produisant des effets semblables. La « Saprophytine » du professeur Günther préparée par lui-même, pour mes besoins, d'après une méthode spéciale, remplit ce but d'une façon merveilleuse. C'est la première fois — à ma connaissance — qu'*une dérivation des saprophytes est employée dans un but thérapeutique.*

Le mélange proportionné a été déterminé empiriquement après de nombreux essais sur des animaux et sur la base d'expériences cliniques.

Le « Cutivaccin Paul » est un *produit pur* : d'une *composition toujours pareille* ; *inaltérable* et d'une *stérilité parfaite*. Son innocuité ne peut qu'en augmenter sa valeur.

Par suite des considérations pratiques, j'emploie deux concentrations du même vaccin :

1° Le cutivaccin Paul « Mitior » et 2° le cutivaccin « Fortior ».

J'emploie depuis un an exclusivement le cutivaccin dans ma pratique privée et le succès des guérisons souvent remarquables me donne entière satisfaction.

Les vaccinations faites avec le « Cutivaccin Paul » sur un grand nombre d'employés et ouvriers souffrant de rhumatisme, qui m'ont été envoyés par les médecins-chefs des chemins de fer d'Etat, aux frais des caisses de secours aux malades ont eu un tel succès que la méthode a été adoptée définitivement, par ces institutions.

Des examens étendus de la méthode sont en cours actuellement dans des nombreuses cliniques et hôpitaux en Autriche et à l'Etranger.

La fabrication et l'exploitation commerciale du cutivaccin-Paul a été confiée à l'Etablissement pharmaceutique « Biopharma » (Vienne) qui le fera sous peu paraître dans le commerce.

Vu mes expériences et ma longue pratique, je crois avoir le droit d'émettre l'opinion que le rhumatisme chronique ne supporte les traitements par des moyens irritatifs qu'en les employant avec un grand ménagement sous la forme la plus délicate. Une telle thérapeutique peut donc se faire par ma méthode de vaccination cutanée et avec mon « cutivaccin », à condition d'une connaissance parfaite de la technique rationnelle de la vaccination cutanée.

On ne peut compter sur un résultat certain, si l'on ne sait observer avec précision les réactions locales et générales après l'emploi du vaccin, ce qui n'est guère possible qu'après une certaine expérience. Seule une indication précise et un emploi rationnel et méthodique du vaccin amèneront la guérison désirée.

Pour mettre en vue l'importance et les avantages de la vaccination, j'ai relevé dans ma statistique trois groupes de maladies qui jusqu'à ce jour n'ont pu être que très difficilement ou pas du tout influencées par les traitements en vigueur.

Ce sont : la polyarthrite déformante ; la névralgie du trijumeau ; la sciatique.

Maladie	Nombre de cas	Amélioration large	Guérison	Sans effet	Empiré
Arthrite déformante	119	76	25	16	2
		64 %	21 %	13 %	1.6 %
Névralgie du trijumeau.....	22	9	11	2	0
		41 %	50 %	9 %	
Sciatique	145	66	68	11	0
		45.5 %	47 %	7.5 %	

Les causes de la supériorité marquante de la vaccination cutanée sur l a thérapeutique par les injections résident :

1° Dans le choix judicieux des matières irritantes ;

2° Dans la méthode particulière de leur mode d'application ;

3° Dans l'état convenable des voies circulatoires et des organes de résorption.

Topique, mécanique et dynamique jouent le rôle principal dans la vaccination cutanée.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les formes hypertoxiques de l'appendicite chez l'enfant.

Chez l'enfant, ainsi que l'indique Pierre Vallery-Radot, l'appendicite revêt le plus souvent une extrême gravité, pas seulement chez le nourrisson, comme on pourrait le croire, mais même chez de grands enfants (14 ans). Chose curieuse, l'enfant qui, d'ordinaire réagit très fortement aux infections par une température élevée, une agitation vive et souvent des convulsions, réagit dans l'appendicite d'autant moins que la forme est plus grave ; les signes locaux sont souvent atténués, parfois inexistants. C'est là la caractéristique de ces formes hypertoxiques si redoutables de l'enfance : pas de signes locaux, mais d'emblée un très mauvais état général. C'est que, chez l'enfant, l'appendicite grave n'est pas seulement une maladie de l'appendice, mais c'est très vite une maladie générale, une intoxication massive de tout l'organisme par les toxines appendiculaires ; il y a plus de toxémie que d'appendicite.

Le début est brusque, et se manifeste beaucoup plus par des symptômes d'ordre digestf que par des douleurs ; il y a aussitôt des vomissements et de la diarrhée d'un caractère tenace, fréquent, incoercible. Le « ventre de bois » n'est donc pas ici non plus le signe nécessaire et indispensable des formes péritonéales graves de l'appendicite. Il y a dissociation du pouls (130) et de la température. L'évolution est très rapide ; en quelques heures, l'état général fléchit, et après quarante-huit heures, il y a peu de chances de sauver le malade.

Se méfier des indigestions, qui traînent ; c'est souvent de l'appendicite. Une crise d'entérite aiguë provoque plus de diarrhée que de vomissements, et le ventre est douloureux partout avec sensations pénibles de coliques. L'empoisonnement alimentaire est facile à éliminer.

Le traitement, le seul, c'est l'ablation immédiate de l'appendice aussitôt le diagnostic posé. Ne purgez jamais un enfant qui vomit ou qui a de la diarrhée avant d'être certain qu'il ne s'agit pas d'appendicite ; il faut penser à l'appendicite avant de penser à une indigestion. Si vous avez affaire à une appendicite chez l'enfant, n'attendez pas une nouvelle crise et opérez sans retard. (*L'Hôpital,* décembre 1926 A.)

Hypertension céphalo-rachidienne dans les contusions du crâne.

Se basant sur une récente observation, le Dr Cantonnet rappelle que la première chose à faire en présence d'un commotionné du crâne qui souffre de céphalée est de rechercher s'il n'y a pas un trouble oculo-moteur se traduisant par de la diplopie et de l'hémianopsie, ou bien une stase papillaire, indice d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien avec gêne de la circulation de retour. Nous avons en effet, dans le fond de l'œil, un manomètre très sensible de l'état de tension du liquide céphalo-rachidien. (*Journ. de méd. et de chirurgie pratiques,* 25 novembre 1926.)

Etude expérimentale de l'action de la révulsion sur la paroi thoracique.

Les recherches de MM. Barbier et Jeannin sont à peine ébauchées, surtout en ce qui concerne la circulation viscérale, et il serait assez hasardeux de transporter des notions acquises par des expériences de laboratoire sur le terrain de la pathologie humaine. Toutefois, il est permis d'estimer qu'une révulsion rapide, telle que la réalise le cataplasme sinapisé ou le papier moutarde, agit probablement en ischémiant les plans profonds de la paroi thoracique sur laquelle ils ont été appliqués. Elle a donc des chances d'être efficace dans les fluxions pariétales aiguës, telles que peuvent les réaliser la réaction pleurale de la pneumonie, la corticopleurite aiguë au niveau d'une zone symphysée, ou la congestion pariétale telle qu'en l'admettait dans la fluxion de poitrine. On pourrait dans ces cas conseiller des révulsions brèves, énergiques, et peu répétées au cours de la journée. D'une part, en effet, l'action vaso-constrictive est assez durable, et, d'autre part, on risquerait par la répétition trop rapprochée des révulsions d'aboutir à une vaso-

dilatation profonde contre laquelle on se propose de lutter.

Quant à la révulsion chronique en quelque sorte, soit par la sommation de révulsions aiguës successives, soit par la mise en place de l'ancien vésicatoire permanent ou cautère, il faudrait la réserver aux cas où l'on désire entretenir dans les plans profonds de la paroi thoracique un état d'hypérémie. On pourrait en trouver une indication rare, mais rationnelle, en présence d'un vieil épanchement chronique des plèvres n'ayant plus de tendance à la résorption spontanée.
(*Lyon médical*, 2 janvier 1927.)

L'éosinophilie sanguine dans les états anaphylactiques.

MM. Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier, F. Claude et P. Giroud, se basant sur les examens hématologiques de 253 malades, atteints de diverses manifestations de type anaphylactique, montrent que l'on ne peut conclure à l'existence de l'éosinophilie dans les crises imputables à l'anaphylaxie digestive, que ce soit l'urticaire, l'œdème de Quincke ou la migraine. Par contre, l'éosinophilie s'observe dans la majorité des cas au cours des crises d'anaphylaxie respiratoire : dans 76 p. 100 des attaques d'asthme, dans 74 p. 100 des manifestations du rhume des foins, dans 54 p. 100 des crises de coryza spasmodique.

Cette éosinophilie, qui s'observe au cours des syndromes d'anaphylaxie respiratoire, n'est pas un signe d'anaphylaxie, et une interprétation suffisante ne peut en être donnée actuellement. Elle n'est pas non plus un stigmate de la diathèse colloïdo-clasique ; les cellules éosinophiles apparaissent dans le sang au moment des crises ; en dehors des crises, elles disparaissent ou tendent à disparaître.

Ce serait donc une erreur de vouloir trouver dans l'éosinophilie sanguine un lien qui rattachât les divers états anaphylactiques. Il faut seulement, tout en se gardant d'une interprétation prématurée, considérer l'éosinophilie comme un des signes des plus fréquents au cours des crises d'anaphylaxie d'ordre respiratoire. A ce titre, elle peut être un utile élément de diagnostic. (*La Presse médicale*, 22 décembre 1926.)

Les malaises du premier sommeil.

Le Dr Gallavardin attire l'attention sur de légers troubles, survenant ordinairement dans les premiers instants du sommeil, qui inquiètent parfois les malades, et ne sont heureusement l'indice d'aucune affection grave.

On les reconnaît facilement par leur moment d'apparition dans le premier sommeil, et même dans le tout premier sommeil. Il semble que, chez certains sujets, la brusque détente nerveuse qui accompagne l'évanouissement somnique, rende le système nerveux plus sensible à certaines manifestations qui eussent passé inaperçues à d'autres instants, ou facilite la production de phénomènes insolites, qui sont alors très vivement ressentis. Le plus souvent, c'est au moment précis de l'évanouissement que le malaise se déclanche, forçant souvent les malades à s'asseoir brusquement sur leur lit ; parfois, il retarde un peu, mais rarement au-delà de la première demi-heure, ou de la première heure. Assez souvent, le malaise en question ne se produit qu'une seule fois ; il peut se produire par périodes ou bien persister. Tout se passe comme s'il existait, au moment précis du passage de la veille au sommeil ou un peu après, un moment critique, une sorte de déséquilibre ou de déroute transitoire du contrôle nerveux, qui substitue à l'habituel et placide alanguissement ces heurts brusques, qui réveillent les malades en sursaut. Tout ceci, sans doute, confine presque à l'état physiologique, et il est bien peu d'individus qui n'aient ressenti une fois par hasard, à ce moment, quelque secousse musculaire ou encore comme une décharge électrique dans un membre, d'autres fois une légère angoisse ; mais l'auteur n'envisage ici que les troubles assez manifestes ou persistants pour inquiéter les malades.

Ces malaises du premier sommeil peuvent être infiniment variés ; ils offrent tantôt l'aspect de courts spasmes laryngés ou respiratoires, de contractions extrasystoliques péniblement ressenties, de réveils brusqués avec ou sans angoisse, exceptionnellement de secousses musculaires ou d'éclairs douloureux dans tout le corps ou la région cardiaque.

L'étiologie de ces troubles reste incertaine ; l'action thérapeutique (bromure, valériane, gardénal) est très variable. Dans aucun cas, ils n'ont paru se rattacher à un état organique certain, et leur longue durée prouve assez leur bénignité. (*Lyon médical*, 21 novembre 1926.)

Le sulfate de magnésie en injections intra-veineuses et intra-musculaires dans l'éclampsie.

Il y a une dizaine d'années, les gynécologues avaient adopté le traitement chirurgical de l'éclampsie : soit une extraction après dilatation forcée du col, soit une opération césarienne. Depuis, devant les résultats peu satisfaisants d'une méthode aussi radicale, les obstétriciens ont adopté l'attitude expectative, tout en combattant chacun des symptômes de l'éclampsie. Certes, l'accord est fait à présent sur l'efficacité de la saignée pour abaisser la pression sanguine dépassant 150 mm., sur l'utilité du sondage et même, parfois de l'injection de sérum glucosé en cas d'anurie ; mais comment combattre les impressionnantes crises convulsives de l'éclamptique ? Chaque école a sa technique, son médicament ou son association d'hypnotiques.

Le Dr J.-L. Wodon recommande vivement la méthode de Lee, dont les résultats sont extrêmement intéressants, l'application très simple, et sans accident, ni douleur.

Pour les injections intra-musculaires, on utilise une solution de 10 à 50 % de sulfate de magnésie ; on injecte en une fois une quantité de solution équivalente à 3 gr. 50 ou 4 gr. de sulfate. On peut renouveler l'injection une heure après l'administration de la première, et on proportionne la fréquence des injections à la gravité du cas. Lee a injecté jusqu'à 100 cc. de la solution à 25 % en douze heures, soit 25 grammes de sulfate de Mg., sans observer aucun inconvénient. Il est prudent de se munir d'une ampoule de chlorure de calcium pour pouvoir pratiquer immédiatement une injection intraveineuse de ce produit, si l'on observe des troubles respiratoires ; jusqu'à présent aucun auteur n'a observé de ces troubles.

Le sulfate de Mg ainsi administré arrête presque toujours, dès la première injection, les convulsions. On note une certaine atonie des muscles volontaires, mais aucune action sur la contractilité du muscle utérin. Si le travail a commencé, il continue. Le sulfate de Mg n'a aucune action, ni sur le pouls, ni sur la pression sanguine, aussi, si celle-ci dépasse 150 mm., la saignée reste indiquée. Le sulfate a une action diurétique très nette, ce qui est utile ; les œdèmes fondent rapidement, et l'heureuse action du sulfate de Mg sur l'état comateux s'explique par la réduction de l'œdème cérébral, qui accompagne presque toujours l'éclampsie.

Cependant ce procédé ne peut guérir les éclamptiques par urémie, dont l'état n'est d'ailleurs pas davantage influencé par les hypnotiques.

Alors que les autres méthodes (intervention, hypnotiques etc.), donnent une mortalité maternelle de 9 % à 22,7 %, et une mortalité fœtale de 25 à 57.6 %, le sulfate de magnésie intraveineux donne 9 % et 35 %, le sulfate de magnésie intra-musculaire 5,25 % (mortalité maternelle)et 25 % (mortalité fœtale).

L'administration par voie intramusculaire ou intraveineuse de sulfate de magnésie peut donc avantageusement remplacer les hypnotiques pour combattre la spasmophilie de l'éclampsie. (*Bruxelles médical*, 12 décembre 1926.)

L'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses.

Certains auteurs rejettent cette interruption de la grossesse, décidée dans le but d'éviter l'aggravation ou l'éclosion de la tuberculose par l'état gravide, et ils donnent comme raison principale qu'il est impossible cliniquement de déterminer avec certitude les cas dans lesquels « l'interruption de la grossesse sera favorable, ou nuisible, ou inopérante.

Le Pr Emile Sergent s'élève contre cette interprétation du rôle que peut jouer la grossesse dans le réveil ou l'éclosion de la tuberculose pulmonaire.

En effet, dans un quart environ des cas de tuberculose sournoise, l'auteur a relevé l'accouchement dans un passé de moins de dix mois, et encore cette statistique ne se refère-t-elle qu'aux formes lentes de la tuberculose post-gravidique.

Il estime, qu'ayant pu dépister la fréquence des tuberculoses tardives du post-partum, qui se cachent sous les masques les plus variés, la grossesse doit être considérée comme un facteur incontestable de réveil d'une tuberculose, qui paraît éteinte ou demeure latente.

Avant d'autoriser le mariage et la grossesse pour une femme qui a eu dans le passé des accidents de tuberculose, il faut s'assurer que ceux-ci paraissent bien éteints ; chez ces femmes, les débuts du mariage, la période gravidique et celle du post-partum doivent être surveillées de très près ; il faut aussi savoir dépister, dès leurs premières manifestations, les formes masquées, sournoises de la tuberculose du post-partum. (*La Presse médicale*, 27 novembre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La flore microbienne des tumeurs malignes.

(M. A. Lumière et Mme Montoloy. — *Académie de médecine* ; 7-6-1927.)

De nombreux bactériologistes ont étudié la flore microbienne des tumeurs malignes, dans l'espoir surtout d'y trouver la cause de la maladie. En 1872-1880, Nepveu isola le microbe épithélial ; en 1887, Rappin rencontra un diplocoque ; puis, Scheurlen, Domingo, Freire, Perrin et Sanarelli, Francke, Koubassof, Doyen, décrivirent des bactériacées des néoplasies malignes. En 1894, Motti trouve des cocci ; plus récemment Glover, Joseph Roy découvrent des microcoques. Ce dernier auteur décèle un microbe en grains animé de mouvements de progression par oscillation latérale (*oscillocoque* du cancer) dont la vitalité est extraordinaire : le microbe reste vivant, en effet, après une ébullition de dix minutes, un séjour de 20 minutes à l'autoclave à 115°, une action prolongée de l'acide phénique à 5 %, de l'alcool au tiers, etc.

M. Auguste Lumière et Mme Montoloy pensent

que nombre de ces agents microbiens se rencontrent dans les tumeurs en raison de contaminations accidentelles, difficiles à éviter. Reprenant la question, ils se sont entourés de précautions minutieuses permettant d'empêcher, pour une large part tout au moins, ces contaminations extérieures. Leurs recherches ont porté sur 45 tumeurs de divers types venant d'opérations pratiquées au centre anticancéreux de Lyon, par le professeur Bérard et ses élèves. Ayant ensemencé avec chaque tumeur douze tubes, ils ont ainsi obtenu 540 cultures. D'une façon générale, dans les néoplasmes non ulcérés en particulier, et à part un très petit nombre de cas (relevant sans doute d'inoculations accidentelles malgré les précautions prises), ils n'ont pas trouvé de microbes cultivables. Ils concluent :

1° Les tumeurs malignes non ulcérées et non infectées secondairement ne semblent pas renfermer de micro-organismes aérobies spécifiques, cultivables par nos moyens bactériologiques actuellement en usage ;

2° Lorsque ces tumeurs sont infectées secondairement, les microbes qui cultivent à la suite de leur ensemencement sont presque toujours le streptocoque et parfois le staphylocoque ;

3° Les autres germes décelés jusqu'ici dans les tumeurs paraissent être des microbes de contamination apportés dans les milieux culturaux par une technique insuffisante ou sont ceux que l'on rencontre parfois à l'état quiescent dans tout tissu vivant normal ;

Les ensemencements tumoraux végètent donc dans trois circonstances :

a) Lorsqu'ils proviennent de tumeurs ulcérées ou infectées ;

b) Quand ils renferment quelques-uns des saprophytes qui peuvent exister dans tout tissu vivant ;

c) Lorsque des contaminations se sont produites accidentellement pendant les manipulations.

Dans tous les cas, ce sont des espèces microbiennes connues qui végètent.

La peptonothérapie intra-dermique dans l'asthme et le rhume des foins.

(MM. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT et BLAMOUTIER. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-4-1927.)

MM. Pasteur-Valléry-Radot et Blamoutier ont traité, depuis 1924, de nombreux malades atteints de manifestations anaphylactiques d'ordre respiratoire par des injections intra-dermiques d'une solution concentrée de peptone. Le rhume des foins est la principale indication de ce traitement. Il ne faut pas commencer les injections avant que les premiers symptômes du coryza, en particulier les éternuements et l'hydrorrhée, aient débuté. Les malades qui ont été soumis à la peptonothérapie dans les semaines précédant la date habituelle d'éclosion du rhume ont vu leur affection apparaître et se poursuivre sans changement. Il ne faut pas, non plus, s'adresser à la médication trop tard. La période optima est le deuxième ou troisième jour du coryza.

Les injections sont faites, chaque jour, pendant vingt jours, et doivent être *intra-dermiques*. L'amélioration survient au cours ou en fin de traitement et une nouvelle série de piqûres peut être utile.

Pour l'asthme, les sujets les plus justiciables de la peptonothérapie sont ceux qui ont un asthme sans épine irritative broncho-pulmonaire (sclérose pulmonaire, bronchite, emphysème). L'ancienneté de la maladie n'est pas une contre-indication mais les patients ayant des crises sans trève sont moins améliorables que les autres. On ne conseillera, toutefois, la peptonothérapie qu'aux sujets ayant des crises d'asthme fréquentes.

Dans le coryza spasmodique, les résultats sont généralement de courte durée, la plupart des malades accusant encore, dans la suite, des symptômes paroxystiques. Aussi, M. Pasteur Valléry-Radot ne préconise-t-il pas la peptonothérapie dans le coryza spasmodique comme il le fait pour le rhume des foins et l'asthme.

La préparation de peptone se fait de la façon suivante. On dissout 50 gr. de peptone (de Witte ou de Chassaing) dans une quantité d'eau distillée suffisante pour obtenir par volume total de 100 cc. Un centim. cube de la solution contient 0 gr. 50 de peptone. Cette solution est brun foncé et très visqueuse. On la répartit en ampoules de verre neutre et on stérilise à 110°.

On a opposé à cette formule l'impossibilité de préparer une solution de peptone aussi concentrée. La dissolution s'obtient par une technique convenable : mettre les 50 gr. de peptone au contact de l'eau distillée (q. s. pour 100 cc.) et agiter avec une baguette de verre. Laisser à la température du laboratoire ou mieux mettre au bain-marie, tout en agitant de temps à autre et en ajoutant de l'eau pour rétablir 100 cc. Au bout de 24 ou 48 heures, toute ou presque toute la peptone est dissoute. On filtre sur papier ordinaire (filtration longue, demandant plusieurs heures).

L'injection doit être strictement intra-dermique. Au moment où l'on pousse le piston, une saillie blanche à centre brunâtre se produit tout autour de la piqûre ; la papule s'étale pour laisser, le lendemain, une simple petite nodosité rougeâtre, qui se résorbe progressivement. Quelquefois persiste, un certain temps, une petite induration. Aussi, vaut-il mieux, chez la femme, faire les injections intra-dermiques à la face externe de la cuisse, au lieu de les faire, comme chez l'homme, au tiers supérieur de la face externe du bras. Dans des cas exceptionnels, on observe, au milieu de la série de piqûres, des réactions plus vives, pseudo-phlegmoneuses. La dose de début est de 1/10e de cc. La dose maxima des jours suivants est de 3/10e de cc.

— M. Paul CHEVALLIER a obtenu, avec la méthode

de M. Pasteur-Valléry-Radot, des effets excellents dans deux cas d'urticaires intenses.

— M. FLANDIN a pu guérir, par ce traitement, un certain nombre de cas de rhume des foins, d'asthme, de coryza spasmodique. L'auto-sérothérapie *intra-dermique* lui a paru également avantageuse. Les inconvénients de la peptonothérapie intra-dermique (douleurs rougeur, nodules persistants) doivent, toutefois, être pris en considération, chez la femme principalement.

— M. PASTEUR VALLÉRY-RADOT réserve surtout les injections peptoniques aux manifestations anaphylactiques respiratoires. Dans l'anaphylaxie digestive (urticaire, migraine) la peptone par voie gastrique est à préférer.

— M. CHIRAY émet, de son côté, une opinion favorable à la peptonothérapie intra-dermique dans le traitement de l'asthme et du rhume des foins.

La rachianesthésie dans l'occlusion intestinale.

(M. Paul GUIBAL, de Béziers ; M. Pierre DUVAL. — *Soc. de chirurgie* ; 6-4-1927 et 27-4-1927.)

M. Guibal apporte une contribution intéressante à la question, soulevée par M. Pierre Duval, du « traitement » de l'occlusion intestinale par la rachianesthésie.

M. Pierre Duval a relaté 22 observations dans lesquelles la rachianesthésie, sur des malades atteints d'iléus de diverse nature, a provoqué une débâcle abondante de matières et de gaz. Cette débâcle améliore évidemment l'état des patients. Survenant avant l'opération, elle vide l'intestin et facilite les recherches. Consécutive à l'opération, elle désintoxique le sujet.

Mais, cette débâcle est-elle fréquente ? La statistique de M. Pierre Duval pourrait le faire croire : 22 succès sur 22 cas. Ce n'est là, il est vrai, qu'une apparence, les cas favorables ayant seuls été réunis. M. Guibal a obtenu, dans sa pratique, un relevé beaucoup moins brillant. En bloc, 46 cas de rachianesthésie dans l'occlusion lui ont procuré seulement 4 débâcles intestinales et à un prix qui semble élevé ; ces 46 rachi ont donné, en effet, 2 alertes graves par apnée bulbaire et 2 morts.

Prise dans son ensemble, l'expérience de l'auteur porte sur plus de 3.000 rachianesthésies. Elles se sont accompagnées de débâcles sur la table d'opération dans la proportion de 1 sur 10. Cette débâcle, si elle est favorable dans l'iléus, peut être fort gênante dans les opérations périnéales, voire dangereuse dans les opérations abdominales.

M. Guibal, dans ces conditions, se déclare peu enthousiaste de la rachi-anesthésie et il ne croit pas qu'elle soit mieux indiquée dans l'occlusion, où elle paraît offrir des dangers plus grands encore.

Il conclut : D'après ce que j'ai observé, la production d'une débâcle intestinale n'est pas fréquente après rachianesthésie, que l'opéré soit ou non en état d'occlusion (1 fois sur 10 environ). Elle semble survenir plus souvent après la levée de la cause de l'occlusion, ce qui lui enlève son principal intérêt. A ce point de vue spécial, la rachi serait donc infidèle. De plus, elle est dangereuse, les malades en état d'occlusion se montrant très vulnérables par elle, au même titre que tous les intoxiqués, stercorémiques, infectés et shockés.

La rachi donne plus d'ennuis que tout autre mode d'anesthésie, en particulier dans l'occlusion.

L'avis de l'auteur est nettement défavorable à l'emploi de la rachi dans l'iléus.

— M. Pierre DUVAL donne ses conclusions personnelles sur la discussion soulevée par son rapport : Des documents que j'ai pu réunir et comparer (400 observations de rachianesthésie dans l'iléus aigu), dit-il, il apparaît que l'action de la rachianesthésie est, dans cet état morbide, diverse, tantôt d'une puissance indiscutable, tantôt d'une nullité parfaite. Cette action reste paradoxale, variable dans des cas identiques, triomphant d'obstacles tels que torsion d'anses, adhérences, brides ; impuissante d'autres fois à réveiller la contraction intestinale dans des iléus purement réflexes.

La rachianesthésie ne semble pas particulièrement dangereuse dans les états d'iléus aigus, sauf lorsque les malades sont déprimés, intoxiqués, hypotendus. Dans les hernies étranglées, elle doit céder le pas à l'anesthésie locale et son pouvoir de provoquer parfois la réduction de la hernie est une contre-indication majeure à son emploi. Parmi les occlusions intestinales proprement dites, l'iléus post-opératoire sera mis à part et la rachianesthésie y paraît le traitement de choix. Pour les autres iléus, M. Pierre Duval adopte la formule de Riche : employer la rachianesthésie comme anesthésique et non comme traitement. Lorsque l'évacuation intestinale est obtenue (si elle l'est), il faut toujours, quand même, opérer, et cela sans exception. La rachi suivie de débâcle intestinale simplifie l'intervention, qu'elle permet de faire sur un intestin vide. Ce mode d'anesthésie offre donc des avantages incontestables dans l'iléus et il est à conseiller en pareil cas, sauf ses contre-indications habituelles, bien entendu.

P. L.

Les Congrès

Société Française d'Ophtalmologie — XLe Congrès

Le XLe Congrès de la Société française d'ophtalmologie a eu lieu à Paris du 9 au 12 mai. On y a entendu et discuté un rapport du Dr BAILLART (de Paris) sur le rôle du sympathique en pathologie oculaire.

Il est impossible de résumer cet excellent travail ; l'auteur a réussi à faire tenir en moins de deux cents pages tout ce que nous savons de cette question complexe. Après un résumé de l'anatomie et de la physiologie du sympathique oculaire, il a passé en revue les « tests » d'exploration du sympathique, le réflexe oculo-cardiaque et étudié l'action des collyres. Les chapitres suivants sont consacrés aux spasmes des vaisseaux oculaires, au rôle du sympathique dans le glaucome, à l'exophtalmie et enophtalmie, aux relations entre le sympathique oculaire et la muqueuse nasale, au rôle des glandes à sécrétion interne en ophtalmologie, à l'excitation et paralysie du sympathique, à quelques troubles trophiques (kératite neuro-paralytique et zona ophtalmique) dans leur relation avec le sympathique et au choc en ophtalmologie.

C'est dire que les problèmes les plus variés ont été abordés ; dans la discussion qui a suivi et à laquelle ont pris part notamment MM. Abadie, Coppez, Lagrange, Edelob, Fromaget, Terrien, Terson..., il a été rendu hommage au rapporteur qui n'a négligé aucun fait important et a discuté les théories avec un grand esprit critique.

Quarante-trois communications ont été faites au Congrès, certaines d'intérêt purement ophtalmologique et beaucoup ayant un intérêt médical général.

HAAS et COUVREUX (Paris) : L'acuité visuelle aux basses lumières.

MONOD (Bordeaux) : Recherches sur les modifications de l'astigmatisme cornéen avec l'âge.

POLLACK (Paris) : Stéréoscope à prismes variables.

AUBARET (Marseille) : Variétés anatomo-cliniques des rhinostomies lacrymales. — L'auteur a étudié les conditions anatomiques qui favorisent ou gênent l'opération de Dupuy-Dutemps et Bourguet. On sait que cette opération consiste à suturer, après trépanation de la gouttière lacrymale, la muqueuse du sac à la muqueuse pituitaire, de façon à créer une communication directe persistante entre le sac et les fosses nasales.

TERRIEN, MAWAS et P. VEIL (Paris) : Neurofibromatose palpébro-orbitaire.

DUPUY-DUTEMPS (Paris) : Réfection cutanée tarsienne et conjonctivale d'une paupière par greffe prise à l'autre paupière.

GÉRARD (Lille) : Nouvelles indications du naphtol camphré dans les conjonctivites chroniques.

LACROIX (Rouen) : Kérato-conjonctivites et rayons ultra-violets.

BEAUVIEUX (Bordeaux) : Plaies de la sclérotique par éclats de verre, leur pronostic immédiat, leur traitement.

L'auteur indique une fois de plus que, dans le cas où l'acuité visuelle est conservée et quel que soit son degré, on peut, si le fragment de verre est antérieur et bien repéré, tenter son extraction, mais le plus souvent mieux vaut demeurer dans l'expectative armée à cause de la tolérance particulière de l'œil pour le verre, et n'intervenir qu'en cas de complications inflammatoires ultérieures.

BAUDOT et BRETAGNE (Nancy) : Aspect polychrome de lésions de l'iris et de la chambre antérieure par éclat de détonateur (microscopie oculaire et anatomo-pathologie).

MAGITOT (Paris) : L'adrénaline comme mydriatique.

SEDAN (Marseille) : Polycorie en trèfle.

PLICQUE (Paris) : Recherches sur la fréquence et l'étiologie des diverses formes d'inégalité pupillaire.

MORAX et PETIT : Trachome et immigration. — L'augmentation en France de la main-d'œuvre étrangère a créé, depuis la guerre, un danger véritable en ce qui concerne le trachome. L'appel organisé à la main-d'œuvre étrangère étant surveillé offre moins de dangers, mais l'immigration spontanée, de beaucoup la plus importante, est aussi la plus dangereuse. Dans le Nord et le Pas-de-Calais, sur 200.000 travailleurs, il y a 65.000 étrangers qui viennent, pour la plupart, de pays où le trachome est très répandu ; beaucoup de ces travailleurs sont atteints et un certain nombre de Français ont été contaminés. Des faits semblables ont été observés dans des colonies auparavant indemnes, comme Madagascar. La déclaration obligatoire, peu appliquée en pratique, d'ailleurs, ne paraît pas un moyen de lutte des plus efficaces. Nous sommes légalement armés et, récemment encore, on vient d'ajouter le passeport sanitaire ; mais une stricte observance des règlements est nécessaire, ainsi que l'extension des facilités de traitement.

Le glaucome a été l'occasion de plusieurs communications intéressantes.

AMSLER : Considérations critiques sur le tonomètre de Schiötz.— L'auteur insiste sur la signification des mesures tonométriques du globe oculaire, qui doivent être aujourd'hui substituées à la simple palpation digitale pour l'appréciation de la dureté du globe.

ROCHON-DUVIGNEAUD et MONTHUS (Paris) : Sur deux cas de glaucome diabétique. Présentation de coupes anatomiques.

ABADIE (Paris) : Traitement médical du glaucome, a indiqué que la prise quotidienne d'un milligramme et demi d'adrénaline, de 10 à 20 centigrammes

d'ergotine et de 1 à 2 grammes de chlorure de calcium, médicaments vaso-constricteurs, étaient, selon lui, capables d'améliorer les glaucomes chroniques. Ce traitement doit d'ailleurs être associé à l'instillation de pilocarpine.

SZYMANSKI (Wilno) : Le Demi-Elliott a apporté une modification technique et instrumentale à la trépanation cornéo-sclérale qui a pour but de créer au niveau de l'angle de la chambre antérieure une cicatrice filtrante de communication entre les milieux oculaires et les espaces sous-conjonctivaux.

La cataracte a été, comme toujours, l'objet d'une longue discussion.

REDSLOB (Strasbourg) : Cataracte expérimentale.

VAN LINT (Bruxelles) : Extraction latérale intracapsulaire de la cataracte au moyen de la ventouse.

COUSIN (Paris) : Les hyphémas secondaires à l'opération de la cataracte.

JACQUEAU (Lyon) : Suture palpébrale avec ou sans pansement après opération de cararacte.

DE METS (Anvers) : Résultats éloignés de l'opération de la « cataracte des nouveau-nés ».

Dans une précédente communication, Moreau (de Saint-Etienne) avait signalé que la vision des aveugles-nés opérés de cataracte demeurait parfois très difficilement éducable. De Mets apporte plusieurs faits qui montrent qu'il n'en est pas toujours ainsi et que certains aveugles-nés ont un appareil visuel et un cerveau éducables.

Paul PESMES (Bordeaux) : L'extraction du cristallin transparent dans la myopie forte.

La suppression du cristallin chez les myopes forts, imaginée par l'abbé Demonceaux, et réglée de nos jours par Fukala et Vacher, diminue considérablement la myopie, mais elle n'est pas sans danger, parce que les yeux très myopes sont généralement des yeux pathologiques. Sous réserve d'une préparation par des injections de cyanure intraveineux, en n'opérant qu'un seul œil, avant vingt-cinq ans, on est en droit d'intervenir dans les myopies de vingt dioptries et au-dessus.

BOLLACK, HILLEMAND et LAPORTE (Paris) rapportent un cas de tuberculose miliaire de la choroïde, chez une malade qui présentait des lésions granuliques avec lymphocytose et présence de bacilles de Koch dans le liquide spinal. On retrouve dans les coupes histologiques de l'œil des granulations tuberculeuses avec bacilles, ce qui est une constatation fort rare.

COPPEZ (Bruxelles) : Quelques cas de chalcose oculaire. Belles projections montrant les lésions produites dans l'œil par des éclats de cuivre. On sait que, de tous les métaux, le cuivre est l'un des plus mal tolérés.

VAN DER HÆVE (Leyde) : Carcinome métastatique de la choroïde.

Contrairement à l'opinion courante, l'auteur pense que la métastase oculaire des carcinomes du sein et de l'estomac est assez fréquente ; on en a retrouvé 60 cas en Hollande. Il est utile d'examiner le fond d'œil de tous les cancéreux, afin d'éviter les opérations inutiles, dans le cas où les métastases seraient déjà commencées. Il est possible enfin que l'examen histologique de pareils yeux éclairent certaines conditions de la production des métastases cancéreuses.

VALIÈRE-VIALEIX (Limoges) : Sur trois cas de tumeurs du tractus uvéal.

VILLARD (Montpellier) : Le pronostic du sarcome de la choroïde. — Ce pronostic, grâce aux énucléations précoces, n'est pas aussi sévère qu'on le croyait autrefois.

SZYMANSKI (Wilno) : Recherches anatomo-pathologiques sur les altérations de la rétine dans la maladie de Tay-Sachs.

GALLOIS (Paris) : Recherches sur la pathogénie du décollement de la rétine.

De longues et patientes recherches ont montré à l'auteur que l'insuffisance rénale, que des lésions endocriniennes, des foyers de choroïdite avec dépigmentation et une hypotension oculaire avec troubles marqués de la circulation locale se rencontrent dans beaucoup de décollements. Au cours de la discussion on a fait remarquer que l'hérédo-syphilis pouvait être à l'origine aussi bien des troubles généraux que des lésions locales observées.

BALBUENA (Dijon) : Traitement du cysticerque sous-rétinien par le radium.

MORAX (Paris): La cécité foudroyante chez les enfants.

Il s'agit d'un enfant apparemment bien constitué qui présenta une double ischémie rétinienne avec cécité brusque ; la réaction de Hecht était positive chez cet enfant et un traitement novarsenical amena une guérison rapide.

A. TERSON (Paris) : Neuro-rétinite hémorragique d'origine dentaire certaine.

René ONFRAY (Paris) : Strabisme et hérédo-syphilis. Plus du quart des enfants atteints de strabisme convergent ont des stigmates légers ou des réactions sérologiques positives et, plus souvent encore, quoique ces réactions soient négatives chez l'enfant, on les trouve positives, quoique atténuées, chez les ascendants et en particulier chez la mère. Il est aussi fréquent de constater tardivement soit une syphilis nerveuse, soit une syphilis viscérale chez les parents ou les grands-parents d'enfants apparemment bien constitués, mais strabiques. L'hérédo-syphilis à la première ou à la deuxième génération est donc une cause fréquente de strabisme, elle peut empêcher le développement de la vision binoculaire, soit en lésant le globe (anisométropie, chorio-rétinite, névrite optique du faisceau maculaire), soit en créant des paralysies oculo-motrices, soit en lésant les centres coordinateurs de la vision binoculaire.

DEJEAN (Montpellier) : Deux nouveaux cas d'ophtalmoplégie sensitivo-motrice totale unilatérale (syndrome de la fente sphénoïdale).

VELTER (Paris) : Hypertension intra-oculaire dans l'exophtalmie pulsatile.

Dans un cas d'exophtalmie pulsatile traité par la ligature de la carotide primitive, une hypertension intra-oculaire se développa sans déterminer aucun signe subjectif ni physique de glaucome. Ce fait tend à prouver l'origine vasculaire des hypertensions glaucomateuses, mais il est probable que d'autres facteurs doivent s'ajouter aux facteurs vasculaires pour créer le glaucome.

TEULIERES (Bordeaux) : Le kyste hydatique de l'orbite.

TRUC et DEJEAN (Montpellier) : Tumeur mixte de la paupière inférieure et de l'orbite.

BOURGUET (Paris) : Les insuccès de la radiothérapie dans les tumeurs hypophysaires.

MOREAU (Saint-Etienne) : Stéréoradiographie du crâne et de l'encéphale.

MONBRUN et CASTÉRAN (Paris) : La haute fréquence en ophtalmologie.

MARGERIN et JAFFRENON (Paris) : Générateur de haute fréquence (diathermie).

BICHELONNE (Paris) : L'expression et l'esthétique oculaires en ocularistique.

René ONFRAY.

Les Livres

M. MALOINE, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Pr H. GOUGEROT. — **Le traitement de la syphilis en clientèle** (dans « *Comment guérir ?* ». 4e édition 1927. 1 vol. in-8°. 723 pages, 93 figures en noir, 22 figures en couleur et 13 planches hors texte.)

C'est « l'indispensable en syphiligraphie », tel que l'expose l'auteur dans ses conférences hebdomadaires à l'hôpital Saint-Louis.

Aucune branche de la médecine n'est plus immédiatement utile au praticien et ne soulève autant de problèmes difficiles de diagnostic, de thérapeutique, de pronostic et de déontologie que la syphilis. Malheureusement, beaucoup de médecins se plaignent d'être forcés de chercher dans de gros traités trop riches en données théoriques, dans des manuels didactiques trop pauvres en indications thérapeutiques, dans des livres thérapeutiques encombrés de méthodes trop nombreuses, ce qui est indispensable à leur pratique de chaque jour ; enfin, devant les nombreuses découvertes de ces dernières années, une mise au point s'imposait qui se gardât des enthousiasmes décevants. L'auteur s'y est essayé, n'envisageant que toutes les questions de pratique, y compris le secret professionnel, la manière de révéler le diagnostic de la syphilis, la conduite à tenir en présence de syphilitiques mariés, des enfants, des domestiques syphilitiques, etc., etc.

La quatrième édition suit les progrès incessants de la syphiligraphie : les deux périodes évolutives de la syphilis primaire, syphilis sans chancre, sensibilisation, guérison de la syphilis. Mise au point de l'arsénothérapie : nouveaux produits, nouvelles techniques ; prévision de l'intolérance, etc. Bismuthothérapie, dont on sait l'importance et nouveaux produits : vanadium, urane, zinc. Indications actuelles du mercure : les accidents par anaphylaxie mercurielle ; cures pluri-médicamenteuses. Traitements prophylactiques (avant le chancre) et syphilis primaires retardées. Notions nouvelles sur l'hérédo-syphilis. Syphilis et accident du travail. Discussions sur le Bordet-Wassermann, etc.

Ce guide doit être celui du praticien dans le combat qu'il mène contre la syphilis.

Les livres qui viennent de paraître ..

Chez DOIN et Cie, 8, place de l'Odéon.

Dr Maurice DELORT, médecin de l'hôpital Saint-Michel. — **Œsophage, estomac, duodénum** ; et Dr F. NIDERGANG : **Affections buccales et dentaires** (Un vol., 309 p., 89 fig. et 19 pl. hors texte, collection des *Consultations journalières*.)

A la Librairie Ernest FLAMMARION, 26, rue Racine, Paris.

Victor MARGUERITTE. — **Ton corps est à toi.** Roman. (Un vol. in-18 jésus.)

EDITIONS DE LA NOUVELLE REVUE FRANÇAISE, 3, rue de Grenelle, Paris, VIe.

Luc DURTAIN. — **Quarantième étage.** Roman. (Un vol. in-16.)

Chez BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Dr Gabriel LEVEN. — **Obésité et amaigrissement** (clinique et thérapeutique). (Un vol. 280 p.)

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les Rhomnols

« Magna est vis veritatis, et prævalebit ».
Esdras (Bible des Septantes).

Récemment à l'Académie des Sciences, MM. Javillier et Allaire se sont efforcés de déterminer le phosphore nucléinique des tissus et d'établir les bilans phosphorés de la nutrition chez les jeunes êtres en fonction de croissance : composés nucléiques des noyaux cellulaires, phosphatides des cytoplasmes, réserves organisées en phospholipoïdes, concourant d'après eux à réaliser le conditionnement physico-chimique qui préside aux échanges tissulaires et à constituer ainsi la cheville ouvrière de la vie.

Toutes ces recherches de la physiologie contemporaine n'ont fait, en somme, que confirmer la valeur thérapeutique et prophylactique des rhomnols qui, dans les prescriptions médicales journalières, sont, sans doute, les plus utilisés des préparations phosphorées. A base d'acide nucléinique pur, c'est-à-dire de phosphore organique assimilable, le rhomnol nous apparaît comme le reconstituant perfectionné du système nerveux et le régénérateur intégral des noyaux cellulaires. Du jour où le Dr Maurice Leprince en spécialisa la préparation pratique, sous les trois formes : pilules, saccharure et ampoules hypodermiques, d'innombrables observations (principalement publiées par la *Quinzaine thérapeutique* et dans diverses communications aux Sociétés), démontrèrent au Corps médical la valeur rénovatrice hors de pair du rhomnol, ou acide nucléinique pur. Au cours de la grande guerre, cette renommée s'accrut encore, le rhomnol ayant réalisé, sous la forme d'injections hypodermiques à hautes doses, de véritables résurrections dans bien des cas d'infection traumatique désespérés.

Parallèlement au rhomnol, les laboratoires Leprince, préparaient, il y a plus d'un quart de siècle, sous l'inspiration d'Armand Gautier, ces types parfaits d'arsenic organique : arsycodile, néo-arsycodile, ferrocodile, etc..., et, plus récemment, en combinant, après de longues recherches, l'acide nucléinique à la strychnine, de manière à obtenir un sel stable, défini, invariable, le nucléinate de strychnine, il leur était loisible de constituer, avec l'arsycodile et le néo-arsycodile, une association symbiotique et synergique de haute valeur. C'est elle, qui sous le nom de néo-rhomnol, a conquis aujourd'hui la grande faveur du praticien, sans cesse aux prises avec les anémies, les asthénies, les adynamies, les troubles du métabolisme, les rétentions uriques et autres. Le néo-rhomnol rend, en ces occurences morbides, les services les plus constants, qu'il soit ordonné en ampoules hypodermiques (une injection par jour, douze jours de suite) ou bien en comprimés pour l'usage interne (un comprimé à chaque repas durant une quinzaine). Il va sans dire que la forme hypodermique agit plus vite et plus vigoureusement ; elle est précieuse dans les cas qui requièrent une revivification urgente.

Observons ici que toutes les préparations à base de rhomnol, comme à base d'arsycodile ou de néo-arsycodile, présentent la fixité la plus homogène et la composition chimique la plus définie, impliquant une conservation parfaite et des effets thérapeutiques toujours identiques. Ce sont ces qualités qui justifient les préférences du Corps médical, pour ces médicaments de « réintégration », incapables de semer, au sein de nos colloïdes humoraux, la moindre perturbation. Manier le phosphore, l'arsenic et la strychnine, sans suspicion de nocuité possible, quel triomphe pour le praticien !

Rappelons brièvement, pour terminer, les principales indications des rhomnols. Nous possédons, dans la thérapeutique nucléinique, la médication la plus adéquate, lorsqu'il s'agit de parer à la déficience organique en phosphore, de faciliter la karyokinèse, de rétablir le trophisme général en péril. Le rhomnol et, singulièrement, le néo-rhomnol par sa haute puissance parasitotrope, assurent la victoire bactéricide contre l'infection, luttent avec succès contre les dyscrasies, transforment les tissus vivants en une véritable caisse d'épargne, stimulent hématopoïèse et phagocytose, accroissent l'excitabilité réflexe des centres bulbo-médullaires cardio-respiratoires, perfectionnent les oxydations, et exhaussent la tension artérielle. Voilà leurs caractéristiques physiologiques.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

UN HOPITAL EST-IL EN DROIT DE SE REFUSER A HOSPITALISER UN BLESSÉ DU TRAVAIL ?

D'emblée, j'élimine les cas dans lesquels la très grande gravité ou l'extrême urgence font un devoir d'humanité de porter un secours immédiat à la victime d'un accident. Il est évident, que, dans ces circonstances, il faut sauver une vie humaine et, devant ce devoir impérieux, aucun texte législatif ou réglementaire ne vaut.

Mais je considère les cas ordinaires, banaux, de tous les jours : l'hospitalisation d'un blessé du travail est demandée, parce que la victime ne peut recevoir chez elle les soins nécessaires à son état, parce qu'elle est logée dans un hôtel, parce qu'il lui faut subir une opération impraticable à domicile, parce que l'hospitalisation fera réaliser au chef d'entreprise (et surtout à l'assurance de ce dernier), une réelle économie, par rapport aux dépenses nécessitées par le séjour dans une clinique privée, ou par les soins donnés à domicile.

Lorsque, dans la localité n'existe pas de maison de santé privée, il est évident que l'hôpital peut faire fonction de clinique et admettre des malades qui ne rentrent pas dans les catégories prévues par les lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893 : pour ceux-là seuls, c'est-à-dire les malades privés de ressources, l'hôpital est fait.

D'ailleurs les règlements modèles, élaborés à différentes époques par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, ont toujours décidé que l'admission de malades payants, dans un hôpital ne peut avoir lieu que s'il existe des lits disponibles, sans que cette hospitalisation des non indigents puisse nuire aux pauvres.

Lorsque, dans la localité, existent une ou plusieurs cliniques privées, la situation juridique n'est plus la même.

En effet, dans l'immense majorité des cas, ces organisations privées sont aménagées et outillées, pour pouvoir donner aux malades tous les soins nécessités par leur état.

Aussi, pour répondre à la question qui nous est posée, faut-il envisager successivement deux points :

1° Le blessé du travail n'est plus un indigent, depuis la loi du 9 avril 1898, puisque le responsable est le chef d'entreprise ou l'assurance de ce dernier ;

2° L'hôpital, établissement public, fondé dans un but de bienfaisance, ne peut faire concurrence commerciale aux cliniques médicales, organisées par l'initiative privée.

1[er] *Point* : La loi du 7 août 1851 sur les hospices et hôpitaux, fait, par son article premier, l'obligation aux hôpitaux, de recevoir les gens privés de ressources, tombés malades dans l'étendue de la commune, siège de l'établissement.

La loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, fait également à la commune l'obligation de faire soigner à l'hôpital le Français malade, privé de ressources, lorsqu'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile.

En dehors de ces deux textes législatifs, aucune autre obligation légale n'existe.

L'article 4, paragraphe 3, de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, modifié par les lois du 31 mars 1905 et du 6 juillet 1920, met à la charge du chef d'entreprise les frais d'hospitalisation.

Ce paragraphe succède immédiatement à celui, qui reconnaît au blessé le droit absolu de choisir son médecin. D'ailleurs, la jurisprudence a toujours admis que la victime avait la liberté de se refuser à être hospitalisée.

Par conséquent, le législateur a entendu limiter les dépenses que doit supporter le chef d'entreprise, en cas d'admission à l'hôpital de son ouvrier blessé ; mais il n'a nullement été dans son intention d'imposer à la victime des soins dans un hôpital.

De tout ceci, résulte que le blessé du travail doit être considéré comme se trouvant dans la situation d'un malade payant, lorsque celui-ci demande son admission à l'hôpital.

Or, si la loi du 7 août 1851, comme celle du 15 juillet 1893, ne prévoient l'hospitalisation que des seuls malades privés de ressources, le règlement modèle des hospices et hôpitaux et les diverses circulaires ministérielles précisent dans quelles conditions et dans quels cas seront hospitalisés les patients qui n'ont pas le droit de bénéficier des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893.

Les articles 24 et 28 du règlement modèle du 30 juin 1921 et les commentaires donnés par la circulaire du Ministre du travail, de l'hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, du 31

mars 1926, spécifient que les malades payants ne peuvent être admis qu'à titre exceptionnel.

Page 32 de la dite circulaire, nous lisons :

« Des modifications importantes ont été apportées au régime des malades payants.

« Le rapport de l'inspection générale des services administratifs, pour l'année 1913 (*Journal officiel*, annexe du 6 août), a rappelé les points de droit, qui ne sauraient être perdus de vue : l'hôpital a été créé pour les indigents et c'est le détourner de sa destination que d'y recevoir normalement des malades payants.

« La transformation partielle des hôpitaux en maisons de santé ne peut se concilier avec le respect des fondations hospitalières.

« Le principe de la spécialité des établissements publics s'oppose également à ce que les hôpitaux se livrent à une opération ayant un caractère commercial, qui les mettrait en concurrence, dans des conditions privilégiées, avec les maisons de santé privées.

« Les hôpitaux sont, en général, tout juste suffisants pour les malades indigents et l'admission des malades aisés, ou peu aisés risque de nuire aux services des malades indigents, pour lesquels l'hôpital a été spécialement créé. »

« Tels sont, dans leur rigueur, les principes posés par les lois organiques, qui régissent les établissements hospitaliers et ils ne sauraient être modifiés que par voie législative. Ils sont d'accord avec les intérêts du Corps médical, pour lequel l'hôpital ne doit pas constituer une concurrence. »

Donc le ministre, chargé de faire respecter la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, est entièrement d'accord avec les délibérations du Conseil supérieur de l'Assistance publique, puisque le règlement modèle des hôpitaux, délibéré par cette haute assemblée, n'a prévu l'admission des malades payants que dans des cas très exceptionnels (note de l'article 28 du règlement du 30 juin 1921).

En particulier, domine l'idée que l'hôpital, étant un établissement public, à destination strictement limitée, ne doit pas faire acte de commerce ni de concurrence illicite aux maisons de santé privées, lorsque celles-ci existent dans la ville.)

Si un procès était fait à un hôpital qui, au mépris des textes législatifs et réglementaires, recevrait des malades payants, en dehors des cas d'extrême urgence, nul doute que le Conseil d'Etat reconnaîtrait que l'hôpital est sorti, ce faisant, de sa destination primitive, qui est l'hospitalisation des seuls indigents.

Vainement pourrait-on soutenir que les maisons de santé sont trop chères : à l'initiative privée de s'entendre avec les établissements déjà existants, pour que le prix de journée, dans ces cliniques puisse être abaissé, ou bien de provoquer la création de maisons de santé à bon marché.

Mais, ce ne serait pas une raison suffisante pour prétendre que l'hôpital doit suppléer à la déficience de l'initiative privée et recevoir les malades payants : d'ailleurs, il arrive souvent que certaines cliniques sont organisées pour hospitaliser à bon marché les petites gens.

Mon argumentation est corroborée par l'ouvrage : « Du rôle des hôpitaux et hospices, Lyon imprimerie Noirclerc, 1921, par M. Gouachon, docteur en droit, secrétaire général des hospices civils de Lyon.

Page 15, nous lisons que les hôpitaux « peuvent » (et non doivent) admettre des malades autres que des indigents.

De tout ceci résulte que la Commission administrative d'un hôpital a parfaitement le droit absolu de se refuser à admettre les blessés du travail, ou à ne les hospitaliser que lorsque ceux-ci ne peuvent pas recevoir, dans une clinique privée, les soins nécessités par leur état.

La Commission administrative est maîtresse chez elle et le règlement qu'elle élaborera et arrêtera sera approuvé par l'autorité préfectorale, tant que ledit règlement ne s'écartera pas des directives générales données par le règlement modèle des hospices et hôpitaux.

Aussi, un établissement hospitalier a parfaitement tout pouvoir pour réserver ses lits aux seuls indigents, bénéficiaires des dispositions législatives du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893, ainsi qu'aux malades demi-nécessiteux.

Dans ces derniers cas ne peuvent entrer les bénéficiaires des lois sur les accidents du travail, puisque les responsables, chefs d'industrie, ou assurances, sont loin d'être des nécessiteux.

Pour terminer, je dirai que la Commission administrative des hôpitaux d'une grande ville serait bien inspirée en s'entendant avec les médecins et chrurgiens de la localité, ainsi qu'avec les propriétaires des maisons de santé privées.

Ensemble et en parfait accord, ils décideraient des catégories de malades payants, qui pourraien être admis à l'hôpital (demi-nécessiteux, cas spéciaux pour l'enseignement des étudiants, contrats passés avec des sociétés de secours mutuels ayant subventionné l'hôpital, lors de sa fondation, etc.).

Ensemble, ils pourraient étudier comment les cliniques privées pourraient abaisser leur prix de revient, pour permettre l'hospitalisation à bon marché des personnes de condition modeste.

En un mot, hôpital et cliniques se prêteraient un mutuel appui, pour le plus grand bien de la santé publique.

C'est d'ailleurs, la solution que j'ai maintes fois préconisée, puisqu'à plusieurs reprises, j'ai été chargé du rapport de l'admission des malades demi-nécessiteux, tant devant la deuxième sec-

tion, que devant l'assemblée générale du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Sinon, si les hôpitaux désirent faire trancher le différend soit par les tribunaux de droit commun, soit par le Conseil d'Etat, je crois savoir que le syndicat des médecins-propriétaires de maisons de santé relèverait le gant.

Mais, disent les idoines en la matière, mauvais arrangement vaut mieux que bon procès et il serait inutile de porter le débat devant l'opinion publique, qui déjà a trop de tendances à se faire soigner à bon compte à l'hôpital, au détriment du droit qu'ont les cliniques privées de vivre, selon les prescriptions légales.

Dr Paul BOUDIN.

LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE SÉNAT

Suite des débats.

Séance du 21 juin 1927.

M. LE PRÉSIDENT..............................

....

MM. Gallet, Henri Merlin, le général Stuhl et Machet ont présenté un amendement qui se place avant l'amendement de M. Dauthy. Cet amendement tend à ajouter à la fin de l'alinéa 2 la disposition suivante :

« ... Il (le maximun de 18.000 fr.) est diminué de 3.000 fr. pour les salariés sans enfant à charge. »

La parole est à M. Gallet.

M. GALLET. — Messieurs, quelle est la portée de l'amendement que je vous demande de vouloir bien voter ?

Lors de votre dernière séance, vous avez fixé, pour les salariés soumis à l'assurance obligatoire, un salaire limite de 18.000 fr. Il nous est apparu, à beaucoup de nos collègues comme à moi-même, que pour les salariés sans enfants à charge, ce chiffre de 18.000 fr. était trop élevé. Nous vous demandons de décider qu'il sera diminué de 3.000 fr. pour cette catégorie de salariés.

Si vous votez la proposition que nous vous soumettons, le salaire-limite sera de 15.000 fr. pour un salarié sans enfant à charge, de 18.000 fr. pour un salarié avec un enfant, et il sera augmenté de 2.000 fr. par nouvel enfant.

Vous me permettrez d'apporter une déclaration différente. Mon expérience de l'exercice de la médecine est assez sérieuse pour me permettre cette affirmation ; ce sont précisément ceux dont les gains, les salaires ou les traitements sont convenables qui s'adressent le plus souvent au médecin. Un ouvrier à petit salaire, à charge familiale, hésite avant de faire appel au praticien. Il ne s'adresse à lui que pour des causes vraiment sérieuses. Les autres y ont recours pour le moindre malaise, pour le bobo le plus insignifiant.

S'il s'agit des salariés sans enfants, vous pensez bien que, soustraits aux préoccupations des charges de famille, ils seront enclins à abuser des dispositions de la loi. Les caisses primaires se trouveront chargées d'obligations plus lourdes, et je n'insiste pas sur les réactions qui se produiront évidemment du côté des médecins.

Risques-maladies.

« Art. 4. — 1. L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, selon les modalités suivantes :

« 2. L'assuré choisit librement son praticien sur une liste locale établie, d'un commun accord, entre les caisses et les syndicats professionnels affiliés aux unions nationales. Cette liste comprendra les praticiens faisant partie des groupements professionnels avec lesquels la caisse a passé un contrat et tous les praticiens qui auront adhéré aux conditions fixées et qui n'auront pas été exclus pour motifs graves et légitimes. Les réclamations relatives à ces exclusions pourront être portées devant la commission tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 5.

« 3. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. Si la liste ne comprend pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci doit choisir parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien de la liste ou en général à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

« 4. Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels.

« 5. Leur montant est supporté ou remboursé par la caisse au choix des intéressés. La participation

de l'assuré aux frais médicaux en dehors des suppléments de frais visés au paragraphe 3 ci-dessus, est fixée par la caisse entre 15 et 20 p. 100 et réalisée suivant le mode prévu aux contrats. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 p. 100. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

« 6. Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurance pourra être autorisée, sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5.

« 7. Les prestations en nature sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

« 8. Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation dela maladie primitive.

« 9. L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs peut se prévaloir des dispositions des paragraphes 1 et 7 ci-dessus. »

Le premier alinéa de l'article 4 d'étant pas contesté, je le mets aux voix.

(Ce texte est adopté).

M. LE PRÉSIDENT. — Sur l'alinéa 2, je suis saisi d'un amendement de MM. Roche, Gallet, Duprey, Fernand Merlin, Saint-Martin et Labrousse, tendant à remplacer les alinéas 2, 3, 4 et 5 de l'article 4 par les dispositions suivantes :

« 2. L'assuré choisit librement son praticien sous les garanties fixées par la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, et du 27 octobre 1919, sur les maladies professionnelles. Il reçoit les soins que comporte son état et en acquitte le montant dans les conditions ordinaires de la pratique médico-chirurgicale.

« 3° Les caisses passeront avec les syndicats professionnels organisés des conventions dont les stipulations seront valables pour tous les praticiens et dont le but sera de régler le mode de délivrance aux assurés des attestations de maladie et des justifications de payements effectués pour permettre le versement des indemnités prévues par la présente loi.

« Ces attestations devront être réduites au minimunm indispensable et ne porter aucune atteinte au secret médical.

« 4. Pour chaque acte médical régulièrement établi l'assuré reçoit de la caisse locale une indemnité de frais de maladie dont le montant aura été préalablement calculé en fonction de la nature de l'acte, de la distance qui sépare le malade du médecin le plus proche, du salaire de l'assuré, des ressources financières de la caisse d'assurances. »

La parole est à M. Roche.

M. ROCHE. — Messieurs, depuis que la loi sur les assurances sociales est à l'ordre du jour du Sénat, on a beaucoup parlé des médecins, en sorte qu'à l'heure actuelle on peut tenir pour certain qu'ils seront appelés à jouer un rôle considérable dans le fonctionnement de l'assurance. Je ne crois pas trop m'avancer en disant que chacun de nous souhaite que, dans cette question des soins médicaux, nous aboutissions à une organisation susceptible de recevoir l'approbation des médecins, de façon qu'ils ne nous ménagent pas leur concours.

Les médecins se disent partisans de la loi d'assurance. Il faut le croire, d'autant plus qu'ils ne peuvent ne pas l'être. Quel médecin pourrait rester hostile à une loi qui aura tout au moins pour effet de mettre les travailleurs à l'abri des misères qu'entraîne toute incapacité de travail et qui délivre le médecin d'un de ses principaux soucis : celui de se demander, en présence de chaque malade, avant de rédiger son ordonnance, si ce malade ou son entourage dispose des moyens nécessaires pour exécuter les prescriptions que comporte la maladie ?

Les médecins sont prêts à nous donner un concours aussi large que nous pouvons le souhaiter, à une condition, cependant, c'est que l'on ne bouleverse pas, qu'on ne transforme pas d'un seul coup l'exercice de leur profession.

M. GAUDIN DE VILLAINE. — Ils ont bien raison.

M. ROCHE. — Messieurs, malgré notre admiration pour l'œuvre de la commission et de son rapporteur, malgré la compétence et l'autorité du docteur Chauveau en la matière, nous sommes quelques-uns à penser qu'avec des dispositions de l'article 4 on s'engage dans une voie qui n'est pas la bonne.

M. GAUDIN DE VILLAINE. — Très bien !

M. ROCHE. — Aussi bien, cette question de médecine sociale, qui est à la base de ce chapitre, n'est pas une nouveauté. On a rappelé à cette tribune des précédents et ceux qui les ont rappelés avaient quelque qualité pour le faire, puisqu'ils avaient eu une large part à l'élaboration des lois qui touchent à la médecine sociale, mais il se trouve que les signataires de l'amendement que j'ai l'honneur de défendre ont tous contribué à l'application de ces lois et imperfections. Aujourd'hui, ils ont le devoir de vous dire que ces lois, qui étaient certainement bien conçues et qui répondaient à un besoin incontestable, ne donnent que des résultats insuffisants par rapport à ce qu'elles nous coûtent.

Quelles sont les raisons de cette insuffisance ? Elles sont nombreuses : nous avons cru remarquer que les principales devaient être attribuées à une méconnaissance presque complète des règles qui président à l'exercice de la médecine et qui en assurent les résultats.

Quand une collectivité se propose d'organiser des soins médicaux en faveur de ses adhérents, elle

commence par entrer en relations avec les médecins ou avec les représentants de leur groupement, puis elle soumet à leur approbation un contrat en vertu duquel ces médecins reçoivent certains avantages, tels que la fixité de la clientèle ou la sécurité de leurs honoraires. En échange, les médecins prennent l'engagement de se plier à certaines règles administratives et ils acceptent que leurs honoraires soient établis suivant un tarif uniforme, presque toujours plus ou moins réduit.

Messieurs, c'est vers un contrat de cette nature que tendent les dispositions de l'article 4 et c'est ce que nous voudrions éviter, non pas dans l'intérêt des médecins, il est largement assuré dans le texte de M. le docteur Chauveau — mais dans l'intérêt du malade et de la médecine elle-même. (*Applaudissements.*)

Au reste, l'expérience nous a appris que, toutes les fois qu'un médecin a dans sa clientèle des malades qu'il soigne en vertu d'un contrat, quel que soit le tarif, il n'apporte pas à ces malades la même attention que celle qu'il témoigne aux malades de la clientèle ordinaire. (*Mouvements divers.*)

M. Joseph CAILLAUX. — C'est un fait.

M. ROCHE. — Voulez-vous me citer une amélioration quelconque, un progrès qui soit sorti des salles de consultations où fréquentent, par exemple, les ouvriers mineurs et les cheminots ? Vous n'en trouverez pas. La médecine est une profession essentiellement libérale...

M. DELPIERRE. — Les médecins soignent bien, également, ceux qui ne payent pas.

M. ROCHE... dont les règles n'ont jamais été codifiées, mais sont consacrées par une expérience presque millénaire, règles que tout le monde connaît.

Pour que la médecine donne de bons résultats, il faut d'abord, que le malade ait confiance dans son médecin. Il faut, ensuite, qu'il soit assuré du secret des choses qu'il va lui confier. (*Très bien ! très bien !*) En échange de cette confiance, le médecin a le devoir de mettre au service du malade toutes les ressources de sa science, tout son cœur, toute son intelligence, après quoi il a la faculté d'évaluer la valeur du service rendu et le malade le paye.

Les médecins ont coutume de résumer ces règles en deux propositions extrêmement claires et simples : le libre choix et l'entente directe.

Il s'agit dès lors de savoir si les dispositions de l'article 4 respectent le libre choix et l'entente directe.

Quand on lit l'article 4, on a tout de suite l'impression que toute la discussion va se passer entre les syndicats et les caisses d'assurances, et cependant, s'il y a quelque chose de particulier, de personnel, d'individuel, de confidentiel même, c'est la médecine.

M. Dominique DELAHAYE. — Très bien.

M. ROCHE. — La personnalité du malade ou la personnalité du médecin disparaissent, elles sont remplacées par la collectivité. Je ne suis pas l'ennemi du collectivisme *a priori*, mais je ne voudrais pas tout de même qu'on l'amorçât par une chose aussi particulière, aussi individuelle, que la médecine. (*Applaudissements.*)

Quand vous dites, monsieur le rapporteur, que les prestations en nature — appellation aussi moderne qu'élégante des soins médicaux — seront réglementées d'après les conventions, évaluées suivant des tarifs résultant de contrats effectifs intervenus entre les caisses et les syndicats, non seulement vous enlevez au médecin la possibilité d'estimer la valeur de son travail, mais vous portez atteinte au libre choix du malade.

Parmi les médecins, qu'ils soient syndiqués ou non, il y en a qui accepteront le tarif ; d'autres le refuseront. Vous donnerez aux malades la liste de ceux qui auront accepté : c'est déjà une atteinte au libre choix. Si le nom du médecin qui a la confiance du malade ne se trouve pas dans la liste, le mal n'est pas bien grave, car, avec un effort financier supplémentaire l'assuré malade pourra toujours rejoindre son médecin ; mais, si énorme que la chose puisse paraître, je pense que le cas est plus grave si le nom du médecin qui a la confiance du malade figure sur la liste.

Je l'ai dit tout à l'heure, messieurs: tout médecin qui a une clientèle attitrée, qui exerce en vertu d'un contrat, qui a accepté un tarif, prend figure de fonctionnaire et perd son prestige.

M. Dominique DELAHAYE. — C'est la médecine en esclavage.

M. Roche. — Parfaitement.

Eh bien ! messieurs, j'ai des raisons de croire qu'il en sera ainsi. D'abord, les malades sont ainsi faits qu'ils s'imaginent toujours que les médecins qui acceptent un tarif et un contrat ne sont pas les meilleurs.

Ensuite, il est reconnu qu'un médecin, qui a une clientèle fixe, qui travaille pour un prix fixe, n'a plus à soutenir sa réputation. Il ne fait plus l'effort nécessaire pour s'instruire, pour se tenir au courant, pour se perfectionner. Avec les progrès de l'instruction, le public s'en aperçoit rapidement et la confiance s'en va.

Sans doute, on ira encore chez le médecin de la caisse, mais pourquoi faire ? Pour toucher des indemnités de maladie, pour se procurer des remèdes. Quand l'assuré se sentira malade, il choisira son médecin parmi ceux qui sont libres de tout contrat.

Enfin, quand vous dites que les frais médicaux seront supportés ou remboursés par la caisse, vous ne pouvez avoir aucune illusion sur ce qui se passera. Vous savez bien qu'ils seront toujours supportés par la caisse.

C'est si commode pour le malade d'aller chez le médecin et de ne pas avoir à sortir son porte-monnaie, et si commode pour le médecin de n'avoir rien à réclamer au client !

Vous enlevez certainement à l'assuré une obligation désagréable, mais tenez bien compte que je vous lui enlevez, du même coup — j'insiste là-dessus — la

seule chose qui pouvait lui permettre de se présenter chez le médecin comme un client ordinaire et d'être soigné comme tel.

Ce n'est pas tout. L'expérience nous a encore montré que, dans tous les contrats qui aboutissent à un tarif fixe et au tiers payant, il se produit des abus considérables.

M. Joseph CAILLAUX. — C'est la grosse question.

M. ROCHE. — Les plus communs sont la multiplication du nombre des malades et pour chaque malade la multiplication des actes médicaux. (*Très ien !*)

Les exemples abondent. Je ne rappellerai que ceux qui ont été produits à cette tribune.

Voici, par exemple, une statistique faite en 1913. Les sociétés de secours mutuels avaient reconnu, à ce moment-là, que la morbidité était de 1.9 p. 100 chez les femmes et de 1.6 p. 100 chez les hommes. La même année, les sociétés de secours mutuels libres trouvaient 2.6 pour les hommes, et 2 pour les femmes. Cette morbidité s'élevait déjà à 6 p. 100 pour les fonctionnaires ; elle monte à 12 p. 100 chez les cheminots ; elle varie entre 9 et 12 p. 100 en Allemagne, en Angleterre, en Autriche et dans le Luxembourg où fonctionnent les assurances sociales ; et, dans certaine ville d'Alsace et de Lorraine que je n'ose pas nommer, elle atteint 80 p. 100. (*Mouvements divers.*) Je vous assure, messieurs, que ces chiffres n'ont rien d'extraordinaire. Si vous voulez bien tenir compte de ce qui va se passer, réfléchir que l'assuré qui aura cotisé voudra en avoir pour son argent, il ne laissera échapper aucune occasion, si petite soit-elle, de réclamer des indemnités de maladie.

M. Henry CHÉRON. — A partir du jour où l'on va chez le médecin, on se croit malade. (*Sourires.*)

M. ROCHE. — Et puis, regardez ce qui se passe autour de vous. Ne voyez-vous pas tout le long du jour de nombreuses personnes entrer chez le pharmacien et en sortir ? Ne croyez pas que toutes vont faire exécuter des ordonnances ? Beaucoup y vont pour acheter des produits d'un usage courant. Au lendemain de la promulgation de la loi, avant d'aller chez le pharmacien, on passera chez le médecin chercher l'ordonnance qui permettra de se procurer gratuitement les remèdes et les produits dont je vous parle. Alors, le prix de la consultation s'ajoutera au prix d'achat parfois insignifiant d'un produit quelconque.

Ce n'est pas encore tout. Il n'y a pas que les assurés qui soient susceptibles de méconnaître les intentions du législateur et de profiter des imperfections de nos lois. J'ai entendu dire que certains médecins n'étaient pas exempts de cette faiblesse. Il faut bien le croire, puisqu'il y a malheureusement des exemples.

Tout de même je veux profiter de la circonstance pour m'élever contre une tendance qui consiste à généraliser et à attribuer à tout le corps médical la faiblesse de quelques-uns. (*Très bien ! très bien !*)

On se complaît à juger le médecin d'aujourd'hui sévèrement parce que trop souvent on le compare avec celui que vous avez connu il y a quelque vingt ou vingt-cinq ans. Ah ! celui-là, évidemment, avait la vocation. Il consacrait toute sa vie au service de la société, il ne s'occupait pas de l'avenir et il arrivait à l'âge de la retraite obligé de travailler encore pour vivre.

Avant d'entrer dans la carrière, il avait juré sur l'effigie d'Hippocrate de rester toujours fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, il avait juré de garder les secrets qui lui seraient confiés, de donner ses soins gratuits à l'indigent, de ne jamais exiger de salaire au-dessus de son travail, de répandre parmi les hommes les bienfaits de la science qu'il avait reçue de ses maîtres... (*Très bien ! très bien ! et applaudissements unanimes.*)

M. Henry CHÉRON. — On peut l'applaudir, celui-là ! (*Vifs applaudissements.*)

M. ROCHE. — Je vous remercie de ces témoignages de sympathie pour ces vieux médecins...

UN SÉNATEUR DU CENTRE. — Il y en a encore.

M. ROCHE. — Mais en vérité, par le temps qui court, nous ne pouvons pas raisonnablement exiger du médecin d'aujourd'hui pareil désintéressement : les temps sont changés, il faut être juste, et vous reconnaîtrez avec moi que le corps médical est peut-être encore un de ceux qui se tiennent le mieux à travers tous les débordements qui nous entourent. (*Très bien ! très bien ! et applaudissements.*)

Tout ceci nous amène à supposer qu'au lendemain de la promulgation de la loi,nous allons être en présence d'abus considérables qu'il est impossible de chiffrer ; et alors nous convenons qu'il soit utile de se prémunir contre des abus susceptibles de se produire. La commission d'hygiène n'y a pas manqué. Elle nous propose deux mesures qui ont leur valeur : le contrôle et la participation aux frais par le procédé du ticket modérateur,

Du contrôle je dirai peu de chose ; nous le retrouverons à l'article 7. Mais dès maintenant je veux vous indiquer que le contrôle de la caisse sur les assurés, qui pourrait être le plus utile, ne peut pas jouer si le médecin ne trahit pas le secret médical. Il est impossible en effet, de contrôler un malade si vous ne savez pas de quelle maladie il est atteint.

Quant au contrôle du médecin par le médecin, il est illusoire.

Reste la participation des assurés aux frais de maladie. C'est ce qu'on appelle vulgairement le ticket modérateur .Ce ticket aura l'effet que vous lui donnerez. S'il est trop bas, il sera inopérant. S'il est trop élevé, il sera injuste. Imaginez qu'il reste à 15 ou 20 p. 100. C'est le chiffre de la commission. Supposez que le prix de la visite soit de 10 fr. Croyez-vous, que pour trente sous un assuré malade, mécontent du nombre de jours de repos que lui aura octroyé un premier médecin, hésitera à aller tirer la sonnette d'un confrère voisin, surtout si ce confrère a la réputation d'être plus généreux ? Il ira d'autant plus

volontiers que, j'en suis sûr, le confrère fera l'avance du ticket.

Par conséquent, il ne faut pas trop faire fond sur les moyens qu'on nous propose pour nous garantir contre les abus. J'en arrive à conclure que la solution du problème qui se pose devant nous à l'occasion des soins médicaux ne peut pas être fournie par une série de contrats qui laissent subsister les abus que l'expérience a révélés, et qui portent une atteinte mortelle à la médecine.

Alors, que faire ? J'ai entendu le rapporteur de la commission de l'hygiène dire à cette tribune que, pas plus que nous, il ne voulait abaisser le niveau de la médecine dans ce pays. Je le crois, parce que je sais qu'il est sincère. Mais alors, pourquoi recommencer, pourquoi retomber dans les erreurs du passé?

Si, en 1919, le législateur avait dit aux mutilés : « A votre pension d'invalidité viendra s'ajouter une indemnité de maladie qui vous permettra de recevoir des soins convenables », si les carnets médicaux n'avaient pas existé, croyez-vous que nous aurions à déplorer les scandales que vous connaissez et ceux que nous ne connaissons pas ?

Il faut revenir à un autre système, il faut reprendre le problème. De quoi s'agit-il, en somme ? Il s'agit d'abord de réserver aux assurés malades des soins consciencieux et éclairés ; en second lieu, d'obtenir ces soins dans les meilleures conditions possibles. (*Très bien* !)

Pourquoi la commission a-t-elle manqué son but ? Très simplement, parce qu'elle n'a tenu compte que de la seconde proposition. Elle a voulu avoir des soins dans les meilleures conditions possibles, et elle a négligé la qualité. Un redressement s'impose. De deux choses l'une, ou la médecine française mérite sa réputation — on dit qu'elle est la première du monde — ou elle ne la mérite pas. Si elle la mérite, nous avons le devoir de la laisser continuer telle qu'elle est. (*Très bien ! très bien* !) Alors — c'est la pensée qui nous a guidés dans la rédaction de notre amendement — nous vous demandons de dire que l'assuré malade se présentera chez son médecin et en recevra les soins que comporte son état dans les conditions ordinaires de la pratique médico-chirurgicale. Puis, comme il faut tout de même que l'assurance puisse fonctionner, nous dirons que les médecins seront tenus de délivrer à l'assuré toutes les attestations nécessaires pour qu'il puisse aller à la caisse se faire rembourser.

Se faire rembourser quoi ? Une indemnité de maladie qui sera calculée en fonction des ressources de la caisse d'assurances. Nous ne sommes pas les premiers à exiger cette condition. Dans le rapport de M. le docteur Grinda, j'ai pu constater qu'il avait déjà eu la même idée.

« Le ticket modérateur à taux variable constitue une prime à la bonne gestion des caisses. Dans les caisses économes bien gérées, il peut être réduit à des proportions minimes, alors qu'il atteindra le maximum dans les caisses déficitaires. Il donne au budget des caisses plus d'élasticité et de souplesse. Sa valeur sera calculée tous les ans suivant les conditions de l'équilibre financier des caisses d'assurances »

Il est extrêmement moral que l'emploi de ce ticket modérateur ne soit pas seulement une mesure préventive, mais aussi une mesure de coercition envers les fraudeurs ou une récompense envers ceux qui n'auront pas commis d'abus.

Ce qui caractérise avant tout notre amendement, vous l'avez certainement compris, c'est la suppression du tarif et du tiers payant. Leur seule présence est une cause de démoralisation, elle aboutirait à fonctionnariser tous les médecins de France.

M. Gaudin de Vilaine. — C'est évident !

M. Edouard Roche. — Or 20.000 médecins vous demandent de leur laisser la liberté. Ils sont habitués à lutter pour la vie et ils vous demandent de continuer la médecine telle qu'ils la pratiquent actuellement.

En acceptant notre amendement, vous aurez évité, pour le tiers de la population française, cette médecine de second ordre, cette médecine de décadence, cette médecine de dupes dont les premiers à pâtir seront ces assurés pour lesquels vous voulez aujourd'hui faire un ge te de solidarité. (*Vifs applaudissements. — M. Roche reçoit les félicitations d'un grand nombre de sénateurs.*)

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

AMÉRIQUE

Quarantième étage.

L'exploit du Colonel Lindbergh, renouvelé par Chamberlain et Lévine, quelques jours plus tard, et, hier par Byrd et ses compagnons en réduisant à une trentaine d'heures la traversée de l'Atlantique, de New-York en Europe, a soulevé un enthousiasme indescriptible, un débordement de manifestations admiratives que d'aucuns ont, tout de même, trouvé peut-être un peu excessives. Durant quelques semaines, toute la faveur populaire, comme aussi les attentions les plus délicates des grands de ce monde, ont été tournées vers l'Amérique et les Américains. Un souffle nouveau passait sur les deux peuples amis et alliés. On revivait les temps héroïques du débarquement de Pershing et de ses légions, accourant au secours de la Liberté et de

la Justice..... On oubliait les heures de cruel désenchantement, où l'Américain, apparaissant comme un créancier impitoyable, semblait vouloir mettre le couteau sous la gorge de son débiteur, sans se rappeler les conditions dans lesquelles la soi-disant dette avait été contractée... Dans combien de temps serons-nous rappelés au sentiment de la réalité ? Quand nous trouverons-nous de nouveau devant notre crénancier ? C'est le secret de l'avenir.

Peut-être pourrait-on essayer de percer ce secret, si l'on possédait une connaissance plus approfondie des mœurs et du caractère des Américains. Car il semble bien qu'à cet égard, nous soyons remplis d'illusions infiniment trompeuses.

Eh bien ! le nouveau roman que LUC DURTAIN vient de publier (1), arrive en quelque sorte à point nommé pour nous aider à prendre contact avec une mentalité et des coutumes qui nous sont insuffisamment et inexactement connues, et à nous éclairer sur elles.

Trois nouvelles, dont chacune forme un tout, et dont les éléments ont été pris sur place, au cours d'un de ces voyages que l'auteur entreprend volontiers pour conquérir le monde, et qui le mena jusqu'à l'ouest américain, en marge du Pacifique.

La première partie, *Crime à San Francisco*, est la plus importante. Je l'analyserai tout d'abord.

Raph E. Sexton, employé à la North American Bank, de San Francisco,entre tout à fait par hasard en relations avec Dorothy Tunbridge, de Duluth, Minnesota. Chaste à vingt-six ans, ayant la femme en horreur, il a tout d'abord cherché à éviter cette femme, grande, brune, un an ou deux de plus que lui. Un service rendu, et voici la glace rompue. Ralph emmène l'inconnue visiter la ville, dans sa Dodge. Le lendemain, ayant obtenu dix jours de vacances, il s'offrira pour lui montrer la Californie. Mais elle décidera de consacrer encore trois jours à San Francisco. C'est à la fin du troisième jour qu'avec une décision qui en dit long sur son tempérament, elle l'entraînera dans un hôtel où elle se donnera à lui avec un tel esprit d'initiative qu'il pourra dire, comme le héros de Marcel Prévost, dans *La Faute des Roses* : « Je fus la femme de cet accouplement... »

Ces débuts dans la vie amoureuse le plongent en un abime de méditations qui durent et se superposent, dans le fracas de la grande ville où il erre, désemparé, jusqu'à cette conclusion, qu'il a séduit malicieusement une jeune fille et qu'il lui doit une réparation. Il rejoint Dorothy et lui propose de l'épouser. Ebahissement... Projets... Gratitude... Larmes... A quoi succède, chez elle, une violente diatribe contre les hommes et leurs mensonges, les mœurs et leurs hypocrisies, le mariage : « Une façade, un bail à tempéraments avec commandite et divorce à volonté. »

Ralph la quitte pour préparer la formalité du mariage. Mais quand il revient à l'hôtel, Dorothy a disparu. Nouveau choc, nouvel abime de réflexions amères. Il cède à l'invitation de certains amis, et se met à boire. Jusqu'alors, tout comme il avait été chaste avant l'aventure de Dorothy, il était abstinent. Mais, ayant commencé à boire, « il continua de s'avancer par les voies de l'alcool dans un monde nouveau où l'ordre des valeurs se trouvait étrangement modifié !... » Il fait connaissance avec les lendemains d'ivresse, ce que nous appelons volontiers trivialement la gueule de bois. Lisez-en la description : « Un bonhomme blème, lèvres tirées, joues flasques, le blanc de l'œil sans générosité, semblait l'attendre depuis la veille dans le miroir ; comme si ce miroir eût été la porte même du Cungalow de Will. Ressentait-il un dernier reste ou un début de migraine ? Ralph, au breakfast, se reconnut un singulier éloignement à l'égard de la peau jaune du *grape fruit*, qui ressemblait au Mexicain; des préventions, le foie et le pancréas aidant, vis-à-vis du lard ; les œufs le formalisèrent. »

Désabusé, il renonce, et part en excursion. Il fait l'ascension du Tamalpais, du sommet duquel il découvre un grand bâtiment blanc, la prison. Vision symbolique, anticipatrice. Mais comment s'en douterait-il dans le désarroi de tout son être ? Il redescend et revient à San-Francisco « jambes roides, nausées à vomir l'univers, une migraine qui, l'ayant enfin terrassé, lui dévorait avec douceur une moitié de la face. » Un cinéma le tente. Il y pénètre. Description éloquente, tableau brossé à larges touches,de la salle, du spectacle, des assistants... Il se trouve assis auprès d'une jeune fille à face chevaline, vêtue d'une soie violette et d'un ricanement stupide, ostentatoire. Une de ces filles pour lesquelles le flirt est la façon normale de percevoir les mâles ... »

Dans l'obscurité, Ralph participant à une sorte de surexcitation sexuelle générale, provoquée par l'exhibition des nudités, à moitié conscient, à moitié rêvant, porte lentement, comme cédant à une impulsion irrésistible, la main sur le genou de sa voisine. Celle-ci hurle : « Il m'a assaillie ! Un homme impropre ! Assaillie ! » On l'arrête, on le juge, on le condamne, on l'emprisonne : trois ans de geôle ne seront pas une punition trop rigoureuse du crime qu'il a commis, le *Crime de San Francisco*. Après quoi, il deviendra une épave que chasseront tous les honnêtes américains chez qui « il n'y aura jamais place pour du gibier de prison. »

Notez, je vous prie, la manière dont Luc Durtain oppose les deux pôles de la courte vie, dirai-je sentimentale ? de son héros : l'aven-

(1) Luc DURTAIN. — *Quarantième étage*. Librairie Gallimard, 3, rue de Frenelle, Paris. Prix : 12 francs.

ture largement consommée avec Dorothy, tentatrice et initiatrice, — aventure sans lendemain — son geste quasi inconscient au Cinéma, une ébauche plutôt, qui le mène en prison et le rejette à tout jamais hors de la Société !

***

La deuxième nouvelle de l'ouvrage de Luc Durtain a pour titre : *La Cité que bâtit la vision.* Deux hommes — « évidemment deux *hoboes*, deux de ces cent mille ouvriers qui, à travers l'Ouest américain, errent de ville en ville, dans leur automobile, cherchant à la fois l'aventure et le travail » — venant de Portland, arrivent à Longview que décrit et célèbre un immense panneau de bois peint. « Dix-huit mois d'existence, et, déjà, des douzaines de voies pavées ou revêtues de *concrete*, des centaines de magasins, des milliers de *homes*, deux grandes banques, un hôpital, un journal quotidien : Club des Elks, club des Lions, Légion américaine, Golf, Etoile de l'Est, Service de Charité, et les B.P.O., et les L.O.O.M. et les I.O.O.F., et la loge maçonnique. Bref, tout ce qui est indispensable pour vivre . . . » — Mais, en dehors d'une scierie monumentale, que ses deux gigantesques cheminées blanches dominent, « de médiocres végétations composèrent tout ce qui se trouvait visible sur cet endroit du monde, hors la route superbement asphaltée, rectiligne à perte de vue . . . » La ville n'existe que sur le panneau, la cité imaginaire ne s'élève que par le miracle d'une vision. « Dans un pays où se répéter un certain nombre de fois que l'on marche fort bien guérit une jambe cassée, sans doute suffit-il, sur un sol sauvage, de désigner des emplacements d'édifices pour assurer à ceux-ci l'existence . . . »

Toute la morale de ce récit peut tenir, semble-t-il, dans ce passage que je cite textuellement :

« Les Américains d'aujourd'hui ? Sédentaires algébristes assis sur des signes : beaucoup d'or, signe de richesse ; beaucoup de lois, signe de vertu ; des canons sur des navires, signe de paix. Pays malade de signes : pays des morales superficielles qui vous laissent agir au hasard, des guérisons et des mérites que l'on se suggère par une publicité intérieure dont on est la première dupe . . . »

***

Smith Building ! Troisième nouvelle, et qui donne à l'ouvrage son titre générique, puisque la scène s'en passe précisément au quarantième étage de cet immeuble, de ce building, d'où M. Howard F. Woodruff, agent d'assurances, venu à Seattle pour y créer l'agence générale de la *Western Mutual Life*, dont le siège est à Portland, domine la grande cité moderne.

Aux quatre points cardinaux, il contemple cette vaste ville dans toutes ses parties . Les remarques, les observations, les réflexions que provoque, dans l'esprit de M. Hovard, ce spectacle aboutissent à un mélange d'anticipations et de retours sur le passé qui, finalement, le décident à renoncer à la création de cette agence générale, pour retourner à Portland, où il sera plus utile à la Compagnie. Prétexte qu'il se donne à lui-même, tandis qu'il prépare la publicité payante qu'il pourra tirer de son geste. Au vrai, c'est le souvenir de son bungalow, de sa femme, de ses enfants qui le retient.

« M. Howard F. Woodruff ne devait jamais savoir si, sur le quarantième étage du Smith Building, refusant le lucratif poste de Seattle, il avait décidé de rester à Portland, c'était par les plus désintéressés des motifs : souvenir de roses, goût de brume. Ainsi eût agi un poète. Ou un paysan de ces vieilles contrées, Europe et Chine. »

***

Ces analyses ne peuvent donner qu'une idée très imparfaite de cet ouvrage. Ce qu'elles ne peuvent rendre en aucune manière, c'est la saveur de ces trois pièces ; toute la philosophie, tout l'humour, teints d'une couleur locale saisie sur le vif, si j'ose dire, ces traits, ces images, ces comparaisons, ces descriptions, ces dissections psychologiques, où la précision le dispute à la hardiesse, cette hardiesse confinant parfois à l'audace pour aller jusqu'à la témérité, au point, je le confesse, que l'on en reste, je parle pour moi-même, un peu désemparé. Puis, un ressaisissement, et l'on se reprend à poursuivre, empoigné tout de même par la qualité de la pensée, extériorisée sous une forme qui, souvent pittoresque, parfois heurtée, ne laissant jamais indifférent, retient et captive l'attention.

Volontairement, et par souci de cette couleur locale qui corse et pimente le récit, Luc Durtain, donne à son style une tournure anglo-saxonne au point que l'on croirait lire de l'anglais, ou de l'américain, traduit littéralement en français. Dans le dialogue surtout, cette tournure s'impose. Vous en jugerez par quelques extraits que je vous apporte.

— Oh, je comprends le pas poli grognement de l'homme . . . (P. 25.)

— Une célèbre Université vous avez à Berkley. Je veux voir. (P. 48.)

— Ralphie !

— Dorrie !

— Un cher garçon vous êtes.

— Nous marierons demain. La lune de miel « à la dure », campant sous la tente. Je scierai tout le bois et porterai toute l'eau. (P. 63.)

— Navré !

— Navrée !
— Pardonnez-moi !
— Je prie. (P. 227.)

Des images hardies, audacieuses, téméraires...

L'amour physique ? Heurt affreux, engrenages se perçant les uns les autres, puis le pneu crevé gisant dans la boue. Amour, joie des chiens, chose sale contrôlée par les médecins, interdite par les juges ! (P. 15.)

.... Et Chinatown ... commerçants en pantalons de soie, qui vous appellent d'un accent chuintant et sifflant : syllabes, elles aussi, bridées comme des yeux, aiguës comme des regards.

... L'amour, jeu mol et gluant, presque intestinal ... Besogne cependant sportive, avec luxe de mouvements... Etait-ce plaisir, ce déchirement suprême du jarret à la nuque ? ... (P. 56.)

... Par instants, le mouchoir d'un haut nuage essuyait le soleil sur sa face... (P.91.)

... Vingt auditeurs parfaitement sages, sur le visage desquels rien n'indiquait le passage de la pensée pas plus qu'au dehors d'un entonnoir métallique, rien ne décèle que du liquide glisse à l'intérieur. ... (P. 139.)

... Çà et là de gros drains d'argile, en couches superposées, alignaient leurs ouvertures rondes : ainsi des pages de typographie où il n'y aurait que des O... (P. 146.)

***

Quarantième étage, c'est un moyen infiniment plaisant et instructif de faire le tour de l'âme américaine. Celui qui le met ainsi à notre portée est allé sur place se documenter. Il nous apporte le fruit de ses observations, — observations que son esprit, rompu aux méthodes biologiques, a recueillies avec une perspicacité, une acuité d'investigation particulièrement éveillées. Ses révélations éclairent d'un jour nouveau et assez inattendu des faits qui, dans les rapports de la France avec les Etats-Unis, pouvaient sembler singuliers et inexplicables. Faisons-en notre profit.

G. DUCHESNE.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Doceturs :

7.721 VILLA, Montpellier (Hérault). Parrains : Drs Vinon et Desfour.
7.729 CARRERE, Ozillac (Charente-Inférieure). Parrains: Drs Baronnet et Séguinot.
7.740 WEYLAND, La Motte-Chalancon (Drôme), Syndicat de la Vallée de la Drôme.
7.741 VAILHE, Tarascon (Bouches-du-Rhône). Parrains: Drs Neyron et Tarbouriech.
7.742 TESTEVUIDE, Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), Syndicat de Bourbonne.
7.743 ESCALIER, Alès (Gard), Syndicat d'Alès.
7.744 MERCIER, Aubière (Puy-de-Dôme), Syndicat de Clermont-Ferrand.
7.745 LAUGIER, La Londe (Var), Syndicat d'Hyères.
7.746 DECORNET, Joinville (Haute-Marne), Syndicat de Chaumont-Wassy.
7.747 STAIN, Foucarmont (Seine-Inférieure), Syndicat de Neufchâtel).
7.748 TABERLET, Saitn-Tropez (Var), Syndicat de Draguignan.
7.749 PRINCE, Sellières (Jura), Syndicat de Lons-le-Saunier.
7.750 PAPIN, 11, cours du 30-Juillet, Bordeaux, Syndicat de Bordeaux.
7.751 HENRIOT, Le Loroux-Bottereau (Loire-Inférieure), Syndicat de Loire et Sèvres.
7.752 CRISTAU, Croix-de-Vie (Vendée), Syndicat de la Vendée.
7.753 CORIVEAUD, 169, rue de Bègles, Bordeaux, Syndicat des médecins bordelais.
7.754 BLANCHET, Thumeries (Nord). Parrains : Drs Chocquet et Briquet.
7.755 ALLIOT, Auxerre (Yonne), Syndicat d'Auxerre.
7.756 GUERIVE, Barbezieux (Charente), Syndicat de la Charente.
7.757 MOURGUES, Carcassonne (Aude), Syndicat de Carcassonne.
7.758 DESJARDINS, Neuilly-sur-Seine (Seine), Syndicat de Neuilly.
7.759 MONCEAU, Moulins (Allier), Syndicat de l'Allier.
7.760 COURTOT, Delle (Territoire de Belfort), Syndicat de Belfort.
7.761 DECUGNIERE, Ermenonville (Oise), Syndicat de l'Oise.
7.762 GAUJON, Carcassonne (Aude), Syndicat de Carcassonne.
7.763 BAREY, Ivry-sur-Seine (Seines, Syndicat de la Banlieue Est et Sud.
7.764 BERTIER, Ernée (Mayenne), Syndicat de la Mayenne.
7.765 GIRARDOT, Belley (Ain), Syndicat du Bugey.
7.766 GRAVIERE, 45, rue de Lodi, Marseille, Syndicat de Défense professionnelle.
7.767 BERTOIN, 9, rue Gasparin, Lyon, Syndicat du Rhône.
7.768 PERROT, Blois (Loir-et-Cher), Syndicat de Loir-et-Cher.

7.770 BASTIN, Deville (Ardennes). Parrains : Drs Fontan et Jeanvoine.
7.771 IUNG, Metz (Moselle), Syndicat de Metz.
7.772 MARCHAT, Remuzat (Drôme), Syndicat de la Vallée de la Drôme.
7.773 ANDRÉ, Pont-de-Roide (Doubs), Syndicat de Franche-Comté.
7.774 PASCALIDES, Dourdan (Seine-et-Oise), Syndicat de la Vallée d'Orge.
7.775 ANDLER, Bourg-la-Reine (Seine). Parrains : Drs Duchesne et Noir.
7.776 BOURRAGUE, Pau (Basses-Pyrénées). Parrains : Drs Lisle et Tacheron.
7.777 POISSONNIER, Amiens (Somme), Syndicat de la Somme.
7.778 MOUSSEAU, Saint-Mathurin (Maine-et-Loire), Syndicat d'Angers-Campagne.
7.779 EZANNO, Carnac (Morbihan), Syndicat de Lorient
7.780 AYCARD, Toulon (Var), Syndicat de Toulon.
7.781 BONAN, Tunis (Tunisie), Syndicat français de Tunisie.
7.782 LALLEMENT, 21, rue Ordener, Paris, Parrains : Drs Parmentier et Chalet.
7.783 HOUDART, Pontarlier (Doubs). Parrains : Drs Letoublon et Houdart.
7.784 MARCHAND, 2, rue Boucicaut, Paris, Parrains : Drs Millon et Bongrand.
7.785 GROS, Jarnages (Creuse), Syndicat médical Creusois.
7.786 CHERFILS, Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais). Syndicat de Boulogne-sur-Mer.
7.787 MAUREL, Capestang (Hérault), Syndicat de Béziers -St-Pons.
7.788 BELOHOUS, Bagnolet (Seine), Syndicat de la Banlieue Est et Sud.
7.789 GOGUILLON, Cambrai (Nord), Syndicat de Cambrai.
7.790 LEFEBVRE, Roquetoire (Pas-de-Calais), Syndicat de Saint-Omer.
7.791 MAGUIN (Jean), Bessèges (Gard), Syndicat d'Alès.
7.792 BOUCARUT, 3, boulevard National, Marseille. Parrains : Drs Vigne et Juge.
7.793 MAUPAS, Fécamp (Seine-Inférieure), Syndicat du Havre.
7.794 BESSE, Castres(Tarn),SyndicatdeCastres.
7.795 RONNEAUX, 10, rue Lavoisier, Paris, Syndicat des électro-radiologistes.
7.796 DE SARTIGES, Crécy-en-Brie (Seine-et-Marne), Syndicat de Seine -et-Marne.
7.797 TRAISSAC, Facture-Bigarros (Gironde), Syndicat suburbain de Bordeaux.
7.798 BOECKEL, Strasbourg (Bas-Rhin), Syndicat de Strasbourg.
7.799 ROUSSEAUX, Montluçon (Allier), Syndicat de Montluçon.
7.780 SALVAING, Montagnac (Hérault), Syndicat de l'Hérault.
7.781 COURLET, Neuilly-sur-Seine (Seine), Syndicat de Neuilly.
7.782 UTEAU, Biarritz (Basses-Pyrénées), Syndicat de Biarritz.
7.783 THOBOIS, Bruay-en-Artois (Pas-de-Calais), Syndicat de Béthune.
7.784 VERGNES, Camarès (Aveyron), Syndicat de Sainte-Affrique.
7.785 DUCLERGET, Champagney (Haute-Saône), Syndicat de la Haute-Saône.
7.786 ELOY, Etricourt-Manancourt (Somme), Syndicat de Péronne.
7.787 JUMON (Puy-de-Dôme), Syndicat des Stations balnéaires et climatiques.
7.788 DEBERDT, Dannemarie-en-Montois (Seine-et-Marne), Syndicat de Seine-et-Marne.
7.789 CHARLIER, Saint-Etienne-du-Bois (Vendée), Syndicat de la Vendée.
7.790 BLONDET, Saint-Fargeau (Yonne), Syndicat de Joigny.
7.791 DAUBAU, Rodez (Aveyron), Syndicat de Rodez.
7.792 CHARRON, Saint-André-de-Cubzac (Gironde), Association de la Gironde.
7.793 LACROIX, Bergerac (Dordogne), Association de Bergerac.
7.794 RAUZIN, Lassalle (Gard), Syndicat de Nîmes.
7.795 LESECQ, Livry-Garran (Seine-et-Oise), ancien membre du « Sou médical ».
7.796 SEVENE, Mont-Louis (Pyrénées-Orientales), Syndicat des Pyrénées-Orientales.
7,797 BAUD, Salins-les-Bains (Jura), Syndicat du Bas-Jura.
7.798 MAZOUYER, Grane (Drôme), Syndicat de la Vallée de la Drôme.
7.799 L'HÉLIAS, Crèvecœur-le-Grand (Oise), Syndicat de l'Oise.
7.800 MAITREJEAN, Chamborigaud (Gard), Syndicat d'Alès.
7.801 GENCE, Ivry-sur-Seine (Seine), Société de stomatologie.
7.802 ROUX, Angoulême (Charente), Syndicat de la Charente.
7.803 BEASSE, Montsûrs (Mayenne), Syndicat de la Mayenne.
7.804 BERNARD, Confolens (Charente),Syndicat de la Charente.
7.806 BAILLET, Nîmes (Gard), Syndicat du Gard.
7.807 BASTIDE, Biarritz (Basse-Pyrénées), Syndicat de Biarritz.
7.809 COLIN, 2, rue Malesherbes, Lyon, Syndicat du Rhône.
7.810 TERNAMIAN, Sainte-Sigolène (Haute-Loire), Syndicat d'Yssingeaux.
7.811 ROUE, Janville (Eure), Syndicat de Chartres.
7.812 LORRAIN, Rosières-aux-Salines (Meurthe-et-Moselle), Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
7.813 NATAF, Bobigny (Seine), Syndicat de la Banlieue Est.
7.814 FERRU, Poitiers (Vienne), Syndicat de la Vienne.
7.815 JUIN, 21, rue de Pétrograd, Paris, Syndicat de la Seine.
7.816 SARON, Mantes-sur-Seine (Seine-et-Oise), Syndicat de Mantes.
7.817 CARREZ, Saint-Quentin (Aisne), Syndicat de Saint-Quentin.
7.818 ALEXANDRE, Romans (Drôme), Syndicat de la Basse-Isère.
7.819 CARRIER, 138, route de Vienne, Lyon, Syndicat du Rhône.
7.820 BARRET, Angoulême (Charente), Association de la Charente.
7.821 MESLIER, Nécy (Orne), Syndicat d'Argentan.
7.822 VITTOT, Pierrefontaine-les-Varans (Doubs), Syndicat du Doubs.
7.823 PETITOT, Buchy (Seine-Inférieure). Parrains : Drs Fouache et Vignal.
7.824 DEREU, Halluin (Nord), Syndicat de Tourcoing.
7.825 WALLARD, Houplines (Nord), Syndicat d'Armentières.
7.826 LACOMBE, Issoudun (Indre), Syndicat d'Issoudun.
7.827 LAUR, Sainte-Affrique (Aveyron), Parrains : Drs Gassot et Vimont.
7.828 JAUME, Oran (Algérie), Association générale des médecins.
7.829 BREITMAN, Mnenetou-sur-Cher (Loir-et-Cher) Parrains : Drs Gassot et Brettmon.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr C. a été conadmné à 2.000 fr. de dommages intérêts et débouté de sa demande en payement d'honoraires, dans une affaire de responsabilité dont il n'a pas saisi le « Sou ». Il demande actuellement l'appui pécuniaire en appel.

L'avoué de première instance demande le payement de ses frais (685,80 et de ses honoraires, 200 fr.) ensemble 885,50, qui sont ordonnancés par le Conseil, dans l'affaire de responsabilité pour laquelle il a eu l'appui du « Sou ».

Le Dr X., ayant soigné une femme atteinte de métrite, est menacé, à la suite de l'envoi de sa note d'honoraires (300 fr.) d'une action en responsabilité professionnelle.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour citer sa cliente en payement de ses honoraires, la garantie de la Caisse spéciale lui étant acquise en cas de demande de dommages-intérêts pour responsabilité.

Le D M. est menacé d'une action en responsabilité par un client auquel il demande le payement de ses honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre ce recouvrement et, éventuellement, pour défendre à l'action en responsabilité qui pourrait lui être intentée.

Honoraires de droit commun.

Le Dr F. (Gironde), à qui un notaire, chargé de la distribution du prix d'un fonds de commerce, refuse le privilège pour les soins de la dernière maladie de la vendeuse du fonds, n'a pas obtenu satisfaction, malgré l'envoi d'une lettre au notaire par le contentieux du « Sou ».

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre l'affaire judiciairement.

Le Dr C. (Nord) a gagné le procès intenté à un blessé du travail qu'il avait, d'accord avec lui, soigné aux conditions du droit commun.

Il a payé pour frais et honoraires d'avocat 195,70 dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr F. (Creuse) a été payé à l'amiable des soins qu'il a donnés à une jeune fille chez son frère, qui l'avait fait appeler.

Les honoraires de son avoué se sont élevés à 80 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr D. (Seine), à qui l'appui pécuniaire a été donné pour défendre à l'appel interjeté par son adversaire contre un jugement qui le condamnaitau payement de ses honoraires, a eu à supporter les frais du procès, son client étant décédé laissant une succession obérée.

Les frais et honoraires de l'avoué se sont élevés à 495,80, sur lesquels il reste à verser 345,80. Il est dû, en outre, au Dr D., pour frais de signification, 49,50. Le Conseil ordonnance le remboursement de ces diverses sommes.

Le Dr C. (Indre-et-Loire), ayant soigné une cliente atteinte de fracture du péroné, qui se plaint de ne pouvoir marcher et demande que le docteur supporte les frais d'une opération qu'elle prétend nécessaire, demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, qui s'élèvent à 250 fr.

Cet appui lui est accordé.

Le Dr B. (Ille-et-Vilaine) a soigné une fermière qui, blessée dans son travail, refuse de payer ses honoraires au tarif de droit commun.

Le Conseil est d'avis qu'il appelle sa cliente en conciliation devant le juge de paix de son domicile. Si la démarche reste dans résultat, l'affaire sera examinée à nouveau.

Le Dr C. (Nord) ayant demandé le payement d'honoraires, dont certains concernent des soins remontant à plus de deux ans, son client invoque la prescription, avec l'assistance d'un avocat.

Le Conseil lui accorde dans cette affaire l'appui pécuniaire, y compris un crédit de 200 fr. pour les honoraires de son avocat.

Le Dr G. (Belfort), ayant envoyé sa note d'honoraires à un client, a été traité d'assassin par celui-ci. Mais il ne peut faire la preuve de ce fait.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr L. (Manche), ayant soigné la femme d'un cultivateur, blessée dans son travail, la Cie d'assurances veut le payer au tarif Durafour, et non au tarif de droit commun.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre les clients.

Le Dr C. (Bouches-du-Rhône), ayant poursuivi en payement de ses honoraires la veuve d'un client et son père, qui s'était engagé à le payer, a obtenu la condamnation de la veuve, qui est insolvable, mais a été débouté de sa demande contre le père, le juge de paix ayant admis que celui-ci n'avait pas pris d'engagement.

Le Conseil ordonnance le payement des frais faits devant le juge de paix (90,10) et accorde au Dr C. l'appui pécuniaire pour interjeter appel, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant fixée à la somme maxima de 300 fr.

Le Dr O. (Seine-et-Marne) a été payé à l'amiable des honoraires d'accouchement qu'un client avait contestés.

Les frais et honoraires de l'huissier et de Me Audebert se sont élevés à 149,50, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr M. (Vaucluse) dans deux affaires de demande en payement d'honoraires, a eu gain de cause,

mais a payé, pour honoraires d'avocats, 525 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr A. (Marne) a gagné, en appel, comme en justice de paix, le procès de payement d'honoraires, accident de droit commun, pour lequel l'appui pécuniaire lui a été accordé.

Il a payé, pour honoraires d'avocat, d'avoué et d'huissiers, 200 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr G. (Gard) a soigné un patron et 7 de ses employés, blessés dans un accident d'auto, en se rendant à une fête et ne peut se faire payer.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre ses clients occasionnels.

Le Dr P. (Calvados), ayant soigné un enfant, qui est décédé, a été insulté par le père lorsqu'il lui a demandé le payement de ses honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr C. (Puy-de-Dôme), ayant réclamé le payement d'honoraires d'un accouchement, après le décès de l'accouchée, a été menacé de mort par le mari.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Les Dr L. (Somme), C. (Meurthe-et-Moselle), L. (Nord), D. (Cher), D. (Doubs), H. (Aube), R. (Hérault), ont soigné à la demande des automobilistes, des blessés par automobiles, mais n'ont pu obtenir le payement de leurs honoraires, les automobilistes ou leurs assureurs se retranchant ocntre l'absence de responsabilité dans l'accident.

Le Conseil leur donne l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de leurs honoraires.

Accident du travail.

Le Dr M. (Loiret) a gagné en appel le procès, déjà gagné devant le juge de paix, en recouvrement d'honoraires s'appliquant à un accident du travail contesté, bien qu'il ait été mis en œuvre par le patron.

Les honoraires de l'avocat en justice de paix et en appel s'élevant à 200 fr. et ceux de l'avoué, que le Conseil fixe à 100 fr. sont ordonnancés.

Le Dr F. (Gironde) voit contester le payement d'une note d'honoraires accident du travail par un patron, dont l'ouvrier blessé est le fils.

Le Conseil lui donne l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de cette note, après rectification suivant ses indications.

Baux et locations.

Le Dr L. (Haute-Garonne), auquel l'appui pécuniaire a été accordé pour se pourvoir en cassation contre un jugement qui lui a refusé la prorogation pour un garage professionnel, a été expulsé par son propriétaire, le pourvoi n'étant pas suspensif. Il se réserve de demander des dommages-intérêts, si le jugement qui a ordonné l'expulsion était cassé.

Le Conseil ordonnance le remboursement de la somme de 61,35, que le Dr L. a payé pour frais de signification du jugement.

Le Dr C. (Loiret) a obtenu gain de cause contre son propriétaire, qui contestait l'application dans la localité de la loi sur les loyers et lui refusait, par suite, le droit à la prorogation.

Il a eu à sa charge pour frais et honoraires d'avocat, 511,10, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Fiscalité.

Les Dr B. et M. (Seine) ont été imposés à la patente sur le prix de location d'une place, occupée dans un garage public par leur automobile professionnelle.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour former, par l'intermédiaire de M. Martinot, une demande en décharge de cette patente.

Le Dr B. (Seine-et-Oise), propriétaire de la maison qu'il habite, paye patente sur un loyer de 15.000 fr., alors que des confrères, habitant des maisons similaires dans la même localité, payent sur des loyers de 5.400 et 6.000 fr.

L'appui pécuniaire lui est accordé, pour former, par les soins de M. Martinot, une demande en réduction de l'imposition.

Assistance médicale gratuite.

Le préfet de la Seine refuse aux médecins le payement de leurs honoraires d'assistance, parce qu'ils n'ont pas rempli les formalités exigées par un nouveau règlement, postérieur aux soins donnés et n'ont pas indiqué le diagnostic des maladies traitées.

L'appui pécuniaire est accordé à ceux d'entre eux qui sont membres du « Sou Médical », pour saisir le Conseil de préfecture, Me Auger étant d'avis que les formalités ne sont pas obligatoires pour les médecins du service, n'étant prévues par aucune loi.

Le Dr A. (Seine-et-Oise) se plaint du détournement de la clientèle des assistés par le maire de la localité, malgré le droit de choisir librement leur médecin accordé aux indigents par le règlement départemental.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour présenter à la commune une demande de dommages-intérêts.

Le Dr P. (Basses-Pyrénées), ayant refusé d'indiquer le diagnostic des maladies sur les bulletins d'assistance, ne peut obtenir le payement de ses honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement devant le Conseil de préfecture.

Dans l'affaire similaire du Dr B. (Aube), le Conseil ordonnance le payement de l'avocat qui plaidera devant le Conseil de préfecture, de 500 fr. d'honoraires.

Diffamation.

Le Dr B. (Seine) diffamé par une cliente par voie de cartes postales, notamment, a obtenu, sur l'appel interjeté par cette dernière, l'élévation de la condamnation de 2 à 4 mois de prison, avec sursis le chiffre des dommages-intérêts étant maintenu à 2.000 fr.

Le Dr C. (Eure) a été acquitté en appel, alors qu'il avait été condamné en correctionnelle, sur le chef de diffamation envers un mauvais confrère.

Il a payé, pour honoraires d'avocat en correctionnelle et en appel, mille francs, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Exercice illégal de la médecine.

Le syndicat de Montluçon, a payé, dans l'affaire d'exercice illégal contre S., pour frais et honoraires, une somme de 3.100 fr.

Comme le tiers de ses membres sont adhérents au « Sou Médical », le Conseil, conformément aux engagements pris, ordonnance le payement du tiers de ces frais, soit 1.033 fr.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr Baudelocque, de Chichery (Yonne). — M. le Dr Rémy Moure, de Saint-André-de-Cubzac. — M. le Dr Chevallier, de Pont-de-Beauvoisin (Isère).

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — Liste, par ordre alphabétique, des *candidats autorisés à se présenter* au concours de l'internat en médecine (année 1927) :

Mlle Abricossoff, MM. Adia, Advenier, Aïdan, Alavoine, Alivisatos, Allard, Amiard, Amid. André, Anglade, Antonelli, Ardin, Ardouin, Arnal, Arnaud, Arnon, Arondel, Mlle Arrighi de Casanova, MM. Arsonneau, Asselin, Attaix, Aubert, Aubin, Auclair, Audemar, Augereau, Aujay, Auzépy, Avril, Aymard, Ayrignac,

Mlle Baguette, MM. Balmelle, Baqué, Barateux, Barbara, Bardin (Ferdinand), Bardin (Pierre), Barneville, Barré, Barrier, Barthélemy, Barthes, Basset, Baudelot, Baumann, Baussan, Beauchesne, Béchet, Mlle Begaud, MM. Belêtre, Bellière, Bénaerts, Benassy, Benech, Benoist, Benzaquen, Bérard (Fernand), Bérard (Pierre), Bérardier, Béraut, Bergenstein, Mlle Berger, MM. Bernard (Paul), Bernard-Griffiths, Beuzart, Billet, Billiard, Mlle Bizou, M. Blanchard, Mlle Blanchy, MM. Blanquine, Bloch (Léon), Bogoraze, Boidot, Bolgert, Bompart (Etienne), Bonhard, Bonnet (Gabriel), Bonnet (Pierre), Bonnet (Raymond), Bons, Bonté, Boquien, Mlle Bordachar, MM. Bordier, Bosc, Bosquet, Mlle Boucabeille. MM. Boudin, Bourdial, Mlle Bourdin, MM. Boureau, Bourguignon, Boutet, Bouvier, Boyer, Brandy, Bréhier, Mlle Bresson, MM. Bretey, Briault, Bridot, Brisset, Brisard (Pierre), Brizard (André), Brulin, Bruneau, Brunet, Bruneton, Bufnoir, Butaud,

Cabrit, Mme Cachera, Mlle Cahen, MM. Caillaud, Cailleux, Caïn, Caména, d'Almeida, Camus, Capandji, Carbonell, Carlotti, Casalis (Bernard), Casalis (Paul), Catalette, Mlle Cathier, MM. Catonné, Cautru, Chabrol, Chadourne, Mlle Chapiro, MM. Chapon, Chaput, Chartol, Chauveau, Chérubin, Chevalier, Cheynet, Chomet, Mlle Chuit, M. Clavel, Mlle Cligny, MM. Coen (Albert), Cofino, Cohen (Asdriel), Cohen-Bacri, Cohen-Doloro, Colin, Collart, Mlle Colombu, MM. Comar, Conso, Constantoulakis, Contiadès, Cord, Cossa, Coste, Cottet, Couallier, Courtial, Courtois, Couty, Cros, Cuvillier,

Damon, Dansaert, Dany, Mlle Danzig, MM. Darnis, Dausse, David (Jean), David (Maurice), Debon, Debuire, Decante, Defaix, Delaborde, Delabry, Delafarge, Delaporte, Deliencourt, Mlle Delon, MM. Delorme, Demirleau, Demoly, Demoulin, Deschamps, Deslandres (Jean), Deslandres (Maurice), Desormeaux, Dessirier, Devaux, Mlle Develay, MM. Douady, Douvry, Draillard, Mlle Dreyfus, MM. Drouhard, Dublineau, Dubois (Jean-Louis), Mlle Ducosté, MM. Dufet, Dufour, Dulot, Dumas, Mlle Dupont, MM. Dupuy-Dutemps Durel (Maurice), Durel (Pierre), Durieux, Durrbach, Durrmeyer, Dutray, Duvernoy,

Elbaz, Even,

Fabre (Georges), Fabre (Jean), Mlles Fagnière, Falguière (Blanche), MM. Fau, Fauvert, Favre (François), Mlle Fayot (Marguerite), MM. Fayot (Robert), Felsenswald, Ferrand, Ferrière, Feuillastre, Fichet, Ficonetti, Fiehrer, Filliozat, Filloux, Fischbacher, Fleury, Fort, Fortin, Fournié (Francis), Frain, Franco, Fron,

Gabriel, Gadaud, Gallot, Gandy, Garnier (Jean), Gasné (André), Gasné (Pierre), Gastaud, Gaston, Gaucher, Gaudin, Mlle Gautheron, MM. Gauthier, Gavois, Gérard, Giard, Gibert (Edouard), Gibert (Théophile), Gilbrin, Mlle Gillard, MM. Ginestet (de), Giorgi, Mlle Girardeau, MM. Gloppe, Gluck (Coloman), Gluck (Léopold), Goidith, Golé, Goliger, Gopoevich, Gorecki, Gorodiche, Gorrichon, Gourdon, Goutallier, Graffin, Grand, Grangé, Grasset, Griveaud, Grollet, Grozieux de Laguerenne, Mlle Guéry, MM. Guibé, Guichard, Guillemin, Guilloux, Guybert de la Bausserie, Guyon, Guyot (Jean),

Haïk (Henri), Haïk (Maurice), Mlle Hallard, MM. Hambourg, Hamelin (Robert), Hamon, Hayon, Hébert (Jean), Hébert (Roger), Mlle Heimann, MM. Hennion (Pierre), Henrion (Jacques), Hepp, Hermabessière Herman (Pierre), Hermann (Pierre-Emile), Mlle Herr, MM. Hervy, Hesse (Didier), Hesse (Jean), Hirsch, Ho-Dac (Di), Hodanger, Horovitz, Mlle Houzeau (Germaine), MM. Houzeau (Pierre), Hubert, Huguenin, Huret (Gabriel), Hurez (André), Hyronimus,

Iliovici, Illaire,

Mlle Jacob, MM. Jaley, Jame, Mlle Jammet, MM. Jaudel, Jeanne (Henri), Mlle Jeannocopoulo, MM. Jehiel, Jodin, Joly, Jomain, Jonard, Joseph, Jouis, Judet, Jullien (Robert),

Katz, Mlle Kaz (Isène), MM. Klotz, Koaog, Kutchoura, Kreyts, Kyriaco,

Labesse, Lacaille, Lacaze, Lachter-Pachter, Lacoste, Lacurte, Laffaille, Lafitte, Laflotte, Lançon, Mlles Landowski, Lang (Charlotte), MM. Lang (Robert), Langlois, Langre (de), Laouénan, Lapeyre, Lapiné, Laquerrière, Lardat, Lardennois, Lardier, Mlles Lassery, Lataste, MM. Laude, Lauprêtre, Laurent, Le Baron, Lebel, Lebenthal, Leblanc, Leboulanger, Mlle Lebourlier, MM. Lebovits (Joseph), Lecadre, Mlle Lecocq, M. L'Eculier, Mlle Le Dicuron, MM. Lefebvre (Marcel), Lefranc, Le Garrec, Le Guay, Lellouch, Le Loupp, Lemaire, Lemaître, Mme Le Maux, MM. Lemoine, Lepage, Lepart, Mlle Lépine, MM. Leroy (Jacques), Leroy (René), Leroy (Robert), Leven, Lévy (Emmanuel), Mlle Lévy (Françoise), M. Lévy-Klotz, Mlle L'Hoir, MM. Lieffring, Limasset, Loisel, Mlle Loriot, MM. Loup, Louvet, Lucas.

Macé de Lépinay, Maës, Mahieu, Maire (Jacques), Mlle Maire (Lucette), MM. Maison, Maksud, Maleplate, Mariau, Maris (Julien), Marie (Robert), Marion, Maroger, Martin (Charles), Martin (Jean), Martin (René-Henri), Marx, Masquet, Masselin, Masset, Masson (Pierre), Massot (Henri), Mathis, Mauric, Mlle Mayo (de) MM. Megnin, Meidinger, Meillaud, Mlle Melnier, MM. Melun, Mecnière, Menjot, Mercier, Merger, Mérigot, Merle, Messimy, Meyer, Mézard, Mezger, Mialaret Miget, Milhiet, Milleret, Mimin, Monine, Monnier Monod, Mlle Montauzon (de), MM. Moricard, Motz, Moutard, Mme Moyse-Chrétien, MM. Moyse (Pierre),

Nadji, Naggiar, Nazarian, Néron, Nicolas, Nomblot,

Odinet, Mlles Odru, Oguse, MM. Olivier-Henry, Oppenot, Ortéga,

Palma (de), Palmer, Mlle Parent, MM. Parienté (de), Parlié, Parmentier, Patey, Patte, Paul, Pautrat, Peney, Pérachon, Périer, Perlès, Perrault, Perrin (René), Pescarolo, Petit (Louis), Petit (Pierre), Phalippou Pichon, Mlle Pichot, MM. Picot, Piel, Pigache, Mlle Pinel, M. Piollet, Mlle Pithon, MM. Poilleux, Poinceau, Poisson, Polacco, Postel, Potiquet, Pouey, Pougin,, Mlle Poulain, MM. Prat, Prost, Pruneau, Prunet Puyaubert, Puymartin, Pyt,

Quériault, Quivy,

Rachelsberg, Racine, Raoul-Duval, Raymond, Reboul, Regaud, Reliquet, Reyt, Ribadeau-Dumas, Richard, Mlle Riom, MM. Ripert, Rist. Mme Robert (Odette), MM. Riobert (Paul), Robert (Paul-Romuald), Robert (Yvon), Robin, Robine, Rogès, Rollet, Mlle Ronget, MM. Roquejeoffre, Rouart, Rouher, Roulin, Rouques, Rousseau (Gaston), Rousseau (Georges), Rousset, Roy (Louis), Royer de Véricourt, Rudaux, Rudler,

Saingery, Sallet, Salomon. Sambron, Sanz, Saraudy, Saullière, Schapiro, Schatz, Schmitt, Schwartz, Schwob, Sée, Segrestaa, Seguinot, Seidmann, Sergent (André), Sergent (Honoré), Sévin, Sidi, Sliosberg, Mlle Smirnoff, MM. Soleil, Soria (de), Souilhé, Sourice, Stérin, Stoclet, Stuhl, Sustendal,

Tabuteau, Tacquet (Maurice), Taquet (Léon), Tardit, Tavennec, Tellier, Terrenoire, Testu, Thévenard, Thiboumery, Thiery, Thoizon, Thomann. Thomas (Robert), Thorel, Tixier, Toulemonde, Tournand, Touzard, Trivas (Mme), MM. Trocmé, Trubert, Tschudnowsky, Tubiana, Turpault,

Vaissié, Mlle Valentin, MM. Vandenbosche, Van der Elst, Vannier, Vaudour, Vautrin, Verger, Mlle Versini, MM. Veslot, Vétillard, Viala (Pierre-Jean), Vialle (Pierre), Victor, Mlle Vidal, MM. Vidal-Naquet, Villechaize, Vinceneux, Voignier, Voillemin,

Wechsler, Weill (Adrien), Mlles Weill (Suzanne), Weiss, MM. Werner, Wester, Weyl, Wirz,

Zagdoun, Zhâ, Zitzerman.

— **Société amicale des médecins alsaciens** (9, rue d'Astorg, Paris, 8e). — En l'absence du président, M. le professeur Anselme Schwartz, empêché par un deuil récent, la réunion du 26 juin fut présidée par M. Kalt père.

Etaient présents : MM. Robert Bernheim, Bloch-Wormser, Engel, Fuchs, Gerst, Lucien Horhn, Hartenberg, Kalt fils, Keim, Keller, Kopp, Georges Kuss, Charles-Edouard Lévy, Munch, Rœderer, Ch. Schmitt, Henri Schwabb, Troller, Ulrich, Paul Walther, Mathieu, Pierre Weil, Paul Weill (de Versailles), Mlle Suzanne Weill.

S'étaient excusés : MM. le professeur Rohmer (de Strasbourg), le professeur Schwartz, MM. Baldenveck, Bauer, Blind, Blum, Boeckel (de Strasbourg), Cornélius, Finck (de Vittel), Tissier, Quirin, Rist, Schwabb, Trêves, Zadoc-Kahn.

Le secrétaire pria ses collègues de constater la vitalité du groupement, vitalité qui se manifeste par le grand nombre des membres présents ou excusés, ces derniers pour la plupart pour des raisons de santé ou des deuils, et aussi par le chiffre des nouvelles adhésions ; celles-ci, cependant, devraient être beaucoup plus nombreuses, car peu de Sociétés ont autant et d'aussi fortes raisons d'être qu'une Société de médecins longtemps séparés par une frontière toute matérielle, mais cependant nuisible aux relations confraternelles, réunis aujourd'hui mais ayant plus besoin que tous autres de s'entendre et de se soutenir.

M. Georges Kuss, vigoureusement applaudi, proposa que la S.A.M.A. se mette en rapports avec les autres groupements alsaciens, ou régionalistes, qu'elle s'intéresse aux œuvres et aux manifestations alsaciennes, telles que l'érection d'un monument à Lamartine et à Victor Hugo qui ont si bien compris et rendu la poésie du Rhin.

On décide que le prochain dîner aura lieu dès la rentrée des cours et qu'il sera suivi d'une soirée musicale et dansante.

— **Congrès annuel de la Société française d'oto-rhino-laryngologie.** — Le prochain Congrès annuel de la Société française d'oto-rhino-laryngologie aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, du 19 au 20 octobre 1927, sous la présidence du professeur Collet (de Lyon).

Les rapports mis à l'ordre du jour sont les suivants : 1° Indications thérapeutiques dans la tuberculose laryngée. Rapporteur : M. Caboche. 2° L'insuffisance respiratoire nasale. Rapporteur : M. Worms.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Georges Liébault, secrétaire général de la Société, 216, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

ministration peut rechercher si le bail est véridique et si des dissimulations n'existent point, pour exonérer le locataire médecin d'une partie de sa patente.

Cet impôt est du quinzième de la valeur locative, pour les appartements, dont le loyer est inférieur à :

4.000 francs à Paris ;

2.700 francs dans une ville de plus de 200.000 habitants ;

2.400 francs dans une ville de plus de 100.000 habitants.

Sinon, la patente est du douzième de la valeur locative.

Le chiffre obtenu est multiplié par celui des centimes additionnels.

Or, jusqu'en 1917, la patente était établie au profit de l'Etat, des départements, et des communes. Depuis la loi de 1917, cet impôt n'est perçu qu'au profit des départements et des communes.

Aussi, constate-t-on des inégalités formidables : les centimes additionnels varient d'un département à l'autre ou d'une commune à l'autre. Tel médecin, d'un côté d'une route, doit acquitter une patente, dont le montant est égal au quart, ou à la moitié du chiffre de son loyer, alors que le confrère, domicilié dans une localité, située de l'autre côté de la route, se verra imposer une patente, dont le montant est égal, ou même supérieur au chiffre de son loyer.

Donc, inégalités d'impôt, à cause des centimes additionnels.

Un autre point à signaler : un médecin, qui a une nombreuse famille, plusieurs enfants, doit, pour les loger, occuper un plus grand appartement que le confrère célibataire, ou sans enfant.

Il en résulte que le praticien, père de famille, sera injustement frappé par une patente plus forte, parce qu'appartement plus cher, vu le nombre de pièces occupées.

Dans ces conditions, vous avez parfaitement raison de plaider la défense des jeunes médecins. D'ailleurs, les avocats sont mieux privilégiés que nous : bien qu'exerçant leur profession, les avocats stagiaires sont exempts de la patente.

On pourrait peut-être réclamer la même faveur pour le médecin, qui débute.

On peut également faire remarquer au législateur que, vu la dévalorisation du franc, vu également la rareté des appartements, ces derniers sont considérablement augmentés, par rapport à 1914. Il serait donc équitable de ramener les bases de l'impôt des patentes sur un chiffre qui, aujourd'hui, correspondrait aux catégories d'avant guerre, en ce qui concerne le droit du quinzième ou du douzième.

Personnellement, je l'ai déjà fait remarquer au

groupe médical parlementaire, qui, il y a trois à quatre mois, m'avait demandé de faire une conférence, au Sénat, sur les loyers et impositions des médecins.

Le *Concours médical* recevra toutes les suggestions qui lui seront soumises ; mais il serait heureux de voir les Syndicats médicaux inscrire cette question des impositions médicales à leur ordre du jour. Ultérieurement, l'Union des Syndicats médicaux, parlant au nom des groupes affiliés, pourrait faire les démarches nécessaires, pour que satisfaction soit donnée.

Dr Paul BOUDIN.

2293. — Les quittances d'honoraires accidents du travail sont exemptes de timbre.

A la suite d'une visite d'un inspecteur de l'enregistrement dans une usine on trouva des quittances non timbrées. Parmi elles j'en avais deux pour deux blessés que m'avait adressées l'usine et qu'elle m'avait réglées comme elle le fait d'habitude ; mais je crois que pour certains accidents, petits accidents, l'usine règle directement sans faire agir l'assurance.

J'avais mis de bonne foi sur ces quittances avant ma signature « accident du travail ». Quand je reçus un avis de l'enregistrement d'avoir à payer deux amendes soit 180 fr. 50, je fus le trouver pour savoir la cause. Il me présenta mes quittances, et à ma remarque que j'avais spécifié et noté qu'il s'agissait d'un accident du travail il me répondit : « c'est vrai » et il ajouta « tranquillisez-vous et si je ne vous fais rien dire ne vous dérangez pas ». Cela se passait il y a un an environ.

Six mois après je reçus un deuxième avis semblable au premier. Je fus trouver le receveur qui me parut avoir complètement oublié ma première visite et qui me dit que, du moment que l'inspecteur m'avait pris, c'est que j'avais tort et quelque chose comme cela. Je lui dis qu'à mon avis c'était un accident du travail et de là exempt de timbre et lui dis avant de partir que je serais très heureux d'avoir une entrevue avec lui. L'inspecteur n'était pas là. Il ajouta je crois que la déclaration n'avait pas été faite à la mairie. Ce que j'ignore.

Aujourd'hui nouvelle lettre m'informant que l'inspecteur a dressé procès-verbal contre moi et que, faute par moi de payer dans la huitaine, je serai poursuivi conformément à la loi.

Je viens donc vous demander ce que je dois faire et ce qu'on peut me faire. Faut-il payer ou laisser faire les poursuites.

Dr X.

Réponse.

L'article 29 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail exonère des droits de timbre et d'enregistrement tous actes faits en vue de l'exécution de la dite loi.

Cette exonération s'applique à la quittance des honoraires payés à un médecin pour soins donnés à des ouvriers blessés (Instruction de l'Enregistrement, 3-115, 1°).

D'après une solution de l'administration en date du 24 décembre 1901, la seule condition, exigée consiste à faire mention sur la pièce de sa destination spéciale.

On ne saurait donc vous objecter l'absence de déclaration à la mairie par le patron, étant donné que vous n'avez pas à intervenir dans cette déclaration et que vous ne pouvez, le cas échéant, suppléer le patron défaillant.

Vous ne pouvez être rendu responsable d'une faute commise par un tiers et nous estimons que, dans les conditions exposées dans votre lettre, l'amende vous est indûment réclamée. Nous vous conseillons de voir l'Inspecteur avant de payer, et, après paiement, de présenter une demande en restitution.

A. M.

Il y lieu de suivre le conseil donné par M. Martinot : allez voir l'Inspecteur, faites valoir auprès de lui les arguments indiqués par M. Martinot, et, s'il refuse de faire droit à votre réclamation, payez, et alors nous pourrons demander à Monsieur Martinot de rédiger une demande en restitution.

2113. — Valeurs dont les intérêts sont exonérés de l'impôt général sur le revenu.

Dans le numéro du *Concours médical* du 29 mai page 1532 vous mettez :

« Sont seuls exempts de l'impôt général sur le revenu les intérêts des bons du trésor et des bons de la Défense nationale à échéance *d'un an au plus* et les arrérages, etc.

Or, dans plusieurs journaux financiers et en particulier dans *Les Etudes financières* du 19 mars 1927, il est spécifié que, comme tous les bons de la Défense nationale, les bons *à deux ans* sont exempts de l'impôt général sur le revenu.

Le contraire eût été illogique mais il me semble que la rectifictaion mérite d'être faite.

Dr M.

Réponse.

Observation exacte, mais l'exonération des intérêts des bons à deux ans ne résulte pas de la loi, mais d'une simple décision du Ministre des Finances autorisant la Caisse d'amortissement à créer ces bons.

A. M.

2221. — Les habitations d'agrément neuves ne sont pas exonérées d'impôt.

Je possède sur le bord de la mer une villa bâtie en 1922. La déclaration a été faite en temps voulu à la mairie de M., pour notre usage personnel, afin

de ne pas payer l'impôt pendant 15 ans comme l'indiquait la loi pour les constructions nouvelles.

Jusqu'à l'heure, il en a été ainsi, nous n'avons rien payé. Pour 1927, j'ai reçu un avertissement.

Dois-je payer ou dois-je refuser le payement de l'impôt.

Comme je ne connais pas bien la question et que je sais d'autre part que vous êtes au courant des modifications de la loi, je me permets, à titre d'abonné du *Concours médical* de vous demander ce conseil.

Dr L.

Réponse.

L'article 31 de la loi du 1er avril 1926 prévoyant l'exonération de la contribution pendant quinze ans exclut du bénéfice de cette exonération les habitations d'agrément, de plaisance, ou de villégiature. Tel est le cas de votre villa, qui, dès lors, n'a été exempte de la contribution foncière que jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui a suivi celle de son achèvement.

2330. — Les revenus supportant l'impôt cédulaire et l'impôt général.

J'ai fait en temps opportun, au début de l'année, ma déclaration pour l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et après discussion me suis mis d'accord avec le contrôleur.

Je reçois aujourd'hui ma feuille d'imposition :

Professions non commerciales.

		Impôts
Pour un bénéfice de 10.050		93 »
Impôt général sur le revenu.		
D'après un revenu net de 10.100.	37.20	= 46.50
Majoration de 25 % comme célibataire	9.30	
Total		139.50

Je n'ai comme revenu que le bénéfice de ma profession plus 50 de valeurs ce qui explique le chiffre de 10.000.

Je voudrais savoir si je dois payer impôt sur bénéfice plus impôt sur le revenu, ce dernier étant constitué par le bénéfice.

D'après le contrôleur je devrais donc payer deux fois un impôt sur la même somme. Dois-je faire une réclamation ou ne pas bouger ? Si réclamation possible faut-il la faire directement au contrôleur ou au préfet ?

Dr N.

Réponse.

Votre imposition est conforme à la loi puisque tout revenu doit supporter un impôt cédulaire (impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, impôt sur le revenu des valeurs mobilières, impôt foncier, etc.), et, totalisé avec les revenus d'autres catégories, être assujetti à l'impôt général.

A. M.

Questions médico-militaires.

1475. — Suppression de la pension ; puis aggravation.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner sur le cas suivant quelques renseignements susceptibles d'être utiles à un de mes clients :

Réformé le 15 *novembre* 1923 avec le diagnostic : « Bacillose pulmonaire du sommet droit. Etat général déficient. Expectoration actuellement bacillifère ». (A obtenu alors 60 %).

Le 28 *juillet* 1925 devant une nouvelle commission, les médecins posent le diagnostic suivant : « Troubles respiratoires accentués avec diminution du murmure sur toute la hauteur des deux poumons ; respiration rude ; résonnance vocale, augmentation des vibrations sans bruit adventice ».

Pour ce motif, le bénéficiaire n'est plus admis à bénéfice d'une pension.

Aucune visite depuis, devant une commission spéciale. Mon client vient seulement d'être avisé qu'il devait rendre son carnet de mutilé et qu'il perdait tous ses droits. Or, j'ai eu l'occasion de soigner ce malade, il y a quelques mois, pour une forte hémoptysie ayant duré une dizaine de jours, avec réaction fébrile. Il est loin d'être guéri.

Quelle marche doit-il suivre pour faire valoir ses droits et réclamer le maintien de sa pension et des soins gratuits ?

Je vais faire pratiquer un examen des crachats. Une preuve bactériologique aura sans doute du poids jointe à mon certificat.

Dr D.

Réponse.

Les soins gratuits restent acquis pour l'affection pulmonaire qui les a justifiés, même si le pourcentage devient inférieur à 10 % et entraîne par suite la suppression de la pension.

Quant au reste, demandez au médecin chef du centre de réforme une nouvelle visite pour aggravation, avec certificat médical à l'appui.

1386. — Périodes d'instruction à faire pour être promu.

Je suis de la classe de recrutement 1916 et de la classe de mobilisation 1915 ; médecin aide-major de 2e classe de réserve depuis fin avril 1923, je viens d'être sollicité, comme déjà l'an dernier, par le colonel commandant le régiment auquel je suis affecté à faire une période d'instruction de 25 jours, comme proposable pour le grade supérieur. Il me reste, me dit-on, deux périodes à faire pour avoir mon deuxième galon. Or, je croyais me souvenir qu'une seule période, de quinze jours, cette année, suffisait aux officiers de réserve dans mon cas. Vous savez combien de telles périodes sont gênantes pour nous, aussi vous serais-je extrêmement reconnaissant de vouloir bien

me fixer à ce sujet, dès qu'il vous sera possible. Le colonel me demandant une réponse sans retard.

Dr Z.

Réponse.

Il vous faut, en effet, régulièrement faire deux périodes de 25 jours pour être promu à deux galons. Mais la loi du 15 mars 1927 vient vous donner une majoration de trois ans (si vous êtes du nouveau régime). Dès lors, vous allez incessamment être promu, à la date du mois d'avril 1924. Vous n'avez donc nullement à vous empresser d'effectuer une période cette année, si celle-ci vous gêne dans votre clientèle.

2196. — Gratification de réforme.

Je vous serais obligé de me faire connaître si la nouvelle loi qui modifie et complète la loi sur les pensions et en étend le bénéfice aux ouvriers militaires s'applique au cas suivant :

Un homme classe 1907 réformé au corps après 14 mois de service (phlébite double des deux membres inférieurs consécutive à une fièvre typhoïde).

Renvoyé sans pension dans ses foyers.

Maintenu en réforme par les diverses commissions de réforme qui ont fonctionné durant toute la guerre :

Ne touche rien parce qu'il avait été réformé et envoyé sans pension.

Cet homme pourra-t-il profiter de la nouvelle loi ?

Dr A.

Réponse.

Si votre client est homme de troupe ou sous-officier, il pourra encore, malgré l'expiration des délais légaux, bénéficier d'une mesure gracieuse, sous la forme de gratification de réforme, à la condition qu'il prouve que la fièvre typhoïde « originelle » a été contractée en service.

Qu'il adresse une demande de visite pour pension, par une lettre recommandée, au Directeur du Service de santé de sa région.

2183. — Rejet de demande de pension ; recours devant le Tribunal des Pensions.

Un de mes clients a été mobilisé. Puis il a été hospitalisé pour lupus (face). Il a été ensuite réformé le 26 juillet 1917, sans pension, pour lupus.

Il a fait une demande de pension, qui lui a été refusée après examen en fin mars 1927.

Est-il fondé de demander une pension ? Quelle marche suivre ?

Dr T.

Réponse.

Dans les six mois de la notification de son rejet, votre client devra se pourvoir devant le Tribu-

nal des Pensions, par lettre recommandée adressée au greffe du Tribunal civil de sa région.

Il devra aussi demander l'assistance judiciaire au président du tribunal.

2116. — Inscription au tableau d'avancement.

J'ai reçu de la direction du service de santé de ma région l'avis suivant : extrait du *Journal officiel* du 19 mai 1927 mentionnant votre inscription au tableau d'avancement de 1927 pour le grade de médecin-major de 2e cl. »

Je suis médecin aide-major de 1re cl. depuis 1916. Ceci veut-il dire que vais être promu incessamment au grade de médecin-major de 2e cl., ou bien cela ne signifie-t-il rien du tout ?

Dr T.

Réponse.

Cette communication officielle est de première valeur ; elle vous annonce que vous êtes inscrit, *par le Ministre*, au tableau d'avancement pour le grade supérieur, et que, dès lors, vous serez promu dès que votre tour sera arrivé, c'est-à-dire au plus tard dans quelques mois.

Certificats

2403. — Légalisation de signature par un maire.

Il y a quelques jours j'ai présenté à la mairie de chez moi une feuille de papier timbré, portant au bas ma signature dont j'ai demandé la légalisation. Le secrétaire a refusé parce que le papier n'était pas rempli (il n'y avait que ma signature). Je devais examiner un malade quelques heures après à 18 km. de chez moi, au départ je ne savais quelle décision j'allais prendre chez mon malade. D'autre part, je demande de légaliser ma signature et il me semble que le secrétaire de mairie n'a pas à s'occuper d'autre chose. La préfecture a répondu que c'était livré à l'appréciation du maire. « *Rien n'oblige à le faire, mais rien n'empêche non plus de le faire ?* »

Alors quoi ! Dr S.

Réponse.

Il est admis que, bien que la loi ne prévoie la légalisation par les maires que lorsqu'il s'agit de la signature des imprimeurs des journaux contenant l'insertion des placards en cas de saisie immobilière, les maires ont, d'une manière générale, qualité pour légaliser la signature des habitants de leur commune.

Mais ce n'est qu'une faculté pour les maires et non un droit pour les administrés et, par suite,

les maires ont parfaitement le droit de refuser la légalisation.

Il n'est pas surprenant qu'ils usent de ce droit lorsqu'on leur présente un acte en blanc, car la légalisation, si elle ne vise, en réalité, que la signature apposée et non le contexte de l'acte sur lequel elle figure, apporte cependant, à la pièce, dans l'esprit simpliste du public, un certain caractère d'authenticité.

Pour éviter le refus, il est possible de faire légaliser, sur une feuille de papier timbré, la signature seule, sans laisser de blanc au-dessus d'elle et avec la simple mention : « Signature de M. X... », puis de joindre cette pièce ainsi légalisée à l'acte, certificat ou autre, pour lequel la légalisation est demandée.

Cette manière de faire peut s'appliquer également dans le cas où le signataire de l'acte ou la personne qu'il intéresse désire ne pas en faire connaître le contenu au maire ou à ses subordonnés.

Propharmacie

2341. — Conditions d'exercice de la propharmacie.

Membre du « Sou médical » dès mon installation et vieil abonné du *Concours médical*, je prends la liberté de solliciter de vous quelques renseignements en ce qui concerne la propharmacie. Depuis peu de temps, le pharmacien a quitté le pays. Il a été remplacé par une sage-femme qui fait l'herboristerie, et comme actuellement nous sommes encore en bons termes, j'ai décidé de faire la propharmacie et je vous serais très obligé de vouloir bien me répondre quelles sont les conditions dans lesquelles je puis exercer la propharmacie ; les formalités envers les administrations et les maisons de produits pharmaceutiques qui sont spécialisés pour desservir les propharmaciens.

2° Actuellement dans mon rayon je fais une agglomération de 1.500 habitants éloignée de 6 km. de mon domicile (et à 7 km. des localités où il y a des pharmaciens) ; dans ce pays il y a une sage-femme herboriste, je vous prie de vouloir me répondre si je peux desservir la localité avec les produits pharmaceutiques.

3° Est-ce que j'ai le droit de tenir la propharmacien dans le même local que l'herboristerie ?

Dr X.

Réponse.

La seule condition nécessaire pour qu'un médecin puisse exercer la propharmacie est qu'il soit établi dans un bourg, village ou commune où il n'y ait pas de pharmacien ayant officine ouverte (article 27 de la loi du 21 germinal an XI).

Par suite du départ du pharmacien de votre commune, vous vous trouvez donc dans les conditions requises et pouvez valablement faire de la propharmacie. Le fait qu'une sage-femme fait de l'herboristerie ne change rien à vos rdroits.

Lorsque vous exercerez la propharmacie, vous pourrez fournir des médicaments à ceux de vos malades habitant dans des communes également dépourvues de pharmaciens.

Vous pouvez installer votre dépôt de médicaments dans le local que vous voudrez, à la condition, que vous ne fournissiez de médicaments qu'à vos malades et *que vous ne teniez pas une officine ouverte.*

Le médecin propharmacien n'est tenu de faire aucune déclaration préalable à l'exercice de la propharmacie, à l'exception de la déclaration au maire imposée par la loi et le décret de 1926 à tout détenteur de substances vééneneuses.

En outre, vous devrez tenir : 1° un registre sur lequel vous inscrirez, au fur et à mesure, avec un numéro d'ordre, vos propres ordonnances ; 2° un registre de commande des poisons et la comptabilité spéciale des substances vénéneuses.

Les médecins propharmaciens ne sont pas des commerçants ; vous n'aurez donc pas à vous faire inscrire au registre du commerce, ni à payer la taxe sur le chiffre d'affaires. Les bénéfices que vous tirerez de la vente des médicaments seront imposables à la cédule des bénéfices des professions non commerciales, comme vos honoraires proprement médicaux.

En ce qui concerne l'achat des médicaments, vous pouvez vous adresser à n'importe quelle maison, sans formalités particulières.

Nous sommes à votre disposition pour les renseignements complémentaires dont vous pourrez avoir besoin.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

2271. — Rayons ultra-violets.

Je vous serais reconnaissant de m'indiquer les démarches à faire auprès des assurances pour instituer un traitement pour rayons ultra-violets à des blessés dont la cicatrisation de leurs plaies est très longue.

Je vous serais également reconnaissant de m'indiquer les prix de séance de rayons ultra-violets, soit en application locale, soit en application générale.

Dr M.

Réponse.

Les rayons ultra-violets me semblent pouvoir être assimilés, au point de vue tarif, avec « Traitement par air chaud, lumière, ionisation : chaque 15 fr. (plus 50 % depuis le 1er janvier 1927), soit : 22,50 » (article 26 V).

Mais encore faut-il auparavant vous conformer à la note 1 de cet article dans laquelle il est dit : « ...Il pourra ne être procédé à tout acte... ou à toute séance d'air chaud, lumière

ou d'ionisation par le médecin électrologiste ou radiothérapeute qu'après *avis conforme* du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. »

F. D.

II

2236. — Ne pas confondre le tarif des accidents du travail avec celui des blessés de guerre.

J'ai reçu il y a quelques jours les 2 lettres ci-jointes, l'une m'annonçant que le prix de la consultation et de la visite pour les mutilés serait de 10 fr. pour 1927 et que mes mémoires du 1er trimestre seraient majorés en conséquence et une seconde m'annonçant qu'ils sont diminués de 12 à 10 fr.

Il me semble pourtant bien avoir reçu il y a quelques mois un avis disant que le prix des visites et consultations était porté à 12 fr. et le kilomètre à 1,50. Si cela est exact je ne vois pas en quoi consiste la majoration que l'on m'annonce et qui n'est qu'une réduction avec effet rétroactif. Serait-ce qu'à Paris la vie aurait baissé !

Dr D.

Réponse.

Vous confondez simplement le tarif des accidents du travail, monté au 1er janvier à 12 fr. la visite simple, avec le tarif des blessés de guerre monté celui-là à 10 fr. seulement. De même, le kilomètre parcouru est tarifé depuis le 1er janvier 1,50 pour les accidents du travail et est resté à 1,24 pour les blessés de guerre.

F.D.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Rose cultivée.

Comme une belle gouge, elle découvre aux yeux
Et la fraîcheur du sein et ses appâs stériles.
Effrontée, elle a des audaces puériles,
Amazone au carquois plein de darsds vénéneux.
Imprudente, elle sort, d'un corsage épineux
Son godron chiffonné de corolle infertile.
La narine se plonge en son odeur subtile
Et hume, avec délire, un parfum vicieux...
Tu jouis, égoïste, o splendeur des jonchées ;
L'églantine ta sœur fait souche en les tranchées.
Tu vas sacrifiant, à ta seule beauté,
Dans la noce d'un soir, tout l'espoir de ta race.
Tu crois avoir vécu ! Déjà la mort t'enlace
Et de toute ta chair aucun fruit n'est resté.

Dr Georges LOUVEL.

La Ferté-Macé, juin 1927.

Quarante-neuvième année N° 30 24 Juillet 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1996-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...
(Joindre un timbre pour la réponse).

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Boyer, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, E. Le Gouriérec, E. Poulain.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillère. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Gardette, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou, Portes, Saint-Pée.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin. Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Boutelier.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Berthomier (*phys.*). Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Ponson, de Vernet-les-Bains, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 423. — Par suite décès, client. médic. à céd. sur l'Ouest à 60 km. Paris. Log. assuré. Recet. 30.000.

N° 424. — Préchacq-les-Bains, Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

N° 425. — Doct. act. et jeune, cherche à repr. ou à collaborer clin. méd. sérieuse, sanator. ou aff. paramédic.

N° 426. — Dame posséd. diplôme infirm. et ayant meill. réf., cherche situat. soit dans clinique ou chez doct., ferait office de secrét. accompagn. malade ou enfants. Mme Desmarais, 15, rue des Ecoles, à Sèvres (S.-et-O.).

N° 427. — Conf. cherche poste méd. dans ville env. Paris ou bords Loire.

N° 428. — Sables-d'Olonne. A louer pour septembre appart. situé près plage et port et compren. salle à mang., pet. cuis. et 2 ou 3 ch. avec eau cour., gaz, électr.

N° 429. — Gr. clinique Paris, dem. un direct. adjoint avec apport, une économe et une infirm. parlant anglais.

N° 430. — Mais. de santé, Grasse « La Brise », climat idéal, panaroma grand. mer, montagnes. Parc, cure d'air, repos. Héliothérap., rayons U. V. Méd. résid. Dr Brody.

N° 431. — Poste méd. adj. vac, sanat. Gorbio, Menton (A. M.), traitement 10.000 logé, nourri, blanchi. Adresser dem. et titres au méd. direct.

N° 432. — A vend. état de neuf, construct récente petit duc et omnibus de famille 6 places. Dr Chrétien, à Ciré (Char.-Inf.).

N° 433. — On dem. étudiants pour s'instruire et rendre service en examin. 250 enfants partant colonie de vacances après-midi 31 juillet. Indemnité. Central des Œuvres, 26, faub. Saint-Jacques.

N° 434. — A céd. ou mettre en particip. source thermale et terrains dans centre de station en plein essor. Affaire très intéress. S'ad. Chalet Saint-Hubert, à Saint-Nectaire (P.-de-D.).

N° 435. — A vend. install. rayons X amp. Coolidge, diathermie et H. F. courant galv. Farad. tous meubles Gaiffe parfait état.

N° 436. — A céder à Paris, quartiers de plein centre et ouvrier, import. clinique de méd. générale. Install. vaste avec appareill. de radio dans condit. avantageuses. Très urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** — *Elections.* — MM. Hugounenq, de Lyon, et Arthus, de Lausanne, ont été élus associés nationaux.

— **L'Institut international d'anthropologie** tiendra son assemblée générale à Amsterdam, du 20 au 29 septembre 1927. M. Capitan y représentera l'Académie de médecine

— **Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger.** — Ont été nommés membres de l'A. D. R. M., à la dernière réunion du Conseil: MM. Astier, Flicoteaux, Maduro, Boutot, Rainal, Rist, Claude, Fiessinger, Gatellier, Dalby, Thewlis, Pruvost, J. Quénu, J. Renault et Ribadeau-Dumas.

— **Prix Osiris.** — L'assemblée des cinq Académies de l'Institut de France, présidée par M. Louis Barthou, de l'Académie française, vient, sur le rapport de M. E. Roux, de décerner le prix Osiris (100.000 fr.) à M. Charles Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, pour l'ensemble de ses admirables travaux sur les maladies contagieuses, en particulier le typhus exanthématique et la rougeole, et sur la fièvre méditerranéenne.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Clinicat.* — Sont proposés, après concours, pour les fonctions de chefs de clinique à la Faculté :

Clinicat médical. — Chefs de clinique titulaires avec traitement : Mme Bertrand-Fontaines (hôpital Cochin) ; MM. Bloch (hôpital Beaujon) ; Libert (Hôtel-Dieu) ; sans traitement : MM. Isch-Wahl, Lévy (hôpital Cochin) ; Hamburger, Escolier (hôpital Beaujon) ; Froment, Terris (Hôtel-Dieu) ; Cayla, Celice, Pollet (hôpital Saint-Antoine).

Chef de clinique adjoint : M. Rochet (Hôtel-Dieu).

Clinicat thérapeutique médical. — Chef de clinique sans traitement : M. Plichet (hôpital de la Pitié).

Clinicat médical propédeutique. — Chefs de clinique sans traitement : MM. Turpin, Kourilsky (hôpital de la Charité).

Clinicat des maladies nerveuses. — Chefs de clinique titulaires sans traitement : MM. Darquier et DECOURT.

Nous relevons avec un très grand plaisir dans cette liste le nom du docteur J. Decourt, appelé aux fonctions de chef de clinique du professeur Guillain. Le Dr J. Decourt est l'un des fils de notre excellent ami F. Decourt. Nous adressons à tous deux nos plus sincères félicitations.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Internat.* — Question (pathologie chirurgicale) donnée à la séance du 1er juillet : « Hernie crurale étranglée. Signes, diagnostic et traitement. »

— **Faculté de Lyon.** — *Nouveau professeur.* — Le conseil de la Faculté a présenté, pour la chaire de *clinique obstétricale*, M. le docteur VORON.

— **IIe Journées médicales de Paris (1929).** — La *Revue médicale française* annonce que les IIes Journées médicales de Paris auront lieu à la date des fêtes de la Pentecôte (19 mai 1929).

— **Syndicat des médecins biologistes français.** — *Assemblée générale.* — L'Assemblée générale statutaire se tiendra à Bordeaux, le lundi 25 juillet (la date du 24 a été portée par erreur sur certaines convocations), à l'Athénée municipal, salle de la Société de médecine de Bordeaux, rue des Trois-Cornils, à 10 heures.

A l'ordre du jour : compte rendu du bureau provisoire ; admissions ; élection du bureau définitif ; organisation de la spécialisation ; questions diverses.

La section bordelaise est à la disposition des confrères pour régler les détails matériels de leur séjour à Bordeaux.

Adresser les demandes d'admission ou de renseignements complémentaires : 30, place Gambetta, Bordeaux.

— **Un prix de 25.000 francs.** — Un généreux américain, M. BENJAMIN J. ROSENTHAL, vient d'offrir un prix de 25.000 fr. au médecin français qui aura le plus contribué au soulagement des tuberculeux.

Une Commission a été instituée au Ministère du Travail et de l'Hygiène en vue de désigner le béné-

ficiaire de cette récompense qui sera décernée le 1er janvier 1928.

Les candidats devront adresser leurs travaux avec toutes justifications de leur titre de docteur en médecine et de leur nationalité française, au Ministre du Travail et de l'Hygiène, direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, à Paris.

— **Nord médical.** — Le 16e dîner du Nord médical a eu lieu le 26 juin au Club de la Renaissance française sous la présidence de MM. Lardennois et Paul.

SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

PRODUITS CHIMIQUES ET PHARMACEUTIQUES, HERBORISTERIE, POUVANT ÊTRE DÉLIVRÉS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE.

Honor. de resp.	PRODUITS	Numéro de barème
0	**Ampoules d'extraits d'organes**, stériles, injectables, d'hypophyse, lobe postérieur, l'une : 4 fr. 50 .	
	Toutes les autres ampoules d'extraits d'organes, stériles, injectables,	
	de 2 cc. ou de 3 cc., l'une : 2 fr. 25	
	de 5 cc. — 2 fr. 75	
	de 10 cc. — 3 fr. 50	
	NOTA. — Les dosages variés ou le mélange de plusieurs extraits d'organes dans la même ampoule n'en fait pas varier le prix.	
	Ampoules :	
1.00	de sulfate d'atropine, à 1/4 milligr.	122
1.00	— à 1/2 —	123
1.00	— à 1 —	124
0.30	**Butyléthylmalonylurée**	74
0	**Capsules** d'huile de Harlem, à 0 gr. 50	119
0	**Carbonate** de zinc	29
0	**Essence** de petit grain	57
1.20	**Extrait** gras de chanvre indien	67
0	**Fèves Tonka**	55
0	**Fleurs de thé**	47
0	**Galanga**, racines	28
0	— pulvérisé	30
0	**Huile de Calot** (*déjà inscrit à* liquide de Calot)	45
0	**Insuline** liquide	45
	le tube de 5 cc. (100 unités)	PMO
	— de 6 cc. (unités)	PMO
	NOTA. — Le pharmacien est tenu d'indiquer la marque qu'il aura délivrée.	
	*Pour l'*Insuline en ampoules, *voir* : ampoules d'insuline.	
0	**Mousse de Corse** pulvérisée	29
0	**Ouataplasme**, l'un : 5 francs (*déjà inscrit sous le nom de* cataplasme ouaté).	
0	**Pâte** de bourgeons de sapin	30
0	**Reine des prés**, sommités fleuries	31
	Mettre un astérique * *à* : Reine des prés, plante.	

0 **Sérums** thérapeutiques. — *Remplacer la liste déjà inscrite au tarif par la suivante :*

anticharbonneux liquide	PMO
antidiphtérique * liquide	PMO
— desséché	PMO
— purifié à 1.000 unités	PMO
— — * 5.000 unités	PMO
antidyssentérique * liquide	PMO
— desséché	PMO
antigangréneux * polyvalent	PMO
— antiperfringens	PMO
— antisporogènes	PMO
— antiadématiens	PMO
— antivibrion septique	PMO
— antihistolytique	PMO
antiméningococcique liquide	PMO
antipesteux * liquide	PMO
— desséché	PMO
antipneumococcique liquide	PMO
antistreptococcique * liquide	PMO
— desséché	PMO
antitétanique * liquide	PMO
— desséché	PMO
— purifié * à 1.500 unités	PMO
— — à 5.000 unités	PMO
antivenimeux * liquide	PMO
— desséché	PMO
— en flacon autoinjecteur	PMO
sérique antihémorragique	PMO
polyvalent de Leclainche et Vallée	PMO

Sonéryl. — *Voir* : butyléthylmalonylurée.

0	**Soufre** octaédrique	46
0	**Spigélie**, plante	48
0	— racines	51
0	**Stéarate** de magnésie	44
0	— de zinc	28
0	**Tartrate** borico-calcique	54
0	**Tube** de pommade de Reclus : 5 fr.	

NOTA. — Les tubes pommades . Tarif sont de 30 grammes.

0	**Ulmaire**, sommités fleuries	31

*Mettre un astérique * à* : Ulmaire, plante.

0 **Vaccins.** — *Remplacer la liste déjà inscrite au tarif par la suivante :*

antisasthmatique	PMO
anticholérique, ampoules	PMO
antidiphtérique *, ampoules	PMO
— flacon, * de 10 cc	PMO
— — de 20 cc	PMO
antigonococcique, ampoules	PMO
antipesteux, flacon de 10 cc	PMO
antistaphylococcique, ampoules	PMO
antityphoïdique, ampoules	PMO
extrait antigène tuberculeux * dilué	PMO
— — pur	PMO

NOTA. — Le pharmacien est tenu d'indiquer la marque qu'il aura délivrée.

EAUX MINÉRALES

NOMS DES EAUX MINÉRALES	Prix
Salins du Jura.	
Eaux-mères liquides, la bouteille	6 fr.
Eaux-mères cristallisées, * la boîte de 800 grammes	10 fr.

Eaux-mères cristallisées, *la boîte de 2 kilos .... 20 fr.
Sels pour bains, *le paquet de 250 gr...... 2 fr.
Sels pour bains, * le paquet de 2 kilos..... 10 fr.

ARTICLES DE PANSEMENTS NI ASEPTIQUES, NI STÉRILISÉS

DÉSIGNATION DES ARTICLES	Prix
Coton salicylé, les 50 gr	2.75
— — les 125 gr	6.50
Coton au sublimé, les 50 gr	3 fr.
— — les 125 gr	7 fr.

RÉCIPIENTS

Tube pour 20 comprimés	0.40

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Un médecin diplômé étranger peut-il s'associer avec un médecin français, pour exercer la médecine en France ?

Nous avons à discuter l'espèce suivante : un médecin étranger, résidant à l'étranger, mais dans une localité proche de la frontière, peut-il arguer de convention s diplomatiques pour s'associer avec un médecin français et gérer, avec ce dernier, un cabinet médical en France ?

Les conventions diplomatiques, intervenues entre la France, d'une part et le Grand duché de Luxembourg, la Belgique, la Suisse, d'autre part, stipulent que licence est accordée aux médecins étrangers, dans les limites suivantes : « les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements étrangers, établis dans les communes étrangères limitrophes de la France et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes françaises, où il ne réside pas de médecin. »

Mais un article 2 de la convention diplomatique spécifie que « les personnes qui, en vertu de l'article précédent, sont autorisées à exercer leur profession dans les communes limitrophes du pays voisin, n'ont pas le droit de s'y établir en permanence, d'y élire domicile, ni d'y avoir un pied à terre. »

Un jugement du tribunal d'Avesnes du 15 décembre 1904, donne la définition suivante : «Attendu que, par commune limitrophe de la Belgique, il faut entendre non une commune voisine de la frontière, mais placée sur la frontière ou touchant la frontière par un point quelconque de son territoire ». Le tribunal s'est appuyé sur le sens précis et véritable à donner au mot limitrophe, c'est-à-dire qui est sur la limite, dont les limites se touchent.

En conséquence, il condamne deux médecins belges pour exercice illégal de la médecine en France, parce que ces deux praticiens étaient domiciliés dans des communes belges non limitrophes de la frontière française.

Pour les mêmes motifs, le tribunal correctionnel de Valenciennes, par jugement du 15 mars 1905, le tribunal correctionnel de Sedan, par jugement du 15 mai 1907, ont condamné des médecins, qui, domiciliés en Belgique, mais dans des communes non limitrophes, venaient exercer la médecine en France également dans des communes non limitrophes.

Par conséquent, il résulte de la lecture des textes des conventions, comme de ceux de la jurisprudence, que les autorisations données aux médecins étrangers, pour venir donner leurs soins aux malades, en France, sont soumises à des restrictions et à des obligations très précises : les médecins étrangers doivent résider dans une commune limitrophe de la frontière française ; ils doivent restreindre leur activité professionnelle aux communes françaises limitrophes, dans les quelles ne réside pas de médecin français ; ils ne doivent y avoir aucun pied-à-terre, c'est-à-dire qu'ils doivent se borner à aller à domicile, chez le client, sans pouvoir ouvrir un cabinet personnel.

Mais, serait-il possible de tourner la difficulté de la manière suivante : un médecin français, domicilié dans une autre commune française, ouvre cependant un deuxième cabinet dans une commune française limitrophe de la frontière.

Il demande à un confrère étranger, domicilié dans une commune étrangère limitrophe de la frontière française, de gérer son cabinet médical, d'y soigner, au nom du praticien français, les malades qui se présenteront.

En d'autres termes, le médecin français peut-il prendre, comme employé-médecin à gages, un médecin étranger, qu'il couvrirait de son diplôme français ?

Non, la chose n'est pas faisable.

L'article premier de la loi du 30 novembre 1892 est formel : nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni du diplôme de docteur en médecine, délivré par l'Etat français.

Cet article est légèrement atténué, dans sa rigueur, par les conventions diplomatiques, dont il est parlé plus haut. De ces conventions, il résulte que le médecin étranger ne peut venir qu'à l'état précaire, presque par humanité, pour soigner les malades français, lorsque ces derniers n'ont pas de docteur français résidant dans leur commune.

De plus, le médecin étranger ne peut avoir de pied-à-terre, en France : cela lui est formellement interdit.

Dans ces conditions, le fait, pour un médecin français d'établir un cabinet médical dans une commune, peut empêcher un étranger de venir y exercer la médecine.

Cette objection serait-elle considérée comme sans valeur, que le médecin étranger ne saurait

Voir la suite page XLIII-2039

PROPOS DU JOUR

Promenade au château des Charmilles. Une abbaye de Thélème médicale. Ne pourrait-on faire mieux dans l'avenir ?

> Toute leur vie estoit employée, non par lois, statutz ou règles, mais selon leur vouloir et franc arbitre.
>
> RABELAIS, *Gargantua*.

La Maison du Médecin avait convié nos confrères de Paris et leurs familles à une promenade à Valenton où les visiteurs devaient être reçus par les pensionnaires du Château des Charmilles. Une trentaine de personnes se rendirent à l'invitation un des derniers dimanches de juin, les uns en car, les autres en auto.

Le trajet de Paris à Villeneuve-Saint-Georges par la grande route nationale, toute droite, est très vite accompli et quelque peu monotone, mais l'arrivée à Valenton et au Château des Charmilles cause au visiteur une agréable surprise. Après avoir traversé une plaine semée d'usines, de baraques, de maisons banales et de cabanes que multiplient çà et là les lotissements, nous nous trouvons tout à coup devant le perron d'un gracieux château Louis XVI, entouré d'un beau parc aux allées longues et ombreuses, planté d'arbres centenaires.

C'est dans cette retraite riante et confortable, que vivent, délivrés des soucis quotidiens et des préoccupations de plus en plus compliquées de la vie domestique, un groupe important de médecins âgés, quelques-uns avec leurs dignes et fidèles compagnes.

L'administration de la Maison du médecin s'est efforcée avec des moyens assez limités, de rendre le séjour de Valenton agréable à ses habitants. Les salons du rez-de-chaussée sont vastes, bien éclairés, pourvus par des généreux donateurs d'un mobilier somptueux. La salle de billard, la bibliothèque, la T.S.F., le piano permettent à chacun de se distraire. La salle à manger, vaste et remarquablement décorée, offrit aux visiteurs pour le goûter, une table bien garnie. Aux étages supérieurs ces derniers purent parcourir les chambres vastes, bien disposées, bien aérées, toutes pourvues de grandes fenêtres, offrant à la vue un panorama très étendu sur les côteaux verdoyants, où, enfouis au milieu des arbres, apparaissaient les toits rouges des coquettes villas qui se sont singulièrement multipliées durant ces dernières années. Ce paysage harmonieux donne au château et au parc l'aspect d'une retraite où, loin du vacarme de la ville, des bruits et des poussières de la route, ceux qui ont mené la vie professionnelle laborieuse et agitée du praticien ont pu trouver enfin le calme et le repos, rêvés parfois et le plus souvent inespérés.

« Mais c'est l'Abbaye de Thélème, nous dit en regagnant Paris, le vieux confrère avec lequel nous venions de parcourir les allées du Parc. »

— « C'est exact, répondîmes-nous, mais ce Thélème est réservé, non aux jeunes gens comme la célèbre fondation de Gargantua, mais à ceux d'entre nous qui, arrivés au déclin de la vie, se trouvent isolés et sont heureux de rencontrer ici, avec la sécurité, une nouvelle et véritable famille.

De Thélème, les Charmilles ont le site harmonieux, le parc ombragé, le château hospitalier. Mais ce qui rappelle surtout ici la fameuse abbaye, c'est le règlement qui est réduit, autant qu'il est possible, à ce qui est indispensable pour assurer la liberté et la tranquillité de chacun et qui se borne presque à l'unique clause que Frère Jean donna pour loi à son monastère :

Fais ce que voudras.

En aucun autre établissement, la liberté individuelle ne s'accommode mieux à la vie collective. Si les pensionnaires peuvent deviser entre eux, en se promenant sous les grands arbres du parc, s'ils peuvent causer dans les salons, faire de la musique, entendre en commun les concerts de la T.S.F., jouer dans la salle de billard, lire et travailler dans la bibliothèque, prolonger les entretiens du repas dans la salle à manger, ils ont le loisir, à leur gré, de s'isoler dans leurs chambres, chambres que quelques-uns ont ornées

avec goût ou transformées en véritables musées. Ils peuvent même franchir la porte en toute liberté et gagner Paris si le cœur leur en dit. »

— C'est très bien, objecta notre vieux confrère, c'est surtout très bien en été, mais les journées d'hiver sont tristes et maussades, le voyage à Paris est relativement long et coûteux et Valenton me paraît bien isolé. Croyez-vous que l'on ne pourrait pas faire mieux ? » — « Le mieux est souvent l'ennemi du bien, répliquâmes-nous. Certes vos objections sont justes et au Conseil d'administration de la Maison du Médecin, nous reconnaissons tous qu'il serait préférable pour plus d'un de nos pensionnaires d'être à proximité de la ville, de pouvoir chercher dans nos Facultés, nos hôpitaux, nos musées, nos bibliothèques, auprès de confrères et d'amis, une vie plus active et moins monacale.

Le Conseil d'administration de la Maison du Médecin ne manque pas d'idées à ce propos, mais ce qui lui manque ce sont les moyens suffisants pour réaliser ses projets, car, même à l'heure actuelle, il n'équilibre pas son budget sans difficulté. » — « Comment, interrompit notre confrère indigné, une œuvre comme celle-ci manquerait de ressources ? Que ne faites-vous appel aux heureux, aux fortunés de la profession ? Frappez à la porte des grands consultants, des grands chirurgiens, des spécialistes en vogue, des maîtres de nos hôpitaux, des professeurs de nos Facultés et vous verrez que pas un, pas un, dis-je, ne refusera son concours à une œuvre aussi utile et aussi confraternelle. »

Sceptique, nous esquissâmes un triste sourire. « Hélas ! hélas ! répondîmes-nous, nous avons souvent frappé à la porte des grands et rarement elle s'est entr'ouverte, le plus souvent elle est restée fermée. Sans doute, avons-nous mal frappé ? La plupart d'entre nous sont en effet peu habiles quand il s'agit de quémander.

Prenez nos listes de souscripteurs et comptez. Vos dix doigts suffiront à dénombrer les générosités des grands de la médecine. Ne les blâmons pas trop ; absorbés par l'intérêt de leurs travaux, les soucis de leur clientèle, les obligations mondaines, les exigences de leurs fonctions officielles, ils ignorent ; si on les documente, ils approuvent, encouragent même, puis tout aussitôt oublient. Il faudrait revenir à la charge, leur rappeler sans cesse qu'il existe des confrères âgés, isolés, malheureux ; que notre devoir, leur devoir est de leur venir en aide, de les recueillir, d'adoucir les peines des dernières années de leur vie ; il faudrait leur laisser entrevoir que parmi ces victimes du sort, ces défavorisés de la fortune, il en est sans doute qui ont contribué pour une part à leurs succès, à leur réputation, à leur richesse ; il faudrait oser leur répéter tout cela, les importuner même. Mais le Conseil d'administration est composé en grande partie de praticiens qui ont une certaine pudeur, disons même une certaine fierté et savent mal tendre la main, même pour les autres ; ils préfèrent s'ingénier à trouver ailleurs des ressources, à s'adresser à leurs pairs et faire simplement eux-mêmes le gros de la besogne ; sans doute elle est pour eux plus longue, plus difficile et plus pénible, mais, avec de la ténacité, de l'énergie et de la constance, ils arrivent à réaliser quand même et n'en doutez pas, un jour ils feront mieux. »

Notre interlocuteur, un vieil ami qui, après une vie d'épreuves et de labeur, est parvenu, non sans peine, à élever une famille et à s'assurer une modeste aisance, ce qui ne l'empêche pas de contribuer selon ses modiques moyens aux charges de la Maison du Médecin, exprima par un geste mélancolique le doute douloureux que laissait dans son esprit nos promesses.

L'auto-car avait regagné Paris et, oubliant Valenton et le château des Charmilles, nous nous trouvâmes repris dans le tourbillon de la vie urbaine et de nos obligations professionnelles.

J. Noir.

Rappelons que *La Maison du Médecin* offre un asile aux médecins isolés, âgés et sans ressources suffisantes, qu'elle n'est nullement une œuvre parisienne, mais compte surtout parmi ses pensionnaires des confrères de province. Envoyez les dons et les cotisations à la *Maison du médecin*, 51, rue de Clichy, à Paris, 8e.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES ÉPHÉLIDES ET LE LENTIGO

Par le Dr Louis Bory,

Ancien chef de clinique à la Faculté.

Les éphélides sont les taches de rousseur du vulgaire ; le lentigo en est le grain de beauté.

Les premières sont de petites taches arrondies ou ovalaires, de coloration jaune pâle, fauve ou café au lait, qui deviennent plus apparentes pendant l'été et envahissent surtout le visage, le cou et les mains, de façon plus ou moins profuse et symétrique.

Elles se montrent surtout chez les sujets blonds ou roux ; dans l'enfance (guère avant quatre ans) ; chez les jeunes lymphatiques à peau fine ; chez les femmes particulièrement ; en été, chez les sujets et, dans les points du corps exposés aux rayons solaires.

Chez certains, l'affection disparaît en hiver d'abord, puis fait place, aux environs de la quarantaine, aux taches dites de hâle (Barthélémy).

L'affection disparue en hiver reparaît l'été suivant aux mêmes places que la première fois. Quand elle revient, l'hyperpigmentation n'est précédée ni accompagnée d'aucune sensation anormale, d'aucun phénomène de prurit, d'érythème ou de desquamation.

On confond souvent les éphélides et le lentigo, mais c'est à tort. Le *lentigo* est un nævus pigmentaire, une tache persistante, brune, noire ou bleue, des dimensions d'une lentille environ, faisant parfois une très légère saillie. Le lentigo est exceptionnellement profus et n'a pas de disposition symétrique.

***

La STRUCTURE de l'éphélide est très simple et consiste dans une infiltration localisée de pigment dans les cellules de la couche basale de l'épiderme, avec ordinairement augmentation du nombre des cellules de Langerhans, élément primordial de la glande pigmentaire cutanée, dont l'activité, sensible à l'influence des radiations lumineuses, paraît être proportionnelle à l'intensité de celles-ci dans l'éphélide, tandis qu'elle semble régularisée, fixée, dans le lentigo. Dans celui-ci, on trouve en outre, pour peu surtout que le nævus fasse une légère saillie, des bourgeons et des amas épithéliaux, pigmentés, sans filaments d'union, dans la couche malpighienne et dans les papilles dermiques. Ce sont des cellules basilaires « *segregées* », caractéristiques de cette variété de néoformation. La simple tache nævique peut cependant ne pas différer beaucoup histologiquement de la tache de rousseur ; mais celle-ci demeure au cours de l'évolution toujours semblable à elle-même : simple infiltration pigmentaire sans modification de l'architecture cutanée. Le lentigo peut dégénérer en cancer, l'éphélide jamais.

Barthélémy se demandait si les éphélides n'étaient pas des nævi frustes que le soleil met positivement en valeur. Il ne semble pas ; il ne s'agit que d'un trouble fonctionnel de la glande pigmentaire, de même nature et d'origine aussi mystérieuse que le chloasma et le vitiligo. Un fait est certain dans l'éphélide ; c'est qu'elle coïncide avec un état de photo-sensibilisation de la peau.

***

Le TRAITEMENT de ces hyperchromies n'est demandé que lorsqu'elles ont une allure inesthétique.

Pour le lentigo le procédé de choix est la cryothérapie. Une seule application de la pointe choisie du cryocautère à neige carbonique peut suffire ; le temps et la pression sont un peu variables suivant la finesse des téguments ; il y a intérêt à utiliser une pression moyenne et une durée n'excédant pas 15 à 20 secondes avec la pointe sèche, dix secondes avec la pointe noyée ; il vaut mieux, si la dépigmentation n'est pas complète, renouveler une application semblable après dix à quinze jours, temps nécessaire à la reconstitution cutanée, que risquer par une application trop profonde de produire une cicatrice. Il y a là une question de doigté que la pratique permet d'acquérir assez vite. Il est bon d'avertir les patients, les femmes surtout, que la tache noire sera remplacée par une tache rosée pendant assez longtemps parfois, ensuite par une surface un peu plus blanche que la peau environnante.

Si le lentigo donne l'impression d'une évolution, d'une dégénérescence néoplasique, on donne généralement la préférence au traitement électrolytique ; en réalité, la cryothérapie appuyée peut suffire ; par mesure de prudence je la combine pour ma part toujours avec l'électrolyse. Celle-ci est faite par ponction circonférencielle de la tache, de façon que l'aiguille passe audessous des tissus à éliminer, en corbeille, en direction d'un grand diamètre (courant de 3 à 4 milli. pendant 15 à 20 secondes) ; recommencer la même électrisation suivant des lignes parallèles au diamètre primitivement suivi et distantes d'un millimètre environ. J'applique ensuite le cryocautère, pointe noyée, à pression faible, pendant 10 secondes.

On pourrait employer la diathermo-coagulation ; mais elle provoque la formation de cicatrices déprimées.

Le traitement des éphélides est beaucoup moins bien réglé. La bénignité de l'affection doit faire rejeter tout traitement douloureux ou brutal, que la profusion et la confluence des taches pigmentaires rendent du reste dangereux au point de vue de la conclusion esthétique. Ainsi la méthode dite de l'écorchement, indiquée par Van Hoorn sur l'enseignement et d'après la pratique d'Unna, variante renforcée de sa méthode exfoliante utile à d'autres titres, ne nous paraît-elle devoir être signalée que pour mémoire et peut-être pour servir dans des cas exceptionnels, sous une surveillance médicale particulièrement autorisée. Voici en quoi elle consiste : plusieurs fois par jour, on frictionne l'étendue cutanée que l'on veut faire sauter (éphélides confluentes, masque de la grossesse, acnés rosacées rebelles, cicatrices et autres lésions) avec une pommade composée de :

Résorcine	40 gr.
Oxyde de zinc..........	10 gr.
Silice pure anhydre......	2 gr.
Axonge	20 gr.
Huile d'olive...........	8 gr.

Au bout de trois ou quatre jours, la peau se parchemine et se gerce. Le moment est venu d'appliquer un pansement fait de la colle gélatineuse ci-dessous :

Grénétine blanche.......	4 gr.
Oxyde de zinc..........	3 gr.
Glycérine à 30 pure......	5 gr.
Eau distillée	8 gr.

laquelle doit être appliquée chaude et recouverte de quelques flocons d'ouate.

En peu de jours, l'ancienne couche d'épiderme se détache de la nouvelle et peut être facilement enlevée avec le pansement, à condition de la couper avec des ciseaux tout le long de la ligne médiane. La partie médiane apparaît alors fraîche et sans tache.

On peut arriver à d'excellents résultats avec des moyens plus doux :

1° En premier lieu les frictions au crayon nu de neige carbonique, faites rapidement sur la peau tendue, et répétées tous les cinq à dix jours, en évitant la phlycténisation ; malheureusement la peau reste rouge et pityriasique dans l'intervalle des séances.

2° En second lieu, les pommades, émulsions ou lotions décolorantes. On peut faire faire matin et soir des lotions avec du jus de citron, du vinaigre, de l'eau oxygénée, du sublimé en solution à 1 pour 500 ou encore avec l'une des mixtures ci-dessous :

Sublimé	1 gr.
Alcool ....q. s.	pour dissoudre
Acétate de plomb .... / Sulfate de zinc..........	àâ 2 gr.
Eau distillée	250

(Hardy).

Sublimé .... / Chlorure d'ammonium...	àâ 0.10
Emulsion d'amandes.....	100 gr.

(Brocq).

La nuit, on fait appliquer l'une des pommades ou crèmes ci-dessous :

Eau oxygénée à 20 vol....	4 gr.
Eau de chaux..........	6 gr.
Lanoline	6 gr.
Vaseline	4 gr.

Ou bien :

Eau oxygénée à 12 vol...	15 gr.
Vaseline	10 gr.
Lanoline	5 gr.
Oxyde de zinc..........	1 gr.
Sublimé..............	0.05

Ou :

Calomel .... / Sous-nitrate de bismuth.	àâ 6 gr.
Axonge ou vaseline	90 gr.

(Hebra).

En réalité, tous ces moyens atténuent ou font disparaître les pigmentations, mais ils ne mettent pas sûrement à l'abri des récidives ; car il y a dans les éphélides un facteur étiologique dont le rôle est essentiel dans la reproduction ou l'exagération de la sécrétion pigmentaire : c'est la photo-sensibilisation, la sensibilité de l'activité sécrétoire à la lumière.

On peut lutter contre cet état de deux façons :

1° En diminuant au contact de la peau l'éclat

de la lumière, en absorbant ses radiations. Il est classique pour cela d'employer la quinine :

Chlorhydrate basique de quinine	1 gr.
Antipyrine	1 gr.
Eau distillée	10 cc.
Lanoline	6 gr.
Vaseline	4 gr.
Dermatol	0.05

Je recommande cette formule personnelle, dont la fine couleur ocre ajoute l'effet d'une certaine opacité à l'action absorbante de la quinine.

Voici une autre formule donnée par un Traité de cosmétique et dont je ne me porte pas garant en raison de la quantité d'alcool nécessaire pour dissoudre la quinine :

Sulfate de quinine	1 gr.
Alcool absolu	q. s.
Essence de mille fleurs	V gouttes
Beurre de cacao	10 gr.
Huile de ricin	20 gr.

2° En diminuant la photo-sensibilisation cutanée elle-même. Mais à ce point de vue nous n'en sommes encore qu'à la période des essais. M. Jausion et ses collaborateurs Marceron et Pecker ont montré l'action désensibilisante de la résorcine et de la pyrocatéchine dans la prophylaxie des photo-dermites, en particulier du coup de lumière acridinique, qui survient par exemple à la suite des injections de gonacrine.

Ils ont utilisé la résorcine en cachets, 0.25, un quart d'heure avant l'injection de gonacrine ; mais c'est là un corps toxique pour son propre compte et d'ailleurs fort mal toléré par l'estomac, à cette dose du moins. Peut-être pourrait-on la réduire et surtout la fractionner.

La pyrocatéchine a été utilisée par MM. Jausion et Pecker en injections intra-veineuses d'une solution aqueuse à 1 pour 200 (un à trois milligrammes par injection).

Mais, encore une fois, ce ne sont là que des essais, que des promesses.

CLINIQUE NEUROLOGIQUE

Syndromes sympathiques cutanés.

D'après une leçon du professeur LAIGNEL-LAVASTINE (1).

Les syndromes sont les expressions cliniques des perturbations fonctionnelles. Tout diagnostic comprend donc trois parties : le diagnostic du syndrome ; celui de l'affection, c'est-à-dire de la localisation morbide ; et, en troisième lieu, le diagnostic de la maladie causale (infection, intoxication, tumeur, avitaminose). Ce diagnostic repose sur deux critères, un critère morphologique et un critère physiologique.

Les syndromes tégumentaires, que nous étudions aujourd'hui, comprennent deux grands départements, les syndromes cutanés et les syndromes sous-cutanés. Parmi les syndromes cutanés les plus importants sont les syndromes vaso-moteurs. C'est d'abord l'*angio-spasme*, si fréquent chez tant d'individus, et qui se caractérise par une vaso-constriction périphérique avec diminution de volume du membre, constatable au plétysmographe digital d'Hallion et Comte, diminution des oscillations au Pachon, pâleur, refroidissement des extrémités, certain degré d'obnubilation de la sensibilité donnant lieu à des sensations de fourmillement.

Ces manifestations ont leur maximum au niveau des extrémités : doigts, oreilles, nez, orteils. Elles ne sont pas toujours fonction de perturbations sympathiques. M. Aubertin a eu le mérite de montrer que la thrombose de l'oreillette gauche peut déterminer le même syndrome. Nous l'avons constaté chez une malade atteinte de refroidissement et de gangrène des extrémités pour laquelle nous avions d'abord pensé à un syndrome de Raynaud. En réalité, c'était une asystolique avec thrombose de l'oreillette gauche.

Le *doigt mort*, dû à l'excitation de l'orthosympathique, est souvent fonction d'un certain degré de sclérose rénale, avec peut-être un facteur d'auto-intoxication, mais il peut avoir une autre cause. Hirtz a attiré l'attention sur l'angiospasme caractérisé par la sensation de main gelée, de pied refroidi et sur l'amaurose transitoire, ces deux symptômes étant fonction de l'*intoxication tabagique*. L'intoxication *saturnine* détermine aussi l'angio-spasme. M. Vaquez a insisté sur ces manifestations variées indépendantes du processus urémique. L'amaurose transitoire des saturnins est le résultat d'angiospasmes des artères rétiniennes. M. Lermoyez a signalé les angiospasmes des artères de l'oreille interne, se traduisant par des phénomènes passagers de surdité et de vertige, suivis de bourdonnements.

A côté de l'angiospasme, il y a l'*acro-cyanose*, accompagnée d'une prolongation de la tache blanche, d'une diminution de la température,

(1) Leçon faite à l'hôpital de la Pitié le 9 mars 1927, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

de sueurs visqueuses, de disparition ou d'atténuation extrême du pouls capillaire et de diminution des battements des artérioles et même des artères. Un syndrome voisin a été mis en évidence par M. Variot chez les idiots et les grands débiles ; il l'a appelé la *microsphygmie* ; il la rattache tantôt à une altération structurale, tantôt à un syndrome sympathique.

Inverse de l'angiospasme est l'*érythromélalgie de Weir-Mitchell*, qui se caractérise par la rougeur, l'augmentation de volume du membre, l'augmentation des oscillations au plétysmographe, par un raccourcissement de la durée de la tache blanche qui disparaît immédiatement, par une impression douloureuse subjective d'augmentation de volume du membre. Mon élève, M. Benoit, a eu le mérite de montrer, dans sa thèse, que cette manifestation relève dans certains cas d'une lésion du *tractus intermedio-lateralis* de la moelle dorsale.

Comme l'a montré Gilbert Ballet dans ses leçons de l'hôpital Saint-Antoine, l'*acro-paresthésie* a bien les caractères d'un syndrome sympathique, ne s'accompagnant pas de troubles objectifs de la sensibilité, mais caractérisé par des perturbations de l'eudermie. D'après Jacquet, l'acroparesthésie apparaît comme un syndrome exprimant la perturbation de cette eudermie, et se caractérisant par des modifications qualitatives de la sensibilité au niveau des extrémités. L'acroparesthésie peut donc rentrer dans les syndromes sympathiques.

Les *érythèmes* peuvent être distingués en expérimentaux et spontanés. Au point de vue expérimental, il y a celui qu'on détermine par les frictions, comme la *raie de Vulpian*, et ceux qu'on détermine par des injections de certaines substances analogues aux érythèmes infectieux. Au moment de l'éruption d'une scarlatine ou d'une rougeole, on voit une inversion de l'excitabilité sympathique, c'est-à-dire une prédominance de l'excitabilité orthosympathique sur l'excitabilité vagale. Les anciens avaient fait remarquer que lorsque les éruptions sortent mal il peut arriver des complications.

L'*éreuthose*, la rougeur facile, caractéristique des enfants, entraîne facilement la crainte de rougir, l'*éreuthophobie*, et nous savons que les phobies sont liées à un état d'anxiété avec doute plus ou moins marqué. De là l'utilité, non seulement de la quinine, mais du gardénal à doses réfractées.

L'*acro-érythrose* est représentée par la rougeur de la pommette dans la pneumonie, déjà signalée par Grisolle, et qui est liée à une perturbation du sympathique cervical en rapport avec l'excitation du sympathique déterminée par la localisation pneumonique.

Les *feux de dents* des enfants ont le même mécanisme. Jacquet a insisté sur les *pseudo-érysipèles vaso-moteurs* chez les tuberculeux (excitation du ganglion stellaire par une pleurite apicale).

On observe quelquefois au cours des digestions pénibles ou à la suite de la fatigue cérébrale, la rougeur d'une oreille, ce que j'ai appelé l'*otérythrose unilatérale*.

Dans le *dermographisme*, qui est une variété d'urticaire expérimentale, il n'y a pas seulement des troubles sympathiques, il semble exister une excitabilité spéciale des fibres musculaires lisses et des perturbations thyroïdiennes. Dans l'*urticaire*, on trouve tous les degrés, jusqu'à l'œdème angio-neurotique de Quinke. Certaines urticariennes ont leurs poussées avant les règles. L'urticaire est généralement liée à un état d'hyperexcitabilité vagale (augmentation du réflexe O. C.) La pesanteur joue souvent un rôle (urticaire orthostatique).

Ce serait exagéré de considérer les *purpuras* infectieux comme des syndromes sympathiques. Néanmoins, la facilité de la vaso-dilatation dans certains territoires semble favoriser les localisations purpuriques. Le professeur Castex a observé au cours de la *méningite cérébro-spinale* des localisations purpuriques faisant penser à l'existence d'un facteur nerveux. Il a pu constater des lésions du *tractus intermedio-lateralis* et de la base de la corne antérieure de la moelle.

Il en est de même pour les *nævi vasculaires*. Depuis longtemps on avait remarqué que certains nævi ont une disposition métamérique et même radiculaire. J'ai pu mettre en évidence, dans un nævus du membre supérieur, des perturbations sympathiques. D'abord, il existait une vaso-dilatation telle qu'on ne voyait pas se produire à ce niveau la raie blanche de Vulpian ; il n'y avait qu'une raie rouge. Par contre, à la condition de mettre le membre dans la position horizontale, de manière à combattre l'influence de la pesanteur; on arrivait à produire une raie de Sergent très nette. J'en avais conclu que dans ce cas, on pouvait considérer ce nævus comme étant fonction d'une agénésie des centres médullaires des fibres vaso-constrictives.

Les altérations nutritives des extrémités sensitives peuvent avoir une influence sur le seuil de la sensibilité des voies cérébro-spinales. Les malades ont des sensations bizarres, l'impression de lourdeur, de gêne dans l'hypocondre, des sensations douloureuess du côté de l'estomac, etc. ; s'agit-il simplement d'une perturbation de la sensibilité viscérale, ou bien d'un trouble de la cénesthésie ? La sensibilité de la peau est bien connue dans ses manifestations objectives : sensibilité de discrimination tactile, sensibilité douloureuse, sensibilité thermique. Mais, à côté de ces diverses sensibilités, existe l'*eudermie*, dont les troubles se manifestent par le prurit, etc. L'étude de la sensibilité de la peau, par consé-

quent, arrive à montrer qu'incontestablement la sensibilité cérébro-spinale ne permet pas d'épuiser toutes les variétés de sensations, que nous retrouvons dans la peau. Il faut admettre qu'il y a là un facteur sympathique.

Si nous étendons le même raisonnement à l'intérieur du corps, nous arrivons à la même constatation, qu'il paraît difficile d'expliquer exclusivement par des troubles de la sensibilité viscérale toutes les impressions résultant du fonctionnement de l'organisme, et nous sommes amené à dire qu'incontestablement il y a dans la cénesthésie un facteur sympathique.

D'après la théorie soutenue par MM. Lengley et Ramon y Cajal, le système sympathique est exclusivement un système moteur. Il y a des faits allant à l'encontre, par exemple les expériences que j'ai faites avec M. Hallion chez François Frank mettant en évidence la valeur comme centres des ganglions sympathiques séparés de toutes leurs connexions supérieures. Il y a là une démonstration incontestable de l'existence de voies centripètes, s'interrompant dans les ganglions et déterminant ainsi l'apparition de réflexes. M. Lengley ne nie d'ailleurs pas la possibilité de conduction centripète dans le sympathique, mais ce serait dû, d'après lui, à un *influx antidromique*, pouvant donner l'impression d'un réflexe sans que la cellule soit intéressée. Néanmoins, M. Lengley s'est surtout servi de sa théorie de l'*axon reflex* avec reflux antidromique pour expliquer les réactions vasomotrices produites pour l'excitation des racines postérieures. Quoi qu'il en soit, je considère qu'il existe dans le système sympathique des fibres à conduction centripète. Ces fibres contiennent-elles un influx nerveux de sensibilité consciente ? Ce n'est pas nécessaire. Ce qui caractérise le sympathique, c'est d'être un système à synapses. Il est certain que les modifications du sympathique jouent un rôle dans les variations de la cénesthésie.

Faut-il, comme M. Vernet vient de le soutenir, admettre que toute la cénesthésie est fonction du pneumogastrique ou du système vagal ? Incontestablement, dans la cénesthésie le système vagal joue un rôle, mais aussi la conduction centripète à relais déterminant, par une série de réactions locales, des modifications vasculaires retentissant sur les différents territoires.

Donc, il y a dans la cénesthésie un facteur sympathique. Ceci étant admis, quels sont les syndromes sensitifs cutanés à retenir ? Il y en a deux. L'un, dont les manifestations cutanées ne sont qu'une partie, la *causalgie* (douleur de brûlure). Isolée en 1874 par Weir-Mitchell à propos des blessures observées pendant la guerre de Sécession, nous l'avons revue souvent au cours de la récente guerre. Les causalgies ont des localisations très spéciales, qui en éclairent le mécanisme, et imposent l'existence d'un facteur sympathique dans leur déterminisme. Parmi tous les nerfs de l'organisme, il n'en est guère que deux dont la blessure détermine la causalgie : le sciatique et le médian. Or, quand on étudie ces nerfs au point de vue anatomique, on constate que ce sont les deux seuls nerfs de l'organisme à avoir une grosse artère à leur intérieur, et une très grande quantité de fibres dépendant du sympathique. C'est la démonstration que la causalgie est, comme on l'a dit, une *sympathalgie*, c'est-à-dire l'expression d'une douleur du sympathique. Vous savez que la causalgie s'accompagne d'un état mental spécial, le causalgique étant dans un état d'attente anxieuse d'une réapparition de ses paroxysmes; par suite d'une sorte d'anaphylaxie sensitive.

D'autre part, c'est le *prurit*, que je considère comme un syndrome orthosympathique d'excitation. C'est une perturbation de l'eudermie Deux arguments sont en faveur de cette interprétation, un argument horaire : le prurit se montre très souvent le soir, quand les gens se deshabillent, suivant le rythme de l'excitabilité vagale et ortho-sympathique. L'excitabilité vagale prédomine le matin à jeun, le sympathique prédomine le soir après qu'on a mangé. Ensuite, les manifestations pruritiques sont en rapport avec des altérations localisées du système nerveux. M. Milian a montré que souvent le prurit est la première manifestation des anesthésies radiculaires liées à l'altération des petites fibres à myéline des racines postérieures, qui sont les premières atteintes dans le tabes.

Je devrais maintenant passer à l'étude des syndromes cutanéo-pigmentaires, et à la question si importante de la mélanodermie. Ce sera l'objet de la prochaine leçon.

CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE FERMÉE ACTIVE ET NON ÉVOLUTIVE

Par le Dr A. Vernhes,

Médecin-Inspecteur d'Hygiène.

La question de la tuberculose pulmonaire fermée a, dans ces dernières années, suscité de nombreuses discussions parmi les phtisiologues.

Elle fut mise à nouveau à l'ordre du jour du Ve Congrès National de la tuberculose à l'occasion du rapport de Rist et Ameuille. Et, à l'heure actuelle, l'accord paraît loin d'être réalisé: cette forme de tuberculose a des partisans convaincus et des détracteurs irréductibles. Il faut reconnaître qu'elle constitue un des points les plus délicats de la phtisiologie, et que son étude est d'une importance capitale en *hygiène sociale*, où les notions de contagion et de prophylaxie présentent un si grand intérêt.

Au cours des consultations du Dispensaire d'H. S. d'Olonzac (Hérault), il nous a été permis d'observer un cas qui paraît bien représenter un type de la forme de tuberculose que nous considérons comme l'expression la plus caractérisée de la tuberculose fermée.

Voici l'histoire clinique de notre malade :

Marie B..., 33 ans, se présente à la consultation du dispensaire le 12 juin 1925, pour toux avec expectoration abondante, amaigrissement progressif et faiblesse générale.

Début de la maladie. — Il y a quelques mois, à la suite d'un refroidissement, elle s'est enrhumée et maigrit depuis lors. Ses forces vont en périclitant et elle a dû cesser ses occupations de ménagère.

Pas d'hémoptysies.

Antécédents personnels. — Il y a 10 ans, est restée alitée un mois pour bronchite.

S'enrhume fréquemment.

Une grossesse normale.

Menstrues régulières mais abondantes.

Antécédents familiaux. — Père, mère en bonne santé. Pas de contact suspect.

Etat actuel. — Tousse surtout le matin. Expectoration abondante le matin. Crachats mucopurulents.

Douleurs disséminées dans le dos.

Pas de dyspnée.

Appétit : normal.

Digestions : bonnes.

Fonctionnement intestinal : normal.

Aptitude au travail : mauvaise.

Amaigrissement : prononcé.

Sommeil : bon, pas de sueurs nocturnes.

Examen clinique. — Les yeux de la malade sont brillants et humides avec un peu d'exophtalmie.

Légère hypertrophie du corps thyroïde ; pas de tremblement des extrémités ni de tachycardie.

Faciès : pâle et amaigri.

Pupilles régulières et également dilatées.

Poids : 45 k. 900. Taille : 1 m. 56.

Examen pulmonaire. — Matité de tout le *côté gauche.*

Vibrations augmentées.

Râles humides disséminés mais surtout abondants dans le creux sus-claviculaire et dans la fosse sus-épineuse. Bronchophonie. Pectoriloquie aphone.

Côté droit : normal.

Examen radioscopique. — Côté *droit* : normal.

Côté *gauche* opaque sur toute la hauteur ; on distingue vaguement les côtes ainsi que le diaphragme, celui-ci paraît mobile.

Examen bactériologique des crachats (Examen direct et examen par concentration). — Le 12 juin 1925 : négatif ; le 14 août 1925 : *idem.*

La malade entre fin août 1925 au sanatorium « Bon Accueil » de Montpellier. Son poids est à ce moment : 44 kgr. 500.

Elle fait un séjour de 5 mois au sanatorium ; durant son séjour, on analyse huit fois ses crachats : résultats toujours *négatifs.*

A sa sortie du sanatorium, le 12 février 1926, la malade se présente à la consultation du dispensaire.

Poids : 58 kgr. 200.

Aspect floride.

Tousse et crache peu ; mêmes signes stéthoscopiques, mais râles humides plus discrets.

La malade continue chez elle la cure de repos.

Le 14 mai 1926, la malade se sent un peu fatiguée : tousse et crache. A l'auscultation: nombreux râles bulleux, au sommet gauche.

Examen bacilloscopique des crachats : négatif (le 16 mai 1926).

Le 11 juin 1926, la malade ne tousse et crache plus, et n'accuse aucun malaise.

Poids : 62 kgr. 500.

Fin août, la malade fait une *petite hémoptysie* avec légère hyperthermie.

Examen bacilloscopique des crachats : négatif. A l'auscultation, sous la clavicule gauche, respiration soufflante avec gargouillements.

Le 11 février 1927, la malade se présente à la consultation.

Poids : 64 kgr. 650.

Ne tousse et crache plus.

A l'examen : matité du côté gauche. Vibrations augmentées.

En avant sous la clavicule, respiration soufflante

à timbre caverneux avec gargouillements. Sur toute la hauteur, nombreux râles humides. Bronchophonie et pectoriloquie aphone. En arrière, souffle caverneux dans la fosse sus-épineuse et mêmes signes qu'en avant.

A droite, rien d'anormal.

Examen radioscopique. — Tout le champ pulmonaire gauche, y compris le sommet qui ne s'illumine pas à la toux, est opaque. On distingue la clavicule, mais on ne distingue ni les côtes ni le diaphragme, ni même le cœur. La teinte est homogène. Le champ pulmonaire droit est très clair et l'ombre médiane n'est pas élargie à droite.

Recherche du bacille de Koch dans les selles (effectuée le 24 février 1927 par l'Institut Bouisson-Bertrand, de Montpellier) : résultat *négatif*.

Le 4 mars 1927, petite hémoptysie.

Examen bacilloscopique des crachats : négatif.

Réaction de Bordet-Wassermann pratiquée avec le sang : résultat négatif.

Réaction de Besredka : résultat négatif.

Pas de stigmates de syphilis.

***

En résumé, dans l'observation que nous venons de relater, nous nous trouvons en présence, d'une part, de signes physiques (stéthacoustiques et radiologiques) évidents de localisation, accompagnés de symptômes fonctionnels et généraux cadrant bien avec l'idée de lésions tuberculeuses en activité, mais, d'autre part, de divers examens de laboratoire qui n'ont pas permis de déceler la présence de bacilles de Koch.

En l'absence de bacilles de Koch, faut-il rejeter systématiquement le diagnostic de tuberculose ? Pas de bacilles de Koch, pas de tuberculose ? Cette notion est intimement liée à celle des limites du crédit que l'on peut accorder aux résultats de l'examen clinique et radiologique.

Il faut admettre d'abord « que tous les procédés de recherche du bacille de Koch ont leurs limites de sensibilité, si bien que des bacilles extrêmement rares peuvent encore passer à travers ce réseau d'investigations ; ensuite, qu'on ne peut jamais examiner la totalité des produits expectorés ou évacués par les selles dans une journée, si peu abondants soient-ils ; enfin, que l'élimination des bacilles peut n'être qu'intermittente et cesser parfois pendant des intervalles assez prolongés, sans que, pour cela, la tuberculose soit éteinte, et comme si, dans l'évolution de ces formes, il y avait des stades alternants d'ouverture et de fermeture. »

L'opposition entre les données de la clinique et les données du laboratoire est donc plus apparente que réelle. Et le médecin doit apporter dans la discussion du diagnostic un esprit de sagacité et de critique qui permette de faire la juste part des unes et des autres. Parmi les signes physiques qui se présentent à son observation, tous n'ont pas le même processus pathogénique ; il en est qui ont un masque trompeur ; les uns, peuvent relever d'une anomalie du rhino-pharynx, d'autres, de troubles de l'appareil digestif (dyspepsies, appendicite chronique, troubles hépatiques, etc.) ou encore des glandes à sécrétion interne (hyperthyroïdie...) ou enfin de lésions de l'appareil génito-urinaire (métrites, salpingo-ovarites, pyélo-néphrites, etc...). C'est par la « mise en œuvre de tous les moyens et procédés d'exploration dont dispose aujourd'hui la clinique » et par voie d'*élimination* que l'on doit arriver à se faire une opinion ferme et à poser le diagnostic. Faute de quoi, on s'expose à ressembler au voyageur égaré dans la forêt qui, après avoir essayé de plusieurs chemins, se retrouve au point de départ, connaissant tout de la forêt, sauf le moyen d'en sortir.

Sans doute, la présence du bacille de Koch est le signe de *certitude* et les symptômes physiques et fonctionnels ne constituent que des éléments de *probabilité*, mais il n'en reste pas moins vrai qu'en l'absence de bacilles de Koch, on ne peut pas conclure que les lésions constatées ne sont pas de nature tuberculeuse. Les résultats de l'examen clinique et radiologique constituent des éléments de *présomption* dont la valeur ne peut être niée.

Si, du point de vue *social* — qui nous intéresse seul ici, — le rôle du clinicien est de réagir contre la tendance actuelle d'étendre exagérément le domaine de la tuberculose pulmonaire, il ne doit pas nier systématiquement la tuberculose en l'absence de bacilles de Koch ; en agissant de la sorte, il s'exposerait à méconnaître un certain nombre de vrais tuberculeux. De tels malades doivent être considérés, au point de vue prophylactique, comme des *suspects*. Mais le diagnostic de *tuberculose fermée* sous lequel on les range, est, comme dit le professeur Sergent, un diagnostic qui ne doit être porté qu'avec *sursis*, à titre de *présomption* et de *probabilité* ; c'est un diagnostic d'*attente*, qui comporte la *nécessité de tenir le sujet en observation* ; de cette mise en observation résultera, tôt ou tard, la *confirmation ou l'infirmation du diagnostic posé avec le bénéfice du sursis*.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les abcès térébenthinés, dits « abcès de fixation ».

R.-J. WEISSEMBACH et GILBERT-DREYFUS exposent l'état actuel de la question. S'il y a infection suraiguë, l'abcès de fixation reste inopérant. Il peut être pratiqué dans toutes les septicémies et septico-pyohémies (staphylococcies, steptococcies), grippes, notamment dans les formes compliquées de pleurésie purulente, infections puerpérales, intoxications graves, pneumonies et broncho-pneumonies graves, rougeoles compliquées, mais les deux indications essentielles sont fournies par l'encéphalite épidémique et les méningites purulentes.

L'injection se fait à la partie moyenne de la face antéro-externe de la cuisse, dans la partie profonde du tissu cellulaire sous-cutané, avec 1 à 1, 1 /2 cc. d'essence de térébenthine.

Au total, c'est une méthode d'exception ; « soyez-en parcimonieux chez le vieillard ; soyez plus hardi chez l'adulte ; ne l'employez qu'avec prudence chez l'enfant ».

Pratiqué selon une technique rigoureuse avec des indications bien particulières, l'abcès de fixation compte à son actif, un certain nombre de succès indubitables, alors que les désagréments présentés se trouvent réduits au minimum. Il doit être aujourd'hui d'un emploi sage et raisonné. (*L'Hôpital*, décembre 1926-B.)

Traitement des ulcères de jambes.

De toutes les affections cutanées, il en est peu dont le traitement expose à plus de mécomptes que l'ulcère de jambe, ainsi que l'expliquent fort bien la nature des lésions et la complexité de leur pathogénie. Ce ne sont pas seulement les téguments qui sont atteints ; la jambe entière est frappée de déficience tissulaire, dont la cause est loin d'être toujours évidente. De plus, une fois les téguments ulcérés, l'infection secondaire, indéfiniment entretenue, modifie à son tour le terrain. Le prof. JEANSELME et M.-A. FOUET démontrent que c'est surtout en s'attaquant à la cause que l'on obtiendra un résultat rationnel et satisfaisant.

Tout d'abord, il importe par-dessus tout d'éviter l'apparition de l'ulcère . Le traitement prophylactique se confond avec le traitement des maladies causales, de toutes les affections susceptibles de léser les membres inférieurs : phlébites variqueuses ou secondaires à des infections générales, varices avec menaces de rupture, et surtout eczéma dit variqueux, dont la localisation tenace aux membres inférieurs est d'ailleurs amorcée par des troubles trophiques préexistants, nerveux et vasculaires surtout.

Pour toutes ces affections, le traitement est identique : éviter la stase et l'œdème par le repos au lit prolongé, la jambe surélevée ; ces précautions prises, on verra seulement l'eczéma céder aux traitements classiques en un délai normal de quelques semaines. Enfin, une cure à Bagnoles-de-l'Orne réveillera heureusement les fonctions angiotoniques des vaisseaux superficiels.

Quant au traitement de l'ulcère constitué, il faut avant tout supprimer les germes microbiens par une toilette préalable de tout le membre inférieur à l'eau chaude et au savon, par un détergement des surfaces infectées au moyen d'attouchements à l'éther ; puis des pansements humides, maintenus pendant un minimum de temps, et peu antiseptiques, afin de ne pas entraver la cytogénèse : eau d'alibour diluée au 1 /3 ou au 1 /4, eau alcoolisée au 1 /20e, solution de Dakin.

Une fois l'ulcère désinfecté, il y a lieu de favoriser la cicatrisation : poudre de quinquina, charbon, dermatol, aristol, ectogan, sous-carbonate de fer surtout, ou bien emplâtres divers (sparadrap, Vigo, etc.). En cas d'évolution torpide, on peut à plusieurs reprises exciter la prolifération cellulaire par des pansements au vin aromatique ou à l'onguent styrax, par des badigeonnages au nitrate d'argent, ou par l'étincelage, les rayons ultra-violets, l'air chaud surtout. Protéger aussi la peau environnante par de la vaseline ; traiter les éléments de pyodermite par des pommades à l'oxyde jaune à faible concentration. Mais tous ces moyens risquent d'échouer si le sujet n'est pas strictement immobilisé au lit ; on ne devra donc recourir aux traitements ambulatoires que s'il y a nécessités sociales. On recommande aussi certaines interventions chirurgicales : greffes dermo-épidermiques, ligature des saphènes, résection totale des saphènes et des paquets variqueux, sympathectomie péri-artérielle, injections sclérosantes dans les troncs variqueux.

Mais de tous ces traitements, il n'en est pas un seul qui soit à l'abri de critiques de par l'insuffisance des résultats obtenus ; de plus l'association de ces traitements au repos horizontal, dont on sait le rôle prédominant et même exclusif dans la cicatrisation, ne permet pas toujours d'apprécier avec une suffisante rigueur leur

valeur curative. C'est en agissant sur tous les éléments physiopathologiques associés (artériel, veineux, nerveux, tissulaire), et non sur quelqu'un d'entre eux, c'est surtout en s'attaquant à la cause qu'il est possible de réussir, sans oublier d'ailleurs le facteur syphilis. (*La Médecine*, novembre 1925.)

Cancer de la langue.

MM. G. Monod et J.-L. Roux-Berger exposent les lignes générales du traitement curiethérapique et chirurgical du cancer de la langue, affection douloureuse, rapidement mortelle et difficile à traiter.

Il faut avant tout diagnostiquer la nature et l'étendue de la lésion linguale ; cliniquement, le diagnostic est facile à faire et l'examen histologique lève toujours les doutes (lésions tuberculeuses, cancers minuscules au début) ; 91 fois sur 100, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux stratifié d'origine épidermique. Quant à l'appréciation de l'étendue, elle est parfois délicate ; pratiquement, il suffit d'une palpation minutieuse, qui ne doit jamais être faite à la hâte ; passé une certaine étendue, l'échec est à peu près certain, et le traitement ne fera qu'ajouter un surcroît de souffrance ; des considérations d'âge et d'état général doivent aussi intervenir et aider à juger des possibilités.

Dans les cas moyens, considérés comme pouvant être traités, c'est d'une connaissance exacte de l'étendue des lésions que découle une bonne technique (étendue de la zone à irradier, siège, nombre des foyers, choix des appareils radifères, etc.) ; encore faut-il se rappeler qu'il existe une zone d'ensemencement latent, et que le cancer est plus étendu que la zone d'induration perçue par le doigt. Enfin, toujours, il faut rechercher avec un très grand soin l'état du plancher de la bouche, car son envahissement crée des difficultés techniques très grandes, assombrit beaucoup le pronostic, et c'est une cause d'insuccès qui ne doit pas échapper et peut être prévue.

Pour diagnostiquer la nature et l'étendue de l'adénopathie, on se heurte à de très grandes difficultés ; d'ailleurs la règle des évidements ganglionnaires étendus n'est pas toujours applicable sans risques au cancer de la langue ; pour les radiations, il en est de même ; l'irradiation intensive de tissus sains diminue leur résistance normale, et elle restreint les possibilités curiethérapiques ultérieures, en cas de récidive sur la zone irradiée. Bref, l'impossibilité d'apprécier justement l'étendue de l'envahissement lymphatique, et la très grande difficulté d'affirmer sa nature (cancers ulcérés, caries dentaires, etc.), causent l'imprécision de beaucoup de traitements.

I. Le traitement de la lésion linguale peut se faire par application de rayons X, de radium ou par la chirurgie ; le radium paraît très supérieur aux rayons X ; la chirurgie à égalité de perfection technique est très inférieure à la curiethérapie ; on la réserve plutôt à une lésion primitive minuscule, ou à une récidive linguale survenant après un traitement curiethérapique.

On utilise surtout la radiumpuncture à rayonnement ultra-pénétrant par la méthode de Regaud au moyen d'aiguilles de platine, ou bien, pour les lésions superficielles, l'application par foyers extérieurs. On doit se rappeler qu'après l'application tout traumatisme buccal doit être évité, et que, par conséquent, c'est avant et non après la radiumpuncture qu'il faut extraire toutes les mauvaises dents et tous les chicots, ce qui fait partie de la préparation du malade.

II. Quant au traitement des adénopathies, la radiumpuncture reste imprécise et insuffisante ; on procède par application externe faite à distance variable de la peau, et mieux par l'association de l'acte chirurgical à ce dernier procédé, ce qui permet, avant toute curiethérapie, de connaître la nature des ganglions perçus ou non par la palpation, et de n'irradier que les territoires réellement envahis.

Si les ganglions sont manifestement cancéreux par leurs caractères cliniques, on pratique l'exérèse et l'évidement régional étendu dans la mesure où l'étendue de l'envahissement ganglionnaire les autorise. (Si la lésion est unilatérale, on peut être amené à faire l'ablation du muscle sterno-mastoïdien et de la jugulaire interne ; c'est la seule façon de ne pas ensemencer le champ opératoire par la blessure d'un ganglion).

On opère de même si les ganglions existent, mais ne sont pas manifestement cancéreux. Si les ganglions n'existent pas encore, on rejettera la mauvaise épreuve du temps, et l'intervention sera surtout exploratrice ; s'il existe des ganglions petits, on les enlèvera et de leur examen histologique dépendra le traitement ultérieur des territoires lymphatiques.

Un deuxième temps consistera à irradier la région opérée, en plaçant les foyers radifères à une distance convenable de la peau de façon à faire parvenir dans la profondeur une dose suffisante de radiations pour stériliser cette région sans léser la peau de façon grave.

Le traitement doit être effectué en une durée minimum de dix jours et de quatre semaines au plus ; en un temps moindre, la même dose donnée provoquerait des réactions plus violentes ; prolongée plus longtemps, l'application perdrait de son efficacité.

Mieux vaut commencer par la radiumpuncture de la langue, avant d'attaquer les ganglions, car préalablement faite, elle est plus facile à réaliser ; d'autre part, la cicatrisation de l'ulcération linguale, faisant disparaître l'élément d'infection

◆◆◆◆

surajoutée, entraîne souvent une régression des adénopathies et leur donne une mobilité très appréciable.

Les complications infectieuses sont rares, surtout depuis que l'on substitue l'anesthésie locale à l'anesthésie générale. Il en est de même des complications infectieuses locales : abcès de la langue, phlegmons des régions voisines et nécroses, ces dernières étant toutefois les plus fréquentes et les plus redoutables (précoces ou tardives).

Les traitements répétés sont dangereux. A la seconde application la radium-nécrose est à craindre ; à une troisième, elle est, peut-on dire, fatale. Si donc on a affaire à un malade déjà traité, la question est de savoir si les chances de le guérir sont suffisantes pour accepter le danger de la radium-nécrose.

Voici les derniers chiffres statistiques relevés : en 1924, sur 59 cas traités, 21 sont restés guéris (35,5 %). Dans le plus grand nombre des cas, les récidives se manifestent dans le cours de la première année ; passée celle-ci, la guérison a beaucoup plus de chance d'être définitive. Ces chiffres, en progression sur les précédents, paraissent encourageants, disent les auteurs ; ils nous permettent d'espérer, avec l'amélioration des techniques et le perfectionnement de l'outillage, la réalisation de nouveaux progrès. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques,* 10 novembre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Bismuth et spirochète de l'ictère hémorrhagique.

(MM. SAZERAC et HIROSI NAKAMURA. — *Académie de médecine* ; 7-6-1927.)

MM. Sazerac et Hirosi Nakamura ont essayé expérimentalement l'action préventive t curative du bismuth (tartrobismuthate de sodium), dans l'infection par le *spirochæta ictero hémorrhagiæ*. Des cobayes, inoculés avec ce germe, et traités simultanément par le bismuth, n'ont pas contracté la maladie alors que les animaux témoins ont tous succombé dans les délais habituels. L'action protectrice du médicament se prolonge d'ailleurs un certain temps, plusieurs mois même, ce qui pourrait faire supposer la production de réactions sérologiques préventives ou la persistance du bismuth injecté, à titre de réserve médicamenteuse momentanée.

En présence des résultats expérimentaux obtenus, les auteurs se demandent s'ils ne conviendrait pas d'essayer une thérapeutique bismuthique dans la spirochétose ictéro-hémorrhagique, chez l'homme.

La pseudo-lèpre (punudos) du Guatémala.

(M. Rodolphe ROBLES, de Guatémala. — *Académie de médecine* ; 7-6-1927.)

M. Roblès fait une communication sur la pseudo-lèpre ou « punudos », maladie chronique non classée, inguérissable, qui sévit au Guatémala. L'affection procède par poussées successives et est caractérisée par un œdème à masses tomenteuses des pieds, dont la peau se fendille et devient papillomateuse. L'odeur répandue par le patient est très désagréable.

La maladie, qui débute dans l'enfance, se distingue d'autres lésions éléphantiasiques déjà décrites par l'absence dans le sang et les tissus des parasites ou des microbes connus.

L'auto-sérothérapie dans la broncho-pneumonie infantile.

(M. CAJAL, de Bucarest. — *Académie de médecine* ; 7-6-1927.)

L'auteur attribue à l'autosérothérapie une efficacité incontestable dans la broncho-pneumonie des enfants. Ce serait un moyen thérapeutique inoffensif et d'un usage commode, sans aucune contre-indication.

La dose à employer chez les enfants en bas-âge est de 3 cent. cubes.

L'auto-sérum aurait une influence heureuse sur les broncho-pneumonies grippales , sur celles consécutives à la coqueluche ou à la rougeole. Elle améliorerait l'état général, provoquerait une réaction de défervescence et amènerait la guérison en préservant les malades des complications.

L'auteur prélève le sang par ventouses scarifiées (après asepsie de la peau et des instruments), il en sépare le sérum qu'il injecte dans les muscles, à la région fessière. L'injection est renouvelée à un ou deux jours d'intervalle, plusieurs fois, jusqu'à chute de la fièvre.

Vomissements incoercibles de la grossesse et insuline.

(MM. F. RATHERY et J. MARIE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-6-1927.)

Thalheimer a préconisé l'emploi de l'insuline dans les vomissements incoercibles de la grossesse et un certain nombre d'observations ont été déjà publiées signalant l'heureux résultat de ce traitement.

MM. Rathery et J. Marie rapportent le cas d'une malade atteinte de vomissements incoercibles avec acidose chez laquelle la cure insulinique a amené une guérison rapide des troubles. La patiente, au troi-

sième mois de sa gestation, avait des vomissements répétés et un état général altéré. Les urines (sans sucre, ni albumine) contenaient :

Acétone et acide diacétique	0 gr. 810
Acide β-oxybutyrique....	4 gr. 15

On pratiqua le traitement suivant : goutte à goutte glucosé isotonique (1/2 litre) et injections de 15 unités d'insuline, pendant quatre jours. Rapidement les vomissements cessèrent et la réalimentation devient possible.

Au cours des vomissements incoercibles de la grossesse, disent les auteurs, on peut donc constater des phénomènes d'acidose. Tiennent-ils à l'absence d'alimentation ou à un processus toxique, il est difficile de le préciser. L'acidose urinaire se caractérise par l'excrétion d'une certaine quantité d'acétone et d'acide diacétique et d'un taux beaucoup plus élevé d'acide β-oxybutyrique. M. Rathery, avec MM. Desgrez et Bierry, a déjà insisté sur l'importance du dosage de l'acide β-oxybutyrique dans l'acidose des diabétiques.

La recherche seule de l'acétone et de l'acide diacétique est, pour lui, notoirement insuffisante. Il n'y a aucun parallélisme constant entre l'excrétion de ces deux corps et celle de l'acide β-oxybutyrique.

En fait, chez la malade des auteurs, l'insuline a eu une action très rapide. Elle a été administrée concomitamment avec une certaine quantité de glycose. Thalheimer préfère injecter cette dernière substance dans les veines. Le goutte à goutte glucosé convient aussi et est suffisant.

On a beaucoup discuté sur la nature des vomissements incoercibles de la grossesse. La pathogénie ne doit pas être univoque. Il en est de nature pithiatique. Avec M. Bordet, M. Rathery a pu guérir certains cas de vomissements incoercibles par l'adrénaline. Sergent, Lian, Baudouin ont obtenu des succès avec le même médicament. On se rappellera que l'insuline peut quelquefois constituer une thérapeutique utile dans cet état morbide.

Malariathérapie dans trois cas de paralysie générale.

(MM. H. CLAUDE, TARGOWLA et Gilbert ROBIN. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-4-1927.)

MM. Claude, Targowla et Gilbert Robin présentent trois observations où se rencontrent trois modalités de résultats favorables obtenus dans la maladie de Bayle par la malariathérapie. Le premier cas a pour caractéristique la disparition des symptômes cliniques et humoraux et justifie pleinement le terme de guérison (au moins temporaire). Le sujet, après avoir eu des accidents mentaux graves, récupéra la mémoire, le jugement et un équilibre intellectuel suffisant pour pouvoir rediriger une importante usine.

Le second cas comporte une atténuation considérable des manifestations démentielles mais conserve un syndrome humoral peu modifié. Chez le troisième malade, au contraire, les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien sont en régression, indiquant une atténuation marquée du processus encéphalitique, mais les troubles psychiques persistent, rendant moins manifeste l'amélioration obtenue.

La tuberculose en milieu hospitalier.

(M. Al. PISSAVY. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-4-1927.)

La tuberculose est-elle fréquente dans le personnel médical (étudiants) et infirmier attaché aux services de tuberculeux ? M. Pissavy a fait une enquête sur ce point et elle lui a donné les résultats suivants :

Sur 113 étudiants attachés pendant l'année 1926 à des services de tuberculeux, 10 sont devenus tuberculeux, soit 8,8 %. Sur 338 élèves attachés durant la même année à des services de non tuberculeux, 12 seulement sont devenus tuberculeux, soit 3,5 %.

Sur 411 infirmiers et infirmières attachés, durant l'année 1926, à des salles de tuberculeux, 15 ont fait de la tuberculose, soit 3,6 %. Sur 1.087 infirmiers et infirmières attachés durant la même année à des salles de non tuberculeux, 17 sont devenus tuberculeux, soit 1,5 %.

Ainsi, pour les étudiants, comme pour les infirmiers et infirmières, les éclosions bacillaires, chez ceux qui séjournent dans les services de tuberculeux sont notablement plus élevées que chez ceux qui séjournent dans d'autres services. En outre, les étudiants sont plus frappés que le personnel infirmier et infirmières.

— M. RIST a été chargé, depuis 1923, du contrôle et de la direction médicale des infirmières et infirmiers du corps hospitalier suspects ou convaincus de tuberculose pulmonaire. Les informations tirées de ce contrôle portent sur un très grand nombre d'agents. Sans posséder encore une statistique précise, l'auteur a l'impression qu'il n'y a pas entre les deux catégories d'agents une différence aussi importante que celle signalée par M. Pissavy.

M. Rist partage néanmoins l'avis de M. Pissavy quant au rôle joué par la réinfection exogène dans la tuberculose. Les phtisiologues sont d'accord pour dire que, en matière de tuberculisation pulmonaire chez les adultes, la réinfection exogène et la réinfection endogène sont deux modes possibles. Le désaccord se trouve seulement sur la part respective de chacun de ces deux modes.

— M. ARMAND-DELILLE signale aux médecins des services de tuberculeux un moyen de prophylaxie simple contre la possibilité de réinfection pour le personnel médical et infirmier. Il consiste dans le port, par les malades, d'un masque de toile (masque chirurgical) placé devant la bouche lorsque le patient est ausculté et qu'on le fait tousser.

L'auteur a étendu ce moyen de prévention à la prophylaxie des maladies infectieuses chez l'enfant. En période de maladies contagieuses (grippe, rougeole...), chaque enfant arrivant à la consultation a été pourvu d'un masque en pénétrant dans la salle

d'attente. De même, tout petit malade hospitalisé sorti de son box pour aller au service de radiologie, de laryngologie, d'ultra-violets, a été muni d'un masque jusqu'à son retour. L'expérience fut concluante et les cas de rougeole intérieure ont disparu.

Ce même masque pourrait être utilisé par le personnel dans les services de tuberculeux pour éviter les réinfections exogènes.

Rupture du tendon du quadriceps.

(M. P. Séjournet. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 6-5-1927.)

M. Séjournet relate deux observations de rupture du tendon du quadriceps fémoral. Les deux malades ont vu se produire la rupture à l'occasion d'un effort violent de contraction musculaire. Les symptômes observés répondaient chez l'un des malades au type classique : impotence complète du quadriceps ; le second n'avait qu'une simple réduction des mouvements. Dans un cas, on est intervenu chirurgicalement et dans l'autre, on s'est obstenu. Le résultat final a été favorable de part et d'autre.

La guérison après abstention opératoire et soins de massage avec immobilisation n'est pas faite pour surprendre. Elle peut s'obtenir par la production d'un cal fibreux qui s'organise et finit pas reconstituer le tendon. Il en est ainsi surtout dans les ruptures incomplètes. En dehors du développement d'un cal, des adhérences peuvent procurer un résultat analogue.

Toutefois, lorsque les circonstances ne sont pas favorables, ces processus de guérison naturelle restent insuffisants. L'abstention opératoire aboutit, dans ces conditions, à un certain déchet. M. Séjournet estime, dès lors, qu'il convient de ne pas laisser à des éléments de probabilité le soin de revaloriser le quadriceps et qu'il faut intervenir chirurgicalement par la suture.

P. L.

Montpellier.

Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier.

L'incision transversale pour la laparotomie.

E. Godlewki (d'Avignon) apporte les réflexions que lui suggèrent vingt ans de pratique gynécologique au sujet de l'incision transversale dans les laparotomies. Il montre les avantages de cette méthode vraiment anatomique, rapide, n'exposant pas à l'éventration, et aux résultats esthétiques parfaits.

Les poudres de lait dans l'allaitement des prématurés.

M. Roume. — Les poudres de lait peuvent rendre des services dans l'allaitement artificiel des prématurés quand il n'est pas possible d'avoir pour eux le lait maternel. Dans ces conditions il faut débuter par une faible dose et augmenter progressivement. On peut avoir recours au gavage si c'est nécessaire. Dès les premiers jours, il faut élever rapidement la valeur nutritive du mélange de façon à atteindre l'équivalent des chiffres que Budin a donnés pour l'allaitement maternel des prématurés. L'auteur rapporte l'observation d'un prématuré débile de 1450 gr. qu'il a réussi à élever par ce procédé.

Annexites et grossesse.

M. Madon. — Dans les cas d'annexites d'origine puerpérale, la grossesse est habituellement bien tolérée et dans plusieurs cas observés on n'a pu constater aucune des complications que l'on pourrait redouter en pareille circonstance ; les lésions ont même paru rétrocéder au cours de la grossesse. L'auteur apporte le résumé de deux observations confirmant cette opinion.

Sur 53 cas d'opérations césariennes conservatrices pratiquées à la Clinique obstétricale de Montpellier.

M. Léon Vallois. — C'est un compte rendu exact et intégral de 53 observations qui sont personnelles à l'auteur. Plusieurs opérations sont itératives. M. Vallois signale les indications des interventions et les conditions dans lesquelles elles ont été pratiquées, conditions relatives à l'intégrité ou à la rupture des membranes, et à la période du travail où se trouvait la femme au moment de l'opération. Sans insister sur la technique opératoire, M. Vallois signale les particularités opératoires et post-opératoires qu'il a observées.

Sur 53 femmes ayant subi une césarienne conservatrice, deux femmes ont succombé, la première à la suite d'infection péritonéale, la seconde six mois après l'opération et après avoir présenté une série d'accidents avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration, mais dont le point de départ a été l'opération. Ces deux femmes, la première surtout, étaient, au moment de leur entrée à la clinique, très suspectes au point de vue infection.

Pour toutes les autres opérées, c'est-à-dire pour 51, la guérison fut complète. Chez ces femmes, les membranes étaient intactes au moment de leur entrée dans le service.

Quant aux 53 enfants, un seul, né en état d'apnée, n'a pas pu être ranimé.

A propos des rapports de l'ovaire gauche et du ligament lombo-ovarien.

MM. de Rouville et Madon. — Le ligament lombo-ovarien gauche a des dimensions très variables suivant les sujets. Au cours d'une intervention pour rétroversion et annexite gauche ce ligament était presque totalement absent et l'ovaire (ovaire sclérokystique) était appliqué sur l'anse sigmoïde et devait participer à tous les mouvements de ce segment d'intestin.

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

Fibrome de l'ovaire tordu.

MM. SICARD et LAUX .— Chez une malade entrée à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë, l'examen révélait la présence d'une tumeur abdominale ; on porte le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire tordu. A l'intervention on trouve un fibrome de l'ovaire tordu ; le sens de la torsion a été celui des aiguilles d'une montre. Suites opératoires excellentes.

Dr J. COLL DE CARRERA.

Les Congrès

IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires.

(*Varsovie*, 30 *mai* - 4 *juin* 1927).

Au lendemain de la grande guerre tous ceux qui avaient pris part au soulagement des misères engendrées par les longues hostilités : médecins, pharmaciens, officiers d'administration, des cadres actif et de complément, avaient ressenti l'évidente nécessité d'unir leurs efforts en vue d'une parfaite organisation du service de santé des armées. Sur l'initiative de la Belgique, les médecins militaires des pays alliés et neutres avaient résolu de se réunir en congrès pour discuter entre eux les questions d'intérêt technique et faire bénéficier l'ensemble des nations des progrès réalisés par chacune d'elles,pour le plus grand bien des malades et des blessés.

Pour la première fois, en 1921, le Congrès de Bruxelles réunissait les délégués de 22 nations et créait un comité permanent destiné à coordonner les efforts généreusement entrepris et à assurer la continuité des travaux. Le 2e Congrès à Rome, en 1923 et le 3e Congrès à Paris, en 1925, avaient brillamment confirmé le succès de ces réunions.

C'est la Pologne, qui, cette année, avait été invitée par le vote unanime du précédent Congrès à recevoir les délégués internationaux. Cet hommage était bien dû à la vaillante nation qui, après avoir cruellement souffert de la guerre, a su rendre d'immenses services, dans le domaine de l'organisation sanitaire, à l'Europe, menacée par les épidémies venant de l'Est. Sentinelle avancée des cordons sanitaires, la Pologne a servi de rempart contre les plus dangereuses contaminations. La section d'hygiène de la Société des Nations avait hautement proclamé ses mérites et le choix de Varsovie comme siège du IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires n'était qu'une juste récompense au labeur de ce grand pays.

Nos amis de Pologne ont très vivement ressenti l'honneur qui leur était fait. Ils ont tenu à recevoir leurs hôtes avec éclat, et les 300 congressistes étrangers représentants de 35 Nations ayant répondu à leur appel ont pu constater que l'hospitalité polonaise dépassait encore tout ce que la légende séculaire leur avait permis d'espérer.

M. MOSCICKI, président de la République, assumait le haut patronage du Congrès. Toutes les autorités du monde scientifique, social et politique de Pologne avaient tenu à faire partie du Comité d'honneur du Congrès dont la présidence effective était tenue par M. le général docteur RUPPERT, chef du Département sanitaire au Ministère de la Guerre.

La séance solennelle d'ouverture se tenait le 30 mai à 10 heures dans la splendide cour intérieure de l'École polytechnique de Varsovie, en présence de M. le Maréchal PILSUDSKI, président du Conseil des Ministres. Au nom du Gouvernement, le général KONARZEWSKI, Vice-Ministre de la Guerre, déclarait ouvert les travaux du Congrès. Le général RUPPERT, président du Comité d'organisation souhaitait la bienvenue aux congressistes, en soulignant l'importance sociale des Congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires.

En de brèves allocutions MM. PIESTRZYNSKI, chef de l'Office général de la Santé publique, et le docteur BACZKIEWICZ, président de la Chambre médicale centrale, glorifièrent le rôle des médecins militaires de toutes les Nations « rôle de bons Samaritains appelés à sauver leurs ennemis comme leurs frères ». Enfin M. le Vice-Amiral CHAMBERS, président de la Délégation anglaise et Doyen des délégués étrangers se faisait l'interprète de toutes les Nations participant au Congrès pour saluer la Pologne et la remercier de son généreux accueil. La nombreuse foule des congressistes, après avoir souligné ces paroles de chaleureux applaudissements, s'écoula lentement des galeries et des tribunes de la vaste cour vitrée, brillamment décorée de verdure et de drapeaux aux couleurs des nations participantes.

De l'École polytechnique les délégations se rendirent à la place de Saxe pour porter au Soldat inconnu leur pieux hommage. Suivis d'un imposant cortège aux uniformes pittoresquement variés, M. le Vice-Amiral CHAMBERS, délégué britannique et M. le Médecin inspecteur SAVORNIN, chef de la délégation française, déposèrent une magnifique couronne sur la tombe de celui qui symbolise le sacrifice des héros ignorés. En cette minute de silencieux recueillement les pensées de tous les congressistes s'associèrent.

dans un même élan de gratitude, de sympathie et d'admiration.

A 5 heures de l'après-midi, M. Moscicki, président de la République polonaise, recevait au Zamek, ancien château royal, les membres des délégations officielles. Avec sa bonne grâce souriante le chef de l'Etat s'entretint longuement et cordialement avec les chefs des différentes délégations. Les hôtes étrangers purent ensuite admirer les splendides salles du château, restaurées, au cours des dernières années, avec un goût très sûr qui fait honneur au talent artistique des architectes polonais.

A 21 heures, M. le président du Conseil et Madame Pilsudska réunissaient les congressistes en une brillante soirée au Palais de la Présidence du Conseil. Les membres du Gouvernement et le Corps diplomatique au complet, les représentants des milieux scientifiques et médicaux polonais, tous les médecins militaires étrangers en brillants uniformes, près de 2.000 personnes, apportèrent à cette réunion une animation et un éclat remarquables.

***

Le lendemain, 31 mai, les séances de travail du Congrès, commencèrent dans les vastes locaux de l'Inspectorat général de l'armée, par l'exposé des rapports de la première question mise à l'étude.

Les travaux du Congrès comportaient comme à l'ordinaire *quatre questions*: La première *de service de santé en campagne*: Les évacuations dans la guerre de mouvement. Pays rapporteurs : Brésil, Pologne

La deuxième de *chirurgie*: Les séquelles des traumatismes du crâne et leur traitement. Pays rapporteurs : Grece, Pologne.

La troisième de *médecine* : Etiologie et prophylaxie de la grippe. Pays rapporteurs : Danemark Pologne.

La quatrième de *pharmacie* : Les arsénobenzols. Méthodes d'analyse et d'appréciation chimique. Pays rapporteurs : Lettonie, Pologne.

Les exposés des rapports et des communications diverses, relatifs à la première question ont occupé les séances du 31 mai et du 1er juin. Les journées des 2 et 3 juin ont été remplies par l'étude des trois autres questions, présentées et discutées en sections séparées fonctionnant simultanément.

Nous résumerons succinctement les rapports et les communications afférents à chacune de ces questions et les conclusions générales adoptées à leur égard, après discussion, par le Congrès :

Première question. — *Les évacuations dans la guerre de mouvement.*

I. Rapport de M. Carlos Eugenio Guimaraes, Major-Médecin de l'Armée brésilienne :

La guerre de mouvement doit être considérée comme normale, principalement dans un pays offrant les conditions du Brésil.

a) La stabilisation n'est qu'une phase de la campagne dans laquelle les forces en lutte se trouvent en état d'usure réciproque, jusqu'à ce que l'un des belligérants puisse dominer l'autre. Par conséquent, on doit toujours compter sur une guerre de mouvement et les services de santé doivent chercher à s'adapter aux exigences de cette guerre et éviter, au cas où une période de stabilisation aurait lieu, de perdre les conditions de mobilité nécessaires qui lui permettent d'accompagner les oscillations du front.

b) Les particularités qui caractérisent la guerre de mouvement, particularités qui la distinguent de la guerre de position, ne sont pas les seules à influer sur le fonctionnement du service de santé et, en conséquence, des évacuations. Il faut prévoir une foule d'autres circonstances dépendantes de la dissemblance du théâtre des opérations qui constituent parfois des problèmes insolubles variant avec chaque cas particulier et imprimant à chaque nouvelle guerre de mouvement qui se présente un aspect spécial et caractéristique.

c) Les évacuations, dans la guerre de mouvement, présentent toutes les caractéristiques de cette guerre de mouvement : maximum de l'imprévu, changement constant des lignes de feu et des terrains occupés à l'arrière. Comme conséquence : changement constant des dispositifs sanitaires et des moyens de transports à employer ; en cas d'avance allongement constant et parfois considérable des voies d'évacuation et de ravitaillement.

d) Les déplacements du front de bataille déterminent l'instabilité des voies d'évacuation, des moyens à employer, des relais, des points de concentration des malades et des blessés, etc...

Ceci oblige le service de santé à prévoir des variantes dans son plan du moment, pour les diverses hypothèses, en tenant compte : 1° du terrain, des variations du temps, des ressources diverses à la disposition du service de santé, des prévisions militaires etc. ; 2° de la nécessité d'avoir à sa disposition une grosse réserve de moyens de transport les plus divers, en formations légères d'effectifs réduits, toutefois nombreuses, parce que non seulement, en raison des changements continuels du terrain, les moyens de transport les meilleurs ne sont jamais les mêmes, mais aussi parce qu'il est nécessaire de prévoir un allongement considérable des voies d'évacuation en cas d'avance.

e) Dans la guerre de mouvement, les pertes sont moindres que dans la guerre de position, mais, en cas d'avance, il faut prévoir les blessés et les morts de l'ennemi dont il faudra s'occuper presque toujours sans l'aide du personnel sanitaire ennemi (charges supplémentaires) ; en compensation, dans les cas de recul, il y a aussi les blessés et les morts qui tombent aux mains de l'ennemi (diminution de charges).

f) Les expéditions militaires qui opéraient dans l'intérieur du Brésil, bien que n'offrant pas toutes

les caractéristiques d'une véritable campagne où il n'y a eu ni la mobilisation ni l'état de guerre servent toutefois à démontrer une fois de plus dans leurs proportions mêmes réduites, qu'on ne peut penser à employer absolument intactes, en tout lieux et en tout temps, les mêmes méthodes résultant des principes établis par les leçons de la grande guerre.

g) Une guerre de mouvement dans l'Europe Occidentale sera toujours très différente d'une guerre de mouvement au Brésil. Dans ce dernier pays la guerre qui pourrait se dérouler dans son intérieur et à sa frontière serait très différente de celle qui aurait pour théâtre d'opérations la zone du littoral. Si en Europe les grandes ressources locales et les facilités de transport permettent l'évacuation d'une foule de blessés, avec grand rendement, d'autre part la cause de ce nombre élevé de blessés trouve son explication dans la facilité même avec laquelle on y met en jeu d'énormes masses d'hommes accompagnées d'importants matériels et de moyens offensifs puissants.

h) Une guerre à l'intérieur du Brésil ne produira jamais un nombre aussi élevé de blessés à évacuer. Les difficultés du terrain et de transport ainsi que le manque de ressources locales empêcheront la concentration sur un point quelconque de grandes masses humaines en lutte. Comme il n'y aura pas saturation d'effectif, le front sera très étendu, diffus, discontinu et mobile, ce qui déterminera une diminution accentuée de blessés dans chaque secteur. D'un autre côté l'ennemi, même bien organisé, aura son action offensive très diminuée parce qu'il sera forcé de partager les mêmes difficultés les mêmes obstacles et sera assujetti aux mêmes conséquences.

i) Dans de telles campagnes, ce ne serait pas le nombre, la puissance matérielle et la force brutale qui prévaudraient; l'avantage serait du côté de celui qui, avec un matériel léger, réussirait le plus vite à s'adapter aux circonstances, de façon à vaincre les obstacles et pourra sans perdre la mobilité nécessaire, exécuter la manœuvre tactique.

Le service de santé devrait, chaque fois que l'action acquerrait son maximum de mouvement adapter son fonctionnement aux méthodes applicables aux troupes de cavalerie.

j) La question des moyens d'évacuation doit être envisagée sous deux aspects. Il ne s'agit pas seulement de multiplier et d'améliorer les voitures de transport sanitaires, automobiles ou non, il faut aussi multiplier et améliorer les routes par lesquelles ces véhicules doivent circuler, ce qui n'est pas un problème facile dans un pays d'extension et de condition topographique et météorologique semblables à celles du Brésil. Il ne s'agit pas évidemment de la simple possibilité de passage des véhicules, il faut que l'état des routes permette, quelles que soient les conditions atmosphériques, aux véhicules de passer sans causer de souffrances ni de dommages aux blessés ou malades évacués.

L'aviation sanitaire, quand elle pourra être utilisée et malgré son rendement limité, constitue le moyen idéal pour les grands blessés. Elle est destinée dans les guerres futures à jouer un rôle de première importance.

k) Chaque fois que les circonstances exigent l'évacuation rapide à de grandes distances, à travers des régions dépeuplées et dépourvues de ressources locales, il faut prévoir un nombre plus élevé de moyens sanitaires divers tels que : 1° moyens de transports, nombreux et rapides, où l'avion sanitaire rendra de grands services, quand on ne pourra employer les automobiles ; 2° moyens de traitement, rapprochés du front d'un échelon pour soigner sur place les intransportables à grande distance.

l) Les principes qui régissent l'évacuation des blessés et par conséquent le fonctionnement des services de santé en campagne, doivent être basés sur les faits scientifiques et cliniques pour que les résultats puissent être vraiment efficaces.

II. Rapport de MM. Garbowski, lieutenant-colonel médecin de l'armée polonaise, Zawadowski, commandant médecin de l'armée polonaise.

a) Dans la guerre de mouvement, les formations sanitaires seront placées assez loin de la ligne de feu. Toutefois cette distance sera calculée de façon à permettre aux blessés d'arriver en quelques heures aux hôpitaux où il pourront subir l'opération chirurgicale précoce.

b) Le transport doit être rapide, par conséquent le service de santé sera doté de nombreux moyens de transport pour blessés.

c) Il semble logique de donner aux divisions une dotation organique minima de moyens de transport et de constituer une forte réserve de ces moyens aux échelons supérieurs : Corps d'armée et armée.

c) Cette réserve servira à renforcer celles des divisions qui par suite de grandes distances ou de grandes pertes auraient besoin temporairement d'un complément de moyens de transport.

d) Pendant la marche en avant, n'affecter aux grandes unités que le minimum de formations sanitaires. Former par contre des réserves importantes, en les plaçant à l'arrière, de manière à pouvoir les diriger rapidement sur n'importe quel point de combat.

e) Pendant la retraite, les organes sanitaires seront échelonnés en profondeur. Il faut être en état de remplacer le cas échéant les formations sanitaires démolies ou prises par l'ennemi.

f) Chaque directeur du service de santé et chaque chef d'une formation sanitaire, en tant que dirigeant le transport des blessés, aura un rôle limité, bien défini dans l'espace. Ce rôle sera proportionnel aux moyens dont il dispose.

g) Seront organisés pour les grands blessés, dont l'état réclame des soins chirurgicaux urgents et qui ne peuvent supporter qu'un transport limité, de petits hôpitaux rapprochés de la ligne de feu. Ces hôpitaux (hôpitaux de campagne) n'auront qu'une faible capacité et ne seront pourvus que d'un per-

sonnel chirurgical peu nombreux. Toutefois ce personnel pourra être, en cas de besoin, renforcé par des équipes chirurgicales mobiles.

Chaque division sera dotée d'un hôpital de ce genre. Bien qu'en principe nous ne soyons pas partisans de fractionner nos forces chirurgicales en les plaçant dans des petits hôpitaux, nous sommes cependant obligés de reconnaître qu'en maintes circonstances d'une guerre de mouvement à grands déplacements et difficultés consécutives du transport, ce fractionnement reste inévitable.

h) Les grands hôpitaux dits d'évacuation, situés plus en arrière que les petits hôpitaux (de campagne) n'hospitalisent dans les périodes animées de la lutte, que des blessés et malades incapables de supporter un transport plus éloigné.

En cas d'avance rapide, on peut organiser en peu de temps des hôpitaux d'évacuation provisoires en groupant plusieurs hôpitaux de campagne.

Parfois ces groupements seront appelés à fonctionner hors de la voie ferrée.

1° Lorsque la zone des étapes peut facilement être menacée, les hôpitaux fixes, qui s'y trouvent ne seront pas constitués à grande capacité hospitalière.

En cas de retraite de la ligne de combat certains hôpitaux d'étape peuvent être appelés à remplacer les hôpitaux d'évacuation.

j) Dans les grandes unités de cavalerie, surtout pendant les raids), le service de santé ne pourra, dans maintes circonstances, qu'appliquer des méthodes anciennes de traitement des blessés.

k) Il importe d'insister sur la nécessité d'une liaison étroite entre les différentes formations sanitaires, ainsi qu'entre les directeurs de service de santé, les organes du service de santé et le commandement à tous les échelons.

Pour cela on se servira, non seulement de brancardiers, conducteurs de voitures médicales, chauffeurs d'autos sanitaires, mais encore de données incluses dans le plan général des transmissions établies par le service de liaisons.

l) L'instruction militaire tactique est indispensable pour tout médecin directeur ou médecin chef d'un organe sanitaire de l'avant.

III. *Communications relatives aux évacuations dans la guerre de mouvement.*

1° *L'influence du terrain sur les évacuations en guerre de mouvement.* M. le médecin principal SPIRE, médecin-chef de l'Ecole supérieure deguerre (France)

Le médecin principal Spire montre l'importance primordiale du terrain dans les évacuations en guerre de mouvement.

Il faut envisager plusieurs éventualités :

I. Théâtre d'opérations richement doté en moyens de transport (route ou voie ferrée) : *A*) *Dans l'offensive.* 1° L'ennemi se retire, laissant intact le réseau de communications, la seule difficulté est l'allongement de la ligne d'évacuation, difficulté résolue par la multiplication des transports et la progression rapide des formations de traitement.

2° L'ennemi, en se retirant, détruit le réseau routier ou ferroviaire. Il faut remédier aux « coupures » par un système de transbordement (passage de rivières, contournement des entonnoirs, déviation des courants d'évacuation).

B) *En cas de repli.* 1° volontaire, dans ce cas tout est prévu ; 2° imposé, c'est le repli sur la base de traitement. Il faut alors intensifier l'évacuation. Dans les deux cas, le terrain joue un rôle capital.

II. Théâtre d'opérations ne disposant que d'un système routier ou ferroviaire déficient. Trois solutions se présentent : 1° vaincre le terrain (auto-chenilles, autos à 6 roues) ; 2° réduire le trajet d'évacuation par route, pousser la voie ferrée le plus en avant possible, disperser les moyens de traitement ; 3° négliger le terrain par l'utilisation de l'aviation, et, en montagne, par les téléfériques.

Il faut en un mot adapter les moyens en qualité et en nombre aux conditions du milieu.

2° *La question du brancard dans les évacuations à grande distance au cours de la guerre de mouvement.* Médecin principal de 2e classe SCHICKELÉ (France).

L'auteur préconise l'emploi de deux types différents de brancards pour les évacuations : un type léger portatif pour les transports à bras de l'avant et un type plus confortable adapté aux longs transports par autos et chemins de fer.

3° *Les évacuations dans la guerre de mouvement en montagne.* Colonel médecin professeur Filippi CACCIA, médecin chef de l'hôpital de Bologne (Italie).

F. C. recommande l'emploi en guerre de montagne du téléférique combiné au transport à dos de mulet.

4° *L'évacuation dans la guerre de mouvement et les obstacles du terrain.* Lieutenant-colonel docteur Georges NADOLSKI (Pologne).

N. insiste sur la nécessité de bien étudier le terrain sur lequel doivent se dérouler les opérations militaires : nature du sol, réseau routier, climat, sur l'intérêt qu'il y a à savoir utiliser les moyens de transport les plus variés, sans s'arrêter à un type absolu de voiture, sur la nécessité d'adapter la doctrine chirurgicale aux possibilités de l'évacuation, sur l'indispensable collaboration des médecins et du commandement dans l'établissement du plan d'évacuation et sur l'obligation d'intéresser, dès le temps de paix les états-majors au rôle difficile du médecin.

5° *Les évacuations par la voie de mer dans la guerre de mouvement.* Médecin en chef de 1re classe OUDART, professeur de clinique chirurgicale (Marine française).

O. attire l'attention sur les difficultés des évacuations par voie de mer lors d'un gros afflux subit de blessés et sur la nécessité d'une liaison constante entre le service de santé des armées de terre et de mer.

6° *Observations générales sur les systèmes d'évacuation.* Le Major général H. P. W. BARROW (Grande-Bretagne).

B. croit utile de ne pas multiplier à l'infini au

cours de la guerre les formations sanitaires de types nouveaux. Il est préférable d'adapter au mieux des circonstances les formations préexistantes. Il faut prévoir le renforcement des brancardiers régimentaires à l'aide du personnel sanitaire du Corps d'armée et non en faisant appel aux hommes de troupe combattants. En cas de pertes élevées il faut pousser les autos sanitaires le plus près des lignes possible et multiplier les postes de secours avancés.

Il importe d'utiliser les autos-chenilles, les autos à 6 roues et les aéroplanes sanitaires. B. souhaite que ces modifications fassent l'objet d'un rapport au prochain congrès de 1929.

7° *Remarques au sujet des évacuations au front.* Le colonel professeur Tewfik Salim (Turquie).

Il est difficile de schématiser le problème des évacuations. La distance à laquelle il faut évacuer les malades et blessés dépend en partie des facilités du ravitaillement au front. Si le ravitaillement est difficile il faut évacuer le plus possible vers l'arrière. Il y aurait lieu d'assurer une protection effective du personnel sanitaire et une meilleure application de la Convention de Genève.

8° *Un carburant médical.* Pharmacien chimiste en chef de 2e classe Saint-Sernin (Marine française).

S.-S. préconise, en cas de manque d'essence pour une évacuation sanitaire d'urgence, l'emploi d'un « carburant médical » qu'il a expérimenté avec succès. Ce carburant est composé de quatre produits courants dans les approvisionnements du service de santé : alcool à 90° ou alcool à brûler à 92° = 40 gr. Acétone ordinaire = 25 gr. Benzine = 25 gr. Ether de pétrole (Ligroïne) = 10 gr.

9° *Le brancard de campagne.* Capitaine pharmacien Henri Discry (Belgique).

D. présente, avec monographie relative, un modèle fort ingénieux de brancard démontable en métal, formé d'éléments légers, robustes et interchangeables. Le brancard plié peut-être porté comme un fusil à la bretelle. Il est simple et confortable. Le nouveau brancard est adopté par le service de santé de l'armée belge.

10° *Aviation sanitaire.* Le lieutenant-colonel Victor Anastasiu (Roumanie).

L'auteur recommande à tous égards le développement des évacuations par avion. Il estime qu'il y a là un précieux moyen d'avenir.

11° *Les avions sanitaires.* Vice-Maréchal de l'aviation docteur Munro (Grande-Bretagne).

D'accord avec le lieutenant-colonel Anastasiu, M. estime qu'un certain nombre d'avions devrait être réservé au service des ambulances, mais il pense qu'il est préférable de prévoir l'emploi des avions de modèle courant dans l'armée, non spécialisés et facilement adaptables au transport des blessés couchés, de façon à trouver partout en cas de besoin les pièces de rechange nécessaires. Il rappelle les services rendus en Mésopotamie par l'aviation sanitaire.

12° *Transport des blessés par avions.* — Le médecin principal de 1re classe Spire, professeur à l'Ecole supérieure de guerre (France).

Parmi les nombreux moyens à mettre en œuvre, l'avion se présente comme le seul appelé à résoudre le maximum de difficultés tout en se rapprochant de l'idéal technique de l'urgence des soins. La France a déjà réalisé d'une façon pratique ce mode de transport. L'aviation sanitaire a été largement utilisée au Maroc et en Syrie et son emploi se chiffre aujourd'hui par plusieurs milliers de blessés évacués dans des régions dépourvues de routes, à des distances représentant des centaines de kilomètres. Le plan d'évacuation par avion doit être minutieusement réglé. Il nécessite un système de liaison avec des centres chirurgicaux largement dotés de moyens opératoires et suffisamment éloignés de la ligne de feu pour ne pas avoir à souffrir des vissicitudes de la lutte.

Les servitudes du terrain ont obligé à réaliser deux types d'avions :

a) Un avion léger (Hanriot) capable de se poser sur un espace minima et d'en repartir, permettant de se rapprocher du lieu de la blessure. — *b*) Un avion de plus grand rendement (Bréguet) réalisant le transport définitif.

L'utilisation de l'avion sanitaire est actuellement réalisée d'une façon permanente en France à l'intérieur du territoire, soit pour transporter le chirurgien auprès du blessé, soit le blessé lui-même au centre chirurgical. Le professeur Picqué de la Faculté de Bordeaux, médecin principal de 1re classe, protagoniste de la première heure et réalisateur ardent, ne cesse de mettre en pratique cette méthode avec un succès complet, apportant ainsi de jour en jour des données d'expériences qui collaboreront à la mise au point d'une question dont l'importance n'échappe plus à quiconque songe à l'avenir des blessés.

N.-B. Le lendemain du jour ou M. le médecin principal Spire prononçait ces paroles, M. le médecin principal Picqué mourait victime de son magnifique dévouement au cours du transport en avion d'un malade qu'il devait opérer d'urgence.

***

Après discussion des rapports et des communications relatifs à cette question des évacuations dans la guerre de mouvement, les conclusions suivantes ont été adoptées par l'assemblée plénière du Congrès :

Conclusions. — 1° Dans la guerre de mouvement l'influence des conditions tactiques, de la nature du terrain, des intempéries, prend une importance telle qu'il devient impossible et qu'il serait nuisible de rechercher un schéma précis de fonctionnement.

2° L'idéal à poursuivre pour le traitement des blessés doit comporter comme but l'adaptation de tous les moyens dont on peut disposer à l'avant, compte

tenu des conditions variables de milieu. En ce qui concerne les moyens de traitement, leur mobilité et leur légèreté devient une nécessité. Pour les moyens d'évacuations tous les types sont à utiliser réglementaires ou improvisés : brancards, autos sanitaires ; autos-chenilles voitures hippomobiles de types divers, téléfériques et avions.

3° La tactique sanitaire dans la guerre de mouvement devra tendre à n'affecter aux grandes unités de combat que le minimum de formations de traitement et de transport, et à conserver à l'échelon de l'armée des réserves importantes.

4° L'aviation sanitaire devra assumer un rôle de plus en plus important dans l'évacuation en guerre de mouvement et parfois elle restera la solution indispensable. L'organisation de l'aviation sanitaire, sortie de la période d'essais, devrait être étudiée dès le temps de paix par l'étude de l'adaptation des avions de transport civils aux fins sanitaires. Les moyens téléfériques devront assumer un rôle important dans l'évacuation en guerre de mouvement de montagne. L'organisation des moyens téléfériques devrait être étudiée dès le temps de paix par l'étude de l'adaptation des téléfériques en guerre.

5° Il est de plus en plus indispensable que les directeurs du Service de santé et leurs états-majors spéciaux soient aptes à résoudre les problèmes variables posés par la guerre de mouvement. Seule, une connaissance approfondie et continuellement entretenue par l'étude de cas concrets en liaison avec le commandement, non seulement des conditions tactiques, mais encore du Service d'état-major, permettra de les mettre en mesure de trouver rapidement la solution logique et réalisable applicable aux différentes éventualités.

FRIBOURG-BLANC.

(*A suivre.*)

Les Livres

MASSON ET Cie, éditeurs, Paris.

Professeur Marcel LABBÉ. — **Le traitement du diabète.** 2e édition revue. 1 volume de 158 pages.(Collection Médecine et chirurgie pratiques.)

Ce livre s'adresse à la fois aux médecins et aux malades, qui y trouveront des indications pour l'application du traitement et du régime au cours du diabète. On pourra ainsi surveiller les régimes des diabétiques, les rendre suffisamment variés, et en même temps trouver de précieux renseignements sur les recettes culinaires à utiliser dans la diététique du diabète (qualité et quantité de la ration alimentaire du diabétique.)

On y lira un aperçu du diabète, de sa physiologie et des accidents qui le compliquent.

L'auteur rappelle aussi les règles qu'il faut suivre pour procéder à un examen méthodique du diabétique, et il insiste sur les diverses analyses chimiques, auxquelles le médecin doit recourir.

La plus grande partie du livre est consacrée au traitement du diabète : règles générales, traitements appropriés aux diverses formes du diabète et à leurs complications. Un chapitre est consacré à l'insuline.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez VIGOT, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

J. CAMBIES, médecin-consultant, à Châtel-Guyon et J.-M. ROSELL, de Barcelone. — **Coprologie clinique. Exploration séméiologique et diagnostic coprologique.** Préface du Dr Bensaude. (Un vol. in-8°, 250 p., 71 fig. et 6 pl. en couleur).

Chez FÉLIX ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

Albert DESCHAMPS et Jean VINCHON. — **Les maladies de l'énergie. Les asthénies et la neurasthénie.** *Troisième édition, refondue.* Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (prix Herpin). (Un vol. in-8°, 423 pages).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

CONSEIL DE L'ORDRE ET JURIDICTION DISCIPLINAIRE CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES.

A périodes plus ou moins espacées, la question du Conseil de l'Ordre pour les médecins est remise en discussion. Dans ma thèse de doctorat en Droit, en 1919, j'avais établi un schéma de ce que pourraient être les diverses modalités de juridiction professionnelle.

J'avais envisagé tour à tour les formes sous lesquelles pourraient être atteints les buts qu'on se propose : tantôt le seul maintien des règles d'honneur et de dignité professionnelles (projets d'Ordre des médecins) ; tantôt la représentation et la défense des intérêts des médecins tant devant les tribunaux de droit commun que devant des tribunaux d'arbitrage (experts médecins, jurys médicaux) ; tantôt la création de juridictions d'exception, à l'instar des Conseils de prud'hommes ; tantôt enfin la défense des intérêts corporatifs, tant internes que vis-à-vis des tiers, grâce aux syndicats médicaux et à leurs Conseils de famille.

Je tiens aujourd'hui à n'exposer que certaines réflexions d'ordre juridique, à propos de la discussion qui est soulevée entre défenseurs de l'Ordre des médecins et partisans des seuls Conseils de famille syndicaux.

Buts de la juridiction professionnelle.

Il n'est pas douteux que les agissements de certains praticiens ne relèvent pas de la juridiction de droit commun, parce qu'aucun texte du code pénal ne leur est applicable. Cependant, ces actes professionnels constituent une violation des règles de la déontologie : ils sont en contradiction avec le droit coutumier de la profession.

Il convient donc de transformer ce droit coutumier en droit écrit : il faut préciser, dans un Code de déontologie, quelles sont les lignes de conduite qui ont servi de directives aux praticiens, considérés comme probes et consciencieux, tout en tenant compte des habitudes locales.

L'établissement du Code de déontologie est par conséquent le premier travail à rédiger, pour savoir ce qui est permis et ce qui ne l'est pas, ce qui est répréhensible et ce qui est correct.

C'est une tâche difficile et ardue, car les mots ont une valeur considérable, puisqu'en droit pénal, les termes doivent toujours être pris dans leur sens étroit.

Une fois ce code établi, discuté et voté par l'ensemble des syndicats médicaux, il faudra envisager qui aura qualité pour poursuivre les confrères, qui violeraient ces règles professionnelles et devant quelles juridictions les traduire. Enfin, il faudra décider des sanctions à appliquer.

Droit de poursuite.

Pour poursuivre devant une juridiction quelconque, il faut avoir un intérêt. Un particulier pourra, devant les tribunaux répressifs, se constituer partie civile, après avoir porté plainte, en demandant l'application de certains articles du Code pénal ; il pourra également assigner devant les tribunaux civils, pour réparation d'un préjudice causé (articles 1382 et suivants du code civil).

En second lieu, un syndicat a qualité pour poursuivre, au nom de l'intérêt de la collectivité, comme au nom de la santé publique (droit reconnu aux associations professionnelles médicales en matière d'exercice illégal de la médecine).

Enfin, le parquet peut poursuivre d'office.

Dans l'espèce qui nous occupe, en matière de violations des règles de déontologie, un confrère intéressé, ou le syndicat médical local, a qualité pour porter plainte.

Une fois l'instance introduite, c'est, à mon sens, le représentant du syndicat médical, qui doit constituer le ministère public, pour prouver la violation des règles de déontologie et demander l'application des pénalités prévues.

Droit de juridiction.

Le droit de punir doit être nettement séparé du droit de poursuite. Devant le tribunal correctionnel, ou en cour d'assises, le procureur de la République accuse et soutient l'accusation, en réclamant l'application de telle ou telle peine. L'avocat de la défense expose ses arguments, en faveur de l'accusé. Enfin le tribunal ou la cour, après avoir entendu les deux parties, se prononce et rend son jugement ou arrêt.

Il me semble donc, que, si le syndicat médical est qualifié pour faire respecter les règles du Code de déontologie, s'il fait fonction de minis-

tère public, il ne doit pas être, en même temps, tribunal répressif.

D'ailleurs, syndiqués comme non-syndiqués doivent, théoriquement, être assujettis à la juridiction professionnelle. Le tribunal ne peut donc pas faire partie intégrante du syndicat, pour qu'on ne puisse pas accuser celui-ci de partialité à l'encontre des médecins qui ne feraient pas partie du groupe corporatif.

En second lieu, un procès récent a montré un des points faibles du Conseil de l'Ordre des avocats : celui-ci avait jugé en premier ressort et décidé qu'un avocat inscrit devrait être rayé du tableau. L'affaire fut portée en appel et parce qu'il avait été jugé au premier degré, le Conseil de l'Ordre ne put pas soutenir l'accusation devant la juridiction d'appel, qui infirma la décision du premier degré.

Il faut donc que le syndicat médical puisse poursuivre, devant tous les degrés de juridiction, toutes les infractions au Code de déontologie. Pour cela, il est indispensable que le Conseil de l'Ordre, tribunal professionnel, ne soit pas le Conseil de famille du syndicat.

Que ce dernier règle les conflits entre syndiqués, qu'il s'occupe des questions de discipline intérieure au groupe, qu'il prononce même l'exclusion, ou la mise à l'index : ce sont questions d'ordre intérieur, découlant de l'interprétation et de l'application des statuts du syndicat.

Mais, si des non-syndiqués doivent être justiciables des tribunaux professionnels, il est indispensable que les membres de ceux-ci constituent un tribunal différent du Conseil de famille syndical.

Composition du tribunal professionnel.

Les règles de déontologie sont différentes des obligations de droit commun. Seuls, ceux qui pratiquent la profession médicale sont idoines pour connaître des litiges qui leur sont soumis, lorsque ces litiges ne sont pas du ressort des tribunaux de droit commun.

Par conséquent, les membres du tribunal professionnel doivent être des médecins.

Comment seront-ils nommés ? Par voie d'élection ou toute autre modalité, peu importe, pour le moment.

Néanmoins, comme il s'agit de tribunaux d'exception et qu'il serait à craindre que l'impartialité des juges puisse être soupçonnée, parce qu'appartenant à la même profession que l'inculpé, deux précautions sont à envisager :

D'abord, il serait peut-être prudent de confier la présidence de ce tribunal professionnel à un juriste, à un magistrat, tel que le juge de paix, ou mieux le président du tribunal civil du ressort.

Habitué à rendre la justice, ce magistrat pourrait diriger les débats avec son autorité et sa maîtrise habituelles, alors que les juges-médecins pourraient peut-être se départir de leur gravité et de leur impartialité de juges, en se souvenant un peu trop qu'eux aussi sont des praticiens comme l'accusé.

Il faut ensuite considérer qu'à l'instar de toutes les juridictions d'exception, ces tribunaux professionnels ne connaîtront les délits contre le Code de déontologie qu'au premier degré. Le litige pourra ensuite être porté devant la juridiction d'appel de droit commun, qui sera la cour d'appel, ainsi que cela a lieu pour les décisions du Conseil de l'Ordre des avocats.

Devant la cour, le syndicat médical pourra continuer à soutenir l'accusation, au nom de l'intérêt général de toute la corporation, ce qu'il ne pourrait pas faire s'il avait été juridiction du premier degré.

Ainsi aura lieu le retour au droit commun, comme cela se pratique pour tous les litiges, qui, en premier ressort, sont de la compétence d'un tribunal d'exception.

Tous les médecins seront-ils justiciables de la juridiction professionnelle ?

En l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le praticien est libre d'exercer la médecine, comme bon lui semble, à la condition de respecter les lois, les Codes et les règlements édictés par voie réglementaire.

Le droit professionnel n'existe pas.

Depuis 1901, imitant le syndicat médical de l'arrondissement de Versailles, certains médecins se sont volontairement assujettis à une discipline syndicale et ont accepté d'être, le cas échéant, justiciables du Conseil de famille de leur syndicat.

Je ne veux pas ici faire la critique en bien ou en mal des résultats donnés par ces Conseils de famille.

Deux voies s'ouvrent devant ceux qui entendent soumettre l'ensemble de la profession à une juridiction disciplinaire et je reviens encore aux solutions que je donnais, en 1919, dans ma thèse de doctorat en droit.

1° Voie législative.

Le Parlement doit voter une loi, restreignant la liberté qu'accorde la législation du 30 novembre 1892, aux titulaires des diplômes de docteur en médecine, de chirurgien dentiste, ou de sage-femme.

Le législateur devra ordonner que tout praticien sera soumis au respect de règles professionnelles, recueillies et énoncées dans un Code de déontologie. En cas de manquement de sa part, il sera justiciable du tribunal professionnel, en premier ressort, l'appel devant être ensuite porté devant la cour. Ces tribunaux prononceront des peines, qui seront précisées par la loi instituant les conseils de l'Ordre des médecins,

Par conséquent, la besogne du Parlement sera d'abord de décider que la liberté du travail médical, qui existe maintenant, sera restreinte, par l'obligation, pour tout praticien, de se conformer aux prescriptions d'un Code de déontologie. Les termes de ce dernier seront fixés par voie réglementaire (règlement d'administration publique, ou décret présidentiel, ou simple arrêté ministériel).

En effet, il est impossible que les syndicats médicaux puissent être autorisés à préciser les règles professionnelles, auxquelles seront assujettis tous les médecins, puis à changer ces règles par simple décision d'une assemblée générale. D'autant que ces règles devront être communes pour toute la France, et non variables selon les localités, ou les régions.

Le législateur aura ensuite à arrêter les pénalités, qui seront applicables, en vertu de l'adage juridique bien connu : *nulla pœna sine lege.*

Enfin, il lui faudra envisager les voies d'exécution des décisions des tribunaux professionnels.

Il appartient donc aux syndicats médicaux, de préparer ce texte de loi, d'en arrêter les termes, de préciser les articles du Code de déontologie, d'envisager le mode de création des tribunaux professionnels du premier degré, leur composition, le mode de nomination de leurs membres ; enfin d'étudier quelles pourraient être les pénalités, qui frapperaient les délinquants.

Le texte de cette proposition de loi devra, avant d'être soumis au Parlement, être adopté par la très grosse majorité du corps médical, sinon par l'unanimité des syndicats médicaux.

Si une dissidence existait, si parmi les médecins une minorité assez importante se faisait connaître, le Parlement serait fort embarrassé pour discuter et voter une loi qui restreindrait la liberté de travail qu'accorde la législation de 1892, à certains diplomés.

Pour qu'une exception aux règles du droit commun soit acceptable, il est indispensable que le parlement se trouve en présence d'un vote quasi unanime de notre profession. Sinon, il attendra que nous nous soyons mis d'accord.

Je ne veux pas aborder aujourd'hui le chapitre des tentations que pourrait avoir le législateur, de profiter de l'occasion pour obliger le corps médical à devenir un des rouages indispensables pour le fonctionnement des lois sociales. Celles-ci jusqu'à présent, laissent le médecin en dehors, libre de ses tractations avec les individualités, ou avec les collectivités publiques ou privées. *Et ne inducas eum in tentationem !*

2° Voie syndicale.

Le syndicat peut devenir indispensable par intérêt : c'est encore une opinion que j'ai soutenue devant mes juges de la Faculté de Droit.

A l'heure actuelle, le citoyen est libre de se syndiquer ou non. Il est encore libre de se retirer du syndicat, dès qu'il le juge opportun.

D'autre part, le syndicat a toute latitude pour recruter ses membres, dans la profession, comme bon lui semble, Il a parfaitement le droit d'accepter, ou de refuser, dans son sein, tel ou tel praticien.

Mais cette liberté peut avoir une contrepartie : l'intérêt, tant pour le groupe que pour l'individu.

Le corps médical peut envisager la difficulté qu'il rencontrera pour rédiger un texte de loi, qui soit accepté par le corps médical, dans sa grosse majorité ; puis pour faire voter ce texte par le Parlement, sans trop de modifications, ou d'amendements.

Les pouvoirs publics n'aiment pas restreindre la liberté du travail pour tout citoyen. Ils répugnent également à l'institution de juridictions d'exception, qui font échapper un certain nombre de justiciables aux juridictions de droit commun.

Il faudra donc vaincre ces résistances d'ordre général.

En second lieu, combien d'années nécessiteront l'examen, puis le vote de cette loi, à la Chambre des Députés, puis au Sénat ? Car il faut que les deux Chambres soient absolument d'accord, pour que la loi puisse être promulguée.

En attendant cette échéance, encore bien lointaine, les syndicats médicaux peuvent d'ores et déjà faire besogne utile.

Ils établissent leur Code de déontologie, ils instituent des tribunaux d'arbitrage : un arbitre désigné par le syndicat, un autre par le médecin poursuivi, les deux arbitres désignant un tiers arbitre, qui sera un médecin, ou un magistrat.

Ce tribunal d'arbitrage, nommé selon les besoins, sera saisi du litige par les deux parties, qui se soumettront à sa décision.

En cas de contestation, le tribunal d'appel de droit commun n'aura qu'à connaître si toutes les règles ont été observées et surtout si les droits de la défense ont été respectés. Il pourra également ordonner l'exécution de la décision des arbitres, exécution qui se fera selon les voies de droit commun.

En cette matière, le code de procédure civile est parfaitement applicable.

Les sanctions seront : ou d'ordre moral (blâme, réprimande), ou d'ordre pécuniaire (amende, dommages-intérêts) ou d'ordre professionnel (exclusion du syndicat, mise à l'index, ou privation à temps, ou pour toujours de la participation aux avantages accordés par voie de convention collective de travail).

C'est par ce dernier point que j'envisage le syndicat indispensable par intérêt.

Bien que la jurisprudence soit muette sur ce point et que les tribunaux n'aient pas encore

été appelés à se prononcer, je crois, pour ma part, que les dispositions du Code du travail, en matière de convention collective du travail sont applicables aux médecins, bien que ceux-ci exercent une profession libérale.

D'ailleurs, la loi qui, actuellement, est en discussion au Sénat, sur les assurances sociales, admet parfaitement la possibilité pour un syndicat de médecins de contracter collectivement avec une caisse locale d'assurances sociales.

Par suite, le syndicat médical aurait intérêt à ne contracter que pour ses seuls membres.

Pour participer au service médical, institué par cette convention collective, les non-syndiqués devraient adhérer par écrit aux stipulations et conditions de la dite convention.

Il en résulterait que tout médecin devrait (*au moment de sa candidature au syndicat*) donner par écrit son acceptation de la juridiction professionnelle. Il s'engagerait à respecter le code de déontologie et s'obligerait, en cas de poursuites contre lui, à reconnaître et à accepter l'arbitrage tel que je l'ai indiqué plus haut.

Par son adhésion à la convention collective, ou à toutes celles que passerait le syndicat avec diverses collectivités publiques ou privées, le non-syndiqué aurait intérêt à ne pas violer les règles du code de déontologie, pour ne pas s'exposer à être frappé d'une mise à l'index et, par suite, d'une exclusion pour le fonctionnement de tel ou tel contrat collectif de travail.

D'autre part, l'arbitrage, tel que je le propose, donnerait, au non-syndiqué, toute garantie d'impartialité, puisqu'il ne serait pas jugé par un groupe dont il ne fait pas partie.

Conclusions.

Avant de faire cristalliser pour longtemps, par une loi, ce qui pourrait être la juridiction professionnelle, employons, dès maintenant, les moyens que nous confèrent les lois.

Le syndicat a qualité pour contracter collectivement. Qu'il use de ce moyen. Ce faisant, il donnera à son co-contractant la garantie que les médecins, participant au fonctionnement du service médical, sont soumis à des règles de déontologie et à une juridiction professionnelle.

D'ailleurs, le fonctionnement de ces conventions collectives prévoit l'utilisation de tribunaux arbitraux, soit par commission bi, ou tripartite, soit par arbitres désignés par chaque partie en cause.

Le syndicat peut toujours se réserver le droit, par une disposition de la convention collective, de faire fonction de ministère public auprès de la Commission bi ou tripartite, ou devant de tribunal d'arbitrage. Le groupe professionnel, ce faisant, défend l'intérêt collectif de la corporation.

Nos confrères n'ont nullement à craindre que ces conventions collectives puissent restreindre leurs libertés.

L'article 378 du code pénal sur le secret professionnel ne peut être modifié que par une loi et non par un simple contrat collectif de travail.

Le libre choix du médecin, lorsqu'il est inscrit dans une loi (accidents du travail, réformés de guerre, assurances sociales) ne peut être supprimé par une stipulation entre deux parties.

Le tarif médical, à la visite, le paiement des honoraires, soit directement par le malade, soit par l'intermédiaire d'une collectivité, seront décidés d'un commun accord entre les deux parties contractantes et non imposés à l'une par l'autre.

Mais, en revanche, le médecin syndiqué ne sera plus isolé, ses droits devant être défendus par la collectivité professionnelle à laquelle il appartient.

D'autre part, le médecin peu consciencieux, mis à l'écart par ses confrères, se verra privé d'une partie de sa clientèle parce que dans l'impossibilité de participer au fonctionnement des accords collectifs signés par le syndicat.

Par conséquent, pourquoi, dès à présent, ne pas essayer ce mode de moralisation professionnelle ?

Une étude médico-juridique pourrait être abordée en ce sens, pour préciser les termes selon lesquels :

1° Le candidat au syndicat s'engage à respecter les stipulations du code de déontologie et à accepter, par une clause compromissoire, l'arbitrage, en cas de poursuites contre lui, dans l'ordre professionnel ;

2° Le non syndiqué pourrait donner son adhésion aux diverses conventions collectives de travail, passées par le syndicat, avec les collectivités publiques ou privées, en s'obligeant, également par une clause compromissoire, à se soumettre à la décision d'un arbitrage s'il y avait lieu ;

3° Le syndicat médical pourrait contracter pour ses membres et pour les non-syndiqués, mais en établissant une juridiction, soit par commission bi ou tripartite, soit par arbitrage.

Au bout de quelques années d'expérience, en cas d'échec, le corps médical pourrait alors demander au législateur de l'aider à réglementer la profession, en vue de sa moralisation.

Mais, en cas de réussite, nous aurons agi directement avec nos propres ressources, sans avoir recours aux pouvoirs publics : *timeo Danaos*...

Dr Paul Boudin.

LE DÉPLACEMENT KILOMÉTRIQUE EN SEINE-ET-MARNE

Dans le numéro 27 du 3 juillet dernier, le *Concours médical* a publié, à la rubrique des Syndicats, un Referendum ouvert par notre excellent confrère et ami Decourt au sujet des honoraires des visites et consultations et de l'indemnité kilométrique en Seine-et-Marne.

Ce Referendum imprimé nous est parvenu de la même source que le *Bulletin* du Syndicat de Seine-et-Marne, et nous l'avons considéré comme un communiqué spécial du Syndicat, destiné à être inséré, comme les comptes rendus et documents syndicaux qui nous arrivent régulièrement et auxquels nous ouvrons largement nos colonnes.

Mais nous devons ajouter à la vérité que le Dr Decourt ne nous a pas demandé personnellement cette publication, à laquelle il est demeuré étranger.

Quoi qu'il en soit, ce referendum nous a valu un certain nombre de lettres que nous avons soumises à Decourt. Il nous envoie la réponse suivante que nous publions sans le moindre retard.

Ces explications préalables sont nécessaires pour justifier la surprise manifestée par Decourt.

N.D.L.R.

A M. le Rédacteur en chef du *Concours médical.*

Vichy, le 10 juillet 1927.

Mon Cher Confrère,

J'ai eu la désagréable surprise de voir apparaître, dans le *Concours*, le *referendum intrasyndical* dont j'ai pris l'initiative en Seine-et-Marne, en vue de remédier à une situation intolérable, devant le vote, à escompter d'ici peu, de la loi sur l'*Assurance-maladie.* Ce referendum est, comme on le voit, une affaire de cuisine intérieure, alors que je mène une lutte ardente pour le redressement, et l'unification des prix de clientèle si divers chez nous, à cause de la topographie et aussi d'us et de coutumes invétérées. Aussi, ma surprise fut-elle d'autant plus désagréable que je ne suis pas fier — pas fier du tout ! — des propositions que je me vois obligé de faire, au sujet des déplacements kilométriques, d'après une enquête préalable qui, étant donnée la *manière* d'établir les prix dans nos régions comme on le verra plus loin, me démontre la nécessité de procéder à cette *unification* par retouches successives, sous peine d'échouer lamentablement.

Cette publicité inattendue me vaut un certain nombre de lettres de confrères — lettres prévues, cette fois, après avoir vu le referendum dans les colonnes du *Concours.* Je ne m'étonne pas que les confrères s'étonnent: sans connaître les causes primordiales, je m'étonnerais tout comme eux, et c'est pourquoi ce referendum n'avait pas à sortir de sa sphère propre. Or, parmi ces lettres, il en est deux fort peu courtoises, aux attaques personnelles desquelles je ne répondrai pas, sachant que le *Concours* n'accepte pas ce genre de polemiques. Pour les autres, elles sont naturelles et je désire donner à ces confrères toutes les explications aussi désirables que devenues nécessaires, comme corrolaire de la publicité même faite à ce referendum dans notre grand journal professionnel.

***

Notre département de Seine-et-Marne est disloqué, si je puis dire, en 3 lignes de chemins de fer : *P.L.M., Est, Nord.* Il en résulte un tel manque d'unité physique que nos réunions syndicales ne peuvent aisément se faire qu'à Paris même. De plus, il y a, également un manque d'unité dans l'exercice médical lui-même, entre les régions de la banlieue parisienne, aux ouvriers agglomérés en grands centres avec salaires élevés — les régions de grande culture, aux ouvriers sans maisons ni terres à eux, avec salaires plus que modiques — et enfin les régions de terres pauvres où les gens n'ont pas de gains ayant suivi vraiment l'échelle de valeur actuelle. Il résulte de tout cela des *différences* de prix de clientèle (quand on additionne la visite et le déplacement) qui vont du SIMPLE AU DOUBLE...

Vous voyez quelle difficulté se présente pour *unifier* nos prix syndicaux et avec quelle prudence il est nécessaire de s'avancer pour établir un *taux au-dessous duquel* (ainsi que je le demandais dans le referendum) *les 3/4 des confrères acceptent de s'engager, par signature, à ne jamais descendre.* Il me fallait donc *modérer* les uns (un sur dix environ), *aider* les autres dans leur désir d'augmentation (la majorité) et *entraîner* les retardataires (une minorité assez grande encore) chez lesquels le mot « prohibitif » dont j'ai dû me défendre dans mon action, revenait comme une litanie. On en pourra lire les échos dans notre *Bulletin* du Syndicat du 15 juillet, sous la plume de mon ami Bertaux qui secoue ceux-ci d'un ton tranchant, en chirurgien qu'il est, afin de m'apporter son aide précieuse, en cette affaire, ainsi que je le lui avais demandé.

D'ailleurs, ceux qui me connaissent, malgré l'étonnement causé tout d'abord, ne doutent pas (et certains me l'ont aimablement écrit) que j'avais des raisons majeures d'agir ainsi, persuadés que j'ai fait pour le mieux.

Vous dirais-je où en est le résultat de ce Referendum ? J'avais demandé réponse *dans la huitaine.* Voici plus d'un mois écoulé, et je n'ai pas encore le « *quorum* » des 3/4 d'acceptations...

J'ai même quelques refus violents avec menace de démission alors que j'ai demandé une signature pour 12 francs la consultation et 15 francs la visite dans le pays... Il est vrai que c'est surtout pour l'indemnité kilométrique dont je vais parler maintenant.

***

Les lettres, auxquelles je faisais allusion au début, reçues après lecture du Referendum dans le *Concours*, s'étonnent du prix de un franc du kilomètre parcouru et me demandent comment j'ai pu accepter un tel taux, après mon action personnelle aux tarifs Breton, Durafour, Fallières... Et ils expriment la crainte qu'on m'oppose ce prix lors des futures réunions de la Commission du tarif.

Que ces confrères se rassurent pleinement car *ces deux prix n'ont aucun rapport, ne représentant pas la même chose*, en ce qui concerne notre département de Seine-et-Marne.

Chez nous, depuis 30 ans que le syndicalisme existe, les prix de clientèle courante pour visite plus le déplacement sont fixés, GLOBALEMENT POUR CHAQUE LOCALITÉ, *par ententes* LOCALES *entre confrères* VOISINS, *et cela, généralement, avec 2 et parfois 3 prix différents suivant la position sociale du malade.*

Ce sont autant de prix fixés d'après la distance moyenne de la localité à celle de la résidence des divers médecins desservant cette localité. Aussi, dans ce Referendum au sujet du *prix minimum* de clientèle (sans s'occuper des autres « classes ») le problème posé est de fixer une BASE MINIMA *de prix de visite par localité,* quelle que soit la façon dont s'y rende le médecin au cours, ou non, d'une série de visites — tout en lui laissant la faculté de prendre *davantage* (et c'est ce que nous faisons d'ordinaire) *en cas de visite spéciale, d'urgence, de dimanche, de nuit, etc...*

Dans les *tarifs officiels*, au contraire, et je l'ai maintes fois fait remarquer à la Commission du tarif Breton, il ne s'agit plus d'un prix courant minimum de déplacement pour l'exercice journalier de la médecine. Il s'agit d'un PRIX FIXE DE DÉPLACEMENT SPÉCIAL et qui ne subit même aucune majoration pour les visites faites *d'urgence*, ou les *dimanches*, ni même de *nuit* — puisque seule, dans ces cas, la visite est majorée, mais nullement l'indemnité de déplacement.

Il y a mieux encore ! Non seulement, on ne majore *jamais*, en ces tarifs, les indemnités de déplacement, mais on a fait un alinéa (V. *Tarif Breton-Fallières*) pour ne compter que le kilométrage du médecin *le plus rapproché* (ce qui n'existe pas chez nous pour le kilométrage en clientèle puisque c'est une moyenne entre tous les médecins desservant le pays). C'est l'alinéa 7 de l'art. 2, ainsi conçu :

« *Cette indemnité ne pourra toutefois excéder celle du médecin le plus rapproché..* »

Il y a mieux encore ! On a fait un autre alinéa (que rappellent à chaque instant les assureurs) disant que le tarif horokilométrique marqué ne *compte que pour les déplacements spéciaux au malade.* C'est l'alinéa 8 du même article :

« *Lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé sans se déplacer exclusivement pour lui, il n'a droit qu'à l'indemnité kilométrique correspondant au parcours* supplémentaire *nécessité* spécialemant *par la visite audit blessé.* »

Je pourrais vous citer également les alinéas 2 et 6 de l'art. 64 du *tarif Maginot-Marin* : vous y trouverez les mêmes restrictions....

Est- il besoin d'insister davantage entre les *prix minima* de clientèle ,sans restriction aucune, et ceux frappés des multiples *minorations* que je viens de vous signaler ? Il est évident que ce sont des prix non comparables, non superposables.....

***

Cette histoire (ce en quoi, comme toujours, il y a un côté utile) démontre deux choses importantes :

1° Il est difficile de juger — *du dehors* — une action ou un mouvement intrasyndical, quand on n'en connaît pas les raisons. D'où une première conclusion que chaque syndicat, pour toute question concernant sa propre sphère, doit conserver son *autonomie*.

2° On ne peut pas davantage juger — du dehors — un tarif régional ou local, sans connaître les véritables bases sur lesquelles il repose, ni les « prestations » (c'est le mot légal) qu'il représente. D'où une deuxième conclusion : *Les tarifs généraux devraient être remplacés par des tarifs régionaux.*

Il y a bien longtemps que je soutiens particulièrement cette deuxième conclusion. Je me souviens d'y avoir même consacré tout un article dans le *Concours*. Je ne puis, de Vichy où je suis en ce moment, vous en donner la référence exacte, mais il doit y avoir de cela dans les 3 ou 4 ans environ... Et la pratique personnelle que j'acquiers chaque jour, dans la manipulation des tarifs généraux dans de multiples cas, ne fait que me confirmer la justesse de cette opinion...

Telles sont les explications, d'ordre bien divers, les réflexions et les conclusions que je me devais de donner, après la publication inopinée de notre Referendum régional, à ceux de nos confrères qui ont bien voulu me faire part de leur étonnement — ainsi qu'à tous ceux qui ont

dû avoir le même sentiment sans me l'avoir manifesté.

Tout cela d'ailleurs n'est qu'un commencement. C'est pourquoi il est écrit « ... pour le moment... ». Cette action de relèvement et d'unification sera poursuivie avec ténacité — et toujours dans la même volonté d'aboutir.

En m'excusant de la longueur de ma lettre, je vous prie, mon cher confrère, de croire à mes sentiments les meilleurs.

Dr Fernand DECOURT,
Président du Syndicat médical
de Seine-et-Marne.

LA SOCIÉTÉ DES NATIONS ET LE PROBLÈME DE L'OPIUM ET AUTRES STUPÉFIANTS (1)

Par le Dr CUELLAR,

Ancien doyen de la Faculté de médecine de Sucre (Bolivie),
Délégué de la Bolivie à la Commission consultative permanente de l'opium à la Société des Nations.

Au cours d'un déjeuner chez un excellent ami, le Dr Dartigues, président de l'UMFIA, où se trouvait également invité le professeur Roger qui était allé à Paris pour s'assurer certaines collaborations pour les Journées Médicales de Marseille qui devaient avoir lieu au mois d'avril de cette année, la conversation roula naturellement sur ce sujet. Monsieur Dartigues, avec son habituel enthousiasme pour le développement des relations médicales, insista auprès de moi pour prêter ma collaboration comme représentant de l'UMFIA à cette sympathique manifestation de la grande cité phocéenne. Il me dit aussi qu'en ma qualité de délégué de la Bolivie à la Commission consultative du Trafic de l'Opium de la S.D.N. je pourrais faire une conférence sur ce sujet qui est peu connu, même du public médical ; il pensait aussi que les médecins de Marseille verraient avec plaisir la présence parmi eux d'un confrère sud-américain prenant part à leurs travaux.

Le professeur Roger accueillit avec enthousiasme cette idée et promit d'en parler au comité organisateur.

Peu de jours après, je recevais l'invitation officielle du Comité, bientôt suivie de la visite du professeur Beltrami, me priant de prendre part avec une conférence dans les Journées médicales de Marseille.

Malgré mon insuffisance, j'ai accepté cette courtoise invitation aussi bien pour répondre au désir du Président de l'UMFIA auquel on ne peut rien refuser, que pour démontrer ma sympathie envers nos confrères marseillais. Le sujet choisi pour ma conférence méritait d'être traitée par une personne plus qualifiée que moi ; mais au moins que ma bonne volonté me serve d'excuse pour voiler les lacunes que vous trouvrez dans cette causerie, et comptant sur votre cordiale bienveillance, je passe à traiter mon sujet.

(1) Communication aux Journées médicales de Marseille, avril 1927.

Je me propose, après un court aperçu historique, de vous exposer en quelques mots, la situation actuelle du problème de l'opium et autres stupéfiants devant la Société des Nations.

Vers la fin du siècle dernier, des hommes au cœur généreux et qui connaissaient les ravages de l'opium en Extrême-Orient et particulièrement en Chine, menèrent une campagne pour éclairer l'opinion publique sur cette question, mais ce n'est qu'à partir de 1906, qu'elle commença à prendre un caractère international. Certaines puissances reconnurent que pour que la Chine pût se débarrasser du fléau qui l'accablait depuis si longtemps, il était indispensable de lui assurer l'appui des autres pays.

Pour lui faciliter, sa tâche, des missionnaires en Chine ainsi que d'autres organisations poussèrent le gouvernement des Etats-Unis d'Amérique à prendre l'initiative d'une conférence des gouvernements intéressés au trafic de l'opium. Le Président Roosevelt entra en correspondance avec les Puissances intéressées et convoqua à Shanghaï en 1909 une Conférence Internationale de l'Opium à laquelle certaines Puissances se firent représenter. Celle-ci traça le plan général de la lutte contre l'abus de l'opium et adopta également des mesures pour aider la Chine dans ses efforts.

Cette réunion eut l'avantage de saisir l'opinion publique internationale du problème de l'abus de l'opium, considérant comme un fléau et comme une honte pour les pays qui autorisent la consommation abusive ainsi que pour ceux qui fabriquent des quantités excessives d'alcaloïdes pour les usages illicites. Le vœu exprimé par la conférence de Shanghaï n'engageait pas formellement les gouvernements, mais il devait servir de base à la première convention internationale de l'opium. En effet, en 1912, le gouvernement des Etats-Unis d'Amérique proposa de réunir une Conférence Internationale dans le but d'arrêter les termes d'une Convention de l'Opium. Cette Conférence fut convoquée à La Haye et élabora

la Convention Internationale de 1912, à laquelle concoururent 27 Etats qui donnèrent leur signature.

En 1913, eut lieu une deuxième Conférence dans la même ville, mais pour des raisons diverses, un certain nombre de pays refusèrent leur ratification. Néanmoins, la Conférence adopta une résolution les invitant à ratifier la convention et décida qu'au cas où le nombre des signatures n'aurait pas été reçu au 31 décembre 1913, les puissances signataires seraient priées de désigner leurs représentants pour étudier la possibilité de mettre la convention en vigueur. Mais la question n'ayant pas été réglée d'une manière satisfaisante, le Gouvernement des Pays-Bas convoqua la troisième conférence internationale en juin 1914, et le résultat obtenu fut plus heureux, puisque onze Etats ratifièrent la Convention et sept autres se déclarèrent prêts à le faire. On décida de mettre la Convention en vigueur, malgré qu'elle n'eût pas été ratifiée par tous les Etats signataires. Un protocole fut ouvert à La Haye. Toute puissance ayant signé ce Protocole, s'engageait à mettre la Convention en vigueur.

La guerre de 1914 éclata avant que plusieurs Puissances eussent ratifié la Convention et les hostilités paralysèrent toute activité dans ce domaine, et en dépit de longs efforts, aucun résultat pratique ne fut obtenu.

A la suite de la guerre, la situation avait empiré. Dans certains pays occidentaux, on put fixer à deux pour cent de la population totale le nombre de victimes des diverses drogues, et en Extrême-Orient, la proportion s'élevait à 5 %. Dans certaines prisons on évaluait à 60 % de l'effectif des détenus, le nombre de ceux qui s'étaient adonnés à l'opium et à d'autres drogues nuisibles.

Jusqu'à ce moment, la question des toxicomanies était regardée avec indifférence par la plupart des gouvernements qui n'avaient pas écouté le cri d'alarme poussé par les médecins de tous les pays : ils comprirent enfin les dangers de ce fléau qui s'abattait sur le monde.

Me trouvant au milieu d'un public médical, je ne m'attarderai pas à décrire les symptômes et les perturbations psychiques et morales qu'éprouvent les toxicomanes, et les effets déplorables que produisent les toxicomanies tant sur l'individu que sur la race. En effet, l'abus de l'opium sous ses différentes formes et de toutes les autres drogues nuisibles telles que la cocaïne, le haschich, etc., dont l'usage tend à se développer de plus en plus dans le monde, et plus particulièrement dans quelques pays occidentaux, est sur le point de devenir un fléau universel. La « coco » dont on a tant parlé ces derniers temps, se généralise en France d'une façon alarmante, surtout dans certains milieux.

Les personnes s'adonnant aux stupéfiants, quelle que soit la substance employée, outre l'action particulière à chaque drogue, présentent des caractères communs à toutes. La satisfaction et l'euphorie produites par l'absorption du toxique, la dépression consécutive, l'accoutumance, la nécessité d'augmenter continuellement les doses et quand le besoin se fait sentir, la nécessité impérieuse et irrésistible d'obtenir la drogue par n'importe quel moyen, sacrifiant pour cela, s'il le faut, la dignité, la conscience et même l'honneur, tels sont les traits généraux qui caractérisent le toxicomane. Celui-ci vit pour satisfaire son vice ; en dehors de lui, rien ne l'intéresse. Tant qu'il est sous l'action excitante de sa drogue favorite, le malade s'intéresse encore à la vie et souvent son intelligence s'éveille avec lucidité, pour retomber ensuite dans le marasme.

Naturellement, l'action varie avec chaque drogue. Ainsi celle de la morphine, en dehors de ses effets physiques connus de tous les médecins, serait au point de vue moral, plutôt déprimante, faisant des malades des cleptomanes, des faussaires, des délinquants enfin, mais généralement peu poussés au grand crime. Par contre, la cocaïne ferait plutôt des impulsifs, des agressifs et très souvent des criminels. Il en est de même des autres stupéfiants qui produisent tous la dégénérescence complète de l'individu qui devient une charge en même temps qu'un danger pour la société qui l'héberge ; et le mal ne finit pas là, mais en dehors des tares de dégénérescence tant physiques que psychiques, ses descendants seront des toxicophiles, c'est-à-dire qu'ils auront un terrain tout préparé pour adopter les vices de leurs progéniteurs. Il est parfaitement démontré que la tendance au vice est héréditaire et comme le dit Legrand dans son ouvrage « Les grands narcotiques sociaux », « La Chine va à l'opium en toute spontanéité naturelle, irraisonnée, comme le Français va au vin et le Germain va à la bière » et nous pouvons ajouter, — comme les enfants de toxicomanes iront tôt ou tard au toxique qui avait empoisonné leurs parents.

En somme, le toxicomane est un être qui, de par son vice, devient un infirme qui produit mal, peu ou rien, donc il est une charge pour la Société ; ses troubles psychiques et moraux qui le poussent vers le délit ou le crime constituent un danger social et la dégénérescence de ses descendants, un péril pour l'Humanité.

Depuis l'application de la loi sèche aux Etats-Unis d'Amérique, on avait remarqué la recrudescence des toxicomanies dans ce pays et malgré les lois sévères qui ont été dictées pour réprimer ce fléau, ce grand pays n'a pas encore pu supprimer cet abus. Dans le dernier rapport extrêmement intéressant, pour l'année civile allant du 1er juillet 1925 au 30 juin 1926, que le Gouvernement des Etats-Unis a transmis à la Commission Consultative, on trouve les chiffres suivants, sur les infractions aux lois :

Nombre d'infractions d'importance minime	10.342 cas
Affaires importantes jugées par les tribunaux	5.324 »
Affaires ayant entraîné une condamnation	5.120 »
Affaires suivies d'un acquittement...	204 »
Pourcentage des condamnations	96,2 %
L'ensemble des condamnations représente une durée de 6.797 années, 11 mois, 19 jours.	
Nombre d'affaires ayant été condamnées à l'amende	2.019 »

Chiffre total des amendes : 374.677 dollars.

Les saisies de drogues nuisibles pour l'année écoulée ont été : opium 449 livres, morphine 673 onces, héroïne 46 onces, cocaïne 163 onces.

En calculant à un dixième la proportion que représentent les saisies sur l'ensemble de la contrebande (pourcentage que la Commission a jugé approximatif), on peut estimer à 4490 livres d'opium, 6.730 onces de morphine 460 onces d'héroïne et 1.630 onces de cocaïne la quantité de stupéfiants qui, échappant à tout contrôle, ont passé à l'usage des personnes s'adonnant au vice.

J'ai pris comme exemple les Etats-Unis car, à mon avis, c'est le pays qui a la législation la plus complète à cet égard et qui l'applique avec la plus grande sévérité.

Parmi les renseignements obtenus par la Commission Consultative sur la Russie, on trouve les résultats suivants que je ne puis pas m'empêcher de citer textuellement :

« L'enquête qui vient de s'achever sur les institutions pour enfants à Moscou, révèle l'existence « d'une quantité très élevée de cocaïnomanes et « d'alcooliques parmi les enfants sans foyer. Comment vivent ces enfants ? Ils mendient, ils chantent dans les tramways, etc. Mais leur principale « occupation est le vol. On trouve même parmi eux « des assassins. « Quand on a prisé, on ne sent pas « les coups. » « Je prise toujours avant d'aller travailler, ça me donne du courage. » Tels sont les « propos qu'ils tiennent.

« De leur propre aveu, les enfants prisent de trois « à cinq grammes de cocaïne par jour. Quelle somme « leur faut-il pour satisfaire ces besoins ? Un gramme « de cocaïne coûte cinq roubles dans les bouges et à « Pâques, le prix atteint de sept à huit roubles.

« Ainsi, un enfant qui prise doit disposer de quinze « à vingt-cinq roubles par jour pour la cocaïne. C'est « une assez grosse somme, néanmoins les enfants « réussissent à se la procurer. Par quels moyens ? « Exclusivement par le vol. Les jeunes cocaïnomanes sont soignés dans un dispensaire de toxicomanies pour enfants spécialement organisé à Moscou. « Les médecins se trouvent en présence d'une situation toute nouvelle, car c'est la première fois, non « seulement dans l'Union des Républiques socialistes soviétiques mais dans le monde entier, que le « traitement de la cocaïnomanie chez les enfants se « trouve organisé sur une grande échelle.... »

Et plus loin : « Il a été dit à différentes reprises « dans la presse soviétique que la proportion des « cocaïnomanes parmi les enfants sans foyer, était « de 50 à 80 %. Ces chiffres ne s'appliquent probablement qu'aux villes, et l'on dit que le nombre des « enfants sans foyer, pour Moscou seule et ses environs, est approximativement de 50.000. »

Pour autant qu'on sache, la cocaïne n'est pas fabriquée en Russie ; celle que les enfants parviennent à se procurer est, selon toute probabilité, introduite en contrebande dans le pays. La Commission a eu entre les mains plusieurs documents indiquant qu'il s'exerce en Russie une contrebande active de stupéfiants provenant des pays voisins.

Il serait très long d'énumérer ce qui se passe dans chaque pays dans ce domaine, mais un fait se dégage nettement, c'est que les toxicomanies deviennent un fléau pour l'Humanité et tous les Gouvernements s'en préoccupent sérieusement, et tâchent de combattre le mal par tous les moyens possibles. Toutefois, comme des mesures isolées ne sont pas suffisantes et qu'il faut la collaboration de tous les pays pour pouvoir rendre effectives les mesures de défense, les Etats ont compris le besoin de travailler en commun dans ce but. Et voilà ce qui a facilité les accords ultérieurs auxquels ont pris part presque toutes les puissances.

Par une clause du traité de Versailles, les Etats signataires s'engagèrent à mettre en vigueur la Convention Internationale de l'Opium de 1912. En outre, l'art. 23 du même traité confia à la Société des Nations le contrôle général des accords relatifs au trafic de l'opium, et c'est de l'art. 25 du pacte qu'est née la Commission Consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles, instiuée par la première Assemblée de la Société des Nations. Cette décision fut prise en plein accord avec le Gouvernement des Pays-Bas, qui avait convoqué la Conférence de La Haye en 1912.

(A suivre.)

MUTUALITÉ FAMILIALE

Ce qu'elle pourrait être.

Nous avons, Gassot et moi, répondu au confrère qui nous demandait ce que devenait la Mutualité familiale : il est un point cependant que j'ai volontairement réservé et sur lequel je me propose de revenir aujourd'hui.

Notre confrère disait :

..... et puis, toutes les irrégularités dont vous vous plaignez avec raison, elles seraient moins nombreuses si, de temps en temps, vous nous rappeliez à l'ordre en nous rappelant aussi nos devoirs. Les statuts, cela ne se lit guère : c'est une littérature assez indigeste et nous aimerions mieux quelques lignes bien senties comme celles que vous adressez avec tant de persévérance à ceux qui ne sont pas encore des nôtres

Evidemment les choses marcheraient mieux si nos confrères sociétaires voulaient bien nous aider un peu.

D'abord et avant tout, ils devraient éviter toutes les irrégularités qui compliquent notre besogne, amènent des retards et se traduisent par des dépenses inutiles.

L'irrégularité la plus fréquente et la plus gênante pour nous, administrateurs, c'est l'imprécision des déclarations de maladie ou de guérison. Beaucoup n'écrivent *qu'ils sont tombés malades il y a quelque temps, qu'ils ont repris leur travail depuis plusieurs jours*, et l'imprécision est telle que souvent, les certificats sont aussi vagues ou bien ne sont pas d'accord comme dates avec les déclarations de nos adhérents, malades ou guéris.

Comment voulez-vous, chers confrères, que dans ces conditions, je puisse calculer exactement le montant des indemnités dues ? Au jour du règlement, cela entraîne fatalement des erreurs, des réclamations, des discussions et surtout une correspondance aussi fastidieuse que coûteuse. Il semble pourtant bien simple de penser que, puisqu'on demande une indemnité quotidienne, il est indispensable de donner des dates exactes et précises.

Aux malades chroniques, je rappellerai une fois encore qu'il leur est indispensable de donner régulièrement de leurs nouvelles vers les 15-20 des mois de mars, juin, septembre et décembre s'ils veulent que le Conseil puisse leur voter leur indemnité. S'ils négligent ce devoir essentiel, qu'ils ne s'étonnent pas de ne rien recevoir du trésorier au jour du règlement et qu'ils nous épargnent des récriminations parfois un peu trop vives.

Aux examinateurs à qui j'envoie des candidats, je demanderai toujours d'apporter à leur examen la conscience la plus grande. Ils ne doivent pas oublier qu'en cette matière, la complaisance, la camaraderie, doivent disparaître et que l'admission d'un confrère d'une santé douteuse peut causer à la société, et par conséquent, à ses membres le plus grand préjudice.

A tous enfin, je dirai que la propagande est le premier devoir des membres de la Mutualité familiale.

Le recrutement ne marche pas comme nous le voudrions : il est continu, sans doute, mais il est trop lent. Après les heureuses modifications que nous avons apportées à nos statuts, après avoir rendue possible l'indemnité de quarante et de cinquante francs, après avoir porté à 1.200 fr. la pension de nos veuves, nous avions le droit d'espérer que les jeunes lecteurs du *Concours médical*, enfin satisfaits sur leurs principaux desiderata, allaient s'inscrire à notre société en nombre imposant. Or le nombre de nos recrues est loin de correspondre aux besoins les plus légitimes de tous ceux que la chose devrait intéresser.

Les articles que nous écrivons dans le *Concours* nous amènent bien chaque fois un certain nombre de demandes de documents et de dossiers, mais combien ce nombre serait plus imposant si nous étions aidés dans nos efforts de propagande par nos anciens qui, eux, savent à quoi s'en tenir sur ce que nous sommes et ce que nous voulons ! Ce n'est pas soixante ou quatre-vingts adhérents que nous devrions recruter chaque année, c'est deux cents, trois cents... et ces trois cents-là, il est à la fois de votre devoir et de votre intérêt de nous les amener, confrères qui faites partie de la Mutualité familiale.

Vous êtes réellement tous trop timides, trop hésitants, j'oserais presque dire trop égoïstes : vous êtes satisfaits, cela vous suffit et vous laisseriez croire que vous en avez un peu honte ! En tous cas, vous êtes de mauvais propagandistes et vous oubliez que votre inaction fait tort non pas seulement à votre société, mais encore à tous les confrères que vous laissez dans l'ignorance des bienfaits que vous recevez d'elle et qu'ils pourraient recevoir, eux aussi. Continuellement nous entendons dire : il faudrait agir personnellement près des jeunes confrères et ne pas les lâcher avant d'avoir emporté

leur adhésion. Profitez donc de toutes les occasions, réunions, consultations, rencontres fortuites, pour parler de nous et dire ce que nous faisons.

Je ne recommanderai pas moins à nos sociétaires de lire attentivement ce que nous publions sur la Mutualité familiale, procès-verbaux, articles, communications, etc., etc. ; je leur demanderai de nous faire part de leurs réflexions, de leurs impressions, de nous soumettre les idées qu'ils pourraient avoir, de prendre part en un mot à notre vie de la manière la plus active.

Il ne faut pas que nous nous endormions sur les résultats acquis, mais pour cela, l'activité de deux ou trois personnes, quelque grande qu'elle soit, ne peut suffire.

Veuillez, chers confrères, réfléchir un instant à ce que pourrait être notre société si tous faisaient vraiment leur devoir, si tous, dans leur sphère particulière, voulaient bien faire la propagande que nous nous efforçons, nous, de faire dans toute la France !

Venez nous voir, demandez-nous toute la documentation que vous croirez nécessaire — nous vous aiderons de toutes nos forces comme nous vous demandons de nous aider.

J'ai l'absolue conviction que la Mutualité familiale, si ses membres voulaient bien s'intéresser à sa vie autrement que par l'envoi de leurs cotisations ou la réception de leurs indemnités, entrerait dans une phase de prospérité qu'elle n'a encore jamais vue.

On la considère trop comme une assurance — ce qu'elle n'est pas — il faudrait la considérer comme une société professionnelle et confraternelle, tout amicale, ce qu'elle est en réalité ; il faudrait en montrer les bienfaits et l'action hautement moralisatrice ; il faudrait surtout ne pas se reposer uniquement sur le Conseil d'Administration pour en assurer le fonctionnement.

Nous avions, lors de l'organisation primitive, prévu des Comités départementaux qui, dans notre esprit, eussent assuré la vie locale de la société et servi de centres de ralliement à ses membres : l'idée était bonne et dans les quelques rares villes où ces Comités ont eu un semblant d'existence, les résultats ont été féconds. Mais la force d'inertie a été la plus forte, l'insouciance a pris le dessus et nous avons dû supprimer des statuts ces Comités qui n'existaient que sur le papier.

Et pourtant, que de bien n'eussent-ils pas pu faire ?

Ils pouvaient éclairer le Conseil, lui soumettre des idées neuves, le renseigner sur les besoins ou les aspirations des sociétaires — et le Conseil, vous le savez, ne ferme pas l'oreille à de telles suggestions.

Ils pouvaient en un mot assurer à la Mutualité familiale la vie qui lui manque et que tous nous voudrions lui voir.

Cette prospérité, chers confrères, vous la souhaitez comme nous-mêmes : ne ferez-vous donc rien pour y arriver ?

H. MIGNON.

LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE SÉNAT

Suite des débats.

Séance du 21 juin 1927.

M. LE RAPPORTEUR. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, j'éprouve une certaine peine à venir ici contredire des collègues, des confrères, qui sont des amis ; mais nous sommes divisés certainement pour un instant seulement, et c'est le seul désir de mieux faire qui nous sépare à cette minute.

Vous pensez bien, messieurs, que la commission de l'hygiène s'est tenue en contact permanent avec le corps médical qui est la cheville ouvrière de l'assurance maladie. Elle a procédé avec le corps médical comme avec tous les groupements d'intéressés. Elle l'a fait avant qu'il ne se divise. Il est venu à ce moment présenter ses desiderata. La commission a reçu également les deux portions du corps médical divisé. Elle a examiné les suggestions du corps médical quand il a réformé le front unique. C'est vous dire que la commission a étudié de très près tous ses désirs.

Le tort de l'article 4 et des autres articles consacrés à l'assurance-maladie est peut-être d'être trop condensé : tout ce que la commission a voulu y mettre n'apparaît peut-être pas immédiatement.

Quels principes essentiels pose le corps médical ? Il demande d'abord le libre choix du médecin, ce que l'on a appelé d'un mot très heureux : la liberté de confiance. Il demande la rémunération à l'acte médical sans forfait. Il demande, en grande majorité, la suppression du tiers payant, bien qu'un certain nombre s'en accommoderaient et même le désirent. Il réclame le maintien du secret médical. Il a demandé longtemps des conventions syndicats-caisses qu'il voudrait encore maintenant pour régler les rapports entre les syndicats, les assurés et les caisses.

Ce qui domine le tout, c'est la crainte infiniment compréhensible de devenir des fonctionnaires

Tout récemment, quand le front unique s'est reformé, il a demandé surtout l'entente directe, c'est-à-dire la transformation de l'assurance sociale en un simple contrat entre l'assuré et la caisse, laquelle indemniserait l'assuré, d'après les constatations médicales.

Ce mot « entente directe » a fait fortune. Il représente aujourd'hui, aussi bien que possible, l'opinion, les désirs du corps médical français.

Tout cela, messieurs, est parfaitement défendable, et je crois qu'il faut regarder avec infiniment de sympathie du côté du corps médical et comprendre quelle est à l'heure présente sa mentalité.

Le corps médical, messieurs, a un long passé d'honneur, un long passé de bienfaisance et de sacrifice. Tout à l'heure, notre ami M. Roche parlait de l'ancien médecin, surtout de l'ancien médecin de nos campagnes pour lequel, disait-il, tout le monde a conservé une admiration profonde. Ce médecin-là s'est peut-être un peu éloigné, dit-on. Pourtant, le médecin, à la ville comme à la campagne, est toujours penché vers la souffrance. Vous vous souvenez des anciennes mutualités, qui ont pris depuis un si grand essor. Voulez-vous me permettre de vous dire que les médecins ont fait en faveur de la mutualité des sacrifices considérables qu'on n'a pas toujours complètement reconnus ? L'histoire de la mutualité, il faut tout de même le dire, n'est-ce pas, dans une certaine mesure, celle de la distribution du dévouement du corps médical ? (*Très bien ! très bien !*)

Rappelez-vous les tarifs que, hier encore, la mutualité imposait aux médecins.

Un sénateur a gauche. — Un sou par client !

M. le rapporteur. — Si je vous rappelais ces tarifs-là, messieurs, vous seriez surpris. Les gens de mon âge les ont connus, et c'était pitié vraiment de voir ce que l'on payait à des médecins pour un effort considérable. (*Marques d'approbation.*)

Le malheur a voulu que les lois qui ont suivi ont très souvent sous-estimé le travail médical : aussi des craintes se sont manifestées parmi les médecins, ils se sont laissé influencer par ces souvenirs. Et puis, messieurs, il faut bien le dire, il y a aussi la mentalité de l'heure, qui n'est pas exclusive au corps médical, qui a envahi toutes les parties du corps social. Il faut vous souvenir de tout cela, pour bien mesurer, pour bien apprécier les demandes du corps médical.

Qu'avons-nous réalisé ? Le libre choix. Il est inscrit dans la loi, aussi large que possible. L'assuré pourra consulter tous les médecins syndiqués, mais aussi les médecins non syndiqués qui auront accepté de figurer sur la liste, sauf ceux qui auront été écartés pour des raisons graves, et vous ne nous blamerez pas d'avoir limité de la sorte le libre choix.

Il y a, en deuxième lieu, la suppression du forfait. Nous avons toujours envisagé le payement à l'acte médical. Nous avions même stipulé, à un moment donné, que le ticket interviendrait pour la visite. Nous ne l'avons plus mentionné expressément, non pas que nous blâmions l'usage du ticket — si vous voulez bien regarder, vous verrez que ce que nous avons fait est empreint du plus large esprit de liberté — nous avons enlevé le mot « ticket », parce qu'on avait cru que nous voulions imposer le tiers payant. Nous sommes les adversaires du tiers payant, nous sommes, au contraire, partisans de la liberté des contrats.

Justement, et puisque j'en viens à ce mot de tiers payant, si vous voulez bien examiner le texte, le tiers payant est possible.

Il y a des régions — notamment celle que représente notre distingué collègue M. Basquet — où l'on demande le tiers payant. On me dira que la région est assez limitée, il n'en est pas moins vrai qu'on y demande le tiers payant. Nous ne l'interdisons pas, nous ne le recommandons pas, nous ne le repoussons pas, nous laissons la liberté aux intéressés de choisir ou de ne pas choisir le système du tiers payant.

Le secret médical ? Je voudrais bien qu'on me montrât dans la loi la moindre mesure prise pour le violer. C'est un statut qui est à la base de la vie médicale. Il ne pourrait pas venir à la pensée de médecins de prendre une détermination, quelle qu'elle soit, pour le détruire.

On nous avait demandé des conventions libres entre les syndicats et les caisses. Elles sont absolument libres, sous le contrôle d'une commission où sont représentés les caisses et les syndicats médicaux.

Quant au contrôle réel, il ne peut se faire qu'au point de vue technique. Nous y reviendrons ultérieurement à propos des articles suivants.

Parlons maintenant de l'entente directe. Si l'on veut bien relire le texte, elle est réalisable tout entière dans le projet. Quelle disposition interdit l'entente directe ? Elle peut parfaitement jouer, je le répète, dans les termes de notre texte.

Un point de vue reste très discuté : ce sont les tarifs. D'abord on ne les avait pas discutés ; mais depuis ils l ont été et ils le sont plus encore maintenant. Ce qui fait discuter l'idée d'un tarif, c'est le souvenir de ces anciens tarifs, de ceux de ces lois qui vraiment ne tenaient pas un compte suffisant de l'effort médical.

Or, messieurs, les médecins savent bien que les tarifs existent en fait partout. Il y a des tarifs syndicaux connus. Si vous alliez consulter tels médecins de la banlieue ou même du centre de Paris, vous liriez parfois cet avis dans leur salon : « — tant la visite, — tant la consultation. »

M. Ladrousse. — Mais il n'y a pas de maximum.

M. le rapporteur. — Les tarifs vont être librement discutés entre les syndicats et les caisses. Les médecins ne peuvent pas ne pas savoir que les tarifs sont nécessaires à l'établissement des budgets des caisses. La commission a même admis que le tarif peut n'être pas limitatif. Si, dans votre liberté de confiance, vous voulez choisir un autre médecin de

la liste dont le tarif soit particulier, vous le choisirez. La caisse vous indemnisera de la partie contractuelle du prix de la visite et vous aurez à faire l'effort complémentaire pour satisfaire votre désir. Votre liberté est donc entière.

J'ai suivi cette affaire de très près. Je la connais bien. Je pratique la médecine depuis 39 ans, comme je vous le rappelais l'autre jour.

Nous nous sommes efforcés de ne pas modifier les rapports normaux entre les médecins et les malades. La vie médicale continue, je le répète, normale, avec, en plus quelques papiers, avec quelques lisières indispensables. Ces papiers, ces lisières, sont la rançon médicale du progrès social. Mais les médecins trouvent d'abord dans notre loi une sécurité d'avenir absolument indiscutable. Cela n'est pas douteux.

Si nous demandions à nos collègues d'Alsace-Lorraine ici présents si des médecins voudraient à cette heure dans ces départements renoncer aux assurances sociales, ils nous répondraient qu'il n'y en a pas un quelle que soit sa situation personnelle.

Et puis, pourquoi ne pas parler de l'honneur du corps médical ? Pour ces praticiens, dont l'esprit est si élevé, messieurs, ce n'est pas chose négligeable. Les assurances sociales sont une œuvre de rénovation de la vitalité de la race. Les médecins, je le répète, qui ont la charge de la santé publique, qui sont déjà les conseillers des hommes — l'autre jour je le rappelais — vont devenir pour les organismes d'application de la loi des conseillers techniques associés à la grande œuvre de la défense et de l'extension de la vitalité française. Cela aussi, pour le corps médical, c'est singulièrement intéressant ! (*Très bien ; très bien !*)

M. GALLET. — Ils n'ont pas attendu aujourd'hui pour cela !

M. LE RAPPORTEUR. — D'ailleurs je leur ai rendu cet hommage, si vous vous en souvenez. C'est un grand idéal, messieurs, qui, à côté de la sécurité de l'heure peut passionner une corporation dont les âmes furent si hautes, dans le passé de notre profession. (*Très bien ! très bien !*)

Je reviens, messieurs, à l'amendement de nos amis; ils réclament la liberté ? Mais elle est entière dans le choix, dans le contrat, dans toutes les formules.

Le secret médical ? Personne ne le menace.

La plus simple indemnité de maladie payée par la caisse ? N'est-il pas à craindre que l'assuré — je ne dis pas l'assisté — ne la juge insuffisante et qu'elle ne l'incite pas à se considérer comme non réellement assuré.

La base de l'indemnité ? Vous me permettrez de vous dire que, dans l'amendement de vos amis, elle est vraiment complexe :

« Pour chaque acte médical régulièrement établi l'assuré reçoit de la caisse locale une indemnité de frais de maladie dont le montant aura été préalablement calculé en fonction de la nature de l'acte, de la distance qui sépare le malade du médecin le plus proche, du salaire de l'assuré, des ressources financières de la caisse d'assurances. »

Voilà une appréciation difficile, messieurs. De telle sorte qu'à mon grand et très vif regret je dois me séparer de mes collègues, confrères et amis.

Messieurs, soyez tout à fait tranquilles, le corps médical est frondeur, mais infiniment bon et dévoué, par définition. Ayez confiance en lui. (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Labrousse.

M. LABROUSSE. — J'aurais quelques observations à présenter au Sénat ; mais comme je ne pensais pas que la discussion se poursuivrait aussi rapidement. (*Exclamations.*), je ne suis pas prêt à prendre la parole. *Il s'agit d'applaudir, mais aussi de critiquer la profession médicale ; cette gent est quelque peu irritable, aussi je ne veux pas me livrer à une improvisation hâtive.*

C'est pourquoi je demande au Sénat de vouloir bien renvoyer la suite de la discussion de cet article à sa prochaine séance. (*Approbation.*)

M. LE PRÉSIDENT. — S'il n'y a pas d'opposition, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance. (*Adhésion.*)

(*A suivre*).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie. — M. le Dr MÉRY, médecin des Enfants-Malades, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.** = M. le Dr TROUESSART, professeur au Muséum d'histoire naturelle. Le Dr Trouessart, après avoir été médecin de marine, exerça la médecine à Paris (Passy), puis à Angers. Il acquit, à Angers déjà, une réputation de savant zoologiste et fut appelé à occuper une des chaires de zoologie au Muséum d'histoire naturelle. = M. le Dr André RABEL, de Rouen, âgé de 39 ans, médecin de la Crèche Brière, fondateur de l'Union rouennaise des Anciens Combattants et un des dirigeants les plus actifs du Racing Club de Rouen. = M. le Dr Louis DE WELLING, âgé de 84 ans, doyen des médecins de Rouen. Né à Strasbourg, le 30 août 1843, le Dr de Welling quitta l'Alsace, pour venir s'établir à Rouen, ne pouvant pas, après la guerre de 1870, supporter l'occupation allemande. Il fut un des premiers adhérents, puis le secrétaire général et le président de la Société protectrice de l'enfance de Rouen. Fondateur du Comité départemental de la Société de secours aux blessés militaires qu'il présida de 1884 à 1896, professeur à l'école municipale d'assistance aux malades (1879-1900), médecin de l'hôpital Lamauve (1880-1910), médecin inspecteur des écoles, médecin de l'école supérieure de commerce, etc., il assura, durant la dernière guerre et

malgré son grand âge, les fonctions de médecin chef de l'hôpital auxiliaire 6. Universellement aimé et respecté à Rouen, notre regretté confrère avait exigé que ses obsèques eussent lieu dans la plus stricte intimité. Médaille d'or de l'Académie de médecine, officier de l'Instruction publique, le Dr de Welling avait reçu tardivement la Croix de chevalier de la Légion d'honneur. = M. le Dr Albert Florence, professeur honoraire de pharmacie à la Faculté de Lyon.

— **Centenaire de Marcelin Berthelot.** *Fondation de la Maison de la Chimie.* — Le Corps médical se doit à lui-même de participer dans la plus large mesure à la Commémoration du Centenaire de M. Berthelot, dont le père, Jacques-Martin Berthelot, était, écrit Renan, « un de ces caractères de médecins accomplis comme Paris sait les produire, un homme admirable par la charité et le dévouement, qui soignait gratuitement la plupart de ses malades, qui vécut et mourut pauvre. »

Le Corps médical sait également que, grâce aux découvertes de Marcelin Berthelot, les laboratoires ont pu créer et mettre à la disposition des médecins un nombre imposant de médicaments nouveaux qui ont permis de réaliser de si beaux progrès dans l'art de soulager et de guérir.

Le Comité créé dans le 2e arrondissement pour seconder les efforts du Comité central vient donc vous prier de vous associer à son action de propagande en souscrivant à la gravure qu'il vient de faire éditer et qui représente l'illustre savant dans son laboratoire ; mieux encore, il vous demande de la placer avec les deux bandes imprimées qui l'accompagnent, bien en vue dans votre cabinet ou votre salon d'attente, de façon à provoquer le plus de souscriptions possibles dans votre clientèle.

Cette gravure, qui mesure 32 × 50, a une réelle valeur artistique ; elle est l'œuvre du maître Lucien Jonas, Prix de Rome, médaille d'or de la Société des Artistes Français, qui a bien voulu mettre gracieusement son grand talent à la disposition du Comité. Elle a été tirée sur simili Japon, sur papier d'Arches et sur Chine pour être vendue 5, 10, 30 et 50 fr. (ces dernières avec dédicace et signature de l'artiste) ; elle se trouve ainsi être à la portée de toutes les bourses, même les plus modestes.

Vous savez que les fonds recueillis sont destinés à l'édification de la Maison de la Chimie qui intensifiera le développement et la rayonnement de la Science française et donnera ainsi aux médecins des possibilités plus grandes pour lutter contre la maladie.

Mais les médecins ne sont pas seuls à bénéficier des progrès de la Chimie, les malades y sont, eux aussi, directement intéressés et en tirent des avantages plus grands encore dans l'atténuation de leurs souffrances et la prolongation de leur existence. Vous les persuaderez donc aisément qu'eux aussi ont une dette de reconnaissance vis-à-vis de Marcelin Berthelot et vous les déciderez sans peine, en souscrivant pour une somme vraiment minime, à s'associer à votre généreux effort.

(Prière d'adresser les commandes au Comité Marcelin Berthelot du 2e arr., 8, rue de la Banque, à Paris (2e).

— **Société médicale du Littoral Méditerranéen.** *IVe voyage médical international sur la Côte d'Azur* (Toulon, Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Grasse, Menton, Monte-Carlo, Monaco, Beaulieu, Nice, les Alpes). — Ce voyage aura lieu du 30 décembre 1927 au 8 janvier 1928.

MM. les voyageurs devront arriver à la gare de Toulon dans la matinée du 30 décembre, avant midi. Ceux qui ne pourraient arriver qu'à une heure plus tardive sont priés d'en aviser la Société médicale. Le voyage est réservé aux médecins, mais ceux-ci peuvent être accompagnés de personnes de leur famille. Les étudiants en médecine sont admis. Les demandes d'inscriptions sont reçues dès à présent dans les bureaux de l'Office du tourisme français : à Paris 8e, rue de Surène, 17. A Londres S.W.I. Haymarket, 56. A Amsterdam, Sarphatistraat, 15. A Barcelone, Cortès, 603. A Genève, rue du Mont-Blanc, 3 et chez Mme Juppé Blaise, Féderation of the Health Resorts of France, 19 A, Tavistock Square, à Londres, W.C.1, où chez M. Asser Agence Mundus, Groest 24, à Hilversum (Hollande).

Comme les voyages précédents, celui-ci sera organisé par la Société médicale, dans les meilleures conditions de luxe et de confort, et sera conduit de telle manière que les voyageurs visiteront, sans fatigue et dans le minimum de temps, les principaux établissements médicaux et scientifiques de la Côte d'Azur, en même temps que les sites les plus justement célèbres. De réceptions sont prévues dans les villes principales.

Une excursion en Corse sera organisée à la fin du voyage, si MM. les voyageurs en font la demande.

Pour tous renseignements, écrire au Président de la Société médicale, Dr M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice. Le nombre des places est limité.

— **Ve Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française.** — Le Ve Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française se tiendra à Lyon les 29, 30 septembre et 1er octobre prochains, sous la présidence du prof. Villard.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° Diagnostic et traitement chirurgical de la stérilité d'origine utérine et tubaire. MM. Chatillon (Genève) et Douay (Paris), rapporteurs. 2° Indications de l'interruption de la grossesse MM. Brouha (Liège) et Bué (Lille), rapporteurs. 3° De la séparation de la mère et du nouveau-né et des moyens de l'éviter. M. Rhenter (Lyon), rapporteur.

Seuls les membres des Sociétés de gynécologie et d'obstétrique de langue française pourront prendre part au Congrès. Pour tous renseignements, s'adresser au prof. Voron, 12, quai Titsitt, Lyon.

(*Communiqué par l'Association de la Presse médicale française.*)

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Relations de Paris P.L.M. avec les villes d'eaux et les centres de séjour du Dauphiné.* — L'attention des voyageurs désireux de se rendre en Dauphiné est plus particulièrement appelée sur les relations suivantes :

Deux relations rapides de jour : l'une avec 1re, 2e, 3e classes et wagon-restaurant entre Paris et Lyon. Paris dép. 8 h. 20. Grenoble arr. 19 h. 57 ; l'autre avec 1re classe et wagon-restaurant entre Paris et Lyon : Paris dép. 9 h. Grenoble arr. 19 h. 57.

Un rapide de nuit avec places de luxe, 1re, 2e et 3e classes : Paris dép. 19 h. 50. Grenoble arr. 7 h. 20. Du 14 juin au 30 septembre, ce train partira de Paris à 20 h. 45 et arrivera à Grenoble à la même heure, 7 h. 20

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

profiter du pied-à-terre que le confrère français met à sa disposition en France.

Les poursuites en exercice illégal, contre le diplômé étranger seraient certaines ; le médecin français serait même poursuivi pour complicité d'exercice illégal de la médecine et condamné, aux mêmes pénalités que l'étranger, en vertu du paragraphe troisième de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine.

Aussi, puis-je, d'une manière absolue, déconseiller très vivement un médecin français de s'associer avec un médecin étranger, résidant à l'étranger et muni d'un diplôme étranger, pour gérer un cabinet médical dans une commune limitrophe de la frontière, en France, bien que ce cabinet médical soit la propriété du praticien diplômé français. Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

2380. — Visite ou intervention de nuit.

J'ai été appelé un soir vers 23 heures auprès d'un accidenté du travail qui demeure à 5 kilomètres et lui ai pratiqué une injection de sérum antistreptococcique.

Que dois-je compter à la Compagnie d'assurances ?

Faut-il multiplier par trois les honoraires que j'eusse réclamés dans le cas de visite de jour (injection déplacement ou seulement le prix de la visite seule ?

Dans mon cas particulier, dois-je calculer :

Visite + injection de sérum antitoxique .... 20 fr.
Déplacement 5 + 5 = 10 kil. à 1 fr. 50 .... 15 fr.
35 × 3 = 105 fr.

ou seulement :

Visite de nuit .... 36 fr.
Supplément pour injection de sérum antitoxique .... 8 fr.
Déplacement 10 kil. à 1 fr. 50 . 15 fr.
59 fr.

Réponse.

La visite de nuit est triplée (article 4). L'intervention de nuit est majorée de 25 % (article 8). Choisissez. Le plus avantageux pour vous est de compter la visite triplée, soit 36 francs et non pas l'intervention avec 25 % (20 plus 5, soit : 25). Quant à votre « supplément », il n'a aucune base dans le tarif. Conclusion : comptez 36 plus 15, soit : 51 francs.

F. D.

II

2529. — Le double paiement de réduction d'une même fracture n'est pas dans le tarif.

Membre du « Sou » et abonné au *Concours*, j'ai à nouveau recours à votre obligeance pour l'établissement d'une note d'accident du travail.

Au petit cultivateur — fracture de clavicule —, je fais une écharpe de Mayor. Le surlendemain espérant obtenir un meilleur résultat, il désire voir un chirurgien : je l'envoie au Havre au Dr G. qui lui fait un appareil de réduction et me fait parvenir un mot, me demandant de le surveiller et me signalant que les bandes seront à resserrer au moins tous les deux jours. J'ai refait l'appareil une fois.

Le cultivateur a payé le chirurgien qui lui a demandé 200 fr., mais il voudrait bien se faire rembourser au moins en partie.

Réponse.

a) Il est certain que la Compagnie n'a pas à payer deux fois la réduction et contention d'une même fracture ;

b) La réduction et contention de la fracture de la clavicule est tarifée 50 francs (article 18).

Si le blessé s'est payé le luxe d'aller voir un chirurgien, alors que vous aviez déjà pratiqué la réduction et contention, c'est une affaire personnelle qui ne regarde que lui, surtout pour la question des honoraires supplémentaires.

F. D.

III

2322. — Extraction de dents traumatisées.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner un avis au sujet d'un accident du travail ayant nécessité l'extraction des deux incisives inférieures, en plus de points de suture au niveau de la lèvre et du menton. Dois-je compter :

Trois points de suture à la lèvre inférieure	25 fr.
Un point de suture au menton	15 fr.
Extraction des deux incisives	24 fr.

Ce qui me paraît excessif

Réponse.

Je crois que, pour les dents, il en est de même que pour les « ongles semi-détachés ». En accident du travail, on n'arrache pas une dent « mauvaise », mais celle qui est « semi-détachée » par le traumatisme. Si elle « tenait », on se garderait de l'arracher. Telle est la réponse qui vous serait faite en cas de litige, à mon avis. Quant à votre diversification de points de suture à la lèvre inférieure et au menton, je ne puis certainement l'admettre. Votre cas est celui de « sutures multi-

ples » : 25 francs. Là, pas de doute. Je vous fais donc un sérieux abatage dans vos prévisions, mais ce n'est pas ma faute et vous déclarez vous-même que votre comptabilité arrive à un point « excessif ». Nous sommes donc d'accord au fond.

F. D.

IV

2442. — Thermomètre fourni.

J'ai recours à vos lumières trop connues pour être de nouveau qualifiées ici pour une question tout à fait intéressante.

La Compagnie S.., m'a rayé dans une de mes notes un thermomètre médical (je suis propharmacien) fourni à un de mes blessés.

Or, ce blessé avait la maladie du sérum et faisait 40°.

Après mes explications, la Compagnie consent à payer cette fourniture, mais elle demande à son agent « de rentrer en possession du thermomètre et de l'adresser au Service médical de la Compagnie.

C'est pour la première fois que je vois une chose pareille. En soi, cela m'est indifférent, mais, en principe, à qui appartient le thermomètre ?

Cela peut aller loin, cette manière d'agir.

Réponse.

C'est la première fois que je vois une fourniture de thermomètre à un blessé du travail. Je sais que pour les pensionnés de guerre, cela n'est pas compris dans les objets à fournir (par crainte d'abus inévitables, hélas !). Ici, je ne pense pas un seul instant que vous auriez raison devant un Tribunal, en poursuivant pour paiement, pas plus que si vous fournissiez une baignoire, en cas de bains à prendre. D'autant plus qu'il a été jugé par la Commission supérieure des Pensionnés de guerre (sauf erreur de mémoire) que le thermomètre fait partie de la trousse médicale, comme le bistouri ou la pince, etc...

Conclusion. — La Compagnie s'est tirée spirituellement du cas, en ne refusant pas de payer (puisque déjà fourni), mais en le réclamant pour son usage personnel, dès guérison de votre blessé..... et je ne vois rien à répondre.

F. D.

V

2261. — 1° Durée de la visite ; 2° Abcès profond ou non ; 3° Consultation entre confrères.

Je vous serais infiniment reconnaissant de bien vouloir soumettre le petit dossier ci-joint (5 feuilles) à M. le Dr Decourt et le prier de bien vouloir me donner des indications pour l'établissement de ma note d'honoraires :

1° Comment tarifer mes visites qui duraient au moins trois quarts d'heure à une heure, et cela pour

enlever chaque fois la gouttière de Bœckel, faire un pansement sec de l'avant-pied et un pansement humide de la plante du pied, remettre la jambe dans la gouttière et enfin, pratiquer la vaccination antipyogène ?

2° Quel tarif appliquer pour l'ouverture, sous anesthésie locale, de l'abcès profond de la plante du pied ?

3° Les honoraires du chirurgien et du médecin traitant sont bien de 38 fr. pour une consultation au domicile du blessé ?

Dr W.

Réponse.

1° La durée de la visite ni la complexité du pansement n'influent sur le tarif des accidents du travail. Toutefois, si vous avez fait une « injection de sérum antitoxique », vous avez à compter non plus la visite, mais une intervention à 20 francs (article 16).

2° Il me semble difficile, *a priori*, et sauf cas spécial à décrire en détail, de classer un abcès de la plante du pied parmi les « abcès profonds non viscéraux : 100 fr. », notés à l'article 17. Vous pourriez peut-être, s'il ne fut pas vraiment classable parmi les « superficiels », demander 35 fr. par analogie avec « ouverture sus-aponévrotique de la paume de la main ».

3° Une consultation entre confrère est payée trois fois le prix de la visite simple, soit 36 fr., plus, dans les grands centres, l'indemnité moyenne de déplacement de 2 fr., soit, en effet 38 fr.

F. D.

VI

2245. — Le prix des traitements électriques d'après les années de l'intervention.

Je viens vous prier de vouloir bien me faire connaître quel est le prix d'une faradisation en août 1926 chez un blessé du travail, atteint de paralysie des péroniers latéraux à la suite d'une fracture de jambe au 1/3 supérieur.

La Cie la P. ne veut me compter que 14 fr. 40 pour 1926 et 18 fr. pour 1927.

La Cie trouve également que je n'aurais pas dû faire deux faradisations par jour en août et septembre. Or, j'avais demandé son autorisation et elle n'avait rien objecté. D'ailleurs, le blessé s'en trouvait très bien et j'estime en conscience que ces faradisations ont abrégé la durée de l'incapacité.

Dr P.

Réponse.

1° En 1926, le prix des interventions notées à l'article 26 est celui indiqué dans le tarif Breton de 1920 majoré de 20 %, soit dans votre cas : 12 + 2,40, au total : 14,40. En 1927, c'est le même tarif, majoré cette fois de 50 %, soit : 18 fr.

2° Quant au nombre de séances, c'est là une question non plus de tarif, mais de *fait* dans laquelle je ne m'immisce jamais.

F. D.

VII

2270. — Epluchage.

Un accidenté du travail se présente chez moi avec une plaie contuse profonde du mollet par coup de pied de cheval. Après avoir nettoyé et régularisé la plaie, je draine sans suture, et je fais un pansement et une injection de sérum antitétanique. Après guérison, j'envoie au patron la note suivante :

Certificat initial .... 5 fr.
Sérum antitétanique .... 20 »
Régularisation, épluchage et drainage d'une plaie contuse profonde .... 35 »

estimant qu'il y avait, dans ce cas, analogie avec « régularisation, épluchage et suture... ».

L'assurance me propose 25 francs, la réduction étant « relative à la suppression du coût de la régularisation, épluchage, que la compagnie considère comme pansement, dont les honoraires ne peuvent se cumuler avec ceux de l'injection de sérum pratiquée le même jour. »

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir ce qu'il y a lieu de faire en pareil cas.

Dr G.

Réponse.

Il n'y a eu ni réunion par première intention, ni anesthésie, ni même points de suture, il ne peut donc y avoir à compter un « épluchage » (voir la note 1 de l'article 17 à ce sujet). Vous rentrez donc dans le cas de pansement ordinaire compris dans le prix de la visite, prix qui est remplacé, dans votre cas, par celui de l'injection antitétanique. C'est donc bien 20 + 5, soit 25 fr. que vous doit la Compagnie.

F. D.

Application du tarif Maginot-Marin

I

2454. — Transfusion du sang.

Auriez vous l'obligeance de me renseigner sur les tarifications suivantes concernant des soins à un pensionné de guerre :

1° Visite de nuit *prolongée* 4 heures en raison de la gravité du cas (hématémèse avec mort imminente) ;

2° Grande transfusion de sang de 400 gr. avec l'appareil de Bécart, un aide pour la transfusion ;

3° Visites successives avec injections massives de sérum, sous-cutané et intraveineux ;

4° *Consultation de nuit* avec un confrère chirurgien ;

5° Bien que la famille n'ait pas, je crois, l'intention de le demander au chirurgien que j'ai fait appeler,

comment tarifer la gastro-entérostomie qui a été faite ;

6° N'existe-t-il pas de tarif médical pour pensionnés de guerre suivi d'un répertoire alphabétique analogue à celui édité pour les accidents du travail.

Réponse.

A compter *pour vous* :

a) Consultation de *nuit* avec confrère : consultation avec majoration de 50 % (article 62), plus nuit : majoration d'une visite (article 63), soit au total : deux visites et 1/2 à 10 francs, soit : 25 francs ;

b) Transfusion du sang de 400 gr. : 300 francs, plus, pour le donneur, s'il y a lieu : 450 fr. (article 1er du décret du 5 mars 1927) ;

c) Injection de sérum intra-veineux : 20 fr.

Pour le chirurgien :

a) Consultation de nuit : *idem* comme vous.

b) « Laparotomie avec intervention sur les organes abdominaux » 600 francs (article 74).

F. D.

II

2472. — Spécialiste ou non ?

Membre du « Sou Médical », je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis sur ce qu'il y a à faire dans la situation que voici :

Je suis installé depuis le début de l'année à A..., et je fais comme spécialité les maladies nerveuses.

Au sujet d'un malade, je demande, le 30 mars 1927, l'autorisation d'appliquer des séances de diathermie en indiquant le nombre : une douzaine. Je reçois l'autorisation. Le 4 juin, les douze séances sont terminées, le malade va mieux. Je lui donne un mot et lui-même va demander qu'on m'autorise à continuer ces séances : on m'envoie une autorisation.

Or, le 28 juin 1927, je reçois la lettre suivante :

« Le Préfet de ..., président de la Commission de Contrôle, à M. le Dr R., à A.,

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la Commission tripartite départementale a été informée que vous aviez été autorisé à pratiquer des séances de diathermie pour un bénéficiaire de l'art. 64.

Ces soins constituant une spécialité, la Commission Tripartite désirerait savoir en vertu de quels titres, soit scientifiques, soit de fait, vous exercez la profession de spécialiste des maladies nerveuses.

Dans le cas particulier du bénéficiaire traité, il est indispensable que vous puissiez justifier de votre qualité, non seulement de neurologue, mais aussi d'électrothérapeute

Vous voudrez bien indiquer notamment à la Commission : 1° si vous têtes inscrit au Syndicat des médecins spécialistes ; 2° si en fait, vous n'exercez que-

la spécialité des maladies nerveuses et depuis quelle date ; 3° si enfin, pour l'exercer, vous pouvez justifier d'un passé professionnel, sanctionné par des titres tels que trois années d'internat dans la spécialité ou deux années de clinicat ou de professeur adjoint.

La Commission tripartite vous prie enfin, avant qu'une décision soit prise à votre égard, de suspendre toute thérapeutique spéciale concernant les bénéficiaires de l'art 64.

Agréez..... ».

Or, évidemment, je ne remplis point toutes ces conditions. Je suis resté simplement, et environ pendant deux ans, interne des maisons de santé départementales de S... et de G...

Mais à A, aucun des confrères qui exercent des spécialités, radiologie, nez, gorge, etc., n'ont les titres nécessaires.

D'ailleurs, on ne les a point demandés à ces confrères. Qui plus est, avant de venir chez moi, le malade a subi une douzaine de séances de radiothérapie appliquée par un médecin qui fait de la médecine générale et qui n'a aucun titre pour être radiologiste.

De deux choses l'une, ou bien le règlement doit être appliqué à tous et A. n'aura qu'un ou deux spécialiste ; ou bien, il ne doit être appliqué que partiellement, et dans ce cas, de tous les confrères, je suis le plus qualifié.

Réponse.

1° Il n y a pas actuellement de « titres spéciaux légaux » pour vous donner le « galon » de spécialiste. Vous êtes docteur en médecine, vous pouvez donc donner tous *soins* relevant de votre titre.

2° Mais, *matériellement*, êtes-vous en *possibilité* de donner des soins spéciaux *réels* ? Etes-vous reconnu comme tel (quelle que soit votre spécialité) par vos confrères qui, par suite, vous envoient leurs malades relevant de votre spécialité reconnue et qui ne peuvent être traités par des omnipraticiens ? C'est cela, et cela seul, qu'aurait pu vous demander la Commission de contrôle, à mon avis. C'est là une question de *technique professionnelle* que le secrétaire de la Commission de contrôle (et c'est pourquoi nous avons demandé qu'il fût *toujours* médecin), doit mettre à jour, soit lui-même, soit en déclanchant le contrôle sur place, avec enquête, etc...

3° *Conclusion*. — C'est le terrain sur lequel je me placerais, en répondant au secrétaire de la Commission de contrôle qui, seul (article 37) et non le Préfet « — a pour rôle de prescrire le contrôle direct. » Enfin, si après jugement et notification, je n'étais pas satisfait, je ferais appel devant la Commission supérieure dans les deux mois de la notification (article 434) et j'écrirais dans ce but à Monsieur le Président de la Commission supérieure de contrôle des soins aux pensionnés de guerre, Ministère du Travail, 37, rue de Bellechasse, Paris.

Tel est du moins mon avis donné entièrement à titre *personnel*, d'une façon générale.

F. D.

III

2401. — Note et bons de visite égarés.

Je fais encore appel à votre obligeance pour un renseignement : ayant adressé l'an dernier mon mémoire (2e trimestre 1926), pour soins aux mutilés de 667 fr. 05 à la préfecture et n'ayant rien reçu, je demande au préfet si j'avais été oublié ; or, on me répond aujourd'hui que la Préfecture n'aurait pas reçu mon mémoire. Notez qu'il s'agit de visites médicales ; or, je suis propharmacien et j'ai adressé sous le même pli recommandé mon mémoire de médecine et mon mémoire de pharmacie et celui de pharmacie m'a été payé. Puis-je, par un moyen quelconque, toucher mon mémoire (j'ai évidemment expédié les bulletins de visite qui seraient perdus), ou dois-je perdre le montant ?

Réponse.

Il y a là une question de *fait* à signaler au préfet à nouveau en donnant tous détails, y compris la date de votre lettre recommandée, plus le double de votre note d'honoraires (naturellement sans les justifications de bons qui furent égarées). Mais il pourrait y avoir enquête de la préfecture : 1° auprès du ou des maires pour retrouver les *talons* des carnets des malades portés sur votre note ; 2° sur les *ordonnances* que possède la Préfecture pour cette époque, puisque celles-ci vous furent payées.

En cas de *décision* non satisfaisante, car il doit y avoir à ce sujet un jugement de votre Commission départementale de contrôle, dès notification de ce jugement, faites appel dans les deux mois devant la Commission supérieure, en écrivant à Monsieur le Président de la Commission supérieure, des soins aux mutilés de guerre, Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris.

IV

2326. — Avis et autorisation.

L'art. 18 dit : en cas d'examen spécial, le médecin traitant doit en donner avis dans les 24 heures à la Commission de contrôle . Ce délai a été vraisemblablement fixé pour permettre à ladite commission d'avoir le temps de déclancher son contrôle, de voir si cet examen est justifié, de donner son autorisation ou d'opposer son veto. (Lorsqu'il s'agit d'une opération de grande chirurgie, le délai du préavis est de six jours, d'après l'art. 19, le contrôle demandant plus de temps, et si nécessaire, l'envoi d'un médecin contrôleur près du malade).La commission refuse ou accepte, fait connaître sa décision au médecin traitant, et tout va ainsi très simplement.

Mais certaines commissions, au lieu de notifier leur décision, adressent un simple accusé de réception, qui semblerait devoir être interprété comme une auto-

risation (qui ne dit mot consent), puis, lorsque l'examen est fait, un mois environ après, vous informent qu'elles estiment cet examen non justifié. L'accusé de réception semble d'autant plus une autorisation tacite que parfois, lorsque la nécessité de l'examen paraît contestée, il est accompagné de commentaires tels que : « un examen semblable a déjà été pratiqué le....., dont voici le résultat... est-il nécessaire d'en refaire un autre et pour quelles raisons ? »

Pareil errement paraît contraire à l'esprit de la loi ; si un préavis est exigé, c'est pour que la Commission puisse donner ou refuser son assentiment. En agissant autrement, on enlève au spécialiste toute certitude d'être rémunéré de ses frais, et il ne peut accepter de travailler dans ces conditions de duperie.

Réponse.

Les articles 18 et 19 prescrivent au médecin traitant de « donner avis » et rien de plus, dans les cas visés en ces articles. Vous êtes donc en règle, lorsque vous avez donné avis dans les délais prescrits et vous n'avez nullement à attendre que la Commission vous « notifie sa décision ». Elle fera de votre avis, ce que bon lui semblera. Vous n'avez pas à vous en occuper. C'est ce qui différencie cet « avis » de « l'autorisation » prévue à l'article 21 pour les hospitalisations, ou de celle prévue à l'article 80-VII, pour les radiographies à domicile.

F. D.

Accidents.

2301. — Accident du travail par un tiers.

Un ouvrier au service d'une entreprise de transport est tué, pendant le travail, par un tamponnement entre deux wagons ; il paraît y avoir faute de la Compagnie de chemin de fer.

Les ayants droit de l'ouvrier ont-ils recours seulement contre le patron ? ou peuvent-ils déposer une plainte contre la Compagnie pour homicide involontaire et se porter partie civile ?

Dr C.

Réponse.

L'article 7 de la loi sur les accidents du travail réserve expressément les droits de la victime ou de ses représentants contre les auteurs de l'accident, et leur permet de réclamer à ces derniers la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun.

Par conséquent, les ayants droit de l'ouvrier victime de l'accident, après avoir touché du patron ou de son assurance, les indemnités dues en vertu de la loi sur les accidents du travail, peuvent demander à la Compagnie de chemins de fer la réparation du complément du préjudice subi par eux, en prouvant que l'accident est dû à une faute ou une négligence de la Compagnie ou de ses préposés, conformément au droit commun.

Il serait peut-être difficile de faire la preuve du délit d'homicide par imprudence ; à notre avis, il serait préférable d'agir par la voie civile.

2321. — Accident du travail : Désobéissance aux ordres du patron.

Un chauffeur de camion transportant du minerai, reçoit l'ordre de son patron de ne pas aider les ouvriers qui chargent le minerai ; le chauffeur pour aller plus vite aide les ouvriers chargeurs ; un d'entre eux, par mégarde, le blesse au coude droit avec la pointe d'une fourche ; le patron est-il responsable de cet accident ?

Dr C.

Réponse.

Bien qu'en aidant les ouvriers chargés de remplir son camion, le chauffeur ait contrevenu aux ordres de son patron, l'accident dont il a été victime doit être considéré comme un accident du travail, puisque survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Voir dans ce sens Sachet, 1926, n° 413 et suivants. Même, dan s ce cas, la désobéissance de l'ouvrier n'a pas le caractère d'une faute inexcusable de nature à faire réduire le montant de sa rente, en cas d'incapacité permanente.

D'autre part, si l'accident est dû à une faute de l'ouvrier qui maniait la fourche et si ce dernier appartenait à une entreprise différente de celle qui occupait le blessé, le patron du blessé pourrait exercer contre le patron de l'autre ouvrier le recours prévu par l'article 7 de la loi sur les accidents du travail.

Fiscalité.

2235. — Base de la patente. Impôts à ajouter au loyer.

J'ai un bail d'avant guerre qui a été augmenté de 125 % plus la différence entre les impôts de 1914 et les impôts actuels.

Le contrôleur base ma patente sur le loyer augmenté des 125 % (ce qui est naturel), et augmente les impôts. Il me semble que la patente ne doit porter que sur le principal. Tant que les portes et fenêtres existaient, je les payais d'après mon bail ancien, et ma patente ne portait que sur le principal du loyer.

Sur quels articles puis-je me baser pour réclamer au contrôleur.

Dr X.

Réponse.

Les seuls impôts dont votre loyer en principal puisse être augmenté, sont les impôts à la charge du propriétaire, tel par exemple l'impôt foncier. Ainsi en a décidé la jurisprudence du Conseil d'Etat.

A. M.

Quarante-neuvième année — N° 31 — 31 Juillet 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2050-IV)

(Suite du Sommaire)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher. Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon, Rozet.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Jean CAZALIS, de Béziers, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 438. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 439. — Coutainville (Manche), plage sable fin, logem. rez-de-ch., 2 ch., 1 cuis., eau, à 1 min. plage tous fourniss. : août 600, sept. 350, à louer pour locat., tranq. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux (17e).

No 440. — Dame posséd. diplôme infirm. et ayant meill. réf., cherche situat. soit dans clinique ou chez doct., ferait office de secrét. accompagn. malade ou enfants. Mme Desmarais, 15, rue des Ecoles, à Sèvres (S.-et-O.).

No 441. — Préchacq-les-Bains, Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

No 442. — La guerre, racontée par nos généraux, 3 volumes absol. neufs, très belle reliure, 280 fr., port en sus, à coûté 360 fr.

Nº 443. — Rég. lyonn., à céd. raisons fam., anc. poste seul propharm. sans sage-femme. Rapp. 60.000, fixes import., logement confort. Faible indemnité.

Nº 444. — A vend. lit pliant, voit. enfant. salamandre, jumelle marine gross. 120. Faire offres.

Nº 445. — On cherche pers. connaiss, milieu médical parisien pour visit. client. à partir de septembre. Fixe et pourcent. Ecrire titres et référ.

Nº 446. — Seine-Inférieure. A reprendre d'urg. avec facil., excell. poste rapp. près de 100.000 fr. Grande mais. avec jardin. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5ᵉ). Tél Gob. 36-46.

Nº 447. — Seine-et-Marne. Chef-lieu canton, poste rapp. 48.000, possib. dével., médec. de l'hôpital et chem. de fer. Indemn. 25.000 à débatt., situat. très agréable, à voir de suite, 60 km. Paris. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5ᵉ). Tél. Gob. 36-46.

Nº 448. — Paris, import. polyclinique bien située, supérieurem. instal. à céder d'urgence, soit en totalité, soit avec association. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5ᵉ). Tél. Gob. 36-46.

Nº 449. — Côte-d'Azur, excell. clientèle en augment., 115.000 fr. touchés en 1926, conviendr. à interne en chirurgie très actif et parlant anglais. Maison confort. 11 pièces, loyer 4.000. Cession pressée, condit. 80.000 dont 50.000 compt.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique obstétricale Baudelocque** (Professeur A. Couvelaire). — *Cours élémentaires de pratique obstétricale.* — Cours élémentaires d'une durée de deux semaines, sous la direction de MM. Lacomme et Ravina, chefs de clinique, avec la collaboration de MM. Séguy, Risacher, Sureau et Bach, anciens internes et internes des hôpitaux ; Hidden, ancien chef de clinique adjoint.

Première série : Du 1ᵉʳ au 15 septembre 1927.
Deuxième série : du 1ᵉʳ au 15 octobre 1927.

Droits : 150 fr. Inscriptions à la Faculté.

— **Clinique chirurgicale infantile et orthopédique.** (Professeur Ombrédanne). — *Un cours de clinique et de thérapeutique chirurgicales et orthopédiques* sera fait sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, du 14 septembre au 3 octobre, avec le concours de MM. Lance, assistant d'orthopédie ; Aurousseau, chef de clinique ; Saint Girons, chef de laboratoire ; Huc, ancien chef de clinique.

Droit : 250 fr. Inscriptions au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis de 14 à 16 h.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Clinicat.* — Sont proposés, après concours, pour les fonctions de chefs de clinique :

Clinicat chirurgical. — M. Oberthür, titulaire (Cochin) ; M. Brouet, titulaire (Hôtel-Dieu) ; MM. Garnier, Chabrut, adjoints (Hôtel-Dieu) ; MM. Bernard, Raiga, titulaires (Salpêtrière).

Clinicat thérapeutique chirurgical. — MM. Welti, Ameline, titulaires (Vaugirard).

Clinicat ophtalmologique. — M. Castéran, chef de clinique titulaire ; M. Kalt, chef de clinique adjoint (Hôtel-Dieu).

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques. — Chef de clinique titulaire sans traitement : M. Huet (Saint-Louis).

Clinicat gynécologique. — MM. Bonnet (Louis) et Chevalier (Broca).

Clinicat obstétrical. — Chefs de clinique : MM. Sureau, Seguy, Mlle Tisserand, M. Weill-Spire.

— **Ecole de médecine de Marseille.** — M. le professeur Léon IMBERT est nommé directeur de l'Ecole de Marseille.

— **Faculté de Bordeaux.** — *Clinicat.* — M. GAUTRET est nommé chef de clinique obstétricale.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours d'électro-radiologiste.* — Classement des candidats : MM. Joly, 59 ; Piot, 51 ; Truchot, 48 ; David, 47 ; Kahn, 45 ; Chaperon, 41.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours d'externat.* — Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 22 octobre 1927. Inscriptions du 12 septembre au 8 octobre inclus, à l'administration centrale de l'A. P., 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — M. le docteur JONCHERES est nommé médecin résidant à l'hôpital Saint-André.

— **Hôpitaux de Toulouse.** — Un *concours* pour la nomination d'un vénéréologiste adjoint aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Toulouse le 14 novembre prochain. Inscriptions au secrétariat général des hospices.

— **Hospices d'Orléans.** — *Concours de l'internat.* — Le concours d'internat, ouvert à Orléans sous la présidence du Dr Georges Petit, assisté des Drs Coville, Deshayes et Limouzi, vient de se terminer par les nominations suivantes. Internes titulaires : MM. Menger et Bardin ; interne provisoire : M. Chagnaud.

— **Naissances.** — Le docteur Robert FOURNIAT, et Madame, nous font part de la naissance de leur fils *Pierre*.

— Madame Marcel MORELL, femme de notre excellent ami MORELL, chef du secrétariat de l'administration du *Concours médical*, vient de mettre heureusement au monde une fille, *Colette*. Ceux de nos abonnés, et ils sont nombreux, qui ont apprécié, lors d'une visite dans nos bureaux, l'extrême obli-

geance de notre ami Morell, seront heureux de se joindre à nous pour lui présenter, ainsi qu'à Mme Morell, des félicitations sincères, et y associer de vifs souhaits de bonheur pour la très jeune *Colette.*

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un très grand regret la mort de Madame Gillet, femme d'un de nos dévoués collaborateurs à l'administration du journal. Nous exprimons à notre ami Gillet nos sentiments de bien vive sympathie et nos sincères condoléances.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Menton (Alpes-Maritimes).

Le traitement alloué est fixé à 16.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans les services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène. (*J. O.*, 20 juillet 1927.)

20 *juillet* 1927.

Concours pour une place de chef de clinique à l'hospice national des Quinze-Vingts.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu l'arrêté du 12 mai 1924 portant règlement

des services médicaux de la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts ;

Vu les rapports et avis du directeur et de la commission consultative de l'hospice national des Quinze-Vingts ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1er. — Il est ouvert un concours pour une place de chef de clinique à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Art. 2. — La date de ce concours est fixé au lundi 19 décembre 1927.

Art. 3. — Peuvent prendre part au concours les docteurs en médecine de nationalité française, âgés de moins de trente-cinq ans, qui témoigneront par des titres suffisants de la valeur de leur spécialisation, et dont la candidature sera agréée par le ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Art. 4. — Les inscriptions seront reçues à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, jusqu'au 3 décembre 1927.

Art. 5. — La liste des candidats admis à prendre part au concours sera arrêtée par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, après avis du directeur de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Art. 6. — Le concours comprend quatre épreuves :

1° Une épreuve sur titres avec majoration de quatre points en faveur des aides de la clinique des Quinze-Vingts et de deux points en faveur des stagiaires autorisés ;

2° Une épreuve pratique de réfraction sur un malade, avec vingt minutes d'examen et cinq minutes d'exposition ;

3° Une épreuve clinique portant sur un malade quelconque, avec vingt minutes pour l'examen du malade et dix minutes pour l'exposition ;

4° Une épreuve de laboratoire comportant :

A. — Examen microscopique d'une préparation d'anatomo-pathologie de l'œil ou de ses annexes ;

B. — Préparation et examen bactériologique d'une sécrétion.

Il sera accordé une heure de préparation pour l'ensemble et dix minutes pour l'exposition.

Le maximum de points à attribuer pour chacune des épreuves sera de vingt et de dix seulement pour l'épreuve sur titres.

Toute épreuve dont la note sera inférieure à la moyenne entraînera la non admissibilité du candidat.

Art. 7. — Le jury sera composé d'un membre de l'Académie de médecine, président ; d'un membre de la Commission consultative de l'hospice national des Quinze-Vingts, désignés l'un et l'autre par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, des quatre médecins en chef et du chef de laboratoire de la clinique.

Art. 8. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 18 juillet 1927.

André FALLIÈRES.

Concours pour l'emploi d'aide de clinique à l'hospice national des Quinze-Vingts.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Sur la proposition du conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1er. — Il est ouvert un concours pour l'emploi d'aide de clinique à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Art. 2. — Le concours aura lieu le 7 novembre 1927.

Le nombre des places mises au concours est fixé à quatre au minimum.

Art. 3. — Peuvent prendre part au concours les docteurs en médecine ainsi que les étudiants ayant pris au moins douze inscriptions à l'une des facultés de médecine de l'Etat, de nationalité française, âgés de moins de trente-cinq ans.

Art. 4. — L'inscription des candidatures sera reçue à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, jusqu'au 22 octobre 1927, à dix-huit heures.

Art. 5. — La liste des candidats admis à prendre part au concours sera arrêtée par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, après avis du directeur de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Art. 6. — Le concours comprend trois épreuves :

1° Une épreuve sur titres, avec majoration de deux points en faveur des stagiaires autorisés de la clinique des Quinze-Vingts ;

2° Une épreuve pratique consistant en l'examen d'un malade atteint d'une affection oculaire ; il est accordé vingt minutes pour l'examen du malade et cinq minutes pour l'exposition ;

3° Une épreuve pratique de réfraction. Il est accordé vingt minutes pour l'examen du malade et cinq minutes pour l'exposition.

Le maximum de points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé à vingt et à dix seulement pour l'épreuve sur titres.

Art. 7. — Le jury sera composé d'un membre de l'académie de médecine, président, d'un membre de la commission consultative de l'hospice des Quinze-Vingts, désignés l'un et l'autre par le ministre du travail et de l'hygiène, des quatre médecins en chef et du chef de laboratoire de la clinique nationale ophtalmologique.

Voir la suite page XXXIX-2089

PROPOS DU JOUR

Contre la Monopolisation des fonctions médicales administratives

Un de nos lecteurs du Sud-Ouest, nous adresse la question suivante :

De plus en plus, au-dessus du titre de docteur, on tend à instituer un super-doctorat : « le professeur » ou « le professeur agrégé ».

C'est ainsi que les Lycées n'admettent généralement plus comme médecins que les membres du corps enseignant à l'exclusion des praticiens, que dans les compagnies de chemins de fer ne sont plus agréés que les professeurs ou les professeurs agrégés... Il en est ainsi à peu près dans toutes les administrations...

Ne pensez-vous pas qu'il serait temps pour le Corps médical de réagir ?...

L'agrégation — pour ceux qui accordent une supériorité à ce titre — peut justifier des qualités pédagogiques ; mais ne confère pas un super-doctorat, ne crée pas un diplôme d'études supérieures contre lequel le Corps médical a toujours protesté avec véhémence.

La réponse à cette question nous paraît assez délicate. Ici nous sommes par principe et resterons ennemis de toutes les monopolisations et nous ne saurions admettre la monopolisation des services médicaux administratifs par les professeurs et les professeurs agrégés si tant est qu'elle existe, ce dont nous doutons, tout au moins pour Paris. Mais il ne faudrait pas tomber dans l'excès opposé et créer une incompatibilité qui pourrait restreindre les droits des professeurs et des agrégés.

Si l'Etat, comprenant mieux ses devoirs, faisait des professeurs de nos Facultés et de nos Ecoles de véritables fonctionnaires et leur donnait des appointements en rapport avec l'importance de leur mission et leur permettant de se consacrer exclusivement à leur enseignement, la question ne se poserait pas. Mais il n'en est pas ainsi et il n'en sera vraisemblablement pas ainsi de fort longtemps. Nous pouvons le regretter, mais nous devons nous incliner devant une situation que nous sommes impuissants à changer.

Les fonctions des professeurs et des agrégés dans l'enseignement sont donc pour eux des fonctions accessoires, qui leur donnent indiscutablement une notoriété, le plus souvent méritée, et qu'il n'est pas dans notre esprit, ni sans doute dans celui de notre correspondant, de contester et encore moins d'envier. Tout ce que nous pouvons et devons désirer, c'est que le titre d'agrégé, comme le demande notre correspondant, ne constitue pas pour celui qui l'a acquis une sorte de diplôme de superdocteur qui lui donne droit à un certain nombre de fonctions administratives en en excluant les autres docteurs en médecine.

Si notre syndicalisme médical était ce qu'il devrait être, l'exercice de la médecine serait organisé de telle façon que la question de la monopolisation des fonctions serait absolument résolue. Le libre choix du médecin par le malade serait une règle sans exception et aucune administration ne pourrait imposer un médecin à un de ses ressortissants pour lui donner des soins. La question du médecin traitant serait ainsi réglée. A notre avis, c'est la seule véritablement digne d'intérêt.

Mais, à côté du médecin traitant, le médecin, contrôleur est souvent nécessaire, non pour contrôler les actes ni la thérapeutique du médecin traitant, mais pour renseigner l'administration publique ou privée ou mettre un terme à de possibles abus. Ici, l'administration a, elle aussi, le droit de s'adresser au médecin de son choix, c'est à-dire à celui en qui elle a confiance et nous avons toujours soutenu que la liberté de confiance,pour le respect de laquelle nous sommes intransigeant, doit être assurée au malade pour les soins, comme au patron, à l'assureur, à l'administration publique ou privée quand il s'agit de renseignements et de contrôle.

Mais, nous objectera-t-on, les administrations publiques, ne sauraient être assimilées aux patrons, aux assureurs, ni aux administrations privées ; des interventions de toutes sortes et surtout politiques peuvent intervenir, ou des décisions gouvernementales peuvent créer un monopole en faveur de telle ou telle classe de médecins. Cela n'est pas douteux et, pour nous, il est encore plus fâcheux de voir des fonctions données à la faveur politique ou népotique que de les voir attribuer aux titulaires de titres universitaires. Néanmoins les deux genres d'attributions systématiques nous paraissent fâcheux. Seul un syndicalisme actif et puissant pourrait les empêcher.

Les Syndicats médicaux pourraient et devraient signer des ententes ou des contrats avec les administrations et les collectivités, fixant dansquelles conditions et à quelles

personnes compétentes seraient confiées les fonctions de contrôleurs. Les professeurs, ni les professeurs agrégés ne seraient exclus de ces fonctions mais l'on éviterait ainsi toute monopolisation préjudiciable à l'ensemble du Corps médical.

J. Noir.

La maison de la Chimie

La souscription pour la fondation d'une Maison de la Chimie dont la création a été décidée à propos du centenaire de Marcellin Berthelot, atteint *sept millions*, si elle ne les dépasse pas encore. Il est de toute nécessité que ce chiffre soit doublé si l'on veut faire de cette fondation ce qu'elle doit être et en retirer tous les services qu'elle est appelée à rendre.

Toute personne, savant ou industriel, commerçant ou professeur, agriculteur, pharmacien ou médecin, devra trouver à la Maison de la Chimie tous les renseignements, toute la documentation, tous les conseils ayant trait à la chimie dont elle pourra avoir besoin dans ses études, ses recherches ou ses applications d'ordre pratique.

Est-il besoin de faire ressortir les avantages que la Maison de la Chimie peut offrir au Corps médical ? Les sciences chimiques ont pris une importance de plus en plus grande en biologie et en thérapeutique. Les analyses chimio-biologiques tendent de plus en plus à tenir une place de premier ordre dans le diagnostic et, en dehors des recherches pharmacologiques, l'étude chimiques des substances alimentaires, celle des eaux minérales ne peuvent laisser indifférents les médecins tant les praticiens que les savants.

La chimie médicale occupera donc un des premiers rangs dans la Maison de la Chimie.

Il est donc tout à fait naturel que les médecins participent dans une mesure modeste mais appréciable à la souscription de la Maison de la Chimie en l'honneur du Centenaire de la naissance du grand chimiste Berthelot qui fut le fils d'un médecin praticien et membre de l'Académie de médecine,.

Les souscriptions peuvent être adressées au trésorier du Comité du Ve arrondissement de Paris (mairie du Panthéon). C'est dans cet arrondissement que Marcellin Berthelot enseigna au Collège de France, devant lequel s'élève le monument dressé en son honneur ; c'est au cœur du Ve arrondissement qu'il repose dans les caveaux du Panthéon.

J. Noir.

Membre du Comité
de la Maison de la Chimie
du Ve arrondissement

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le professeur Nobécourt.

Vomissements habituels par spasmes de l'estomac dans la première enfance [1]

Je vous ai montré à plusieurs reprises, dans la salle Husson, le bébé dont je vais vous parler.

Il est né le 1er novembre 1926. Le père et la mère sont bien portants, mais celle-ci est très nerveuse ; elle n'a pas eu d'autre grossesse.

La gestation et l'accouchement ont été normaux. L'enfant est né avec un poids de 3 kgr.

Pendant les huit premiers jours, on l'alimente avec du lait de vache coupé ; il prend par jour sept biberons contenant chacun 15 gr. de lait et 30 gr. d'eau. Puis on le met en nourrice. Huit jours après, il est pris de diarrhée verte, a du muguet et une éruption cutanée. Au bout d'une quinzaine de jours, ces troubles disparaissent.

Huit jours plus tard, vers l'âge de cinq semaines, l'enfant se met à vomir ; ce sont des vomissements alimentaires, tantôt immédiatement après la prise du biberon, tantôt, à plusieurs reprises, pendant la période digestive. On remplace le lait ordinaire par le lait sec, puis par le lait condensé. L'enfant continue à vomir.

(1) Leçon du 19 février 1927, recueillie par le Dr Laporte et revue par le professeur.

On nous l'amène le 13 janvier, cinq semaines environ après le début des vomissements.

Il est âgé de deux mois et demi, petit (53 cm. au lieu de 58 cm.), très maigre (3 kgr. 300 au lieu de 4 kgr. 850) ; le rapport $\frac{P}{T}$ est de 62 au lieu de 83. La peau est flasque et ridée. C'est un véritable athrepsique. La température est de 37°-37°3. Un petit chapelet costal indique un commencement de rachitisme.

Le bébé est très agité. Il remue sans cesse, il crie sans arrêt. Ses membres inférieurs sont repliés en flexion, raides, sans souplesse ; on a de la peine à les étendre, à les écarter. D'une façon générale, tous les muscles sont en état d'hypertonie. Les réflexes rotuliens sont vifs, mais normaux, il n'y a aucun signe de méningite ni de tétanie.

De temps en temps, quand l'enfant crie trop, il lui arrive d'avoir une phase d'apnée avec cyanose.

Le ventre est plat, résistant, difficile à déprimer et à palper. Le foie et la rate sont de volume normal. L'enfant a, dans la journée, trois selles jaunes liquides.

La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs.

M. Duhem pratique un examen radioscopique de l'estomac. Après ingestion de lait baryté, il constate un estomac hypertonique, ayant la forme d'une corne de bœuf. L'évacuation pylorique est retardée, le trajet pylorique filiforme. Cependant, au bout de deux heures, l'évacuation de l'estomac est complète.

Nous prescrivons les régimes suivants :

14 janvier. — 8 biberons contenant chacun 80 gr. d'eau de riz et 12 gr. de sucre de canne.

15-21 janvier. — 9 biberons contenant une cuillerée à café de lait condensé sucré et 40 gr. d'eau.

En outre, on donne chaque jour, du 15 au 20 janvier, un comprimé d'un centigr. de gardénal, on injecte sous la peau chaque jour, du 16 au 18, 30 cc. de sérum glucosé isotonique, on applique sur l'abdomen des compresses chaudes et humides.

Les vomissements diminuent rapidement. On en compte cinq le 13 dans l'après-midi, sept le 14, six le 15, trois le 16. A partir du 17, il n'y en a plus qu'un de temps en temps.

Les selles cessent d'être liquides et diminuent de nombre.

Le poids s'abaisse d'abord à 3 kgr. 150, le 17 janvier. Puis il remonte à 3 kgr. 270, le 21 janvier.

L'état général s'améliore, bien que, le 16 janvier au soir, la température s'élève à 38°2.

Bientôt malheureusement le tableau change. A partir du 22 janvier, les selles deviennent plus fréquentes et le poids diminue. Le 25 et le 26, l'état s'aggrave ; l'amaigrissement est rapide, l'enfant est somnolent, a du myosis, l'urée du liquide céphalo-rachidien atteint 2 gr. 60 par litre ; il y a quelques vomissements et de la diarrhée.

Finalement, le 26 janvier, le poids tombe à 2 kgr. 630 ; il a diminué de 470 gr. en quatre jours. L'enfant est dans le coma. Il meurt à vingt-deux heures.

Somme toute, ce bébé est entré à l'hôpital à deux mois et demi, pour des vomissements habituels datant de cinq semaines et attribuables à un spasme gastrique. Les vomissements ont disparu rapidement avec un régime approprié et du gardénal. Puis sont survenus des accidents d'athrepsie aiguë, dont il est mort.

Je pourrais vous citer bon nombre d'observations de ce genre. Voici celle d'un enfant qui a guéri.

Cet enfant naît le 21 novembre 1921, à huit mois, avec un poids de 3 kgr. Ses parents sont bien portants. C'est un enfant unique et la mère n'a pas eu d'autre grossesse. Il est nourri au sein par sa mère jusqu'à huit jours, puis avec de la farine lactée (une cuillerée à café diluée dans 50 ou 60 gr. d'eau, huit fois par jour.)

A l'âge de 15 jours, il commence à vomir. Il vomit soit aussitôt après le biberon, soit une à deux heures après et seulement une partie de son repas. Il n'a pas de diarrhée ; les selles sont grumeleuses.

Le 23 décembre 1921, les parents vont consulter un médecin des hôpitaux qui prescrit des frictions d'un gramme d'onguent napolitain par jour pendant vingt jours, une potion contenant de la teinture de belladone, du bicarbonate de soude et du bromure de sodium, l'alimentation avec de la farine lactée ou de la poudre de lait, diluée dans 50 gr. d'eau, huit fois par jour. Il prescrit en outre tous les soirs un lavement très chaud.

Les vomissements persistent, l'enfant maigrit. Il pèse, le 18 décembre, 2 kgr. 920 ; le 21 janvier, 2 kgr. 500. Il a donc perdu 420 gr. en trente-quatre jours, soit 12 gr. par jour.

On nous l'amène le 23 janvier 1922. Il a alors deux mois. Il mesure 50 cm. au lieu de 57 cm., pèse 2 kgr. 490 au lieu de 4 kgr. 500. Le rapport du poids à la taille est de 50 au lieu de 78. Il est légèrement hypothermique : 36°9 le matin et le soir. Il est très maigre, cachectique. Le pannicule adipeux a disparu, les fontanelles sont déprimées, les os du crâne chevauchent. C'est un véritable athrepsique. Il présente une raideur, une hypertonie généralisées.

Il n'y a aucun signe de syphilis. La réaction de Bordet-Wassermann (H^8), la cutiréaction à la tuberculine sont négatives.

L'enfant a deux ou trois selles jaunes par jour. Il n'a bu que de l'eau sucrée et n'a pas vomi depuis son entrée.

L'abdomen est dur, la région sus-ombilicale

un peu tendue. On voit des ondes péristaltiques qui commencent au-dessus et à gauche de l'ombilic et s'accentuent au-dessous et à droite de lui.

La radioscopie montre, après ingestion de gélobarine, un estomac allongé et dévié vers la droite. Une heure après le repas, presque toute la gélobarine est encore dans l'estomac, il n'y en a qu'une petite quantité dans l'intestin grêle.

Au bout de vingt-quatre heures, toute la gélobarine a passé dans l'intestin grêle et se voit jusque dans le cæcum et le côlon ascendant. L'enfant n'a pas vomi.

Les trois premiers jours, on fait une injection quotidienne de sérum physiologique, à la dose de 50 cc., 40 cc. et 25 cc.

Après un jour de diète hydrique, on donne, par jour, 8 biberons de 65 gr. (eau 25, puis 20 cc. ; lait 40, puis 45 cc. ; sucre de canne, 10 gr.).

L'enfant ne vomit pas. Son poids augmente rapidement. Le 31 janvier, il pèse 2 kgr. 750 ; il a augmenté de 260 gr. en sept jours, soit de 37 gr. par jour. La température s'élève à 37°, puis 37°6.

Par prudence, nous pratiquons une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien est clair, ne contient pas de leucocytes ; on y dose 0 gr. 43 d'urée par litre.

L'enfant sort le 31 janvier. Il prend, à ce moment, 8 biberons de 70 gr. (lait 50 gr., eau 20 gr., sucre de canne 10 gr.).

Nous le revoyons le 8 février, il pèse 3 kgr. 080 ; il a augmenté de 590 gr. en quinze jours, soit de 39 gr. par jour.

En somme, nous voyons, à l'âge de deux mois, ce bébé qui vomit continuellement depuis un mois et demi. Il est athrepsique. Nous portons le diagnostic de gastro-spasme avec spasme du pylore. Les frictions mercurielles faites précédemment n'ont amené aucune amélioration. Un régime simple amène la disparition presque soudaine des vomissements.

***

Les bébés dont je viens de raconter l'histoire, étaient atteints de vomissements habituels. Ces vomissements ont été décrits sous des appellations diverses.

Weil et Péhu, de Lyon, en 1900, décrivent un *pylorospasme essentiel*. M. Variot, dans la *Clinique infantile* du 1er novembre 1906, parle d'*irritabilité gastrique* et de *gastrite spasmodique*. M. Lesage, en 1911, dans son *Traité des maladies des nourrissons*, les rattache à la *maladie spasmodique*. Le professeur Marfan, en 1909, dans *Le Nourrisson* attribue à un *gastro-spasme émétisant*, la *maladie des vomissements habituels* dont il poursuit l'étude.

Je me borne à citer les auteurs français. A l'étranger ont été publiées de nombreuses études, dont l'énumération m'entraînerait trop loin.

Retenons que le *spasme de l'estomac* est le facteur important des vomissements que j'étudie aujourd'hui.

***

Ces vomissements apparaissent chez les bébés élevés au sein comme chez ceux nourris au biberon ou soumis à l'allaitement mixte. Souvent, on ne note pas de faute alimentaire. Les fautes alimentaires toutefois ne sont pas rares ; mais, quand elles existent, elles ne paraissent pas être le facteur étiologique important, elles jouent seulement le rôle de causes occasionnelles.

Le *vomissement* est le symptôme capital. Il débute soit dès la première semaine de la vie, soit, plus souvent, entre quinze jours et un mois ou un mois et demi, soit à trois ou quatre mois, rarement après quatre mois.

Il s'installe plus ou moins vite. L'enfant vomit d'abord de temps en temps, puis après la plupart des repas ; le vomissement devient *habituel*.

Les vomissements sont provoqués par les repas. Ils surviennent plus ou moins vite après la tétée. Tantôt ils sont précoces ; à peine la tétée est-elle terminée, que l'enfant vomit. Tantôt ils sont tardifs et ne surviennent qu'au bout d'une demi-heure, d'une heure, de deux heures. Il peut n'y avoir qu'un unique vomissement ; mais il n'est pas rare qu'après un vomissement précoce se produisent, pendant la durée de la digestion, deux ou trois vomissements plus ou moins tardifs.

Certains enfants vomissent après tous les repas, d'autres seulement après deux ou trois repas. Quelquefois, écrit M. Lesage, la tétée du matin ne provoque pas de vomissements, les vomissements ne commencent à apparaître que dans le courant de la journée.

D'ailleurs, les vomissements n'ont pas toujours, chez le même enfant, la même fréquence et la même importance ; il y a des périodes d'exacerbation et des périodes de rémission, pendant lesquels les vomissements s'espacent ou disparaissent.

D'après le nombre et l'importance des vomissements, on décrit une *forme légère*, une *forme moyenne*, une *forme sévère*.

D'une façon générale, les vomissements se produisent suivant *deux modalités principales*.

Dans une première modalité, qu'on peut appeler le *vomissement simple*, celui-ci est le seul symptôme ou presque. Il survient avec peu ou pas d'effort, de malaise, de phénomènes nerveux ; c'est une régurgitation ou une vomiturition ou un véritable vomissement, dans lequel le contenu de l'estomac est expulsé en jet.

Dans la seconde modalité, les *vomissements sont accompagnés d'un spasme généralisé*.

Plus ou moins tôt après le repas, l'enfant s'a-

gite, se met à crier, présente des contorsions du tronc et des membres ; ceux-ci se raidissent dans l'attitude du raccourcissement ; le visage est pâle, crispé, grimaçant. Comme le fait remarquer M. Lesage « tout l'aspect dénote la souffrance ». Le ventre est dur, rétracté ; on voit parfois, au niveau de l'épigastre, une petite saillie globuleuse, tendue, et des mouvements péristaltiques qui ondulent de droite à gauche.

Puis, tout d'un coup, se produit un vomissement en jet, explosif ; l'enfant semble soulagé ; il se calme. Tantôt le calme est définitif, tantôt, après quelques instants, les mêmes phénomènes se reproduisent, parfois à deux ou trois reprises pendant la digestion.

Les *matières vomies* sont plus ou moins copieuses. Elles diffèrent suivant le stade de la digestion, où se produit le vomissement, et suivant l'aliment. Généralement, elles ne contiennent pas de bile ; cependant quelquefois, elles sont teintées en jaune. On peut même voir quelques filets de sang noirâtre qui révèlent de petites hémorragies à la surface de la muqueuse.

Entre les crises de vomissements, il existe ou non des *symptômes nerveux*. Ces symptômes distinguent deux types principaux d'enfants.

Tantôt l'enfant n'a pas de symptômes nerveux apparents ; il faut les rechercher méthodiquement.

Tantôt, au contraire, les symptômes nerveux retiennent l'attention. L'enfant est perpétuellement agité ; il crie sans cesse ; son sommeil est mauvais, interrompu ; il se réveille brusquement en poussant des cris.

A l'examen, on constate un état d'hypertonie manifete. L'enfant est toujours raide et recroquevillé sur lui-même ; la tête est renversée en arrière et difficile à fléchir ; les membres sont dans l'attitude du raccourcissement ; on a de la peine à les étendre et à les écarter. Les muscles sont rigides, saillants ; il n'y a pas de contracture véritable, et en procédant avec douceur, on arrive à les assouplir. La rigidité peut être telle que la mère ou la nourrice ont de la peine à emmailloter l'enfant.

Pendant le sommeil, l'hypertonie diminue. Si on peut saisir un moment favorable, on constate que les réflexes rotuliens sont très vifs.

L'abdomen est plat, rétracté, dur, impossible à palper ; il y a alors, comme le dit M. Lesage, un spasme de tout l'intestin. Quand on arrive à déprimer l'abdomen, on constate que les côlons sont contracturés et donnent la sensation d'un tuyau de caoutchouc.

On peut observer tous les degrés dans l'hypertonie.

Dans une première phase, le spasme est intermittent ; il est provoqué par le repas. Puis, petit à petit, il se prolonge et finit par devenir permanent.

Parfois la rigidité est telle qu'on pense à un *syndrome de Little* en voie de constitution.

Parfois, on trouve des symptômes de *tétanie*, soit de *tétanie fruste* ou *occulte*, avec les signes de Chvosteck, de Weiss, de Trousseau, avec l'hyperexcitabilité électrique des nerfs et des muscles, soit d'une *tétanie avérée*. Certains enfants présentent des crises de *laryngospasme* ou d'*éclampsie*.

Les *symptômes digestifs autres que les vomissements* sont d'importance inégale.

L'appétit peut être conservé et même exagéré. Certains enfants prennent avec avidité le sein ou le biberon, car ils ont faim et soif. D autres sont des anorexiques ; on peut même parfois se demander s ils n'ont pas une véritable anorexie mentale.

Les selles sont normales ou fermes, peu copieuses, rares. Parfois, comme l'a constaté M. Lesage, les évacuations sont rares et consistent en une bile verte, épaisse, poisseuse, à laquelle sont mélangés quelques grumeaux de lait. Somme toute, ces selles présentent les caractères de celles des enfants inanitiés ou hypoalimentés. Certains malades ont des diarrhées de types divers ; mais elles ne font pas patrtie intégrante du syndrome.

L'*état général* est affecté à des degrés variables suivant l'importance et l'ancienneté des vomissements ; ceux-ci, en effet, ont pour conséquence l'hypoalimentation et l'inanition.

Certains enfants sont maigres, sans présenter de vrais symptômes de dénutrition. Leur poids est stationnaire dans l'ensemble, car il y a des périodes d'augmentation et des périodes de diminution.

D'autres sont dans un état de dénutrition profond ; ils sont très maigres ; leur pannicule adipeux est très réduit ; ce sont des cachectiques, des athrepsiques. Quand l'athrepsie s'installe, il y a souvent de l'hypothermie et de l'azotémie.

***

Aussi longtemps que les médecins n'ont pas eu à leur disposition la RADIOLOGIE DE L'ESTOMAC, les caractères des spasmes gastriques n'ont pas été élucidés. Elle a apporté des précisions sur les modalités des contractions de l'estomac.

Il convient tout d'abord d'observer ce qui se passe à l'*état normal*. Comme l'ont exposé MM. Leven et Barret, dans *La Presse médicale* du 8 mars 1906, voici ce qu'on constate.

Pendant la tétée, l'estomac se remplit à la façon d'un sac de caoutchouc ; le liquide a un niveau horizontal et est surmonté d'une poche d'air.

Dans les minutes qui suivent la tétée, se produit une contraction brusque et totale de l'estomac, qui devient globuleux ; cette contraction persiste jusqu'à la fin de l'évacuation. Sous son action, le contenu de l'estomac est chassé vers le

pylore et vers le cardia. Le transit pylorique est continu. D'autre part, l'air est expulsé par la bouche, et, comme chez les bébés, le sphincter du cardia est rudimentaire, il se produit facilement une régurgitation ; cette régurgitation est, pour ainsi dire, un phénomène physiologique.

On peut observer diverses modalités quand il existe un spasme gastrique.

La *modalité commune* a été bien précisée par MM. Barret et Chaufour, dans *La Presse médicale* du 18 octobre 1922. C'est un *gastro-spasme généralisé.* L'estomac se contracture dans les régions pylorique, prépylorique et moyenne ; à ce niveau, la cavité est rétrécie. Par contre, au niveau de la grosse tubérosité, où la musculature est plus faible, la paroi ne résiste pas à la pression intra-gastrique et, par suite, la cavité est relativement grande. Le péristaltisme est diminué par suite de la contracture ; on n'observe que quelques contractions lentes, courtes et de faible amplitude.

L'évacuation pylorique s'effectue de plusieurs façons. Pendant le spasme, l'occlusion pylorique est complète. Le spasme peut durer quelques minutes, un quart d'heure, une heure et même davantage. Quand il disparaît, le pylore s'ouvre et le contenu de l'estomac passe dans le pylore, parfois rapidement ; l'ouverture du pylore peut se produire brusquement. Dans certains cas, on assiste à des alternatives de spasme et de relâchement du pylore ; l'évacuation est alors irrégulière et discontinue.

Quelquefois, comme l'a constaté le professeur Marfan, le spasme respecte la région pylorique ; l'évacuation est alors continue.

La durée de l'évacuation dépend de ces diverses circonstances. Elle peut être normale, si l'évacuation est active dans l'intervalle du spasme ; elle est prolongée, si le spasme est tenace et répété.

En résumé, dans cette modalité commune, il se produit un spasme total de l'estomac qui, en général, intéresse la région pylorique, qui, parfois la respecte.

Voici maintenant des *modalités plus rares.*

MM. Barret et Chaufour ont constaté dans le gastro-spasme généralisé la présence fréquente, à l'union de la grande tubérosité et de la partie moyenne, d'une encoche plus ou moins profonde qui « peut donner l'impression d'une déformation biloculaire. »

M. Variot, à la *Société de Pédiatrie,* le 17 juin 1919 et à la *Société médicale des hôpitaux,* le 11 novembre 1921, a présenté les observations de deux bébés atteints de vomissements habituels, chez lesquels la radioscopie montrait l'existence d'un estomac biloculé. Une cloison partie de la partie moyenne de la grande courbure divisait la cavité gastrique en un étage supérieur, correspondant à la grosse tubérosité, et un étage inférieur, occupant la région pylorique. Le lait bismuthé passait pour ainsi dire en cascade de la première dans la seconde poche. Il ne s'agissait pas d'une biloculation anatomique, mais d'un *médio-spasme gastrique,* comme l'a établi l'évolution ultérieure.

On rencontre parfois un *spasme localisé* au *cardia.* MM. Lesage, Leven et Barrett en 1918, MM. Méry, Guillemot et Arrivé en ont observé des cas. Ce sont des variétés rares.

Les constatations radiologiques permettent d'élucider le *mécanisme des vomissements* dus au spasme gastrique.

Quand le gastro-spasme est généralisé, la contracture de l'estomac détermine la compression de son contenu et son expulsion par le cardia puisque le pylore est fermé. Le vomissement est généralement précoce ; il se fait en une ou plusieurs fois, sous forme de régurgitation, de vomiturition ou de vomissement véritable.

Le spasme du cardia, d'après M. Lesage entraîne le vomissement par le mécanisme suivant. Il s'oppose à l'évacuation de l'air et entraîne de l'aérogastrie. L'enfant quitte le sein, paraît souffrir. « Tout à coup, la tension intragastrique devient telle que, l'estomac rejette brusquement son contenu soit dans l'œsophage, soit dans l'intestin. »

Quand le pylorospasme prédomine, l'enfant ingère une certaine quantité de lait ; la poche gastrique fait saillie à l'épigastre. Le vomissement est plus ou moins tardif. D'après Weil et Péhu, il y aurait des vomissements répétés et abondants, un quart d'heure ou une demi-heure après les repas.

Les vomissements prennent une intensité particulière quand, en plus de la contracture de la paroi gastrique, il existe un spasme généralisé à tous les muscles, une contracture des muscles de l'abdomen et du diaphragme.

***

La contraction de la musculature gastrique, qui, dans certaines circonstances, provoque le vomissement est un acte réflexe. Cet acte comprend une excitation de la muqueuse gastrique, la transmission de cette excitation au centre réflexe du bulbe, enfin, la transmission de l'excitation au muscle gastrique. Le pneumogastrique est le nerf sensitif et moteur.

Le gastrospasme peut être provoqué soit par une hyperexcitabilité de la muqueuse gastrique, soit par une hyperexcitabilité du pneumo-sympathique, soit enfin par une hyperexcitabilité des centres nerveux. Il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de préciser le rôle de chacun de ces facteurs. Le rôle des centres nerveux n'est certainement pas à négliger, quand on connaît les vomissements que causent les méningites, les tumeurs cérébrales et d'une façon générale, l'hypertension intra-crânienne.

En tout cas, ce qui domine dans l'ÉTIOLOGIE des vomissements habituels par spasmes de l'estomac, c'est l'existence d'un *terrain particulier*.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, l'alimentation ne paraît pas avoir une influence bien grande, puisque ces vomissements peuvent se produire avec une alimentation tout à fait normale ; touetefois, les fautes commises peuvent constituer des facteurs occasionnels ou adjuvants par l'irritation de la muqueuse gastrique qu'elles entraînent.

Les enfants ont souvent une *hérédité névropathique* et sont eux-mêmes des *névropathes.* Ils sont agités, hyperexcitables ; ils présentent cette hypertonie musculaire dont j'ai parlé à propos de leur examen. Pour le professeur Marfan, cette hyperexcitabilité serait un « phénomène secondaire, conséquence et non cause de la maladie des vomissements habituels ». Pour d'autres auteurs, et cette opinion me paraît justifiée pour un certain nombre de malades, elle serait le phénomène primitif. De fait, il n'est pas rare de voir les vomissements se montrer chez des enfants déjà considérés comme des nerveux et de constater les bons effets d'une médication sédative à la fois sur le nervosisme et sur les vomissements.

Les vomisseurs peuvent être atteints de *syphilis congénitale.* En 1919, M. Marfan signale sa fréquence. En 1921 et 1922, avec M. Lemaire et Mlle Donzeaux, il insiste sur son rôle : sur 57 cas, 19 fois, la syphilis était certaine, 20 fois, elle était très probable ; le traitement par des frictions mercurielles peut faire disparaître les vomissements après échec de la thérapeutique antispasmodique. Le professeur Marfan conclut « La syphilis congénitale est la cause la plus fréquente, sinon la seule, de la maladie des vomissements habituels des nourrissons », qui, je le rappelle, peut être considérée, comme une « sorte de gastro-névrose ».

Pour expliquer ces vomissements des syphilitiques, on ne peut, ajoute M. Marfan, émettre que des « hypothèses sans valeur ». Toutefois, dans deux cas, le liquide céphalo-rachidien contenait quelques lymphocytes et de l'albumine en légère augmentation.

Divers médecins ont rapporté des faits en faveur du rôle de la syphilis, tels MM. Navarro et Bérétervide, en 1921, Beutter, en 1921, Vaglio en 1923, Gianteni en 1925.

Le rôle de la syphilis est discuté. En 1922, M. Mamerto Acuna trouve la syphilis dans 5 cas, ne la trouve pas dans 3 autres ; il s'agissait de bébés nerveux. En 1923, M. Cozzolino, conclut que la syphilis n'intervient pas habituellement. Dans la statistique de MM. Marfan et Lemaire, on remarque que, sur 100 cas, la syphilis manque dans 31, est douteuse dans 35, n'est manifeste que dans 33.

Somme toute, parmi les bébés qui ont des vomissements habituels par spasme de l'estomac, les uns sont syphilitiques, les autres ne le sont pas. D'après mon observation, l'absence de syphilis n'est pas rare. Les deux enfants dont j'ai parlé au début de cette leçon n'étaient pas syphilitiques. L'état du second s'était même aggravé pendant le traitement mercuriel qui avait été conseillé par un médecin avant son entrée à l'hôpital, tandis qu'il a guéri rapidement par le traitement simple que nous avons institué.

Les bébés qui vomissent habituellement présentent quelquefois des signes de *tétanie* occulte ou avérée, du laryngospasme ou de l'éclampsie.

MM. Henri Lemaire et Ollivier ont étudié dans *Le Nourrisson* de septembre 1922 les rapports des vomissements habituels et de la tétanie, à propos de quatre cas qu'ils ont observés. Trois enfants étaient nourris au sein et un au biberon. Deux avaient des tétanies avérées, deux des tétanies occultes. Ils ont guéri rapidement par le traitement de la tétanie : chlorure de calcium et huile de foie de morue phosphorée. Pour ces auteurs, la tétanie cause « un syndrome clinique analogue à la maladie des vomissements habituels, mais il convient de le séparer nettement..... Il n'a pas la même étiologie, bien que cliniquement il soit impossible de l'en distinguer ».

Le rôle de la tétanie dans la production des vomissements est admis par divers auteurs..

Somme toute, le gastro-spasme habituel des nourrissons, qui est une cause de vomissements, est un syndrome clinique relevant de processus divers, soit de l'hyperexcitabilité de la muqueuse gastrique ou du système nerveux gastrique, soit de l'hyperexcitabilité des centres nerveux. A l'origine, nous trouvons un terrain névropathique, — ce terme de névropathie étant pris dans une acception très large et forcément peu précise —, capable de créer le spasme en dehors de toute faute alimentaire ; ce terrain est sous la dépendance d'une hérédité nerveuse, de la syphilis, de la tétanie. Quelquefois, des fautes d'hygiène alimentaire, en entraînant l'irritation de la muqueuse gastrique, déclanchent le réflexe qui provoque le spasme ; mais elles ne sont pas indispensables.

***

Les spasmes de l'estomac ne sont pas les seules causes des vomissements persistants habituels, chez les nourissons. Le DIAGNOSTIC est à faire avec les autres causes de vomissements et notamment avec la *sténose hypertrophique du pylore.*

Les symptômes peuvent présenter des différences notables, que je n'ai pas le temps d'exposer ; mais, en réalité, c'est la radiographie qui apporte de la précision au diagnostic différentiel. D'après MM. Barret et Chaufour, les caractères radiologi-

ques de la sténose hypertrophique sont : l'intensité de la lutte péristaltique, d'où l'aspect multilobulé de l'estomac ; l'importance de la dilatation prépylorique ; la coïncidence de l'évacuation avec le péristaltisme ; la prolongation de la durée de l'évacuation, sauf pendant une courte période dans laquelle l'énergie de la contraction gastrique compense l'obstacle pylorique. Ces caractères sont bien différents de ceux du gastrospasme, que j'ai exposés tout à l'heure.

Voici les constatations faites par M. Duhem chez un enfant né le 13 juillet 1923, qui est entré dans le service le 17 août, à l'âge de 34 jours, pour des vomissements que rien n'arrêtait. L'enfant prend un biberon de lait baryté ; il en vomit une partie. La région inférieure de l'estomac contient le baryum ; elle a l'aspect d'une coupe de champagne. La région moyenne est occupée par le liquide qui est au-dessus du baryum. La région supérieure est remplie par de l'air. Les examens pratiqués de dix en dix minutes montrent l'absence de toute évacuation. Le diagnostic de sténose pylorique est porté. Broca pratique la pylorotomie extra-muqueuse, le 22 août. Le bébé se rétablit rapidement. Il quitte l'hôpital le 10 septembre, pesant 3.400 grammes alors qu'à l'entrée le poids était de 3.020 grammes.

Le diagnostic entre les spasmes gastriques et la sténose pylorique n'est cependant pas toujours facile. Les signes radiologiques peuvent être mixtes, soit que le spasme s'intrique à la sténose, soit, comme le pensent certains auteurs, que le spasme puisse aboutir à la sténose hypertrophique du pylore.

***

Les vomissements par spasme gastrique ont une gravité très variable, suivant les cas.

Assez souvent, ils présentent des phases de régression pendant lesquels l'enfant peut s'alimenter de façon relativement satisfaisante. Assez souvent le traitement entraîne une amélioration et même la guérison.

Si le traitement est nul ou mal dirigé, s'il s'agit de formes rebelles au traitement, la persistance des vomissements finit par entraîner l'hypoalimentation, l'inanition et la cachexie. En pareil cas, l'enfant meurt de cachexie ou de complications infectieuses : broncho-pneumonie, affection gastro-intestinale aiguë, etc.

Le pronostic dépend de la forme clinique, du traitement et enfin du milieu. Dans un milieu sain, les bébés résistent mieux qu'à l'hôpital où ils sont exposés à contracter des maladies.

***

Les INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES sont de divers ordres. La première, c'est d'alimenter l'enfant. La deuxième, c'est de calmer son système nerveux. La troisième, c'est d'améliorer l'état général. La quatrième, c'est d'instituer, si possible, un traitement étiologique.

Pour l'*alimentation*, il faut envisager les aliments et la technique des repas. On peut utiliser des aliments variés : le lait de femme ou le lait de vache frais et bouilli, stérilisé, homogénéisé, coupé, le kéfir n° 2, le lait condensé sucré ou le lait sec demi-gras.

En diluant plus ou moins le lait condensé et le lait sec, on obtient des aliments épais, qui souvent provoquent moins facilement les vomissements que les liquides. Dans la même intention, on peut encore utiliser le lait réduit par ébullition de moitié ou du tiers, suivant la technique proposée par Weil et Gardère, le fromage Petit Suisse délayé dans du lait ou de la farine.

Si l'enfant est au sein, il peut être utile de lui donner une petite quantité d'un aliment un peu épais immédiatement avant la tétée.

Il est utile de sucrer fortement les aliments avec 10, 15 ou même 20 gr. de sucre de canne pour 100. L'hypersucrage du lait, comme l'a montré M. Variot et comme je l'ai montré moi-même, a une action anti-émétisante manifeste.

Il peut être utile de supprimer le sein ou le biberon, et d'alimenter l'enfant à la cuiller, parce que l'acte de la succion détermine assez souvent une exagération du spasme.

Les repas seront d'abord peu abondants et assez multipliés. Plus tard, on augmente leur volume et on diminue leur nombre.

Pour calmer le système nerveux, on a recours aux *médications antispasmodiques*, générales et locales.

On fait vivre l'enfant au calme, à la campagne, à l'abri des excitations. On donne des bains chauds prolongés, on pose des enveloppements humides chauds.

Avant le repas, on applique sur la région épigastrique de l'huile de camomille et de l'ouate chaudes, un cataplasme de farine de lin, une compresse humide très chaude, au besoin un liniment calmant à base d'huile de jusquiame. On laisse ces applications pendant la digestion.

Les *lavements* de 60 à 150 gr. suivant l'âge, d'eau de guimauve ou de camomille chauds à 38°-40°, ou même 45°, administrés une ou deux fois par jour, ont une action antispasmodique très nette.

Divers *médicaments* peuvent être ordonnés.

M. Variot conseille le citrate de soude en solution à 5 gr. pour 300 gr. : une cuillerée à café avant les repas.

J'emploie volontiers un mélange d'eau de chaux médicinale et de sirop simple, l'eau chloroformée ou l'eau bromoformée saturée.

Eau de chaux médicinale		60 gr.
Sirop de fleurs d'oranger		20 gr.
Sirop de simple	q. s. p.	120 cc.

Eau chloroformée saturée....	} ââ	20 gr.
Sirop de fleurs d'oranger....		
Eau bouillie............q. s. p.		120 cc.

Une cuiller à café 5 ou 10 minutes avant le repas.

Le professeur Marfan prescrit la potion suivante :

Teinture de belladone	X gouttes
Bromure de sodium	1 gr.
Bicarbonate de sodium ...	1 gr. 50
Sirop simple....... q. s. p.	150 cc.

Une cuiller à café avant le repas.

On peut encore utiliser les poudres inertes, administrées dans le lait ou dans un julep : carbonate de bismuth, carbonate de chaux, kaolin précipité et lavé, etc.

Quand la dénutrition est très marquée, on stimule l'état général par des injections de sérum glucosé ou chloruré sodique.

Le gardénal à la dose d'un centigramme par jour, peut avoir une influence favorable.

Un *traitement étiologique* est institué, s'il y a lieu.

Si l'enfant est syphilitique, on le traite, suivant le conseil de M. Marfan, soit par les frictions d'onguent napolitain, soit avec la solution de lactate neutre de mercure à 1 p. 1000.

S'il y a tétanie, on prescrit le chlorure de calcium à haute dose et les rayons ultra-violets.

Les rayons ultra-violets peuvent être utiles d'ailleurs en dehors de la tétanie ; ils peuvent amener la sédation des spasmes, comme l'a montré M. Pierre Bézy.

***

Retenez donc que les vomissements persistants les vomissements habituels, attribuables au spasme de l'estomac, sont assez fréquents chez les nourrissons jeunes.

Ils réalisent un syndrome clinique relevant de causes variées et d'une pathogénie complexe. Ils relèvent soit d'une hyperexcitabilité de la muqueuse gastrique ou du pneumo-sympathique gastrique, soit d'une hyperexcitabilité des centres nerveux. Cette hyperexcitabilité est la conséquence d'un terrain névropathique, de l'hérédo-syphilis, parfois de la tétanie. Tantôt, le spasme est limité à l'estomac, tantôt il est généralisé et se traduit par un état d'hypertonie musculaire plus ou moins accentué.

Ces vomissements peuvent entraîner de grandes difficultés de diagnostic. Ils peuvent en imposer pour une sténose par hypertrophie du pylore.

Ce diagnostic peut être fait, grâce à la radioscopie notamment. Il doit être fait, car la sténose demande en général un traitement chirurgical. Si, au contriaire on reconnaît un gastro-spasme, le traitement médical approprié est souvent efficace.

ASTHME ET HOLO-SYMPATHIQUE

Par le docteur Roger André,

Médecin consultant aux Eaux du Mont-Dore.

La pathogénie de l'asthme a connu diverses phases phases d'explications qu'il est utile de rappeler brièvement pour exposer avec plus de clarté la conception actuelle.

A la période où la neurologie était particulièrement en honneur, l'asthme était considéré comme une névrose. « C'est une névrose respiratoire caractérisée par une crise de dyspnée paroxystique, disait Brissaud, le plus souvent accompagnée de troubles vaso-sécrétoires des muqueuses des voies aériennes. » Et G. Sée ajoutait que cette névrose était due à une excitabilité pervertie du centre respiratoire, mais dont le mécanisme demeurait inconnu.

Tous les auteurs s'accordent pour ajouter que la névrose est dans le bulbe et qu'elle agit par réflexe consécutif aux impressions périphériques. Ces impressions peuvent d'ailleurs être de deux sortes : ou mécaniques, ou toxiques. Mais toujours, elles supposent la surexcitabilité héréditaire ou acquise du bulbe.

Un peu plus tard, on a cherché à expliquer, la cause de l'excitabilité particulière de cet organe et on veut la trouver dans la *diathèse.* On a invoqué la goutte (Schlemmer père), la suralimentation (Marcel Labbé), une déficience du foie (Glénard, Moncorgé) comme substratum de cette diathèse ; mais la découverte par Ch. Richet de l'anaphylaxie fixa les idées.

Langlois, puis Billard, furent les premiers à soupçonner l'origine anaphylactique possible de l'asthme, mais il faut attendre Widal et son école pour avoir une démonstration irréfutable de cette conception, grâce au fameux marchand de moutons. Il montre que la crise de dyspnée est précédée d'une perturbation du milieu humoral caractérisée par une rapide leucocémie, par une inversion du pourcentage leucocytaire, une hypercoagulabilité sanguine et un abaissement de l'indice réfractométrique du sérum. Ce phénomène fut appelé : *crise hémoclasique.*

Cette crise, mieux dénommée par la suite,

« *colloïdoclasique* » a été retrouvée dans toutes les maladies par choc. Poursuivant ses observations, Widal et ses élèves montrèrent que la sensibilisation acquise n'est pas toujours nécessaire et ils furent amenés à croire que le malade pouvait avoir « une véritable tare humorale pathologique, une sorte de diathèse caractérisée par ce fait que son équilibre plasmatique est installé et le rend apte par conséquent à subir plus fortement la colloïdoclasie ». C'est cet état particulier que Widal appelle *diathèse colloïdoclasique*.

Mais entre temps, à la suite des belles découvertes d'Eppinger et Hess, l'attention fut attirée par l'importance du rôle joué par l'holo-sympathique dans toutes les manifestations vitales. Après que la théorie première opposant l'action du vague ou parasympathique à l'action du sympathique vrai fut mise au point, on a admis que tout fonctionnement normal d'un organe était dû à un heureux équilibre entre ces deux actions.

Dès lors l'asthme fut étudié à ce nouveau point de vue et, avec Lian, la plupart des auteurs ont admis que ce syndrome est une manifestation vagotonique. Cette conception satisfait d'ailleurs parfaitement et s'appuie sur de nombreuses constatations.

Après la découverte de Widal, il restait à expliquer la pathogénie de la sensibilisation car, comme le dit cet auteur : « si, parmi tous les sujets qui sont exposés, un très petit nombre seulement est capable de s'anaphylactiser et devient asthmatique, n'est-ce pas aussi en raison d'une vulnérabilité particulière des cellules de ce centre bulbo-médullaire qui, pour certains auteurs, seraient le siège fonctionnel de l'attaque de dyspnée asthmatique. » Et pour lui, le choc colloïdoclasique excitant ce bulbe créerait le déséquilibre vago-sympathique qui ensuite favoriserait l'apparition du phénomène. Lumière et Kopaczeski pensaient que la crise humorale irritait les terminaisons végétatives des capillaires et créait ainsi le déséquilibre. Pour tous ces auteurs, la crise hémoclasique est la première chronologiquement et provoque le déséquilibre vago-sympathique.

L'ordre des facteurs est aujourd'hui inversé et, depuis Tinel et Santenoise, les phénomènes de choc ne sont que des manifestations holosympathiques, ou tout au moins il faut qu'un certain sens de ce déséquilibre vago-sympathique, et toujours le même, existe pour permettre l'apparition du choc : *il faut une vagotonie*.

Et ces auteurs indiquent que la formule leucocytaire varie comme l'excitabilité de l'holosympathique. Bertelleti et Falta montrent que l'éosinophilie suit une marche parallèle à la valeur du tonus du vague. Or, on sait la valeur que Bezançon et son école accorde à la constatation d'éosinophiles.

Par la suite Tinel, Santenoise, Garrelon, Arloing, Guillaume affirmèrent leur pensée en disant que la prépondérance du vague dans l'organisme est la condition *sine quà non* de l'apparition de la colloïdoclasie et que l'on pouvait, par injection de drogues, en modifiant ce tonus, empêcher ou favoriser la production du choc. On a, d'autre part, montré que le choc apparaissant intervertit le sens du tonus holosympathique et donne une hyperorthosympathicotonie avec, comme conséquence, une certaine immunité. Telle est la conception actuelle et nous allons voir que l'expérience est d'accord avec l'hypothèse.

Ainsi donc, l'élément prédisposant et nécessaire au choc n'est pas autre chose qu'un déséquilibre des systèmes végétatifs antagonistes, mais déséquilibre à sens bien net et toujours le même.

Il faut maintenant se demander qu'elle est la cause de ce déséquilibre. Un facteur héréditaire peut intervenir. Peut-être n'y a-t-il là qu'une sensibilité anormale de l'organe (Vernet). Je pense que l'on pourrait envisager un trouble du métabolisme protéinique, trouble commandé par une perturbation endocrinienne.

Une notion nouvelle et qui a l'avantage de donner un substratum anatomique au phénomène a été donnée par MM. Bezançon et I. de Jong. Ces auteurs ont montré quelle importance il fallait accorder aux lésions pulmonaires discrètes et fibreuses, sortes « *d'épines irritatives* » qui déclanchent le déséquilibre par irritation des extrémités vagales et qui, de plus, « cristallisent » sur le poumon la réaction. Cette conception s'est développée et l'on admet maintenant des « épines » nasales, vésiculaires, appendiculaires, etc.

La théorie pneumogastrique de l'asthme est donc une hypothèse partiellement démontrée. J'ai, pour ma part, au cours de recherches exposées ailleurs (1), apporté une série de constatations nouvelles qui la confirment entièrement.

Mes recherches et expériences relatives aux actions *cataboliques* et *anaboliques* du système végétatif me permettant de mettre au point une méthode nouvelle de contrôle des états des tonus végétatifs, m'ont montré, chez les asthmatiques entre autres, une série de faits intéressants.

J'ai plus particulièrement étudié, à ce point de vue, trente-six asthmatiques-types, suivant la cure thermale Mont-Dorienne. J'ai pu pratiquer chez eux la série des épreuves végétatives classiques et leur appliquer une épreuve personnelle, et cela avant, pendant et après la crise. Ils étaient, bien entendu, soustraits à toute médication au moment des épreuves. Schématiquement, mes résultats ont été les suivants :

(1) Holosympathique et corps créatiniques, leur rapport avec le tonus musculaire, l'**épilepsie**, les psychoses **d'angoisse** et l'asthme. (L. Vinot, éd. Paris, 1927, 348 **pages**.

Immédiatement avant la crise, j'ai toujours constaté une hypervagotonie ;

Après la fin de la crise, une hyperorthosympathicotonie non moins nette.

Pendant la crise, je distinguerai deux cas :

Au début, alors que le malade est en dyspnée, intense : hypervagotonie.

A la fin de l'accès, alors que la dyspnée décroît, et que l'expectoration apparaît, la vagotonie fait place à une forte sympathicotonie.

Entre les crises, j'ai trouvé des tonus de sens variables, et même — certaines fois — un équilibre vago-sympathique parfait.

Mais un malade, chez qui une crise à venir est proche, a tendance à être vagotonique. Si, au contraire la crise terminée n'est pas encore très éloignée, il y a prépondérance de l'orthosympathique.

En d'autres termes, la crise commence toujours en hypervagotonie. Elle-même se compose de deux phases : la première, spasmodique et vagotonique ; la deuxième, avec phénomène plus spécialement sécrétoire et sympathicotonique.

L'après-crise est évidemment sympathicotonique. Dans l'intervalle des crises, le tonus pourra être de sens variable, mais reste relativement facile à prévoir si l'on situe dans le temps, et par rapport à la crise, l'instant de l'épreuve.

Ces résultats, exposés avec détails ailleurs sont intéressants et nullement en contradiction avec ceux observés par d'autres auteurs.

Ceux-ci avaient trouvé des résultats variables semblant indiquer que le déséquilibre vago-sympathique pouvait avoir un sens indifférent dans l'asthme. Ces résultats sont, à mon avis, inexacts pour deux raisons :

Tout d'abord, ces auteurs, au cours de leurs intéressantes recherches, s'appuient soit sur les données du R. O. C., soit sur les épreuves pharmacodynamiques. Or, nous avons vu ce qu'il fallait penser de la fidélité du R. O. C. (1), ; quant aux autres épreuves, elles sont également une source d'erreurs.

Mais quand bien même ces épreuves seraient fidèles, les auteurs ne se sont pas souciés suffisamment de la place qu'occupait dans le temps l'instant de leurs épreuves par rapport à l'accès. *Il est donc normal que tous les états du tonus holosympathique aient été trouvés, suivant l'instant de la recherche.*

Et nous conclurons en disant que l'asthmatique est un déséquilibré vago-sympathique à sens variables entre les crises.

L'accès éclate toujours, après une période de vagotonie plus ou moins longue, en nette hypervagotonie. Brusquement, au cours de la crise, le tonus change de sens ; en même temps, l'expectoration apparaît et le sympathique devient prépondérant.

Cette sympathicotonie persiste après la crise, puis s'atténue peu à peu et s'annule ; l'équilibre vago-sympathique apparaît alors et demeure plus ou moins influencé favorablement par la médication et en particulier, la cure thermale. Puis, la vagotonie réapparaît, va en croissant jusqu'à la nouvelle crise, et le cycle continue.

On voit que ces constatations sont en accord avec les théories de Tinel, Santenoise, etc...., quant à l'asthme, et qu'elles contrôlent également l'hypothèse de Sergent quant à l'accès.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'influence nerveuse dans les maladies chroniques.

Cette influence résulte d'une loi qui prolonge le symptôme morbide, alors même que les causes organiques, qui l'ont provoqué, se sont effacées peu à peu et parfois tout à fait. Le sujet est guéri organiquement ; il ne s'en doute pas et se plaint comme avant (Ch. Fiessinger).

Un malade, 66 ans, spécifique, atteint de pouls lent permanent (26 et 28 battements) voit son état demeurer stationnaire après une série de traitements spécifiques. L'examen démontre un blocage complet du cœur , c'est-à-dire une dissociation auriculo-ventriculaire totale ; l'auteur voit le malade très déprimé ; il lui remonte vivement le moral, lui assure la guérison et prescrit des cachets de théobromine (0,50) avec un centigr. de caféine ; le lendemain, le miracle est accompli, le pouls bat à 78, et le blocage a disparu. L'explication donnée est la suivante : le traitement spécifique a guéri l'artérite du faisceau de His ; un spasme demeure, provoqué par l'émotivité du malade ; un médecin arrive, donne confiance ; la confiance est une détente ; le spasme cède ; les troubles s'évanouissent.

Ch.-F. rapporte des cas de guérison tout aussi surprenants dans les arythmies complètes (extra-systoliques), dans un cas d'albuminurie chronique

(1) Le R. O. C., ce qu'on peut en attendre, ses indications dans l'asthme. (*Médecine pratique*, juin 1927.)

puerpérale (où le régime n'amenait aucune amélioration, et où la guérison survient quelques jours après la reprise de l'alimentation ordinaire), dans les maladies d'estomac ; la prudence exige ici une grande circonspection ; mais, en matière stomacale, quand les régimes sévères ne donnent rien, il ne convient pas de s'entêter outre mesure ; toutes références prises, le médecin essayera d'un changement moral qui rétablira les fonctions désemparées.

Dans la lithiase nerveuse, mêmes résultats ; l'influence nerveuse est considérable ; il suffit d'une émotion pour déclancher la crise, et ensuite ces dernières se répètent si l'état moral est mal adapté. Dans le diabète, nombre de femmes tombent diabétiques en raison de malheurs conjugaux. Quant à l'entéro-colite membraneuse, elle est directement d'origine émotive.

Pour la tuberculose pulmonaire et les affections cancéreuses, tous les traitements nouveaux opèrent ; un mieux est obtenu ; cela dure 8 à 15 jours, puis l'état antérieur reparaît ; le choc moral produit une amélioration, mais qui ne dure pas.

Au médecin de juger des cas particuliers ; mais il existe une constatation, c'est que l'influence psychique dans les maladies chroniques est beaucoup plus considérable qu'il n'est cru communément. (*Journal des Praticiens*, 1er janvier 1927.)

Traitement des péritonites tuberculeuses.

La méthode physiothérapique la plus généralement admise à l'heure actuelle est *l'héliothérapie.* La contre-indication, dit le Dr R.-A. GUTMANN, réside dans les formes à marche aiguë, les granulies, les poussées aiguës au cours des formes chroniques ; les lésions pulmonaires peu avancées ne sont pas une contre-indication.

L'héliothérapie doit être prolongée, complète et progressive ; la malade commence le traitement par trois séances de cinq minutes d'exposition des pieds, du bas des jambes et des avant-bras. Le lendemain, on double en augmentant les parties exposées ; le troisième jour, un quart d'heure sur les membres supérieurs, pied jambe, et le genou. Le quatrième jour, on atteint l'épaule et la moitié de la cuisse et on ajoute cinq minutes en commençant par la face postérieure des jambes et des bras. On augmente ainsi progressivement.

Cette période d'adaptation dure quinze jours environ ; si un érythème se produit, on arrête le traitement quelques jours. On protège la tête par un écran en toile et également le thorax en cas de lésions pulmonaires. Quand la pigmentation est produite, on peut exposer impunément le malade au soleil, en l'y laissant au maximum six heures.

La température optima est entre 30° et 40° au soleil, de préférence le matin, de neuf heures à midi et de 1 h. 30 à 4 h. 30. Après le bain, il faut essuyer soigneusement la sueur, faire boire le malade, lui donner un repas léger (œufs).

Dans les formes bénignes, et à la convalescence, l'association d'un bain de mer court précédant la cure solaire est indiqué.

Les *rayons ultra-violets* peuvent remplacer l'héliothérapie, la *radiothérapie* a été employée sans résultats très favorables ; enfin la *diathermie* n'est qu'un traitement symptomatique chez les malades qui souffrent, qui présentent des séquelles guéries, mais gênantes, constipation, douleurs.

Quant au *traitement chirurgical,* ses indications varient suivant les auteurs, après échec de l'héliothérapie, ou avant reprise de l'héliothérapie.

D'autre part, on a repris dernièrement les *injections dans la séreuse* (air) ; elles avaient été abandonnées durant un certain temps ; il peut y avoir amélioration locale et générale ; on ferait une injection tous les mois ou tous les deux mois (la quantité injectée sera sous faible pression, de moitié plus faible que celle du liquide enlevé) pour prévenir la formation d'adhérences et agir sur les gâteaux péritonéaux persistants ; ces injections itératives sont plus douloureuses que les premières.

L'*autohémothérapie* a donné un résultat favorable dans un cas de péritonite ascitique. Ne pas négliger le traitement général adjuvant.

Quant au *traitement spécifique* proprement dit, il comporte la méthode d'André Jousset (injections de sérum dans les formes ascitiques), 150 à 250 cmc. en plusieurs fois, et la méthode de Finikoff dans les formes caséeuses : injections intramusculaires d'huile iodée avec régime recalcifiant intense par les sels de calcium. (*La Consultation*, décembre 1926.)

Le traitement des dyspnées.

Le Dr Ch. FIESSINGER distingue trois grandes causes de dyspnées : les maladies des voies respiratoires, du cœur et des reins, il en ajoute une quatrième qui passe plus aisément inaperçue : les maladies du sang qui, à un certain âge, offrent une confusion avec des accidents rénaux, si le sujet a des traces d'albumine.

Si le malade a du cornage, un sifflement laryngo-trachéal inspiratoire, il s'agit d'une dyspnée laryngée, goitre s'il y a tumeur thyroïdienne, ou anévrysme de l'aorte décelée par les antécédents syphilitiques, la radioscopie, ou tumeur intra-laryngée.

Chez un enfant, une dyspnée subite fait rechercher la diphtérie, un abcès rétro-pharyngien, la déglutition d'un corps étranger, ou une laryngite striduleuse, si c'est la nuit ; il faut, en tous cas, examiner la gorge, introduire un doigt dans

l'arrière-gorge, chercher la fluctuation sur la paroi postérieure du pharynx.

Dans son cabinet, le médecin recevra des pleurétiques, des pulmonaires, des cardiaques et des rénaux ; il auscultera avec soin le cœur, percutera le poumon, prendra la tension artérielle, examinera les urines, recherchera même un zona.

L'examen des crachats fera diagnostiquer la tuberculose pulmonaire, la syphilis du poumon, la spirochétose pulmonaire, donnant lieu aussi à des crachements de sang répétés ; les arsénobenzols guérissent vite cette dernière affection.

Les rénaux plus graves, ceux qui dépassent déjà deux grammes d'urée sanguine, les cardiaques asystoliques, les cardiaques congénitaux sortent et visitent aussi le médecin, à son cabinet. Mais tous ces sujets, qui se promènent, ont besoin d'un repos absolu au lit. Le régime hydrolacté de réduction, la théobromine (deux cachets de cinquante centigrammes par jour), la digitaline (solution à 1 p. 1000, 5 gouttes, dix jours; suspendre deux jours et reprendre) font le reste.

Dans les cas d'anévrysme, il est nécessaire de prescrire un repos au lit pour de longs mois avec un régime de réduction et un traitement spécifique ; la survie peut s'étendre à de longues années.

D'ordinaire la chose est moins sérieuse, et le cœur n'a pas fléchi ; il existe un rétrécissement mitral. La digitaline à faible dose : V gouttes de la solution à 1 p. 1000, six jours de suite, avec suspension de deux à trois jours, et reprises de six jours, suffit à arrêter la dyspnée. Crachant souvent le sang, ces malades sont pris pour des tuberculeux pulmonaires ; une auscultation attentive suffit à lever le doute, et à distinguer cette lésion, de la chlorose, de la tuberculose pulmonaire, de l'asthme.

Lorsqu'il y a toux coqueluchoïde, et affaiblissement respiratoire d'un côté, il faut aussi par la radioscopie rechercher une tumeur médiastinale.

Avec un état fébrile, les malades atteints de bronchites capillaires, de bronchopneumonies, de congestions pulmonaires, gardent le lit ; toutefois, la granulie à son début n'empêche pas de longues marches.

Ne pas confondre l'asthme nerveux avec l'asthme cardiaque ou l'asthme rénal. Un valvulaire au cœur dilaté, un rénal avec distension cardiaque ou crises d'urémie dyspnéique sont pris pour des asthmatiques. Mais le traitement n'est pas identique. Le repos au lit avec régime de réduction hydrolactée, théobromine (deu x cachets de 0,50 centigr.), digitaline, V gouttes de la solution à 1 p. 1000 pendant dix jours conviennent aux asthmes cardiaques ou cardiorénaux. L'asthme simple réclame les fumigations opiaço-belladonées, les iodures, le régime lacto-végétarien déchloruré, les iodures, les piqûres d'adrénaline.

Dans la péricardite rhumatismale, la dyspnée est la plus angoissante ; il y a souvent pleurésie concomitante ; le salicylate de soude aux doses de 8 à 10 grammes pour un adulte vient le plus souvent à bout des accidents.

Des dyspnées suffocantes sont dues au pneumothorax (tuberculose pulmonaire) et à l'embolie pulmonaire (phlébites, rétrécissement mitral, endocardites infectantes) ; les injections de cinq milligrammes de morphine calmeront ces dyspnées brutales ; le repos au lit sera maintenu.

Enfin, il ne faut pas oublier l'anémie, l'estomac, le système nerveux, les traumatismes, dans la genèse des dyspnées pour instituer une thérapeutique rationnelle. (*Journal des Praticiens*, 25 décembre 1926.)

Le traitement médical des sténoses pyloriques d'origine ulcéreuse.

Le Dr Timbal établit que la sténose pylorique la plus grave en apparence peut disparaître sous l'action du traitement médical et sans qu'aucune intervention soit pratiquée.

La sténose la plus légère est révélée seulement à la radioscopie ; elle se traduit par la stase de la bouillie opaque au-delà de la limite classique des huit heures. Mais, pour préciser les indications thérapeutiques, en présence d'une évacuation gastrique très défectueuse, on établira la part qui revient au trouble purement fonctionnel, le spasme, et à la lésion définitive, le rétrécissement organique ; ni les contractions péristaltiques visibles, ni une stase alimentaire abondante ne peuvent être des signes concluants ; l'auteur attacherait une importance particulière à l'existence ou à la non-existence de contractions péristaltiques énergiques ; dans les vieilles sténoses, en effet, le muscle gastrique épuisé a perdu son pouvoir contractile et ne peut plus lutter contre l'obstacle pylorique ; par contre, il est fréquent d'observer une intensité anormale des contractions lorsque le spasme prédomine.

Puisque dans la majorité des cas, c'est le spasme qui joue le rôle prépondérant dans les accidents de la sténose pylorique, on peut, et on doit instituer d'abord le traitement médical, qui donnera presque toujours d'excellents résultats.

Ce traitement très simple peut se résumer en quatre termes principaux : lit, régime lacté, bismuth et belladone. Tous les matins à jeun, 10 grammes de carbonate de bismuth, et le soir, avant le sommeil, une demi-dose de cinq grammes de bismuth. Dans le courant de la journée, on intercalera deux ou trois prises de XV gouttes chacune de teinture de belladone.

Dans les cas où la stase est particulièrement abondante, faire tous les deux ou trois jours un tubage évacuateur, suivi ou non de lavage avec un liquide alcalin.

En dix jours, on peut ainsi voir disparaître des

vomissements, qui duraient depuis six mois, et des douleurs intolérables. S'il se produit une rechute, on recommence. Généralement, les résultats les plus rapides s'obtiennent dans les cas récents, tandis que les ulcères chroniques et récidivants exigent plus de temps et plus de patience.

En cas d'insuccès du traitement médical, le médecin doit adresser sans retard le malade au chirurgien, qui pratiquera une gastro-entérostomie. (*Paris médical*, 25 décembre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La variole en France.

(M. L. CAMUS. — *Académie de médecine* ; 21-6-1927.)

Devant la persistance de l'épidémie de variole en France, M. Camus demande que les mesures prophylactiques de cette maladie soient appliquées avec une rigueur plus grande. Il apparaît urgent, en particulier, de lutter vigoureusement contre l'importation des germes varioliques, en veillant à ce que les travailleurs venant en France de l'étranger et de l'Afrique du Nord soient vaccinés.

— M. CAZENEUVE signale, à la suite du journal *Le Matin*, l'insuffisance de l'organisation du contrôle médical des étrangers qui entrent chez nous pour travailler. Au dépôt de Toul, par exemple, plus de 1.000 immigrants sont reçus chaque jour et deux médecins seulement sont préposés à leur examen, avec mission de constater s'ils sont atteints de tuberculose, de syphilis, de maladie contagieuse, et s'ils ont été vaccinés ou non. C'est dire que de telles visites sanitaires sont fatalement imparfaites. Dans les autres dépôts (Marseille, Modane, Perpignan, etc.) la situation n'est pas meilleure.

M. Cazeneuve pense que pour les indigènes de l'Afrique du Nord, il serait facile de rendre, dans le pays même, la vaccination obligatoire. Les Algériens s'y soumettraient certainement et cette source d'importation variolique se trouverait ainsi supprimée.

Un toussoir pour tuberculeux.

(M. Chr. ZŒLLER. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-5-1927.)

M. Armand-Delille préconisait, à une des dernières séances de la Société des hôpitaux, le port d'un masque pour les tuberculeux qu'on ausculte et qu'on fait tousser. M. Zoeller, dans le même but, a utilisé un procédé simple, il y a quelques années, alors qu'il était médecin-chef du Centre de triage de la XIVe région.

Un tuberculeux qui tousse, ou bien tousse dans sa main et souille ultérieurement tous les objets qu'il saisit, son pain, ses ustensiles, etc., ou bien tousse devant lui et projette dans l'atmosphère ambiante des particules bacillaires.

M. Zœller a recommandé, à titre prophylactique, un objet très simple : le quart du soldat. Un orifice est percé à la partie inférieure de ce quart pour le rendre inutilisable comme récipient. Un croisillon de fer est mis au fond pour retenir une compresse mobile. Le malade qui tousse prend le quart par son anse et le place sous le nez de façon à recouvrir entièrement la bouche. Il tousse donc dans le quart.

Cet objet est économique et remplit parfaitement son but. Sa stérilisation est aisée à l'autoclave ou par ébullition. Il est aussi pratique et même plus que le crachoir ordinaire.

L'éther benzyl-cinnamique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

(M. Jacob JACOBSON. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-3-1927.)

Dans sa thèse de 1919, M. Jacobson a préconisé l'emploi de l'éther benzyl-cinnamique dans le traitement des tuberculoses externes. Les résultats que lui ont donnés cet agent dans les tuberculoses cutanées ont été confirmées par Darier, Jeanselme, Froissard, Vignes et Fournier. L'éther benzyl-cinnamique s'est montré également efficace dans le traitement des ganglions tuberculeux (Sébileau, Desplats) et des tuberculoses génitales (Cathelin et Brulé, Tissot et Chaignon). En outre, la même médication a donné de bons effets dans la tuberculose des muqueuses, buccale (Jeanselme), laryngée (Dufourmentel et Sébileau), vésicale (Tissot et Chaignon).

Encouragé par ces résultats, l'auteur s'est adressé à des cas de tuberculose pulmonaire et il résume ses travaux sur ce point dans une note présentée par M. Henri Dufour. Il a traité ses malades par des injections quotidiennes intra-musculaires, dans la région fessière, de 1/4 de cent. cube de la solution d'éther-benzyl cinnamique, pendant douze jours avec repos de 18 jours. On pratique ainsi trois séries et on recommence après un repos d'un mois. Les injections sont bien tolérées et indolores. Les malades sont améliorés, l'avenir seul pouvant permettre de juger les résultats.

Traitement de l'asthme et du coryza spasmodique par la rœntgenthérapie.

(MM. PASTEUR VALLÉRY-RADOT, GIBERT, BLAMOUTIER ET CLAUDE. — *Soc. méd. des hop.* ; 1-4-1927.)

La première utilisation des rayons X dans la

thérapeutique de l'asthme est due à Schilling, en 1906. A la radiothérapie hilaire qui fut d'abord seule employée, Drey et Losen joignirent en 1920 la radiothérapie splénique. Puis, on essaya d'irradier d'autres organes, notamment le foie et les glandes endocrines.

Depuis 18 mois, les auteurs ont traité par la radiothérapie 80 cas d'asthme et de coryza spasmodique pur ou associé à de l'asthme. Les applications furent faites tantôt sur le hile pulmonaire, tantôt sur la rate. Les résultats ont été les suivants : 12 guérisons, 21 améliorations et 19 effets nuls. Il semblerait donc que la rœntgenthérapie doive entrer dans la pratique pour le traitement des asthmes rebelles.

— M. Pagniez a personnellement essayé la radiothérapie dans quatre cas d'asthme sans aucun résultat. Il serait intéressant d'établir pourquoi certains sujets sont sensibles à cette thérapeutique, alors que d'autres y sont réfractaires. La question est assez délicate à résoudre et assez complexe peut-être.

Conservation du tissu ovarien dans l'opération pour kystes de l'ovaire.

(M. L. Houdard. — *Société de chirurgie* ; 11-5-1927.)

M. Proust présente, au nom de M. Houdard, un travail sur la valeur de la conservation du tissu ovarien au cours des opérations pour tumeurs kystiques bilatérales des ovaires.

Cette conservation est dans un certain nombre de circonstances possible et elle offre l'avantage, si l'opérée est jeune, de permettre la continuation du la menstruation. Il suffit d'ailleurs de laisser une quantité assez faible de tissu ovarien.

— M. G. Labey a eu l'occasion d'opérer, il y a cinq ou six ans, un kyste dermoïde bilatéral de l'ovaire dans ces conditions ; la conservation d'un fragment ovarien a été suivie de grossesse.

— M. Baumgartner rappelle que Walther a publié, autrefois, une statistique personnelle des cas de grossesse observés par lui à la suite de résections étendues bilatérales d'ovaires kystiques. L'auteur a vu récemment deux cas de ce genre où il n'avait laissé, à l'opération, qu'une très mince bandelette ovarienne.

Traitement des métrites du col par injections sous-muqueuses de vaccin.

(MM. A. Basset et P. Poincloux. — *Société de chirurgie* ; 11-5-1927.)

La nouvelle méthode préconisée par les auteurs leur aurait procuré, disons-le tout d'abord, la guérison de cette maladie rebelle qu'est la métrite du col dans 88 p. 100 des cas.

Le principe du traitement s'appuie sur la notion de vaccination locale mise en lumière par Besredka, mais la technique de MM. Basset et Poincloux diffère sensiblement des simples applications locales, sur le col, de bouillons-vaccins, mises en œuvre jusqu'ici.

Ces auteurs se sont servis non de bouillons-vaccins mais d'auto-vaccins contenant les corps microbiens. Les dits vaccins sont préparés ainsi : les microbes recueillis sur le col sont cultivés et atténués (et non détruits) par chauffage ; à l'auto-vaccin (comprenant des staphylocoques, streptocoques, coli-bacilles, entérocoques, etc.) on ajoute du stock-vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur.

Les doses de suspensions microbiennes sont assez fortes et croissantes. On commence par 2 milliards de microbes pour arriver à 70 milliards après 6 à 8 séances.

On fait la toilette du col, que l'on badigeonne avec de la teinture d'iode au tiers. Trois centimètres cubes de vaccin sont aspirés dans une seringue de cristal munie d'une prolonge portant une aiguille fine (6/10 de millimètre), longue seulement de 3 millimètres. La dose de vaccin est répartie en huit à douze points différents de la muqueuse. On fait d'abord 4 à 6 piqûres en pleine ulcération du col, pointe de l'aiguille orientée vers la cavité de celui-ci, puis 4 à 6 piqûres, pointe de l'aiguille dirigée vers la périphérie, après un retrait de l'aiguille de 2 millimètres. Quand on pousse le 1/4 de cent. cube de vaccin destiné à chaque point et que l'aiguille est en bonne place, on éprouve une sensation particulière de résistance moyenne. Si la résistance est trop forte, c'est que l'aiguille a dépassé le but, sa pointe étant dans le tissu dense du col.

Appliqué un temps suffisant dans 9 cas de métrite du col, ce traitement a procuré 8 guérisons et une amélioration. Quelques incidents ont été notés : des poussées thermiques parfois ; d'autres fois, une augmentation de la durée des règles.

Les auteurs concluent qu'il est possible de guérir les métrites cervicales pures par 8 ou 10 séances d'injections intra-muqueuses d'auto-vaccin, enrichi de vaccin antigonococcique, en cinq semaines environ. Pour les métrites du col compliquées d'endométrite et de salpingite, la méthode modifiée dans sa technique pourra trouver, semble-t-il également, des indications.

Le duodénum mobile.

(M. Marc Breton. — *Société de chirurgie* ; 18-5-1927.)

M. Pierre Duval étudie la question du duodénum mobile, à propos d'une observation de M. Marc Breton, d'Annemasse.

C'est en 1922 que Myake, de Kyushu, a rapporté 10 observations d'un état morbide qu'il a appelé « duodénum mobile primaire ». La mobilité en question n'est pas acquise ; on ne peut la rapporter au tiraillement exercé soit par une ptose rénale, soit par la ptose gastrique. Elle est congénitale et due à un trouble dans l'évolution de l'anse duodéno-pancréatique.

La mobilité du duodénum peut ne pas troubler l'évacuation digestive. Sitôt qu'il y a coudure, les troubles (syndrome de rétention duodénale biliaire et pancréatique) apparaissent. Myake a signalé trois symptômes : les crises douloureuses épigastriques, la diarrhée, l'ictère passager. Les crises débutent en général dans l'enfance. Dans l'observation de Breton, le décubitus soulageait les symptômes.

A propos de la syphilis conjugale.

(M. A. GALLIOT. — *Soc. de médecine de Paris* ; 23-4-1927.)

M. Galliot a eu l'occasion de suivre, dans sa clientèle, 59 cas de syphilis conjugale. Douze fois, il s'est agi de syphilis récente, l'un des conjoints ayant contaminé l'autre suivant les formes régulières (chancre, accidents secondaires chez l'autre conjoint).

Dans les autres cas (47 fois) la syphilis du conjoint contaminateur (le mari habituellement) remontait à au moins 5 ans et avait été traitée, assez mal le plus souvent. Dans près de la moitié de ces cas (21 fois) la syphilis conjugale de la femme ne se traduisait par aucune trace ni clinique ni sérologique : seuls, des avortements répétés la signalaient. Pour les 22 autres cas, la syphilis conjugale était révélée par des avortements, un Wassermann positif et 4 fois seulement par des accidents cliniques tertiaires.

Ces faits, ajoute M. Galliot, viennent à l'appui de l'opinion de Sabouraud sur la contagion des vieilles syphilis. Les anciens syphilitiques restent assez souvent contagieux mais ils contaminent d'une façon particulière : pas de chancre ni de syphilides secondaires (du moins, ils passent inaperçus). Si cette syphilis conjugale par contamination tardive et le plus généralement occulte est peu dangereuse pour la femme, elle est cependant cause fréquente d'avortement.

P. L.

Saint-Germain-en-Laye

Société médico-chirurgicale de la région de Saint-Germain-en-Laye.

Les injections intracardiaques droites dans les affections pulmonaires.

M. CHECHEWSKI. — La courte, mais assez meurtrière épidémie de grippe de la fin de l'année dernière, accompagnée de pneumonie et de broncho-pneumonie à forme septicémique, m'a suggéré l'idée d'utiliser *la petite circulation* pour essayer d'atteindre efficacement les lésions pulmonaires et leurs agents pathogènes. Cette voie permettrait une *attaque médicamenteuse* massive que les autres voies ne permettraient pas.

En effet les injections intratrachéales provoquent des réflexes violents qui entraînent une grande proportion du liquide médicamenteux utilisé ! En outre la substance médicamenteuse tombe dans un milieu de sécrétions abondantes qui isolent et protègent les lésions. Les injections dans les veines distales rendues accessibles par la striction, et encore pas toujours, ont l'inconvénient de diluer l'agent thérapeutique dans une masse liquide importante, d'où la faible efficacité en tant qu'agent d'attaque *massive*. Restent les veines proximales : jugulaire, sous-clavière, ou encore la veine-cave supérieure et l'artère pulmonaire. La veine jugulaire n'est accessible que sur des sujets très maigres et la sous-clavière demanderait une dissection préalable. Quant aux dernières — outre que les repères sont assez difficiles, — des piqûres répétées avec des faux pas possibles, provoquant des hématomes périveineux présenteraient des inconvénients assez sérieux pour rejeter définitivement cette voie.

Reste donc, en définitive, la voie intra-cardiaque droite, et ventricule de préférence ou oreillette. Mais avant de procéder à cette pratique de prime abord audacieuse, il fallait s'entourer de garanties quant à l'innocuité du procédé en premier lieu et à la facilité de son exécution ensuite. Nous savions déjà que les injections intra-ventriculaires gauches — adrénalinées en cas de syncope anesthésique par exemple — se faisaient assez facilement et sans danger. Les auteurs allemands ont publié des observations multiples d'injections intra-cardiaques ventriculaires gauches et oreillettes (mais jamais intra-ventriculaires droites) dans des affections cardiaques, ayant pour but d'agir directement sur le myocarde (digitaline, strophantine), — injections bien tolérées elles aussi. Nous étions donc parfaitement autorisés nous aussi de vouloir utiliser dans un but thérapeutique — les cavités droites, c'est-à-dire la *petite circulation*, pour l'*attaque massive du poumon*.

Mais pour plus de sécurité nous avons décidé de faire nos premiers essais sur l'animal pour éviter tout reproche de légèreté. Nous avons eu la bonne fortune de trouver en M. Lesbouyriès, prof. agrégé à l'école d'Alfort, un collaborateur empressé, actif et obligeant et un expérimentateur compétent et autorisé. Les résultats des expériences exécutées sous sa direction par un de ses élèves furent présentés à l'Académie de médecine le 26 avril 1927. Et ces expériences sont suffisamment concluantes et encourageantes pour que nous puissions à notre tour procéder, sans délai, à des expériences sur l'homme. Déjà, avec l'assistance de mon interne M. Paulin, nous sommes parvenus à repérer sur le cadavre le lieu d'élection pour la ponction intra-ventriculaire *droite*. C'est le 5e ou le 6e espace intercostal le long du bord *gauche* du sternum. Cette ponction doit être faite très profonde avec une aiguille à ponction intra-rachidienne. La ponction intra-auriculaire droite remplirait le même but si l'on était sûr de ne pas intéresser l'artère pulmonaire.

On pourrait à la rigueur pratiquer les injections sous le contrôle de la radioscopie.

Les premières applications de ce traitement seront faites dans des cas de pneumonie, — de bronchopneumonie, — de gangrène pulmonaire : affection à flore microbienne plus facilement attaquée par les colorants microbicides. Pour le bacille de Koch, — acido-résistant, — il faudrait trouver des procédés permettant de supprimer cette propriété. Il est bien entendu que nos premiers essais se feront dans des cas graves permettant le risque d'avoir recours à des moyens thérapeutiques peu usités. Voici les substances thérapeutiques qu'il serait intéressant d'expérimenter : les arsénobenzols et similaires, iode colloïdal, argent, fer, manganèse, or, rhodium, phosphore, fluor, tuberculine et azotate de pilocarpine (méthode du Dr Lesbouyriès). Toutes ces substances ayant pour *véhicule fixateur* des colorants : bleu de méthylène, trypaflavine, etc.

Fibrome et grossesse.

M. Lamare présente l'observation d'une femme habituellement bien réglée dont les règles sont devenues irrégulières depuis 5 mois et présentant quelques signes sympathiques de grossesse. L'examen physique montre une grosse masse dans le cul-de-sac gauche refoulant l'utérus à droite et donnant l'impression d'une grossesse à terme. La radiographie étant négative, on procède à l'opération qui montre un volumineux fibrome et dans l'utérus un œuf de 2 mois environ. La conduite tenue semble avoir été la meilleure, car l'évolution de la grossesse aurait amené un avortement ou une dystocie grave.

M. Dupont rappelle à cette occasion le cas d'une femme soigneusement étudiée pendant trois mois au point de vue du diagnostic de grossesse ou fibrome. Les signes semblant éliminer une grossesse, il est pratiqué une hystérométrie qui montra une cavité utérine de 14 cm. L'intervention pratiquée 10 jours après cette manœuvre montre l'association de fibromes et d'une grossesse de 2 à 3 mois.

Trois cas de fièvre d'invasion tuberculeuse.

M. Tesseyre. — L'auteur publie trois observations d'états fébriles dans lesquels en dépit de tous les moyens diagnostiques mis en œuvre, il n'a pas été possible de déterminer de localisation organique et qui furent suivis un an, quatre ans, ou six mois après de tuberculoses pleuro-péritonéales dans deux cas et de coxalgie dans un autre.

Deux cas d'emploi du Mikulicz.

M. Lamare rapporte le cas d'un jeune homme ayant subi une forte contusion abdominale et où il jugea utile de mettre au contact du tronc de l'artère sigmoïdienne moyenne, — siège d'une plaie latérale, — un Mikulicz qui fut parfaitement efficace. Au cours de l'intervention, on constata une lésion du pôle inférieur du rein. Quelques mois plus tard, le blessé revint à l'hôpital porteur d'une volumineuse tumeur qui fut reconnue comme étant un hématome du pôle inférieur du rein gauche, dont les parois furent partiellement réséquées. Un nouveau Mikulicz tamponna et draina efficacement la vaste loge. Au cours de cette deuxième intervention, on vérifia la perméabilité de l'artère sigmoïdienne moyenne.

Au sujet d'un kyste dermoïde de l'ovaire. Discussion du diagnostic étiologique.

M. Hénard. — Il s'agit d'une femme de 37 ans dont le diagnostic avait été hésitant entre appendicite et ovarite scléro-kystique droite. A l'intervention on trouve une double ovarite scléro-kystique. L'ovaire gauche enlevé montre à l'une de ses extrémités un kyste contenant du liquide épais analogue à de la matière sébacée. A son intérieur et appendu à la face interne de la poche on remarque la présence d'une dent implantée dans un fragment d'une matière ressemblant à du maxillaire. L'auteur rappelle les théories émises et se rattache, dans le cas particulier, à celle de Mathias Duval.

Hématémèse survenant chez une fillette de 3 ans.

M. Bertrand. — M. L. C., âgée de 3 ans, hérédo-syphilitique, traitée énergiquement depuis l'âge de un an, fait une éruption de scarlatine avec angine et vomissement le 23 avril. Deux jours plus tard, hématémèse très abondante sans prodrome et sans autre hémorragie. L'hématémèse ne se reproduit pas. La scarlatine évolue normalement. Guérison. S'agit-il d'une hématémèse ayant pour cause la scarlatine ? Eventualité possible, mais fait très rare à titre d'hémorragie isolée et étant donné l'âge de l'enfant. S'agit il d'hémorragie d'origine syphilitique ? Le fait est également très rare à l'âge de 3 ans. La scarlatine n'a-t-elle pas été plutôt la cause déterminante de l'accident sur un terrain hémorragipare du fait de l'hérédo-syphilis.

Mycose amygdalienne.

M. Dupont. — Présentation de cultures et de préparations microscopiques de leptothrix buccalis.

M.D.

Les Livres

VIGOT frères, éditeurs.
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

MM. J. CAMBIÈS, médecin-consultant à Châtel-Guyon et J.-M. ROSELL, spécialiste des maladies de la nutrition à Barcelone. — **Coprologie clinique : exploration séméiologie et diagnostic coprologique.** (Un volume in-8°, de 250 pages, avec 71 figures et 6 planches en couleur. Préface du Dr Bensaude, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.)

Par suite du rôle capital que jouent, aujourd'hui, dans la pathologie gastro-intestinale, les examens de laboratoire, on ne peut qu'accueillir favorablement toute étude originale qui apporte une contribution à la question si complexe de la coprologie.

L'ouvrage que nous présentons au public médical, disent les auteurs, est, à l'heure actuelle, le traité le plus moderne et le plus complet que nous possédions sur la coprologie clinique.

Comme le remarque, si justement, le docteur Bensaude dans la préface qu'il a bien voulu écrire : « ce qui caractérise le travail de MM. Cambiès et Rosell, c'est la partie importante accordée à l'étude séméiologique des fèces et aux indications thérapeutiques qui résultent de l'analyse minutieuse des selles.

Sur les 250 pages que contient ce livre, les deux tiers sont consacrés à la séméiologie, au diagnostic coprologique et aux applications thérapeutiques.

C'est donc un livre destiné plus au clinicien qu'à l'homme de laboratoire. »

L'importance de l'ouvrage se révèle aux titres de ses quatre chapitres : Exploration, Séméiologie, Diagnostic coprologique, coprologie et thérapeutique.

Le chapitre consacré aux parasites intestinaux est très complet, avec de nombreuses figures qui permettent facilement au médecin de reconnaître les différents parasites ou leurs œufs qui occasionnent si fréquemment des troubles intestinaux.

Un important chapitre est consacré à la coprologie du nourrisson et des enfants.

Enfin, comme l'ouvrage s'adresse, surtout, aux médecins, les auteurs n'ont pas oublié de décrire, dans un dernier chapitre, qui est comme la synthèse de ce travail, les applications pratiques de la coprologie à la thérapeutique, et à la diététique.

Ainsi, abondamment illustré (71 figures et 6 planches en couleur), pourvue d'un index alphabétique très complet, et d'une importante bibliographie mise à jour, ce livre rendra service autant par son côté pratique que par l'abondance des renseignements qu'il fournit à tout médecin s'intéressant aux affections gastro-intestinales.

UNE ÉPOPÉE BIOLOGIQUE

Quarante de fièvre. Roman par Marcel BERGER. (Ernest Flammarion, édit., Paris, 1927.)

C'est une idée originale qu'a eue M. Marcel Berger en décrivant sous forme de roman le drame dont notre organisme est le siège au cours d'une grave infection. Georges Duhamel a très justement qualifié de *Livre de la Jungle cellulaire* le roman *Quarante de fièvre*. Nous, nous le considérons comme une véritable épopée, une sorte d'Iliade, où les champs de bataille sont nos tissus et les héros nos cellules.

Parmi ces héros nous trouvons un grand mononucléaire que l'auteur appelle Grand Pâle et qui entraîne au combat, les Pâles (leucocytes), les Sombres (globules rouges), encourage les Sœurs fixes (cellules épithéliales) dans la résistance à l'attaque concertée et furieuse des Monstres (les streptocoques).

Nous assistons aux exploits et à la mort de Grand Pâle, nous écoutons l'hymne de guerre des Monstres, des streptocoques. Comme dans l'Iliade, au moment où la résistance fléchit, intervient un Dieu qui rétablit la situation compromise : ces interventions divines sont ici le sérum antistreptococcique, l'injection d'or colloïdal, l'abcès de fixation.

Toutes les péripéties de la lutte des éléments de l'organisme contre les microbes envahissants sont pittoresquement décrits. L'action du sympathique s'opposant à la vagotonie, la conspiration des colibacilles qui songent à intervenir pour aider les streptocoques, la fidélité des Électrons qui déjouent l'action des toxines et empêchent la floculation. La lutte se termine par la défaite des Monstres, c'est-à-dire la guérison d'une jeune femme atteinte de fièvre puerpérale.

Nous ne savons si le grand public pourra lire avec intérêt l'épopée de M. Marcel Berger et s'il sera capable de suivre et de comprendre toutes les péripéties de la lutte, mais il n'est pas douteux que les médecins trouveront dans *Quarante de fièvre* la représentation aussi fidèle que possible des diverses phases des infections qu'ils combattent tous les jours et ce roman est bien fait pour les passionner.

J. N.

Les livres qui viennent de paraître...

EDITIONS DE LA REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE

JAUSION, RICHERT, DUFRÉNOY et GUILLAUME. — **Les phénomènes de photosensibilisation.** (un vo in-8°, 156 p. En vente 8, rue des Acacias, Paris

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DE L'ORDRE DES MÉDECINS

L'étude juridique que vient de publier mon collègue et ami Paul Boudin (1) arrive à point nommé pour appuyer la discussion que j'ai reprise moi-même dans le n° 27 du *Concours médical.*

Toute tentative d'organisation d'un Ordre des médecins doit être obligatoirement précédée de l'élaboration du Code de déontologie. Le droit exige qu'il en soit ainsi. Avant de songer à punir, il faut de tout évidence préciser ce que l'on punira, et de quelles peines on disposera à cet effet. *Nulla pœna sine lege.*

Les fautes que le Code de déontologie devra prévoir et punir, d'une façon définie, ne pourront pas être des fautes de droit commun. Un abus de confiance, une escroquerie, un vol, ne perdent pas leur caractère juridique pour avoir été commis par un médecin dans l'exercice de la profession. Vouloir que le coupable soit jugé par un tribunal de médecins, c'est vouloir que l'architecte voleur soit jugé par un tribunal d'architectes, l'ingénieur escroc, par un tribunal d'ingénieurs, le banquier abuseur par un tribunal de banquiers..... Ce serait proprement l'anarchie.

— Mais ce n'est pas ce que nous demandons, me disait dernièrement un excellent confrère, qui est grand partisan de l'Ordre des médecins. Nous voulons une juridiction professionnelle qui s'empare du cas du médecin poursuivi devant les tribunaux de droit commun et condamné, pour prononcer à son tour une pénalité pouvant aller jusqu'à la suspension temporaire ou à vie d'exercer. Lorsque un avocat a été condamné par un tribunal correctionnel, l'Ordre auquel il relève peut prononcer, et prononce, en effet, sa radiation..... »

J'entends bien. Mais vous continuez à confondre des situations qui n'ont aucun rapport et à vouloir mettre sur le même plan des professions infiniment dissemblables par la façon dont on y accède, celle aussi dont on les pratique.

Je ne vais pas recommencer le parallèle que j'ai établi entre médecins et avocats, entre docteurs en médecine et licenciés, ou docteurs en droit inscrits à un barreau.

Un médecin condamné en droit commun sera exclu de tous les groupements auxquels il appartiendra, si ceux-ci le jugent à propos ; il sera déchu de toutes les fonctions qu'il aura remplies jusqu'alors, si la discipline de ces fonctions le permet. Médecin des hôpitaux, il sera rayé des cadres du médicat hospitalier. Médecin légiste, il sera rayé de la liste des médecins légistes. Membre du Syndicat, il en sera chassé si ses pairs le décident ainsi... Mais jamais un Ordre des Médecins ne pourr a ajouter une peine, pour une même faute, à celle qui aura été infligée par un tribunal de droit commun, surtout quand celui-ci dispose, dans l'arsenal des peines, de celle que l'Ordre voudrait infliger au coupable, à savoir la suspension.

***

Il y a une autre considération que Boudin a parfaitement mise en lumière : si nous admettons qu'un jour viendra où il existera, au premier degré, une juridiction professionnelle pour les médecins, les sentences de celle-ci seront toujours susceptibles d'appel devant une juridiction supérieure qui, elle, sera de droit commun, tout comme les Conseils de l'Ordre des avocats rendent des décisions qui sont portées au deuxième degré devant les Cours d'appel.

Que même si l'on admettait que la juridiction d'appel pût être, pour les médecins, un tribunal professionnel d'exception, il y aura toujours au-dessus de ce tribunal une juridiction suprême, la Cour de Cassation, qui est de droit commun.

Prenez garde alors que les sentences de la ou des juridictions d'exception soient impitoyablement infirmées ou cassées par les juridictions supérieures. Le Dr Gosselin écrivait, dans le *Concours médical,* le 19 juin dernier. »

« Il est bien évident que sans preuve, aucun tribunal ne peut condamner... *Mais il est des preuves d'indélicatesse médicale qui ne seront pas perceptibles pour des magistraits, mais qui le seront pour des médecins.* »

Prenez garde que les magistrats qui, en appel ou en cassation, auront à connaître de ces indélicatesses, dont les preuves ne seront pas perceptibles pour eux, n'annulent des condamnations prononcées dans des conditions où le sentiment, avec ses incertitudes et ses variabilités, aura pris la place de la raison, froide et rigoureuse.

Aussi pouvons-nous affirmer que, pour toutes ces raisons, l'Ordre des médecins ne se fera sans

(1) Concours Médical n° 30, 24 juillet 1927.

doute pas de sitôt. Mais pouvons-nous souhaiter cependant qu'une certaine discipline professionnelle soit instaurée, avec ses cours de justice, ses magistrats, ses sanctions... Et je suis entièrement d'accord avec Boudin pour inviter les Syndicats médicaux à organiser, dans leur sein, cette discipline.

C'est la conclusion à laquelle je suis arrivé quand, il y a quelques années, je proposais l'étude de la création de Commissions médicales régionales.

C'est dans le cadre syndical que doivent entrer présentement les organisations disciplinaires de la médecine. Quand ce premier pas aura été franchi, le temps aidant, il sera permis d'envisager l'élargissement de ces organisations, auprès desquelles le Syndicat pourra jouer le rôle que remplissent les Parquets auprès des Tribunaux. Les procureurs déclanchent l'action publique, soit spontanément, soit sur la plainte des tiers. Les Syndicats médicaux, spontanément ou sur la plainte des tiers, traduiront devant les organisations disciplinaires tels délinquants qui leur en paraîtront justiciables, et requerront telles condamnations que ceux-ci leur paraîtront mériter.

Ces différentes étapes organisatrices, qui, jusqu'alors n'ont pu être franchies, quelles qu'aient été la bonne volonté et la ténacité même de leurs partisans, ce sera peut-être l'un des mérites de la législation des Assurances sociales d'en provoquer l'accomplissement prochain.

G. DUCHESNE.

UN PHARMACIEN PEUT-IL LEGALEMENT SE FAIRE REMPLACER PENDANT UNE ABSENCE DE QUELQUE DUREE ?

Un pharmacien tombe malade et se trouve hors d'état de surveiller son officine ; ou bien, il part en vacances, en voyage, il doit se rendre à une convocation pour une période militaire. Dans quelles conditions légales peut-il faire tenir son officine par un remplaçant ?

Si la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, prévoit, dans son article 6, les modalités et conditions selon lesquelles un étudiant en médecine peut remplacer un docteur, la loi du 21 germinal an XI n'a rien prévu de semblable, en ce qui concerne les pharmaciens.

On pourrait donc en conclure, devant ce silence de la loi, qu'un pharmacien devrait fermer son officine, lorsqu'il est obligé à une absence d'une certaine durée.

La jurisprudence rend responsable le pharmacien du défaut de surveillance sur son personnel : aucun règlement n'impose au titulaire d'une pharmacie de préparer lui-même tous les médicaments demandés ; mais le diplômé a le devoir strict de contrôler l'exacte exécution des ordonnances des médecins, responsable qu'il est des fautes et erreurs de ses élèves.

Cette surveillance implique donc la présence effective du pharmacien.

Celui-ci, d'ailleurs, est tenu, aux termes de l'ordonnance du 25 avril 1777 et de la loi du 21 germinal an XI, de résider dans la ville où il a son officine, alors que la jurisprudence admet qu'un pharmacien peut quitter sa résidence pour des voyages de courte durée (tribunal correctionnel de Lille, 7 avril 1904), ou faire des absences momentanées et accidentelles. Serait donc condamné le titulaire d'une officine qui fait des absences prolongées et ne réside pas dans la localité où est située la pharmacie (tribunal correctionnel de Lyon, 13 juillet 1904).

Le fait de laisser son officine à un élève, pendant quelque temps serait générateur de poursuites en exercice illégal de la pharmacie, contre ce dernier et en complicité pour exercice illégal, contre le pharmacien (Cour de Nîmes, 13 août 1829, Cour de Bordeaux, 3 janvier 1905. Trib. correct., Lille, 7 avril 1904, tribunal correctionnel Seine, 27 mai 1909 ; tribunal correctionnel Saint-Claude, 30 novembre 1909, Draguignan, 19 novembre 1909 ; cour d'Alger, 24 juin 1905 ; Cour de Paris, 20 février 1909, etc.).

Ainsi a été condamné l'élève qui remplace un pharmacien, alors que celui-ci, trop fréquemment absent pour diriger ses travaux avec une suffisante continuité, suit régulièrement, dans une ville voisine, des cours universitaires de médecine (Cour de Douai, correct., 1er juillet 1903).

Le tribunal correctionnel de Chalons-sur-Marne (12 septembre 1908) a jugé que commettent le délit d'exercice illégal de la pharmacie les fils d'un pharmacien, qui, en l'absence de leur père, gèrent l'officine et délivrent des médicaments, encore que l'un d'eux soit étudiant en pharmacie.

Donc, du silence des lois concernant l'exercice de la pharmacie et de la lecture des documents de jurisprudence, on aboutit à cette conclusion absurde, en fait : c'est qu'un pharmacien ne peut sans fermer son officine, ni prendre de vacances, ni être malade, ni s'absenter pour quelque durée,

Etudions si, par des analogies, un pharmacien ne pourrait pas faire gérer son officine par un diplômé, ou par un élève, au cas où il serait dans l'obligation absolue d'abandonner la surveillance de son officine, pendant un ou plusieurs mois ?

Le gros obstacle, pour une gérance d'une pharmacie, c'est que la loi du 21 germinal an XI (article 25) et la déclaration du 25 avril 1777 font au

pharmacien l'obligation d'être propriétaire de son fonds. Une jurisprudence très abondante existe sur ce point.

Il en résulte que le tribunal correctionnel de Saintes, par jugement du 27 janvier 1909, considère, comme constituant le délit d'exercice illégal de la pharmacie, le fait, par un pharmacien, d'exploiter une officine, dont il n'est que le gérant, l'ayant reçue à bail d'un autre pharmacien, qui ne l'exploite pas.

Les tribunaux se refusent à considérer comme valable la gérance d'une pharmacie par un autre pharmacien, non propriétaire de l'officine (tribunal correctionnel de Troyes, 31 janvier 1894 ; tribunal correctionnel de Limoges, 9 mai 1900, V. *Annales Hygiène publique*, 1912, XVIII, p. 217 ; Tribunal commerce de Nice, 14 mai 1904.)

A plus forte raison est nulle la convention par laquelle un pharmacien confie l'entière gérance de son officine à une personne sans diplôme, fût-ce même un élève en pharmacie (Cour de Lyon, 20 février 1894 ; Cassation, 10 juillet 1835 ; tribunal de Lille, 3 avril 1905 ; tribunal commerce de Nice, 14 mars 1905).

Deux arrêts vont plus loin (Cassation, 13 août 1888 ; Cour de Lyon, 29 novembre 1894) en décidant qu'est nulle la convention par laquelle un pharmacien, en vendant son officine, accepte d'en conserver la gérance jusqu'à l'obtention de son diplôme par l'acheteur.

Devant cet obstacle insurmontable, soulevé à l'occasion de la propriété de la pharmacie, au regard de celui qui la gère, il semble impossible, pour un pharmacien qui doit s'absenter, soit de s'associer avec un autre pharmacien, qui le remplacera, soit de signer avec un diplômé un véritable contrat de louage de services.

Une association devrait conférer au remplaçant tout ou partie de la propriété de l'officine, jusqu'au jour où le premier titulaire reviendrait de son voyage : situation bien délicate et qui risquerait de soulever des conflits, au cas où le remplaçant voudrait ensuite ouvrir une autre officine dans la même localité, ou s'il venait à réclamer une part dans la plus-value de l'officine, au moment du retour du premier propriétaire.

Un contrat de louage de services serait également inopérant, puisque le gérant ne serait pas propriétaire de la pharmacie, dans laquelle il exerce.

Devant le silence de la loi, je ne vois qu'une seule analogie à invoquer, c'est celle de l'exploitation transitoire d'une officine à la mort d'un pharmacien.

L'article 41 de l'arrêté du 25 thermidor an XI et plus tard la loi du 9 février 1916 accordent aux ayant cause du *de cujus* un délai d'un an, pour faire gérer la pharmacie, en attendant acquéreur.

Le gérant (élève, ou pharmacien diplômé) doit être présenté à l'agrément de l'Ecole, ou de la Faculté de pharmacie, dont dépend l'inspection de l'officine à gérer, d'après les dispositions, de l'arrêté du Ministre de l'Agriculture du 24 août 1908, pris conformément au décret du 5 août 1908, article premier, paragraphe 6.

Si l'agrément est accordé, il faut alors demander au préfet l'autorisation de confier la gestion au candidat présenté.

Pour conclure, je dirai qu'en droit pur, le remplacement momentané d'un pharmacien est impossible, en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence.

Mais, en fait, une tolérance très grande existe en équité et au nom du bon sens. Beaucoup de pharmaciens s'absentent, même pour un certain temps, confiant leur officine à un élève éprouvé, ou à un pharmacien diplômé et personne ne dit rien.

Aussi, un pharmacien voudrait-il faire gérer son fonds, alors qu'il serait dans l'obligation de répondre à une convocation militaire , ou pour remplir un mandat législatif, ou pour suivre un traitement thermal, prolongé, que je lui conseillerais d'abord de prendre, comme remplaçant, un pharmacien diplômé.

De cette manière, sa responsabilité serait moins engagée, au cas où le remplaçant commettrait une faute quelconque : la possession du diplôme permet souvent d'exonérer l'inculpé, de certaines erreurs lorsque celles-ci ne sont pas imputables à la négligence, à l'impéritie ou à l'ignorance.

Partant, la responsabilité civile du propriétaire de l'officine se trouverait diminuée, par rapport aux actes de son remplaçant. C'est ainsi que le tribunal de la Seine, par jugement du 6 avril 1909, décide qu'en cas de gérance d'une pharmacie, après décès du titulaire, c'est le propre nom du gérant diplômé qu'il conviendra d'indiquer en toutes hypothèses où la mention du nom du pharmacien est légalement requise, par exemple sur l'étiquette des toxiques, puisque ce gérant possède seul les connaissances professionnelles requises, pour exercer la pharmacie, à l'exclusion du propriétaire (veuve ou héritiers).

En second lieu, je donnerais au pharmacien propriétaire de l'officine le conseil de passer un acte sous seings privés avec son remplaçant, précisant les stipulations du contrat de remplacement, les conditions pécuniaires et aussi l'inscription d'une clause, par laquelle le remplaçant s'interdirait de s'installer comme pharmacien, ou de remplacer un confrère, dans un rayon de... et pendant une durée de dix ans.

En troisième lieu, le pharmacien ferait bien d'avertir le doyen de la faculté, ou école de pharmacie, dont il dépend, au point de vue de l'inspection de son officine, pour demander l'agrément pour se faire remplacer par M. A, pharmacien reçu devant la Faculté de .....

Muni de cet agrément, le pharmacien demanderait au préfet du département l'autorisation de se faire remplacer par M. A.

Voici ce que, par analogie avec la gérance après décès, on pourrait conseiller de faire ; mais je crains fort que pareilles démarches n'effarouchent et la Faculté de pharmacie et le préfet.

Devant le silence des textes législatifs et règlementaires, il est fort probable que personne ne voudra prendre la responsabilité de donner des autorisations de remplacement, qui ne sont pas prévues par la loi de Germinal.

Mais, en cas d'ennuis, le pharmacien pourrait exciper de sa bonne foi, en montrant aux juges qu'il n'a pas entendu contrevenir aux obligations légales ; mais que, bien au contraire, il a voulu essayer de faire régulariser une situation légalement insoluble.

Il y a aussi un autre système : celui de ne rien demander du tout : se faire remplacer par un diplômé, avec lequel on a passé un contrat de droit privé, précisant les conditions du remplacement. Il est plus que probable que personne ne s'en préoccupera, ni ne s'en plaindra.

Mais, si le remplacement doit être d'une certaine durée, je donnerais le conseil de prendre, comme remplaçant, un pharmacien diplômé, ou un étudiant en fin de scolarité, plutôt qu'un élève n'ayant aucun titre ni diplôme.

Dr Paul Boudin.

LE CORPS MEDICAL DEVANT LES ASSURANCES SOCIALES

Par le docteur Ph. Kopp,

Membre de la Commission des Assurances sociales du S. M. S.
et du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine (1).

Inutile de planer et de faire du sentiment. Il faut voir clair et être pratique !

L'exercice de la médecine est à un tournant. Il ne s'agit plus de faire confiance aux uns et aux autres, ni de se tenir égoïstement, superbement ou lâchement, à l'écart : coûte que coûte, vaille que vaille, il faut se retrouver et pouvoir et vouloir faire bloc ! Assez de désunion, assez de scissions ! Grâce à elles, on nous a ! Le Sénat a voté l'article 4 de la loi concernant les Assurances sociales. Encore que les 4/5e des sénateurs aient cru voter pour l'entente directe (y compris la possibilité d'un payement quelconque par l'assuré à son médecin, sous réserve d'un remboursement de la part répondant au tarif), encore qu'ils aient voté pour le libre choix et le secret professionnel ; nous en serons, généralement, pour l'entente directe avec tarif, ce qui reviendra purement et simplement, dans la pratique, au tiers payant avec application d'un tarif limitatif, car en fait de libre choix, nous constaterons que les 9/10es des assujettis (75 % de la population), iront vers le médecin qui appliquera le tarif. Ce sera donc la médecine au rabais, l'usine médicale ; ce sera le triste ravalement des capacités, des efforts et de la respectabilité des médecins ; ce sera le travail en série pour des séries et, en fait de secret professionnel, ce sera le secret de polichinelle.

Que faire ?

Il faut faire l'union ! Il faut sauver les meubles ! Voulez-vous attendre que des Syndicats jaunes se fassent ? Voulez-vous courir à la déliquescence médicale ? Qui donc, parmi nos chefs de files, osera prendre cette responsabilité ?

J'ai lu avec quelque passion ce que j'ai dit et écrit depuis 1921 à propos des Assurances sociales. C'est trop long et, pour le moment d'ailleurs, inutile de reproduire ces textes (1), auxquels on peut se reporter, si on le veut ; mais je répèterai ce que j'écrivais, le 14 juin dernier à quelques sénateurs : je me permets d'appeler votre attention sur les Assurances sociales, en discussion aujourd'hui au Sénat et, à ce propos, de vous dire : le tiers payant a été imposé aux Alsaciens par les Allemands. La très grande majorité des médecins français jugent le tiers payant comme immoral, ravalant la médecine et les médecins. Les Assurances sociales sont affaire entre l'Etat et les assurés. Les médecins français veulent pouvoir continuer à exercer une médecine saine et respectée sur la base de :

L'entente directe entre le médecin et le malade ;

Le libre choix du médecin par l'assuré et le secret professionnel. Le projet Chauveau (art. 4) revient à l'application du système alsacien, système avilissant médecine et médecins, invitant les assujettis et médecins aux fraudes et bâti sur une assiette incertaine ».

Et maintenant ?

Le dernier mot n'est pas dit. Il est probable que la loi sera votée par le Sénat et la Chambre d'ici le 1er janvier 1928. Il est possible que cette

(1) J'ai écrit cet article en mon nom, en mon nom personnel seulement.

(1) *Bulletin du S. M. S.*, janvier-février 1922, page 23 *Bulletin du S. M. S.*, septembre 1924, page 239 ; Lettres sur les Assurances sociales, Collection et Cahiers de la *Revue médicale*, 1924 ; *Bulletin du S. M. S.*, avril 1925, page 81 ; *La Revue médicale*, janvier 1925, page 9 ; *La Revue médicale*, avril 1927, page 34.

loi soit appliquée deux ans plus tard. Mais l'application ne pourra se faire qu'avec notre collaboration.

Devant le danger, sachons-nous unir pour établir, opiniâtrement, des règles lapidaires qui conditionneront notre concours *corporatif* et nous conduiront à exercer notre profession vis-à-vis des assurés non pas au rabais, *ergo* mal, parce que exploités au nom d'un tarif dont, région par région, les Caisses tâcheront de faire un tarif de misère — mais selon des modalités d'exécution et de paiement, strictement prévues, seules possibles et que dicteront et prendront en main, s'il le faut, nos propres représentants.

Nous unir ? Hélas ! le Corps médical français est affreusement divisé. *Tot capita, tot sensus* ! Et pourtant, il faut nous accorder. Commençons donc par nous pardonner.

Que l'Union ait agi dans le passé au gré de tous ou non, qu'importe, il faut faire bloc !

Que la Fédération ait eu raison de se constituer, oui ou non, qu'importe, il faut s'entendre.

Que le Corps médical parisien organisé ait fait acte de s'affranchir, qu'importe encore ; il faut créer la masse. Vous ferez bloc, vous les premiers, vous l'Union, car vous savez que, si victorieux et forts que vous paraissez, vous parlez un langage qui n'est pas celui de toutes vos troupes et que vos difficultés de demain seraient faites de votre scission, si elle persistait.

Vous ferez le geste, vous, la Fédération, parce qu'il apparaît que le mieux peut être l'ennemi du bien et que, vis-à-vis des forces qui agiront sur les destinées de notre profession, nous ne pouvons que nous montrer unis. Vous comprendrez, vous enfin, les médecins groupés de Paris, que si vous poursuivez un idéal que rien ne vous oblige d'abandonner, il vous faut, pour réussir, puiser votre force autant dans la masse qui vous suit que dans ceux qui vous appuient.

A tous, il est nécessaire, il est grand temps de faire l'Union médicale.

La loi sera ce qu'elle sera, mais les modalités de son exécution seront encore ce que nous saurons en faire. Pour cela, il faut refaire l'Union médicale, le front unique.

Ainsi seulement, nous jouirons d'une force morale capable de faire valoir utilement nos décisions dans les décrets devant porter règlement d'application de la loi.

Hier était fait de notre désunion, nous étions quantité négligeable ; demain (dans les grandes villes, surtout à Paris), ce sera notre domination par les Caisses et par les Syndicats jaunes, à leur solde.

Il faut qu'aujourd'hui soit fait de décisions fermes, ne se payant pas de mots ni de sentiments, mais pratiquement utiles.

La masse des médecins français ne veut pas d'une organisation de mauvaise médecine, fonctionnarisée et marchandée par un tiers payant.

Je propose donc que le bloc des médecins se fasse sur l'acceptation unanime du principe : *que l'entente directe doit être le mode d'application unique partout où la majorité des médecins praticiens exerçant n'a pas expressément, par vote écrit, donné la préférence au mode du tiers payant.*

Paris, le 5 juillet 1927.

LA SOCIÉTÉ DES NATIONS ET LE PROBLÈME DE L'OPIUM ET AUTRES STUPÉFIANTS (1)

Par le Dr CUELLAR,

Ancien doyen de la Faculté de médecine de Sucre (Bolivie),
Délégué de la Bolivie à la Commission consultative permanente de l'opium à la Société des Nations.

(*Suite et fin*)

Avant de transférer du gouvernement des Pays-Bas à la S. D. N. les obligations découlant de l'exécution de la Convention de l'Opium et quoique la S. D. N. fût devenue l'organe officiel chargé de l'exécution de la Convention, on décida que toutes les communications avec les Etats non membres de la Société, s'effectueraient par l'entremise du gouvernement des Pays-Bas.

La Commission Consultative permanente créée par la première Assemblée de la S. D. N. fut composée des représentants des pays le plus directement intéressés. A ce moment-là, seulement huit pays étaient représentés. Par la suite, la Commission vit augmenter le nombre de ses membres elle est formée par les Délégués des pays suivants : Allemagne, Bolivie, Chine, France, Grande-Bretagne, Indes, Italie, Japon, Pays-Bas, Portugal, Royaume des Serbes Croates et Slovènes, Suisse et la Délégation des Etats Unis ; par les assesseurs techniques M. Brenier (France) et Colonel Wood (Etats-Unis).

La Commission joue vis-à-vis du Conseil de la Société des Nations, le rôle d'un organe consultatif. Au termes de la résolution de l'Assemblée, cette section est chargée du soin de recueillir

(1) Communication aux Journées médicales de Marseille, avril 1927.

entre autres renseignements, ceux qui concernent toutes les mesures prises dans les différents pays pour assurer l'exécution de la Convention de l'opium, et ceux relatifs à la production, à la distribution, à la consommation des stupéfiants et d'une manière générale, toutes les informations nécessaires pour permettre à la Société d'exercer un contrôle sur l'application des accords. Elle rassemble tous ces renseignements, dresse les statistiques, en déduit des conclusions discute toutes les mesures utiles pour rendre effectives les résolutions, reçoit directement tous les rapports des différents gouvernements et fait soit directement ou par l'intermédiaire du Conseil, des observations ou des indications générales ou particulières pour chaque pays afin d'obtenir les meilleurs résultats. Tout cet énorme travail se concentre au Secrétariat de la Commission, lequel, je me complais de le reconnaître, remplit sa tâche d'une façon parfaite.

Dès le commencement des travaux, la Commission se rendit compte de la difficulté de sa tâche et de l'insuffisance des mesures prises par la Convention de 1912, pour la suppression du trafic illicite des stupéfiants ; elle reconnut que si les matières premières nécessaires à l'élaboration de stupéfiants continuaient à être produites d'une façon exagérée, la limitation de la vente des stupéfiants serait rendue illusoire ou du moins très difficile. L'énorme bénéfice qu'obtiennent ceux qui s'adonnent à ce commerce illicite et la facilité de son transport puisque, sous un petit volume, ils représentent une grande valeur, stimule la contrebande. La limitation de la production des matières premières servant de base aux stupéfiants fut une des premières résolutions adoptées par la commission pour compléter le programme de la Convention de 1912. Mais cette mesure touchait très directement les intérêts particuliers des pays sur le territoire desquels étaient cultivés le pavot, la coca, le chanvre indien, etc., et ce point n'ayant pas été prévu dans la Convention de 1912, il fallait procéder à un nouvel accord international. Il fallait, en outre, déterminer pour le monde entier les quantités annuelles de stupéfiants nécessaires aux besoins légitimes, c'est-à-dire aux besoins médicaux et scientifiques de chaque pays.

Un Comité mixte de la Commission Consultative de l'Opium et du Comité d'Hygiène de la Société des Nations estima à 450 milligrammes la quantité nécessaire par personne et par année d'opium brut, chiffre considéré comme maximum même pour les pays ayant un service d'assistance publique bien organisé.

Les réponses de certains Gouvernements arrivèrent à la Commission et au cours de la session de mai 1923, elle reçut en même temps des nouvelles propositions de la Délégation américaine, qui étaient ainsi conçues :

« Si l'on veut mettre à effet dans son esprit et ses « intentions l'objet de la Convention de l'opium, « 1° il faut reconnaître que l'usage de l'opium et de « ses dérivés pour des besoins autres que ceux de la « médecine et de la science constitue un abus et n'est « pas légitime ; 2° en vue d'empêcher l'abus de ces « produits, il est nécessaire d'exercer un contrôle « sur la production de l'opium brut de manière à ce « qu'il ne puisse se constituer un excédent disponible « pour des usages non médicaux et non scientifi- « ques. »

La Commission se rallia à cette opinion et décida de prendre des mesures en vue de préparer la convocation d'une Conférence Internationale.

Le rapport de la Commission concluant à la convocation d'une conférence, fut approuvé par la cinquième Assemblée de la S. D. N. qui aboutit à la réunion de deux conférences qui se tinrent à Genève en novembre 1924 et février 1925. La première avait pour but la suppression graduelle et totale de l'opium à fumer en Extrême-Orient et se termina par un accord, par lequel les Puissances signataires s'engageaient à renforcer les mesures de la Convention de La Haye de 1912 et à en prendre de nouvelles pour supprimer complètement dans les territoires de l'Extrême-Orient soumis à leur autorité, la consommation de l'opium dans un délai de quinze ans.

La deuxième conférence de 1925, à laquelle prirent part 41 Etats, élabora une Convention qui avait pour but de compléter et de renforcer les dispositions de la Convention de La Haye, destinées à réduire d'une façon plus efficace la production et la fabrication des stupéfiants, et à exercer sur le commerce international un contrôle plus étroit.

Les substances soumises à ce contrôle sont : l'opium brut, l'opium médicinal, la cocaïne brute, les sels de cocaïne, l'ecgonine et le chanvre indien. On prévit également la surveillance des pays producteurs d'opium brut, de feuilles de coca et de chanvre indien ainsi que de stupéfiants manufacturés. Elle décide également que chaque pays devrait indiquer à l'avance la quantité de stupéfiants pour ses besoins normaux et définit, en outre, les mesures destinées à assurer le contrôle du commerce international au moyen des autorisations d'importation et des certificats d'exportation. D'autre part, si les renseignements que reçoit la Commission Consultative portent à conclure qu'un pays donné accumule des quantités exagérées d'une des substances visées par la Convention et risque de devenir un centre de trafic illicite, la Commission aurait le droit de lui demander des explications par l'entremise du Secrétariat de la S. D. N. La Conférence aboutit également à la conclusion d'un Protocole par lequel les Etats signataires reconnaissent qu'ils ont le droit d'exercer sur le com-

merce, la répartition et l'exportation d'opium brut, un contrôle suffisant pour arrêter le trafic illicite et s'engagent à prendre des mesures pour empêcher complètement dans un délai de cinq ans à partir de 1925, la contrebande de l'opium.

On voit que les résultats obtenus étaient très satisfaisants et qu'on pouvait, dès ce moment, regarder avec un peu plus d'optimisme le problème des stupéfiants dans le monde.

Il est permis d'avoir des doutes sur l'efficacité de la S. D. N. comme organe de paix mondiale. Il est permis de douter que l'Humanité soit arrivée à un tel degré de culture pour qu'un organisme, dépourvu de force matérielle, puisse imposer ses décisions et faire triompher la Justice et le Droit en s'appuyant seulement sur des forces morales. Mais s'il est difficile que les peuples s'entendent sur les graves questions de politique internationale, il n'en est pas moins vrai que le sentiment de solidarité s'est développé dans le monde pour se défendre de certains dangers communs concernant la santé publique et à ce point de vue, surtout en ce qui concerne le problème de l'opium, l'œuvre de la S. D. N. a été certainement efficace.

On a critiqué avec une apparence de raison, que la Commission Consultative était formée précisément par les pays les plus intéressés soit dans la production des matières premières ou dans l'élaboration des drogues. Cette critique n'est pas tout à fait exacte puisque l'Italie par exemple, qui ne produit ni des matières premières ni des alcaloïdes, en fait partie et prête une collaboration enthousiaste. Pour ma part, je trouve que cette mesure a été opportune puisque si les pays producteurs avaient été écartés systématiquement de la Commission, les résolutions prises par celle-ci seraient devenues difficilement applicables surtout à cause de la mauvaise volonté des pays producteurs qui se seraient crus lésés dans leurs intérêts. Dans la situation actuelle, les délégués qui font partie de la Commission discutent les résolutions avec un ample esprit humanitaire, tout en sauvegardant les intérêts qu'ils représentent, et ce sont les premiers à faire appliquer les accords dans leur pays.

Pour combattre un mal, il faut le connaître et pour employer le langage médical, je dirai qu'il faut d'abord faire le diagnostic et étudier son étiologie pour faire un bon traitement. La Commission Consultative a donc commencé par former les statistiques de la production et de la consommation de stupéfiants dans le monde.

Je vous fais grâce de la lecture de ces nombreuses colonnes de chiffres qui fatigueraient votre attention. De l'observation comparative des cinq dernières années, un fait important se dégage, c'est que la situation s'améliore progressivement à mesure que les accords commencent à être mis en pratique. Ce qui démontre le plus clairement cette affirmation, c'est le prix exorbitant qu'atteignent les stupéfiants pour les usages illicites, de sorte que la toxicomanie devient un vice de plus en plus cher et qui n'est pas à la portée de toutes les bourses.

Il est certain que les statistiques qui ont été dressées, n'ont pas une exactitude mathématique puisqu'il y a quelques pays qui ont omis d'envoyer leurs rapports annuels à la Commission et d'autres, très peu nombreux heureusement, n'ont pas adhéré à la Convention de La Haye ni à celle de Genève, et semblent se désintéresser de cette importante question, ce qui est vraiment malheureux, non seulement parce que cette abstention fausse jusqu'à un certain point les statistiques, mais étant donné le peu de surveillance qui est exercé sur leur territoire, ils peuvent devenir des centres de contrebande très difficiles à atteindre.

Cependant, certaines mesures telles que le système des certificats d'importation et d'exportation (l'un des pivots essentiels d'une surveillance effective) commencent à être appliquées graduellement par les Puissances d'une façon de plus en plus générale, et donnent déjà des résultats remarquables.

D'autres dispositions prises par plusieurs gouvernements concernent les envois de drogues par la voie postale et même pour celles qui sont en transit, ont également prouvé leur efficacité.

La question des ports francs et des zones franches a préoccupé beaucoup la Commission, car en raison de la liberté commerciale dont ils jouissent, la surveillance est insuffisante et la contrebande devient facile. Cependant, plusieurs pays ont déjà répondu dans le sens que les lois et règlements sur l'opium et autres stupéfiants, sont déjà appliquées dans les ports francs ou le seront bientôt.

Toutes ces mesures vont restreindre certainement la contrebande, mais comme le faisait constater le délégué italien, on n'arrivera pas à avoir des résultats vraiment efficaces tant que la fabrication des stupéfiants continuera à se faire dans des proportions qui dépassent de beaucoup les quantités nécessaires pour les besoins médicaux et scientifiques mondiaux, et il a soumis à la Commission un projet ainsi conçu :

« La Commission consultative... constatant qu'il
« n'est pas douteux que la fabrication des stupéfiants
« se poursuit dans des proportions qui dépassent de
« beaucoup les quantités nécessaires pour les besoins
« médicaux et scientifiques mondiaux ; et que, par
« conséquent, la contrebande s'accroît toujours,
« ainsi que les saisies de stupéfiants le prouvent, con-
« sidère opportun : 1° de donner pleine application
« aux principes contenus dans la Convention de La
« Haye (art. 9) et confirmés par la deuxième confé-
« rence de Genève de 1925 (art. 5), d'après laquelle

« les parties contractantes s'engagent à réduire la « fabrication des drogues manufacturées aux quan- « tités nécessaires pour les besoins médicaux et « scientifiques. Elle est d'avis qu'il y a lieu d'étudier « les mesures à prendre afin de permettre le contin- « gentement de la fabrication des drogues ; 2° d'en- « treprendre d'urgence une étude complète sur les « problèmes de la contrebande des stupéfiants, en « insistant spécialement, soit sur les causes qui la « produisent, soit sur les mesures, même pénales, « qu'il y aurait lieu d'adopter pour l'enrayer. »

Cette suggestion a été en principe acceptée par la Commission, mais il est facile de comprendre que son application est encore difficile étant donné le nombre considérable d'intérêts particuliers qu'elle vise.

Le représentant du Japon a déclaré que son Gouvernement avait décidé de diminuer la fabrication de cocaïne dans le pays, en réduisant les importations de la matière première. C'est là un bel exemple qui, nous l'espérons, sera bientôt suivi par d'autres pays.

Telle est, Messieurs, la situation actuelle du problème de l'opium et autres stupéfiants dont la surveillance a été confiée à la Société des Nations. On est certainement loin d'avoir atteint des résultats définitifs, mais il est également certain qu'on a fait dans ce domaine de grands progrès et si on n'ose pas espérer la suppression totiale des toxicomanes dans le monde, il est permis néanmoins de croire que, dans un avenir rapproché, on arrivera à restreindre l'usage des stupéfiants dans des proportions telles qu'ils ne seront plus un danger pour l'Humanité.

Il est à souhaiter que ce ne soit pas seulement les Gouvernements qui s'occupent de ce mouvement de défense sociale, mais aussi tous les hommes éclairés, surtout les médecins du monde entier, puisqu'il s'agit d'une croisade essentiellement humanitaire.

Il ne me reste plus qu'à adresser mes félicitations au Comité organisateur pour le magnifique succès des Journées Médicales et à le remercier du bienveillant accueil que nous avons reçu ; ma gratitude s'étend aussi à la ville de Marseille pour la généreuse et chaude hospitalité qu'elle sait donner à ses hôtes.

Le temps malheureusement trop court que nous avons passé dans cette Provence que j'aime et admire, laissera un souvenir ineffaçable dans ma mémoire. Je n'oublierai jamais ce ciel bleu dont l'azur profond semble se perdre dans les flots mouvants de la Méditerranée, cet ardent soleil qui réchauffe le cœur et ennoblit l'âme, et cette belle et luxuriante nature qui me rappelle ce pays lointain où je vis le jour.

Nous assignerons une place à part dans le champ de nos souvenirs à cette grande et fière Cité méridionale appelée, à juste titre, la Perle de la Méditerranée.

LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE SÉNAT

(*Suite*)

Séance du 23 *juin* 1927.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par la Chambre des députés, sur les assurances sociales.

Je rappelle au Sénat qu'il en est resté à l'article 4, dont le premier alinéa a été adopté.

Au second alinéa, M. Roche avait soutenu un amendement, qui est actuellement en discussion. (*Assentiment.*)

La commission m'a fait connaître qu'elle a présenté une nouvelle rédaction des alinéas 2, 3, 4 et 5, qui lui paraît devoir donner satisfaction aux auteurs de l'amendement.

Voici la nouvelle rédaction proposée par la commission pour les alinéas 2, 3, 4 et 5 de l'article 4 :

« 2. — L'assuré choisit librement son praticien.

« 3. — Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. S'il n'y a pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci choisit parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée Au cas où il désire faire appel à un autre praticien ou, en général, à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

« 4. — Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels.

« 5. — Leur montant est supporté ou remboursé par la caisse, suivant les conditions déterminées dans les contrats. La participation de l'assuré aux frais médicaux, en dehors des suppléments de frais visés au paragraphe 3 ci-dessus, est fixée par la caisse entre 15 et 20 p. 100 et réalisée également suivant le mode

prévu auxdits contrats. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 p. 100. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions. »

M. Chauveau, *rapporteur.* — Monsieur le président, quand notre collègue M. Labrousse aura parlé, j'expliquerai au Sénat comment la commission a rédigé ce texte d'un commun accord.

M. le Président. — La parole est à M. Labrousse.

M. Labrousse. — Messieurs, M. François-Saint-Maur nous a dit que la loi sur les assurances sociales serait ce que les médecins voudraient bien la faire.

Il n'est pas douteux que l'anxiété du Sénat, quant à l'avenir de la loi, corrobore cette assertion.

Je ne veux pas discuter, même en présence de cet état d'esprit de notre Assemblée, la question de savoir s'il n'eût pas mieux valu scinder comme on l'a fait en Allemagne, je crois, la loi en deux parties : une loi d'invalidité-vieillesse immédiatement discutable, et une loi d'invalidité-maladie plus approfondie dans son mécanisme médical et dans ses répercussions financières. Je veux rester sur le terrain de l'article 4 et aussi sur le terrain du contrôle qui s'y rattache intimement, mais non sans signaler au passage mes craintes sur les abus possibles et les difficultés de ce contrôle, et sur l'application des sanctions.

Ces craintes s'atténueraient sensiblement si les observations qu'a formulées à cette tribune mon ami M. Roche étaient prises en considération par la commission, qui pourrait ainsi fournir un texte transactionnel.

Messieurs, les médecins d'autrefois, à l'éloge desquels vous avez applaudi, vivaient dans la liberté. Toute autre forme de vie professionnelle se serait heurtée à leur esprit de philosophie quelque peu frondeuse, à leur grande culture générale, à ce souci particulier et d'antique origine qu'ils professaient pour la dignité de l'art médical. (*Très bien !*) La confiance du client avivait l'effort du travail, l'acuité actuelle la recherche de la pénétration des secrets de la maladie.

Grâce à cette liberté, et de situation et d'esprit, les médecins ont par ailleurs, suivant le mot de notre vieux maître le père Farabœuf, été les commis voyageurs de l'esprit scientifique dans ce pays et le régime actuel leur doit beaucoup.

De ce corps d'une millénaire intellectualité sont sortis des législateurs de premier plan, qui ont fait autre chose que de dénoncer ; ils ont construit et fait la loi du docteur Théophile Roussel sur la protection de l'enfance, la loi sur l'assistance médicale gratuite, la loi Strauss sur la santé publique. Il est vrai que notre collègue M. Strauss n'est pas tout à fait médecin. Il n'est que membre de l'Académie de médecine. (*Sourires.*)

Enfin, nous assistons à la naissance, d'autant plus honorable qu'elle est difficile, de la loi dont M. le docteur Chauveau sera bien le père quelque peu obstiné. (*Très bien !*)

Ce médecin de jadis, cravate blanche, longue redingote, sourire ironique, mal payé mais profondément honoré de toutes les classes sociales, est bien mort et il y a peu de chance qu'il revive jamais.

M. Gaudin de Villaine. — Vous êtes sévère !

M. Labrousse. — La vieille dignité médicale s'est amenuisée le jour même où la méditation, l'étude et l'expérience ne furent plus honorées qu' à l'instar du muscle ou des prouesses sportives.

De ce jour datèrent l'affaiblissement de la culture générale, sinon de l'esprit classique ; l'instabilité contemporaine, l'étroitesse des concours qui mènent aux sommets de la carrière, l a naissance des spécialités aidant et la vie chère brochant sur le tout, le monde médical, les chirurgiens en tête, sont entrés dans la voie du matérialisme économique. (*Très bien !*)

M. Gaudin de Villaine. — Sévère, mais juste.

M. Labrousse. — Ils ont recouru aux moyens de l'action syndicale. Cette action syndicale a, heureusement d'ailleurs, transformé la situation matérielle des médecins. Mais est-ce donc leur faire une critique injustifiée que de leur dire qu'ils eussent pu mener de pair le souci des réalités de la vie et le maintien de la culture de notre profession ? (*Très bien ! très bien !*)

Les maîtres, les grands maîtres, si prestigieux dans nos hôpitaux ont trop abandonné à lui-même le mouvement syndical. Quel magnifique exemple n'auraient-ils pas donné en confondant moins le travail de la clientèle et le travail si noble que leur imposaient leurs titres universitaires et les obligations qu'ils comportaient ? (*Très bien ! très bien !*)

Je dois dire à leur excuse que les traitements de misère qu'ils recevaient ne correspondaient point au long effort de labeur qui se prolongeait même après la jeunesse.

Or, messieurs, les groupements totalisent rarement les vertus personnelles de leurs membres ; ils fondent les valeurs et sont d'essence égalitaire ; les syndicats médicaux n'ont point échappé à cette règle ; ils ont suivi l'évolution des autres syndicats ; ils ont quelque peu négligé les devoirs sociaux spéciaux des carrières libérales.

M. Millies-Lacroix. — Très bien !

M. Labrousse. — C'est ainsi que par la force des choses, *les médecins se présentent aujourd'hui devant vous comme un corps susceptible de réglementation étatiste et que se pose*, à propos de l'article 7 du projet de la loi sur les assurances sociales, la question de la tarification médicale de 12 millions de clients, de 80 p. 100 de la population dans certaines régions, que se pose *la question des contrats spéciaux, que se pose, en somme, la question d'une fonctionnarisation, plus ou moins latente et déguisée aujourd'hui, plus certaine demain.* (*Marques d'approbation.*)

Si la position que s'est donnée le médecin dans la société d'aujourd'hui est celle que j'indique, il semble en résulter que vous ne pouvez lui accorder la liberté sans rivages. Dans ce projet partiellement mais nettement collectiviste, faisons au moins cette

liberté aussi bonne que possible et retardons l'échéance de ce fonctionnarisme médical.

Je verrais avec la plus vive peine les syndicats médicaux se nuancer, même, d'une teinte de ce fonctionnarisme. (Très bien ! très bien). Ne trouvez-vous pas, en effet, qu'il y a trop d'Etats dans l'Etat ? Et ceci est contraire à toute doctrine de tout parti.

Mais, messieurs, comme les lois de réaction et d'équilibre sont aussi vraies pour les institutions que pour les individus, n'est-il pas à craindre que soit un homme, soit une oligarchie possible — je ne parle pas de celle des médecins — ne recherche un jour « le plus de Gouvernement possible. »

Par ailleurs, les règles qui peuvent paraître justifiées chez certains autres syndicats ne sauraient être employées, pour mille raisons, sans déchéance, par les syndicats médicaux.

Ni aujourd'hui, ni demain, pas de médecin fonctionnaire. (Très bien ! très bien !), à moins que vous n'acceptiez pour véridique l'aphorisme paradoxal que la culture d'une nation se mesure au nombre de ses fonctionnaires. (*Rires.*)

M. GAUDIN DE VILLAINE. Hélas !

M. LABROUSSE. — Alors, nous demanderons peut-être l'assurance contre les procès et la tarification des avocats. (*Très bien et rires sur un grand nombre de bancs.*)

Par conséquent, en accord avec les principes posés par M. le docteur Roche dans son amendement, je vous supplie, monsieur le président, d'éliminer de votre texte le tiers payant et d'accepter la suppression de la tarification.

Ne comprenez-vous pas que la tarification directe entre la caisse et le médecin donne à l'assuré des droits sur le médecin qui deviennent très vite odieux au praticien, en créant un lien d'argent entre la confiance humiliée et le malade plus exigeant. Plaise à Dieu que le ticket de visite ne soit monnaie d'échange et ne devienne un jour coté en bourse. (*Rires.*)

La tarification tue le recrutement hospitalier. Nous voyons fort peu d'accidentés du travail dans nos hôpitaux. C'est la médecine en série, la médecine au rabais ; c'est le client sautant d'un médecin à l'autre ; c'est, par compensation, l'élévation non douteuse des honoraires médicaux pour les non-assurés.

La tarification, c'est la médecine rapide, alors que tout acte médical demande pondération, raisonnement et temps. Il y a mille façons de poser un diagnostic. Il y a la manière.

Les médecins militaires ont beaucoup de science et, en regardant bien au fond des choses, les critiques qu'on leur a adressées, si souvent, tiennent surtout à la façon dont ils expriment leur science. Ils n'ont pas la manière parce que, obligatoirement, ils font du travail en série et opèrent sur des séries. (*Très bien !*)

La tarification, c'est le couperet égalitaire qui nivellera non seulement les honoraires, mais aussi les initiatives individuelles.

Puis, messieurs, la plupart d'entre vous sont membres des conseils généraux. Avec la tarification directe des honoraires médicaux, par conséquent avec un contrat toujours dénonçable, ne craignez-vous pas de voir revivre entre les caisses et le corps médical ces longues périodes de récriminations, de pétitions, d'assauts, de menaces de grèves que vous avez vu se produire dans nos départements ? (*Marques d'approbation.*)

Vous avez constaté tout cela dans vos départements jusqu'à ce que le corps médical ait obtenu le libre choix du médecin et la suppression du forfait.

Avec la tarification, avec la limitation du choix du médecin, se surajoutera, dans l'esprit du praticien, quand elle ne s'y substituera pas, la préoccupation des conflits, des règlements, et ceci pour le plus grand dam des préoccupations d'ordre scientifique et médical.

Médecine en série, médecine rapide, médecine de mauvaise qualité, entraîneront fatalement un contrôle sévère qui aurait pu s'exercer d'une façon moindre, dans une liberté plus grande.

J'en arrive donc à parler du contrôle. Il eût été singulièrement facilité, et la réussite de la loi aurait été mieux assurée, si la discrimination avait pu être faite, même avec une nomenclature.

J'insiste sur cette idée, parce que je la crois essentielle, pour le succès du projet de loi. Oui, une discrimination aurait pu être faite entre les maladies bénignes et les maladies graves. A qui ferez-vous croire qu'un homme, même salarié, qui gagne 15.000 ou 18.000 fr. par an, ne puisse ou ne doive faire l'effort nécessaire pour soigner ou ses bronchites banales ou ses rhumes de cerveau ? (*Très bien ! très bien !*)

Le secret professionnel n'est point engagé et ce sont les petits bobos de la vie qui sont le nombre et sont incontrôlables. Ce sont aussi ceux qui vont vous coûter le plus cher. Dans le service des pensions militaires, les petits pensionnés entre 10 et 15 p. 100 absorbent la moitié de la somme totale et représentent la moitié des pensionnés.

Dans la dépense qu'occasionne à l'Etat la loi sur les mutilés et les réformés militaires, la moitié, au moins, s'applique aux petites maladies qui ont été enregistrées dans les certificats du front.

Ce ne sont pas les grosses affections qui coûtent ; celles-là sont facilement contrôlables. Tout médecin hésitera à transformer une affection bénigne non indemnisable en affection grave indemnisée. Ce serait un acte de fraude, pénalement répressible.

Voyez-vous, ce que je trouve de grave dans votre projet de loi, monsieur Chauveau, c'est la tentation que vous offrez à 12 millions d'individus...

M. Joseph CAILLAUX. — Voilà !

M. LABROUSSE.... — et à quelques médecins — de frauder et de se rendre facilement invalides aux frais de la nation, des caisses si vous voulez. (*Très bien ! très bien ! et vifs applaudissements.*) Admettons qu'il n'y ait — et je suis certainement au-dessous des statistiques du tribunal correctionnel — qu'une personne malhonnête sur 500 et qu'un médecin mal-

honnête sur 1.000 — ce qui est trop, je le reconnais (*rires*) — cette proportion est suffisante pour que la loi ne puisse pas fonctionner.

Cette tentation sera facilitée par ces petites maladies communes, courantes qui, ordinairement, ne devraient pas être indemnisées. Ces petites maladies, toutes indemnisables, vont être amplifiées, vont changer de nom. Des maladies nouvelles vont surgir. Comment voulez-vous contrôler tout cela ?

Je vous pose une autre question, monsieur Chauveau. Avez-vous évalué le coût des soins dentaires dans l'application de votre loi ? Quel genre de contrôle pourrez-vous exercer sur la dentisterie qui évoluera, soyez-en sûr, et qui vous coûtera cher ?

La loi que vous proposez est une expérience *in anima vili*, si j'ose dire. Elle sera modifiable. Vous serez un jour ou l'autre obligés d'établir des distinctions entre les maladies. Il est bon que le public soit prévenu dès à présent.

Par ailleurs, j'ai une assez longue expérience professionnelle de la loi sur les accidents du travail. Les compagnies d'assurances, critiquables à d'autres points de vue, sont organisées et possèdent un personnel médical choisi et très souvent remarquable.

Ces compagnies ne sont pas trop liées par la loi de 1898 et pourtant, dans la grande majorité des cas, elles ne peuvent exercer que des contrôles restreints et insuffisants. Or, il s'agit d'accidents, c'est-à-dire de faits ayant une cause soudaine, fortuite, brutale, suivant les termes de la loi. Je ne dis pas que les suites de l'accident ne soient un peu moins nettes. Eh bien, malgré cela, il y a des discussions terribles sur la réalité de l'accident. Que sera-ce quand il s'agira de maladie ? Là, c'est uniquement dans la probité médicale que vous en trouverez le commencement et les limites.

C'est donc cette probité médicale que vous devez encourager et soutenir par la liberté et l'absence de tarification.

S'il y a tarification des visites, de leur nombre et, par suite, des diagnostics, par qui seront jugées les erreurs médicales et les conflits qu'elles entraînent ? il faudra rétablir les tribunaux d'arrondissement. (*Exclamations et rires*).

M. Louis Pasquet. — Conclusion inattendue.

M. Labrousse. — Les fraudes de l'assuré, les fraudes des médecins, vous les soumettrez à une commission médicale prise sur place, dans la région, ou à un contrôleur élu par ses collègues.

Montaigne a écrit, il y a longtemps : « Il n'y a pas d'exemple qu'un médecin, appelé en consultation, n'ait ajouté ou modifié ou contredit quelque chose à l'ordonnance de son compagnon. » (*Rires.*)

M. Edmond Cavillon. — Vous êtes dur pour eux.

M. Victor Bérard. — C'est Montaigne qui le dit.

M. Labrousse. — C'est à leur éloge et cela se comprend d'ailleurs. Chaque médecin est fier de son école, de ses maîtres, des quelques victoires qu'il a cru remporter sur la maladie et sur la mort ; de là, chez mes confrères une émulation louable, mais poussée parfois jusqu'aux quelques injustes jalousies, il faut le dire aussi. (*Sourires.*)

Quelles sanctions donnerez-vous à vos contrôleurs? Votre loi n'en prévoit pas et vous ne pouvez pas en prévoir de matérielles, en dehors des faits délictueux difficiles à préciser, qui tombent sous l'application du code pénal. On reculera trop souvent devant de telles mesures.

Est-ce à dire que nous devons laisser à l'improbité, si rare qu'elle soit, le champ libre ? Non. Nous n'avons pas l'intention d'être les courtisans de l'immoralité de quelques individus qui portent le nom de médecins et qui ne méritent ni le nom de citoyens ni le titre de médecins ? (*Applaudissements.*)

Aussi avons-nous, dans un amendement, examiné la possibilité de la création d'un tribunal moral supérieur, hors des contingences locales, siégeant, soit au ministère du travail, soit au ministère de la justice (*sourires*), et qui, je l'espère bien, règlerait toutes le questions de déontologie, tous les conflits d'ordre médical inhérents à cette loi et peut-être inhérents à d'autres lois.

Le projet de loi actuel est déjà bien chargé. A certains moments — ce n'est pas une critique — il prend figure de règlement d'administration publique. Aussi est-ce au règlement d'administration publique luimême que nous laisserions le soin de préciser, en accord avec les organisations médicales, le mode d'élection, la forme, les attributions et les sanctions du conseil de l'ordre dont nous demandons l'institution.

Si je parle en ce moment de cette question, après avoir discuté celle du contrôle, c'est pour ne pas abuser deux fois de la tribune, et aussi parce que je suis convaincu que, si de l'échange de vues entre la commission et M. Roche sort un texte unique avec le libre choix du médecin et sans tarification directe entre les caisses et les praticiens, vous aurez supprimé les trois quarts des raisons du contrôle. Le conseil de l'ordre, dont je préconise l'institution, suffira à juger presque tous les différends.

Je termine là, messieurs, mes quelques observations. Elles ont été formulées en plein souvenir de la tradition de dignité et de dévouement dans laquelle ont été élevés les médecins de ma génération. (*Vifs applaudissements. — L'orateur, en regagnant sa place, est félicité par ses collègues.*)

M. le Rapporteur. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. — Messieurs, notre cher collègue, M. Labrousse vient d'évoquer les difficultés d'application de la loi ; je ne suis pas ici pour vous les celer.

Il me semblait vous avoir fait remarquer, l'autre jour, tous les efforts que nous avions faits dans le but de la rendre réellement applicable dans de bonnes conditions.

L'honorable M. Labrousse a fait allusion aux petits risques. C'est pour remédier aux abus qu'ils peuvent

soulever que nous avons renforcé le nombre de jours de carence et le taux de la participation de l'assuré aux frais médicaux et pharmaceutiques.

M. le docteur Labrousse dit une chose très exacte : si on avait pu calculer à l'avance ce que coûte le traitement d'une maladie déterminée et remettre la somme nécessaire au malade, on aurait pu supprimer une grande partie des dispositions de la loi. C'est ce que nous avons cherché à faire pendant très longtemps.

Une commission constituée par l'Union des Syndicats s'est réunie un grand nombre de fois, afin de déterminer, pour chaque maladie, la somme d'argent moyenne nécessaire à son traitement ; mais il n'a pas été possible de continuer longtemps : car il est vite apparu que l'on se heurtait à des impossibilités.

Je suis surtout monté à la tribune pour rendre compte au Sénat de ce qui s'est passé depuis avant-hier à propos de l'amendement de l'honorable docteur Roche.

Cet amendement a certainement beaucoup troublé l'ensemble du Sénat. Nous en avons été nous-mêmes très préoccupés, et la commission a consacré hier plusieurs heures à son étude. Nous avons discuté longuement, vivement, comme il convient entre médecins, très convaincus de ce qu'ils pensent. (*Sourires.*) Tout de même, il nous est apparu que l'accord pouvait se faire sur un certain nombre de points.

D'abord, l'entente directe, qui constitue la partie essentielle de l'amendement de notre ami M. le docteur Roche et la revendication principale du Corps médical, peut très bien se réaliser tout entière dans le cadre même du texte de la commission.

Restaient un certain nombre de questions importantes qui préoccupaient beaucoup nos collègues médecins.

D'abord, il leur semblait que le libre choix n'était pas complet.

Nous avons discuté longuement à ce sujet et rendu finalement hommage à la pensée du docteur Roche en supprimant la liste des médecins, ainsi que toute la partie du texte qui concerne cette liste. Tel était, en particulier, le désir de notre collègue, M. Fernand Merlin, qui a beaucoup insisté sur ce point.

Voilà la première concession que nous avons faite à l'amendement Roche.

Une seconde question préoccupait beaucoup les médecins : c'est celle du tiers payant.

Nous avons pris, à l'article 6, une disposition qui satisfera, je l'espère, notre collègue M. Roche, en remplaçant les mots : « au choix des intéressés », par les mots : « suivant les conditions déterminées dans les contrats ». Cette modification a paru agréer à la plupart des signataires de l'amendement Roche.

De telle sorte que, sur ces trois points essentiels : entente directe — qui, je vous le répète, se trouve certainement contenue dans le texte — liberté absolue du choix, dispositions concernant le tiers payant — que je viens de vous indiquer — il semble actuellement que nous ne sommes plus séparés par grand' chose, j'estime même que rie n ne nous sépare plus.

Je me crois, par conséquent, autorisé à demander à notre confrère et ami M. le docteur Roche de vouloir bien accepter de retirer son amendement, puisqu'il a satisfaction dans ses parties essentielles.

Tel a été l'objet de nos délibérations d'hier ; tel est le résumé du texte nouveau, dont M. le président a tout à l'heure donné lecture au Sénat. (*Applaudissements.*)

M. Paul STRAUSS. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Strauss.

M. Paul STRAUSS. — Messieurs, comme le Sénat tout entier, j'espère que l'accord ne tardera pas à se faire sur les conditions dans lesquelles le Corps médical doit prêter sa collaboration au fonctionnement de la loi sur les assurances sociales.

Mais, sans préjudice de cet accord, je considère comme indispensable de rectifier quelques-unes des assertions qui ont été apportées à cette tribune, avec infiniment de talent, par mon collègue M. le docteur Roche et par mon collègue M. le docteur Labrousse.

En propres termes, M. le docteur Roche a déclaré que les lois sociales donnent un résultat insuffisant par rapport à ce qu'elles nous coûtent. Il a invoqué, comme raison de cette insuffisance, la méconnaissance des règles de la profession médicale.

Je suis un peu surpris qu'un parlementaire aussi averti et qu'un médecin aussi consciencieux que M. le docteur Roche porte un jugement aussi sévère et aussi immérité sur toutes nos lois soiales.

Eh quoi ! messieurs, lorsque vous avez en face de vous les différentes lois avec leurs si nombreux bénéficiaires, vous ne distinguez et ne mettez en relief que les inconvénients, les abus inhérents à toute organisation humaine ?

Quelle était la situation avant le vote de la loi de 1893 ? Il n'est pas excessif de rappeler — et je crois que ce souvenir est opportun — que, faute de soins, un grand nombre de malades succombaient dans les campagnes. Ce fait a été constaté d'une manière certaine dans tous les rapports parlementaires. Or, messieurs, nous avons, pour la loi sur l'assistance médicale gratuite, 1.282.000 bénéficiaires, en chiffre rond, sur lesquels 642.000 traités à domicile. La mutualité a, pour la maladie, près de 1.800.000 bénéficiaires ; la loi sur les accidents du travail, sur lesquels on peut dire que dix millions de travailleurs sont assurés, soit par des compagnies d'assurances ou des syndicats de garantie, soit par les employeurs eux-mêmes, bénéficie à environ 1.500.000 accidentés par an. Enfin, la loi si récente et si tragiquement opportune sur les pensionnés et réformés de guerre compte 600.000 bénéficiaires.

Est-il juste, est-il équitable de n'apporter que les malfaçons, si je puis ainsi dire, du fonctionnement de nos lois, sans mettre à leur actif leurs bienfaits et leur utilité essentielle ?

Nos lois ont été imparfaitement appliquées dans leur période de début, et, si M. le docteur Labrousse

s'est félicité avec nous que le forfait ait été supprimé, que le libre choix ait été proclamé, cette constatation n'est pas faite pour amoindrir l'utilité ni les avantages du projet que nous examinons.

A ma grande surprise, mon ami M. le docteur Labrousse a qualifié la réforme de projet collectiviste, comme si la solidarité sociale pouvait prêter à une telle confusion. Il a considéré que nécessairement toute médecine sociale devait être une médecine rapide, une médecine à faible rendement ou à conséquences incertaines et médiocres.

Dois-je rappeler aux médecins qui sont ici que, dans nos bureaux de bienfaisance, dans notre service des enfants assistés, dans nos hôpitaux, dans notre service d'assistance médicale gratuite comme dans toutes nos institutions publiques et nos œuvres privées, les médecins, les praticiens ne mesurent pas leur dévouement aux émoluments et aux honoraires qu'ils reçoivent ? (*Très bien ! très bien !*)

Je m'élève, avec d'autant plus de force que je suis impartial en la matière, contre une allégation qui paraît faire dépendre le zèle, le dévouement des médecins des honoraires qu'ils peuvent recevoir. (*Très bien !*)

Ce n'est pas à dire que nous puissions considérer comme acceptable et légitime que les assurances sociales aient pour conséquence inéluctable une médecine au rabais. Nous considérons, au contraire, que, par le fait même que la moitié au moins des assistés médicaux obligatoires, et tous les mutualistes vont entrer dans le cadre des assurances sociales, grâce aux doubles cotisations des employeurs et des assurés, la dotation des secours médicaux et pharmaceutiques calculée dans le rapport de M. le docteur Chauveau est assez importante, assez abondante, pour qu'aucune inquiétude ne puisse surgir dans les milieux médicaux.

J'ai été surpris d'entendre M. le docteur Labrousse énumérer les difficultés, assurément certaines, du contrôle médical, et conclure à la liberté totale des honoraires médicaux, c'est-à-dire à l'application de la loi de l'offre et de la demande dans les rapports entre les assurés et les médecins.

Eh quoi ! mon cher collègue, avec une sévérité que je trouve excessive, vous vous plaignez des médecins marrons, qui sont en nombre infime, d'ailleurs, dans la profession médicale, et, reconnaissant l'impossibilité — je considère, pour ma part, que vos craintes sont excessives — d'exercer un contrôle sur les actes médicaux, parce qu'il y a de mauvais bergers, vous allez supprimer la tarification, c'est-à-dire laisser la porte ouverte à tous les abus que pourraient être tentés de commettre ces médecins marrons contre lesquels nous sommes unanimes à nous élever ?

L'accord est près de s'établir, je m'en félicite, mais je voudrais, devant des législateurs, dont beaucoup sont, en même temps, conseillers généraux, maires, dire que des tarifs établis d'une manière équitable et contractuelle, en même temps qu'ils sauvegardent l'équilibre financier, ne peuvent se heurter à aucune objection décisive, avec toutes les précautions que prend à cet égard le texte de la commission d'hygiène.

M. Labrousse. — Voulez-vous me permettre un mot, mon cher collègue ?

M. Paul Strauss. — Bien volontiers.

M. Lacrousse. — De quoi sont nés ces médecins ? Quelle est leur origine ? C'est précsé ment de la loi de 1898 qui prévoit la tarification.

M. Paul Strauss. — Je ne crois pas que cette allégation soit fondée. La loi de 1893 a pu donner naissance à des abus ; celle de 1898 a pu provoquer certains faits regrettables ; notre loi de solidarité nationale sur les pensions de guerre a connu le scandale des carnets médicaux ; mais toutes les lois, quelles qu'elles soient, ne peuvent échapper à l'infériorité de la nature humaine ; ce n'est pas un motif pour les répudier, la somme de leurs avantages et de leurs bienfaits, l'emportant de beaucoup sur leurs imperfections et leurs abus.

Vous avez fait appel — et je vous approuve — à la conscience inaltérable du corps médical...

M. Victor Bérard. — Non, elle n'est pas inaltérable.

M. Paul Strauss. — Cette conscience, vous ne la considérez pas comme une barrière suffisante au point de vue de l'exercice intrinsèque de la profession. Comment pouvez-vous la tenir pour efficace lors qu'il s'agit des rapports financiers entre les caisses et le corps médical ? Si le tarif contractuel, élaboré par un accord amiable entre la collectivité payante et le médecin traitant, venait, par aventure, à disparaître de notre loi sur les assurances sociales, quelle serait la situation financière de notre organisation de prévoyance obligatoire ? Ne voyez-vous pas que la conséquence d'une telle brèche aux principes qui ont, jusqu'à ce jour, présidé à nos lois sociales serait l'introduction de cette liberté sans frein, sans limite et sans contrôle dans les lois sur l'assistance médicale gratuite, sur les enfants assistés, sur la protection du premier âge, sur les accidents du travail, sur la mutualité, sur les pensions de la guerre ? Une telle répercussion risquerait de porter la plus grande atteinte à tous nos efforts, encore si imparfaits, de prévoyance, d'assistance, de mutualité, d'assurances sociales.

Nous devons nécessairement nous mettre d'accord sur le texte présenté avec tant de libéralisme par la commission de l'hygiène et son éminent rapporteur M. le docteur Chauveau, et nous ne pouvons pas donner le spectacle d'une division capable de faire naître des malentendus. Nous avons besoin du concours précieux et indispensable du corps médical ; les médecins de campagne comme les praticiens des villes, dont le dévouement est légendaire, ne seront pas les derniers à se réjouir d'une loi qui va prendre en charge non seulement les travailleurs les plus déshérités, mais encore une partie de ces classes moyennes sur qui pèse tout le fardeau de l'après-guerre.

Si l'on entre profondément dans l'analyse et dans l'examen des dispositions bienfaisantes de cette loi

pour la maladie, pour la maternité, pour la vieillesse comme pour l'invalidité, il apparaît que non seulement le prolétariat ouvrier, mais les classes moyennes elles-mêmes ont tout à gagner d'un surcroît de garantie contre les mauvais risques auxquels, jusqu'à ce jour avec un dévouement inépuisable, s'est efforcé de remédier et de parer le corps médical tout entier.

C'est à cet esprit d'union, d'altruisme, de dévouement, qui ne sacrifie personne et qui ne subordonne aucun intérêt, que je fais appel, avec M. le docteur Chauveau, à tous nos collègues pour qu'ils veuillent bien se rallier au texte libéral et réformateur de la commission d'hygiène. (*Très bien ! et applaudissements.*)

(*A suivre*).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr MASSEREL, de Saint-Laurent-de-Chamousset (Rhône). — M. le Dr CHEYLARD, d'El-Affroun (Alger). — M. le Dr BIGNAT, de Clermont-Ferrand.

— **Lyon.** *Cours de perfectionnement pour la stomatologie.* — Un cours de perfectionnement pour la stomatologie sera fait du lundi 19 septembre au samedi 1er octobre 1927, à l'Ecole dentaire de Lyon et dans les services de stomatologie de l'Hôtel-Dieu, de l'Antiquaille et de l'hôpital de la Croix-Rousse.

Ce cours, organisé par un groupe de stomatologistes des hôpitaux et de professeurs à l'Ecole dentaire de Lyon, est destiné aux docteurs en médecine qui ne désirent pas se spécialiser en art dentaire mais qui peuvent cependant être appelés à pratiquer en clientèle des extractions ou des soins d'urgence bucco-dentaires.

Le droit d'inscription est de 200 fr. pour tous les cours et travaux pratiques.

Les inscriptions sont reçues à l'Ecole dentaire, 20, quai de la Guillotière, à Lyon, où l'on trouvera tous les renseignements complémentaires.

Programme. — L'enseignement sera donné tous les jours (sauf le samedi après-midi) ; il comprendra : Le lundi, de 9 h. à 11 h. Clinique de l'Antiquaille, M. Pont. — Le mardi de 9 h. à 11 h. Hôpital de la Croix-Rousse, M. Vichet. — Le mercredi, de 9 h. à 11 h. Clinique de l'Hôtel-Dieu, M. Tellier. — Jeudi, vendredi et samedi, de 9 h. à 12 h. Ecole dentaire : MM. Grenier, Raton, Rouvier, Bouttenoire, Millet, Crépier, Berthiat, Comte. Ravet, Klein, etc.

Tous les après-midi, de 16 à 17 h., démonstrations de prothèse au laboratoire sous la direction de MM. Soulard et Durif, professeurs.

Les cours théoriques auront lieu tous les jours de 17 à 18 h. : Anatomie dentaire, M. Bouchard. — Thérapeutique dentaire, M. Raton. — Pathologie dentaire (carie et complications), M. Viest. — Orthodontie, M. J. Quintero. — Prothèse restauratrice, M. Pont. — Fracture du maxillaire, M. Pont. — Chacun de ces cours comprendra trois leçons au minimum.

— **Prix de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.** — *Prix Jean Dubreuilh.* — Suivant l'intention du fondateur, ce prix devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pratique obstétricale, la Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante : *La rachi-anesthésie dans le traitement des états de contracture utérine au cours du travail.*

La valeur du prix sera cette année de 1.600 francs. Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *franco de port*, à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, cours Georges-Clemenceau. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours. Les mémoires devront être adressés jusqu'au 31 décembre.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Les services automobiles P.L.M. relient la station de Saint-Nectaire aux gares de Clermont-Ferrand et d'Issoire.* — Par la qualité de ses eaux, la station thermale de Saint-Nectaire s'est fait une renommée mondiale, les baigneurs y viennent, chaque année, plus nombreux.

Deux services quotidiens d'autocars P.L.M., en correspondance avec les trains de et pour Paris, Nîmes, Montpellier, Cette, Marseille, relient cette station, l'un du 15 mai au 30 septembre, à Clermont-Ferrand, l'autre, du 1er juin au 25 septembre, à Issoire.

De Saint-Nectaire, les autocars P.L.M. mènent à Murols, au Lac Chambon et au Mont Dore et facilitent ainsi la visite de la région pour le plus grand agrément des baigneurs.

Les principales gares du réseau P.L.M. délivrent des billets directs pour Saint-Nectaire, Murols et le Mont Dore. Ces billets permettent d'enregistrer, dès le point de départ, les bagages pour les trois stations précitées sans que le voyageur ait à s'en préoccuper à Clermont et à Issoire.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Art. 8. — Le conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 18 juillet 1927.

André FALLIÈRES.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Base de la patente en cas de paiement de l'impôt foncier par le locataire.

12450. — M. Jean MOLINIÉ (Aveyron), député, demande à M. le ministre des finances : 1° si la valeur locative de l'impôt de la patente peut dépasser le montant du loyer réel prévu au bail lorsque d'après les clauses du bail, l'impôt foncier est à la charge du locataire patenté ; 2° dans le cas de l'affirmative, dans quelles conditions. (*Question du* 19 *mai* 1927.)

Réponse. — Aux termes de l'article 12 de la loi du 15 juillet 1880, le droit proportionnel de patente est établi sur la valeur locative des locaux imposables. Cette valeur locative est obtenue, pour les locaux loués dans des conditions normales, en ajoutant au prix du bail, la valeur en argent de toutes les charges incombant légalement au propriétaire, mais supportées par le locataire en vertu de clauses particulières du contrat de location, et en réduisant, d'autre part, le prix fixé de la valeur de toutes dépenses assumées par le propriétaire, quoique légalement à la charge du locataire. L'impôt foncier étant légalement dû par le propriétaire, le montant de cet impôt afférent aux locaux loués doit, en conséquence, être ajouté au loyer stipulé au bail, lorsqu'il est mis par ce dernier à la charge du locataire.

(*J. O.*, 13 juillet 1927).

Les frais de remplaçant sont déductibles des revenus professionnels.

12454. — M. PRÉVET, député, demande à M. le ministre des finances si un médecin a le droit de faire figurer dans ses dépenses professionnelles les honoraires et les frais de nourriture du médecin qui le remplace lorsque la fatigue ou la maladie l'obligent à interrompre momentanément l'exercice de sa profession. (*Question du* 19 *mai* 1927.)

Réponse. — Les frais qu'un médecin ayant recours à un remplaçant supporte de ce chef peuvent valablement être compris dans ses dépenses professionnelles pour la détermination de son bénéfice imposable. (*J. O.*, 13 juillet 1927.)

Paiement de la patente sur la valeur locative d'un emplacement réservé dans un garage public.

12507. — M. CHABRUN, député, demande à M. le ministre des finances s'il est possible à un contrôleur

de considérer que le fait, par un patenté, de loger son automobile dans un garage et de payer, pour cette raison, une indemnité mensuelle, rend ce patenté assujettissable au droit proportionnel de la patente sur le montant de cette indemnité. (*Question du 24 mai 1927.*)

Réponse. — Le commerçant qui remise sa voiture dans un garage public est susceptible d'être soumis, à raison de ce fait, au droit proportionnel de patente s'il dispose dans le garage d'un emplacement qui lui est spécialement réservé. Dans ce cas, le droit proportionnel est établi sur la valeur locative de cet emplacement, exprimé par la redevance payée au garagiste.

FAITS CLINIQUES

Zona et varicelle.

Je crois intéressant de signaler une nouvelle observation concernant la question zona-varicelle :

Une jeune femme de 21 ans, nourrice d'un enfant de six semaines est atteinte de zona intercostal le 18 juin 1927.

Le 30 juin, on constate chez l'enfant une varicelle typique.

Dr DRESCH.
(Rambouillet).

JURISPRUDENCE

MÉDECIN D'HOPITAL. — RÉVOCATION DÉGUISÉE.

CONSEIL D'ETAT (SECTION DU CONTENTIEUX).
23 mars 1927.
(Archives du « Sou médical ».)

Un médecin, qui, sans nomination écrite, assure depuis quatre ans, les fonctions de médecin d'un hôpital, doit être considéré comme un employé de cet établissement public et, comme tel, ne peut être dépossédé de ses fonctions, sans avoir eu connaissance de son dossier.

Le Conseil d'Etat, statuant au Contentieux (Section du Contentieux, 2e sous-section).

Vu la requête et le mémoire ampliatif présentés pour le sieur J..., docteur en médecine... et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler une délibération en date du 15 juin 1925, par laquelle la Commission administrative de l'hospice de F... a nommé médecin de l'hospice le docteur M..., à compter du 1er juillet 1925 ;

Ouï M. Louis Roger, Maître des requêtes, en son rapport ;

Ouï Me AUGER, avocat du sieur J... en ses observations ;

Ouï M. Josse, auditeur, Commissaire-adjoint du Gouvernement, en ses conclusions ;

Considérant que si, aucune délibération de la Commission administrative de l'hospice de F..., prise conformément aux prescriptions de l'article 14 de la loi du 7 août 1851, n'avait nommé le docteur J..., médecin de l'hospice de cette commune, celui-ci en assurait néanmoins, seul, le service médical depuis le mois d'octobre 1920 et touchait le traitement inscrit à cet effet au budget communal ; qu'exerçant ainsi en fait, depuis plus de quatre années, lesdites fonctions, le requérant avait droit aux garanties assurées par l'article 65 de la loi du 22 avril 1905 ;

Considérant que la nomination du docteur M... comme médecin de l'hospice par la délibération de la Commission administrative du 15 juin 1925 avait pour effet de remplacer le docteur J... dans ses fonctions et ne pouvait, par suite, être prise sans qu'il ait été satisfait à l'égard de celui-ci aux prescriptions de l'article 65 de la loi précitée du 22 avril 1905 ;

Décide :

Article 1er. — La délibération de la Commission administrative de F... du 15 juin 1925 est annulée.

Article 2. — Le sieur J... ne supportera aucun droit d'enregistrement.

Commentaires

Lorsque très souvent, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, je parle de conflits surgissant un peu partout, en France, entre Commissions administratives des hôpitaux et Corps médical, mes auditeurs manifestent une certaine incrédulité.

Pour la plupart, ce sont des administrateurs d'hôpitaux de grande ville, ou des représentants de l'administration ministérielle, des personnages ayant de hautes situations dans la République.

Aussi, sont-ils de bonne foi, persuadés que la nomination des médecins et chirurgiens d'hôpitaux se fait par la voie d'un concours sur épreuves, ou sur titres. En tous cas, la nomination se ferait-elle au choix, que celui-ci ne saurait être vicié par des considérations étrangères au bien de l'établissement.

Il n'en est rien : à plusieurs reprises, j'ai signalé dans les colonnes du *Concours médical*, le sans-gêne de certaines Commissions administratives, ou la naïveté de certains de mes confrères.

En effet, nous vivons encore d'après les errements d'une loi d'empire : celle du 7 août 1851, en matière d'administration des hospices et hôpitaux.

Ces derniers tiennent, de l'article 14 de ladite loi, le droit absolu de nommer comme bon leur semble qui bon leur semble. Que des conflits, des animosités d'ordre politique, ou personnelles, viennent à surgir entre quelques membres de la Commission hospitalière et le médecin de l'hôpital, celui-ci risquera fort de se voir dépos-

séder de son poste à l'hôpital, au profit d'un confrère mieux en cour.

Le règlement modèle des hospices et hôpitaux tant celui du 15 décembre 1899, que celui du 30 juin 1921, reconnaissent comme désirable que la nomination des médecins d'hôpitaux ait lieu à la suite d'un concours.

Mais, les Commissions hospitalières ne sont nullement tenues de déférer à une simple circulaire ministérielle, alors qu'elles tiennent de la loi le droit de désigner, à leur guise, les titulaires des services hospitaliers.

En second lieu, mes confrères font parfois montre d'une candeur naïve : ils ignorent les lois qui régissent leur profession, parce que personne ne leur a appris leurs droits et devoirs découlant des textes législatifs et réglementaires, qu'ils devraient cependant connaître.

Désireux d'avoir une fonction à l'hôpital, beaucoup se contentent d'une simple nomination verbale : aussi les administrateurs d'hôpitaux pensent-ils que l'annulation de cette nomination verbale peut être provoquée à leur gré, selon leur fantaisie.

Le « Sou médical » a donné son appui moral et pécuniaire à son adhérent, pour déférer devant le Conseil d'Etat une nomination abusive, qui équivalait à une révocation déguisée.

C'est pourquoi nous ne saurions trop engager nos confrères à imiter certains d'entre eux, qui n'hésitent pas à nous demander des conseils juridiques, pour connaître à quoi ils s'engagent, comme aussi à quoi ils s'exposent, lorsqu'ils sont sur le point d'accepter telle ou telle fonction.

J'ai souvent demandé que les Syndicats médicaux locaux soient consultés pour l'organisation des services médicaux locaux de collectivités diverses.

Ce qu'aujourd'hui, on peut considérer comme une utopie, sera la vérité de demain. N'est-ce pas le groupe corporatif local qui devrait être appelé à donner son avis sur pareilles nominations ?

Qui mieux que des praticiens serait à même de dire qu'ici, devant le grand nombre de médecins, il convient d'instituer un concours sur épreuves, ou sur titres, alors que plus loin, les médecins peuvent parfaitement s'arranger entre eux, pour que le service de l'hôpital soit toujours assuré ?

Dans les milieux ministériels, on semble avoir peur du service par roulement : il donne souvent d'excellents résultats, tant pour les malades, ou pour les Commissions hospitalières, que pour les praticiens eux-mêmes. Entre ces derniers, point de favoritisme, point de course plus ou moins antidéontologique aux honneurs et aux fonctions.

Le législateur du 21 mars 1884 avait bien

spécifié, dans un article 6, que les syndicats professionnels pourraient être consultés pour toutes les questions relevant de leur spécialité.

Quarante-trois ans après cette loi, on n'ose pas encore user des dispositions de cet article, tellement les mots font peur : voyez-vous une Commission administrative d'hôpital, un maire, un préfet consulter un syndicat de médecins ? Le vocable syndicat sent encore un peu la révolution, la grève, la bataille.

Que de bon travail, cependant, ne ferait-on pas, si pouvait s'établir une collaboration étroite entre ces syndicats médicaux, qui sont loin d'avoir l'esprit révolutionnaire, ou gréviste, et les collectivités publiques ou privées ? Bien des conflits, bien des lenteurs, bien des injustices seraient évitées.

Mais les hommes ont tendance à être des tyrans, même lorsque, philanthropes dévoués, ils s'estiment tout-puissants, pour administrer le bien des pauvres. Ils croiraient déchoir, être dépouillés d'une partie de leur prestige, que d'associer à leur œuvre la bonne volonté des médecins, groupés dans leurs associations professionnelles.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Accidents.

2318. — Déclaration tardive de maladie professionnelle.

Ayant donné mes soins à un ouvrier plombier, atteint de coliques saturnines, dois-je présenter ma note d'honoraires à l'ouvrier ou au chef d'entreprise ?

La déclaration obligatoire des maladies professionnelles entraîne-t-elle — dans le cas d'incapacité permanente — une allocation de rente pour l'ouvrier.

Dr P.

Réponse.

Les coliques de plomb sont des maladies professionnelles qui sont indemnisées par la loi au même titre que les accidents du travail, lorsqu'elles ont été provoquées par l'intoxication saturnine, en accomplissant l'un des travaux compris dans les tableaux annexés à la loi du 25 octobre 1919.

Au nombre de ces travaux, figurent la soudure et l'étamage à l'aide d'alliage de plomb.

Mais il ne suffit pas, pour que l'ouvrier ait droit à l'indemnité et au paiement des frais médicaux, que son médecin traitant ait effectué la déclaration de la maladie, ainsi que l'y oblige l'article 12 de la loi précitée.

Il faut encore que, par les soins de l'ouvrier, la maladie dont il est atteint ait été déclarée, dans les quinze jours suivant la cessation du travail, au maire de la commune où il travaille, qui en dresse procès-verbal et en délivre récépissé.

Un certificat médical, indiquant la nature de la maladie et ses suites probables, doit compléter cette déclaration.

Par arrêt du 21 mars 1927, la Cour de Cassation, Chambre civile (Dalloz hebdomadaire, 1927-274) a décidé que la déclaration qui doit être faite dans les quinze jours n'est pas prescrite à peine de déchéance et que l'action en indemnité peut être intentée par l'ouvrier contre l'employeur dans le délai d'une année, qui court du jour de la déclaration, s'il en a fait une, et du jour, de la cessation du travail, dans le cas contraire.

Par suite, si l'ouvrier est encore dans le délai d'une année après la cessation du travail, il est en droit d'actionner le chef d'entreprise en paiement des demi-salaires, de la rente, s'il existe une incapacité permanente, et des frais médicaux et pharmaceutiques.

Pour le demi-salaire et les frais médicaux et pharmaceutiques, l'action doit être portée devant le juge de paix du lieu du travail et, pour la rente, devant le tribunal civil de ce même lieu.

Fiscalité.

2250. — La patente est calculée sur le montant total du loyer.

La patente médicale doit-elle être établie sur la valeur locative de tout l'appartement du médecin et de sa famille, ou seulement sur la valeur locative des pièces professionnelles ?

Je paye 14.000 fr. pour 14 pièces, de loyer, mon appartement comprenant les pièces affectées à ma profession (clinique, chambre de malades, salles d'opération, etc.), et les pièces affectées à mon usage personnel et familial.

Ma feuille d'imposition porte, pour ma patente, le chiffre de 933 fr. 33 représentant le 15e du loyer total de 14.000 fr. Ne devrait-elle pas porter seulement sur le loyer proportionnel afférent à mes neuf pièces professionnelles ? Ce chiffre deviendrait donc 600 fr., et multiplié par les centimes-le franc, serait de 2.988 fr. au lieu de 4.467 fr.

Dr C.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente doit être établi sur la valeur locative totale des locaux professionnels et de ceux servant à l'habitation du patentable et de sa famille.

Votre patente est donc régulièrement basée sur un loyer de 14.000 francs.

A. M.

2256. — Patente en cas de changement de domicile.

J'ai cessé d'exercer dans la ville de M. le 1er avril 1927. . Je recommence l'exercice de ma profession, le 15 mai 1927 dans la ville d' A.

Devrai-je payer pour 1927, la patente entière pour la ville de M. et, en plus la patente depuis le 1er mai pour la ville d'A.

Dr B.

Réponse.

Vous serez imposé dans la ville d'A. par voie de rôle supplémentaire pour huit mois (à partir du 1er mai), mais des droits ainsi imposés devront être déduits ceux payés à M. pour la période correspondante (soit 8 /12e de la patente de M.).

A. M.

Questions médico-militaires.

1863. — Périodes d'instruction ; démission ; première mise d'équipement.

Classe 1916, marié, un enfant, mobilisé avec ma classe et nommé médecin auxiliaire en 1917, sur ma demande nommé aide-major de 2e classe de réserve en 1927. Le service de santé me demande si je désire être convoqué pour 25 jours à fin de proposition au grade supérieur.

Je désirerais savoir :

1º Si la classe 16 sera tôt ou tard appelée à faire une période ;

2º Si les périodes sont obligatoires pour les officiers de réserve ne désirant aucun galon supplémentaire ;

3º Quelle serait ma situation militaire en cas de démission et la marche à suivre pour faire aboutir celle-ci ;

4º Une récente circulaire laisse savoir que les offiiers de réserve doivent posséder un uniforme. Je n'ai touché aucune indemnité à cet effet. Faudrait-il par hasard se l'offrir de ses propres deniers ?

Dr S.

Réponse.

1º En principe, la classe n'entre pas en ligne de compte pour les officiers de réserve, alors qu'il en est ainsi pour les hommes de troupe ;

2º Indépendamment de l'obtention de tout grade supérieur, l'article 49 de la loi sur le recrutement autorise le Ministre à convoquer les médecins de réserve pour des périodes, sans que leur durée totale puisse excéder quatre mois.

3º Vous redevenez sous-officier, comme vous l'étiez avant de devenir officier. Mais il faut que votre démission soit acceptée ? Mieux vaudrait tenter de vous faire mettre hors cadres pour raisons de santé, après demande à votre Directeur de passer dans ce but devant une commission de réforme.

4º Les réglements en vigueur ne permettent pas de vous payer une première mise d'équipement, puisque vous avez été promu avant le 8

janvier 1925 (article 43 de l'instruction du 8 janvier 1925) ; cependant vous pouvez essayer de toucher des vêtements de sous-officier au magasin d'habillement du Corps d'armée (demande adressée au général par la voie hiérarchique du Directeur).

2186. — Montant d'une pension militaire.

J'ai un de mes clients et amis réformé définitivement depuis deux ou trois ans à 100 % pour tuberculose pulmonaire. Comme je m'intéresse tout particulièrement à ce pauvre malade, je voudrais savoir : 1° à quel taux doit se monter actuellement sa pension avec toutes les augmentations, qui ont été votées depuis plusieurs années (1925-1926) ? 2° et dans le cas où il ne toucherait pas toute la somme qui lui est due, à qui faudrait-il s'adresser pour faire valoir ses droits ? Dr D.

Réponse.

Nous ne pouvons vous indiquer exactement les chiffres demandés, car les sommes dues varient avec le grade, et dépendent de conditions tout à fait individuelles ; seul, le sous-intendant militaire des pensions possède les éléments nécessaires pour établir ce décompte. C'est d'ailleurs à lui qu'il faut adresser toutes réclamations.

L'intéressé a droit :

1° A une pension de base, qui, pour 100 %, au taux de soldat, est de 4.420 fr. ;

2° A une majoration de grand invalide (1.400 francs) ;

3° Eventuellement, à l'article 10 (1/4 de la pension en plus), s'il a besoin du secours constant d'une tierce personne ;

4° Eventuellement, à l'article 12, s'il a d'autres infirmités ;

5° Eventuellement, à des majorations pour enfants ;

6° A l'indemnité spéciale des tuberculeux (5.000 fr.), s'il ne peut travailler.

1888. — Promotion au 3e galon.

Aide-major de 2e classe en juin 1910, aide-major de 1re classe le 11 novembre 1914 pour prendre rang au 29 juin 1914, proposé durant la guerre dix fois pour le grade supérieur, j'ai toujours deux galons.

Il me paraît y avoir là un abus si je m'en rapporte aux officiers de l'active qui sont moins de temps à deux galons en temps de paix que moi-même en activité pendant la guerre. Que dois-je faire ? Dr X.

Réponse.

Votre situation militaire paraît, en effet, anormale. Cependant, le passage à trois galons pour les officiers de réserve ne se fait pas à l'ancienneté mais seulement au choix ; il ne constitue pas un droit.

Vous devriez donc voir votre Directeur du Service de santé, et obtenir de lui qu'à la fin de l'année, il vous propose au Ministre pour l'obtention de ce grade, que vous avez largement mérité, surtout après vos services de guerre.

Quarante-neuvième année N° 32 7 Août 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2098-IV)

(Suite du Sommaire)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Boyer, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, E. Le Gouriérec, E. Poulain.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry, Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou, Portes, Saint-Pée.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen, Truelle.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Boutelier.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel. Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les docteurs ACHARD, d'Aïn-Temouchent et FABRE, de Saint-Rémy-sur-Avre, la somme de trente francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 450. — Préchacq-les-Bains, Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Dr Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

N° 451. — Côte-d'Azur, excell. client. en augment., 115.000 touchés en 1926, conviendr. à interne en chirurgie très actif parlant anglais. Maison confort. 11 p., loyer 4.000. Cession pressée.

N° 452. — Touraine. A céder cause décès poste méd. génér., chirurg., acc. trav. et usuel, ville 5 à 7.000 hab. agglom. et env. Rapp. import. grande belle mais. conf. mod., jard. garage. Bail à discut., collect. import. instru. chirurg. Div. app. électr. et autres. E. Picard, avocat à Loches (I.-et-L.).

N° 453. — 7.000 fr., Donnet-Zedel 7 CV, mai 1925, 3 pl. trèfle, carros. repeinte, mécan. bon état. Dr Devauchelle, à Bruyères-sur-Laon (Aisne).

N° 454. — Méd. céder droits exclusifs de spécial pharmac. pour un ou plusieurs départem. Aff. sérieuse, condit. à débatt.

N° 455. — Mais. de repos, pays basque, proxim. Bayonne-Biarritz, parc en bordure rivière, vie de famille régimes, pas de contag. Dr Goyénèche, à Ustaritz (B.-P.).

N° 456. — Dr cessant d'exercer ch. emploi sédentaire, secrétariat, bibliothèque, archives, assurances, etc.

N° 457. — A céder poste de montagne (Cévennes, 800 m.), seul méd. pour le canton, 5.000 hab., 8.000 fr. de fixes. Chiffre total 40.000, pouvant atteindre 50.000 si bon accouch. Indemnité 5.000 fr.

N° 458. — Clin. méd. du Dr Evieux, à Thurins (Rhône) à 20 kil. de Lyon, ouverte toute l'année, cures d'air et repos, alt. 500 m. Traitem. des affect. pulm.

N° 459. — Côte d'Azur, bord mer, proxim. stat. réputée, poste méd. génér. rapp. 115.000 touchés, grande villa moderne. Indemn. demandée, 80.000 dont 50.000 compt. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 460. — Touraine, ch.-lieu canton, grande ligne, poste rapp. 80.000 en progress., méd. du chem. de fer, maison 7 pièces. Indemnité 45.000 dont 30.000 comptant. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — M. le professeur Maurice Perrin, de Nancy, vient d'avoir la douleur de perdre son fils Jean, âgé de 21 ans. Profondément émus par ce deuil cruel, nous adressons à M. le professeur Perrin et à sa famille les condoléances attristées et les hommages sympathiques du *Concours médical.*

— **Les épidémies.** — On signale des cas de variole dans l'Aveyron, l'Indre et le Nord, et des cas de fièvre ondulante dans les Hautes-Alpes.

— **Une Fondation anonyme de un million en faveur des études psychiatriques.** — Une personnalité anonyme vient de mettre une somme de un million (200.000 fr. renouvelables chaque année pendant 5 ans) à la disposition des laboratoires et des chercheurs étudiant les questions psychiatriques, en particulier celles relatives au traitement préventif et curatif des psychoses hébéphréniques, qui semblent, en raison de leur origine, plus accessibles à une thérapeutique efficace. Le Comité de cette fondation comprend MM. Maurice de Fleury, Claude, Séglas et Sérieux.

— **Réunion médicale franco-belge** (Lille, 23,24, 25 octobre 1927). — Les professeurs et agrégés de la Faculté de Lille organisent, pour les 23, 24 et 25 octobre 1927, une réunion médicale franco-belge.

— **Musée-laboratoire d'anatomie pathologique.** — Le Musée-laboratoire d'anatomie pathologique générale, créé par le professeur Letulle à l'hôpital Boucicaut, vient d'être inauguré. Les médecins et étudiants pourront y consulter gratuitement les très nombreuses pièces et les documents qui y ont été réunis par M. Letulle et ses élèves.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Clinicat.* — Les concours pour les places de chefs de clinique viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Clinicat chirurgical: MM. Rouglemont et Bertrand (service du prof. Tixier) ; MM. Mallet-Guy et Creyssel (service du prof. Bérard).

Clinicat ophtalmologique : M. Jacques Rollet.

Clinicat gynécologique : M. Labry.

Clinicat chirurgical infantile : MM. Rendu et Michel.

— **Lille.** *Internat et externat.* — Des concours pour trois places d'internes et huit places d'externes s'ouvriront le 31 octobre 1927 à l'hôpital de la Charité de Lille. Les inscriptions sont reçues à l'administration des hospices, 41, rue de la Barre, à Lille.

— **La « Revue de Psychanalyse ».** — Sous le haut patronage du professeur S. Freud et sous la

direction des docteurs A. HESNARD (Toulon), LAFORGUE (Paris), Ch. ODIER (Genève), R. DE SAUSSURE (Genève) pour la partie médicale, et de Marie BONAPARTE pour la partie non médicale, le premier numéro de la *Revue de Psychanalyse* vient de paraître à la librairie Octave Doin. C'est la première publication périodique française relative à cette science.

— **Médecins électro-radiologistes.** — Pour les praticiens qui désirent connaître les électro-radiologistes présents à Paris durant les vacances, le bureau du Syndicat des médecins français électro-radiologistes nous communique la liste suivante :

Présents à Paris : 1° durant tout le mois d'août 1927 : MM. Aubourg, Bazerolle, Cagninacci, Charlier, Colombier, Gibert, Guilbert, Joly, Keller, Laquerrière, Le Goff, Loubier, Porcher, Portret, Quivy, Raoult-Deslongchamps, Thoyer-Rozat ; 2° du 1er au 15 août 1927 : MM. Chéron, David de Prades, Haret, Schmitt ; 3° du 15 au 30 août 1927 : MM. Chemin, Darbois, Dariaux, Lepennetier, Leullier,

— **Les « cures à forfait » de Brides-les-Bains.** — La société thermale de Brides-les-Bains, vient de créer des carnets de *cure à forfait*, à prix réduits, valables du 25 août au 30 septembre.

Ces carnets, au nombre de 200 et qui seront attribués aux 200 premières demandes, donnent droit au séjour à l'hôtel (chambre, pension, taxe et pourboires compris) pendant 21 jours, au traitement thermal et à l'abonnement au Casino. Le prix du carnet est de 1500 fr. (Grand Hôtel) ou de 2.200 fr. (Pavillon Royal). Les personnes accompagnant les bénéficiaires de ces carnets profiteront aussi de prix spéciaux de séjour (60 fr. par jour au Grand Hôtel ; 90 fr. au Pavillon Royal). A cette période également, la Compagnie P.L.M. délivre des billets aller et retour pour stations thermales comportant des réductions variant de 20 à 30 %.

La souscription aux carnets de cure à forfait sera clôturée dès que le chiffre de 200 sera atteint et au plus tard le 15 août. Renseignements à l'Etablissement thermal, ou au siège de la Société à Paris, 34, boulevard Haussmann, ou à la Direction des Hôtels Royal et Grand Hôtel, à Brides, où l'on peut demander les inscriptions, suivant l'hôtel choisi.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Loi modifiant les lois des 15 juillet 1922, 30 juin 1924 11 juillet 1925 et 15 juillet 1926 instituant des allocations temporaires en faveur de certaines catégories de victimes d'accidents du travail.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — A partir du 1er juillet 1927, les allocations temporaires prévues par les lois du 15 juillet 1922, du 30 juin 1924, du 11 juillet 1925, du 1er juillet 1926 et du 15 juillet 1926 sont remplacées par les allocations suivantes :

480 fr. par an pour une invalidité de 40 à 49 p. 100 ;
600 fr. par an pour une invalidité de 50 à 59 p. 100 ;
900 fr. par an pour une invalidité de 60 à 69 p. 100 ;
1.200 fr. par an pour une invalidité de 70 à 79 p. 100 ;
2.400 fr. par an pour une invalidité de 80 à 100 p. 100.

Art. 2. — Dans les trois mois de la promulgation de la présente loi, un arrêté ministériel déterminera les conditions dans lesquelles des avantages équivalents seront alloués, à partir du 1er janvier 1927, aux bénéficiaires des rentes-accidents servies par application du code des assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 19 juillet 1927.

Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

Le président du conseil,
ministre des finances,
Raymond POINCARÉ.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.
André FALLIERES.

(*J. O.*, 21 juillet 1927).

Ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Vacance de poste de médecin d'asile public d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère), par suite du départ de M. le docteur Briche.

(*J. O.*, 21 juillet 1927).

Ministère de l'instruction publique et des beaux-arts

Avis de concours pour un emploi de chef de travaux à l'école de médecine d'Angers.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 22 juillet 1927, un concours pour l'emploi de chef de travaux de bactériologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira au siège de ladite école le lundi 31 octobre 1927.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Avis de concours pour un emploi de chef de travaux à l'école de médecine de Rennes.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique

et des beaux-arts en date du 22 juillet 1927, un concours pour l'emploi de chef de travaux à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira au siège de ladite école le 4 novembre 1927.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

(*J. O.*, 23 juillet 1927.)

Ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Avis de concours pour un emploi de médecin inspecteur d'hygiène dans le département de Tarn-et-Garonne.

Il sera ouvert à Montauban, le 15 septembre 1927, à la préfecture de Tarn-et-Garonne, un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur d'hygiène. En outre des services d'hygiène publique, ce médecin participera aux services d'hygiène sociale et notamment au service des dispensaires antivénériens.

Ce concours est réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé les fonctions de médecin hygiéniste et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français ou de l'institut Pasteur de Paris.

Les candidats devront être Français et pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées au préfet de Tarn-et-Garonne, à Montauban.

Elles seront accompagnées de :

1° L'adresse exacte et l'acte de naissance du candidat ;

2° Une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

3° Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

4° Un exposé aussi complet que possible des titres du candidat, comprenant ses états de services et références, le résumé de ses travaux et un exemplaire de chacune de ses publications ;

5° Un extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date et un certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

6° L'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public, de rester en fonctions dans le département, pendant une durée de trois ans et, en cas de démission ou de nomination à un nouveau poste, après le délai cidessus indiqué, de continuer à assurer son service pendant trois mois au minimum. Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 1er septembre 1927.

L'échelle des traitements des médecins inspecteurs d'hygiène est fixée comme suit :

2e classe	20.000 fr.
1re classe	22.000 fr.

Ces traitements sont exclusifs de toute indemnité de vie chère ou de résidence.

Le passage d'une classe à une autre s'effectue uniquement au choix.

Il sera tenu compte, pour le classement, des services qui auraient pu être rendus dans d'autres départements.

Ces médecins bénéficient, le cas échéant, des indemnités pour charges de famille.

Ils sont inscrits à la caisse départementale des retraites.

Leurs frais de bureau et de déplacements leur seront remboursés sur états par le préfet.

(*J. O.*, 26 juillet 1927).

MÉDECINE LÉGALE

Et l'utilisation des suicidés ?

Sous le titre « Utilisons les assassins », un éminent chroniqueur du *Matin* s'est fait l'écho, le 6 juillet 1927, d'une suggestion du Dr G. de Saint-Paul offrant à tout condamné à mort le choix entre la guillotine pure et simple ou l'affectation au service de la Médecine expérimentale.

Et les suicidés ? Pourquoi ne prendraient-ils pas le chemin de l'Institut médico-légal ou de l'Amphithéâtre d'anatomie ?

Ils pourraient y entrer par deux portes différentes : d'office ou de plein gré.

a) D'office, dans un but de prophylaxie mentale. Parmi ceux qui tiennent à leur peau après la mort, beaucoup y tiendraient peut-être un peu plus, avant.

Il n'y a pas de quantité négligeable pour un pays menacé de dépeuplement.

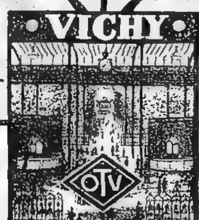
Et, à tout prendre, ce remède contre le suicide vaudrait bien l'antique exposition de rue sur la place publique.

b) Il est vrai que depuis cette ancienne pratique, les Droits de l'homme ont été proclamés, et il s'agit de savoir si l'homme peut disposer librement de sa vie et de sa dépouille mortelle sans que la Société dont il est solidaire ait rien à y voir.

Nous avions déjà soulevé ici-même, dans le numéro du 14 novembre 1920, un point particulier de ce problème : la grève de la faim est-elle un droit ? — Une réponse affirmative vient d'être donnée par la Ligue des Droits de l'homme, sous la forme d'une protestation contre l'alimentation forcée des grévistes de la faim.

La question est ouverte.

Dr René NETTER (d'Epernay).



A propos de la colibacillurie

J'ai lu avec intérêt l'étude du Dr GAEHLINGER, de Châtel-Guyon, parue dans le *Concours médical* du 5 juin 1927, sur « pyélonéphrite colibacillaire et vaccination par voie buccale. »

Je pourrais ajouter deux renseignements complémentaires :

1° Chez les femmes enceintes, on rencontre très fréquemment dans les urines du colibacille.

L'obstacle apporté par le fœtus provoque une gêne évidente au cheminement des matières fécales ; il y a ordinairement constipation et on peut admettre, par suite, une altération plus ou moins marquée de la paroi intestinale ; il y a, dans ce cas, une légère colite, ce qui rentre dans l'explication de l'article sus-indiqué.

2° La présence du bacille du côlon dans les urines sans hématurie et sans pyurie n'a pas d'indication pathologique, mais peut faire admettre la possibilité de phénomènes plus aigus, si le pus et le sang apparaissent dans l'urine.

Je peux citer le cas de personnes enceintes qu'on avait pensé faire avorter à cause d'hématuries répétées. Un traitement très prolongé à l'antixénol a fait disparaître hématurie et pyurie, laissant revenir à l'état sus-indiqué, c'est-à-dire à la présence simple de colibacilles dans les urines.

De même chez d'autres malades, de simples traitements appropriés (urométine, par exemple) font disparaître également hématurie et pyurie et ramènent à la simple présence de colibacilles dans les urines.

J'arrive donc, à la suite d'assez nombreuses analyses faites sur des urines contenant du colibacille, à cette conclusion :

1° Qu'au cas de simple présence de colibacille, il n'y a pas d'état pathologique, mais qu'il est bon cependant de songer à la possibilité de cet état pathologique ;

2° Que l'état pathologique existe, s'il y a concomitance de bacilles du côlon et de pus, avec ou sans hématurie.

Dr MARCOTTE (Arcachon).
18 juillet 1927.

Les mutilés du Poumon

Monsieur et très honoré confrère,

Abonné du *Concours* depuis quelques années, je lis souvent, dans la « Correspondance », des demandes de renseignements de confrères qui s'intéressent à certains de leurs malades, réformés de guerre ou susceptibles de l'être. Il s'agit presque toujours de malades atteints de bacillose, — ou bien de leurs veuves et des orphelins que laissent ces malheureux... Dans le dernier numéro du 17 courant, je remarque la lettre du Dr D..., exposant un cas particulière-

Voir la suite page XLVII-2145

PROPOS DU JOUR

L'activité de l'Association des médecins polonais en 1926.

Nous avons l'honneur, avec nos amis Bellencontre, Decourt, Lenglet, Levassort et quelques maîtres de nos Facultés et de nos Ecoles, d'être inscrit sur la liste des membres d'honneur de l'Association des médecins polonais (Stowarzykzenie Lekarzy Polskich) et à ce titre nous avons reçu le compte-rendu de l'Association pour l'année 1926. Notre ignorance absolue de la langue polonaise ne nous permettrait pas de signaler tout l'intérêt de cette brochure, si nos confrères polonais qui ont toujours eu pour la France une affection qui ne s'est jamais démentie et nous l'ont témoignée par des manifestations touchantes, n'avaient résumé en français, langue que la plupart d'entre eux savent lire et parler, le compte-rendu de leurs travaux.

Il n'est pas inutile à nous, médecins français, de savoir ce qui préoccupe nos confrères de différentes nations et c'est dans ce but que Decourt, réalisant le projet présenté à l'Académie de médecine de Paris au dernier Congrès franco-polonais par le très distingué Dr Przyborowski, président de la Chambre médicale de Varsovie, est parvenu à fonder l'*Association professionnelle internationale des médecins* (A.P.I.M.) qui, avec l'appui du Bureau international du Travail de la Société des Nations à Genève, est appelée à nous documenter fort utilement et à faciliter notre organisation médico-sociale. Nous devons remercier tout particulièrement à ce sujet le secrétaire de l'A.P.I.M., notre ami Decourt, dont nous publierons avant peu les premiers résultats de l'Enquête internationale qu'il a entreprise sur les conditions de l'exercice de la médecine dans un grand nombre de nations.

***

L'Association des médecins polonais répond à la fois à notre Association générale et, à nos Syndicats, et de plus s'intéresse activement à tout ce qui concerne l'exercice de la médecine en Pologne. Nos confrères polonais ont l'avantage de ne pas être, comme nous, liés par des lois dont nous nous sommes efforcés de tirer profit, mais qui, promulguées à des époques éloignées les unes des autres, n'ont pas permis à nos diverses associations médicales de se fondre, ce qui amène chez nous un gaspillage inévitable de nos ressources et de notre activité. Nous essayons d'y remédier en introduisant tour à tour dans nos divers conseils d'administration le même personnel pour qu'une liaison constante et facile puisse s'établir entre nos diverses sociétés médicales professionnelles, puisque l'incohérence de notre législation ne nous permet pas d'opérer leur fusion.

L'Association des médecins polonais représente donc toute l'activité des médecins praticiens de Pologne, car les chambres médicales régionales et la chambre supérieure d'appel sont des tribunaux officiels qui doivent se limiter à leurs attributions disciplinaires.

En 1926 l'Association a été dirigée par un Comité de douze membres élus par l'Assemblée générale. Elle a été présidée par M. le Dr Osinski, assisté d'un vice-président, d'un secrétaire, d'un trésorier et d'un bibliothécaire et archiviste. L'Assemblée générale a organisé en outre un tribunal professionnel (analogue aux conseils de famille de nos syndicats), un Comité pour examiner les candidatures des nouveaux membres et une Commission de révision des comptes.

Le Comité de direction a tenu 23 séances, dans lesquelles ont été examinées toutes les affaires d'ordre médical ; il s'est préoccupé de l'élection du Conseil de la « Caisse en cas de maladie » et s'est vivement intéressé au développement des stations balnéaires en Pologne.

Le Comité a organisé une réunion pour faire connaître aux membres de l'Association la question de l'Assurance sociale en cas de maladie et provoquer une discussion à son sujet, car des modifications au règlement de cette assurance sont déjà préparées par la Diète et le Gouvernement. Le Comité a soumis à la Commission de la Santé, dont il avait déjà élaboré le règlement, toutes les questions ayant trait à la santé publique et rédigé un mémoire sur les chaires de balnéologie projetées pour les Facultés de médecine des Universités polonaises. Tout ce travail a dû être approuvé le 3 juin 1927 par une nouvelle Assemblée générale de l'Association.

Par ses délégués, l'Association a pris part au premier Congrès général des médecins polonais à Katowice, à la réunion des anciens membres de

la Commission extraordinaire pour combattre les épidémies, au premier Congrès des médecins des chemins de fer en Pologne, à la célébration du dixième anniversaire de la fondation du cercle des étudiants en médecine de l'Université de Varsovie, au Congrès anatomo-zoologique, au Congrès catholique. Une adresse a été envoyée aux Etats-Unis d'Amérique du Nord à l'occasion du 150e anniversaire de leur indépendance et une à S.S. Pie XI pour le remercier de la Fondation pontificale en faveur des invalides de guerre polonais.

Une somme de 4.200 francs a été répartie entre diverses œuvres d'intérêt public. En outre le Comité s'est occupé de l'attribution des dotations destinées à venir en aide aux médecins dans la détresse, à leurs veuves et leurs orphelins et aux étudiants en médecine. Des séances spéciales ont été organisées pour l'exposition et la discussion en commun de questions médicales pratiques. Nous relevons parmi les sujets intéressants de ces conférences :

L'avortement artificiel au point de vue moral, social et judiciaire par le Dr Wertenstein.

L'idéal du médecin chez Zoromski par le Pr agrégé Sterling-Okuniewski.

L'anaphylaxie des maladies infectieuses par le Dr Belkowski.

Les caisses en cas de maladies, nouveau règlement par Mlle le Dr Wojnowna.

Le problème de l'émigration en Pologne par M. Warcholowski.

L'assurance des médecins (spécialement les caisses d'assurances en cas de mort) par les Drs Mutermilch et Krzyczkowski.

La faculté de médecine de l'ancienne école des Hautes Etudes à Varsovie et sa contribution à la vie scientifique par le Pr H. Nussbaum.

Nous passons sur un certain nombre de conférences d'ordre purement scientifique, politique ou religieux.

En outre le Comité de l'Association a organisé, au cours de l'an dernier, une série de quinze conférences sur les stations thermales et climatériques de Pologne, le perfectionnement de leur exploitation et la propagande nécessaire pour les faire connaître du public. Parmi les stations qui ont donné lieu à des conférences, relevons l'établissement des bains de Pod Piastem à Inowroclaw, Naleczow, Rabka, Ciechocinek, Druskienneki, Morszyn, Szczawnica, Truskawiec, Busk, Krynica, etc. Nous voyons que la Pologne est riche en stations thermo-minérales sans parler des stations climatiques qui, comme Zakopane, sont universellement connues.

L'Association comprend en outre : une Commission de l'industrie médicale qui a publié un catalogue des médicaments fabriqués en Pologne ; une Commission de secours aux étudiants en médecine qui a pour but de leur venir en aide par des prêts d'argent à longue échéance et sans intérêts. Les sommes prêtées atteignent 21.755 francs ; une section des médecins chefs de laboratoire qui ont, eux aussi, organisé un certain nombre de conférences.

***

Par ce court résumé, l'on peut se rendre compte de l'activité de l'Association des médecins polonais. Leurs préoccupations sont, nous le voyons, sensiblement les mêmes que les nôtres et nous constatons que les assurances sociales qui ont, au lendemain du traité de Paix, été étendues par décret du Maréchal Pildsuski à toute la Pologne, alors qu'elles n'étaient organisées qu'en Posnanie par les Allemands, comme chez nous en Alsace et en Lorraine, sont l'objet des études et des discussions du corps médical polonais.

Nous constatons à l'honneur de nos confrères que les questions de mutualité, de bienfaisance médicale sont à l'ordre du jour de leurs réunions; nous nous rappelons avec quelle insistance et quel intérêt, ils nous demandèrent de les documenter sur nos œuvres du *Concours médical* lors du dernier Congrès médical franco-polonais de Paris.

Leur souci de rester en relations avec les étudiants en médecine et de les aider devrait attirer notre attention.

Enfin nous devons admirer l'effort de propagande que l'Association des médecins de Pologne fait en faveur des stations thermales et de l'industrie médicale polonaises. Il y a là une manifestation de bon et de vrai nationalisme que les Associations médicales françaises devraient bien imiter.

J. Noir.

Le crâne du poète Slowacki.

Le Gouvernement polonais a fait procéder à l'exhumation et à la translation en Pologne des restes du grand poète national Jules Slowacki. Mort à Paris à l'âge de 40 ans en 1849, Slowacki, né à Krzemiencic en Volhynie, avait pris part à la lutte acharnée que la Pologne révoltée avait

entreprise en 1830 pour reconquérir son indépendance. Vaincu et réfugié en France, il entretint vivant par ses poésies le feu sacré du patriotisme polonais. Il poussa le lyrisme jusqu'au plus ardent mysticisme et fut un des adeptes de ce messianisme d'André Towianski, sorte de religion où le martyre de la Pologne était assimilé à la Passion du Christ.

Les restes de Slowacki reposaient depuis 78 ans au cimetière Montmartre à Paris quand le Gouvernement polonais décida de les exhumer et de les transporter à Cracovie pour être déposés au Wawel, le Panthéon de la Pologne.

A la demande de S.E. l'Ambassadeur de Pologne, les ossements de Slowacki ont été examinés par M. le Dr Papillaut, le savant anthropologiste qui dirige le laboratoire d'anthropologie de l'Ecole des Hautes études. Ce savant a bien voulu communiquer à la dernière séance de la *Société d'anthropologie de Paris*, le résultat de ses constatations et présenter un beau moulage du crâne du poète.

A l'ouverture du cercueil, le Dr Papillaut constata que les ossements étaient fort altérés, sauf le crâne admirablement conservé et recouvert encore de cheveux, vestiges de la longue chevelure du poète, et des gros os des membres. Le crâne était bien conformé et développé ; sa capacité était nettement supérieure à la capacité moyenne d'une série de cent crânes d'individus normaux que le Dr Papillaut avait pris comme terme de comparaison. Les sutures étaient normales. L'indice céphalique était de 84, c'est-à-dire que le crâne était nettement brachycéphale, ce qui ne saurait étonner chez un Polonais surtout originaire de Volhynie. L'indice nasal était analogue à celui de la moyenne des têtes mensurées par M. Papillant. Les os de la face étaient assez grêles, les dents bien conservées et les orbites très grandes. La mensuration des os longs des membres permettait l'hypothèse d'une taille plutôt petite, dépassant de peu 1 m. 60. En outre ces os étaient relativement grêles et les insertions musculaires peu marquées. Nous ne pouvons préciser le résultat des mensurations, effectuées. Tout en étant très réservé sur les conclusions à tirer des constatations de M. le Dr Papillaut, il est permis d'affirmer que le crâne et les os examinés présentent des caractères qui correspondent bien à la haute intelligence et à l'idéalisme de Slowacki. L'amincissement des os de la face et des membres peut, il est vrai, être attribué à la maladie longue et chronique dont il mourut et qui paraît bien avoir été la tuberculose pulmonaire.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

PRATIQUE OBSTÉTRICALE

Les hémorragies de la délivrance. — L'anesthésie obstétricale.

Par le Dr H. Vignes,

Accoucheur des hôpitaux de Paris.

A ces deux questions, que nous a posées un de nos correspondants, notre distingué confrère et grand ami, le Dr Henri Vignes, a bien voulu nous donner les principaux éléments de réponse, éléments qui s'inspirent des directives généralement admises, et aussi de quelques habitudes ou points de vue qui lui sont personnels ou qui lui ont été enseignés par ses aînés. Nous l'en remercions bien sincèrement.

G. D.

***

« Que pensez-vous de la manœuvre qui consiste, au cas d'hémorragie de la délivrance, après avoir retiré le placenta et les caillots, à laisser la main dans l'utérus jusqu'à ce que le sang ne coule plus ? »

Les hémorragies de la délivrance constituant une des plus redoutables complications de la pratique obstétricale, il convient que tout médecin et toute sage-femme aient une connaissance précise de ces états et de leur traitement méthodique : il leur faut pouvoir agir automatiquement sans hésitation, sans perte de temps, sans fausse manœuvre. Excusez-moi, donc étant donnée l'importance du sujet, si je ne me cantonne pas à la seule question posée par votre correspondant.

Avant d'aborder l'étude de leur thérapeutique je voudrais rappeler sommairement quelle est la nature de ces accidents.

Hémorragies pendant la délivrance. — *On appelle hémorragies de la délivrance les écoulements de sang qui se produisent au niveau de la plaie placentaire lorsque la quantité en devient anormale* : c'est dire qu'il faut les différencier, du moins en théorie, des autres hémorragies utérines, par exemple de celles qui proviennent d'une lésion du col ou du segment inférieur.

Nous allons voir, bientôt, qu'en pratique, cette différenciation est parfois difficile.

La cause la plus fréquente des hémorragies de la délivrance consiste en ce qu'une partie du placenta est décollé prématurément et que l'autre partie ait conservé son adhérence physiologique : la surface d'insertion, qui correspond à la zone décollée, ne se rétracte pas autant qu'il conviendrait en sorte que les « ligatures vivantes » ne peuvent assurer l'hémostase.

Ceci revient à dire que les manœuvres intempestives, lors de la délivrance, sont la cause de beaucoup la plus fréquente des hémorragies. Les médecins — si renommés soient-ils — et les sages-femmes, qui ne savent pas surveiller et conduire une délivrance, ne peuvent se tenir de pincer, de masser, de tripoter l'utérus ou de tirer sur le cordon : ils taquinent le muscle, décollent un peu de placenta, font saigner et, effrayés par le sang qu'ils ont fait écouler, ils recommencent à l'aveuglette, quelqu'autre manipulation, simple dans sa conception, dangereuse dans ses effets. C'est un détestable réflexe que de mettre sans cesse la main sur l'utérus avant la délivrance pour le faire contracter, pour en faire sortir les caillots ou pour voir où l'on en est. Toute traction intempestive sur le cordon décolle un certain nombre de cotylédons ; toute manipulation externe agit de même et fait contracter l'utérus à contre temps alors qu'il y aurait lieu de respecter son « repos physiologique ».

A côté de ces décollements partiels résultant de pratiques néfastes et évitables, il faut signaler, très accessoirement, d'autres décollements partiels, antérieurs à l'accouchement, tels que ceux résultant d'efforts expulsifs avant rupture de la poche amniotique, tels que ceux consécutifs à certaines applications de forceps ayant entraîné des membranes entre la tête et une cuiller, tels que ceux consécutifs à une très grande brièveté du cordon.

Le fait qu'une partie du placenta soit décollé intempestivement et que l'autre partie reste fixée à l'utérus par des adhérences anormales réalise aussi, mais de façon plus rare un état de décollement incomplet avec hémorragie. Ces adhérences se voient dans certaines endométrites et métropathies.

Elles s'observent, aussi, chez les femmes qui ont subi, lors d'une gestation antérieure ou en dehors de toute gestation, un curettage mal fait, un curettage trop appuyé. Ce fait a été signalé par Démelin dans la thèse de Trousset. J'ai pu me convaincre de sa réalité. Je me méfie *terriblement* des femmes qui ont été curettées. Leur muqueuse utérine est atrophiée et les villosités peuvent alors s'implanter en plein muscle, d'où deux éventualités possibles : adhérence qu'on ne peut vaincre ou arrachement de la surface la plus interne de la paroi musculaire.

Par ailleurs, beaucoup des hémorragies observées pendant la délivrance sont imputables à une lésion utérine : déchirure du col, — déchirure du col étendue au segment inférieur, — fissure intéressant la couche interne du muscle utérin au niveau d'un anneau de contracture — arrachement d'un fragment lamelleux de cette couche interne au niveau d'un cotylédon adhérent.

On peut bien, en théorie, distinguer ces cas des hémorragies de la plaie placentaire et les rapprocher, dans les manuels, des hémorragies vaginales, périnéales ou vulvaires. Dans la réalité, les hémorragies par traumatisme utérin et les hémorragies de la plaie placentaire sont le plus souvent impossibles à distinguer les unes des autres.

Un très grand nombre de cas relèvent de ce mécanisme :

1° les interventions obstétricales destinées à extraire le fœtus alors que le col n'est pas absolument dilaté comportent un risque d'hémorragie, souvent méconnu, souvent attribué à une cause innocente, telle l'anesthésie ; (l'anesthésie générale n'est souvent hémorragipare que parce qu'elle est la compagne des interventions) ;

2° le travail long expose aux hémorragies, non pas tant en usant la force contractile du muscle, qu'en rendant fréquentes les dilatations artificielles, plus ou moins avouées et les extractions ;

3° l'expulsion de fœtus volumineux appelle des réflexions analogues, qui permettent d'incriminer soit les manœuvres d'extraction, soit une distension exagérée du canal génital bien plutôt qu'une paralysie due à la surdistension utérine ;

4° l'insertion du placenta sur le segment inférieur est une cause d'hémorragies redoutables après l'expulsion du fœtus, parce que le segment inférieur aminci est propice à l'extension des déchirures cervicales ; cette cause est loin d'être rare.

Contrairement à l'opinion courante, il faut tenir les hémorragies par inertie pour très rares. Certes, l'inertie utérine existe dans certaines conditions et chez certaines femmes prédisposées, soit par la multiparité, soit par leur tempérament. Mais elle est rare. Souvent, par contre, on voit un utérus qui devient inerte parce, pour une des raisons précédemment énoncées, il saigne et que l'hémorragie distend l'utérus.

Les **hémorragies qui se produisent après l'expulsion du placenta** doivent faire penser à ces lésions de la paroi utérine, dont nous avons déjà parlé ou à la rétention méconnue d'un fragment placentaire qui fait obstacle à la mise en activité des ligatures vivantes tout autour de lui.

Elles peuvent être consécutives à l'insuffisance contractile du segment inférieur dans les cas où la plaie placentaire siège à ce niveau.

Enfin, il arrive que le muscle utérin soit incapable de conserver le tonus nécessaire à l'hémostase.

La prophylaxie des hémorragies de la délivrance a, on le voit, une importance considérable. — Il est indispensable d'accumuler les précautions lors de l'accouchement et lors de la délivrance : 1° il faut s'abstenir des extractions précoces qui peuvent léser le col et le segment inférieur ; 2° il faut pratiquer la délivrance en temps voulu sans taquinerie précoce de l'utérus.

On diminue ainsi considérablement le risque d'hémorragie, sans toutefois, pouvoir le réduire à zéro.

La manœuvre essentielle d'hémostase quand il y a lieu d'intervenir avant la délivrance, consiste à introduire la main dans l'utérus pour pratiquer la délivrance artificielle et permettre, ainsi, la rétraction de la surface d'insertion placentaire. Cette opération sera pratiquée en s'entourant du plus grand luxe de précautions aseptiques, car c'est, de toutes les interventions obstétricales, celle qui donne le plus de complications infectieuses. Elle sera minutieuse et complète : si, en effet, dans une délivrance naturelle, on est excusable de laisser des débris membraneux, on est criminel de ne pas faire un « récurrage » complet quand la main est dans l'utérus.

La manœuvre essentielle d'hémostase, quand il y a lieu d'intervenir, après la délivrance consiste, encore, à introduire la main dans l'utérus pour s'assurer que l'utérus est vide. On explorera, centimètre par centimètre, toute la paroi utérine, on la nettoiera, on la « grattera », on enlèvera tout débris placentaire, tout débris membraneux, tout débris de caduque et on fera sortir tous les caillots, car les caillots appellent l'hémorragie.

Dans un cas comme dans l'autre, on terminera par une injection utérine, qui sera chaude (à 45°-50° c.), pour faire contracter l'utérus et qui sera antiseptique, pour détruire les importations microbiennes réalisées par la main de l'opérateur.

Et si l'hémorragie continue ?

Eh bien ! dans les cas relativement rares où l'hémorragie continue, il nous faut envisager d'autres moyens de conserver la tonicité hémostatique. *Convient-il de laisser le poing dans l'utérus jusqu'à ce que l'hémorragie s'arrête,* comme le préconise votre correspondant et comme je l'ai souvent entendu préconiser et enseigner ? Je ne suis pas bien sûr de l'efficacité de cette technique dans les cas où l'hémorragie continue après un nettoyage minutieux, et je lui reprocherai, d'autre part, d'être très shockante pour les jeunes femmes sur lesquelles on la pratique.

Je dois cependant lui reconnaître un mérite, c'est de prolonger le séjour de la main dans l'utérus, ce séjour prolongé pouvant permettre une révision plus complète et plus minutieuse des parois utérines.

L'*ergotine, la classique ergotine ou, à son défaut, l'extrait hypophysaire rendent de grands services* : cependant, dans certaines conditions, ils sont infidèles et souvent, d'autre part, ils déterminent des états inquiétants d'angoisse et de shock, ainsi que j'ai pu l'observer à diverses reprises. Dans ce cas, on aura recours à l'action corrective de l'huile camphrée et de la spartéine.

La compression de l'aorte, suffisamment prolongée, rend de grands services, de très grands services.

La compression des paramètres par voie vaginale à travers le ligament au moyen de pinces est une ressource héroïque qui a, déjà, sauvé bien des vies et que j'ai vu appliquer, avec succès, en 1914 par mon maître Bennaire Müller lui a consacré un intéressant article dans *Gynécologie et Obstétrique* en 1926.

Enfin, il ne faut pas oublier le tamponnement. Dans la lutte que nos aînés ont menée contre le tamponnement, la réaction a sûrement été trop loin et a mené à négliger une excellente ressource thérapeutique.

Le tamponnement sera méthodique, il intéressera l'utérus, le segment inférieur et le vagin. L'école de Dublin insiste avec raison sur l'importance du tamponnement vaginal ; pour nos confrères irlandais, le tamponnement agit surtout parce qu'il est vaginal et parce que, par l'intermédiaire des culs-de-sac vaginaux, il comprime les artères utérines au niveau de leur coude.

Il va de soi que le tamponnement ne sera pas laissé en place trop longtemps ; il va de soi aussi qu'il sera pratiqué le plus proprement possible.

Un des plus grands progrès que l'on pourrait faire réaliser à la pratique obstétricale serait de construire un instrument relativement simple qui aiderait à faire un tamponnement correct et qui permettrait à la gaze d'aller de son récipient jusque dans la partie profonde des voies génitales avec le minimum de souillure.

***

Que peut-on et que doit-on faire comme anesthésie obstétricale dans la pratique courante ?

Pour répondre à cette question, il faut envisager deux circonstances différentes : anesthésie et analgésie.

1° *Pour les interventions obstétricales par les voies naturelles, l'anesthésique de choix est le chloroforme.* Pour ma part, à moins qu'il n'y ait urgence absolue, je considère qu'il est indispensable de pratiquer les interventions les plus simples sous anesthésie, non seulement pour une raison d'humanité et de commodité, mais encore parce que la plupart des anesthésiques sont de puissants agents antispasmodiques. Une extraction de siège, une application de forceps, même très simple, une version par manœuvre interne deviennent des opérations infiniment plus faciles, et par conséquent mieux faites, si on endort la patiente ; il ne faut pas se priver de ce très grand bénéfice.

Dans cet ordre d'idées, je crois que l'anesthésique de choix est le chloroforme, parce que c'est celui qui m'a semblé venir à bout de l'élément spasme.

J'ai utilisé la rachianesthésie dans un assez bon nombre de cas, mais sa supériorité ne me paraît pas démontrée.

2° *Pour essayer de diminuer les douleurs d'un accouchement normal,* j'emploie, le plus habituellement, le protoxyde d'azote, avec l'appareil de Desmarest qui est d'un maniement facile ; si ce procédé ne s'est pas généralisé, c'est qu'il oblige le médecin à rester près de sa malade et à ne pas confier cet appareil, si simple qu'il soit, à une personne qui n'est pas absolument rompue à cette anesthésie : les confrères pressés ne pardonnent pas cette tyrannie au protoxyde (1).

Telle est donc ma manière de faire habituelle.

Mais, en ce qui concerne cette question de l'analgésie et des anesthésies à la reine, je me permets d'insister, ainsi que je l'ai déjà fait plusieurs fois (en particulier dans ma *Physiologie obstétricale* et dans un article paru dans la *Presse médicale* du 23 janvier 1924 sur « les médicaments qui modifient la contraction utérine »), sur ce que, il faut considérer comme entachée de mauvais empirisme la pratique des médecins qui disent : « Je donne toujours des anesthésiques » ou « Je ne donne jamais d'anesthésiques » ou encore « Je donne toujours tel anesthésique ».

En réalité, il faut employer l'anesthésie à la reine dans tous les cas où elle est indiquée, et ces cas sont nombreux, très nombreux ; mais il faut l'employer en se fondant sur une connaissance très exacte des éléments qui permettent d'apprécier la valeur du tonus utérin : un médecin, soignant un estomac, se préoccupe de la motricité de cet estomac, un médecin soignant une maladie du cœur se préoccupe du muscle cardiaque ; il est inadmissible qu'en accouchement, le plus grand nombre des médecins ne fassent aucune attention au principal agent du phénomène qu'ils observent, c'est à savoir le muscle utérin. C'est de l'état du muscle que dépendent l'indication de l'anesthésie et le choix de l'anesthésique.

Henri VIGNES.

CLINIQUE CHIRURGICALE

I. Ulcère de la petite courbure et estomac biloculaire ; II. Ostéosarcome périostique de l'extrémité inférieure du fémur.

D'après une leçon du professeur HARTMANN (2).

I. — Ulcère de la petite courbure et estomac biloculaire.

Une femme âgée de 55 ans se plaint depuis l'âge de 25 ans de troubles gastriques survenant par intervalles, de douleurs apparaissant quelques heures après les repas ; elle a eu des hématémèses et du mélæna. Les symptômes qu'elle énumère correspondent bien à l'évolution d'un ulcère gastrique.

Cette histoire présente cependant quelques particularités. Elle n'a pas eu de crises d'hyperchlorhydrie très marquées. On constate du clapotage gastrique. Dans ce cas, on doit faire prendre le soir un repas contenant des carottes, c'est-à-dire un aliment facile à reconnaître, et tuber le lendemain à jeun, pour voir si l'estomac est complètement vidé, ou au contraire, s'il reste quelque chose. Puis, il faut faire radiographier les malades. Sur la radiographie, ce qui frappe, c'est la forme de l'estomac ptosé, très allongé verticalement. On note une encoche assez marquée mais qui, sur une radiographie, n'a pas d'importance suffisante pour faire un diagnostic, parce qu'il arrive quelquefois qu'une simple contraction de l'estomac dessine une encoche semblable. Il faut toujours faire faire une radioscopie qui, en pareille circonstance, est beaucoup plus importante qu'une radiographie, parce qu'on peut avoir une encoche comme celle-ci, apparaissant d'une façon momentanée, et disparaissant à d'autres moments. D'autres fois, il y a une encoche qui persiste d'une manière tout à fait constante ; c'est l'indice qu'il ne s'agit plus

(1) Malheureusement les fabricants de protoxyde livrent trop souvent des bouteilles vides ou presque vides.

(2) Leçon faite en mars 1927 à l'Hôtel-Dieu, recueillie par le Dr LAPORTE.

d'un spasme de l'estomac en regard d'un ulcère, mais qu'il existe un estomac biloculaire. Chez cette malade le bas-fond gastrique descend à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, il y a une grosse encoche persistante à la partie moyenne de la grande courbure. Cette encoche divise complètement la cavité de l'estomac en une poche supérieure et une inférieure, communiquant par un étroit conduit ayant le diamètre d'un crayon.

Quand on examine un estomac à la radioscopie, il y a une chose qu'on doit noter soigneusement, c'est la façon dont se fait le remplissage. Si l'estomac est biloculaire, on voit d'abord la baryte descendre et remplir une partie de l'estomac. Un moment après, on voit plus bas la baryte apparaître de nouveau. On a souvent deux niveaux. En pareil cas, ce qui n'était qu'une probabilité devient une certitude. On peut être sûr que ce n'est pas un spasme, mais un véritable estomac biloculaire. Ce n'est que plus tard qu'on voit les deux niveaux se rejoindre. Dans certains cas même la continuité ne s'établit pas, il y a une séparation complète. D'autres fois, la poche inférieure remontant quelquefois un peu au-dessus du niveau de l'étranglement, les deux ombres se superposent, comme s'il n'y avait qu'une seule poche avec une encoche.

Il est probable que cette malade a un estomac biloculaire, en rapport avec l'existence d'un ulcère. D'une manière générale, dans ces cas-là, la douleur existe à la pression sur la petite courbure. On voit même dans certains cas se dessiner à ce niveau un petit diverticule. C'est que l'ulcère se trouve sur la petite courbure.

L'estomac biloculaire n'est pas du tout, comme certains le pensent et même l'écrivent, le résultat de la cicatrice d'un ulcère très étendu ayant déterminé la rétraction de l'estomac à ce niveau. C'est parce que l'ulcère de la petite courbure, presque toujours calleux, s'accompagne d'un processus inflammatoire chronique sclérosant, que l'estomac arrive à prendre la forme biloculaire. A la base de l'ulcère, en effet, se trouve un gros noyau scléreux. De ce noyau partent des tractus dans l'épaisseur de la paroi stomacale. L'estomac biloculaire se rencontre quand le processus s'est étendu un peu vers la grande courbure. MM. Duval et Béclère ont bien étudié ce point dans leur rapport au Congrès français de chirurgie. Ils signalent ceci : on voit quelquefois le cardia rapproché du pylore sur certaines radiographies ; la distance qui sépare le cardia du pylore est beaucoup plus courte que la normale, par suite de ce processus d'inflammation chronique et de la rétraction des tissus qui en est la conséquence, tout comme dans une cirrhose. Dans d'autres cas, la grande courbure s'est rapprochée de la petite, et c'est le type de l'estomac biloculaire. Dans d'autres cas, encore, le processus scléreux s'est étendu près du pylore : il en résulte une sténose pylorique qui n'est pas du tout en relation avec la cicatrisation d'un ulcère du pylore, car après gastrectomie, on voit un ulcère sur la petite courbure, et on se rend compte que c'est uniquement le processus scléreux parti de cet ulcère qui a amené le rétrécissement du pylore.

Ici, l'ulcère a débuté à l'âge de 25 ans. La malade en a actuellement 55. Cet ulcère dure donc depuis trente-deux ans. Elle n'a pas de cancer. Il y a à ce propos une erreur assez répandue et qu'il est bon de signaler. On considère comme un dogme et comme la preuve de la pathogénie du cancer, l'existence de l'ulcéro-cancer ; on a dit que 78 pour cent des cancers étaient développés sur des ulcères. C'est la meilleure preuve, ajoute-t-on, que le cancer est le résultat d'une inflammation chronique.

Or, sur tous les estomacs biloculaires opérés, qui, tous datent de 10, 20, 30, ou 35 ans, il est curieux de constater qu'on n'a jamais rencontré un seul cas de cancer. Si la théorie de l'ulcéro-cancer était vraie, c'est justement dans ces cas-là, qui durent longtemps avant d'aboutir à la sténose — tandis que les ulcères siégeant près du pylore amènent très rapidement des accidents de sténose pylorique, et les malades se font opérer beaucoup plus tôt — qu'on devrait trouver des cancers. On décrit des ulcéro-cancers parce qu'il y a une forme de cancer de l'estomac qui, au lieu de se présenter avec l'aspect ordinaire, constitue une ulcération à fond plat, non bourgeonnante, simulant un ulcère à un examen à l'œil nu superficiel. M. Tripier, de Lyon, a dit : ce sont des ulcères cancéreux, ce ne sont pas des ulcères transformés en cancers. Ils sont comparables à l'ulcus rodens de la face. Un ulcère cancéreux siégeant là ne déterminerait jamais l'estomac biloculaire, parce qu'il aurait amené la mort avant.

Une autre particularité à rappeler, à propos de cette malade, c'est que, si l'ulcère de la petite courbure, accompagné ou non d'estomac biloculaire, est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, l'estomac biloculaire, au contraire, est d'une fréquence extrême chez la femme, et très rare chez l'homme. Cela tient sans doute à ce que, chez la femme, très souvent l'estomac a pris cette forme allongée qui existe surtout chez les ptosiques. Ajoutons qu'elle a un rein mobile.

Il est évident qu'en présence d'un estomac biloculaire, c'est-à-dire nettement séparé en deux parties, non pas par une cicatrice fibreuse, mais par un état scléreux de la paroi gastrique, tous les traitements médicaux sont impuissants. Il faut traiter ces malades chirurgicalement.

Dans certains cas, on peut recourir à une opération extrêmement simple, l'anastomose entre la poche supérieure et la poche inférieure ; c'est la gastro-anastomose. On peut réséquer une partie

de l'estomac, y compris le pylore, et terminer par les procédés employés après la pylorectomie. On peut encore faire une résection segmentaire de l'estomac, ce qu'on appelle une gastrectomie annulaire. On peut encore faire une excision longitudinale sur la partie stricturée, une gastroplastie.

Cela dépend de l'étendue des lésions. Pratiquement, les meilleurs résultats ont été observés après les gastrectomies annulaires. Certains chirurgiens, craignant que le pylore énervé ne se vide plus, ont fait systématiquement, à la suite de cette opération, une gastro-entérostomie. C'est inutile. La gastroplastie est peut-être l'opération donnant les moins bons résultats, cependant on peut l'améliorer en faisant une incision en fer à cheval.

II. — Ostéosarcome périostique de l'extrémité inférieure du fémur.

Le malade, âgé de 68 ans, a remarqué en 1926 que son genou droit commençait à enfler. Les mouvements de flexion deviennent malaisés, la marche est difficile. Son histoire est intéressante, parce qu'il a commencé par avoir des douleurs ; d'abord le médecin lui a prescrit des cachets anodins et des bains sulfureux. Puis il est venu à la consultation de médecine ; le médecin s'est méfié, a fait faire une radiographie. Jusque-là, il semble avoir été considéré comme étant atteint de rhumatisme chronique. Il n'est pas exceptionnel, en effet, de voir des ostéosarcomes à leur début être pris pour du rhumatisme. Cette erreur tient à ceci, c'est qu'en général, l'ostéosarcome ne débute pas au niveau de la diaphyse de l'os, il siège au niveau de l'épiphyse, c'est-à-dire au voisinage immédiat de l'articulation.

L'aspect de la lésion est caractéristique. Le malade se présente avec le membre inférieur droit en rotation externe, le genou légèrement fléchi, très augmenté de volume, la jambe tuméfiée, la cuisse un peu augmentée de volume. Lorsqu'on remet le membre droit, ce qui est facile, les deux pieds bien parallèles, on constate une tuméfaction considérable de la région du genou, qui est surtout marquée au niveau de la moitié supérieure du genou et de la partie inférieure de la cuisse. La forme du genou, tout en étant globuleuse dans son ensemble, n'est pas régulière. Il existe au niveau de la partie externe une grosse voussure qui fait saillie par rapport à la masse principale. En avant et en dedans, on voit une petite bosselure grande comme un pois. La peau qui recouvre la tuméfaction est lisse, tendue, parsemée d'arborisations veineuses très marquées dans la partie supérieure de la tuméfaction. Au niveau de la voussure externe, la peau présente une teinte légèrement rose violacée avec de fines arborisations vasculaires.

Au palper, la tumeur présente une consistance variable suivant les points : ferme, presque fibroïde au niveau de la partie interne, elle est un peu dépressible à la partie antéro-externe, et même, au niveau de la voussure de la face externe, elle présente une vague fluctuation. Le creux poplité est rempli par une masse qui s'étend jusqu'à la partie inférieure de cette région.

En explorant la face antérieure de la tumeur, on trouve, à la partie inférieure, la rotule, qu'on arrive à reconnaître ; elle ne semble pas élargie, mais on peut à peine la mobiliser sur la tumeur. Lorsqu'on fait contracter la masse des adducteurs, on constate que le grand adducteur est superficiel par rapport à la tumeur. La partie inférieure du quadriceps se perd dans la néoplasie. Au niveau du creux poplité, il est impossible de sentir les battements artériels, tout le paquet vasculo-nerveux de la région semblant perdu dans l'intérieur de la tumeur. Dans la région crurale, on trouve une série de petits ganglions.

Le malade ne peut faire aucun mouvmeent du genou, mais il est possible de lui imprimer quelques tout petits mouvements de flexion et d'extension. Ces petits mouvements n'augmentent pas la douleur.

C'est un cas typique. L'affection a débuté par une période de douleurs pouvant, à un examen superficiel, être prises pour des douleurs rhumatismales, mais qui, lorsqu'on examinait le malade soigneusement, présentaient des signes éveillant tout de suite l'attention ; il souffrait aussi bien au repos que lorsqu'il remuait, la nuit comme le jour ; cette douleur différait donc sensiblement des douleurs articulaires.

Ce réseau veineux, plus marqué qu'à l'état normal, est un signe habituel dans les ostéosarcomes ayant pris un certain développement. La peau a une chaleur exagérée ; ceci est encore à noter.

Quant à ces petits ganglions, on admet généralement qu'ils sont simplement inflammatoires. Ce qui semble le prouver, c'est qu'ils sont susceptibles de résorption, une fois la tumeur enlevée. On peut voir quelquefois des ganglions néoplasiques, mais ils sont plu s volumineux.

Sur la radiographie, on voit que la couche corticale du fémur a disparu.

Le contour général de la tumeur est dessiné par une grande ombre qui n'est pas extrêmement opaque, dont la limite n'est pas bien nette, qui va en s'atténuant à la périphérie. Le tibia, le péroné et la rotule ne présentent aucune altération. C'est un type d'ostéosarcome de la variété dite périostique. Il y a, en effet plusieurs variétés d'ostéosarcomes, quelques-uns débutant à l'intérieur de l'os et constituant un vide central. Ici la tumeur est, au contraire, périphérique. Elle atteint l'extrémité inférieure du fémur, englobant tous les organes du creux poplité, l a masse des adducteurs, arrivant jusqu'à la peau qu'elle

amincit et qui finirait par craquer ; le sarcome ferait saillie à l'extérieur, donnant lieu à une ulcération tout à fait différente des ulcérations épithéliomateuses. Elle n'est pas due à l'envahissement de la peau, elle se produit par éclatement de celle-ci. C'est complètement différent de ce qu'on voit dans les épithéliomes, où, au contraire, la peau est envahie par le néoplasme.

Ce malade souffre beaucoup ; il est donc indiqué de faire quelque chose, mais avant de tenter l'opération, il faut toujours regarder s'il n'existe pas de métastase. J'ai dit que ces ganglions n'avaient pas grande importance. Ils sont signalés par un grand nombre d'observateurs, particulièrement par M. Nové-Josserand dans son livre sur les tumeurs malignes des os, qui dit avoir plusieurs fois opéré malgré les ganglions, et avoir vu après l'opération ceux-ci disparaître, ce qui prouve que c'étaient des ganglions d'ordre inflammatoire. Mais, ce qui est important, ce sont les métastases. On doit explorer tous les autres os, interroger l'appareil respiratoire par la percussion et l'auscultation, chercher la toux, les râles fins, les crachats gelée de groseille, permettant d'affirmer l'existence d'une métastase pulmonaire. Mais l'absence de ces signes ne doit pas faire éliminer d'une façon certaine la possibilité d'une métastase pulmonaire, car celle-ci peut exister sans se traduire par aucun symptôme fonctionnel, et sans donner aucun signe d'auscultation assez net pour pouvoir être constatée. Il faut toujours faire une radiographie des poumons. C'est ce qu'on a fait ici, et sur cette radiographie on ne voit aucune altération des poumons. Il est donc indiqué d'opérer ce malade. Malheureusement, le pronostic d'avenir est très mauvais. Le malade sera soulagé, mais les opérations pour ostéosarcomes ne donnent pas beaucoup de guérisons. On voit dans un grand nombre de cas, la récidive ; le plus souvent, ce sont des métastases pulmonaires, parce qu'à l'inverse des épithéliomas, au lieu de suivre la filière lymphatique, les ostéo-sarcomes se propagent par voie sanguine.

LE TRAITEMENT DES VARICES PAR LES INJECTIONS SCLÉROSANTES INTRAVARIQUEUSES

Le progrès assure son triomphe en empruntant aussi bien les chemins détournés que les voies directes : il est donc inévitable et infaillible, et les sciences médicales sont parmi les premières à en bénéficier.

Un bel exemple de découverte indirecte nous est fourni par la nouvelle méthode de guérison des varices au moyen des injections intravariqueuses sclérosantes. En effet, c'est en injectant dans les veines des solutions médicamenteuses, dans un but de thérapeutique antisyphilitique que le professeur Sicard a observé l'oblitération par sclérose des parois de ces vaisseaux.

De là à utiliser cette particularité dans le but de guérir les varices, il n'y avait qu'un pas, facile à franchir, pour un observateur doublé d'un clinicien. Il le fut et c'est ainsi que la thérapeutique médicale vient de s'enrichir de cette merveilleuse méthode sclérosante de guérison des varices qui n'*échoue jamais* et *ne cause jamais d'accidents sérieux, avec une technique à la portée de tous les praticiens.*

Car, et c'est là-dessus qu'il importe particulièrement d'insister, ce qu'il y a d'admirable dans le procédé, c'est sa simplicité et la constance de ses résultats. Quand on l'a pratiqué dans une dizaine de cas, on se demande comment il se fait qu'on n'y ait pas songé plus tôt, *tant l'effet curatif est immédiat et évident* ; et alors on se demande aussi comment il peut y avoir encore des médecins qui se refusent à faire des injections intravariqueuses par crainte d'embolies (ce qui ne s'est jamais produit) ou d'autres qui proposent d'associer aux injections sclérosantes la ligature des troncs variqueux (!!) intervention sanglante parfaitement inutile et injustifiée !

Deux mots d'histoire. Il y a longtemps qu'on a essayé les injections locales dans le traitement des varices. On recherchait l'oblitération par thrombose. Depuis 1853, à Lyon, Chassaignac, Pravaz, Valette, employaient diverses préparations coagulantes. Legendre en 1881, Negretti, Tavel de Berne en 1904, Schiassi, de Bologne, obtiennent des résultats encourageants, mais ils ne sont pas suivis, à cause des imperfections de leurs procédés.

C'est au professeur Sicard assisté de Paraf, Forestier et Gaugier que nous devons la mise au point de la nouvelle méthode sclérosante, mise au point commencée pendant la guerre et perfectionnée jusqu'en 1922, époque à laquelle la technique actuelle a été à peu près définitivement fixée.

L'originalité de la méthode sclérosante réside dans le *curieux et si remarquable processus anatomique de guérison : l'oblitération des veines malades se produit par sclérose pariétale progressive, sans formation d'aucun caillot.* Il y a imprégnation de la paroi veineuse par la solution sclérosante ; sous cette influence, apparaît une irritation de l'endothélium de la veine qui se congestionne, s'hypertrophie, se recouvre de fibrine très adhérente qui s'organise peu à peu ; bientôt survient la sclérose totale et l'oblitération.

C'est au salicylate de soude que le professeur Sicard s'est définitivement adressé, après de nombreux essais pratiqués avec d'autres substances. C'est à l'aide de ce médicament que s'organise le mieux l'*endoveinite et la périveinite* qui aboutissent à la *disparition de la varice.*

Cette disparition est en effet rapide, extraordinaire et constante. En dix à quinze jours, là où siégeait un gros paquet variqueux on ne voit plus rien et c'est à peine si l'on sent sous le doigt un cordon induré qui disparaît à son tour. Les échecs sont tellement rares que, pour notre part, nous n'en avons jamais rencontré. Les complications graves n'existent pas ; on n'a jamais observé d'embolie puisqu'il n'y a pas de thrombus avec caillot flottant dans le calibre veineux. Les escharres sont absolument exceptionnelles et il faudrait, pour en obtenir, une technique tout à fait défectueuse.

Pour pratiquer la méthode sclérosante, il suffit donc d'*en bien connaître la technique et les contre-indications.*

Voyons d'abord ces dernières.

Tout malade destiné à recevoir les injections intravariqueuses, doit être l'objet d'un examen médical complet.

Il faut pratiuquer systématiquement l'examen des urines et traiter avec prudence les albuminuriques et les diabétiques.

Il faut éliminer les pléthoriques, les grands hypertendus, les cardiopathes mal compensés, les cardio-rénaux, les insuffisants cardiaques, les femmes en état de grossesse.

On doit refuser également les injections aux malades atteints d'artérite (claudication intermittente ou guéris depuis peu de phlébites infectieuses (phlegmatia alba dolens, syndrome de Raynaud, etc.), même dans les cas de phlébites anciennes profondes, il faut être très prudent, de crainte de réveiller un microbisme latent.

Par contre, l'eczéma et l'ulcère variqueux ne contre-indiquent pas la méthode sclérosante. Au contraire, ces deux complications guérissent par l'emploi des injections.

Avant d'essayer le traitement sur d'anciens phlébitiques, *il faut vérifier si la circulation dans les veines profondes du membre inférieur est normale,* en procédant de la manière suivante :

Placer un lieu sur le membre au-dessus des varices ; faire exécuter au malade quelques mouvements d'élévation des talons sur la pointe des pieds ; *si les ampoules variqueuses se dégonflent, c'est que le système veineux profond fonctionne. On pourra faire les piqures sans redouter l'oblitération veineuse totale.*

Une fois le malade examiné et reconnu apte à recevoir le traitement, on peut commencer les injections.

Placer le malade debout sur un siège approprié ou sur un lit, ou sur un tréteau à proximité d'un lit pour qu'il puisse s'y allonger aussitôt arprès l'injection. On peut utiliser comme le fait parfois le professeur Sicard, une table spéciale portant deux rampes parallèles inclinées à 30°. Ces rampes servent d'appui pour les bras et les mains et le malade peut s'étendre facilement après la piqûre.

Pour rendre les varices bien apparentes, il ne faut jamais poser de lien sur le membre. Toute constriction est inutile et préjudiciable.

On doit aussitôt après la piqûre faire coucher le patient, complètement allongé, pendant au moins cinq minutes, au cours desquelles il doit rester immobile et ne pas parler. Cette précaution est nécessaire, pour éviter toute syncope et pour que la *crampe, qui se produit normalement dans le membre injecté après la piqûre,* se passe sans autre incident. Il est donc nécessaire de *prévenir le patient avant l'opération, qu'une crampe se produira normalement et qu'il faudra la subir pendant les trois minutes environ de sa durée habituelle.*

Commencer par injecter le liquide sclérosant dans les varices de la jambe, aborder en premier lieu les plus visibles et les moins contournées.

Se servir d'une seringue de 5 cc. strérilisée et d'aiguilles de nickel à biseau court de 0 mm. 6 de diamètre également stérilisées. On peut employer des aiguilles plus fines pour les varices plus petites.

Nettoyer la peau avec un tampon imbibé d'alcool à 90°, *puis faire l'injection strictement intraveineuse,* ce dont on s'assure en voyant le sang refluer largement dans la seringue. Injecter le liquide assez vite, pour pouvoir faire coucher le malade rapidement ; le liquide sclérosant étant alors mieux en contact avec la paroi veineuse, la sclérose se produira plus aisément.

On peut faire, dans la même séance, plusieurs piqûres à la condition de ne pas dépasser en tout une certaine quantité de la substance sclérosante (3 gr. pour le salicylate de soude, 1 gr. pour la quinine).

Deux séances par semaine peuvent être pratiquées ; mais la durée totale du traitement varie suivant l'importance des varices, leur étendue, leurs flexuosités, leur uni ou leur bilatéralité.

On peut piquer obliquement dans la veine, soit en dirigeant l'aiguille vers le haut, vers le bas, à droite ou à gauche, suivant les cas, car *le cours du sang, dans les varices superficielles où les valvules ont disparu, est plutôt dirigé de haut en bas que de bas en haut.* En effet, quand le sang reflue ainsi vers les extrémités du membre *c'est simplement parce qu'il se dirige vers le système veineux profond, qui, lui, n'est jamais variqueux, et ramène le sang à la veine cave inférieure.*

On a généralement intérêt à commencer les piqûres à quelques centimètres de la partie la plus basse de l'ectasie ; puis on remonte progressivement vers la limite supérieure de la dilatation.

Il faut être prudent lorsqu'on arrive aux varices situées au niveau des cuisses, *et se tenir toujours à une certaine distance de la crosse de la veine saphène interne* ; il y aurait danger, en effet, à déverser une partie du liquide sclérosant dans la veine fémorale. De toutes façons, il faudra oblitérer la totalité d'un trajet ectasié, sans quoi les dilatations guéries se reproduiraient sous le poids de la colonne sanguine supérieure allant du haut de la portion oblitérée jusqu'au confluent d'une autre veine.

Enfin, l'opération terminée, il est d'usage de mettre une bande modérément serrée autour de la région infectée, pour éviter les modifications du calibre du vaisseau en voie d'oblitération.

L'injection peut être pratiquée à la consultation, car le patient peut retourner à ses occupations, aussitôt après sa sortie du cabinet du médecin. Il n'est donc pas nécessaire qu'il interrompe son travail pour obtenir un bon résultat du traitement. Toute l'affaire réside dans l'exécution minutieuse de l'injection intra-veineuse et dans le choix du médicament.

Quelle est donc la substance sclérosante qu'il faut choisir ?

Incontestablement, c'est au salicylate de soude qu'il faut s'adresser de préférence. Ce produit chimique agit merveilleusement et toujours : il est tout à fait exceptionnel de voir des varices lui résister ; si cela se produisait, il faudrait le plus souvent incriminer la technique ou la faible concentration de la solution. *Toutefois, en cas d'échec, ou si l'action du salicylate s'épuisait, il faudrait alors s'adresser à la quinine.*

Il existe dans le commerce des préparations de salicylate de soude à 20, 30 et 40 %. C'est à ces solutions qu'il faudra recourir. Pour obtenir un salicylate de soude pur et une solution parfaite au point de vue de la pureté et de la stérilisation, il est préférable de se procurer des ampoules préparées par des spécialistes ; on peut en obtenir également dans les pharmacies bien outillées en formulant, mais en ayant soin de spécifier qu'on désire une solution préparée avec un salicylate de soude parfaitement pur (qui ne peut d'ailleurs s'obtenir que par des recristallisations successives).

La technique de ces injections est simple. A la première séance, on injecte 2 à 3 cc. en un même point de la solution de salicylate à 20 %. Aux séances suivantes, pratiquées en moyenne à raison de deux par semaine, on peut injecter en un ou deux points différents, 4 à 5 cc. de la solution à 30 %. Enfin, dans certains cas, où la sclérose tarderait à se produire avec cette dernière dilution, ou dans les deux ou trois séances terminales, pour rendre les résultats obtenus définitifs, on injectera sur un ou deux points différents un total de 2 ou 3 cc. de la solution à 40 %.

Avec les dilutions à 30 et 40 %, il se produit généralement une réaction inflammatoire locale qui aboutit à la sclérose cherchée. Cette réaction, qui ne débute pas immédiatement, dure quelques jours et n'est autre chose que la conséquence de l'endoveinite et de la périveinite médicamenteuses. Elle est normale, et on doit en aviser les malades.

Nous ne répèterons pas ce que nous avons dit plus haut de la *crampe* qui survient une minute après l'injection dans le membre injecté, et qui dure environ trois minutes. Ne pas oublier de prévenir le patient et de le faire étendre sur le lit.

En principe, lorsque les varices sont bilatérales, il vaut mieux ne traiter qu'un seul membre à la fois et terminer l'un avant de commencer l'autre. Mais ce n'est pas obligatoire. Il faut en moyenne six piqûres pour un membre atteint moyennement) ; la durée totale du traitement sera d'environ quatre semaines.

Ne pas se servir de trop petites doses, ni de concentrations trop faibles, les veines s'indureraient et deviendraient réfractaires à l'oblitération.

Les récidives sont exceptionnelles lorsque le traitement a été conduit méthodiquement ; on peut compter qu'à chaque séance, les varices subissent le processus oblitérant sur une longueur de cinq à six centimètres ; cette notion permet de ne négliger aucune partie du trajet variqueux et d'aboutir à la sclérose totale du parcours.

Si, par exception, on échouait avec le salicylate de soude, ou si l'on préférait s'adresser d'emblée à un autre procédé, c'est à la quinine qu'il faudrait avoir recours, en suivant la technique préconisée par Génévrier et Belot.

Employer la solution suivante :

Chlorhydrate quinine	40 gr.
Pyréthane	20 gr.
Eau bi distillée	100 cmc.

Commencer par une dilution composée avec :

1 cc. de quinine à 40 %.
3 cc. d'eau bidistillée.

On obtiendra ainsi une solution à 10 % dont on injectera 1 cc. seulement pour débuter. Si la réaction n'est pas trop vive, diminuer le taux de la dilution progressivement à chaque piqûre, en allant de 1/4 à 1/2 puis à 3/4 et enfin employer la solution de quinine à 40 % pure. *Ne jamais injecter en un seul point plus de 2 cc. On ne peut répéter l'injection en un même point qu'une semaine après la première piqûre.* Mais on pourra faire deux piqûres par semaine et même trois, à la condition de choisir des ampoules variqueuses éloignées les unes des autres.

On peut faire trois à quatre piqûres en une seule séance, échelonnées à cinq ou dix centimè-

tres de distance. La cure peut être terminée en trois séances.

Mais ici, le traitement ne peut se faire que sur un malade soumis au repos, car les douleurs qui surviennent le soir même et pendant les jours suivants sont assez vives, accompagnées d'œdème, et parfois de petites eschares difficiles à éviter ; l'avantage consiste dans la durée du traitement qui est plus courte qu'avec le salicylate de soude.

Comme on le voit, rien n'est plus simple que d'obtenir la guérison des varices avec la méthode sclérosante. Avec un peu d'habitude, tous nos confrères pourront devenir d'habiles techniciens ; et ce qui doit encourager à s'initier à la méthode, c'est que non seulement les malades ne courent aucun risque, mais encore on a la certitude de leur procurer un immense et définitif soulagement.

L. N.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les acquisitions théoriques et pratiques dues à l'anatoxine tétanique.

Connue depuis deux ans, l'anatoxine tétanique a déjà permis de réaliser de grands progrès, que nous font connaître G. Ramon et Ch. Zœller, soit dans le domaine théorique de l'immunité antitétanique ou antitoxique en général, soit encore dans le domaine pratique de la vaccination de l'homme contre le tétanos.

I. Contrairement à ce qui se passe pour la diphtérie, ni l'homme ni les animaux ne s'immunisent spontanément contre le tétanos ; une infection tétanique, d'autre part, ne laisse pas après elle un état réfractaire.

Ensuite, il faut savoir que pour étudier expérimentalement l'immunité antitétanique, l'anatoxine tétanique possède sur les toxines simplement modifiées et très altérables, telles que la toxine tétanique iodée, une supériorité dont nous pouvons mesurer maintenant l'importance ; c'est un produit inoffensif, stable, et surtout doué d'une valeur antigène intrinsèque certaine. Elle présente ainsi une efficacité remarquable dans la production de l'immunité chez l'animal d'expérience et dans la préparation du sérum antitétanique chez le cheval.

Chez l'homme, il résulte d'un millier d'injections, que l'A. T. ne suscite , ni réaction locale, ni réaction générale (rien de comparable à l'A. diphtérique) ; un sujet vacciné peut le jour même de l'injection vaquer à ses occupations, s'alimenter comme d'habitude sans être le moins du monde incommodé.

L'immunité se traduit par le développement d'une antitoxine humorale ; de plus, le sujet vacciné acquiert l'aptitude à fabriquer rapidement une forte proportion d'antitoxine sous l'influence d'une stimulation nouvelle : c'est la réactivité acquise. Celle-ci met environ trois semaines à s'installer après une première injection d'un cc., suivie après huit jours d'une seconde injection de deux cc. ; un mois passé, une autre injection de deux cc. multiplie encore par dix le premier résultat obtenu à trois semaines, qui lui, était encore faible. Rien ne servirait d'aller plus vite pour créer une immunité antitétanique ; il faut compter avec le facteur « temps ».

Par la suite, le taux de l'antitoxine humorale baisse lentement ; la réactivité acquise persiste entière ; sollicitée par une injection de rappel, elle manifeste sa persistance par un bond antitoxique très marqué ; cette propriété est très précieuse à l'occasion d'un second accident nécessitant une nouvelle préservation contre le tétanos.

II. — En pratique, on vaccinera contre le tétanos une collectivité, en dehors de toute menace actuelle et imminente ou bien on vaccinera en cas d'urgence.

A. En raison de la réactivité acquise, il y a, nous l'avons vu, intérêt à espacer les deux premières injections ; il ne faut pas se presser ; on laissera s'écouler un mois entre la première injection d'un cc. et la seconde de deux cc. d'anatoxine ; huit jours après la seconde injection, le taux de l'antitoxine humorale correspond en moyenne à cent doses mortelles par cc. ; une troisième injection la fait monter à mille doses mortelles environ. Pendant l'intervalle des deux premières injections, le sujet reste réceptif ; en cas d'accident, il faudrait lui faire immédiatement une injection de sérum. Mais, après la deuxième injection, l'immunité active est suffisante pour protéger à elle seule le sujet vacciné ; la troisième injection parfait l'immunité, qui devient telle qu'au cours de la première année, aucune réinjection n'est nécessaire. Puis, en cas d'accident, il suffit d'une dose d'un cc. comme dose de rappel.

B. — En cas d'urgence, la sérothérapie préventive s'impose toujours comme mesure de première sécurité immédiate ; on sait d'ailleurs qu'il faut au dixième jour répéter cette injection de sérum, lorsqu'on a quelque doute sur la plaie.

En même temps, on pratiquera la vaccination le jour de l'accident et du sérum, un cc. d'anatoxine au dixième jour, dix cc. de sérum, injection à maintenir ou à supprimer suivant les circonstances; au vingtième jour, deux cc. d'anatoxine, et dès lors, l'immunisation active devient efficace.

Bref, l'anatoxine permet de jeter dès maintenant les bases d'une vaccination pratique de l'homme contre le tétanos. (*Paris médical*, 4 décembre 1926.)

Le traitement du rhumatisme et des septicémies blennorragiques par les injections intraveineuses de sérum antigonococcique.

Le traitement ne doit pas avoir comme seul objectif une action strictement articulaire, car l'arthrite n'est qu'une localisation métastatique de l'infection blennorragique générale.

P. Ravaut et Ducourtioux recommandent dans ce but la sérothérapie (une injection tous les deux jours ; trois à six suffisent généralement). Dès le lendemain, on peut commencer les massages et préparer ainsi la mobilisation, après deux ou trois injections ; les phénomènes fluxionnaires ne cèdent pas aussi rapidement. Ces auteurs ont pour règle absolue de mobiliser les articulations le plus tôt possible et de ne suspendre le traitement sérothérapique que lorsque les phénomènes fluxionnaires ont complètement disparu, et que la mobilisation ne provoque plus ni réactions articulaires, ni réactions fébriles.

Le sérum antigonococcique de Nicolle est doué de propriétés thérapeutiques spécifiques et ne peut être dans aucun cas remplacé par un sérum quelconque. Les chocs qu'il provoque paraissent un adjuvant utile ; ils ne présentent pas d'inconvénients fâcheux, si on les dépiste rapidement par une surveillance attentive du pouls ralenti, du faciès pâle, des frissons, et si l'on intervient énergiquement avec l'huile éthérée-camphrée, la caféine.

Seule la sérothérapie par voie veineuse a donné des résultats constants dans tous les cas d'arthrites et de gonococcémies. Elle paraît être la meilleure méthode thérapeutique dans les formes septicémiques de la blennorragie.

Dans le traitement des arthrites aiguës, par son action rapide sur la douleur et les exsudats articulaires, elle est la méthode de choix, qui permettra le massage, la mobilisation précoce et évitera l'évolution vers l'ankylose.

Dans le traitement des arthrites anciennes, surtout si celles-ci sont encore le siège de poussées inflammatoires discrètes, elle donnera parfois des résultats inespérés. (*La Presse médicale*, 1er janvier 1927.)

L'algospasme menstruel, avec ou sans obstruction anatomique. (Dysménorrhée des auteurs).

Au point de vue « *prédisposition* », en ce qui concerne le traitement pathogénique à instituer, l'algospasme reconnaît une quadruple origine : 1° dysménorrhée avec prédisposition locale, obstructive, de nature anatomique ; 2° dysménorrhée avec prédisposition réflexe locale ; 3° dysménorrhée avec prédisposition réflexe générale (endocrino-sympathique) ; ces trois espèces peuvent se présenter isolément en clinique, liées par deux, ou toutes trois ensemble ; 4° dysménorrhée sans prédisposition, accidentelle et purement nerveuse, hémoclasique.

Le Dr L. Petit-Dutaillis remarque qu'il faut, pour le diagnostic causal, ne pas confondre la dysménorrhée avec ce qui ne l'est pas (réveil de douleurs du côté, d'une salpingite, d'une appendicite, etc., du fait du molimen des règles) ; pour qu'il y ait dysménorrhée, il faut un algospasme. On doit ensuite remonter, par l'étude des antécédents, à la cause de la prédisposition permanente : intoxication, toxi-infection héréditaire ou acquise (syphilis, rhumatisme), helminthiase, chocs émotionnels répétés d'ordre physique ou psychique. On doit ensuite se rendre compte si, dans ces divers facteurs, particulièrement les émotionnels, il n'en est point qui s'ajoute fortuitement à la cause, encore problématique, du choc menstruel normal, qui peut suffire, la prédisposition aidant.

Comme *traitement pathogénique*, l'auteur indique, pour la *dysménorrhée à prédisposition réflexe générale*, la micro-excision angulaire bilatérale du col, après dilatation de vingt-quatre heures ; celle-ci enlève un coin de tissu mesurant un cent. de base et de hauteur, au point où se trouve établi le point de concentration du réflexe de l'algospasme dans l'utérus, et les deux tranches de l'excision ne peuvent se rejoindre. Cette variété de dysménorrhée est ainsi guérie pour toujours, avec ou sans opothérapie. La flexion congénitale si elle existe, n'est nullement, en effet, la cause de la dysménorrhée par obstruction mécanique ; c'est là un concept erroné.

La *dysménorrhée à prédisposition réflexe locale* se traite en s'adressant à la métrite, à l'appendicite, ou à la douglassite, à l'helminthiase ; il est souvent aussi nécessaire de pratiquer la micro-excision bilatérale.

S'il y a *prédisposition obstructive mécanique*, traiter l'hymen imperforé, l'atrésie du col, la flexion scléreuse, etc.

Mais il faut aussi, en plus de la dysménorrhée, guérir la malade !

Enfin un *traitement symptomatique* est aussi nécessaire, soit spécifique (de la vagotonie, par exemple : atropine), soit non spécifique. Voici en quoi consiste ce dernier : dès les prodromes des règles, grand bain quotidien d'une heure (jusqu'à l'arrivée du sang) et, matin et soir, lavement de lait avec deux ou trois grammes de bromure de K.

Quand la crise éclate malgré ce traitement préventif : lavement à garder de un gramme d'antipyrine et XV gouttes de laudanum, dans 60 gr. d'eau (trois quarts d'heure après un lavement évacuateur) ; très bon effet, le ganglion hypogastrique n'est pas loin, ou une cuillerée à café, toutes les trois ou quatre heures, de solution alcoolique de benzoate de benzile à 20 %, dans un demi-verre d'eau aromatisée, ou l'extrait fluide de seneçon préconisé par Dalché. Mais il ne faut pas s'attarder à ces traitements d'attente.

Ce que l'on a décrit sous le nom de *dysménorrhée membraneuse* consiste dans l'expulsion en bloc d'une membrane ayant les caractères d'une muqueuse utérine, au stade prégravidique, semée de cellules déciduales, hypertrophiée, mais dont l'hypertrophie est poussée plus loin que la normale. La cause habituelle paraît être des avortements ovulaires, utérins ou tubaires très jeunes, à répétition.

En résumé, pour se rendre maître d'une dysménorrhée, il faut commencer par en découvrir la cause, la prédisposition et le mécanisme, sans se perdre en données d'imagination, dépourvues d'objet. (*Journal des Praticiens,* 27 novembre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

De l'hypertrophie prostatique récidivante

(M. Pierre Bazy. — *Académie de médecine* ; 28-6-1927.)

Un malade auquel on a « enlevé la prostate » peut-il avoir à nouveau, de l' « hypertrophie prostatique » ? Poser une telle question paraît au premier abord étrange, tant la magie des mots est grande à nos yeux. Le même langage se parle pour les amygdales, comme si l'amygdalotomie sectionnait toujours la glande rigoureusement au ras de toute la capsule basale, sans laisser jamais le plus minime follicule amygdalien adhérent, susceptible de grossir un jour.

Mais revenons à la communication de M. Pierre Bazy. En fait, il est des patients prostatectomisés qui voient dans la suite le retour des accidents dont ils se plaignaient avant l'opération. Il peut s'agir quelquefois d'une obstruction du col vésical par la cicatrisation de la plaie prostatique, mais d'autres fois aussi on est en présence d'une réapparition de « l'hypertrophie » prostatique.

Le mot hypertrophie prostatique est une appellation défectueuse. On devrait dire adénomes de la prostate. Le plus ordinairement, les adénomes sont multiples et de toutes tailles. Au cours de l'opération (dans l'opération périnéale surtout, qui ne permet pas une exploration aussi méthodique de la loge prostatique), on peut laisser dans la loge de minuscules adénomes qui grossiront dans la suite, ou même simplement des fragments de tissu adénomateux en puissance, origines de ces « récidives ».

Sur l'embouteillage des eaux minérales étrangères.

(M. Meillère. — *Académie de médecine* ; 28-6-1927.)

L'Académie de médecine avait jadis émis l'avis, qu'à titre d'essai et pour les seules eaux minérales étrangères non altérables par le transport, l'autorisation pourrait être accordée d'expédier ces eaux en bonbonnes et de faire l'embouteillage en France. L'eau de Rubinat-Lhorach, en particulier, avait reçu cette autorisation. Des abus s'en suivirent, les concessionnaires s'étant contentés d'extraire les sels des eaux et de préparer en France des solutions desdits sels ; l'autorisation fut alors retirée.

Une nouvelle demande de retour à l'importation en vrac ayant été faite, l'Académie de médecine, adoptant les conclusions de sa Commission, a déclaré être opposée à cette tolérance et s'en tenir au maintien du *statu quo* : embouteillage à la source même, pour toutes les eaux minérales, françaises ou étrangères.

L'alcoolisme et les hôtels meublés.

(M. Guérin. — *Académie de médecine* ; 28-6-1927.)

La crise des logements, entre autres inconvénients, a celui de favoriser l'alcoolisme. Une des modalités de ce rôle pro-alcoolique est la suivante. Beaucoup de personnes sont contraintes, faute de logement, d'habiter à l'hôtel meublé et nombre de ces garnis sont tenus par des débitants de boissons. Certains logeurs n'ont qu'une entrée pour leur débit et pour leur garni, obligeant les clients à passer devant le comptoir pour accéder à leur chambre.

Déjà en 1924, la Société médicale du XVe arrondissement s'était émue de cette situation et avait émis le vœu « qu'une porte indépendante du débit fut constamment ouverte à la disposition des locataires du garni ». Une ordonnance du Préfet de Police, conforme à ce vœu, améliora les choses, mais comme beaucoup de mesures administratives, son action ne fut que momentanée. La Société des bureaux de bienfaisance de Paris est revenue sur ce sujet et demande à l'Académie de l'aider de sa haute autorité à amender cet abus. M. Guérin estime qu'une action des Ligues antialcooliques serait plus efficace que des mesures administratives, si l'on voulait bien accorder aux ligues le droit, qu'elles réclament depuis longtemps, de citation directe.

La rhino-vaccination anti-toxique.

(MM. Chr. Zœller et G. Ramon. — *Académie de médecine* ; 28-6-1927.)

L'anatoxine, introduite par voie nasale, provoque le développement d'une immunité spécifique. Les essais de MM. Zœller et Ramon ont porté sur une cinquantaine de sujets et ils ont jugé les effets de la vaccination nasale par le titrage de l'antitoxine dans le sang et par la réaction de Schick. Après instillations ou pulvérisations d'anatoxine dans les fosses nasales (deux fois par jour pendant une semaine) le titrage de l'antitoxine, pratiqué huit jours après la dernière instillation, a révélé, chez les sujets à pouvoir antitoxique peu élevé, un véritable bond anti-toxique. Chez les sujets à réaction de Schick positive, la réaction s'est négativée après deux ou trois séries d'instillations nasales d'anatoxine.

Il semble donc que l'on puisse obtenir une véritable vaccination contre la diphtérie par des instillations nasales d'anatoxine (concentrée par évaporation et diluée dans la glycérine pure stérilisée). Cette méthode offre pour avantage sa simplicité, sa commodité d'application, chez les enfants en particulier. Elle est d'une innocuité remarquable. Son seul inconvénient est de manquer un peu de précision, la quantité d'anatoxine absorbée restant indéterminée.

Les recherches de rhino-vaccination de MM. Zœller et Ramon ont un autre intérêt. Elles montrent que c'est sans doute, en partie du moins, par voie nasale que se fait l'immunisation spontanée des sujets contre la diphtérie.

Ce n'est pas tout. La rhino-vaccination n'est pas applicable seulement à la diphtérie. Les auteurs ont entrepris des recherches du même ordre avec l'anatoxine tétanique, avec la toxine de Dick, la toxine dysentérique, faisant aussi des vaccinations associées (diphtérie et tétanos, diphtérie et scarlatine). La rhino-vaccination constituera peut-être un moyen de prévention des maladies comme le tétanos, la scarlatine, etc. Resterait à la perfectionner.

Etiologie des artérites oblitérantes se traduisant par la claudication intermittente.

(MM. Camille Lian, P. Puech et Oscar Viau. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-3-27.)

De l'étude de 52 observations personnelles de claudication intermittente par artérite chronique des membres inférieurs, les auteurs concluent que le facteur étiologique le plus important dans cet état morbide est un trouble de la nutrition, une sorte d'auto-intoxication qui, en général, survient vers la cinquantaine, mais qui frappe bien avant cet âge certains sujets, comme les Israélites originaires d'Europe centrale, présentant un terrain spécialement favorable.

A côté de cette auto-intoxication, sorte de dyscrasie de la cinquantaine, une place importante dans l'étiologie est à faire au diabète, probablement à la goutte, et aussi au tabagisme.

Certaines infections aiguës et chroniques peuvent plus rarement causer à elles seules des artérites aiguës passant à la chronicité ou des artérites chroniques d'emblée. La syphilis est rarement en cause.

Enfin, de l'avis des auteurs, les cas désignés sous le nom de maladie de Leo Buerger ne méritent pas d'être considérés comme une entité morbide.

L'âge de la marche chez l'enfant.

(M. G. Variot. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 18-3-1927.)

Dans le *Compendium de pédiatrie*, qu'il a publié avec M. Grancher, M. Comby donne les indications suivantes sur les facteurs qui interviennent en matière de marche chez les petits enfants : « Les enfants ne marchent pas avant un an ; ceux qui font quelques pas avant douze mois sont rares ; ceux qui marchent après cet âge sont bien plus nombreux... Les enfants gras et lourds marchent plus tard que les enfants de poids moyen ou léger. Les enfants nourris au sein marchent tôt, ceux nourris au biberon marchent tard. Les maladies aiguës amènent le retard de la marche. Le rachitisme est le facteur qui intervient le plus souvent pour retarder la marche ».

M. Variot s'est proposé de contrôler ces données en s'appuyant sur 490 dossiers d'enfants suivis par lui à la Goutte de lait de Belleville. Les chiffres de sa statistique confirment l'opinion courante selon laquelle la majorité des enfants commence à marcher entre onze et quatorze mois. Ni le poids, ni la taille ne paraissent jouer un rôle notable en l'espèce. Les filles semblent marcher parfois plus tôt que les garçons et un dicton populaire veut qu'elles soient plus précoces à ce point de vue.

L'auteur n'a pas rencontré une grande différence entre les nourrissons allaités au sein et ceux nourris au *biberon*, dans l'allaitement artificiel bien conduit. Pour ce qui est du rachitisme, il établit une distinction entre les rachitiques atrophiques dont l'accroissement est retardé et les rachitiques hypertrophiques ou florides. Ces derniers marchent à une période normale.

Les dilatations des bronches consécutives à la sclérose pleuro-pulmonaire.

(MM. E. Sergent, P. Cottenot et Couvreux. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-3-27.)

Jusqu'à l'époque contemporaine, trois théories se partageaient la faveur des cliniciens pour expliquer la dilatation des bronches : la théorie pulmonaire, soutenue par Corrigan, qui faisait de la dilatation des bronches, l'effet de la sclérose rétractile ; la théorie pleurale, invoquée par Barth et Roger, qui plaçait la symphyse pleurale à l'origine des tiraillements exercés sur l'armature des bronches par la rétraction thoracique ; la théorie bronchique, proposée

◆◆◆◆◆

par Stokes, qui assimilait les dilatations des bronches aux ectasies artérielles et les considérait comme l'effet de la dissociation des tuniques élastiques par le processus inflammatoire primitivement localisé à la muqueuse.

A ces théories classiques sont venues se substituer des opinions nouvelles basées sur les travaux contemporains, d'après lesquels la lésion serait essentiellement et primitivement bronchique, congénitale (Bard) ou acquise, procédant alors de broncho-pneumonies traînantes de l'enfance, de tuberculose, de syphilis (Bezançon, de Jong, J. Hutinel).

M. Sergent croit qu'il convient d'être éclectique, que chacune de ces théories peut répondre à l'interprétation de certains cas, mais qu'aucune ne saurait prétendre convenir à tous. A son avis, les idées régnantes, attribuant un rôle primordial à la syphilis, acquise ou héréditaire, fondées dans nombre de cas, sont trop exclusives. M. Sergent est convaincu que les anciennes opinions, les théories pulmonaire et pleurale, associées surtout, ont une bonne part de réalité dans le développement de la dilatation des bronches. La sclérose pulmonaire, plus ou moins étendue, avec ou sans symphyse pleurale, est en effet de règle dans les dilatations bronchiques chroniques de l'adulte ; et il est des cas où l'on peut établir que la sclérose a précédé la dilatation bronchique.

Parmi les causes de ces bronchectasies secondaires à la sclérose rétractile, l'auteur cite la tuberculose, la syphilis héréditaire ou acquise, les broncho-pneumonies chroniques, les suppurations chroniques de la plèvre ou du poumon, etc. L'ancienne théorie de Corrigan, associée ou non à la théorie pleurale de Barth et Roger conviendrait ainsi à tout un groupe d'ectasies bronchiques.

P. L.

Les Congrès

IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires (*suite*) (1)

Varsovie, 30 *mai*, 4 *juin* 1927.

DEUXIÈME QUESTION : *Séquelles des traumatismes du crâne et leur traitement.*

Pays rapporteurs : GRÈCE, POLOGNE.

1er rapport : *Séquelles nerveuses névrotiques et psychiques des traumatismes cranio-cérébraux et leur traitement* : Dr PAPASTRATIGAKIS, ancien chef du Centre de neuro-psychiatrie militaire d'Athènes ; Dr AISOPOS, Médecin-major de l'Armée, Chef du Centre chirurgical d'Athènes.

Il faut entendre par séquelles nerveuses des traumatismes craniens les troubles nerveux persistant, après guérison des accidents immédiats, sans interposition à un moment donné de *restitutio ad integrum*.

Il y a lieu de tenir compte : 1° du traumatisme causal ; 2° des prédispositions individuelles.

La symptomatologie comporte : 1° des syndromes atopiques (épilepsie, névroses, psychoses) ; 2° les manifestations organiques relevant d'une lésion localisée. Anatomiquement on distingue : 1° les lésions directes : méningites et encéphalites ; 2° les lésions associées : infectieuses ou inflammatoires 3° les lésions indirectes : par atteinte du labyrinthe ; ou, des glandes endocrines.

L'intensité des troubles n'est pas toujours proportionnelle à la gravité et à l'étendue de la blessure.

Le pronostic dépend de l'ancienneté du traumatisme, de la localisation et de la nature de la lésion. Généralement favorable pour les troubles subjectifs, plus sérieux pour les lésions en foyer et pour les psychopathies nées sur un fond de dégénérescence.

Le traitement est symptomatique (thérapeutique nerveuse) ou causal (chirurgie, physiothérapie).

2e rapport : *Séquelles chirurgicales proprement dites des traumatismes craniens et leur traitement.* Professeur R. WEGLOWSKI, médecin principal, chef de l'hôpital Régional VI, à Lwow.

Dans son long rapport très documenté, le professeur W... étudie :

1° *Les pertes de substance cranienne et cérébrale.* — Le tissu osseux, cérébral ou méningé, ne se régénère pas. La cicatrice est faite de tissu fibreux, parfois calcifié. Le traitement chirurgical doit être précoce et très soigneux pour éviter les cicatrices vicieuses. En cas de complications cliniques graves, l'intervention chirurgicale est à recommander, elle donne des résultats heureux dans 80 % des cas, dit l'auteur.

2° *Les corps étrangers intra-cérébraux.* — Les corps étrangers s'entourent d'une membrane fibro-conjonctive. Les troubles qu'ils peuvent provoquer dépendent de leur localisation. Beaucoup de corps étrangers intra-craniens restent silencieux. S'ils sont profondément situés, il ne faut procéder à leur ablation qu'en cas de troubles graves. Leur extraction doit être faite prudemment sous le contrôle des rayons X

3° *Les abcès du cerveau post-traumatiques.* — Se forment le plus souvent autour d'un corps étranger, dans un foyer de ramollissement ou dans les épanchements sanguins. L'infection vient surtout du foyer traumatique. Il faut les soupçonner quand on constate des céphalées, des vertiges, de l'agitation et des petites élévations thermiques. La radiographie et l'encéphalographie aident à leur localisation.

(1) *Concours médical*, n° 30.

Les abcès doivent être largement ouverts et drainés, mais les résultats de l'opération restent peu favorables.

4° *L'épilepsie post-traumatique.* — Se rencontre dans 8 à 10 pour cent des cas, le terrain (hérédité, alcoolisme, syphilis) joue un grand rôle dans son apparition chez les blessés du crâne. La prolifération du tissu cicatriciel, troublant la circulation sanguine, favorise l'éclosion de l'épilepsie. V... préconise le traitement chirurgical : ouverture d'abcès, extraction de corps étrangers, ablation du tissu cicratriciel, et greffes osseuses.

3e *Communications relatives aux séquelles des traumatismes cranio-cérébraux.*

1° *Aperçu général des notions actuellement acquises sur les séquelles les traumatismes craniens.* — Le médecin-major de 1re classe MAISONNET, professeur au Val-de-Grâce.

M... résume dans un tableau d'ensemble l'état actuel de la question d'après les opinions généralement admises en France au point de vue chirurgical. Il rappelle à cet égard les nombreux travaux de VILLARET, de LERICHE, de BILLET, de LENORMANT, etc., et montre que, d'une façon générale, l'opinion des chirurgiens est moins pessimiste que celle des neurologues. Il signale les dangers de la cranio-plastie au niveau des zones sensitivo-motrices du cerveau et conseille de la réserver dans un but de protection ou d'esthétique aux brèches craniennes éloignées de cette zone.

2° *Du traitement chirurgical des séquelles des traumatismes cranio-cérébraux.* Médecin principal WEITZEL.

Le médecin principal WEITZEL insiste dans sa communication sur l'importance de l'intervention primitive sur la formation des séquelles, sur la nécessité d'ouvrir la dure-mère dans le cas où il existe des hématomes intra-méningés, sur la possibilité d'un traitement radiothérapique exerçant une action salutaire sur la prolifération du tissu fibro-névroglique, qui est à la base de la formation des séquelles aseptiques des blessures du crâne par projectile de guerre.

3° *A propos des séquelles des traumatismes du crâne et leur traitement*, par le médecin inspecteur ROUVILLOIS, ancien professeur au Val-de-Grâce.

Le médecin inspecteur R... insiste sur :

1° L'étiologie générale des séquelles des blessures cranio-encéphaliques, qui dépendent de la lésion traumatique proprement dite et de l'infection.

2° Sur le traitement prophylactique des séquelles qui peuvent être en grande partie évitées par un traitement correct de la plaie des parties molles, du squelette, des méninges et du cerveau, et sur l'extraction primitive, chaque fois qu'elle est réalisable, des corps étrangers intra-cérébraux.

4° *Les suites éloignées des blessures du crâne* , par le médecin-major de 1re classe BILLET, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille.

Le professeur B. estime que l'amélioration du pronostic des traumatismes craniens réside dans perfection de l'acte opératoire primitif. Il apporte une statistique personnelle de 175 blessures du crâne suivies à longue échéance, statistique qui confirme les conceptions actuelles de la mortalité tardive, l'évolution des troubles moteurs et sensoriels, l'épilepsie traumatique, les troubles mentaux, l'avenir des blessures du crâne. Il insiste sur les détails de technique, qui permettent d'éviter les séquelles de traumatismes encéphaliques et qui s'adressent à la prophylaxie de l'infection, à la cicatrice et aux corps étrangers.

5° *Les séquelles tardives des blessures du crâne.* Médecin-major de 1re classe LACAZE, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Le Médecin-major L..., après avoir envisagé successivement les symptômes diffus, puis localisateurs observés avec une si grande fréquence à la suite des blessures du crâne et les complications infectieuses parfois lointaines de ces blessures, apporte une statistique de 77 cas de blessures du crâne suivis de 5 à 11 ans, et conclut, que le pronostic des blessures du crâne varie dans une mesure qu'il est souvent difficile d'évaluer et de prévoir. Le pronostic fonctionnel comme le pronostic vital doit toujours être réservé.

6° *Grand kyste intracérébral dix ans après une plaie transfixiante du cerveau. Crise d'épilepsie subintrante. Hémiplégie. Etat confusionnel. Guérison après intervention*, par le médecin-major COURBOULÈS, professeur agrégé à l'école du Service de santé militaire de Lyon.

C... relate une très intéressante observation de kyste cérébral très volumineux et très tardif ayant déterminé des symptômes particulièrement graves, ayant nécessité une intervention chirurgicale puis plusieurs ponctions décompressives. La guérison du blessé montre que, même dans les cas qui paraissent désespérés, la chirurgie n'est pas désarmée et peut obtenir, par des interventions répétées s'il le faut et prudentes, la guérison du blessé.

7° *Troubles physiopathiques tardifs des organes des sens consécutifs aux blessures du crâne*, par le médecin major de 1re classe WORMS, professeur à l'école d'application du Service de santé militaire.

Surtout étudiés au niveau des membres, peut-être à cause de leur grande fréquence, ces troubles « physiopathiques » sont peu connus au niveau de la face et des divers organes qu'elle abrite. Ils n'en existent pas moins et sont, la plupart, en relation avec la sphère d'innervation trigémello-sympathique.

Il s'agit de perturbations qui, d'une part, ne peuvent s'expliquer par les lésions nerveuses qu'autorise à déterminer le siège de la blessure et d'autre part, se différencient nettement des manifestations purement pithiatiques.

Ces troubles qui se développent après un traumatisme de gravité diverse, peuvent intéresser les organes des sens, le squelette et les parties molles de la tête.

Au niveau des yeux, il s'agit le plus souvent, de modifications de la sensibilité subjective — crises causalgiques — ou objective, hypoesthésie dans le domaine de l'ophtalmique avec ébauche de kératite neuroparalytique, de troubles vaso-moteurs et sécrétoires, larmoiement, de modifications de la tension artérielle de la rétine pouvant expliquer certaines amblyopies, de syndrome oculo-sympathique discret.

Au niveau des fosses nasales, on rencontre des poussées de rhinite vaso-motrice avec hydrorrhée et hyperesthésie de la pituitaire, ou au contraire, mais plus rarement, de la rhinite atrophique avec anesthésie dans l'hémiface correspondante, réalisant un véritable syndrome gassérien.

Au niveau des oreilles, les troubles dystrophiques peuvent aboutir à la sclérose.

Au niveau des téguments, on note des crises d'hémisudation, des zones de canitie, de pelade, d'hyperchromie ou achromie, avec troubles de la sensibilité.

La radiographie révèle, enfin, des zones plus ou moins étendues de décalcification des os du crâne, à distance de la blessure.

Toutes ces modifications, relevées chez d'anciens traumatisés, méritent d'être rapprochées les unes des autres comme les éléments d'un même complexus relevant de lésions du système organo-végétatif.

8° *Hypertension céphalorachidienne dans les contusions du crâne*, par le médecin-major de 1re classe de réserve Cantonnet, ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon.

Les contusions du crâne s'accompagnent d'hypertension du liquide céphalorachidien, elles provoquent souvent un œdème de la papille qui ne s'accompagne d'aucun trouble subjectif. Aussi C... estime-t-il que dans les blessures du crâne qui présentent de la céphalée, l'examen du fond de l'œil est indispensable. Cet examen montre parfois des œdèmes de la papille en dehors des troubles habituels : diplopie, hémianopsie, troubles pupillaires.

9° *Les séquelles sensorielles, oculaires des fractures du crâne par projectiles*, par le médecin-major de 1re classe Bertein.

Les séquelles visuelles des fractures de guerre du crâne diffèrent de celles observées après les fractures ordinaires par leur mécanisme et leur expression clinique.

Le mécanisme de l'irradiation de la fissure osseuse de la voûte à la base; si fréquent dans les traumatismes ordinaires, est presque inconnu dans les coups de feu. Notamment, on ne voit guère le trait de fracture se propager de la région fronto-temporale au fragile canal optique. La précision d'action, la force de pénétration du projectile sont des conditions peu favorables à l'irradiation, mieux explicable par les conditions de large ébranlement osseux réalisées dans les chocs ou chutes sur la tête de la pratique ordinaire. Le projectile lèse la voie optique, soit directement, soit par rupture indirecte des membranes profondes oculaires, soit par le mécanisme peu connu de la méningite. C'est la « méningite optique » qui semble devoir expliquer la plupart des atrophies optiques de guerre, relevant ainsi d'une toute autre pathogénie que l'atrophie des fractures fronto-temporales du temps de paix.

Cette dernière est banale du fait de la fréquence de l'irradiation. Elle est exceptionnelle en guerre. Sur une centaine de traumatisés observés avec troubles visuels, nous ne l'avons relevée qu'une fois. C'est là une particularité clinique remarquable qui différencie les deux variétés étiologiques de fracture du crâne. Trois observations détaillées des séquelles optiques diverses montrent ces différents mécanismes :

1° Fracture des parois orbitaires par balle. Lésions indirectes bilatérales des membranes profondes. —

2° Fracture du rocher par balle explosive. Paralysie faciale. Syndrome cérébelleux. Atrophie optique bilatérale.

3° Plaie inférieure transversale par éclat d'obus de la région occipitale. Hémianopsie inférieure.

10° *Séquelles des traumatismes du crâne et leur traitement*, par le médecin colonel F. Caccia, professeur agérgé de la Faculté de Bologne.

La guérison aseptique des blessures cranio-encéphaliques est un facteur important pour la reconstitution anatomique de pertes de substance osseuse pas trop étendues et pour la récupération fonctionnelle des fonctions nerveuses.

Les suppurations cranio-encéphaliques empêchent la guérison des blessures osseuses, même peu étendues et favorisent le maintien de facteurs d'aggravation pour les troubles encéphaliques.

La cranioplastie est une intervention toujours utile pour la défense de l'encéphale.

Le traitement de l'épilepsie est surtout chirurgical et, conformément à l'état actuel de nos connaissances, c'est l'unique moyen pour obtenir parfois une guérison et souvent une amélioration appréciable.

Le traitement selon la méthode de Leriche pour compenser les défauts d'équilibre d'hypo et hypertension du liquide céphalo-rachidien représente actuellement, dans les cas d'épilepsie traumatique. le meilleur traitement palliatif et auxiliaire du traitement chirurgical non réussi.

11° *Sur les séquelles des traumatismes craniens et leur traitement*. Par le médecin général Butoianu, professeur, de Jassy, et le médecin-major C. Stoian (Roumanie).

Les séquelles des traumatismes craniens ou cranio-cérébraux suivis de phénomènes d'épilepsie traumatique seront d'autant plus facilement curables, que le traitement opératoire initial de la plaie cranienne ou de la fracture aura été exécuté complètement et aseptiquement par un chirurgien habile et expérimenté, en étroite collaboration avec le neurologue ou le radiologue.

Les cranioplasties étendues, soit cartilagineuses, soit ostéopériostiques et même les prothèses n'ont

pas donné jusqu'à présent des résultats encourageants.

12° *Les blessures de la tête par rapport à l'œil*, par le médecin lieutenant-colonel Rosenhauch (Cracovie).

L'auteur présente le rapport entre les blessures du crâne et les lésions de l'œil, qu'il divise en trois grands groupes : 1° les blessures directes de l'œil, causées par des coups tangentiels, transfixiants, piquants et par la présence des corps étrangers dans l'œil et dans l'orbite.

2° Les blessures indirectes, les fissures de l'orbite, l'hémorrhagie dans la capsule du nerf optique et de l'orbite, les altérations causées par un contre coup.

3° Un dernier groupe comprenant l'hémianopsie, la stase papillaire, l'inflammation métastatique et sympathique.

L'auteur donne la description exacte des symptômes cliniques de chacun de ces groupes et leur traitement.

13° *La symptomatologie des séquelles tardives des blessures cranio-cérébrales*, par le médecin-major V. de Bernardinis (de Rome).

Ayant observé plus de cent cas de blessures du crâne, l'auteur envisage leur symptomatologie au point de vue neurologique et surtout de la localisation cérébrale. Il est difficile d'établir des cadres cliniques bien définis des symptômes subjectifs et il n'y a pas des rapports évidents entre eux et la blessure du crâne, son extension et sa gravité. Dans tous les cas de lésions des lobes frontaux proprement dits et de la grande zone temporo-pariéto-occipitale, il n'a pas observé des symptômes de localisation.

L'auteur cite un cas de paralysie exclusive du nerf facial par lésion corticale. L'auteur soutient qu'à la zone d'anarthrie appartient aussi le lobule de Broca.

14° *L'intérêt médico-légal des séquelles tardives des blessures du crâne*, par le médecin-major de 1re classe Fribourg-Blanc, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

F. B... estime qu'il y a lieu de porter une particulière attention aux conséquences médico-légales des aggravations tardives des blessures du crâne.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, 9 ans après la guerre, les lésions cranio-encéphaliques de certains blessés ne sont pas encore « consolidées » au sens médico-légal du mot.

F. B... en rapporte trois exemples, choisis parmi les blessés du crâne envoyés récemment en expertise au service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce. Des trois blessés en question deux sont morts brusquement, l'un 9 ans, l'autre 12 ans après leur blessure, le troisième présenta, 12 ans après sa trépanation, une double complication grave (hémiplégie et comitialité). Chez le premier blessé, la vérification révéla la présence d'un kyste cérébral secondairement infecté (microbisme latent).

En conclusion : 1° au point de vue clinique, la prudence s'impose dans l'opinion que nous pouvons être appelés à émettre sur l'avenir des trépanés. Même à longue échéance ; notre pronostic doit souvent être réservé.

2° Dans les expertises, le syndrome subjectif des trépanés est souvent apprécié d'une façon insuffisante par les médecins experts. Il est indispensable d'évaluer séparément dans chaque cas, le taux d'invalidité correspondant à la brèche cranienne et celui afférent aux troubles subjectifs. L'importance du syndrome des trépanés est loin, en effet, d'être toujours proportionnelle à la superficie de la brèche cranienne. Par ailleurs, l'étendue de la brèche osseuse est sans relation avec l'apparition possible de complications graves très tardives.

F. B..., émet le désir de connaître sur quelles bases est réglé dans les différentes nations participant au Congrès le problème médico-légal de l'indemnisation des blessés du crâne.

15° *Les syndromes de la commotion cérébrale de la contusion et de l'émotion en pathologie de guerre*, par le professeur agrégé André Léri, médecin à l'hôpital Saint-Louis (Paris).

L... montre que la dernière guerre a apporté des précisions importantes au sujet du syndrome de la commotion cérébrale. Il rappelle à cet égard les travaux de Ravaut, de Guillain et attire l'attention sur la nécessité de distinguer la commotion, de l'émotion et de la contusion cérébrale.

Le *syndrome commotionnel* est fait d'inertie physique et mentale. Il peut s'accompagner de mort subite, de perte de connaissance avec coma, subcoma ou simple obnubilation, mydriase et bradycardie, de lésions cérébrales et médullaires microscopiques disséminées.

Le tableau symptomatique comporte : l'inertie, l'automatisme, les éblouissements et la céphalée. Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu avec lymphocytose et albuminose discrètes.

La guérison est en général rapide mais peut ne survenir qu'après rechutes.

Le *syndrome contusionnel*, se distingue par des signes localisés de déficit ou d'irritation cérébrale : agitation motrice et excitation mentale, amnésie rétro-antérograde, qui n'existe pas dans la simple commotion.

Le *syndrome émotionnel* ne comporte pas de perte de connaissance mais seulement un état d'inertie quand le sujet est à l'abri du danger. L'émotionné est un anxieux, obsédé par l'accident. Le syndrome émotionnel se complique parfois de phénomènes pithiatiques.

De ces trois états, le dernier est de beaucoup le plus fréquent. La commotion ne peut se produire que si le sujet se trouve à l'air libre dans le cône d'explosion de l'obus.

Parfois il se produit de petites lésions en foyers qui peuvent déterminer chez le commotionné des symptômes retardés (amyotrophies post-commotionnelles). La commotion prédispose le tissu nerveux à l'hémorragie et au ramollissement par ébranlement du parenchyme et des vaisseaux (fragilité acquise).

16° *Les séquelles nerveuses éloignées des traumatismes craniens*, Crouzon, médecin de la Salpêtrière.

C... rappelle que le *syndrome subjectif commun des blessés du crâne* a été indentifié pour la première fois par Pierre Marie, lors de la réunion neurologique des 5 et 7 avril 1916. Décrit sous le nom de « syndrome commotionnel » par Mairet et Pieron et sous celui de « syndrome atopique » par Grasset, il est essentiellement caractérisé par la céphalée, les éblouissements,la dysmnésie,la diminution de l'attention et la lenteur de l'association des idées. Il est objectivé par des modifications du liquide céphalo-rachidien, des troubles de réactions psychomotrices, des variations du pouls et du réflexe oculo-cardiaque, enfin des perturbations des fonctions vestibulaires.

L'importance des troubles n'est pas en rapport avec l'étendue de la brèche osseuse. Ils persistent en général, longtemps et justifient un taux d'invalidité variant de 5 à 30 %.

Actuellement la description donnée par P. Marie reste rigoureusement exacte. C... insiste particulièrement sur l'association fréquente des troubles labyrinthiques qui doivent faire l'objet d'un examen soigneux. La céphalée est le symptôme le plus persistant au point de vue psychique ; c'est la dysmnésie qui gêne le plus les malades.

L'*épilepsie traumatique*, est la complication la plus fréquente (10 à 20 %) des blessés craniens. C... adopte à cet égard les conclusions de la thèse de Behague (Paris 1919). Il n'a pas observé l'apparition de la comitialité plus de 4 ans parès la blessure.

Les *lésions en foyers* : hémiplégie, monoplégie, hémianopsie, paralysie oculaire, chorio-rétinite, subissent peu de modifications avec le temps.

Les *troubles mentaux* sont représentés par la confusion mentale aiguë qui peut passer à la chronicité. Le traumatisme peut favoriser chez des prédisposés l'apparition de psychoses périodiques ou de psychoses systématisées pouvant aller jusqu'à la démence. Il faut tenir compte de l'éthylisme possible surajouté.

Au point de vue de la *criminalité*, les traumatismes craniens n'ont pas plus d'importance que les autres mutilations, d'après Porot et Genil-Perrin.

En conclusion : Le syndrome subjectif est d'une appréciation délicate. Il s'atténue en général au bout de 3 ans ; mais il faut surveiller les troubles labyrinthiques. Pour l'invalidation de l'épilepsie, il faut apprécier le chiffre des journées de travail perdues. Pour les troubles mentaux il y a lieu de tenir compte des prédispositions et d'étudier attentivement chaque cas.

17° *Etude des causes et essai de pathogénie de l'épilepsie traumatique*. P. Behague, ex-chef de laboratoire adjoint des maladies du système nerveux.

A la suite de quelques considérations statistiques sur la fréqence des localisations diverses des blessures craniennes et sur la fréquence de l'épilepsie dans les différents cas : B... étudie les causes de l'épilepsie engendrée par ces blessures. Il retient comme cause de l'*épilepsie généralisée* (qui se manifeste dans les 2/3 des cas, contre 1/3 d'épilepsie partielle) le volume des projectiles, la transfixion du cerveau, la septicité de la blessure, la présence de corps étrangers intracérébraux, les interventions chirurgicales, la multiplicité des cicatrices et les cals osseux. Les causes favorisant l'épilepsie partielle sont les lésions localisées, les embarrures osseuses, les lésions limitées de l'écorce sans violente commotion, les lésions de la zone fronto-pariétale et des régions contenant des fibres de projection.

B... n'attribue au terrain qu'un rôle très secondaire dans l'apparition de la comitialité (alcool,syphilis, âge, hérédité). La plus ou moins grande intensité des troubles subjectifs n'a pas de concordance avec l'épilepsie. La pathogénie de l'épilepsie traumatique fait l'objet, dans ce travail, de considérations très attentives. B... se demande s'il y a lieu d'envisager les épilepsies toxiques, chimiques (par altération de l'équilibre du calcium ou de l'oxygène du sang) et traumatiques, comme absolument différentes l'une de l'autre. Il pense que non. L'épilepsie traumatique a pour cause une cicatrice cérébrale qui constitue une épine irritative permanente, mais les crises sont déclenchées par l'intervention du système sympathique excité qui modifie les échanges humoraux. Les cellules cérébrales s'imprégnant d'oxygène en excès deviennent plus excitables et la crise se déclenche. Elle cesse par épuisement des fonctions convulsivantes de la cellule cérébrale ; d'où le sommeil post-paroxystique.

La thérapeutique bromurée est recommandée par l'auteur,car elle diminue l'irritabilté cérébrale. B... estime que la thérapeutique du sympathique est susceptible, elle aussi, de donner des résultats.La dénudation des artères du cou limitant les mouvements exagérés d'expansion et de rétraction du cerveau (mouvements inhabituels précédant les crises et modifiant les échanges nutritifs), peut empêcher le déclenchement des accès.

18° *Quelques considérations anatomo-cliniques sur les suites éloignées des blessures du crâne*, par G. Guillain, professeur de clinique des maladies nerveuses Y. Bertrand, chef de laboratoire de la clinique des maladies nerveuses (Paris).

Les auteurs, considérant que toute statistique est difficile à établir, attirent seulement l'attention sur quelques considérations anatomocliniques. Ils signalent : la rareté des abcès cérébraux. Ces abcès se développent généralement autour des corps étrangers ; ils sont entourés d'une gangue fibreuse. Le microbisme latent intervient dans leur apparition. Ils évoluent sans fièvre, sans hyperleucocytose sanguine, sans modifications du liquide céphalo-rachidien. Ils se signalent par des signes de compression intra-cranienne.

Les blessés craniens qui se présentent aujourd'hui à la consultation accusent des céphalées, des vertiges, des troubles labyrinthiques. Ces symptômes ne paraissent pas diminuer avec le temps quoi qu'en

aient dit certains auteurs. Par contre, les lésions en foyer se stabilisent et les troubles de la sensibilité objective régressent.

La complication la plus fréquente est la *comitialité*, elle apparaît dans les cas de plaie pénétrante et chez les simples commotionnés. L'intervention chirurgicale n'est pas à conseiller contre l'épilepsie L'examen histologique confirme la présence de lésions diffuses : micro-traumatismes, petites hémorragies avec altération grave des cylindraxes et fonte de tout le système neuro-fibrillaire. Ces lésions diffuses ont une grande importance dans la pathogénie de l'épilepsie traumatique. Il faut tenir compte aussi du microbisme latent.

Tout traumatisme ayant amené une altération profonde des éléments anatomiques du cerveau entraîne des phénomènes de désintégration avec lent processus de sclérose cicatricielle.

La diffusion des lésions détermine parfois une encéphalite non suppurée, mortelle ou non. Les phénomènes vasculaires, encore plus que l'infection, semblent être à la base de ce processus. Il n'est pas impossible que certaines encéphalites non suppurées, d'origine traumatique, soient macroscopiquement et histologiquement très proches de certaines gliomatoses.

***

Après discussion de MM. Koelichen, Maisonnet et Papastratigakis les conclusions générales ont été adoptées :

Conclusions : 1° L'expérience de la guerre a montré que parmi les séquelles des traumatismes craniens, l'épilepsie, les névropsychoses, les névroses, les troubles physiopathiques, etc., se développent chez des individus prédisposés.

2° Cette catégorie de sujets doit être éliminée de l'armée même pendant la guerre comme éléments nuisibles.

3° L'expérience ayant montré que les suites les plus favorables des traumatismes craniens se rencontrent chez les blessés qui ont évité l'infection et que d'autre part les cas les plus graves s'observent parmi ceux qui ont subi une suppuration prolongée, il faut utiliser pendant la guerre des méthodes de traitement permettant la guérison des blessures par première intention.

4° Parmi les séquelles des traumatismes craniens, l'épilepsie prend une place prépondérante au point de vue de la fréquence et de la gravité. La nécessité s'impose de faire des recherches sur la pathogénie de ce syndrome.

(A suivre.)

Les Livres

Société d'impressions typographiques, Nancy.

Paul Moinet. — **Au temps des Césars. Médecine et chirurgie.** (Un volume in-8° de 115 pages.)

L'auteur, jeune étudiant en médecine en fin d'études, a entrepris des recherches historiques pour mettre à jour les origines lointaines de la médecine moderne. Si, à Rome, un grand nombre de médecins étaient grecs, « la médecine romaine n'en eut pas moins son existence propre, ses grands hommes, ses doctrines ».

Paul Moinet s'est arrêté sur l'époque impériale, où César eut le bon esprit d'accorder à tous les médecins de Rome le titre et les privilèges de citoyens romains ; ils purent exercer au grand jour, et faire montre d'une émulation qui donna une rapide impulsion à la médecine.

La première partie est consacrée aux médecins. La médecine, sous le règne de César, devint donc libre, sans qu'aucune garantie fut demandée à ceux qui la pratiquaient. « L'on devait considérer comme médecin quiconque joignait à ce titre l'exercice habituel de la profession médicale ». Les empereurs, plus tard, entretinrent des médecins chargés de panser les blessures de leurs soldats : premiers médecins fonctionnaires, dit l'auteur, et aussi militaires.

A cette époque, les honoraires de la visite médicale semblent avoir été *d'un didrachme*, soit environ 2 francs or de notre monnaie.

« Les praticiens parvenus à la célébrité gagnaient des sommes considérables. Les médecins impériaux touchaient un revenu fixe de 50.000 sesterces, soit environ 25.000 francs or. »

La responsabilité professionnelle était déjà reconnue : « Les médecins ignorants ou maladroits s'exposaient à des peines qui pouvaient aller jusqu'à la déportation avec confiscation générale des biens, même jusqu'à la mort dans le cirque... L'avortement provoqué était imputé à crime : si la femme mourait des suites des manœuvres, la peine subie par le médecin coupable était la mort ».

Le chapitre II étudie *la clientèle* médicale, sous Jules César. Le médecin se doublait souvent d'un pharmacien, en ce sens qu'il préparait et délivrait des médicaments, tenait boutique ouverte et recevait chez lui bien plus souvent qu'il se rendait à domicile. Les affections les plus répandues sont la malaria, les conséquences pathologiques de la débauche, la peste... Parmi les illustres clients de nos confrères romains, l'auteur cite Auguste, Cicéron, Tibère.

Les connaissances médicales font l'objet de la deuxième partie de l'ouvrage de M. Moinet. On peut s'en faire une idée en parcourant les livres écrits

par certains médecins tels que Erasistrate, Asclepiade et Celsius. On y trouve décrites : la bronchite, la pneumonie, la pleurésie, la péripneumonie, la phtisie. Les maladies de l'estomac ne sont pas inconnues, mais il nous faut renoncer à faire entrer dans un cadre moderne l'esquisse qu'en a tracée Celse... » Ce sont la paresse, l'inflammation ou exulcération, le relâchement. L'intestin est le siège des affections suivantes : la diarrhée, la dissenterie, la lienterie, la constipation, les vers intestinaux. D'après l'auteur, l'appendicite et la fièvre typhoïde n'auraient pas été absolument ignorées de Celse... Les maladies du foie, de la rate, des parotides, du rein et des organes génito-urinaires, du système nerveux, les fièvres, les maladies des yeux, des oreilles, de la bouche, de la peau ne sont pas passées sous silence. L'obstétrique, la chirurgie avaient fait le sujet d'études dont il serait malséant de méconnaître la valeur documentaire.

Les conclusions de Paul Moinet sont un hommage vibrant envers ces médecins qui « sans microscopes, sans rayons X, sans stéthoscopes, sans manomètres, ont soupçonné, ou même décelé la plupart des maladies actuellement connues... Bannissons donc le préjugé tenace qui nous fait tenir pour des ignorants les médecins de la Rome antique, et inclinons-nous bien au contraire avec respect devant l'effort méritoire qu'ils ont fait pour soulager la souffrance humaine et découvrir la vérité. »

L'effort de M. Paul Moinet à écrire ce très intéressant chapitre de l'histoire de la médecine est non moins méritoire. J'ai parcouru son ouvrage avec une réelle satisfaction, et il m'est agréable, en le proclamant, de lui rendre justice et d'appeler l'attention sur lui.

G. Duchesne.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Doin, 8, place de l'Odéon.

M. Ségard et M. Laemmer. — **Les formules nouvelles**, *in* Collection des *Consultations Journalières*. (Un vol. in-16, 564 p.)

W. Vignal, électro-radiologiste des hôpitaux. — **Radiothérapie, rœntgenthérapie, curiethérapie, actinothérapie**, *in* Collection des *Consultations journalières*. (Un vol. in-16, 424 p., 67 fig.)

Chez Vigot, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

A. Brindeau, M. Brouha, F. Commandeur, C. Jeannin, J. Lemeland et J. Veron. — **La dystocie.** Troisième volume de **La pratique de l'art des accouchements**, 4e édition refondue de l'ouvrage de Bar, Brindeau et Chambrelent. (Un vol. 614 p., 365 fig.)

A. Soulier. — **Toxines. Leur recherche.** (Un vol. 72 p.)

Chez Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Professeur P. Nobécourt et Marcel Maillet, ancien chef de clinique. — **La thérapeutique du nourrisson en clientèle**, *in* Collection *Comment guérir*. (Un vol. 915 p., 2e édition.)

Editions de la Revue de pathologie comparée.

Maurice Piettre et André Chrétien. — **Etude biochimique de l'hémolyse.** (Un vol. 76 p., en vente 8, rue des Acacias, Paris, XVIIe.)

LES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES AIGUËS DES NOURRISSONS

Traitement d'attaque.

L'été de 1927, s'il continue à se comporter comme il l'a fait jusqu'à présent, battra à coup sûr le record des saisons cycloniques, et même cataclysmiques. Son influence sur la santé publique n'aura sans doute pas manqué de se faire sentir par un redoublement d'affections gastro-intestinales, dues en partie à la succession brusque de températures fraîches et humides à des périodes de très fortes chaleur, cela, au prix d'orages et de tempêtes d'une violence inaccoutumée.

Les petits enfants en sont surtout les plus fâcheusement impressionnés. Aussi, n'est-il pas inopportun de rappeler ici quelles sont les règles qui président au traitement des troubles digestifs des nourrissons, en faisant appel à l'expérience de M. le professeur Nobécourt, aidé de son collaborateur, M. Maillet (1).

Les affections gastro-intestinales des nourrissons, d'aspects cliniques si divers, sont dues : à des causes exogènes (pénétration dans le tube digestif de germes pathogènes ou de matériaux nuisibles) ; à une mauvaise hygiène alimentaire ; à un fonctionnement défectueux des organes, propre à favoriser des modifications de la flore intestinale, avec exaltation de la virulence de certains microbes.

Comment, ceci étant, mènera-t-on le traitement de ces diarrhées, de ces intoxications et

(1) Nobécourt et Maillet. — La thérapeutique du nourrisson en clientèle. — N. Maloine, éditeur, Paris.

infections, de ces dyspepsies gastro-intestinales, si menaçantes pour le développement et la vie même de ces petits êtres ? C'est ce que nous allons examiner, avec MM. Nobécourt et Maillet, tout au moins en ce qui concerne le traitement des accidents aigus.

Trois indications immédiates s'imposent au praticien : supprimer l'alimentation et instituer la diète hydrique ; débarrasser les voies digestives de leur contenu ; remonter et soutenir l'état général.

La diète hydrique, au dire des auteurs, utilise au choix l'eau bouillie, l'eau d'Evian, l'eau sucrée, l'eau de Vichy, l'eau de Vals, l'eau salée, en quantité suffisante pour répondre aux besoins conditionnés par le poids et l'âge du petit patient,

« La diète hydrique ne doit pas être poursuivie trop longtemps. Généralement, il suffit de l'instituer pendant douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures et, en tout cas, il ne faut pas la prolonger au delà de trois jours : chez les nourrissons tout jeunes, chez les bébés plus âgés, débilités ou hypotrophiques, il convient souvent de ne pas dépasser douze ou vingt-quatre heures. »

Pour débarrasser les voies digestives de leur contenu, on aura recours *prudemment* au lavage d'estomac, uniquement pour vider l'organe et combattre les vomissements répétés. Les lavages d'intestin ne seront pratiqués qu'en cas de selles insuffisantes, fermes, fétides, en employant 200 à 300 grammes d'eau bouillie tiède, salée ou non, ou d'eau de guimauve, en en surveillant les effets.

Les lavements tièdes ou même chauds (40°) auront une action exonératrice à mettre en œuvre en certains cas.

Les purgatifs sont sujets à controverse, suivant les pédiatres. MM. Nobécourt et Maillet en recommandent l'emploi en cas de constipation, de diarrhée légère, de selles putrides ou glaireuses. On donnera la préférence au sulfate de soude, à raison de 5 grammes en moyenne, et à l'huile de ricin, à raison de 2 à 5 grammes.

Le calomel doit être tenu en défiance et, en tout cas, ne se prescrire qu'à doses filées, cinq milligrammes toutes les demi-heures, ou un centigramme toutes les deux heures, jusqu'à deux à cinq centigrammes.

Pour remonter et soutenir l'état général, on utilisera les injections de sérum salé, d'eau de mer, de sérum glycosé ; le goutte à goutte rectal discontinu ; les injections d'éther, d'huile camphrée, de sérum caféiné ou adrénaliné ; les bains et enveloppements sinapisés...

Lorsque les accidents aigus seront conjurés, on songera à reprendre l'alimentation et à instituer les traitements diététiques et médicamenteux que chacune des variétés cliniques envisagées réclamera.

***

On a vu que, pour l'institution de la diète hydrique, MM. Nobécourt et Maillet recommandent, entre autres, l'eau de Vals.

Une expérience de plus de trente ans, maintes fois renouvelée avec succès, nous autorise à ajouter quelques précisions aux données qui précèdent.

C'est en effet l'eau de Vals, Source La Reine, qui a nos préférences, et dont nous conseillons vivement l'emploi, lorsqu'il s'agira d'instituer la diète hydrique chez un enfant en bas âge, atteint de diarrhée profuse, de choléra infantile, de gastro-entérite aiguë...

Sa supériorité tient d'abord à sa minéralisation élective, à dominante bicarbonatée sodique : c'est ainsi le type des eaux alcalines.

Elle tient encore à son dosage optimum : environ 3 grammes par litre.

Elle tient enfin à sa riche teneur en gaz carbonique libre, qui la rend pétillante à l'instar d'un champagne de bon aloi, dont elle possède les avantages sans en avoir les inconvénients. La Reine de Vals, pour ces différentes raisons, est un désaltérant de premier ordre ; un anti-émétique remarquable et un digestif efficace.

Elle se montre, par surcroît, diurétique, et entraîne au dehors, par le filtre rénal, toutes les impuretés que charrie le torrent sanguin, dont elle assure un lavage précieux.

Elle alcalinise le milieu intestinal, et s'oppose ainsi à la pullulation des espèces qui ne se développent qu'à la faveur de l'acidité anormale de ce milieu.

Si la diète hydrique est la mesure d'urgence qui s'impose en présence d'un nourrisson atteint de troubles digestifs aigus, la manière de la conduire importe pour les résultats qu'on en escompte. Avec la Reine de Vals, ces résultats sont, on peut l'affirmer, acquis à l'avance, dans les neuf dixièmes des cas.

E. D. GASTON.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE SECRET MÉDICAL ET LES ENQUÊTES MÉDICO-SOCIALES

Lettre du Dr Ott.

Au Docteur Paul Boudin.

Mon cher confrère,

J'ai lu avec intérêt les commentaires dont vous faites suivre la publication, dans le dernier numéro du *Concours*, de quelques lettres que j'ai adressées aux confrères exerçant dans deux districts de la Seine-Inférieure, pour leur demander de vouloir bien collaborer à l'enquête très détaillée entreprise simultanément chez les principales nations civilisées, à la demande de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations. Je me permets de compléter votre documentation à ce sujet en vous adressant la totalité des pièces relatives à cette enquête.

Sur le point de m'absenter pour un voyage d'études je me vois obligé, à mon grand regret, de remettre à quelques semaines le plaisir de discuter vos commentaires. Sur un seul point, cependant, je désire dès maintenant vous soumettre une proposition qui, dans mon esprit, est susceptible de porter remède à la grave lacune de notre législation que vous signalez avec tant d'insistance et de raison, lacune grave dans l'intérêt général, car elle rend difficile la collaboration des médecins traitants et « des médecins fonctionnaires hygiénistes » dans des questions aussi vitales pour la Société, que sont celles se rattachant aux fléaux sociaux et aux remèdes à leur apporter.

Il s'agit de la question du secret professionnel médical que vous avez si magistralement traitée dans une série d'articles du *Concours médical*, que j'ai toujours lus avec le plus grand intérêt (car ils constituent une documentation complète et exacte), et dont j'attendais toujours la conclusion, sous la forme d'un projet de texte de loi, destiné à mettre d'accord le souci du secret professionnel médical, le respect des droits des malades et l'intérêt bien entendu de la Société.

Il m'apparaît, en effet, et vous partagerez certainement mon opinion, que si nous avons des devoirs envers les individus, nous avons également des devoirs envers la Société et que les médecins, comme tous autres citoyens, sont soumis simultanément à ces deux séries de devoirs.

Bien que n'étant pas juriste moi-même, le léger vernis juridique ou administratif dont m'ont recouvert vingt années d'évolutions dans l'administration m'a amené à rédiger la proposition de loi suivante, qui me semble donner satisfaction à tous les intérêts en présence. Voulez-vous l'examiner, la disséquer, et, dut mon vernis juridique en craquer, la modifier à la lumière du droit abstrait qui vous est si familier.

Pourquoi, d'autre part, ne pas demander au *Concours médical*, le journal des médecins praticiens, et au *Mouvement sanitaire*, le journal des « médecins fonctionnaires hygiénistes », comme vous les appelez, d'organiser auprès de tous les médecins de France un referendum au sujet de cette proposition ?

Je suis certain qu'aussi bien nos amis Noir et Duchesne, que ce brave B. D. M., du *Mouvement sanitaire*, seraient les plus heureux des hommes s'ils parvenaient enfin à amorcer par ce moyen cette collaboration intime, si souhaitable, entre les médecins praticiens et les médecins qui ont « mal tourné, sont entrés dans l'administration, et sont devenus des « médecins fonctionnaires hygiénistes », et s'ils pouvaient combler le fossé que d'aucuns s'evertuent à creuser entre les uns et les autres.

L'opinion médicale vraie, ainsi *librement* exprimée, serait d'un grand poids pour la réalisation rapide de cette réforme, qui, je le crois, aura tout l'appui de l'administration. Et ce serait grand profit pour tout le monde.

Veuillez trouver ce texte ci-joint, et, croyez, mon cher confrère, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs et les plus dévoués.

Dr OTT.

TEXTE D'UNE PROPOSITION DE LOI.

ART. 1. — L'article 77 du Code civil est modifié comme suit :

Aucune inhumation ne sera faite, sans autorisation sur papier libre, et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer que vingt-quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police, *et sur le vu d'un certificat d'un médecin indiquant la réalité, la constance et la cause de la mort.*

ART. 2. — La loi du 30 novembre 1892 est complété comme suit :

Art. 15*bis*. Tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme est tenu de déclarer à l'autorité publique la cause exacte de chaque décès constaté.

Cette déclaration, faite dans les formes déterminées par un règlement d'administration publi-

que, rendu dans les 3 mois qui suivront la promulgation de la présente loi, ne pourra en aucun cas constituer pour le médecin, l'officier de santé ou la sage-femme signataires, une violation de l'article 378 du Code pénal.

Art. 20bis. Sera puni d'une amende de 500 à 2.000 fr. quiconque sera convaincu d'avoir indûment pris connaissance du certificat médical de décès prévu à l'article 15*bis*.

ART. 20*ter.* Sera puni, en outre, d'un emprisonnement de 15 jours à 6 mois quiconque aura fait un usage abusif des renseignements contenus dans le dit certificat.

ART. 3. — L'article 21 de la loi du 30 novembre 1892 est modifié comme suit : « Le docteur « en médecine, l'officier de santé ou *la sage-« femme* qui n'aurait pas fait la déclaration pres-« crite par les articles 15 et 15*bis*, sera puni d'une « amende de 50 à 200 fr. »

ART. 4. — L'article 27 de la loi du 30 novem-« bre 1892 est modifié comme suit. « L'article 463 « du Code pénal est applicable aux infractions « prévues par la présente loi, *sauf à celles prévues « par les articles 20bis et 20ter.* »

(Sont soulignées les additions aux textes actuels.)

Du texte actuel de l'article 77 du C.C. disparaît le membre de phrase suivant . « qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée... »

Le *règlement d'administration publique* prévu par l'article 1er déterminera d'autre part :

La forme et le libellé du certificat ;

Les modalités de l'envoi ;

La personnalité chargée de le recevoir ;

Sa destinée ultérieure (destruction après dépouillement) ;

Il spécifiera :

Que ce document ne peut être communiqué à personne ni en original ni en copie ;

Que sa délivrance donne droit à honoraires ;

Que ces honoraires sont à la charge des familles ;

Que pour les indigents, ces honoraires sont égaux à ceux d'une visite, au tarif de l'A.M.G.

***

Réponse du docteur Paul BOUDIN.

Puisque le docteur Ott me demande une étude de la question, pour aboutir à des conclusions pratiques, je me rends volontiers à son désir.

La discussion qu'il souhaite sera ainsi ouverte ; les lecteurs du *Concours* pourront donner leur manière de voir ; les syndicats médicaux mettront le problème à leur ordre du jour, pour discuter de l'opportunité de cette proposition et, de la consultation du Corps médical, sortira un avis technique et pratique, qui servira de guide à l'administration ou au législateur.

Nous allons donc aborder successivement les principaux aperçus, tant au point de vue général que spécial.

1° Cette déclaration des causes des décès sera-t-elle utile, ou pratiquement inutile ?

La question peut également se poser sous une autre forme : l'intérêt général doit-il primer l'intérêt individuel ?

Il est évident que les particuliers ont souvent à faire appel au respect du secret individuel. Il est oiseux de répéter dans quel but d'ordre social et de paix publique, le législateur, par l'article 378 du code pénal, a obligé le médecin au silence, sous peine d'emprisonnement ou d'amende.

A) Thèse en faveur de l'atténuation de l'absolutisme du secret professionnel.

Cependant, certains nient l'importance de ce secret : on va même jusqu'à l'appeler secret de polichinelle ; appellation dangereuse, car elle expose nos confrères à des poursuites devant les tribunaux correctionnels.

En matière de décès, disent les partisans de l'abrogation partielle de l'article 378 du code pénal, le secret est rarement nécessaire. Dans une petite ville, dans une campagne, tout le monde connaît la cause de la mort de telle ou telle personne.

La famille ne cache pas le diagnostic qu'a posé le médecin traitant pendant la maladie ; les employés de la mairie oublient leurs devoirs professionnels et leur obligation au silence, pour tout ce qu'ils apprennent dans l'exercice de leurs fonctions.

Le médecin lui-même est accusé de se laisser aller, par une complaisance légalement coupable, à dévoiler à un voisin, à une concierge, le nom de l'affection morbide.

Dans ces conditions, certains soutiennent que le secret n'a plus grande utilité, lorsqu'on le compare aux nécessités de la lutte sociale contre les maladies transmissibles, ou autres.

Les hygiénistes espèrent pouvoir dresser des statistiques et des cartes sanitaires géographiques, grâce à la divulgation des causes des décès.

Ils réclameraient du médecin traitant, non seulement le nom de la maladie, qui a emporté le patient, mais encore une véritable observation clinique, précisant le passé pathologique du défunt.

Devant l'accumulation des matériaux scientifiques ainsi recueillis, les hygiénistes spécialisés espèrent pouvoir dégager des directives, qui leur permettront d'entreprendre une défense efficace contre les fléaux sociaux.

Ainsi, dans la lutte sociale contre la syphilis, ou contre la tuberculose, sera-t-il possible de dénombrer les maladies mortelles qui sont la consé-

quence de ces infections. On connaîtra les foyers tuberculeux, la pullulation des germes dans les taudis ; on découvrira méthodiquement les points géographiques où se dissémine le bacille d'Eberth.

Ces statistiques permettront, par conséquent, d'entreprendre non seulement la lutte collective contre ces fléaux, mais aussi la lutte individuelle, pour préserver chaque personne contre une infection possible, par des vaccinations diverses, par des moyens de prophylaxie personnels.

Enfin, les partisans du relèvement de la natalité espèrent pourchasser les avorteurs, en connaissant, par le nom de leurs victimes, le résultat précis de leurs manœuvres interdites par le code pénal.

Objections.

De leur côté, les partisans du *statu quo* reprochent aux pouvoirs publics l'inexistence des crédits affectés à l'hygiène publique.

A quoi pourrait servir pareille statistique, si l'argent manque pour prendre les décisions utiles, pratiques et nécessaires ?

A quoi bon déclarer toutes les maladies, si les hygiénistes sont toujours paralysés par la toute puissance des maires ou des préfets ?

Pourquoi créer des paperasses nouvelles, lorsque les services sanitaires sont impuissants pour éviter que les étalages publics de denrées comestibles soient souillés par les poussières des rues et des chemins, lorsqu'il est très difficile de réprimer les fraudes, surtout celles qui empoisonnent nos enfants par le lait, ou les adultes par l'alcool et les boissons à essences, lorsqu'on assiste impuissants aux fortunes scandaleuses que font, depuis la guerre, tous ceux « qui profitent » dans l'alimentation, même dans celle de première nécessité, comme la fabrication du pain, avec des farines avariées ou frelatées ?

B) Thèse en faveur du maintien du secret professionnel absolu.

Quant aux défenseurs des traditions séculaires, qui s'appuient sur le respect absolu du secret professionnel, ils invoquent, à l'appui de leur thèse, un certain nombre d'arguments.

Pour qu'un malade soit bien soigné, disent-ils, il faut qu'il ait la certitude que, sans qu'il soit prié d'observer le silence, le praticien gardera secret ce qu'il aura appris, entendu, vu, surpris, deviné, dans l'exercice de sa profession.

Ce respect du secret professionnel est imposé aux praticiens dans le seul intérêt de leurs clients : ce n'est nullement un monopole, une faveur accordée à notre profession : belle faveur que celle qui risque de nous faire condamner, par les tribunaux correctionnels, à des peines d'emprisonnement et d'amende.

L'honneur des familles dépend de la non divulgation des causes véritables des décès. Certes, le médecin est parfois bavard ; il dévoile ce qu'il devrait taire. Mais, dit-il bien aux tiers la vérité, toute la vérité ? Ira-t-il proclamer un diagnostic de cancer, de tuberculose, de folie, d'avortement, de crime même, alors qu'il sait que ses paroles inconsidérées nuiront à la mémoire du défunt, ou aux membres de la famille ?

Le diagnostic en langage populaire court les rues ; mais le diagnostic scientifique, précis, est jalousement gardé par le praticien et c'est le seul qui importe aux yeux des hygiénistes.

Donc, ne disons plus que le secret médical est semblable à celui de polichinelle ; affirmons que le secret est bien gardé par le praticien ; mais qu'il est impossible d'empêcher les voisins de parler, dans l'entourage même du défunt.

Enfin, ajoutent les défenseurs de l'article 378 du code pénal, à quoi bon faire de nouvelles déclarations, lorsque déjà nous assistons à l'inutilité de la déclaration des maladies contagieuses, déclaration imposée par les lois du 30 novembre 1892 et du 15 février 1902 ?

L'indifférence, l'ignorance des maires, la toute puissance des préfets sont trop souvent à la base de cette inefficacité.

Que de services de désinfection, qui sont mal organisés, mal compris, confiés à des gens franchement incapables de faire une purification sanitaire en temps opportun, par des procédés pratiques et par des méthodes, qui n'ont rien de vexatoire ?

Conclusion.

L'intérêt de l'individu demande le respect du secret ; celui de la collectivité réclame des statistiques et des moyens de préservation.

Quel doit être le plus fort ? Il apparaît à l'heure présente que l'intérêt individuel doive céder le pas devant la sauvegarde sanitaire générale, à la condition toutefois que le secret médical ne soit levé que dans les limites strictement indispensables et que les moyens budgétaires de lutte contre les fléaux seront accordés par le Parlement avec largesse et non avec parcimonie, ou mesquinerie.

Que doit contenir cette déclaration de décès ?

D'abord, la certitude de l'état de mort ; puis la cause du décès, enfin un résumé, si possible, du passé pathologique du défunt.

1° Certitude de l'état de mort.

L'article 77 du code civil est ainsi conçu :

« Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès et que vingt-

quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police. »

Les rédacteurs du code civil ont voulu prendre ainsi toutes précautions utiles, contre les inhumations précipitées. L'état de mort est constaté, d'abord par le transport en personne de l'officier de l'état civil, auprès du défunt ; puis, par un délai obligatoire de vingt-quatre heures, avant l'inhumation.

C'est donc ce magistrat public, qui, devant prendre la décision d'autoriser une inhumation, est responsable de l'inobservation des prescriptions légales et de leurs conséquences.

La constatation des décès par les officiers de l'état civil a encore un autre but : celui de la découverte des crimes.

L'article 81 du code civil ordonne que « lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances, qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée. »

Or, le crime peut être dénoncé au procureur de la République, ou à tout autre officier de police auxiliaire (article 48 du code d'instruction criminelle : juges de paix, officiers de gendarmerie, commissaires généraux de police) ; mais la découverte de la mort violente peut être faite par l'officier de l'état civil, au cours de sa constatation personnelle, en vertu de l'article 77 du code civil.

Ce magistrat municipal, s'il est le maire, ou adjoint au maire, délégué à l'état civil, aura qualité, en vertu de l'article 50 du code de procédure criminelle, pour dresser les procès-verbaux, recevoir les déclarations des témoins, faire les visites et autres actes, qui sont, aux dits cas, de la compétence des procureurs de la République.

Malheureusement, dans la pratique journalière, les officiers de l'état civil négligent complètement cette obligation du transport personnel auprès du défunt.

Bien souvent, surtout dans les campagnes et villes de moyenne importance, ils se contentent de recevoir la déclaration verbale du décès et délivrent le permis d'inhumer sans difficultés.

Ailleurs, les officiers de l'état civil demandent que la déclaration de décès soit accompagnée d'un certificat délivré par le médecin traitant.

Celui-ci affirme la certitude de l'état de mort ; mais il esquive l'obligation de déclarer la cause exacte du décès, soit en se taisant sur le diagnostic, soit en inscrivant un diagnostic atténué, incomplet, ou même mensonger.

Les praticiens croient ainsi respecter les obligations du secret professionnel, tout en facilitant la tâche qui incombe à l'officier de l'état civil.

Dans quelques rares villes, le magistrat municipal délègue ses fonctions de constat à un médecin, dit de l'état civil, qui se transporte au domicile du défunt, constate l'état du cadavre, et cherche à faire un diagnostic rétrospectif, par interrogatoire de la famille, ou production des ordonnances du médecin traitant.

Ce diagnostic est donc scientifiquement incomplet, erroné, inexact.

Je conclus, sur ce premier point, que le certificat de décès doit, conformément aux dispositions du code civil, affirmer la véracité de l'état de mort, ce qui permet l'inhumation.

En second lieu, l'officier de l'état civil doit toujours rester responsable de la vérification du décès. Qu'il charge un médecin de se rendre au domicile mortuaire, en son lieu et place, pour faire la constatation légale : c'est son affaire : mais le magistrat conservera la responsabilité des actes de son mandataire médical.

Comme comptable de la véracité des actes de l'état civil, il doit conserver l'obligation de se transporter, en personne, pour constater l'identité du décédé ; comme officier de la police judiciaire, il doit également s'assurer qu'on ne puisse lui déclarer comme mort naturelle un décès suspect, ou consécutif à un crime, qu'on cherche à dissimuler.

En conséquence, je crois indispensable de maintenir la rédaction actuelle de l'article 77 du code civil et de conserver les mots : « qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée. »

2° Indication de la cause du décès.

Seul le médecin traitant est susceptible de donner, la plupart du temps, un diagnostic exact de la maladie à laquelle vient de succomber le client.

Mais, le diagnostic causal de la mort serait inopérant, si le praticien ne donnait pas, en même temps, un résumé clinique de la ou des affections morbides du défunt.

D'abord, le décès peut être dû à une complication ou à une maladie intercurrente. Ou bien, comme dans un cas encore présent à la mémoire, un blessé ne meurt pas du coup de feu qu'il a reçu (crime ou suicide), mais de péritonite suraiguë ou de méningite aiguë, etc.

Aussi pour que la divulgation du diagnostic causal de la mort puisse servir utilement, pour la lutte ultérieure contre certaines maladies, est-il indispensable que le médecin traitant puisse donner à son confrère, représentant les services publics d'hygiène, une observation aussi détaillée que possible sur les antécédents pathologiques du défunt.

Respect du secret professionnel.

Mais, dans l'état actuel de la législation et de

la jurisprudence, le médecin traitant est lié par le secret professionnel. Il ne peut cumuler les fonctions de donneur de soins et de certificateur, pour ses propres malades, en agissant au nom de l'officier de l'état civil.

Dans quelle mesure la loi à intervenir pourrait-elle décharger le médecin traitant de l'obligation au silence ? A l'égard de quelles personnes y a-t-il utilité de relever le praticien du secret ?

Ce n'est pas à l'égard de l'officier de l'état civil : ce magistrat municipal n'a besoin que de savoir si la mort est réelle, afin qu'il puisse délivrer le permis d'inhumer, sauf les devoirs d'enquêter à lui imposés par l'article 81, C. civ. en cas de mort violente, ou de crime présumé.

Seuls, les médecins chargés des services publics d'hygiène utiliseront les renseignements confidentiels, que leur donneront les médecins traitants sur les maladies, causes des décès, et peut être sur les antécédents pathologiques des défunts et même sur leur manière de vivre, la salubrité de leur demeure, le genre de métier, etc.

Ces renseignements, purement d'ordre scientifique, ne doivent, en aucun cas, parvenir à la connaissance des profanes à la médecine. Qu'en feraient-ils ? Ne serait-ce pas ouvrir la porte à des scandales, voire même à des chantages ?

Il en résulte que si le Parlement croit de l'intérêt général de voter une loi, obligeant le médecin traitant à déclarer la cause des décès, cette loi à intervenir ne doit relever le praticien du secret professionnel qu'à l'égard d'un autre docteur en médecine, représentant les services publics d'hygiène.

Faisons tout d'abord remarquer qu'il est erroné de croire qu'un médecin peut parler ouvertement de ses malades à un autre médecin, sous le prétexte que le confrère est, comme lui, soumis à l'observation du secret professionnel.

Qu'au chevet d'un client, deux praticiens se confient mutuellement ce qu'ils savent, sur le patient, afin de le soigner utilement, c'est chose licite, car tous deux sont médecins traitants.

Mais qu'un docteur aille révéler à un tiers, fût-il lui-même docteur en médecine, le résultat de l'examen pratiqué sur un malade, dans tout autre but que les soins à donner à ce dernier, ce serait encourir les pénalités prévues par l'article 378 du code pénal.

Il s'en suit qu'une loi est indispensable pour obliger le médecin traitant à déclarer à son confrère, directeur des services publics d'hygiène, ce qui est nécessaire à ce dernier de savoir, dans le but de la lutte contre la morbidité et la mortalité.

En second, lieu, lorsqu'il aura à dévoiler, de confrère à confrère, la vérité sur la maladie d'un décédé, le médecin traitant devra avoir la certitude absolue qu'en aucun cas, son rapport scientifique ne pourra constituer une dénonciation plus ou moins détournée d'un crime ou d'un délit.

Ici surgit une très grosse difficulté d'ordre pratique. Par les termes mêmes du certificat médical, il est démontré qu'un crime, ou un délit a été commis.

Première question : le médecin, chef des services d'hygiène, devra-t-il obtempérer aux injonctions de l'article 29 du code d'instruction criminelle, ainsi conçu :

« Toute autorité constituée, tout fonctionnaire, ou officier public, qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquerra la connaissance d'un crime, ou d'un délit, sera tenu d'en donner avis sur-le-champ au procureur de la République, près le tribunal dans le ressort duquel ce crime, ou délit, aura été commis, ou dans lequel le prévenu pourrait être trouvé et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes, qui y sont relatifs. »

A ce sujet, je cite une partie d'une circulaire ministérielle du 8 avril 1925, relative aux obligations des officiers de l'état civil, en matière de dénonciation des crimes et des délits. A l'occasion d'un acte de naissance, ou d'une déclaration de mort d'enfant, l'officier de l'état civil apprend qu'un attentat à la pudeur a été commis sur une fille de moins de treize ans : ce magistrat doit, dans tous les cas, se conformer aux prescriptions de l'article 29, I. cr. ci-dessus.

En résulterait-il que les médecins, directeurs des services d'hygiène publique, donc fonctionnaires, seraient obligés de déférer aux injonctions de l'article 29 précité et de faire état des renseignements, puisés dans les certificats médicaux *post mortem* ?

En l'état actuel de la législation, je réponds hardiment oui, à moins qu'un texte de loi ne modifie la portée de cet article 29.

Je sais bien qu'on peut m'opposer un arrêt de Cassation, chambre criminelle du 13 mars 1897 (D. P., 97.1.233). «Les docteurs, officiers de santé et sages-femmes ne sont relevés de l'obligation du secret professionnel, à l'égard des maladies épidémiques, par la loi du 30 novembre 1892, que dans la mesure nécessaire aux communications qu'ils doivent adresser à l'autorité publique.

« Et ces communications, confidentielles par leur nature, conservent ce même caractère, quand elles sont parvenues aux représentants de l'autorité, ou aux auxiliaires et confidents nécessaires de ces représentants.

« En conséquence, un secrétaire de mairie, auxiliaire et confident nécessaire du maire, dès lors dépositaire par état ou profession, des secrets confiés au maire, encourt la peine édictée par l'article 378 du code pénal, lorsqu'il divulgue un secret de cette nature. »

De cet arrêt découle l'obligation pour les employés de mairie d'avoir à observer le silence ;

mais cette décision ne diminue en rien la portée de l'article 20 du C. I. crim.

Deuxième question : le procureur de la République recherche un crime ou un délit : pourra-t-il demander à prendre connaissance du certificat de décès ? Actuellement, c'est son droit. Viendrait-il à avoir entre les mains ce certificat, qui aurait été détourné de sa destination, pourrait-il en faire état ?

Si l'on admet que l'intérêt social impose la nécessité de la répression de tous les crimes et délits, le procureur doit conserver tous les droits d'investigation.

Mais si l'on pense qu'un tel rigorisme aboutirait, en pratique, à l'échec de la véracité des certifications de décès, faudrait-il alors par la loi à intervenir, apporter une atténuation à l'absolutisme des droits de l'instruction et du parquet ?

De petites causes peuvent avoir de grands effets : pour ne pas avoir à répondre à des convocations ultérieures devant le juge d'instruction, quitter sa clientèle, perdre une journée, ou une demi-journée pour déposer, le praticien sera peut-être conduit à atténuer les termes de ses certificats de décès, ou à ne pas mentionner certaines indications, qui pourraient mettre sur la voie de la découverte d'un crime ou d'un délit.

Joignons à cela la rancune des familles, qui reprocheraient au médecin un certificat trop précis ; elles l'accuseraient d'avoir été dénonciateur, calomniateur, ou simplement maladroit, parce que sa franchise scientifique aurait provoqué un scandale dans la commune.

Toute garantie doit être donnée pour que le secret de la correspondance scientifique entre praticien et médecin, chef des services publics d'hygiène, soit bien observé.

Qui doit avoir la responsabilité de l'envoi de ces certificats ?

Si, modifiant les termes de l'article 78 du code civil, le législateur rend obligatoire la production d'un certificat médical, pour que l'acte de décès puisse être établi, les intérêts en présence peuvent ainsi être mis en lumière.

1° La famille du défunt.

Elle ne peut faire la déclaration du décès et obtenir le permis d'inhumer qu'autant qu'elle produira, à l'officier de l'état civil, un certificat de médecin, attestant la réalité de la mort.

Elle a donc tout intérêt à faire diligence auprès du praticien, pour obtenir la pièce en question, en temps utile, dans les cas, bien entendu, où le défunt a reçu les soins d'un docteur.

2° L'officier de l'état-civil.

Il exigera la production de ce certificat médical, pour ne pas avoir à se déranger, pour ne pas aller lui-même vérifier l'état de mort réelle du *de cujus*.

Mais ce magistrat municipal, responsable de la constatation des décès (article 77 c. civ.), conservera toujours la liberté de mandater un médecin de son choix, qui, faisant fonction de médecin de l'état civil, vérifiera le bien fondé des déclarations de son confrère, médecin traitant.

Ce droit deviendra, pour l'officier de l'état civil, une obligation, lorsque la famille déclarera que le défunt est mort, sans avoir reçu les soins d'un docteur.

Au surplus, le magistrat municipal ne doit pas oublier qu'en certaines circonstances, il est officier de police judiciaire.

Dans les cas de mort violente, lorsqu'il est permis de supposer qu'il y a eu peut-être crime, ou à la suite de dénonciations, de plaintes, d'accusations, l'officier de l'état civil devra, aux termes de l'article 81 c. civ., se faire accompagner d'un homme de l'art, pour procéder aux constatations médico-légales urgentes.

Par conséquent, les deux personnes qui, avant tout, ont intérêt à la délivrance rapide du certificat médical *post mortem*, sont le membre de la famille, qui, faisant la déclaration, a besoin du permis d'inhumer et l'officier de l'état civil, pour s'éviter un déplacement à la maison mortuaire.

3° Les services publics d'hygiène.

Leur intérêt est moins immédiat : les enseignements d'ordre pratique ne peuvent découler que des statistiques, portant sur un ensemble de déclarations. D'autant que ces services techniques ne pourront que faire des propositions que suivront, ou rejetteront les pouvoirs d'exécution : le préfet et les maires.

4° Le médecin traitant.

A part les honoraires, qu'il touchera de la rédaction de ce certificat, son intérêt est nul.

Bien au contraire, la rédaction de la partie scientifique, destinée aux services publics d'hygiène ne peut que lui accasionner des ennuis.

En premier lieu, souci d'avoir à faire cette rédaction, alors que, bien souvent, dans les mois d'hiver, mois de surmenage et de fatigue physique, le praticien remettra au lendemain ce qu'il n'a pas pu faire la veille, ou qu'il oublie de faire.

N'est-il pas à craindre des défaillances de mémoire ? (décès de cause semblable en grand nombre, confusion possible entre certains décédés dans la même commune). Par conséquent, je crois que, pour avoir des certificats scientifiquement aussi complets et sincères que possible, il faut exiger ces pièces immédiatement après la mort, par l'intermédiaire de la famille, qui donnera au praticien tous les renseignements utiles, dont il peut avoir besoin, pour rafraîchir sa mémoire, sur des faits passés.

En second lieu, en faisant remettre, par le docteur, le certificat à la famille, celle-ci ne pourra pas ultérieurement accuser le médecin d'avoir, à son insu, dénoncé aux services publics d'hygiène, des choses plus ou moins secrètes.

Ainsi, en matière de déclaration des maladies contagieuses, certains médecins omettent parfois de se conformer aux stipulations de la loi. En premier lieu, ils se voient sollicités de garder le silence par leurs clients eux-mêmes, qui, commerçants, chefs d'institution privée, ou autres, ne tiennent pas à ce qu'on puisse apprendre que, dans l'entourage immédiat, se trouve un cas de maladie transmissible, de peur de détourner la clientèle.

En second lieu, le praticien constate si fréquemment l'inutilité de ses déclarations, qu'il n'est nullement incité à faire son devoir. Tantôt, pas de crédits, pour faire faire les désinfections par l'autorité publique, tantôt désinfections faites à contretemps, ou par des personnes inexpérimentées ; tantôt abstention, inaction volontaires de l'autorité municipale, qui est la première à reprocher aux praticiens du lieu de faire les déclarations de maladies contagieuses.

Le seul intérêt que le médecin puisse retirer de la certification des décès, ce sont les honoraires.

Le docteur Ott propose de faire supporter cette dépense par la famille du défunt. On pourrait soutenir, en opposition, que ce sont les services publics d'hygiène qui devraient acquitter ces frais, puisqu'agissant au nom de la protection de la santé publique, ce sont eux qui ont besoin de ces certificats *post mortem*.

Sans nous arrêter sur ce point, se trouve encore ici un argument pour la rédaction immédiate.

Ayant besoin de cette pièce, pour obtenir le permis d'inhumer, le représentant de la famille ne fera aucune difficulté pour honorer comptant le médecin.

Mais, si plusieurs semaines ou mois après le décès, le praticien adresse sa note d'honoraires à la famille, pour rédaction d'un certificat de décès, il y a gros à parier que le docteur en sera pour ses frais.

Pour ma part, je crois qu'il serait plus prudent d'obliger la famille du défunt d'obtenir du médecin traitant et le certifictat délivré pour la mairie et celui destiné aux services publics d'hygiène.

Des modèles ont déjà été discutés, qui peuvent donner toute satisfaction et garantie.

Le certificat est double : une partie destinée à la mairie, attestant la certitude de la mort ; une seconde partie, cachetée, destinée au médecin, directeur des services d'hygiène et transmise par les soins de la mairie.

Le modèle que j'ai publié et commenté dans le *Concours médical* du 2 mai 1926, page 1192, modèle dû aux services d'hygiène de la Seine-Inférieure et en particulier au Dr Ott, est bien compris.

Conclusions générales.

A la demande de mon excellent confrère, le Dr Ott, j'ai accepté de faire une étude médico-juridique de cette question de la certification obligatoire de la cause des décès.

Le Dr Ott est un hygiéniste distingué et, au *Concours médical*, nous avons eu, à maintes reprises, à apprécier hautement les efforts qu'il fait, pour accomplir, de son mieux, la mission sociale, dont il est chargé : la défense hygiénique du département de la Seine-Inférieure et les procédés toujours très confraternels qu'il utilise, dans la mesure de ses moyens.

Je rappelle d'autre part, les travaux du docteur Martin, médecin chef de l'hôpital Pasteur et du docteur Briau, ancien interne des hôpitaux de Lyon, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique.

Ces travaux ont été discutés en commun, dans une commission ministérielle, dont je faisais partie, avec les délégués de l'Union des Syndicats médicaux.

Nous n'avions pas pu aboutir, parce que le ministre de la Justice avait fait savoir officiellement à son collègue de l'hygiène qu'en l'état actuel de la législation, serait considéré comme ayant violé le secret professionnel le médecin traitant, dont le certificat médical, destiné au médecin directeur des services départementaux d'hygiène, aurait été capté, détourné de sa destination et remis au procureur de la République, par exemple.

Le docteur Ott me demande mon opinion sur un texte législatif à intervenir : j'étudie la question à un point de vue tout à fait objectif, sans vouloir donner mon opinion personnelle. Je me borne à exposer la question, telle que je crois la comprendre, sous toutes ses faces.

A mes confrères de discuter l'opportunité de cette étude ; à eux de dire s'il convient, pour la collectivité médicale, de rester immuablement fidèles aux anciennes traditions du silence absolu, dû à nos malades, ou s'il échet d'évoluer avec la sociologie et la science elle-même.

A l'heure actuelle, étant donnée la possibilité de la lutte collective contre la maladie et les fléaux sociaux, est-il de l'intérêt social d'assimiler la déclaration médicale *post mortem* à celle des maladies contagieuses ?

Si ce principe est admis, nous pourrons, ultérieurement, étudier comment obtenir du législateur et des pouvoirs publics la possibilité matérielle, budgétaire et technique, d'utiliser les résultats des statistiques sanitaires ainsi obtenus.

Rien ne servirait, en effet, d'établir des certificats médicaux et d'en tirer des conclusions

pratiques, si, en haut lieu, on continuait les erremetnts actuels : une avarice sordide en ce qui concerne les budgets d'hygiène, alors que, par de beaux discours pompeux, plus ou moins électoraux, on parle d'assurances sociales contre la maladie, de défense contre les fléaux sociaux, de certificats de santé avant mariage et de protection de l'enfance.

En matière d'hygiène et de sauvegarde de la santé publique, moins de discours et plus d'actes.

Proposition de loi concernant la certification médicale de la cause des décès.

Article premier.

L'article 78 du code civil est modifié comme suit :

« L'acte de décès sera dressé par l'officier de l'état civil de la commune, où le décès a eu lieu, sur la déclaration d'un parent du défunt, qui devra fournir un certificat médical indiquant la réalité de la mort, ou sur celle d'une personne possédant sur son état civil les renseignements les plus exacts et les plus complets qu'il sera possible. »

Article 2.

La loi du 30 novembre 1892 est complétée comme suit :

Article 15, § 3 :

« Tout docteur, officier de santé, ou sage-femme est également tenu de faire, au médecin directeur des services départementaux, ou municipaux d'hygiène, la déclaration de la cause exacte de chaque décès constaté.

« Cette déclaration, faite dans les formes déterminées par un règlement d'administration publique, ne pourra en aucun cas constituer, pour le signataire, une violation du secret professionnel. »

« Il est formellement interdit à quiconque n'est pas à la fois médecin et directeur des services départementaux ou municipaux d'hygiène, de faire état, ni usage de la teneur des dites déclarations, sous peine d'une amende de 500 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de quinze jours à six mois. »

Article 3.

Les dispositions de l'article 29 du code d'instruction criminelle ne sont pas applicables aux médecins directeurs des services départementaux ou municipaux d'hygiène, en matière de certification médicale des causes des décès.

La teneur de ces déclarations doit rester secrète, ni en aucun cas, être communiquée à qui que ce soit, par le médecin destinataire.

Dr Paul BOUDIN.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

CHRONIQUE SYNDICALE

I

Fédération Nationale des Syndicats médicaux de France

***Réunion du Conseil* (3 *juillet* 1927).**

Le Conseil de la F. N.

Considérant :

Que le projet sénatorial sur les Assurances sociales représente un compromis inapplicable entre deux tendances contradictoires (tiers payant et entente directe) (1) ;

Qu'il ne peut satisfaire la Fédération nationale parce qu'il entraîne la suppression du secret professionnel et parce qu'il aboutit pratiquement à la taxation des honoraires en faveur du tiers payant ;

Qu'il tend à généraliser la tradition mutualiste qui consiste à exploiter le Corps médical sous couleur de philantropie, tout en instituant pour les assurés une médecine de qualité inférieure ;

Que la preuve est faite du danger représenté par la formule « Liberté des contrats », puisque le texte du Sénat, qui ne satisfait personne, est précisément basé sur une liberté contractuelle totale, dont les Caisses seront les bénéficiaires ;

Que l'inscription de l'entente directe seule dans la loi est certaine si le Corps médical sait s'unir pour l'exiger ;

Décide :

D'informer le Sénat que la Fédération nationale ne peut accepter la loi telle qu'il l'a votée ;

Conjure :

Une fois de plus les Syndicats adhérents à l'Union de prendre position en faveur de l'entente directe voulue par l'immense majorité de leurs membres.

(1) Entente directe telle qu'elle a été définie par la Fédération nationale.

II

Union des Syndicats médicaux de France

L'Union des Syndicats médicaux de France,

Considérant d'une part, que, dans le texte voté par le Sénat :

Le soins donnés aux bénéficiaires sont réglementés d'après des conventions et évalués suivant des tarifs résultant les uns et les autres de contrats collectifs intervenus entre les Caisses et les Syndicats professionnels.

Qu'il est spécifié qu'au cas où le bénéficiaire, désire faire appel à un praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

Que le texte ainsi voté exclut, dans le fait, une des modalités de la liberté contractuelle connue sous le nom d'entente directe, réclamée par la majorité du Corps médical, et définie par le fait qu'aucun tarif ne doit être inscrit dans les stipulation du contrat.

Considérant, par ailleurs, qu'il n'est plus prévu d'une façon explicite par le Sénat, comme dans les deux premiers projets de la Commission sénatoriale, que les contrats à intervenir ne pourraient être débattus qu'entre les Caisses et les Syndicats professionnels adhérents à *une Union nationale* représentant véritablement le Corps médical, et que cette absence de précision peut permettre à une Caisse de signer des accords avec un Syndicat minoritaire ou même marron.

Déclare que le Corps médical s'opposera de toutes ses forces à l'application de la loi Assurance-maladie qui, telle qu'elle vient d'être votée par le Sénat, ne donne pas, sur les points exposés ci-dessus, satisfaction au Corps médical.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration.

28 *juin* 1927.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Vimont, Noir, Mignon, Gassot, Huguenin, Levassort, Mazeroux et Boudin, *secrétaire*.

Excusés : MM. Duchesne et Henne.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

Combinaison MA.

N°	Nom	Département	Durée	Montant
97	Heurteau	Loiret	un mois et 2 jours chr.	106 65
100	Coqueret	Aube	3 mois	300 »
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
164	de Grissac	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
175	Rousseau	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
192	Houdart	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
193	Colin	Finistère	6 mois	600 »
228	Tacheron	Aube	3 mois	300 »
236	Herlaud	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
247	Breteille	Paris	10 jours	100 »
255	Demmler	Oise	un mois et 2 jours chr.	106 65
260	Jacquot	Oise	3 mois	300 »
311	Rouvier	Isère	3 mois	300 »
357	Mathieu	Yonne	3 mois	300 »
368	Emonin	Côte-d'Or	13 jours	130 »
379	Marty	Bouches-du-Rhône	15 jours chr	50 »
405	Prunet	Cher	42 jours	420 »
409	Caffeau	Nord	3 mois	300 »
412	Duros	Calvados	3 mois	300 »
432	de Lagonaère	Gironde	58 jours	580 »
455	Lautié	Hérault	60 jours + 22 jours chr.	673 25
488	Hamant	Basses Pyrénées	3 mois	300 »
500	Richard	Loiret	5 jours	50 »
504	Delucq	Gers	3 mois	300 »
513	Griolet	Gard	28 jours + 11 jours chr.	316 60
523	Ferraud	Bouches-du-Rhône	24 jours	240 »
534	Epron	Vendée	3 mois	300 »
535	Cunnac	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
547	Clisson	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
			Report	8473 15

			A reporter	8.473 15
592	Lecoq	Nord	59 jours	590 »
606	Bourrus	Gironde	52 jours	520 »
681	Piot	Loire	25 jours	250 »
686	Dufour	Corrèze	16 jours	80 »
696	Cezilly	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
700	Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
828	Mercier	Paris	3 mois	300 »
830	Brot	Yonne	17 jours	170 »
834	Mohamed	Mayenne	3 mois	300 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
882	Crozat	Loiret	4 jours	40 »
934	Girard	Paris	un mois et 6 jours chr	120 »
935	Delbès	Dordogne	23 jours	230 »
976	Eyraud	Haute-Loire	un mois	100 »
993	Boutard	Eure	3 mois	300 »
1050	Motel	Morbihan	5 jours + 2 mois et 25 jours chr	333 25
1057	Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1084	Truelle	Paris	60 jours + 10 jours chr	633 30
1138	Vialle	Corrèze	11 jours	110 »
1259	Rilhac	Aube	3 mois	300 »
1272	Moliněry	Haute-Garonne	un mois et 17 jours chr	156 40
1281	Kerrien	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1317	Denier	Allier	32 jours	320 »
1356	Robilliard	Charente-Inférieure	10 jours	100 »
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1398	Roux	Haute-Savoie	11 jours	110 »
1401	Joly	Allier	3 mois	300 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1410	Montigny	Nord	3 mois	300 »
1490	Grasset	Puy-de-Dôme	12 jours	120 »
1557	Magnin	Ain	4 jours + 2 mois et 26 jours chr	326 60
1573	Lecouillard	Manche	3 mois	300 »
1596	Bardet	Puyjde-Dôme	25 jours + 13 jours chr	293 30
1755	Lefèvre	Allier	21 jours	210 »
1765	Lancet	Pas-de-Calais	10 jours	100 »
1776	Burgard	Seine-et-Oise	9 jours	90 »
1796	Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1856	Miroudot	Haute-Saône	12 jours	120 »
1896	Roure	Allier	3 mois	300 »
1901	Guinoiseau	Haute-Marne	12 jours	120 »
1929	Faure	Alpes-Maritimes	10 jours	100 »
1964	Anjaleu	Tarn-et-Garonne	13 jours	130 »
			Total	18.666 20

Combinaison MAD

26	Vire	Isère	14 jours	280 »
144	Goulven	Finistère	26 jours	520 »
182	Colas	Marne	8 jours	160 »
190	Brallet	Vosges	10 jours	200 »
247	Breteille	Paris	10 jours	200 »
329	Loubriat	Puy-de-Dôme	14 jours	280 »
368	Emonin	Côte-d'Or	13 jours	260 »
451	Cheynel	Ardèche	14 jours	280 »
475	Szkolnibk	Meuse	4 jours	80 »
513	Griolet	Gard	28 jours + 11 jours chr. (1/2)	316 60
830	Brot	Yonne	17 jours (1/2)	170 »
882	Crozat	Loiret	4 jours (1/2)	40 »
1084	Truelle	Paris	60 jours + 10 jours chr. (1/2)	633 30
1398	Roux	Haute-Savoie	11 jours (1/2)	110 »
1596	Bardet	Puy-de-Dôme	25 jours + 13 jours chr. (1/2)	293 30
1755	Lefèvre	Allier	21 jours (1/2)	210 »
1856	Miroudot	Haute-Saône	12 jours (1/2)	120 »
			Total	4.153 20

Plusieurs sociétaires ne recevront pas l'indemnité à laquelle ils ont droit parce qu'ils n'ont pas donné de leurs nouvelles en temps voulu et que le Conseil s'est trouvé dans l'impossibilité de statuer.

M. le Dr Duclaux fait un don de 25 francs à la Caisse auxiliaire ; le Conseil lui adresse ses remerciements.

Pensions aux veuves.

Le Conseil alloue, pour leur pension du 2e trimestre 1927, les sommes suivantes à Mesdames :

4	Veuve Lepage, Paris	150 fr.
38	Madame Gillette, Calvados	150 fr.
43	Veuve Chevreux, Paris	150 fr.
45	Veuve Valot, Hautes-Alpes	60 fr.
51	Veuve Rousselot, Marne	150 fr.
13	Enfants Deshusses, Hte-Savoie	100 fr.
	Total	760 fr.

Ratifications d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de MM. :

Combinaison MA :

MM. les Drs de Belleville, Boichot, Boisseau, Hillebrand, Lefebvre, Le Droumaguet, Raffegeau, Kayser Cocault-Duverger, Goguillon et Féré.

Combinaison MAD :

MM. les Dr Boichot, Boisseau, Lefebvre et Calazal.

Combinaison MAD² :

MM. les Dr Lefèvre, Forgeron, de Belleville, Giraud, Cleu, Beutkowski, Hillebrand, Le Droumaguet, Raffegeau, Kayser, Cocault-Duverger, Goguillon, Féré, Riou et Malimard.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission à titre provisoire de :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
Chopinet, de la Courtine (Creuse).
Bardon, de Tunis.
Carpentier, de Combourg (Ille-et-Vilaine).
Lafont, de Milly (Seine-et-Oise).
Belfort, de Teboursouk (Tunisie).
Baudoin, de Saint-Martin-du-Var (Alpes-Maritimes).

Combinaison MAD :

MM. les docteurs :
Denais, de Nantes.
Ruais, de Martigné-Briand (Maine-et-Loire).
Baudoin, de Saint-Martin-du-Var (Alpes-Maritimes).
Belfort, de Teboursouk (Tunisie).

Combinaison MAD 1/2 :

MM. les docteurs :
Chopinet, ne la Courtine (Creuse).
Bequain, de Servance (Haute-Saône).
Bardon, de Tunis.
Lafont, de Milly (Seine-et-Oise).
Carpentier, de Combourg (Ille-et-Vilaine).

Les admissions définitives seront prononcées à la séance de fin septembre.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P :

MM. les docteurs :
Robin, de Neuilly-en-Thelle (Oise).
Belfort, de Teboursouk (Tunisie).
Madame :
Robin, de Neuilly-en-Thelle (Oise).
Mademoiselle :
Théron, de Toulon (Var).

Combinaison R :

M. le docteur :
Lalaurie, de Cuxac-d'Aude (Aude).
Mademoiselle :
Théron, de Toulon (Var).

Combinaison V.

M. le docteur :
Belfort, de Teboursouk (Tunisie).

M. le Dr Mignon, soumet au Conseil l'épreuve de son travail sur la morbidité médicale d'après les résultats donnés par 30 années de fonctionnement de la Mutualité familiale.

Le Conseil s'occupe de la propagande à faire près des jeunes médecins qui paraissent ignorer complètement la Mutualité familiale.

Il prend ensuite connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Trésorier, P. Boudin. — *Le Président,* A. Maurat.

LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE SÉNAT

Suite des débats.

Séance du 23 juin 1927.

(*Suite.*)

M. Fernand MERLIN. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Fernand Merlin.

M. Fernand MERLIN. — Messieurs, j'avais déposé, sur l'alinéa 2 de l'article 4, un amendement tendant à la suppression de la liste des médecins.

La commission d'hygiène, dans sa séance d'hier, a bien voulu l'accepter. Il en est résulté la suppression des lignes qui terminent l'alinéa 2. Le texte se réduit à cinq mots. L'assuré choisit librement son médecin, sans aucune restriction. Cette liberté totale pour le médecin et pour le client les place l'un en face de l'autre : c'est l'entente directe la plus absolue, désirée par la haute Assemblée, que la commission vous proposera.

Je n'insiste pas davantage sur ce premier point ; je me félicite de cette suppression d'une liste des médecins ; on a ainsi, d'avance, paré à ce grave inconvénient : l'impossibilité d'appliquer la loi si les médecins habitant telle localité n'avaient pas adopté les tarifs ou les conventions qu'on leur proposait. (*Très bien !*)

Mais je n'oublie, mes chers collègues, que je suis l'un des signataires de l'amendement qu'a déposé et défendu brillamment notre collègue M. Roche. Sur ce point, je voudrais très brièvement m'expliquer. (*Très bien !*)

A la fin de la laborieuse séance qui s'est tenue hier à la commission de l'hygiène, notre président vient de le rappeler, de toutes les bouches s'échappaient ces mots : « il faut aboutir. »

C'est nécessaire, et pour la dignité de la commission et pour la dignité de la haute Assemblée (*Très bien !*), car, depuis des années déjà, nous avons un texte élaboré, analysé, remanié, châtié non seulement par des sénateurs, mais avec la collaboration des divers groupements, des compétences que nous avons entendus. Il est désirable que ce texte soit maintenu dans sa teneur générale, quitte à l'expurger sur quelques points.

Pour moi, qui ai signé l'amendement de mon confrère et ami le docteur Roche, j'en suis convaincu, nous devons nous entendre, parce que ce principe de liberté, qui désormais domine la loi, permet à la pratique médico-chirurgicale de continuer demain comme aujourd'hui, dans des conditions normales, légitimes, avec les améliorations d'un contrôle.

M. LABROUSSE. — Dans le nouveau texte.

M. Fernand MERLIN. — Oui, dans le nouveau texte. La médecine s'exercera librement, sans aucune contrainte, à l'égard de douze ou quatorze millions de Français ; c'est un avantage qui n'est pas négligeable et doit, j'imagine, retenir l'attention de la haute Assemblée. S'il n'en était pas ainsi, nous aurions établi un texte dénué de toute base solide.

La liberté de choisir le médecin — c'est là une conséquence heureuse — comporte la suppression de la tarification obligatoire, mais elle ne veut pas dire la suppression du tarif syndical.

Nous le concédons, pour les caisses, l'économie générale du projet, son bon fonctionnement et surtout pour les prévisions budgétaires et un bon équilibre financier, il est besoin d'une base qui restera, dans certains cas, une simple indication. Cette tarification de principe ne gênera en rien le praticien qui ne voudra pas l'accepter. Elle laissera s'établir l'entente directe entre le client et le médecin ; elle n'y porte aucune atteinte.

Nous sommes bien d'accord sur ce point, monsieur le président ? Je fais appel à vos plus récents souvenirs. Avec votre autorité dans cette discussion, vous l'affirmerez au Sénat.

Que faut-il donc pour que cette loi donne les avantages que nous en attendons ? Elle doit fonctionner dans des conditions d'honnêteté et de conscience pour tous ceux qui en bénéficieront. C'est la raison qui nous fait dire : cette loi implique un contrôle non seulement pour prévaloir ou régler les difficultés survenant dans les divers services, mais pour juger la valeur et la qualité de certains actes médicaux. Médecins, consciencieux et honnêtes — nous avons le droit de le dire — qui avons consacré pendant de longues années cette noble profession, nous ne voulons pas la voir ternie, souillée par certains médecins marrons, très rares, mais indésirables, qui sont le déshonneur de notre corporation. (*Applaudissements.*)

Contrôler le médecin et l'exercice de la médecine, ce n'est point chose facile : nous verrons, à l'article 7, quelles responsabilités il y aurait à exercer ce contrôle si l'on n'en chargeait pas le corps médical lui-même, le seul compétent et qualifié. Poursuivre un contrôle avec d'autres moyens et avec d'autres personnes serait porter atteinte au secret médical, devant lequel aucun médecin ne saurait faiblir, le secret professionnel étant le principe, la raison d'être de notre profession. (*Très bien !*)

Le contrôle est un besoin. Ce n'est pas ma seule opinion que je fais entendre ici, mais celle de très nombreux confrères, celle de l'unanimité des groupements et syndicats médicaux de France. Il faut que cessent ces scandales, dénoncés et flétris ici même.

Il y a encore, nous affirme-t-on, à l'heure actuelle, certains cabinets, officines singulières dans le mauvais sens de ce mot, où le client « retapé », passez-moi l'expression, trouve d'abord liqueurs variées, tabac et pourboires. Ces exceptions, favorisées, reconnaissons-le sans détour, par certaines lois, doivent disparaître avec l'application de l'assurance sociale. Il ne faut pas que l'argent des assistés, des accidentés ou des pensionnés, l'argent du public en fin de compte, soit ainsi gaspillé. Un simple exemple en dira plus que tout développement oratoire. Des sommes de 100.000 et 120.000 francs affectées à l'assistance médicale gratuite sont allées dans certaines régions à deux ou trois praticiens, alors que le corps médical est nombreux et offre sa collaboration. Comment s'est opéré ce drainage de la clientèle ?

La loi des assurances sociales n'aura pas été votée pour certaines catégories, les moins recommandables. Tous, nous désirons que le corps médical de France, sans exception, soit intéressé au fonctionnement de cette loi.

Je le disais il y a quelques jours, notre ambition serait que tous les médecins de ce pays, du plus humble au plus grand, accordassent leur concours à l'amélioration et au maintien de la santé publique.

En inscrivant dans cette loi le principe souverain de liberté, nous aboutirons à ce résultat. Je m'en félicite par avance. Et, avec tout le respect que je dois aux grands maîtres de la médecine, je n'hésite pas à dire, du haut de cette tribune, qu'on ne saurait déchoir en descendant dans l'arène, en prenant contact avec des milieux inconnus où la clinique ordinaire se double d'une clinique sociale utile à connaître et à pratiquer.

Nous adressons cet appel parce que des actes singulièrement réconfortants nous furent révélés pendant la guerre et montrèrent qu'aucun médecin ne reste insensible à la misère et à la souffrance. L'assurance sociale, très critiquée, aura peut-être dans l'avenir des vertus insoupçonnées. Nous le souhaitons ardemment.

Notre langage va aussi à nos confrères plus modestes qui redouteraient demain qu'une partie de leur clientèle leur fût enlevée. Avec la loi nouvelle, ils trouveront, dans une vie d'honnêteté et de labeur, les avantages matériels auxquels ils ont droit.

On a parlé des médecins d'autrefois qui furent nos amis, nos pères, et qui, pendant les longues années d'une dure existence, ignorèrent l'argent, pour ne songer qu'à l'intérêt général, qu'ils ont largement servi.

Saluons ces braves gens, ils nous ont légué tout un patrimoine de dignité, le meilleur.

Je me rallie au texte de l'article 4 amendé par la commission d'hygiène. Il affirme la liberté, laisse intacte l'indépendance de l'assuré et du médecin ; il convient vraiment à une loi d'assurances sociales. (*Très bien ! très bien ! et applaudissements.*)

M. Emile Sari. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Sari.

M. Emile Sari. — Messieurs, ce qui domine le débat autour de l'article 4, c'est la difficulté que nous avons rencontrée pour nous entendre au sujet d'un texte qui mette d'accord d'un côté les médecins, de l'autre, les auteurs des divers amendements et des dispositions du projet de loi.

Depuis que le Gouvernement a fait connaître un projet admettant le principe du forfait pur et simple, depuis que la Chambre des députés a adopté un autre texte, auquel M. Grinda a donné son empreinte médicale, qui assure le libre choix du médecin ainsi que la liberté absolue pour la caisse de passer les conventions avec les associations professionnelles, nous en sommes arrivés au Sénat au projet qui est actuellement en discussion.

On ne peut s'empêcher certainement d'être ému par la variété des rédactions qui se sont succédé. Il faut bien le dire, les difficultés apparaissent d'autant plus évidentes et d'autant plus graves qu'on approche du but et que le sujet est mieu connu parce que mieux discuté et mieux examiné. Ces difficultés sont telles qu'elles ont motivé des modifications profondes non seulement au texte de la Chambre, mais au texte primitif présenté au Sénat par M. le rapporteur. J'y vois la preuve, si je puis m'exprimer ainsi, d'un flottement dans l'opinion des membres de la commission et souvent même dans l'opinion du rapporteur lui-même, flottement qui s'est traduit par des hésitations très grandes dans nos esprits.

Comment peut-il en être autrement quand on fait certains rapprochements ?

Dans le troisième rapport supplémentaire de M. Chauveau, à propos des tarifs, si nous lisons les textes comparés — page 362 — nous avons une première formule : « Les prestations en nature... sont réglementées d'après des conventions et évaluées suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels. ».

Plus loin, nous trouvons une deuxième formule. La modification est courte, mais importante. Il y est dit : « ... d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux... ».

Pour la participation des intéressés aux frais médicaux, une première disposition de la commission disait : « La participation de l'assuré... est fixée par la caisse entre 10 et 15 p. 100 » ; cette disposition a été plus tard modifiée et une seconde disposition fixe la participation de l'assuré entre 15 et 20 p. 100. »

Pour la partie financière, mêmes modifications. Dans un premier texte, un article 73 *bis* nouveau dispose que « le taux de chacune des contributions ouvrière et patronale pourra être relevé, dans la limite maxima de 1 p. 100 du montant du salaire, par décret ... ». Dans le deuxième texte, cette même disposition est devenue l'article 33, alinéas 8 et 9, mais avec l'adjonction d'une autre disposition qui consiste, en cas de déficit, à réduire dans la limite d'un maximum de 10 p. 100 pour une ou plusieurs caisses, ou pour l'ensemble des caisses, le taux des prestations et

à rendre plus rigoureuses les conditions d'obtention d'un ou de plusieurs risques.

Enfin, un autre alinéa détruit absolument tout ce qui a été écrit dans la loi, tout ce qui a été précisé avec tant de soins antérieurement. C'est cette phrase lapidaire de l'alinéa 8 de l'article 33 : « Les prestations prévues par la présente loi sont garanties seulement dans la limite de ses ressources. »

Je m'excuse, messieurs, d'être entré dans le détail...

M. Victor Bérard. — Mais non, vous avez raison.

M. Emile Sari. — ...mais j'ai appris que la bonne chirurgie était basée sur la bonne dissection et je me suis permis de disséquer l'œuvre de la commission.

Malgré le talent dont M. Chauveau a fait preuve, malgré toutes les connaissances qu'il a pu acquérir et malgré les efforts tentés par lui pendant plusieurs années, la commission n'a pu s'entendre sur un texte, si bien qu'à la dernière minute, dans un esprit de conciliation auquel je me plais à rendre hommage, l'éminent rapporteur, pour sauver, disons-le, le projet, a dû tout remettre sur le métier, tout reprendre et tout retoucher.

Nous avons parcouru toute la gamme, depuis le forfait absolu, la liberté des conventions avec participation des assurés calculée d'après le salaire, la liberté des conventions avec participation des assurés calculée d'après le montant des frais médicaux, pour aboutir au nouveau texte qui nous a été présenté par M. Roche avant-hier, texte qui avait paru recueillir la majorité de l'Assemblée. Et lorsque nous pensons arriver à une entente, voici que surgit encore une nouvelle rédaction présentée par la commission.

Quelle conclusion, messieurs, pouvons-nous tirer de cette situation ?

M. le Rapporteur. — Voulez-vous me permettre une observation ?

M. Emile Sari. — Volontiers, mon cher collègue.

M. le Rapporteur. — L'article 4, en particulier n'a pour ainsi dire jamais été modifié depuis le début de la discussion. C'est seulement à la réunion tenue hier par la commission que des changements y ont été apportés. Contrairement à ce que vous semblez dire, il n'a jamais été question ici de forfait.

M. Emile Sari. — Permettez-moi, monsieur le rapporteur, de vous répondre que je n'ai jamais parlé du forfait à propos du texte présenté par la commission : je n'y ai fait allusion qu'en pensant au projet initial du Gouvernement dont je suis parti pour arriver à votre propre texte qui écarte, au contraire, le forfait.

M. le Rapporteur. — Alors, nous sommes d'accord.

M. Emile Sari. — Quelle est, messieurs, la conclusion à laquelle il me semble que nous puissions arriver ?

Nous ne sommes pas, je crois, en mesure d'apporter aux textes qui nous sont aujourd'hui soumis toutes les précisions que nous jugeons désirables.

Voyez ce qui se passe pour les médecins : ceux de la région lyonnaise ne sont partisans que du ticket modérateur parce que, dans cette région, il a parfaitement réussi. Son application, disent-ils, a été encourageante, et ils en sont satisfaits au point de s'étonner que l'on veuille le supprimer.

Mais, à côté d'eux, les médecins d'autres régions ne veulent pas du ticket modérateur ; enfin, en grande majorité, les praticiens sont partisans de la liberté complète de l'exercice de la profession médicale. Ceci explique comment ceux qui ont travaillé et qui travaillent encore à l'élaboration du projet de loi que nous discutons ont pu varier dans leurs opinions, suivant qu'ils ont consulté tel ou tel syndicat, écouté telle ou telle suggestion.

En résumé, on peut faire à ce texte le reproche d'être trop riche de précisions et trop complet d'avoir la prétention de trop prévoir peut-être. Il est question de listes de médecins, de tarifs locaux, de tarifs syndicaux ordinaires, mais chacune de ses phrases, chacun de ses mots fournira plus tard matière à de plus vives discussions encore que celles qui se produisent ici.

Pour les assurés, la question se pose de la même façon. Convient-il de calculer le taux de participation des intéressés aux frais médicaux d'après le montant de ces frais, ainsi que le veut la commission du Sénat, ou convient-il de les calculer d'après le salaire de l'employé, ainsi que le voulait le texte de la Chambre ?

Nous avons signalé, au cours de notre rapport, au nom de la commission de l'administration, que, dans certains cas, les petits salariés, anciens assistés, auraient peut-être tiré avantage du texte de la Chambre alors que, avec le texte de la commission de l'hygiène, on court le risque d'imposer à des petites bourses une charge qu'elles ne pourront plus tard supporter et dont elles sont exemptées aujourd'hui grâce aux dispositions de la loi d'assistance.

Ici, messieurs, je me permets d'attirer votre attention sur l'intérêt que les assurés eux-mêmes auraient à bénéficier des dispositions d'un texte aussi peu précis que possible. J'insiste. A-t-on songé à la situation des assistés qui deviendraient assurés du fait de l'entrée en vigueur de la loi des assurances sociales ?

La loi d'assistance du 15 juillet 1893 leur donne droit à la gratuité complète pour les visites, pour les médicaments, les opérations et les frais d'hospitalisation.

M. Victor Bérard. — Pour les opérations ?

M. Emile Sari. — Quand ils sont hospitalisés, bien entendu.

Dans le projet actuel, qu'il s'agisse du ticket modérateur de la Chambre, qu'il s'agisse de la participation prévue par le projet du Sénat, l'assuré doit payer une part de tous les frais. Ceci peut-il être maintenu, et le législateur a-t-il pensé à tous ces cas d'espèce ? Ne voit-on pas là un exemple nouveau de la difficulté d'application d'une formule invariable, de l'adaptation de toute cette matière d'assurances à un cadre rigide tel qu'on voudrait le faire ?

La recherche de la perfection conduit souvent à des résultats discutables. Ceci explique pourquoi le Gouvernement en 1921, la Chambre en 1923, le Sénat en 1927 ont eu chacun leur système, et comment, après plusieurs années de discussions, on ne peut encore s'entendre que difficilement.

On pourrait me répondre que le texte présenté par la Commission laisse toute liberté aux caisses pour leurs conventions. Nous sommes d'accord sur ce point. Mais ce texte prévoit le taux de la participation de l'assuré aux frais de maladie : fixer la valeur de la participation de l'assuré, c'est vouloir fixer la part qui restera à la charge de la caisse, c'est préciser les dépenses avant d'être sûr de les couvrir, c'est vouloir légiférer sur un point que seule l'expérience nationale permettrait de connaître et de préciser plus tard.

Et là se pose tout entier le problème de la stabilité de l'équilibre financier du système des assurances sociales, qui doit être la première de nos préoccupations. Déclarer, dans un texte, que la participation de l'assuré serait de 15 à 20 p. 100, c'est écrire que la caisse s'engagera à verser 85 ou 80 p. 100. Or, malgré tous les efforts tentés par la commission, a-t-on prévu définitivement un chiffre des dépenses ? Vous savez bien, messieurs, que tel n'est pas l'avis du Gouvernement.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Lauer, de Malakoff (Alger) — M. le Dr Camille Allard, de Marseille. — M. le Dr Maurice Maritan, d'Aubagne (Bouches-du-Rhône). — M. le Dr Picard, de Loches (Indre-et-Loire).

— **Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris.** — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales. La session de 1927 commencera le 3 octobre et sera terminée le 16 décembre.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de « médecin colonial de l'Université de Paris ». Les examens auront lieu du 19 au 23 décembre.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. Professeurs : MM. Dopter, Joyeux L. Martin. — *Parasitologie.* Professeur : M. Brumpt. — *Bactériologie.* Professeur : M. Roger. — *Hygiène et épidémiologie exotiques.* Professeurs : MM. Bezançon, Camus, Marchoux, Pozerski, Teissier, Tanon. — *Maladies cutanées.* Professeur : M. Jeanselme. — *Chirurgie des pays chauds.* Professeur : M. Lecène. — *Ophtalmologie.* Professeur : M. de Lapersonne. — *Organisation administrative.* Professeur : M. Neveu-Lemaire. — *Règlements sanitaires.* Professeur : M. L. Bernard.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique. — L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux. — L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté. — L'Institut possède trente microscopes à immersion, dont vingt offerts par l'Union coloniale française. Ces microscopes sont mis à la disposition des élèves. — L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers) à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 60 fr. Un droit de bibliothèque, 40 fr. Droits de laboratoire (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 fr. Deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, à partir du 25 septembre, tous les jours, de midi à 3 heures.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au Secrétariat général (laboratoire de parasitologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

ment digne d'intérêt : son client, d'après les lois en vigueur, aurait dû obtenir en 1923, avec le diagnostic qui a motivé sa réforme, 100 % d'invalidité ; en 1925, il aurait dû exiger la surexpertise d'un médecin phtisiologue qui, plus entraîné à ces examens, mieux outillé, aurait sans doute pu statuer plus équitablement sur son cas.

Je crois être utile à mes confrères et à leurs malades victimes de la guerre en demandant au *Concours* de leur signaler la « Fédération nationale des Blessés du poumon et chirurgicaux », 55, rue Bobillot, à Paris (XIII[e]) ; elle pourrait éventuellement les renseigner sur leurs droits et sur la manière de les faire valoir.

Le programme de la F. N. D. P. C. est aussi, et principalement, la lutte contre la tuberculose. Ses dirigeants, et, en particulier son secrétaire général, Albert Delsuc, ont, à ce sujet, des idées très originales et, à mon avis, très justes. A ce titre, l'association a droit à la sympathie et aux encouragements du Corps médical, des médecins praticiens particulièrement.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes bien distingués et meilleurs sentiments,

D[r] Henri ALARD.

JURISPRUDENCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — HOSPITALISATION DANS UNE MAISON DE SANTÉ.

JUSTICE DE PAIX DE DOLE

22 septembre 1926.

(Archives du « Sou Médical »).

Lorsqu'une victime du travail est transportée dans une maison de santé, sur l'ordre de son employeur, celui-ci est tenu de payer les frais de clinique et de fourniture de matériel opératoire.

Attendu que dans la présente instance, il n'est pas nécessaire de rechercher si les soins donnés à la dame F. à la clinique Duponchel, l'auraient été de façon aussi satisfaisante à l'hôpital de Dôle ;

Que cette recherche, qui pourrait abaisser la demande du docteur Duponchel à la somme réclamée par l'hôpital de Dole, pour un même traitement, devient sans intérêt dans l'instance ; qu'en effet, il résulte des débats la preuve que la dame F. ayant le 11 décembre 1924 ressenti une vive douleur au niveau de l'anneau crural droit, en soulevant une table, fut sur l'ordre du maire de Dôle, président de la Commission administrative des hospices de Dôle, transportée à la Clinique du D[r] Duponchel, lequel fut invité par le maire, à opérer, dans sa clinique, la dame F. de la hernie étranglée dont elle venait d'être atteinte ;

Qu'ainsi le Dr Duponchel qui avait reçu la victime de l'accident sur l'ordre du maire de Dôle, sans réserve, comme un malade ordinaire, est fondé à réclamer à ce dernier, la somme de 425 francs, représentant les frais de clinique, et fourniture du matériel opératoire à concurrence de cent francs.

Par ces motifs et par jugement contradictoire en premier ressort.

Condamnons la ville de Dôle en la personne de M. Pieryre, son maire en exercice, à payer au docteur Duponchel, la somme de 425 francs, réclamée pour frais de clinique et fourniture de matériel opératoire à la dame F.

Le condamnons en outre aux dépens de l'instance.

Commentaires

Ce jugement est conforme au droit, au bon sens et à l'équité. Lorsque c'est le patron, qui a placé son ouvrier blessé dans un établissement privé, il est naturel qu'il paye entièrement le montant des frais d'hospitalisation et de médecin afférents à ces sortes d'établissements (D. P., 1909.2.357, note 1).

Malheureusement, la jurisprudence de la Cour de Cassation semble interpréter, dans un sens favorable aux responsables, les mots de la loi du 31 mars 1905, article 4, § 3.: « le chef d'entreprise est seul tenu, *dans tous les cas*... des frais d'hospitalisation, qui, tout compris..... »

La Cour suprême estime que, par hospitalisation, il faut entendre aussi bien l'admission dans une clinique privée que dans un hôpital public.

Dans ces conditions, le « tout compris » est applicable à tous les cas, que ce soit la victime qui ait sollicité son hospitalisation, ou que ce soit le patron qui ait désigné l'établissement public, ou privé, dans lequel sera admis son blessé.

Un tempérament a été apporté dans cette rigueur : par arrêt du 28 avril 1926, la Cour de cassation reconnaît comme parfaitement licites les accords intervenus entre chefs d'entreprise et médecins, préalablement à l'hospitalisation, pour le paiement des frais médicaux.

A la vérité, il est foncièrement inique de forcer les praticiens à opérer et à soigner gratuitement des victimes du travail tant à l'hôpital que dans des maisons de santé.

Cependant, si faisant passer son propre intérêt avant celui du blessé et du chef d'entreprise responsable, le chirurgien opérait l'accidenté au domicile de ce dernier, dans de mauvaises conditions d'hygiène et d'organisation opératoire, le praticien aurait droit à des honoraires.

Et il se voit frustré du prix de son travail, parce que, plus humain, il opère ce blessé à l'hôpital, ou dans une clinique privée.

Méthodiquement, le « Sou médical » ne perd aucune occasion qui lui est offerte de provoquer des décisions de jurisprudence, qui forceront

peut-être la Cour de cassation à revenir sur ses errements actuels, à moins que le Parlement ne se décide à donner satisfaction aux légitimes revendications du Corps médical hospitalier, en matière de soins donnés aux victimes d'accidents du travail hospitalisées.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Pensions militaires.

2197. — Demande de pension par une veuve.

Un de mes clients, âgé de 34 ans, employé du chemin de fer que je n'avais jamais eu à soigner, meurt en pleine nuit, en quelques heures, sous mes yeux, d'une hémorragie qui, d'après ce que je peux diagnostiquer, peut être attribuée à une rupture d'ectasie aortique méconnue et que je crois liée aux conséquences d'une fièvre typhoïde soignée en 1915 pendant la guerre et ayant laissé des lésions d'endocardite.

Il n'existe pas de bulletins d'hôpitaux, à part l'indication sur le carnet militaire (évacuation). La veuve peut-elle se basant sur un certificat que je lui ai laissé, demander une pension, et comment peut-elle (si la chose est exacte) faire la preuve de ce que le décès brutal de son mari est dû à une affection couvée pendant la guerre ?

Si la chose est possible, comment la veuve doit-elle s'y prendre et à qui doit-elle s'adresser ?

Dr C.

Réponse.

Que la veuve fasse une demande de pension au Sous-intendant militaire des Pensions, et qu'elle y joigne votre certificat médico-légal, établissant une relation de cause à effet entre cette ectasie aortique, due vraisemblablement à une fièvre typhoïde soignée en 1915. On recherchera au corps ou dans les hôpitaux les traces de l'hospitalisation en 1915, suivant les souvenirs formulés par la veuve.

Cependant, il n'est pas prouvé que le Ministre des Pensions admette, à si longue échéance, une filiation entre l'accident cause de la mort (sans vérification nécropsique) et la fièvre typhoïde, à moins que la feuille d'observation ne relate à l'époque des accidents cardiaques.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

2379. — Visite de contrôle.

Je vous serais reconnaissant de me communiquer le tarif actuel de la contrevisite A. T. qui est je crois 20 fr.

Les compagnies prétendent ne la régler que 18 fr. sous prétexte qu'elle est faite au cabinet du médecin ; même dans ce cas j'estime qu'elle doit être payée 20 fr. car faite toujours en dehors des heures de consultation, elle nous oblige la plupart du temps à un véritable déplacement lorsque nous sommes en visite le matin et si nous acceptons de la faire à notre cabinet, c'est uniquement pour faciliter le travail du médecin contrôleur et non le nôtre.

A la compagnie la P... on a prétendu que sur des centaines de médecins nous n'étions que 4 ou 5 à exiger 20 fr. !...

Naturellement, les clinicards acceptent tous les prix. Dr M.

Réponse.

Vous êtes en banlieue de grande ville, c'est entendu, mais vous oubliez que le prix de la visite ou consultation est uniformément fixé dans toute la France à 12 francs. Les deux francs de supplément sont l'indemnité fixe, moyenne, de *déplacement*. Si la visite de contrôle eut lieu à votre cabinet, il n'y eut pas de déplacement, par définition. Vous avez donc à compter : 12 plus 6, soit : 18 francs (article 3-a).

F. D.

II

2372. — Il n'y a pas de « cumul » en cas de 2 interventions à tarif spécial.

Puis-je compter pour un accident du travail :

1° Fracture d'une phalange de l'annulaire (pose d'un petit appareil contentif) .... 20 fr.
2° Injection sérum antitétanique pour plaie infectée du doigt .... 20 fr.
3° Certificat de constatation .... 5 fr.
Total .... 45 fr.

Dr A.

Réponse.

Il n'y a rien à changer à votre compte, le *cumul* n'existant qu'entre la visite ou consultation et une intervention à tarif spécial (article 13), mais pas entre deux interventions.

F. D.

III

2466. — Extirpation sous écran d'un corps étranger.

J'ai recours à votre obligeance habituelle pour vous demander de solutionner le problème suivant :

Il y a huit jours dans un peignage de soie, une ouvrière s'est fait prendre le poignet gauche entre deux rouleaux de peignage à dents métalliques. Sept de ces dents sont incluses dans le carpe et, assez profondément, puisqu'elles ne sont pas perceptibles à la palpation. La radiographie indique d'ailleurs leur profondeur.

La compagnie d'assurances vient de m'autoriser à faire pratiquer par mon chirurgien l'extraction de ces dents de peigne sous contrôle radiologique.

Tarif Durafour .... 300 fr.

Or, le chirurgien n'a point chez lui, d'appareil radiologique et l'intervention sera faite par lui sous l'écran d'un autre confrère spécialiste R. X.

Quels sont les honoraires que peuvent réclamer à la Compagnie : 1° le chirurgien ; 2° le spécialiste radiologue ? Dr G.

Réponse.

L'extirpation de corps étranger profond est comptée 50 francs, sans radio, 100 francs quand il a fallu un repérage radiologique (effectué par un radiologue payé en plus) et 300 francs quand elle se fait sous écran, le chirurgien, cette fois, faisant tout *lui-même*, avec ses aides.

C'est donc, à mon avis, 300 fr. plus 50 francs pour aide (ou 100 fr. pour deux aides, en cas de besoin), qui peuvent être réclamés *en tout*, chaque aide envoyant sa note *personnelle*, démontrant qu'il est bien *médecin* (art. 11 et 30, *in fine*).

F. D.

IV

2449. — Appareils provisoires pour fractures.

Abonné au *Concours médical*, je vous serai très obligé de vouloir bien me faire savoir comment je dois établir ma note d'honoraires pour un accident du travail :

1° Fracture compliquée des tibia et péroné (1/3 inférieur) gauches ; réduction et pose d'un appareil *provisoire à attelles* après pansement de la plaie.

2° Fracture compliquée des tibia et péroné (1/3 inférieur) avec fragments intercalaires ; réduction impossible à réaliser d'une façon parfaite, pansement et *pose d'un appareil provisoire.* Après quoi j'ai expédié le malade à l'hôpital car il ne pouvait être soigné utilement à domicile. Dr H.

Réponse.

Vous ne pouvez compter des honoraires pour appareil provisoire que lorsque celui-ci est fait pour un transport quelconque « en vue d'une réduction ultérieure par un *autre* médecin » (note 1 de l'article 18). Par conséquent, dans les deux cas que vous m'indiquez, comptez pour le premier la réduction et contention de fracture que vous avez dû faire à votre blessé dans la suite, soit, pour les deux os de la jambe : 150 fr. Et pour le second cas, où le malade fut transporté à l'hôpital, comptez : « appareil provisoire en vue d'une réduction ultérieure 50 francs ».

F. D.

V

2427. — Luxation du poignet.

Je viens solliciter un renseignement sur un cas au sujet duquel le tarif des accidents du travail est muet.

Il s'agit d'un accident agricole : homme de 49 ans ayant fait une chute du haut d'un cerisier ; tombé sur la terre labourée et rendue souple par de récentes pluies. La main gauche a amorti tout le choc et l'homme s'est relevé avec une luxation du poignet que je n'ai eu aucune peine à réduire.

Dois-je compter cette intervention dans ma note d'honoraires et dans l'affirmative, combien dois-je la compter ?

Dr V.

Réponse.

Il me semble (et ceci fut déjà accepté par les deux parties) qu'on peut demander pour une luxation du poignet, par analogie avec celle du coude : 100 francs.

F. D.

Divers.

2534. — Baux de maisons d'habitation soumis à révision.

Je serais extrêmement reconnaissant au distingué conseil juridique du *Concours médical* de bien vouloir me renseigner (si possible par lettre parce que cela est un peu pressé), sur le problème suivant dont voici les données :

Le 1er mars 1922, j'ai fait avec mon propriétaire actuel un bail d'un an au prix de 3.200 fr.

Le 1er mars 1923, renouvellement du bail pour un an aux mêmes conditions.

Le 7 juin 1923, nous nous décidons à faire un bail de dix ans, au prix de 3.000 fr l'an, faisant suite au premier, donc partant du 15 mars 1924 pour terminer le 28 février 1934.

Or, le 13 juin dernier (je crois) a paru à l'*Officiel*, une loi sur les beaux de longue durée, permettant au propriétaire d'imposer à son locataire de plus de neuf ans un loyer triple de la valeur locative de 1914, à condition que le loyer parte d'avant le 1er janvier 1924.

Un notaire, puis un avoué consultés me disent que cette loi ne concerne que les baux à ferme, c'est-à-dire les terres, et non les loyers d'habitation :

1° Est-ce vrai ? Et n'ai-je pas à m'inquiéter, ou bien cette loi doit-elle être prise dans un sens large ?

2° Enfin, mon bail ayant été signé en juin 1923 pour partir de mars 1924, quelle est la date qui compte, au regard de la loi, celle qui est avant le 1er janvier ou celle qui est après, autrement dit, si la question n° 1 m'était défavorable, tomberais-je aussi sous le coup de la question 2 ?

Je vous remercie mille fois d'avance.

Réponse.

La loi du 8 juin 1927, à laquelle vous faites allusion, ne concerne effectivement que les baux à ferme et non les baux de locaux d'habitation.

Pour ces derniers, une loi du 6 juillet 1925 a bien autorisé la révision des baux de longue durée, mais à deux conditions : 1° que le bail soit

d'une durée contractuelle de plus de neuf années ; 2° que le bail ait pris cours ou qu'il ait été conclu avant le 24 octobre 1919.

Dans votre cas, il s'agit indiscutablement d'un local d'habitation. Par conséquent, du moment que votre bail a pris cours et a été conclu postérieurement au 24 octobre 1919, aucune révision n'est possible. C'est le prix fixé au bail qui continuera à être appliqué jusqu'à la fin du bail.

2514. — Calcul de la rente d'un blessé du travail.

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire donner par votre conseiller technique la réponse à la demande de renseignements suivantes : quelle est la rente revenant à un ouvrier travaillant six jours par semaine et à 42 fr. 50 par jour, lorsque cet ouvrier présente une incapacité permanente partielle évaluée à 25 % ? Quel est le montant de cette rente si ce taux est abaissé à 20 % ?

Cet ouvrier travaillant surtout des mains, présente une mutilation des doigts.

Comme père de famille, a-t-il droit à une majoration dans l'évaluation de la rente ?

Réponse.

La rente d'un ouvrier blessé dans son travail atteint d'une incapacité permanente doit être calculée sur le salaire effectivement touché au cours de l'année qui a précédé l'accident.

En supposant que votre client a travaillé, comme il est normal, 300 jours au cours de l'année, son salaire annuel a été de 300 fois 42 fr. 50, soit : 12.750 fr.

Sur ce salaire, la partie qui excède 8.000 francs ne rentre que pour un quart dans le calcul de la rente. Par conséquent, le salaire de base doit être ramené à 9.187 fr. 50.

La rente devant être égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir au salaire, elle sera, en cas d'incapacité fixée à 25 %, de :

$$\frac{9.187 \text{ fr. } 50 \times 25}{100 \times 2}, \text{ soit : } 1.148 \text{ fr. } 45$$

et en cas d'incapacité fixée à 20 %, de :

$$\frac{9.187 \text{ fr. } 50 \times 20}{100 \times 2}, \text{ soit : } 918 \text{ fr. } 75$$

Dans nos calculs, nous avons supposé que l'accident était postérieur au 1er février 1927. Dans le cas contraire, la portion du salaire ne subissant aucune réduction serait seulement de 4.500 francs, et, par suite, la rente serait beaucoup moins élevée.

Les rentes dues en vertu de la législation sur les accidents du travail ne sont pas susceptibles de majorations pour charges de famille.

VARIÉTÉS

Un médecin poëte

Juvenalia par Paul de Nève.

Sous le titre de *Juvenalia*, par Paul DE NEVE (1), un de nos confrères, dont nos lecteurs n'auront aucune peine à percer l'anonymat, car le *Concours médical* a plus d'une fois, et encore récemment, publié ses belles poésies, a fait paraître en un petit volume une série de satires mordantes, inspirées d'Horace et de Juvénal. Le genre est ancien, mais Paul de Nève a su en artiste l'adapter à notre époque. Nous ne saurions mieux faire, pour permettre à nos lecteurs d'apprécier *Juvenalia*, que de reproduire ici les vers que leur auteur a bien voulu nous dédier.

J. N.

L'autre invasion.

Au docteur J. N.

Esquilias dictumque petunt a vimine collem
Viscera magnarum domuum dominique futuri.
Juv. Sat. III, V, 71.

On m'avait dit, Ponchon, que je découvrirais
Ta gente Muse au fond de l'un des cabarets
Qui tournent tout autour de la ruine romaine
Où l'Apostat au bras d'Haraucourt se promène.
Valloton m'avait peint ta mise et ton portrait.
Je supposais naïf que je reconnaîtrais,
Grave et mettant au point quelque strophe bachique,
Sous ton feutre arrondi ta barbe socratique.
J'aurais aimé causer un moment avec toi,
Philosophe et rieur, sceptique comme moi.
J'étais parti tout frais rasé de mon village,
Léger comme un jeune homme et hardi comme un page.
Au diable le Boul' Miche et son gentil trottin !
J'ai couru les cafés du vieux quartier latin,
Et je n'ai rencontré ni l'esprit d'Aristippe,
Ni Ponchon, ni son chien, sa barbe, ni sa pipe.
Et ça m'a coûté cher ! Au prix où sont les bocks,
Il faut, pour se payer la musique des chocs
De la chope heurtant sur le marbre le verre,
Avoir les revenus d'un profiteur de guerre.
Je ne regrette pas pourtant d'être venu.
Un spectacle attrayant en éveil m'a tenu.
J'ai côtoyé le monde entier, que de Bulgares,
De Turcs et de Persans, mâchant de gros cigares,
De Jaunes et de Noirs, de Japonais narquois
Penchés sur la manille et croquant des chinois !
Pardon, monsieur, Paris est-il ville française ?
Quelle langue y fait loi ? L'espagnole ou l'anglaise ?
Dans le bourdonnement des patois de Babel,
Je ne reconnais plus le verbe paternel.
Ai-je rêvé ? J'ai cru que l'antique Lutèce,

(1) Paris, Albert Messien, éditeur, 19, quai Saint-Michel, 1927.

Oublieuse de son passé de haulte gresse,
A désappris l'idiome où s'essayait Sorbon,
La fameuse lanterne de Roche-Corbon
Ne monte pas si haut que le tas des soucoupes
Des Grecs mêlant la bière au champagne des coupes.
Les rastas que fuyait l'ami de Juvénal,
Escaladent les flancs de notre Viminal.
La piastre et le douro, le dollar et la livre
Piétinent le vieux franc qui ne sait comment vivre.
A quoi bon se gêner ? Le bifteck qui pour nous,
Coûte cent sous, l'Anglais le croque pour vingt sous.
Bras dessus, bras dessous, touristes et métèques
En larrons complaisants à grand renfort de chèques,
Achètent nos maisons, nos terres, nos forêts.
Les Américains secs abreuvent à longs traits
Dans la perle des vins à l'ombre de nos gerbes
Leur pépie incurable et leurs mentons imberbes.
Le bon ami d'antan redevient l'étranger.
Il est passé le temps où le froid du danger
Nous rassemblait transis sous la même capote.
Aujourd'hui les copains nous présentent la note.
Paye ou crève ! Le créancier est exigeant.
« Nous vous laissons l'honneur, mais nous voulons [l'argent. »
L'honneur ! La belle attrape et la riche pécore !
Il court sur son pilon, l'amputé qu'on décore.
Tambours, battez aux champs ! clairons ouvrez le ban !
On lui prend une jambe, on lui donne un ruban !

***

Nach Paris ! Nach Paris ! Fais tes paquets. Attelle
Ton ânon ; fuis devant l'invasion nouvelle.

***

Va-t-en, fils de Français, Paris n'est pas à toi.
Il est au riche de quelque pays qu'il soit.
Contemple de la rue un peu les mascarades,
Et sur la porte des grands hôtels les parades
En argot de l'étal des modernes marquis.
Mais va-t-en. Ta place n'est point là. Tu naquis
Dans le trou féodal d'une ancienne province,
A l'ombre d'un château. Mais la personne mince
De tes probes aïeux n'a jamais su puiser
La fortune et l'amour dans le choc d'un baiser.
Cent ans, mille ans peut-être, à retourner la glèbe
A sué sans broncher leur misérable plèbe.
Leur travail a grandi les nobles, les bourgeois.
Toi, tu sauvas la France et tu gagnas la croix.
Nigaud ! Mieux eût valu sortir millionnaire
Des millions de morts de la terrible guerre
Qu'en sortir décoré ! Va-t-en rustre effronté.
Ta croix mal accrochée à ton veston crotté
Provoque les lazzis des banquiers et des pleutres,
Les fabricants d'obus poussent le coude aux neutres.
Ta présence dépare un décor de beauté.
Va-t-en, mais en partant, redresse ta fierté.
Sous le rire comme sous les obus, sois brave.

Dans ta brousse va-t-en cuire ta betterave.
L'argent te manque ? Va chercher par les chemins
L'herbe rare en hiver pour nourrir tes lapins.
Le printemps va venir. Sans raisonner cultive
Dans ton maigre jardin la laitue et l'endive.
Ne sois pas de repas trop délicats hanté.
Attends pour déjeuner que la poule ait chanté,
Et grignote le fruit que ta bourse comporte,
Une pomme au dessert quand ton pommier en porte.
Sauve-toi. Sauve-toi. Tu reviendras plus tard,
Quand auront disparu le loup et le renard.
N'as-tu pas assez vu les bâtards de la France,
Minotiers affameurs, bandits de la finance,
Promener leurs autos et leur luxe ingénu
Autour du feu mourant du soldat inconnu ?

***

Là-haut, sous le ciel bleu d'Ithaque la Fleurie,
Pénélope s'endort sur sa tapisserie.
Depuis plus de dix ans qu'elle attend le retour
De l'époux dont son cœur a gardé tout l'amour,
Elle espère toujours que l'aube qui va naître
Ramènera chez lui le seigneur et le maître.
Comme le revenant les jetterait dehors,
Les tourmenteurs de son foyer, vivants ou morts,
Et comme les prendrait gaiement par les épaules
Sa poigne habituée à châtier les drôles !
Sous prétexte du bien de l'Etat, des intrus,
Ceux qu'on nomme les grands ici sont accourus,
Comme corbeaux aux champs pour dévorer la graine,
Offrir leur bras au peuple, et leur main à la reine.
Ils se sont installés dans le royal palais.
Le respect s'est enfui. Servantes et valets,
Riant du fouet au mur, redoublent d'insolence.
Les prétendants aux frais de l'absent font bombance.
Ils vident en festins étables et celliers.
A eux les fruits juteux des nobles espaliers !
Le mercanti, pour qui seul l'or est respectable,
Le soir en alignant ses écus sur la table,
Sourit à sa femelle épaisse. Ah ! le bon temps !
Sa fortune grossit comme bourre au printemps.
L'or est dans les comptoirs et dans les cœurs la joie.
Puisse le roi jamais ne revenir de Troie !
Les guerres ont du bon. Le sang pour les guérets
Est, à bien réfléchir, un merveilleux engrais.
Un mendiant regarde, assis près de la porte.
L'argent volé se jette au vent. Chacun apporte
Le pêcheur ses poissons, le paysan ses blés.
Les prétendants sont là, jour et nuit attablés,
Attendant en buvant que la reine choisisse.
Allons ! Qui va bander l'arc de corne d'Ulysse ?

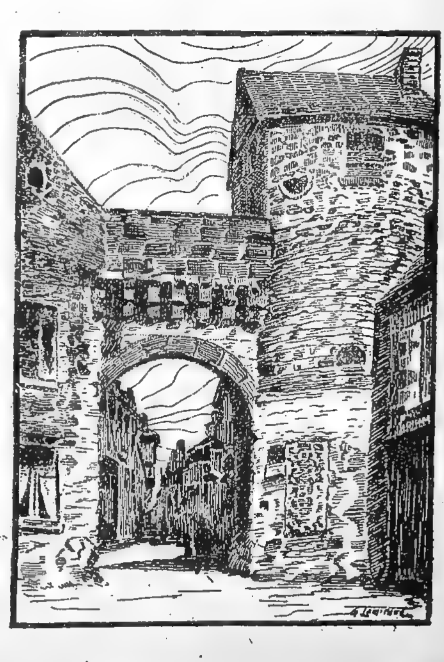
Quarante-neuvième année . N° 33 14 Août 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2056-IV)



(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher. Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon, Rozet.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Rousin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les docteurs JOURDIN, de Fouanée et FRANÇOIS, de St-Julien-Chapteuil, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 461. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 462. — Préchacq-les-Bains, Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

No 463. — Côte-d'Azur, excell. client. en augment., 115.000 touchés en 1926, conviendr. à interne en chirurgie très actif parlant anglais. Maison confort. 11 p., loyer 4.000. Cession pressée.

No 464. — Dr habit. pet. ville agréable prendr. chez lui deux jeunes garçons, ayant lui-même enfants all. au collège. Soins et éducat. de famille.

No 465. — 150 km. Paris. Bon poste seul méd. propharm., 2.000 hab. sur 5 km. de rayon. Rapp. 60.000 touchés, fixes 6.000. Maison, jard., garage, électr., téléphone. Loyer 1.000 fr. A céder contre faible indemn.

No 466. — Ouest. Pet. ville 4.000 hab., 3 h., Paris, excell. poste, 60.000 touchés dep. deux ans, devant faire 75 à 80.000 en 1927 par suite augment. tarifs. A céder de suite 35.000 : facil. paiem.

N° 467. — Nourrice au sein recomm. par doct., habit. Loir-et-Cher, maison neuve, pays sain, prendr. nouveau-né même débile.

N° 468. — Dans rég. tourist. du Centre, à céder pour rais. santé, poste ch.-lieu canton, sur gr. ligne, seul méd., pas de sage-fem. Conviendr. à doct. actif. Prix 40.000.

N° 469. — Paris. Cliniques en appart., bien sit., méd. gén., voies urin., avec cab. dent., à céder d'urgence. Rapp. et cond. très intéress. S'ad. Cab. Breite, et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 470. — Paris. Import. polyclin. bien située, supérieur, instal., à céder d'urgence soit en total, soit en associat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 471. — Banl. imméd. riche, anc. client. de sage-femme, rapp. 50.000, mais. très agréab. et confort. avec jardin. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46-.

N° 472. — Poste à céder 10 min. Paris. S'ad. Synd. des méd. de la Seine, Contentieux, 28, rue Serpente, Paris. T. p. r.

N° 473. — Méd. 30 ans, marié, 2 enf., sans fortune, cherche sit. méd. toutes rég., sans indemn. imméd. Collabor. avec conf. âgé ou malade pend. un an ou deux en vue succession.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Service de santé militaire.** — *Promotion de médecins de réserve.* — Par décret du 13 juillet 1927, sont promus dans le cadre des officiers de réserve du service de santé :

Au grade de médecin principal de 1re classe, le médecin principal de 2e classe Fasquelle (André-Marie-Léon), gouvernement militaire de Paris.

Au grade de médecin principal de 2e classe, les médecins-majors de 1re classe Bourlange (Jean-Alphonse), 1re région ; Matignon (Jean-Jacques), gouvernement militaire de Paris ; Blondeau (Jean-Albert), 11e région ; Duchesne (Gaston-Marie-Désiré), 5e région.

Au grade de médecin-major de 1re classe, les médecins-majors de 2e classe Massol (Arthur-Jean-Pierre-Benoît), 16e région ; Sondaz (Joseph-Marie-Barthélemy-Paul), 14e région ; Cibrie (Pierre-Paul), gouvernement militaire de Paris ; Dequidt (Georges-Jérôme-Achille), 13e région ; Dehergue (Edmond-Paul-Charles-Marie), 11e région ; Swinghedauw (Pierre-Jules-Maurice), 1re région ; Baumann (Marie-Jean-Baptiste), 8e région ; Louvrier (Gabriel-René), 5e région.

Au grade de médecin-major de 2e classe les médecins aides-majors de 2e classe De Fleurian (Marie-Ode-Henri), 18e région ; Pélicier (Albert-Louis-Marie), 11e région ; Reynier (André-Henri), 14e région ;

Plissonneau (Amédée-Eugène), 18e région ; Harscouët de Kéravel, (Louis-Hyacinthe-Marie), 1re région ; Borlanne (Mathieu-Louis-Joseph), 12e région ; Dupont (Victor-Pierre-François-Casimir), Afrique occidentale française ; Pessonnier (Jean-François), 18e région ; Kornprobst (Albert-Marcel), 7e région ; Cuttoli (François-Antoine-Pascal), 15e région ; Josserand (Charles-Mary), 14e région ; Mion (Georges-Eugène), 8e région ; Pestre (Fernand-Louis), 15e région ; Lestage (Joseph-Armand-René), 18e région ; Romieux (Adolphe-François), 11e région ; Bouquet (Henri-Eugène), troupes de Tunisie ; Dana (Abraham-Gaston), 19e région ; Bateman (Joseph-Benoît-Cornil), 1re région ; Gignoux (François-Charles-Auguste), 14e région ; Galimard (Paul-André-Jean), 8e région ; Puéchavy (Léon), 13e région ; Goût (Henri-Lucien-Pascal), 16e région ; Hours (Pierre-Paul), 13e région ; Abbadie (Jean-Victor-Théodore), 18e région ; Copréaux (Paul), 8e région ; Battesti (Marc-Ange), 15e région ; Lassalle (Jean), 18e région ; Courtadon (Louis-Benoît-Austremoine), 13e région ; Gras (Alphonse-Marie-Antoine), 13e région ; Lautard (Emile-Joseph-Maurice), 7e région ; Miroudot (Pierre-Henri-Léonce-Marie), 7e région ; Rio (Joseph-Auguste-François-Marie), 11e région ; Desmaroux (Georges-Marie), 13e région ; Fège (Albert-Lucien-Constant), 4e région ; Lavoine (Julien-Gustave), 3e région ; L'Huillier (Eugène-Henri), 7e région ; Bruslé (Léon-Marie-Edmond), 7e région ; Devimeux (Georges-Pierre-Joseph), 6e région ; Mignen (Charles-Arsène-René), 11e région ; Wertz (François-André), 6e région ; Netter (René), 6e région ; Zivré (Auguste), 20e région ; Affichard (René-Louis), 11e région ; Bonnet (Fernand-Jean-Baptiste), 16e région ; Dhers (Albert-Louis-Pierre-Hippolyte), 18e région ; Galvaing (Antonin), 5e région ; Nicolau (Pierre), 16e région ; Antonelli (Georges-Alfred), 7e région ; Godemel (Jean-Joseph), 13e région ; Sigaux (Francisque-Joseph), 7e région ; Colanéri (François-Xavier-Marie-Joseph), 6e région ; Piquemal (Jean-Justin-Omer), 16e région ; Faugeron (Louis-Marie-Gabriel), 8e région ; Lerouge (François-Joseph-Barthélemy), 1re région ; Buchholz (Ernest-Arthur), 6e région ; Hippert (Marc-Emile-Léon), 20e région ; Andraud (Joseph-Honoré-Germain), 17e région ; Lecointre (Jean-Marie-Louis), 9e région ; Levrat (Eugène-Marie-Etienne), 17e région ; Giraudeau (Robert-Jean-Marie), gouvernement militaire de Paris ; Delattre (Edmond-Louis-Raoul), 6e région ; Bordenave (Pierre-André-Yves), 18e région ; Bouchaud (Gabriel), gouvernement militaire de Paris ; Goldsmith (Marcel), 3e région ; Galtier (Charles-Auguste-Henri), 16e région.

Dans cette liste, où figurent nombre de nos lecteurs et amis, il nous est particulièrement agréable de relever le nom du docteur Duchesne, rédacteur en chef adjoint du *Concours médical*, promu au grade de médecin principal de 2e classe de réserve. Nous adressons à notre ami, le lieutenant-colonel médecin Duchesne,

pour cette élévation au cinquième galon, bien méritée par ses services de guerre, nos plus affectueuses félicitations.

— **Société de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie.** — La prochaine réunion de la société aura lieu le mardi 18 octobre 1927 à 5 heures, 49, rue Saint-André-des-Arts.

— **Association des internes des hôpitaux de Lyon.** — Le *banquet annuel* de l'Association générale de l'internat des hôpitaux de Lyon aura lieu le 5 novembre au restaurant Berrier, place Bellecour. Le *bal* aura lieu le samedi 3 décembre au Palace Hôtel, place Jules-Ferry.

— **Hospice national des Quinze-Vingts.** *Clinicat.* — Un concours pour une place de chef de clinique à la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts, s'ouvrira le 19 décembre 1927. Inscription à la direction des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton.

— **Préfecture de Saône-et-Loire.** *Concours de médecin-inspecteur d'hygiène.* — Un concours sur titres et sur épreuves, pour la nomination d'un médecin-inspecteur d'hygiène dans la circonscription de Charolles (Saône-et-Loire) aura lieu, au début du mois d'octobre, au laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Lyon. Conditions exigées : nationalité française, doctorat en médecine, limites d'âges 28 et 45 ans (à dater du 1er janvier 1928). Traitement : 18.000 à 24.000 (non compris la majoration temporaire de 12 % ; cette échelle n'a qu'un caractère provisoire et sera modifiée sans doute avant le 1er janvier. (Indemnité forfaitaire de déplacement : 11.000 à titre exceptionnel.

Adresser les demandes à la Préfecture de Saône-et-Loire (service de l'Inspection départementale d'hygiène), accompagnées du bulletin de naissance, de la copie du diplôme de docteur en médecine et de toutes pièces justificatives des titres et travaux scientifiques présentés. Le registre d'inscription sera clos irrévocablement *le* 15 *septembre.*

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 juillet.

Service de santé de la Marine.

Par décision ministérielle du 22 juin 1927, un drapeau est attribué à l'Ecole principale du service de santé de la Marine, à Bordeaux.

Ce drapeau portera l'inscription . « Ecole principale du service de santé de la Marine », « Marine et colonies », « Travail, honneur, patrie ».

Un concours sera ouvert au port de Toulon, dans le courant de la deuxième quinzaine d'octobre 1927, à une date qui sera fixée ultérieurement, pour l'emploi de professeur d'anatomie pathologique et bactériologie à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

Les conditions de ce concours sont fixées par l'arrêté ministériel du 29 juin 1908, modifié le 27 janvier 1927 (B.O.M., volume 13, p. 48).

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne) par suite du départ du Dr Lauzier.

29 *juillet.*

Enseignement de la médecine.

Concours pour l'attribution des bourses de doctorat en médecine.

Par arrêté en date du 28 juillet 1927, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le 17 octobre 1927.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 8 octobre à seize heures.

CONDITIONS D'ADMISSION A CONCOURIR ET NATURE DES ÉPREUVES.

Sont admis à concourir.

A. — *Régime d'études de* 1893 *à* 1899.

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

B. — *Régime d'études de* 1911-1912.

Les candidats pourvus de quatre, huit, douze ou seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

C. — *Régime fixé par le décret du* 10 *septembre* 1924.

Les candidats pourvus de quatre, huit, douze ou

seize inscriptions qui ont subi avec la note moyenne 7, l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves écrites du concours consistent en compositions écrites, savoir :

I. — *Régimes d'études de* 1893-1899 *et de* 1911-1912.

Etudiants à quatre inscriptions.

Une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à huit inscriptions.

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie.

b) Une composition de physiologie.

Etudiants à douze inscriptions.

a) Une composition de médecine.

b) Une composition de chirurgie.

Etudiants à seize inscriptions.

a) Une composition de médecine.

b) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

II. — *Régime d'études de* 1924.

Etudiants à quatre inscriptions

a) Une composition d'anatomie.

b) Une composition d'histologie.

Etudiants à huit inscriptions.

a) Une composition de physiologie.

b) Une composition de physique et de chimie biologiques comportant ;

1° Une question de physique biologique (1 heure) ;

2° Une question de chimie biologique (1 heure).

Etudiants à douze inscriptions.

a) Une composition d'anatomie pathologique.

b) Une composition de pathologie expérimentale.

Etudiants à seize inscriptions.

a) Une composition de médecine générale.

b) Une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N. B. — Peuvent obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année, les candidats qui justifient :

Soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention *assez bien* au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat.

Soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention *assez bien* au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention *assez bien* au baccalauréat et de la mention *bien* audit certificat.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie physiologie, et histologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, s'ouvrira devant la Faculté de Nancy, le 3 février 1928.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

30 juillet.

Transformation d'emplois à la faculté de médecine de l'Université de Paris.

Décret du 19 *juillet* 1927.

Art. 1er. — Il est supprimé un emploi de chef de travaux à la faculté de médecine de l'université de Paris.

Le nombre des chefs de travaux des facultés de médecine, des sciences et de pharmacie, de l'université de Paris, fixé antérieurement à 39 et réparti comme suit : médecine, 13 ; sciences, 20 ; pharmacie, 6 ; est ramené désormais à 38 et réparti ainsi qu'il suit : médecine, 12 ; sciences, 20 ; pharmacie, 6.

Art. 2. — Il est créé un emploi de préparateur à la faculté de médecine de l'université de Paris.

Le nombre des préparateurs et assistants des facultés de médecine, des sciences et de pharmacie de l'université de Paris, réparti antérieurement comme suit : médecine, 72 ; sciences (assistants), 75 (nombre à ramener progressivement à 55 par application du décret no VIII du 1er octobre 1926) ; pharmacie, 33, est réparti désormais ainsi qu'il suit : médecine, 73 ; sciences (assistants), 73 (nombre à ramener progressivement à 55) ; pharmacie, 33.

Soins aux pensionnés de guerre.

Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Arrêté ministériel du 29 *juillet* 1927.

Art. 1er. — Est désigné pour faire partie de la commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques pendant l'année 1927, comme membre titulaire, M. André Gelle, chef du bureau des tribunaux de pensions, en remplacement de M. Lehmann, dont la démission est acceptée.

Art. 2. — L'article 1er de l'arrêté susvisé du 29 décembre 1926 doit être lu comme suit .

Représentants de l'administration.

MM. le médecin inspecteur Odile, président; Paloque, chef du service des soins gratuits au ministère des pensions; Gelle, chef du bureau des tribunaux de pensions. Sauvalle, inspecteur général des finances. Reynaud, sous-directeur de la comptabilité publique.

Service médical aux Colonies.

Instruction interministérielle édictant des mesures transitoires pour l'application, en Indochine, du décret du 7 décembre 1926, portant création d'un cadre d'officiers de santé militaires indigènes.

Paris, le 28 juillet 1927.

Les dispositions du décret du 4 juillet 1920 créant, en Indochine, un cadre d'aides-médecins militaires indigènes ayant été abrogées par le décret du 7 décembre 1926, portant création d'un cadre d'officiers de santé indigènes, les mesures transitoires suivantes seront prises à l'égard des diverses catégories de personnes ayant contracté un engagement militaire spécial au titre de l'article 5 du décret du 4 juillet 1920 et se trouvant actuellement liées par cet engagement.

I. — Les anciens élèves de la section militaire de l'école de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine, ayant contracté l'engagement spécifié ci-dessus, et qui ont été incorporés d'office dans un corps de troupe ou dans le détachement d'infirmiers coloniaux à la suite soit de leur exclusion de l'école, soit de leur échec à l'examen pour l'obtention du diplôme de fin d'études, seront libérés de leur engagement, sous réserve qu'ils auront accompli une année de service militaire.

II. — Les mêmes dispositions seront appliquées aux étudiants de la section militaire de l'école de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine, actuellement en cours d'études, dans le cas où ils seraient soit exclus de l'école, soit refusés à l'examen pour l'obtention du diplôme de fin d'études.

Ceux d'entre eux qui obtiendront leur diplôme de fin d'études seront astreints à accomplir six mois de services au détachement d'infirmiers et serviront ensuite, pendant un an, dans un corps de troupe ou dans une formation sanitaire, en qualité d'officiers de santé auxiliaires.

A l'expiration de cette année, ils seront nommés officiers de santé de 3e classe, s'ils sont jugés aptes. Dans ce cas, ils signeront un contrat les liant au service pour une durée égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article 3 du décret du 7 décembre 1926, diminuée des dix-huit mois déjà accomplis.

En cas d'insuffisance reconnue, il leur sera fait application des dispositions du 5e alinéa de l'article 3 dudit décret.

III. — Les aides-médecins militaires indigènes auxiliaires du décret du 4 juillet 1920, actuellement en service, seront nommés d'office officiers de santé auxiliaires.

A l'expiration de leur première année de service (y compris le temps effectué en qualité d'aides-médecins militaires auxiliaires), ils seront nommés officiers de santé de 3e classe s'ils en sont jugés aptes. Ils prendront rang, pour cette nomination,

Voir la suite page XLVII-2203

PROPOS DU JOUR

La lutte antituberculeuse.

La déclaration obligatoire et la désinfection.— La réalisation de la coopération des dispensaires et des médecins praticiens dans la région montagneuse du département des Vosges.

La lutte antituberculeuse est toujours à l'ordre du jour. Elle est menée parfois, en certains points, avec méthode, mais le plus souvent d'une façon incohérente et désordonnée. Ainsi nous avons vu tout récemment la Chambre des députés voter brusquement et comme par surprise, une mesure que nous ne saurions qu'approuver en principe, la déclaration obligatoire de la tuberculose après décès ou à chaque changement de domicile du tuberculeux dans le but d'éviter la contagion par la désinfection des locaux. Mais nos députés n'auraient-ils pas mieux fait auparavant de s'enquérir s'il existait des procédés de désinfection pratiques et réellement efficaces et de s'assurer s'il leur était possible de mettre à la disposition des autorités sanitaires les moyens de les exécuter. En France il en est toujours ainsi ; l'on vote des lois sans se préoccuper de la possibilité de leur application ; on jette ainsi de la poudre aux yeux, tout en mettant la charrue devant les bœufs.

Si vraiment l'on dispose de moyens efficaces de désinfection, ce n'est pas seulement dans les cas de tuberculose que l'on devrait les appliquer mais chaque fois que dans une habitation il se produit un décès et chaque fois aussi que la demeure change d'habitants. Il n'y aurait ainsi aucune erreur à redouter ; la tuberculose serait combattue de façon beaucoup plus efficace et avec elle toutes les autres maladies transmissibles. Cette mesure pourrait être appliquée dans les villes. Nous sommes certain qu'éclairée par les médecins praticiens, la population se prêterait à ces mesures et consentirait même à en supporter les frais dans une juste mesure, à la condition bien entendu que la désinfection fût faite sérieusement avec tout le soin et toute la discrétion désirables. Reste à savoir si l'on dispose de moyens économiques de désinfection suffisants et pratiques ; nous laissons aux hygiénistes de carrière le soin de répondre à cette question.

***

En ce qui concerne la lutte antituberculeuse déjà entreprise, elle se continue avec plus ou moins de régularité et de succès selon les régions. Peut-être un jour pourra-t-on constater des résultats généraux appréciables ? Nous devons avouer qu'à l'heure actuelle, nous restons dans l'incertitude.

M. le Dr Rist, dans son livre sur la *Tuberculose* reproduit des plans de Paris et d'intéressants graphiques tendant à démontrer les résultats de l'activité de l'Office public d'hygiène sociale et du Comité national contre la tuberculose. Il interprète la statistique des décès en affirmant que la diminution de la mortalité à Paris depuis 1919, tient à l'action des dispensaires et il fait remarquer que les VIIIe et XVIe arrondissements, les deux régions les plus riches et les mieux aérées de Paris, n'ont pas vu diminuer le nombre des décès par tuberculose dans la même proportion que les autres arrondissements, parce que, jusqu'à une époque toute récente, leurs dispensaires moins actifs ne travaillaient pas en liaison avec l'Office public d'hygiène sociale.

Nous nous permettrons de donner une interprétation toute autre à ce fait que nous ne discutons pas, puisque M. Rist l'affirme, mais que notre très longue expérience de praticien qui ne s'est jamais désintéressé de la question de la tuberculose nous porte à considérer comme beaucoup plus vraisemblable. La mortalité par tuberculose a diminué dans les quartiers populeux et ouvriers de Paris, parce que la crise du logement, l'augmentation excessive du prix des chambres dans les hôtels meublés et la transformation de nombre de ces hôtels ont obligé les indigents ou les nécessiteux et beaucoup de familles ouvrières chez qui l'on compte le plus de tuberculeux, d'émigrer en province ou dans la banlieue. En outre un grand nombre de tuberculeux, hantés par l'idée qu'il ne leur est possible de guérir qu'à la campagne, vont y mourir. Ceci est absolument exact pour le Ve arrondissement de Paris où nous exerçons depuis 34 ans. Il est probable qu'il en est de même pour beaucoup d'autres arrondissements. Quant aux VIIIe et XVIe arrondissements dont la population ne compte pas d'indigents et fort peu de nécessiteux et d'ouvriers, les conditions ne sont guère changées pour eux

et le rôle des dispensaires avec ou sans liaison avec l'Office d'hygiène sociale, n'y est guère appréciable. Si la mortalité tuberculeuse y a faiblement augmenté, cela tient sans doute à l'accroissement de la population qui y séjourne et cela toujours à cause de la crise de l'habitation.

Ici, comme toujours, une statistique ne vaut que par son interprétation.

Nous ne prétendons pas que les dispensaires antituberculeux ne rendent aucun service. Loin de nous cette idée, et nous sommes persuadé qu'ils peuvent en rendre beaucoup s'ils conjugueut leurs efforts avec ceux des médecins praticiens.

Nous avons toujours défendu la thèse de la collaboration nécessaire des praticiens à l'action des dispensaires antituberculeux comme à tout service public de prophylaxie et d'hygiène. Cette collaboration, avec un peu de bonne volonté de part et d'autre, est possible et même facile. Nous sommes heureux d'en donner aujourd'hui un exemple. Nous ne nions pas l'utilité des infirmières visiteuses, nous prétendons même qu'elles sont indispensables ; mais elles ne sauraient en rien remplacer la collaboration du médecin praticien ; c'est une faute lourde, une grave erreur que d'avoir cru qu'elles pourraient suppléer les médecins traitants dans la lutte antituberculeuse et, si jamais il entrait dans l'esprit de quelqu'un de les opposer aux médecins praticiens, ce serait pis, ce serait une mauvaise action.

Il nous est tombé sous la main une brochure intitulée : *La lutte antituberculeuse dans les arrondissements de Saint-Dié et de Remiremont* (1922-1926) où M. le Dr L. TRIOLLET, médecin des dispensaires de la Fédération vosgienne d'hygiène sociale, expose les efforts qui ont été faits et les résultats qui ont été obtenus sous sa direction, dans ces deux arrondissements, avec un minimum de personnel, mais avec la constante collaboration du Corps médical. Les résultats sont des plus encourageants. Sans doute, le Dr Triollet ne considère pas l'œuvre qu'il a mise sur pied comme parfaite et sa tâche comme terminée, elle ne le sera jamais et la preuve qu'il en a conscience, c'est qu'il a mis en épigraphe sur la première page de sa brochure ce vers de Lucain :

Nil actum credens, dum quid superesset agendum.

N'empêche que la lutte antituberculeuse est méthodiquement organisée dans la région vosgienne de Saint-Dié et de Remiremont et peut, dans une certaine mesure être, donnée en exemple

***

Les arrondissements de Saint-Dié et de Remiremont constituent la partie montagneuse du département des Vosges et cette région est formée par le versant occidental du massif vosgien s'étendant du Donon (alt. 1.008 m.) au Ballon d'Alsace (1.245 m.) en passant par le Hohneck (1.361 m.). Le point le moins élevé (Raon-l'Etape 291 mètres d'altitude) diffère donc de 1.070 mètres avec le sommet le plus élevé. Le climat y est dur, analogue à celui du Canada ou des pays scandinaves. Il constitue un climat qui est propice au développement et à l'aggravation de la tuberculose. Les écarts extrêmes de la température dans l'année sont de 49°. Il n'est pas rare d'observer des variations brusques de 8° à 15° qui se produisent dans une heure d'intervalle. Il y pleut trois fois plus qu'à Paris. La neige y séjourne longtemps, pendant 208 jours par exemple à Gérardmer. Le climat vosgien est donc instable et rigoureux et c'est une erreur très regrettable que d'y envoyer des tuberculeux sous le prétexte de leur faire respirer les émanations des sapins. La région de Saint-Dié-Remiremont est forestière et industrielle. L'arrondissement de Remiremont compte environ 79.000 habitants ; celui de Saint-Dié 98.000.

L'industrie n'est pas confinée dans les villes ; elle consiste dans l'exploitation de carrières de granit, de scieries, de fonderies, de papeteries. L'industrie textile occupe 11.000 ouvriers à Remiremont, 16.000 à Saint-Dié ; 50 à 60 % de la population qui fréquente les dispensaires antituberculeux sont formés par les ouvriers de ces industries.

La population est aisée, généralement bien logée dans les centres industriels, situés dans la campagne, indiscutablement mieux que dans les villes. Il est regrettable que le travail soit organisé de façon à ce que deux équipes, faisant 8 heures de travail consécutives, se succèdent. Il est encore fort regrettable qu'on admette dans les usines des enfants de 13 ans. Bien que moins développé qu'avant la guerre, l'alcoolisme sévit encore dans cette population.

Ces renseignements ont une importance de premier ordre pour l'organisation de la lutte antituberculeuse.

Trois dispensaires servent de centres à la prophylaxie antituberculeuse de cette région. Ils sont installés à Saint-Dié, à l'hôpital depuis le 7 février 1922, à Remiremont, dans une maison aménagée dans ce but, depuis le 19 mars 1922

enfin à l'hôpital de Raon-l'Etape depuis le 1er décembre de la même année. Les trois dispensaires sont dirigés par un médecin spécialisé, nommé au concours sur titres et ne faisant pas de clientèle. A chaque dispensaire est attachée une infirmière visiteuse diplômée et une infirmière auxiliaire. Les dispensaires, qui sont du type Calmette, ne sont pas des policliniques, l'on n'y délivre ni ordonnance, ni prescription thérapeutique. Ce sont uniquement des centres de préservation et d'éducation sociale.

Ces dispensaires dépendent chacun d'une Société d'hygiène sociale pour Remiremont et Saint-Dié et à la Société de Saint-Dié est rattaché le Comité d'hygiène sociale du canton de Raon-l'Etape. Ces sociétés sont fédérées. Elles forment donc un organisme autonome, privé, non administratif, en liaison avec les services de la préfecture, répondant à la modalité prévue par la loi du 15 avril 1916. Ces sociétés sont organisées surtout par les industriels de la région qui les entretiennent et fonctionnent sous la présidence d'un des plus distingués d'entre eux, M. Juillard-Hartmann.

Le dispensaire antituberculeux comprend d'abord une salle d'attente, où des affiches et des brochures indiquent nettement son caractère. Le consultant apprend, s'il ne le sait déjà, que l'établissement a pour but de l'avertir le plus exactement possible de la cause de sa maladie, de préserver son entourage, mais qu'il ne recevra aucun secours en argent, ni en nature, ni aucune ordonnance médicale. Il devra pour être soigné recourir au médecin de sa famille.

De la salle d'attente, le consultant passe au bureau de l'infirmière visiteuse qui dresse une fiche de renseignements, rédigée d'après le modèle du Comité Rockeffeller, puis il gagne la cabine de déshabillage où il se met nu jusqu'à la ceinture et enfin entre dans le cabinet du médecin où ce dernier procède à un examen clinique complet et à une investigation radiologique. Si le malade expectore, des crachats sont recueillis et envoyés au laboratoire départemental de bactériologie, où le directeur, M. le Dr Moitron, inspecteur départemental d'hygiène, les examine et communique le résultat de ses recherches au médecin du dispensaire. Le malade est alors pourvu d'un crachoir de poche. Reconnu tuberculeux, le consultant est pris en charge par le service social. L'infirmière visiteuse se rend à son foyer, l'inspecte, indique les précautions qui peuvent y être prises. S'il y a lieu, le Comité d'assistance intervient pour faciliter le placement dans un sanatorium et subventionne le tuberculeux pour lui permettre de s'assurer un séjour suffisant au sanatorium.

Les dispensaires ne font aucune propagande. Les malades suspects de tuberculose y vont spontanément ou renseignés par d'anciens malades qui ont eu recours à leurs services. Le plus souvent ce sont les médecins traitants qui leur conseillent de s'y rendre et les y adressent. Au dispensaire de Raon-l'Etape, 71 pour 100 des malades ont été envoyés par leurs médecins. Le médecin des dispensaires a d'ailleurs rendu visite à chaque confrère de la région, lui a exposé comment il comprenait son rôle, l'appui qu'il escomptait de sa part. Il l'a prévenu qu'il remettrait à chaque malade qui se rendrait au dispensaire une fiche indiquant le résultat de l'examen (auscultation, radiologie et bactériologie) et qu'il insisterait pour que cette fiche fut communiquée au médecin traitant. Les médecins praticiens apprécient beaucoup cette manière de faire ; ils sont heureux de recevoir la communication des fiches et une confiante cordialité règne dans les rapports du Corps médical et du personnel des dispensaires.

D'ailleurs les Sociétés d'hygiène sociale se font un devoir de seconder les médecins dans leur tâche. A leur demande, elles s'occupent des placements des malades, procurent du vaccin antituberculeux, se chargent de toutes les démarches administratives. Il en résulte une collaboration harmonieuse du praticien et du dispensaire qui seule permet d'aboutir à des résultats efficaces et concrets.

Les placements en sanatorium se font toujours avec l'agrément du médecin traitant qui ne l'a d'ailleurs jamais refusé. Ces placements sont en progression constante. Aussi pour Remiremont 15 % des malades ont été placés en 1922, 24 % en 1923 et 32 % tous les ans depuis 1924. Ces placements exigent des démarches dans les mairies, auprès des patrons, auprès de l'Office départemental pour les pupilles de la nation, démarches qui rebuteraient les familles si le dispensaire ne s'en chargeait pas. Le Comité d'assistance décide d'urgence la part qu'il prend aux frais de la cure et tout ceci se fait en hâte pour permettre au malade de bénéficier du sanatorium le plus tôt possible pendant qu'il est encore curable.

Le département des Vosges dispose de 45 lits de sanatorium pour ses tuberculeux à Seyssel près de Vienne, à Piguelin près de Nevers, à Tronget près de Moulins, à Angeville près de

◆◆

Nantua. Il a encore envoyé des malades à Berck, à Pen-Bron (Loire-Inférieure), à Bidart (Basses-Pyrénées), à Courmettes (Alpes-Maritimes), à Ormesson (Seine), à Mardor (Saône-et-Loire), à Odeillo (Pyrénées-Orientales), à Lay-Saint-Christophe (Meurthe-et-Moselle). Les sociétés d'hygiène sociale restent en liaison avec les sanatoriums et leurs délégués font dans la mesure du possible des visites aux malades placés, ce qui leur montre qu'on s'occupe toujours d'eux et produit sur eux un excellent effet moral.

Il faut déplorer le nombre de lits insuffisants dans les sanatoriums en France et à ce sujet nous croyons utile de reproduire textuellement ici un passage du rapport du Dr Triollet :

« Mais il faut bien reconnaître que depuis 1925, nous éprouvons des difficultés sans cesse croissantes pour le placement de nos malades : en effet, alors que le nombre des dispensaires s'est accru avec une très grande rapidité, dépistant ainsi un nombre de plus en plus considérable de malades à placer, le nombre des sanatoriums s'accroît avec une extrême lenteur, d'où embouteillage à peu près constant et délais d'admission de plus en plus longs. *Il serait à souhaiter que l'Etat exige désormais des nombreuses œuvres antituberculeuses qu'il subventionne, parfois très largement, la fondation obligatoire de plusieurs lits de sanatoriums ; et que le Comité national de défense contre la tuberculose consacre une partie de ses ressources budgétaires considérables provenant des subventions qu'il reçoit et du pourcentage qu'il prélève sur la vente du timbre antituberculeux, à la fondation de sanatoriums, comme cela se fait à l'étranger et notamment au Danemark.*

Dans les Vosges, grâce à la générosité des industriels répondant à l'appel lancé par le Président de la Fédération vosgienne, M. Juillard-Hartmann, 240.000 francs ont été recueillis en moins d'un mois permettant la fondation immédiate de 22 lits au sanatorium de Lay-Saint-Christophe.

Cette contribution volontaire a été particulièrement précieuse dans un moment où les difficultés de placement étaient critiques ; elle nous permet d'attendre que le Conseil général des Vosges, conformément à la loi du 7 septembre 1919, ait terminé l'étude de la question du placement des malades vosgiens en sanatorium. A ce sujet, nous avons remis à la Fédération vosgienne et à la préfecture des Vosges deux rapports dont la rédaction a nécessité une copieuse documentation par correspondance et sur place, dans toute la région de l'Est et du Sud-Est ; nous souhaitons que ces travaux puissent contribuer à la solution du problème. »

M. le Dr Triollet est donc du même avis que nous. Il est beau de multiplier les dispensaires, mais il faut en même temps mettre à leur disposition les moyens de remplir efficacement le but pour lesquels ils sont créés et nous sommes surpris que le Comité national de défense contre la tuberculose ne consacre pas une partie de ses ressources budgétaires qui sont, paraît-il, considérables, à la fondation de sanatoriums.

Des préventoriums ont été organisés pour les enfants, notamment par M. Constant Vernot, député et conseiller général de Sénones et par Mlle Marcelle Ferry à Ormont, près Saint-Dié.

M. Lesmayous, inspecteur départemental, s'occupe d'autre part avec une grande compétence et un complet dévouement du placement familial. Un camp de vacances a été créé en outre à Rupt-sur-Moselle et fonctionne avec succès depuis plusieurs années.

Il est bon d'indiquer quelques résultats obtenus. Sur 59 malades à crachats bacillifères, tuberculeux avancés placés sur les instances pressantes de leurs familles, sur lesquels on a enquêté deux ans après leur retour dans les Vosges : 22 sont décédés, 31 sont améliorés mais restent avec expectoration bacillifère, 6 sont plus notablement améliorés et ne crachent plus de bacilles.

Deux ans après le retour du sanatorium les résultats obtenus pour tous les tuberculeux sont les suivants : 65 % ont pu reprendre leur travail absolument comme avant leur cure ; 21 % ont pu reprendre partiellement leur travail ; 14 % restent incapables de travailler.

Il est vrai que les Sociétés d'hygiène sont intervenues auprès des industriels pour faciliter la reprise progressive du travail et améliorer les conditions dans lequel ce dernier doit être effectué par les malades sortant du sanatorium et souvent le médecin traitant intervient de concert avec le médecin du dispensaire. Aussi l'on a pu obtenir la continuation d'une cure comme au sanatorium après le repas de midi.

Enfin les sociétés donnent des vêtements, prêtent des lits, veillent à la désinfection des habitations surtout après les décès et dans la mesure du possible poursuivent un meilleur aménagement des locaux notoirement insalubres.

Dans les trois hôpitaux de la région, les sociétés ont obtenu la création de salles d'isolement pour les tuberculeux. Des appareils pour

pratiquer le pneumothorax artificiel ont été fournis par leurs soins. Enfin elles s'occupent encore spécialement, ainsi que le médecin des dispensaires, des tuberculeux de guerre.

Les sociétés d'hygiène sociale des arrondissements de Saint-Dié et Remiremont voient leur œuvre de prophylaxie complétée par l'organisation de l'inspection médicale des écoles, par la création d'une école de plein air pour les enfants débiles de Remiremont, par l'ouverture de nombreuses classes de plein air et du camp de vacances que nous avons déjà signalé.

Enfin ces sociétés depuis 1926 s'efforcent de vulgariser dans les familles de tuberculeux l'emploi du vaccin B. C. G. de Calmette pour les nouveau-nés et mettent ce vaccin à la disposition des médecins praticiens.

Nous emprunterons pour terminer à la brochure de M. le Dr Triollet le passage suivant de ses conclusions :

« Les dispensaires ont maintenant conquis le droit de cité dans les arrondissements. Sans propagande d'aucune sorte auprès du grand public, ils sont maintenant connus dans tous les villages : ce sont généralement les anciens malades, spécialement ceux revenus de sanatorium, qui font connaître à leur entourage l'intérêt que présente pareille œuvre.

Mais c'est surtout grâce à l'action de nos confrères médecins praticiens que nous pouvons enregistrer pareils résultats ; dans ces arrondissements où règnent l'entente et l'harmonie entre les dispensaires et nos confrères, on peut se rendre compte, ainsi que nous n'avions cessé de l'affirmer, que la méthode de lutte antituberculeuse véritablement efficace est celle qui se base sur un appui mutuel et une confiance réciproque des praticiens et des Sociétés d'hygiène sociale.

C'est en laissant au médecin du dispensaire le soin de s'entendre directement avec ses confrères et en ne lui contestant pas la direction exclusive de son service technique que l'on évite sûrement de regrettables malentendus entre praticiens et dirigeants non médecins d'œuvres antituberculeuses. C'est en tout cas la formule qui a été adoptée par les Sociétés d'hygiène sociale précitées pour le plus grand bien de leur développement.

Telle est, en résumé, l'histoire de nos trois dispensaires.

Pour être plus complet, il faudrait aussi mentionner la liaison que nous avons établie entre nos Sociétés et différents organismes d'Etat, départementaux et privés : service de l'Instruction publique, service de l'Education physique, Mutuelle antituberculeuse de l'Enseignement, Comité départemental du Sanatorium des Cheminots, groupements de mutilés, Centre de Réforme de Nancy, Conseils de revision, Centre de triage des tuberculeux de l'armée du Rhin, Comité interministériel des plantes médicinales, etc., sans oublier la liaison qui existe avec les autres dispensaires de la Fédération et nombre d'organisations départementales antituberculeuses. Mentionnons enfin la liaison que nous avons établie avec la Fédération nationale italienne de lutte contre la tuberculose, pour le rapatriement des tuberculeux italiens et pour la diffusion dans les familles transalpines, vivant dans les Vosges, de brochures de conseils d'hygiène, rédigées en italien.

Nous nous sommes efforcés d'étendre sans cesse nos relations avec tous les groupements auxquels nos Sociétés pouvaient être utiles estimant cet effort indispensable en vue de leur assurer un meilleur rendement ».

Nous ne connaissons M. le Dr Triollet que par la lecture de ses intéressants rapports, mais nous le remercions vivement d'avoir donné la démonstration expérimentale et indiscutable de la possibilité de la collaboration des médecins praticiens et des dispensaires. Nous avons toujours considéré ici cette collaboration comme la seule solution pratique possible du problème de l'organisation de la prophylaxie et de l'hygiène publique dans notre pays. Malgré les résistances administratives et autres, il se trouvera de plus en plus des hommes de volonté et de bonne volonté qui, à l'exemple de M. le Dr Triollet multiplieront les expériences et une fois, la vérité en marche, il faudra bien la suivre et tous devront s'incliner.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

Au moment même où nous donnions le bon à tirer de cet article, nous avions le chagrin d'apprendre la mort imprévue et prématurée de notre distingué collaborateur et ami, le Dr DUBREUIL-CHAMBARDEL. Les lecteurs du *Concours médical* ont pu apprécier la valeur de confrère qui disparaît à l'heure où il allait donner toute sa mesure. Professeur d'anatomie à l'Ecole de Tours, professeur suppléant à l'Ecole d'anthropologie, ancien président de la Société d'Anthropologie de Paris, élève de Le Double, dont il avait entrepris de compléter les recherches sur les variations des organes et notamment du système artériel, DUBREUIL-CHAMBARDEL laisse un nom dans l'histoire de l'Anatomie et sa perte sera vivement ressentie par tous ceux qui ont eu l'avantage de le connaître et qui ont pu l'apprécier.

J. NOIR.

MORPHOLOGIE CLINIQUE

Les agénésies costales,

Par le Dr DUBREUIL-CHAMBARDEL (de Tours).

L'agénésie costale est une variation qui n'est pas exceptionnelle ; elle entraîne toute une série de complications cliniques graves, c'est ce qui rend utile son étude.

Nous avons déjà parlé du syndrome clinique déterminé par l'agénésie de la première côte (voir *Le Concours médical*, 1926, p. 282), nous n'y reviendrons pas ici, voulant dans cet article faire un tableau des agénésies des autres côtes.

***

L'agénésie costale n'est jamais complète ; elle est partielle, mais peut présenter deux modalités.

Tantôt c'est l'extrémité antérieure de la côte qui fait défaut, avec son cartilage, et la côte est unie au sternum par un trousseau fibreux.

Tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, il manque une portion plus ou moins grande de la côte. Celle-ci est représentée par ses deux extrémités osseuses, reliées l'une à l'autre par un tractus fibreux. La portion manquante est généralement dans la moitié antérieure de la côte ; sa longueur dépasse rarement quelques centimètres, mais a été vue atteindre jusqu'à dix ou quinze centimètres.

Une variété d'agénésie costale est la fusion de deux côtes dans un cartilage commun.

La disposition costale est unilatérale ; nous ne l'avons jamais constatée des deux côtés.

L'anomalie ne siège jamais au niveau de l'articulation chondro-sternale, ni au niveau de l'articulation costo-chondrale ; il ne s'agit donc pas ici de troubles articulaires.

Il semble que cette disposition anormale se rencontre avec une fréquence égale dans le sexe féminin et le sexe masculin.

Elle n'a toujours été observée jusqu'ici que d'un seul côté du thorax.

L'anomalie peut n'intéresser qu'une seule côte.

Mais d'ordinaire elle intéresse plusieurs côtes successives. Dans l'observation de Vielle et dans celle de Reverdin, elle siégeait aux 3e et 4e côtes ; dans celle de Sabrazès, aux 3e, 4e et 5e ; dans celle de Gage aux 6e, 7e, 8e, 9e et 10e ; dans celle de Ranzi, aux 2e, 3e, 4e, 5e et 6e ; dans une autre du même ,aux 8e, 9e et 10e ; dans celle de Durnerin, aux 2e, 3e, 4e et 5e ; dans celle de Frœhlich aux 4e, 5e et 6e ; dans celle de Dubreuil, aux 2e, 3e, 4e et 5e ; dans celle de Coulon et dans celle de Lannois aux 2e, 3e et 4e.

Dans trois observations personnelles, nous notons le siège de l'anomalie au niveau des 2e, 3e et 4e ; des 3e, 4e, 5e et 6e ; des 2e, 3e, 4e et 5e côtes.

Comme on le remarque, dans toutes ces observations quand l'agénésie costale intéresse plusieurs éléments, la première côte est toujours complè ; tec'est ce qui nous permet d'opposer le syndrome clinique de l'agénésie de la 1re côte, au syndrome clinique de l'agénésie des autres côtes.

La paroi thoracique.

L'espace pariétal correspondant à l'agénésie costale est évidemment variable suivant le nombre des côtes intéressées et suivant la longueur de côte manquante. Rarement il conserve sa constitution anatomique normale.

Agénésies musculaires. — Les muscles intercostaux manquent au niveau de cet espace. Ils

sont remplacés par une membrane fibreuse. Cette membrane est souple et dépressible sous le doigt; elle se distend ou se rétracte au moment des mouvements respiratoires ; quand elle siège à gauche, elle est soulevée par les mouvements du cœur, dont on peut facilement, à travers cette mince cloison, suivre le rythme des contractions. Cette membrane est pauvre en vaisseaux artériels et en filets nerveux.

Il est presque constant de noter la coïncidence de l'absence des muscles de la paroi thoracique au niveau de l'agénésie costale. Il s'agit le plus ordinairement de l'absence des faisceaux sternaux et costaux du muscle grand pectoral ; de l'absence totale du muscle Petit pectoral ; au muscle Grand dentelé manquent les digitations correspondant aux côtes incomplètes.

Le muscle scalène postérieur fait défaut lorsque la seconde côte est incomplète.

Les agénésies musculaires unilatérales créent un déséquilibre statique et dynamique de la cage thoracique dont nous verrons les conséquences plus loin.

La peau. — La peau au niveau de l'agénésie costale présente quelques modifications ; elle est plus mince ; nous l'avons vue dépourvue de poils ; Sabrazès a constaté l'absence du mamelon, nous avons fait une fois la même remarque.

On note d'ordinaire une asymétrie des mamelons qui ne sont pas situés sur une même ligne horizontale.

Asymétries thoraciques. — Dans son ensemble l'hémithorax où siège la variation est sensiblement moins développé que l'autre ; sa voussure n'est pas régulière ; il est comme aplati au niveau de l'agénésie costale.

La malformation devient plus évidente encore lorsqu'on fait exécuter des mouvements respiratoires profonds. Aussi le diagnostic d'une telle disposition est d'ordinaire facile.

Et cependant ces agénésies costales peuvent n'entraîner aucun trouble physiologique et certains sujets qui en sont porteurs n'ont jamais remarqué leur état anormal. Plusieurs des observations qui ont été publiées ont été des trouvailles d'autopsie sur des malades dont l'anomalie n'avait pas attiré l'attention des médecins ou des chirurgiens qui les avaient soignés dans les services d'hôpital.

Sur une pièce anatomique conservée dans le Musée de l'Institut anatomique de la Faculté de médecine de Varsovie et préparée par le prof. Loth, on constate à gauche l'agénésie des 2e, 3e, 4e et 5e côtes et le vaste espace compris entre l'extrémité des côtes et le sternum est occupé par une assez mince et souple membrane fibreuse. Les muscles intercostaux s'arrêtent a niveau des extrémités des côtes. Il y avait agénésie des pectoraux et du dentelé. La membrane fibreuse semble peu vascularisée et montre des renforcements ayant l'aspect de ligaments allant de l'extrémité de la seconde côte jusqu'au sternum, et de l'extrémité de la cinquième côte jusqu'au cinquième cartilage costal. L'asymétrie est très nette entre les deux côtés du thorax.

L'observation de Nicolaef (*Presse médicale*, 24 sept. 1924) est particulièrement intéressante. Elle concerne un garçon de 11 ans présentant une asymétrie du thorax très manifeste, par formation au-dessous de la clavicule droite d'une excavation profonde. De ce côté les deuxième et troisième côtes sont incomplètes et leurs cartilages font défaut ; le muscle Grand pectoral manque en totalité (ce qui est une rareté), ainsi que le muscle Petit pectoral. L'omoplate par suite fait une saillie très accusée. Au fond de l'excavation on sent une membrane résistante. Les deux mamelons sont asymétriques, le droit se trouvant à 15 millimètres plus haut que le gauche. Pendant les mouvements d'expiration forcée le poumon soulève le fond de l'excavation, et celle-ci est comblée par une tumeur globuleuse qui est une pneumocèle. Nicolaef note une légère atrophie du membre supérieur droit, une moindre force musculaire du bras droit, une amplitude moins grande des mouvements du même côté, mais ces désordres sont la conséquence de l'agénésie musculaire et non de l'agénésie costale.

Morphogénie. — Plusieurs observateurs ont insisté sur ce fait que les sujets présentant cette anomalie costale étaient vigoureux et adonnés à des métiers fatigants. Leur taille, leur développement général étaient réguliers. Plusieurs n'avaient aucun passé pathologique et on ne rencontrait chez eux aucun autre trouble ou variation congénitale.

Quant à expliquer la morphogénie de cette disposition, la chose est peu aisée et nous échappe encore.

Faut-il invoquer une intoxication générale telle que la syphilis, la tuberculose ? L'examen des observations ne nous incite pas à nous arrêter à cette hypothèse.

Legendre, dans sa thèse, admet la théorie d'un arrêt de développement. Mais quelle serait la cause de cet arrêt de développement ? Un traumatisme intra-utérin ? Seul Frœhlich signale une chute faite par la mère du sujet qu'il observa au quatrième mois de sa grossesse. Dans les cas que nous avons observés nous-mêmes, de tels traumatismes n'ont pas eu lieu.

Quant à parler de stigmate de déchéance physique, ou de signe de dégénérescence, ce sont là purs verbalismes qui n'ont plus cours.

Conséquences cliniques.

Deux complications graves peuvent accompagner les agénésies costales. C'est, d'une part, la

→→→

scoliose et d'autre part la *pneumocèle.* Nous devons les décrire avec détails.

I. Scoliose. — Nous avons noté que dans les cas d'agénésie costale la musculature thoracique était profondément modifiée.

D'abord le système complexe des muscles intercostaux fait défaut dans les espaces correspondant à l'absence des côtes ; il est remplacé par une membrane fibreuse.

Ensuite les muscles grand et petit pectoraux, grand dentelé, scalène manquent en totalité ou en partie du côté agénésié.

L'équilibre musculaire de la cage thoracique est donc grandement compromis ; il va en résulter une incurvation de la colonne vertébrale du côté où siège la malformation.

La plupart des auteurs ont signalé la coïncidence d'une scoliose avec le trouble costal.

Dans une observation, Gage a noté que cette scoliose avait été remarquée par les parents dès l'âge de cinq ou six ans et s'était aggravée considérablement au moment de la puberté. Dans le cas de Sabrazès, la scoliose avait tendance à s'aggraver rapidement et commanda le port d'un appareil orthopédique.

Dans nos trois cas personnels, la scoliose était très nette.

Nous avons donc là un exemple de scoliose de nature congénitale entrant dans le groupe des scolioses dynamiques, c'est-à-dire consécutives à des asymétries dans la musculature du tronc et au déséquilibre fonctionnel qui en résulte, surtout dans les mouvements respiratoires et dans la station debout.

II. Pneumocèle. — La *pneumocèle* est une hernie du poumon à travers les parois thoraciques ou le diaphragme. Cette hernie peut survenir à la suite d'un traumatisme ayant déterminé une plaie du thorax, c'est le cas le plus habituel, nous ne nous en occuperons pas ici ; mais elle peut être congénitale et est alors la conséquence d'un vice de conformation du thorax (fissure du sternum, absence de cartilages costaux, agénésie costale). Nous ne nous occuperons ici que de la pneumocèle liée à une agénésie costale.

Il est rare que la pneumocèle soit reconnue dès la naissance. Elle s'installe d'ordinaire peu à peu et pour ainsi dire à l'insu du malade. Ce n'est que dans quelques cas qu'elle est apparue brusquement à la suite d'efforts prolongés ou violents de toux.

La hernie du poumon se fait au niveau de la côte agénésiée, et le poumon soulève la membrane fibreuse qui, comme nous l'avons vu, remplace le système musculaire intercostal ; elle est favorisée d'ordinaire par l'absence des muscles Pectoraux ou Grand dentelé.

La pneumocèle est proportionnée aux dimensions que présente l'agénésie costale, cependant certaines agénésies intéressant plusieurs côtes successives ne donnent lieu qu'à des pneumocèles de petit volume.

La tumeur ainsi formée est sphérique ou ovoïde et dans ce dernier cas elle peut être divisée en deux tumeurs secondaires par suite de la production des brides fibreuses que nous avons vues unir les fragments des côtes.

Cette pneumocèle, à la palpation, a une consistance rénitente et élastique.

A la percussion, elle est sonore, d'une sonorité plus nette que celle du thorax, moins prononcée que celle de l'abdomen.

A l'auscultation, elle fait entendre les bruits pulmonaires. Parfois, et ceci est alors pathognomonique, l'auscultation combinée avec la palpation permet de trouver la crépitation.

La pneumocèle présente des variations de volume en rapport avec les mouvements respiratoires. Pendant l'inspiration elle grossit et devient saillante ; les profondes inspirations lui font acquérir parfois un volume considérable. Pendant l'expiration au contraire la pneumocèle décroît et ne forme plus saillie. Les quintes de toux accentuent la voussure de la tumeur.

La pneumocèle n'est le plus souvent accompagnée d'aucun phénomène douloureux, ni d'aucune gêne de la respiration.

Mais une complication qui a été notée est l'adhérence de la plèvre à la paroi membraneuse du thorax au niveau de la pneumocèle.

Dans une de nos trois observations personnelles il y avait en plus de ces adhérences pleurales, des lésions de tuberculose pulmonaire localisées dans la portion du poumon correspondant, l'agénésie costale.

Il semble donc que la malformation costale soit une cause prédisposante de la tuberculose pulmonaire ou pleurale.

* * *

Conclusions

Comme on en peut juger, le tableau clinique des agénésies cotales que nous venons de décrire est tout à fait différent de la symptomatologie de l'agénésie de la première côte. Nous ne retrouvons ici ni les signes douloureux ou moteurs dus à des compressions nerveuses, ni les troubles vasculaires ou sympathiques, qui accompagnent d'ordinaire l'anomalie du premier élément costal.

La pneumocèle n'apparaît pas dans les troubles anomaliques de la première côte.

Dans les deux cas il existe une scoliose liée à des agénésies musculaires concomitantes qui amènent un déséquilibre dans la statique et la dynamique du thorax, mais dans l'agénésie de la première côte c'est le muscle scalène antérieur qui manque et la scoliose est cervico-thoracique ; dans l'agénésie des autres côtes ce sont les pectoraux et le dentelé qui font défaut et la scoliose est thoracique.

CLINIQUE MÉDICALE

Traitement du rhumatisme chronique.

D'après une leçon du professeur F. Bezançon (1)

En présence d'un rhumatisme chronique, le premier devoir du médecin est d'abord de chercher à établir, s'il le peut, l'étiologie : gonococcie ? tuberculose ? syphilis ? goutte ? origine endocrinienne ? Si les réactions biologiques donnent une certitude, on pourra utiliser un vaccin antigonococcique, une médication de choc, un traitement antisyphilitique, ou, s'il s'agit de rhumatisme tuberculeux, les rayons ultra-violets, la cure de soleil, etc. Si l'on soupçonne une manifestation goutteuse, on donnera immédiatement le colchique, qui va devenir une véritable pierre de touche. M. Robert Clément (*Presse médicale*, 1926) insiste sur les communications du Congrès de Bath : les médecins anglais attachent une grande importance, dans l'étiologie du rhumatisme chronique, aux amygdalites, adénites et lésions dentaires, et aux lésions endocriniennes ; ils classent les rhumatisants selon le type maigre ou le type gras, etc. Certains rhumatismes sont liés aux troubles menstruels, à la castration prématurée par les rayons X ou par l'ablation des ovaires. D'autres rentrent dans l'hypothyroïdie ou l'hyperthyroïdie. Le métabolisme basal renseignera à ce sujet. Les hyperthyroïdiens ont un métabolisme exagéré. On vous a présenté une femme qui est en état de basedowification d'un ancien goitre et qui, actuellement, à l'époque de la ménopause, a présenté des manifestations articulaires assez violentes pour que les chirurgiens aient cru à une tumeur blanche et l'aient immobilisée dans le plâtre. Il faut faire jouer un rôle aux phénomènes protéiniques. Avec MM. Weil, Bernard, etc., nous avons insisté sur les poussées arthralgiques douloureuses aiguës, mais il est probable qu'il y a des poussées du même genre et qui durent. Je vous ai signalé cette observation curieuse de la thèse de M. Miquel, dans laquelle un malade a présenté alternativement de l'urticaire et des phénomènes de rhumatisme qui se sont installés d'une façon chronique. Or, un vaccin à point de départ intestinal a eu pour résultat de le débarrasser, selon la méthode de Danys, à la fois de son urticaire et de son rhumatisme chronique.

Grâce surtout aux recherches de MM. Jean Dalsace, dans le service du professeur Lévy-Solal, Leriche, Guillaumin, on a pu se rendre compte des phénomènes de décalcification et de déphosphatisation. Récemment, M. Lecène a observé, à la suite de la castration, des phénomènes d'ostéoporose aboutissant à des fractures spontanées dans un cas, et, au contraire, dans l'autre, la production d'une véritable tumeur à myéloplaxes. D'après MM. Policard et Leriche, les phénomènes de décalcification seraient souvent les premiers en date. Les phénomènes de surproduction osseuse ne seraient souvent que secondaires.

Il est très intéressant de savoir si le rhumatisme est généralisé ou localisé, s'il touche l'état général et produit de la fièvre. Y a-t-il simplement arthralgie, c'est-à-dire l'articulation est-elle exclusivement douloureuse, sans tuméfaction de la jointure, sans tuméfaction des parties molles, avec ou sans tuméfaction osseuse ? Déjà l'examen de l'articulation nous le montrera, mais la radiographie nous le montrera beaucoup mieux.

Le salicylate de soude peut être considéré dans certains cas comme un médicament non pas seulement analgésique, mais pouvant avoir une vertu curative ; d'abord dans certains états de goutte, un certain nombre d'auteurs continuent à préconiser l'emploi du salicylate de soude en dehors même des crises, comme médicament éliminateur de l'acide urique. D'autre part, il y a des cas où le rhumatisme chronique peut être produit chez un ancien rhumatisant aigu. Cette forme pourrait dans certains cas se rattacher à l'étiologie inconnue du rhumatisme articulaire aigu, et par conséquent dans ces cas il pourrait y avoir intérêt à continuer à traiter ces malades par le salicylate de soude, de même que certains auteurs ont proposé de traiter le rhumatisme cardiaque évolutif ou les lésions cardiaques chroniques par le salicylate de soude donné régulièrement.

Parmi les médicaments réputés pour le traitement du rhumatisme articulaire chronique, il en est un surtout qui a une vogue très ancienne et qui a toujours conservé la faveur des malades et des médecins, c'est l'iode. Les anciens auteurs déjà préconisaient l'iode, surtout sous la forme d'iodure, et donnaient systématiquement, 3 semaines par mois, aux rhumatisants, anciens 1 gramme d'iodure chaque jour. Nous avons beaucoup plus peur que les anciens de la médication par les iodures. Ses inconvénients sont réels. Les anciens cliniciens, pour les éviter, associaient à l'iodure le bicarbonate de soude. On donnait volontiers 6 grammes de bicarbonate de soude par jour pour un gramme d'iodure de potassium. On a pensé qu'on pourrait diminuer

(1) Leçon faite le 3 juin 1927 à l'hôpital Saint-Antoine, recueillie par le Dr Laporte.

les ennuis de l'iodisme en associant à la médication par l'iode les extraits de levure. Je crois pour ma part que cette association à l'iodothérapie de la levure de bière sous diverses formes qu'on trouve dans les spécialités, empêcherait les accidents d'iodisme.

Ceci est important, parce que l'iodure est un médicament admirable dans nombre de cas, et que nous n'utilisons pas assez, à cause des accidents d'iodisme, accidents du reste diminués avec les iodures préparés d'une façon spéciale, avec les iodures cristallisés. Il semble que, pour agir sur le rhumatisme chronique, il soit nécessaire de prolonger la médication une vingtaine de jours par mois, avec interruption de 10 jours, et ainsi pendant de longs mois.

L'iodure est souvent très mal toléré, son ingestion aboutit facilement à des troubles digestifs, de sorte qu'on a préconisé les injections d'huile iodée, d'iode injectable, etc. On a supposé que l'iode avait une action bienfaisante sur la nutrition. M. Henrijean aurait vu, à la suite de l'emploi de l'iode, une désassimilation plus active et des excès d'acide urique passer dans les urines.

L'iode joue-t-il un rôle excitateur de la fonction thyroïdienne ? Je le crois. Il joue aussi un rôle résolutif. Les anciens disaient que l'iode agit sur la lymphe interstitielle et facilite la résorption. L'iode soit en ingestion, soit en injection, améliore notablement certaines arthrites chroniques extrêmement rebelles et voisines du stade d'ankylose.

Il y a longtemps que la sagesse populaire conduit les malades atteints de phénomènes douloureux aux eaux thermales sulfureuses. La vogue de ces eaux remonte aux Romains. Le soufre est un élément pour ainsi dire fondamental de la molécule, certaines cellules ou certains tissus contiennent particulièrement du soufre : les glandes à mucus de la trachée et des bronches, le tissu articulaire, et enfin la peau. Certains ont dit que dans les maladies de ce genre il y a une carence sulfurée. En apportant du soufre, nous permettons aux malades de s'améliorer. Il est possible que ce soit là une part de la vérité. Le soufre agirait peut-être sur la nutrition.

M. Flurin a montré le rôle important du soufre dans les oxydations. Le foie est un des organes qui fixent le soufre. On trouve du soufre dans la bile, et par conséquent dans le métabolisme des substances quaternaires, où le foie joue un rôle si important : il est possible qu'il y ait là encore un point digne de fixer l'attention ; si bien qu'on arriverait à cette notion que souvent le soufre agirait comme stimulant général de la nutrition, comme corps oxydant, et par conséquent pourrait avoir quelque chose de comparable à l'iode. Depuis les travaux de Bayard, on a préconisé le soufre colloïdal. M. Loeper a préconisé les injections intraveineuses de soufre colloïdal dans le rhumatisme ; ce traitement réussit dans les formes douloureuses avec tuméfaction articulaire pouvant rentrer dans le rhumatisme du type goutteux ou endocrinien. Certains auteurs ont préconisé l'association de l'iode et de l'arsenic.

Nous avons vu que dans certains cas il y a des lésions et des douleurs osseuses, rattachables à l'hypocalcémie et à l'hypophosphatémie. Autrefois, on a vu qu'il s'agissait d'une diathèse acide et on a eu l'idée d'employer les alcalins. Certains auteurs ont fait observer que les alcalins ne donnaient aucun résultat. M. Joulie a traité certains rhumatismes chroniques et certains diabétiques par l'acide phosphorique. J'ai assisté pour ma part à des améliorations considérables de rhumatismes chroniques par l'emploi de l'acide phosphorique, alors que les médications ordinaires ne donnaient aucun résultat. Leriche, de Strasbourg, avait déjà préconisé l'huile phosphorée en pareille circonstance.

Quelquefois on pourra utiliser peut-être l'adrénaline, si utile dans les ostéomalacies. Dans le même esprit on pourrait utiliser l'huile de foie de morue et les rayons ultra-violets qui ont une action remarquable sur le rachitisme.

Parmi les autres médicaments que nous pouvons employer contre le rhumatisme chronique, sont les extraits glandulaires.

Thyroïde (0,10 cgr. à 0,025 par jour), extrait d'ovaire (20 à 30 ou 40 centigr. par jour, pendant 20 jours par mois).

Dans certains cas, on aura recours à l'émanothérapie par le radium ou le thorium (mésothorium, radiothorium, thorium X), dont doit se servir immédiatement ou dans les trois jours de la livraison. Le thorium X serait particulièrement actif dans les rhumatismes dyscrasiques goutteux, thyro-ovariens. M. Teissier, de Lyon, a signalé des décharges d'acide urique après l'emploi des émanations radio-actives.

On peut prescrire les badigeonnages de teinture d'iode, la formule de Bourget .

Acide salicylique...........	}	
Essence de térébenthine....	} ââ	5 gr.
Lanoline.................	}	
Axonge		60 gr.
	(ou mieux	120 gr.)

ou celle d'Ettinger .

Acide salicylique..............	20 gr.
Alcool absolu..................	100 gr.
Huile de ricin	200 gr.

Les pommades au dermatol, à l'ichtyol, sont également à recommander dans des cas semblables.

L'action de la chaleur, humide ou sèche, est considérable : bains de sable chaud, très utilisés autrefois, ou balles d'avoine ; douches d'air chaud, appareils à air surchauffé (170°).

La méthode de Baer (hyperémie passive) est utile. L'application de ventouses pendant 5 minutes autour de l'articulation est un moyen auquel on aura parfois recours.

La cure thermale peut se résumer ainsi. Si on soupçonne une manifestation goutteuse ou paragoutteuse, prescrire Vichy, Brides, Vittel, Contrexéville, Martigny, Evian, etc. Dans les phénomènes locaux d'arthrite, certains malades ont besoin d'une médication sédative ; ce sera une station comme Plombières, Néris, Luxeuil, Bourbon-Lancy. D'autres malades, au contraire, sont torpides, ils réclament des médications irritatives : Bourbon-l'Archambault, Bourbonne leur conviennent. D'autres sujets ayant des lésions anciennes avec beaucoup d'infiltration réclament une médication résolutive ; conseillez-leur : Aix-en-Savoie, Barèges, Dax, Saint-Amand, Balaruc. Chez les lymphatiques, comme on disait autrefois, certaines eaux sont miraculeuses, par exemple Salies-de-Béarn. Quand nous n'avons pas la notion étiologique, ce que nous pouvons avoir c'est la notion clinique ; nous pouvons distinguer des formes où il reste l'acuité qu'il faut calmer, des formes, au contraire, à tendance déjà chronique et pour lesquelles l'excitation sera nécessaire, anfin des formes où il y a des exsudats véritablement chroniques et où il est besoin d'aider à la résolution. Nous nous expliquons ainsi pourquoi par simple empirisme on était arrivé dans certaines stations à une sorte de spécialisation.

TRAITEMENT DE L'ANURIE

Un correspondant du Concours médical *nous ayant demandé d'exposer le traitement des anuries primitives, je ne puis mieux faire que d'emprunter cet exposé* (1) *à mon excellent ami le D*r Siguret, *de Saint-Nectaire, à qui je dois tant pour la sollicitude dont il n'a jamais cessé de m'entourer et pour la façon heureuse dont il a su me faire bénéficier des vertus des eaux de sa station.*

G. Duchesne.

Pour être complet, le traitement des anuries par défaut de sécrétion doit répondre aux indications suivantes :

a) *Lutte contre l'urémie menaçante.*

b) *Stimulation des éléments sécréteurs.*

c) *Augmentation du débit circulatoire dans le rein.*

a) *Lutte contre l'urémie menaçante.* — Ce qui est grave dans l'anurie des néphrites, c'est la menace d'urémie.

Le diagnostic d'anurie établi, il importe par conséquent d'instituer aussitôt le traitement préventif de l'urémie.

Quatre à six ventouses scarifiées au triangle de J. L. Petit, au besoin une *saignée* de 230 à 500 grammes.

Le *régime hydrique* s'impose et sera maintenu pendant plusieurs jours. Comme quantité, un litre par vingt-quatre heures, pas plus, afin de ne pas bloquer définitivement le rein.

Un *bain chaud* d'une demi-heure, si le malade peut le supporter.

Recommandables également les *injections sous-cutanées d'oxygène,* 150 à 200 centimètres cubes, souvent répétées et pratiquées, de préférence le matin pour éviter de troubler le sommeil.

(1) G. Siguret. — *Reins* (Les Consultations journalières, G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.)

En outre,

b) *On stimulera les éléments sécréteurs* en s'aidant des diurétiques et des préparations opothérapiques.

Parmi les *diurétiques* les plus recommandables, citons les sels de *potasse,* le glucoside de la *scille,* la *théobromine,* les *métaux colloïdaux,* le *formiate de soude.*

Fait à retenir ; *ne pas administrer trop tôt les diurétiques et surveiller leurs effets afin de ne pas aller à l'encontre du but recherché.* Ordonner des *sels de potasse* sous forme d'acétate ou de nitrate à la dose de 2 à 3 grammes dans un demi-litre de tisane de stigmates de maïs, à boire dans la journée ; les *sels de calcium,* sous forme de chlorure, peuvent être formulés aux mêmes doses.

Prescrire le *glucoside de la scille* ou la *scille* sous forme de poudre à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 15, associée ou non à la théobromine ou à la digitale.

On peut encore donner l'*oxymel scillitique,* deux à trois cuillerées à café par jour, ou deux à trois cuillerées à soupe de vin diurétique de la Charité.

La *théobromine* sera administrée sous forme de cachets de 0 gr. 50 associée au phosphate de soude, deux cachets par vingt-quatre heures, ou sous forme d'injection (théobromine injectable).

Les métaux colloïdaux seront donnés soit en injections, soit en frictions.

Le formiate de soude pourra être donné dans une potion formulée ainsi, d'après M. Boucheron :

Formiate de soude	1 gr. 50
Sirop d'écorces d'oranges amères	60 gr.
Eau distillée ......q. s. pour.	120 cc.

(A prendre en deux fois).

Tous ces diurétiques sont en général peu efficaces dans les cas d'anurie confirmée.

Sauf le sérum de veine rénale, les *préparations opothérapiques* ne paraissent pas agir d'une façon plus active. *L'extrait sec de rein* sera ordonné aux doses de 0 gr. 50 à 1 gramme, deux fois par jour.

Pour les *injections de sérum de veine rénale*, suivre la technique préconisée par MM. Teissier et Thévenot : 20 centimètres cubes tous les deux jours, pendant six jours, puis 20 centimètres cubes, en espaçant peu à peu les doses, tant que durent les accidents.

Se servir d'un sérum déjà vieux et prescrire une dose quotidienne de 2 grammes de $CaCl_2$ ou 1 gramme de lactate de calcium pour prévenir les accidents sériques. Pratiquer les injections selon les conditions habituelles d'asepsie dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans la paroi abdominale, soit à la face externe de la cuisse. La voie endo-veineuse est à déconseiller.

Quelques cas de guérisons ont été signalés par l'emploi de la sérothérapie. Cette méthode n'est recommandable que dans les cas d'anurie récente et seulement dans les formes où l'on est autorisé à penser que le parenchyme rénal n'est pas trop lésé. De plus, la sérothérapie sera toujours associée à d'autres médications.

Pour remplir la troisième indication, celle qui vise à :

c) *L'augmentation du débit circulatoire dans le rein.* — Il faut augmenter la masse et la pression du sang ainsi que sa vitesse. On y parvient en *introduisant des liquides appropriés par les voies buccale, sous cutanée, endo-veineuse, ou rectale.*

A. — *Voie buccale.* — Des liquides ingérés en grande abondance ont pu, dans quelques cas, faire disparaître une anurie récente. Mais cette pratique ne saurait être employée qu'à titre exceptionnel et chez les anuriques qui ne présentent pas d'œdèmes. Chez les anuriques œdémateux, il faut, au contraire, *réduire les liquides* jusqu'à trois quarts de litre ; quelquefois même, 500 grammes par vingt-quatre heures. Cette cure de réduction organisera parfois une véritable débâcle urinaire, alors qu'une augmentation de boisson aurait conduit à un désastre. Par conséquent, ne forçons pas la quantité de boisson même dans les anuries sécrétoires peu graves.

B. — *Voie sous-cutanée.* — Il faut être également très discret dans l'emploi des grandes injections hypodermiques.

Règle générale. — *Ne pas pratiquer d'injections salines massives chez les malades qui ont tendance à présenter des œdèmes, exception faite pour l'anurie cholérique et l'anurie hydrargyrique.* Dans ce dernier cas, *l'injection de solution chlorurée* représente le traitement de choix. Injecter chaque jour 600 à 1.000 grammes de sérum physiologique en surveillant, bien entendu, l'état de la tension artérielle et des téguments (Pr Chauffard).

L'emploi du *sérum artificiel caféiné* est également recommandable (Detot et Kauffmann). Si l'anurie ne paraît pas très grave et si le sujet est jeune, vigoureux, pas trop œdématié, il vaut mieux recourir aux *injections hypodermiques de sulfate de soude et de glucose* qu'aux injections de NaCl. Le glucose est intéressant d'ailleurs à plus d'un titre : il n'est pas toxique pour le rein, il n'impose à cet organe qu'un travail minime, enfin, il est tonique et nutritif. Malheureusement, en *solution isotonique à* 45 p. 100, il ne semble pas que son action diurétique soit très énergique de plus, il faut se souvenir que le glucose est un excellent milieu de culture pour les microbes et que la moindre faute d'asepsie expose à la production d'abcès ou de phlegmons. Il est donc préférable, si l'on veut user de solutions glucosées, d'avoir recours à la voie endo-veineuse.

C. — *Voie endo-veineuse.* — Employer alors des *solutions hypertoniques à* 250 p. 100 et injecter quotidiennement 500 centimètres cubes tant que durent les accidents.

La technique de l'injection sera la technique des injections endo-veineuses massives.

D. — *Voie rectale.* — Nous ne saurions passer sous silence la valeur diurétique des *lavements.*

Leur action, connue depuis longtemps, a surtout été précisée par Fleig. Des recherches entreprises par cet auteur, il résulte que l'on doit employer des *solutions hypotoniques*, car les solutions hypertoniques ou même isotoniques, au lieu d'augmenter la sécrétion urinaire, ont plutôt tendance à la diminuer.

Les *lavements* trouvent leurs indications *dans toutes les anuries des néphrites.* On les administrera à l'aide de canules longues, matin et soir si possible, et on recommandera l'eau stérilisée tiède, afin que le malade puisse les retenir. La dose sera de 300 à 500 grammes, auxquels on pourra ajouter 5 grammes de glucose, afin de prévenir l'irritation du rectum.

Ces indications thérapeutiques, d'ordre général, ne doivent pas faire perdre de vue le traitement de la cause même de l'anurie.

Traitement étiologique.

Chez les *asystoliques*, on s'adressera à la *caféine*, à la *digitale*, à l'*ouabaïne.*

Contre l'*anurie hystérique*, on utilisera la *suggestion hypnotique.*

Les *anuries par déshydratation* (choléra, affections gastro-intestinales) seront traitées par des *injections de sérum physiologique.*

Toutes les *médications capables de combattre*

la *diathèse goutteuse* seront employées si l'*anurie* a pour origine *la goutte*.

Quant au *traitement chirurgical*, il *ne constitue qu'une thérapeutique d'exception*. Toutefois, il y a des cas d'anurie par néphrite où il est indiqué d'intervenir. Dans ces cas, *l'opération de choix sera la néphrostomie* que l'on *associera si possible à la décapsulation*.

DIVERSES OBSERVATIONS DE PIQURES DE MOUSTIQUES

Pour mieux combattre les piqures de moustiques, il m'a paru utile d'observer la manière dont procèdent ces insectes. Pour cela je me suis laissé piquer la main par les moustiques d'un bois un peu humide et j'ai noté le mieux possible mes observations.

1re *observation*. Je constatai d'abord qu'avant de piquer, l'insecte cherche quelques instants sa place. Je pris ma montre dès que je le vis fixé ; lorsque son dard parut en contact avec la peau, je n'éprouvai aucune sensation ; je crois qu'il pénétrait dans les couches cornées de l'épiderme, en tous cas, l'insecte ne faisait aucun mouvement. Au bout de cinq à six secondes je perçus une petite piqûre aiguë qui se renouvela quatre fois à intervalles d'environ une seconde. Je présume que chacune de ces petites douleurs étaient dues à l'injection de liquide irritant ; puis je ne sentis absolument rien. L'insecte ne commença à faire de mouvements appréciables de succion que 8 à 10 secondes après avoir fait la première piqûre, je le tuai alors et constatai qu'il n'avait presque pas de sang ; 45 secondes après la première piqûre la douleur commença à se faire sentir et l'enflure apparut 15 secondes plus tard.

2e *observation*. L'insecte chercha sa place assez longtemps, le dard effleura la peau sans percer. Je tirai ma montre quand je le vis fixé et attendis une dizaine de secondes avant de percevoir la première piqûre qui fut très légère et suivie de trois autres. L'animal ne commença à sucer qu'une quinzaine de secondes plus tard, je le laissai faire pendant vingt-cinq secondes et l'écrasai. Il était plein d'un sang rouge clair et très fluide. La douleur apparut cinquante secondes après les piqûres, l'érythème immédiatement après. Dix minutes plus tard apparaissait une papule blanchâtre qui, d'ailleurs, s'effaça au bout d'un quart d'heure, en même temps que disparaissait toute irritation.

3e *observation* faite quelques jours plus tard : le moustique se place rapidement et injecte par deux fois à deux secondes d'intervalle. Mieux placé pour observer je constate qu'il pique sans faire un mouvement de la tête, le dard ne paraît même pas remuer , ce n'est qu'au bout de dix secondes qu'il l'enfonce progressivement en l'espace de 5 à 6 secondes en baissant la tête peu à peu et en commençant le mouvement de succion. Je n'ai éprouvé de douleurs qu'environ cinquante secondes après le commencement de la succion. Je chassai l'insecte au bout de deux minutes et constatai alors au point de piqûre, la présence d'une papule blanche d'environ 3 millimètres de diamètre. La papule, en moins de 3 minutes, rougit à son tour et persista une demi-heure. La douleur dura environ dix minutes, après laquelle elle ne fut qu'une démangeaison puis disparut définitivement 20 minutes plus tard. La succion ayant duré deux minutes, la lésion locale et la douleur furent plus étendues et de plus longue durée qu'avec une succion de vingt à trente secondes.

4e *observation*, faite le même jour. Voulant prouver que la douleur était due au liquide injecté avec la première piqûre, je me prêtai à une quatrième expérience. Cette fois le moustique ne me fit qu'une injection assez peu douloureuse, puis 5 secondes plus tard il abaissa la tête pour commencer la succion, je le tuai à ce moment et suis sûr qu'il n'avait pas sucé une goutte de sang. 3/4 de minutes après la piqûre je vis apparaître une petite papule blanche entourée d'une zone rouge qui s'effaça complètement en moins de dix minutes.

Je fis une seconde série d'observations concernant non plus le mode de piqûre mais les différentes réactions sur les diverses parties du corps et constatai que, sur la face, les bras et les mains, 1° la douleur ne persistait plus de dix à quinze minutes que s'il y avait une succion de plus de dix secondes, 2° que les papules disparaissaient en quelques instants s'il n'y a pas eu succion et persistaient en cas contraire au plus une demi-heure. Par contre, sur les jambes, même si l'on tue l'insecte aussitôt après les premières piqûres, la douleur apparaît au bout de 40 à 50 secondes et dure plus d'une heure, la papule rougit rapidement et ne s'efface pas avant deux heures. S'il y a eu succion un peu longue, la papule ne s'efface qu'au bout d'une demi-journée et laisse une trace hémorragique rouge visible encore pendant deux et trois jours. Enfin, la douleur s'atténue trois fois plus vite aux mains, aux bras et à la face qu'aux jambes.

Je crois nécessaire d'ajouter que je me suis abstenu de gratter ou frictionner les piqûres ce qui est évidemment un peu désagréable, mais qui atténue visiblement les suites. Enfin je remarquai que plus les piqûres deviennent nombreuses, plus la sensibilité augmente, plus la douleur apparaît rapidement et dure longtemps.

Ces observations permettent de constater .

1° Que le moustique injecte un liquide à l'ins-

tant même où il pique, sans quoi la petite douleur qui coïncide avec la pénétration du stylet ne se renouvellerait pas jusqu'à quatre fois dans les premières secondes.

2° Que l'insecte attend pour commencer la succion que le liquide injecté ait produit son effet.

3° Qu'il ne produit un effet appréciable qu'environ 40 à 50 secondes après son injection.

4° D'après l'examen des piqûres (décoloration d'abord au centre, suivie d'une aréole rouge, puis d'une papule entourée d'un cercle rose) il semblerait que le liquide soit un vaso-dilatateur présentant une très courte période de vaso-constriction préalable. Le moustique vraisemblablement attend avant de sucer que le sang, sous l'influence du vaso-dilatateur, vienne abondamment dans le capillaire qu'il a touché.

5° L'apparition de papules d'autant plus fortes que l'animal a sucé plus longtemps indiquerait qu'il injecte pendant la succion un liquide peut-être différent du premier et qui aurait des propriétés anti-coagulantes ; ce qui prouve ces dernières propriétés, c'est l'état de fluidité du sang dans le corps du moustique lorsqu'on l'ouvre même quelques minutes après l'avoir tué.

6° La douleur n'apparaissant que 50 à 60 secondes après la piqûre indique quelle est la vitesse de diffusion du liquide toxique injecté ; diffusion qui d'ailleurs doit être rendue plus rapide par le vaso-dilatateur.

7° Le fait que le membre inférieur est plus vulnérable semble surtout dû à la vaso-dilatation qui augmente dans une zone déjà très vasculaire et sillonnée de veines superficielles.

A-t-on isolé la toxine injectée par les moustiques et déterminé sa composition chimique ? Je n'ai pu trouver aucune indication sur ce point. Quoi qu'il en soit, je pense que ces observations pourront être utiles à qui voudrait trouver une thérapeutique contre les moustiques. Toutefois je reconnais qu'elles sont insuffisantes puisqu'elles ne concernent que mes réactions personnelles. D'autres feront bien d'étudier leurs réactions pour les comparer. Il n'est pas difficile malheureusement de trouver des moustiques et se laisser faire volontairement quelques piqûres ; c'est désagréable mais très supportable.

Dr JOSSERAN.
de Milly (S.-et-O.).

L'Actualité Scientifique

La Presse

La méthode d'Einhorn et ses applications.

Tout le monde connaît aujourd'hui le tubage duodénal par la sonde d'Einhorn. Le malade, à jeun depuis six heures, est assis dans son lit ou sur une chaise et s'efforce d'avaler la sonde comme un cachet ; il met en moyenne un quart d'heure pour arriver jusqu'à l'index II ; à ce moment, l'olive est au voisinage du pylore et le temps difficile et aléatoire du tubage commence ; le pylore doit être franchi, grâce aux contractions évacuatrices de l'estomac, et, pour mieux orienter l'olive, on recommande le décubitus latéral droit accentué ; on peut recourir au contrôle radioscopique et aider au passage pylorique par des massages de gauche à droite dans la région.

Les contre-indications du tubage sont rares ; il faut agir avec prudence en cas d'ulcère duodénal et ne pas se livrer à des manœuvres de pression ou à des injections duodénales intempestives. Le tubage, comme toute autre manœuvre un peu longue, est mal supporté par des malades fatigués, anémiés. (R. JAHIEL).

Le tubage duodénal peut servir, au point de vue diagnostic, pour l'analyse du liquide duodénal normal (caractères physico-chimiques, cytologiques, bactériologiques) du suc pancréatique, de la bile. En pathologie, il permet surtout de rechercher les éléments anormaux, tels que le sang, les parasites, et certains microbes qui, dans les septicémies, emploient la voie biliaire comme voie d'élimination.

Quant à l'épreuve de Meltzer-Lyon, elle consiste essentiellement dans l'instillation d'une solution de sulfate de magnésie à 30 %, qui provoque l'excrétion d'une bile plus concentrée qu'à l'état normal.

Enfin, en thérapeutique, le tubage duodénal, sert à la désinfection dans les duodénites, dans les lithiases, les entéro-colites, au moyen d'argyrol, de protargol, d'ichthyol ou tout simplement de sérum physiologique. Il faut citer l'action topique et cicatrisante que l'on peut produire sur un ulcère duodénal par un pansement au bismuth, au kaolin, à la gélatine, amené grâce au tube d'Einhorn en regard de la lésion.

On s'est servi du même procédé pour l'alimentation duodénale, le drainage médical des voies biliaires. Malgré certains résultats négatifs, la netteté d'améliorations obtenues dans des cholécystites avérées engage à continuer ce traitement simple et dépourvu de dangers. (*Le Bulletin médical*, 27 novembre 1926.)

De l'emploi du citrate de soude, comme hémostatique, en chirurgie.

Le citrate de soude étant connu par ses propriétés anticoagulantes, il peut, dit Louis MICHON, à première vue paraître paradoxal d'utiliser ce corps dans les hémorragies ; on doit ce progrès à Maurice Renaud. Les observations personnelles de l'auteur se rapportent à cinq cas d'hémorragie utérine, un cas d'hémorragie vésicale, un cas d'hémorragie post-opératoire : six succès remarquables et six insuccès.

L'effet hémostatique du citrate de soude étant basé sur la quantité employée, il est nécessaire d'employer une dose importante du médicament. Quelle que soit la voie d'administration, on se sert le plus communément d'une solution titrée à 30 %. La dose moyenne utilisée étant de 30 cc., cela correspond à l'administration de 9 grammes de citrate de soude. Les voies rectale et buccale donnent des résultats trop lents et peu sûrs ; l'injection sous-cutanée est douloureuse. Actuellement, l'injection intra-veineuse est le seul mode d'administration employé. On injecte habituellement 30 cc., mais des effets suffisants ont été obtenus avec des doses moindres (20 cc., 10 cc.) ; cependant l'auteur conseille vivement un minimum de 20 cc.

Récemment, M. Renaud a conseillé l'adjonction de chlorure de magnésium, comme hypotenseur, pour éviter par le citrate de soude une augmentation de pression :

Citrate de soude	20
Chlorure de magnésium....	10
Eau distillée, filtrée, stérilisée à l'autoclave	100

L'injection doit être poussée lentement, et peut être répétée sans inconvénient au bout de quelques heures.

Le mode d'action est mal connu, mais toutes les hémorragies sont justiciables de l'emploi du citrate de soude, même les épistaxis.

Pour les hémorragies utérines (fibromes ou origine ovarienne), le citrate de soude les arrêtera facilement . Mais c'est surtout chez les cancéreux que la méthode semble devoir être le plus utile ; dans ce cas, en effet, le tamponnement sur le tissu friable n'est pas toujours facile et fait courir des risques d'infection. Il en est de même dans les hémorragies secondaires.

Le citrate de soude semble ainsi devoir être classé parmi les médicaments d'urgence très actifs. (*Lyon médical*, 12 décembre 1926.)

Le transit paradoxal dans certaines formes d'atonie digestive.

Dans certaines formes d'atonie gastrique et intestinale, disent MM. LOEPER et BAUMANN (de Châtel-Guyon), le transit initial, contrairement à toute attente, s'effectue avec une extrême repidité. Chez certains constipés rebelles atteints de dolichocôlon, par exemple, la tête de colonne barytée atteint le rectum dès la septième et huitième heure alors que normalement elle ne devrait y parvenir que vers la vingt-quatrième heure.

Lorsque, chez ces malades, on excite certains réflexes viscéraux par la percussion des apophyses épineuses des trois premières lombaires (méthode d'Abrams) et que la constipation cède à la suite de ce traitement, on constate que le cours des matières a repris son rythme normal et que le transit marque un temps d'arrêt au niveau de chacun des trois segments coliques permettant aux actes physiologiques de s'effectuer dans le temps nécessaire.

A un transit désordonné, n'obéissant plus à ses régulateurs qui sont les sphincters secondaires du côlon et le système nerveux autonome, succède un transit équilibré par le jeu régulier de ces organes.

Les auteurs en concluent que la physiologie motrice des organes digestifs a plus d'importance que leur morphologie et que les viciations de la motricité, ainsi que les diverses phases du transit, doivent être plus minutieusement étudiées que les anomalies de forme ou de position. (*Le Progrès médical*, 23 avril 1927.)

Conduit auditif interne.

M. CLAOUÉ (Ch.) ayant exposé d'intéressantes considérations anatomiques sur le nerf auditif et ses branches, et sur ses rapports avec la gaine arachnoïdienne, étudie les différentes lésions qui se peuvent rencontrer dans ce conduit.

Ce sont des lésions d'infection venant soit des méninges, soit du labyrinthe : exsudats séreux, infiltration purulente aiguë, abcès chronique du conduit auditif interne ; et des lésions diverses, en particulier des tumeurs : périostites syphilitiques, exostoses oto-spongieuses, schwannomes, gliomes.

« La symptomatologie de ces tumeurs est liée à l'atteinte progressive des différents nerfs à mesure que la tumeur s'accroît. » D'abord, atteinte de la VIIIe paire, crises vertigineuses, nystagmus, surdité progressive, céphalée postérieure. Puis, atteinte de la Ve et de la VIIe paires, hypoesthésie, anesthésie de la cornée, parésie des muscles innervés par le facial. Des symptômes cérébelleux légers surviennent alors.

Pour terminer, quand de nouveaux nerfs craniens sont intéressés, « on voit apparaître des symptômes indiquant que cervelet, protubérance, bulbe ne peuvent plus remplir complètement leurs fonctions, en raison de la pression croissante exercée par la tumeur. » (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 12 juin 1927.)

Un nouveau vernis pour pansements.

On sait quelles simplifications a apportées dans l'acte des pansements l'emploi des adhésifs, leucoplastes, collodion, qui ont remplacé, dans la majorité des cas, les bandes de toile ou de gaze. D'aucuns ont essayé de simplifier encore plus, en utilisant, à la place des toiles adhésives, des vernis appliqués soit directement sur la plaie, soit sur une gaze recouvrant celle-ci.

Dès le 3 avril 1917, le Dr G. Duchesne signalait à l'Académie de médecine, les heureux résultats qu'il obtenait avec sa mixture balsamique oléo-éthérée, dont voici la formule :

Camphre	ââ	2 gr.
Goménol		
Baume du Pérou		10 gr.
Ether	ââ	500 cmc.
Huile de ricin		

Aujourd'hui, le Pr H. Gaudier recommande le vernis suivant :

Résine de pin	ââ	100 gr.
Mastic		
Colophane		150 gr.
Ether éthylique		300 gr.
Alcool éthylique		100 gr.
Huile de ricin		50 gr.

Fondre les résines à chaud dans l'huile de ricin; après fusion complète laisser refroidir, mais au début du refroidissement, ajouter l'alcool, agiter. Quand la masse est presque prise, ajouter par petites portions le mastic d'éther ; après refroidissement total et complet, verser dans l'éther restant, conserver dans des flacons à large goulot.

Au moment de l'application du vernis, la ligne de suture doit être très asséchée et ne pas suinter ; on étend le vernis au moyen de tampons de coton entourés de gaze stérile ; on laisse sécher quelques minutes, et on applique par dessus une mince lame de gaze stérile, large de deux doigts, de la longueur de la plaie, et sur laquelle on repasse du vernis au niveau de la suture. Gaze et vernis s'enlèvent avec benzine, essence ou éther.

Ce pansement est commode, léger, permet en toutes circonstances de surveiller la plaie et ses abords sans rien défaire ; il se recommande en particulier pour la face, les paupières, le scrotum, bref pour toutes les régions délicates. (*Le Nord médical*, 1er janvier 1927.)

Appareillage simplifié pour fracture de cuisse chez l'enfant.

Les appareils à extension continue de Tillaux ou d'Hennequin se montrent souvent inefficaces chez l'enfant, parce que le poids du corps n'est pas assez considérable pour réaliser une contre-extension suffisante. Aussi réalise-t-on la traction par le membre en position verticale. On adapte au-dessus du lit de l'enfant une poulie de renvoi, qui permet d'appliquer un poids de quelques kilos ; la traction s'exerce sur la jambe verticalement dressée, la contre-extension s'opère avec une bonne efficacité, le corps étant légèrement soulevé du plan du lit. M. Paul David a réalisé ces principes de traitement de la façon suivante : pour répartir sur la jambe l'effort de traction nécessaire, il suffit du classique étrier, constitué par une lanière d'adhésif et un bout de planchette ; quelques tours de bandes maintiennent le tout. On adapte au lit de l'enfant un cerceau quelconque avec un lien de caoutchouc, ou même une simple cordelette, on attache l'étrier au cerceau, de manière à fixer le membre inférieur en position verticale, tout en soulevant le siège du plan du lit. Il n'est même pas besoin de poids ; la contre-extension suffit lorsque l'appareil est bien appliqué, surtout si l'on peut y ajouter l'action directe d'un lien élastique.

Cet appareil est parfaitement supporté ; il permet aisément de donner à l'enfant les soins de propreté ; il permet une excellente réduction de la fracture, que ne compromet en rien la liberté relative des mouvements laissés au patient. (*Journ. des Sc. médicales de Lille*, 8 mai 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Traitement du glaucome.

(M. Félix Lagrange. — *Académie de médecine* ; 5-7-1927.)

Au moment des prodromes du glaucome, le traitement médical peut espérer arrêter le processus morbide. Les myotiques, l'adrénaline locale, les médicaments hypotenseurs, le régime et l'hygiène dirigés contre le nervosisme et l'arthritisme, interviennent utilement. Mais lorsque ces prodromes ne s'arrêtent pas, si le glaucome vrai se constitue, l'heure chirurgicale est venue. On aura recours à la sclérectomie.

La réaction de Botelho dans les cancers de l'appareil digestif.

(M. P. Le Noir. — *Académie de médecine* ; 5-7-1927.)

M. Le Noir a recherché la réaction de Botelho dans 69 cas de cancers de l'appareil digestif (esto-

mac, intestin, etc.). Il l'a trouvée positive dans une proportion de 82.6 pour 100, chiffre analogue aux pourcentages donnés par d'autres auteurs.

La réaction de Botelho a donc une valeur non négligeable, sans être un criterium certain de cancer. Elle peut être positive, on le sait, dans des affections non néoplasiques et dans la grossesse, et elle n'est pas constamment positive dans le cancer. Par contre, M. Le Noir l'a trouvée presque toujours négative dans les affections non cancéreuses de l'estomac et de l'intestin.

Traitement de l'anémie pernicieuse par la méthode de Whipple (ingestion de foie de veau).

(MM. F. Rathery et Maurice Maximin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-7-1927.)

H. Whipple a étudié expérimentalement l'influence de certains aliments (foie et rein) sur l'hématopoïèse. Gibson et Howard, Minot et Murphy ont utilisé avec succès la diète hépatique dans le traitement de l'anémie pernicieuse. Tout récemment, Aïtoff et Lœwy ont publié deux observations d'anémie pernicieuse et d'anémie grave dans lesquelles l'ingestion systématique de foie eut une action tout à fait remarquable.

MM. Rathery et Maximin présentent aujourd'hui deux malades soignées l'une et l'autre par cette méthode. Les résultats ont été excellents, la formule hématologique s'étant amendée de façon surprenante. Les auteurs ont donné à ingérer le foie de veau comme le conseillent Aïtoff et Lœwy. Deux cent cinquante grammes de foie de veau sont mis dans 350 à 400 gr. d'eau froide. Après ébullition de 10 minutes, le foie est broyé et passé au tamis, et mélangé avec l'eau d'ébullition. La même quantité de foie ainsi préparée est prise chaque jour, pendant des semaines.

— M. Crouzon a traité un syndrome neuro-anémique important par la méthode de Whipple. L'état général du patient s'est très amélioré.

— M. Marcel Labbé a vu, à Boston et à Baltimore, les beaux résultats obtenus par les médecins américains dans l'anémie pernicieuse par l'administration du foie de veau. Le traitement doit être prolongé, sous peine de rechutes.

L'ingestion de foie de veau deviendrait ainsi un moyen de cure des anémies graves.

La maladie de Buerger.

(M. A.-C. Guillaume. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-3-1927.)

Depuis 1910, Leo Buerger, de New-York, s'est efforcé, dans une série de travaux, d'isoler une maladie qu'il considère comme autonome, la thrombo-angéite oblitérante. Cette affection serait, d'après lui, spéciale, sinon exclusive, aux Hébreux, et s'observerait chez des sujets jeunes (20 à 40 ans), généralement chez des hommes. Elle n'aurait aucune relation avec la syphilis et dériverait d'une cause infectieuse provoquant l'apparition *in situ* d'une thrombose vasculaire (artère et veine) avec sclérose secondaire. Cliniquement, sa symptomatologie comprendrait une claudication intermittente de longue durée, suivie ultérieurement de douleurs continues et de troubles trophiques (ulcérations) aboutissant au sphacèle. Les membres inférieurs sont le plus souvent atteints (les membres supérieurs le sont quelquefois aussi) et l'amputation est l'aboutissant final ordinaire de ces lésions.

M. Guillaume, s'appuyant sur diverses études personnelles, pense que la maladie de Buerger n'est pas une entité morbide, mais bien une modalité juvénile des artérites oblitérantes. Les soi-disant caractéristiques anatomiques, cliniques et étiologiques signalées par Buerger, ne lui paraissent pas être d'une rigueur assez absolue pour justifier les conclusions de l'auteur américain.

Le traitement des adénopathies dans les cancers bucco-linguaux.

(M. Marquis, de Rennes. — *Société de chirurgie* ; 23-51-927.)

Dans les néoplasmes malins des lèvres, de la langue, de la bouche, quelle conduite tenir vis-à-vis des adénopathies ?

M. Marquis a fait faire des examens histologiques de ganglions enlevés chez 74 malades atteints de cancers de l'étage inférieur de la face et il en retient 59 où les données ont été suffisamment complètes. Ces examens furent confiés à M. le professeur Bodin, de Rennes. Ils ont révélé un envahissement néoplasique des ganglions dans 40 % des cas seulement, aucun ganglion n'ayant été trouvé cancéreux dans le groupe restant de 60 % des cas.

Toutefois, malgré ce pourcentage élevé d'adénopathies non néoplasiques, étant donné qu'aucun signe ne permet de savoir si les ganglions sont envahis ou non par les éléments cancéreux, M. Marquis conclut à la nécessité, dans tous les cas, d'une exérèse large avec ablation systématique du sterno-mastoïdien pour permettre un évidement complet. Le cou supporte bien la suppression totale de ce puissant muscle. L'auteur a coutume de respecter la jugulaire, exceptionnellement envahie par le néoplasme.

— M. Roux-Berger estime que l'évidement en bloc des régions carotidiennes, sous-maxillaires et sus-claviculaires n'est possible d'une façon satisfaisante qu'en enlevant le sterno-mastoïdien et la jugulaire, suivant la technique décrite par Crile.

— M. Paul Moure pense qu'il ne faut pas craindre de sectionner ou réséquer le sterno-cléido-mastoïdien. Il croit que vis-à-vis de la jugulaire, il convient d'être beaucoup plus réservé. Si la ligature d'une jugulaire reste sans conséquences fâcheuses, celle des deux jugulaires internes peut être mortelle. Un opéré de Morestin succomba ainsi sur la table d'opération durant l'ablation de la deuxième

veine. Au moment où Morestin pinça la jugulaire (seule restante, celle du côté opposé étant déjà enlevée) le faciès de l'opéré devint bleu et turgescent. Morestin ouvrit la pince ; tant que la veine saignait l'opéré reprenait son aspect normal. Dès que la pince était resserrée, il redevenait turgescent et ainsi, après plusieurs alternatives, le malade mourut. Lors du premier curage ganglionnaire, on évitera autant que possible l'ablation de la première jugulaire, ne sachant pas si la résection de la seconde ne sera pas indispensable.

— M. Lecène reste sceptique devant les examens histologiques, surtout s'ils sont négatifs, pour juger l'état ganglionnaire dans le cancer. En pratique, il est impossible de faire des coupes en série qui seules auraient un caractère probant.

Ce serait une erreur que de ne pas enlever, dans tous les cas de cancers de la lèvre et de la langue, les ganglions cervicaux régionaux qui peuvent être envahis.

— MM. Cunéo et Proust appuient l'opinion émise par M. Lecène.

Astragalectomie pour tuberculose tibio-tarsienne.

(M. Raphaël Massart. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 17-6-1927.)

M. Judet rapporte trois observations de M. Raphaël Massart concernant des astragalectomies faites pour des tumeurs blanches fistuleuses chez des enfants âgés respectivement de 7 ans, 8 ans et 26 mois. La guérison a été obtenue dans les trois cas en un laps de temps variant de 18 mois à 2 ans ; elle se maintient depuis 4 à 5 ans et peut être considérée comme définitive. Le résultat anatomique et fonctionnel est très satisfaisant.

M. Judet, après avoir fait une étude comparative des travaux récents sur le traitement conservateur ou sanglant de l'arthrite tibio-tarsienne chez l'enfant, propose les conclusions suivantes : *a*) il faut commencer par le traitement conservateur (immobilisation et héliothérapie) ; *b*) l'astragalectomie est indiquée si la fistulisation se produit ou si la radiographie montre l'existence d'un séquestre.

Traitement des entorses par la faradisation tétanisante.

(M. W. Vignal. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 17-6-1927.)

M. Lavenant présente un travail de M. Vignal relatif au traitement immédiat des entorses par la faradisation tétanisante.

Lorsqu'un malade est atteint d'entorse, toute lésion osseuse étant écartée par l'examen radiographique, on peut réduire de moitié la durée de l'immobilisation, en employant la faradisation tétanisante immédiate. Les meilleurs résultats sont obtenus par un traitement précoce. Mais, même entreprise à une date assez éloignée, la faradisation garde encore son efficacité.

Certains auteurs ont proposé d'agir sur les entorses par la diathermisation. L'auteur considère les courants faradiques comme beaucoup préférables. L'application est en effet de courte durée et non douloureuse alors que la diathermisation doit être faite plus longtemps et cause des douleurs, l'élévation thermique des tissus entraînant de l'exsudation, d'où une distension pénible.

La faradisation tétanisante réalise un véritable massage interstitiel vibratoire. Elle ne demande qu'un appareillage très simple et portatif, une boîte faradique dont on utilise la bobine induite à fil fin. Cette méthode n'exclut pas d'ailleurs les autres traitements (massages, hydrothérapie).

— M. Barbarin rappelle la valeur des anciens traitements qu'on ne doit pas oublier.

— M. Ozenne continue à employer le procédé de Le Fort : les massages et la mobilisation du pied et du corps tout entier.

M. Lavenant répond que la faradisation s'associe très bien aux autres moyens thérapeutiques plus anciennement connus.

Sur la biologie du tréponème syphilitique.

(M. Sédillot. — *Société de médecine de Paris* ; 23-4-1927.)

M. Sédillot soutient une théorie très particulière sur la pathogénie des lésions syphilitiques. Pour lui, les accidents spécifiques, même le chancre, sont le résultat d'associations du tréponème à d'autres microbes. Ce serait seulement dans la parasyphilis que le tréponème vivrait à l'état isolé en venant se fixer sur des plages préexistantes de sclérose.

L'auteur appuie ses idées sur les arguments cliniques, thérapeutiques et expérimentaux. Cliniquement, les lésions syphilitiques se présentent sous des apparences extrêmement variées : macule, pustule, ulcération, gomme... On comprend mal qu'un seul agent ait des déterminismes aussi multiples ; la notion d'association microbienne l'explique au contraire. Au point de vue thérapeutique, nous voyons un même médicament, le mercure, guérir des plaques muqueuses et échouer contre un ecthyma, par exemple. Et cependant, c'est le même tréponème. Dans la conception de M. Sédillot, des microbes associés différents changent les conditions d'action thérapeutique. D'autre part, l'auteur a fait l'expérience suivante. Chez un malade récemment contagionné, il a recouvert une petite zone cutanée du thorax de compresses stériles, maintenues en permanence. A ce niveau, la roséole a été excessivement discrète, presque nulle, alors qu'elle se montra normale ailleurs, parce que, dit l'auteur, cette région avait été privée des microbes banaux de la peau dont le tréponème a besoin pour réaliser la roséole.

Inutile de dire que la théorie nouvelle de M. Sédillot n'a guère encore de partisans, ce qui ne signifie pas qu'elle est sans fondement.

P. L.

Les Congrès

IVe Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires (*fin*) (1).

(*Varsovie* 30 *mai*-4 *juin* 1927.)

TROISIÈME QUESTION. — *Etiologie et prophylaxie de la grippe.*

Pays rapporteurs : DANEMARK, POLOGNE.

I. *Rapport du médecin aide-major* JURGENS, *de l'armée danoise.*

Le rapporteur montre que, d'après les recherches de ces dernières années sur l'étiologie de la grippe, le cocco-bacille de Pfeiffer ne peut plus être considéré comme l'agent spécifique de la grippe. Il ne représente qu'un germe d'association à l'égal du pneumocoque et du streptocoque.

L'agent spécifique de la grippe est probablement un virus filtrant.

Les travaux des auteurs américains sur le « Bactérium pneumosintes » semblent mettre sur la voie de la découverte de ce virus.

Les dernières épidémies de grippe ont la même nature que les grandes pandémies antérieures. L'immunité relative des sujets d'un certain âge est due à une première atteinte qu'ils ont subie auparavant.

Divers microbes et en particulier le pneumocoque, le streptocoque et le bacille de Pfeiffer jouent un rôle important dans les complications et dans les états graves qui suivent la grippe. Ces complications sont dangereuses tant au point de vue du pronostic individuel qu'au point de vue épidémiologique ; car elles exaltent la virulence de la maladie par l'association des microbes secondaires au virus spécifique.

Au point de vue prophylactique, l'importance de l'isolement des malades est capitale, tant pour éviter la contagion directe que pour faciliter le traitement en évitant les complications qui accroissent la gravité de la maladie.

En milieu militaire, la grippe prend un caractère plus sévère en raison des conditions de la vie des casernes et des camps et des facilités de contagion. C'est pourquoi l'isolement des malades est rigoureusement indiqué dans l'armée.

II. *Rapport du colonel-médecin* Léon KARWACKI, *agrégé de l'Université de Varsovie.*

La grippe n'est une affection bien définie que sur le terrain épidémiologique. La définition clinique de la grippe n'est pas toujours aisée et le diagnostic différentiel entre la grippe et la catarrhe saisonnier est souvent difficile.

Les formes sporadiques de la grippe sont interprétées par les uns comme une grippe vraie mais atténuée, par les autres comme une infection d'étiologie différente. Cette divergence d'opinions rend très difficiles les recherches étiologiques en dehors des épidémies.

Le rôle spécifique du bacille de Pfeiffer n'est plus admis, car ce microbe ne se trouve pas d'une façon constante chez les grippés. On l'a signalé dans des maladies différentes : rougeole, scarlatine, diphtérie, tuberculose et même chez des sujets sains. Les propriétés pathogènes du bacille de Pfeiffer chez l'homme, en dehors des épidémies, ressemblent à celles des méningocoques, du streptocoque ou du pneumocoque, mais ce germe ne réalise jamais le tableau symptomatique de la grippe. Les réactions sérologiques plaident en faveur de la pluralité des bacilles hémoglobinophiles.

Le germe spécifique de la grippe est très probablement un virus filtrant. Sa morphologie est encore très discutée.

Le caractère hypothétique de toutes les recherches sur l'étiologie de la grippe gêne le développement de l'épidémiologie et l'action prophylactique.

Il faut concentrer tous nos efforts prophylactiques sur l'isolement précoce des malades et sur l'amélioration des conditions hygiéniques du casernement.

Les vaccinations préventives contre les microbes qui compliquent la grippe ont une efficacité prouvée par les données statistiques.

III. *Communications relatives à l'étiologie et à la prophylaxie de la grippe.*

L'anergie grippale. Médecin-Inspecteur DOPTER directeur de l'Ecole d'application du service de santé du Val-de-Grâce, et médecin-major JAUSION, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Les auteurs, partant des notions d'anergie précédemment établies pour la rougeole, la coqueluche, la variole par nombre de chercheurs, dont von PIRKET etc., montrent l'existence d'une anergie grippale qui dans le domaine expérimental, a été prouvée par Robert DEBRÉ, CAYREL, FONTAINE et DESCOFFIES.

L'épidémiologie confirme ces faits. La grippe peut accélérer une tuberculose en évolution et réveiller une bacillose latente. Le virus de l'influenza semble appeler à sa suite les germes rhino-pharyngés et notamment ceux des pneumopathies que l'on a dits microbes d'association secondaire ; pneumocoque, streptocoque, cocco-bacille de Pfeiffer, se comportent en pareil cas comme des micro-organismes « de sortie ».

Il en va de même du bacille de la coqueluche et du spirochète de Castellani. Le méningocoque peut encore envahir l'organisme défait par l'influenza

(1) *Concours médical* nos 30 et 32.

ainsi que l'a remarqué le médecin-inspecteur DOPTER à Rochefort en 1924.

L'encéphalite épidémique a suivi de si près la grippe dans la pandémie de 1918-1919 que l'on a pu, d'ailleurs à tort, la considérer comme une simple détermination nerveuse du virus grippal.

La peste pulmonaire est parfois aussi déchaînée par l'influenza : staphylocoque et gonocoque peuvent être encore réactivés par elle. Mais ces successions éminemment logiques et explicables ne sont pas de règle stricte.

Peut-être faut-il incriminer comme cause de cette anergie la déficience vago-sympathique déjà alléguée par les auteurs dans un précédent travail du *Paris médical*, 1925.

***

D'intéressantes considérations furent également apportées au Congrès sur cette question dans les communications suivantes :

Considérations sur l'épidémiologie et la prophylaxie de la grippe. — Essai d'explication des contaminations massives. — Prophylaxie des complications par un vaccin formolé. Dr COSTA, médecin inspecteur de réserve, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

A propos de la prophylaxie de la grippe. De la nécessité d'un plan de mobilisation contre les épidémies. M. le Dr DUJARRIC DE LA RIVIÈRE.

Sur la filtrabilité du bacille de Pfeiffer. M. le Dr DUJARRIC DE LA RIVIÈRE.

Sur quelques aspects des relations de la grippe et de la diphtérie. M. le Dr LEREBOULLET.

Sur la prophylaxie vaccinale de la grippe. MM. Jean MINET et A. BENOIST.

Etiologie et prophylaxie de la grippe. M. le médecin-inspecteur SACQUÉPÉE, inspecteur permanent d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée française.

Traitement prophylactique des complications de la grippe. M. le médecin-major GUIBERT, médecin des hôpitaux militaires, médecin traitant à l'hôpital militaire Bégin (Paris).

A la suite de ces communications les conclusions générales suivantes furent adoptées :

1° L'absence actuelle d'éléments décisifs de diagnostic bactériologique spécifique, jointe à l'incertitude fréquente du diagnostic clinique rend particulièrement difficile l'action prophylactique, tout spécialement lors des toutes premières atteintes d'une manifestation épidémique. Il serait désirable que des échanges de vues sur cette question soient poursuivis toutes les fois qu'il apparaîtra opportun.

2° La grippe semble due à un virus filtrant, siégeant spécialement dans le mucus rhino-pharyngé et dans les produits d'expectoration. Ce virus est susceptible, sans doute par le mécanisme de l'anergie, de favoriser grandement la sortie de très nombreux germes et en particulier de ceux qui provoquent des complications.

3° La transmission directe de la grippe par les véritables semeurs de germes, que constituent les tousseurs, est le mode à peu près exclusif de la dissémination de la maladie. Cependant, accidentellement, il est vraisemblable que la contagion peut se faire par voie indirecte.

4° Dans les corps de troupe, le dépistage et l'isolement très précoce sont à la base de la prophylaxie. Le dépistage précoce est impossible sans la collaboration étroite et éclairée du commandement à tous les degrés. L'organisation de chambres d'isolement est des plus utiles. Parmi les nombreuses mesures complémentaires adaptées aux possibilités, l'organisation rationnelle de la visite médicale à l'infirmerie, la destination très rapide donnée à chaque malade, l'espacement des lits dans les chambres, le desserrement des effectifs, l'allègement du travail journalier s'inscrivent parmi les plus recommandables.

5° A l'hôpital, l'isolement individuel réalisé strictement, ou par des moyens de fortune, de tous les malades présentant des complications doit être poursuivi inlassablement. L'emploi des vaccins destinés à la lutte contre les complications infectieuses de la grippe semble devoir continuer à retenir l'attention.

Il y a lieu de réaliser chez le personnel médical et soignant affecté au traitement des grippés la protection de la bouche, des narines et des yeux (masques).

QUATRIÈME QUESTION. — *Les arséno-benzols. Méthode d'analyse et d'appréciation chimique.*

Pays rapporteurs : LETTONIE, POLOGNE.

I. *Rapport du colonel pharmacien* BLUMENTALS, *inspecteur de la pharmacie militaire à Riga.*

De toutes les méthodes chimiques de contrôle et de préparation d'arséno-benzol, celle du Dr F. DE MYTTEMAERE donne les meilleurs résultats qui ont été reconnus par divers Congrès et qu'on applique aussi dans quelques pays. Les essais d'examen de quelques préparations d'arséno-benzol entrepris colorimétriquement, mais qu'on n'était pas à même, faute de temps, de conduire à bonne fin ne donnaient pas de résultats positifs pour le contrôle chimique de l'arséno-benzol. De toutes les méthodes de détermination de l'arsenic employés dans les laboratoires celle admise dans la dernière édition de la pharmacopée russe est la plus propre à donner facilement et vite des résultats passablement exacts.

II. *Rapport de* MM. St. Weil, *Directeur de l'Institut pharmaceutique de l'Etat polonais et le* Dr W. Poplawski, *lieutenant-colonel, pharmacien chimiste.*

1° L'indice DM 1 d'un dérivé de l'arséno-benzol, dont le néosalvarsan est le type, paraît être en relation avec la toxicité du produit examiné.

2° Cet indice diffère d'après le produit analysé.

3° Si l'on fait des solutions à 10 % des produits non toxiques du type du néosalvarsan et si on les expose à l'action de l'air, la réfraction de la couche supérieure de ces solutions donne, dans les mêmes espaces de temps, écoulés depuis l'exposition à l'air, des courbes semblables, s'il s'agit des produits de la même fabrique.

4° Cet indice de réfraction varie suivant l'origine du produit examiné. Il existe cependant des usines différentes dont les réfractions donnent des produits semblables. On peut admettre que la réfraction permet en général de discerner l'origine du produit examiné.

5° Les courbes obtenues par la détermination des indices de réfraction de la couche supérieure des solutions à 10 % des produits toxiques et établies de la même manière, c'est-à-dire en rapport avec le temps écoulé après l'exposition de la solution à l'air diffèrent en général des courbes des produits non toxiques, provenant de la même fabrique.

6° La détermination des indices DM 1, SK2 (DM2) ainsi que de celui de la réfraction, peut, dans une certaine mesure, contribuer à établir l'identité et la toxicité des produits examinés. Cette détermination peut également guider l'appréciation chimique d'une façon relativement rapide et facile.

7° Donc pour faciliter la détermination de l'identité de l'innocuité des arséno-benzols, dont le néosalvarsan est le type ; il serait indiqué, que les fabricants de ces produits fassent savoir sur demande : *a*) quelle quantité d'arsenic contient leur produit ; *b*) Quel est leur indice approximatif DM 1 et SK2 ; *c*) Quel indice de réfraction approximatif initial possèdent les solutions à 10 % de leur produit.

***

A la suite de ces rapports, des communications ont été faites par le colonel pharmacien Thomann, de Berne, sur le *dosage de l'arsenic dans les arsenobenzols* ; par le docteur Mouneyrat de Paris sur le contrôle de la *pureté, de la toxicité et de la l'activité thérapeutique des arsénobenzènes*, par le pharmacien lieutenant-colonel Cerbuelescu, de Roumanie, sur le néosalvarsan ; par le capitaine pharmacien Bénévenuto, de Lima, de l'armée brésilienne, sur les arsénobenzols ; par le pharmacien principal Breteau, professeur au Val-de-Grâce, sur *le contrôle chimique des arsénobenzols* et par le pharmacien major, professeur agrégé Launoy de Paris sur la différence de *résistance de quelques races de trypanosomes aux composés arsénoïques*

Les rapports de MM. Blumenthal, Weil et Poplawski furent longuement discutés par MM. Breteau et Launoy et les conclusions furent très combattues. Ces conclusions tendaient à l'adoption des indices de Myttenmaerts comme test et mesure de la toxicité des produits.

Après un long débat, M. Breteau, présenta au nom de la délégation française et d'accord avec M. Launoy, un certain nombre de résolutions qui, après quelques retouches de forme ou complètées par des suggestions de MM. Thomann et Benevenuto, de Lima, furent adoptées à l'unanimité :

Conclusions : 1° Aucune méthode chimique ne permettant actuellement d'apprécier avec suffisamment de sûreté la toxicité des arséno et novarsénobenzoènes, il est recommandé de continuer les recherches sur ce point. La recherche des indices DM1 et DM2 ne doit pas être considérée comme une mesure suffisante de la toxicité. Le Congrès exprime le vœu que les différents gouvernements s'entendent pour l'adoption des méthodes chimiques d'essais et de dosages d'arsenobenzènes.

2° Tout novarsénobenzène proposé pour un usage médical doit avoir une teneur en arsenic qui ne peut être inférieure à 19 % ni supérieure à 20 %.

3° Il est recommandé de poursuivre les études sur la possibilité d'apprécier par l'emploi des méthodes physiques la toxicité relative des produits.

4° La méthode d'expertise toxicologique sur l'animal : lapin, souris, rat est jugée nécessaire. On pourrait s'inspirer des méthodes élaborées par la Commission d'hygiène de la Société des Nations.

5° Dans le cas où l'action d'un arsénobenzène sur une affection expérimentale à trypanosome serait étudiée, la désignation de l'action prendra le nom *d'activité trypanocide expérimentale et non celui d'activité thérapeutique*. On fera suivre cette désignation du nom de l'aspect du flagellé employé. Il est recommandé de se servir du T. Brucei.

***

A côté des questions mises à l'ordre du jour, le Congrès, a discuté, en une section spéciale, de l'*organisation des soins dentaires*, organisation qui s'impose, en temps de paix comme en temps de guerre, étant données les relations étroites qui existent entre la pathologie dentaire et la pathologie générale. Le traitement des blessés maxillo-faciaux dans des centres spécialisés et l'organisation générale de la stomatologie militaire ont été envisagés.

***

A l'occasion du Congrès, *une Exposition internationale d'hygiène et de matériel de service de santé*, avait été organisée dans les vastes cours et bâtiments de l'Inspectorat de l'armée. Grâce au talent d'architectes éminents, l'aspect général et la décoration des pavillons revêtaient une couleur locale

des plus pittoresques. Inaugurée le 31 mai par le Président de la République, cette exposition obtint le magnifique succès qu'elle méritait. Le grand public s'y intéressa tout autant que les médecins, car on y pouvait voir, à côté des sections spéciales d'hospitalisation, de matériel du service de santé en campagne, de chimie et de pharmacie, d'instruments et appareils médicaux et stomatologiques, une section tout particulièrement riche et variée d'installations hygiéniques où on admirait les maquettes et les vues panoramiques des sanatoria et des stations balnéaires et climatiques polonaises. Un grand pavillon de style montagnard décoré de tapis paysans, et d'objets d'art rustique avec un personnel portant les costumes des différentes régions de Pologne, attirait les visiteurs amoureux du pittoresque. Sous les aspects attrayants de cette exposition les congressistes purent se rendre compte des splendides efforts accomplis par la Pologne au cours des six dernières années dans tous les domaines de l'activité sociale.

***

La visite de l'*Institut d'hygiène* et de l'*Ecole d'hygiène de l'Etat* qui peuvent rivaliser avec notre Institut Pasteur fit l'admiration des médecins étrangers qui virent là avec quelle méthodique précision et quels soins méticuleux était poursuivie la lutte contre les maladies épidémiques dans ce pays.

***

L'Ecole supérieure militaire du service de santé à Varsovie, où est assurée l'instruction des médecins de l'Armée polonaise, avait tenu à accueillir les membres du Congrès. La parfaite organisation de cette école permet la formation d'excellents cadres au service de santé polonais. Le culte du souvenir est entretenu dans le cœur des jeunes étudiants. Deux grandes plaques de marbre y portent gravés les noms des médecins polonais morts au service de leur Patrie. En hommage de particulière sympathie, M. le médecin inspecteur général Savornin, Directeur du service de santé au Ministère de la guerre avait tenu à offrir, au nom de la délégation française, une palme de bronze à ces victimes du devoir. Cette palme fut déposée en une touchante cérémonie au-dessous des noms des médecins polonais morts dans les armées napoléoniennes.

***

Les congressistes furent vivement impressionnés par les exercices et par le beau défilé des enfants des *ligues de la Croix-Rouge* et de la *Croix-Blanche Polonaise*. Ils reconnurent dans l'entrain discipliné de cette ardente jeunesse l'essor d'un peuple qui veut vivre et prend conscience de sa force.

***

Il faudrait de nombreuses pages pour décrire *les réceptions et les fêtes* qui furent offertes aux congressistes, à l'Hôtel-de-Ville de Varsovie, au Théâtre de l'Opéra, à la Philarmonie, au château de Villanow, au Parc et au Palais de Lazienki et cette description ne serait qu'une bien faible image de ces chaleureuses manifestations. La plupart des membres du Congrès, les travaux scientifiques étant clos se sont d'ailleurs dirigés à travers la Pologne vers de nouvelles fêtes en profitant des excursions organisées pour eux à Cracovie, à Zakopane, à Lwow, à Wilno, et dans les jolies stations climatiques et balnéaires des Karpathes Polonaises. Ils en reviendront riches de beaux souvenirs.

***

Le prochain Congrès international de médecine et de pharmacie militaires se tiendra à Londres.

Les sujets mis à l'étude sont :

1° Service de santé en campagne : Evacuation des blessés par eau et par air.

2° Chirurgie : blessures des vaisseaux.

3° Médecine : les fièvres épidémiques de courte durée (Dengue, fièvre des trois jours).

4° Pharmacie : analyse du verre et de caoutchouc destinés au matériel médico-chirurgical.

Fribourg-Blanc.

Les Livres

Norbert Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

P. Nobécourt et M. Maillet. — **La thérapeutique du nourrisson en clientèle.** (2e édition, un vol. in-8° de 900 pages, de la collection : Comment guérir ?)

La médecine d'enfants est matière infiniment délicate, surtout chez les nourrissons et dans la petite enfance. C'est là que l'observation, le coup d'œil, le jugement doivent se tenir en éveil et s'exercer dans toute la plénitude de leur acuité. Réussir avec les petits enfants, c'est s'assurer le succès, pour le praticien de médecine générale. Aussi, sommes-nous dans l'obligation, là plus qu'ailleurs peut-être, de nous tenir strictement au courant de la pédiatrie, des progrès dans les méthodes de diagnostic et de traitement des maladies de l'enfance.

C'est à quoi va nous aider l'ouvrage du professeur Nobécourt et de M. Maillet. Les lecteurs du

Concours médical apprécient trop les éloquentes et démonstratives leçons du maître des Enfants-Malades, dont il nous confie si libéralement la publication, pour que la synthèse de cet enseignement et de sa pratique, réalisée avec l'aide de son collaborateur, n'appelle pas leur attention et n'excite pas leur intérêt.

La croissance est la caractéristique du nourrisson, dit excellemment M. Nobécourt dans sa Préface. Toute l'anatomie, toute la physiologie du petit être sont dominées par elle. Certaines fonctions sont rudimentaires, certains organes comme inachevés ; d'autres au contraire sont très développés et fonctionnent avec une activité considérable. De là un équilibre instable que les moindres causes suffisent à troubler. L'hygiène et la thérapeutique du nourrisson ont leurs règles propres, différentes de l'hygiène et de la thérapeutique des enfants plus grands et des adultes.

« Le pédiatre qui ignorerait les principales particularités de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie des nourrissons, porterait de mauvais diagnostics, ne saurait remonter aux causes des maladies, poser les indications thérapeutiques, prévoir les écueils à éviter ; forcément le traitement s'en ressentirait, serait empirique, souvent inopérant, sinon nuisible. »

En lisant l'ouvrage de MM. Nobécourt et Maillet, nous apprenons, ou nous réapprenons à examiner les nourrissons, à les palper, à explorer leurs organes, etc. Nous enregistrons des données précises sur le poids et la taille des bébés.

Nous pénétrons ensuite dans le détail de l'hygiène, des médications et des méthodes thérapeutiques à mettre en œuvre dans les différents cas qui s'offrent en pratique. Voulez-vous savoir comment doit s'effectuer un enveloppement humide ? Suivez l'exposé des auteurs :

« L'enveloppement humide du thorax et du tronc ou maillot humide se fait soit avec une serviette ordinaire ou de tissu éponge, soit avec de la tarlatane.

« La serviette est disposée de façon que, enroulée autour du corps, elle le couvre depuis la clavicule jusqu'au dessous de l'ombilic. Avec la tarlatane, on prépare une bande de 12 à 16 épaisseurs, ayant une hauteur et une longueur suffisante pour envelopper tout le tronc en se croisant sur la poitrine ; on la coud à grands points et on la fait bouillir pour enlever l'apprêt.

« Sur une table, on dispose, de bas en haut, une bande de flanelle de dimensions convenables ou une serviette pliée; une couche d'ouate ordinaire, épaisse de 1 à 2 centimètres, un taffetas chiffon ou un taffetas gommé suffisamment grand pour déborder l'ouate. On prépare 7 ou 8 épingles de nourrice et deux bandes de toile qui servent d'épaulettes.

« On déshabille l'enfant et on l'enveloppe tout nu dans une couverture. On trempe la serviette ou la tarlatane dans de l'eau à 10° ou 20°, on la sort en la roulant, on l'exprime bien de façon à ce qu'il ne se produise pas de suintement et on l'étend sur le taffetas chiffon.

« Le bébé est couché sur le linge humide ; on ramène et on croise sur sa poitrine successivement ce dernier, puis le taffetas, l'ouate et la bande de flanelle. On fixe celle-ci avec des épingles et au besoin, on place les épaulettes. Le tout doit être suffisamment serré pour empêcher les déplacements sans toutefois gêner la respiration. Il faut avoir soin que le maillot remonte bien sur le haut de la poitrine et du dos.

« Le bébé est enveloppé dans une robe de flanelle ou dans une couverture et couché.

« L'opération doit être menée rapidement.

« Tantôt le maillot humide est laissé en place et renouvelé toutes les deux ou trois heures ; il est bon alors d'avoir un second maillot, tout préparé, pour y placer le bébé, quand on le sort du premier. Tantôt on le retire au bout d'une demi-heure ou d'une heure, puis on le remet après un intervalle de trois ou quatre heures.

. . . .

« On peut prescrire le maillot humide seul ou associé au bain chaud, dont il prolonge l'action. Dans ce cas, pour éviter de fatiguer l'enfant, on place le maillot quand on sort le bébé de la couverture et on le laisse jusqu'au bain suivant : toutefois, si la fièvre est élevée ou la dyspnée vive, il peut être utile de le renouveler au milieu de l'intervalle de deux bains consécutifs.

. . . .

« Enveloppements partiels sinapisés. — Les enveloppements humides du thorax se font parfois avec de l'eau additionnée de farine de moutarde. Ces enveloppements sinapisés sont indiqués dans les affections broncho-pulmonaires et surtout dans la bronchite capillaire.

« Suivant la technique conseillée par Heubner pour le traitement de cette dernière, on ajoute 500 grammes de farine de moutarde à un litre et demi d'eau à 40°. Le maillot imbibé de cette eau sinapisée est appliqué comme il a été dit plus haut. On le retire au bout de dix à quinze minutes. L'enfant est aussitôt plongé dans un bain d'eau tiède ou lavé à l'eau pour enlever les particules de farine adhérentes à la peau tiède. On le place enfin dans un maillot humide tiède.

« L'enveloppement sinapisé, comme le bain sinapisé, doivent être maniés prudemment, car la peau délicate du bébé s'altère facilement ».

Voici maintenant une formule de potion recommandée dans les trachéo-bronchites aiguës :

Teinture de belladone	dix gouttes
Benzoate de soude	0 gr. 50
Sirop de tolu	15 gr.
Eau distillée .... q. s. pour.	80 cmc.

Faire prendre, par 24 heures, 3 cuillers à café avant 6 mois ; 4 à 5 cuillers à café jusqu'à un an ; 2 ou 3 cuillers à entremets ensuite.

L'ouvrage de MM. Nobécourt et Maillet est de ceux qui doivent prendre place dans la bibliothèque du praticien, à portée de sa main. Toutes les fois qu'il l'interrogera, pour résoudre un problème pédiatrique embarrassant, il y trouvera une solution satisfaisante, en même temps que l'apaisement de sa perplexité. Epaulé par un tel patronage, il envisagera avec moins d'angoisses les difficultés de sa tâche et les affrontera d'un esprit plus rassuré, et d'un cœur plus vaillant.

G. Duchesne.

Les livres qui viennent de paraître ..

Chez Masson et Cie, 120, boul. Saint-Germain

H. Leclerc. — **Les légumes de France**. Leur histoire. Leurs usages alimentaires. Leurs vertus thérapeutiques. (Un vol., 260 p.).

Les Thèses

Mt. — Dr F. Fournier.— **L'allonal dans les états mélancoliques.** (Thèse de 1926.)

De nombreux travaux ont déjà paru sur l'isopropylallyl-barbiturate de diméthyl-amido-antipyrine ou allonal, mettant en relief les bons effets de ce médicament comme analgésique, sédatif et hypnogène. Mad. Fournier a repris les expériences de MM. Combemale, Courteville et Nayrac et a étudié l'allonal en neuro psychiatrie. De même que le sédobrol, bromure dissimulé, convient aux états d'hyperexcitabilité ou de dépression d'origine nerveuse, de même que le somnifène, infiniment maniable, soluble et injectable, donne les meilleurs résultats comme sédatif et hypnotique dans les services de nerveux et dans les asiles, dans les maisons de santé comme dans la pratique journalière, de même l'allonal paraît être surtout un calmant indiqué plus particulièrement dans les algies de toute origine, et un sédatif progressivement hypnogène dans les insomnies déterminées ou conditionnées par la douleur. L'auteur a étudié les effets de ce médicament chez les mélancoliques, dans le service du professeur Euzière et du Dr Pagès et à l'Asile de Font d'Aurelle. Chez les mélancoliques, deux éléments sont à considérer : l'anxiété d'une part, et d'autre part les troubles cénesthésiques et les idées hypocondriaques, ceux-ci conditionnant souvent celles-là. En relisant les observations de l'auteur, on voit que l'hypocondrie et les troubles cénesthésiques sont toujours influencés, tandis que l'angoisse est peu touchée. Au surplus, contre l'élément douleur, l'allonal est assez efficace pour être substitué à la morphine et à la scopolamine-morphine et il a calmé notamment les douleurs provenant d'une arthrite cervicale, rebelle à tous les analgésiques ; au point de vue hypnotique, l'allonal a donné également des résultats satisfaisants ; dans tous les cas, il a agi surtout en frénateur du sympathique. L'auteur, conclut que l'allonal rend de précieux services en neuropsychiatrie, de même qu'en pratique journalière on peut utiliser souvent les propriétés spéciales de cet analgésique renforcé

THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Le bromure de sodium en thérapeutique

Par M. le Dr Peyrus.

Comme l'a bien montré Martinet, dans les « Médicaments Usuels », la caractéristique des bromures est une action sédative, dépressive de tout le système neuro-musculaire ; elle se manifeste par des phénomènes encéphaliques et bubo-médullaires.

On a émis une hypothèse à tout le moins curieuse ; remarquant que le bromure agit sur l'ensemble des centres nerveux qu'il semble parésier au même degré, on a supposé que le bromure se substitue au chlorure de sodium qui existe normalement dans les éléments nerveux et qu'il ralentit les processus chimiques qui en entretiennent l'activité. Il en résulte que toutes les parties du système nerveux reçoivent en quelque sorte une dose égale de bromure, et que sa présence réfrène l'activité de ces diverses parties sans rompre cependant l'équilibre fonctionnel. A ce titre, il est non seulement sédatif ou calmant du cerveau, mais il agit encore comme soporifique ou hypnotique par diminution de la sensibilité aux stimulants externes.

Quelle que soit la valeur de cette explication, elle s'appuie en tous cas sur une observation clinique excessivement importante : *l'action du bromure est en raison inverse de la richesse en chlorure du régime alimentaire* suivi, et c'est ce qui explique d'ailleurs l'activité toute spéciale du Sédobrol Roche.

Quel bromure faut-il préférer ?

Le bromure de potassium agit surtout comme un déprimant du cœur ; il affaiblit les contractions cardiaques, ralentit le rythme du cœur, abaisse la pression artérielle. Parallèlement ou consécutivement, il ralentit la respiration et la nutrition (diminution du taux de l'urée et du coefficient d'oxydation azotée), il diminue les oxydations (Martinet).

Rabuteau, qui a expérimenté chez les chiens, a constaté que l'injection intraveineuse d'une dose non mortelle de bromure de potassium ralentit le cœur ; qu'une dose toxique (1 à 2 grammes) provoque la mort par arrêt du cœur, mais, dit-il, « dans cette expérience, le bromure de potassium agit comme potassium, car le chlorure de potassium et le nitre agissent de même à hautes doses ».

Cette action secondaire déprimante du cœur est pratiquement utilisable : le bromure de potassium est un excellent sédatif du cœur qui trouvera son emploi dans les périodes hypersystoliques des diverses cardiopathies, dans tous les cas d'éréthisme cardio-vasculaire, dans les arythmies nerveuses, dans l'insomnie des cardiaques. Il peut,

dans ces cas, contribuer à ralentir et à régulariser le cœur, calmer la dyspnée, diminuer l'angoisse, procurer le repos. En revanche, il sera contre-indiqué, surtout à dose un peu forte, quand il y a tendance à l'asystolie.

Le bromure de sodium a, certes, sur le système nerveux les mêmes effets que le précédent, mais il n'agit que peu ou pas sur la circulation ; il est de ce fait *bien moins toxique*. C'est ainsi, que, répétant l'expérience précitée, Rabuteau a pu injecter dans les veines d'un chien 5 grammes de bromure de sodium, sans autre effet qu'un très léger ralentissement du cœur.

Il devra donc être préféré au précédent dans tous les cas où l'on doit ménager le système cardio-pulmonaire et où l'on peut appréhender des phénomènes toxiques (asthme, affections cardiaques à la période d'eusystolie ou d'hyposystolie, insuffisance de la dépuration urinaire) : point très intéressant, qui explique la nécessité, dans les affections du cœur, des poumons et des reins, de donner du sédobrol à base de NaBr.

Mentionnons aussi, avec Martinet, l'action irritante, non utilisable, des bromures en solution concentrée sur les muqueuses avec lesquelles ils entrent en contact. A doses massives et en solution concentrée, les bromures provoquent de la cuisson, de la sécheresse de la bouche et de la gorge, avec diminution de la sécrétion salivaire. Ils donnent à l'estomac une sensation de brûlure avec renvois et parfois vomissements et diarrhée.

On évitera ces désagréments en n'employant que des bromures purs, vierges d'iodures, en solution suffisamment diluée, ou même avec un véhicule eupeptique. Il est inutile de faire remarquer que le bromure de sodium, qui est la base du *sédobrol*, est chimiquement pur et tout spécialement préparé. Bien plus, le *sédobrol* est, on le sait, un extrait de bouillon végétal concentré, achloruré et bromuré. Pour l'absorber, il faut le faire dissoudre dans une grande tasse d'eau très chaude ; on réalise ainsi une solution très étendue qui ne présente aucune propriété irritante et qui, au contraire, est excessivement bien supportée par la muqueuse gastrique. La tasse de bouillon au sédobrol a un goût excellent, et c'est encore une des raisons qui expliquent le succès de cet agent thérapeutique.

Il est enfin un point sur lequel nous n'hésitons pas à insister. On a pu dire que le *sédobrol* réalisait un moyen *sûr, élégant* et *discret* de faire absorber du bromure ; — sûr, car on est absolument certain du bromure que l'on emploie ; — élégant, parce que cette tasse de bouillon, de bonne odeur et de bon goût, peut aisément être présentée au malade comme une infusion calmante quelconque, comme une sorte de valériane, par exemple ; — discret, certes, puisque le malade peut ainsi, même à son insu, absorber une médication très utile dans beaucoup de circonstances ; et c'est un médicament qui a surtout l'air d'un aliment, voire même presque d'une gourmandise.

Au surplus, il est difficile d'énumérer tous les cas dans lesquels le *sédobrol* peut être indiqué ; d'une façon générale, on l'emploiera dans les cas où il y a lieu de modérer une excitabilité anormale du système nerveux, d'exercer une action sédative neuro-musculaire, bulbo-médullaire ou encéphalique ; à ce titre, il rend souvent les plus grands services comme hypnotique ou sédatif mental.

Il est recommandable dans les cas d'insomnies nerveuses liées au surmenage, à l'idée fixe, à l'hyperidéation, dans les crises de nervosisme avec agitation, insomnies, palpitations, dans la névrose d'angoisse. Les délires divers, alcooliques, pneumoniques, maniaques, saturnins, congestifs avec ou sans hallucinations, le somnambulisme, retirent de son administration le plus grand bénéfice. Il faut bien savoir aussi qu'il constitue souvent contre la migraine une médication héroïque.

La plupart des affections spasmodiques, sous la dépendance d'une exagération de l'excitabilité réflexe neuro-musculaire, en indiquent formellement l'emploi : tic douloureux de la face, convulsion, éclampsie, intoxication par la strychnine, par l'alcool, coqueluche, asthme, vomissements incoercibles, tétanos, laryngite striduleuse, spermatorrhée avec éréthisme génital, érections post-blennorrhagiques, incontinence d'urine par hyperesthésie vésicale, vaginisme, œsophagisme, palpitations, cardiopathies nerveuses, etc.

Rappelons enfin, qu'on pourrait l'employer en laryngologie pour calmer les réflexes pharyngo-laryngés et faciliter l'examen, ou en carologie, après l'opération du phimosis, pour éviter les érections si pénibles. Ce ne sont là évidemment que quelques indications pratiques ; en un mot, on peut dire que le sédobrol rend les plus grands services, est indiqué dans tous les symptômes nerveux, de quelque origine ou de quelque nature qu'ils soient, chaque fois que la médication bromurée est indiquée.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

HYGIÈNE INDUSTRIELLE

Désodorisation des gaz et précipitation des poussières

Par le Dr René MARTIAL.

A un moment où l'opinion publique elle-même commence à s'émouvoir de la projection continuelle, dans l'atmosphère, de quantités, toujours croissantes, d'immondices aériennes, il ne peut pas être indifférent de savoir, au moins, par quels procédés on peut espérer parvenir à désodoriser les gaz et à précipiter les poussières.

Depuis près de soixante ans, il existe des appareils fumivores. Il semble que la plupart d'entre eux n'aient donné que des solutions approchées — partant insuffisantes. Il est vrai d'ajouter que l'insouciance de la majorité des industriels à cet égard est extraordinaire. Il a fallu attendre à ces années d'après guerre pour arriver à leur faire comprendre l'intérêt économique qu'ils avaient à récupérer le charbon, les gaz, les matières minérales déversées dans l'air, à leur grand dommage, aussi bien qu'à celui de la santé publique. A l'heure actuelle, en France, on pourrait aisément compter les usines pourvues d'appareils réalisant la fumivorité. Et nous ne parlons pas ici de la chaleur perdue !

Quant aux dommages imposés à la santé publique, on connaît aujourd'hui combien la suie avec ses acides chlorhydrique et sulfurique, en forte proportion, est dangereuse pour nos voies respiratoires. On sait aussi combien elle est néfaste à la végétation, aux arbres qui périssent par leurs feuilles (organes respiratoires, en dernière analyse). Il n'est pas jusqu'aux maisons et aux monuments qui n'en souffrent, à telle enseigne que les acides de la suie corrodent les sculptures de nos cathédrales, émoussent leurs contours et détruisent les reliefs les plus délicats.

Le danger est devenu d'autant plus grand qu'à ces fumées, à ces poussières, à ces gas déversés par en haut, sont venus s'ajouter ceux déversés au ras du sol par les innombrables automobiles.

Le public ne s'émeut pas encore de ces derniers, Sans doute parce qu'il n'est si mince calicot ou si obtus manœuvre qui ne rêve, lui aussi, d'empester avec sa voiture l'air qu'il respire.

Mais, ce même public, voyant son ciel sans cesse obscurci, privé de soleil, partant de joie, proteste sous l'influence de l'instinct de conservation de la vie. Il eût été plus simple de ne pas laisser les choses en venir à une telle extrémité.

Le mal est fait. Comment y remédier ?

***

L'ozone — O^3 — peut nous permettre la désodorisation des gaz, et ce sera déjà un grand progrès dans l'assainissement de l'air atmosphérique.

L'ozone, découvert en 1783, étudié dès 1840, identifié en 1865, est bien connu de tous : son odeur caractéristique est celle que l'on sent après les grands orages.

Son pouvoir de diffusion est très grand, c'est un oxydant extrêmement puissant qui agit sur les matières organiques qu'il transforme, parfois jusqu'à combustion complète.

A très faible dose, il détruit dans les salles occupées par un certain nombre de personnes, les produits organiques volatils de la respiration et de la perspiration, produits qui sont de véritables poisons ainsi que l'ont démontré les expériences de Brown-Séquard, de d'Arsonval, et qui exaltent la virulence des germes pathogènes en liberté dans les atmosphères confinées. L'ozone, déjà à ces faibles doses, diminue leur vitalité et tue un certain nombre de ces germes. Il y a donc désinfection.

Il exerce encore — toujours à faible dose — une action désodorisante à l'égard de la fumée de tabac, des relents de cuisine, de salles d'hôpitaux, d'hospices, etc.

On l'emploie déjà dans diverses industries pour combattre les mauvaises odeurs qu'elles engendrent, ou pour garantir certains produits d'odeurs étrangères qui les déprécieraient. C'est ainsi qu'il trouve des applications heureuses dans les fabriques de stéarine, de margarine, les ateliers de cuisson d'huiles, les fabriques de linoléum, de colles, dans les clos d'équarrissage, etc. Il va de soi que le mode d'emploi peut varier d'une industrie à l'autre, mais le principe reste le même — et s'appliquerait tout aussi bien à une fabrique d'engrais, par exemple.

Dans les frigorifiques, l'emploi de O^3 permet d'entreposer, l'un après l'autre, dans la même salle, du poisson, puis des beurres, puis des fromages, puis des fruits, etc.

On ne peut que regretter la méconnaissance, chez les industriels, de cette propriété de l'ozone. Mais, le capitaliste qui crée une usine, le directeur qui la fait marcher ne sont pas forcément des gens très instruits et l'espoir d'un gain immédiat seul les intéresse. Encore en perdent-ils une partie en fumée !

***

Cela est encore plus manifeste lorsqu'on s'occupe des poussières.

L'électricité nous fournit sinon la solution, du moins une très bonne solution. C'est une application de la haute fréquence. Le principe peut-être résumé comme suit.

Une cheminée émet des poussières de charbon, ou de talc, ou d'oxyde de zinc, ou d'aluminium, par exemple. Plaçons au centre de cette cheminée, et de bas en haut, un fil métallique et faisons-le parcourir par un courant de haute fréquence. A l'instant même où le courant passe la quantité des fumées-poussières lancée dans l'atmosphère diminue de 90 à 95 %. Si l'on arrête le courant, instantanément, la fumée-poussière reparaît avec la même densité. Le fait se renouvelle aussi souvent que le courant est donné ou interrompu. La fumée et la poussière qu'elle contient sont précipitées par le courant et tombent le long des parois de la cheminée. Le courant électrique déterminant par son passage dans l'atmosphère une petite quantité d'ozone, il y a simultanément un certain degré de purification des gaz émis. Mais le phénomène capital est la précipitation des poussières qui constituent la partie essentielle de la fumée.

Les premières applications de la précipitation électrique des poussières remontent à 1885, et furent consécutives à des expériences d'Oliver Lodge. Mais, à cette époque, on n'employait que la machine statique. Cependant les résultats obtenus dans une raffinerie de plomb avaient été démonstratifs. En 1903, Oliver Lodge utilise avec succès un courant à haute tension. De 1908 à 1917 la question fut mise au point par l'Américain Cottrell. En 1917, les Français se préoccupèrent de la faire passer dans la pratique industrielle. La poudrerie nationale d'Angoulême s'en occupa en vue de capter les fumées chargées d'acide sulfurique qui dévastaient la contrée environnante et la rendaient inhabitable.

Depuis lors, le principe a été appliqué à la récupération de l'acide sulfurique, à la précipitation et à la récupération de la poudre de talc, à celle de la poussière d'alumine, de phosphate de chaux, de l'oxyde d'étain, des fumées d'oxyde de plomb, d'oxyde de zinc, de noir de fumée, à la précipitation des cendres provenant de la combustion du charbon.

Un courant gazeux de 12.000 mètres cubes à l'heure est débarrassé de 90 % des vésicules d'acide sulfurique avec une puissance électrique de l'ordre de 4 kilowatts. L'opération nécessite un courant « redressé » mais on nous excusera de ne pas entrer dans le détail de l'appareillage électrique nécessaire — nécessaire d'ailleurs pour chaque application avec des variantes.

Dans les fabriques de talc, la récupération peut aller jusqu'à 800 kilogr. de talc par 24 h. Pour l'oxyde de plomb, on atteint de 300 à 600 kilogr. par 24 h. représentant de 150 à 200 kilogr. de plomb métal pour l'oxyde de zinc, 140 kilogr.

Des usines de noir de fumée, environ 5 % de la quantité fabriquée s'échappe dans l'atmosphère. La précipitation électrique permet d'en récupérer 300 kilogr. par 24 h., ce qui débarrasse pratiquement le voisinage de l'envahissement par cette impalpable poussière qui s'insinue partout (1).

Quant au charbon...

Certaines chaudières à charbon, celles notamment fonctionnant avec du charbon pulvérisé, brûlent jusqu'à 10 tonnes à l'heure et fournissent de 10 à 20 % de cendres. 10 % de cendres de ces 10 tonnes = 1 tonne de cendres rejetée par la cheminée.

Il n'est donc pas surprenant que d'Arsonval et Bordas aient enregistré aux alentours d'une usine d'électricité de la banlieue Est de Paris, une chute de poussières atteignant *plus de* 1.5 *kilogr., par mètre carré, en un mois* (Académie des sciences, séance du 29 mars 1926).

Pourquoi alors ne pas essayer la précipitation électrique employée déjà dans plusieurs industries ?

Mais on peut faire encore mieux par le même procédé, ainsi que le prouve son application à l'épuration des gaz de hauts-fourneaux.

La production de chaque tonne de fonte est, en effet, accompagnée par celle de 4.500 mc. de gaz combustibles. Environ la moitié de ces gaz est employée au chauffage du vent. L'autre moitié chauffe des chaudières ou alimente des moteurs à gaz.

Quel que soit l'emploi donné à ces gaz, il faut les épurer en les débarrassant de leurs poussières. C'est ce que réalise la précipitation électrique. Des installations de ce genre fonctionnent aux Etats-Unis et en Angleterre depuis plusieurs années pour des hauts-fourneaux de 200 tonnes.

De quelques grammes au mètre cube, la quantité de poussières contenue dans ces gaz tombe à quelques décigrammes.

---

(1) Purification industrielle des Gaz, 29, Rue Claude Vellefaux, Paris.

Mais, de la précipitation, on peut passer à la filtration des gaz combustibles et on n'a plus alors qu'un demi-centigramme par mètre cube. Ces gaz épurés « au deuxième degré » sont particulièrement utilisables pour l'alimentation des grands moteurs à gaz pauvre de plusieurs milliers de chevaux chacun.

Il semble donc que l'on n'ait plus maintenant d'excuse pour gaspiller son combustible et rendre insalubre tout un canton ou même davantage.

Il convient que les médecins spécialisés en hygiène et leurs confrères praticiens connaissent l'existence de ces procédés d'ozonisation et de précipitation, car ils sont aptes à en faire répandre l'emploi pour le plus grand bien de tous : collectivité et industriels.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Déclaration de naissance. — Infanticide. — Secret professionnel

Un médecin est appelé auprès d'une femme, qui a accouché quelques heures auparavant. Par son examen, il constate que l'accouchement est récent ; mais, ayant demandé à voir le délivre, on lui présente en même temps le cadavre du nouveau-né, sur lequel il relève les traces d'un crime.

La mère aurait accouché en présence d'une amie : le médecin est-il tenu à faire la déclaration de la naissance à la mairie ?

S'il fait cette déclaration, il provoquera la venue du médecin de l'état civil, qui, en présence des traces du crime commis sur le nouveau-né, refusera le permis d'inhumer. La déclaration du médecin traitant équivaudrait donc à une dénonciation indirecte.

Quelle ligne de conduite conseiller au praticien ?

Aux termes de l'article 56 du code civil, la naissance doit être déclarée, à défaut du père, par toute personne ayant assisté à l'accouchement et notamment par le docteur, ou la sage-femme.

Les sanctions sont précisées par l'article 346 du code pénal : « toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du code civil et dans les délais fixés par l'article 55 du même code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois et à une amende de 16 à 300 francs. »

Lorsque le médecin ou la sage-femme a présidé lui-même à l'acte obstétrical, aucune difficulté ne s'élève : le praticien devra faire la déclaration, en l'absence du père. Cependant, il devra se borner à ne donner que les indications compatibles avec le respect du secret professionnel, surtout en ce qui concerne le nom et le domicile de la mère.

Mais si le docteur n'arrive que lorsque l'enfant est sorti du sein de sa mère, est-il néanmoins tenu à faire ladite déclaration ?

Oui, si l'enfant est encore relié au placenta, par le cordon, qui n'a pas été coupé, alors que le délivre est inclus dans l'utérus.

Le praticien termine donc un accouchement et doit faire la déclaration.

En est-il de même, lorsque l'enfant est séparé de sa mère, le cordon ombilical ayant été coupé, mais la délivrance étant encore intra-utérine ?

Oui, dit un arrêt de la cour d'appel de Chambéry (19 septembre 1868, D. 69.2.62).

Oui, dit encore un jugement du tribunal correctionnel de Vesoul, du 22 janvier 1920 (*Gaz. Pal.*, 21 février 1920.)

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE VESOUL

22 janvier 1920.

Gaz. Pal., 21 février 1920.

1° ACTES DE L'ÉTAT-CIVIL. — ACTES DE NAISSANCE. — SAGE-FEMME. — DÉCLARATION DE NAISSANCE. — INFANTICIDE.

2° SECRET PROFESSIONNEL. — SAGE-FEMME. — INFANTICIDE. — OBLIGATION DE DÉCLARER LA NAISSANCE.

1° *L'obligation édictée par les art.* 55 *et* 56 *C. civ. de déclarer la naissance d'un enfant, obligation sanctionnée par l'art.* 346 *C. pén., et subordonnée à l'assistance de l'accouchement, s'impose aux docteurs ou médecins, sages-femmes, officiers de santé et à toutes les personnes, qui ont nécessairement connu une naissance à raison de leur assistance aux opérations concomitantes ou subséquentes à cette naissance, et dont l'ensemble constitue l'accouchement.*

2° *Une sage-femme qui a reçu de sa cliente, dans l'exercice de sa profession, l'aveu d'un infanticide, ne peut pas exciper de son secret professionnel pour s'abstenir de la déclaration.*

En droit, l'obligation, pour tous ceux qui ont assisté à un accouchement, de déclarer la naissance de l'enfant, s'impose aux médecins et aux sages-femmes avec la même rigueur qu'aux autres personnes, cette obligation dut-elle avoir pour conséquence d'amener la découverte d'un crime.

Min. public c. dame B.....

Attendu que la prévenue, appelée en qualité de sage-femme auprès de la demoiselle F... est poursuivie pour n'avoir pas fait à l'officier de l'état civil la déclaration de la naissance d'un enfant dont ladite demoiselle F... est accouchée à Scey-sur-Saône le 25 octobre 1919 ;

Attendu que les art. 55 et 56 C. civ. imposent aux docteurs en médecine, sages-femmes, officiers de santé et autres personnes qui ont assisté à l'accouchement, l'obligation de déclarer, à défaut du père, la naissance de l'enfant ; que cette obligation est sanctionnée par l'art. 346 C. pén. ;

Attendu que l'application des pénalités édictées par l'art. 346 C. pén. est subordonnée à l'assistance à l'accouchement ; qu'en fait la demoiselle F... a accouché le 25 octobre 1919 vers trois heures du matin ; que la dame B..., prévenue télégraphiquement, est arrivée à Scey-sur-Saône vers deux heures de l'après-midi ; qu'ayant appris de la bouche même de sa cliente que celle-ci avait étranglé son enfant nouveau-né, elle s'est bornée à délivrer l'accouchée et à lui donner les soins que comportait son état ; qu'elle soutient que n'ayant pas assisté à l'accouchement elle n'était pas tenue de faire la déclaration prévue par la loi ;

Attendu que les mots « qui a assisté à l'accouchement » ne visent pas uniquement les personnes qui étaient présentes au moment précis où l'enfant est sorti du sein de sa mère, mais encore aux personnes qui ont assisté aux diverses phases de l'accouchement notamment à la délivrance de la mère et à ses suites inséparables et immédiates (Chambéry, 19 septembre 1868, D. 69.2.62) ;

Attendu, en effet, que le législateur a eu pour but d'assurer d'une façon certaine, dans un intérêt d'ordre social, la constatation des naissances et que pour arriver à ce résultat, il a imposé l'obligation de la déclaration à toutes les personnes qui ont nécessairement connu une naissance à raison de leur assistance aux opérations concomitantes ou subséquentes à cette naissance et dont l'ensemble constitue l'accouchement ;

Attendu qu'en l'espèce, la prévenue reconnaît avoir délivré la demoiselle F..., lui avoir donné une injection et l'avoir fait transporter sur son lit ; qu'en un mot, elle lui a prodigué les soins que donne une sage-femme en pareille circonstance ; que la délivrance et les soins qui ont suivi sont la suite naturelle et immédiate de l'accouchement et font partie de l'ensemble de l'opération ; que, dans ces conditions, malgré l'espace de temps qui s'est écoulé entre la sortie de l'enfant du sein de sa mère et l'arrivée de la sage-femme, cette dernière doit être considérée comme ayant participé et assisté à l'accouchement ;

Attendu, dès lors, que la dame B. devait faire la déclaration de la naissance à l'officier de l'état civil ; qu'elle objecte vainement que l'enfant était mort et qu'elle ignorait son sexe ; qu'en effet, tous les enfants, même les enfants morts-nés, doivent faire l'objet d'une déclaration ; que, d'autre part, l'enfant dont la demoiselle F... venait d'accoucher était à côté de sa mère et que la prévenue pouvait vérifier son sexe ;

Attendu enfin que pour échapper à toute responsabilité pénale la dame B... soutient qu'une impossibilité juridique l'empêchait d'effectuer la déclaration ; qu'elle prétend que faire à l'officier de l'état-civil la déclaration de naissance équivalait pour elle à dévoiler l'infanticide, qu'ayant appris le crime par l'aveu de sa cliente et dans l'exercice de sa profession elle était tenue par le secret professionnel et que, par suite, pour ne pas violer ce secret, elle devait s'abstenir de toute déclaration ;

Mais attendu qu'une pareille argumentation est inadmissible ; qu'en fait, la dame B... n'avait pas à violer le secret professionnel ; qu'il lui suffisait de faire sa déclaration à l'officier de l'état-civil sans rien révéler des confidences qu'elle avait reçues ; que, s'agissant d'un enfant naturel, elle n'était même pas tenue, aux termes d'une jurisprudence aujourd'hui constante, de faire connaître le nom de la mère ; qu'en droit, l'obligation pour tous ceux qui ont assisté à un accouchement de déclarer la naissance de l'enfant s'impose aux médecins et aux sages-femmes avec la même rigueur qu'aux autres personnes, cette obligation dût-elle avoir pour conséquence d'amener la découverte d'un crime ;

Attendu au surplus, que la théorie soutenue par la dame B... conduirait à des conséquences inadmissibles et équivaudrait à la suppression de l'obligation légale mise à la charge des médecins et sages-femmes ; qu'en effet, ceux-ci pourraient toujours invoquer le secret professionnel pour se soustraire à cette obligation ; que, notamment, il leur serait possible de ne pas déclarer la naissance d'un enfant naturel sous prétexte que déclarer la naissance de cet enfant équivaudrait à dévoiler la faute de la mère ; qu'ainsi la constatation des naissances pour toute une catégorie d'enfants, ceux qu'il importe plus particulièrement de protéger, ne serait plus assurée ;

Attendu enfin, que le souci de ne pas violer le secret professionnel n'est nullement la raison déterminante de l'abstention de la prévenue ; que la demoiselle F... et sa sœur prétendent avoir acheté, moyennant le versement d'une somme de mille francs le silence de la dame B. ; qu'en tous cas, cette dernière a reconnu devant le magistrat instructeur que les demoiselles F... l'avaient suppliée de ne rien dire, qu'elle s'était laissée attendrir et que, cédant à leurs instances, elle avait consenti à ne pas faire la déclaration exigée par la loi ;

Attendu dans ces conditions, que la culpabilité de la prévenue est établie, que le délit revêt un réel caractère de gravité étant données les circonstances dans lesquelles il a été commis ; qu'il y a néanmoins dans la cause des circonstances atténuantes ;

Par ces motifs,

Déclare la dame B .. convaincue du délit qui lui

est reproché, et pour répression la condamne à la peine de 100 francs d'amende et aux dépens.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Mes Bergeret et René Lafon, (ce dernier du barreau de Paris), av.

Note. — I. II. — Sur les deux points : L'espèce ci-dessus présentait deux questions à juger :

1° La prévenue n'avait point assisté à l'accouchement. Son rôle s'était borné à donner des soins à une femme accouchée depuis plusieurs heures, et à la délivrer. Devait-elle, cependant, faire la déclaration ? Le Tribunal a répondu par l'affirmative, en appliquant la formule « qui a assisté à l'accouchement » aux personnes qui ont assisté aux diverses phases de cet accouchement, notamment à la délivrance de la mère, et à ses suites inséparables et immédiates : Chambéry, 19 septembre 1868 (D. 69.2.62).

2° La seconde question, relative au secret professionnel, présente un intérêt considérable pour les médecins et les sages-femmes.

Il a été souvent jugé que les médecins, comme tous autres individus, qui ont assisté à l'accouchement d'une femme, sont tenus, sous les peines édictées par l'art. 346 C. pén., de déclarer les noms, prénoms, etc. des père et mère, et que l'art. 378 C. pén. ne saurait s'appliquer à ce cas : Dijon 14 août 1840 (S. 40.2. 447 — D. 41.2.38), Paris, 20 avril 1843 (S. 43.2.210 — D. 43.2.147) ; Gand, 9 août 1853 (Pasicr, belge, 53.2. 282) ; Cass. belge, 14 nov. 1853 (Pasicr, belge, 54.1. 10) ; Bruxelles, 3 juin 1855 (Pasicr. belge, 55.2.242) ; Gand, 7 juin 1855 (Pasicr. belge, 56.2.70) ; Cass. belge, 10 juill. 1855 (Pasicr. belge, 55.1.303) ; Gand, 12 édécembre 1865 (Bel. jud., 56.75). V. dans le même sens, Toullier, t. 1, 3n. 317 ; Duranton, t. 1, n° 315 ; mais ces auteurs n'examinent pas la question sous le rapport pénal.

Mais ici le secret professionnel n'était-il pas en jeu? La sage-femme avait reçu la confidence de l'infanticide. Il semble bien que déclarer la naissance équivalait à dénoncer le crime. A cette préoccupation, qui pourrait être celle des médecins et des sages-femmes dans des cas analogues, le Tribunal répond en leur imposant, dans un intérêt d'ordre social, l'obligation de la déclaration, dût celle-ci avoir pour conséquence la découverte d'un crime.

Si cela est exact, leur devoir leur est ainsi nettement tracé ; ils n'ont plus à s'embarrasser, en pareille occurrence, du scrupule de leur secret professionnel, non plus que de la crainte de se voir appliquer l'art. 378 C. pén.

Un jugement du tribunal correctionnel de la Seine, du 4 janvier 1918 (*Gaz. Trib.*, 3 décembre 1918) va encore plus loin, en faisant au médecin l'obligation de déclarer la naissance de l'enfant, même s'il n'a été appelé au chevet de la mère qu'après la délivrance de celle-ci et dans le but de lui donner les soins que nécessitait son état.

Deux points sont à envisager .

1° Que faut-il entendre par ces mots de l'article 56 du code civil : « ayant assisté à l'accouchement ? »

2° La déclaration de la naissance devant aboutir à la découverte d'un crime, le médecin doit-il déclarer et ainsi se porter indirectement dénonciateur ; ou doit-il se considérer comme étant lié par le secret professionnel ?

1° Que faut-il entendre par « ayant assisté à l'accouchement ? »

La déclaration de la naissance a pour but de donner un état civil au petit être qui vient au monde. Le père, le médecin, la sage-femme, qui ont assisté à toutes les phases de la parturition, sont des témoins irréfutables, aux yeux de l'officier de l'état civil.

Lorsque le praticien constate que l'enfant, bien que sorti du sein de la mère, est relié, par le cordon, au placenta, inclus encore dans l'utérus, il n'y a pas de contestation sur l'authenticité de cette naissance.

Mais le doute commence à poindre, lorsque l'enfant a le cordon ombilical sectionné . Il y a eu certes accouchement indubitable ; mais rien ne prouve qu'il n'y a pas eu substitution de part, puisque le praticien n'a pas assisté lui-même à la venue au monde du nouveau-né qu'on lui présente.

A plus forte raison, si le médecin, ou la sage-femme, n'arrive que plusieurs heures après l'accouchement, alors qu'enfant et délivre sont sortis du sein de la mère.

D'abord, si une personne quelconque a assisté à l'acte obstétrical, c'est à elle, et non au praticien (qui n'est arrivé qu'après) à faire la déclaration, d'après les termes très stricts du code civil.

En effet, il n'y a pas d'ordre de préséance entre médecin, sage-femme ou toutes autres personnes ayant assisté à l'accouchement. Elles sont toutes responsables, au même point, de la déclaration.

En second lieu, si personne n'était présent au cours de l'accouchement, le praticien, qui est mandé plusieurs heures après, pour donner ses soins à l'accouchée, peut déclarer qu'un accouchement récent s'est produit, mais il ne peut affirmer que l'enfant, qui lui est présenté, est bien effectivement celui de l'accouchée qu'il soigne.

D'autant que n'arrivant que plusieurs heures après l'accouchement, le praticien n'est plus une personne ayant assisté à l'accouchement, mais l'homme de l'art, qui donne ses soins à une malade.

Je crois que si la Cour de Cassation était appelée à se prononcer sur ce point, elle interprèterait *stricto sensu* les termes de l'article 56 du code civil, dans le sens qu'il est indispensable que le praticien ait été témoin de l'accouche-

ment, pour qu'il puisse se porter garant de la venue au monde de tel enfant, qui désormais jouira d'un état civil déterminé.

Admettre le contraire serait permettre la possibilité de substitution de part.

2° Déclaration et obligation au secret professionnel.

a) En ce qui concerne la matérialité de la déclaration de la naissance, par le médecin, ou la sage-femme, qui n'arrive que plusieurs heures après l'accouchement, alors que tout est terminé, j'estime que ce praticien doit se taire. L'article 56 du code civil n'est plus applicable et le respect du secret professionnel, prescrit par l'article 378, reprend tous ses droits impérieux.

A mon avis, le tribunal correctionnel de la Seine (jugement du 4 janvier 1918 cité plus haut) a fait une fausse application de la loi. Le médecin, qui arrive plusieurs heures après l'accouchement, n'a pas à déclarer celui-ci. La loi n'oblige pas à la déclaration des accouchements, dans le même sens que cela est prescrit pour une maladie contagieuse : c'est la naissance elle-même de l'enfant, lequel doit recevoir un état civil déterminé, naissance dont on a été témoin, qui doit être déclarée.

Or, n'ayant pas assisté à la venue au monde du poupon, le médecin ne peut pas accréditer un fait, qui s'est passé hors de sa présence. Il est, d'ailleurs, une règle toujours suivie en droit pénal ; c'est que, pour l'interprétation du code pénal, les mots doivent être entendus dans leur sens étroit. Par conséquent, les pénalités prévues à l'article 346 du code pénal, pour non-déclaration de naissance, ne s'appliquent qu'aux cas où le praticien a assisté effectivement à l'accouchement, et non à ceux où, en tant que médecin traitant, il n'est arrivé que lorsque tout était fini, pour donner des soins à une accouchée et non pour aider une parturiente dans son accouchement.

b) En ce qui concerne la déclaration d'une naissance qui, indirectement, pourrait aboutir à la dénonciation d'un infanticide, la question, à mon sens, doit s'envisager de deux manières différentes.

Si le médecin, ou la sage-femme a assisté à l'accouchement, il doit en faire la déclaration : l'article 378 du code pénal prescrit le secret professionnel dans les limites les plus étendues, sauf pour les cas où une loi oblige le praticien à faire une déclaration : tel est le cas des lois du 30 novembre 1892 et du 15 février 1902, enjoignant au médecin de déclarer les maladies contagieuses.

Par suite, l'article 56 du code civil prescrivant sous les peines édictées par l'article 346 du code pénal, aux témoins d'un accouchement d'en faire la déclaration, celle-ci doit être faite, sous réserves bien entendu du silence à garder sur les points, qui doivent rester secrets.

Dans le cas d'infanticide, par exemple, le médecin, qui a assisté à l'accouchement, devra déclarer à l'officier de l'état civil la naissance d'un enfant, sur le territoire de la commune, sans indiquer ni le nom, ni le domicile de la mère. Il ajoutera : cet enfant est mort.

Si, comme c'est son droit strict, l'officier de l'état civil exige que l'enfant lui soit présenté, il sera déféré à ce désir. Ce magistrat verra quelle doit être sa conduite pour la poursuite du crime et comment il procèdera à son enquête, pour découvrir l'identité de la mère coupable.

Ce faisant, le médecin aura satisfait aux injonctions de l'article 56 du code civil et à celles de l'article 378 du code pénal, l'obligeant au secret professionnel. Mais ce n'est pas au praticien à se porter dénonciateur, pour tout ce qu'il a pu apprendre, surprendre, voir, deviner dans l'exercice de sa profession.

Mon raisonnement, me dira-t-on, est très subtil. Je ne demande qu'à provoquer une discussion sur une meilleure ligne de conduite.

Si le médecin n'a pas assisté effectivement, ni à l'accouchement, ni à la délivrance, il soignera sa malade, en lui gardant le secret le plus absolu : ici, l'article 378 du code pénal est appliqué dans sa rigueur la plus complète.

Si le praticien a assisté à l'accouchement, il obéira aux stipulations de l'article 56 du code civil, mais dans les limites compatibles avec le respect du secret professionnel, puisqu'il n'est pas tenu à indiquer le nom, ni le domicile de la mère.

A l'officier de l'état civil de faire son devoir, en demandant que l'enfant lui soit présenté, ou bien saisi par la rumeur publique, ou par une dénonciation anonyme, à faire toute enquête à laquelle il jugera utile de procéder.

Mais, cité comme témoin, le médecin devra alors se souvenir que le rédacteur du code pénal l'oblige à se taire, pour un motif d'ordre public : le respect du secret dû aux malades.

Le praticien est fait pour donner des soins et nullement pour se transformer en auxiliaire direct ou indirect de la justice, alors que, par sa profession, il a été mis à même de pénétrer dans l'intimité la plus secrète des personnes qui se confient à son art, pour qu'il leur rende plus sûrement la santé.

Dr Paul BOUDIN.

VARIÉTÉS BIOLOGIQUES

Le venin des murènes, des poissons et des animaux des mers,

d'après *Les Poissons et le Monde vivant des eaux* (Tome II : La Vie et l'Action par le Dr Louis Roule, professeur au Muséum d'histoire naturelle (1).

M. le Pr Louis Roule, du Muséum d'histoire naturelle, vient de faire paraître le deuxième volume de son important ouvrage sur *les Poissons et le Monde vivant des eaux*, études ichtyologiques, qui sont le digne pendant des Etudes entomologiques de Fabre. Ce deuxième volume, dont le sous titre est *la Vie et l'Action*, merveilleusement illustré de planches en trichromie, dues au talent d'aquarelliste de F. Angel, est, s'il est possible , encore plus intéressant que le premier volume.

Nous nous permettrons d'analyser pour nos lecteurs le chapitre intitulé : *Le venin des Murènes.*

Les Murènes ont joui dans l'histoire d'une fâcheuse réputation. Nos souvenirs classiques nous rappellent que Vedius Pollion, friand de leur chair comme tous les aristocrates romains de l'époque d'Auguste, nourrissait les Murènes de ses viviers en y faisant précipiter des esclaves vivants.

***

Les Murènes habitent les mers chaudes où elles se cachent dans le creux des rochers, ne laissant apercevoir, émergeant de leur trou, que leur tête, brunâtre, fine, emmanchée dans un col épais et tachetée de jaune. « Un museau pointu et fouinant, une grande bouche à demi fermée et laissant entrevoir les dents en crocs qui la garnissent, des yeux noirs et brillants, une attitude, que l'on sent aggressive malgré l'immobilité, leur donnent un air hargneux et leur rendent la physionomie méchante ». Si elles sortent de leur repaire « elles surprennent par leur corpulence, la grande taille de leur corps, la richesse de leurs teintes. Leur petite tête fine et aiguë n'est pas à la mesure du reste ; le cou et le tronc ont une carrure qu'elle ne laissait pas pressentir ».

Les Murènes sont bien armées ; leur bouche est largement fendue, des dents solides et crochues garnissent leurs mâchoires et des dents supplémentaires, plus fortes que les autres, sont implantées sur leur palais. On a pu les comparer à la panthère qui s'apprête à bondir sur sa proie. En réalité il n'en est pas ainsi, la Murène est un animal paresseux qui guette rarement une proie et se contente comme nourriture de cadavres et des débris des repas des véritables poissons chasseurs. Son peu d'activité est sans doute cause de l'excellence de sa chair dont le haut goût est plus prisé des gourmets que celui des anguilles et des congres.

La Murène n'attaque pas, mais elle se défend avec acharnement et promptitude et, de ce fait, peut devenir dangeureuse pour le pêcheur. La petitesse de ses opercules branchiaux fait que l'asphyxie est longue à se produire chez elle, une fois retirée de l'eau, et qu'elle peut mordre longtemps après avoir été pêchée.

La longueur de ses crocs rend sa morsure profonde, très douloureuse, parfois très lente à se cicatriser et souvent accompagnée de délabrements des parties voisines. En outre la Murène est une bête à venin. Bien que la mort du fait de ses morsures n'ait pas été signalée, il arrive parfois que ces dernières déterminent des symptômes généraux inquiétants. Tout ceci est variable et tient soit à une sensibilité au venin plus ou moins grande de la personne mordue, soit à une virulence plus ou moins active du venin même selon les individus.

La bouche de la Murène ne contient aucun appareil pour inoculer le venin comme la vipère et le cobra, mais le mucus qui recouvre la muqueuse de la bouche et les dents, est doué de propriétés toxiques.

Il y a beaucoup d'autres poissons vénéneux, mais les organes qui inoculent leur venin, sont généralement des épines, placées sur leurs nageoires, leur queue ou leurs opercules. Ces épines sont recouvertes d'un mucus gluant et toxique qui d'ailleurs lubrifie toute la peau de ces animaux. La plupart des poissons d'ailleurs, même ceux d'eau douce, sont venimeux, mais à un faible degré. Les vives, les rascasses, les synancées, les pastenargues, les mourines comptent parmi les plus venimeux. Le venin chez ces derniers poissons n'est destiné ni à l'attaque, ni à la défense ; il n'en est pas de même chez la Murène. On se pique par hasard à une Vive, on est mordu activement par une Murène qui se défend. Le venin n'existe pas seulement dans le mucus, mais comme chez les serpents, on le trouve toujours dans le sérum du sang. Il n'est pas rare de voir les gerçures des mains des cuisiniers s'envenimer au contact des tronçons d'anguilles qu'ils veulent préparer.

Beaucoup d'animaux qui vivent dans la mer, outre les poissons, sont pourvus de venin. Les plus singuliers sont les actinies, surnommées à

(1) Paris, Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot.

juste titre « orties de mer ». Elles sont pourvues d'un nombre considérable de cellules, véritables vésicules microscopiques à venin, qu'on appelle les nématocytes. Chacun de ces nématocytes contient un filament, enroulé dans la cellule, qui, sous le fait d'une excitation, se déroule comme un ressort et pique en inoculant le venin. Ces filaments, après avoir piqué, se détachent de la vésicule ; ils déterminent une véritable éruption d'urticaire.

Les méduses, les siphonophores sont aussi pourvus de vésicules à venin. Ces animaux peu colorés sont presque invisibles dans l'eau malgré leur taille notable. Les baigneurs ne les aperçoivent guère, mais il leur arrive de ressentir pendant leur immersion tout à coup une vive douleur ; au siège de cette dernière apparaît une rougeur de la peau, accompagnée d'une cuisson parfois vive. Une méduse en passant a frôlé de ses tentacules le baigneur et ses batteries urticantes lui ont inoculé le venin.

Quelle est la nature de ce venin ? Ce n'est pas une sécrétion spéciale fabriquée par des cellules pour être utilisée dans un but d'attaque ou de défense. C'est simplement une propriété irritante et toxique des liquides humoraux qui baignent les tissus et dont l'utilisation importante et le but véritable sont simplement les besoins vitaux de l'animal.

J. NOIR.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE SÉNAT

(*Suite*)

Séance du 23 *juin* 1927.

M. André FALLIÈRES, *ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.* — Je vous demande pardon, nous sommes tout à fait d'accord sur cette question avec la commission des finances et la commission de l'hygiène à la condition qu'on ne rompe pas l'équilibre qui a été prévu. Si on le détruisait, il n'y aurait pas de loi viable.

M. Emile SARI. — Monsieur le Ministre, si vous voulez me permettre de répondre, je le ferai très volontiers en citant les termes mêmes de la lettre de M. le président du Conseil.

M. LE MINISTRE. — On fait tout le temps allusion à la lettre écrite par M. le président du conseil. Les demandes qu'elle formulait ont reçu en très grande partie satisfaction à la commission des finances et à la commission de l'hygiène. Mais elles représentaient le maximum des précautions que le président du conseil estimait nécessaires. Certaines étaient essencielles, d'autres l'étaient moins, et, dans un désir d'entente et de conciliation, pour faire aboutir le projet, il va de soi que le Gouvernement ne les reprendra pas ttoutes. Il faut que ce soit dit une fois pour toutes. (*Très bien ! très bien ! à gauche.*)

M. Emile SARI. — Monsieur le ministre, cette lettre, qui précisait les difficultés d'établissement des prévisions budgétaires, demandait qu'on apportât au texte primitif de la commission de l'hygiène, certaines modifications. Elles ont été apportées.

Je me permets maintenant de poser à M. le rapporteur la question suivante : pense-t-il que les modifications prévues soient réellement et pratiquement applicables ? Pense-t-il qu'on puisse réduire le montant des prestations qui ont été antérieurement accordées, ou pense-t-il qu'on puisse augmenter le taux de la cotisation ouvrière et patronale ?

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, en mon âme et conscience j'affirme, devant le Sénat que je me suis rendu compte, autant que cela m'était possible, des répercussions à prévoir de l'application des formules proposées. Pour ce qui me concerne, je crois que le système qui vous est soumis n'est pas seulement en équilibre, j'insiste sur ce point, j'ajoute qu'il laisse une marge de sécurité suffisante pour toute éventualité prévisible. (*Mouvements divers.*)

Si vous voulez bien vous en tenir aux dispositions générales de la commission, vous ne courrez, à ma connaissance, aucun risque appréciable.

M. Louis PASQUET, *rapporteur de la commission des finances.* — Je partage, en partie seulement, l'optimisme de M. le rapporteur. Je dis que nous n'avons aucune faute à commettre. En vérité, messieurs, il nous faut soigneusement éviter d'introduire dans la loi aucune charge financière nouvelle si nous voulons que la réforme se présente en véritable équilibre. Je crois que nous agirons avec sagesse en restant dans le cadre actuel du projet.

M. LE MINISTRE. — C'est tout à fait l'avis du Gouvernement.

M. Emile SARI. — Messieurs, je me permets de répondre, tout aussi bien au Gouvernement qu'à M. le rapporteur, par la lecture du passage de la lettre de M. le président du conseil, à laquelle j'ai fait allusion. M. le président du conseil s'exprime ainsi, nous mettant en garde contre la difficulté d'établir des prévisions exactes en matière d'assurances sociales :

« La pratique de l'assurance suppose, en effet, une

connaissance aussi approchée que possible de l'importance des risques à couvrir, c'est-à-dire l'existence de statistiques ou de tables dressées après des expériences assez longues et assez étendues pour que le degré d'exactitude en aît pu être vérifié.

« Une telle condition est loin d'être remplie : qu'il s'agisse par exemple de fixer la répartition des assurés obligatoires entre les différents âges, d'évaluer les risques de morbidité ou d'invalidité, il faut, en l'absence de statistiques et de tables dressées en vue de ces objets précis, construire des hypothèses singulièrement aléatoires ou encore utiliser des tables étrangères, anciennes ou incomplètes et dont les résultats ne sauraient être valablement appliqués à des éléments très différents de ceux pour lesquels elles ont été établies. »

Voici, messieurs, comment s'exprimait M. le président du conseil. Cela se passe de commentaires.

M. le président du conseil ajoutait, ainsi que le rappelait M. le ministre de l'hygiène, qu'il serait prudent, en vue d'établir le superéquilibre que nous désirons tous, de prendre certaines mesures qui consisteraient à diminuer la valeur des prestations ou à augmenter celle des cotisations. Là-dessus, je me suis déjà expliqué. Je ne pense pas qu'*il* soit possible dans la pratique, sous la forme d'un décret, d'avoir recours à une pareille mesure : ce serait vouloir, à l'heure actuelle, diminuer par exemplee chiffre des pensions ou celui des traitements.

Ici, encore, éclate au point de vue financier la difficulté dans laquelle nous nous trouvons pour doncer au texte toute la précision que souhaite la commission.

Ainsi, au point de vue de l'entente indispensable avec le Corps médical, au point de vue de la sauvegarde de l'intérêt des assurés, et au point de vue de la stabilité financière des assurances sociales, nous estimons que pour le risque maladie, il faudrait s'en tenir, autant que possible, à un texte donnant des directives générales, mais sans entrer dans les détails d'application.

Nous trouvons dans le projet même de M. Chauveau les deux parties de l'amendement que nous avons déposé à l'article 4, l'autonomie avec liberté de convention, à l'article 33, suppression de tout engagement fixe, dans certaines limites, bien entendu, établies par la loi. Nous y voyons le reflet du texte même de la Chambre des députés. Nous revenons à la liberté absolue, à la formule qui avait été écartée pour entrer dans les détails et dans les précisions. Je suis, en ce qui me concerne, partisan de ce texte, dans le but de faciliter le vote de la loi, mais aussi pour la rendre viable, applicable, et afin d'éviter l'échec certain.

Adressons-nous aux résultats de l'expérimentation. Revenons au projet dont je viens de parler, à celui de la Chambre, sous réserve, bien entendu, de certaines modifications qu'il serait utile d'y apporter. Accordons aux caisses leur autonomie sous le contrôle administratif et financier de l'Etat, donnons-leur la mission, sous le couvert de la loi du 1er avril 1898, d'assurer le service des prestations, avec pleine liberté de passer des conventions avec le corps médical et de fixer le montant de la participation des intéressés, avec la seule restriction que la valeur de cette participation ne pourra toutefois être inférieure à un chiffre que l'on fixera chaque année par décret.

Que se passera-t-il ? Les administrateurs des caisses et les médecins prendront contact, chaque groupement, suivant la région ou la localité adoptera une règle appropriée aux usages et aux coutumes locaux. Chaque caisse accordera le maximum de ce qu'elle peut accorder et si réellement les chiffres qui nous sont fournis par la commission de l'hygiène et par le Gouvernement sont exacts, les caisses accorderont les 80 ou 85 p. 100 qui sont promis. Elles iront même jusqu'à réduire, dans la limite du possible, la part contributive de l'intéressé. Mais nous aurons ainsi, sans engager la responsabilité des finances publiques, réalisé l'essai que quelques-uns de nos collègues auraient voulu tenter, avant de lancer dans l'arène sociale le texte qui nous est proposé.

On constatera peut-être alors que des résultats différents sont obtenus suivant les localités, par exemple, suivant qu'il s'agit de grands centres, de petites villes, de milieux industriels ou de populations agricoles.

Sur les données de cette expérience nationale, on pourra plus tard légiférer, fixer des chiffres en se basant sur des renseignements certains et scientifiquement établis. Nous aurons ainsi la satisfaction d'avoir livré un texte étudié sur l'expérience nationale. Nous n'aurons pas simplement transporté en France ce que nous aurons copié de l'étranger. Nous aurons ainsi, de toutes pièces, créé une organisation qui, s'inspirant de nos mœurs nationales, de nos habitudes médicales, en un mot de tous nos usages, sera applicable sans trop de heurts à l'ensemble de tous ceux qui doivent collaborer aux assurances sociales de même qu'à ceux qui seront appelés à en bénéficier.

N'oublions pas, messieurs, que ces textes doivent légiférer pour 9 millions de travailleurs et pour l'ensemble du corps médical français.

Nous allons entrer dans une période de début. Faisons-en une période d'essai. Devant la difficulté de préciser, évitons le danger qui consiste à promettre ce que nous ne pourrons peut-être pas tenir. Voilà pourquoi, donnant mon adhésion pleine et entière au premier alinéa de l'amendement de mon ami M. Roche, je demande que les alinéas suivants soient remplacés par l'amendement que j'ai moi-même déposé. (*Très bien.*)

M. Dominique DELAHAYE. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Dominique Delahaye.

M. Dominique DELAHAYE. — Mes chers collègues, permettez à un malade sauvé par la médecine, de rendre hommage au corps médical. Ceci se passait il y a dix ans et, sans un médecin des plus savants et

des plus distingués, sans un chirurgien hors de pair, je ne pourrais point aujourd'hui vous adresser la parole. Ne fût-ce qu'à ce titre, je me devais d'intervenir ; il s'y joint une autre raison : des médecins m'ont écrit spontanément, sans me connaître, m'engageant à soutenir *mordicus* l'amendement de M. Roche. Maintenant,on m'assure qu'il y a une entente, une conciliation, et que le texte en cause sera modifié ; est-il bien certain que les médecins de toute la France, qui s'étaient mis d'accord sur l'amendement de M. Roche, se déclareront aussi satisfaits de ce que vous allez proposer ? Je n'en sais rien !

J'hésite à le croire et aussi à vous parler des médecins qui sont au Parlement. Au dire de leurs autres confrères, ceux-ci n'ont pas, jusqu'à présent, trouvé autant de concours de leur part qu'auprès des avocats, des industriels, des agriculteurs ; M. le docteur Grinda, lui-même, ne trouvait pas grâce à leurs yeux. Les médecins du Parlement auraient, dit-on, des conceptions qui ne sont pas du tout celles du corps médical. Le corps médical envisage d'abord la question de probité ; il souhaiterait avoir, à l'exemple des avocats, un ordre des médecins, comme il y a un ordre des avocats, un ordre dont le conseil assure la probité de la profession. Je me fais l'echo de pro fessionnels qui me paraissent tenir un langage fort raisonnable.

Etant donnés la divergence d'opinions qui semble exister entre les médecins de France et les médecins parlementaires, ne pourriez-vous pas vous entendre sur une décision qui ne deviendrait définitive que lorsqu'elle aurait été portée à la connaissance de tous les médecins de France ? Je vous demande de prendre le temps de vous en assurer, puisque le premier amendement de M. Roche avait fait l'unanimité ; d'ailleurs, le nouveau texte, avec toutes les combinaisons que vous avez adoptées et dont je ne puis juger personnellement la portée, obtiendrait-il aussi l'adhésion unanime des médecins de France, ce serait alors la perfection. Au préalable, évitons à tout prix, d'opprimer les médecins, car opprimer le médecin, c'est tuer le malade. (*Très bien ! très bien ! et applaudissements.*)

M. Roche. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Roche.

M. Roche. — Messieurs, l'honorable M. Dominique Delahaye vient de dissiper une grande partie de mon appréhension,. Il vous a dit, en effet, des choses extrêmement sensées et justes.

M. Gaudin de Villaine. — Comme toujours.

M. Roche. — Il vous a appris que, parmi les médecins qui siègent dans cette Assemblée, l'accord n'avait pas pu se faire. Cependant, je vous assure qu'ils y ont mis de la bonne volonté, puisqu'ils ont discuté pendant plus de vingt-quatre heures.

Il vous a dit ensuite qu'il serait souhaitable que cette loi fût portée devant le corps médical et que l'on pût profiter de son expérience. C'est très exact. Une loi de cette nature ne pourra être mise réellemetnt au point que lorsqu'on aura fait l'expérience de ce qu'elle peut donner, ce qui a été fait en Alsace et en Lorraine ne constitue pas, en effet, une indication suffisante de ce que sera le fonctionnement de la loi dans le reste de la France.

Au cours de la dernière séance, je me suis efforcé de montrer au Sénat combien était complexe le problème qui se pose devant lui, à l'occasion de l'organisation des soins médicaux. J'ai exposé combien étaient grandes les répercussions de la législation que vous allez voter sur la santé et sur la moralité publique. (*Très bien !*)

Si les choses s'étaient passées normalement, aujourd'hui je serais venu vous demander de renvoyer mon amendement à la commission. Pourquoi ? Parce que, à l'issue de la dernière séance, j'ai reçu d'un grand nombre de mes collègues des demandes d'explication sur la façon dont serait distribuée l'indemnité de maladie.

M. Joseph Caillaux. — Voilà !

M. Roche. — Je dois reconnaître que cette partie de l'amendement n'était pas parfaitement claire ; et cela seul aurait suffi pour le faire renvoyer à la commission.

Mais, comme vous l'a dit M. le rapporteur, il a été renvoyé avant l'heure. La commission s'est réunie dans la journée d'hier et l'a longuement examiné.

Je ne vous apprendrai pas grand'chose en vous disant que la commission d'hygiène est pavée de bonnes intentions. (*Sourires.*) Ces bonnes intentions, vous les avez entendues couler de la bouche de son éminent rapporteur. Malheureusement, lorsqu'il s'agit de les faire couler de sa plume, c'est chose bien plus difficile. (*Exclamations et rires.*)

Et pourtant, messieurs, je n'étais pas exigeant. Comprenant que ma rédaction ne pouvait satisfaire tout le monde, j'étais prêt à des concessions et je demandais à la commission simplement que, sur les deux pages remplies par le texte de l'article 4, fussent d'abord faites les modifications qui m'ont été accordées, puis la suppression d'un seul mot, qui se trouve dans l'alinéa 5. On me l'a refusé.

M. Victor Bérard. — Quel est le mot ?

M. Roche. — C'est la raison pour laquelle, je suis de nouveau à la tribune.

On m'a refusé cette suppression. Je vais vous dire pourquoi à l'occasion de cette loi, on a reculé une fois de plus devant une difficulté, comme cela s'est produit déjà en de nombreuses circonstances. Ce n'est pas la première fois qu'une loi concernant la médecine sociale vient en discussion devant les Assemblées. L'honorable M. Strauss vous en a rapporté ici un certain nombre d'exemples. A chacune des discussions on a été amené à faire la discrimination entre ce que doit être la médecine sociale et la médecine tout court. Je m'étonne qu'à l'heure présente, l'honorable M. Strauss, avec la fertilité de son esprit, n'ait pas encore trouvé le moyen de faire cette discrimination. (*Sourires.*)

Lorsque vous avez voté par exemple la loi sur la protection du premier âge, vous auriez dû vous de-

mander ce qu'allait devenir la médecine infantile avec la loi nouvelle. Vous vous êtes contentés d'en appeler au dévouement des médecins en les priant de visiter presque gratuitement les enfants qui sont disséminés dans nos campagnes. Vous avez appelé cela de la médecine sociale. Le résultat? Il était fatal : la moitié des médecins a renoncé à visiter les enfants ; l'autre moitié continue à vous faire payer comme si elle les visitait. (*Rires.*)

M. GAUDIN DE VILLAINE. — Très bien !

M. ROCHE. — Et l'Etat en a eu pour son argent.

M. LE RAPPORTEUR DE LA COMMISSION DES FINANCES. — C'est profondément triste.

M. MAUGER. — Voilà une douloureuse constatation,

M. ROCHE. — C'est triste à constater, en effet, mais ne dites pas qu e c'est inexact.

Messieurs, le petit tableau que je vous présente sur la médecine infantile, si vulgaire qu'il soit, vous indique ce qui se passera demain en grand si vous imposez à la moitié de la population cette médecine bâclée à laquelle aboutissent tous les tarifs.

M. GAUDIN DE VILLAINE. — C'est malheureusement vrai.

M. ROCHE. — C'est malheureusement vrai et ce le sera tant que la médecine sociale se résumera en une médecine au rabais.

L'article 4 peut se résumer de la façon suivante : Vous, caisse d'assurance, avec vos 20 millions d'assurés, vous allez trouver les médecins et vous leur dites : J'ai 20 millions d'assurés à soigner, quelles sont vos conditions ? » Il faudrait être bien ignorant de ce qui se passe chez les médecins pour ne pas comprendre qu'ils seront obligés d'accepter toutes les conditions que leur imposera la caisse d'assurance car cell e-ci trouvera toujours quatre ou cinq mille médecins prêts à travailler à n'importe quel tarif.

Mais ici, je vous rappelle les observations que je vous présentais mardi dernier : quels médecins aurez-vous ? Vous aurez des médecins déconsidérés au service de vos assurés (*Protestations à gauche*) et, par conséquent, une mauvaise médecine. Vous savez très bien, messieurs, que la conditions d'une bonne médecine est l'autorité morale du médecin.

M. MAUGER. — Et la conscience du médecin ?

M. ROCHE. — Porter atteinte à cette autorité morale, c'est diminuer les moyens du médecin en présence de la maladie. C'est ce qui va vous arriver pour vos assurés. Est-ce là ce que vous désirez ?

La commission de l'hygiène a très bien compris tous les inconvénients de cette médecine de caisse, de cette médecine de second ordre. Elle s'est efforcée de nous donner satisfaction dans la mesure du possible. Sans doute, il reste que les moyens de défense contre les abus sont insuffisants ; le ticket modérateur, par exemple, n'aura qu'un effet limité. Un ticket à 15 p. 100 me fait l'effet d'une motte de terre qu'on mettrait sur la berge de la Seine pour arrêter ses débordements.

Il faudra élever le taux de participation des assurés aux frais médicaux.

Ces réserves faites, peu m'importe que les conditions fixées dans mon amendement soient réalisées avec mon texte ou avec un autre. Si on me donnait la satisfaction que je demande, si la commission d'hygiène voulait bien accepter que jamais les frais médicaux ne seront supportés par la caisse d'assurance, j'aurais satisfaction par la suppression du tiers payant.

M. HERVEY. — Et les caisses mutuelles ?

M. ROCHE. — Si vous voulez accepter que les frais médicaux seront remboursés par la caisse, je suis prêt à me rallier au texte de la commission.

M. LE RAPPORTEUR DE LA COMMISSION DES FINANCES. — Vous supprimez le tiers payant ?

M. ROCHE. — Pas de tiers payant !

M. LE RAPPORTEUR. — La commission avait mis les mots : « supporté ou remboursé », laissant ainsi les caisses et les syndicats médicaux libres de choisir l'une ou l'autre des deux formules.

Devant l'insistance de notre ami M. Roche, et en vue d'un accord si désirable, la commission veut bien ne pas faire opposition à la suppression du mot incriminé, tout en faisant remarquer que vous allez ainsi supprimer totalement le tiers payant, dont quelques-uns, en petit nombre il est vrai, persistent à réclamer l'intervention.

M. HERVEY. — Que deviennent alors les caisses mutuelles ?

M. LE RAPPORTEUR. — Il faudrait que certaines d'entre elles modifiassent leurs formules.

Plusieurs sénateurs. — Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. ROCHE. — Monsieur le ministre, je suis sûr que vous allez être d'accord avec moi pour penser que, si nous le voulions, nous pourrions discuter trois semaines sans nous mettre d'accord.

Depuis cinq ans, les médecins discutent entre eux sans pouvoir s'entendre. Dès l'instant que, pour une fois, la commission et les médecins sont d'accord, je vous demande d'accepter le texte que vient de suggérer M. Chauveau.

M. LE MINISTRE. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le ministre du travail.

M. LE MINISTRE. — Messieurs, le texte qui vous est soumis, on vous l'a souvent dit, est le résultat d'une longue et minutieuse étude, au cours de laquelle on s'est efforcé de concilier divers intérêts en présence.

J'entends fort bien que, du côté du corps médical, on paraît tenir beaucoup à la suppression du tiers payant ; mais la commission de l'hygiène avait accepté cette institution parce que, d'un autre côté aussi, des efforts très grands avaient été faits auprès d'elle pour qu'on la conservât.

De quel côté viennent-ils ? Du côté de la mutualité, dont les préoccupations sont aussi à considérer.

Une partie des soiciétés de secours mutuels fonctionnent avec cette institution du tiers payant, et elles tiennent beaucoup à cette garantie, qui a pour elles la consécration de l'expérience.

M. Joseph CAILLAUX. — Elles ont raison.

M. LE MINISTRE. — Que dans un esprit de conciliation, on veuille la supprimer...

M. Justin GODART. — La commission ne l'a pas décidé.

M. LE MINISTRE. — ... en ce qui touche l'équilibre même du projet, cela ne présenterait pas d'importance

D'un autre point de vue, il y aurait peut-être un inconvénient : c'est que, dans ce cas, le malade se trouverait obligé de faire l'avance des honoraires de son médecin. En aurait-il toujours les moyens ?

M. MAUGER. — La loi ne fonctionnera plus.

M. LE MINISTRE. — Gênante pour lui, cette obligation contribuerait, il est vrai, à apporter un frein aux abus.

S'il doit donner immédiatement au médecin le montant de ses honoraires, il sera moins tenté de recourir abusivement à lui.

Il y a donc des éléments qui militent dans un sens comme dans l'autre. Je suis obligé de l'indiquer loyalement.

D'un autre côté, nous sommes tenus ici à faire de la conciliation. On en a fait jusqu'à présent. La commission de l'hygiène et la commission des finances, dans cet ordre d'idées, sont allées aussi loin qu'elles ont pu. Le Gouvernement, lui aussi, pour aider au vote de la loi, a déjà renoncé, je l'ai dit et je le répète, à une partie de ce qu'il demandait, dans la mesure où il lui est apparu que ce n'était pas absolument essentiel à l'équilibre financier du projet.

Je demande à l'honorable M. Roche de ne pas insister sur cette question...

M. ROCHE. — Il s'agit de la dignité du corps médical.

M. LE MINISTRE. — Est-ce que vraiment vous considérez, monsieur Roche, qu'il y a là une question de dignité pour le médecin, alors surtout que le texte de la commission laisse la faculté d'une discussion entre les caisses et les groupements médicaux.

M. ROCHE. — Le tiers payant est immoral, je vous le dis au nom de 20.000 médecins. (*Mouvements divers.*)

M. Joseph CAILLAUX. — Vous allez me faire dire qu'il s'agit d'échapper à l'impôt sur le revenu.

M. LE MINISTRE. — Ne croyez-vous pas, dans tous les cas, qu'on pourrait voter par division sur le texte de la commission, en s'arrêtant aux deux mots dont vous demandez la suppression sans qu'il y ait lieu de reprendre votre amendement ? Sans rien vous faire perdre de vos droits, le Sénat gagnerait du temps en ne se prononçant pas d'abord sur votre amendement et ensuite en votant sur le texte transactionnel que vous avez bien voulu accepter tout à l'heure. Je vous demande d'accepter cette méthode pour permettre à la discussion d'aller plus vite et d'aboutir, ce que nous désirons tous. (*Très bien !*)

M. ROCHE. — Si on ne m'avait pas donné cette satisfaction, je n'aurais pas retiré mon amendement.

M. JÉNOUVRIER. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Jénouvrier.

M. JÉNOUVRIER. — Messieurs, je m'étais rallié à l'amendement originel de l'honorable M. Roche ; je considère qu'il concilie à merveille les intérêts des bénécficiaires de la loi avec ceux du corps médical. Mais, comme M. le ministre du travail et comme la commission de l'hygiène, je suis partisan de la conciliation. En conséquence, je me rallie au texte de la commission, accepté d'ailleurs par M. Roche. (*Très bien ! très bien !*)

M. FRANÇOIS-SAINT-MAUR. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. François-Saint-Maur.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr CHARLES, de Remiremont (Vosges).

— **Les Facultés de médecine de Montpellier et Toulouse visitent la station de Luchon.** — Si nous avons bonne mémoire, l'Office national du Tourisme, dans une de ses séances où la commission médicale consultative a été appelée à donner son avis, a voté, à l'unanimité, que chaque station thermale ne recevrait qu'une seule caravane médicale au cours d'une même année.

Or, dans l'espace de 15 jours, Luchon a eu le grand plaisir et l'honneur de recevoir et les médecins d'Alsace et Lorraine, et ceux de l'antique Faculté de Rabelais, et ceux, encore, de la Faculté de médecine de Toulouse.

Dieu me garde de me plaindre de la qualité de tels visiteurs ! Car ces voyages d'études, ainsi qu'ils ont été conçus par les Facultés de Strasbourg, de Montpellier et de Toulouse (je ne parle que de celles-ci parce que ce sont leurs élèves qui, tout dernièrement, sont venus à Luchon) remplissent pleinement le but que l'Institut d'hydrologie, et de climatologie de Paris, la Société de thérapeutique clinique de Bordeaux et, enfin, la Société d'hydrologie et de climatologie de Toulouse (sans oublier le syndicat des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France), ont voulu réaliser.

Discipline admirable, ordre parfait, séance de travail bien ordonnée ; visite technique des établissements thermaux, réglés de telle sorte, qu'en aucun moment, l'embouteillage ne pouvait se produire. Cordialité et courtoisie, qui ne sont pas le moindre charme de ces réceptions : tout a concouru à faire de ces manifestations, un ensemble scientifique digne de tous éloges.

Ce n'est pas à dire que l'agréable n'ait point été uni à l'utile : dans nos Pyrénées la beauté voisine avec le bienfait, le tourisme s'allie au thermalisme.

On nous annonce, pour septembre, le grand V.E.M. de Paris. Luchon fera tous ses efforts pour réserver, à cette caravane, l'accueil dont on peut se douter.

Il ne nous sera pas reproché de souligner, avec une certaine fierté, les efforts incessants que la Ville de Luchon, la Municipalité, la Cie Fermière n'ont cessé de réaliser depuis 8 ans, pour attirer, sur la Reine des Pyrénées, l'attention de toutes les facultés de France.

Aucun éloge ne saurait lui être plus agréable que de voir, au cours d'une même année, près de la moitié des Facultés se rendre ainsi, auprès d'elle, et venir constater les améliorations grandioses qui lui ont été apportées au cours de ces dernières années.

Le futur vaporarium de Luchon, dont les recherches techniques, géologiques et physico-chimiques sont complètement terminées, constitue, à la vérité, une « attraction » bien digne de fixer l'intérêt de ceux qui cherchent à placer, au premier rang, le thermalisme et le climatisme français.

R. M.

— **Médailles des épidémies.** — *Médaille d'or.* — M. Kindynis, externe à l'hôpital Beaujon ; MM. les docteurs Rascol (de Pauillac) et Labat (de Toulouse).

Médaille de vermeil. — M. le docteur Rama (île Maurice).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Nègre (de Mazamet) et Bourdinière (de Rennes).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Matry (de Folembray), Lévy (de Nancy), Lacroix (de Strasbourg), Rogale (de l'Isle-Jourdain), Dumas (de Verrières), Auchez (de Lussac-les-Château), Levrault (de Persac), Rousseau (de l'Isle-Jourdain), Valegas (de Saint-Junien)

MM. Delas et Lacouture, internes des hôpitaux à Pessac-Sanatorium ; Pilot, interne des hôpitaux de Vienne ; François, interne à la Maternité de Nancy ; Jean Pichon, ancien interne des hôpitaux de Lille ; Lacroix, interne des hôpitaux de Lyon ; Carteaud, interne à l'hôpital Saint-Louis ; David, interne à l'hôpital des Enfants-Malades ; Mlle Wolf, interne à l'hospice de la Salpêtrière ; MM. Imbert, interne à l'hôpital Claude-Bernard ; Lerond, interne à l'hôpital Saint-Louis ; Louvel, interne à l'hôpital Saint-Antoine ; Hamelin, interne à l'hôpital Trousseau ; Mlle Odier, interne à l'hôpital Saint-Louis ; Mme Mornet, née Cros, et Mlle Lévy, internes aux Enfants-Malades ; MM. Jarrier, interne des hôpitaux de Rouen ; Soutra, interne des hôpitaux du Havre.

MM. Perret, externe des hôpitaux de Lyon ; Lefrangis et Cocagne, externes à l'hôpital Trousseau ; Fournié, externe à l'hôpital des Enfants-Malades ; Diriart, externe faisant fonctions d'interne à l'hôpital Trousseau ; Mlles Hallard, externe à l'hospice des Enfants-Assistés ; Moret, externe à l'hôpital des Enfants-Malades ; MM. Lecomte, externe à l'hôpital Saint-Louis ; Samitca et Leblanc, externes à l'hôpital Trousseau ; Guyot, Magnin, Beletre et Mlle Gagneur, externes à l'hôpital Claude-Bernard ; MM. Fayot, externe à l'hôpital Trousseau, Rothéa, Lang et Le Rochais, externes à l'hôpital des Enfants-Malades.

— **Taches solaires et santé.** — A la séance du 10 mai de la *Société de pathologie comparée*, MM. Foveau de Courmelles et J. Risler ont attiré l'attention sur l'importance qu'il y aurait à profiter du nombre exceptionnel de *taches solaires* signalées pendant l'année 1927-1928 pour recueillir des observations qui permettraient de juger de l'influence possible que ces taches peuvent avoir sur les phénomènes physiologiques ou pathologiques.

A cet effet, nous engageons vivement les médecins et les vétérinaires à noter les jours et heures d'apparition des divers phénomènes dont ils auront connaissance ; heure des accouchements chez la femme et les diverses femelles domestiques ; des décès ; des morts subites ; des crises cardiaques et autres ; des coliques chez le cheval, etc., etc.

Ils pourraient envoyer au secrétariat de la Société de pathologie comparée, 55, avenue Kléber, les renseignements recueillis.

Les astronomes voudront bien, ensuite nous fournir les indications nécessaires pour confronter ces renseignements avec l'apparition des taches solaires et des grands phénomènes météoriques.

— **Le Ve Congrès national des mutualités maternelles de France** se tiendra à Saint-Etienne, du 15 au 18 septembre 1927.

Les adhésions à ce Congrès peuvent être collectives ou individuelles. La cotisation est fixée à 20 fr. par souscription et donne le droit de suivre les travaux et d'en recevoir le compte rendu.

La demande d'adhésion doit être adressée au trésorier général du Congrès, M. Tissot, Maison de la Mutualité, cours Victor-Hugo, Saint-Etienne (Loire).

Comité technique. — Président général : M. le docteur Blanc.

Première commission. — Président : M. le docteur Dujol. Consultations de nourrissons. Hygiène et alimentation. Consultations prénatales. Repos de la mère avant et après ses couches.

Deuxième Commission. — Président : M. Vernay, premier adjoint au maire de Saint-Etienne. Œuvres sociales de l'enfance. Gouttes de lait. Maisons maternelles. Pouponnières.

Troisième Commission. — Président : M. le docteur Montagnon. Assurances sociales. Adaptation des mutualités maternelles au projet de loi. Les mutualités maternelles dans leurs rapports avec les caisses de compensation.

Quatrième Commission. — Président : M. le docteur Ravon. Cotisations. Subventions.

Cinquième Commission. — Président : M. Farjot. Propagande. Vœux.

— **XXVIIe Congrès Français d'Urologie.** — Le XXVIIe Congrès de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mardi 4 octobre 1927, sous la présidence de M. le docteur Oraison (de Bordeaux).

La question suivante a été mise à l'ordre du jour : De l'état actuel de l'exploration radiologique pour le diagnostic des affections rénales. Rapporteurs : MM. Belot et Pasteau (de Paris).

Pour tous renseignements concernant le congrès s'adresser à M. le docteur O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

(*Communiqué par l'Association de la Presse médicale française*).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

en tête de la promotion qui pourrait leur être commune avec les officiers de santé auxiliaires indigènes du décret du 7 décembre 1926 et seront classés entre eux, d'après leur dossier de notes.

En cas d'insuffisance reconnue, il leur sera fait application du 3e alinéa de l'article 3, du décret du 7 décembre 1926.

IV. — Les aides-médecins militaires indigènes de 3e classe du décret du 4 juillet 1920, actuellement en service, seront versés d'office, avec le grade d'officiers de santé de 3e classe, dans le nouveau cadre des officiers de santé indigènes, dont le statut leur deviendra applicable. Ils prendront rang d'ancienneté dans le grade à la date de leur nomination comme aides-médecins militaires indigènes de 3e classe.

Le ministre des colonies,
Léon PERRIER.

Le ministre de la guerre,
Paul PAINLEVÉ.

---

31 *juillet.*

Décret du 15 juillet 1927 instituant un régime de retraites pour les infirmières appelées à servir dans les établissements hospitaliers du service général aux colonies.

CORRESPONDANCE

Assurances sociales.

2687 — Quels sont les honoraires que pourra recevoir un médecin d'hôpital, ou de maison de santé, après l'application de la loi sur les Assurances sociales ?

Je serais reconnaissant au *Concours* de vouloir bien me documenter dans la mesure du possible sur la nature des changements que pourra apporter la loi sur les assurances sociales dans la façon dont fonctionnait mon service d'hôpital.

La situation était la suivante : 4.950 habitants, pas de maison de santé, un hôpital dont je suis chirurgien. La commission me donne un traitement de *un franc par an*, moyennant quoi j'opère et soigne :

Les assistés médicaux gratuits ;

Les accidents de travail ;

Les pupilles, etc..., etc... et ceux à qui je ne demande pas d'honoraires parce que cela me plaît, bien qu'ils ne rentrent pas dans les catégories ci-dessus exprimées.

En revanche, la Commission me laisse toucher des honoraires pour les malades qui payent un prix de séjour (12 fr. en salle commune, 25, 35, 45, en chambres particulières) à l'économat. *Ceci n'est pas écrit dans le règlement de l'hôpital,* ce n'est donc pas un

droit pour moi ; mais la commission sait, depuis 15 ans, que cela se passe ainsi et ne s'en occupe pas.

Or la catégorie d'opérés qui payaient 12 fr. par jour (et les objets de pansements en plus) et à qui je prenais — à titre d'exemple — 300 fr. pour curer une hernie ou tirer un appendice, cette catégorie dis-je, me semble devoir disparaître pour moi en tant que malades payants, s'il est exact (comme j'ai cru le comprendre) que la nouvelle loi assimile ces gens aux assistés médicaux pour ce qui est des soins donnés à l'hôpital.

Aurais-je un moyen, la Commission administrative aurait-elle le moyen par quelque article de règlement de faire en sorte que je puisse continuer à toucher quelque argent, quelque léger argent de tels malades ?

Si vous croyez que la question puisse intéresser les très nombreux confrères qui sont dans mon cas, veuillez me répondre par le journal, et de toute façon veuillez, avec 20 fr. pour bons offices, trouver ici tous mes meilleurs remerciements.

Dr F.

Réponse.

Les différents articles visés par la question qui nous est posée sont les suivants :

Article 4. — § 1. L'assurance maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires.

§ 2. L'assuré choisit librement son praticien.

§ 4. Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un service hospitalier ou technique sont règlementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux, résultant les uns et les autres de contrats collectifs, intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels.

Article 6. — § 1. L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la caisse d'assurances, dont il reçoit les secours de maladie, ou ayant passé des contrats avec elle.

§ 2. En cas d'hospitalisation, les frais supportés par la caisse seront contenus dans les limites qui ne dépasseront pas lés tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique, à l'égard des malades admis sous le régime de l'assistance médicale gratuite, ou des accidentés du travail, admis sous le régime de la loi du 9 avril 1898.

Article 7. — § 5. Les conventions passées entre la caisse et les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins sont soumises à une commission tripartite, fonctionnant au chef-lieu, composée par tiers de représentants des caisses, des groupements profes-

sionnels et, pour le dernier tiers, de représentants de l'office des assurances sociales...

De la lecture de ces textes votés par le Sénat se dégage d'abord l'impression d'un manque de clarté : la rédaction est peu claire, au point de vue juridique et certainement, si la Chambre n'apporte pas quelques précisions, les procès seront nombreux, pour demander aux juges une interprétation de la loi.

Néanmoins, il se dégage ceci, au point de vue pratique :

Lorsqu'un assuré social voudra se faire soigner ailleurs que chez lui, il aura le choix et de son praticien et de la maison de cure, publique ou privée.

Mais s'il n'a pas été fondé par la caisse (art. 6, § 1), cet établissement de soins, devra avoir passé une convention avec les caisses locales.

Ici, l'hôpital dira : « J'ai déjà mon personnel médical, que j'ai nommé au concours ou au choix en vertu de mon autonomie. Les malades, qui entreront dans mon établissement, devront se contenter de ces médecins ; c'est à prendre ou à laisser. »

Ailleurs, les cliniques privées montreront qu'elles appartiennent à un, ou plusieurs praticiens ; par conséquent, il ne saurait être question de laisser aux malades le droit de choisir un autre médecin que parmi les propriétaires de la maison de santé.

Résultat : les praticiens, qui ne font partie ni de l'hôpital, ni d'une clinique, seront une fois de plus dépossédés de leurs clients, au profit de ces établissements.

Quant aux honoraires médicaux, chirurgicaux ou autres, ils seront réduits à néant, en vertu de l'amendement qu'a fait voter le Dr Dron (article 6, § 2).

En voulant atteindre les médecins marrons, l'honorable sénateur-médecin a également écrasé tous les praticiens d'hôpitaux ou de maisons de santé.

En effet, le tarif de l'assistance médicale gratuite comporte un prix de journée à l'hôpital, déterminé par les dispositions des lois des 28 juin 1918, 14 février 1921 et 10 février 1925, modifiant l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893.

Ce prix de journée ne comporte pas, pour le médecin d'hôpital, le droit de réclamer des honoraires aux malades indigents, admis à l'hôpital en vertu des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893. Le praticien doit se contenter des appointements, indemnités, ou tout autre argent alloué sous un vocable quelconque.

Quant aux blessés du travail, ils ne payent à l'hôpital que le prix de journée ci-dessus, majoré de 30 % (loi du 6 juillet 1920). Le médecin, comme le chirurgien sont une fois de plus oubliés et doivent donner leurs soins pour rien.

Il en résulte que l'amendement du Dr Dron

laisse aux établissements de soins la possibilité de réclamer soit le prix de journée d'assistance, soit ce prix majoré de 30 % ; mais le médecin d'hôpital, de maison de santé, de clinique privée n'aura droit à aucun honoraire, pour soins, opérations, traitement et examens spéciaux donnés dans ces établissements.

Constatons que le législateur a su mettre à profit les divisions du corps médical et qu'une fois de plus, la médecine sociale se fera à nos dépens, à moins que nous nous ressaisissions et que nous puissions présenter aux députés un texte faisant respecter notre droit aux honoraires, tant pour les malades soignés à domicile, que pour les assurés traités dans un établissement public ou privé de soins.

Dr Paul Boudin.

Accidents.

2536. — Assurances-accidents du travail contractées avant la majoration du tarif Durafour. Honoraires supportés par la Compagnie.

Que dois-je répondre aux deux lettres que je vous communique ? Je pensais qu'un seul tarif était applicable, celui fixé par l'arrêté du 11 décembre 1926, qui a paru au *Journal officiel* du 24 décembre 1926, pour entrer en vigueur à partir du 1er janvier 1927.

Est-il admissible que pour un sinistre, la Compagnie d'assurances applique le tarif Durafour et pour l'autre, le tarif Breton ?

Je dois ajouter que cette Compagnie d'assurances m'a toujours cherché des difficultés.

Réponse.

Au moment où la Compagnie a contracté avec son assuré, c'est le tarif Breton qui se trouvait en vigueur. La prime a donc été calculée en raison des charges que ce tarif imposait à la Compagnie. Par la suite, le tarif a été majoré et l'assuré a refusé de supporter un complément de prime pour se couvrir du risque supplémentaire que la loi mettait à sa charge. C'est donc avec juste raison, que la Compagnie, se basant sur sa police, offre de vous payer sur le tarif Breton, laissant à l'assuré le soin de vous payer la différence entre le tarif Breton et le tarif Durafour.

Nous vous conseillons donc d'accepter la somme qui vous est offerte par la Compagnie, en faisant toutes réserves de vos droits contre le patron dans la quittance. Ensuite vous vous adresserez directement au patron pour vous faire payer la différence et, s'il refuse, vous n'aurez qu'à le citer devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la procédure de la loi sur les accidents du travail.

2474. — Recouvrement d'honoraires pour soins donnés, dans sa famille, à un blessé du travail.

Un ouvrier blessé au service d'un charron de S. (Ch.), s'est retiré pendant son incapacité auprès de sa famille et m'a confié le soin de le traiter.

A la guérison, j'ai remis à l'ouvrier le bulletin constatant qu'il pouvait reprendre son travail et j'ai joint la note : 108 fr. part du patron dans l'honoraire-accident.

Un mois et demi après ces formalités, ne voyant rien venir, j'ai réclamé le montant de la note au patron. Réponse : je ne vous dois rien, vous n'avez qu'à vous adresser à l'assurance. A cette lettre, j'ai répondu que je n'avais pas à connaître l'assurance, que c'était à lui, patron, de me régler et de réclamer à l'assurance, j'ajoutai que si le 1er juillet, il ne m'avait pas payé les 108 fr., je le poursuivrais conformément à la loi sur les accidents du travail. Je n'ai rien reçu, naturellement, car j'ai appris que le patron s'entêtait : il a eu probablement le crâne bourré par son agent d'assurances : « Vous n'avez à vous occuper de rien. « Ça ne vous regarde pas, C'est notre affaire à nous, « etc. ».

Je vous prie de me faire savoir si je dois citer le patron seul à S., lieu de l'accident ou si la loi m'autorise à citer solidairement patron et ouvrier au domicile de l'un d'eux. L'ouvrier est âgé de 19 ans, son domicile légal m'apparaît être celui de sa famille et sa famille est domiciliée sur le même canton que moi. L'ouvrier a touché le montant de l'indemnité qui lui était due pour son incapacité.

Réponse.

Si vous voulez user contre le patron du blessé de l'action directe que vous donne la loi sur les accidents du travail, il est de toute nécessité que vous suiviez la procédure extraordinaire instituée par cette loi et, par conséquent, que vous le citiez devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit. Par contre, si vous ne voulez pas user de cette action et si vous entendez vous faire payer votre note intégralement par le père du blessé, comme vous en avez le droit, c'est la procédure du droit commun qu'il faut alors employer et vous devez citer devant le juge de paix du domicile de votre débiteur. Vous ne pouvez mettre en cause dans la même instance l'ouvrier et le patron, car les règles de procédure ne sont pas les mêmes pour chacun d'eux.

Dans cette affaire, puisque l'accident est incontesté, nous vous conseillons d'agir plutôt contre le patron, suivant la procédure de la loi sur les accidents du travail. Vous y trouverez cet avantage que, toutes les actions introduites en vertu de la législation sur les accidents du travail étant exemptes des frais de timbre et d'enregistrement, les frais que vous aurez à exposer seront réduits au minimum.

2475. — Une hernie peut-elle être attribuée à un accident du travail ?

Voudriez-vous me conseiller dans l'affaire suivante :

Un ouvrier agricole, en chargeant du fumier, se fait une hernie épigastrique. Il semble bien véritablement que c'est en faisant ce travail que la hernie s'est produite. Je fais une déclaration à l'assurance, laquelle délègue un médecin pour contrôler, ce médecin conclut comme moi que la hernie est bien suite de l'accident.

La compagnie d'assurance m'informe « que vu les rapports médicaux établis, spécifiant qu'il y a eu hernie épigastrique, et que, d'après le conseil médical, cette catégorie de hernie n'est jamais accidentelle », elle refuse de reconnaître cet accident. Doit-on se borner à enregistrer cette affirmation du Conseil médical, ou bien y a-t-il lieu de poursuivre l'affaire avec des chances de succès ?

Quelle est la marche à suivre pour l'ouvrier pour faire reconnaître ses droits ?

Réponse.

La question de savoir si la hernie dont est atteint votre client est due à un accident du travail est une pure question de fait. C'est à votre client, demandeur, qu'il appartient de faire la preuve d'une relation de cause à effet entre le travail et sa hernie. Pour faire cette preuve, il peut invoquer le témoignage des personnes qui ont pu se trouver présentes au moment où il a fourni l'effort qui a déterminé la hernie et produire nu certificat médical attestant qu'il est bien atteint de cette infirmité.

La question n'est pas tranchée par le refus de l'assurance de prendre l'accident à sa charge. C'est au juge seul qu'il appartient de dire s'il y a ou non accident du travail.

Que votre blessé fasse donc une déclaration d'accident à la mairie et dépose ensuite au greffe de la justice de paix du canton où l'accident s'est produit un certificat médical attestant qu'il reste atteint d'une incapacité permanente. Saisi par ce certificat, le juge de paix procèdera à l'enquête prescrite par la loi et transmettra le dossier au Président du tribunal civil. Ce dernier convoquera les parties en conciliation et, à défaut de pouvoir les concilier, les renverra à l'audience. La procédure suivra ensuite sa marche normale.

Que votre client n'hésite pas à faire ces démarches, car il bénéficie de plein droit d e l'assistance judiciaire et n'aura aucun frais à exposer, même en cas de perte de son procès.

2440. — Secret professionnel. Certificat.

M. A., à la suite d'une discussion avec M. B. prétend que celui-ci lui a donné des coups, ce que M. B nie.

M. B. vient me chercher pour que j'aille examiner M. A.

J'examine M. A. et je ne trouve aucune trace de coups. Suis-je en droit de fournir un certificat à M. B. ou de faire une déposition attestant que M. A. ne présente pas de traces de coup ?

Je répète que c'es t M. B. qui est venu me chercher.

Réponse.

Vous n'êtes pas lié par le secret professionnel à l'égard de A..., puisque ce n'est pas lui qui vous a fait appeler et que jamais vous ne lui avez donné vos soins.

Bien au contraire, c'est B..., qui vous a mis en œuvre et qui vous a chargé pour son compte d'une sorte de mission d'expertise. Dans ces conditions, c'est à B... que vous devez rendre compte du résultat de votre examen, sous la forme d'un rapport ou certificat. Mais A..., quand il s'est prêté à votre examen, savait-il en quelle qualité vous agissiez ? S'il l'ignorait, nous vous conseillerions de refuser tout certificat, car A... pourrait prétendre alors que B... ou vous, avez abusé de sa bonne foi.

Dans le cas contraire, vous pouvez remettre à B... un certificat, dans lequel vous prendrez la précaution de mentionner d'une façon exacte de quelle manière vous avez été appelé à examiner A....

Questions médico-militaires.

2095. — Cumul de dispenses.

Membre du *Concours* et du « Sou Médical », je vous serais très obligé, s'il vous était possible de me dire la durée de service militaire que doit accomplir un jeune homme :

1) Ajourné 2 fois, pris service armé la troisième fois, il a de ce fait droit à une réduction de 6 mois ;

2) Il appartient à une famille de 5 enfants (dont le frère aîné, réformé, avec lequel il est fâché, et 3 sœurs ; il doit aussi avoir, de ce fait, une réduction de 6mois.

Ces 2 réductions s'ajoutent-elles ? Il n'aurait alors que 6 mois à faire, ou bien doit-il faire un an ?

Dr M.

Réponse.

A notre avis, aucune raison légale ne s'oppose à ce que ces deux dispenses puissent additionner leurs effets, et que l'intéressé ne fasse que six mois de service, à la condition tout au plus que le frère aîné ait été réformé dès le début de son service ; et encore cette dernière raison ne vaudrait-elle pas ?

Puisqu'un bureau de recrutement est au lieu de votre domicile, vous y serez renseigné d'une manière certaine et rapide.

2108. — Passage des médecins de réserve dans l'active

Un médecin A. M. de 1re cl. de réserve âgé de 32 ans ayant fait la guerre et servi pendant 6 ans 1/2, peut-il se présenter au concours du Val-de-Grâce pour devenir médecin militaire ? Le décret du 10 février 1920 qui régit ce concours fixe à moins de 29 ans la limite d'âge des candidats. N'y a-t-il pas une exception, ou peut-il exister des dispenses pour ceux qui ont servi au delà de la durée légale du service ? Existe-t-il un autre moyen pour entrer dans l'armée ?

Dr M.

Réponse.

Les médecins de réserve, qui avaient acquis des titres particuliers au cours de la guerre, ont été autorisés, dans des conditions spéciales, à rester dans l'armée peu de temps après la cessation des hostilités. Depuis, on en est revenu au régime normal, témoin le décret du 10 février 1920.

L'an dernier, la campagne du Maroc a également permis aux officiers de réserve d'être admis dans l'armée active, après avoir rempli certaines conditions ; mais actuellement, ces circonstances exceptionnelles ont presque certainement disparu.

Pour plus de sécurité, vous pouvez demander officiellement tous renseignements utiles au directeur du service de santé du Corps d'Armée.

2016. — Première mise d'équipement périodes ; promotion ; libération ; Légion d'honneur.

Classe 1904 engagé volontaire. Marié, 4 enfants vivants.

Médecin major de 2e classe. Aide-major de 2e classe en 1912 sans indemnité de 1re mise d'équipement.

Mobilisé au front du 2 août 1914 au 4 mars 1919.

Chevalier de la légion d'honneur le 14 nov. 1918.

6 citations.

2 périodes de médecin auxiliaire.

1 période d'instruction de médecin A.M. en 1913.

Je n'ai pas de tenue militaire .

a) Comment obtenir une tenue militaire gratuite ou indemnité d'équipement ?

b) Puis-je me croire exempt de toute période à cause des 4 enfants ?

c) Serai-je nommé à 4 galons dans quelles conditions ?

d) A quelle date serai-je libéré du service militaire ?

e) Puis-je espérer être nommé officier de la Légion d'honneur ?

Comment calculer mes annuités ?

Dans mes 6 citations une à l'armée en 1917, 4 étoiles une croix de guerre avec palme en même temps que la légion d'honneur en novembre 1918.

Dr N.

Réponse.

1° Vous avez dû, en 1912, lors de votre pro-

motion au grade de médecin aide-major de deuxième classe, obtenir une indemnité de première mise d'équipement ; nous ne voyons pas, dès lors, pour vous, le moyen d'obtenir une tenue militaire gratuite, ou une nouvelle indemnité d'équipement.

2° Vos quatre enfants ne vous dispensent pas, en tant qu'officier, des périodes d'instruction à accomplir.

3° Lorsque vous aurez six ans de grade, et que vous aurez effectué une période d'instruction, vous serez proposable pour votre quatrième galon. inscription par le Ministre au tableau d'avancement annuel, sur proposition de votre directeur.

4° Classe 1904, si vous avez été incorporé avec cette classe, soit en 1905, vous serez libéré en 1933, mais si vous avez été incorporé en 1904 avec la classe 1903, vous serez libéré en 1932.

5° Il faut 45 annuités, dont 8 de grade de chevalier. Si vous avez été incorporé en 1904, au 31 décembre prochain, vous réunirez approximativement (sans compter les mois et les jours) :

23 ans de service ;
5 campagnes pendant la guerre ;
1 campagne (citation à l'armée) ;
9 ans de grade de chevalier ;

soit 38 annuités, dont neuf ans de grade de chevalier.

Dans les conditions actuelles, vous ne réunirez donc que dans 4 ans les annuités nécessaires à l'obtention de la rosette d'officier de la Légion d'honneur.

2207. — Refus de pension. Délai de recours au Tribunal des pensions.

Un soldat est fait prisonnier en septembre 1917 à la suite d'un bombardement par obus à gaz et est emmené en captivité à divers camps de représailles.

Tombé malade au camp de X en novembre 1918, déplacé au camp de Y et hospitalisé pour *grippe* en décembre 1918 (seule pièce que le réformé peut présenter).

En pleine évolution tuberculeuse maintenant, a demandé à être examiné en août 1924 et a été réformé 100/100, sans pension en janvier 1925 (la commission prétendant que l'affection n'est pas imputable au service.)

Il y a eu appel devant le tribunal des pensions, qui, le 31 mars 1926, a débouté complètement l'intéressé.

Il est manifeste que cette tuberculose est imputable à la misère des camps, aux gaz peut-être, et à la grippe (?), mais le malade ne peut fournir comme preuve que son hospitalisation de 1918.

Que peut faire ce malade pour obtenir une pension dont il a absolument besoin ?

Dr P.

Réponse.

Ce malade avait deux mois pour se pourvoir devant la Cour régionale des Pensions contre le jugement du Tribunal. Ce délai expiré, il n'existe plus aucun moyen de demander une pension, à moins de produire une pièce d'origine nouvelle et *valable*. Pourquoi avoir attendu aussi longtemps pour faire une demande de pension ? L'intéressé s'est ainsi placé sous le régime de la loi du 9 janvier 1926, qui exige une preuve formelle et une filiation nettement établie.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

2755. — Visite et intervention de dimanche ou de nuit

Abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire comment tarifer au sujet de l'accident du travail suivant :

Un blessé du travail qui avait été blessé dans la nuit du samedi au dimanche m'a fait appeler (je suis dans la région parisienne, donc le tarif normal des visites est de 14 fr.).

Il me fit donc appeler le dimanche. Je lui ai fait du sérum antitétanique et un pansement pour une plaie du pied. De plus comme il avait eu le thorax coincé entre deux voitures, je lui ai appliqué des ventouses sèches.

A la suite de ces interventions, mon blessé dans la nuit du dimanche au lundi me fait appeler pour des étouffements : je lui fais alors deux piqûres de morphine, et, comme le milieu ne permettait pas de le soigner à son domicile, je le fais transporter à l'hôpital.

Comment tarifer tout cela ? Je vous serai reconnaissant de bien vouloir m'établir une note à ce sujet, étant nouvellement installé, et n'ayant pas bien l'habitude de ces genres d'interventions.

D M.

Réponse.

Première visite. — Injection antitétanique. 20 francs (sans supplément pour le dimanche, la visite *seule*, mais non les interventions, ni même la consultation, étant majorée le dimanche article 3-b). Ajoutez les 5 francs du certificat, plus 2 francs pour le déplacement moyen dans les grosses agglomérations, soit, au total : 20 + 2 + 5, en tout : 27 francs.

Seconde visite. — Cette fois, pas d'intervention à compter, puisque les injections sous-cutanées sont comprises dans la visite (article 16). Vous avez à comptez, par contre, une visite de nuit, soit 3 fois 12 fr. : 36 francs (article 4), plus les 2 francs de déplacement, soit en tout : 38 francs.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2214-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Boyer, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, E. Le Gouriérec, E. Poulain.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes, Saint-Pée.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Como), Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard. Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr CAMUS, d'Arras, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 474. — Préchacq-les-Bains, Hôtel 250 ch., traitem. du rhumatisme par les boues. Envoi grat. de thèses et notice. Ecr. Degos, à Préchacq-les-Bains (Landes).

N° 475. — Côte-d'Azur , excell. client. en augment., 115.000 touchés en 1926, conviendr. à interne en chirurgie très actif parlant anglais. Maison confort. 11 p., loyer 4.000. Cession pressée.

N° 476. — Méd. 30 ans, marié, 2 enf., sans fortune, cherche sit. méd. toutes rég., sans indemn. imméd. Collabor. avec conf. âgé ou malade pend. un an ou deux en vue succession.

N° 477. — A vendre 1.400 fr. ou à échang. contre cal. 16, mêmes marques et état, Charlin, cal. 12, modèle B, état neuf. Dr Charier, Saint-Etienne-du-Bois (Vendée).

N° 478. —— Station climatique d'altitude ouverte toute l'année. On demande pour diriger Etablissement de physiothérapie, médecin expérimenté, de préférence ancien médecin militaire. Dr Gardette, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, tél. Fleurus, 14-61.

N° 479. — Villa meublée, aux Tablettes, Toulon. A louer.

N° 480. — Normandie, 12 kil., bord mer, à repr. d'urg. sans indemnité, poste, rapp. 40.000 (suscept. augment.) en plus, fixe de 12.000 assuré. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 481. — Jolie banlieue. 50 kil. Paris, poste rapp. 60.000 min. loyer 2.000, grande maison, électr. chauff. centr. Indemn. 45.000 dont 30.000 compt. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 482. — Ville import. et agréable, trois heures Paris (express) ancien cabinet d'O. R. L. Opht. Rapp. peu poussé env. 50.000, à repr. avec bel appart. indemn. à débattre. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Congrès de médecine** (Paris ; 11-15 octobre 1927) **et Centenaire de Villemin.** *Réductions sur les chemins de fer et bateaux.* — Les membres *adhérents* du Congrès bénéficieront du demi-tarif sur les chemins de fer et d'une réduction de 20 % sur les bateaux de diverses compagnies. S'adresser à cet effet, *avant le 1er septembre,* à M. Pierre Masson, 120, boulevard Saint-Germain. Les médecins de réserve pourront obtenir le tarif militaire en assistant aux démonstrations techniques et en écrivant au Comité du Centenaire de Villemin, direction du service de santé ; ministère de la guerre, 66, rue de Bellechasse, Paris.

Nous donnerons ultérieurement le programme des travaux et des fêtes du Congrès de médecine. Renseignements auprès de M. le Dr Chiray, secrétaire général, 14, rue Pétrarque, ou de M. le Dr Lian, trésorier, 19, rue de Bourgogne.

— **Le cours de révision** *d'une semaine sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne,* sous la direction du prof. Sergent et du Dr Lian, aura lieu du 24 au 29 octobre prochain. Nous en publierons le programme détaillé.

— **Ecole de santé navale de Bordeaux.** — Par décision du 29 juin 1927, le Ministre de la Marine a attribué à l'Ecole de santé navale de Bordeaux un drapeau qui portera l'inscription : *Ecole principale du service de santé de la marine, marine et colonies, Travail, Honneur, Patrie.* L'Ecole de santé navale de Bordeaux est déjà titulaire de la Croix de guerre.

— **Bordeaux.** *Internat et externat des hôpitaux.* — Le concours d'internat des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira le 18 octobre et celui d'externat, le 17 octobre prochain (10 places d'internes et 50 places d'externes).

— **Erratum.** — Dans l'article du Dr René Netter, intitulé « L'utilisation des suicidés », paru dans le numéro du 7 août, page 2105, au lieu de « l'antique exposition de rue sur la place publique », il faut lire « ...exposition de *nu*... ». Notre confrère précise qu'il y a là une allusion à la pratique, qui s'est poursuivie en France jusqu'à la Révolution, d'exposer nus, sur la place publique, les corps des suicidés, auxquels était refusée toute sépulture normale.

A TRAVERS L'OFFICIEL

5 *août.*

Service militaire.

Solde des officiers et assimilés.

Un décret du 31 juillet 1917, suivi d'une instruction ministérielle, modifie la solde des officiers et assimilés, à compter rétroactivement du 1er août 1926.

Ces tarifs, prévus pour les officiers en activité, sont applicables aux officiers de réserve accomplissant des périodes ou des stages soldés.

Nous donnons ci-après un résumé des soldes annuelles de présence :

Colonels et assimilés 41.364
Lieutenant-colonel et assimilés 33.372

Chefs de bataillon et assimilés :
- 2e échelon (après 4 ans de grade ou 32 ans de services) 30.456
- 1er échelon (avant 4 ans de grade) 26.892

Capitaines et assimilés :
- 4e échelon (après 12 ans de grade ou après 8 ans de grade et 30 ans de services) ... 25.056
- 3e échelon (après 8 ans de grade ou après 4 ans de grade et 25 ans de services) ... 23.004
- 3e échelon (après 4 ans de grade ou après 20 ans de services) 20.988
- 1er échelon (avant 4 ans de grade) 19.440

Lieutenants et assimilés :
- 4e échelon (après 8 ans de grade et 20 ans de service) 18.828
- 3e échelon (après 8 ans de grade ou après 4 ans de grade et 15 ans de services) ... 17.172
- 2e échelon (après 4 ans de grade ou après 10 ans de services) 15.732
- 1er échelon (avant 4 ans de grade) 14.688

Sous-lieutenant et assimilés :
- 2e échelon (après 6 ans de services) 13.140
- 1er échelon (avant 6 ans de services) 11.952

Sous-lieutenants de réserve n'ayant pas accompli la durée légale du service (avec effet du 15 mai 1927) 10.602

6 *août*

Stations hydrominérales, climatiques et de tourisme.

Loi du 4 *août* 1927 *modifiant l'article* 3 *de la loi du* 24 *septembre* 1919 *relatif à la taxe de séjour dans les stations hydrominérales, climatiques et de tourisme.*

Article unique. — L'article 3 de la loi du 24 septembre 1919 est complété ainsi qu'il suit :

« Sont exempts de la taxe de séjour les voyageurs et représentants de commerce, porteurs de la carte

d'identité professionnelle instituée par la loi du 8 octobre 1919, pendant la durée du séjour qu'ils feront dans les stations hydrominérales, climatiques et de tourisme, pour les besoins exclusifs de leur profession.

« Dans chaque station intéressée, l'arrêté municipal pris en vue de l'application de la loi, fixera la durée du séjour pendant laquelle portera l'exonération de la taxe due par les voyageurs et les représentants de commerce dans l'exercice de leur profession, sans que ladite durée puisse être inférieure à trois jours. »

Périmètre de protection de la Source Badoit.

Il est attribué à la Source Badoit, commune de Saint-Galmier (Loire) un périmètre de protection, formé par un cercle de 600 mètres de rayon, ayant pour centre la source Fontfort

7 août.

Assistance publique.

M. Lévêque, rédacteur au Ministère du Travail, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique et M. Vattier, économe des hospices du Havre, président de l'Association amicale du personnel des établissements d'assistance, ont été nommés secrétaires rapporteurs du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail.

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — 1° PRIX DE LA VISITE DE CONTROLE AU CABINET DU MÉDECIN TRAITANT ; 2° VALEUR DU BULLETIN D'AVIS DU PATRON ; 3° LES FRAIS DE TIMBRE ET D'ENREGISTREMENT NE SONT PAS DUS EN MATIERE D'ACCIDENT DU TRAVAIL.

JUSTICE DE PAIX D'ARLES (CANTON OUEST)

7 décembre 1925.

(Archives du « Sou Médical ».)

Attendu qu'en l'état de la législation des accidents du travail, la visite du médecin contrôleur à défaut d'entente entre les parties à cet égard, ne doit avoir lieu qu'au domicile de la victime, si elle est traitée à domicile ou dans la clinique, où elle a pu être transportée ; que généralement cependant les deux médecins se mettent d'accord ensemble pour fixer le lieu, le jour et heure de ces visites hebdomadaires ;

Attendu que le fait par le médecin traitant de mettre à la disposition du médecin contrôleur son cabinet médical pour les contre-visites ne saurait avoir pour conséquence d'assimiler à des consultations au cabinet son assistance aux contre-visites, qu'en effet dans ce cas le médecin traitant est tenu à se trouver à son cabinet à l'heure fixée et de modifier

l'horaire de son cabinet, si la contre-visite a été fixée pour la commodité du médecin contrôleur venu de dehors, à l'heure habituelle du cabinet ; et qu'à ce moment là le cabinet du médecin traitant n'est plus son cabinet de consultation, mais un lieu de rendez-vous, facile et pratique pour le médecin contrôleur, dès l'instant que le blessé peut se déplacer ; que le médecin traitant est donc de ce fait soumis à une sujétion et à un dérangement tout aussi grands que s'il avait à se rendre au domicile du blessé ou à une clinique de la localité où celui-ci serait en traitement ; que la contre-visite chez le médecin traitant donne au médecin contrôleur des facilités et des commodités très appréciables pour un sérieux examen des blessés et lui fait ménager son temps, surtout quand il vient du dehors, comme c'est le cas, en lui permettant de visiter toute une série de blessés dans un seul et même déplacement, d'où économie pour le patron qui l'a désigné ;

Attendu que l'interprétation de l'article 3 de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 qui est aussi celle du Ministère du travail semble bien devoir être telle que l'arrêté ministériel du 26 décembre 1924 qui est venu le modifier envisageant le cas où plusieurs contre-visites ont lieu au cours du même rendez-vous, compte la première comme visite et la majore, les autres étant comptées comme consultation sans majoration ; qu'il considère donc bien aussi que ce rendez-vous peut avoir été fixé aussi bien au cabinet du médecin traitant qu'à tout autre lieu choisi et lui alloue cependant une rémunération supplémentaire qui majore ses honoraires au-delà du tarif de simple consultation ;

Attendu qu'il y a donc lieu de faire droit purement et simplement au premier chef de la demande comme justifiée en fixant à douze francs par blessé contre-visité le prix de l'assistance à la contre-visite.

En ce qui concerne le deuxième chef de la demande.

Attendu qu'il est exact que si aux termes de la loi du 9 avril 1898, le chef d'entreprise doit supporter les frais médicaux et pharmaceutiques, ce n'est que lorsqu'il y a eu réellement accident de travail ; qu'il en résulte qu'en cas de contestation le patron n'est tenu d'aucune obligation vis-à-vis du médecin traitant choisi par la victime, tant qu'une décision judiciaire n'est pas intervenue ;

Attendu qu'il en est autrement lorsqu'un engagement du patron est justifié ; lorsque c'est en vertu des instructions données par celui ci au médecin que le soi-disant accidenté a été examiné et soigné par le praticien ;

Attendu que M. s'est rendu chez le Dr N., le 17 octobre 1924 muni d'un bulletin d'avis de M. D. et Cie pour être examiné comme accidenté du travail pour brûlures de chaux dont il se plaignait, que de plus les défendeurs ont invité eux-mêmes par écrit le médecin à procéder à cet examen et à donner à M. tous soins nécessaires et à faire connaître s'il y avait lieu de le mettre à l'assurance ; que le Dr N. n'a donc fait qu'exécuter les instructions des

défendeurs en examinant et en traitant le soi-disant blessé qui lui avait été envoyé ; que les défendeurs sont donc de ce fait devenus débiteurs directs envers le demandeur, de par leur engagement tacite des frais médicaux qui ont été aussi engagés et que celui-ci d'ailleurs tarife comme pour un accident de travail et que peu importe que le soi-disant accident n'ait pas été reconnu comme tel par la suite ;

Attendu que le demandeur agissant en vertu des exécutions précitées a établi un certificat initial et pansé le malade les 17, 18, 23 et 29 octobre 1924 ; qu'il a donc droit aux honoraires de trente-trois francs par lui réclamés ;

Attendu que les défendeurs par leurs prétentions injustifiées ayant mis le demandeur dans la nécessité de les citer en justice pour faire valoir ses droits doivent supporter les dépens, à l'exception des frais de timbre et d'enregistrement de la citation que le demandeur a exposés à tort et qui doivent rester à sa charge, parce qu'il s'agit d'une action en paiement de frais médicaux dérivant de la loi du 9 avril 1898 ;

Par ces motifs :

Condamnons M. D. et Cie à payer au Dr N. la somme globale de cent quatre-vingt-quatorze francs pour les causes sus-énoncées, sous toutes réserves du nombre des contre-visites auxquelles le demandeur a assisté, et de leur date, supposées antérieures au 31 décembre 1924, pour l'application de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920.

Les condamnons en outre aux dépens, déduction faite des frais de timbre et d'enregistrement de la citation, qui sont laissés à la charge du demandeur.

Commentaires

1° A plusieurs reprises, dans les colonnes du *Concours médical*, nous avons indiqué que la visite de contrôle passée par le médecin d'assurance, en présence du docteur traitant, dans le cabinet de ce dernier, donnait droit à ce praticien à la majoration de 50 % du prix d'une visite et non de celui d'une consultation.

Le jugement ci-dessus décide dans le même sens.

2° Une fois de plus, un tribunal estime que le bulletin d'avis, par lequel un chef d'entreprise informe que le blessé appartient à son entreprise et qu'il dit avoir été blessé au cours de son travail, sert d'accréditif au praticien, pour servir de base à l'action directe, pour le recouvrement de ses honoraires sur le patron, tant que ce dernier n'a pas averti le docteur que, ne s'agissant pas d'un accident du travail, c'est désormais l'ouvrier qui devra payer directement les honoraires de celui qui lui donne des soins.

Mais, insistons encore sur le libellé de ces bulletins d'avis : ils sont rédigés de telle sorte qu'un patron de mauvaise foi, ou une assurance maladroitement procédurière, osera prétendre, à la fin du traitement, qu'on n'a demandé au doc-

teur que la première visite et que la rédaction du certificat initial.

Tous autres frais devraient rester à la charge de l'ouvrier, au moment où ce dernier ne touche qu'un demi salaire.

Beau moyen, pour vicier indirectement le libre choix du médecin, que de forcer le blessé à payer les honoraires du médecin quitte à se faire rembourser par le patron (ou l'assurance), lorsque celui-ci aura daigné consentir à reconnaître la blessure, comme bénéficiant des dispositions de la loi sur les accidents du travail.

La victime préférera aller se faire soigner au dispensaire de l'assurance du patron, ou dans une clinique de médecin marron, clinique à ristourne, dont le propriétaire est parfois de connivence avec certains employés d'assurances, pour le règlement des honoraires.

En tous cas, le médecin honnête et consciencieux devra, à ses risques et périls, faire crédit à l'ouvrier, bien heureux que ce dernier ne quitte pas les lieux avant même d'être guéri, sans faire connaître sa nouvelle adresse.

Ou bien ce praticien respectueux des lois et des règles de déontologie ne verra plus de blessés du travail à sa consultation. Après quoi, dans bien des milieux, même médicaux, on viendra gémir sur la pullulation des médecins marrons. On dirait qu'on agit à plaisir, pour décourager les modestes praticiens, qui veulent rester honnêtes, dans leur clientèle d'ouvriers et d'employés.

3° Avant d'engager à l'aveuglette une instance en justice, les médecins feraient bien de se documenter auprès des avocats conseils du « Sou Médical ». Le confrère a engagé des frais inutiles de timbre et d'enregistrement : ne sachant que la médecine et non le droit, il ignorait qu'en matière d'accidents du travail, ces frais ne sont pas nécessaires comme en droit commun.

Et, bien qu'il ait gagné son procès, le confrère devra supporter les dépenses qu'il a inutilement engagées.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

2661. — Double intervention au même membre

Je vous serais reconnaissant, en tant que membre du « Sou », de me faire savoir si, dans le cas suivant qui m'intéresse vis-à-vis d'une assurance accident du travail, je puis compter dans mes honoraires

Voir la suite page XLVII-2261

PROPOS DU JOUR

Y a-t-il véritablement, à notre époque, un fléchissement grave de la moralité professionnelle dans le Corps médical français ? Ce que nous apprend l'histoire des quatre derniers siècles à ce sujet. Cessons donc de nous calomnier.

Les médecins, comme d'ailleurs tous les Français, aiment à se calomnier. A entendre parler certains, le Corps médical serait pourri depuis la guerre. La démoralisation règnerait en maîtresse dans les nouvelles générations et il faudrait à tout prix recourir à des moyens héroïques pour y remédier. Les confrères qui ont exercé avant la guerre parlent de cette période lointaine comme d'une sorte d'âge d'or de la probité médicale. Bien qu'ils n'aient pas tous atteint le terme de l'existence, ils aiment, comme le vieillard du bon Horace, *laudator temporis acti*, à vanter le bon vieux temps. Loin de nous la pensée de leur faire un grief de leur soif de moralisation ; il existe des médecins marrons, c'est indiscutable ; l'on a constaté dans ces dernières années le scandale des carnets médicaux, c'est un fait acquis ; il se fait parfois, sous prétexte de dichotomie, des marchandages entre médecins où l'intérêt du malade est loin de tenir la première place, personne ne peut le contester ; il y a eu même, à Marseille, un médecin qui, selon l'expression nouvelle, est allé un peu fort et expie au bagne les crimes pour lesquels il a été condamné. Mais en quoi tout ceci peut-il ternir l'honneur du Corps médical ? Pour notre compte, nous ne nous considérons pas en être si peu que ce soit atteint. De tous temps il en a été ainsi. Certes, nous croyons qne notre devoir est de faire le possible pour réduire au minimum les fautes professionnelles ; il est de notre intérêt comme de notre devoir de faire que notre profession reste respectable et soit respectée. Mais, pourquoi sottement, systématiquement, nous dénigrer et fournir nous-mêmes contre nous des armes à la malignité publique. Pour montrer que le Corps médical français est et est resté le premier du monde au point de vue de la dignité et de la conscience professionnelles, il a fallu la discussion de la loi sur les assurances sociales au Sénat où l'éloge du médecin praticien français a été très éloquemment prononcé plusieurs fois à la tribune, sans qu'une voix discordante se fût élevée pour mettre en doute les affirmations des orateurs.

Il faut croire que nous valons mieux que nous ne le croyons nous-mêmes. A ceux qui nous parlent du passé, qui vantent la vieille corporation des médecins de Paris, qui ont plein la bouche de la dignité des médecins d'autrefois, de la haute considération dont ils jouissaient, nous demanderons s'ils sont bien sûrs de ce qu'ils avancent et s'ils sont bien certains qu'il n'y eut pas de scandales médicaux dans les siècles passés.

Nous n'évoquerons pas la médecine du Moyen-Age ; ceux qui l'exerçaient étaient soit des moines dans leurs couvents, soit des charlatans, des astrologues et des sorciers qui faisaient le plus souvent des tournées à travers l'Europe. Il n'y avait guère alors que des embryons de Corps médical constitué.

***

Le XVI[e] siècle, avec la Renaissance, vit poindre l'aurore de la science médicale moderne, mais le médecin resta astrologue et imbu de toutes les superstitions et les préjugés. Pour un Rabelais et un Fernel, combien de Nostradamus et de Paracelse ! Il faut lire, dans les *Essais* de Montaigne, ce qu'étaient les médecins au XVI[e] siècle.

« Le choix même de la plupart de leurs drogues, écrit Montaigne, est auculnement mystérieux et divin : le pied gauche d'une tortue, l'urine d'un lézard, la fiente d'un éléphant, et pour nous autres choliqueux (tant ils abusent desdaigneusement de nostre misère, des crottes de rat pulvérisées, et telles autres singeries qui ont plus le visage d'un enchantement magicien que de science solide.......... »

Plus loin, Montaigne parle « de l'aspreté de leurs contestations, pleines de haines, de jalousie et de considération particulière, venant a estre découvertes à un chascun, il fault estre merveilleusement aveugle, si on ne se sent bien bazardé entre leurs mains.........

Ils trahissent assez par là leur art, et nous font veoir qu'ils considèrent plus leur réputation et par conséquent leur proufit, que l'interest de

leurs patients....... Là où ils sont beaucoup, il décrient à tous les coups le mestier ; d'autant qu'il leur advient de faire plus souvent mal que bien (1) ».

Et plus loin : « Depuis ces anciennes mutations de la médecine, il y en a eu infiniment d'autres iusqu'à nous ; et le plus souvent mutations entières et universelles,comme sont celles que produisent de nostre temps Paracelse, Fioravanti et Argenterius ; car ils ne changent pas seulement une recepte, mais, à ce qu'on me dict, toute la contexture et police du corps de la médecine, accusant d'ignorance et de piperie ceulx qui en ont faict profession iusqu'à eulx. Je vous laisse à penser où en est le pauvre patient. »

Nous bornons là ces citations de Montaigne ; l'on pourrait écrire des volumes en citant et en commentant les méfaits qu'il signale sur la médecine et les médecins de son époque. L'insuffisance de la science ne suffit pas à excuser les turpitudes morales. Il suffit, pour être édifié, de lire ce que l'on sait de l'existence aventureuse de Théophraste Bombast de Hohenheim, dit Paracelse. Cependant, cet ivrogne, capable de tous les méfaits et de tous les crimes, n'était pas le premier venu. Sa réputation était mondiale et Erasme, le grand Erasme lui-même, eut recours à son expérience.

***

Passons à une époque un peu moins agitée, aux mœurs plus douces et plus policées. Au début du XVIIe siècle, la science médicale n'était pas encore très avancée ; des Archiâtres, des Docteurs-régents de la Faculté de Paris affirmaient encore qu'il était impossible à un praticien de faire de bonne médecine s'il ignorait l'astrologie. Un peu plus tard, Molière nous fait des médecins un tableau singulier. Il était plus véridique que nous ne sommes tentés de le croire. Interrogeons à ce sujet un homme qui fut le défenseur acharné des privilèges des médecins parisiens, dont il fut le chef comme doyen de la Faculté, Gui Patin. Nous lisons dans ses lettres le petit scandale édifiant suivant :

« L'an 1647, l'Orvietan pour mieux débiter sa drogue s'adressa à un homme d'honneur alors Doyen de notre Faculté, nommé M. Perreau, pour obtenir de lui, moyennant une bonne somme d'argent qu'il offroit, approbation de la Faculté pour son opiate. Il en fut refusé de belle hauteur.

« Ce charlatan s'adressa ensuite à de Gorris, qui reçut de lui un présent considérable et lui promit de faire signer à plusieurs docteurs l'aprobation de ce médicament qu'il vend sur le Pont-Neuf ; ce qu'il fit faire par une douzaine d'autres affamez d'argent qui furent les deux Chartier, Guénaut, Le Soubs, Rainssant, Beaurains, Pyart, du Clédat, des Fougerais, Renaudot et Mauvilain. Cet imposteur italien, non content de telles signatures, tâcha d'avoir l'aprobation entière de la Faculté et pressa le nouveau doyen qui était M. Piètre, mon prédécesseur, de la lui faire donner, moyennant 400 écus qu'il lui offroit, sur l'espérance de mieux débiter sa drogue.

« Ce nouveau doyen ayant appris de la propre bouche du charlatan tout ce que de Gorris lui avoit fait, lui demanda cette aprobation et dès qu'il l'eût, il fit assembler toute la Faculté où il se rendit délateur contre ces douze Messieurs, qui, aiant avoué leur faiblesse et leur mauvaise action, furent chassez de la compagnie par un décret solennel. On les a pourtant rétablis avec de certaines conditions et notamment celle de demander pardon à la Compagnie en pleine Assemblée. »

Ceci n'est pas mal ; nous n'avons pas vu dans ces 27 premières années du XXe siècle douze professeurs de la Faculté de Paris s'entendre pour faire donner une approbation de la Faculté à la drogue qu'un charlatan débiterait sur des tréteaux après lui avoir signé, contre finances, un satisfecit personnel. Et parmi ces douze, nous trouvons un Guénault, médecin de Condé et de la Reine Anne d'Autriche, Renaudot, de célèbre mémoire, et Mauvilain, à qui la Faculté ne tint pas longtemps rancune puisqu'il fut un jour son doyen.

Ce scandale n'avait rien de surprenant. Voici quelques appréciations que nous relevons au hasard dans les *lettres de Gui Patin* sur certains de ses confrères. Signalons d'abord quel ques ivrognes de marque :

« Notre pauvre docteur M. Chasles s'en va ; il n'en peut plus ; *in paucos dies penetrabit ad plures.* Il a trop été au cabaret. »

Et d'un ; en voici un second :

« La mort est bien affamée et semble ne pouvoir se rassasier de médecins. N'étant pas contente de deux excellens hommes (R. Moreau et Guillemeau), elle en a pris un troisième qui étoit bon médecin et bel esprit, mais grand yvrogne;

---

(1) MONTAIGNE. — Essais, liv. II, chap. XXXVII.

c'est M. Charles Le Clerc, âgé de 73 ans. C'est beaucoup vivre pour un homme déréglé. »

Il y a mieux : en voici un troisième plus célèbre :

« M. Riolan le bon homme est en grand danger, il pisse beaucoup de sang ; il n'a pu se réduire à vivre sobrement et à mettre beaucoup d'eau dans son vin. »

Mais il n'y a pas que des ivrognes à la Faculté. Bouvard est mort à 83 ans. « Homme dévot et caffard, qui entend deux messes plutôt qu'une, qui va à matines, à vêpres et au salut. *Cætero vir bonus et parum sanus* qui ne pense qu'à son profit. » Nous étions à l'époque de Tartuffe.

Après Tartuffe, voilà la série des Harpagons :

«M. de Solignac ne m'a jamais fait peur ni envie ; mais il s'est vanté qu'il ne vouloit point faire de visite qu'on ne lui avançât une demie pistole ; et vouloit être payé avant le coup, comme les bourreaux. Il faisoit des ordonnances de trois pages *in gratiam pharmacopeorum, ut passet sibi perfidam este gentem demereri.* »

En voici un autre :

« Hier 5 février (1655) mourut M. Liénard, âgé de 66 ans, avec pluralité d'enfans et assez peu de biens, quoique toute sa vie il n'ait rien épargné pour en attraper : travail effroyable et tout à fait immodéré, finesse, fourberie, imposture, impudence, mensonges, apothicaires, chirurgiens, sage-femmes, opérateurs *Artes Guenaldicœ, pravœ, ventitœ*, tout lui était bon pourvu qu'il en vint de l'argent. »

Enfin terminons par ce passage sur le célèbre Guénault dont la citation latine ci-dessus (*artes guenaldicœ*) fait prévoir l'estime dans la quelle le tient le doyen Gui Patin : « Guénaut a dit 4.000 fois en sa vie qu'on ne sauroit attraper l'écu blanc des malades qu'on ne les trompa. Est-ce parler en homme de bien tel que doit être un médecin ? »

***

Passons au XVIII[e] siècle. A cette époque, les scandales médicaux abondent et les mœurs médicales sont enore plus singulières :

La Faculté de Paris dut suspendre de ses privilèges doctoraux par décrets les 6 et 27 juin 1758, Gille de Saint-Léger, docteur régent, accusé « d'avoir abusé de l'âge et des infirmités du sieur de Saint-Etienne pour s'emparer de sa personne et de sa confiance, de l'avoir mis en charte privée chez les Petits-Pères de la place de la Victoire, de s'être approprié son carrosse, ses chevaux, sa bague, ses dentelles, etc. » Est-ce assez gentil comme scandale ? Il y eut procès sur procès ; l'inculpé finit par trouver une excuse puisque la Faculté le réintégra assez facilement dans ses droits.

Ces sortes de captations d'héritages devaient être assez courantes à cette époque car, sans cela, Bouvart, l'immonde Michel Bouvart, aurait-il pu faire admettre par la Faculté de médecine de Paris l'accusation qu'il porta contre Théophile Bordeu ? Bordeu, qui jouissait d'une grande réputation, qui était un esprit d'élite, un savant et un philosophe, qui, en outre, avait le tort d'être beau garçon, homme du monde, ne pouvait se faire pardonner ses succès ni son origine montpelliéraine. Bouvart l'accusa d'avoir volé la montre et la tabatière du marquis de Poudenas qu'il accompagnait aux Eaux de Barèges et qui était mort en route. La Faculté accepta comme vraies avec une singulière légèreté les accusations de Bouvart, condamna Bordeu qui eut beaucoup de peine à obtenir sa réhabilitation. Cet épisode montre jusqu'où peut aller *l'invidia medicorum* et doit donner à réfléchir sur les abus qui pourraient résulter de la création d'un Ordre des médecins.

Mais il y eut mieux à la Faculté de médecine de Paris au XVIII[e] siècle.

Vers 1770 y professait Claude-Thomas-Guillaume Guilbert de Préval, docteur-régent, professeur de matière médicale, conseiller, médecin consultant et correspondant de S. M. le Roi de Danemark. Ce Guilbert de Préval avait inventé une *eau fondante antivénérienne*, curative et prophylactique qui jouissait d'un grand succès à la cour et dans la ville. Les grands seigneurs de l'époque s'intéressaient beaucoup à l'eau fondante de Guilbert de Préval. A la demande du duc de Chartres et du prince de Condé, et en leur présence, Guilbert de Préval consentit, muni de son eau, d'affronter la syphilis le 6 mai 1771 dans une petite maison que possédait M. de Saint-Laurent à Popincourt. L'affaire fit quelque bruit et Guilbert de Préval renouvela l'expérience devant le comte de la Marche qui fit surveiller de près par son chirurgien le dévoué expérimentateur. L'eau fondante antivénérienne eut une grande vogue, G. de Préval inonda Paris de prospectus. La Faculté tolérait le scandale, car de Préval, à cause de sa drogue, était alors *persona grata* à la Cour. Mais il survint que le fils du duc de Duras, ayant une confiance trop aveugle en l'infaillibilité de l'eau

fondante antivénérienne, éprouva une cruelle déception. Du coup, la faveur de Guilbert de Préval subit une éclipse. La Faculté le cita à sa barre et le raya du catalogue des docteurs régents. Guilbert de Préval se défendit ; il s'en suivit une longue suite de procès dont la conclusion devant le Parlement fut la condamnation définitive du présomptueux G. de Préval.

Pourrait-on citer une affaire analogue au XXe siècle ?

Et il y eut bien d'autres scandales que nous ne pouvons conter tout au long : celui du Dr Cézan auteur d'un manuel antisyphilitique (1775) qui fut rayé pour deux ans du catalogue des docteurs régents ; celui de Saint-Idephont qui exploitait un remède contre le cancer et qui, associé avec Cézan, publia un très intéressant annuaire sous le titre : *Etat de la médecine, chirurgie et pharmacie en Europe* (1775), ouvrage précieux à consulter de nos jours ; celui des compromissions de Deslon et quelques autres docteurs régents avec le fameux Mesmer, etc., etc.

La moralité professionnelle, en dehors de ces bruyants scandales, restait à un niveau assez bas. En 1771, la Faculté avait dû sévir contre Bourru, Guilbert et Colombier qui avaient élaboré une organisation de soins avec entente directe avec le client, mais sur les bases d'un système d'abonnement annuel : 12 livres pour une personne, 18 livres pour deux personnes, 24 livres pour trois personnes, etc. C'était l'assurance maladie bien avant la lettre. Les accusés firent amende honorable et la Faculté, bonne fille, ne leur en garda pas rancune, car Bourru devint peu après bibliothécaire de la Faculté dont il fut le dernier doyen.

Pendant ce temps-là, Mme Sénac, la femme du Premier médecin du Roi se faisait plus de 100.000 livres de rentes en vendant aux charlatans des permissions de son mari, les autorisant à débiter leurs drogues dans le Royaume. La Province n'avait sans doute rien à envier à la capitale. Nous lisons, dans la *Biographie médicale*, éditée par Panckouke, en 1821, que Fizes, le célèbre professeur de Montpellier, de J.-J. Rousseau, quittant Mme de Warrens et les Charmettes, fut consulter, Fizes qui avait acquis une réputation sans pareille et que Sénac avait fait nommer médecin du duc d'Orléans, « faisait prôner son nom sur les routes de Montpellier et salariait des gens stationnés à cet effet dans les principales auberges ». Le pistage des malades n'a donc pas été inventé par quelques médecins de villes d'eaux à la fin du XIXe siècle.

* * *

Arrivons au XIXe siècle : les corporations médicales ont été détruites par la Révolution ; ni l'Empire, ni la Restauration, ni les Gouvernements qui se sont succédé, n'ont cherché à les ressusciter. Nous sommes à l'époque de l'isolement et de l'individualisme. Que devient la moralité médicale ? Elle reste sensiblement la même.

Consultons, pour être éclairé à ce sujet, un livre écrit à une période de calme et de prospérité relative en 1840 par le Dr Munaret, membre des Académies ou Sociétés médicales de Rouen, de Dijon, de Bade, de Bordeaux, de Marseille, de Nantes et de Paris. Ce livre, édité par Germer Baillière, est intitulé : *Du médecin des villes et du médecin de campagne. Mœurs et science*, eut un certain succès puisque nous avons en main sa deuxième édition ; nous y lisons dès le début :

« Aujourd'hui, les successeurs des Fernel, des Sénac, des Fagon, des La Peyronnie, etc., briguent le déshonneur d'être gagés, comme la valetaille du Palais, pour tâter, chacun par quartier, le royal pouls de la dysnastie régnante. Aujourd'hui, un docteur subit les gémonies de l'affiche et va s'asseoir ensuite sur les bancs de la correctionnelle, convaincu d'avoir leurré la foule imbécile ; un autre s'établit dans cinq domiciles, pour faire *écouler* plus vite son rob et son élixir, à l'aide de cinq titres différents. Aujourd'hui des tailleurs achètent un *fonds* de médecin. qu'ils font valoir par un gérant, notre confrère... Aujourd'hui l'officier de santé débite le cosmétique de Farina sur les tréteaux d'une place publique, et il étale effrontément aux yeux des badauds qui l'entourent, un diplôme paraphé par des professeurs de Faculté et légalisé par un préfet. » Voilà pour la ville.

Quant aux médecins de campagne : « Parias de l'humanité, ils ne possèdent guère que la richesse de Casaubon, *libros et liberos* ; et encore, j'en ai connu qui furent contraints à vendre leurs livres mêmes, derniers amis qui leur restaient, pour déguiser cette dégradante période de la misère, dont le plus philosophe ne peut s'empêcher de rougir ... »

Nous avons pu juger par nous-même les conditions d'existence des médecins tout au cours de la seconde partie du XIXe siècle ; nous sommes né et avons été élevé au milieu de médecins praticiens ; nous avons vu naître le syndicalisme. et, dans notre propre famille, puisque notre père fut le fondateur d'un des trois premiers syndi-

cats médicaux qui, à quelques semaines d'intervalle, virent le jour en France. Nous avons entendu gémir pendant notre enfance et dans notre propre famille sur le fléchissement de la moralité médicale de la même façon qu'à l'heure actuelle. Devenu docteur, nous avons vu, sinon naître, du moins se développer la plaie d'une dichotomie sans mesure et nous avons été témoins de marchandages qui ne nous rendaient pas toujours fier d'avoir embrassé la profession médicale. Nous avons connu des cliniques, bien avant la loi sur les accidents du travail, où le patient était renvoyé sans raison de l'omnipraticien à l'électricien, de l'électricien au dentiste, du dentiste à l'oculiste, de l'oculiste au laryngologiste, sans compter les stations au laboratoire. Et il ne quittait la clinique que lorsque, comme le citron pressé, il ne pouvait plus rendre de jus. C'est d'ailleurs cette pratique, et non le partage des honoraires, qui fut appelée primitivement la dichotomie. Nous avons vu des confrères, presque nos voisins, donner des consultations dans des arrière-boutiques de pharmacies louches ; d'autres grands philanthropes accompagnaient leurs consultations gratuites d'ordonnances couvertes de prescriptions de spécialités dont seuls ils connaissaient le secret et dont ils partageaient les bénéfices avec un potard complice. Nous avons vu ces gens vieillir, gagner en fortune et en considération, se pousser à la tête de sociétés médicales et devenir parfois les parangons de la moralisation professionnelle. Beaucoup sont morts. Paix à leurs cendres ! Sans doute, leurs primitifs méfaits avaient pour excuse la misère ; mais leur soif de moralisation, une fois à l'abri du besoin, leurs éclats d'indignation et leur sévérité pour autrui augmentaient quelque peu notre scepticisme et nos tendances naturelles à l'indulgence. Nous nous remémorions les fables du *Loup devenu berger*, des *Animaux malades de la Peste* et la parabole *de la Paille et de la Poutre*.

Tout ceci, nous l'avons observé bien avant la guerre et à une époque où les lois sur l'assistance, sur les accidents du travail, sur les soins aux mutilés de guerre n'avaient pu encore démoraliser notre profession par l'intrusion du *tiers payant* dans les coutumes médicales. Il y avait bien cependant quelques tiers-payants dont nos confrères les mieux pensants se disputaient âprement les faveurs : c'étaient les administrations publiques et privées, les compagnies d'assurances, les mutualités, etc., etc. Il est vrai que ces organismes, s'ils intervenaient en *tiers* dans l'administration des soins médicaux aux malades, étaient si peu, si peu *payants*, que nous n'avions pas songé encore à les qualifier du titre de tiers-payants. C'est pour évincer ces tiers que nous avons, dans nos Syndicats et dès l'origine, combattu pour le système vosgien dans l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite et que nous sommes parvenus, à l'Union des Syndicats méicaux de France, à faire inscrire le libre choix du médecin dans un texte de loi, lors de la révision de la législation des accidents du travail. Nous croyons même que ce fut nous qui, pour la première fois, avons employé l'expression de *liberté de confiance*. Nous avons lutté pour cette liberté sans répit et cette lutte nous a même conduit en correctionnelle. D'ailleurs nous ne regrettons ni ne renions rien de notre passé.

Et tout ceci est de l'histoire d'avant-guerre.

Nous avions à nos côtés, à l'Union des Syndicats, il y a 20 ans environ, le Dr Lassalle, du Syndicat suburbain de Bordeaux, qui faisait une campagne active pour la création d'un ordre des médecins, tant il était convaincu, il y a plus d'un quart de siècle, de l'effondrement total de la dignité médicale et de l'urgence de moraliser notre profession. Après le Congrès international de médecine professionnelle de 1900, nous fîmes partie, sous la présidence de M. Lereboullet père, d'une grande Commission destinée à codifier la déontologie et, malgré son évidente bonne volonté, elle ne put y réussir.

Mais, nous objectera-t-on, où voulez-vous en venir après cette rapide histoire d'un passé déjà lointain ? Simplement à cette conclusion : c'est que la démoralisation médicale est à l'époque présente sensiblement la même qu'avant la guerre. Elle nous paraît infiniment plus grave à nous qui sommes au déclin de la vie : 1° parce que le nombre des médecins s'étant considérablement accru, le nombre des scandales a suivi la même augmentation ; 2° parce que la presse, qui a pris une extension formidable et qui est à l'affût des moindres scandales, est heureuse de donner aux défaillances médicales une publicité jusqu'alors inconnue et une importance souvent hors de proportion avec les fautes ; 3° parce que les coupables, s'adaptant aux circonstances et, s'ingéniant à se mettre à l'abri des lois, des règlements et même des attaques possibles de la presse, ont trouvé des procédés nouveaux inconnus autrefois, qui nous scandalisent d'autant plus que nous n'étions pas habitué à les constater ; 4° parce que nous, les médecins d'avant-guerre, ayant vécu à une époque où le billet de banque de 100 francs valait 100 francs en or,

nous ne pouvons nous habituer à le considérer comme un simple louis de jadis, de sorte que lorsque l'on nous affirme qu'un médecin a demandé 500 francs dans une consultation, nous crions, malgré nous, au scandale, — alors qu'avant la guerre, 100 francs d'honoraires en pareil cas nous eussent paru absolument légitimes. Les jeunes médecins d'après-guerre jugent notre papier-monnaie à son exacte valeur et ne peuvent partager notre indignation, devenue un multiple de 5 ; aussi les accusons-nous en toute bonne foi d'être des gens avides, intéressés, des gens aux dents longues et à la conscience courte, selon une expression dont nos maîtres en déontologie se servaient cependant il y a plus de cinquante ans. Nous trouvons excessif de voir un jeune médecin ambitionner 50.000 francs d'honoraires annuels, alors que nous nous contentions il y a 30 ans de 10.000 francs, ne nous apercevant pas que 10.000 francs en 1895 valaient plus que 50.000 fr. en 1927.

Est-ce à dire que tout est pour le mieux dans la meilleure profession possible ? Est-ce à dire que nous devons passer l'éponge sur les méfaits et couvrir, à l'exemple des fils de Noë, d'un manteau pudique les scandales médicaux ? Evidemment non ; nous devons tenter l'impossible pour rendre le Corps médical plus honorable et plus respecté et nous sommes prêts à souscrire à toutes les mesures, prises dans ce but, qui pourraient être efficaces. Mais de grâce ! ne nous calomnions pas à plaisir, ne nous amusons pas à salir notre noble profession qui envers et contre tout, est restée la plus honorable. Reconnaissons que, si, sur les 27.000 médecins français, il y a quelques centaines de gens profondément méprisables cette proportion est infiniment plus faible que celle qu'on pourrait relever dans aucune autre profession.

Sans doute la guerre a créé dans le milieu social un malaise qui a déterminé un fléchissement de la moralité en général ; ce fléchissement s'est toujours manifesté après les grands bouleversements et ne saurait être que passager, mais malgré cette crise, nous pouvons constater avec fierté que, de toutes les nations, de tous les peuples, c'est la France qui est restée, après la guerre, malgré les épreuves, malgré les pertes immenses qu'elle a subies, la nation la plus calme, la plus saine et la mieux équilibrée. Il en est de même du Corps médical français qui peut encore et pourra toujours, nous l'espérons, servir d'exemple à tous les médecins du monde.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE DIAGNOSTIC DE LA MÉLANCOLIE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

SOMMAIRE. — 1. *L'hyperthymie délirante anxieuse.* — 2. *L'hypocondrie.* — 3. *Le chagrin, l'anxiété, périodiques.* — 4. *La neurasthénie.* — 5. *L'asthénie périodique.* — 6. *Les asthénies secondaires.* — 7. *L'asthénie chronique.* — 8. *La disposition congénitale à la tristesse.* — 9. *Le délire de persécution chronique et la mélancolie.* — 10. *L'alcoolisme et les idées d'auto-accusation.* — 11. *Le délire hallucinatoire anxieux et la confusion mentale.* — 12. *Les états d'agitation.* — 13. *La folie du doute.* — 14. *L'ennui.*

Il existe une mélancolie vraie, avec ou sans délire, avec ou sans anxiété, avec ou sans stupeur, d'origine afflictive pure, déterminée par l'idée d'un mal passé, fondée sur un chagrin vif et durable. Il y a un grand intérêt à faire le diagnostic de cette affection parce qu'elle est très souvent curable par un traitement actif, varié et rationnel, traitement dans lequel la psychothérapie joue le rôle essentiel.

1. L'hyperthymie délirante anxieuse. — Il importe, d'abord, du point de vue clinique pur, de séparer la mélancolie avec idées de culpabilité, de l'hyperthymie délirante anxieuse.

On peut définir l'hyperthymie anxieuse une sorte de « maladie » d'ordre psycho-affectif, engendrée par l'anxiété prolongée et motivée ; secondairement, apparaissent des idées délirantes, des troubles illusionnels ou hallucinatoires, de

l'asthénie, etc. Elle évolue souvent, comme la mélancolie, vers la guérison.

Le fait clinique fondamental, qui conduit à distinguer l'hyperthymie anxieuse de l'hyperthymie mélancolique, ou mélancolie proprement dite, est que celle-ci a pour cause le chagrin et la tristesse déterminés par l'idée d'un mal passé, tandis que l'hyperthymie anxieuse a son origine dans l'idée d'un mal futur. Il en résulte que l'hyperthymique anxieux n'est pas primitivement et avant tout triste, comme le mélancolique, mais inquiet, craintif, préoccupé ; il a, par exemple, peur de manquer d'ouvrage et de pain, peur de ne pas arriver dans le commerce entrepris, peur, comme un de nos malades, de voir ses enfants passer pour incendiaires, etc..

Les idées délirantes, chez l'hyperthymique anxieux, ne sont point les mêmes que chez le mélancolique. Les idées de culpabilité, d'indignité, de damnation, font toujours défaut ; le malade en effet n'a rien à se reprocher, il n'a fait de tort à personne. Redoutant pour lui et les siens un mal à venir, il peut exprimer, en revanche, des idées de ruine. Les idées de persécution sont assez fréquentes, mais vagues, confuses ; elles sont surtout basées sur des interprétations délirantes, comme chez le mélancolique ; elles peuvent s'accompagner d'idées d'empoisonnement et aussi d'idées hypocondriaques. Les idées de négation, d'immortalité, d'énormité, font défaut dans toutes nos observations, mais paraissent possibles.

Les illusions et hallucinations ne sont pas plus fréquentes chez l'hyperthymique anxieux que chez le mélancolique. L'état hallucinatoire est toujours pauvre, peu actif ; ce sont, comme dans la mélancolie, des phrases courtes, des voix brèves, des appels, que le patient perçoit ; ce ne sont jamais des conversations prolongées. Ces troubles psycho-sensoriels engendrent souvent un surcroît d'agitation, des raptus pantophobiques.

L'asthénie secondaire, les troubles d'ordre confusionnel, l'agitation anxieuse, l'agitation à base d'énervement, les crises de désespoir, le mutisme, le refus d'aliments, les idées de suicide, l'épigastralgie, la céphalée, l'insomnie, etc., sont sensiblement les mêmes dans les deux états psycho-morbides.

Ajoutons, toutefois, que certains cas d'hyperthymie anxieuse doivent pouvoir se compliquer de délire d'auto-accusation, épisodique ou durable. Il existe des états émotionnels complexes dès le début, à base de chagrin et d'inquiétude, ou à base d'inquiétude et de chagrin.

L'hyperthymie délirante anxieuse et l'hyperthymie délirante mélancolique diffèrent dans leur tableau clinique, non pas dans leur nature. On peut même, pour ne pas compliquer la terminologie psychiatrique, les englober *dans le même chapitre mélancolie* : nous les avons séparés ici, bien plus pour fixer l'attention du clinicien et du thérapeute, que pour aboutir à des fins nosologiques.

2. **L'hypocondrie.** — L'hypocondrie, ou mélancolie hypocondriaque des auteurs, ne doit pas être confondue avec la mélancolie. L'hypocondriaque peut avoir du chagrin, de la tristesse, des regrets, mais c'est surtout un inquiet, un anxieux. D'autre part, la cause de son anxiété est en lui ; ce n'est pas l'idée d'un mal passé, extérieur à lui-même qui l'obsède : c'est l'idée du mal présent qu'il subit, et qui va s'aggraver, et qui, dit-il, s'aggrave chaque jour. L'hypocondrie est donc un état d'hyperthymie anxieuse spéciale. Elle diffère de l'hyperthymie anxieuse que nous avons étudiée précédemment, par son étiologie, puisque dans l'hyperthymie anxieuse proprement dite le mal à venir est un mal indépendant du sujet, en dehors du sujet, comme dans la mélancolie vraie.

L'hyperthymie anxieuse de forme hypocondriaque, ou hypocondrie proprement dite, naît des sensations, plus ou moins pénibles, éprouvées par le patient, ou des constatations faites par lui directement sur son corps (amaigrissement, coloration spéciale de la peau, déformations, tumeurs, etc.). Le plus souvent, elle se complique de délire, d'agitation anxieuse, d'asthénie secondaire, de tendance au suicide, etc. Le délire est plus ou moins marqué (hypocondrie minor ou hypocondrie major) ; il est spécial en ce sens que le malade n'accuse d'ordinaire que des idées hypocondriaques : ses organes ne fonctionnent plus ; ils sont altérés, obstrués, détruits, etc. Les idées de ruine, de persécution, sont possibles dans l'hypocondrie de même que les idées de négation, d'immortalité et d'énormité. Les idées de culpabilité, d'indignité, d'humilité, peuvent aussi se développer chez le patient et donner à la maladie l'aspect de la mélancolie, laquelle, alors, est à considérer comme une complication de l'hypocondrie.

3. **Le chagrin, l'anxiété, périodiques.** — Le chagrin et l'anxiété, dans la mélancolie, sont motivés : le chagrin, par l'idée d'un mal passé ; l'anxiété par l'idée de malheurs à venir ; ils diffèrent nettement, par suite, du chagrin périodique et de l'anxiété périodique, phénomènes émotionnels morbides qui surviennent sans cause, qui ont une courte durée chaque fois qu'ils se produisent, qui se répètent fréquemment, et cela souvent pendant des mois, des années. Le chagrin périodique, l'anxiété périodique, constituent avec l'énervement périodique, les cyclodysthymies périodiques. Il est aisé, par l'analyse de ces troubles, en raison de leurs particularités,

◆◆◆

de les distinguer de la mélancolie, dont l'étiologie est précise, la mobilité dans le temps nulle.

4. **La neurasthénie.** — La malade de Beard ou neurasthénie vraie se différencie facilement, dans les cas purs, de la mélancolie. Elle a une étiologie propre, le surmenage et le surmenage physique ou intellectuel (le surmenage émotionnel étant autre chose). L'asthénie mentale et physique, qui domine le tableau clinique, se développe lentement, peu à peu ; elle est déterminée par le surmenage éprouvé. Etant un phénomène secondaire au surmenage, cet épuisement nerveux général peut être rapproché de l'asthénie de la mélancolie, qui s'établit de même secondairement ; mais dans la mélancolie, la faiblesse musculaire et idéative est secondaire à la douleur morale provoquée par l'obsédance de l'idée d'un malheur subi, tandis que dans la neurasthénie, elle est secondaire aux phénomènes organiques du surmenage. On pourrait dire que la mélancolie est assimilable, dans certains cas, à la neurasthénie, puisqu'elle aboutit, parfois, à l'asthénie par une variété de surmenage émotionnel. Ce serait, à notre avis, établir la confusion là où il y a relativement clarté. Le surmenage qui engendre la neurasthénie est avant tout le surmenage physique ou intellectuel. Si cela n'est pas exact, la névrose de Beard perd son individualité ; nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi.

Autre point, dans la neurasthénie, il n'y a d'ordinaire ni délire, ni troubles psycho-sensoriels (illusions et hallucinations). Si les idées de ruine, les idées hypocondriaques, les idées de persécution, apparaissent quelquefois, les idées de culpabilité, d'indignité, font presque toujours défaut ; on ne les verra survenir qu'en cas de complications spéciales, et tout à fait exceptionnellement.

Le neurasthénique n'est pas triste, ou il l'est peu ; il est avant tout inquiet, préoccupé de sa situation ; il se demande s'il guérira, car il se trouve gravement malade, contrairement au mélancolique. Il peut faire de l'agitation anxieuse, comme ce dernier : elle est liée à l'inquiétude que cause l'épuisement général, tandis que, chez le mélancolique, elle a sa source dans le délire, dans les interprétations, illusions et hallucinations. On ne confondra ces deux psycho-névroses que si l'analyse clinique est complexe et si l'asthénie secondaire vient à passer au premier plan chez le mélancolique.

L'énervement est très développé chez le neurasthénique, surtout chez le neurasthénique fatigué. Son irritabilité tient avant tout à sa très grande faiblesse, générale. Il se met en colère pour des futilités, menace, frappe. Il est très abattu, anéanti, après les crises d'énervement ; mais il est capable, au bout d'un certain temps et jusqu'à un certain point, de recommencer ces crises assez fréquemment. L'énervement est rarement aussi net chez le mélancolique.

Le mutisme, le refus d'aliments, sont exceptionnels chez le neurasthénique, alors qu'ils sont communs chez le mélancolique. L'insomnie est presque constante chez l'un et chez l'autre. La céphalée, la rachialgie, les troubles digestifs sont toujours plus intenses dans la maladie de Beard.

La neurasthénie guérit souvent, mais elle peut évoluer vers l'asthénie chronique comme la mélancolie, et elle peut aussi se compliquer de psychoses variées : délire hypocondriaque, délire de persécution (ce dernier est assez commun après la neurasthénie) etc.

5. **L'asthénie périodique** (*dépression mélancolique des auteurs*). — Les asthéniques périodiques doivent être nettement distingués des mélancoliques vrais. Voici les faits sur lesquels s'appuie ce diagnostic différentiel.

La mélancolie vraie débute par une émotion douloureuse motivée, qui n'est pas pathologique par elle-même, mais le devient par sa persistance, son intensité et sa durée ; c'est ainsi qu'elle se développe à l'occasion de la perte d'un enfant, de l'abandon d'un époux, de revers de fortune, etc. Au contraire, dans la « dépression mélancolique » des auteurs, la maladie débute par l'asthénie qui est le symptôme fondamental et primitif. Sans doute, lorsqu'on demande à un « déprimé mélancolique » : « Comment êtes-vous ? », il est possible qu'il réponde : « Je suis triste ». Mais si on ajoute . « Pourquoi êtes-vous triste ? », il dit . « Je suis triste à cause de ma maladie ». D. « Quelle maladie ? » — R. « Eh ! bien, la faiblesse, la fatigue... », et il décrit parfaitement, en un langage souvent riche et varié, l'état morbide asthénique. Jamais il ne dit que sa maladie est un chagrin, une peur, etc.. On voit que ce qui est pathologique chez le déprimé, c'est l'asthénie, tandis que chez le mélancolique proprement dit, c'est la douleur morale prolongée. Si, au premier abord, leur aspect physique général paraît analogue, leur état cérébral est tout différent : l'analyse psychoclinique est d'une clarté remarquable.

Dans la mélancolie vraie, où l'asthénie peut être très accusée, on voit ce trouble s'établir et grandir progressivement ; c'est une asthénie secondaire, proportionnée, comme toutes les asthénies post-douloureuses, quelle qu'en soit la cause, à l'intensité et à la durée de la douleur émotionnelle. Dans la « dépression mélancolique », outre que l'asthénie est primitive et survient d'emblée, elle persiste à peu près au même degré durant tout l'accès.

Chez le mélancolique proprement dit, les idées délirantes, en relation directe avec l'état émotionnel fondamental de la maladie, acquièrent un développement intense, il peut s'y ajouter

des phénomènes confusionnels, hallucinatoires, etc... Au cours de l'accès d'asthénie périodique, on relève parfois des éléments délirants, mais ceux-ci ont pour point de départ l'inquiétude, petit à petit plus vive, que détermine chez le sujet la constatation des conséquences sociales et familiales de l'état d'asthénie dans lequel il se trouve : il se préoccupe de son incapacité de travail, de son indifférence pour les siens, du caractère récidivant de sa maladie, etc.

La terminaison de la mélancolie vraie se fait en lysis : les troubles disparaissent en plusieurs mois. L'accès d'asthénie périodique se termine rapidement, souvent en quelques jours, sans convalescence.

La mélancolie proprement dite récidive rarement ; il est exceptionnel de trouver un grand nombre d'accès de mélancolie chez un même malade. La périodicité est de règle pour les asthéniques.

Le tableau suivant peut être constitué pour le diagnostic différentiel de la mélancolie vraie et de l'asthénie périodique.

Mélancolie vraie.	*Asthénie périodique.*
1. Début par une émotion douloureuse motivée qui est primitive ;	1. Début brusque de l'accès par l'asthénie qui est fondamentale et primitive ;
2. Asthénie progressive, secondaire et proportionnée à la douleur morale ;	2. Persistance de l'asthénie à peu près au même degré durant tout l'accès ;
3. Développement plus ou moins marqué d'idées délirantes, en relation avec l'état émotionnel primitif, de phénomènes confusionnels, hallucinatoires, etc. ;	3° Inquiétude due à la constatation des conséquences sociales qu'ont pour le sujet les manifestations de l'asthénie ; parfois, éléments délirants du fait de ces préoccupations ;
4. Terminaison en lysis ; disparition progressive des troubles ;	4. Terminaison rapide de l'accès, souvent en quelques jours, sans convalescence ;
5. Rareté de la récidive.	5. Périodicité.

Ce schéma met en relief les éléments essentiels du tableau clinique et du diagnostic différentiel.

6. **Les asthénies secondaires.** — Les asthénies secondaires représentent un chapitre considérable de la pathologie nerveuse et mentale, et combien difficile à traiter. Elles doivent être séparées de la neurasthénie vraie ou neurasthénie de Beard, qui est une maladie et non un syndrome.

On voit des phénomènes asthéniques secondaires, c'est-à-dire des phénomènes d'amyosthénie et d'anidéation, au cours d'une foule d'états morbides de causes variées, par exemple: au cours de la paralysie générale (états neurasthéniques ou neurasthéniformes du début de la démence paralytique) ; au cours de la démence précoce (états neurasthéniques du début de la démence précoce) ; au cours des infections et aussi après les infections, telles que : grippe, fièvre typhoïde, pleurésie, tuberculose, syphilis, méningite cérébro-spinale, rhumatisme articulaire aigu, etc... ; au cours des intoxications : épilepsie (?), néphrite chronique, maladie d'Addison, etc. ; après les traumatismes physiques du crâne, du tronc ou des membres ; après les émotions afflictives, colère, anxiété, chagrin ; au cours des états passionnels, etc.

Cette asthénie, quelle qu'en soit la cause, n'est pas la mélancolie. Dans cette dernière maladie, on peut observer des phénomènes d'asthénie secondaire ; il ne suffit pas de constater ces phénomènes pour dire mélancolie. Un syndrome d'asthénie secondaire est toujours facile à différencier de la mélancolie proprement dite, par sa cause, par son évolution et ses symptômes spéciaux et limités.

7. **L'asthénie chronique.** — L'asthénie chronique est une complication fréquente d'états morbides variés (infections, maladies organiques, traumatismes physiques et moraux, etc,), qui se sont accompagnés d'asthénie secondaire (voir ci-dessus) ; celle-ci, au lieu de guérir, passe à l'état de chronicité, puis d'incurabilité. L'asthénie chronique est une complication possible de la mélancolie ; elle doit en être bien distinguée. Il importe, pour la différencier de la mélancolie, d'en rechercher la cause et d'analyser dans le temps la succesison des symptômes fondamentaux.

8. **La disposition congénitale à la tristesse.** — La mélancolie ne doit pas être confondue avec la disposition congénitale à la tristesse c'est-à-dire avec l'hyperthymie mélancolique constitutionnelle. Les troubles de l'émotivité, troubles rarement acquis, sont très fréquents ; ils se produisent chez des sujets sans doute prédisposés, à l'occasion des incidents pénibles, de toutes sortes, qui accidentent l'existence normale. La disposition à la tristesse est plus rare que la disposition à l'énervement, mais plus fréquente que la disposition à l'inquiétude ; quand elle est bien manifeste, elle peut faire penser à un état mélancolique vrai alors que les phénomènes observés ne sont que des épisodes afflictifs subaigus, généralement sans gravité. On dit que la mélancolie vraie se développe surtout chez des dysthymiques constitutionnels et chez des sujets plus particulièrement portés au chagrin et *à la tristesse : cela est souvent exact*, mais il y a, croyons-nous, de nombreuses exceptions.

9. Le délire de persécution chronique et la mélancolie. — Quelques persécutés, — ils ne sont pas nombreux, — expriment, par intervalles plutôt que d'une façon permanente, des idées de culpabilité, d'indignité, de ruine. Ils diront par exemple . « Oui, je suis coupable : on me le dit... Oui, j'ai commis des vols ; oui, j'ai porté des coups à ma femme ; oui, j'ai frappé des camarades ; oui, j'ai été paresseux. Je l'entends dire. Je dois donc être puni. Qu'on me guillotine, puisque je le mérite ! » S'ils s'accusent, c'est sous l'influence de leurs hallucinations ou de leurs interprétations délirantes (délire chronique à base hallucinatoire, délire chronique à base interprétative). Ils expriment aussi quelquefois des idées de suicide : ils ne font que rarement des tentatives.

Du reste, ces idées mélancoliques, chez les persécutés chroniques, sont exceptionnellement stables et prédominantes, de même que les idées de persécution dans la mélancolie sont exceptionnellement systématisées. Elles ne font que traduire, chez ces sujets, des prédispositions émotionnelles afflictives spéciales. Elles frappent à cause des tendances qu'elles expriment : en fait, elles ne modifient pas le fond du tableau clinique, pas plus que l'évolution. Les malades qui les présentent sont rarement dangereux, en raison de leur résignation et de leurs inclinations très peu persécutrices.

Ajoutons pourtant que le délire de persécution soit à la fin de la période de début, soit au commencement de la période d'état, peut se transformer et aboutir à la mélancolie vraie, délirante ou non, et que, inversement, la mélancolie peut se terminer par un véritable délire de persécution, systématisé et progressif.

10. L'alcoolisme et les idées d'auto-accusation. — L'auto-accusation avec dépression, abattement, est assez fréquente chez les alcooliques. Ces pseudo-coupables, qui s'accusent généralement d'un crime précis, actuel ou récent, sont faciles à distinguer des mélancoliques. L'état morbide, en général, est non seulement tout à fait épisodique, mais encore il offre, d'emblée, des caractères d'invraisemblance tels que son origine hallucinatoire éthylique est aisée à reconnaître.

Quelques alcooliques, après leur délire, avec ou sans idées d'auto-accusation, restent tristes, affectés, en proie à des remords, s'adressent des reproches ; ce sont encore des prédisposés à la tristesse ; ils peuvent devenir de véritables mélancoliques ou des persécutés.

11. Le délire hallucinatoire anxieux et la confusion mentale. — La mélancolie peut se compliquer de délire hallucinatoire ; lorsqu'elle revêt cet aspect clinique, il est possible de la confondre avec d'autres affections qui engendrent cette variété de délire (intoxications, alcoolisme surtout, infections, traumatismes, démences, etc.). Les renseignements fournis par l'entourage, lors d'un premier examen, sont précieux à recueillir. Il en est de même lorsque la mélancolie aboutit à la confusion mentale.

12. Les états d'agitation. — L'agitation anxieuse est la forme d'agitation la plus fréquente chez les mélancoliques. Elle peut se compliquer de raptus pantophobiques et aussi d'excitation à base d'énervement, de tendance à la colère avec menaces, violences, crises de désespoir. L'excitation coléreuse peut exister seule sans agitation anxieuse, ou du moins sans agitation anxieuse très développée. Enfin l'agitation confusionnelle peut apparaître dans les formes compliquées de la maladie.

Il est aisé de distinguer ces divers états d'agitation de la manie : le maniaque est gai, hypermyosthénique, hyperidéatif ; il est coléreux, quelquefois très coléreux, mais ses colères sont bien différentes de celles du mélancolique. Exalté, parlant haut et d'autorité, sévère ou grossier dans ses expressions, gesticulant, il s'emporte, menace, commet rarement des violences si on ne le contrarie pas. La colère du mélancolique est sourde, il gesticule peu, ne parle pas ; quand il agit, c'est brusquement, impulsivement, d'un trait, d'un bond. Il peut fuir ainsi pendant plusieurs heures, puis il tombe harassé, ou se cache, ou cherche à se suicider.

Les états d'agitation anxieuse, coléreuse ou confusionnelle, sont très fréquents en pathologie mentale, on les observe dans les délires hallucinatoires aigus ou subaigus (alcoolisme cérébral, démence), chez les hypocondriaques, chez les asthéniques chroniques ou périodiques, etc. Il faudra quelquefois plusieurs jours, surtout si l'on est privé de renseignements, pour arriver à un diagnostic exact.

13. La folie du doute. — La folie du doute (maladie du scrupule), avec ou sans autres obsessions-phobies, peut faire penser à la mélancolie. Le sujet qui est conscient et qui se rend compte de l'absurdité de ses pensées, se demande anxieusement s'il n'a pas commis un acte qui va nuire aux siens, à ses voisins, à la société, alors, il s'accuse de toutes sortes de méfaits, de crimes. Il ne retrouve le calme que lorsqu'il a vérifié ses dires, ses allégations, et qu'il est parvenu à se persuader de son innocence. Quelques jours, quelques heures après, le trouble reparaît. Le doute du patient peut porter non seulement sur des actes, les plus variés, mais sur des principes, des idées d'ordre religieux, métaphysique, scientifique. L'inquiétude, l'anxiété, sont toujours très vives. Il n'y a qu'exceptionnellement du chagrin ou de la tristesse.

14. **L'ennui.** — L'ennui morbide, prolongé, durable, prédominant, est un état passionnel fait d'anxiété, de chagrin, de joie, qui paraît être, de nos jours, la même chose que le *tædium vitæ* chez les latins, le *spleen* chez les anglais, la *toska* chez les russes, l'*acedia* dans les anciens cloîtres, le *cafard* pendant la guerre de 1914-1918, etc. Il doit être distingué (1) de la mélancolie.

Comment se développe l'ennui ? Il ne naît point, comme la mélancolie, de malheurs subis, de pertes éprouvées, qui, en provoquant le chagrin et la tristesse prolongés, conduisent le mélancolique au délire, à l'agitation anxieuse, etc. Il vient de la banalité et de la monotonie des choses de la vie, du manque de variété des joies humaines, de la satiété des appétits, de l'angoisse de ne pas pouvoir, ou de ne plus pouvoir jouir des plaisirs, des beautés de l'existence. Il apparaît à la fois chez celui qui n'a pas satisfait tous ses désirs et chez celui qui a tari toutes les sources de joie. La différence est nette au point de vue étiologique entre l'ennui et la mélancolie.

Quels sont les caractères de l'ennui ? Ce sont spécialement la notion de désirs irréalisables ou alors l'absence de tout désir. L'homme qui s'ennuie conçoit en effet des biens imaginaires et insaisissables immédiatement. Il se livre à de folles rêveries, agréables un moment, finalement toujours pénibles. Il voit sa vie plus petite que ses rêves et il en souffre. Il voit ce qu'il voudrait, il voit ce qu'il peut, et il est accablé de son impuissance, de sa faiblesse, de son infortune. L'ennui est lié encore, après la satisfaction de tous les plaisirs possibles, à l'absence d'appétits et de désirs, à l'incapacité de jouir, au vague des passions. « Cet homme voudrait tout et plus rien ne l'attire. L'ennui, c'est la mort du désir, qui a été très souvent trompé et qui ne peut s'attacher à des objets qu'il connaît trop et qui sont les mêmes (2). » Dans les formes graves, l'ennui est exclusif de toute espérance, de tout bien à venir.

(1) Tardieu (E.). — *L'ennui*. (Alcan, Paris, 1913.)
(2) Lemaitre (J.). — Conférences sur René de Chateaubriand, février 1912.

Quelles sont les réactions qu'entraîne l'ennui ? Et d'abord, le plus souvent, c'est l'isolement, le dégoût de la vie, la tendance au suicide, le suicide même. Maintes fois, pour chasser l'ennui, le sujet se livre à des actes extravagants, recherche le plaisir dans des spectacles étranges, dans des jeux subtils ou pervers. On a dit aussi que la raillerie, le persiflage étaient des modalités réactionnelles de l'ennui. Enfin, certains sujets à tendances mystiques s'en vont proclamant la vanité des désirs, par suite du néant de leur teneur. Tous ces caractères, propres à l'ennui, permettent de le séparer de la mélancolie.

On a émis l'idée que l'ennui était un « signe de grandeur », un signe d'activité intellectuelle. « L'ennui n'appartient qu'à ceux en qui l'esprit est quelque chose (1). » Cela semble être une boutade : l'ennui traduit avant tout une disposition anormale du caractère.

Le René de Chateaubriand, l'Obermann de Senancour, apparaissent comme des faits assez typiques de cet état psycho-émotionnel, plus ou moins pathologique.

Il ne faut pas confondre l'ennui que nous venons de décrire avec l'ennui motivé par une douleur ou un mal physique, comme par exemple l'ennui de l'asthénique, qui traduit soit de l'inquiétude, soit de l'énervement, soit du chagrin, déterminés par la maladie.

L'ennui, — l'ennui proprement dit, — peut se compliquer de délire, de « démence » précoce, d'asthénie secondaire, etc.

* * *

L'analyse psycho-clinique permet donc, à notre sens, de dégager de la complexité de la vie mentale pathologique une sorte de maladie, un accès, de forme essentiellement afflictive, curable le plus souvent, qui est la mélancolie vraie ou hyperthymie mélancolique. Le diagnostic en est malaisé ; il est possible pourtant. Il a un double intérêt, clinique et thérapeutique.

(1) Léopardi, cité par E. Tardieu, *loc. cit.*

NOTE SUR UN FORCEPS TARNIER A BRANCHES HERMAPHRODITES SUPPRIMANT LE DÉCROISEMENT (1)

Par le Dr Roux (de Lorient).

Le forceps que nous présentons aujourd'hui est un Tarnier dont les deux branches ont été légèrement aplaties au niveau de l'articulation et dont chacune porte à la fois une mortaise et un trou pour le tenon d'articulation.

La branche gauche, celle qui avait le trou du tenon sur son bord interne, a été échancrée d'une mortaise sur son bord externe et la branche droite, celle qui avait une mortaise sur son bord externe, a été perforée sur son bord interne d'un trou pour le tenon.

La branche qui sera munie du tenon jouera le rôle de branche mâle, et l'autre jouera, par sa mortaise, le rôle de branche femelle.

La branche postérieure devant toujours être placée la première, que l'occiput soit à gauche ou à droite, elle sera toujours munie du tenon, que ce soit la branche gauche ou la branche droite, et la branche antérieure, que l'on place seconde, viendra s'y articuler par sa mortaise. C'est la suppression du décroisement pour toutes les positions par ce forceps à branches hermaphrodites.

Loviot, afin de supprimer le décroisement, avait construit, pour les positions droites, un second forceps Tarnier mais dont la branche gauche était femelle et la branche droite mâle : c'est celle-ci qu'il introduisait alors première, mais on ne pouvait demander aux praticiens de doubler ainsi leur matériel.

Tarsitani, pour obtenir le même résultat, avait superposé les trous de tenon d'articulation dont il avait perforé les deux branches et supprimé la mortaise de la branche droite, mais du même coup il avait supprimé le mode d'articulation si pratique par tenon et mortaise.

Le problème ainsi posé vient de recevoir une solution parfaite par la bien légère modification que nous avons apportée au Tarnier.

Le décroisement a disparu de l'obstétrique.

Nous ne voulons pas, aujourd'hui, en rappeler la technique, ni les difficultés. Farabeuf l'a fait magistralement dans l'« Introduction à l'Etude clinique et à la pratique des accouchements », page 383, et les figures qui accompagnent le texte ne donnent pas envie à nos confrères les doctoresses de subir un jour ces manœuvres.

Et aussi que doivent bien penser de ce va-et-vient de fers, les parents qui soutiennent les jambes de la parturiente ? Quelle répercussion peuvent-ils lui attribuer sur les suites de couches ?

Le décroisement, relativement faisable dans les positions basses, devient un redoutable problème dans les positions hautes. Même, n'a-t-on pas conseillé, pour éviter d'avoir à décroiser dans les positions droites élevées, d'introduire parfois premièrement la cuiller gauche qui se place en avant, bien que cette inversion dans l'introduction des branches ait pour effet de couvrir la vulve et de gêner l'introduction et le placement de la branche droite en arrière (Bar, page 738).

C'est encore pour les suites des décroisements difficiles que l'on a pu écrire que « vite dangereux pour la mère, le forceps l'est encore plus pour l'enfant. »

Le décroisement, en rendant moins précise la prise de la tête, peut entraîner pour le fœtus des lésions cutanées, osseuses et même cérébrales dont la gravité peut aller jusqu'à la mort et pour les organes maternels des lésions du col, du vagin, des tissus interstitiels, rectum, périnée ; c'est parfois le bec des cuillers qui agit comme un instrument tranchant.

Quant au décroisement, il ne saurait désormais en être question dans les écoles d'accouchement qu'à titre historique comme de l'abaissement dans le traitement de la cataracte.

Les manuels d'obstétrique, depuis Levret, en sont remplis ainsi que de l'obsession de la branche à mortaise et de la branche à tenon. On n'en doit plus entendre parler.

L'accoucheur a le devoir de n'employer que le forceps qui lui donne le plus de sécurité ; nous le présentons sous le nom de forceps à branches hermaphrodites.

(1) *Gazette médicale de Nantes*, 1er mars 1927.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La règlementation de la prostitution devant l'hygiène.

Après un très bref historique de la genèse des mesures prises par les Pouvoirs publics, à la suite de l'introduction de la syphilis en France, en 1493, pour réprimer la débauche féminine, M. Queyrat expose comment fonctionne actuellement la règlementation à Paris.

La prostitution ne constitue pas un délit ; par contre « la prostituée devient répréhensible si elle cause du désordre ou du scandale et si elle communique des maladies contagieuses ».

Les femmes arrêtées pour faits réitérés de racolage par la police des mœurs, et considérées comme des insoumises, sont envoyées au Dispensaire de salubrité où elles subissent un examen médical. Les saines sont relaxées; les malades sont envoyées à l'Infirmerie spéciale de St-Lazare, et ne sont libérées qu'après guérison. Si les arrestations pour racolage se répètent, la femme est mise en carte et devient une fille soumise, ce qui l'astreint à passer une visite médicale régulièrement, toutes les semaines pour les syphilitiques avérées (cartes rouges), et tous les quinze jours, pour les non syphilitiques (carte blanche). Ces cartes font penser aux marques de champagne...

Les femmes en carte sont ou libres, ou en maison, à condition d'avoir au moins 21 ans. Il y a également à Paris des maisons de rendez-vous. Maisons de tolérance, maisons de rendez-vous sont visitées hebdomadairement par un médecin du dispensaire de salubrité. Les malades sont envoyées à St-Lazare.

Tel est le principe de la réglementation à Paris. En pratique, il faut noter des anomalies qui font perdre singulièrement de sa valeur à cette surveillance des prostituées. Une insoumise arrêtée pour la première fois n'est pas retenue, même si elle est syphilitique. Celle qui ne présente pas d'accidents actuels de syphilis au moment de son inscription est mise en carte blanche. Les femmes en maison trouvent très facilement le moyen de se dérober aux visites sanitaires quand elles sont malades.

« Il faudrait que toute femme reconnue malade dans une maison de prostitution pût y être retenue obligatoirement jusqu'à ce qu'un inspecteur d'hygiène prévenu d'urgence vienne la chercher et la conduise lui-même au dispensaire de salubrité. »

M. Queyrat fait ensuite le procès du favoritisme qui s'exerce d'une façon inimaginable en cette matière et soustrait les maisons de tolérance et de rendez-vous au contrôle sanitaire. Fort du témoignage du Dr Bizard, médecin principal du dispensaire, il montre des défectuosités de cet organisme où, entre autres lacunes, *il n'y a pas de stérilisation possible des instruments.*

L'auteur stigmatise comme ils le méritent ces pactes qui se concluent entre filles et agents des mœurs, et connus sous le nom de *condé*.... Il oppose la sévérité de la répression dirigée contre ces malheureuses, à la latitude laissée aux hommes qui cherchent par tous les moyens possibles de débaucher des femmes et même des fillettes.

Il propose comme remède à une situation évidemment regrettable, une série de mesures : remplacement de la réglementation policière par une organisation médicale ; suppression des agents des mœurs, les gardins de la paix étant qualifiés pour s'opposer au désordre, au scandale, au racolage, tant de la part des hommes que de celle des femmes. Surveillance attentive avec sanctions sévères contre les malades des deux sexes qui ne se soigneront pas ; reconnaissance légale du délit de communication de maladie vénérienne (projet de loi du 17 décembre 1924).

En terminant, M. Queyrat énonce les maximes suivantes qui, selon lui, devraient être à la base de la prophylaxie, morale et physique, de la débauche et de ses conséquences :

« Eduquer le peuple ; lutter contre la démoralisation de l'idée sexuelle ; instruire les médecins au point de vue de la lutte anti-syphilitique ; traiter et stériliser autant que faire se peut les porteurs de tréponèmes et de gonocoques ; obliger les malades à observer les règles de la prophylaxie ; suspendre sur leur tête, comme une épée de Damoclès, la responsabilité civile et pénale en cas de contamination, « lutter contre la débauche, la prostitution et le racolage, qu'il soit le fait de l'homme ou celui de la femme ; encourager les œuvres de protection de la jeune fille, les œuvres d'assistance et de relèvement, comme celles que Mme Avril de Sainte-Croix et Mme André dirigent avec tant de zèle, de dévouement et de grande bonté. »

Ce programme mériterait de retenir l'attention des pouvoirs publics et il est souhaitable qu'un jour prochain vienne où il sera mis en pratique. Les maisons de tolérance telles qu'elles fonctionnent, avec leurs défectuosités nombreuses, n'en rendent pas moins des services, puisque, dans une communication faite à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, par

M. Bizard, le 10 février dernier, il a été établi que la proportion des syphilis contractées avec les filles en maison était infime par rapport aux contaminations dues aux femmes en liberté : 26 cas contre 4.361, en dix ans. Mon ami Burnier exposa pour sa part qu'à Saint-Louis, il avait relevé, en 1926, 490 cas de syphilis dont 56 % émanaient de prostituées racolant sur la voie publique, 11 % de filles de salles et de restaurant, et 3 % *seulement* de femmes de maisons de tolérance. (*Rev. d'hyg. et de méd. préventive*, juillet 1927.)

G.D.

Le furoncle de la lèvre supérieure.

Le Pr CADENAT se demande quelle doit être la règle de conduite pour un médecin, en présence d'un furoncle de la lèvre supérieure chez une jeune femme, alors que la hantise des complications mortelles le pousse à intervenir hâtivement et qu'il redoute des cicatrices indélébiles peut-être évitables.

Tout d'abord, il faut savoir que tous les furoncles de la face, s'ils subissent une évolution extensive, peuvent déterminer des accidents de phlébite des sinus craniens par propagation de l'infection aux veines ophtalmiques. D'autre part, tous les furoncles de la lèvre supérieure n'ont pas, heureusement, la gravité qu'on leur accorde d'ordinaire ; il faut savoir en reconnaître les variétés, mais, en restant très circonspect, prêt à intervenir à la moindre menace. Or cette menace existe dès qu'apparaît la moindre extension vers la joue, se manifestant par un léger œdème, et une certaine sensibilité.

Le furoncle de la sous-cloison, très douloureux, guérit d'ordinaire par ouverture spontanée dans la narine. Moins douloureux, le furoncle vrai de la lèvre supérieure peut aussi rester localisé malgré une lèvre énorme, véritable groin, et une température de 38°5 à 39° le soir avec sommeil agité, état saburral ; vers le 6e ou 8e jour se produit une ouverture spontanée, le plus souvent vers la muqueuse labiale ; c'est l'évolution la plus favorable au point de vue esthétique ; aussi est-il bon, vers le 5e ou le 6e jour, si elle n'a pas tendance à se faire spontanément, de pratiquer une incision sur le point le plus saillant et le plus sensible de la muqueuse. Cependant il faut toujours rechercher une extension possible vers la joue ; tant que celle-ci ne se produit pas, et à moins que le malade ne soit diabétique ou albuminurique, ou que les signes généraux s'aggravent, on peut compter que l'évolution sera favorable.

Si, au contraire, l'extension vers la joue se produit, le traitement doit être d'emblée très actif, sans attendre que la joue soit entièrement tuméfiée et la fente palpébrale fermée par l'œdème ; on surveillera la moindre menace d'extension : légère sensibilité, tuméfaction même légère dans le sillon naso-génien.

En présence de ce signe d'alarme, faire tout d'abord une injection de propidon (4 cc. dans le quadriceps), et recouvrir de compresses chaudes la région d'inoculation. Cette injection est suivie de phénomènes douloureux, pendant plusieurs heures ; elle semble hâter et l'évolution et l'ouverture spontanée. Si après la violente réaction de cette injection, le malade se sent amélioré ; si, dans les 12 heures environ, il y a diminution de la tuméfaction, sédation des phénomènes généraux, on peut attendre 36 ou 48 heures pour faire une deuxième piqûre ; sinon, faire une deuxième piqûre 24 heures après la première.

Si même les troubles se sont accentués, agir directement sur la lésion.

Quand le malade est vu si tard que l'épreuve du propidon risque de faire perdre un temps précieux, faire le bouillon de Delbet, et détruire le foyer initial au thermocautère, instrument de choix que l'on porte dans le foyer d'inoculation après quelques bouffées de chlorure d'éthyle. Ne pas négliger une troisième piqûre de propidon, non plus que le traitement général et cardiaque, ou anti-diabétique par l'insuline. (*L'Hôpital*, mai 1927, A.)

Le traitement endocrinien des réactions psychiques d'origine ovarienne.

On sait, dit le Dr VINCENT DU LAURIER, la fréquence des troubles psychiques liés au dysfonctionnement de l'ovaire ou à son insuffisance. Indépendamment du traitement symptomatique, il est d'usage d'instituer alors une médication opothérapique par les extraits de corps jaune ou d'ovaire total. Cette thérapeutique, quelquefois heureuse, reste cependant souvent inopérante. L'auteur a substitué systématiquement, chez ses malades manifestant des troubles de cet ordre, l'opothérapie orchitique à l'opothérapie ovarienne, utilisant l'extrait spermatogénétique connu sous le nom d'androstine. Les résultats que lui a donnés cette médication par voie buccale, et surtout par voie hypodermique, ont été beaucoup plus nets et plus constants que ceux ordinairement observés avec les extraits d'ovaire.

Les malades qui réagissent psychiquement aux perturbations endocrines de l'ovaire ou à la castration, présentent un syndrome neurasthénique, où dominent la mélancolie, les idées obsédantes, les phobies ; souvent des périodes dépressives alternent avec des phases d'excitation ; des douleurs à type névralgique, assez mal définies, mais presque toujours localisées au bassin, à la région lombaire, ou aux membres inférieurs, complètent le tableau clinique.

Ces réactions sont plus fréquentes et plus accusées chez les femmes d'un milieu social élevé et intellectualisé ; c'est aussi chez elles que les résultats sont les plus brillants comme si leur système nerveux affiné présentait une sensibilité plus exquise à l'égard des excitants issus des appareils endocriniens et des principes opothérapiques complémentaires ou substitutifs.

Ces faits montrent l'action indéniable de l'opothérapie spermatogénétique (ou androstinienne) chez les malades souffrant de troubles psychiques liés à la déficience, à la dysfonction de l'ovaire, ou même à sa suppression chirurgicale. Elle permet dans ce dernier cas notamment, de même que chez les ménopausiques, de franchir beaucoup plus facilement cette période troublée, jusqu'à ce que l'organisme ait pu faire l'effort d'adaptation nécessaire à la reprise d'un nouvel équilibre. (*La Vie médicale*, 20 avril 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Traitement de l'anémie pernicieuse par les méthodes de Whipple et de Walinski.

(M. P. Emile-Weil. — *Soc. méd. des hôp.* ; 15-7-1927.)

La communication récente de M. Rathery incite M. P. Emile-Weil à signaler quatre observations d'anémie pernicieuse progressive traitée par différentes méthodes, jointes ou isolées (méthode de Whipple, méthode de Walinski, transfusions). Les quatre malades ont guéri.

Dans un cas, la guérison fut obtenue en ajoutant aux transfusions des injections quotidiennes d'insuline, comme Walinski l'a préconisé. Dans un second cas, les injections d'insuline se montrèrent utiles mais insuffisantes, de même que l'ingestion de foie, tandis que l'amélioration fut rapide par la prescription couplée de ces deux thérapeutiques.

La méthode de Whipple, qui consiste en un régime spécial dont le foie semble la base, est assez connue et a reçu beaucoup de confirmations. Il n'en est pas de même de la méthode de Walinski qui associe les transfusions et les injections d'insuline aux doses progressives de 5 à 10 unités.

Dans un mémoire sur la question, Lemaire signale un fait intéressant : « un de nos malades, dit-il, dégoûté du foie, n'a pris que du rognon ; un autre a pris simultanément du foie et du rognon à parties égales. Or, les résultats obtenus chez eux ne se sont pas montrés sensiblement inférieurs à ceux signalés chez les autres malades. »

Ainsi, trois méthodes différentes, ingestion de foie, ingestion de rognon, injections d'insuline, semblent capables d'agir profondément sur l'anémie pernicieuse. M. P. Emile-Weil a également essayé l'insuline et le foie dans une dizaine de cas d'anémies graves (post-hémorrhagiques, hémophiliques, etc.) et il a obtenu des succès importants, moins éclatants, toutefois, que dans le syndrome de Biermer.

Le Mickulicz en chirurgie gastrique.

(M. Victor Pauchet. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 3-6-1927.)

M. Victor Pauchet rappelle les avantages du Mickulicz sous-hépatique dans les opérations biliaires, notamment dans les perforations aiguës de la vésicule. Par contre, après les opérations gastriques, le Mikulicz ne doit pas être employé. Si, cependant, le chirurgien croit indiqué d'en faire usage, il sera nécessaire d'insinuer une lame d'épiploon entre la suture et la gaze du sac, afin d'éviter la désunion de la suture.

Transfusion de sérum glucosé et de sang dans les veines profondes.

(M. Mario Béraud, de Blida. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 3-6-1927.)

M. Dupuy de Frenelle fait un rapport sur trois observations de M. Béraud concernant des transfusions de sang glucosé dans la veine axiale du membre au cours des amputations hautes.

Ce travail met en valeur deux choses : d'abord l'utilité et la suffisance des petites quantités de sang pour certaines transfusions sanguines ; en second lieu l'opportunité de l'injection dans une veine profonde lorsque la circulation est arrêtée dans les veines superficielles.

Georges Rosenthal a préconisé les transfusions de sang à petites doses. M. Dupuy de Frenelle s'est attaché ultérieurement à démontrer que l'on obtient d'excellents résultats par injection de sérum glucosé mélangé de minimes quantités de sang. La technique est facile et l'appareillage simple. On recueille dans une ampoule à large goulot contenant du sérum glucosé citraté le sang du donneur ; préalablement, l'aiguille reliée à l'ampoule a été fixée dans la veine du malade, et un aide maintient cette dernière aiguille et l'ampoule, pendant que l'opérateur ponctionne la veine du donneur.

Ce procédé est sans danger par ce que le sang est injecté en faible quantité, très dilué et lentement, ce qui permet d'arrêter aux premiers signes d'intolérance s'il y a lieu. La précaution n'est pas superflue, la transfusion sanguine chirurgicale s'opérant le plus souvent chez des sujets sans résistance.

D'autre part, chez les malades à circulation rendue déficiente par la grande faiblesse, lorsque le pouls est peu perceptible, les veines superficielles, ordinairement choisies pour les transfusions, sont beaucoup moins favorables que les grosses veines profondes, collatérales des artères. Les observations de M. Béraud nous engagent à utiliser ces dernières, tout au moins lorsqu'elles sont d'accès facile, dans les amputations par exemple.

Tuberculose massive du testicule et de l'épididyme.

(M. Le Fur. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 3-6-1927.)

M. Le Fur rapporte une observation de tuberculose massive du testicule et de l'épididyme ayant évolué en quelques semaines avec amaigrissement notable du malade. La castration permit d'enlever un gros testicule et un énorme épididyme intimement soudés l'un à l'autre. Il existait des foyers caséeux dans l'épididyme très induré. Le testicule présentait un aspect de marron cru, avec multiples productions granuleuses. L'auteur cite un cas de tuberculose galopante du testicule avec sphacèle et fongus d'une partie de l'organe dû à des infections secondaires. Il conclut que les formes massives de tuberculose testiculo-épididymaire relèvent de décharges de bacilles ou de toxines au niveau des organes atteints. Quant au fongus, très rarement observé ici, il serait lié à des associations microbiennes.

Traitement de la diverticulite.

(M. Victor Pauchet. — *Soc. des chirurgiens de Paris*; 3-6-1927.)

M. Victor Pauchet montre que les diverticules, ou petits culs-de-sac, échelonnés le long des bandes du côlon gauche, peuvent s'infecter et donner lieu à des accidents qui font poser des diagnostics divers ; appendicite, annexite, péri-néphrite, cancer du côlon. Le traitement varie suivant la complication. S'il persiste une fistule, il faut, dans un premier temps, faire un anus iliaque, et dans un second temps la résection du côlon malade. Il s'agit le plus souvent de sujets obèses. L'auteur indique et schématise les différentes interventions possibles pour les diverticulites.

Les abcès staphylococciques dans les pays chauds.

(M. Nicolas. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 20-5-1927.)

M. Nicolas rapporte un groupe d'observations d'abcès staphylococciques traités par lui en Nouvelle-Calédonie. Fréquemment, dans les pays chauds qu'il a en vue, se produisent de vastes abcès à staphylocoques, guérissant le plus souvent rapidement, ne prenant qu'exceptionnellement (une fois sur 20) une allure infectieuse et n'ayant pas entraîné une seule fois la mort dans les observations de l'auteur. M. Nicolas signale la rareté de l'ostéo-myélite, mais par contre la fréquence de la furonculose, en Nouvelle-Calédonie, surtout au début des chaleurs.

Goménolisation du péritoine.

(M. Tussau. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 20-5-1927.)

M. Tussau fait le procès de l'utilisation de l'éther dans le péritoine, après les opérations abdominales et rappelle des cas de mort. Il y a eu à cet égard un engouement général des chirurgiens. L'auteur propose d'y substituer la goménolisation du péritoine, et d'imbiber avec cet agent le sac et les mèches du Mikulicz quand il y a indication à utiliser ce drainage.

— M. Victor Pauchet repousse tous les antiseptiques (sauf sur une très petite surface) mis dans le péritoine, car ils causent des adhérences.

— MM. Séjournet et Haller partagent l'avis de M. Pauchet.

La patellite (maladie de Sinding-Larsen).

(MM. Stolz, Meyer et Weiss, de Strasbourg. — *Société de chirurgie* ; 8-6-1927.)

M. Albert Mouchet relate, au nom de MM. Stolz, Meyer et Weiss, un exemple de l'affection osseuse, intéressant la rotule, décrite sous le nom de *patellite* des adolescents, dans les pays scandinaves, par Sinding-Larsen et Johanssen en 1920, et en Belgique par Van Neck. Les auteurs croient devoir ranger cette affection dans le même groupe que l'ostéochondrite de la hanche, l'apophysite tibiale antérieure, la scaphoïdite tarsienne, toutes maladies « dont une des particularités essentielles est d'agir sur la calcification des os », états morbides en apparence très divers, en réalité très proches parents.

Phrénicectomie et tuberculose pulmonaire.

(MM. A. Morisetti et Jean Richard. — *Soc. méd. du IXe arrond.* ; juin 1927.)

Homme de 44 ans, malade depuis 1918. Infiltration du poumon gauche avec excavation centrale. A droite, légères altérations de la partie moyenne. Phrénicectomie gauche le 8 février 1927, sous anesthésie locale. Résection de 8 centimètres du nerf. Comme suites opératoires, poussée évolutive (38°5, 39°) pendant six jours puis abaissement de la température à 37°5. L'expectoration, d'abord abondante, diminue d'un quart. Le faciès s'améliore, l'appétit reprend, mais le malade maigrit de 1 kilogr. 500. Il est à noter qu'une perte de poids s'observe

après le pneumothorax chez les bacillaires, même quand les troubles généraux et fonctionnels s'amendent rapidement.

A l'examen radioscopique, l'architecture du dôme diaphragmatique apparaît bouleversée. La coupole gauche est immobilisée en attitude respiratoire, avec surélévation de 10 centim., alors que normalement elle est en retrait sur le côté droit.

La phrénicectomie exige moins rigoureusement que le pneumothorax et la thoracoplastie l'intégrité absolue du poumon opposé. Elle peut trouver son indication quand des symphyses pleurales rendent impossible le pneumothorax. L'opération peut être agrandie et peut aussi être le premier geste d'une thoracoplastie extra-pleurale.

Boutons d'huile, mélanose de Riehl.

(MM. Sézary, Pasteur-Vallery-Radot et Benoist. — *Soc. de derm. et syph.*; 10-3-1927.)

MM. **Sézary**, Pasteur Vallery-Radot et Benoist présentent un malade atteint des lésions cutanées signalées chez les ouvriers travaillant au contact de l'huile : papulo-pustules des membres supérieurs (boutons d'huile), acné cornée de ces membres et de l'abdomen, mélanose de Riehl.

La mélanose de Riehl (pigmentation de la face, accessoirement de la muqueuse buccale) a été décrite par cet auteur à Vienne, pendant la guerre, et signalée en France par Thibierge, Hudelo, Barthélémy et Civatte, qui l'a étudiée sous le nom de poïkilodermie réticulée pigmentaire. Riehl l'attribuait à une alimentation défectueuse. Ici, elle semble bien devoir être rattachée à l'action de l'huile, mais le mécanisme de cet action est difficile à établir.

— M. Hudelo rappelle qu'en 1918 Thibierge, en 1919 lui-même avec Barthélemy ont incriminé dans la maladie des tourneurs d'obus, pour expliquer la mélanose, un processus inflammatoire excitant la fonction mélanique, processus d'origine professionnelle et traumatique par projection de gouttelettes huileuses. A la vérité on reste là dans le domaine de l'hypothèse. Nous ne pouvons qu'avouer notre ignorance de l'étiologie de ces mélanoses, d'ailleurs très rares en regard du nombre de sujets exposés aux causes invoquées.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Œil figé dans un cas d'épithélioma cutané.

M. L.-M. Bonnet relate l'histoire d'une malade de 65 ans, entrée à l'hôpital avec un épithélioma de la tempe gauche, s'accompagnant d'adénopathie sous-angulo-maxillaire et sus-hyoïdienne. Un traitement radiothérapique fait disparaître la lésion cutanée, mais les ganglions persistent et se développent. Par la suite, l'œil gauche devient complètement immobile et saillant ; douleurs violentes dans le côté gauche de la tête, crises convulsives. L'autopsie montra l'existence d'un bourgeon néoplasique occupant la paroi externe du sinus caverneux gauche ; il s'agissait d'une fusée de tissu cancéreux partie des ganglions ayant remonté le long des vaisseaux et pénétré ainsi dans la cavité cranienne.

Maladie de Krukenberg.

M. Condamin présente une femme de 46 ans, opérée en novembre 1924, par M. Tavernier, pour une tumeur de la face antérieure du pylore ayant l'aspect macroscopique d'un ulcère chronique calleux mais que l'examen histologique révéla être un épithélioma typique. On avait fait, se fondant sur l'aspect macroscopique, une exérèse peu étendue. Cependant les suites furent bonnes, et la malade, revue plusieurs mois après, ne présentait aucune récidive. En décembre 1926, elle revient, très engraissée, n'ayant plus aucun symptôme gastrique, mais présentant une tumeur abdominale volumineuse. La laparotomie montra l'existence de deux tumeurs ovariennes, l'une du volume d'une tête, l'autre du volume du poing. Pas de récidive au niveau de l'estomac. C'est là un cas typique de maladie de Krukenberg.

Cancer gastrique à forme d'anémie grave.

MM. Roubier, Bouyssuet et Mlle Guillemin relatent l'histoire d'une malade entrée à l'hôpital dans un état d'anémie intense, avec souffles anémiques, sans grosse rate, sans fièvre (deux millions de globules rouges. On constatait en outre des troubles gastriques (douleurs post-prandiales sans caractères nets, anorexie) et intestinaux (diarrhée). Pas de tumeur gastrique perceptible. Réaction de Weber alternativement positive et négative. Radioscopie sans résultats nets. Rhumatisme chronique ankylosant et fibrome utérin concomitants, ce dernier n'ayant jamais déterminé d'hémorragies. L'autopsie montre l'existence d'une double lésion gastrique : un vaste cancer occupant le fond et la grosse tubérosité et un ulcère de la petite courbure.

Anévrysme de l'aorte descendante.

MM. Roubier, Mlle Guillemin et M. Bouysset relatent l'observation d'un homme de 51 ans ayant succombé à l'hôpital à une tuberculose pulmonaire à évolution longtemps torpide. Ce sujet présentait un volumineux anévrysme, occupant toute la moitié supérieure de l'aorte descendante. Cet anévrysme, d'origine manifestement syphilitique, n'avait donné pendant la vie aucun signe clinique. Seule la radioscopie avait permis de le découvrir. Il existait en outre un souffle diastolique discret de la base que l'autopsie révéla être dû à une insuffisance aortique fonctionnelle.

Embolies septiques après dilatation uréthrale.

M. Reynard rapporte deux observations de rétrécissements de l'urèthre, dans lesquels la dilatation, très correcte et très simple, fut suivie d'embolies septiques ayant déterminé, dans le premier cas, un abcès de la région sus-scapulaire droite, dans le second, une collection phlegmoneuse de la région deltoïdienne droite. Chez le premier malade, l'abcès apparut *quatre jours*, chez le second, *douze jours* après la séance de dilatation. Ce long intervalle a suggéré quelques doutes à l'auteur sur le rapport existant entre les deux choses ; mais l'étude des vieux auteurs, du temps où l'infection purulente était couramment observée à la suite des méthodes brutales de Lefort et de Voillemier, lui a montré que les premiers signes de la pyohémie sont expressément notés comme apparaissant au bout d'une ou deux semaines. Le traitement préventif de semblables accidents se résume dans les trois préceptes suivants : 1° opportunité et prudence extrême des manœuvres ; 2° asepsie absolue des instruments ; 3° asepsie préventive : préférer les divers antiseptiques urinaires (urotropine, santal, salol) à la quinine ; remplir la vessie avant la dilatation avec un liquide antiseptique (autre que le nitrate), faire suivre la séance d'un lavage vésical au nitrate.

Ulcère du duodénum. Hémorragie intestinale mortelle.

MM. Delore, de Girardier et Jouve présentent une pièce prélevée à l'autopsie d'un homme de 74 ans mort rapidement après avoir présenté d'abondantes hémorragies intestinales. Il s'agit d'un ulcère très étendu et très ancien du duodénum ayant ouvert l'artère gastro-duodénale. Comme traitement, M. Delore préconise, en pareil cas, la ligature de l'artère, après avoir décollé le duodénum de la tête du pancréas.

Réflexe vésico-urétéral après néphrectomie.

M. Phelip relate l'histoire d'un homme de 34 ans, chez lequel, quatre mois environ après qu'on eut pratiqué une électro-coagulation pour des polypes du plancher vésical, on vit apparaître une pyonéphrose, nécessitant une néphrotomie. Quelque temps après l'intervention, le malade étant rentré chez lui avec sa plaie lombaire en voie de fermeture constata, au cours d'efforts faits pour se retenir d'uriner, que l'urine sortait par sa plaie. Cet état alla en augmentant au point qu'il arriva à pouvoir en se contractant obtenir à volonté le phénomène. Celui-ci mit très longtemps à disparaître, après des instillations de nitrate d'argent. A. C.

Les Thèses

P. — Dr Noël Arnould, interne d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Saint-Joseph. — **Contribution à l'étude des lymphatiques de l'appareil auditif.** — (Paris, Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, 93, 1927.)

L'étude si documentée de M. Arnoult conduit aux considérations cliniques suivantes :

Les inflammations et les tumeurs du pavillon peuvent causer une triple adénopathie : parotidienne, mastoïdienne et sous-sterno-mastoïdienne.

En cas de tumeur maligne du pavillon, il serait prudent d'enlever ces trois groupes ganglionnaires en entier.

Le conduit auditif externe et le tympan n'envoient aucun lymphatique au groupe ganglionnaire mastoïdien.

En conséquence, la présence d'un ganglion mastoïdien douloureux et tuméfié ne peut pas être considérée comme symptomatique d'une otite moyenne ou d'une otite externe limitée au conduit ! mais seulement d'une infection de l'hélix, de l'anthélix ou de la fossette naviculaire.

La voie lymphatique qui part du pavillon tubaire, longe la trompe jusqu'au cercle tympanal, traverse le tympan, suit le conduit auditif externe et atteint les ganglions parotidiens, permet de comprendre pourquoi en cas d'infection du cavum, les germes pathogènes peuvent gagner par voie lymphatique la caisse du tympan, la membrane du tympan, le conduit auditif externe, et même les ganglions parotidiens. Ainsi peut s'expliquer la pathogénie des phlyctènes de la couche épidermique de la membrane tympanale et du conduit auditif externe qu'on observe souvent au cours d'otites suppurées ou même non suppurées.

Pourquoi aussi, en cas d'otite moyenne aiguë, apparaissent des ganglions pré-auriculaires douloureux et tuméfiés — et l'infection et la suppuration des ganglions rétro-pharyngiens, fait déjà bien connu.

Les voies lymphatiques endolabyrinthiques se divisent en deux réseaux qui se déversent dans l'endocrâne sur deux territoires différents :

1° Les espaces endolymphatiques s'épanouissent sous la dure-mère en formant un sac absolument clos. Les empyèmes de ce sac endolymphatique semblent devoir être la complication endocranienne naturelle des infections des espaces endolymphatiques du labyrinthe.

Les espaces périlymphatiques de l'oreille interne se déversent dans les espaces sous-arachnoïdiens par l'intermédiaire des vaisseaux spéciaux décrits plus haut. Cette disposition anatomique montre comment des germes pathogènes, partis des espaces labyrinthiques, peuvent envahir directement l'arachnoïde.

P. — Dr Georges Richard. — **La syphilis spinale pseudo-tumorale.** (Vannes, imprimerie Lafolye frères et Cie, 1927.)

Ce travail inaugural permet de conclure à l'existence d'une forme praticulière de syphilis médullaire : la forme pseudo-tumorale.

A côté de sa localisation inférieure déjà connue (syphilis spinale inférieure de Guillain et Péron), il existe des observations de syphilis spino-lombaire, spino-dorsale, et spino-cervicale, simulant les tumeurs médullaires.

Quelle que soit la localisation de ces formes, on observe les mêmes réactions humorales et radiologiques.

Les *réactions humorales* consistent essentiellement soit en un syndrome de coagulation massive du liquide céphalo-rachidien, avec xanthochromie, soit en une hyperalbuminose manifeste ou même une dissociation albumino-cytologique. Ces symptômes liquidiens associés aux signes cliniques trompeurs orienteraient le diagnostic vers celui de tumeurs médullaires, n'étaient :

a) La présence constatée de lymphocytes en quantité d'ailleurs variable.

b) Et surtout le caractère positif de la réaction de Bordet-Wassermann.

Mais on sait la réserve que l'on doit apporter en présence d'un Bordet-Wassermann rachidien positif, lorsque le liquide est xanthochromique.

Les *symptômes radiologiques* sont souvent caractéristiques. Alors que dans les cas de tumeurs médullaires le lipiodol présente un arrêt franc total, engainant souvent le pôle supérieur de la néoformation, il n'en est pas de même de la syphilis médullaire pseudo-tumorale, où il peut exister soit un transit lipiodolé normal, soit un accrochage pathologique de l'huile opaque au niveau des lésions.

Cet accrochage n'est que partiel dans la majorité des cas. Une partie du lipiodol chemine jusqu'au cul-de-sac dural inférieur. Une autre partie reste souvent accrochée au niveau des lésions donnant une image spéciale en chapelet, caractéristique de l'arachnoïdite. Ces grains restent fixés et peuvent être retrouvés les jours suivants sur de nouvelles radiographies.

Après traitement, on peut les voir disparaître, et le transit lipiodolé redevenir normal.

Le traitement antisyphilitique reste un test précieux : cependant il n'est pas toujours efficace. Il n'atténue pas toujours parallèlement les divers symptômes, en particulier la formule du liquide céphalo-rachidien réagit souvent très lentement. On vérifie dans cette forme pseudo-tumorale de la syphilis médullaire la notion qu'enseignait déjà Déjerine : action très efficace au début de la poussée, mais presque nulle sur les lésions fixées.

Mt — André Moulinié — **L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis.** (Thèse de 1926.)

Les nombreuses études consacrées récemment à l'acétylarsan envisagent exclusivement l'application du traitement à des localisations particulières de l'infection syphilitique : syphilis nerveuse, oculaire, laryngée et pharyngée (thèses de Martin, Ossipoff, Hamon, etc.)

L'auteur a repris la question dans son ensemble en étudiant l'action de l'acétylarsan sur les diverses manifestations de la syphilis acquise ou héréditaire. Son travail apporte une entière confirmation aux conclusions formulées par Mahoux, dès 1923 (thèse de Toulouse).

L'auteur a réuni cinquante-trois observations se rapportant à des sujets traités exclusivement à l'acétylarsan de manière à éliminer toute cause d'incertitude sur l'origine des résultats obtenus. Ceux-ci concordent exactement avec ceux obtenus précédemment par de nombreux expérimentateurs (Laurent, Bouche, Tribet, Montpellier, etc.) : dans la *syphilis primaire*, cicatrisation rapide des lésions, épidermisation des chancres dès la cinquième ou sixième injection ; dans la *syphilis secondaire*, plaques muqueuses disparaissant au bout de quinze ou vingt jours, roséoles vers la dixième injection ; dans la *syphilis tertiaire*, cicatrisation des gommes et ulcérations dans le premier mois, lésions osseuses améliorées et guéries au bout d'un mois ; dans la *syphilis nerveuse*, amélioration dans la plupart des cas traités ; dans l'*hérédo-syphilis*, résultats très intéressants et presque immédiats « le poids augmente, l'anorexie, l'asthénie, disparaissent rapidement ; on assiste à une véritable résurrection ».

Au cours du traitement, la réaction de Bordet-Wassermann a été systématiquement pratiquée. Dans la plupart des cas, un traitement bien conduit avec des doses suffisantes, généralement seize injections de 3 cc. de la solution pour adultes, rend la réaction négative. Dans quelques cas où la réaction restait positive, une nouvelle série d'injections, faite au bout d'un mois, provoquait la négativation du B. W.

D'autre part, la facilité du traitement exclusivement sous-cutané ou intra-musculaire, l'indolence absolue des injections sont de précieux avantages de l'acétylarsan.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'ASSURANCE-MALADIE DEVANT LE SÉNAT

Articles de la loi intéressant directement les praticiens.

Nous continuons à publier l'intégralité des Débats qui ont eu lieu au Sénat, au sujet de la loi sur les Assurances sociales. Il importe en effet de conserver, ailleurs que dans les feuillets du *Journal officiel*, la trace exacte de toutes les interventions qui se sont manifestées, au cours de la discussion, en faveur de telles conceptions organisatrices des soins médicaux, parfois opposées les unes aux autres.

Mais il convient, sans plus attendre, de mettre sous les yeux des lecteurs du *Concours médical* le texte précis des articles de la loi qui intéressent directement les praticiens, dont les intérêts nous sont particulièrement chers.

ARTICLE 4.

« 1º L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires, pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, selon les modalités suivantes :

« 2º *L'assuré choisit librement son praticien.*

« 3º Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. S'il n'y a pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci choisit parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien ou en général à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

« 4º Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de *contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels.*

« 5º *Leur montant est supporté par la caisse ou remboursé par elle à l'assuré* suivant les conditions déterminées dans les contrats. La participation de l'assuré aux frais médicaux, en dehors des suppléments de frais visés au paragraphe 3 ci-dessus, est fixée par la caisse entre 15 et 20 p. 100 et réalisée également suivant le mode prévu auxdits contrats. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 p. 100. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

« 6º Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurance pourra être autorisée, sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage des assurés.

« 7º Les prestations en nature sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

« 8º Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

« 9º L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs peut se prévaloir des dispositions des paragraphes 1er et 7 ci-dessus. »

ARTICLE 6.

1º L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle.

« 2º *En cas d'hospitalisation, les frais supportés par la caisse seront contenus dans des limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique à l'égard des malades admis sous le régime de l'assistance médicale gratuite ou des accidents du travail admis sous le régime de la loi du 9 avril* 1898.

« 3º L'allocation à laquelle l'assuré peut prétendre est réduite, en cas d'hospitalisation :

« Du tiers si l'assuré a un ou plusieurs enfants de

moins de seize ans, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge.

« De la moitié si l'assuré est marié sans enfant ni ascendant à sa charge.

« Des trois quarts dans tous les autres cas. »

ARTICLE 7.

« 1° La caisse exerce un contrôle général sur l'ensemble des services ; les administrations hospitalières, sur leurs établissements. Les syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes, soit sur la demande de la caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés.

« 2° Tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectueront en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

« 3° Si une contestation s'élève entre l'assuré et le médecin, en ce qui concerne l'état de maladie ou si la caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, l'état du malade est apprécié par une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix. S'il s'agit d'incapacité permanente, ce troisième médecin sera un médecin expert désigné par le président du tribunal civil.

« 5° En cas d'abus, la caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

« 5° Les conventions passées entre la caisse et les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins sont soumises à une commission tripartite fonctionnant au chef-lieu, composée par tiers de représentants des caisses et des groupements professionnels, et, pour le dernier tiers, de représentants de l'office des assurances sociales. Sauf pour le contrôle du service médical, elle est chargée en outre de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales. En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel devant la section permanente, les litiges qui naîtraient, entre les parties contractantes, de l'application desdites conventions. »

ARTICLE 9.

« 1° Au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, l'assuré et la femme de l'assuré bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques dans les conditions et limites fixées par les articles 4 et 5.

....

ARTICLE 10.

« 1° L'assuré qui, à l'expiration du délai de six mois, prévu à l'article 4, ou en cas d'accident, après consolidation de la blessure, reste encore atteint, suivant attestation médicale, d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail a droit, d'abord, à titre provisoire, puis, s'il y a lieu, à titre définitif, à une pension d'invalidité. »

ARTICLE 12.

« 1° La pension d'invalidité est fixée à titre provisoire pour une durée de cinq années.

« 2° Pendant cette période, l'assuré bénéficie des dispositions de l'article 4, en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques. Les règles fixées par l'article 6, paragraphe 2, sont applicables.

« 3° Pendant cette même période, et sous peine de voir sa pension suspendue, le pensionné doit se soumettre aux visites médicales qui, à toute époque, peuvent être demandées par la caisse d'assurances. On considérera qu'il y a refus d'examen, si l'invalide ne répond pas à la convocation par lettre recommandée du médecin de la caisse ou s'oppose à la visite de celui-ci s'il s'agit d'un invalide ne pouvant quitter la chambre.

« 4° Les frais de déplacement de l'assuré ou du pensionné, qui, pour répondre à la convocation du médecin désigné par la caisse ou de l'expert médical, doit quitter la commune où il réside, sont à la charge de la caisse. Le tarif de ces frais sera fixé par département dans les conditions arrêtées par décret, après avis de la commission tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 5.

« 5° La pension est supprimée si la capacité de travail devient supérieure à 50 p. 100. Cette suppression prend effet de la date de la constatation médicale.

« 6° A l'expiration de la période provisoire de cinq années et après expertise médicale, la pension est consolidée. Toutefois, après un nouveau délai de cinq ans, le pensionné devra, sur la demande de la caisse, se soumettre à une dernière expertise médicale.... »

ARTICLE 67.

« 1° *Sera puni d'une amende de* 100 *à* 2.000 *fr. et d'un emprisonnement de six jours à deux mois ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque par menaces, dons, promesses d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, faits à des assurés ou à des caisses d'assurances ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les bénéficiaires de la présente loi, notamment dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie.*

« 2° Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction et le tribunal

pourra ordonner l'insertion du nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 200 fr.

« 3° *Les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles, en outre, d'une amende de* 100 *à* 2.000 *fr. et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet.*

ARTICLE 68.

« 1° Un office national des assurances sociales est chargé de l'application de la présente loi ; des offices régionaux et des services départementaux concourent à cette application. Ces offices constituent des établissements publics et fonctionnent sous le contrôle de l'Etat dans les conditions de la présente loi. La direction actuelle des retraites et des assurances sociales sera, dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi, transformée en direction générale de l'office national des assurances sociales.

« 4° Le conseil d'administration de chaque office comprend au moins quatre représentants des assurés, trois représentants des employeurs, deux praticiens dont un médecin et un pharmacien, élus les uns et les autres par les membres des conseils d'administration des caisses, ainsi qu'un représentant du ministre du travail et un représentant du ministre des finances.

ARTICLE 72.

Il est formé, auprès du ministre du travail et sous sa présidence, un conseil supérieur des assurances sociales, chargé de l'examen de toutes les questions se rattachant au fonctionnement de la présente loi. Il donne notamment son avis sur tous les projets et propositions de loi et de règlements relatifs aux assurances sociales.

Ce conseil est composé de :

Quatre délégués des groupements professionnels, dont trois médecins et un pharmacien désignés par les unions nationales de leur syndicat...

Ces membres sont nommés pour quatre ans...

Il élit dans son sein une section permanente composée de :

...trois représentants des syndicats professionnels de praticiens, dont deux médecins...

La section permanente constitue le conseil d'administration de l'office national des assurances sociales. Elle donne, en outre, son avis sur les questions qui lui sont renvoyées, soit par le conseil supérieur, soit par le ministre du travail. Elle se subdivise en quatre sous-sections : technique et financière, administrative et de garantie contre le chômage, juridique, médico-pharmaceutique. Cette dernière sous-section comprendra au moins deux médecins.

Le Conseil élit ses deux vice-présidents.

Il se réunit au moins une fois par semestre.

***

L'article 4, le plus important sans nul doute, diffère par certains côtés du texte proposé par la Commission d'hygiène sociale du Sénat et par son rapporteur, notre sympathique confrère, le D[r] Chauveau.

Au paragraphe 2, l'assuré choisit librement son praticien, sans aucune limite dans l'exercice de son choix. Le texte primitif, rédigé par le D[r] Chauveau, limitait le choix de son médecin par l'assuré à une liste établie d'accord entre les Caisses et les Syndicats professionnels, affiliés aux Unions nationales.

Au paragraphe 3, figure le droit pour tout praticien de réclamer à l'assuré les honoraires qu'il lui plaît, la différence entre ceux-ci et ceux que fixent les tarifs locaux étant supportée par celui-ci.

Au paragraphe 4 apparaît la réglementation des prestations en nature, visites, consultations et actes médicaux divers, sous la forme d'un tarif local résultant de contrats collectifs passés entre Caisses et Syndicats professionnels. Le texte primitif précisait que les Syndicats professionnels habiles à contracter devraient être affiliés aux Unions nationales.

Au paragraphe 5, la possibilité du *remboursement* par la Caisse à l'assuré du montant desdites prestations en nature, semble permettre le *paiement direct* du médecin par son malade. Le même paragraphe institue un ticket modérateur de 15 à 20 %.

L'article 6 consacre le *tout compris* en matière d'hospitalisation des assurés sociaux, tel qu'il fonctionne déjà pour les assistés et pour les accidentés du travail.

L'article 7 règle le contrôle, qui appartient *généralement* à la Caisse ; mais qui, *techniquement*, est exercé par les Syndicats profesisonnels, soit sur la demande de la Caisse, soit sur leur propre initiative. Les conflits entre médecin traitant et assuré sont soumis à une commission médicale d'arbitrage, composée de trois médecins (paragraphe 3).

Le paragraphe 5 de cet article soumet les contrats collectifs à une commission tripartite dans laquelle les représentants des Groupements professionnels entrent pour un tiers. Là encore, il n'est pas précisé que ces groupements doivent être affiliés aux Unions nationales.

L'article 67 prévoit la répression sévère (amende et prison) de quiconque aura, par menaces, dons, promesses d'argent, *ristournes sur les honoraires médicaux*, attiré ou tenté d'attirer ou retenir les assurés dans une clinique ou cabinet médical ... (paragraphe 1).

Le paragraphe 3 prévoit l'exclusion du service médical des Assurances sociales, les médecins, chirurgiens... coupables de fausses déclarations intentionnelles ou de collusion avec les assurés.

L'application de la loi est confiée par l'article 68 à un office national et à des offices régionaux. Le conseil d'administration de ceux-ci renferme deux praticiens, un médecin et un pharmacien, *élus par les conseils d'administration des Caisses.*

Enfin, l'article 72 crée un Conseil supérieur des assurances sociales comprenant *quatre délégués des groupements professionnels,* dont trois médecins et un pharmacien DÉSIGNÉS PAR LES UNIONS NATIONALES DE LEUR SYNDICAT.

Chose curieuse et inattendue, la Haute Assemblée qui n'a pas voulu donner aux assurés la garantie que les conventions réglant le service médical seraient passées entre Caisses et Syndicats *affiliés aux unions nationales,* et par conséquent offrant ou devant offrir une sécurité complète sous le rapport de la moralité professionnelle, a recours à ces mêmes unions nationales quand il s'agit de désigner les membres du Conseil supérieur des Assurances sociales... Tardif. et platonique hommage rendu à ces unions

Je me suis borné à mettre en évidence les différences qui existent, dans ces dispositions législatives, entre le minimum des aspirations du Corps médical et ce qui leur a été finalement accordé. Je me garderai d'y ajouter le moindre commentaire.

Le seul qui puisse trouver place ici, c'est le soulignement de l'unanimité avec laquelle la Fédération nationale et l'Union des Syndicats repoussent ces dispositions, et se déclarent formellement opposées à toute collaboration pour leur mise en pratique.

Ce qui importe, c'est précisément cette rencontre, entre les deux grands groupements médicaux, pour se déclarer pareillement mécontents.

Ainsi donc, alors que plusieurs sénateurs sont venus clamer à la tribune du Sénat que les médecins seraient le pivot des Assurances sociales, leur cheville ouvrière ; que, sans leur concours, ces Assurances resteraient lettre morte, qu'il était indispensable, dès lors, de tenir compte des désirs du corps médical, il s'est trouvé une majorité considérable pour aboutir finalement à mécontenter, aussi bien les unionistes que les fédéralistes.

Ce résultat méritait pour le moins d'être mis en relief.

Sans doute n'ignorons-nous pas que des influences, infiniment plus puissantes que celles d'un corps médical divisé, se sont exercées et ont triomphé.

Le fait n'en demeure pas moins là. Il faut en tirer la moralité qu'il comporte.

Ce fait, c'est déjà du passé. Voyons le présent. Voyons surtout l'avenir.

Certes, la division du Corps médical organisé a contribué puissamment à désarmer momentanément ses possibilités d'efforts. Il est certain que le projet de loi sur les assurances sociales voté par le Sénat reviendra devant la Chambre avant la fin de la présente législature, peut-être pas à la rentrée, la loi de finance de 1928 devant retenir tout d'abord l'attention de nos honorables, mais aussitôt après le vote du budget. Le corps médical a donc devant lui trois mois pour refaire son unité.

Nous avons publié le 31 juillet un appel du Dr Kopp en faveur de cette reconstitution. Nous nous associons à cet appel, et nous souhaitons vivement que le Palais-Bourbon trouve, en face de lui, les médecins praticiens groupés dans une cohésion parfaite et prêts à accepter toutes les disciplines pour le triomphe de leurs idées.

Ce sont ces idées qu'il conviendra de bien définir, de bien préciser, en tenant compte de la volonté du législateur, de faire aboutir prochainement une loi d'assurances sociales.

J'engage vivement tous ceux qui s'intéressent à cette question, si angoissante pour l'avenir de la médecine française, à relire la savante et instructive étude publiée par le Dr Gosselin dans le numéro du 22 août 1926 du *Concours médical.* En voici les dernières lignes :

« ...En 1935, l'Assurance sociale aura créé pour nous une situation nouvelle. *Nous devrons nous y adapter par des moyens nouveaux.* C'est à ce prix que nous sauvegarderons et développerons l'indépendance, la dignité, la liberté qui sont les vieilles traditions de notre profession. »

C'est vers cet effort nécessaire d'adaptation que doivent tendre à cette heure ceux qui, dirigeants, conseillers, représentants des grands groupements corporatifs, doivent assumer la charge de définir la voie que doit suivre le médecin pour réaliser ses destinées.

J'engage également toute cette élite à ne pas perdre de vue un fait contre lequel nous ne pouvons rien, à savoir que, tous les ans, les Facultés de médecine françaises délivrent environ un millier de diplômes de docteur en médecine, qu'ainsi, mille jeunes médecins se trouvent lancés dans la circulation, et qu'il s'en trouve parmi eux cinq cents en surnombre, puisqu'il ne disparaît bon an mal an que cinq cents praticiens.

C'est ce fait qui explique pourquoi le Corps médical, qui comptait à peine vingt mille membres la veille de la guerre, en compte aujourd'hui 27.000.... Et, comme le nombre des étudiants en médecine s'accroît au lieu de diminuer, nous avons le droit d'affirmer que, dans dix ans, on comptera en France plus de *trente mille praticiens.* Voilà ce qu'il ne faut pas négliger ; voilà ce qui doit donner à réfléchir sur la précarité des décisions qui pourront être prises, et sur la façon dont le Parlement en tiendra compte, en

admettant qu'il les accepte dans leur intégralité.

C'est cela qui pèse sur l'avenir de la médecine, c'est cela qui limite singulièrement la durée des prévisions que l'on peut se permettre de faire, compte tenu des tendances et des aspirations de la masse, et en considérant que tendances et aspirations sont présentement définies et irréductibles.

Quant à moi, je n'ai jamais oublié ce que j'écrivais dans le *Concours médical*, le 6 juillet 1921 — il y a donc six ans :

« En vérité, je le répète, disais-je alors, dans vingt ans, sur 20.000 médecins, il y aura 15.000 fonctionnaires, 15.000 salariés, 15.000 esclaves qui toucheront un traitement de famine, et à côté d'eux, 5.000 indépendants que le malade appellera dans les cas graves, ou seulement quand il voudra être bien examiné, et qu'il paiera, ceux-là, royalement. »

Aujourd'hui, je ne dis plus *dans vingt ans* ; mais *dans quinze ans*, à moins que....

Puissent, pour mes confrères de demain et pour leurs malades, mes prédictions se montrer controuvées ! Puissé-je être mauvais prophète !!!

Puisse l'*à moins que* qui laisse en suspens ma pensée nous apporter le sauveur et le salut !

G. DUCHESNE.

LE ROLE DES SYNDICATS DANS LES ASSURANCES SOCIALES

Je me permets de vous adresser un questionnaire dont les réponses, que vous voudrez bien m'adresser, me permettront de renseigner utilement mes confrères régionaux à l'occasion d'une réunion préliminaire FIXÉE AU 31 AOUT. Il s'agit de créer un groupement régional qui pourrait comprendre 15 médecins de la région ; 12 faisant déjà partie du Syndicat départemental sont d'avis de former ce groupement qui permettrait de tenir tête devant les exigences des caisses locales ; trois confrères qui n'ont pu être agréés au Syndicat départemental feraient ainsi bande à part et constitueraient fatalement une concurrence fâcheuse pour l'intérêt général. Personnellement, je proposerai d'admettre dans notre groupement régional ces trois confrères, mais j'aurai à proposer des statuts qui, en cas de faute, trop à craindre malheureusement, permettront l'exclusion définitive de celui ou de ceux qui auraient failli aux conditions imposées. Voulez-vous avoir l'extrême obligeance de me donner votre avis et quelques indications pour l'élaboration des *paragraphes d'exclusion* de nos statuts.

Encore merci de votre précieux concours et croyez, mon cher confrère, à l'assurance de mes sentiments dévoués et reconnaissants.

Dr B.

Au sujet des assurances sociales

1° Malgré les modifications par le Sénat du texte de la loi qui substitue le libre choix du médecin par l'assuré aux « listes de médecins » qui devraient être soumises aux caisses dans le projet de la Chambre, croyez-vous à la nécessité de groupements locaux ou régionaux de praticiens (englobant par exemple les limites administratives de l'arrondissement) dans le double but: de faire face aux prétentions *économiques* des caisses et dans la suite, par un contrôle efficace plus immédiat que celui du Syndicat départemental, d'éviter les abus de certains praticiens « tombeurs de caisses ».

2° Pour la constitution de ce groupement qui initialement ferait appel à tous, accueillant tous les médecins, même ceux éliminés par le Syndicat départemental, voudrez-vous avoir l'obligeance extrême de me donner quelques directives pour poser nettement le cas d'exclusion. En un mot, englobant tous les praticiens d'une région, ce groupement voudrait dans la suite avoir pris dans ses statuts toutes dispositions pour enrayer les abus.

Réponse.

La réponse aux questions ci-dessus découle de la recherche suivante, que nous allons faire dans le texte voté par le Sénat : quel sera le rôle des Syndicats médicaux, dans le fonctionnement des assurances sociales ?

1° Le § 4 de l'article 4 prévoit des accords entre caisses locales et syndicats médicaux locaux pour déterminer des tarifs locaux des honoraires médicaux.

Or, si le praticien est libre de demander directement à son malade le prix qu'il juge à propos, pour l'acte professionnel qu'il vient d'accomplir, la caisse d'assurances s'entendra avec le syndicat local, pour arrêter un tarif, qui sera celui de la responsabilité de la caisse.

J'établis ici une certaine analogie avec le tarif ministériel, pour les accidents du travail, qui fixe le quantum de la responsabilité patronale. En matière de soins aux victimes du travail, le médecin est toujours libre de récupérer directement, sur le chef d'entreprise responsable, les prix fixés par le tarif ministériel, et directement sur l'ouvrier, le surplus, qui est la différence entre le tarif ministériel et les prix fixés par le syndicat médical, pour les soins donnés à la classe ouvrière, ou même de seconde catégorie, si le blessé est non pas un ouvrier, mais un ingénieur, un directeur d'usine.

Donc, premier rôle pour le syndicat médical : Discuter avec la caisse d'assurances locales un tarif d'honoraires dont la caisse remboursera tout

ou partie aux assurés, ayant besoin des services des praticiens.

2° Le contrat déterminera également, à la volonté des deux parties (caisse et syndicat) si les malades honoreront directement leur médecin, ou si ce dernier se fera régler par la caisse (comme cela se passe actuellement en matière d'accidents du travail, d'assistance médicale gratuite, de médecine légale, de réformés de guerre, etc.)

La loi laisse aux deux parties contractantes le choix entre ces deux modalités, ou même avec tout autre système qui conviendrait localement (article 4, § 5).

3° La loi, par l'article 7, § 1, confie aux syndicats de praticiens le soins de pratiquer le contrôle sur la manière dont les services techniques sont assurés.

Ce contrôle a lieu soit à la demande des caisses, soit sur l'initiative propre des syndicats.

4° Les syndicats de praticiens devront présenter une liste, sur laquelle seront choisis deux praticiens, qui feront partie du conseil d'administration de chaque caisse départementale.

Ces praticiens représenteront l'élément technique, qui, entr'autres choses, aura à donner son opinion sur l'achat de terrains ou d'immeubles, pour la construction ou l'aménagement d'établissements de cure ou de prévention, etc. (article 32, d).

5° Les syndicats de praticiens devront, par l'intermédiaire de leurs Unions nationales, désigner trois médecins, qui représenteront le Corps médical au Conseil supérieur des Assurances sociales (article 72).

6° Un des rôles les plus importants qu'auront à jouer les syndicats locaux sera celui qu'ils rempliront à la commission tripartite, prévue par l'article 7, § 5. Cette commission, qui fonctionnera au chef-lieu, aura à connaître des conventions passées entre la caisse et les syndicats professionnels ; elle devra également résoudre, en tant que tribunal, toutes les difficultés provenant du fonctionnement de la loi.

En dehors de cette fonction de tribunal, cette commission devra intervenir pour décider si un syndicat médical, par exemple, est qualifié pour passer un contrat avec la caisse locale et si les conditions prévues à ce contrat sont acceptables.

En effet, ne serait-il pas à craindre que des praticiens peu scrupuleux, ayant plutôt la mentalité de commerçants et d'industriels que celle d'hommes de l'art, se groupent, dans une grande ville, ou dans un canton largement peuplé d'assurés sociaux.

Ces praticiens se réuniront sous la forme syndicale et affermeront la clientèle des caisses, moyennant un forfait, ou des prix rabaisiens, accepteront d'être des employés, des salariés des caisses dans les maisons de cure.

Avec le texte actuel, proclamant une liberté absolue, toutes les combinaisons sont possibles au détriment des médecins honnêtes et consciencieux.

D'ailleurs, comment prouver que tel syndicat médical est orthodoxe et tel autre ne l'est pas ?

De toutes parts, on utilise la légende des médecins marrons ; on l'exploite contre le Corps médical, pour décider de prendre des précautions contre les praticiens.

Or, aucun texte légal n'empêche ces médecins commerçants de se grouper en syndicats et d'accaparer la clientèle des caisses uniquement à leur profit. Qui donc pourra prouver aux caisses que les procédés de ces praticiens ne sont pas marqués au coin de la saine déontologie ? La ristourne, le pourboire, le remboursement de prétendus frais de déplacement leur attirent aujourd'hui une clientèle considérable. Que sera-ce demain, lorsque la facilité de se faire soigner aux frais des caisses d'assurances incitera l'ouvrier, l'employé et la famille à consulter pour le moindre malaise ?

Ces commissions tripartites prévues par l'article 7, § 5, donneront leur opinion sur la validité des contrats ; mais que décider lorsque deux syndicats existeront dans la même ville, l'un adhérent à l'Union des syndicats et l'autre à la Fédération nationale ? Quel est celui qui nommera les délégués à cette commission tripartite ? Des exclusives regrettables ne seront-elles pas à craindre ? Et pour mettre tout le monde d'accord, prenant prétexte que le fonctionnement de la loi est compromis par les dissenssions médicales, le préfet interviendra, à moins que ce ne soit les caisses elles-mêmes, et profitant de la division du Corps médical, on organisera localement un salariat professionnel.

7° Enfin, et ceci est implicitement contenu dans l'esprit de la loi, les syndicats de praticiens devront être les conseillers techniques des caisses, tant au point de vue de la lutte contre les maladies, que pour des questions d'hygiène préventive.

Aux médecins, les caisses demanderont de soigner les malades le mieux possible, de faire bénéficier ceux-ci de toutes les découvertes de la science moderne. Mais, également on priera les praticiens de diminuer autant que faire se peut, non seulement la durée des incapacités temporaires de travail (c'est-à-dire les journées de demi-salaire), mais aussi la possibilité du retour de certaines infections, ou maladies sociales.

Comment enrayer une épidémie de diphtérie, ou de typhoïde, car le nombre des malades grèvera le budget de la caisse.

Comment lutter contre la tuberculose ? Ne faudra-t-il pas mettre à l'étude la construction, aux frais de la caisse, de maisons claires, saines,

de cités-jardins, permettant, par la même occasion, de retenir l'ouvrier chez lui et de le détourner du cabaret ?

Les syndicats de praticiens devront donc donner leurs avis. Mais quels seront les syndicats orthodoxes, auxquels sera fait cet appel ?

Conclusions. Nous pouvons maintenant répondre aux questions qui nous sont posées.

Les groupements locaux deviendront indispensables pour le fonctionnement de la loi, pour discuter les intérêts locaux par rapport aux caisses locales.

Mais ces syndicats (ou sections syndicales locales) devront se fédérer par département, puisque la loi prévoit pour le fonctionnement des caisses, des conseils d'administration départementaux.

Convient-il de frapper d'exclusive certains médecins ? Je suis plutôt partisan de la porte ouverte, pour l'admission dans le syndicat, lorsque ce dernier sera décidé à faire fonctionner son conseil de famille et à appliquer les sanctions prévues aux statuts.

Un médecin, qui ne fait pas partie d'un syndicat (et c'est son droit absolu) doit être considéré comme un honnête confrère : on doit respecter sa liberté, son désir d'isolement.

Mais, s'il contrevient aux règles générales de déontologie, il sera cité, soit devant le conseil de famille, soit devant la commission tripartite, prévue à l'article 7.

Après défense, si l'accusé est reconnu coupable, il pourra être rayé du service des caisses et les malades s'adresseront à lui à leurs risques et périls. Cette mise en interdit peut être prévue dans l'accord, qui, en vertu de l'article 33, §§ 4 et 5, sera passé entre la caisse locale et le syndicat local.

Quant aux modalités de la discipline syndicale et professionnelle, elles découleront de l'étude juridique que j'ai publiée dans le *Concours* 1927, 2025 et d'une autre, qui paraîtra incessamment, dans le *Concours*, sur l'exclusion et la mise à l'index.

Ultérieurement, nous pourrons étudier, au point de vue médico-juridique, dans quelles limites les syndicats peuvent légalement arrêter les termes de leurs statuts, ou de contrats avec les caisses, pour leur permettre de faire respecter les règles coutumières de déontologie, tout en laissant à chacun le maximum de liberté, compatible avec l'exercice normal de notre profession.

Mais, ce qui presse le plus, c'est de mettre fin aux dissenssions du Corps médecial. Qu'on ait recours à des arbitrages locaux, ou qu'on emploie toute autre modalité ; mais qu'on mette fin aux divisions générales, ou locales du Corps médical : les personnalités, ou collectivités étrangères à notre profession savent profiter de nos luttes, tout en prétendant ne plus savoir quels sont les groupes professionnels qui ont qualité et mandat pour parler au nom des praticiens d'une ville, ou de la France.

Optima medicorum concordia : sinon, demain, c'est le salariat organisé, ou l'exploitation de la médecine des caisses au seul profit des médecins de clinique d'accidents du travail, ou de praticiens, qui industrialiseront la médecine, ayant à leur solde des confrères qui seront appointés par eux, véritables salariés.

Cela existe déjà : pourquoi ce mode nouveau ne se généraliserait-il pas, si les syndicats médicaux sont défaillants ?

Dr Paul BOUDIN.

ORDRE DES MÉDECINS OU JURIDICTION SYNDICALE

Le *Concours médical* du 24 juillet a publié sur ce sujet un magistral article du Dr Boudin, qui ayant étudié les possibilités juridiques d'un Ordre des médecins conclut à son efficacité très limitée et en dénonce les dangers pour le corps médical. Il se montre au contraire partisan de la justice syndicale, par le moyen des Conseils de discipline et des Commissions d'arbitrage, espérant que l'usage des contrats collectifs, spécialement en matière d'assurance-maladie, renforcera l'action des Syndicats médicaux.

Ordre des médecins.

Sur les dangers possibles de l'Ordre des médecins, nous sommes parfaitement d'accord. L'Etat ne voudra-t-il pas profiter de l'occasion pour réaliser un rêve : mettre fin à la belle indépendance des médecins, les asservir, leur imposer tout au moins, comme aux avocats, des conditions onéreuses en ce qui concerne l'exercice de la médecine sociale. Il n'est guère permis d'en douter.

L'union absolue des médecins pourrait seule parer à ce danger, en permettant de poser des conditions, de maintenir l'Ordre sous l'influence des Syndicats. Dans l'état de division que nous déplorons, que les politiciens connaissent trop, qu'ils ont déjà exploité, quand nous sollicitons une intervention étrangère pour moraliser la profession, ne faisons-nous pas l'effet des *grenouilles qui demandent un roi* ?

Dangereux peut-être, l'Ordre des médecins sera-t-il efficace ? Il n'aura pas à connaître, bien entendu, des crimes et délits, qui pour tous les citoyens relèvent des tribunaux de droit commun. Les fautes contre l'honneur professionnel, contre la déontologie, commises dans le secret du cabinet, sans autre témoins que le client, généralement intéressé à ne pas les dévoiler, parce que bénéficiaire, sont bien diffi-

ciles à établir devant un tribunal par des preuves ayant une valeur juridique.

En présence de cette difficulté, combien de fois les Conseils de famille, sans être liés cependant par un texte de loi, n'hésitent-ils pas à prononcer des sanctions ?

Le Dr Boudin veut espérer qu'en améliorant leur fonctionnement ils pourront suffire à la tâche.

Juridiction syndicale.

Comme il l'a fait pour l'Ordre des médecins, je lui demande la permission d'examiner de près la réalité de la justice syndicale.

Jusqu'au moment présent un fait paraît acquis : cette juridiction n'a pas donné de résultats satisfaisants. C'est, déclare-t-on, par suite du manque de méthode et d'organisation. Oui, sans doute ! Mais les Syndicats fortement constitués, groupant à peu près la totalité des médecins d'un département, ont abouti à un échec quand ils se sont efforcés de mettre en œuvre les Conseils de discipline. Trop souvent individualiste forcené et rebelle à toute discipline, le médecin syndiqué d'aventure mais non syndicaliste, ennemi de la contrainte, se hâte de sortir du Syndicat par une démission, sans même payer la cotisation courante. Il a souscrit à l'entrée un engagement de respecter les statuts, les décisions, le code de déontologie. La démission coupe court à toute sanction !

Les sanctions d'ordre moral, comme le blâme, la réprimande, sont tout à fait inopérantes.

La mise à l'index, le boycottage, arme terrible dans les Syndicats ouvriers, ne sont jamais observés dans le monde médical.

L'amende ne peut être appliquée que si chaque membre du Syndicat est astreint à verser d'avance, à titre de cautionnement, une somme importante, 10.000 fr. au minimum, sur laquelle seront perçus amendes et dommages. Assurément cette pratique n'est pas à la portée de la plupart des Syndicats ; elle éloignerait les confrères, et spécialement les jeunes.

A défaut de cautionnement, l'amende décrétée ne sera jamais recouvrée ; on reculera toujours devant des poursuites judiciaires.

L'application de l'assurance-maladie augmentera-t-elle, ainsi que certains le pensent, l'efficacité de la juridiction syndicale, la cohésion et la force des Syndicats ?

Cette opinion eût été soutenable si de graves modifications n'avaient été apportées par le Sénat au projet Chauveau, sur la proposition de sénateurs médecins renseignés et mis en mouvement par des organisations médicales. Leurs plaidoyers, fort éloquents, en faveur de l'entente directe, s'ils n'ont pas obtenu le résultat escompté de tuer le tiers payant, ont abouti à une amputation capitale du paragraphe 2 de l'article IV. Le texte voté est net comme un couteau de guillotine: « *l'assuré choisit librement son praticien* ». La suppression des mots *Syndicats professionnels affiliés aux Unions nationales* » permet la constitution de toute sorte de Syndicats par des dissidents, des marrons, des indésirables, qui sont ainsi habilités à passer des contrats avec les caisses, comme ils le voudront.

On peut trop facilement en prévoir la tendance et le sens : exploitation de la médecine de caisses.

En face d'une telle menace, que deviendra et que vaudra la discipline dans le Syndicat régulier, défenseur de la médecine *morale* et *normale* ? Edictera-t-il des mesures de rigueur contre les défaillances de ses membres ? Aura-t-il le pouvoir de les imposer ? Voilà où apparaît la malfaisance de la scission survenue dans le corps médical. « *C'est un désastre* », écrit Lenglet dans le *Médecin syndicaliste*. Et le mot n'est pas trop fort !

Les mêmes interventions ont fait supprimer la liste des médecins, établie d'accord entre caisse et Syndicat ; le libre choix est sans restriction, sans que puissent être éliminés les médecins indignes, même frappés de condamnations de droit commun, à moins que le tribunal n'ait prononcé par exception l'interdiction d'exercice. De ce désastre il y a des responsables parmi les médecins. Ce sera le rôle de l'Assemblée générale de l'Union d'aviser pour l'avenir.

La loi d'Assurance-maladie, aux termes de laquelle seront conclus des contrats collectifs, reste muette sur les autres dispositions du code du travail, en matière de convention collective, sur les sanctions par exemple. Il ne paraît pas certain que les médecins soient fondés à eu invoquer le bénéfice. Serions-nous d'accord au surplus pour l'accepter ?

Le seul terme de convention collective évoque pour les partisans d'entente directe une assimilation entre la profession libérale qu'est la médecine et les métiers manuels de mineurs, maçons, terrassiers...

A moins d'un remaniement profond du texte de loi par la Chambre des députés, chose bien invraisemblable et inespérée en raison de nos dissensions, la justice syndicale, boîteuse et presque inexistante au moment présent, recevra le coup fatal de l'assurance-maladie. Ce sera en même temps l'émiettement des Syndicats médicaux, l'échec lamentable de tout l'effort d'organisation professionnelle poursuivi depuis trente-cinq ans.

Conclusion.

Ordre des médecins ! Juridiction syndicale ! Qu'importe ? Tous les moyens rêvés pour sauvegarder la médecine traditionnelle, pour remédier à la crise de moralité, seront vains et tourneront à notre confusion, si l'union tout court n'est rétablie au préalable. Mettons fin d'abord à l'anarchie dont nous donnons le spectacle aux Pouvoirs publics : la volonté du corps médical ne doit pas s'exprimer par des porte-voix multiples. Créons ensuite l'Ordre des médecins, considéré comme une nécessité, faute de mieux. Il pourrait sortir un jour du Parlement, sans notre avis, sous la poussée de l'opinion publique !

Dr MAFFRE.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE SÉNAT

Séance du 23 *juin* 1927.

(*Suite.*)

M. François-Saint-Maur. — Je voudrais indiquer d'un mot pourquoi je reste fidèle au nouveau texte de la commission qui comporte les mots : « supporté ou remboursé. »

La question du tiers payant est une question extrêmement délicate,et nous venons d'entendre à l'instant même un de nos collègues nous dire que, dans la région lyonnaise, le corps médical s'en montrait parfaitement satisfait et demandait à le conserver.

M. Louis Pasquet. — Dans le Var également.

M. François-Saint-Maur. — Or, que disons-nous dans notre texte ? Nous disons que l'existence du tiers payant dépendra exclusivement de l'accord entre le syndicat médical et la caisse, de telle sorte qu'en laissant la liberté aux syndicats professionnels médicaux de ne pas accepter le tiers payant s'ils ne le veulent pas, et en laissant à ceux qui le désirent la liberté de l'accepter, nous ménageons, en somme, tous les intérêts en cause.

Le tiers payant n'est pas obligatoire, et ceux des médecins, ceux des syndicats médicaux qui n'en voudront pas, ne seront pas obligés de le prendre ; mais nous en laissons cependant la faculté pour ceux qui le désireront.

Dans ces conditions, j'estime que l'honorable M. Roche a toute satisfaction, puisqu'il dépend de ses confrères eux-mêmes de ne pas accepter le tiers payant, et, d'un autre côté, nous avons ménagé quelque chose qu'il faut pourtant ménager dans cette loi, à savoir la liberté de ceux que nous allons y assujettir. (*Très bien !*)

Avez-vous pensé à ce qu'il y a de particulièrement grave dans cette obligation de principe que nous avons posée ? Ayant posé cette obligation de principe , qui est discutable, qui a été discutée, que vous avez acceptée, il faut au moins que, dans les détails, nous laissions la plus grande souplesse, la plus grande liberté possible.

Dans ces conditions, du moment que nous laissons en réalité la question du tiers payant entre les mains du corps médical, qui l'acceptera ou qui l'écartera, suivant les conventions que ses syndicats passeront avec les caisses, je me rallie à l'ancien texte, au premier texte de la commission, qui comporte le rétablissement du mot : « supporté. »

Je suis surpris que M. Roche, dont l'esprit est particulièrement libre, qui cherche lui-même à ménager la liberté, n'ait pas aperçu que, dans ce texte, il n'y avait rien qui contredise ses idées personnelles et les idées de ceux au nom desquels il parle, mais tout simplement le respect d'une liberté nécessaire. (*Applaudissements*).

M. le Rapporteur. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. — Messieurs, l'honorable M. François-Saint-Maur vient de traduire très exactement la pensée de la commission. Nous avions spécifié que, dans les contrats entre les caisses et les syndicats, il y aurait ou non tiers payant, au gré des contractants. Mais nous avons défendu, une journée durant, cette thèse qui a rencontré des objections continuelles.

C'est pour que ces difficultés essentielles cessent que j'avais, en dernière analyse, envisagé la concession. Mais je persiste certes à penser que notre solution était bien préférable.

M. Mauger. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Mauger.

M. Mauger. — J'insiste très vivement auprès du Sénat pour qu'il accepte le texte de la commission, modifié ainsi qu'on l'a indiqué. Voici la raison qui me fait vous demander cela. C'est que le monde assuré et en même temps le monde des médecins ayant la faculté de pouvoir accepter ou refuser le principe qui est proposé, trouvent là une liberté commune qui, pour les assurés, a une importante valeur. Je crois donc, en pareille circonstance, que M. Roche a satisfaction : et il serait vraiment pénible que nous nous divisions sur un point comme celui-là.

M. Justin Godart. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Godart.

M. Justin Godart. — Je m'excuse d'un mot d'avoir, il y a un instant, au cours de la discussion, lancé une interruption. Je veux la préciser.

M. le rapporteur disait qu'il consentait à la suppression du mot « supporté ». Je lui ai dit que ce n'était pas l'avis de la commission, qui, hier soir, a délibéré sur ce point.

Je demande qu'il soit bien précisé que le texte soumis au Sénat comporte les mots : « leur montant est supporté ou remboursé », c'est-à-dire laisse le choix aux caisses, dans leurs conventions avec les syndicats médicaux, d'établir ou non le tiers payant.

M. Victor Bérard. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Victor Bérard.

M. Victor Bérard. — Monsieur le rapporteur, vous avez prévu dans votre texte le cas où l'intéressé fait appel à un médecin qui n'est pas de sa com-

mune. Mais, dans nos régions montagneuses, il arrive assez souvent, dans des cas graves, que le médecin de la commune devra faire appel à un médecin ou plus expérimenté ou plus renommé qu'il fait venir d'une ville voisine. Qui payera ?

M. LE RAPPORTEUR. — Dans ce cas, la caisse payera le prix du tarif, s'il s'agit d'un médecin consultant ; il y aura application du tarif particulier aux médecins consultants. Si l'intervention demandée répond à un simple désir de l'assuré, le supplément de frais qui résulterait de l'appel de ce praticien serait laissé à la charge de l'intéressé.

M. Victor BÉRARD. — Si ce n'est pas une fantaisie du malade, mais un appel du médecin traitant, est-ce la commune qui payera ?

M. LE RAPPORTEUR. — Oui, mon cher collègue.

M. Paul STRAUSS. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Strauss.

M. Paul STRAUSS. — Messieurs, les prestations en nature ont un double caractère : elles sont médicales et pharmaceutiques.

Je fais appel au souvenir de mes collègues de la commission de l'hygiène. Nous avons recueilli de l'un d'entre eux cette déclaration que le corps pharmaceutique tout entier demandait que la faculté pour la caisse de supporter les frais pharmaceutiques fût inscrite dans la loi. Mais, passant par-dessus toutes les convenances, soit des pharmaciens, soit des médecins, auxquels je ne ménage pas ma sympathie, je dis que nous risquons, par cette formule au remboursement obligatoire par l'assuré, de porter la plus grave atteinte aux convenances et aux intérêts des familles.

Avant de prendre une pareille responsabilité, pesons bien les motifs de notre vote. Je me réfère à l'exposé si lumineux de M. François-Saint-Maur. Nous avons adopté, à la commission d'hygiène, la thèse la plus libérale, faisant confiance au contrat collectif passé entre les caisses et les syndicats professionnels. N'est-ce pas la meilleure des formules ? Nous donnons aux principaux intéressés le soin de statuer pour le mieux d'après les habitudes, les convenances locales. Si nous avions à consulter la mutualité, elle serait unanime à nous dire que la formule unilatérale du remboursement obligatoire est excessive.

M. Raoul PÉRET. — C'est exact.

M. Paul STRAUSS. — L'adhésion de mon éminent collègue M. Raoul Péret corrobore ma thèse. Nous risquerions ainsi d'atteindre directement et profondément les caisses primaires mutualistes dont nous voulons faire les collaborateurs préférés de la loi. En ce moment, la conciliation est facile et nécessaire. Cet accord est facilité par le libre choix, par la suppression des listes, par les formules les plus conciliantes, par l'appel à la probité, par la confiance à l'égard des médecins qu'il faut honorer et rémunérer suivant leurs mérites et qui ne doivent pas faire les frais de la réforme sociale, mais nous devons maintenir dans la loi cette liberté des contrats qui sauvegarde tous les intérêts en cause. (*Vive approbation.*)

M. LABROUSSE. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Labrousse.

M. LABROUSSE. — Messieurs, après les observations de M. François-Saint-Maur que la haute autorité de M. Chauveau vient de confirmer, étant donné qu'il reste bien entendu que les syndicats médicaux seront libres de leurs contrats et pourront faire prévaloir suivant les régions tel système leur paraissant le plus favorable, je me rallie, en ce qui me concerne, au texte de la commission. (*Très bien !*)

M. LE PRÉSIDENT. — Le Sénat va pouvoir statuer sur la nouvelle rédaction que vient de présenter la commission. (*Assentiment.*)

M. Roche ayant retiré son amendement, sauf à présenter des observations sur l'alinéa 5, je consulte le Sénat sur l'alinéa 2 qui est ainsi conçu :

« L'assuré choisit librement son praticien. »

Je mets ce texte aux voix.

(Ce texte est adopté.)

M. Gaston MENIER. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Menier.

M. Gaston MENIER. — Je voudrais demander à M. le rapporteur une précision.

On parle toujours des médecins seulement ; mais il me semble que les pharmaciens ont le droit de demander un traitement analogue, et il me paraît équitable que le libre choix du pharmacien soit également respecté ? Il importe que de cette discusssion il ne subsiste aucune ambiguïté pour les pharmaciens ; c'est pourquoi je demande à M. le rapporteur une déclaration à ce sujet.

M. LE RAPPORTEUR. — Le libre choix est prévu pour tous les praticiens, par conséquent, pour les pharmaciens comme pour les médecins.

M. LE PRÉSIDENT. — Je donne lecture de l'alinéa ;

« 3. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. S'il n'y a pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci choisit parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien ou en général à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé. »

M. Victor BÉRARD. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Victor Bérard.

M. Victor BÉRARD. — Il est bien entendu, monsieur le rapporteur, que lorsque le médecin traitant fera appel par nécessité à un médecin consultant d'une autre ville, ce n'est pas le malade qui payera les frais ?

M. LE RAPPORTEUR. — Evidemment.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'alinéa 3.

(Ce texte est adopté).

M. LE PRÉSIDENT. — M. Labrousse propose d'insérer, après l'alinéa 3, une disposition additionnelle 3 *bis*, ainsi conçue :

« 3 *bis*. — Les conflits qui pourraient surgir entre les médecins et les manquements au devoir professionnel pourront être déférés au conseil d'un ordre médical, siégeant au ministère du travail et dont le règlement d'administration publique, après avis des syndicats médicaux, déterminera le mode de nomination, la composition ainsi que les sanctions mises à sa disposition. »

M. LABROUSSE. — Je demande, monsieur le président, le renvoi de mon amendement au moment où sera discuté l'article 7.

M. LE PRÉSIDENT. — Il n'y a pas d'opposition ?...

Il en est ainsi décidé.

Je donne lecture de l'alinéa 4 ;

« 4. — Les prestations en nature, soit à domicile soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels. »

Il y a, sur cet alinéa 4, un amendement de M. Sari, qui propose de le rédiger comme suit :

« Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées par les caisses primaires suivant leurs ressources et dans la limite d'un minimum fixé chaque année par décret. »

M. LE RAPPORTEUR. — La commission n'accepte pas l'amendement.

M. LE MINISTRE. — Le Gouvernement ne peut, non plus, l'accepter.

M. Emile SARI. — Je n'insiste pas.

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement est retiré.

Je mets aux voix le texte de l'alinéa 4 proposé par la commission.

(Ce texte est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — M. Strauss propose d'autre part de compléter cet alinéa 4 par la disposition suivante :

«... et, s'il y a lieu, les administrations hospitalières. »

M. Sari, d'autre part, a déposé un amendement ainsi conçu :

« Ajouter à la fin de l'alinéa 4 la disposition suivante :

« ... et les commissions administratives des hôpitaux et hospices et le directeur de l'assistance publique à Paris. »

La commission accepte-t-elle ces adjonctions ?

M. LE RAPPORTEUR. — Je ne vois pas dans quelle mesure l'adjonction de ces mots peut être nécessaire, puisque, un peu plus haut, nous lisons « soit dans un milieu hospitalier ». L'amendement de M. Strauss a donc satisfaction *a priori*.

M. Paul STRAUSS. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Strauss.

M. Paul STRAUSS. — Ce qui abonde ne nuit pas. (*Mouvements divers.*)

J'insiste donc pour que mon amendement soit mis aux voix sous cette forme ou sous une autre équivalente, mais il n'est pas possible d'admettre que les contrats collectifs pour un milieu hospitalier vont être passés entre des caisses et des syndicats professionnels. Il y a une autre partie prenante, qui, d'ailleurs, est garantie par les conventions, c'est celle des administrations hospitalières.

Il me paraît que cette adjonction « et, s'il y a lieu, les administrations hospitalières », n'est pas superflue.

M. LE RAPPORTEUR. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, il n'y a pas un grand inconvénient à l'adoption de l'amendement, mais il ne s'agit présentement que des prestations en nature. Les hôpitaux auront des conventions à passer avec les caisses, conventions qui peuvent ne pas intéresser directement les syndicats.

M. Gustave DRON. — La question reviendra à l'article 6.

M. Paul STRAUSS. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Strauss.

M. Paul STRAUSS. — Le fait, pour un assuré, d'être hospitalisé, le rend bénéficiaire d'un établissement hospitalier, d'une commission administrative, pour les prestations en nature, malgré la garantie que les administrations hospitalières tirent de ces mots : «Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions... », ce qui donne aux administrations hospitalières la faculté, le droit de traiter de pair à pair, d'égal à égal. Dans une telle matière, il n'est pas superflu d'introduire de la clarté en disant que les tarifs dans les hôpitaux seront réglementés entre les caisses et, s'il y a lieu, les établissements hospitaliers, puisque tous les malades ne sont pas hospitalisés. Il est essentiel de dire, lorsqu'ils le sont, par surcroît, qu'il y a une entente entre les administrations hospitalières et les caisses. Cela intéresse tous ceux qui prennent part à la gestion des commissions administratives.

Je demande donc de la manière la plus formelle que cette adjonction soit adoptée par le Sénat.

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, en réalité, les dispositions prévues par l'alinéa en discussion me paraissent distinctes de ce qui fait l'objet de l'amendement de notre éminent collègue.

M. Gustave DRON. — Cette question pourrait être traitée à l'article 6 : j'ai un amendement à cet égard.

M. Paul STRAUSS. — Dans ces conditions, je n'insiste pas.

M. Emile SARI. — Moi non plus.

M. LE PRÉSIDENT. — Par conséquent, ces amende-

ments sont réservés ; ils seront appelés au cours de la discussion de l'article 6.

Je donne lecture de l'alinéa suivant :

« 5. — Leur montant est supporté par la caisse ou remboursé par elle à l'assuré, suivant les conditions déterminées dans les contrats. La participation de l'assuré aux frais médicaux, en dehors des suppléments de frais visés au paragraphe 3 ci-dessus, est fixée par la caisse entre 15 et 20 p. 100 et réalisée également suivant le mode prévu auxdits contrats. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 p. 100. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions. »

MM. Paul Jourdain, le général Bourgeois, Gegauff, Helmer, Eccard, le comte de Leusse, Dièblot-Weber, Lazare Weiller, Guy de Wendel, Bompard, le général Stuhl, le général Hirschauer, Muller et le marquis de Marguerie proposent de remplacer l'alinéa 5 par le texte suivant :

« 5. — Dans tous les cas, l'assuré doit remettre au médecin ou à la sage-femme un ticket de visite, qui lui aura été préalablement délivré à ses frais par la caisse d'assurance.

« Ce ticket doit être présenté à la caisse comme justification ; son prix est librement établi par la caisse ; il ne peut excéder le tiers du montant de l'allocation journalière versée à l'assuré.

« La caisse peut demander à l'assuré sa participation aux frais des médicaments et appareils, qui ne peut, en aucun cas, excéder 10 p. 100 du montant de l'allocation journalière versée à l'assuré.

« Les dispositions relatives aux visites médicales, aux conditions de délivrance des médicaments et des appareils sont applicables à la famille des assurés. »

M. le Rapporteur. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. — Il serait peut-être sage de régler d'abord la question des mots : « supporté ou remboursé ». Mon collègue et ami M. Roche, qui veut bien se rendre compte que je n'entrais dans ses vues que pour clore un débat qui n'avait que trop duré, accepte que l'on maintienne les mots « supporté ou remboursé à l'assuré ». De la sorte, nous voilà tous d'accord. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — M. Jourdain maintient-il son amendement. ?

M. Paul Jourdain. — Oui, monsieur le président

M. le Président. — La parole est à M. Jourdain.

M. Paul Jourdain. — Messieurs, l'amendement que nous présentons est la conséquence des observations que j'ai eu l'honneur d'indiquer au cours de la discussion générale.

Si l'on admet comme indispensable la participation de l'assuré aux frais médicaux, et c'est mon sentiment, il faut que cette participation soit simple et, d'autre part, il faut qu'elle soit juste. Dans l'alinéa 5, le nouveau texte de la commission que vise tout particulièrement l'amendement dit : « La participation de l'assuré aux frais médicaux est fixée par la caisse entre 15 et 20 p. 100... » — l'ancien texte portait « entre 10 et 15 p. 100 ? » — « ... et réalisée suivant le mode prévu aux contrats. »

Ce système présente de nouveaux inconvénients ; il comportera des difficultés d'administration et des dangers. D'autre part, il ne me paraît pas équitable pour les petits salariés.

Les difficultés surgiront au moment où vous aurez à récupérer sur les malades les 15 ou 20 p. 100 prévus. L'assuré, après coup, formulera des réclamations, la somme qu'il aura été obligé de verser sera trop élevée, il invoquera, très fréquemment et justement, ses charges de famille, il se livrera à des tractations qui rendront la récupération de sa part difficile, entraveront la bonne gestion de la caisse.

Il y aurait aussi des dangers à partir du moment où une conversation directe s'établira entre l'assuré et le médecin sur la question des honoraires. J'ai tellement entendu parler depuis huit jours ici des abus possibles, que je crains que les conversations qui s'établiront nécessairement à ce moment entre l'assuré, le médecin et la caisse n'aboutissent précisément à des abus.

Enfin, au point de vue de la justice, je me permets de vous faire remarquer la conséquence du principe que l'assuré devra payer 15 à 20 p. 100 des frais médicaux, c'est-à-dire du montant du prix de la visite qu'il aura faite chez le médecin. L'ouvrier qui gagne 20 fr. et qui va toucher comme prestation en nature 10 fr. payera 15 ou 20 p. 100 du prix de la visite ; le salarié moins favorisé qui touchera 10 fr. de salaire et n'aura que 5 fr. de prestation payera la même somme. Notre amendement a pour but de rétablir un système plus juste, plus équitable par le procédé de ticket de visite ou, si vous voulez, du ticket modérateur. Notre but — la discussion le prouve abondamment — est de chercher à réduire les abus, sinon à les supprimer. Le mot de ticket modérateur indique la raison d'être du système. Il ne s'agit pas de discussion d'honoraires entre le malade et le médecin, l'assuré se procure un ticket de visite, qu'il présente à son arrivée chez le médecin. Ce ticket modérateur, dont le pourcentage est fixé par la caisse, mais qui ne doit pas excéder le tiers de l'allocation journalière, n'est plus basé sur le prix de la visite, mais sur le salaire de l'assuré, il est donc plus équitable à l'égard du petit salarié.

D'autre part, ce ticket servira de contrôle à la caisse ; chaque médecin au moment de la visite d'un malade reçoit de ses mains le ticket. Au moment où le médecin rendra ses comptes, il justifiera d'autant de tickets qu'il réclamera de visites : ainsi, le contrôle sera plus facile.

Le projet de la commission me paraît difficilement applicable aux salariés les moins favorisés. Notre système du ticket, je le répète, offre un triple avantage ; il permet le contrôle de la caisse, il évite toute relation directe, au point de vue des honoraires, entre

l'assuré et le médecin, enfin, il est mieux proportionné au salaire de l'ouvrier.

Je demande donc au Sénat de voter notre amendement et d'adopter le ticket de visite.

M. Hervey. — Fonctionne-t-il dans les départements recouvrés ?

M. Paul Jourdain. — Non, car dans nos trois départements, il n'y a pas de participation obligatoire des ouvriers aux frais médicaux, mais, comme je l'ai indiqué au cours de la discussion générale — et je crois ne pas être démenti pa r mes collègues du Rhône — le ticket de visite fonctionne très bien dans la région lyonnaise et dans certains départements du sud de la France.

M. le Rapporteur. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. — Messieurs, il y a dans l'amendement de M. Jourdain et de ses collègues trois parties. La dernière porte : « Les dispositions relatives aux visites médicales, aux conditions de délivrance des médicaments et des appareils sont applicables à la famille des assurés ».

Or ceci, messieurs, se trouve dans la loi.

Restent, donc deux points : tout d'abord, la perception de la quote-part à la charge des assurés au moyen d'un ticket. Vous le ferez, messieurs, si vous le voulez ; mais la faculté de le créer pourra être prévue aux contrats. Nous n'avons donc ni à l'accorder, ni à le refuser, puisque c'est dans la loi.

Le dernier point, qui est très important, porte sur la variation du prix des tickets. S'il y a des tickets de prix variable, il va se produire des complications considérables ; il faudra savoir ce que gagnait l'assuré l'année précédente ; puis, avec ces tickets de prix variable, des collusions regrettables sont possibles : tout le monde consultera au ticket le moins cher et n'ira pas au ticket d'un prix supérieur.

Je voudrais, messieurs, écarter de vos esprits une idée spécieuse : « Avec les tickets de prix variable, dit-on, les petits salariés seront favorisés et les gros salariés ne payeront pas autant qu'ils doivent. »

Permettez-moi, messieurs, de vous faire observer que l'assurance-maladie demande d'abord une cotisation proportionnelle au salaire. Si vous admettez, par exemple — ce qui est à peu près exact — que, pour les prestations en nature, la fraction de la cotisation soit à 1 p. 100 du salaire, un assuré gagnant 6.000 fr. payera 60 fr. et celui qui touche 12.000 fr. 120 fr. Rendez-vous compte, par conséquent, de la surcharge, en chiffres absolus, que les gros salariés assument en faveur des petits.

Si vous avez des tickets de prix variables, vous vous trouverez en face de complications considérables lorsque vous voudrez les établir. On ne pourra éviter des collusions dans la pratique, et vous aurez rendu difficilement réalisable ce que vous voulez obtenir.

La commission ne peut donc accepter le ticket de prix variable et proportionnel au salaire. Je comprends très bien le ticket ; il découle de la liberté du contrat ; mais un ticket à prix variable, c'est, laissez-moi le constater, quelque chose de trop compliqué et qui se prête à trop de collusions.

M. Gustave Dron. — Vous avez raison.

Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Dron.

M. Gustave Dron. — Je ne sais pas pourquoi on nous fait entrevoir beaucoup de difficultés dans l'application de ce régime. Il est cependant bien simple. Qu'est-ce que nous vous proposons ? La visite médicale, si vous voulez, est du prix de 10 fr. Si nous admettons une participation de 20 p. 100 — c'est presque souhaitable, plutôt que 15 p. 100 — l'assuré qui voudra faire appel à un médecin saura qu'il doit débourser un cinquième, c'est-à-dire 2 fr. On lui remboursera les 8 fr. qui lui reviennent, il aura laissé ses 2 fr. Est-ce là un régime difficile à appliquer ? Peut-on invoquer la pauvreté, l'indigence ?

Une expérience intéressante me permet de répondre. Depuis dix-huit mois, nous avons appliqué dans l'assistance médicale gratuite ce régime de la participation du malade assisté, comme contre-partie de la liberté du choix du médecin que malades et praticiens désiraient. Chaque malade donne pour chaque visite dont le syndicat médical a fixé le prix à 8 fr. : 1 fr. 50 pour la visite à domicile, 1 fr. pour la consultation au cabinet du médecin. Tout cela se fait sans aucune difficulté. Médecins, assistés, population, tout le monde est extrêmement satisfait. Pourquoi voulez-vous ne pas permettre la généralisation d'un pareil régime ? C'est, d'ailleurs, celui que désirent tous les médecins.

M. Paul Strauss. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Paul Strauss.

M. Paul Strauss. — Messieurs, l'honorable M. Jourdain a fait ressortir que le pourcentage de la participation des intéressés était inversement proportionnel à leur rémunération. Le point qui nous divise avec la majorité de la commission et son rapporteur est celui-ci : nous considérons que si l'on exige de l'assuré une participation uniforme de 10 ou 15 p. 100 sur les frais médicaux en plus des 10 p. 100 sur les frais pharmaceutiques, on ne respeecte pas les principes de la justice distributive, et je vais vous en donner un eemple.

Prenons un assuré qui paye pour maladie 10 à 15 p. 100 de frais médicaux et 10 p. 100 de frais pharmaceutiques. Il a entraîné des frais s'élevant jusqu'à concurrence de 300 fr. ; il a donc versé en plus de sa cotisation 30 fr. au minimum : s'il gagne 3.000 fr., 1 p. 100 du salaire ; s'il gagne 6.000 fr., 0.50 p. 100 ; s'il gagne 3.000 fr., 0.33 p. 100 ; s'il gagne 12.000 fr., 0,25 p. 100. Je crois qu'il y a intérêt à modérer le montant de la participation.

Mon ami M. Dron a très justement usé d'une clause qu'il connaît bien, à l'établissement de laquelle j'ai contribué, celle de l'assistance partielle, dont nous devons user de plus en plus, parce qu'un certain

nombre de représentants de la classe moyenne se trouvent aujourd'hui rejetés par les bouleversements économiques dans les cadres de l'assistance médicale gratuite ; mais, si vous prenez une partie de cette clientèle, dont a parlé tout à l'heure M. Sari, d'assistés médicaux gratuits, qui vont passer du jour au lendemain avec une cotisation de 5 p. 100 pour la cotisation maladie dans le régime de la participation, vous risquez d'atteindre et de heurter certaines habitudes ou certains intérêts.

Le principe de la participation n'est contesté par personne. Il est moralisateur, mais il faut à mon avis le proportionner sinon au salaire du moins à l'indemnité journalière. Cette indemnité journalière est basée sur le salaire. Il est facile de la calculer, car elle naît le quatrième jour dans notre système, le sixième jour dans celui de la commission.

Je n'ai pas, messieurs, d'amour-propre d'auteur et je suis prêt, si la commission accepte l'amendement de M. Jourdain, à m'y rallier. Il a pour lui la consécration de l'expérience Je crois qu'il est désirable de proportionner la participation à la situation de l'assuré.

Il faut la faire, au début surtout, très modérée. M. Chauveau a introduit avec son libéralisme qu'il emprunte à la méthode expérimentale une disposition d'après laquelle on pourrait au bout de deux ans reviser tout ce qui a trait au délai de carence et à la participation des assurés. J'estime au contraire qu'il faut procéder avec prudence et avec tact, afin d'habituer tous les bénéficiaires de la loi à ce sacrifice nécessaire et compensateur de la charge qui incombe à l'ensemble de la production française dans ses deux éléments patronal et employé ou ouvrier.

C'est pourquoi je demande que la commission et le Sénat veuillent bien accepter mon amendement ou celui de M. Jourdain qui tient compte, comme l'avait fait précédemment M. Pasquet, interprète autorisé de la commission des finances, du sentiment que j'exprime, en établissant une proportion soit avec le salaire, soit avec l'indemnité journalière.

M. LE RAPPORTEUR. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. — Il me semble, messieurs, que l'on discute en ce moment, sur une méthode, alors qu'il s'agit en réalité d'une quotité de participation. La question est tout à fait grave et je supplie le Sénat de bien vouloir y réfléchir. Si vous n'inscrivez pas, messieurs, dans la loi une participation de l'assuré d'une certaine importance, vous allez ouvrir la porte à des abus extrêmement nombreux. (*Marques nombreuses d'approbation.*)

Je vois M. Jourdain protester. Qu'il me permette de lui dire avec beaucoup de déférence que nous voudrions pour l'ensemble du pays une médecine encore plus normale que celle dont bénéficient les départements recouvrés. Pour cela, y a-t-il d'autres procédés que ceux-ci : augmenter le nombre de jours de carence et accroître la participation des assurés ? En voulant se montrer très libéral, on risque peut-être d'instaurer une pratique médicale qui, je le crains, fasse songer à une ancienne médecine de caserne.

La commission a été très prudente. Estimant qu'elle pouvait se tromper, elle a dit : quand on aura, pendant deux ans, fait très loyalement cette expérience, s'il est démontré que les abus ne sont pas importants, qu'il est possible de se tenir dans les chiffres prévus, la caisse pourra demander que le nombre de jours de carence et le taux de la participation des assurés soient abaissés.

C'est la sagesse même, il faut laisser à l'expérience le soin de nous départager. (*Très bien ! très bien !*)

Mais ne nous lançons pas, *à priori*, dans les dépenses sans avoir dans quelle mesure nous pourrions les supporter.

M. Joseph CAILLAUX. — Cela ferait sauter toute la loi.

M. LE RAPPORTEUR. — Nous voulons les assurances sociales, et comme l'a dit tout à l'heure M. Caillaux, la loi est conditionnée par l'application de ces mesures.

M. Jsoseph CAILLAUX. — Parfaitement.

M. LE RAPPORTEUR. — Je vous supplie d'y réfléchir, de ne pas diminuer *a priori* la participation des assurés ; vous verrez dans deux ans, si cela est possible. (*Très bien ! très bien !*)

M. Paul JOURDAIN. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Jourdain.

M. Paul JOURDAIN. — Messieurs, ce n'est pas la question de participation des assurés qui est en jeu. Nous sommes tous d'accord. qu'il doit y avoir une participation des assurés aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres. Ceci posé, je ne vois pas quelle crainte peut vous inspirer le ticket modérateur qui a déjà fait ses preuves.

M. Dron nous a dit que très facilement l'assuré payera 2 fr. lorsqu'on les lui réclamera.

Je me permets de vous faire remarquer que, s'il s'agit d'une maladie assez grave, prolongée, qui nécessitera l'appel de médecins consultants, ce ne sera pas 2 fr. que l'on demandera au malade, ce sera 20 p. 100 de frais médicaux qui pourront atteindre une somme assez élevée.

Quant à ce qu'a dit M. le rapporteur, je ne vois pas au point de vue de l'équilibre financier en quoi cela pourra être dangerereux pour la loi.

Nous ne demandons pas que ce ticket modérateur soit établi à un prix trop inférieur. Il sera fixé par les caisses suivant un pourcentage raisonnable. Il y aura, il est vrai, des tickets de prix différents. Mais avec le système de la commission vous êtes également tenus à des perceptions différentes. Vous n'établirez donc pas un chiffre uniforme.

J'estime que, sans toucher le moins du monde à la structure financière de la loi, il sera préférable de nous inspirer de l'expérience qui a été faite à ce point de vue.

M. LE RAPPORTEUR. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, je voudrais bien que vous ne compariez pas le ticket modérateur au ticket actuellement en usage.

En effet, dans la mutualité, le ticket est une valeur uniforme, tandis que l'on demande ici l'institution de tickets dits modérateurs qui seront de prix variable.

Mesurez, mon cher ministre, à quelles complications et collusions nous nous exposons. D'autre part, en nous plaçant au point de vue financier, cette question revêt une réelle importance. Il est prévu une participation de 15 ou 20 p. 100 ; considérez, messieurs, que vous allez organiser un système d'assurances sociales comportant des dépenses qu'on n'apprécie qu'avec une très grande difficulté. Prenez au départ toutes les mesures possibles de restriction, il sera toujours facile, à l'expérience, de les modifier. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE MINISTRE. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le ministre.

M. LE MINISTRE. — Messieurs, je n'ai demandé la parole que pour dire ce que M. le président de la commission de l'hygiène vous a si justement exposé. Il est indispensable de fixer un minimum de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques. Je ne trouve pas cette fixation dans l'amendement de M. Jourdain qui, par d'autres côtés, est d'ailleurs très ingénieux et même très séduisant. C'est une lacune très regrettable et dont pourrait se ressentir gravement l'équilibre de la loi. Je demande donc au Sénat d'adopter le texte présenté par la commission.

M. HERVEY. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Hervey.

M. HERVEY. — Je ne vois pas du tout la difficulté qu'il y aurait à accorder les deux principes. J'avoue que je suis absolument séduit par la facilité que nous offre M. Jourdain avec sa formule de tickets ; il y aurait ainsi un contrôle pour tout le monde. Il n'y a qu'à donner au ticket une valeur suffisante pour assurer l'équilibre financier que vous désirez et que je désire comme vous. Dites, par exemple, qu'il sera de 15 p. 100 de la valeur de la visite, et prenez le reste de l'amendement.

M. LE RAPPORTEUR. — Permettez, mon cher collègue, nous ne sommes pas contre le ticket, mais contre la variation dans le taux de la participation réaliseée à l'aide d'un ticket.

M. HERVEY. — Nous sommes d'accord, monsieur le président, mais je crois que, sauf à amender un peu le travail si consciencieux de la commission, si, par suite des idées qu'on nous présente, nous trouvons, une modification heureuse, il convient de l'adopter. Le système présenté par M. Jourdain, le procédé du ticket, me paraît un moyen de contrôle très simple ; il empêche, par ailleurs, toute collusion entre médecins et intéressés, il peut donc être accepté par le Sénat.

M. LE RAPPORTEUR. — Le ticket joue, avec le système de la commission.

M. HERVEY. — Il peut jouer.

M. LE RAPPORTEUR. — Oui, il peut jouer ?

M. HERVEY. — S'il peut jouer, je ne vois pas pourquoi nous ne le mettrions pas dans le texte.

M. LE RAPPORTEUR. — Parce que nous voulons respecter la liberté.

M. Paul STRAUSS. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Strauss.

M. Paul STRAUSS. — Pour faciliter le vote du Sénat, je me rallie à l'amendement de M. Jourdain. Le mien tendait au même but ; mais comme celui qu'il nous a présenté avec ses collègues s'appuie sur l'expérience, il n'y a, je crois, aucune difficulté à le faire entrer dans le texte de la loi.

M. Hervey l'a dit justement, le principe de la participation est sauvegardé dans les deux textes ; mais ce qui différencie celui de M. Jourdain et le mien du texte de la commission, et ce pourquoi je me rallie à l'amendement de M. Jourdain, c'est qu'il établit la participation en proportion de l'indemnité journalière, qui est fonction du salaire, conformément à l'équité. Le ticket modérateur sera de la sorte mieux accueilli et plus facilement accepté dans les milieux populaires.

Je retire donc mon amendement et me rallie à l'amendement de M. Jourdain, pour lequel je sollicite le vote du Sénat.

M. Paul JOURDAIN. — Est-il régulier de demander le renvoi à la commission pour fixer, comme M. Hervey vient de le dire, le montant et le pourcentage de la participation ?

M. LE RAPPORTEUR. — Il est fixé par la commission.

M. Louis PASQUET. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur de la commission des finacnces.

M. Louis PASQUET. — J'avais présenté un amendement sur le même sujet. J'y renonce et je me rallie volontiers au nouveau texte présenté par la commission de l'hygiène.

Quand j'ai présenté mon amendement, l'article proposé n'était pas semblable à celui qui est soumis aujourd'hui aux délibérations du Sénat. La commission de l'hygiène a tenu un plus grand compte des risques financiers de la loi, elle demande une participation plus importante à chaque assuré, de façon à prévenir plus complètement les collusions entre médecins et malades. C'est la raison pour laquelle la commission des finances se rallie au nouveau texte de la commission de l'hygiène.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'amendement de M. Jourdain, repoussé par la commission et le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'alinéa 5 ainsi rédigé :

« 5. Leur montant est supporté par la caisse ou remboursé par elle à l'assuré suivant les conditions

déterminées dans les contrats. La participation de l'assuré aux frais médicaux, en dehors des suppléments de frais visés au paragraphe 3 ci-dessus, est fixée par la caisse entre 15 et 20 p. 100 et réalisée également suivant le mode prévu auxdits contrats. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 p. 100. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions. »

(Ce texte est adopté).

M. le Président. — Je signale que M. Dron a déposé, de son côté, un amendement tendant à remplacer les alinéas 2, 3, 4 et 5 par les dispositions suivantes :

« La caisse d'assurance primaire passe avec les associations professionnelles de son ressort des contrats en vertu desquels elle s'engage à rembourser à l'assuré malade le montant des honoraires médicaux dans la limite des tarifs couramment pratiqués et reconnus par elle. Ce remboursement aura lieu sur remise d'un billet signé par le médecin traitant qui mentionnera les dates des visites ou actes médicaux quelconques et le montant de la somme reçue du malade assuré.

« Toutefois, pour prévenir tout abus, elle laissera à la charge de l'assuré une partie des honoraires dans la proportion de 20 p. 100.

« L'assuré choisit librement son médecin, mais tout médecin contre lequel seraient relevé des actes médicaux susceptibles par leur répétition abusive ou leur inutilité manifeste d'obérer la caisse pourrait être récusé pour une durée à déterminer suivant les cas. Cette récusation serait notifiée aux intéressés et s'appuierait sur un rapport motivé, après contrôle qui serait effectué par l'association professionnelle et le représentant de la caisse. »

M. Gustave Dron. — J'avais déposé cet amendement à titre de transaction. Le nouveau texte de la commission me donnant satisfaction, je n'insiste pas.

M. le Président. — L'amendement est retiré.

Je donne lecture de l'alinéa 6 : « Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurance pourra être autorisée sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage des assurés. » — (*Adopté.*)

« 7. — Les prestations en nature sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois. » — (*Adopté.*)

« 8. — Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive. » — (*Adopté.*)

« 9. — L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs peut se prévaloir des dispositions des paragraphes 1er et 7 ci-dessus. »

MM. Joseph Courtier et Edouard Néron proposent de rédiger comme suit cet alinéa 9 :

« 9. L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs pourra, avec l'avis conforme du médecin traitant, formuler une demande auprès de la caisse d'assurance. Celle-ci, après avis conforme d'un médecin désigné par elle, et, en cas de désaccord, après l'avis conforme de la commission tripartite prévue à l'article 7, paragraphe 3, pourra faire assurer les soins par les moyens qui lui paraîtront les plus expédients. »

L'amendement est-il appuyé ?

Si l'amendement n'est pas appuyé, je n'ai pas à consulter le Sénat.

Je mets donc aux voix l'alinéa 9 présenté par la commission.

(Ce texte est adopté.)

M. le Président. — Avant de mettre aux voix l'ensemble de l'article 4, j'en donne lecture :

Risque-maladie.

« Art. 4. — 1. L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires, pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, selon les modalités suivantes :

« 2. L'assuré choisit librement son praticien.

« 3. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. S'il n'y a pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci choisit parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien ou en général à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

« 4. Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels.

« 5. Leur montant est supporté par la caisse ou remboursé par elle à l'assuré suivant les conditions déterminées dans les contrats. La participation de l'assuré aux frais médicaux, en dehors des suppléments de frais visés au paragraphe 3 ci-dessus, est fixée par la caisse entre 15 et 20 p. 100 et réalisée également suivant le mode prévu auxdits contrats. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques

et autres est uniformément fixé à 15 p. 100. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

« 6. Après expérience d'au moins deux années, toute caisse d'assurance pourra être autorisée, sur sa demande et après avis favorable de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage des assurés.

« 7. Les prestations en nature sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

« 8. Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

« 9. L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs peut se prévaloir des dispositions des paragraphes 1er et 7 ci-dessus. »

Je consulte le Sénat sur cet article.

(L'article 4 est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 5. — 1. Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail, il a droit, à partir du sixième jour qui suit le début de la maladie ou de l'accident, et et jusqu'à la guérison ou jusqu'à l'expiration des six mois prévus à l'article 4, à une indemnité par jour ouvrable égale au demi-salaire moyen quotidien. Le chiffre de ce salaire moyen est obtenu en divisant par 300, soit le montant du salaire annuel résultant des cotisations payées dans les douze mois qui ont précédé la maladie, soit celui d'un ouvrier de même profession travaillant dans les mêmes conditions.

« 2. L'indemnité journalière sera majorée jusqu'à concurrence de 60 p. 100 du salaire, lorsque celui-ci, rapporté à un travail normal pour l'année, n'atteindra pas un minimum déterminé annuellement par décret. Ce décret fixera, après avis de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, les conditions d'attribution de cette majoration dont le taux variera suivant une échelle inverse au chiffre du salaire et qui pourra être, en tout ou en partie, à la charge du fonds de majoration et de solidarité.

« 3. Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature et en argent, l'assuré devra avoir cotisé réglementairement, au début de l'application de la loi, vingt jours durant le mois précédant la maladie, et à partir du quatrième mois, soixante jours durant les trois mois antérieurs.

« 4. La caisse d'assurances verse, pour chaque jour ouvrable, au compte de l'assuré à qui elle sert une indemnité, la moitié de la fraction de cotisation qui devra être affectée au risque-vieillesse. Cette fraction est calculée d'après la moyenne des cotisations inscrites au compte de l'assuré, au cours des douze mois qui ont précédé la maladie et sur la base de trois cents jours. »

Il y a, sur le premier alinéa de cet article, un certain nombre d'amendements. Le premier amendement, qui avait été déposé par MM. Mauger et Cuminal, proposait de rédiger le début comme suit :

« Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail, il a droit à partir du premier jour..... »

(Le reste sans changement.)

La parole est à M. Mauger.

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

Nécrologie. — M. le Dr BARDON, de Brive (Corrèze) — M. le Dr JACQUIN, médecin chef de l'asile de la Madeleine, à Bourg (Ain).

— **XIIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales** (*Lyon*, 5-9 *octobre* 1927). — *Bureau du Congrès.* — Président : M. A. PIC, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine. — Vice-présidents : MM. DESGREZ, professeur de chimie biologique à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire général de l'Institut d'hydrologie et de climatologie, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine ; docteur DURAND-FARDEL, médecin consultant à Vichy, président du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France, membre correspondant de l'Académie de médecine ; Jean LÉPINE, doyen de la Faculté de médecine de Lyon ; G. ROQUE, professeur honoraire de clinique médicale, membre correspondant de l'Académie de médecine ; SAVY, professeur de thérapeutique, hydrologie et climatologie à la Faculté de médecine de Lyon ; MM. les Délégués des Gouvernements étrangers. — Secrétaire général : M. PIÉRY, professeur agrégé, chargé de cours d'hydrologie thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon. — Secrétaires généraux adjoints : docteur PIATOT, médecin consultant à Bourbon-Lancy, ancien secrétaire général du Comité permanent des Congrès d'hydrologie, de climatologie et de géologie ; docteur MILHAUD, chef de laboratoire de thérapeutique, hydrologie et climatologie à la Faculté de médecine de Lyon ; docteur POIROT-DELPECH, chef de laboratoire à l'Institut d'hydrologie. — Trésorier : docteur MAZERAN, médecin consultant à Châtel-Guyon.

Programme. — *A.* Section d'hydrologie. Présidents : MM. PINILLA, professeur d'hydrologie médicale à l'Université de Madrid ; SELLIER, professeur d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Vice-présidents : MM. SERR, professeur d'hydrologie et de climatologie à la Faculté de

médecine de Toulouse ; BLUM, chargé du cours d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de médecine de Strasbourg. — RAPPORTS : L'équilibre acide-base et la thérapeutique hydro-minérale. Docteurs GLÉNARD (Vichy), Mathieu DE FOSSEY (Vichy), et E. MANCEAU (Vichy). — Gynécologie médicale et cures hydro-minérales. Docteurs DAVID (Salies-de-Béarn), MACÉ DE LEPINAY (Néris), MACREZ (Saint-Sauveur), PIERRA (Luxeuil). — Les bases pathogéniques des cures hydro-minérales en gynécologie. Professeur agrégé G. COTTE (de Lyon) ; — Thorium et cures hydro-minérales. Professeur CLUZET et professeur agrégé CHEVALLIER (de Lyon). — *B.* Section de climatologie. Présidents : MM. CÉRÉSOLLE, professeur agrégé à l'Université de Padoue ; CHASSEVANT, professeur d'hydrologie et d'hygiène à la Faculté de médecine d'Alger. — Vice-présidents : MM. PERRIN, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Nancy. — Docteur LALESQUE, médecin consultant d'Arcachon, membre correspondant de l'Académie de médecine. — RAPPORTS : La radioactivité de l'atmosphère et son rôle en climatologie, professeur PECH, professeur de physique biologique à la Faculté de médecine de Montpellier. M. LEPAPE, chef de laboratoire de chimie physique au Collège de France. — Le sympathique en climatologie, professeur agrégé LAIGNEL-LAVASTINE (Paris), docteur SARDOU (Nice). — *C.* Section de géologie et d'aménagement scientifique des stations de cure. Président : M. DEPERET, professeur de géologie, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, membre de l'Institut. — Vice-présidents : docteur MAYET, maître de conférences à la Faculté des sciences de Lyon et M. Tony GARNIER, architecte. — RAPPORTS : L'origine géologique des eaux minérales radio-actives. M. Pierre URBAIN, chef de laboratoire de géologie à l'Institut d'hydrologie et de climatologie de Paris. — L'aménagement scientifique d'une station hydro-minérale radio-active. MM. MILHAUD (Lyon), PIERY et Pierre URBAIN (Paris).

Règlement du Congrès. — ARTICLE I. Le XII[e] Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales se tiendra à Lyon du 5 au 9 octobre 1927 et sera complété par une Exposition internationale des stations thermales, climatiques et marines. — ARTICLE II. Le Congrès comprend des membres titulaires et des membres associés. 1° membres titulaires : Toute personne ou toute collectivité agréée par le bureau du Congrès peut faire partie du Congrès au titre de membre titulaire. Seuls les membres titulaires prennent part aux travaux, aux votes du Congrès et en reçoivent gratuitement les rapports et communications. — 2° Membres associés : Les personnes faisant partie de la famille d'un membre titulaire peuvent être admises comme membres associés. Ceux-ci sont invités aux fêtes, aux réceptions officielles, et peuvent assister aux séances. — ARTICLE III. La cotisation est fixée à 50 francs pour les membres titulaires et à 25 francs pour les membres associés. Une réduction de 50 % est accordée aux étudiants qui se font inscrire comme membres titulaires. Les reçus réguliers, émanant du trésorier, assurent seuls l'inscription effective au Congrès. — ARTICLE IV. Les sections du Congrès sont au nombre de trois : 1° section d'hydrologie ; 2° section de climatologie ; 3° section de géologie et d'aménagement scientifique des stations de cure. Un ou plusieurs rapports seront faits sur chacune des diverses questions étudiées dans les sections ; le volume les réunissant sera envoyé aux membres du Congrès avant l'ouverture de ce dernier. La durée de l'exposé des rapports ne devra pas dépasser vingt minutes. — ARTICLE V. En plus des rapports, des communications seront admises, non seulement sur les projets proposés, mais aussi sur des questions diverses. La durée de l'exposé des communications n'excédera pas cinq minutes. Le texte de ces dernières comme celui des observations présentées au cours de la discussion ne dépassera pas une page (page de 47 lignes à 47 lettres par ligne environ) et devra être remis au Secrétariat général avant la fin du Congrès. Les interventions dans les discussions des rapports et communications ne dépasseront pas cinq minutes. Les titres des communications ainsi que les noms de leurs auteurs devront être parvenus au secrétariat un mois au moins avant l'ouverture du Congrès.

Inscriptions. — Les personnes désirant prendre part au Congrès comme membres titulaires sont priées de remplir le bulletin ci-joint. Elles y feront figurer également les personnes de leur famille qu'elles désireraient faire inscrire comme membres associés. Ce bulletin sera adressé à M. le secrétaire général du Congrès, et le montant de la cotisation à M. le docteur Mazerand, trésorier. Les inscriptions devront être envoyées avant le 15 septembre 1927.

Facilités de transport. — Les membres titulaires et leur femme, à l'exclusion de tout autre membre de la famille, bénficieront, de la part des compagnies de chemins de fer français, d'une réduction des prix de transport de 50 % (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) de leur résidence habituelle (si elle est en France), des diverses gares frontières et des ports français (congressistes étrangers) à Lyon et retour. Les demandes de réduction seront adressées à M. le secrétaire général du Congrès à Lyon, qui les transmettra aux Réseaux intéressés. Il ne pourra être donné suite à aucune demande parvenue au secrétariat après le dix septembre.

Voyages. — A l'issue du Congrès aura lieu un voyage d'études aux stations thermales et climatiques d'Aix-les-Bains et d'Allevard (9-10 octobre). MM. les Congressistes sont, en outre, invités par l'administration des Thermes de Montecatini à se rendre en Italie (Rome, Montecatini, Salsomaggiore, 12-16 octobre), à l'occasion de l'inauguration des nouveaux Thermes de Montecatini et de la Réunion à Rome de la Société internationale d'hydrologie. Les membres titulaires et associés pourront s'inscrire, à leur choix, pour l'un ou l'autre voyage ou pour tous les deux. Les facilités accordées aux Congressistes pour ces voyages (chemins de fer et frais de séjour) leur seront communiquées dès leur inscription au Congrès.

Fêtes. Réceptions. Visites. — Pendant la durée du Congrès, MM. les Congressistes seront appelés à participer à diverses fêtes et réceptions dont le programme détaillé sera porté à leur connaissance ultérieurement.

Logement. — MM. les membres titulaires et associés recevront en temps utile tous renseignements concernant les hôtels et les restaurants, avec les conditions de prix pour chaque établissement.

Exposition internationale des stations hydro-minérales, climatiques et marines (5-15 octobre 1927). — Cette exposition organisée à l'occasion du Congrès par la Foire internationale de Lyon fera l'objet d'un règlement particulier.

La Commission de cette exposition est composée comme suit : M. LIGNON, président du Conseil d'administration de la Foire de Lyon ; M. C. BAS, administrateur délégué de la Société de la Foire ; M. J. Cluzet professeur de physique biologique, de physiothérapie et de radiologie clinique à la Faculté de médecine de Lyon ; docteur MONCORGÉ, président de la Fédération thermale et climatique française ; M. A. PIC, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon ; M. P. SAVY, professeur de thérapeutique, d'hydrologie et de climatologie à la Faculté de médecine de Lyon ; M. TOUZOT, secrétaire général de la Société de la Foire de Lyon, agrégé de l'Université ; M. Pierre URBAIN, architecte, chef de laboratoire d'hydrogéologie, à l'Institut d'hydrologie de Paris. — Commissaire général : professeur agrégé M. PIERY. — Commissaire général adjoint : docteur MILHAUD.

— **Ecole départementale d'accouchement Pellegrin de Bordeaux.** — *Cours de perfectionnement pour les sages-femmes* (quatrième série) du 17 au 28 octobre 1927 par MM. les docteurs ANDERODIAS, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien en chef de la Maternité, et P. BALARD, accoucheur des hôpitaux, assistant de la Maternité, avec la collaboration de MM. LAFON-ORE, accoucheur des hôpitaux ; Félix PAPIN, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux ; ROFAZ, BOISSERIE-LACROIX, médecins des hôpitaux, ; VIRET, Inspecteur départemental honoraire de l'Assistance publique.

Ces cours sont ouverts gratuitement à toutes les sages-femmes. Ils auront lieu dans l'amphithéâtre de l'Ecole départementale d'accouchement à Pellegrin.

Grâce au bienveillant concours de l'Administration des hospices, les auditrices étrangères à Bordeaux pourront être logées gratuitement à l'Ecole d'accouchement ; des repas leur seront servis au prix de 5 francs le repas. Les sages-femmes désireuses de profiter de l'un quelconque de ces avantages sont priées de s'inscrire auprès de Mme la Directrice de l'Ecole avant le 13 octobre, et de s'entendre avec elle pour les repas. Des précisions sur la visite à l'hôpital suburbain et à Eysinif seront données au début des cours de perfectionnement.

Pour tous renseignements s'adresser à Mme la Directrice de l'Ecole d'accouchement, hôpital Pellegrin, Bordeaux.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — M. le docteur SERR, professeur à la Faculté de médecine, directeur de l'Institut d'hydrologie de l'Université de Toulouse vient de faire, au « *Congrès de l'Afrique du Nord-Midi* », une conférence des plus remarquées sur les ressources thermales des Pyrénées et des Cévennes.

Le très actif professeur de l'Université de Toulouse a voulu marquer combien les Pyrénées et les Cévennes étaient richement dotées de stations thermales et climatiques et que, en conséquence, il était extrêmement facile à tous les coloniaux qui habitent l'Afrique du Nord, depuis la Tunisie jusqu'à l'extrême Maroc de venir au cours de l'été, non seulement villégiaturer auprès des montagnes pyrénéennes et cévenoles, mais encore y chercher un retour à la santé qu'un climat quelquefois inclément pouvait avoir altéré.

M. SERR insiste sur la multiplicité des indications de nos diverses stations, mais en précisant, d'une façon toute particulière, la spécialisation de chacune d'entre elles, montrant que les unes et les autres peuvent et doivent recevoir telle ou telle catégorie de malades.

Le distingué professeur continue sa conférence en établissant que les V. E. M. qu'il a réalisés avec un grand nombre de ses collègues et de ses élèves ont été une leçon de chose la plus fructueuse, la plus utile et la plus démonstrative.

M. SERR dit encore l'effort considérable réalisé dans les Pyrénées à Ax-les-Thermes, Salies-du-Salat, Capvern, Luchon, etc. tant, du point de vue technique et du point de vue hôtelier, car les deux choses sont nettement et étroitement unies dans l'évolution du thermalisme et du climatisme français.

Font-Romeu, Superbagnères-de-Luchon, Hélies-Barèges, voilà trois centres d'attraction de climatisme qu'il convient de souligner et de faire connaître.

Et il sera bien permis à un vieux camarade d'internat de remercier, au nom de tous ses confrères d'Algérie, le docteur SERR d'avoir ouvert ses laboratoires de la Faculté de médecine de Toulouse à tous les chercheurs et de continuer, avec tant de ténacité, l'œuvre féconde du professeur GARRIGOU.

R. M.

— **Georges Portmann's Post-Graduate Association.** — Les anciens assistants américains de la Clinique oto-rhino-laryngologique du professeur PORTMANN ont organisé une Association pour resserrer les liens d'amitié entre les spécialistes des Etats-Unis qui ont suivi les cours d'oto-rhino-laryngologie de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Le Conseil de cette Société, qui a été élu au cours de la séance de fondation, comprend : Dr James F. A. FLYNN (Washington D C.), *président* ; Dr J. F. BUZZARD (Portage Pa.), *vice-président* ; Dr W. H. LEFEVRE (Lancaster Pa.), *secrétaire* ; Dr J. A. HILL (Allenport N. Y.), *trésorier*.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Diplôme d'hygiène.* — Le diplôme d'hygiène de l'Université de Lyon est accordé chaque année après un enseignement spécial à la Faculté de médecine (chaire d'hygiène), dont la durée est de cinq mois et demi.

Le cycle d'études comprend : 1° l'enseignement pour le *certificat de microbiologie* ; 2° l'enseignement pour le *certificat d'hygiène*. Des examens donnant droit au *diplôme d'hygiène de l'Université* viennent terminer ces études.

L'enseignement est donné à la chaire d'hygiène, sous la direction de M. le prof. Paul Courmont, par le personnel enseignant de cette chaire et par les collaborateurs des Facultés des sciences, de droit, de l'école vétérinaire, de l'Institut bactériologique de Lyon, les inspecteurs d'hygiène, du travail, etc.

Le diplôme permet l'accès aux différentes situations d'hygiéniste spécialisé : inspecteur départemental d'hygiène, directeur de bureau d'hygiène, médecin inspecteur des écoles, etc.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — Autocars P.L.M. au départ de Lyon. — Parmi les services d'autocars organisés pendant l'été autour des grands centres de tourisme, ceux qui ont lieu au départ de Lyon offrent un grand intérêt touristique.

Le service « Lyon-Genève » (par Pérouges, les Grottes de la Balme, la Chartreuse de Portes, Hauteville, les cols de la Rochette (1113 m.), de Richemond (1060 m.), Bellegarde, la Perte du Rhône) est assuré les lundis et vendredis, de Lyon sur Genève (départ de Perrache et de Bellecour) et les mercredis et samedis inversement (départs de Genève : 3, rue du Mont Blanc). Prix : Lyon-Genève ou vice versa 100 francs.

Le circuit de « l'Eglise de Brou » (par Bourg, Nantua, Meximieux, Pérouges) a lieu les dimanches et jeudis au départ de Perrache et de Bellecour, il s'effectue dans la journée et son prix est de 95 francs.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

les deux interventions suivantes survenues sur le même bras ;

Réduction de fracture de la diaphyse humérale, avec appareil, et réduction luxation du coude survenue sur le même membre ?

Dr B.

Réponse.

S'il y eut fracture de la *diaphyse* humérale, plus luxation du coude (et non pas une luxation du coude, avec une fracture de l'épicondyle, par exemple, qui n'en serait qu'une complication), vous avez eu à intervenir *deux fois*. 1° réduction de luxation du coude ; 100 fr. (article 19) ; 2° réduction et contention de fracture de l'humérus : 120 fr. (article 18). Et on doit équitablement vous payer ces deux interventions qui ne sont nullement *complémentaires* l'une de l'autre, mais entièrement *séparées*.

F. D.

II

2737. — Spécialiste ou non ?

La lecture de l'article « Spécialiste ou non » ? dans le *Concours* du 24-VII-27, p. 2044 m'amène à vous exposer ceci.

J'ai l'intention de faire l'achat d'un appareil portatif de rayons X, pour éviter pour certains examens courants des déplacements onéreux aux villes les plus proches où il y a des spécialistes officiels en radiologie (ces villes étant à 60 km. de mon domicile).

N'ayant aucun titre ni aucun passé spécial en cette matière, je vous prie de me faire savoir si (après avoir fait les notifications réglementaires) une Cie d'assurance ou une Commission de contrôle pourrait me refuser les honoraires du tarif *sous prétexte que je ne suis pas spécialiste.*

Dr B.

Réponse.

Je ne vois pas qu'une compagnie d'assurances puisse vous refuser le paiement d'une radio bien faite quand elle a reçu la photo avec les explications nécessaires, ainsi qu'il est prescrit article 26 VII, observations, alinéa 5. Je répète qu'il n'y a pas actuellement de titre spécial de « spécialiste » et que, si vous avez chez vous le nécessaire pour faire des radios, vous devez être payé de votre travail. Etant donné naturellement que vous ne ferez pas des radios à tout bout de champ et sans nécessité réelle.

F.D.

III

2651. — Emploi des vaccins.

En 1926, un ouvrier de 15 ans, a la main gauche prise dans une transmission. La courroie, par frottement, provoque une brûlure.

Cette brûlure s'infecte, et nettement sans discus-

sion possible, se produit une poussée de psoriasis avec la brûlure comme point de départ et comme cause (ceci est admis par Hallopeau, théorie infectieuse pour l'étiologie du psoriasis).

Je fais à ce blessé contre cette complication, 20 ampoules de vaccin Grémy n° 15, contre psoriasis et il guérit.

La Cie d'assurances refuse au pharmacien le paiement de ces ampoules, parce que non inscrites au tarif.

Est-elle dans son droit ? Les médecins ne peuvent-ils ordonner des vaccins aux accidentés du travail ?

J'ai obtenu avec les vaccins, soit intra, soit extra, d'excellents résultats. Je ne suis par le seul.

Nous attendrons votre réponse pour poursuivre, si vous jugez que j'ai eu raison de prescrire des vaccins, ou plutôt que j'ai le droit de les prescrire.

Dr P.

Réponse.

Je profite de cette demande pour transcrire une partie du procès-verbal de la Commission du tarif des accidents du travail, séance du 29 juin 1927, où j'ai tenu à faire préciser ce point. Voici, mot à mot :

« Le Dr Decourt demande quels vaccins les médecins peuvent prescrire sans craindre de difficultés avec les assureurs. M. Sumien lui rappelle qu'aux termes de l'article 1er de l'arrêté du 31 mars 1926, les médecins peuvent ordonner les sérums et vaccins inscrits au tarif de l'Association générale des pharmaciens et aux bulletins de variations. Les vaccins étant inscrits au 6e bulletin de variations peuvent donc être prescrits aux accidentés du travail. D'ailleurs, la Cour de Cassation a décidé que le tarif n'est pas limitatif et que le juge de paix peut toujours faire payer aux pharmaciens les sommes qu'il fixe souverainement pour les produits ne figurant pas au tarif.

Le Dr Noir fait remarquer que les médecins n'ont pas le tarif de l'Association des pharmaciens, ni les bulletins de variations à leur disposition.

Sur l'invitation de M. Guérin, les pharmaciens s'engagent à transmettre ces documents aux syndicats médicaux. »

Le 27 juillet, j'ai précisément remis les six différents bulletins de variations à l'Union des syndicats médicaux de France les ayant reçus de l'Association générale des pharmaciens.

F. D.

Application du Tarif Maginot

2695. — Pas de cumul

J'adresse à la préfecture un mémoire (loi de 31 mars 1919) avec le décompte suivant :

10 janvier, 22 h.	
1 visite de nuit	40
1 saignée, 40 + 25 %	50
15 mars 24 h.	
1 visite de nuit	40
1 saignée, 40 + 25 %	50
Total	180

Mon mémoire est rectifié ainsi :

10 janvier 22 h.	
1 saignée	50
15 mars 24 h.	
1 saignée	50
Total	100

Sur demande d'explications, on me répond : « Le prix des 2 visites de nuit à l'occasion des 2 interventions a été supprimé conformément à l'art. 73 du décret du 25 octobre 1922 qui stipule : « le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites ou consultations ou interventions consécutives à cet acte. »

J'avais cru jusqu'ici qu'on entendait par consécutif, ce qui suit. Or la visite et l'examen du malade ont plutôt précédé que suivi la saignée.

Il est vrai que je ne comprends pas bien non plus qu'on ne puisse compter les visites consécutives à celle où on a fait la saignée, car ce même malade a dû être suivi pendant 4 à 6 jours encore après la saignée, et j'aurais encore moins compris qu'on me supprimât les 4 ou 6 visites postérieures. Ce serait peut-être une occasion de demander au Ministre ce qu'il entend par « consécutif ».

Dr P.

Réponse.

Cet article signifie qu'on ne peut pratiquer le *cumul* de la visite et d'une intervention. Il en est de même dans le tarif des accidents du travail mais cela y est plus clairement expliqué. Autrement dit, on ne peut payer en totalisant le prix d'une intervention plus le prix de la visite *concomitante* à cette intervention, celle pendant laquelle cette dernière a lieu. Par contre, on paye les visites *consécutives*, faites *en dehors* de l'intervention, dans les jours qui suivent... Pour les visites *précédentes*, il n'y avait pas à en parler, puisque l'intervention n'existait pas encore et n'avait donc pas à entrer en compte. (Ceci pour répondre à votre avant-dernier alinéa.)

F.D.

Accidents.

2786 — Evalution d'incapacité permanente.

J'ai actuellement en traitement un jeune accidenté du travail : section par scie de la première phalange du pouce droit, ayant nécessité l'amputation à deux millimètres en avant de la matrice de l'ongle.

Voulez-vous être assez aimable pour me dire quel est, d'après vous, le taux à proposer pour son incapacité permanente. Je vois au chapitre Pensions militaires de l'Agenta Memento 1920 : « amputation de la phalange unguéale du pouce droit : 10 %. » Ce taux est-il fixe quel que soit le niveau de l'amputation ?

Dr L.

Réponse.

Le Guide-barême des Pensions militaires ne prévoit pas, en effet, l'amputation partielle de la phalange unguéale du pouce et ne donne par suite qu'une seule évaluation, qui est de 10 % pour l'amputation de la phalange unguéale du pouce droit.

Ce n'est que dans l'ouvrage du Dr Mayet que nous relevons une évaluation pour la perte partielle de la phalange unguéale. Cette évaluation est de 3 %, alors que cet auteur fixe également à 10 % l'incapacité pour perte de la totalité de la phalange unguéale du pouce droit.

Il semble que, de 3 à 10 %, on puisse admettre des pourcentages intermédiaires.

2029. — Pension d'une veuve de victime du travail.

1° Quel doit être le montant de la pension d'une veuve, sans enfants, dont le mari vient d'être tué net, victime d'un accident du travail ? d'une façon plus précise : le mari touchait 940 fr. par mois, quelle est la somme que la veuve doit toucher comme indemnité de la mort de son mari ?

2° Est-ce que cette somme est inaliénable, c'est-à dire, est-ce que son remariage la priverait automatiquement de cette indemnité ?

3° Est-ce que les beaux-parents de la veuve ont droit, par héritage de succession, à une partie de cette indemnité attribuée à la veuve, (étant donné que la veuve et son mari s'étaient mariés sans aucun contrat de mariage, n'ont fait aucun testament), ou bien les beaux-parents de la veuve peuvent-ils prétendre à une indemnité supplémentaire pour eux ? Celle-ci, doit-elle venir en diminution de la précédente ?

4° La veuve a-t-elle le droit de choisir à sa convenance, une rente annuelle ou bien le capital représentant cette rente ? Le tué avait 32 ans et la veuve à 33 ans.

Quel capital devrait lui être attribué ?

Dr G.

Réponse.

1° C'est sur le salaire annuel de la victime de l'accident que doit être calculée la rente de la veuve. A raison de 940 francs par mois, le salaire annuel s'élèvait en l'espèce à 11.280 francs. Sur ces 11.280 francs, 8.000 francs entrent en ligne de compte intégralement, le reste pour le

quart seulement. En définitive, la rente sera donc calculée sur un salaire de base de 8.820 fr.

La rente de la veuve sera égale à 20 % de ce salaire de base, soit : 1.764 francs.

2° En cas de nouveau mariage, la veuve cessera d'avoir droit à cette rente ; il lui sera alloué, dans ce cas, le triple de la rente à titre d'indemnité totale.

3° La rente sera personnelle à la veuve et ne fera pas partie de la communauté. Ses beaux-parents ne pourront donc prétendre se faire attribuer une partie quelconque de la rente de la veuve.

D'autre part, ils n'auront aucun droit à une indemnité spéciale, puisque le défunt laisse une veuve.

4° La veuve n'a droit qu'à une rente ; elle ne peut demander l'attribution, en tout ou en partie, du capital représentatif de la rente.

2820. — Assurance couvrant incomplètement les frais médicaux.

Une Compagnie d'assurances, à qui j'ai adressé une note d'honoraires pour soins donnés à un de mes clients, patron charpentier, m'adresse la lettre suivante :

« Il nous est transmis votre note d'honoraires relative au sinistre 16.733, assuré C.

Cette note, établie au tarif Durafour-Fallières (Cir. minist. des 31 déc. 1928 et 16 déc. 1926) est exacte ; mais notre assuré étant garanti au tarif Breton (Cir. minist. du 8 juillet 1920) nous ne pouvons régler, en ce qui nous concerne, qu'à ce tarif, qui nous donne, sur les 103 fr. réclamés, une part de 71 fr. à notre charge.

Veuillez nous faire savoir si nous devons vous adresser cette somme en vous laissant, bien entendu, la faculté de réclamer le surplus au patron. Il est bien entendu que lorsque notre assuré aura consenti à se faire garantir au nouveau tarif, en payant les primes correspondantes, nos règlements se feront également au nouveau tarif.

Recevez, etc... »

N'appartient-il pas à la Cie d'assurances d'avertir elle-même le sinistré qu'il me doit la différence ? J'envisage, dès maintenant, que celui-ci ne se tiendra pas pour obligé de la payer, et, une fois de plus... le médecin fera les frais de l'histoire.

Dr L.

Réponse.

C'est à bon droit que la Compagnie d'assurances refuse de payer vos honoraires au-delà du tarif convenu entre elle et son assuré, au moment où la police a été contractée. Si son assuré tient à être couvert complètement, il lui appartient de passer un avenant et de subir une majoration de prime proportionnelle.

Mais les difficultés qui peuvent exister entre la Compagnie et son assuré ne peuvent porter

aucun préjudice à vos droits. Vous pouvez parfaitement, comme vous le dit la Compagnie, accepter la somme qu'elle vous offre à titre d'acompte sur le montant de votre créance et vous faire payer le surplus par votre client directement.

Au cas où votre client ne s'exécuterait pas à l'amiable, vous n'auriez qu'à le poursuivre devant le juge de paix, conformément au droit commun.

2839. — Privilège du médecin pour honoraires accidents du travail.

En « accident du travail », avons-nous droit, en cas de faillite ou liquidation, à la créance privilégiée, ou sommes-nous créanciers ordinaires et payés au prorata de ce qu'il y a.

Dr D.

Réponse.

En vertu de l'article 23 de la loi sur les accidents du travail, la créance de la victime de l'accident ou de ses *ayants droit* relative aux *frais médicaux*, pharmaceutiques et funéraires... est garantie par le privilège de l'article 2.101 du Code civil.

Lorsque vous exercez contre le patron l'action directe en paiement de vos honoraires que vous réserve la loi sur les accidents du travail, vous agissez comme ayant droit de la victime de l'accident.

Par conséquent, en cas de faillite du patron, vous devez produire votre créance pour soins donnés à ses ouvriers blessés entre les mains du syndic, en demandant expressément votre admission au passif privilégié en vertu des articles 23 de la loi du 9 avril 1898 et 2.101 du Code civil. Et vous devez être payé par préférence aux autres créanciers, sans avoir à subir la loi du concours, c'est-à-dire sans avoir à supporter aucune réduction sur votre créance, si, du moins, l'actif est suffisant pour désintéresser tous les créanciers privilégiés venant au même rang que vous.

Assistance.

2834. — Le certificat pour l'admission à l'assistance aux femmes en couches doit être délivré par un médecin.

Je vous serais reconnaissant de m'indiquer si le certificat de grossesse accompagnant toute demande d'assistance aux femmes en couches doit être obligatoirement établi par un médecin. Je crois me rappeler avoir lu dans le *Concours* qu'en réponse à une question écrite, le ministre avait précisé qu'une sage-femme ne pouvait signer cette pièce. Dans l'affirmative, je vous prie de me donner la date du *J.O.* fixant ce point.

Dr R.

Réponse.

Il est exact que les certificats de grossesse qui doivent accompagner les demandes d'assistance aux femmes en couches ne peuvent être délivrés que par des médecins, à l'exclusion des sages-femmes.

Cela résulte d'une réponse du ministre de l'Hygiène à une question posée par M. Dugueyt, député, n° 20.700 du 20 février 1924. La réponse a été insérée au *Journal officiel* du 29 février 1924 et reproduite dans le *Concours médical* du 23 mars 1924, page 926.

Fiscalité.

2666. — Certificats exemptés du timbre.

Je me permets d'avoir, de nouveau, recours à votre obligeance pour me fournir quelques précisions sur les certificats médicaux, exempts ou non de timbre.

Les formulaires et livres de déontologie nous donnent bien des listes de cas soumis et d'autres exempts. Mais ces énumérations sont laconiques et incomplètes.

Ainsi par exemple : *a*) une femme enceinte se présente pour obtenir un certificat de grossesse en vue d'obtenir de la préfecture la prime d'allaitement. Timbre ou non timbre ?

b) Un ouvrier qui est malade veut un certificat justifiant son absence de l'usine, pour éviter de se voir privé de sa place. Timbre ou non ?

c) Un pupille de la Nation dont la femme est malade sollicite un secours de l'Office départemental. Certificat de maladie de la femme timbré ou non ?

Autant de cas qui se présentent journellement et au sujet desquels la presse médicale semble muette, à ma connaissance du moins.

Dr T.

Réponse.

1° Les certificats et tous les autres actes faits en vertu de la loi du 14 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses et nécessiteuses sont dispensés du timbre.

2° Sont dispensés de la formalité du timbre, les certificats nécessaires pour faire valoir leurs droits aux membres des sociétés de secours mutuels approuvées (loi du 1er avril 1898, décision du ministre des Finances du 17 juillet 1901).

3° Tous les actes ou pièces ayant exclusivement pour objet la protection des pupilles de la nation sont dispensés du timbre.

2758. — Force imposable des voitures Ford.

L'impôt de circulation des voitures Ford a été ramené de 14 HP à 11 HP. Néanmoins le receveur des contributions m'a obligé encore à payer pour 14 HP, prétendant qu'il ignore le décret. Or je tiens du représentant de Ford lui-même que ce décret

existe bien et que toutes les voitures sortant de chez lui payent pour 11 HP seulement. Veuillez me dire comment m'y prendre pour résister aux prétentions du fisc. Dr A.

Réponse.

Ce n'est pas un décret qui a réduit de 14 à 11 C.V. la force imposable des voitures Ford, mais une décision du service de l'inspection des mines. Il y a lieu de faire modifier votre carte grise à la préfecture et vous formulerez une demande en restitution de la surtaxe au directeur des contributions indirectes du département (à rédiger sur papier timbré). A. M.

2759. — Timbre de certificats et de quittances d'honoraires.

1° Faut-il rédiger sur papier libre ou sur papier timbré les certificats délivrés à des accidentés du droit commun (accidents d'auto) certificats d'origine, de guérison, etc.

2° Les quittances délivrées à des membres de sociétés de secours mutuels pour règlement d'honoraires doivent-elles être soumises au timbre ?

Dr S.

Réponse.

Les certificats délivrés à des accidentés de droit commun doivent être rédigés sur papier timbré.

De même les quittances d'honoraires délivrées à des membres de sociétés de secours mutuels doivent être soumises au timbre.

A. M.

Questions médico-militaires.

2280. — Période d'instruction. Equipement.

J'ai une fois de plus recours à votre obligeance. Je suis convoqué sur ma demande pour une période militaire en juillet prochain.

1° Durée de la période ? 15 jours ou 25 jours (c'est ma première période depuis la guerre).

2) Solde de sous-lieutenant ? Indemnités de résidence ? Marié sans enfant ? (aide major de 2e classe de réserve).

3° Tenue du médecin.

En cas de mobilisation je rejoins des tirailleurs sénégalais ; cette année je vais faire une période aux chasseurs à pied. Suis-je tenu d'avoir plusieurs uniformes ?

4) J'ai reçu en 1916, lors de ma nomination au grade de médecin auxiliaire, une première mise d'équipement ; ne puis-je réclamer actuellement la somme nécessaire pour ma nouvelle tenue car il est inutile de vous dire que l'ancienne de vaut rien.

Dr X.

Réponse.

La durée de la période a dû vous être fixée par

l'autorité militaire qui vous a convoqué ; elle doit être vraisemblablement de 25 jours.

La solde de sous-lieutenant est de 26.60 par jour ; quant aux indemnités de résidence, nous ne pouvons vous renseigner sur cette question d'ordre local.

La tenue du médecin en campagne comporte : képi, vareuse, pantalon ou culotte, baudrier, épée, révolver, trousse médicale. Elle est invariable, quelle que soit l'arme d'affectation.

La première mise d'équipement est payée une fois pour toutes.

2324. — Radiation des cadres.

Appartenant à la classe 1898, j'aurai par conséquent accompli en novembre 1927 le temps de service militaire exigé par la loi de recrutement.

La Direction du service de santé de mon corps d'armée me demande si je désire être rayé ou non des cadres.

Je répondrai, pour le 25 juin, délai fixé, que je désire être rayé.

Il me semble que comme officier de réserve, je suis encore pendant 5 ans à la disposition du ministère.

1° Rayé des cadres, est-ce que je conserve toujours mon grade (3 galons), au cas où pendant ces 5 années le ministre me rappellerait ;

2° Il y a, à la fin de l'imprimé qui m'est envoyé un « nota » qui dit : « le maintien dans les cadres des officiers de réserve reste malgré la réponse faite en ce sens, subordonné à la décision du général de brigade ». Alors la loi n'est pour ainsi dire pas applicable aux officiers de réserve puisqu'il appartient au général de prononcer la radiation des cadres ou non.

Dr J.

Réponse.

Les officiers de réserve, une fois rayés des cadres, ne restent pas, comme les officiers de l'active retraités, à la disposition du ministre durant cinq années.

Le ministre se réserve d'accepter ou de refuser la radiation des cadres des officiers de réserve, lorsqu'ils ont accompli les années de service imposées par la loi aux hommes de troupe.

2314. — Droit de la veuve d'un tuberculeux de guerre.

1° La veuve d'un réformé de guerre pour tuberculose pulmonaire à 100 % a-t-elle droit à une pension ou à la pension des veuves de guerre ?

2° Quelles formalités doit-elle faire pour toucher cette pension ?

3° Le retard du supplément de pension que touchait son mari lui sera-t-il payé jusqu'au jour du décès ?

Dr M.

Réponse.

1° Cette veuve a droit à une pension, au taux ordinaire, et non au taux exceptionnel, qui est réservé aux tués à l'ennemi.

2° Une demande doit être adressée au sous-intendant militaire des Pensions, chargé d'établir les dossiers.

3° Les arrérages de la pension du décédé seront payés à la succession.

2175. — Recours de la veuve d'un tuberculeux de guerre dont la demande de pension a été rejetée.

Quelle est la marche à suivre pour une veuve dont le mari tuberculeux est mort en sept. 1925 et qui voit sa demande de pension rejetée par le ministre des Pensions. Elle a touché l'allocation provisoire de 1925 à 1927. Dr H.

Réponse.

Cette veuve doit, dans les six mois du jour où le rejet de sa pension lui a été notifié, introduire un pourvoi devant le Tribunal des Pensions, par lettre recommandée adressée au Greffe du Tribunal civil dont elle dépend.

Elle doit également demander l'assistance judiciaire au Président du Tribunal.

2351. — Passage du service armé dans le service de santé.

Mobilisé en janvier 1916, je suis sous-lieutenant d'artillerie depuis le 1er juillet 1917 et lieutenant depuis le 1er juillet 1919. Ayant commencé mes études de médecine après ma démobilisation en 1919, je viens de passer ma thèse de doctorat.

Dans quelles conditions est-il possible d'entrer dans le service de santé ? Dois-je faire une période d'instruction ? Est-il possible d'y passer avec mon grade et l'ancienneté que j'ai dans l'artillerie ? Sinon à quel grade et à quelle ancienneté ai-je droit ?

Dr X.

Réponse.

Faites votre demande de nomination au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve ; vous l'adresserez au directeur du service de santé de votre résidence actuelle, et vous lui donnerez toutes explications utiles.

Il n'y a pas d'équivalence entre les armes et les services ; vous ne pourrez donc passer avec votre grade actuel dans le service de santé. Cependant vos années de service militaire accomplies vous restent acquises, et vous serviront, pour la Légion d'honneur, par exemple.

Quarante-neuvième année — N° 35 — 28 Août 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2272-IV)

(Suite du Sommaire)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

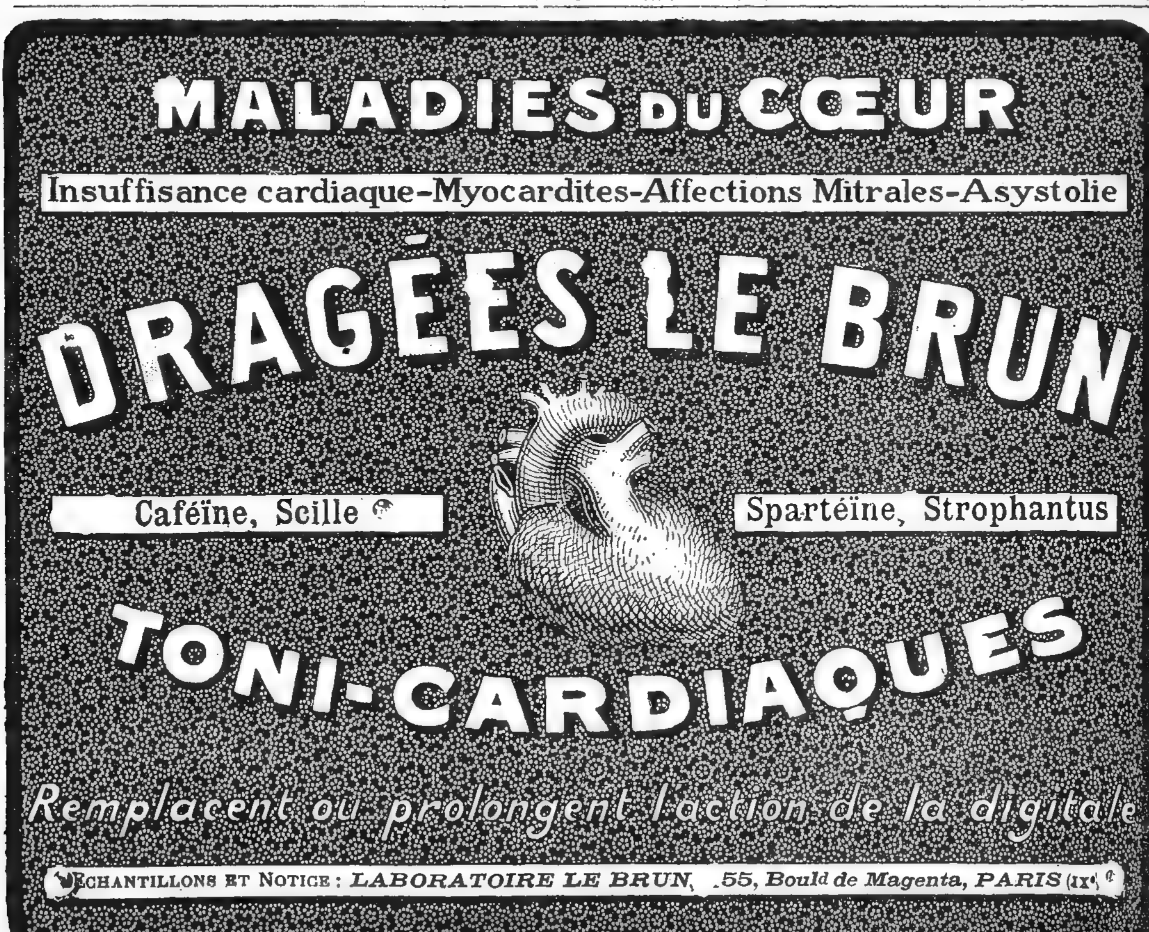
***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.



Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher. Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon, Rozet.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs DUFOUR, de Faumont ; ACHARD, d'Aïn-Temouchent ; DE VALMONT, de Nevers, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 483. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 484. — Côte-d'Azur, excell. client. en augment., 115.000 touchés en 1926, conviendr. à interne en chirurgie, très actif, parlant anglais. Maison confort. 11 p., loyer 4.000. Cession pressée.

No 485. — On demande d'occas. faut. roul. à maniv. permet. au malade l'allongement d'une jambe. Dr Bertrand, Lure (Haute-Saône).

No 486. — A vend. de conf. belle cond. int. 10 H. P. Peugeot, 3 pl. ét. neuf, cause double empl. Dr Jacot, Bayon (Meurthe-et-Mos.).

No 487. — Splend. chiots lévr. russes à retenir après sevrage, pédigrée remarquable. Dr Thiébaut, Castelnaudary (Aude).

No 488. — Centre. A vend. pour cause chang. de situat exc. poste médic. camp., seul médec., 60 à 70.000 de rapp. facile à augm. avec un peu de chir. ; conv. à méd. jeune et act. maison de 10 p., install. médic. hors de l'hab. eau, électr., 2 garages, dépend. import., jardin

et verger 1 hect., le tout poste médec. compr. 120.000. De tout repos au point de vue financ.

N° 489. — Excell. occas. : Hammerless, cal. 16, marq. Piéper, état de neuf garanti, portée remarq. 300 F. port en sus. Dr Audouin, Thouars (Deux-Sèvres).

N° 490. — Cèderais poste spécialités Y.N.G.O., à jeune confr. célib. en vue succession.

N° 491. — 200 kil. Paris, bon poste, seul médec. propharm., 5 km. rayon, pas de sage-fem. rapp. 84.000. Mais. jard. garage, téléph., loyer 1.500, à céd. 45.000 dont 30.000 compt.

N° 492. — Veuve de Dr dés. céd. très bon cabin. dans gr. ville du Maroc, avec install. radio compl., condit. très avantag. Dem. tous rens. à M. Raveau, 44, rue de Dunkerque, Paris, 10e.

N° 493. — 60 klms de Paris, chef lieu de canton. riche région agricole, poste peu poussé. Rapp. 48.000 frs. Loyer 1.300 frs, mais. de 10 p., communs, jard. et cour, garage, eau, gaz, élect. Indemnité 25.000 frs dont 20.000 frs cpt. S'adresser au Cabinet Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 494. — Aube. Cant. agréab. comm. faciles, mais. confort. avec jard. Poste de pro-pharmac., rapp. 140.000 frs. Indemn. 50.000 frs dont 25.000 frs cpt. Loyer 2.000 frs. S'adress. au Cabinet Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris (5e). Télép. Gobel. 36-46.

N° 495. — Côte d'Azur. Belle propriété, 180 ch. vastes dépend. A céder en vue d'installat. maison de santé. S'adresser au Cabinet Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Légion d'honneur.** — Dans la promotion du 19 août dernier du Ministère de l'Intérieur, nous avons relevé le nom de M. Georges ROUGÉ, président du Conseil d'administration de la Société des Eaux minérales de Châtel-Guyon.

Nous lui adressons nos bien sympathiques félicitations.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours de vacances de pratique obstétricale.* — Un cours de vacances de pratique obstétricale sera fait à la clinique

---

Tarnier par MM. Metzger, Vaudescal, agrégés, L. Fournier, Desoubry, Jacquet, Lantuéjoul et Mlle Labeaume, du 17 au 30 septembre. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales. Renseignements auprès de M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier, rue d'Assas. Droit : 150 fr.

— **Hôpital Broussais.** — *Cours de pratique cardiologique.* — Un cours de pratique cardiologique, sous la direction du Dr Ch. Laubry, aura lieu du 10 au 27 octobre, à l'hôpital Broussais, 96, rue Didot. Les inscriptions se feront à l'ouverture même du cours, le 16 octobre. Droit : 200 fr.

— **Congrès des pédiatres de langue française (Lausanne).** — Le Ve Congrès des pédiatres de langue française, qui l'an dernier avait dû être retardé en raison de la crise des changes, se tiendra à Lausanne les 29, 30 septembre et 1er octobre 1927, sous la présidence du professeur Taillens. Les congressistes venant de France pourront être dispensés du passeport, sur demande adressée au secrétaire général du Congrès, le Dr Exchaquet, 7, avenue Verveil, à Lausanne.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Dr Barbier, 5, rue de Monceau ou à M. le Dr J. Hallé, 100, rue du Bac, Paris.

— **Une chaire de clinique médico-sociale de la tuberculose.** — M. Léopold Bellan a soumis au Conseil général de la Seine une proposition tendant à créer, à la Faculté de médecine de Paris, une chaire de clinique médico-sociale de la tuberculose.

— **Hôpitaux de Paris.** *Prix de l'internat.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'internat (médecine) aura lieu le 16 janvier 1928.

— **Excursion des médecins français en Tchéco-Slovaquie.** — Une excursion médicale est organisée en Tchéco-Slovaquie du 20 au 29 septembre, au prix de 2.500 fr. par personne. Visite de Marienbad, Carlsbad, Prague, etc. Inscriptions à l'agence *Mon voyage*, 9, rue de la Michodière, Paris, 2e.

— **Médailles d'honneur de l'Assistance publique.** — Il est attribué, pour services rendus à l'Assistance publique, les récompenses ci-après :

Médaille d'or. — MM. les docteurs Barthe (de Bordeaux), Devraigne (de Paris), Gauchy (de Bapaume), Metton-Lepouzé (de Rouen), Millot (d'Antibes), Spineux (d'Amiens).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs de Bechon (de Brest), Belin (de Strasbourg), Fournié (de Coursan), Damaye (de la Roche-sur-Yon), Delmas-Marsalet (de Bordeaux), Mabille, Planès et Raynier (de Paris), Mercier (de Pierrefeu), Verdelet (de Bordeaux) Weiss (de Nancy).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Boyer (de Dun-sur-Auron), Hamel (de Maréville), Houdré-Boursin (Mme) (de Kerpape-en-Plœmeur), Julliand (de Chambéry), Liné (du Kremlin-Bicêtre), Nivet (de Châlon-sur-Saône).



A TRAVERS L'OFFICIEL

9 *août*

Médecins des Asiles d'aliénés.

Traitement des directeurs médecins et médecins chefs de service du cadre des asiles publics d'aliénés.

Décret du 6 *août* 1927.

Art. 1er. — Les classes et traitements des directeurs médecins et médecins chefs de service du cadre des asiles publics d'aliénés sont fixés ainsi qu'il suit :

9e classe	19.000 fr.
8e classe........	20.500 »
7e classe........	22.000 »
6e classe........	23.700 »
5e classe........	25.000 »
4e classe........	26.500 »
3e classe........	28.000 »
2e classe........	30.000 »
1re classe.......	32.000 »

Art. 2. — Il n'est apporté aucune modification à la répartition actuelle des médecins directeurs et médecins chefs de service entre les différentes classes et les nouveaux traitements seront alloués aux intéressés suivant leur classe respective. L'attribution de ces traitements ne sera pas considérée comme un avancement et chaque praticien conservera, dans sa classe, l'ancienneté acquise.

Art. 3. — L'attribution des traitements prévus par le présent décret est exclusive de l'indemnité de 12 p. 100 prévue par le décret du 12 janvier 1927.

Art. 4. — Ces nouveaux traitements auront effet du 3 août 1926.

Service de santé militaire.

Liste des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé en 1927 (section de médecine, troupes métropolitaines et troupes coloniales).

Service de santé colonial.

Instruction pour l'application du décret du 10 juillet 1927 instituant un régime de retraites pour les infirmières appelées à servir dans les établissements hospitaliers du service général aux colonies.

10 *août*

Soins aux accidentés du travail.

Est nommé membre de la première section (tous accidents du travail autres que les accidents agricoles) de la Commission du tarif (tarif Durafour-Fallières), M. Langevin, secrétaire général de la Compagnie des forges de la marine et d'Homécourt, en remplacement de M. Lampre, décédé.



11 *août*

Accidents du travail agricole.

Décret du 4 *août* 1927 *concernant l'adhésion des exploitants agricoles à la législation sur les accidents du travail.*

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 29 juillet 1923 est ainsi modifié :

« Les exploitants visés à l'article 4 de la loi du 15 décembre 1922, modifié par la loi du 30 avril 1926, qui auront contracté une assurance en vue d'adhérer à la législation sur les accidents du travail, pour eux ou pour ceux des membres de leur famille visés à l'article 1er, paragraphe 2, de la loi précitée et qu'ils auront désignés, devront faire une déclaration d'adhésion à la mairie du siège de leur principale exploitation, conformément au modèle I annexé au présent décret. Il leur en sera donné gratuitement récépissé conforme au modèle II annexé. Ils devront présenter en même temps le contrat d'assurance souscrit par eux sur lequel le maire mentionnera les date et heure de la réception de la déclaration d'adhésion, suivant formule indiquée au modèle III annexé.

« La législation sur les accidents du travail agricole deviendra, dès lors, applicable de plein droit dans les conditions de la déclaration d'adhésion, à l'exploitant ou aux membres de sa famille visés dans la déclaration et travaillant avec lui. »

Art. 2. — L'article 3 du décret du 29 juillet 1923 est ainsi modifié :

« Les polices d'assurances souscrites en vue de l'application de l'article 4 de la loi du 15 décembre 1922, modifié par la loi du 30 avril 1926, devront stipuler qu'elles ne prendront effet qu'à dater de la déclaration d'adhésion, telle qu'elle est définie à l'article 1er ci-dessus, et que toute résiliation émanant de l'assureur ne sera valable que si elle est notifiée par lettre recommandée à l'assuré et au maire et si elle laisse à l'assuré un délai d'un mois pour contracter une nouvelle assurance. »

Art. 3. — L'article 4 du même décret du 29 juillet 1923 est modifié ainsi qu'il suit :

« Un registre de déclarations d'adhésions, conforme au modèle V annexé, sera ouvert par les maires et communiqué sur place, sur leur demande, à l'exploitant, et aux membres de la famille. Il indiquera les assureurs successifs, la date à laquelle le contrat prend effet et celle de sa cessation. »

Art. 4. — Les modèles I, II et V visés aux articles 1er et 4 du décret du 29 juillet 1923 et annexés audit décret sont modifiés conformément aux modèles I, II et V annexés au présent décret.

Art 5. — Les ministres du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et de l'agriculture sont chargés de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin officiel* du gouvernement général de l'Algérie.

12 *août*

Enseignement de la médecine.

Réorganisation des études en vue du doctorat en médecine.

Premier décret du 6 *août* 1927.

Art. 1er. — L'article 2 du décret susvisé (10 *septembre* 1924) est modifié ainsi qu'il suit :

Les aspirants au doctorat en médecine prennent vingt inscriptions. Au moment de prendre la première inscription, ils doivent produire avec le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, ou le diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit ou le titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes).

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Deuxième décret du 6 *août* 1927.

Art. 1er. — L'article 8 du décret du 10 septembre 1924 est modifié ainsi qu'il suit :

Répartition des enseignements.

....

5e année : enseignement théorique et pratique.

....

Pharmacologie (cet enseignement peut aussi être donné au cours de la 4e année).

Art. 2. — L'article 17 du même décret est complété ainsi qu'il suit :

Examens.

....

5e année : pharmacologie (dans les facultés ou écoles où l'enseignement de la pharmacologie aura été donné en 4e année, les examens pratiques et oraux auront lieu la même année à la fin de l'enseignement).

Art. 3. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent.

13 *août*

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin-chef de service est vacant à l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord) (rétablissement d'emploi).

14 *août*

Service de santé de la Marine.

Liste des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine en 1927.

Voir la suite page XXXIX-2311

PROPOS DU JOUR

En attendant les assurances sociales.

Le Syndicat des vignerons des Côtes du Cher et les médecins de la région.

Les vignerons des Côtes du Cher ont le vin gai. Leur syndicat s'est réuni à Champcol pour la constitution d'une troisième distillerie coopérative dont 120 vignerons avaient souscrit toutes les parts. Après avoir discuté de l'intérêt qu'ils trouveraient à créer de nouvelles coopératives, l'une pour se passer d'intermédiaires dans la vente des peaux de lapins et en tirer un plus gros profit, l'autre pour s'occuper du ramassage et de la vente des fromages de chèvre qui, avec le vin, sont la « gloire » de la région, ces messieurs les viticulteurs, propriétaires syndiqués, très aisés, conscients et organisés, ont daigné s'occuper des médecins. Nous empruntons le passage qui a trait à la question médicale au numéro du 30 juillet 1927 du journal local *Le Courrier de la Sologne*, et nous éviterons d'en changer un mot tant ce compte rendu a de saveur :

« L'assemblée, à l'unanimité, s'est élevée contre les abus commis par les médecins qui exagèrent le prix de leurs interventions.

Les médecins syndiqués imposent à leurs clients un tarif excessif, cela sans respect pour l'article 419 du code pénal.

C'est un procédé peu français et anti-démocratique.

Il a été décidé de commencer par demander à l'amiable aux médecins de reviser leur tarif en recherchant, d'accord avec les vignerons, des tarifs cette fois équitables.

Les bases seraient les suivantes : prix de la consultation au domicile du médecin : 10 fr. pour une attente de moins d'un quart d'heure ; 5 fr. pour une attente plus longue. Pour les visites chez le client : 10 fr., plus les frais de route. Ces frais étant calculés sur les dépenses réelles et non sur le tarif commercial des garagistes qui payent patente de loueurs de voitures, doivent rétribuer un chauffeur et payer des frais généraux parmi lesquels l'impôt sur le chiffre d'affaires.

Le médecin devra conduire lui-même son auto. Sa voiture aura seulement deux places. Elle sera une voiture utilitaire et non une voiture de luxe.

Le médecin devra appliquer les derniers procédés et les inventions nouvelles quant au carburant. Il devra utiliser notamment les générateurs au charbon de bois qui abaissent le prix du kilomètre à quelques sous pour une voiture de moins de 10 C.V.

La cheminée sur le côté de la voiture, enlevant tout caractère de luxe, sera le critérium de la voiture utilitaire.

Lorsqu'il fera, dans un village, plusieurs visites dans la même course, il ne devra plus faire payer la course à chacun de ses clients, mais partager entre chacun d'eux les frais réellement effectués pour cette course unique.

Quant aux pharmaciens, il leur serait laissé une marge de 30 % sur les prix de gros. »

A ce compte rendu qui laisse entrevoir malgré une apparence à demi burlesque, les comptes que nous réservent les assurances sociales, nous opposerons les quelques considérations suivantes :

Nous ferons remarquer d'abord que dans les derniers documents, publiés sur le coût de la vie, il a été officiellement constaté que le vin était la seule denrée dont le prix ait sensiblement diminué, non à cause de l'abondance des stocks ou de toute autre raison d'ordre économique, mais parce que ses producteurs et vendeurs en ont porté le prix à un taux tellement excessif, que, automatiquement, les consommateurs ont cessé d'en boire. Ces derniers se sont habitués à consommer du cidre, de la bière, même de l'eau, et se sont aperçus que leur santé ne s'en portait pas plus mal et que leur bourse se vidait plus lentement. Il se pourrait fort bien que dans les grandes villes la baisse des vins s'accentuât encore du fait de la restriction de la consommation, car si le jus de la treille est une boisson agréable, on ne saurait le considérer comme un aliment de première nécessité. Avis à MM. les vignerons des Côtes du Cher !

Mais ne trouvez-vous pas, lecteurs, absolument cocasses, les plaintes des vignerons des Côtes du Cher contre l'élévation des tarifs médicaux, alors qu'ils écoulent leurs vins à un tarif exagéré, qu'ils se préoccupent d'augmenter leurs bénéfices sur les peaux de lapins et sur leurs fromages de

chèvre et qu'ils créent une troisième distillerie coopérative, dont le besoin ne se fait nullement sentir, pour exploiter à grand rendement le privilège des bouilleurs de crû, si dangereux pour la santé publique ? N'est-ce pas, là encore, un nouvel exemple de la légendaire histoire de la Paille et de la Poutre, selon l'Evangile de Saint Mathieu.

Nous avons eu la curiosité de connaître le tarif médical excessif de cette région. Or voilà celui qui est appliqué à Selles-sur-Cher : visite 15 fr. ; consultation 15 fr. ; visite en passant 20 fr. et indemnité kilométrique 1 fr. 50.

C'est là un tarif absolument normal surtout dans un pays de vignerons qui ne donnent pas précisément l'impression de la misère.

MM. les vignerons qui sont légitimement syndiqués pour défendre leurs intérêts, n'admettent pas que les médecins le soient et osent invoquer contre eux l'article 419 du Code pénal qui punit le délit de coalition. Ils devraient bien savoir, puisqu'ils sont syndiqués, que la loi de 1884 sur les syndicats professionnels ne permet pas en l'espèce l'application de cet article.

Nous ne saurions ajouter la plus petite importance aux récriminations des vignerons des Côtes du Cher contre les tarifs des médecins syndiqués ; la forme humoristique qu'ils leur ont donnée, montre bien, d'ailleurs, qu'ils sont, eux aussi, fort loin de prendre la chose au tragique. Néanmoins les plaisanteries les plus courtes sont les meilleures. Que diraient-ils, si les médecins de France, soucieux de la santé publique en général et de celle des vignerons en particulier, intensifiaient la lutte contre l'alcoolisme dont les méfaits paraissent vouloir s'étendre, réclamaient avec instance la suppression du privilège des bouilleurs de crû et préconisaient le monopole d'Etat de la distillation des alcools. Ils doivent bien savoir que les monopoles d'Etat sont chers aux partis avancés et qu'après les élections de 1928, alors que nos députés ne seraient plus tenaillés par la crainte de la non réélection imminente, le Parlement pourrait bien voter une mesure qui, en donnant à nos finances de plus gros bénéfices que le monopole des tabacs et celui des allumettes, permettrait de mettre un frein à la consommation de l'alcool, si dangereuse pour la santé publique et si funeste à l'avenir de notre race.

Adieu, alors, les multiples distilleries coopératives des vignerons syndiqués des Côtes du Cher et leurs petits profits !

J. Noir.

Doléances de médecins militaires.

Nous recevons d'un de nos confrères militaires en garnison dans une grande ville de province, chef-lieu d'un important corps d'armée, les doléances suivantes qui méritent d'attirer l'attention des chefs du service de santé :

« Vous savez, nous écrit notre confrère, qu'un règlement *exige* que les médecins militaires donnent leurs soins gratuits, non seulement aux officiers qui sont des militaires, mais à leur famille et que l'on étend cette obligation de soins gratuits à toutes les personnes qui vivent sous leur toit. Nous devons donc soigner gratuitement non seulement l'officier, sa femme et ses enfants, mais ses parents, grands-parents, beaux-parents, oncles, tantes, neveux, cousins, amis de passage chez eux et domestiques. Il m'est arrivé de donner ainsi mes soins gratuits à la belle-mère et à la cousine d'un officier qui avait un train de maison considérable, roulait en limousine, mais qui ne rougissait pas d'avoir recours aux soins gratuits du médecin-major pour ses parents éloignés et son personnel. Il n'y a pas de petites économies. Le médecin-major est considéré comme devant être à la merci de MM. les officiers, les sous-officiers et leur famille, qui, du reste, ne leur témoignent à l'occasion aucun sentiment de gratitude, tant ils trouvent naturel que le médecin-major en pareil cas remplisse un service commandé.

Cependant ces Messieurs n'ont pas droit aux médicaments et, dans la marine, les médecins de marine ne sont pas tenus de soigner gratuitement les familles des officiers. Ne trouvez-vous pas que cela constitue un abus ? »

C'est absolument notre avis. S'il paraît naturel qu'un officier, quel que soit son grade, ait droit pour lui-même aux soins médicaux gratuits, nous pensons que c'est un abus de lui permettre d'exiger gratuitement ces soins pour sa famille, et surtout pour des parents éloignés et pour les domestiques. Nous nous souvenons, alors que nous étions engagé conditionnel médecin, il y a quarante ans environ, avoir été appelé par ordre à donner des soins à la maîtresse d'un capitaine qui habitait sous son toit. Etant alors soldat de 2e classe, nous avons cru prudent d'obéir. N'empêche que nous avons considéré cette obligation comme un intolérable

abus. Nous nous apercevons que depuis 40 ans, ni les règlements, ni les mœurs, ni le manque d'égards aux médecins militaires ne se sont guère modifiés et c'est, à notre avis, très regrettable. Nous nous permettons d'attirer sur ces faits l'attention de M. le Directeur du Service de santé.

J.N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES DONNÉES RÉCENTES SUR LA COLIBACILLOSE DU NOURRISSON

Par Fr. SAINT GIRONS.

Chef de laboratoire de la Faculté à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Il nous semble préférable d'adopter le terme de « colibacillose » volontairement général et imprécis, de préférence à ceux de cysto-pyélonéphrite ou d'infection des voies urinaires, pour désigner les faits qui ont été très étudiés dans ces dernières années, chez le nourrisson, en France et à l'étranger. Cette question de terminologie n'est du reste pas dénuée d'importance car elle traduit la divergence des conceptions qui se rencontrent chez les différents auteurs. Depuis qu'Escherisch, en 1894, a étudié « la cystite du nourrisson », dûe au bacterium coli, les auteurs de langue allemande ont eu surtout en vue l'*infection des voies urinaires*, la cysto-pyélonéphrite, et ils en estiment la fréquence très grande ; P. E. Gorter, en reçoit chaque année une vingtaine de cas dans son service. Les auteurs français rencontrent moins souvent la colibacillose chez le nourrisson : 5.5 % (Armand-Delille), 2.2 % (Röhmer), 3.3 % (Lesné), et à côté des pyuries nettes, il faut, pour eux, faire une place importante aux faits où celle-ci est minime ou nulle, et où la colibacillose se traduit par une simple décharge microbienne, qu'il faut rechercher. En somme, la conception des auteurs étrangers est fondée sur l'anatomie pathologique, celle des auteurs français sur la bactériologie ; pour les uns, la lésion des voies urinaires est le phénomène essentiel, et il s'agit d'une affection locale ; pour les autres, la lésion des voies urinaires est contingente et ils regardent la colibacillose comme une maladie générale. Nous verrons que, du point de vue thérapeutique, ces discussions pathogéniques ne sont pas dénuées d'importance, mais auparavant nous exposerons brièvement les données cliniques sur l'affection.

Symptômes.

Un nourrisson présente une *pâleur spéciale*, il est amaigri, déshydraté, sa *température* est variable, tantôt se maintenant en plateau autour de 39°-40°, tantôt décrivant des oscillations irrégulières. Les *signes digestifs* sont constants, mais plus ou moins intenses et consistent en anorexie, vomissements, diarrhée et, plus rarement, constipation. C'est la recherche du *syndrome urinaire* qui décèle la cause de la fièvre, car l'examen des poumons, de la gorge, des oreilles ne révèle aucune anomalie ; il ne faut pas s'attendre du reste, à trouver des signes fonctionnels tels que pollakiurie, douleur à la miction : ils sont exceptionnels. Ce qui renseigne c'est l'examen même des urines ; celles-ci sont troubles ou franchement purulentes, laissant un dépôt abondant au fond du tube ; parfois elles ont un *aspect moiré*, qui n'est en général que transitoire. Leur réaction est acide ; le plus souvent elles sont riches en urates, parfois en phosphates ; l'albuminurie est constante, mais elle peut dépasser la teneur qui correspond à la pyurie. Mais la recherche la plus caractéristique c'est l'*examen microscopique* pratiqué entre lame et lamelle, sans centrifugation comme le conseille R. Bernheim, ou bien après centrifugation. Il révèle la présence de polynucléaires, altérés ou non, de cellules de l'arbre urinaire, et de colibacilles qui seront identifiés par la culture.

L'*évolution* de l'affection dure de 3 à 8 semaines. La température baisse, les signes digestifs, et particulièrement l'anorexie, s'atténuent, la pâleur disparaît progressivement, l'enfant reprend du poids et ses urines deviennent limpides et alcalines ; l'examen microscopique n'y révèle plus de bactérie, mais les polynucléaires peuvent persister un certain temps.

Formes cliniques.

Les formes cliniques de la colibacillose du nourrisson sont nombreuses.

Il est des *formes prolongées*, durant quatre mois et davantage, pouvant altérer l'état géné-

ral et prédisposer à une infection surajoutée, ou bien, plus rarement, déterminer des lésions rénales assez importantes pour amener la mort par urémie. On peut en rapprocher les *formes à rechutes*, qui ne sont pas rares et dans lesquelles les signes reparaissent après une période de guérison de plusieurs semaines.

Inversement, on peut voir des *formes légères*, guérissant en une ou deux semaines ; *des formes latentes* où, au cours d'une autre affection, ou bien chez un nourrisson en apparence normal, l'examen seul des urines indique la colibacillose.

Il est des formes tenant à la *prédominance d'un symptôme* qui peut être la fièvre, l'anémie, la cachexie, les troubles digestifs. Parmi ces formes une mention particulière devra être faite des *formes nerveuses*, qui ont été très étudiées récemment. Gorter, Velasco Blanco, Walter Carr, disent qu'ils n'ont pu distinguer d'une méningite certains cas accompagnés du signes de Kernig, de contracture, de prostration et somnolence (encore que le tableau méningé ne soit pas complet) que par l'examen du liquide céphalo-rachidien, qui est normal. Brokmann et Erlichowna ont relaté quatre observations qui mettent en valeur l'intensité des réactions cérébrales. Le premier enfant présentait une légère raideur, des mouvements automatiques des membres, de la prostration, des vomissements. Le second avait un état comateux avec tremblement incessant de la langue. Chez le troisième, existait de la parésie d'un bras. Le dernier présentait du tremblement, de la raideur, des accès de cyanose, et de la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Lœwenbourg a observé également l'association de convulsions et d'accès de cyanose.

Enfin j'ai observé avec mon maître P. Lereboullet une forme particulièrement déconcertante, qui fait l'objet d'un mémoire sous presse dans *Le Nourrisson*, et qui a été publié dans la thèse de notre élève J. Castellant (1). Un nourrisson de 31 mois, après une phase de fièvre accompagnée de diarrhée, présente de l'albuminurie sans cylindrurie, puis fait à plusieurs reprises des attaques de torpeur semi-comateuses, avec fièvre, sans augmentation du taux de l'urée sanguine ; à ces accidents succèdent des poussées fébriles très intenses accompagnées de coma, de stertor avec myosis, d'allure tellement dramatique que l'on a pu craindre à plusieurs reprises un dénouement fatal ; une période d'amblyopie leur succède, puis ce symptôme rétrocède complètement. A deux reprises le sondage urétral, pratiqué au déclin de la phase fébrile, a révélé du colibacille à l'état de pureté et quelques leucocytes alors que les urines ne contenaient, en dehors des crises, ni bactéries, ni cellules. La guérison a été la suite du traitement par les vaccins et le bactériophage. Nous avons proposé le terme de *forme comateuse intermittente* pour désigner ces accidents d'allure si spéciale et J. Castellant en a rapporté un cas qu'il a observé personnellement et dans lequel un nourrisson de huit mois a présenté, à la suite de diarrhée, une hyperthermie intense, entrecoupée de crise d'algidité pendant lesquelles l'enfant devenait d'une pâleur livide, avec apnée et perte de connaissance ; l'examen de l'urine recueillie aseptiquement y a décelé le colibacille, sans pyurie ni cylindrurie. Guérison rapide et complète.

(1) J. Castellant. — Contribution à l'étude de la colibacillose du nourrisson. La forme comateuse intermittente. (Thèse, Paris, 1927, Jouve.)

Pronostic.

Le pronostic de la colibacillose est en général bénin chez le nourrisson. L'affection guérit presque toujours de façon complète et définitive. Cependant, il peut arriver dans les formes graves que l'état général soit assez atteint pour qu'une surinfection terminale emporte le petit malade. Le pronostic est également assombri par la possibilité de rechutes ou de récidives, de passage à la chronicité et même de lésions intenses du rein déterminant un syndrome urémique.

Diagnostic.

Le polymorphisme de la colibacillose du nourrisson, l'absence presque constante de signes urinaires, expliquent la fréquence des erreurs de diagnostic commises : tant qu'on ne pense pas à examiner les urines, on pense à la tuberculose, à la méningite tuberculeuse, à la fièvre typhoïde, aux otites larvées, etc.

Mais *comment recueillir les urines chez le nourrisson* ?

R. Bernheim (Thèse de Paris, 1926) insiste avec juste raison sur la technique. « Chez la fillette il n'existe qu'un seul moyen : le sondage. Pour le pratiquer dans de bonnes conditions, il faut avoir un aide qui, placé à la tête de l'enfant, maintiendra d'une part les cuisses de celle-ci fléchies sur le bassin, et d'autre part écartera les grandes lèvres. L'opérateur pratiquera un nettoyage minutieux de la vulve au moyen de la seringue de Bonneau remplie d'une solution antiseptique (solution à 1 pour 1000 d'oxycyanure). Grâce à ce jet, on obtient non seulement une asepsie suffisante, mais aussi un déplissement de la muqueuse qui permet de voir l'orifice uréthral jusqu'alors invisible dans beaucoup de cas. L'introduction de la sonde métallique, préférable, à notre avis, à la sonde de caoutchouc sera chose facile. On abaisse alors le pavillon de la sonde et on recueille les urines dans un tube stérile ». Chez le garçon le sondage est

rendu difficile par les malformations du prépuce et de la verge. On se contentera après lavage d'introduire celle-ci dans un tube à essai stérile que l'on fixe à l'aide de deux bandes de taffetas adhésif à la région pubienne, d'une part, et au scrotum d'autre part ». On peut aussi recueillir les urines dans un vase flambé, quand l'enfant est bien dressé. Proscrire le procédé qui consiste à mettre sur la verge un tampon de coton hydrophile que l'on exprime une fois qu'il est imprégné.

Sur les urines ainsi recueillies on recherchera le pus et les bactéries par les techniques ordinaires. Mais il faut se rappeler que dans certains cas on ne trouve que du coli-bacille, à l'exclusion de tout leucocyte, et que, d'autre part, avant d'éliminer toute possibilité de colibacillose, il faut multiplier les prélèvements, et les pratiquer de préférence au déclin des accès fébriles.

Traitement.

Dans le traitement des colibacilloses, la conception pathogénique joue un rôle important. S'il s'agit d'une simple pyélocystite, d'une affection locale, il suffira, avec l'école allemande, de traiter les manifestations urinaires. Si l'on considère au contraire l'affection comme une maladie générale, il faudra user d'une thérapeutique plus complexe et l'on doit à ce propos rappeler l'importance étiologique des troubles intestinaux. Qu'ils soient aigus ou chroniques, qu'ils se manifestent par de la diarrhée, ou de la constipation, qu'ils soient primitifs en apparence, ou secondaires, ils existent presque constamment dans la période qui précède les accidents de colibacillose. De l'intestin, les germes passent dans la circulation générale (étape intermédiaire de Heitz-Boyer) et de là gagnent le rein, qu'ils peuvent traverser sans y déterminer de lésions (bacillurie pure) ou bien qu'ils peuvent endommager au passage d'où lésion allant jusqu'à la suppuration.

a) Traitement de l'infection intestinale.

Ce traitement ne devra jamais être négligé, même si les troubles intestinaux sont réduits au minimum. Les ferments lactiques, les divers absorbants et antiseptiques intestinaux seront administrés. On cherchera avec soin quel régime alimentaire est le mieux approprié, et on pourra être amené à remettre au sein des enfants élevés à l'allaitement artificiel ; il faut remarquer à ce propos que la colibacillose est beaucoup plus rare chez les enfants nourris au sein.

b) Médication antiseptique.

Il ne faut pas négliger les antiseptiques urinaires. L'urotropine sera donnée à la dose de 0.10 à 0.30 par jour, en trois prises ; le salol sera administré de la même façon ; il faut le redouter s'il existe des hématuries ; certains auteurs se sont bien trouvés d'alterner, chaque semaine, l'urotropine et le salol. Quel que soit le médicament adopté, il importe que le petit malade boive beaucoup.

c) Médication alcaline.

Le colibacille ne se développant bien qu'en milieu acide, il est logique d'alcaliniser les urines, en faisant prendre à l'enfant, toutes les deux heures, 0 gr. 10 de citrate de potassium.

d) Médication spécifique.

La *vaccinothérapie* constitue une médication souvent efficace.

On l'emploie surtout par voie sous-cutanée, en s'adressant de préférence à un auto-vaccin, et en ayant soin d'employer des doses faibles, soit de lysat (type vaccin coli soude de Mauté) soit de vaccin chauffé.

On a eu également des succès par voie buccale.

Enfin on a préconisé récemment la voie locale, c'est-à-dire les instillations vésicales de bouillon vaccin ou de *bactériophage*, ce dernier pouvant être également administré par la bouche, et ayant donné de bons résultats dans notre cas personnel.

e) Médication locale.

Certains auteurs ont préconisé les lavages de vessie et même du bassinet. Ce n'est là qu'une méthode d'exception, et la guérison survient en général sans qu'on y ait recours, par les techniques précédemment indiquées.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les péri-urétrites chroniques scléreuses.

M. J. P. TOURNEUX,

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

Vous n'ignorez pas que les lésions de l'urètre, et en particulier son rétrécissement peuvent voir survenir au cours de leur évolution un certain nombre de complications d'ordre mécanique ou d'ordre inflammatoire. Ces complications proviennent d'abord de la stase urinaire, qui peut, dans certains cas faire retentir ses effets jusqu'au niveau de la circulation rénale, et en second lieu de l'infection,qui, trouvant dans des organes ainsi congestionnés un terrain admirablement préparé, ne tarde pas à se développer et à produire de redoutables lésions, contre lesquelles les chirurgiens, consultés malheureusement presque toujours très tard, se trouvent parfois complètement désarmés.

Parmi ces complications, il en est quelques-unes, assez fréquentes, connues actuellement sous le nom de péri-urétrites, que vous avez déjà eu l'occasion d'observer un certain nombre de fois dans notre service, et dont j'ai pu vous entretenir à deux reprises successives . c'est sur elles que je veux de nouveau attirer votre attention aujourd'hui.

Il s'agit là d'accidents signalés et étudiés depuis bien longtemps, mais dont la pathogénie et le mécanisme avaient été entièrement méconnus, et dont la véritable signification n'a été révélée que de nos jours grâce aux recherches de Bazy, d'Albarran, de Clado, etc... Connues, il y a quelques années encore, sous les différents noms d'infiltration d'urine, d'abcès urineux et de tumeur urineuse, mots qui rappellent bien les vieilles conceptions pathogéniques, car on pensait alors qu'il y avait toujours dans ces cas une quantité plus ou moins abondante d'urine répandue dans les tissus, grâce à la production d'une légère fissure au niveau de la paroi urétrale, ces complications sont actuellement désignées du nom de péri-urétrites, mot général, permettant d'englober tous les accidents infectieux qui se manifestent autour de l'urètre.

On a en effet reconnu aujourd'hui, que, suivant la virulence microbienne, suivant l'intensité du processus réactionnel et suivant aussi la résistance du sujet, l'inflammation pouvait réaliser un de ces différents types, que nos anciens avaient si bien décrits et que d'après certaines conditions, les lésions produites pouvaient, présenter différents types, gangréneux, phlegmoneux ou encore scléreux. Ce sont là, me direz-vous, des modalités inflammatoires, qui, à première vue paraissent bien nettement séparées les unes des autres et n'avoir en quelque sorte aucun lien de commun ; vous pouvez toujours cependant, en les examinant attentivement, et en recherchant surtout leur pathogénie, la manière dont elles se sont constituées, reconnaître qu'il est un grand point qui permet de les rapprocher singulièrement les unes des autres, c'est l'analogie des conditions qui ont préexisté à leur développement.

Chaque fois en effet, que vous vous trouverez en présence de ces lésions de péri-urétrite, vous arriverez toujours à bien mettre en évidence les deux grands facteurs qui président de toute nécessité à leur apparition et que j'ai déjà eu l'occasion de vous signaler, ce sont la lésion urétrale et l'infection.

La lésion urétrale consistera, elle, la plupart du temps, en un rétrécissement, et il semblerait au premier abord que, pour favoriser de semblables complications, il soit nécessaire que l'obstacle opposé au cours de l'urine soit assez marqué pour avoir diminué dans de notables proportions la lumière de l'urètre. Il n'en est rien cependant la plupart du temps, et dans l'immense majorité des cas, l'exploration, que vous effectuerez avec la sonde à bout olivaire, vous montrera qu'il n'existe pas de sténose forte et serrée, mais que vous vous trouvez en présence de ce que l'on désigne du nom de rétrécissement large, c'est-à-dire admettant encore le passage de la bougie 24 de la filière Charrière.

Il faut savoir en outre que, si le rétrécissement constitue bien la lésion que l'on rencontre le plus fréquemment en clinique, il n'est pas le seul que l'on puisse voir, car une intervention septique, la présence d'un corps étranger, d'un calcul enclavé, l'existence d'une blennorrhagie, ou bien encore la simple sonde à demeure, en entraînant un certain degré de stagnation urinaire, sont autant de conditions suffisantes pour préparer un terrain propice au développement de l'infection.

Quant à ce qui concerne cette dernière, son apparition s'explique de la manière la plus aisée : la flore pathologique, qui existe normalement au niveau de tous les urètres, voit sa virulence décuplée par les phénomènes de rétention produits, et tel microbe vivant jusqu'alors à l'état latent, devient soudain des plus dangreux par les modifications réactionnelles qu'il provoque. Il importe d'ailleurs de tenir le plus grand compte du fait que les inflammations antérieures, les uré-

trites, ont presque toujours laissé au niveau des diverticules glandulaires de la région, glandes de Littre, glandes de Méry, glandes accessoires de Cowper, des foyers microbiens atténués, en plein sommeil, mais dont l'activité se réveille brusquement du fait de la congestion déterminée par la stase urinaire.

Les microbes qui produisent ces accidents appartiennent aux espèces les plus diverses ; les uns sont des pyogènes vulgaires, comme le coli-bacille, le streptocoque, le staphylocoque, mais les autres représentent des variétés plus redoutables : ce sont, en effet, des anaérobies, bacillus fragilis, subtilis, perfringens, fundibuliformis, etc., et vous reconnaîtrez aisément, que la présence de telle ou telle variété, soit isolée, soit en association microbienne, pourra imprimer à la marche des lésions une allure tout à fait différente, allant du petit abcès tendant à la résolution spontanée jusqu'au phlegmon gangréneux, si redoutable par ses complications toxinhémiques ou pyohémiques.

Aussi, si le mot de péri-urétrite arrive à nous rendre bien compte de l'ensemble des lésions qui peuvent se manifester autour de l'urètre, et doit à ce titre rester par suite dans notre nomenclature à l'exclusion des anciennes dénominations rappelant les erreurs pathogéniques de Voillemier, vous devrez cependant bien vous garder d'oublier que cette péri-urétrite n'affecte par toujours le même type, mais vous souvenir qu'elle présente au contraire différentes modalités, diverses formes cliniques, suivant l'allure infectieuse, suivant l'intensité et aussi la rapidité d'évolution des réactions inflammatoires.

C'est ainsi que vous rencontrerez des péri-urétrites chroniques de forme scléreuse ; et des péri-urétrites aiguës, qui se diviseront elles-mêmes en circonscrites ou phlegmoneuses et en diffuses ou gangréneuses, chacune de ces dénominations indiquant de la façon la plus nette et la plus précise la nature des lésions qu'elles représentent.

Vous avez déjà pu observer à différentes reprises dans notre service des péri-urétrites aiguës évoluant soit sous la forme phlegmoneuse, soit sous la forme gangréneuse, et je n'ai pas manqué chaque fois de vous en entretenir : jusqu'ici, nous n'avions pas eu l'occasion de rencontrer de malade atteint de péri-urétrite scléreuse chronique, mais comme nous avons actuellement la bonne fortune d'en posséder un fort beau cas dans notre salle Saint-Pierre, je tiens à vous en rapporter l'observation, tout à fait typique, bien démonstrative et qui ne pourra laisser aucune espèce de doute dans votre esprit.

Messieurs, il y a un mois environ, on nous envoyait d'un service de médecine, le malade qui occupe encore *actuellement le n° 10 de notre* salle St-Pierre ; il s'agissait d'un homme d'une trentaine d'années, entré à l'Hôtel-Dieu pour congestion pulmonaire, lésions sur laquelle je ne crois nullement devoir insister ici, et qui, en outre d'urines troubles et de mauvaise odeur, présentait au niveau du périnée une grosseur, profonde, dure et indolore, qui aurait insidieusement débuté, il y a environ cinq à six mois.

L'origine de ces derniers accidents est assez ancienne, notre sujet accuse en effet 3 blennorrhagies survenues une dizaine d'années auparavant, plus ou moins convenablement traitées, mais sans complications immédiates, car il n'y a guère qu'un an qu'il a commencé à éprouver un peu de gêne du côté de la miction. Depuis près de six mois, les troubles fonctionnels se sont plus accusés, consistant en besoins fréquents et impérieux, surtout la nuit, en difficultés dans l'émission, en efforts pénibles et en jet de plus en plus fin, en même temps que l'urine, jusqu'alors claire, est devenue louche, laissant un dépôt blanchâtre au fond du vase et prenant bientôt une odeur ammoniacale.

Enfin dans ces derniers temps, se sont ajoutés à ces différents symptômes une constipation assez opiniâtre, des douleurs hypogastriques, ainsi que des accès de fièvre vespéraux ; quant à la tumeur périnéale, elle s'est développée si lentement, si insidieusement, et elle est si bien tolérée, que le malade la signala à peine, lorsqu'à la suite d'un refroidissement ayant entraîné la production d'un certain nombre de symptômes pulmonaires, il fut forcé de se faire hospitaliser.

Pourtant, malgré l'importance des phénomènes congestifs qu'il présentait à ce moment, l'existence des troubles viscéraux ne pouvait pas passer inaperçue, même dans un service de médecine, et leur valeur se manifesta surtout lorsque, l'état pulmonaire s'étant sensiblement amélioré, on voulut les combattre par des lavages antiseptiques.

Voici quel était, à ce moment, l'état de l'appareil urinaire de notre sujet . les sondes molles ou rigides passaient assez facilement dans le canal jusqu'à la vessie, mais elles donnaient, vers le milieu de l'urètre pénien, une sensation de frottements contre des parois dures, calleuses, irrégulières. En arrière de ce point, au niveau des bourses, la palpation à travers les téguments faisait reconnaître au-dessous du canal que parcourait la sonde, l'existence d'une tumeur médiane du volume et de la forme d'une grosse noix, de consistance extrêmement dure, ne provoquant aucune douleur spontanée et restant insensible aux pressions les plus énergiques. La tumeur était nettement indépendante de la peau, des testicules, des éléments du cordon, et aussi de la prostate, comme le démontrait le toucher rectal : elle paraissait siéger dans la cloison des bourses, et adhérer par un assez large pédicule

aux tissus profonds, ainsi qu'aux parois de l'urètre.

Des lavages de la vessie à l'eau boriquée d'abord, puis plus tard avec une solution très étendue de nitrate d'argent, furent prescrits et produisirent de très bons effets du côté de la vessie, car le ténesme se calma, les urines devinrent plus claires, perdirent leur mauvaise odeur, et les accès de fièvre eurent bientôt cessé. Par contre, du côté de l'urètre et du périnée, de nouveaux phénomènes ne tardèrent pas à se produire : le cathétérisme devint plus difficile, douloureux même, amenant parfois quelques gouttes de sang ; la tumeur périnéale augmenta quelque peu de volume, son insensibilité fit place à une pesanteur douloureuse, et peu à peu, ses limites perdirent un peu de leur netteté par suite de l'œdème qui infiltra les tissus voisins ainsi que le scrotum.

Etant données ces conditions nouvelles, le malade ne tarda pas à nous être adressé : il présentait à ce moment un œdème inflammatoire des bourses et du périnée, assez mou, au travers duquel on sentait profondément une tumeur très dure du volume d'une pomme, à limites assez précises, tout à fait immobile. Quant à l'exploration de l'urètre, elle montrait vers le fond de la région pénienne, en avant de la région membraneuse et du cul-de-sac du bulbe, l'existence d'un point rétréci, que la boule olivaire n° 16 franchissait aisément à l'aller, mais qu'elle accrochait au retour. C'est en arrière de ce point que s'était développée la tumeur périnéale.

Ces caractères, rapprochés des renseignements qui m'avaient été fournis sur l'histoire de la maladie, me permirent de porter le diagnostic de péri-urétrite chronique scléreuse enflammée secondairement, et, étant donnés les résultats de mon examen, je puis aisément vous donner une explication rationnelle des lésions observées chez notre malade qui vous permettra de comprendre la marche du processus morbide.

Il s'agit évidemment, dans le cas actuel, d'un ancien blennorrhagien, qui a conservé longtemps après son urétrite un rétrécissement, large sans doute et très souple, mais suffisant pour provoquer de sérieuses complications : dans l'espèce, les accidents ont été de deux ordres, rétention d'urine suivie d'infection et tumeur péri-urétrale.

Les premiers sont communs et par cela même beaucoup moins intéressants ; rétention infectieuse et fièvre urineuse sont en effet choses banales dont la pathogénie est bien connue. La formation derrière un rétrécissement large d'une tumeur péri-urétrale mérite au contraire de nous arrêter plus longtemps : cette lésion, sorte d'abcès chronique sans pus, est produite par une infection extrêmement lente, limitée et atténuée, venant de l'urètre. Elle est constituée par une inflammation hypertrophique du tissu conjonctif péri-urétral, et même de tous les tissus du périnée, aboutissant à la formation d'une masse scléreuse, immobile, et souvent si dure qu'on a pu la confondre avec des néoplasmes, avec des chondromes, et même, comme le dit Tillaux, avec des exostoses du pubis.

On a pensé pendant longtemps, ainsi que je vous le disais en commençant, que toutes les inflammations péri-urétrales étaient d'origine mécanique, et dues à la rupture, ou tout au moins à la fissure des parois du canal derrière un rétrécissement sous l'influence de la poussée de l'urine arrêtée au passage. Par la rupture ainsi produite, l'urine passait directement dans les tissus pour les enflammer ; pourtant, on ne pouvait guère expliquer de la sorte les abcès survenant derrière un rétrécissement large, ni ceux dans lesquels on ne trouvait pas de communication entre l'abcès et le canal.

Aussi, fut-on bien obligé d'admettre, qu'en pareil cas, l'inflammation était due, non pas à l'action directe de l'urine sur les tissus, mais aux agents microbiens apportés par cette urine lorsqu'elle est septique, ou plus souvent encore à ceux que l'urètre contient d'une façon habituelle chez d'anciens blennorrhagiques rétrécis. Il suffit d'un facile obstacle augmentant légèrement la tension dans le canal, ou permettant la stagnation de quelques gouttes d'urine pour rendre pathogènes des microbes latents et déterminer l'inflammation des parois urétrales. De là, cette inflammation peut, sans la moindre rupture, gagner les tissus voisins, et arriver ainsi à produire, suivant la nature et la virulence des microbes, soit de vrais abcès contenant du pus, soit, comme chez notre malade, une simple masse indurée et indolore, qui représente le type de l'infection la plus atténuée.

Dans la suite, la lésion, qui s'est ainsi constituée, est toujours nécessairement influencée dans sa marche par l'état des voies urinaires et surtout par celui de l'urètre. Aussi longtemps que le canal demeure à peu près libre, l'inflammation ne tend pas à augmenter, et peut même, dans certains cas, se mettre à rétrograder ; mais si au contraire, le rétrécissement se met à s'accuser davantage, ou si, pour une cause ou pour une autre, il se produit une nouvelle cause d'irritation locale, la tumeur en subit forcément le contre-coup, on voit alors une poussée nouvelle se déclarer, et le processus, jusqu'alors essentiellement chronique, peut arriver à acquérir une modalité plus ou moins aiguë.

C'est bien là ce qui s'est manifesté chez notre malade, et ce fait constitue à lui seul un des points les plus intéressants de son histoire clinique. A l'occasion du passage répété de sondes dans l'urètre, dans le but d'ailleurs parfaitement indiqué de tenter de désinfecter la cavité vésicale, les parois du canal ont été irritées, et aussi

traumatisées, puisqu'elles ont saigné à différentes reprises : dès lors, la tumeur périnéale, qui, depuis près de six mois était restée petite et tolérée de façon parfaite, est devenue de plus en plus volumineuse et sensible, pendant que l'inflammation s'étendait aux parties voisines, envahissant le scrotum et ses alentours.

De cet exemple clinique, absolument démonstratif découle un enseignement d'ordre pratique, des plus importants, sur lequel je crois devoir insister d'une manière toute particulière, à savoir qu'en face d'une complication péri-urétrale quelconque, qu'il s'agisse d'un abcès aigu ou chronique, il ne faut jamais se hasarder à toucher au canal avant d'avoir traité chirurgicalement la lésion du périnée.

Vous savez qu'actuellement, ce traitement chirurgical des péri-urétrites est parfaitement établi, les formes aiguës doivent être simplement incisées et débridées ; quant aux formes chroniques, l'incision médiane doit toujours être suivie de l'excision bilatérale des portions indurées.

En ce qui concerne notre malade, bien que son cas tient à la fois des deux modalités, aiguë et chronique, et bien qu'il existât une certain degré d'œdème de la peau et du tissu cellulaire souscutané, je me suis décidé, ainsi que vous vous le rappelez certainement, à pratiquer l'excision primitive. Certes, quelques auteurs rapportent bien des observations où après la seule incision, ils ont pu constater la disparition de l'infiltration périnéale ainsi que le ramollissement des parties indurées, mais, bien que l'on admette que les poussées inflammatoires puissent produire dans les tissus les plus scléreux des modifications assez profondes pour leur permettre de se réparer complètement, je suis persuadé que la diminution de volume et de consistance de la tumeur péri-urétrale eût été toujours assez longue à se produire, et que notre malade n'eût certainement pas été guéri avant plusieurs mois.

J'étais en droit d'espérer des resultats plus rapides, aussi, sans perdre de temps, dès le lendemain, de son entrée à la salle St-Pierre, sous anesthésie générale, le sujet était mis dans la position de la taille, les bourses bien relevées, et le canal de l'urètre bien repéré par un béniqué, j'ai pratiqué une incision verticale, longue de dix centimètres environ, intéressant le périnée et la cloison. Les premières couches œdémateuses se laissèrent assez aisément traverser, mais bientôt, dans la profondeur, les tissus indurés et ligneux résistèrent et crièrent sous le tranchant de mon bistouri. J'atteignis ainsi, en arrivant assez près de l'urètre, le centre de la tumeur où se trouvait un noyau ramolli du volume d'une noisette, formé d'une bouillie brunâtre, mais non réellement purulente. Quant au canal lui-même, dont le béniqué m'indiquait le siège exact, il ne présentait aucune fissure, aucune communication avec le foyer, ce qui vient bien à l'appui de la doctrine pathogénique que je vous exposais il n'y a qu'un instant.

Puis, après avoir mis un doigt dans la cavité qui existait au centre de la masse scléreuse, et m'être bien rendu compte de l'épaisseur des parois, de leur étendue, ainsi que de leurs connexions, je pratiquai successivement la résection de chacune des moitiés de la tumeur, dont le clivage s'effectua assez aisément et même beaucoup plus facilement que je n'osais l'espérer. Ceci effectué, après quelques ligatures perdues, la plaie fut bourrée de gaze stérile, et je me gardai bien de toucher en ce moment au canal ; j'ajouterai que dans l'espèce, l'urétrotomie interne était d'autant moins indiquée que le rétrécissement était large, puisqu'il admettait un béniqué nº 26.

Ce n'est que dix jours plus tard que ce petit complément opératoire fut réalisé dans des conditions de simplicité parfaite, et quelques jours après, on commença les séances de dilatation, qui peuvent être poussées assez rapidement pour arriver bientôt au nº 50.

Du côté de l'incision périnéale tout s'est passé pour le mieux : le pansement renouvelé tous les 3 ou 4 jours, n'a jamais été souillé de la moindre goutte d'urine, ce qui démontra une fois de plus l'absence de toute communication primitive ou secondaire. Les tissus n'ont pas tardé à bourgeonner, repoussant peu à peu les mèches de gaze, et actuellement notre opéré peut être considéré comme presque guéri, puisqu'il n'existe plus qu'une plaie de quelques millimètres de profondeur.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La médication analgésiante. Un nouveau médicament de la douleur.

Anesthésique, analgésique, analgésiant, le Dr H. VILLETARD DE LAGUERIE, donne la définition exacte de ces trois termes souvent utilisés d'une façon impropre l'un pour l'autre. Analgésiant, le médicament qui diminue ou atténue la douleur d'une façon générale, tout en conservant la sensibilité et la conscience. La morphine est le type des analgésiants, lorsqu'elle est utilisée à dose moyenne, mais son usage continu est trop chargé de méfaits pour que n'apparaisse aussitôt tout l'intérêt d'un médicament susceptible de la remplacer dans les cas où il convient d'opposer à la douleur une médication de quelque durée.

La cibalgine, autre médicament analgésiant, a sur elle de grands avantages, quand ce ne serait que celui de ne point déterminer ce dangereux état de besoin, si vite obsédant et impérieux chez certains prédisposés à la morphinomanie. La cibalgine se prescrit par voie buccale et par voie hypodermique : sous ces deux modes d'administration elle calme remarquablement les malades et sa tolérance est parfaite. Les doses varient entre 3 et 4 comprimés par 24 heures et 1 ou 2 ampoules, ce qui permet d'obtenir des effets gradués, depuis les céphalées banales gênantes pour l'accomplissement de la tâche quotidienne, jusqu'à la sédation des affections vraiment douloureuses. Des résultats particulièrement brillants ont été obtenus dans les crises d'asthme et les hémoptysies des cavitaires. C'est alors l'injection qui est indiquée ; indolore elle ne donne lieu à aucune réaction locale ou générale.

(*Gazette des hôpitaux*, 15 juin 1927.)

La vaccination contre la scarlatine.

A ce propos, Chr. ZOELLER expose quelques considérations sur l'immunité antitoxique. On pense aujourd'hui que la scarlatine serait une toxi-infection due au streptocoque ; celui-ci, localisé dans le pharynx, sécréterait une toxine qui, diffusant dans l'organisme, produirait la plupart des symptômes morbides. L'emploi de la réaction de Dick, intra-dermo-réaction pratiquée au moyen d'une toxine streptococcique diluée, apporte à cette théorie des arguments de probabilité. Cette réaction constitue un moyen de contrôle et permet de désigner les sujets réceptifs à vacciner.

Park a injecté des doses progressives de toxine diluée, et il a fixé à 5, le nombre des doses progressives à injecter, à quinze jours d'intervalle ; l'immunité produite est meilleure et l'on peut en juger par la rareté des réactions observées lors de la troisième injection. Ces faits sont intéressants parce qu'ils viennent corroborer la notion de réactivité acquise sur laquelle a déjà insisté l'auteur à propos de la vaccination antitétanique. Une première injection d'antigène produit chez le sujet vacciné l'apparition d'une faible dose d'antitoxine, souvent à peine appréciable, et surtout elle installe une réactivité acquise que vient ultérieurement stimuler et développer une seconde injection. La réactivité acquise ne s'installe pas tout d'un coup ; elle subit une maturation progressive et l'effet de la seconde injection n'est pleinement efficace que si elle est opportune.

Le rythme des injections vaccinales n'est pas sans intérêt ; ainsi pour le tétanos, une même dose d'anatoxine donne des résultats différents selon qu'elle est injectée à 8, à 15 jours, à trois semaines ou à un mois de l'injection première ; dans le dernier cas, elle crée une immunité humorale appréciable ; dans le premier cas, elle ne la crée pas, bien qu'employée aux mêmes doses.

L'infection occulte, dans la diphtérie comme dans la scarlatine, peut aider à la vaccination ; un sujet préparé par une vaccination occulte se vaccine plus rapidement qu'un sujet neuf. Dans ce cas c'est un contact microbien, passé inaperçu, qui a installé une réactivité acquise, jouant ainsi le rôle d'une première injection.

On cherche actuellement à préparer une anatoxine antistreptococcique.

Ces tentatives de vaccination nous offrent une nouvelle voie dans la prophylaxie des streptococcies. La vaccination systématique contre la scarlatine n'est pas justifiée dans nos pays, car la scarlatine n'est ni assez souvent grave, ni assez fréquente. La vaccination d'urgence dans l'entourage d'un premier cas pourra se trouver indiquée s'il devient possible de conférer en une huitaine de jours et sans réaction appréciable une immunité active suffisante et durable. (*La Presse médicale*, 1er décembre 1926.)

Le borate de soude en thérapeutique interne.

Il résulte d'une étude de MM. LOEPER, GARCIN et TONNET que le borate de soude, à la dose de 2 à 3 grammes *per os*, et de 0 gr. 45 à 1 gr. 30 par voie veineuse peut être utilisé dans des affections très diverses.

Son action apparaît surtout efficace sur la nutrition, sur le métabolisme des sucres, des protéides, des graisses, sur la diurèse.

Il agit avec élection sur le foie et vraisemblablement aussi sur le corps thyroïde. Il peut rendre service dans la goutte, les algies, les spasmes, le diabète et le goitre exophtalmique.

La voie veineuse permet de mesurer son action physiologique sur la tension, la rapidité du pouls, la coagulation du sang, le coefficient azoturique, la glycémie, l'oxalémie et la cholestérinémie.

La voie veineuse donne des résultats plus immédiats et plus frappants, mais la voie digestive procure des effets plus durables .(*Le Progrès médical*, 4 décembre 1926.)

Les syndromes hypophysaires.

Le Dr A. Le Grand fait une mise au point de la question, et il dresse notamment un tableau des principaux symptômes susceptibles de faire faire le diagnostic d'une lésion de l'hypophyse.

S'il y a des signes de tumeur cérébrale, sans indices de localisation, ce sont les symptômes habituels de l'hypertension intra-cranienne . céphalée, vomissements en fusée avec vertige ; s'il y a des signes de localisation, ceux-ci sont liés à l'augmentation volumétrique de l'hypophyse, et ils se surajoutent aux précédents troubles, oculaires, olfactifs, de la régulation thermique, de l'intelligence, du sommeil, des voies urinaires.

Parfois aucun signe de tumeur n'est décelable et un symptôme hypophysaire vient seul attirer l'attention. C'est, par ordre de fréquence : le diabète insipide, l'hypersomnie, les troubles régulateurs thermiques, le diabète sucré, les troubles psychiques ; on a recours alors aux tests biologiques, dont la valeur et la spécificité sont d'ailleurs fortement contestés (recherche de la limite de tolérance aux hydrocarbonés, très élevée ou inférieure à la normale ; épreuve de Claude : en cas de lésion hypophysaire, une injection derétropituitrine n'est pas suivie de baisse de la tension artérielle, tandis qu'une injection d'adrénaline entraîne une chute de pression exagérée).

Enfin certaines atteintes massives de la région hypophyso-tubérienne donnent naissance à de véritables syndromes : dystrophies osseuses avec acromégalie, gigantisme, infantilisme ; syndrome adiposo-génital ou syndrome de Babinski-Frölich.

Au point de vue thérapeutique, à côté de l'intervention chirurgicale, qui, entre les mains de chirurgiens spécialisés, a donné des résultats remarquables, il faut faire une très large part à la radiothérapie profonde ; il faut employer de grosses doses pouvant atteindre et dépasser 1000 R pour une séance de 45 à 60 minutes, pendant 10, 15 séances et parfois davantage ; ceci implique forcément l'emploi de « portes d'entrée » nombreuses, frontales et temporales.

Enfin, il est des cas où des résultats intéressants ont été enregistrés après l'emploi longtemps poursuivi d'injections d'extraits hypophysaires.

Il faut aussi savoir que, dans les cas où ne se manifeste aucun signe de tumeur, les symptômes cliniques observés peuvent tenir :

Soit à l'existence de foyers inflammatoires au niveau des centres tubériens (et c'est ainsi qu'on peut, semble-t-il, interpréter les « symptômes hypophysaires » qui font souvent partie des syndromes post encéphalitiques ;

Soit à l'existence d'une méningite basilaire chronique, le plus souvent de nature spécifique . On conçoit l'intérêt que présente cette notion, puisque dans de tels cas il peut suffire d'un traitement antisyphilitique judicieusement institué pour voir regresser les symptômes morbides et améliorer singulièrement un pronostic que l'on aurait pu croire fort sombre. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 26 décembre 1926.)

La maladie gonococcique, affection générale ; sa pathologie.

Infection d'abord aiguë des voies génito-urinaires de l'homme ou de la femme, la blennorragie reconnaît pour premier agent pathogène le gonocoque de Neisser, et pour origine une contamination le plus souvent vénérienne. Du 20e au 30e jour de l'urétrite, il s'associe à des microbes multiples et variés, et le Pr Jausion estime qu'à de très faibles exceptions près, cette flore associée, responsable de la majorité des accidents de l'urétrite chronique, n'apparaît qu'après les traitements locaux. Il semble que, sollicités par les traumatismes répétés d'une muqueuse fragile et qui se régénère mal, les germes de la flore autochtone, normalement présents chez l'homme sain, ne tardent pas à pulluler et à prendre le dessus sur le diplocoque qu'aucune pratique listérienne ne peut par contre déloger de façon absolue.

D'un rapide aperçu clinique et pathologique paraissent découler deux conclusions qui seront les principes directeurs de toute thérapeutique :

1° La gonococcie est une maladie générale affectant, bien plus que l'urètre, la totalité de l'économie ;

2° Elle est en outre une maladie difficilement guérissable. Les rechutes sont souvent malaisées à discerner des réinoculations. Dans tous les cas, les atteintes successives ne semblent guère témoigner d'une immunité durable. Bien mieux, chaque nouvel épisode se montre plus prolongé ou plus sérieux que le précédent, comme si l'organisme était sensibilisé par les manifestations antérieures.

Voici des preuves de ce que la gonococcie est une maladie générale.

Il existe, en effet, pour elle, des facteurs généraux d'aggravation : les maladies longues et anergisantes, la tuberculose, la syphilis, la grippe, prolongent indéfiniment le tarissement d'un blennorrhagien non compliqué ; l'incubation d'un chancre syphilitique aggrave sensiblement la chaudepisse qui subit, lorsqu'apparaît l'exulcération, un regain marqué. Lors d'une vaccination jennérienne, on voit l'apparition des pustules coïncider, chez les blennorrhagiens, avec un retour sensible de l'infection gonococcique. Un blennorrhagien ne peut guérir tant que persiste une déchéance de l'état général par infection surajoutée.

D'autre part, en ce qui concerne les facteurs de guérison, toute poussée fébrile aiguë rapide, suivie de brusque défervescence, peut modifier le cours d'une blennorrhagie ; les vaccinés jennériens sont tous améliorés à l'issue de leur réactivation ; il en est de même pour les paludéens à accès. Une complication neissérienne (épididymite ou arthrite) tarit momentanément le flux urétral.

Tout vaccin, même dénué de spécificité, provoque après injection une amélioration proportionnelle à l'hyperthermie qu'il cause ; il en est ainsi de la lactoprotéinothérapie et l'on peut parler de « choc curateur », se rappeler le rôle de la « fièvre utile » de Bouchard.

Plus curieux, plus inexpliqué encore, est le rapport qui lie la pigmentation naturelle ou provoquée à la guérison des blennorrhagiens : les races pigmentées connaissent une blennorrhagie d'autant plus bénigne et courte que leur peau est riche en pigment ; chez les blancs, les bruns contractent moins aisément et perdent plus facilement la gonococcie. De deux blonds, celui qui guérit le plus vite est celui qui se pigmente le plus vite au soleil. Les traitements intra-hospitaliers à la lumière restreinte sont en général plus longs que les cures ambulatoires. Les délais de guérison sont plus courts au printemps et en été que l'hiver. Il y aurait donc presque un « actino-pronostic » de la blennorrhagie. D'ailleurs, il est avéré, depuis longtemps, que les albinos se montrent moins résistants aux infections, à la tuberculose en particulier.

L'auteur ne fait que mentionner l'action curative de l'adrénaline à hautes doses.

Toutes ces considérations nous ouvrent quelques aperçus nouveaux en matière de thérapeutique. (*La Presse médicale*, 20 novembre 1926.)

Paralysies diphtériques.

Les paralysies diphtériques sont encore fréquentes, dit Louis Ramond, et c'est, malgré la sérothérapie, la complication la plus observée de la diphtérie, survenant en pleine convalescence, alors que l'angine est déjà complètement guérie depuis longtemps.

Et ces paralysies, une fois reconnues, permettent souvent de faire rétrospectivement le diagnostic exact de diphtérie, alors que la localisation initiale de la maladie n'avait pas été reconnue comme de nature diphtérique, à cause de son peu d'importance.

L'auteur rapporte une observation typique, qui résume les caractères principaux de ces cas : diphtérie tardivement et insuffisamment traitée par la sérothérapie ; localisation de la paralysie d'abord au voile du palais, puis aux yeux ; son extension secondaire aux membres avec prédominance aux membres inférieurs ; sa curabilité complète sans séquelles. Enfin, il s'agit le plus souvent de malades adultes et de bacilles longs ou moyens.

Le diagnostic en est très facile, quand les antécédents de diphtérie sont connus ; il est très difficile quand la diphtérie, qui a été fruste, a été méconnue ou oubliée ; en ce dernier cas, on se basera sur les commémoratifs cliniques (angine, épidémicité, contagion), ou sur les recherches de laboratoire : bacilles dans le pharynx, albuminocytologie du liquide céphalorachidien ; cependant, ni l'intradermoréaction de Schick, ni l'anatoxiréaction de Zoeller ne peuvent nous renseigner, car elles sont susceptibles d'être positives ou négatives au cours d'accidents paralytiques dus au bacille de Klebs-Löffler. Enfin, suivant la localisation, on devra faire le diagnostic différentiel avec les différentes paralysies du voile du palais, la poliomyélite antérieure aiguë, la chorée molle, les diverses espèces de polynévrites, etc.

Quant au pronostic, les paralysies précoces sont graves ; l'infection a été sérieuse et insuffisamment traitée ; la mort peut survenir par syndrome secondaire à la diphtérie maligne de Marfan. Au contraire, les paralysies tardives, qu'elles soient limitées ou généralisées, guérissent généralement complètement, mais souvent lentement, et sans séquelles. La durée des formes localisées est d'une quinzaine de jours ; celle des formes généralisées de 3 à 4 mois.

On fera du sérum : 1° au cours de toutes les paralysies précoces, car, vu la gravité du danger, on peut priver le malade de ce bénéfice, si hypothétique soit-il ;

2° Au cours des paralysies tardives, si le sérum a été reçu en trop petites quantités, si la réaction de Schick est positive, si le sujet est encore porteur de germes, si la paralysie est grave et généralisée.

Il faut également vacciner à l'aide d'un mélange hyperneutralisé de toxine (1 cc.) et d'antitoxine diphtérique (22 cc.). L'anatoxine de Ramon n'a semblé donner aucun résultat.

Donner aussi le sulfate de strychnine et en injec-

tions sous-cutanées, 1 à 3 et même 5 milligr. par jour chez l'adulte ; l'extrait surrénal ou l'adrénaline ; l'huile camphrée ou la digitaline. Faire le traitement électrique, les frictions alcoolisées, le massage, l'hydrothérapie, etc.

Enfin, à titre prophylactique, on doit appliquer à toute diphtérie une sérothérapie précoce, intensive et prolongée ; les doses de 60 à 80 cmc. de sérum par jour sont des minima, qu'il faut répéter chez l'adulte jusqu'à disparition complète de toute fausse membrane.

Ajoutons, d'autre part, qu'il sera peut-être possible de faire disparaître la diphtérie grâce à la vaccination par l'anatoxine diphtérique de Ramon (2 injections sous-cutanées, l'une de 1/2 cc., l'autre de 1 cc. à 20 jours de distance), et il serait souhaitable que cette méthode d'immunisation active et durable contre la diphtérie fût faite systématiquement à tous les enfants, même en dehors de toute épidémie comme pour la variole ; elle serait préférable à l'immunisation passive et passagère conférée autrefois par les injections préventives de sérum faites en temps d'épidémie à la dose de 5 cc. chez l'enfant et de 15 à 20 cc. chez l'adulte. (*Le Bulletin médical,* 4 décembre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La radioartériographie cérébrale.

(M. Egas Moniz, de Lisbonne. — *Académie de médecine* ; 12-7-1927.)

Dandy a fait, le premier, en 1918, des injections d'air dans les ventricules cérébraux pour obtenir leur visibilité aux rayons X. Le professeur Sicard a eu recours à l'injection rachidienne de lipiodol ascendant pour la radiographie ventriculaire, M. Egas Moniz, de Lisbonne, visant à un but analogue, propose aujourd'hui un autre procédé qui ne manque pas d'originalité : l'injection intra-carotidienne de substances opaques rendant perceptibles à l'écran les artères encéphaliques et permettant ainsi d'apprécier leur topographie et la localisation des tumeurs intra-craniennes. L'auteur, après toute une série d'expériences et de recherches sur le chien, a pu appliquer avec succès sa méthode chez l'homme.

Il établit d'abord l'innocuité ou la presque innocuité de la piqûre des carotides. Le petit hématome auquel elle donne lieu n'a pas de conséquence notable.

Les substances opaques aux rayons X, injectables sans suite gênante pour les malades sont ici les bromures et les iodures : bromures de strontium et de lithium, iodure de sodium. L'injection intra-veineuse de ces bromures au pourcentage de 70 %, à raison de 15 cc., n'a provoqué aucun accident. L'intolérance a commencé à se manifester au pourcentage de 80 %, par des tendances lipothymiques. La quantité de bromure de strontium a pu être élevée à 40 grammes,par jour, *per os*, avec bonne tolérance, dit l'auteur.

M. Moniz a injecté dans les veines, chez l'homme, des solutions d'iodure de sodium allant de 10 à 50 pour 100. A partir de 30 %, on peut voir quelques douleurs sur le trajet des vaisseaux et il est préférable de s'en tenir au chiffre de 25 %, qui donne encore une bonne opacité. C'est à ce pourcentage que l'auteur a eu recours chez 3 malades pour ses injections intra-carotidiennes. Les deux premiers essais ont été imparfaits. Dans le troisième cas, le résultat a été satisfaisant.

La carotide ayant été liée (temporairement), 5 c. cubes de la solution d'iodure de sodium à 25 % furent introduits dans l'artère au-dessus de la ligature. L'injection et la radiographie doivent être faites, simultanément et en un temps court. Dans le cas en question, le réseau artériel carotidien et cérébral s'est présenté assez bien dessiné. L'épreuve a permis d'identifier une tumeur de l'hypophyse, du côté droit. Il va sans dire que la technique pourra être améliorée.

La radioartériographie cérébrale, complétée ou non de stéréoradiographie, si elle prend rang dans les techniques d'examen de l'encéphale, permettra d'établir une topographie vivante des artères cérébrales et des localisations de lésions intra-craniennes, projectiles ou tumeurs.

Traitement de la scoliose des adolescents.

(M. Gourdon, de Bordeaux. — *Académie de médecine* ; 12-7-1927.)

M. Gourdon, directeur du service orthopédique de l'Hôpital des Enfants, de Bordeaux, présente une étude de la pathogénie, de la prophylaxie et du traitement de la scoliose des adolescents.

L'inflexion latérale du rachis n'est pas le caractère primordial de la scoliose. Le symptôme prédominant de cette affection est la rotation vertébrale et il faut en tenir compte dans la thérapeutique. A l'origine de la scoliose, il y a une cause mécanique, liée aux attitudes, mais la cause essentielle relève d'une faiblesse des tissus osseux, ligamenteux, musculaires, faiblesse dérivée elle-même pour une bonne part de l'état des glandes, génitale et thyroïde. La scoliose est plus fréquente chez les filles : les troubles ovariens de la puberté sont beaucoup plus communs que les troubles testiculaires chez les garçons.

Le traitement de la scoliose de l'adolescence est

complexe. Il est orthopédique et médical. Le premier comprend les redressements, la gymnastique (d'attitude, de mouvement), les corsets, pour les scoliotiques des 2e et 3e degrés.

Le second utilisera, quand il y aura indication, l'opothérapie (thyroïde, ovaire...), l'iode, l'arsenic, les bains de sel, d'algues, l'héliothérapie.

Il y a un intérêt majeur à dépister les états préscoliotiques c'est-à-dire le début de la rotation vertébrale et l'on y parvient en examinant soigneusement le dos des enfants en période de croissance.

L'alcoolisme et les débits des hôtels.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine* ; 12-7-1927.)

Dans une précédente séance, M. Guérin, parlant au nom de la Société médicale des bureaux de bienfaisance, signalait le cas des hôtels meublés dont l'entrée est commune avec celle du débit de boissons et la sollicitation à consommer de l'alcool qui s'ensuit pour les locataires de ces garnis.

M. Léon Bernard présente aujourd'hui un rapport sur la communication de M. Guérin. Sans se faire beaucoup d'illusion sur les suites qui seront données, en la circonstance, aux vœux académiques, il propose (et l'Académie adopte) les vœux suivants :

1° L'Académie demande à l'autorité administrative de prendre les mesures nécessaires pour que, d'une manière générale, dans les hôtels meublés tenus par des cabaretiers, une entrée soit toujours établie qui permette aux locataires de pénétrer dans les chambres sans être astreints de passer devant le débit.

2° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur l'intérêt qu'il y aurait à accorder à une ou plusieurs associations privées accréditées le droit de « citation directe » pour toutes infractions aux lois et règlements visant la lutte contre l'alcoolisme.

Sur une infection avec exanthème de nature indéterminée.

(M. D. Olmer, de Marseille. — *Académie de médecine*; 12-7-1927.)

Depuis 1924, M. Olmer, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, a recueilli 26 observations de malades atteints d'une infection à début rapide, avec exanthème apparaissant du 2e au 4e jour, sans prostration, ni stupeur, se terminant après huit à douze jours par une défervescence assez rapide. Une seule fois, l'affection a été mortelle. Toutes les recherches de laboratoire (hémoculture, séro-diagnostic à l'Eberth et aux paratyphiques, réaction agglutinante de Weil-Félix avec le *Proteus* X 19) ont été négatives.

— M. Netter pense que les cas de M. Olmer, malgré la négativité de la réaction de Weil-Félix, se rapportent au typhus endémique bénin de Brill. La réaction de Weil-Félix aurait peut-être été positive si elle avait pu être recherchée avec plusieurs souches de protée X 19.

Le typhus endémique bénin (maladie de Brill).

(M. Arnold Netter. — *Académie de médecine* ; 19-7-1927.)

A propos de la communication de M. Olmer, M. Arnold Netter fait un exposé de la question du typhus endémique bénin ou maladie de Brill.

Le virus du typhus exanthématique ne provoque pas seulement la redoutable maladie dont la propagation se fait surtout, comme l'a établi Ch. Nicolle, par l'intermédiaire du pou du corps.

Il peut aussi déterminer un état morbide bien différent, beaucoup moins grave, non contagieux, non lié à la présence du pou de corps, auquel convient le nom de typhus endémique bénin ou maladie de Brill, rappelant le médecin américain auquel est due son individualisation.

En 1897, Brill observa et décrivit une affection dont les caractères étaient analogues à ceux de la fièvre typhoïde, sans période prodromique et à évolution plus rapide toutefois, dans laquelle la séro-réaction de Widal se montrait négative. En 1902, il se demande s'il ne pouvait s'agir de ces paratyphoïdes dont Achard et Bensaude avaient les premiers, en 1896, établi l'existence, mais l'hémoculture et les séro-réactions négatives lui font abandonner cette idée. On était donc en présence, à son avis, d'une maladie nouvelle offrant avec le typhus exanthématique une grande analogie symptomatique : début soudain, apparition précoce d'une éruption disséminée sur tous les points du corps, ne s'effaçant pas complètement sous le doigt ; durée moyenne de douze à quatorze jours ; terminaison par défervescence critique ou tout au moins par abaissement graduel rapide, ne prenant pas plus de quatre jours. A ces ressemblances s'opposaient deux particularités essentielles : la grande bénignité (mortalité nulle) et l'absence de contagiosité (cas restant généralement isolés). Rareté extrême des poux sur les malades.

En 1920, Brill avait déjà réuni 500 observations. Des inoculations au singe après le premier décès (1911) étaient restées sans résultat.

L'année suivante, Anderson et Goldberger purent obtenir une inoculation positive et le singe sur lequel porta l'expérience demeura rebelle à une inoculation de typhus. Plus tard, Maxcy et Havens mirent en évidence l'agglutinabilité du protéus X 19.

La maladie de Brill a été constatée dans différents Etats américains, au Mexique, dans l'Inde, etc. En 1918, M. Netter en rapporta dix exemples recueillis dans son service de l'hôpital Trousseau. Les poux dont le rôle est unanimement accepté pour le typhus, n'interviennent pas dans la maladie de Brill. L'analogie entre le typhus et d'autres affections telles que la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, la fièvre fluviale du Japon, la pseudo-typhoïde de Deli,

infections endémiques ne se propageant pas par contagion directe, incline à penser que le réservoir où est puisé le virus n'est pas ici l'homme mais un animal (rats, souris...) dans le sang desquels les arthropodes viendraient puiser le germe.

M. Netter verrait volontiers dans la maladie de Brill une forme de mutation du typhus exanthématique, comme pour l'alastrim vis-à-vis de la variole.

Qualités des étoffes utilisées comme sous-vêtement.

(MM. Techoueyres et Marc Walbaum. — *Académie de médecine* ; 19-7-1927.)

MM. Techoueyres et Walbaum ont entrepris une série d'expériences pour déterminer la valeur de diverses étoffes employées usuellement comme sous-vêtements.

Il résulte de leur travail que les tissus bourrus de laine, du type flanelle, offrent les meilleures qualités requises pour un sous-vêtement qui, par définition, doit laisser passer la vapeur d'eau provenant de la sécrétion sudorale, et ralentir cependant l'évaporation lorsque les variations brusques des conditions extérieures tendent à rendre celle-ci trop rapide.

Drogue antidysentérique encore inconnue en France.

(M. Raymond Hamet. — *Académie de médecine* ; 19-7-1927.)

M. Hamet signale une drogue antidysentérique africaine encore inconnue en France : l'uzara, plante dont on utilise un extrait alcoolique total nommé *panzaron.*

Le panzaron a été recommandé dans la dysentérie amibienne où il aurait une action quasi spécifique, analogue à celle de l'ipéca et de l'émétine, dans la dysentérie bacillaire, dans les intoxications alimentaires et les diarrhées infantiles. On a signalé aussi ses bons effets dans les dysménorrhées.

L'auteur a étudié le panzaron au point de vue pharmaco-dynamique. Il a vu que cette drogue augmentait le tonus intestinal et que sa toxicité était très faible.

P.L.

Lyon.

Société médicale des hôpitaux.

Leucémie myéloïde. Radiothérapie.

MM. Pic et P. Delore. — Femme de 27 ans, sans antécédents notables, 3 enfants ; deux mois après son second accouchement, fut prise de vives douleurs dans l'hypocondre gauche ; on lui trouva une grosse rate et l'examen du sang révéla l'existence d'une leucémie ; un traitement radiothérapique fait à Besançon donne un résultat très satisfaisant. Deux ans plus tard, troisième enfant et deux mois après cet accouchement, les mêmes phénomènes réapparaissent. La malade entre à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate : anémie intense, amaigrissement, très grosse rate, pas d'adénopathies ; aucun stigmate de tuberculose ou de syphilis. Examen du sang : 310.000 globules blancs dont 72 % de myélocytes et 3.658.000 globules rouges. Inhalations de thorium sans grand résultat. On applique alors la radiothérapie (M. Japiot).

Une première série d'irradiations (20 unités H en quatre séances) amène une diminution remarquable de l'hypertrophie splénique et du nombre des globules blancs. Par contre, le nombre des globules rouges ayant à peine augmenté, on décide de faire deux nouvelles irradiations. Après celles-ci le nombre des globules rouges était de 4.340.000 et celui des globules blancs de 9.000 ; disparition complète des myélocytes. La malade reste encore trois semaines à l'hôpital, sans traitement. Une nouvelle analyse donne 4.700.000 globules rouges ; par contre les globules blancs sont remontés à 24.000 avec 9 % de myélocytes. Un traitement radiothérapique d'entretien sera donc nécessaire. L'amélioration est toutefois assez notable pour justifier cette présentation. A souligner les relations de cette leucémie avec la grossesse.

Maladie de Recklinghausen.

MM. Pic, P. Ravault et A. Chaix présentent un homme de 50 ans entré à l'hôpital pour un ulcère de jambe et porteur en même temps de multiples tumeurs cutanées de consistance lipomateuse. Ces tumeurs sont remarquables par leur confluence : elles se touchent toutes sur l'abdomen et le thorax et sont extrêmement nombreuses sur le cuir chevelu et les membres. Il existe une pigmentation café au lait très marquée au niveau du dos. La tumeur principale siège au poignet gauche. Le malade présente un état psychique très fruste et un aspect des mains et de la face faisant songer à l'acromégalie ; mais les auteurs n'ont pas trouvé d'autre signe de cette affection, notamment pas d'élargissement ni de déformation de la selle turcique à la radiographie. La question est une fois de plus posée, sans être résolue, des rapports de la maladie de Recklinghausen avec d'autres syndromes glandulaires ou pluri-glandulaires.

Quadruple lésion orificielle.

MM. A. Dumas et Brunat relatent l'observation d'une femme de 83 ans, hospitalisée au Perron depuis 1922. Pas d'antécédents notables, en particulier pas de rhumatisme articulaire aigu. Au cœur : souffle systolique de la pointe propagé vers l'aisselle et vers le sternum ; sous la clavicule droite, gros souffle diastolique, s'entendant à droite et à gauche du sternum, précédé d'un souffle systolique plus faible. Tension artérielle : 20.5/10.5. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Pendant les quatre ans que la malade

passa à l'hospice, elle ne présenta aucun accident d'asystolie, ni même d'arythmie. La radioscopie montrait un cœur de dimensions normales ; la pointe battait d'ailleurs dans le 5e espace. La malade succomba à une pneumonie. A l'autopsie : insuffisance aortique à l'épreuve de l'eau ; mitrale admettant difficilement l'introduction du doigt. Aucune hypertrophie du myocarde. Cette absence d'hypertrophie cardiaque constitue généralement un élément de bon pronostic dans les cardiopathies.

Aortite postérieure à forme pleurodynique.

MM. Gallavardin et Gravier rapportent l'observation d'un homme de 39 ans présentant une douleur violente, nettement localisée à la région sous-mamelonnaire gauche et se produisant seulement au moment des inspirations profondes ; toutes les causes qui accélèrent la respiration et en augmentent l'amplitude (marche rapide, travail musculaire) réveillent la douleur. La marche de l'affection a été progressive et à son entrée à l'hôpital, le malade était devenu un véritable infirme, la douleur apparaissant au moindre effort. L'examen clinique est entièrement négatif. Seule, la *radioscopie* montre une aorte *descendante* un peu dilatée et débordant le bord vertébral à l'examen oblique antérieur gauche. C'est là un cas d'aortite postérieure qui se différencie des cas décrits antérieurement (Laubry, Mougeot et Walser) en ce qu'il n'y avait ici aucune atteinte pleurale. Aussi la pathogénie d'un tel syndrome est-elle assez difficile à expliquer. Le traitement spécifique amena une amélioration rapide des douleurs.

Maladie de Friedreich.

MM. Mouriquand, Bernheim et Mlle Schoen présentent un enfant de 13 ans entré à l'hôpital pour des troubles de la marche remontant à l'âge de 5 ans. Troubles moteurs très marqués : debout l'enfant a beaucoup de peine à maintenir son équilibre ; la démarche est tabéto-cérébelleuse. Examiné au lit, on note une incoordination très accentuée tant aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Légère adiadococinésie. Hypotonie musculaire. Réflexes tendineux abolis ; réflexes cutanés conservés. Pas de troubles de la sensibilité. Léger nystagmus. Il existe des déformations dentaires accentuées qui ont fait penser à la syphilis ; mais le liquide céphalorachidien est normal et le Wassermann de ce liquide et du sang s'est montré négatif. Un traitement spécifique a néanmoins été institué, mais n'a donné jusqu'à présent aucun résultat.

Trente-deux cas de spirochétose bronchique.

MM. Gaté et Billa ont réuni 32 cas de spirochétose bronchique. Huit de ces cas concernent des tuberculeux certains : la présence du spirochète a toujours coïncidé avec une aggravation de l'état général des malades. Dix-sept cas concernent des spirochétoses autonomes : douze avec état grippal (courbature, température à 38°, 39°, dyspnée, toux, expectoration sanglante, puis rouge-brique, signes de bronchite diffuse à l'auscultation) ; cinq autres avec des signes de sclérose pulmonaire et des hémoptysies à répétition, la tuberculose et la syphilis étant éliminées par l'étude clinique, radiologique, bactériologique et sérologique. Les sept derniers cas sont des cas douteux. C'est dans les parties glaireuses, de coloration rouge-brique, de l'expectoration, que l'on trouve les spirochètes les plus nombreux. Ceux-ci sont essentiellement polymorphes, mobiles, cultivables et facilement colorables ; ils sont pathogènes pour le cobaye (escharre locale et volumineux abcès sous-cutané). Comme traitement, les auteurs ont employé le novarsénobenzol et le stovarsol : dans les formes aiguës, l'amélioration est rapide mais une seconde cure est parfois nécessaire pour obtenir la disparition des spirochètes ; dans les formes chroniques, l'amélioration est constante, mais les rechutes fréquentes. Chez les tuberculeux, les résultats sont beaucoup moins heureux. Il faut retenir que la constatation de spirochètes dans les crachats ne doit pas faire négliger la recherche systématique de la tuberculose qui peut avoir précédé la spirochétose ou s'être développée concurremment avec celle-ci.

Pneumonie grippale et tension artérielle.

MM. A. Dumas, Brunat et Vernaud ont étudié les modifications de la tension artérielle chez les vieillards hospitalisés à l'hospice du Perron et atteints de pneumonie grippale au cours de l'épidémie de l'hiver 1926-1927. Ils ont généralement observé un abaissement tensionnel dont l'intensité et surtout la précocité pouvaient être considérées comme un élément de pronostic défavorable. Cet abaissement tensionnel est dû sans doute au degré particulièrement marqué de l'infection. Dans aucun des cas observés il ne s'est agi de myocardite, mais les lésions antérieures du cœur peuvent la faciliter dans certains cas.

A. C.

Les Thèses

P. — Dr Marc Pasquet, ancien interne du sanatorium Manzini-d'Hauteville. — **Formes curables de la tuberculose évolutive du nourrisson.** *Travail du Service du professeur Léon Bernard (Crèche de l'hôpital Laënnec).* (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, 1927.)

La pratique généralisée de la tuberculino-réaction et les conditions d'observation spéciale (séparation des enfants de tout contage) permettent de constater le grand nombre de formes curables de la tuberculose du nourrisson (57 %). Car, à côté des formes non évolutives de la tuberculose du nourrisson (formes occultes, formes florides), une place doit être réservée à une autre variété de formes évolutives, nommées poussées évolutives curables. Ces formes surviennent surtout chez le nourrisson d'âge moyen, (6-18 mois) ayant été contaminé après six mois par un contact souvent prolongé mais peu riche et continu.

Cliniquement, elles ne se différencient en rien des autres formes de la tuberculose du premier âge : même polymorphisme, même inconstance d'apparition et incertitude d'interprétation des signes physiques et généraux.

Seul l'examen radiographique fait dans de bonnes conditions techniques et interprété avec une grande rigueur apportera une certitude diagnostique.

Le pronostic est délicat ; il ne pourra s'appuyer avec certitude pas plus sur l'état général que sur les signes physiques ou radiographiques. Seule, l'étude des conditions de contamination apporte de précieux renseignements.

En l'absence de toute thérapeutique spécifique, la soustraction des enfants à toute réinfection par séparation totale de leurs parents contagieux constitue la thérapeutique la plus efficace de ces poussées.

P. — Dr Pierre Reynier. — **La capacité vitale chez les cardio-pulmonaires. Ses indications dans la thérapeutique infantile.** (Marcel Vigné, éditeur, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1927.)

Le coefficient de capacité vitale est toujours abaissé chez les cardio-pulmonaires. Cet abaissement est plus ou moins sensible, suivant l'étendue des lésions.

Le taux se relève sous l'influence heureuse du traitement, et s'abaisse de nouveau, s'il se produit une complication.

La capacité vitale doit être systématiquement établie chez les enfants insuffisants respiratoires. Durant les mois qui suivent une intervention qui a eu pour but de lever un barrage à la respiration normale, les épreuves spirométriques doivent être pratiquées au moins une fois par semaine.

Dans les cas heureux, le taux de cette capacité s'élève de façon constante et régulière.

P. — Dr René Morand. — **Considérations sur l'exercice illégal de la médecine par les magnétiseurs et les somnambules.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1927.)

Les phénomènes magnétiques ont été de tout temps appliqués au soulagement de la douleur humaine, et les résultats obtenus, mal définis au point de vue médical, ont été habilement exploités en faveur des magnétiseurs, tant par la réclame que par la crédulité publique.

Les pratiques magnétiques, d'une efficacité possible dans certaines maladies psychiques et morales, constituent néanmoins des armes fort dangereuses, au point de vue tant moral que physique, entre les mains de ceux qui les exercent ; aussi est-ce avec raison que dans un intérêt social le législateur en réglemente l'exercice.

La loi du 30 novembre 1892 considère donc à juste titre le magnétisme employé comme traitement comme constituant le délit d'exercice illégal de la médecine si celui qui opère n'est pas muni d'un diplôme de docteur médecin.

D'une jurisprudence aujourd'hui constante, il résulte que pour qu'il y ait délit juridiquement établi, il est nécessaire que se trouvent réunis chez le magnétiseur des éléments subjectifs de volonté et d'intention de guérir et des éléments matériels de participation à un traitement d'habitude ou de direction suivie. En un mot, il faut que les faits relevés à la charge de l'inculpé dénotent que celui-ci a voulu jouer le rôle d'un véritable médecin.

Aux termes de cette jurisprudence il ne saurait donc y avoir exercice illégal de la médecine si ce qu'on nomme magnétisme consiste dans un appel ou une invocation mystique à des puissances surnaturelles ou dans les pratiques d'une évidente ou grossière inefficacité, étant observé que dans ce dernier cas, le délit d'escroquerie peut-être relevé à la charge de l'opérateur si celui-ci, de mauvaise foi, a agi dans un but de lucre.

Ainsi se trouve sauvegardé l'intérêt social qui veut que toute profession (et la médecine plus que toute autre étant donné son but) ne soit exercée que par des compétences présentant toutes garanties de science et d'honorabilité.

P — Dr Albert Bouland. — **Corps étrangers d'origine dentaire dans l'organisme.** (Editions de *La Semaine dentaire*, 12 rue de Hanovre, Paris, 2e, 1927.)

La pénétration dans l'organisme de corps étrangers tels que dents, instruments dentaires, dentiers, etc., et en particulier la chute de ces corps dans les voies aériennes et digestives, est un accident relativement fréquent, beaucoup plus fréquent que ne le laissent

supposer les cas signalés. L'accident se produit généralement au cours d'une intervention au cabinet du dentiste (extraction, traitement des canaux dentaires, mise en place d'une pièce prothétique, etc.). Fréquents aussi sont les cas de déglutition et d'aspiration d'appareils dentaires amovibles et en particulier de dentiers. Ces accidents se produisent surtout au cours du sommeil, chez les porteurs d'appareils conservant leur dentier pour dormir.

Les corps étrangers des voies aériennes sont parfois longtemps tolérés, surtout s'ils sont métalliques et peu septiques ; mais en règle générale, ils produisent des accidents graves et doivent être retirés le plus précocement possible. La trachéobronchoscopie est la méthode de choix.

Les corps étrangers des voies digestives, qui sont le plus souvent éliminés sans incident, peuvent également avoir des conséquences graves, surtout s'ils sont restés dans l'œsophage. Parfois longtemps tolérés sans phénomènes réactionnels, ils doivent être retirés précocement.

Le diagnostic des corps étrangers dans les voies aériennes et digestives est parfois difficile. En cas de doute, il est toujours bon de pratiquer un examen radioscopique et radiographique. La trachéo-broncho-œsophagoscopie est un moyen précieux pour le diagnostic et c'est la méthode de choix pour le traitement.

Depuis l'emploi courant de cette méthode le pronostic des corps étrangers dans les voies aériennes et digestives est devenu beaucoup moins sombre, surtout si l'intervention est précoce et confiée à des spécialistes compétents.

Les statistiques publiées sur les cas d'interventions broncho-œsophagoscopiques pour corps étrangers dans les voies aériennes et digestives donnent une proportion de guérisons de 97 à 98 %.

Les statistiques hospitalières sont certainement plus mauvaises du fait que les malades sont souvent conduits à l'hôpital tardivement ou après qu'ils ont subi des tentatives infructueuses d'enlèvement des corps étrangers et que la situation est presque désespérée.

La responsabilité du stomatologiste ou du dentiste peut être lourdement engagée dans le cas d'aspiration ou de déglutition d'un corps étranger au cours d'intervention sur les dents. Le praticien doit toujours penser à la possibilité de cet accident, s'entourer de tous les moyens de protection mis à sa disposition, savoir quelle conduite tenir. Il est prudent pour lui de contracter, dès qu'il commence à exercer sa profession, une assurance contre les accidents possibles dont les conséquences, ainsi que nous l'avons vu, peuvent être fort graves.

P. — Dr Andrée Brunel. — **Contribution à l'étude clinique de certains mouvements involontaires au cours du tabès.** *Travail du service du professeur Guillain à la Salpêtrière.* (Imprimerie Lahure, 9, de Fleurus, Paris, 1927.)

Parmi les mouvements involontaires qui apparaissent chez les tabétiques les uns relèvent du tabès lui-même, les autres semblent dépendre de lésions syphilitiques surajoutées. Les premiers font seul l'objet de ce travail. Ils rappellent ceux de l'athétose, ils sont lents, irréguliers, d'aspect tentaculaire. Ils atteignent les membres, surtout les membres supérieurs, dont ils frappent les extrémités distales. La face est toujours respectée.

Lorsque le malade est au repos, les muscles en relâchement complet, on n'observe pas de mouvements athétosiformes : ils apparaissent dans les positions exigeant quelque effort musculaire. La volonté est impuissante à les calmer. Les mouvements volontaires augmentent leur intensité.

Les mouvements involontaires apparaissent brusquement chez certains tabétiques ; chez d'autres, le début est insidieux et on n'en peut préciser la date.

Il est difficile de fixer leur fréquence par rapport au tabès, il semble que ce soit des symptômes assez rares.

Les extrémités qui sont le siège de mouvements involontaires présentent presque constamment des attitudes anormales et des déformations. L'amyotrophie des membres est toujours marquée.

Les troubles de la sensibilité profonde sont constants chez ces tabétiques ; on est frappé en particulier par l'astéréognosie et la perte du sens des attitudes segmentaires des extrémités animées de mouvements.

Les malades accusent tous des paresthésies et des douleurs dans les membres.

Une fois installés, les mouvements involontaires persistent des années sans modification, ou tendent à augmenter d'intensité. Ils ne régressent pas sous l'influence du traitement. Ils apparaissent en même temps que de nouveaux symptômes au cours d'une poussée évolutive ; ils présentent donc un certain intérêt pronostique.

La pathogénie des mouvements athétosiformes est actuellement très obscure. On tend à croire que les troubles de la sensibilité profonde et l'hypotonie jouent un rôle important dans leur production.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES CONFINS DE LA MÉDECINE ET CEUX QUI LES FRÉQUENTENT

Conférence inaugurale de la septième session des Journées médicales.

(25 juin 1927) (1).

Par le professeur Pierre MAURIAC (Bordeaux).

MADAME (2),

C'est avec la conviction profonde de mon insuffisance que je me lève, et je défaillerais sous le poids de l'honneur qui m'accable si le souvenir ne me remontait au cœur des quelques heures que j'ai vécues en Belgique. Car j'ai séjourné moins de deux jours en ce pays ; et je n'en connais ni les villes, ni les palais, ni les universités, ni les hôpitaux. Mais j'ai passé la frontière dans l'enthousiasme fou d'un matin de première bataille, et le soir, avec la foule des pourchassés, je pleurais sur la Belgique abandonnée et envahie.

> Oh ! ces foules, ces foules
> Et la misère, et la détresse qui les foule
> Comme une houle.
>
> (VERHAEREN).

Le 23 août 1914, la 35e Division se battit tout le jour ; et la nuit venue, ce fut la retraite. Et depuis, je ne suis jamais revenu en Belgique.

Le seul titre que j'invoque aujourd'hui, Madame, c'est cette défaite. Et pour la confiance ensoleillée du matin, et pour l'héroïsme de midi, et pour la désespérance du soir, et pour tous ceux que je vis charger follement dans les champs coupés de la vallée de la Sambre, et pour tous mes camarades qui tombèrent à Biesme, à Thuin, à Fontaine-Valmont, je vous demande, Madame, de me marquer de l'indulgence. Et ce que vous voudrez m'en témoigner je le dépose comme une gerbe royale et d'un prix infini sur les corps de nos Bordelais, de nos Landais, de nos Béarnais, de nos Basques de tous ceux qui eurent deux patries, celle de leur naissance et celle de leur tombeau :

la *France* et la *Belgique*.

MONSIEUR LE MINISTRE,
MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS,

Tout est pour moi sujet de trouble dans la tâche qui m'incombe aujourd'hui. D'abord les noms illustres de ceux qui parlèrent à cette place les années précédentes ; ensuite l'auditoire qui veut bien m'écouter. Ce n'est pas que je ne sois accoutumé de parler à des médecins ; mais justement, ce Palais des Universités, ne me paraît pas édifié sur un terrain strictement médical ; bien des gens le fréquentent que l'on ne voit pas souvent à la Faculté ou à l'hôpital ; et si nous ouvrons ce soir les « Journées Médicales de 1927 », nous n'avons pas encore pénétré dans le temple ; nous sommes encore sous le porche, ou si voulez, aux Confins de la Médecine.

C'est un pays frontière qu'il m'est arrivé d'explorer ; j'en connais tous les charmes, j'en connais aussi tous les dangers. Tant d'idiomes s'y parlent, tant d'intérêts, tant de susceptibilités se heurtent que nul ne peut prétendre s'y aventurer sans risque. Les rencontres intellectuelles que l'on y peut faire sont si diverses et si contradictoires qu'il est bien difficile de comprendre à la fois le philosophe et le métapsychiste, l'homme de lettres et l'historien, le mathématicien et le physicien, le chimiste et le zoologiste. Et tout ce monde écrit, parle, interpelle, interroge, fait des offres de service, cependant que le médecin assourdi et décontenancé passe trop souvent indifférent, désespérant de tout saisir et de bien juger dans le vacarme qui monte autour de lui. Et pourtant, une curiosité impérative le pousse à se pencher sur cette foule qui bat les murs de la Cité Médicale. Et s'il est de bonne volonté, alors il percevra dans le tumulte les paroles qu'il faut retenir, les appels auxquels il doit répondre. Il ne se refusera pas au philosophe, à l'homme de lettres, au poète, au savant. Toutes les richesses dont il est le dé-

(1) *Bruxelles médical*, 3 juillet 1927.
(2) S. M. la Reine.

positaire, il les leur donnera ; mais il recevra davantage encore, et le bénéfice sera pour lui.

***

Bien des philosophes rôdent autour de la biologie. Et les échos qui fusent par les portes entrebâillées de nos laboratoires trouvent toujours leurs oreilles complaisantes. Mais le biologiste a des raisons de se méfier. Il sait ce qu'il en coûte de livrer une science qui tâtonne, au chien fou qu'est l'esprit philosophique ; trop souvent il la tourmente, la bouscule, la casse et en fait quelque chose de méconnaissable.

Nous-mêmes nous ne sommes plus sensibles à l'idéal que proposait Hippocrate : ιατρος γαρ ισοθεος φιλοσοφος. Et nous ne nous soucions pas de réveiller les querelles irritantes du vitalisme, de l'animisme ou du déterminisme. Sans doute, on nous jette souvent dans la bataille ; mais c'est malgré nous ; et nous nous sentons gênés à côté des philosophes, ces alliés compromettants, qui usent de nos expériences comme d'armes de combat, et en expliquent le maniement dans un langage que nous ne comprenons pas. Nous applaudissons certes à la richesse imaginative de M. Bergson qui compare l'acte vital « l'acte indivisible de la main traversant de la limaille de fer » ou à un « effort pour relever un poids qui tombe » ou à un « élan ». Mais du point de vue de la connaissance nous n'en voyons pas très bien le profit. Pour employer une expression qui lui est chère, M. BERGSON recoupe, recoud, et de la science il fait un vêtement de confection dont il habille ses théories. Mais le biologiste souffre de la contrefaçon. Déjà au XVII[e] siècle, le Médecin Sorbière écrivait de Descartes : « Vous diriez à ouïr parler ce bon Seigneur qu'il a couché avecque la Nature et qu'elle s'est faite voir à lui toute nue... Au surplus, c'est un des plus grands hommes de notre siècle. Et s'il extravague, c'est ingénieusement. »

Voilà bien de l'impertinence, et dans laquelle nous ne tomberons point. Même aux yeux du biologiste soupçonneux, il reste que M. BERGSON est un savant philosophe, et un philosophe savant. Il fut un mathématicien d'une telle qualité que son professeur à l'Ecole Normale, apprenant qu'il allait s'adonner à la philosophie, s'exclamait : « C'est un acte de folie, vous pouviez être un mathématicien, et vous ne serez qu'un philosophe. » Et si l'on considère l'intérêt que M. BERGSON porta aux théories évolutionnistes et aux recherches d'entomologie on peut avancer qu'il eût été aussi bien un grand biologiste. Il passa des vacances entières, nous assure M. CHEVALIER, à étudier comme Fabre les fourmis et les abeilles. « Chacun de mes livres affirme-t-il lui-même, m'a coûté plusieurs années de recherches scientifiques ». Et il ajoute : « Chacun d'eux aboutit, non pas à de vagues généralités, mais à des conclusions capables d'éclairer par quelques côtés des questions très spéciales. » Ici nous dressons l'oreille ; cette prétention ressemble fort à de la concurrence, et ce philosophe nous paraît indiscret.

M. MEYERSON est aussi un philosophe dont la première formation fut essentiellement scientifique. Il considère la science « comme un spécimen saisissable de la pensée humaine et de son développement » ; il s'intéresse aux théories scientifiques pour la clarté qu'elles lui fournissent sur les principes qui président à la connaissance des choses. Mais jamais il ne prétend tirer une philosophie des résultats de la Science moderne.

Avec M. MEYERSON, et si nous ne nous essoufflons pas à le suivre, nous nous entendrons toujours. Avec M. BERGSON, il nous faudra être indulgent à certains empiètements pour toutes les lumières qu'il nous apporte. Et puis, nous préférons cette désinvolture à l'obséquiosité gênante que le philosophe témoigna à l'égard du savant pendant une trop longue période du XIX[e] siècle. C'est une histoire bien souvent racontée et d'une ironie assez cruelle que celle du Scientisme. Et la leçon ne doit pas être perdue de l'effondrement de certaines théories scientifiques qui entraînèrent dans leur chute les philosophes trop confiants et leur système. « Les physiciens du XIX[e] siècle s'étaient pris un peu trop au sérieux » écrivait récemment le grand savant américain Milikan. Et que dire des biologistes auxquels les philosophes croyaient devoir céder le pas. Et c'était une pernicieuse confusion que M. BERGSON eut le grand mérite de faire cesser un des premiers. En fait, le philosophe s'égare qui suit pas à pas le savant ; son but est la connaissance du réel, et non pas la mesure du réel ; celle-ci peut aider à celle-là, mais ne doit pas s'y substituer.

D'autre part, comme la science est nécessaire au philosophe, l'esprit philosophique est indispensable aux savants ; seul il « peut lui enseigner la prudence, en lui faisant comprendre et surtout retenir, la différence qui existe entre le symbole et la réalité, et en lui rappelant sans cesse que ce qu'il mesure et enferme dans ses concepts, ce n'est pas la réalité même, mais son substitut » (J. Chevalier).

Messieurs, en vous promenant aux Confins de la médecine, vous rencontrerez souvent des philosophes. Que ni la fierté, ni la gêne, ni l'obséquiosité, n'inspirent votre attitude. N'abdiquons-pas ; mais ne détournons pas la tête, nous avons trop à gagner à leur commerce. Et souvenons-nous que les médecins du XVIII[e] siècle

n'eussent pas perdu leur temps à se laisser guider dans le royaume des infiniment petits par Descartes, Malebranche et Fénelon. Seuls, quelques médecins provinciaux, Deidier à Marseille, Desault à Bordeaux, Goiffon à Lyon, les suivirent ; mais Paris les tourna en dérision. Et pourtant en l'occurrence, la philosophie était bien l'anticipation de la science. Un médecin de Montauban, le docteur Duncan, écrivait au XVII[e] siècle : « L'œil de la raison est le plus excellent de tous les microscopes. »

Ah ! Messieurs, de ce microscope, ayons un soin jaloux ; et demandons au philosophe de nous aider à sa conservation, et à son perfectionnement.

***

En notre XX[e] siècle, comme en tous les temps, au havre de la médecine abordent bien des hommes de lettres. Il n'y viennent pas en conquérants ; ils ne se présentent pas non plus en émigrants soumis comme aux heures périmées du naturalisme. « L'auteur, écrivait Zola, n'est pas un moraliste mais un anatomiste qui se contente de dire ce qu'il trouve dans le cadavre humain. » Le roman était à la vérité une dissection, et une page entière du Manuel de médecine opératoire de Farabœuf trouvait sa place naturelle dans « La Débâcle ». C'était l'époque où le charmant docteur Rose, cher à notre confrère Delattre, affirmait que nous étions au sommet de la civilisation, et que l'honneur en revenait à la biologie.

Aujourd'hui, la biologie est toujours à l'honneur, mais elle n'est plus la courtisane qui s'installe sans pudeur au foyer littéraire. L'intérêt que lui portent les hommes de lettres est un hommage dont elle est fière, mais elle ne s'en prévaut pas pour affirmer ses droits sur un terrain où elle n'a que faire. Les confins de la médecine et les confins de la littérature se fondent en une zone neutre qui est une zone d'échanges, mais non de domination. Ni le poète, ni le savant n'ont de concession à se faire ; mais animés, chacun à sa manière, d'un lyrisme intuitif, ils se rencontrent et s'accordent au point où le réel n'est pas explicable entièrement ; ce qui fait, a dit MEYERSON, que la science devient plus tolérante à l'égard de cet irrationnel.

Nous disons bien tolérance et pas toujours, compréhension ; car il serait vain de prétendre à une intelligence complète de tous les mouvements scientifiques et littéraires qui fermentent dans cette zone neutre.

Bien des efforts, bien des recherches scientifiques semblent bornés et inutiles au profane, mais qui prendront leur place dans la synthèse d'où jaillira la grande découverte. Il peut sembler mesquin de s'attacher à l'étude des poisons que sécrètent les tentacules d'actinies, mais prenez garde, la découverte de l'ana phylaxie est au bout.

Nous-mêmes, sachons refouler notre agacement et ne nous pressons pas de hausser les épaules parce qu'une prose ou des vers sont abscons ou hermétiques ; l'avenir nous dira si dadaïsme, cubisme ou futurisme n'ont pas été tout à fait inutiles, et dans quelle mesure ils ont concouru à l'épanouissement d'un génie nouveau.

Hier, à l'Académie Française, M. Paul Valery disait : « L'avancement de l'industrie littéraire exige de nombreuses tentatives, d'audacieuses hypothèses, des imprudences même ; les seuls laboratoires permettent de réaliser les températures très élevées, les réactions rarissimes, les degrés d'enthousiasme, sans quoi les sciences ni les arts n'auraient qu'un avenir trop prévu. »

Au surplus, il ne nous appartient pas de nous ériger en juges de mouvements que notre impréparation peut juger scandaleux ; et la mesure peut être gardée entre une sévérité injustifiée et le snobisme encore plus ridicule de ces savants qui se vantent de fréquenter les groupes littéraires d'avant-garde, comme aussi de ces littérateurs à l'affût de la dernière lecture à la Société de biologie. Il est aussi divertissant d'assister à l'enthousiasme des salons littéraires pour les théories de Freud, que de constater la docilité admirative de certains médecins à suivre M. Proust et A. Gide sur ce terrain. Tout de même, il n'est pas besoin du truchement de l'homme de lettres pour faire le médecin se pencher sur les vices cachés. Mais la confidence reçue, le conseil donné, le misérable encouragé, il faut être contraire à l'exception. Il en faut juger sévèrement mais justement, disait Pascal. Et la curiosité qui supprime toutes les barrières sous prétexte de juger de tout avec indépendance et ne les rétablit pas, cette curiosité n'est que vanité. Ce n'est pas la nôtre, Messieurs ; il n'est pas inutile de le déclarer quand on aborde aux Confins de la Médecine.

Aux Confins de la Médecine, certains hommes de lettres nous donnent si parfaitement le change que nous ne devinons pas les médecins en rupture de ban, et qui se délassent un instant, entre deux consultations, deux expériences ou deux opérations : et c'est Louis Delattre, et c'est le docteur Burnet de l'Institut Pasteur de Tunis, et le Professeur Jean-Louis Faure ; hier c'était le regretté Charles Foix, et c'est le docteur Maurice de Fleury, c'est Paul Voivenel à la fantaisie et à l'indépendance savoureuses, et Charles Fiessinger, le premier écrivain médical de notre époque, et le docteur Bosc, de Tours, et tous ceux qui se délassent à écrire et à converser aux Confins de la Médecine. Ceux-là, je suis gêné pour en parler, car ils sont trop de la famille.

Mais il en est d'autres qui entrent avec nous, dès l'abord, dans une familiarité toute confraternelle, et qui pourtant ne sont plus médecins. Et nous reconnaissons alors ces évadés, ces transfuges de la médecine qui n'ont pu dépouiller complètement la robe dont ils furent vêtus, et comme d'un sacerdoce sont marqués pour l'éternité. Un jour, la nostalgie les prend qui les fait s'approcher de ces frontières qu'ils ont franchies souvent le blasphème à la bouche, mais auxquelles ils reviennent pourtant comme à la source lumineuse qui seule peut éclairer tant de coins sombres de l'âme de leurs héros. Pierre Dominique, Henri Ghéon, Martineau, Michel Corday, André Couvreur, et combien d'autres dont l'œuvre littéraire est marquée du sceau médical ou dont les pages portent en filigrane le caducée.

Mesdames, Messieurs,

Parmi les transfuges que vous rencontrez souvent aux Confins de la Médecine, il en est deux qui exciteront votre admiration ou votre agacement, mais qu'il ne vous est pas loisible d'ignorer : je veux parler de M. Léon Daudet et de M. Georges Duhamel.

Deux médecins, Messieurs, et séparés l'un de l'autre non seulement par la qualité de leur talent, mais aussi par toute la distance de leurs opinions politiques. Au moins nous mettent-ils bien à l'aise et en les étudiant l'un après l'autre, on ne pourra pas nous soupçonner de pactiser ; aussi bien une âme partisane n'a rien à voir à cette place.

M. Léon Daudet est un transfuge, et si par hasard on l'oubliait, il se charge lui-même de le rappeler. Et la coquetterie qu'il met à faire valoir ses titres médicaux est le plus bel hommage rendu à notre corporation. « Le redoutable polémiste a beau avoir écrit les *Morticoles*, dit le docteur Raoul Bernard, il n'en reste pas moins l'auteur de l'*Hérédo* et du *Monde des Images*, il n'en reste pas moins foncièrement médecin. » Oh ! je ne prétends pas qu'il s'embarrasse des règles de la déontologie. Mais après tout, s'il nous a quittés c'est pour donner libre cours à sa personnalité débordante que rien ni personne ne peuvent endiguer, et qui survit aux luttes sans merci et aux deuils les plus cruels. Ses jugements peuvent être injustes, ils sont sincères. Et entre nous, il n'est pas mauvais que les grands, que les pontifes, les seuls auxquels M. Daudet s'attaque, entendent quelquefois le fouet de la satire à leurs oreilles. Libre à eux de répondre ; libre à nous de nous défendre.

J'accorde que la patience du médecin est mise souvent à une rude épreuve. Quand M. Daudet pénètre dans les champs de la médecine, il y marche à grands pas, bousculant ceux qui n'avancent qu'avec circonspection, piétinant les plates-bandes lentement édifiées ; et du premier coup il prétend découvrir les régions inexplorées du cancer et de la tuberculose, et nous indique la route à suivre.

Pour ma part, j'aime son vagabondage, et je goûte le sel de la fantaisie qu'il met dans les sujets les plus sévères ; et je m'efforce de saisir l'intuition de génie qui parfois illumine les propos de ce transfuge.

Et puis, à côté de ces opinions hasardées, il y a toute une partie de l'œuvre de M. Daudet qui mérite mieux que notre curiosité amusée. On la trouve en germe dès son premier livre, et elle se déroule avec un plan et une unité admirables tout au long d'une vie de tempête comme on n'en vit jamais.

A l'âge de 21 ans, étant encore étudiant en médecine, M. L. Daudet écrivait : « La médecine m'intéresse surtout par ses prolongements philosophiques ainsi que l'arbre par ses racines.

« A côté du fleuve des maladies et parallèlement à lui court un autre fleuve similaire, actuellement innommé et dont les sources sont bien obscures. Le premier roule les lésions de notre corps, de notre cerveau et ces états divers qui sont les névroses. Le second charrie nos caractères et nos tempéraments, nos vues, nos formes d'esprit, l'avarice, l'envie, l'orgueil, la timidité, etc. tout ce qui fait l'homme.

« Ces deux fleuves s'unissent sur bien des points de leur parcours, mêlant ou confondant leurs eaux. Ils ont même embouchure qui est la mort : l'observateur médical, l'observateur littéraire les regardent couler d'un œil fraternel, d'un œil jumeau ».

Voilà bien, Messieurs, un paysage des Confins de la Médecine ; et le mérite n'est pas mince de celui qui le brossa à une époque où la confusion des genres était à son comble.

Quand Zola aborde le mystérieux problème de l'hérédité, il ne cherche de lumière que dans les livres de la médecine ; seul le côté pathologique lui est évident ; et les Rougon Macquart ne lui apparaissent que « comme la lente succession des accidents nerveux et sanguins qui se déclarent dans une race à la suite d'une première lésion organique ». Au même instant et quand il était encore interne, M. Léon Daudet écrivait : « On fait des tableaux d'hérédité morbide mais sans nuances ; on ne s'attache qu'aux couleurs tranchées. C'est un sujet qui nécessite un autre genre de finesse que la finesse purement médicale et qui réclame la connaissance des hommes ». C'est à la lumière de cette connaissance qu'il a écrit l'*Hérédo*, le *Monde des Images*, le *Rêve éveillé*, tous ces livres qui méritent l'audience du médecin.

Encore une fois, Messieurs, ne nous pressons pas de condamner ou de nous moquer.

Il est trop facile de déclarer sans examen que l'imagination délirante de M. Léon DAUDET s'entend comme pas une à échafauder des hypothèses, et à prévoir l'avenir. N'oublions pas qu'il fut trop souvent bon prophète ; et sachons entendre le jugement désintéressé de Marcel Proust qui du fond de sa chambre de malade jugeait les hommes et les œuvres de haut et de loin : « Sur la franc-maçonnerie, l'espionnage allemand, la morphinomanie, L. Daudet écrit au jour le jour un prodigieux conte de fée... qui se trouve être la réalité même ».

C'est aussi la réalité que nous dépeint le chirurgien M. Georges DUHAMEL, mais la réalité présente, celle qu'il voit à travers les malades, les anormaux, les incompris ; il s'est penché sur eux et leurs souffrances et leur détresse l'ont tout à coup envahi, possédé ; la pitié l'étouffe et il ne reprend souffle que pour nous dire l'horreur des plaies qu'il pansa et les tortures morales dont il fut le confident.

En 1916, à la recherche d'une division qui « faisait mouvement », je m'attablai à une auberge d'Aubervilliers, en face d'un aide-major, au visage glabre, aux yeux perçants sous les verres des lunettes, à l'aspect replet d'un moine bien nourri ; à peine les premiers mots échangés, comme il eut besoin d'épancher le flot de pitié qui l'inondait, il se mit à me dire la moisson de paroles, de cris, de gémissements, de désespoirs, qu'il recueillait tous les jours dans son ambulance. Et je restais étonné que ce chirurgien fût si sensible, et n'ait pas acquis cet « air allègre, positif, indifférent et brusque de chirurgien pressé qui est à la vérité, nous dit M. PROUST, le visage antipathique et sublime de la vraie bonté ».

Quelques mois après, je lisais *Vie des Martyrs*, le plus beau livre de la guerre ; et je compris le génie exceptionnel du médecin d'Aubervilliers, et la richesse de son cœur. Qu'un tel livre que *Civilisation*, que *Possession du Monde*, n'aient pu être écrits que par un médecin, voilà qui nous remplit de fierté. Car il est bien vrai que les richesses les plus émouvantes de son œuvre, c'est dans sa besogne médicale que M. G. Duhamel les a trouvées ; et aux pleurs qu'il nous arrache se mêle beaucoup de reconnaissance pour ce qu'il sut consoler et apitoyer en notre nom à tous.

Mais comme son amour est immense, une telle somme de détresse l'accable qu'il n'a pas la force de se poser d'autres questions. Il ne voit que la réalité épouvantable de la souffrance. D'avance il est sûr qu'aucune raison valable ne pourra être invoquée qui excuse de tels sacrifices. M. DUHAMEL détourne ses yeux du visage de la patrie, et toute son œuvre est lourde de cet inexprimé. La raison du sacrifice, il ne veut pas la connaître ; *a priori* elle est insuffisante. Nulle consolation ne peut être opérante : « Pour que le sacrifice ait toute sa portée, toute sa signification, il faut qu'il soit jusqu'au bout très amer, que la coupe soit réellement vidée jusqu'à la lie — la lie comprise. » Et tout ce qu'il y a de souffrant l'attire ; et après la guerre tout ce qu'il y a de subconscient, d'inconscient, de trouble au plus intime de nous-mêmes, il l'exprime dans les *Hommes abandonnés*, le *Journal de Salavin*, et la *Confession de Minuit*.

Georges DUHAMEL a pénétré une fois dans l'enfer de la douleur ; et sa pitié insatisfaite l'y ramène sans cesse ; nous disions qu'il était un transfuge. Ah ! non, il ne nous a jamais quittés, ce grand romancier est resté toujours médecin.

***

D'autres, au contraire, sont vraiment des affranchis ; ils ont déserté la médecine et n'en éprouvent jamais la nostalgie. Dans leur course à l'indépendance, jamais ils ne se retournent ; ils traversent la faculté ou l'hôpital, comme ils traversent la politique ou la littérature, libres de toute attache, ombrageux et redoutés.

Un de ceux-là passa sa thèse en 1865 : elle traitait de « la génération des éléments anatomiques ». Et dans la préface on y peut lire : « Les opinions que j'exprimerai n'engagent que moi. Je ne les ai point parce que j'ai fait ce travail ; j'ai fait ce travail parce que je les avais. » Evidemment on conçoit que ce confrère avec un tel état d'esprit, se trouva gêné à l'hôpital ou au laboratoire. Il ne s'y attarda guère, fit du journalisme, puis de la politique, il renversa de nombreux ministères ; devenu ministre, il se renversa lui-même. Et ses coups de griffes étaient si subits et si terribles que bientôt on le surnomma le Tigre. Et quand l'ennemi envahit la France, alors le Tigre réagit, et le docteur Georges Clémenceau fit la guerre. Puis il se retira dans sa Vendée, et au soir de la pensée il écrit des livres qui semblent venir d'autre-tombe. Sa vieillesse et sa gloire l'isolent ; déjà il appartient à la légende. Il est le Père la Victoire. Et ce nous est une fierté que le Père la Victoire ait été médecin.

***

Enfin, Messieurs, parmi les hommes de lettres, combien regrettent de ne pas avoir fait leurs études médicales ? Combien souffrent de ne pouvoir avancer davantage dans l'intelligence de leurs héros à la faveur des observations cliniques ? Trop de critiques ne comprennent pas M. Paul Bourget s'asseyant au milieu des étudiants sur les bancs de nos amphithéâtres ; parce qu'ils ne voient pas que toute grande expérience médicale est d'abord une expérience humaine, ils considèrent comme une marotte

cette soif d'un grand esprit à s'armer plus efficacement pour le combat qu'il livre. Et pourtant le besoin se fait tous les jours plus pressant pour les hommes de lettres d'apposer à leurs observations, à leurs hypothèses à leurs intuitions une estampille scientifique. Quelle avidité, Messieurs, ont montré tous ces indépendants de la littérature, à se jeter sur la source féconde et trouble que fit jaillir M. Freud, et à boire à longs traits, et jusqu'à la nausée. Quel enthousiasme, de la part de ces néophytes d'un nouveau culte et qui ignorent tout des psychiatres de leurs pays.

Sur ce point, comme sur bien d'autres, Marcel Proust fut en avance sur ses contemporains. Il n'était pas de ceux-là qui ignorent les médecins. Pour son malheur, pour le nôtre aussi, il se montra féroce à notre égard, il connut trop de médecins et un peu de médecine.

Ses derniers livres nous le montrent désabusé et désespérant de l'art médical. Pour lui comme pour Georges RODENBACH, mourir ce n'est que « se chercher en se voyant s'enfuir » ; de la source de souffrance qu'est sa maladie, il arrête au barrage de son analyse les trouvailles les plus subtiles. Et comme un leit-motiv douloureux, son mal s'impose à son corps et à son esprit et lui sert de mesure étalon pour tout ce qui, dans la vie morale, est déséquilibre ou anxiété. La jalousie, si curieusement analysée dans la *Prisonnière*, « est de ces maladies intermittentes, dont la cause est capricieuse, impérative, toujours identique chez le même malade, parfois entièrement différente chez un autre. Il y a des asthmatiques qui ne calment leur crise qu'en ouvrant les fenêtres, en respirant le grand vent, un air pur sur des hauteurs, d'autres en se réfugiant au centre de la ville dans une chambre enfumée . Il n'est guère de jaloux dont la jalousie n'admette certaines dérogations. »

Quant à l'amour, c'est « un mal inguérissable comme ces diathèses où le rhumatisme ne laisse quelque répit que pour faire place à des migraines épileptiformes ». Et en médecin psychologue, il ausculte les « intermittences du cœur ».

On le sent désemparé devant la complexité des phénomènes morbides. Il y soupçonne des tendances si diverses, si disparates, que lui aussi regarde en arrière et interroge angoissé la lignée de ses ascendants ; ce monstre de contradiction qu'est tout individu, il s'essaye à le comprendre, à le démonter pièce à pièce. Et il surprend en lui tantôt l'enfant sensitif qu'il a toujours été, tantôt, écrit-il, « un homme opposé, plein de bon sens, de sévérité pour la sensibilité maladive des autres, un homme ressemblant à ce que mes parents avaient été pour moi. Sans doute chacun devant faire continuer en lui la vie des siens, l'homme pondéré et railleur qui n'existait pas en moi au début avait rejoint le sensible et il était naturel que je fusse à mon tour tel que mes parents l'avaient été. »

Messieurs, sur « ces réserves obscures de l'hérédité que certaines émotions nous rendent disponibles », nous nous penchons souvent, nous autres médecins ; mais pour les sonder, les mesures ordinaires que la science nous fournit sont insuffisantes. A ce moment nous sommes entraînés à notre tour dans ces zones indécises ; et dans la pénombre et le brouillard, nous nous heurtons au philosophe, au romancier, qui eux aussi marchent à tâtons !

G. DUHAMEL a écrit quelque part : « Des amis m'ont dit, et c'était peut-être un reproche : « Vous vous occupez beaucoup de malades dans vos livres ; la plupart de vos héros ne sont pas des hommes normaux. » Sans doute, et la question me dépasse : au regard du praticien je pense que de Clytemnestre à Othello, de Julien Sorel à Raskolnikoff, toutes les grandes figures de l'art appellent un diagnostic. Une lutte courtoise s'est engagée entre le psychologue et le clinicien. Chacun tire à soi le sujet : « C'est un dément, il m'appartient — c'est un homme et je m'en charge. »

Messieurs, ne nous pressons pas trop à faire valoir nos droits sur les Confins de la Médecine. Suivons tous les efforts avec bienveillance, prêts à venir en aide à qui nous demande assistance. Beaucoup qui ne sont pas médecins s'y enlisent et s'y perdent ; d'autres, avec leur cœur et leur intelligence s'y guident mieux que nous avec notre science. Laissons François MAURIAC sonder la férocité maternelle de *Génitrix*; et se pencher sur l'âme mystérieuse de *Thérèse Desqueyroux* : pour moi cette recherche resplendit de sincérité et d'amour et j'en suis touché comme du *Baiser au Lépreux*. Et si la tâche dépasse le romancier, si le personnage lui échappe, s'il se sent impuissant à appliquer à ces malades les règles communes du jugement, oh ! alors il sera le premier à comprendre la vanité de sa poursuite et il nous tendra les bras pour nous confier ces âmes, et comme M. Julien GREEN, il sonnera à la porte de l'asile pour y passer doucement Adrienne Mesurat qui l' y a conduit malgré lui.

***

Enfin, Messieurs, aux Confins de la Médecine, la foule est grande des savants que la curiosité attire. Certains qui n'ont pas assez de toute une existence pour saisir un point limité de leur Science particulière, considèrent avec étonnement le biologiste et le médecin dont l'ambition à connaître la vie leur paraît extravagante. Ceux-là, le plus souvent, cultivent les Sciences de raisonnement, l'Algèbre, la Géométrie ; les principes en sont d'une extrême simplicité, ce sont des axiomes dont le sens est parfaitement

évident et la certitude pleinement assurée. « On voit les principes à plein, disait Pascal ; et il faudrait avoir tout à fait l'esprit faux pour mal raisonner sur des principes si gros qu'il est presque impossible qu'ils échappent ». Quoiqu'on pense, la médecine ne sera jamais mathématique, et nos rapports avec les géomètres doivent être pleins de réserve.

Dans les sciences expérimentales, au contraire, les hypothèses tiennent lieu de principes, et ce n'est qu'à la suite du labeur prolongé de l'expérience qui les éprouve que nous les pouvons retenir (P. Duhem). Ainsi en est-il de la Physique et de la Chimie. Or, les biologistes sont des savants d'une qualité particulière ; ils vivent aux confins immédiats de la médecine, mais ils sont en perpétuel voyage d'études auprès des physiciens et des chimistes. « L'un des grands services que chaque science peut rendre à nos recherches, a écrit M. Bordet, c'est de nous inviter, en nous servant d'introductrice, à la quitter pour sa voisine ». Que voilà des choses bien exprimées. Mais à quelle envergure rarement réalisée devrait atteindre le biologiste, si la collaboration des autres savants ne venait l'aider dans sa tâche de géant. Comme eux, mais plus haut qu'eux, il se hisse sur les épaules complaisantes pour voir mieux et plus loin. La tête dans les nuages amoncelés, il cherche à s'orienter, et à saisir ce qui relève de la science dans un domaine qui lui fut trop longtemps fermé. Et ce ne sont ni les écueils, ni les trappes semées sous ses pas et où s'abîment les systèmes qui le peuvent décourager. Le biologiste va toujours, il s'enfonce toujours plus avant ; et même s'il pressent les limites à la science, il les devine si éloignées que leur notion ne peut arrêter son effort ; il sait que des légions de savants marcheront derrière lui, et le dépasseront quand il sera tombé, avant que ne soient atteints les grands gouffres de la connaissance dont parle Maeterlinck. Car chaque flambeau allumé éclaire une nuit toujours plus profonde, et la certitude de l'Intelligence absolue s'envole à mesure que se découvre la coordination étonnante de toute la machine biologique.

M. Brachet par ses découvertes admirables, arrive à forcer le mystère de l'œuf, mais dans cette infime cellule il nous découvre un abîme nouveau : et cette puissance, ces énergies réparties suivant une topographie préétablie, ces localisations germinales correspondant aux organes futurs, cette finalité en un mot qui fait toutes choses se dérouler comme si leur était connu le but à atteindre et les moyens propres à le réaliser, voilà bien ce qui est irréductible au déterminisme, notre meilleur outil scientifique.

Ah ! non, pas plus que la médecine, la biologie n'est pas une science : elle est omniscience, elle est la chimie, elle est la physique et aussi les mathématiques. Son universalité même fait sa grandeur et aussi sa sujétion.

Et le biologiste pourra valoir par son sens expérimental, par ses connaissances physiques ou chimiques : dans chaque partie il trouvera un spécialiste pour lui en remontrer. Et s'il prétend ne prendre rang que par ces seuls titres, il restera en bas de l'échelle, et sera toujours le parent pauvre.

Nos droits à la prééminence, Messieurs, ne les cherchons pas seulement dans les sciences pures, mais dans l'objet de nos efforts, dans la Vie que nous autres biologistes voulons connaître, dans la Vie que nous autres médecins voulons défendre. Ne rougissons pas qu'un indéterminé persiste qui nous interdit de connaître le tout de rien, et n'entrons pas dans le ridicule de ceux qui se poussent et veulent à tout prix se trouver sur le rang des savants dont la précision et la rigueur mathématiques s'accommodent mal de nos études.

Laplace qui avait proposé de nommer des médecins à l Académie des Sciences et à qui on objectait que la Médecine n'est pas une Science, répondait : « C'est afin qu'ils se trouvent avec des savants ».

Eh bien, Messieurs, c'est entendu. Nous ne sommes pas seulement des savants. Même en notre XXe siècle, nos ambitions sont démesurées; nous volons dans une zone où dominent les brouillards et les tempêtes, et où la chute nous guette à tout instant. Mais notre audace, notre insécurité même, nous nous en faisons gloire.

Et puis, à nous autres médecins, il reste ce que nulle profession ne nous peut disputer ; il reste nos malades, « Nos Seigneurs les Malades », comme on disait au Moyen-Age. Et pour les guérir et pour les soulager, il faut beaucoup de science sans doute, mais pour les consoler, il faut davantage ; il faut quelque chose qui demeure, que nous trouvons bien plus dans la culture générale et à la discipline du cœur que dans le laboratoire. La science en perpétuel devenir nous force à délaisser, à dédaigner aujourd hui ce que nous admirions hier : elle nous pousse toujours en avant et ne nous laisse aucun répit pour reprendre haleine. Et s'il ne connaît le refuge de la méditation, le havre de calme et de claire vision que sont les humanités, que deviendra le médecin dans sa course échevelée ? Un savant peut-être, mais qui sera bien vite dépassé. En fait, il se renonce, il abdique cet esprit européen, dont Paul Valery a dénoncé l'excellence dans la crise présente, il n'est plus « qu'une sorte de monstre à la mémoire trop chargée, trop entretenue ». Il n'est plus un médecin. Son esprit sera ouvert à toutes les découvertes ; pour lui la chimie des humeurs n'aura pas de secrets ; par lui les équilibres des ions et la

perméabilité des membranes seront parfaitement analysés, la théorie des quanta et la mécanique ondulatoire trouveront leur place dans sa tête bien faite.

Mais ne songeant qu'à la maladie, il en oubliera le malade ; il n'entendra pas l'anxieux qui implore l'apaisement, il négligera le refoulé qui l'assiège, et cherche un confident ; il ne comprendra pas le mourant qui l'interroge et mendie l'illusion. Et tous les mots qu'il faut dire, et tous les silences qu'il faut garder, et toutes les indulgences qu'il faut dispenser, et tous les dégoûts qu'il faut surmonter, et tous les langages qu'il faut comprendre, et tout le cœur qu'il faut déployer, tout cela est d'un ordre où il n'aura pas accès. Et pourtant, sommes-nous si riches que nous puissions abandonner ce capital de mérites qui est notre bien le plus certain ; tous les médecins participent de la grandeur de leur tâche. Même indignes ou criminels, il leur reste que parce qu'ils furent médecins, un jour ils ont guéri ou soulagé.

« Tous les corps ensemble et toutes leurs productions, a dit Pascal, ne valent pas le moindre mouvement de charité ; cela est d'un ordre infiniment plus élevé. »

Pour y atteindre, Messieurs, laissons-nous porter sur les ailes de la tradition, de la race, de la famille. L'air devient vite irrespirable à qui s'enferme, toutes fenêtres closes, dans son laboratoire : la déchéance est fatale pour qui ne connaît d'autres ascensions que celles des escaliers luxueux ou sordides de la clientèle.

Sachons nous évader. Que notre corps prisonnier d'une profession et d'une vie matérielle tyrannique, n'impose pas les mêmes chaînes à notre intelligence. Libérons-la, Messieurs, réchauffons-la au Soleil des Confins de la Médecine ; notre Science en deviendra plus féconde et plus humaine.

JURISPRUDENCE

Responsabilité professionnelle opposée à la demande de paiement d'honoraires chirurgicaux.

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (9e CHAMBRE).

23 *janvier* 1923.

COUR D'APPEL DE PARIS (8e CHAMBRE).

20 *novembre* 1926.

(Archives du « Sou » médical.)

I. — Jugement.

Attendu que le Dr St-Cène appelé en consultation auprès d'A. en octobre 1918 a diagnostiqué une occlusion intestinale et décida une intervention chirurgicale d'extrême urgence ; attendu que cette opération qui pouvait seule empêcher une issue fatale fut faite par le Dr St-Cène assisté du Dr de la Rochefordière ; attendu que A. est décédé peu après l'intervention ; attendu qu'en vue d'obtenir le paiement de ses honoraires fixés à six cents francs pour les soins et l'opération, le Dr St-Cène a cité les consorts A. devant le juge de paix du 8e arrondissement de Paris ; attendu que le Dr de la Rochefordière a réclamé des honoraires s'élevant à 200 francs ; attendu que les consorts A. pour justifier leur refus de payer ces honoraires ont prétendu que les médecins avaient commis des fautes professionnelles (erreur de diagnostic, inutilité de l'intervention, manque de soins postérieurs à l'opération) ; attendu que le Dr Charles Paul, médecin expert, commis par le juge de paix à l'effet d'examiner les griefs, a conclu que les médecins n'avaient commis aucune erreur dans le diagnostique et la conduite de l'opération et que les sommes réclamées n'étaient nullement exagérées ; attendu que les représentants d'A. ayant demandé la jonction pour connexité des demandes des Drs St-Cène et de la Rochefordière se sont portés reconventionnellement demandeurs en deux mille francs de dommages-intérêts ; attendu que le juge de paix du 8e arr. s'est déclaré alors incompétent ; attendu que les consorts A. soutiennent que l'opération tentée par le Dr St-Cène avec l'assistance de la Rochefordière était inutile et dangereuse, qu'elle a été le résultat d'une erreur de diagnostic grossière commise par les médecins ; que le fait d'avoir procédé à une opération sur un homme âgé avec l'aide de l'anesthésie au chloroforme et d'avoir employé cet anesthésique sans s'être renseignés sur l'état général du malade constitue une faute grave et inadmissible ; attendu que le Dr St-Cène réclame une somme de trois mille francs en réparation du préjudice que les racontars injustifiés de la famille A. lui ont causé ; attendu que le rapport du Dr Charles Paul a justifié l'intervention du Dr St-Cène ; attendu que les griefs relatifs à l'emploi du chloroforme ne peuvent être contrôlés quatre ans après la mort d'A., ce long délai

empêchant de pratiquer l'autopsie, laquelle aurait permis d'examiner l'état des organes d'A. ; attendu que si l'emploi du chloroforme est parfois périlleux chez un vieillard et souvent contre indiqué, l'usage de cet anesthésique ne peut être absolument proscrit dans tous les cas ; attendu que les anesthésies locales présentent elles aussi leurs inconvénients et entraînent parfois des accidents mortels ; attendu qu'aucun règlement n'interdit l'emploi du chloroforme pour les opérations des vieillards et que l'Académie de médecine ne s'est pas prononcée sur cette question qui divise les chirurgiens suivant l'école à laquelle ils se rattachent ; attendu qu'il appartenait aux consorts A. de demander l'autopsie de leur époux et père pour fixer les responsabilités en toute certitude de cause, qu'ils n'ont pas en temps utile fait rechercher les causes de la mort.

Par ces motifs :

Dit et juge que la nouvelle expertise et l'enquête demandée ne permettraient pas à raison du temps écoulé d'apporter des précisions décisives et des certitudes incontestables ; condamne les consorts A. à payer au Dr St-Cène une somme de six cents francs pour ses honoraires et au Dr de la Rochefordière une somme de deux cents francs pour ses honoraires. Déboute les parties du surplus de leurs demandes. Condamne en outre les consorts A. en tous les dépens.

II. — Arrêt.

La cour :

Statuant sur l'appel principal interjeté par les consorts A. et sur l'appel incident interjeté par Saint-Cène et de la Rochefordière d'un jugement rendu par le Tribunal civil de la Seine, le 23 janvier 1924.

Sur l'appel principal :

Considérant que les docteurs Saint-Cène et de la Rochefordière ont formé contre les consorts A. une demande tendant au paiement d'une somme de 600 fr. pour le docteur Saint-Cène et de 200 fr. pour le Dr de la Rochefordière pour honoraires, et de 3.000 fr. à titre de dommages intérêts, pour le Dr Saint-Cène ;

Considérant que les consorts A. ont formé contre ces derniers une demande reconventionnelle en paiement de 2.000 fr. à titre de dommages-intérêts pour faute professionnelle ;

Considérant que le jugement frappé d'appel à fait droit à la demande des docteurs Saint-Cène et de la Rochefordière, en ce qui concerne leurs honoraires, a rejeté la demande de dommages-intérêts du Dr Saint-Cène et a débouté les consorts A de leur demande reconventionnelle ;

Considérant que ceux-ci prétendent qu'ils ne doivent rien, ni au Dr Saint-Cène ni au Dr de la Rochefordière, qu'ils soutiennent que ces médecins ont commis des fautes lourdes dans l'exercice de leur profession (erreur de diagnostic, opération inutile et dangereuse, manque de soins), et que ces fautes ont entraîné la mort d'A., leur père et époux ;

Considérant qu'ils demandent à la cour d'infirmer le jugement entrepris et de condamner les docteurs Saint-Cène et de la Rochefordière à leur payer une somme de 2.000 fr., à titre de dommages intérêts, subsidiairement, d'ordonner une enquête sur les faits articulés devant les premiers juges ;

Mais considérant qu'il résulte des circonstances de la cause et des documents versés aux débats, notamment du rapport du Dr Paul, commis en qualité d'expert, que les docteurs Saint-Cène et de la Rochefordière n'ont commis aucune faute professionnelle ; qu'en conséquence, il échet de rejeter la demande des consorts A., aussi bien la demande subsidiaire que la demande principale ; que d'ailleurs, l'enquête sollicitée ne permettrait, à raison du long temps écoulé, d'apporter aucune précision, ni aucune certitude ;

Sur l'appel incident et sur les conclusions additionnelles de Saint-Cène et de la Rochefordière :

Considérant que par des conclusions signifiées le 5 juillet 1926, Saint-Cène demande à la Cour de condamner les consorts A., à lui payer la somme de 3.000 fr. à titre de dommages intérêts pour le préjudice qui lui a été causé par leurs agissements ;

Considérant que l'attitude de ces derniers est tout à fait injustifiée surtout en présence d'une demande d'honoraires aussi peu élevée ;

Qu'il convient, en conséquence, d'accueillir les conclusions de Saint-Cène et de fixer à 3.000 fr. le chiffre des dommages intérêts qui lui est dû ;

Considérant que Saint-Cène et de la Rochefordière demandent encore à la Cour de faire application de l'article 464 du Code de Procédure civile, et de condamner les consorts A. à payer à chacun d'eux la somme de 500 fr. à titre de dommages-intérêts pour le préjudice postérieur au jugement résultant notamment des frais qu'ils ont exposés.

Mais considérant qu'il n'y a pas lieu de faire droit à cette demande.

Par ces motifs.

Et ceux des premiers juges non contraires au présent arrêt.

Déclare les consorts A. mal fondés dans leur appel, les en déboute ainsi que des conclusions par eux prises à l'appui.

Confirme le jugement entrepris, rejette la demande d'enquête et faisant droit à l'appel incident.

Condamne les consorts A. à payer à Saint-Cène 3.000 fr. à titre de dommages-intérêts, déboute les parties du surplus de leurs demandes ;

Condamne les consorts A. à l'amende et en tous les dépens d'appel tant principal qu'incident, dont distraction au profit de Me Goirand, avoué aux offres de droit.

Commentaires

Comme d'habitude, c'est à la suite de l'envoi de la note d'honoraires que les débiteurs cher-

chent tous les moyens possibles pour ne pas payer. Ainsi que le font remarquer les juges de première instance et d'appel, les époux A. n'auraient pas dû attendre quatre ans, pour porter plainte contre les médecins, si vraiment ceux-ci avaient été coupables d'une négligence, ou d'une erreur de diagnostic.

D'ailleurs, à la lecture des pièces, versées aux débats et du rapport d'expertise, on sent parfaitement que les débiteurs avaient surtout pour intention, non pas de demander réparation pour un préjudice, qui leur aurait été causé, mais de se dérober au paiement d'une dette, alors surtout que l'opération n'avait pas donné le réslultat escompté.

Les époux A. ont été mal conseillés ; mais, comme presque toujours, l'imprudence d'un médecin a été un des motifs de leur refus de paiement.

Un parent, médecin en province, s'est cru autorisé à donner son opinion, alors qu'il n'avait pas assisté à l'examen du malade, ni à l'opération.

Le rapport d'expertise s'exprime en ces termes : « Madame A, pour discuter le diagnostic du docteur Saint-Cène, se base sur une lettre d'un de ses parents. le Dr A, médecin à ....., dans laquelle celui-ci, d'après les déclarations de sa tante, discute le diagnostic de ses confrères Saint-Cène et de la Rochefordière, s'appuyant sur l'absence de certains symptômes.

« Nous ne croyons pas devoir insister bien longtemps sur la discussion médicale du diagnostic, porté par les docteurs Saint-Cène et de la Rochefordière, étant données les constatations faites au cours de l'opération chirurgicale et notamment les faits énoncés par le docteur Klein, qui a assisté à l'opération. Nous dirons même que, retournant les arguments du Dr A., on ne pourrait que féliciter le docteur Saint-Cène d'avoir fait le diagnostic d'une occlusion intestinale (confirmé, nous le répétons par l'opération) devant une absence de symptômes telle que le Dr A. doute de cette occlusion intestinale. »

Et l'expert ajoute : « *En réalité*, on n'a pas le droit de discuter le diagnostic d'un confrère, quand on n'a pas examiné un malade et en se basant uniquement sur les déclarations d'une personne non médicale. »

Certes, notre confrère s'est montré trop bon parent et pas assez confraternel : que dirait-il si un médecin de Paris critiquait ses diagnostics et ses traitements, sans jamais avoir examiné les malades ?

Si, avant de blâmer un praticien, les médecins consentaient à réfléchir sur les conséquences de leurs paroles, s'ils se mettaient à la place du confrère, en se demandant ce qu'en pareille circonstance, ils auraient fait, ou ce qu'ils aimeraient qu'on fît pour eux, bien des procès en responsabilité professionnelle seraient évités.

D'ailleurs, à lire les griefs que les époux A. formulaient contre le chirurgien et le médecin, on s'aperçoit de l'inanité de leurs reproches.

Ils blâment les docteurs « de ne pas avoir fourni à la famille de M. A. aucun renseignement sur l'opération qui allait être pratiquée, ni sur les suites et le danger que cette opération pouvait présenter. »

En présence d'une occlusion intestinale les médecins ont le devoir de ne pas perdre de temps à des discussions oiseuses avec des profanes à la médecine : une vie est en danger ; il faut faire vite et opérer d'urgence.

Un autre grief : on a employé le chloroforme chez un vieillard, et ainsi de suite.

Le « Sou médical » a été heureux de soutenir la demande en première instance ; puis, voyant que le tribunal n'avait pas cru faire droit à la demande en dommages-intérêts, introduite par nos confrères, vu le préjudice que leur causait cette résistance injustifiée de paiement, notre Ligue de défense professionnelle donna son appui pour un appel incident.

La Cour de Paris a donné satisfaction sur ce point.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Le fonctionnement du Service de Santé d'une division d'infanterie dans l'offensive (Guerre de mouvement).

Par le Médecin-major de 1re classe SCHNEIDER, de l'Etat-Major de l'Armée (3e bureau).

La troisième conférence pratique de l'Ecole d'instruction du S. S. du Gouvernement militaire de Paris a eu lieu le 19 juin dernier et a obtenu le même succès que les précédentes.

L'amphithéâtre de l'Ecole pratique était rempli par un auditoire nombreux, qui n'a pas ménagé ses applaudissements au sympathique conférencier. Celui-ci joint, en effet, à un grand talent d'exposition, une très vive sensibilité et une psychologie très avertie. Il a su, à différentes reprises, rendre un hommage ému à tous ses camarades des réserves, dont il a évoqué avec élo-

quence la belle attitude en première ligne, au cours de la grande guerre.

Il a été particulièrement acclamé quand il a montré comment, dans la course au flambeau si tragiquement menée au front, les cadres du Service de Santé ont élevé très haut leur conception du devoir, et comment le commandement, échappant aux mains défaillantes du médecin-chef du poste de secours, frappé au cours de la bataille, a toujours été assumé vaillamment par ses sous-ordres, médecins, pharmaciens, dentistes même, au gré des circonstances et qui se sont toujours montrés à la hauteur de leur tâche.

M. Schneider rappelle la structure d'une division d'infanterie, unité de combat proprement dite, possédant les éléments indispensables pour mener une attaque par ses propres moyens, et la constitution organique de cette grande unité (commandement, troupes, services) en insistant sur les éléments sanitaires de la division :

Groupe sanitaire divisionnaire ;

Section sanitaire automobile légère.

Il précise ensuite les principes généraux du fonctionnement du Service de Santé de la division d'infanterie au combat. La zone de la division d'infanterie, zone de combat exposée au feu et essentiellement mobile, ne présente ni la sécurité, ni la stabilité, conditions indispensables à l'installation d'une ambulance, organe de traitement et d'hospitalisation ; seuls, des postes de secours pourront être organisés dans le secteur de la division d'infanterie.

Le rôle du Service de Santé de la division d'infanterie sera, avant tout, de panser le blessé et de le soustraire au feu.

Mission de l'échelon régimentaire : installations et rôle des postes de secours de bataillon et de régiment.

Mission de l'échelon divisionnaire : installation et rôle du poste de secours divisionnaire. Triage et catégorisation des évacués sanitaires (blessés, malades, gazés, éclopés). Arrêt des moribonds.

Nécessité de placer le poste de secours divisionnaire en arrière de la masse d'artillerie de la division.

Pour que le fonctionnement de son service s'effectue avec harmonie, le Directeur du Service de Santé de la division doit établir une liaison permanente avec le Commandement d'une part, avec tous les échelons techniques sanitaires, d'autre part. La liaison avec les médecins chefs des régiments d'infanterie sera l'objet de toute l'attention du directeur ; elle est d'une importance capitale.

L'organisation générale du Service de Santé de la Division se traduit par l'établissement d'un « plan d'action » que le Directeur du Service de Santé arrête après avoir été nettement orienté, au point de vue militaire, par le commandement (général commandant la division d'infanterie, ou son chef d'état-major), au point de vue technique, par le Directeur du Service de Santé du Corps d'armée.

En terminant, Monsieur Schneider insiste sur l'importance du personnel sanitaire régimentaire qui constitue la cheville ouvrière du Service de Santé de l'avant. Ce personnel, qui se compose de médecins, de pharmaciens, de dentistes, est, en temps normal, nettement spécialisé. Au combat, tous ces spécialistes disparaissent ; ce personnel se confond devant la grande et simple mission à remplir : panser le blessé, le soustraire au feu.

A cette occasion, le conférencier rappelle la conduite héroïque des médecins, pharmaciens et dentistes dans les postes de secours de l'extrême avant, au cours de la dernière guerre.

***

Le médecin-major Schneider expose ensuite sur la carte un exercice pratique auquel vont s'appliquer les grands principes qui précèdent.

Une armée, concentrée au nord de Verdun, doit mener une offensive vers le nord-est, en vue de culbuter les forces ennemies qui débarquent dans la région du Luxembourg.

Cette armée dispose de trois corps d'armée, XVIIIe, IIe, VIe Corps d'armée, disposés de l'ouest à l'est.

Le IIe Corps d'armée se compose de trois divisions : la 4e division d'infanterie et la 3e division d'infanterie en première ligne, la 52e division d'infanterie en seconde ligne (en réserve).

L'étude portera sur le fonctionnement du Service de santé de la 3e division d'infanterie.

L'attaque doit avoir lieu le 1er mai à 4 h. 30 du matin.

M. Schneider précise les directives militaires qui sont données le 30 avril, à 17 heures, au médecin divisionnaire par le général commandant la 3e division d'infanterie (intention du commandement, effectifs engagés, pertes probables, etc.), et les directives techniques données par le Directeur du Service de santé du 11e Corps d'armée (emplacement et rôle des formations sanitaires du Corps d'armée et de l'armée, organisation générale des évacuations, des ravitaillements, etc.).

Le médecin-major de 1re classe Junquet, faisant fonction de médecin divisionnaire, expose le dispositif du Service de santé de la 3e division d'infanterie en vue de l'offensive du 1er mai.

Poste de secours divisionnaire : Rechicourt.

Postes de secours régimentaires, ferme Bellevue, Ollières, Domprix.

Postes de secours d'artillerie.

Liaison entre les postes de secours régimentaires et le poste de secours divisionnaire.

Organisation des évacuations , des ravitaillements.

M. Schneider décrit les différentes phases de l'attaque :

Passage de la Crusne entre 11 h. et 11 h. 30 (une centaine de blessés) ;

Prise du premier objectif à 14 heures. Arrêt de toute la division à 17 heures dans la zone boisée qui se trouve entre le premier et le deuxième objectif (300 blessés).

M. Junquet précise le fonctionnement du Service de santé pendant le cours de l'attaque :

Déplacement des postes de secours régimentaires, qui collent à la troupe.

Organisation d'un *poste de relai* à Xivry-Circourt. Utilisation des brancardiers divisionnaires pour assurer la liaison entre ce poste de relai et les postes de secours régimentaires plus avancés.

Relevé et évacuation des blessés.

En terminant, M. le médecin-major Schneider rappelle l'importante nécessité pour le médecin divisionnaire d'établir des liaisons militaires et techniques extrêmement serrées et permanentes sans quoi le fonctionnement du Service de santé est déficient, au grand dam des blessés.

NOS STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES FRANÇAISES

Notre propagande à l'étranger

Par le Dr Raymond Molinéry (de Luchon).

Ancien secrétaire général du Syndicat des Médecins des stations thermales et climatiques de France.

La saison bat son plein.

Les stations thermales et climatiques françaises, que nous connaissons bien, ont reçu, cette année, un nombre progressivement croissant de malades, de touristes, de promeneurs, de villégiaturants.

Il faut obtenir mieux encore !...

Le mois d'août marque le point culminant de la saison. Mais déjà, il faut songer à l'an prochain et nous sommes heureux, dans le *Concours médical*, dont les colonnes ont toujours été si largement ouvertes au thermalisme et au climatisme, de publier *in extenso*, une lettre qui nous est adressée par la Chambre syndicale du Commerce et de l'Industrie des Eaux minérales et Etablissements thermaux (21, rue de Londres, Paris).

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur l'importance de ce document car bien des fois, au Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France, nous avons demandé que soient étudiés, avec une extrême rigueur, les moyens de pénétrer à l'étranger, non pas d'une façon quelconque, mais systématique, effective et efficace.

Le Ministre de France
aux Pays-Bas.

à Monsieur le Ministre des Affaires étrangères (Service des Œuvres Françaises à l'Etranger) Section des Œuvres diverses

La Haye, le 5 juillet 1927.

Propagande pour les Stations thermales françaises.

....

« *Un médecin hollandais, le docteur Van Der Hoeven Leonhard, déploie, depuis plusieurs années, l'activité la plus méthodique et la plus désintéressée pour diriger, sur nos stations thermales, ses compatriotes sollicités par la propagande des stations d'Allemagne, de Bohème et de Suisse et que trop d'affinités naturelles inclinent de ce côté. Il publie, à cet effet, chaque année, un Bulletin où sont réunies les indications essentielles relatives à nos Etablissements. Chaque année, il écrit aux administrations de ces établissements pour leur demander les renseignements d'ordre pratique sur les conditions de logements et les prix de la vie, pour toutes catégories de clients, qui sont naturellement variables et qu'il est à la fois nécessaire de publier et de tenir à jour. Il demande qu'on lui envoie, en quantité suffisante, les divers prospectus et documents se rapportant à ces questions et qu'il prend la peine de répartir entre les Agences de voyages hollandaises. Or, il est fâcheux de constater que ce zèle rencontre beaucoup d'indifférence chez ceux qui auraient à en bénéficier. Le Dr Leonhard me dit que cette année il a adressé son questionnaire à une cinquantaine de stations françaises et a écrit une seconde fois à celles qui faisaient attendre leur réponse. Néanmoins plus de la moitié n'ont pas répondu. S'étant adressé aux Comités d'initiative, il s'estime heureux d'avoir eu vingt-cinq réponses à plus de cinquante demandes. Encore certaines sont-elles arrivées trop tard pour être utilisées cette saison.*

« *Il y a donc là de la négligence. Il y a également une absence d'organisation collective qui, tout en constituant une caractéristique nationale, ne doit pas être considérée comme une solution très recommandable. Quelques-unes de*

« nos stations sont groupées en unions régionales, « le plus grand nombre s'en tient à la propagande « individuelle. Ni les unions ni les stations qui « agissent seules ne font une publicité suffisante.

« Il est vrai que toute publicité est coûteuse, « c'est pourquoi il y aurait intérêt à en réduire les « frais par une entente et une action commune. « Ces observations qui sont banales, mais qui res- « tent opportunes, ne visent pas, quant à la Hol- « lande, des stations comme Vichy, Evian, Vittel « et quelques autres. Elles s'appliquent, plus ou « moins, au reste de nos villes d'eaux.

« Nos grands établissements pourraient, d'ail- « leurs, imiter leurs grands concurrents de Suisse, « qui, par deux fois tout au moins, dans ces der- « nières années, ont invité un certain nombre de « médecins hollandais, judicieusement choisis, « en les défrayant de toutes dépenses sur le terri- « toire de la Confédération. C'est par des moyens « de ce genre qu'on neutralise le mieux les cam- « pagnes de dénigrement.

« J'ignore quel organisme officiel aurait chance « d'obtenir que les Administrations thermales et « les Syndicats d'initiative comprissent la néces- « sité d'une activité commune et il y aurait quel- « que naïveté à se faire des illusions sur ce sujet. « Du moins, on peut s'étonner que les gens direc- « tement intéressés à la prospérité de nos stations « ne profitent pas de l'activité que dépense, pour « eux, un collaborateur aussi qualifié et aussi utile « que le médecin hollandais dont je viens de rap- « peler les efforts persévérants, bien incomplètement « payés de retour ».

***

Nous pouvons répondre à M. le Ministre de France que la FÉDÉRATION NATIONALE THERMALE ET CLIMATIQUE, qui fut fondée il y a deux ans, sous la présidence de M. le docteur MONTCORGÉ, du Mont-Dore, avec, comme secrétaire général, M. le docteur GARDETTE, directeur et rédacteur en chef de la *Presse Thermale et climatique*, est tout à fait qualifiée pour obtenir des diverses administrations thermales et des syndicats d'initiative l'effort nécessaire et persévérant pour aider, de façon utile, le médecin hollandais, notre ami LEONHARD VAN DER HOEVEN, dans la campagne magnifique qu'il mène, si vigoureusement, dans son pays.

***

Or, au même moment, nous recevons de MOHAMED MOKDAD OUERTANI chargé de mission en Tunisie, de LOUFTI-AYROUT BEY, d'Héliopolis (Egypte), deux lettres des plus intéressantes, appelant l'attention des médecins hydrologues français sur la nécessité de faire, en Afrique du Nord, et, en particulier, en Tunisie et en Egypte, un effort concerté, car la richesse de la Tunisie et celle de l'Egypte augmente d'année en année, nous disent nos correspondants et ce ne sont pas les frais d'un voyage qui arrêteront les Egyptiens ou les Tunisiens pour aller se soigner en France.

Or, sauf les intellectuels qui habitent les grandes villes, sauf les médecins qui ont fait leurs études à Beyrouth ou en France (et ils ne sont pas encore très nombreux), les autres médecins envoient en Italie ou en Europe Centrale, les malades qui relèveraient directement de la clinique hydrominérale française. Dans les villages, la médecine est entre les mains des barbiers et ils ignorent même qu'il existe des eaux thermales qui peuvent guérir les maladies que la chaleur caniculaire d'Égypte ou de Tunisie peut provoquer.

Certes ! après avoir fait un grand voyage d'études dans l'Afrique du Nord, nous savons bien que de longues caravanes d'Arabes, d'Israélites vont auprès de stations régionales où ils se rendent autant par hygiène que pour obéir à des prescriptions rituelles.

Mais celles-ci ne se déplaceront pas facilement ; c'est la population la plus riche qu'il faut gagner à notre cause. Pour l'atteindre, il faut donc éditer un guide en langue arabe et c'est ce que nous proposent MM. MOKDAD OUERTANI et LOUFTI AYROUT BEY.

Ces auteurs conçoivent le guide de la façon suivante : une notice historique ; une description des installations, de la technique de la cure; ses indications et ses contre-indications ; comment et dans quels bateaux et chemins de fer et à quel prix on peut venir d'Egypte, de Tunisie chez nous. La liste des hôtels par catégorie ; la liste des distractions et amusements. *Une abondante illustration sera fournie par les stations et par les syndicats d'initiative et dit* M. LOUFTI, *ces guides seront expédiés aux* 2.000 *médecins exerçant en Egypte et aux* 20.000 *maires des villages qui le liront, le consulteront, le propageront et le commenteront.*

M. OUERTANI, à peu de chose près, voudrait la même diffusion en Tunisie, auprès de toutes les personnalités compétentes, et auprès des Caïds en particulier.

Nous sommes assuré, pour en avoir entretenu en Tunisie, M. le Ministre Plénipotentiaire, M. Lucien SAINT, Résident général, que nous trouverions auprès de ses services administratifs, l'accueil le plus favorable et les encouragements les plus précieux.

Il faut donc, aujourd'hui, que la Fédération nationale thermale et climatique et les Fédérations thermales et climatiques régionales, si actives et si fortement constituées, prennent en mains, l'étude de la publicité telle qu'elle nous est offerte aujourd'hui et, que dès le mois de septembre, elles fassent voter par leurs adhérents, non pas un vœu platonique qui irait en retrouver cent autres dans les cartons administratifs, mais une réalisation qui obtiendra son plein effet en mai 1928.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr MANSION, de Montsauche (Nièvre). — M. le Dr DE LANGENHAGEN (Maurice), de Plombières-les-Bains (Vosges) et Paris.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — Sont nommés agrégés à la Faculté de Lyon, MM. Gabrielle (*anatomie*), A. Chevallier (*physique médicale*), Antoine Dumas, André Dufourt et André Dévic (*médecine*), Philippe Rochet et Wertheimer (*chirurgie*), Joseph Martin (*Anatomie pathologique*) et Manceau (*histoire naturelle pharmaceutique*).

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Enseignement gynécologique.* — Un enseignement de perfectionnement est organisé à la clinique gynécologique de la Charité de Lyon sous deux formes distinctes : 1° un cours de perfectionnement pendant les vacances universitaires ; 2° un stage de perfectionnement au cours de l'année scolaire.

I. COURS DE PERFECTIONNEMENT. — Ce cours aura lieu du jeudi 13 au samedi 29 octobre ; il consistera en leçons théoriques, consultations gynécologiques et examens cliniques, permettant ainsi une étude rapide des principaux points de la pratique gynécologique.

Programme des cours. — (Professeur Villard ; M. Labry, chef de clinique ; M. Quincien, moniteur) :

L'examen gynécologique. — Les déviations utérines et leur traitement. — Les prolapsus génitaux. — Les métrorragies. — Considérations générales sur les infections génitales : les métrites. — Formes cliniques, diagnostic et traitement des salpingites. — La dysménorrhée douloureuse. — Etude physiologique et anatomopathologique de la grossesse extra-utérine. — Etude clinique et traitement de la grossesse tubaire. — Anatomie pathologique, symptômes et diagnostic des kystes de l'ovaire non compliqués. — Complications et traitement des kystes de l'ovaire. — Etude clinique des fibromes utérins. — Traitement des fibromes. — Les agents physiques en gynécologie. — Etude anatomique et clinique du cancer du col utérin. — Cancer du corps utérin et métrites séniles. — Traitement des cancers de l'utérus.

Pour le détail se reporter à l'affiche spéciale apposée dans les locaux universitaires ou hospitaliers ou en demander un exemplaire au secrétariat de la Faculté de médecine.

II. STAGE DE PERFECTIONNEMENT. — Ce stage sera d'une durée de deux mois pendant lesquels les stagiaires inscrits suivront les cours, assisteront aux visites, consultations et opérations du service. Ils seront admis à pratiquer les interventions de petite chirurgie.

Les périodes de ce stage seront :

1° Du 1er novembre au 1er janvier. — 2° Du 1er janvier au 1er mars. — 3° Du 1er mars au 1er mai. — 4° Du 1er mai au 1er juillet.

Pour l'inscription au cours de perfectionnement et au stage, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

Les droits d'inscription sont de : Cours de perfectionnement, 150 fr. ; stage de perfectionnement, 200 fr.

— **Journées médicales thermales de Clermont-Ferrand** (1927). — Les Journées médicales thermales, organisées par le *Centre médical* sur l'initiative de M. le prof. Castaigne, ont commencé le samedi 29 mai 1927. Elles ont réuni un grand nombre de médecins du centre, ainsi que des professeurs de nombreuses Facultés de médecine étrangères.

Après une visite à Saint-Nectaire, eut lieu une première réunion à Royat, où M. Heitz, énuméra la valeur de la station dans les affections et les troubles cardio-vasculaires, et ses propriétés diurétiques.

Le lendemain, M. Castaigne ouvre la journée en esquissant l'œuvre du professeur Billard sur les propriétés désensibilisatrices de certaines eaux minérales, leur action phylactique. En concluant, il démontre la nécessité de l'enseignement hydrologique et des laboratoires d'études.

Le rapport de M. Laubry traite de l'hypertension artérielle ; il démontre qu'à Royat ce n'est pas sur l'hypertension d'origine rénale ou même générale que les eaux ont une admirable action, mais sur les hypertendus.

M. le professeur Labbé parle des différentes lithiases rénales, pour le traitement desquelles il préfère la cure de fruits et surtout l'action alcalinisante de certaines eaux minérales, surtout celles riches en magnésie.

Le prof. Loeper traite plus spécialement l'oxalémie; il pense que dans la généralité des cas, l'action de l'eau de Vichy est indiquée. Il montre comment agissent les eaux alcalines de Vichy, soit par précipitation de l'oxalate de chaux, soit en contrariant la formation de l'acide oxalique dans les tissus, soit par une action certaine sur le foie, organe destructeur de l'acide oxalique, et qu'elles agissent aussi par leur radioactivité sur les localisations douloureuses. D'autres rapports et communications furent faits par le prof. Thévenot, de Lyon, et le Dr Piéry.

Le lendemain, journée de Vichy, fut consacré aux rapports de MM. Villaret, Jeanbreau et Castaigne sur le traitement de la lithiase rénale à Vichy, rapports qui ont été fort appréciés.

Les Compagnies fermières, spécialement celles de Vichy et de Royat, accueillirent les congressistes avec toute leur générosité habituelle.

(*Compte rendu de l'Association de la Presse médicale française.*)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

17 août

Enseignement de la médecine

Sont nommés, à compter du 1er novembre 1927, professeurs des Facultés de médecine ci-après :

Paris : M. Loeper (thérapeutique). M. Rouvière (anatomie).

Montpellier : M. Delmas (Jean), (anatomie).

M. Villard (Henri), (clinique ophtalmologique).

M. Paviot, professeur d'anatomie pathologique, à la Faculté de Lyon, est nommé professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

M. Collet, professeur de pathologie interne à la Faculté de Lyon, est nommé professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à ladite Faculté.

M. Richon, professeur de pathologie interne et de propédeutique à la Faculté de Nancy, est nommé professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est vacant à la maison départementale de santé de la Seine-Inférieure, par suite du départ de M. le Dr Jourdran.

ASSURANCES SOCIALES

Les médecins d'hôpitaux ou de maisons de santé auront-ils droit à des honoraires ?

Le docteur Dron, sénateur, a fait adopter l'amendement suivant, qui est devenu le deuxième paragraphe de l'article 6 :

« En cas d'hospitalisation, les frais supportés par la caisse seront contenus dans les limites, qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique, à l'égard des malades, admis sous le régime de l'assistance médicale gratuite, ou des accidentés du travail, admis sous le régime de la loi du 9 avril 1898. »

En voulant atteindre les cliniques louches et les médecins marrons, le docteur Dron a lésé tous les praticiens : ceux des hôpitaux, ceux qui possèdent des maisons de santé et ceux qui exercent la clientèle de ville.

Les médecins d'hôpitaux ne touchent que des indemnités dérisoires, parce qu'ils collaborent à une œuvre de bienfaisance et de solidarité sociale. Cependant, quelques-uns retirent, de leur titre, acquis au concours, dans une grande ville, une notoriété appréciable, pour la clientèle de ville.

Les propriétaires de maisons de santé ne pourront, aux termes de cet article, réclamer que le prix de journée d'assistance médicale gratuite, sans avoir droit à des honoraires, puisque, dans les hôpitaux, le Corps médical ne touche pas d'honoraires pour soins donnés aux indigents.

Quant aux médecins de ville, ils verront les assurés sociaux être dirigés, par les caisses, sur les hôpitaux et les maisons de santé (celles qui les accepteront), parce que les dépenses seront moins élevées, pour frais de séjour à l'hôpital, que pour soins donnés à domicile.

Le Corps médical ne peut-il rien tenter, pour remédier à cette situation désastreuse pour lui ?

Fixation du prix de journée pour l'A.M.G.

Ce prix de journée est actuellement calculé d'après les indications données par le décret du 30 janvier 1926, portant règlement d'administration publique, pour l'application de la loi du 14 février 1921 et abrogeant le décret du 9 février 1922, modifié par celui du 29 avril 1925.

En ce qui concerne les frais de personnel médical, deux articles de ce décret nous intéressent :

Article 8 : « Lorsque l'importance de l'établissement permet d'avoir des services distincts pour la médecine et la chirurgie, un prix de journée spécial est calculé séparément pour chacun d'eux. »

Article 9, § 2 : « En ce qui concerne les dépenses du personnel médical proprement dites, d'achats de médicaments ou d'objets de pansements, d'instruments de chirurgie, d'appareils de laboratoire, il est procédé à une ventilation entre les différents services . . . . . »

Or, la loi du 7 août 1851 et les règlements modèles laissent à chaque hôpital le droit d'établir un règlement de santé, qui doit être soumis à l'approbation du préfet.

En toute liberté, chaque commission administrative d'hôpital engage ses médecins, avec ou sans concours, en déterminant à l'avance l'indemnité minime, qui sera allouée pour soins donnés aux malades hospitalisés, pauvres ou payants.

Dans certains établissements, les médecins ont la faculté de réclamer des honoraires à tout malade payant, qui peut les acquitter. Mais, dans les hôpitaux de grande ville, il est interdit au Corps médico-chirurgical de toucher quoi que ce soit, en plus du forfait annuel qui est alloué.

Or, les textes législatifs et réglementaires, fixant actuellement le prix de journée pour l'assistance médicale gratuite, ne prévoient pas, pour le Corps médico-chirurgical des hôpitaux, le droit de réclamer des honoraires, en sus de l'indemnité annuelle, qui est allouée par l'établissement.

Il s'ensuit que, lors de l'application de la loi sur les assurances sociales, les médecins devront considérer les assurés hospitalisés comme étant des indigents, des pauvres, c'est-à-dire des béné-

ficiaires de la loi du 15 juillet 1893 : ils devront se contenter des honoraires actuellement octroyés sous le nom d'indemnité annuelle.

Prix de journée pour les accidentés du travail.

La loi du 6 juillet 1920 spécifie qu'en cas d'hospitalisation de la victime, le chef d'entreprise est tenu des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne pourront dépasser le prix de l'assistance médicale gratuite, majoré de 30 %.

L'amendement du docteur Dron laisse le choix entre le prix de l'assistance et ce même prix majoré de 30 % : première source de difficultés et surtout de concurrence puisque certains établissements auront le droit d'attirer chez eux la clientèle des caisses, en ne prenant pas, comme leurs voisins, le 30 % permis.

D'autre part, le docteur Dron ignore certainement un arrêt de Cassation, Chambre des Requêtes, du 28 avril 1928, qui décide que sont licites les accords, intervenus entre médecin d'hôpital et chef d'entreprise, aux termes desquels le second payera au premier des honoraires, en sus du prix de journée d'hospitalisation, pour soins donnés au blessé à l'hôpital.

Il en résulte que, si la Chambre ne modifie pas, sur ce point, le texte du Sénat, des procès sont en perspective ; aux termes de l'amendement du docteur Dron, les médecins pourront-ils ou non conclure des ententes avec les caisses (comme le reconnaît licite l'arrêt de Cassation ci-dessus), pour pouvoir toucher de légitimes honoraires, pour soins donnés aux malades des caisses hospitalisés ?

D'autre part, le docteur Dron n'a pas dû être au courant des nombreuses démarches que le Corps médical a faites, pour pouvoir faire modifier, par le législateur, le « tout compris » de la loi accidents du travail.

Tenant compte des réclamations justifiées des médecins, tant appartenant aux hôpitaux que propriétaires de maisons de santé, M. Gros, député, dans son rapport, qui sera discuté à la Chambre, à la rentrée d'octobre, a rédigé de la manière suivante le futur texte de la loi sur les accidents du travail :

« Le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, en outre des obligations contenues à l'article 3, des frais d'hospitalisation aux taux et conditions normaux et courants des établissements hospitaliers publics ou privés, de la localité où la victime est reçue et soignée.

« Il est également tenu des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, qui ne seraient pas expressément compris dans les frais d'hospitalisation, ces frais étant réglés conformément au tarif visé au paragraphe 2 ci-dessus. »

Il est donc regrettable de voir les efforts du Corps médical être mis à néant, par l'amende-

ment qu'a fait voter le docteur Dron, en ce qui concerne les assurances sociales.

Mais, si le texte de M. Gros est voté à la Chambre et au Sénat, celui du docteur Dron accroîtra encore les difficultés, puisque les caisses ne devront acquitter que les frais d'hospitalisation prévus par la loi sur l'assistance médicale gratuite, ou par celle des accidents du travail, et de ces deux textes, l'un refusera, et l'autre accordera aux médecins d'hôpitaux et de maisons de santé les honoraires médicaux et chirurgicaux, pour soins donnés aux hospitalisés. Encore de nombreux procès en perspective, à moins que le Corps médical, suivant en cela les avis qui sont donnés par certains dirigeants, se refuse absolument à jouer un rôle de dupe : abandonnant les hôpitaux où il n'y aura presque plus, ou plus du tout d'indigents et s'inspirant de la loi des 2-17 mars 1791, sur la liberté du travail, il ne consentira à soigner les malades des caisses, hospitalisés à l'hôpital, ou dans une maison de santé, que si des honoraires convenables lui sont alloués.

Conclusions.

La question est fort grave pour l'avenir de notre profession. Il est à craindre que, devant la grande quantité de malades des caisses, qui seront admis dans les hôpitaux, les Commissions administratives ne songent à avoir un personnel médical fixe, qui consacrerait tout son temps à l'établissement et deviendrait ainsi un employé à demeure, payé à l'année et n'ayant pas le droit de faire de clientèle en ville.

Le président de la commission administrative des hôpitaux d'une des plus grandes villes de France m'a manifesté cette intention, le 15 juin dernier, à l'assemblée générale du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Aussi, puis-je espérer que, faisant taire les questions de doctrine, ou de personnes, les adversaires d'hier se réuniront demain, pour faire un front unique ?

Je serais heureux de voir les Syndicats médicaux intéressés, prendre l'initiative d'une réunion collective : le syndicat des médecins propriétaires de maisons de santé, celui des chirurgiens de France, l'association des médecins et chirurgiens des hôpitaux de France pourraient demander à l'Union des Syndicats médicaux et à la Fédération nationale de réunir des délégués, aux fins d'étudier quelles seraient les revendications communes et collectives, qu'il conviendrait de présenter, dès la rentrée, à la commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre.

Pourquoi le législateur n'adopterait-il pas, pour les assurances sociales, le texte proposé, dans le rapport de M. Gros, au nom de la Commission d'assurance de la Chambre, au sujet des modifications à apporter à la loi sur les accidents du travail ?

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Maginot-Marin.

I

2863. — Pneumothorax.

Dans le nouveau tarif des mutilés je ne vois pas indiquée *la première insufflation* pour pneumothorax.

Est-elle simplement de 100 fr. comme les insufflations d'entretien ?

Cela me semble un prix bien faible si on songe aux difficultés d'une première insufflation ?

Dr A.

Réponse.

Le décret du 5 mars 1927, modifiant celui du 25 octobre 1922, est formel sur ce point : « B. — Remplacer la rubrique : ponction de la plèvre, etc... » par « pneumothorax, insufflation, etc... 100 francs, plus fréquents, etc... 50 francs ». En conséquence, on ne peut demander que 100 fr. au maximum pour un pneumothorax, même pour la première fois.

F. D.

II

2835. — Pneumothorax et radioscopies multiples.

Je soigne depuis peu un jeune homme qui vient d'être réformé au cours de son service militaire pour tuberculose pulmonaire après installation d'un pneumothorax artificiel.

Je continue ses insufflations. Mais comme le collapsus n'est pas encore absolument complet et qu'il existe un peu de liquide dans le cul-de-sac diaphragmatique, je suis encore contraint de pratiquer l'insufflation toutes les trois semaines (et non tous les mois) et je juge prudent de pratiquer chaque fois deux radioscopies, l'une la veille, l'autre le lendemain de l'insufflation.

Je ne suis pas radiologue de carrière ; mais, seul médecin de la région pratiquant actuellement le pneumothorax, je fais moi-même mes radioscopies.

1° Comme il y aura lieu de répéter ces interventions à tarif spécial, dois-je en donner avis à la Commission ? Dans quels délais ? De quelle façon ?

2° Puis-je tarifer l'insufflation cent francs et non cinquante ? Il ne s'agit pas de « décollements partiels de la plèvre ». — D'ailleurs bientôt l'insufflation sera mensuelle.

3° Dois-je établir ma note d'honoraires chaque fois de la façon suivante :

1er août : radioscopie des poumons ...... 60 fr.
2 août : insufflation pour entretien de pneumothorax .... 100 fr.
3 août : radioscopie des poumons........ 60 fr.

Dr C.

Réponse.

1° Je vous conseille fortement, pour éviter tout ennui ultérieurement, de bien vous entendre avec le secrétaire de la commission de contrôle, comme vous devez le faire, tout d'abord, pour toute série d'interventions à tarif spécial ;

2° Je ne pense pas qu'on accepte de vous payer cette multiplicité de radioscopies, avant et après chaque insufflation.

3° D'après le décret du 5 mars 1927, je ne vois pas que vous puissiez compter pour ces pneumothorax « plus fréquents que mensuels », plus de 50 francs.

4° Quoique « non radiologue de carrière », si vous avez une installation suffisante de radio, si vous êtes considéré comme radiologue par vos confrères de la région, etc..., si, en un mot, vous êtes reconnu comme « spécialiste », en cette matière, je ne vois pas pourquoi on refuserait de vous honorer comme tel.

F. D.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

2857. — Soins d'urgence plus surveillance prolongée.

Je vous demanderai de bien vouloir m'indiquer comment il faut que je rédige une note au sujet d'un accident de travail. Voici les faits :

Je suis appelé la nuit, vers 10 ou 11 heures du soir auprès d'un malade atteint de fracture du crâne (distance cinq kilomètres).

Je décide son transfert d'urgence à la clinique de P. (distance 68 kil.), mais le malade ne pouvant se tenir assis, je suis obligé de prendre un conducteur avec une camionnette et je suis forcé de les accompagner (les gens ne sachant où aller en pleine nuit). J'ai donc passé toute la nuit.

Veuillez m'établir, je vous prie, la note que je dois transmettre à l'assurance.

Dr P.

Réponse.

Il y a trois choses à considérer :

1° *Votre premier acte médical* : soins d'urgence (note 1 *in fine* de l'article 18), en vue de transport à l'hôpital : 50 francs, plus intervention de nuit, soit une majoration de 25 %, en tout : 62 fr. 50. Ajoutez l'indemnité kilométrique de votre domicile à celui du malade, aller et retour, soit : 10 kilomètres à 1 fr. 50 : 15 francs.

Donc, au total : 62 fr. 50 plus 15, soit : 77 fr. 50.

2° *Votre action de loueur de voiture*, n'est plus une question de tarif Fallières. C'est par entente amiable avec la Compagnie pour le paiement *commercial* (et non plus médical) que vous pourrez vous faire payer le transport du blessé.

3° *Votre seconde action médicale*, de rester auprès du malade pour une « *surveillance prolongée*, dans l'éventualité de complications, etc... » (article 6). D'après ce que vous m'écrivez, vous pouvez compter le maximum de cinq visites, soit : 60 francs.

Conclusion. — Vous aurez au total à compter 77 fr. 50 plus 60, soit : 137 fr. 50 à titre de médecin traitant.

F. D.

Honoraires de droit commun.

2891. — Recouvrement d'honoraires contre des époux en instance de divorce.

Un médecin vient une nuit à ma clinique avec un de ses clients ayant une blessure grave par éclat de verre ayant ouvert l'articulation du poignet, coupé la cubitale et plusieurs tendons. Je l'opère et l'hospitalise. Le lendemain matin, sa femme vient le voir à ma clinique, me demande de ses nouvelles et me dit de faire le nécessaire. J'apprends par hasard qu'ils sont en instance de divorce.

Malgré tout, tous les jours sa femme venait le voir, lui apportait friandises, champagne, comme on peut apporter à un blessé. Il resta huit jours à ma clinique ; au moment du départ, elle me dit : je viendrai vous régler la semaine prochaine ; inutile de vous dire que je n'ai vu personne.

Je sais par ailleurs que les formalités du divorce continuent. Elle tient un magasin à son compte, lui fait l'agent d'assurances. Elle cherche à vendre son fonds de commerce et pas mal de traites sont impayées je crois. Si elle vend, puis-je mettre arrêt sur la vente ? Ai-je droit de priorité ? Quelles formalités à remplir ?

Dr C.

Réponse.

Vous devez tout d'abord présenter votre note à votre client. S'il refuse de vous payer, vous n'aurez qu'à le citer devant le juge de paix (nous supposons que votre note ne dépasse pas 3.000 francs ; dans le cas contraire, ce serait le Tribunal civil qui serait compétent). Lorsque vous aurez obtenu un jugement, vous pourrez l'exécuter tant sur les biens propres au mari que sur les biens de communauté, puisque vos soins ont été donnés avant la dissolution de celle-ci. Par conséquent, si le fonds de commerce exploité par la femme dépend de la communauté, vous pourrez faire saisir et vendre ledit fonds pour parvenir à l'exécution du jugement. Au cas où les époux

seraient déclarés en état de faillite, il faudrait produire votre créance entre les mains du syndic et demander votre admission au passif par privilège, pour soins de la dernière maladie, en vertu de l'article 2101 du Code civil, modifié par la loi du 30 novembre 1892.

Si le fonds vient à être vendu avant que vous ayez obtenu jugement, vous aurez le droit de faire immédiatement opposition entre les mains de l'acquéreur ou du tiers désigné pour recevoir les oppositions, sauf à faire valider par la suite votre opposition.

Questions médico-militaires.

2358. — Changement de résidence et d'affectation d'un médecin de complément.

Je reçois un avis du n^e^ *C. A.* (Directeur du Service de Santé) m'informant de ma nomination au grade de médecin aide-major de 1re classe.

Cet avis m'a été adressé, à ma précédente résidence, à X.

Comme je suis installé à Paris depuis un an, dois-je prévenir les autorités militaires de ce changement de résidence ? A qui doit être adressée cette information ?

En résultera-t-il un changement d'affectation ?

Dr Z.

Réponse.

Il vous faut sans retard aviser votre ancien directeur du Service de Santé de votre changement de résidence.

Sur la deuxième question, aucune indication n'est possible ; tout dépend des nécessités du service. Vous pouvez résider à Paris, tout en étant affecté au ne Corps d'armée.

2640. —Augmentation de pension militaire.

Pourriez-vous me dire s'il vous plaît à qui un pensionné militaire de 1908, pour maladie contractée en service, doit s'adresser pour obtenir une augmentation de pension, à la suite d'aggravation et complication de la maladie initiale ?

Dr D.

Réponse.

Ce pensionné militaire est-il titulaire d'une pension véritable pour infirmités contractées au service, ou d'une gratification ? Dans le premier cas, plus de cinq années sont écoulées depuis 1908, et il se trouve forclos pour demander une augmentation de cette pension définitive, Dans le second cas, il s'agit d'une mesure gracieuse, qui exclut toute question de délai, et il devra adresser une demande de visite, sous pli recommandé, au Directeur du Service de Santé de la Région. En vertu de la loi du 22 juin 1927, sa gratification sera dès lors transformée en pension définitive.

Quarante-neuvième année — N° 36 — 4 Septembre 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2320-IV)

(Suite du Sommaire)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Boyer, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, E. Le Gourlérec, E. Poulain.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry, Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou, Portes, Saint-Pée.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen, Truelle.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, Segard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wuitz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Bouteller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Ambiès, Bargy, Berthemier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Adda, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 496. — Côte-d'Azur, excell. client. en augment., 115.000 touchés en 1926, conviendr. à interne en chirurgie, très actif, parlant anglais. Maison confort. 11 p., loyer 4.000. Cession pressée.

N° 497. — A céd. ou éch. poste méd. proph., 55 à 60.000 prouv., maison et meubles si nécess., pour côte algér. de préfér., poste méd.-chir. très imp. Pas pressé.

N° 498. — Banl. imméd., 15 min. gr. porte Paris, à céd. cause rais. de fam., poste méd. d'avenir, dans centre imp. de localité à popul. très dense. Pavill., chauff. cent., tph., électr., 2 jard., loy. 8.500. Faible indemn. Tous rens. sur place. Urg.

N° 499. — Dans centre industr. de prov., poste d'opht. O. R. L. rapp. 35.000 fr., susc. d'augm., à céd. contre très lég. ind.

N° 500. — Jeune fille 21 ans, bonne éduc. génér., conn. stén. dactyl., un peu compt., munie sér. réf. commerc. rech. situat. stable de sécrét. aupr médec.ou chirurg. Serait disp. à dater 15 sept. Ecr. Maison Dureau, 41, rue Louis-Blanc, Paris.

N° 501. — Creuse. A vend. 1° beau torp. Unic. 10 CV, 4 pl., 4 amort. Houdaille, gaines ress. Pn. 775 × 145, 4 pare-clous. Bouteil. Magond. et phare-secours. Ailes et capote peint. neuve. Parf. état mécan. 22.000 ; 2° cab. Renault 6 CV, 3 pl. 1926, fr. AV, 4 amort., montre, compt., pare-clous. Parf. état de m. 15.000. Dr Faury, à Guéret (Creuse).

N° 502. — Gr. ville sud-ouest, trait. et rééduc. des enf. anorm., toutes malad. du syst. nerv. des enf., correc. du bégaiem. et des tics. Vie de fam. chez doct.

N° 503. — Impor. spécial. pharmac. cherche doct. ou pharmac. pour la visite médic. Adress. curric. et réf. à « Gros », 19, rue Richelieu, Paris.

N° 504. — A vend. torp. 6 CV Renault 3 pl. sort révis. compl. 6.500, Dr Dubroca à Lacanau (Gironde).

N° 505. — Bords mer, rég. ouest, gare chem. de fer, poste seul méd., pas de pharm., rapp. négligé 40.000 sans pharmacie. A céder avec belle mais. état neuf, 8 p. principales, garage, gr. jardin, tout confort. Prix poste et mais. 110.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 506. — Banl. sud-ouest, 40 km. Paris, rég. riche et agréab., gr. ligne, poste méd. génér., rapp. 60 à 65.000 mais. conf., électr. chauff. cent., bail 9 ans, loyer 2.000' Indem. avec install. 45.000 dont 30.000 compt. S'ad. Cab. Breite, et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 507. — 80 km. Paris, poste anc., client. choisie dans ville agréab., méd. du ch. de fer. Rapp. 80.000. Indemn. 50.000, dont 35.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Le Dr Raymond Molinéry, chevalier de la Légion d'honneur.** — Nous sommes heureux d'annoncer la promotion au grade de chevalier de la Légion d'honneur de notre collaborateur et ami le Dr Raymond MOLINÉRY.

Secrétaire général de l'U.M.F.I.A., et rédacteur en chef de son journal, membre du Conseil d'administration du « Sou Médical » et de ceux de la Maison du médecin et de l'A.D.R.M., Molinéry est directeur technique des Etablissements de Luchon et a consacré toute son activité au développement et au perfectionnement de l'outillage de cette célèbre station. Le *Concours médical* a ouvert ses portes au Dr Molinéry, il y a environ 14 ans, alors que victime d'un terrible accident professionnel, il avait dû abandonner une belle clientèle, à la recherche d'une situation nouvelle pouvant s'adapter à la mutilation qu'il avait dû subir (amputation de cuisse à la suite d'une piqûre anatomique au cours d'une opération). Ami des bons comme des mauvais jours, il a admiré l'énergie, l'intelligence et l'activité laborieuse du Dr Molinéry qui, de simple médecin de campagne, est parvenu à force de travail et de volonté à se faire un nom en hydrologie médicale et à s'assurer une place au premier rang dans la presse médicale française.

Aussi est-ce avec la satisfaction la plus grande que nous le félicitons aujourd'hui de la distinction cent fois méritée que le Gouvernement de la République vient de lui attribuer. J. N.

— **Un Congrès de médecine et de pharmacie sociales.** — M. Paul Garnal, président du Syndicat des pharmaciens du Lot, directeur de l'*Action pharmaceutique*, nous adresse un appel en faveur d'un Congrès de médecine et de pharmacie sociales, qu'il désirerait organiser à Cahors, avec l'appui des représentants du corps professoral des Facultés, des Syndicats médicaux et pharmaceutiques. Ce Congrès étudierait, en particulier, le projet de loi sur les assurances sociales récemment voté au Sénat.

— **Legs René Appert.** — Le Dr René Appert, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui vient de mourir en Italie, a légué sa fortune (environ 20 millions) à l'Institut Pasteur de Paris, à l'exception de quelques dons faits à l'Association des internes et aux œuvres anti-tuberculeuses de Paris.

— **Pour les médecins de réserve de la marine.** — L'Association centrale des officiers de réserve des armées de mer reçoit cordialement les adhésions des médecins de réserve de la marine, sans distinction de corps ou d'origine. Cotisation annuelle : 12 fr. Président : Lieutenant de vaisseau Ducuing, 17, avenue de l'Opéra, Paris.

— **Pour les familles nombreuses.** — L'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française vient d'éditer une notice qui résume clairement

les avantages accordés aux familles nombreuses et la procédure à suivre pour en bénéficier. Cette notice est envoyée gratuitement sur demande au Siège de l'Association, 26, rue du Quatre-Septembre, Paris IIe. Les familles nombreuses ne sont pas rares, tant s'en faut, dans le corps médical.

— **Faculté de Paris.** — *Cours complémentaire sur la tuberculose pulmonaire.* — Un cours complémentaire sur la tuberculose pulmonaire sera fait au laboratoire d'hygiène de la Faculté et à l'hôpital Laennec, sous la direction du prof. Léon Bernard et de M. R. Debré, agrégé, du 7 novembre au 3 décembre 1927. Des bourses pour ce cours seront attribuées par le Comité national de défense contre la tuberculose.

— **Hospice national des Quinze-Vingts.** *Concours d'aide de clinique.* — Un concours pour l'emploi d'aide de clinique (4 places vacantes) à la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts aura lieu le 7 novembre. Inscription, 28, rue de Charenton, Paris.

— **Hospices civils de Reims.** *Internat.* — Un concours pour 5 places d'internes en médecine s'ouvrira à l'hôpital civil de Reims le 18 octobre prochain.

— **Æsculape.** *Sommaire* du no 8 (août 1927). — Le VIIe Salon des médecins (8 ill.), par le Dr R. Cordier. — Un appel d'Alfred de Vigny à Cruveilhier (2 ill.). — Un cousin de Richelieu : Armand-Jules de la Porte, duc de Mazarin. Etude de psychopathologie historique (*suite et fin*) (6 ill.), par les Drs J. Lévy-Valensi et P. Minot. — Un vieux remède : la Mumie (6 ill.), par le sieur Pomet. — Cruveilhier, par le prof. Ménétrier. — Supplément (9 ill.).

DOCUMENTATION INTERCONFRATERNELLE

Bains de mer chauds.

Un de nos abonnés nous pose la question suivante, que nous soumettons à nos confrères exerçant dans les stations balnéaires maritimes, en sollicitant leurs réponses :

« Pourriez-vous me dire où je pourrais trouver la liste des plages où sont organisés des bains de mer chauds ? Dr A. C. »

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 *août.*

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile d'Auxerre, par suite du départ de Mme le Dr Santenoise.

19 *août.*

Enseignement de la médecine.

La chaire de clinique ophtalmologique à la Faculté de Strasbourg est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à compter de la publication au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

21 *août.*

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile de Quimper, par suite du départ de M. le Dr Fauvel et un autre à l'asile de Sainte-Madeleine, à Bourg, par suite du décès de M. le Dr Jacquin.

24 *août.*

Soins aux pensionnés de guerre.

Indemnités de déplacement à allouer aux médecins.

Arrêté du 12 *août* 1927.

Article unique. — Les dispositions de l'arrêté interministériel du 20 avril 1926 relatives aux indemnités de déplacement à allouer aux médecins au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sont applicables pendant l'année 1927.

Tarif des produits pharmaceutiques.

Arrêté du 22 *août* 1927.

Article unique. — L'arrêté du 3 juin 1927 est modifié de la façon suivante :

1° Le paragraphe B de l'article 1er est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« B. — Ne peuvent être remboursés au titre de l'article 64 les produits suivants qu'il est interdit aux médecins de prescrire et aux pharmaciens de délivrer au titre dudit article :

« *a*) Les vins en nature ou mélangés, à l'exception du vin de digitale composé (ou vin de Trousseau ou vin de l'Hôtel-Dieu), du vin de scille composé (ou vin de la Charité), du vin aromatique.

« *b*) Les élixirs à l'exception de l'élixir parégorique (ou teinture d'opium camphrée), de l'élixir de longue vie (ou teinture d'aloès composée), de l'élixir de Peyrilhe (ou teinture de gentiane alcaline).

« *c*) Les alcoolats en nature, à l'exception de l'alcoolat de cochléaria composé et de l'alcoolat de floravanti.

« Sont considérés comme étant des alcoolats en nature tous les mélanges d'alcoolats insuffisamment dénaturés par l'adjonction de substances médicamenteuses.

« *d*) L'eau de Cologne, l'eau-de-vie de lavande, l'eau dentifrice, les pâtes, savons, et, d'une façon générale, les produits de toilette » ;

2° L'article 2 est abrogé et remplacé par le texte suivant :

Art. 2. — Le tarif à appliquer aux fournitures pharmaceutiques faites au titre de l'article 64 est celui établi par l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France compte tenu de ses barêmes et bulletins de variations.

Les mémoires doivent être établis d'après les prix portés au tarif ou aux bulletins de variations en vigueur à la date de la délivrance des fournitures.

Sur ce tarif, et après que le montant du mémoire trimestriel vérifié et redressé, s'il y a lieu, aura été arrêté par la commission de contrôle, il sera appliqué une remise de :

4 p. 100 dans les villes de 5.000 à 25.000 habitants.

6 p. 100 dans les villes de 25.000 à 100.000 habitants.

8 p. 100 dans les villes de plus de 100.000 habitants.

10 p. 100 à Paris et dans le département de la Seine.

Pour déterminer le taux de ces remises il convient de prendre pour base la population de la commune où tient officine le pharmacien fournisseur.

En outre, sur le montant du mémoire préalablement diminué, s'il y a lieu, de la remise ci-dessus spécifiée, il sera appliqué une réduction proportionnelle à son importance et calculée sur les bases ci-après :

1 p. 100 sur le montant des mémoires de 301 à 500 fr.

3 p. 100 sur le montant des mémoires de 501 à 1.500 fr.

5 p. 100 sur le montant des mémoires de 1.501 à 3.000 fr.

6. p. 100 sur le montant des mémoires au-dessus de 3.000 fr.

Les eaux minérales et les produits marqués P. M. O. (prix marqué obligatoire au tarif, n'étant susceptible de subir ni remise ni réduction d'aucune sorte, devront être tarifés prix nets, leur montant s'ajoutera en fin du mémoire après que tous les abattements ci-dessus prévus auront été appliqués.

CORRESPONDANCE

2941. — Déclaration de naissance. Infanticide. Secret professionnel.

A propos de votre dernier article « déclaration de naissance, infanticide, secret professionnel ».

Il y a quelque vingt ans j'étais appelé par les parents auprès d'une jeune fille qui avait accouché quelques heures auparavant. Le délivre était expulsé, le cordon lié et coupé, mais l'enfant (quoique absolument normal) était mort. Je ne constatai aucune trace de violence, l'accouchement avait été assez rapide au dire des parents, pas de circulaires du cordon. La mort était bien naturelle, aucun élément ne permettait de dire non.

Les parents me demandèrent ce qu'ils devaient faire.

Le problème suivant s'est posé :

Si l'enfant avait été vivant, je déclarais la naissance dans la commune de X... et l'honneur de la famille était sauf.

Mais parce qu'il était mort (et jusqu'à preuve du

contraire sans infanticide) je devais déclarer la naissance, et ajouter que l'enfant était mort.

Vous dites que l'officier de l'état-civil pouvait demander à se le faire présenter, mais qui devait le lui apporter ? les parents, le médecin ? de plus le transport d'un cadavre est formellement interdit.

Alors je devais indiquer le domicile du décédé, et en admettant que le secret ait été gardé par l'officier de l'état-civil, il y avait l'inhumation.

Je demandai à ce moment conseil à un magistrat qui ne me donna aucune solution ; bref, je me lavai les mains de cette affaire (puisque je n'avais assisté à aucun acte de l'accouchement) et je déclarai aux parents que c'était à eux à déclarer la naissance et la mort. Ils n'en firent rien, enterrèrent l'enfant, la fille passa pour avoir une crise d'appendicite et chose extraordinaire l'affaire ne transpira pas.

Mais qu'aurais-je dû faire si j'avais assisté à la naissance d'un enfant mort, très naturellement les parents de l'accouchée n'étaient pas présents.

Fait paradoxal : enfant vivant, le secret peut être gardé ; enfant mort (donc moins intéressant au point de vue social), le secret ne peut plus être gardé.

Je livre ce cas à votre expérience juridique.

Dr G.

Réponse.

Deux points sont à mettre en évidence :

1° A mon avis, le médecin n'a l'obligation de déclarer la naissance que s'il a assisté effectivement à l'accouchement. Par ces termes « avoir assisté à l'accouchement », il faut entendre, au point de vue médical : avoir vu l'enfant sortir du sein de sa mère.

Néanmoins, lorsque le praticien arrive auprès de la parturiente lorsque l'enfant est déjà au monde, mais est encore relié, par le cordon, au placenta, celui-ci étant enfermé dans l'utérus, le docteur termine l'accouchement, en liant le cordon et en pratiquant la délivrance.

Mais, si le médecin arrive, alors que le nouveau-né est séparé de sa mère, le cordon ayant été lié et sectionné, le docteur, à mon avis, pratiquera une délivrance post partum, mais n'aura pas « assisté à l'accouchment ».

Il peut en effet y avoir substitution de part : dans certains cas (héritage, ou autre), on peut avoir intérêt à mettre un autre nouveau-né à la place du véritable enfant de la parturiente.

Le docteur n'est donc plus qualifié pour affirmer, devant l'officier de l'état-civil, l'authenticité d'un évènement auquel il n'aura pas assisté.

Le fait est certain qu'une femme, qui a encore un placenta dans sa matrice, a accouché il y a peu de temps. Mais l'enfant qu'on présente au médecin, cordon sectionné, n'est pas forcément celui de l'accouchée. Donc, le praticien ne peut pas déclarer une naissance à laquelle il n'a pas assisté : il ne pourrait que déclarer une délivrance

post-partum et ceci, l'article 77 du code civil ne le demande pas.

2° La loi oblige à la déclaration de la naissance : d'abord le père, puis toute personne (parents ou non), ayant assisté à l'accouchement et, parmi ces personnes, le code cite le médecin ou la sage-femme, mais sans priorité.

Il en résulte que, dans le cas que nous rapporte notre correspondant, ce n'était pas à lui à faire la déclaration de la naissance d'un enfant mort-né, mais à toute personne ayant effectivement assisté à l'accouchement.

Cependant je ne suis pas de son avis lorsqu'il dit qu'en cas de déclaration de sa part, il pouvait présenter un enfant vivant alors que dans le cas d'un enfant mort, il lui est presque impossible de faire la déclaration imposée par le code.

En effet, supposons le cas : le médecin accouche réellement la parturiente et l'enfant est tué pendant que le docteur donne ses soins à la mère ; ou bien, il y a expulsion d'un mort-né, le père est absent.

Le médecin peut d'abord engager à faire la déclaration quiconque l'a aidé dans l'accouchement, c'est-à-dire ayant effectivement assisté à ce dernier.

Mais tout le monde se déroberait-il pour faire cette demarche auprès de l'officier de l'état-civil, que le docteur devrait aller à la mairie. Si la mère tient à ce que le silence soit gardé sur son identité, le praticien fera la déposition suivante à l'officier de l'état-civil : « Je déclare que dans votre commune j'ai assisté à la naissance d'un enfant. Il est mort ».

Si le magistrat municipal demande des éclaircissements, le médecin se bornera à répondre : « Je vous fais la déclaration, qui m'est imposée par l'article 77 du code civil ; mais je garde secret tout ce que je n'ai pas à dévoiler, selon les termes de l'article 378 du code pénal. Si vous désirez que je vous présente le mort-né, délivrez-moi une réquisition ou une autorisation du préfet et je vous l'apporte. Quant à vous indiquer le nom et le domicile de la mère, je m'y refuse, parce que cette dernière m'a demandé de garder le silence. »

A l'officier de l'état-civil de se tirer d'affaire comme bon lui semblera : le médecin aura obéi à la fois aux injonctions du code civil et à celles du code pénal.

Dr Paul BOUDIN.

Fiscalité.

2823. — Droits du contrôleur.

Le contrôleur m'a fait appeler hier pour me demander ce qu'était devenue une somme de 45.000 fr, touchée par moi en 1926, sur la vente d'une propriété,

Voir la suite page XLVII-2367

PROPOS DU JOUR

Les services que peut rendre la Médecine vétérinaire à la Médecine humaine

L'étude des intoxications alimentaires par les légumineuses et en particulier le cassia occidentalis chez les équidés par M. R. Cœur. — Troublantes analogies avec les encéphalites.

Vicq d'Azyr qui, le premier en France, s'occupa d'organiser scientifiquement et avec méthode la lutte contre les maladies contagieuses, émettait le vœu « que tous les bons médecins veuillent s'occuper de l'art vétérinaire et ne point « regarder comme au-dessous d'eux une science « qui peut les mettre à portée de rendre à l'Etat « les services les plus importants. Il est d'ailleurs « un second motif aussi pressant que le premier « pour les y déterminer : c'est que cette médecine permet des expériences utiles et hardies « qui seraient autant de crimes dans le traitement des maladies humaines (1). »

Nous avons pu nous convaincre encore plus de la justesse de cette opinion, qui nous paraît à l'heure actuelle relever du simple bon sens, en lisant la thèse de doctorat vétérinaire soutenue récemment par M. R. Cœur et intitulée : *Contribution à l'étude des légumineuses toxiques pour les équidés. Etude particulière du Cassia occidentalis* L. (2). Les observations cliniques de l'auteur viennent fournir un appui singulièrement troublant à l'opinion du Dr Veillard, maintes fois émise ici, que des troubles nerveux, qualifiés d'accidents dus à l'encéphalite léthargique, étaient les conséquences d'intoxications alimentaires par le pain, du fait de l'addition aux farines de maïs altéré ou de légumineuses toxiques. M. le Dr Veillard ne parvint guère à se faire entendre dans les centres officiels, soit parce que la voix d'un simple médecin praticien ne peut *a priori* avoir une portée suffisante dans les milieux qui se qualifient scientifiques, soit parce que ses constatations bouleversaient les idées de ceux qui, ayant fait de l'encéphalite léthargique une sorte d'entité morbide, comme l'on disait autrefois, et l'attribuaient à un agent microbien mystérieux qui, n'ayant pu être décelé, était qualifié de virus filtrant, soit encore parce que le retentissement qu'aurait pu avoir dans le public la nouvelle des dangers que font courir les fameux succédanés du froment dans les farines panifiables, aurait porté un coup fatal à un commerce fructueux qui, aux dépens de la santé et souvent de la vie des autres, réalise de sérieux bénéfices notamment en vendant des légumineuses exotiques. Evidemment, ces forces de résistance à l'étude officielle de l'origine toxique et alimentaire des accidents nerveux, attribués à l'encéphalite, n'avaient pas de liaison entre elles ; n'empêche qu'elles ont coopéré inconsciemment, nous en sommes certain, à la conspiration du silence. Le cri d'alarme du Dr Veillard n'a pas eu d'écho. *Vox clamat in deserto.* Mais voilà que la médecine vétérinaire vient à la rescousse, et il se pourrait que les dangers courus par des chevaux de prix et les responsabilités, encourues par le fait de la mort de quelques animaux, aient plus d'influence que l'empoisonnement persistant de nos concitoyens. Ces faits devraient être signalés à M. le Dr Queuille, notre confrère de la Corrèze, devenu l'actuel ministre de l'Agriculture : en prescrivant à leur sujet une enquête sévère, il pourrait facilement obtenir une popularité de très bon aloi.

***

M. R. Cœur divise les légumineuses toxiques en plantes à alcaloïdes, plantes à glucosides, plantes à principe mal connu.

Le *premier groupe* comprend les *cytises* dont l'alcaloïde, la cytosine, est neutralisé par le charbon, son contre-poison. Elle provoque chez les animaux de la salivation, des vomissements sanguinolents, des convulsions violentes et la mort.

Après les cytises, rentre dans ce groupe le *genêt d'Espagne*, dont les alcaloïdes sont la scoparine et la spartéine d'un emploi courant en thérapeutique humaine. La maladie que le genêt détermine chez les animaux porte le nom de *genestade*. Elle trouble la rumination chez les bovidés, provoque de la constipation, des coliques sourdes, les urines deviennent roussâtres et la sécrétion lactée diminue et disparaît. Puis surviennent la fièvre, des tremblements, de la faiblesse du train postérieur. Le poil prend les

(1) Œuvres de Vicq d'Azyr, publiées par Moreau, de la Sarthe. (Paris, Duprat-Verger édit. an XIII, 1805).

(2) Orléans, imprimerie Orléanaise, 68, rue Royale, 1927.

caractères du poil piqué, l'épine dorsale devient sensible, la bouche chaude, la salive rare. Tous ces phénomènes s'accentuent ; la constipation est suivie de dysenterie fétide et l'animal ne tarde pas à mourir.

Le deuxième groupe, celui des plantes à *glycosides*, produit des accidents toxiques en donnant par dédoublement de l'acide cyanhydrique. Ce groupe comprend le *trèfle blanc*, la *vesce à gros fruits* qui provoqua, en avril 1913, l'empoisonnement du colombier militaire de Grenoble, le *robinier* ou faux acacia, si commun en France et dont les grappes de fleurs sont si odorantes. Les symptômes de l'empoisonnement par ces plantes, consistent dans l'augmentation des sécrétions et des excrétions (sudation, larmoiement, salivation, diarrhée, polyurie) et se termine par la paralysie du train postérieur et la mort.

Le troisième groupe, composé des plantes à principe toxique mal connu, comprend les *gesses toxiques* (lathyrus sativus, gesse cultivée, lathyrus cicera ou jarosse, lathyrus clymenus, lathyrus palustris, tuberosus aphaca, etc., etc.).

Les symptômes de l'empoisonnement par ces plantes ou *lathyrisme* ont été depuis fort longtemps décrits. Ils consistent souvent en signes d'une myélite transverse, d'hémorragie de la moelle, avec dégénérescence des faisceaux latéraux (paralysie spinale spasmodique). Très souvent survient une paraplégie incomplète qui frappe chez l'animal le train postérieur ; parfois le nerf récurrent est atteint, d'où paralysie des muscles du larynx se traduisant par de la dyspnée, du cornage, suivis de mort par asphyxie.

M. le vétérinaire-major Léger a observé et étudié le lathyrisme en octobre 1919 à Grenoble. La consommation de gesses cultivées détermina a mort de 16 chevaux. La maladie chez ces chevaux présenta trois phases. Une phase paralytique, une phase de cornage et une phase cardiaque, avec mort subite. Les observations les plus curieuses de M. le vétérinaire-major Léger furent celles de phénomènes tardifs mortels survenant parfois plusieurs mois après l'intoxication. L'animal, paraissant alors en parfaite santé, présente tout à coup du cornage, des hémorragies buccales et nasales ; des sueurs profuses surviennent, puis très rapidement, l'état s'aggrave et l'animal tombe brusquement sur le sol et meurt d'asphyxie. Marcenac explique ces accidents tardifs par des phénomènes d'anaphylaxie.

***

M. R. Cœur consacre toute une partie de sa thèse à l'étude de l'intoxication des chevaux par le *Cassia occidentalis*. Cette intoxication est curieuse, parce que ses signes se rapprochent singulièrement d'accidents considérés chez l'homme comme étant dus à l'encéphalite léthargique.

Le *Cassia occidentalis* (lupin jaune) est couramment employé pour frauder l'avoine. Il pousse en Inde, en Cochinchine, en Amérique du Nord, aux Antilles, au Brésil, en Afrique. Depuis 1830, il est cultivé dans les serres de notre Muséum. Par torréfaction, on obtient avec lui un succédané du café, ce qui l'a fait appeler le café nègre.

Henry, Bonnotte et Leblois ont attribué, dès 1913, des troubles toxiques suspects à la consommation de cette plante.

M. R. Cœur décrit trois formes à l'intoxication par le cassia occidentalis :

La *forme bénigne* qui, au début, donne de la somnolence : l'animal reste la tête basse, appuyée sur l'auge, son poil est piqué et des tremblements secouent ses muscles. Se réveille-t-il ? Il demeure en proie à une sorte d'hébétude. La bouche est sèche. La conjonctive rouge safrané est parfois le siège de pétéchies. Le pouls est normal ou ralenti ; la température normale ou abaissée. La démarche est mal assurée. Une entérite légère peut se manifester. L'urine est rare et colorée.

Dans certains cas, la dysphagie, la paralysie des masséters, quelquefois des troubles rabiformes, s'accompagnent de crises de dyspnée avec rémissions. Puis, survient la paralysie avec mort en quelques heures.

La forme la plus grave est une forme méningitique, où la mort survient en 48 heures.

M. R. Cœur, en observant plusieurs cas de cette intoxication, crut d'abord qu'il avait affaire à de l'*encéphalite enzootique* dont Moussu et Marchand ont fait une étude remarquable. Mais le synchronisme de ces accidents, chez des animaux n'ayant pu avoir aucun contact entre eux, lui fit rejeter ce diagnostic. Une enquête et une observation minutieuses lui permirent de découvrir qu'il se trouvait en présence de cas d'intoxication alimentaire, provoquée par une avoine suspecte, contenant une grande quantité de cassia.

Tout traitement fut inutile à la période encéphalitique et méningitique. Il obtint des résultats thérapeutiques remarquables au début par l'injection de sérum à l'uroformine. Il croit que l'uroformine jouit en pareille circonstance d'un pouvoir antitoxique puissant.

M. R. Cœur, qui a fait pour sa thèse de soigneuses recherches bibliographiques, a eu connaissance des travaux de notre collaborateur, le Dr Veillard, sur l'origine toxialimentaire des encéphalites dites léthargiques. Il a été très impressionné par la similitude très grande, sinon l'absolue identité des symptômes qu'il a observés et de ceux de l'encéphalite enzootique et de l'encéphalite léthargique humaine. Il n'ose pas encore conclure, mais trouve cette similitude tout à fait troublante. Il pense que l'intoxication qu'il a observée est vraisemblablement provoquée par une toxalbumine, voisine de celle contenue dans les succédanés employés pendant et après la guerre, à la fabrication du pain et qui, d'après le Dr Veillard, serait à la base de l'encéphalite léthargique humaine.

Nous ne doutons pas que les observations de M. R. Cœur contribueront pour beaucoup à éclairer l'étiologie toxialimentaire des encéphalites et la médecine vétérinaire qui a si puissamment secondé les recherches de Pasteur, rendra encore une fois un service signalé à la médecine humaine.

J. Noir.

Intéressantes initiatives

Le Petit Musée de la Rue à Rouen et le Musée de plein air à Croix-de-Vie en Vendée.

Notre très distingué correspondant, M. le Dr P. Noury (de Rouen), à diverses reprises, a bien voulu attirer notre attention sur l'intéressante initiative de M. Gabriel Dervois, maître imprimeur de Rouen. Possédant une superbe collection de dessins, d'estampes, d'imprimés, d'affiches, d'autographes, etc., M. G. Dervois les expose à sa vitrine de la rue de la Ganterie par séries sans cesse renouvelées. Chaque exposition a trait à une actualité, à un anniversaire, à un jubilé, ou à un centenaire. Les érudits de Rouen apprécient beaucoup le *Petit Musée de la Rue*, nom que M. G. Dervois donne à son exposition permanente. Nous avons fait allusion, il y à quelques mois dans nos colonnes, à propos du procès du Dr Bougrat, à l'exposition de curieux documents sur le guérisseur Thibert, surnommé le *médecin à la corde*, condamné et exécuté en 1844 pour avoir étranglé deux de ses clients.

M. G. Dervois n'oublie, du reste, de célébrer dans son Petit Musée de la Rue aucune gloire normande ou rouennaise et le très savant archéologue et historien, G. Dubosc, dont la perte est unanimement regrettée, se plaisait à prendre pour sujet de ses érudites chroniques du *Journal de Rouen*, les expositions du Petit Musée de la Rue. Cela seul, avec l'appréciation élogieuse que ne cesse d'en donner M. le Dr P. Noury, suffit à nous faire juger à son grand mérite l'initiative de M. G. Dervois.

***

Cette initiative de Rouen n'est pas isolée ; notre vieil ami, le Dr Marcel Baudouin, retiré dans son pays natal, le Marais Vendéen, dont il s'est attaché à étudier le folklore, les mœurs, la préhistoire et où il fait les fouilles les plus fructueuses et les plus intéressantes, a transformé les murs de son Castel Maraîchin à Croix-de-Vie, en Vendée, en une exposition permanente qu'il a appelée le *Musée de Plein Air*.

Nos lecteurs savent que Marcel Baudouin est un anthropologiste et un préhistorien distingué. Ancien interne des hôpitaux de Paris et assistant du Pr Terrier, il eût pu se faire un nom et une situation enviés comme chirurgien, si l'ingéniosité de son esprit et l'ampleur de ses idées ne l'avaient fait dévier vers le journalisme. Il fut pendant de longues années le seul journaliste médical (ou à peu près) qui vécut uniquement de sa plume. Secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, où nous eûmes l'honneur de lui succéder, il créa les *Archives provinciales de chirurgie*, organisa sur des bases ingénieuses un Institut de bibliographie médicale et une bibliothèque médicale circulante. Entre temps, il allait en mission en Amérique, essayait sans succès de faire organiser à Paris un service de prompts secours qui serait de première nécessité à l'heure actuelle où les accidents de la rue font tant de victimes, mais que l'indifférence, sinon la veulerie de l'administration et des édiles parisiens, fut incapable de créer. Marcel Baudouin tint longtemps la première place dans nos Associations de la Presse médicale française. S'intéressant tout particulièrement à l'anthropologie et à la préhistoire, il fut un des fondateurs de la Société préhistorique française dont il est le secrétaire général d'honneur.

Retiré à Croix-de-Vie, Marcel Baudouin y a organisé un syndicat d'initiative et il expose sur les murs de son Castel Maraîchin en son *Musée*

✦✦

de plein air, les découvertes qu'il fait chaque jour dans sa région. Là, c'est une exposition préhistorique : des silex taillés, des sculptures préhistoriques. Ici, des panneaux de bois sculptés évoquent l'époque de Louis XIII en Vendée. Plus loin, le mur intérieur de la Cour est consacré à une exposition de zoologie maritime.

Nous avons sous les yeux toute une série de cartes postales qui reproduisent les détails curieux du Musée en Plein air.

Nous remercions le Dr Marcel Baudouin de son intéressante initiative qui mériterait d'être imitée par les nombreux confrères qui s'intéressent à la préhistoire, à l'histoire, à l'anthropologie de leur région. Ils permettraient ainsi aux touristes de s'instruire en passant et feraient que bien de leurs découvertes, auxquelles dans leur modestie ils n'accordent que peu de prix, seraient jugées à leur juste valeur.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

MORPHOLOGIE CLINIQUE

Les malformations costales,

Par le Dr Louis Dubreuil-Chambardel (de Tours) (1).

C'est là un sujet qui a été peu étudié. Cependant l'examen du thorax est un procédé clinique de chaque instant. Il est important de connaître la disposition du gril costal et les variations anatomiques qu'il présente doivent être notées avec le plus grand soin. Ces variations sont fréquentes et affectent des aspects très différents. Nous avons déjà décrit ici les agénésies costales caractérisées par un défaut de développement d'une portion d'une ou de plusieurs côtes. Nous allons étudier dans cet article deux autres dispositions très curieuses et qui peuvent avoir des conséquences cliniques sérieuses :

Les unions costales ;

Les côtes en anneau.

Les unions costales.

Il arrive parfois que deux ou plusieurs côtes se rapprochent par leurs bords, s'unissent entre elles et forment ainsi une espèce de palette osseuse sur le côté du thorax.

Il peut y avoir plusieurs degrés dans cette malformation :

1° Soit que deux côtes voisines entrent simplement en contact, en contractant entre elles une *union fibreuse* ;

2° Soit qu'elles forment entre elles une *articulation* ;

3° Soit qu'elles se *fusionnent* sur une plus ou moins grande étendue.

Le siège de l'anomalie n'est pas fixe et peut se trouver sur toutes les régions de la paroi thoracique avec peut-être une fréquence plus grande au niveau des angles costaux postérieurs.

Le nombre des côtes qui s'unissent ainsi s'élève parfois jusqu'à six ou sept. Les unions de trois ou quatre côtes ne sont pas exceptionnelles.

Les côtes ainsi unies sont généralement atrophiées et leur hauteur est sensiblement moindre que celle d'une côte normale.

Ces dispositions peuvent exister isolément, mais elles sont le plus souvent associées à d'autres malformations du squelette thoracique. On les voit accompagner une hémivertèbre, une agénésie costale, une côte cervicale ; très fréquemment aussi, elles font partie du tableau symptomatique de l'*Elévation congénitale de l'omoplate* ou de celui des *Hommes sans cou*.

Les scolioses peuvent être reconnues chez de très jeunes enfants. Elles s'accentuent avec l'âge et peuvent prendre une forme très sérieuse.

Les organes thoraciques subissent l'influence de l'anomalie costale.

---

(1) Quelques jours avant sa mort, notre très regretté collaborateur, le Dr L. Dubreuil-Chambardel, nous avait adressé deux articles — malheureusement les derniers — de sa si intéressante série de « Morphologie clinique ». Nous publions aujourd'hui le premier de ces articles et le second paraîtra la semaine prochaine. Nos lecteurs pourront ainsi, une fois encore, apprécier la haute originalité et l'intérêt clinique des travaux du professeur Louis Dubreuil-Chambardel, travaux qui honorent la science française, et l'Ecole de Tours en particulier, où il professait l'anatomie.

La Réd.

La plèvre est souvent adhérente au niveau de la palette formée par les côtes unies et on a signalé la formation de pachypleurite.

La tuberculose pulmonaire a été trouvée associée à la malformation, et avait dû être, dans ces cas, favorisée par l'insuffisance fonctionnelle du poumon.

Si l'union costale siège à gauche, le cœur, gêné dans ses mouvements, a été vu nettement déplacé vers la droite.

Il faut distinguer avec soin ces fusions costales d'origine congénitale d'avec les unions costales qui sont la conséquence de fractures thoraciques. Dans ce dernier cas, les deux fragments de la côte fracturée ne sont pas en regard l'un de l'autre et prennent contact, puis s'unissent aux côtes voisines. La palette ainsi formée est très irrégulière et présente des saillies facilement appréciables au toucher.

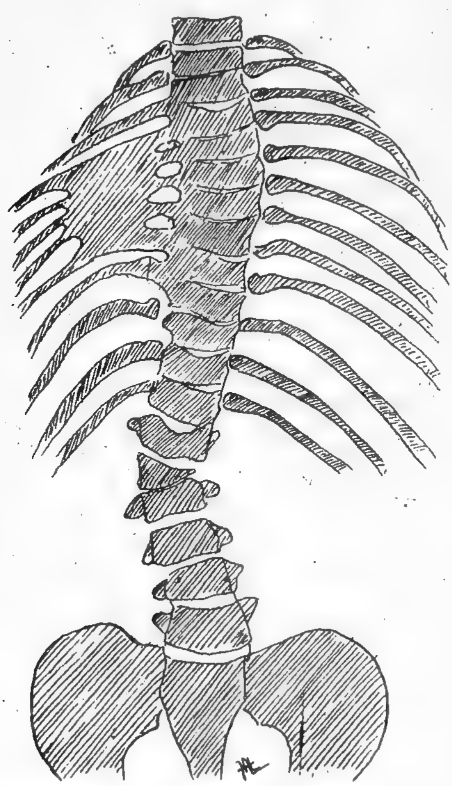


FIGURE 1. — Union costale (Union des 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes ; hémivertèbre lombaire).
(*Observation de Mouchet*).

On remarquera la double scoliose : au niveau de l'hémivertèbre à convexité à gauche ; au niveau des unions costales, à convexité à droite.

Il convient aussi de séparer ces unions costales d'origine congénitale d'avec les rapprochements costaux qui se produisent à la suite de scolioses graves ou de mal de Pott chez l'enfant. Plusieurs côtes peuvent entrer en contact et même entre elles peuvent se produire des articulations lâches.

Mais d'ordinaire, la musculature intercostale quoique réduite, est conservée. Dans ces cas, les côtes, moins hautes que d'habitude, perdent leurs courbures et sont plus longues ; elles conservent leur indépendance et leur souplesse.

Les fusions costales entraînent la suppression des espaces intercostaux situés entre les côtes fusionnées ; il y a donc agénésie, à ce niveau, des muscles intercostaux.

Les conséquences de cette malformation sont graves.

D'abord la paroi thoracique reste rigide à ce niveau et les mouvements d'expansion du poumon sont gênés par ce manque de souplesse. Toutes les côtes fusionnées ensemble forment en effet un bloc dont les parties cessent d'être mobiles les unes par rapport aux autres.

Aussi l'hémithorax ainsi malformé est d'ordinaire moins développé que l'autre et il est notablement aplati. Il y a donc là une asymétrie thoracique qui frappe l'observateur le moins averti.

Mais ces côtes en se fusionnant ainsi diminuent la hauteur de la cage thoracique puisque les espaces intercostaux sont supprimés. Cela entraîne nécessairement un trouble statique du rachis, lequel présente une incurvation latérale ou scoliose orientée du côté de l'anomalie.

Toutes les observations d'unions costales signalent cette scoliose. Nous la voyons très nettement marquée dans l'observation de Mouchet publiée en 1898. Cinq côtes sont fusionnées ensemble du côté gauche. Le rachis thoracique fait une courbure de ce même côté.

Il existe sur cette même colonne vertébrale une hémivertèbre située au-dessous de la première pièce lombaire, et qui détermine une incurvation à droite du rachis lombaire. Il y avait donc sur ce sujet deux scolioses, liées l'une à l'anomalie costale, l'autre à l'hémivertèbre lombaire : c'est là un type de scoliose congénitale très net et qui a servi à l'auteur pour expliquer la pathogénie des déviations rachidiennes.

Les côtes en anneau.

Une disposition curieuse des côtes est la formation annulaire connue sous le nom de *côte perforée*.

A un point quelconque de la moitié antérieure de la côte ou de son cartilage, la côte se divise en deux branches qui, après un court trajet se rapprochent et reconstituent une ligne unique. Ainsi se trouve délimité un espace de forme ronde ou ovalaire.

La côte, avant de se diviser, s'élargit considérablement jusqu'à prendre des dimensions doubles de celles d'une côte ordinaire.

Les deux branches de bifurcation peuvent être égales en volume ou inégales.

L'espace compris dans l'anneau varie depuis la dimension d'une pièce de cinq centimes en nic-

kel jusqu'à celle d'une pièce de cinq francs en argent quand il est circulaire ; quand cet espace

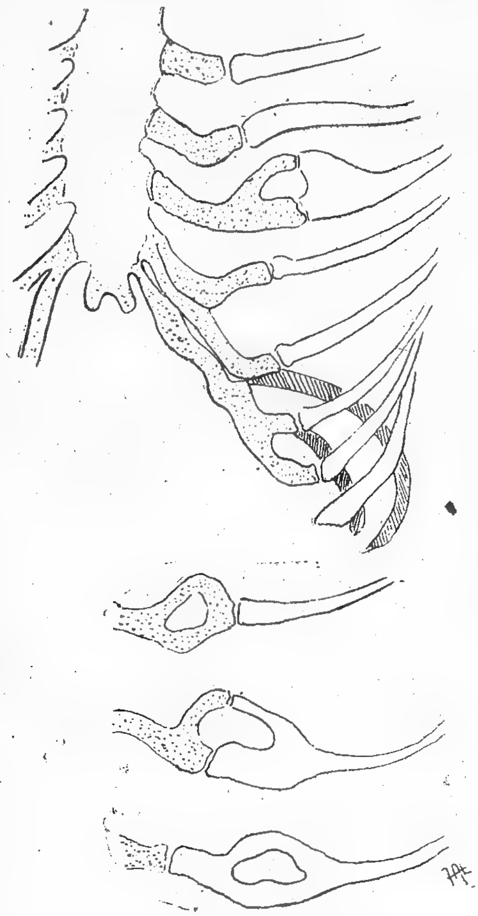


FIGURE 2. — Côtes en anneau et les différentes variétés d'anneaux : osseux, ostéo-cartilagineux, cartilagineux.

(*Musée de l'Ecole de médecine de Tours.*)

est ovalaire, il est plus ou moins étiré et prend l'aspect d'une fente. Le champ de l'anneau est occupé, soit par des formations musculaires disposées sur deux plans et qui ont la signification des muscles intercostaux, soit par une membrane fibreuse assez mince et souple et peu vascularisée.

Ces formations annulaires siègent de préférence au niveau des IIIe, IVe, V^e, VIe et VIIe côtes. Dans l'immense majorité des cas, elles sont unilatérales. Geraldino Brites, qui a fait un bon travail statistique à l'Université de Coïmbre, en 1927, signale un cas où la disposition existait des deux côtés, mais avec un inégal développement.

La formation annulaire peut se rencontrer :

Soit sur la lame osseuse ; l'anneau est entièrement osseux ;

Soit au niveau de l'articulation chondro-costale : l'anneau est formé en partie par l'os costal, en partie par le cartilage.

Soit au niveau du cartilage ; l'anneau est entièrement cartilagineux.

La côte annulaire est considérablement élargie au niveau de cette ouverture, si bien que les espaces intercostaux situés au-dessus et au-dessous sont très réduits en hauteur ; la côte peut même entrer en contact avec les côtes voisines et les espaces intercostaux sont ainsi supprimés.

Cette disposition est rare. Brites n'en a rencontré qu'un cas sur une série de 411 autopsies.

Parfois, lorsque la côte s'est divisée, ses deux branches ne se réunissent pas et atteignent séparément le sternum auquel elles s'articulent. On a alors non pas une formation annulaire, mais une grande fente plus ou moins longue comblée par des muscles et qui a la constitution d'un espace intercostal. C'est à cette anomalie qu'on a donné le nom de *côte bifurquée*. Poirier et, après lui

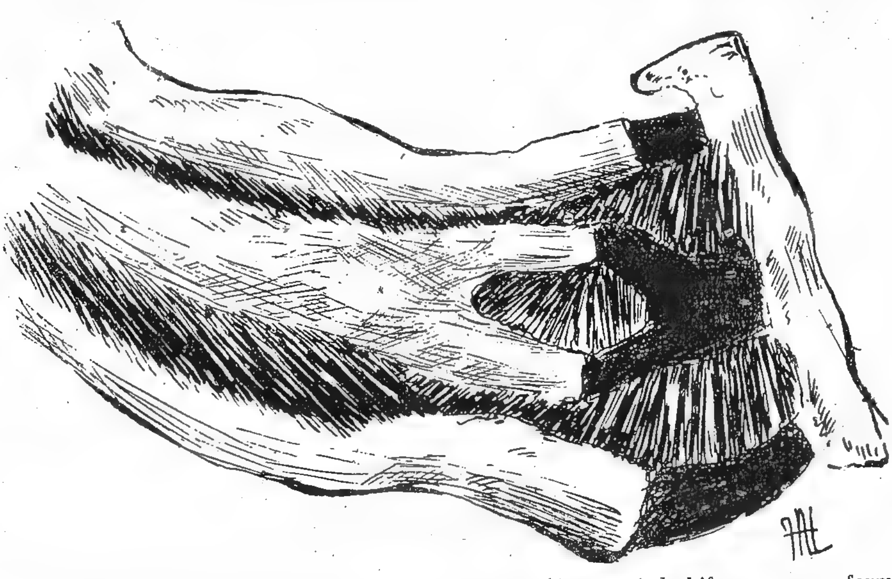


FIGURE 3. — Côte en anneau. — La quatrième côte, avant de bifurquer pour former un anneau est particulièrement large. On remarquera l'étroitesse de l'espace intercostal sus-jacent.

(*Musée de l'Ecole de médecine de Tours.*)

Paulet, la considèrent comme fréquente; c'est sans doute à la suite d'une confusion. G. Brites insiste au contraire sur sa rareté, et nous partageons sa façon de voir.

Une disposition inverse peut être rencontrée. Deux côtes voisines peuvent se joindre et s'unir à un cartilage unique s'articulant au sternum. Près de cet os, il y aura donc un espace intercostal en moins. C'est là aussi une variation d'une grande rareté.

Toutes ces malformations costales n'entraînent pas de graves symptômes cliniques. Cependant on a vu se produire à travers l'anneau costal une pneumocèle gênante dont on pouvait percevoir facilement les variations de consistance et de volume au cours des mouvements respiratoires.

Des erreurs d'interprétation peuvent résulter de cette anomalie. On pourrait penser à une perforation pathologique en reconnaissant sur le trajet d'une côte un anneau.

D'autres erreurs pourraient être faites au sujet de la topographie du thorax et des rapports des organes intra-thoraciques avec la paroi.

La disposition des espaces intercostaux adjacents au niveau de l'anneau pourrait créer quelques difficultés au cours d'une tentative de thoracentèse.

Au point de vue physiologique, j'ai noté un manque d'élasticité de la paroi thoracique au niveau de la malformation costale, et ceci paraît être la conséquence du manque de muscles intercostaux.

C'est pourquoi, il est bon d'être prévenu de la présence possible de telles anomalies quand on fait un examen clinique de la région thoracique.

CLINIQUE NEUROLOGIQUE

Le sympathique dans le coefficient réactionnel individuel.

D'après une leçon du professeur LAIGNEL-LAVASTINE (1).

Le dégagement du coefficient réactionnel individuel est d'autant plus facile que le processus morbide est moins aigu et moins massif. Au cours d'une infection comme la pneumonie ou la fièvre typhoïde, les réactions ne diffèrent pas énormément d'un cas à un autre, il y a prédominance du facteur causal infectieux ; j'ai exprimé cette opinion pour la première fois à propos de la psychologie des tuberculeux. (2)

Le coefficient réactionnel individuel apparaît sous trois modalités : la modalité fondamentale ou physiologique, c'est-à-dire le *tempérament*, qui est fonction de l'équilibre physico-chimique, et d'où dérivent les deux autres modalités : la *constitution* et le *caractère*.

Couramment encore, comme dans le livre de Léon Mac-Auliffe, on commence l'étude des terrains par celle des constitutions. C'est une erreur, car l'expression morphologique n'est qu'une expression de l'état physico-chimique. Le botaniste de Vries a montré le rôle énorme des variations de l'équilibre moléculaire et de la tension superficielle des liquides organiques dans la constitution de la forme. Les conditions climatiques agissent sur l'équilibre physico-chimique. Ce rôle est beaucoup plus important que la loi de sélection de Darwin. Giard avait déjà montré l'influence du parasitisme sur la morphologie. On confond souvent à tort avec les constitutions les caractères morbides. C'est seulement en passant par le tempérament qu'on peut se rendre compte de certaines analogies entre la morphologie et le caractère.

Dans l'hérédité mendélienne, certains caractères avec leur substratum physico-chimique peuvent se perpétuer, d'autres disparaître par certaines combinaisons, d'où les caractères récessifs.

C'est Eppinger et Hess, qui ont eu le grand mérite d'individualiser, en 1909, sous le nom de *vagotonie*, des réactions qui sont beaucoup plus des réactions de tempérament que des réactions de maladie.

Lengley avait opposé expérimentalement les réactions du vague aux réactions de l'orthosympathique.

Eppinger et Hess ont opposé la sympathicotonie à la vagotonie ; c'est là que leur œuvre est caduque, car si on reprend avec soin leur description de la vagotonie, telle que je l'ai résumée dans mon rapport *sur les scrétions internes et le système nerveux*, que je devais présenter en septembre 1914 à Berne, on s'aperçoit que, si un certain nombre de signes sont fonction de l'excitabilité du vague, comme la petitesse des pupilles, le ralentissement du pouls, la facilité des sueurs, la constipation, l'urticaire, des états nauséeux sous l'influence du jeûne, il y a en même temps d'autres manifestations rentrant dans l'excitabilité générale du système sympathique, et qu'on retrouve chez les hyperthyroïdiens, de sorte que le type qu'ils ont décrit répond à ce que j'ai appelé l'*hyper-olo-sympathie*...

Certains auteurs ont établi des critères basés

(1) Leçon faite à l'hôpital de la Pitié, le 21 mars 1927, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — Revue de médecine. 1907.

sur l'effet de l'atropine, de la pilocarpine et de l'adrénaline.

Avec Mlle Romme, à Beaujon, en 1914, nous avons constaté des résultats contradictoires. A ce moment, les manifestations vagales étaient considérées comme autonomes, par suite d'une erreur de langage. En effet, Lengley avait employé le terme d'*autonomic system* pour exprimer la synthèse du sympathique proprement dit, — que j'appelle *orthosympathique* —, et du *para-sympathique*, — que j'appelle le *système vagal*.

Il y a une *vagotonie gastrique*, caractérisée par l'hyperchlorhydrie, l'hyperkinésie gastrique, la douleur tardive ; il y a une *vagotonie appendiculaire*, etc. Il y a, au contraire, prédominance de l'excitabilité de l'ortho-sympathique dans la *dyspepsie sensitivo-motrice de Mathieu* (dilatation, ptose, bouffées de chaleur après les repas, tachycardie, point solaire, signe de Leven, soulagement par l'ésérine ou la génésérine, etc.).

Des recherches m'ont permis, en 1924, de reconnaître un *tempérament vagotonique*. On peut distinguer en pratique quatre grands types : la *vagotonie pure*, où il y a exagération du R. O. C. sans modification du réflexe solaire ; le type *hyper-ortho-sympathique* (très rare) dans lequel il y a exagération du réflexe solaire sans modification du R. O. C.

Puis, le type le plus fréquent, que j'appelle *hyper-olo-sympathique*, où il y a en même temps hyperexcitabilité de l'orthosympathique et du vague. D'autre part, il y a des syndromes d'*hypo-excitabilité*, se caractérisant par la diminution et du réflexe solaire et de l'oculo-cardiaque (type 4).

Chez tout le monde, il y a le matin à jeun une hyperexcitabilité du vague, avec tendance nauséeuse, sentiment d'asthénie, jusqu'au moment où l'on mange. Un repas même léger suffit pour inverser la formule végétative, et l'hyperexcitabilité de l'ortho-sympathique tend à l'emporter. Puis, peu à peu reparaît la prédominance vagale jusqu'au repas de midi. Le café augmente l'excitabilité du vague et contrebalance l'hyper-ortho-sympathie causée par le repas.

Le prurit est un paroxysme ortho-sympathique vespéral.

L'individu s'endort d'autant plus facilement que le vague a repris son premier rôle. Les orthosympathiques souvent ne peuvent s'endormir.

Il existe un paroxysme vagal du premier crépuscule précédant l'aube : comme dit le livre de Job, c'est l'heure où l'homme meurt. On se l'explique parce que la mort est facilitée par l'hyperexcitabilité vagale. C'est aussi l'heure où quelquefois l'homme retrouve un regain d'énergie génitale. L'attaque d'épilepsie dans la deuxième partie de la nuit est classique et relève aussi de l'hyperexcitabilité du vague.

Le rythme menstruel chez la femme est caractérisé par une excitabilité vagale précédant les règles ; les psychoses affectives sont ainsi favorisés dans leur manifestation.

Selon les saisons, il est incontestable qu'il existe des variations dans la richesse des glandes endocrines et dans l'excitabilité vago-sympathique.

D'après les travaux de l'astronome Vallot et de MM. Maurice Faure et Sardou, il y a une coïncidence dépassant 50 pour cent entre les taches solaires et les paroxysmes de certaines affections comme l'épilepsie, la colique hépatique ou néphrétique, la goutte, la mort subite. Les taches solaires déterminent des modifications de la tension électrique. Les malades atteintes *d'endocrinonévrose hypotensive* souffrent de céphalée à la campagne, à cause de la tension électrique plus considérable qu'à la ville.

Quand on a à examiner une malade de ce genre il faut d'abord regarder son aspect, suivant la méthode d'inspection hippocratique. La malade est grosse ou maigre, à cou long ou court, aux yeux brillants ou ternes, à parole rapide ou lente, etc. ; elle a trop chaud, ou elle est frileuse ; ses pupilles sont grandes ou petites. Les vagotoniques disent avec raison qu'elles attrapent toutes les maladies ; elles ont souvent le status thymo-lymphatique de Paltauf (convulsions, laryngite striduleuse, tétanie, dues à l'hypertrophie thymique). Elles ont des règles difficiles retardées. Jeunes filles souvent adipeuses, elles veulent se faire maigrir et peuvent tomber dans l'*anorexie mentale*.

La *grossesse* exagère toutes les réactions vago-sympathiques. Elle améliore les hypo-orthosympathiques avec réaction vagale secondaire, facilite leur sommeil, etc., en exagérant le R. O.C. Chez les orthosympathiques, le sucre apparaît dans l'urine. Il faut se méfier chez les vagotoniques des hémorragies *ex vacuo*.

Diverses explorations sont nécessaires, notamment : la recherche du métabolisme de base, du fonctionnement thyroïdien, l'injection d'hypophyse, d'insuline (apparition possible d'anxiété chez une vagotonique, abaissement de la pression chez une orthosympathique), l'analyse du sang (hypocalcémie chez les vagotoniques, augmentation de la cholestérine, etc.), dosage de l'acide oxalique (méthode Guillaumin), de la réserve alcaline, recherche du pH, du poids cryoscopique de l'urine, de la viscosité (viscosimètre de Hess), etc. On dressera des tables de concordance, en réunissant, d'une part, les signes se rapportant à la vagotonie, d'autre part, ceux de l'ortho-sympathie. Ainsi, chez une vagotonique, on trouvera les signes suivants :

Anxiété, asthénie, réflexes tendineux de grande amplitude, réflexes sudoraux augmentés, pilomoteurs diminués ; peau brune, pigmentée facilement, cheveux électriques, acrocyanose, tension artérielle diminuée avec augmentation des oscillations, bradycardie, constipation, pupilles

petites (à moins d'onanisme), facilité des ecchymoses, urticaire, hypothermie, R. O. C. exagérée, R. solaire normal ou diminué, réactions souvent dramatiques à l'administration de l'adrénaline, hypoglycémie, hypocalcémie, augmentation de l'acide urique, métabolisme plutôt diminué, hypoviscosité, pH tendant vers l'alcalose, oligopotie. Souvent ces vagotoniques sont des hérédo-goutteuses ou même des hérédo-syphilitiques.

Au contraire, s'il y a hypersympathie, on relèvera les symptômes suivants : pupilles très larges, migraine, hyperthyroïdie. R. solaire exagéré. Hyperglycémie. Hyperviscosité. pH acide.

D'après M. Bigwood et M. Achard, les échanges sont d'autant plus rapides que le milieu est plus chloruré.

L'émotivité paraît être fonction de la labilité du sympathique ; elle est en rapport avec la chronaxie de la fibre lisse, et, comme l'a montré Mme Lapicque, avec la facilité d'imbibition. Les émotifs, hyper-ortho-sympathiques, s'opposent en partie aux anxieux vagotoniques.

L'équilibre physico-chimique des humeurs donne l'explication des dispositions psychiques. L'augmentation de l'alcalinisation des urines accompagne généralement l'exagération du R. O. C. Le vagotonique anxieux présente, en général, une alcalose et un R. O. C. exagérés.

L'étude du coefficient réactionnel individuel permet d'établir certains pronostics. La recherche du réflexe orthostatique peut indiquer le pronostic d'une fièvre typhoïde. Sous l'influence des maladies infectieuses, il y a prédominance de l'excitabilité de l'orthosympathique sur l'excitabilité vagale, ce que les anciens exprimaient dans cette formule : *febris accendens spasmos solvit*. J'ai vu, sous l'influence d'une fièvre typhoïde, l'inversion des réflexes sympathiques. Leur retour à la normale a précédé la guérison.

Il résulte également de l'examen des réflexes sympathiques des indications et contre-indications hydrominérales. Prenons Vichy. Les urticariens, les goutteux, les vagotoniques, se trouveront bien de la Grande-Grille, mais l'Hôpital leur serait préjudiciable. La prescription est inverse pour le type vaso-moteur (grandes pupilles, tachycardie, migraine). La Grande-Grille a une fonction acide, et l'Hôpital une fonction alcaline.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les troubles nerveux d'origine vermineuse.

Le Dr P. Moutier établit qu'en présence d'un syndrome nerveux, ne faisant point la preuve de tuberculose ou de syphilis, il faut songer à l'helminthiase. On doit, en effet, admettre l'existenec de toxines vermineuses susceptibles de passer dans le sang et d'atteindre les centres nerveux par la voie des plexus choroïdes, et de la séreuse arachnoïdo-pie-mérienne ; on peut d'ailleurs extraire des glandes céphaliques et du liquide péri-entérique des ankylostomes des produits toxiques qui sont hypotenseurs, hémolysants, convulsifs et paralysants, provoquant une forte mydriase. Les démonstrations cliniques sont probantes, et renforcées par l'éclat des succès thérapeutiques.

Les accidents consistent en troubles de la sensibilité (troubles algiques avec vertiges et mydriase ou amaurose), en troubles moteurs (paralysies, attaques convulsives), en troubles psychiques ; on a même décrit une méningite vermineuse.

Quant au diagnostic, il n'y a qu'un signe de certitude : la disparition formelle des accidents après expulsion des parasites.

Le traitement visera généralement l'expulsion d'ascaris, plus rarement de quelque tænia, exceptionnellement d'un bothriocéphale. En présence d'un syndrome aigu s'adresser à la santonine ou au semen contra, au calomel ; en présence d'un syndrome chronique, apyrétique, recourir au thymol en cas d'ascaridiose, à la fougère mâle, au semen contra, à l'écorce de grenadier, au cas de tænia. (*La Médecine*, décembre 1926).

L'ascaridiose hépatique.

L'ascaris, par sa localisation hépatique, peut donner des abcès du foie, de l'angiocholécystite à forme bénigne ou grave, des ictères bénins ou hémolytiques. Cependant, dit Ch. Garin, l'ascaridiose hépatobiliaire est une affection rare, mais à laquelle il suffira de penser pour que la constatation des œufs dans les selles en permette le diagnostic.

Son traitement est chirurgical ou médical.

Du chirurgien dépendent sans contredit les accidents infectieux : abcès, cholécystite, obstruction chronique du cholédoque accompagnée de fièvre bilioseptique ; les indications de l'intervention sont les mêmes que dans les manifestations infectieuses identiques.

Mais, après l'intervention, il faut songer à l'infestation ascaridienne concomitante pour la dépister et la traiter, de la même façon que pour les cas où le diagnostic suffisamment précoce a précédé la phase infectieuse.

La santonine et le semen contra sont les deux remèdes classiques.

Chez l'adulte, la santonine s'emploie à la dose de 15 centigrammes en 3 pilules, administrées le soir en se couchant ; le lendemain matin, on donne une purgation à l'huile de ricin ou au sulfate de soude. Chez l'enfant, il faut lui préférer la semence d'où on la retire, le semen-contra, une à trois cuillerées à café dans de la confiture le soir, avec purge le lendemain matin.

Ce traitement doit être répété à une semaine d'intervalle, en cas d'infestation abondante. D'autres anthelmintiques sont d'action inconstante (thymol, extrait éthéré de fougère-mâle).

Mais l'agent le plus efficace contre l'ascaridiose est l'huile essentielle de chénopode ; chez l'adulte, le matin à jeun, en trois prises à une heure d'intervalle, une émulsion de 90 centigrammes d'huile dans 120 grammes de looch gommeux. Après la dernière prise, donner une purgation saline de 30 grammes de sulfate de soude, et faire boire abondamment. Il n'est pas rare que dans la journée, la totalité des ascaris ne soit expulsée.

Chez l'enfant de 10 à 15 ans, 60 centigrammes d'essence ; de 6 à 10 ans, 30 centigrammes d'essence. Au-dessous de 6 ans, un centigramme par année d'âge.

Ce médicament agit en une seule fois et paraît beaucoup plus efficace que la santonine ; il est aussi bien meilleur marché. (*Lyon médical*, 18 janvier 1927.)

A propos de la bactériothérapie de quelques infections communes.

La vaccinothérapie a pour but de conférer une immunité active en déterminant une maladie bénigne par l'inoculation d'un virus atténué ; l'action favorable se produit seulement si l'organisme est capable de faire les frais de l'action nuisible préalable, qui est inévitable.

Mais on peut aussi utiliser la substance microbienne comme un médicament semblable à ceux que la pharmacopée tire des divers règnes de la nature ; en effet, les microorganismes, outre leurs propriétés antigéniques, possèdent dans leur constitution chimique, tout comme d'autres produits du règne végétal, des substances dont l'action physiologique peut être utilisée au point de vue thérapeutique, qu'il s'agisse d'une action antagoniste pour eux-mêmes, ou stimulante pour l'organisme. Pour mettre en évidence dans la substance microbienne les produits utiles, les procédés de préparation demanderont sans doute de nouveaux perfectionnements ; mais, d'ores et déjà, la substance microbienne traitée par la soude a permis à M. MAUTÉ, pour un certain nombre de germes, d'être en possession d'un produit curatif actif à très petite dose.

Ce produit microbien semble posséder, *au point de vue curatif* toutes les propriétés utiles du vaccin, sans en avoir les inconvénients. Pour l'obtenir, l'auteur utilise, toutes les fois qu'il est possible, le microbe trouvé sur le malade à traiter.

De tous les produits solubles obtenus, le plus actif est certainement celui qui provient du *staphylocoque* ; injecté sous la peau à des doses variant de 1/10 à 2 milligr., il permet de réaliser tout le traitement en 6 à 10 injections, pratiquées tous les deux jours, tous les jours, quelquefois deux fois par jour. En général, plus la lésion est aiguë, plus il faut fractionner les doses. C'est un traitement à peu près parfait des staphylococcies, si l'on veut bien faire en même temps des applications locales, non irritantes (par exemple pommade à l'oléate de cuivre à 1 p. 100). Lorsqu'on a affaire à des manifestations à tendance récidivante, on fait suivre au malade guéri un traitement préventif à l'auto-vaccin.

La solution sodique de *streptocoque* ne possède pas l'action curative rapide de la précédente ; cependant son efficacité est certaine, et d'autant plus précieuse si l'on se rappelle que dans l'ensemble les vaccins streptococciques sont plus nuisibles qu'utiles. Les résultats sont nuls dans l'endocardite ulcéreuse. Dans la septicémie puerpérale à hémoculture positive, plus d'échecs que de succès. Pourtant dans les grandes septicémies puerpérales ou chirurgicales, l'injection sous-cutanée de solution sodique de streptocoque, jointe aux injections intraveineuses de sulfate de cuivre ammoniacal à 4 p. 100, au besoin à l'abcès de fixation, paraît encore la thérapeutique la moins désarmée que l'on possède actuellement.

L'action est nettement favorable dans les infections aiguës localisées, lymphangites, phlegmons, adénophlegmons, pleurésies purulentes, érysipèle, amygdalites aiguës, rhinites muco-purulentes. L'auteur a vu guérir ainsi un grand nombre d'érysipèles à répétition ou d'amygdalites récidivantes, qui se reproduisaient depuis des années. Mais, contrairement à ce qui doit être la règle de conduite avec le staphylocoque, l'utilisation de la bactériothérapie ne doit pas, dans les infections streptococciques, retarder la mise en œuvre d'un traitement chirurgical approprié, dont elle n'est que le complément utile. C'est surtout d'ailleurs dans les infections streptococciques atténuées que l'on aura l'occasion de vérifier chaque jour l'intérêt de cette thérapeutique.

Le streptocoque est un hôte constant de l'or-

ganisme, sur lequel il vit à l'état de saprophyte et il peut à tout moment déterminer des complications à distance depuis un foyer local infecté : dent, gencives, amygdales, sinus, etc. Cette notion nouvelle est utile en thérapeutique, car elle éclaire l'étiologie d'un grand nombre d'affections : néphrites hématuriques, arthrites chroniques, pseudo-rhumatismes, lésions de la peau, etc. Il faut évidemment traiter le foyer local primitif. Mais il n'est pas toujours facile de localiser le foyer, et l'infection peut être si bien établie dans un foyer secondaire que l'ablation de la lésion primaire n'a plus d'influence sur la guérison. C'est alors que l'emploi des solutions sodiques est utile et se montre d'une activité thérapeutique incontestable.

Les résultats de la bactériothérapie *anticolibacillaire* par les solutions sodiques sont encore imparfaits, et la technique de préparation de ces solutions reste à perfectionner. L'auteur cependant les a utilisées dans les maladies des voies urinaires, du foie et de l'intestin, par la voie sous-cutanée, à des doses variant de 1/2 à 15 milligrammes de substance microbienne ; son expérience porte sur 1500 observations.

Pour 60 p. 100 des cas, il a obtenu la guérison intégrale des bacilluries ou pyuries colibacillaires aiguës, à localisation rénale ou génitale (vésicule, prostate), datant de moins de deux mois, sans rétention, ni corps étranger, ni tumeur. Quand l'affection date de plus de 2 mois et de moins d'un an, il y a toujours disparition de la poussée fébrile, amélioration de l'état général, mais la guérison définitive ne s'obtient que pour 20 à 30 p. 100 des cas. Lorsque le cas est chronique (plus d'un an), la bactériothérapie passe nettement au second plan.

Dans les pyélonéphrites de la grossesse, les poussées aiguës fébriles sont supprimées, mais le coli ne disparaît jamais des urines avant l'accouchement.

Quant aux affections du foie et de l'intestin, aux infections gonococciques, on ne peut encore faire connaître de résultats probants. (*La Presse médicale*, 8 décembre 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'orchite de la varicelle.

(M. J. Sabrazès, de Bordeaux. — *Académie de médecine* ; 26-7-1927.)

L'orchite est une détermination assez fréquente de la variole. Béraud, en 1859, Esmonet, en 1913, en ont donné une description clinique et anatomo-pathologique qui est devenue classique. Cette complication a également été rencontrée au cours de la vaccine.

Existe-t-il des cas d'orchite dans la varicelle, affection qui offre quelque parenté avec la variole, l'alastrim, la vaccine ? Jusqu'à présent, l'orchite varicelleuse n'a pas été signalée dans les classiques. M. Sabrazès en rapporte une observation qu'il a recueillie, en 1918, à l'hôpital d'isolement des maladies contagieuses de Pellegrin. Elle concerne un jeune malade de vingt ans, qui présenta presque au début d'une varicelle une orchite-épididymite droite, puis gauche, qui se terminèrent par la guérison. M. Sabrazès conclut à l'utilité de rechercher, dans la varicelle, la possibilité de l'orchi-épididymite, dont les manifestations sont peut-être quelquefois discrètes et passent ainsi inaperçues.

Le B. C. G. a-t-il une innocuité absolue ?

(M. J. Lignières. — *Académie de médecine* ; 26-7-1927.)

Les travaux de Calmette et Guérin ont montré que les cultures successives du bacille de Koch d'origine bovine, sur la pomme de terre glycérinée et biliée, dépouillent ce redoutable microbe de ses propriétés pathogènes, à ce point qu'il peut être impunément inoculé à des animaux extrêmement sensibles comme le cobaye, sans produire les lésions envahissantes classiques de la tuberculose. Calmette et Guérin ont constaté, en outre, que ces germes dépourvus de virulence sont cependant capables de créer, dans l'organisme qui les héberge, un état de résistance contre des bacilles de Koch pathogènes. Les bacilles biliés constituent ainsi un véritable vaccin qu'on a coutume de désigner par les lettres B.C.G. et que l'on emploie couramment, pour la prophylaxie de la tuberculose des nourrissons en particulier.

La valeur prophylactique de ce vaccin semble bien établie par les travaux de Calmette et Guérin et d'autres auteurs. Il apparaît assez nettement, d'autre part, que le dit vaccin n'est pas d'une façon générale nocif et que son administration est sans danger. Son innocuité, cependant, est-elle toujours absolue ? Sur ce point persiste une certaine incertitude dans l'esprit de quelques médecins et vétérinaires (le B. C. G. a aussi des applications chez les bovidés). Pour tenter d'éclairer ce délicat et important problème, M. Lignières a réalisé un groupe d'expériences et d'épreuves sur les veaux et sur les cobayes. Chez le veau, le vaccin B. C. G. n'a donné lieu à aucun trouble ni à aucun indice de tuberculisation ulté-

rieure. Chez le cobaye, le même vaccin a été bien toléré dans la règle. Plusieurs de ces animaux toutefois ont eu leur santé altérée.

M. Lignières conclut que le vaccin B. C. G., appelé à rendre des services considérables dans la prévention de la tuberculose, ne doit pas être utilisé sans indication et sans précautions. Il n'est peut-être pas, dans tous les cas, rigoureusement inoffensif. Malgré la fixité de l'atténuation de ce bacille, il est prudent de continuer à l'entretenir sur milieu bilié. L'auteur estime en outre raisonnable d'éviter d'y recourir quand la contagion tuberculeuse n'est pas réellement à craindre.

Action du bismuth sur le « leptospira icteroides » (Agent de la fièvre jaune, d'après Noguchi)

(MM. Sazerac, Hosoya et Stefanopoulo. — *Académie de médecine* ; 26-7-1927.)

Le *leptospira ictéroïdes*, considéré par Noguchi et divers bactériologistes comme l'agent infectieux de la fièvre jaune, se rapproche assez étroitement du spirochète de l'ictère hémorrhagique. En raison d'une telle similitude, les auteurs ont pensé qu'il y avait intérêt à étudier, vis-à-vis du *leptospira ictéroïdes*, l'action du bismuth, qui possède un pouvoir préventif et curatif à l'égard de la spirochétose ictéro-hémorrhagique, ainsi que l'ont montré les recherches de Sazerac, Nakamura et Mlle Kittenatz.

Le tartrobismuthate de sodium en injections sous-cutanées a offert effectivement des propriétés curatives remarquables chez les cobayes inoculés avec le virus du leptospira icteroïdes. Il devient, dans ces conditions, permis d'envisager la possibilité du traitement de la fièvre jaune par les composés bismuthiques.

Formes de résistance du tréponème syphilitique.

(MM. Levaditi, Schoen et Sanchis-Bayarri. — *Académie de médecine* ; 26-7-1927.)

Depuis les recherches de Schaudinn et Hoffmann, on sait que le *treponema pallidum* est présent dans les ganglions satellites du syphilome primaire chez l'homme. La ponction ganglionnaire permet de l'y déceler avec une fréquence de 40 à 96 % des cas. Or, il n'en est pas de même pour les ganglions lymphatiques inguinaux ou poplités des lapins porteurs de syphilomes scrotaux. Truffi et Ossola, après avoir établi la virulence presque constante de ces ganglions, ont remarqué l'absence de tréponème dans leurs tissus. Brown et Pearce ont fait la même constatation. MM. Levaditi, Schœn et Sanchis-Bayarri ont pu confirmer les recherches de ces auteurs.

Pour expliquer le fait, l'opinion la plus plausible, selon M. Levaditi, est d'admettre que le tréponème ne représente qu'une des phases du cycle évolutif du virus syphilitique. Ce cycle comporterait alors une autre forme invisible (ou difficile à déterminer), celle précisément que revêt le virus dans les ganglions lymphatiques des lapins. Dans les syphilomes en voie de guérison spontanée ou dans les chancres d'animaux traités, on trouve d'ailleurs des spirochètes inclus dans le cytoplasma des fibroblastes, offrant tous les stades d'un processus involutif aboutissant à la formation de granulations argentophiles. Ces formes, presque ultra-microscopiques, représenteraient la phase pré-spirochétienne du virus. Elles seraient capables d'assurer la conservation du germe dans les tissus pendant les périodes latentes de la maladie (*formes de résistance*) et constitueraient des réserves de virus en dépit des traitements spécifiques (récidives).

L'hypothèse de ces formes de résistance, qui demande à être vérifiée sur des bases nouvelles, donnerait l'explication d'un certain nombre de faits cliniques (récidives malgré le traitement, lésions réfractaires aux agents chimiothérapiques, etc.).

Troubles gastriques d'origine appendiculaire.

(M. Constantin Poenaru Caplesco, de Bucarest. — *Académie de médecine* ; 26-7-1927.)

M. Caplesco relate un certain nombre d'observations de troubles gastriques d'origine appendiculaire latente. Chez ces malades, l'état pathologique de l'appendice était passé inaperçu cliniquement, le patient se plaignait seulement de phénomènes stomacaux. L'ablation de l'appendice amena la guérison desdits troubles.

Cure azotée et thyroïdienne dans la néphrite chlorurémique.

(MM. Chabanier, Lebert, Lumière et Lobo-Onell — *Académie de médecine* ; 26-7-1927.)

Epstein a proposé de traiter la néphrite chlorurémique (syndrome œdémateux avec albuminurie, appelé néphrite épithéliale) par un régime azoté et pauvre en graisse, associé à une médication thyroïdienne intensive. Depuis deux ans, MM. Chabanier, Lebert, Lumière et Lobo-Onell ont eu recours à une thérapeutique analogue. Les résultats qu'ils ont obtenus concordent avec ceux d'Epstein. Selon eux, le régime hyperazoté (dans la mesure naturellement où il ne modifie pas la fonction rénale évaluée par la constante uréo-sécrétoire) associé au traitement thyroïdien intensif et prolongé, est susceptible de donner d'excellents effets dans le syndrome œdémateux dit rénal, même dans les cas où la déchloruration n'a pas procuré la guérison.

Au point de vue doctrinal, de tels faits amènent à la conception que le syndrome dit de néphrite épithéliale n'est pas, physiologiquement parlant, néphritique ; son *primum movens* serait extra-rénal, consistant en une modification des protéines du plasma dans la genèse de laquelle interviendrait un trouble thyroïdien.

Valeur du contrôle sérologique dans le traitement de la syphilis.

(MM. Hudelo et Rabut. — *Soc. de derm. et syph.* ; 7-4-1927.)

Lors des récidives d'accidents syphilitiques secondaires, il n'est pas rare d'observer un désaccord entre la clinique et la sérologie. Sur 41 cas de récidive secondaire, MM. Hudelo et Rabut ont noté dix anomalies sérologiques comportant six Wassermann négatifs, cinq Hecht et six Vernes négatifs.

Ce silence sérologique, exceptionnel au cours de la période secondaire chronologiquement normale, est le fait presque exclusif d'accidents de récidive, chez des malades traités. Cette constatation met en évidence le manque de parallélisme dans l'action du traitement vis-à-vis de l'infection syphilitique et de sa manifestation sérologique. C'est dire combien est fragile la base fournie par le contrôle sérologique pour la conduite du traitement anti-syphilitique.

La malariathérapie peut-elle prévenir les syphilis nerveuses ?

(M. H. Gougerot. — *Soc. de derm. et syph.* ; 7-4-1927)

La méthode malariathérapique de von Wagner Jauregg donne des résultats incontestables dans le traitement des paralysies générales et des syphilis cérébro-méningées. Mais peut-elle jouer un rôle préventif ?

A la vérité, ce rôle paraît discutable. Les coloniaux à la fois paludéens et syphilitiques deviennent quelquefois des paralytiques généraux.

M. Gougerot rappelle l'histoire d'un de ses malades qui contracta la syphilis en 1916, prit un paludisme sévère à l'armée d'Orient en 1917 et eut en 1925 des accidents de paralysie générale. Ce malade est actuellement soumis à la malariathérapie et il sera curieux de voir si celle-ci a des effets curatifs alors qu'elle n'a pas eu d'action préventive.

— M. Ravaut connaît deux malades chez lesquels le typhus d'une part, le paludisme d'autre part, n'ont pas empêché l'éclosion d'une syphilis nerveuse.

Traitement des hémorrhoïdes par la coagulation diathermique.

(M. Thibault. — *Soc. médicale des praticiens* ; 17-6-1927.)

M. Thibault expose le traitement des hémorrhoïdes par la coagulation diathermique. Ce procédé, simple et efficace, doit être précédé d'une bonne anesthésie locale. Il faut utiliser comme électrodes actives des aiguilles isolées en partie, pour éviter une coagulation trop brutale et trop étendue.

— M. Filderman rappelle la méthode qu'il emploie, celle des injections sclérosantes. Elles détruisent non seulement les ampoules hémorrhoïdaires, mais amènent la guérison des fissures et ulcères. Dans un cas de prolapsus rectal, l'auteur a fait tout autour du rectum une série d'injections sclérosantes qui ont provoqué la rentrée du rectum prolabé. L'état de ce malade se maintient favorablement depuis six mois.

P. L.

Marseille

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Maladie de Friedreich, infantilisme, spécificité.

MM. Bruelli, J. Zuccarelli, Fourteau et A. P. Donati. — Les A. rapportent un cas typique de maladie de F. s'accompagnant d'un léger degré d'atrophie optique et de B. W. positif dans le sang et le L. C. R. avec hyperalbuminose et hypercytose. Il existait aussi un infantilisme type Lorrain avec hippocratisation des doigts chez leur malade âgé de 21 ans. Ils interprètent comme une syphilis polyglandulaire l'infantilisme et posent à nouveau la question des rapports de l'hérédo-syphilis et du Friedreich.

Talalgie gonococcique rebelle, décortication du calcanéum. Guérison.

MM. Chauvin et Bonnet rapportent l'histoire d'un malade de 59 ans qui avait fait en août 1924 une blennorragie compliquée d'arthropathies nombreuses dès le huitième jour. Vu pour la première fois en juin 1925 il avait encore une goutte positive mais ne souffrait que de ses talons et surtout du talon gauche. Les gonocoques disparurent ainsi que l'écoulement en deux mois de traitement mais la talalgie persista malgré massages prostato-vésiculaires, injections de Casta sous-cutanées et de Dmégon intraveineux. Bien que la radiographie n'ait montré aucune exostose calcanéenne, on pratiqua, le 29 mai 1926, deux ans après le début, la découverte de la face antérieure du calcanéum et la rugination énergique de cette face. La guérison des douleurs a été immédiate et se maintient depuis un an.

Un cas de tuberculose généralisée chez un enfant assisté, de cause inexpliquée.

MM. Cassoute et J. Rathelot. — Enfant entré le jour de sa naissance à la crèche, en bonne santé Meurt 9 mois après de granulie généralisée avec athrepsie. Les réactions à la tuberculine, négatives dans le premier mois, sont positives le septième mois. Il a été démontré par une enquête administrative que d'une part les parents étaient sains, et que d'autre part l'enfant a été réellement amené à la crèche le jour de sa naissance. Il ne peut donc s'agir ni d'une tuberculose héréditaire, ni d'une surinfection familiale. Il s'agit donc, d'une contamination faite à la crèche. Une enquête menée par nos soins ne nous a

révélé aucune cause de contamination venant du personnel ou de l'entourage de l'enfant. Si l'on tient compte donc des conditions d'hygiène de la crèche très nettement supérieures à celles de la plupart des milieux familiaux, on est obligé d'admettre que l'éloignement du milieu contaminé et la protection contre les surinfections ne sont pas toujours suffisants pour préserver l'enfance.

Syndrome entéro-rénal. Guérison par la «septicémine»

M. A. Martin-Laval. — L'A. rapporte l'observation d'une malade d'une soixantaine d'années qui fit des accidents graves d'infection colibacillaire avec température élevée (40°), frissons, nausées, vomissements, pus et albumine dans les urines, et présence à la séparation d'urines de nombreux colibacilles dans les deux reins. Le lavage des bassinets au nitrate d'argent n'avait eu qu'une action éphémère. Les injections intra-musculaires de septicémine eurent raison en 24 heures de tous les accidents et firent disparaître également le pus et l'albumine des urines. Le total des injections à raison de deux par jour fut de quatorze. La guérison se maintient depuis 4 mois.

Quelques indications et résultats de la digitaline intra-veineuse.

MM. Roulacroix et Edouard Giraud. — Les A. ont employé cette thérapeutique chez une vingtaine de malades atteints d'insuffisance cardiaque grave pour lesquelles la digitaline « *per os* » était inefficace ou provoquait rapidement des phénomènes d'intolérance. Dilatation droite consécutive à l'insuffisance gauche chez des hypertendus ou aortiques, asystolies irréductibles des scléreux pulmonaires, des symphyses péricardiques ; œdème congestif d'origine grippale chez des cardiaques. Aucun accident n'a été observé avec la digitaline intraveineuse et tous les malades ont été rapidement soulagés. Action sédative presque immédiate sur les symptômes subjectifs : dyspnée, constriction thoracique, étouffement, puis dans les 24 heures ralentissement du pouls renforcement des systoles ; plus tardivement s'établit la diurèse. Doses moyennes XV gouttes matin et soir pendant deux ou trois jours de la solution au millième diluée dans eau salée isotonique. La digitaline intra-veineuse doit prendre place à côté de l'ouabaïne dans la thérapeutique cardiaque d'urgence.

Cancer végétant de la grande courbure avec cancer secondaire du foie.

MM. Boinet, Turries et Ismein. — Le cancer gastrique initial est resté latent : la radioscopie révéla une lacune de la grosseur d'une orange au niveau de la grande courbure. Il n'existait aucun signe gastrique, ni vomissements, ni tumeur. A l'autopsie, cancer végétant de la grande courbure mesurant 10 cent. sur 7 cent. Le foie, qui pèse 5 kgr., présente l'aspect typique du cancer nodulaire. Les A. insistent sur le ramollissement de ces noyaux, qui donnaient à la coupe l'aspect d'une bouillie cancéreuse.

Traitement du chancre mou et de ses complications par la vaccinothérapie spécifique.

MM. Paul Vigne et A. Fournier. — Après un exposé de la question de la vaccination anti-strepto-bacillaire, les A. apportent les résultats obtenus avec le vaccin de Nicolle et Durand dans plus de 60 cas de chancres mous ou de bubons chancrelleux. Sur les bubons, même très enflammés et très fluctuants l'amélioration a été très nette et a permis d'abaisser à 15 jours la durée d'hospitalisation qui était de 47 jours en moyenne avec les anciens traitements (Fontan, débridements, drainage filiforme, etc.). Pour les chancres, les résultats ont paru moins bons et dans la majorité des cas la vaccination n'a pas semblé abréger d'une façon sensible la durée de la cicatrisation. Les chancres tout à fait récents paraissent cependant plus sensibles à cette vaccination, présentant une moindre tendance à s'étendre ou à s'essaimer. L'action sur le phagédénisme a été des plus inconstante, mais un succès rapide et inespéré dans un cas autorise, pour tous les chancres phagédéniques, l'emploi du vaccin anti-streptobacillaire.

Emile Castelli.

Les Congrès

Congrès de l'arthritisme de Vittel.

Sous les auspices de la Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est, et de la Société de médecine de Vittel, s'est tenu à Vittel, les 5, 6 et 7 juin derniers, le Congrès de l'arthritisme.

Plus de deux cents médecins, tant Français qu'étrangers avaient répondu à l'appel des organisateurs. Les travaux se sont ouverts sous la présidence du professeur Paul Carnot, par un rapport dans lequel le professeur Loeper et le docteur Debray ont exposé la conception actuelle de *l'arthritisme, maladie précipitante*.

Ils ont défini le terrain arthritique au point de vue clinique, biologique et pathogénique, ont exposé une série de vues nouvelles et particulièrement intéressantes sur l'ensemble de ces questions.

Ils ont indiqué comment le terrain arthritique

déjà défini par ses caractères chimiques, par ses réactions spontanées, par ses crises et ses dépôts, peut être reconnu par des dermo-réactions positives, sous l'influence de substances protéiques ou organiques bien déterminées.

Le professeur PERRIN, de Nancy, et le docteur Paul MATHIEU étudièrent ensuite les rapports *du foie et de l'arthritisme.*

L'hypercholestérinémie, l'hyperoxalémie et l'hyperuricémie ont été successivement étudiées dans leur pathogénie et leurs conséquences.

Les auteurs ont insisté sur le rôle capital des troubles fonctionnels hépatiques dans l'arthritisme et sur l'importance qu'il y a à diriger le traitement en vue de l'amélioration de ces troubles.

Le professeur MERKLEN, de Strasbourg, passa ensuite en revue les rapports existants entre l'*Arthritisme et les reins.* Tour à tour, les éliminations rénales de l'arthritisme, son milieu intérieur, les troubles métaboliques d'origine néphrétique, les maladies associées à l'état rénal de l'arthritique et les modalités cliniques de la néphrite révélées par les épreuves rénales fonctionnelles ont été passées en revue.

Le professeur agrégé E. DOUMER, de Lille, a discuté le rôle de l'*arthritisme dans la genèse des maladies de l'appareil circulatoire.* Les artérites chroniques, l'insuffisance cardiaque et l'hypertension chez les arthritiques avant et après l'apparition des manifestations rénales, ont été successivement étudiées ainsi que leur traitement préventif.

Le professeur agrégé A. LERI et M. LONJUMEAU ont fait de l'*arthritisme dans ses rapports avec les rhumatismes chroniques* l'objet d'un remarquable exposé où les fluctuations qu'ont subies au cours des âges la notion de diathèse et celle d'arthritisme ont été bien indiquées. Ils ont particulièrement insisté sur la nature infectieuse des rhumatismes chroniques, ce qui les distingue des maladies dites arthritiques.

Le professeur MOURIQUAND, de Lyon, a rapporté la question de l'*arthritisme infantile et son traitement.* Il a confronté l'arthritisme de l'enfant et celui de l'adulte. Il a étudié ensuite la séméiologie de la diathèse chez l'enfant. Il a demandé enfin à l'étiologie et à la pathogénie des directives pour prévenir et traiter cette diathèse. Il s'est particulièrement appesanti sur la part importante faite ou à faire au terrain dont il a déterminé expérimentalement les caractéristiques.

Le professeur CASTAIGNE a exposé *la cure de diurèse.* Il a décrit les accidents observés pendant les cures mal conduites, les stades physiologiques de l'absorption et de l'élimination de l'eau, la technique générale de la cure de diurèse et les techniques spéciales appropriées à chaque catégorie de malades, enfin l'action biologique intime des eaux dont on se sert pour réaliser la cure de diurèse.

Enfin le vénérable docteur Pierre BOULOUMIÉ, dont la verte vieillesse fait l'admiration de tous, et qui fut le véritable animateur de ce Congrès, a démontré qu'il était bon de compléter la cure de diurèse par certains *adjuvants de cette cure,* au premier rang desquels il faut placer l'alimentation, les régimes et l'exercice physique, puis les moyens thérapeutiques empruntés à l'électrothérapie, à la photo et à la thermothérapie, enfin à l'hydrothérapie chaude, tiède et froide.

La mise en œuvre, à Vittel, de tous ces adjuvants de la diurèse, jointe à l'action spécifique des eaux, fait de cette cité thermale, la *station-type* de l'arthritisme.

Plus de 53 communications diverses ont accompagné les rapports et suscité des commentaires et des discussions du plus haut intérêt.

Parmi les auteurs et les orateurs qui prirent part à ces discussions, il faut citer les professeurs SPILLMANN et ETIENNE, de Nancy ; les docteurs Mathieu-Pierre WEILL, FEUILLIE, médecins des hôpitaux de Paris, et Emile ABEL, médecin des hôpitaux de Nancy, Paul AIME, M. GUILLAUMIN, chef de laboratoire à la Faculté ; LUTRINGER, SCHNEIDER, GRIGAUT et ETTERLEN, de Contrexéville ; BERTRAND, d'Anvers ; BESSE, de Genève ; SEDILLOT, de Paris ; PIERRA de Luxeuil ; FRANÇON, MERKLEN d'Aix-les-Bains ; de LANGENHAGEN, de Plombières ; WETTERWALD, de Paris ; GAY de Bourbonne-les-Bains ; PESCHER, de Paris ; Tartarin MALACHOWSKI, de Paris, LESIEUR, de Caen ; les docteurs Pierre BOULOUMIÉ, MONSSEAUX, FINCK, AMBARD, VIOLLE, LHUILLIER GUYONNEAU, PAILLARD et BOIGEY, de Vittel.

De l'ensemble des idées échangées, il résulte que si le mot arthritisme est mauvais, par cela même qu'il ne peut s'appliquer avec son acception étymologique, aux rhumatismes chroniques, maladie essentiellement articulaire, reconnue aujourd'hui de nature infectieuse, la notion d'arthristisme en tant que dyscrasie et maladie par auto-intoxication à tendance précipitante, est à conserver. Elle représente une réalité nosologique et implique un ensemble de mesures d'hygiène et une thérapeutique qui lui sont propres.

Les congressistes purent, en dehors des heures de travail, visiter dans tous ses détails : 1° une exposition comprenant des collections de calculs variés du rein et du foie émis sous l'influence de la cure de diurèse ; des radiographies de reins calculeux et d'articulations goutteuses et rhumatismales ; des graphiques montrant les uns la prolongation de la diurèse après la cure (Monsseaux) ; les autres, les états cardiaques variés inscrits par le sphygmométroscope d'Ambard.

2° Les établissements physiothérapiques dirigés par les docteurs SONREL et DARRICAU et où se trouvent groupées les installations adjuvantes de la cure.

3° L'Institut médical d'éducation physique et de cure d'exercice, où furent faites, par le Dr BOIGEY des démonstrations sous les halls, de la cure de plein air, et sur les pistes, de la cure de terrain.

4° Le parc des enfants et le restaurant de régimes.

Le succès de ce Congrès fut assuré grâce à une organisation matérielle hors de pair.

Ses travaux puisèrent un intérêt tout particulier dans la qualité scientifique des rapporteurs, dans la discussion approfondie et très librement conduite des rapports et des communications.

Ils furent complétés par une excursion en automobile aux stations thermales de l'Est.

Le 6 juin, pendant le Congrès, la Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est, tint ses réunions sous la présidence du professeur PERRIN, de Nancy.

Au banquet qui clôtura le Congrès, le docteur Jean BOULOUMIÉ, maire de Vittel et administrateur de la Société générale des eaux, remercia les congressistes d'être venus aussi nombreux à l'appel de la grande station des Vosges.

Les professeurs CARNOT, PERRIN, MOURIQUAND, CASTAIGNE, LOEPER, les docteurs GODLEWSKI, le professeur DEMIEVILLE, de Lausanne ; le docteur BERTRAND, d'Anvers, et le docteur PAILLARD, président de la Société de médecine de Vittel, se joignirent à lui pour souhaiter au docteur Pierre BOULOUMIÉ, le doyen de la médecine thermale française, la continuation d'une vie liée si étroitement à tout ce qui fut fait à Vittel de beau, de grand et de fécond, au point de vue médical.

Dr BOIGEY,
Secrétaire général du Congrès.

Les Livres

Œsophage, estomac, duodénum, par M. DELORT. — **Affections buccales et dentaires**, par F. NIDERGANG. (Les *Consultations journalières*. G. Doin et Cie, édit., Paris, 1927.)

Le Dr Maurice Delort dans un petit volume de moins de 300 pages, illustré de 89 figures schématiques et de 19 planches radiographiques, fait un *exposé méthodique et « taylorique »* des examens en gastro-entérologie. Il passe en revue les maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum, fait leur part à chaque procédé technique : interrogatoire, examen objectif clinique, cathétérisme, œsophagoscopie, gastroscopie, insufflation, gastrotonométrie, gastrotensiométrie, chimie (repas d'épreuve), radioscopie, cytologie, coprologie, hématologie, urologie.

L'époque, nous le voyons, est lointaine où l'on devait se contenter pour diagnostiquer les maladies de l'estomac aux renseignements donnés par le malade, à l'examen de la langue, à une vague palpation et à une percussion décevante. Nous ne pouvons pas analyser le livre très intéressant de M. le Dr Delort, car il borne ses indications à l'indispensable, mais s'efforce et réussit à rendre cet indispensable très clair et le précise encore par des figures absolument démonstratives.

Cependant nous relèverons au début quelques bons conseils qui doivent bien pénétrer l'esprit des cliniciens. Il faut que les recherches quasi automatiques du praticien soient faites avec une sévère discipline. Le médecin ne doit pas, au cours des examens, abdiquer son intelligence, mais il faut qu'il abdique sa sensibilité, sa passion, ses idées préconçues, son amour-propre.

Il faut prendre le temps nécessaire pour examiner un malade, mais il ne faut pas y mettre trop de temps, car alors on aboutit à l'autosuggestion. *Il ne faut pas aimer l'examen pour lui-même.*

Il faut exiger du malade qu'il considère l'examen du médecin comme chose très sérieuse et ne le trouble pas en lui parlant.

Dans l'interrogatoire, il faut faire comprendre au malade qu'il doit être simple et bref, sobre et exact.

Pendant l'examen clinique, le malade doit disparaître et sous aucun prétexte il ne doit détourner l'attention du médecin de l'objet de ses recherches. Quand l'examen est terminé, le médecin peut alors donner libre cours aux observations du malade, qui parfois peut alors donner de nouvelles indications précieuses.

En suivant cette méthode, en taylorisant ainsi l'examen, l'on évite beaucoup de perte de temps et les examens ont une valeur beaucoup plus grande.

M. Delort, avec beaucoup de raison, a pensé qu'il était nécessaire de faire précéder son livre d'une sorte d'introduction sur les affections de la bouche et des dents, qui jouent un si grand rôle dans l'étiologie des maladies gastro-intestinales. Il a prié un distingué stomatologiste, M. le Dr Nidergang, de rédiger cette introduction.

En 34 pages, le Dr F. Nidergang a indiqué aux praticiens tout ce qu'ils doivent savoir et rien que ce qu'ils doivent savoir en stomatologie et art dentaire.

En somme, le livre de M. le Dr Delort est un manuel complet, absolument clair et aussi concis que possible, dont la lecture, pleine d'intérêt, mettra le praticien au courant des derniers progrès de la technique et lui permettra de donner d'utiles conseils à ses malades.

J. NOIR.

L'homme qui fait sauter le monde. — Roman des temps bolchéviques (Et. Chiron, édit., 40, rue de Seine, Paris.)

M. Jean Suberville dont le pseudonyme cache le nom d'un confrère, avec une prodigieuse imagination, suppose le triomphe du bolchevisme. Ce triomphe a été rapide puisqu'en moins de 80 ans, en l'an 2.000, l'Union internationale des Républiques socialistes et fédératives des Soviets est en plein épa-

nouissement. Paris, qui ne nous paraît pas mériter cet honneur, est le centre de son Conseil et, qui y eût songé, c'est dans la basilique du Sacré-Cœur à Montmartre, basilique élevée au rôle de Temple de l'Humanité, que se déroulent, selon les rites, les cérémonies soviétiques. Le règne du soviétisme a abouti à une immense déception et le dégoût de vivre se manifeste au Congrès mondial des Soviets par la farouche résolution de supprimer en un instant l'Humanité tout entière et au même instant de faire sauter le monde. C'est Savourine, le président du Conseil de l'Union internationale, un vieillard austère et profondément convaincu, qui propose cette étrange holocauste au néant. En attendant le moment suprême, une idylle se déroule et forme le sujet du roman.

Un jeune ingénieur, Claude Véron, s'éprend de la belle Nadia, fille de Savourine, président du Conseil central. Nous assistons aux préparatifs gigantesques du Grand Soir, où toutes les ressources de la science sont combinées avec les plus sauvages instincts de destruction. En même temps se déroule le formidable bacchanal où l'humanité angoissée oublie l'horreur qui approche. Plus terrible encore que l'effroi ambiant est la détresse intime de Savourine, qui en accomplissant son œuvre destructive, va sacrifier sa fille. Après mille et une péripéties qui séparent, puis rapprochent les deux jeunes gens, leur amour triomphe à la minute précise où les Soviets font sauter le monde ; ils s'évadent en avion et tous deux, échappés à la grande épouvante, s'unissent sur la terre meurtrie pour fonder une humanité nouvelle.

Il y a des caractères vigoureusement dessinés par M. Jean Suberville dans ce conte fantastique : Claude Véron, son ami Patrice qui ont conservé au fond du cœur, dans l'absurdité du milieu soviétique, les qualités du cœur et d'esprit qui régnaient dans la Société disparue, la douce ,ingénue et amoureuse Nadia, le fanatique mais sincère Savourine, son lâche, cruel et hypocrite lieutenant Arménof.

M. Jean Suberville pense qu'il y a mieux à faire que de faire sauter le monde, c'est de le refaire, de le régénérer et pour cela il prend pour épigraphe la phrase de Roger Bacon : On ne commande à la Nature qu'en lui obéissant. Nous partageons absolument cette opinion.

Les Thèses

Lille. — M. Serré (Louis). — **La crésopirine.** (Librairie Marquant, éditeur, 98, rue Léon-Gambetta, Lille, 1927.)

C'est un travail très complet et très documenté au point de vue clinique du nouveau médicament découvert par le Prof. E. Gérard et étudié par le Prof. Carrière, et qui a pour but de remplacer le salicylate de soude et l'aspirine dans leurs nombreuses applications, car elle n'a aucun de leurs inconvénients.

Comme l'aspirine, la crésopirine exerce son action sur les malaises pénibles liés à la grippe. Elle combat les maux de tête et les douleurs de la période d'invasion et fait disparaître toutes les sensations douloureuses observées si souvent dans les membres et les reins.

En résumé, la crésopirine ou acide acétyl-orthocrésotinique, est un homologue supérieur de l'acide acétyl salicylique ou aspirine et possède des propriétés curatives plus actives que le salicylate de soude et que l'aspirine, sans jamais donner aucun symptôme d'intolérance ou d'intoxication.

Mtp. — Dr Daniel. — **Contribution à l'étude de l'azotémie post-opératoire.** (Montpellier, imprimerie Emmanuel Montane, 1927.)

La recherche de l'azotémie pré-opératoire ne donne aucune garantie quant aux suites opératoires. Une pointe azotémique très élevée peut survenir chez des malades ayant une azotémie pré-opératoire infime.

L'anesthésie ne joue aucun rôle. C'est au sein même de l'intervention que se passe la production d'urée. Les exsudats, les moignons, les pédicules trop longs, la leucocytose, sont responsables de l'uréogenèse hystolytique d'Ameuille.

Le pronostic est loin d'être fatal, bien que l'urée sanguine soit très élevée. Un traitement bien conduit amène des guérisons inespérées.

Il faut faciliter l'excrétion de l'urée par tous les émonctoires.

Les frictions sèches, les bains tièdes prolongés, seront d'un grand secours pour l'excrétion cutanée

Le lavement purgatif, la purgation saline agiront en faisant une saignée blanche.

Pour augmenter la diurèse, les eaux minérales faiblement minéralisées, Vittel, Evian, Alet, Montégut, Segla, la tisane de chiendent, barbe de maïs, queues de cerise lactosées à 40 grammes par litre.

Le goutte à goutte rectal ou encore les petits lavements à garder.

L'excrétion de l'urée sera facilitée par l'administration quotidienne de 40 à 50 gouttes de scillarène.

A côté de ce traitement, dirigé contre l'azotémie elle-même, on emploiera la digitaline, l'huile camphrée, etc., suivant l'état d'intoxication du myocarde.

Un traitement bien conduit donne, en général, d'excellents résultats, et les chiffres fantastiques de 3 grammes et plus d'urée par litre de sérum, n'impliquent pas toujours, loin de là, un pronostic fatal.

P. — Dr Beust. — **Le rayonnement total du radium et ses applications en thérapeutique gynécologique.** (Imprimeries G. Mont-Louis, 57, rue Blatin, Clermont-Ferrand, 1926.)

Le rayonnement total du radium constitue une médication spéciale, qu'il est nécessaire de bien distinguer de la curiethérapie des cancers au moyen du rayonnement filtré. Le premier a une action excitante, le deuxième une action inhibitive et destructive des éléments cellulaires.

L'action de ce rayonnement, locale et strictement superficielle, de par son faible pouvoir pénétrant, est celle d'un véritable topique et est caractérisée :

a) Par un appel chimiotactique leucocytaire intense ;

b) Par une prolifération rapide des cellules de revêtement ;

c) Par une sécrétion abondante des fonctions glandulaires.

Le rayonnement a donc une importance thérapeutique qu'il ne faut pas négliger. Il a un rôle prédominant dans l'action du rayonnement total et il y a tout intérêt à le garder aussi intégralement que possible, et même à le renforcer par l'adjonction aux sels de radium de substances radioactives douées du seul rayonnement α ».

Il ne faut pas perdre de vue qu'il est cependant impossible de se débarrasser du rayonnement pénétrant ; pour cette raison, il y a toujours lieu d'employer des doses systématiquement inférieures à celles susceptibles de produire es phénomènes réac - tionnels.

L'emploi bien compris du rayonnement total se révèle d'une innocuité absolue, quand on réalise cette médication avec des doses de substance radioactive aussi faibles que possible. L'action strictement locale du rayonnement total commande l'emploi de préparations adaptées, quant à leur forme, au rôle qu'on désire leur faire remplir. En gynécologie, les trois formes sont les crayons, les ovules, la pommade.

Le rayonnement total est un puissant agent hémostatique qu'il est formellement indiqué d'essayer dans tous les cas de métrites hémorragiques. En gynécologie, les résultats de cette médication appliquée à la muqueuse utérine sont comparables à ceux obtenus par le curettage chirurgical. Il semble même que, dans certains cas où le curettage instrumental eût été inopérant, l'action du rayonnement total s'est montrée extrêmement active. Il est donc légitime de conclure à la réalisation d'un « curettage médical » par cette médication.

Le rayonnement total a une action aussi intense que celle des caustiques sans créer d'atrésies, causes de futures dystocies. Il réalise une cure excellente de tous les cas de stérilité dus à des métrites.

Les indications gynécologiques à retenir sont les suivantes : métrites hémorragiques ; métrites purulentes chroniques ; métrites ulcéreuses ; vaginites ; bartholinites ; ulcérations vulvaires suspectes ; chancres mous.

P. — Dr J. Lelièvre. — **Contribution à l'étude de l'étranglement et de la torsion du pédicule dans les hernies inguinales tubo-ovariennes chez l'enfant** (Paris, Librairie M. Lac, 26, rue Monsieur-le-Prince, VIe Arr., 1927.)

Les accidents d'étranglement et de torsion du pédicule dans les hernies tubo-ovariennes chez l'enfant sont fréquents. On rencontre beaucoup plus souvent le volvulus du pédicule que l'étranglement véritable.

Ces complications des hernies tubo-ovariennes s'observent presque aussi fréquemment d'un côté que de l'autre et surviennent principalement au cours des six premiers mois de la vie. Leur diagnostic est difficile et se fait surtout d'après les caractères d'irréductibilité de la tumeur inguinale, la persistance des matières et des gaz, et par les renseignements fournis par le toucher rectal.

La hernie tubo-ovarienne est celle que l'on rencontre le plus souvent, la hernie de l'ovaire ou de la trompe isolément étant exceptionnelles.

La pathogénie de l'étranglement de la trompe et de l'ovaire herniés chez l'enfant n'offre aucune particularité. Le mécanisme de la torsion n'est pas encore complètement élucidé

L'intervention chirurgicale s'impose d'urgence en présence des accidents aigus d'étranglement et de torsion. On est très souvent obligé de réséquer les annexes, leur état anatomique ne permettant pas leur réintégration dans la cavité abdominale. L'opération est bénigne chez les enfants, même chez les nourrissons de quelques mois et les résultats sont remarquablement bons.

Il faut opérer les hernies de l'ovaire diagnostiquées, même si elles sont réductibles, avant que surviennent ces complications. Il faut aussi intervenir dans les cas diagnostiqués : hernies irréductibles ou kystes du canal de Nuck, ces affections pouvant très bien être des hernies tubo-ovariennes méconnues.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA MYSTIQUE DANS LE SYNDICALISME MÉDICAL ; SON DANGER IMMÉDIAT ; SON UTILISATION POSSIBLE

Concevoir d'avance une médecine sociale, en régler presque tous les actes comme dans un scénario, prévoir donc les acteurs indispensables, organiser des soins sur une vaste échelle : hôpitaux, dispensaires, voire même enseignement ; sembler dire à chacun les mouvements à faire comme le joueur d'échecs fait des pions, sans tenir compte de la résistance des uns, de la mollesse ou de l'inertie du plus grand nombre, voilà ce que l'on peut appeler la mystique du syndicalisme.

Elle est la transposition sur le terrain médico-social des conceptions socialistes où tout se règlera dans la cité future comme si chacun avait la même puissance, la même volonté de travail, la même discipline des dépenses et des aises... ; et je ne m'étonne pas que ce reproche de socialisme ait hanté parfois les esprits les plus réfléchis de nos assemblées syndicales.

Cette conception ne semble pas tenir compte des réalités, parmi lesquelles il faut voir, après l'indifférence sociale commune à toutes les professions, l'individualisme propre au médecin. Sans doute, pour expliquer cet individualisme, il y a « l'invidia » commune à d'autres professions d'ailleurs, et qui ne paraît plus particulière au Corps médical que parce qu'elle a des occasions multiples de s'affirmer au sein même des familles.

Il est une raison plus élevée de cet individualisme : l'atmosphère même de lutte où évolue le médecin, lutte contre les accidents immédiats où il doit trouver dans son initiative, dans sa rapidité de décision, dans sa volonté d'action, une cheville immédiate à la brèche. Cet individualisme trouve avec l'âge, avec l'expérience, à s'affirmer, à ne compter que sur soi. Il est ennemi de la simple prévoyance, ennemi d'un avenir hypothétiquement construit.

Le danger actuel vient donc du heurt de ces deux états d'âme qui, à des degrés divers, partagent le Corps médical français.

Faut-il donc nous joindre à ceux qui jettent la pierre, se bornent aux critiques, discréditent l'œuvre déjà faite et combien féconde.

Rendons d'abord hommage au désintéressement des tenants de ce syndicalisme idéaliste. Si parfois, on les accuse de se réserver des places dans la cité future, qu'on précise et cite ceux pour qui ce fut une sinécure, un mol oreiller doux au farniente. Par contre, tout homme d'action s'expose aux coups et notre récente et tenace intervention dans les rapports médico-mutualistes de notre région n'est pas pour donner un démenti à cette vérité illustrée par de nombreux exemples.

A l'opposé de cette mystique s'affirme le réalisme opportuniste. Il s'appelait pendant la guerre système D. Il répond à notre caractère. Il souffre du fait de n'obéir à aucune idée d'ensemble, d'être d'une action décousue. On peut en éviter l'origine impulsive, la spontanéité irréfléchie.

Que quelques-uns d'entre nous se préparent par le travail, la réflexion et l'expérience au rôle d'éclaireurs ; que, par leur indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics, ils ne soient pas soupçonnés de fonctionnarite dès qu'ils considèrent comme nécessaires ou même simplement utile les tractations avec l'Administration. Surtout qu'ils soient présents partout où il est question de médecine sociale.

Une loi antérieure nous a fait une place qui est restée pour le Corps médical à peu près inoccupée (présence des médecins dans les Commissions révisant les listes d'Assistance médicale gratuite, article 12 de la loi du 15 juillet 1893).

Obtenons dans la loi d'assurances sociales, la présence effective de nos délégués dans l'organisation des Caisses pour empêcher que leur gestion ne se fasse au détriment de notre profession. Nous y serons moins des acteurs que des observateurs.

Multiplions nos réunions d'études telles que celles heureusement innovées dans les ententes régionales interdépartementales.

A côté des problèmes immédiats et pratiques tels que tarifs, règlements d'administration départementale, y soient évoquées des idées de médecine sociale, hypothèses d'aujourd'hui, réalités de demain, qui dépassent l'opportunisme de l'heure présente : médecins assermentés, médecins des chemins de fer, des prisons, des établissements militaires, etc...

D'aucuns se sont émus du succès de ces ententes : l'action s'éparpille, l'unité se désagrège. Mieux vaut-il une unité de direction, un caporalisme s'adressant à des troupes indifférentes ou en partie hostiles ?

Soyons donc des réalistes, mais réfléchis : auprès de nos confrères d'abord qu'il faut nous défendre de paraître embrigader par contrainte ; auprès des pouvoirs publics qui apprennent à nous mieux connaître et qui trouvent en nous en même temps que des collaborateurs utiles, des défenseurs de nos libertés corporatives : auprès des groupements sociaux qui, en face de notre abstention gênante, sauraient parfois engendrer un service médical autonome dont nous serions les premiers à regretter l'éclosion.

S'il en est parmi nous qui, à l'école de Cavour, ce grand réaliste comme l'a surnommé un biographe récent, sacrifient aux circonstances le mysticisme qui environne l'idée à réaliser, le but à atteindre, qu'ils n'oublient pas l'arme toujours nécessaire, l'étude des mouvements sociaux en corrélation avec les revendications corporatives.

Ne nous laissons pas dominer par un utilitarisme trop étroit. Sachons tirer de cette mystique d'idéalisme la pensée génératrice de phénomènes réformateurs.

Que le groupement syndical de médecins ne puisse jamais être considéré comme un simple agrégat de compétitions, si légitimes soient-elles, mais comme un organisme opportun favorisant l'action bienfaisante du médecin dans la Société contemporaine et partant la reprise de cette action dans la famille, cellule de la Société.

Dr Poirel,
Secrétaire de la Fédération
des Syndicats médicaux d'Eure-et-Loir.

USURPATION DE TITRES DIVERS, DOCTEUR, CHEF DE CLINIQUE, ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX, ETC.

Nous sommes très souvent consultés, au *Concours* et au « Sou médical », par des confrères qui ont à se plaindre de procédés déloyaux, non seulement commis par des illégaux, mais encore par des praticiens réguliers.

Tantôt, ce sont des personnes qui s'affublent indûment du titre de docteur, ou de chirurgien dentiste ; tantôt, ce sont des diplômés, qui s'intitulent pompeusement ancien chef de clinique, professeur libre de clinique, ancien interne des hôpitaux, etc.

Que peut-on faire contre ces procédés irréguliers ?

Les solutions juridiques sont différentes, selon les cas et nous allons les passer successivement en revue.

A) Usurpation du titre de docteur en médecine, ou de chirurgien-dentiste.

Depuis l'application de la loi du 30 novembre 1892 jusqu'à celle du 26 mars 1924, l'usurpation du titre de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste n'était punissable qu'autant que cette usurpation était commise par quelqu'un exerçant illégalement la médecine (article 19 de la loi de 1892).

Il en résultait que n'importe qui pouvait s'affubler d'un doctorat, à titre honorifique, à la condition de ne pas exercer illégalement la médecine.

Ainsi, d'une part, il avait été jugé par la Cour de Cassation, chambre criminelle, 6 juin 1913 (*Bull. crim.* 267) confirmant un arrêt de la Cour d'appel de Paris, du 23 décembre 1912, que ne constitue pas un délit le fait d'avoir, au cours d'une période électorale, pris, sans l'avoir obtenu, le titre de docteur en droit.

« Attendu que la loi du 18 mars 1880, relative à la liberté de l'enseignement supérieur, se borne à règlementer les conditions dans lesquelles sont attribués les titres ou grades universitaires ;

« Que si elle ne reconnaît qu'aux certificats, décernés par les écoles de l'Etat, le droit de porter le titre de baccalauréat, de licence, ou de doctorat, il ne résulte point de son texte, qu'elle ait envisagé, pour les réprimer, soit l'usage d'un titre étranger, soit même l'usurpation d'un titre français ».

La Cour suprême fait ici l'application de l'adage bien connu en droit criminel français : *nulla pœna, sine lege.*

D'autre part, l'officier de santé, qui prenait sans droit le titre de docteur en médecine, commettait un acte répréhensible, mais passible d'aucune peine, car cet officier de santé (ou un chirurgien dentiste) a le droit légal d'exercer : son usurpation ne rend pas applicables les pénalités prévues à l'article 19 de la loi du 30 novembre 1892 (Trib. Chateaudun, 24 mai 1895, Cour de Paris, 15 avril 1896, confirmé par Cassation, crim. 3 février 1898. (D. 1900.1.561), Cass. 27 janvier 1898 ; *France judiciaire*, 1898, 160). Dans le même sens, Brouardel, Exercice de la médecine, 2e partie, p. 86.)

Sans aucun danger, le chirurgien dentiste pouvait se faire appeler docteur. Au reste, beaucoup sont, dans le public, qui demeurent persuadés que leur dentiste est réellement docteur et lui décernent ce titre : pour les malades, l'art dentaire n'est qu'une branche de la médecine : ils croient que les études sont les mêmes ; mais qu'une fois la médecine terminée, on se spécialise dentiste, comme on se spécialise chirurgien, accoucheur, radiologiste, etc. *Vox populi, vox Dei.*

Las ! les temps sont changés : depuis la promulgation de la loi du 26 mars 1924, il n'est plus permis à quiconque n'en a pas obtenu le diplôme, de s'intituler docteur en médecine. Cette usurpation serait punie des pénalités prévues à l'article 259 du code pénal (emprisonnement de six mois à deux ans).

Tous les titres légalement réglementés sont ainsi protégés. En ce qui concerne la loi du 30 novembre 1892, les titres cités dans le texte législatif sont : docteur en médeecine, médecin, chirurgien dentiste, dentiste, sage-femme.

Par conséquent, il est interdit, à quiconque ne possède aucun diplôme, de s'affubler d'un des titres ci-dessus énoncés ; mais encore le chirurgien dentiste ne peut s'intituler docteur en médecine, le dentiste patenté, auquel s'applique l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, ne peut se dire chirurgien dentiste, etc.

En ce qui concerne cette usurpation du titre de chirurgien-dentiste par un dentiste patenté, un arrêt de la Cour de Paris du 22 décembre 1899 (D. 1900.2.341) avait déjà décidé que ce patenté n'encourt aucune peine, en se disant chirurgien dentiste, car, d'une part, il est bien dentiste et, d'autre part, la loi ne frappe pas l'adjonction à ce mot de celui de chirurgien. Cependant, l'arrêt reconnaît qu'un syndicat de chirurgiens-dentistes a parfaitement le droit d'exiger que le patenté supprimât de son titre le mot chirurgien.

Une première application de l'article 259 du code pénal vient d'être faite par le jugement suivant :

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE (10e CHAMBRE)

3 mars 1927.

(*Gazette du Palais*, 13 mai 1927.)

1° *Le fait d'avoir, à deux reprises, sous le contrôle de chirurgiens-dentistes diplômés, attachés aux cabinets dentaires exploités par lui, essayé des dentiers à deux clients, est insuffisant pour établir à l'encontre d'un prévenu, le délit d'exercice illégal de l'art dentaire.*

2° *La prise sur ses cartes de visite et son papier à lettres du titre de « médecin-dentiste », ou de « dentiste » sans être diplômé, constitue, non le délit prévu par les articles* 18 *et* 19 *de la loi du* 30 *novembre* 1892, *qui ne retient l'usurpation du titre qu'en tant que circonstance aggravante de l'exercice illégal, mais le délit de l'article* 259 *C. pén., complété par la loi du* 26 *mars* 1924, *qui a une portée générale et s'applique à toutes les professions légalement réglementées, protégées par ce texte contre tous usurpateurs du titre attaché aux dites fonctions.*

Le tribunal, après avoir délibéré conformément à la loi ;

Attendu que M..., qui exploite trois cabinets dentaires, est inculpé :

1° D'exercice illégal de l'art dentaire ;

2° D'usurpation du titre de médecin ou de chirurgien-dentiste ;

Attendu que le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France se porte partie civile contre lui et demande sa condamnation à deux mille francs de dommages-intérêts ;

Qu'en ce qui concerne la première inculpation les deux seuls faits établis à sa charge sont d'avoir sous le contrôle des sieurs G... et B..., chirurgiens-dentistes diplômés, attachés aux cabinets dentaires exploités par lui, M... essayé des dentiers à deux clients du cabinet situé à S..., que ces faits sont insuffisants pour établir le délit ;

Qu'en ce qui concerne la seconde infraction, il résulte du dossier et des débats que depuis moins de trois ans et même postérieurement à mars mil neuf cent vingt-quatre, M... s'est servi de cartes de visite au nom de « G... M... » médecin-dentiste, cartes portant l'adresse, où se trouve l'un des cabinets dentaires par lui exploités, qu'il s'est également servi d'un papier à lettres à en-tête ainsi conçu : « G... M..., successeur du docteur M..., médecin-dentiste, rue T..., consultations dentaires de 9 heures à 6 heures » ;

Que le premier décembre mil neuf cent vingt-cinq, il a adressé sur ledit papier à lettres, à une dame S..., une lettre pour lui confirmer qu'il l'engageait comme infirmière dans sa clinique de S... ;

Qu'il est obligé de reconnaître avoir usurpé pendant un certain temps et jusqu'à ce qu'il ait reçu un avertissement de la préfecture de police, le titre ainsi porté sur ses cartes de visite et sur son papier à lettres ; qu'il soutient avoir seulement voulu obtenir des remises de la part des fournisseurs ;

Qu'aucun doute n'existe sur sa culpabilité touchant l'usurpation du titre de médecin-dentiste.

Attendu que le ministère public et la partie civile concluent à l'application à M... de l'article 259, alinéa 1, du Code Pénal ;

Que M... soutient que le texte qui lui serait applicable, au cas où, contrairement à ses prétentions, le tribunal retiendrait les délits qui lui sont imputés, n'est autre que l'article 259, la pénalité encourue par M... serait un emprisonnement de six mois à deux ans ;

Qu'avec la loi du 30 novembre 1892, articles 18 et 19, elle se réduit à une simple amende, soit de 50 à 100 francs, soit de mille à deux mille francs, soit de cent à cinq cents francs.

Attendu que le seul fait retenu par le tribunal à la charge de M..., consistant dans l'usurpation du titre de médecin-dentiste, M... échapperait à une condamnation, si sa thèse était admise.

....

Que la loi de 1892 ne retient l'usurpation du titre que lorsque cette usurpation accompagne l'exercice illégal ;

Que malgré la façon dont se trouve rédigé l'alinéa 2, de l'article 19 de la loi « L'Usurpation du titre de Dentiste sera puni, etc... », la Doctrine et la Jurisprudence sont d'accord pour admettre que l'usurpation du titre de dentiste n'est punissable qu'en tant que circonstance aggravante de l'exercice illégal ;

Attendu que la portion de l'alinéa premier de l'article 259 du Code Pénal, visée par le Ministère Public et par la partie civile a été ajoutée à cet article par la loi du 26 mars 1924, en ces termes : « sera puni des mêmes peines » (à savoir celles que le début d'alinéa applique au port illégal de costume, uniforme ou décoration), quiconque aura fait usage d'un titre attaché à une profession légalement réglementée sans remplir les conditions exigées pour le porter ;

Attendu d'une part que la profession de médecin et celle de dentiste, étant légalement réglementées par la loi du 30 novembre 1892, et, d'autre part ne remplissant pas les conditions exigées pour porter ni l'un ni l'autre le titre attaché aux dites professions, le fait par le dit M... d'avoir usurpé le titre non seulement de dentiste mais encore de médecin-dentiste, le rend justiciable de l'article 259 du Code Pénal complété par la loi du 26 mars 1924 ;

Que le texte a une portée générale absolue et que les travaux parlementaires indiquent que le législateur a bien nettement voulu faire dire ce qu'il dit de façon nette : à savoir que, toutes professions légalement réglementées se trouvent protégées par lui contre les usurpateurs du titre attaché aux dites fonctions ;

Que M... est mal fondé à prétendre qu'il y a inconciliabilité entre les articles 18, 19 de la loi du 30 novembre 1892 et l'article 259 complété par la loi du 26 mars 1924, puisque cette dernière loi a englobé dans l'interdiction générale d'usurper le titre attaché à toute profession légalement réglementée l'interdiction d'usurper le titre non seulement de dentiste mais de médecin, d'officier de santé, de sage-femme, alors que la loi du 30 novembre 1892 laissait impunie l'usurpation de ces titres de dentistes, de médecins, d'officier de santé, de sage-femme, chaque fois que cette usurpation n'accompagnait pas l'usurpation de la fonction à laquelle ces titres sont attachés ;

Que l'article 259 du Code pénal n'est pas inconciliable sur le point qui intéresse aujourd'hui le tribunal avec la loi du 30 novembre 1892, mais que dans le cas où il y aurait sur ce point-là, et sur d'autres inconciliabilité, c'est la disposition de l'article 259 qui l'emporterait, parce qu'elle est postérieure à la loi du 30 novembre 1892, parce qu'elle édicte en termes clairs une règle générale, sans apporter aucune exception à cette règle, parce que les travaux parlementaires de la loi du 26 mars 1924 indiquent que le législateur a voulu appliquer la dite loi à toutes les professions alors règlementées et depuis, parce qu'enfin le bon sens s'oppose à ce que puissent être exceptées de la protection assurée aux professions règlementées, les professions justement dont la profession intéresse le plus l'intérêt public, à savoir celles de médecin, dentiste, officier de santé et de sage-femme.

Qu'il serait absurde que les professions d'architecte, d'avocat, d'ingénieur agronome, de mandataire aux Halles, de vétérinaire, etc..., fussent protégées par le texte sans restriction de l'article 259 et que les professions médicales restassent en dehors du champ d'application de ce texte et même d'un texte quelconque chaque fois que l'usurpation du titre y attaché n'accompagnait pas l'usurpation de la fonction elle-même ;

Par ces motifs :

Renvoie M. des fins de la poursuite du chef d'exercice illégal de l'art dentaire.

Déclare M... atteint et convaincu d'avoir à Paris, depuis un temps non prescrit et notamment depuis le vingt-six mars mil neuf cent vingt-quatre, fait usage, sans remplir les conditions exigées par la loi, pour le porter, du titre de chirurgien-dentiste qui est attaché à une profession légalement réglementée.

Délit, prévu et puni par l'article 259 du Code pénal.

Faisant l'application de l'article 259 précité, dont la lecture a été donnée par le président et qui est ainsi conçu :

« Toute personne qui aura publiquement porté un costume, un uniforme, ou une décoration qui ne lui appartiendrait pas, sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans (loi du 16/3/24). Sera puni des mêmes peines quiconque aura fait usage d'un titre attaché à une profession légalement réglementée sans remplir les conditions exigées pour le porter » ;

« Sera puni d'une amende de cinq cents à dix mille francs quiconque sans droit et en vue de s'attribuer une distinction honorifique aura publiquement pris un titre, changé, altéré ou modifié le nom que lui assignent les actes de l'état-civil » ;

Vu l'article 463 du Code pénal modérant la peine en raison des circonstances atténuantes ;

Condamne à mille francs d'amende et statuant sur les conclusions de la partie civile ;

Condamne M... par toutes voies de droit et même par corps, à payer à la partie civile, la somme de : trois cents francs, à titre de dommages-intérêts.

Le condamne aux dépens du présent jugement.

Il convient de souligner l'importance de cette première décision de jurisprudence. Comme le faisait remarquer, dans la *Semaine dentaire*

Me Albert Paris, qui plaida pour le syndicat des chirurgiens-dentistes de France, il importe que les titres professionnels, auxquels le public fait crédit, soient réservés, sous la sanction des lois répressives, à ceux qui ont acquis, par des études contrôlées, le droit de les porter.

Faisons, en outre, remarquer que le jugement du tribunal correctionnel de la Seine, du 3 mars 1927, retient, pour faire état de l'usurpation de titre, l'indication de celui-ci sur des cartes de visites, ou du papier à lettres.

Antérieurement, des décisions avaient déclaré que l'usurpation consiste, non pas seulement dans l'emploi du titre dans les certificats et dans les ordonnances, mais aussi dans les procédés employés pour commettre cette usurpation (plaques de porte, annonces, etc.). (Cour de Paris, 14 mars 1899, D. P. 1904. 5e partie, p. 37 ; Cour de Dijon, 2 mai 1906 ; *Droit médical*, avril 1907, p. 7 ; Tribunal correct. de la Seine, 25 mai 1895, D. P., 1896-2-189).

Un jugement du tribunal correctionnel de Nice, du 1er juillet 1926 (*Gaz. trib.*, 2 août 1926) a appliqué le nouvel article 259 au titre d'avocat.

B) Abréviations, rédactions trompeuses.

Le port du titre professionnel complet est interdit : nul, qui n'y a pas droit, ne peut s'intituler : docteur en médecine, médecin, chirurgien-dentiste, dentiste, sage-femme : ce sont des titres énoncés aux différents articles de la loi du 30 novembre 1892 : ils sont donc légalement réglementés.

Mais, que faire contre une personne qui s'affuble simplement du titre de docteur ?

Disons tout d'abord que ne saurait être mis en cause le docteur en droit, ès sciences, ès lettres, qui, contrairement à l'usage suivi en France, se ferait appeler docteur X.

Dans notre pays, on dit couramment : « Je vais chez le docteur, j'ai fait appeler le docteur », étant sous entendu « en médecine ». Docteur est le synonyme de médecin.

Néanmoins, aucun texte de loi ne fait défense à tout autre que les docteurs en médecine de porter le titre de docteur, alors qu'il possède un doctorat.

Il en serait autrement si le titre de docteur était pris par quelqu'un exerçant en même temps la médecine, l'art dentaire, ou celui des accouchements ; j'ajouterai même la pharmacie.

Un chirurgien-dentiste, docteur en droit, serait-il répréhensible de se faire appeler docteur X ? En serait-il de même pour un pharmacien, docteur en pharmacie, ayant officine ouverte ?

S'appuyant sur une jurisprudence antérieure à la loi du 26 mars 1924, l'éminent jurisconsulte qu'est M. E. H. Perreau, professeur de législation industrielle, à la Faculté de droit de Toulouse, est d'avis que le port du simple titre de docteur, sans mention « en médecine » est pénalement licite et que les pénalités prévues à l'article 259, C. pén. ne seraient pas encourues. (*Semaine dentaire*, 1926, p. 291).

M. le professeur Perreau m'excusera de discuter son argumentation.

Il cite, comme revirement à la jurisprudence antérieure, un arrêt de la Cour de Paris, du 16 janvier 1904 (S. 1904, 2.216 ; *Gaz. Trib.*, 27 mars 1904).

Or, dans cette espèce, il s'agit d'un diplômé d'une université étrangère, dont l'usurpation du titre de docteur en médecine est prévue par l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892. Statuant dans un sens étroit des mots, la Cour décida que l'article 20 n'exige cette indication de l'origine du diplôme étranger que pour celui qui fait usage du titre de docteur en médecine. Par conséquent, ne tombe pas sous l'application de la loi le fait, par un dentiste, de mettre une plaque indicatrice « docteur X, de Philadelphie ».

Comparons avec un jugement du tribunal correctionnel de la Seine, 10e chambre, du 25 mai 1895 (S. 1896. 2. 21 ; *Gaz. trib.*1 1er juin 1895).

« Cette disposition est applicable au dentiste étranger qui prend, dans des annonces, réclames, etc. le titre de docteur, sans indiquer l'origine étrangère de ce titre, le mot docteur, joint au nom d'un dentiste, ne pouvant avoir pour le public d'autre signification que celle de docteur en médecine ».

Un arrêt de la Cour de Paris du 14 mars 1899 (D. 1900-2 62 ; *Gaz. Pal.* 1899. 1. 632) décide également :

« Il importe peu que le prévenu ait employé le titre de docteur seul, sans le faire suivre des mots « en médecine », le titre de docteur ne pouvant ici signifier de toute évidence autre chose que docteur en médecine ».

Je ne crois pas qu'il faille accepter, comme un revirement de la jurisprudecnce, l'arrêt de la Cour de Paris, du 16 janvier 1904 précité : la Cour de Cassation n'a pas tranché le différend, qui reste entier.

Mais, le jugement correctionnel de la Seine, du 25 mai 1895 et l'arrêt de Paris du 14 mars 1899 sont marqués au coin du bon sens, puisque le législateur de 1892, lui-même, dans l'article 15 de la loi du 30 novembre, emploie le mot « docteur » sans le faire suivre du qualificatif « en médecine ».

D'ailleurs, cette controverse ne vise que les titulaires de diplômes étrangers, relevant de l'article 20 de la loi de 1892 : les étrangers ne sauraient jouir, en France, d'avantages supérieurs aux nationaux de notre pays, puisque ceux-ci en usurpant le titre de docteur, tomberaient maintenant

sous l'application des règles de droit commun et de l'article 259 C. pén.

La loi de 1924 interdit l'usage d'un titre attaché à une profession légalement réglementée, sans remplir les conditions exigées pour le porter.

Or, s'il est licite de s'intituler « X, chirurgien-dentiste, docteur en droit ; Y, pharmacien, docteur en pharmacie , », j'estime que ces deux personnes devraient être poursuivies, par les syndicats professionnels, pour usurpation de titre, si, exerçant leur profession, ils s'intitulaient respectivement docteur X, chirurgien-dentiste ; docteur Y, pharmacien.

Il serait intéressant de suivre le procès jusque devant la Cour suprême.

Car, ne l'oublions pas, ce n'est pas surtout la défense des droits des professionnels, qui est en cause, c'est surtout celle de la santé publique. Celle-ci pourrait être compromise, si les malades, induits en erreur par de tels libellés, croyaient se trouver en face d'un véritable docteur en médecine et non devant un docteur en droit, ou en pharmacie.

C'est encore au nom de la défense de la santé publique qu'il conviendrait de déférer aux tribunaux ceux qui employant des abréviations, chercheraient à duper leurs clients, en les attirant, dans leurs cabinets, par de fausses interprétations.

Ainsi, en serait-il pour un mécanicien pour dentistes, s'intitulant « Mîn-dentiste », lisez « médecin-dentiste ». De même faire précéder son nom de Dr signifie plutôt docteur, que directeur, lorsqu'on exerce une branche quelconque de l'art de guérir.

On pourrait peut-être requérir l'application de l'article 259 du code pénal contre le successeur d'un docteur-stomatologiste, qui rédigerait ainsi des cartes et papiers à lettres « X, successeur de Y, docteur en médecine, chirurgien-dentiste. »

Le public pourrait croire que X est à la fois docteur en médecine et chirurgien dentiste, alors qu'à la vérité, Y était le docteur et X, le chirurgien-dentiste.

Néanmoins, ces poursuites demanderaient à être bien étudiées, par des hommes compétents, avant que d'être engagées. Les lois pénales doivent toutes être appliquées dans leur sens étroit ; il ne faut pas oublier également qu'il n'y a pas de peine applicable, lorsqu'il n'y a pas de loi pour le spécifier pour des cas déterminés. Il faut surtout bien éclairer la religion des juges, devant lesquels serait porté le cas d'espèce, pour leur démontrer que le public ne doit pas pâtir d'équivoques profitables à des praticiens peu scrupuleux sur l'emploi des moyens propres à les enrichir.

C) Titres divers.

Il ne s'agit plus, ici, de titres légalement réglementés. Ce sont des praticiens, qui s'intitulent ancien interne des hôpitaux (sans indiquer le siège de ces hôpitaux), chef de clinique des hôpitaux, professeur libre de clinique opératoire, etc., etc.

Cette usurpation n'est réprimée par aucun texte de loi pénale, ni de code. Il est donc impossible de poursuivre devant un tribunal correctionnel.

Mais, il n'en est plus de même au civil. Il est loisible à un malade, à un confrère, à un syndicat de praticiens, de réclamer des dommages intérêts, pour préjudice causé par cet étalage de titres fallacieux et de fantaisie.

Qui peut poursuivre ?

1° Mécontent des soins qu'il a reçus, ou trouvant exagérée la note d'honoraires, qui lui est réclamée, un client peut soutenir qu'il a été séduit par ce titre d'ancien interne ou de chef de clinique ou de professeur libre. Dans son ignorance des choses de la médecine, il a pensé que ces dignités scientifiques ou professionnelles, dont s'affublait ce praticien peu scrupuleux, correspondaient aux titres officiels, acquis par voie de concours, soit dans une faculté de médecine, soit dans les hôpitaux de grande ville.

Il a donc été trompé sur la valeur scientifique et professionnelle, attiré qu'il fut par des procédés malhonnêtes et ainsi conduit à accorder sa confiance à qui ne la méritait pas.

2° Un confrère peut soutenir que ces agissements antidéontologiques détournent de son propre cabinet, au profit de celui du réclamiste, des clients, qui sont leurrés et dupés sur la capacité et l'habileté de ce praticien.

3° Un syndicat professionnel ou une association déclarée d'anciens internes des hôpitaux, nommés au concours, ou autre, aurait qualité pour réclamer des dommages-intérêts, pour préjudice moral, porté à la collectivité professionnelle, et aux véritables porteurs d'un titre obtenu par le mérite.

La Faculté de médecine, ou la commission administrative des hospices civils du ressort pourraient se joindre au syndicat ou à l'association, parce que les titres, qu'elles accordent après concours, ainsi que les fonctions y attachées doivent conserver leur prestige et ne doivent pas être galvaudés par des titres de fantaisie.

Devant quelles juridictions poursuivre ?

Devant le juge de paix, si la demande en dommages intérêts ne dépasse pas 3.000 francs ; sinon devant le tribunal civil, si cette somme est dépassée.

Il faut assigner devant le tribunal du lieu, où ce mauvais confrère a son domicile.

Mais, avant d'engager une procédure, il serait prudent et utile de s'assurer le témoignage de deux ou trois personnes, qui déclareraient qu'elle

ont choisi, comme praticien, le confrère en question, à cause de l'étalage de ses titres, ce qui leur a donné le change, leur laissant croire que ce médecin, ou chirurgien dentiste, devait être plus savant et plus habile que ses confrères.

De la sorte, serait prouvé le dommage occasionné par l'emploi abusif de titres fallacieux, ce qui rendrait recevable l'action en dommages intérêts, basée sur l'article 1382 du code civil.

Un jugement du tribunal civil d'Avranches, du 10 avril 1902 (*La Loi*, 20 juillet 1902) décide que n'a pas le droit de s'intituler « dentiste des hôpitaux » un chirurgien dentiste, appelé à l'hospice local, toutes les fois qu'on a besoin de ses services, pour un pensionnaire, ou un hospitalisé, ce qui laisserait supposer qu'il occupe des fonctions officielles, et permanentes dans cet établissement.

Ne peut s'intituler « élève du docteur X » un ancien employé de ce praticien, qui a été occupé à toutes sortes de besognes, médicales ou non, car ce qualificatif d' « élève » suppose une instruction professionnelle plus développée, acquise en consacrant presque tout son temps à s'instruire auprès de son maître et non à lui prêter une aide purement matérielle et banale. (Tribunal civil de Bordeaux, 27 juillet 1883 et Cour d'appel de Bordeaux, 9 février 1886 ; S. 87-.2.9).

Juridiction syndicale

En principe, il convient de réserver la voie judiciaire de droit commun, pénale ou civile, à tous les illégaux, qui usurpent des titres légalement réglementés, ou se parent de fonctions d'emprunt.

Pour les praticiens, réellement diplômés, mieux vaut recourir à la voie syndicale.

Tous les syndicats professionnels, ceux de médecins, du moins, prévoient, dans leurs statuts, l'institution d'un conseil de famille, conseil de discipline, devant lequel sont portés tous les litiges, qui peuvent survenir entre deux confrères.

Dans ces conditions, c'est au syndicat qu'il faudra soumettre ces cas d'usurpation irrégulière de titres réels, ou fantaisistes.

Le conseil de famille fera son enquête, entendra les témoins, et les parties, puis essayera de concilier ces dernières.

Il faut souvent bien peu de choses, pour ramener dans le droit chemin de la déontologie un jeune confrère qui introduit, dans notre profession, les mœurs des épiciers.

Mais, si le délinquant ne veut pas se soumettre à l'admonestation confraternelle, le syndicat a tout pouvoir de blâme, d'exclusion (si le délinquant est syndiqué) ou de mise à l'index (s'il ne fait pas partie du groupe corporatif).

Ultérieurement, si ces moyens confraternels ont échoué, il sera toujours loisible d'avoir recours aux tribunaux de droit commun. Le syndicat pourra soit poursuivre d'office, soit se joindre au plaignant, au nom du respect des règles de moralité de la profession.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Il ne faut pas être prévoyant à demi.

Un confrère m'écrivait, ces temps derniers : « Je vous envoie un mandat de 44 fr. 25 montant de ma dernière cotisation à la Mutualité familiale ». Né en 1862, il atteint en effet l'âge limite de 65 ans et sera sortant au 31 décembre prochain.

Ce n'est pas sans un certain sentiment de tristesse que nous nous séparons des vieux membres de notre société : les premiers ils étaient venus à nous, ils avaient donné l'exemple et s'étaient toujours montrés de parfaits mutualistes. Mais, nous sommes bien obligés de nous le demander, pourquoi n'ont-ils pas fait œuvre de prévoyance complète ? pourquoi se sont-ils contentés de l'indemnité maladie ? S'ils s'étaient en même temps inscrits à la retraite, ils continueraient à être des nôtres et au moment même où ils sont contraints de nous quitter, avec regrets, eux aussi, ils recevraient la première annuité de leur pension.

Le confrère dont je parle payait à MA une cotisation de 80 francs ; s'il avait en même temps adhéré à R il aurait payé 106 francs de plus, et, au 1er janvier 1928, il aurait touché une pension de 1.200 francs.

Douze cents francs, sera-t-on tenté de dire, ce n'est pas grand'chose par le temps qui court — possible, c'est pourtant encore quelque chose, et je puis affirmer que ceux de nos pensionnés qui les reçoivent ne les dédaignent pas, leurs lettres en font foi. Et le sacrifice qu'ils se seront imposé pour les avoir n'a rien d'excessif, on en conviendra.

D'ailleurs ce chiffre de 1.200 francs ne constitue plus maintenant le maximum de la pension qu'offre la Mutualité familiale : ce maximum a été porté à 2.400 francs et une autre pension à 60 ans a été créée avec faculté de cumul pour les deux. Cela permet d'atteindre 4.800 francs, ce qui est bien quelque chose.

Mais il est un état d'esprit que je ne puis parvenir à comprendre : 1.200 francs, dit-on, ce n'est rien, cela n'en vaut pas la peine, et pour une pension plus élevée on trouve la cotisation trop chère ! La proportion reste pourtant rigoureusement la même et on ne saurait prétendre à une pension double sans que la cotisation soit elle-même doublée.

On dirait plutôt qu'il y a chez certains une sorte de honte à ne pas prendre le maximum, comme si ce maximum s'imposait pour une raison quelconque. Chacun doit consulter ses possibilités et se décider en conséquence : en ce faisant, il agit avec sagesse et nul ne saurait avoir la prétention de critiquer une décision prise dans ces conditions.

Ce n'est un mystère pour personne que le jeune médecin qui débute n'a généralement pas la bourse très remplie : s'abstiendra-t-il donc pour cette raison ? il aurait le plus grand tort. Qu'il considère ce qu'il peut faire, mais surtout qu'il fasse quelque chose : si la cotisation pour la pension de 2.400 francs lui est trop lourde, qu'il prenne celle de 1.200, même celle de 600 ; il lui sera toujours possible d'augmenter s'il voit venir des jours meilleurs. L'essentiel pour lui, c'est de faire acte de prévoyance le plus tôt possible.

Et ce que je dis pour la pension s'applique à l'indemnité maladie : parce qu'on ne peut pas prétendre à 50 ou 40 francs journaliers, ce n'est pas une raison pour mépriser l'indemnité de 30 ou de 20, voire même celle de dix francs. Rien n'est à dédaigner, que nos jeunes confrères se pénètrent bien de cette vérité.

Avons-nous assez montré, Mignon et moi, par des exemples concrets que tel qui, en entrant à la Mutualité familiale, avait cru faire simple acte de solidarité confraternelle et prêcher d'exemple, s'était un jour trouvé tout heureux d'avoir en même temps fait acte de prévoyance personnelle ?

La fortune est inconstante, la santé ne l'est pas moins.

Un de mes amis me demandait encore dernièrement pourquoi nous avions supprimé l'ancienne combinaison C de l'*Association Amicale* qui liait la retraite à l'indemnité maladie ; il me conseillait de la rétablir. « Le médecin, disait-il, comprenait bien cette combinaison qui, du même coup, assurait l'indemnité maladie jusqu'à 65 ans et donnait, à ce dernier âge, la pension de retraite ; il savait que pour telle cotisation il avait l'une et l'autre et se disait que, s'il lui arrivait de ne pas bénéficier de la première il jouirait certainement de la seconde — tandis qu'il se perd dans les différents barèmes actuels, qu'il remet à demain leur examen et .... finit par ne rien faire ».

Il y a certainement du vrai dans cette boutade, mais comment concilier les desiderata de tous ?

C'est certainement pour les médecins qu'a été formulé l'adage *tot capita tot sensus* : chacun veut un arrangement particulier, et la Mutualité Familiale s'est donné pour programme de se mettre à la portée de tous.

Les uns veulent seulement l'indemnité-maladie, les autres seulement la retraite ; les uns la retraite à 60 ans, les autres la retraite à 65 ans, d'autres encore veulent cumuler les deux pensions ; celui-ci préfère une indemnité maladie élevée avec une pension ordinaire, celui-là une pension plus forte avec une indemnité moyenne. Force a donc été de séparer l'indemnité maladie de la pension et de permettre le cumul des diverses combinaisons.

Nos confrères se perdent au milieu d'elles, nous affirme-t-on : je n'ai, pour ma part, jamais pu le croire ; il m'a toujours paru impossible qu'un médecin qui veut une indemnité de x et une pension de y ne puisse parvenir, nos statuts en mains, à calculer ce que cela lui coûtera annuellement.

Mais, ces statuts, il faut les lire — et la lecture n'en est pas absolument récréative, nous écrivait un confrère — or beaucoup certainement ne les lisent pas, ils se contentent de dire qu'ils n'y comprennent rien. Si réellement ils s'y perdent, pourquoi ne s'adressent-ils pas à notre secrétaire général, en lui disant ce qu'ils voudraient, ce qu'ils peuvent ? Mignon leur donnera la réponse, les guidera, les conseillera, les décidera... et ils lui en seront reconnaissants un jour ou l'autre.

Pour le médecin, plus encore que pour bien d'autres, la prévoyance est un devoir, aussi ne cesserons-nous jamais de la lui conseiller. Il faut qu'il soit prévoyant, mais il ne faut pas qu'il ne le soit qu'à demi. Sans doute le danger immédiat pour lui, c'est la maladie et c'est par l'indemnité-maladie qu'il doit commencer ; mais il ne doit pas oublier que celle-ci finira à 65 ans et que d'ailleurs fatalement, l'âge venant, son activité diminuera : il doit donc aussi songer à la pension de retraite.

Les sacrifices que lui demande la Mutualité familiale sont bien modiques et il peut les consentir facilement ; il a d'ailleurs la faculté de contre-assurer ses versements de telle sorte que s'il venait à mourir prématurément, tout ce qu'il a versé en vue de la pension soit restitué à ses ayants droit.

Pour répondre à une demande qui m'a été faite, je donne ci-dessous le barème des cotisations à verser, selon l'âge d'entrée, pour avoir l'*indemnité journalière de 20 francs en cas de maladie et la pension de 2.400 francs à 65 ans* :

Age d'entrée	Cotisation simple	Cotisation contre-assurée
30 ans	370.70	416.90
31 —	387.20	435.60
32 —	404.80	457.60
33 —	424.60	479.80
34 —	444.40	503.80
35 —	466.40	530.20
36 —	489.50	559.90
37 —	517 »	589.60
38 —	544.50	623.70
39 —	574.20	660 »
40 —	607.20	699.60
41 —	643.50	740.30
42 —	683.10	788.70
43 —	726 »	840.40
44 —	774.40	895.40
45 —	826.10	958.40

Dans ces prix sont compris les frais de gestion.

Il est évident qu'il est possible de faire plus, comme il est possible de faire moins : j'ai pris une situation moyenne.

Et, pour terminer, je dirai à nos jeunes confrères : réfléchissez, laissez-vous convaincre. Vous ne le regretterez pas.

A. GASSOT.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Une opinion mutualiste.

Je lis dans le *Réveil mutualiste* de mai 1927, organe de la fédération mutualiste du travail que dirige avec tant d'autorité son distingué président M. Robert Perdon, les lignes suivantes qui me causent quelque surprise.

Parlant des assurances sociales, M. Yung, auteur de l'article, nous dit :

Il y a des hommes qui, en France, ont leur mot à dire sur une loi qui intéresse la santé publique et l'avenir de la race.

Ce sont les médecins.

On connaît leur dévouement, leur conscience, leur science.

Tant au point de vue social qu'au point de vue technique, et surtout depuis Lister et Pasteur, la profession médicale tend à évoluer.

Et précisément dans le sens de la spécialisation, de l'outillage scientifique et de la direction méthodique des efforts.

Dans le sens des assurances sociales.

Vous pensez que les organisations qualifiées de médecins ont eu souci d'exprimer là-dessus leur opinion.

En effet, leurs deux unions, représentant 15.000 médecins, ont pris des résolutions.

On s'y préoccupe de ménager la concurrence habituelle (car la clientèle s'achète) on repousse toute tarification par les caisses (définition du docteur Cibrie) et on fait appel à la discipline des membres pour *maintenir* le tarif syndical. On repousse tout contrôle, même le plus naturel.

On déclare ne pouvoir collaborer, sans ces *conditions*, aux assurances sociales.

Je n'exagère pas. C'est tout. Absolument tout ce que les médecins ont vu. J'ai cherché vainement des préoccupations plus élevées.

Dignes successeurs de ceux qui voulaient empêcher Pasteur de parler !...

Que leurs résolutions, écrites en clair, soient publiées largement et l'étonnement sera douloureux de constater un tel vide de la pensée, une telle insuffisance technique, et une discussion aussi âpre sur des intérêts que tout le monde estime légitimes, mais contrôlables.

Les syndicats médicaux ont exactement les mêmes revendications que les Associations d'épiciers.

Cette diatribe mérite certainement d'être un peu examinée.

Les Syndicats médicaux et leurs unions y sont pris à partie. Pourtant, il ne faut pas perdre de vue que ce sont les Syndicats ouvriers qui ont servi de modèles aux groupements médicaux se réclamant de la forme syndicale.

Les Syndicats ouvriers ont été créés pour la défense des intérêts des ouvriers, sans avoir à envisager l'intérêt de la Société, la question économique, l'ambiance politique. Les médecins ont salué avec plaisir leur naissance, ont approuvé leur organisation et leur ont prêté appui chaque fois qu'on a voulu toucher à leurs libertés.

Les Syndicats médicaux ont été créés de même pour la défense des intérêts des médecins, sans avoir à s'occuper des collectivités, Etat, sociétés, classes sociales.

Cependant, ils ont toujours eu, comme but final, l'intérêt des malades qu'ils soient riches ou pauvres, ouvriers ou patrons.

Leur premier souci a été d'offrir à tous de la médecine propre, dévouée, consciencieuse et honnête. Les ouvriers nous ont appris et nous ont répété souvent : qu'un travail mal payé risque d'être un travail mal fait.

Or, nous voulons qu'un travail soit bien fait et, par conséquent suffisamment payé. Nous désirons consacrer le temps voulu à examiner nos malades, par suite n'en visiter qu'un nombre

relativement restreint dans une même journée ; nous ne voulons pas de médecine à la grosse, de médecine militaire à l'usage des civils, de ces consultations où l'on voit 80 à 100 malades à l'heure comme dans certains pays dotés d'assurances sociales, nous ne voulons pas comme le fameux restaurateur populaire, perdre sur chaque repas et nous rattraper sur la quantité, nous ne voulons pas que nos consultations soient une distribution d'ordonnances toutes faites, analogues à des prospectus.

De cette médecine, les médecins honnêtes n'en veulent pas.

On nous reproche de repousser toute espèce de tarification par les caisses. Cela est vrai. Nous souhaitons la liberté syndicale ; nous demandons que tel syndicat ne traite pas avec les caisses s'il ne le veut pas, quel tel autre passe un contrat avec une autre caisse après discussion bilatérale des intérêts en jeu si cela lui convient.

Mais nous ne voulons pas qu'une caisse nous impose son tarif. En cela, nous suivons les directives des Syndicats ouvriers qui cherchent à imposer leur tarif au patronat, mais qui, en aucun cas, ne voudraient accepter aucune tarification imposée par les patrons. Or, pour nous médecins, la Caisse d'assurance sociale est une forme de patronat.

On nous fait un grief de maintenir le tarif syndical ! Qu'est-ce que le tarif syndical établi par les syndicats ouvriers, c'est l'adaptation des salaires aux conditions économiques du moment, c'est ce qui permet à l'ouvrier de vivre et de faire vivre sa famille.

C'est identiquement la même chose pour les médecins. Leurs frais généraux ont augmenté au-delà de toute proportion. A la vie chère commune à tous, c'est-à-dire le prix des denrées alimentaires, s'ajoute l'augmentation de s loyers de 125 %, taux légal, l'aggravation du taux des impôts, surtout de la patente et les frais excessifs des autos. Ils ont donc dû tenir compte de tous ces facteurs pour l'établissement du tarif syndical, qui seul leur permet de vivre. Notre ami Chapon avait d'une façon très judicieuse établi le prix de revient avant la guerre de la visite médicale, c'est à-dire la somme nécessaire pour couvrir les frais sans créer de bénéfice.

Si nous voulions reprendre les chiffres donnés pour tous les articles dont le total forme la somme du prix de revient et les multiplier par l'index économique, nous arriverions à un taux d'honoraires voisin de l'index économique, c'est alors que le tarif syndical actuel en général n'est pas de cinq à six fois le taux de 1914, mais de trois à quatre fois seulement. Si nous comparons nos tarifs syndicaux médicaux, à ceux des syndicats ouvriers, nous voyons que leurs tarifs se rapprochent beaucoup plus de l'index économique que les nôtres.

Il est encore une ressemblance qu'il convient de faire ressortir. L'ouvrier, sauf pendant la période de chômage récente, a trouvé du travail à discrétion, travail bien payé au tarif syndical. Le médecin au contraire a bien élevé le montant de ses honoraires, mais parallèlement les clients ont diminué les appels du médecin. On le demande dans les cas sérieux et, sitôt qu'une amélioration s'est produite, on a soin de dire au praticien qu'on le fera demander au cas de nouvelles complications.

Le public qui se croit médecin fait lui-même ses diagnostics, les scarlatines sont baptisées : rougeole, les oreillons portent l'étiquette de glandes, toutes les maladies qu'on ne reconnaît pas sont qualifiées de grippe ou d'entérite, etc., tant pis pour les malades qui payent quelquefois de leur vie ces diagnostics fantaisistes.

En résumé, si le tarif syndical a augmenté de plusieurs unités le taux de 1914, il se trouve qu'en réalité, le médecin ne touche guère plus du double des honoraires de cette époque.

D'autre part, pourquoi trouver étonnant que les médecins syndiqués engagent leurs confrères à maintenir le tarif syndical. Les Syndicats ouvriers, qu'ils appartiennent à la C. G. T. ou à la C. G. T. U. ou même aux Syndicats réformistes ou catholiques, sont tous unanimes à faire respecter le tarif syndical. Malheur au camarade jaune, aux renards, gare pour eux la chaussette à clous.

Les médecins ne sont pas opposés au contrôle. Mais, il y a deux contrôles, le contrôle du malade et celui du médecin. Le premier est un contrôle administratif, qui appartient à la caisse, le second d'ordre professionnel doit appartenir à des médecins. Et encore, ce contrôle ne peut être d'ordre thérapeutique car le docteur doit rester libre de soigner le malade qui l'a choisi comme il l'entend selon sa science et sa conscience, responsable devant la loi en cas de faute lourde. Si la liberté thérapeutique n'était pas réservée, on aurait une médication uniforme prescrite par les Caisses pour tous les malades de France, ce qui serait absurde.

Le contrôle médical ne saurait être qu'une sorte du Conseil de l'Ordre chargé de dépister les rares médecins marrons qui déshonorent la profession et avec lesquels les praticiens honnêtes ne veulent pas se solidariser.

J'ai oublié de répondre à la question des ventes de clientèle. Or la vente de clientèle n'est pas légale et est sans valeur. On peut seulement vendre une suite de bail, des meubles, des instruments. La clientèle médicale est basée sur la confiance, et la confiance n'est pas un article de commerce.

En résumé, le médecin, qui n'est pas l'adversaire des assurances sociales, veut conserver dans son cadre, son indépendance et des honoraires

suffisants pour lui permettre de vivre, lui et sa famille.

Il considère que ses revendications sont nécessaires à l'application de bonne et saine médecine, seule profitable aux malades. Il ne veut être ni le fonctionnaire, ni l'employé d'une caisse qu'elle soit ouvrière, patronale, mutualiste ou autre.

Dr M. VIMONT.

LES TACHES SOLAIRES ET LA PATHOLOGIE HUMAINE

Nous avons résumé la communication du docteur Maurice FAURE (de La Malou) à la séance du 1er mars 1927 de l'Académie de Médecine, sur les relations des taches solaires avec la recrudescence des accidents morbides au cours des maladies chroniques et avec les morts subites. La Société médicale du Littoral, ayant ouvert une enquête sur ce sujet, adresse la circulaire que voici aux médecins des villes d'eaux et stations climatiques, des maisons de santé et des sanatoria, etc..., afin qu'ils veuillent bien noter les accidents collectifs présentés par leurs malades, et adresser ces notes au Président de la Société médicale, qui les confrontera avec les dates des taches solaires.

Nous rappelons que l'année 1927 est particulièrement fertile en taches et nous engageons vivement nos lecteurs à collaborer à cette intéressante recherche, qui ouvre à la science des horizons nouveaux.

Mon cher Confrère,

Plusieurs membres de notre Société ont attiré l'attention, à diverses reprises, sur la recrudescence des symptômes des maladies chroniques, coïncidant avec le passage des taches solaires au Méridien central. Nous avons pensé qu'il vous était facile de contrôler cette observation, puisque votre surveillance journalière s'étend sur des malades chroniques nombreux et analogues. Si donc, à diverses périodes, vous constatez chez eux, sans cause apparente, une recrudescence simultanée de symptômes divers, une aggravation de leur état, ou l'apparition d'accidents aigus inaccoutumés, il y aura lieu de vérifier si cette période n'est pas une période de taches solaires.

A cet effet, nous venons vous demander si vous voulez bien noter les dates exactes des périodes d'accidents morbides que vous constaterez et nous transmettre ces dates, avec l'indication sommaire des symptômes observés. De notre côté, nous tiendrons un compte exact des passages de taches solaires, et nous vous ferons savoir s'il y a eu coïncidence. D'ordinaire, la durée de la période des accidents coïncidant avec un passage de taches, est de deux à trois jours consécutifs, mais, comme l'année 1927 est particulièrement fertile en taches solaires importantes et se suivant parfois à de très courts intervalles, il peut arriver que la durée des accidents dépasse de beaucoup les limites habituelles et s'étende sur une semaine et même plus.

Nous vous serons très reconnaissants, mon cher confrère, du concours que vous voudrez bien nous apporter dans l'étude de cette question nouvellee, dont la haute portée ne peut vous échapper.

Nous recueillerons soigneusement les observations que vous voudrez bien nous transmettre, et elles ne seront publiées qu'avec votre nom.

Nous sommes à votre disposition pour vous renseigner plus complètement, si la question vous intéresse ; — si même vous désirez être avisé d'avance du passage des taches solaires, veuillez nous le demander.

Croyez, mon cher confrère, à l'assurance de nos meilleurs remerciements et de nos très cordiaux sentiments.

Le Président.
Dr M. FAURE.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7.805 BENECH, Lens (Pas-de-Calais). Parrains : Drs Delacour et Landrieu.
7.808 VIVIER, 63, avenue de la Motte-Picquet, Paris. Parrains : Drs Couput et Estachi.
7.830 CHABAL, Saint-Raphaël (Var). Syndicat du Var.
7.831 FICHEZ, Plougoulin (Finistère). Syndicat de Morlaix.
7.832 DANHIEZ, 3, rue Jeanne-d'Arc, Lille. Syndicat de Lille.
7.833 VIGUIER, Cherchell (Alger). Syndicat d'Alger.
7.834 Mme CANALS, Thuès-les-Bains (Pyrénées-Orientales). Parrains : Drs Desfour et Calas.

7.835 Chalret du Rieu, 83, avenue de la Muette, Paris. Syndicat de la Seine.
7.836 Mahieu, Sefrou (Maroc). Parrains : Drs Caraguel et Salle.
7.837 Thévenin, Neuilly-sur-Seine (Seine). Parrains : Drs Percheval et Camus.
7.838 Martin, Fanjeaux (Aude), Groupement médical du Lauraguais.
7.839 Larrieu, Pau (Basses-Pyrénées). Syndicat du Béarn.
7.840 De Puyberneau, 30, rue Beaurepaire, Paris. Parrains : Drs Briault et Victor Simon.
7.841 Barthelemy, professeur à la Faculté de Nancy (Meurthe-et-Moselle), Association de Prévoyance des médecins de Meurthe-et-Moselle.
7.842 Thorel, 4, rue Turbigo, Paris. Syndicat de la Seine.
7.843 Rozet, Bandol (Var). Syndicat de Toulon.
7.844 Alluaume, Puy-Notre-Dame (Maine-et-Loire). Syndicat de Saumur.
7.845 Chaudesaigues, Barjac (Gard). Syndicat d'Alès.
7.846 Bédart, professeur à la Faculté de Lille. Syndicat de Lille.
7.847 Lacoste, Périgueux (Dordogne). Parrains : Drs Faguet et De Pindray.
7.848 Bisch, Grenoble (Isère). Syndicat de Grenoble.
7.849 Chmielewski, Nanterre (Seine). Syndicat de la Seine.
7.850 Hallot, Biarritz (Basses-Pyrénées). Syndicat de Biarritz.
7.851 Dupeyron, Carcassonne (Aude). Syndicat de Carcassonne.
7.852 Lebleu, Tours (Indre-et-Loire). Syndicat d'Indre-et-Loire.
7.853 Ballivet, Divonne-les-Bains (Ain). Syndicat de l'Ain.
7.854 Conte, Sigean (Aude). Syndicat de Narbnne.
7.855 Cassan, Toulouse (Haute-Garonne). Parrains : Drs Dieulafé et Piquemal.
7.856 Fillassier, Suresnes (Seine). Syndicat de la Seine.
7.857 Proby, 19, rue du Plat, Lyon. Syndicat du Rhône.
7.858 Follet, Rennes (Ille-et-Vilaine). Syndicat d'Ille-et-Vilaine.
7.859 Robin, Neuilly-en-Thelle (Oise). Parrains : Drs Fabigant et Lian.
7.860 Mme Walde, Aubervilliers (Seine). Parrains : Drs Odic-Bellot et Fainsilber.
7.861 Cousin, Tours (Indre-et-Loire). Syndicat d'Indre et-Loire.
7.862 Kerbourch, Plagonnec (Finistère). Syndicat du Sud-Finistère.
7.863 Charpentier, 227, rue de Vaugirard, Paris. Parrains : Drs Boudin et Maurat.
7.864 Greselle, Recquencourt (Nord). Syndicat de Douai.
7.865 Gondrand, Tullins (Isère). Syndicat de Saint-Marcellin.
7.866 Prepin, Belz (Morbihan). Syndicat de Lorient.
7.867 Phelippes de la Marniere, Brest (Finistère). Syndicat de Brest.
7.868 Duchet-Suchaux, Vesoul (Haute-Saône). Syndicat de la Haute-Saône.
7.869 Bantegnie, Feignies (Nord). Syndicat d'Avesnes.
7.870 Lefevre, Fumay (Ardennes). Syndicat de la vallée de la Meuse.
7.871 Alaroze, Ecole française de stomatologie, Paris.
7.872 Melle Bescoud, Ecole française de stomatologie Paris.
7.873 Bercovici, Ecole française de stomatologie, Paris.
7.874 Cotta, Ecole française de stomatologie, Paris.
7.875 Mlle Georgescu, Ecole française de stomatologie, Paris.
7.876 Eymeri, Ecole française de stomatologie, Paris
7.877 Linscher, Ecole française de stomatologie, Paris.
7.878 Peyre, Ecole française de stomatologie, Paris.
7.879 Pichard, Ecole française de stomatologie, Paris.
7.880 Rappoport, Ecole française de stomatologie, Paris.
7.881 Rosner, Ecole française de stomatologie, Paris
7.882 Iche, Murviel-lès-Béziers (Hérault). Syndicat de Béziers.
7.883 Bezy, Toulouse (Haute-Garonne). Syndicat de Toulouse.
7.884 Scherrer, Saint-Avold (Moselle). Syndicat de Forbach.

(A suivre)

ASSURANCES SOCIALES

Extrait du rapport présenté au nom de la Commission de la Mutualité et du Conseil d'administration de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France

Par M. Lépine

(Assemblée générale de Lille, 24-25-26 juin 1927.)

(*Extrait.*)

Tiers-payant.

Sur cette question du « tiers payant », votre Association générale n'a jamais varié. Le tiers payant reste pour elle une des conditions formelles de sa collaboration à la loi.

Il importe de le préciser ici une fois de plus et de motiver cette revendication, d'autant, faut-il le dire, que bien des esprits ont pu être troublés par les conséquences possibles de cette mesure administrative et à retardement, mais qui, en définitive, à l'analyse, ne peut supporter de contradiction.

Certes, la conception du paiement direct par l'assuré social vaut par sa séduction même. Il n'est pas douteux que le paiement au comptant, à notre caisse même, ne soit la formule désirable. Mais combien trompeuse, et combien dangereuse dans son application même serait une telle solution !

D'abord, qui pourrait nous garantir que la prestation en espèces fournie par la caisse irait intégra-

lement aux fournitures auxquelles elle est destinée? Qui pourrait nous assurer que partie ou même totalité de la somme affectée à cet usage ne serait pas distraite en route pour les fins les plus diverses... pas toujours les plus avouables ? L'assuré social, dans le cas le plus favorable, ne sera-t-il pas tenté de réduire, de restreindre ses besoins, cependant affirmés par la prescription médicale elle-même ?

En second lieu, qui ne voit la collusion et le marchandage possibles, la remise de la main à la main consentie par certains confrères peu scrupuleux, minorité certes, mais minorité suffisante pour causer les plus gros préjudices.

Enfin et surtout, il faut le proclamer bien haut, remettre entre les mains de l'assuré les sommes qui doivent lui permettre de se soigner, c'est lui donner la possibilité et la tentation, à laquelle il ne saurait guère se soustraire, de s'adresser au praticien tapageur et, disons-le mot, au mauvais confrère chez qui aucun scrupule ne saurait tenir devant l'appât d'une affaire possible. C'est le canaliser de façon à peu près certaine vers ces officines louches où tout est bon ; c'est prolonger, avec l'argent des Caisses, aggraver même peut-être, cette situation de concurrence effrénée que nous connaissons trop et que supporte avec peine la pharmacie moyenne dont nous avons en charge les intérêts. *Nous ne pouvons vouloir cela.*

Et puis, n'y a-t-il pas une impossibilité de fait à tarifer sur-le-champ, exactement et rigoureusement aux divers moments de la journée et spécialement aux heures d'affluence dans nos officines, les ordonnances multiples qui nous parviendront ? Qui ne voit à quelles conséquences déplorables, à quelles interprétations fâcheuses donnerait lieu la moindre erreur, même commise de bonne foi ?

Contre le tiers payant, un argument vaut. Il est d'importance et il est de notre devoir de ne point le cacher. N'allons-nous pas assister, avec le paiement par les soins du trésorier de la Caisse d'assurance, à ces retards que nous n'avons que trop connus, à l'occasion de l'application de l'article 64 des Pensions ? Et n'allons-nous pas placer nos confrères devant des situations telles que dans bien des cas il leur sera impossible de tenir sans des avances de fonds considérables, irréalisables peut-être ? A ceci on peut répondre que la loi ne fonctionnera que lorsque les caisses seront alimentées de fonds suffisants, le versement de la double contribution patronale et ouvrière devant être effectué dans les dix premiers jours de chaque mois ; que la période de plein rendement ne sera certainement pas celle du début et que des arrangements avec les Caisses pourront intervenir à l'origine même de leur constitution. En outre, liberté est donnée dans le texte du projet pour obtenir des paiements dans des délais aussi rapprochés que possible, ce paiement, à notre avis, ne pouvant avoir lieu que sur des fournitures datant d'un mois au plus.

Enfin et surtout, qui nous empêchera d'amortir les règlements tardifs ou retardés pour des causes diverses (litiges ou autres) en obtenant sur le montant de nos mémoires des avances à déterminer au moment de la conclusion du contrat avec les Caisses ? L'exemple de l'Alsace, où ce coefficient d'avance sur mémoire atteint 90 %, doit nous instruire utilement.

Certes, il ne faut pas se le dissimuler malgré tout, et il est nécessaire que le législateur l'entende, le tiers payant auquel nous demeurons attachés représente un gros sacrifice matériel de notre part. Nous en avons conscience, mais c'est un sacrifice auquel nous consentons parce que nous ne voulons pas que la loi perde quoi que ce soit de son caractère moralisateur, parce que nous voulons, pour sa bonne marche, qu'aucun des bénéficiaires ne puisse entraver l'action bienfaitrice par des procédés trop faciles à prévoir mais moins faciles à dépister. Pouvons-nous donner au Parlement une preuve plus manifeste de la loyale collaboration que nous avons toujours promise ?... Mais nous estimons, pour cette raison même, que le texte qui sortira des délibérations doit, sur certains points précis, se dégager de l'obscurité, de l'équivoque où nous le voyons actuellement pris. Il ne serait pas digne du législateur qu'un artifice de style pût provoquer la diminution, la ruine peut-être de notre profession.

LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE SÉNAT

(*Suite des débats*)

Séance du 23 *juin* 1927.

M. Mauger. — Monsieur le président, j'avais l'intention de soutenir le principe qui se trouve posé dans cet amendement. Mais par un autre amendement nous avons modifié quelque peu celui dont vous venez de donner lecture. J'attendrai donc la mise en discussion de ce dernier pour soutenir le principe inscrit dans le premier.

M. le Président. — Par un second amendement, MM. Mauger, Mounié, Strauss et Pajo proposent de rédiger comme suit le début du premier alinéa de l'article 5 :

« 1. Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail, il a droit, à partir du quatrième jour qui suit le début de la maladie ou de l'accident non couvert par les lois sur les accidents du travail et jusqu'à la guérison ou ... ».

(Le reste de l'alinéa sans changement.)

La parole est à M. Mauger.

M. Mauger. — Messieurs, la question soulevée par mon amendement est peut-être une des plus graves de la loi. Il s'agit, en l'espèce, de savoir quel délai de carence vous imposerez à l'assuré pour avoir le bénéfice de la loi.

Dans toute la législation étrangère sur l'assurance-maladie, ce délai de carence, ou bien a été supprimé, ou ne dépasse pas trois jours. L'assuré peut, à partir du quatrième jour, recevoir les allocations auxquelles la loi lui donne droit.

Tout à l'heure, j'entendais l'un de nos honorables collègues, répondant à M. Strauss, sur les charges que crée la loi de 1898, dire que les abus de cette loi étaient connus de tous. Le plus souvent ces abus tiennent au délai de carence.

Cela est si vrai que la Chambre est actuellement saisie d'un projet de loi supprimant le délai de carence, et que certaines compagnies d'assurances préfèrent payer l'accidenté à partir du premier jour, pour ne pas avoir à souffrir de ces abus. Quand l'accidenté se trouve soumis au délai de carence, le médecin se montre généralement très disposé à proroger la durée de l'incapacité de travail, afin de permettre à l'accidenté de pouvoir recevoir le payement de son demi-salaire à partir du premier jour.

Dans l'article en discussion, le délai de carence ne permet au malade de toucher qu'une indemnité par jour ouvrable égale au demi-salaire moyen, et non au demi-salaire effectif touché au moment de la maladie, qu'à partir du sixième jour. Or, j'appelle l'attention du Sénat sur ce fait, que l'article 1er, alinéa 1er, voté par nous, assure au malade la couverture des risques-maladie. A cette promesse, l'article 5 apporte une première restriction : l'assurance-maladie, d'après la demande de la commission, ne pourrait permettre à l'assuré malade de recevoir une indemnité journalière qu'à partir du sixième jour.

Vous venez également d'imposer, à l'alinéa 5 de l'article 4, une participation aux frais médicaux variant entre 15 et 20 p. 100 et une participation aux frais pharmaceutiques de 15 p. 100, dépense qu'avant tout le malade devra supporter. Supposez que ces frais aient été faits entre le premier et le sixième jour. Ce ne sera plus 15 à 20 p. 100 qui devront incomber au malade, ce sera cette quotité augmentée de la perte de salaire que lui imposera la maladie.

Ainsi un ouvrier gagnant un salaire normal, malade pendant cinq jours, ne reçoit rien, il est en outre obligé de venir en aide à sa famille. Quelle sera la situation de celle-ci ?

De deux choses l'une : ou cet ouvrier attendra jusqu'au dernier moment pour se faire donner les soins nécessaires, ou il se fera donner ces soins et sera dans l'impossibilité de récupérer aucune partie des dépenses engagées, puisque d'après votre texte l'allocation ne lui serait attribuée qu'à partir du sixième jour.

Je vous demande que cette allocation soit attribuée à partir du quatrième jour.

Dans toutes les lois d'accidents du travail, et j'ajoute, dans toutes les lois sur l'assurance-maladie, dans tous les pays où se pratique cette assurance sans exception — et vous n'avez sur ce point qu'à consulter le rapport de notre honorable collègue M. Pasquet — le délai de carence ne dépasse pas trois jours.

J'ai là sous les yeux le compte rendu de la conférence internationale du travail qui s'est tenue ces jours derniers à Genève. La question de l'assurance-maladie y a été magistralement traitée. La conférence a accepté comme délai maximum celui de trois jours, en précisant que ses décisions ne pourront être ratifiées que dans les pays où la législation aura introduit le principe du délai de carence de trois jours.

Je vous demande, par conséquent, messieurs, en raison de cette situation, de vouloir bien considérer, pour provoquer l'adhésion du pays à notre loi, l'intérêt de cette question du délai de carence.

Je le sais, et d'autres de nos collègues vous le diront, contre le délai de carence une grave opposition s'est manifestée. On n'est pas parvenu, sans de grandes difficultés, à faire comprendre aux opposants qu'il vaudrait mieux admettre le délai de carence appliqué dans toute notre législation sociale actuelle.

J'insiste donc auprès de vous, messieurs, pour l'adoption de l'amendement qui vous est présenté. Il y a avantage pour les travailleurs à recevoir les allocations à partir du quatrième jour, au lieu de les recevoir à partir du sixième.

Considérez, en effet, messieurs, que, par notre dispositif, nous ne donnons même pas, dans l'allocation maladie, l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques, puisque le malade est tenu d'en supporter une partie. Le travailleur aurait donc à faire face, pendant cinq jours, à la totalité des frais occasionnés par sa maladie.

L'assurance sociale impose aux travailleurs et aux patrons une retenue obligatoire de 5 p. 100 du salaire. Moyennant cette retenue obligatoire, le travailleur va se croire assuré à partir du premier jour de la maladie contre les dépenses à effectuer sur l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques. Que dira-t-il quand il saura qu'il doit payer, d'une part, 20 p. 100 de ces frais médicaux et pharmaceutiques, sans pouvoir les récupérer ? Que dira-t-il en outre, quand, par ailleurs, il se verra réduit à ne toucher la moitié de son salaire qu'à partir seulement du sixième jour. Faudra-t-il que lui, assuré, vienne demander à l'assistance de venir à son aide ?

J'insiste, messieurs, sur ce point. Il y a là une question très importante, la plus importante peut-être de toutes celles que va soulever l'application de la loi. J'avais déposé un amendement tendant à la suppression de tout délai de carence. Dans un but de conciliation je demande au Sénat et à la commission d'accepter le délai de trois jours proposé par mon amendement.

M. le Rapporteur. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur — Messieurs, notre ami M. Mauger compare des choses qui ne me paraissent pas

comparables, en tirant argument de la loi de 1898 qui permet d'indemniser les jours de carence lorsque la maladie dure un certain temps

Cette question du délai de carence fait partie des mesures prises par la commission de l'hygiène en vue de restreindre les abus auxquels pourraient se prêter les assurances sociales, et là encore, je supplie le Sénat de me suivre.

La mesure n'est, certes, pas aussi nécessaire que la participation que vous avez bien voulu voter. Mais, ne l'oubliez pas, pour ce nombre de journées de carence, nous avons introduit une disposition analogue à celle qui concerne la participation.

Si, après une expérience de deux années, on constate que ce délai peut être réduit, il sera loisible de diminuer le nombre des journées non indemnisées. Par conséquent, ici encore, nous laissons à l'expérience le soin de décider et cela sans qu'il soit nécessaire de modifier la loi.

M. Joseph CAILLAUX. — Soyons prudents.

M. LE RAPPORTEUR. — Quant à dire que le bureau international du travail a pris les décisions indiquées par M. Mauger, il y a là, peut-être, une confusion. J'ai consulté, vous le pensez bien, le rapport du bureau international du travail sur les assurances-maladie, et voici ce que j'y vois.

L'Allemagne demande trois ou quatre jours ; l'Autriche, quatre jours. Voici la réponse de la France : « Chaque législation nationale devrait avoir la faculté de prévoir un délai d'attente. »

Une nation qui a peut-être, je crois, l'expérience des assurances sociales, la Grande-Bretagne, « n'estime pas opportun d'introduire dans un projet de convention l'une ou l'autre de ces conditions ; elle croit préférable de laisser à chaque Etat la liberté de les fixer s'il le juge utile. »

Ainsi, nous ne sommes contraints en aucune façon, nous sommes libres de faire ce que nous voulons pour sauvegarder notre situation.

Et je vais maintenant répondre d'avance à M. Jourdain qui va défendre un amendement analogue. Même dans ce pays d'Alsace et de Lorraine, à Strasbourg, une caisse locale dont le nom m'échappe, créée il y a trois ou quatre ans, n'avait pas hésité, au début, à fixer à huit jours le délai d'attente. L'indemnité était attribuée seulement à partir du neuvième jour.

Il existe, en outre, d'autres exemples à l'appui du système qui vous est proposé. Les caisses les plus vivantes chez nous sont celles du consortium Roubaix-Tourcoing et les caisses de Paris et du Lyonnais.

Toutes ont admis un nombre important de jours de carence. A Roubaix-Tourcoing....

M. MAUGER. — C'est une caisse patronale.

M. LE RAPPORTEUR. — ... ce nombre est de 13 jours. On l'a réduit d'abord à 9 jours ; il est maintenant de 6 jours ; peut être ira-t-on plus loin. Nous ferons de même, messieurs, si l'expérience le permet et nous réduirons s'il y a lieu le nombre des jours de carence.

Comme tout à l'heure au sujet de la participation, je vous en supplie, tenons-nous-en, en ce moment, au texte de la commission, c'est-à-dire à un délai d'attente de cinq jours.

M. Joseph CAILLAUX. — Y a-t-il en France des caisses qui prévoient un délai inférieur à six jours ?

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Jourdain.

M. Paul JOURDAIN. — Messieurs, les sénateurs des trois départements recouvrés ont déposé un amendement qui réclame le droit à la prestation en argent à partir du quatrième jour.

Nous nous basons sur une longue expérience acquise. Je ne connais pas la caisse spéciale à laquelle fait allusion M. le président de la commission de l'hygiène. Mais ce que je sais, c'est que, dans nos caisses d'Alsace et de Lorraine, le délai de carence n'est pas supérieur à trois jours. C'est à partir du quatrième jour au maximum et dans certaines caisses dès le premier que se payent les prestations en argent. Je ne vois donc pas quel aléa nous courons. L'expérience est faite et elle fonctionne à la satisfaction de tous.

Je pense que sur les points où nous possédons des précédents bien acquis, il est inutile de créer des obstacles nouveaux à l'unification future de la loi en Alsace et en Lorraine.

M. LE RAPPORTEUR. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. — Il est certain, messieurs, qu'on a fait en Alsace et en Lorraine l'expérience de l'assurance-maladie, mais M. Jourdain sait bien mieux que moi que cette expérience a entraîné de lourdes charges. Nous ne pouvons pas la répéter, car nous n'en avons pas les moyens.

En Alsace, monsieur Jourdain, vous pouvez relever le taux des cotisations et obtenir ainsi de plus grandes ressources, alors qu'en principe, nous devons nous en tenir à nos 10 p. 100. Nous ne pouvons donc pas imiter l'exemple qui nous est opposé.

Vous faites très bien l'assurance-maladie, mais elle vous coûte beaucoup plus que nous ne pouvons y consacrer. Cela vous est facile, je le répète, parce que vous pouvez demander des fonds nouveaux, tandis que nous ne pouvons dépasser nos 10 p. 100.

C'est pourquoi, messsieurs, je vous demande d'adopter le délai de cinq jours.

M. Paul STRAUSS. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Strauss.

M. Paul STRAUSS. — Messieurs, la méthode expérimentale qu'invoque avec tant de raison M. Chauveau, a prononcé, non seulement dans les départements recouvrés, mais dans tous les pays où existe l'assurance-maladie : le délai de trois jours en Allemagne, Danemark, Esthonie, Grande-Bretagne, Lettonie, Norvège, Roumanie, Suède, Tchécoslovaquie ; de deux jours en Hongrie, Luxembourg, Pologne, Suisse ; on paye au premier jour en Autriche et en Yougoslavie, sauf pour les incapacités de moins de trois jours.

Je ne crois pas qu'on puisse invoquer un témoignage contraire emprunté à l'expérience des législa-

tions en vigueur. J'ai sous les yeux les chiffres de la caisse générale des malades de Strasbourg-ville pour l'exercice 1925. D'après ces chiffres, on aurait compté pour 85.000 assurés, 75.23 6 cas de maladie...

M. LE RAPPORTEUR. — Combien pour cent de prestations en nature et combien pour cent d'indemnités en argent ? Toute la question est là.

M. Paul STRAUSS. — Voulez-vous me permettre de lire ces renseignements, empruntés au compte rendu de la caisse générale des malades de Strasbourg-ville ?

D'après cette statistique on a compté, pour 85.000 assurés, 73.256 cas de maladie, dont 45.406 n'entraînant aucune incapacité de travail, n'ayant coûté, par conséquent, que les frais de médecin et de pharmacien ; 9.954 cas de moins d'une semaine ; 7.733d'une à deux semaines ; 5.46 6 de deux à trois semaines ; 10.265 de plus de cinq semaines et de moins de vingt-six semaines, maximum de principe, d'après la loi locale.

Je n'insiste pas sur ces chiffres, parce que j'ai à vous présenter un argument qui me paraît prédominant. Ce n'est pas celui que l'honorable M. Jourdain a invoqué, et qui déjà pouvait faire sur nous la plus forte impression, puisqu'il s'agit de préparer l'unité de notre législation des assurances sociales dans les trois départements recouvrés et dans le reste de la France.

Je veu x parler du petit risque. Sur ce point, je vais peut-être me trouver en désaccord avec quelques médecins, effrayés de ce qu'on appelle l'abus de la consommation médicale. Mais moi, je représente, par mes tendances et par mon passé, les hygiénistes et ceux-ci sont unanimes à affirmer qu'il ne faut pas attendre, pour voir le médecin, que le mal se soit aggravé.

M. LE RAPPORTEUR. — Nous ne disons pas cela.

M. Paul STRAUSS. — Je sais très bien qu'on peut aller voir le médecin le premier jour. Cela résulte de votre texte. Mais je vous dis que ce qui a pesé jusqu'à présent sur notre législation d'assistance médicale gratuite, ce qui ne lui confère pas une pleine efficacité, ce qui donne, pour l'indemnité journalière des mutualités, des résultats insuffisants, c'est que ces familles ne reçoivent pas l'indemnité compensatrice du chomage occasionné par la maladie.

Un père de famille hésite très souvent à aller voir le médecin parce qu'il craint de priver les siens de son salaire. C'est un fait que tous les observateurs de la vie sociale ont pu constater ; cette infériorité des lois d'assistance et du régime mutualiste justifie et nécessite une plus grande couverture du risque-maladie.

Il faut encourager le contact le plus précoce de l'assuré avec le médecin. J'ai dans mon dossier — des mé decins de haut mérite me les ont fait connaître — des espèces qui prouvent que si l'on temporise, la plus légère indisposition peut avoir les suites les plus fâcheuses.

Voilà pourquoi, pour des raisons d'hygiène— comme l'expérience américaine l'a démontré, non seulement dans certaines grandes compagnies d'assurances, mais à l'institut pour la prolongation de la vie — il est essentiel de mettre au premier plan les soins préventifs qui doivent de plus en plus préoccuper les médecins. Ceux-ci, suivant la formule de Landouzy, doivent être des empêcheurs de maladies.

Nous ne voulons pas seulement que les assurances sociales apportent des facilités de guérison, de traitement et de soins médicaux et pharmaceutiques. Nous voulons qu'elles soient encore un instrument efficace et puissant de vitalité nationale, en vulgarisant l'hygiène, en faisant des soins préventifs l'objet de toute la préoccupation des familles et que celles-ci ne soient pas éloignées de la visite médicale par la longueur du délai de carence.

Aussi avons-nous le sentiment et la conviction que le délai de carence de quatre jours, tel qu'il existe par tout, est excellent pour la médecine préventive, pour la protection de la santé publique.

M. LE RAPPORTEUR. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. — Je demande au Sénat la permission de revenir encore à la charge. Nous n'avons jamais défendu d'aller dès le premier jour chez le médecin. . L'objection fondée sur la question de la prévention ne peut être retenue.

D'autre part, on nous oppose l'exemple de l'Alsace-Lorraine. J'ai déjà répondu que la situation était tout à fait différente. L'Alsace-Lorraine fait une assurance-maladie intéressante — je ne veux pas m'étendre davantage sur ce point — mais elle y consacre des ressources beaucoup plus importantes que celles que nous pouvons présentement y affecter. La caisse peut redemander de l'argent si elle en manque, tandis que cela nous est interdit.

J'en reviens donc à ma première idée, et je supplie le Sénat de ne pas adopter un nombre de jours de carence inférieur à cinq. Cela est aussi nécessaire pour empêcher les abus que l'était l'augmentation de la participation des intéressés dans les soins médicaux et pharmaceutiques. Je demande instamment au Sénat de se rendre aux raisons que je viens d'exposer et de conserver au projet sa solidité.

M. Joseph CAILLAUX. — Il faut que la loi soit applicable. Voilà la question.

M. LE RAPPORTEUR. — Un dernier mot. Il ne faut pas croire que le monde ouvrier sera ému par le délai de cinq jours. N'oubliez pas, en effet, que ce chiffre était déjà inscrit dans le texte de 1925, établi d'accord avec les organisations ouvrières.

Par conséquent, le monde ouvrier acceptera très bien les cinq jours. Il sait d'ailleurs que nous sommes de parfaite bonne foi et que, dans un délai de deux ans, qui paraît préférable à celui d'un an que nous avions fixé tout d'abord, nous pourrons, si la chose est financièrement possible, réduire la durée de ce délai d'attente.

M. LE MINISTRE. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. le ministre.

M. le Ministre. — Messieurs, votre rapporteur vous apporte une fois de plus des paroles de sagesse. Que le délai de carence soit nécessaire, cela ne peut être discuté par personne. Qu'il dure trois jours ou cinq jours, c'est tout le débat qui est soulevé devant vous.

Il ne faut pas confondre ni comparer le délai de carence des assurances sociales avec celui de la loi de 1898 ; il n'y a entre eux aucun rapport. La loi de 1898 vise des accidents , c'est-à-dire des faits essentiellement faciles à contrôler, tandis que l'assurance va s'appliquer à des maladies, et parfois si bénignes qu'il sera peut-être difficile, dans les premiers jours, de les distinguer d'une simulation. (*Très bien ! très bien !*)

Il est donc indispensable, tout au moins au début de la loi, de prévoir un délai suffisamment long pour éviter tout abus et être certain que les assrurés ne prendront pas de mauvaises habitudes.

Je tiens à ajouter, moi aussi, la garantie du Gouvernement à celle que vous donnait M. le président de la commission de l'hygiène ; si, à l'expérience, il apparaît que le délai de carence de cinq jours est trop long et qu'on peut le réduire, nous serons tous d'accord pour proposer cette réduction. (*Très bien ! très bien ! et anpplaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. Roustan.

Voix nombreuses. — Aux voix !

M. Mario Roustan. — Messieurs, avant d'aller aux voix, il convient que le Sénat connaisse exactement les conséquences de son vote. Il manque quelques chiffres complémentaires à ceux qu'on vous a apportés. Je vous fais grâce des statistiques que j'ai sous les yeux, mais voici des conclusions à retenir : avec un délai d'attente de trois jours, 12,9 p. 100 des jours de maladie ne sont plus indemnisés par l'assurance, et avec un délai de carence de cinq jours, 20 p. 100 des jours de maladie restent définitivement à la charge des assurés. (*Mouvements divers.*)

Que cela constitue une économie, c'est indiscutable, mais il reste à savoir si le Sénat doit appuyer une loi d'assurances sociales sur des économies de ce genre-là !

De plus, on vous l'a déjà montré, tous les Etats sans distinction, sauf le Chili et l'Italie, ont adopté un délai d'attente inférieur ou tout au plus égal à trois jours. On a oublié d'ajouter qu'à la dernière réunion du Bureau international,les représentants de l'Italie et du Chili ne sont nullement intervenus contre la décision qui a été prise et qu'ils se sont bien gardés de dire que leur législation était plus équitable que celle des autres pays.

Voulez-vous donc que la France, quand elle fait une loi sur les assurances sociales, soit moins libérale que toutes les autres nations, sauf l'Italie et le Chili ? Allons-nous renvoyer à deux ou trois ans la date à laquelle elle se montrera aussi généreuse que les autres peuples ? Je tiens à poser le problème ainsi : « Avons-nous le droit, par un délai de carence de cinq jours, de mettre à la charge des assurés un cinquième des jours de maladie ? »

Je sais que le Sénat hésitera avant de répondre : oui et de voter contre notre amendement. (*Mouvements divers*).

M. le Président. — La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapportedur. — Il ne s'agit pas du tout de faire des économies. Il importe avant tout d'avoir de la médecine normale. Dans le système de la commission, on réalise une économie, mais ce n'est pas là notre mobile. Par conséquent, je repousse l'objection tirée de considérations purement financières.

D'autre part, on nous signale l'exemple de l'Italie. J'ai ici le compte rendu du bureau international du travail. L'Italie dit ceci :

« Il paraît opportun que la convention établisse le principe du délai d'attente en laissant aux législations nationales le soin d'en déterminer la durée. »

M. Gustave Dron. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Dron.

M. Gustave Dron. — Messieurs, la question ne me semble pas être d'une si grande portée. Il n'apparaît pas que la loi doive crouler selon que nous voterons tel ou tel délai. Il faut en tous les cas que cette loi que nous votons en faveur des travailleurs soit accueillie par eux favorablement. Or, j'ai tout lieu de le croire, quand vous viendrez leur dire que pendant cinq jours, presque une semaine de travail, ils ne seront pas indemnisés, ils trouveront la chose un peu dure, et elle passera difficilement.

Mais je me place à un point de vue plus élevé : au point de vue médical. Nous voulons faire de la médecine préventive, tout le monde en est d'accord. Lorsque le malade va voir son médecin, celui-ci lui dit : « Il n'y a rien encore de bien déclaré, vous avez de la fièvre ou tel autre symptôme, il faudra vous reposer et vous coucher. » Pour se reposer et se coucher, il faut tout de même songer à ce qui nourrira sa famille le lendemain, il faut tout de même avoir un peu d'argent disponible, et alors l'assuré reculera devant le repos que son médecin lui aura conseillé, si vous ne lui donnez pas les moyens de le prendre.

Il y a là, à mon avis, une considération capitale.

Certes, je ne crois pas que le sort de la loi puisse dépendre de ce point, mais je vous demande de faire en sorte que la loi soit bien accueillie par tout le monde. (*Très bien !*)

M. le Président. — Je rappelle au Sénat que nous sommes saisis de trois amendements. Le premier, de MM. Mauger, Mounié, Strauss et Pajot, dont j'ai donné lecture ; le deuxième, de MM. Jourdain, le général Bourgeois, Gégauff, Helmier, Eccart, de Leusse, Diébolt-Weber, Lazare Weiller, Guy de Wendel, Bompard, le général Stuhl, le général Hirschauer, Muller et de Marguerie ; le troisième, de M. Mario Roustan, tous trois tendant à substituer le mot « quatrième » au mot « sixième » jour.

M. le Rapporteur. — Les amendements sont re-

poussés par la commission, d'accord avec le Gouvernement.

M. LABROUSSE. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Labrousse.

M. LABROUSSE. — Je désire poser une question à M. le rapporteur.

Quand surgit un accident aigu, par exemple une appendicite foudroyante, qui nécessite une intervention immédiate, laquelle peut être suivie de mort dans un délai moindre de quatre jours, que se passe-t-il ?

M. LE RAPPORTEUR. — On soigne le malade comme tous les autres, dès le premier jour. Il s'agit ici de l'indemnité et non du traitement médical. Pour nous, qui sommes médecins, partisans de la médecine préventive, la question ne se pose même pas.

M. LE MINISTRE. — Il ne faut pas qu'un doute subsiste dans l'esprit du Sénat. Les soins médicaux sont donnés dès le premier jour.

M. LE PRÉSIDENT. — Je consulte le Sénat sur les mots : « quatrième jour », repoussés par la commission, d'accord avec le Gouvernement.

Voici, messieurs, le résultat du scrutin, après pointage, sur l'amendement de MM. Mauger, Mounié, Strauss et Pajot, sur l'alinéa 1er de l'article 5 :

Nombre de votants........	293
Majorité absolue.........	147
Pour............	114
Contre..........	179

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix le texte proposé par la commission pour l'alinéa 1er de l'article 5.

(Ce texte est adopté.)

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Dr BOURQUIN, de Saint-Sorlin-en-Valloire (Drôme). — M. le Dr Antoine FLORAND, médecin honoraire des hôpitaux de Paris. — M. le Dr André ANTHEAUME, de Paris, médecin-chef du Sanatorium de la Malmaison. — M. le Dr JARDON, d'Huriel (Allier).

— **XIXe Congrès français de médecine** (Paris, du mardi 11 au samedi 15 octobre 1927). — *Programme scientifique.* — Le mardi 11 octobre, à 9 h. 1 /2 . Séance d'ouverture au Grand-Amphithéâtre de la Faculté de médecine sous la présidence de M. le Ministre de l'Instruction publique. — Les mardi 11, après-midi, mercredi 12, jeudi 13, matin et après-midi : exposé et discussion des rapports.

RAPPORTS. — I. *Sémiologie des septicémies médicales* : Sémiologie générale de l'état septicémique, par P. Gastinel et J. Reilly (de Paris) ; formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques spécifiques à virus connus ou inconnus, par P. de Vezeaux de Lavergne (de Nancy) ; Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques non spécifiques, par F. Arloing, P. Dufourt (de Lyon) et L. Langeron (de Lille). — II. *Physiopathologie des œdèmes* . Etude du rôle de quelques ions et des variations de leur répartition dans la pathogénie des œdèmes, par E. Aubel et P. Mauriac (de Bordeaux) ; Rôle des propriétés physico-chimiques des protéines dans la pathogénie des œdèmes avec étude des variations de la tension osmotique et de la tension capillaire, par P. Govaerts (de Bruxelles) ; Les Œdèmes brightiques, par Pasteur Vallery-Radot et P. Nicaud (de Paris). — III. *Indications médicales et valeur thérapeutique comparée de la splénectomie* . La splénectomie dans les processus hémolytiques, par N. Fiessinger et P.-L. Brodin (de Paris) ; La splénectomie dans les processus anémiques, anémies parasitaires et infectieuses, par A. Nanta (d'Alger) ; Anémies pernicieuses et leucémies, par J. Tapie (de Toulouse).

Programme des fêtes et réceptions . mercredi 12octobre, à 17 heures 30 . Réception offerte par le Conseil municipal de Paris à l'Hôtel de Ville. Mercredi 12 octobre, à 21 heures 30 . Soirée offerte par le président du Congrès. Jeudi 13 octobre, à 20 heures . Banquet par souscription (le lieu en sera ulté-rieurement fixé). La liste des adhérents au banquet (cotisation 75 francs) sera définitivement arrêtée au Secrétariat du Congrès, le 12 octobre, à17 heures du soir Les membres des délégations étrangères accrédités auprès du Comité sont invités au banquet. Vendredi 14 octobre, à 8 heures 30 du matin . Excursion en cars aux Champs de bataille de l'Aisne. Les excursionnistes seront accompagnés par un officier d'Etat-major de l'Armée française qui donnera sur le terrain les explications techniques intéressantes. Au retour de cette excursion une halte aura lieu au Carrefour de l'Armistice. Nous croyons pouvoir espérer qu'une très haute personnalité militaire acceptera de venir y recevoir les congressistes. La liste des personnes qui prendront part à l'excursion sera définitivement arrêtée le mercredi soir 12 octobre dans les bureaux du Secrétariat du congrès. Les frais d'inscription à l'excursion (comprenant le voyage en cars, le déjeuner et frais accessoires) sont fixés pour chaque personne, au prix de 70 francs- Samedi 15 octobre, à 10 heure s du matin . Avec la bienveillante autorisation de M. le Recteur de l'Unisersité de Paris, visite à la Cité universitaire. Réception par M. le Recteur et les membres du Comité d'administration de la Cité. Lunch au restaurant de la Cité.

Centenaire de Villemin. — Les journées du Centenaire de Villemin suivront immédiatement le Congrès. Les Congressistes qui le désireront, pourront prendre part aux cérémonies et fêtes qui seront données à cette occasion. Ils sont priés de se faire inscrire auprès du Comité d'organisation du Centenaire de Villemin, à la Direction du service de santé du Ministère de la Guerre, 66, rue de Bellechasse.

Exposition. — Pendant la durée du Congrès, se tiendra une exposition de journaux et de livres médicaux, d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire, de produits pharmaceutiques et diététiques. Cette exposition sera complétée par celle que le Comité du Centenaire de Villemin doit organiser. Pour tous

les détails relatifs à cette exposition, s'adresser à M. Mouly, délégué technique, 12, rue de Seine.

En outre, une exposition artistique rétrospective sera organisée dans les locaux de l'Exposition par M. le Dr Rabier ; elle groupera d'une part des tableaux et gravures ayant trait à la vaccination et d'autre part des portraits, silhouettes et caricatures de médecins contemporains.

Comité des dames. — Avec l'aide de la *Bienvenue française*, un Comité de dames s'occupera de la réception des familles des Congressistes (membres associés) pendant la durée du Congrès.

Renseignements généraux. — I. *Membres du Congrès* : Les membres adhérents au Congrès comprennent . 1° de droit les membres de l'Association des médecins de langue française ; 2° sous réserve d'acceptation par le bureau du présent Congrès, les médecins qu'intéressent les questions médicales et qui désirent y prendre part. La cotisation pour les membres adhérents est fixée à 50 fr. Les étudiants en médecine et les membres non médecins de la famille des sociétaires ou des adhérents peuvent être admis comme membres associés du Congrès et payent une cotisation de 25 francs. Tous les membres adhérents prennent part, au même titre, aux travaux du Congrès et en reçoivent les publications. Les membres permanents de l'Association possèdent seuls le droit de vote et sont seuls éligibles dans les diverses fonctions. Les membres associés ont droit à tous les avantages du Congrès, exception faite des publications et des facilités de transport. Les bulletins d'adhésion, accompagnés du montant de la cotisation (membres adhérents 50 francs, membres associés 25 francs) doivent être adressés à M. Pierre Masson, éditeur, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), par chèque ou versement à la poste au compte-courant de chèques postaux n° 599, Paris. — II. *Facilités de transport sur les chemins de fer français* . Les membres adhérents du Congrès bénéficieront, de la part des Compagnies de chemins de fer français, de l'avantage suivant : ils payeront le tarif plein à l'aller, mais auront la gratuité du voyage de retour de Paris à la gare d'où ils seront partis, pour se rendre au Congrès, ou depuis la gare frontière s'ils viennent de l'étranger. La validité de ces billets sera pour l'aller du 8 au 17 octobre inclus, pour le retour du 11 au 20 octobre inclus. Cet avantage n'est pas accordé aux membres associés. Afin de permettre au bureau de faire les démarches nécessaires pour que les membres adhérents bénéficient de cet avantage, ceux-ci sont priés d'adresser, sans tarder, à M. Pierre Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), au plus tard avant le 1er septembre prochain, après l'avoir dûment rempli, le bulletin spécial qui leur a été adressé avec le reçu de leur cotisation. Les adhérents français au XIXe Congrès français de médecine, sont avisés qu'à l'occasion de ce Congrès et du Centenaire de Villemin, des démonstrations techniques intéressant les médecins militaires de l'active et de la réserve seront organisées. Les médecins de réserve qui assisteront à ces démonstrations seront considérés comme accomplissant une période d'instruction et auront ainsi droit au tarif militaire sur les chemins de fer français. Pour bénéficier de cette faveur, il leur suffira de s'adresser au Comité d'organisation du Centenaire de Villemin (Direction du Service de santé du Ministère de la Guerre, 66, rue de Bellechasse, Paris). — III. *Facilités de transport sur les bateaux de diverses compagnies* . Les médecins congressistes se rendant au XIXe Congrès français de médecine, et partant des Etats-Unis d'Amérique ou du Canada, voudront bien s'adresser aux agences de la Compagnie générale transatlantique pour ce qui concerne les conditions de passage. Les congressistes utilisant les lignes de Colon-Mexique, et ceux qui viennent de l'Algérie, de la Tunisie ou du Maroc, obtiendront des agences de la Compagnie transatlantique, sur la présentation de leur carte de congressiste, une réduction de 20 % sur le billet de passage aller et retour. Ce billet donnera droit à trois mois de séjour en France pour ceux qui viennent du Mexique et à un mois seulement pour ceux qui viennent d'Algérie, de Tunisie ou du Maroc. Les congressistes utilisant la ligne de la CompagnieSud-Atlantique (Amérique du Sud, Brésil, Argentine, Uruguay, Chili) ou les Compagnies des Messageries maritimes ou Cyprien Fabre (Egypte, Syrie) auront également droit, en présentant aux agences de ces compagnies leur carte de congressiste à une réduction de 20 % sur le billet de passage aller et retour. Pour les voyageurs utilisant les Messageries Maritimes, la réduction de 20 % consentie sera accordée au voyage d'aller jusqu'au 15 octobre inclus et pour le retour jusqu'au 20 mars inclus. — IV. *Passeports* . Le ministre des Affaires étrangères a bien voulu accorder en faveur des congressistes étrangers le visa gratuit des passeports. Cette mesure ne peut être applicable qu'aux congressistes inscrits avant le 1er août. Les congressistes devront pour l'obtenir justifier auprès des agents consulaires de leur titre de membres adhérent au XIXe Congrès français de Médecine. — V. *Logements dans les Hôtels.* Les membres du XIXe Congrès pourront s'adresser pour la question des hôtels à l'agence F. le Bourgeois, 38, boulevard des Italiens, à Paris (9e), qui leur donnera toutes indications concernant les différentes catégories d'hôtels et de restaurants parisiens. — VI. *Bureaux du Congrès : remise des cartes* . Les bureaux du Congrès seront installés dans les locaux de l'A.D.R.M. (Salle Béclard, à la Faculté de médecine de Paris). Les adhérents de la dernière heure pourront venir y verser le montant de leur cotisation et retirer leur carte de congressiste. Dès le lundi 10 octobre (de 9 à 11 heures et de 14 à 18 heures) les congressistes pourront retirer dans les bureaux du Congrès une enveloppe établie à leur nom qui contiendra les cartes d'invitation aux diverses réceptions. Ils pourront également faire adresser aux bureaux du Congrès toute leur correspondance qui aussitôt reçue sera mise dans l'enveloppe à leur nom. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la permanence du bureau du Congrès, salle Béclard à la Faculté de médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, « Bureau de l'Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger » A.R.D.M., ou à M. le Dr Chiray, secrétaire général du Congrès, 14, rue Pétrarque à Paris (15e), ou à M. le Dr Lian, trésorier du Congrès, 19, rue Bourgogne à Paris (7e).

— **Clinique médicale propédeutique.** (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). — *Cours de révision d'une semaine* (24 au 29 octobre 1927) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du professeur Emile Sergent et du Dr Camille Lian, agrégé, Méd. des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Faroy, Harvier, P. Pruvost, Tinel, Weissenbach, agrégés, médecins des hôpitaux ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Joannon, anciens internes des hôpitaux. — Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1927 du 24 au 29 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Programme du cours. I. Chaque matin, dans un hôpital différent . 9 h. 1/2 à 11 h. Exercices pratiques au lit des malades ; 11 h. à 12 h. Démonstration pratique. Lundi 20 . M. Lian, hôp. Tenon ; mardi 25 ., M. Aubertin, hôp. de la Pitié ; mercredi 26, Pr Sergent, hôp. de la Charité ; jeudi 27 M. Fernet, hôp. St-Louis (service du Dr Lortat-Jacob) ; vendredi 28 : M. Gaston Durand, hôp. de la Pitié (service du Dr Enriquez) ; samedi 29 : M. Faroy, hôp. de la Pitié.

II. L'après-midi, à l'hôpital de la Charité : 3 h. à 4 h. Démonstration pratique : service ou laboratoire du Pr Sergent ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : conférences cliniques, amphithéâtre de la clinique du Pr Sergent. La leçon de clôture du cours sera faite par le Pr Sergent. Lundi 24, 3 h. à 4 h. H. Durand (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, C. Lian (cœur, vaisseaux) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, Pruvost (app. respirat.) ; mardi 25, 3 h. à 4 h., 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Tinel (neurologie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, Chabrol (foie, nutrition) ; mercredi 26 3 h. à 4 h., Lian (cœur, vaisseaux) ; 4 h. 1/2 à 5 h. 1/4, Faroy (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 h., Abrami (pathologie génér.) ; 6 h. à 6 h. 1/2, Harvier (endocrinologie) ; jeudi 27, 3 h. à 4 h., 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Fernet (peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 h., Gaston Durand (intestin) ; 6 h. à 6 h. 1/2, Aubertin (sang) ; vendredi 28, 3 h. à 4 h. t Weissenbach (médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Joannon (hygiène) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, Duvoir (médecine légale) ; samedi 29, 3 h. à 4 h., 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Blechmann (pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, Pr Sergent

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi, 3 h. à 4 h.), les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 200 fr.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3, lundi, mercredi et vendredi, de 15 à 17 heures).

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

— Clinique médicale de l'hôpital Cochin. — *Cours de perfectionnement*, sous la direction de M. le professeur Lemierre et de MM. Abrami, Brulé et Pasteur Vallery-Radot, agrégés.

Premier cours. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée : Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin. — 2° Rétention azotée : Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel. — 3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, urée, albumine. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique. Les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

Deuxième cours. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Tubage duodénal. Ictères hémolytiques Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies. — 2° Insuffisance hépatique : Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon). — Syphilis, maladie hydatique, lèpre, peste, mycoses.

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilies pleurales.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Trans fusion du sang (1 leçon). — Indications et technique.

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 h., à la Clinique médicale de Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 17 octobre 1927 et seront terminés le 11 novembre 1927. Le droit d'inscription est fixé à 200 fr. pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

— Institut du radium (fondation Curie). — *Enseignement.* — M. A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 17 octobre, à 9 h. du matin, au dispensaire de la fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Lundi 17 octobre, L'énergie radiante. — Mardi 18 octobre. La découverte de Rœntgen. — Mercredi 19 octobre. Les propriétés du rayonnement de Rœntgen. — Jeudi 20 octobre. Les mesures du rayonnement de Rœntgen. — Vendredi 21 octobre. L'énergie électrique. — Samedi 22 octobre. Les mesures électriques.

Lundi 24 octobre. Les générateurs et les transformateurs. — Mardi 25 octobre. Les interrupteurs, les soupapes et les rhéostats. — Mercredi 26 octobre. Les dynamos et les courants alternatifs. — Jeudi 27 octobre. Les divers modes d'emploi des courants alternatifs. — Vendredi 28 octobre. Les ampoules de Rœntgen à air raréfié. — Samedi 29 octobre. Les ampoules de Rœntgen à vide.

Lundi 31 octobre. La technique de la radioscopie. — Mercredi 2 novembre. Les images de Rœntgen. — Jeudi 3 novembre. La technique de la radiographie. — Vendredi 4 novembre. Stéréoradioscopie, stéréoradiographie et cinéradiographie. — Samedi 5 novembre. Les bases biologiques de la rœntgenthérapie.

Lundi 7 novembre. Les bases physiques de la rœntgenthérapie. — Mardi 8 novembre. La technique générale de la rœntgenthérapie superficielle. — Mercredi 9 novembre. La technique générale de la rœntgenthérapie profonde. — Jeudi 10 novembre. La radioactivité et les substances radioactives. — Samedi 12 novembre. Les bases scientifique et les divers modes d'application de la curiethérapie.

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de MM. Solomon, Aimé, Paul Gibert, Proust et Blondeau ; le droit d'inscription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 24 octobre, est de 250 fr. et sera acquitté entre les mains de M. Solomon, chef du laboratoire.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

et comment il se faisait que je n'en fasse pas mention dans ma déclaration.

Est-il dans son droit, et ne suis-je pas libre de dépenser mon argent comme il me plaît ?

Il me semble que cela n'est plus du contrôle, mais de l'inquisition, car rien ne l'empêchera l'an prochain, de me demander ce que j'ai fait de l'argent gagné en 1927. Et ainsi de suite chaque année.

Dr Z.

Réponse.

Le contrôleur a le droit, d'après la loi, de vous demander des « éclaircisseements ». A notre avis, sa question n'est donc pas illégale, mais, dès que vous avez fourni une réponse, nous estimons qu'il ne saurait vous demander des « preuves » sans outrepasser ses droits.

C'est à lui qu'il appartient, le cas échéant, d'établir que vous n'avez pas déclaré, par exemple, les revenus des valeurs mobilières acquises en remploi du prix de vente de votre immeuble.

A. M.

2812. — Patente sur un local meublé.

Un confrère stomatologiste, non encore installé, est venu pour la saison, trois mois, à X. Il a loué, pour sa femme et lui, une maison meublée et, dans un autre quartier de la ville, une chambre dans laquelle il exerce l'art dentaire.

Le receveur de l'enregistrement lui a dit qu'il serait imposé sur l'ensemble de ses deux loyers.

Ne doit-il pas, logiquement, n'être imposé que sur son loyer professionnel ?

Au cas où, légalement, il pourrait être imposé sur l'ensemble, n'y aurait-il pas lieu de faire un abattement sur le prix du loyer d'habitation qui est, pour une maison meublée, plus élevé naturellement que s'il avait meublé lui-même, fourni draps, argenterie ?

Sur quels textes pourrait-il s'appuyer pour faire valoir ses droits en la circonstance ?

Dr X.

Réponse.

1° Le droit proportionnel de patente est basé sur la valeur locative totale des locaux professionnels et des locaux d'habitation. L'imposition établie dans les conditions indiquées par le contrôleur sera donc régulière.

2° Il est entendu que la valeur locative imposable est celle des locaux non garnis de meubles, en fait 30 à 50 % du prix de location effectivement payé en espèces.

2817. — Taxe de luxe sur une carrosserie d'ambulance.

J'ai acheté l'an dernier un vieux châssis Citroën, je l'ai fait revoir et ai fait mettre dessus une carrosserie de voiture d'ambulance avec un brancard amovible. Les contributions indirectes réclament à mon

carrossier la taxe de luxe (1.300 fr.) que celui-ci me réclame à son tour.

Or, je suis imposé comme tenant une maison de santé et considéré comme commerçant. Cette voiture d'ambulance ne sert qu'à mon commerce (puisque commerce il y a), et il me semble qu'elle ne peut être taxée comme voiture de luxe. A cela les contributions indirectes répondent : voiture pour transport de personnes : taxe de luxe. Faut-il payer ?

D[r] N.

Réponse.

La taxe de luxe est effectivement due par le carrossier, puisqu'il s'agit incontestablement d'une voiture destinée au transport des personnes, mais, légalement, la charge de cette taxe incombe au carrosssier qui ne peut vous la réclamer, sauf convention formelle.

A. M.

2492. — Restitution de contributions indirectes irrégulièrement perçues.

Possesseur d'une Zèbre, mod. 1920 dont la puissance de 8 HP révisée a été en 1922 ou 1924 portée à 6 HP, j'ai fait vers le 10 juin, une réclamation tendant d'une part à bénéficier de cette diminution à 6 HP ; d'autre part, à être remboursé des versements excédant mes parts contributives antérieures.

Ma demande est naturellement admise sur le premier point. Quant au remboursement demandé, on me fait connaître d'une part que les limites de la prescription sont de six mois ; d'autre part ma demande (quoique non datée) paraissant être du 10 au 12 juin, l'état de proposition ne pourra être présenté que pour un trimestre.

Auriez-vous l'obligeance de me faire savoir si je dois me contenter de ce remboursement du trop perçu d'un trimestre comme le laisse entendre cet énoncé peu compréhensible et si la prescription est bien limitée à six mois ?

Voudriez-vous aussi me préciser ce que je dois verser maintenant pour six chevaux (taxe entière), ne possédant plus les éléments de ce calcul ?

D[r] A.

Réponse.

La prescription en matière de restitution de contributions indirectes est, en effet, de six mois, mais, même présentée le 10 juin, votre demande devrait être satisfaite pour les deux trimestres payés postérieurement au 12 décembre.

La taxe, pour une voiture de 6 CV, se calcule comme suit :

Pour chacun des 5 premiers CV, , 72 francs,
soit : .... 360 fr.
plus : 90 francs pour le 6[e] CV.......... 90 fr.
Total par an .... 450 fr.

2836. — Impôts en cas de vente d'une automobile.

Le 22 août 1926, un de mes parents vendit à un habitant du canton voisin (c'est-à-dire dans une recette des Indirectes différente), son automobile 9 CV. Citroën et remit immédiatement à l'acquéreur carte grise et permis de circulation qui avait été payé par le vendeur pour le 3e trimestre 1926.

En octobre 1926, l'acquéreur ayant omis de faire le changement de permis de circulation à son nom, l'administration des Indirectes réclama à mon parent les droits du 4e trimestre, pensant qu'un arrangement entre vendeur et acquéreur interviendrait pour le remboursement. Mais lorsque le vendeur réclama à l'acquéreur la somme de 180 francs, celui-ci refusa ce remboursement. Après un échange de lettres sans résultat, l'affaire a été portée en justice de paix. Le juge de Paix a remis à quinzaine le prononcé de son jugement, demandant à l'acquéreur de lui fournir le texte de loi ou le règlement des Indirectes imposant à l'acquéreur et non au vendeur la déclaration de changement de propriété.

En conséquence pouvez-vous me donner les renseignements précis qui permettront au juge de paix de statuer ? Dr T.

Réponse.

Voici le texte de l'article 5 du décret du 21 décembre 1926 portant codification des textes législatifs concernant les automobiles :

Article 5. — Les droits sont exigibles par trimestre et d'avance.

Les intéressés ont toutefois la faculté de se libérer par an et d'avance.

Le permis de circulation prévu à l'article 1er cesse d'être valable si l'impôt afférent à la période en cours n'est pas acquité.

En cas de cession de la voiture, le permis doit être transféré par l'administration au nom du nouveau propriétaire, sur déclaration faite par celui-ci au bureau de la régie, le transfert n'apporte aucune modification à la durée de sa validité.

Le permis de circulation doit être renouvelé au cas de changement de domicile hors de la circonscription de la recette. Les droits sont dus jusqu'à déclaration de cession, souscrite à la recette buraliste, et dépôt du permis de circulation.

A. M.

2484. — Abattement pour charges de famille. Point de départ.

Pour les impôts sur les bénéfices des professions non commerciales et l'impôt général sur le revenu, j'ai droit à des réductions pour charges de famille.

Je suis marié et j'ai trois enfants mineurs.

L'aîné est un fils qui aura 21 ans cette année ; je lui ai acheté un fonds de commerce qu'il exploite depuis le 1er janvier 1927. En 1926, il a fait son service par



devancement d'appel et a été libéré en novembre 1926.

On refuse de le comprendre dans les charges de famille pour les impôts de 1926. Car le contrôleur me dit que seule entre en ligne de compte la situation de famille au 1er janvier 1927 et qu'à ce moment-là ce fils n'est plus à ma charge.

Dois-je m'incliner ? Cette prétention, injuste en fait, est-elle applicable en droit ?

Dr X.

Réponse.

D'après de nombreux arrêts du Conseil d'Etat, c'est en effet, la situation de famille au 1er janvier de l'année de l'imposition (1927) qui est susceptible d'être retenue pour le calcul des abattements et réductions d'impôt.

Mais à notre avis, ce n'est pas la journée entière du 1er janvier qui doit être envisagée, mais seulement l'instant où l'année de l'imposition (1927) commence et nous en concluons que doit rentrer en ligne de compte toute personne qui a été à la charge du contribuable pendant un laps de temps qui se soit terminé au plus tôt avec l'année précédant celle de l'imposition, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre inclus. Pour mieux vous faire saisir, nous estimons qu'une personne décédée le 31 décembre à 23 heures 59 ne pourrait donner droit à dégrèvement pour l'imposition au titre de 1927 sur les revenus de 1926, pas plus d'ailleurs, qu'un enfant né le 1er janvier à 0 heure une minute.

Par contre donneraient droit au dégrèvement la personne à charge décédée le 1er janvier 1927 à 0 heure une minute et l'enfant né le 26 décembre 1926 à 23 heures 59.

A. M.

2480. — Abattements pour charges de famille.

Je viens de recevoir ce matin une feuille d'impôt sur le revenu auquel je ne m'attendais pas et vous prie de me dire si je dois être imposé.

J'ai déclaré :

Recettes professionnelles	41.080 fr.
Dépenses professionnelles.......	27.468 fr.
Bénéfice net	13.432 fr.
Revenu net foncier...............	422 »
	327 »
	14.181 fr.
d'où je déduis mes impôts : 749 fr.	14.181 »
	749 »
	13.432 fr.

Je suis marié, père de deux enfants et l'on me taxe sur un bénéfice de 13.430 fr.

Je croyais que sur le bénéfice on retranchait :

7.000 fr. marié
2.000 fr. 1er enfant.
2.000 fr. 2e enfant.

11.000 fr.

Soit 14.430 — 11.000 = 2.430 fr. Dr T.

Réponse.

Il n'existe d'abattement en raison des charges de famille que pour l'impôt général sur le revenu. Ces abattements sont de 3.000 fr. pour le contribuable marié et de 3.000 fr. par enfant. Vous avez donc droit à 9.000 francs. Votre revenu global étant de 13.400 francs, vous n'êtes pas imposable puisque, déduction faite de ces abattements, votre revenu, soit : 4.400 francs est inférieur au minimum exonéré de 7.000 francs.

Mais pour l'impôt cédulaire des professions non commerciales, il n'existe aucune réduction en raison des charges de famille. Votre bénéfice étant de 13.400 francs, vous êtes régulièrement imposé et, dans le calcul de la cotisation, il a été tenu compte des 7.000 francs exonérés.

A. M.

Accidents et maladies professionnelles.

2738. — Maladies professionnelles non garanties.

Un de mes clients, employé dans une usine locale au rôdage des billes de bicyclettes et autres est atteint depuis un an de papillomes multiples des avant-bras avec dégénérescence épithéliomateuse sur l'un de ceux-ci. De l'avis d'un ancien chef de clinique à Saint-Louis, il n'est pas douteux qu'il s'agit là d'une maladie professionnelle contractée au contact des matières grasses (huiles lourdes employées pour le rôdage) et décrites pendant la guerre sous le nom de « maladies des tourneurs d'obus ».

Malgré une exérèse pratiquée voilà six mois et un traitement radiothérapique suivi depuis (épithéliome radio-résistant) une récidive nécessite une intervention extrêmement mutilante, sinon l'amputation.

Le certificat initial délivré par moi, il y a un an, a été refusé par la Compagnie d'assurance qui a prétendu, avec raison je crois, que cette maladie ne figurait pas dans la liste descriptive des accidents du travail, à cette date du moins.

Or on affirme à l'hôpital Saint-Louis que depuis deux mois, la maladie ci-dessus décrite fait partie des accidents du travail.

Je vous serais obligé de bien vouloir me dire si c'est exact et me donner, le cas échéant, les références nécessaires pour faire donner droit à cet ouvrier par son patron.

J'ai obtenu du Dr M., chirurgien des hôpitaux, un certificat où il est dit : « Il s'agit donc *indiscutablement* d'une maladie professionnelle caractérisée » et plus loin « il est juste que le dommage soit mis sous la responsabilité du dommage professionnel ».

Dr X.

Réponse.

Les seules maladies professionnelles qui soient actuellement assimilées aux accidents du travail sont des maladies provoquées par l'intoxication saturnine ou mercurielle.

Dans le cas que vous nous soumettez, aucune cause de ce genre ne peut être invoquée et c'est à bon droit, par conséquent, que l'assurance refuse de prendre à sa charge les frais nécessités par la maladie dont est atteint votre client.

Un décret du 19 février 1927 a bien obligé les docteurs en médecine à déclarer toutes les maladies ayant un caractère professionnel causées :

a) Par le plomb et ses composés ;

b) Par le mercure et ses composés ;

c) Par les hydrocarbures et leurs dérivés chlorés et nitrés, notamment le benzène, le tétrachlorétane, le tétrachlorure de carbone, l'éthylène perchloré, l'éthylène trichloré, l'éthylène dichloré, le chloroforme, l'éthane pentachloré, les nitrobenzènes ;

d) Par l'aniline et ses dérivés ;

e) Par le sulfure de carbone ;

f) Par les vapeurs nitreuses, le chlore et autres gaz chlorés, le brome, l'acide fluorhydrique, le gaz sulfureux, l'hydrogène sulfuré et le sulfhydrate d'ammoniaque, l'acide cyanhydrique, l'oxyde de carbone, l'oxychlorure de carbone (gaz phosgène), les formaldéhydes ;

g) Par le phosphore blanc et l'hydrogène phosphoré ;

h) Par l'hydrogène arsénié et autres composés de l'arsenic ;

i) Par l'action des brais, goudrons, huiles minérales, bitume, ciments, chaux et autres produits caustiques ;

j) Par l'action de l'acide chromique et des chromates alcalins ;

k) Par l'action des rayons X et des substances radioactives.

Mais il est bien spécifié dans le décret que la déclaration de ces maladies est prescrite, *en vue de l'extension éventuelle* de la législation sur les accidents du travail. Et jusqu'ici, cette extension n'a pas encore eu lieu.

2775. — Accident survenu en se rendant au travail.

Un ouvrier d'usine part de chez lui le matin pour se rendre à son travail. Pendant le trajet, fait à bicyclette, son frein casse dans une descente et il tombe. Le patron est-il responsable de l'accident ? La formule de la loi : par le fait ou *à l'occasion du travail*, est-elle assez large pour comprendre le cas. Dr G.

Réponse.

Il a été décidé à maintes reprises par la juris-

prudence que ne pouvaient être considérés comme accidents du travail les accidents dont l'ouvrier peut être victime pendant le trajet de son domicile au lieu de son travail et vice-versa.

Les motifs sur lesquels se fonde cette jurisprudence sont tirés du fait que, à ce moment, l'ouvrier n'est pas encore ou a cessé d'être placé sous l'autorité et la surveillance de son patron, condition essentielle pour qu'il y ait accident du travail.

Dans ces conditions, nous ne pensons pas que la loi sur les accidents du travail soit applicable dans l'espèce que vous nous soumettez.

2707. — Accident survenu à un facteur.

Un facteur auxiliaire des P. T. T. en faisant sa tournée à la campagne est victime d'un accident : chute, fracture de côtes, etc.

Je suis appelé par la famille à donner mes soins au blessé. Lorsque ce dernier a repris son service, l'administration des postes me fait réclamer ma note d'honoraires : jela donne globale et en appliquant le tarif syndical local.

L'administration me fait réclamer la note détaillée et d'après le tarif Breton.

Oui ou non, l'administration est-elle en droit de ne vouloir payer les soins donnés à son facteur auxiliaire que d'après le tarif Breton, ou bien doit-elle accepter le tarif syndical local.

Puis-je réclamer la différence au blessé lui-même ?

Dr S.

Réponse.

Il est exact qu'un facteur auxiliaire des P. T. T., qui ne bénéficie pas de la législation sur les pensions civiles, doit être considéré comme un employé au service d'une entreprise de transports et comme tel se trouve couvert par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'administration, dans l'espèce présente, offre de vous payer vos honoraires sur la base du tarif des accidents du travail et vous ne pouvez exiger d'elle rien de plus.

Mais, comme toujours en matière d'accidents du travail, vous conservez le droit soit de faire payer intégralement votre note au tarif syndical par le blessé, sauf à lui à se faire rembourser dans les limites du tarif des accidents du travail par son administration, soit d'accepter le règlement de l'administration et de demander au blessé un complément d'honoraires pour parfaire les honoraires dus en vertu du tarif syndical.

2569. — Délai de revision.

Je vous serais obligé de vouloir bien me faire savoir si un ouvrier, dont le certificat de guérison date du 19 mai 1923 (blessures du thorax) a le droit aujourd'hui de demander une pension.

Cet ouvrier a repris entièrement son travail le 19 mai 1923 et se plaint maintenant d'être gêné.

Dr C.

Réponse.

La demande en révision peut seulement être formée dans un délai de trois ans, à compter, suivant les cas, de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire, de l'accord passé devant le président du tribunal civil pour la fixation de la rente, ou de la décision judiciaire attributive de rente passée en force de chose jugée.

Dans le cas, d'espèce que vous nous soumettez la reprise du travail, sans incapacité permanente, a eu lieu le 19 mai 1923. Le délai de révision est donc expiré depuis le 19 mai 1926 et votre client ne peut plus maintenant demander aucune indemnité.

2985. — Revision après décès de la victime.

J'ai donné mes soins à un blessé du travail le 17 juillet 1924 :

Entorse grave tibio-tarsienne avec fracture du péroné. Quelques excoriations superficielles. Arthrite consécutive. Phlébite de la veine tibiale postérieure. Embolie pulmonaire localisée dans le lobe inférieur, côté droit avec crachats hémoptoïques, douleur violente, etc.

Consolidation le 27 mai 1925.

Le certificat de consolidation porte qu'il est resté à la suite de l'accident des douleurs assez vives et fréquentes dans le cou-de-pied droit, surtout si l'ouvrier veut forcer dans son travail.

Cou-de-pied légèrement augmenté de volume, œdème de la jambe.

En outre il se plaint de douleurs assez vives dans le côté droit du thorax, au niveau du siège de l'embolie. Pas de signes à l'auscultation.

Il a obtenu pour son incapacité permanente partielle une rente correspondant à une réduction de 12 p. 100 de sa capacité de travail.

Depuis la liquidation de cet accident, il s'est toujours plaint de son côté droit, siège de l'embolie.

Le 2 juillet dernier, en travaillant, il tombe mort dans la cour de la ferme où il travaillait.

Veuillez je vous prie me dire si on peut établir que cette mort est une conséquence de l'accident dont il a été victime ?

Si oui. Quelle serait la marche à suivre pour que sa veuve puisse obtenir la pension à laquelle elle aurait droit.

Dr B.

Réponse.

En vertu de l'article 19 de la loi sur les accidents du travail, la demande en révision de l'indemnité fondée sur le décès de la victime de l'accident causé par les conséquences de sa blessure, est ouverte pendant trois ans à compter

de l'accord intervenu devant le président entre les parties pour la fixation de la rente ou de la décision judiciaire attributive de rente passée en force de chose jugée.

Dans le cas d'espèce, le délai de révision n'est pas encore expiré et la veuve peut utilement agir pour demander une pension. C'est à elle qu'il appartiendra de démontrer que le décès est dû aux conséquences de l'accident. Pour cela elle pourra s'aider des constatations médicales qui ont pu être faites au moment du décès ou même demander une autopsie, en cas de besoin.

La demande en révision est introduite par simple déclaration au greffe du tribunal dans le ressort duquel l'accident s'est produit. Le président, saisi par cette déclaration, convoque les parties en conciliation, et à défaut de conciliation, les renvoie à l'audience. La procédure suit ensuite son cours normal.

Pour cette instance, la veuve bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire et un avocat lui sera désigné pour soutenir ses intérêts dès la tentative de conciliation.

Questions médico-militaires.

2735. — Hospitalisation d'un réformé.

Un jeune homme, classe 1924, ajourné en 23, 24, 26, classé service auxiliaire en 27, part rejoindre son corps le 14 mai 1927 ; le 31 mai 1927, il est réformé par la Commission de réforme du 32e C. A. pour sciatique. En réalité, ce jeune homme fait un début de coxalgie gauche. Quelle est la ligne de conduite à suivre pour le faire hospitaliser d'urgence aux frais de son Corps ? Le traitement doit -il être pris en compte par ce Corps ?

Dr B.

Réponse.

Etant réformé, ce jeune homme n'est plus militaire en activité et, dès lors, il ne peut plus être hospitalisé aux frais de l'Etat que si sa maladie est reconnue imputable au service. Une Commission de réforme seule peut faire en ce sens des propositions à l'approbation du Ministre.

Or, dans le cas particulier, cette imputabilité semble difficile à admettre, à moins de fatigues particulières subies, en raison de la faible durée de l'incorporation.

2689. — Recours contre le rejet d'une demande de pension.

Veuillez, je vous prie, me faire savoir à qui peut réclamer un blessé de guerre dont la commission vient de refuser la demande de pension. Y- a-t-il une Commission supérieure ?

Dr C.

Réponse.

Si l'intéressé est en possession de la notification du rejet de sa pension, que doit lui adresser le

ministre des pensions, il bénéficie d'un délai de six mois pour introduire une instance devant le tribunal des pensions. Pour cela, il envoie, sous lettre recommandée, une demande au greffe du tribunal civil dont il dépend et, sous ce pli, il demande séparément au président du tribunal des pensions le bénéfice de l'assistance judiciaire.

S'il n'est pas encore en possession de ce rejet, il peut, pour un recours gracieux, s'adresser au ministre des pensions, service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, Paris (7e).

L'humour d'un paysan belge.

Notre excellent confrère, le Dr E. Labat, de Grignols (Gironde) nous adresse l'entrefilet ci-après, découpé par lui dans le journal l'*Action catholique*, numéro du 20 août :

Un journal bruxellois raconte qu'un paysan flamand, ayant manqué son train et voulant rentrer chez lui, va trouver le garagiste voisin et lui demande ce qu'il lui prendrait pour le reconduire en auto : 27 francs, répond l'autre. Le bonhomme trouve le prix trop cher et s'en va.

Trois minutes après, il frappait chez un médecin de la ville et le suppliait de venir soigner sa femme très malade. Le médecin n'hésite pas ; il monte en auto, et les voilà partis.

A l'arrivée, la femme attendait, souriante sur sa porte. Le docteur s'en étonne et le client répond :

— Je savais bien que ma femme était en bonne santé ; mais au garage, on m'avait demandé 27 francs pour me ramener, et vous, docteur, vous ne demandez que 24 fr. par visite...

ANTHOLOGIE

Sur la catastrophe de Floride.

Sur ce siècle insensé souffle un vent de démence.....
L'Homme veut par lui-même être de tout le Roi,
S'ériger en devin, expliquer par la Science.....
Pauvre Science qu'encercle un front bien trop étroit !
Sur *Tout*, il veut régner s'efforçant de soumettre,
L'onde, l'air et le feu, les plaines et les bois.
Sous son faible pouvoir ; esclave il se croit maître
Et s'épuise à forger d'invariables lois !.....

....

Le Nature, colosse, a pitié du pygmée ;
Docile elle se prête, se donne, se prodigue ;
L'ambition du nain n'a plus alors de digues.....
Il la veut plus soumise, à jamais attachée
A son caprice instable, à son désir changeant
Si bien qu'il révoltât ces temps-ci le géant !

La ville frissonna soudain dans les ténèbres,
Les cieux s'illuminèrent de lueurs funèbres,
Et les flots déchaînés se lancèrent à l'assaut
De la ville endormie en monstrueux ressauts !
Les palais luxueux s'effondrèrent en grondant
Faisant aux grands seigneurs un tombeau de leurs (pierres,
Il ne resta plus d'eux qu'un amas tout croulant,
Mais le sinistre avait respecté les chaumières !

MONITO,
(de Cholet).

Quarante-neuvième année N° 37 11 Septembre 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2378-IV)

(Suite du Sommaire)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Annecy. J. Cons.
Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher, Servettaz.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Mainsat (Creuse). L. Genty.
Osséja (Pyr.-Or.). L. Cunnac.
Pau. Cornet. Sendral.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.). Lapy. Stef.
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. E. Charmot et E. Rozet (*cure hélio-marine*) L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier, Fouchou, Tridon.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Dinard. Badin.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Ile-de-Bréhat. Houdart.
Lacanau. Dubroca.
Nice. Dr Trutie de Vaucresson (*chir.*).
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Bagot. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Briac-St-Lunaire. Sineau.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le docteur CALMELS, de Marsac, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 508. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. dir.

No 509. — Côte-d'Azur, excell. client. en augment., 115.000 touchés en 1926, conviendr. à interne en chirurgie, très actif, parlant anglais. Maison confort. 11 p., loyer 4.000. Cession pressée.

No 510. — Import. spécial. pharmac. cherche doct. ou pharmac. pour la visite médic. Adress. curric etréf. à « Gros », 19, rue Richelieu, Paris.

No 511. — Banl. imméd., 15 min. gr. porte Paris, à céd. cause rais. de fam., poste méd. d'avenir, dans centre imp. de localité à popul. très dense. Pavill., chauff. cent., tph., électr., 2 jard., loy. 8.500. Faible indemn. Tous rens. sur place. Urg.

No 512. — Gr. ville sud-ouest, trait. et rééduc. des enf. anorm., toute malad. du syst. nerv. des enf., correc du bégaiem. et des tics. Vie de fam. chez doct.

No 513. — Méd. marié habit. quart. latin sur gr. boulev. prendr. en pens. jeune étud. Ecr. Dr Clinique, 6, rue Gît-de-Cœur (6e).

No 514. — Banl. Nord-Ouest, client. 32.000 touchés en 1926, plusieurs fixes, logem. 6 p., loyer 1.700 fr. Indemn. demandée 15.000.

N° 515. — Dem. cabin. consult. voies digest. à Paris, 2 ou 3 jours par semaine.

N° 516. — Centre. Je cherche occas. install. complète, rayons X Coolidge parf. état contrôlable et rayons U. V. Pressé.

N° 517. — Jeune fille termin. études second., sténodactylo, bonnes not. anglais et espagnol, désir. petit secrétar. quelques heures par jour, matin de préfér.

N° 518. — Jeune méd. anc. int. et sa femme désirent sous-louer une pièce de préf. non meublée, comme p. à t. ; à Paris. Ecr. Dr Ferey à Saint-Malo (Ille-et-Vil.).

N° 519. — Doct., libre octobre à mai, voyagerait. France, Angleterre, Espagne pour spécialité connue et sérieuse.

N° 520. — Plage tr. agréab. de Bretagne, poste seul méd., rapp. 32.000, en augment., possib. d'ajouter pharmac., grande et belle mais. av. pet. loyer. A céd. d'urg. contre faible indemn. S'adr. Cab. Breitel et Goret 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 521. — Rég. est. Ch.-lieu cant., client. rapp. 45.000 loyer 1.600, gr. maison très confort. Indemn. 20.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 522. — Pas-de-Calais. A céd. 2 clin. méd. génér. voies urin. bien situées, rapp. total 170.000, gros bénéfices. Prix 100.000 dont moit. compt., y compris toute l'install. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les Congrès.** — *Le IXe Congrès de la natalité* aura lieu à Toulouse du 29 septembre au 1er octobre 1927. Renseignements au Comité de la natalité, 24, rue du Mont-Thabor.

— **Les Journées médicales d'Egypte**, organisées par le Comité de la *Revue des maladies des pays chauds* et auxquelles adhèrent de nombreuses personnalités égyptiennes (qui donnèrent leur patronage et promirent leur collaboration), auront lieu du 15 au 24 décembre 1927 au Caire.

Le Comité a accepté d'envisager la proposition faite au nom du Gouvernement égyptien, il y a deux mois, de faire coïncider les Journées médicales avec le centenaire de l'hôpital Kasr-El-Aïni et est tout disposé à établir une relation étroite entre ces deux manifestations.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Gastro-entérologie.* — M. René Gaultier, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris, fera, du 3 octobre au 8 octobre, de 10 à 11 heures, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, une nouvelle série de démonstrations des techniques récentes en gastro-entérologie. Inscriptions à l'hôpital Saint-Antoine.

— **Cours de perfectionnement de prothèse dentaire.** — A l'occasion du prochain Congrès de stomatologie,

M. Marcel Darcissac, stomatologiste des hôpitaux, assisté de MM. Debras et Blanchot, prothésistes, commencera un cours pratique de perfectionnement, sur l'appareillage fonctionnel des édentés, suivant sa méthode physiologique. Droit : 500 fr. Pour renseignements, écrire à M. Darcissac, 44, rue de Moscou. Paris.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Internat et externat.* — Les concours d'internat et d'externat des hôpitaux de Lyon auront lieu le 19 septembre et le 10 octobre 1927.

— **La lutte contre la maladie du sommeil.** *Nomination de médecins.* — Le ministère des colonies a décidé la nomination de dix docteurs en médecine chargés de la lutte contre la maladie du sommeil en Afrique équatoriale. Durée du service : cinq ans. Solde : 28.000 à 32.000, plus supplément colonial de 9/10, et indemnités de 10.000 fr. après 2 ans et de 30.000 fr. après 5 ans.

— **Bordeaux.** *Inspection médicale des écoles.* — La municipalité de Bordeaux a voté la création d'un service d'inspection médicale des écoles de la ville comprenant 6 médecins inspecteurs, 4 oculistes, 4 oto-rhino-laryngologistes, 2 neurologistes, 2 dermatologistes, 2 orthopédistes et 3 dentistes.

— **Syndicat des médecins électrologistes et radiologistes.** — Le bureau du Syndicat nous communique la liste ci-après des médecins électro-radiologistes présents à Paris pendant les vacances :

Pendant tout le mois de septembre 1927. MM. Aimé, Aubourg, Cagninacci, Cassan, Chemin, Dariaux, Favre, Gibert, Mme Grunspan de Brancas, MM. Guilbert, Joly, Joulia, Laquerrière, Le Goff, Lepennetier, Lifschitz, Loubier, Mignon, Porcher, Portret, Quivy, Raoult-Deslongchamps, Thoyer-Rozat.

Du 15 *au* 30 *septembre* 1927. MM. David de Prades, Gilson, Schmitt.

A TRAVERS L'OFFICIEL

27 août.

Médecins de l'Administration des Contributions indirectes.

L'indemnité annuelle allouée aux deux médecins de l'administration des contributions indirectes est portée de 1.300 à 2.400 fr. à compter du 1er juillet 1927.

Lutte anticancéreuse.

M. le Dr Hoche a été nommé directeur du Centre régional de lutte contre le cancer de Lorraine, en remplacement de M. le professeur Vautrin, décédé.

28 *août*.

Enfants assistés.

Décret du 20 août 1927 modifiant le décret du 6 mars 1907, sur les enfants assistés en Algérie.

Art. 1er. — Les articles 13 et 18 du décret du 6 mars 1907 sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 13. — Les attributions du tuteur et du conseil de famille sont celles que détermine le code civil, réserve faite toutefois des fonctions conférées au trésorier général pour le département d'Alger et au payeur principal du chef-lieu pour les départements d'Oran et de Constantine, en ce qui concerne la gestion des deniers pupillaires.

Ces attributions comprennent, notamment, le droit de donner ou de refuser le consentement au mariage, à l'émancipation, à l'adoption, à l'engagement militaire.

Il n'est pas institué de subrogé-tuteur.

Dans le cas d'émancipation, le tuteur ou son délégué est seul tenu de comparaître devant le juge de paix.

L'acte d'émancipation est délivré sans frais.

Art. 18. — Toute remise de l'enfant à d'autres qu'à ses parents ou grands-parents, même quand il est confié en vue d'une adoption ultérieure, ne peut avoir lieu que sous réserve de la tutelle.

Art. 2. — Le ministre de l'intérieur et le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois* et au *Journal officiel* de l'Algérie.

Enseignement de la médecine.

Avis de concours pour un emploi de chef de travaux à l'école de médecine de Limoges.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 27 août 1927, un concours pour l'emploi de chef de travaux d'anatomie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges s'ouvrira au siège de ladite école le mercredi 30 novembre 1927.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

30 *août*.

Enseignement de la médecine.

Traitements du personnel enseignant.

Par décrets des 23 et 27 août, les traitements du personne enseignant des Facultés viennent d'être modifiés, à partir du 1er août 1926.

Ils sont ainsi fixés, suivant les classes :

A Paris :

Professeurs titulaires : 54.000, 48.000 et 42.000.

Chargés de cours complémentaires et maîtres de conférences titulaires : 42.000, 38.000 et 34.000.

Agrégés chargés d'enseignement et pérennisés : 34.000.

Agrégés chargés d'enseignement et non pérennisés : 26.000.

Agrégés non chargés d'enseignement : 17.000.

Chefs de travaux : 32.000, 30.000 et 28.000.

Préparateurs : 26.000, 23.600, 21.200, 18.800 et 16.400.

Préciput des doyens : 6.000.

Dans les départements :

Professeurs titulaires : 46.000, 42.000, 38.000 et 34.000.

Chargés de cours complémentaires et maîtres de conférences : 34.000, 32.000, 30.000 et 22.000.

Agrégés chargés d'enseignement et pérennisés : 28.000.

Agrégés chargés d'enseignement et non pérennisés : 24.000.

Agrégés non chargés d'enseignement : 12.000.

Chefs de travaux : 28.000, 26.000 et 24.000.

Préparateurs : 24.000, 22.000, 20.000, 18.000, 16.000 et 14.000.

Préciput des doyens : 5.000.

LES ASSURANCES SOCIALES

La loi sur les assurances sociales et les illégaux de la médecine.

A l'heure actuelle, beaucoup de personnes hésitent à faire venir le médecin, ou à aller le consulter, dès le début d'une affection qui semble devoir être bénigne.

On s'adresse d'abord au pharmacien ; on lui demande à la fois un conseil et un médicament. On écoute encore les avis d'une voisine ; on se précipite sur un livre de vulgarisation de médecine.

Puis, si l'on n'est pas soulagé, on se dirige vers une de ces nombreuses consultations gratuites, que donnent beaucoup de médecins, dans des hôpitaux, des dispensaires publics, ou privés.

En désespoir de cause, on va chez le médecin, ou chez l'empirique, lorsque ce dernier jouit, dans la région, d'une renommée, que bien peu de docteurs peuvent espérer atteindre.

Pourquoi donc ne va-t-on pas d'emblée chez l'homme de l'art ? C'est que le prix de la consultation, ou de la visite est encore élevé. Puis, on se retire avec une ordonnance, que le pharmacien n'exécutera pas aux prix d'avant-guerre.

Devant cette grosse somme à débourser, beaucoup de personnes de condition modeste hésitent

et font ce qu'elles peuvent, pour éviter les dépenses médico-pharmaceutiques.

Arrive l'application de la loi sur les assurances sociales. A juste titre, le législateur entend que les assurés sociaux puissent avoir recours aux lumières du praticien, dès le début d'une affection. Bien traitée, dès ses premières manifestations, une maladie pourra avorter, ou rester bénigne.

Aussi, l'article 4, § 7, décide-t-il que les frais de consultations, ou de visites médicales seront remboursés aux assurés, pour tout ou partie, à partir de la date du début de la maladie, ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale.

Puisque la visite du praticien, ou la consultation à son cabinet sera gratuite, ou presque, pour l'assuré, pourquoi se priver ? Il n'y aura plus de raison pour courir chez le pharmacien ou chez le rebouteur, d'autant que les médicaments ne pourront être remboursés que s'ils ont été régulièrement prescrits par une ordonnance médicale.

Le client s'adressera donc avec grande facilité chez le praticien diplômé, puisque ce dernier sera gratuit. Je ne parle bien entendu que des praticiens, qui exercent la médecine générale, car, ne l'oublions pas, si le malade a le libre choix absolu de son médecin (article 4, § 2), il doit néanmoins limiter son choix aux praticiens les plus rapprochés de sa demeure, lorsqu'il s'agit d'une visite à domicile et gardera à sa charge la différence entre les honoraires prévus au tarif de la responsabilité des caisses, et ceux qu'un spécialiste, par exemple, est en droit de réclamer (article 4, § 3).

Un autre motif, pour s'adresser au médecin, plutôt qu'à l'illégal, c'est que le contrôle, établi par les caisses (article 7) permettra à celles-ci de faire de justes remontrances aux malades qui risquent d'obérer les finances de la caisse en se faisant soigner par des illégaux.

Les syndicats de praticiens eux-mêmes auront le droit de faire des remontrances aux dirigeants des caisses, au cas où seraient tolérées les visites aux illégaux de tous ordres, par les malades assurés sociaux.

Aux syndicats médicaux de dresser la liste des médecins ayant le droit d'exercer ; aux syndicats de dentistes, de sages-femmes d'en faire autant.

De cette manière, les caisses seront renseignées de deux côtés différents : d'une part, elles auront les listes officielles, dressées par les soins de la préfecture, en vertu de l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892, indiquant quelles sont les personnes, qui sont titulaires d'un diplôme prévu par la dite loi et d'autre part, elles seront renseignées par les syndicaux médicaux, dentaires, ou de sages-femmes au cas où un diplômé d'univer

sité, par exemple, tenterait de se faire passer pour diplômé d'Etat.

Si les syndicats veulent s'en donner la peine, la loi sur les assurances sociales sera d'un grand secours pour combattre efficacement l'exercice illégal de la médecine.

Les contrats, ou conventions collectives passées entre caisses d'assurances et syndicats de praticiens, n'auront qu'à prévoir un article, aux termes duquel la caisse ne remboursera aux assurés que les honoraires versés à un diplômé, ayant le droit d'exercer la médecine, l'art dentaire, ou celui des accouchements, en vertu des dispositions de la loi du 30 novembre 1892.

De plus, l'article 5 prévoit que l'assuré malade n'a droit à son indemnité d'invalidité temporaire, à partir du sixième jour, que sur le vu d'un certificat médical. Les conventions collectives avec les caisses n'auront qu'à spécifier que les médecins auront le droit de se refuser à délivrer un certificat de maladie, lorsque le malade aura été, tout d'abord, en traitement auprès d'un illégal : celui-ci devra, par tous moyens de droit, supporter les conséquences de ses pratiques coupables, soit vis-à-vis du malade naïf, soit vis-à-vis de la caisse d'assurances.

Cherchons à retirer de la loi tous les maigres avantages qu'elle peut nous donner, souvent d'une manière bien indirecte et involontaire.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

2883. — Fracture du calcanéum.

Abonné du *Concours*, je demande à son service des renseignements de vouloir bien me dire par la voie du journal ou par lettre quel tarif dois-je demander pour un appareil plâtré de fracture du calcanéum chez un accidenté du travail.

Dr T.

Réponse.

Dans votre cas, il me semblerait équitable de demander 60 francs, par analogie avec la « fracture de la rotule non opérée » (article 18).

F. D.

II

2911. — Fractures chez de jeunes enfants.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner votre avis sur les honoraires que je dois prendre pour soins donnés aux trois petits blessés suivants :

a) Enfant de 9 mois : atteint de fracture du fémur droit, suite d'accident. J'ai appliqué un petit appareil à extension continue et n'ai eu aucune difficulté pour faire la réduction.

b) Enfant de 8 ans : atteint de fracture de jambe gauche sans déplacement, péroné non fracturé, le tibia seul étant fracturé incomplètement ; néanmoins impotence complète. J'ai appliqué deux attelles de soutien et la réduction a été très simple.

c) Enfant de 7 ans : atteint de fracture incomplète du radius gauche sans déplacement, au tiers inférieur, l'enfant se servant de son avant-bras, mais douleur manifeste au point fracturé. J'ai appliqué isolément deux petites attelles et ai fait une légère traction pour la réduction qui a été facile.

Ne pouvant appliquer, pour ces trois cas, le tarif des adultes qui me semblerait vraiment trop élevé, en raison du jeune âge des blessés, et de la facilité d'application des appareils et également des réductions, veuillez me donner votre tarif *très approximatif* que vous appliqueriez pour chacun de ces trois interventions.

Dr H.

Réponse.

Ce sont là autant de questions d'espèce à traiter (en se basant sur le tarif Fallières), suivant la difficulté technique de l'intervention.

a) La réduction d'une fracture du fémur chez un enfant de neuf mois, par appareil à traction continue, vaut bien les 150 francs notés au tarif pour une grande personne.

b) Dans cette fracture tibiale incomplète, avec déroné intact, je ne demanderais que 60 francs, par analogie avec la fracture d'un seul os de l'avant-bras.

c) Dans la fracture incomplète du radius, sans déplacement, ce qui ressemble plutôt à une sorte de « fêlure », si je puis dire, je ne demanderais plus qu'une trentaine de francs pour la pose de deux attelles.

Tout cela, bien entendu, au tarif minimum pour des gens de très modestes ressources. Il en serait autrement dans le cas où les gens seraient aisés, les honoraires devant se baser sur le service rendu, d'une part, et sur les possibilités pécuniaires des malades d'autre part.

F. D.

III

1° Le médecin le plus rapproché est celui le plus proche pouvant donner ses soins ;
2° Un blessé de main ne peut parfois se déplacer par suite du shock.

Membre du « Sou médical », je me permets de vous demander comment je pourrai établir une note d'honoraire pour un accident du travail. Voici les faits :

Je suis appelé le 21 janvier 1927 à 5 h. du matin à l'usine de l'O., à 3 *kilom. de S.*, mais dans la commune de P. pour donner mes soins à un sieur B. qui présentait une large plaie contuse de la main droite. Le revêtement cutané avait été presque en-

Voir la suite page XLVII-2425

PROPOS DU JOUR

Un nouveau projet de loi sur l'Inspection médicale des Ecoles.

Le projet que M. Herriot, ministre de l'Instruction publique, a communiqué à la dernière Assemblée générale de l'Union départementale des Délégations cantonales de la Seine.

Nous avons, il y a six ans, sous le titre irrespectueux *Le Vaudeville au Parlement* (1), conté les avatars des projets et propositions de loi, tendant à la création de l'inspection médicale des écoles primaires publiques et privées.

Ce fut le 26 juillet 1793 que Lakanal proposa cette création pour la première fois. Depuis, Robespierre, Marie-Joseph Chénier, Guizot, Orfila, Duruy, Jules Ferry, Brouardel, Vaillant, Léon Bourgeois s'y intéressèrent et sans pouvoir aboutir.

En 1904, M. Vaillant, député, reprit le projet et s'acharna à vouloir le faire voter. Il comptait sans la procédure parlementaire qui est le plus bel instrument d'obstruction qui existe pour les lois dont l'intérêt électoral des parlementaires n'exige pas le vote de toute urgence. En 1904, le projet de loi de l'inspection médicale passa du ministre de l'Intérieur au ministre de l'Instruction publique, qui l'adressa à la Commission de préservation de la tuberculose qui, à son tour, le soumit à la sous-commission des milieux collectifs. Nous étions déjà en 1905 : cette dernière sous-commission le renvoya à la sous-commission des voies et moyens pour en apprécier la dépense ; en novembre, le ministre, M. Bienvenu-Martin, calmait les impatiences de M. Vaillant. Le 2 avril 1906, M. Vaillant revenait à la charge. Le ministre d'alors, M. Briand, promettait d'intervenir. Même promesse ministérielle au même M. Vaillant, le 6 novembre 1907. Le 3 février 1908, le projet est communiqué au ministère des finances qui, le 1er septembre 1908, consulta à son sujet par circulaire les préfets pour savoir quelle sera la dépense par département. M. Vaillant interroge de nouveau le 30 octobre 1908 : le ministre attend toujours la réponse des préfets, qui arrive aux finances le 25 janvier 1909. M. Léon Bourgeois, qui a succédé à M. Vaillant, prie, le 25 novembre 1909, le ministre de hâter les études.

Le 23 mars 1910, l'accord étant fait au sujet de l'inspection médicale des écoles entre les ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et des Finances, le projet est déposé à la Chambre des Députés. Cette dernière le renvoie à la Commission de l'Enseignement et des Beaux-Arts qui charge M. F. Buisson du rapport. Ce dernier est transmis pour avis à la Commission d'hygiène, qui charge notre ami, le Dr Doisy, de rédiger l'avis, qui, sous la forme d'un remarquable mémoire, est annexé au procès-verbal de la Chambre du 30 juin 1911. La Commission d'hygiène n'étant pas satisfaite du projet de loi du Gouvernement, rédige, à la suite du mémoire du Dr Doisy, une proposition de loi nouvelle. Cette proposition est transmise à la Commission de l'Enseignement et des Beaux-Arts qui charge le Dr Gilbert-Laurent d'un nouveau rapport. Ce dernier donne lieu à son tour à une nouvelle proposition de loi présentée au nom de la Commission de l'Enseignement en 1913. Arrivent 1914 et la guerre. Puis, la paix est signée et nous voyons tout à coup surgir, comme annexe au procès-verbal de la séance de la Chambre des Députés du 29 juin 1921, le rapport et la proposition de loi de la Commission de l'Enseignement et des Beaux-Arts et c'est M. Gilbert-Laurent lui-même qui présente à ce sujet, le 4 juillet 1921, un avis au nom de la Commission d'hygiène. Cette proposition fit sans doute encore le tour des ministères, des commissions et des sous-commissions. La Chambre des Députés arriva en 1924 au terme de la législature. La nouvelle Chambre eut d'autres préoccupations économiques, politiques et autres. Bref, la proposition de loi sur l'inspection médicale tomba momentanément dans l'oubli.

Or, le 25 mai dernier, à l'Assemblée générale de l'Union départementale des Délégations cantonales de la Seine, M. Herriot, ministre de l'Instruction publique, qui présidait, a intercalé dans son discours un nouveau projet de loi sur l'Hygiène scolaire qu'il a soumis aux ministres intéressés et qu'il espère faire voter un jour par le Parlement. Nous allons reproduire le passage du discours de M. Herriot que nous empruntons au compte rendu de l'Assemblée générale qui a été publié il y a quelques semaines (1) :

(1) *Concours médical*, 4 sept. 1921, page 2431.

(1) Impr. Henri Richard, 3, rue Milton, Paris, 1927.

« Vous avez parlé, M. le professeur, de la nécessité d'organiser l'hygiène scolaire. Je suis convaincu comme vous que le moment est venu où il faut assurer l'hygiène dans l'école comme elle existe dans certaines villes. Dans la ville que j'ai l'honneur d'administrer depuis vingt-deux ans, presqu'un quart de siècle, je suis pas à pas les progrès du développement de l'école et j'ai pu prendre comme maire un certain nombre de décisions que je ne pourrais pas imposer aussi facilement comme ministre à l'ensemble de la France. Il m'arrive souvent de m'écrire à moi-même et de signer une lettre adressée par le maire de Lyon au ministre de l'Instruction publique ou par le ministre au maire de Lyon. Malheureusement, il n'est pas toujours facile au maire de Lyon de convaincre le ministre de l'Instruction publique et de lui faire exécuter pour l'ensemble du pays ce que le maire de Lyon a réalisé pour sa ville.

« Eh bien, j'ai préparé un projet de loi relatif à l'hygiène dans les écoles et je puis vous en donner la primeur. Bien entendu, il faudra l'étudier dans tous ses détails. J'ai assez l'esprit critique pour être persuadé que je n'ai pas fait du premier coup un chef-d'œuvre. En tout cas, ce projet répond aux préoccupations du professeur Renault. On pourrait même croire, en le lisant, que lorsque je l'ai écrit, j'avais déjà entendu sa conférence.

ARTICLE PREMIER. — Il est organisé, dans chaque département, suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service obligatoire d'inspection médicale des écoles dans les établissements d'instruction primaire publics.

« Voilà le principe.

ART. 2. — L'inspection médicale est placée sous l'autorité du préfet.

Le Conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 18 août 1871, sur l'organisation de l'inspection médicale scolaire. Il détermine notamment les circonscriptions médicales, le nombre des médecins-inspecteurs et des assistants. Ses décisions sont soumises à l'approbation du ministre de l'Instruction publique et du ministre chargé de l'Hygiène publique.

A défaut de délibération du Conseil général sur les objets prévus ci-dessus, ou en cas de suspension de la délibération en exécution de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à la création et à la règlementation du service par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

« Je fais appel à la liberté. Il y a tout intérêt à laisser au Conseil général le soin d'organiser lui-même le service. En présence d'un Conseil général qui ne voudrait pas appliquer la loi, le ministre interviendrait.

ART. 3. — L'inspection médicale scolaire est assurée sous la direction de l'inspecteur départemental d'hygiène et le contrôle des autorités académiques, par des médecins-inspecteurs, nommés dans des conditions fixées par le décret d'administration publique, prévu à l'article 11 de la présente loi, ne faisant pas de clientèle... (*Applaudissements.*)

« C'est ainsi que j'ai essayé de répondre aux préoccupations des médecins, telles que nous les exposait M. le professeur Renault...

...Et se consacrant uniquement à leurs fonctions publiques. Les médecins-inspecteurs peuvent être chargés, soit uniquement de l'inspection médicale des écoles, soit en même temps d'autres services départementaux ou communaux d'hygiène...

S'il s'agit d'un département où l'inspection médicale n'est pas suffisante pour légitimer la création d'un médecin-inspecteur, on chargera de ce service l'inspecteur des enfants assistés ou un fonctionnaire de l'ordre médical.

« Les médecins-inspecteurs chargés de l'inspection médicale scolaire sont inéligibles au Conseil général, au Conseil d'arrondissement ou au Conseil municipal à raison de leur rétribution sur le budget départemental ou communal.

ART. 4. — Des assistantes d'hygiène secondent les médecins-inspecteurs chargés de l'inspection médicale des écoles. Elles peuvent être chargées du service d'hygiène scolaire soit exclusivement, soit conjointement à d'autres services publics d'hygiène.

« S'il s'agit d'une petite ville où il y a un service d'hôpital bien organisé, il n'y a pas d'inconvénient à ce que la municipalité prenne des personnes déjà entraînées pour ce service.

...Sous le contrôle des autorités académiques, elles servent d'agent de liaison entre la municipalité, le directeur de l'école ou le médecin d'une part, et les familles d'autre part. Elles sont chargées, en particulier, d'assurer la transmission aux familles des indications données par les médecins-inspecteurs, de veiller à l'exécution de leurs prescriptions, d'assister le directeur de l'école dans la surveillance et la tenue des locaux, de procéder aux recherches et aux enquêtes portant sur la santé et l'hygiène des élèves, ainsi qu'aux pesées et mensurations.

ART. 5. — L'inspection médicale porte : 1° sur les locaux scolaires et sur le mobilier scolaire des internats et des externats; 2° sur les conditions d'hygiène des élèves et de leur état sanitaire. Le médecin-inspecteur contrôle l'observation des règlements concernant les soins de propreté, la durée du travail sédentaire, du repos, du sommeil, les exercices physiques ; 3° sur l'état de santé et les aptitudes physiques des élèves en vue de leur *orientation profes-*

sionnelle ; 4° sur les mesures hygiéniques spéciales relatives à la tuberculose et aux maladies contagieuses. Le médecin-inspecteur assure, avec l'aide des assistantes, l'exécution de toutes les prescriptions règlementaires qui tendent à mettre l'école à l'abri de ces maladies. Chaque fois que des cas de maladies contagieuses se manifestent dans un établissement scolaire, le médecin-inspecteur est immédiatement prévenu et propose, le cas échéant, les mesures à prendre par l'administration académique. Avis des constatations faites et des mesures à prendre ou prises est donné au médecin-inspecteur départemental et, en ce qui concerne la désinfection, au service départemental ou au bureau municipal d'hygiène ; 5° sur l'observation des conditions imposées au personnel des écoles, en matière d'hygiène, par les règlements.

« Je crois que cette disposition suffit. Nous avons introduit dans la loi des articles qui permettent de donner des congés à plein traitement allant jusqu'à cinq ans pour le professeur ou le maître atteint de tuberculose. Le médecin-inspecteur n'a qu'à signaler au ministre le maître qu'il estime dangereux pour ses élèves. Ce maître sera mis en congé.

ART. 6. — Les médecins-inspecteurs chargés de l'inspection médicale scolaire sont obligatoirement appelés à donner aux municipalités et aux autorités académiques leur avis sur les projets de constructions scolaires, le choix des emplacements, les plans et aménagements des locaux, le choix du mobilier.

Le médecin-inspecteur, accompagné du directeur, visite chaque école au moins une fois par an, et contrôle l'application des règlements concernant l'aération, le chauffage, l'éclairage, le nettoyage. Il adresse ensuite à l'inspecteur d'académie un compte rendu de sa visite et signale les améliorations à réaliser dans les locaux, le mobilier ou le matériel scolaire. L'inspecteur primaire, et le délégué cantonal seront convoqués à cette visite...

« J'ai répondu par avance à votre préoccupation en mettant l'inspecteur primaire et le délégué cantonal pour ainsi dire au premier plan.

...En fin d'année scolaire, l'inspection médicale scolaire établit ou met à jour le casier sanitaire de chaque établissement et adresse un rapport d'ensemble au préfet.

ART. 7. — Sans jamais se substituer au médecin traitant, le médecin-inspecteur, accompagné du directeur de l'école, procède, au moins une fois par an, et aux époques fixées par les règlements, à un examen médical individuel des élèves, auquel les parents sont invités à assister. En cours d'année, les enfants nouvellement admis et ceux qui paraissent devoir être soumis à un nouvel examen sont présentés au médecin-inspecteur. L'examen médical doit porter sur l'état général de l'enfant (voies respiratoires, système osseux et locomoteur, organes de la vue et de l'ouïe, dentition, cuir chevelu, etc.).

Le médecin-inspecteur indique, le cas échéant, aux autorités scolaires les mesures qui lui paraissent nécessaires et, s'il estime désirable un traitement médical, il avertit les familles en les invitant à s'adresser à un médecin de leur choix. Il consigne les résultats de son examen sur un carnet sanitaire individuel dont il a seul la garde et la responsabilité.

« Voilà la réponse à l'objection qui est faite par les médecins syndiqués ou associés qui prétendent qu'on va leur retirer la clientèle. Pas du tout.

« Le médecin-inspecteur dit : voilà un enfant qui est atteint d'une maladie pédiculaire généralisée. Entre parenthèses, c'est une honte pour notre pays de rencontrer encore de ces cas. Il est impossible de tolérer chez nous une pareille maladie. S'il s'agit d'un traitement, le médecin-inspecteur fait prévenir la famille et c'est à elle à intervenir : si la famille n'intervient pas, c'est aux autorités municipales à faire respecter les règlements.

« L'article 7 répond également à l'objection qui a été faite au sujet de la violation du secret professionnel, C'est, en effet, le médecin-inspecteur qui seul a la garde et la responsabilité des fiches médicales. Le secret professionnel n'est pas violé. Le médecin-inspecteur n'y manque pas.

Dans la ville que j'administre, il y a une maternité où j'accueille toutes les femmes en instance de maternité quelle que soit leur nationalité et sans vouloir même savoir leur nom. Cependant, comme il est nécessaire, en cas de décès ou d'incident judiciaire, de reconnaître le nom de ces femmes, le médecin traitant reçoit leurs confidences et se fait donner nom et nationalité. Jamais il n'y a eu d'atteinte au secret professionnel.

ART. 8. — Il est établi pour chaque élève une fiche contenant : les renseignements d'ordre médical donnés par les familles, l'indication semestrielle du poids et de la taille, l'acuité visuelle et l'acuité auditive, les notes pédagogiques relatives à la fréquentation, à la conduite, à la mémoire, aux progrès, etc.

Les fiches sont confiées aux médecins-inspecteurs et aux assistantes scolaires, qui en ont la responsabilité, les tiennent à jour, et procèdent aux pesées, mensurations et examens nécessaires.

Communication de la fiche est donnée aux familles sur leur demande.

En cas de départ d'un élève pour une autre école, la fiche de cet élève et, le cas échéant, le carnet sanitaire médical sont adressés au médecin-inspecteur de la nouvelle école. Au terme de la scolarité, lorsque l'enfant quitte définitivement l'école, la fiche est remise à la famille.

ART. 9. — Les dépenses nécessitées par l'application de la présente loi sont obligatoires, et sont supportées par les communes, les départements et l'Etat, dans les conditions fixées aux articles 27, 28 et 29

◆◆

de la loi du 13 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Les dépenses à la charge de l'Etat seront inscrites au budget du Ministère chargé de l'hygiène publique. Les dépenses à la charge des départements seront inscrites au chapitre du budget relatif à la protection de la santé publique.

« Vous voyez que sauf examen des détails, j'ai essayé en préparant ce projet de loi, de répondre à une de vos préoccupations.

« Ce texte est soumis à l'examen du ministre de l'hygiène et à l'examen du ministre des Finances, car il comporte des dépenses. J'espère que malgré les difficultés budgétaires, j'obtiendrai l'assentiment de M. le Président du Conseil, ministre des Finances.

« Le projet vous intéresse : lisez-le, étudiez-le, critiquez-le, mais encore une fois, j'espère que vous me saurez gré de vous avoir apporté un texte au lieu de vagues déclarations (*Applaudissements.*) »

Nous livrons aux méditations de nos lecteurs ce nouveau projet de M. Herriot. L'on ne saurait discuter la compétence en la matière du ministre actuel de l'Instruction publique, car il a organisé comme maire de Lyon l'inspection médicale des écoles de cette ville qui fonctionne régulièrement depuis une vingtaine d'années.

Nous nous permettrons de faire remarquer que la Législature présente est bien avancée pour permettre à M. Herriot d'espérer le vote prochain de son projet de loi qui a quelques chances de partager le sort des projets et des propositions dont nous venons de résumer les pérégrinations. C'est égal, ne pas pouvoir faire aboutir en 24 ans, à la seule Chambre des Députés, un projet de loi reconnu utile depuis 134 ans, n'est-ce pas la démonstration manifeste de l'incapacité de notre organisation parlementaire ? Et dire qu'il est des gens qui accusent nos Députés de voter les lois à la hâte et sans études suffisantes ! Ce ne sera certes pas le cas pour la loi sur la création de l'inspection médicale des écoles primaires publiques et privées.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

MORPHOLOGIE CLINIQUE

Les côtes flottantes,

Par le Dr Dubreuil-Chambardel (de Tours).

Nous comptons finir dans cet article, l'étude de la morphologie clinique du thorax. Nous avons montré les dispositions anormales que peuvent présenter le tégument thoracique, les muscles, les vaisseaux, le squelette rachidien, le squelette sternal, le squelette costal, et nous avons fait voir les conséquences que de telles variations peuvent avoir au point de vue pathologique ou physiologique.

Nous parlerons dans les lignes suivantes des variations de la partie inférieure du thorax, des côtes flottantes, en insistant plus spécialement sur les dispositions variables de la XIIe côte.

Les côtes flottantes.

Les dernières côtes peuvent présenter des variations très importantes suivant qu'elles restent indépendantes des côtes voisines et deviennent libres ou flottantes, ou suivant qu'elles s'unissent entre elles par leurs cartilages en une formation complexe.

Geraldino Brites dans son consciencieux travail sur les *variations des côtes chez l'homme* distingue les côtes en quatre catégories :

1° Celles dont le cartilage est confondu ou *fixé* avec le cartilage de la côte supérieure ;

2° Celles dont le cartilage est *juxtaposé* sur une étendue plus ou moins grande au bord du cartilage sus-jacent, avec union fibreuse ;

3° Celles dont le cartilage est simplement en *contact* avec le cartilage sus-jacent, sans union fibreuse ;

4° Celles dont le cartilage reste à *distance* du cartilage sus-jacent, cette distance pouvant atteindre jusqu'à 4 centimètres. C'est la *côte flottante*.

Voici les chiffres de la statistique de Brites :

	VIIIe côte	IXe côte	Xe côte
Extrémité fixée.....	97.3 %	35.2 %	7.0 %
Extrémité juxtaposée..............	1.3 %	5.7 %	1.6 %
Extrémité en contact	0.8 %	53.5 %	41.1 %
Extrémité à distance.	—	5.0 %	50.3 %

Comme on le voit par ces chiffres, la dixième côte, dans la moitié des cas, est indépendante de la neuvième et est flottante.

La neuvième côte, elle aussi, présente dans nombre de cas ce même caractère.

Il peut donc y avoir à la fois quatre côtes flottantes et c'est là une disposition qui ne manque pas d'intérêt.

Les côtes, indépendantes les unes des autres, donnent absolument, quand on les palpe, l'impression de touches de piano. On reconnaît parfaitement leur extrémité antérieure libre dans l'épaisseur des muscles abdominaux. Le rebord chondral est plus court. La palpation du foie et de la vésicule biliaire est rendue plus facile.

Au point de vue physiologique , on remarque pendant les mouvements respiratoires quelques particularités. C'est ainsi que les sujets masculins ou féminins qui ont une telle formation costale, on t généralement un type respiratoire supérieur, et dilatent moins leur thorax inférieur.

D'ailleurs, dans ces cas, les côtes flottantes sont ordinairement moins longues que les côtes normales et le thorax s'évase très nettement à sa partie inférieure. Les côtes plus souples et plus mobiles obéissent plus facilement aussi aux compressions extérieures en particulier aux compressions vestimentaires (ceintures, corsets, tricots).

Nous avons observé aussi que ces côtes peuvent s'écarter en dehors sous l'influence de pression des organes abdominaux, dans les cas de météorisme, d'ascite ou de grossesse. On reconnaît alors la voussure latérale de ces éléments costaux qui forment comme des ailerons et dont l'extrémité antérieure fait saillie sous la peau. Les espaces intercostaux qui les séparent augmentent de hauteur. On a, dans ces cas, l'aspect du ventre de batracien.

Toutes ces modifications du thorax inférieur dues à la présence de côtes flottantes sont donc importantes quand on fait l'examen des organes pulmonaires ou abdominaux.

Une anomalie contraire et beau coup plus rare peut se rencontrer aux deux dernières côtes. Celles-ci, qui normalement sont flottantes, peuvent cesser de l'être.

La onzième côte présente souvent à son extrémité antérieure un petit cartilage de quelques millimètres de long. Ce cartilage peut entrer en contact avec celui de la dixième côte. Je l'ai vu dans quelques cas se juxtaposer et s'unir par des trousseaux fibreux. La onzième côte cesse d'être flottante.

De même la douzième côte, lorsqu'elle est très longue, est terminée par un cartilage effilé. Ce cartilage peut entrer en contact ou se juxtaposer avec celui de la onzième côte. La douzième côte a alors perdu toute liberté.

Dans ces cas, d'ailleurs exceptionnels, où il n'existe pas de côte flottante, un plastron chondral unique rattache au sternum tout l'ensemble du système costal.

Les sujets porteurs de cette disposition ont un thorax inférieur élargi et le type respiratoire est surtout diaphragmatique. Les surfaces d'insertion qui sont ainsi offertes par les côtes inférieures exceptionnellement longues, aux muscles thoraciques et abdominaux, et au diaphragme, sont plus grandes qu'à l'état normal, et on constate le parfait développement que prennent les muscles grand-dentelé et obliques.

La longueur de la XIIe côte.

De toutes les côtes, la douzième est la plus variable. Or, elle se trouve placée à la limite du thorax et de l'abdomen, en rapport avec des organes importants comme le rein ; sa valeur topographique est donc grande. L'étude de ses variations est utile.

Sa longueur peut être réduite à des dimensions fort minimes. G. Brites cite un cas où elle mesurait 0 cent. 3 du côté droit et 0 cent. 5 du côté gauche. Nous avons rencontré un sujet où les dimensions de cette côte mesurait un cent. à droite et 0 cent. 3 à gauche etprésentait son articulation régulière.

Lorsque cette côte est ainsi réduite, elle peut passer inaperçue à un examen clinique et même à un examen radiographique ; ce petit élément peut se perdre quand on montre un squelette. C'est dans ces cas qu'on a pu dire que la côte était absente et certains auteurs, ont prétendu que cette absence était fréquente. Il y a là, une confusion que G. Brites a corrigée. Cet anatomiste portugais n'a constaté qu'une fois l'absence vraie de la douzième côte sur un total de 411 autopsies.

Cependant Legendre a noté que lorsque cette côte est ainsi réduite, elle pouvait se souder à la douzième vertèbre thoracique, prenant l'aspect d'une apophyse costiforme. On prendrait facilement, dans ces cas, cette dernière vertèbre thoracique pour une vertèbre lombaire dont elle présente certains caractères. Et il faut un examen attentif pour éviter toute erreur. C'est, dans des cas de cette sorte qu'on a parlé de thorax avec onze paires de côtes, compensé par un rachis lombaire à six éléments, et on a considéré comme commune la formule vertébrale : L. 7 ; Th. 11 ; L. 6 ; S. 5 ; Cx : 4.

En dehors de ces cas de réduction extrême de la douzième côte, celle-ci peut présenter deux types morphologiques très différents :

Un type *court* ;

Un type *long*.

Une côte est courte lorsqu'elle a moins de six centimètres. Elle se présente sous l'aspect d'une lame aplatie, droite, sans courbure, à direction

horizontale et venant s'inscrire dans l'angle que la onzième côte forme avec le rachis. Elle n'est pas prolongée par un cartilage.

Une côte est longue lorsqu'elle a plus de six centimètres ; elle peut atteindre jusqu'à quatorze et même seize centimètres. Elle se présente sous la forme d'une lame rubannée offrant une courbure d'enroulement et une courbure de torsion à peine indiquées ; sa direction est oblique en bas et en avant ; son trajet est parallèle à celui de la XIe côte et il existe un espace intercostal de constitution régulière. Quand elle est très longue, son extrémité donne attache à un cartilage effilé. Dans quelques cas, ce cartilage peut entrer en contact et se juxtaposer avec union fibreuse avec un cartilage analogue de la onzième côte.

Quelle est la fréquence respective de ces deux types ?

Récamier admettait que le type court se rencontrait une fois sur cinq sujets. Notre statistique nous donne les chiffres suivants :

Sur 100 rachis on observe :

30 fois le type court ;

70 fois le type long.

Peut-être existe-t-il des variations ethniques. Chez les races nègres, par exemple, la douzième côte nous a paru plus souvent du type court que chez les races blanches. C'est une question à revoir, mais qui est importante et qui permettrait de bien établir la cause des différences morphologiques de la région lombaire suivant les races.

Les variations de la XIIe côte entraînent nécessairement des modifications notables dans la topographie de cette région lombo-diaphragmatique.

D'abord elles déterminent des changements dans les insertions des muscles thoraco-abdominaux.

Le muscle grand dentelé ne prend pas d'ordinaire d'insertion sur les deux dernières côtes. Cependant dans quelques cas relatifs à des XIIe côtes d'une longueur exceptionnelle, nous avons vu ce muscle donner une digitation supplémentaire pour chacun des deux éléments costaux.

Quand la XIIe côte est courte, le muscle diaphragme prend une insertion seulement à son extrémité et saute, en formant arcade de cette extrémité à la onzième côte : même nous avons noté quelquefois l'absence de toute insertion diaphragmatique sur cette XIIe côte. Quand la côte est longue, le muscle diaphragme s'y attache sur une grande étendue. On conçoit les conséquences que de telles modifications apportent dans la topographie du sinus costo-diaphragmatique. Nous en parlerons plus loin.

Quand la XIIe côte est courte, le muscle grand oblique, le muscle petit dentelé postérieur et inférieur, le muscle petit oblique peuvent n'y pas prendre d'insertion.

Quand la côte est courte, le muscle carré des lombes peut étendre l'insertion de ses faisceaux les plus externes jusque sur la XIe côte.

Le LIGAMENT LOMBO-COSTAL est une formation fibreuse et résistante qui fait partie du système aponévrotique du muscle transverse. Il comble l'angle costo-vertébral, et s'étend du sommet des deux premiers costoïdes lombaires, jusqu'au bord inférieur de la XIIe côte quand elle est longue, jusqu'à la XIe quand la XIIe est courte.

Il est formé, si nous suivons la description de Grégoire, de deux faisceaux distincts en dedans, se confondant en dehors. Le faisceau qui s'attache au second costoïde lombaire est le plus volumineux, il se fixe au sommet du costoïde par des trousseaux fibreux denses qui, bientôt s'étalent en éventail. Les faisceaux supérieurs se portent en dehors et un peu en haut et viennent prendre insertion au bord inférieur de la XIIe côte. Le faisceau inférieur, plus net encore et plus épais, forme un bord tranchant oblique en haut et en dehors. Suivant que la XIIe côte est longue ou courte, il s'attache soit à l'extrémité de cette côte, soit sur le bord inférieur de la onzième.

Le faisceau s'insérant sur le premier costoïde lombaire est moins résistant que le précédent ; il se fixe à l'extrémité de ce costoïde, s'étale en éventail et atteint le bord de la XIIe côte où il s'insère en renforçant la faisceau précédent.

Toutes ces diverses variations musculaires troublent la constitution anatomique de cette région, et le dynamisme physiologique.

Mais les rapports de la XIIe côte varieront beaucoup suivant sa longueur, d'une part avec le cul-de-sac pleural, d'autre part avec le rein.

Récamier note avec soin que lorsque la côte est courte, elle est tout entière en rapport avec la séreuse pleurale, et le sinus costo-diaphragmatique, quel que soit le point de la côte où on le considère, se trouve toujours situé au-dessous d'elle en pleines parties molles. Si la côte est longue, sa face interne est tapissée par la plèvre jusqu'à six ou sept centimètres de la tête, c'est-à-dire dans sa moitié interne, toute la pointe est extrapleurale.

Les figures de Farabeuf représentant les rapports de la face postérieure du rein avec la XIIe côte sont classiques et ont été reproduites dans quantité d'ouvrages. Elles montrent que lorsque la côte est courte, elle est en rapport transversalement avec le tiers supérieur du rein et que lorsqu'elle est longue, elle forme écharpe sur toute la face postérieure dont elle dépasse le bord externe.

Le rein repose dans la fosse lombo-diaphragmatique. La XIIe côte divise cette fosse en deux portions : une portion lombaire, une portion diaphragmatique. Suivant la longueur et la direction de la côte, les limites de ces deux portions peuvent varier sensiblement.

L'ESPACE DE GRYNFELTT se trouve fort modi-

fié suivant que la XIIe côte est longue ou courte. On sait que sous ce nom, on désigne, en anatomie topographique, un des points faibles de la paroi abdominale. Cet espace est généralement de forme quadrilatère, bordé en haut et en dedans par le muscle petit dentelé postérieur et inférieur, en dedans par le bord externe des muscles spinaux, parfois par le muscle carré des lombes, en dehors et en bas par le bord postérieur du muscle petit oblique, en dehors et en haut par la XIIe côte lorsque celle-ci est longue.

Mais lorsque la XIIe côte est courte, l'aire de l'espace de Grynfeltt va être modifiée. En haut et en dehors, l'espace sera reporté jusqu'à la XIe côte ; en haut et en dedans, il va manquer le faisceau du muscle petit dentelé qui, régulièrement s'insère sur cette côte ; en bas et en dehors, manqueront les faisceaux les plus internes du muscle petit oblique. Ainsi l'aire est singulièrement augmentée.

La forme de l'espace sera aussi modifiée. Elle sera triangulaire lorsque les bords en regard du petit oblique et du petit dentelé convergent l'un vers l'autre au niveau de la XIIe côte longue ; elle sera quadrangulaire lorsque les faisceaux de ces muscles s'insérant sur la XIIe côte feront défaut et que les deux muscles resteront ainsi à distance l'un de l'autre.

Dans ce dernier cas, la résistance des parois de cette région est diminuée, et par l'espace de Grynfeltt ainsi agrandi peuvent faire saillie à l'extérieur, les abcès périnéphrétiques et aussi les hernies lombaires. La moitié externe de l'espace est mal protégée et, à ce niveau ; le tendon du muscle transverse et celui du grand dorsal, séparent seul de la peau, le contenu de l'abdomen.

Tous ces détails ont un grand intérêt chirurgical et doivent être bien connus quand on fait un examen de cette région.

On voit quelles peuvent être les conséquences anatomiques et physiologiques de la variation par réduction de longueur de la XIIe côte. On peut dire qu'une côte ainsi réduite affaiblit la région, d'abord par l'absence des faisceaux musculaires qui s'y insèrent à l'habitude ; puis, par la protection moindre des organes voisins.

Aussi sont-ce là des données qui ont un intérêt pratique considérable.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Cancer de l'œsophage.

D'après une leçon du professeur DELBET (1).

Ce malade, âgé de 65 ans, est entré dans le service pour des troubles de la déglutition. Depuis quelques mois, il avait du dégoût pour la nourriture et ne pouvait absorber que du lait ; tous les aliments solides, même les œufs frais, étant rejetés immédiatement après l'ingestion ; il a maigri considérablement, perdant dix kilos en l'espace de deux mois. Actuellement, il rejette tous les aliments par régurgitation, même le lait ; il ne peut absorber qu'un peu d'eau. La salivation est très abondante. On a constaté du melæna occulte par la réaction de Meyer.

Cette histoire est classique dans sa simplicité. Lorsque surviennent des troubles progressifs de la déglutition, augmentant régulièrement, sans à-coups, sans crises de spasme, chez un individu n'ayant subi aucun traumatisme œsophagien, on doit penser au diagnostic de néoplasme de l'œsophage.

On peut voir des troubles de la déglutition à la suite de traumatismes œsophagiens, par exemple chez les bateleurs, les avaleurs de sabre ; dans la majorité des cas, les rétrécissements de l'œsophage sont consécutifs à la déglutition de substances caustiques, acides ou basiques, par exemple chez les manipulateurs des pharmacies. Les accidents consécutifs peuvent être divisés en deux catégories. Dans un certain nombre de cas, après une phase de dysphagie aiguë très douloureuse, il se produit une période de calme pendant laquelle le malade avale d'une manière à peu près normale, puis, dans un deuxième temps, qui peut survenir plusieurs semaines ou plusieurs mois après, mais jamais à un très grand intervalle, on voit des phénomènes de dysphagie progressive. Dans ce cas, il s'agit d'un rétrécissement dit inflammatoire. Il faut opposer complètement ces rétrécissements aux rétrécissements cicatriciels.

Quelquefois, la lésion a été gravement destructrice (déglutition d'une substance caustique) ; il n'y a plus seulement une œsophagite, mais une portion de la muqueuse œsophagienne doit s'éliminer. Dans ce cas, il n'y a pas d'intervalle libre entre la première période de dysphagie post-traumatique et le rétrécissement définitif. On dit que le rétrécissement est cicatriciel, c'est-à-dire constitue une véritable cicatrice qui vient réparer la perte de substance due à l'élimination d'une portion de la muqueuse œsophagienne.

Il y a lieu d'insister sur cette distinction, parce que le pronostic est tout à fait différent. Les rétrécissements inflammatoires sont souples, faci-

(1) Leçon faite le 28 avril 1927 à l'hôpital Cochin, recueillie par le Dr LAPORTE.

les à dilater : on en triomphe aisément par le cathétérisme. On fait généralement la dilatation, à l'heure actuelle, avec les sondes de Bouchard. Ce n'est pas la guérison définitive. Ces rétrécissements inflammatoires ont toujours tendance à se reproduire ; aussi faut-il prolonger la dilatation pendant des semaines, des mois, des années.

Au contraire, les rétrécissements cicatriciels sont serrés, inextensibles, généralement désaxés, d'où il résulte que le cathétérisme en peut être extrêmement difficile, et même, dans certains cas, impossible. Même lorsqu'il est possible, la dilatation est extrêmement difficile à réaliser. Le rétrécissement inflammatoire est, en somme, curable ; le rétrécissement cicatriciel est presque toujours incurable. Pratiquement, on se trouve en présence de deux cas absolument différents. Le cathétérisme est possible, ou bien il est impossible. Le simple cathétérisme ne suffit jamais à obtenir la dilatation d'un rétrécissement cicatriciel. Dans ces cas (si le cathétérisme est possible), il y a deux grandes méthodes : l'œsophagotomie interne, d'une part, et, d'autre part, l'électrolyse.

L'œsophagotomie interne se pratique avec des instruments plus ou moins calqués sur l'uréthrotome de Maisonneuve.

La section totale du rétrécissement est dangereuse, aussi se borne-t-on à faire de simples scarifications en plusieurs points, sans aller profondément. L'électrolyse avec les courants de haute fréquence semble susceptible de donner des résultats. C'est donc par là qu'il faut commencer, lorsqu'un rétrécissement cicatriciel est franchissable.

Quand un rétrécissement cicatriciel est infranchissable, et qu'en raison de l'impossibilité de s'alimenter, de la dénutrition rapide, le malade est en danger, et qu'il faut faire quelque chose, on peut et on doit faire une gastrostomie, pour injecter directement les aliments dans l'estomac ; mais il faut profiter de cette intervention pour faire d'autres tentatives visant à franchir le rétrécissement. Il y en a deux variétés. On peut faire déglutir au malade un fil armé de grains de plomb et, si ce fil a passé par l'orifice de la gastrostomie, on le fixe avec un petit crochet mousse et on réunit les deux bouts ; on se servira de ce fil pour pratiquer la dilatation œsophagienne.

L'autre procédé consiste à faire, au cours de la gastrostomie, un cathétérisme rétrograde de l'œsophage, et il arrive que des cathétérismes qui ont été impossibles par la voie normale, de la bouche vers l'estomac, soient assez faciles en sens inverse, par la voie rétrograde, de l'estomac vers la bouche.

Etant donné l'âge de ce malade, le caractère régulièrement progressif des troubles de la déglutition, on peut, sans la moindre hésitation, faire le diagnostic d'épithélioma de l'œsophage. M. Guisez, qui s'est spécialisé dans les œsophagoscopies, déclare que, dans certains cas où le diagnostic d'épithélioma de l'œsophage avait été porté, l'examen œsophagoscopique a montré qu'en réalité, il n'y avait pas de néoplasme, mais c'est une cause d'erreur minime, puisqu'elle n'existe qu'une fois sur 30 cas ; on peut ajouter qu'elle n'a pas véritablement de grands inconvénients, car nous allons voir qu'on est conduit à rejeter les interventions sanglantes visant un but thérapeutique dans les néoplasmes de l'œsophage.

D'abord, les aliments franchissent plus ou moins lentement, plus ou moins difficilement le rétrécissement ; il y a un simple retard de la déglutition. Dans ce cas, on peut rechercher l'existence du rétrécissement par la méthode de Hamburger, c'est-à-dire par l'auscultation de l'œsophage. En auscultant le malade dans la région dorsale, on peut percevoir les bruits associés à la déglutition. Ce sont des liquides qu'on fait déglutir dans ce cas. La déglutition œsophagienne se fait en deux temps. Dans un premier temps, où l'œsophage est à peu près complètement passif, les aliments sont projetés violemment par la contraction du pharynx à travers l'œsophage, le parcourent sans arrêt jusqu'au niveau du cardia, qui n'est franchi que dans un deuxième temps. On entend donc deux bruits : un bruit de chasse, pendant lequel les aliments sont transportés du pharynx jusqu'au niveau du cardia, puis, pendant la traversée du cardia, une sorte de glouglou. Les bruits sont variables suivant le siège du rétrécissement. Lorsqu'il s'agit d'un épithélioma, dans la majorité des cas, il siège à la partie inférieure, dans la région cardiaque ; il peut occuper le point correspondant à la division de la trachée. Les néoplasmes de la partie inférieure sont cependant de beaucoup les plus fréquents.

Si l'on ausculte un malade atteint d'épithélioma de l'œsophage, au moment où il déglutit, on entend un premier bruit non modifié ; le deuxième est modifié de deux façons : d'abord, il est retardé, mais, ce qui est beaucoup plus significatif, il est doublé, triplé, quadruplé, c'est-à-dire qu'on entend une série de bruits successifs.

Mais lorsque le rétrécissement ne permet plus la déglutition, il se produit des mouvements antipéristaltiques de l'œsophage, et les aliments sont rejetés. Chez un certain nombre d'individus, les aliments ne sont pas rejetés immédiatement après l'ingestion, il peut arriver qu'ils ne soient rejetés que plusieurs heures après. Dans certains cas, ils s'accumulent dans un diverticule de la portion cervicale de l'œsophage ; il arrive qu'à la fin du repas la déglutition devient complètement impossible, parce que ce diverticule distendu finit par comprimer l'œsophage.

Ces poches œsophagiennes peuvent se vider assez tardivement.

Chez d'autres malades, les aliments s'accumulent dans l'œsophage lui-même ; on a constaté que l'œsophage pouvait se dilater jusqu'à contenir un litre et demi d'aliments. Ces aliments sont rejetés longtemps après le repas. On les appelle quelquefois vomissements œsophagiens ; ce sont en réalité des régurgitations. La possibilité de la déglutition est très variable selon les moments. Il semble que, les aliments s'accumulant dans la portion distendue de l'œsophage, il se forme une espèce de valvule opposant un obstacle transitoire à la déglutition.

Je pense que, dans les cas d'épithélioma de l'œsophage sans lésion antérieure, on n'observe jamais ces grosses dilatations de l'œsophage ; en cherchant dans les antécédents, on arrive presque toujours à constater qu'avant la période de l'épithélioma, les malades avaient quelques troubles de la déglutition. En règle générale, le rétrécissement néoplasique de l'œsophage n'amène pas par lui-même une dilatation considérable de l'œsophage. Cela se conçoit, puisque l'œsophage peut facilement se vider par la régurgitation. Chez ce malade, en effet, la radiographie montre que le rétrécissement occupe près de la moitié en hauteur de l'œsophage. Dans la partie supérieure, on ne peut pas dire que l'œsophage est dilaté, il n'y a pas de dilatation capable de contenir une grande quantité d'aliments.

Si, dans le passé d'un malade ayant des difficultés de la déglutition, on trouve des causes nettes du rétrécissement, on peut faire le cathétérisme, sans œsophagoscopie, avec les sondes œsophagiennes, mais s'il n'y a dans le passé du malade rien qui explique un rétrécissement, l'hypothèse d'un épithélioma doit toujours se présenter. C'est une très grosse faute, lorsqu'on soupçonne le diagnostic d'épithélioma de l'œsophage, de faire une tentative de cathétérisme ; cette tentative est forcément aveugle, et il peut arriver que la sonde œsophagienne, même maniée avec douceur, s'engage dans les bourgeons charnus du néoplasme, et si la totalité de la paroi de l'œsophage est déjà envahie, la sonde peut aller en dehors de l'œsophage ; on a vu des fistules avec les bronches, avec le péricarde, avec la plèvre. La perforation de la plèvre est de beaucoup la plus fréquente. Si on veut faire une exploration, il faut donc la faire sous le contrôle de l'œil, c'est-à-dire par l'œsophagoscopie. Dans les cas tout à fait au début, cette étude œsophagoscopique peut rendre incontestablement des services. Ici, elle ne serait d'aucune utilité.

Ainsi, chez ce malade, nous pouvons affirmer qu'il s'agit d'un néoplasme de la portion inférieure de l'œsophage. Dans les affections de l'œsophage, l'adénopathie cervicale (ganglion de Troisier) est très rare ; elle n'existe pas ici.

Les tentatives chirurgicales faites dans ces cas-là sont innombrables. M. Faure a tenté d'ouvrir une voie très large sur le médiastin postérieur.

Lorsqu'il s'agit d'un épithélioma, il faut réséquer une étendue considérable de l'œsophage pour faire une opération curatrice. On a constaté que l'œsophage est très peu extensible, très peu résistant aux sutures, de sorte qu'il faut absolument renoncer à abaisser le bout supérieur après la résection, pour l'aboucher dans l'estomac. Mais on peut remonter l'estomac, le faire passer à travers le diaphragme, et le suturer avec le bout de l'œsophage. Cette méthode a été appliquée à l'homme, mais, pratiquement, je crois qu'il faut renoncer à tout espoir d'obtenir la cure radicale d'un épithélioma de l'œsophage par une intervention chirurgicale. On peut recourir à d'autres procédés, et particulièrement aux radiations.

On peut, sous le contrôle de l'œil, avec un œsophagoscope, porter une sonde chargée de tubes de radium au travers du rétrécissement. Ce sont toujours des épithéliomas pavimenteux. On peut avec Krompecher les diviser en baso et spino-cellulaires, les premiers étant très radiosensibles, et les seconds, au contraire, très radiorésistants. M. Dufourmentel pense que la variété dépend du siège : les épithéliomas haut situés seraient assez souvent baso-cellulaires et, par conséquent justiciables des radiations, tandis que ceux bas situés seraient le plus souvent spino-cellulaires, c'est-à-dire de la variété résistante ; il n'en reste pas moins que, n'ayant rien d'utile à proposer à ces malades, même s'il y a peu de chances d'obtenir la guérison par les radiations, il faut, si c'est possible, y recourir tout de même.

Ces malades ne pouvant plus déglutir, sont condamnés à mourir de faim dans un délai relativement bref, admettons quarante jours au maximum. Pour les alimenter, il faut faire une gastrostomie, une bouche stomacale par laquelle on injecte directement les aliments dans l'estomac. A la suite des gastrostomies heureuses, on voit assez souvent une amélioration notable des troubles fonctionnels de la déglutition. Malheureusement, on nous envoie généralement les malades lorsqu'ils sont arrivés dans un état de déchéance complet (déshydratation, dénutrition, disparition de l'élasticité de la peau, variations de l'élimination azotée, recherche de la contraction idio-musculaire, etc.), où une intervention minime, même sous-anesthésie locale, serait fatale. Aussi Monod avait-il proposé de faire des gastrostomies en quelque sorte préventives dans ces cas-là. Il faut donc chercher à nourrir ces malades par la voie parentérale : lavements alimentaires, injections dans le tissu cellulaire sous-cutané, injections intraveineuses. Par ces trois voies, on peut faire absorber très facilement tous les hydrates de carbone en solution.

Par le tissu cellulaire sous-cutané, peut-être mieux que par le rectum, les graisses sont facilement absorbées. Jusqu'à ces dernières années, on a cru que les aliments albuminoïdes étaient absorbés sous forme de peptones ou d'acides aminés ; c'était une erreur : toutes les albumines étrangères, lorsqu'elles sont introduites sans avoir été complètement dégradées, produisent des accidents extrêmement graves d'anaphylaxie ou de choc colloïdal. On ne peut donc pas faire absorber à ces malades des substances azotées. On peut augmenter leur résistance par des injections de sérum artificiel, des solutions isotoniques, simultanément ou alternativement salines et glucosées, des injections d'huile camphrée sous-cutanées (80 à 100 gr. par jour).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement des œdèmes externes.

Des troubles de nutrition sont en jeu, ou bien une maladie organique.

On songera aussitôt à une néphrite, si l'œdème est généralisé, à un état cardiaque ou à des varices s'il est fixé aux membres inférieurs.

Si les urines sont *albumineuses*, avec un cœur sain, le régime hydrique, hydrolacté avec repos au lit réussissent dans les *formes aiguës* ; 800 grammes d'eau par jour pendant 48 heures, puis 500 gr. d'eau et 500 gr. de lait quelques jours. Le régime lacto-végétarien déchloruré fera suite. En même temps et vers le troisième jour, théobromine : 2 cachets de 0 gr. 50 par jour, un mois de temps. Si la théobromine est mal tolérée (maux de tête) et qu'au bout d'une quinzaine les œdèmes ne régressent pas, on peut ordonner le chlorure de calcium.

Chlorure de calcium	60 gr.
Eau distillée	200 gr.

une cuillerée à café dans très peu d'eau, deux fois par jour.

Dans les *formes chroniques*, le repos au lit est également indiqué et le régime lacto-végétarien déchloruré sera maintenu.

Dans les *affections cardiaques*, il y a de la dyspnée et des signes de fléchissement myocardique ; outre l'œdème des membres inférieurs, on constate un gros foie, de l'humidité bronchique, des urines albumineuses : régime hydrolacté de réduction comme précédemment, avec repos au lit de 8 jours au moins et théobromine. En plus, digitaline (sol. à 1 /1000, V gouttes, dix jours) ; suspendre deux jours, reprendre dix jours ; les deux à cinq premiers jours des dix jours en plus, V gouttes le soir. Continuer ainsi de longs mois. Si l'œdème est dur et résiste, il faut des mouchetures. Avec une aiguille à chapeau rougie à blanc, 5 par jambe ; au bout d'une dizaine d'heures l'écoulement se ralentit et le malade peut se coucher ; couvrir la peau de vaseline stérilisée pour éviter la macération de l'épiderme ; changer matin et soir le pansement à la gaze stérilisée.

Une erreur est fréquente : un cardiaque a des *varices*, seules responsables de l'œdème ; les traitements abondent : position de la jambe, bas, saison à Bagnoles-de-l'Orne, courant faradique à interruptions rapides, injections sclérosantes intraveineuses.

S'il ne s'agit ni des reins, ni du cœur, ni des varices, il peut y avoir une intoxication : maladie de Basedow, goutte, rhumatisme, hétéro-intoxication d'origine alimentaire (fraises, crustacés) ou médicamenteuse (antipyrine, quinine, chloroforme, sérums) ; on traitera avec succès la maladie originelle, ou bien on supprimera la cause.

Il existe aussi des *œdèmes paroxystiques*, où parfois les muqueuses (œdème de la glotte) sont prises simultanément : régime hydrique, lacto-végétarien, laxatifs, etc.

Chez le *nourrisson*, l'œdème peut être d'origine alimentaire (absorption surabondante de lait, bouillons de légumes salés), digestive (entérocolite, lésions hépatiques) ; il est dû à une débilité congénitale, au froid, à une maladie infectieuse.

Chez un adulte au teint terreux, aux conjonctives subictériques, l'œdème des jambes précède souvent l'ascite : 10 piqûres de cyanure de Hg à un centigramme tous les 2 jours et alternées avec des injections d'extrait hépatique ont plus d'une fois amené des améliorations étonnantes. Cet œdème préascitique est assez fréquent, et il a plus d'une fois troublé l'attention du médecin praticien.

Pour mémoire, citons les œdèmes des cancéreux, des cachectiques, des médullaires, des maladies infectieuses. Traitons toujours la maladie générale. (*Journal des Praticiens*, janvier 1927.)

L'auto-sérothérapie désensibilisatrice.

Le sérum d'un animal anaphylactisé devenant plus toxique pour cet animal même que pour un

autre sujet de même race, il était logique d'essayer d'employer ces propriétés toxiques, en restant au-dessous de la dose nocive, pour modifier l'état humoral du sujet, pour le désensibiliser. Telle est la genèse de l'autosérothérapie désensibilisatrice, découverte par MM. ACHARD et Ch. FLANDIN.

Or, leurs recherches montrent que l'autosérothérapie désensibilisatrice est autre chose qu'une protéinothérapie ; employé comme agent de protéinothérapie, l'autosérum est, en effet, une des substances les moins efficaces que nous ayons à notre disposition ; il demande à être employé à fortes doses et donne de faibles résultats. Au contraire, la désensibilisation par l'autosérothérapie implique le maniement de doses minimes. D'autre part l'autosérothérapie paraît avoir un mécanisme différent de l'autohémothérapie ; l'action du sérum serait liée à un pouvoir cryptotoxique, et non à des modifications purement physiques.

Il est établi maintenant que la réinjection, à petites doses répétées, de son autosérum à un sujet anaphylactisé, désensibilise le sujet, qui peut impunément supporter une injection déchaînante. De plus, à mesure que l'anaphylaxie se reconstitue, l'état toxique du sérum se reforme.

Cette autosérothérapie désensibilisatrice, qui n'exige pas l'antigène spécifique, devient très précieuse pour une série de syndromes morbides, d'apparence disparates, relevant du mécanisme de l'anaphylaxie : asthme, rhume des foins, anaphylaxies alimentaires, dont il n'est pas toujours facile de classer l'antigène. Il suffira, dès lors, de prélever du sang au malade, de laisser exsuder le sérum, et de le décanter au bout de 24 à 36 heures, puis de le réinjecter sous la peau à très petites doses, de 6 à 15 jours de suite, pour obtenir une désensibilisation temporaire ou définitive.

L'autosérothérapie désensibilisatrice trouve son maximum d'indications dans les eczémas à répétition, les urticaires rebelles à tout traitement ; encore faut-il prélever le sérum au moment voulu, c'est-à-dire pendant la période d'anaphylaxie, alors qu'il possède ses propriétés toxiques et peut agir comme désensibilisant. Sinon on peut avoir des échecs, imputables non à la méthode, mais à celui qui l'applique.

Toute rechute sera traitée de la même façon ; on ne saurait s'étonner de voir l'anaphylaxie se reproduire insidieusement, d'où la nécessité fréquente de reprendre le traitement.

Cette méthode a donné trop de succès sur les malades pour que l'on ne cherche pas à lui maintenir son individualité, ses indications nettement limitées, et à en propager l'application pratique. (*Le Bulletin médical*, 11 décembre 1926.)

Ptoses viscérales et tuberculose latente.

Dans l'immense majorité des cas l'organisme est envahi par le bacille durant l'enfance, 1 fois pour 100 seulement l'infection devient apparente et se traduit par des lésions évolutives graves ; 60 fois p. 100 l'agent infectieux est mis hors de combat sans lutte, c'est-à-dire sans maladie ; dans 39 p. 100 des cas, l'infection guérit spontanément après des manifestations larvées, bénignes ou abortives, avec signes cliniques minimes ou nuls.

M. MORICEAU-BEAUCHANT a voulu montrer un aspect peu connu de la tuberculose latente, que l'on rencontre chez la femme avec une extrême fréquence. Il est caractérisé par la maigreur, des troubles nombreux portant à la fois sur le tube digestif, le système nerveux, l'appareil génital, et traduisant une dystrophie générale de tout l'organisme ; un signe constant est l'existence de ptoses viscérales multiples.

Ces femmes sont d'une pâleur terreuse, anémiques, les muqueuses étant à peu près normalement colorées ; la maigreur est un signe qui ne manque jamais, avec membres grêles, thorax étroit, abdomen déformé et aplati dans sa partie supérieure. Il y a des troubles digestifs et surtout gastriques. La notion fondamentale qui s'impose aux malades, c'est qu'à jeun elles se trouvent relativement bien et que, dès qu'elles mangent elles commencent à souffrir. A la radioscopie l'estomac est allongé, étiré en son milieu, le bas-fond dilaté, débordant de plusieurs travers de doigts la ligne des crêtes iliaques.

L'attention n'est en général pas attirée du côté des poumons ; les malades ne toussant pas et un examen superficiel reste presque toujours négatif.

On note des signes génitaux, et en particulier de la dysménorrhée ; l'examen local n'en indique pas la cause, et, ici encore, il faut faire intervenir une hyperesthésie du système nerveux sympathique. Cependant il y a un état dystrophique des organes génitaux avec brièveté anormale du vagin et rétroflexion complète.

Enfin on relève des troubles nerveux importants, douleurs dans la zone du sympathique abdominal, douleurs frontales, migraines, asthénie ; bref on trouve le tableau complet de ce qu'on appelait autrefois la neurasthénie.

Chez ces malades, deux glandes, la thyroïde et la surrénale sont notoirement insuffisantes, et leur insuffisance marche de pair avec celle du sympathique.

Cependant ce tableau est rarement complet, et les signes prédominent volontiers du côté d'un système digestif, nerveux, etc.

D'après l'auteur, cet état se constituerait non pas à la naissance, mais seulement après la puberté, au moment de l'adolescence, et la pre-

mière grossesse romprait parfois l'équilibre d'une manière définitive ; l'amaigrissement notable apparaît, puis les autres symptômes digestifs, nerveux, génitaux. Après la ménopause, il n'est pas rare d'observer une transformation favorable.

A noter chez les ascendants ou collatéraux la fréquence des manifestations tuberculeuses, des plus bénignes aux plus graves. Dans les antécédents personnels ce sont fréquemment des bronchites à répétition, des états mal définis étiquetés congestion pulmonaire, chlorose, ou de la pleurésie, des hémoptysies. Enfin, chez un nombre relativement peu élevé d'ailleurs, une tuberculose évolutive vient parfois d'une façon inattendue terminer la scène.

D'ailleurs, l'habitus extérieur des malades, leur pâleur spéciale, leur amaigrissement, leur hypotension artérielle, leur état de dystrophie générale, montrent que la tuberculose est bien à la base du syndrome.

En effet, une exploration méthodique et minutieuse de l'appareil pulmonaire mettra en évidence des signes, qui conduiront au diagnostic, et ceux-ci seront confirmés par l'exploration radiologique. Il s'agit d'ailleurs de lésions discrètes, qui témoignent d'une résistance particulièrement grande de l'organisme à l'infection tuberculeuse ; ce qui explique l'évolution si spéciale de la maladie (règles, grossesse, ménopause). (*Gazette des hôpitaux*, 5 janvier 1927.)

Le traitement médical de l'angine de poitrine.

Le Dr Valory dit que la thérapeutique symptomatique de l'angine de poitrine a une importance primordiale, car, c'est souvent la seule arme dont dispose le médecin praticien. Aussi M. Valory insiste-t-il sur les avantages de la spasmalgine, combinaison de pantopon, de papavérine et d'éther sulfurique d'atropine, dont M. Timbal s'est servi également avec succès dans le traitement des sténoses pyloriques. (*Paris méd.*, 1927, p. 517.)

Le pantopon renferme, comme on sait, sous forme de chlorhydrates solubles, la totalité des alcaloïdes de l'opium. C'est l'opium total injectable. La papavérine très peu toxique (on en peut donner 0 gr. 20 à 0 gr. 30 par jour) est un anti-spasmodique à action élective sur la musculature lisse des viscères et des vaisseaux.

L'éther sulfurique d'atropine a sur l'atropine l'avantage de n'avoir pour ainsi dire aucun de ses effets empêchants périphériques. Il ne provoque ni augmentation de la pression sanguine, ni sécheresse de la bouche, ni paralysie du tube digestif, ni mydriase. Par contre, il a électivement les propriétés excitantes centrales de l'atropine qui en font l'antidote de choix de la morphine.

Cette constitution bien définie fait qu'avec une toxicité relativement faible, la spasmalgine a la propriété de faire disparaître les contractions convulsives de la musculature lisse et les phénomènes douloureux résultant des troubles fonctionnels. C'est donc le médicament de choix de la crise d'angine de poitrine. En cas d'accès de moyenne intensité, on pourra le prescrire sous forme de comprimés.

Auparavant, en présence d'une crise particulièrement violente et, qui plus est, lorsque des accès subintrants créaient un véritable état de mal, force était de recourir à une injection de morphine. Et, trop nombreux sont les cas où l'obligation de pratiquer des injections successives conduisait les malades, surtout les névropathes, à la morphinomanie. Aussi est-il préférable d'utiliser la spasmalgine par voie hypodermique, car il n'y a à craindre aucune accoutumance et c'est un médicament quasi-spécifique de la crise d'angor. A son défaut, dans les cas d'extrême urgence, le médecin pratiquera une injection de pantopon, qui, de plus en plus, dans la trousse du praticien se substitue à la morphine.

Dans les cas où il faudrait combattre une hyperexcitabilité nerveuse telle qu'elle domine le tableau clinique, on pourra prescrire des bromures, mais on sait que leur usage tant soit peu prolongé réduit la sécrétion stomacale, d'où anorexie et dyspepsie atonique. Aussi faut-il donner la préférence au sédobrol parfaitement inoffensif pour la muqueuse gastrique. C'est de plus un moyen élégant et discret de faire absorber du bromure. Pour une hyperexcitabilité intense et un état de mal prolongé, on pourra l'associer ou le faire alterner avec le somnifène. Il paraît assez pratique et de résultats heureux de donner du sédobrol dans la journée et du somnifène le soir. Absorbé le soir par un malade qui aura été victime dans la journée de crises subintrantes, le somnifène donne un sommeil réparateur.

D'autre part, il faut toujours suspecter un certain degré d'insuffisance rénale, en particulier dans les angors d'origine cardio-artérielle. Ces dernières forment à elles seules le tiers de la totalité des angines de poitrine (Gallavardin). En conséquence, au régime, il faudra adjoindre un diurétique dont le type est la théobromine. La théobromine soluble, ou allylthéobromine possède sur la théobromine courante l'avantage d'une action diurétique supérieure et plus facilement contrôlable. La diurèse théobrylique sera notamment plus rapide, plus abondante, plus durable que la diurèse digitalique dans certains cas de cardiopathies artérielles, associées à l'insuffisance rénale. On l'administrera donc toutes les fois que la théobromine est indiquée, à petites doses répétées, par exemple dix gouttes , trois à huit fois par jour dans de l'eau sucrée ou dans une tisane diurétique. On pourra en injecter une demi-ampoule deux ou quatre fois par jour par voie

intramusculaire (complètement indolore), et même par voie endoveineuse. Lorsqu'il y aura urgence à débloquer un rein, on pourra faire jusqu'à trois ampoules quotidiennes par voie endoveineuse ou intramusculaire. Inoffensif pour le parenchyme rénal (Radenac), d'action rapide et sûre, le théobryl est le diurétique de choix du praticien. Il sera donc d'un précieux secours car, dans ces cas-là, c'est par le régime, la théobromine et la digitale qu'on fait baisser l'hypertension artérielle et ce n'est pas avec les hypotenseurs. (*Courrier médical*, 1917, n° 19.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Epilepsie jacksonienne à l'occasion d'accidents sériques chez un malade atteint de lésion cérébrale latente.

(MM. Pagniez et Lérond. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-4-1927.)

Chez un malade de MM. Pagniez et Lerond atteint de phénomènes de condensation pulmonaire avec fièvre, une injection de sérum anti-pneumococcique fut suivie, deux jours après, d'une crise d'épilepsie jacksonienne, puis d'urticaire, de prurit et d'arthralgies. La mort étant survenue deux mois plus tard, on trouva à l'autopsie un néoplasme du médiastin avec métastases au niveau de la rate et des hémisphères cérébraux.

En résumé : choc sérique ayant déclanché une crise d'épilepsie jacksonienne chez un sujet porteur d'une lésion cérébrale jusqu'alors cliniquement latente. Il y a eu là un phénomène analogue à la crise d'asthme apparaissant à l'occasion des chocs anaphylactiques chez les malades porteurs d'une épine irritative pulmonaire ou ganglionnaire.

La phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire.

(MM. Burnand, Fouad et Hélouan. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-4-1927.)

M. Burnand appelle l'attention sur l'utilité, dans certains cas tout au moins, de la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire non exclusivement localisée aux sommets. L'auteur a vu des tuberculoses apicales (où le pneumothorax était irréalisable) et des tuberculoses initialement apicales avec tendance à l'extension vers la base, être favorablement influencées par la phrénicectomie. Celle-ci pourrait donc avoir des indications allant au-delà des lésions des bases pulmonaires.

Anémie grave arséno-benzolique.

(MM. P. Emile-Weil et Isch-Wall. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-3-1927.)

M. P. Emile-Weil rapporte le cas d'un homme de 63 ans qui présenta, consécutivement à un traitement par les arsénobenzènes, une anémie grave dont il guérit cependant grâce à une série de transfusions répétées.

Les arsénobenzènes, poisons sanguins, lèsent à des degrés divers la totalité du sang (hématies, globules blancs, hématoblastes) et les organes hématopoiétiques. Ce faisant, ils peuvent réaliser un tableau généralement complexe d'anémie grave hémorrhagique. Cette panmyélophtisie peut être soit à prédominance hémorrhagique (purpura post-arsénobenzolique avec anémie), soit à prédominance anémique (anémie pernicieuse hémorrhagique). Souvent aussi, après la phase hémorrhagique, l'anémie pernicieuse occupe tout le tableau clinique. Parfois même, plus grave encore, l'intoxication réalise un état hémorrhagique qui cause la mort avant de créer une anémie marquée. Les arsénobenzènes, enfin, sont susceptibles de déterminer toutes les formes cliniques de purpura simple, avec hémorrhagies viscérales discrètes, purpura rhumatoïde, etc., sans anémie.

L'anémie grave post-arsénobenzolique, quoique aplastique de type, est curable si elle est traitée comme il convient, par les transfusions répétées.

Rhinoplastie par greffons cartilagineux.

(M. Leclerc, de Dijon. — *Société de chirurgie* ; 11-5-1927.)

M. Paul Moure présente un rapport sur une observation de rhinoplastie adressée par M. Leclerc, de Dijon. Il s'agit d'un sujet de 25 ans offrant un affaissement de l'arête nasale causée par un traumatisme de l'enfance. L'auteur pratiqua une greffe de redressement, en prélevant un fragment de cartilage costal et en l'insérant sous la partie dorsale du nez au travers d'une incision faite entre les deux sourcils. L'opération remonte à sept années et le résultat continue à être satisfaisant, la persistance de la greffe constituant le point intéressant de l'observation.

Depuis la guerre, les opérations de restauration nasale sont entrées dans la pratique courante et nombre de sujets demandent maintenant la correction de leurs défauts d'esthétique faciale. M. Moure pense, comme M. Sébileau, qu'il faut bannir comme matériel de greffe les corps étrangers inorganiques. On connaît les méfaits de la paraffine et de la vaseline. Le cartilage costal prélevé sur le patient lui-même, au moment de l'intervention, est un des meilleurs greffons. Morestin incisait dans l'angle interne

du sourcil. M. Leclerc a fait l'incision intersourcilère. M. Moure préfère la zone de la sous-cloison. Le greffon, prélevé aseptiquement à l'anesthésie locale, doit être modelé suivant chaque cas et l'on peut se servir, d'ailleurs, de fragments multiples de cartilages.

Les résultats éloignés sont bons, à condition que l'intervention soit strictement aseptique et qu'on évite l'ouverture de la muqueuse nasale.

— M. Gernez demande si les auto-greffons se comportent de même lorsque la déformation est due à un traumatisme et lorsqu'elle relève d'une lésion pathologique comme l'ensellure syphilitique.

— M. Ombrédanne pense que les lésions syphilitiques sont des cas moins favorables que les lésions accidentelles pour la restauration. A côté de ces deux causes, il en est une autre à signaler : l'effondrement de l'arête qui peut succéder à une intervention endonasale, à une résection excessive de la cloison.

— M. Pierre Sébileau expose les résultats de son expérience des anaplasties nasales. L'incision lobulaire est préférable à celle faite à la racine du nez ; l'incision sous-lobulaire lui est encore supérieure. A condition d'être rigoureusement aseptique, la réfection de l'arête nasale par greffons cartilagineux est une opération sans déboires cliniques. Les suites immédiates dépendent aussi de la valeur des téguments qui recouvrent la pyramide nasale. C'est en cela que les nez déformés par la syphilis sont moins accessibles à l'anaplastie.

Le redressement de la pyramide nasale par introduction d'une baguette cartilagineuse a ses indications et n'est pas applicable à tous les nez aplatis. Il est excellent sur tous les patients dont le nez est simplement affaissé. Mais lorsqu'il ne s'agit plus d'une simple ensellure, lorsque la pointe du nez est très relevée et le coup de hache très prononcé, surtout s'il existe des altérations trophiques, alors l'opération non seulement est inefficace mais aggrave la déformation.

Greffe testiculaire humaine et greffe testiculaire animale.

(M. Dartigues. — *Soc. de médecine de Paris* ; 13-5-1927.)

M. Dartigues a soigné un jeune homme atteint de syndrome adiposo-génital. Le malade avait été greffé une première fois, par greffe humaine, son père ayant donné un de ses testicules : sans vouloir diminuer son mérite, il s'agissait, il est vrai, d'un testicule ectopié. M. Dartigues pratiqua chez ce jeune homme une seconde greffe, animale, cette fois, et il se propose, par l'observation ultérieure de son opéré, de chercher à préciser les avantages et les inconvénients respectifs de chacune de ces greffes.

Deux autres points sont à considérer : quelle est la valeur fonctionnelle du testicule ectopié ? N'y a-t-il pas à craindre en greffant un testicule humain une dégénérescence pathologique (cancer par exemple) de cet organe ?

— M. Léopold-Lévi croit les testicules cryptorchides aussi actifs fonctionnellement que les autres. Chez les porcs, où cet état est fréquent, on a noté la richesse de ces testicules en tissu interstitiel.

L'atrophie testiculaire n'est pas une cause de diminution de l'intelligence, si elle ne s'accompagne pas d'autre tare, d'altération d'autres glandes (thyroïde, hypophyse) influençant le psychisme. Le malade de M. Dartigues a une verge développée. Il ne paraît pas qu'il y ait une relation entre la grandeur de la verge et les testicules.

— M. Petit de la Villéon croit que les testicules en ectopie sont parfaitement acceptables pour la greffe testiculaire humaine. On débarrasse le sujet d'un organe gênant et l'on fait, en même temps, une greffe de valeur.

Comme M. Léopold-Lévi, l'auteur pense que le testicule ne fait pas le cerveau. En Turquie, beaucoup d'eunuques ont été des hommes remarquables.

— M. Laignel-Lavastine envisage également les rapports du psychisme et de l'intelligence avec l'insuffisance testiculaire. Cette dernière peut diminuer l'activité cérébrale, sans troubler pour cela l'intelligence elle-même ; il faut tenir compte de l'insuffisance concomitante d'autres glandes.

— M. Léopold-Lévi cite le cas d'un vieillard de 83 ans, cryptorchide bilatéral, qui conserva des aptitudes copulatrices jusqu'à près de 80 ans.

— M. Dartigues signale les grands eunuques de Byzance qui ont été des hommes fort intelligents.

Pour ce qui concerne les rapports de la verge et des testicules, ils dépendent des hasards de la nature. Il y a des gens qui ont de gros testicules avec une petite verge et réciproquement.

Présentation d'enfants glossoptosiques.

(M. Pierre Robin. — *Soc. de médecine de Paris* ; 10-6-1927.)

M. Pierre Robin présente deux groupes d'enfants glosso-ptosiques. Le premier groupe comprend cinq frères et sœurs glossoptosiques atteints de dysmorphoses facio-cranio-vertébrales avec asthénie, psychisme défectueux. Le second groupe est formé d'anciens glossoptosiques après application du traitement eumorphique.

L'apophysite calcanéenne postérieure de la dixième année.

(M. Petit de la Villéon. — *Soc. de médecine de Paris* ; 10-6-1927.)

M. Petit de la Villéon signale un état morbide, connu sans doute mais mal précisé encore, qu'il propose d'appeler : apophysite calcanéenne postérieure de la dixième année.

Les symptômes sont avant tout la douleur ; l'enfant souffre et boite en marchant. Chose à remarquer: il ne se plaint pas du talon, mais de la jambe, du mollet, du genou, de la hanche. La palpation révèle

au talon, autour des insertions calcanéennes du tendon d'Achille, une douleur vive, en couronne. On pense à une fracture, à une arthrite, à une lésion du genou, voire de la hanche.

Le traitement est simple. Il faut mettre l'enfant au repos avec une botte plâtrée légère, immobilisant le pied à angle droit sur la jambe. Au bout d'un mois, l'enfant peut être rendu à sa vie habituelle.

Néphrite mortelle au cours d'un traitement bismuthé.

(M. A. Galliot. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-3-1927.)

M. Galliot rapporte l'observation d'un malade de 36 ans qui succomba à une néphrite hémorrhagique au cours d'un traitement bismuthé. L'auteur pense qu'il y a eu injection de bismuth (insoluble) dans un vaisseau et qu'une lésion rénale s'en est suivie. L'injection avait été faite par une infirmière, cependant exercée. Le malade, d'autre part, avait eu, six semaines auparavant, une forte grippe qui peut-être avait atteint déjà le parenchyme rénal.

M. Galliot conclut à l'utilité de surveiller les urines des malades soumis au traitement bismuthé et à l'importance qu'il y a à ne pas injecter de bismuth insoluble dans un vaisseau.

— M. Milian se demande s'il ne s'est pas agi d'une néphrite infectieuse malgré l'apparence d'une néphrite toxique. Dans un cas d'anurie mercurielle, ayant succédé à une simple friction à l'onguent napolitain (pour phtiriase), M. Milian a examiné, aussitôt l'émission des urines revenue, le culot de centrifugation de ces urines, s'attendant à y trouver, puisqu'on avait affaire à une néphrite toxique typique, une grande quantité de cylindres granuleux et de cellules rénales desquamées. Il fut surpris de ne rien voir de tout cela, mais, par contre, de rencontrer des leucocytes polynucléaires nombreux et une quantité considérable de streptocoques, indiquant l'origine infectieuse de la néphrite déclanchée par le mercure.

P. L.

Montpellier.

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

Synovite des extenseurs simulant une paralysie radiale chez un ancien saturnin.

MM. Euzière et Pagès. — Un ancien saturnin présentait à droite une main tombante d'aspect radial. L'unilatéralité, l'absence de troubles des réflexes, la notion d'une tuméfaction du dos du carpe et de crépitation douloureuse le long des tendons extenseurs ont fait penser à une fausse paralysie radiale due à une synovite. Le massage et la mobilisation ont amené une régression des signes.

Crises polyuriques chez un cardio-rénal. Diabète insipide.

MM. Vedel et Puech. — Un homme de 54 ans, atteint de myocardite sans hypertension, présente non seulement à la fin de crises d'asystolie passagères à gros œdèmes, survenant à chaque essai de vie un peu active, mais même dans l'intervalle, alors que l'équilibre circulatoire est réalisé, des crises polyuriques avec une période d'augmentation progressive de la diurèse (jusqu'à 9 litres d'urines par jour) puis de diminution également progressive jusqu'à 2 lit. 500, chiffre qui se maintient dans l'intervalle des crises. Ces crises coïncident parfois avec une légère décharge azoturique. L'élimination chlorurée est légèrement déficiente. Albuminose normale. L'injection d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse diminue la diurèse. La ponction lombaire, qui montre un L. C. R. normal n'a que peu d'influence sur la polyurie. On ne peut déceler ni lésion infundibulo-tubérienne ni métabolisme anormal des nucléo-protéides. Le chiffre des chlorures sanguins est normal.

Sphacèles abdomino-pelviens, complications terminales de tuberculoses intestinales ou péritonéales.

MM. Vedel, Puech et Lapeyrie. — 1er *cas.* — Rectocolite tuberculeuse greffée sur une recto-colite à tétramitus. Puis atteinte cæco-appendiculaire aboutissant à un bloc réunissant la dernière anse iléale, le cæcum, le rectum et la vessie, au sein duquel se trouve une masse de tissu gangréneux communicant librement avec la cavité iléale, cæcale, rectale, et formant la paroi postérieure de la vessie.

2e *cas.* — Péritonite tuberculeuse fibro-adhésive. A l'autopsie, faite 4 heures après la mort, gangrène totale du péritoine avec adhérences gangréneuses depuis le diaphragme jusqu'au petit bassin et avec atteinte des tissus splénique, hépatique et des masses musculaires des parois abdominales antérieure et postérieure. A noter l'absence d'adénopathie mésentérique.

Du rôle des malformations vertébrales dans l'étiologie de la scoliose.

MM. Massabuau, Guibal et Montagne. — Les auteurs présentent quatre observations de scoliose dite des adolescents. L'examen radiologique du rachis, pratiqué comme dans toutes les scolioses, révéla des malformations vertébrales diverses : atrophie unilatérale de l'apophyse articulaire de la 5e lombaire, lombalisation de la 5e dorsale, dorsalisation de la 7e cervicale, spina bipida occulta. Les auteurs pensent que ces malformations peuvent être invoquées comme ayant contribué à la scoliose.

Myosis et urémie.

MM. Vedel et Puech. — Se basant sur 30 observations d'insuffisance rénale, les auteurs trouvent

une proportion de 24.5 cas p. 100 de myosis et de 65.5 p. 100 de pupilles normales. Ce pourcentage se modifie peu si l'on ne considère que les cas s'accompagnant d'accidents avérés : 38.2 pour le premier groupe, 61.8 pour le deuxième. Par ailleurs, il est impossible de fixer aucun rapport entre l'état des pupilles et les manifestations cliniques constatées, ni avec les diverses modalités pathogéniques de la rétention rénale. Il est indépendant du taux de l'urée, de la créatinine, de l'azote résiduel. Il semble que l'œdème cérébral lié à la rétention chlorurée provoque le myosis avec une particulière fréquence.

Kyste séreux congénital du cou.

MM. Massabuau, Guibal et Duponnois. — Chez une petite fille de trois mois, le volume considérable de la tumeur rendait toute intervention chirurgicale impossible. Malgré un traitement par applications de radium et par ponctions, il se fait, au bout d'un mois, une brusque augmentation de volume et l'enfant meurt au milieu de signes d'infection. L'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agit d'un lymphangiome kystique.

Résultats de la séro- et de la vaccinothérapie dans quatre cas de méningite cérébrospinale à méningocoques B (deux cas chez le nourrisson, deux chez le grand enfant).

MM. Leenhardt, Reverdy et Chaptal. — 1er *cas* : un bébé de 15 jours, atteint de méningite cérébro-spinale à méningocoques B, a reçu en 28 jours 110 cmc. de sérum antiméningococcique en injections hypodermiques ; 20 cmc. en injection dans le rachis ; à neuf reprises, ponction des ventricules latéraux qui ont reçu en tout chacun 70 cmc. de sérum et 1/2 cmc. d'autovaccin. L'évolution fatale n'a pu être enrayée. On a presque toujours employé du sérum antiméningococcique B.

2e *cas* : un nourrisson âgé de 5 mois, atteint de méningite cérébrospinale à méningocoques B, reçoit en 26 jours 32 cmc. de vaccin antiméningococcique polyvalent Ranque et Senez en injections hypodermiques ; 315 cmc. de sérum antiméningococcique dans le rachis (dont 120 cmc. de sérum antim. B et 175 cmc. de sérum polyvalent), 260 cmc. de sérum sous la peau (dont 195 cmc. de sérum polyvalent, 65 cmc. de sérum antim. B). On a essayé en vain deux fois la ponction des ventricules latéraux. On n'a pu empêcher la maladie de se terminer par la mort.

3e *cas* : enfant de 6 ans 1/2. Méningite à méningocoque B. En quinze jours, on obtient la guérison avec 60 cmc. de sérum antiméningococcique polyvalent injectés dans le rachis, autant sous la peau ; 210 cmc. de sérum antiméningococcique B dans le rachis, autant sous la peau ; enfin cinq cmc. de vaccin en injections sous-cutanées, dont 3 cmc. d'autovaccin. Tous les symptômes ont disparu, sauf une surdité totale bilatérale.

4e *cas* : garçon de 10 ans. Méningite. En 20 jours 310 cmc. de sérum antiméningococcique polyvalent sous la peau (l'identification du méningocoque B n'ayant pu être faite que tardivement et non d'une manière certaine), 230 cmc. du même sérum dans le rachis. Pendant 9 jours, une injection hypodermique quotidienne de vaccin polyvalent antiméningococcique Ranque et Senez. Dans ce dernier cas, guérison presque parfaite ; il ne subsiste qu'un très léger strabisme interne de l'œil gauche.

Kyste hydatique du poumon non suppuré simulant un abcès sous-phrénique.

MM. Vedel, Puech et Lapeyrie. — Un homme sans antécédents particuliers présente pendant deux mois de la fièvre, de violentes douleurs abdominales, avec augmentation de volume de l'abdomen, un mauvais état général. A son entrée à l'hôpital, on constate une tuméfaction considérable avec défense musculaire très forte (ventre de bois) de tout l'étage sus-ombilical de l'abdomen. Le malade est opéré d'urgence avant que des recherches de laboratoire aient pu être pratiquées. L'intervention a montré qu'il s'agissait d'un énorme kyste hydatique du foie développé en plein parenchyme, ne contenant pas de vésicules-filles et surtout sans trace de suppuration. Guérison complète par la suite.

A propos des opérations tendineuses dans le traitement des séquelles de la maladie de Little (Présentation de malades).

MM. Massabuau, Guibal et Bremond. — Les auteurs présentent un enfant porteur d'une rétraction spasmodique des muscles des deux membres inférieurs. Marche et station debout impossibles. Allongement tendineux du tendon d'Achille, des muscles de la patte d'oie et du biceps des deux côtés. Correction parfaite de la déformation. La marche est normale. Il s'agissait d'un enfant à intelligence conservée.

A propos de deux observations d'ostéomyélite de l'omoplate.

MM. Massabuau, Guibal, Montagne, Duponnois. — Les auteurs, étudiant les publications consacrées à l'ostéomyélite de l'omoplate, constatent que les signes cliniques locaux dépendent non du point de départ de l'ostéite, mais de la région où se collecte la suppuration. C'est ainsi qu'ils se trouvent amenés à décrire leurs deux observations sous le titre de forme sus-épineuse et forme sous-épineuse.

L'amino-acidémie à l'état normal et à l'état pathologique.

MM. Cristol, Puech et Trivas. — Dosé par la méthode de Folin, après désalbumination à l'acide trichloracétique à 20 %, l'azote des amino-acides du sérum, *à jeun*, a donné les résultats suivants :

A l'état normal : 0 gr. 05 à 0.065 p. 1.000. Ce chiffre normal se retrouve dans les affections nerveuses,

chez les cardiaques bien compensés, les maladies aiguës bénignes, les maladies chroniques s'accompagnant d'un bon état général. Exceptionnellement cependant on peut trouver des taux un peu plus forts de 0 gr. 07 à 0 gr. 08. L'insuffisance rénale avec azotémie ne s'accompagne par d'hyperamino-acidémie, et la radiothérapie ne la provoque pas. Le grand facteur de l'hyperamino-acidémie est l'insuffisance hépatique, les maladies du foie déterminant un chiffre d'azote aminé presque toujours supérieur à 0 gr. 07 %. Dans un seul cas (cirrhose maligne) il atteignait 0 gr. 101 p. 1.000.

Ataxie aiguë et poliomyélite.

M. Pagès. — L'auteur rapporte un cas où un syndrome d'ataxie aiguë de type intermédiaire entre l'ataxie aiguë tabétique et l'ataxie de Leyden, apparaît en relation avec une maladie de Heine-Médine. Cette observation semble établir que, contrairement à l'opinion de M. Decourt, il n'y a pas seulement entre la maladie de Heine-Médine et l'ataxie aiguë une analogie évolutive, mais aussi, dans certains cas, un rapport de cause à effet, comme l'avaient avancé MM. Claude et Schaeffer.

Les Thèses

St. — **Contribution à l'étude des sels de bismuth radioactif. Recherches pharmacodynamiques sur le bismuth radifère**, par Jean Bressolles. (Maloine, éditeur, Paris 1927).)

L'auteur étudie, dans ce travail, les propriétés pharmacologiques des sels de bismuth radifère obtenus par précipitation en milieux radioactivés par des sels de radium, de mésothorium et de thorium X.

Par des mesures répétées et suivies de l'activité α, il met en évidence la radioactivité du produit obtenu et démontre que cette activité n'est pas seulement entraînée mais qu'elle paraît bien être due à la formation d'un ion complexe : bismuth-élément radioactif (isotope).

Etendant ses expériences aux réactions biologiques, il obtient des précipités protéo-bismuthiques dont il mesure, d'une part, l'activité α comme cédessus, et, d'autre part, le pouvoir catalytique de décomposition de l'eau oxygénée. Il montre que cette action catalytique varie selon la nature et la concentration de l'élément radioactif dans le liquide au sein duquel se produit la précipitation. Il est probable que les propriétés thérapeutiques doivent varier dans le même sens, d'où la possibilité de préparer des sels de bismuth radifère dans lesquels la radioactivité vient exalter en quelque sorte les propriétés curatives du bismuth, notamment dans le traitement bismuthique de la syphilis.

Nous attirons l'attention sur le chapitre III, qui vient combler une lacune. L'auteur a tenu à grouper et à décrire en détail les divers appareils et les différentes méthodes de mesures (électroscope à feuille d'or, électromètre à fil et à chambre de compensation) selon que l'on utilise les rayonnements γ ou α et qu'on opère sur des substances solides, liquides ou gazeuses. Les médecins auront grand intérêt à se familiariser avec cette technique.

En résumé, ce travail est un ouvrage d'avant-garde, qui ouvre la voie à toute une série de recherches analogues sur la pharmacodynamie et la thérapeutique des sels radifères.

Les résultats étudiés ici font comprendre le pourquoi de la supériorité du bismuth radifère en syphiligraphie, bien mise en évidence par la clinique au cours de ces dernières années.

B. — Dr Pierre-Marie Durand. — **Le tartrate d'ergotamine cristallisé et ses effets thérapeutiques en obstétrique, en gynécologie, et dans les sympathoses.** (Thèse de 1926.)

En 1917, Stoll isole de l'ergot de seigle un corps nouveau qu'il considère comme étant le principal alcaloïde. Cet alcaloïde possède des caractères chimiques et physiologiques nettement déterminés : c'est l'ergotamine.

Le tartrate d'ergotamine utilisé en médecine a deux propriétés essentielles : une très puissante action hémostatique sur l'utérus vide et un pouvoir inhibiteur type sur le système sympathique.

L'action hémostatique de l'ergotamine est utilisée en obstétrique pour lutter contre les hémorragies de la délivrance, l'inertie utérine et les suites de couches pathologiques.

L'auteur a fait une étude comparative dans le service de M. le professeur Rivière, de Bordeaux, entre les effets cliniques de l'ergotamine et ceux de l'hypophyse. Il conclut en disant que : « l'hypophyse permet de hâter la délivrance difficile, c'est un forceps médicamenteux, tandis que l'ergotamine relève pour une longue durée la contraction utérine dans l'hémorragie post-partum et donne une contraction utérine plus intense et plus prolongée que celle due à l'hypophyse ». L'auteur examine ensuite les effets de l'ergotamine en gynécologie et plus particulièrement dans les hémorragies du cancer de l'utérus, les ménorragies, les pertes de sang du fibrome, et de la métrite fongueuse.

Les effets inhibiteurs de l'ergotamine sur le sympathique sont ensuite étudiés par le Dr Durand dans les sympathoses.

L'ergotamine, selon l'auteur, peut être employée de deux façons : soit comme agent thérapeutique, inhibiteur du sympathique, soit comme moyen explorateur du système sympathique. C'est sur la ma-

ladie de Basedow, la tachycardie paroxystique, les migraines, certains prurits, le glaucome, qu'ont surtout porté les recherches thérapeutiques.

Les résultats obtenus sont bons dans un grand nombre de cas. Lorsqu'il est difficile de faire un diagnostic dans les hypertonies du système organo-végétatif, afin d'apprécier s'il s'agit d'une prédominance sympathique ou vagale, l'ergotamine est un moyen de contrôle précieux par inhibition du sympathique.

Voici les doses que l'auteur propose pour l'utilisation de l'ergotamine dans ses diverses indications *obstétrique et gynécologie* : tartrate d'ergotamine (gynergène), ampoules de 1 cc. dosées à 0.0005, 1/2 à 1 à la fois; comprimés à 0.001, 1 à 2 trois fois par jour; gouttes (solution à 0,1 %) XV à XX, 3 fois par jour ; *neurologie* (*sympathoses*), tartrate d'ergotamine (gynergène), ampoules à 0,0005, 1/2 à 1 ampoule, 2 à 3 fois par jour ; comprimés à 0.001, 1 comprimé 2 à 4 fois par jour.

P. — Dr Herbert Van der Horst. — **Contribution à l'étude de la symphysiotomie sous-cutanée suivant la méthode de Zarate** (Thèse de 1917, imprimerie Letresor, à Gournay-en-Bray.)

De ses expériences et de ses observations, l'auteur conclut ;

L'opération de Zarate est, actuellement, la meilleure de toutes les symphysiotomies sous-cutanées à employer lorsqu'on ne recherche qu'un faible diastasis. Cette symphysiotomie partielle, conçue d'après une idée tout à fait nouvelle : la limitation de l'écartement par la présence d'un frein supérieur, peut être exécutée suivant une technique très simple, très précise, mais qui reste, cependant, délicate. Elle expose beaucoup moins que les autres procédés à l'infection, aux lésions des parties molles, ou à l'hémorragie.

C'est avant tout, une opération d'urgence, ne nécessitant qu'une instrumentation des plus minimes, et dont la réalisation entre les mains d'un chirurgien exercé ne demande que quelques minutes.

Elle permet, dans les cas limites (et, par conséquent, les plus difficiles à juger), qu'il s'agisse d'un bassin un peu touché, ou d'une tête fœtale trop volumineuse ou trop ossifiée, d'escompter jusqu'à la fin la possibilité d'un accouchement naturel ; elle donne donc ainsi à la femme le maximum de chance d'éviter toute intervention superflue.

Les suites opératoires sont simples et la guérison complète et rapide : l'accouchée pouvant quitter la clinique, en général, vers le 10e jour, quitte à se reposer quelques jours de plus chez elle, si besoin en est.

Loin de diminuer la faculté génératrice de la femme, reproche que l'on a fait aux césariennes, elle n'apporte non seulement aucun obstacle à la fécondation, mais elle facilite encore les accouchements ultérieurs puisqu'elle agrandit, d'une façon permanente, les bassins rétrécis.

Afin d'éviter tout désastre, il ne faut pas demander à cette opération plus qu'elle ne peut donner ; elle n'est applicable qu'aux faibles dystocies, aux bassins limites. Toutes les fois qu'il s'agit d'un obstacle osseux trop sérieux, ou d'une disproportion céphalo-pelvienne trop considérable, elle doit céder le pas aux autres interventions : soit à la césarienne basse, qui est actuellement l'opération gardant les plus nombreuses indications ; soit à la césarienne suivie d'hystérectomie, si l'infection est particulièrement à craindre, et rend la conservation de l'utérus dangereuse pour la femme.

Cette symphysiotomie à la manière de Zarate ne doit être faite qu'à dilatation complète ou facilement complétable. La primiparité n'est pas un obstacle bien sérieux, à condition que la primipare soit jeune et que les tissus soient souples et facilement extensibles. Il convient d'éviter, autant que possible, le forceps ou la version.

L'infection de l'œuf est-elle une contre-indication absolue à l'intervention ? On manque encore d'expérience pour pouvoir répondre catégoriquement à cette question. Dans une seule des huit observations de l'auteur, l'opération a été pratiquée alors que la femme avait un peu de température (38) et les suites n'ont pas été plus défavorables. Il semble donc que, même dans les cas douteux, cette opération puisse être tentée avec succès. Par contre, la septième observation incite à la prudence, et fait faire des réserves pronostiques ; il s'agissait là, il est vrai, d'une femme profondément infectée par des touchers antérieurs nombreux, et des applications de forceps infructueuses. Aussi, lorsqu'il y a grande infection avec odeur fétide du liquide amniotique, par exemple, il sera plus prudent de pratiquer, au lieu de cette intervention, une césarienne suivie d'hystérectomie, si l'enfant paraît vivant et non compromis bien entendu. Mais l'indication précise en cas d'infection, et suivant le degré d'infection, est un point que, seul, l'avenir établira, lorsque l'opération de Zarate aura été réalisée de nombreuses fois, qu'elle aura à peu près complètement remplacé les déplorables applications de forceps au détroit supérieur, et que l'on pourra établir une statistique importante.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE DISPENSAIRE ANTI-TUBERCULEUX

Projet établi pour la ville de H..... (10.000 habitants) (1)

Définition. But.

Le Dispensaire anti-tuberculeux est un organisme médico-social dont le rôle est triple :

1° C'est un centre d'examen, de recherches et de diagnostic, d'une part ; d'éducation anti-tuberculeuse, d'autre part ;

2° C'est un centre de triage et d'admission dans les sanatoriums et les hôpitaux ;

3° C'est un centre d'instruction pour les infirmières-visiteuses.

Si l'on admet que l'intérêt de la famille et de la Société, et l'intérêt bien compris du malade, réclament l'admission de celui-ci dans des centres spéciaux de cure (sanatoriums, hôpitaux), dès que sa maladie a dépassé la première période et est entrée dans la phase où l'ouverture des lésions libère les germes pathogènes et leur permet de se répandre au dehors, le Dispensaire est l'intermédiaire entre la famille et la société d'une part, et les centres de cure, de l'autre. Il est, dans la famille, le prolongement des soins tels qu'ils sont donnés dans ces centres, dont, par ailleurs, il ouvre la porte aux malades qu'il contribue à en estimer justiciables, par un sage et opportun discernement.

Destination.

Le Dispensaire anti-tuberculeux s'adresse à toutes les classes de la société. Tous les malades y sont reçus. Seuls, cependant, les assistés, les nécessiteux peuvent prétendre à la gratuité de ses interventions.

Les malades aisés, par contre, devront rémunérer celles-ci selon un tarif défini.

Fonctionnement.

Le Dispensaire reçoit les malades qui lui sont adressés par leur médecin personnel. Il les lui renvoie, pour être soignés par lui, avec la réponse aux différentes questions que celui-ci a cru devoir poser.

Les assistés et les nécessiteux justifieront de leur situation sociale au moyen d'une pièce officielle, liste d'inscription à l'Assistance, certificat d'indigence, etc.

En principe donc, les malades ne séjournent pas au Dispensaire. Ils n'y reçoivent pas de soins.

Toutefois, il faut prévoir que l'examen complet de certains d'entre eux pourra exiger une surveillance prolongée pendant un temps plus long que celui d'une simple consultation médicale, si complète soit-elle.

Il sera donc organisé pour héberger pendant un, deux ou trois jours, de tels malades.

Indépendamment de l'action technique, le Dispensaire intervient au point de vue de l'hygiène et de l'assistance en nature. Il sera donc organisé pour faire pénétrer les notions primordiales d'hygiène dans les milieux contaminés ou menacés de contamination, en même temps qu'il pourra procéder à certaines désinfections. Il sera également, dans le même ordre d'idées, un centre de distribution de linge, de vêtements, d'aliments, etc.

Personnel.

Le personnel médical, qui est la cheville ouvrière du Dispensaire, sera recruté selon le mode qu'adopteront l'Administration et le Corps médical local, d'accord à cet effet. L'essentiel est que ce personnel soit rompu à la pratique de tous les éléments du phtisiodiagnostic (radioscopie, bactériologie, laryngologie, etc.).

Le personnel subalterne comprendra :

1° Une surveillante, résidant au Dispensaire, dont elle est en quelque sorte la Directrice administrative ;

2° Des infirmières visiteuses, chargées de surveiller, dans les familles, l'exécution des prescriptions du médecin et de tenir la main à l'observation des règles de l'hygiène.

Les consultations sont en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la population.

Si nous prenons le cas d'une ville de 10.000 habitants, on peut s'en tenir à deux consultations par semaine. L'une de ces consultations aura lieu le jour du marché hebdomadaire, pour permettre aux malades de l'extérieur de bénéficier des avantages du Dispensaire.

Si deux consultations hebdomadaires paraissaient insuffisantes, on serait amené à en organiser une troisième.

Les infirmières visiteuses seront divisées en

(1) Sur la demande de l'architecte municipal.

équipes, dont chacune assistera à la consultation une fois par semaine, pour aider le médecin et la Directrice-surveillante.

Elles s'y réuniront périodiquement pour y recevoir l'enseignement qui leur est nécessaire, sous forme de conférences et d'exercices pratiques dirigés par le personnel médical.

Plan.

Le but et le fonctionnement du Dispensaire anti-tuberculeux étant ainsi précisés, le plan s'en déduit facilement.

Dans les villes où existe un hôpital, il y a intérêt à placer le Dispensaire tout près de l'hôpital, constituant en quelque sorte une annexe de celui-ci. Il profitera en effet des services généraux de l'Etablissement hospitalier, et ses charges en seront allégées.

Toutefois, le Dispensaire doit conserver une certaine autonomie et être disposé en conséquence.

S'il est relié à l'hôpital, il se composera de deux ordres d'éléments, les uns essentiels, les autres, moins impérieusement nécessaires, mais dont l'existence facilitera le fonctionnement de cet organisme.

Les éléments essentiels sont :

A. Une salle d'attente et d'admission. Les malades y sont reçus par la surveillante-directri ce, assistée d'une ou plusieurs infirmières visiteuses. Chacun des malades est inscrit sur un registre, et reçoit une fiche en double exemplaire, mentionnant tout d'abord son état civil, sa situation, etc., et dont la partie médicale sera remplie ultérieurement par le médecin.

De la salle d'attente, le malade, muni de sa double fiche, passe dans le cabinet médical où il est examiné au point de vue général.

De là, il passe dans la salle des examens spéciaux : radioscopie, pesée, laryngoscopie, spiroscopie, etc.

Toutes les indications recueillies par le médecin sont consignées sur les fiches établies en double exemplaire dont un reste entre ses mains, tandis que l'autre, sous enveloppe cachetée, est adressé au médecin traitant.

Un petit laboratoire complète cette organisation. Il sera équipé pour permettre l'examen bactériologique des crachats, l'analyse des urines, etc., etc.

B. Les éléments moins nécessaires, mais cependant désirables, sont :

1° Une ou plusieurs chambres permettant l'hébergement de deux ou trois malades pendant un temps très court, suffisant toutefois pour parfaire un examen qui réclame une surveillance prolongée. Le nombre de lits reste subordonné évidemment à la densité de la population et au pourcentage moyen des tuberculeux.

Deux au trois lits paraissent suffisants pour une ville de 10.000 habitants ;

2° Une chambre pour la directrice-surveillante ;

3° Les annexes nécessaires : office, vestiaire, etc. ;

4° Une salle de bains-douches. Deux baignoires sont suffisantes ;

5° Une salle de réunion et de conférences pour les infirmières-visiteuses. Cette salle peut, en même temps servir de réserve de lingerie, vêtements, aliments, etc.

Si l'on s'en tenait aux éléments strictement nécessaires, le chauffage de chacune des pièces pourrait être assuré localement. Si l'on édifie un Dispensaire autonome, il sera bon de prévoir une pièce pour le chauffage central, l'alimentation en eau chaude des bains, des lavabos, etc., et le trempage immédiat des pièces à désinfecter.

On ne manquera pas de prévoir une large distribution d'eau froide.

Equipement.

Cabinet médical. — Outre les meubles habituels, prévoir un lit ou une chaise-longue pour l'examen des malades couchés et déshabillés.

Salle d'examens spéciaux. — Une bascule. Un groupe radioscopique (ampoule et écran) pour radioscopie. Un spiroscope de Pescher. Une instrumentation élémentaire pour laryngoscopie. Des crachoirs pour recueillir les expectorations; des bocaux, pour recueillir les urines, etc.

Cette chambre sera agencée de manière à pouvoir être transformée en chambre noire.

Un rideau noir descendant au devant de la ou des fenêtres permettra cette transformation.

Laboratoire. — Hotte, fourneaux, becs Bunsen, évier avec eau froide et eau chaude. Microscope. Colorants et réactifs, etc.

Chauffage. — Appareil de chauffage central à vapeur sous pression, permettant la circulation de vapeur dans une étuve destinée à la désinfection prévue précédemment. Un générateur à eau chaude.

Première note. — Les angles des murs seront arrondis. Les parquets, les linteaux et les revêtements seront susceptibles de supporter de fréquents lavages et de fréquentes désinfections.

Deuxième note. — On peut simplifier en plaçant, dans la même pièce, le cabinet médical et la salle des examens spéciaux ; en réservant, dans les locaux de l'hôpital, la chambre à deux ou trois lits nécessités par le séjour éventuel des malades en surveillance.

Troisième note. — Prévoir : 1° des crachoirs fixes ; 2° des crachoirs de poche pour distribuer aux nécessiteux.

G. DUCHESNE.

RÉORGANISATION DES HOPITAUX

Syndicat médical de la Charente.

Le Syndicat médical de la Charente, réuni en assemblée générale, à Angoulême, le 19 mai 1927, après avoir étudié le fonctionnement des hôpitaux tel qu'il est actuellement et tel qu'on peut le prévoir sous le régime de la future loi d'assurance-maladie, adopte dès maintenant les directives suivantes :

1° Dans le but de mettre l'organisation hospitalière en mesure de faire face aux nouveaux besoins résultant de l'assurance-maladie, à l'afflux considérable de malades qui en sera la conséquence, la loi du 7 août 1851 et le règlement du Ministère du travail du 30 juin 1921 devront être révisés et profondément remaniés. En l'état présent, les petits hôpitaux de province, spécialement ceux de la Charente, insuffisamment outillés, seraient incapables de remplir le rôle nécessaire.

2° Dans les termes du règlement de 1921 : « *l'hôpital est par définition affecté aux pauvres* ; il importe que cette affectation soit rigoureusement maintenue sous le régime nouveau, le bénéfice de toutes les fondations publiques ou privées, de toutes les donations et subventions devant être réservé aux seuls pauvres, suivant leur véritable but de charité. Les nominations de médecins et chirurgiens auront lieu à la suite d'un concours régulier, ou tout au moins d'un concours sur titres devant une Commission où le Syndicat médical sera représenté ; les titulaires recevront une indemnité forfaitaire.

3° L'étude des statistiques des divers hôpitaux de la Charente démontre que le nombre des malades payants augmente progressivement tous les ans depuis 1913 (55 % en 1925, à Angoulême) ; les renseignements recueillis font ressortir que leur admission a lieu sans contrôle sérieux de leurs ressources et de leur situation sociale, avec une libéralité préjudiciable souvent aux véritables indigents qui ne peuvent être *reçus faute de place* ;

L'hôpital, déjà encombré par les malades payants, parmi lesquels s'en trouvent de fort aisés ou même riches, reçoit en outre d'autres catégories de payants dont les frais de séjour incombent à un tiers (compagnies d'assurances, Etat, collectivités), tels que victimes de la guerre, accidentés du travail ;

4° L'hôpital ainsi compris, s'écarte de plus en plus de son but, crée pour les maisons de santé et les cliniques privées une concurrence insoutenable par le fait que le prix de journée n'est pas calculé sur des bases réelles, les payants de toute catégorie profitant des fondations charitables et des exemptions d'impôts.

5° La séparation nette de l'hôpital en deux parties s'impose. Toutes les fois que l'initiative des particuliers ou des collectivités (mutualités, caisses d'assurance...) aura créé des maisons de santé, cliniques, établissements de cure accessibles aux malades de situation modeste, l'hôpital devra être fermé aux malades payants ; dans le cas contraire, et pendant la période transitoire qui s'écoulera jusqu'au plein fonctionnement de l'assurance-maladie, l'hôpital pourra être autorisé à créer lui-même cette maison de santé populaire, qui devra fonctionner à côté, dans des locaux distincts, avec une comptabilité spéciale où il sera tenu compte de tous les éléments de la dépense, comme capitaux investis, frais de réparations et d'entretien, impôts divers...

Les malades payants seront en droit de demander plus de confort que dans la salle commune, des régimes appropriés, la mise en œuvre de tous les progrès de la technique médicale ou chirurgicale ; ils auront le libre choix du médecin, du chirurgien, du spécialiste ; ceux-ci recevront des malades des honoraires fixés à un taux équitable.

6° Dès maintenant il est nécessaire que la perception de ces honoraires soit réglementée de façon à éviter tout abus, tout préjudice à l'ensemble des médecins.

Toutes questions, très délicates, se rapportant aux honoraires, aux tarifs, à l'admission des payants, au contrôle de cette admission, seront réglées d'un commun accord entre les Commissions administratives et le Syndicat médical.

Un médecin désigné par le Syndicat sera admis dans chaque Commission administrative.

7° Le Syndicat de la Charente décide que copie de cet ordre du jour sera envoyée au Ministère de l'hygiène, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, aux présidents des Commissions administratives de tous les hôpitaux de la Charente, à M. le Préfet, à l'Union des Syndicats médicaux de France.

Il donne mandat à son président d'entreprendre toutes démarches utiles tendant à obtenir dans le plus bref délai l'admission d'un médecin délégué dans chaque Commission administrative.

Dr MAFFRE.

Commentaires.

Le syndicat médical de la Charente a parfaitement raison de mettre, dès maintenant, à l'étude la réorganisation des hospices et hôpitaux.

D'une part, la loi du 7 août 1851 et les textes règlementaires, qui en découlent, ne sont plus adéquats à l'évolution des conditions modernes d'hospitalisation.

D'autre part, la mise en application, plus ou moins proche, de la future loi sur les assurances sociales fait, à nos organisations corporatives, l'impérieux devoir d'envisager ce que doit être l'hôpital de demain, par rapport aux futurs assurés sociaux.

Ces derniers, en effet, ne devront pas être considérés comme des indigents, puisque la caisse d'assurance payera pour eux. Ils seront donc compris dans la catégorie actuelle des blessés du travail et des réformés de guerre, admis dans les hôpitaux et qui, sans être bénéficiaires des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893 (malades privés de ressources), voient leurs dépenses hospitalières être acquittées par une collectivité, ou une individualité (chef d'entreprise, assurance de ce dernier, Etat).

Jusqu'ici, le corps médical s'est incliné devant les lois dites sociales, qui ne sont pas faites pour lui. Je sais bien que des protestations, des vœux ont été émis tant en diverses assemblées générales que dans les journaux médicaux ; mais, en pratique, le corps médical accepte de soigner gratuitement et sans révolte, à l'hôpital, les blessés du travail et les réformés de guerre, à côté de beaucoup d'autres malades payants.

Reste à savoir si les médecins ne devraient pas entrer dans une phase moins oratoire, mais plus active.

Que le syndicat médical de la Charente me permette donc d'argumenter et de commenter son vœu sur la réorganisation des hôpitaux.

Je dirai, de prime abord, qu'il ne faut pas se contenter de demander la modification de tel ou tel texte législatif ou règlementaire : pour les pouvoirs publics, autant en emporte le vent.

Il faut bien se mettre d'accord sur ce que veut le corps médical, tant dans son propre intérêt que dans celui des malades et même des collectivités, qui payent ; puis ces desiderata seront traduits en langage juridique et parlementaire ; on prendra les textes législatifs, actuellement en vigueur et, en face, on inscrira le texte qui sera proposé au Parlement, sous forme de projet, ou de proposition de loi.

Ce qui fait que, bien souvent, nos doléances n'aboutissent pas, c'est que nous n'apportons pas au législateur un travail tout fait, tout préparé. Nous croyons que députés comme sénateurs, dévoués à la cause médicale, vont, dans le silence du cabinet, s'atteler à la besogne et rédiger eux-mêmes les textes devant modifier les lois actuelles.

Notre devoir syndical est de faire le travail nous-mêmes, en collaboration avec des juristes, qui auront pour mission de rechercher les textes en vigueur et de traduire, en langage parlementaire, c'est-à-dire en textes de lois, les demandes de modifications faites par le corps médical.

Reprenant paragraphe par paragraphe le texte de la Charente, je dirai, à propos de l'article premier, que le syndicat a parfaitement raison de proposer que soit remise sur le métier la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux.

Cette loi, votée sous l'Empire, bonne dans son ensemble, doit être rajeunie sur un certain nombre de points.

Les commissions administratives des hôpitaux sont souveraines maîtresses, car, à cette époque, la mission de ces établissements publics n'était pas très considérable, ni importante. L'hôpital était l'asile où les pauvres recevaient les soins nécessités par leur état de maladie ; mais, en 1851, la chirurgie n'existait pour ainsi dire pas ; les malades payants avaient l'horreur de l'hôpital.

En est-il de même aujourd'hui, alors que les médecins, collaborateurs bienfaisants des administrateurs, veulent bien soigner les pauvres pour rien, mais n'entendent pas faire la même faveur aux hospitalisés payants.

Cependant, quelques commissions administratives, dépassant le but que leur a assigné le législateur, font acte de commerce, en prélevant un bénéfice sur les hospitalisés payants et, devant les réclamations des médecins, opposent trop souvent, à ces derniers, l'autoritarisme d'employeurs à employé.

Donc première conclusion : les syndicats médicaux doivent mettre à l'étude la loi du 7 août 1851 et les modifications à y apporter, pour que les hospitalisés payants puissent, si possible, avoir le libre choix de leur médecin, tout en payant à ces derniers les justes honoraires pour les soins, qui sont donnés.

En second lieu, sera également mise en discussion la manière de doter l'hôpital d'un matériel chirurgical et de spécialité, lorsque le corps médical local voudra faire de son hôpital une véritable maison de santé, dans les cas où aucune clinique privée n'existe dans la région.

Car, ainsi que le fait justement remarquer le syndicat de la Charente, l'hôpital est bien souvent détourné de son affectation charitable. Mais, pour convaincre le législateur, il importe de lui fournir des exemples, ou des statistiques, prouvant que l'hôpital reçoit des malades payants dont il tire profit, souvent même au détriment des pauvres et des indigents, qui ne peuvent être hospitalisés, faute de place.

Les nominations des médecins et des chirurgiens des hôpitaux sont laissées à la libre discrétion des commissions administratives, qui tiennent de la loi de 1851 le droit de faire ce que bon leur semble.

L'article 14 de la loi du 7 août 1851 devra donc être modifié dans le sens que demande le syndicat de la Charente.

Mais il ne faut pas oublier qu'actuellement doit être respectée l'autonomie syndicale locale : ici, le concours semble, aux yeux des médecins, le meilleur mode de recrutement ; ailleurs, le roulement entre tous les docteurs de la localité donne toute satisfaction.

Ce point demande une étude très approfondie : d'une part, les commissions administratives esti-

ment qu'elles sont en droit d'opérer une sélection parmi les membres du corps médical, soit en nommant les médecins de l'établissement, par la voie du concours, soit en choisissant ceux qui lui semblent le mieux qualifiés, pour les emplois qu'on va leur confier.

Allant plus loin, les administrateurs des hôpitaux veulent réserver à leur seul personnel médical, le droit de soigner les hospitalisés payants, dans le cas où le règlement de l'hôpital reconnaît aux docteurs le droit de réclamer des honoraires de tout payant.

Les commissions administratives veulent, de la sorte, donner un avantage aux praticiens qui soignent gratuitement les pauvres à l'hôpital, cependant que l'honorabilité professionnelle de ces docteurs est justement appréciée.

Aux différents syndicats médicaux locaux de dire ce qu'ils pensent du mode de nomination des médecins de leur hôpital, quels droits et avantages peuvent être réservés à ces praticiens.

Lorsqu'on aura pu réunir un grand nombre de réponses, il sera possible de rédiger un texte de loi, donnant satisfaction, autant que faire se peut, à tous les intérêts en présence.

Je serai donc très heureux de recevoir les suggestions de mes confrères, sur tous ces points que soulève l'ordre du jour du syndicat médical de la Charente.

Cette consultation générale est d'autant plus urgente et importante que l'admission des malades petits payants est à l'ordre du jour du VII[e] Congrès national d'assistance publique et privée, qui aura lieu à Nancy, les 27, 28, 29 et 30 octobre 1927.

Dr Paul BOUDIN.

LES PRIX DES VISITES EN SEINE-ET-MARNE

Par le Dr Fernand DECOURT.

Dans un premier exposé paru, à ce sujet, dans le *Concours* du 24 juillet dernier, et en vue de calmer les inquiétudes de certains confrères ayant lu le *Referendum* proposé pour relever le prix actuel — trop bas — des visites en Seine-et-Marne, j'avais montré (ce que ne pouvaient qu'ignorer les confrères qui n'appartiennent pas à notre syndicat) qu'il n'y a AUCUN RAPPORT entre le taux kilométrique des tarifs officiels, basés sur la distance du médecin *le plus rapproché*, et celui du Referendum basé sur la *distance moyenne* des médecins desservant la commune. Et s'il en était ainsi, c'est que nous avons, depuis plus de 20 ans, trente même dans certaines régions, la constante coutume des ENTENTES LOCALES entre confrères voisins pour fixer *un prix global de visite par commune* afin d'éviter toute tentation de se faire concurrence à coup de tarifs.

Certains confrères, donc, ont pensé, et écrit, que le Referendum proposé avec un tarif kilométrique à 1 fr. du kilomètre parcouru, soit 2 fr. du kilomètre de distance, allait nuire aux prix actuels du tarif des Accidentés du travail (T. Fallières) qui est de 1 fr. 50, soit 3 francs par kilomètre de distance.... *A priori*, cela semble évident.... et cependant *en tenant compte de la façon de kilomètrer dans les deux cas*, on verra qu'il n'en n'est rien, au contraire. Nous allons prendre une série d'exemples, pour concrétiser ce que nous avions dit dans le précédent exposé, et il en résultera clairement, *chiffres en main*, que le tarif proposé par le Referendum est, *sauf dans un seul cas*, SUPÉRIEUR au tarif Fallières.

1er EXEMPLE. — Le malade habite dans la localité où résident un ou plusieurs médecins :

Tarif du Referendum. — Prix de la visite : 15 francs.

Tarif Fallières. — Prix de la visite : 12 francs.

2e EXEMPLE. — Le malade habite à distance égale du seul ou des 2, 3, ou x... médecins desservant sa localité. C'est ce qui se passe aux environs d'une ville un peu importante, sans autre médecin plus proche du malade, dans les alentours. Et c'est là le cas, le *seul* cas où le tarif Fallières peut arriver à dépasser le tarif du Referendum. Et encore faut-il, pour cela, une distance d'au moins 4 kilomètres, comme nous allons le voir, d'après 3 modalités différentes.

a) Le médecin unique ou les divers médecins sont 2 à kilomètres du malade :

Tarif Refer. — Prix de la visite : 15 fr. + 2 kil. à 2 fr., soit 4 fr. = 19 francs.

Tarif Fall. — Prix de la visite : 12 + 2 kil. à 3 fr., soit 6 fr. = 18 francs.

b) Les médecins sont à 3 kilomètres :

Tarif Refer. — Prix de la visite : 15 + 6 = 21 francs.

Tarif Fall. — Prix de la visite : 12 + 9 = 21 francs.

c) Les médecins sont à 4 kilomètres :

Tarif Refer. — Prix de la visite : 15 + 8 = 23 francs.

Tarif Fall. — Prix de la visite : 12 + 12 = 24 francs.

Dans ce dernier cas, et *c'est le seul*, à 4 kilomètres et au-dessus, avec médecins à distance *égale*, le tarif du Referendum est désavantageux. Nous disons « 4 kilom. et au-dessus... » mais est-ce bien fréquent « au-dessus », soit à 5 ou 6 kilomètres, de ne pas se heurter à un confrère

habitant à 9 ou 10 kilomètres de soi, donc *plus proche* du malade que soi-même. Auquel cas, nous retombons dans les exemples qui vont suivre.

Notons, avant de continuer que, dans le tableau d'ensemble qu'on lira ci-dessous, pour faire la part belle à tout contradicteur, nous ne retiendrons de ces 3 cas que le 3e qui, seul, nous est défavorable.

3e EXEMPLE. — Le malade habite dans une localité desservie par trois confrères résidant respectivement à 2, 4 et 6 kilomètres :

Tarif Refer. — Moyenne des 3 distances : $\frac{2+4+6}{3} = \frac{12}{3} = 4$ kilomètres. Donc prix de la visite : 15 + 8 = 23 francs.

Tarif Fall. — Médecin le plus rapproché : 2 kil. Donc prix de la visite : 12 + 6 = 18 francs.

4e EXEMPLE. — Les médecins sont respectivement à 4, 5, 6 kilomètres du malade :

Tarif Refer. — Moyenne : $\frac{4+5+6}{3} = \frac{15}{3} =$ 5 kilomètres. Donc prix de la visite : 15 + 10 = 25 francs.

Tarif Fall. — Médecin le plus proche : 4 kilom. Donc, prix de la visite : 12 + 12 = 24 francs.

5e EXEMPLE. — Cette fois, étendons les distances et supposons les médecins respectivement à 5, 7 et 9 kilomètres.

Tarif Refer. — Moyenne : $\frac{5+7+9}{3} = \frac{21}{3} =$ 7. Donc prix de la visite : 15 + 14 = 29 francs.

Tarif Fall. — Médecin le plus proche : 5 kilom. Donc prix de la visite : 12 + 15 = 27 francs.

CONCLUSION. — Il nous apparaît qu'avec les 5 exemples que nous venons de prendre, nous avons fait un tour complet des possibilités ordinaires de clientèle en Seine-et-Marne. Et même des distances de 9 kilomètres n'y sont guère courantes.... Dressons maintenant le tableau récapitulatif suivant :

Exemples	Tarif du referendum	Tarif Fallières
1er cas	15 francs	12 francs
2e »	23 »	24 »
3e »	23 »	18 »
4e »	25 »	24 »
5e »	29 »	27 »

On y voit clairement que, sauf dans le 2e cas (et encore nous n'y avons retenu sur les 3 modalités de ce cas que la 3e qui *seule* nous est défavorable) le tarif proposé pour Seine-et-Marne, dans le Referendum aboutit, *en pratique*, à des prix *supérieurs* à ceux du tarif Fallières.

On pourrait objecter que nous n'y parvenons que par suite du prix même de la visite simple, sans déplacement qui est, dans notre Referendum, de 3 francs supérieure au prix de celle du tarif Fallières. Nous répondrons qu'il faut voir d'abord le *résultat pratique obtenu* et que, d'ailleurs, grâce à ces *prix fixés par commune par accords locaux, et publiés d'ordinaire*, nous n'avons plus à discuter (comme avec les assureurs ou pour l'A.M.G.) pour savoir si, ce jour-là, nous avons fait une tournée passant par A..., puis par B..., pour arriver au village C... en discussion, et si, au retour, nous n'avons pas vu des malades dans les villages D et E... D'avance, chacun sait que, quand un médecin vient voir un malade, dans la commune de C..., dans la journée, à son heure, le prix est de 22 francs, par exemple, et c'est tout. Maintenant, cela n'empêchera pas ce même médecin, ou son confrère, de prendre *davantage* en cas d'un appel d'urgence, ou de nuit... mais ceci est en dehors du *tarif syndical minimum* dont il est question actuellement, Nous n'avons donc pas à nous en occuper.

En résumé, après ces explications qui n'ont dû se faire jour que par suite d'une publication, inattendue de moi, d'une circulaire intrasyndicale, y a-t-il, dans ce Referendum, un gros sujet d'inquiétude pour nos honoraires dans le tarif Fallières, ou tout autre ?... Quant à moi, je ne le pense pas et j'espère qu'on me fera l'honneur de croire que j'ai assez l'habitude de manier nos divers tarifs pour avoir réfléchi à l'avance aux *répercussions pratiques* de ce Referendum... Oserais-je dire, en terminant, que s'il n'y a pas lieu de s'inquiéter, il y avait peut-être moins lieu encore de partir en guerre contre moi, *ex abruplo*, et sans même attendre que j'aie pu m'expliquer ?...

Dr Fernand DECOURT.

LES ASSURANCES SOCIALES AU SENAT

Rapport pour l'Assemblée Générale du Syndicat des chirurgiens Français
par le Dr G. Renon (de Niort).

D'abord savoir, ensuite résoudre.

« Le fonctionnement de l'assurance-maladie est tout entier entre les mains du Corps médical... La solution est le secret de demain. »
François Saint-Maur.
(*Sénat*, 10 *juin* 1927.)

Le Sénat vient de terminer le vote de la loi sur les Assurances sociales. Le texte adopté diffère profondément du projet Chauveau, et encore plus des promesses de l'honorable sénateur rapporteur, qui dit textuellement :

La Commission a pensé aussi qu'il est nécessaire d'honorer normalement les médecins et ici il n'y a pas lieu d'éprouver de crainte ; les médecins discuteront librement les tarifs avec les Caisses, par l'intermédiaire de leurs syndicats ; d'autre part, les ressources des Caisses sont suffisantes pour que les médecins n'aient pas à s'inquiéter du règlement de leurs honoraires.

Nous allons essayer de faire le point ; tout d'abord relire les articles qui nous intéressent en les accompagnant des commentaires les plus importants qu'ils ont suscités ; puis formuler nettement nos revendications légitimes. Nous les confronterons avec celles de nos confrères de l'Union et de la Fédération, ferons bloc, et avertirons solennellement le Parlement que le Corps médical, qui tient entre ses mains la réussite de la loi, ne consentira à y collaborer que si on respecte ses droits légitimes, qui concordent d'ailleurs avec l'intérêt des malades.

Assurance obligatoire. — *Article premier.* — 1° *Les Assurances sociales couvrent les risques maladie, invalidité prématurée, vieillesse, décès, et comportent une participation aux charges de famille, de maternité et de chômage involontaire par manque de travail, dans des conditions déterminées par la présente loi.*

2° *Sont affiliés obligatoirement aux Assurances sociales, tous les salariés des deux sexes dont la rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas* 18.000 *francs. Le chiffre limite est augmenté de* 2.000 *francs par enfant, à partir du deuxième, à la charge de l'assuré, au sens fixé par l'article* 20 *de la présente loi. Il est diminué de* 3.000 *francs pour les salariés sans enfant à charge.*

Les métayers travaillant d'ordinaire seuls ou avec l'aide des membres de leur famille, conjoint, ascendants ou descendants, et ne possédant aucune partie du cheptel, sont assimilés aux salariés.

Les propriétaires de corps de biens donnés à métayage sont assimilés aux employeurs.

3° *L'affiliation s'effectue obligatoirement, et sous les sanctions prévues à l'article* 64, *à la diligence de l'employeur, dans le délai de huitaine qui suit l'embauchage. Elle est opérée dans le département par les soins de l'Office des Assurances sociales qui immatricule l'assuré et lui délivre une carte individuelle d'Assurances sociales.*

Les salariés étrangers ayant leur résidence réelle et permanente en France sont assurés comme les salariés français ; mais ils ne bénéficient pas des allocations et des fractions de pensions imputables sur le fonds de majoration et de solidarité créé par la présente loi.

Le principe de la loi est clairement exprimé : *la loi couvre le risque maladie.*

Nous allons voir très vite que les textes votés sont en contradiction formelle avec ce principe qu'avec une louable unanimité le Sénat a consacré.

L'alinéa 2 étend l'obligation à tous les salariés dont la rémunération ne dépasse pas 18.000 francs, avec augmentation de 2.000 francs par enfant ; les métayers sont assimilés aux salariés.

Il n'est nullement question de faire une discrimination, comme nous l'avions demandé, pour le rentier qui a un emploi dans une usine, ou une entreprise quelconque, ce qui permet à un millionnaire d'être légalement assuré. Bien au contraire, le rapporteur de la Commission des Finances a nettement déclaré : « Ce que nous voulons, c'est que toute la France soit assurée. » (*Journal Officiel*, page 637.)

La même pensée se retrouve à l'article 37, visant les assurés facultatifs, qui pourront s'assurer *si le revenu de leur travail* n'excède pas 18.000 francs ; ce qui va singulièrement élargir le nombre des assujettis ; car nous ne sommes pas du tout rassurés par la remarque qui a été faite, à savoir : il faut encore que ces assurés facultatifs vivent principalement du produit de leur travail.

Quoi qu'il en soit, et en ne comptant que les assurés obligatoires, pour M. François Saint-Maur, c'est 90 % de la clientèle du médecin de campagne qui sera assuré, 80 % pour M. La-

BROUSSE. Nous pouvons dire la presque totalité si on fait jouer l'article 37.

RISQUE-MALADIE. — *Article 4.* — 1° *L'Assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, selon les modalités suivantes :*

2° *L'assuré choisit librement son praticien.*

3° *Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. S'il n'y a pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci choisit parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien, ou en général à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux des tarifs locaux prévus au paragraphe suivant, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.*

4° *Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant les uns et les autres de contrats collectifs intervenus entre les Caisses et les Syndicats professionnels.*

5° *Leur montant est supporté par la Caisse ou remboursé par elle à l'assuré suivant les conditions déterminées dans les contrats. La participation de l'assuré aux frais médicaux, en dehors des suppléments de frais visés au paraglaphe 3 ci-dessus, est fixée par la Caisse entre 15 et 20 % et réalisée également suivant le mode prévu aux dits contrats. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 %. Le règlement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.*

6° *Après expérience d'au moins deux années, toute Caisse d'assurance pourra être autorisée, sur sa demande et après avis favorable de la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution de pourcentage des assurés.*

7° *Les prestations en nature sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale, et pendant une période de six mois.*

8° *Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.*

9° *L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs peut se prévaloir des dispositions des paragraphes 1er et 7 ci-dessus.*

Voici cet article capital, qu'il faut lire et relire avec la plus scrupuleuse attention. Puis, si on se reporte aux discussions qui en ont précédé le vote, on est un peu « surpris » de ce que les honorables sénateurs ont cru y mettre.

Qu'y voyons-nous ? L'alinéa 1er de l'article 4 réédite avec plus de précision le principe général de la loi, qui est d'exonérer l'assuré de tous les frais médico-chirurgicaux, à domicile et à l'hôpital.

Voilà la promesse formelle que seule l'assuré retiendra et dont il usera, soyons-en convaincus, pour se libérer des restrictions qu'apportent les articles suivants, en contradiction flagrante avec le principe de couverture totale du risque maladie que tous les partis du Sénat ont voté. Croit-on vraiment que le salarié, qui sait que, payant une cotisation relativement élevée il a *droit* au médecin, consentira à faire l'avance des frais médicaux au tarif ordinaire, sachant fort bien qu'il n'en sera remboursé qu'en partie, car l'alinéa 5 vient immédiatement contredire l'alinéa 1er, puisqu'il dit que l'assuré devra payer de 15 à 20 % du tarif local établi par la convention, tarif qui sera au-dessous du tarif syndical ? Pensons un instant à ce que nous faisons nous-mêmes quand nous avons un accident d'auto : payons-nous les dégâts ou faisons-nous simplement la déclaration à l'assurance ? Il faut le dire franchement, ou le Corps médical va à une déception amère : la loi actuelle d'assurances contre la maladie est incompatible avec notre pratique médicale : l'entente directe.

« L'assuré choisit librement son praticien. » C'est tout ce qui reste de l'ancien alinéa du projet primitif qui prévoyait une liste établie d'accord entre les Caisses et les Syndicats.

Le seul moyen qu'avait la Haute Assemblée d'assurer dans une certaine mesure la moralité médicale, elle l'a délibérément écarté. Nous qui pensons que nos Syndicats professionnels ont un rôle élevé à remplir, qui avons toujours cherché à les armer de sanctions pour maintenir la dignité et la probité médicales, nous sommes absolument désarmés.

Le malade assuré pourra toujours appeler le confrère qu'il lui plaira, quelle que soit son indignité. Le contrôle sera absolument illusoire, parce que privé de la sanction seule efficace : l'exclusion. Aussi avons-nous vu surgir une demande d'institution d'Ordre des médecins qui a été écartée par l'intervention du ministre.

Le paragraphe 3 donne à l'assuré la certitude que, quel que soit le prix qu'il payera à son médecin, la Caisse lui remboursera celui fixé au tarif

moins 15 à 20 %. *Il n'y a donc pas couverture* du risque, mais participation aux charges, contrairement à la rédaction du premier alinéa.

Le paragraphe 4 stipule que tous les frais médicaux à domicile ou à l'hôpital seront réglementés et évalués par des conventions qui établiront les tarifs locaux, compte tenu des tarifs syndicaux.

Il est donc incontestable que ce ne sont pas nos tarifs syndicaux qui seront acceptés, et de cela, les sénateurs n'en n'ont pas fait mystère. On nous demande une réduction dont l'importance est impossible à déterminer d'avance, puisque celle-ci sera liée aux disponibilités financières de la Caisse. Quel que soit l'optimisme de MM. Chauveau et Strauss, il est certain que les Caisses ne pourront pas nous payer à notre tarif habituel et, le pourraient-elles, il n'est pas certain qu'elles le feraient.

Qu'a cru y voir le Sénat ? — A tout seigneur, tout honneur ! C'est le rapporteur, M. Chauveau, qui dit (*Journal Officiel*, page 657) :

Parlons maintenant de l'entente directe. Si l'on veut bien relire le texte, elle est réalisable tout entière dans le projet. Quelle disposition interdit l'entente directe ? Elle peut parfaitement jouer, je le répète, dans les termes de notre texte.

M. F. Merlin (*Journal Officiel*, page 667) :

Le texte de l'alinéa 2 se réduit à cinq mots. L'assuré choisit librement son médecin, sans aucune restriction. Cette liberté totale, pour le médecin et pour le client, les place l'un en face de l'autre : c'est l'entente directe la plus absolue, désirée par la Haute Assemblée, que la Commission vous proposera.

Si nous nous reportons à la définition de l'entente directe donnée par M. Roche (*Journal Officiel*, page 655), nous lisons :

Pour que la médecine donne de bons résultats, il faut, d'abord, que le malade ait confiance dans son médecin ; il faut, ensuite, qu'il soit assuré du secret des choses qu'il va lui confier. En échange de cette confiance, le médecin a le devoir de mettre au service du malade toutes les ressources de sa science, tout son cœur, toute son intelligence, après quoi, il a la faculté d'évaluer la valeur du service rendu et le malade le paie.

Tout cela, nous disent les honorables sénateurs, est permis par la loi. D'accord, mais à la condition qu'on ignore purement et simplement les alinéas 4 et 5. Dans ces conditions, comment fera-t-on croire au salariat que le risque maladie est couvert par la loi ?

Le principe de l'Assurance-maladie est incompatible avec l'entente directe.

Après avoir célébré les vertus de l'entente directe, sans se rendre compte qu'elle était impossible avec leur texte, les mêmes sénateurs ont fulminé contre la tarification et voté un texte qui l'impose. Je continue à citer : M. Roche (*Journal Officiel*, p. 656 et suivantes) :

Tout médecin qui exerce en vertu d'un contrat, qui a accepté un tarif, prend figure de fonctionnaire et perd son prestige.

... les malades s'imaginent toujours que les médecins, qui acceptent un tarif et un contrat, ne sont pas les meilleurs.

Logique avec lui-même, M. Roche demande, dans un amendement, la suppression du tarif et du tiers payant. Puis le retire, se déclarant satisfait par le texte de l'article 4, qui cependant, d'après lui (page 694), fixant le salaire du médecin, fait de celui-ci un salarié.

M. Labrousse (*Journal Officiel*, pages 664 et suivantes) est encore plus lyrique pour condamner la tarification et demande, pour surveiller la probité médicale :

La création d'un tribunal moral supérieur, hors des contingences locales, siégeant soit au ministère du Travail, soit au ministère de la Justice, ce qui, je l'espère bien, règlerait toutes les questions de déontologie, tous les conflits d'ordre médical inhérents à cette loi et peut-être inhérents à d'autres lois.

Que pensent de cela nos amis partisans de l'Ordre des médecins ?

M. Fernand Merlin (*Journal Officiel*, page 667) :

La liberté de choisir le médecin, c'est là une conséquence heureuse, comporte la suppression de la tarification obligatoire, mais elle ne veut pas dire la suppression du tarif syndical. Pour les Caisses, il est besoin d'une base qui restera une simple indication. Cette tarification de principe ne gênera en rien le praticien qui ne voudra pas l'accepter. Elle laissera s'établir l'entente directe entre le client et le médecin ; elle n'y porte aucune atteinte.

On croit rêver quand, vingt lignes plus haut, le même sénateur disait :

Je me félicite de la suppression d'une liste des médecins, on a ainsi d'avance paré à ce grave inconvénient : l'impossibilité d'appliquer la loi si les médecins, habitant telle localité, n'avaient pas adopté les tarifs ou les conventions qu'on leur proposait. (*Très bien.*)

Brochant sur le tout, voici les paroles de M. Chauveau (*Journal Officiel*, page 658) :

Les tarifs vont être librement discutés entre les Syndicats et les Caisses... Si vous voulez choisir un autre médecin dont le tarif soit particulier vous le choisirez... la Caisse vous indemnisera de la partie contractuelle et vous payerez le reste... Votre liberté est entière. La vie médicale continue, je le répète, normale, avec en plus quelques papiers, avec quelques lisières indispensables.

Notre excellent confrère ne nous veut que du bien, que ne le laisse-t-on faire ? Tout ira le mieux du monde, il n'y a qu'à le croire, mais.... il ne faut pas lire les textes.

Et, tout en bas de la première colonne de la page 658, l'aveu :

La simple indemnité de maladie payée par la Caisse ? N'est-il pas à craindre que l'assuré — je ne dis pas l'assisté — ne la juge insuffisante et qu'elle ne l'incite pas à se considérer comme non réellement assuré.

Le voilà, le dilemme auquel n'échappera pas le Parlement.

— Ou la Caisse couvrira réellement le risque maladie et devra tout payer ;

— Ou la Caisse ne versera qu'une indemnité, et le malade ne sera pas assuré.

Ne croyons pas le Parlement dépourvu de toute intelligence. Il a vu une solution qui avait l'avantage de nombreux précédents : *faire payer le Corps médical.*

Nous sommes prévenus ; que le salariat exige d'être assuré en totalité, c'est son droit ; que le Parlement avise aux moyens de le satisfaire, c'est son devoir. Mais c'est le droit et le devoir des médecins d'exiger que l'on respecte leurs intérêts légitimes :

Opprimer le médecin, c'est tuer le malade. (*Très bien, très bien et applaudissements*). — DELAHAYE. (*Journal officiel*, p. 6970.)

HOSPITALISATION. — *Article* 6. — 1° *L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la Caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle ;*

2° *En cas d'hospitalisation, les frais supportés par la Caisse seront contenus dans les limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'Assistance publique à l'égard des malades admis sous le régime de l'Assistance médicale gratuite ou des accidentés du travail admis sous le régime de la loi du* 9 *avril* 1898 ;

3° *L'allocation à laquelle l'assuré peut prétendre est réduite, en cas d'hospitalisation :*

Du tiers, si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de seize ans, ou bien s'il a plusieurs ascendants à sa charge ;

De la moitié, si l'assuré est marié sans enfant ni ascendant à sa charge ;

Des trois quarts, dans tous les autres cas.

Procédons avec la même méthode et voyons ce qu'a voulu dire le Sénat :

M. François SAINT-MAUR (*Journal Officiel*, page 693) :

Je voudrais demander à M. le Rapporteur si nous sommes bien d'accord, comme je le crois. Il est entendu que, même en matière de clinique, l'assuré a la liberté du choix et qu'il a la faculté, par conséquent, de se faire soigner dans une clinique, alors même que cet établissement n'aurait pas passé un contrat avec la Caisse.

LE RAPPORTEUR. — Parfaitement.

Il n'y a qu'à relire le premier alinéa pour voir que le rapporteur se trompe.

Le deuxième alinéa, qui limite la part de responsabilité des Caisses au tarif de l'A.M.G., a été proposé par M. DRON en ces termes (*Journal Officiel*, page 693) :

Tout le principe de la loi, en ce qui concerne les soins médicaux, repose sur la liberté du choix du médecin, je demande que le malade ait aussi le droit de choisir la maison où il sera hospitalisé en cas de maladie grave ; toutefois, je ne désire pas qu'il puisse aller n'importe où, par exemple dans des maisons où des prix abusifs seraient réclamés des malades.

Voilà pourquoi mon amendement dispose qu'il ne sera pas payé par la Caisse une somme supérieure à celle qui correspond au prix de journée des établissements hospitaliers de l'Assistance publique ; dans ces limites, l'assuré a toute liberté de choisir l'établissement où il se fera soigner. (*Très bien, très bien.*)

On ne peut pas moins élégamment retirer d'une main ce qu'on donne de l'autre. De grandes phrases généreuses ; un texte sec qui fait des assurés quinze millions d'indigents. La parole est à M. JOUHAUT.

Ce n'est pas tout. M. STRAUSS insiste pour que les Commissions administratives des hôpitaux restent maîtresses chez elles et, pour cela, demande que les malades ne puissent être hospitalisés que s'il y a eu, préalablement, convention entre la Caisse et l'hôpital.

M. STRAUSS obtient satisfaction : le malade ne pourra être hospitalisé que dans les établissements ayant contracté, et la Caisse ne sera tenue qu'au paiement du tarif de l'A.M.G. ou des accidents du travail. Ce n'est pas le même : la Caisse voudra le tarif d'A.M.G., qui est inférieur, l'hôpital celui des accidentés. Peu nous chaut de leurs disputes futures, mais ce que nous ne devons pas oublier, c'est que ces deux tarifs sont basés sur le *tout compris.*

C'est donc certainement, et dès maintenant, le traitement à l'hôpital de quinze millions d'assurés qui devra être pratiqué gratuitement par le Corps médical.

Cet escamotage s'est passé dans le silence le plus absolu de tous nos confrères sénateurs qui ont trouvé cela tout naturel.

Qu'on ne vienne pas nous dire : « L'alinéa 4 de l'article 4 vous garantit que les prestations en nature dans un milieu hospitalier ou technique sont réglementées et évaluées... dans des contrats collectifs intervenus entre les Caisses et les Syndicats professionnels. »

Sa portée est complètement détruite par l'amendement DRON qui protège légalement les Caisses contre tout prix supérieur à celui de l'A.M.G. ou des accidentés du travail qui est un tout compris.

Et on comprend maintenant pourquoi M. STRAUSS insistait tant sur la nécessité de la convention entre les Caisses et les Commissions administratives et s'opposait à toute immixtion

des Syndicats médicaux. Celles-là vont leur dire : « J'ai mon établissement, j'ai mes médecins, mes chirurgiens, mes spécialistes, je peux vous fournir tout cela au plus juste prix. » Les administrations hospitalières se croient très fortes ; dans les grandes villes, leurs titres s'acquièrent au prix de durs concours et valent un titre de rente. Il y a les situations acquises, il y a les besoins de l'enseignement. Il y a surtout l'habitude et la routine, la crainte du changement et du nouveau. En Alsace, l'hospitalisation n'est-elle pas faite tout entière aux frais des médecins. (Voyez le rapport de STOLZ.)

Eh bien, non ; le Parlement le sait, la loi sera ce que le Corps médical voudra qu'elle soit.

Nous n'avons pas besoin des adjurations pathétiques de nos anciens confrères qui ont abandonné le stéthoscope ou le bistouri pour l'urne électorale pour connaître nos devoirs sociaux.

Si les lois dont les parlementaires sont fiers sur l'Assistance médicale, les accidents du travail, les mutilés de guerre, et j'en passe, ont pu fonctionner, c'est grâce à l'abnégation et au désintéressement du Corps médical.

Ce ne fut que par une lutte de tous les jours qu'il est arrivé à se faire rémunérer chichement pour les soins à domicile, mais que MM. les Parlementaires n'oublient pas que, sur tout le territoire, nous sommes des milliers qui, *gratuitement*, soignons les assistés, les accidentés, les mutilés. C'est par millions de francs qu'il faut compter le don généreux que fait tous les ans à la France le Corps médical.

On a exploité sans vergogne sa générosité, son désintéressement. La charité est devenue une vertu réactionnaire. On fait appel à notre solidarité. Nous l'avons prouvée par des faits et non par des paroles. Nous allons en donner encore une preuve en proposant les solutions médicales du problème des Assurances sociales.

***

Nous comprenons l'embarras du Sénat. Désireux de doter le salariat d'une loi généreuse, il n'a pas su, dans son élan philanthropique et électoral, faire *le juste départ entre la couverture du risque grave, qui seul importe, et le petit risque.* Et, cependant, les avertissements ne lui ont pas manqué. Mais c'était trop difficile, et, tout naturellement, c'est la solution simpliste qui a prévalu.

Obéissant ensuite à une vieille habitude de toutes les lois médico-sociales, il s'est dit que le seul moyen de limiter les dépenses était de les faire supporter par le Corps médical. Mais cette fois-ci il a dépassé la mesure, et puisque, « chirurgiens en tête, le monde médical est entré dans la voie du matérialisme économique » (LABROUSSE *dixit*), le Sénat ne trouvera pas mauvais que, chirurgiens en tête, le Corps médical lui dise : « Votre loi est mal faite, elle ne respecte ni les intérêts des assurés ni les nôtres, nous n'en voulons pas. »

Nous savons maintenant : essayons de construire.

Nous n'avons pas la prétention d'imposer une solution au législateur, mais nous avons le devoir de lui dire quelle est, à notre avis, la meilleure.

Il n'y a que trois solutions :

— L'entente directe ;

— La fonctionnarisation du Corps médical.

— L'entente contractuelle.

L'ENTENTE DIRECTE. — M. ROCHE l'a fort bien définie. Nous avons démontré qu'elle était radicalement incompatible avec la loi d'Assurances sociales.

Pour la réaliser, il faudrait simplement que la Caisse verse au salarié malade une somme forfaitaire dont elle serait seule juge, moyennant quoi celui-ci irait se faire soigner où il voudrait, par qui il voudrait, au prix qu'il consentirait. Ce serait le libre choix absolu pour le salarié, la liberté complète pour le Corps médical, la suppression de tout contrat, de tout contrôle.

C'est cela qu'est l'entente directe, et on voit de suite que si elle est réalisable entre malade isolé et médecin personnel, elle ne l'est plus lorsqu'une organisation quelconque se substitue au malade pour le décharger de tout ou partie de ses frais médicaux (Caisse) et au médecin pour le protéger (Syndicat). Cela est si vrai que nos confrères du Nord et de la Seine qui la réclament ont bel et bien passé un contrat avec le Consortium Roubaix-Tourcoing ou les industriels de la Seine. La partie prenante est le Syndicat médical qui garantit aux salariés les soins des médecins syndiqués (donc libre choix restreint) et contrôle lui-même le service médical. Ils n'ont pas eu besoin de fixer un tarif avec la Caisse parce que celle-ci ne paye qu'une indemnité ; mais, en pratique, c'est le tarif syndical qui joue. Même dans ces cas où il ne s'agit pas de couverture totale du risque, donc d'assurance, il a fallu un accord entre la Caisse et le Syndicat médical.

Le Sénat a bien applaudi quelques couplets de bravoure sur l'entente directe, mais il l'a proprement étouffée sous les alinéas 4 et 5 de l'article 4.

Est-ce l'intérêt des malades et le nôtre d'essayer de la faire revivre ?

Il y a un précédent : la loi de 1898 sur les accidents du travail était basée sur l'entente directe. Le médecin était parfaitement libre de présenter sa note à l'ouvrier blessé à son tarif normal, mais il ne l'a jamais fait, il s'est toujours contenté de se faire payer par l'assurance la part de responsabilité du patron, acceptant, du même coup, et spontanément, la tarification et le tiers payant.

Des praticiens n'ont même pas hésité à se

spécialiser dans les accidents du travail, ce qui a valu à certains quelques désagréments judiciaires. L'entente directe n'est donc pas une panacée contre l'improbité. Il ne s'agissait pas d'ailleurs de malfaçon technique, mais de trop grandes habiletés économiques.

Croit-on vraiment que cette expérience de trente ans soit sans valeur ? Et je reste sceptique lorsqu'on me dit : Nous avons eu tort, évidemment, mais nous ne le ferons plus ; actuellement les futurs assurés nous payent régulièrement à nos tarifs syndicaux, ils n'auront aucune raison de ne pas continuer lorsqu'ils seront certains d'être remboursés de la plus grande partie de leurs dépenses.

Je suis sûr du contraire. La mentalité du salarié va instantanément changer ; le jour où il saura qu'assuré, il a *droit* au médecin, il ne voudra rien savoir, il nous renverra à la Caisse. C'est alors qu'on verra fleurir la basse réclame, tous les procédés malhonnêtes pour attirer le client, et les rabais d'honoraires. Que se passe-t-il déjà sous le couvert de l'entente directe ? Nos confrères sont trop avertis pour qu'il soit nécessaire d'insister. Ils en sont réduits à réclamer un Ordre des médecins.

Rester en dehors de la loi, c'est livrer le malade sans défense à tous les aigrefins de la profession ; c'est renier toute notre action syndicale de défense professionnelle, de sauvegarde de la dignité et de la morale professionnelles. Les médecins ont trop abusé de leur indépendance, ils commencent à prendre conscience de leur solidarité. Au-dessus du praticien, il y a la *profession*. Pour la défendre, il n'y a que le *Syndicat*.

Restons unis, nous serons forts, et à ce prix seulement nous ferons triompher nos justes idées.

Ni le salariat, ni le Parlement ne peuvent accepter l'entente directe, car c'est la négation de toute assurance et je ne vois pas très bien les Caisses payant à guichet ouvert toutes les notes médicales présentées par les assurés.

Je répète le dilemme :

— Ou la Caisse couvrira réellement le risque maladie et devra tout payer ;

— Ou la Caisse ne payera qu'une indemnité et le malade ne sera plus assuré.

La fonctionnarisation du corps médical. — *Après la liberté totale, l'asservissement total.* Ce sont les deux solutions brutales et simples.

Qui se rappelle le projet Grinda et le dithyrambe chanté à la gloire du service de santé pendant la guerre ? Il était donné en exemple ; mais M. Grinda n'avait oublié qu'une chose, c'était de conclure : il fallait mobiliser le Corps médical. Il n'avait pas osé certainement en venir là, bien que ce soit la conclusion logique de toute étatisation. Maginot nous l'avait promis ; ce qui prouve qu'un modéré au pouvoir est bien souvent un socialiste qui s'ignore.

Relisons le rapport Grinda :

« *Sans cesse, le médecin devra se rappeler que la bienveillance naturelle dans l'exercice de sa profession peut devenir onéreuse pour la collectivité assurée, et, en définitive, pour l'assuré lui-même : il aura le devoir de dépister les simulateurs, d'économiser les frais de pharmacie, de rendre les malades au travail dans le plus bref délai possible. La prospérité, la vie de la Caisse seront à ce prix.* »

Ne voit-on pas de suite que tout cela n'est réalisable que par un médecin fonctionnaire à la solde des Caisses. N'est-ce pas déjà la solution qu'ont trouvée l'Etat, les grandes Compagnies pour assurer leurs services médicaux. Et le secret professionnel ? Il n'y en a évidemment plus, mais qui s'en plaint ? Les médecins militaires n'ont pas la manière, dit un sénateur. Qu'importe, ils sont là non pour être agréables à leurs malades, mais « *pour récupérer* ».

Il ne s'agit plus de malades qu'il faut soulager, réconforter, mais de pièces détachées du grand organisme social qu'il s'agit de réparer ou de réformer. La médecine individuelle n'a pas de rendement, il nous faut du travail en série, des établissements bien installés où le malade, à l'entrée, sera inventorié des pieds à la tête, nettoyé, réparé et remis en circulation le plus vite possible avec le minimum de frais. A la société moderne envahie par le matérialisme, il faut une médecine sans âme. Et je suis bien sûr que, malgré cela, tant est forte l'emprise médicale, que les médecins fonctionnaires, que nous verrons certainement un jour, exerceront leur métier avec dévouement et probité. Le médecin de campagne, jour et nuit, roule sur les routes pour de maigres honoraires sans connaître un jour de repos ; ses clients iraient chercher son confrère. Ne verrait-il pas avec plaisir sa matérielle assurée, des heures de travail limitées, des congés réguliers, une retraite pour ses vieux jours ? Même parmi les arrivés de la profession, il en est qui troqueraient volontiers leur clientèle opulente, mais encombrante, pour un service hospitalier bien installé qui leur permettrait de travailler, libérés de tout souci matériel.

Et comme tout devient simple, il n'y aura même pas à craindre la grève, car les médecins aiment trop leur métier pour jamais abandonner leurs malades.

Allons, messieurs les Parlementaires, montrez que vous êtes des hommes libérés des préjugés bourgeois et ne vous laissez pas devancer par les dictateurs de droite ou de gauche.

L'entente contractuelle. — Reste la troisième solution : celle que j'appellerai la solution professionnelle, syndicaliste, qui a pour base le contrat.

Si nous sommes isolés devant la puissance énor-

me des Caisses, si nous n'arrivons pas à maintenir une discipline sévère dans nos syndicats, nous n'obtiendrons rien.

Toute tractation individuelle avec les collectivités est une faute impardonnable (VERGER).

Seul, le Syndicat professionnel a qualité pour conclure une entente avec les collectivités et il a pour base légale, ainsi que l'a excellemment démontré MARTIN, la loi de 1919 sur les conventions collectives (1).

Voici le premier principe sur lequel nous devons nous tenir comme sur un roc.

DE LA CAPACITÉ CONTRACTUELLE. — Tous les Syndicats médicaux sont habiles à contracter. Mais alors, il pourra toujours se constituer un Syndicat dissident qui tirera dans le dos de ses confrères (les *black legs*). C'est pourquoi il faut faire rétablir le texte primitif de M. CHAUVEAU et réclamer l'obligation de l'adhésion à l'Union. Donc il faut la reconstituer. Ce n'est d'ailleurs pas dans un intérêt égoïste que nous réclamons cette obligation, mais dans l'intérêt des malades et des Caisses. Un Syndicat dissident ne pourrait être qu'un Syndicat rabaisien et ce n'est pas en provoquant la baisse des prix que les Caisses amélioreront la valeur du service médical.

Les conditions d'exercice de la médecine diffèrent suivant les régions et suivant les spécialités ; c'est pourquoi il conviendra de *respecter l'autonomie* de chaque Syndicat qui connaît les conditions morales et économiques nécessaires au bon exercice de la médecine et y adapte son tarif.

Le contrat syndical liera-t-il tous ses membres ou ceux-ci pourront-ils s'en libérer ? En d'autres termes, certains confrères syndiqués auront-ils le droit de dire : je ne veux pas travailler au tarif syndical, je veux être maître de mes honoraires.

Quel que soit le haut sentiment que nous puissions avoir de notre valeur personnelle, il faut, par solidarité, que si nous acceptons les bénéfices du syndicalisme, nous en supportions aussi les charges. Nous, chirurgiens, nous avons établi un tarif minimum qui nous donne satisfaction à tous et que tous nous acceptons ; pourquoi les médecins ne prévoient-ils pas de façon plus précise les honoraires du médecin traitant, du médecin consultant, du médecin hospitalier ?

Cette question est d'ailleurs tranchée par la loi de façon libérale, puisqu'elle permet à tout assuré de se faire soigner par un praticien qui demande des honoraires supérieurs, la Caisse n'étant tenue qu'au remboursement des frais prévus au tarif. Dans ces conditions, il faudra que le contrat donne la liste des médecins qui acceptent de soigner au tarif syndical contractuel.

DES HONORAIRES. — Il ne faut pas le dissimuler : tout roule sur cette question. Il y a deux points de vue contradictoires : celui du médecin, celui du parlementaire.

Le médecin exerce une profession libérale, c'est pourquoi, après avoir rendu service à son client, il lui est loisible d'estimer ce service à un prix variable. Les nécessités de la vie médicale ont obligé les praticiens à s'entendre entre eux et à réclamer à leurs clients le paiement à l'acte médical qui, pour les médecins, est la visite ou la consultation, donc à fixer ce qu'ils ont appelé le tarif syndical minimum. Mais il ne faut pas oublier qu'ils sont parfaitement libres de demander le prix qu'ils estiment juste, et si ce tarif syndical minimum est devenu le tarif le plus généralement adopté, cela tient à ce que le client aisé est plus rare que le client infortuné.

Le principe auquel le médecin est fermement attaché est le droit de donner à ses soins la valeur qu'il estime juste suivant la situation de ses clients.

Il tâche de mettre en pratique — de très loin — la maxime : « Prendre l'argent où il est. »

Or, que voit-il dans la loi actuelle ? Que tout salarié qui gagnera 18.000 francs sera obligatoirement assuré et que tout citoyen qui prouvera que le produit de son travail n'excède pas 18.000 francs pourra s'assurer.

En pratique, c'est la presque totalité de la clientèle de l'immense majorité du Corps médical qui va être assurée. Et que lui propose le Sénat : une tarification de ses honoraires à un prix inférieur au tarif syndical minimum pour les soins à domicile et rien du tout pour les soins dans les établissements hospitaliers.

C'est absolument inacceptable. Toute entente est radicalement impossible sur ces bases.

Quel est donc le point de vue du parlementaire ?

Faire une loi qui ait l'air d'être généreuse pour le prolétariat et qui coûte le moins cher possible.

Le principe de la loi, excellent en théorie, s'est révélé décevant dans la pratique. *Qui ne paye pas abuse.* Et qu'on ne vienne pas dire à un médecin, *dont le premier devoir est de se rendre à l'appel de ses malades,* de limiter leurs demandes abusives ; que la Caisse les contrôle ! Si on dit que ce sont les médecins eux-mêmes qui abusent, nous répondrons : contrôle syndical. Il n'y a qu'une façon logique et efficace d'organiser l'assurance maladie, c'est de *couvrir seulement le gros risque.* Toutes les statistiques le prouvent, c'est le petit risque qui tue les Caisses. Donnez davantage au vrai malade et supprimez radicalement toute indemnité au fricoteur et au porteur de bobos. Mais cela n'est pas démocratique, paraît-il, et le Parlement a préféré faire sup-

(1) MARTIN. — « Le syndicalisme médical : ses bases, ses moyens d'action. »

porter les frais de l'assurance par le Corps médical.

La solution est simple, cependant. Nous exerçons tous au grand jour, nous poussons la candeur jusqu'à publier nos tarifs syndicaux minimum. De quel droit vient-on nous demander encore un rabais ? Nous poussons la générosité jusqu'à dire : nous n'exigerons que le plus bas de nos prix, mais nous n'accepterons aucun marchandage. C'est à prendre ou à laisser. Les Caisses ne peuvent pas avoir le droit de nous imposer des tarifs. Il n'y aura qu'une phrase dans les contrats concernant les honoraires : *le tarif appliqué sera le tarif syndical minimum.*

Du mode de paiement. — Ceci sera l'affaire de chaque Syndicat. Que les médecins aient la liberté soit de se faire payer directement par le client, soit de passer à la Caisse. La loi consacre cette liberté, elle dit : « La Caisse supporte ou rembourse. »

De l'hospitalisation. — C'est la carence complète de la loi. Grâce à l'amendement Dron, Les quinze millions d'assurés sont assimilés à quinze millions d'indigents.

Nous qui avions la naïveté de penser que c'en était fini des hôpitaux surannés, des salles encombrées, qui avions déjà dressé des plans pour les maisons de santé à bon marché de l'avenir, nous pouvons déchanter.

Et les honoraires des praticiens pour les soins à l'hôpital : ils sont réduits à zéro.

On ne se bat pas contre le néant ; or, c'est le néant qu'apporte la loi dans cette question de l'hospitalisation.

Inutile d'apporter des suggestions, de proposer une organisation. Nous n'avons qu'à répondre : Non !

C'est tout de même trop simple de mettre les Assurances sociales sur le même plan que l'Assistance gratuite. Le Sénat pense-t-il vraiment que le prolétariat, conscient et organisé, va accepter cela ? Dans tous nos Syndicats, et spécialement dans notre Syndicat des Chirurgiens, nous avons déjà étudié la question : organisation matérielle des établissements de soins, libre choix, nécessités de l'enseignement ; cela ne se résout pas par un amendement. Le Syndicat des Chirurgiens, d'accord avec tous les Syndicats médicaux de France, proclame le droit absolu du Corps médical à des honoraires pour tout malade payant hospitalisé.

Autres dispositions. — Pour ne pas alourdir cet article, déjà trop long, nous indiquerons seulement que le contrat règlera la question du contrôle suivant ce principe : contrôle des médecins par le Syndicat, des assurés par la Caisse ; qu'il s'opposera à l'exigence d'écrits susceptibles de violer le secret professionnel.

Enfin la loi prévoit la présence de délégués médicaux dans les Conseils d'administration. Il serait beaucoup plus intéressant de spécifier que toute question technique (création de dispensaires, maisons de cure, etc...) ne pourra être résolue sans accord avec le Syndicat.

CONCLUSIONS. — Si le Parlement ne veut pas faire l'effort nécessaire pour nous permettre de contracter suivant les modalités que nous avons définies — il est certain qu'il n'osera pas en arriver à la fonctionnarisation — nous n'aurons plus qu'à *ignorer la loi* et à traiter les assurés comme des clients ordinaires.

G. Renon.

LE GOUDRONNAGE DES ROUTES A SUPPRIMÉ LA POUSSIÈRE SUR LES ROUTES DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

(Communication faite à Nice par le Dr Guglielminetti, de Monte-Carlo, au nom de la Société médicale du Littoral, le 24 avril 1927, à l'occasion de l'excursion sur la Côte d'Azur des Congressistes des Journées médicales de Marseille.)

Médecin avant la guerre à Monte-Carlo pendant plus de 25 ans, j'ai assisté au développement prodigieux de l'automobilisme. La poussière sur nos routes friables, dans ce beau pays, où les journées ensoleillées ne se comptent plus, était devenue un véritable fléau pour les riverains des routes, pour les promeneurs et surtout pour nos malades et convalescents, venus chez nous pour trouver une vie nouvelle dans la cure au grand air. Vous savez, comme l'ont si bien dit nos excellents confrères MM. Faure et Sardou : aucun ralentissement des fonctions, aucun affaiblissement des organes n'y résistent à la force dominatrice de cette nature incomparable. L'influence maîtresse de notre climat peut se résumer en un seul mot : Le soleil. Or les promenades étaient devenues impossibles. Les journaux étrangers, le *Neue Freie Presse*, de Vienne, écrivait en 1900, qu'une poussière aveuglante rendait Nice, aux jours de vent, à peu près inhabitable. Il fallait donc trouver autre chose que le balayage et l'arrosage à l'eau, devenus tout à fait insuffisants. Remplacer les routes empierrées par des pavages en pierre ou en asphalte, c'était trop cher, on pouvait à peine arriver à asphalter quelques principales artères de la ville de Nice ; comme

l'avenue de la Victoire, l'avenue Félix-Faure, et la descente de l'Opéra.

Médecin aux Indes Néerlandaises pendant 5 ans, j'avais vu goudronner les planchers des hôpitaux pour les rendre étanches, afin de pouvoir mieux les laver et désinfecter. Ça m'a donné l'idée de faire des premiers essais de goudronnage devant les usines à gaz de Monaco et de Nice, dont j'ai communiqué les résultats très encourageants le 23 mai 1902 au syndicat de la Côte-d'Azur et à la Société médicale du littoral, priant mes confrères de m'aider à attirer l'attention des pouvoirs publics sur les dangers de la poussière. Bientôt après, la ville de Nice commença à goudronner la promenade des Anglais, et les Ponts et Chaussées, la route nationale de Nice à Menton. C'est donc Nice et Monaco qui sont le berceau du goudronnage... Il y a 25 ans. Et c'est aujourd'hui le jubilé du goudronnage. Pour donner plus d'extension à ces essais, j'avais groupé autour du sceptre de l'hygiène quelques hommes de bonne volonté en une *ligue contre la poussière*, qui fit appel aux grandes associations sportives, l'automobile et le Touring Club de Nice, aux casinos, aux hôteliers, aux commerçants, aux propriétaires, à la presse dont le concours nous a été toujours des plus précieux.

Par des cotisations, des souscriptions, des fêtes, nous avons réuni les fonds nécessaires, le Dr Barrety était le président et l'architecte Legresle, le secrétaire général de la ligue.

Après avoir continué à Paris la même campagne en faveur du goudronnage devant l'Académie de médecine et la Société d'hygiène et aussi en Suisse, en Belgique, en Angleterre où ce procédé a pris une énorme extension ; notre ligue organisa, le 15 avril 1905, à Monaco, le premier Congrès contre la poussière des routes du Littoral ; et, le 18 décembre, le premier Congrès international du goudronnage, à Paris dans les salons de l'Automobile-Club de France. En 1906, le Gouvernement français invita toutes les nations à un premier Congrès international de la route qui se tint à Paris en 1908 et auquel 33 nations étaient officiellement représentées, le goudronnage a été admis comme nouveau mode d'entretien des chaussées empierrées réalisant des économies considérables.

Avant de laisser la parole à des hommes plus compétents que moi pour vous parler du goudronnage, à MM. les ingénieurs de la ville de Nice ; je désirerais cependant attirer votre attention sur ce fait qu'il n'y a presque plus de poussière dans les rues de Nice admirablement entretenues. La promenade des Anglais est devenue une des avenues les plus belles du monde ; elle est comme un tapis de billard, les autos se suivent sans interruption et personne ne se plaint plus de la poussière. Il en est de même de la place Masséna qu'on prendrait pour une place asphaltée. Il y a évidemment des rues où le goudron ne donne pas les mêmes bons résultats ; ce sont des rues mal exposées et humides, ou sur lesquelles la circulation est trop lourde et trop fréquente ; de sorte que ce n'est plus l'empierrement, mais du pavage qu'il leur faut. Là où le substratum, c'est-à-dire, l'empierrement ne peut plus tenir, le goudron ne peut plus résister non plus. On goudronne ces routes en attendant le crédit nécessaire pour leur pavage. Demain, vous verrez la route nationale de Nice à Menton très fréquentée et sur laquelle roulent les tramways, les gros charrois et des milliers d'autos par jour. Eh bien, malgré la fin de saison, vous la trouverez encore en très bon état, et vous ne serez pas du tout incommodés par la poussière ; même si cette longue série de journées ensoleillées continuait, comme je l'espère pour vous.

Il y a bien eu quelques plaintes contre le goudronnage. Au commencement les cochers se plaignaient des glissades de leurs chevaux ; mais les chevaux se sont habitués à la surface goudronnée, comme ils s'habituent dans la ville à l'asphalte. Néanmoins, il y eut tout récemment, ces mêmes plaintes de la part de quelques maires de campagne qui composent un groupement rural. J'ai lu dans le *Petit Niçois* du 30 mars dernier :

« Le Préfet a fait ressortir toute l'utilité du goudronnage des routes au double point de vue touristique et économique ; mais soucieux, comme les maires de nos communes rurales, d'éviter la glissade des chevaux, il promit de demander à M. l'ingénieur en chef du département d'étudier la question. » Il faut éviter de construire des routes à dos d'âne trop prononcé, ne pas goudronner des routes en pente dépassant 7 ou 8 %. En plus, on peut sabler contre les glissades. Quant à l'influence nuisible du goudronnage sur les végétations on n'en parle plus ni par ici ni ailleurs : on goudronne le bois de Boulogne de Paris depuis plus de 20 ans, et les arbres s'y trouvent très bien.

Les jours du grand prix, il y a plus de 20 mille autos qui circulent au bois de Boulogne, et plus personne ne se plaint de la poussière. De même on ne parle plus des conjonctivites provenant du goudronnage. C'était au commencement, lorsqu'on allait au plus pressé, et qu'on goudronnait des routes en mauvais état avec des flaches sur lesquelles le goudron ne pouvait plus tenir. Alors, la poussière, mélangée au goudron, s'envolait au passage des autos et se posait sur les feuilles des arbres et volait dans les yeux.

Evidemment, le goudron n'est pas un collyre et il n'est pas destiné aux plantes, ni aux yeux. Sur une route en bon état, le goudron adhère au sol et pénètre dans les interstices des cailloux et comme il n'y a plus de poussière, personne ne se plaint. Il en est de même du danger du cancer

qu'on voulait attribuer au goudronnage. Vous savez, mes chers confrères, qu'on rencontre quelquefois chez des ramoneurs de cheminée le cancer du scrotum. Ne se lavant jamais, la suie se colle sur la peau du scrotum qu'elle irrite, une ulcération peut se former et devenir cancéreuse. Un Dr Bloch, de Zurich, a provoqué cette même ulcération cancéreuse en frottant pendant des semaines une partie de peau d'une souris avec du goudron.

Lorsqu'il a fait ces communications au Congrès de dermatologie de Strasbourg, les constructeurs de routes autres que les routes goudronnées ont jubilé et répandu dans la presse que le goudronnage donnait le cancer et qu'il fallait l'interdire. Le Conseil d'hygiène de Paris a étudié la question ; il s'est informé auprès des usines à gaz où des milliers d'ouvriers manipulent le goudron. On a pas trouvé que le cancer était plus fréquent parmi eux qu'ailleurs ; en plus, il n'y a eu aucune plainte de ce côté de la part des riverains des routes goudronnées. Le résultat obtenu dans les laboratoires au moyen de frictions de la peau avec du goudron ne peut pas être comparé à des promenades sur les routes goudronnées. Vous pouvez donc, mes chers confrères, recommander tranquillement le goudronnage des routes au point de vue de l'hygiène, et si cette communication avait contribué à l'extension de ce procédé, son but serait atteint.

ENQUÊTE AMÉRICAINE SUR L'ÉTAT ÉCONOMIQUE DE LA FRANCE.

Des Universitaires amis de la France font en ce moment une enquête sur la situation économique de notre pays. C'est notre confrère le Dr Bayle (de Cannes), actuellement installé 23, avenue Victor-Hugo, à Paris, qui a été chargé de ce qui concerne la profession médicale.

L'intérêt de cette initiative tant au point de vue patriotique qu'au point de vue professionnel n'échappera à personne : aussi nous espérons que nombreux seront les confrères qui voudront bien répondre au questionnaire ci-dessous :

QUESTIONNAIRE ANONYME

Ce questionnaire est rigoureusement anonyme et l'enquêteur promet formellement qu'il ne fera aucune démarche pour connaître l'identité de MM. les médecins qui auront eu l'obligeance de vouloir bien répondre aux questions ci-dessous. Le but de ce questionnaire est d'aider l'enquêteur à écrire un livre de caractère purement scientifique sur les effets de l'inflation monétaire en France.

Médecin

(Indiquer l'une des catégories suivantes : de campagne, de petite ville, de quartier, de ville d'eaux ou de station climatique, spécialiste en ... de petite ville, spécialiste en... de grande ville.)

Ville.................Nombre d'habitants....

Département ....

(Le nom de la ville ne sera pas indiqué lorsqu'en raison du faible nombre d'habitants cette indication pourrait trahir l'anonymat du médecin.)

De combien de membres se compose votre famille ?

Age du médecin.

Prix des visites et opérations :		1913	1919	1926
Visite chez le malade :		....	....	....
Visite chez le docteur :		....	....	....
ou autre opération courante suivant la catégorie.	Accouchements :	....	....	....
	Appendicite :	....	....	....
	Végétations adénoïdes :	....	....	....

Remarques :

Pouvez-vous signaler les changements les plus importants survenus entre 1913 et 1926 dans vos dépenses pour :

Loyer :

Impôts :

Alimentation :

Vêtements :

Meubles et frais de ménage :

Voyages :

Divertissements :

Education et prévision pour l'avenir de vos enfants :

Quels moyens avez-vous pris pour accroître votre revenu afin de faire face à la cherté de la vie ?

Avez-vous été obligé de vendre des propriétés et investissements ou avez-vous dépensé vos économies pour faire face au coût croissant de la vie ?

Entre 1913 et 1926 les préoccupations matérielles venant de la vie chère vous ont-elles empêché d'étudier et de travailler pour votre propre compte ?

Afin de pouvoir compléter la documentation sur les effets de l'inflation sur les médecins français, l'enquêteur serait désireux de savoir si possible, le revenu annuel des médecins, en chiffres ronds. L'enquêteur rappelle le caractère purement scientifique de son travail et le fait que ces chiffres resteront toujours secrets.

Revenu provenant de la pratique de la médecine :

1913 .... 1919 .... 1926 ....

Revenu provenant d'autres ressources :

1913 .... 1919. ...... 1926 ....

Remarques et observations :

Prière de renvoyer ce questionnaire rempli, non signé, sous enveloppe fermée, affranchie à 0 fr. 50, au Dr Bayle, 23, avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe).

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

(*Suite*).

Responsabilité professionnelle.

Les créanciers du client au profit duquel le Dr X, a été condamné au paiement de 12.000 fr. de dommages-intérêts demandant que la somme soit consignée, le Conseil en ordonnancé le versement entre les mains de l'avoué, qui devra consigner, à charge des oppositions.

Dans l'affaire du Dr Y., le Conseil ordonnance le versement entre les mains de l'avoué à la Cour de la somme de 6.800 fr., qui sera prélevée sur la Caisse de Garantie, composée de : 1° celle de 2.000 fr. allouée au client du Dr Y à titre de dommages-intérêts ; 2° celle de 4.800 fr., formant le montant de quatre annuités de rente échues depuis la demande en justice, sous réserve des frais, dont le compte sera envoyé ultérieurement.

Le Dr Z a été condamné, contrairement au pronostic de l'avocat et de l'avoué, à payer 20.000 fr. de dommages-intérêts aux héritiers du jeune homme décédé des suites d'une blessure dans laquelle était restée une bourre de cartouche.

Le Conseil décide de faire appel de ce jugement, qui est inacceptable, étant donné les circonstances de l'affaire.

Il ordonnance le versement à l'avocat de la somme de mille francs, montant de ses honoraires.

Le Dr G. (Seine-Inférieure) est assigné en dommages-intérêts par une personne que, après un confrère et sur la demande de celui-ci, il a soignée pour fracture de jambe.

La garantie de la Caisse spéciale lui est acquise dans cette affaire où sa responsabilité ne paraît nullement engagée.

Accidents du travail.

Dans l'affaire du Dr M. (Seine), le tribunal civil a confirmé la décision du juge de paix, allouant au docteur le paiement de ses honoraires pour un accident du travail contesté.

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de Me Nattan-Larrier, qui a plaidé l'affaire, soit 200 francs.

Le Dr S. (Lot-et-Garonne) a payé à son avocat, dans une affaire d'honoraires d'accident de battage pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé et qu'il a gagnée en appel, 200 fr. d'honoraires, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr C. (Hérault) a soigné un blessé du travail, sur le vu d'un bulletin délivré par le patron et spécifiant qu'il s'agissait d'une rechute d'un accident antérieur. La Compagnie refuse de payer, prétendant qu'il s'agit d'une maladie professionnelle.

Le Conseil accorde au Dr C. l'appui pécuniaire pour poursuivre le patron en justice de paix, conformément à la procédure de la loi sur les accidents du travail.

Le Dr L. (Côte-d'Or) a donné ses soins, à l'hôpital, à un accidenté du travail sur la demande du patron, qui s'est engagé verbalement à payer ses honoraires et dont l'assurance oppose actuellement le « tout compris ».

L'appui pécuniaire est accordé au Dr L. pour poursuivre le patron en justice de paix, conformément au droit commun.

Honoraires de droit commun.

Le Dr D. (Maine-et-Loire) a obtenu amiablement le paiement d'honoraires qui lui étaient contestés.

Comme l'appui pécuniaire lui avait été accordé, le Conseil ordonnance le remboursement des frais et honoraires de son huissier, qui se sont élevés à 27,55.

Dans l'affaire du Dr F. (Charente-Inférieure), (appel en matière d'honoraires accident de droit commun), l'avoué a touché le montant des honoraires alloués par le jugement, 1.650 fr. et a retenu le montant des honoraires qui lui restent dus, ainsi qu'à l'avoué d'appel (750 fr.). Il a envoyé au « Sou » la différence, soit 900 fr.

Le Conseil ordonnance le versement au Dr F. de la somme de 1.650 fr., montant net de ses honoraires.

Dans une demande en paiement d'honoraires, dont il a été débouté, le Dr C. (Charente) a payé 1.407 fr., dont 907 fr. de frais judiciaires et 500 fr. d'honoraires d'avocat.

Le Conseil ordonnance le remboursement de cette somme de 1.407 fr.

Le Dr S. (Alpes-Maritimes), ayant fait citer en conciliation, ainsi que le « Sou » le lui avait indiqué, des clients de mauvaise foi, n'a pu obtenir un règlement amiable de ses honoraires.

Comme il doit plaider loin de son domicile, ce qui lui occasionnera des frais relativement élevés, le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour citer ses clients en justice.

Le Dr K. (Saône-et-Loire) a soigné deux enfants mordus par un chien. Le père de l'un des enfants, appelé en conciliation devant le juge de paix, prétend que le responsable est le grand-père, chez qui se trouvait l'enfant quand il a été mordu.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr K. pour poursuivre le père, débiteur des honoraires pour soins donnés à son fils, le médecin ne pouvant être contraint de s'adresser à une autre personne.

Le Dr C. (Marne) a été payé à l'amiable du montant de ses honoraires, à la suite de la citation en justice qu'il a fait délivrer à sa cliente avec l'appui du « Sou ».

Les frais et honoraires de son huissier se sont élevés à 119,65, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr B. (Bouches-du-Rhône), à la suite du gain du procès qu'il a soutenu avec l'appui du « Sou », demande le paiement des 300 fr. auxquels le Conseil avait limité la participation du « Sou » dans les honoraires de son avocat.

Le Conseil ordonnance le paiement de cette somme.

Le Dr B. (Nord) ayant obtenu gain de cause dans une affaire pour laquelle l'appui pécuniairee lui avait été accordé, demande le remboursementdes frais et honoraires de son huissier, soit 90,05. Il demande en outre le remboursement de 69,30. de frais relatifs à une seconde affaire, qu'il ,na jamais soumise au « Sou médical ».

Le Conseil ordonnance le paiement des frais de la première affaire (90,05), mais rejette la demande concernant la seconde affaire, pour laquelle l'appui n'avait pas été accordé.

Le Dr C. (Hérault) a soigné un malade, aujourd'hui décédé, dont la veuve a renoncé à la communauté. Le tuteur des enfants du premier lit ne consent à payer que la moitié des honoraires dus (1.160 francs).

L'appui pécuniaire est accordé au Dr C. pour poursuivre le recouvrement intégral de sa note contre les héritiers.

Un client qui reste devoir des honoraires au Dr F. (Manche), le dénigre dans le pays, à la suite d'une prétendue erreur de diagnostic.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr F. pour poursuivre son client en justice de paix : 1° en paiement de ses honoraires ; 2° en dommages-intérêts.

Dans l'affaire du Dr C. (Loir-et-Cher), l'huissier a fait parvenir au « Sou » : 1° la somme de 207,10; montant des frais d'expertise avancés par le « Sou » 2° celle de 129 fr., restant libre sur le principal et les intérêts, défalcation faite de ses frais et honoraires (163,90).

Le Conseil ordonnance le versement au Dr C. de l'intégritalité du principal et des intérêts, soit 292,90.

Le Dr V. (Var) demande l'appui pour poursuivre un client qui refuse de lui payer 1.200 fr. pour soins consécutifs à une fausse couche, lui offrant 500 fr., et qui le diffame.

Une tentative de conciliation étant restée infructueuse, le Conseil décide d'accorder l'appui pécuniaire au Dr B. pour citer son client en justice de paix.

Le Dr J. (Bouches-du-Rhône) demande l'appui pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires d'accouchement de 650 fr. contre un client qui prétend « qu'il n'a pas fait son devoir ».

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire demandé.

Les Drs C. (Vaucluse), L. (Côte-d'Or) et L. (Yonne) ayant soigné, sur appel des automobilistes, des victimes d'accidents d'automobile, n'ont pu se faire payer leurs honoraires.

Le Conseil leur accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Diffamation.

Le Dr B. (Ille-et-Vilaine) demande l'appui pour poursuivre une femme qui répand sur lui des propos calomnieux et cherche à détourner sa clientèle. Il produit des preuves de ces faits.

Le Conseil décide de lui accorder l'appui pécuniaire, suivant la procédure qui sera indiquée par Me Nattan-Larrier.

Le Dr C. (Nièvre) signale que le père d'une jeune fille qu'il avait opérée a fait apposer sur la tombe de celle-ci et celle de sa sœur la mention : « Victimes de leurs docteurs ».

Le Conseil lui accorde en principe l'appui pécuniaire, mais il désirerait que le Syndicat local et les autres médecins visés intervinssent au procès.

Le Dr B. (Seine) déclare s'en rapporter au « Sou » du soin de recouvrer les dommages-intérêts qui lui ont été alloués par jugement correctionnel, confirmé en appel, contre une ancienne cliente qui le diffamait et fait abandon de la somme qui sera ainsi recouvrée à la Caisse du « Sou ». Il demande seulement, que, dans ce cas, le « Sou » lui rembourse la part des honoraires de son avocat restée à sa charge, soit mille francs.

Le Conseil remercie le Dr B. de sa proposition, qu'il accepte.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr B. (Aube) a été débouté par le Conseil de Préfecture de la demande en paiement d'honoraires d'assistance, refusés parce qu'il n'indiquait pas le diagnostic des maladies sur les bulletins.

Le Conseil décide de former un recours en Conseil d'Etat contre la décision inacceptable du Conseil de préfecture et ordonnance à cet effet le versement d'une provision de mille francs.

Le Conseil ordonnance le versement d'une somme de cent francs, pour honoraires de rédaction d'un mémoire au Conseil de Préfecture pour l'affaire d'assistance médicale gratuite suivie par le Dr B. (Aude).

Me Auger ayant exprimé l'avis que le règlement départemental d'assistance qui refuse aux médecins le droit de procéder aux accouchements, même au tarif des sages-femmes, est illégal, le Conseil décide d'accorder au Dr B. (Cher) l'appui pécuniaire pour saisir le Conseil de Préfecture d'une demande en paiement des honoraires d'un accouchement fait au compte de l'assistance.

Le Dr L. (Somme) a accouché une cliente, qui s'est fait ensuite inscrire tardivement à l'assistance et refuse de le payer.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le mari devant le juge de paix.

Baux et locations.

Le Dr C. (Haute-Garonne) a perdu le procès soutenu contre son propriétaire, qui lui déniait le droit à la prorogation de son bail. Mais, comme il a trouvé un autre local, il ne désire pas se pourvoir en cassation, comme il en aurait le droit.

Il a payé, pour frais et honoraires d'huissier, 118,70 dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Divers.

Le Dr V. (Ille-et-Vilaine), à qui l'appui pécuniaire avait été accordée, en appel, contre l'auteur responsable d'un accident dont il avait été atteint dans l'exercice de sa profession, ayant réglé les frais du procès restés à sa charge, soit 1.620 fr., demande s'il doit rembourser au « Sou » une partie quelconque de la provision de 800 fr. que celui-ci a versée pour son compte.

Le Conseil convient de répondre au Dr V. qu'il n'a rien à restituer et que la forme sous laquelle il entend manifester sa gratitude est laissée à son appréciation.

L'adversaire de la Société médicale de S. (Basses-Pyrénées), ayant interjeté appel du jugement de première instance qui l'a condamné, le Conseil décide d'accorder, en appel, à la Société, l'appui pécuniaire dans les mêmes proportions que devant les premiers juges.

En outre, il ordonnance le paiement, à l'avoué de première instance, de la somme de 800 fr. pour la part incombant au « Sou » dans la provision demandée (1.600 fr.).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Roux, de Le Port (Dordogne). — M. le Dr D. Frèche, de Bordeaux.

— **Le centenaire de Villemin.** — Des Comités viennent de se constituer sous le haut patronage de M. Gaston Doumergue, président de la République, la présidence d'honneur du Ministre de la Guerre et de plusieurs membres du Gouvernement pour célébrer le Centenaire de la naissance de Villemin, médecin-inspecteur de l'armée (1827-1892), professeur à l'école du Val-de-Grâce.

Les plus hautes personnalités scientifiques du monde médical français ont accepté d'entrer dans le Comité d'honneur et le Comité d'organisation où se trouvent également les autorités les plus marquantes de la médecine militaire française et les représentants du corps enseignant de l'Ecole du Val-de-Grâce.

L'hommage rendu à la mémoire de Villemin, comportera une série de manifestations qui se dérouleront du 15 au 18 octobre 1927. La cérémonie inaugurale qui comprendra un festival, se déroulera dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. le président de la République et sous la présidence d'un membre du Gouvernement. Une séance solennelle aura lieu également à l'Académie de médecine.

Au Val-de-Grâce, d'où sortit l'immortelle découverte de Villemin, se tiendra une cérémonie placée sous la présidence de M. le Ministre de la Guerre ; elle sera complétée le dimanche 16 octobre par une « Journée de la tuberculose » au cours de laquelle seront présentées par les personnalités civiles et militaires les plus autorisées, des mises au point pratiques sur les principales questions qui sollicitent actuellement l'activité des phtisiologues dans l'ordre purement scientifique, comme dans le domaine médico-social.

Un banquet terminal, présidé par M. le Ministre de la guerre clôturera, le 18 octobre, les fêtes du Centenaire.

Il y a lieu d'ajouter que le Centenaire de Villemin se placera immédiatement après le XIXe Congrès français de médecine (11 au 13 octobre 1927, inclus) à l'occasion duquel sera organisée une démonstration technique de la prophylaxie de la tuberculose dans l'Armée et peu de temps avant le XIVe Congrès d'hygiène (25 au 27 octobre 1927, inclus) dont l'importance sera accrue, cette année, du fait de la célébration du cinquantenaire de la Société d'Hygiène publique et de Génie sanitaire et où une importante question d'hygiène militaire, « l'hygiène des camps d'instruction », sera rapportée et discutée.

Ainsi, ce groupement de diverses manifestations scientifiques d'octobre prochain, constituera une précieuse occasion d'instruction professionnelle des plus intéressantes pour tous les médecins.

Le Ministre de la guerre a décidé de donner les plus grandes facilités aux médecins militaires de l'active et de réserve qui voudront en bénéficier. Les médecins de réserve, en particulier, pourront faire l'objet d'une convocation pour une période d'instruction sans solde, d'une durée proportionnée à ces différentes manifestations qui leur donnera droit au tarif militaire pour leur déplacement. Ils trouveront à ce sujet, tous les renseignements utiles auprès du directeur du service de santé du corps d'armée auquel ils appartiennent. Ils pourront également s'y faire inscrire aux fêtes du Centenaire de Villemin.

Le Centenaire de Villemin, mérite d'être célébré avec le plus grand éclat. Continuateur de Laennec, et précurseur de Koch, il a eu le véritable génie de découvrir puis de démontrer expérimentalement dès 1865, la virulence, l'unicité, la spécificité et la contagiosité de la tuberculose. Son nom appartient à l'histoire de l'humanité, dont il est un des grands bienfaiteurs, car de cette époque date seulement la possibilité de lutter scientifiquement contre un grand fléau social. Il mérite l'hommage de tout le corps médical de France pour sa belle découverte aux conséquences incalculables.

— **L'Argus de la presse**, fondé en 1879, les plus anciens bureaux d'extraits de journaux. — L'Argus de la Presse se charge de toutes les recherches rétrospectives et documentaires qu'on voudra bien lui confier. L'Argus lit 14.000 journaux par jour. Adresse télégraphique : Achambure-Paris. — Tél. 102-62. — 37, rue Bergère (faubourg Montmartre), Paris, 9e.

— **Assemblée générale du Syndicat des médecins biologistes.** — Ce Syndicat, de fondation récente, a tenu sa première réunion générale dans la salle de la Société de médecine de Bordeaux, sous la présidence du Dr Mougniau.

L'ordre du jour appelait la discussion de questions ayant trait aux nombreux problèmes d'ordre professionnel, que pose l'heure présente. Il fut décidé que seules seraient retenues dans cette séance celles intéressant directement l'exercice de la spécialisation en province. Confiance fut faite au bureau pour résoudre en cas de besoin les questions d'ordre général, en tenant compte des opinions déjà émises par les membres, à leur sujet.

Pour permettre un échange de vues indispensable avec les confrères exerçant à Paris et qui possèdent sur certains points des intérêts spéciaux, une réunion extraordinaire a été prévue dans la capitale, pour octobre prochain.

A l'occasion de cette Assemblée, la Section « Biologie » du Syndicat médical de Bordeaux, avait organisé une réception particulière, en dehors des séances de travail, pour les confrères venus des divers centres, de Lille à Marseille. En particulier, un déjeuner au Restaurant de Paris, permit, grâce à un précieux envoi de l'Union du Commerce, de la Propriété et de l'Agriculture, de faire apprécier à ces hôtes de Bordeaux, les plus grands crus de la Gironde. La municipalité tint également à leur faire les honneurs de ses laboratoires, et aussi pour joindre l'agréable à l'utile les invita à son Exposition internationale de peinture et à une représentation théâtrale.

Rappelons aux médecins biologistes l'intérêt qu'ils ont à ne pas rester isolés, mais à se joindre sans retard aux très nombreux confrères qui, dans l'intérêt général de la spécialisation, mènent en faveur de tous une action efficace.

Renseignements et statuts leur seront fournis par le Secrétariat (30, place Gambetta, Bordeaux).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

tièrement arraché et le dos de la main avec tendons, nerfs, etc. était entièrement à nu.

Après un nettoyage aussi soigneux que possible, *j'ai fait 14 ou 15 points de suture* et une *injection de sérum antitétanique*. Cette visite dura environ *2 heures*.

Le P. commune dont dépend l'usine a un médecin, mais ce dernier étant malade à ce moment-là, je fus prié par le directeur de l'usine de continuer à donner mes soins à ce blessé.

Je fis faire pendant longtemps des pansements au Dakin que je pus confier à la femme du blessé, propre et intelligente et qui put les renouveler deux et même trois fois par jour. J'allais tous les deux jours surveiller l'état du blessé, au besoin couper un fil, détacher une eschare, etc.

Mais étant donné l'état du blessé et la gravité de sa blessure, j'ai cru devoir faire les *premières visites et pansements les* 22, 24, 27, 30 *janvier et* 3 *à* 7 *février à son domicile à* 7 *kilomètres*.

Ensuite les soins jusqu'à consolidation de sa blessure, c'est-à-dire fin mai furent donnés *à mon cabinet*.

Pendant trois semaines je me suis demandé si la main ne devrait pas être sacrifiée.

Je me permets de vous demander :

1° Comment établir cette note d'accident ?

a) Que puis-je demander pour la première visite de nuit, pansement, suture, injection antitétanique, durée 2 heures ?

b) Puis-je compter les visites avec indemnité kilométrique de 7 + 7 kil. Ne m'objectera-t-on pas que Le P. a un médecin, et que le blessé aurait pu se transporter à son cabinet pour y être examiné et pansé ?

c) Une radiographie, faite en mai, a révélé une fracture d'un métacarpien. *Il vaut sans doute mieux que je ne parle pas de cette fracture* que je n'avais pas diagnostiquée l'état des parties molles étant tellement mauvais que je m'étais surtout occupé de ces dernières ?

d) Que puis-je compter pour le certificat de consolidation ?

e) La compagnie m'a demandé à trois reprises sous forme de lettres des nouvelles du blessé ; je ne compte pas en parler dans ma note.

Dr G.

Réponse.

1° Vous avez à compter : « sutures multiples » 25 francs, plus sérum antitétanique : 20 francs, plus 25 % de majoration pour la nuit, soit 45 plus 25 %, en tout : 51.25, plus le certificat et le déplacement.

2° Votre déplacement est à compter, puisque *le médecin le plus rapproché*, c'est vous-même, alors que celui du pays, malade, ne pouvant exercer, n'entre plus en ligne de compte pour le moment. De plus, vous avez à compter le déplacement pendant les premiers jours, alors que votre blessé ne pouvait se rendre à votre cabinet

« sans inconvénient pour sa santé » (article 2). Après les premiers jours, le blessé pouvant se rendre chez vous, les déplacements ne sont plus à réclamer.

3° Quant à la fracture d'un métacarpier révélé par la radio, vous n'avez pas à en tenir compte dans votre note d'honoraires, ceux-ci étant établis non sur les lésions du malade, mais sur les interventions du médecin.

4° Un certificat de consolidation est d'ordinaire descriptif, donc à 10 francs. Quant aux demandes de nouvelles de la compagnie, si ce sont de simples attestations que vous avez faites, indiquant que le blessé n'était pas guéri, elles ne sont pas tarifables (voir article 29).

F. D.

Médecine légale

2498. — Honoraires d'une visite judiciaire.

J'ai l'honneur de vous prier d'avoir la bonté de me donner tous les renseignements pour me faciliter l'établissement de mon mémoire relatif à une réquisition de M. le juge d'instruction en date du 2 mai 1927.

Visite de médecin expert à l'hôpital de L'I.

Distance kilométrique : 10 kil.

Rapport de médecin expert.

Veuillez avoir la bonté de me dire le prix que je dois demander.

Dr C.

Réponse.

En vertu de l'article 25 du décret du 5 octobre 1920, sur les frais de justice en matière criminelle, vous avez droit, pour votre visite judiciaire, y compris la prestation de serment et la rédaction et le dépôt de votre rapport, à un honoraire de 15 francs. Il y a lieu d'observer toutefois que le dernier paragraphe de cet article permet au magistrat commettant d'allouer des honoraires plus élevés, en cas d'expertise présentant des difficultés particulières. Dans le cas où vous demanderiez plus de 15 francs, il y aurait lieu de fournir au juge les justifications nécessaires.

Vous avez droit, en outre, à une indemnité de déplacement de 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, plus une indemnité fixe de 20 francs, le lieu de votre transport étant situé à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence (décret du 16 octobre 1926.)

Il y a lieu d'établir votre mémoire suivant les indications données par le juge et de l'adresser au procureur de la république. Après visa du procureur général et taxe du juge, vous serez payé par le receveur de l'enregistrement.



Questions médico-militaires.

2760. — Cure hydro-minérale pour un blessé militaire.

1° Un soldat blessé au Maroc et pensionné à 90 %, atteint de lithiase rénale, consécutive à la blessure, peut-il faire une cure à Vittel ? Quelles sont les démarches à faire ?

2° Ce soldat a-t-il droit à la même pension qu'un blessé de guerre ?

3° La date d'attribution de la pension doit-elle être fixée depuis le jour de la blessure ou celui de la réforme ?

4° A-t-il droit à la carte d'invalidité sur chemin de fer ?

Dr M.

Réponse.

1° Ce blessé peut avoir le droit de faire une cure hydro-minérale, si l'imputabilité au service de la lithiase biliaire a été reconnue par le Ministre. En ce cas, il doit demander au Directeur du service de santé à être visité, tout en fournissant à celui-ci les preuves que l'imputabilité a bien été reconnue.

Pour 1927, il ne saurait plus être question d'être admis à cette cure. Les demandes doivent être faites chaque année avant le 1er mars (première date) pour Vichy, Vittel ne figurant pas parmi les stations thermales autorisées par le Ministre de la guerre.

2° Les pensions sont établies au même taux pour les blessures et pour les maladies.

3° Le point de départ de la pension est fixé à la date de la première commission de réforme, qui a constaté la blessure ou la maladie.

4° Le taux de 90 % compte parmi ceux qui donnent droit à une carte de circulation à prix réduit sur les chemins de fer.

2650. — Carte de surclassement des officiers de réserve.

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant concernant la carte de surclassement donnée aux officiers de réserve qui ont fait preuve d'assiduité aux cours des écoles de perfectionnement.

Un médecin de réserve, titulaire d'une pension de 20 % au titre de l'article 64 de la loi des pensions, envoyé à Vichy pour y suivre un traitement à l'hôpital militaire thermal, après autorisation du ministre de la guerre et par conséquent ayant obtenu la gratuité du voyage aller et retour en 2e classe, toujours au titre de l'art. 64, peut-il avec son billet gratuit de chemin de fer délivré par la sous-intendance monter dans un compartiment de 1re classe s'il possède la carte de surclassement ! Ceci peut intéresser de nombreux officiers de réserve.

Dr X.

Réponse.

La Carte de surclassement donne au titulaire le droit d'occuper une place de première classe avec un billet *ou un titre de parcours* d'une classe inférieure (même délivrés aux posses-

seurs de cartes de réduction comme mutilés de guerre ou pères de famille nombreuses). Tel est le texte intégral du verso de ladite Carte.

Accidents.

3017.- Assurance couvrant incomplètement les frais médicaux.

Je lis avec intérêt les réponses aux demandes qui vous sont faites.

Je vois sous le n° 2820, assurance couvrant incomplètement les frais médicaux. Je me demande si vous êtes bien dans le vrai.

Vous dites que les Cies ont le droit de ne pas payer au-delà du tarif convenu entre elles et leur assuré !

D'abord il y a deux choses absolument différentes :

1° Le tarif Durafour et le tarif Fallières qui sont des *arrêtés*, ce dernier datant du 1er janvier 1927, les arrêtés ne modifient en rien les lois existantes.

2° Puis la *loi* du 8 juillet 1926 qui ne s'applique qu'à l'augmentation de la rente à verser à un blessé atteint d'incapacité permanente si son salaire est supérieur à 4.500 fr. ; si son salaire est inférieur à 4.500 fr., il n'y a absolument rien de changé.

Je ne vois pas sur quoi on peut se baser pour dire que l'on doit faire un avenant chaque fois que le tarif change (il peut changer tous les 6 mois) et ce pour les raisons suivantes :

1° Il n'y a sur les polices aucun tarif convenu entre la Cie et l'assuré, c'est le tarif qui est en vigueur au moment de l'accident qui doit être appliqué ;

2° Il y a déjà eu des précédents, avant 1926 le prix de la consultation était de 8 fr., il a été porté à 10 fr. par le tarif Durafour, et les Cies n'ont rien réclamé ;

3° Le 1er janvier 1926, au moment de l'application du tarif Durafour, vous avez dit vous-même que pour les blessés en traitement on devait compter 8 fr. avant le 31 déc. 1925 et 10 fr. à partir du 1er janv. 1926, les Cies ont payé sans rien dire et il n'avait sûrement pas été signé d'avenant pendant ce temps ;

4° Que les Cies n'ont demandé l'augmentation des primes que lorsqu'il s'est agi de garantir les assurés des conséquences de la loi du 8 juil. 1926 ;

5° C'est aussi l'avis d'un agent d'assurance que je connais que la date de la signature de l'assurance ne modifie en rien les tarifs à appliquer.

Je crois tout simplement que des Cies mauvaises payeuses cherchent à créer un quiproquo entre tarif Fallières et loi du 8 juillet 1926 ;

6° J'ai été dans ce cas et j'ai toujours été payé, si les Cies n'avaient pas dû le faire je ne crois pas qu'elles auraient payé sans rien dire.

Soyez assez aimable pour tirer cette question au clair, car elle peut être grosse de conséquences.

Dr L.

Réponse.

En matière d'assurance, c'est-à-dire de contrat, c'est la police, le contrat, qui fait la loi des

parties. Si la police stipule que l'assuré est garanti au tarif Breton, il n'a pas le droit de faire payer, par la compagnie, pour les soins médicaux, une somme supérieure à celle qui est allouée par le tarif.

Dans l'espèce qui fait l'objet de la correspondance que vous critiquez, il ne s'agissait nullement, d'ailleurs, d'un accident du travail garanti par la législation spéciale. Le blessé était un patron charpentier, non assujetti à la loi accidents pour lui-même, mais assuré individuellement et était garanti au tarif Breton (Circ. ministérielle du 8 juillet 1920, pour arrêté ministériel, sans doute).

Notre réponse était donc absolument fondée en droit.

S'il s'était agi d'une assurance contre les accidents du travail garantis par la législation spéciale, nous sommes d'accord avec vous sur ce point que, à défaut par la Compagnie d'avoir stipulé, dans la police, que l'assuré serait garanti à concurrence de tel tarif expressément indiqué, la Compagnie devrait supporter la charge de la modification du tarif et payer suivant le tarif en vigueur au moment où les soins ont été donnés.

Mais elle aurait le droit de préciser le tarif qui serait applicable dans ses relations avec son assuré et, si elle l'avait fait dans la police, cette stipulation serait valable à l'égard du patron assuré, mais non des ouvriers blessés.

S'il en était ainsi généralement, ce qui n'est pas, les conséquences n'en seraient pas aussi graves que vous semblez le redouter. Il ne faut pas oublier, en effet, que ce n'est pas la Compagnie, mais le patron qui est débiteur du médecin et que celui-ci, même choisi par le blessé, serait toujours en droit d'exiger du patron le paiement de ses honoraires au tarif en vigueur, nonobstant toute stipulation contraire de la police, que le médecin n'a pas à connaître.

3042. — Les assurances individuelles et le libre-choix du médecin.

La Compagnie d'assurances X, inscrit à la machine à écrire sur ses polices d'assurances individuelles qu'elle prend à sa charge les frais médicaux et pharmaceutiques à condition que l'assuré ait recours aux médecins et pharmaciens désignés par la compagnie.

Bien que n'ayant jamais été désigné par la compagnie (j'aurais d'ailleurs refusé), cette compagnie paye mes honoraires, ainsi que ceux de mon confrère. Mais n'y a-t-il pas dans cette mention une influence exercée sur l'esprit de l'assuré qui se croit obligé de s'adresser au docteur qu'il sait être en meilleurs termes avec l'agent local (ou qui est recommandé par celui-ci lors de l'établissement de l'assurance, sans qu'il y ait rien d'officiel).

Comment faire pour demander à la Compagnie de ne plus porter cette mention ? Il me semble que ce

devrait être au syndicat de notre région de s'occuper de la réclamation. Le président du syndicat me demande de m'adresser à vous et de lui communiquer votre réponse.

Dr V.

Réponse.

En droit, dès lors qu'il s'agit non pas de polices accidents du travail, mais de polices couvrant les accidents de droit commun, aucune disposition légale n'impose aux Compagnies d'assurances l'obligation de laisser à leurs assurés le libre choix de leur médecin et de leur pharmacien.

Par conséquent, aucune action judiciaire n'est possible pour amener les Compagnies à modifier les clauses de leurs contrats.

Mais, en fait, tous les médecins de la région peuvent s'entendre pour refuser d'accepter d'être désignés par les Compagnies et ils peuvent déléguer le président de leur syndicat pour demander aux Compagnies de supprimer de leurs polices, à l'avenir, la clause relative au choix du médecin.

2987. — Cessation du droit au demi-salaire.

Un accidenté du travail blessé le 10 avril 1926 a repris son travail le 10 janvier 1927 et a touché durant ce temps le demi-salaire.

Atteint d'une incapacité permanente partielle non encore expertisée et jugée par le tribunal, mon client me demande s'il a droit au demi-salaire du 10 janvier 1927 jusqu'au jour du jugement du tribunal ou bien si sa pension prendra effet à la date du 10 janvier 1927 jour de la reprise du travail ?

D P.

Réponse.

D'après le paragraphe 2 de l'article 15 de la loi sur les accidents du travail, le demi-salaire est dû jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente. Dans ce dernier cas, en principe, le demi-salaire devrait être payé jusqu'à la décision définitive attributive de rente, mais il y a là un danger pour le blessé, car la rente est toujours moins élevée que le demi-salaire et, comme elle part du jour de la consolidation, le blessé se trouverait avoir touché plus que ce qui lui était dû, au moment où il verrait sa rente fixée d'une façon définitive. Par la suite, le demi-salaire payé en trop s'imputerait sur les arrérages de la rente, de telle sorte que le blessé pourrait rester longtemps sans rien toucher. Pour parer à cet inconvénient, le paragraphe 4 de l'article 16 a autorisé le président, dans son ordonnance de renvoi en cas de non conciliation pour la fixation de l'indemnité permanente, à substituer à l'indemnité journalière une provision inférieure au demi-salaire.

Dans le cas d'espèce, si l'ordonnance du président ne contient aucune disposition de ce genre, le blessé est en droit d'exiger le paiement de son demi-salaire jusqu'à ce que le montant de sa rente soit fixé par jugement, mais le demi-salaire ainsi touché s'imputera sur les arrérages de la rente à compter du jour de la consolidation et il pourra se faire que pendant plusieurs trimestres le blessé ne puisse plus rien recevoir.

2563. — Révision de la rente d'un blessé du travail.

Un ouvrier mécanicien, gaucher, à la suite d'un accident du travail en janvier 1924, a perdu les deux phalanges du pouce gauche et présente de la raideur de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche.

Son incapacité a été évaluée à 30 % et sur un salaire de base de 3.300 fr. il touche une rente viagère de 495 fr.

Dernièrement il a reçu de la compagnie d'assurance l'ordre de se présenter au siège de cette compagnie sous peine de voir sa rente suspendue.

On l'a conduit chez un « médecin expert », parce que son invalidité doit être révisée au bout de 3 ans.

L'expert a évalué son incapacité à 25 % au lieu de 30 % et la compagnie offre au blessé de lui verser une rente annuelle de 412 fr. 50 pendant toute sa vie, ou de lui verser un capital de 1.655 fr. 80 plus une rente annuelle et viagère de 309 fr.

Je trouve que l'évaluation de l'incapacité à 30 % n'est pas exagérée et je conseille au blessé de ne pas accepter les propositions de l'assurance et d'exiger la rente fixée par le tribunal.

Comment peut-il faire pour se défendre ?

Dr J.

Réponse.

Pendant un délai de trois ans à compter de la décision attributive de rente passée en force de chose jugée, chacune des parties peut demander la révision de l'indemnité permanente, soit pour aggravation, soit pour atténuation de l'infirmité.

L'assurance n'a donc fait qu'user de son droit en faisant visiter le blessé, avant l'expiration de ce délai, par un médecin de son choix.

Mais l'avis de ce médecin n'a la valeur que d'une opinion personnelle, sur laquelle la compagnie peut se baser pour demander la révision de l'indemnité, mais qui peut être contestée en justice par le blessé.

D'ailleurs, c'est à la compagnie, si elle veut obtenir la révision, d'employer la procédure nécessaire : déclaration au greffe du tribunal civil, convocation en conciliation devant le président et, à défaut de conciliation, assignation devant le tribunal. Tant qu'une décision de justice ne sera pas intervenue pour modifier le quantum de la rente, le blessé peut exiger le paie-

ment de la rente qui lui a été allouée par la première décision.

Il y a donc lieu de conseiller à votre client de refuser les offres de la compagnie et d'exiger le paiement de sa rente de 495 francs.

Si la compagnie le veut, elle introduira l'action en révision et, pour soutenir cette action, votre client bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire.

2552. — Accident survenu le dimanche.

Le décès d'un contremaître *électrocuté* un dimanche après-midi dans une cabine électrique à haute tension, mais faisant partie de son service, doit-il être considéré, *sans aucune contestation*, comme accident du travail.

Ce contremaître a utilisé le dimanche parce que les canalisations et appareils électriques avaient été détériorés la veille et l'avant-veille par un orage. Et la vérification de ces appareils ne pouvait être faite que pendant un arrêt de l'usine, c'est-à-dire le dimanche. Ce contremaître était chef de son service d'entretien général de l'usine.

Dr G.

Réponse.

Du moment que l'accident est arrivé alors que le contremaître accomplissait un acte de sa fonction, commandé par la nécessité du service, peu importe qu'il se soit produit en dehors des heures normales de travail. Il est incontestable que l'accident est arrivé *par le fait* et *à l'occasion* du travail. Dans ces conditions, à notre avis, aucun doute ne peut s'élever sur l'application à ce cas d'espèce des dispositions de la loi du 9 avril 1898.

2988. — Calcul du demi-salaire de l'ouvrier.

Un blessé du travail a droit à son plein salaire de jour de l'accident (R. 756 et 762, *Dalloz* 1924).

Lorsque le contrat stipule le payement du salaire à l'heure, l'ouvrier blessé a droit pour le jour de son accident au salaire du nombre d'heures réellement fournies (R. 757 à 763, *Dalloz* 1924).)

Si je comprends bien, un blessé du travail qui travaille à l'heure est désavantagé par rapport à l'ouvrier qui travaille à la journée, et pratiquement la majorité des ouvriers travaillant dans l'industrie ou ailleurs ont un contrat stipulant le payement du salaire à l'heure. Donc inégalité choquante.

Est-ce que je me trompe, ou la situation est-elle différente ?

Dr N.

Réponse.

En vertu du système adopté par la jurisprudence, il est de fait que l'ouvrier payé à la journée ou au mois a droit à son plein salaire pour la journée de l'accident tandis que l'ouvrier

payé à l'heure n'a droit qu'au salaire correspondant aux heures de travail effectuées avant l'accident. Cette solution est évidemment choquante mais elle résulte de plusieurs décisions de la Cour de Cassation (Cass. 25 nov. 1912, 1913-5-48, S. 1925-2-52).

Voici d'ailleurs quelle est sur ce point l'opinion de Sachet, auteur d'un traité très estimé sur les accidents du travail (édition 1926, tome 1, page 413, n° 455) :

« ... Le jour de l'accident ne compte pas « dans le calcul de ce délai, la victime ayant « droit pour ce jour-là à son salaire intégral.

« Par salaire intégral, il faut entendre celui « qui a été stipulé dans le contrat de travail, « c'est-à-dire la rémunération afférente non « seulement au travail effectivement accompli, « mais aussi à celui que l'accident a empêché « d'accomplir. Par suite, si le salaire a été stipulé à la journée, la victime a droit au plein « salaire de la journée commencée. S'il a été « stipulé à l'heure, elle ne pourrait prétendre d'après la Cour de Cassation qu'à la rémunération des heures de travail réellement fournies ; « nous estimons, quant à nous, qu'elle a droit « aussi à la rémunération des heures qu'elle aurait « faites sans l'accident. Nous ne voyons pas de « motif pour distinguer entre le salaire à la « journée et le salaire à l'heure. Dans l'un et « l'autre cas l'ouvrier qui interrompt volontairement son travail n'est payé que pour la portion de journée où il a effectivement travaillé. « Quant au contraire, la journée a été interrompue par un accident, elle doit être payée entièrement, c'est-à-dire comme si l'ouvrier « avait fourni le nombre convenu ou habituel « d'heures de travail. C'est seulement dans le « salaire à la tâche qu'il est souvent impossible « de déterminer le montant de la rémunération dont l'ouvrier a été privé par le fait de « l'accident et qu'on se trouve, alors, dans « la nécessité de ne lui allouer que le salaire afférent au travail effectivement accompli. »

2595. — Demi-salaire d'un ouvrier payé au mois.

Un ouvrier payé au mois, qui est victime d'un accident entraînant une incapacité d'environ deux semaines, a-t-il droit à son mois complet ou seulement à sa demi-journée pendant les 2 semaines. ?

Dr F.

Réponse.

Un ouvrier payé au mois, victime d'un accident du travail, a droit à un demi-salaire égal à la moitié du montant de son salaire mensuel divisé par le nombre des jours de travail pendant le mois.

Le demi-salaire ainsi déterminé est dû pendant toute la durée de l'incapacité temporaire de travail, sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches ou jours fériés.

Fiscalité.

2557. — Patente et prestations en cas de double établissement.

Etant abonné au *Concours médical*, je serais heureux d'être renseigné au sujet de mes impositions.

1° J'ai un domicile légal à X où j'exerce et y donne officiellement mes consultations. J'y paye une patente ;

2° Etant marié, et ma femme fonctionnaire et logée à Z. j'y vais prendre mes repas et y coucher. De plus j'y ai un garage pour auto. Dois-je payer une deuxième patente où je n'y consulte pas officiellement, mais où l'on vient me chercher pour aller en visite. Les communes X et Z sont contiguës.

De plus, on me fait payer des prestations pour mon auto à X et à Z.

Qu'en pensez-vous ?

Dr L.

Réponse.

La patente est basée sur la valeur locative totale des locaux professionnels et des locaux d'habitation, c'est donc à juste titre que vous avez été imposé dans les deux communes X et Z.

Par contre la taxe des prestations n'est due que dans une seule commune. Il vous suffira d'adresser les avertissements à votre contrôleur pour obtenir dégrèvement du double emploi.

A. M.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Le Pavot.

Dresse haut ta cocarde, étrange papaver !
Par le jardin, rempli de mes légumineuses,
Tu pompes, à longs traits, tes séves vénéneuses
Qui se fixent au cœur de ton calice ouvert.

Ta fleur comme une torche au bout d'un thyrse vert
A toutes les ardeurs des flammes lumineuses :
Du pourpre rutilant, aux nuances vineuses
Du pâle violet, jusqu'au bistre pervers.

Quand tu fermes, le soir, ta corolle assoupie,
A travers ta torpeur, le savant qui t'épie
Te voit brassant toujours ton philtre ensorceleur.

Sois maudit ! pour avoir débauché des cerveaux !
Créé des paradis aux mystères nouveaux !....
Mais que béni sois-tu, qui calmes la douleur !

Dr Georges Louvel.
(Ferté-Macé.)

Quarante-neuvième année — N° 38 — 18 Septembre 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2436-IV)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95;**
***Sou Médical*, Paris, 182-31;**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Bourgeois, Bousquet, Boyer, Drech, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Berne, Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Arnaud, P. Chapron, Joly, E. Le Gourièrec, E. Poulain.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barbazan. Fournier.

Barèges. Fourment, Orliac, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillère. Mme Jeanne Bon, Tronchon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin, Dubief.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Casati de Montgolfier, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes, Saint-Pée.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Belugou, Gauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Huet (*derm.*)

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Roger André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Molines, E. Perpère, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy, Matton, Ortal.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Genthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. Pierre Masingue (*Rayons X*).

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, Ségard, Silvestre.

Saint-Jean-de-Luz. J. Reboul, Wurtz.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.

Saint-Sauveur. Sabail.

Santenay-les-Bains. Boudeille.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Boutelier.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Ambiès, Bargy, Berthomier (*phys.*), Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cornillon, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lère, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Adda, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr A. GAUDICHON, du Lavandou, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

> ***AVIS.** — Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
> *Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
> *Toute demande de renseignements doit être accompagnée* **d'un timbre pour la réponse.**

N° 523. — Jeune fille termin. études second., sténo-dactylo, bonnes not. anglais et espagnol, désir. petit secrétar. quelques heures par jour, matin de préférence.

N° 524. — Banl. Nord-Ouest, client. 32.000 touchés en 1926, plusieurs fixes, logem. 6 p., loyer 1.700 fr. Indemn. demandée 15.000.

N° 525. — Gr. ville sud-ouest, trait. et rééduc. des enf. anorm. toute malad. du syst. nerv. des enf., correc. du bégaiem. et des tics. Vie de fam. chez doct.

N° 526. — A vend. 2 pneus Michelin 760 × 90, recaoutchoutés neufs, la paire : 260 fr.

N° 527. — On dem. bonne musicienne (piano, solf. et chant) pour reprend. au 1er oct. excell. client. de leçons (40 élèves env.) dans pet. ville de province 2 h. de Paris, pays riche, gr. ligne. Cond. avant., pressé. Ecr. Dr Roujanski à Fresneaux-Montchevreuil (Oise).

N° 528. — Achet. propriété Sud-Ouest Paris, habitat. convenable, jardin fruitier plein rapp., proxim. gare grande ligne.

N° 529. — Banl. imméd., clin. A. T. à céder en partie ou total., bien située, bonne marche, import. ch. aff. prouvé. Très sérieux et très intéress.

N° 530. — Dr cherche poste méd., bon logem., pet. ville Rhône ou départ. limitr.

N° 531. — Normandie. Ch.-lieu cant., à céder d'urg. bonnes condit. poste rapp. 60.000 minim., maison avec eau, électr. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 532. — 3 heures Paris, gr. ville commerc, cab. nez, gorge, oreilles, très ancien. Rapp. 50.000, bel appart. confort., loyer 2.200, bail. A céder av. facil. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 533. — On dem. infirmière qualifiée au courant accid. du travail, pour clin. à Paris. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...
(Joindre un timbre pour la réponse).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Congrès de la natalité.** — Au XIe Congrès de la natalité qui se tiendra à Toulouse fin septembre, notre collaborateur et ami, le Dr Foveau de Courmelles, président de la Société française d'hygiène, fera une communication sur : *Le médecin et la natalité.*

— **Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils.** — Le VIIIe Congrès des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France aura lieu le 3 octobre prochain, à Paris, à la Faculté de médecine. Diverses questions professionnelles sont inscrites à l'ordre du jour, dans la discussion desquelles interviendront plusieurs orateurs, dont le Dr Paul Boudin, conseiller médico-juridique de l'Association des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils.

Renseignements auprès du prof. Rocher, à Bordeaux (secrétaire général), du prof. Patel, à Lyon (trésorier), ou du prof. Reynès, à Marseille (président).

— **XIIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales.** (Lyon, 5-9 octobre 1927). — *Programme des fêtes.* — Le 5 octobre, à 21 heures, réception dans les salons de l'Hôtel de l'Europe, place Bellecour. Le 6 octobre, à 21 h., réception à Charbonnières-les-Bains. Le 7 octobre, à 20 h. 30, représentation de gala au Théâtre des Célestins. Le

8 octobre à 20 h., banquet par souscription. Le 9 octobre, voyage à Aix-les-Bains et Allevard.

— **Faculté de Lyon.** — M. COLLET, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique (chaire vacante : M. le prof. LANNOIS, dernier titulaire).

— **Hôpitaux de Rouen.** — *Internat.* — Un concours pour la nomination à sept places d'interne des hôpitaux de Rouen aura lieu le 17 novembre. Inscription au Secrétariat de l'Administration des hospices.

— **Médecins de colonisation en Algérie.** — *Concours.* — Un concours pour le recrutement de huit médecins de colonisation en Algérie sera ouvert le 17 novembre 1927, à Alger (Faculté de médecine) et dans les villes de Facultés ou Ecoles de médecine. Le traitement annuel pour ce service va de 24.000 à 32.000 fr., plus 25 % d'indemnité algérienne, quelques honoraires supplémentaires et possibilité de faire un peu de clientèle privée. Renseignements auprès du Gouvernement général de l'Algérie, service de l'Assistance publique. Clôture des inscriptions : 17 octobre 1927.

A TRAVERS L'OFFICIEL

1er septembre.

Patente.

Par décret du 27 août, est approuvée la délibération du Conseil général de la Réunion en date du 30 novembre 1926 ramenant de la septième à la huitième classe la patente des chirurgiens dentistes dans cette Colonie.

Prêts d'honneur.

Rapport du Ministre de l'Instruction publique sur les opérations de l'Office National des prêts d'honneur pendant l'année 1925.

Durant l'année 1925, l'Office a consenti 681 prêts, pour la somme de 1.712.380 fr.

Si, au lieu de l'année civile, on considère l'année scolaire 1924-1925, le nombre des prêts s'élève à 620, pour 1.449.610 francs.

84 demandes ont été rejetées, dont 33 pour motifs touchant la scolarité, 25 pour motifs touchant à la situation de fortune et 26 pour motifs d'ordre général;

Sur les 681 prêts, 86 ont été accordés aux élèves des Facultés et Ecoles de médecine.

L'Office, en 1925, a recueilli 26.150 fr. de subventions diverses.

2 septembre.

Sanatoriums publics.

Décret du 26 août 1927 fixant les traitements et classes des médecins de sanatoriums publics.

Art. 1er. — Le décret du 29 septembre 1922, portant fixation des traitements et classes des médecins des sanatoriums publics, modifié par les décrets des 15 avril 1926 et 29 décembre 1926, est de nouveau modifié ainsi qu'il suit :

Médecins directeurs :

1re classe	30.000 fr.
2e classe	28.500 »
3e classe	27.000 »
4e classe	25.500 »
5e classe	24.000 »

Médecins adjoints :

1re classe	22.000 fr.
2e classe	19.660 »
3e classe	17.330 »
4e classe	15.000 »

Art. 2. — Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire de quelque nature que ce soit ne peut être attribué aux médecins des sanatoriums publics que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal officiel.*

Art. 3. — Il n'est apporté aucune modification à la répartition actuelle des médecins entre les différentes classes. Les nouveaux traitements seront attribués aux médecins suivant leur classe respective.

L'attribution des nouveaux traitements est exclusive de la majoration provisoire de 12 p. 100 sur le traitement, prévue par le décret du 29 août 1926. Elle ne sera pas considérée comme un avancement et l'ancienneté des médecins dans leur nouveau traitement comptera du jour de leur dernière promotion.

Sous réserve des mesures spéciales qu'entraîne l'application des lois des 1er avril 1923 (art. 7), 17 avril et 31 mars 1924, la répartition des médecins entre les différentes classes doit être telle que la dépense totale pour l'ensemble du personnel ne dépasse pas celle qui résulterait de l'application du traitement moyen dans chaque emploi.

Art. 4. — Les améliorations de traitement résultant de l'application du présent décret auront leur effet à partir du 1er août 1926.

Sont abrogées, à compter de la même date, toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Art. 5. — Le président du conseil, ministre des finances, et le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

3 septembre.

Exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine.

Loi du 19 *août* 1927 *relative à l'exercice de l'art dentaire par les dentistes diplômés ou non diplômés d'Alsace et de Lorraine.*

Art. 1er. — Les dentistes non diplômés qui exerçaient l'art dentaire en Alsace-Lorraine avant le 11 novembre 1918, qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou qui ont obtenu cette nationalité, pourront exercer l'art dentaire sur tout le territoire français dans les mêmes conditions que les dentistes visés à l'article 32 de la loi du 30 décembre 1892.

Ils devront justifier qu'ils avaient fait une déclaration d'ouverture d'établissement à la mairie ou qu'ils étaient immatriculés au bureau d'hygiène ou encore présenter un récépissé de versement de l'impôt sur le travail datant d'une époque antérieure au 11 novembre 1918.

Seront également autorisés à exercer sur tout le territoire français les dentistes non diplômés autorisés en vertu des dispositions de l'arrêté du 24 septembre 1919 à s'établir dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin, et de la Moselle et qui pourront justifier avoir commencé leur apprentissage avant le 1er août 1914.

Art. 2. — Le droit de pratiquer l'anesthésie locale sans l'assistance d'un docteur en médecine est accordé à tous les dentistes non diplômés visés par la présente loi ainsi qu'aux dentistes patentés de la loi du 30 novembre 1892.

Art. 3. — Les dentistes diplômés d'Etat (Zahnaerzte), visés dans la loi du 13 juillet 1921, prendront le titre de « chirurgien dentiste ».

Les dentistes non diplômés qui se trouvent dans les conditions stipulées à l'article 1er prendront le titre de « dentiste ».

Toute adjonction au titre de « dentiste » alors même qu'elle s'appliquerait à un diplômé privé ou étranger, constituera le délit d'usurpation du titre de « chirurgien dentiste ».

Art. 4. — L'usurpation du titre de chirurgien-dentiste ou de dentiste sera punie :

a) Celle de chirurgien dentiste d'une amende de 1.000 à 2.000 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 2.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de trois à six mois ;

b) Celle de dentiste sera punie des peines édictées à l'article 19 de la loi du 30 novembre 1892.

Dans les deux cas, le tribunal pourra ordonner l'insertion intégrale ou par extrait du jugement dans les journaux qu'il désignera.

Art. 5. — Pendant quatre ans à partir de la promulgation de la présente loi, les dentistes non diplômés qui rempliront les conditions stipulées à l'article 1er pourront obtenir le diplôme de chirurgien dentiste en subissant les examens prévus par le décret du 11 janvier 1909.

Ils seront dispensés du titre universitaire, du stage et de l'examen de validation du stage, mais non de la scolarité.

4 septembre

Frais de traitement des marins.

Règlement d'administration publique du 31 *août* 1927, *rendu pour l'exécution de l'article* 85 *de la loi du* 13 *décembre* 1926 (*Code du travail maritime*).

Vu son étendue, nous publierons dans le corps du journal ce document, sur lequel nous appelons l'attention de nos lecteurs.

Il s'agit, en effet, de la détermination de la somme forfaitaire que l'armateur devra verser, entre les mains de l'autorité maritime, pour se libérer de tous les soins qu'il doit au marin blessé ou tombé malade au service du navire, par application de l'article 85 de la loi du 13 décembre 1926 portant Code du travail maritime.

Rappelons qu'aux termes de l'article 82 de la même loi (voir notre nº 1 de 1927, p. 8), en cas de debarquement en France, le marin peut se faire soigner chez lui par un médecin de son choix, mais reçoit alors une allocation journalière égale au montant de la journée d'hôpital du port de débarquement.

6 *septembre*

Service de santé militaire.

Décret du 31 *août* 1927 *relatif au remboursement des dépenses engagées par les médecins militaires pour l'exercice de leur profession.*

Art. 1er. — Dans la limite d'un maximum de 250 fr. par an, les médecins militaires seront remboursés du montant de leurs dépenses, dûment justifiées, d'achat ou d'entretien d'instruments, d'achat d'ouvrages, revues ou effets spéciaux qu'ils sont tenus d'engager pour l'exercice de leur profession, ainsi que de leurs cotisations, en qualité de membres de sociétés médicales.

Art. 2. — Le ministre de la guerre et le président du conseil, ministre des finances, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Des pleurs de la vigne comme collyres

Chacun sait qu'au printemps, la section des sarments de la vigne, en vue de la taille annuelle, provoque l'écoulement abondant d'un liquide incolore, neutre au tournesol et à peu près isotonique au sérum sanguin, qu'on appelle en termes de viticulture *pleurs de la vigne* et qui n'est autre chose que de la *sève*.

Il est remarquable que ce n'est guère que chez ce végétal que ce phénomène se produit aussi nettement.

Pendant plusieurs années, j'ai eu l'idée de recueillir ce liquide, de façon aseptique, dans des flacons à large goulot, préalablement aseptisés par la chaleur et de l'employer, en collyre, spécialement contre les *conjonctivites* aiguës et chroniques, contre les *blépharites* et même contre les *taies de la cornée.*

Il se produit, à la suite d'instillations entre les deux paupières, une légère réaction inflammatoire de courte durée, 12 à 24 heures. Et rapidement, l'amélioration dans l'état des yeux habituellement infectés, se produit, avec guérison au bout de cinq à six jours, bien entendu selon la gravité des cas et l'ancienneté du mal. Le traitement se complète, avantageusement, par l'application sur les paupières fermées, de compresses bien chaudes, de solutions *boratées* à 1 % de borate de soude et non pas *boriquées*, comme on a la fâcheuse habitude de le conseiller. Il faut remarquer, en effet, que l'action légèrement antiseptique de l'*acide borique* est paralysée par l'*acidité* de la solution employée, même à petite dose.

Malheureusement, les *pleurs de la vigne* ne se conservent pas longtemps et, comme du reste, tous les liquides renfermant des matières organiques en dissolution ou en *suspension*, sont envahies par des *moisissures* qu'il est facile d'empêcher par l'addition au liquide (collyre) d'un peu de *thymol* qui rend le milieu inhabitable par les *moisissures* et les diverses *bactéries*. La sève de la vigne possède la propriété précieuse d'être *isotonique* au sérum sanguin et d'être neutre au tournesol, par suite elle n'est pas irritante pour les muqueuses. Cette sève peut avantageusement être employée comme véhicule aux collyres à base alcaloïdiques (atropine, ésérine, cocaïne, etc.), dont elle modère l'action.

N. B. — Il est bon de noter ce fait remarquable, peut-être unique dans le règne végétal, que la variété des cépages (français, franco-américain, hybride, etc.), ne règle pas la *qualité* de la sève, mais seulement la *quantité*.

Dr Crouzel.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Le médecin a droit à la prorogation pour le garage de son automobile.

Commission supérieure de cassation

Deux arrêts.

(Archives du « Sou Médical »).

Premier arrêt.

30 *juin* 1927.

Attendu que R., locataire, demandeur au pourvoi, reproche au jugement attaqué de lui avoir refusé la prorogation de droit instituée par l'article 56 de la loi

Voir la suite page XLVII-2483

PROPOS DU JOUR

Hygiène coloniale.
L'hygiène et la santé publique en Nouvelle-Calédonie.
Ce que l'on peut voir à Nouméa. — La crise médicale.

Un de nos amis, grand voyageur, nous exprimait en termes sévères son désappointement quand, de nos Antilles françaises, la Guadeloupe et la Martinique, il se rendait aux Antilles Anglaises. L'abandon, le désordre, le manque d'organisation des premières faisaient un contraste attristant avec la prospérité des secondes. D'ailleurs, ajoutait-il, ce n'est pas seulement aux Antilles que l'on a le spectacle désolant de la déchéance de nos vieilles colonies. Qui oserait établir le plus petit parallèle entre Melbourne, Sydney, la moindre ville d'Australie et Nouméa et les localités de la Nouvelle-Calédonie ? Cependant, ces villes ont été fondées sensiblement à la même époque.

Et le voyageur, notre ami, nous fit de Nouméa, au point de vue de l'hygiène, un tel tableau, qu'avant de tenter de l'exposer, nous voulûmes nous documenter pour être bien certain qu'il n'avait pas exagéré. Ce nous fut relativement facile, car il suffit de lire les journaux de la colonie et les discussions de son Conseil général. Remarquons en passant qu'à la Nouvelle-Calédonie, la question politique ne tient pas le premier rang comme aux Antilles, dans les Indes Françaises et la Guyane ; car, si la Nouvelle-Calédonie est pourvue d'un Conseil général, elle n'élit pas de député.

***

Pour apprécier l'insalubrité de la ville de Nouméa, nous emprunterons nos renseignements : 1° au *Bulletin du Commerce de la Nouvelle-Calédonie et des Nouvelles-Hébrides*, numéro du mercredi 25 mai 1927, qui publie un article intitulé : *Nouméa, ville insalubre* ; 2° à *La France Australe*, organe des intérêts français dans le Pacifique, numéro du mercredi 30 mars 1927, qui publie un extrait d'un rapport au Gouverneur qui a été soumis au Conseil général, etqui est intitulé : *L'Etat sanitaire à Nouméa* : *Mesures urgentes d'hygiène nécessaires à son amélioration*, par le Dr E. Peltier, directeur du service de santé ; 3° à un numéro de *La France Australe* du 1er juin 1927, qui décrit, sous le titre de *La cité des Parias*, un triste tableau d'un des quartiers de Nouméa ; 4° à la *Revue du Travailleur et de la Famille* (organe d'Action syndicale), publié à Nouméa (numéros du 1er octobre et 15 novembre 1926) ; 5° au *Démocrate* de la Nouvelle-Calédonie et dépendances, organe du parti républicain démocrate (numéros du 12 octobre et 19 novembre 1926).

Avec pareille documentation puisée dans tous les organes de la colonie et quelques autres renseignements personnels que nous avons recueillis d'autre part, nous croyons pouvoir affirmer que le tableau que nous allons tracer ne saurait être taxé d'exagération.

***

Nouméa est la porte d'entrée des épidémies, et le point de départ de la transmission des maladies contagieuses en Nouvelle-Calédonie. Or, comme le disait le gouverneur Guyon à la séance d'ouverture de la grande Commission d'hygiène qui s'est réunie au début de 1927, la situation au point de vue sanitaire est véritablement angoissante. La fièvre typhoïde y devient plus fréquente et par petits foyers disséminés dans les divers quartiers de la ville ; la dysenterie amibienne, peu répandue autrefois (24 cas en 1922), y devient de plus en plus fréquente aussi (48 cas en 1923 ; 164 cas en 1924 ; 222 cas en 1925 ; 199 cas en 1926).

D'après le rapport au Gouverneur, soumis au Conseil général, les causes les plus importantes de cet état déplorable sont les suivantes :

1° Mauvais état et insuffisance de la conduite d'eau, surtout dans le réseau de distribution.

2° Abominable système de vidanges consistant en tinettes en tôle à deux anses sans couvercles, que transportent pour les vider des Javanais sans surveillance. Le matin, l'on peut suivre à la trace le trajet que parcourent les vidangeurs ; le sol « fécalisé » donne lieu à des poussières dangereuses dont le vent dissémine les germes dans la ville, et des essaims de mouches, pullulant sur les tinettes, font un va-et-vient continu entre ces dernières , les ma-

gasins d'alimentation, les cuisines et les salles à manger.

3° Absence de village indigène qui est cause d'une promiscuité aussi fâcheuse pour les individus de race colorée que pour les Européens.

4° Taudis inhabitables et cependant surpeuplés, véritables foyers d'infection.

5° Maisons bâties en contre-bas des rues, sur des terrains rapportés et d'où l'évacuation des eaux usées et souillées est impossible.

Voici en général quelle est la situation hygiénique de Nouméa. Si l'on entre dans le détail, le tableau est, si possible, infiniment plus sombre.

Au point de vue de la voirie, les rues laissent singulièrement à désirer. Le balayage insuffisant laisse trop d'immondices épars ; des caniveaux défectueux ne permettent pas l'écoulement des eaux sales, qui stagnent dans des trous et dégagent au soleil de midi une odeur nauséabonde. En certains points, les bouches de sortie des égoûts, encombrées de ferrailles, de vase et d'immondices, dégagent à certaines heures des émanations pestilentielles. Les latrines du quai sont repoussantes. Dans certains taudis, situés en pleine ville, où grouille tout un monde hétéroclite, le sous-sol, les caves et les cours sont autant de cloaques infects.

Certains quartiers sont encore plus défavorisés, tel celui que M. Paul Caled désigne dans *La France Australe* du 1er juin 1927 sous le nom de *Cité des Parias*.

Ce quartier s'étend de la route n° 13, à la rue de Madrid et à la gendarmerie de la Vallée des Colons. C'est le type du village insalubre avec voirie à la mode indienne. Pas de chemins, des pistes fangeuses qui ne sont pas même nivelées ; pas de fossés pour l'évacuation des eaux de pluie; en fait d'égoûts, des tas de fumiers et des trous creusés dans chaque jardin pour recueillir les eaux. Les services de vidanges que nous avons signalés plus haut ne s'étendent pas jusque-là. Et ce quartier n'est pas habité par des indigènes ou des Asiatiques immigrés, mais par des Européens, des Français qui payent régulièrement leurs impôts.

Aucune des municipalités qui se sont succédées n'a voulu s'intéresser à ce quartier, sous prétexte que les rues ne sont pas classées.

Certains établissements d'Assistance sont dans un état vraiment épouvantable. Dans la *Revue du travailleur et de la famille* du 1er octobre 1926, un article intitulé : *J'ai vu...* et signé *un promeneur*, fait une description horrible de l'Orphelinat-Dépôt, établissement qui sert à la fois d'hospice de vieillards et d'indigents infirmes ou malades chroniques et d'hôpital pour les indigènes et les engagés asiatiques. Cet article a déterminé la visite « inopinée » (*sic*) du Gouverneur, dont la *Démocratie de la Nouvelle-Calédonie* du 12 octobre 1926 a donné le compte rendu. Bien entendu, tout paraît avoir été mis en bon état pour cette visite. N'empêche que M. le Gouverneur a constaté qu' « il était certain que le Dépôt de l'Orphelinat présentait de nombreuses défectuosités. Celles-ci étaient la conséquence des conditions mêmes dans lesquelles il avait été installé, puis agrandi ». Le matériel laisse à désirer, mais c'est par raison d'économie. Cependant, les vieillards et les malades y manquent de draps, de couvertures, de chemises même.

« En quittant l'établissement, écrit le *Démocrate*, le Gouverneur a donné des instructions au chef de dépôt en vue de redoubler de vigilance en ce qui concerne la propreté des locaux et l'entretien, ainsi que le renouvellement du matériel. De menues réparations ont été jugées indispensables et il va y être procédé sans retard ».

L'on sent, par ces euphémismes en style administratif, combien l'épouvantable description de ce Dépôt, faite par la *Revue du travailleur* et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, était exacte.

Ce n'est pas tout : la Léproserie, dont nous avons, il y a quatre ans environ, publié ici même la description et qui pouvait rivaliser avec les maladreries les plus hideuses du Moyen-Age, la léproserie pour les Européens, située dans la presqu'île Ducos, laisse encore terriblement à désirer. M. A. Salles, dans la *France Australe* du 14 juin 1926, faisait remarquer que l'eau y manquait. En amener serait; paraît-il, trop coûteux. Il y aurait des puits dans la presqu'île qui ont de l'eau excellente, mais il faudrait l'amener dans des réservoirs, avoir pour cela des pompes et quelqu'un pour les faire marcher. Personne ne veut s'en charger.

« Depuis dix ans que le sanatorium (la léproserie) existe, écrit M. A. Salles, on a dépensé des sommes relativement énormes en demi-mesures. On a installé des moulins à vent qui ne donnent que du vent. On a installé des fosses septiques qui ne fonctionnent pas faute d'eau. On y a installé des douches, les araignées y ont tissé leurs toiles. L'hydrothérapie n'existe pas à Ducos et, pourtant, il y a quelques mois, M. le

Gouverneur s'est ému de cette situation. Il a prescrit des études, mais la solution, comme l'eau, est toujours à venir. »

Et les rats infectent Nouméa. Quelles mesures prend-on contre eux ? Attendra-t-on pour s'en débarrasser une épidémie de peste ? M. Alb. Salles, dans *La France Australe* du 21 sept. 1926, nous renseigne à ce sujet. Un gouverneur entreprit jadis la lutte contre les moustiques et les rats, mais avec des moyens si insuffisants qu' « il n'a fait que creuser un sillon dans la mer ». Il arrêta qu'une prime de 0 fr. 25 serait donnée par tête de rat, mais il n'y eut pas de crédits pour la payer. Le nid principal des rats était, on pouvait le prévoir dans les vieilles baraques du Dépôt de l'Orphelinat. « Là, c'est le royaume des rats, écrit M. Albert Salles. Il y a dans les bâtiments du fond, des vieux qui sont parfois dévorés tout vivants »............

« Il y a quelque temps un nouveau-né se mit à bramer dans la nuit. Une allumette brusquement éclaira le poupon. C'était un rat qui, s'étant mis à table, provoquait ses cris ». Passons, ce que nous avons cité est plus que suffisant.

Une autre plaie de la Nouvelle-Calédonie est le manque de médecins. *La Revue du travailleur* du 18 novembre 1926 donne des précisions sur le service médical de colonisation et les circonscriptions médicales territoriales. Il y a pour l'île, neuf circonscriptions médicales et les médecins ont à parcourir pour assurer leur service de 74 kilomètres au minimum (Circ. de Canala) à 183 kilomètres 200 (circonscr. de Kaala-Gomen). Seules les circonscriptions de La Foa et de Bourail sont pourvues de routes classées sur lesquelles on peut circuler en vélo, voiture ou auto, partout ailleurs les praticiens sont obligés d'effectuer la presque totalité de leurs déplacements à cheval. On peut se douter de la rapidité et de l'efficacité des secours médicaux, surtout quand l'on saura que sur certaines pistes il est impossible de circuler pendant les nuits sans lune, quand les rivières sont gonflées ou simplement quand il pleut. L'on se doute de la vie de ces médecins, mal logés, pourvus insuffisamment de ce qui est indispensable à l'exercice de leur mission et payés, Dieu sait comme ! Il faudrait en augmenter le nombre, mais il n'y a pas de candidats, bien que nos Facultés fournissent des docteurs en médecine en surnombre. Les meilleurs postes à Nouméa sont occupés par des médecins de l'armée coloniale et les médecins de colonisation n'ont de ce fait aucun espoir de voir leur sort s'améliorer.

L'on a songé à avoir recours aux médecins indigènes annamites de l'Ecole de Hanoï. Il y a en effet à la Nouvelle-Calédonie une émigration importante d'Asiatiques, composée en majorité d'Annamites, pour compléter la main d'œuvre canaque insuffisante. Mais est-ce bien prudent ? Nous savons combien la propagande bolchévique est active dans les écoles et chez les intellectuels annamites. Les journaux ont rapporté que le Gouverneur général actuel de l'Indo-Chine, que l'on ne peut accuser d'un excès de nationalisme, a dû sévir, car il était de mode dans les écoles d'inscrire sur les murs A. B. L. F. (A bas les Français). En outre, le *Bulletin du Commerce de la Nouvelle-Calédonie* (5 février 1927) a reproduit un appel à la révolte, distribué en Indo-Chine, où l'on peut lire cette phrase adressée par les intellectuels annamites à leurs vingt millons de compatriotes : « Etant vingt millions, même les mains vides, nous écraserons les Français comme des œufs ». Ceci devrait donner à réfléchir au gouvernement et à nos administrations coloniales. Il se serait passé en outre aux Nouvelles-Hébrides des évènements tragiques restés mystérieux dont les émigrés annamites seraient les auteurs. Il n'y a qu'une solution à la crise médicale en Nouvelle-Calédonie, elle est donnée par le *Démocrate de la Nouvelle-Calédonie* (19 nov. 1926), c'est de faire les sacrifices d'argent nécessaires.

« Toutes les discussions au Conseil général seront des paroles en l'air, dit le *Démocrate*, si l'on ne veut pas faire les sacrifices d'argent nécessaires. A quoi sert de perdre du temps pour tomber toujours sur le même obstacle ? Il est indispensable que la solde et les indemnités allouées soient adéquates aux exigences de la situation d'un médecin. *La Colonie doit payer honorablement ses médecins.*

« Il ne convient pas de s'arrêter aux objections des pauvres d'esprit qui opposent la situation actuelle et qui s'écrient : « Toujours de l'argent, vous ne savez dire que cela ! »

« Il y a des circonstances où il serait criminel de lésiner, et c'est le cas quand il s'agit d'assurer aux habitants d'un pays les soins médicaux ».

Mais il ne suffit pas de pourvoir la colonie de médecins et *de bons médecins français*, il faut remanier les circonscriptions des médecins de colonisation pour leur permettre de remplir leur tâche ; il convient de doter ces médecins de dispensaires ou d'infirmeries, centres de soins médicaux, suffisamment bien outillés, pour qu'ils puissent rendre les services efficaces ; il convient

✦✦

encore de les doter d'un personnel secondaire (infirmiers ou médecins indigènes) pour les seconder, mais il est bien entendu que ce personnel sera placé sous les ordres du médecin et ne pourra par lui-même jouir, hormis les cas d'urgence, d'aucune initiative, ni d'aucune autorité. D'autre part, il faudrait doter la colonie d'une réglementation sanitaire, élaborée soigneusement par l'administration avec le *concours effectif du Corps médical.* Il conviendrait de sortir de cette situation ridicule et dangereuse qui fait qu'en matière d'hygiène comme en beaucoup d'autres, il est impossible de savoir ce qui est du ressort de la colonie ou ce qui relève de la municipalité de Nouméa.

La *France Australe* du 23 avril 1926 publie le compte rendu d'une séance du 20 avril du Conseil général de la colonie qui montre bien que, dans toutes les questions qui intéressent la prospérité de l'île, règne la même incohérence administrative.

Il ne s'agit pas ici d'hygiène, mais de la réparation du quai. Au sujet de sa propriété, un conflit règne depuis 30 ans entre la ville et la colonie et est loin d'être résolu. Voici un curieux extrait de la discussion du Conseil général :

« Le chef du service des travaux publics est arrivé. On lui pose des questions :

D. — Le quai menace-t-il ruine ?

R. — Je n'en sais rien.

D. — La réponse est franche, mais ne nous éclaire pas.

R. — Je le crois plus prêt de partir que de rester en place.

J'estime qu'il y a un travail urgent à faire, mais n'ayant pas examiné les dégâts, il m'est impossible de me prononcer d'une façon précise.

Il faut y aller voir. Le seul scaphandrier que nous possédions, lorsqu'il revient d'une visite, nous fait des rapports très inquiétants.

D. — Cà coûtera des millions ?

R. — Entre cinq et dix. Il faudra refaire le quai presqu'entièrement ».

Et l'on se demande qui payera, de la colonie, de la ville, ou du port autonome.

Il en est de même pour l'hygiène de Nouméa et l'état sanitaire de la Nouvelle-Calédonie ; la question des quais du port donnent une idée fort exacte du désarroi administratif et de l'effondrement matériel d'une de nos plus anciennes colonies qui devrait être riche et prospère. Mais la Nouvelle-Calédonie est aux Antipodes et n'a pas de député, deux raisons pour qu'à Paris on ne songe guère à elle.

Nous avons admiré, pendant la grande guerre le loyalisme de nos colonies et leur fidélité à la métropole : ne leur donnons pas par notre incurie administrative des sujets légitimes de désaffection. Dans un numéro du *Bulletin du Commerce de la Nouvelle-Calédonie*, nous avons lu la citation suivante de l'*Echo de Tananarive* (1925) qui nous paraît un sérieux avertissement :

« Les colons de Madagascar demandent la vente de l'île aux Anglo-Américains car, sous prétexte de protection des indigènes, on ruine les Européens. » Est-il donc impossible de concilier les intérêts des colons et la protection des indigènes ? Sans doute, il est choquant de voir qualifier, par la *Coopérative mutuelle de colonisation néo-calédonienne* et par le *Comptoir cotonnier néo-calédonien* les émigrés, importés dans l'île, de *têtes travailleuses*, tout comme nous disons têtes de bétail. Ce sont là des mots fâcheux certes, mais simplement des mots, et nous pensons que l'on peut servir à la fois la cause des colons et des indigènes, en perfectionnant les services sanitaires et en améliorant la situation hygiénique de Nouméa et de la Nouvelle-Calédonie.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU

M. le professeur F. TERRIEN.

Fractures du crâne et paralysies oculaires (1)

Nous avons vu récemment deux malades qui nous étaient envoyés pour des troubles oculaires à la suite de fractures de la base du crâne. Ces troubles oculaires à la suite de fractures du crâne ont une importance considérable : ils permettent quelquefois de faire le diagnostic de fractures qui auraient passé inaperçues. Ce sont des troubles moteurs, sensitifs et sensoriels, mais surtout des troubles moteurs. Ce sont d'abord des paralysies soit de la sixième, de la quatrième ou de la troisième paire, ou enfin de toutes les branches motrices de l'orbite.

Ce qu'on observe le plus souvent, c'est la paralysie de la sixième paire. Notre première malade vue pour la première fois par le professeur Pierre Duval fut admise en état de coma, à la suite d'un accident, d'un traumatisme violent du crâne avec perte de connaissance, otorrhagie double, rejet de sang par les oreilles, par le nez et par la bouche. Le diagnostic de fracture de la base du crâne passant par le rocher paraissait évident. Le lendemain, apparaissent des ecchymoses sous-conjonctivales, excellent signe de fracture de la base du crâne, vous le savez. A la suite de ponctions lombaires répétées, qui ramènent du sang, en quelques jours, la céphalée et les troubles fonctionnels disparaissent, sauf un ptosis de l'œil droit, et une limitation des mouvements tributaires de la troisième paire, avec mydriase du même côté.

Le fond de l'œil est difficilement éclairable, mais il est vraisemblable que cette malade a présenté de la stase papillaire sous l'influence du phénomène de commotion cérébrale. La stase papillaire, en effet, existe assez souvent dans les fractures de la base du crâne. Elle peut nous permettre de faire le diagnostic d'hypertension intra-cranienne et confirmer l'indication des ponctions lombaires. Quand la fracture est limitée à la paroi osseuse, sans lésion de l'encéphale, sans hémorragie péri-cérébrale, il n'y a aucune indication de ponction lombaire. Si, au contraire, il existe des phénomènes de compression, mieux vaut traiter la fracture par les ponctions lombaires. La stase papillaire peut donc renseigner à ce point de vue.

Vous savez que les nerfs moteurs de l'œil sont au nombre de trois : le moteur oculaire externe, le moteur oculaire commun, et le pathétique.

Ces trois nerfs pénètrent dans l'orbite par la fente sphénoïdale, formée par la petite aile et la grande aile du sphénoïde. Chez notre malade, il y a une lésion de la troisième paire, le moteur oculaire commun, qui chemine au voisinage de la selle turcique.

Le plus souvent, ce n'est pas la troisième paire qui est intéressée, mais la sixième, c'est-à-dire le nerf moteur oculaire externe. Celui-ci vous le savez, émerge entre la protubérance et le bulbe, et pénètre ensuite dans la fente sphénoïdale. Il est très long et en même temps très mince. Aussi peut-il être plus facilement lésé, d'autant qu'avant de pénétrer dans la fente sphénoïdale, il contourne la pointe du rocher. Panas, en 1881, avec Chevallereau, ont insisté sur l'importance de la paralysie du moteur oculaire externe dans les fractures de la base du crâne, sur sa fréquence, car elle peut exister même dans les fractures légères.

Elle se traduit par une déviation de l'œil en dedans. Tantôt, il y a rupture, déchirure du nerf, et il s'agit d'une paralysie complète, avec déviation d'un ou même des deux yeux en dedans, quand la paralysie est bilatérale. Ou bien, il s'agit simplement d'une compression par le sang épanché et la paralysie est d'un pronostic plus favorable, puisqu'avec la resorption de l'hématome peu à peu la paralysie peut régresser. Ceci est assez fréquent dans les fractures de la base du crâne. J'ai vu ici, dans ce service, un enfant de mariniers qui était tombé à l'eau et avait eu la tête prise entre deux péniches. Il présentait une paralysie complète des deux droits externes qui disparut complètement quelques semaines plus tard. Il s'agissait d'un épanchement sanguin probablement basilaire qui avait comprimé les nerfs moteurs oculaires externes. Par contre, un sujet également observé ici, qui était tombé du haut d'une échelle, montrait aussi une paralysie

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, le 20 mai 1927, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

des deux moteurs oculaires externes, et cette paralysie est demeurée définitive.

Je vous rappelle que le moteur oculaire externe est un nerf extrêmement grêle et par là-même très fragile. Aussi voyons-nous cette paralysie non seulement toutes les fois que le nerf est comprimé, soit par un caillot, un épanchement, ou même déchiré, mais aussi en dehors de toute lésion traumatique. C'est ainsi qu'on peut observer ces paralysies dans les tumeurs cérébrales ; elles peuvent être dues à la compression du nerf par la tumeur elle-même, mais elles existent aussi en dehors de toute compression. C'est pourquoi ces paralysies ont une valeur symptomatologique moins importante, tout au moins au point de vue de la localisation de la tumeur.

Etant donnée la fragilité de ce nerf, une simple hypertension du liquide céphalo-rachidien suffit à déterminer son adultération et sa paralysie, alors même que la tumeur siège très loin de celui-ci.

C'est donc surtout le moteur oculaire externe qui sera intéressé dans les fractures de la base du crâne, mais les autres nerfs, le moteur oculaire commun, le pathétique, peuvent aussi être touchés. Ces lésions sont dues, soit à une déchirure du nerf, facilement réalisable, étant donnés leurs rapports avec le rocher, en particulier pour la sixième paire, soit à une compression. Suivant le siège de la fracture, nous aurons différentes variétés de paralysies.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler le mécanisme des fractures de la base du crâne. Vous savez qu'elles sont presque toujours indirectes et qu'il s'agit d'ordinaire de fractures par irradiation. La voûte du crâne, vous le savez, s'appuie sur la base par six piliers : un antérieur, frontal et un postérieur, occipital ; les deux antéro-externes, symétriques, sont donc formés par les massifs orbito-sphénoïdaux, et les deux postéro-externes, également symétriques, sont formés par les massifs pétro-mastoïdiens.

C'est dans l'intervalle de ces arcs-boutants que se voient le plus souvent les traits de fracture, intéressant les nerfs moteur oculaire commun et moteur oculaire externe. Lorsque le trait de fracture arrive jusqu'à la fente sphénoïdale, on voit, en outre des paralysies sensorielles, comme chez notre deuxième malade.

Le trait de fracture peut intéresser le rocher jusqu'au chiasma. A chaque étage répondent des paralysies déterminées. Dans les fractures de l'étage antérieur, il y aura surtout des troubles sensoriels.

Dans les lésions de la partie moyenne, intermédiaire aux arcs-boutants antéro-externe et postéro-externe, sont surtout intéressées les 6e, 3e et 4e paires.

Toutefois, les fractures du massif occipital peuvent également léser le moteur oculaire externe, quelquefois même le chiasma, déterminant alors le syndrome d'hémianopsie bitemporale.

Les paralysies oculo-motrices s'observent surtout dans les fractures de l'étage moyen intéressant le rocher, et quelquefois dans les fractures de l'étage postérieur, lorsque le trait s'étend jusqu'au chiasma.

Notre deuxième malade, qui nous a été également adressé par notre collègue, le professeur Pierre Duval, a fait une chute de bicyclette, et fut admise d'urgence à l'hôpital de Vaugirard, pour une énorme plaie du cuir chevelu. L'intervention exploratrice montra une fracture de la voûte avec irradiation à la base. Cinq jours après l'accident, le malade sort du coma ; on constate des ecchymoses sous-conjonctivales tardives et l'ophtalmoscope montre une *papillite bilatérale*.

Retenez cette existence possible de stase papillaire chez les sujets atteints de fractures de la base du crâne. Elle se rencontre plus souvent qu'on ne le dit en général, et sa constatation a une importance diagnostique et pronostique de premier ordre. Elle est symptomatique d'hypertension intra-cranienne et constitue une indication formelle de ponction lombaire.

Le malade fut traité, en effet par les ponctions lombaires. La céphalée et les ecchymoses diminuent progressivement. Treize jours après l'accident, il existe seulement un léger ptosis, sans limitation des mouvements du globe ; par contre, il y a, vous le savez, une absence absolue du réflexe à la lumière ; la pupille est en mydriase moyenne, et la vision de cet œil gauche est complètement abolie mais le réflexe consensuel est conservé et j'insiste sur ce point. Enfin, l'examen ophtalmoscopique révèle une atrophie optique ; la papille est blanche, décolorée, sans phénomènes inflammatoires.

Il s'agit donc bien, chez notre second malade, d'un syndrome de fracture de l'étage antérieur. Le syndrome est souvent purement sensoriel, caractérisé uniquement par la perte complète de la vision du côté lésé, quelquefois sensorio-moteur, si le foyer s'irradie assez loin du trou optique. La cécité s'explique par la compression du nerf optique à la fois par les esquilles osseuses du canal optique fracturé et par l'hémorragie de l'artère ophtalmique qui, vous le savez, pénètre dans le trou optique avec le nerf.

Ces faits sont assez fréquents. Au cours de la guerre, j'ai vu un jeune sous-officier qui, à la suite d'une chute de bicyclette, avait perdu instantanément la vision du côté gauche. On constatait l'absence de signes à l'ophtalmoscope, parce que la lésion du nerf optique ne retentit pas jusqu'à la papille ; seulement la perte des réflexes pupillaires permet de faire le diagnostic. Ceci permet de différencier les cas de simulation

ou de cécité pithiatique ou hystérique, dans lesquels les réflexes pupillaires sont conservés. Ici, au contraire, le reflexe lumineux direct est aboli, mais si on excite la pupille du côté oposé, on voit alors la pupille du côté aveugle se contracter également (réflexe consensuel) ; c'est que la réaction centripète partie du côté sain et conduite au centre se répartit ensuite sur les voies centripètes des deux côtés alors la pupille se contracte aussi bien du côté lésé que du côté sain.

La vision ne s'améliore pas, le plus souvent, si la fracture a endommagé fortement le nerf optique. Peu à peu, on voit la papille se décolorer et s'atrophier. C'est ce qui est arrivé chez nos deux malades.

Ces lésions, cependant, ne sont pas toujours définitives. Je me rappelle avoir vu avec le professeur de Lapersonne, en 1913, un malade du docteur Pollet qui avait fait une chute de cheval, on l'avait relevé assez mal en point, dans le coma. Puis, nous avons constaté une perte à peu près complète de la vision des deux côtés. Il avait une fracture des canaux optiques, avec lésion du nerf optique. D'un côté, la vision demeura à peu près complètement abolie, mais de l'autre, elle se rétablit suffisamment pour permettre au sujet de monter encore à cheval. Il ne faut donc pas se hâter de porter un pronostic absolument mauvais ; on attendra auparavant la résorption de l'hémorragie. Des paralysies du moteur oculaire commun peuvent s'améliorer. Celle du moteur oculaire externe sont presque toujours définitives en raison de la gracilité du nerf. Au contraire, pour le nerf optique qui est assez volumineux, puisqu'il compte plus de 800.000 fibres, la paralysie peut quelquefois s'améliorer beaucoup mieux qu'on ne pouvait l'espérer au début. A côté des lésions du nerf optique, exceptionnellement on peut noter dans les fractures de l'étage antérieur des lésions des nerfs oculomoteurs et même des troubles sensitifs dans la sphère de l'ophtalmique de Willis, donnant lieu à ce qu'on a appelé le syndrome de la fente sphénoïdale, bien étudié dans sa thèse par M. Casteran.

Le syndrome est réalisé par des lésions portant sur la grande et la petite aile du sphénoïde qui limitent la fente sphénoïdale. Vous savez que, dans cette fente passent tous les nerfs moteurs de l'orbite, 3e, 4e et 6e paires, et aussi la branche ophtalmique de Willis qui donne la sensibilité à la moitié correspondante de la face. Ce syndrome est généralement symptomatique d'une périostite. L'œil est figé dans l'orbite ; quand on a soulevé la paupière, car il y a naturellement un ptosis, on voit l'œil absolument immobile. De plus, on constate l'anesthésie dans tout le domaine de la branche ophtalmique, front, tempe et paupière supérieure ; toute la cornée est complètement insensible. Et si la lésion s'étend jusqu'au trou optique, il y a aussi perte de la vision réalisant ainsi le syndrome sensorio-sensitivo-moteur.

Ce syndrome est assez rare. On le rencontre surtout dans la syphilis ; il peut aussi s'observer dans les fractures de la base du crâne, avec irruption sanguine, compression des nerfs passant par la fente sphénoïdale, lésion du nerf optique, paralysie des nerfs moteurs et sensitifs. Précisément, nous avons eu l'occasion de suivre à l'hôpital à Beaujon, un malade qui avait présenté un syndrome de la fente sphénoïdale d'origine traumatique et cette observation a été rapportée dans la thèse de mon élève Plichon (thèse de Paris, 1924.)

Il s'agissait d'un jeune homme de 23 ans qui se présentait à notre consultation parce qu'il avait reçu la veille un énorme coup de matraque sur la région frontale droite, au-dessus du sourcil. Le malade présentait une insensibilité totale dans le domaine de la branche ophtalmique de Willis, dans la région cutanée du côté droit, un ptosis absolu, et lorsqu'on soulevait la paupière, on remarquait une très légère exophtalmie et surtout une paralysie de tous les muscles extrinsèques et intrinsèques du même côté. La pupille était dilatée et l'accommodation supprimée.

Il y avait une paralysie totale des 3e, 6e et 4e paires. La vision de l'œil droit, très trouble, était réduite à 1/20, alors que la vision de l'œil gauche était normale. Il s'agissait d'une compression due vraisemblablement à une hémorragie dans cette région, à la suite d'une fracture du canal optique.

Et, point particulièrement intéressant, quelques jours après son arrivée, nous avons pu constater une légère exfoliation de l'épithélium de la cornée droite ; il s'agissait, en somme, d'une véritable kératite neuro-paralytique atténuée. Vous savez qu'on a contesté la réalité de la kératite neuro-paralytique lors de lésions portant en avant du ganglion de Gasser. Ceci ne me paraît pas exact et l'exemple de notre malade montre bien, comme je le crois, que la kératite neuro-paralytique peut s'observer alors même lorsque la lésion porte en avant du ganglion.

Entre autres causes on a encore incriminé le traumatisme et on a rapporté cette kératite, en partie ou en totalité, aux poussières de l'air qui se déposent sur la cornée et viennent l'irriter par suite de la perte de sensibilité de cette membrane et de l'absence de clignement. Le réflexe palpébral ne se faisant plus, ces irritations continuelles détermineraient des ulcérations. Ceci est peu vraisemblable. Car si, après avoir arraché le ganglion du trijumeau d'un lapin, on suture en même temps les paupières, on voit néanmoins survenir une kératite paralytique. Et chez notre malade, dont la cornée était protegée par un ptosis, il y eut cependant une ébauche

♦♦♦

de kératite neuro-paralytique. Celle-ci a d'ailleurs facilement guéri, peut-être grâce au ptosis concomitant. Car si ce dernier ne suffit pas pour prévenir la kératite, nul doute qu'il ne puisse tout au moins, en protégeant la cornée, favoriser la cicatrisation. Aussi n'hésitera-t-on jamais en pareil cas, en l'absence de ptosis, à pratiquer le plus tôt possible la suture temporaire des paupières. L'action de la tarsorrhaphie est ici indéniable, comme dans toutes les variétés d'ulcères cornéens qui tardent à se cicatriser.

Il s'agissait donc, chez notre malade, d'un syndrome total et pur de la fente sphénoïdale, d'origine traumatique, dû à un hématome. Ce syndrome est assez rare, j'en ai observé peut-être trois ou quatre cas en tout. On le rencontre généralement dans la syphilis, très rarement à la suite de fractures du crâne.

Les troubles pupillaires sont exceptionnels au cours des fractures de la base du crâne. Lorsqu'ils existent, ils sont toujours symptomatiques de fractures très graves et de lésions de l'encéphale. On peut noter alors la mydriase ou le myosis. Suivant la remarque de Velter, la mydriase s'observe surtout lorsqu'il y a des lésions cérébrales étendues, un choc considérable et, lorsque le malade est dans le coma. Le plus souvent la terminaison se fait par la mort et cette mydriase est d'un pronostic presque toujours fatal.

Au contraire, s'il se fait des hémorragies à l'intérieur de l'encéphale, elles donnent lieu à des phénomènes irritatifs qui se traduisent du côté des pupilles par du myosis, et souvent en même temps, du côté des membres par des contractures.

Les fractures de la base du crâne peuvent aussi se compliquer, vous le savez, de la paralysie faciale. On l'observe surtout dans les fractures de l'étage moyen, qui intéressent le massif pétreux, le rocher. La paralysie faciale est complète, totale ; c'est une paralysie périphérique, atteignant le facial supérieur et l'inférieur, avec lagophtalmie, déviation de la bouche, etc. En dépit de l'inocclusion palpébrale, la kératite neuro-paralytique est rare dans la paralysie faciale ; cependant à la longue, il peut survenir une desquamation cornéenne. Cette kératite est rare parce que les yeux se portent en haut sous la paupière, pour remplacer le clignement normal (signe de Charles Bell).

Enfin, au cours des fractures de la base du crâne, on peut voir, non plus des paralysies isolées portant sur la 6e, la 4e ou la 3e paire, mais des paralysies de fonction intéressant des muscles synergiques : soit, par exemple, une paralysie des mouvements de latéralité (droit externe gauche et droit interne droit), soit de la convergence (les deux droits internes), ou enfin, la déviation conjuguée de la tête et des yeux. De même, que les troubles pupillaires, cette déviation conjuguée est un signe de lésion cranio-cérébrale. On décrit, vous le savez, avec Ferrier, Grasset et Landouzy, deux centres spéciaux de mouvements de latéralité : l'un sur le pli courbe, un autre au pied de la frontale ascendante. Ces centres s'entrecroisent dans les mésocéphale.

Dans l'hémiplégie flasque, le malade regarde sa lésion ; s'agit-il au contraire d'une lésion irritative, il regarde son hémiplégie. On peut ainsi avoir une déviation soit du même côté, soit du côté opposé, suivant qu'il y a destruction ou, au contraire, excitation.

Au contraire, dans les lésions du mésocéphale, c'est-à-dire après l'entrecroisement des fibres, la déviation varie en sens contraire.

Enfin, pour en terminer avec les troubles moteurs rencontrés au cours des fractures de la base du crâne, mentionnons encore le nystagmus, soit du fait de lésions vestibulaires ou par suite d'une lésion du cervelet.

A côté de ces troubles moteurs, signalons aussi, parmi les troubles sensoriels, des phénomènes d'hémianopsie, soit bitemporale, lorsque la lésion porte sur le chiasma, soit homonyme lorsqu'elle siège en arrière de celui-ci, sur les bandelettes, sur les radiations optiques ou même sur le cortex, au niveau du cuneus.

L'hémianopsie bitemporale a été observée dans toutes les fractures de la base du crâne, même dans les fractures de l'étage postérieur, mais le plus souvent, il s'agit d'une fracture de l'étage antérieur ou de l'étage moyen. On comprend alors que la fracture puisse irradier jusqu'à la selle turcique et même jusqu'au trou optique, rarement vers la fente sphénoïdale.

Au contraire, le chiasma sera plus facilement lésé dans les fractures de l'étage moyen, d'où hémianopsie bitemporale, comme dans l'observation rapportée par Okinzyc et Renard à la Société de chirurgie en 1926.

Tuffier a cité le cas d'un sujet tombé d'un cinquième étage qui avait une fracture de la base du crâne vraisemblablement compliquée de section du chiasma, car il avait une hémianopsie bitemporale complète. On a rapporté l'observation de sujets dont on a pu faire l'autopsie à la suite de fractures de la base du crâne et qui avaient une section antéro-postérieure du chiasma. Vous en voyez ici une démonstration très nette sur cette préparation.

Cette hémianopsie bitemporale s'accompagne assez souvent de perte plus ou moins complète de la vision d'un œil et souvent aussi de troubles moteurs et sensitifs sur lesquels nous avons insisté dans notre communication à l'Académie de médecine sur ce sujet. Ils s'expliquent par les rapports de voisinage du chiasma avec les sinus caverneux et les nerfs oculo-moteurs du trijumeau. Enfin, cette hémianopsie bitemporale

s'observe quelquefois aussi dans les fractures de l'étage postérieur, par irradiation du trait de fracture jusqu'au chiasma. Lors de lésions de l'étage postérieur, ce seront des hémianopsies homonymes, pouvant résulter, soit d'une lésion de la bandelette, plus souvent d'une lésion du cuneus, généralement à la suite de blessures par balles ou éclats d'obus et les exemples en ont été malheureusement trop fréquents au cours de la grande guerre. Le temps ne nous permet pas d'y insister aujourd'hui.

Vous voyez combien la symptomatologie des troubles oculaires dus aux fractures du crâne est complexe. Rappelez-vous les traits essentiels caractérisant les fractures de l'étage antérieur, de l'étage moyen, de l'étage postérieur avec leurs variétés un peu spéciales suivant le siège et l'étendue de la fracture.

Je n'insiste pas sur le traitement.

On pourra quelquefois intervenir chirurgicalement et le sujet pourra retirer un réel bénéfice d'un avancement ou du muscle oculaire paralysé d'un reculement du muscle antagoniste qui viendra à supprimer ou atténuer dans une mesure considérable une diplopie particulièrement gênante.

LA DIATHERMO-COAGULATION ET SES AVANTAGES

Par le Dr G. Castex (de Châteauroux).

La diathermie, ou chaleur pénétrante, utilise les effets thermiques des courants de haute fréquence et est entrée dans la pratique médicale vers 1910.

Nous ne saurions mieux faire que de rapporter l'opinion du professeur Bergonié sur cette puissante arme thérapeutique :

« La diathermie est une méthode admirable, due aux travaux de d'Arsonval, comme tant d'autres méthodes d'un emploi journalier en électricité médicale. Mais quand il nous la donna, cette méthode, malgré ses démonstrations sensationnelles, nous étions tous si loin de penser qu'un courant de 3 à 4 ampères pouvait traverser notre corps sans dommage, en l'échauffant simplement, que ce n'est que beaucoup plus tard que les médecins-électriciens l'utilisèrent et l'appliquèrent.

« La diathermie est venue trop tôt à une physiothérapie trop jeune. Depuis, on s'est rattrapé : on a usé et abusé des courants de haute fréquence, dont la diathermie n'est qu'un cas particulier, et on a failli compromettre le bon renom de l'électrothérapie française, en leur attribuant des propriétés miraculeuses.

« Mais *pour les courants de diathermie, il n'y a rien de mystérieux, tout est clair et s'explique.* L'ampèremètre thermique, le plus sûr instrument de mesure, est là qui indique des intensités efficaces de 2 et 3 ampères, traversant sans dommage le corps du sujet, avec une différence de potentiel pouvant varier entre 1.500 et 2.500 volts, lui fournissant à l'heure dans les 3.000 calories. » (*Archives d'électricité médicale*, 1913, t. II, page 198.)

Utilisée par Doyen en 1910, sous le nom de diathermo-coagulation, cette méthode devint rapidement très féconde, surtout à l'étranger, car en France la chirurgie des voies urinaires fut la seule à faire profiter largement les malades des progrès de la diathermie.

Les applications médicales de ce procédé montrèrent que les microorganismes infectant les tissus étaient tués sur place, le gonocoque en particulier, quand les courants de diathermie échauffaient ces tissus. De plus, l'état colloïdal des cellules vivantes se trouve profondément modifié par le passage des 5 à 6 millions de vibrations par seconde qui caractérisent les courants de diathermie produits par les plus récents appareils. Les ions et les particules électrisées du protoplasma cellulaire sont ainsi soumis à un branle-bas très intense. Cette friction interionique, ajoutée à l'effet Joule du passage du courant, fait naître au sein des tissus traversés par ce courant une élévation de température facilement mesurable et pouvant provoquer la floculation des grains ultra-microscopiques de l'albumine colloïdale. Ces modifications biochimiques peuvent amener la mort des cellules, surtout des cellules embryonnaires et néoplasiques qui sont non seulement radio-sensibles mais aussi très nettement thermo-sensibles. Leur thermo-sensibilité étant différente des cellules saines et adultes, l'action élective de la diathermie sur certains tissus est une réalité aussi tangible que celle des rayons X.

Cette électivité est annihilée lorsque l'action diathermique est portée rapidement à son maximum. Alors les cellules traversées par le courant sont coagulées, quelle que soit leur nature et cette destruction est localisée dans la zone où les lignes de flux du courant convergent en un cône virtuel ayant pour base l'électrode indifférente de grande dimension et pour sommet l'électrode active de petite dimension.

Si l'électrode active est une pointe, l'action coagulante est localisée à la zone de contact

avec cette pointe. Si l'intensité du courant est assez grande, le plan sous-jacent au point de contact avec l'électrode active sera lui aussi coagulé à une profondeur d'autant plus grande que l'intensité sera plus forte et la durée d'application plus prolongée.

C'est dans ce fait que réside la grande supériorité de la diathermo-coagulation sur tous les autres procédés connus d'escarrification. Ceux-ci, cautères, neige carbonique, agents chimiques, étincelles électriques, rayons caloriques, n'agissent que sur les cellules immédiatement à leur contact. La diathermo-coagulation, au contraire, assure la mortification des tissus jusqu'à une profondeur déterminable, et cela sans carbonisation. Au-delà de la zone coagulée se trouve une zone où la température atteint 59° et détruit les cellules néoplasiques sans toucher les cellules saines (Doyen).

Il ne faut pas confondre la diathermo-coagulation avec l'électro-coagulation. Cette dernière donne un coagulum très lentement obtenu au pôle positif si on utilise le courant continu, une coction superficielle et carbonisante si on utilise les étincelles de l'électricité statique, une zone très lentement coagulée si on utilise la franklinisation hertzienne. Tous ces modes de production d'escarre sont lents, douloureux, et à effets très superficiels.

Les travaux de Bordier ont mis absolument au point l'étude des effets diathermiques. Le premier, il a montré combien ces effets diffèrent de ceux obtenus par le cautère, la neige carbonique et l'électrolyse. Par ses mesures comparatives de la conductibilité calorique des tissus de l'organisme, il a démontré que la modification de température apportée aux tissus par le contact d'un cautère ou de la neige carbonique demeurait localisée au point d'application. Il ne peut y avoir transmission de l'effet destructeur, car les tissus vivants présentent une très mauvaise conductibilité calorique. Un thermocautère pour donner un effet destructeur profond doit être enfoncé dans le tissu, car l'action escarrifiante est limitée à la surface touchée alors que les tissus voisins manifestent uniquement de la vaso-dilatation, sans brûlure. La neige carbonique agit de même, le flux calorifique étant dirigé alors des tissus vers le crayon de neige.

Quant à l'électrolyse, elle est bien inférieure à plusieurs points de vue à la destruction diathermique (Bordier). L'électrolyse agit par l'action caustique de la soude produite au niveau de l'électrode négative — la positive étant indifférente. — Si les deux électrodes sont actives, l'une donne, dans un angiome par exemple, un caillot dur, l'autre un caillot mou, spongieux, et cela au bout d'un temps assez long. Il faudra, de plus, recommencer plusieurs fois l'application des électrodes en des points différents, et comme ce procédé est très douloureux et très lent, la destruction d'une tumeur devient une véritable torture. Le fait de larder ainsi une tumeur donne toujours un écoulement de sang et on s'expose à infecter l'organisme. S'il s'agit d'opérer un petit enfant, le traitement par l'électrolyse, trop lent et trop douloureux, est inapplicable. Par la diathermie au contraire, la destruction est très rapide, aussi étendue qu'on le désire, sans hémorragie, sans choc opératoire, sans résorption de toxine et surtout sans douleur.

Avantages et inconvénients de la diathermo-coagulation.

La diathermo-coagulation est donc une arme très puissante entre les mains des chirurgiens Avant d'énumérer les très nombreux avantages. de ce procédé, nous parlerons tout d'abord des inconvénients qu'il peut présenter. Ceux-ci sont très facilement évitables.

L'utilisation de la diathermie nécessite un apprentissage très long. L'habileté de l'opérateur, sa légèreté de main, et surtout sa grande habitude lui permettent de doser exactement l'effet destructeur et de n'obtenir ni une destruction trop importante, ni au contraire, une coagulation trop minime.

Le choix de la technique à employer pour chaque cas particulier est un des facteurs les plus importants de réussite dans les opérations diathermiques. Il importe d'éviter l'action coagulante sur les plans osseux car les séquestres seraient longs à éliminer, ou sur de gros vaisseaux voisins des zones à détruire. Ces inconvénients existent d'ailleurs au même degré avec tous les autres procédés de destruction. L'élimination des escarres doit se faire d'elle-même et l'arrachement brutal des tissus coagulés peut donner une hémorragie. Il suffit donc de ne pas toucher la zone opérée et de laisser l'escarre s'effriter seule ce qui a lieu dans la semaine qui suit l'intervention.

Ces inconvénients n'ont — en regard des avantages que nous allons énumérer — qu'une importance bien faible, d'autant plus que l'habileté technique de l'opérateur et la surveillance de l'escarre permettent presque à coup sûr de les éviter.

« Les effets produits par la diathermie sont tellement puissants que c'est de la technique suivie que dépendent en grande partie les résultats cliniques dans les maladies justiciables de ce traitement, Si cette technique est défectueuse, l'amélioration ou, la plupart du temps, la guérison des affections traitées ne sera pas obtenue. » (Bordier : Diathermie, 1921.)

Dans l'exposé des avantages de la diathermo-coagulation nous ne ferons état que des carac-

téristiques les plus importantes établies très nettement par les travaux de Bordier à Lyon, de Leroux-Robert, de Portmann, et de notre maître Bourgeois ; nous y ajouterons les particularités recueillies par notre expérience personnelle.

1° Sécurité absolue.

L'emploi des dispositifs de d'Arsonval et d'Oudin donnent une sécurité absolue autant pour l'opérateur que pour le malade au point de vue danger d'électrocution, de décharges électriques ou de brûlures. L'emploi d'un diélectrique souple (Bordier) ne laissant passer que les ondes très courtes et annihilant la résistance de la peau évite aux malades d'avoir à se déshabiller et d'être en contact avec une plaque métallique. Ils sont ainsi à l'abri de toute brûlure comme cela peut arriver lorsque les plaques sont mal fixées sur la peau. De plus, ils n'ont pas la sensation d'être traversés par un courant électrique. Les malades nerveux et les enfants n'ont donc à redouter aucune sensation désagréable.

2° Absence de cicatrice rétractile.

« Cette cicatrice est souple, non rétractile, ce qui différencie essentiellement la diathermocoagulation de la destruction par les rayons X, ces derniers laissant une cicatrice dure et rétractile. C'est donc une raison de plus de préférer la coagulation diathermique à la radiothérapie chaque fois que cela est possible, par exemple dans le traitement des lupus, des épithéliomas, des mélanomes, etc., surtout quand ils siègent à la face (Bordier).

Dans les ablations d'amygdales d'adultes par les procédés classiques, on voit très souvent se développer dans la loge amygdalienne évidée des ponts fibreux très abondants et très résistants qui entravent le jeu symétrique des muscles de cette région et gênent considérablement le malade pour les mouvements de déglutition et de phonation. On conçoit donc aisément que cette opération est impraticable chez tous les professionnels de la voix et de la parole pour lesquels les stations thermales spécialisées apportent un soulagement temporaire.

Une des premières applications de la diathermie en oto-rhinologie consista, chez notre maître Bourgeois, dans la destruction des cicatrices fibreuses survenues à la suite d'ablation classique d'amygdales, très réussie par ailleurs.

Cette absence absolue et certaine de cicatrice fibreuse quand on emploie la diathermie permet donc la destruction facile des amygdales d'adultes.

En ophtalmologie, on obtient par ce procédé pour les mutilés de la face ce que la chirurgie est impuissante à faire : la libération sans récidives des synéchies palpébrales et la création chez les blessés de l'orbite d'un moignon définitif permettant le port d'un œil de verre. Nous avons, dans notre clientèle, réalisé parfaitement en une seconde, sans une goutte de sang, la libération d'une blépharrorraphie et traité avec succès plusieurs cas de ptérygion.

En rhinologie, la suppression définitive des synéchies nasales est assurée et elle est obtenue en une seconde par l'emploi de la pince de Poyet; l'imperforation des choanes, l'atrésie du vestibule des narines, les sténoses vélo-pharyngées, les rhinophymas, et les obstructions nasales par crêtes ou éperons cartilagineux sont traités très rapidement sans que la cicatrice vienne combler la brèche créée.

En otologie, les rétrécissements du conduit auditif externe sont très rapidement guéris.

En laryngologie, les sténoses laryngées congénitales ou cicatricielles sont détruites par la diathermo-coagulation associée à la dilatation (Poyet).

En dermatologie, dans les angiomes, les verrues, les molluscums, les chéloïdes, les nævi, les dilatations variqueuses des veines du nez, les cancers de la peau et des muqueuses, ce procédé est absolument insurpassable car, en quelques secondes, la tumeur est entièrement détruite sans douleur ni hémorragie, et la cicatrice n'est pas visible, ce qui est particulièrement intéressant pour les tumeurs de la face.

En urologie, sont traités sans cicatrice vicieuse les lésions de l'urètre postérieur et les rétrécissements des orifices urétéraux dans la vessie.

En gynécologie, la guérison des métrites cervicales chroniques est très rapidement obtenue sans production des tissus fibreux gênant l'écoulement des règles ou pouvant constituer une cause de dystocie.

3° Absence d'hémorragie.

L'hémostase est effectuée automatiquement par la cautérisation à froid des vaisseaux sanguins compris dans la destruction diathermique. Le caillot obturateur est produit par la coagulation du sang dans la lumière des vaisseaux dont les parois, de plus, sont rétractées par l'action coagulante. Il ne se produira pas d'hémorragie à la suite de l'escarre, comme cela a lieu lorsqu'on utilise le thermocautère, si on a la précaution de ne pas l'arracher, mais de la laisser se détacher elle-même.

Le bistouri ne peut donc être préféré au couteau diathermique dans les cas où l'ouverture des téguments oblige le chirurgien — avant de pratiquer l'acte opératoire proprement dit — à assurer minutieusement l'hémostase absolue dans tout le champ opératoire.

Pour l'extirpation des loupes, Bordier qui pratiqua cette opération par la diathermie pendant 11 ans, affirme :

« L'application du couteau diathermique de-

◆◆◆◆

mande 10 à 15 secondes, l'ouverture de la loupe en demande autant, l'évacuation du contenu et de la poche est plus ou moins vite faite suivant l'adresse de l'opérateur. Tout cela sans une goutte de sang. C'est sans contredit une méthode plus élégante et plus expéditive que l'opération sanglante ou que l'opération au moyen de cautères potentiels qui était encore employée il y a moins de 50 ans. »

S'il s'agit d'épistaxis, pourquoi pratiquer le peu logique et si douloureux tamponnement postérieur ou la cautérisation à l'acide chromique, alors que le simple contact d'une électrode-boule de petite dimension, suffit à coaguler définitivement et sans souffrance le vaisseau qui saigne ?

S'il s'agit d'une hémorragie à la suite d'ablation d'amygdale ou d'avulsion dentaire, ne vaut-il pas mieux laisser de côté la compression barbare et inefficace, les hémostatiques corrosifs, douloureux et sans effet, la ligature, si difficilement réalisable de l'artériole qui saigne pour donner la préférence à l'application rapide, sûre, indolore et surtout facile d'une petite électrode portée par une tige malléable?

Avec la diathermo-coagulation, tout chirurgien, tout dentiste, a à sa disposition un moyen sûr d'éviter toute hémorragie post-opératoire ainsi que toute perte de sang au cours d'une intervention, ce qui est particulièrement intéressant chez les anémiques, les grands blessés exsangues et les hémophiles.

4° Stérilisation automatique.

La chaleur qui se développe dans les tissus traités par la diathermo-coagulation détruit tous les germes infectieux.

Cette propriété permet, dans le traitement des métrites cervicales chroniques, de détruire les gonocoques dans la profondeur de leurs repaires. La diathermie médicale (transthermie, effluvation) donne d'ailleurs le même résultat dans les cas où il n'y a pas de tissus à détruire.

Laqueur, Santos, puis Roucayrol, ont démontré surabondamment que les tissus échauffés à 44-45° par la diathermie deviennent stériles et que le pus dont ils sont souillés ne contient plus un seul germe vivant. Les preuves bactériologiques qu'ils ont accumulées sont confirmées par les preuves cliniques : guérison des malades atteints d'uréthrite aiguë, de vaginite, de métrite, de salpingite. La fièvre puerpérale même sera appelée à bénéficier de ce traitement merveilleux. Cette stérilisation automatique de l'instrumentation et de la partie opérée réduit au minimum les précautions d'antisepsie et d'asepsie et fait ainsi gagner un temps précieux.

5° Opération indolore.

Les nerfs sensitifs ne sont pas excités par les courants de haute fréquence surtout quand celle-ci atteint 5 à 6 millions de vibrations par seconde. Il n'y a même pas de sensation de faradisation. L'anesthésie des régions à opérer est donc à peu près inutile ou, en tous cas, sera légère (simple badigeonnage anesthésique). On peut donc, pour les opérations par la diathermie, se passer absolument d'aide. Cette absence de douleur est un très grand avantage dans la cure de l'hypertrichose où la papille pileuse est coagulée en 1/5e de seconde ce qui permet de détruire définitivement sans cicatrice, un minimum de 200 poils par séance, alors qu'avec l'électrolyse, la destruction de chaque poil exige près d'une minute et est fort douloureuse.

La diathermie sans-fil inventée par Turrel supprime pour ainsi dire complètement la douleur et doit être préférée à la diathermo-coagulation ordinaire pour les opérations sur les tissus richement innervés comme la peau et les muqueuses.

Les opérations sur les enfants sont particulièrement facilitées par cette absence de douleur et par la rapidité opératoire.

6° Absence de choc opératoire.

Ces opérations ne produisent jamais de choc opératoire, car l'hémostase est absolue, l'opération très rapide, et l'anesthésie la plupart du temps inutile. Aussi le malade à opérer n'a-t-il pas besoin d'être accompagné et peut repartir seul après l'intervention.

7° Convalescence très rapide.

La réaction post-opératoire au niveau des tissus coagulés est bien plus faible qu'avec les autres procédés de destruction et n'occasionne qu'une gêne très minime toujours très supportable et de courte durée. Pour les opérations courantes (amygdales d'adulte, tumeurs du visage, etc.) les malades n'ont même pas à interrompre leurs occupations.

La convalescence des opérations diathermiques très importantes, comme dans le cancer de la langue, ne dépasse pas quelques jours. De plus, en aucun cas il n'y a à redouter les résorptions de produits toxiques au niveau de l'escarre comme cela a lieu après les cautérisations ou l'emploi des rayons X.

Les pansements sont la plupart du temps inutiles ainsi que l'usage des antiseptiques. Il suffit que la partie opérée baigne dans un milieu isotonique isolant et autant que possible colloïdal. Si la partie opérée a besoin d'être protégée elle sera simplement recouverte de crème thymo-amidonnée et de quelques épaisseurs de gaze maintenues par un ruban de toile adhésive.

8° Accès dans les cavités profondes.

Les régions d'accès difficile telles que le cavum,

la région laryngée, la vessie, etc., sont très facilement abordées par des électrodes filiformes rigides ou malléables qui permettent de plus, aux rayons visuels, de suivre et de guider l'action destructive. Ainsi le forage de la prostate, l'ablation des polypes vésicaux ou choanaux sont très facilement réalisés par les voies naturelles sans hémorragie ni choc opératoire.

9° Rapidité de l'intervention.

Les techniques chirurgicales classiques comportent un très grand nombre d'actes opéraoires qui augmentent la durée de l'opération et de l'anesthésie. Les procédés diathermiques, assurant une hémostase absolue et immédiate, permettent d'abréger considérablement la durée d'une intervention en supprimant, avant l'acte opératoire proprement dit, la longue et soigneuse hémostase nécessaire après l'incision des téguments. Au cours de l'opération, la section des tissus hémorragipares par le couteau ou l'anse diathermique est très rapidement faite sans inondation du champ opératoire.

Par la diathermie, la destruction d'une tumeur est obtenue en quelques secondes. Cette puissance d'action est incomparablement plus forte que celle de tous les procédés d'escarrification connus. Par exemple, s'il s'agit de détruire une verrue par l'électrolyse, il faudra un minimum de plusieurs minutes pour que l'action coagulante autour de l'aiguille embrochant la tumeur se soit manifestée. Il faudra ensuite répéter ce même temps opératoire douloureux dans plusieurs directions. Avec la diathermie, une seule application de 1 à 2 secondes suffit sans avoir à transpercer la verrue. Cette rapidité opératoire est particulièrement avantageuse quand il s'agit d'opérations multiples chez des enfants ou des personnes pusillanimes.

L'emploi du diélectrique souple, supprimant la résistance de la peau qui absorbe une partie de la puissance de l'appareil, permet, d'obtenir des effets de coagulation très étendus et très rapides.

10° Action destructive en profondeur.

La coagulation diathermique se produit dans la profondeur des tissus sous-jacents au point d'application de l'électrode. Dans les tumeurs malignes, alors que le bistouri ne pratique qu'une exérèse limitée aux zones sectionnées, l'action de la diathermie, au contraire, se produit bien au-delà du point d'application de l'électrode et au-delà de l'escarre produite. Cette particularité permet de ne pas avoir à larder dans différentes directions le tissu à détruire. L'électrode sera appliquée au centre de la tumeur si celle-ci nest pas de trop grandes dimensions. Doyen a démontré qu'au-delà de la zone coagulée se trouvait une zone assez étendue où la température voisine de 60° pouvait coaguler les cellules néoformées d'une tumeur en respectant la vitalité des cellules saines. Cette propriété explique en partie l'absence de récidives après les ablations diathermiques des tumeurs.

11° Absence de récidives et de métastases.

La diathermo-coagulation élimine à peu près complètement la récidive et la métastase si fréquentes après l'opération sanglante. En effet, l'action coagulante provoque la formation assurée de caillots dans tous les vaisseaux de quelque calibre, de quelque nature qu'ils soient, que contient le tissu détruit par la diathermie. Aussi les disséminations de germes cancéreux ou tuberculeux ne peuvent pratiquement pas se faire après une opération diathermique, alors qu'elles sont très fréquentes à la suite d'opérations sanglantes. De plus, la thermo-sensibilité des cellules embryonnaires dans la zone contiguë aux tissus coagulés assure la destruction de ces cellules à l'exclusion des cellules normales et contribue à éviter les récidives.

12° Possibilité de retouches.

La facilité avec laquelle le malade supporte les opérations diathermiques permet aisément les retouches qui pourraient être utiles après une première intervention incomplète. Il en est de même si plusieurs séances sont nécessaires en raison de la grande étendue des tissus à détruire (angiomes et nævi très vastes, tatouages, lupus, épithéliomas végétants, chéloïdes) ou de leur situation dangereuse et exigeant un minimum de réaction post-opératoire (larynx).

De plus, il est toujours possible de pratiquer les retouches nécessaires, car, avec la diathermie, il n'existe pas de phénomènes analogues à la radio-résistance si fréquemment observée après les applications de Rayons X.

13° Possibilité de guérison pour cas difficilement curables.

Cancer des radiologistes. — Bordier a étudié particulièrement (Diathermie, 1927) le traitement par la diathermie du cancer des radiologistes et, après avoir établi que le radium et les rayons X donnent de mauvais résultats dans les formes ulcérées, il prouve surabondamment, par de nombreuses observations que « la diathermo-coagulation appliquée correctement, est une *méthode capable de guérir* les lésions des victimes des rayons X et du radium, même quand ces lésions sont très avancées, pourvus bien entendu, que la généralisation ne soit pas encore commencée ». Bordier lui-même a pu se guérir en une séance d'un cancer rœntgénien, ulcéré, de 18 mm. de diamètre, et évita ainsi l'ablation de l'index et la résection du métacarpien, conseillées par plusieurs confrères. Dans un autre cas, un radiologiste présentant sur ses

mains 16 placards épithéliomateux, dont un volumineux et très douloureux, fut traité par Bordier par la diathermie et guéri sans cicatrice. Un troisième cas particulièrement significatif est celui d'un radiographe italien atteint de radiodermite grave de la face dorsale de la main gauche. Après des applications de radium, le résultat fut désastreux et les chirurgiens consultés furent unanimes à conseiller la désarticulation du bras. Adressé à Bordier, celui-ci opère par la diathermo-coagulation la main atrophiée et entièrement ulcérée. Un examen histologique avait abouti à la conclusion « ulcération épidermique avec dégénérescence *sarcomateuse* dans le derme. La tumeur est *conjonctive* et non épithéliale ». Un mois et demi après, le professeur Majocchi qui avait conseillé la diathermie à son malade, et l'avait suivi après l'opération, écrivait à Bordier : « La main est parfaitement guérie ; il n'y a aucune tendance à voir se développer ni papillome ni épithélioma, ni sarcome. Je considère la guérison certaine et définitive ». Dans les *Archives d'électricité médicale et de physiothérapie*, déc. 1925, le Dr Debédat, ancien chef de clinique de Bergonié, public son observation personnelle de radiodermite grave ulcérée et dégénérée guérie par Bordier par la diathermo-coagulation après que deux chirurgiens de Paris et un de Montpellier aient déclaré que le seul parti raisonnable à prendre était l'amputation immédiate des deux doigts atteints. Le Dr Debédat conclut : « J'adjurerais les confrères blessés comme je l'ai été d'adopter ma conduite. Bordier l'a dit : on ne devrait plus mourir du cancer des radiologistes ».

Tumeurs vésicales. — Les travaux de Doyen Heitz-Boyer, Cottenot, André, Legueu, Reynard Rafin, Georges Luys ont fait de la diathermie l'un des moyens thérapeutiques les plus efficaces et les plus puissants contre certaines maladies des voies urinaires. Les tumeurs de la vessie, les hypertrophies prostatiques et les lésions papillomateuses de l'urètre postérieur, sont traitées facilement et sans risques d'hémorragie ou d'infection, en employant les électrodes diathermiques de Legueu ou de Luys sous le contrôle de l'œil, à l'aide du cystoscope à vision directe. Le forage de la prostate est effectué sans anesthésie générale ni hospitalisation par l'emploi du galvano-cautère associé à la diathermo-coagulation. La bénignité de cette opération est telle que sur 65 cas observés, il n'y a pas une seule mort opératoire. (Luys : Soc. des chirurgiens de Paris, 14 janv. 1925 ; Soc. de médecine de Paris, 9 déc. 1921 ; Congrès de chirurgie, oct. 1924.)

La dilatation intra-vésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère est réalisée par la diathermo-coagulation sans rétrécissement consécutif du méat obtenu. (Rafin : Congrès d'urologie, 1920.)

Métrites cervicales chroniques. — La guérison complète et durable des métrites cervicales chroniques, si rebelles à tous les traitements connus, est obtenue par la diathermo-coagulation, sans arrêter la malade un seul jour dans ses occupations. Le gonocoque est facilement atteint et détruit dans ses repaires les plus cachés ; pas de rétractions cicatricielles gênantes pour un accouchement ultérieur ou pour les règles. (Flandrin et Schil : *Presse médicale*, 7 avril 1926). Le Dr Lorrain (*Concours médical*, 22 mai 1927) conclut sur cette question : « Suivant la gravité des cas, et même suivant l'intensité des lésions en un point donné, si on y ajoute la facilité d'application du traitement et la souplesse des cicatrices, on devra convenir qu'à l'heure actuelle c'est le meilleur traitement des métrites cervicales chroniques ».

Tuberculose chronique du larynx. — Toutes les formes chirurgicales de la tuberculose laryngée chronique sont traitées par la diathermo-coagulation avec des résultats bien meilleurs que ceux fournis par le galvano-cautère parce qu'elle n'est suivie d'aucune réaction locale tandis que les effets destructeurs sont plus importants (Portmann : Clin. et laborat., nov. 1926.)

Cancer des lèvres, de la langue et des amygdales. — Le Dr Stéfani, à la société de médecine de Nice, 8 novembre 1924 et au Congrès de chirurgie de Paris, octobre 1925, rapporte plusieurs cas de cancers des lèvres dont un inopérable, avec envahissement destructif de la symphyse et des deux maxillaires inférieurs, qui furent guéris par la diathermo-coagulation suivie de réparation autoplastique. Dans sa conclusion, le Dr Stéfani déclare : « Dans les cas favorables encore assez limités, la diathermo-coagulation ainsi comprise fait merveille en substituant aux opérations sanglantes, toujours délicates et susceptibles de récidive par ensemencement, des interventions infiniment plus bénignes, exsangues — de tout repos, pourrait-on dire — et qui réduisent au minimum les risques de récidive. La bénignité de ces interventions est particulièrement à souligner et la mortalité opératoire est à peu près nulle, même chez les sujets très âgés. La diathermo-coagulation mérite donc, à tous points de vue, d'être largement diffusée : elle ne nécessite qu'un outillage peu coûteux et peut accroître dans des proportions considérables le rendement des Centres anti-cancéreux existants ou à créer. Elle est véritablement, dans la lutte contre le cancer, la quatrième arme (chirurgie, radium, rayons X) et non la moins précieuse ».

Le Dr Patterson, du London Hospital, a publié dans le *British medical journal* (14 juillet 1923) dix-sept observations de cancers de l'amygdale, de la langue et du plancher de la bouche, qui

furent tous guéris par la diathermie, seule ou associée à la dissection chirurgicale des ganglions, sans récidive plusieurs années, après. Cet auteur, ainsi que Herbert Frankling, affirme que tout cas qui est opérable par les méthodes ordinaires de la chirurgie est justiciable du traitement par la diathermie. Frankling soutient, en outre, que la diathermie donne des résultats heureux, même dans des cas considérés comme inopérables par les procédés chirurgicaux.

Néoplasmes du pharynx et du larynx. — Les docteurs Harmer, Samengo, de Buenos-Ayres, Stuart Lowes et récemment, le Dr Dan M'Qensie (*British journal of radiologie*, janv. 1925) ont traité et guéri des tumeurs pharyngées et laryngées inopérables par les autres méthodes, et ont mis au point la technique à employer. Ces résultats ont amené le Dr Dan M'Qensie à formuler la conclusion suivante : « aucun remède, aucun traitement, ne peut être comparé à la diathermo-coagulation, dans les cancers de la gorge. »

Cancer du rectum. — Le Dr Stéfani préconise l'emploi de la diathermo-coagulation, à *titre curatif*, dans les cancers bas situés et à la limite de l'opérabilité. « La destruction par la diathermie après anus définitif est infiniment moins grave que l'intervention. Choc, hémorragie, risque de récidive, sont réduits au minimum » (Congrès de chirurgie, oct. 1925.)

Hémorroïdes. — Le Dr Durand-Boisléard a contribué largement à la mise au point du traitement diathermique des hémorroïdes (*Revue méd. de méd. et de chir.*, déc. 24). La coagulation de chaque paquet hémorroïdal est obtenue au moyen d'une longue aiguille après infiltration à la novocaïne. Nous avons obtenu de meilleurs résultats par la section au serre-nœuds diathermique des bourrelets hémorroïdaux. Après l'ablation, le malade peut repartir immédiatement, sans pansements. En quelques séances, on obtient ainsi la disparition des hémorroïdes sans douleur, sans hémorragie et sans immobilisation du malade.

Cancer de la verge. — Le Dr Lefur (Cong. franç. d'urologie, oct. 1925) rapporte cinq cas d'amputation diathermique de la verge pour cancer du gland et du prépuce avec quatre guérisons sans récidive et dix cas de cancer du gland et du prépuce traités par la diathermo-coagulation avec sept guérisons sans récidive.

Fibromes naso-pharyngiens. — Le Dr Roure (O.R.L. Internationale, oct. 1924), le Dr Samenge de Buenos-Ayres (*Las Ciencias*, 1924) et le Dr Bourgeois (Soc. de laryng. des hôp. de Paris, nov. 1926) préconisent la diathermo-coagulation dans les cas de fibromes naso-pharyngiens dont les tenances hémorragiques et le sombre pronostic font une affection redoutable et difficilement opérable et ont mis au point la technique à employer.

Parmi les affections moins graves mais difficilement curables qui peuvent être guéries par la diathermo-coagulation nous citerons : rhinophimas, productions cornées de l'épiderme, cors, durillons, cornes cutanées, chéloïdes, tatouages, dilatations variqueuses des veinules du nez, angiomes de l'épiglotte, de la muqueuse nasale, de la langue, du voile du palais et de la peau, brides cicatricielles, synéchies conjonctivales, granulations trachomateuses, ptérigions, ozène, avec action associée de l'étincelage, des rayons ultraviolets et de la vaccinothérapie.

Cancers et cancroïdes de la peau. — La diathermo-coagulation n'a aucune action aggravante ou excitante sur les cellules néoplasiques échappées à une première intervention, à l'encontre de ce qui se produit quelquefois avec les rayons X, le radium, le thermocautère ou les caustiques (Bordier : Diathermie, p. 295). Bordier dans son ouvrage et Stéfani au Congrès de chirurgie de Paris, oct. 1925, après avoir présenté de nombreux cas de cancroïdes et de cancers de la peau parfaitement guéris par la diathermie, et après avoir mis au point la technique et l'instrumentation, concluent : « Il est surtout surprenant que dans le traitement des cancers, soit cutanés, soit muqueux, l'énorme puissance de la diathermo-coagulation n'ait pas plus ému les chirurgiens français » (Bordier). — « C'est toute la chirurgie générale et principalement celle des cancers et tumeurs accessibles qui peut et doit être révolutionnée par l'usage de la diathermie, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte par une pratique ininterrompue de deux années » (Stéfani).

14° Prolongation de la vie des malades condamnés.

La vie de malades atteints de cancers inopérables par les moyens habituels de la chirurgie a pu être prolongée par le traitement diathermique. A St-Bartholomew's Hospital, à Londres, plusieurs malades présentant des symptômes graves et dont la mort était prochaine, ont pu vivre plusieurs années, en subissant chaque fois que cela était nécessaire, une ablation partielle de leur tumeur par la diathermo-coagulation. Paterson, dans le *Lancet* du 6 décembre 1923 et dans le *British medical journal* du 14 juillet 1923, rapporte plusieurs cas de malades atteints de cancer de la langue, qui, traités par la diathermie, vivaient et se portaient bien sans récidives, quatre, six et huit ans après l'intervention.

Conclusion

Il résulte de cet exposé que la diathermo-coagulation employée avec discernement et dans les cas où les autres procédés ont échoué ou ne paraissent pas supérieurs soit comme efficacité, soit comme facilité d'application, ne présente pour ainsi dire pas d'inconvénients puisque ceux-ci dépendent alors surtout de l'habileté et de la technique de l'opérateur.

Les appareils utilisés doivent être très puissants et parfaitement bien construits ; l'opérateur doit obligatoirement avoir étudié très longtemps cette méthode sous la direction de maîtres spécialisés et ne doit pas l'utiliser systématiquement pour tous les malades, mais seulement lorsque l'indication est parfaitement réalisée.

Les avantages sont immenses et ouvrent des horizons nouveaux pour les traitements des maladies graves. Si la diathermo-coagulation est très largement utilisée en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, il ne semble pas qu'en France cette méthode ait encore conquis les chirurgiens. Il est vrai, aucun enseignement de la diathermie n'était donné dans nos hôpitaux.

Aujourd'hui, nul médecin ne doit ignorer les ressources thérapeutiques offertes par la diathermie ; cette méthode se répand de plus en plus, non seulement dans ses applications chirurgicales, mais encore dans ses applications médicales où elle apporte un appoint très précieux aux traitements classiques des maladies les plus difficiles à guérir.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La rééducation motrice : ses principes et son application thérapeutique.

P. Kouindjy expose que les mouvements intentionnels normaux n'existant que s'ils sont coordonnés par les centres moteurs du cerveau, la rééducation motrice doit comprendre un ensemble d'exercices destinés à rétablir la coordination motrice des mouvements interrompus ou perturbés par une lésion quelconque, centrale ou périphérique. Or, la coordination est le fruit d'une éducation, dont le but est d'établir le rapport normal entre les deux fonctions cérébrales : la perception consciente du mouvement et la volonté de l'exécuter. On estime que l'enfant normal et bien portant ne possède la facilité d'exécuter les mouvements intentionnels qu'à partir de sa cinquième année, époque à laquelle son faisceau pyramidal finit par se développer définitivement. Une fois que le mouvement éduqué devient coordonné, le centre moteur encéphalique s'en accapare et le transforme en mouvement automatique.

Quand les mouvements coordonnés ont subi une perturbation dans leur exécution, c'est la rééducation des mouvements qui s'impose pour obtenir une adaptation normaledes mouvements incoordonnés par le rétablissement du lien qui doit exister entre la perception consciente et la volonté. D'une façon générale, les exercices raisonnés de la rééducation motrice s'adressent aux muscles, dont la contraction appropriée finit par agir sur les centres encéphaliques. C'est la raison pour laquelle ces exercices doivent être choisis avec méthode et une précision parfaite ; car un exercice, qui ne correspond pas à l'affection traitée, ou même aux mouvements incoordonnés présents, peut occasionner une rééducation intempestive et aggraver la maladie ; il faut rééduquer d'abord les mouvements simples, ensuite les mouvements composés et, en définitive, les mouvements complexes, car chaque acte de notre existence — le moins compliqué — présente une combinaison parfois surprenante des mouvements simples et des mouvements complexes.

Les actes de notre vie sont les mouvements complexes. Il faut rééduquer tous les organes, qui forment le mécanisme même de la coordination : le cerveau , le bulbe, la moelle épinière, les nerfs centrifuges, les nerfs centripètes, les muscles, les articulations.

Le travail exécuté par le muscle se répercute sur le centre moteur de coordination ; celui-ci en a le contrôle. Si un muscle atrophié est inapte à exécuter un mouvement, la cellule cérébrale correspondante reste inactive et finit par s'atrophier elle-même. La rééducation motrice en rétablissant les contractions musculaires par des exercices appropriés arrive à rétablir en même temps la fonction des cellules nerveuses, dont dépendent nos centres moteurs de la coordination. Si, pour une raison quelconque, le centre moteur dégénéré ne peut être restauré, les exercices rééducatifs finissent, à la longue, par obtenir des mouvements dans les membres par la rééducation de suppléance ; des mouvements supplémentaires, grâce aux exercices correctifs, finissent par s'exécuter normalement, et les centres dégénérés sont alors remplacés par un nouveau centre de coordination ou par des fibres nerveuses supplémentaires provenant des autres centres moteurs encéphaliques.

On peut aussi rééduquer les muscles suppléants

dans le cas où le groupe musculaire principal est déficient ; la tension du fascia peut suppléer le quadriceps ; les fessiers peuvent à un certain degré suppléer les fléchisseurs de la cuisse sur le bassin, etc., etc.

Les exercices destinés à rééduquer les mouvements simples sont : la flexion, l'extension, l'adduction, l'abduction, la rotation, la circumduction ; pour les mouvements composés, il y a la flexion de l'avant-bras sur le bras pendant l'abduction de ce dernier ; enfin, des exercices rééduquent les mouvements complexes de la vie : la marche, la préhension, l'écriture, l'adaptation professionnelle, etc.

Ainsi, les exercices de la marche s'exécutent en quatre cycles : cycle de la stabilité, cycle de la régularisation du pas, cycle d'équilibre, cycle définitif de la marche rééduquée. On réussit à la condition de ne pas empiéter d'un cycle sur l'autre. L'auteur a donné tous les détails voulus dans son précis de kinésithérapie.

La rééducation motrice permet d'obtenir des succès dans le traitement des troubles moteurs, lorsqu'elle présente une combinaison des exercices raisonnés appliqués d'une façon progressive et selon chaque cas traité. Elle rend aussi des services dans le traitement des affections psycho-nerveuses, où la névrose prédomine.

Appliquée raisonnablement, elle donne des résultats très encourageants ; mal appliquée, elle devient un agent thérapeutique intempestif. Il faut par conséquent bien analyser les troubles moteurs de chaque malade, afin de mieux choisir les exercices qui lui conviennent. (*L'Evolution thérapeutique médico-chirurgicale*, novembre 1926.)

Le reflux vésico-rénal et ses conséquences.

Le prof. André caractérise ce reflux par l'ascension, à contre-courant, de l'urine vers le rein. Dans certaines conditions, ce phénomène, plus fréquent qu'on ne le croyait autrefois, peut passer facilement inaperçu ; il faut le rechercher. Or, il a une réelle importance en chirurgie et ses conséquences pour le rein et même l'avenir du malade peuvent être importantes.

Les deux grandes causes de reflux sont la congénitalité et la tuberculose urinaire. Dans le premier cas, il s'agit d'une malformation portant sur l'orifice urétéral, sur l'uretère lui-même et souvent sur les cavités rénales, qui tous peuvent être dilatés au point de laisser refluer l'urine. Ces organes ont même perdu une bonne partie de leur péristaltisme. On conçoit donc que le liquide introduit dans la vessie, surtout si on met celle-ci un peu en tension, refluera facilement jusqu'au rein. Ceci explique combien facilement dans ces cas toute infection de la vessie gagnera vite le rein, celui-ci n'étant plus défendu par le sphincter urétéral insuffisant, ni par le péristaltisme du conduit, très affaibli lui-même.

C'est presque toujours à l'occasion d'une infection rénale ascendante qu'on est appelé à examiner ces malades, qui pendant des mois ont des urines troubles, dont on finit par trouver la cause après examen rénal complet.

Le reflux peut être unilatéral ou bilatéral.

Dans certains cas, un traitement simple peut donner des résultats : de simples lavages au nitrate d'argent, remontant à coup sûr jusqu'aux reins, améliorent considérablement l'état des reins et tous les symptômes.

D'autres fois, l'infection est trop profonde et il faut intervenir chirurgicalement, soit par néphrotomie, soit par néphrectomie.

Le reflux est plus fréquent cependant dans la tuberculose urinaire ; il peut se faire, soit du côté du rein tuberculeux, soit du côté opposé, soit des deux côtés à la fois. L'auteur considère comme fréquent le reflux du côté non tuberculeux ; mais il passe facilement inaperçu ; il faut le rechercher, et si on le cherchait systématiquement on en trouverait de nombreux cas. Ce reflux du côté sain peut conduire à des erreurs fort préjudiciables au malade ; il peut, en effet, arriver qu'on trouve dans l'urine du deuxième rein du pus, et même des bacilles tuberculeux. On en conclura que ce rein est lui aussi tuberculeux, donc que la bacillose est bilatérale, et la conclusion normale sera l'abstention opératoire, alors que bacilles et pus sont peut-être remontés depuis la vessie.

Il suffit de faire quelques lavages au nitrate dans le bassinet du deuxième rein, et habituellement au bout de quelques jours, le pus disparaît, lorsqu'il ne s'agit que d'une légère infection banale ascendante, sans tuberculose de ce rein. Il ne suffira plus désormais de constater dans l'urine d'un rein quelques globules de pus, ou quelques bacilles tuberculeux ; il faut, avant de conclure à la tuberculose, s'être assuré qu'il n'existe pas de reflux de ce côté.

On doit penser à la possibilité du reflux dans toutes les cystites chroniques, et en particulier dans les cystites tuberculeuses. Celui-ci peut d'ailleurs s'observer dans bien des cas divers d'affections vésicales ou rénales, calculs de la vessie ou du rein, tumeurs de la vessie, hypertrophie de la prostate. (*Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1926.)

Essais de prophylaxie et de traitement de la bronchopneumonie par les vaccins polymicrobiens.

Ces essais ont été pratiqués par J. Samsoen et Mlle S. Dreyfus à l'hospice des Enfants-Assistés.

Les formes les plus meurtrières sont celles qui succèdent au coryza diphtérique chez les en-

fants au-dessous d'un an (18 broncho-pneumonies, dont 9 mortelles sur 51 cas traités) et celles qui compliquent la rougeole, chez ceux qui ont dépassé cet âge.

Depuis le 1er octobre, une vaccination préventive systématique a été pratiquée chez tout enfant admis dans le service d'isolement, au moyen d'une suspension en sérum physiologique de corps microbiens en proportion déterminée (streptocoques, pneumocoques, staphylocoques, pyocyaniques, faux diphtériques). Le pyocyanique a pour effet d'ébaucher, par l'intermédiaire du ferment qu'il sécrète une digestion des enveloppes microbiennes et de faciliter l'assimilation phagocytaire. Les injections de ce vaccin sont répétées quotidiennement durant six jours aux doses de 1, 1 1/2 et 4 fois 2 cmc. Elles déterminent une réaction minime, sans manifestations générales. Chaque malade reçoit, en outre, 20 cmc. de sérum antidiphtérique.

Les enfants qui, lors de leur entrée, ne présentent pas de bronchopneumonie, en sont préservés par la suite et leur affection évolue d'une façon bénigne.

Parmi ceux qui ont une broncho-pneumonie, ou bien les lésions massives d'emblée entraînent la mort, ou bien, plus localisées, elles permettent au sujet de bénéficier de son immunité vaccinale. Mais, dans une troisième catégorie, l'association du bacille diphtérique crée un état toxi-infectieux contre lequel ces tentatives vaccinales, malgré une sérothérapie active, restent impuissantes.

Il faut alors recourir au *lysat vaccin* du Dr Duchon, injecté quotidiennement aux doses de un cmc. jusqu'à franche amélioration. Ce lysat est un bouillon-vaccin polymicrobien avec b. diphtériques, strepto-pneumo-staphylocoques, B. de Pfeiffer, M. catarrhalis, coli-bacille. L'auteur en a indiqué le mode de préparation ; il nécessite l'adjonction de la sérumthérapie antidiphtérique. Les observations faites confirment les vues du Dr Duchon sur l'extrême fréquence de la symbiose diphtérique ; c'est le bacille moyen que l'on trouve le plus souvent ; la gravité de cette symbiose oblige à rechercher le bacille dans les sécrétions de la gorge et du nez ; il ne faut pas attendre de constater la présence de fausses membranes visibles, celles-ci ne se voyant presque jamais. Le coryza le plus banal et le plus insignifiant en apparence peut recéler du vrai bacille diphtérique. Plusieurs examens sont parfois nécessaires pour le déceler ; une thérapeutique tardive risquerait de demeurer inactive. (*La Presse médicale*, 16 mars 1927.)

Traitement chirurgical des névralgies rebelles du nerf maxillaire supérieur par la suppression totale de ce nerf et de ses branches.

Il s'agit de ces névralgies de la face survenant sans cause apparente, calmées au début par les médicaments, puis devenues rebelles et acculant le malade à la morphinomanie et au suicide.

G. Dutheillet de Lamothe rappelle qu'on a préconisé la section des troncs intéressés, soit à leur point d'épanouissement, soit à la base du crâne, et mieux la destruction du ganglion de Gasser ou la section de sa racine sensitive après trépanation du crâne et ouverture de la dure-mère.

L'opération conçue par l'auteur, et réalisée cinq fois sur le vivant, s'adresse uniquement au cas où, seul, le nerf maxillaire supérieur est intéressé ; elle est moins définitivement radicale que la section de la racine sensitive ; elle est, par contre d'une innocuité absolue et d'une simplicité d'exécution très grande pour quiconque a tant soit peu l'expérience de la chirurgie du sinus maxillaire. Cette intervention consiste, non pas en une section, mais en une suppression totale du nerf, de ses branches afférentes et des ganglions nerveux adjoints depuis la base du crâne jusqu'à sa division au trou sous-orbitaire. On fait l'anesthésie locale par injections aux points qu'indique l'auteur ; puis, ayant récliné suffisamment la lèvre supérieure, on décolle la muqueuse jusqu'au trou sous-orbitaire où l'on aperçoit les branches de division du nerf ; on ouvre le sinus maxillaire, puis, on effondre son plafond ; on ouvre ensuite la fesse ptérygo-maxillaire, on libère le nerf, que l'on arrache ensuite, ainsi que ses branches. Tous les détails de cette opération non mutilante sont donnés par l'auteur. Plus radicale et guère plus grave que l'alcoolisation, elle doit lui être préférée ; elle peut à la rigueur être complétée par l'alcoolisation des autres branches du trijumeau.

Bien souvent la presque totalité des douleurs est imputable au maxillaire supérieur ; en supprimant ce nerf, on obtiendra une modification de la situation telle, que tel autre procédé, qui s'était auparavant montré inefficace, la radiothérapie, par exemple, suffira à compléter la guérison.

C'est le procédé de choix chez les femmes encore jeunes d'une part, chez les vieillards et les malades cachectisés d'autre part. (*La Presse médicale*, 9 mars 1927.)

Le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants par l'examen du suc gastrique.

P.-F. Armand-Delille et J. Vibert considèrent que l'examen des crachats est toujours fort difficile à réaliser chez les jeunes enfants, aussi conseillent-ils d'aller chercher par un simple lavage les sécrétions bronchiques dégluties par l'enfant, et c'est, dans les crachats ainsi obtenus qu'ils poursuivent la recherche des bacilles.

Evidemment, on doit attacher une importance considérable aux signes radiologiques ; mais, dans un certain nombre de cas, la nature tuberculeuse d'une lésion pourrait rester sujette à discussion. Dans tous les cas, le diagnostic ne peut être indiscutable que si on a décelé la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration, chez l'enfant comme chez l'adulte.

Grâce à l'homogénéisation, les auteurs ont augmenté considérablement la proportion des résultats.

Le lavage d'estomac est pratiqué aussi loin que possible du dernier repas, c'est à-dire immédiatement après les premières secousses de toux, qui suivent le réveil. On emploie une sonde gastrique ordinaire de diamètre variable avec l'âge, mais qu'il vaut mieux choisir la plus grosse possible. Le seul temps difficile est le passage de l'isthme pharyngien ; on arrive sans peine à faire avaler le tube s'il est bien enduit d'huile. A l'aide d'un large entonnoir élevé à environ 50 cm. au-dessus de la tête de l'enfant, on introduit sans difficulté 80 à 100 cmc. d'eau bouillie tiède ; celle-ci, après avoir lavé l'estomac, est rapidement extraite en abaissant l'entonnoir au-dessous du niveau de la bouche ; on n'a pas de peine à y reconnaître dans nombre de cas des sécrétions bronchiques à peine modifiées. On centrifuge alors le liquide réparti en quatre ou cinq tubes ; les culots des tubes sont ensuite réunis dans une capsule de porcelaine et on y ajoute 30 cmc. d'eau et X gouttes de lessive de soude ; on chauffe dix minutes sur un bec de gaz en ajoutant encore 50 cmc. d'eau, petit à petit ; on laisse refroidir ; on ajoute un peu d'alcool à 50° ; puis on centrifuge trois ou quatre tubes de l'homogénéisation pendant trois quarts d'heure dans une centrifugeuse électrique. On répartit le culot sur lames sans étaler.

Comme pour toutes les recherches de bacilles de Koch, il faut faire des examens très prolongés ; en effet, les bacilles sont souvent rares, et c'est justement dans ces cas que la méthode est le plus utile.

Grâce à ce procédé, la proportion des résultats positifs a passé de 10,71 p. 100 à 30,90 p. 100.

Dans tous les cas, où l'on soupçonne la tuberculose pulmonaire à cause de signes généraux physiques ou radiologiques, et dans la seule possibilité d'une contagion familiale, il faut faire cette recherche du bacille de Koch. (*La Presse médicale*, 30 mars 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Rhumatisme aigu à manifestations articulaires effacées.

(MM. Fernand BEZANÇON, Et. BERNARD, CELICE et JONNESCO. — *Soc. méd. des hôp.*, 27-5-1927.)

M. Bezançon signale une série de formes infectieuses du rhumatisme articulaire aigu, dans lesquelles la fièvre rhumatismale ne s'accompagne que tardivement ou sous un aspect fruste de manifestations articulaires donnée importante au point de vue du diagnostic et du traitement.

Charcot, Lancereaux, Triboulet, Chauffard, Grenet ont montré que l'arthrite, dans le rhumatisme aigu, doit être considérée simplement comme un symptôme de la maladie générale, qui peut exister sans elle.

Les altérations articulaires sont inconstantes dans la fièvre rhumatismale et elles en sont seulement l'élément le plus représentatif. On a attaché aux troubles des jointures une importance trop exclusive ; on en a fait le pivot de l'affection, alors qu'en réalité la polyarthrite n'est qu'un des symptômes de la poussée aiguë, celle-ci n'étant elle-même qu'un épisode au cours d'un état morbide chronique.

A côté de la forme commune où la polyarthrite est très accusée, il y a lieu de décrire une autre type où l'élément infectieux domine, la manifestation articulaire pouvant faire défaut ou n'être que tardive et ébauchée. La maladie offre alors l'allure d'une grande pyrexie, d'une fièvre typhoïde, d'une septicémie, d'une granulie, d'une pneumopathie banale. M. Bezançon en signale des exemples.

Un patient entre à l'hôpital se plaignant de céphalée, sueurs, nausées, fièvre. Il est amaigri et son aspect fait penser à une granulie. Des arthralgies très discrètes se montrent et le tout guérit par une médication salicylée énergique.

Un malade est atteint d'angine érythémateuse avec fièvre, anorexie. Quinze jours plus tard seulement éclate la détermination articulaire.

Autre malade : femme de 23 ans, offrant des signes d'infection générale, pâleur, prostration, sécheresse de la langue , hyperthermie. L'état général devient alarmant. Des manifestations articulaires légères conduisent à instituer le traitement salicylé qui amène la guérison.

Pour se guider, il faut guetter les arthralgies fugaces,les interpréter, rechercher les antécédents (la maladie rhumatismale apparaissant de plus en plus comme un état chronique, à réveils aigus).

— M. H. GRENET a depuis longtemps son attention attirée sur les faits de ce genre. La fièvre rhumatismale peut faire penser à une fièvre typhoïde, à des troubles digestifs, à l'appendicite, etc. Il importe

de connaître ces formes anormales du rhumatisme articulaire aigu.

Une maladie nouvellement individualisée : la splénomégalie mycosique.

(MM. P. Emile-Weil, Grégoire et Flandrin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-5-1927.)

En 1926, Nanta et Pinoy ont individualisé une maladie de la rate observée en Algérie, une splénomégalie chronique dans laquelle Pinoy a pu déceler un champignon pathogène qui serait le *sterigmatocystis nidulans.* La maladie serait commune puisque sur dix splénomégalies chroniques opérées, les auteurs ont trouvé neuf rates mycosiques.

Ces rates mycosiques méritent-elles l'épithète d'algériennes ? Non, pense M. P. Emile-Weil, car elles sont également fréquentes en France, à Paris en particulier. En effet, sur seize splénomégalies primitives, opératoires ou d'autopsies, MM. P. Emile-Weil, Grégoire et Flandrin en ont noté sept où les lésions de mycose étaient constatables, soit une proportion de 44 %.

Le diagnostic clinique se fait par élimination et par l'absence d'infections chroniques antérieures : paludisme, kala-azar, bilharziose, syphilis, tuberculose, etc. Les symptômes comprennent, outre la splénomégalie, de l'anémie, des hémorrhagies, des poussées fébriles. L'évolution est très lente, mais fatale. Le stade de splénomégalie se prolonge facilement de six à dix ans.

Les auteurs concluent :

1° Les faits observés par Nanta et Pinoy correspondent bien à la découverte d'une affection splénique spéciale, qui oblige à remanier les cadres de la pathologie splénique ;

2° Cette maladie étant fréquente à Paris, l'épithète de splénomégalie algérienne n'est pas acceptable et il faut lui substituer celle de splénomégalie mycosique, en attendant de pouvoir lui donner le nom du champignon en cause ;

3° Cette splénomégalie est, dans nos régions, la plus commune des splénomégalies chroniques, dites primitives, comme le prouve le chiffre statistique de 7 cas sur 16.

— M. Noël Fiessinger remarque que la communication de MM. P. Emile-Weil, Grégoire et Flandrin ouvre un chapitre nouveau de la pathologie de la rate.

Encéphalite post-vaccinale.

(M. J. Comby. — *Soc. méd. des hôp.*, 13-5-1927.)

M. J. Comby, après avoir rappelé les cas antérieurement publiés en France, d'encéphalite post-vaccinale (cas de Comby, Netter, Huber, etc.), rapporte un nouvel exemple de cette complication de la vaccine, apparue chez une fillette de cinq mois au neuvième jour d'une inoculation vaccinale. Un reliquat de l'encéphalite (une hémiplégie) persista après la guérison des troubles aigus.

— M. Netter ajoute que ce cas porte à neuf le nombre des encéphalites post-vaccinales observées dans notre pays (4 cas de Comby, 3 de Netter, un de Huber, un de Denéchau).

La statistique du professeur Ricardo Jorge fait état de 108 cas, recueillis : 62 en Angleterre, 36 en Hollande, 8 en Autriche et Tchécoslovaquie et 2 en Suisse. Il ne s'agit donc pas d'une complication exceptionnelle. Il importe d'en connaître l'existence, tout en faisant ressortir l'innocuité habituelle des vaccinations.

L'épithète de *post-vaccinale* est bien justifiée et, au point de vue de sa pathogénie, M. Netter voit dans cette encéphalite une détermination du virus vaccinal. Les accidents se manifestent effectivement au moment où se développe l'infection générale provoquée par l'inoculation de vaccin (du dixième au treizième jour, dans 70 % des cas).

Les examens de santé.

(M. Georges Rosenthal. — *Soc. de médecine de Paris* ; 13-5-1927.)

M. Georges Rosenthal montre l'utilité, à titre préventif, des examens de santé. Ces examens pourraient être multipliés au cours de l'existence, mais il est une date où leur intérêt est plus grand : c'est au début de l'adolescence, vers la seizième année — d'où le mot de baccalauréat médical sanitaire proposé par l'auteur.

— M. Laignel-Lavastine rappelle que c'était là une idée chère à Landouzy, pour qui le médecin devait être autant « empêcheur » de maladie que guérisseur. Il semble à M. Laignel-Lavastine que s'il est important de faire passer aux jeunes gens un « baccalauréat sanitaire », il serait peut-être plus utile encore de faire un examen systématique des sujets d'âge mûr, car c'est 40 à 50 ans que les phénomènes de méiopragie fonctionnelle commencent.

— M. Léopold-Lévi rappelle que les compagnies d'assurances américaines ont organisé ces examens de santé et les pratiquent systématiquement. Elles ont pu ainsi obtenir une diminution de la morbidité et de la mortalité de leurs assurés.

Traitement bismuthique dans le lupus érythémateux.

(MM. Sézary et F. Benoist. — *Soc. de derm. et syph.*; 9-6-1927.)

Dans ces dernières années, on a publié plusieurs observations de lupus érythémateux traité et guéri par la médication spécifique. De tels résultats plaident en faveur de la nature syphilitique de cette dermatose, non pas constante, mais possible, d'autant que la réaction de Bordet-Wassermann s'est montrée parfois positive chez ces malades.

Déjà, pour ce qui concerne la cure bismuthée, MM. Hudelo et Rabut, Lortat-Jacob et Legrain ont si-

gnalé des cas où elle a été efficace. MM. Sézary et Benoist ajoutent deux nouvelles observations de lupus érythémateux guéri par les injections de bismuth.

— M. LORTAT-JACOB, s'appuyant sur son expérience personnelle des traitements bismuthiques dans la cure des lupus érythémateux, pense que la guérison n'est ainsi qu'exceptionnellement obtenue. Parfois, il y a amélioration passagère, mais habituellement la maladie reste indifférente au traitement antisyphilitique.

Hémorrhagies utérines et pituitaires après injections de novar.

(MM. LOUSTE, R. CAHEN, et VANBOCKSTAEL. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-6-1927.)

Les altérations sanguines produites, chez certains sujets prédisposés, par les injections arsenicales, sont bien connues (purpuras, syndromes hémorrhagiques). L'attention a été moins attirée sur les petites hémorrhagies, qui, en dehors de leur intérêt propre, peuvent être un phénomène d'alarme, permettant d'arrêter le traitement en temps opportun.

M. Louste a observé une malade chez laquelle, consécutivement à trois injections de novarsénobenzol à faibles doses, se produisirent des hémorrhagies des muqueuses utérine et pituitaire. A l'examen des fosses nasales, toute la pituitaire apparut saignante. Coagulation retardée et rétractilité incomplète du caillot.

Ceci peut donner un appui à l'opinion de M. Gougerot pour qui, en vue du mode de traitement, il y aurait intérêt, à l'occasion de la première prise de sang, d'examiner l'état de rétraction du caillot.

Traitement du pityriasis versicolor par la frotte.

(M. Ch. AUDRY. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-6-1927.)

Depuis plusieurs années, M. Audry traite les efflorescences très étendues de pityriasis versicolor par la vieille frotte de la gale. Les résultats obtenus ont été très bons. Peut-être les autres méthodes de traitement de la gale donneraient-elles aussi des effets satisfaisants. Elles pourraient être essayées.

P. L.

Les Livres

VIGOT, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

Pr G. LEMOINE (de Lille) et Pr Jean MINET. — **Manuel de thérapeutique clinique.** (1 vol. in-8° raisin de VIII, 848 pages.)

Depuis les découvertes de Pasteur et le rôle prépondérant reconnu aux humeurs de l'organisme, il n'est plus facile d'écrire un livre de thérapeutique, car telle méthode déclarée bonne et acceptée presque sans réserves par tous quand on termine les premiers chapitres, est parfois oubliée et remplacée par une autre quand on arrive à la fin du volume. Or, pour les praticiens, on ne doit pas exposer de thérapeutique d'aventure, et on ne doit indiquer que des traitements ayant fait leur preuve et pouvant être employés en toute confiance. Tel a été le but poursuivi par les auteurs ; aussi, réservant une large place aux idées actuelles, ont-ils été conduits à parler de médications qui pourront paraître un peu désuètes aux amateurs de nouveautés ; mais, en agissant ainsi, ils ont voulu affirmer cette vérité trop souvent méconnue, à savoir que dans la thérapeutique d'hier, il y avait des choses excellentes qu'on ne doit pas mettre de côté.

Ce manuel a donc été écrit pour les praticiens d'après les leçons pratiques faites aux élèves au lit même du malade ; il ne contient ni théorie, ni bibliographie, mais seulement des faits. Les auteurs ont voulu finalement être utiles aux malades en facilitant la tâche de leurs médecins.

VIGOT, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Pr A. BRINDEAU, de la Faculté de médecine de Paris. — **La pratique de l'art des accouchements.** Tome IV : **Les opérations**, par A. BRINDEAU et P. LANTUÉJOUL (1 vol. in-8° jésus, 300 pages avec 289 figures).

C'est une partie de la quatrième édition de la Pratique de l'art des accouchements, refonte complète, en cinq fascicules, de l'ouvrage primitif de Bar, Brindeau et Chambrelant.

Les quatre autres fascicules s'intituleront : I. Grossesse et accouchement normal. Suites de couches normales. — II. Pathologie de la grossesse. — III. Dystocie. — V. Le nouveau-né normal et pathologique.

Chaque article est suivi d'un Index bibliographique ne donnant que les noms cités dans le texte.

Voici le titre des principaux chapitres :

Généralités. Asepsie et antisepsie. La position obstétricale. Considérations sur le milieu. Anesthésie en obstétrique. De l'expression abdominale pendant l'accouchement. De l'épisiotomie.

De l'avortement provoqué ou avortement thérapeutique. Indications. Manuel opératoire. Pronostic.

De l'accouchement prématuré provoqué.

De l'accouchement rapide par les voies naturelles.

Le forceps.

Le levier.

Version.
De l'embryotomie.
Des pelvitomies.
Opérations césariennes.
L'hystérectomie chez la femme enceinte.
Traitement de l'inversion utérine.

Vigot, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Louis Ramond. — **Conférences de clinique médicale pratique** (5e *série*). (Un vol. in-8 jésus, 433 pages avec 31 figures.)

L'observation d'un malade est le point de départ de chaque leçon ; vient ensuite la discussion du diagnostic, du pronostic et du traitement, conduite de telle manière que le lecteur a l'impression de la mener lui-même comme dans une « Consultation » ; chemin faisant, l'étude complète de la maladie originelle est repassée, en ne mentionnant que les symptômes vraiment utiles à connaître en clinique et que les traitements qui ont fait leur preuve. Elles visent à former des médecins, non des savants.

Dans cette série sont traités : hémophilie, dilatation des bronches, lumbago, diagnostic d'une adénite inguinale (lympho-granulomatose inguinale subaiguë) ; kystes hydatiques du foie ; maladie de Raynaud ; diagnostic d'une hématémèse ; asthme ; diagnostic d'une ulcération de la langue ; endocardite aiguë maligne ; rein amyloïde ; tumeurs cérébrales (signes, diagnostic,traitement) ; mal perforant plantaire ; œdème de la glotte. colique néphrétique.

Vigot, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Leçons du jeudi soir de la clinique Tarnier (*Deuxième année,* 1925.)

Chacune de ces leçons est l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier ; elle permet au médecin de suivre l'évolution des conceptions obstétricales et de connaître la direction des recherches scientifiques poursuivies par les accoucheurs.

Voici le sommaire des leçons contenues dans ce fascicule :

I. A. Brindeau : De l'anesthésie rachidienne en obstétrique. — II. Keiffer : La glande myométriale. III. G. Schikelé : Le rôle du placenta dans l'organisme de la femme enceinte. — IV. P. Lantuéjoul : Le forceps Demelin — V Metzger : Les hémorragies inter-utéro-placentaires. — VI. G. Escalle : Les incisions du col en obstétrique. — VII Vaudescal : La rétroversion partielle de l'utérus gravide. — VIII. C. Jeannin : Formes cliniques et avenir des môles hydatiformes. — IX. Nattan-Larrier : Le placenta albuminurique. — X. Le Lorier : Traitement de l'éclampsie puerpérale. — XI. L Ribadeau-Dumas : Débiles et prématurés. — XII. E. Chomé : Les formes septicémiques de l'infection puerpérale et leur traitement. — XIII. J -L. Faure et A. Brindeau : De l'hystérectomie dansl'infection puerpérale après accouchement à terme.

Vigot, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Pr G. Chaumet (Val-de-Grâce). — **Introduction à la radiologie médicale.** *Etude simplifiée des notions actuelles sur la nature des rayons X.* (Un vol. in-8 raisin, 260 pages avec 29 figures.

Ce petit traité expose en cinq chapitres, d'une façon graduelle, l'essentiel de ce qu'on doit savoir sur les rayons X.

L'auteur, partant d'une comparaison entre les radiations de Rœntgen et les ondes lumineuses, nous expose leur propriétés. Puis, après une incursion dans les nouvelles acquisitions de la théorie atomique, il reprend l'étude des propriétés des rayons X qui se présentent dès lors à l'esprit avec leur pleine signification.

Le genèse des rayons de Rœntgen se conçoit de même sans difficulté. Les données exposées conservent une tenue scientifique qui en fait quelque chose de plus qu'un livre de vulgarisation.

Le François, éditeur,
91, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

Dr Potet, médecin principal, spécialiste des hôpitaux militaires. Préface du Dr Toulouse, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle. — **Hygiène mentale.** (In-8o, XIII-600 pages).

C'est l'exposé complet et clair des principes fondamentaux de l'hygiène mentale et des diverses applications de ces principes. C'est une œuvre fortement documentée et précise qui sera très utile aux aliénistes, psychologues, psychotechniciens, dont elle facilitera les recherches et les travaux personnels.

Ce travail s'adresse encore aux juristes, sociologues, pédagogues, médecins praticiens, étudiants, élèves des grandes écoles et des classes supérieures des établissements d'instruction et même au grand public, à tous ceux qui, dans les diverses nations, réfléchissent sur la condition et le comportement humains et s'intéressent à l'évolution de l'humanité.

Enfin, il contient le résumé de l'organisation actuelle de l'hygiène mentale en France et dans les principaux pays étrangers : Etats-Unis, Belgique, Suisse, Italie, Grande-Bretagne, Brésil, Espagne, Roumanie, Pays-Bas, Pérou, etc.; aussi est-il appelé à être lu non seulement dans notre pays mais également hors de nos frontières.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

SEPT SIÈCLES D'OBSTÉTRIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Par le professeur Paul Delmas,

(*Extrait de la leçon inaugurale de la* Chaire de Clinique d'accouchements, 1927)

Extrait des registres du Conseil de la Faculté de Médecine de Montpellier, à la date du 17 janvier 1826 :

Ce jourd'hui, 17 janvier 1826, à midi, MM. les Professeurs de la Faculté de Médecine, convoqués la veille selon l'usage, par des billets indiquant l'objet de l'assemblée, se sont réunis dans le Conclave. Présents : MM. Lordat, Doyen, Baumes, Broussonnet, Lallemand, Anglada, Duportal, Bérard, Dugès, professeurs, tous revêtus de leur grand costume et MM. Saisset, Rech, Porchet, Sablayrolles, René et Estor, agrégés en exercice. Précédés du bedeau, MM. les professeurs se sont rendus dans la salle des Actes déjà remplie par les élèves des écoles et un grand nombre de notabilités de la ville.

M. le Recteur de l'Académie ayant fait prévenir la Faculté de son arrivée, les deux Professeurs, membres du Bureau d'Administration, sont allés le recevoir à une porte extérieure de la salle des Actes. M. le Recteur, introduit dans le parquet, s'est placé à la droite de la chaire, dans un fauteuil avec estrade et tapis, et ayant devant lui un bureau à l'extrémité gauche duquel se trouvait une chaise pour M. le Secrétaire de l'Académie. Des sièges avaient été préparés, derrière le fauteuil de M. le Recteur, pour MM. les Inspecteurs de l'Académie.

Tout le monde ayant pris place, le bedeau précédant MM. les Membres du Bureau d'Administration, a été au Conclave chercher M. Delmas qui les attendait, également revêtu du grand costume de professeur. Ce dernier ayant pénétré à l'intérieur du parquet, M. le Recteur l'a introduit dans la chaire où il l'a fait asseoir.

M. le Recteur a alors requis lecture de l'arrêt de Son Excellence, dont la teneur suit : « Nous, Denys « Frayssinous, Evêque d'Hermopolis, pair de France, « aumônier du Roy, Ministre Secrétaire d'Etat au « département des Affaires Ecclésiastiques et de « l'Instruction Publique.

« Vu la délibération de la Faculté de Médecine « de Montpellier, en date du 10 décembre 1825, « portant présentation de trois candidats à la chaire « d'accouchements, vacante à la dite Faculté par « translation de M. le Professeur Dugès à chaire de « pathologie chirurgicale,

« Après avoir pris l'avis du Conseil Royal de l'Ins- « truction Publique, avons arrêté et arrêtons ce qui « suit :

« Article premier. — M. Delmas, agrégé près la « Faculté de Médecine de Montpellier, est nommé « Professeur d'accouchements en remplacement de « M. Dugès. — Art. 2 : M. le Recteur de l'Académie « de Montpellier est chargé de l'exécution du pré- « sent décret.

« Fait à Paris, le 31 décembre 1825, signé : † Denys, évêque d'Hermopolis »

M. le Recteur a ensuite reçu le serment que M. Delmas a prêté debout, la main droite levée, et qui a été prononcé en ces termes : « Je jure et promets d'être fidèle au Roy, d'obéir aux lois du royaume et de bien et fidèlement remplir les fonctions qui me sont confiées ».

Après quoi, M. le Recteur, ayant mis M. Delmas en possession des fonctions et des droits attachés à sa place, a été reconduit de la même manière qu'il était entré. MM. les Membres du bureau sont rentrés dans le Parquet, et MM. les Professeurs se sont rendus dans le Conclave où M. Delmas a reçu de ses nouveaux collègues l'accolade fraternelle, ce qui a terminé la séance publique.

De tout quoi a été dressé le présent procès-verbal. Signé au registre : Victor de Bonald, Recteur, et Lordat, Doyen.

Cent ans sont écoulés. Abstraction faite d'une pompe quelque peu désuète en 1927, celui qui prend aujourd'hui possession de cette même chaire semble ressusciter quelque ancêtre lointain, encore qu'aucun lien ne le rattache à ce maître disparu. Il ne faut voir dans cette rencontre singulière que l'un de ces centenaires dont la célébration est facile dans une antique maison.

La jeunesse est volontiers irrévérencieuse, l'avenir lui appartient, ou du moins elle le croit : une ironique chanson d'internat assure qu' « il faudrait pour bien faire — fêter un centenaire — au moins tous les cinq ans » peut-être parce que

de telles solennités comportent d'habitude des manifestations gastronomiques qui font passer les discours impatiemment écoutés par ceux que leur âge met à l'abri de ce genre de pensum. Mais quand vient l'époque de la maturité, et quelquefois aussi du régime, les centenaires ont une toute autre signification. Ils ne sont que l'une des formes de cet hommage que l'expérience rend volontiers au passé : c'est l'heure de se souvenir.

***

Nulle pensée n'est plus de circonstance au moment de payer ce tribut académique qu'est la leçon inaugurale. N'est-elle pas l'occasion pour celui qui prend place définitive dans le corps enseignant d'une Ecole d'acquitter la dette de gratitude qu'il a contractée à l'endroit de ceux qui l'ont formé.

Avant la forme, la substance qui, pour ce que nous avons de plus intime, a fait de nous ce que nous sommes, pour moi cette lignée de médecins dont les deux plus proches seulement retiendront mon hommage pieux : mon grand'père André, mon père Louis, qui, à eux deux, représentent plus de cent ans de vie professionnelle active de dévouement au prochain. Nulle part plus bel exemple ne peut être donné de respect de soi-même, de culte pour la dignité d'une carrière qui n'est pas si jalouse qu'elle n'ait pu, sans y rien sacrifier, donner des hommes complets, en associant l'amour du beau à la recherche passionnée du vrai et du bien. Pour un professeur de clinique, il n'est pas de plus beau titre de noblesse que de se réclamer de l'ascendance de praticiens justement honorés de leurs pairs.

Je passe, à regret, sur cet asile des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, où la vénérable sœur Germaine continuait les leçons de ma mère, sur cette école primaire de Rieux-Minervois, où le digne M. Calvet, avec une clairvoyante fermeté, nous inculquait déjà l'horreur de l'à peu près, sur ce Lycée de Montpellier, où ces éducateurs incomparables que furent les Mas, les Bernès, les Esquirot, visaient plus à forger des hommes que des bacheliers.

C'est, ensuite, l'entrée d'un jeune homme inconnu dans cette antique maison, dont le prestige lui inspirait une déférence faite de l'admiration du passé et du respect, dans le présent, de maîtres si haut placés dans son estime qu'ils paraissaient situés sur palier inaccessible.

Rien de moins distant qu'eux cependant. A l'élève de bonne volonté, toutes portes ouvertes, et, chez quelques-uns, cette spontanéité dans la bienveillance qui en double le prix, l'accès dans ces conférences d'internat où les Rauzier, les Jeanbrau, les Grynfeltt, avaient mis le meilleur d'eux-mêmes. A ceux qui ont eu la bonne fortune de les suivre, elles laissent, pour tout une carrière médicale, la plus durable empreinte.

Au cours de mon internat, un contre-temps, impatiemment subi sur l'heure, me fermait un débouché que j'avais escompté, et le sort, en me conduisant vers cette Maternité de Montpellier que je ne devais plus quitter, m'orientait sur la fin de mes études, vers les choses de l'obstétrique. Avec mon maître Guérin-Valmale, j'y trouvais un exemple, jamais perdu de vue depuis lors.

Heureux, celui qui n'aborde les études spéciales qu'après cette solide formation d'ensemble que représente un internat intégralement rempli. Par là, j'étais préparé, sur la fin de mon clinicat, à cet accueil, à jamais gravé dans mon cœur, du professeur Bar, disant à ceux qui aspiraient à l'honneur de devenir ses élèves : « arrière à qui n'a pas une solide culture biologique et un sérieux entraînement opératoire ; sa place n'est pas ici ». Il m'a, par la main, conduit lui-même chez son collègue Pinard, et par eux les Bonnaire, les Brindeau, les Couvelaire, les Jeannin m'ont façonné d'inoubliable façon.

Puis, ce sont les heures si laborieuses de l'agrégation, où un homme, avec toute la ferveur réfléchie que comporte la responsabilité d'élèves à former et le souci d'affirmer sa personnalité dans son plein effort, ne sait plus trop de quoi il est le plus l'obligé, ou des rivalités peu bienveillantes qui l'aiguillonnent ou des indulgentes amitiés qui le soutiennent.

Des années s'écoulent, avec cet entr'acte dramatique que fut la guerre, et ce contact prolongé avec les milieux militaires où tant de nobles exemples obligent à être supérieur à soi-même, simplement en se mettant à l'unisson. Jamais l'accoucheur n'a mieux senti combien une solide formation chirurgicale était la base même de son activité.

Depuis la fin des hostilités, sept ans ont passé, coupés sur le tard de ces incertitudes qui assombrissent la fin d'une agrégation, alors que pour faciliter d'impatientes ambitions, tant de sophismes peuvent être invoqués qui oublient les services rendus ou les titres acquis. Par contre, je sais l'action personnelle du doyen Derrien pour me maintenir en exercice, en me faisant obtenir le titre de professeur sans chaire.

L'accès à la pleine maîtrise exigeait de nouvelles interventions. Le bienveillant rapport du professeur de Rouville, l'unanimité des suffrages exprimés au Conseil de la Faculté, l'amitié agissante de mon ancien condisciple le doyen Euzière, les avis favorables du Conseil de l'Université, de M. le recteur Coulet, de la section permanente, du Conseil supérieur de l'Instruction publique, du grand Maître de l'Université, tout cela a été la préface à ma désignation par le chef de l'Etat lui-même, en date du 23 octobre 1926.

Une telle nomination comporte, de plein droit,

à Montpellier, la direction de la Maternité et de l'École d'élèves sages-femmes que l'article 17, du règlement général des hospices, déclare inséparable de la chaire de clinique obstétricale. Telle est là portée de l'arrêté du 28 octobre dernier de M. le préfet de l'Hérault, dont la bienveillante équité me confiait ces nouvelles fonctions.

En sa personne, que je salue respectueusement dans cet auditoire, j'adresse aux Pouvoirs publics le remerciement qui leur est dû, et je réunis dans cet hommage solennel tous ceux à qui m'attachent les liens de l'estime, la gratitude et l'affection.

***

C'est aujourd'hui seulement, avec ce retard de quelques mois, qu'autorisent les usages, que je prends officiellement possession de cette chaire d'obstétrique, si honorablement occupée, sous diverses appellations, par les maîtres qui m'y ont précédé.

Pour surprenant que cela paraisse, dans une aussi vieille maison, cet enseignement spécialisé n'existait pas dans l'ancienne Université de Médecine, mère de l'actuelle Faculté. De ce chef, l'histoire de l'obstétrique à Montpellier est-elle tout entière à écrire.

***

Encore pour cela serait-il indispensable de tracer les frontières de cette partie de l'art de guérir, et l'entreprise est-elle assez malaisée. Le contenu s'en est modifié avec le temps.

A vrai dire, l'accoucheur vraiment digne de ce nom doit être capable de prendre toutes les responsabilités, opératoires ou autres, qui se peuvent présenter chez la femme, du fait de la maternité, de même que l'on ne comprendrait pas qu'il se désintéressât, dans les premières semaines tout au moins, des enfants qu'il a aidés à venir au monde. Tel est le sens du titre donné à cette chaire par la loi du 14 frimaire an III qui la dénomme : « chaire d'accouchements, des maladies de femmes et d'éducation physique des enfants ». Pour avoir varié par la suite dans la forme, cette dénomination demeure encore d'une exacte compréhension.

Ainsi l'accoucheur doit-il être doublé d'un chirurgien et d'un médecin, bien que dans le passé, l'obstétrique ait relevé à peu près exclusivement de la chirurgie, au point que l'histoire de l'une se confond avec celle de l'autre, jusqu'à la veille de la révolution française.

***

Suit l'historique de l'enseignement de l'obstétrique à Montpellier, depuis le XIIIe siècle jusqu'au commencement du XXe siècle.

Nous en extrayons ce savoureux passage suivant :

« Il y faut faire une place de choix à cet Arnauld, originaire, aux environs de 1235, de Villeneuve-les-Maguelone, d'où le nom qui lui en est resté. Prodigieusement instruit de toutes les connaissances de son temps, il sent un peu le fagot par son entêtement pour l'alchimie qui lui permet d'inventer l'esprit-de-vin et l'huile de térébenthine. Il a écrit toute une série de mémoires qui lui ont valu une telle notoriété, qu'il est peu de monarques qui n'aient tenu, tel Pierre III d'Aragon, à Barcelone en 1285, Clément V à Avignon en 1308, Frédéric, roi de Sicile et Robert, roi de Naples l'année d'après, à se l'attacher pour un temps. Il meurt aux environs de 1313, et Clément V, dont l'admiration pour ce médecin arrêtait les poursuites que lui avaient valu certaines de ses publications, entachées d'hérésie, conçoit tant de peine d'être privé du livre *De praxi medica* qui lui était promis, qu'il adresse un bref circulaire à tous les évêques, leur enjoignant de rechercher ce traité, sous peine de désobéissance au Saint-Siège.

Il fulmine même l'excommunication contre tout détenteur de cet ouvrage qui refuserait de s'en dessaisir, tant il estime le bien de la chrétienté intéressé à sa conservation.

L'œuvre obstétricale d'Arnauld, disséminée çà et là, se trouve surtout dans sa *pratica medicinæ*, au livre troisième qui débute ainsi : « Je m'occuperai ici, avec l'aide de Dieu, de ce qui a trait aux femmes, et comme, la plupart du temps les femmes sont de méchantes bêtes, je traiterai ensuite de la morsure des animaux venimeux. Que le Tout Puissant me rende cette tâche agréable. »

Tous les médecins de Montpellier ne sont pas aussi misogynes ; en épigraphe de sa thèse sur « les hémorragies utérines pendant la grossesse » soutenue en août 1830, le docteur Paul Delmas, l'homonyme et l'aïeul de l'officier général qui préside avec tant de distinction au Service de santé du XVIe Corps d'armée, n'écrit-il pas : « Pourrions-nous ne pas prendre le plus vif intérêt à celles sans qui les deux extrémités de la vie seraient sans secours et le milieu sans plaisir. »

Et voici la péroraison :

Après Grynfeltt s'ouvre l'époque contemporaine. Les plus élémentaires convenances ne sauraient me permettre de parler des vivants, quelque sentiment que je puisse éprouver à leur endroit. Je ne puis donc que signaler le dédoublement de la chaire de clinique obstétricale et gynécologique en deux autres, dès que fut officiellement nommé le successeur de Grynfeltt.

Depuis 1905, à Montpellier, il existe, distincts

l'un de l'autre, deux enseignements, l'un de clinique gynécologique, l'autre, de clinique obstétricale : c'est à ce dernier que j'ai l'honneur d'accéder aujourd'hui.

Messieurs les étudiants : il est d'usage que sur la fin d'une leçon inaugurale — puisque c'est la dénomination consacrée pour la cérémonie qui nous rassemble — quelques mots vous soient adressés plus spécialement. Ainsi que dans une prise de voile universitaire, comme le dirait sans doute mon spirituel ami, le doyen Euzière, le récipiendaire prend de solennels engagements. Mais en est-il besoin entre les vieilles connaissances que nous sommes, et puis, un peu las d'avoir exhumé de nos archives la lignée vénérable de mes prédécesseurs, ne m'en veuillez pas trop si je vous donne — une seule fois, je vous le promets — un exemple de paresse en me contentant de lire devant vous la péroraison du discours, éloquent celui-là, que notre grand Lordat adressait à vos anciens, dans sa séance d'installation du 13 janvier 1812.

Avec la politesse un peu apprêtée de son temps il leur disait :

« Pour vous, jeunes élèves, je n'abuserai pas longtemps de votre attention, veuillez seulement ratifier avec moi le pacte que nous avons fait de conserver entre nous l'ancien caractère de nos relations, sans en altérer la liberté par une conduite cérémonieuse. Je veux demeurer pour vous ce que j'étais, lorsque les preuves de votre estime et de votre affection me soutenaient dans les travaux pénibles de l'enseignement particulier, me dédommageaient de mes obscurités et me consolaient des chagrins dont mes voies ont été semées. Rien mieux que cette entente ne saurait rendre ma tâche moins lourde tout en favorisant davantage vos progrès. »

JURISPRUDENCE

TRIBUNAL DE LA SEINE-INFÉRIEURE

(Section de Rouen).

4 *avril* 1927.

(D. H., 16 juin 1927, 346.)

ASSOCIATION. — ASSOCIATION NON DÉCLARÉE. — MEMBRES. — EXCLUSION. — RECOURS. — TRIBUNAUX. DROIT D'APPEL.

Les associations de personnes non déclarées jouissent, en principe, d'une entière liberté pour fixer, par leurs statuts et règlements intérieurs, les droits et obligations qui incombent à leurs membres ;

L'exclusion d'un membre peut être prononcée dès qu'il cesse de satisfaire aux engagements moraux et matériels qu'ils a contractés en entrant dans l'association ;

Quand les statuts ne déterminent pas les cas d'exclusion des membres de la société et la procédure à suivre pour la prononcer, ou dans le cas où l'associé a commis des faits qui, sans entraîner expressément, d'après les statuts, son expulsion, sont contraires aux obligations découlant pour lui de son entrée dans la société, son exclusion peut encore être prononcée, mais elle doit être demandée en justice ;

Les décisions des associations qui peuvent porter atteinte aux droits des tiers, ou des membres de l'association, en prononçant, par exemple, leur expulsion, sont susceptibles d'appel.

Le Tribunal,

Attendu que la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux, dépendant de l'administration des hospices civils de Rouen, ayant prononcé, par décision du 11 janvier 1927, l'exclusion de G..., qui faisait partie de ladite société, celui-ci a saisi le tribunal d'une demande tendant à faire déclarer nulle et de nul effet cette décision qui serait également mal fondée, les faits sur lesquels elle est basée étant dénués de toute preuve ;

Attendu que la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Rouen, constituée suivant statuts en date du 12 février 1887, est une association de personnes, au sens de l'art. 2 de la loi du 1er juillet 1901, relative au contrat d'association ; que toutefois, elle ne jouit pas de la capacité juridique, n'ayant pas fait la déclaration préalable, conformément aux déclarations de l'article 5 de ladite loi ; que les associations de personnes ainsi formées librement, jouissent en principe d'une entière liberté, par application de l'art. 1134 c. civ., pour fixer, par leurs statuts et règlements intérieurs, les droits et obligations qui incombent à leurs membres et qui varient suivant la nature et l'objet des associations ; que, dès qu'un membre cesse de satisfaire aux engagements moraux et matériels qu'il a contractés en entrant dans l'association, son exclusion peut être prononcée, cette exclusion constituant la résolution du contrat synallagmatique formé entre les membres de la société

les obligeant réciproquement à exécuter les engagements contractés par l'adhésion aux statuts ;

Attendu qu'en règle générale, les statuts déterminent les cas d'exclusion et la procédure à suivre pour en faire l'application et réservent d'ordinaire le droit de prononcer l'exclusion tantôt aux membres de la société réunis en assemblée générale, tantôt au comité directeur, ou même, dans des cas graves, au bureau ; que, dans ces hypothèses, et, conformément à l'art. 1134 c. civ., la disposition des statuts qui prévoit les causes d'exclusion est de droit étroit et ne peut être étendue par voie d'interprétation ou d'assimilation ;

Attendu que si les statuts ne déterminent pas les cas d'exclusion des membres de la société et la procédure à suivre pour la prononcer, ou, dans le cas où l'associé a commis des faits qui, sans entraîner expressément, d'après les statuts, son expulsion, sont contraires aux obligations découlant pour lui de son entrée dans la société, l'exclusion peut encore être prononcée, car elle est, dans ce cas, fondée sur le principe de droit commun posé par l'art. 1184 c. civ. qui autorise la résolution d'un contrat synallagmatique si une des parties n'exécute pas ses obligations, mais que, dans ces hypothèses, et, par application du § 3 dudit article 1184, l'exclusion doit être demandée en justice ;

Attendu qu'en l'espèce, les statuts de la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Rouen, ne déterminent pas les causes d'exclusion de ses membres et la procédure à suivre pour la prononcer ; que, dans ces conditions, et, en vertu des principes ci-dessus rappelés, l'exclusion de G... devait être demandée en justice, mais qu'il ressort des documents versés aux débats et notamment de la lettre de G... en date du 29 décembre 1926, et du procès-verbal de l'assemblée de la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Rouen du 11 janvier 1927, contenant diverses déclarations du demandeur qui ne les conteste pas, que G... a expressément réclamé à la Société « le *jugement* qui le lavera de cette abominable accusation » ; qu'il s'est, en conséquence et, à cette fin, présenté devant les membres de la société réunis dans ce but, qu'il s'est enquis et a vérifié « si tout se passait dans la légalité », qu'il s'est expliqué en détail sur les faits qui lui étaient imputés, qu'il a eu pour ses explications et sa défense toutes garanties nécessaires ; qu'il a demandé, avec indications détaillées, « dans quelles conditions il sera *jugé* » et qu'il a réclamé et obtenu de la société, qu'à l'exemple de la Société des chirurgiens de France, dont il fait partie, le vote, pour être valable, réunisse les deux tiers des voix ; que la discussion a été conduite et les renseignements recueillis de la façon la plus impartiale et la plus digne ; que, par suite, il s'est formé, entre G... et les membres de la société présents, un contrat synallagmatique complétant les statuts du 12 février 1887, relativement aux causes d'exclusion des membres de la société, et de la procédure à suivre pour en faire l'application et que ce contrat, de pur droit civil, est valable et doit être exécuté, en conformité de l'art. 1134 c. civil ; d'où il suit que la décision prise le 11 janvier 1927 par la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Rouen est régulière en la forme ;

Attendu qu'en aucun cas, les décisions des associations susceptibles de porter atteinte aux droits des tiers ou des membres de l'association, en prononçant par exemple leur exclusion, ne sont sans appel, car elles auraient pour effet d'instituer un tribunal arbitral dispensé de tout contrôle, en dehors des conditions prescrites par l'art. 1006 c. pr. civ. en matière de compromis, que la compétence des tribuanaux civils étant d'ordre public, il ne peut y être dérogé que sous les conditions prescrites par les lois (Civ., 23 mai 1860 et Req. 18 juin 1872) ; qu'il appartient donc au Tribunal de rechercher si la décision litigieuse du 11 janvier 1927 est bien fondée ; qu'il est incontestable que si les faits reprochés à G... sont établis, son exclusion d'une société particulièrement honorable et respectée, doit être prononcée sans hésitation, car il aurait failli aux engagements moraux qu'il a contractés en entrant dans cette Société ; mais qu'il n'apparaît pas, en l'état, au tribunal que ces faits soient suffisamment justifiés ; que les déclarations de V. et de sa sœur, éminemment intéressés à dégager la responsabilité de cet interne, ne présentent pas toutes les garanties de sincérité désirables ; que les allégations de D... ne sont pas suffisamment précises ; qu'il n'est pas nettement établi que G... a été chargé de rechercher et a, en fait, recherché un interne pour faire un remplacement à l'institut urodermique ; que le directeur de cet institut semble avoir lui-même effectué ces recherches ; qu'en tout cas la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Rouen, qui avait la charge de cette preuve, pour légitimer l'exclusion de G..., n'a pas démontré à l'aide de présomptions graves, précises, concordantes et suffisantes pour établir la certitude et entraîner la conviction que G... a engagé V... à aller à l'institut urodermique pour y exercer la médecine, ce qui impliquerait la fausseté de la déclaration signée par G... à la séance du 21 décembre 1926 ; que, par suite, la décision litigieuse du 11 janvier 1927 doit être déclarée mal fondée ; mais que le défendeur n'établit pas qu'il a subi un préjudice motivant son chef de demande en dommages-intérêts et en insertion du présent jugement ; que les défendeurs ont agi de bonne foi dans la plénitude de leur haute conscience morale, exclusivement guidée par la sauvegarde de l'honorabilité de leur corporation et de la considération dont elle est entourée ;

Par ces motifs,

Déclare mal fondée la décision prise à l'égard de G... par la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Rouen, le 11 janvier 1927.

Observations. — V. Rép. prat. v° Associations, n° 95 et suiv.

Commentaires.

Ce jugement est fort intéressant au point de vue professionnel médical, surtout en ce qui concerne la différence qu'il convient de faire entre un syndicat de médecins et une association fondée en vertu de la loi du premier juillet 1901.

1° La décision ci-dessus commence par reconnaître que, n'ayant pas accompli les formalités prévues par la loi de 1901, article 5, c'est-à-dire la déclaration *préalable*, cette association médicale n'a pas de capacité juridique : elle n'existe pas légalement, sauf uniquement entre ses membres.

Au contraire, si un syndicat omettait de déclarer sa naissance à la mairie de son siège social, les membres du bureau encourraient une amende de 16 à 200 francs (article 54 du Livre III du Code du Travail et de la Prévoyance sociales) ; mais le groupe corporatif ne serait pas nul pour cela.

2° Les syndicats ont pour objet exclusif l'étude et la défense des intérêts corporatifs et, dans ce but, ils peuvent ester devant toutes les juridictions.

Au contraire, les associations peuvent avoir les buts les plus divers ; mais ces buts doivent être minutieusement définis et limités par les statuts.

Dans mon article sur la comparaison entre les deux lois (21 mars 1884, sur les syndicats professionnels, 1er juillet 1901, sur les associations (*Concours médical*, 1906.1473) j'avais cité la jurisprudence à ce sujet et notamment un arrêt de la Cour de Cassation toutes chambres réunies, du 15 juin 1923, qui établit les différences de la capacité respective des deux sortes de groupes, pour poursuivre leurs buts différents, surtout en justice.

Le jugement précité de la Seine-Inférieure le précise une fois de plus :automatiquement, le syndicat est qualifié pour défendre les intérêts corporatifs, qu'il représente.

Au contraire, l'association doit fixer, minutieusement, par ses statuts et règlements intérieurs, les droits, devoirs et obligations qui incombent à ses membres et qui varient selon la nature des associations et l'objet pour lequel chacune s'est fondée.

3° La jurisprudence est fixée dans ce sens qu'un syndicat, qui a mission de protéger l'intérêt collectif de la profession, envisagée dans son ensemble, possède le droit d'agir non seulement contre les tiers, dont les agissements peuvent être préjudiciables à la profession qu'il représente, mais encore contre ceux de ses membres, qui, en violation du contrat syndical, causent un dommage aux intérêts de la collectivité.

Or, le fait d'adhérer au syndicat provoque la formation d'un contrat bilatéral entre le candidat, qui accepte de se soumettre aux statuts du groupe comme aux décisions des assemblées générales, et le syndicat qui a pour mission de défendre les intérêts généraux de la profession ou corporation.

Dans ces conditions, le contrat sera dénoncé par la démission du membre, qui peut se retirer librement, ou par l'exclusion prononcée contre celui qui ne veut pas se soumettre aux directives votées et aux décisions prises à la majorité.

En effet, comme le dit fort bien un jugement du tribunal civil du Havre, du 26 octobre 1894 (D. 1895.2.202) « Attendu que les syndicats ayant pour but de soutenir les salaires par tous les moyens légaux, il paraît certain que la chambre syndicale avait le droit d'expulser l'ouvrier syndiqué qui contrevenait au but fondamental de la constitution d'un syndicat ;

« Qu'en effet, un ouvrier ne peut avoir la prétention de profiter des salaires du syndicat pour se procurer du travail et en même temps de violer le pacte social ; que son exclusion de la société est un moyen légal de soutenir les salaires. »

Le pacte syndical est essentiellement professionnel : par suite, toute violation des décisions prises, dans un but professionnel, peut entraîner l'exclusion, alors même que les statuts n'auraient pas prévu ni énoncé les cas pouvant entraîner l'exclusion.

Au contraire, l'association (loi de 1901) pouvant se proposer les buts les plus divers, en dehors de la défense des intérêts corporatifs, ses statuts doivent préciser, d'une manière minutieuse, les obligations respectives des deux parties contractantes : l'adhérent et le groupe.

Aussi, les tribunaux peuvent-ils être appelés à connaître du bien fondé de l'application des statuts.

La jurisprudence tend à considérer que le contrat syndical ou d'association doit être soumis à l'application de l'article 1184 du code civil : « la résolution (du contrat) doit être demandée en justice. » (En ce sens, Cour de Rouen, 21 mai 1890 ; Cour d'Aix, 23 novembre 1904, etc.).

Les juges seront donc conduits à décider si l'application des statuts a été correctement faite, si l'interprétation donnée est la bonne, enfin si l'accusé a pu véritablement présenter sa défense. C'est dans ce sens que s'est prononcée la cour d'appel de Douai, 1e chambre, 17 juin 1925 ; *Gaz. Pal.*, 28 juillet 1925).

Par conséquent, en adhérant à un syndicat professionnel, les médecins ont une garantie puissante contre une tyrannie, qu'ils pourraient redouter de la part des dirigeants du groupe corporatif : c'est la possibilité d'en appeler aux juges de droit commun, pour faire décider si l'exclusion, qui aurait été prononcée, pour violation du contrat syndical, est une pénalité appliquée selon les règles de forme et de fond.

Bien que les groupes syndicaux (loi de 1884 et Livre III du code du Travail) soient soumis aux mêmes règles que les associations (loi de 1901), en ce qui concerne l'interprétation des statuts, en cas d'exclusion, les tribunaux se montreront beaucoup plus minutieux en matière d'association que de syndicat.

Dans le premier cas, tous les buts, autres que corporatifs, peuvent être inscrits aux statuts : d'où interprétation de sens étroit des termes du pacte d'association.

Dans le second, en matière syndicale, les tribunaux se montrent plus larges et admettent même la possibilité de clauses compromissoires, pour résoudre les conflits d'ordre purement corporatif.

En ce qui concerne les syndicats médicaux, la jurisprudence n'a pas varié depuis la fameuse affaire qui fut tranchée par un jugement du tribunal civil de Bourgoin (21 juin 1901), confirmé par la cour d'appel de Grenoble, (6 mai 1902) (*Concours médical* 1902.402.D. 1903.2.31).

Lorsque, dans les statuts du syndicat médical, il est spécifié qu'en cas de litige, les membres du syndicat acceptent de se soumettre à l'arbitrage du conseil de famille, puis à la décision d'une assemblée générale, réunie spécialement à cet effet, les juges n'auront à rechercher que si les dispositions des statuts ont été régulièrement appliquées tant dans la forme qu'au fond et si l'application n'a été ni abusive, ni vexatoire, ni uniquement inspirée dans le but de nuire, en connaissance de cause.

Conclusions. — De tout ceci résulte que les syndicats médicaux ont parfaitement le droit de rédiger leurs statuts d'une manière telle, qu'ils sont juges, en premier ressort, des pénalités prévues aux statuts, à appliquer dans tous les manquements au pacte syndical.

L'appel doit être porté devant les juges de droit commun. En effet, aucune loi n'a conféré une dérogation aux règles ordinaires de juridiction civile ou pénale.

Mais, si certains médecins, choqués par ce vocable « syndicat », préfèrent se grouper sous l'empire de la loi de 1901, sur les associations, ils auront à préciser, d'une façon très minutieuse et leurs buts et la manière de faire respecter leurs décisions, dans tous les cas, spécifiés d'avance.

Aussi, lorsque l'appellation « syndicat » sonne mal à des oreilles médicales, que ces confrères forment leurs groupes professionnels sous l'empire des dispositions du Livre III du Code du Travail et qu'ils baptisent leur groupe du nom « d'association professionnelle », chambre professionnelle », ou autre : le but juridique sera le même que s'ils s'intitulaient « syndicat des médecins de.... » ; ils auront les mêmes droits, conférés par la loi de 1884 et celle du 12 mars 1920, mais leur qualification seule sera changée, pour ne pas choquer ceux qui s'imaginent de bonne foi que les médecins ne sont pas des citoyens comme les autres et que les lois de droit commun ne doivent pas leur être appliquées.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Conversation avec un profane.

— Vous ne vous rebutez pas : sans cesse ni trêve vous continuez à prêcher aux médecins la prévoyance.

— Oui, parce que la nécessité de la prévoyance s'impose aujourd'hui comme elle s'imposait hier et qu'elle s'imposera demain comme aujourd'hui.

— Mais vos confrères sont en général bien indifférents, je le sais parce que je les connais un peu — et je doute que bien nombreux soient ceux que vous parvenez à convertir. Vous n'en avez d'ailleurs que plus de mérite.

— Il faut faire ce que l'on doit sans trop s'arrêter au résultat immédiat.

— Mais comment avez-vous eu l'idée de cet apostolat ?

— Vous ne connaissez pas le *Concours médical* ; je le conçois, puisque vous êtes un profane. Laissez-moi vous dire que le *Concours médical* est un journal sans doute, mais qu'il est aussi une œuvre et que, dès le premier jour, il s'est donné pour mission de grouper les médecins et de les amener à une union qui leur permît de se protéger efficacement et de se défendre contre tous les dangers que dressait contre eux l'évolution de la société moderne.

— Comment cela ?

— Le médecin, vous le savez, est essentiellement un individualiste ; il l'était encore bien davantage autrefois, vivant isolé, ignorant ses confrères les plus proches, tandis qu'autour de lui tous s'unissaient : chaque jour voyait se fonder des associations industrielles, commerciales, professionnelles, philanthropiques... que sais-je ? Puis les grandes collectivités commencèrent à se préoccuper des questions ouvrières, l'Etat vint à son tour assister les indigents, les vieillards, en attendant les blessés du travail et les mutilés de guerre, etc... Comment le médecin, s'il était resté ce qu'il était, aurait-il pu résister à tous ces efforts dirigés plus ou moins contre lui, contre

son indépendance et aussi, il faut bien le dire, contre sa bourse qui n'était déjà pas trop bien garnie ?

C'est ce que comprit, il y a cinquante ans, un médecin de province : Cézilly. Il créa le *Concours médical*, appela à lui tous ses confrères de bonne volonté et fonda avec eux le noyau d'une véritable association de prévoyance et de défense professionnelles. Les débuts furent modestes, sans doute, mais comme l'idée était juste et que le seul but poursuivi était le bien du médecin, l'œuvre se développa, progressa et devint ce qu'elle est aujourd'hui.

Ce succès montre suffisamment que nous ne nous sommes pas contentés de paroles ; selon les besoins, des créations filiales virent le jour, les unes temporaires parce que les besoins auxquels elles répondaient n'étaient eux-mêmes que temporaires, les autres permanentes parce que ces besoins restaient de tous les temps.

Vous me parliez prévoyance ? Une œuvre de ce genre était d'autant plus indispensable que le médecin était et reste naturellement imprévoyant ; aussi, fût-ce une des premières créations du *Concours médical*.

Un des plus gros dangers auxquels soit exposé le médecin, c'est l'impossibilité d'exercer sa profession par suite d'une maladie, d'un accident : il fallait donc tâcher, le cas échéant, de le garantir dans une certaine mesure, tout au moins de l'aider.

Vient ensuite la vieillesse qui diminue son activité et sa capacité professionnelle : il fallait lui donner la possibilité de se constituer une retraite.

Reste enfin la mort qui, trop souvent, amène la gêne sinon la misère chez ceux qu'il laisse : il fallait lui permettre de leur assurer au moins un morceau de pain.

C'est ce triple but que s'est donné la Mutualité familiale du Corps médical français, et vous comprendrez, dès lors, que je dise que sa nécessité est de demain comme d'hier et d'aujourd'hui.

Ai-je besoin d'ajouter qu'une institution de ce genre n'est pas une petite affaire et réclame des dévouements absolus ? Aussi, avons-nous dû nous partager les rôles : vous savez celui qui m'est échu, je m'y emploie de mon mieux.

— Mais enfin, les résultats répondent-ils à vos efforts ?

— Oui et non. Oui, si nous considérons l'importance des services que nous rendons à ceux qui ont entendu notre appel. Il faut lire les lettres que nous recevons pour s'en rendre compte. Non, si nous ne considérons que le total annuel des recrues que nous faisons. Nous ne progressons qu'avec une extrême lenteur : toujours l'indifférence qui fait détourner les yeux ou remettre à demain.

— Il y a peut-être aussi le fait de la situation économique actuelle.

— Oui, un peu sans aucun doute ; mais vraiment, au milieu du gaspillage général, — car il faut bien appeler les choses par leurs noms — que paraît la modeste cotisation annuelle que nous réclamons ?

— Il y a certainement aussi la crainte de l'avenir, et vos confrères se demandent peut-être si vous pourrez toujours tenir vos engagements.

— Ils n'auraient pas cette crainte s'ils consentaient à examiner à fond notre organisation et notre fonctionnement. Vous comprenez que nous, médecins praticiens, nous n'avions pas la compétence des chiffres et que, voulant faire œuvre solide et durable, nous nous sommes adressés à un homme du métier, à un actuaire. C'est donc un actuaire qui a dressé nos tables de mortalité et de morbidité ; c'est lui qui surveille notre fonctionnement et périodiquement dresse un inventaire complet des charges et des ressources de notre société ; c'est lui qui, en 1921, a fait les corrections nécessaires de nos cotisations ; c'est lui enfin qui, à la suite de son inventaire au 31 décembre 1925, nous déclara que, malgré la situation générale, les résultats sont satisfaisants pour toutes les combinaisons. La parole d'un actuaire est évangile pour les compagnies d'assurances ; les médecins peuvent tout de même bien lui faire confiance.

— Mais si vous, les apôtres de l'œuvre, vous veniez à disparaître ?

— Nous serions remplacés par d'autres ; chez nous, les dévouements ne manquent pas. Vous admettrez bien que le *Concours médical* ne saurait se désintéresser d'une œuvre de cette importance qui a été une de ses premières créations, qui répond à un des principaux articles de son programme. La Mutualité familiale est certainement autonome, mais elle ne peut pas plus se séparer du *Concours* que le *Concours* ne pourrait se séparer d'elle : elle est partie intégrante de son œuvre générale.

— Je ne suis pas médecin, mais vous savez que j'ai des attaches au Corps médical : c'est ce qui fait que je ne suis pas, autant que vous le pensiez, ignorant des choses du *Concours médical* et que je m'intéresse dans une certaine mesure à ce que vous y faites. Je crois que vous êtes dans le vrai et c'est pour cela que je crains que vous ne prêchiez trop souvent dans le désert. Si vos confrères réfléchissaient un peu, c'est par centaines qu'ils adhèreraient à votre Mutualité familiale.

— Voyez cependant, l'un des vôtres n'en est pas.

— Pourtant il me promet toujours qu'il va se faire inscrire.

— Oui, ce sera pour demain... ce demain qui n'arrive jamais.

Le médecin, voyez-vous, se croit trop sûr de

lui-même : il ne pense pas que, demain, il peut être victime d'un accident, il ne pense pas qu'il peut tomber malade ; il a toujours le temps de prévoir. Il voit bien, de temps à autre, des confrères succomber à la peine, mais lui, il saura bien se tirer d'affaire. Et pourtant, il sait des confrères qui ont fait acte de prévoyance, il en connaît qui bénéficient de l'indemnité maladie ou de la retraite et qui en sont heureux.... Il faudra qu'à quelque jour il examine cela sérieusement, qu'il se décide ; mais bientôt, il n'y pense plus.

— Et puis, voyez-vous, les documents que vous lui envoyez, c'est tout au plus s'il les parcourt ; il les recouvre sur son bureau d'un monceau de paperasses jusqu'au jour où il en allume son feu. Au fond, chez lui, il n'y a pas mauvaise volonté, mais il ne vous connaît pas. Il vous faudrait un agent qui allât le relancer à domicile, qui lui explique ce qu'il ne prend pas le temps de lire et qui ne le lâche pas avant d'avoir obtenu son adhéésion.

— Nous ne pouvons malheureusement pas employer le moyen qui, je vous l'accorde, aurait une autre efficacité que les articles de journal que nous publions, Mignon et moi ; nous ne pouvons que nous borner à dire et à redire toujours les mêmes choses avec le vague espoir qu'un jour il nous arrivera d'être lus.

Car cela arrive quelquefois tout de même.

A. GASSOT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE SÉNAT

Suite des Débats

Séance du 24 *juin* 1927.

M. LE PRÉSIDENT. — Par voie d'amendement, M. Dron propose de rédiger comme suit l'article 6 :

« En cas d'hospitalisation, les frais supportés par la caisse seront contenus dans des limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique à l'égard des malades admis sous le régime de l'assistance médicale gratuite ou des accidentés du travail admis sous le régime de la loi du 9 avril 1898. »

La parole est à M. Dron.

M. Dominique DELAHAYE. — C'est encore pour brider les médecins !

M. Gustave DRON. — Messieurs, je ne sais s'il y a lieu de considérer mon amendement comme devant se substituer à l'article 6 ou s'y ajouter sous forme de disposition additionnelle : dans tous les cas, la portée en est bien simple.

Tout le principe de la loi, en ce qui concerne les soins médicaux, repose sur la liberté du choix du médecin ; je demande que le malade ait aussi le droit de choisir la maison où il sera hospitalisé en cas de maladie grave ; toutefois, je ne désire pas qu'il puisse aller n'importe où, par exemple dans des maisons où des prix abusifs seraient réclamés des malades.

Voilà pourquoi mon amendement dispose qu'il ne sera pas payé par la caisse une somme supérieure à celle qui correspond au prix de journée des établissements hospitaliers de l'assistance publique ; dans ces limites, l'assuré a toute liberté de choisir l'établissement où il se fera soigner. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE RAPPORTEUR. — La commission a examiné la proposition de M. Dron et elle l'accepte. En conséquence, elle propose au Sénat de l'insérer après l'alinéa 1er de l'article 6.

M. ROCHE. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Roche.

M. ROCHE. — Messieurs, pour rendre plus tangible la promesse faite par M. François-Saint-Maur, M. le rapporteur ne pourrait-il pas accepter de dire, dans l'alinéa 1er de l'article 6, que « l'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires... dépendant ou non de la caisse d'assurances ... » ?

M. LE RAPPORTEUR. — La commission accepte l'amendement.

M. Paul STRAUSS. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Strauss.

M. Paul STRAUSS. — C'est la condition *sine qua non*.

Ici se place une petite disposition additionnelle dont la discussion a été ajournée lors de l'examen de l'article 4.

Il faut bien qu'il y ait entente, contrat, convention — c'est la pensée unanime du Sénat — avec les administrations hospitalières : si la caisse peut ouvrir sans conditions les portes des institutions qui dépendent d'elle à tous ses assurés, elle n'est pas fondée à ouvrir par un procédé violent de contrainte les portes des établissements hospitaliers. La condition préalable et nécessaire est qu'il y ait une convention.

On a déterminé, dans un article précédent, que les prestations en nature dans un milieu hospitalier ou technique sont réglementées d'après des conventions; le mot « convention » domine tous les rapports entre les caisses et toutes les administrations hospitalières. (*Très bien ! très bien !*)

M. LABROUSSE. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Labrousse.

M. LABROUSSE. — Messieurs, il y a en France 87.000 aliénés ; il est à prévoir que lorsque la loi jouera 60.000 peut-être se trouveront en bénéficier. Il est bien entendu — je pose la question à la commission — que dans l'énumération faite à l'article 6 : «..... cliniques, établissements de cure et de prévention », les asiles et établissements d'aliénés sont compris ?

M. LE RAPPORTEUR. — Oui, mon cher collègue ; vous le pensez bien.

M. LABROUSSE. — Je le pensais bien, mais si j'ai posé la question, c'était pour appeler l'attention du Sénat sur le chiffre énorme d'assurés qui viendront bénéficier de la loi...

M. Louis PASQUET. — Cela ne constitue pas une charge nouvelle : elle est prévue déjà.

M. LABROUSSE. — Elle est prévue ?

M. LE RAPPORTEUR. — Parfaitement.

M. LABROUSSE. — Très bien !

M. ROCHE. — Monsieur le président, après lecture nouvelle du texte de la commission, je retire mon amendement.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets au voix l'alinéa 1er de l'article 6 dont j'ai précédemment donné lecture.

(Ce texte est adopté).

M. LE PRÉSIDENT. — A la suite de ce texte viendrait s'ajouter la disposition additionnelle présentée comme alinéa 2 par M. Dron. J'en rappelle les termes :

« 2. En cas d'hospitalisation, les frais supportés par la caisse seront contenus dans des limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique à l'égard des malades admis sous le régime de l'assistance médicale gratuite ou des accidentés du travail admis sous le régime de la loi du 9 avril 1898. »

Je mets aux voix l'alinéa 2.

(Ce texte est adopté.)

Maternité.

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 9. — 1. Au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, l'assurée et la femme de l'assuré bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques dans les conditions et limites fixées par les articles 4 et 5.

« 2. Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié, durant cette période et qu'elle ait cotisé réglementairement soixante jours pendant les trois mois qui ont précédé l'état de grossesse. Pour le calcul du salaire annuel, il est fait état des cotisations payées dans les douze mois antérieurs à cette grossesse.

« 3. En cas de grossesse pathologique de l'assurée, entraînant application des assurances maladie-invalidité, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide. Les dispositions de l'article 10 reçoivent application six mois après l'accouchement.

« 4. L'assurée ou la femme de l'assuré qui allaite son enfant et qui remplit ou dont le mari remplit les conditions fixées par l'article 5, paragraphe 3, a droit, durant la période d'allaitement et pendant un an au maximum, à une allocation mensuelle spéciale de 100 fr. pendant les deux premiers mois, de 75 fr. le troisième, de 50 francs du quatrième ou sixième, de 25 fr. du septième au neuvième, de 15 fr. du dixième ou douzième.

« 5. L'assurée ou la femme de l'assuré qui, par suite d'une maladie grave ou de toute autre cause physiologique constatées par le médecin, se trouve dans l'impossibilité absolue d'allaiter son enfant peut recevoir, si l'enfant est élevé chez elle et pendant la durée de sa maladie et de sa convalescence, des bons de lait dont la valeur ne peut, en aucun cas, dépasser les deux tiers de la prime moyenne d'allaitement. »

S'il n'y a pas d'observation, je vais consulter le Sénat sur les divers alinéas :

« 1. Au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, l'assurée et la femme de l'assuré bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques dans les conditions et limites fixées par les articles 4 et 5. » — (*Adopté.*)

« 2. Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié durant cette période et qu'elle ait cotisé réglementairement soixante jours pendant les trois mois qui ont précédé l'état de grossesse. Pour le calcul du salaire annuel, il est fait état des cotisations payées dans les douze mois antérieurs à cette grossesse. » — (*Adopté.*)

« 3. En cas de grossesse pathologique de l'assurée, entraînant application des assurances-maladie, invalidité, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide. Les dispositions de l'article 10 reçoivent application six mois après l'accouchement. » — (*Adopté.*)

« 4. L'assurée ou la femme de l'assuré qui allaite son enfant et qui remplit ou dont le mari remplit les conditions fixées par l'article 5, paragraphe 3, a droit, durant la période d'allaitement et pendant un an au maximum, à une allocation mensuelle spéciale de 100 fr. pendant les deux premiers mois, de 75 fr. le troisième, de 50 fr. du quatrième au sixième, de 25 fr. du septième au neuvième, de 15 fr. du dixième au douzième.

Par voie d'amendement, M. Pasquet propose de rédiger comme suit le début de cet alinéa :

« 4. L'assurée qui allaite son enfant et qui remplit les conditions fixées ... »

(Le reste sans changement.)

La parole est à M. Pasquet.

M. Louis PASQUET. — Messieurs, l'amendement dont il vient de vous être donné lecture reproduit une demande du Gouvernement, adoptée par la commission des finances. Il tend à écarter du bénéfice des

primes d'allaitement les femmes d'assurés, qui ne sont pas elles-mêmes cotisantes.

Dès que la question des assurances sociales a été posée à la Chambre, l'un des principes fondamentaux admis d'un commun accord a été que la loi doit étendre ses avantages non seulement à l'individu, mais à sa famille. Toutefois, ce principe comporte une discrimination dans l'application : les prestations en nature, comme les soins médicaux et pharmaceutiques, doivent être accordées, le plus largement possible, à l'assuré, à son conjoint et à ses jeunes enfants ; par contre, les prestations en argent, qui ont pour but de remplacer partiellement le salaire défaillant, ne peuvent se comprendre lorsqu'il n'y a pas de salaire assujetti à la loi. Elles ne peuvent se justifier qu'en échange d'une cotisation personnelle, préalablement versée par le bénéficiaire, qui, pour des raisons particulières, désire se ménager ces avantages en argent.

Le texte adopté par la Chambre des députés pour l'assurance-maternité faisait application de ces principes. La commission de l'hygiène a pensé qu'il fallait abandonner cette règle essentielle, parce que l'on se trouvait, selon elle, en présence de la nécessité de faire le maximum en faveur de la maternité et d'empêcher la mortalité infantile, ce en quoi nous sommes d'accord avec elle. Mais elle a dit : « S'il faut sortir même de l'assurance, nous le faisons à raison du but que nous poursuivons. » Alors, il ne faut pas s'arrêter en chemin : à côté des salariés, il y a aussi les petits fermiers, les artisans, les petits patrons, qui ont des femmes et des enfants, mon cher rapporteur, et qui ont besoin d'être aidés en cette circonstance autant que les salariés.

S'il faut sortir de l'assurance pour faire de l'assistance, d'accord ! Mais alors, faites de l'assistance, et demandez à d'autres ressources qu'à celles de l'assurance les disponibilités budgétaires qui vous permettront de faire passer généreusement dans la pratique la proposition que vous avez présentée.

Avec votre texte, vous mettez à la charge des caisses d'assurances 60 millions par an. Peut-on faire un pareil cadeau aux assurés alors qu'il serait possible à la femme non assurée elle-même, en payant l'assurance facultative, de dix francs par mois, d'obtenir tous les avantages de la loi ?

Mais votre texte a un inconvénient plus grave encore : vous allez placer la caisse autonome des ouvriers mineurs dans une situation extrêmement délicate, car il ne faut pas oublier que vous serez dans l'obligation — la loi est formelle sur ce point — de mettre en harmonie les divers statuts de retraites. L'Etat donne en ce moment 1 p.100 des salaires, les mineurs versent à leurs caisses — je le souligne en passant — 6 p. 100, ainsi que les propriétaires de mines. Il faut donc déjà au total 13 p. 100, pour assurer l'équilibre de la caisse autonome. Vous allez demain, par application du régime que vous nous demandez de voter aujourd'hui, être dans l'obligation d'accorder aux mineurs le même avantage en ce qui concerne la maternité. Qui payerait ? Les mineurs, les propriétaires ou l'Etat ?

Je laisse la parole au représentant du Gouvernement, au nom duquel, en ce moment, je développe un amendement qui est le sien ; M. le ministre du travail pourra vous fournir d'autres arguments, si je ne vous ai pas convaincus de la nécessité de le voter. (*Très bien !*)

M. Paul Strauss. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Strauss.

M. Paul Strauss. — Messieurs, l'assurance-maternité, que nous avons à examiner, intéresse profondément la collectivité nationale tout entière. Nous sommes à l'un des points les plus essentiels d'un régime d'assurances sociales.

Je suis un peu surpris de la distinction qui est faite, lorsqu'il s'agit de l'enfant, entre le père et la mère. Lorsque la mère reçoit des subsides, des primes d'allaitement, ce n'est pas pour elle, c'est pour l'enfant ; et cet enfant ne peut pas être décomposé, il est commun et indivis, il ne peut pas être rattaché plus à l'assuré qu'à la femme de l'assuré. Il est certainement souhaitable que toutes les femmes d'assurés puissent être assurées facultativement, mais nous sommes ici en pleine lutte contre la dénatalité, contre la mortalité infantile et contre la dépopulation française. Ce ne sont pas des mots sonores que j'emploie, c'est la réalité même, et, après avoir, dans des discours, dans des manifestations oratoires, plaint la France qui se dépeuple...

M. Gaudin de Villaine. — On en parle tous les jours, mais on ne fait rien.

M. Paul Strauss. — Il faut agir.

M. Gaudin de Villaine. — Nous sommes d'accord.

M. Paul Strauss. — Nous l'avons fait à nos risques et périls, dans une loi d'assistance, encore insuffisante, avec des allocations trop faibles. (*Très bien !*) J'ai dû personnellement batailler pendant quatorze ans devant la Chambre et devant le Sénat pour obtenir ce premier rudiment de protection maternelle et infantile.

M. Gaudin de Villaine. — On ne fait rien pour les familles nombreuses.

M. Paul Strauss. — Pour les familles nombreuses, le commencement, le prélude, c'est la naissance de l'enfant et sa conservation.

M. Gaudin de Villaine. — Je ne vous critique pas : vous avez été, au contraire un des plus dévoués à cette cause.

M. Paul Strauss. — Vous êtes mille fois aimable, et je vous suis reconnaissant de ce témoignage.

La mortalité infantile décroît, mais pas en harmonie avec les statistiques étrangères. Voici les chiffres : pour 1.000 naissances, il y avait, en 1904-1905, 119 décès d'enfants de zéro à un an : il y en avait 112 en 1913 et 89 en 1925. Il n'est pas téméraire de penser que, si insuffisantes qu'elles aient été, nos allocations d'assistance et nos primes d'allaitement, auxquelles se sont jointes des œuvres privées merveil-

leuses, auxquelles je rends hommage, ont été pour un peu dans cette décroissance de la mortalité infantile.

Il n'est pas possible de ne pas attacher à ces deux alinéas 4 et 5 la plus haute importance. Comment meurent, en général, les enfants ? Pierre Budin, dans une communication sensationnelle à l'académie de médecine, a fait connaître que sur 1.000 décès de zéro à un an, 385 étaient dus à la diarrhée et à la gastro-entérite. Le plus souvent, ces maladies viennent de l'allaitement artificiel, à domicile ou en nourrice. Nous sommes en face d'un péril national, qu'il faut à tout prix, abandonnant toutes les divergences doctrinales, conjurer et enrayer.

Nous avons déjà, dans la statistique des causes de décès, très imparfaite, à laquelle nous ne pouvons ajouter qu'une valeur relative, un commencement de satisfaction sur la décroissance de la mortalité par gastro-entérite.

De 1913 à 1925, la proportion a effectivement baissé.

Il y a déjà eu, même, par nos lois, si insuffisantes qu'elles soient, sur le repos des femmes en couches, sur les primes d'allaitement, et, aussi, grâce aux œuvres de solidarité si admirables, un commencement de compression de la cause de décès la plus grave, celle de la diarrhée infantile. Elle est généralement le résultat de l'allaitement artificiel, les statistiques comparatives américaines le prouvent, et le moyen efficace de réduire cette cause de morbidité et de mortalité infantile consiste à généraliser l'allaitement maternel. A cet effet, il est désirable que la mère puisse se consacrer à son foyer. Ce n'est pas moi qui prendrai à mon compte le mot célèbre de Michelet sur l'ouvrière.

Je considère que, dans la société moderne, la femme est malheureusement obligée de se vouer de plus en plus à des professions qui l'extériorisent, mais il faut trouver, pour la femme de l'assuré, quelle qu'elle soit, qu'elle travaille ou qu'elle ne travaille pas, le moyen, la possibilité de la fixer à son foyer pendant toute la durée de l'élevage de son enfant. Cet enfant ne sera pas envoyé en nourrice, il ne sera pas élevé au biberon, et, s'il l'est, il ne consommera pas un lait de mauvaise qualité. S'il y a ce que j'appellerai une dérogation à un principe, que je n'aperçois d'ailleurs nulle part, il est bon que, dans cette loi, l'intérêt de l'enfant soit sauvegardé. Ce n'est pas pour la femme de l'assuré que je parle, c'est une cause plus haute que je plaide. Croyez que nous ne pouvons indéfiniment laisser la France dépérir, se dépeupler ? Nous élaborons une loi d'assurances sociales qui permet à la solidarité de mieux protéger les mères, de sauver les enfants. Je répète que nous avons le devoir de maintenir la clause si généreuse introduite avec tout son cœur par M. le rapporteur de la commission de l'hygiène.

Je demande au Sénat de ne pas supprimer la mention de la femme de l'assuré, de la maintenir dans ce cadre, pour qu'elle soit attirée à la mutualité maternelle, pour qu'elle ne soit pas simplement justiciable de la loi d'assistance aux femmes en couches.

Une telle disposition, où qu'elle se trouve, dans l'assistance, dans la mutualité, dans l'assurance, constitue un instrument de lutte contre la mortalité infantile. Il y a là un intérêt national, qui dépasse toutes les contingences, toutes les préoccupations doctrinales et théoriques. Nous sommes à une heure grave, essentielle, vitale pour la conservation de la France éternelle, qui ne doit pas se dépeupler ni être amoindrie dans sa race, dans son nombre, dans sa force et dans sa vitalité. (*Applaudissements.*)

M. le Rapporteur. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. — La question est très simple. Votre commission de l'hygiène avait demandé que la femme salariée, personnellement assurée, et la femme de l'assuré eussent l'une et l'autre des allocations mensuelles d'allaitement. Ces allocations d'allaitement ne relèvent pas de l'assurance sociale ; nous nous sommes écartés ici des règles de l'assurance et cela aussi bien pour la femme salariée que pour la femme d'assuré, mais nous estimions, puisque l'on créait des primes d'allaitement, qu'il était juste de les attribuer à la mère de famille, qu'elle fût assurée personnellement ou simplement femme d'assuré. Nous nous trouvons présentement en face d'une opposition de la commission des finances, qui, pour des raisons d'économie, nous demande de ne pas aller aussi loin.

La commission de l'hygiène, dans sa majorité, je l'espère, acceptera les propositions de la commission des finances. Nous avons, en effet, besoin de ces 50 millions, sans aucun doute, et il n'y avait pas de raisons particulières d'étendre à la femme de l'assuré cet avantage. On pourrait supprimer l'allocation à la femme de l'assuré, et prévoir qu'à l'article 33, à propos de l'emploi des réserves des caisses, il pourra être fait quelque chose en leur faveur tant pour les primes d'allaitement que pour l'attribution de bons de lait. Nous aurions ainsi réalisé, un peu indirectement, ce que nous acceptons de supprimer ici pour les raisons d'ordre financier que l'on invoque.

M. le Ministre. — Le Gouvernement accepte la proposition de M. le rapporteur, car elle répond tout à fait à ses préoccupations.

M. Paul Strauss. — S'il est bien entendu que nous trouverons à l'article 33 l'équivalent des avantages réservés par le texte en discussion à la femme de l'assuré, je consens à retirer cette partie de mon amendement, mais je maintiens certaines de ses dispositions techniques, que la commission d'hygiène a bien voulu accepter.

Dans ces conditions, j'attends, en prenant rendez-vous à l'article 33, sans que le débat soit épuisé.

M. le Ministre. — Il ne faut pas qu'il y ait d'erreur. La discussion de l'article 33 ne permettra pas de donner à la question soulevée la solution qui vous est actuellement demandée. Ce n'est qu'au cas où

les caisses auraient des excédents, des réserves, qu'il les habilite à les utiliser en donnant des primes d'allaitement.

Sur le fond, j'appuie les arguments donnés par l'honorable M. Pasquet et reproduits par M. Chauveau, qui en a reconnu la valeur. Nous ne légiférons pas en ce moment sur la protection à donner à l'enfance et sur les primes d'allaitement. Nous sommes en matière d'assurances sociales et le principe que nous avons posé est que, lorsque l'on donne des prestations en argent, elles doivent avoir comme contre-partie des cotisations. J'ajoute que la femme de l'assuré, qui n'est pas assurée elle-même, ne travaille pas habituellement ; il n'y a donc pas lieu de lui tenir compte d'une privation de salaire.

Ces raisons me paraissent suffisantes pour faire écarter de cet article la disposition qui avait été prévue par la commission. Mais il est très naturel aussi, s'il existe des excédents dans les caisses, que l'on en applique une partie à cette œuvre particulièrement intéressante pour la société qu'est la protection de l'enfance. (*Très bien ! très bien !*)

M. Le Hars. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Le Hars.

M. Le Hars. — Messieurs, je désire savoir la relation qui existe entre la loi actuelle et la loi sur l'assistance aux femmes en couches telle qu'elle joue en ce moment.

Aujourd'hui, sans rien verser, un femme indigente touche des secours un peu avant et un peu après l'accouchement : quelle va être la situation de cette femme si elle n'est pas bénéficiaire de la loi d'assurances sociales ? Il conviendrait pourtant de continuer à aider ces personnes intéressantes. La loi d'assistance aux femmes en couches restera-t-elle en vigueur ?

M. le Rapporteur. — La loi sur l'assistance aux femmes en couches n'est pas abrogée. Ses effets se poursuivent et les allocations prévues continueront d'être versées aux intéressées non bénéficiaires de la loi sur les assurances sociales.

M. Fernand Merlin. — La loi actuelle n'abroge aucune des autres lois d'assistance.

M. Le Hars. — C'est ce que je désirais savoir.

M. Mauger. — Je demande la garole.

M. le Président. — La parole est à M. Mauger.

M. Mauger. — Messieurs, la question que vient de poser notre collègue M. Le Hars correspond à celle que j'ai soulevée il y a quelques instants.

Le délai de carence de cinq jours court pour tout le monde.

M. le Rapporteur. — Il n'y a pas de délai de carence ici.

M. Mauger. — Pendant ce délai de carence, la femme en état de grossesse devrait recevoir l'allocation d'assistance. On objecte que la femme est assurée ; sans doute, mais elle l'est pour la période qui dépasse cinq jours de carence. Pendant ces cinq jours, dans quelle situation se trouvera-t-elle ? C'est la question qui m'intéresse.

M. le Rapporteur. — L'article 9 dispose que « six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière... »

M. Mauger. — Cette indemnité est versée à la femme enceinte en vertu des articles 4 et 5 dans lesquels est prévu le délai de carence.

M. le Rapporteur. — L'alinéa 2 de l'article 9 que je viens de rappeler est formel et répond à la préoccupation de M. Mauger.

M. Mauger. — Soit : l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière, mais vous lui imposez une obligation de participer pour 15 ou 20 p. 100 dans les frais médicaux ou pharmaceutiques pendant ces jours de carence et ceux qui les suivent, tandis que sous le régime de la loi sur l'assistance aux femmes en couches, elle est placée dans une situation plus favorable.

M. le Rapporteur. — Elle ne reçoit pas alors le demi-salaire.

M. Mauger. — Ce demi-salaire, elle ne le perçoit qu'à partir du cinquième jour.

M. le Rapporteur. — M. Mauger fait une confusion : six semaines avant l'accouchement, six semaines après, dit l'article 9. Ce texte est formel.

M. Louis Pasquet. — Le délai de carence ne s'applique pas dans le cas auquel fait allusion M. Mauger.

M. Paul Strauss. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Strauss.

M. Paul Strauss. — Messieurs, si j'avais le sentiment que la cause de la femme de l'assuré est définitivement perdue par l'adoption de l'amendement de l'honorable M. Pasquet, j'insisterais pour demander au Sénat de se prononcer ; au contraire, si la commission et le Gouvernement veulent bien examiner l'article 33, non pas dans les conditions un peu restrictives qu'a indiquées M. le Ministre, mais dans un esprit plus large, avec la possibilité, par cet article 33, de protéger la femme de l'assuré et ses enfants, je n'insisterai pas.

Nous sommes ici en face d'un devoir de conscience et je crois que si nous ajournons notre discussion, pour des raisons de doctrine ou pour des motifs financiers...

M. le Ministre. — Ils ont leur valeur.

M. Paul Strauss. — Je ne les méconnais pas, mais je suis obligé de les comparer à l'intérêt national au point de vue de la dépopulation.

M. le Ministre. — L'intérêt national, c'est que la loi soit financièrement en équilibre et que nous ayons des ressources suffisantes pour payer les prestations. C'est seulement en prenant sur les excédents que nous pourrons ajouter à ce qui a été prévu. (*Très bien !*)

M. Paul Strauss. — Je répète que si des précautions sont prises à l'article 33, pour sauvegarder par la prime d'allaitement l'enfant de la femme de l'assuré, je suis prêt à ajourner le débat et je réserverai mon opinion sur le fond de la question.

M. Hervey. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Hervey.

M. Hervey. — Je me permets de faire observer à M. le ministre et à mes collègues de la commission des finances que, pour toucher des primes, il faut qu'il y ait des êtres vivants, et que le jour où la France n'aura plus de contribuables, on fera son budget très simplement. Et il y aura de moins en moins de contribuables si nous continuons ainsi, monsieur le ministre.

M. le Ministre. — La première condition pour qu'on puisse toucher des primes, c'est qu'il y ait eu auparavant des cotisants qui aient fourni les ressources nécessaires.

M. Hervey. — J'ai peur que l'article 33 ne vous donne pas grandes ressources.

M. le Ministre. — Alors, nous avons d'autant plus raison de ne pas laisser alourdir la loi.

M. Hervey. — Ce n'est pas seulement de l'article 33 qu'il faut attendre des ressources ; c'est surtout d'une loi favorisant la natalité que je demande au Gouvernement de nous proposer immédiatement.

M. Louis Pasquet. — Sur ce point, nous sommes d'accord.

M. Hervey. — Véritablement, tout ce que nous faisons n'est rien si la France doit mourir. Ce n'est pas la peine de continuer à légiférer si nous laissons périr notre pays, si nous le laissons s'anémier de plus en plus. En ce moment, nous allons à une décadence complète et la natalité est le plus angoissant des problèmes qui se posent pour le législateur. Je vous demande de promettre au Sénat d'agir rapidement.

M. le Ministre.— Je suis tout à fait d'accord avec vous sur l'utilité qu'il y a de protéger la natalité.

M. Hervey. — Je le pensais bien.

M. le Ministre. — Je voudrais pouvoir vous faire la promesse que vous me demandez, mais vous admettrez que je ne saurais prendre un engagement de cette nature sans consulter le ministre des finances.

M. Paul Strauss. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Strauss.

M. Paul Strauss. — M. Hervey a traduit notre sentiment commun. Nous ne devrons pas nous borner à examiner, à propos de l'article 33, les avantages qui peuvent être tirés de la loi des assurances sociales pour les femmes des assurés ; nous avons le devoir de remettre sur le chantier la loi d'assistance aux femmes en couches qui continuera à s'appliquer à un très grand nombre de femmes non assurées et de mettre les allocations prévues par cette loi en harmonie avec les besoins des assistés.

M. le Président. — Si personne ne demande plus la parole, je mets aux voix l'alinéa 4 modifié par l'amendement de M. Pasquet.

(Ce texte est adopté.)

M. le Président. — « 5. L'assurée qui, par suite d'une maladie grave ou de toute autre cause physiologique constatées par le médecin, se trouve dans l'impossibilité absolue d'allaiter son enfant, peut recevoir, si l'enfant est élevé chez elle et pendant la durée de sa maladie et de sa convalescence, des bons de lait dont la valeur ne peut, en aucun cas, dépasser les deux tiers de la prime moyenne d'allaitement. »

M. Strauss propose de rédiger comme suit cet alinéa 5 :

« 5. L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter complètement son enfant peut, si l'enfant est élevé chez elle, recevoir, pour la durée et pour les quantités indiquées par le médecin, des bons de lait dont la valeur n'excèdera dans aucun cas les deux tiers de la prime d'allaitement. »

La parole est à M. Strauss.

M. Paul Strauss. — Messieurs, je crois que la commission a bien voulu accepter cet amendement qui tend à favoriser dans certains cas l'allaitement mixte.

Mieux vaut l'allaitement maternel total que l'allaitement mixte, mais l'allaitement mixte lui-même est préférable à l'allaitement artificiel et mon amendement, en parlant de l'impossibilité « d'allaiter complètement », donne satisfaction à la nécessité qui s'impose de faciliter, encourager et soutenir l'allaitement mixte lorsque l'allaitement maternel total ne peut pas être pratiqué. Je crois qu'il n'y a là que des avantages : les puériculteurs qui sont ici me donneront certainement leur adhésion.

M. Fernand Merlin. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Fernand Merlin.

M. Fernand Merlin. — Messieurs, je suis complètement d'accord avec mon collègue M. Strauss et aussi avec M. Hervey qui montrait, il y a un instant, la situation tragique de notre pays au point de vue de la natalité.

Ce sont là des idées générales sur lesquelles le moment n'est pas venu de s'expliquer. Mais qui ne les évoque pas à tout instant, avec anxiété ?

A propos de l'alinéa 5 de l'article 9 qui, je dois le dire, a mon adhésion entière, je voudrais faire observer, ainsi que je l'ai fait à la commission de l'hygiène, combien le problème de la distribution de ces bons de lait à la campagne est d'une importance essentielle.

La crise que nous traversons n'est pas seulement une crise physiologique, c'est aussi une crise de répartition des denrées les plus élémentaires, notamment du lait. Il n'était point inutile, dans un débat pareil, de montrer qu'il y a là de la part des administrations, des préfectures notamment, un devoir à remplir. J'insiste donc, messieurs, sur ce point qui est d'une utilité incontestable et qui, à la commission de l'hygiène, nous avait particulièrement impressionnés.

M. le Rapporteur. — La commission accepte l'amendement de M. Strauss.

M. le Président. — Je mets aux voix l'amendement de M. Strauss, accepté par la commission.

(Ce texte est adopté.)

M. le Président. — M. Paul Strauss propose d'ajouter, à la fin de l'article, un alinéa 6 ainsi conçu :

« 6. Le payement des allocations ci-dessus visées est subordonné à l'*observation* par la bénéficiaire

des prescriptions qui doivent être faites par la caisse d'assurances, notamment en ce qui concerne les visites périodiques à domicile et la fréquentation régulière des consultations maternelles et des consultations de nourrissons. »

M. LE RAPPORTEUR. — La commission accepte la disposition additionnelle.

M. LE MINISTRE. — Le Gouvernement l'accepte également.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix cet alinéa additionnel accepté par la commission et par le Gouvernement.

(Ce texte est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — Voici, par conséquent, quel serait le nouveau texte de l'article 9 :

Maternité.

« Art. 9. — 1. Au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, l'assurée et la femme de l'assuré bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques dans les conditions et limites fixées par les articles 4 et 5.

« 2. Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié durant cette période et qu'elle ait cotisé réglementairement soixante jours pendant les trois mois qui ont précédé l'état de grossesse. Pour le calcul du salaire annuel, il est fait état des cotisations payées dans les douze mois antérieurs à cette grossesse.

« 3. En cas de grossesse pathologique de l'assurée, entraînant l'application des assurances maladie-invalidité, l'assurance-maladie court à partir de la constatation de l'état morbide. Les dispositions de l'article 10 reçoivent application six mois après l'accouchement.

« 4. L'assurée qui allaite son enfant et qui remplit les conditions fixées par l'article 5, paragraphe 3, a droit, durant la période d'allaitement et pendant un an au maximum, à une allocation mensuelle spéciale de 100 fr. pendant les deux premiers mois, de 75 fr. le troisième, de 50 fr. du quatrième au sixième, de 25 francs du septième au neuvième, de 15 fr. du dixième au douzième.

« 5. L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter complètement son enfant peut, si l'enfant est élevé chez elle, recevoir, pour la durée et pour les quantités indiquées par le médecin, des bons de lait, dont la valeur n'excèdera dans aucun cas les deux tiers de la prime d'allaitement.

« 6. Le payement des allocations ci-dessus visées est subordonné à l'observation par la bénéficiaire, des prescriptions qui doivent être faites par la caisse d'assurances, notamment en ce qui concerne les visites périodiques à domicile et la fréquentation régulière des consultations maternelles et des consultations de nourrissons. »

Je mets aux voix l'ensemble de l'article 9.

(L'article 9 est adopté.)

« Art. 12. — 1. La pension d'invalidité est fixée à titre provisoire pour une durée de cinq années.

« 2. Pendant cette période, l'assuré bénéficie des dispositions de l'article 4, en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques. Les règles fixées par l'article 6, paragraphe 2, sont applicables.

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le docteur MOUGIN, de Paris. — M. le docteur DELEFOSSE, de Paris. Urologiste distingué, le Dr Delefosse avait été, pendant nombre d'années, secrétaire général de la Caisse des Pensions du corps médical.

— **Statistique des automobiles.** — Au 1er janvier 1927, le nombre des automobiles dans le monde était de plus de 27 millions, dont 22 millions (80 %) pour les Etats-Unis.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge* (Professeur : M. Georges MOURIQUAND). — *Cours de perfectionnement* 1927. — Un cours de perfectionnement aura lieu du 3 au 16 novembre 1927, sous la direction de M. le professeur MOURIQUAND, avec la collaboration de MM. PEHU, GARDÈRE, DUFOURT, BERTOYE, médecins des hôpitaux, BERNHEIM, chef de clinique infantile et SÉDALLIAN.

Il sera exclusivement pratique et comprendra des leçons, des examens cliniques, radioscopiques et microscopiques.

Les horaires seront combinés de façon à permettre aux auditeurs de suivre le cours de perfectionnement de la clinique de chirurgie infantile (professeur NOVÉ-JOSSERAND) qui aura lieu à la même époque.

PROGRAMME : 1° *Leçons et démonstrations.* — Tous les jours, à 3 h. 1/4, à la Clinique médicale infantile. — *Jeudi* 3 *novembre* : Notions pratiques sur l'alimentation du nourrisson (normal et pathologique). — *Vendredi* 4 *novembre* : Diagnostic et traitement des angines et de la diphtérie. Pratique de la sérothérapie. Anaphylaxie et antianaphylaxie. — *Samedi* 5 *novembre* : Diagnostic et traitement des maladies gastro-intestinales du nourrisson. — *Lundi* 7 *novembre* : Diagnostic et traitement des pneumonies et broncho-pneumonies de l'enfant. — *Mardi* 8 *novembre* : Diagnostic et traitement de la tuberculose infantile. Du pneumothorax chez l'enfant. — *Mercredi* 9 *novembre* : Diagnostic et traitement des cardiopathies et des albuminuries de l'enfance. — *Jeudi* 10

novembre : Diagnostic et traitement des syndromes endocriniens chez l'enfant. — *Samedi* 12 *novembre* : Diagnostic et traitement des dystrophies infantiles (anémies, athrepsie, rachitisme, obésité, diabète, maladies par carence). — *Lundi* 14 *novembre* : Diagnostic et traitement des méningites, de l'encéphalite et de la paralysie infantile. — *Mardi* 15 *novembre* : Diagnostic et traitement des convulsions, de la spasmophilie et de la chorée. — *Mercredi* 16 *novembre* : Les thérapeutiques nouvelles en médecine infantile.

2° *Les examens cliniques* auront lieu : à la clinique médicale infantile, les lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2.

Les mardi, jeudi et samedi, à la même heure, les auditeurs pourront se rendre à la clinique chirurgicale infantile de M. le professeur Novè-Josserand.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Le droit d'inscription est de 150 francs pour le cours de médecine infantile et de 200 francs pour les deux cours de médecine et de chirurgie infantiles.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine, quai Claude-Bernard, jusqu'au 25 octobre 1927. Dans le cas où le nombre des inscriptions n'atteindrait pas le chiffre de 10, le cours pourrait être remis à une date ultérieure et les intéressés seraient *prévenus* en temps utile.

— **Congrès international d'hygiène et cinquantenaire de la Société de médecine publique** (Paris, Institut Pasteur, 25-28 octobre 1927). — Un Congrès international d'hygiène se tiendra à Paris du 25 au 28 octobre 1927 sous la présidence de M. le professeur Léon Bernard, directeur de l'Institut d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine et du Comité d'hygiène de la Société des Nations.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour :

Relations des assurances sociales et de la santé publique. Rapporteurs : MM. Kuhn (Copenhague), Holtzmann (Strasbourg), Briau (Paris).

Facteurs de recrudescence de la variole dans le monde et moyens de les combattre. Rapporteurs : MM. les professeurs Ricardo Jorge (Lisbonne), Jitta (La Haye), et Camus (Paris).

L'hygiène des camps d'instruction, rapport par M. le médecin-inspecteur Sacquépée, professeur à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

Des conférences seront faites, notamment par M. le professeur Madsen, président du Comité d'hygiène de la Société des Nations (organisation internationale de l'hygiène), par M. le professeur Nuttall, professeur à l'Université de Cambridge (les relations de la parasitologie et de l'hygiène) et par M. le professeur Ottolenghi, professeur d'hygiène à l'Université de Bologne (quelques aspects de la question des vitamines du point de vue de l'hygiène).

Des visites concernant l'hygiène seront organisées, des films scientifiques seront projetés.

Une exposition d'hygiène, *strictement technique*, aura lieu à l'Institut Pasteur.

M. le Président de la République fera l'honneur aux Congressistes et à leur famille de les recevoir dans les salons de l'Elysée. Deux autres réceptions auront lieu, l'une à la Faculté de médecine, l'autre à l'Institut Pasteur.

Un banquet par souscription terminera le Congrès.

L'inscription au Congrès est gratuite pour les membres de la Société de médecine publique. Elle coûtera pour les autres congressistes une somme allant de 40 fr. (congressistes français), à 60 francs (congressistes étrangers, frais postaux).

Les adhérents français au Congrès d'hygiène sont, en outre, avisés qu'à l'occasion de ce Congrès des démonstrations techniques intéressant les médecins militaires de l'active et de la réserve seront organisées. Les médecins de réserve qui assisteront à ces démonstrations seront considérés comme accomplissant une période d'instruction et auront ainsi droit au tarif militaire sur les chemins de fer français. Pour bénéficier de cette faveur il leur suffira de s'adresser aux directeurs du Service de santé des régions dont ils dépendent qui recevront ultérieurement des instructions spéciales.

Les inscriptions sont reçues : pour le Congrès, par M. Dujarric de la Rivière, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, 26, rue Dutot, Paris (XVe), et pour l'exposition, par le Comité français des expositions, 42, rue du Louvre, Paris.

— **Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.** — La session annuelle de la Société française d'O.-R.-L. s'ouvrira le 17 octobre 1927 à la Faculté de Médecine de Paris sous la présidence du professeur Collet, de Lyon.

Questions à l'ordre du jour : 1° Indications thérapeutiques dans la tuberculose laryngée ; rapporteur : M. Caboche ; 2° L'insuffisance respiratoire nasale ; rapporteur : M. Worms.

Secrétariat général : Dr Liébault, 216, boulevard Saint-Germain, Paris.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Le Maroc par Marseille.* — La voie de Marseille offre les avantages les plus appréciables aux voyageurs désireux de se rendre de France au Maroc.

Marseille est en effet desservie par des trains à marche rapide composés du matériel le plus confortable avec voitures directes en provenance ou à destination des grandes villes de France et des capitales du continent.

De Marseille à Tanger et à Casablanca, c'est la traversée assurée par les paquebots rapides et luxueusement aménagés de la Compagnie de navigation Paquet dont les départs de Marseille ont lieu en été tous les samedis.

Les principales gares P. L. M. délivrent des billets directs avec enregistrement direct des bagages pour Tanger et Casablanca.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

du 9 mars 1918, pour un local dans lequel il gare l'automobile utilisée pour l'exercice de sa profession de médecin ;

Attendu qu'il résulte du jugement attaqué que le Dr R., locataire depuis 1911 d'un local qui lui sert à remiser l'automobile qu'il utilise pour visiter sa clientèle, a demandé pour ce local la prorogation de droit en vertu de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 ;

Que le juge de paix a repoussé cette demande en disant qu'on ne saurait assimiler à un local professionnel un immeuble servant exclusivement à remiser une automobile ; qu'il ne pourrait en être autrement, en vertu des principes généraux du droit, qu'au cas où cet immeuble figurerait dans un même bail comme accessoire de locaux professionnels faisant l'objet principal de la location ;

Attendu que l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 dispose que les baux en cours au 1er août 1914, afférents à des locaux à usage commercial, industriel ou professionnel, seront prorogés à la demande du locataire pour une durée égale au temps écoulé entre le décret de mobilisation et le décret fixant la date de cessation des hostilités ;

Attendu que les dépendances de ces locaux, lorsqu'ils en sont l'accessoire, bénéficient de la même prorogation, alors même qu'ils ne sont pas affectés directement au commerce, à l'industrie ou à la profession ;

Quel tel est le cas d'un local servant à remiser l'automobile affectée à l'exercice de la profession d'un médecin ;

Que l'article 56 de la loi précitée du 9 mars 1918 n'a pas subordonné la prorogation des baux concernant des locaux accessoires à la condition que ce bail fût indivisible avec celui des locaux principaux servant à l'exercice même de la profession ;

Qu'il suit de là que la décision attaquée n'est pas dûment motivée, ni légalement justifiée ;

Qu'il y a eu violation des textes visés au moyen.

En ce qui concerne la demande relative aux frais de timbre et d'enregistrement :

Attendu que R. conclut à ce que soit ordonné le remboursement des frais de timbre et d'enregistrement qui auraient été irrégulièrement exposés ;

Mais attendu que la Commission Supérieure de Cassation n'a pas compétence pour statuer à cet égard ;

Par ces motifs,

Casse.

Deuxième arrêt.

21 *juillet* 1927.

Attendu que L., locataire, demandeur au pourvoi, reproche au jugement attaqué de lui avoir refusé le droit à la prorogation instituée par la loi du 1er avril 1926 pour le garage qui sert à remiser l'automobile affectée à l'usage de sa profession de médecin ;

Attendu que l'article 2 de la loi du 1er avril 1926

accorde des prorogations de jouissance pour les baux à loyer de locaux à usage professionnel sans caractère commercial ni industriel ;

Attendu que les dépendances de ces locaux, lorsqu'ils en sont l'accessoire, bénéficient des mêmes prorogations, alors même qu'ils ne sont pas affectés directement à l'exercice de la profession ;

Que tel est le cas d'un local servant à remiser l'automobile utilisé par un médecin pour visiter sa clientèle ;

Qu'il n'y a pas de distinction à faire selon que le bail de ces locaux accessoires est ou non indivisible avec celui des locaux principaux servant à l'exercice même de la profession ;

Et attendu que, pour repousser la demande de prorogation le jugement énonce seulement que la remise litigieuse ne fait pas partie du local d'habitation de L., étant située dans une rue différente ; que celui-ci se sert de sa voiture occasionnellement pour visiter des malades, et que le garage ne constituant pas un local professionnel ou d'habitation ne saurait bénéficier de la prorogation ;

Attendu qu'en l'état de ces constatations, la décision attaquée n'est pas légalement justifiée ;

Qu'il y a eu violation des textes visés au moyen ;

Par ces motifs,

Casse.

Commentaire

Ces deux décisions, obtenues avec l'appui du « Sou Médical » et sur plaidoierie de son avocat près la Cour de Cassation, Me Auger, viennent corroborer ce que nous avons toujours soutenu, au « Sou Médical ».

Les deux espèces sont différentes, notamment en ce que, dans la première, était mise en application la loi du 9 mars 1918, la première loi de guerre sur les loyers et, dans la seconde, la loi du 1er avril 1926.

Mais le principe est le même. Le garage de l'automobile d'un médecin doit être considéré comme un local professionnel, dès lors que cette automobile sert, même partiellement, à l'exercice de sa profession. On ne saurait lui attribuer le caractère de local de plaisance, exclu par l'une et l'autre lois du bénéfice de la prorogation.

On ne peut non plus refuser la prorogation sous prétexte que le bail du garage est distinct de celui des locaux professionnels principaux et que le garage ne fait pas partie du local d'habitation du médecin.

C'est maintenant, à la suite de ces deux arrêts, une question jugée et sur laquelle nous n'aurons sans doute pas à revenir.

Le premier arrêt vise le remboursement, demandé par le médecin et non accordé par la Commission Supérieure, qui n'a pas qualité à cet effet, de frais de timbre et d'enregistrement irrégulièrement exposés. C'est que la loi du 9 mars 1918 avait accordé la gratuité de timbre et d'en-

registrement pour les actes de procédure nécessités par son application, ce que n'ont pas fait les lois subséquentes sur les loyers, et notamment celle du 1er avril 1926.

J. DUMESNY.

L'humour d'un paysan belge.

Je viens de lire dans le *Concours* du 4 septembre, l'entrefilet intitulé « L'humour d'un paysan belge », d'après le journal l' « *Action Catholique* », du 20 août dernier.

Cuique suum !

Cette anecdote est le résumé d'une nouvelle de Lucien Dubech parue sous le titre : « Un syndiqué », d'abord dans l'almanach de l'*Action Française* de 1927, puis, à la page 54 du recueil intitulé « Le Grand Dérangement », qui forme le nº 6 des « Cahiers d'Occident ».

Il n'y a qu'un léger démarquage : on a remplacé le vétérinaire par un médecin. Et puis, le paysan normand est devenu flamand. De cela, les Normands ne seront point jaloux ; ils sont si riches en traits de ce genre !

Dr L. GOUBIN.

Bains de mer chauds.

Berck, Dieppe, Royan, Biarritz, Roscoff et Croix-de-Vie possèdent des installations de bains chauds d'eau de mer.

Pour plus de détails, on peut s'adresser à M. le professeur SERR, 16, rue des Arts, Toulouse, à M. le Dr BAGOT, Directeur de l'Institut Marin de Roscoff, ou à M. le Dr CRISTAU, à Croix-de-Vie.

La vaccination anti-rhumatismale du Dr Paul.

Les confrères que cette question intéresse peuvent s'adresser au Dr AYGUEBÈRE, 5, rue Périgord, Toulouse.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

2535. — Patente en cas de changement de clientèle.

Ayant payé ma patente complète pour 1927 dans mon ancienne clientèle, quelle patente dois-je payer dans ma nouvelle où je ne m'installe qu'au 15 juillet ?

Dr B.

Réponse.

Vous serez imposé supplémentairement à la patente dans votre nouvelle résidence pour les 6 derniers mois de l'année 1927, mais de cette patente vous réclamerez au contrôleur la déduction des 6/12 de la patente de 1927 qui vous a été imposée dans votre ancienne résidence.

A. M.

2652. — Taxe sur les domestiques.

Je viens de recevoir une troisième nouvelle feuille d'impôts 1927.

Après avoir payé la surtaxe de 17 % des impôts frappant l'auto, une 10 HP Renault, conduite intérieure, 2 places, livrée à 10, taxée à 11, avec les surtaxes 1078 fr. par an ! passons.

Après avoir payé pour l'enlèvement des ordures ménagères, on me réclame 150 fr. pour 2 domestiques : une femme de 24 ans et un jeune homme de 18 ans et 1 mois.

Médecin praticien, j'ai à la disposition de mes clients : 1 couloir pour bicyclettes, 1 salle d'attente, 1 petit salon d'attente, mon cabinet de consultation.

Dans la rue quelques mètres de pavés devant ces pièces.

Pour mon auto, une remise et quelques mètres de pavés devant cette remise dans une autre rue.

Je vous explique tout ceci pour vous montrer le besoin dans lequel je me trouve d'avoir chez moi un garçon non spécialisé — bon à tout — mais ne sachant pas conduire, et ne s'occupant pas de mes instruments ni de mes appareils à stériliser.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire si une municipalité a le droit de nous taxer. 1° Dom., 30 ; 2° 60 ; 3° 90 ; 4e 120. et parce que c'est un domestique masculin, pour ce deuxième domestique, on me fait payer double ; c'est-à-dire : femme bonne à tout faire : 30, le garçon : 60 × 2 = 120 = 150 fr.

D'autre part, le législateur confond-il intentionnellement le petit domestique bon à tout faire qui, chez un médecin, chez un dentiste, a surtout pour rôle d'ouvrir la porte, de balayer et chez nous de laver la voiture (est donc un employé) et un valet de chambre qui est un domestique de luxe pour s'occuper des salons, des réceptions, etc.

Enfin réformé n° 1 à 30 % d'avant la guerre : subluxation à volonté de la hanche gauche, avec impossibilité de marcher beaucoup et de me tenir longtemps debout, n'ai-je pas droit à détaxe pour mon garçon.

Dr X.

Réponse.

Seuls les domestiques attachés à la personne doivent donner lieu à l'application de la taxe, Mais ceux nécessités par l'exercice de la profession ne sont pas des « domestiques », au sens fiscal du mot, mais des employés, surtout lorsque leur salaire est admis intégralement en déduction des bénéfices professionnels. Nous vous conseillons donc de présenter une réclamation.

Le tarif que vous nous indiquez est celui que

les communes sont légalement autorisées à appliquer.

La réforme n° 1 à 30 % n'est pas un motif d'exonération. A. M.

2455. — Où doit figurer le prix d'achat de médicaments par un propharmacien ?

Je me permets de vous prier de vouloir bien me fournir un renseignement susceptible d'intéresser du reste bien des médecins.

Propharmacien, j'ai adressé la déclaration suivante sur les bénéfices des professions non commerciales :

Revenu brut : 27.000.

Dépenses professionnelles	12.295
Mise de fonds de pharmacie (achats de médicaments)	4.500
	16.795

Bénéfice net : 10.205.

Le contrôleur me répond que la mise de fonds de pharmacie ne doit pas être ajoutée à mes dépenses professionnelles, qu'elle constitue un bénéfice ; il augmente donc le revenu imposable de 4.500 francs.

Ainsi le prix des médicaments que j'ai dû verser à mes fournisseurs constitue un bénéfice, cela me paraît tout de même bien invraisemblable !

2° Sur un revenu net de 14.500, on me déduit 6.000 francs pour charges de famille (marié, un enfant), la somme à déduire n'est-elle pas de 9.000 fr. ?

Dr P.

Réponse.

L'interprétation de votre déclaration par le contrôleur est évidemment erronée s'il s'agit du prix d'achat de médicaments revendus à votre clientèle, mais le terme « mise de fonds » laisserait supposer que vous avez constitué un stock de médicaments existant encore en fin d'année. Il suffira, à notre avis, de préciser la nature de cette dépense pour que le contrôleur vous accorde satisfaction.

Les abattements pour l'impôt général sont bien de 3.000 francs pour la femme et de 3.000 francs pour un enfant, donc au total 6.000 francs

A. M.

2638. — Frais de déplacement à déduire. Amortissement du prix d'une automobile.

Je suis comme beaucoup de mes confrères, en discussion avec mon contrôleur, et serai heureux d'avoir votre avis sur le cas suivant :

Puis-je compter comme frais d'auto professionnels, le trajet que je fais chaque jour pendant les trois mois d'été, pour me rendre de la maison de campagne où j'émigre (25 k., aller et retour) à X où m'appellent uniquement mes occupations professionnelles ? Si je ne passais pas 3 mois l'été dans la banlieue, tout en continuant à exercer, je devrais, au lieu de prendre 10 à 12 jours de vacances effectives,

laisser toutes mes occupations professionnelles pendant 1 mois, d'où manque à gagner qui réduirait par là même mon bénéfice professionnel et par conséquent les impôts que je paye sur lui. Le fisc ne trouve-t-il pas son avantage à la combinaison que j'ai adoptée ?

D'autre part, mon contrôleur n'accepte pas l'amortissement en 5 ans, mais en 10 ans. Je cite ses termes : « Auto, en faisant 6.000 kil. par an (chiffre que j'ai déclaré) dure plus de 5 ans, (c'est-à-dire 30.000 kil.). N'importe quelle auto roule 60.000 à 80.000. Si votre voiture est usée en 5 ans, c'est qu'elle a servi à d'autres usages qu'au titre profession. »

Je ne nie pas m'en servir pour autre chose que ma profession, mais c'est ma profession qui m'oblige à avoir ce véhicule. D'autre part, le contrôleur feint d'oublier qu'une voiture se déprécie plus par sa vieillesse que par son usure. J'ai, d'ailleurs, l'intention de changer tous les 3 ans avant l'ère des réparations et des privations de jouissance qu'elles entraînent. Lorsque je la revendrai, la perte effectuée correspondra à son amortissement en 5 ans.

Dr Z.

Réponse.

Les dépenses supplémentaires occasionnées par le trajet de votre résidence d'été au lieu où vous exercez votre profession ne peuvent être considérées comme nécessitées directement par l'exercice de votre profession, attendu que l'existence même de cette résidence ne constitue pas une obligation professionnelle.

En ce qui concerne l'amortissement de l'automobile, le taux de 20 % n'est nullement exagéré et nous vous conseillons, si vous mettez votre projet à exécution, de changer de voiture tous les trois ans. Il vous sera facile de justifier ce taux. Si le contrôleur maintient sa prétention, présentez une réclamation après la publication du rôle.

A. M.

2470. — Taxe sur deux voitures ne circulant pas simultanément.

J'exerce ma profession avec deux voitures : 1° 6 C.V. Renault ; 2° 5 C.V. Citroën.

Je les sors alternativement chaque semaine. Pour le 3e trimestre qui va commencer, j'ai déclaré ne sortir qu'avec la 6 Renault et ôter de la circulation la 5 Citroën.

Le contrôleur m'a dit que si une panne survenait à la 6 R. je pourrais utiliser la 5 C. en avertissant son service.

Mais quand je remettrais la 6 R. en circulation, après réparation, il me faudrait payer la différence entre 5 et 6 C.V. c'est-à-dire le montant d'un cheval ou 18 fr. 75. Ce dernier point lui paraît aussi absurde qu'à moi, et je viens vous demander si réellement il a pu germer dans le cerveau d'un agent du fisc,

et si il est vraiment applicable. La question que je vous pose peut intéresser d'autres confrères et les syndicats pourraient l'agiter dans leurs réunions et protester s'il y a lieu.

Dr B.

Réponse.

L'application stricte des textes légaux permettrait à l'administration d'exiger la taxe entière sur votre voiture de 6 C.V. même si cette dernière ne sortait qu'une seule fois dans le trimestre. Ne vous plaignez donc pas, pour une fois que le « fisc » se montre moins « fiscal » que le législateur.

A. M.

2394. — Base de la patente.

J'ai la possibilité de prendre un logement avec bail en cours dont le loyer déclaré est de 750 francs par an. Ma patente sera-t-elle établie sur cette somme ou le contrôleur pourra-t-il se baser sur la valeur locative de l'appartement, très supérieure à ce chiffre évidemment ?

Dr X.

Réponse.

La patente devra être basée sur le prix réel du bail, soit 750 fr. ; cependant, si le droit au bail avait été acquis moyennant un certain prix dont le contrôleur aurait connaissance par l'acte enregistré, il pourrait prétendre que ce prix constitue une augmentation du loyer et établir votre patente sur une valeur locative supérieure à 750 fr. mais nous estimons cette prétention très contestable.

A. M.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

2981. — Fracture de l'épicondyle avec adhérence du périoste.

Je vous serais extrêmement obligé de me dire comment je dois tarifer les deux accidents A. T. ci-dessous :

1° Fracture d'une portion d'épicondyle avec adhérences du périoste. (Diagnostic confirmé par la radio). Traitement : écharpe de Mayor, mobilisation et massages au bout de quelques jours ;

2° 1er juin : petites brûlures, quelques petites escharres des doigts des deux mains, par projection d'acide.

2 juin : escharres des deux doigts de la main droite, petit abcès superficiel de l'annulaire (pulpe), escharre (petites) des trois autres doigts de la main gauche. Brûlure superficielle de la peau (sans pansement). Dans le certificat, j'ai détaillé toutes ces plaies.

Dr G.

Réponse.

1º Dans le tarif Fallières, ce qui est tarifé, c'est non pas la *lésion*, présentée par le malade, mais l'*intervention* pratiquée par le médecin. Or, qu'avez-vous été appelé à faire ? Mettre une écharpe de Mayor, puis faire des massages pour une fracture sans déplacement ... Je ne vois pas là que vous puissiez réclamer « Réduction et contention de fracture de l'humérus ».

Je ne vois pas, dans tout cela, autre chose à compter que des visites ou consultations simples, les massages étant compris dans celles-ci.

2º Vous avez à compter pour *chaque* main, un pansement multiple, soit 15 + 15 = 30 fr. par séance, durant x jours, en diminuant, ensuite, suivant les progrès de la cicatrisation. F. D.

II

2956. — Visite de contrôle, sans contrôleur.

Comme membre du « Sou » voudriez-vous avoir l'amabilité de me donner ce renseignement :

Un médecin contrôleur d'assurance me fixe un rendez-vous chez le blessé. Le médecin ne vient pas, dois-je compter la visite de contrôle quand même ; car pour nous, le dérangement est le même, que le contrôleur vienne ou ne vienne pas ;

2º De même pour la clientèle ordinaire : on nous appelle auprès d'un malade, en général d'urgence. Arrivé chez le malade, pour un motif ou un autre, on nous dit qu'on n'a plus besoin de nous. Est-ce que des jugements ont été rendus obligeant la personne qui nous appelle, à nous payer ? Dr P.

Réponse.

1º Vous avez fait une visite à une heure spéciale, sur rendez-vous demandé par un délégué d'une Compagnie d'assurances. Ce délégué fait défaut ; à mon avis, il est responsable (et, par suite, la Compagnie mandante) du dérangement causé. Et je demanderais au « Sou Médical » de soutenir ce cas de droit au besoin.

2º Pour la clientèle ordinaire, cela n'est plus de cette rubrique. Néanmoins, il me semble, *à priori*, qu'il ne peut qu'en être de même, en droit commun. Je ne connais pas de jugement à ce sujet. Là encore, ce serait intéressant à faire établir une bonne fois. F. D.

Application du Tarif Maginot-Marin.

I

2974. — Radiographie par un omnipraticien faisant de la radio.

Je vois à de très rares intervalles un jeune homme pensionné comme ayant fait pendant son service un mal de Pott lumbo-sacré et une tumeur blanche du coude, il a un carnet, est soigné à Berck où ce carnet a déjà servi à demander des radiographies.

Ce malade désirerait être radiographié — par moi, aux rayons — lui ai répondu que je n'étais pas spécialiste et qu'il me paraissait que je devais l'envoyer à un confrère pourvu de cette qualification.

Quel est le droit du malade, être radiographié où ? Dans un hôpital tout court, ou hôpital militaire ou chez tout confrère radiologue ? Comment rédiger l'ordonnance pour la radio et de façon liée y a-t-il avis à donner à un pouvoir quelconque ?

Votre réponse et toutes suggestions que vous jugerez utiles seront les bienvenues.

Dr C.

Réponse.

Il n'y a pas de diplôme « spécial » au radiographe. Par conséquent, si vous avez les appareils nécessaires et la compétence suffisante pour radiographier, rien ne vous empêche, à mon avis, d'être honoré comme tel. Comme il s'agit ici d'un « examen radiologique » (voir article 18), vous devez en « donner *avis* dans les 24 heures à la Commission de contrôle ». Il n'est pas réclamé d'avis « conforme », donc il n'y a aucune *autorisation* à demander, c'est entendu... Néanmoins, pour éviter tout ennui possible dans la suite, il m'apparaît qu'il serait préférable, sauf urgence, de s'entendre, au préalable, avec le secrétaire de la Commission départementale de contrôle et, de plus, de ne pas oublier de lui envoyer ensuite les clichés avec « un commentaire détaillé » (article 79, V. Observation).

F. D.

II

3050. — Examen et contrôle des notes d'honoraires.

Je vous adresse ci-joint deux pièces que m'envoie le préfet.

Je désire faire appel de la décision qui me frappe, mais je désirerais avoir votre avis.

1° La Commission a-t-elle le droit d'infliger une sanction pécuniaire de ce genre ? Pourquoi 10 % ? Le bon vouloir de ces messieurs est touchant, ils auraient pu retenir 100 % et peut-être même me demander de l'argent ;

2° Je ne comprends pas le dernier des motifs invoqués. Je suis en retard, c'est entendu, mais que la Commission me règle le premier trimestre quand elle règlera le second et ainsi de suite, je ne demande pas de réunion spéciale pour moi.

Mais ce que je sais, c'est qu'étant propharmacien obligé d'ailleurs, tellement le tarif est compliqué, de faire tarifer mes ordonnances par un tarificateur professionnel (ce qui n'est pas gratuit), il m'est impossible d'envoyer mes mémoires dans les quinze jours qui suivent la fin du trimestre.

3° Enfin, je croyais que la Commission ne pouvait

prendre aucune sanction sans que l'intéressé ait été appelé devant elle ce qui n'a pas eu lieu.

Dr R.

Réponse.

1° La Commission a le droit de faire des modifications au prix proposé par vous dans votre mémoire par le fait même qu'elle a à l'examiner. Elle a, du reste, une colonne spéciale pour cela. Voici l'article 54 modifié depuis l'année dernière : « Les notes et mémoires sont examinés par les sous-commissions et soumis à la Commission qui statue et transmet au préfet sa décision, laquelle doit être motivée ainsi qu'il est dit à l'article 32.

« Mais, concernant les mémoires contestés, la Commission ne doit prendre sa décision qu'après avoir convoqué le créancier pour prendre connaissance de ses explications. »

2° Si vous envoyez vos mémoires en retard, vous ne pouvez, en cas de besoin, être contrôlé sur place par un confrère délégué par la Commission, les malades étant guéris, morts ou disparus.....

3° Enfin, pour votre dernière question, le 2e paragraphe de l'article 54 que je vous ai donné ci-dessus y répond directement, puisqu'il est dit qu'avant décision la convocation du « créancier » doit être faite. On parle dans la décision de « nombreux rappels ». Vérifiez d'abord si on ne vous a pas prévenu à ce moment d'avoir à vous présenter pour « prendre connaissance de vos explications ».

F. D.

ANTHOLOGIE

Des étoiles nouvelles.

(Sonnet)

L'esprit de Saint-Louis ouvrit l'ère de gloire ;
Miss Columbia suivit d'un vol aussi puissant ;
Enfin l'*America*, en France amerrissant,
Consacra l'unité de la triple victoire.

L'Amérique triomphe et la page notoire
Que sa main vient d'écrire en traits éblouissants,
Confondant l'espace et le temps, d'exploits récents
Et fabuleux a fait un chapitre d'histoire.

Lindbergh, Chamberlin, Byrd ! Au sein du firmament,
Vos noms ont allumé des étoiles nouvelles,
Qui remplissent nos yeux de leur scintillement ;

Car c'est l'honneur de ceux dont frémissent les ailes
A travers les périls et les immensités,
De jeter dans nos nuits de sublimes clartés.

8 juillet 1927. Dr Eugène François.

NOTA IMPORTANT.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 1er octobre, au prix de 23 francs.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à L'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1928)

Le soussigné (*nom et prénoms*)..

abonné au Concours Médical, *médecin à* ....

dépt........................ *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1928.

(1)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 23 fr.*
- *Je verse 23 fr. au compte de chèques postaux* Concours Médical, *Paris 167-95.*
- *Je demande le recouvrement postal (1 fr. 50 de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A .... le 1927

(1). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin à M C. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

Quarante-neuvième année — N° 39 — 25 Septembre 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2494-IV)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**



DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 534. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. dès récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

Nº 535. — Banl. Nord-Ouest, client. 52.000 touchés en 1926, plusieurs fixes, logem. 6 p., loyer 1.700 fr. Indemn. demandée 15.000.

Nº 536. — Gr. ville sud-ouest, trait. et rééduc. des enf. anorm. toute malad. du syst. nerv. des enf., correc. du bégaiem. et des tics. Vie de famille chez doct..

Nº 537. — A vend. Pathé-Baby neuf, gagné tombola, 100 fr. au-dessous valeur. Dr Artaud, 281, cours Emile-Zola, à Villeurbanne (Rhône).

Nº 538. — A vend. cond. int. Panhard S. S., mod. X 37, 7-10 CV, en bon état, 12.000 fr. Dr Gaudot, La Ferté-Milon (Aisne).

Nº 539. — Ménage doct.-pharm. cherche sit. méd. paraméd., pharm. ou voyage; préfér. côte méditerr.

Nº 540. — 6 CV Renault, cond. int. 4 pl. card. Zénith, 4 amort. Hartfort, 2 roues sec., batt. Dinin neuve, compt. montre et nomb. access., roulé 17.000 km., vernis neuf. Prix 12.500. Dr Breteille, 22 rue de Dunkerque, Paris.

Nº 541. — Banl. imméd., à repr. d'urgence 10.000 fr. poste très intéres. grand rayon peu concurrencé. Grande villa, loyer 6.000, bail. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 542. — Rég. de la Brie, ch.-lien cant., communic. faciles, à céder avec facil. poste ancien, rapp. 50 000 minim., maison agréable. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 543. — 100 km. Paris, pays de chasse, poste rapp. 60.000, à céder 25.000 dont partie compt. Maison 10 p., électr. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques** — Un *cours pratique et complet de dermatologie*, sous la direction de M. le professeur Jeanselme, aura lieu du 3 au 28 octobre 1927, à l'hôpital Saint-Louis. Inscription au Secrétariat de la Faculté (guichet nº 4) les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 h.

— **Association des membres du corps enseignant des Facultés de médecine.** — L'assemblée générale de l'association aura lieu le mercredi 5 octobre 1927, à la Faculté de médecine de Paris. Questions à l'ordre du jour : Nouveau régime des études médicales. L'enseignement de l'anatomie en un an (professeur Rouvière). L'enseignement de toutes les spécialités (professeur Jacques). Diplômes spéciaux délivrés par les professeurs de spécialités (professeur Jacques). Le baccalauréat nécessaire pour commencer les études médicales. L'agrégation, etc.

— **Hôpital Laennec.** — *La diathermie en oto-rhino-laryngologie.* — MM. Bourgeois, Fouquet et Lemoine commenceront le lundi 10 octobre une série de huit leçons sur la diathermie en oto-rhino-laryngologie. Cours limité à six auditeurs. Droit : 600 fr.

— **Journées médicales d'Egypte** (Le Caire, 15-24 décembre 1927). — Pour renseignements, s'adresser au Secrétariat général, 32, rue Gay-Lussac, Paris, 5e.

A TRAVERS L'OFFICIEL

8 *septembre.*

Service de santé militaire.

Listes de classement :

Des médecins et pharmaciens ayant effectué un stage à l'école d'application du service de santé militaire ;

Des médecins et pharmaciens sortant de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

9 *septembre.*

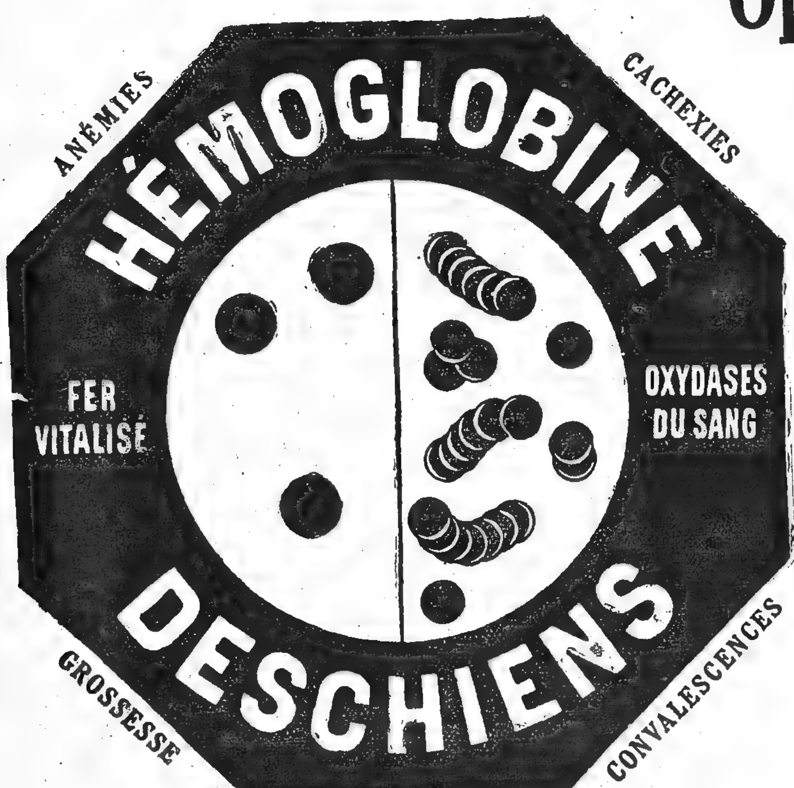
Etablissements nationaux de bienfaisance.

Décret du 3 septembre 1927 fixant le taux des indemnités allouées au personnel des établissements nationaux de bienfaisonce.

Nous relevons dans ce décret les chiffres suivants :

Maison nationale de Saint-Maurice : médecin assistant : 2.800 fr. ; sages-femmes : 7.200 fr.

Hospice des Quinze-Vingts : Médecin de l'hospice : 4.320. — Médecins chefs de la clinique : 2.000. — Chefs de clinique : pour les 1re et 2e années, 2.880 ; pour les 3e et 4e années : 3.120 ; pour la 5e année : 3.360. — Aides de clinique : pour les 1re et 2e années 1.920 ; pour les 3e et 4e années : 2.160 ; pour la 5e



année : exceptionnelle : 2.600. — Chef de laboratoire de la clinique : 6.000.

Institution nationale des Jeunes Aveugles : Médecins : 5.400. — Dentiste : 960.

Institution nationale des Sourds-Muets de Paris : médecin de l'Institution : 5.400. — Chirurgien chef de la clinique : 3.000. — Chirurgien adjoint de la clinique : 2.400. — Dentiste : 1.200.

Institution nationale des Sourds-Muets de Chambéry : médecin chef : 1.250. — Médecin adjoint : 625. — Médecin de l'annexe des Jeunes filles de Pont-de-Beauvoisin : 750. — Dentiste : 750.

Institution nationale des Sourdes-Muettes de Bordeaux : Médecin chef : 2.880. — Chirurgien : 720. — Médecin auriste : 720. — Dentiste : 480.

Asile national des convalescents : médecins chefs : 9.000. — Radiologue : 2.400. — Dentiste : 2.400

Asile national des convalescentes : Médecins chefs : 9.000. — Médecin adjoint : 7.000.

Hôpital-hospice national Dufresne-Sommeiller : Médecins : 1.440. — Chirurgien : 1.440.

Internes de la maison de Saint-Maurice, de l'Asile national des convalescents et de l'Asile national des convalescentes : pour la 1re année : 3.000 ; pour le 2e année : 3.300 ; pour la 3e année : 3.600.

10 *septembre.*

Brevet d'infirmières.

Des sessions d'examen d'Etat d'infirmières auront lieu :

A Lille, le 17 octobre (infirmières hospitalières) et le 15 octobre (infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose) ;

A Lyon, le 20 octobre (infirmières hospitalières, infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance) ;

A Nantes, en octobre (infirmières hospitalières, infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance).

A Toulouse, le 3 octobre (infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance).

Service de santé de la Marine.

Concours pour les emplois de professeur, chef de clinique et prosecteur dans les écoles de médecine navale.

Les concours pour les emplois de professeur, chef de clinique et prosecteur dans les écoles de médecine navale, annoncés au *Journal officiel* des 6 mai et 28 juillet 1927, auront lieu aux dates indiquées ci-après :

1° A Toulon, le 10 octobre 1927.

Prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Rochefort.

2° A Toulon, le 18 octobre 1927 et jours suivants.

A. — *Professeur d'anatomie topographique, médecine opératoire et médecine légale à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux.*

B. — *Professeur d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale de Rochefort et Toulon.*

C. — *Professeur d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'école principale du service de santé à Bordeaux.*

D. — *Professeur de chimie biologique à l'école annexe de médecine navale de Rochefort.*

3º A Toulon, le 25 octobre 1927, et jours suivants.

A. — *Chef de clinique médicale à l'école d'application de Toulon.*

B. — *Chef de clinique ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique à l'école d'application de Toulon.*

Les noms des médecins et pharmaciens chimistes candidats à ces emplois devront être parvenus au département dix jours au moins avant les dates respectivement fixées pour chacun de ces concours.

11 *septembre.*

Enseignement de la médecine.

Un concours pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie pathologique à l'école de Poitiers s'ouvrira le 23 décembre 1927 au siège de ladite école.

Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques de l'école de Tours s'ouvrira au siège de ladite école le 19 décembre 1927.

Un concours s'ouvrira le 6 avril devant la Faculté de Paris, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de Tours.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture des concours.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Malo.

Compte rendu de l'Assemblée générale ***du*** 22 ***juillet*** 1927.

L'Assemblée approuve l'attitude des délégués du Syndicat à la Fédération d'Ille-et-Vilaine et au Comité d'études inter-départemental, où l'on est arrivé à une entente à peu près complète au sujet des tarifs d'honoraires en clientèle, aussi bien qu'en matière d'A. M. G.

Elle donne mission au Bureau de suivre l'application de la loi du 11 décembre 1926, concernant les inscrits maritimes, pour assurer l'application du libre choix dans les soins auxquels ils ont droit en cas de maladie.

Sur une réclamation de nos confrères de Dol, il est décidé qu'une action énergique sera instituée auprès de l'Administration pour étendre le principe du libre choix aux accouchements de l'A. M. G.

Le Président donne lecture d'une lettre des assureurs sollicitant les médecins de vouloir bien demander l'ouverture d'un compte de chèques postaux, ce qui simplifierait considérablement le règlement des comptes, surtout à la campagne. La commodité de l'emploi des C. P. est d'ailleurs affirmée par plusieurs confrères présents qui en font usage personnellement.

Il est décidé qu'en vue de la sauvegarde des libertés professionnelles et des intérêts médicaux vis-à-vis de la loi des assurances sociales, une formule d'engagement collectif, semblable à celle qui a réuni tant d'adhésions pour les honoraires en clientèle, sera proposée à la signature de tous les confrères de l'arrondissement de Saint-Malo.

Pour le bureau : le président : Dr Pallier ; le secrétaire : D. Maigne.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Un docteur, membre de la commission administrative d'un hôpital, peut-il concourir pour être nommé médecin dudit établissement ?

Faisant partie du Conseil municipal et délégué, par cette assemblée, aux fonctions de membre de la commission administrative de l'hôpital, un médecin désire prendre part au concours, qui est ouvert pour la nomination d'un médecin, chirurgien ou spécialiste de cet établissement.

A-t-il le droit de concourir, ou bien ses fonctions de membre de la commission administrative sont-elles incompatibles avec ses fonctions médicales, au cas oñ il réussirait aux épreuves du concours ?

La question comporte des solutions absolument contraires, selon qu'on se place avant ou après la loi municipale du 5 avril 1884.

Avant cette loi, les médecins, qui recevaient une rétribution inscrite au budget mvunicipal, à l'effet, par exemple, de donner des soins aux indigents de la commune, ou d'y constater les naissances et les décès, étaient considérés comme des agents salariés de la commune.

Aussi, primitivement, l'administration s'est-elle montrée hostile au cumul des fonctions de

médecin d'hôpital et de celles de membre de la commission administrative de l'établissement. Cette opinion découlait des termes de l'article premier du titre II de la loi du 24 vendémiaire an III, ainsi conçu : « Aucun citoyen ne pourra exercer, ni concourir à l'exercice d'une autorité chargée de la surveillance médiate ou immédiate des fonctions qu'il exerce dans une autre qualité ».

Une série de circulaires ministérielles se sont appuyées sur ce texte pour tracer les règles à appliquer, pour éviter les incompatibilités entre les fonctions de membre de commission administrative et celles de médecin d'hôpital, ou de bureau de bienfaisance (instruction du 18 février 1823 ; — circulaires du ministre de l'Intérieur du 19 novembre 1828, du 26 septembre et du 14 novembre 1879).

La circulaire du 26 septembre 1879 dit que les médecins des hospices et des bureaux de bienfaisance se trouvant placés sous l'autorité des commissions, qui les révoquent en vertu de l'article 14 de la loi organique du 7 août 1851, ne peuvent être membres de ces commissions.

La circulaire du 14 novembre 1879 formule expressément une exception en faveur des maires, en ces termes : « à moins que, pendant la durée de leurs fonctions, ils ne se fassent remplacer par un médecin suppléant, qui recevra le traitement attribué au médecin titulaire (Dalloz, supplément au Répertoire, v° hospices-hôpitaux n° 29).

Survint la loi municipale du 5 avril 1884, qui bouleversa complètement l'ancien système des incompatibilités. Elle introduisit une exception, en faveur de certaines personnes, qui, antérieurement, étaient considérées comme inéligibles, à raison des allocations, qu'elles recevaient sur les fonds communaux, et qui les faisaient ranger parmi les agents salariés de la commune.

« La nouvelle disposition, dit Ambroise Rendu dans son commentaire sur la loi municipale de 1884, avait surtout été introduite dans l'intérêt des médecins chargés du service de la médecine gratuite ou de l'état civil ».

Aussi, une circulaire du ministre de l'Intérieur, du 15 mai 1884, dit que « les instructions ministérielles recommandent d'éviter autant que possible de confier les fonctions de membre des commissions administratives des hospices aux médecins et pharmaciens attachés à l'établissement ».

Le ministre ne défend plus le cumul des fonctions ; il se borne à recommander d' « éviter de confier les fonctions... »

L'arrêt du Conseil d'Etat du 3 avril 1908 fait jurisprudence, comme émanant de la plus haute autorité administrative.

Du moment où cette haute assemblée décide qu'aucune disposition de loi n'a édicté d'in-

compatibilité entre les fonctions de président de la commission administrative d'un hôpital et celles de médecin rétribué de l'établissement, il n'y a qu'à s'incliner.

D'ailleurs, ce qui existe, pour le président d'une commission (le maire), existe *a fortiori* pour les membres de ladite commission.

Cet arrêt du Conseil d'Etat, en date du 3 avril 1908, décide :

« Vu les lois des 7, 14 et 24 mai 1872,

« Considérant qu'aucune disposition de loi n'a édicté d'incompatibilité entre les fonctions de président de la commission administrative d'un hospice et celles de médecin rétribué de l'établissement :

« Qu'il n'appartenait pas dès lors au préfet des Basses-Alpes, de mettre, par l'arrêté attaqué, le docteur Romieu, pris en sa qualité de maire de la ville de Digne, en demeure de faire cesser, comme contraire à la loi, le cumul existant entre les fonctions de président de la commission administrative de l'hôpital de Digne et celles de médecin traitant dudit hospice ».

Dans une réponse parue dans le *Concours médical* de 1912, page 650, M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique, s'exprimait ainsi :

« Vous m'avez consulté sur le point suivant : un médecin, chirurgien en chef d'un hôpital, peut-il être nommé administrateur et ordonnateur de ce même hôpital ?

« La question doit être résolue par l'affirmative. Un arrêt du Conseil d'Etat, en date du 3 avril 1908, porte en effet, qu'il n'y a pas incompatibilité entre les fonctions de président de la commission administrative et celles de médecin rétribué de l'établissement.

« Par suite, un médecin d'hôpital peut être administrateur.

« Comme l'ordonnateur est choisi parmi les administrateurs, la possibilité pour le médecin de remplir cette fonction implique également la possibilité d'être ordonnateur ».

Une circulaire du Ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale, en date du 20 avril 1920, trace des directives aux préfets en ce qui concerne l'utilité de la désignation d'un médecin de l'hôpital comme membre de la commission administrative de l'établissement.

« ... Mais, en raison de l'importance que prennent aujourd'hui, dans la vie des hôpitaux, et des hospices, les questions purement techniques, je crois devoir appeler votre attention sur l'utilité de faire figurer un médecin parmi les membres de la commission administrative.

« Quand la commisssion discutera des problèmes techniques (installation de salles de chirurgie, aménagement de laboratoires de radiographie, etc.), la présence d'un médecin, capa-

ble de donner à tous des explications détaillées, ou des éclaircissements, sera certainement appréciée des autres administrateurs et une décision prise par tous, en connaissance de cause, ne pourra qu'être favorable à la marche normale des services.

« J'ajoute qu'en vue d'associer le corps médical tout entier, au bon fonctionnement des établissements d'assistance, il me paraît que le médecin, désigné pour être administrateur, pourrait être proposé à votre choix par les associations professionnelles locales. »

Par une nouvelle circulaire, en date du 18 mai 1920, le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales s'appuie sur l'arrêt du Conseil d'Etat, du 3 avril 1908, pour insister à nouveau sur la grande utilité qu'il y aurait de nommer un médecin membre de la commission administrative d'un hôpital « en vue de faciliter l'étude des problèmes techniques et sans faire de distinction entre les médecins rétribués ou non.

« C'est avec faveur qu'on peut voir un conseil municipal désigner un médecin, même rétribué par un hospice pour siéger au sein de la commission administrative dudit hospice. »

De tout ceci résulte que, si un médecin d'hôpital peut être désigné, par le préfet, ou par le conseil municipal, comme médecin de l'établissement, en sens contraire, un membre de la commission administrative peut parfaitement être désigné comme médecin de l'hôpital, soit au choix, soit par la voie du concours.

Aucune disposition légale ne s'y oppose.

Au surplus, lorsqu'au cours des discussions, qui eurent lieu au Conseil supérieur de l'Assistance publique, tant en 2e section, qu'en assemblées générales, en 1920 et 1921, je demandai que fut inscrite, dans le règlement modèle, l'obligation d'introduire un médecin au sein de chaque commission hospitalière, il me fut répondu, que, dans beaucoup d'hôpitaux, ce desideratum est réalisé.

D'ailleurs, dans la plupart des grandes villes, Lyon, Marseille, Bordeaux, etc.) certains médecins, ou chirurgiens des hôpitaux sont membres de la commission administrative, soit comme délégués du conseil municipal, soit comme directement nommés par le préfet.

Au point de vue de la modalité du concours, la commission administrative de l'hôpital tient des termes de l'article 14 de la loi du 7 août 1851 le droit absolu de nommer son personnel médical comme bon lui semble.

Le règlement modèle des hospices et hôpitaux, voté le 30 juin 1921, par le conseil supérieur de l'Assistance publique et publié par la circulaire ministérielle du 31 mars 1926, indique, dans une note à l'article 11 : « la commission

Voir la suite page XLVII-2541

PROPOS DU JOUR

La prophylaxie des maladies transmissibles et les livres scolaires.

A l'Assemblée générale de l'Union départementale des Délégations cantonales de la Seine qui s'est tenue le 25 mai 1927 sous la présidence de M. Herriot, ministre de l'Instruction publique, M. Bordier, président de l'Union, a, dans son discours, soulevé la question d'hygiène suivante en ces termes :

« Nous avions remarqué depuis quelques années qu'on utilisait les livres qui avaient servi pendant l'année scolaire précédente en se bornant à les désinfecter (?) simplement avant de les remettre à de nouveaux élèves. Certaines personnes prétendent que cette désinfection n'est pas sérieuse. On a préconisé alors deux solutions : 1° La suppression des livres ayant servi l'année précédente et leur remplacement par des livres neufs. Et vous voyez la dépense formidable que cela occasionnerait pour une ville comme Paris ; 2° l'obligation pour les familles de verser une certaine rétribution. Ce dernier procédé ne serait certainement pas accueilli par le Conseil municipal de Paris qui lui opposerait le principe de la gratuité de l'enseignement inscrit dans nos lois.

Nous, qui sommes dévoués à l'enfance, mais qui ne sommes, hélas ! pas des savants, nous avons demandé à un homme d'une haute valeur scientifique, dont le nom fait autorité, qui jouit comme expert de la confiance du gouvernement, M. le Dr J. Renault, c'est tout dire, de venir nous exposer ce qu'il pense de la question. »

M. le Dr Jules Renault, dans un discours fort spirituel, après avoir parlé de l'hygiène de l'école et de l'inspection médicale, a répondu ainsi à cette embarrassante question :

« Reste la question des livres, M. Veil, maire-adjoint du Xe arrondissement, s'est préoccupé de cette question. Ayant constaté qu'on donnait aux enfants des livres en mauvais état de propreté ou souillés par un certain nombre de microbes de maladies contagieuses, il avait demandé, comme vous le savez, qu'on remît aux enfants des livres neufs.

Personne ne niera le bien-fondé de cette demande. Il est nécessaire de donner aux enfants des livres propres au sens humain du mot, et au sens médical du mot, exempts de microbes.

Fort heureusement, il n'y a pas autant qu'on pourrait le croire de maladies contagieuses qui restent dans les livres.

Les microbes de la rougeole, de la scarlatine, des oreillons, de la coqueluche sont d'une vitalité extrêmement faible, en quelques jours, en quelques semaines, ils se détruisent d'eux-mêmes.

D'autres microbes au contraire, ceux de la diphtérie, de la tuberculose, persistent très longtemps dans les livres. Par conséquent, ces livres ont besoin d'être soigneusement désinfectés.

Il y a donc lieu, d'une part, de rechercher les livres qui sont simplement sales et de les éliminer et, d'autre part, de rechercher les livres qui ont été souillés parce qu'ils ont passé dans des mains de tuberculeux qui ne sont pas toujours celles des enfants, mais celles des parents. Les enfants ne sont pas des tuberculeux contagieux, ce sont leurs parents.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique a nommé une Commission pour étudier cette question extrêmement difficile à résoudre parce qu'il y a des difficultés d'ordre pratique et d'ordre technique. Nous espérons bien qu'elle arrivera à la résoudre et qu'elle pourra vous donner satisfaction. »

La question de la désinfection des livres ne date pas d'hier et l'on a mis bien longtemps (plus de 4 ans) pour *ne pas la résoudre.*

Dans un de nos Propos du jour du 27 septembre 1925, intitulé : *L'hygiène et les livres,* nous avons abordé ce problème.

Outre M. Ch. Veil, maire-adjoint du Xe arrondissement de Paris qui l'avait mis une première fois à l'ordre du jour de l'Assemblée générale des délégués cantonaux de la Seine et de l'Union amicale des maires de Paris, M. Roëland, conseiller municipal du quartier de l'Hôpital Saint-Louis, devait en saisir l'Assemblée municipale qui, du reste, avait reçu en 1923, un mémoire à ce sujet, mémoire qu'elle n'avait pas daigné discuter.

Le principe de la gratuité à l'école s'oppose, dit-on, à la perception d'une contribution pour les livres. Périssent donc nos écoliers plutôt que de porter atteinte à un sacro-saint principe ! Et cependant l'a-t-on fréquemment violé ce principe ! N'exige-t-on pas une contribution pour envoyer en colonies scolaires les enfants dont les parents peuvent payer ? L'on nous objectera qu'ici c'est la Caisse des écoles et non l'Administration qui perçoit la contribution. Trêve de casuistique et de chinoiseries ! Si l'administration ne le peut, ou ne le veut, qu'elle s'en décharge

sur les caisses des écoles. L'essentiel est que les écoliers n'aient pas en mains des livres souillés et infectés. La question nous paraît devoir aussi intéresser quelque peu le *Comité national de défense contre la tuberculose.* S'en est-il déjà préoccupé ? Voilà pour lui une occasion nouvelle de mettre en valeur les hautes qualités de science et d'activité de ses membres.

Il y a quelques semaines une dame, déléguée cantonale sans doute, fit passer une note officieuse dans nos écoles demandant aux directeurs et aux médecins inspecteurs leur avis sur la désinfection des livres par la lumière du soleil. Nous avouons que nous avons trouvé la proposition quelque peu naïve. Il est difficile de se figurer les directeurs et les médecins, étalant les jours où le soleil se montre (ce qui, cette année, n'a pas été fréquent), les livres des 300 élèves d'une école sur une table dans la cour, en tournant les pages au fur et à mesure qu'elles auront été suffisamment ensoleillées.

Dans un article du *Matin* du 11 janvier 1927, le Dr J. Roubinovitch préconisait l'emploi d'une armoire étuve pour désinfecter les livres ; cette étuve serait adoptée par la Municipalité de Couëron dans la Loire-Inférieure grâce à l'initiative de M. Edm. Buand, adjoint. Si le procédé est efficace, il serait temps d'en généraliser l'application. Peut-être pourrait-on incorporer à la pâte du papier des livres scolaires des susbstances qui, sans être toxiques, pourraient ne pas permettre aux microbes de pulluler ?

Tout ceci est à étudier et devrait l'être depuis longtemps.

M. le Dr Jules Renault nous a annoncé que le Conseil supérieur d'hygiène publique avait nommé une Commission pour étudier (après beaucoup d'autres de Commissions) cette question extrêmement difficile à résoudre. A l'époque de Beaumarchais, au XVIIIe siècle, dans notre beau pays de France, tout finissait par des chansons, nous sommes devenus plus sérieux au XXe siècle, tout finit par des commissions Mais finir ne signifie nullement résoudre.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le professeur Nobécourt.

Les péritonites à pneumocoques dans la moyenne et la grande enfances (1)

L'enfant dont je vais raconter l'histoire était née le 16 janvier 1920 de parents bien portants. Son histoire ne présente rien d'intéressant jusqu'à la maladie qui devait l'emporter.

Le 10 janvier, elle est en bonne santé et va à l'école. Là, tout d'un coup, elle est prise, du côté droit de l'abdomen, d'une douleur très vive. On la ramène chez ses parents. Sa température est de 38°, sa respiration est gênée ; elle a une petite toux sèche. Elle ne vomit pas et a une légère diarrhée.

Du 11 au 14, la température est de 38°-38°5-la douleur abdominale est plus diffuse, la respiration plus gênée. La toux et la diarrhée persistent. On est frappé de la faiblesse et de l'amaigrissement rapide. Le médecin parle d'*infection grippale.*

Le 15 janvier, cinquième jour de la maladie, il y a une légère rémission dans les symptômes ; l'enfant demande à se lever, mais, dès le soir, la température remonte à 39°6.

Le 16, on relève 39°5 le matin et 40°5 le soir.

Le 17, septième jour de la maladie, la température est de 39°7. Le médecin se décide à envoyer l'enfant dans notre service, avec un certificat mentionnant que celle-ci « est atteinte de fièvre continue avec diarrhée (dothiénentérie probable) ». Le soir, M. Bize, mon interne, trouve une température de 38°2 et pense à une *pneumonie* au stade de défervescence.

Le lendemain matin, 18 janvier, huitième jour de la maladie, M. Lebée, mon chef de clinique, trouve une fille de 7 ans bien développée. La

(1) Leçon du 5 février 1927, recueillie par le Dr Laporte et revue par le professeur.

température n'est que de 37°8, mais le pouls est rapide, faible, incomptable ; même en auscultant le cœur, on ne peut compter les bruits. La respiration est rapide (50 à 60 mouvements respiratoires par minute), et s'accompagne de battements des ailes du nez. L'état général est très altéré. Le teint est pâle, terreux. Les yeux sont profondément excavés. L'enfant est dans la torpeur ; elle se plaint du ventre et y porte continuellement la main. La langue est sèche et rôtie. L'abdomen est plat, non rétracté, sonore dans toute son étendue, mou, dépressible, empâté, un peu œdématié. Le foie et la rate sont normaux. A l'auscultation des poumons, on entend un foyer de râles sous-crépitants à la partie moyenne du poumon droit.

M. Lebée porte le diagnostic de *péritonite à pneumocoques* et envoie l'enfant dans le service de chirurgie du professeur Ombredanne. M. Aurousseau, chef de clinique, est d'avis de ne pas intervenir.

Le 19 janvier, l'état est le même, la température de 38°6-39°6.

Le 20 janvier, on ramène l'enfant dans notre service, et je l'examine.

C'est une enfant grande pour 7 ans, assez maigre. La température est de 39°1, le pouls est moins rapide que les jours précédents, à 130, mais la prostration est extrême, L'enfant se plaint surtout du ventre, gémit quand on y touche. Il est tendu et dur, douloureux à la palpation et à la percussion, même quand on procède avec douceur. Il y a un tympanisme généralisé qui remonte au niveau de la cage thoracique, du côté droit jusqu'à 6 travers de doigts, au-dessus du rebord costal et masquant la matité hépatique, du côté gauche jusqu'à 5 travers de doigts en masquant la matité splénique. Il y a une zone de submatité haute de trois travers de doigts au-dessus du publs et des arcades crurales.

A l'auscnltation dee poumons, on n'entend que quelques ronchus sonores.

Les dimensions et les bruits du cœur sont normaux.

Il y a un peu de diarrhée.

Les urines sont rares, 300 cmc., et contiennent des traces d'albumine.

Le soir, la température est à 38°6, et, le lendemain, 21 janvier, elle remonte à 40°. Le pouls est à 130, filiforme. L'enfant a une selle normale, on n'y trouve pas de sang. L'état général est très grave, l'abdomen très ballonné, la douleur, la défense musculaire sont très marquées. L'enfant meurt à midi ; la maladie a duré en tout onze jours.

J'ajoute qu'on avait constaté une cuti-réaction négative à la tuberculine, et un Bordet-Wassermann positif (H°).

L'autopsie est pratiquée par M. Lebée et M. Prétet, chef de laboratoire.

L'abdomen contient dans toute son étendue un pus verdâtre bien lié, présentant les caractères du pus à pneumocoques. L'épiploon est blanchâtre. Le foie est congestionné ; sur sa face convexe, à la partie inférieure du lobe gauche, on voit quelques tractus purulents. L'intestin est ballonné, l'appendice iléo-cæcal normal. Les poumons congestionnés ne présentent aucune trace d'hépatisation. Le cœur et le péricarde sont normaux.

L'examen du pus montre la présence des *pneumocoques*.

Le diagnostic de *péritonite à pneumocoques* est donc vérifié.

***

On a décrit les péritonites à pneumocoques avant de connaître le pneumocoque. On en retrouve en effet les caractères dans la description de la *péritonite idiopathique aiguë des enfants* qu'a donnée Gauderon dans sa thèse de 1876.

Aussi, dès que le pneumocoque eut été découvert par Pasteur en 1881, Talamon en 1883, Frænckel en 1884, la péritonite à pneumocoques fut-elle individualisée. En 1885, Bozzolo rapporte l'observation d'un adulte. En 1890, Boulay et Courtois-Suffit en rapportent une autre. La même année, Sevestre et Netter l'observent chez une fille de 8 ans et un enfant de quelques jours ; M. Gaillard chez une fille de 11 ans. Depuis, les observations se sont multipliées.

C'est surtout chez les enfants qu'on rencontre les péritonites à pneumocoques. Elles sont, en effet, deux fois plus fréquentes chez eux que ehez les adultes. Elles s'observent chez des enfants de tous âges. On les voit pendant la première enfance et même chez le nouveau-né, mais surtout pendant la moyenne et la grande enfances. Charles Michaut, dans sa thèse de 1901, sur la *péritonite à pneumocoques chez l'enfant*, en rapporte 33 cas. Il y en a 15 de 2 à 5 ans, 12 de 5 à 10 ans, et seulement 6 de 10 à 15 ans, 81 % des cas s'observent donc entre 2 et 10 ans et 19 % seulement entre 10 et 15 ans.

Cette affection est plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Michaut donne 27 observations de filles contre 5 observations de garçons ; 81 % des cas surviennent donc chez des filles.

La péritonite est rarement *secondaire* à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie. Le plus souvent elle est *primitive*, elle survient en pleine santé et sans localisation antérieure du pneumocoque. Cependant, si on cherche bien, trouve-t-on peut-être une rhinite, rhino-pharyngite, ou même une angine, affections si souvent causées par le pneumocoque.

◆◆

Dieulafoy, dans le livre de *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, qui contiennent ses leçons de 1896-97, consacre une leçon à la péritonite à pneumocoques ; il rapporte 17 cas dont 15 chez l'enfant. Sur ces 17 péritonites, 2 seulement sont consécutives à des infections pulmonaires, 15 sont primitives.

Michaut, sur 22 cas observés chez l'enfant, trouve 5 péritonites secondaires soit 22 %, et 17 péritonites primitives, soit 77 %.

***

La péritonite à pneumocoques réalise le type de la PÉRITONITE AIGUE GÉNÉRALISÉE.

Elle se traduit par un *syndrome péritonéal* : la douleur abdominale, les vomissements, le hoquet, qui cependant est rare, comme le faisait remarquer Dieulafoy, des modifications des selles ; par des *signes physiques* que révèle l'examen de l'abdomen : l'abdomen rétracté ou ballonné, signes d'épanchement ou non, etc. ; par un *syndrome de toxi-infection générale*, que caractérisent le facies, une température variable, le pouls, etc.

L'évolution est *suraiguë, aiguë*, ou encore, après une première phase aiguë devient *subaiguë*.

Je n'envisagerai que la *péritonite purulente*.

Quelle que soit l'évolution ultérieure, le DÉBUT est le même. Ce début est vraiment caractéristique. Brun, chirurgien des Enfants-Malades, en 1896, et Dieulafoy en ont donné une description définitive.

La péritonite débute brusquement, en pleine santé, au milieu de la nuit, dans la journée, au cours d'un repas, à l'école, en classe ou pendant le jeu. Ce début est marqué par une *douleur abdominale* extrêmement intense. C'est, dit Dieulafoy, un véritable « point de côté abdominal ». D'abord localisée, la douleur se généralise bientôt.

En même temps apparaissent d'autres symptômes.

Ce sont des *vomissements* plus ou moins nombreux, quelquefois incessants ; ils sont d'abord alimentaires, puis bilieux, verdâtres, porracés. Rarement ils manquent ou sont plus tardifs.

C'est la *diarrhée*. Elle existe au moins dans la moitié des cas ; elle est abondante, liquide. Elle peut apparaître plus tard, et, parfois, il y a de la constipation.

C'est enfin la *fièvre*. La température s'élève généralement d'une façon brusque ou rapide, atteint d'emblée 39° ou 40°. Quelquefois la fièvre est modérée ; elle peut même manquer.

Après ce début, l'évolution est variable et on doit décrire des FORMES CLINIQUES.

Le premier type est la *péritonite suraiguë*, la *péritonite septique diffuse*, dont Brun a donné la première description dans la *Presse médicale* du 27 février 1901. Michaut, son interne, en rapporte, la même année, 6 observations dans sa thèse.

La première observation de Brun mérite d'être relatée.

Une fille de 5 ans et demi, se couche en pleine santé. Le 9 octobre 1897, à 6 heures du matin, elle est réveillée par une douleur abdominale très vive, qui dure deux heures et s'accompagne de vomissements et de diarrhée.

Le 10 octobre, les vomissements persistent.

Le 11 octobre, l'état général est mauvais, le facies péritonéal, le pouls à peine perceptible, à 100, la température de 38° ; le ventre est peu ballonné, tendu, douloureux, surtout à droite. On pratique la laparotomie à 10 heures du matin.

Dans le péritoine on trouve un peu de liquide louche, inodore, quelques membranes sur les anses intestinales.

Le lendemain, 12 octobre, l'enfant meurt, à 5 heures du matin. La maladie a duré 3 jours.

A l'autopsie, on trouve dans le péritoine un peu de liquide, des membranes disséminées, du pus jaune verdâtre, contenant du pneumocoque, derrière l'estomac et autour de la rate. Les ganglions mésentériques sont gros. La plèvre droite contient quelques membranes : les poumons ne présentent pas de lésions. L'appendice est sain, macroscopiquement et au microscope. Dans la cavité de l'appendice et dans la paroi, on ne trouve pas de pneumocoques. La trompe droite est congestionnée.

Le tableau clinique est bien caractérisé.

Le début est brusque : douleur abdominale intense, vomissements, fièvre, diarrhée. Rapidement l'enfant prend le facies péritonique : le visage est pâle, le nez est pincé, les traits sont tirés, les yeux enfoncés, les pommettes saillantes, les tempes déprimées, le regard est angoissé. L'enfant est souvent couché en chien de fusil. La langue et les lèvres sont sèches, rôties. La soif est vive, et la moindre ingestion de liquide provoque des vomissements.

Les vomissements sont porracés ; quelquefois il y a des vomissements noirs par suite d'hémorragie gastrique. La diarrhée est abondante. Les urines sont rares et même peuvent se supprimer par suite de rétention ou d'oligurie.

Souvent il y a de la céphalée, de l'insomnie, de l'agitation, du délire ; souvent il y a de l'oppression, de la dyspnée, sans qu'il y ait de symptômes pulmonaires. La respiration est rapide et superficielle.

La température est plus ou moins élevée, à 38°-39°. Le pouls est rapide, filiforme ; on compte 140, 150, 180 pulsations.

Le ventre est le siège d'une douleur diffuse. Il est ballonné, tendu ; la défense musculaire est

peu marquée. Quelquefois le ventre est souple et la défense musculaire est nulle.

Finalement, les extrémités se refroidissent, se cyanosent, le regard se voile, le pouls devient misérable, incomptable, la température ne s'élève pas ou même s'abaisse, la mort survient par collapsus cardiaque. La maladie peut ne durer que 24 heures ; d'autres fois elle dure. 5, 6 ou 7 jours.

La laparotomie n'empêche pas la mort. Sur les 6 malades opérés par Brun, cités dans la thèse de Michaut, 5 sont morts. Un seul a guéri. Il s'agit d'une fille de 12 ans, opérée le troisième jour. Mais Michaut se demande si ce cas doit bien être classé parmi les péritonites septiques.

A l'autopsie, on trouve dans le péritoine une petite quantité de liquide, quelques cuillerées, dans les parties déclives, dans le petit bassin, dans les fosses lombaires, au-dessous du foie, derrière l'estomac, autour de la rate. C'est du pus verdâtre, sans odeur, ou simplement un liquide louche, ou même une sérosité brunâtre. On voit, à la surface de l'intestin, du foie, de la rate, de minces lamelles fibrineuses ou fibrino-purulentes, blanchâtres ou jaune verdâtre, peu adhérentes.

Donc, à un minimum de lésions péritonéales, s'oppose un maximum de gravité.

La deuxième forme, la *péritonite aiguë suppurée*, a été décrite avant la précédente. Elle est plus fréquente qu'elle.

Elle début de la même façon par le même syndrome douloureux, accompagné de vomissements, de diarrhée et de fièvre. Cette crise aiguë du début a généralement une courte durée. Au bout de 12 à 18 heures, elle s'atténue et d'autres symptômes s'installent.

Ce sont d'abord des *symptômes subjectifs et fonctionnels*.

La douleur abdominale est plus ou moins vive ; elle est généralisée ou se localise, notamment, soit dans une des fosses iliaques, soit à la région sous-ombilicale.

Les vomissements cessent généralement au bout d'un jour ou deux ; ou bien ils s'espacent et ne disparaissent qu'après 5 ou 6 jours.

La diarrhée persiste. Elle est abondante, liquide, verte ou jaune, quelquefois noire, car il peut se produire des hémorragies. Dans quelques cas elle est glaireuse et sanguinolente. La fétidité n'est pas rare.

Les *symptômes généraux* sont sévères.

La fièvre se maintient à 38°, 39°, 40°. Assez souvent, la température reste en plateau comme celle de la pneumonie.

Le pouls est rapide, petit, même filiforme.

L'aspect des malades varie. Les uns ont le facies péritonitique, d'autres, assez nombreux, le facies typhoïdique. Alors les lèvres sont sèches, la langue est rôtie. L'anorexie est complète ; il y a de la céphalalgie, de la prostration, de la torpeur, des épistaxis.

Les *symptômes locaux*, en dehors de la douleur abdominale, sont d'abord peu marqués. Le météorisme s'installe à partir du deuxième ou du troisième jour ; il augmente jusqu'au cinquième ou sixième jour. Il est généralisé et uniforme. Il n'y a pas de signes d'épanchement dans la cavité péritonéale, pas de submatité dans les parties déclives.

L'*évolution ultérieure* varie ; on peut décrire deux modalités principales.

Il y a une *forme grave*. Le pus se forme rapidement ,devient abondant. C'est une *péritonite purulente généralisée*: Les douleurs vives et les vomissements, au lieu de s'apaiser, persistent. La fièvre reste élevée. Le malade prend le facies péritonéal. Le ventre est gros, ballonné, des signes d'épanchement apparaissent dans les parties déclives, la matité remonte plus ou moins.

Cette forme est généralement mortelle en 6, 8 ou 12 jours.

Pratique-t-on la laparotomie du septième au dixième jour de la maladie, on trouve dans l'abdomen un pus abondant, jusqu'à 4 litres.

La laparotomie n'empêche pas la mort. Cependant parfois le malade guérit.

A l'autopsie, on trouve dans l'abdomen un pus abondant, crémeux, collecté dans le bassin, remontant plus ou moins sur la paroi postérieure. Les anses intestinales, distendues, baignent dans le pus. Le péritoine et parfois l'épiploon sont congestionnés et présentent un piqueté hémorragique.

La péritonite purulente aiguë généralisée n'est pas la forme la plus fréquente. La *forme la plus habituelle* et la plus caractéristique est celle où, après un début aigu, l'affection prend le *caractère subaigu*.

Après 4, 5 ou 6 jours, parfois 10 ou 12 jours, les phénomènes s'atténuent, une rémission se produit ; elle est, dit-on, plus tardive dans la variété typhoïdique que dans la variété péritonitique.

Alors la température s'abaisse, quelquefois brusquement comme dans la pneumonie, en général lentement, en lysis. Généralement, l'apyrexie n'est pas complète et la fièvre persiste au voisinage de 38°. En même temps, le pouls devient moins rapide et plus fort, le facies meilleur, la langue plus humide. La douleur de l'abdomen s'atténue et n'est plus guère provoquée que par la pression ; elle se localise dans une fosse iliaque ou la région sous-ombilicale.

La diarrhée disparaît et fait souvent place à la constipation.

Il peut se produire, au courant de cette rémission, des exacerbations passagères, avec de la fièvre, avec des vomissements et une augmentation de la douleur.

Le météorisme abdominal diminue, mais la sonorité ne redevient pas normale ; on constate, à la pression faible, une légère submatité attribuable aux membranes formées au devant de l'intestin. En outre, de la submatité ou de la matité dans les parties déclives dans les fosses iliaques, l'hypogastre, les flancs, témoignent de la formation de liquide.

Puis le ventre grossit ; il devient parfois très gros. Il est tendu, rénitent, relativement souple ; il n'y a pas de véritable défense musculaire. La matité augmente et s'élève ; elle présente des modalités différentes suivant le siège et le volume du liquide. Généralement elle est médiane, sous-ombilicale et hypogastrique ; souvent elle prédomine d'un côté, surtout dans la fosse iliaque droite. Quand le liquide atteint un certain volume, elle s'étend du pubis à l'ombilic, d'une fosse iliaque à l'autre. Le bord supérieur tantôt est convexe et atteint l'ombilic à sa partie moyenne, tantôt est concave, la partie moyenne s'approchant de l'ombilic et les extrémités se perdant dans les flancs. Au-dessus de la matité, on constate la sonorité de l'intestin plus ou moins distendu. La matité est fixe, ne se déplace pas suivant les changements de position, car le liquide est enkysté. Rarement elle est mobile, ce qui indique que le liquide est libre. Quelquefois, on peut percevoir la sensation de flot. Quand le liquide est abondant, on voit apparaître un réseau veineux sous-cutané sur la paroi abdominale.

La période de rémission et de formation de liquide est plus ou moins longue, elle dure 10 à 30 jours. En même temps que l'épanchement s'installe, la température monte et présente de grandes oscillations, le malade maigrit, et même se cachectise ; assez souvent toutefois, il garde un état général assez satisfaisant.

On opère souvent à cette période. Rarement, le liquide est inférieur à un litre ; souvent il atteint 2 ou 3 litres, parfois 4 litres, comme chez une fille de 8 ans observée par Sevestre ; 5 litres, comme chez une fille de 11 ans observée par M. Gaillard ; 8 litres, comme chez un garçon de 13 ans observé par M. Walther.

Le pus est crémeux, épais, fibrino-purulent. Il est contenu dans une cavité enkystée, dont la disposition diffère d'un malade à l'autre. Tantôt on trouve, au-devant de la masse intestinale, une grande loge, limitée par une membrane plus ou moins épaisse. Tantôt la loge occupe la moitié inférieure de l'abdomen ou assez souvent est localisée dans la région sous-ombilicale.

Généralement, une fois que le pus est évacué, la fièvre disparaît, l'état général s'améliore et l'affection évolue dans le sens de la guérison.

Il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, l'épanchement purulent est multiloculaire, l'affection traîne et des reprises peuvent se produire. En voici un exemple.

Le 8 juillet 1924, le professeur Rocher, de Bordeaux, a publié à la *Société de Pédiatrie* l'observation d'une fille de 13 ans atteinte d'une *péritonite suppurée à foyers multiples* et d'une *pleurésie purulente gauche à pneumocoques.* Cette enfant a d'abord une broncho-pneumonie double, qui dure 20 jours et se complique d'une néphrite hématurique. Quelques jours après la terminaison de la broncho-pneumonie, apparaissent une fièvre à grandes oscillations, des douleurs et une tuméfaction mal délimitée de l'abdomen. M. Rocher pratique une laparotomie latérale gauche qui fait écouler 750 gr. de pus jaune verdâtre. Puis on découvre une pleurésie purulente de la grande cavité gauche. Une thoracotomie avec résection costale retire un litre et demi de pus. Les plaies se cicatrisent, l'enfant quitte l'hôpital. Cinq semaines après, la cicatrice abdominale se rouvre, il se produit une fistule pyo-stercorale ; d'autre part du pus s'écoule par le vagin. On constate un gros empâtement dans la fosse iliaque droite et le bassin. M. Rocher fait une laparotomie latérale droite et découvre une collection enkystée. L'enfant guérit rapidement. Dans le pus, il y avait des pneumocoques.

On n'intervient pas toujours, soit de propos délibéré, soit parce que le diagnostic n'a pas été porté. Alors on assiste à la dernière phase de cette évolution.

Le pus *s'extériorise à l'ombilic.* Le fait est assez fréquent. Il est presque caractéristique de la péritonite à pneumocoques. La fièvre s'accentue, les douleurs abdominales reparaissent, l'ombilic se déplisse, devient rouge, saillant ; une fistule ombilicale se forme qui donne issue au pus ; celui-ci peut être abondant. Cette issue du pus par l'ombilic se fait au bout de 15, 30 ou 40 jours. Elle est suivie de l'atténuation ou de la disparition des symptômes généraux et locaux. La fièvre baisse, l'état général s'améliore, les douleurs cessent, le ventre s'aplatit et devient souple. En général la terminaison est favorable et une intervention chirurgicale n'est pas nécessaire. Parfois l'évacuation est insuffisante et il convient d'intervenir. Mais il ne faut pas se hâter Parfois d'autres migrations du pus se produisent. Il peut sortir dans le vagin, dans le scrotum, dans le triangle de Scarpa.

Quelquefois, si on abandonne l'affection à elle-même, le malade meurt, du fait soit de la cachexie, soit d'une complication telle qu'une broncho-pneumonie ou des suppurations à distance. Sur 17 cas de péritonites subaiguës rapportés dans la thèse de Michaut, il y a 2 morts, soit une mortalité de 11, 77 %.

La péritonite peut entraîner diverses complications sur lesquelles je n'ai pas le loisir de m'arrêter. Voici par exemple, une observation de

péritonite à pneumocoques localisée ayant déterminé une *occlusion aiguë du grêle*, relatée le 15 juin 1926 par M. Paul Mathieu à la *Société de Pédiatrie.*

Une fille de 4 ans est prise, un jour, de frissons, de vomissements alimentaires, d'une température à 39°, de douleurs abdominales diffuses. Le dixième jour, se produit une amélioration et l'apyrexie s'installe. Le treizième jour, on constate que l'abdomen est indolore, mais très ballonné ; on craint une péritonite tuberculeuse. Le dix-septième jour le ballonnement devient considérable, on constate des mouvements antipéristaltiques, on porte le diagnostic d'iléus du grêle. M. Mathieu pratique la laparotomie. Les anses intestinales sont très dilatées au-dessus d'une adhérence siégeant dans la fosse iliaque gauche. A ce niveau, il y a une collection contenant un grand verre de pus, où on trouve du pneumocoque. La guérison est rapide.

On peut décrire *d'autres formes* de péritonite à pneumocoques.

MM. Mouriquand, Bernheim et Rendu, dans les *Archives de médecine des enfants* d'octobre 1926, isolent une *forme abortive.* Le syndrome péritonéal se retrouve avec tous ses caractères ; puis, plus ou moins tôt, quelquefois seulement vers le dixième jour, les symptômes régressent et la guérison se produit. « La disparition des symptômes, écrivent ces auteurs, est pour le médecin un objet d'étonnement. »

MM. Mouriquand, Bernheim et Rendu décrivent, dans le même mémoire, une *forme à rechutes*, qu'ils rattachent à la précédente et qui est d'ailleurs exceptionnelle. Ils en citent une belle observation.

Un garçon de 5 ans a une température élevée, des douleurs abdominales très vives, sans signes d'appendicite, qui disparaissent au bout de vingt-quatre heures. Il guérit rapidement. Quinze mois après, brusquement il est pris de température à 40° ; la fièvre persiste à 38°, 39°, et on constate une angine légère ; le troisième jour, alors que la température est revenue à la normale, surviennent des douleurs abdominales très vives, surtout à l'épigastre, accompagnées de vomissements, qui se reproduisent par crises pendant trois jours ; on ne constate qu'une légère contracture de la région sous-ombilicale ; au bout de douze jours l'enfant est guéri. Onze mois après, le même syndrome se reproduit ; on pratique la laparotomie ; on trouve une péritonite adhésive avec plusieurs foyers de pus contenant du pneumocoque. L'enfant meurt le cinquième jour après la laparotomie.

J'ai eu pour objet, dans ma description, la péritonite primitive. De temps en temps on observe des *péritonites secondaires* à une pneumonie, à une broncho-pneumonie.

Souvent la péritonite est *insidieuse* : elle passe inaperçue jusqu'à l'apparition des symptômes d'un épanchement abdominal, de la saillie de l'ombilic et de l'évacuation du pus par une fistule ombilicale, qui se produit deux à huit semaines après le début de l'affection primitive.

Plus rarement, la péritonite est *aiguë* : l'affection pulmonaire se termine, il y a une phase de rémission ; puis quelques jours après, le début est brusque, comme dans la péritonite primitive ; la suppuration est rapide.

***

Il est important de connaître les différentes modalités des péritonites à pneumocoques pour se rendre compte des difficultés que comporte le DIAGNOSTIC.

Le diagnostic est dominé par le *syndrome initial*, comme l'ont bien précisé Brun et Dieulafoy. Dieulafoy dit : « La douleur du ventre (le point de côté abdominal), les vomissements et la diarrhée, avec fièvre plus ou moins élevée, forment le syndrome soudain et caractéristique de la péritonite à pneumocoques. » Au moment où ce syndrome est constaté, il doit faire penser à la péritonite à pneumocoques ; quand il a disparu, son commémoratif doit également y faire penser.

Un autre élément, c'est l'atténuation plus ou moins rapide du syndrome, toutefois avec persistance de la diarrhée.

Le diagnostic comprend deux étapes : 1° Y a-t-il péritonite ? 2° Cette péritonite est-elle due au pneumocoque ?

Y a-t-il péritonite ? Au début, on peut hésiter, car diverses causes peuvent réaliser les syndromes douloureux de l'abdomen. Chez les enfants, elles sont assez limitées.

On n'a guère à retenir les coliques néphrétique, hépatiques ou saturnines.

Parfois il s'agit de coliques intestinales, d'un syndrome colique aigu, auquel peuvent faire penser également des selles dysentériformes. Il peut s'agir d'une perforation gastrique ou intestinale ; on a même décrit une forme simulant cette dernière. Il peut s'agir d'une occlusion intestinale et l'occlusion, nous venons de le voir, est parfois la conséquence d'une péritonite à pneumocoques.

Assez souvent il s'agit d'une appendicite aiguë ; j'y reviendrai tout à l'heure. Souvent enfin il s'agit d'une pneumonie.

N'oubliez pas que, chez l'enfant, la pneumonie débute souvent d'une façon brusque, par un point de côté abdominal et des vomissements, et que la douleur peut siéger dans la région appendiculaire. On est parfois très embarrassé.

Il y a quelques années, un médecin me téléphone un matin ; sa fille, me dit-il, a été prise, au

milieu de la nuit, d'une douleur abdominale extrêmement vive et de vomissements. Je vais la voir de suite : l'enfant, âgée de 7 ou 8 ans, a une température élevée, a des vomissements incessants, se plaint de douleurs très vives dans le ventre, qui est un peu météorisé. Je pense naturellement à une pneumonie, mais cependant, étant donné le mauvais facies, la petitesse et la rapidité du pouls, le météorisme abdominal, la douleur localisée surtout du côté droit de l'abdomen, je me demande s'il ne s'agit pas d'une crise d'appendicite suraiguë. Jalaguier consulté considère celle-ci comme vraisemblable. C'est également l'opinion du professeur Duval, qui opère. Il n'y avait pas d'appendicite, mais une péritonite à pneumocoques. Une température élevée, des douleurs atroces, des vomissements incessants ont persisté jusqu'à la mort survenue au bout d'une huitaine de jours.

A la période d'état de l'affection, quand le syndrome péritonitique est net, le diagnostic de péritonite est facile. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il y a des cas où l'enfant a l'aspect d'un typhique ; la confusion est alors facile et souvent faite avec la grippe, la fièvre typhoïde, les états septicémiques. Rien d'étonnant, d'ailleurs, car la péritonite à pneumocoques est en réalité une localisation de la septicémie pneumococcique.

A la période subaiguë, quand, après la phase de rémission, les symptômes abdominaux s'installent, le diagnostic de péritonite devient bientôt évident ; on peut toutefois penser non pas à une péritonite suppurée, mais à une péritonite ascite.

Après avoir reconnu l'existence d'une péritonite, il faut reconnaître que c'est une *péritonite à pneumocoques*.

En réalité les caractères cliniques qui conduisent au diagnostic de péritonite conduisent à celui de sa nature pneumococcique.

Les éléments de diagnostic varient suivant la forme et la période de la péritonite.

Pour toutes les formes et à toutes les périodes, la confusion est possible avec la péritonite appendiculaire, qui peut être une péritonite septique diffuse, une péritonite purulente généralisée, une péritonite péri-appendiculaire plastique ou une péritonite enkystée.

A la phase subaiguë, la confusion peut être faite avec la péritonite tuberculeuse, ascitique ou caséeuse. Voici un exemple.

Peu de temps après la guerre, je suis demandé dans les environs de Reims auprès d'un garçon d'une dizaine d'années. Il était atteint, pensait-on, d'une péritonite tuberculeuse et il s'agissait de décider son envoi soit à Arcachon, soit dans la montagne. Le premier fait qui attire mon attention en commençant l'examen du malade, c'est un ombilic saillant où débouche une fistule donnant issue à un peu de pus. Il existe une collection sous-ombilicale. Je retrouve par mon interrogatoire le syndrome initial. Il s'agissait d'une péritonite à pneumocoques. Le malade a guéri spontanément en trois ou quatre mois.

Quelquefois, le diagnostic est à faire avec une péritonite à gonocoques, qui n'est pas exceptionnelle chez les filles, avec une péritonite à streptocoques, etc.

Dans tous les cas, l'examen bactériologique du pus, en décelant le pneumocoque, confirme ou fait faire le diagnostic.

***

Dans le péritoine, le pneumocoque réalise, suivant le nombre ou la virulence des germes et des facteurs mal connus, des types anatomo-cliniques très divers : des infections péritonéales suraiguës tuant rapidement presque sans suppuration, des infections aiguës suppurées, des infections présentant une première phase aiguë, puis une seconde phrase subaiguë avec suppuration enkystée. Il y a même des formes abortives avec réactivation éloignée. Quelle que soit la forme clinique, la péritonite à pneumocoques est généralement primitive. Le péritoine est infecté par la voie sanguine, au cours d'une septicémie pneumococcique.

On est amené tout naturellement à comparer la péritonite à pneumocoques à la pleurésie à pneumocoques. Celle-ci, beaucoup plus fréquente, est généralement secondaire à une broncho-pneumonie ou à une pneumonie, mais elle peut être aussi primitive. Dans la plèvre, le pneumocoque ne réalise guère d'infection suraiguë comparable à la péritonite septique diffuse. Il réalise des infections suppurées, quelquefois aiguës et à grand épanchement, plus souvent subaiguës et enkystées. Parfois la pleurésie à pneumocoques prend une allure véritablement chronique, avec des poussées successives, et se prolonge durant des semaines, des mois, et même, comme j'en ai vu, pendant des années.

Plèvre et péritoine, réagissent donc chacun à sa façon à l'infection pneumococcique.

***

La réputation de bénignité relative, accordée à la péritonite à pneumocoques, n'est pas aussi justifiée qu'on le pense, ou plutôt qu'on le pensait autrefois communément. Dans la thèse de Michaut, par exemple, nous lisons que, dans la péritonite septique, la mortalité atteint 85,71 % (6 morts sur 7 cas), avec les réserves que j'ai faites, que dans la péritonite aiguë suppurée elle atteint 75 %, (3 morts sur 4 cas) que dans la péritonite subaiguë enkystée, primitive, elle tombe à 11,77 % (2 morts sur 17 cas) et dans la

péritonite subaiguë secondaire elle est nulle (aucun mort sur 5 cas). La mortalité globale est de 33,1 % (11 morts sur 33 cas).

Somme toute, la péritonite à pneumocoques a une certaine bénignité, mais assez souvent elle est grave. Le pronostic dépend de la forme clinique.

En présence d'une péritonite à pneumocoques, il faut instituer le TRAITEMENT MÉDICAL des péritonites aiguës, et discuter l'opportunité du TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Quand on a appris à reconnaître la *péritonite septique diffuse*, les chirurgiens étaient interventionistes ; c'était l'opinion de Brun et de son élève Michaut : « Ici le traitement chirurgical ne souffre aucune discussion, écrit ce dernier,... La laparotomie offre aux malades une chance de survie, alors qu'ils sont irrémédiablement perdus si on s'abstient. On la pratiquera le plus tôt possible. » Nous en avons mentionné les résultats déplorables, et actuellement, on préfère s'abstenir. Le malade meurt, qu'il soit opéré ou non.

Pour la *forme grave* de la *péritonite aiguë suppurée*, dans laquelle se forme rapidement un épanchement purulent volumineux, on peut opérer dès que le pus est collecté. Malgré une intervention précoce, la mortalité reste élevée : MM. Paisseau et Duchon, à la *Société de Pédiatrie* du 20 février 1923, publient un exemple typique de ces insuccès : un garçon de 16 ans est opéré le troisième jour d'une péritonite avec grand épanchement sero-purulent, il meurt le cinquième jour de la maladie. L'observation que j'ai citée tout à l'heure, en est un autre exemple.

Dans la *forme habituelle* où, après un début aigu, l'évolution devient subaiguë, il ne faut pas se hâter d'intervenir : on opère si le pus est abondant ou, quand la collection est enkystée, sans attendre l'évacuation spontanée.

Quand la collection s'est ouverte spontanément à l'ombilic, on intervient ou on s'abstient suivant les cas, en tenant compte de l'état local et de l'état général. La guérison peut se faire spontanément : témoin le garçon, dont j'ai cité l'observation tout à l'heure.

***

La fillette que vous avez pu suivre dans le service réalise un exemple typique de la péritonite aiguë suppurée à pneumocoques.

L'affection a eu un début brusque par une douleur abdominale très vive ; mais, contrairement à la règle, celle-ci ne s'est accompagnée ni de vomissements, ni de diarrhée.

Rapidement, la douleur s'est atténuée. Pendant quelques jours les phénomènes abdominaux ont été peu caractérisés ; par contre les symptômes généraux ont été sévères et ont fait penser à une grippe, puis à une fièvre typhoïde.

Après une rémission passagère de la température, le huitième jour, la fièvre a repris, les symptômes de péritonite se sont accusés ; mais il n'y avait qu'une faible quantité de liquide dans le péritoine.

L'enfant est morte le onzième jour ; on a trouvé dans le péritoine une petite quantité de liquide louche et de pus.

L'opportunité d'une intervention a été discutée et les chirurgiens ont conclu à l'abstention. C'est la ligne de conduite qu'ils suivent habituellement en pareille circonstance.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT DES SINUS FRONTAUX

Par M. Henri FISCHER,

Assistant de médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Membre de la Société d'Anthropologie de Paris.

Les opinions les plus dissemblables ont été émises par les différents auteurs qui ont voulu fixer ou préciser le développement définitif des sinus frontaux. Nous n'entrerons pas dans les nombreux détails bibliographiques de cette question assez complexe, nous nous contenterons d'indiquer les faits qui ressortent de ces études.

Alors que, pour certains anatomistes, les sinus frontaux sont d'autant plus développés que le sujet est plus âgé (Poirier : *in* « Etude sur les abcès des sinus frontaux par Guillemain, *Arch. d'Opht.*, 1891, p. 2), qu'ils deviennent progressivement de plus en plus spacieux (Le Double : Traité des variations des os du crâne chez l'homme, 1903), d'autres, en revanche, fixent leurs dimensions définitives entre 15 et 20 ans. (Gérard : Enfoncement d'un sinus frontal de la variété des grands sinus : *Echo médical du Nord*, 29 janvier 1927). Mais aucun de ces anatomistes n'a entraîné avec lui l'adhésion complète et il ne semble pas encore qu'aujourd'hui, malgré tout le travail accompli, on puisse donner des conclusions bien précises.

Nous désirons, dans cette courte note, verser dans ce débat les résultats de recherches morphologiques que nous avons entreprises dans ce but, soit sur le cadavre, soit au moyen de la radiographie.

Nous pensons donc que l'on peut considérer deux grandes classes :

1° Le type habituel ;
2° Le type anormal.

A) **Le type habituel.**

D'après notre statistique, les sinus frontaux n'apparaissent pas avant 15 ou 20 mois. Le développement,qui s'effectue aux dépens de la cellule ethmoïdo-frontale,est très lent, progressif, de bas en haut et de dedans en dehors, et on peut dire que, vers l'âge de 14 ans, il a acquis un volume déjà assez important qui continue à s'accroître pour devenir définitif vers 25 ans.

Il est, à ce moment-là, le plus souvent, du type moyen décrit par les auteurs, ayant une capacité de trois centimètres cubes environ (Stanculéanu, Thèse de Paris, 1902), de forme prismatique triangulaire assez irrégulière, à sommet supérieur et à base inférieure (S. Radoïevitch : Contribution à l'étude anatomique des sinus frontaux, *Journ. de médec. de Bordeaux*, 10 février 1925).

Toutefois, ce type courant peut être variable au point de vue topographie générale, mais non pas pour ce qui est de son volume.

La capacité de ces sinus, à partir de ce moment-là, ne change pas et si, cependant, il peut paraître dans la suite, plus étendu ou au contraire être réduit, ce sont les parois qui entrent en jeu et non plus le développement du sinus proprement dit.

Les sinus sont cependant chez l'homme plus grands que chez la femme : 3 cm. chez l'homme, 16 mm. chez la femme.

Exceptionnellement, cependant, on rencontre des variations congénitales du sinus type normal :

1° *Portant sur leur forme, leur structure* : la cloison médiane verticale qui sépare l'un de l'autre les deux sinus frontaux peut manquer, être perforée, déviée à droite ou à gauche. Chacun d'eux est divisé quelquefois en deux ou trois compartiments par une ou deux cloisons sagittales.

2° *Modifiant leurs rapports* : absence de rapport entre la face antérieure du frontal et sa partie médiane, pour ne citer qu'un exemple particulièrement frappant.

Et ces malformations peuvent même se rencontrer, d'un côté à l'autre, chez un même sujet.

Ce sont ces différentes dispositions qui peuvent agir, mais par contre-choc, sur la capacité de ces éléments.

3° *Dues à un développement retardé.* Les sinus n'ayant terminé définitivement de croître qu'à trente ou trente-cinq ans.

B) **Types anormaux.**

Dans cette deuxième catégorie nous ferons entrer :

a) *Les sinus minuscules*, très restreints, offrant les dimensions d'un grain de maïs (Sieur et Jacob), qui se rencontrent, dans un tiers des cas d'après ces auteurs, dans 3 p. 100 des cas d'après Lothrop (*Annals of Surgery*, 1899), que Mouret considère comme très rares et qui, d'après les recherches de notre ami Radoïévitch, se trouveraient seulement dans 5 p. 100 des cas. Notre statistique personnelle répond à 4 p. 100. Nous devons ajouter cependant que, même quand les sinus sont petits et ne s'étendent pas dans la partie verticale du frontal, ils semblent, d'une façon presque constante, présenter une portion située immédiatement au-dessus de la branche montante du maxillaire supérieur (Radoïévitch).

b) *Les sinus géants* à pneumatisation spacieuse, s'étendant dans toute la bosse frontale, gagnant même le pariétal (Ruysch), la suture sphéno-temporale, pouvant avoir des prolongements :

1) Fronto-orbitaire. Ils sont des plus variables, soit comme étendue transversale (prolongement sourcilier ou frontal proprement dit), soit comme profondeur dans le sens antéro-postérieur (prolongement orbitaire).

2) Nasal : Prolongements dans les os propres, du nez et dans l'apophyse crista-galli (Zuckerkandl, Sieur et Jacob).

3) Ethmoïdal et sphénoïdal. C'est ainsi que ces rapports peuvent expliquer anatomiquement les pansinusites.

Ces sinus géants, du fait d'une augmentation de leurs rapports avec des organes particulièrement fragiles (encéphale, œil), du fait également de la diminution de l'épaisseur de leurs parois, acquièrent dans la pathologie une importance considérable.

c) *L'absence des sinus frontaux* dont la fréquence est diversement interprétée (Poirier 2 fois, Bouyer dans 4 à 5 p. 100 des cas, Radoïévitch 1 p. 100,une observation personnelle,(Henri Fischer : *Notes de morphologie clinique*, 1927, Imprimerie moderne).

d) *Sinus frontaux supplémentaires* situés généralement en arrière du prolongement sus-orbitaire du sinus frontal normal (Mouret : *Arch. intern. de laryngologie et otologie*, 1900, p. 483) (7 %).

e) *Sinus frontaux rétrécis.* Certaines dispositions anatomiques diminuent considérablement la cavité sinusale : épaississements des parois osseuses.

Les cavités voisines peuvent empiéter sur leur étendue : cellules ethmoïdales bombant en dôme dans le plancher, gouttière de l'unciforme faisant un relief plus ou moins accusé à l'intérieur, l'agger nasi formant une dilatation bulleuse refoulant le plancher et se mettant en contact avec les sinus. Proportion : 9 %.

En résumé, nous proposons la classification suivante en deux groupes pour les différentes

variétés de sinus frontaux, afin de simplifier ainsi la nomenclature et d'être en rapport avec les données embryologiques.

1er groupe : type habituel ou normal (développement régulier) 75 % :

a) Dimensions définitives 25 ans.
b) Sinus moyens : 3 cmc.
c) Homme > femme.
d) En avançant en âge, le volume réel ne varie pas : *L'épaisseur des parois est d'autant moindre que les sinus sont plus volumineux* d'où agrandissement apparent.
e) *Variations de ce type* : 1) forme ; 2) structure ; 3) rapports ; 4) retard dans le développement.

2e groupe : types anormaux embryologiquement, 25 % :

Sinus minuscules ;
Sinus géants ;
Sinus supplémentaires ;
Absence de sinus ;
Sinus rétrécis.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'efficacité de la spartéine en thérapeutique cardiaque.

R. Roger vient de faire une étude très complète de la spartéine, dont il faut retenir quelques points intéressants en clinique.

La spartéine possède un pouvoir cardiocinétique aux doses faibles et dans la période initiale de son effet aux doses moyennes, mais surtout un pouvoir cardiotonique remarquable. Elle est très peu toxique. On considère comme doses faibles, les doses inférieures à 25 centigrammes, comme doses moyennes les doses de 25 à 50 centigrammes, et comme doses fortes seulement les doses supérieures.

La spartéine offre, en outre, l'avantage de ne pas s'accumuler dans l'organisme ; son efficacité est presqu'égale, qu'elle soit administrée par voie buccale ou par voie hypodermique.

Il y a intérêt à donner la dose quotidienne prescrite en plusieurs prises régulièrement espacées.

Si, contre la crise d'asystolie aiguë, le praticien dispose de nombreux agents cardiocinétiques, dans l'hyposystolie, la spartéine paraît un excellent tonicardiaque d'entretien. (*Journal des Praticiens*, 1er mai 1927.)

Les accidents de la rachianesthésie.

Ils comprennent, dit le professeur Cruchet, deux ordres de faits : 1° les ratés qui ont fait juger la méthode infidèle ; 2° les accidents proprement dits, qui ont fait qualifier la méthode dangereuse, et qui peuvent être d'une part anesthésiques ou bulbaires, d'autre part post-anesthésiques, soit méningés, soit nerveux, paralytiques ou trophiques.

Le temps n'est plus où l'on opposait aux anesthésies générales dangereuses, la rachi-inoffensive ; toutes les anesthésies comportent des risques et des dangers.

La rachi présente deux grands inconvénients : 1° La voie de pénétration de l'anesthésique ; elle détermine, indépendamment du toxique employé , une hypotension violente, et une irritation méningée parfois vive qui vont limiter les indications : pas de rachi chez les hypotendus, chez les septicémiques, les tuberculeux, les syphilitiques ; 2° la nécessité d'injecter toute la dose anesthésiante d'emblée ; or, cette dose est calculée approximativement et les erreurs d'appréciation jointes aux susceptibilités individuelles peuvent causer des surprises désagréables ; ces surprises, que rien ne peut faire éviter, viennent soudain noircir les plus belles statistiques, et font juger la méthode plus grave dans l'ensemble de son application que ne le sont les anesthésies générales.

Mais, d'autre part, ses avantages sont indiscutables. A la rigueur, elle permet de se passer d'un aide, surtout elle donne le merveilleux silence abdominal, qui facilite tant les opérations sur le petit bassin et l'abdomen et peut modifier complètement le pronostic opératoire. Elle supprime aussi les secousses violentes de la période d'excitation, qui peuvent aggraver les lésions. Enfin, elle n'altère nullement le foie et ne congestionne pas le poumon. Pour les opérations abdominales graves , la rachi semble actuellement l'anesthésie de choix.

Aussi comme les accidents semblent malgré tout relativement rares, ne saurait-il être nullement question de proscrire la rachi des méthodes chirurgicales. Mais il est indispensable de bien la connaître pour ne l'employer qu'à bon escient. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, juin 1927.)

Guérison rapide du coryza aigu.

C'est une nouvelle conquête de la diathermie, exposée par le prof. Bordier. Il s'agirait, pour guérir le coryza, de déterminer dans les fosses nasales une chaleur locale capable d'amener rapi-

dement la cessation de la sécrétion des glandes de la pituitaire et une décongestion de cette muqueuse ; il était rationnel de penser à la chaleur produite par les oscillations de haute fréquence (diathermie) pour satisfaire à ce desideratum.

A deux électrodes primitivement employées sous forme de bougies d'Hégar, l'auteur a substitué des électrodes en forme de cuillères fixées sur deux manches isolants ; et mieux, il a fait construire une double valve constituant une électrode bipolaire ; ce sont des plaques métalliques de 50 mm. sur 20 mm. et 1 mm. d'épaisseur, fixées aux branches flexibles d'un V en matière isolante. L'appareil est construit pour tenir sur les côtés du nez sans que le malade doive intervenir.

L'intensité doit être progressivement augmentée jusqu'à ce que le patient accuse une sensation de chaleur endo-nasale très nette. Il est à noter que si le coryza ne siège que d'un côté, c'est de ce côté-là que la sensation de chaleur est la plus forte. Mais, à mesure que la séance se prolonge, cette sensation calorifique pour une même intensité devient de plus en plus pénible ; il faut diminuer le courant.

La guérison est annoncée pendant la séance par le fait que le courant devient plus difficile à supporter. Après la séance, les malaises du coryza se sont évanouis ; la respiration nasale rétablie est devenue facile ; le malade n'éternue plus, la sécrétion est tarie ; mais le gonflement ne disparaît que progressivement, et la voie redevient normale le lendemain seulement.

Dans la plupart des cas, une seule séance suffit ; mais le résultat est meilleur et plus complet si le malade peut être soumis à deux ou trois reprises à l'action de la d'Arsonvalisation diathermique. (*Paris médical*, 11 juin 1927.)

Les fausses syphilis imputables à une sérologie mal faite ou mal interprétée.

Le prof. L. Spillmann, spécialiste éminent en la matière, ne saurait trop mettre en garde les médecins praticiens contre ces erreurs néfastes. On ne doit, dit-il, porter le diagnostic de syphilis après contrôle sérologique que dans les cas où la clinique marche de pair avec le laboratoire. Passe encore lorsqu'il s'agit de vérifier l'action bienfaisante d'un traitement anti-syphilitique chez un malade dont les manifestations morbides paraissent légitimer une thérapeutique d'épreuve ; il faut penser à la syphilis, et on peut en parler, si ce diagnostic ne doit pas avoir de conséquences familiales regrettables. Il faut, par contre, éviter soigneusement d'affirmer l'existence de la syphilis lorsque la clinique est négative et lorsque les probabilités d'une infection à tréponème sont discutables. Tout au plus doit-on, si le doute persiste, mettre le malade en observation et procéder à des investigations sérologiques dans des laboratoires différents. Toute autre façon de procéder exposerait le médecin à se tromper gravement et à jeter trouble et déshonneur dans les familles.

Il n'est pas douteux que, de nos jours, de louches officines trafiquent avec la santé de malades trop crédules. (*Revue médicale de l'Est*, 1er avril 1927.)

Angine de poitrine et théorie coronarienne (Notes critiques).

Le travail de M. A. Clerc ne peut avoir la prétention de conduire vers une clarté définitive ; car, si l'angine de poitrine, en tant que manifestation douloureuse et angoissante, d'intensité excessive et de siège déterminé, apparaît une quant à sa cause immédiate, c'est-à-dire suppose une irritation des plexus nerveux cardiaques dont les irradiations demeurent comparables, — par contre les modalités cliniques restent multiples et varient selon des conditions, qui tiennent, soit à la susceptibilité névropathique du sujet, soit à l'énergie ou à l'origine de l'excitation qui déclanche la crise.

C'est pourquoi, faute de mieux, la division en angine fonctionnelle (ou névrotique) et lésionnelle (ou organique) devrait être, pour l'instant, et malgré tout, maintenue ; et si, en ce qui concerne la dernière, la multiplicité des théories pathogéniques reste inévitable, et si l'éclectisme demeure, pour l'instant tout au moins, l'aboutissant presqu'obligé de nos conclusions, la théorie coronarienne (que l'on adopte l'oblitération proprement dite ou le spasme constricteur) reste encore, dans la majorité des cas, mais non dans tous, la mieux capable d'expliquer l'angor en général, et en particulier l'angine dite d'effort avec ses conséquences mécaniques et physiologiques si graves, telles que l'expérimentation nous les souligne.

L'électro-cardiographie, au point de vue du diagnostic, n'a pas dit son dernier mot et, en nous permettant, à elle seule, d'envisager la possibilité d'un foyer de méiopragie, et même de désintégration myocardique, elle nous permet de donner comme un substratum lésionnel, vérifié par l'expérimentation, aux phénomènes douloureux, et de les séparer ainsi, bien souvent, des simples précardialgies, sans conséquence.

Sans doute, il ne s'agit pas de supposer trouvée la clef passe-partout, qui nous permettrait de pénétrer plus avant dans le mystère d'un trouble ; sans doute l'angine de poitrine représentera longtemps peut-être un champ toujours fertile en erreurs inévitables d'interprétation, mais dès à présent l'anatomie, la physiologie, la médecine expérimentale, nous indiquent la direction à suivre. (*La Presse médicale*, 11 mai 1927.)

L'état carminé de la muqueuse buccale dans l'insuffisance hépatique grave.

Noël FIESSINGER insiste sur la valeur de ce symptôme, qui intéresse uniquement la muqueuse buccale et la muqueuse pharyngée, et qu'il faut distinguer du symptôme cutané (ictère safran) de la spirochétose ictéro-hémorrhagique.

On le rencontre surtout dans les cirrhoses alcooliques, les ictères graves, et les grands ictères infectieux ou toxiques. Le symptôme apparaît associé ou non à l'ictère, même au cours de simples subictères ; mais, chaque fois, il s'agit alors d'une maladie sérieuse, nécessitant un traitement sévère et le repos absolu.

Il s'agit d'une rougeur très spéciale, d'un carmin vif, de la muqueuse du voile du palais, du pharynx et jusqu'à la face interne des joues. La langue lorsqu'elle est saburrale présente cette même rougeur de la pointe et des bords, et souvent aussi au niveau de sa base. Il arrive même, chez certains malades plus sérieusement touchés, que la langue se dépouille entièrement et apparaisse aussi lisse, mais plus rouge que la langue du muguet. Cette rougeur spéciale reste inaperçue des malades le plus souvent ; certains peuvent se plaindre de chaleur ou de sécheresse de bouche. Rien ne modifie cette rougeur ; il faut une diète sévère et le repos absolu pour la voir quelquefois s'atténuer, rarement pour la voir disparaître.

Ce symptôme s'associe souvent à une sécheresse anormale de la peau, à la peau râpeuse, qui possède une signification analogue.

Avec celui-ci, il y a constance d'insuffisance hépatique.

Certains hépatiques avec état carminé de la muqueuse buccale peuvent s'améliorer, mais, tant que ce signe existe, on reste dans les plus grandes réserves et on craint deux évolutions possibles : les hémorragies digestives et l'ictère grave.

Ce symptôme est dû à la méiopragie vasculaire, qui est la conséquence de la grande insuffisance hépatique et peut expliquer les hémorragies digestives en dehors de tout trouble de coagulation ou du temps de saignement. Conclusion thérapeutique : le repos au lit est la meilleure méthode thérapeutique à opposer à l'insuffisance hépatique menaçante. On lui adjoint un régime sévère, lacté ou lacto-végétarien, une opothérapie hépatique, et on attend avec prudence et patience la réparation lente du parenchyme.

Se méfier, en pareil cas, du cyanure du mercure intraveineux et du novarsurol, médicaments à double action, qui peuvent agir favorablement quand l'état fonctionnel présente des ressources, mais terrassent rapidement quand la résistance hépatique en est sur ses dernières lignes. (*Journal des Praticiens*, 30 mars 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Dyspnée de Kussmaul sans acidose.

(MM. WIDAL, BOULIN, THOMAS et WOLF. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-5-1927.)

La dyspnée spéciale décrite par Kussmaul est, de l'avis général, l'un des signes les plus importants et les plus caractéristiques de l'acidose. Elle appartient surtout au coma diabétique, à tel point qu'on a pu décrire ce dernier sous le nom de coma dyspnéique, mais on la retrouve plus ou moins nettement, soit au cours d'affections analogues, comme les vomissements acétoniques de l'enfance, soit au cours d'états disparates qui peuvent, à titre accessoire, être générateurs d'acidose, comme le choléra (Kuss) et les grandes hémorrhagies. Elle appartient également au tableau de l'intoxication expérimentale par les acides (MM. Labbé et Violle). Elle semble, dans tous ces cas, être en relation avec l'irritation produite sur les centres bulbaires par un sang trop riche en ions acides.

A ces faits s'opposent ceux, plus rares, où la dyspnée de Kussmaul ne semble pas dépendre de l'acidose. Ainsi, on a observé cette dyspnée au cours des méningites tuberculeuses, de l'anémie pernicieuse, du cancer, etc. MM. Widal, Boulin, Thomas et Wolf viennent d'en voir un cas chez un malade atteint d'œdème malin. Le mécanisme pathogénique reste non élucidé.

Tumeur cérébrale ayant simulé la paralysie générale. Guérison clinique par la radiothérapie.

(MM. P. LÉCHELLE, BARUK et LEDOUX-LEBARD. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-5-1927.)

Parmi les nombreuses formes cliniques réalisées par les tumeurs cérébrales, il en est quelques-unes dont presque toute la symptomatologie est constituée par des troubles psychiques. En pareil cas, les altérations psychiques marquent le début de l'affection et en dominent l'évolution. Cette question des « troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales » a été étudiée par M. Baruk dans sa thèse de 1926. D'après cet auteur, on retrouverait de tels symptômes dans plus du quart des cas de tumeurs cérébrales. Malheureusement, le diagnostic est ici délicat, et demande une analyse psychiatrique minutieuse,

un examen du fond de l'œil et du liquide céphalo-rachidien pour dépister l'hypertension intra-cranienne.

MM. Léchelle, Baruk et Ledoux-Lebard rapportent, à ce propos, l'histoire d'un malade présentant une série de phénomènes psychiques et somatiques (tremblement, dysarthrie) pouvant faire penser à une paralysie générale, chez lequel la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien montrèrent une tension élevée et un Wassermann négatif de ce liquide. L'ophtalmoscopie révéla une stase papillaire très accentuée. Soumis à un traitement radiothérapique profond, le patient s'améliora rapidement. Les troubles mentaux disparurent complètement.

Rupture du quadriceps.

(M. Lutaud. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 20-5-1927.)

M. Paul Lutaud rapporte un cas de suture du tendon rotulien. La rupture (totale) siégeait, ce qui est rare, au milieu du tendon. Il s'agissait d'un homme de 65 ans, corpulent, qui put reprendre ses occupations actives six semaines après l'accident.

Ce que l'on peut attendre de la vaccination pré-opératoire.

(M. Mornard. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 20-5-1927.)

M. Mornard envisage trois groupes de cas : 1° vaccination pour opérations septiques. Sauf urgence réclamant l'intervention sans délai, il vaccine les anthrax, adénophlegmons, ostéomyélites aiguës, etc. La guérison est ensuite obtenue rapidement par incision économique.

2° vaccination pour opérations aseptiques, destinée à éviter les complications. Après décel de la réceptivité par intra-dermo-réaction ou examen de la formule leucocytaire, il vaccine au propidon ou autres vaccins analogues et opère le vingt-cinquième jour. Ses résultats sont fort bons, de même que ceux de Lambert et des chirurgiens de Montevideo.

3° vaccination pour opérations digestives destinée à prévenir la broncho-pneumonie. Mornard montre d'abord que ces complications sont dues à un état d'infection intestinale préexistant. Le propidon a été inefficace. Le vaccin Minet réduit peut-être la gravité. Il faut employer l'auto-vaccination intestinale (Bécart et Gaelhinger), par voie buccale, pendant vingt jours.

— M. Iselin utilise avec avantage les vaccins anti-colibacillaires dans toutes les infections urinaires avant intervention.

Ulcère aigu de la vulve.

(MM. Rœderer et Sloimovici. — *Soc. derm. de Strasbourg* ; 16-1-1927.)

Lipschütz (de Vienne) a décrit, en 1913, des ulcères de la vulve à évolution clinique variée, mais reconnaissant comme facteur étiologique le même microorganisme, le *bacillus crassus*. Il a réuni ces lésions sous le nom d'ulcère aigu de la vulve (*ulcus acutum vulvæ*). Cette affection, intéressante à connaître par les confusions qu'elle peut créer avec les chancres vénériens, a peu attiré jusqu'à présent l'attention des dermatologistes et des praticiens français. Elle mérite, cependant, de ne pas être oubliée.

D'après les travaux de Lipschütz et des auteurs allemands et autrichiens, on peut distinguer trois types de cettte maladie :

1° Forme aiguë, avec hyperthermie, frissons, vives douleurs, apparition rapide, ulcérations uniques ou multiples siégeant le plus souvent au niveau des petites lèvres, assez profondes. Ces ulcères sont très sensibles au toucher. Ils se cicatrisent en une quinzaine de jours ;

2° Forme subaiguë, durant quelques semaines. Pas de température, phénomènes douloureux peu prononcés. Les ulcères sont moins profonds, siègent à l'entrée du vagin, sur les grandes et petites lèvres. Parfois, il se produit plusieurs poussées ;

3° Forme miliaire, à petits ulcères de la grosseur d'une tête d'épingle, évoluant avec rapidité.

Dans tous ces types, on peut mettre en évidence le *bacillus crassus*, bâtonnet de forme allongée, rectangulaire.

MM. Rœderer et Sloïmovici relatent une observation d'ulcère de Lipschütz chez une jeune fille de 17 ans. On constatait au niveau de la grande lèvre droite une lésion ulcéreuse, de 2 centimètres sur 7 millimètres, recouverte d'exsudat fibrino-purulent Hymen intact. Examen à l'ultra-microscope négatif. Des frottis faits avec le pus recueilli sur la lésion montrèrent en abondance des bacillus crassus. Le traitement a consisté en applications d'eau oxygénée les premiers jours, puis en onctions à la pâte de zinc au dermatol, sous laquelle l'ulcère s'est rapidement réparé, ne laissant qu'une fine cicatrice, difficile à retrouver.

Les auteurs espèrent que leur publication incitera les cliniciens à penser à cette maladie, peu connue en France, dont il est inutile de souligner l'intérêt au point de vue du diagnostic différentiel avec les autres affections ulcéreuses de la vulve (chancre induré, chancre simple).

— M. Clément Simon estime que l'*ulcus acutum* de Lipschütz doit être très rare à Paris. Il a eu l'occasion de voir à Saint-Lazare un grand nombre de vénériennes. La plupart du temps, les examens bactériologiques de lésions chancriformes ont permis d'affirmer le diagnostic de syphilis ou de chancre simple. Une catégorie de lésions chancriformes siégeant à la fourchette exerce cependant depuis longtemps la curiosité de l'auteur. Mais il ne s'agit certainement pas de l'*ulcus acutum*, car l'évolution en est chronique. Il n'en sera pas moins intéressant dans l'avenir, pour les cas où l'ultra-microscope est

(20)



Ce qu'est ENO's " Fruit Salt "

Préparation saline effervescente, la seule universellement connue depuis plus de cinquante ans et appréciée du monde médical. Elle ne contient ni sucre, ni sel minéral purgatif. Sa composition pure et homogène assure une solubilité complète. ENO est un laxatif très doux, dont l'emploi peut être laissé à la discrétion de ceux auxquels il a été prescrit, car il est d'une complète innocuité. Très efficace, ENO aide à éliminer normalement tout déchet toxique de la digestion. On peut recommander ENO sans crainte.

ENO'S

"FRUIT SALT"

Seul concessionnaire pour la France et ses Colonies :

LABORATOIRE LAMBERT, 4ter, Rue Barbès, à COURBEVOIE (Seine)

négatif et le bacille de Ducrey absent, de rechercher la présence du *bacillus crassus*.

— M. PAUTRIER montre l'utilité de bien connaître l'ulcère aigu de la vulve, dont certaines formes simulent le chancre syphilitique. C'est un nouvel exemple des difficultés rencontrées par le praticien au cours des diagnostics vénéréologiques.

Lichen plan guéri par la radiothérapie médullaire.

(M. HUFSCHMITT, de Mulhouse. — *Soc. derm. de Strasbourg* ; 16-1-1927.)

M. Hufschmitt relate l'histoire d'une malade de 58 ans atteinte de lichen plan classique. Soumise à un traitement sédatif local et général, elle n'obtint pas d'amélioration. C'est alors que l'auteur fit des applications de radiothérapie médullaire. Dès la première application, le prurit s'atténua et les éléments lichéniens s'affaissèrent.

Peu de jours après, il est vrai, des lésions de lichen corné hypertrophique se montrèrent en certaines régions, lésions réfractaires aux rayons et dont la guérison fut obtenue très lentement par la liqueur de Fowler.

Ainsi, comme le remarque M. PAUTRIER, la radiothérapie, active vis-à-vis du lichen plan, reste inefficace contre la lichénification.

Résultats éloignés de la radiothérapie médullaire dans le traitement du lichen plan.

(M. HUFSCHMITT, de Mulhouse. — *Soc. derm. de Strasbourg* ; 13-3-1927.)

La radiothérapie médullaire est actuellement l'une des meilleures façons de traiter les lichens plans. D'une exécution facile et rapide, dispensant de toute médication externe ennuyeuse, comme aussi de toute thérapeutique interne, elle assure la disparition de la dermatose dans un délai de 3 à 6 semaines.

Les résultats immédiats de cette méthode thérapeutique, utilisée maintenant depuis plusieurs années, sont donc excellents. Mais quel peut être l'avenir des malades traités par ce moyen ? Le lichen plan, est, en effet, une affection à longue évolution, avec rémissions et rechutes. M. Hufschmitt, à ce point de vue, a eu l'occasion de revoir une malade qui avait été soumise en février 1924 à la radiothérapie médullaire et guérie d'un lichen plan. La patiente revenait pour une poussée nouvelle, discrète, de lichen. Elle était restée sans éruption pendant deux ans et demi, mais ce fait démontre que la radiothérapie médullaire n'immunise pas, d'une façon certaine, contre les poussées ultérieures. La malade guérit d'ailleurs cette fois avec le tréparsol.

— M. PAUTRIER a observé une récidive analogue au bout de 3 ans. Le cas de M. Hufschmitt pose à nouveau la question de l'action de l'arsenic dans le lichen. M. le prof. Audry, dans une note sur l'acétylarsan, a considéré ce médicament comme le spécifique du lichen plan. M. Pautrier a vu un insuccès du novar. Le problème, qui n'est pas simple, est à l'étude.

Radiothérapie dans l'herpès récidivant.

(M. J. RŒDERER. — *Soc. derm. de Strasbourg* ; 13-3-1927.)

M. Rœderer a soumis, il y a un an, au traitement radiothérapique une fillette atteinte d'herpès récidivant de la joue. L'enfant, qui est revenue récemment pour une rechute légère d'herpès, n'a donc eu, pendant près d'un an, depuis l'emploi des rayons, aucune poussée.

— M. BOUTELIER apporte une observation où le résultat fut moins heureux. Souffrant lui-même d'herpès récidivant du nez, il eut recours à une cure radiothérapique. L'irradiation de l'herpès resta sans effet, pas plus que l'irradiation du ganglion de Gasser du côté malade.

— M. PAUTRIER rappelle que c'est à la suite d'une communication de Milian (mars 1924) sur l'herpès récidivant et les bons résultats que lui avait donnés la radiothérapie, que l'on a commencé à employer ce traitement, on connaît le caractère rebelle des herpès récidivants. L'autohémothérapie a procuré à l'auteur parfois des succès, parfois des insuccès. Le cas de M. Rœderer est favorable à l'action de la radiothérapie. M. Pautrier a suivi récmment un cas analogue, un herpès de la joue offrant 3 ou 4 poussées par an, qui est resté plus d'une année sans reparaître.

M. Boutelier mentionne un échec de la méthode. La question reste donc encore non résolue.

P. L.

Les Thèses

P. — Dr J. Marchand. — **L'anatoxi-réaction de Zoeller dans la diphtérie.** (Amédée Legrand, éditeur, 93, boul. Saint-Germain, Paris, 1925.)

L'anatoxi-réaction diphtérique de Zoeller est une intra-dermo-réaction pratiquée avec une dilution au centième de l'anatoxine de Ramon, suivant la même technique que la réaction de Schick. Par les conditions dans lesquelles on l'observe, chez les diphtériques récents, les porteurs de germes ou les sujets ayant été au contact de diphtériques, par son évolution même au cours d'une diphtérie : négative tout au début, puis de plus en plus positive, diminuant ensuite pour devenir de nouveau négative — elle semble bien une réaction spécifique de la diphtérie. Elle ne s'observe d'ailleurs pas avec l'inoculation d'autres substances protéiniques, telles que l'anatoxine tétanique ou le sérum de cheval.

L'A.-R. positive paraît être la conséquence d'une hypersensibilité aux protéines du bacille de Lœffler. Cette sensibilité semble résulter de contacts antérieurs plus ou moins nombreux avec ce bacille. Si elle traduit l'hypersensibilité protéinique, est-elle en même temps révélatrice d'une immunité ébauchée ? On peut soulever cette hypothèse, les contacts antérieurs avec le bacille diphtérique — dont la réaction semble témoigner — ayant vraisemblablement développé cette immunité. Toutefois, s'il est possible que l'A. R. positive soit en rapport avec un début d'immunisation, on ne peut dès maintenant le prouver scientifiquement.

La notion d'allergie, telle que l'entend M. Zoeller (état mixte, d'hypersensibilité protéinique et d'immunité partielle) peut trouver son expression objective dans l'A.-R. positive. Il est toutefois prématuré d'affirmer qu'il en soit bien ainsi, et que la sensibilité protéinique doive être considérée comme superposable à la sensibilité toxinique. L'hypothèse reste néanmoins vraisemblable.

L'A.-R. positive, si l'avenir confirme les impressions déjà recueillies, paraît susceptible d'utilisation pratique pour porter le pronostic d'une diphtérie clinique à son début et régler sa thérapeutique.

P. — Dr M. Drouineau, ancien interne des hôpitaux de Paris. - **Sur un cas de sympathome embryonnaire.** (Librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 1927.)

Cliniquement, les sympathomes embryonnaires ont des tumeurs se rencontrant chez les jeunes enfants, le plus souvent au-dessous de quatre ans, rarement au-dessus de douze ans ; ce sont surtout chez ses nourrissons qu'on les voit.

Ces tumeurs n'ont pas de symptomatologie propre, elles se révèlent par des signes d'emprunt dus le plus généralement aux métastases.

Parmi celles-ci, les plus importantes sont celles qui se font : dans le foie, l'affection se présente le plus souvent comme une hépatomégalie ; dans les ganglions lymphatiques rétropéritonéaux ; dans le squelette, surtout au niveau de la colonne vertébrale.

Toutefois, à côté de ces sympathomes dont le diagnostic histologique est relativement facile, en raison de la présence, dans les coupes, de rosettes caractéristiques et de fibrilles à coloration élective, il en existe d'autres très atypiques dans lesquels ces formations sont moins précises et rendent alors leur diagnostic moins évident.

En outre, à côté de ces sympathomes typiques et atypiques, on peut rencontrer des formes plus évoluées ou différenciées, et correspondant aux divers stades évolutifs de la cellule initiale vers le type adulte.

Ce sont : les sympathoblastomes, et les parasympathomes d'Alezais et Peyron.

Lorsque la cellule est arrivée au stade nettement différencié adulte, on a affaire à des ganglio-neurones ou des paragangliomes, qui n'entrent plus dans le cadre des sympathomes dits embryonnaires.

P. — Dr H. Thibault. — **De la nécessité d'adapter l'armement antituberculeux à la conception actuelle de l'évolution de la tuberculose (travail du sanatorium de Durtol).** (L'Expansion Scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 1927.)

Si la préservation de l'enfance doit être à la base de la lutte sociale, il nous apparaît que la façon la plus simple, la plus économique et la plus rapide de la réaliser tout en soignant le malade est de placer ce dernier immédiatement dans un établissement spécial, afin de faire cesser le contact aussitôt que le dépistage est opéré, véritable mesure d'urgence qui permet par la suite de prendre les mesures prophylactiques à longue échéance.

Il importe, particulièrement au moment où les assurances sociales vont voir le jour, de trouver rapidement une solution dans le cadre des lois actuelles. Cette solution réside dans une adaptation rationnelle de l'armement antituberculeux aux conceptions nouvelles de l'évolution de la tuberculose, et la création dans les conditions économiques de nouveaux établissements. Une partie des sanatoriums actuels, choisis parmi les mieux construits, les mieux organisés et outillés, doit être aménagée de façon à fonctionner comme *sanatoriums-hôpitaux*, c'est-à-dire recevoir un effectif très important de malades alités.

Cette transformation peut se faire dans des conditions très économiques et consiste avant tout dans l'augmentation du nombre du personnel spécialisé, et la disposition d'un matériel technique suffisant.

Les malades dits curables qui constituent actuelle-

ment la clientèle de choix des sanatoriums devraient être reçus dans des établissements construits à peu de frais, sanatoriums spéciaux, véritables *sanatoriums de convalescence*, pouvant être : soit des propriétés en pleine campagne agrandies ou aménagées à peu de frais ; soit des constructions neuves, légères, simples et économiques pouvant être agrandies facilement selon les besoins.

Dès maintenant tout projet comportant des dépenses considérables et exagérées pour un nombre de lits restreint, devrait être absolument refusé par l'autorité centrale compétente, la lutte sociale devant avoir pour objet principal d'hospitaliser le plus grand nombre de malades possible dans de bonnes conditions, pour tarir les sources bacillifères, à la fois par leur isolement au moment où ils sont le plus dangereux, c'est-à-dire dans la période évolutive, et à la fois par la collapsothérapie précoce.

P. — Dr Lucien Jarrin. — **Contribution à l'étude thérapeutique du rhumatisme chronique.** (Thèse, 1927.)

M. Jarrin a étudié, dans le service du professeur Carnot et au cours de son internat à l'hôpital de Saint-Denis, dans le service du Dr Archambaud, les différentes formes du rhumatisme chronique et leurs traitements. Il passe en revue les multiples thérapeutiques instituées depuis longtemps contre les formes rebelles du rhumatisme. En outre du régime diététique et des moyens destinés à combattre la diathèse arthritique (soins de la peau, bains chauds salés, frictions, bains de vapeur), en dehors des cures thermales (Dax, Aix-les-Bains, Bourbon-l'Archambault), des substances radio-actives, du soufre, de la médication opothérapique, l'auteur étudie la médication iodée qui est celle qui lui a donné les résultats les plus constants et les plus rapides.

Il a utilisé l'iodo-benzométhyl-formine (iodaseptine), corps individualisé, injectable, ne donnant ni choc, ni iodisme, et parfaitement toléré à doses élevées, en injections intra-veineuses ou intra-musculaires. « Les doses employées, dit l'auteur, ont été d'abord de 5 cc. d'une solution au 1/10e d'iodaseptine, puis de 10 cc. répétées matin et soir, soit 10 cc. par 24 heures d'abord, puis 20 cc. continués en séries de 12 jours de traitement séparées par quelques jours de repos. Il est indispensable de continuer la médication un certain temps pour consolider le résultat obtenu. »

Il recommande surtout ce traitement dans les formes saisonnières des douleurs rhumatismales, dans les rhumatismes chroniques à gros œdèmes articulaires s'accompagnant d'impotence fonctionnelle, ainsi que dans le rhumatisme déformant progressif, affection si rebelle et si décevante ; en un mot, toute forme rhumatismale progressive et tenace.

Les résultats sont rapides : d'abord cessation des douleurs, puis disparition des craquements, fonte des œdèmes et des tissus néoformés, peu à peu reprise des mouvements et disparition de l'hyperostose.

Enfin, il insiste sur la sensation de bien-être accusée par les malades : sommeil, calme, euphorie.

P. — Dr Jean Burnouf. — **Contribution à l'étude du tremblement mercuriel en particulier au point de vue de la loi sur les maladies professionnelles.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1927.)

L'observation clinique a permis de mettre en évidence deux types pathogéniques de tremblement mercuriel :

a) Un type fonctionnel, où l'hystérie tient parfois une grande place ; le plus souvent curable ;

b) Un type organique, représentant une phase plus avancée de l'intoxication ; en rapport avec un processus de sclérose partielle du cervelet ou des voies cérébelleuses ; pratiquement inguérissable.

L'étiologie du tremblement mercuriel est essentiellement dominée par deux notions :

L'absorption du mercure sous forme de vapeurs ;

L'imprégnation lente et continue de l'organisme par de petites doses de toxique.

Les tableaux des professions et des affections annexés à la loi de 1919 doivent être considérés, aussi bien ce qui concerne l'hydrargyrisme que les autres intoxications, comme nettement limitatifs. Toutefois, pour ce qui est du tableau des affections, il convient de donner au mot « limitatif » son acception la plus large.

Le tremblement du type fonctionnel ne devrait entraîner, en raison des possibilités de guérison, qu'une incapacité temporaire de durée variable.

Le tremblement du type organique constitue un état d'incapacité permanente partielle dont le taux paraît pouvoir être fixé entre 20 et 35 %, répondant à un changement de spécialisation de l'ouvrier, dans la même industrie.

Les livres qui viennent de paraître...

A la Librairie Agricole de la Maison Rustique
26, rue Jacob, Paris.

A. Goujon, ingénieur agronome. — **La chaux et le chaulage dans la pratique agricole.** (Un vol. in-18, de 94 pages).

A PROPOS DES FORMES FLORIDES DE LA TUBERCULOSE GANGLIO-PULMONAIRE DE L'ENFANCE ET DE LEUR TRAITEMENT

Par le docteur VALORY.

La tuberculose ganglio-pulmonaire à forme floride n'est pas l'apanage du nourrisson ; on la rencontre aussi dans la seconde enfance. A l'avis de DUFOURT, le tissu graisseux emmagasinerait les poisons tuberculeux et neutraliserait leurs effets.

Ce sont alors des enfants, généralement de 8 à 14 ans. Brusquement, en pleine santé apparente ou après un fléchissement passager de l'état général, ils présentent un incident pulmonaire de nature bacillaire : hémoptysie, congestion d'un sommet, poussée de pleurite, de cortico-pleurite, etc. On trouve un peu de fièvre vespérale, de l'anorexie, de la lassitude. Puis, on est surpris de voir le poids augmenter progressivement. Cependant les signes perçus à l'auscultation persistent ou s'accentuent tant que les enfants n'ont pas bénéficié d'un traitement approprié. Une santé apparemment florissante ou même de l'obésité coexistent alors avec une atteinte bacillaire sans grand fracas.

Il est d'autres enfants dont l'aspect floride coïncide avec une tuberculose pulmonaire nettement évolutive, au point que l'on a peine à admettre la réalité de celle-ci dont la radioscopie ou l'examen bactériologique des crachats donnent des preuves indéniables.

Dans ces deux catégories, le traitement sera celui de toutes les atteintes bacillaires : repos, grand air, alimentation plutôt abondante. Mais un appoint puissant sera apporté à l'amélioration ou à la guérison par le sirop Roche au thiocol. Admirablement bien supporté, même par les enfants les plus délicats, il agira comme calmant de la toux, atténuera la fièvre et les sueurs, favorisera l'alimentation, sera antiseptique et antitoxique.

En résumé, nous retiendrons que, tant dans la première que dans la deuxième enfance, les formes insidieuses, et parfois les formes nettement évolutives de la tuberculose pulmonaire sont compatibles avec une conservation parfaite de l'état général. Bien plus, elles peuvent développer une certaine obésité. Cet aspect ne devra pas éloigner de l'esprit du médecin le diagnostic de bacillose. Même si l'examen clinique est complètement négatif, les rayons X ou la cuti-réaction à la tuberculine pourront révéler une tuberculose larvée.

En présence d'une forme floride de tuberculose ganglio-pulmonaire, que faire ?

Pour favoriser cette défense, le médecin conseillera des règles d'hygiène, le régime, la chimiothérapie.

Parmi les multiples agents chimiques, la médicament préconisé sans cesse par MARTINET, le thiocol (orthosulfo-gaïacolate de K) nous a toujours rendu de très grands services.

Le thiocol, succédané et dérivé de la créosote, est une poudre fine, blanche, inodore, assez soluble dans l'eau, contenant 52 % de gaïacol. On en donne 0.50 à 1 gramme par année d'âge. Il est très bien supporté et facilement absorbé par les voies digestives si l'on a soin de n'utiliser qu'un produit chimiquement pur, toujours identique à lui-même et soigneusement préparé. Il est, de plus, eupeptique et stomachique, favorisant grandement l'alimentation. C'est dans ce sens que le thiocol Roche constitue un médicament parfait. Dynamogène et phagocytogène, il transforme le milieu microbien, il est antiseptique et antitoxique.

Il est tout indiqué de le faire prendre à tous ces petits malades atteints de formes larvées de bacillose ganglio-pulmonaire.

En médecine infantile, c'est au « sirop Roche » que nous donnerons la préférence, plutôt qu'aux cachets ou aux comprimés. Sous cette forme, le thiocol est plus facilement absorbable par les enfants, ce qui est très précieux pour la thérapeutique du nourrisson.

En effet, il est d'un intérêt primordial de traiter une bacillose ganglio-pulmonaire le plus tôt possible, dès qu'elle est dépistée. C'est une thérapeutique précoce qui a le plus de chances de réussir.

Il ne faut pas attendre que l'enfant soit pâle, chétif amaigri ; « la forme floride comprend des nourrissons qui sont de beaux enfants, ayant un aspect de parfaite santé et dont l'accroissement pondéral est normal ou au-dessus de la normale. L'appétit est régulier, les digestions parfaites, le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés. La fièvre, faut-il le dire, manque entièrement. C'est en vain que l'on cherche le plus léger déséquilibre thermique. On sait d'ailleurs que, même chez le nourrisson tuberculeux qui évolue, l'apyrexie est fréquente. Cette apyrexie a été bien mise en relief par AVIRAGNET, COMBY, MARFAN, Ed. WEIL, etc. Ajoutons que l'auscultation la plus sévère, pratiquée au phonendoscope, ne permet pas de déceler le moindre indice suspect. Le volume des ganglions reste habituellement de peu d'importance, et est, en tout cas, insuffisant pour occasionner des signes physiques et même des signes fonctionnels tels que : cornage, toux diverses, ordinairement plus précoces (André DUFOURT) ».

Non traitées, ou mal traitées, ces formes peuvent évoluer rapidement. Il y a donc un gros intérêt à dépister ces tuberculoses florides des nourrissons qui constituent pour l'avenir un danger que le temps présent ne peut apprécier. On ignore si une tuberculose floride restera floride. Aussi le médecin devra les connaître, les dépister et, au besoin, pratiquer un examen aux rayons X et une cuti-réaction à la tuberculine qui, positive, indique à coup sûr, l'imprégnation bacillaire.

De plus, il n'est pas dit que plus tard, dans la deuxième enfance, ces sujets ne puissent évoluer et faire, à leur tour, de la tuberculose pulmonaire ou de la granulie. Il ne faut pas que l'état général nous fasse errer dans l'interprétation des signes d'auscultation ; ceux-ci restent souvent discrets et l'on est tout surpris de trouver de grosses lésions à l'autopsie. Les cavernes elles-mêmes sont fréquemment muettes ; et le pronostic est d'autant plus sombre que ces formes évolutives florides sont plus longtemps méconnues.

En présence d'un nourrisson ayant une adénopathie trachéobronchique à forme floride, quelle conduite faut-il tenir ?

Ces enfants seront mis à la campagne, à une demi-altitude si possible, et ils seront élevés au sein. Pour l'alimentation, on se guidera sur les facultés digestives, sur les capacités d'assimilation et la courbe pondérale. On évitera surtout de provoquer des troubles digestifs. On proscrira donc l'huile de foie de morue, qui non seulement dégoûte les enfants, mais suscite souvent le refus de tous les autres aliments.

Le thiocol la remplacera avantageusement. Par ses propriétés antiseptiques et antitoxiques, « il paraît bien mettre l'organisme et en particulier l'appareil respiratoire en garde contre l'attaque insidieuse du bacille de Koch » (Quénée).

Sous forme de sirop Roche, il est eupeptique et stomachique. Il est le meilleur agent pour lutter efficacement contre l'infection bacillaire.

La tuberculose active se développe généralement dans un organisme neuf, en provoquant un amaigrissement proportionnel à l'intensité de l'intoxication et à l'extension des lésions anatomiques.

A cette règle, il y a des exceptions :

L'enfant atteint de tuberculose ganglio-pulmonaire n'est pas forcément un enfant amaigri. En effet, cette affection peut non seulement coïncider avec un état de santé apparemment excellent, mais qui plus est, provoquer l'apparition d'une véritable obésité.

La plupart de ces formes florides sont d'un pronostic favorable, à condition d'être diagnostiquées et de subir une thérapeutique appropriée. « Il faut que l'aspect du sujet ne détourne pas l'examen des poumons et ne suscite pas, après un diagnostic erroné, la mise en œuvre d une thérapeutique diamétralement opposée à celle qu'il convient d'instituer » (André Dufourt) : Ce qui serait le cas si, considérant simplement l'obésité, on faisait pratiquer une thérapeutique amaigrissante.

L'examen clinique pourra déceler des signes d'adénopathie trachéobronchique plus ou moins discrets. De leur côté, les rayons X pourront montrer des ganglions hypertrophiés et plus ou moins opaques. En tout cas, la cuti-réaction à la tuberculine tranche le diagnostic.

En effet ces tuberculoses à forme floride constituent un danger pour l'avenir. Méconnues, elles risquent fort de ne pas rester purement ganglionnaires. Elles peuvent donner des accidents bacillaires aigus, de la granulie, des méningites, qui éclatent « comme un coup de foudre dans un ciel serein », et emportent rapidement le malade.

Pour enrayer la marche de l'affection et parer à de tels désastres, le médecin n'a pas encore de médication vraiment spécifique. La vaccination anti-tuberculeuse ne peut être appliquée que chez le nouveau-né, et la sérothérapie n'a pas donné ce qu'on en avait attendu.

Mais si nous n'avons pas d'arme directe contre le microbe, nous pouvons fortifier le terrain, accroître ses forces de défense. L'organisme se défendra. Il empêchera le développement des bacilles hors des ganglions médiastinaux. Il déterminera même la rétrocession de l'adénopathie.

Dans la mesure du possible, on appliquera la règle : grand air, repos, bonne alimentation. Mais une thérapeutique médicamenteuse par le thiocol apportera un appoint considérable pour la guérison.

En médecine infantile c'est à la préparation sous forme de « sirop Roche » que nous donnons la préférence. Chez tous ces prétuberculeux ou ces tuberculeux au début, il agira par ses propriétés antitoxiques et antiseptiques. Stomachique et eupeptique, il facilitera le travail de l'estomac et l'on sait que bien se nourrir est la première condition de guérison pour un bacillaire. Il est très bien supporté et accepté par les malades : nous partageons en cela l'avis de Martinet, Quénée et Vigouroux. Ce sont ces qualités digestives qui nous le font délibérément préférer à l'huile de foie de morue.

C'est du reste une thérapeutique qui depuis plus de 25 ans, a fait ses preuves, et, elle reste un des moyens les plus puissants d'apporter à l'organisme la possibilité de lutter efficacement contre ces formes florides de tuberculose.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE SENS DES TRANSFORMATIONS CONTEMPORAINES DU DROIT

M. Morin,
Professeur à la Faculté de Droit de Montpellier.

A la séance solennelle de rentrée des Facultés de l'Université de Montpellier, le 3 novembre dernier, nous avons entendu le discours suivant, que nous tenons à publier, parce qu'il fixe un stade d'évolution dans les conceptions juridiques modernes, dont le Corps médical est intéressé à connaître le sens.

G. D.

Monsieur le Recteur,
Mesdames,
Messieurs,

Dans un remarquable chapitre de son tout récent livre : Entre le Passé et l'Avenir, M. Ferrero analyse, de saisissante manière, la révolution que produisit, au cours du 19e siècle, l'introduction du machinisme. « Nous sommes alors entrés, dit M. Ferrero, dans l'ère du fer et du feu », c'est-à-dire des communications rapides et de la grande industrie. Et les rapports entre les hommes en ont été profondément modifiés. Ces transformations économiques et sociales, qui se sont encore accentuées du fait de la guerre, devaient avoir leur répercussion sur le terrain du droit.

Sans doute, l'adaptation nécessaire du droit aux réalités nouvelles n'exige pas une révision et une mise à jour immédiates des textes légaux ; il y a, en effet, une vie intime, une puissance évolutive des formules législatives, comme de tous les mots de la langue.

De même que les mots courants d'une langue vivante se modifient insensiblement dans l'usage de tous les jours, les expressions juridiques subissent, dans l'interprétation judiciaire, des déformations successives.

Sous l'influence des conceptions changeantes du milieu social, sous l'action surtout des grands mouvements économiques, les juges versent dans les formules légales un contenu nouveau.

Mais l'élasticité des mots et des formules a une limite.

Un moment arrive où le vin nouveau fait éclater les vieilles outres.

La vie se rebelle contre les formules qui prétendent l'enfermer.

C'est alors au législateur lui-même d'intervenir : Dans le droit, les lois nouvelles doivent apparaître, de même que, dans la langue, les néologismes.

Les lois nouvelles ont été nombreuses dans le cours du 19e siècle ; elles se sont multipliées, en ces dernières années, perturbant l'économie générale de notre législation.

Bien souvent rédigées en hâte, au hasard des circonstances et sous le fouet de nécessités impérieuses, donc, sans aucun plan d'ensemble, elles ne nous offrent ni cette terminologie précise, ni ces définitions nettes et pleines, ni cet enchaînement logique des solutions qui constituent les mérites éminents de l'œuvre juridique napoléonienne.

Et, ce qui est plus grave, ces lois présentent des lacunes et, parfois même, dans le détail, des contradictions.

Cependant, à qui les considère dans leur suite, avec le regard de l'historien, elles apparaissent très cohérentes et comme ayant abouti à des résultats décisifs dont le législateur n'a pas toujours eu l'intention.

Par la force des choes plus encore, semble-t-il, que par le dessein prémédité des hommes, un ordre juridique nouveau s'élabore lentement sous nos yeux, un ordre qui, selon nous, tend à se rapprocher des faits, de la vérité, et, par suite de la justice ; un ordre dont, pour tout dire, nous acceptons l'avènement comme un progrès.

C'est cet ordre que je voudrais faire apparaître, ce sens du mouvement juridique contemporain que je voudrais dégager, en dressant devant vous la carte générale des transformations subies par les principes du Code civil dans ces quatre grands domaines du droit : la vie économique, la réparation des dommages, la propriété, la famille.

I

Dans la vie économique, pour se procurer les richesses ou s'assurer les services qui leur paraissent nécessaires ou désirables, les hommes ne peuvent demeurer isolés. Ils ont besoin les uns des autres, et leur interdépendance s'accroît chaque jour, avec les progrès continus de la division du travail et de la spécialisation des fonctions.

L'échange qui s'opère, généralement, par l'intermédiaire de la monnaie, apparaît ainsi comme le pivot de la vie économique.

Le Code civil avait institué le régime de la

pleine liberté de l'échange, du laisser faire et du laisser passer : les rapports entre patrons et ouvriers, entre maîtres et domestiques, se ramenaient théoriquement à l'échange libre du travail contre le salaire, de même que le transport d'une personne ou d'une marchandise était l'échange libre d'un service contre un tarif, et la vente, l'échange libre d'une marchandise contre un prix.

Un tel régime était la conséquence nécessaire de la doctrine qui était à la base du Code civil : l'individualisme des philosophes du 18e siècle et de la déclaration des droits de l'homme de 1789.

D'après l'individualisme, les hommes sont souverains. Dès lors, ils ne peuvent acquérir de droit les uns sur les autres que de leur consentement réciproque, que par l'accord libre de leurs volontés fixant les droits et les obligations de chacun.

Or, cet accord pleinement libre, où chacun n'est obligé que comme il l'a voulu, c'est précisément le contrat qui devient ainsi le moule unique dans lequel devra se couler la vie économique tout entière.

Le Code civil a pu ainsi très justement être appelé le code des contrats.

Au cours du XIXe siècle, le développement des services publics, la concentration des capitaux et des industries, ont abouti à un désaccord profond entre le droit et le fait :

Quand l'individu se trouve en face d'un monopole d'Etat, tel le particulier qui recourt à la poste, au télégraphe ou au téléphone, quand il se trouve en présence de puissantes sociétés industrielles, financières ou de transport — c'est le cas de l'ouvrier ou de l'employé, du client d'une banque ou du voyageur par chemin de fer — le contrat, je veux dire l'accord libre des parties, n'est qu'une apparence, une fiction juridique : en réalité, il y a une réglementation à laquelle l'individu ne peut pratiquement presque jamais se soustraire.

Au régime de la liberté des accords, de la liberté contractuelle, proclamée par le Code, succède en fait, celui de la dictature des patrons ou des compagnies puissantes imposant un règlement à une multitude des plus faibles.

Alors, l'histoire du mouvement juridique, à l'époque contemporaine, révèle l'emploi de deux procédés pour lutter contre les inégalités économiques :

D'une part, dans le monde du travail, dans le domaine des relations entre employeurs et employés, l'association des faibles créant une force par leur union ;

D'autre part, l'intervention du pouvoir social dans tous les rapports économiques, pour prévenir ou réprimer les abus de puissance des forts.

Malgré les prohibitions du Code pénal visant les coalitions et les associations, l'on vit, avec le développement de la grande industrie, se former spontanément soit des groupements temporaires ou coalitions d'ouvriers, soit des organisations permanentes ou syndicats.

Ces divers groupements devaient passer de l'existence de fait à l'existence de droit.

Après la loi du 25 mai 1864, due à Emile Ollivier, qui supprima le délit de coalition, la loi du 21 mars 1884, dont le principal auteur fut Waldeck-Rousseau, proclama la liberté des syndicats professionnels.

Grande et grave réforme qui brise le courant de notre histoire juridique, marque une réaction décisive non seulement contre les principes de la Révolution française, mais aussi, portant ses coups plus haut dans le passé, contre le droit public de la monarchie absolue qui, dans cet ordre, a préparé les voies de la Révolution.

Renan, dans sa Réforme intellectuelle et morale, a pu dire, sous une forme, en apparence paradoxale, des puissants ouvriers de la monarchie absolue, Richelieu et Louis XIV, qu'ils ont été « les grands révolutionnaires, les vrais fondateurs de la République », caractérisant ainsi leur œuvre de lutte vigoureuse et continue contre tous les obstacles à l'unité nationale et à la souveraineté de l'Etat.

Après Tocqueville, Albert Sorel, dans son livre l'Europe et la Révolution française, a montré, de décisive manière — et ses conclusions ont été reprises par un grand jurisconsulte-sociologue, M. Duguit — que, quant aux attributions de l'Etat, la Révolution n'a fait qu'achever l'œuvre de la Royauté capétienne, en réalisant la victoire définitive de la puissance publique sur la féodalité dont le trait essentiel était la désagrégation de l'Etat.

L'esprit de Rome, où la puissance publique avait une si forte structure, domina les légistes des assemblées révolutionnaires comme ceux de la monarchie : si avec la Révolution, la souveraineté a passé du roi à la nation, elle n'a pas, en changeant de titulaire, perdu son caractère. La souveraineté nationale est « une et indivisible, inaliénable et imprescriptible », disent toutes les déclarations et constitutions de l'époque.

D'où la conséquence que la loi, qui est l'expression de cette souveraineté une et indivisible, ne peut être qu'unique en sa source ; qu'il ne peut y avoir ni lois régionales, ni lois de corporations, mais seulement des lois nationales.

Or, aujourd'hui, les contrats collectifs que passent entre eux les syndicats de patrons et les syndicats ouvriers, pour réglementer les conditions du travail, constituent des lois particulières émanant de groupes économiques.

Le monopole législatif de l'Etat tend donc à disparaître.

Ainsi, quant à la structure de l'Etat, la Révolution n'avait fait que développer l'œuvre centralisatrice de la Royauté capétienne. Avec la

Révolution, la société était arrivée au pôle de la concentration des pouvoirs publics.

Aujourd'hui, avec le syndicalisme, c'est à nouveau, dans l'histoire, un certain mouvement centrifuge du pouvoir qui se dessine, mouvement dont il est, d'ailleurs, tout à fait impossible, dès maintenant, de déterminer l'exacte portée et de prévoir avec précision les résultats.

Les faibles n'ont pas seulement la possibilité légale de se défendre eux-mêmes : ils sont encore directement défendus par l'autorité sociale.

Les interventions du législateur ont été nombreuses d'abord, dans le contrat de travail : responsabilité des accidents du travail, réduction de la durée des heures du travail, repos hebdomadaire, minimum de salaire des ouvriers à domicile voilà autant de règles impératives contre lesquelles vient se briser, désormais, non plus la liberté de l'ouvrier mais celle du patron.

C'est une règle du même genre qui, dans la loi du 17 mars 1905, prohibe les clauses de non responsabilité de leurs fautes, insérées par les compagnies de chemin de fer dans le contrat de transport.

Répondent à la même idée de protection légale des faibles : les mesures prises, durant la guerre et depuis la guerre, quant à la taxation des objets de consommation ; et les lois successives sur le régime des loyers, dont la plus récente est du 1er avril 1926 et qui ont tarifié le montant des loyers, au lieu de laisser sa détermination au libre jeu des conventions.

Une proposition de loi qui fut déposée à la Chambre des députés, en juin 1920, par MM. Guibal et Dupin, accorde au juge de grands pouvoirs de contrôle sur les contrats. Elle a, en effet, pour objet de faire de la lésion une cause de nullité de tous les contrats :

« La lésion, dit le texte de la proposition, est une cause de rescision des conventions, si la disproportion des obligations qui en résulte est énorme et a été déterminée par l'exploitation de la gêne, de la légèreté, ou de l'inexpérience du lésé. »

C'est en somme, l'abus de force économique dans les contrats qui serait ainsi sanctionné.

Le principe de la liberté contractuelle, qui s'était tout d'abord, spontanément effrité sous la poussée des phénomènes économiques, rencontre donc deux adversaires redoutables dont l'action se fait progressivement sentir : les organisations syndicales, et l'autorité sociale. Très souvent, l'individu qui devient partie à une opération juridique aura un statut dont les clauses seront extérieures à sa volonté et résulteront soit de la volonté syndicale, soit de la volonté légale.

II

Le problème juridique de la réparation des dommages subis par une personne, se pose de la manière suivante :

Quand sera-t-on obligé de réparer, au moyen d'une indemnité pécuniaire, un dommage souffert par autrui ?

A cette question, voici la réponse du code civil : seule la faute engendre l'obligation de réparer ; et c'est à la victime à prouver cette faute. L'obligation a donc pour fondement la responsabilité morale de l'obligé.

A partir de la seconde moitié du 19e siècle, le développement de la civilisation matérielle, l'introduction du machinisme dans l'industrie et les moyens de transport, ont augmenté le nombre et la gravité des accidents. Le sentiment de pitié pour les victimes a fait des progrès dans la conscience publique, et de même le souci d'améliorer le sort des travailleurs.

Sous ces diverses influences, l'obligation de réparer les dommages s'est étendue.

Les tribunaux ont été, en ce domaine, les premiers agents du droit nouveau ; par l'usage d'une casuistique subtile, en rusant avec le code, ils en ont fait sortir la solution qui leur paraissait commandée par l'état social et l'équité. Pour condamner, ils exigèrent toujours, en apparence, une faute, ainsi que le voulait le code. Mais cette faute, ils dispensèrent la victime d'en faire la preuve, la supposant établie, alors qu'il n'en était rien. Elle n'était plus qu'un prétexte, qu'un mensonge juridique destiné à camoufler la réalité.

Certains jurisconsultes proposèrent alors, pour justifier et accentuer le mouvement de la jurisprudence, d'abandonner franchement la théorie de la faute de l'obligé et d'y substituer la responsabilité du fait des choses dont on est propriétaire ou des risques créés par cette chose, par exemple, par les machines que l'on utilise.

Le législateur consacra cette nouvelle doctrine, en 1898, par la grande loi, bien connue, sur les accidents du travail, reposant sur le risque professionnel, et établissant la responsabilité patronale du risque créé par l'entreprise. Ce système du risque professionnel a été étendu, en 1906, aux exploitations commerciales, en 1922 aux exploitations agricoles, et, en 1923, aux emplois domestiques. Désormais, le maître, comme le patron, est obligé, en dehors même de toute faute, envers ses domestiques, « victimes d'accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur travail. » (1).

(1) Cette formule si large permet aux tribunaux de mettre à la charge des patrons et des maîtres des accidents qui n'ont même pas leur source dans le machinisme de l'entreprise.

Voici quelques exemples, empruntés aux arrêts de la Cour de Cassation :

Ont obtenu la condamnation du patron : un ouvrier qui pendant le travail, avait été blessé par un projectile que lui avait lancé un de ses camarades ; — un ouvrier blessé au cours d'une rixe qui s'était produite à

Qu'est-ce à dire ? Il n'y a plus à parler de la responsabilité du patron et du maître, mais de leur obligation d'assister ceux qu'ils emploient.

Une grande transformation juridique s'est ainsi opérée.

Dans le code civil, si l'on excepte l'obligation alimentaire entre époux et entre ascendants et descendants, l'obligation d'assister son prochain ne figure pas. C'est donc une obligation purement morale, qui relève de la seule conscience des individus.

Et voici que cette obligation morale passe du domaine de la charité dans celui de la justice et devient une obligation juridique, non certes, envers tous les hommes, mais envers ceux dont on utilise le travail : les ouvriers, les domestiques, qui auront contre les patrons et les maîtres un droit, une action.

L'évolution ne s'arrêtera pas là : déjà l'Etat assiste tous les membres de la société qui sont incapables de subvenir à leur existence par leur travail ou leurs capitaux : les vieillards, les infirmes, les enfants abandonnés. A tous, il reconnaît le droit à la vie.

Une nouvelle et grande obligation tend à prendre naissance, non plus à la charge de l'Etat, mais des individus ; celle pour les salariés, de s'assister les uns les autres contre les principaux risques qui les menacent : maladies, vieillesse, invalidité et, pour les femmes, charges de la maternité.

Cette assistance réciproque, que permet le merveilleux mécanisme technique de l'assurance, est déjà largement pratiquée par les sociétés de secours mutuels. Le projet de loi sur les assurances sociales la rend obligatoire. Aux cotisations des intéressés viendront, ailleurs, s'ajouter la contribution des patrons et celle de l'Etat.

Il faut souhaiter que, sans porter atteinte aux puissantes organisations mutualistes, mais, au contraire, en les utilisant, le législateur puisse introduire, prochainement, en France, ce système des assurances sociales qui, là où il fonctionne, notamment en Alsace-Lorraine, a été pour la classe ouvrière une source féconde de progrès matériel et moral.

Quand il sera instauré, les assurés, devant les dangers de la vie, cesseront d'être des individus juxtaposés et indépendants. Ils formeront un organisme d'humanité dont tous les membres seront solidaires.

Cette grande solidarité devant les misères humaines sera l'heureux aboutissement de tout le mouvement que nous avons retracé.

---

l'heure et au lieu du travail ; — un ouvrier qui, durant la guerre, fut victime de l'éclatement d'une bombe jetée par un avion ennemi ; — un ouvrier vitrier qui était tombé par la fenêtre, en se penchant imprudemment, avant de commencer son ouvrage.

III

Dans le domaine de la propriété, les principes du code civil, sont , aujourd'hui, en complète désagrégation.

D'après le code, de même que d'après les principes de 89, la propriété individuelle était un droit sans limites, conférant à son titulaire des prérogatives dont il pouvait librement user au gré de ses caprices. Le propriétaire avait le bénéfice de l'immunité, de l'irresponsabilité, quand il se servait de son droit pour nuire à autrui. Il avait, en outre, la faculté de ne pas jouir de son droit, de laisser sa chose improductive, par exemple ses terres sans culture et ses maisons sans location.

La souveraineté absolue du propriétaire avait alors le caractère d'un dogme social et moral représentant, pour l'humanité de tous les temps et de tous les pays, le juste définitif, et pesant, par suite, de tout son poids, sur l'esprit des jurisconsultes et des législateurs. C'est pourquoi, lorsque au cours du 19e siècle, avec le développement du machinisme et de la grande industrie, il fallut faire de larges appels aux capitaux des particuliers, la théorie juridique coïncida avec les besoins du moment pour l'élaboration d'un régime tout à fait favorable aux propriétaires de capitaux mobiliers. La société par actions devint l'instrument de la grande industrie. Or, elle donne aux actionnaires le droit à tous les bénéfices, en même temps qu'elle limite leurs risques au montant de leurs actions : on met une partie de ses capitaux dans une société anonyme : si les affaires vont bien, une action de 500 fr. peut monter à 10.000 fr., par exemple. Si les affaires vont mal, la perte de l'actionnaire ne dépasse pas les 500 fr. de son action. Et c'est ainsi que cet actionnaire a le privilège d'être soustrait à ce grand principe du code civil, d'après lequel, quiconque s'oblige, engage l'intégralité de son patrimoine.

La société par actions marque le point culminant des droits du propriétaire. Mais ces droits ont alors épuisé leur force d'ascension. Ils vont désormais s'affaiblir.

Le propriétaire est tout d'abord devenu responsable : c'est ainsi que, dès 1855, la cour de Colmar décidait qu'un propriétaire n'avait pas le droit de faire construire sur son toit une fausse cheminée, dans le but unique de gêner la vue de son voisin.

En 1871, la cour de Paris condamna à des dommages-intérêts un propriétaire qui avait organisé sur son fonds des manifestations bruyantes pour effrayer le gibier et rendre infructueuse la chasse projetée par son voisin.

Des faits analogues ont été, depuis, très souvent, sanctionnés par la justice qui les qualifie d'abus du droit de *propriété*, employant ainsi

une formule que l'on rencontre dans plusieurs législations étrangères, notamment dans les codes civils allemand et suisse.

Au cours de ces dernières années, des lois nombreuses ont apporté des restrictions aux droits du propriétaire.

Durant la guerre, deux lois successives, en 1915 et 1916, conférèrent, pour la période des hostilités, aux maires des communes, le droit de mettre en demeure de cultiver leurs terres, les propriétaires qui négligeaient de le faire et le droit, si la mise en demeure restait sans effet, de concéder l'exploitation de la terre abandonnée.

Le 26 avril 1917, une loi vint limiter, d'une manière indirecte, les droits du capital dans les sociétés anonymes. Cette loi permet, dans ces sociétés, la création, à côté des actions ordinaires dites de capital, d'actions de travail remises gratuitement à la collectivité des salariés de l'entreprise. C'est pour la première fois, l'accession, organisée par la loi, des travailleurs à la propriété des produits de leur travail. Mais la réforme est très timide ; elle indique une tendance bien plus qu'elle ne réalise, puisque, aussi bien, cette création d'actions de travail demeure facultative pour l'entreprise. En fait, la loi a été très rarement utilisée.

De portée plus étendue, sont les lois successives sur les locations urbaines et notamment celle, que nous avons déjà signalée, du 2 avril dernier, qui, outre qu'elle tarifie le montant des loyers, permet au locataire d'imposer au propriétaire la prolongation du bail, pendant un certain temps, et à demeurer ainsi dans l'immeuble loué, à l'expiration du bail, malgré la volonté contraire du propriétaire.

De même, la loi du 30 juin 1926, sur la propriété commerciale, accorde au locataire d'un immeuble ou d'un local à usage commercial ou industriel, le droit au renouvellement de son bail.

Cette loi, à la différence de celles sur les loyers, a été incorporée au code civil lui-même. Elle ne se présente donc pas comme une disposition législative provisoire. C'est à titre définitif qu'elle introduit dans notre droit cette règle que le locataire commerçant peut opposer au propriétaire son bail cependant expiré.

Mais ici, le propriétaire demeure libre de refuser le renouvellement qui lui est demandé, sauf les conséquences pécuniaires que ce refus aura pour lui, c'est-à-dire l'obligation de verser au commerçant une indemnité égale au préjudice causé par le défaut de renouvellement.

Le propriétaire a, en outre, le droit de traiter avec un tiers qui lui offrirait un prix de bail supérieur à celui que consentirait à payer le commerçant.

Déjà les grandes associations commerciales réclament une révision de la loi ayant pour objet la reconnaissance, au profit du locataire, à la fin du bail, d'un droit de priorité lui permettant d'écarter sans distinction, toutes les offres des tiers, même celles supérieures aux siennes.

Un courant se dessine donc en faveur d'un droit direct du commerçant sur l'immeuble loué, ce qui entraînerait, par un retour singulier aux conceptions médievales, une sorte de démembrement du droit du propriétaire de l'immeuble.

Voici, selon nous, la construction doctrinale qui va permettre de coordonner toutes ces décisions de la jurisprudence et de la loi.

La propriété demeure, encore aujourd'hui, pour l'individu, un véritable droit, conférant comme tel, une sphère d'autonomie à son titulaire.

Le régime de la liberté dans la production et la gestion des richesses est, à juste titre, toujours considéré comme propre à porter au plus haut degré l'activité productrice, donc, comme le régime le plus conforme àl'utilité de la collectivité.

Mais — et c'est ici la transformation réalisée depuis le Code — la propriété n'est plus une cause d'exonération des obligations normales qui pèsent sur tout homme vivant en société. Bien au contraire, il faut dire, avec le philosophe Ollé-Laprune : « Tout avoir crée un devoir ».

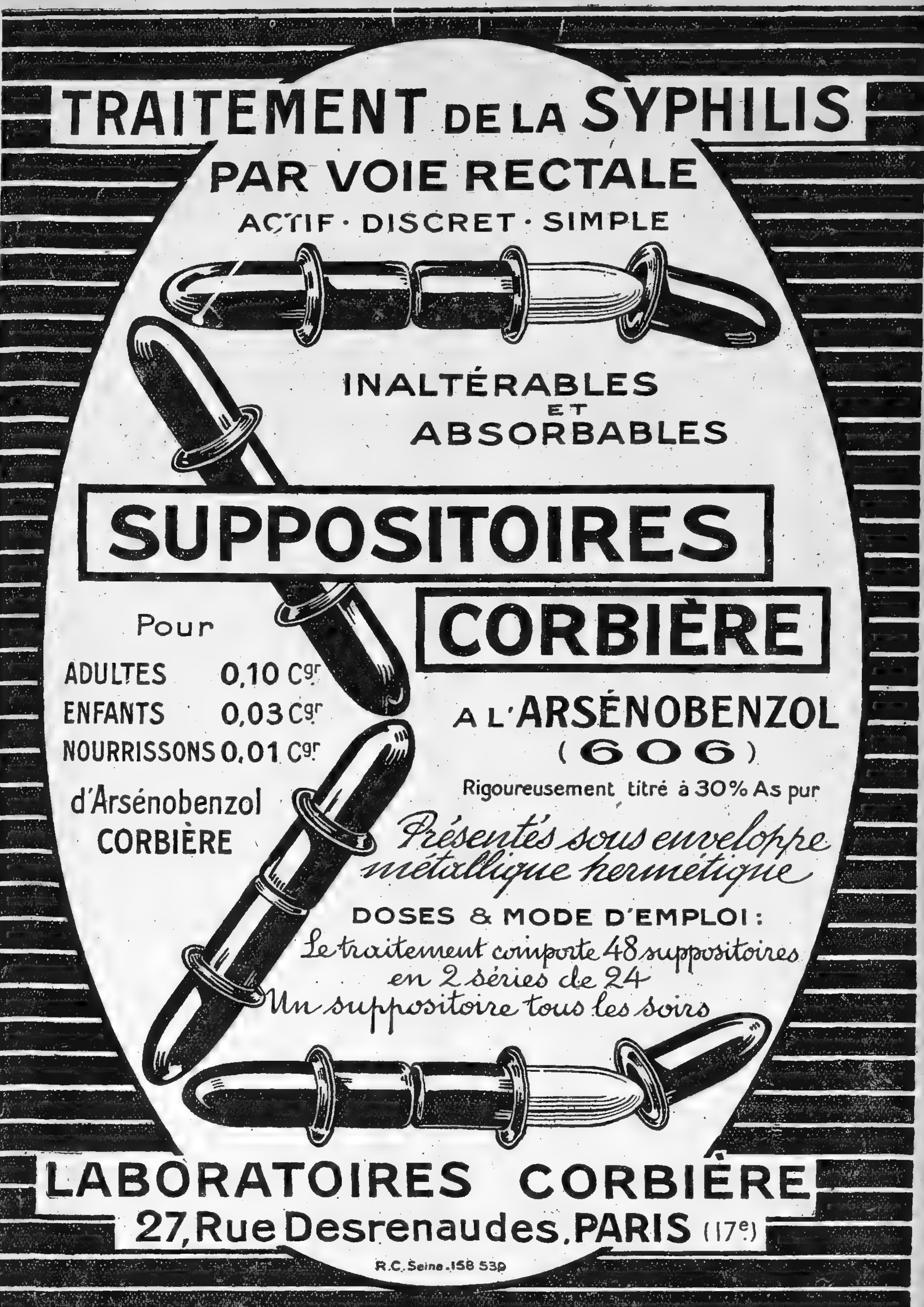
La propriété comporte, d'abord, des obligations ayant leur source soit dans la faute du propriétaire, soit dans le dommage qu'il cause par le seul usage de sa chose : c'est l'abus du droit et le risque.

Le propriétaire a, en outre, des obligations qui ont leur fondement, non plus dans sa faute ou son fait, mais dans le droit de ceux envers qui il est obligé : il a, pour créanciers éventuels, tous les hommes, en vertu de leur droit à l'existence. L'on peut dire que tous les êtres humains, autres que le propriétaire, ont, sur la chose de celui-ci, des droits virtuels auxquels, dans les cas de nécessité, le législateur doit donner effet, en obligeant alors le propriétaire à employer sa chose à la satisfaction des besoins collectifs. C'est ce droit à l'existence, ainsi entendu, qui est à la base de la législation sur les loyers et sur la culture obligatoire des terres. Car le logement et la nourriture sont indispensables à la vie des hommes.

Le propriétaire a encore, dans certains cas, pour créanciers, ceux qui l'ont enrichi : le commerçant locataire dont le fonds de commerce a donné une plus value à l'immeuble loué, l'ouvrier et l'employé dont le travail a fait fructifier le capital.

Ce droit nouveau sur le capital au profit du travail n'est, pour ainsi dire, qu'ébauché. Le réaliser d'une manière efficace, c'est l'un des problèmes, à la fois les plus délicats et les plus urgents, de notre époque.

Nous résumerons toute cette évolution du droit de propriété en disant qu'à la conception


TRAITEMENT DE LA SYPHILIS
PAR VOIE RECTALE
ACTIF · DISCRET · SIMPLE
INALTÉRABLES ET ABSORBABLES
SUPPOSITOIRES
CORBIÈRE
Pour
ADULTES 0,10 Cgr
ENFANTS 0,03 Cgr
NOURRISSONS 0,01 Cgr
d'Arsénobenzol CORBIÈRE
A L'ARSÉNOBENZOL
(606)
Rigoureusement titré à 30% As pur
Présentés sous enveloppe métallique hermétique
DOSES & MODE D'EMPLOI:
Le traitement comporte 48 suppositoires en 2 séries de 24
Un suppositoire tous les soirs
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS (17e)
R.C. Seine 158 539


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC...
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS
Ch. Loger

individualiste de la propriété individuelle qui ne tient compte que du titulaire du droit, se substitue une conception solidariste, dans laquelle on prend en considération non pas seulement le propriétaire mais tous les autres hommes.

IV

Il nous reste à examiner le droit de la famille.

Il a, pour base, dans le code civil, l'institution du mariage monogamique et la distinction de la filiation légitime, c'est-à-dire dans le mariage, et de la simple filiation de fait, ou filiation naturelle, en dehors du mariage.

Le mariage, qui est la clef de voûte de la famille, est considéré par le code comme un simple contrat entre le mari et la femme, abstraction faite de sa fonction qui est de perpétuer la race.

C'est pourquoi, dans le code, l'inaptitude à la procréation n'est pas une cause de nullité de mariage, pas plus que l'erreur sur les maladies les plus graves, les plus dangereuses pour le conjoint et pour ses descendants. Il y a ainsi des situations lamentables auxquelles le code n'ouvre pas d'issue. La jurisprudence a d'ailleurs cherché à y remédier par une application, abusive, du divorce à des faits antérieurs à la célébration du mariage, Dans l'ordre physiologique, le code se contente d'interdire le mariage au-dessous d'un certain âge et entre certains parents.

Tandis que, sur le terrain économique, nous voyons, à l'heure actuelle, une réaction se produire contre l'individualisme, et que, de plus en plus, la contrainte sociale s'exerce sur les forts au profit des faibles, dans le domaine de la famille, nous assistons à l'une des plus grandes poussées d'individualisme qu'ait encore connues l'humanité. Ici, le romantisme survit. L'on défend le droit de la passion, le droit de vivre sa vie, le droit de recommencer une expérience qui a été malheureuse.

Sous l'influence de ces idées, les tribunaux n'ont pas hésité à déformer le sens de la loi de 1884 sur le divorce pour élargir le domaine de cette institution : ils permettent aux conjoints de réaliser pratiquement de véritables divorces par consentement mutuel, alors, cependant, que les textes légaux admettent seulement des causes déterminées de divorce ;

Le législateur suit le même courant, et le 8 février 1925, le Sénat a adopté une proposition de loi, tendant à abaisser, de trois à deux ans, le délai légal au bout duquel la conversion d'une séparation de corps en divorce peut être demandée et sera obtenue du tribunal, pour lequel la conversion est obligatoire.

Il semble, en vérité, à bien des symptômes, et si l'on considère non pas seulement le droit mais les mœurs, que la conception traditionnelle de la famille, forgée par le Christianisme et reposant sur le devoir, est purement et simplement en train de disparaître.

Par quoi serait-elle remplacée ?

Par l'union libre ?

Mais, en dépit de la loi de 1912, qui autorise la recherche de la paternité, bien souvent, dans l'union libre, le père demeurera inconnu. Et ce défaut de père légal entraînera comme conséquence, la mère ne pouvant seule entretenir l'enfant, la prise en charge des enfants par la collectivité.

Or, les statistiques démontrent péremptoirement que l'enfant né d'une union irrégulière et recueilli par l'assistance publique, est infiniment plus exposé que l'enfant né dans le mariage, à la criminalité, à la maladie, à la mort.

Comment donc envisager l'avenir, et que faire en attendant ?

Certes, nous traversons à l'heure actuelle une crise profonde, crise sociale et crise morale, et, peut-être, les forces de destruction et de dissolution sont-elles encore loin d'être épuisées.

Mais, nous avons toutes raisons historiques de penser que nous triompherons des germes de mort et que, sous l'aiguillon impérieux du besoin de vivre, les hommes comprendront à nouveau la nécessité des renoncements individuels dont ne peut se passer aucune de ces grandes solidarités dans le temps que sont la famille, la nation, l'humanité.

Pour le moment, le législateur ne doit pas ignorer la réalité : il doit tenir compte des unions irrégulières si nombreuses, protéger, dans ces unions, la compagne et les enfants.

Et, en attendant la restauration des mœurs, les jurisconsultes doivent s'efforcer de faire disparaître de l'esprit public la conception contractuelle et individualiste du mariage pour y substituer la vraie conception, biologique et sociale. D'après elle, le mariage est une institution ayant pour but de servir les intérêts de l'espèce, en permettant de confier le soin de l'éducation de l'enfant à ses générateurs, et non à l'Etat.

En faveur d'une telle conception, je puis invoquer l'autorité du grand sociologue, Durkheim, dans un article, déjà ancien, de la *Revue Bleue*, en date du 5 mars 1906 :

« Du moment où les enfants sont nés, déclare Durkheim, le couple conjugal cesse alors d'être à lui-même sa propre fin, pour devenir un moyen en vue d'une fin, qui lui est supérieure. Cette fin, c'est la famille qu'il a fondée et dont il a désormais la responsabilité. Chaque époux est devenu fonctionnaire de la société domestique, chargé comme tel d'en assurer, pour sa part, le bon fonctionnement. Or, de ce devoir, ni le mari ni la femme ne peuvent plus se libérer à leur fantaisie, en invoquant que le mariage ne leur procure pas ou ne leur procure plus les satisfactions qu'ils en attendaient. Ils se doivent à d'autres êtres qu'à eux-mêmes. »

Ainsi entendu, le mariage devient essentiellement la loi de l'enfant, c'est-à-dire la loi des faibles.

Dégageons l'idée synthétique des transformations du droit, déjà réalisées ou devant logiquement se réaliser, que nous avons décrites.

C'est bien un ordre juridique, très différent de celui de la Révolution de 1789 et du code civil, qui commence à se dessiner avec quelque netteté :

La Révolution, consacrée sur ce point par le code, avait supprimé les inégalités juridiques entre les hommes qu'elle avait proclamés égaux en droits, indépendants, souverains.

Il n'y avait plus désormais que les inégalités de fait, notamment les inégalités économiques, devant lesquelles le Code demeure systématiquement indifférent.

Dans l'ordre nouveau, les inégalités de fait, si accusées dans un régime de grande production, tendent à être corrigées par le droit : un lien juridique de solidarité entre les forts et les faibles est établi au profit de ces derniers, sur le fondement du devoir à la vie de tous les êtres humains. La protection des faibles n'est plus seulement comme autrefois, le droit des forts, elle est, désormais, le droit des faibles. On dirait que le législateur a entendu la grande parole d'Ernest Lavisse : « Ayez la hardiesse de voir que tous les hommes sont des hommes ».

Un tel système n'est pas en désaccord seulement avec l'esprit du code civil, mais aussi avec les conceptions du droit romain classique, c'est-à-dire celui des derniers siècles de la République et des premiers siècles de l'Empire. Ce droit romain classique, en même temps qu'il admettait encore l'esclavage, cette organisation autoritaire du travail et de la production des richesses, constituait, dans les autres domaines de la vie économique, un régime d'indépendance de l'individu : le droit de propriété était illimité ; et les rapports entre les hommes libres étaient affranchis de la tutelle de l'Etat.

La contradiction que le mouvement législatif contemporain, obéissant aux nécessités de la vie et aux exigeances de la justice, apporte à l'esprit du droit romain, est un fait historique de la plus haute importance.

Les jurisconsultes doivent s'incliner devant ce fait, et en tirer les conséquences : le droit romain ne peut désormais demeurer ce qu'il était pour les archaïsants de la Renaissance : l'expression parfaite de la raison et du droit naturel, donc une discipline génératrice de justice et de civilisation par tous les temps et pour tous les pays.

Certes, l'étude du droit romain, si elle n'est pas conçue dans un esprit dogmatique, demeure très féconde : « Pour moi, a dit, un jour, Durkheim, j'ai recommandé l'étude du droit romain, non parce que j'y voyais un monument de la sagesse humaine et un modèle à imiter — ce qui pour l'historien serait absurde — mais parce que l'histoire du droit romain, par son étendue, sa variété, la suite de son développement, offre un magnifique champ d'investigation et une matière hautement instructive et éducative. »

De même un romaniste français, d'une particulière autorité, dont le manuel, d'une grande rigueur scientifique, avait acquis une réputation plus qu'européenne. Paul-Frédéric Girard, qui enseigna jadis à la Faculté de droit de Montpellier, nous déclare dans le chapitre préliminaire de son ouvrage : « Le mérite primordial et décisif des études de droit romain, c'est qu'elles sont avant tout un incomparable instrument d'éducation historique. »

Ajoutons que ces études, qui donnent à l'esprit une discipline féconde de précision et de clarté, demeurent, en outre, indispensables pour l'intelligence de beaucoup de nos institutions légales, par l'analyse de leurs origines.

Mais nous ne pouvons plus, aujourd'hui, demander au droit romain la solution de ces graves problèmes sociaux qui lui furent totalement étrangers et qui se posent dans notre civilisation industrielle.

Le régime économique de la grande usine ne peut être soumis à la discipline juridique romaine.

Le devoir des jurisconsultes est, dès lors, de donner du champ à leur curiosité intellectuelle ; ils doivent méditer, dans le passé, d'autres droits, que le droit romain, en particulier les grandes théories célèbres de la propriété et de l'injustice usuraire dans les contrats, que l'on rencontre chez les canonistes du Moyen-Age et dans l'œuvre de Saint-Thomas-d'Aquin qui, pour fonder l'ordre social, annexe au réalisme d'Aristote la doctrine chrétienne de fraternité et donne à cette doctrine tout son sens évangélique, si redoutable à l'égoïsme.

Les jurisconsultes doivent étudier, dans le présent, d'autres droits que le droit national, et, par exemple, les législations ouvrières allemande et belge, d'un caractère social plus accentué que la nôtre : et la jurisprudence anglo-saxonne, ce puissant système juridique des civilisations matérielles les plus avancées.

Aux enseignements tirés de l'observation directe des faits, il leur faut ajouter les grandes leçons de politique juridique que donnent les droits anciens et les droits étrangers contemporains.

Et c'est à toutes ces sources diverses qu'ils doivent puiser, pour collaborer par avance à l'œuvre du législateur, et préparer les formules nouvelles destinées à faire pénétrer, progressivement, dans notre droit français, plus de réalisme, plus de justice, plus de fraternité.

VARIÉTÉS

La silice dans les plantes, chez les animaux et chez l'homme.

« La notion du terrain, viennent d'écrire MM. G. MOURIQUAND et A. LEULIER (1), un instant oubliée après le succès des doctrines microbiennes, revient en faveur. Dans l'état actuel de notre ignorance, elle apparaît d'une complexité inouïe. » Cela est vrai et que trop longtemps, les yeux fixés sur la graine, on a tout à fait négligé le sol, et qu'on retrouve aujourd'hui un jugement plus droit, et que nous assistons à une aurore qui éclaire la route que la médecine suivra demain. Il l'est moins de se représenter notre ignorance comme un champ vierge que nos devanciers nous laissèrent tout entier à débroussailler.

S'ils ne purent faire porter leurs recherches sur des substances découvertes après eux et peut-être hypothétiques, ils nous ont légué du moins sur celles qu'ils connurent cette notion que MM. A. Paret, A. Le Play et L. Lematte résumaient excellemment hier encore : « Dans la généralité des processus biochimiques, le minéral, doué d'affinités plus vives que la matière organique, commande les transformations de la substance organisée. Il se montre l'élément indispensable, secondairement causal de la vie de chaque cellule et la cellule qui souffre de misère minérale est en état de misère physiologique (2). » « Les substances minérales, par l'ensemble des phénomènes que provoque leur présence, sont la source de la plupart des réactions vitales de la cellule (3). » — « La nature des minéraux de l'alimentation règle notre métabolisme biologique (4). » — « La physiologie de la nutrition est dominée par la qualité et la quantité des minéraux de la ration. L'entretien de la vie et la réparation organique sont impossibles sans la présence dans l'aliment des métalloïdes et des métaux biotiques (5). »

Un travail de Raulin, déjà ancien mais resté classique (6), a résolu le problème de l'alimentation minérale pour l'*aspergillus*, au point que la moindre modification apportée dans la formule du milieu nutritif donnée par l'auteur altère la vitalité de la mucédinée. Si celle-ci reste la seule sur laquelle nous ayons pareille connaissance précise, nous savons du moins que « chaque tissu fait sa vie sur un terrain minéral propre et toujours multiple, dans lequel on constate des dominantes et des sous-dominantes minérales, mais dont chaque élément concourt au mouvement fonctionnel, sans que l'élément voisin ait qualité pour le suppléer. Chacun d'eux, en fonction de sa nature et de ses affinités spéciales, sert les échanges nutritifs en appelant les réactions précises qui déterminent les réductions, les dédoublements, les oxydations des molécules alimentaires, la construction des micelles protoplasmiques, l'élimination des produits résiduels et des albumines toxiques. Chacun d'eux contribue à la régulation de l'équilibre osmotique des cellules et des plasmas. Chacun d'eux dégage pour l'accomplissement des actes vitaux l'énergie qu'il recélait à l'état potentiel (1). » — « Par conséquent, il est indispensable de fixer, non seulement la quantité totale de matières salines suffisante pour donner à nos liquides la molécularité totale voulue, mais aussi, avec une importance égale, quelle est la quantité minima (disons plutôt la meilleure) de ces matières qui doit entrer dans ce total (2). »

Encore n'est-ce pas assez, car l'état pathologique complique les choses. Parce que, en dehors du rôle physiologique de chaque substance minérale dans le maintien de l'équilibre normal d'un organisme en parfaite santé, chacune a des propriétés particulières et est capable de produire des effets propres, il vient que celles-là sont susceptibles d'être utilisées et ceux-ci recherchés dans tel ou tel cas donné de maladie. Ainsi s'étend d'infinie manière le champ des études dont la complexité, en effet, est fort grande. Il y faudra bonne méthode de travail. Hier, MM. Charrin, Guillemonat et Levaditi (3) surminéralisaient par injection de solutions complexes pour étudier ensuite les modifications de la résistance aux infections expérimentales, tandis que J. Gaube (4) établissait des régimes sous le contrôle d'analyses d'urine répétées. Il est maintes autres manières. Celle que conseillent MM. G. Mouriquand et A. Leulier semble excellente : « Si l'on veut poser le problème du terrain dans

(1) G. MOURIQUAND et A. LEULIER. — Contribution à l'étude du terrain en pathologie. (*Paris médical*, 7 mai 1927, p. 436.)

(2) A. PARET. — (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 20 février 1922.)

(3) A. LE PLAY. — Du rôle des substances minérales en biologie. (*Thèse de Paris*, 1906, p. 7.)

(4) L. LEMATTE. — (*Société de médecine de Paris*, 25 octobre 1919.)

(5) L. LEMATTE. — (*Société de thérapeutique*, 9 février 1927.)

(6) RAULIN. — Etudes chimiques sur la végétation. *Annal. des sciences naturelles*, 1870.)

(1) A. PARET. — *Loc. cit.*

(2) E. MAUREL. — (*Traité de l'alimentation et de la nutrition*, Paris, 1908, t. II, p. 186.)

(3) CHARRIN, GUILLEMONAT et LEVADITI. — *Académie des sciences*, 31 juillet 1899.

(4) J. GAUBE. — *Cours de minéralogie biologique*, (1899-1903).

toute sa simplicité, écrivent-ils (1), il nous paraît qu'un des moyens les plus sûrs est de procéder par soustraction d'une substance alimentaire. Dans ces conditions (et j'ajoute : toute autre cause d'altération de la santé étant écartée), le trouble qui s'ensuivra, c'est-à-dire la modification du terrain a des chances de se présenter sous l'aspect le plus simple. »

Suivant cette méthode ou suivant d'autres, un grand nombre des substances minérales de nos aliments ont été déjà étudiées dans leur cycle physiologique et dans leurs effets thérapeutiques, la chaux en particulier, tout récemment le soufre (2) et le chlore (3). D'autres sont négligées et l'on a peu ajouté aux travaux anciens. La silice est de ces dernières et cela contraste étrangement avec le regain d'actualité dont la silice bénéficie aujourd'hui en thérapeutique.

L'attrait de l'intérêt nouveau derechef porté à cette substance m'a fait rappeler ailleurs la richesse en silice de quelques-unes de nos plantes indigènes (4). Les tableaux qui la résument ne sont pas sans avantages, tant pour la thérapeutique médicamenteuse que pour cette thérapeutique alimentaire à laquelle iront peut-être les préférences de nos successeurs. A cet égard dernier, n'est-il pas intéressant, par exemple, de savoir que la farine de riz contient 1 % de silice et qu'on en trouve pour 100 grammes de substance, il est vrai desséchée, 1 gr., 28 dans la rave ; 1 gr. 44 dans le chou-fleur ; 1 gr. 54 dans le grain d'avoine ; 2 gr. 41 dans le pissenlit ; 4 gr. 31 dans le grain d'orge et 6 gr. 50 dans le radis ? Ce même attrait me mène à revenir sur certains autres côtés de l'étude de la silice.

Le silicium nous est connu sous quatre états : S. cristallisé, S. graphitoïde, S. amorphe et S. colloïdal. Il n'existe pas isolé dans la nature ; mais ses combinaisons avec l'oxygène sont parmi les matières les plus répandues. Des trois oxydes que le silicium et l'oxygène peuvent former, le plus intéressant est la silice (*acide silicique*), qui offre, elle-même, des variétés naturelles les unes cristallisées, les autres amorphes. Dans ces dernières, la silice présente de multiples types d'hydratation. Par combinaison avec des corps jouant le rôle de bases, l'acide silicique donne, en particulier, des silicates, les uns insolubles comme le talc (silicate de magnésie), les autres solubles, comme les silicates de potasse, de soude, etc.

(1) G. Mouriquand et A. Leulier. — *Paris médical*, 7 mai 1927.

(2) Cf. L. Binet. — *Paris médical*, 7 mai 1927. — J. de Rey-Pailhade. *Sciences médicales*, 15 avril 1927. — Flurin. *Progrès médical*, 13 novembre 1926.

(3) Cf. L. Ambard et F. Schmid. — *Paris médical*, 7 mai 1927.

(4) *Courrier médical* nº 13, 3 avril 1927. — *L'Association médicale*, septembre 1927.

La silice est un des éléments importants des végétaux ; elle en forme la charpente. On l'y rencontre, soit à l'état libre, soit à l'état de combinaison minérale se laissant facilement transformer par les dissolutions alcalines faibles, soit à l'état de combinaison organique stable, par exemple, avec la cellulose, qui ne cède sa silice que lorsqu'elle-même est complètement désagrégée.

Trois faits sont à signaler à propos de la silice végétale. Le premier est dû à V. Jodin (1) : les plantes qui absorbent beaucoup de silice absorbent moins de potasse et inversement.

Le second a été bien mis en lumière par J. Gaube (2) et, par certains côtés, confirme le premier : la silice s'accumule dans les feuilles des arbres à mesure qu'elles vieillissent et cette augmentation croissante coïncide avec une décroissance presque correspondante de leur potasse et de leur acide phosphorique. Ainsi trouve-t-on pour 100 parties de cendres de feuilles de hêtre :

Matières minérales	En Mai (*feuilles à leur apparition*)	En Novembre (*feuilles vieillies*)
Silice	1.19	24.37
Potasse	29.95	0.99
Acide phosphorique	24.21	1.95

Il y a là une indication pour le choix du moment de la récolte des plantes, suivant celui de leurs éléments constituants dont on veut utiliser les vertus.

Le troisième, connu déjà, mais précisé récemment par M. J. Chevallier (3), se rapporte à la prêle. Parmi nos plantes indigènes, la prêle est la plante siliceuse par excellence, au point qu'une de ses espèces, utilisée jadis pour le polissage des bois, porte encore parfois le nom vulgaire de prêle des tourneurs. Cet *Equisetum hyemalis* contient 12,45 % de silice à l'état sec. La prêle des rivières (*Equisetum fluviatile*, L. *Equisetum Telmateya*, Ehrh), plus riche encore, atteint 15,445 p. cent en moyenne. Or, « par décoction de cette plante, nous dit M. J. Chevallier, sans indiquer malheureusement le poids de plante employée ni la durée de l'ébullition, on obtient un liquide qui fournit 12 % d'extrait, qui renferme 42 % de silice », proportion considérable puisque cela

(1) V. Jodin. — *Ann. agronom.*, t. IX.

(2) J. Gaube. — *Cours de minéralogie biologique*, 1899, t. I, p. 213.

(3) J. Chevallier. — La prêle et la médication silicique. (*Société de thérapeutique*, 14 avril 1927.)

représente 5,04 de silice pour 12 grammes d'extrait. Pour 100 de plante bouillie une demi-heure dans 1 litre d'eau, M. H. Leclerc, avait trouvé 0 gr. 40 de silice dans la décoction (1). Quant à l'infusion, nous dit encore M. J. Chevallier, « une infusion de 10 gr. de prêle dans l'eau bouillante dissout environ 0 gr. 055 à 0 gr. 060 de silice ».

La silice existe dans les organismes animaux comme dans les plantes, mais en quantités de beaucoup moindres. Là comme ici, on la rencontre surtout dans les substances épidermiques, plumes des oiseaux, carapace des crustacés, lamelles épidermiques. Dans ces dernières, écrit J. Gaube (2), la silice existe sous deux états différents : en plus grande part (68,83 %) à l'état de silice libre, soluble dans les solutions alcalines faibles ; en moindre proportion (31,17 %) à l'état de silice combinée, faisant partie constituante des lamelles épidermiques et qu'on ne peut en extraire qu'en les détruisant.

Le système nerveux, ayant même origine blastodermique que les téguments, il semble que la silice doive se trouver aussi dans le cerveau. Il en est bien de cette manière et on l'a signalée dans le cerveau du bœuf et dans celui du mouton.

Sur ce point particulier de nos connaissances, nos livres sont brefs et on en pourrait de suite venir à l'homme sans quelques résultats analytiques curieux, fournis par J. Gaube, qui valent d'être rappelés. Dosant, en effet, la silice dans 100 parties de muscles frais, il en a trouvé, en moyenne, 0 gr. 04 chez le taureau ; 0 gr. 011 chez le bœuf et 0 gr. 013 chez la vache.

Chez l'homme, la silice existe dans le sang, les urines, le lait, la bile ; dans le poumon ; dans diverses organes glandulaires, foie, capsules surrénales, thymus, mamelles, en particulier dans le pancréas ; dans le tissu embryonnaire ; dans les tissus conjonctifs ; dans les muscles ; dans la peau surtout et ses annexes, ongles et poils.

On souhaiterait des précisions numériques. On en a fourni. Par malheur, elles ne sont point concordantes, soit que les calculs aient été faits par les uns en Si $(OH)^4$, par les autres en SiO^2 ; soit par différences de méthodes d'analyse ; soit pour tout autre motif. Déjà pour la minéralisation totale de l'homme, les auteurs ne s'accordent pas. Par exemple, pour un homme vivant de 68 kgr., tandis que J. Gaube estime cette minéralisation totale tantôt (3) à 2 kgr. 105, tantôt (4) à 2 kgr. 123 (5), soit 0 gr. 031 par kgr., de substance, L. Lematte (1) l'élève à 4 kgr. 375, soit 0 gr. 064 par kgr. de substance, c'est-à-dire un peu plus du double.

(1) H. Leclerc. — *Précis de phytothérapie*, Paris, 1927, p. 61.
(2) J. Gaube. — *Cours de minéralogie biologique*, Paris, 1899, t. II, p. 360.
(3) J. Gaube. — *Loc. cit.*, p. 302.
(4) J. Gaube. — *Loc. cit.*, p. 303.
(5) Moyenne : 2 kil. 114.

Sur le total des matières minérales d'un homme de 68 kgr., la silice compterait pour 6 gr. 27 suivant MM. L. Scheffer, A. Sartory et H. Pelissier (2), pour 4 gr. 148 (en Si $(OH)^4$) suivant M. L. Lematte (3), pour 1 gr. 768 (en SiO^2 vraisemblablement) suivant J. Gaube (4), soit respectivement % d'individu : 0 gr. 0092, 0 gr. 0061, 0 gr. 0026. Même en ramenant le nombre de M. L. Lematte à 0 gr. 0048 en SiO^2, l'écart est grand avec les résultats trouvés par J. Gaube et acceptés par M. Suard (5).

Pour les muscles de l'homme, on trouve de notables écarts dans le même auteur. J. Gaube leur attribue (6) une *minéralisation* totale de 310 gr. 30. Or, si l'on estime à 25 kgr. 88 la masse totale des muscles d'un homme de 48 kgr., cela donne une proportion de 1 gr., 198 %. Mais ailleurs (7) J. Gaube fixe à 0 gr. 753 % de muscles vivants la minéralisation totale chez l'homme, soit pour 25 kgr. 88 de muscles au total 194 gr. 902 au lieu des 310 gr. 30 primitifs.

En ce qui regarde la silice, son rapport à la minéralisation musculaire totale serait chez l'homme, pour le même auteur (8), de 2 % ; soit, si l'on calcule sur 310 gr. 30, de 6 gr. 206 pour l'ensemble des muscles et de 0 gr. 0239 % de muscles ; tandis que, si l'on calcule sur 7 gr. 531 de minéralisation totale pour 1000 de muscles (9), on obtient 0 gr. 015 de silice % de muscles.

Plus loin (10), J. Gaube fournit d'autres nombres encore, mais un renseignement nouveau :

		Homme	Femme
Silice p. 100 de	Suc musculaire ...	0.0259	0.01508 (2)
	Tissu musculaire	0	0

Mêmes divergences en ce qui concerne la quantité de silice contenue dans le tissu fibreux. Pour

(1) L. Lematte. — *Société de médecine de Paris*, 25 octobre 1919.
(2) L. Scheffer, A. Sartory et P. Pelissier. — *Académie des sciences*, 17 août 1920.
(3) L. Lematte. — *Société de médecine de Paris*, 25 octobre 1919.
(4) J. Gaube. — *Cours de minéralogie biologique*, Paris, 1899, t. II.
(5) Suard. — *Presse médicale*, nº 85, 18 octobre 1913, p. 856.
(6) J. Gaube. — *Loc. cit.*, p. 303.
(7) J. Gaube. — *Cours de minéralogie biologique*, Paris, 1901, t. III, p. 56.
(8) J. Gaube. — *Loc. cit.*, p. 43.
(9) J. Gaube. — *Loc. cit.*, p. 56.
(10) J. Gaube, peu avant (p. 42), donne, pour le muscle frais en général : 0 gr. 025 % chez l'homme, et 0 gr. 017 % chez la femme.

100, chez l'homme, J. Gaube (1) en trouve 0 gr. 00125 et la plupart des auteurs, comparant d'après ce nombre le tissu musculaire et le tissu fibreux, sont allés répétant que celui-ci contient dix fois moins de silice que celui-là. Or, c'est à un résultat tout juste opposé qu'ont abouti : d'une part, Schulz, soutenant qu'il y a beaucoup plus de silice dans les aponévroses et dans les tendons que dans les muscles ; d'autre part, L. R. Macq (2) écrivant : « La localisation prédominante de la silice dans le tissu fibrineux suffit à la faire considérer comme un élément indispensable à la constitution de ce tissu. »

Notons encore quelques indications, sans doute, elles aussi, susceptibles de révision. La peau fraîche a une minéralisation totale % de 0 gr. 5671, comprenant 0 gr. 037 de silice (3) Cela donne au calcul 6 gr. 52 de silice % de cendres, nombre différent de celui de 6 gr. 25 fourni au même endroit par le même auteur.

Les ongles laisseraient pour 100 : 1 gr. 782 de cendres, contenant 0 gr. 34 de silice (4).

Quant aux cheveux, nous en sommes restés à l'ancienne analyse de Baudrimont, qui obtient pour 100 de cendres :

Cheveux	noirs	6.61	de silice
—	blancs	12.31	—
—	blonds	30.71	—
—	rouges	42.46	—

Partant de là, J. Gaube a émis une opinion à laquelle on ne peut refuser au moins le mérite de l'originalité. « Il existe, dit-il (5), dans les cheveux en proportions variables, selon la couleur des cheveux, autrement dit, selon les races, des métaux qui peuvent servir, d'une manière plus précise que l'appréciation toujours discutable de la couleur à caractériser les diverses races humaines. Ces métaux sont le silicium, le potassium et le sodium ; un métal électro-positif et deux métaux électro-négatifs... Aucun des autres corps qui entrent dans la minéralisation des cheveux ne s'y rencontre en pareille disproportion entre eux. Le silicium, le potassium et le sodium sont bien apparemment des dominantes minérales des races ; d'où des races alcalisilicées ou races blanches et des races riches en potasse, races potassiques ou races noires. » Si cette opinion est juste, le dosage de la silice dans le placenta pourrait permettre de déterminer le caractère ethnique de l'enfant dès sa naissance. J. J. Gaube fils, qui fit dans sa thèse (1) pareille recherche n'a, par malheur, à sa disposition que trop peu de matière d'analyse pour pouvoir résoudre un tel problème. Les nombres moyens de 0.0395 de silice pour cent de placenta de garçons nés à terme, de 0.03 pour le placenta de garçons nés avant terme, de 0.022 pour le placenta de filles nées avant terme, ne sont eux-mêmes que des valeurs d'attraits, demandant à être confirmées.

En somme, c'est un mince bagage de connaissances que le nôtre sur ce chapitre des constituants minéraux de l'organisme et sur la valeur en poids de la silice humaine. Sur le peu même que nous savons, bien des recherches sont à reprendre et à préciser. Il n'en reste pas moins que la silice, parmi les diverses matières minérales, semble bien mériter plus d'attention qu'on ne lui en a jusqu'ici accordé. On comprend ainsi l'intérêt nouveau qu'à juste titre elle éveille.

Albert GARRIGUES.

(1) J. GAUBE. — *Loc. cil.*, p. 245.

(2) L. R. MACQ. — Le silicium dans le règne animal et principalement chez l'homme. *Thèse de Paris*, 1910.

(3) J. GAUBE. — *Cours de minéralogie biologique*, 1899, t. II, p. 359.

(4) J. GAUBE. — *Loc. cil*, p. 358.

(5) J. GAUBE. — *Loc. cil.*, p. 335.

(1) J. J. GAUBE. — Essai de statique minérale du placenta et du fœtus humain, *Thèse de Paris*, 1900.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

CENTENAIRE DU MÉDECIN INSPECTEUR VILLEMIN

La « Journée de la Tuberculose »

Au programme des manifestations organisées du 15 au 19 octobre 1927, à l'occasion du Centenaire de la naissance de Villemin, le Ministre de la Guerre a décidé d'ajouter une imposante journée médicale la « Journée de la tuberculose ».

Cette « Journée » se déroulera au Val-de-Grâce, dans les salles du troisième fiévreux où Villemin a enseigné la clinique médicale à 22 promotions de médecins militaires, le dimanche 16 octobre 1927, en deux séances qui s'ouvriront à 9 heures et à 15 heures.

Au cours de cette journée, des leçons de chose, des mises au point pratiques seront présentées par les personnalités civiles et militaires les plus qualifiées sur les principales questions qui sollicitent, en toute dernière actualité, l'activité des phtisiologues, au point de vue étiologique, anatomo-pathologique, clinique, thérapeutique et prophylactique.

A côté des manifestations purement commémoratives, se placera donc une manifestation scientifique d'un caractère essentiellement utilitaire, qui intéressera tous les praticiens et qui constituera le plus précieux hommage rendu à la mémoire de celui qui, professeur agrégé au Val-de-Grâce, s'immortalisa par la géniale découverte de l'inoculabilité et de la contagiosité de la tuberculose.

Le Comité d'organisation de la « Journée de la tuberculose » a pour *président* : M. le médecin-inspecteur Dopter, membre de l'Académie de médecine, ancien directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, ancien professeur du Val-de-Grâce.

***

Les personnalités inscrites pour prendre la parole exposeront le résultat de leurs recherches les plus récentes, inédites pour la plupart, et le programme qui nous a été communiqué paraît devoir être des plus intéressants :

Dr Ameuille. — Etude sur les rapports entre la tuberculose pleurale et la tuberculose parenchymateuse du poumon.

Prof. Arloing et A. Dufour. — De l'infection tuberculeuse expérimentale (type Villemin) à l'infection par le virus tuberculeux filtrant.

Médecin inspecteur Arnaud. — Organisation de la lutte antituberculeuse en France.

Prof. Bérard. — Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

Prof. Léon Bernard. — La méthode danoise d'aurothérapie de la tuberculose (2e série).

Prof. Bezançon et Dr P. Braun. — Le stade préphtisique et la tuberculose pulmonaire. La notion de Tramite.

Prof. Calmette. — Sur les conditions d'emploi du B. C. G. pour la prémunition des sujets adolescents ou adultes contre l'infection tuberculeuse.

Médecin principal Cazamian (Marine). — Prophylaxie de la tuberculose dans la marine de combat.

Médecin-major de 1re classe Clavelin (Val-de-Grâce). — Héliothérapie et tuberculose osseuse.

Prof. P. Courmont. — Importance du terrain chez les différentes espèces dans le développement de la tuberculose (rôle des propriétés humorales).

Dr Debré, agrégé des Facultés. — Cuti-réaction tuberculinique et rougeole.

Médecin principal Grosfillez (Troupes coloniales). — La vaccination par le B. C. G., dans les troupes coloniales indigènes.

Médecin inspecteur Hirtz. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les rayons X à très faible dose.

Dr Jousset, agrégé des Facultés. — La tuberculose anthracosique.

Dr Kuss. — Les enseignements de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation sur les formes initiales de la tuberculose de l'homme.

Prof. Letulle et Dr Normand. — Anatomie pathologique des lésions tuberculeuses. Présentation de radiographies.

Dr Leuret, agrégé des Facultés. — Importance de la septicémie dans la tuberculose humaine.

Prof. Parisot. — L'infection tuberculeuse de l'enfance suivant les conditions sociales de l'existence. Rôle du taudis et du surpeuplement.

Médecin inspecteur Rieux et médecin-major de 1re classe Pilod. — La tuberculose pulmonaire incipiente chez l'adulte. Etude clinique et radiologique.

Drs Rist et Hautefeuille. — Quelques facteurs psychologiques dans la pathogénie de la tuberculose pulmonaire.

Médecin principal Rousseau (Troupes coloniales). — La vaccination par le B. C. G. dans le milieu civil indigène.

Prof. Sergent. — Réactivation des foyers tuberculeux latents. Quelques constatations cliniques et expérimentales.

Vétérinaire major Urbain. — Réaction de fixation appliquée au diagnostic des tuberculoses animales.

Dr Vaudremer. — Bacillothérapie des tuberculoses autres que la tuberculose pulmonaire.

Dr A. Vernes. — Contribution apportée par la sérologie à la prophylaxie sociale contre la tuberculose.

Médecin principal Vialard, (Marine). — Tuberculose pleuarale diaphragmatique droite, suite d'hépatite amibienne ou palustre.

A cette mémorable journée, au sujet de laquelle aucune cotisation ne sera demandée, sont invités tous les docteurs en médecine, docteurs vétérinaires ainsi que les pharmaciens ou chirurgiens-dentistes que cette question intéresse. Ceux-ci n'auront qu'à se faire inscrire à la direction du service de santé de la région où ils sont domiciliés où toutes les indications utiles leur seront données.

Le Ministre de la Guerre a décidé que les officiers de réserve du Service de santé militaire et des troupes coloniales qui participeront à cette démonstration technique, constituant un si important enseignement anti-tuberculeux, seront considérés comme en période d'instruction sans solde et recevront par les soins du directeur du service de santé de leur région de domicile un ordre de convocation les faisant bénéficier du tarif militaire sur les chemins de fer.

Un numéro spécial des *Archives de médecine et de pharmacie militaires* sera consacré à la publication *in extenso* des conférences et présentations faites au cours de la « Journée de la tuberculose ». Ce numéro, qui paraîtra dans le cours de novembre prochain, sera envoyé, contre remboursement, à tous les adhérents à cette journée, qui auront manifesté le désir de le recevoir.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

A l'A.P.I.M.

Notre ami Decourt, secrétaire général de l'*Association professionnelle internationale des médecins*, nous communique la programme de la deuxième session de son Conseil général qui aura lieu en fin septembre au siège de l'A.P.I.M., à Paris, 25, rue Louis-le-Grand. Nous avons pensé intéressant de le faire paraître dans le *Concours* où nous avons publié et publierons encore divers travaux de cet actif groupement international.

1° Nomination du *président des séances* de la deuxième session ;

2° Nomination des deux *contrôleurs des comptes* ;

3° Revue et vote des *statuts définitifs* ;

4° Revue et vote du *règlement intérieur* définitif ;

5° Examen des modes d'*enquêtes* et entente sur les délais raisonnables de réponse à demander aux correspondants ;

6° *a*) Exposé de la *propagande* déjà faite par le secrétaire général ;

b) Etude des moyens de propagande envers les Nations n'ayant pas encore répondu au secrétariat ni envoyé leur adhésion à l'A.P.I.M. Nomination d'une *commission spéciale*, dont chaque membre fixera à l'avance son rayon d'action de propagande, en accord avec le secrétaire général.

7° Fixation d'un *vocabulaire usuel* des principales expressions employées par le secrétariat de l'A.P.I.M. de façon à *unifier* les expressions nationales dans les circulaires et éviter ainsi les malentendus (voir le *vocabulaire déjà envoyé* que chaque correspondant est prié d'examiner et de compléter à l'avance, en vue de propositions à faire en séance);

8° Etude sur les moyens les plus pratiques, pour chaque correspondant national, de publier dans chaque pays, les *travaux de l'A.P.I.M.* et en faire connaître les résultats aux médecins praticiens, dans chacune de nos Nations ;

9° Etude d'un projet de *rapport semestriel* qui serait dressé par le secrétaire général, d'après les notes envoyées par les correspondants sur les *nouveautés professionnelles*, dans chaque pays durant les six derniers mois ;

a) *Lois et règlements nouveaux concernant* les médecins,

b) Propositions, vœux, décisions du Corps médical dans ses Groupements nationaux professionnels,

c) Actions entreprises par ces Groupements, leurs buts, leurs moyens, leurs résultats, etc...

10° *Rapport général du trésorier* ;

11° *Rapport des contrôleurs des comptes* et étude générale consécutive de notre situation financière ;

12° (Demande du Dr Farkas, correspondant Yougoslave). — « Etude des réponses fournies sur le *questionnaire du B.I.T.* en vue de fixer les vœux de l'A.P.I.M. sur l'assurance-maladie ».

(Prière au Dr Farkas de fournir un *rapport* à ce sujet, à lire en séance, comme base de discussion) ;

13° (Demande du Dr Schneider, correspondant Allemand). — Discussion sur les *travaux de juin* 1927, au Bureau international du travail, à Genève sur l'assurance-maladie.

(Prière au Dr Schneider de fournir un *rapport* à ce sujet, à lire en séance, comme base de discussion) ;

14° Mandat de délégation de l'A.P.I.M. à donner à un ou deux membres du Conseil, en cas d'un appel éventuel à Genève, par le B.I.T., au cours de l'année 1928 au sujet de l'assurance-maladie ;

15° (Demande du Dr Vuilleumier, correspondant Suisse). — Définition du « spécialiste ». Sa classification. A-t-il des droits à des honoraires spéciaux ? etc...

(Prière au Dr Vuilleumier de fournir un *rapport* à ce sujet, à lire en séance, comme base de discussion) ;

16° Principales *enquêtes à faire en* 1928 ;

17° Fixation de l'*époque et du lieu de la troisième session* du Conseil (en 1928) ;

18° *Questions diverses*....

Paris, le 25 août 1927.

Le secrétaire général de l'A.P.I.M. :

Dr Fernand Decourt.

LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE SÉNAT

Suite des Débats

Séance du 30 *juin* 1927.

M. LE PRÉSIDENT. — La nouvelle rédaction de l'article 7 étant maintenant distribuée, j'en donne lecture :

« Art. 7. — 1. Sans qu'il soit porté atteinte aux droits propres de la caisse, en ce qui concerne le contrôle général, ni aux droits des administrations hospitalières, les syndicats professionnels de praticiens contrôlent eux-mêmes, soit sur leur initiative, soit sur celle de la caisse, la façon dont le service est assuré.

« 2. Tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectueront en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues, et notification en est faite à l'intéressé.

« 3. Si une contestation s'élève entre l'assuré et le médecin, en ce qui concerne l'état de maladie, ou si la caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, l'état du malade est apprécié par une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix. S'il s'agit d'incapacité permanente, ce troisième médecin sera un médecin expert désigné par le président du tribunal civil.

« 4. En cas d'abus, la caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

« 5. Les conventions passées entre la caisse et les Syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins sont soumises à une commission tripartite, fonctionnant au chef-lieu, composée par tiers, de représentants des caisses, des groupements professionnels, et, pour le dernier tiers, de représentants de l'office des assurances sociales. Sauf pour le contrôle du service médical, elle est chargée, en outre, de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente, les litiges qui naîtraient, entre les parties contractantes, de l'application desdites conventions. »

M. MILLIÈS-LACROIX. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Milliès-Lacroix.

M. MILLIÈS-LACROIX. — Messieurs, la lecture rapide que je viens de faire du nouveau texte de la commission pour l'article 7 me montre que nous n'avons pas satisfaction. Voici ce texte :

« Sans qu'il soit porté atteinte aux droits propres de la caisse en ce qui concerne le contrôle général. . . »

C'est la première fois que le mot de contrôle, en ce qui touche la caisse, est prononcé.

M. LE RAPPORTEUR. — L'ancien texte comprenait aussi ce mot.

M. MILLIÈS-LACROIX. — Mais l'ancien texte n'existe plus. C'est la première fois dans la loi qu'on parle de contrôle. Je lis le texte : « . . . Sans qu'il soit porté atteinte aux droits propres de la caisse en ce qui concerne le contrôle général. » Qu'est-ce que le contrôle général ?

Mais je poursuis ma lecture ?

« . . . les syndicats professionnels de praticiens contrôlent eux-mêmes, soit sur leur initiative, soit sur celle de la caisse, la façon dont le service est assuré. »

Or, il est absolument inadmissible que les syndicats professionnels, qui seront, en réalité — je m'excuse de prononcer ce mot — les agents du fonctionnement du service, contrôlent eux-mêmes ce service. . .

M. MAUGER. — Ce sont des salariés payés par la caisse.

M. MILLIÈS-LACROIX. — Evidemment !

Qu'est-ce qu'un syndicat professionnel de praticiens ? Que veut-on entendre par cette expression ?

M. LE RAPPORTEUR. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, je vous demande de vous souvenir de l'article 4, ainsi conçu :

« Les prestations en nature (soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique) sont réglementées d'après des conventions et évaluées, compte tenu des tarifs syndicaux ordinaires, suivant des tarifs locaux résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels. »

C'est donc dans ce texte que les syndicats puisent le principe de leur autorité pour exercer un contrôle. Il ne peut s'agir d'ailleurs que d'un contrôle purement technique, du contrôle que seul un médecin peut exercer. C'est du point de vue technique seul que nous faisons appel au contrôle des syndicats professionnels.

M. MILLIÈS-LACROIX. — Je regrette d'insister ; mais la nouvelle rédaction de l'article 7 fait allusion, en réalité, à un autre contrôle qu'au contrôle technique. Vous dites, en effet : « Les syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes, soit sur leur initiative, soit sur l'initiative de la caisse, la façon dont le service est assuré. »

Il ne s'agit pas là seulement des questions d'ordre technique.

M. LE RAPPORTEUR. — Nous pouvons, si vous vou-

lez, ajouter les mots : « au point de vue technique ».

M. MILLIÈS-LACROIX. — Ce serait préférable.

M. Fernand MERLIN. — Ou bien les mots « au point de vue médical ».

M. LE RAPPORTEUR. — Le sentiment qui avait paru dominer parmi nos collègues était que notre texte primitif ne tenait pas suffisamment compte de l'importance de la caisse et du contrôle. C'est pour cette raison que nous avons mis en tête de la rédaction : « Sans qu'il soit porté atteinte aux droits propres de la caisse... » Nous avons rédigé ce texte de ma nière que l'on voie bien que les syndicats professionnels exercent un contrôle d'ordre purement technique. C'est cela que nous avons voulu dire. Nous pouvons l'exprimer plus explicitement en disant : «... la façon dont le service technique est assuré. »

M Fernand MERLIN. — Ou plutôt « le service médical ...

M. LE RAPPORTEUR. — Mon cher collègue, il ne s'agit pas seulement des médecins : il y a aussi les pharmaciens. C'est pourquoi je propose de dire : «... la façon dont le service technique est assuré. »

M. MILLIÈS-LACROIX. — Je demanderai encore une autre modification à la commission. Au lieu de dire : « soit sur l'initiative de la caisse... », il faudroit dire : « sur la demande de la caisse... »

Il est inadmissible, en effet, de placer le contrôle de la caisse sous la subordination des syndicats professionnels.

M. LE RAPPORTEUR. — Nous avons simplement voulu exprimer l'idée que, lorsque la caisse voudra avoir des renseignements techniques, c'est au syndicat professionnel qu'elle s'adressera pour qu'il contrôle en son nom. C'est tout ce que nous avons voulu dire.

M. MILLIÈS-LACROIX. — Mais vous ne l'avez pas dit.

M. LE RAPPORTEUR. — Mais si !

M. MILLIÈS-LACROIX. — Pas du tout !

M. FRANÇOIS-SAINT-MAUR. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. François-Saint-Maur.

M. FRANÇOIS-SAINT-MAUR. — Messieurs, le nouveau texte de la commission, je l'avoue, ne me donne pas satisfaction. J'estime qu'en matière de contrôle, et étant donné qu'il s'agit de fonds appartenant aux assurés dont la caisse a la gestion, le contrôle général, comme le dit le texte, doit appartenir à la caisse.

M. MILLIÈS-LACROIX. — Parfaitement.

M. FRANÇOIS-SAINT-MAUR. — Lorsqu'une contestation médicale se présentera, la caisse fera évidemment intervenir le contrôle du syndicat, parce que de toute évidence le contrôle médical ne peut être efficacement organisé que par un organisme qui représente vraiment la profession médicale.

Mais, pour ma part, je reste fidèle à la première conception, c'est-à-dire que le contrôle doit appartenir à la caisse pour tout ce qui concerne l'administration proprement dite. Puis, lorsqu'il y aura nécessité d'une interprétation sur un point médical ou pharmaceutique, intervention du syndicat professionnel, mais sur la demande de la caisse, de façon que ce soit elle qui soit investie, ayant toute la responsabilité des fonds, de l'entière responsabilité du contrôle.

Il ne me paraît pas que les termes mêmes de la nouvelle rédaction nous donnent à ce point de vue là tout apaisement.

M. LE PRÉSIDENT. — Je rappelle au Sénat les conditions dans lesquelles se présente le nouveau texte. Nous avons consacré à cet article une séance presque entière, de nombreux amendements ont été présentés dans lesquels on cherchait à définir les diverses natures de contrôle : il y a, d'une part, le contrôle général, puis une sorte de contrôle disciplinaire, si l'on peut dire, exercé par les syndicats. On va jusqu'à proposer une sorte de conseil de l'ordre des médecins. Ce contrôle disciplinaire, les syndicats professionnels paraissent seuls pouvoir l'assurer. On s'est donc mis d'accord avec les auteurs des amendements sur la procédure et l'on avait renvoyé tous les amendements à la commission, pour essayer de rédiger un texte transactionnel.

M. MILLIÈS-LACROIX. — Je n'ai pris la parole que sur cet article, c'est moi qui ai soulevé la question du contrôle. Après mes explications, M. Caillaux a bien voulu apporter son co cours à ma thèse et la commission avait demandé que cet article lui fût renvoyé pour que la rédaction en fût remaniée. Comme vous, monsieur le président, je viens de recevoir à l'instant le nouveau texte qui nous est proposé. A la première lecture, je constate qu'il ne peut pas nous suffire et je voudrais que, par une disposition particulière, il fût indiqué que le contrôle général appartiendra à la caisse, rien de plus.

M. LE RAPPORTEUR. — Nous le disons.

M. MILLIÈS-LACROIX. — Il est absolument inutile d'insérer ces mots : « Sans qu'il soit porté atteinte aux droits propres de la caisse ... ». Je le répète, à mon avis, le contrôle général des services doit appartenir à la caisse.

Je voudrais ensuite que, d'une manière très précise on stipulât qu'en ce qui concerne les questions d'ordre technique, les syndicats professionnels interviendront, mais je ne voudrais pas de contrôle, à la demande de la caisse.

M. LE PRÉSIDENT. — Il faudrait que nous aboutissions.

Cette manifestation d'un droit supérieur pour la caisse est l'un des points sur lesquels l'honorable M. Paul Strauss et beaucoup de nos collègues ont le plus insisté : la commission en a tenu compte.

M. HERVEY. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Hervey.

M. HERVEY. — Messieurs, je ne vois pas, dans le nouveau texte, que je viens de lire rapidement, la réponse à une question que je m'étais permis de poser à la dernière séance : qui surveillera les médecins non syndiqués, car il en existe encore ? Dans ce cas, je comprends parfaitement que la caisse ait recours à l'expérience d'un médecin adhérent au syndicat. Il

se pose bien là une question assez délicate, car les relations ne seront peut-être pas d'une bienveillance exagérée entre les médecins syndiqués et ceux qui ne le sont pas. Ce n'est là, je l'espère, qu'une crainte mal fondée, car les médecins sont au-dessus de telles mesquineries et ils procèderont à leur contrôle en toute impartialité.

Néanmoins, il me paraît nécessaire que, dans ce cas, ce soit la caisse qui décide s'il y a lieu de contrôler. Ce doit être son droit, puisque c'est elle qui, appliquant la loi, aura permis à l'un de ses assurés de se faire soigner par un médecin non syndiqué. Il est indispensable qu'elle n'ait pas la moindre hésitation ; il n'y a que la caisse qui, dans ce cas, pourra exercer une surveillance.

M. LE RAPPORTEUR. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur de la commission de l'hygiène.

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, n'oubliez pas que les médecins, qu'ils soient syndiqués ou non — et ils ne le sont pas obligatoirement — sauront qu'il est intervenu entre les caisses et les syndicats des conventions qu'ils ne peuvent pas ignorer.

Nous n'avons pas d'autre ressource à l'heure présente ; le nombre des médecins syndiqués est plus élevé que ne le pense M. Hervey, il y a peu de médecins qui ne le soient pas. Ceux qui ne sont pas syndiqués connaîtront certainement les conditions déterminées par les syndicats. La plus haute autorité que nous puissions trouver, c'est celle du syndicat lui-même. Ce contrôle est certainement le plus élevé, le plus vigilant qui puisse être établi. Je demande donc à M. Hervey d'accepter notre texte.

Je me retourne ensuite vers notre collègue M. Milliès-Lacroix, et le prie de constater que nous n'avons pas dit que le contrôle général, l'ensemble du contrôle appartenait à la caisse ; nous disons que le syndicat n'interviendra que pour le contrôle technique.

M. MILLIÈS-LACROIX. — Je viens de demander à M. le ministre de nous donner son opinion. Il m'a répondu qu'il était en train de s'en faire une en lisant le texte. C'est une question très importante.

M. LE PRÉSIDENT. — Tous les droits de nos collègues sont sauvegardés et nous attendrons que l'amendement soit en état d'être distribué ; mais je rappelle qu'à la suite des longues discussions qui ont eu lieu et des divergences sur des mots, et même sur le fond, qui se sont manifestées, le Sénat a voulu donner une sorte d'arbitrage à la commission, en la priant de se mettre en rapports avec les auteurs d'amendements et de nous apporter un texte.

Je vois que son arbitrage n'a pas été accepté par tout le monde. (*Rires.*)

M. LE RAPPORTEUR. — Demande-t-on le renvoi du premier alinéa à la commission ? (*Dénégations.*)

M. LE PRÉSIDENT. — Je crois, messieurs, que ce n'est pas nécessaire. La commission pourra examiner au banc l'amendement qui lui sera soumis. (*Assentiment.*)

L'alinéa 1er est réservé. (*Adhésion.*)

Je donne une nouvelle lecture de l'alinéa 2. :

« 2. Tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectueront en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé. »

Il n'y a pas d'observation sur ce texte ?...

Je le mets aux voix.

(Ce texte est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — « 3. Si une contestation s'élève entre l'assuré et le médecin, en ce qui concerne l'état de la maladie, ou si la caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, l'état du malade est apprécié par une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la caisse, et d'un médecin choisi par le juge de paix. S'il s'agit d'incapacité permanente, ce troisième médecin sera un médecin expert désigné par le président du tribunal civil. »

M. LABROUSSE. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Labrousse.

M. LABROUSSE. — Messieurs, il nous était tout d'abord apparu qu'il était possible d'appliquer à la loi que nous discutons, et particulièrement au troisième alinéa de l'article 7, la procédure qui avait été instituée lors de la loi de 1898 sur les accidents du travail. Malheureusement, à l'examen, nous n'avons pu retenir dans son intégralité la procédure de cette loi, parce que nous nous sommes immédiatement heurtés à la question du secret professionnel.

Aux termes de la loi de 1898, en cas de contestation, c'est le juge de paix qui, après expertise faite par un médecin désigné par lui, règle le différend. Or, qui dit acte de justice dit rapport et qui dit rapport dit souvent plaidoirie. Parfois déjà l'on reproche aux experts qui appliquent la loi de 1898 quelques manquements au secret professionnel impossibles à éviter.

Quand il s'agit d'invalidité permanente, c'est également devant le tribunal civil, après un essai de conciliation, qui, d'ailleurs, réussit presque toujours, qu'on se présente et, là aussi, il y a rapport, il y a énonciation de diagnostic ; par conséquent, le secret professionnel n'est pas respecté.

Il serait particulièrement grave que ce secret professionnel ne fût pas absolument intangible alors qu'il s'agit de maladies, et non plus d'accidents. Tous les membres de l'assemblée comprendront la différence sensible entre l'accident, connu de tous, qui n'entraîne qu'exceptionnellement des discussions sur les maladies concomitantes, et la maladie elle-même. Ce seraient les tares de l'assuré qui seraient exposées en plein tribunal et cela n'est pas possible.

Alors, tout de suite, se pose la question de savoir comment pourront être contrôlées les incapacités temporaires ou les invalidités permanentes prévues dans la loi que nous discutons en ce moment.

La commission ayant accepté que ce soit un médecin choisi par le juge de paix, je me range entièrement à son avis, bien qu'elle ne précise pas s'il s'agit du juge de paix du domicile de l'assuré ou celui du siège de la caisse. Elle n'indique point non plus si le médecin sera choisi sur une liste d'experts ou non.

En ce qui touche l'appréciation de l'incapacité temporaire, le texte de la commission me donne donc à peu près satisfaction.

Quant à l'invalidité permanente, quelques observations sont nécessaires, qui pourront servir peut-être au Conseil d'Etat, chargé d'établir le règlement d'administration publique, ou qui pourront éclairer le Sénat, quand s'ouvrira devant lui, comme certains l'espèrent, une deuxième délibération du projet de loi. (*Marques d'approbation.*)

En matière d'accidents du travail, le législateur de 1898 n'a pas voulu que l'incapacité permanente fût reconnue par un accord conclu hors la présence d'un magistrat ; le législateur a très bien senti, en effet, qu'il y avait une jurisprudence à établir ; il n'a même pas voulu que celle-ci soit confiée au juge de paix. Cette jurisprudence est aujourd'hui établie, mas il a fallu attendre dix ans. Elle est aujourd'hui pour ainsi dire codifiée en de très nombreux et copieux livres officiels.

Quelle jurisprudence va s'établir en matière d'incapacité permanente, dans la loi que nous discutons en ce moment ?

Le secret professionnel interdit toute plaidoirie, il interdit de porter devant les tribunaux la question des maladies et l'arbitre qui va être nommé par le président du tribunal civil va être juge souverain : il ne peut en être autrement.

Vous voyez d'ici les différences considérables d'interprétation qui vont naître. Là où l'aménité naturelle du pays viendra tempérer la précision du diagnostic (*Rires*), la jurisprudence, au point de vue du taux d'invalidité, sera différente de ce qu'elle sera dans tel pays, à l'esprit scientifique plus développé et aux tendances plus rigoristes. Vous aurez donc des différences d'appréciation considérables, suivant les régions, quant à l'évaluation des 70 p. 100, et il me semble impossible d'arriver à fixer une jurisprudence.

Objectera-t-on qu'il y a le barème militaire ? Mais ce barème militaire ne comprend que le tiers de la pathologie ; il ne comprend pas les maladies des femmes, il ne comprend pas les cancers, bref, il y a toute une série de maladies qui n'y figurent pas.

Ici, j'ouvre une parenthèse pour faire observer que le barème militaire prévoit que, dans les tuberculoses ouvertes, c'est-à-dire dans les tuberculoses avec présence du bacille de Koch dans l'organisme, l'invalidité sera fixée à 100 p. 100 ; à plus forte raison dans la loi actuelle les tuberculeux vont-ils devenir invalides à 70 p. 100.

Si les experts se servent de ce barème militaire incomplet des deux tiers de la pathologie, s'ils l'appliquent, ce sont donc presque tous les tuberculeux de France qui, à la pleine application de la loi, vont se trouver devenir invalides. Je me demande si la répercussion financière a bien été envisagée par la commission.

Si j'osais, je poserais à M. le ministre du travail ou aux statisticiens de l'Assemblée la question de savoir combien il y a de tuberculeux en France. C'est très difficile à dire.

Certes, il y a des statistiques. Voulez-vous me permettre, puisque l'on a parlé de statistiques, de conter au Sénat une courte anecdote ? Elle montrera que si j'ai la statistique en grand respect, les statisticiens ne m'inspirent pas une confiance illimitée.

Il y a quelques mois, j'ai lu dans un bulletin de statistique sanitaire que le muguet était une petite affection de l'enfance, dont on avait relevé tant de cas chez les enfants entre un jour et un an, et que d'autre part, le muguet était également une affection de la sénilité, qui s'était, d'après la statistique en question, manifestée dans un certain nombre de cas chez des vieillards.

Les statisticiens en déduisaient : muguet à deux ans, muguet à soixante-dix ans, moyenne de l'âge où l'on risque le muguet : c'est évidemment trente-six ans. (*Rires.*) C'est la vérité, mais mathématique. (*Nouveaux rires.*)

Aussi, même aux statistiques si incomplètes sur les tuberculeux, je n'accorderai qu'une importance tout à fait médiocre. Mais il y a tout de même peut-être 200.000 ou 150.000 tuberculeux en France.

Il serait bon qu'en vue de maintenir le super-équilibre de la loi, monsieur le président de la commission, vous puissiez prévoir très exactement les effets de l'application du barème. Et vous voyez d'ici le rôle difficile de l'expert.

Autre question : le texte parle d'invalidité permanente. Voulez-vous me permettre de vous dire : « Evaluée en fonction de quoi ? En fonction de l'aptitude générale de l'individu ou en fonction de la valeur professionnelle ? » La loi de 1898 applique en fait des réductions de la valeur professionnelle. La loi soumise à nos délibérations ne précise pas.

Or, messieurs, ceci est extrêmement important ; pour les experts, c'est une question médico-légale qui se posera à chaque instant et, là aussi, si vous n'avez pas une directive générale, vous vous heurterez à des différences considérables dans les appréciations. La répercussion financière variera selon la règle adoptée pour l'évaluation.

Pour bien faire comprendre ma pensée, je vous soumets le cas d'un maçon qui se trouve amputé de la main droite, à la suite d'un accident de droit commun. Ce maçon va rentrer dans le cadre de la loi actuellement en discussion comme amputé. Si vous évaluez l'invalidité au point de vue de la valeur professionnelle, votre blessé peut être déclaré invalide à plus de 70 p. 100, mais si vous l'évaluez par rapport à la capacité générale de l'individu, c'est un taux bien moindre qui est à envisager. Encore une fois, quelles directives donne votre loi à l'expert ?

Si j'ai touché à ces deux questions de médecine

légale, c'était seulement pour vous faire comprendre combien le métier des experts sera difficile en la matière et quelles garanties particulières on doit prendre pour le choix de leur nomination.

Je conclus. Ces quelques observations pourront aider, je crois, la commission, dans le travail ultérieur qu'elle sera fatalement appelée à effectuer, et je me rallie au texte nouveau qui nous est soumis. C'est d'ailleurs un peu avec moi-même que M. le président Chauveau l'a établi. Je l'en remercie.

Cependant, cet alinéa 3 *in fine* dit : « S'il s'agit d'incapacité permanente, ce troisième médecin sera un médecin expert désigné par le président du tribunal civil. »

J'aurais préféré dire : « ...un médecin désigné par le président du tribunal civil sur la liste des médecins experts. »

En effet, les médecins experts près les tribunaux présentent certaines garanties de moralité et de longue pratique médicale. Ce sont le plus souvent des médecins légistes. Si toutefois, le remaniement du texte vous gêne, monsieur le président de la commission, je n'insisterai pas pour cette modification. (*Très bien !*)

M. HERVEY. — Elle serait très bonne.

M. LE PRÉSIDENT. — Il n'y a pas d'autre observation ?...

M. Labrousse retirant son amendement, nous nous trouvons seulement en présence du nouveau texte présenté par la commission, dont j'ai donné lecture. Je le mets aux voix.

(Ce texte est adopté.)

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr RICHARD, du Havre.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* — Sous la direction de M. le professeur Paul Courmont, avec le concours du Comité national, un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait, du 16 octobre au 13 novembre 1927, avec le concours des professeurs, médecins des hôpitaux et chefs de clinique ou de laboratoire : MM. Arloing, Barjon, Bérard, Cordier, Courmont, Dufourt, Dumarest, Gardère, Gaté, Lannois, Mouisset, Pic, Rochaix, Rollet, Roubier, Savy, Tixier.

L'enseignement sera organisé de façon à donner aux médecins qui veulent se spécialiser ou compléter leurs connaissances sur la tuberculose les notions les plus récentes et les plus pratiques sur l'anatomie pathologique, la bactériologie, le diagnostic bactériologique et sérologique, la clinique (diagnostic et pronostic), la radiologie et enfin l'hygiène de la tuberculose avec étude spéciale de l'organisation de la lutte antituberculeuse, des dispensaires, préventoriums, etc.

Le cours est ouvert aux docteurs en médecine. Le droit d'inscription est de 150 fr. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon, jusqu'au 10 octobre 1927.

Le Comité national de Défense contre la tuberculose veut bien mettre un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français qui veulent suivre ce cours pour être chargés d'un service médical de dispensaire antituberculeux ou autre organisation officielle.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à M. Paul Courmont.

Programme. — L'enseignement sera donné tous les jours (sauf samedi après midi) ; il comprendra : 1° des leçons théoriques (matin et après-midi) ; 2° des exercices pratiques de clinique (le matin), et de laboratoire, de radiologie, de dispensaire (l'après-midi) ; 3° des visites aux organisations antituberculeuses : sanatorium (Hauteville), préventorium, etc.

Anatomie pathologique. — Démonstrations à l'amphithéâtre.

Bactériologie. — Le bacille de Koch. — Recherche. — Inoculation. — Comparaison avec les autres acido-résistants.

Les réactions humorales : sérologie. — Séro-diagnostic par l'agglutination. — Réaction de fixation.

Clinique et thérpeutique : radiologie. — Diagnostic du début. — Diagnostic et pronostic des formes. — Tuberculose de l'enfance. — Pleurésie tuberculeuse. — Pneumo-thorax spontané. — Radiologie. — Conférences et exercices pratiques. — Méthode de Forlanini (conférences et exercices pratiques). — Thoracoplastie. — Thérapeutique générale et médicamenteuse. — Tuberculose du larynx. — Tuberculose oculaire. — Tuberculose osseuse. — Tuberculose abdominale.

Hygiène. — Etiologie générale : Voies d'infection de la tuberculose. — Hérédité et contagion. — Tuberculose d'origine bovine. — Le lait. — Facteurs sociaux. — Prophylaxie : désinfection des crachats, du linge. — Protection de l'enfance. — Isolement du tuberculeux. — Hôpital. — Sanatorium. — Dispensaire antituberculeux. — Armement antituberculeux.

— **Banlieue de Paris. Service médical de nuit.** — Le Conseil général de la Seine, sur la proposition de M. Cresp, vient de prononcer le renvoi à la 3e Comm ission de la proposition suivante :

Art. 1er. — L'administration est invitée à mettre à l'étude la création de postes de docteurs affectés à un service départemental de nuit dont l'organisation est également à régler.

Art. 2. — Provisoirement, il sera demandé à la préfecture de police que ce service soit assuré, en ce qui concerne les communes touchant Paris et qui en feront la demande, par le Corps médical spécialisé fonctionnant actuellement dans Paris.

Art. 3. — Les communes admises au bénéfice de ce nouveau régime prendraient à leur charge les frais qu'occasionnerait un tel service.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales.* — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du Radium sous la direction des professeurs Regaud et Strohl et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine ; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. Belot, électro-radiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend : 1° un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales ; 2° un stage de perfectionnement ultérieur, donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

I. CERTIFICAT D'ÉTUDES PRÉPARATOIRES DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE MÉDICALES. — Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine munis de seize inscriptions. Il est divisé en trois parties :

Première partie. — Physique des rayons X. Technologie. Radioactivité. Radiodiagnostic. — Décharges dans les gaz. — Ionisation. — Propriétés fondamentales des rayons X. — Rayonnement secondaire. — Tubes à rayons X. — Mesures. — Appareillages. — Radioactivité et corps radioactifs. — Radiodiagnostic.

Deuxième partie. — Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie. — Effets biologiques des rayons X et des corps radioactifs. — Technologie des rayons X et des corps radioactifs appliqués à la thérapeutique. — Radiothérapie des affections cancéreuses. — Radiothérapie des affections non cancéreuses. — Accidents de la radiothérapie en général.

Troisième partie. — Electrologie. Photothérapie. — Notions physiques sur les courants employés en électrologie. — Electrophysiologie. — Electrodiagnostic clinique. — Electrothérapie. — Accidents de l'électricité. — Photobiologie. — Photothérapie. — Ultra-violet, etc.

Pour chacune des trois parties de l'enseignement, une affiche ultérieure fera connaître le programme détaillé, l'horaire et le nombre des leçons, ainsi que l'organisation des stages et des travaux pratiques.

Les élèves qui auront suivi assidûment une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier, pourront subir, en partie ou en totalité, un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

Le cours commencera le 1er décembre 1927, à 18 h., à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine. Il aura lieu tous les jours, à la même heure. Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vue de l'obtention du certificat.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 fr. ; un droit d'examen, 250 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), de 14 à 16 h., les lundis mercredis et vendredis. Le nombre des places est limité,

II. DIPLÔME DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE MÉDICALES DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS (durée : deux ans). — Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales. Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, passés dans certains services désignés spécialement. Deux de ces stages pourront, après demande adressée à M. le doyen de la Faculté de médecine, être faits dans certains services de province ou de l'étranger. A la suite de cette période de stage, les candidats présenteront un mémoire (dactylographié en sept exemplaires) sur un sujet de radiologie ou d'électrologie médicales. Ils seront interrogés sur ce travail et sur l'ensemble de la radiologie et de l'électrologie médicales.

Les candidats ayant satisfait à ces épreuves recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris. A titre transitoire, les docteurs en médecine ayant passé leur thèse avant 1918 pourront, en justifiant de trois ans de pratique radiologique et électrologique, être autorisés à subir l'examen du diplôme de radiologie et d'électrologie médicales en présentant un mémoire.

Les candidats au diplôme sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 h., avant le 1er novembre 1927. En s'inscrivant, ils devront déposer une demande indiquant les services où ils désirent accomplir leurs stages.

Les droits à verser sont de : 2 droits annuels d'immatriculation à 60 fr., 120 fr. ; 2 droits annuels de bibliothèque à 40 fr., 80 fr., ; 1 droit d'examen, 250 fr.

— **Office central des Œuvres de bienfaisance** (*Reconnu d'utilité publique le 3 juin 1896*), 175, boulevard Saint-Germain, Paris VIe. — Auxiliaire de toutes les œuvres charitables, l'Office central sert de lien entre elles dans le pays entier ; il rapproche les bienfaiteurs et les pauvres qui, trop souvent, se cherchent sans se rencontrer ; il renseigne les uns et les autres sur les œuvres spéciales auxquelles ils ont besoin de recourir, et poursuit une enquête permanente sur toutes les institutions charitables.

A l'aumône aveugle, il substitue l'assistance raisonnée et informée.

Au secours accidentel et insuffisant, il substitue le remède efficace.

Il procure aux personnes valides, sans ressources, des emplois. Il facilite, par une caisse de rapatriement, le voyage de ceux qui peuvent trouver du travail sur d'autres points du territoire ou à l'étranger. Il fait le nécessaire pour ouvrir aux orphelins, aux malades, aux vieillards, aux malheureux de toutes catégories, l'accès des œuvres créées pour eux ; il provoque la création d'œuvres charitables nouvelles, dont l'expérience démontre la nécessité ; il aide, dans la mesure où il le peut, à leur existence et à leur développement.

L'Office central échange des renseignements et des services avec les œuvres charitables de tous les pays. Il comprend des membres fondateurs, titulaires, bienfaiteurs et adhérents. Le versement annuel d'une somme de 20 francs donne droit au titre de membre adhérent.

Les bureaux de l'Office central sont ouverts au siège social, boulevard Saint-Germain, n° 175, tous les jours, de 9 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

administrative peut instituer et il est désirable qu'elle institue un concours préalable à la nomination des médecins et chirurgiens titulaires ou adjoints et à la nomination des pharmaciens ».

Par suite, la commission a le droitd'instituer le concours, comme elle l'entend, avec les épreuves qui lui semblent être les plus appropriées pour la nomination des titulaires.

Mais, bien des commissions administratives, se jugeant peu aptes, au point de vue technicité pour apprécier la valeur des titres ou des épreuves fournis par les candidats, s'en rapportent à un jury, qu'elles désignent et qu'elles peuvent même présider.

C'est ce jury médical qui établira la liste de présentation des candidats, d'après les résultats fournis par le concours.

Dans la plupart des cas. la commission administrative se borne à entériner les décisions techniques du jury médical.

Dans d'autres cas, plus rares, la commission administrative se réserve le droit de nommer qui bon lui semble, quel que soit le rang de classement des candidats.

Aussi, lorsqu'un médecin, membre de la commission administrative, candidat à un poste de médecin titulaire ou adjoint de l'hôpital, se présente au concours devant ses confrères, il n'a pas à redouter qu'il lui soit fait grief de figurer comme membre de ladite commission administrative, comme délégué par le conseil municipal.

Dans ces conditions, je ne vois pas qu'il soit nécessaire, pour ce médecin, d'abandonner ses fonctions de membre de la commission hospitalière, pendant une période précédant ledit concours, puisqu'il sera désigné, pour une nomination possible, par le résultat de son concours devant un jury médical et que la commission administrative ne fera qu'entériner les résultats dudit concours.

Dr Paul Boudin.

A propos du doctorat en chirurgie dentaire

En lisant sur cette question les discussions embrouillées publiées par le F. N. ainsi que par l'U. S., on s'aperçoit que « le raisonnement en bannit la raison ». C'est d'ailleurs pour ces deux groupements l'occasion, toujours cherchée, de se décocher quelques traits.

Pour nous, praticiens, qui n'avons pas de temps à perdre en discussions oiseuses, la question nous paraît des plus simples :

L'art dentaire comprend deux parties :

La stomatologie ;
La prothèse.

La stomatologie, c'est de la médecine et de la petite chirurgie ; or, est-il encore vrai, oui ou non, que nul n'a le droit d'exercer la médecine en France, sans être muni du diplôme de docteur en médecine ?

La prothèse, c'est de l'industrie qui peut être confiée à n'importe quel artisan habile et spécialisé, travaillant sur les indications du stomatologue.

Est-ce que, par exemple, on exige le titre de docteur en médecine de celui qui fabrique, vend et pose des appareils de prothèse : ceintures, bandages, membres artificiels, etc.

D'autre part, est-ce qu'un orthopédiste non docteur en médecine est autorisé à faire des amputations ou à soigner des malades atteints d'affections chirurgicales et nécessitant des appareils de prothèse ?

Pour relever le prestige de l'art dentaire, rien ne convient mieux que l'obligation du doctorat en médecine.

L'étude de la bouche, des dents et de leurs maladies font partie, comme tout le reste, du programme des études médicales et ceux qui veulent s'y spécialiser n'ont qu'à faire comme ceux qui se spécialisent dans les autres branches de la médecine.

Y a-t-il des doctorats en chirurgie, en phtisiologie, en oto-rhino-laryngologie, en neurologie, etc., etc.

Il n'est pas défendu à un médecin stomatologue de s'adjoindre un artisan, mécanicien dentaire, pour faire la prothèse. Combien y a-t-il de chirurgiens-dentistes qui fabriquent eux-mêmes leurs appareils ?

Enfin, il apparaît énorme, sous prétexte de protéger la santé publique, de demander à l'Etat la création d'un nouveau diplôme, alors que cet Etat est totalement impuissant à défendre les empiriques, les charlatans, les masseurs, magnétiseurs et autres sorciers qui pullulent en notre doux pays.

Dr L.

Lettre d'un opéré..., médecin lui-même!

Un de nos bons amis, bien connu de ceux de nos lecteurs qui assistent à nos réunions générales, bien connu aussi dans les sociétés médicales professionnelles de Paris, qui vient de subir une intervention chirurgicale, nous en informe d'une façon humoristique par la lettre en vers ci-après. Il nous a autorisés à la publier et nous sommes heureux de présenter à nos lecteurs cette poésie gauloise, écrite sur un lit d'opéré, par un confrère sympathique à tous. Nous lui souhaitons une très prompte guérison.

Paris, 12 septembre 1927.

Parmi tant de malheurs qui frappent les humains,
J'ai gagné le gros lot sans y mettre les mains,
Car je viens de subir une triste aventure.
Sur mon côlon bouché l'on fit une ouverture,

Et je suis maintenant pourvu de deux anus.
L'un n'est plus qu'un témoin, un témoin, *res nullus.*
Quant au neuf, sans sphincter, je l'ai sous la narine
Et ce m'est un supplice atroce qu'on devine.
Mon anse sigmoïde a fait un volvulus,
Dont j'ignore la cause et ne sais rien de plus.
Jamais je n'ai souffert des digestives voies ;
Mon estomac de fer supportait : pâtés d'oies,
Homard américain, hors-d'œuvre variés,
Gibier, cochon, marée et maints plats épicés.
Tout était digéré, grâce à quelque bouteille
Sobrement dégustée, un pur jus de la treille !
Et me voilà couché dans un grand lit tout blanc,
Tel ce vieux pélican dont on perça le flanc !
C'est le docteur Baudet qui me sauva la vie.
Le moral reste bon ; mais mon œuvre est finie !

J. JACOB.

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires.

2406. — Ouvrage sur l'organisation militaire. Première mise d'équipement.

1° J'ai fait la guerre comme simple conducteur d'artillerie et j'ai été démobilisé comme tel. Je me trouve aujourd'hui aide-major de 1re classe et je dois accomplir une période de 25 jours en octobre. J'ignore naturellement *tout* du service de santé militaire.

N'y a-t-il pas, chez Lavauzelle ou ailleurs, un livre qui pourrait m'éclairer ? Si oui, ayez donc l'amabilité de m'en indiquer la référence ;

2° D'autre part, n'ai-je pas droit à toucher quelque chose pour m'équiper ?

Dr G.

Réponse.

1° Ecrivez à la Librairie militaire Lavauzelle, 124, boulevard Saint-Germain, Paris et vous y demanderez le « Précis d'organisation et de fonctionnement du Service de Santé en temps de guerre » par Spire et Lombardy. Vous pourrez également y trouver un « Guide pour le Service de Santé régimentaire ».

2° Vous avez droit à une première mise d'équipement.

2531. — Honoraires des experts au Tribunal des pensions.

J'ai été commis par le tribunal départemental des Pensions comme expert, j'ai dû examiner un malade et déposer mon rapport au greffe de ce tribunal.

Pourriez-vous m'indiquer quels honoraires me sont dus et à qui je dois envoyer ma note ?

Dr F.

Réponse.

Suivant l'importance de l'expertise, la rémunération pour examen et rapport varie de 25 à 50 francs.

C'est le président du Tribunal qui règle ces honoraires.

2656. — Majoration d'ancienneté. Première mise d'équipement.

De la classe 1915, j'ai commencé ma médecine en 1914. Reçu docteur en novembre 1923, je n'ai été promu médecin aide-major de 2e classe qu'en décembre 1924. Or., j'avais adressé ma demande de nomination à ce grade, dans le courant du mois de novembre 1923. Pourquoi ce si long retard ?

Pour l'avancement, la loi du 15 mars 1927 accorde une majoration de trois ans aux jeunes confrères du nouveau régime. Pourquoi, nous qui avons fait une grande partie de la guerre comme simple soldat, et médecin auxiliaire. ne bénéficierions-nous pas de cet avantage ?

Au sujet de l'indemnité d'équipement, nous sommes encore victimes d'une grande injustice. Nous avons été promus officiers à une époque où nos finances ne permettaient pas d'allouer l'indemnité. Or, actuellement cette indemnité est accordée à tous les jeunes confrères des classes 23, 24, etc., soit, je comprends qu'en 1923-24, l'état de nos finances ne nous permettait pas de telles dépenses. Or, pourquoi, dès que nous avons pu allouer cette indemnité, n'a-t-on pas commencé par donner satisfaction aux premiers nommés. On a fait table rase... jusqu'à l'année 1927. On se désintéresse complètement d'un certain nombre de classes qui ont été et seront toujours des « poires ».

Dr P.

Réponse.

Cette majoration d'ancienneté est fonction du régime (ancien ou nouveau) sous lequel vous avez effectivement fait vos études ; elle est codifiée par une loi et, par suite, intangible.

Si vous croyez être lésé quant à l'attribution de l'indemnité de première mise d'équipement, adressez-vous au Conseil d'Etat, seul juge pour savoir s'il y a eu violation de la loi....

Nous comprenons fort bien vos arguments, mais.... ne pouvons, juridiquement, vous donner d'autre réponse.

2404. — Mise au tableau d'avancement. Radiation des cadres.

Médecin major de 2e classe depuis 1917, j'ai été proposé cette année pour le grade de médecin-major de 1re classe, mais ne figure pas sur le tableau d'avancement paru en mai :

Puis-je encore être nommé cette année, ou au début de l'année prochaine ? Né en 1873, incorporé en

1894, à quel âge dois-je être rayé des cadres avec mon grade de médecin-major de 2e classe ?

Réponse.

Si votre nom n'a pas paru au *Journal officiel* sur le tableau d'avancement publié en mai, c'est que vous n'avez pas été inscrit par le Ministre, bien que vous ayiez été proposé par votre Directeur. L'inscription par le *Ministre* est la *seule* qui soit valable. Vous ne pouvez donc espérer votre promotion au grade supérieur que pour l'année prochaine, si, en 1928, vous êtes inscrit au tableau d'avancement.

Votre classe est dégagée de toute obligation militaire depuis quatre années ; vous pourrez donc demander, quand vous le désirerez, votre radiation des cadres par une lettre adressée au Ministre, suivant la voie hiérarchique (directeur). Sinon, vous serez, en qualité d'officier, et avec votre grade, maintenu dans les cadres jusqu'à l'âge de 65 ans.

Accidents du travail.

3112. — L'insolation est-elle un accident du travail ?

L'insolation est-elle vraiment un accident du travail ?

J'en suis persuadé, mais avant de lancer une de mes clientes dans un procès, je tiens à avoir confirmation de votre part.

J'entends une insolation nettement caractérisée, brusque. Cette personne travaillait aux champs par une matinée orageuse, elle est tombée, a été ramassée par d'autres ouvriers, je suis moi-même allé la soigner sur les lieux.

Dr M.

Réponse.

D'après Sachet (traité de la Législation sur les accidents du travail), suivant la prédominance de la cause interne ou de la cause extérieure, l'insolation est une maladie ou une lésion traumatique.

On reconnaît l'action prépondérante de la cause extérieure aux caractères constitutifs du traumatisme, c'est-à-dire à sa violence et à sa soudaineté.

Lorsque par exemple l'insolation est survenue au cours d'un travail particulièrement pénible accompli par une chaleur solaire intense, ou au cours d'un travail exécuté en plein soleil pendant l'été, dans des conditions qui aggravent les dangers que pouvait faire courir la température, les éléments de l'accident du travail se trouvent réunis, d'après ce même auteur.

Ces conditions semblent s'appliquer au cas que vous signalez ; dès lors que l'ouvrière était obligée de subir la température anormale, sans pouvoir se mettre à l'abri du soleil.

3096. — Rente d'un accidenté du travail.

Abonné du *Concours*, je vous serais reconnaissant de me dire quelle doit être la rente annuelle d'un blessé de 1927 ayant une incapacité de travail de 70 % pour un salaire de 10.129 fr. 95 + 1.480 fr. pour allocations soit 11.609 fr. 95.

Ce blessé, mineur de son état, peut-il espérer obtenir plus de 70 % pour une amputation de la jambe gauche au tiers supérieur ?

Dr D.

Réponse.

Sur 11.609.95 de salaire, 8.000 sont comptés

pour la totalité, ci..................	8.000 fr.
Le surplus, soit 3.069,95, pour 1/4	902 44
Total du salaire de base	8.902 24

Pour une incapacité permanente évaluée à 70 pour 100, la rente sera de 35 p. 100 de 8.902 fr. 44, soit de 3.115,85.

Pour une amputation au tiers supérieur de la jambe, 70 pour 100 paraît être un maximum rarement atteint. La plupart des auteurs indiquent 60 à 65 pour 100.

3002. — Délai de revision.

Un accidenté du travail en 1921 fut atteint d'une hernie inguinale déclarée traumatique. Il se reposa alors pendant dix jours, toucha son demi-salaire, acquit un bandage à ses frais et reprit son travail sans qu'il fût fait mention d'infirmité permanente ; actuellement six ans plus tard cet accidenté se déclare gêné dans son travail et voudrait réclamer une indemnité pour infirmité permanente.

N'est-ce point trop tard ? Et sinon comment doit-il s'y prendre.

Dr M.

Réponse.

Lorsque, à la suite d'un accident du travail, il y a reprise du travail sans incapacité permanente, l'action en révision fondée sur l'aggravation de la blessure est ouverte pendant trois ans à compter de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire.

Dans le cas d'espèce, l'accident est survenu en 1921 et n'a entraîné, à ce moment, qu'une incapacité temporaire d'une dizaine de jours. Par conséquent, le délai de trois ans imparti par la loi pour intenter une action en révision est depuis longtemps expiré et votre client n'a plus d'action pour pouvoir se faire attribuer une indemnité permanente.

3072. — Déclaration d'accident par le blessé.

Un ouvrier, blessé il y a quatre mois et qui a omis de faire sa déclaration, pensant que l'accident n'aurait aucune conséquence, peut-il actuellement faire

valoir ses droits à une incapacité permanente partielle résultant de cet accident ?

Dr B.

Réponse.

La prescription en cas d'accident du travail n'étant acquise qu'au bout d'une année, l'ouvrier, qui peut faire la déclaration lui-même, a donc un an pour remplir cette formalité, dans le cas où son patron ne l'aurait pas remplie, ainsi que la loi l'y oblige.

Dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, l'ouvrier est donc dans le délai pour faire la déclaration à la mairie. Il y joindra un certificat médical concluant à l'existence ou à la probabilité d'une incapacité permanente partielle. Le juge de paix, à qui le dossier sera transmis, devra alors ouvrir une enquête et la procédure aboutissant à la fixation d'une rente sera ainsi déclenchée.

L'ouvrier aura droit, en outre, à son demi-salaire jusqu'au jour de la consolidation de la blessure et au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques dont il justifiera.

3195. — Paiement des soins à un accidenté du travail détenu.

Je voudrais vous demander conseil sur le fait suivant :

Le 17 août, je vois un accidenté du travail M. X. qui présente une luxation du poignet. Je lui fais un certificat que je lui remets et un appareil plâtré. Je prévoyais 21 jours d'incapacité.

Je le revois le 22 août.

Le 25 il est arrêté et conduit à la prison de D.

Comment dois-je faire pour me faire payer mon intervention ?

17 août, certificat ; plâtre	105 fr.
22 août, consultation	12 fr.
	117 fr.

Et à qui m'adresser ?

Il me semble que je ne puis établir un certificat de reprise de travail, puisque je n'ai pas revu le malade.

Dr T.

Réponse.

Il n'est pas nécessaire, pour que le médecin soit en droit de réclamer le paiement de ses honoraires pour les soins qu'il a donnés à un accidenté du travail, que la blessure soit guérie ou consolidée et que le certificat de guérison ou de consolidation ait été établi par lui et remis à qui de droit.

Il est admis, en effet, que le médecin est en droit de réclamer ses honoraires au patron avant la fin du traitement. Il pourrait même se faire payer après chaque visite ou intervention (Jus-

tice de paix de Rouen, 1er canton, 17 mars 1909. *Concours médical*, 1912, 114. Cassation Ch. civ., 10 juillet 1918).

Vous n'avez donc qu'à envoyer votre note d'honoraires au patron, sans vous inquiéter de savoir si le blessé, qui est en prison et que par suite vous ne pouvez plus soigner, est ou non guéri.

3171. — Congestion accident du travail.

Dans une usine métallurgique, un ouvrier, sur l'ordre du patron, va dans l'eau enlever le sable qui obstrue l'arrivée de l'eau du canal qui alimente l'usine en force hydro-électrique ; de 2 à 6 heures, il reste dans l'eau jusqu'au ventre ; à 6 heures, cet ouvrier rentre chez lui et se met au lit, atteint de congestion avec hémoptysie. Est-ce un accident du travail ? D P.

Réponse.

Un refroidissement peut être considéré comme un accident lorsqu'il provient d'un fait déterminé et soudain.

Bien qu'il n'en soit pas tout à fait ainsi dans l'espèce qui fait l'objet de votre lettre, et que la maladie semble avoir été occasionnée par la prolongation de la situation de l'ouvrier dans l'eau, ce dernier pourrait quand même essayer de faire admettre l'affection comme provenant d'un accident du travail.

Suivant Sachet, en effet (Traité des accidents du travail, n° 275) on doit se montrer particulièrement large au point de vue de l'interprétation de la soudaineté et il cite le cas d'un refroidissement suivi de lésion de la moelle épinière contracté par un batelier obligé, par suite d'inondation, de marcher dans l'eau pour transporter des voyageurs, qui a été considéré comme accident du travail.

Médecine légale.

3196. — Expertises médico-légales.

Voulez-vous me faire connaître le tarif actuel des expertises médico-légales (indemnité kilométrique et vacations). Peut-on compter 1 km. lorsque le médecin se transporte à 1 km. de la ville ?

Comment établit-on ses mémoires ? Est-ce sur feuille timbrée ? Peut-on grouper les expertises sur le même mémoire ?

Y a-t-il obligation de fournir à l'appui les réquisitions écrites ? Dr D.

Réponse.

Les expertises médico-légales, depuis le décret du 5 octobre 1920, ne se comptent plus par vacations.

Il est alloué, pour la visite judiciaire, 15 fr., plus, s'il y a lieu, l'indemnité de déplacement,

lorsque l'expert se déplace à plus de 2 km. de sa résidence.

Il est alloué actuellement 1 fr. par kilomètre parcouru, lorsque le déplacement a lieu autrement que par un service de transport en commun et, dans ce dernier cas, le prix réel du voyage (en 1re classe s'il est effectué en chemin de fer).

Les mémoires sont établis en double exemplaire, dont un sur papier timbré s'ils s'élèvent à plus de 50 fr.

Les notes des diverses expertises doivent être groupées sur le même mémoire et accompagnées des réquisitions qui ont été remises à l'expert.

Fiscalité.

3061. — Impôt des prestations sur les automobiles.

Abonné depuis plusieurs années au *Concours*, je vous serais reconnaissant si vous pouviez me donner un renseignement à propos d'une partie des impôts que je paye au point de vue automobile.

J'ai deux voitures de 9 HP que je n'emploie jamais ensemble et je ne paye que pour une seule voiture, sauf pour les prestations, car dans le pays où j'exerce le système des prestations est toujours en vigueur et je paye pour 18 HP. !

Or je possède une petite villa au bord de la mer à C. (où je n'exerce pas mais où je passe un mois de vacances. Naturellement je paye des impôts dans ce pays et la taxe vicinale.

Dois-je normalement payer dans les deux endroits ! Ou mieux ne me serait-il pas possible de déclarer mes deux voitures à C. et par conséquent de ne payer que la taxe vicinale dans ce pays.

Dans le cas où cela me serait possible, pourrais-je continuer à payer trimestriellement mes impôts pour automobile à H. à la régie qui se charge de ce soin. Dr Z.

Réponse.

Votre imposition aux prestations pour vos voitures est légalement établie dans la commune de votre domicile où vous payez régulièrement la taxe de circulation qui, légalement, ne pourrait être payée dans la commune de C... où vous n'avez qu'une simple résidence. A. M.

3027. — L'indemnité de cession de clientèle est un capital.

J'ai cédé ma clientèle à mon fils qui s'est engagé à me payer annuellement pendant un certain nombre d'années, une somme x en plus du loyer d'une partie de mon immeuble. Je vous serais très obligé de bien vouloir me dire si je dois porter sur ma déclaration d'impôts sur le revenu cette somme x versée pour la reprise de ma clientèle. Dr X.

Réponse.

Les sommes reçues en payement du prix de cession d'une clientèle, représentent un capital qui n'est pas à comprendre dans la déclaration des revenus. A. M.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2550-IV)

(*Suite du Sommaire*)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et e plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'études du *Concours médical*, des docteurs OLLIVIER, de Binic, DEQUEN, de Moreuil, ACHARD, d'Aïn Temouchent, la somme de trente-cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 544. — Banl. Nord-Ouest, client. 52.000 touchés en 1926, plusieurs fixes, logem. 6 p., loyer 1.700 fr. Indemn. demandée 15.000.

Nº 545. — 10 CV. Renault, cond. int. 6 pl. oct. 1925, pneus Bidendum neufs, nomb. access., bon état, prix intéress. S'ad. Dr 30 pl. de la Nation, Paris.

Nº 546. — A vend. Cab. Citroën année 1925, bon état, 10.500 fr. S'ad. Dr Gaston, 36, av. d'Eylau, Paris.

Nº 547. — Méd. marié habit. quartier latin sur gr. boulev., prendr. en pension jeune étud. Ecr. Dr Clinique, 6, rue Gît-le-Cœur, Paris (5e).

Nº 548. — Méd. 10 ans client., libre actuell. et possédant appareils électr. médicale, diathermie, rayons X et auto, cherche conf. surchargé grosse client., pour association.

Nº 549. — Banl. proche, anc. poste dans localité riche, rapp. 75.000, jolie villa, à céder d'urgence : 50.000 fr. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 550. — Près Paris. Clin. accid. trav., rapp. 100.000 francs minim., peu de présence. Indemn. 80.000 dont 50.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 551. — Normandie. Bord mer, en ville, cab. d'O. R. L., rapp. 90.000 fr. env., Grand appart. conf. avec clin. y adj. Prix à débattre. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Congrès de médecine.** — Le XIX[e] Congrès de l'Association des médecins de langue française se tiendra à Paris, sous la présidence du professeur P. Teissier, du mardi 11 au samedi 15 octobre 1927. Questions traitées : sémiologie des septicémies médicales (rapporteurs : MM. P. Gastinel et Reilly, P. de Vezeaux de Lavergne, F. Arloing, A. Dufourt et L. Langeron) ; physio-pathologie des œdèmes (rapporteurs : MM. E. Aubel et P. Mauriac, Govaerts, Pasteur Vallery-Radot et P. Nicaud) ; indications médicales et valeur comparée de la splénectomie (rapporteurs : MM. N. Fiessinger et P. Brodin, J. Tapie et A. Nanta).

— **Congrès de chirurgie.** *Conférence du Dr Calot.*— A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera, le mercredi 5 octobre de 9 h. 1/2 à midi, à sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une série de démonstrations sur le traitement des adénites, coxalgies, maux de Pott, luxations congénitales de la hanche, coxa vara, torticolis, pieds bots.

— **Journées médicales de Madrid.** — Du 18 au 23 octobre 1927, auront lieu, à Madrid, les premières « Journées médicales espagnoles ». Le programme provisoire de ces journées comprend l'étude de deux questions scientifiques (Les aortites ; la chirurgie du système nerveux), des réceptions, fêtes et excursions. La cotisation est de 20 pesetas pour les membres titulaires. Pour renseignements, écrire au docteur F. Coca, secrétaire général, Lagasca, 38, Bajo, Madrid.

— **VII[e] Congrès national d'assistance publique et privée** (Nancy, 27 au 30 octobre 1927). *Programme.* — Questions mises à l'ordre du jour : la lutte contre les grands fléaux sociaux ; les préventoriums ; l'assistance dite partielle ; le rôle des infirmières d'hygiène. Visite du sanatoriumm de Lay-Saint-Christophe, ou (au choix) du préventorium de Flavigny. Excursion, le 30 octobre, à Verdun (prix : 125 fr.). Les compagnies de chemins de fer accordent une réduction de tarifs de 50 % aux congressistes, la demande devant être adressée *avant le* 10 *octobre* au secrétariat général du Congrès, hospices civils de Nancy.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinicat.* — Des concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, le 24 octobre, pour les clinicats suivants : clinicat médical infantile ; clinicat de médecine de la première enfance ; clinicat chirurgical infantile ; clinicat des maladies mentales ; clinicat des maladies infectieuses.

— **Hôpitaux de Brest.** *Internat.* — L'hôpital civil de Brest demande, pour le service chirurgical de M. Pouliquen, un interne, de préférence en fin de scolarité et ayant déjà fait de la chirurgie.

— **Sénégal.** *Poste de médecin municipal.* — La commune mixte de Koalack (Sénégal), recherchant un médecin pour diriger son dispensaire, engagerait par contrat de deux ans, renouvelable ou révocable au gré des parties, un médecin praticien expérimenté Conditions : 50.000 fr. par an et clientèle privée en plus. S'adresser, pour renseignements, au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

A TRAVERS L'OFFICIEL

14 septembre.

Soins aux gendarmes.

Liste des médecins auxquels ont été conférées des récompenses honorifiques pour soins donnés gratuitement aux militaires de la gendarmerie.

Lettre d'éloges officiels (délivrés après dix années de soins gratuits).

Légion de Paris. MM. Privé, Charenton (Seine). Kipriotis, la Ferté-Alais (Seine-et-Oise).

1re légion. M. Delebarre, Arques (Pas-de-Calais).

3e légion. M. Labèque, Routot (Eure).

4e légion. M. Fontaine, Sillé-le-Guillaume (Sarthe).

8e légion. MM. Richet, Digoin (Saône-et-Loire). Boyer, Marcigny (Saône-et-Loire).

10e légion. M. Pinel, Torigni-sur-Vire (Manche).

11e légion. MM. Rault, Herbignac (Loire-Inférieure). Andrieux, Carhaix (Finistère). Ezano, Saint-Mars-du-Désert (Loire-Inférieure). Garçon, Ploërmel (Morbihan).

12e légion. M. Auroire, Chabanais (Charente).

14e légion. MM. Germain, Montluel (Ain). Brevet, Pont-de-Veyle (Ain).

15e légion. M. Maestraggi, Rognac (Bouches-du-Rhône).

16e légion. M .Amadou, Bédarieux (Hérault).

17e légion. M. Lucante, la Romieu (Gers).

18e légion. MM. Fournier, Saint-Sever (Landes). Fontan, Trie (Hautes-Pyrénées). Giraud, Matha (Charente-Inférieure).

19e légion. M. Wies, Cherchell (Alger).

Tunisie. M. Page, Gabès (Tunisie).

Médailles de bronze. (délivrées après quinze années de soins gratuits).

Légion de Paris. MM. Petit de Régis, Asnières (Seine). Daubret, Arcueil (Seine). Rozet, Paris, 171, boulevard Saint-Germain. Vuillième, Issy-les-Moulineaux (Seine). Bourgeaut, Bray-et-Lu (Seine-et-Oise). Ort, Longjumeau (Seine-et-Oise). Lambert, Tournan-en-Brie (Seine-et-Marne).

1re légion. MM. Matringhen, Guines (Pas-de-Calais). Carton, Flers-en-Escrebieux (Nord). Norel, Arques (Pas-de-Calais).

2e légion. M. Ponthieu, Doullens (Somme).

3e légion. MM. Mahé-Desportes, Brionne (Eure). Germont, Vassy (Calvados). Laurent, le Havre

(Seine-Inférieure). Michel-Dansac, Asnelles (Calvados).

4e légion. M. Launay, Châteauneuf (Eure-et-Loir).

5e légion. MM. Fileux, Corbigny (Nièvre). Guyot, Châteaumeillant (Cher).

6e légion. MM. Tollin, Cheppes-la-Prairie (Marne). Doctobre, Vireux-Molhain (Ardennes). Henry, Sainte-Menehould (Marne).

7e légion. MM. Larue, le Russey (Doubs). Thuriot, Valdoie (territoire de Belfort). Der Katchadourian, Saint-Blin (Haute-Marne). Platey, Monoley (Doubs). Nedey, l'Isle-sur-le-Doubs (Doubs).

8e légion. MM. Le Moal, Laignes (Côte-d'Or). Guérin, Sennecey-le-Grand (Saône-et-Loire). Béliard, Vermenton (Yonne). Jobard, Genlis (Côte-d'Or). Vouillac, Sens (Yonne). Gavet, Aillant-sur-Tholon (Yonne).

9e légion. MM. Mesnard, Frontenay-Rohan-Rohan (Deux-Sèvres). Gabory, Tiercé (Maine-et-Loire). Hagopian, Vendeuvre-du-Poitou (Vienne). Chevassu-Périgay, Saint-Gaultier (Indre).

10e légion. MM. Hamon, Saint-Nicolas-du-Pélem (Côtes-du-Nord). Bellec, Rostrenen (Côtes-du-Nord). Dufour, Fleurtuit (Ille-et-Vilaine). Mosquet, Saint-Hilaire-du-Harcouët (Manche). Baize, Coutances (Manche).

11e légion. MM. Quéinnec, Saint-Renan (Finistère). Amérand, Chantonnay (Vendée). Roblin, Elven (Morbihan). Rème, Plumelac (Morbihan). Bourhis, le Faou (Finistère). Prat, Pleyber-Christ (Finistère). Lœwenhard, Mouilleron-en-Pareds (Vendée). Rambaud, les Clouzeaux (Vendée).

12e légion. MM. Noble, Lalinde (Dordogne). Chambras, Larche (Corrèze). Rabier, Montmoreau (Charente). Fleyssac, Treignac (Corrèze). Reveillaud, Aigre (Charente). Terai, Barbezieux (Charente). Niort, Montbron (Charente).

13e légion. MM. Jardon, Huriel (Allier). Malaviale, Saint-Mamel (Cantal). Besset, Saint-Germain-l'Herm (Puy-de-Dôme). Bourdiol, Neuvéglise (Cantal). Auzolle, Monistrol-sur-Loire (Haute-Loire). Jouve, Pierrefort (Cantal). Falliasson, Pélussin (Loire). Royel, Pont-de-Château (Puy-de-Dôme). Berger, Thiers (Puy-de-Dôme). Michaud, Rive-de-Gier (Loire).

14e légion. MM. Grumbach, Roussillon (Isère). Simon, Puy-Saint-Martin (Drôme). Lalande, Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie). Lémonon, Saint-Donat (Drôme).

15e légion. MM. Rauzier, Saint-André-de-Valborgne (Gard). Marcantoni, Valle-d'Alésani (Corse). Escarras, Castellane (Basses-Alpes). Cambassédès, Balléraugue (Gard). Martelli, Santa-Réparata (Corse) Roche, les Vans (Ardèche). Espagne, Aumessas (Gard). Passeron, Lantosque (Alpes-Maritimes). Clauzel, Saint-Gilles (Gard). Devaux, Eyguières (Bouches-du-Rhône). Alibert, les Pennes-Mirabeau (Bouches-du-Rhône). Jouve, Saint-Jean-de-Valleriscle (Gard).

16e légion. MM. Trémolières, Espalion (Aveyron). Izard, Cransac (Aveyron). Puech, Roquecourbe

(Tarn). Peyre, Belpech (Aude). Sans, Alban (Tarn). Amigues, Belpech (Aude). Bousquet, Mende (Lozère)

17e légion. MM. Jolieu, Laroque-d'Olmes (Ariège). Mathieu, Villefranche (Haute-Garonne). Terrenq, Baziège (Haute-Garonne). Gisclard, Laroque-Timbault (Lot-et-Garonne). Dupuy, Verdun-sur-Garonne (Tarn-et-Garonne). Vignardou, Montricoux (Tarn-et-Garonne). Carrère, Sédeilhac (Haute-Garonne). Loumaigne, Riscle (Gers). De Lapize, Labastide-Murat (Lot). Gautié, Nohic (Tarn-et-Garonne). Délestaing, Baziège (Haute-Garonne). Massonié, Verdun-sur-Garonne (Tarn-et-Garonne). Soulihé, Gramat (Lot).

18e légion. MM. Portes, Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées). Martin, Pons (Charente-Inférieure). Nougaro, Soustons (Landes). Lhept, Lescar (Basses-Pyrénées). Lasserre, Lembeye (Basses-Pyrénées).

19e légion. MM. Borderes, Saint-Cloud (Oran). Manya, Inkermann (Oran). Treille, Cheragas (Alger). Aucaigne, Vialar (Alger). Vivien, Bordj-bou-Arreridj (Constantine).

20e légion. MM. Baseil, Frouard (Meurthe-et-Moselle). Cosserat, Bayon (Meurthe-et-Moselle).

Médailles d'argent (délivrées après vingt années de services gratuits).

Légion de Paris. MM. Pasturaud, Montlhéry (Seine-et-Oise). Richard, Pantin (Seine). Vignard, Paris (Seine). Ecart, Noisy-le-Sec (Seine). Weiss, Clichy (Seine). Delanoë, Corbeil (Seine-et-Oise).

1re légion. MM. Wallaert, Lillers (Pas-de-Calais). Lemaître, Blangy-sur-Ternoise (Pas-de-Calais).

2e légion. MM. Boudréau, Montcornet (Aisne). Cagnard, Saint-Valéry-sur-Somme (Somme). Leconte, Crécy-en-Ponthieu (Somme). Puisségur, Chaulnes (Somme). Ducros, Rubempré (Somme).

3e légion. MM. Etcheverry, Montfort-sur-Risle (Eure). Perreaux, Louviers (Eure). Gallot, Honfleur (Calvados).

4e légion. MM. Leclerc, Argentan (Orne). Petit, Briouze (Orne). Salmon, Grand-Lucé (Sarthe). Collière, la Ferté-Bernard (Sarthe).

5e légion. MM. Villebonnet, Blet (Cher). Huchon, Dun-sur-Auron (Cher). Delabaudinière, Graçay (Cher).

6e légion. MM. Robert, Revigny (Meuse). Jullich, Saulces-Montclin (Ardennes).

7e légion. MM. Jacquot, Audincourt (Doubs). Girard, Montbenoit (Doubs). André, Pont-de-Roide (Doubs). Jannot, Audincourt (Doubs).

8e légion. MM. Blanche, Brienon (Yonne). Bauzon, Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire). Bernardet, Toulon-sur-Arroux (Saône-et-Loire). Goupil, Bar-sur-Aube (Aube).

9e légion. MM. Bregeon, Gençay (Vienne). Clochard, Mauzé (Deux-Sèvres). Perrault, Nueil-sur-les-Aubiers (Deux-Sèvres). Algret, la Châtre (Indre). Guittet, Baupréau (Maine-et-Loire).

10e légion. MM. Duval, Bréhal (Manche). Brandès,

Lézardrieux (Côtes-du-Nord). Porée, Rennes (Ille-et-Vilaine).

11e légion. MM. Féval, Pontchâteau, (Loire-Inférieure). Gascon, Saint-Nicolas-de-Redon (Loire-Inférieure). Horveno, Saint-Etienne-de-Montluc (Loire-Inférieure). Attila, Josselin (Morbihan). Bastard, Bournezeau (Vendée).

12e légion. MM. Lafaye, Saint-Astier (Dordogne). Laboisne, Chabanais (Charente): Chauvaud de Rochefort, Saint-Pardoux-la-Rivière (Dordogne). Lescure, Bort (Corrèze). Carrade, Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne). Roullet, Ussel (Corrèze).

13e légion. MM. Galland, Allègre (Haute-Loire). Picandet, Montmarault (Allier). Renon, Hérisson (Allier). Moisset, Saint-Urcize (Cantal). Fabre, Dompierre (Allier).

14e légion. MM. Boissat, le Péage-de-Roussillon (Isère). Boillerault, Ambérieu (Ain). Ruyssen, Montalieu-Vercieu (Isère). Marchat, Remuzat (Drôme). Guillaud, les Echelles (Savoie).

15e légion. MM. Passano, Cagnocoli-Monticchi (Corse). Berthet, Pilette (Alpes-Maritimes). Henry, Cavaillon (Vaucluse). Fabre, Roquemaure (Gard). Paolantonacci, Saint-Louis-du-Rhône (Bouches-du-Rhône). Bressot, Vals-les-Bains (Ardèche). Lyons, Cap-d'Ail (Alpes-Maritimes). Gaimard, Aubagne (Bouches-du-Rhône). Giraud, Thueyts (Ardèche). Meyzonnet, Mallemort (Bouches-du-Rhône).

16e légion. MM. Villebrun, Capestang (Hérault). Roché, Couiza (Aude).

17e légion. MM. Linon, Caylus (Tarn-et-Garonne). Barbé, Salles (Haute-Garonne). Delbreil, Puy-l'Evêque (Lot). Cazes, Lalbenque (Lot). Lavedan, Masseube (Gers). Ducos, Masseube (Gers). Lassalle, Sousceyrac (Lot). Durieux, Martel (Lot). Villatte, Tonneins (Lot-et-Garonne).

18e légion. MM. Crauste, Soumoulou (Basses-Pyrénées). Parazols, Pau (Basses-Pyrénées). Dupouy, Pomarez (Landes). Naureils, Ygos (Landes). Dourthe, Sabres (Landes). Turlais, Montendre (Charente-Inférieure). Dagneaud, Mortagne-sur-Gironde (Charente-Inférieure). Dugoua, Jenzac (Charente-Inférieure).

19e légion. M. Wolters, Trolard-Taza (Alger).

20e légion. M. Clair, Lamarche (Vosges).

Médailles de vermeil (délivrées après vingt-cinq années de services gratuits).

Légion de Paris. MM. Galand, Paris (Seine). Bernard, Saint-Ouen (Seine). Calbet, Chatou (Seine-et-Oise). Lévêque, Perreux (Seine). Chevrolle, Courtacon (Seine-et-Marne). Fourniols, Magny-en-Vexin (Seine-et-Oise). Savelli, Rueil (Seine-et-Oise). Roynet, Paris (Seine).

1re légion. MM. Gamblin, Fruges (Pas-de-Calais). Rançon, Samer (Pas-de-Calais). Six, Laventie (Pas-de-Calais).

3e légion. MM. Glennie, Clères (Seine-Inférieure). Chevillot, Pont-l'Evêque (Calvados).

4e légion. MM. Bruneau, Beaumont-sur-Sarthe

(Sarthe). Rabot, Mesle-sur-Sarthe (Orne). Jardin, Bouère (Mayenne). Jamaux, Bourgneuf-la-Forêt (Mayenne). Castaing, Montmirail (Sarthe). Jamet, Exmes (Orne). Sevray, Trun (Orne). Chevalier, Marolles-les-Braults (Sarthe).

5e légion. MM. Feurtet, la Machine (Nièvre). Fié, Saint-Amand-en-P. (Nièvre). Pellagot la Guerche (Cher). Chamaillard, Pouilly-sur-Loire (Nièvre). Cordonnier, Fourchambault (Nièvre).

6e légion. MM. Gobert, Avize (Marne). Mathieu, Sézanne (Marne).

7e légion. M. Métoz, l'Ile-sur-le-Doubs (Doubs).

8e légion. MM. Montcharmont, Etang-sur-Arroux (Saône-et-Loire). Forestier, Seignelay (Yonne). Cortet, Arc-sur-Tille (Côte-d'Or). Angellier, Chagny (Saône-et-Loire). Robert, Joigny (Yonne).

10e légion. MM. Panzani, Beaumont (Manche). Joubaire, Rennes (Ille-et-Vilaine). Bouché, Rostrenen (Côtes-du-Nord). Hamon, Hénanbihen (Côtes-du-Nord).

11e légion. MM. Cabory, Varades (Loire-Inférieure) Guérin, Saint-Jean-de-Monts (Vendée). Pineau, la Caillère (Vendée).

12e légion. MM. Pasquet, Uzerche (Corrèze). Chabrol, Châlus (Haute-Vienne). Penot, Bellac (Haute-Vienne). Devillard, Bantôme (Dordogne). Huot, Vallereuil (Dordogne). Murat, Belves (Dordogne).

13e légion. MM. Maradeix, Maringues (Puy-de-Dôme). Borderie, Saint-Cernin (Cantal). Gardel, Cunlhat (Puy-de-Dôme). Pellet, Maringues (Puy-de-Dôme). Maltrait, Arlanc (Puy-de-Dôme). Gigante, Sainte-Florine (Haute-Loire). Soumaire, Craponne (Haute-Loire).

14e légion. MM. Daclin, Vinay (Isère). Sérullaz, Vaugneray (Rhône). Robert, Pont-de-Chéruy (Isère). Clément, Rumilly (Haute-Savoie). Verdan-Menod, Viuz-en-Pallaz (Haute-Savoie). Trombert, Evian (Haute-Savoie). Dessèvre, Saint-Laurent (Ain). Carrez, Mornant (Rhône). Clavel, la Côte-Saint-André (Isère). Durand, le Touvet (Isère). Armand, Lagnieu (Ain).

15e légion. MM. Ciambelli, Ajaccio (Corse). Courchet, la Garde-Freinet (Var). Ducerf, Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard). Raiberti, Saint-Martin-Vésubie (Alpes-Maritimes). Serraire, Saint-Auban (Alpes-Maritimes). Ménard, Remoulins (Gard). Armandon, Lamastre (Ardèche). Long, Courthezon (Vaucluse). Cavasse, Vallauris (Alpes-Maritimes). Jean, Lussan (Gard). Antoniotti, Pietraserena (Corse). Caire, Sainte-Cécile (Vaucluse).

16e légion. MM. Vazelle, Mur-de-Barrez (Aveyron). Barrandon, Grandrieu (Lozère). Cairel, Castries (Hérault). Fabre, Graissessac (Hérault). Conturie, Langogne (Lozère). Bessière, Mende (Lozère). Bouisson, Le Gua (Aveyron). Vergnes, Camarès (Aveyron). Cros, Montréal (Aude).

17e légion. MM. Crémazy, Saint-Ybars (Ariège). Boudaut, Carbonne (Haute-Garonne). Maurette, Prat-Bonrepaux (Ariège).

18e légion. MM. Maupomé, Montégut (Hautes-

Pyrénées. Cola, Mont-de-Marsan (Landes). Duprat, Labrit (Landes). Gourrus, Portets (Gironde).

19e légion. MM. Ribière, Zemmora (département d'Oran). Dechenne, Saint-Eugène (département d'Alger). Guelpa, Birkadem (département d'Alger). Meinard, Rebeval (département d'Alger).

20e légion. MM. Reynders, Nomény (Meurthe-et-Moselle). Mathieu, Neuves-Maisons (Meurthe-et-Moselle).

15 septembre.

Académie de médecine.

Décret du 11 septembre fixant les traitements du personnel de l'Académie de médecine.

Nous relevons dans ce décret les chiffres suivants :

Chef des travaux chimiques, 9.000 francs.

Bibliothécaire, suivant la classe, de 18.000 à 10.000 francs.

Chef des bureaux, suivant la classe, de 15.600 à 8.000 fr.

Commis, suivant la classe, de 13.500 à 7.300 francs.

Garçons, suivant la classe, de 9.000 à 6.900 francs.

17 septembre.

Enseignement de la médecine.

Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Boëz, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg.

18 septembre.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public autonome d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône), par suite du départ de M. le Dr Usse.

DROIT PROFESSIONNEL

Pharmacien. Falsification d'ordonnances.

Un pharmacien, n'exécutant pas intégralement l'ordonnance d'un médecin (parce qu'il manque de médicament), et s'abstenant d'en informer le médecin et le malade, commet-il un acte répréhensible ? En vertu de quelles lois ou décrets ? Quelle est la juridiction ? Quelles sont les pénalités ? Par qui les poursuites peuvent-elles être engagées ? Par le médecin ou par le malade ? Y a-t-il des précédents dans la jurisprudence ?

La jurisprudence est assez nombreuse, interdisant aux pharmaciens de substituer une drogue à une autre, ou même de modifier arbitrairement soit la nature, soit les proportions des éléments devant composer le médicament.

En ce sens, tribunal correctionnel de la Seine,

Voir la suite page XLVII-2597

PROPOS DU JOUR

Après les vacances. La réorganisation des colonies scolaires : Un projet à réaliser : Les campements thermaux. Nécessité d'une « politique » des œuvres de plein air.

Nous voici au lendemain des vacances et beaucoup trouveront que sans doute il est bien tard pour parler encore d'elles.

Les jeunes écoliers qui ont eu la bonne fortune d'aller respirer l'air pur à la montagne, à la mer ou à la campagne et qui ont bénéficié de ces œuvres si utiles des colonies scolaires de vacances, sont revenus pour la rentrée et ont repris leur place sur les bancs de l'école. La bonne utilisation des vacances pour la santé de nos enfants ne paraît donc pas précisément à l'ordre du jour et cependant ce n'est pas à la veille de la fermeture annuelle des classes qu'il conviendra de parler du perfectionnement à apporter aux colonies scolaires. Tout indique au contraire que si l'on veut, pour elles, comme du reste pour les œuvres de plein air dont elles font partie, réaliser des améliorations sérieuses et un développement méthodique, il faut s'en inquiéter aussitôt. Notre ami, R. Molinéry, n'a pas attendu et il a consacré un article de *la Médecine internationale illustrée* (numéro de juillet 1927) à ce qu'il désigne par l'expression : *une « politique » des Œuvres de plein air*, persuadé que, s'il est trop tard pour influencer l'organisation de 1927, il peut provoquer des améliorations et même des innovations pour 1928. R. Molinéry demande pour cela le concours de tous les journalistes médicaux et de toute la presse médicale française ; nous qui, de tous temps nous sommes intéressé aux colonies scolaires de vacances, ne serons pas le dernier à répondre à son appel. Nous nous souvenons avoir collaboré activement il y a une trentaine d'années à l'Œuvre des colonies scolaires de la rue Louvois, dont le but était et est encore de sélectionner les écoliers et de faire désigner par le médecin le genre de colonie le plus utile à leur santé (campagne, montagne ou mer) ; qu'en 1901, au Congrès de la tuberculose, nous avons, dans une communication, faite en collaboration avec le Dr Henri Gourichon, montré la place importante que devaient tenir les colonies de vacances dans la lutte contre la tuberculose. Si, depuis la guerre, il nous a été impossible de tenir à l'Œuvre de la rue Louvois le rôle actif que nous y avions assumé, ce n'est pas par indifférence, mais parce que les trop nombreuses occupations qui nous accablaient, ne nous permettaient plus d'assurer ces utiles fonctions que d'autres désormais ont rempli beaucoup mieux que nous n'aurions pu le faire.

Les œuvres de plein air et les colonies scolaires en particulier, subissent une crise, comme toutes les œuvres collectives d'initiative privée. M. Joël Gradel a poussé un cri de détresse ; les effectifs des colonies ont de la tendance à diminuer et si les recettes pour faire face aux frais des colonies ont été triplées, les dépenses sont plus que sextuplées. L'appauvrissement de ceux qui s'intéressent aux œuvres d'hygiène scolaire, ne permet guère d'espérer la possibilité de cotisations plus élevées et l'état des budgets de l'Etat, des départements et des communes défend de compter sur de fortes subventions. Il convient donc de coordonner les efforts, de grouper, de fédérer les œuvres pour qu'elles puissent disposer de plus d'influence et, d'autre part, de les organiser de telle façon qu'elles puissent, avec un minimum de frais, donner le maximum de rendement utile. C'est ce que Molinéry appelle une « politique » des œuvres de plein air.

Nous ne sommes plus, Dieu merci ! à l'époque des expériences. Il y a 50 ans environ que le pasteur Comte a créé les premières colonies. Les écoles et les classes de plein air existaient bien avant la guerre et nous nous souvenons avoir visité il y a une vingtaine d'années, sous la conduite de notre distingué confrère lyonnais, le Dr A. Vignes, l'école du Vernet, installée au milieu d'un parc sur les bords de la Saône dans une villa mise à la disposition des écoles de Lyon par le préfet du Rhône. Depuis, écoles et classes de plein air se sont multipliées un peu partout et rentrent avec les colonies scolaires parmi les moyens de défense les plus efficaces contre la tuberculose. Puisque l'Œuvre de Grancher a démontré que la préservation de la graine, selon la formule de Pasteur, est le moyen le plus efficace de prophylaxie contre la tuberculose, il importerait d'exiger que la plus grande partie des fonds antituberculeux fût attribuée aux œuvres de plein air et en faveur de l'enfance et

non gaspillée à de vaines tentatives de cure 90 fois sur 100 inefficaces.

***

Une innovation que conseille Molinéry et qui pourrait bien être la solution du problème, en ce qui concerne au moins les colonies, est le système des campements.

Les campements de montagne ont donné d'excellents résultats à M. Alphonse Meillon de Pau. Dans la vallée d'Ossau, Mlle Meillon, a organisé avec succès un camp de jeunes filles de 15 à 18 ans. M. Antoine Dieuzaide a aussi réalisé le camp de Barèges. L'expérience étant encore ici faite, il suffirait de trouver les voies et moyens de généraliser le camping scolaire sanitaire.

Molinéry propose de demander au Ministère de la Guerre et aux Sociétés de la Croix-rouge de prêter le matériel de campement, et notamment de campement du service sanitaire, aux œuvres de colonies scolaires. Il y a dans les magasins tout un matériel entassé qui, en attendant une guerre dont nous espérons l'échéance fort lointaine, se détériore. Ce serait une action méritoire que de le faire servir aux œuvres d'hygiène scolaire. Molinéry est allé plus loin, il a émis le projet de création de campements thermaux. Alors que nous avions envisagé seulement la sélection des enfants pour la montagne, la mer et la campagne, il désire faire bénéficier d'une cure thermale de nombreux enfants qui retireraient les plus grands bénéfices d'un traitement dans une station hydrominérale que pour des raisons diverses et surtout d'ordre économique on ne peut leur appliquer. Molinéry a gagné à cette cause le Conseil supérieur des Pupilles de la Nation, M. Maringer, président de Chambre au Conseil d'Etat, enfin il a fait voter à l'unanimité ses conclusions à l'Assemblée de la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne en mai 1927 à Salies-de-Béarn, conclusions que nous résumerons ainsi :

1° Faire un choix d'enfants qui relèvent de la station à laquelle ils seront envoyés ;

2° Organiser des campements assez près des établissements pour que le trajet du campement à la station ne fatigue pas les enfants ;

3° Isoler néanmoins ces campements de la station pour éviter aux petits côlons l'aspect continuel du luxe et des manifestations mondaines des villes d'eaux qui seraient pour eux d'un exemple fâcheux ;

4° S'assurer le concours et même la collaboration de sociétés telles que le Touring-Club pour l'installation des camps et pour se procurer le matériel nécessaire aux prix les plus réduits ;

5° Conclure des ententes avec les établissements thermaux pour obtenir des tarifs de faveur pour les enfants des campements thermaux.

Nous ne pouvons que féliciter et encourager les auteurs de ces tentatives généreuses. Nous en souhaitons vivement le succès, car nous sommes et avons toujours été persuadé que là est véritablement le salut de notre race qui non seulement par le fait de la dénatalité tend à disparaître, mais encore à s'affaiblir de génération en génération.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE CHIRURGICALE

Kyste de l'ovaire.

D'après une leçon du professeur Delbet (1).

Voici une jeune femme de 26 ans, qui présente une tumeur abdominale de volume assez considérable, et ce qui frappe, c'est que le ventre fait une saillie notable en avant. La tumeur serait apparue, au dire de la malade, en novembre dernier ; il est vraisemblable qu'elle portait depuis longtemps une tumeur qui avait échappé à son attention, et qui s'est mise à augmenter brusquement. Elle se plaint d'augmentation de

(1) Leçon faite le 5 mai 1927 à l'Hôpital Cochin, recueillie par le Dr Laporte.

la durée des règles, et de pertes en dehors des règles, c'est-à-dire de ménorragies et de métrorragies. En somme, toutes les probabilités sont pour un kyste de l'ovaire.

L'influence des kystes de l'ovaire sur les règles est extraordinairement variable. Dans un certain nombre de cas, on observe une diminution pouvant aller jusqu'à l'aménorrhée, mais alors il y a presque toujours des tumeurs bilatérales, c'est-à-dire des deux ovaires. On peut, au contraire, trouver des pertes ménorragiques et métrorragiques. Ces pertes sont attribuables à l'hyperplasie de la muqueuse utérine qui est en relation avec les troubles de la sécrétion ovarienne.

La déformation de l'abdomen est très importante pour le diagnostic d'une tumeur. Quand on voit le ventre saillant, projeté en avant, ce qu'on appelle quelquefois le ventre en obusier, on doit penser qu'il y a une tumeur, qu'il ne s'agit pas de liquide libre dans l'abdomen. En effet, une ascite libre a toujours tendance à s'écouler dans les parties déclives, de sorte que le ventre est étalé : c'est le ventre de batracien, suivant l'expression classique. Il est quelquefois difficile de distinguer une ascite de certaines variétés de kystes qu'on peut rencontrer dans l'abdomen. Cette difficulté ne se pose pas avec le véritable kyste de l'ovaire.

A côté des kystes dits ovariques, il y a des kystes qu'on appelle para-ovariques ; ils se développent aux dépens des débris du corps de Wolf qui persistent dans les ligaments larges. Ils contiennent un liquide absolument clair et non filant, ils sont toujours uniloculaires, peu tendus, incapables de prendre une forme déterminée, et s'étalent dans le bassin. Ces tumeurs peuvent être prises pour des ascites. En général, on ne les confond guère avec les ascites libres, mais on les confond avec les ascites cloisonnées, et particulièrement avec certaines péritonites tuberculeuses fibro-ascitiques.

Ici, nous avons affaire à une tumeur manifestement saillante en avant, volumineuse ; elle remonte à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic. On doit penser à une autre erreur de diagnostic, qui consiste à prendre une vessie distendue pour un kyste de l'ovaire. Cette erreur n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser. Evidemment, lorsque la malade n'urine pas, il est impossible de faire cette confusion, mais on a affaire à des malades qui urinent par regorgement et qui ne vident jamais complètement leur vessie. La vessie se distend progressivement. Dans un certain nombre de cas, on arrive à faire le diagnostic différentiel assez aisément, en constatant qu'au-dessus du pubis, la masse constituée par la vessie, qui peut contenir plusieurs litres de liquide, s'enfonce derrière la symphyse pubienne, tandis qu'un kyste de l'ovaire ou un fibrome utérin laisse généralement sentir une dépressibilité au-dessus de la symphyse pubienne.

Voyons les signes fournis par la percussion. Percutons de bas en haut sur la ligne médiane, puis sur les parties latérales. La matité est à peu près symétrique de l'un et l'autre côté. En réunissant ces divers points par une ligne, on a une matité à convexité supérieure. S'il s'agissait d'une ascite, la disposition des zones mates et sonores serait exactement inverse. De plus, en faisant changer la position du malade, on fait changer la disposition des zones en cas d'ascite, tandis qu'en cas de tumeur ces modifications existent quelquefois, mais elles sont faibles.

A la palpation, on constate que la tumeur est à peu près régulière et présente une mobilité assez considérable. On ne trouve pas la sensation de flot ; cette sensation, on le sait, est extrêmement nette dans les ascites un peu abondantes ; doit-elle conduire à faire le diagnostic d'ascite ? Non ; il suffit qu'un liquide soit peu tendu pour que la sensation de flot soit parfaitement nette, ce qui arrive dans certains kystes ovariques. Cherchons maintenant la fluctuation. Il faut toujours se méfier lorsqu'on a affaire à une tumeur mobile dans l'abdomen : un déplacement de la tumeur en masse peut donner l'impression de fluctuation qui est fausse. Il faut bien immobiliser la tumeur pour se rendre compte de la sensation de fluctuation. Ici, il y a une sensation de fluctuation très nette.

Nous avons donc affaire à une tumeur bien circonscrite, globuleuse, arrondie, mobile, sans flot, mais avec une fluctuation nette, c'est-à-dire à une tumeur kystique. Il faut savoir que certaines grosses *hydramnios* peuvent parfaitement donner lieu à cette sensation. Mais il n'y a aucune raison de penser à une hydramnios chez cette jeune fille ayant des ménorragies et des métrorragies, et aucun symptôme de grossesse.

Les fibromes ordinaires de l'utérus ont une consistance ferme, presque dure, mais il y a une variété qu'on appelle les fibromes lymphangiectasiques, qui deviennent très mous : ce sont ceux-là qu'on confond avec les kystes. Il est tout à fait exceptionnel qu'ils donnent une sensation de fluctuation nette, mais cela peut arriver. Les éléments suivants servent à faire le diagnostic différentiel. D'abord, ces fibromes lymphangiectasiques sont rares ; puis ils se développent en général à un âge plus avancé que les kystes de l'ovaire. Dans la majorité des cas les kystes de l'ovaire se développent chez des femmes jeunes. D'autre part, les connexions d'une tumeur fibromateuse avec l'utérus sont en général plus étroites que celles d'un kyste ovarique. Le kyste ovarique n'est relié avec l'utérus que par l'aileron postérieur du ligament large, tandis que le fibrome a une origine franchement utérine.

On distingue diverses variétés de kystes de l'ovaire, d'abord les mucoïdes et les dermoïdes. Depuis les travaux de Wilde, on appelle ces derniers des embryomes kystiques. Parlons seulement des kystes non dermoïdes. Entre les grands kystes uniloculaires de l'ovaire, qui sont des affections tout à fait bénignes, et les tumeurs solides de l'ovaire, qui sont extrêmement malignes, on peut trouver toutes les formes intermédiaires, de même que dans le sein on peut trouver toutes les formes intermédiaires entre une mammite kystique et un épithélioma très malin.

Les kystes ordinaires, bénins, avaient été baptisés par Malassez du nom d'épithéliomas mucoïdes ou typiques : il décrivait sous ce nom des lésions tout à fait bénignes ; dans son esprit le mot épithélioma signifiait prolifération de l'épithélium ; le mot avait pour lui un sens purement histologique. Les chirurgiens l'ont pris dans le sens de tumeur maligne pendant un certain temps, et il en est résulté des confusions fâcheuses. Dans le kyste de l'ovaire le plus simple, on trouve une paroi conjonctive tapissée d'une seule rangée d'épithélium ordinairement cylindrique, avec un noyau basal et souvent beaucoup de cellules mucipares. Certaines sont munies de cils vibratiles.

Pozzi et Jean-Louis Faure ont soutenu qu'un certain nombre de kystes de l'ovaire peuvent prendre naissance aux dépens d'un follicule de de Graaf. On observe des kystes folliculaires ; ces kystes ne dépassent pas le volume du poing, ils n'ont rien de commun avec ce que nous appelons les kystes de l'ovaire.

Il est très rare que les kystes de l'ovaire soient véritablement uniloculaires. Cliniquement, il y a des kystes n'ayant qu'une seule poche, mais lorsqu'on fait une coupe de la paroi, on trouve d'une manière à peu près constante des cavités tapissées d'épithélium. On peut ranger ces kystes dans les formations adénomateuses, on peut les appeler des kystomes. C'est une hyperplasie de l'épithélium, dans laquelle les cellules conservent leurs propriétés de cohérence et d'adhérence. Ce sont des formations bénignes. A l'autre extrémité, on rencontre des tumeurs formées d'amas cellulaires infiltrés dans le tissu conjonctif, dans lesquels les cellules ont perdu leurs propriétés de cohérence et d'adhérence. Dans tous les organes, la majorité des tumeurs malignes sont précédées de formations bénignes. C'est ce qu'on appelle les états précancéreux, sur lesquels a insisté Ménétrier.

Ils sont souvent produits par des lésions d'ordre irritatif, par exemple la leucoplasie linguale, certaines formes de gastrites, certaines altérations de la muqueuse du vagin et du rectum dans les cas de prolapsus, modifications d'ordre irritatif qui préparent, comme on dit, le lit du cancer. D'autre part, il y a des états précancéreux de l'ordre des malformations. Il faut considérer dans la majorité des cas les kystes mucoïdes de l'ovaire comme des sortes de malformations.

La forme la plus simple, c'est le kyste cliniquement uniloculaire. Nous sommes probablement en présence de cette variété tout à fait bénigne. Dans beaucoup de cas, lorsqu'on palpe avec attention un de ces kystes, on constate que la paroi présente en certains points des épaississements, des gâteaux plus résistants, correspondant à l'infiltration de la paroi ; il y a parfois une agglomération de petites tumeurs ressemblant à une éponge. Dans certains cas, la paroi externe du kyste, au lieu d'être formée d'une membrane conjonctive lisse et régulière, présente une surface irrégulière, mamelonnée, recouverte de végétations, ressemblant à un papillome. C'est ce qu'on appelle les kystes papillaires de l'ovaire.

Dans certaines de ces tumeurs, les cellules s'infiltrent dans le tissu conjonctif du ligament large, elles contractent des adhérences avec l'utérus ; tandis que les kystes simplement uni- ou pauciloculaires sont indépendants de l'utérus, on voit des formations kystiques multiloculaires qui infiltrent le tissu cellulaire du bassin et contractent des adhérences si étroites avec l'utérus qu'on est obligé, pour enlever la totalité de la formation kystique d'origine ovarienne ou para-ovarienne, de faire une hystérectomie. Ces kystes à végétation exogène se rencontrent surtout chez les femmes âgées.

Ici, nous avons affaire à la forme la plus simple et en même temps la plus bénigne, qui est la plus fréquente.

Cette tumeur présente une certaine mobilité, on peut la remonter jusqu'à l'appendice xiphoïde. On sait que des tumeurs provenant de la partie supérieure de l'abdomen peuvent simuler une tumeur d'origine pelvienne. Je vous ai cité un cas où une tumeur para-rénale avait été prise pour un fibrome de l'utérus. Les mucocèles de la vésicule biliaire ont pu être pris pour des kystes de l'ovaire. On a imaginé, pour faire le diagnostic différentiel dans ces cas-là, de mettre les malades en inversion, mais, comme je vous l'ai dit, cette méthode d'exploration est prodigieusement trompeuse.

Quelles sont les connexions ordinaires des kystes de l'ovaire ? Il y a une première phase dans laquelle tout le kyste est une tumeur pelvienne. Lorsqu'il est petit, il peut occuper le cul-de-sac latéral, mais il a tendance à se rapprocher de la ligne médiane, et se place généralement dans le cul-de-sac postérieur. C'est donc d'abord une tumeur pelvienne rétro-utérine. Les kystes de l'ovaire ordinaires ne sont pour ainsi dire jamais primitivement anté-utérins. Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont dans un certain nombre de cas primitivement pré-utérins. Ainsi, lorsqu'on trouvera une tumeur manifes-

tement kystique, pré-utérine, on devra penser à un kyste dermoïde. Un kyste pré-utérin est le plus souvent un kyste dermoïde, non toujours, car certains kystes para-ovariens sont aussi primitivement pré-utérins.

Le kyste augmentant de volume, il arrive un moment où il devient trop volumineux pour être contenu dans l'excavation pelvienne. Lorsque ceci se produit pour un fibrome sessile, non pédiculé, il s'enclave, il n'est pas assez mobile pour déborder au-dessus de l'excavation pelvienne. Avec les kystes de l'ovaire, il n'en est pas du tout de même, surtout lorsqu'il s'agit d'un kyste pauci ou uni-loculaire. Le kyste monte au-dessus du détroit supérieur (comme une vessie remplie d'eau sort d'un verre). Ce kyste qui était pelvien, devient, dans une seconde phase de son évolution, abdominal ; il peut remplir complètement l'abdomen.

Pendant la première phase, pelvienne, par le toucher on sent, dans les culs-de-sac latéral et postérieur, de la fluctuation, la masse est séparée de l'utérus par un sillon. Ce sont des caractères qu'on retrouve dans les grossesses extra-utérines et dans certaines formes de salpingites. Ce qui est important, c'est la régularité de la forme et l'absence de toute espèce de sensibilité. Quelquefois par le toucher on constate des différences de consistance considérables ; quelquefois aussi on produit une légère sensibilité ; on a décrit des kystes dermoïdes de l'ovaire sensibles au toucher; Je n'en ai jamais vu. Parfois on a nettement la sensation d'un véritable os, inclus dans la tumeur. Il n'est pas difficile, dans ce cas, de faire le diagnostic de kyste dermoïde. Dans d'autres cas, la tumeur présente une dépressibilité particulière, et sous l'influence de la pression on peut modifier sa forme ; on constate que la dépression créée par la pression du doigt persiste ; la tumeur est modelable, comme le serait un bloc de cire ou de terre glaise. Ce sont les masses graisseuses contenues dans les parties semi-fluides qui permettent d'obtenir ce modelage, qui permet de faire le diagnostic de kyste dermoïde.

Lorsque la tumeur est devenue abdominale, elle est reliée à l'utérus par l'aileron postérieur du ligament large. Cet aileron peut être plus ou moins allongé. Lorsqu'il est court, la tumeur conserve des connexions assez étroites avec l'utérus, et lorsqu'on cherche à la relever par des manœuvres sur la paroi abdominale, en même temps qu'on a le doigt introduit dans le vagin et posé sur l'utérus, on constate qu'elle entraîne l'utérus. Parfois ce pédicule est extrêmement mince et les connexions peuvent échapper à toute recherche clinique. Dans ces cas, une tumeur, bien qu'elle ait l'ovaire pour origine, peut se comporter, lorsqu'on met la malade en inversion, comme une tumeur ayant son origine dans la partie haute de l'abdomen. Dans ces cas, du fait que la tumeur, sous l'influence de l'inversion, est complètement sortie de l'excavation pelvienne pour venir se loger sous le diaphragme, je me garderai de conclure que cette tumeur n'est pas un kyste de l'ovaire.

Retenons encore ce fait que la tumeur a augmenté rapidement de volume à partir d'un certain moment. Ceci doit faire penser à un accident extrêmement fréquent des kystes de l'ovaire, surtout des kystes uniloculaires, c'est la torsion du pédicule. Elle se présente sous des aspects extrêmement différents, tantôt comme un accident véritablement dramatique, tantôt, au contraire, comme un incident si atténué qu'il peut passer complètement inaperçu.

Voyons la forme dramatique, c'est-à-dire la torsion aiguë du pédicule. Elle s'accompagne de réactions péritonéales qui prennent deux allures possibles : celle d'une réaction péritonéale proprement dite, ou celle d'un syndrome d'occlusion. Dans le premier cas, on peut être conduit à de multiples erreurs de diagnostic. La plus fréquente consiste à croire à la rupture d'une grossesse extra-utérine. Lorsque c'est un syndrome d'occlusion, on fait simplement le diagnostic d'occlusion, affection qui commande elle-même une intervention opératoire ; cette erreur de diagnostic n'a donc pas d'inconvénient. Ce qui est fâcheux, c'est de méconnaître l'existence de la torsion ; et dans les formes atténuées on peut la méconnaître. Les malades ont une vague sensation douloureuse dans l'abdomen, quelquefois absolument insignifiante, mais à la suite de cette sensation pénible, qui s'accompagne de légères nausées, la tumeur augmente rapidement de volume ; dans ce cas, on doit faire le diagnostic de torsion du pédicule, si atténués que soient les symptômes. Les kystes de l'ovaire ne sont pas les seules tumeurs dont le pédicule peut se tordre. Je vous ai parlé de la torsion du canal spermatique. Toutes les tumeurs abdominales peuvent présenter des mouvements de torsion ; l'intestin lui-même, ce qui constitue le volvulus ; une trompe saine même, un fibrome peut présenter des phénomènes de torsion. Il y a même des cas où ce n'est pas le pédicule, mais l'utérus lui-même qui se tord. Les conséquences sont toujours du même ordre. Sous l'influence de la torsion, le système veineux est comprimé ; le système artériel, dont la paroi est résistante et dans lequel la tension est considérable, souffre moins de la torsion ; il se produit des phénomènes d'œdème, d'hémorragie dans la paroi du kyste ; il se produit une augmentation de volume, des modifications de l'endothélium d'origine péritonéale qui le recouvre, et toujours, tôt ou tard, des adhérences avec les organes voisins, avec l'intestin. Il arrive qu'à la suite de torsion brusque ou progressive le kyste se rompt. Si cette

rupture est aseptique, il peut ne pas en résulter des accidents extrêmement graves ; la substance mucoïde se répandant dans l'abdomen donne lieu à une variété d'ascite, dite gélatiniforme, à la suite de laquelle peuvent se former ce que Péan a appelé les pseudo-myomes du péritoine. S'il y a le moindre phénomène d'infection, c'est une péritonite rapidement mortelle si on ne fait pas une intervention.

Lorsque la torsion est lente, progressive, qu'elle passe inaperçue, qu'elle ne force pas l'attention du malade ni celle du médecin, elle entraîne d'une manière constante, tôt ou tard, des adhérences qui ont quelquefois peu d'importance, mais qui, dans d'autres cas, sont extrêmement étendues ; le pédicule primitif peut avoir complètement disparu. Dans ces conditions, l'intervention opératoire présente des difficultés considérables et une certaine gravité, tandis que l'intervention faite avant le développement de ces adhérences est d'une extrême bénignité. On a dit que la torsion ne se fait pas dans le même sens pour les deux ovaires, et que le kyste se tordait toujours de dedans en dehors, c'est-à-dire en sens inverse suivant qu'il a pris naissance dans l'ovaire droit ou dans le gauche.

Il y a une circonstance qui favorise certainement la torsion du pédicule des kyste de l'ovaire, c'est la grossesse. Lorsqu'on constate la coïncidence d'une grossesse avec un kyste de l'ovaire, il faut y penser. Cette torsion se produit surtout dans les sept premiers mois d'une part, et, d'autre part, après l'accouchement, dans la période d'involution de l'utérus. On doit faire opérer immédiatement la malade, si la grossesse n'a pas dépassé le septième mois. A cette époque on peut faire l'ablation du kyste de l'ovaire sans compromettre l'évolution de la grossesse. Après le septième mois, les chances de torsion deviennent très minimes, jusqu'au moment de l'accouchement ou des suites de couches.

Mais une autre question se pose ici. Ce n'est plus la crainte d'une torsion qui commande l'intervention, puisque ce danger est faible, et, d'autre part, on s'expose beaucoup à cette époque, en faisant l'intervention, à provoquer un avortement, mais il s'agit de savoir si ce kyste met obstacle à l'évolution de la grossesse et s'il pourra mettre obstacle à l'accouchement. Lorsque le kyste est très volumineux, c'est peut-être l'indication d'opérer même après le septième mois. Les kystes de l'ovaire pouvant être une cause de dystocie sont uniquement les kystes pelviens. Il faut attendre, dans ce cas, que le fœtus soit à terme ; il vaut mieux peut-être, quand le kyste doit mettre un obstacle certain au passage de la tête du fœtus, faire l'intervention à la fin de la grossesse, avant le commencement du travail. S'il s'agit simplement d'un kyste enclavé, — ce qui est exceptionnel — on l'enlève facilement. Si, au contraire, il est impossible de faire l'extirpation du kyste, on fait une césarienne conservatrice, on extrait le fœtus et on enlève ensuite le kyste.

LE TRAITEMENT VACCINOTHÉRAPIQUE DES AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES (1)

Par le Dr René BECKERS (Bruxelles).

Chef du Service de gynécologie et d'obstétrique à la Polyclinique du Parc Léopold.

Messieurs,

J'ai voulu, cette année, vous entretenir du traitement des affections gynécologiques par la vaccinothérapie, d'abord parce que je considère le gynécologue, ayant à sa disposition un immense arsenal thérapeutique, comme devant être avant tout un médecin et ne devant opérer que lorsqu'il a épuisé tous les traitements médicaux ; ensuite parce que des essais heureux m'ont permis de me tracer la ligne de conduite que j'ai entrepris de vous rapporter.

Je n'envisagerai avec vous que le traitement des métrites et des salpingites, salpingites post partum et post abortum, à la suite d'infections streptococciques ou gonococciques, laissant de côté les infections tuberculeuses où la vaccinothérapie trouve une contre-indication très nette.

Le traitement médical des affections gynécologiques a toujours été considéré, quelle que soit la thérapeutique employée (antiseptiques, caustiques, électricité, diathermie, U.V., massages, hydrothérapie, etc.) comme devant être de longue durée. Les améliorations sont lentes à s'établir et il faut traiter sa malade pendant de longues semaines ou des mois. Par la vaccinothérapie, qui n'exclut pas, bien entendu, le repos, voire, au début, l'immobilité, la durée du traitement est de trois semaines environ. Et de ce fait, on ne pourra plus dire que le traitement médical est réservé à la classe aisée, d'autant plus que, résultat appréciable, les métrites avec ulcération du col et les salpingites aiguës, surtout lorsqu'elles sont d'origine post-partum et post-abortum, guérissent toujours d'une façon complète.

Les microbes que nous rencontrons dans les affections gynécologiques sont multiples : on a

(1) Communication aux Journées médicales de Bruxelles, 27 juin 1927.

trouvé aux analyses, pour les salpingites, des gonocoques, des staphylocoques, des streptocoques, des bacilles coli, des bacilles pseudo-diphtéritiques, des bacilles de Friedlander, etc. Ils sont associés et, partant, se modifient. Le plus important nous paraît être le bacille coli, qui vient de l'intestin. Le gonocoque, qui joue un rôle provocateur, disparaît assez vite.

Si l'on a pu nier l'action immunisante des vaccins sur le gonocoque, et les arguments ne suffisent pas à le démontrer péremptoirement, et s'il est vrai que le streptocoque est relativement réfractaire à la vaccination, par contre, le staphylocoque et le colibacille sont extrêmement sensibles à ce mode de traitement. Nous pouvons donc faire disparaître de l'appareil génital, par la vaccination, le staphylocoque et le colibacille, dont l'association avec les autres microbes entretient la maladie. Il nous sera permis de conclure que, ce premier résultat obtenu, et cela avec certitude, on peut espérer influencer à son tour le gonocoque, par un phénomène semblable à celui observé dans d'autres affections. Dans l'appendicite gangréneuse, par exemple, il suffit de neutraliser l'action des microbes associés, pour arrêter le processus du putréfaction. Dans les métrites et annexites, la suppression d'un ou de plusieurs agents microbiens entraînerait secondairement la disparition du gonocoque.

Me basant sur ces données, j'ai eu recours depuis quelques mois, dans le traitement des affections gynécologiques, uniquement à la vaccinothérapie ; non pas une vaccinothérapie classique, générale, qui n'a donné à tous que des résultats incertains, mais un traitement local, immunisant. Le but de ce traitement est d'augmenter la résistance des tissus malades par l'immunisation locale, selon la théorie de Besredka ; il provoque en même temps une série de chocs qui amènent une modification de l'équilibre des humeurs et du système vasculo-sympathique. Sont seules vaccinées par cette thérapeutique certaines cellules particulièrement réceptives.

Je n'ai pas eu, dans cette pratique, recours aux auto-vaccins, préparés en partant des sécrétions pathologiques de la malade. Je suis, à leur sujet, de l'avis de mes confrères Tant et Duray, qui, estimaient, il y a trois ans (*Bruxelles médical*, 27 mars 1924), qu'il n'y a aucune illusion à se faire quant à la spécificité du vaccin ainsi préparé. Dans la culture, les microbes saprophytes peuvent être prépondérants, les germes pathogènes s'y développer avec difficulté, faire défaut même quelquefois. MM. Tant et Duray signalent aussi le danger que peut présenter un vaccin qui ne comprend pas toutes les espèces contre lesquelles il faut lutter : les microbes contre lesquels on ne fait rien peuvent prendre un développement considérable et être cause de complications. Et cela est un point aujourd'hui admis par tout le monde, c'est qu'il convient d'utiliser en thérapeutique des vaccins polymicrobiens et renfermant plusieurs races de ces différents microbes, donc polyvalents.

Le mode de préparation et la composition ont aussi un rôle important dans l'efficacité du vaccin. J'ai utilisé des vaccins chauffés et formolés suivant la méthode de Goldenberg, contenant à la fois des microbes coagulés, agglutinés et des microbes dissous.

La vaccination locale, qui agit par le choc, amène des réactions, générale (température) et locale (douleur), qui s'atténuent d'ailleurs à chaque injection, et qui sont toutefois bien moins intenses que celles produites par le choc lacté. L'action thérapeutique paraît, par contre, plus efficace, plus réelle. On sait depuis les travaux de Drouet sur la thérapeutique des maladies infectieuses, que c'est au moment même de ce choc humoral que s'opèrent les destructions microbiennes. Et on ne peut qu'approuver une thérapeutique où les phénomènes cliniques de choc apparaissent peu violents.

Traitement des métrites.

Il est entendu que la métrite chronique, que nous rencontrons journellement en clientèle et dont le tableau clinique nous est familier (utérus hypertrophié, col tuméfié avec ulcérations plus ou moins larges, pertes leucorrhéiques, etc.) n'offre guère de gravité par elle-même. Mais les complications par extension aux annexes sont à redouter, et il convient donc d'entreprendre le traitement d'une métrite dès que le diagnostic est posé.

Le traitement consiste dans l'application dans le fond du vagin, contre le col, d'un pansement vaccinant, compresse imbibée de bouillon vaccin, ou manipulation plus pratique, d'un ovule vaccin, préparé avec le filtrat immunisant des microbes recueillis dans les pertes leucorrhéiques. Les applications doivent se succéder à raison d'un pansement tous les deux jours, et il est donc à conseiller de commencer le traitement trois ou quatre jours après la cessation des règles. Pansements ou ovules sont maintenus en place comme à l'ordinaire par un tampon stérilisé.

Cette simple application suffit dans les métrites à donner des résultats cliniques largement satisfaisants ; nous allons y revenir. A cette vaccination locale qui constitue, à notre avis, une méthode de choix, on peut adjoindre une vaccination générale, sous-cutanée, voie à laquelle ont recours la plupart des auteurs ou, suivant les indications qui nous ont été fournies par notre confrère, le Dr Goldenberg, médecin à l'hôpital de Rothschild, par la voie intradermique, méthode simple et inoffensive que nous avons utilisée. Besredka, Pasteur Vallery-Radot, Simard et Drouet, notamment, en France ; Muller, en

Allemagne, ont, en des travaux remarquables, montré les propriétés biologiques de la peau que met à profit la méthode imaginée par Goldenberg pour les infections génitales. Il n'a fait que suivre, en cela d'ailleurs, les exemples donnés par Salhi, notre éminent confrère bernois, qui utilise la voie intradermique pour ses vaccinations antituberculeuses ; Soupault, qui procède aux vaccinations antistaphylococciques par la même voie ; Boucart enfin qui fit d'heureuses tentatives de vaccinations antiscarlatineuses par des injections intra-cutanées de toxines antistreptococciques. Nous nous appesantirons sur la pratique de cette vaccination générale dans le traitement des annexites où elle doit être employée systématiquement. Car, répétons-le, dans le cas qui nous occupe, les simples applications de bouillons vaccins en pansements, ou d'ovules vaccins, nous ont largement suffi à obtenir des résultats durables, des guérisons. Mais nous devions dans ce chapitre même faire allusion à cette vaccination générale complémentaire, car si nous ne l'avons pas utilisée systématiquement, nous avons eu recours, à différentes reprises, concurremment à la vaccination locale, à l'injection de vaccin, par gouttes. Ces essais ont été tentés dans les cas de métrites se compliquant d'une large ulcération du col et dans le but d'en hâter la cicatrisation.

Nous souvenant de l'avis de Goldenberg, à qui il paraît préférable de pratiquer l'injection à peu de distance du foyer infecté, nous avons fait l'injection non pas intradermique, mais sous la muqueuse du col, à proximité de l'ulcération. Les expériences ne sont pas assez nombreuses pour que nous puissions émettre un avis au sujet de cette pratique, mais nous pouvons signaler que dans les deux cas où nous l'avons utilisée, la cicatrisation s'est montrée particulièrement rapide.

L'injection vaccinante dans le col n'a pas offert d'inconvénient particulier quant à la réaction générale. Mais elle est d'une application difficile ; elle doit être même parfois impossible, à travers le spéculum, dans les vagins profonds ; et elle nécessite l'emploi d'une aiguille longue qu'il faut adapter à la petite seringue graduée en vingtièmes de centimètre cube.

Pendant toute la durée du traitement local, qu'il s'agisse d'ovules ou de bouillons vaccins, nous prescrivons deux injections par jour, d'eau bouillie chaude à 48° (l'emploi de la canule atherma est donc recommandé), à prendre dans la position couchée, sans addition d'un produit hygiénique, quel qu'il soit.

Les résultats cliniques ont été pour nous encourager. Les premiers symptômes qui cèdent, après deux ou trois ovules vaccins, sont la douleur et la congestion. Les pertes changent d'aspect ; de purulentes ou glaireuses, elles se liquéfient, deviennent mucoïdes ; leur coloration se modifie également, de jaunes ou jaune verdâtres, elles se font blanches. Elles tachent moins intensément le linge. Elles se raréfient et disparaissent après 8 ou 15 applications suivant le degré de l'ancienneté de l'infection. A noter également l'amélioration concordante de la vaginite qu'entretenaient les pertes. L'ulcération subit à son tour l'action vaccinante : généralement après le quatrième ou le cinquième ovule, on peut la voir se transformer, et d'applications en applications, on suit son évolution réparatrice. La cicatrisation se fait avec une netteté impressionnante : de rouge violacé, la plaque métritique devient rosée ; elle est moins brillante, paraît s'assécher. Un liseré blanchâtre, légèrement nacré, se forme sur ses bords, gagnant de jour en jour vers le centre. Les métrites aiguës guérissent au bout de 8 à 10 applications ; les chroniques en demandent de 15 à 20.

Traitement des salpingites.

Une salpingite aiguë peut toujours guérir de façon complète, surtout si elle est consécutive à un accouchement ou un avortement. Mais quelle que soit l'association microbienne, et on sait que la plupart des annexites sont dues à l'action de plusieurs agents pathogènes, on peut espérer atteindre les plus réfractaires, et en particulier le gonocoque, après avoir débarrassé les organes génitaux du staphylocoque et du bacille coli.

Il est rare de voir évoluer isolément une salpingite. Généralement, on retrouve à son tableau clinique la triade symptomatique d'une métrite dont elle est, par propagation, la conséquence trop fréquente. Le traitement vaccinothérapique des annexites doit donc être double : local et général. Et, à notre avis, il faut toujours traiter simultanément salpingite et métrite, même si celle-ci n'est pas décelable.

La vaccinothéraplie locale, décrite plus haut dans le traitement des métrites, constitue déjà à elle seule une méthode efficace de traitement des salpingites. Elle ne l'est pas seulement dans les affections puerpérales, comme l'a établi Lévy-Solal ; les résultats que nous avons obtenus après beaucoup d'autres semblent montrer qu'elle l'est aussi dans les annexites consécutives aux métrites non puerpérales. Mais l'évolution est lente, trop lente ; et nous avons voulu rechercher un traitement à la portée de tous ; la vaccinothérapie générale allait ajouter à l'action de la vaccinothérapie locale : elle l'aide puissamment, elle la complète.

Nous avons employé en injections intradermiques, qui paraissent plus efficaces que les sous-cutanées et sont en tous cas mieux supportées, le vaccin préparé selon le procédé de Goldenberg. Il contient, en plus des microbes déjà signalés :

staphylocoques, gonocoques et colis, des entérocoques et des diphtérimorphes. La moitié de ces microbes, et il y en a plus de vingt milliards, est à l'état de solution sodique et sert de véhicule à l'autre moitié composée de bactéries tuées par la chaleur et le formol. Son application est facile. L'injection se fait dans le derme. Nous la faisons dans la peau du bas-ventre pour nous rapprocher le plus possible, suivant les indications, du foyer infecté.

Une longue expérience, que nous avons pu mettre à profit, a permis à l'auteur d'indiquer les doses et le rythme les plus favorables.

La première injection ne dépasse pas une goutte de vaccin, dosage facile quand on emploie la seringue en vingtièmes de centimètre cube. Deux gouttes à deux endroits différents du derme, à la seconde séance. Puis on augmente d'une goutte à chaque injection, pour atteindre le maximum de six gouttes, en six endroits différents, réalisant ainsi ce que Besredka appelle la vaccination « en nappe ».

Les séances s'espacent de deux en deux jours, comportant donc à la fois le traitement vaccinothérapique local et général.

Une dizaine d'injections nous ont donné des résultats hautement satisfaisants. On peut escompter soixante-quinze pour cent de guérisons. Et en disant guérison, nous envisageons la disparition de tous les symptômes subjectifs ; les organes reprennent leur souplesse et leur aspect anatomique normal, les règles reviennent à un rythme parfait.

La réaction générale est ordinairement minime ; légère ascension thermique, recrudescence des douleurs, leucorrhée plus abondante. Ces symptômes cèdent à la deuxième ou troisième injection. Deux cas cependant nous ont donné une réaction énergique avec température de 39 et de 38°4 le soir de la première vaccination.

Au fur et à mesure du traitement, les annexes deviennent de moins en moins sensibles ; au toucher on les sent se rapprocher progressivement du volume normal. De ce fait l'utérus reprend sa mobilité. La malade n'accuse plus cette sensation de pesanteur dans le ventre et les reins qui rendait la marche pénible et était cause d'une fatigue rapide. Le col se décongestionne ; il est moins tuméfié ; on peut bientôt le mobiliser sans provoquer de douleurs au niveau des annexes. Les pertes se modifient, diminuent pour disparaître. Les règles, qui étaient troublées dans leur durée et leur quantité, redeviennent normales ; elles ne sont plus précédées ni suivies de poussées aiguës.

Voilà, n'est-il pas vrai, un tableau réconfortant.

Si tous nos essais ne nous ont pas amené à des guérisons complètes, les résultats ont été cependant pour nous encourager. Car même si dans certains cas chroniques le traitement médical ne peut plus amener qu'une amélioration, celle-ci préparera heureusement le terrain à l'opération devenue nécessaire. Un seul cas s'est montré complètement réfractaire au traitement. Un B.G. E positif nous a appris depuis que la malade était en puissance de tréponèmes. Et nous estimons que l'association tréponème-gonocoque est un obstacle à la guérison de l'un ou l'autre mal. Le traitement spécifique a été commencé chez cette femme. Nous reprendrons le traitement vaccinothérapique lorsqu'elle aura été blanchie.

Nous avons songé, pour quelques cas où la vaccinothérapie ne nous a pas donné un résultat suffisant, lui associer la protéinothérapie au lait, qui ne tue pas le microbe, mais qui, par son albumine hétérogène, produit un choc qui atténue. Nous allons essayer ; nous allons profiter de cette atténuation pour introduire le vaccin dont l'action se trouvera renforcée par la moindre résistance du germe.

Enfin disons, qu'entre les vaccinations, nous nous sommes bien trouvés de cataplasmes chauds à base d'antiphlogistine, appliqués sur la région du bas-ventre. Nous n'avons plus à vous en signaler l'action à la fois calmante et décongestionnante.

A L'ASSAUT D'UN DOGME

L'expression de dogme, appliquée dans plusieurs écrits récents, à la méthode de traitement qui fut exposée par P. Ferrier au Congrès de la tuberculose de Paris en 1905, est tout ou moins impropre : le dogme, en soi, se suffit, et se passe de preuve. Serait-ce que, dans ce cas, les preuves auraient manqué ? Nous verrons tout à l'heure que non. Mais pour certains, qui ne les ont pas eues sous les yeux à l'époque de leur publication, et pour qui elles ne furent point répétées, les pratiques acceptées et enseignées par nombre de médecins revêtirent un caractère quelque peu choquant d'absolu et provoquèrent objections, réaction et recherches, dont il y aura lieu d'étudier le but et les moyens.

Le but est, en général, de vérifier si tuberculeux et non tuberculeux jouissent d'une physiologie semblable, ou si la tuberculose paraît agir comme cause de décalcification. Dans ce dernier cas, suppose-t-on, les dents devraient offrir un témoignage irrécusable. Emile Lemoine, Jean Ferrier n'ont trouvé, pour plusieurs centaines

d'individus examinés, que des différences insignifiantes. Au contraire, la thèse de Henri Martin mentionne une proportion notablement plus élevée d'altérations dentaires chez les tuberculeux.

Au nom de la chimie cellulaire, et par des méthodes prêtant largement à la critique, quelques auteurs français et d'assez nombreux auteurs étrangers ont battu en brèche les propriétés décalcifiantes attribuées à la tuberculose, et arrivent même à nier la décalcification chez les tuberculeux. Les auteurs étrangers, convaincus que la décalcification *par tuberculose* domine le traitement de P. Ferrier, et forts de leurs constatations, concluent naturellement que le traitement n'a aucune action, puisque, à leur avis, il pèche par la base.

Mais qui donc a émis l'opinion qu'ils ont sapée ?

En 1889, M. Albert Robin constata de la phosphaturie chez des tuberculeux. S'élançant sur une voie qu'il croyait sûre, il fit de cette phosphaturie un signe et une conséquence de leur maladie, pensa la trouver dans chaque cas, et devant l'inconstance du phénomène traita plus tard de légende cette très importante découverte. Ainsi les conclusions des auteurs étrangers s'adressent à une théorie répudiée par son promoteur même et n'ont pas pour résultat d'anéantir le soi-disant dogme de la récalcification.

Peut-être eussent-ils bien fait, avant d'expérimenter et d'écrire, de consulter les écrits de l'auteur qu'ils voulaient juger.

En effet, avant de publier son travail sur la *guérison spontanée* de la tuberculose, P. Ferrier avait posé les jalons sur lesquels il devait s'appuyer. Il avait montré, par des observations types, que, en dehors des maladies osseuses, le squelette et les dents ont une évolution solidaire : chez des sujets maigres, peu musclés, et possesseurs de très mauvaises dents, on rencontre une densité totale notablement inférieure à celle de l'eau. Ce sont les « formes ébauchées de l'ostéomalacie » de Bouchard, l'« ostéopsathyrose » ou fragilité osseuse, de Lobstein, auxquelles il n'a manqué que la continuation de la décalcification pour aboutir à l'ostéomalacie, ou les occasions de fracture pour justifier l'ostéopsathyrose. Encore, une des observations de P. Ferrier concerne-t-elle un lieutenant de cavalerie chez lequel huit chutes avaient déterminé huit fractures (clavicules, avant-bras, jambes, etc.) ; et une observation de Jules : Ferrier une jeune fille dont les jambes se courbaient sous son poids, pourtant bien faible.

Pour rappeler *la légèreté,* caractère commun dans tous ces cas, aux os d'un côté, aux dents de l'autre, corrélatif chez les mêmes individus, P. Ferrier a nommé « ostéocie », de οστεον, os ; ωκυς, léger), l'état des os et « odontocie » celui des dents. (Relations de nutrition entre le squelette et les dents, thèse, Paris, 1900.)

Par des publications ultérieures « Phosphaturie, décalcification, hémophilie » (Sté de biologie, 1903) ; « Densité humaine, cause des variations, leur interprétation » (*Archives générales de médecine,* 1904) ; « Les pertes et les gains en chaux chez l'homme » (*Arch. gén. de méd.,* 1905), il développait la portée de sa thèse, et, dépossédant la phosphaturie du caractère essentiel que lui attribuaient encore les classiques, rattachait à certaines particularités de la digestion ou de l'alimentation la perte de chaux et de phosphore qu'elle représente.

A aucun moment, dans aucune partie de ces travaux, il ne fut question de tuberculose comme cause de décalcification. En plus de vingt passages, au contraire, P. Ferrier a exprimé à ce sujet cette pensée : que la tuberculose se développe sur un organisme en voie de décalcification ; et le mécanisme de la décalcification avait été indiqué par lui.

Aussi ceux qui, pour démontrer théoriquement l'inanité du traitement de P. Ferrier, le gratifient d'une opinion qu'il n'a ni émise, ni soutenue, mais qu'il a, soit implicitement, soit ouvertement combattue (Guérison de la tuberculose, etc. Paris 1905, p. 164 et 165), prouvent seulement que, s'ils l'ont lu, c'est au travers d'idées préconçues.

Une seconde objection vise la valeur des sels de chaux préconisés par P. Ferrier, sels insolubles « donc inactifs et inutiles ». Ferrier a cité l'augmentation de densité éprouvée par trois nageurs émérites, beaucoup plus légers que l'eau, dont deux prirent pendant deux ans deux grammes par jour de carbonate de chaux dans la poudre saturante du prof. Albert Robin, et le troisième prit, pendant 3 ans, du phosphate tricalcique à chaque repas.

Le prof. Armand Gautier admet, sans dire comment, que le carbonate de chaux « peut arriver » à faire partie de l'organisme ; Roussingault, dont les expériences portèrent seulement sur le bicarbonate, précise que le carbonate de chaux précède le phosphate dans les os, et d'autres chimistes y signalent en effet la présence du carbonate dans la proportion de 11 pour cent.

Un auteur allemand, Weiske, après avoir conclu, d'une première expérience sur 3 moutons, que « le manque d'acide phosphorique et de chaux n'avait pas eu d'influence sur la constitution physique et chimique des os (1), bien que les os de 2 moutons mal nourris eussent un poids moindre que ceux du 3e avec nourriture normale, reprit cette expérience une quinzaine d'années plus tard, et « vit que dans le cas d'une alimen-

(1) *In* Chabrié. — Phénomènes chimiques de l'ossification. Paris, 1895.

tation exclusive d'avoine chez des herbivores *il n'y avait que le carbonate de chaux* qui eût une influence sur le développement et la composition des os » (Chabrié).

Un autre auteur allemand, Lehmann, « a montré que *les animaux nourris de phosphate de potassium sans chaux*, avaient des os poreux et légers, tandis que ceux qui, tout en en faisant usage, *consommaient à la fois du phosphate et du carbonate de chaux*, ne présentaient aucune particularité » (Chabrié).

Est-ce à dire que ces sels ne doivent pas être dissous par un acide pour arriver à faire partie de l'organisme qui les a ingérés ? Qui en doute ? Mais a-t-on vu la poule demander au pharmacien voisin de quoi dissoudre le carbonate de chaux qui constituera la coquille de son œuf ; le chien avoir recours à l'officine pour dissoudre les énormes fragments d'os qu'il engloutit, et dont les mégissiers se procurent ensuite la partie non utilisée, sous forme de poudre précipitée, pour préparer leurs gants ? L'expérience de Spallanzani est incomplète, et le suc gastrique est aussi bien destiné à la digestion des sels calcaires qu'à celle des albuminoïdes. L'essentiel n'est pas de savoir quelle quantité est assimilée, quelle autre rejetée, si toutes les deux ont atteint le but proposé, c'est-à-dire de parer à l'acidité momentanée du sang, des humeurs et des tissus, état qui est la condition de culture du bacille de Koch ; plus ou moins durable, plus ou moins renouvelée en vingt-quatre heures, et nécessitant l'administration des sels insolubles non pas une seule fois par jour, mais après chaque repas.

Confrères, Paul Ferrier n'a cessé, depuis 1888, de calcifier par des moyens qu'il a signalés les nombreux enfants et femmes enceintes dont il a eu la charge. Pour nous en tenir aux enfants, outre la remarquable rapidité et régularité de la croissance, l'amélioration de leur résistance aux maladies diverses, la disparition de leurs amygdalites ou des tumeurs adénoïdes, il a eu la satisfaction (rétrospective), de voir que chez aucun d'eux la tuberculose n'a fait d'apparition.

Et, tandis que, vers 1897-98 (époque à laquelle pareils faits étaient rares), sa présentaient à lui deux tuberculeux, adultes, dûment et spontanément guéris, porteurs de dents remarquablement dures, dans le même temps mouraient rapidement deux tuberculeuses, dont les dents à peu près détruites attestaient une décalcification longtemps continuée. Comment ne pas rapprocher ces deux ordres de faits, l'un de l'autre d'abord, de la phosphaturie signalée par M. Robin ensuite ?

Et comment ne pas continuer de calcifier les gens avec des sels insolubles dont on connaît les effets favorables, plutôt que de leur donner des sels solubles, que les pharmaciens retrouvent dans l'urine et dont le sujet ne tire aucun avantage ?

P. Ferrier s'est toujours efforcé de mettre en évidence, pour les praticiens qui ne disposent ni d'un laboratoire, ni du temps pour s'en occuper, les signes physiques ou chimiques que chacun d'eux peut facilement constater. Aussi, sans vous contenter de notions prétendues dogmatiques, ne rejetez pas une pratique justifiée et éprouvée, mais rendez-vous-en compte, en donnant, pendant les 7 ou 8 premiers mois de la grossesse et pendant l'allaitement, à vos femmes qui ne perdront plus leurs dents ; dès leur troisième semaine à vos enfants qui deviendront beaux, vigoureux et vous laisseront la paix, une poudre calcaire bien constituée. Ayez le courage d'en prendre vous-mêmes, de manière à ne point offrir de prise à la tuberculose qui vous guette (car qui est, sous ce rapport, plus exposé qu'un médecin ?).

Communiquez-vous vos propres guérisons de tuberculose. Elles vous donneront la confiance nécessaire pour soigner les autres. Mais faut-il dire à des médecins que la santé dépend d'un régime convenable, et exempt, pour ceux qui sont exposés, de causes de décalcification ?

Dr P. FERRIER.

Rabat, 27 juin 1927.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Antithermie et fièvre typhoïde.

Dans le traitement de la fièvre typhoïde, faut-il faire tomber la fièvre ? Telle est la question que se pose le prof. MICHELEAU.

Les médications de ce genre sont un peu simplistes et aveugles, alors que le symptôme thermique peut être considéré comme un guide, même de l'action thérapeutique, puisqu'il est un acte de défense de l'organisme contre l'infection cause de maladie.

Et même réussirait-on à abaisser artificiellement la fièvre, la fièvre typhoïde n'est pas guérie du jour où s'abaisse la température. Les lésions demeurent, poursuivent leur cicatrisation, mais conservant à l'intestin une fragilité dangereuse jusqu'au moment où celle-ci s'est complètement parachevée.

Donc, si les températures hyperpyrexiques méritent un traitement spécial — et, dans ces cas, il faut rester partisan des bains sagement donnés — ce n'est que parce qu'elles sont l'indication d'infections sévères, sur les autres symptômes desquels la balnéation agit parallèlement. Mais, donner des antithermiques qui, fermant le rein, précipitant le cœur et choquant le système nerveux, diminuent les forces vives de l'organisme, est une méthode franchement mauvaise. A vouloir faire de force la santé dans un organisme qui, le plus souvent, se défend si bien tout seul, on court le risque souvent de faire une thérapeutique fâcheuse. (*Gazette hebdom. des Sciences médicales de Bordeaux*, 13 février 1927.)

Arythmies digitaliques. Rythme couplé digitalique par troubles de conduction.

R. Lutembacher expose que sous l'action des doses toxiques de digitaline, et même avec les doses moyennes aux périodes troublées de l'asystolie, il n'est pas rare de percevoir soudain, à l'auscultation du cœur, un rythme couplé. Il est caractérisé par la succession de deux pulsations rapprochées, suivies d'un intervalle prolongé avant le retour de la pulsation suivante. La deuxième pulsation prématurée, au niveau de l'artère radiale, est plus faible que les deux autres qui l'encadrent ; parfois même cette deuxième pulsation n'est pas transmise au pouls.

Ce rythme bigéminé n'est autre chose qu'une suite d'extrasystole régulièrement intercalée entre chaque pulsation normale. Ce sont des troubles d'hyperexcitabilité exaltés par la digitale ; ils ont la même signification que les crises soudaines de tachycardie paroxystique qui éclatent dans les mêmes circonstances. C'est le prélude de l'état de fibrillation .

Tant que la fibrillation se limite aux oreillettes, il n'y a pas de danger, mais celle-ci peut gagner brusquement les ventricules, et alors la situation devient grave. Aussi les manifestations auriculaires, qui se développent soudain au cours de l'intoxication digitalique ne doivent-elles pas nous laisser indifférents. Surtout, il faut se garder de considérer ces troubles rythmiques comme l'expression de l'insuffisance cardiaque, et de vouloir à tout prix les faire disparaître par de nouvelles doses de médicament. Avec ces nouvelles doses, l'intoxication s'aggrave et le cœur s'arrête bientôt après une courte période de fibrillation ventriculaire.

Il existe aussi, sous l'action de la digitaline, un rythme couplé d'une autre nature, car l'on constate alors sur les courbes électriques, qu'il s'agit de troubles de conduction et ceux-ci sont fréquemment provoqués par la digitale.

Ces troubles de conduction ne doivent pas faire renoncer aux avantages du traitement digitalique lorsque survient l'insuffisance cardiaque. Dans une certaine mesure, la digitale en exaltant le trouble de conduction a l'avantage de ralentir le rythme ventriculaire. Mais il importe d'être prévenu de l'existence de ce défaut de conductibilité pour éviter le ralentissement excessif du rythme ou l'inhibition soudaine des centres d'automaticité.

Toutes les fois que ces troubles se sont nettement développés sous l'action digitalique, et lorsque cette action est de date récente, on doit suspendre temporairement la digitale, gagner du temps en pratiquant une saignée, des mouchetures, en donnant des diurétiques, des purgatifs drastiques. C'est seulement quelques jours plus tard, quand les troubles d'hyperexcitabilité ou de conductibilité se sont amendés que l'on peut recourir de nouveau au médicament tonicardiaque. Il faut renoncer au traitement continu prolongé, même avec les petites doses de digitaline : on donne XV à XX gouttes par vingt-quatre heures, le rythme est étroitement surveillé et le traitement est interrompu dès le premier ou le deuxième jour, si des extra-systoles apparaissent, ou si le cœur se ralentit au-dessous de 50. Une nouvelle tentative prudente est faite 24 ou 48 heures plus tard, et ainsi à deux ou trois reprises. Ce traitement saccadé permet d'utiliser les doses actives de digitaline, tout en évitant les effets toxiques des cures prolongées. Dans la suite, on peut revenir au traitement normal de XV à XX gouttes de digitaline pendant deux à trois jours, renouvelé tous les quinze ou vingt jours. Ces doses renouvelées ne produisent plus les troubles rythmiques primitivement observés. Ceci prouve que les phénomènes d'hyperexcitabilité et d'inhibition sont exaltés par l'état d'insuffisance du cœur.

L'ouabaïne en injection intra-veineuse provoque ces mêmes troubles ; mais ils sont plus immédiats et disparaissent en quelques minutes ou quelques heures. Ce médicament est donc plus maniable. (*Le Bulletin médical*, 17 avril 1927.)

Le transit paradoxal dans certaines formes d'atonie digestive.

MM. Loeper et I. Baumann (de Châtel-Guyon) remarquent que l'on observe très fréquemment à l'examen radiologique de malades qui se plaignent de digestions interminables un estomac allongé, descendant parfois jusqu'au pubis, dont l'évacuation, contrairement à toute attente, s'effectue avec une extrême rapidité. En trente minutes, quelquefois moins, le repas opaque a passé dans le grêle sans que l'on ait noté une hyperkinésie plus accentuée ou un péristaltisme exagéré. Observations analogues pour le côlon dans certaines formes de constipation opiniâtre.

Or, jusqu'alors, des types anatomiques de

l'estomac, on concluait volontiers à leur fonctionnement. Les examens radiologiques ont démontré la fausseté de cette conception.

Nombreux sont les ptosés et les porteurs de malformations coliques dont les évacuations sont normales, quelquefois même accélérées. C'est donc que la physiologie motrice de l'intestin a gardé tous ses droits et que le déséquilibre de la fonction joue un rôle important dans la genèse de certaines constipations.

L'étude radiologique d'un intestin doit donc nous apporter plus de précision sur les temps et les diverses modalités du transit que sur les malformations qui peuvent exister. Celles-ci n'auront d'importance que si elles s'accompagnent de stase segmentaire ; encore faut-il reconnaître que bien souvent, elles ne deviennent facteurs de stase que grâce à un état colitique surajouté, qui les aggrave et les complique et auquel elles restent subordonnées. (*Le Progrès médical*, 23 avril 1927.)

Les comas.

Devant un malade plongé dans le coma, les antécédents jettent des lumières ; l'odeur de l'haleine renseigne ; le parfum d'acétone laisse présager le diabète, l'odeur de l'alcool apprend qu'un coma alcoolique est en jeu. Si l'urine renferme à la fois du sucre et de l'albumine, on n'a pas affaire sûrement à un diabétique, rénal en même temps ; une hémorrhagie cérébrale peut avoir causé l'apparition de ces substances dans l'urine ; or, la glycosurie suite d'hémorrhagie cérébrale n'a pas besoin d'insuline, le coma diabétique en réclame tout de suite et à hautes doses. Comment s'en tirer ? La glycosurie de l'hémorrhagie cérébrale peut atteindre 20 et 25 gr. ; il faut attendre ; au bout de quelques jours le sucre disparaît en pareil cas ; mais, en attendant, et s'il s'agit du coma diabétique, le malade succombe. Cependant, si le sujet était hypertendu et ne se savait pas atteint de diabète, mieux vaut se comporter comme en cas d'hémorrhagie simple. Glace sur la tête, lavement purgatif, potion à la trinitrine.

Solution alc. trinitrine.....	XL gouttes
Eau distillée	200 gr.

Une cuillerée à soupe trois fois par jour.

S'il s'agit d'un diabète, insuline à haute dose : toutes les trois heures, quinze unités physiologiques en injection ; en plus, injections de sérum glucosé.

Pour distinguer le coma épileptique du coma urémique, les antécédents sont importants, mais le traitement ne joue pas un aussi grand rôle que précédemment : une émission sanguine ne fait pas tort à un épileptique, elle guérit l'urémique.

Dans les lésions traumatiques, l'hémorragie méningée est une cause fréquente de coma, particulièrement chez les jeunes gens ; la ponction lombaire, renouvelée tous les jours ou tous les deux jours reste le grand remède.

Chez les cardiaques, il faut penser à une embolie cérébrale ; le plus souvent, l'attaque avec coma a été précédée de crises moins graves avec parésie d'un côté. Applications de glace sur le cœur, piqûres d'huile éthéro-camphrée (1 cc.) ; piqûres d'huile digitalique à 1/10e de milligr., six à huit jours de suite en cas de rétrécissement mitral ; l'inconvénient est moindre de donner la digitaline à faible dose que de laisser s'accumuler de nouveaux caillots dans une oreillette, qui demeure dilatée.

On doit penser aux intoxications d'origine exogène : véronal, opium, belladone, saturnisme, oxyde de carbone, etc. Le toxique ayant déjà pénétré dans le sang, il ne faut guère compter que sur un traitement symptomatique : sinapisation des membres inférieurs, injections d'huile éthéro-camphrée, de caféine.

Quand le coma n'est pas apparu brusquement, les difficultés sont moindres : ramollissement cérébral, tumeurs, abcès, syphilis cérébrale, paralysie générale, sclérose en plaques. Bien des malades reprennent connaissance après une évacuation de cinq à quinze cc. par ponction lombaire ; dans les cas de syphilis, le traitement spécifique réalise des miracles.

Pour mémoire, citons le coma dans les maladies infectieuses, les insolations, les vers intestinaux, etc.

En résumé, quand le traitement causal peut être appliqué, il est très précieux (diabète, paludisme, syphilis) ; sinon le traitement symptomatique (ponctions lombaires, injections stimulantes) est souvent efficace. (*S. R. Journal des Praticiens*, 2 avril 1927.)

Utilité et indications du drainage par mèches Que penser du Mickulicz ?

Il est des cas indiscutables sur la nécessité du drainage, les pleurésies purulentes et les péritonites aiguës, par exemple. D'autres cas restent discutables.

Ainsi, en chirurgie gynécologique, s'il est d'usage courant, dans l'hystérectomie totale simple, de mettre un drain vaginal accompagné ou non de mèches ; le drainage double, vaginal et abdominal paraît de moins en moins employé. D'autre part, dans une hystérectomie totale avec curage du pelvis (néoplasme), le drainage est indispensable, le drainage par mèches en particulier, et dans ces cas on peut dire, avec le Dr G. Audain, que le Mickulicz est un procédé incomparablement supérieur aux autres.

De même dans les annexites suppurées, rompues au cours de l'intervention, dans les salpingites anciennes dont l'ablation a nécessité un grand délabrement, quand une hémostase par-

faite ne peut être réalisée, le Mickulicz est le drainage de choix et l'on peut affirmer qu'il permet d'éviter toutes les complications importantes, en assurant l'hémostase par tamponnement, en drainant le sang ou les produits septiques.

Pour la chirurgie digestive, quand, après appendicectomie, un drainage s'impose, il faut de préférence, estime l'auteur, employer le drainage par mèches, qui, mieux que le drain en caoutchouc employé seul, réussit à isoler la région appendiculaire de la grande cavité péritonéale ; mais le drain doit être joint aux mèches pour maintenir béante l'ouverture abdominale, et empêcher les mèches de former un bouchon en se plaquant les unes contre les autres.

Les mèches s'imposent dans les résections intestinales pour isoler l'intestin, et réaliser une sorte d'extériorisation de l'anastomose.

Dans les interventions sur les voies biliaires, il faut, en grosse majorité, employer le drainage par drains et mèches combinés.

Enfin, dans les gastrectomies subtotales ou partielles (pylorectomies), c'est le moignon duodénal qui est le gros danger, car les fils y lâchent facilement, et si l'on n'a pas drainé comme il faut, c'est là péritonite mortelle ; par un drainage bien appliqué (mèches sur le moignon duodénal, sur la tranche gastrique, sous toute l'étendue de la zone ectomisée pour l'isoler complètement du reste de l'abdomen), on peut éviter d'une façon absolue les complications péritonitiques. Cependant, ici, les simples mèches étroites du Mickulicz doivent être remplacées par les meilleures mèches que sont les grandes compresses de gaze hydrophile ; deux ou trois de ces compresses suffisent à assurer un isolement parfait de la zone opératoire.

On reproche aux mèches de favoriser les fistules ? Ceci est une erreur ; si on les laisse le temps voulu, c'est-à-dire neuf à douze jours, elles s'en vont toutes seules et leur ablation est incapable d'arracher quoique ce soit ou de provoquer une fistule gastrique ou duodénale. Et si celle-ci se produit par lâchage de fils, la grande cavité est à l'abri. Il faut employer le Mickulicz toutes les fois que les circonstances l'exigeront ; il y aura peut-être quelques éventrations de plus, mais on aura sauvé quelques existences humaines de plus. (*Le Progrès médical*, 23 avril 1927.)

Le nitrate d'argent et le collargol en dermatothérapie.

I. On peut employer le *nitrate d'argent* comme antiseptique cutané en solutions à des doses variant de 1/100e à 1/50e. Mais, quand on veut obtenir une action parasiticide ou kératolytique, il faut le prescrire à des doses beaucoup plus fortes.

On se sert du crayon de nitrate d'argent comme caustique contre les papillomes, les verrues, les végétations de toute nature, les syphilides érosives, les bourgeons charnus exubérants, les ulcérations tuberculeuses. Pour obtenir une action plus forte, on peut d'abord badigeonner avec une solution aqueuse d'acide chromique à 6 ou 10 %, puis les toucher au nitrate d'argent : il se forme alors du chromate d'argent et de l'acide nitrique à l'état naissant. Certains préfèrent de fortes solutions de nitrate d'argent, parce qu'elles ont un plus grand pouvoir de pénétration. Quoi qu'il en soit, L. Brocq estime que, dans les ulcérations rebelles, le nitrate d'argent en crayon combiné avec le crayon de zinc a une action réelle.

Chez des malades intolérants aux préparations d'iode, des tricophyties cutanées et surtout l'eczéma marginatum de Hébra ont pu guérir par des badigeons répétés de solutions de nitrate d'argent au 10e : il faut d'abord nettoyer les surfaces malades avec de l'eau bouillie chaude et du bon savon, puis de l'éther sulfurique ou de l'alcool camphré ; si elles sont très enflammées on se contente d'éther sulfurique pour les dégraisser ; on badigeonne ensuite soigneusement les plaques en dépassant les bords d'au moins un centimètre ; on laisse sécher pendant trois ou quatre minutes, puis on poudre avec du talc. Si la peau est très irritée, et si la poudre ne soulage pas le malade, on peut ensuite appliquer de la pâte de zinc simple ou ichtyolée au 10e ; puis on poudre. Avant une nouvelle cautérisation, on doit enlever l'enduit précédent avec de la vaseline, puis nettoyer comme précédemment.

Dans l'impétigo, comme dans les impétigos-ecthymas de Sabouraud, les ecthymas vrais et les folliculites, le nitrate d'argent donne des résultats rapides, à la condition d'ouvrir d'abord les bulles ou les pustules avec une aiguille flambée, sans faire saigner, en mettant bien à nu la surface sous-jacente ; bien badigeonner à la périphérie du décollement où se trouvent accumulés les microbes pathogènes. Les badigeons avec des solutions allant du 20e au 5e sont efficaces dans les onyxis et périonyxis, surtout fongueux, et on les combine avec des pansements ichtyolés au collargol. Même traitement pour les pyodermites ou les folliculites des grands plis articulaires. On combine ces badigeons avec des lotions au coaltar saponiné, à l'alcool camphré, avec poudre de talc, additionnée d'un centième de camphre. De temps en temps, alterner le nitrate d'argent avec des solutions alcooliques de teinture d'iode fraîche, appropriées comme force à la tolérance des tissus.

Le nitrate d'argent s'emploie couramment pour régulariser la cicatrisation des plaies ; si les solutions sont mal supportées on les remplace par des solutions d'albuminate d'argent (protargol) à des doses variant du 100e au 20e, ou de vitellinate d'argent (argyrol) moins irritant, recomman-

dé aux doses de 2 à 5 % dans les eczémas des paupières.

II. Dans toutes les affections microbiennes de la peau, c'est l'argent colloïdal ou *collargol* qui donne les meilleurs résultats, en pommade au 7e ou au 10e avec de l'axonge fraîche : lymphangites, érysipèles, phagédénismes, eczémas infectés, furonculose. Cette préparation n'est ni caustique, ni toxique ; mais elle a deux grands inconvénients, celui de tacher le linge, et celui d'un prix de revient fort élevé. Elle se recommande dans les lymphangites, l'érysipèle, les intertrigos enflammés et infectés, ensuite dans les fissures à l'anus (des frictions à l'aide d'un doigtier de caoutchouc, soulagent le malade, surtout si l'on additionne la pommade de novocaïne et d'adrénaline).

Mais, c'est surtout dans la furonculose que la pommade au collargol donne les plus beaux résultats : frictions et pansements sont souvent capables de faire avorter des furoncles. (*Le Bulletin médical*, 30 avril 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La méthode de Duchon dans le traitement des broncho-pneumonies infantiles.

(M. J. CATHALA. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-6-1927.)

Dans une thèse et des travaux récents, M. Duchon a exposé les résultats de ses recherches, faites à l'hôpital Bretonneau, sur la bactériologie et le traitement des broncho-pneumonies de l'enfance. Deux conclusions majeures se sont dégagées de ses études : 1° la part très importante qu'il conviendrait d'attribuer à l'infection diphtérique latente dans le déterminisme et le pronostic de certaines broncho-pneumonies infantiles, notion conduisant à recourir aussitôt que possible, dans ce cas, chez les petits rougeoleux porteurs de germes par exemple, à la sérothérapie antidiphtérique ; 2° la possibilité d'un traitement bactériothérapique réalisant une immunisation active, une vaccinothérapie, et l'auteur préconise à cet effet un lysat-vaccin, composé de sept germes principaux (bacille diphtérique, streptocoque, pneumocoque, staphylocoque, bacille de Pfeiffer, micrococcus catarrhalis, coli-bacille). La lyse est obtenue par l'action du bacille pyocyanique. La méthode de Duchon dans le traitement des broncho-pneumonies infantiles consiste donc, en résumé, en injections systématiques de sérum anti-diphtérique, associées à des injections quotidiennes de lysat-vaccin (3/4 ou 1 centimètre cube).

Les idées de M. Duchon et conséquemment sa méthode ont été discutées. Elles ont trouvé des défenseurs autorisés et elles ont reçu des critiques non négligeables. Disons-le de suite, la première partie de ses conclusions, celle qui concerne la présence et la part du bacille diphtérique dans les états broncho-pneumoniques infantiles a rencontré une presque unanimité d'approbation, chez les médecins qui observent dans les milieux hospitaliers surtout. L'utilité des lysats-vaccins a été beaucoup moins admise.

M. Cathala a mis en œuvre, au pavillon de réserve des Enfants-Malades, où sont soignés des rougeoleux, la méthode de M. Duchon. Il a constaté, d'abord, la fréquence vraiment remarquable avec laquelle ces petits rougeoleux hébergent le bacille diphtérique dans leurs premières voies aériennes. Il approuve donc, du moins pour certains milieux hospitaliers et pour certaines épidémies, la première conclusion de M. Duchon. Bien qu'il ne soit pas facile d'établir le rôle du bacille de Löffler en pareille circonstance, la sérothérapie anti-diphtérique semble bien avoir ici son indication (30 cc. de sérum chaque jour, pendant les trois premiers jours).

M. Cathala, par contre, ne trouve pas dans sa statistique d'éléments vraiment favorables au traitement par les lysats-vaccins. Sur 17 cas valables, il a eu en effet 9 morts et le pronostic des complications broncho-pulmonaires ne lui a pas paru être amélioré sensiblement par l'emploi des lysats-vaccins. D'ailleurs, des objections d'ordre théorique ont été soulevées par MM. Reilly et Rivalier pour ce qui a trait à l'atténuation des antigènes microbiens par les ferments protéolytiques du bacille pyocyanique.

Dans ces conditions, M. Cathala continue à penser que la médication classique reste la mieux indiquée dans les infections broncho-pulmonaires de l'enfance avec, en plus, en milieu hospitalier tout au moins, l'association du sérum antidiphtérique (30 cc. pendant trois jours).

— M. GRENET a vérifié la présence du bacille diphtérique chez les petits broncho-pneumoniques de son service de l'hôpital Bretonneau. Des constatations identiques ont été faites par M. Marfan aux Enfants-Assistés. M. Cathala est arrivé aux mêmes observations à l'hôpital des Enfants-Malades. Sur ce premier point, l'accord est donc près de se faire. Quant aux lysats-vaccins, l'auteur en a obtenu de bons effets. C'est là une méthode qu'il ne faut pas juger hâtivement, dit-il.

— M. APERT donne des conclusions concordantes avec celles de M. Cathala. Après une première période encourageante, il a vu de nombreux décès malgré le lysat-vaccin. Comme à M. Cathala également, la nécessité de la sérothérapie antidiphtérique pré-

coce lui paraît s'imposer dans les services de morbilleux en raison de l'extension du bacille de Löffler. M. Duchon a eu le grand mérite d'établir la fréquence actuelle de la diphtérie latente dans les broncho-pneumonies morbilleuses et l'aggravation du pronostic qui en résulte. Cette partie des études de M. Duchon offre un grand intérêt.

— M. Fernand Bezançon enregistre la concordance des constatations faites par M. Cathala et par M. Duchon relativement à la présence du bacille diphtérique dans le rhino-pharynx des rougeoleux.

— M. Guillemot défend la méthode de Duchon, qui est née dans son service de l'hôpital Bretonneau. Entre ses mains, les lysats-vaccins se sont montrés supérieurs aux autres vaccins proposés contre les infections pulmonaires. La méthode de Duchon constitue, ajoute M. Guillemot, un progrès important dans la lutte contre la broncho-pneumonie infantile.

— M. Ch. Flandin a eu recours à la méthode Duchon dans 33 cas de broncho-pneumonie chez des enfants, des adultes et des vieillards, broncho-pneumonies non morbilleuses. Tous ces cas se sont terminés par la guérison. L'auteur considère des lysats-vaccins comme une arme thérapeutique très efficace, en y associant, comme le conseille Duchon, le sérum antidiphtérique à haute dose, en milieu hospitalier. Le bacille de Löffler intervient, alors, en déterminant un syndrome toxique surajouté.

Diabète insipide. Traitement nasal hypophysaire.

(MM. Rathery, J. Marie et Maximin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-6-1927.)

MM. Rathery, Marie et Maximin relatent deux observations de diabète insipide qui leur ont permis de préciser certains points de la thérapeutique de cette affection. Les auteurs ont constaté, une fois de plus, l'action réellement spécifique de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse sur le symptôme polyurie du diabète insipide ; seul, cet extrait, à dose convenable et introduit par voie parentérale, s'est montré capable de faire disparaître ce trouble pathologique, d'une façon transitoire sans doute (chaque fois qu'il est mis en œuvre) mais absolue. Chez le premier malade, la polyurie oscillait entre 12 et 22 litres ; chez la seconde, elle se tenait à un chiffre plus bas, de 4 litres environ. Dans les deux cas, selle turcique d'apparence normale à la radiographie, Wassermann négatif. Donc, ici, aucune indication particulière pour le traitement, en dehors de la médication hypophysaire.

L'administration de l'extrait d'hypophyse (lobe postérieur) est d'une efficacité bien connue contre le symptôme polyurie du diabète insipide. Les injections, qui ont malheureusement besoin d'être quotidiennes, de ce produit, ramènent immédiatement le taux des urines à un chiffre presque normal, même dans les fortes polyuries de 15 et 20 litres par 24 heures. Seul d'ailleurs le lobe postérieur est efficace. L'extrait total, l'extrait de lobe antérieur, l'extrait de tige pituitaire et l'extrait des noyaux para-ventriculaires sont dénués de toute activité. La thyroïde, l'ovaire, la surrénale, l'insuline, sont également inopérants.

La fugacité des effets du médicament oblige à recourir aux doses fractionnées et à répéter les injections. La nécessité d'injecter l'extrait hypophysaire tous les jours, dans une maladie qui dure de nombreuses années, rend le traitement compliqué et d'autre part coûteux. Aussi, le nouveau mode d'emploi de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, *par voie nasale*, en simples prises, est-il fort intéressant, puisque son efficacité égale, d'après M. Rathery, la voie parentérale. La prise nasale de poudre d'hypophyse, étudiée par Mme Choay, a donné chez les deux malades de M. Rathery, des résultats aussi remarquables que l'injection d'extrait. La dose de 15 centigrammes de poudre d'extrait Choay de lobe postérieur d'hypophyse, par jour, en quatre à cinq fois, a été satisfaisante.

On aurait donc dans la voie nasale, en simples prises de poudre hypophysaire, un précieux moyen thérapeutique, aussi actif que l'injection hypodermique, dans le traitement de cette pénible affection qu'est le diabète insipide.

Double tumeur ovarienne géante.

(M. Pierre Descomps. — *Société de chirurgie* ; 29-6-1927.)

M. Pierre Descomps a enlevé, au cours d'une laparotomie, une double tumeur ovarienne géante. Chacune des néoplasies atteignait un volume égal à 8 ou 10 fois celui de l'utérus et l'ensemble formait une volumineuse haltère. Cliniquement, on aurait pu penser à deux reins polykystiques abaissés et mobiles. La radiopyélographie montra qu'il ne s'agissait pas de tumeurs rénales et, à ce moment, le diagnostic de tumeurs ovariennes put être précisé. Nature de ces tumeurs : kystadénome multiloculaire simple.

Fracture de Dupuytren vicieusement consolidée. Bon résultat fonctionnel.

(M. G. Métivet. — *Société de chirurgie* ; 27-6-1927.)

Une malade de 24 ans se fait une torsion du pied gauche, qui est immobilisé dans une gouttière pour entorse. A la sortie de la gouttière, on constate l'existence d'une déformation marquée au niveau du coup-de-pied et une radiographie montre une fracture de Dupuytren, vicieusement consolidée, avec luxation du pied en arrière. Malgré ce mauvais résultat anatomique, la situation fonctionnelle demeure satisfaisante. Sans intervention opératoire, avec le seul port d'une chaussure contenant une semelle de liège pour maintenir la concavité du bord interne du pied, la malade marche sans boiterie, monte et descend les escaliers sans difficulté et reste aisément debout toute la journée.

— M. Anselme Schwartz remarque qu'un résul-

tat fonctionnel aussi bon est exceptionnel dans les fractures de Dupuytren vicieusement consolidées. D'habitude, on a alors des troubles de la statique graves, qui font de ces malades de véritables infirmes et justifient toutes les tentatives.

— M. Arrou a observé un cas semblable, chez un vieillard très déprimé, diabétique. Ayant reculé pour ces motifs l'intervention, les choses finirent par s'amender et la marche devint assez facile, suffisante en tout cas. Il ne faudrait, d'ailleurs, tirer aucune conclusion d'une observation aussi exceptionnelle.

Apoplexie traumatique tardive.

(M. Brisset, de Saint-Lô. — *Société de chirurgie* ; 29-6-1927.)

Il a déjà été question, il y a quelque temps, à la Société de chirurgie, de l'apoplexie traumatique tardive, c'est-à-dire de l'attaque d'apoplexie apparaissant à une date variable après un traumatisme. M. Brisset en signale un nouvel exemple, concernant un homme qui, 3 mois après une chute de cheval, fit une atteinte apoplectique suivie d'obnubilation intellectuelle, d'agitation, de délire, etc. La trépanation conduisit sur une hématome sous-dure-mérien contenant des coagulations sanguines, donnant l'impression qu'une nouvelle hémorrhagie venait de se faire sur les caillots antérieurs.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Périduodénite et appendicite.

M. Mallet-Guy présente, en collaboration avec M. Roland, un jeune homme de 22 ans, qui, en mai 1925, fut pris brusquement de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite qui durèrent plusieurs heures et furent suivies jusqu'en octobre de douleurs moins vives, survenant 3 heures 1/2 à 4 heures après les repas et siégeant à la fois au point de Mac Burney et à l'épigastre. Ces douleurs disparurent pendant quelques mois puis réapparurent en mai 1926, avec les mêmes localisations. Nouvelle crise intense en octobre, à localisation épigastrique et sous-hépatique, à la suite de laquelle le malade entre à l'hôpital. A l'entrée, on ne trouve à l'examen clinique que de la douleur à la pression au niveau de la fosse iliaque droite et de la région pyloro-duodénale. L'examen radiologique (scopie et graphie) montra un bulbe duodénal tacheté, d'opacité très inégale ; la palpation sous l'écran était douloureuse à ce niveau. La radiographie de la vésicule et l'exploration fonctionnelle au moyen du tubage duodénal permettaient de conclure à l'intégrité du cholécyste. Le diagnostic d'ulcus duodénal paraissait peu probable. On fit le diagnostic de périduodénite d'origine appendiculaire. L'intervention confirma ce diagnostic et permit de libérer le duodénum en sectionnant ses adhérences avec la vésicule, en même temps qu'on enlevait l'appendice dont la pointe était le siège d'un petit abcès. Dans ce cas il faut admettre que l'infection s'est propagée de l'appendice à la région duodénale par la voie lymphatique. Les suites furent assez bonnes, sauf l'évolution d'un abcès périduodénal qui vint s'ouvrir à la paroi faisant sauter la suture péritonéale, ce qui nécessita une réfection de la paroi. Actuellement le malade ne souffre plus et digère bien.

Rétrécissement cicatriciel de l'isthme du pharynx. Symphyse vélo-pharyngée.

MM. Rebattu et Parthiot présentent un homme de 44 ans venu consulter pour une obstruction nasale chronique. Hospitalisé pendant la guerre pour de la dysphagie ; on lui aurait alors enlevé les amygdales, la luette et une partie du voile. Actuellement on constate une abolition complète de la respiration nasale. Les cornets inférieurs sont de volume normal, mais recouverts d'une muqueuse irrégulière (cautérisations antérieures). L'inspection du pharynx montre un rétrécissement manifeste du naso-pharynx ; le voile du palais est soudé à la paroi postérieure du pharynx et il n'y a pas trace de luette ni de bord libre du voile ; on ne trouve aucun pertuis, pas même de quoi passer un stylet. Malgré l'absence de commémoratifs précis et des réactions sérologiques négatives, l'auteur pense qu'il faut admettre une étiologie spécifique.

C'est aussi l'avis de M. L.-M. Bonnet.

Érythrodermie bismuthique.

MM. Froment et Gaté. — Homme de 58 ans, éthylique et spécifique ancien, atteint de crises épileptiformes, d'abord traitées par le gardénal. Puis un médecin lui fit 12 injections d'iodo-bismuthate de quinine sans accidents. Au bout d'un mois et demi, on commence une nouvelle série d'injections et à la deuxième, apparaissent des accidents cutanés :éruption érythémato-squameuse, localisée surtout au niveau des grands plis, prurigineuse, sèche en certains points, suintante en d'autres ; aux régions palmaires et plantaires, la peau était recouverte d'hyperproductions cornées en nappe, sillonnées de fissures profondes et douloureuses. Le malade guérit en cinq semaines après applications locales de crèmes calmantes, de pommades kératolytiques aux plantes des pieds et aux paumes des mains, et une désinfection intestinale systématique.

Thrombophlébite du sinus latéral.

MM. Gaillard et Mayoux relatent l'observation d'une jeune fille de 15 ans entrée à l'hôpital avec des signes de mastoïdite. On trépane la mastoïde qui est congestionnée, mais dans laquelle on ne trouva pas

de pus ; le sinus latéral, découvert au cours de l'intervention, paraît sain. Après l'opération, la température reste élevée, ce que l'on attribue d'abord à une angine concomitante ; mais l'apparition de grands accès fébriles fait penser à la thrombo-phlébite du sinus. On intervient à nouveau : après compression du sinus en amont de la joue malade au moyen d'une mèche, on incise le sinus et on enlève le caillot, purulent à son centre. Guérison, Les auteurs observent que c'est la première intervention qui paraît avoir déterminé la thrombose : la découverte du sinus n'est donc pas inoffensive. Les auteurs insistent en outre sur un nouveau signe de thrombophlébite du sinus latéral qui a été décrit par des auteurs américains et qui existait chez leur malade. Si on comprime la jugulaire interne chez un sujet sain, la pression du liquide céphalo-rachidien augmente légèremeat ; en cas de thrombophlébite du sinus latéral, la compression du côté malade oblitéré ne donne aucune modification de la tension intra-rachidienne, tandis que celle-ci s'élève considérablement si on comprime le côté opposé.

Diabète insipide et œdème papillaire.

M. Bujadoux présente, au nom de M. Bonnamour et au sien, l'observation d'un homme de 37 ans, atteint de diabète insipide : polyurie de *huit litres* par jour, soif intense, obnubilations passagères de la vision ; pas de glycosurie. L'examen ophtalmologique révélait un œdème papillaire, du type de papille de stase. Radiographie de la selle turcique normale. Le malade fut d'abord amélioré par des injections de lobe postérieur d'hypophyse (abaissement de la quantité d'urine à 2 litres). Puis survinrent des céphalées, des troubles visuels, une asthénie profonde. La ponction lombaire donna une tension de 32 au manomètre de Claude. On tenta une intervention décompressive : incision de Rouge, résection de la partie moyenne de la cloison, effondrement du sinus sphénoïdal, incision de la dure-mère : pas de pus, ni kyste, ni tumeur. Amélioration sensible pour les céphalées et la stase papillaire ; mais persistance de l'asthénie, de la polydipsie et de la polyurie.

Lithiase sous-maxillaire.

MM. E. Pollosson et M. Dechaume rapportent, au nom du prof. Tixier, un cas de lithiase de la glande sous-maxillaire chez une femme de 31 ans.

Début en mai 1926 par une angine aiguë violente accompagnée d'une tuméfaction sous-maxillaire gauche et d'œdème de la face. Après amélioration, nouvelle angine en septembre, avec mêmes phénomènes que la première fois.

A l'entrée à l'hôpital, la tuméfaction sous-maxillaire s'ouvre spontanément, donnant un pus épais, non mélangé de salive. La même la pression fait sourdre du pus sur le côté gauche du frein de la langue. Une radiographie montre avec netteté un calcul du volume d'une noisette. Il s'agit donc d'une sous-maxillite calculeuse infectée drainée par le canal de Wharton et compliquée d'adénite fistulisée. On incise et curette le ganglion et on enlève la glande sous-maxillaire.

Arthrites hémophiliques.

M. F. Condamin présente, au nom de M. Tavernier, un enfant de 11 ans hémophile, qui, à l'âge de 7 ans, à la suite d'un traumatisme assez léger, semble-t-il, présenta des phénomènes d'arthrite du genou gauche. Tout rendra dans l'ordre au bout de quelque temps, mais depuis, d'autres crises survinrent, en même temps que les autres articulations étaient passagèrement touchées ; actuellement le genou gauche reste déformé, augmenté de volume, fléchi, à 150° environ, avec mobilité très réduite. La radiographie ne montre qu'un interligne un peu flou, sans lésions osseuses. Le genou droit et le pouce gauche sont également atteints quoique à un degré moindre. Hématologie : temps de saignement 3 m. 1/2 ; temps de coagulation 1 h. 20.

Tétanos localisé.

MM. Guilleminet et Pouzet. — Jeune homme de 21 ans, qui se blessa à la cuisse droite en sautant une haie. Petite plaie jugée superficielle ; on ne fait pas de sérum antitétanique. Trois jours après, le malade ressent des douleurs vives et prétente bientôt une contracture de tout le membre avec température à 39°. Malgré un traitement énergique (sérum antitétanique à hautes doses sous-cutané et intra-rachidien, débridement de la plaie et extraction de fragments de bois), l'affection s'aggrava et le pronostic parut un instant très sombre, sans que le tétanos se soit généralisé. Ce ne fut qu'au trente-deuxième jour que quelques mouvements revinrent et que l'on put arrêter le sérum. C'est seulement au bout de six mois que le malade put reprendre une vie normale. La plaie resta longtemps fistuleuse et quatre mois après l'accident, deux petits fragments de bois furent encore éliminés.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche.

MM. E. Pollosson et M. Dechaume relatent l'observation d'une jeune fille de 20 ans entrée à l'hôpital pour une tuméfaction sous-maxillaire faisant également saillie dans la bouche et déformant la région sublinguale. On pensa à une grenouillette sublinguale et sus-hyoïdienne. L'examen histologique, après ablation de la tumeur, montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde.

Société médicale des hôpitaux.

Retard de la marche guéri par les rayons ultra-violets.

MM. Mouriquand, Bernheim et Melle Schoen présentent l'observation d'une enfant de 2 ans 1/2 amenée à la consultation parce qu'elle ne marchait

pas. Rien de bien notable dans les antécédents. Nourrie au sein quatre mois, puis au biberon (lait de vache d'abord, puis lait condensé). A l'examen,enfant hypotrophique, présentant des signes de rachitisme léger. On fait deux séries de dix séances de rayons ultra-violets, séparées par dix jours de repos. Dès la première série, l'enfant prend du poids et de l'appétit, et à la fin du traitement, elle marche seule.

Oblitérations vasculaires multiples.

MM. Langeron et Barbier. — Malade de 32 ans entré à l'hôpital avec une hémiplégie gauche datant de 48 heures et s'accompagnant d'hémianesthésie, de troubles hémianopsiques légers et de déviation conjuguée de la tête et des yeux. Au cœur : arythmie totale, sans souffles. Ponction lombaire : liquide limpide ; tension : 30 ; 3 à 4 éléments par mmc. ; sucre 0,42 ; albumine 0.40 ; Wassermann négatif. Par contre, cette dernière réaction était très positive dans le sang.

Quelques jours plus tard, le malade se plaint de fourmillements au niveau de la main *droite* qui est un peu plus froide que la gauche ; le pouls n'est senti ni à la radiale, ni à l'humérale, ni à l'artère axillaire. Deux mois plus tard, point de côté droit avec crachats hémoptoïques. Quelques jours après, douleur de la jambe droite avec disparition des battements de l'artère fémorale ; en outre on note au niveau du mollet un processus phlébitique surajouté, origine probable de l'infarctus pulmonaire.

En somme, il s'agit d'un sujet jeune ayant présenté une série d'oblitérations de gros troncs artériels du côté droit, l'hémiplégie gauche ayant été sous la dépendance de l'oblitération de la carotide. En raison du Wassermann positif dans le sang et le traitement spécifique ayant donnée de bons résultats, les auteurs penchent pour l'origine syphilitique de ces troubles.

L'épreuve de perméabilité rénale à la phénol-sulfonephtaléine.

MM. Langeron et Germenot ont étudié cette question dans le service de clinique du prof. Bard et concluent de leurs recherches que la fonction rénale, quoique prépondérante, n'est pas tout dans l'élimination de la phénolsulfonephtaléine ; il faut tenir compte en outre de la voie d'absorption employée, du chiffre de la diurèse, de l'insuffisance cardiaque et enfin de l'état du foie.

Aortite syphilitique et endocardite cicatricielle.

MM. A. Dumas et Brunat. — Femme de 57 ans, syphilitique certaine, et atteinte d'hémiplégie survenue en 1922, sans ictus. A l'examen on trouvait de l'hypertension (24/15), un premier bruit du cœur clangoreux, de l'albuminurie. Crises épileptiformes à la suite de l'une desquelles la malade succomba. A l'autopsie on trouva des lésions nettement syphilitiques de l'aorte en même temps que des lésions endocardiques qui, histologiquement du moins, ressemblaient absolument à celles de l'endocardite dite rhumatismale. Malgré cet aspect, l'auteur se demande s'il ne s'agit pas là aussi de lésions de nature syphilitique, la malade n'ayant jamais présenté de rhumatisme.

Tumeurs intra-rachidiennes.

MM. Bériel et Puig présentent deux nouvelles observations de tumeurs intra-rachidiennes qui ont ceci de remarquable que, très analogues comme volume, situation et nature, ces tumeurs ont donné lieu à deux syndromes absolument différents : l'une d'elles, en effet, se manifesta exclusivement par des douleurs violentes siégeant dans la région lombaire et dans les cuisses ; l'autre donna lieu, au contraire, au syndrome haut de la queue de cheval, sans douleurs notables ; réflexes rotuliens normaux, achilléens abolis, crémastériens abolis ; anesthésie en selle ; difficultés des mictions ; constipation, abolition des fonctions génitales; pas de paralysie mais démarche un peu lourde. Dans les deux cas, l'ablation de la tumeur fut pratiquée par le Dr Desgouttes. Il s'agissait de neurogliomes. Les malades sont actuellement guéris.

Tumeurs intra-durales opérées de la région dorsale.

MM. Bériel et Desgouttes rapportent deux autres cas de tumeurs intra-rachidiennes remarquables par leur longue évolution. Dans le premier cas, le début paraissait remonter à 1918, soit *neuf ans*, par de la faiblesse de la jambe gauche ; elle s'aggrava insensiblement. A l'entrée à l'hôpital, on notait des troubles relativement légers de la marche et un syndrome fruste de Brown-Séquard ; ni troubles urinaires, ni douleurs. A l'intervention, on trouva une volumineuse tumeur intra-durale distendant sous pression le sac méningé avec grosses altérations de la moelle, sur une étendue de douze centimètres. Le malade mourut huit jours après l'intervention.

Dans le second cas, le début remontait à une *vingtaine d'années* ; on notait une paraplégie spasmodique à évolution lente, régulière, encore compatible avec la station debout, sans douleurs notables, avec troubles objectifs de la sensibilité et troubles des réservoirs extrêmement légers. On trouva une grosse tumeur dure, globuleuse, comprimant fortement la moelle dorsale supérieure. L'ablation se fit sans incident. Le malade a récupéré progressivement ses fonctions médullaires.

A. C.

Les Livres

VIGOT, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Etudes de gynécologie clinique et opératoire, publiées sous la direction de J.-A. DOLÉRIS, Paul PETIT-DUTAILLIS, H. ROULLAND.

FASCICULE I avec la collaboration de MM. O. BEUTTNER, P. DALCHÉ, J. LAURENCE, E. OZENNE, P. SÉJOURNET. (1 vol. in-8 jésus, 176 pages avec 25 figures.)

On y trouve les articles suivants : Evolution moderne de la gynécologie, par Doléris ; examen gynécologique méthodique, par G. Laurence ; molimen cataménial et ses accidents, par P. Dalché ; les infections puerpérales (exposé complet des formes cliniques et des modalités actuelles du traitement), par Roulland ; syphilis tertiaire de l'utérus, par E. Ozenne ; allongements congénitaux et évolutifs du col utérin, par Séjournet ; traitement chirurgical de la métrite chronique du col par l'évidement cylindrique suivi de sutures, par P. P. Dutaillis ; enfin quelques planches d' O. Beuttner sur l'hystérectomie fundique.

Le DEUXIÈME FASCICULE. par Paul PETIT-DUTAILLIS (1 vol. in-8 jésus, 106 pages, avec 56 figures) traite de la radiothérapie, de la chirurgie et de la radiochirurgie des épithéliomes du tractus génital, des fibromes utérins et des troubles crypto-lésionnels, dits purement fonctionnels.

L'attention est attirée sur ce fait que la chirurgie seule est souvent de mise et capable, avec des doses modérées de radium, d'assurer une irradiation méthodique et complète en cas de cancer inopérable du col, — sur un procédé personnel de curiethérapie pariétale — sur une technique de la vulvectomie méthodique, enfin sur une mise au point très nette des indications du traitement radiothérapique ou chirurgical des fibromes et sur un appel à la modération pour la radiothérapie des troubles gynécologiques dits purement fonctionnels.

VIGOT, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

J. GOLAY, Privat-Docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Genève. — **La pathologie générale de la syphilis.** (In-8°, 128 pages: 12 francs.)

Nulle part jusqu'à présent on n'a pu trouver exposées les conceptions d'ensemble de cette maladie, une étude condensant en un seul tout les lois qui paraissent régler l'évolution si spéciale et si intéressante de la syphilis. Et, cependant, l'auteur a pu grouper en un tout harmonieux les connaissances acquises, qui, malgré leur complexité, paraissent pouvoir se résumer très logiquement en quelques règles fondamentales. Cette étude ne comprend donc pas d'analyse symptomatique détaillée des divers accidents ; elle est destinée uniquement à établir, à la lumière de la science moderne, le pourquoi des différentes manifestations et localisations de la syphilis, ainsi que la cause de ses périodes de latence. Il en résulte pour le médecin praticien une compréhension des faits et de leur enchaînement fort instructive pour la conduite du traitement.

Précédé d'un court aperçu sur le tréponème pâle, ce petit volume est divisé en une série de chapitres consacrés aux diverses périodes de l'évolution syphilitique. Chaque chapitre est divisé lui-même en deux parties distinctes : la première concerne le tréponème, la seconde étudie les réactions organiques et comprend en outre quelques remarques sur la réaction de Bordet-Wassermann et le traitement.

Les conceptions de l'auteur sont toutes basées sur les résultats de l'expérimentation aussi bien que sur des considérations cliniques, c'est-à-dire sur des faits solides dont l'hypothèse est exclue.

Ce travail rendra service aux nombreux médecins désireux de comprendre le pourquoi des diverses manifestations syphilitiques, et par là même il contribuera à l'avancement de la science.

Les livres qui viennent de paraître ..

Chez Amédée LEGRAND, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Oscar MERCIER, urologiste de l'Hôtel-Dieu de Montréal. — **Séméiologie urinaire.** (Un vol. 292 p., 115 fig. dont 39 en couleurs. Préface du professeur MARION.)

Dr Hector DESCOMPS. — **Contribution à l'étude du pneumothorax artificiel.** Modifications morphologiques, topographiques et cinématiques apportées par l'insufflation aux organes et aux parois limitant la cavité pleurale. (160 p. avec fig.)

Les Thèses

P. — Dr R. Delvaille. — **Recherches bactériologiques et cliniques sur la thérapeutique alliacée totale en gastro-entérologie.** (Thèse de 1927. Ed. Richaut et Brocquet, 39, rue Saint-Antoine, Paris.)

La thérapeutique alliacée donne des résultats variables, souvent insuffisants parce que seule est active l'utilisation de fortes doses d'allium sativum et que ces fortes doses ne sont pas tolérées.

Or, la concentration sur un charbon activé de tous les principes actifs de l'allium frais représente le moyen thérapeutique d'agir efficacement, c'est-à-dire, par les hautes doses indispensables. Cette forme nouvelle de la médication alliacée est sans inconvénient.

Les principes actifs ainsi présentés sont libérés progressivement dans l'organisme. Ils sont bien tolérés et peuvent exercer leur activité d'une façon continue.

Cette méthode d'administration scientifique et pratiquement inodore de l'Allium Sativum a été étudiée par le Dr Delvaille et cet auteur a pu ainsi se rendre compte d'une façon précise de la valeur thérapeutique véritable de l'allium. C'est ainsi que M. Delvaille observe que l'ail total concentré possède des propriétés anti-diarrhéiques tout à fait remarquables et une action anti-putride sur l'intestin, supérieure aux autres médications, y compris la médication lactique.

L'auteur, interne à l'hospice de Brévannes, a fait des recherches à la fois bactériologiques et cliniques qui ont abouti aux conclusions suivantes :

1° Les diarrhées fonctionnelles, symptomatiques ou non d'entérites banales, disparaissent rapidement par l'action de l'ail total concentré ;

2° Les diarrhées organiques (ulcérations, tumeurs, lésions bacillaires) ne sont pas directement influencées, seul l'élément putride surajouté est atténué.

3° L'examen bactériologique des selles diarrhéiques, chez les mlalades ainsi traités, montre la disparition de la flore pathogène bleue à Gram positif et son emplacement par la flore rouge favorable à Gram négatif (flore de guérison). Le milieu intestinal est rendu impropre à la vie des germes morbides .

4° En outre, l'ail total concentré est un bon stomachique, ramène l'appétit, stimule la digestion de l'estomac, calme les douleurs.

5° Enfin, le médicament est hypotenseur et modificateur des sécrétions bronchiques.

La posologie à utiliser dans ces indications est la suivante : ail total concentré (alliasatine), deux à trois comprimés dragéifiés, trois fois par jour au repas.

P. — Dr Sneier Avram. — **Sur le traitement de la tuberculose uro-génitale par les rayons ultra-violets** (Travail du Service de M. le professeur F. Legueu). (Librairie médicale et scientifique, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1927.)

L'actinothérapie est une arme puissante dans la tuberculose urogénitale. Dans l'ensemble, les résultats acquis avec les U. V. sont comparables à ceux de l'héliothérapie naturelle avec l'avantage de pouvoir être appliqués sans aucun déplacement, souvent impossible pour la catégorie des malades fréquentant l'hôpital.

Les U. V. agissent sur l'état général du malade, presque toujours touché. Cette action est rapide : les malades augmentent de forces, reprennent du poids ; c'est là un des facteurs de l'efficacité des rayons. Les plaies fistulisées après néphrectomie ont donné presque constamment des guérisons sous l'effet de l'arc dans un délai de deux mois, en moyenne ; les petites fistules se cicatrisent beaucoup plus vite.

Les symptômes de la cystite tuberculeuse s'améliorent dans 80 % des cas d'une façon telle qu'elle devient supportable ; dans l'état actuel de l'actinothérapie, il ne peut pas être question d'une guérison rapide. Les tuberculoses rénales inopérables, comme celles bilatérales, sont exposées aux U. V. et en tirent grand bénéfice. Les orchi-épididymites traitées par les U. V. s'améliorent considérablement dans 75 % des cas ; les noyaux épididymaires diminuent de volume, se sclérosent et restent ensuite stationnaires ; cette évolution se produit dans l'espace de deux mois, en moyenne. Certaines formes (hydrocèle) sont plus longues à guérir. Les fistules diminuent de sécrétion et se cicatrisent. Le pourcentage des guérisons nettes est relativement petit, 10 % des cas.

PHYSIOLOGIE CLINIQUE

Les méfaits de l'insomnie.

On a beaucoup discuté sur le sommeil en tant que *fonction* du système nerveux. Il résulte, plutôt, pense-t-on communément, de la suspension momentanée des fonctions de celui-ci. C'est là une conception simpliste qui ne résiste pas à l'examen des faits. L'histo-physiologie nous révèle que le sommeil est bel et bien une fonction du système nerveux et, qui plus est, *une fonction organique* essentielle. Par le sommeil, en effet, s'effectue une restauration de la cellule nerveuse, par laquelle celle-ci renouvelle certains de ses éléments et récupère son potentiel d'une façon assez analogue à la mise en charge d'une batterie d'accumulateurs.

L'absence de sommeil équivaut donc à l'écoulement sans fin du potentiel nerveux et à la fonte,

à la disparition progressive de ses réserves jusqu'à épuisement complet, jusqu'à la mort, si *la fonction réparatrice* du sommeil ne peut s'effectuer.

Au cours du sommeil, l'activité neuronique abandonne le système nerveux central et se concentre sur les processus internes d'assimilation et d'anabolisme régis par le parasympathique. Il y a, en particulier, élaboration dans le protoplasme des cellules nerveuses d'une subtance de réserve, les granulations chromatophiles, qui disparaissent et se dissolvent pendant la veille et qui se régénèrent durant le sommeil (1). Au cours de celui-ci, les cellules nerveuses sont le siège d'une édification réparatrice spécifique par restauration des granulations chromatophiles : lorsque ces granulations sont complètement régénérées, le rôle du sommeil est accompli, le sujet peut se réveiller, son système nerveux est rechargé et prêt pour de nouvelles dépenses.

On se rend compte, par ce rapide exposé, de l'importance énorme du sommeil ; sur lui repose, en fait, l'équilibre du système nerveux, et même la normalité de sa substance et de sa contexture. Le professeur Laignel-Lavastine a constaté, de plus, à l'autopsie de sujets morts en état d'agitation, la disparition par épuisement des colloïdes de la cortico-surrénale. Une sédation, même artificielle, permet à la glande de se recharger. Ce n'est donc qu'à la faveur du sommeil que les cellules épuisées du cerveau et des glandes peuvent se reconstituer. Sans doute, il y a toute une échelle de résistance vis-à-vis de l'insomnie, comme vis-à-vis de la fatigue musculaire mais, pour les systèmes nerveux fragiles, l'insomnie prolongée peut être la cause de graves désordres. Rétablir chez le malade, et en particulier chez les neurasthéniques et les surmenés, la fonction hypnique suspendue ou perturbée, est tout aussi indispensable à leur guérison que de mettre au repos physique l'asthénique par excès de dépense musculaire.

Il faut, en conséquence, lorsque cette insomnie ne cède pas à la suppression de la cause qui l'a fait naître, rétablir le sommeil, même artificiellement au début, car l'insomnie, en se prolongeant, serait beaucoup plus préjudiciable au malade que ne peuvent l'être les médicaments destinés à le faire dormir si ceux-ci sont judicieusement choisis et convenablement administrés.

(1) L'autopsie d'animaux sacrifiés, après une longue privation de sommeil, a montré la disparition presque totale de ces granulations.

Chez les surmenés d'affaires, ou de plaisir, et plus encore chez les préoccupés et les scrupuleux, qui font volontiers de l'obsession et de la petite anxiété nocturne, on prescrira le dial, à la dose de 0 gr. 10, ou 0 gr. 20 si nécessaire, soit au moment du coucher avec une infusion chaude, soit au repas du soir. Ce dernier mode d'administration est souvent beaucoup plus efficace chez certains nerveux, qui, du fait qu'ils ont pris un hypnotique au moment de se mettre au lit, restent dans l'attente de son effet, ce qui suffit à les maintenir en tension.

Si l'on avait affaire à des agités plus graves, à des petits mentaux avec excitation psychomotrice, plutôt que d'élever la dose, il serait préférable d'injecter une ou deux ampoules de dial soluble.

Chez les fébricitants, notamment chez les bacillaires à poussée thermique vespérale, l'insomnie est extrêmement fréquente et particulièrement déprimante. Il convient alors d'agir tout à la fois sur l'éréthisme sensoriel et sur la température qui l'exacerbe. La dialacétine est ici tout indiquée : soporifique, calmante, antithermique, légèrement analgésique, elle peut être administrée fort longtemps sans aucun inconvénient et sans que son action décroisse ; c'est certainement l'hypnotique de choix pour ces malades.

D'une façon générale, on éliminera les hypnotiques irritants pour le tube digestif (chloral), nocifs pour le foie ou le rein (véronal), qui laissent le malade, au réveil, dans un état de torpeur et d'hébétude avec souvent de la céphalée.

Enfin, il est une catégorie de malades dont l'insomnie a sa cause principale, sinon sa seule cause, dans la douleur : traumatisés, névralgiques, cancéreux, tabétiques, etc. A ceux-ci, un ou si besoin deux comprimés de didial, procureront toujours une analgésie suffisante pour qu'ils obtiennent quelques heures de sommeil reposant : le symptôme douloureux en sera généralement très atténué au réveil, car la douleur d'un organe malade est d'autant plus vivement ressentie qu'elle impressionne un système nerveux plus sensibilisé et exacerbé par une insomnie persistante.

L'état mental, qui n'est que le reflet de l'état du sympathique, traduit par un sentiment d'euphorie très net, la sédation que procurent les hypnotiques dont nous venons de parler, parce que cette sédation est exempte de toute atteinte viscérale. Il est loin d'en être de même avec tous les somnifères.

A. J.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

MÉDECINE SOCIALE

Les soins médicaux et chirurgicaux des marins. Un barème de durée des maladies et lésions. Essai d'entente directe.

Tandis que les milieux médicaux, quels qu'ils soient, continuent à maudire, au delà des vingt-quatre heures fatidiques, les sénateurs qui, s'érigeant en juges des conditions d'exercice d'une profession qu'ils connaissent mal, ont gratifié le corps médical d'une organisation de soins des assurés sociaux, qui est loin de lui donner satisfaction, un décret vient d'être publié au *Journal Officiel* du 4 septembre dernier, portant règlement d'administration publique pour l'exécution de l'article 85 de la loi du 13 décembre 1926.

Ce décret ne doit pas demeurer inaperçu, car il introduit, dans l'évaluation préalable des frais médicaux éventuels d'une maladie déterminée, un élément forfaitaire nouveau, la notion de la *durée*.

La loi du 13 décembre 1926 règlemente les obligations des armateurs envers les marins, malades ou blessés durant leur embarquement. Je trouve, dans le *Bulletin Officiel* du Syndicat des médecins de Marseille du mois d'août 1927, un article très intéressant sur cette loi, dont je m'inspirerai pour rédiger le présent article.

Voici d'abord les textes législatifs relatifs aux soins médicaux des marins :

Art. 79. — Le marin est payé de ses salaires et soigné aux frais du navire s'il est blessé au service du navire ou s'il tombe malade pendant le cours de son embarquement.

Art. 80. — Les soins à donner aux marins cessent d'être dus lorsque le marin est guéri ou lorsque la blessure est consolidée ou lorsque le malade est devenu incurable.

Art. 81. — Le marin est laissé à terre et hospitalisé quand le médecin du bord, s'il y en a un, ou tout autre médecin désigné par l'autorité maritime, déclare que l'état du marin exige son débarquement.

Art. 82. — En cas de débarquement en France, le marin peut se faire soigner *chez lui* par un médecin de son choix. L'armateur peut, au cours du traitement, désigner un médecin chargé de le renseigner sur l'état du marin.

Le marin qui est soigné chez lui dans les conditions du paragraphe précédent reçoit une allocation journalière égale au montant de la journée d'hôpital du port de débarquement.

Art. 85. — L'armateur peut se libérer de tous soins en versant entre les mains de l'autorité maritime, au moment où le marin a été laissé à terre une somme forfaitaire déterminée d'après un tarif qui sera arrêté par un règlement public révisible tous les cinq ans.

C'est ce règlement qui a paru au *Journal Officiel* du 4 septembre et dont voici le texte intégral, avec ses annexes, précédé du rapport du Ministre des Travaux publics.

Règlement d'administration publique rendu pour l'exécution de l'article 85 de la loi du 13 décembre 1926 (code du travail maritime).

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 31 août 1927.

Monsieur le Président,

Aux termes de l'article 85 de la loi du 13 décembre 1926, portant code du travail maritime, l'armateur de tout navire de commerce peut, en cas de débarquement d'un marin atteint de maladie ou de blessure, se libérer des frais de traitement, et, si le marin a été débarqué hors de France, des frais de rapatriement « en versant entre les mains de l'autorité maritime, au moment où le marin a été laissé à terre, une somme forfaitaire déterminée d'après un tarif qui sera arrêté par un règlement d'administration publique, lequel devra être revisé tous les cinq ans ».

En vue d'assurer l'application de cette disposition, j'ai fait procéder à la préparation du règlement d'administration publique prévu par le texte précité. Je dois vous signaler, toutefois, que le projet qui vous est soumis ci-après se borne à fixer le tarif des frais de traitement des marins débarqués dans un port de France. Il convient d'observer, en effet, que l'article 85 du code du travail maritime ne constitue pas entièrement une nouveauté dans la législation maritime. Il n'est, au contraire, pour une large part, que la reproduction de l'article 262 du code du commerce, qui prévoyait un régime analogue et en exécution duquel un tarif forfaitaire, révisé en dernier lieu par un décret du 8 septembre 1912, a déjà été établi il y a plus de trente ans.

Mais l'innovation importante que comporte l'article 85 consiste dans la faculté ouverte à l'armateur de se libérer de ses obligations par un versement forfaitaire, même en cas de débarquement en France du marin blessé ou malade, alors que, sous le régime de l'article 262 du code de commerce, ce mode de libération n'était admis que dans le cas de débarquement du marin à l'étranger ou aux colonies.

Dans cette situation, la question s'est posée de savoir si le règlement d'administration publique à intervenir devait nécessairement fixer le tarif des sommes à verser par l'armateur en cas de délaissement d'un marin dans un port quelconque de France, des colonies ou de l'étranger, ou s'il ne suffirait pas — le tarif à appliquer aux colonies et à l'étranger ayant été déjà fixé par le décret du 8 septembre 1912 — de déterminer seulement par un nouveau texte le tarif applicable en cas de débarquement du marin dans un port de France.

C'est à cette dernière solution que je me suis arrêté d'accord avec le conseil d'Etat, et le projet de décret que j'ai l'honneur de vous présenter ne règle, en conséquence, que le tarif des sommes à verser pour couvrir forfaitairement les frais de traitement du marin débarqué dans un port de France, par suite de maladie ou de blessure. Les raisons de cette décision sont simples. Il importe, en effet, d'assurer, dans le plus bref délai possible, l'application du régime des versements forfaitaires en France, cette mesure étant instamment demandée à la fois par les représentants de l'armement et par ceux des gens de mer.

Or, si l'adoption du système des versements forfaitaires en France présente ce caractère d'urgence, il n'est pas possible de la lier à la refonte générale du décret fixant les tarifs des versements forfaitaires à l'étranger. L'expérience démontre, en effet, qu'un délai d'un an au moins est nécessaire pour recueillir et centraliser les renseignements indispensables à la préparation d'un tel décret. Au surplus, l'instabilité de la situation économique et les variations des changes rendent difficile l'établissement d'un tarif qui ait des chances d'être longtemps exact. Le conseil d'Etat avait d'ailleurs reconnu déjà ces difficultés en acceptant de proroger purement et simplement à diverses reprises, les tarifs déterminés par le décret du 8 septembre 1912 et en autorisant les autorités coloniales et consulaires à fixer périodiquement les coefficients de majoration applicables à ces tarifs pour les mettre au niveau des dépenses réelles. C'est ainsi qu'un décret du 30 décembre 1925 a prorogé, en dernier lieu, ce système de majorations périodiques jusqu'au 31 décembre 1928. Il m'a semblé, dans ces conditions, que la méthode la plus logique consisterait à maintenir en vigueur, pour les colonies et pour l'étranger, le décret du 8 septembre 1912, prorogé ainsi qu'il vient d'être expliqué, et à ne fixer, dans le présent décret, que le tarif des frais de délaissement dans les ports de France.

Tel est l'objet du projet de décret ci-annexé, qui a été préparé, d'ailleurs, d'après les mêmes mémoires que celui de 1912. Il prévoit, comme celui-ci, quatre catégories entre lesquelles sont répartis les marins, suivant leur grade ou leurs fonctions à bord. Mais il ne comporte, naturellement, à la différence du précédent, ni indemnités de séjour à terre à la sortie de l'hôpital, ni frais de rapatriement, puisqu'il s'agit, dans tous les cas, de marins débarqués en France.

Les tarifs prévus ont été fixés d'après les renseignements recueillis par les autorités maritimes auprès des établissements hospitaliers dans les différents ports. Ils ont été calculés de façon à couvrir tous les frais que peut éventuellement entraîner l'hospitalisation du marin (logement, nourriture, médicaments, pansements, frais d'opérations, honoraires des médecins et chirurgiens, etc.).

A la demande du conseil d'Etat, et afin d'éviter les inconvénients qu'auraient pu présenter les écarts de prix parfois considérables existant entre les tarifs des établissements hospitaliers de localités voisines, il a été établi une moyenne des tarifs appliqués dans les ports d'une même région maritime et c'est ce prix moyen qui a été adopté pour l'ensemble de la région considérée.

Il est néanmoins possible que l'expérience révèle des lacunes ou des erreurs dans les chiffres adoptés. D'ailleurs, en raison de la situation économique, les prix fixés par les établissements hospitaliers sont sujets à des variations fréquentes. Dans ces conditions, le projet prévoit que des décisions ministérielles pourront — dans des conditions analogues à celles déjà admises en ce qui concerne les colonies et l'étranger — apporter périodiquement des corrections aux tarifs du décret en fixant des augmentations ou, éventuellement, des diminutions à appliquer aux chiffres une fois arrêtés.

Enfin, il a été dressé une nomenclature des maladies et des affections dont sont le plus fréquemment atteints les gens de mer. Cette nomenclature est plus complète que celle qui était annexée au décret du 8 septembre 1912. Comme il n'aurait pas été sans inconvénients de laisser subsister ainsi deux nomenclatures différentes, il a été prévu que, dans le décret de 1912, provisoirement maintenu en vigueur, la nouvelle nomenclature serait substituée à l'ancienne.

Telles sont les principales dispositions du projet

de décret ci-joint que j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir revêtir de votre signature.

LOUIS BARTHOU.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, ministre des travaux publics par intérim,

Vu les articles 79 à 86 et l'article 88 de la loi du 13 décembre 1926, portant code du travail maritime ;

Vu notamment l'article 85 ainsi conçu :

« Art. 85. — L'amateur peut se libérer de tous soins et, si le marin a été débarqué hors de France, des frais de rapatriement prévus aux articles 86 et 88 ci-après, en versant entre les mains de l'autorité maritime, au moment où le marin a été laissé à terre, une somme forfaitaire déterminée d'après un tarif qui sera arrêté par un règlement d'administration publique, lequel devra être revisé tous les cinq ans » ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Lorsqu'un marin appartenant à l'équipage d'un navire de commerce est débarqué dans un port de France pour cause de maladie ou de blessure, la somme forfaitaire à verser par l'armateur, en exécution de l'article 85 de la loi du 13 décembre 1926, est déterminée en multipliant le nombre présumé de jours d'hospitalisation par le prix de la journée d'hôpital au lieu de débarquement, nombre et prix respectivement fixés par les annexes A et B du présent décret.

Art. 2. — Moyennant le versement prévu à l'article précédent, tous les frais de traitement et, s'il y a lieu, de sépulture de l'homme débarqué pour cause de maladie ou de blessure sont supportés, quel qu'en soit le chiffre, par le budget du ministère des travaux publics (2e section : marine marchande) sans recours contre l'armateur. Ce dernier ne peut, réciproquement, exercer aucun recours contre l'administration, même si le chiffre des dépenses effectives de traitement est demeuré inférieur à celui du versement qu'il a effectué conformément au tarif.

Art. 3. — Les sommes versées au Trésor par application du présent décret sont rétablies au crédit du chapitre intéressé du budget du ministère des travaux publics (2e section : marine marchande) dans les formes et sous les conditions prévues par les règlements financiers.

Art. 4. — A compter du 1er janvier 1928 et jusqu'au 31 décembre de la même année, le ministre chargé de la marine marchande pourra, selon les circonstances, apporter aux prix fixés par le tarif B annexé au présent décret des majorations ou des réductions tenant compte de la variation des dépenses afférentes au traitement des marins délaissés dans un port de France par suite de maladie ou de blessure.

Il ne sera, toutefois, recouru à cette procédure qu'autant que les variations de dépenses constatées seront de nature à entraîner une modification en plus ou en moins des chiffres fixés par le tarif B ci-annexé au moins égale à une unité.

Les tarifs ainsi majorés ou réduits seront arrêtés par période de six mois. Ils seront publiés au *Journal officiel.*

Art. 5. — Sont maintenus en vigueur jusqu'au 31 décembre 1928 :

1° Le décret du 8 septembre 1912, fixant le tarif des frais de traitement et de rapatriement des marins du commerce délaissés hors de France pour cause de maladie ou de blessure (à l'exception, toutefois, du tableau A annexé audit décret, tableau qui sera remplacé, pour le calcul des versements forfaitaires, par l'annexe A du présent décret) ;

2° Le décret du 15 février 1919 autorisant les autorités coloniales et consulaires à appliquer provisoirement des taux de majoration aux prix fixés par le tarif annexé au décret susvisé du 8 septembre 1912 ;

3° Le décret du 30 décembre 1925, qui a prorogé en dernier lieu jusqu'au 31 décembre 1928 la durée d'application du décret susvisé du 15 février 1919.

Art. 6. — Le garde des sceaux, ministre de la justice, ministre des travaux publics, par intérim, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois* et au *Bulletin officiel* de la marine marchande.

31 août 1927.

ANNEXE A

Nomenclature des maladies et affections.

I. — Nomenclature des maladies.

DÉSIGNATION	DURÉE moyenne d'hospitalisation et de repos avant la reprise du travail (en jours).
Angines aiguës	20
Angine diphtérique	60
Alcoolisme aigu (*delirium tremens*)	10
Crise appendiculaire	15
Asphyxie accidentelle (d'origines diverses)	30
Blennorragie compliquée	30
Bronchite aiguë	20
Broncho-pneumonie	45
Congestion pulmonaire	30
Chaleur (accidents dus à la)	30
Cirrhose du foie	120

Désignation	Durée moyenne d'hospitalisation et de repos avant la reprise du travail (en jours).
Coliques hépatiques	15
Coliques néphrétiques	15
Chancre mou	25
Cystite	30
Dengue	20
Diarrhée chronique des pays chauds	90
Diarrhée et entérites aiguës	20
Dysenterie amibienne	40
Eczéma	30
Electricité (accidents produits par l')	20
Embarras gastrique simple	10
Endocardites aiguës	40
Empoisonnements accidentels	20
Emphysème pulmonaire	30
Encéphalite léthargique	120
Erysipèle de la face	45
Fièvre de Malte	60
Fièvre paludéenne	60
Fièvre jaune	60
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	90
Gale	8
Gastrite chronique	30
Goutte	30
Grippe simple	20
Hémorragie cérébrale et accidents consécutifs	120
Ictère simple	30
Ictère grave ou infectieux	60
Intoxications alimentaires	20
Iritis	30
Lésions valvulaires du cœur	120
Mastoïdite	40
Méningites (d'origines diverses)	120
Myélites (d'origines diverses)	120
Néphrite aiguë	40
Néphrite chronique	120
Névralgies à sièges divers (sauf la névralgie sciatique)	20
Névralgie sciatique	60
Otite aiguë	25
Otite chronique	60
Oreillons	30
Peste	30
Phlébite	60
Pneumonie	30
Pleurésie (d'origines diverses)	90
Psoriasis	40
Rhumatisme articulaire aigu	30
Rhumatisme chronique	60
Rougeole	45
Syphilis à la période de contagion	30
Scarlatine	60
Scorbut	30
Tuberculose pulmonaire, bactériologiquement confirmée	120
Troubles mentaux	90
Varicelle	25
Variole	90

II. — Nomenclature des affections chirurgicales.

Désignation	Durée moyenne d'hospitalisation et de repos avant la reprise du travail (en jours).
Abcès et phlegmons	30
Adénites	30
Anthrax	30
Appendicite opérée	40
Arthrites avec complications	60
Brûlures du 1er degré	10
Brûlures du 2e degré	20
Brûlures du 3e degré	40
Contusions	20
Entorse du genou	40
Entorse du cou-de-pied	30
Autres entorses	15
Fracture du crâne	120
Fracture de la colonne vertébrale	120
Fracture du bras	40
Fracture de l'avant-bras	40
Fracture de la cuisse	90
Fracture de la jambe	60
Fracture du bassin	90
Fracture de la clavicule	30
Furoncles et accès tubéreux	20
Gelures	20
Hernies opérées	40
Hernies étranglées	50
Luxation de l'épaule	40
Luxation de la clavicule	30
Luxation de la hanche	60
Luxation du poignet	30
Luxation du coude	30
Luxation du genou	60
Luxation des petites articulations	30
Occlusion intestinale opérée	60
Orchite (d'origine vénérienne)	30
Orchi-épididymite tuberculeuse	90
Ostéomyélite aiguë	60
Ostéomyélite chronique	120
Panaris	20
Plaies simples	15
Plaies infectées	30
Tumeurs bénignes	30
Tumeurs malignes	120
Ulcères variqueux	90
Ulcère de l'estomac, du duodénum et leurs complications	90
Varices	30

Nota. — La nature de l'affection qui a nécessité le débarquement est déterminée par le médecin traitant de l'hôpital, si le marin est hospitalisé ; dans le cas contraire, par le médecin agréé de la marine marchande. Ce dernier peut, d'ailleurs, s'il l'estime nécessaire, prescrire l'envoi du marin en observation à l'hôpital, pour la détermination de la maladie.

La durée moyenne de l'hospitalisation et du repos consécutif, pour les maladies et affections non prévues dans la présente nomenclature, est fixée par l'autorité maritime, après avis du médecin traitant de l'hôpital local ou du médecin agréé, et par analogie avec l'une des maladies ou affections prévues.

ANNEXE B

Tarif des frais d'hospitalisation dans les ports de France.

Ports compris dans les limites des directions de l'inscription maritime de	Nature du traitement	Prix de la journée d'hopital (logement, nourriture, médicaments, frais d'opérations et honoraires du médecin compris). — Catégories de personnel. 1re	2e	3e	4e
Le Havre	Médical	27	26	18	18
	Chirurgical	37	36	24	24
Saint-Servan	Médical	23	22	13	13
	Chirurgical	26	25	17	17
Nantes	Médical	28	25	17	17
	Chirurgical	35	32	22	22
Bordeaux	Médical	38	33	22	20
	Chirurgical	42	36	26	24
Marseille	Médical	40	38	36	33
	Chirurgical	45	42	39	36

Nota. — La répartition du personnel entre les quatre catégories prévues au tableau ci-dessus est faite conformément au classement déterminé par l'article 11 du décret du 22 septembre 1891, modifié en dernier lieu par le décret du 15 juin 1926.

***

Reprenons maintenant l'examen des articles qui règlementent les soins médicaux aux marins malades ou blessés en cours d'embarquement.

Aux termes de l'article 81, le marin débarqué pour cause de blessure ou de maladie, sur avis médical, est hospitalisé. Mais l'article 82 apporte immédiatement un tempérament à cette obligation d'hospitalisation, en stipulant que *s'il est débarqué en France, dans le port où il a son domicile, il choisit librement son médecin et le paye lui-même.* A cet effet, il reçoit son salaire intégral, et, en plus, pour frais de traitement, une allocation journalière égale au montant de la journée d'hôpital du port de débarquement.

Le *Bulletin* du Syndicat de Marseille fait remarquer que « le médecin choisi se fera payer directement par le malade, au tarif syndical évidemment, et n'a point à présenter sa note d'honoraires à l'armateur qui refuserait. *C'est le libre choix, le payement direct, et l'entente directe quant aux honoraires* ».

Un contrôle exercé par les armateurs, ou leurs représentants, est explicitement prévu dans la loi.

Des abus sont à prévoir : 1) de la part du marin qui revendiquera un domicile inexistant ou de fantaisie : chambre meublée, domicile d'une maîtresse ; 2) de la part de médecins qui, pour accaparer cette clientèle de marins, lui consentiront un tarif au rabais ou organiseront des cliniques à son intention. Il est donc imprudent de dire à l'avance que le tarif syndical sera généralement pratiqué. Il ne le sera que par les médecins syndiqués ; les autres agiront comme il leur plaira.

A noter que, durant sa maladie, le marin touchera chaque jour une somme plus forte que lorsqu'il travaillait. En effet, il recevra la totalité de son salaire, *plus* une allocation de frais de maladie.

A l'hôpital, par contre, c'est le *tout compris* qui jouera.

Le *Bulletin* du Syndicat de Marseille a pris la résolution suivante :

« Faire toutes démarches nécessaires pour l'amélioration de la loi de décembre 1926 sur les principes suivants : libre choix du médecin et du chirurgien ; du laboratoire. Suppression du tout compris en matière hospitalière et droit aux honoraires pour le médecin ou chirurgien d'hôpital ou de clinique hospitalisant des marins. Etablissement d'un tarif de soins dans ces établissements. Etablissement du prix de journée d'hôpital en le majorant du prix des honoraires médicaux. »

Ainsi donc, *une expérience d'entente directe intégrale* va être faite, sous le couvert de cette loi. Les Syndicats médicaux des ports de débar-

quement feront bien de la suivre dans tous ses détails, afin d'en tirer tous les enseignements qu'elle comportera, le plus tôt possible, avant que la loi sur les Assurances sociales revienne devant la Chambre.

***

Revenons maintenant au Décret règlant le délaissement forfaitaire accordé par l'article 85 de la loi à l'armateur.

C'est *au moment* où le marin sera laissé à terre que l'armateur devra verser à l'autorité maritime la somme forfaitaire qui le libèrera de tous soins et frais. Dangereux... Cette somme forfaitaire est basée sur la durée moyenne d'hospitalisation et de repos établie pour chaque maladie. Il faut donc que la maladie soit déjà diagnostiquée à l'heure même du débarquement. Est-ce possible ? J'en appelle à mes confrères. Il arrivera donc que, pour une affection à allures graves, mais qui tournera court au bout de quelques jours, l'armateur versera une somme trop forte, et que par contre, l'autorité maritime ne recevra pas son dû, en cas de maladie d'apparence bénigne au début, et qui s'aggravera et se confirmera quelques jours plus tard. Je sais bien qu'on peut me répondre que c'est une cote mal taillée, où le trop perçu d'un côté compensera le moins perçu de l'autre.

Mais, cela est affaire aux armateurs et à l'autorité maritime.

Ce que je veux retenir de cette évaluation de la durée des maladies, c'est une comparaison qui s'impose à mon esprit, et que je ne puis m'empêcher de rappeler ici.

Au Syndicat des Médecins de la Seine, il me souvient d'avoir entendu le Dr Lafontaine exposer brillamment un projet d'organisation de soins dans l'assurance sociale avec le régime de l'entente directe. Dans ce projet, l'assuré social choisissait librement son médecin et lui règlait directement ses honoraires. En contre-partie, il recevait de la Caisse une somme forfaitaire *calculée selon la nature de sa maladie.* A l'Union des Syndicats, s'il m'en souvient bien, ce projet fut étudié, puis rejeté. Il sembla qu'il était impossible de déterminer pratiquement une moyenne d'honoraires médicaux et pharmaceutiques, à prévoir pour une affection déterminée.

Eh bien, ce que n'a pu faire l'Union des Syndicats, le Ministre des Travaux publics y est parvenu. Ainsi, au Havre, une fièvre typhoïde entraîne 90 jours d'incapacité de travail, à raison de 27 francs par jour, pour le personnel de première catégorie, et de 18 francs par jour, pour le personnel de quatrième catégorie, soit 2430 fr. dans le premier cas, et 1620 dans le second... Une fracture de l'humérus entraîne 40 jours d'incapacité de travail à raison de 37 francs par jour pour le personnel de première catégorie, et de 24 francs pour le personnel de quatrième catégorie, soit 1480 francs dans le premier cas, et 960 francs dans le second.

Ces sommes paraîtront peut-être aux intéressés (armateurs) d'un ordre de grandeur impressionnant. Il est vrai qu'elles s'appliquent à des journées d'hospitalisation, comprenant à la fois les soins médicaux et l'hébergement et la nourriture. Et j'avoue alors ne pas très bien comprendre comment jouera le délaissement forfaitaire vis-à-vis du marin soigné *chez lui* par le médecin de son choix, et qui devra recevoir à la fois son salaire intégral et une allocation de journée d'hôpital...

Tout cela paraît bien embrouillé. Mais il n'en était pas moins intéressant de publier ce document et de le commenter.

Expérience d'entente directe, répété-je, avec le libre choix absolu. Il sera curieux d'en enregistrer les résultats.

G. Duchesne.

JURISPRUDENCE

Honoraires. — Refus de paiement. — Prétendue faute du chirurgien.

TRIBUNAL CIVIL DE MARSEILLE (3e chambre).

5 *mai* 1927.

(Archives du « Sou Médical »).

Le chirurgien de profession, qui se fait assister, au cours d'une opération, par deux autres docteurs, n'est pas responsable de la mort de sa malade, survenue de shock opératoire.

Le débiteur, qui n'apporte aucune preuve de ses accusations et qui a attendu la réception de la note d'honoraires réclamés par le chirurgien, pour accuser ce dernier de maladresse, est considéré comme n'ayant cherché, par son allégation mensongère, qu'un moyen dilatoire pour ne pas payer.

Attendu que le docteur B. demande au sieur P. la somme de deux mille francs à titre d'honoraires pour intervention chirurgicale, pratiquée le 29 septembre 1925 sur la personne de Mme P. son épouse;

Attendu que le sieur P. s'est refusé à payer les dits honoraires, sous prétexte que le docteur avait

commis des fautes professionnelles qui ont entraîné la mort de Mme P ;

Mais attendu qu'il n'apporte en aucune façon la preuve de ces allégations ; qu'il est établi au contraire que la dame P. a été, à la clinique Jeanne d'Arc, entourée des soins que réclamait son état ; que toutes les précautions qui précèdent généralement une opération ont été prises ; que le chirurgien s'est fait, au cours de l'opération, assister de deux autres docteurs ; que l'opération a été parfaitement réussie, mais que la malade n'a pu supporter la réaction qui suit toute intervention chirurgicale.

Qu'il appert donc qu'aucune faute ne peut être reprochée au docteur B. ; qu'au surplus, le docteur B. est également chirurgien.

Qu'il est d'ailleurs étrange que le sieur P. n'ait pas, plus tôt, usé de l'action directe, s'il avait vraiment songé que les griefs qu'il allègue étaient fondés. Qu'on peut donc conclure, de ce qui précède, que P., en invoquant les raisons qu'il expose, n'a cherché qu'un moyen dilatoire pour ne pas payer.

Sur le montant des honoraires demandés.

Attendu qu'en raison de l'importance de l'opération, de l'assistance de deux docteurs et des précautions prises, le chiffre de la demande ne paraît nullement exagéré.

Attendu cependant que le sieur P. a versé des sommes importantes à la clinique ; qu'en raison de sa situation de fortune, et de ses charges de famille, il y a lieu de lui accorder des facilités pour le paiement de la somme qui lui est réclamée.

Par ces motifs :

Condamne le sieur P. à payer au docteur B., avec intérêts de droit, la somme de deux mille francs à titre d'honoraires d'intervention chirurgicale.

Dit toutefois que le sieur P. pourra se libérer par des versements mensuels de cinq cents francs à partir du premier juillet 1927.

Le condamne en outre à tous les dépens.

Commentaires

Dans l'espèce qui nous occupe, le chirurgien était accusé de deux fautes : d'abord, de ne pas être chirurgien de carrière et, par suite, de ne pas avoir qualité pour pratiquer l'intervention chirurgicale dont il s'agissait.

Or, notre confrère a acquis une juste réputation comme gynécologue et l'operation était précisément de sa compétence.

La gravité de l'intervention était telle qu'il avait dû recourir à l'assistance de deux de ses confrères.

Première conclusion à tirer : dans l'immense majorité des cas, les médecins agiront sagement en se faisant assister par un confrère, pour éviter toute accusation ultérieure. Lié par le secret professionnel, le praticien ne peut pas se défendre, en donnant au juge les explications utiles et nécessaires, pour faire éclater sa bonne foi.

Mais le tribunal trouvera une garantie, lui permettant de juger que toutes les précautions d'usage ont été prises, lorsqu'il saura que l'opérateur était assisté d'un autre praticien.

Allant plus loin, je conseillerai toujours l'assistance du médecin de la famille. Alors même que celui -ci ne prendrait aucune part active à l'opération, car, très souvent, l'opérateur tient à être assisté par ses aides habituels, la présence du médecin de la famille permet de supposer que rien n'a été fait à la légère. Ce dernier praticien représente les intérêts de la personne, qui est endormie et qu'on opère.

Souvent même, au cours de l'opération, sera-t-il consulté ultérieurement par le chirurgien, lorsque se produit un incident opératoire, ou lorsque l'intervention fait découvrir autre chose que ce qu'on croyait trouver, ou fait constater une complication.

En second lieu, dans l'espèce actuelle, ne sachant que reprocher au chirurgien, le mari a prétendu que, sa femme étant morte sur la table d'opérations, le praticien a continué l'intervention, sans se douter qu'il ne travaillait plus que sur un cadavre.

Que penser de la mentalité de ce veuf, qui attend de recevoir la note d'honoraires à payer, pour demander justice contre une prétendue faute, qui, à ses yeux, constituait un homicide par imprudence.

Le « Sou Médical » a été heureux de décharger son adhérent de tout souci et de lui faire obtenir gain de cause contre ce mauvais client, débiteur récalcitrant et de mauvaise foi.

Dr Paul Boudin.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée Générale ordinaire.

Convocation.

Les membres de la Mutualité Familiale du Corps **médical** français sont convoqués en Assemblée **Générale** ordinaire le dimanche 20 novembre prochain à trois heures du soir, au restaurant **Marguery**, boulevard Bonne-Nouvelle.

Ordre du jour.

1° Allocution du président.
2° Rapport du secrétaire général.
3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1926.
4° Rapport des commissaires aux comptes.
5° Approbation des comptes de l'exercice 1926.
6° Election pour six années de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de Mlle Hamilton, *vice-présidente* ; MM. Mignon H., *secrétaire général* ; L. Gassot, *trésorier adjoint* ; Duchesne et Mazeroux, membres sortant et rééligibles.
7° Election pour deux années de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Arago, Haton et Leulier, sortants et non rééligibles.
8° Nomination de quatre membres du conseil d'arbitrage.

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1926.

Messieurs et chers Confrères,
J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier sur l'exercice 1926.

SECTION I

Indemnité Maladie-Accidents.

Cette section comporte trois combinaisons : B, MA et MAD ; les deux premières ont un compte commun et leur avoir n'est séparé que par un jeu d'écritures, la troisième a un compte complètement distinct.

Bien que, au cours de l'exercice nous ayons perdu 32 membres, savoir 12 décès, 6 démissions, 1 radiation et 11 sorties par âge, la situation au 31 décembre reste la suivante :

219 membres inscrits à la combinaison B ;
4 membres inscrits à la combinaison 1/2 B ;
1.003 membres inscrits à la combinaison MA ;
5 membres inscrits à la combinaison 1/2 MA ;
294 membres inscrits à la combinaison MAD ;
212 membres inscrits à la combinaison 1/2 MAD.

COMBINAISONS MA ET B.

Recettes.

Cotisations	117.707 75
Intérêts	39.754 45
Boni sur remboursements de valeurs	343 50
	157.805 70

Dépenses.

Indemnités maladie	100.108 55

Balance.

Avoir au 31 décembre 1925	802.300 51	960.106 21
Recettes de l'année 1926	157.805 70	
Dépenses de l'année 1926		100.108 55
Reste avoir		859 997 66

représentés par :

Portefeuille au prix d'achat		832 939 81
Espèces à la Société Générale	35.829 52	27.057 85
Moins dû au trésorier	8.771 67	
Total égal		859.997 66

La combinaison B possède	187.157 25
La combinaison MA	672.840 41
	859.997 66

COMBINAISON MAD.

Recettes.

Cotisations	79.683 75
Intérêts	13.379 38
Boni sur remboursements de valeurs	1.916 61
	94.979 74

Dépenses.

Indemnités maladie	25.896 30

Balance.

Avoir au 31 décembre 1925	177.785 17	272.764 91
Total des recettes	94.979 74	
Total des dépenses		25.896 30
Reste avoir		246.868 61

représentés par :

Portefeuille au prix d'achat		225.192 99
Espèces à la Société Générale	18.857 42	21.675.62
Espèces en caisse	2.818 20	
Total égal		246.868 61

SECTION II

Pensions de retraite.

Cette section comprend deux combinaisons : P qui donne la retraite à 60 ans et R qui la donne à 65 ans.

Nous avons enregistré à P un décès et une démission et pareillement à R un décès et une démission.

Nous restons cependant, au 31 décembre 1926 :
226 membres inscrits à la combinaison P ;
265 membres inscrits à la combinaison R.

COMBINAISON P.

Recettes.

Cotisations	89.414 30
Intérêts	46.889 01
Boni sur remboursements de valeurs	3.628 49
	139.931 80

Dépenses.

Pension	1.200 »

Balance.

Avoir au 31 décembre 1925	673.297 55	813.229 35
Total des recettes	139.931 80	
Total des dépenses		1.200 »
Reste avoir		812.029 35
représentés par :		
Portefeuille au prix d'achat		789.099 40
Espèces au Crédit Lyonnais	20.545 83	22.929 95
Espèces en caisse	2.384 12	
Total égal		812.029 35

COMBINAISON R.

Recettes.

Cotisations	59.208 80
Intérêts	58.014 02
Boni sur remboursements de valeurs	946 50
	118.169 32

Dépenses.

Pensions	9.240 »

Balance.

Avoir au 31 décembre 1925	916.952 71	1.034.762 03
Total des recettes	118.169 32	
Total des dépenses		9.240 »
Reste avoir		1.025.522 03
représentés par :		
Portefeuille au prix d'achat		998.500 91
Espèces au Crédit Léyonnais	25.531 36	27.021 12
Espèces en caisse	1.489 76	
Total égal		1.025.522 03

SECTION III

Pensions aux veuves et aux orphelins.

La troisième section ne comporte que la combinaison V.
Le nombre des membres a passé de 51 à 54.
Les veuves pensionnées sont toujours au nombre de cinq et les orphelins de quatre.

Recettes.

Cotisations	12.401 20
Intérêts	11.846 32
Boni sur remboursements de valeurs	101 62
Remboursement par le compte de gestion	498 50
	24.847 64

Le compte de gestion a remboursé à la combinaison V les sommes que celle-ci avait versées pour les frais de gestion avant l'ouverutre du compte spécial.

Dépenses.

Pensions	2.940 »	

Balance.

Avoir au 31 décembre 1925	206.779 24	231.626 88
Total des recettes	24.847 64	
Total des dépenses		2.940 »
Reste avoir		228.686 88
représentés par :		
Portefeuille au prix d'achat		222.532 52
Espèces au Comptoir National d'Escompte	3.188 47	6.154 36
Espèces en caisse	2.965 89	
Total égal		228.686 88

CAISSE AUXILIAIRE

Recettes.

Intérêts	397 02
Dons	134 »
Amendes	321 30
Remboursements d'avances	644 35
	1.496 67

Dépenses.

Allocations à des sociétaires	579 20
Avances à des sociétaires	644 35
Remboursement de dépôts par R	1.940 »
Remboursement de dépôts par V	100 »
	3.263 55

Balance.

Avoir au 31 décembre 1925	26.001 11	27.497 78
Total des recettes	1.496 67	
Total des dépenses		3.263 55
Reste avoir		24.234 23
représentés par :		
30 Bons du Trésor janvier 1927	14.850 »	21.460 »
7 Bons de la Défense Nationale	6.610 »	
Espèces à la Société Générale	1.898 50	2.774 23
Espèces en caisse	875 73	
Total égal		24.234 23

COMPTE DE GESTION

Recettes.

Cotisations	36.088 95
Intérêts	284 68
Recouvrements, rappels et timbres	3.870 65
Droits d'entrée	1.850 »
Don de la Reine de Vals	500 »
	42.594 28

Dépenses.

Frais de poste	889 10
Frais d'envoi d'argent	652 95
Timbres quittances	988 50
Frais de recouvrements	1.050 90
Frais de Banque	2.913 30
Matériel	157 60
Impressions	1.257 25
Frais d'examens	1.640 »
Secrétaire général	4.000 »
Trésorier	6.000 »
Frais de bureaux, aides, déplacements	16.000 »
Frais d'inventaire	4.450 »
Frais de propagande	2.000 »
Remboursements à la combinaison V	498 50
	42.498 10

Balance.

Avoir au 31 décembre 1925	11.897 71	54.491 99
Total des recettes	42.594 28	
Total des dépenses		42.498 10
Reste avoir		11.993 89

représentés par :

Espèces à la Société Générale	4.905 35
Espèces en caisse	7.088 54
Total égal	11.993 89

AVOIR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Comptes	Portefeuille	Banques	Caisse	Débit	Totaux
Combinaisons MA et B	832.939 81	35.829 52	»	8.771 67	859.997 66
Combinaison MAD	225.192 99	18.857 42	2.818 20	»	246.868 61
Combinaison P.	789.099 84	20.545 83	2.384 12	»	812.029 35
Combinaison R	998.500 91	25.531 36	1.489 76	»	1.025.522 03
Combinaison V.	222.532 52	3.188 47	2.965 89	»	228.686 88
Caisse Auxiliaire	21.460 »	1.898 50	875 73	»	24.234 23
Compte de gestion	»	7.088 54	4.905 35	»	11.993 89
Totaux	3.089.725 63	112.939 64	15.439 05	8.771 67	3.209.332 65

Les comptes dans les banques et les dépôts de titres sont toujours les mêmes.

A la *Société Générale* pour la première section, la Caisse auxiliaire et la gestion.

Au *Crédit Lyonnais* pour la seconde section.

Au *Comptoir National d'Escompte* pour la troisième section.

Messieurs,

L'année 1926 est la dernière qui aura fonctionné avec l'indemnité maladie maxima de trente francs ; l'année 1927 verra la nouvelle combinaison MAD2 qui donnera l'indemnité de quarante francs et par son cumul avec MA l'indemnité de cinquante francs.

Nul doute que la prospérité de la Mutualité Familiale ne continue à s'affirmer avec ces indemnités plus fortes qu'ont exigées les nécessités économiques actuelles.

Le Trésorier,

A. Gassot.

Rapport du Secrétaire Général

Mes chers Confrères,

Vous avez pu voir, à la lecture du compte rendu financier de notre trésorier, que notre situation matérielle nous donne toute satisfaction, et que, sans aucun scrupule, nous pouvons garantir la solidité financière de notre Société. La sévère gestion de nos comptes, l'habileté sage avec laquelle le Dr Gassot manœuvre sa trésorerie, la rigueur réellement scientifique avec laquelle sont établis les barèmes de nos cotisations, je dirai plus, la façon dont nous avons passé la tourmente de la guerre et les crises monétaires de l'après-guerre, tout cela peut nous donner une légitime fierté doublée d'une tranquille assurance sur l'avenir.

Je puis me permettre d'en dire presque autant en ce qui regarde l'administration intérieure de notre secrétariat ; et l'année sociale qui se termine ne nous a donné que le minimum possible de petits tracas : évidemment, j'ai dû constater encore quelques irrégularités statutaires, surtout dans les déclarations de maladies, de guérisons, ou les nouvelles que les chroniques doivent nous donner de l'état de leur santé ; mais je dois dire que ces irrégularités se font de plus en plus rares et que les amendes n'alimentent guère notre Caisse auxiliaire :

Tout serait donc pour le mieux dans la meilleure des Sociétés mutuelles, si je ne devais pas ajouter à ce tableau tout en rose et bleu une teinte grise sur un point particulier qui fera le thème de mon rapport moral de cette anneée.

Si vous avez suivi les procès-verbaux de nos réunions trimestrielles que publie régulièrement le *Concours*, vous avez pu voir que nous avons prononcé depuis un an environ 120 admissions nouvelles, et vous avez pu en déduire que notre recrutement a repris brillamment sa marche d'avant-guerre. Je suis obligé de mettre une sourdine à votre satisfaction.

D'abord si nous avons en effet inscrit 120 admissions, n'oublions pas qu'un certain nombre, près de la moitié de ces adhésions concernent des confrères déjà membres de nos combinaisons anciennes et qui ont demandé à profiter du cumul et à s'inscrire à nos combinaisons nouvelles.

Le reste, les vrais nouveaux ne sont pas aussi nombreux que nous le voudrions.

Songez que, chaque année, nous subissons des pertes, par décès, par âge, par démissions ou radiations ; il faut que les nouveaux non seulement compensent ces pertes, mais encore qu'ils nous fassent progresser ; or, nous ne progressons pas assez vite.

Songez encore que, plus nous avançons, plus aussi la masse de nos adhérents approche de la date fatidique de 65 ans ; or, ces départs forcés, il faut que nous les compensions par l'afflux d'adhésions de confrères jeunes.

Je dis « jeunes » à dessein ; et voici pourquoi :

La plupart de nos nouveaux adhérents ont au moins 35 ans ou frisent la quarantaine. Je voudrais considérer avec vous les inconvénients de toutes sortes des adhésions ainsi retardées :

D'abord pour notre Société ; un tel recrutement lui amène tout un groupe d'adhérents arrivant à l'âge où la morbidité se montre la plus élevée, et qui risquent de tomber malades avant d'avoir participé à la marche de la Société pendant assez d'années pour se constituer une importante réserve mathématique ; et puis, ces adhérents de la quarantaine n'ont au maximum que 25 années à être des nôtres alors que nous aurions besoin d'avoir notre plus grand nombre de sociétaires participer à l'œuvre au moins 35 ans si ce n'est quarante.

En outre, combien déjà, autour de la quarantaine sont ou malades ou sur le point de le devenir ? Alors, si nous le savons, nous sommes obligés de les refuser ; si nous sommes mal éclairés, nous risquons des recrues mauvaises, des poids lourds à traîner. Et c'est pour cela qu'à chaque trimestre plusieurs candidats se voient évincés pour raison de santé, alors que nous les aurions pris sans difficulté s'ils étaient venus à nous dix ans plus tôt.

Nous souffrons évidemment de cet état de choses : mais combien plus en souffrent nos confrères eux-mêmes !

Le risque maladie, et surtout le risque accident guettent le médecin à toute heure dès le jour de son installation, dès son premier contact avec sa clientèle ou son auto : le risque chômage est, d'autre part, d'autant plus grave pour lui qu'il est plus jeune, que sa clientèle est plus récente, qu'il n'a pas encore eu le temps d'assurer sa notoriété. Quoiqu'ils fassent pour ne pas lui nuire, les confrères de notre malade ou de notre blessé, généralement plus anciens que lui dans la carrière et dans la région, vont être appelés à sa place au chevet de malades qui peuvent être d'anciens clients à eux et qu'ils seront trop heureux de récupérer ainsi. Combien n'avons-nous pas vu de carrières ainsi interrompues, parfois brisées, parce qu'un jeune confrère de 28 ans, de 30 ans, se trouvait immobilisé, par une fracture, par une diphtérie ?

Nos jeunes camarades ont le grand tort de croire que leur jeunesse les met à l'abri de tout risque ; ils ont le grand tort de mépriser les sages conseils des anciens, mûris par l'âpre expérience de la vie ; ils ont le grand tort de négliger des œuvres de prévoyance comme la nôtre, créée exprès pour eux, administrée par leurs pairs, et faite pour venir à leur secours à l'heure du danger!

D'ailleurs, ceux qui comprennent la terrible réalité du risque maladie (et quel est le médecin qui pourrait le méconnaître ?) n'ont vraiment aucune raison sérieuse d'ajourner leur affiliation à une société comme la nôtre. Pourquoi surseoir ? Pourquoi attendre ? Attendre, c'est risquer la maladie avant l'acte de prévoyance, et c'est aussi risquer l'élimination et le refus le jour où on se sera décidé à entrer parmi nous ! On veut ne s'assurer que quand la maison brûle : à ce moment-là, il est trop tard !

J'ajoute que plus on entre jeune plus faible est la cotisation ; et cela, c'est quelque chose pour un débutant. Le jeune confrère qui vient de s'installer n'a aucune excuse de ne pas sacrifier 75 fr. par an, pour s'assurer 10 fr. par jour en cas de chômage pathologique. Ces 10 fr. quotidiens sont peu de chose, c'est vrai ; pourtant en province, plus d'un s'en contente.

Et puis au bout de trois ou quatre ans d'exercice, quand la clientèle est venue, on peut alors doubler, tripler, quintupler son indemnité : une seule formalité est requise : avoir gardé une bonne santé générale. Et, je le répète, plus on est jeune, plus le Conseil peut se montrer facile pour l'admission.

J'en dirai autant de la retraite. On ne fait pas fortune dans notre profession ; et, si le hasard favorise quelques-uns, ce même hasard ne peut-il pas brutalement faire perdre à d'autres tout leur avoir ? Donc, il est prudent de s'assurer une retraite pour le jour où la vieillesse viendra réduire l'activité professionnelle ; et c'est, dans ce but, vous le savez, que vous avez créé la combinaison R qui vient si heureusement s'ajouter à l'indemnité maladie et commencer son effet quand arrivent les 65 ans. Or, pour cette combinaison aussi, plus on entre jeune, plus la cotisation est légère, et comme on peut la contre-assurer, on ne risque aucune perte au cas de décès prématuré.

Tous ces arguments que j'ai déjà tant de fois ressassés, je vous les répète aujourd'hui, parce que une fois de plus, je veux vous donner les armes nécessaires pour convaincre les jeunes confrères que vous rencontrez autour de vous. Car votre grand devoir, à vous, nos anciens, c'est de nous recruter avec ardeur tous les éléments jeunes, qui sont les meilleurs, afin d'assurer l'avenir de notre œuvre, afin d'assurer à la M. F. la solidité permanente dont elle a besoin pour remplir la grande œuvre de prévoyance dont vous l'avez chargée.

C'est sur cette prière que je veux terminer mon rapport annuel en vous répétant encore : vous pouvez compter sur nous, laissez-nous espérer que nous pourrons compter sur vous pour le recrutement de nos jeunes confrères.

Le secrétaire général,
H. Mignon.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7885 Brallet, Thillot (Vosges), Association des Médecins des Vosges.
7886 Gernez, Lille (Nord), Syndicat de Lille.
7887 Mickaniewski, Buonmathuot (Indo-Chine), Association des Médecins de l'Indo-Chine.
7888 Bernson, Lille (Nord), Syndicat de Lille.
7889 Ducasse, Canala (Nouvelle-Calédonie), Amicale des médecins de colonisation.
7890 Tivollier, Lifou (Iles Loyauté), Parrains : Drs Nicolas et Privat-Garilhe.
7892 Berger, Joué-sur-Erdre (Loire-Inférieure), Syndicat de Nort-sur-Erdre.
7893 Lecallier, Crépy-en-Valois (Oise), Parrains : Drs Corpechot et Dupuy.
7894 Giresse, Préchac (Gironde), Syndicat de Bazas.
7895 Happe, La Madeleine (Nord), Syndicat de Lille.
7896 Vezoux, Petit-Quevilly (Seine-Inférieure), Parrains : Drs Kuhn et Flour.
7897 Lequint, Hautmont (Nord), Parrains : Drs Dumas et Lequint.
7898 Glaive, Mussy-sur-Seine (Aube), Syndicat de l'Aube.
7899 Mackiewicz, Athis-Mons (Seine-et-Oise), Syndicat de Corbeil.
7900 Denoyelle, 30, rue des Ecoles, Paris, Parrains : Drs Caboche et Dimey.
7901 de Vezeaux de Lavergne, Montmorillon (Vienne), Syndicat de la Vienne.
7902 Patriarche, Lesterps (Charente), Parrains : Drs Garraud et Gassot.
7903 Leloup, Châlons-sur-Marne (Marne), Syndicat de Chalons-sur-Marne.
7904 Paley, Tournan-en-Brie (Seine-et-Marne), Syndicat de Seine-et-Marne.
7905 Ferey, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), Parrains : Drs Bazin et Rolland.
7906 Tierny, Arras (Pas-de-Calais), Syndicat du Pas-de-Calais.
7907 Vacher, Saint-Denis (Seine), Parrains : Drs Truffert et Siguret.
7908 Dufour, La Rochelle (Charente-Inférieure), Syndicat de la Charente-Inférieure.

Accidents du travail.

Le Conseil ordonnance le paiement de l'amende de cassation encourue par suite du rejet du pourvoi dans l'affaire du Dr F. (Seine).

Le Dr L. (Côte-d'Or) annonce que le patron qui avait pris l'engagement de lui payer des honoraires

pour soins donnés à son ouvrier, blessé du travail, à l'hôpital et qui lui avait opposé le « tout compris », est revenu sur son refus et l'a payé.

Les Dr B. et P. (Seine) soumettent au « Sou » divers différends survenus entre eux et des compagnies d'assurances pour le paiement d'honoraires accidents du travail.

Comme il s'agit de contestations portant sur des questions de fait, le Conseil est d'avis que les intéressés saisissent la Commission d'arbitrage du Syndicat des médecins de la Seine.

Le Dr M. (Vosges) a gagné en appel, comme devant le juge de paix, un procès en paiement d'honoraires pour soins donnés dans une clinique privée à un accidenté du travail. Il apprend que l'adversaire vient de se pourvoir en cassation.

Le Conseil décide de lui continuer l'appui pécuniaire, le cas échéant, devant cette juridiction.

Le Dr B. (Gironde), ayant été mis en œuvre par un bulletin du patron affirmant qu'il y a eu accident du travail, se voit cependant refuser le paiement de ses honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Honoraires de droit commun.

Le Conseil, après avoir pris l'avis d'une personne compétente, alloue au Dr C. (Loiret) une somme de 200 fr. pour les frais et honoraires de son huissier dans une affaire de recouvrement d'honoraires, au lieu de la somme de 342,35 fr. demandée.

Le Dr M. (Nièvre) a obtenu une solution amiable dans une contestation d'honoraires d'accident agricole. Il a payé, pour frais et honoraires de représentation en justice, 84 fr. 15, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr P. (Maine-et-Loire), à qui un client refusait de payer ses honoraires, sous prétexte qu'il ne l'avait pas appelé, a été payé avant jugement.

Les frais et honoraires qu'il a déboursés et qui s'élèvent à 42 fr. 85, sont ordonnancés par le Conseil.

Le Dr G. (Belfort) a obtenu, en conciliation, l'engagement par son client qui lui devait 2.321 fr. d'honoraires et refusait de le payer, de lui verser 600 fr. tous les trois mois.

Il a payé, pour frais et honoraires d'huissier, 125 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr C. (Somme) a soigné une dame, actuellement décédée et ses quatre enfants naturels et se heurte à la mauvaise volonté du tuteur de ceux des enfants qui sont encore mineurs.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre tous les héritiers.

Le Dr M. (Charente-Inférieure), ayant pratiqué un accouchement, se voit refuser le paiement de ses honoraires, sous prétexte qu'il n'a pas été appelé et se serait même imposé, malgré la volonté de la famille.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr L. (Eure), appelé par un confrère pour l'aider dans un accouchement difficile, a vu refuser le paiement de ses honoraires par les clients, qui prétendent ne l'avoir pas appelé.

L'appui pécuniaire lui ayant été accordé, il a été payé à l'amiable et a versé à son huissier 6 fr. d'honoraires, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr B. (Aisne), appelé par un automobiliste à donner ses soins à la victime d'un accident, ne peut obtenir le paiement de ses honoraires.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr L. (Yonne) a été débouté d'une demande en paiement de 3.000 fr. d'honoraires pour un traitement spécial, alors que le client lui avait envoyé mille francs.

Les frais et honoraires dans cette affaire se sont élevés à 344 fr. 20, dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr F. (Gironde), qui a recouvré 40 fr., montant d'une note d'honoraires contestée et a eu 11 fr. 50 de frais, fait don à la Caisse du « Sou » de la différence, soit 28.50.

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr C. (Bouches-du-Rhône), auquel l'appui pécuniaire avait été accordé pour interjeter appel d'un jugement de justice de paix rendu dans une affaire d'honoraires de droit commun, déclare renoncer à cet appel et garder à sa charge les 50 fr. d'honoraires qu'il a payés à son avocat.

Le Conseil prend acte de cette renonciation et le remercie de son abandon.

Le Dr G. (Gard) a gagné son procès contre un patron qui avait blessé ses ouvriers en les conduisant en automobile à une fête. Il a payé à son avocat 50 fr. d'honoraires, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr S. (Sarthe), appelé, avec plusieurs confrères, par un hôtelier, pour soigner des voyageurs victimes d'un accident d'automobile, s'est heurté à un refus de l'hôtelier de payer sa note d'honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursui-

vre le recouvrement de ses honoraires contre l'hôtelier.

Le Dr S. (Lot-et-Garonne), ayant soigné un cardiaque, décédé à la suite d'une crise qui a duré assez longtemps et pendant laquelle il a donné des soins d'une façon continue, le liquidateur de la succession ne veut admettre comme privilégiés que les honoraires des dernières visites.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr S. pour réclamer l'application du privilège à l'ensemble de ses honoraires.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr B. (Eure) a été condamné à payer vingt mille francs de provision dans une affaire de responsabilité, pour laquelle il est garanti, en premier rang, par une autre assurance, à concurrence de 15.000 fr.

Le Conseil, d'accord avec cette assurance, décide qu'il y a lieu de faire appel de cette décision, sans opposer au Dr B. de déchéance pour la délivrance d'un certificat qui peut être invoqué contre lui.

Le Dr R. (Seine), ayant fait demander à un client, par Me Audebert, le paiement de ses honoraires, le client refuse, sous prétexte d'erreur de diagnostic et menace d'un procès en responsabilité.

Dans le cas où cette menace serait suivie d'effet, l'appui pécuniaire et la garantie de la Caisse spéciale seraient acquis au Dr R.

Le Dr F. (Oran), poursuivi pour responsabilité professionnelle devant le juge de paix, qui s'est déclaré incompétent, à cause du montant de la demande, prévoit que celle-ci sera renouvelée devant le tribunal civil.

En cette occurrence, il bénéficiera de la garantie de la Caisse spéciale.

Le Dr B. (Vaucluse) est menacé par le juge d'instruction d'être poursuivi s'il ne consent pas à déposer sur des faits qu'il a connus dans l'exercice de sa profession.

Le Conseil approuve son refus de témoigner et s'engage à le soutenir, dans le cas où il serait inquiété.

Le Dr D. (Nord) est inculpé de blessures par imprudence sur la plainte d'une personne qu'il a opérée.

L'appui pécuniaire et la garantie de la caisse spéciale, dans les conditions statutaires, lui sont acquis dans cette affaire.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr M. (Seine-et-Marne), ayant réclamé le paiement d'honoraires d'assistance remontant à plus de deux ans, la préfecture les lui refuse, invoquant la prescription de deux ans opposable aux médecins conformément au Code civil, prescription dont l'application est prévue par le règlement départemental.

Comme la prescription du Code civil est basée sur une présomption de paiement et que, en l'espèce, l'administration reconnaît que le paiement n'a pas été effectué, la prescription n'est pas acquise et le Conseil donne au Dr M. l'appui pécuniaire pour poursuivre, en Conseil de préfecture, le paiement de ses honoraires.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr MIRAMOND DE LA ROQUETTE, électro-radiologiste, à Alger. — M. le Dr TRUCENAT, d'Angers.

— **Les chiffres des décès, en France et à l'étranger.** — La proportion des décès, pour 1.000 habitants, est en France de 17.7, alors qu'elle n'atteint que 9.2 en Australie, 10.9 au Danemark, 11.8 aux Etats-Unis, 11.9 en Allemagne, 12.2 en Suisse et en Angleterre, 13.1 en Belgique et 16.6 en Italie. La mortalité en France est, il est vrai, dépassée en Espagne (19.4 pour 1.000), au Japon (21 2 pour 1000), en Roumanie, Bulgarie, aux Indes, en Egypte, mais ces pays ont une natalité compensatrice exceptionnellement élevée. (*Le Mouvement sanitaire.*)

— **Importation de viandes frigorifiées.** — Les navires français ont transporté, pendant l'année 1926, environ 100.000 tonnes de viandes frigorifiées, dont 38.000 pour la France et 62.000 pour l'étranger. Le port du Havre a reçu, en provenance de l'Argentine, de l'Uruguay et du Brésil, près de la moitié des importations dans notre pays de viandes frigorifiées.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

15 décembre 1893 ; trib. correct. Lyon, 21 mai 1906 ; trib. correct. Seine, 3 mars 1906, confirmé par Cour de Paris, 12 février 1907 et par Cassation, 29 novembre 1907 (*Concours médical*, 1907, p. 253, indiquant des décisions antérieures).

Mais, dans le cas où le pharmacien croirait reconnaître une erreur de prescription, dans la rédaction de l'ordonnance, il devrait simplement avertir le médecin, pour que ce praticien confirme, ou réforme sa formule (Trib. correctionnel de Lectoure, 5 avril 1895 ; cour d'appel de Caen, 12 juillet 1898).

D'ailleurs, en présence d'une erreur de dose, ou de médicament, le pharmacien peut se refuser à exécuter l'ordonnance, qui lui est présentée (trib. Lectoure précité) ; car sa responsabilité professionnelle se trouverait engagée, au cas où des accidents se produiraient, par suite d'ordonnances mal rédigées et néanmoins exécutées par le pharmacien (tribunal correctionnel de la Seine, 28 juillet 1894 ; cour de Caen, 20 janvier 1899 ; etc.).

Si le médicament prescrit par le médecin est trop cher, ou si le pharmacien ne l'a pas en officine, son devoir est de prévenir le médecin, pour savoir si ce dernier permet une substitution.

Dans tous les cas, commet une infraction à l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI le pharmacien qui délivre un remède non conforme à l'ordonnance du médecin (cour de Cassation, Chambre criminelle, 29 novembre 1907).

Toute fraude dans la vente des produits pharmaceutiques doit être réprimée, car médecin comme malade comptent sur les effets connus du produit. Aussi, plus qu'en toute autre profession, ou commerce, les pharmaciens doivent-ils fournir, avec la plus scrupuleuse loyauté, les produits, même coûteux, qui leur sont ordonnés (tribunal correctionnel d'Amiens, 26 avril 1910 ; tribunal correctionnel Seine, 3 décembre 1908 ; tribunal correctionnel Lille, 3 mars 1909 ; tribunal correctionnel Montauban, 16 juillet 1921 ; cour d'appel de Paris, 9e chambre, 1er décembre 1925).

Pour pouvoir faire la preuve du délit, il faut que le médicament soit saisi dans l'officine même, ou à la porte de celle-ci par un huissier, qui établira un constat. Sinon, le pharmacien pourra toujours prétendre que le flacon ou la boite porte bien son étiquette, mais qu'on a substitué un autre médicament à celui qu'il y avait introduit primitivement.

Devant quelle juridiction poursuivre ?

Si on invoque les termes de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, ce sera devant le tribunal correctionnel, qu'il faudra poursuivre ; on pourra alors réclamer les pénalités prévues,

ainsi que des dommages-intérêts, pour préjudice occasionné.

Le malade est tout qualifié pour demander des poursuites correctionnelles, car il est le premier intéressé, puisqu'il est le consommateur du médicament falsifié, surtout si des aggravations se sont produites, dans la maladie, du fait de la tromperie sur la qualité, ou la quantité des médicaments.

Le médecin peut également se porter partie civile, comme ayant subi un préjudice matériel et moral, résultant de ce que ses ordonnances n'étaient pas exécutées ponctuellement, ce qui pouvait empêcher la guérison, ou le soulagement de ses clients et porter atteinte par suite à sa réputation de médecin (tribunal correctionnel de Montauban, 16 juillet 1921 ; *Concours médical*, 1921, 3461).

Mais, avant d'engager des poursuites, ou avant de pousser un malade à le faire, le médecin fera bien de s'entourer de toutes les preuves juridiques, pour bien établir le délit. Qu'il ne fasse rien sans avoir reçu les conseils autorisés des avocats du « Sou Médical ».

En second lieu, le docteur devra se souvenir que la pharmacie est une profession connexe de la nôtre. Aussi, au lieu de s'adresser aux tribunaux, ne conviendrait-il pas mieux de porter plainte au syndicat médical local ?

Celui-ci pourrait saisir le syndicat des pharmaciens, pour que ces deux groupes professionnels puissent, après avoir entendu les deux parties, tirer la conclusion que comporte le conflit et même aboutir à une réconciliation entre les deux adversaires.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Application du tarif Maginot-Marin.

3108. — Tentative infructueuse d'extraction de corps étranger.

Je vous serais bien reconnaissant de vouloir bien me dire si une tentative infructueuse d'extraction d'éclat d'obus chez un blessé de guerre (extraction sous le contrôle de l'écran) doit être rémunérée et si oui à quel tarif ?

Dr M.

Réponse.

Il n'y a rien dans le tarif pour rémunérer une *tentative infructueuse d'extraction*. On rémunère l'*extraction*, qui est un acte technique et cela à divers prix suivant l'importance de l'acte, d'après la situation du corps étranger. Mais comment rémunérer une non-extraction et à quel prix autre que celui de la visite simple ?

Naturellement les honoraires pour la radio sont dus, car là, l'acte à rémunérer a été effectué même sans que le fût ce pourquoi cet acte eut lieu. Tel est, du moins, mon avis *personnel*, d'après des analogies de cas, mais il serait fort intéressant de faire examiner ce cas d'espèce par la Commission supérieure, en faisant *appel* devant elle, après refus par la Commission départementale de payer autre chose qu'une visite simple.

F. D.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

3101. — Visite de nuit avec pansements multiples.

Prière répondre par le concours : consultation à 2 h. du matin pour brûlure par courant électrique.

1° Profonde avec eschare de la dimension d'une pièce de 0,50 centimes au niveau de l'articulation de la première phalange avec la dernière phalange du pouce gauche.

2° Superficielles et de petites dimensions aux index, médius et annulaire gauches.

Que dois-je demander à la compagnie d'assurance ?

Dr R.

Réponse.

Le mieux est de demander visite de nuit, soit 12 × 3 = 36 fr. (art. 4). En décomposant les pansements, vous ne trouveriez que « pansements multiples sur le même segment de membre = 15 + 25 % (art. 8) pour la nuit, soit 15 + 3.50, au lieu de 36.

F. D.

II

3202. — Majoration du dimanche.

Je suis appelé le dimanche 1er mai, à 6 heures du soir, d'urgence, pour voir à 5 kil., un cultivateur qui a été renversé par une vache qu'il conduisait au pré. Cet homme est assuré à une compagnie d'assurances. Je constate une fracture du péroné, que je réduis.

Ai-je droit pour cette réduction et contention à la majoration du dimanche (50 %) qui existe pour les visites d'urgence) (article 3) ou non ?

Puis-je établir ma note ainsi :

Dimanche (urgence) :

1 certificat	5
Fracture du péroné.............	25 + 12,50
Déplacement	15
	57 50

Ou seulement :

1 certificat	5
Fracture du péroné	25
Déplacement	15
	45 fr.

Dr P.

Réponse.

La majoration dominicale n'existe que pour la *visite* et non pas pour les interventions. On nous l'a même refusée pour la consultation « qui ne dérange guère le médecin » (! !).

F. D.

Fiscalité.

3034. — Force imposable des voitures Ford.

J'ai acheté une voiture Ford en 1925.

Me basant sur la note no 2758 « Force imposable des voitures Ford », *Concours* no 34, page 2267, 21 août 1927. je me suis adressé à la Préfecture où l'on m'a répondu que la décision du service de l'inspection des mines n'était pas applicable aux Ford antérieures à 1927 et que du reste il n'avait été reçu aucune instruction à ce sujet.

Dr L.

Réponse.

De renseignements complémentaires, il résulte que la force imposable de 11 HP. n'a été attribuée qu'aux voitures Ford d'un *type nouveau* datant fin 1926. Toutes les voitures des autres types restent imposables sur une force de 14 CV.

Les acquéreurs de la voiture du nouveau type sont seuls mis en possession de la carte grise avec mention de la force de 11 CV. et eux seuls peuvent prétendre à l'imposition sur cette base.

A. M.

3003. — Base de la patente.

Je dois changer d'appartement d'ici quelques semaines et prendre dans la même localité un appartement comprenant 7 pièces dont 5 au 1er étage et 2 au second.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me dire comment je devrai payer ma patente :

1o Si je place mon cabinet et ma salle d'attente dans les 2 pièces du second qui ont leur entrée indépendante, mais communiquent avec l'appartement du premier par un escalier intérieur.

2o Si je place mes deux pièces professionnelles au 1er en sous-louant le deuxième.

Dr G.

Réponse.

La patente est basée sur le loyer total des locaux occupés personnellement par le contribuable ; si ce dernier sous-loue une partie de ces locaux, la base de sa patente est réduite en conséquence.

A. M.

3067. — Patente en cas de changement de domicile.

J'ai exercé la médecine à M. jusqu'au 25 juillet dernier, et depuis cette date je l'exerce à F. J'ai payé étant à M. 1.200 fr. pour la contribution des patentes, année 1927. Je vous serais reconnaissant de me dire si je vais être encore imposé pour la même contribution à F. cette année. Ce serait très lourd pour moi.

Dr N.

Réponse.

Si vous êtes imposé à F... à partir de juillet 1927, vous n'aurez qu'à demander la réduction de cette contribution au contrôleur en lui présentant l'avertissement de la patente établie à M... pour l'année entière.

A. M.

2965. — Revenus afférents à plusieurs cédules.

Je suis en discussion (très courtoise d'ailleurs) avec le contrôleur de ma division au sujet de sa taxation pour l'impôt sur le revenu.

Je serais très heureux d'avoir l'avis du conseiller fiscal du *Concours* et vous adresse les pièces nécessaires pour apprécier.

Contrairement à l'opinion du contrôleur, je prétends :

1° Qu'il doit m'être fait un abattement de 7.000 sur la pension et salaires soit sur 18.685 ;

2° Qu'il doit m'être fait un 2e abattement de 6.000 fr. sur les bénéfices professionnels, soit sur 13.210 ;

3° Que le secours du Conseil général doit figurer dans le total des revenus et non point dans la rubrique de traitements, salaires, etc.

Partant de ces données, la taxation devrait être net pour :

Traitements, pensions	175 fr. 80
Revenus professionnels	267 fr. 90
Impôt général sur le revenu	600
Total	1.043 fr. 70

Tandis que le contrôleur, se basant sur un texte que je vous communique, totalise les bénéfices professionnels avec le montant des pensions et salaires et n'effectue qu'un abattement de 7.000 fr., d'où la différence dans l'évaluation de l'impôt, qui s'élèverait à 1522 fr. 96.

Bien que ce soit rétrospectif, puisque je ne peux plus réclamer, je vous prierais de bien vouloir faire examiner si pour l'année 1926, il n'a pas aussi été commis une erreur à mon préjudice.

Dr X.

Réponse.

Vous jouissez à la fois de revenus passibles de l'impôt sur les traitements et salaires et pensions, et de revenus passibles de l'impôt sur les béné-

fices des professions non commerciales, mais conformément à l'article de loi dont vous nous avez adressé le texte, vous ne pouvez bénéficier que des abattements prévus pour la cédule des traitements et salaires et dont le contrôleur a parfaitement tenu compte dans l'établissement de votre imposition.

Pour 1927, le contrôleur a simplifié son travail en imposant tout à la cédule des traitements et salaires alors qu'en 1926 il avait fait la répartition. Pour cette année-là, en procédant comme pour 1927, il aurait obtenu ;

Légion d'honneur	250 fr.
Pension	8.000 »
Bénéfices professionnels	10.360 »
Total	18.610 fr.
A déduire :	
Charges de famille . 6.000 fr. / Invalidité de guerre 1.000 »	7.000 fr.
Imposable	11.610 fr.
7.000 fr. sont exonérés.	
2.000 fr. comptent pour 1/2 soit	1.000 fr.
2.610 comptent pour la totalité	2.610 »
Revenu taxable	3.610 fr.
Taux de l'impôt	7,20 %
Impôt	259 fr. 92

qui représentent bien le total de : 115,20 + 114,72 = 259 fr. 92.

Accidents du travail.

984. — Les accidents du travail contre le secret professionnel.

Je trouve souvent dans le journal local des entrefilets comme celui joint. Pour savoir qui est l'*indiscret*, j'ai rédigé différemment les copies du constat initial.

Il m'est facile d'affirmer aujourd'hui que c'est le secrétaire de... Mais qu'importe ?... Ce tiers, interposé quelque part sur le chemin administratif de mon constat, n'a aucun souci du secret et si je peux laisser passer le nom de la victime, c'est que le typographe du journal local a estropié ce nom.

« *Accident de travail.* — Le 8 août 1927 à 6 heures du soir, Mme Marie B., demeurant à Pont., femme de journée chez M. M., agriculteur aux Chât., a fait une chute en descendant un escalier. Le Dr C. a constaté une entorse légère du poignet gauche, des contusions du genou gauche et des contusions diverses sur le corps, quelques jours de repos remettront sur pied Mme B.

Ab uno disce omnes !

Dr J. C.

Réponse.

Effectivement, il y a une indiscrétion com-

mise : le secret professionnel doit être respecté aussi bien en matière d'accident du travail que pour tout autre maladie.

D'ailleurs, la Cour de Cassation s'est nettement prononcée sur ce point.

Il en résulte que tous ceux, secrétaires de mairie, greffiers de justice de paix, ou autres, qui, par métier ou profession, sont appelés à connaître le contenu des certificats médicaux, doivent garder le silence, sur ce qu'ils ont appris.

Malheureusement, personne, en France, ne connaît exactement ses devoirs, ni les obligations que nous impose le Code pénal.

Le dit secrétaire de mairie, ou greffier de justice de paix, contremaître d'usine, ou autre, est le correspondant local d'un journal, ou bien il est l'ami dudit correspondant.

Aussi, croit-il ne pas mal faire en livrant, dans sa gazette, à la curiosité publique, les mille faits, qui sont parvenus à sa connaissance, sans faire de distinction entre ce qui est secret et ce qui ne l'est pas.

D'autre part, un accident du travail est souvent l'objet de commentaires publics ; beaucoup de personnes en sont informées. On pourrait donc, à la rigueur, soutenir qu'il n'y a rien qui soit véritablement secret de sa nature, à part le diagnostic médical.

Et même, le blessé, ou son entourage, est le premier à raconter, à tout venant, ce qu'a diagnostiqué le médecin.

Dans ces conditions, quelque répréhensible que soit cette coutume d'information outrancière, par la voie de la presse, on peut dire que rarement cette publicité des diagnostics pourrait véritablement tomber sous le coup de l'article 378 du code pénal.

Qui pourrait avoir qualité pour poursuivre ? En premier lieu, le blessé ; puis le patron, chef d'entreprise, lorsque la divulgation du diagnostic peut lui occasionner un préjudice. Enfin, le Procureur de la République peut poursuivre d'office le divulgateur ; mais les Parquets ont bien autre chose à faire.

Dr Paul BOUDIN.

3254. — Brûlure par ciment.

Je soigne un ouvrier brûlé sur le cou et le dos par du ciment qu'il a transporté sur le dos, au moment, où, faisant très chaud, on transpirait beaucoup.

L'assurance refuse de payer l'ouvrier, et par suite ma note d'honoraires, alléguant que ces brûlures ne font pas partie de celles prévues par la loi 1898.

Il me semble cependant avoir vu qu'un article avait paru postérieurement à cette loi.

Dr D.

Réponse.

Pour qu'il y ait accident, et non maladie professionnelle, il faut une cause soudaine et violente.

Si la brûlure a été causée par un frottement continu, il n'y a pas accident du travail, mais maladie professionnelle non garantie par la loi, les seules maladies garanties étant celles qui sont dues aux intoxications saturnine et mercurielle.

Cependant, si la transpiration a été cause de la brûlure, celle-ci pourrait être considérée comme un accident donnant droit à indemnisation à la charge du patron. Mais il faudrait prouver la soudaineté de la cause ayant entraîné la lésion.

En cas de difficulté, il y aurait lieu à désignation, par le juge de paix du lieu de l'accident, saisi par l'ouvrier, d'un médecin expert pour l'éclairer.

3252. — Tarif pharmaceutique des accidents du travail.

Permettez-moi de vous signaler une lacune dans l'Agenda qui donne par ailleurs tous les renseignements désirables. C'est page 170, édition 1927.

« Annexe à l'arrêté fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accident du travail. »

Vous indiquez en marge à droite les numéros de référence au barème, mais vous ne donnez pas le barême.

Et c'est important parce qu'on accuse, à juste titre du reste, les médecins de ne pas connaître les prix de ce qu'ils formulent. Je crois qu'il y aurait là une bonne indication à nous donner.

D^r^ L.

Réponse.

Ainsi qu'il est dit à l'article 1er, paragraphe 2 de l'arrêté ministériel du 31 mars 1926 (page 169 du même Agenda), dont le tableau publié à la page 170 n'est qu'une annexe, les tarifs et barêmes applicables sont ceux dressés par l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France, tenant compte des bulletins de variation publiés par ladite Association.

Nous ne pouvons publier le tarif, qui constitue un véritable volume et est modifié souvent par des bulletins de variation. Mais, ainsi qu'il est dit à la même page 169, alinéa précédant l'arrêté du 31 mars 1926, on peut se procurer ce tarif à la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, 5, rue des Grands-Augustins, à Paris.

Un arrêté du 21 juin 1927, qui modifie le tarif et figurera dans l'Agenda-Memento de 1928, est applicable dans les mêmes conditions.

Questions médico-militaires

2812. — Promotion comme aide-major.

J'ai fait toute la guerre comme médecin auxiliaire et en novembre 1927, j'ai fait une demande pour être nommé médecin aide-major.

J'ai adressé à l'autorité militaire toutes les pièces qui m'ont été demandées et depuis près de neuf mois, j'attends en vain et ma nomination et une réponse à des réclamations presque mensuelles auxquelles on a toujours opposé le silence le plus obstiné.

Je voudrais donc savoir :

1° Si c'est un droit, d'être nommé aide-major ;

2° Quels sont les délais normaux pour être nommé, car je perds un temps précieux pour l'ancienneté et tous mes camarades sont maintenant à deux galons.

3° Comment faire pour obtenir une réponse des bureaux militaires et à qui dois-je m'adresser pour faire valoir mes droits ? Au ministère de la guerre directement ?

Qu'en pensez-vous et que me conseillez-vous ? Voulez-vous avoir l'obligeance de me donner la marche à suivre pour obtenir satisfaction.

Dr T.

Réponse.

1° En principe, puisque vous posez la question, ce n'est pas un droit, mais, en pratique, toute demande de ce genre obtient toujours satisfaction. Le directeur du service de santé de votre région, en possession de votre lettre, doit constituer un dossier, c'est-à-dire réunir certaines pièces : acte de naissance, certificat de doctorat, etc., etc., et puis il doit faire faire une enquête de moralité. Le dossier est ensuite transmis au Ministère ; là, il prend rang, et quand un certain nombre de dossiers sont réunis, on prépare un décret de nomination au grade d'aide-major, que l'on soumet à la signature du président de la République ; quelques jours se passent encore et le décret paraît à l'*Officiel*. Puis, votre directeur vous avise officiellement de votre promotion.

2° On ne peut donc vous fixer de délais.

3° Le plus simple serait peut-être d'écrire (au besoin avec un timbre pour la réponse !) au médecin adjoint à votre directeur. Celui-ci vous répondrait certainement à titre de confrère ; il pourrait tout au moins vous dire à quelle date votre dossier est parti pour le Ministère. En possession de ce renseignement, il serait plus facile de repérer votre dossier. Dans votre lettre, demandez s'il ne manquerait pas encore quelque pièce utile à votre proposition ?

2832. — Indemnité aux réformés à 100 % pour tuberculose pulmonaire.

J'ai un malade réformé récemment à 100 % pour bacillose pulmonaire ; il voudrait bénéficier de l'indemnité de 5.000 fr. accordée je crois à ceux qui ne

travaillent pas et reçoivent les soins à domicile. Quelle démarche y a-t-il lieu de faire ? Dr T.

Réponse.

Cet invalide doit adresser une demande au sous-intendant militaire des pensions de sa région. C'est ce fonctionnaire qui est chargé d'établir le dossier de l'affaire et de donner satisfaction.

2937. — Préparation militaire supérieure.

Veuillez m'excuser d'avoir recours à vous ; je ne suis pas docteur, mais étudiant en médecine de 3e année et aurais besoin d'un renseignement pressant que peut-être vous aurez l'obligeance de me fournir.

Nous sommes deux étudiants en médecine qui, conseillés par nos professeurs, avons l'intention d'aller comme internes à l'hôpital de B. mais une question nous embarrasse : nous avons fait un an de préparation militaire supérieure, il nous reste donc encore un an à faire, nous voudrions continuer, mais cela nous serait-il possible à B. ? Peut-on continuer ces cours à B. ? A la rigueur nous pourrions aller une fois par semaine, deux au maximum à L. ou dans tout autre centre plus rapproché de B. L'administration militaire nous le permettra-t-elle et quelles démarches devrons-nous faire ?

Nous attendons d'avoir résolu cette question pour donner définitivement notre réponse au directeur de l'hospice de B. ; aussi comptons-nous que vous voudrez bien avoir l'obligeance de nous renseigner si c'est possible ou de nous dire à qui nous devons nous adresser. M. G.

Réponse.

La préparation militaire supérieure spéciale n'est organisée que dans les facultés de médecine et de pharmacie, dans les écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine et de pharmacie ; elle n'existe donc pas à B., mais seulement à L.

Comme les différents programmes, portant sur deux années d'études, sont arrêtés après entente entre le Ministre de la guerre et le Ministre de l'Instruction publique, vous trouverez probablement à L. les mêmes heures et jours de travaux qu'à T.

Faites demander par vos chefs de préparation militaire de T. à ceux de L. si leur programme d'instruction serait susceptible de cadrer avec vos loisirs escomptés de l'internat de B.

Dans l'affirmative, les formalités nous semblent devoir être des plus simples, puisque, devant continuer à prendre des inscriptions, vous serez certainement inscrits comme étudiants de la Faculté de L.

D'ailleurs, le secrétaire de la Faculté de L. pourrait vous renseigner, au même titre (et peut-être plus facilement) que l'autorité militaire sur les jours et heures d'exercices.

Quarante-neuvième année N° 41 9 Octobre 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2608-IV)

(*Suite du Sommaire*)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr M., la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* **167-95.**
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 552. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 553. — Méd. 10 ans client., libre actuell. et possédant appareils électr. médicale, diathermie, rayons X et auto, cherche conf. surchargé grosse client. pour association.

No 554. — Banl. Nord-Ouest, client. 52.000 touchés en 1926, plusieurs fixes, logem. 6 p., loyer 1.700 fr. Indemn. demandée 15.000.

No 555. — A vend. Cab. Citroen année 1925, bon état, 10.500 fr. S'ad. Dr Gaston, 36, av. d'Eylau, Paris.

No 556. — A vend. une envel. Goodrich 760 × 90 recaoutch. neuve, 130 fr. ; une jante secours Michelin 760 × 90, 75 fr.

No 557. — Jeune femme, veuve médec., cherche secrét. auprès doct. quelq. après-midi par semaine, ou trav. dactylog. à faire chez elle. Ecr. Vial, 19, rue Alain-Chartier, Paris (15e).

No 558. — Jne méd. anc. int. grande ville province, demande acheter bon poste méd. seul ou propharmac.

No 559. — Mach. à écr. Royal 5, gar. parf. état, 950 fr. Maurice Fougeron, qu. Bellevue à Bléré (I.-et-L.).

No 560. — 100 km. Paris, cab. méd. génér. accouch. en ville, rapp. 80.000 min., gr. villa. A repr. d'urg. 30.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 561. — Paris, quart. agréab. en développ. Cab. d'O.R.L., rapp. 90.000 appartem. 4 pièces, s. bains, cuisine, loyer 4.500. A céder pour cause santé. Condit. avant. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie** : M. le prof. Kirmisson. — Nous apprenons avec un très profond regret la mort du Dr Kirmisson, professeur honoraire de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de Paris, chirurgien honoraire de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine. Nous avons publié dans nos colonnes, avant et après la guerre, d'assez nombreuses leçons de ce savant et honoré maître, leçons faites à l'hôpital Trousseau, puis à l'hôpital des Enfants. Le prof. Kirmisson apportait un soin tout particulier à son enseignement, qui était clair et pratique. Premier titulaire de la chaire de clinique chirurgicale infantile, il sut faire aimer des étudiants cette branche importante de la chirurgie.

— **Hôpitaux de Paris**. *Concours de l'internat.* — Les épreuves orales du concours de l'internat commenceront le 13 octobre, à 17 h., salle des Concours, 49, rue des Saints-Pères.

Le jury d'oral est ainsi composé : MM. Henri Bénard, Pinard, Barbier, Thiroloix, Valléry-Radot, Basset, Ombrédanne, P. Duval, Dujarier, Cleisz.

— **Hôpitaux de Paris**. *Externat.*— L'épreuve écrite du concours d'externat aura lieu le 22 octobre, à 9 h. 30, au gymnase municipal Voltaire, 1, rue Japy (XIe).

— **Mission pour l'étude de la fièvre jaune.** — M. le Dr A. Pettit, de l'Institut Pasteur, part en mission pour l'Afrique occidentale française, chargé d'étudier sur place la fièvre jaune dont quelques cas sont signalés dans cette colonie.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage du Dr F.-M. Cadenat, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, avec Mlle Irène Lagut. La cérémonie a eu lieu dans la plus stricte intimité.

Le *Concours médical* adresse à son éminent collaborateur, le professeur agrégé Cadenat, et à Madame Cadenat, ses souhaits les plus sincères de bonheur.

— **Hôpitaux et hospices**. — *Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.* — A l'occasion du Congrès d'oto-rhino-laryngologie et sous la direction de M. Lemaître, professeur agrégé, chef du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Louis, M. Leroux-Robert, chef des travaux de diathermothérapie et d'actinothérapie oto-rhino-laryngés, fera dans le service, *le mardi matin* 18 *octobre à* 9 *heures*, une démonstration publique des applications oto-rhino-laryngées de *diathermie*, *diathermo-coagulation*, *haute tension* : de rayons *ultra-violets* en surface et en profondeur et de rayons *infra-rouges*.

Consécutivement, à une date fixée ultérieurement, auront lieu des conférences privées complémentaires où chaque auditeur sera exercé individuellement.

A TRAVERS L'OFFICIEL

22 *septembre.*

Service de santé des troupes coloniales.

Décret du 20 août 1927 autorisant le remboursement aux médecins militaires aux colonies de dépenses d'achat d'ouvrages, revues et instruments sépciaux.

Art. 1er. — Les dépenses d'achat d'ouvrages, revues ou instruments spéciaux, que les médecins militaires sont conduits professionnellement à acquérir, seront remboursés aux médecins militaires en service aux colonies, sur production de toutes justifications utiles et dans la limite de la somme de 250 fr. par an.

Art. 2. — Les modalités d'application du présent décret et les justifications à produire seront déterminées par une instruction du ministre des colonies.

Ce décret est suivi d'une instruction pour son application.

23 *septembre.*

Service sanitaire maritime.

Décret du 6 septembre 1927 fixant les traitements du personnel du service sanitaire maritime.

Ces traitements sont fixés ainsi qu'il suit :
Directeurs (classes territoriales) : Marseille : 22.000 fr. ; Le Havre et Pauillac : 17.000 ; Saint-Nazaire et Dunkerque : 14.000.

Agents principaux (médecins et médecins de la santé) : 6 classes de 9,600 à 6.000.

Capitaines de la santé : 6 classes, de 15.600 à 12.000.

Lieutenants de la santé : 6 classes, de 11.500 à 8.000.

Ministère du travail et de l'hygiène.

Décret du 6 septembre 1926 fixant les traitements du personnel du laboratoire du Ministère.

Directeur : 6.000 fr.
Chef de laboratoire : 18.000.
Premier préparateur : 9.000.
Deuxième préparateur : 8.000.

Service de santé de la Marine.

Décision portant nomination d'étudiants en médecine et en pharmacie comme élèves du service de santé de la marine.

Service de santé des troupes coloniales.

Avis de concours pour la nomination de professeurs adjoints à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Le concours annuel, prévu par le décret du 7 mai 1908 et l'instruction du 15 juin 1909, pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'école d'application du service de santé des troupes colo-

niales aura lieu à cette école, le 14 novembre 1927, dans les conditions indiquées par ladite instruction.

Les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe, qui désireraient prendre part à ce concours, adresseront, par la voie hiérarchique, au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), une demande, qui devra parvenir avant le 1er novembre 1927, en spécifiant l'emploi, ou les emplois, pour lesquels ils désirent concourir.

Les candidats devront être présents en France et n'avoir pas reçu de désignation coloniale au 10 novembre 1927. Il ne sera accordé aucun sursis de départ pour les colonies, aucune dispense de service colonial, ni aucune autorisation de rentrer en France, en vue de subir les épreuves de ce concours.

Il est rappelé qu'il est tenu le plus grand compte, dans le travail d'avancement, et de concours pour la Légion d'honneur, des services rendus par le personnel enseignant de l'école d'application (circulaire n° 3309 1/8 du 17 novembre 1922).

De même, le classement sur la liste d'aptitude à l'emploi de professeur adjoint constitue un titre à l'avancement.

24 septembre

Assistance publique.

Décret du 21 septembre, fixant les traitements du personnel de l'inspection départementale de l'Assistance publique.

Art. 1er. — Le décret du 28 juillet 1906 portant fixation des traitements et des classes du personnel de l'inspection départementale de l'assistance publique, modifié par les décrets des 28 février et 29 décembre 1926, est de nouveau modifié ainsi qu'il suit:

Inspecteurs de l'assistance publique :

Hors classe	24.000 fr.
1re classe	22.000
2e classe	20.000
3e classe	18.000

Sous-inspecteurs de l'assistance publique :

Hors classe	18.000 fr.
1re classe	16.000
2e classe	14.000
3e classe	12.000

Commis d'inspection de l'assistance publique :

Hors classe	13.500 fr.
1re classe	12.000
2e classe	10.600
3e classe	9.300
4e classe	8.000
Stagiaires	7.300

Art. 2. — Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué aux fonctionnaires de l'inspection de l'assistance publique que dans les limites et conditions fixées par un

décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal Officiel*.

Art. 3. — Il n'est apporté aucune modification à la réparatition actuelle des agents entre le différentes classes. Les nouveaux traitements seront attribués aux agents suivant leur classe repective.

L'attribution des nouveaux traitements est exclusive de la majoration provisoire 12 p. 100 sur le traitement prévue par le décret du 29 août 1926. Elle ne sera pas considérée comme un avancement et l'ancienneté des fonctionnaires dans leur nouveau traitement comptera du jour de leur dernière promotion.

Sous réserve des mesures spéciales qu'entraîne l'application des lois des 1er avril 1923 (art. 7), 17 avril 1924 et 31 mars 1924, la répartition des agents entre les différentes classes doit être telle que la dépense totale pour l'ensemble du personnel ne dépasse pas celle qui résulterait de l'application du traitement moyen dans chaque emploi.

Art. 4. — Les améliorations de traitement résultant de l'application du présent décret auront leur effet à partir du 1er août 1926.

Sont abrogées, à compter de la même date, toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), par suite de la mise à la retraite de M. le Dr Mercier.

Hygiène publique.

Avis de concours pour un emploi de médecin inspecteur d'hygiène dans le département de Tarn-et-Garonne.

Il sera ouvert à Montauban, le 29 octobre 1927, à la préfecture de Tarn-et-Garonne, un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur d'hygiène. En outre des services d'hygiène publique, ce médecin participera aux services d'hygiène sociale et notamment au service des dispensaires antivénériens.

Ce concours est réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé les fonctions de médecin hygiéniste et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français ou de l'Institut Pasteur de Paris.

Les candidats devront être Français, avoir satisfait à la loi militaire, être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat) et n'être pas âgés de plus de quarante ans.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées à M. le préfet de Tarn-et-Garonne à Montauban.

Elles seront accompagnées de :

1° L'adresse exacte et l'acte de naissance du candidat ;

2° Une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

3° Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

4° Un exposé aussi complet que possible des titres du candidat, comprenant ses états de services et références, le résumé de ses travaux et un exemplaire de chacune de ses publications ;

5° Un extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date et un certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

6° L'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public, de rester en fonctions dans le département pendant une durée de trois ans et, en cas de démission ou de nomination à un nouveau poste, après le délai ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service pendant trois mois au minimum.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 10 octobre 1927.

L'échelle des traitements des médecins inspecteurs d'hygiène est fixée comme suit :

2e classe	20.000 fr.
1re classe	22.000

Ces traitements sont exclusifs de toute indemnité de vie chère ou de résidence.

Le passage d'une classe à une autre s'effectue uniquement au choix.

Il sera tenu compte, pour le classement, des services qui auraient pu être rendus dans d'autres départements.

Ces médecins bénéficient, le cas échéant, des indemnités pour charges de famille.

Ils sont inscrits à la caisse départementale des retraites.

Leurs frais de bureau et de déplacements leur sont remboursés sur états par le préfet.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Utilisation d'appareils dangereux par le docteur en médecine.

La question suivante nous est posée :

Existe-t-il une règlementation quelconque, interdisant à un médecin non spécialiste d'installer, dans son cabinet, un appareil générateur de rayons ultra-violets ?

Il n'existe aucun texte législatif ou règlementaire qui restreigne l'étendue du droit d'exercer la médecine, conféré par la loi du 30 novembre 1892, aux titulaires du grade de docteur en médecine.

En effet, au point de vue légal, seul le titre de docteur ou d'officier de santé, donne la possibilité d'exercer l'art de guérir. Les diplômes de médecine spéciale, délivrés aux docteurs qui

suivent des cours spéciaux, après leur sortie de la Faculté, ne sont pas obligatoires et souvent même ne sont dus qu'à l'initiative privée.

En conséquence, un docteur en médecine a parfaitement le droit de posséder les instruments grâce auxquels il fera de l'ophtalmologie, de l'art dentaire, des rayons X ou des rayons ultra-violets.

Si un médecin veut se perfectionner dans la radiologie, il suivra des cours spéciaux, institués dans certaines Facultés de médecine ; mais ses droits légaux seront identiques à ceux d'un médecin ordinaire.

Mais si, en droit pur, le docteur en médecine peut se livrer, comme bon lui semble, à telle ou telle branche de l'art de guérir, il convient cependant de faire quelques réserves.

Ainsi, en cas d'accident de radiothérapie, la responsabilité du praticien pourrait être engagée et même retenue par le tribunal, s'il était prouvé que le docteur en médecine avait fait l'emploi d'appareils dont il ne connaissait pas le fonctionnement.

Un radiologue de métier, spécialisé, peut être rendu responsable soit de ses propres erreurs, soit du mauvais fonctionnement de ses appareils. A plus forte raison, pourrait être reconnu responsable le docteur en médecine qui ne ferait qu'occasionnellement et sans connaissances spéciales usage d'appareils pouvant devenir nocifs, dans des mains inexpérimentées.

Je conclus donc que si la loi du 30 novembre 1892 donne aux docteurs en médecine le droit d'utiliser les appareils de radiologie, ou de radiations ultra-violettes, l'article 1382 et l'article 1384 du code civil, sur la responsabilité des gens et des choses leur appartenant, doivent inciter nos confrères à ne s'adonner à une spécialité pouvant être dangereuse pour autrui, qu'autant qu'ils auront acquis des connaissances spéciales, leur permettant de faire écarter l'accusation d'ignorance, de maladresse ou d'impéritie.

Dr Paul Boudin.

La diathermo-coagulation

Mon distingué confrère, le Dr J. Castex de Chateauroux, vient de publier dans le numéro du 1er septembre une longue étude sur la diathermo-coagulation dans laquelle il a bien voulu citer le procédé de l'électro-coagulation des hémorroïdes par la méthode de l'aiguille isolée. Le Dr Castex, de Chateauroux, ajoute qu'il obtient de meilleurs résultats avec la méthode du serre-nœud diathermique. Ce procédé est assurément rapide et d'exécution facile et je le pratique moi-même également dans certains cas, mais je ne l'ai pas décrit dans ma technique opératoire

parce que je le considère comme un procédé d'exception qui n'est applicable que dans un nombre très restreint de cas (4 à 5 % environ : hémorroïdes pédiculées ou pédiculisables par traction). Tandis que la méthode de l'aiguille isolée est applicable à tous les cas, même ceux à prolapsus. Je vous serais obligé de bien vouloir bien reproduire dans votre prochain numéro cette mise au point de ma technique.

Dr Durand-Boisléard.
49, boul. Saint-Germain, Paris.

PHTISIOLOGIE

Contagion et terrain dans la tuberculose.

La notion du terrain, dans l'étiologie de la tuberculose, après avoir été totalement éclipsée par celle de la contagion, vient de prendre plus d'importance dans l'esprit de nos maîtres phtisiologues, après l'excellent rapport du professeur Sergent, au Congrès national d'avril 1927.

Simple médecin de préventorium, je m'en réjouis, car tous nos efforts préventoriaux sont dirigés en vue de modifier le terrain prétuberculeux.

Et cependant, certains maîtres demeurent encore fermement attachés à l'unique notion de la contagion et négligent ce facteur important du terrain, que le *Concours médical* ne cesse de défendre, facteur créé par certaines conditions d'existence des individus. Or, il est curieux de voir que les mêmes phtisiologues adoptent des vues tout à fait opposées lorsqu'il s'agit du traitement et non plus de l'étiologie de cette même maladie.

En effet, le seul remède de la tuberculose pulmonaire adopté par eux est actuellement le traitement *hygiénique*, qui agit sur le terrain, l'unique facteur qu'ils négligent en étiologie, et ils nient et condamnent toute thérapeutique basée sur la microbiologie (contagion), même les excellents sérum et vaccin de notre ami et maître, le professeur Jousset.

Il y a là une curieuse contradiction que personne n'a encore mise en évidence. La conclusion, c'est qu'un certain éclectisme est nécessaire en médecine, sous peine de voir brûler, à cinquante ans, ce qu'on a adoré à trente ans.

Dr Roux,
(Saint-Gervais).

Voir la suite page LV-2663

PROPOS DU JOUR

Une nouvelle victime du Devoir Professionnel. Le Dr Joseph-Pierre Richard (du Hâvre).

Nous devons inscrire un nouveau nom à la suite de la longue liste de notre martyrologe professionnel. Le Dr Joseph-Pierre Richard, radiologiste des hôpitaux du Hâvre, vient de mourir victime des rayons de Roentgen après quatorze années de martyre.

Si le Dr Richard avait habité Paris, tous nos grands journaux quotidiens auraient reproduit ses traits et magnifié son sublime sacrifice. Le Gouvernement, averti, l'eût porté à l'Ordre de la Nation. Mais le Dr Richard exerçait au Hâvre et les honneurs qui lui ont été rendus n'ont guère dépassé, jusqu'à ce jour, les limites étroites de cette cité. Sans doute la municipalité havraise lui a fait d'imposantes obsèques ; sans doute le corps médical du Hâvre tout entier, le syndicat des médecins du Hâvre et de l'arrondissement, les administrateurs, les médecins et le personnel des hôpitaux l'ont, en un long cortège, accompagné à sa dernière demeure ; sans doute d'éloquents discours de nos confrères les Drs Vigné et Leroy, de M. Lang, premier adjoint, représentant la municipalité, ont été prononcés sur sa tombe et des journaux locaux, notamment les *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, ont relaté en détails les honneurs qui lui ont été rendus; mais nous considérons que les services de ce praticien trop modeste méritent davantage et qu'il convient de faire connaître à tout le corps médical français les mérites du Dr Richard, dont la vie et la mort héroïque doivent être donnés en exemple. Poussant l'abnégation jusqu'aux dernières limites du stoïcisme, le Dr Richard avait dit peu avant sa mort, à son ami, le Dr Leroy : « Quand je serai mort, qu'on ne parle plus de moi. » Nous pensons néanmoins que c'est pour nous un pieux devoir que de contribuer à faire connaître ce que ce médecin praticien, homme de science et surtout de cœur, a fait au cours de sa vie et surtout a souffert.

***

Né à Langolay (Côtes-du-Nord) le 20 juin 1867, Richard, Joseph-Pierre, était issu d'une modeste famille bretonne. A force de travail, d'énergie et d'intelligence, il parvint à surmonter de nombreuses difficultés matérielles et à faire ses études médicales à Rennes. Interne des hôpitaux de cette ville, il devint prosecteur à l'école de médecine. Il vint ensuite au Hâvre, où il fut admis comme interne des hôpitaux le 16 juin 1897. Il remplit ces fonctions avec zèle durant quatre ans, reçut une médaille d'or de la Commission administrative des hôpitaux du Hâvre en reconnaissance des services qu'il avait rendus, et passa en 1901 sa thèse de doctorat intitulée : « L'hygiène au Hâvre et les maladies épidémiques et endémiques depuis 1880. »

Licencié ès sciences, il s'intéressa à la découverte de Roentgen dès son origine et créa au Hâvre, où il se fixa définitivement, un cabinet d'électrothérapie et de radiologie. L'administration des hôpitaux lui confia la direction d'un important service.

Dès juillet 1913, Richard subit les premières atteintes de l'action encore mystérieuse de la radioactivité dont il n'avait su se préserver. On dut lui amputer le médius de la main gauche. Mais la guerre survint ; ayant conscience des immenses services qu'il pouvait rendre, les radiologistes expérimentés et les installations radiologiques n'étant pas nombreux en 1914, Richard se mit avec ses appareils à la disposition du service de santé, travailla sans relâche, au point qu'en 1915, il dut subir successivement la désarticulation de l'index, de l'annulaire et de l'auriculaire de la main gauche. Malgré sa modestie et l'effacement où il s'efforçait de se tenir, le Gouvernement lui décerna la médaille d'or pour récompense de belles actions et lui conféra en mars 1917 la croix de la Légion d'honneur. Le chef de l'armée belge, au service de laquelle il se trouvait en septembre 1917, demanda pour lui la rosette d'officier de l'Ordre de Léopold et dans le rapport où il motivait cette demande, on peut relever ce passage :

« Je ne puis citer aucun médecin ni chef de service, parce que les félicitations sont dues à tous; je veux cependant remercier spécialement M. le médecin français Richard, qui continue à diriger le service radiographique qu'il a organisé avec tant de compétence à l'époque où l'hôpital relevait de l'administration française. »

La Fondation Carnegie et le Corps médical hâvrais tout entier s'efforcèrent d'adoucir les épreuves héroïquement supportées par le Dr Richard dont l'état s'aggravait tous les jours. En 1924, les lésions de radiodermite s'étaient étendues progressivement à la face ; une blépharo-conjonctivite avec ulcération de la cornée survint. La cécité le menace ; tout son pauvre corps est atteint, mais son intelligence reste intacte. Il supporte avec le plus grand courage ce martyre, sans que jamais une plainte, un mot de regret ne tombent de sa bouche.

Le sort cruel s'acharne encore à le faire moralement souffrir. Il a la douleur de voir peu avant sa fin, son épouse affectionnée le précéder dans la tombe. Il reste calme et stoïque,

> Jusqu'à ce que la mort, ouvrant son aile immense,
> Engloutisse à jamais dans l'éternel silence
> L'éternelle douleur !

***

Nous ne saurions mieux faire pour honorer la mémoire du Dr Richard que de citer textuellement un éloquent passage du discours prononcé sur sa tombe par le Dr Vigné, qui avait vécu avec lui à la salle de garde de l'hôpital du Hâvre et était resté son ami :

« La guerre finie, il fallut compter les blessures. Richard était profondément atteint.

Ce n'est pas en vain, Messieurs, que l'homme essaye de manier les forces qui l'entourent.

Dans cette lutte éternelle de l'esprit avec la matière, que ce soit dans les airs ou au fond des laboratoires, il faut des victimes. Richard paya largement la part de rançon que la Nature implacable exige de ceux qui veulent maîtriser ses forces ou ravir ses secrets.

On fut obligé de lui amputer un doigt, puis un second, ensuite trois autres, si bien qu'à la fin, il ne restait presque plus rien de ses deux mains : ces mains si bonnes, si généreuses, toujours prêtes à secourir ses malades et dont les débris ne pouvaient plus servir que comme témoignage de tant de dévouement et de souffrances subies.

Alors il dut abandonner son cabinet et toute clientèle ; les lésions faisaient tous les jours d'inquiétants progrès ; la peau se desséchait, les paupières se flétrissaient, la vue baissait, les organes profonds étaient atteints ; seul le cerveau restait intact ; et son intelligence lucide pouvait suivre, jour par jour, la rapide dissolution de son être physique.

Mais la Nature, qui se plaît aux contrastes et aux oppositions, avait mis dans cette frêle enveloppe une âme de granit — le dur granit de son pays. Les douleurs les plus vives, les souffrances les plus imméritées, les mutilations les plus atroces ne purent lui arracher ni un cri de douleur, ni une plainte, ni un gémissement, pas même, Messieurs, une parole amère contre sa douloureuse destinée. Richard la subit avec une stoïque résignation ; il accomplit jusqu'au bout, sans murmure et sans faiblesse, la longue et lourde tâche que le sort lui avait assignée.

Entouré des soins les plus affectueux et les plus dévoués, soutenu par une affection filiale qui se faisait d'autant plus tendre et d'autant plus vigilante que les douleurs devenaient plus cruelles, il montra, jusqu'à la dernière heure, qu'une âme bien trempée est toujours maîtresse du corps qu'elle anime.

Avec la sérénité du sage et le calme impassible du philosophe, il osa contempler sur lui-même le spectacle toujours émouvant et tragique de la Grandeur et de la Misère de l'homme.

Excusez-moi, Messieurs, de retenir vos esprits émus plus longtemps, peut-être, que ne le comporte l'usage ; mais la figure médicale qui vient de disparaître et dont nous garderons l'impérissable souvenir, était si pure et si belle que j'ai considéré comme un impérieux devoir d'en retracer devant vous quelques traits. »

***

Nous avons proposé à la dernière Assemblée générale de l'Association des médecins de France la création d'un *Livre d'or du Corps médical français*, Cette création est encore à l'état de projet et sa réalisation, pourtant bien facile et bien simple, a été renvoyée à l'étude d'une Commission. A une époque où l'on paraît s'évertuer à chercher des moyens de moralisation professionnelle, laissera-t-on tomber dans l'oubli de pareils exemples ? C'est plus en les faisant connaître, en les exaltant, en rehaussant par eux les sentiments de fierté, de dignité, de noblesse professionnelles que par des reproches et la menace d'inopérantes sanctions, que nous maintiendrons et relèverons au besoin le niveau moral du médecin praticien français.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'IMPORTANCE CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGALE DES SÉQUELLES TARDIVES DES BLESSURES DU CRANE

Par A. FRIBOURG-BLANC,

Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Depuis la dernière guerre, l'avenir des blessés du crâne a préoccupé bien des médecins et a fait l'objet de très nombreuses publications. Récemment encore, Bailby, dans sa thèse (Paris 1926) a rassemblé les conclusions de ces travaux et en a dégagé un taleau d'ensemble fort intéressant Dans un article de la *Presse médicale* (5 mars 1927) ce même auteur, avec M. Villaret, a rapporté une statistique très importante accompagnée de considérations fort instructives. Il semble donc que tout ait été dit sur cette question et que, plus de huit ans après la fin de la guerre, nous ne puissions apporter aucun élément nouveau à ce problème.

Je voudrais cependant attirer aujourd'hui votre attention sur les conséquences médico-légales des aggravations très tardives des blessures du crâne à la faveur de faits cliniques qu'il m'a été donné d'observer au service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce.

La question vaut, je crois, qu'on s'y arrête.

On serait tenté de croire, en effet, que les blessés crâniens de guerre que nous examinons maintenant, plus de huit ans et jusqu'à douze ans après leur blessure, sont désormais hors de tout danger grave et que leurs lésions crânio-encéphaliques sont définitivement « consolidées » au sens médico-légal du mot. Les faits cependant viennent souvent encore, à l'heure actuelle, nous démontrer le contraire et c'est sur ce point particulier que je voudrais insister.

Les trépanés de guerre envoyés en expertise dans notre service représentent une forte proportion sur l'ensemble des malades de neurologie et de psychiatrie soumis à notre examen et cette proportion est loin de décroître : 8,7 pour cent en 1925 ; 12,7 pour cent en 1926. Les troubles observés chez eux, depuis leur première présentation devant une Commission de réforme, m'ont paru, dans l'ensemble des cas, n'avoir qu'une faible tendance à l'amélioration et j'ai, de plus, été frappé par l'apparition chez ces blessés de complications très tardives se produisant encore aujourd'hui,

Je pourrais vous citer de nombreux exemples de ces cas tardivement compliqués. Mais je me bornerai à vous rapporter brièvement les observations de quatre blessés du crâne qu'il m'a été donné d'observer récemment et dont l'histoire clinique est particulièrement frappante, tant par le long retard dans l'apparition des complications que par la gravité de celles-ci.

Observation I. — B... François, âgé de 29 ans, est amené à notre consultation le 5 février 1926 par sa femme et son beau-frère alarmés par des crises convulsives subitement apparues chez lui depuis 5 jours. Blessé le 27 février 1917 par éclat d'obus à la région fronto-pariétale gauche, il présente aujourd'hui, à ce niveau, une brèche osseuse complète de 7 cm. sur 4 cm. 5 avec cicatrice pulsatile et impulsive. Réformé le 3 juillet 1917 et pensionné au taux de 65 pour cent, seule la dimension de la brèche osseuse étant intervenue dans l'évaluation de ce taux d'invalidité, d'accord avec les prescriptions du guide-barème (brèche osseuse d'une dimension supérieure à celle d'une pièce de 5 francs = 65 pour cent) Le blessé, d'ailleurs, ne s'était plaint d'aucun trouble particulier et avait repris, après sa réforme, son métier d'ajusteur-amécanicien. Seules de fréquentes céphalées sans vertiges ni pertes de connaissance lui rappelaient sa blessure crânienne.

Cependant, en juin 1923, plus de 6 ans après sa blessure, il avait présenté brusquement une bouffée délirante aiguë de type confusionnel qui avait duré 8 jours. Il avait repris son travail aussitôt après, mais les céphalées étaient devenues plus intenses et plus fréquentes. Deux ans plus tard, le 4 novembre 1925, un deuxième accès délirant était apparu, pareil au précédent, et calmé en une semaine par des potions bromurées. Depuis lors les maux de tête avaient persisté et de petits équivalents de type comitial étaient apparus sous formes de courtes absences et de légers vertiges, sans crises convulsives. Néanmoins le blessé ne se préoccupait pas de ces troubles et n'avait pas sollicité d'augmentation de son taux de pension. Il continuait son métier quand, le 1er février 1926, neuf ans après sa blessure, survint pendant son sommeil une première crise comitiale nettement caractérisée, convulsions, morsure de la langue,

stertor, amnésie. Le lendemain 2 février, il était retourné à son travail. Mais dans la nuit du 2 au 3 février, 2 nouvelles crises se produisirent ; puis 6 au cours de la nuit suivante et 8 le lendemain, suivies d'un état d'obnubilation accentué, si bien que la famille inquiète nous amenait le malade au Val-de-Grâce le 15 février à 11 heures. Il présentait alors un état vertigineux accentué avec lenteur du pouls et élévation thermique à 38°7. Hospitalisé d'urgence une radiographie du crâne devait être faite à 14 heures, mais dès 13 heures 30 les crises comitiales reprenaient avec convulsions toniques généralisées, secousses cloniques du membre supérieur droit, déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite, stertor et congestion de la face. Le blessé entrait de suite en état de mal subintrant, la radiographie était impossible, une ponction lombaire aussitôt pratiquée donna un liquide louche hypertendu (41 cm. en position couchée) contenant de nombreuses hématies. B.W. négatif. En présence de cet état alarmant et des signes évidents d'hypertension cranienne, M. le professeur Worms pratiquait à 16 heures une ponction à l'aiguille à travers le cuir chevelu aminci et distendu au niveau de la brèche osseuse fronto-pariétale gauche. Cette ponction ramena un liquide louche au début, puis rosé (10 cc.) Ce liquide s'écoulant difficilement par l'aiguille, une incision prudente au bistouri fut faite au même niveau et conduisit sur une coque épaisse de pachyméningite adhérente au cuir chevelu. Cette coque incisée, une sonde put être introduite à 5 cm. de profondeur dans une poche kystique du volume d'un œuf de poule, d'où s'échappa en abondance le liquide céphalo-rachidien teinté de sang. Suture sans drainage.

Après l'intervention, les convulsions avaient cessé. Le lendemain 6 février le malade avait repris conscience et répondait par gestes aux questions. La fièvre avait cessé et une amélioration progressive se poursuivit pendant 3 jours. Mais cette amélioration ne se maintint pas et malgré les ponctions répétées de la poche kystique et une thérapeutique par autovaccin (l'examen du liquide recueilli ayant décelé la présence de staphylocoques blancs), la fièvre réapparut avec hoquets, contractions spasmodiques des muscles faciaux et le malade mourut le 26 février (21 jours après l'intervention).

La vérification qui fut pratiquée permit de contrôler les dimensions de la brèche osseuse frontale postérieure gauche de 7 centimètres sur 4 cm. 5.

La calotte cranienne était remplacée, au niveau de la brèche, par une épaisse couenne de pachyméningite (incisée dans l'opération). La dure-mère était entièrement adhérente à tout le pourtour de la brèche et la coque kystique était solidement attachée au squelette cranien à ce niveau, isolant ainsi la poche du kyste des espaces arachnoïdiens et de la substance cérébrale avoisinante.

L'ablation du cerveau fut impossible sans dilacération de la substance cérébrale sous-jacente à la brèche, à cause de l'adhérence de la coque kystique. Tout autour de cette coque, on constata un sphacèle très accusé de la substance blanche et une zone étendue d'encéphalite diffuse avec piqueté hémorragique sans pus.

Il s'est donc agi chez ce trépané d'un kyste cérébral constitué vraisemblablement à l'époque de la blessure, bien isolé de la substance cérébrale voisine par une paroi kystique épaisse, et qui, 9 ans après la blessure, sous une influence difficile à déterminer, s'est infecté et a entraîné les accidents mortels ci-dessus relatés. Ces accidents avaient été précédés en 1923 et en 1925 de deux accès de confusion mentale aiguë que l'on peut considérer, semble-t-il, comme les signes avant-coureurs des phénomènes terminaux. Mais il est important de noter et l'entourage du blessé a insisté sur ce point, que pendant 6 ans, la lésion était restée parfaitement tolérée et ne s'était révélée que par quelques céphalées passagères.

***

Observation II. — L... André, âgé de 33 ans, avait été atteint par éclat d'obus le 24 septembre 1914 à la région fronto-orbitaire droite. Il resta pendant une heure sans connaissance après sa blessure, mais put cependant, ayant repris conscience, se rendre à pied de Saint-Mihiel, où il avait été blessé, jusqu'à Verdun où il fut hospitalisé 10 jours. Dirigé de là sur Montpellier, il y subit l'énucléation de son œil droit dont la vision était nulle depuis sa blessure.

Réformé le 27 février 1915, il fut pensionné au taux de 65 pour cent correspondant uniquement à l'énucléation de son œil droit.

Comme le blessé précédent, il ne s'était jamais présenté depuis devant une Commission de réforme et n'avait pas sollicité d'augmentation de pension. Il se présentait le 4 mars 1926 à notre consultation dans le seul but d'obtenir quelques conseils thérapeutiques.

Dès le mois d'avril 1915, il avait repris ses fonctions d'instituteur qu'il exerçait avant la guerre. Il accomplissait son métier sans trop de peine et ne prêtait guère attention aux légers troubles qu'il ressentait cependant et qui furent caractérisés :

1° Par une anesthésie du cuir chevelu et de la partie supérieure de la face du côté droit qui dura 5 ou 6 ans après la blessure.

2° Par des vertiges survenus dès 1915 avec tendance à la chute au lever du matin. Ces vertiges étaient allés, par intermittences, jusqu'à des pertes de connaissance de quelques secondes, sans chute ni convulsions. Mais les syncopes s'étaient peu à peu raréfiées depuis 3 ans et le blessé n'en avait eu que deux au cours de l'année dernière ;

3° Par de brèves absences dans les conversations ou pendant les cours faits à ses élèves : « Je perds parfois le fil », nous dit le malade. ;

4° En 1918 et 1920, par quelques poussées fébriles intermittentes au cours desquelles les vertiges s'ac-

centuaient et que le médecin consulté avait attribuées à du paludisme sous le prétexte que le sujet avais séjourné pendant 15 jours dans la Woëvre, en août 1914 (?).

5° Par une exagération marquée de l'émotivité et par une irritabilité s'exacerbant par périodes quand le malade était surmené ;

6° Par des fourmillements ressentis dans les jambes, surtout à gauche, après la station assise prolongée, fourmillements durant environ 10 minutes et ne s'accompagnant pas d'obnubilation ni de contracture ;

7° Enfin, depuis environ 3 mois, le blessé éprouvait une asthénie qui s'accentuait peu à peu avec anorexie et amaigrissement progressif. L... accusait en outre une frigidité sexuelle survenue depuis la même époque et sur laquelle sa femme qui l'accompagnait attirait notre attention.

Demeuré courageux, actif et nullement revendiquant, ce mutilé nous demandait seulement des indications de traitement susceptibles de stimuler ses forces et de rétablir son état général.

Mais on ne pouvait manquer d'être frappé par le cortège des troubles qu'il éprouvait et dont il cherchait plutôt, on en avait l'impression nette, à atténuer l'importance.

L'examen révélait d'ailleurs, outre l'énucléation de l'œil droit, une perte de substance osseuse complète intéressant le tiers externe de l'arcade sourcilière et l'os frontal sus-jacent sur une superficie d'environ 3 cm. de large sur 2 cm. de hauteur, avec cicatrice pulsatile et impulsive ;

En dehors d'une hyperréflectivité généralisée et d'une tachycardie à 98, on ne découvrait aucun signe de lésion organique du système nerveux, ni des autres appareils. La pupille gauche réagissait bien aux deux modes. Il n'existait aucun signe clinique de spécificité. La tension artérielle était normale : 14 × 8 au Vaquez et le blessé niait toute habitude éthylique dont il ne présentait d'ailleurs pas de signe.

L'ensemble des phénomènes observés et en particulier les poussées fébriles, les syncopes, l'asthénie et l'amaigrissement récent nous firent soupçonner aussitôt la possibilité de l'évolution à bas bruit d'un processus infectieux du côté de l'encéphale. Sans vouloir alarmer le malade et tout en lui exposant que nous n'avions pas le désir de le pousser à des revendications exagérées, nous l'engageâmes à se mettre, sans tarder, en instance de révision de pension en lui indiquant la marche à suivre. Le jour même, nous lui remettions un bon pour radiographie du crâne afin qu'il aille aussitôt prendre rendez-vous au service radiographique et nous le priions de revenir nous voir ensuite.

Dix jours après cette consultation, je reçus la visite d'une femme en deuil qui me dit : « Vous souvenez-vous de M. L.... l'instituteur de B. qui est venu vous demander conseil le 4 mars ? » Je répondis affirmativement et demandai de ses nouvelles. « Eh bien, il est mort le lendemain de votre consultation, mort subitement dans les circonstances que je vais vous dire », et mon interlocutrice qui était la belle-sœur du blessé, me fit le récit suivant :

« Le 5 mars, vers 17 heures, M. L... était sorti à bicyclette après sa classe pour faire un tour de promenade en compagnie d'une parente. Il pédalait trop vite au gré de celle-ci, qui le pria de ralentir ; il laissa passer sa compagne la première et suivait à petite allure, quand, soudain, la dame s'aperçut en se retournant qu'il s'était arrêté sur le bord de la route à cheval sur sa bicyclette, la main droite appuyée à un remblai élevé qui bordait le chemin. Elle ne s'en inquiéta pas d'abord, puis voyant qu'il restait immobile, elle revint sur ses pas auprès de lui, et constata qu'il avait les mains crispées sur son guidon, la face violacée, un petit filet de sérosité rosée s'écoulait de ses lèvres serrées et de ses narines. Des passants l'étendirent sur le sol et dégrafèrent ses vêtements, mais il était déjà inanimé et inconscient et un médecin appelé ne put que constater la mort. »

La famille, n'ayant pas songé, dans l'émotion du moment, à l'intérêt qu'aurait pu présenter, au point de vue médico-légal, une vérification, il fut procédé à l'inhumation. Cette inhumation avait eu lieu huit jours avant la visite que je viens de relater. Il n'a pas été possible d'établir d'une façon sûre la cause de la mort.

Il nous paraît cependant indubitable, au point de vue clinique, tant en raison de tous les symptômes présentés par le blessé avant sa mort, qu'en raison des faits constatés au moment du décès, que ce décès a été déterminé par une brusque hypertension intracranienne avec phénomènes subits d'inhibition et manifestations brutales de type comitial.

Il paraît logique de penser que cette hypertension a été déterminée par un abcès cérébral demeuré latent pendant une très longue période ou par un kyste analogue à celui vérifié chez notre précédent blessé.

La très longue latence des abcès cérébraux a déjà été maintes fois signalée. La tolérance du centre ovale est à cet égard remarquable et l'on a vu céder brusquement cette tolérance au moment précis où l'abcès, se développant lentement, atteint la corticalité.

Nous en avons rapporté un cas typique avec vérification à la Société de médecine militaire chez un malade antérieurement atteint d'otite suppurée (1).

Quoi qu'il en soit, la mort de M. L... nous paraît incontestablement liée à sa blessure cranienne. Cette mort est survenue brusquement 12 ans après sa blessure, alors que le sujet n'avait présenté que des troubles d'apparence bénigne pour ceux qui n'étaient pas suffisamment avertis. Il faut remarquer en outre que le blessé n'avait été invalidé que pour l'énucléation de son œil droit, sans qu'il ait été tenu compte des troubles subjectifs liés à sa brèche cranienne.

---

(1) MM. Jude, Fribourg-Blanc et Gauthier. — Abcès cérébral latent d'origine otitique (Société de médecine militaire du 7 juin 1923.)

***

Observation III. — B... Emilien, âgé de 47 ans, blessé le 16 septembre 1915 par éclat d'obus à la région pariétale gauche, était resté 6 jours dans le coma après sa blessure et avait présenté une hémiplégie droite, totale au début qui avait lentement régressé. Un an seulement après sa blessure, il avait pu se remettre à marcher et reprendre son métier de cultivateur. Malgré l'importance des troubles qu'il avait présentés pendant un an, de septembre 1915 à septembre 1916 on avait pu, 9 ans plus tard, le considérer comme définitivement hors de danger, en raison même de la rétrocession progressive et constante de ses troubles. Si bien qu'en septembre 1925, ayant fait l'objet d'un examen soigneux dans un hôpital, le taux de son invalidité n'avait été évalué qu'à 25 pour cent (10 pour cent pour la brèche cranienne et 15 pour cent pour un très léger reliquat d'hémiparésie droite). Nous avions été appelés nous-mêmes à l'examiner au Val-de-Grâce à cette époque et n'avions constaté qu'un minimum de signes objectifs.

Le blessé cependant avait présenté dans les derniers mois de 1925 et au cours de l'année 1926 de petits phénomènes jacksoniens caractérisés par des contractions des muscles faciaux droits avec parfois de la salive aux lèvres, phénomènes conscients, durant environ deux minutes, et survenant à intervalles réguliers. Il avait eu assez souvent, la nuit, quelques secousses musculaires dans les membres droits. Le sujet n'y prêtait guère attention, mais, brusquement, le 20 septembre 1926, 11 ans après sa blessure, il présenta pour la première fois une crise comitiale typique avec perte de connaissance, chute dans un escalier, forte contusion du bras gauche, miction involontaire et morsure de la langue. Cette première crise fut suivie d'une seconde la nuit du 8 décembre 1926 pendant son sommeil. Du 20 septembre 1926 au 23 février 1927 le blessé a eu 9 crises semblables. Chaque crise dure 5 à 10 minutes et s'accompagne de morsure de la langue, de miction involontaire et de convulsions cloniques prédominant aux membres droits. Ces membres deviennent inertes pendant une demi-heure après la crise.

Depuis l'apparition de ces accidents le blessé présente de fréquentes absences, une dysmnésie marquée, de l'irritabilité avec accès de colère. Cet état l'a obligé à abandonner son métier de cultivateur. Déclaré inapte aux emplois réservés, il est dans une situation précaire.

L'examen révèle une cicatrice pariétale gauche étoilée et creusée en entonnoir, non pulsatile mais légèrement impulsive à la toux.

Les signes organiques d'hémiparésie droite qui étaient à peine décelables en septembre 1926 sont aujourd'hui très nets : parésie des muscles fléchisseurs prédominant au membre supérieur, perte du mouvement automatique du bras dans la marche, légère incoordination motrice du membre supérieur droit et maladresse de la main. Exagération nette des réflexes tendineux aux deux membres droits. Parésie faciale droite avec immobilisation de la commissure labiale et signe du peaucier.

Cœur normal. T.A. 17 × 9 au Pachon, pouls à 90.

Céphalées fréquentes sans nausées ni vertiges.

Aucun signe clinique ni sérologique de spécificité.

Les radiographies du crâne pratiquées le 28 février 1927 nous ont apporté les renseignements suivants : 1° Orifice de trépanation de la dimension d'une pièce d'*un franc* dans la région pariétale gauche, à bords réguliers, sans esquille ni éclat métallique au voisinage de la perte de substance ; 2° présence de deux petits éclats métalliques accolés dont l'ensemble est du volume d'une grosse lentille et qui sont situés dans la masse cérébrale de l'hémisphère gauche, à la partie supérieure du lobe frontal.

Cette importante révélation nous explique l'aggravation de l'état du malade et l'apparition de la comitialité. Je ne veux pas entrer ici dans la discussion du mécanisme pathogénique des nouveaux accidents survenus et de la réapparition de l'hémiparésie droite ; diverses hypothèses ont été émises à cet égard par les auteurs (microbisme latent au niveau des éclats inclus dans le cerveau, développement du tissu de cicatrice sur le trajet de ces projectiles, etc.). Le seul point sur lequel je désire insister est la gravité des complications malgré le très long retard de leur apparition : 11 ans chez ce dernier blessé.

***

Observation IV. — Ar... Georges, âgé de 32 ans est soumis à notre expertise le 13 mai 1927. Blessé le 29 septembre 1915 par éclat d'obus à la région mastoïdienne gauche ; fracture de la mastoïde avec pénétration de l'éclat d'obus et extraction consécutive d'esquilles ayant nécessité une mastoïdectomie se rapprochant de l'évidement pétro-mastoïdien. L'éclatement d'obus avait en outre déterminé une vaste brûlure de la face et de l'œil droit qui avait nécessité, peu après la blessure, l'énucléation de cet œil.

Réformé le 20 mars 1916 et pensionné au taux d'invalidité de 65 % pour perte de l'œil droit et de 20 % pour surdité de l'oreille gauche, le blessé n'avait éprouvé depuis la cicatrisation de ses blessures que des céphalées et de légers vertiges intermittents. Marié en 1917 et père d'un enfant bien portant, il exerçait sans peine son métier d'employé de commerce et ne se plaignait pas. « Voyant les années passer, nous dit-il, je me considérais comme définitivement sauvé. Je m'étais habitué à mes maux de tête et à mes petits vertiges ». Mais, au début de 1924 les céphalées devinrent plus intenses et plus fréquentes et les vertiges changèrent de caractère pour faire place à de véritables équivalents comitiaux. « Il pâlissait brusquement, nous dit sa femme, perdait le fil de la conversation et la notion des choses pendant quelques secondes et il lui arrivait parfois, au cours de ces instants d'obnubiltation de lâcher un

objet qu'il tenait à la main. » Néanmoins il n'avait jamais perdu connaissance au point de tomber. Mais dans la nuit du 1er au 2 septembre 1924, 9 ans après la blessure, apparut une première crise épileptique nettement caractérisée. Cri initial, convulsions toniques des 4 membres, cyanose de la face, morsure de la langue, écume sanguinolente aux lèvres, torpeur consécutive. Une deuxième crise se produisit deux mois après, une *troisième* un mois plus tard, suivie de nouvelles crises se répétant une tous les quinze jours. En même temps un état psychique particulier était apparu caractérisé par une inquiétude obsédante, une irritabilité extrême et des phobies anxieuses. Il restait taciturne, abattu, obsédé par la crainte de faire du mal à son enfant qu'il s'efforçait de fuir. Fin décembre 1924, son état psychique était devenu si inquiétant que le malade dut entrer au service de prophylaxie mentale du Dr Toulouse où il resta hospitalisé pendant 6 semaines. Là il fut traité par le gardénal et l'adrénaline. Sous l'influence de ce traitement son syndrome obsessionnel s'atténua et les crises comitiales s'espacèrent, sans toutefois disparaître complètement. Depuis 1925 et actuellement encore, Ar... présente une crise en moyenne tous les 3 mois. Ces crises se produisent toujours la nuit pendant le sommeil et présentent toutes les mêmes caractères que la première. Mais, en dehors de ces crises typiques, le malade présente de petites crises larvées diurnes de type jacksonien. Ces dernières sont marquées par quelques secousses musculaires aux membres droits, des fourmillements fugaces à la paume de la main droite et à la plante du pied droit, des vertiges et un état d'obnubilation durant 4 à 5 minutes. Ces équivalents comitiaux sont de fréquence variable, en moyenne 3 à 4 par mois, mais ils surviennent parfois par salves de 5 à 6 dans la même journée. Ils gênent beaucoup le malade dans son travail et lui portent un préjudice pécunier considérable d'autant plus que les céphalées, la dysmnésie, les troubles de l'attention et l'irritabilité persistent. Il faut ajouter que, depuis le début des accidents comitiaux, Ar... s'est amaigri de 6 kgr. et qu'une brusque et notable diminution de l'activité sexuelle a coïncidé avec ces phénomènes.

Cette comitialité tardive et les troubles divers qui l'accompagnent ne peuvent être mis chez ce blessé sur le compte d'une intoxication éthylique, car Ar... est très sobre, ni de la syphilis car il n'en présente aucun signe clinique ni humoral.

Voilà donc encore un cas de complication grave apparue très tardivement, neuf ans après le traumatisme, chez un blessé du crâne ; alors que le sujet, selon sa propre expression, « ayant vu les années passer, s'était considéré comme sauvé ». C'est le quatrième cas de ce genre qu'il nous a été donné d'observer en l'espace de quinze mois sur l'ensemble des 70 trépanés du crâne soumis indistinctement à notre examen pendant cette période (1er janvier 1926, 13 mai 1927). Ce chiffre correspond donc à 5,71 pour cent de complications graves très tardives chez les anciens blessés du crâne.

Il est à remarquer que sur ces quatre observations, il y eut deux cas de mort, l'un neuf ans et l'autre douze ans après la blessure, ce qui représente un pourcentage de 2,85 % de décès tardifs, pourcentage nettement plus élevé que ceux rapportés jusqu'à ce jour par les auteurs et notamment par MM. Tuffier et Guillain (1) : 1,24 pour cent et par MM. Villaret et Bailby (2) ; 1,34 %.

Notre statistique personnelle a une signification d'autant plus péjorative qu'elle porte sur des sujets examinés à une époque plus éloignée de la blessure que ceux des auteurs précédents.

Je ne veux pas néanmoins attribuer une valeur trop absolue aux chiffres que je vous soumets, qu'il me suffise de dégager des faits cliniques que je viens de vous rapporter les conclusions qu'ils me paraissent imposer.

C'est d'abord qu'*au point de vue clinique*, il convient d'être très prudent dans l'opinion que nous pouvons être appelés à émettre sur l'avenir des trépanés. Chacun de ces blessés mérite un examen minutieux et très attentif. Même à longue échéance notre pronostic doit souvent rester très réservé.

C'est ensuite, *dans les expertises* que nous sommes appelés à pratiquer, qu'il nous faut tenir compte de tous les symptômes décelés par l'examen, et, en particulier, du *syndrome subjectif des trépanés*. Ce syndrome est souvent apprécié d'une façon insuffisante par les médecins experts. Il est loin cependant d'être négligeable. La céphalée, les vertiges, les troubles de l'attention et de la mémoire, la fatigabilité intellectuelle, l'hyperémotivité et l'irritabilité morbide qui le constituent, apportent une gêne parfois considérable dans l'activité et le rendement du sujet.

Certains objecteront que de nombreux trépanés s'adonnent à la boisson et que l'intoxication éthylique intervient chez eux pour une large part dans la symptomatologie observée, en particulier en ce qui concerne l'émotivité, l'irritabilité, les céphalées et les vertiges. Mais à cet égard, tout est question d'espèces et l'examen approfondi de ces blessés n'en est que plus indispensable en vue d'une exacte discrimination des symptômes et de leur étiologie.

L'insuffisante appréciation des signes subjectifs présentés par les trépanés est peut-être due, en partie, à l'imprécision du guide-barème actuellement en vigueur pour l'application de la loi

(1) TUFFIER et GUILLAIN. — Les complications secondaires et tardives des plaies du cerveau et leur traitement. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, p. 265, 1918.)

(2) M. VILLARET et Jean BAILBY. — L'avenir des traumatisés cranio-cérébraux. (*La Presse médicale*, n° 19, 5 mars 1927.)

des pensions du 31 mars 1919. Ce guide-barème indique mal la distinction qui nous paraît nécessaire entre le taux d'invalidité correspondant à la brèche cranienne et celui afférent aux troubles subjetifs. Divers auteurs, MM. Pierre Marie, Guillain, Grasset et Villaret entre autres, ont déjà signalé l'intérêt du syndrome subjectif des trépanés et une circulaire du Ministère des Pensions a attiré l'attention sur la nécessité de la discrimination entre l'étendue de la brèche osseuse et l'intensité des phénomènes subjectifs. Mais bien des experts n'ont le plus souvent en mains que le guide-barème où seuls les vertiges et l'épilepsie traumatique avérés font l'objet d'une appréciation distincte.

L'importance du syndrome des trépanés est cependant loin d'être toujours proportionnelle à la superficie de la brèche cranienne et certains blessés ne présentant qu'une trépanation peu étendue peuvent être atteints de vertiges fréquents, de céphalées intenses, de dysmnesie accentuée et de troubles du caractère très marqués.

Par ailleurs, l'étendue de la brèche osseuse est sans relation avec l'apparition possible de complications graves très tardives ; nos trois derniers blessés en fournissent la preuve.

Le problème médico-légal de l'indemnisation des trépanés se pose d'une façon analogue pour les accidentés du travail et pour les blessés de guerre et intéresse au même titre les médecins civils et leurs confrères de l'armée.

Les blessés du crâne demeurent bien souvent de grands infirmes et leur sort nous paraît digne à tous égards de retenir l'attention des médecins experts.

MÉNINGITE, URÉMIE OU RAGE !

Par le Dr J. CAMESCASSE.

A la suite de la publication dans un journal local de l'entrefilet suivant :

VERSAILLES. — *Au tribunal.* — Le 23 mai 1924, le petit Richard, 7 ans, à Saint-Germain-en-Laye, était mordu dans la forêt par le chien du lieutenant-colonel Dauphin, de Mesnil-le-Roi. Le vétérinaire qui examina l'animal ne le reconnaît pas enragé. Peu après, l'enfant succombait à un accès de rage. En 1925, le tribunal civil de Versailles, condamnait solidairement le lieutenant-colonel, le vétérinaire et *le médecin* qui soignait l'enfant verser une provision de 5.000 fr. aux parents et désignait un expert. Ce dernier ayant déposé son rapport, l'affaire est revenue hier devant la première chambre, qui l'a mise en délibéré.

notre excellent confrère et ami, le Dr CAMESCASSE, *nous a envoyé cet article très intéressant, paru dans* Le Monde Médical *de mai* 1919 *et que nous reproduisons à toutes fins utiles.*

Dans le traité de médecine de Brouardel (1re édition) (1), le docteur Ménétrier s'exprime ainsi à propos des confusions possibles :

« L'urémie peut-elle vraiment être confondue « avec la rage ? On n'y songerait guère si Rudney et Schwardi n'avaient émis une théorie « urémique dans la pathogénie de la rage ».

Au chapitre symptômes — de la rage —, il est écrit : « Les urines sont peu abondantes ; il y « souvent de la « dysurie. On a trouvé..... « de l'albumine (Bergeron).... (Landrieux), « mais d'une manière inconstante... Samson a « noté l'hémoglobinurie et la présence de cy- « lindres » (2).

(1) Tome II, page 254 (Diagnostic).
(2) Tome II, page 48 (Symptômes).

Enfin plus loin (1) : « Les reins sont parfois « le siège de lésions de néphrite diffuse. Bulzer a « trouvé un début de néphrite interstitielle : « Rudney pense que les reins sont constamment « lésés chez le chien. »

Dans cette première semaine d'avril 1919,— j'ai eu la triste occasion de penser : rage (avec un point d'interrogation ?) après avoir pensé urémie (et agi en conséquence), alors que le confrère qui m'avait appelé avait pensé processus cérébro-spinal, m'ayant écrit : « chien de fusil » ; « ferons probablement ponction lombaire ».

La femme, 35 ans, mal à l'aise depuis la fin de mars, malade du 5 avril, est morte ce 8 avril au soir, jour où je l'ai vue.

Je suis arrivé auprès d'elle dans un intervalle entre deux crises. Elle était assise sur son lit, les jambes repliées en chien de fusil. Le visage est inquiet ; les yeux me cherchent mais ne me suivent point ; ils sont fous à proprement parler. Cependant, cette femme dit mon nom ; elle m'attendait et elle m'a reconnu, mais non salué.

Elle a la bouche entr'ouverte et elle bave. Elle a mal à la tête et partout. J'allonge ses jambes sans peine : il n'y a aucune contracture. Les réflexes sont très atténués quant à l'intensité, mais difficiles à mesurer à cause d'un trémoussement incessant de tout le corps.

Il y a un écoulement continuel très peu abondant de sang utérin, mais nous sommes à peu près à la date normale des règles.

La vessie est pleine, sans formation d'un globe ferme. La sonde donne 800 grammes d'urines foncées, qui coulent en bavant.

(1) Tome II, page 659 (Anatomie pathologique).

L'examen immédiat (la cuillère) montre un nuage évident.

Tout à l'heure l'ébullition dans le tube montrera un véritable fromage.

Saignée facile, le réseau veineux se remplissant bien, au contraire de ce qu'on voit dans la grippe. Sang noir, coagulation rapide.

Mais la malade, me dit-on, ne peut pas boire depuis deux jours.

« Ne peut pas boire ? »

« Oui ! on dirait qu'elle a peur de l'eau ? »

Je lui fais avaler trois ou quatre cuillerées d'eau, une à une, en avançant à chaque coup les angles de la mâchoire. Elle a un peu peur, mais elle obéit ; l'eau passe.

Température : 39°6 (vaginale). La peau est moite, plutôt froide.

Et puis, c'est la crise.

Cette crise, c'est du tétanos sans contractures tétaniques ; ça pourrait être aussi d'une éclamptique qui aurait toute sa tête et qui cesserait de geindre pour me répondre.

De geindre ? de se plaindre sans articuler ?

Cette femme étouffe ... se défend sans force ; ... elle s'agite sur place.

Aucune menace ; aucun commencement d'acte ... mais la plainte continue car la malade souffre de partout.

J'ai déjà vu ; j'ai déjà entendu celà.

Je regarde l'entourage : la mère, les sœurs, les voisins sont là. Il y a aussi le fils, un gamin — qui a beaucoup saigné du nez, à l'occasion d'une grippe à la mi-mars et c'est ça « qui a si mal impressionné la malade. »

Cette malade confirme : « C'est ça qui m'a tué, « d'avoir vu saigner le petit si longtemps et si « fort. »

Le mari aussi est là, et le frère de ce mari, et le frère de la malade.

Je voudrais bien savoir. Mais tous ces gens qui sont là, si tranquilles devant la mort prochaine ; vais-je les troubler et poser la question ?

Tout à l'heure j'ai dû dire tout haut « hydrophobie ». Ça n'a pas éveillé de souvenir chez eux.

Alors ? Je demande : « Elle n'a pas été blessée, ces semaines dernières... ou l'autre mois ? »

Mais je vois bien que j'ai tort et j'abandonne l'enquête. J'arriverais à quoi ? Il est, de toutes les façons, trop tard.

Il a toujours été trop tard, même si mon hypothèse était la vérité, puisque cette femme n'a pas raconté, en son temps, la morsure. Son médecin est là et elle ne lui a jamais parlé de quoi que ce soit de semblable.

Tout de même, j'ai vu des gens en cet état, au mois d'avril 1886, quand affluèrent, à Paris, venant de tous les pays du monde et souvent trop tard, tous les mordus d'alors.

Oui ! oui ! je me rappelle bien la plainte ; le malade assis sur son lit, les talons aux fesses ; l'agitation sur place et la mollesse musculaire ; et la bouche entr'ouverte qui bavait lentement ; et l'anxiété des yeux fous qui appellent sans espoir.

Je ne me rappelle point, qu'il y ait eu de la rétention d'urine, ni des flots d'albumine dans l'urine de ces gens-là. De là vient que je reste dans le doute.

Seulement nous savions qu'ils avaient été mordus puisqu'ils avaient fait le voyage à cause de cela.

A coup sûr, une saignée n'a, en aucune façon, soulagé la pauvre femme. Les crises ont été de plus en plus fréquentes, au cours desquelles, elle devenait presque noire. Tout d'un coup, pendant une de ces crises, elle est morte.

Je ne crois pas que nous ayons le droit, mon confrère et moi, d'aller troubler tous ces gens en faisant une enquête. Je crois même que nous devons nous taire obstinément... sauf en ces papiers où on se parle entre médecins et où il est bien désirable que chacun dise son erreur, probable ou certaine, ce qui est le seul moyen de préserver le prochain.

Méningite ? Non !

Urémie ? Mais non !

Hydrophobie précaire... susceptible d'être dominée par une aide morale — un ordre net — et par une indication nouvelle du mouvement à accomplir — la machoire inférieure poussée en avant.

Donc c'était bien la rage.

Dr J. Camescasse.

P. S. — Ceci écrit, je lis dans le *Bulletin médical* du 12 avril (Société médicale des hôpitaux) : « Le Dr Netter dit qu'il faut penser à la rage, actuellement, dont le diagnostic peut être difficile à cause d'un polymorphisme déconcertant. »

2e *P. S.* — Le tribunal de Versailles, dans un arrêt fortement motivé, a mis hors de cause le médecin et le vétérinaire et condamné le propriétaire du chien à 20.000 francs de dommages-intérêts.

LE CURETAGE UTÉRIN AU LIT DE LA MALADE

Me préserve le Ciel de jamais dire du mal des cliniques. C'est grâce à elles, à ces petits hôpitaux « de complément » que des milliers de malades sont pansés, opérés, traités, guéris, et cela dans les meilleures conditions de sécurité et de confort.

La clinique du confrère de la ville, c'est bien souvent, pour le médecin de campagne, la ressource suprême, le havre sauveur où son client ou sa cliente échappera à une responsabilité devenue trop lourde pour ses épaules, où le chirurgien ou le spécialiste suppléera magistralement à l'insuffisance de ses connaissances obligatoirement encyclopédiques, sur un point particulier.

Mais, il est des cas où le praticien ne peut raisonnablement avoir recours à la clinique lointaine, il lui faut se débrouiller sur place et de médecin devenir opérateur, dans des conditions particulièrement difficiles d'exécution et de confort.

Dans ces cas, un outillage minimum est nécessaire, outillage simple, pratique au suprême degré, permettant d'agir vite, sans aide et cependant d'une manière correcte.

En voici un exemple :

Vous êtes dans votre cabinet, vous venez de rentrer. On vous appelle soudain, par téléphone, pour une femme, dans la campagne, ou dans la montagne. Elle « perd en rouge » depuis longtemps, ses règles n'arrêtent pas, elle est très faible et s'est évanouie plusieurs fois dans la journée.

Vite, votre trousse de gynécologie. Vous sautez en auto, vous faites à bonne allure une dizaine de kilomètres sur route puis, avec un guide, une demi-heure de marche par des sentiers de chèvre.

Voici la malade. En quelques minutes votre diagnostic est fait : c'est une fausse couche de quelques semaines, à laquelle les plus savantes et les plus chaudes injections ne feront rien : un curettage utérin immédiat s'impose.

Que faire ? Il ne faut pas songer à charger la patiente sur une voiture à bœufs pour l'amener jusqu'à la route par la montagne, puis, dans votre auto, la conduire d'urgence à la clinique de la ville lointaine. Il faut agir sur place.

Pourtant, à part ce que vous avez apporté, il n'y a rien dans cette maison : c'est le soir, une lampe à pétrole éclaire seule la chambre blanchie à la chaux, et seule la grande bassine de cuivre chère à nos maisons basques, cuit la soupe dans l'âtre au feu de sarments.

Pas d'aide. Une voisine ridée, le mari, affolé, qui vous éclaire en tremblant, un enfant qui dort dans l'autre chambre. Le vent, la pluie qui ravine les sentes accentuent encore votre solitude dans la nuit.

Il faut agir. Vous le devez : vous le pouvez, avec le minimum d'instruments que vous avez apportés.

La bassine, vidée de son contenu, lavée, remplie d'eau, va bouillir, sur le feu ranimé, tout votre matériel : spéculum, pinces, hystéromètre, gants, ciseaux , sonde de Doléris, bougies d'Hégar, dilatateur, curette, etc... et aussi un bock de verre avec le tuyau de caoutchouc que vous y adaptez.

Une cuvette de toilette flambée et posée sur une chaise, voilà le plateau à instruments.

Sur un autre siège, une serviette propre va recevoir les boîtes de compresses et de coton, le tube de verre où sont les baguettes de bois porte-coton, la bouteille de teinture d'iode, les flacons d'alcool, de liqueur de Labarraque, la vaseline, les ampoules de caféine, etc.

Plaçons la malade en travers de son lit, le siège débordant, les jambes écartées, les pieds reposant à plat sur deux chaises dont le siège est surélevé par des livres, des caisses, ou à défaut de tout, des pierres.

Si la vulve paraît mal présentée, faisons mieux et plaçons les dossiers de nos chaises sous les creux poplités, en interposant deux serviettes pliées en huit.

Sous le siège de la patiente, glissons un imperméable : la toile cirée de la salle à manger lavée à l'alcool, ou même, à son défaut, du papier fort. Faisons aboutir notre imperméable dans un seau de toilette, au bord du lit.

Les instruments sont bouillis et placés dans la cuvette flambée à notre droite (devant la jambe gauche de la femme). Avec eux, nous avons retiré de la bassine notre bock plein d'eau bouillie, nous l'avons suspendu à un clou, son orifice obturé d'un tampon de coton, le tube de caoutchouc serré par une pince de Mohr. Quelque peu de teinture d'iode et voici prête, encore qu'un peu chaude, notre injection pour tout à l'heure.

Les mains soigneusement lavées, iodées puis passées à l'alcool, le front ceint du miroir de Clar alimenté par une simple pile sèche placée dans une poche du gilet, en bras de chemise, ou en blouse (mais en tous cas protégé par un linge du menton aux pieds), nous prenons place face à notre cliente, sur un siège bas.

Nous n'avons plus qu'à opérer.

Tout est à portée de la main (droite), l'éclairage du champ opératoire est parfait.

Les valves classiques seront remplacées par un spéculum, de préférence celui de Collin à écartement parallèle.

Tout devient simple et, dans le silence nocturne, nous agissons en toute tranquillité.

La vulve lavée, aseptisée, le spéculum en place,

le col est attiré par une pince de Museux solidement placée sur la partie supérieure de la lèvre antérieure, et classiquement nous faisons, après les précautions d'usage (hystérométrie prudente) notre dilatation et notre curettage. L'injection, le tamponnement s'il est utile, le drainage à demeure s'il est indiqué, puis le pansement terminal et les exhortations à l'immobilité, tout cela va sans encombre.

Tout devient simple — je vais peut-être un peu loin, car il est un point sur lequel je désire attirer l'attention et qui mérite l'examen : c'est le maintien en place du spéculum.

Que la femme bouge, qu'un instrument accroche le spéculum et voici l'installation compromise, la direction du champ opératoire modifiée, l'opération rendue difficile.

D'ailleurs, de lui-même, par son poids, le spéculum tend à tomber, à piquer du nez sur le sol.

Lorsque j'ai eu à pratiquer ce genre d'intervention, j'ai dû, je le reconnais, immobiliser ma main gauche pour tenir à la fois la pince de Museux et en même temps, le spéculum. Ceci est un gros inconvénient, car, si habile que soit la main droite, bien que les instruments soient tous à portée, il est parfois difficile, avec une seule main, de saisir les compresses, de choisir la curette ou la bougie, tout cela sans bouger l'autre main et pendant toute l'opération.

Se faire aider par un profane — le mari, la voisine — c'est s'exposer à voir commettre des fautes d'asepsie qu'il faut réparer sur-le-champ, ce qui énerve et retarde.

Plusieurs solutions ont été proposées.

Notre éminent confrère, le Dr Gallard, de Biarritz, passe un lien dans l'anneau supérieur du spéculum et le fait tenir par la femme. Mais encore faut-il supposer, de la part de la patiente, une certaine intelligence, un sang-froid, une attention qui ne se démentent pas.

Attacher le lien à un autre passé en ceinture autour du ventre ? Evidemment, c'est mieux, mais la femme peut bouger et l'abdomen, par les seuls mouvements respiratoires, peut modifier la position du lien et sa tension.

J'avais songé à autre chose.

Prenant le problème par l'autre bout, je pensais à un support métallique , nickelé, destiné à soutenir le spéculum par dessous.

Ce support eût eu une tige verticale à coulisse munie d'un cran d'arrêt à vis. Sa partie supérieure eût épousé, en demi-couronne, la forme de la valve inférieure du spéculum qui s'y fut engagée et maintenue à frottement dur.

La partie inférieure eût été fixée, bifurquée sur une large plaque de cuivre nickelé engagée sous le siège de la malade, modelée sur son squelette comme certains bassins de lit, et pourvue, en avant, d'un prolongement en demi-entonnoir aboutissant dans le seau de toilette de tout à l'heure.

Les constructeurs à qui j'ai fait part de cette idée m'ont opposé le compliqué de l'appareil, la mobilité de la femme restant entière et probablement surtout, le prix de revient élevé empêchant d'écouler facilement l'instrument dans la clientèle de nos confrères praticiens.

Il est cependant, je crois, un moyen élégant, de tourner la difficulté et d'obtenir l'immobilisation en bonne position du spéculum, en conservant à l'opérateur la liberté entière de ses deux mains.

Ce moyen, le voici :

Imaginez une « garniture » de caoutchouc très fort et bordé, s'adaptant exactement au mont de Vénus, à la vulve, au périnée et au sillon interfessier.

Une bande de caoutchouc plate, en arrière, deux autres partant des angles du bord supérieur en avant et s'évasant vers les crêtes iliaques, seront munies à leur extrémité libre de quelques boutons pression permettant de les passer dans une ceinture également caoutchoutée et également boutonnable.

Que notre « garniture » soit percée à l'endroit correspondant à la vulve, d'une fente bordée permettant le passage — avec effort — du spéculum fermée, et le problème est résolu.

Le dispositif (stérilisé), mis en place, l'écartement des valves dans le vagin s'oppose à la sortie du spéculum. Les mouvements de la femme n'ont plus d'importance puisque l'appareillage tout entier les suit exactement. L'élasticité du caoutchouc maintient le spéculum en rectitude et empêche aussi bien sa chute que sa sortie.

Enfin, avantage très appréciable, la garniture stérilisée réalise un « champ » très utile et très propre.

Je donne l'idée pour ce qu'elle vaut. Quelque constructeur s'en emparera-t-il ? Je l'ignore et j'en doute, mais c'est encore, je crois, la plus pratique.

Elle permettrait aux praticiens embarrassés de soulager maintes malades en leur évitant les aléas d'un long transport. La clientèle, qui recule trop souvent devant les frais de la clinique, hésiterait moins à appeler *à temps* le médecin puisque celui-ci pourrait, moins coûteusement, opérer sur place, ce qui, dans les cas d'urgence analogues à celui-ci, peut avoir et a souvent un intérêt majeur.

Dr Jean Trotot,
Médecin consultant à Cambo-les-Bains.

NOTE AU SUJET DE L'ARTICULATION HERMAPHRODITE DES FORCEPS CROISÉS

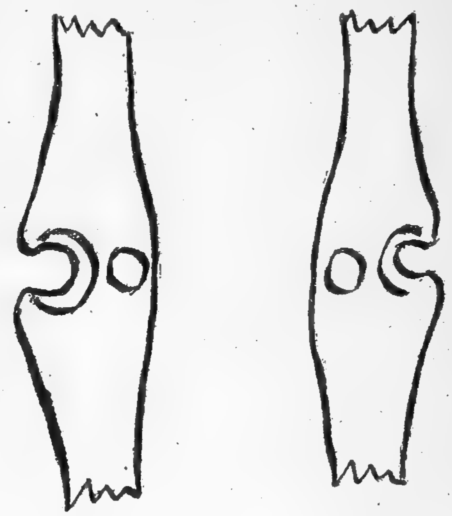
Afin de donner satisfaction aux lecteurs du *Concours médical* qui m'ont demandé des précisions supplémentaires sur mon forceps, je complète ma description (1) par les figures ci-après :

TARNIER



droite gauche

ROUX



droite gauche

Cependant ceux qui ont lu le *Concours médical* avec un crayon à la main ont pu certainement les dessiner en marges de l'article paru le 21 août. Le forceps à branches hermaphrodites est édité par la Maison Mathieu, 113, boulevard Saint-Germain.

Une étude des forceps abondamment illustrée a été faite dans le quatrième volume de « l'Art des accouchements » de Tarnier publié après la mort du Maître sous la signature de Budin et avec la collaboration de ses élèves. Il y a lieu d'en retenir que Tarnier n'était pas complètement satisfait de son forceps et que, pour faciliter l'articulation des branches, il en fit construire un modèle à branches parallèles avec une courbure périnéale intéressant les branches de préhension mais il conservait à la fois le mode d'articulation par mortaise et tenon, le mode de préhension par une petite vis et le mode de traction par un tracteur brisé.

Vient ensuite la description de nombreux modèles de forceps à branches parallèles parmi lesquels le plus gracieux est celui de Delpech qui a une vis de contre-pression entre le point d'articulation et le manche des branches pour remplacer la vis de préhension habituellement placée entre les cuillères et le pivot d'articulation.

Il y a lieu de noter que avec tous les forceps croisés ou parallèles, la branche seconde placée est toujours située, avant le mouvement de spire, au-dessus de la branche première placée qu'elle croise presque à angle droit.

Avec le Tarnier dernier modèle croisé, ce mouvement de spire de la branche droite, deuxième branche pour les positions gauches, s'achève nécessairement par la jonction de la mortaise de cette seconde branche sur le pivot de la branche gauche première placée sur laquelle elle a glissé; mais dans les positions droites la deuxième branche étant la branche gauche, il faut décroiser pour articuler.

Avec le forceps à branches hermaphrodites, qu'il s'agisse d'une position gauche ou d'une position droite, il y a toujours une mortaise qui vient s'adapter sur le pivot. Il n'y a plus jamais de décroisement à faire. L'articulation et la prise sont nécessairement régulières.

Avec les forceps à branches parallèles, quand le mouvement de spire de la seconde branche se termine, il s'achève dans le vide, si j'ose m'exprimer ainsi, et il faut un certain tâtonnement avec certains mouvements de vrille de l'une ou l'autre branche pour pouvoir articuler et pendant cet instant la précision de la prise n'est plus assurée aux extrémités du diamètre bi-auriculaire.

Il faudra qu'un nouveau système d'articulation pour les forceps parallèles vienne démontrer sa supériorité sur le système par mortaise et tenon des forceps croisés pour pouvoir abandonner ceux-ci.

Personnellement, en 1910, j'ai fait construire par Bruneau, place de l'Odéon, un forceps Tarnier à branches parallèles rectilignes à mortaise et tenon avec vis de préhension au-dessus du tenon

(1) *Concours médical*, n° 34, du 21 août 1927, p. 2234.

d'articulation, avec tiges de traction et tracteur brisé.

Quand je l'ai montré au regretté Lepage, il me l'a pris des mains pour le présenter quelques jours après à la Société d'obstétrique en Février 1910. Mais quand il a reçu le baptême des eaux, j'ai constaté que la vis de préhension gênait. Aussi, je l'ai remplacée par une vis de contre-pression comme dans le Delpech. Il en a été amélioré. Cependant, ce n'était pas encore le forceps désiré pour les positions indistinctement droites ou gauches. J'ai continué à chercher et j'ai créé pour les forceps à branches croisées l'articulation hermaphrodite qui constitue un progrès indéniable.

***

Insufflation des nouveau-nés

A la note précédente sur le forceps, j'ajouterai une présentation : celle d'un modeste appareil que tous les praticiens et praticiennes mettront dans leur valise d'accouchement aussitôt après en avoir lu la description.

Lorsqu'un nouveau-né est en état de mort apparente, les divers procédés recommandés — tractions, pressions, oscillations, etc... — pour provoquer la respiration sont de valeur inégale et les auteurs s'accordent pour reconnaître que l'insufflation directe de l'air dans les voies respiratoires est de beaucoup le meilleur moyen de ranimer l'enfant.

Divers modèles d'*insufflateurs* existent, d'un placement plus ou moins facile. Certains auteurs préfèrent l'insufflation de bouche à bouche et conseillent d'interposer simplement une compresse entre les lèvres de l'enfant et celles de l'opérateur.

J'emploie, pour cet effet, une *simple plaque de caoutchouc,* grande comme la paume de la main, *taillée dans une vieille chambre a air et perforée en son centre d'un trou* de la dimension du n° 9 de la filière française.

On saisit de suite les avantages de ce moyen : le diamètre du trou, que l'on creuse avec une aiguille chauffée, ne permet pas une insufflation trop brutale et la dimension de la plaque ne laisse pas les mucosités refoulées par les narines de l'enfant venir souiller les lèvres de l'accoucheur.

La rapidité et la propreté de cette petite intervention en constituent les plus grands avantages — son innocuité par rapport aux manœuvres de la respiration artificielle est évidente — *cito, tuto et jucunde.*

Je suis persuadé que ce procédé, qui me donne toute satisfaction, sauvera bien des enfants, tant à la campagne qu'à la ville, car il supprime complètement l'hésitation que l'on éprouve quand il faut employer la compresse de fortune.

Dr Roux, de Lorient.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Parotidites aiguës consécutives à l'appendicectomie à froid.

G. Pommepuy en rapporte deux observations ; cette complication peut d'ailleurs se retrouver après d'autres interventions abdominales. Elle survient de préférence chez l'adolescent et l'adulte ; sa date d'apparition est variable ; en général, on assiste à une atteinte unilatérale, puis, quelques jours après, l'autre parotide est envahie. L'agent pathogène semble être le staphylocoque.

Parmi les causes favorisantes, on cite *le mauvais état de la denture,* les diètes pré-opératoires trop prolongées, le mauvais état général des sujets.

Comme les autres parotidites, elles présentent trois formes : bénigne ou congestive, suppurée, gangréneuse leur pronostic doit être réservé pour ces deux dernières.

Avant toute intervention, il faut donc lutter contre les infections buccales : examen de la bouche ; enlever tout appareil de prothèse médiocrement ajusté, lavages antiseptiques de bouche.

Le traitement de la complication n'offre rien de particulier. Si la suppuration commande le traitement chirurgical, lui associer la sérothérapie antistaphylococcique ou polyvalente. (*Toulouse médical,* 1er février 1927.)

Note sur deux cas d'hydropisie des voies biliaires principales (bile blanche).

La rencontre dans une vésicule biliaire d'un liquide incolore, plus ou moins fluide et muqueux, est assez banale et ne modifie en rien la conduite à tenir dans les oblitérations calculeuses ou autres du cystique. Mais si, intervenant pour une occlusion du cholédoque chez un ictérique ancien, le chirurgien rencontre un arbre biliaire rempli d'un liquide clair, incolore, muqueux ou séreux, il pourra se trouver troublé, étant donné que chez un malade ictérique tous les tissus et tous les organes sont imprégnés de bile.

Deux observations du prof. LEPOUTRE confirment l'opinion d'après laquelle cette hydropisie des voies biliaires est, dans la grande majorité des cas, en rapport avec une obstruction d'origine néoplasique ; sa constatation ne modifie en rien, ni le pronostic, ni la conduite à tenir ; aussitôt ce liquide évacué par une dérivation, la sécrétion de la bile reprend ; les fonctions du foie ne sont donc pas perdues. Le pronostic reste celui de toutes les occlusions des voies biliaires par tumeur. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 27 février 1927.)

Syndrome de Parinaud (paralysie verticale du regard).

C'est une paralysie des deux yeux pour un certain mouvement ; c'est une paralysie de fonction que l'on oppose aux paralysies d'un nerf ou d'un muscle ; ainsi le droit interne agit sur la convergence et sur la latéralité ; pour lui,la paralysie de fonction peut intéresser la convergence ou la latéralité. Dans la paralysie du regard, ce n'est plus un muscle ou un groupe de muscle qui est pris, c'est le mouvement associé dans les deux yeux.

Le Dr J. DEREUX rappelle que les paralysies du regard peuvent porter sur les mouvements parallèles horizontaux, sur les mouvements parallèles verticaux, sur les mouvements de convergence.

La paralysie verticale est la moins bien connue ; elle peut intéresser soit l'abaissement des deux yeux, soit l'élévation des deux yeux, soit à la fois ces deux mouvements.

Ce syndrome est rarement isolé ; il est le plus souvent associé à d'autres affections neurologiques (paralysies diverses, hémiplégie, sclérose en plaques).

Les causes en sont les hémorragies, les ramollissements, les tumeurs, les infections du système nerveux (la sclérose en plaques et surtout l'encéphalite, qui, en ces dernières années, a permis d'observer un certain nombre de cas).

La lésion siègerait dans des centres coordinateurs des mouvements de l'œil, situés au-dessus des noyaux des nerfs de l'œil, et mieux dans le voisinage des tubercules quadrijumeaux.

Ce syndrome est de recherche facile pour tout praticien non spécialisé, et il est ainsi important de pouvoir, par un examen simple et rapide, suspecter l'altération d'une région si complexe et si importante. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 6 mars 1927.)

Roséoles de retour et roséoles retardées.

J. DELALANDE décrit deux types de roséoles tardives :

1° La roséole de retour, éruption roséolique, qui apparaît chez un sujet syphilitique avéré, traité, mais insuffisamment, ayant déjà présenté dans les délais une roséole régulière ; c'est une véritable récidive de roséole ;

2° La roséole retardée, roséole typique apparaissant avec un retard plus ou moins long sur l'horaire habituel,chez un sujet syphilitique traité dès l'apparition de l'accident primitif et n'ayant pas, de ce fait, présenté dans les délais accoutumés une roséole régulière. Dans ce cas, bien que tardive, la roséole reste la première manifestation de la syphilis secondaire.

Ces roséoles tardives ont une grosse importance d'ordre pratique : c'est toute la question du traitement intensif et prolongé qu'elles peuvent poser. Ces roséoles peuvent, en effet, être négligées sous prétexte que les malades ont été traités ; mais le médecin doit se méfier et ne pas criandre d'insister pour savoir en quoi a consisté ce traitement, ne pas voir en cette éruption roséolique un incident sans importance, alors qu'elle signifie clairement que la syphilis est bien en évolution, malgré la thérapeutique instituée.

Il lui reste d'ailleurs un critère indiscutable : c'est la reprise, sous sa direction et sous sa surveillance étroite, d'un traitement abandonné. S'il est bien mené, intense, prolongé, varié (il ne faut pas manquer, en effet, d'employer successivement arsenic, mercure, bismuth et iodure de potassium), il fera vite non seulement disparaître la roséole en cours, mais empêchera l'apparition des récidives. Il constituera donc à la fois un excellent moyen de diagnostic étiologique, en même temps que la conclusion naturelle et indispensable de ce diagnostic. (*Paris médical*, 5 mars 1927.)

Du massage de la prostate.

H. BLANC rappelle que c'est là un excellent moyen de diagnostic comme un moyen de traitement.

1° Dans la blennorragie à rechutes, il peut y avoir un foyer prostatique profond, qui déverse de temps en temps des éléments pathogènes dans le canal. Si alors le toucher rectal ne montre pas une prostate sensible, un peu grosse, irrégulière, on pratique un massage dans les conditions suivantes : après lavage de l'urèthre antérieur, on introduit dans la vessie un liquide antiseptique, et si le liquide ressort absolument limpide, on en fait conserver au malade une certaine quantité dans son réservoir vésical. Un massage fera quelquefois apparaître au méat une sécrétion mucopurulente, mais le plus souvent on constatera en faisant uriner le malade après le massage la présence de nombreux filaments plus ou moins épais et lourds, allongés ou en virgule, que l'on examinera au microscope.

La même épreuve distinguera une prostatite chronique d'un cancer de la prostate : les noyaux suspects ne disparaîtront pas par le massage s'il y a cancer.

2° Plus étendues sont les indications du massage de la prostate comme moyen de traitement.

A part le massage électrique avec l'emploi des courants de haute fréquence, c'est le massage digital qu'il faut pratiquer par voie rectale, le complétant au besoin par le massage uréthral sur béniqué.

On fait d'abord prendre un lavement chaud, ou un suppositoire à l'extrait de belladone (2 centigr.), afin de ramollir la prostate et d'entr'ouvrir les orifices glandulaires. Puis, après lavage uréthro-vésical (permanganate à 1 /8000, oxycyanure à 1 /4000, eau boriquée), le liquide ressortant limpide, on pratique le massage avec un doigtier de caoutchouc, enduit de glycérolé d'amidon, le malade étant en position horizontale. Il faut agir avec prudence et grande douceur au début. Masser d'abord le lobe droit avec l'index droit, étant à la droite du malade, puis le lobe gauche avec l'index gauche, à la gauche du malade . Par des pressions douces et progressivement accentuées exprimer d'abord la glande, puis faire un massage circulaire superficiel, toujours dirigé dans le même sens, de dehors en dedans et d'arrière en avant. Après deux ou trois minutes de massage méthodique au niveau de chaque lobe, faire uriner.

On recommande, comme plus efficace, la position inclinée, le malade étant debout, le corps ployé en avant, les coudes appuyés sur une table basse, un verre à demi rempli d'eau placé sous la verge : les pressions peuvent être plus fortes, le doigt pénètre plus profondément ; l'exsudat prostatique facilement recueilli permet au médecin un jugement immédiat.

Le massage sera pratiqué tous les deux ou trois jours, parfois tous les jours, s'il s'agit de vider une prostate à la suite d'un abcès.

On emploie le massage à la fin d'une blennorragie postérieure (pour vider les acini prostatiques susceptibles d'être infectés), dans l'urétrite chronique (pour vider les glandes accessoires — et même s'il n'existe pas de lésions prostatiques constatables par le toucher rectal).

Au contraire, dans une prostatite aiguë folliculaire, le massage serait douloureux et exposerait à des embolies microbiennes, à des complications locales. A la fin de cette maladie seulement, quand la prostate ne sera plus douloureuse, le massage amène la décongestion et vide les glandes prostatiques. Une contre-indication formelle, ce sont les phénomènes de cystite ou une orchi-épididymite.

Dans la prostatite suppurée également, le massage pourrait propager l'infection. Quand l'abcès est ouvert dans l'urèthre, le doigt rectal aide à le vider ; il sent se dessiner de véritables dépressions à parois résistantes.

C'est dans la prostatite chronique que le massage trouve une de ses principales indications ; il favorise la fonte des noyaux indurés ; mais il faut savoir que son action est lente parfois à se manifester en raison de la sclérose qui accompagne l'inflammation chronique des acini. Mais, quand la sclérose est définitive, quand le massage ne fait sortir aucun exsudat, il est généralement inutile de continuer le massage.

De même, lorsque le massage ramène *constamment* un exsudat purulent *abondant* que rien ne semble vouloir tarir, il faut opérer.

Une hypertrophie de la prostate, pas plus que l'adénome, ne peut être améliorée par le massage ; celui-ci ne peut agir que sur la prostatite surajoutée.

Nécessaire et utile dans de nombreuses circonstaneces, il est, d'autres fois, parfaitement inutile, et, dans certains cas, dangereux. (*Journal de médecine de Bordeaux,* 23 février 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Traitement des maladies infectieuses par les injections de tapioca.

(MM. J.-A. Sicard, J. Paraf et R. Wallich. — *Soc. méd. des hôp.* ; 1-7-1927.)

Dans la thérapeutique des maladies infectieuses, à côté des médications spécifiques ou analogues et des traitements de chocs, se place la médication par phagocytose provoquée, dont le type a été représenté jusqu'à ce jour par l'abcès de fixation. Son but est de déterminer une hyperleucocytose, une excitation de l'action phagocytaire et de venir ainsi en antagoniste de l'action morbide microbienne infectieuse.

M. Sicard signale aujourd'hui en nouvel agent de cette médication phagocytaire : l'injection de tapioca et d'amylacés, ou *amylothérapie.*

Quelles sont les bases de ce nouveau traitement ? Les travaux sur lesquels s'est appuyé M. Sicard sont ceux de M. Comandon et ceux de MM. Ramon et Zoeller.

M. Comandon, dans une étude sur la cinématographie des mouvements des leucocytes, faite en 1920, a montré le rôle chimiotaxique puissant du leucocyte polynucléaire vis-à-vis de la particule d'amidon. Si, sur une lame préalablement recouverte de grains fins d'amidon, on laisse tomber une goutte de sang, on voit les leucocytes se précipiter (le mot n'est pas de trop, dit M. Comandon), sur les grains d'ami-

don pour les englober. Ceci est spécial aux grains amylacés et ne s'observe pas avec d'autres particules, de charbon, de talc, par exemple. D'autre part, MM. Ramon et Zoeller ont mis en lumière récemment l'aide importante que l'on peut attendre de l'injection de corps amylacés (tapioca) dans la constitution de l'immunité antitétanique et antidiphtérique des chevaux producteurs de sérum. L'association du tapioca à l'anatoxine renforce l'immunité déterminée par celle-ci.

Partant de là, M. Sicard et ses collaborateurs ont cherché à utiliser les injections de tapioca pour favoriser l'immunité, en clinique humaine. Ils ont dû, tout d'abord améliorer la matière injectable. Les injections de tapioca pratiquées par Ramon au cheval s'accompagnaient presque toujours de volumineux abcès. Pour parer à cet inconvénient, qui rendait la méthode inapplicable chez l'homme, M. Sicard a eu recours à la stérilisation à sec, à 120°, de la poudre de tapioca, la seule stérilisation à l'autoclave à 120° étant insuffisante. Des ampoules ainsi préparées par le laboratoire Carrion, sous le nom de Tapiamy, contenant 1 à 2 gr. de tapioca suspendu dans 10 cc. d'eau salée physiologique, ont pu être employées en injections hypodermiques profondes sans provoquer autre chose qu'un peu de rougeur et d'induration. L'action locale s'accompagne d'une réaction fébrile passagère. Il se produit simultanément une forte leucocytose avec prédominance de polynucléose, qui s'atténue vers la 36e heure pour disparaître après 72 heures. Les auteurs ont en outre établi l'action anti-microbienne de l'amylothérapie, en soumettant des cobayes simultanément à des injections de vibrion cholérique et de tapioca.

En clinique M. Sicard a eu recours à l'injection de tapioca dans 3 circonstances :

1° Dans les infections diverses n'obéissant pas à une thérapeutique spécifique. La nouvelle médication lui a paru présenter ici tous les avantages de l'abcès de fixation térébenthiné sans en avoir les inconvénients (nécrose locale, fusées purulentes, etc.)

2° Dans le traitement des diphtéries graves ;

3° Dans la vaccination antidiphtérique.

— M. Netter se sert, depuis 1923, dans un but analogue, de pus aseptique, d'une émulsion diluée du contenu des abcès provoqués chez le cheval par l'essence de térébenthine (pyothérapie).

Méningite ourlienne et spirochète de Kermorgant.

(M. René Bénard. — *Soc. méd. des hôp.* ; 17-6-1927.)

Chez 18 malades atteints d'oreillons, M. René Bénard a pratiqué la ponction lombaire. Deux fois, il a constaté la présence, dans le liquide céphalo-rachidien, d'un corps spiralé mobile rappelant les spirochètes. Or, dans ces deux cas, des phénomènes méningés apparurent quelques jours plus tard. A l'étape de méningisme déclaré, les « spirochètes » cessèrent d'être décelables. Si ces faits venaient à être confirmés, ils apporteraient une confirmation à la thèse de M. Kermorgant, pour qui les oreillons sont une affection spirochétienne.

Traitement de certaines migraines par le tubage duodénal.

(MM. Pasteur-Vallery-Radot et P. Blamoutier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 10-6-1927.)

Vincent Lyon, en Amérique, Chiray et F. Triboulet en France, ont montré l'action que l'on peut exercer sur les migraines par le drainage de la vésicule biliaire.

MM. Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier, désirant contrôler les résultats annoncés par ces auteurs, ont fait chez 22 migraineux pris indistinctement, des tubages duodénaux avec introduction de sulfate de magnésie à 33 p. 100, selon la technique de Meltzer-Lyon. Ces malades n'étaient pas des céphalalgiques simples mais, tous, des migraineux typiques. Dans 7 cas, les résultats du traitement ont été excellents ; 8 fois, l'amélioration a été manifeste ; 7 fois, les effets furent nuls. Seuls, ont été guéris ou nettement améliorés les malades qui, au cours de leurs crises, avaient des vomissements bilieux. La fréquence des vomissements durant les accès, leur abondance, surtout, la présence de la bile dans ces évacuations, la sensibilité de la vésicule, sont, de l'avis des auteurs, les principales indications des tubages duodénaux chez les migraineux. La méthode ne procure de succès thérapeutique que s'il existe une note vésiculaire.

La distension de la vésicule biliaire, par son rôle excitant sur le sympathique (l'innervation sensitive de la vésicule est d'origine sympathique) peut créer l'angiospasme, dont *la migraine est la manifestation* clinique. L'évacuation de la bile par le tubage duodénal amène, on le conçoit, la sédation de ces phénomènes.

— M. Flandin a constaté, dans un cas de migraine, de la distension de la vésicule coïncidant avec les accès.

— M. Le Noir a observé assez souvent la disparition ou l'atténuation de migraines à la suite du tubage duodénal. Dans certains cas, ces migraines paraissaient en relation avec la stase vésiculaire ; d'autres fois, la stase duodénale pouvait être plus particulièrement incriminée.

— MM. Chiray et Lomon remarquent que la migraine biliaire a pour principal caractère clinique de s'accompagner de vomissements de bile, abondants et répétés. Au cours de ces vomissements, les malades rendent des cuvettes de liquide jaune ou vert et cette expulsion bilieuse calme d'ailleurs la migraine. On peut noter aussi un léger subictère.

Le traitement de la migraine due à la stase dans la vésicule réside dans le vidage vésiculaire répété. Le tubage duodénal avec instillation de sulfate de magnésie à 33 % ou de peptone de Witte à 10 % donne de bons résultats. Entre les drainages, on peut employer différents moyens cholécystokinétiques : prise à jeun de crème fraîche, d'un jaune d'œuf dans du bouillon tiède, piqûre d'extrait hypophysaire, voire

massage — ce dernier moyen toutefois est dangereux s'il y a cholécystite, calculeuse ou non

Méningite ourlienne précoce.

(MM. R.-J. WEISSENBACH, TURQUETY et DURUPT. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-6-1927.)

MM. Weissenbach, Turquety et Durupt ont observé un cas de méningite ourlienne précoce, apparue avant la fluxion parotidienne. Leur malade, enfant de onze ans, présenta une série de phénomènes méningés, avec fièvre, faisant discuter les hypothèses de méningite cérébro-spinale, tuberculeuse, etc. La ponction lombaire ramena un liquide hypertendu, mais clair, sans microbes. Le quatrième jour, apparut une tuméfaction parotidienne, d'ailleurs modérée et de courte durée, permettant de poser le diagnostic d'oreillons et de méningite ourlienne.

Les auteurs n'ont retrouvé dans la littérature médicale que trois observations analogues. On conçoit l'intérêt de faits de ce genre. Les troubles méningés éclatant avant la fluxion parotidienne sont difficiles à caractériser au début quant à leur origine. On comprend aussi que le gonflement parotidien puisse passer inaperçu, d'autant qu'il est souvent modéré. Il est possible, dans ces conditions, que la méningite ourlienne précoce ait une fréquence plus grande qu'on ne le pense. La ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien aideront beaucoup le diagnostic.

Vergetures thoraciques à l'occasion d'une varicelle.

(M. E. APERT et Mme MORNET. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-6-1927.)

La pathogénie des vergetures en général est loin d'être élucidée. Pour ce qui concerne les vergetures de la grossesse — les plus banales — on les voit parfois apparaître très marquées dès les premiers mois de la gestation, à une période où la distension abdominale n'est pas assez forte pour être efficace, et on les voit aussi manquer complètement, même à la suite de grossesse avec hydramnios ou de grossesse gémellaire ayant considérablement distendu l'abdomen.

L'influence mécanique n'est donc pas seule en cause. M. Apert a insisté déjà sur la fréquence et l'abondance des vergetures dans certains cas de tumeurs des capsules surrénales réalisant le syndrome « hirsutisme ». Il vient d'en observer un exemple chez une jeune fille de quatorze ans, cardiopathe, qui, au cours d'une varicelle présenta des vergetures thoraciques unilatérales (à droite).

On sait que des vergetures thoraciques ont été signalées dans différentes affections broncho-pulmonaires (tuberculose, pneumonie, pneumothorax). Ici, il n'y avait pas de lésions des voies aériennes inférieures, pas de dilatation thoracique. L'explication de ces vergetures reste dans le domaine de l'hypothèse.

Lichen plan et radiothérapie superficielle.

(MM. GOUIN et BIENVENUE, de Brest — *Soc. de derm. et syph.* ; 2-5-1927.)

Les auteurs rapportent dix nouveaux cas de lichen plan guéri par des applications de radiothérapie superficielle. Ces observations s'ajoutent aux onze autres antérieurement présentées par MM. Gouin et Bienvenue.

Bordet-Wassermann dans le lupus érythémateux

(MM. JORGEN SHAUMANN et Karl HEDEN. — *Soc. de derm. et syph.* ; 12-5-1927.)

De leur travail, les auteurs concluent :

Du point de vue du Bordet-Wassermann, le lupus érythémateux se distingue d'autres dermatoses, tuberculeuses ou non tuberculeuses, en ce que la réaction pratiquée avec des quantités de sérum supérieures à la dose ordinaire est positive dans un nombre de cas relativement élevé.

Les faits actuellement connus ne permettent pas de déterminer avec certitude si ce Bordet-Wassermann généralement partiel doit, en ce qui concerne l'origine, être rapproché de la séro-réaction réellement spécifique (qui paraît être assez fréquente au cours du lupus érythémateux) ou s'il est de nature non spécifique.

P. L.

Les Thèses

P. — Dr H. Leclercq. — **Contribution à l'étude des exostoses ostéogéniques.** (Librairie médicale et scientifique, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1927.)

Les exostoses ostéogéniques doivent être considérées comme une maladie de l'ostéogénèse se traduisant par deux ordres de manifestations : les exostoses et les troubles de croissance des os. Ces deux ordres de manifestations évoluent le plus souvent parallèlement, cependant leur coexistence n'est pas fatale ; il n'y a pas de proportionnalité absolue entre le nombre des exostoses et le raccourcissement de l'os qui les porte ; les rapports qui les réunissent ne sont pas ceux de cause à effet.

L'arrêt du développement général du squelette peut atteindre un degré considérable. Ces modalités extrêmes de la maladie des exostoses ont indiscutablement une individualité clinique affirmée principalement :

a) Par l'état de nanisme avec atrophie staturale, brièveté prédominante des membres inférieurs, asymétrie de longueur des membres homologues, lésions prédominantes de certains os ;

b) Par des exostoses multiples associées.

Ces divers cas peuvent être individualisées sous le nom de nanisme exostosique.

P. — Dr H.-J. Azam, diplômé de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie de Paris, diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de la Faculté de Paris. — **De la photosensibilisation.** (Librairie médicale et scientifique, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1927.)

La photosensibilisation crée une assimilation anormale de l'énergie lumineuse. Elle est ou spontanée, ou provoquée, se manifestant dans les trois règnes : minéral, végétal, animal. La transformation de cette énergie lumineuse peut déterminer des effets nocifs se traduisant au premier stade, chez l'homme, par des phénomènes d'actinite.

La présence d'un catalyseur connu ou soupçonné paraît indispensable à la production du phénomène. La fluorescence du sensibilisateur paraît indépendante du photodynamisme. Seul, le pouvoir d'absorption lumineuse de la substance sensibilisante est à considérer.

Par la sensibilisation préalable de l'organisme, la photocatalyse recule les limites de l'actinothérapie. Elle permet l'étude des qualités biologiques des rayons lumineux, grâce à leur absorption élective.

Les applications thérapeutiques déjà nombreuses du photodynamisme, semblent devoir se développer surtout par la photosensibilisation préalable de substances, qui, secondairement ingérées dans l'organisme, apporteront à l'économie une énergie radiante de plus en plus sélectionnée. L'actinothérapie après photosensibilisation, est un excellent traitement à la fois local et général de la pelade. Cette méthode convient particulièrement aux cas chroniques, récidivants et rebelles aux autres médications, ou à ceux qui s'accompagnent d'un état général défectueux.

P. — Dr A. Michot. — **Cancer de l'appendice.** (Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, 1927.)

La clinique est impuissante à faire le diagnostic de cancer de l'appendice dans les formes habituelles. Il n'y a aucun signe spécial.

Les symptômes sont ordinairement ceux d'une crise d'appendicite banale. Les formes associées à d'autres lésions sont encore plus déroutantes, et le laboratoire seul fait reconnaître le cancer.

Les formes avec grosse tumeur sont très rares, mais sont soupçonnées à l'examen. Le cancer de la valvule de Gerlach, le cancer cæco-appendiculaire donne des hémorrhagies intestinales et pourrait peut-être être suspecté par un examen radiologique.

De toutes les complications doivent surtout retenir l'attention :

a) L'appendicite kystique : ses causes en sont nombreuses ; toujours faire un examen histologique complet pour dépister un cancer latent.

b) La perforation : origine de certains pseudomyxomes.

Ce cancer ne donne pour ainsi dire pas de métastases et il tend peu à s'étendre. Son pronostic est habituellement des plus favorables. Il rentre dans le groupe des « bons cancers ». Les observations des formes vraiment malignes se comptent. Le laboratoire est le seul qui puisse faire le diagnostic avec certitude. Il faut examiner systématiquement les pièces.

Il faut savoir reconnaître quelques affections exceptionnelles, mais qui peuvent simuler le carcinome.

Habituellement, l'appendicectomie telle qu'on la pratique est un traitement radical ; mais il faut retenir qu'il existe des cas rares de tumeurs particulièrement malignes dont l'évolution fatale aurait été peut-être enrayée par une large intervention.

P. — Dr G. Idoux. — **Le rôle du médecin et la thérapeutique médicale dans une crise d'anurie calculeuse.** (Imprimerie A. Letresor, Gournay-en-Bray, 1927.)

Le traitement de l'anurie calculeuse est essentiellement chirurgical. Cependant, en présence d'un cas d'anurie calculeuse, le médecin a le droit et le devoir d'essayer d'abord, pour lever cette anurie, une thérapeutique médicale qui est simple, parfois efficace, et, en tous cas, inoffensive si on ne la prolonge pas de façon excessive.

Le délai d'attente que l'on peut s'accorder avant d'intervenir chirurgicalement est difficile à préciser d'une façon uniforme. Il dépend essentiellement de la marche de l'intoxication urémique ; il dépend aussi de la forme, du volume et de la situation du calcul.

La thérapeutique médicale de l'anurie calculeuse, pendant cette période d'attente, peut se comprendre de la manière suivante :

1° *Décongestion du rein et médications antispasmodiques.*

Ventouses scarifiées : utiles pour décongestionner le rein.

Applications chaudes humides : contribuent à calmer la douleur et le spasme.

Bains chauds prolongés.

Médicaments sédatifs et antispasmodiques : qui ne seront employés qu'avec circonspection.

2° *Médicaments diurétiques.* Sérum glucosé : l'injection sous-cutanée de sérum isotonique à 47.5 pour 1.000 semble être préférable aux injections intraveineuses ou aux lavements.

Théobromine, scille : semblent moins utiles.

Boissons diurétiques, eaux minérales.

3° *Opothérapie rénale.*

4° *Traitements locaux non sanglants.*

Distension vésicale : moyen très simple, absolument inoffensif et souvent efficace.

Cathétérisme urétéral : soit simple, soit avec injection intra-urétérale d'huile ou de cocaïne. Ce moyen servira à la fois de diagnostic et de traitement.

5° *Diététique. Hygiène digestive.*

Elles seront comprises de manière à éliminer de l'organisme le plus possible de toxines.

Même après l'acte opératoire, le rôle du médecin n'est pas terminé. Il doit surveiller attentivement le malade, suivre la courbe descendante de l'azotémie, recourir aux diurétiques nécessaires si l'anurie se reproduit, et soigner la diathèse lithiasique pour empêcher la reproduction des calculs.

P. — Dr P. BLANCHARD. — **Contribution à l'étude de la pathogénie des syphilides pigmentaires.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1927.)

Les syphilides pigmentaires apparaissent à la suite d'un érythème circiné, fruste et localisé à la région cervicale, expression clinique d'un trouble endocrino-sympathique comme le zona, l'urticaire, le dermographisme.

L'infection syphilitique ne fait qu'accentuer une prédisposition antérieure.

A leur période d'état, elles sont constituées par des lunules achromiques et des zones hyperpigmentées. Ces régions sont des zones saines anatomiquement.

Les lunules achromiques sont des régions anémiées par la vaso-constriction et véritablement apigmentées. Les zones hyperpigmentées sont des régions dont les vaisseaux sont restés normalement perméables.

Leur hyperpigmentation est provoquée par un trouble de la fonction pigmentaire sympathique Elle est de nature analogue à celle de la maladie d'Addison, des cirrhoses pigmentaires, de l'urticaire pigmentaire, des multiples dermatoses pigmentaires des tuberculeux, des syphilitiques, des lépreux.

Les syphilides pigmentaires entrent donc dans le cadre, de la sympathologie, et ne se produiront que chez des syphilitiques dont le système endocrino-sympathique est en état d'instabilité, d'hyperexcitabilité à prédominance orthosympathique, comme semble le prouver leur coexistence avec des dermatoses de cette catégorie telles que l'urticaire, le dermographisme.

En l'état actuel de nos connaissances, le traitement antisyphilitique préhumoral, préroséolique reste le plus sûr garant contre cette manifestation disgracieuse et révélatrice de la syphilis.

Str. — Dr Albert VALLETTE, interne des hôpitaux de Strasbourg. — **Sclérodermie et pierres de la peau. Essai physiopathologique.** (Les Editions Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, 1927.)

L'étude clinique, histologique et chimique de l'observation qui est à la base de ce travail montre qu'il existe tout un ensemble de troubles métaboliques, qui aboutissent à des dépôts intra-tissulaires de calcium. Ces manifestations dyscalciques ne sont peut-être que l'expression grossière — anatomique et clinique — de modifications pathologiques plus délicates de la phosphorémie, sous l'influence d'une déviation fonctionnelle du système endocrinien.

La comparaison de ce cas avec d'autres du même type confirme l'hypothèse émise et permet, en même temps, d'opposer au groupe des cas de concrétions calcaires de ce type, dyscrasie ou diathèse calciphile des jeunes, d'autres types de pathogénie analogues, comme la dyscrasie du vieillard, ou toute différente comme les concrétions calcaires d'origine inflammatoire.

Le premier groupe, celui qui renferme le cas personnel de l'auteur, est de beaucoup le plus important du point de vue de la pathologie générale, tant à cause de sa pathogénie qu'à cause des troubles accessoires dont il peut s'accompagner. Il existe, en effet, toute une série d'affections, d'origine complexe, mais voisine, dans lesquelles les concrétions calcaires peuvent être observées, et qui vont des troubles trophiques et vasomoteurs banaux jusqu'à la sclérodermie. La goutte calcaire y joue un rôle de premier ou de second plan et les relie par le trouble diathésique qu'elle traduit, et qui en est un des aspects biologiques les plus curieux. C'est tout au bout de cette chaîne que se trouve l'ensemble de la sclérodermie avec concrétions calcaires, étudié dans le présent travail.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Le traitement du diabète par la méthode du Dr Sejournet.

« La progression de la mortalité par diabète
« est un point noir d'hygiène publique ».
EMERSON.

Le diabète débute toujours, sournoisement, par une insuffisance glycolique latente, aboutissant peu à peu au syndrome hyperglycémique par intervention probable d'un facteur infectieux hépato-intestinal. L'obésité et le manque d'exercice intronisent le diabète en mettant obstacle à la glycolyse. Le ralentissement des oxydations, chez les arthritiques, augmente l'activité diastasique du sang et aboutit au trouble du métabolisme glyco-régulateur.

La méthode du Dr SEJOURNET, complexe à base de santonine, exerce une action hypohépatique, nervine et tonique du mésocéphale. Sa sécurité et son innocuité en sont reconnues, pour le traitement de toutes les formes si multiples du diabète. Elle modère, dans le foie, l'emmagasinage du glycogène, tout en augmentant son utilisation par les muscles et par les poumons. Elle dynamise le système nerveux et règlemente les endocrines qui assurent par leurs sécrétions internes la combustion du sucre : pancréas, surrénale, hypophyse, thyroïde. Enfin, elle diminue la perméabilité de l'épithélium rénal, exhaussant ainsi le seuil d'excrétion. C'est donc un traitement surtout régulateur et frénateur, qui, en somme, joue un rôle d'épargne, augmente la tolérance pour les amylacés, en ralentissant probable ment le cours du sang dans la veine porte et, corollairement, la transmutation du glycogène en glycose pathologique.

Certains auteurs accusent l'insuline de ne posséder qu'un pouvoir éphémère et de nécessiter pendant longtemps des doses élevées. Trois pilules Séjournet par jour, aux repas, rétablissent aussi bien le métabolisme hydrocarboné et remédientà l'atonie du pancréas, en exaltant la sécrétio n des îlots. Comme régime, il suffit d'éviter la surcharge alimentaire et de s'abstenir de sucre. La vie habituelle peut et doit être continuée. Un millier d'observations, bourrées de faits probants, nous a fait voir aussi l'action défensive incontestable de ce traitement, non seulement contre l'acétonémie, mais aussi contre l'artériosclérose. « Elle me permet, nous écrit un confrère, des écarts de régime que je payerais cher, en l'absence de ce traitement. »

Le traitement Sejournet restitue au foie son pouvoir fixateur du glycogène, rétablit l'équilibre acido-basique de la nutrition et augmente, incontestablement, l'action hormonique des endocrines et notamment des îlots de Langerhans. Son avantage est surtout d'empêcher les perturbations du métabolisme des albumines, qui aboutit à l'acidose et au coma : en équipant largement le coefficient d'assimilation hydrocarbonée, il rétablit l'équilibre nutritif et évite sûrement les complications. La soif et la faim disparaissent, les pouls se régularise, la polyurie et la glycosurie augmentent, au fur et à mesure que cèdent l'hypofonction pancréatique et la dénutrition azotée chez le diabétique.

Ce que remarquent, à l'envie, tous les observateurs, c'est, avec le traitement Sejournet, l'absence de complications sur le système nerveux, central ou périphérique : troubles sensitifs, moteurs et sensoriels, picotements, fourmillements, prurits. Chacun sait, au surplus, que la santonine est excellente contre les souffrances de l'ataxie. L'amélioration se signale avec la reprise des réflexes tendineux (abolis par l'imprégnation sucrée), la disparition de la torpeur cérébrale, de l'amnésie et des idées sombres.

En résumé, le traitement du Dr Sejournet nous représente un réel progrès pour la jugulation du diabète, ce sphinx pathologique qui, depuis Claude Bernard, ne délivre ses énigmes qu'au compte-gouttes.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE CORPS MÉDICAL DOIT EXIGER NON SEULEMENT LE FRONT UNIQUE MAIS LE GROUPEMENT CENTRAL UNIQUE

Une proposition. Un programme.

Par le Dr Fernand DECOURT.

A l'heure actuelle, où la loi d'assurance-maladie risque de bouleverser l'exercice de notre profession, où tout l'avenir du médecin praticien est en jeu, où il n'est pas trop de *toutes* nos énergies pour lutter contre les forces sociales qui tendent à nous opprimer — *après* le vote du Sénat et *avant* le vote de la Chambre — il nous est dévolu un certain délai pendant lequel nous devons nous ressaisir, rassembler nos forces, raidir nos muscles et nous préparer à la bataille, tous, tous, et *d'un seul bloc.*

Le temps des discussions académiques, des bysantines querelles de mots et d'étiquettes est passé. Plus de ces formules au manteau d'Arlequin, plus de ces expressions brillantes, magiques, aux mille facettes, où chacun se mire dans l'idée qui lui est chère et qui, par là même, font recettes, en théorie, au risque de s'effondrer piteusement, plus tard, devant la pratique... Assez de fantasmagorie de langage et d'idées, désormais, il faut parler franc, net et clair.

Or, une PROPOSITION est faite : réunir en un Congrès tous les Syndicats médicaux, ceux de l'Union, ceux de la Fédération, ceux n'appartenant plus ni à l'un, ni à l'autre. Fort bien ! Mais, pour qu'un tel Congrès aboutisse, il faut le préparer soigneusement avec un programme précis, des propositions connues à l'avance, étudiées, discutées, jaugées, dans chaque syndicat, qui aura donné, à son ou ses délégués au Congrès, un *mandat* basé sur des *directives précises.*

A la suite d'une décision de son Conseil, l'Union avait fait, par la plume de son secrétaire général, diverses propositions. La Fédération refuse leur mise à jour, se retranchant dans un dilemme basé sur une équivoque et une imprécision..... Est-ce ainsi qu'on aboutira ?

Pour que nos confrères du *Concours* en puissent juger, je vais, tout uniquement, copier la plus grande partie de la lettre que, le 9 septembre, à titre de président de l'Union, j'écrivais au confrère Vanverts, président de la Fédération...

***

« Vous refusez, écrivais-je donc, à propos du paiement des honoraires médicaux, d'accepter de poser d'autres questions aux Syndicats que le dilemme : entente directe ou tiers payant, et vous raillez les trois propositions faites par le docteur Lenglet dans sa circulaire. Mais pourquoi voulez-vous refuser le vote aux Syndicats qui ne veulent ni l'*entente directe ni le tiers payant.* Pour concrétiser les choses, je prendrai comme exemple mon propre syndicat qui a proclamé cette volonté dans trois ordres du jour successifs et dont le premier, en date du 25 octobre 1925 (il y a deux ans) portait ce « considérant » très net :

« .... considérant qu'il serait dangereux de voir certains syndicats, oubliant la base même de tout groupement, préconiser — non plus ainsi que nous le *paiement direct* du médecin par le malade après que nos intérêts corporatifs auront été assurés par un *contrat collectif* — mais, à la place, une simple « entente directe » personnelle entre le malade et son médecin, laissant, en réalité ce dernier *isolé* pour lutter contre une Caisse locale qui *groupant* ses malades qu'il le veuille ou non, lui imposera matériellement ses volontés... »

C'est assez clair n'est-ce pas. Nous ne voulons ni tiers payant, ni entente directe. Et alors nous, et les Syndicats qui pensent comme nous, nous n'aurions pas le droit de faire connaître notre opinion ?...

« La précision ne messied pas. Pourquoi la craindre ? Assez de phrases nébuleuses et d'expressions où chacun met ce qui lui plaît le mieux. Les questions à poser aux Syndicats sont claires :

1° Voulez-vous l'entente directe sans interposition d'un tiers à aucun point de vue ?

2° Voulez-vous le *paiement direct après contrat collectif* assurant les droits du praticien devant la Caisse et s'interposant entre le médecin et la puissance collective, sociale et financière de ces Caisses ;

3° Voulez-vous le *tiers payant* s'interposant pour le règlement des honoraires entre le médecin et chacun de ses malades ?

C'est la deuxième modalité que nous choisissons, nous, en Seine-et-Marne..... et nous ne sommes peut-être pas les seuls, croyez-le bien.

« Sans doute, vous avez modifié peu à peu votre entente directe. Il n'y aura jamais interposition d'un tiers, proclamez-vous, ce qui est le propre de l'entente directe... Puis, dans votre lettre au Dr Barlerin, secrétaire du Syndicat de la Seine, vous ajoutez cette formule lapidaire : « Il est entendu... que des conventions et contrats seront conclus entre les Syndicats et les Caisses ». Mais alors s'il y a des contrats, auxquels devront se soumettre le malade et le médecin, il y a la terrible interposition que vous refusez deux lignes plus haut ... et vous rejoignez notre propre conception de 1925. Cela ne peut que nous réjouir, mais pourquoi ne pas le dire franchement — ce serait peut-être la formule bienheureuse qui réunirait la très grande majorité du Corps médical... En tout cas ne lui refusez pas le droit à la vie. Le *paiement direct après contrat collectif* a tout aussi bien le droit de referendum que l'*entente directe* ou le *tiers-payant.*

« Mais ce n'est pas tout. L'assurance-maladie ne nous intéresse pas seulement au sujet de la façon dont nous seront payés nos honoraires.

« Il faut aussi savoir si nous aurons des honoraires à toucher, c'est-à-dire s'il nous restera des clients et si les Caisses, *en dehors de nous*, ne créeront pas à nos portes, dispensaires, maisons de cure, consultations diverses, etc... D'où la question, en tous cas, à poser aux Syndicats.

« *Des délégués médicaux doivent-ils être désignés par nous pour tout ce qui concerne la gestion des Caisses ? Avec tous droits ou simplement à titre consultatif* ?

« Il y a encore les *questions d'hôpitaux.* Allons-nous accepter que nos confrères d'hôpital soignent *gratuitement* 80 % des malades médicaux ou chirurgicaux de la clientèle ordinaire quand ceux-ci auront été évacués sur un hôpital ?

« Et ce n'est pas tout encore ! Ce n'est même pas le plus important.

« Quels que soient les contrats, les conventions les accords que nous conclurons avec les Caisses (ainsi que vous-même vous l'acceptez) tout cela n'aura aucune valeur si, à côté du Syndicat normal, la Caisse peut traiter avec un Syndicat... créé pour les besoins de la cause. Soyez sûrs que les Caisses, avec leurs milliers de membres et leurs millions en poche, pourront avoir « leurs médecins à elles » des « médecins à tout faire » qui accepteront places fixes, forfaits, appointements... ce qui ouvrira la voie aux médecins « libres », bien obligés de les imiter pour pouvoir vivre. Ce la s'est passé en pays étranger, l'expérience est faite à de multiples exemplaires... Il n'y a qu'un moyen pour éviter cela, c'est que les *caisses ne puissent traiter qu'avec des Syndicats affiliés à l'Union Nationale des médecins.* Nous l'avions acquis... Je ne veux récriminer en rien ni jeter la pierre à personne, mais il est un fait c'est que ce point, primordial pour nous, nous est désormais refusé. Et nous ne pourrons le reconquérir qu'à la force du poignet par la grève s'il le faut, *mais à condition que cette Union Nationale unique existe*... Cette nécessité vous l'avez sentie à la F. N. puisque vous songez à « la création d'une Commission ou d'un super-organisme — qualifié pour représenter le Corps médical ». Mais est-ce qu'une Commission, si « super » qu'elle soit, peut figurer dans une loi ? La formule n'est pas viable. Il faut aller jusqu'au bout de la vérité ; *il faut un organisme national, central, unique que seul nous reconnaîtrons tous et que nous serons alors en droit et en puissance de faire reconnaître légalement.*

« Nous en arrivons ainsi par la force même des choses à demander aux Syndicats s'ils ne sont pas d'avis de reconstituer un organisme unique et de supprimer la scission...

« Cela a déjà eu lieu. En 1913, se fit *une première scission* qui eut comme chefs principaux Bolliet, de Lyon, secrétaire général du Syndicat du Rhône et vous, Vanverts, président de la Fédération du Nord. Cette scission dura jusqu'en 1919, année où se refit l'unité du Corps médical. En 1926, *deuxième scission* ayant pour chefs Michon, de Lyon, président du Syndicat du Rhône et vous Vanverts, président de la Fédération du Nord... Le premier organisme de scission s'appelait « l'*Union Nationale* » ... Le deuxième s'appelle « *La Fédération Nationale* » ... L'U.N. fit-elle « sa soumission absolue et sa rentrée sans condition dans le giron de l'Union en 1919 quand l'unité se refit ? Pas le moins du monde. Ce furent des confrères retour de voyage, qui rentrèrent à la maison. On se serra les mains et tout fut dit. Il en serait de même aujourd'hui si la F. N. faisait le même geste... *L'Union n'est à personne, elle est à tous les syndicats médicaux.* Et son président actuel n'est qu'un passant dont le plus cher désir, il l'a déjà écrit, est d'être un des bons ouvriers de la reconstitution indispensable du BLOC MÉDICAL UNIQUE — puis de rentrer dans le rang aussitôt...

« Vous voyez donc que si les quatre confrères que le Conseil de l'Union a désignés peuvent se réunir avec quatre confrères désignés par la F.N., il y aura un programme facile à tracer de préparation à un *Congrès de tous les syndicats médicaux de France.*

« Il faudra préparer, de commun accord, *un questionnaire* net et précis à tous nos Syndicats de façon à ce que leurs délégués se présentent au Congrès avec le mandat nécessaire pour les graves questions que nous aurons à traiter.

« Mais le premier geste à faire est la réunion entre les délégués de nos deux Conseils ? Ceux de l'Union sont prêts à la rencontre. Est-ce être

trop présomptueux que de penser qu'il en est de même du côté de la F.N. et que la réunion projetée est assurée et prochaine ?...

« C'est ce dont je serais heureux d'être promptement assuré de votre part.

« Et, en attendant cette bonne nouvelle, je vous prie, mon cher confrère, de croire à mes sentiments les meilleurs. »

Le président de l'Union :

Dr Fernand DECOURT.

***

Comme on a pu aisément s'en rendre compte, cette lettre, comme suite à la PROPOSITION d'un Congrès de tous les syndicats, renferme un PROGRAMME qui peut servir de base de discussion à la *Commission préparatoire du Congrès*, commission qui serait composée de quatre délégués de l'Union (ils sont déjà nommés) et de quatre de la Fédération — délégués qui devront avoir au cœur, en discutant, le *plus grand désir d'aboutir...*

Il faut en sortir. Ceux qu'on appelle les « dirigeants » de nos Groupements, ceux qu'on a *élus*, à qui on a fait confiance, devant le grand honneur, qu'on leur a fait, se doivent à eux-mêmes d'extirper le Corps médical du bourbier dans lequel nous pataugeons tous aujourd'hui..... Mais ce n'est pas en s'interpellant de loin, à la façon des héros d'Homère, ce n'est pas par des apostrophes de Bulletin, par des attitudes grandiloquentes et des gestes de gladiateurs qu'on arrivera à une stabilisation inébranlable. Il faut que les délégués des deux Groupements (j'allais écrire des deux camps) se réunissent — *et se réunissent plusieurs fois*, les cœurs désireux de s'entendre et les mains loyalement tendues...

Est-ce possible ?... Eh oui, parbleu ! Il y a quelques mois, une journée « d'entente cordiale » entre de tels délégués, avait ouvert de grandes espérances. On a brouillé les cartes ensuite, par une intransigeance de formules ... Et ce fut une *erreur de position* : il ne s'agit pas, en ce moment, de dire : « Ce que nous voulons, c'est telle ou telle chose et non pas telle ou telle autre ». Les membres de la future Commission mixte ne doivent se proposer qu'une mission, n'avoir qu'une seule ambition, à savoir :

Etablir un questionnaire net et précis, sans possibilité de confusion, permettant à toutes les opinions de se faire jour sur les questions primordiales actuelles (il n'y en a pas tant) — puis, laisser la parole à chaque Syndicat, qui fera entendre sa réponse par sa délégation au Congrès.

Autrement dit, ceux qui auront l'honneur et la responsabilité de préparer ce Congrès devront faire abstraction de leur personnalité, considérer toute chose objectivement et n'avoir qu'un seul but : *préparer une consultation loyale et précise du Corps médical français.*

Est-ce une utopie que de proposer un semblable programme ?

Dr Fernand DECOURT.

UN SYNDICAT MÉDICAL A-T-IL LE DROIT DE METTRE A L'INDEX UN MÉDECIN NON SYNDIQUÉ ?

Je tiens tout d'abord à bien établir une distinction précise entre la mise à l'index et l'exclusion.

Cette dernière pénalité est prononcée contre un membre du syndicat, après jugement régulier, selon les formes indiquées aux statuts.

Il faut, aux débats, apporter la preuve que l'accusé a violé les engagements qu'il avait souscrits, en demandant son admission au syndicat. L'enquête, l'organisation de l'assemblée générale disciplinaire, tout doit être conduit, conformément aux statuts.

Enfin, l'accusé doit être régulièrement convoqué, pour qu'il puisse librement présenter sa défense.

Cette pénalité de l'exclusion d'un médecin syndiqué entraîne la cessation complète de tous les rapports confraternels et professionnels avec les autres membres du syndicat, dès que la pénalité est devenue définitive, c'est-à-dire n'est plus susceptible d'opposition au défaut, ou d'appel devant les tribunaux de droit commun.

La *mise à l'index* frappe un non syndiqué. Les lois reconnaissent le droit absolu, pour tout travailleur, de ne pas faire partie du syndicat ; mais ce groupe professionnel a la possibilité de se défendre contre les agissements de confrères, qui, bien que n'appartenant pas au groupe corporatif, occasionnent un préjudice à ce dernier et à l'intérêt professionnel.

Cette pénalité consiste à agir, à l'égard du médecin mis à l'index, comme s'il n'exerçait pas la médecine.

Par conséquent, la seule différence qui existe entre ces deux mesures est uniquement la suivante : l'exclusion ne peut être prononcée que contre un membre du syndicat, alors que la mise à l'index ne peut viser qu'un médecin étranger au syndicat.

1° Un Syndicat médical a-t-il le droit d'exclusion ?

En prononçant, selon les formes requises, l'exclusion d'un de ses membres, le Syndicat peut

prononcer cette sentence, en tant que pénalité, contre un médecin qui aurait failli aux règles de la probité confraternelle et qui porterait ainsi atteinte au prestige moral de l'association.

Mais le groupe corporatif peut également, par cette exclusion, dénoncer le contrat synallagmatique qui existait entre la collectivité syndicale et l'adhérent.

En sollicitant son adhésion au syndicat, le candidat, déclare par écrit, qu'il a pris connaissance des statuts ; il contracte l'engagement de les respecter, ainsi que les décisions des assemblées générales.

De son côté, le syndicat promet à tous ses membres une protection aussi étendue que possible, pour la défense de leurs intérêts corporaux, ou particuliers à la région.

Il se forme ainsi un contrat bilatéral, que chaque partie doit observer.

Si le syndiqué estime cette garantie illusoire, s'il est mécontent de la marche générale du groupe et de ses tendances corporatives, il a le droit absolu de se retirer, quand bon lui semble, en adressant sa démission.

De son côté, le syndicat a parfaitement la faculté de décider que tel ou tel de ses membres, ayant violé ses engagements, ne doit plus être considéré comme faisant partie du groupe.

Mais, cette radiation ne peut se faire par simple lettre de démission, comme peut envoyer un adhérent : il faut qu'à la majorité prévue par les statuts, après un débat contradictoire, la rupture du contrat soit prononcée vis-à-vis du membre en cause.

Dans ces conditions, il s'agit en quelque sorte d'une mise en accusation d'un syndiqué par ses confrères ; ce praticien doit être mis à même de présenter sa défense et, si la majorité des adhérents estime qu'il a violé ses engagements syndicaux, la radiation est prononcée.

Il y a donc une nuance entre cette radiation et la démission : celle-ci, véritable retrait d'une individualité par rapport à la collectivité corporative, n'exige qu'une formalité restreinte : la lettre recommandée.

La radiation, au contraire, résultat d'une sorte de mise en accusation, suivie d'un débat contradictoire et d'un jugement, revêt plutôt l'allure d'une pénalité prononcée par le groupe contre une individualité.

La jurisprudence est abondante, décidant que le syndicat a le droit d'agir ainsi vis-à-vis de ceux de ses membres qui ont violé le pacte syndical.

En particulier, citons un jugement du tribunal civil de Lyon (3e chambre) du 19 novembre 1921 (*Gazette du Palais*, 12 janvier 1922 ; *Concours médical*, 1922-482).

« Un Syndicat, qui a mission de protéger l'intérêt collectif de la profession, envisagée dans son ensemble, possède le droit d'agir, non seulement contre les tiers, dont les agissements peuvent être préjudiciables à la profession, qu'il représente, mais encore contre ceux de ses membres qui, en violation du contrat syndical, causent un dommage aux intérêts de la collectivité.

« En adhérant aux statuts du syndicat, le syndiqué prend l'engagement de se conformer aux décisions régulièrement prises par l'assemblée générale et toute violation d'engagement se traduit, en cas de préjudice, par l'allocation de dommages-intérêts.

« Vainement prétendrait-on que l'application de ces principes, conformes à l'esprit de la législation sociale actuellement en vigueur, constitue une atteinte à la liberté individuelle, puisque l'adhésion au syndicat n'est pas obligatoire et que, d'autre part, le syndiqué conserve toujours le droit, s'il entend ne pas se plier à la décision prise, de se retirer du syndicat. »

Ces principes généraux ont été appliqués récemment à la profession médicale par un jugement du tribunal civil de Lille du 29 juillet 1925 (*Rev. Alsace-Lorraine*, 1925.105 ; *Concours médical* 1926.557).

« Attendu qu'il n'est pas douteux qu'un syndicat de médecins a qualité pour prendre des mesures de nature à défendre les intérêts professionnels de ses membres, tant au point de vue matériel que moral ; que, parmi ces intérêts figure celui d'assurer le respect des règles de confraternité et de correction, qui doivent exister entre médecins. »

A l'appui de notre thèse, nous donnons ci-après le jugement suivant :

Un jugement récent du tribunal civil de la Seine-Inférieure (section de Rouen, 4 avril 1927 ; DH. 16 juin 1927-346) décide, à propos d'une société médicale, que les associations jouissent, en principe, d'une entière liberté, pour fixer par leurs statuts et règlements intérieurs, les droits et obligations qui incombent à leurs membres.

« L'exclusion d'un membre peut être prononcée dès qu'il cesse de satisfaire aux engagements moraux et matériels qu'il a contractés en entrant dans l'association.

« Quand les statuts ne déterminent pas les cas d'exclusion des membres de la société et la procédure à suivre pour la prononcer, ou dans le cas où l'associé a commis des faits qui, sans entraîner expressément, d'après les statuts, son exclusion sont contraires aux obligations découlant pour lui de son entrée dans la société, son exclusion peut encore être prononcée, mais elle doit être demandée en justice.

« Les décisions des associations, qui peuvent porter atteinte aux droits des tiers ou des membres de l'association en prononçant par exemple leur expulsion, sont susceptibles d'appel. »

De tout ceci découle que, si mécontent d'avoir été exclu et ne s'inclinant pas devant la décision

de ses pairs, l'ex-syndiqué s'adresse aux tribunaux de droit commun, pour faire reviser la sentence, qui le frappe, les juges devront d'abord bien se pénétrer de l'esprit et de la lettre des statuts du groupe, faisant loi entre les parties contractantes (le syndicat et le syndiqué) vérifier ensuite si le médecin a eu toute liberté pour pouvoir présenter sa défense et s'il n'a pas été condamné, sans avoir été entendu ; enfin, si le motif, ayant provoqué la condamnation à l'exclusion, était compris dans le cadre des obligations que, par son adhésion au syndicat, chaque membre contracte par rapport au groupe corporatif et à ses confrères syndiqués.

Je ne saurais trop insister sur la question de forme : s'ils veulent faire besogne de justiciers, au point de vue professionnel, les médecins ne doivent pas se laisser guider par leurs passions et par les mouvements divers d'opinion d'une assemblée générale. Ils se transforment en juges : ils doivent en avoir la mentalité, la gravité.

Ils doivent également suivre à la lettre les prescriptions des statuts, ne rien omettre, ne rien faire à la légère, ou d'une manière précipitée.

Enfin les droits de la défense doivent être respectés : un médecin ne peut être exclu d'un groupe, sans avoir présenté ses moyens de défense.

De tout ceci, je conclus que le syndicat médical a parfaitement le droit d'exclure de son sein tout membre qui aurait violé les engagements, qu'il a pris, d'avoir à respecter les statuts et les décisions des assemblées générales.

2° Le Syndicat médical a-t-il le droit de prononcer une mise à l'index contre un non-syndiqué ?

La question devient plus délicate, parce qu'aucun contrat ne lie le non syndiqué au syndicat.

La législation sur les syndicats professionnels, formant actuellement le Livre III du Code du Travail et de la Prévoyance sociale, reconnaît à tout travailleur le droit absolu de ne pas faire partie du groupe corporatif, ou de s'en retirer quand bon lui semble, par l'envoi de sa démission.

Par conséquent, le non syndiqué est libre d'exercer sa profession, comme bon lui semble, en vertu des droits conférés par la loi des 2-17 mars 1791, sur la liberté du travail. Il n'est soumis à aucune obligation professionnelle, puisque la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, n'en a édicté aucune.

Enfin, on peut soutenir que, bien qu'il existe des règles de droit coutumier, régissant les rapports de confrères à confrères, règles auxquelles on a donné le nom de déontologie, ces coutumes professionnelles ne sont pas obligatoires. De qui sont-elles l'œuvre ? sûrement pas du législateur. Elles émanent des syndicats médicaux, qui n'ont pas le droit de légiférer.

A première vue, il semble donc que les groupes corporatifs médicaux soient désarmés contre les manœuvres déloyales de confrères malhonnêtes, ou trop individualistes et personnels.

Il n'en est rien et, à côté des règles de droit commun, qui permettent de poursuivre un mauvais confrère (en particulier, par application de l'article 1382 du code civil), les tribunaux reconnaissent aux syndicats le droit de défendre les intérêts corporatifs généraux.

La jurisprudence est bien fixée, à l'heure actuelle, en ce sens, que, pour défendre les intérêts matériels ou moraux de la profession, un syndicat a le droit de mettre à l'index un ouvrier non syndiqué, ou un patron. Mais cette mesure doit être prise en dehors de toute idée de malveillance et pour la seule défense des intérêts professionnels (Cassation, Chambre des Requêtes, 25 janvier 1905 ; *Gaz. Pal.* 1905.1.284).

Dans le même sens, Cour d'Amiens, 7 juillet 1910 (*Gaz. Pal.* 1905.2.807) et Cassation, Chambre des Requêtes, 29 juillet 1908 (*Gaz. Pal.* 1908.8.334).

Il s'agit de syndicats ouvriers mettant certains patrons à l'index, ou inversement des patrons mettant certains ouvriers en interdit.

Mais, condition importante, ces moyens de lutte corporative sont licites pénalement et civilement, quand ils sont employés, sans fraude, comme moyens pour la défense des intérêts professionnels.

Cependant, s'il ne s'agit nullement de la protection des intérêts professionnels, mais plutôt de l'intention de nuire, le syndicat serait pénalement et civilement responsable.

C'est ainsi que le tribunal de Charleville (Dalloz 1892.2.433) a condamné un syndicat ouvrier, qui avait mis en interdit un débit de boissons, uniquement parce que cet établissement recevait des ouvriers étrangers à l'association, ou qui en étaient sortis et parce que le débitant avait refusé d'expulser de son établissement les « rénégats ».

En ce qui concerne les syndicats médicaux, ils ont, comme tous autres groupes corporatifs, le droit de mettre à l'index des praticiens ne faisant pas partie de l'association, ou d'anciens syndiqués, s'étant retirés par démission.

Qu'il me suffise de rappeler le fameux procès de Toulouse, en 1910. Une rupture s'était produite entre le syndicat médical de Toulouse et la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Haute-Garonne, en vue de la fixation d'un tarif d'honoraires et de la liberté du choix de son médecin par le malade mutualiste.

Deux médecins, ne faisant pas partie du syndicat, avaient accepté les conditions des sociétés mutuelles, faisant ainsi échec à la campagne menée par les groupes corporatifs médicaux.

Ceux-ci mirent les deux confrères en interdit et

cette mise à l'index fut annoncée par lettre circulaire, envoyée à chaque adhérent, par insertion dans le Bulletin officiel du syndicat et de l'association corporative des étudiants de Toulouse, et même par placard facultativement affiché dans l'antichambre du cabinet des syndiqués, ainsi rédigée : « Le syndicat médical de Toulouse a dû, pour manquement grave aux règles de la profession, mettre à l'index les docteurs L et X. En conséquence, aucun de ses membres ne peut accepter de relations professionnelles avec eux. »

Estimant que le syndicat n'avait pas le droit de prononcer contre lui la mise à l'index, alors qu'il ne faisait point partie du groupe corporatif, et encore moins celui de faire publier cette mesure, ni surtout de la publier dans les termes où elle a paru, le Dr L. assigna le syndicat, comme ayant commis un acte abusif et vexatoire, générateur de responsabilité pour son auteur et de préjudice pour celui qu'elle atteint.

Dans ses conclusions en défense, le syndicat fit valoir que, préoccupé uniquement de la dignité du Corps médical et de l'intérêt des mutualistes eux-mêmes, dans la campagne qu'il avait entreprise auprès des sociétés de secours mutuels, pour leur faire partager ses vues, en ce qui concerne le relèvement des honoraires et la liberté du choix du médecin, il n'a poursuivi que la défense des intérêts généraux de la profession.

En la circonstance, le syndicat n'avait d'autre souci, ou préoccupation, que d'empêcher, par une mesure utile, nécessaire et légitime, comme la mise à l'index des dissidents, la défection de s'établir dans les rangs des médecins et de compromettre l'autorité morale des syndicats, gardiens des règles professionnelles, en même temps que la garantie que présente entre syndiqués et non syndiqués l'entente confraternelle, laquelle condamne l'isolement de celui qui, sous couleur d'indépendance, ou pour tout autre motif, se tient à l'écart ou lutte contre des décisions mûrement étudiées et réfléchies.

Les représentants du syndicat médical ajoutaient qu'il était indispensable de donner à la mesure prise une publicité suffisante, pour être portée à la connaissance des intéressés et qu'ils en ont avisé de la manière la plus discrète, au lieu de recourir à un affichage retentissant, médecins et clients, ceux-ci ayant avantage à être informés au cas où, par exemple, pour rappeler celui invoqué au cours des plaidoiries, il voudraient recourir à une consultation, que leur médecin traitant ne peut s'adjoindre le confrère mis à l'index.

Par jugement du 14 avril 1910 (*Concours médical*, 1910.724 ; *Gaz. Pal.*, 14 nov. 1910) le tribunal civil de Toulouse donna raison au syndicat, sur la question de principe :

« Attendu que, jusqu'à cette dernière partie, l'argumentation du syndicat et du docteur Parant procède d'aperçus exacts et de considérations judicieuses ; qu'il y alieu, pour le tribunal, de l'accueillir comme fondée, en raison, en droit et consacrée par la jurisprudence.

« Qu'elle légitime, à ce double titre, la mesure de la mise à l'index, prise contre un médecin, même non syndiqué, dont elle respecte la liberté de travail, qu'elle la soustrait au soupçon d'avoir été inspirée par un sentiment de rancune, ou d'autoritarisme, ou encore de bas intérêt ; qu'elle lui enlève toute pensée d'animosité ou de malveillance, à l'égard de celui qu'elle frappe et la dépouille, par l'absence constatée de la mauvaise foi, de tout caractère délictueux, dispensant ainsi le tribunal de rechercher si sa publication constitue, par l'emploi du procédé, une diffamation, ou une injure, suivie ou non de publicité et de se prononcer sur sa compétence ;

« Qu'elle ramène l'appréciation de la conduite des défendeurs sur le terrain de la faute du droit commun, au sens de l'article 1382 du code civil, ainsi d'ailleurs que toutes les parties en sont tombées d'accord à l'audience ;

« Attendu qu'à ce point de vue et pour les motifs qui viennent d'être donnés, il faut reconnaître que, dans l'espèce, l'interdit prononcé par le syndicat est licite, comme pris dans la sphère de son action et de ses attributions ; qu'on peut toutefois se demander s'il n'eut pas mieux agi en restreignant la publicité de la mesure aux seules circulaires adressées à ses affiliés et s'il était bien nécessaire, ou même utile que le public, qui n'a rien à voir, en fait, dans l'appréciation des questions, qui sont, en somme, par rapport à lui, d'ordre purement privé, fût mis au courant ;

« Qu'il convient, en effet, d'observer que l'hypothèse plus haut envisagée, comme pouvant le plus souvent intéresser le client, celle d'une consultation à laquelle il prendrait l'initiative d'appeler le médecin, mis à son insu à l'index, ne se produira presque jamais dans la pratique, qui veut, pour des raisons de convenance, que ce soit le médecin traitant qui guide le choix du confrère auquel la révélation de la mesure lui demandera de ne pas s'adresser, sans qu'il soit besoin que la connaissance qu'il a de la décision prise se double de celle du client ;

« Attendu que, dans tous les cas, il n'appartenait pas au syndicat de compromettre le caractère légitime en soi de la mesure, par la forme blessante du placard qui la faisait connaître et le choix, tout au moins imprudent de ces mots, alors qu'aucune explication n'était donnée : « manquement grave aux règles de la profession »; que de telles expressions, par leur formule équivoque et imprécise, exposaient le client, pénétrant dans le cabinet du docteur Parant, avec

la préoccupation d'esprit habituelle qui accompagne la visite chez le médecin et ne lui permettait pas de distinguer entre l'infraction aux règles de la profession et celle aux devoirs qu'elle comporte, à soupçonner le docteur L. d'avoir gravement manqué à ces dernières, en apprenant qu'il avait été frappé pour des raisons professionnelles graves, selon le commentaire donné par le syndicat lui-même dans sa circulaire précitée ;

« Qu'en présence d'un tel résultat, la faute des défendeurs, distincte et personnelle à chacun d'eux, apparaît certaine et donne ouverture à réparation, au profit du Dr L.

« Qu'il faut reconnaître toutefois que la divulgation de fait, licite en soi et dont la forme offensante seule a donné naissance à ce préjudice, n'a eu d'écho que dans les milieux fermés, celui des professionnels, qui lisent le bulletin de la Fédération médicale... »

Ce qui résulte de la lecture du jugement ci-dessus, c'est que le syndicat médical a parfaitement le droit de mettre à l'index un médecin non syndiqué, lorsque celui-ci, par son attitude, lèse les intérêts collectifs de la profession ; mais cette mesure disciplinaire doit rester dans le milieu professionnel et ne pas être publiée dans le monde profane.

La lutte doit demeurer sur le terrain corporatif et ne doit pas revêtir un caractère d'attaque personnelle, ayant comme but l'intention de nuire.

Si les médecins de Toulouse s'étaient bornés à publier leur décision dans le Bulletin de la Fédération, si cette sentence avait été portée à la connaissance des syndiqués, par circulaire envoyée sous pli fermé, le syndicat n'aurait pas outrepassé ses droits, si pareille mesure était inscrite aux statuts.

Mais le tort de nos confrères a été d'afficher la mise à l'index, par placards apposés dans le cabinet de consultation, ou dans la salle d'attente des médecins de la ville.

Ce faisant, ils ont porté un préjudice moral au Dr L., frappé d'exclusion, car le public ne pouvait pas savoir si les faits ayant motivé la condamnation étaient de nature purement professionnels, ou pouvant entacher l'honorabilité de droit commun du médecin.

Nous reviendrons plus loin, sur cette forme et sur la publicité à donner à la mise à l'index.

Un jugement du tribunal civil de Lille, du 29 juillet 1925 (*Concours médical*, 1926.557 ; *Rev. d'Alsace-Lorraine*, 1925.105) vient de reconnaître une fois de plus aux syndicats médicaux le droit de mettre un non syndiqué à l'index.

A la suite d'une faute d'ordre déontologique, un médecin avait été mis à l'index par le Syndicat médical de Lille. Par lettre circulaire, ce dernier avait informé ses adhérents de l'incident en les engageant à éviter tous rapports confraternels avec le délinquant.

Celui-ci fit appel à la justice et fut débouté de sa demande.

Notons que le médecin en question avait été mandé devant le bureau du syndicat, pour donner des explications sur les propos qui lui étaient attribués ; mais ce praticien répondit que, ne faisant pas partie du syndicat, il ne croyait pas utile de déférer à son invitation.

« Attendu qu'il n'est pas douteux qu'un syndicat de médecins a qualité pour prendre des mesures de nature à défendre les intérêts professionnels de ses membres, tant au point de vue matériel que moral ; que parmi ces intérêts, figure celui d'assurer le respect des règles de confraternité et de correction qui doivent exister entre médecins ;

« Attendu que les faits, dont le syndicat médical de Lille a été saisi, étaient de nature à porter une grave atteinte à ces règles ; que son intervention n'a pas eu d'autre but que de les faire respecter ; qu'elle était dès lors justifiée ;

« Attendu d'autre part, qu'il est inadmissible qu'un médecin puisse impunément tenir sur le compte d'un confrère au sujet de ses actes professionnels, des propos tels que ceux qui sont imputés au Dr M. ;

« Que le syndicat médical de Lille n'a pas outre passé ses droits, en signalant à ses membres l'attitude de ce dernier et en les invitant, par esprit de solidarité, à s'abstenir de rapports professionnels avec lui ;

« Attendu enfin qu'il n'est pas établi que le syndicat médical et son secrétaire, le Dr W, aient agi, vis-à-vis du demandeur, avec l'intention de lui nuire ; qu'ils ont, au contraire, agi vis-à-vis du demandeur avec toute la prudence désirable ; qu'au surplus, ce dernier ne justifie pas que l'envoi de la lettre dont il se plaint lui ait causé un préjudice quelconque ; que, dans ces conditions, il y a lieu de le débouter de sa demande. »

Publicité de la mise à l'index.

Si la jurisprudence reconnaît aux syndicats, à ceux des médecins en particulier, le droit de mettre à l'index certains confrères, ne faisant pas partie du groupe corporatif, encore faut-il que cette mesure disciplinaire ne revête pas, aux yeux du public, l'allure d'une représaille, inspirée par le désir de nuire.

La mise à l'index est un acte de défense, tout de discipline intérieure, sans manifestation aucune en dehors du syndicat : tel est, pour l'instant, l'esprit actuel de la jurisprudence.

Cependant, en matière non médicale, citons un jugement du tribunal civil d'Avignon, du 31 janvier 1906, réformé en partie par arrêt de la

Cour d'appel de Nîmes, du 30 janvier 1907 (*Gaz. Pal.*, 1907, 1.218).

Il s'agissait de la mise à l'index d'un patron par la Fédération des Travailleurs du Livre, mesure publiée par voie d'affiches.

« Attendu, disait le tribunal d'Avignon, que la mise à l'index, portée à la connaissance du public par voie d'affiches constitue, de la part d'un syndicat, un abus de ses droits ; qu'il lui suffit de faire connaître cette mise à l'index, soit dans une réunion de ses membres, soit par un avis du comité adressé à chacun de ses adhérents ; que l'opinion publique n'a pas à être tenue au courant des faits, qui relèvent seulement du syndicat ; que le syndicat n'a pas à faire de pression sur des ouvriers ne faisant pas partie du syndicat, ce qui arrive par la force même des choses, lorsqu'il y a publicité de la mise à l'index... »

Mais la cour de Nîmes ne fut pas de cet avis et, réformant cet attendu, elle inscrivit dans son arrêt :

« Attendu que la mise à l'index n'aurait ni but appréciable, ni portée utile, si elle demeurait ignorée des ouvriers syndiqués ; que, sans doute, pratiquement, il n'est pas nécessaire, pour la leur faire connaître, de recourir à la voie de l'affichage ; mais qu'en définitive, en usant de ce procédé de publication, on ne fait qu'employer un mode licite d'exécution d'une résolution, qui trouve elle-même son fondement dans la loi ;

« Attendu qu'en pareil cas, le droit d'affichage a sa source et sa limite dans l'exposé pur et simple des prétentions et des griefs respectifs des parties et que, si on l'accompagne de manœuvres dolosives, ou si l'affichage contient des imputations diffamatoires, calomnieuses ou injurieuses,, on transforme ainsi, de toute évidence, un acte, légitime dans son principe, en un délit, ou en un quasi-délit... »

La cour de Nîmes admet donc comme étant licite, la publicité de la décision syndicale, en dehors du groupe lui-même et de ses membres.

Un arrêt de la Cour de Paris, 1re Ch., 3 mai 1924 (*Gaz. Pal.*, 21 mai 1924) ne retient pas comme une faute le fait, pour un patron, d'avoir prévenu, par une circulaire adressée aux autres employeurs, que certains ouvriers, qu'il désigne nominalement, l'ont quitté et pour les mettre en garde contre les inconvénients qui pourraient résulter, au point de vue corporatif, de leur embauchage par des concurrents.

En attendant que la Cour de Cassation soit un jour appelée à trancher ce point, je conseille cependant aux syndicats médicaux une certaine prudence, en ce qui concerne la manière de faire savoir aux personnes non médicales la mesure de mise à l'index qui frappe un praticien.

La Cour suprême pourrait étendre à la profession médicale le droit de publicité qu'elle a déjà accordé à d'autres professions : un arrêt de la Chambre des Requêtes du 25 janvier 1905 (D. 1905.1.153) décide en effet :

« Lorsqu'un patron refuse d'accepter, dans leur ensemble, les conditions à lui proposées par un syndicat ouvrier, ce syndicat peut, sans engager sa responsabilité, faire par voie d'affiches, ou d'insertion dans les journaux, défense à ses membres de travailler chez ledit patron.

« Si, d'ailleurs, cette interdiction faite en dehors de toute pensée de malveillance et pour la seule défense des intérêts professionnels ... »

La question est grosse d'importance, car l'évolution de la sociologie oblige les travailleurs de tous ordres à s'unir, à se grouper dans des associations professionnelles. Celles-ci doivent défendre les intérêts de leurs adhérents et même ceux de la profession tout entière.

Pour assister aux tentatives de salariat, ou de fonctionnarisation, ces syndicats sont obligés de traiter de puissance à puissance, avec des collectivités publiques, ou privées, pour spécifier, par des conventions collectives, les modalités de travail et le paiement, tant comme mode, que comme quotité.

Quelles que soient les résistances de l'ancien individualisme, né de la Révolution française et institué par la loi du 2-17 mars 1791, sur la liberté du travail, le Corps médical est entraîné, comme toutes autres professions manuelles ou intellectuelles, vers une défense collective contre des menaces d'asservissement.

Si l'individu ne veut pas être broyé, domestiqué, il faut qu'il s'unisse aux autres professionnels, pour opposer la force syndicale à la puissance des employeurs divers.

Il est donc indispensable de pouvoir lutter tant au dehors qu'au dedans : d'où la légitimité de l'exclusion et de la mise à l'index et même des moyens de publication de ces pénalités.

Un jugement récent du tribunal civil des Bouches-du-Rhône (22 mars 1927) précise un certain nombre de points juridiques.

Deux syndicats médicaux existent à Marseille. Or un médecin appartenant à un syndicat refusa de se rencontrer en consultation avec un confrère parce que ce dernier appartenait à l'autre groupement professionnel, motifs pris qu'il devait se conformer aux décisions de son syndicat mettant à l'index tous les membres du groupe dissident.

Sur ce point les juges s'expriment ainsi dans leur jugement :

« Attendu tout d'abord qu'on est en droit de se demander jusqu'à quel point le syndicat des médecins peut prendre des mesures de rigueur telles que la mise à l'index à l'égard d'un confrère non syndiqué lequel n'a pas adhéré à ses statuts et par suite n'est pas tenu de se conformer à ses décisions du fait que celui-ci notam-

ment n'aura pas voulu accepter un tarif minimum d'honoraires ;

Que s'il en était ainsi ce serait mettre de non syndiqués sur le même pied qu'un confrère indigne comme ayant commis un acte délictueux et d'autre part arriver à un syndicat unique et obligatoire ;

Que cette opinion au reste ressort du rapport du professeur Grasset, de Montpellier, au Congrès international de médecine professionnelle de 1900 sur le devoir médical, rapport voté à l'unanimité des congressistes et dans lequel l'éminent praticien s'exprimait notamment ainsi : « Je n'accepte pas qu'on refuse un confrère comme consultant sur la seule raison qu'il s'est retiré d'un syndicat ou y a été mis à l'index. »

Qu'en effet, admettre le contraire serait d'une part enlever à un malade le droit imprescriptible de choisir un médecin en consultation et d'autre part créer à l'encontre du médecin évincé une atmosphère de méfiance des plus injurieuses ;

Attendu que, si à la vérité, quelques décisions de justice paraissent admettre le droit pour les syndicats de médecins en vue de la sauvegarde de leurs intérêts professionnels de rompre toute relation avec leurs confrères syndiqués ou non, ces décisions précisent néanmoins que dans aucun cas ce droit ne saurait aller jusqu'à placer ces derniers dans une situation d'infériorité vis-à-vis du public ;

Que par suite il y est indiqué que la façon dont il est fait usage de ce droit peut constituer une faute. (Toulouse 14 avril 1910. D. P. 1911. 5-7. — Grenoble 6 mai 1902 D. P. 1903 2-31). — Nîmes 28 février 1927 *Gaz. du Palais* 1907. 217) ;

Attendu, d'autre part, qu'on ne saurait contester qu'un médecin est absolument libre de se rendre ou non à l'appel d'un malade ; que rien ne peut l'y obliger, qu'il ait raison ou tort, que c'est affaire de conscience ;

Que toutefois, la responsabilité de ce médecin est engagée dès qu'il y a eu de sa part promesse écrite ou verbale de se rendre au chevet d'un malade (V. Brouardel : De la responsabilité médicale et du secret professionnel) :

Attendu qu'il résulte de ces considérations générales que si, à la vérité, le docteur B. avait estimé devoir se soumettre strictement à la décision du syndicat dont il fait partie, sans se préoccuper si cette décision, dans le cas actuel, ne constituait pas un manquement coupable à sa conscience professionnelle, *il n'avait qu'à refuser d'accepter la consultation qui lui était demandée sans toutefois en faire connaître les motifs* ;

Que ce refus non motivé ne pouvait en effet engager sa responsabilité ;

Que le fait, au contraire, de *refuser après avoir accepté* en donnant comme excuse les motifs susmentionnés portait un grave préjudice, tant au point de vue moral, qu'au point de vue médical et professionnel aux docteurs S. et F. et engageait sa responsabilité. »

Attendu toutefois, en ce qui concerne le montant de ce préjudice, que celui-ci apparaît surtout comme moral et encore assez restreint, ne s'étant pas étendu au-delà des limites de la profession médicale. »

Ce jugement comporte quelques réflexions : le tribunal fait un peu de sentiment, en s'appuyant sur une opinion du prof. Grasset, laquelle, remontant à près de trente ans, n'est plus de notre époque.

La jurisprudence et les mœurs corporatives ont évolué depuis lors et ce qui paraissait abominable, en 1900, n'est aujourd'hui considéré que comme une simple mesure de défense corporative.

Il ne m'appartient pas de prendre parti pour ou contre tel groupe professionnel : les praticiens sont absolument libres de se grouper à leur convenance. Mais si ces associations ennemies préfèrent la lutte à l'entente, elles ont le droit d'user, sans en mésuser, des libertés reconnues par le législateur et la jurisprudence.

Je ne puis préjuger de la décision qui interviendrait devant les juges d'appel (si ce jugement est porté devant la cour), ni de ce que pourrait être l'arrêt de la Cour de Cassation.

Les juges de Marseille considèrent que la mise à l'index est une pénalité qui ne doit être appliquée qu'en cas de manquements graves aux règles de la profession.

Le tout est de savoir si, en droit du travail, le fait d'appartenir à un groupe corporatif, destiné à mettre en échec les tendances d'un syndicat, n'autorise pas les deux collectivités à frapper mutuellement et réciproquement leurs membres d'interdit.

D'ailleurs, le tribunal de Marseille retient comme faute, à l'égard du Dr B., non pas d'avoir obéi aux décisions de son groupe, mais d'avoir fait connaître les motifs de son refus de se rencontrer en consultation avec son confrère mis en interdit :

« Attendu qu'il n'avait qu'à refuser d'accepter la consultation, qui lui était demandée, sans toutefois en faire connaître les motifs ;

« Que ce refus non motivé ne pouvait, en effet, engager sa responsabilité . . . »

Tout le procès est là : si le Dr B. avait simplement décliné l'invitation à se trouver en consultation avec un confrère mis à l'index par son syndicat, sans donner de raisons, il n'encourrait aucune pénalité.

Reste à savoir si, en l'état actuel de la jurisprudence, les juges d'appel, ou de Cassation auraient partagé le même avis.

Ce point de droit syndical est fort complexe, car il évolue avec l'accroissement de la place que

prennent les syndicats de divers ordres, pour l'organisation du travail, les modalités des conventions collectives et enfin le droit quasi-disciplinaire, indispensable pour la défense des intérêts collectifs de la corporation.

Du droit de défense.

Puisque l'exclusion ou la mise à l'index sont considérées comme des pénalités, il est nécessaire :

1° Que les motifs d'exclusion, ou de mise à l'index, soient prévus aux statuts du groupe ;

2° Que soit indiquée la juridiction qui prononcera ces pénalités ;

3° Que l'accusé soit mis à même de présenter sa défense.

C'est un principe inhérent au droit pénal français qu'aucune peine ne peut être prononcée, sans que l'accusé ait pu librement présenter ses arguments.

Il ne serait condamné par défaut que s'il était défaillant aux convocations qui lui seraient régulièrement faites, soit par lettres recommandées, soit par ministère d'huissier.

Un jugement du Tribunal civil de Marseille, du 21 octobre 1926, condamne à 500 francs de dommages intérêts le syndicat médical envers un de ses anciens membres.

Au moment où une campagne contre les sociétés de Secours mutuels pouvait aboutir, la dissidence de quelques confrères aurait été un obstacle à la victoire syndicale.

Sans que le Dr M. ait été convoqué régulièrement devant le Conseil de discipline du syndicat, il fut mis à l'index.

Mais, dira-t-on, le Dr M. ayant donné sa démission du syndicat, n'était plus justiciable de ce groupe.

Néanmoins, étant une pénalité, la mise à l'index ne doit être appliquée que lorsque le défendeur aura fait valoir les motifs qui ont dicté sa conduite. Il est libre de faire défaut ou de refuser de se présenter devant la juridiction professionnelle ; mais alors il n'aura plus le droit de soutenir que les agissements du syndicat lui ont porté préjudice.

« Attendu que le syndicat, inexactement renseigné, a eu incontestablement le tort de poursuivre, à l'encontre du demandeur, une campagne de dénigrement systématique et de prononcer contre lui une sorte de mise à l'index, en le considérant comme un dissident, un indésirable, un mauvais confrère, sans tenir compte des explications données par lui dans une lettre rectificative ;

« Attendu, d'ailleurs, que les faits reprochés au Dr M. eussent-ils été exacts, on peut se demander jusqu'à quel point un syndicat peut prendre des mesures de rigueur, à l'encontre d'un non syndiqué ; que, si le seul fait d'adhérer à un syndicat comporte l'engagement de se conformer aux statuts et aux délibérations régulièrement prises, qui deviendront la loi des parties, au même titre que toute autre convention valable, la même obligation ne s'impose pas aux membres, qui se sont retirés du syndicat ;

« Que si la loi du 21 mars 1884, qui autorise la constitution des syndicats professionnels, leur donne le droit de prendre toutes mesures opportunes, pour la défense de leurs intérêts corporatifs, l'étendue et les effets de ce droit sont nécessairement limités par la faculté naturelle et légale qu'a tout citoyen appartenant à une profession similaire de celle que défend le syndicat, de faire payer le travail qu'il fournit au taux qui lui convient. »

Le tribunal a eu raison de décider que le fait de mettre un médecin en interdit, sans lui avoir donné la faculté de se défendre, était générateur de dommages, dont le syndicat devait réparation ; mais il a mal jugé, lorsqu'il proclame le droit qu'à chaque citoyen de travailler, aux conditions qui lui conviennent, au mépris des règles syndicales.

Certes, la loi du 2-17 mars 1791 proclame cette liberté du travail ; mais le code du travail actuel permet aux syndicats de boycotter tous ceux qui font passer leur intérêt individuel et immédiat avant celui de la corporation tout entière.

Conclusions.

1° Les syndicats médicaux ont les mêmes droits et devoirs que les autres syndicats professionnels, régis par le Livre III du Code du Travail et de la Prévoyance sociale.

Il en résulte que ces associations professionnelles ont la faculté d'exclusion, pour tous les motifs prévus aux statuts, lorsqu'un membre du groupe a violé ses engagements.

2° Comme moyen de défense collective, le syndicat peut mettre à l'index un praticien non syndiqué, si les agissements de ce dernier sont de nature à porter préjudice à la profession tout entière, ou aux intérêts collectifs du groupe local.

3° Le praticien intéressé doit être mis à même de se défendre, soit en formulant par écrit ses observations, soit de toute autre manière. Si son audition doit avoir lieu devant une assemblée générale, ou devant le bureau, l'ordre du jour libellé sur la convocation doit annoncer expressément que l'affaire en question sera mise en discussion (tribunal civil de la Seine, 3e chambre, 13 février 1925 ; *Gaz. Pal.*, 30 août 1925, avec note ; voir également Tribunal civil de la Seine, 7 février 1921 ; Rec. *Gaz. Pal.*, 1921.2.339).

4° En aucun cas, ces décisions de radiation ou d'exclusion ne sont sans appel et les tribunaux, lorsqu'ils sont saisis d'une instance en cette matière, ont toujours le droit — et un droit souverain d'appréciation — de vérifier si la peine a été

justement et régulièrement appliquée, tant en la forme qu'au fond.

La clause des statuts, suivant laquelle aucun recours ne peut être exercé devant les tribunaux, contre les décisions des comités ou des assemblées générales, transformées ainsi en juridictions sans appel, est contraire à l'ordre public (Cour de Cassation, 23 juin 1860 ; D. 1860.1. 243 ; Cassation, 1 6 juin 1872 ; D. 1872.1.172 ; Tribunal civil de la Seine, 4 février 1907 ; *Gaz. Pal.*, 25 avril 1907 ; Trib. civil de la Seine, 17 décembre 1907 ; *Gaz. Pal.*, 9 janvier 1908 ; Consulter Dalloz, Répert. prat., v° Association, n° 95 et suiv. Tribunal civil de la Seine, 13 février 1925 ; *Gaz. Pal.*, 30 août 1925 ; tribunal civil Seine, 4 avril 1927 ; D. . H., 1 6 juin 1927.346).

Mais, qu'il me soit permis, non plus en juriste, mais en confrère, de me demander si les syndicats médicaux ont choisi la bonne méthode, en se faisant mutuellement la guerre et en se mettant en interdit, pour des désaccords de doctrine, soit même pour de simples questions de personnes.

La guerre, tant sur les champs de bataille, que devant les tribunaux, affaiblit toujours les combattants. Or, les adversaires du Corps médical sont nombreux ; ils ont besoin de notre division, grâce à laquelle ils pourront nous imposer des tarifs rabaisiens, ou des contrats individuels de travail, véritables salariats.

Demain, la loi sur les assurances sociales forcera les caisses et les mutualités à s'aboucher avec les groupes corporatifs médicaux, pour régler les conditions du travail médical.

La mystique de la liberté, de l'entente directe est séduisante, à la condition qu'il soit possible, aux syndicats médicaux, de mettre en interdit tous les confrères, qui traiteront directement avec les caisses et consentiront à être leurs salariés.

Les syndicats locaux auront à lutter contre les faméliques de la profession, qui, pour vivre, accepteront n'importe quoi de n'importe qui.

Ils devront également s'opposer à ce que les assurés sociaux ne deviennent la proie des cliniques et officines louches, qui ont tant déconsidéré notre profession, en matière d'accidents du travail et de réformés de guerre.

Nos groupes professionnels auront donc beaucoup à faire : aussi des arbitrages ne seraient-ils pas possibles, pour régler ces différends syndicaux, pour rétablir la concorde et l'union, pour faire un front unique, tant pour la France entière que pour les villes et régions ?

Un arbitrage permettrait d'apaiser des conflits, qui affaiblissent le Corps médical, d'autant que les étrangers à notre profession, ne sachant plus quel est le groupe corporatif orthodoxe, contracteront avec le syndicat médical, qui fera les conditions les plus avantageuses.

L'ère des sous enchères va-t-elle donc s'ouvrir et, pour ne pas avoir voulu rester uni, le Corps médical s'acheminera-t-il vers un salariat plus ou moins déguisé ?

Faisons front unique, pour débattre nos conditions de travail vis-à-vis des collectivités publiques, ou privées, qui font appel à notre art ; faisons front unique contre les médecins, qui commercialisant notre profession, emploient toutes sortes de procédés pour faire rapidement fortune, *per fas et nefas*. Mais vidons au plus vite nos querelles, en en confiant la solution à des jurys d'honneur, ou à des tribunaux d'arbitrage ; puis, organisons la manière d'exercer la médecine, à la manière de demain, lorsque les assurances sociales, pour leur fonctionnement, exigeront l'érection de maisons de cure et de diagnostic, où seront donnés, d'une manière intensive, les soins aux assurés sociaux.

Ces maisons de cure auront-elles la liberté de choisir leur personnel médical à leur gré, ou traiteront-elles avec les syndicats médicaux ? Profitant de nos divisions, le Sénat nous impose de soigner les assurés sociaux hospitalisés pour rien !

Syndiqués, vous aurez l'exercice de votre profession tel que vous le mériterez !

Dr Paul BOUDIN.

LA MÉDECINE ET LA SANTÉ PUBLIQUE

Ce qu'en dit un médecin américain :

« ...Nous avons parfaitement confiance dans « tous les spécialistes de l'Hygiène publique qui « sont légitimement spécialisés. Nous avons la « méfiance la plus naturelle pour ces avocats, ces « politiciens, ces hommes d'affaires, ces prédicateurs, et toutes ces bonnes dames qui seraient « inoccupées si elles n'étaient pas vaguement et « assez étourdiment groupées en « social workers », lesquelles et lesquels n'ont aucune formation préalable, et aucune intelligence des « questions auxquelles nous avons voué de tout « notre cœur notre préparation et notre vie. »

L'auteur s'élève contre l'article d'un de « ces travailleurs en santé publique » qui assurait dernièrement que le médecin praticien est bon pour soulager les individus, mais qu'il n'a pas intérêt à prévenir les maladies.

« Je suis sûr que l'individu qui a avancé cette « niaise affirmation si dénuée de fondement n'a « jamais eu un médecin de famille. Le médecin « de famille est l'ossature même et le nerf de

« toutes les méthodes de prophylaxie efficiente...
« ...Le médecin ne s'oppose pas au véritable « progrès médical ; mais une amère expérience « lui a appris à considérer avec une grande pru- « dence les élucubrations de bafouilleurs sans « expérience, sans jugeotte, sans responsabilités « et souvent sans scrupules en fait de pratique « médicale et hygiénique. Le médecin praticien « est lent à enregistrer les théories déraisonna- « bles, à sauter à pieds joints dans les panacées, « à contracter cette hystérie qui ne manque pas « de se développer, en cas d'épidémies, parmi « les grandes masses de gens inoccupés. »

On a dit aussi que le médecin n'est pas un bon homme d'affaires. Il faut le reconnaître avec grâce. « Les récentes révélations de l'impôt sur « le revenu l'ont prouvé définitivement....

« Les malentendus qui se sont produits entre « notre profession et les organisations sociales « à propos d'hygiène publique sont presque « toujours apparus quand on nous a demandé « d'oublier notre acquis scientifique, ou quand « on a brutalement ignoré notre code de morale. « Sommes-nous prêts à biffer les articles de « notre Déontologie ? Si oui, j'aime mieux pla- « quer la médecine, devenir explorateur au Pôle, « archéologue en campagne, oui, mais docteur ! « ah ! non ! jamais plus ! Il n'y a pas de raison « pour qu'on n'observe pas les lois de notre « morale professionnelle pas plus en hygiène « publique que dans n'importe quelle autre de « nos spécialisations... »

L'auteur affirme qu'il a la prétention de connaître avec précision les membres de la profession médicale dans la grande ville qu'il habite (New York). « Je connais peu de coquins dans « notre profession (I know few rascals) ; j'en « connais très peu qui ne portent pas leur valeur « professionnelle aussi haut que leur vie même. « Je ne connais pas de praticiens qui ne consa- « crent une grande partie de leur temps à des « charités sans rémunération et largement se- « crètes. Je connais très peu de médecins qui ne « lisent pas nos publications courantes, et qui, « malgré les prix toujours plus élevés, ne se pro- « curent pas les livres types indispensables, de la « médecine moderne. Je connais peu de docteurs « qui n'essayent pas de se tenir au courant des « choses de leur temps. J'en connais très peu qui « meurent enrichis ; j'en connais beaucoup qui « le seraient, s'ils pratiquaient leur profession « comme une affaire (as a business).

....Pourquoi le médecin renâcle-t-il parfois vis-à-vis de certaines activités ou organisations d'hygiène publique ? « Il renâcle devant les « infirmières qui font besogne de médecins, fai- « sant diagnostic, dictant des traitements que « le médecin de famille envoie promener ! Vous « l'en blâmez ? Il renâcle devant le fonction- « naire mal payé de l'Etat qui, par la grâce de « son inexpérience minimise l'inspection médi- « cale dans les écoles. Il renâcle aussi devant les « vaccinations septiques à la grosse et autres « pratiques évidemment malfaisantes mais par- « faitement légales. Il renâcle devant le dia- « gnostic à la vapeur de quelque employé de « l'Etat, à propos d'un cas qu'il a probablement « consciencieusement et longuement étudié ! Il « renâcle quand on veut lui imposer des traite- « ments qu'il sait être, d'après les journaux et les « sociétés scientifiques, encore dans la phase de « l'expérimentation....

.... La médecine publique ne peut divorcer « d'avec la médecine privée sinon pour le plus « grand dam de toutes les deux. ».... Profes- « sionnellement il n'y a pas de médecine publi- « que qui puisse réussir si elle ne reçoit pas « l'endos du praticien moyen... »

Extrait d'une conférence faite le 24 mars 1927 à Chicago, par le Dr Harlow Brooks, publiée par le *Journal of American medical Association* du 2 juillet 1927.

Dr Edgard Leroy.
de St-Rémy-en-Provence (B.-du-R.).

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

CENTENAIRE DE VILLEMIN

Programme des cérémonies.

Samedi 15 octobre 1927.

15 heures : Réception des délégués et adhérents au Val-de-Grâce. Remise des Pochettes.

17 heures : Réception à l'Hôtel-de-Ville.

21 heures : Cérémonie au Grand Amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. Gaston Doumergue, Président de la République et sous la présidence de M. André Fallières, Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. — Villemin. Son œuvre expérimentale et son influence sur l'évolution de la phtisiologie moderne par M. le professeur Calmette. — La vie et le caractère de Villemin, par M. le Médecin-Inspecteur Savornin, Directeur du Service de santé de l'Armée au Ministère de la Guerre. — Adresses de MM. les Délégués officiels des Gouvernements étrangers.

— Allocution du Ministre. — Grand festival artistique.

DIMANCHE 16 OCTOBRE 1927.

« La Journée de la tuberculose ». — Séances au Val-de-Grâce à 9 heures et à 15 heures. (Consulter le programme spécial, publié dans le numéro 39 du *Concours médical*, 25 sept.

LUNDI 17 OCTOBRE 1927.

15 heures : Séance solennelle au Val-de-Grâce, sous la présidence de M. Paul PAINLEVÉ, Membre de l'Instiut, Ministre de la Guerre. — Villemin à Strasbourg et au Val-de-Grâce, par M. le Médecin-Inspecteur DOPTER, Direc teur de l'Ecole d'Application du Service de santé militaire. — L'œuvre scientifique de Villemin et ses conséquences pratiques, par M. le professeur Léon BERNARD. — Allocution du Ministre. — Visite au buste de Villemin et de l'exposition des souvenirs du Savant. — Visite du Musée du Val-de-Grâce (1).

MARDI 18 OCTOBRE 1927.

10 heures : Inauguration de la plaque commémorative offerte par la Société des Elèves et Anciens Elèves du Val-de-Grâce et apposée sur la façade de l'immeuble portant le N° 31 de la rue de Bellechasse où Villemin a vécu jusqu'à sa mort.

15 heures : Séance solennelle à l'Académie de Médecine, sous la présidence de M. Edouard HERRIOT, Ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts. — Villemin et la médecine de son temps par M. le professeur ACHARD, Secrétaire perpétuel de l'Académie. — Villemin et la notion de contagion dans l'infection tuberculeuse, par M. le professeur Fernand BEZANÇON. — Allocution du Ministre.

20 heures : Banquet à l'Hôtel du Palais d'Orsay, sous la présidence de M. Paul PAINLEVÉ, Membre de l'Institut Ministre de la Guerre (75 francs). — Une plaquette artistique, en bronze, de Villemin sera offerte à chaque souscripteur au banquet.

Les cérémonies commémoratives auront lieu également le dimanche 9 octobre 1927, à Bruyères (Vosges) devant le buste de Villemin, le dimanche 23 octobre 1927, au cimetière de Pont-de-Cassé (Lot-et-Garonne) où Villemin est inhumé, et à une date qui sera fixée ultérieurement, à l'hôpital Villemin de Nancy (hôpital de tuberculeux.)

N. B — Le Comité d'organisation a pour présidents MM. le professeur CALMETTE et le Médecin-Inspecteur DOPTER ; et pour secrétaires généraux MM. le professeur LETULLE et le Médecin-Inspecteur SAVORNIN, Directeur du Service de santé au Ministère de la guerre. Parmi les membres figure le D[r] G. DUCHESNE, rédacteur en chef adjoint du *Concours médical*.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

A. P. I. M.

ENQUÊTE (C)

sur

L'ASSURANCE-MALADIE

principalement au point de vue médical et ses diverses modalités en chaque pays

Fascicule 1

Table des Matières

(1) Le Musée du Val-de-Grâce sera ouvert aux adhérents pendant toute la durée des fêtes du Centenaire.

***

Nota. — Il nous a semblé utile d'unifier les diverses monnaies en un tableau, sinon absolument exact au point de vue financier, puisque changeant chaque jour, du moins suffisamment approximatif pour qu'on puisse se rendre compte des valeurs monétaires pouvant être citées au cours de cette enquête. Nous avons pris comme base le dollar américain.

Un dollar des Etats-Unis d'Amérique vaut environ en :

Pays	Valeur	Monnaie	Pays	Valeur	Monnaie
Allemagne	4,34	reichs marks	Japon	11,10	yens
Autriche	24,51	schillings	Lettonie	5,11	lati
Belgique	7,12	belgas	Lithuanie	sans cours	
Brésil	40	milreis	Luxembourg	39,60	francs
Bulgarie	143,56	levas bulg.	Norgege	3,87	couronnes
Canada	1	dollar	Pérou	0,273	livre
Chili	8,5	pesos	Pologne	7,09	zlotys
Danemark	3,73	couronnes	Portugal	1,71	escudos
Espagne	4,20	pesetas	Roumanie	164,80	lei
France	25	francs	Suede	3,73	couronnes
Grande-Bretagne	4	schillings	Suisse	5	francs suis.
Grèce	76	drachmes	Tchécoslovaquie	33,70	couronnes
Hollande	0,25	florin	U. R. S. S	5,15	roubles sov.
Hongrie	8	pengos	Uruguay	1,13	peso
Italie	18,48	lire	Yougoslavie	56,80	dinars

Introduction.

Ainsi que le dit son titre, la présente *enquête* est faite « *principalement au point de vue médical* ». Sans doute, dans la première partie, intitulée « *questions générales* », nous sommes sortis du côté « médical » de l'assurance. Mais il nous aurait semblé faire œuvre mutilée que d'amputer ce travail de cette première partie. Elle décrit, en effet, ce qu'est « en général » l'assurance-maladie dans chaque pays : quels en sont les bénéficiaires, obligatoires ou facultatifs, quels frais elle couvre, etc..... Avant de montrer quelle végétation médicale l'assurance-maladie a fait fleurir dans les pays où elle est en vigueur, il nous a semblé indispensable de faire connaître le terrain sur lequel cette efflorescence avait poussé. De même, au sujet de la gestion des Caisses : comment comprendre les relations actuellement existantes — et aussi à réclamer dans l'avenir, peut-être — entre les Caisses et le Corps médical si nous ne connaissons rien du fonction-

nement administratif de ces Caisses de maladie. Comment juger, sans cette connaissance, la possibilité pour elles, avec un peu de bonne volonté, de donner au Corps médical une part d'influence, et la place qu'il mérite, au grand profit des assurés eux-mêmes ?.....

Mais ces quelques incursions en dehors du terrain purement médical étant faites, nous nous sommes cantonnés, pour le reste, dans ce qui est du ressort même du médecin praticien et ce qui, en réalité, seul lui importe. Nous n'avions pas, en effet, à l'A.P.I.M. à étendre notre étude à *toutes* les questions internationales qui se posent, à l'occasion de l'assurance-maladie, comme sur un sujet quelconque. C'est là le rôle et le but du *Bureau international du travail*, à Genève, le B.I.T. : nous l'avons déjà fait observer plusieurs fois. Notre propre sphère d'action est déjà suffisamment étendue et nous sortirions de nos statuts, en agissant autrement. C'est pourquoi aucune des 65 *questions* posées, dans notre circulaire n° 5, n'était inutile, par rapport à l'exercice de l'art médical dans l'ambiance des lois d'assurance-maladie. Et c'est, d'après les réponses mêmes fournies par nos confrères que nous avons pu dresser : *a*) une série d'exposés d'ensemble ; *b*) une étude détaillée par pays. Nous soumettons aujourd'hui ces travaux à l'appréciation des groupements nationaux de l'A.P.I.M.

Ce travail n'est pas complet. Il l'est beaucoup plus que nous le craignions, au début, mais beaucoup moins que nous l'aurions désiré. La cause en est dans le manque de réponses de certains correspondants que nous avons attendus vainement jusqu'en *juillet*, alors que l'envoi de la circulaire n° 5 est du 17 *février*. Nous complèterons cette enquête dans un deuxième fascicule, l'année prochaine. A ce moment, nous serons nous-mêmes, à titre de correspondant français en état de donner des renseignements sur la loi d'assurance-maladie qui est, à l'heure actuelle, en instance devant notre Parlement. On trouvera la France représentée, néanmoins, dans ce premier fascicule : c'est que la loi d'assurance-maladie est déjà en vigueur, depuis de longues années, dans les trois départements de l'Alsace et de la Lorraiene et que c'est de ces départements qu'il s'agit, ainsi qu'il sera spécifié chaque fois, pour éviter toute erreur. De même, on trouvera la Hollande qui n'a également qu'un projet de loi d'assurance-maladie : mais notre correspondant Fortuyn nous a répondu en partie en se basant judicieusement sur ce qui existe déjà depuis longtemps, en assurance-accidents, ainsi que sur certains points qui semblent acquis dans la future loi. Comme on le voit, Hollande et France seront à nouveau représentées dans le deuxième fascicule à côté des pays dont les correspondants ont trop tardé à nous répondre , et aussi des pays notés dans ce premier fascicule , mais dont les correspondants auront jugé utile de nous envoyer soit des *rectifications*, soit des *précisions supplémentaires*.

Notre enquête était déjà à peu près terminée, lorsque nous avons eu le plaisir de recevoir du B. I. T. les « épreuves avant tirage » du magistral travail, qui vient d'être exécuté à Genève, concernant également la loi d'assurance-maladie en tous pays. Là, elle est considérée *sous toutes ses faces*, comme il appartenait au B. I. T. de le faire. ainsi que nous le disions plus haut. C'est avec le vif intérêt, que l'on peut penser, que nous avons examiné ce travail. Nous en avons profité en ce qui concernait notre partie *spéciale* pour comparer les renseignements recueillis par le B. I. T. et ceux fournis par nos confrères, lorsque la chose était possible, ce qui n'était pas fréquent, les points de vue se montrant, le plus souvent, nettement *différents*.

« Pourquoi différents ?..... » se demandera-t-on, puisqu'il s'agit d'un même sujet. Voici pourquoi :

Certains chapitres étaient analogues. De ceux-là nous avons profité en tirant d'eux, parfois, quelques suppléments d'information. Mais combien rares !..... C'est que le B. I. T. faisait une enquête sur *tous* les rouages de l'assurance-maladie, y compris les questions administratives, financières, de statistiques, etc. , dont la plupart étaient en dehors de la sphère d'étude dans laquelle nous nous sommes cantonnés. Quant à ce qui concerne le service médical, cette fois nous avons eu la satisfaction..... (oui ! nous l'avouons), l'égoïste satisfaction de nous rendre compte que précisément cette partie de l'enquête du B. I. T. n'était qu'esquissée, à côté du travail si complet et si profondément fouillé dans les autres chapitres.

Ceci démontre clairement que ce que nous avaient dit nos aimables interlocuteurs, lors de notre voyage à Genève, était foncièrement exact..... *Notre A. P. I. M. peut fournir au B. I. T. les renseignements médicaux qui lui ont manqué jusqu'ici.* Le grand organisme de Genève pourra donc puiser dans cette enquête (C) des renseignements et des aperçus utiles, de même que nous pourrons toujours puiser dans les siennes. C'est la démonstration lumineuse de l'utilité des échanges de documents dont nous avions convenu à Genève. En écoutant nos interlocuteurs du B. I. T., Vuilleumier et nous-même, nous n'en doutions pas : nous l'avons dit dans l'enquête (B). Mais, nous sommes heureux de le constater aujourd'hui, par la pratique même, et de le faire constater à certains de nos correspondants de l'A. P. I. M. qui auraient pu continuer à rester sceptiques sur l'utilité de la collaboration — si précieuse pour nous cependant — entre le B. I. T. et l'A. P. I. M.

En terminant, il nous reste un devoir agréable à remplir. C'est de remercier les correspondants qui ont bien voulu accepter la lourde charge de répondre à l'interminable questionnaire que nous leur avions adressé. Nous avons, dans cette enquête, le plaisir de constater que les réponses faites, si nombreuses cependant (65 au lieu de 18 dans l'enquête (A), furent beaucoup plus précises, plus fournies, plus détaillées que la première fois. C'est une constatation que nous faisons ici avec une satisfaction qui, nous en sommes persuadés, sera partagée par nos confrères car elle est de bon augure pour les enquêtes futures et pour l'utilité même de l'action de notre grand groupement international.

Dr F. DECOURT.

P. S. — Cette fois nous n'avons pas donné, comme dans l'enquête (A), nos *sources d'information*, c'est-à-dire les noms et titres de nos correspondants. La raison en est bien simple : ce sont *les mêmes* que pour l'enquête précédente, à laquelle il suffira de se reporter suivant chaque pays indiqué.

(Toutefois, à ce sujet, nous avons à signaler un *erratum* : il fut causé par une interposition qui s'est glissée à propos du nom du correspondant de Hongrie. On lui a donné les noms et titres du correspondant bulgare. Il faut donc lire, page 4 de l'enquête (A) :

« **Hongrie.** — Dr J. IMRE, président de l'Union des médecins de Hongrie ».

F. D.

A. — QUESTIONS GÉNÉRALES.

1° — Des diverses Lois d'Assurances sociales dans chaque pays avec les dates de début et des principales modifications.

NATIONS	ASSURANCE MALADIE	ACCIDENTS DU TRAVAIL	VIEILLESSE	DÉCÈS non compris les allocations funéraires.	CHÔMAGE
ALLEMAGNE ...	Industrie : 15 juin 1883. Commerce : 1885 Agriculture : 1886	5 mai 1886 (invalidité 22 juillet 1889).	19 déc. 1912	Néant	en projet
AUTRICHE	1888-1921				
BULGARIE	1918-6 mars 1924	6 mars 1924	6 mars 1924	Néant	1926
CHILI	1924				
DANEMARK	1892-1895 1921	1898-1916- 1920 (invalidité 6 mai 1921)	7 août 1922	Néant	1907-1921
FRANCE	en projet	9 avril 1898 1905-1922	14 juillet 1905	en projet	en projet
FRANCE : Alsace et Lorraine	1883-19 juillet 1911	1889-1er janvier 1914	1891-1914	Néant	Néant
GRANDE - BRETAGNE	1906 à 1926	1880	1908-1925	Néant	1920-1926
GRÈCE	1922-1923				
HOLLANDE	en projet	1901	1919	Néant	1919
HONGRIE......	1891				
JAPON	1922				
LETTONIE	1922	1922	Néant	Néant	en projet
LITHUANIE	1925				
LUXEMBOURG ..	1901				
NORVÈGE	1911-1925	1896	Néant	Néant	Néant
PORTUGAL.....	1919				
ROUMANIE	1912				
TCHÉKOSLOVAQUIE	1919	1887 à 1897 9 oct. 1924	1854-1892) 11 juillet 1922	en projet	Néant
U. R. S. S.	(1912-1918) 1922	1922	1922	en projet	1922
YOUGOSLAVIE .	(1910) 1922				

2° Assurés obligatoires et facultatifs dans l'assurance-maladie.

Nations	Conditions requises par les assurés : Obligatoires	Facultatifs
Allemagne	Tous salariés : ouvriers, employés, domestiques, apprentis. Comme intellectuels : professeurs, percepteurs, mais pour ceux-ci jusqu'à un salaire de 2.700 Rmks par an.	*a)* Anciens obligatoires. *b)* Petits patrons jusqu'à revenu de 2.700 Rmks et n'ayant pas plus de 2 employés. *c)* Membres de la famille du petit patron, travaillant avec lui.
Autriche	Tous salariés, sans limite de gain — sauf les artisans et travailleurs indépendants.	*a)* Anciens obligatoires. *b)* Petits patrons.
Bulgarie	Tous ouvriers, employés, petits patrons jusqu'à gain de 2.000 francs suisses.	*a)* Anciens obligatoires. *b)* Fonctionnaires. *c)* Commerçants. *d)* Professions libérales jusqu'à 60.000 levas.
Danemark	Pas d'assurance obligatoire (on verra plus loin les détails).	Toutes personnes de ressources modestes sans distinction d'occupation.
Esthonie	Tous salariés sans limite de gain — sauf domestiques et travailleurs à domicile.	Non indiqué.
France : Alsace et Lorraine	Tous salariés ayant un gain de moins de 10.000 francs français par an.	*a)* Anciens obligatoires. *b)* Toute personne (non salariée) ayant un gain ou un revenu de moins de 10.000 francs
Grande - Bretagne	*a)* Tous travailleurs manuels au-dessus de 16 ans. *b)* Tous autres travailleurs (non-manuels) jusqu'à gain de 250 livres par an.	*a)* Anciens obligatoires assurés pendant deux ans au moins. *b)* Ceux autorisés par le Ministre de la santé. *c)* Ceux facultatifs avant la loi de 1898 — mais jusqu'à un maximum de 160 livres par an.
Grèce	Tous ouvriers, employés, domestiques.	*a)* Anciens obligatoires. *b)* Travailleurs à domicile.
Hollande	Dans l'assurance accident, tous ouvriers.	Néant.
Hongrie	Tous salariés jusqu'à un gain de 24 millions de couronnes...	*a)* Anciens obligatoires. *b)* Artisans indépendants. *c)* Petits patrons mais tous jusqu'à un maximum de gain de 8.400.000 couronnes.
Japon	Tous salariés des fabriques ou des mines seulement — jusqu'à un gain de 1.200 yens.	Anciens obligatoires seulement.
Lithuanie	Tous salariés, sauf les ouvriers agricoles et les indépendants — jusqu'à une limite de gain de 4.800 litas.	*a)* Anciens obligatoires. *b)* Ouvriers agricoles jusqu'au maximumde 6.000 litas.
Luxembourg	Tous salariés, sauf fonctionnaires, travailleurs à domicile — jusqu'à limite de gain de 3.600 fr. suisses.	*a)* Anciens obligatoires. *b)* Petits patrons. *c)* Travailleurs à domicile. *d)* Domestiques, limite de gain 2.500 fr. suisses.

Conditions requises pour les assurés

Nations	Obligatoires	Facultatifs
Norvège	Tous salariés, sauf les non manuels ayant un gain annuel de 6 mille kroners.	a) Anciens obligatoires. b) Tous autres dont le gain ou le revenuest inférieur à 1.800 couronnes dans les villes à 1.600 dans les campagnes.
Pologne	Tous salariés sans limites de gain, ainsi que stagiaires et apprentis. Mais pas les ouvriers agricoles, les fonctionnaires (sauf Posnanie) jusqu'à un gain de 7.500 zlotys.	a) Anciens obligatoires. b) Tous autres jusqu'à un maximum de salaire ou revenu de 7.500 zlotys.
Roumanie	Tous salariés, petits patrons et apprentis, dans l'industrie — mais pas les ouvriers agricoles ni employés de commerce.	Non indiqué.
Tchékoslovaquie.	Toute personne travaillant de façon suivie d'après un contrat de travail.	a) Anciens obligatoires seulement.
U. R. S. S.	Tous salariés, sans limites de salaire, sauf l'ouvrier agricole unique d'un petit patron et les travailleurs occasionnels.	Néant.
Yougoslavie ...	Tous salariés, sans limites de salaire, sauf l'ouvrier agricole et les petits artisans travaillant à domicile.	a) Anciens obligatoires. b) Fonctionnaires. c) Ouvriers à domicile.

3° Extension de l'assurance-maladie à la famille.

I. — Pays où cette extension n'est pas légalement obligatoire.

Allemagne. — L'extension n'est pas instituée par la loi, mais un certain nombre de caisses-maladie la pratiquent comme prestation *facultative*, en l'introduisant dans leurs statuts particuliers. Toutefois, elle est obligatoire dans les *mines*. En réalité les 9/10[es] des membres des familles d'assurés sont bénéficiaires de l'assurance-maladie. Mais la situation n'est pas identique partout : certaines caisses accordent le traitement médical intégral et les médicaments, d'autres seulement le traitement médical, d'autres une partie seulement de ce traitement médical, etc., etc.

Bulgarie. — Egalement prestation *facultative* par inscription dans les *statuts*, mais jusqu'ici extension *nulle* « les ressources de l'assurance n'y pouvant encore suffire ».

France. (*Alsace et Lorraine*). — Prescription *facultative* par inscription dans les statuts. Mais le nombre des caisses accordant cette extension grandit chaque jour : de 40 % des caisses en 1919, il est actuellement de près de 90 %.

Grande-Bretagne. — Aucune extension légale, sauf pour accouchement de la femme d'un assuré. Cependant, certaines caisses accordent les soins médicaux sur leurs réserves (secondary or additional benefits). Mais, c'est rare et, en tous cas, n'existe dans aucune des « sociétés approuvées ».

Luxembourg. — Prestation *facultative* par inscription dans les *statuts*. Très différente suivant les caisses, allant de la nullité absolue, à la gratuité partielle et jusqu'à l'extension complète des soins à toute la famille.

***

II. — Pays où cette extension est légalement obligatoire.

Autriche. — Elle est obligatoire depuis peu de temps seulement.

Pour les familles d'employés, d'après la loi du 29 décembre 1926 et pendant 78 semaines pour la même maladie, mais sans limite pour les soins donnés au dispensaire.

Pour les familles d'ouvriers, d'après la loi du 1[er] avril 1927, mais seulement pendant 26 semaines.

Hollande. — Le projet de loi actuel sur l'assurance-maladie propose l'extension de l'assurance à toute la famille.

Hongrie. — Obligatoire pour la famille, depuis 1907, pendant une durée de 20 semaines, portée à un an depuis 1919.

Lettonie. — La famille a les mêmes droits aux soins que les assurés, mais les bénéficiaires dans ce cas, en payent une partie, les caisses ne pouvant, pour ces frais spéciaux, dépasser le tiers du montant des cotisations perçues.

Lithuanie. — Mêmes remarques que pour la Lettonie.

Norvège. — La famille a les mêmes droits aux soins que les assurés, sauf pour les soins à l'hôpital dont le paiement par la caisse est facultatif. Mais cette réserve, dans la pratique, n'a pas grande importance.

Pologne. — Extension obligatoire, mais pendant un maximum de 13 semaines, dans ce cas, au lieu de 26. A part cette réserve, la famille a les mêmes droits aux soins que les assurés (médecins, médicaments, hospitalisation, traitement dentaire, sanatoria, etc.).

Portugal. — Extension obligatoire à la famille, après, toutefois, comme les assurés, un stage de trois mois, lors de l'affiliation à la Caisse.

Roumanie. — Extension obligatoire pour tous soins médicaux. Quant aux médicaments, ils sont accordés gratuitement dans l'Ardéal et la Bukovine. Mais ils ne le sont pas (parfois fournis à prix réduits) dans la Roumanie ancienne et la Bessarabie.

Tchékoslovaquie. — La famille a les mêmes droits que les assurés et cela pendant un maximum d'une année.

U. R. S. S. — La famille de l'assuré a exactement les mêmes droits que lui-même.

Yougoslavie. — Extension des soins obligatoires à la famille jusqu'à un maximum de 26 semaines pour la même maladie. Mêmes droits que l'assuré aux soins médicaux, médicaments, etc.

4° Pourcentage des Assurés

Nations	Population totale	Assurés obligatoires	%	Extension à la famille	%	Assurés facultatifs
Allemagne...	62.500.000	18.300.000	29.2	40.000.000	64	1.600.000
Bulgarie.....	5.500.000	180.000	3.3	non extension	»	1.000
Danemark....	3.267.000	Néant	»	non indiqué mais % donné	62	1.417.000
France : Alsace-et-Lorraine.	1.800.000	386.000	21.4	900.000	50	53.000
Grande-Bretagne.......	44.000.000	15.600.000	37	non extension	»	indiqué « très petit »
Hollande.... (projet)	7.500.000	1.700.000 (d'après la taxation)	22.6	6.800.000	90.6	non connu
Hongrie......	8.000.000	750.000	9.3	non indiqué	»	non indiqué
Japon........	58.500.000	1.900.000	3.2	non indiqué	»	non indiqué
Lettonie.....	1.857.000	145.000	7.8	240.000	12.9	Néant
Norvège.....	2.600.000	600.000	23.8	1.820.000	70	15.000
Pologne......	28.500.000	1.650.000	5.8	2.550.000	9	2.000
Tchékoslovaquie.......	14.000.000	2.600.000	19	10.000.000	73.5	56.000
U. R. S. S.	144.000.000	8.000.000	5.5	non indiqué	»	Néant
Yougoslavie .	13.000.000	500.000	3.8	non indiqué	»	3.000

Quels frais couvre l'Assurance-Maladie

Nations	Médecine générale et spéciale	Pharmacie	Appareils	Hospitalisation	Préventorium et sanatorium	Opérations	Accouchements
Allemagne...	oui	oui	petits accessoires	légalement non en pratique oui	non	oui	oui
Autriche.....	oui	oui	oui	en pratique souvent	parfois	oui	oui
Bulgarie.....	oui	oui	oui	oui	oui	oui (hôpital)	oui
Chili.........	oui	oui	?	oui	?	oui	oui

Nations	Médecine générale et spéciale	Pharmacie	Appareils	Hospitalisation	Préventorium et sanatorium	Opérations	Accouchements
Danemark....	oui	pour les 3/4	petits accessoires	oui	oui	oui	oui
France : Alsace-et-Lorraine.	oui	oui	petits accessoires	oui	oui	oui	oui
Grande-Bretagne......	oui sauf spéciale	oui	petits accessoires	si société riche	oui comme pour tous les citoyens	petite chirurgie puis hôpital	oui
Hollande.... (proj.)	oui	oui	petits accessoires	non	non	non	oui
Hongrie.....	oui	oui	petits accessoires	oui	?	?	oui
Lettonie.....	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Lithuanie.....	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Luxembourg..	oui	oui	petits accessoires	oui	oui	oui	oui
Norvège.....	oui	*non*	petits accessoires	oui	oui	oui	oui
Pologne......	oui	oui	petits accessoires	oui	?	oui	oui
Portugal.....	oui	oui	?	oui	?	oui	oui
Roumanie....	oui	oui	?	oui	oui	oui	oui
Suisse.......	oui	oui	petits accessoires	oui	oui	oui	oui
Tchékoslovaquie.......	oui	oui	petits accessoires	oui	oui	oui	oui
U. R. S. S......	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Yougoslavie .	oui	oui	petits accessoires	légalement non en pratique oui	non	oui	oui

6° — De la limite d'âge dans l'assujettissement obligatoire à l'Assurance-Maladie.

Nations	Limite d'âge	Modalités diverses de passage a d'autres assurances
Allemagne...	Pas de limite	L'assurance-maladie fonctionne quel que soit l'âge, même malgré une incapacité permanente partielle. Et cela tant que l'assuré peut encore gagner au moins le 1/3 du salaire normal des personnes de sa profession dans la même région. *Une rente vieillesse* (autre assurance) est payée à partir de 65 ans. Mais les diverses assurances étant autonomes le passage *direct* de l'assurance-maladie à l'assurance vieillesse ou à l'assurance-invalidité n'existe pas.
Bulgarie.....	60 ans	Le passage légal à une assurance-vieillesse n'est pas encore réglé. Toutefois la loi prévoit qu'à 60 ans, on peut recevoir une *retraite* à condition de n'avoir aucune ressource et que la capacité de travail soit diminuée d'un tiers. Mais la conservation du droit aux *soins* n'est pas prévue.
Danemark....	Pas de limite	
France (Alsace et Lorraine)	Pas de limite	
Grande-Bretagne......	70 ans (à partir du 1er janv. 1928 65 ans).	Passage *direct* à l'assurance-vieillesse avec retraite et conservation, jusqu'au décès, du droit aux soins médicaux. *Nota* : limite à l'entrée : 16 ans.

NATIONS	LIMITE D'AGE	MODALITÉS DIVERSES DE PASSAGE A D'AUTRES ASSURANCES
HOLLANDE .... (projet)	non fixée encore	Le passage serait *direct* à l'assurance-vieillesse mais sans conserver le droit aux *soins*, à titre, du moins, de l'assurance-maladie.
LETTONIE	Pas de limite	Il n'y a pas de loi d'assurance-vieillesse.
NORVÈGE	Pas de limite	*Nota* : limite à l'entrée 15 ans.
TCHÉKOSLOVAQUIE	Pas de limite	Toutefois, à 65 ans (et dans les mines à 55 ans) l'assuré obligatoire a une *retraite* suivant certaines conditions d'âge et de cotisations.
U. R. S. S.	Pas de limite	Provisoirement, l'assurance-vieillesse ne fonctionne pas encore, mais les vieillards ont tous droit aux soins gratuits.

(A suivre).

LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE SÉNAT

Suite des Débats

Séance du 30 *juin* 1927.

M. LE PRÉSIDENT. — « 4. En cas d'abus, la caisse poursuit le remboursement des frais inutiles. » — *(Adopté.)*

« 5. Les conventions passées entre la caisse et les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins sont soumises à une commission tripartite, fonctionnant au chef-lieu, composée par tiers, de représentants des caisses, des groupements professionnels, et, pour le dernier tiers, de représentants de l'office des assurances sociales. Sauf pour le contrôle du service médical, elle est chargée en outre de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales. En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel devant la section permanente, les litiges qui naîtraient, entre les parties contractantes, de l'application desdites conventions. » — *(Adopté.)*

Voici maintenant le nouveau texte modifié du début de l'article 7.

« 1. La caisse exerce un contrôle général sur l'ensemble des services, les administrations hospitalières, sur leurs établissements. Les syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes, soit sur la demande de la caisse, soit sur leur propre initiative, la façon dont les services techniques sont assurés. »

Il y a cette fois accord sur le texte dont je viens de donner lecture ?...

M. MILLIÈS-LACROIX. — Je l'accepte.

M. LE PRÉSIDENT. — Je le mets donc aux voix.

(Ce texte est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — Avant de consulter le Sénat, je donne une nouvelle lecture de l'article 7 :

« 1. La caisse exerce un contrôle général sur l'ensemble des services, les administrations hospitalières sur leurs établissements. Les syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes, soit sur la demande de la caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés.

« 2. Tout bénéficiaire de l'assurance-maladie dois se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectueront en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

« 3. Si une contestation s'élève entre l'assuré et le médecin, en ce qui concerne l'état de maladie, ou si la caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, l'état du malade est apprécié par une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix. S'il s'agit d'incapacité permanente, ce troisième médecin sera un médecin expert désigné par le président du tribunal civil.

« 4. En cas d'abus, la caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

« 5. Les conventions passées entre la caisse et les syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins sont soumises à une commission tripartie, fonctionnant au chef-lieu, composée par tiers de représentants des caisses, des groupements professionnels, et, pour le dernier tiers, de représentants de l'office des assurances sociales. Sauf pour le contrôle du service médical, elle est chargée en outre de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales. En particulier, elle arbitrera, sous réserve

d'appel devant la section permanente, les litiges qui naîtraient, entre les parties contractantes, de l'application desdites conventions. »

Je mets aux voix l'ensemble de l'article 7.

(L'article 7 est adopté.)

Séance du 5 juillet 1927

M. LE PRÉSIDENT. — Le Sénat va délibérer maintenant sur l'article 59 (*assentiment*) pour lequel la commission propose la nouvelle rédaction.

« Art. 59. — 1. Les personnes qui peuvent avoir droit aux prestations accordées par la présente loi en cas de maladie ou d'invalidité n'auront pas la faculté de se réclamer du bénéfice de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

« 2. Les femmes assurées qui ont droit aux prestations en cas de maternité ne peuvent se réclamer des dispositions des lois des 17 juin et 30 juillet 1913, des 23 janvier et 4 décembre 1917 et du 24 octobre 1919 sur l'assistance aux femmes en couches.

« 3. Toutefois, pour les personnes inscrites sur la liste d'assistance médicale gratuite, le pourcentage des frais médicaux et pharmaceutiques restera à la charge de ce service. »

MM. Emile Sari, Gallet et Labrousse demandent au Sénat la suppression de cet article.

La parole est à M. Sari.

M. Emile SARI. — Messieurs, nous avions déjà, au nom de la commission de l'administration générale, appelé l'attention de la commission sur le danger que l'application de cet article peut faire courir aux petits salariés, bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite, qui deviendront des assurés obligatoires aux termes de la présente loi.

Ces assistés jouissent actuellement de la gratuité tout aussi bien en ce qui concerne les frais pharmaceutiques et les frais médicaux que les frais d'hospitalisation. Or, la loi actuelle va les obliger à contribuer à tous ces frais. Certes, une modification introduite par la commission met ces frais supplémentaires à la charge de l'assistance médicale gratuite. Tout de même une question se pose. L'assuré sera-t-il obligé de verser quand même la part qui lui revient et sera-t-il ensuite indemnisé par l'assistance médicale gratuite ? Ou bien sera-t-il déchargé de tout versement et l'assistance médicale gratuite versera-t-elle directement aux caisses d'assurances la part qui incombe à la contribution de l'intéressé ?

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, la commisssion a été très frappée de la justesse des observations que lui a présentées sur ce point M. Mauger. Il est certain que l'assuré pendant les cinq premiers jours, c'est-à-dire avant qu'il ait perçu le demi-salaire, et aussi les personnes qu'il couvre, se trouvent tenus de participer pour un certain pourcentage dans les frais médicaux et pharmaceutiques. Ceci est encore plus vrai et plus sérieux peut-être pour les femmes en couches. Il y a là une question digne de retenir votre attention. La commission croit avoir trouvé le moyen de la résoudre.

Pour les personnes inscrites à l'assistance médicale gratuite, le pourcentage des frais médicaux et pharmaceutiques, restera à la charge de ce service. Comment ? Le règlement le dira.

En tout cas, aux termes des dispositions proposées par votre commission, ces personnes très intéressantes, assurées ou couvertes par les assurés, vont être délivrées de ce souci.

M. MAUGER. — Sur cet article 59, j'avais déposé deux amendements, et je serais bien heureux que M. le président voulût bien en donner communication.

M. LE PRÉSIDENT. — Je donne lecture des amendements présentés par MM. Mauger, Dauthy, Mounié, Reboul, Pajot, Dartheyre, Cornand et Emile Sari :

« Ajouter à la fin de l'alinéa 1er de l'article 59, la disposition suivante :

« Toutefois, celles des personnes qui, au jour de la promulgation de la loi sur les assurances sociales, étaient inscrites sur les listes d'assistance médicale gratuite et bénéficiaient de ce fait des avantages de la loi du 15 juillet 1893, pourront se réclamer du bénéfice de ladite loi pour la portion des frais médicaux et pharmaceutiques mise à leur charge par l'article 4, alinéa 5, de la présente loi, tout au moins pendant les cinq jours durant lesquels l'assisté n'a droit de toucher aucune indemnité de salaire. »

« Ajouter à la fin de l'alinéa 2 de l'article 59, la disposition suivante :

« Toutefois, les femmes assurées qui, au jour de la promulgation de la loi sur les assurances sociales, étaient inscrites sur les listes d'assistance aux femmes en couches, pourront, en ce qui concerne la portion des frais médicaux et pharmaceutiques laissée à leur charge par l'article 4, alinéa 5, de ladite loi, réclamer le bénéfice de la législation sur l'assistance aux femmes en couches. »

M. MAUGER. — Messieurs, j'avais déposé cet amendement parce qu'ainsi que notre collègue M. Sari, j'avais été très frappé de la situation suivante : il y a à l'heure actuelle 727.000 inscrits sur les listes d'assistance médicale gratuite et 320.000 inscrites sur la liste d'assistance aux femmes en couches. Je néglige les unités.

L'article 59, dans son premier paragraphe qui nous est proposé dit :

« Les personnes qui peuvent avoir droit aux prestations accordées par la présente loi en cas de maladie ou d'invalidité, n'auront pas la faculté de se réclamer du bénéfice de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite. »

Aujourd'hui, les inscrits sur la liste d'assistance médicale gratuite ont droit aux frais médicaux et pharmaceutiques. Dans le texte qui nous est proposé, ils ne pourront plus se réclamer de ce droit parce qu'ils seront inscrits obligatoirement — j'appelle votre attention là-dessus — comme assurés-salariés sur la liste des assurés des assurances sociales.

Ceux qui étaient inscrits sur la liste d'assistance

médicale gratuite recevront bien, en vertu de l'article 4, paragraphe 5, les soins médicaux et pharmaceutiques, mais avec cette réserve qu'ils auront à payer sur les frais médicaux et pharmaceutiques, 20 ou 15 p. 100 du montant de la dépense. Il en sera de même en ce qui concerne les frais d'hospitalisation.

Donc, loin de donner à ces assurés un avantage sur leur situation actuelle, vous leur enlevez au contraire l'avantage que leur donne la loi de 1893, puisque, s'ils demeuraient sous le régime de cette loi, ils n'auraient rien à payer, alors que, sous le régime de la nouvelle loi, vous leur faites payer 15 ou 20 p. 100 des frais, en dehors des retenues effectuées, obligatoirement, sur leur salaire.

Ce que nous demandons, c'est que ces 15 ou 20 p. 100 des frais ne soient pas mis à leur charge et qu'ils puissent, pour cette part seulement, revendiquer le bénéfice de l'assistance médicale gratuite, si la commission d'assistance a jugé bon de les inscrire sur la liste de l'assistance médicale gratuite. De la sorte, ces assistés ne seront pas mis dans une situation inférieure à celle qu'ils avaient au moment où vous les avez obligés à entrer dans l'assurance sociale.

Tel est le but de notre premier amendement. Il est nécessaire que vous conserviez aux assurés le bénéfice de l'assistance médicale gratuite, au moins pendant la période de cinq jours — j'attire votre attention sur ce point — qui a été fixée comme délai de carence et pendant laquelle vous n'accordez rien aux malades au titre de l'assurance sociale, ceux-ci restant obligés de subvenir à la totalité de la dépense pendant ces cinq jours.

Le deuxième amendement concerne les femmes en couches. Cet amendement a le caractère suivant : aux termes de la loi sur l'assistance aux femmes en couches, la femme en couches inscrite sur la liste d'assistance a droit, d'une part, aux soins médicaux et pharmaceutiques, et, d'autre part, à une indemnité journalière. Par la loi que nous votons, nous lui donnerons l'indemnité journalière, mais nous l'obligeons à intervenir pour 15 ou 20 p. 100 dans la dépense des soins médicaux et pharmaceutiques. Dans ces conditions, la femme en couches se trouve, elle aussi, placée dans un réel état d'infériorité comparativement à la situation que lui fait la loi d'assistance.

C'est pour rectifier ces deux erreurs que j'ai demandé que les personnes inscrites sur les deux listes dont je viens de parler et qui sont appelées à bénéficier des avantages, soit de l'assistance médicale gratuite, soit de l'assistance aux femmes en couches, n'aient pas à supporter le pourcentage des frais médicaux et pharmaceutiques quand elles sont dans les situations prévues par la loi de 1893 et la loi d'assistance aux femmes en couches. Cette part serait supportée par l'assistance médicale gratuite, qui rembourserait aux caisses ou aux médecins les sommes que l'assuré devrait verser à ces derniers. C'est une simple question de réglementation intérieure. Voilà dans quelles conditions j'ai déposé les deux amendements que je vous demande de bien vouloir adopter.

M. le Président. — La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. — Messieurs, ainsi que vous avez pu vous en rendre compte, notre ami M. Mauger a complète satisfaction. Le nouveau texte proposé va même au delà.

Nous visons tout d'abord l'assuré inscrit sur la liste d'assistance médicale gratuite, qui, durant le délai de carence, doit participer aux frais médicaux et pharmaceutiques, et surtout les personnes que cet assuré couvre, lesquelles auraient à payer indéfiniment ces participations. Pour les femmes en couches et dans les cas d'hospitalisation, il y a vraiment des situations dignes d'intérêt. Or, nous spécifions dans le texte nouveau : « Toutefois, pour les personnes inscrites sur la liste d'assistance médicale gratuite, le pourcentage des frais médicaux et pharmaceutiques restera à la charge de ce service. »

Par conséquent, la situation est claire et satisfaisante.

M. François-Saint-Maur. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. François-Saint-Maur.

M. François-Saint-Maur. — Messieurs, je rends hommage à l'intention de notre collègue M. Mauger, et à la satisfaction que lui a donnée la commission.

Je me permets simplement de signaler qu'il va y avoir tout de même quelque chose de singulièrement compliqué dans le jeu enchevêtré de la loi d'assistance médicale gratuite et de la loi d'assurances. Si l'on peut comprendre, dans une certaine mesure, que l'on maintienne la loi d'assistance médicale gratuite pour ceux qui ne sont pas directement assurés et ne touchent pas le demi-salaire — compensation extrêmement importante qu'apporte la loi nouvelle par rapport à la loi ancienne — il n'est pas moins vrai que cela concerne également l'assuré, et les termes généraux du nouveau texte dont a donné connaissance M. le président de la commission me paraissent en effet viser également l'assuré.

Par conséquent, si nous laissons aux municipalités le soin d'inscrire les familles d'assurés et de maintenir tout le service d'assistance médicale gratuite, qui, nous le savons, a donné lieu à des erreurs et à quelques abus, nous allons presque faire un appel à l'inscription sur les listes. En tout cas, avec l'attribution du demi-salaire, nous accordons une compensation très large à l'assuré. Elle n'existe pas, il est vrai, pour ceux que couvre l'assuré, comme dit M. le président de la commission. Mais je vois des difficultés considérables, d'ordre administratif, à ce chevauchement des deux lois, particulièrement en ce qui concerne les les femmes en couches. Remarquez bien que dans le texte actuel, vous donnez non seulement à l'assurée mais aussi à la femme de l'assuré une allocation, une indemnité journalière, qui sera servie pendant six semaines, alors qu'elle ne l'est actuellement que pendant quatre semaines.

M. LE RAPPORTEUR. — A l'assurée seule.

M. FRANÇOIS-SAINT-MAUR. — ... sauf en cas de grossesse pathologique. Voilà une disposition intéressante qui met la femme de l'assuré à l'abri des difficultés. Mais je crains beaucoup, je n'hésite pas à le dire, que dans ce chevauchement des deux lois, vous n'alliez à des difficultés d'ordre administratif qui seront considérables et qui pourront donner elles-mêmes a lieu quelques abus.

M. GALLET. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Gallet.

M. GALLET. — J'ai signé avec M. Sari l'amendement qu'il a développé tout à l'heure, parce que tous les deux nous étions inquiets de la situation de certains ouvriers à très petits salaires, qui, malgré la loi d'assurances, resteront des indigents, M. François-Saint-Maur vient de nous dire que la loi sur les assurances sociales leur donnait cependant certains avantages. Mais ceci représente bien peu de chose à côté des charges qui pèseront sur leurs épaules. Il s'agit de petits salariés, de ces gens qui sont diminués au point de vue physique ou intellectuel, qui sont employés par certains patrons presque par pitié.

Ils sont tenus, en vertu de la loi sur les assurances sociales, de faire un versement pour avoir droit aux diverses prestations. Mais du fait de la loi d'assistance médicale gratuite, ils ont droit, jusqu'à présent, aux soins médicaux et pharmaceutiques, non seulement pour eux, mais pour leur famille. Or, il y a un fait brutal dont j'ai pu faire l'expérience pendant le long exercice de ma profession de médecin ; c'est que ces ouvriers à petits salaires, ces indigents, sont habituellement chargés de famille. C'est sur ce point que j'appelle l'attention de notre collègue, M. François-Saint-Maur, qui montre tant de sympathie pour les familles nombreuses.

Ces personnes demandent donc le médecin et le pharmacien non seulement pour elles, mais pour leurs enfants. Si vous ne leur appliquez pas des dispositions particulières, qu'arrivera-t-il ? Malgré leur salaire extrêmement réduit, elles seront obligées de cotiser pour des sommes très élevées, de 20 ou 25 p. 100, pour les soins médicaux et pharmaceutiques. Ce sera un effort disproportionné à la rémunération qu'elles reçoivent.

Aussi, je me permets d'insister beaucoup pour que le Sénat accepte le nouveau texte de la commission, qui nous donne entière satisfaction, tout au moins sur le fond, car je crois qu'au point de vue administratif, au point de vue de la réglementation, il y aura des difficultés. J'aurais préféré que l'on maintint à ces salariés le droit d'être inscrits sur les listes d'assistance médicale gratuite. C'eût été beaucoup plus simple.

Je me permets, messieurs, d'insister sur une difficulté qui peut survenir. Vous avez décidé, dans l'article 4, que, dans certains départements, les médecins pourront réclamer des assurés le versement immédiat de leurs honoraires. Quelle sera la situation de ces petits salariés dont je parle et qui seront obligés de faire l'avance des honoraires du médecin ? J'aperçois là de grandes difficultés, tandis que si l'on maintenait ces petits salariés à l'assistance médicale gratuite, ils n'auraient qu'à remettre leurs bulletins au médecin comme ils le font maintenant ; ce serait beaucoup plus simple pour eux et aussi beaucoup plus juste. Je me permets donc d'insister pour que la commission veuille bien améliorer encore son texte pour éviter ces inconvénients.

M. Paul STRAUSS. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Strauss.

M. Paul STRAUSS. — Messieurs, notre collègue M. François-Saint-Maur regrette le chevauchement d'une législation sur l'autre. Il est impossible qu'il en soit autrement, tout au moins dans la période transitoire. Lorsque nous avons élaboré la loi de 1910, si imparfaite, nous avons été obligés de la raccorder avec celle de 1905 sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables. La situation sur laquelle MM. Mauger, Gallet et Chauveau viennent d'appeler l'attention du Sénat est des plus intéressantes.

M. François-Saint-Maur, avec raison, a fait allusion à ce que j'appellerai la compensation de la prestation en argent du demi-salaire. Mais cette prestation, pour les futures mères et pour les jeunes mères, est compensatrice du salaire perdu. On la leur accorde non dans leur intérêt, mais pour que leur grossesse vienne à terme et que l'enfant soit conservé au foyer et allaité.

En ce qui concerne les frais médicaux et pharmaceutiques, c'est dans le délai de carence, c'est-à-dire pendant cinq jours pour lesquels il n'y a pas de compensation, pas de prestations en argent, qu'il y a lieu d'atténuer la participation des petits assurés à ces frais médicaux et pharmaceutiques ; cette participation est une charge trop lourde pour l'intéressé puisqu'elle va jusqu'à 15 et 20 p. 100 de la dépense, sans parler du pourcentage pharmaceutique.

Ce qui est vrai pour le malade, l'est davantage encore pour la femme en couches. Cette dernière relève, au titre des frais médicaux et pharmaceutiques, de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Il y a là, par conséquent, un inconvénient sérieux pour la maternité.

Les frais d'accouchement peuvent être lourds ; la prestation en argent de repos probable et d'allaitement maternel a un autre objet.

Il est indispensable, ne fût-ce qu'à titre transitoire — et nous serons amenés à y revenir — d'accepter le texte de la commission qui donne en grande partie satisfaction à l'amendement de M. Mauger. Nous ne pouvons pas y échapper et, si nous ne le faisons pas, nous risquerions d'affaiblir la propagande nécessaire et tout opportune à la croisade en faveur de la natalité. Il ne faut pas que les charges supplémentaires soient accrues, alors que les ménages à ressources limitées souffrent déjà lourdement de la cherté de la vie.

Voilà pourquoi il convient d'accepter le texte de la commission ; il servira sans doute à l'ajustement de

deux régimes et à l'application bienfaisante de la loi d'assurances sociales. (*Très bien ! très bien !*)

M. Emile SARI. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Sari.

M. Emile SARI. — Messieurs, je me serais volontiers rallié au texte proposé par la commission, si, toutefois, un point d'application pratique ne m'avait encore arrêté.

Dans les cas, par exemple, d'hospitalisation, les tarifs ne seront pas les mêmes. Les tarifs de l'assistance médicale gratuite seront moins élevés que ceux de l'assurance sociale. Dans l'occurrence, comment envisagez-vous ce réajustement entre les deux caisses ; comment voyez-vous l'assistance médicale gratuite apporter sa part contributive à la redevance qui doit être versée par l'assuré ? Ne voyez-vous pas là, monsieur le rapporteur, des difficultés très grandes et ne vaudrait-il pas mieux laisser les municipalités libres d'appliquer la loi d'assistance à ceux des assurés qui leur paraissent les plus méritants, tandis qu'en seraient exclus ceux qui, d'aprè s elles, n'auraient pas droit à l'assistance ?

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr BOURGEOIS, de Champagnole (Jura). — M. le Dr THEVENY, député de l'Aube.

— **Ecole de sérologie.** — Fondation de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, l'Ecole de sérologie de la Faculté de Médecine de Paris, dont l'enseignement donnera lieu à l'attribution du diplôme de sérologie de l'Université de Paris, a sa direction scientifique remise à un Conseil composé de MM. les professeurs H. Roger, doyen de la Faculté de médecine ; Jeanselme, Léon Bernard, Couvelaire, Nobécourt ; le professeur agrégé Gougerot ; Louis Queyrat ; G. Milian, président et vice-président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien et médecin des hôpitaux ; Cavaillon, adjoint technique au ministère du travail et de l'hygiène ; Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT, qui comprendra 43 leçons réparties comme suit : 15 conférences d'application à la clinique et 28 séances de travaux pratiques.

A. *Conférences d'applications à la clinique.* — 1° Histoire et signification des réactions de fixation de Bordet-Gengou et de Bordet-Gengou-Wassermann ; 2° réaction de B.-W. au point de vue du diagnostic de la syphilis acquise ; 3° rôle de la réaction de B.-W. dans la direction du traitement de la syphilis acquise ; 4° la réaction de B.-W. dans l'hérédo-syphilis au point de vue du diagnostic et du traitement ; 5° la réaction de B.-W. au cours de la gestation : valeur diagnostique et thérapeutique ; 6° la réaction de B.-W. dans la syphilis latente ; les B.-W. oscillants et les B.-W. irréductibles ; 7° la réactivation de la séro-réaction ; 8° les réactions de B.-W. paradoxales ; 9° ponction lombaire et examen du liquide céphalo-rachidien au point de vue du diagnostic ; 10° valeur de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans le traitement de la syphilis ; 11° syphilis nerveuse ; réaction du benjoin colloïdal ; valeur diagnostique et thérapeutique ; 12° paralysie générale ; réaction de l'or colloïdal ; valeur diagnostique et thérapeutique ; 13° examens microbiologique et sérologique de la gonococcie ; 14° examen microbiologique des infections associées à la gonococcie ; 15° critères microbiologiques et sérologiques de guérison de la gonococcie.

B. — *Travaux pratiques.* — 1° Préparation et dosage des antigènes ; 2° préparation et dosage du complément ; 3° préparation et dosage des hémolysines ; 4° et 5° Bordet-Wassermann classique au sérum chauffé avec dosage préliminaire ; 6° dosage du B.-W. ; méthode des dilutions et des échelles colorimétriques ; 7° réaction de Hecht ; technique de l'Institut Pasteur ; 8° réaction de Hecht modifiée de Calmette-Massol ; 9° réaction de Hecht ; technique de Ronchèse ; 10° interprétation et causes d'erreur ; 11° technique de Desmoulières ; 12° technique de Jacobsthal ; 13° réaction de floculation de Meinicke, de Sachs et Georgi ; 14° réaction de floculation par le procédé de Vernes ; 15° autres réactions de floculation ; réaction de Kahn, etc ; 16° séro-réaction dans les humeurs (urines, ascite, hydarthrose, hydrocèle) ; 17° et 18° tréponème de la syphilis : ultra-microscope ; méthode de Fontana-Tribondeau ; 19° biopsie et imprégnation à l'argent ; 20° bacille de Ducrey (morphologie, cultures et vaccin) ; 21° autres microbes vénériens (fuso-spirilles) ; 22° gonocoque et microbes d'infection urinaire ; cultures ; 23° préparation des vaccins ; gonocoque et bacille chancrelleux ; 24° syphilis expérimentale ; inoculation aux animaux ; passages ; 25° liquide céphalo-rachidien ; numération à la cellule de Nageotte, taux de l'albumine, réaction de Bordet-Wassermann ; 26° benjoin colloïdal ; 27° or colloïdal ; 28° autres réactions.

Les cours de l'Ecole de sérologie sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux médecins français et étrangers, et à toutes autres personnes agréées par le Conseil de l'Ecole, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de Médecine de Paris.

Les élèves, après avoir satisfait aux examens, pourront recevoir un diplôme universitaire de sérologie appliquée à la syphilis, décerné par la Faculté de médecine.

Programme des examens. — Le jury sera composé de trois juges, sous la présidence d'un professeur ou professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Les examens comprendront : 1° deux épreuves pratiques de laboratoire, sans notes, ni livres, éliminatoires.

La durée des épreuves sera fixée par le jury. Ces épreuves comprendront : 1° une épreuve de microbiologie ; 2° une épreuve de sérologie . Chaque épreuve sera cotée de 0 à 10.

Pour être admissible, il faudra obtenir au minimum 5 pour chacune des deux épreuves.

2° Epreuve orale qui consistera en une interrogation portant sur l'ensemble des matières du programme d'enseignement. Elle sera cotée de 0 à 10.

Pour l'attribution du diplôme, le jury tiendra compte non seulement des notes d'examen, mais de l'assiduité aux cours et des notes de travaux pratiques.

Droits. — Les élèves devront s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris et payer les droits suivants : 1° immatriculation (si elle n'est déjà effectuée) 100 fr., ; 2° scolarité, leçons théoriques A, 100 fr. ; 3° travaux pratiques B, 200 fr. ; 4° droits d'examen, 100 fr. ; 5° diplôme, p. m. ; soit au total, 500 fr.

Le premier cours commencera le lundi 20 février 1928. La durée des études sera d'un mois. Les leçons et les travaux pratiques auront lieu provisoirement à l'hôpital Saint-Louis.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Sicard de Plauzoles, directeur de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

— **Deuxièmes journées médicales et vétérinaires marocaines**, organisées par la Société de médecine et d'hygiène du Maroc, le *Maroc médical* et les Groupements professionnels médicaux et vétérinaires marocains, sous le haut patronage de M. Steeg, résident général de la République française au Maroc (Casablanca, Rabat, 3-8 avril 1928. Semaine de Pâques). — Leurs buts : Faciliter l'étude, la mise au point et la discussion des grandes questions de pathologie marocaine médicales ou vétérinaires. Contribuer au perfectionnement et à l'entretien scientifique des médecins et vétérinares du Maroc par l'organisation de conférences et de démonstrations pratiques sur les actualités et les nouveautés médicales, chirurgicales et thérapeutiques. Faire connaître les travaux des médecins et vétérinaires du Maroc et établir des échanges scientifiques entre le Maroc, l'Afrique du Nord, la France et les autres pays.

Programme scientifique provisoire : A. Rapports et communications « Sur les auto et hétéro-greffes chez l'homme et chez les animaux et en particulier sur les greffes glandulaires ». Rapporteurs : M. le professeur Leriche ,de Strasbourg ; M. le Dr Dartigue, de Paris ; MM. le vétérinaire principal Monod et les docteurs-vétérinaires Velu et Balozet, du service de l'élevage du Maroc. Communications sur les « greffes ». Des communications relatives au même sujet pourront être acceptées par le Comité d'organisation. Leur titre et leur résumé dactylographié devront être envoyés avant le 15 mars au secrétariat général qui fera immédiatement connaître la décision du Comité. Leur exposé aux « Journées médicales et vétérinaires » ne devra pas dépasser 10 minutes. Leur texte sera publié après les « Journées » et adressé à tous les adhérents. Une discussion portant exclusivement sur les sujets des rapports sera admise après l'exposé des rapports et des communications. Les médecins et vétérinaires désirant y prendre part devront se faire inscrire dès l'ouverture des « Journées ».

B. Conférences. Au cours des « Journées médicales et vétérinaires » des « conférences » seront faites sur les sujets suivants : 1° La vaccination antituberculeuse par le B.C.G. par M. le professeur Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris ; 2° Les anatoxines, par M. Ramon, directeur de l'Annexe de l'Institut Pasteur de Garches ; 3° La chirurgie duodénale et vésiculaire, par M. le professeur Lardennois, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux de Paris ; 4° Les mésoencéphalites et leurs séquelles, par M. le professeur Cruchet, de la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux ; 5° Des affections à virus filtrables et de leur thérapeutique par les sérums de sujets guéris, par M. le professeur Vallée, directeur du laboratoire de recherches des services sanitaires vétérinaires (Alfort) ; 6° Diagnostic et traitement des splénomégalies tropicales, par M. le professeur Costantini, de la Faculté de médecine d'Alger ; 7° Etiologie des splénomégalies tropicales, présentation de coupes et de pièces, par M. le Dr Nanta, de la Faculté de médecine d'Alger ; 8° Les gastro-entérites de l'enfance; 9° L'hygiène générale d'une grande ville moderne, par M. le Dr Jules Renault, médecin des hôpitaux de Paris, conseiller technique sanitaire du Ministère de l'hygiène.

C. Communications marocaines. Afin d'aider à la diffusion de leurs travaux, le Comité d'organisation a décidé de réserver une séance à des communications de médecins ou de vétérinaires du Maroc. Mais le temps qui peut leur être consacré étant très limité, seules, des communications ou des observations sur des questions absolument inédites ou portant sur les sujets faisant l'objet des rapports ou des conférences seront admises. Leur texte devra parvenir au secrétariat général avant le 15 février pour être soumis à l'acceptation du Comité.

Leur exposé ou leur lecture aux « Journées » ne devra pas dépasser 10 minutes.

Programme des fêtes et excursions : Des fêtes, banquets, réceptions officielles et indigènes auront lieu pendant les « Journées médicales et vétérinaires ». Un *circuit touristique* (visite du Maroc et de l'Algérie) sera organisé spécialement et à un prix réduit par la Compagnie générale transatlantique et la Société des voyages et hôtels Nord-Africains. Une *excursion* à prix forfaitaire réduit, avec visite de Mazagan, Safi, Mogador et l'Atlas, *grande chasse à cor et à cri avec sloughis et rabatteurs, diffa sous la tente, et fêtes arabes* (organisées par M. le Dr Bouveret de Mogador) aura lieu les samedi, dimanche et lundi de Pâques.

Des réductions seront accordées aux adhérents aux « Journées médicales et vétérinaires marocaines » par : les Compagnies de chemins de fer français, marocains et Nord-africains ; les Compagnies de navigation desservant le Maroc et l'Algérie (Compagnie générale transatlantique, compagnie Paquet, compagnie Touache, compagnie générale Comache) ; les Lignes aériennes Latécoère, la Compagnie générale de transports et tourisme au Maroc, les principaux Hôtels du Maroc, etc. etc...

Inscriptions : Peuvent adhérer aux « Journées médicales et vétérinaires marocaines » : Comme membres adhérents : MM. les médecins et médecins-vétérinaires civils et militaires ; MM. les pharmaciens ; MM. les chirurgiens dentistes ; MM. les étudiants en médecine et étudiants vétérinaires ; Comme membres associés : les membres de la famille des adhérents (femme et enfants); MM. les exposants. Cotisations : membres adhérents et associés étrangers au Maroc : 50 francs ; membres adhérents et associés résidant au Maroc : 25 francs.

Pour tous renseignements concernant les « Journées médicales et vétérinaires marocaines » s'adresser au Secrétariat général des « Journées médicales et vétérinaires marocaines », Dr Lepinay, rue de Marseille, Casablanca.

Une exposition de produits pharmaceutiques et de matériel médico-chirurgical sera adjointe aux « Journées médicales marocaines ».

— **Æsculape**. *Sommaire du numéro de septembre 1927*. — Un malade de Pinel : Berbiguier de Terre-Neuve du Thym (5 ill.), par les Drs Laignel-Lavastine et Vinchon ; La mort d'Alexandre le Grand (7 ill.), par E. Littré ; Un médecin en tournée de visites. Caricature anglaise (1 ill.) ; Les ex-libris de médecins (7 ill.), par J. Avalon ; Les stigmates de Saint-François-d'Assise (6 ill.), par L. Masson ; La femme et la folie (1 ill.) ; supplément (9 ill.).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

ASSURANCES SOCIALES

Combien nous en coûtera-t'il ?

D'une étude publiée par l'*Europe nouvelle* (numéro du 27 août 1927) il résulte que, en Angleterre, *elles* coûtent une somme équivalente à dix ou douze pour cent des salaires.

Soit environ 1.300 francs par an pour un travailleur. Ces 1.300 francs, en Angleterre, sont payés par trois budgets et partagés assez exactement ainsi :

Un tiers par les contribuables.

Un tiers par les patrons.

Un tiers par les ouvriers.

Chaque travailleur, pour son tiers direct, sa cotisation, verse 433 fr. 33 (si j'ai bien fait mes calculs), en une année.

Je pense qu'il est bon qu'on se le dise. Dr J. C.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Durafour-Fallières

I

3229. — Visite de contrôle.

Veuillez me faire savoir si j'ai le droit de me faire payer mon indemnité kilométrique quand je vais jusqu'à R., assister, devant un médecin contre-visiteur désigné par la Compagnie d'assurances, un client accidenté du travail. Généralement les compagnies d'assurances envoient le médecin contre-visiteur au domicile du blessé et indemnisent le praticien de ses frais de déplacement. Mais cette Compagnie cherche à éviter des dépenses, fait venir l'accidenté du travail à R., ne lui propose pas d'indemnité pour son déplacement et prévient le médecin traitant au dernier moment, avec le secret espoir qu'il ne viendra pas assister son client. J'ai droit, il me semble, à me faire payer l'indemnité kil. que mon confrère contre-visiteur aurait demandée s'il s'était déplacé. De S. à R., il y a 2 9 kil.

Dr B.

Réponse.

C'est au blessé à *refuser* de se rendre à l'appel *illégal* du médecin de l'assurance, en dehors de son médecin traitant prévenu par lettre recommandée deux jours à l'avance. S'il a accepté de s'y rendre, le médecin traitant n'a pas de recours contre l'assurance, la loi ayant été faite, sur ce point, en vue du blessé et non du médecin. Quant aux frais de déplacement, ils sont dus « de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade » (article 2, alinéa 4) et non pas à l'endroit x où le malade a accepté de se transporter.

F. D.

II

3181. — 1° Déplacements 2° Avis à donner.

Je vous serais reconnaissant de me dicter ma conduite vis-à-vis des Sociétés d'assurances dans les cas suivants :

1° Une compagnie refuse de payer les kilomètres parcourus pour aller voir un blessé plus près du domicile d'un autre médecin que du mien ; or ce confrère n'a pas de moyens de locomotion et se déplace très peu ;

2° Je soigne un blessé pour écrasement du pouce qui habite à 3 kilomètres de mon domicile ; est-il tenu pouvant marcher de se rendre chez moi ?

3° Soignant deux grands brûlés, l'un aux deux bras, l'autre à un bras et à une jambe, quel tarif dois-je porter en notant que j'ai oublié de faire connaître que les grands pansements pour brûlures seraient très nombreux. Ces brûlures sont graves.

Dr M.

Réponse.

1° *Dura lex*... Si le confrère paye patente et exerce et s'il est « le médecin le plus rapproché » du malade, c'est cette distance qui compte.

2° Oui, puisqu'il peut « se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé » (article 2, alinéa 1er).

3° Le tarif dépend de la dimension des brûlures que vous ne me donnez pas. Lisez attentivement l'article 28 qui vous fixera. Quant à prévenir le patron ou son assureur substitué, c'est une faute de ne l'avoir pas fait et il convient de la réparer au plus tôt, s'il n'est pas trop tard. (Voir article 28, note 1.)

F. D.

III

3216. — 1° Luxation de la colonne vertébrale. 2° Visites et déplacements de nuit.

Comment chiffrer les interventions suivantes, accident du travail ; Réduction, luxation de la colonne vertébrale sous anesthésie chloroformique (mort au bout de 5 jours), par traction prolongée sur les pieds et la tête avec le concours d'un chirurgien, bien entendu ?

La nuit le tarif kilométrique est-il triple en même temps que la visite ?

En cas de visite prolongée la nuit, prix triplé et comme le prix de la visite de nuit est 36 francs, dois-je compter 36 fr. par demi-heure de prolongation au-delà d'une demi heure.

Dr C.

Réponse.

1° Réduction de luxation de la colonne vertébrale : il n'y a rien à ce sujet dans le tarif Fal-

lières. Dans le tarif Maginot, je ne trouve, comme analogie, que « réduction et contention, avec ou sans appareillage, des fractures du bassin ou du rachis : 60 à 100 francs ». Je vous conseillerais donc de demander 100 francs pour votre appareillage de réduction de luxation, en vous basant sur cet exemple.

2° Pas de majoration de nuit pour le tarif kilométrique. Ceci nous fut refusé, « les frais d'essence étant les mêmes », et malgré notre objection du temps passé durant la nuit.

3° En cas de visite prolongée de nuit, vous avez à compter : *a*) une visite triplée ; *b*) une visite simple par 1/2 heure de supplément (article 6), avec maximum de cinq.

F.D.

Application du Tarif Maginot-Marin

I

3253. — 1° Note non justifiée par les bulletins de visites ; 2° Spécialiste ou non ? 3° Explications verbales ou par écrit.

Je reçois, par l'intermédiaire de la mairie, une convocation à comparaître devant la Commission tripartite chargée du contrôle des soins aux bénéf. de l'article 64, loi de 1919.

Motif non indiqué sur la convocation, mais donné dans une demande d'explication trois mois plus tôt : « Pour une série de 15 applications de rayons violets (ulcère phocyédique post typhique à la jambe), série autorisée régulièrement » il n'a pas été détcahé chaque fois, une feuille de visite, mais toutes les séances ont été portées sur une même feuille récapitulative ».

J'ai répondu que précédemment déjà, j'avais agi de cette façon, récapitulant sur une même feuille toute la série, et qu'aucune observation n'avait été présentée !

Voici plusieurs fois que l'on m'ennuie avec ces chinoiseries. Par exemple : on me paye au tarif ordinaire les consultations de spécialités (malades adressés par des confrères) sous prétexte que je soigne aussi d'autres mutilés que ceux atteints d'une affection ressortissant de l'O.R.L. Depuis 20 ans, je fais la spécialité, fais partie des groupements professionnels R.O.L. de la région (Nord et P.-de-C.), suis spécialiste des Compagnies minières de Drocourt, Dourges, Ostencourt, etc...

Il me déplaît de me rendre devant la Commission, qui me convoque un jeudi à l'heure d'une consultation très importante d'O.R.L., où les clients viennent d'un rayon de 20 kilomètres.

Puis-je exiger que l'on me donne une précision sur le motif de ma comparution ?

Au cas où je ne me rendrais pas à la convocation, où dois-je m'adresser pour faire appel d'une décision qui ne me serait pas favorable ?

Puis-je protester contre la manière du préfet, qui

me convoque, par l'intermédiaire de la mairie, avec accusé de réception, à retourner par cette dernière, au lieu d'employer la lettre recommandée ?

Dr B.

Réponse.

1º Vous avez eu tort de ne pas détacher un bon de consultation chaque fois, cela est évident et, si l'on a déjà laissé passer cela une première fois, ce fut une simple complaisance. Ce ne sont pas là des « chinoiseries », mais la seule façon de s'y reconnaître dans le paiement des milliers de notes envoyées à la préfecture, sans quoi ce serait une véritable « gabegie », passez-moi le mot.

2º J'ai toujours soutenu que le fait de faire *une spécialité reconnue par les confrères* qui vous envoient les malades relevant de cette spécialité vous donne le *droit*, quand il s'agit de ces cas, de toucher les honoraires de spécialiste. Il serait même intéressant de faire juger un tel cas d'espèce par la Commission supérieure, si on vous refusait de semblables paiements.

3º Si vous ne voulez pas vous rendre à la convocation qui vous est faite, vous pouvez toujours envoyer une lettre donnant par écrit toutes les explications que vous auriez pu donner verbalement.

4º Pour faire *appel*, dans les deux mois qui suivront la *notification* de la décision de votre commission départementale, adressez-vous à M. le président de la Commission supérieure de contrôle des soins aux pensionnés de guerre, au Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris.

F.D.

II

3237. — Refus de paiement de visites faute de carnet, non fourni à temps.

J'ai l'honneur de vous signaler que soignant un réformé article 64, j'ai fait réclamer à la mairie d'E. le 29 juillet 27 un nouveau carnet, le précédent devant se terminer le 31 juillet 27. Il s'agissait d'un malade *in extremis* que j'ai vu chaque jour jusqu'au 5 avril 27 où il est décédé.

Je réclame à la préfecture le moyen de me faire rembourser mes cinq visites d'août. Voilà la lettre que je reçois. Dois-je être responsable de la négligence de la mairie qui met une mauvaise volonté évidente en ne transmettant que le 1er août une demande du 29 juillet qui aurait mis jusqu'au 4 août à gagner la sous-préfecture distante de 21 kilomètres? La mairie n'ignorait pas l'urgence et elle a le téléphone. Cette question ayant un caractère d'ordre général pour les confrères, pouvez-vous la prendre en main ? Ou voulez-vous me donner la marche à suivre ? Je doute fort que la famille accepte de me payer.

Dr W.

Réponse.

Il y a eu faute de l'administration communale ou préfectorale, mais, en tout cas, nullement de la vôtre ; vous n'avez donc pas à en supporter les conséquences. Et ce n'est pas à un « chef de bureau » de la préfecture à vous écrire cette lettre qui n'est pas de son ressort. Demandez officiellement à votre commission de contrôle départementale le paiement de vos cinq visites en disant que n'avez pu fournir les feuilles de visite, la mairie n'ayant pas fourni de carnet nouveau à l'intéressé. Puis, si la Commission refuse, elle vous donnera notification de sa décision. Dans les deux mois qui suivront cette notification, vous pourrez faire *appel* devant la commission supérieure, en écrivant avec toutes explications suffisantes, à M. le président de la Commission supérieure de contrôle des soins aux pensionnés de guerre, au Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris.

F.D.

Fiscalité.

3227. — Prestations sur auto inutilisée.

J'utilise, depuis le 1er janvier, une 5 CV Peugeot. J'ai d'autre part, au garage, une vieille 12 CV Renault, que je réserve pour le cas de panne de la première. La Renault n'est pas sortie depuis le 1er janvier et j'aurais l'intention de ne pas l'utiliser cette année. Les prestations sont-elles dues pour une ou pour les deux voitures ? si la Renault doit payer les prestations, je la mettrai en circulation, concurremment avec l'autre, pour le 4e trimestre.

Dr P.

Réponse.

Nous estimons que toute voiture restant inutilisée dans les conditions exposées dans votre lettre doit être exonérée de la taxe des prestations, mais il n'existe encore aucune jurisprudence à ce sujet. En tout état de cause, il est évident que, pour prétendre à l'exonération, le propriétaire doit s'abstenir totalement de faire circuler la voiture en cause.

A. M.

3217. — Patente sur un appartement meublé.

Un médecin spécialisé, installé dans une ville A., y fait son cabinet pendant toute l'année et y paye sa patente.

Mais en outre, pendant l'été, il se rend trois fois par semaine dans la ville B. pour y exercer sa spécialité, en l'absence de confrère spécialisé.

Doit-il une patente dans la ville B, et comment cette patente sera-t-elle calculée, étant donné que dans la ville B. le médecin a loué un appartement meublé pour le prix de 8.000 fr. (pour 4 mois par année d'occupation) avec un bail de 3, 6, 9 années ?

Dr C.

Réponse.

La patente est due dans la ville de B. ; elle sera basée sur la valeur locative que les locaux comporteraient s'ils étaient loués non meublés, en l'espèce de 2.000 à 3.000 francs.

A. M.

3190. — Calcul d'impôt sur le revenu. Demi-taxe sur une auto ancienne.

J'ai déclaré comme chiffre de bénéfice pour l'impôt des professions non commerciales : 48.640 et ma feuille de contribution porte à la colonne « impôt brut » le chiffre de 3.526 fr. 80. Ce n'est pas la première fois que je fais le calcul de contrôle de cet impôt, mais cette année je n'arrive pas à trouver comment ce bénéfice de 48.640 peut donner 3.524 d'impôt. En comptant de deux façons, j'arrive à un chiffre inférieur. Ne sais-je plus compter ? ou le contrôleur s'est-il trompé ? C'est là ce que je voudrais savoir avant de payer (j'ai déjà reçu feuille verte !).

J'ai toujours comme auto ma Delage de 1911, donc justiciable comme imposition de la demi-taxe. C'est bien la demi-taxe que j'ai payé pour le 2e trimestre 19 7. Ce trimestre-ci, l'employé des contributions prétend ceci : votre voiture a été imposée pour 10 HP pendant plusieurs années. Depuis 3 ans elle a payé pour 8 CV. Or la demi-taxe est due sur 10/2 et non sur 8/2. J'ai donc payé sur 5 CV et en outre sur le 1 CV rappel du trimestre précédent. Cet agent est-il dans son droit ?

Dr X.

Réponse.

1° Votre cotisation se calcule comme suit :

7.000 francs exonérés.	
3.000 comptent pour 1/4, soit...	750 fr.
10.000 comptent pour 1/2, soit...	5.000 »
20.000 comptent pour 3/4, soit...	15.000 »
8.640 comptent pour le tout....	8.640 »
Bénéfice taxable........	29.390 fr.
Taux de l'impôt...............	12 %
Impôt brut.............	3.256 fr. 80

2° Nous estimons que la demi taxe doit être payée sur 8 CV, à moins cependant que la réduction de force n'ait été une simple tolérance de l'administration en raison de l'ancienneté de la voiture.

A. M.

3182. — Enregistrement d'un rapport d'expertise.

J'ai l'honneur de vous soumettre un cas tout nouveau pour moi. Je réside à A. j'ai été commis par le tribunal de D. en qualité d'expert, pour examiner un homme victime d'un accident du travail survenu dans le département voisin. Quand mon rapport sera terminé, il faudra que je le fasse enregistrer au bureau de l'enregistrement de F. à 50 kilomètres de ma résidence. Pourrais-je envoyer le dit rapport par la poste au receveur d'enregistrement, le priant de

le transmettre ensuite au juge délégué périodiquement à F. ou bien devrai-je me présenter moi-même et au receveur d'enregistrement et au juge délégué ? Dans ce dernier cas, dans le montant de mes honoraires, devrais-je tenir compte de mes frais de déplacement ? Même dérangement et mêmes frais quand je voudrai recouvrer mes honoraires chez le receveur d'enregistrement. Perte de temps, frais de transport, que je n'ai pas quand je fais un rapport analogue à A. siège d'un tribunal et du receveur d'enregistrement.

D[r] V.

Réponse.

D'après le paragraphe 2 de l'article 82 du décret de codification des lois relatives à l'enregistrement :

« Les huissiers et tous autres ayant pouvoir de faire des exploits, procès-verbaux ou rapports feront enregistrer leurs actes soit au bureau de leur résidence, soit au bureau du lieu où ils les auront faits. »

Un rapport d'expertise peut donc être enregistré (gratis en l'espèce) au lieu de la résidence de l'expert.

A. M.

3185. — Exonération d'impôt sur les maisons d'agrément neuves.

Le médecin qui fait construire une petite maison de campagne est-il exonéré de tous impôts en vertu de la législation actuelle ? Ou bien, propriétaire d'une maison d'agrément et non d'habitation puisqu'il n'y séjourne que pendant les vacances, doit-il payer tous impôts, sauf la patente, l'exonération des impôts n'étant applicable qu'aux locaux d'habitation et non d'agrément ?

Si, par suite d'erreur ou d'ignorance des fonctionnaires locaux, le médecin propriétaire d'une petite maison neuve d'agrément était imposé pour celle-ci au rôle de la patente, quelle conduite devra-t-il tenir pour obtenir, vite et sans frais, sa radiation du rôle de la patente, étant entendu qu'il est imposé pour la patente dans sa résidence ?

D[r] C.

Réponse.

Les maisons d'agrément ne sont exonérées de la contribution foncière que l'année de leur achèvement et les deux années qui suivent. L'occupant doit la contribution personnelle-mobilière dès la première année.

La patente n'est pas due, si le médecin occupant n'y exerce pas sa profession. En cas d'imposition faite à tort, le contrôleur pourrait proposer le dégrèvement d'office.

A. M.

Questions médico-militaires.

2946. — La carte du combattant.

Le *Concours* sait tout. Pourrait-il me renseigner (et je crois que la question peut intéresser nombre de confrères) sur la « carte du combattant » ?

J'ai lu, dans divers journaux, que cette carte serait distribuée aux anciens combattants, moyennant certaines conditions ; mais je n'ai pas vu (ou pas su voir) quels seraient les avantages accordés par la possession de cette carte.

Dr P.

Réponse.

La création de l'« l'Office du combattant » a entraîné la création et la délivrance sous certaines conditions de la « carte du combattant », cette carte donnant droit aux bons services de l'Office. Mais il ne semble pas, quant à présent, que cette question puisse intéresser les professions libérales ; il s'agit, en effet, de placement, de main-d'œuvre, d'emploi obligatoire des combattants, etc... Bref, « l'Office du combattant » est l'analogue de « l'Office des mutilés et réformés de guerre » créé par la loi du 2 janvier 1918, et qui s'occupe en plus de la rééducation professionnelle (allocations, etc...).

2927. — Majoration d'ancienneté.

Mobilisé en août 1914, j'ai été nommé médecin auxiliaire, en février 16, aide-major 2e cl. réserve, en décembre 22, aide-major de 1re cl. réserve en décembre 26. Croix de guerre, marié, 2 enfants. Un nouveau règlement récemment paru ne me donne-t-il pas une autre ancienneté et laquelle s.v.p. ?

Dr J.

Réponse.

La loi, à laquelle vous faites allusion, ne vous concerne plus, puisque vous êtes promu à deux galons ; elle accorde simplement une majoration d'ancienneté (de 2 ou 3 ans environ), pour durée des études, aux aides-majors de 2e classe, afin de leur permettre d'arriver au 2e galon dans des conditions à peu près analogues à celles dont bénéficient leurs camarades de classe, qui n'ont pas choisi le service de santé, mais appartiennent aux armes combattantes.

2556. — Droits des parents d'un militaire décédé.

Un jeune soldat de mes clients (classe 1926, 1er contingent, libérable en novembre), venu en permission de détente, parti malade de son corps, vient de mourir dans sa famille. Quels sont les droits de ses parents?

J'avais autrefois soigné ce jeune homme au cours de plusieurs crises de rhumatisme polyarticulaire

très sévères qui lui avaient laissé une insuffisance mitrale.

Incorporé malgré cette lésion et ses antécédents, il était affecté au nᵉ R.I. en garnison à X.

Détaché à Y, je ne sais pour quelle raison, avec une fraction de son régiment, il entrait à l'hôpital de cette ville pour « rhumatisme polyarticulaire aigu . Au cœur : souffle systolique de la pointe. » (28 mars 27 au 12 mai 1927).

Au sortir de l'hôpital, il rejoignait directement sa compagnie. A partir de ce moment les renseignements précis manquent. Il aurait passé une huitaine à l'hôpital de X. et traîné la savate dans la cour du quartier (exempt de service) jusqu'au début de juin où il était expédié en permission de détente.

Il arrivait ici en pleine asystolie le 4 juin et mourait le 29 juin.

Une lettre de la famille au colonel (6 juin 27) mentionnant l'état de santé alarmant du malade et demandant des renseignements ou un duplicata du billet d'hôpital (le soldat n'avait d'autre pièce que son titre de permission) est restée sans réponse, ou sans autre réponse qu'une permission agricole qui arrivait vers la mi-juin.

A la suite d'une enquête de gendarmerie le 24juin arrivait enfin le billet d'hôpital de Y. dont je vous ai donné le libellé. Le soldat dont il s'agit, était avisé de la visite prochaine d'un médecin militaire et de la constitution d'un dossier de réforme. Le médecin arrivait quelques heures après l'enterrement.

La famille a-t-elle droit au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques ?

Le père (58 ans 1/2) et la mère (56 ans et 8 mois) ont-ils ou auront-ils droit à une pension ?

Le cas échéant à qui s'adresser ?

Je m'excuse d'avoir abusé de votre patience, mais je tenais à vous faire part de tout ce que je sais pour vous permettre de conclure.

Dr P.

Réponse.

1° Les parents de ce jeune homme ont droit à une allocation d'ascendants ; qu'ils adressent leur demande au sous-intendant militaire, chargé des pensions pour la région, en y joignant un certificat médico-légal, où vous indiquerez votre diagnostic et vos observations détaillées, de façon à établir qu'il s'agit bien d'une « suite » et non d'une maladie contractée en permission.

Cependant, à moins d'être infirmes, le père doit être âgé de plus de 60 ans et la mère de plus de 55 ans ; enfin ils ne doivent pas être inscrits au rôle de l'impôt général sur le revenu.

2° La famille n'a droit à aucun remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, car, si elle ne pouvait s'en charger, elle avait le droit de faire hospitaliser le militaire.

2979. — Le pourvoi devant le tribunal des pensions n'est pas suspensif.

Un renseignement, je vous prie, au sujet d'un de mes clients ?

Ce malade, réformé à 100 %, pour tuberculose pulmonaire, touchait sa pension depuis près d'un an, quand, en avril dernier, il a reçu, du ministre, une notification de rejet de sa pension pour le motif suivant : affection non imputable, faute de pièces suffisantes, les délais de présomption d'origine était expirés.

En même temps, le maire recevait l'ordre de retirer à l'intéressé : 1° son titre de pension ; 2° son carnet de soins.

Or, ce malade s'est pourvu devant le tribunal des Pensions contre la décision du ministre.

Je voudrais savoir si, au reçu de son pourvoi, on n'aurait pas dû lui faire rendre ses droits (c'est-à-dire son titre et son carnet de soins), jusqu'à décision du tribunal des pensions.

Autrement dit : le pourvoi devant le tribunal des pensions n'est-il pas suspensif ?

Dr R.

Réponse.

Le pourvoi devant les tribunaux de Pensions n'est pas suspensif ; l'intéressé ne rentrera en possession de ses pièces que si le jugement lui est favorable. La Circulaire 054 Ad du 3 janvier 1923 (ministère des Pensions) prévoit en effet, que, dans ce cas, un titre d'allocation d'attente sera délivré à l'intéressé, si, dans le délai de deux mois, après signification du jugement, le ministre n'a pas fait appel.

Ce titre aura pour point de départ la date du jugement, *mais* les droits du pensionné seront sauvegardés, celui-ci devant percevoir par voie de rappel les sommes qui lui sont dues, à ce titre, lors de la remise de son titre *définitif* de pension (même circulaire).

2975. — Proposition pour la Légion d'honneur.

Classe 1912, sursitaire mobilisé en 1914 jusqu'en 1919, croix de guerre, médaille militaire. Terminé comme sous-aide-major. Depuis, aide-major de 1re cl. Quand puis-je espérer être proposé pour la Légion d'honneur ?

Dr X.

Réponse.

Les officiers de réserve doivent réunir vingt-neuf annuités pour être proposés en vue de la Légion d'honneur ; or, actuellement, en comptant « double » vos années de guerre, vous ne comptez approximativement que dix-huit annuités. Nous disons « approximativement » ne sachant pas si vous avez une blessure de guerre, une citation à l'armée, et ignorant les conditions dans lesquelles vous avez reçu la médaille militaire.

Quarante-neuvième année N° 42 16 Octobre 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2674-IV)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et e plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo' J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie, Caruette, L. Dubief, Fournier, Kent-Gazet, Makereel.

Cap-d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet.

Hyères : Clément, Minelle, Verrier.

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice: Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux

St-Raphaël-Valescure : Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. aerm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs NÈGRE, de Mézamet, FRANÇOIS, de Valence, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 562. — Méd. 10 ans client., libre actuell. et possédant appareils électr. médicale, diathermie, rayons X et auto, cherche conf. surchargé grosse client. pour association.

No 563. — Mach. à écr. Royal 5, gar. parf. état, 950 fr. Maurice Fougeron, qu. Bellevue, à Bléré (I.-et-L.).

No 564. — Jeune femme, veuve médec., cherche secrét. auprès doct. quelq. après-midi par semaine, ou trav. dactylog. à faire chez elle. Ecr. Vial, 19, rue Alain-Chartier, Paris (15e).

No 565. — A vend. radiophone Fournier : 3.000 fr.

No 566. — Doct. désir. sit. demi-repos, ch. place ds clin. méd. à Paris ou banl. imméd., au bes. dispose de capitaux.

No 567. — Dr en méd., anc. assist. O. R. L., libre du 1er novembre au 1er mai, ch. place dans clin. ou place assist. auprès confr.

No 568. — Somme. A vend. pour cause double empl., moto Peugeot, 3 C. V. 1/2.

Nº 569. — Brancard d'ambul. et son supp. branc. roulant non déballés proven. mais. Dupont, payés 4.400 offerts à 3.000 fr. Dr Lugnier, à Marcilly-sur-Seine (Marne).

Nº 570. — A céd. cause décès, plus. années *Carnet médical, Concours médical*, revues diverses, instruments médic ,ux, au plus offrant.

Nº 571. — Dans ville ensoleillée, particul. prendr. en pension, enf. faible, vie de famille, bons soins, si besoin instruct. assurée. Lemoine, Brise-des-Pins, Règue Blanque, à Arcachon.

Nº 572. — Occasion. Torp. Renault 4 pl., 6 C. V. mod. 1925, roulé 9.000 km., compt., 4 amortiss., carbur. Zenith, tout en parfait état : 12.000 fr. Romanetto. pharm. à Annonay (Ardèche).

Nº 573. — A prendre moyenn. indemn. compt. de 3.500 fr., dans Sud-Est, poste méd. de 35.000 minim., facile à desservir. Bel appart. de 4 p., grande maison dans un an, conviendr. à méd. marié actuellem. sans enfant. Ecr. à M. Cochemé, 29, rue Berthelot, à Valence (Drôme).

Nº 574. — A vend. cabriolet 6 C. V. Renault dernier mod., sorti usines avril 1927. Etat neuf. Dr Duquet, 31, boulevard Malesherbes, Paris.

Nº 575. — Suis achet. livres anciens, en particulier œuvres in-folio d'Ambroise Paré. Dr Malouvier, à Montivilliers (S.-Inf.).

Nº 576. — Clin. consult. périod. O. R. L. et opht. à céder gr. ville 80 km. Paris, très bien située, possibil. peau, urologie, etc. Ecr. H. P. Jouenne, 17, rue Odessa, Paris (XIVe).

Nº 577. — Pour cause acquisit. chasse bois, doct. échang. superbe chienne pointer noir, 3 ans 1/2, primée 1926, pédigrée, chassant bien, nez puissant, contre cocker vigoureuse ou tout autre chienne donnant de la voix sur gibier, aimant à broussailler.

Nº 578. — A vend. cause changem. voiture, 2 envel. et 2 ch. à air 815 × 105, env. ayant très peu roulé. Prix demandé : 300 fr. le tout. Ecr. Dr Le Prieur, à Maromme (Seine-Inférieure).

Nº 579. — Proxim. imméd. Paris, gr. centre, client. ancienne, rapp. 90.000 minim., gr. maison particul. tout conf. parc. Indemn. intéress. pour cause départ situat. officielle. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 580. — A repr. dans stat, climat. d'hiver trait. enfants délicats, poste rapp. 50.000, fixes officiels, conviendr. à doct. spéc. dans maladies infantiles. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 581. — Côte d'Azur, bord mer, poste rapp. env. 50.000, méd. d'usines, loyer 4.000, pet. hôtel 10 pièces, vue sur mer. A céder 25.000 dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 582. — Dame veuve, fille de médecin, bachelier lettres, jeune, ayant machine à écrire, au courant de travaux médicaux, désire travaux et secrétariat.

Les Migraines, algies grippales et post-grippales si tenaces et si rédicivantes sont calmées par des doses moyennes de **Pyréthane** (30 à 50 gouttes). L'action doit être prolongée de façon dégressive pendant 4 ou 5 jours après disparition des phénomènes douloureux. Il y a abaissement de 1° à 1°5 dans les formes fébriles.

Le Trynol aux sels de silicium, lipoïdes colloïdaux et hypotenseurs est préparé d'après les expériences concluantes du Profr Gouget. **Le Trynol** décholestérinise et décalcifie les artères. C'est le spécifique de l'artériosclérose. La cure doit être prolongée. Vérifiez son action sur vos artérioscléreux. Envoi gratuit de boîte et littérature. Phie, 32, avenue Carnot, Paris.

Le Gastropeptyl (saturants et digestifs en combinaison optima) ramène à la normale le rythme troublé de la digestion dans les dyspepsies, gastrites, etc., 3 comprimés après les repas, 40, rue des Acacias, Paris.

DEUX SANATORIA FRANÇAIS

En plaine

SANATORIUM DES PINS

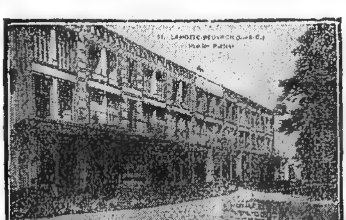
LAMOTTE BEUVRON (Loir-et-Cher)

(2 *heures* 1/2 *de Paris*)

Le PLUS GRAND CONFORT

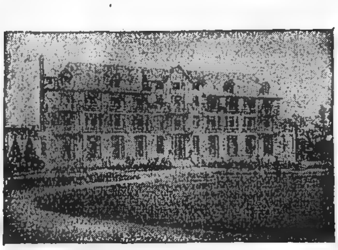
80 chambres avec eau courante

Galeries de cure et Solarium



Pavillon Pasteur

CLIMAT SÉDATIF



Villa Jeanne d'Arc pour enfants.

Indiqué dans les formes aiguës

3 médecins résidents dont un laryngologiste

INSTALLATION TÉLESTÉRÉO-RADIOGRAPHIQUE

A la montagne :

LES ESCALDES

(1400 *mètres*)

par ANGOUSTRINE (Pyrén.-Orient.)

Le plus beau, le **plus ensoleillé** des climats de montagne.

LE BROUILLARD Y EST INCONNU

Dans les nouvelles installations, le maximum de confort.

Chambre avec cabinets de toilette et salles de bains

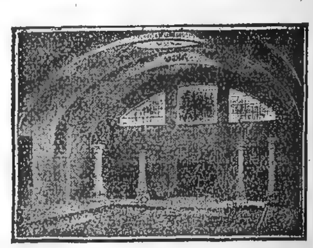


Pavillon Pasteur.

PLUSIEURS SOLARIUMS, MULTIPLES GALERIES DE CURE

TRAITEMENT THERMAL pour les laryngites et certaines affections osseuses ou pulmonaires

3 médecins résidents dont un laryngologiste



Piscine (200 m. cubes eau courante sulfureuse à 36°).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Victime du devoir médical.** — Le Dr Harburger, chef de clinique oto-rhino-laryngologique à l'hôpital Lariboisière, vient de mourir, victime du devoir médical, des suites d'une piqûre anatomique. M. André Fallières, Ministre du travail et de l'hygiène, a fait déposer sur le cercueil de notre confrère une médaille d'or des épidémies et le Conseil des ministres a cité le Dr Harburger à l'Ordre de la Nation en les termes suivants :

« Le gouvernement de la République porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. le docteur Harburger, chef de clinique à l'hôpital Lariboisière. Victime du devoir, M. le docteur Harburger vient de succomber des suites d'une piqûre anatomique survenue au cours d'une opération, dans l'exercice de son enseignement. »

— **Consultation d'enfants anormaux.** — La consultation gratuite de l'assistance aux enfants nerveux, retardés et instables (A. B. N. C. reconnue d'utilité publique) a lieu le mardi de 9 h. à 12 h. et le vendredi de 4 h. à 6 h. 1/2, 35, avenue de Saint-Ouen (17e).

Assurée par le Dr Gilbert Robin, ancien chef de clinique psychiatrique à la Faculté, médecin des asiles, et le Dr Male, assistant, elle comprend les recherches biologiques et le traitement dans un laboratoire spécial annexé à l'œuvre et confié au Dr Cuel. Les enfants sont placés à l'Institut Clamageran (Limours), ou au Château d'Arnouville-Gonesse, où sont appliquées les méthodes nouvelles de pédagogie et d'orientation professionnelle.

Le Dr Gilbert Robin rappelle qu'il continue sa consultation de psychiatrie générale, le vendredi à 9 heures, à l'hôpital Cochin, dans le service du Dr Marcel Pinard.

— **Hôpital de la Charité** (47, rue Jacob). — *Cours de révision sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne.* — Rappelons que ce cours a lieu dans le service du professeur Sergent, du 24 au 29 octobre 1927, et qu'il a pour but d'exposer, dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques, les principales notions nouvelles, cliniques et thérapeutiques, de l'année en pathologie interne.

Programme du cours : le matin, exercices pratiques et démonstrations dans les hôpitaux : le lundi 24, M. Lian (Tenon) ; le 25, M. Aubertin (Pitié) ; le 26, Prof. Sergent (Charité) ; le 27, M. Fernet (Saint-Louis) ; le 28, M. Gaston Durand (Pitié) ; le 29, M. Faroy (Pitié). L'après-midi, conférences et démonstrations, à l'hôpital de la Charité, service ou laboratoire du Prof. Sergent. Inscriptions au secrétariat de la Faculté de médecine. Pour les exercices pratiques, droit de 200 fr.

— **Monument du professeur Béchamp.** — On a inauguré récemment, à Bassing, le monument élevé à la mémoire du professeur Béchamp, qui fut le

premier doyen de la Faculté catholique de médecine de Lille. Béchamp, chimiste de grande valeur, avait conçu une théorie des microzymas qu'il soutint et opposa à la théorie microbienne de Pasteur, au cours de discussions restées célèbres, à l'Académie de médecine.

— **Syndicat des médecins hygiénistes français.** — A l'occasion du Congrès d'hygiène, le Syndicat des médecins hygiénistes français se réunira au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, le lundi 24 octobre 1927, à 9 h. et à 15 h. (réunion privée).

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *Dermato-syphiligraphie.* — M. Gougerot, agrégé, médecin des hôpitaux, reprendra, le 21 octobre 1927, à la consultation du soir de l'hôpital Saint-Antoine, ses conférences de dermato-syphiligraphie, avec présentations de malades. Il continuera son enseignement les mardis et vendredis à 20 h. 45.

— **Foyer médical.** — *Réception des médecins étrangers.* — Le 30 septembre à 17 h. 50, dans le cadre splendide du Foyer médical international, 10, avenue d'Iéna, une réunion intime et pleine de cordialité groupait, à côté des représentants du Corps médical parisien, les délégués de l'Association professionnelle internationale médicale qui tenait ses assises à Paris.

Un grand nombre de nations étaient représentées, l'Angleterre, par le Dr Cox, l'Allemagne par le Dr Schneider, la Hollande par le Dr Fortyes, la Roumanie par le Dr Tomesco. Le Dr Vuillemer était le délégué des Associations médicales suisses, le Dr Schaeffgeis du Luxembourg, le Dr Treddens de la Lettonie.

La Yougoslavie avait pour représentant le Dr Farkas, la Pologne le Dr Przyborowski, le Danemark le Dr Schaeffer, l'Autriche le Dr Stretzko.

Après une présentation de tous ces confrères par le Dr Decourt, président de l'Union des Syndicats médicaux et secrétaire de l'A. P. I. M., le Dr Thiery, dans une charmante improvisation, souhaita la bienvenue aux confrères étrangers dans les salons de ce club médical qui vient d'ouvrir ses Portes.

Après la visite des salons, un lunch fut servi dans le bar.

Un grand nombre de médecins avaient répondu à l'invitation. Nous avons remarqué la présence de M. le prof. Hartmann, président de l'A. D. R. M. ; du Dr Bellencontre, président de l'A. G. ; du Dr Darras, président de la Société centrale ; des Drs J. Bongrand et Beaudoin, membres du Conseil de l'A. G. ; du Dr Chapon, directeur de la Prévoyance médicale ; du Dr Barlerin, secrétaire général du Syndicat de la Seine ; des Drs Boudin et Vimont, du *Concours médical* ; du Dr Vitoux de la *Presse médicale* et d'autres représentants du *Siècle médical*, du *Journal des Praticiens*, du *Bulletin médical*, etc.

— **Hôpitaux de Nîmes.** — *Internat.* — Un concours pour quatre places d'interne en médecine et en chirurgie s'ouvrira le 2 décembre 1927. Inscriptions avant le 15 novembre à l'hôpital Ruffi, 12, rue de Montpellier, à Nîmes.

— *Concours de médecin de l'hôpital.* — Un concours aura lieu en février 1928 pour la nomination à un poste de médecin adjoint. Renseignements à l'hôpital Ruffi, à Nîmes.

A TRAVERS L'OFFICIEL

22 septembre.

Lutte antivénérienne.

Décret du 18 septembre fixant les traitements du personnel du service central de prophylaxie des maladies vénériennes.

Les traitements des médecins de ce service sont fixés à 27.000, 32.500 et 38.000 fr.

Sanatoriums publics.

Avis de concours pour des postes de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Un concours sur titres est ouvert pour deux places de médecin adjoint aux sanatoriums publics de Ponteils (Gard) et de Plougonven (Finistère).

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans et produire : 1° un extrait de leur acte de naissance ; 2° un extrait de leur casier judiciaire ; 3° une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat ; 4° toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Ils devront adresser leurs demandes, accompagnées des pièces et références ci-dessus, au ministère du travail et de l'hygiène, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris. Les demandes seront reçues jusqu'au 3 novembre 1927.

Le traitement de début est fixé à 15.000 fr. Le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage sont fournis gratuitement.

29 septembre.

Médecins de la police d'Etat de Marseille.

L'indemnité annuelle allouée aux médecins attachés au service médical du personnel de la police d'Etat de Marseille est portée aux chiffres ci-après :

Médecins de circonscription	6.000 fr.
Médecins des mœurs......	5.000 fr.

30 septembre

Protection de la santé publique en Afrique Occidentale française.

Décret du 27 septembre modifiant les décrets des 14 avril 1904 et 6 mai 1922.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 27 septembre 1927.

Monsieur le Président,

La santé publique en Afrique occidentale française exige des mesures de préservation particulièrement

sérieuses et il est nécessaire que les dispositions prises par l'administration locale dans ce sesns soient strictement observées sur toute l'étendue du territoire.

En vue d'en assurer l'application, il a paru indispensable de renforcer sensiblement les pénalités édictées par les décrets des 14 avril 1904 et 6 mai 1922 sur la protection de la santé publique en Afrique occidentale française.

Dans ce but, j'ai préparé, sur l'avis du gouverneur général de cette fédération, le projet de décret ci-joint que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le Ministre des Colonies,
Léon PERRIER.

Décret.

Art. 1er. — En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la santé publique, déclaré par arrêté du gouverneur général ou des lieutenants gouverneurs, les contrevenants aux dispositions arrêtées par les autorités administratives seront immédiatement appréehendés et jugés dans les conditions prévues par la loi du 20 mai 1865 sur l'instruction des flagrants délits.

Les pénalités prévues au titre IV du décret du 14 avril 1904, modifié par celui du 6 mai 1922 sur la protection de la santé publique en Afrique occidentale française seront les suivantes, à savoir : l'amende de 500 fr. à 1.000 fr. et, en cas de récidive, de 1.000 à 5.000 fr.

L'emprisonnement sera de trois mois à un an et, s'il y a récidive, d'un an à deux ans.

L'amende et l'emprisonnement peuvent se cumuler.

L'article 463 du code pénal est applicable dans tous les cas prévus par le présent décret.

Art. 2. — Dans les mêmes cas d'urgence, les étrangers contrevenants pourront être expulsés des territoires de la colonie par arrêté du gouverneur général pris en conseil du gouvernement ou, en dehors des sessions, en commission permanente.

Art. 3. — Dans les mêmes cas, la contrainte par corps est applicable pour défaut de payement de l'amende.

Art. 4. — Sont et demeurent abrogées les dispositions antérieures contraires au présent décret.

1er octobre.

Etablissement thermal d'Aix-les-Bains.

Décret du 21 septembre 1927 fixant les traitements du personnel de l'établissement.

4 octobre.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin directeur est vacant à l'asile public d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), par suite du départ de M. le Dr Dalmas.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Accidents du travail. Expertises professionnelles.

Le tribunal, qui désigne un ou plusieurs médecins experts, en matière d'accidents du travail, est-il obligé de ne choisir que des docteurs figurant sur la liste officielle des médecins experts ?

Un jugement du tribunal civil de la Seine (4e chambre), du 23 janvier 1912, décide que « lorsqu'un juge de paix ordonne, dans une contestation d'accident du travail, une expertise et qu'il commet, pour ce faire, un médecin, pris en dehors de la liste des experts, l'expertise doit être déclarée nulle.

« En effet, si la loi du 9 avril 1898 confère aux juges de paix le pouvoir le plus étendu, pour éclairer le tribunal sur les circonstances, les causes et les conséquences de l'accident, ils n'en sont pas moins tenus de se conformer à la loi, pour le choix des médecins qu'ils commettent, car il n'est pas douteux que les expertises médico-légales qu'ils ordonnent sont bien des expertises au sens légal du mot.

« C'est aux dispositions de l'article 3 du décret du 21 novembre 1893, pris en exécution de l'article 14, 5 §§ 2 et 3 de la loi du 30 novembre 1892, que doivent se conformer les tribunaux soit de paix ou de première instance, lorsqu'ils procèdent à des désignations d'experts médecins, en matière d'accidents du travail. »

S'appuyant sur cette décision unique de jurisprudence, les auteurs ont, depuis 1912, écrit que seuls pouvaient être désignés comme experts les docteurs en médecine, nommés, par la Cour d'appel, comme médecins légistes.

Or, est passé inaperçu un arrêt de la Cour de Cassation du 15 décembre 1914 (Sirey, 1915.17 Rec. général des Lois et arrêts).

La cour suprême a décidé qu'il y a erreur d'interprétation.

« En matière pénale, la désignation des médecins experts est obligatoirement limitée à ceux dont les noms sont portés sur la liste établie annuellement par les cours d'appel (loi du 30 novembre 1892 ; décret du 21 novembre 1893, art. 1 et 3).

« Mais cette règle, dérogatoire au droit commun, ne doit pas être étendue au delà de ses termes précis ; elle est sans application aux instances civiles et pour les expertises médico-légales que ces instances nécessitent.

« Il est loisible aux juges, aussi bien qu'aux parties, de choisir, non seulement parmi les médecins inscrits sur la liste annuelle, mais encore parmi ceux qui ne le sont pas (Code de Proc. civ. art. 303-305). »

Ainsi, la Cour de cassation décide que la loi du

9 avril 1898, sur les accidents du travail, n'apporte aucune exception aux règles établies par les articles 303, 305 et suivants du code de procédure civile, concernant le choix des experts, sauf la dérogation, résultant du § 4, ajouté à l'article 17 de la loi de 1898, par la loi du 22 mars 1902 et qui interdit, à peine de nullité, de choisir comme expert le médecin qui a soigné le blessé, ou un médecin d'entreprise ou d'assurance.

L'esprit général du code de procédure civile est qu'il est préférable de laisser aux parties le choix de leurs experts. Toute personne qualifiée peut expertiser ; aucune n'en a le monopole.

D'après cet arrêt de Cassation, les dispositions du décret du 21 novembre 1893, qui ont prescrit que les experts fussent choisis sur la liste dressée annuellement à cet effet par les cours d'appel, ont exclusivement leur domaine en matière criminelle.

D'ailleurs, l'article premier de la proposition de loi de M. Cruppi, sur la réforme des expertises médico-légales, votée par la Chambre des Députés, le 30 juin 1899 (*Journ. officiel*, 1er juillet 1899, Déb. parl. Chambre, p. 1754), porte en effet : « La liste des experts admis à pratiquer les expertises, *en matière criminelle et correctionnelle*, est dressée chaque année par les cours d'appel. »

Le rapport, déposé au Sénat, par M. Cazeneuve, *Journ. officiel*, juillet 1914) conclut à l'adoption de ce texte.

Disons également que la Société de médecine légale s'était déjà associée au vœu émis par l'Académie de médecine, dans sa séance du 21 janvier 1908, concernant le texte de cette proposition de loi.

Si ce texte était adopté par le Sénat et que la loi puisse ainsi devenir définitive, toute controverse serait désormais supprimée.

Dr Paul Boudin.

La carte de surclassement des officiers de réserve.

Pour obtenir la carte de surclassement réservée aux officiers de réserve, il faut être inscrit à une école d'instruction, en l'espèce, l'Union fédérative des médecins et pharmaciens de réserve, et justifier de la présence aux deux tiers des conférences et exercices pratiques donnés dans l'année.

Réformé à 50 %, pour maladie contractée en service vous ne pouvez évidemment actuellement y prétendre. Mais il suffirait que vous vous fissiez réintégrer dans les cadres du Service de santé, avec votre grade d'aide-major de 1re classe, pour vous trouver dans les conditions qui vous permettront de vous mettre en posture réglementaire d'obtention de cette carte.

Voir la suite page LV-2729

PROPOS DU JOUR

Un fâcheux travers de notre époque. Est-ce ignorance ou malveillance ?

Les origines françaises de la méthode d'enseignement physiologique ou médico-pédagogique. Rendons à la France ce qui appartient à la France.

Au cours de ces pluvieuses vacances, une bonne partie de notre temps fut consacrée à la lecture. En feuilletant le livre si intéressant et si documenté de M. E. Herriot : *Madame Récamier et ses amis*, nous avons relevé une citation des souvenirs de la baronne de V... qui décrit une soirée chez Madame Récamier au début de l'époque du Consulat.

« On attendait encore ce jour là, écrit la baronne de V..., un hôte remarquable, le fameux sauvage de l'Aveyron. Il arriva enfin, accompagné de M. Yzard (Itard), qui était à la fois son précepteur, son médecin et son bienfaiteur. Ce sauvage de l'Aveyron passionnait la curiosité de tout Paris. Mme Récamier le fit asseoir près d'elle — telle Mlle de Saint-Yves à côté de l'Ingénu. Tout à coup au milieu d'une chaude discussion sur le goût de Lalande pour les araignées, on entend des cris, on sort dans le jardin : on aperçoit le jeune sauvage qui, tout nu, s'est installé dans les branches d'un arbre, effraye de là les dames et ne se laisse prendre que par l'appât d'un panier de pêches. M. le la Harpe en profita pour moraliser : « Je voudrais bien voir ici, s'écria-t-il, J.-J. Rousseau avec ses déclamations contre l'état social. »

Cette lecture a évoqué en nous tout un lointain passé, car Itard, médecin de l'Institut des Sourds-Muets de la rue Saint-Jacques, fut un précurseur de cette méthode d'enseignement physiologique que nous vîmes, il y a quelques trente ans, appliquer et perfectionner à Bicêtre par notre maître Bourneville et nous constatons aujourd'hui, non sans humeur, que cette même méthode reparaît en France, retour de Rome sous le nom de méthode Montessori. Il est de bon goût chez nos pédagogues, nos administrateurs et même nos médecins spécialisés de citer Frœbel, Mme de Marenholtz, Mme de Portugall, Mme de Schradder, de vanter la méthode de Madame Montessori, appliquée par Mme Destrée Van der Meulen, par Mme Mary Blackburn, etc., etc. Mais il ne vient à personne en France l'idée de rechercher la part importante, prépondérante et légitime que les Français ont le droit de revendiquer dans ces méthodes d'enseignements et de s'assurer si la prétendue méthode de Madame Montessori n'est pas une simple adaptation italienne de la méthode physiologique ou médico-pédagogique, créée par Edouard Seguin dès 1837 pour les enfants idiots et arriérés, appliquée en Amérique aussi aux enfants normaux par le même Edouard Seguin et admirablement exposée dans son *Rapport sur l'Education des Enfants normaux et anormaux*, publié en anglais et que Bourneville fit traduire et édita en 1895 (1). Bourneville développa et perfectionna à Bicêtre les procédés de Seguin ; il appela cet enseignement, enseignement médico-pédagogique, ce fut de lui que s'inspirera très fortement Madame Montessori. Itard en avait été le précurseur, lorsqu'il tenta l'éducation du sauvage de l'Aveyron et qu'il s'occupa de l'éducation des sourds-muets.

* * *

Nous sommes devenus ainsi en France. On nous a tellement reproché de ne pas voyager, d'ignorer ce qui se passe à l'étranger, que maintenant nous allons uniquement nous inspirer au delà de nos frontières et que nous ignorons... ou voulons ignorer ce qui s'est fait bien avant chez nous. Nous préférons à l'œuvre parfaite élaborée dans notre pays, nous ne savons quelles contrefaçons ou malfaçons exotiques. Le proflesseur Jean-Louis Faure reprochait à Pozzi ce travers. Ce dernier revenait enthousiaste de Berlin et de Vienne en 1886 et 1887. Il y avait vu opérer Hégar, Schrœder, Albert, Billroth.

« Pozzi aurait trouvé, dit le professeur J.-L. Faure, dans Paris même, un homme qui depuis des années bouleversait la chirurgie ancienne, pratiquait l'ovariotomie en 1864, l'hystérectomie en 1866, enlevait la rate en 1869, extirpait d'énormes tumeurs, créait véritablement la grande chirurgie abdominale et, dès l'année 1879, ne reculait pas devant cette opération formidable que paraissait alors l'extirpation du pylore cancéreux. Cet homme s'appelait Péan ! Quel nom laisseront donc dans l'avenir, à côté de

(1) Paris chez F. Alcan, édit et au *Progrès Médical*, 1895.

celui de ce Français, ces hommes d'au delà du Rhin que nous vantait notre collègue ! » (1).

Le Dr Jayle a envoyé récemment au Congrès d'histoire de la médecine à Amsterdam une étude sur *les erreurs de la paternité dans les dénominations médicales* et parmi la liste assez longue qu'il signale, nous relevons l'amputation, dite de Schrœder qui est un procédé de Lisfranc le sac dit de Mickulicz pour le drainage abdominal qui n'est que la copie du sac de Dupuytren, On peut ajouter à cette liste la méthode de Montessori qui est encore la copie des méthodes physiologique de Seguin et médico-pédagogique de Bourneville.

***

Il n'est pas sans intérêt de faire un court historique des origines des méthodes pédagogiques physiologiques et médicales pour bien montrer la part qui revient aux médecins français ce que beaucoup de nos compatriotes spécialistes en la matière, paraissent absolument ignorer. L'on peut d'ailleurs s'en assurer en lisant l'article consacré à *la science de l'éducation*, article écrit par Paul Lapie, destiné à la publication *La Science française*. Cet ouvrage rédigé sous les auspices du Ministère de l'instruction publique devait renseigner les visiteurs de l'exposition de San Fancisco, sur les progrès que la France avait fait réaliser à toutes les branches de la science et c'était par conséquent une œuvre de propagande intellectuelle française à l'étranger.

Sans remonter à Rabelais, à Montaigne, à Descartes, à Fénelon, à Madame de Maintenon, à Condillac, à Jean-Jacques Rousseau et à beaucoup d'autres, les Français eurent indiscutablement une influence considérable sur les méthodes d'enseignement.

Le promoteur de l'éducation des sens fut Itard. Né à Oraison en Provence, en 1775, Itard se destina d'abord à la chirurgie militaire, fut l'élève de Larrey au Val-de-Grâce en 1796, quitta le service de santé pour suivre les leçons de Pinel. Comme il habitait la rue Saint-Jacques, non loin de l'Institut des sourds et muets, les hasards d'un accident le firent appeler à donner des soins d'urgence à un élève de l'établissement. Il fit ainsi la connaissance de l'abbé Sicard, qui sut l'apprécier et le fit attacher comme médecin aux Sourds-Muets. Ce fut en cette qualité qu'il eut l'occasion de soigner un enfant de 11 à 12 ans, connu sous le nom de *Sauvage de l'Aveyron*, qui, capturé dans les bois de la Caune, où il vivait nu pendant les froids les plus rigoureux de l'hiver, se nourrissant de glands et de racines. Transféré à l'hôpital de Saint-Affrique, puis à celui de Rodez, le Sauvage de l'Aveyron fut placé à Paris à l'Institut des sourds et muets, en l'an VIII. Un ministre M. de Champagney, avait pensé que ce jeune sauvage pourait servir expérimentalement aux progrès des sciences morales. Examiné par Pinel, qui le considéra comme un idiot abandonné et non comme un véritable sauvage, le Sauvage de l'Aveyron fut confié à Itard qui, malgré son jeune âge, 25 ans, se voua à son éducation, faisant preuve d'une science d'observation psychologique, d'une patience, d'une bonté qui dépassèrent ce que l'on pouvait concevoir.

Disciple de Locke et de Condillac, Itard s'attacha à l'éducation des sens chez son élève qu'il croyait un véritable sauvage, alors que l'avenir démontra, comme l'avait reconnu Pinel, que c'était un véritable idiot. Il fit preuve de l'ingéniosité la plus grande pour éduquer l'oreille de son élève, mais il ne put parvenir à lui apprendre à parler, car les sens qu'Itard était parvenu à exercer et à faire fonctionner, ne pouvaient éveiller des idées dans un cerveau vraisemblablement altéré et débile. Quoiqu'il en soit, les cinq ans d'efforts qu'Itard consacra à l'éducation du Sauvage de l'Aveyron, ne furent pas perdus ; ils lui permirent de jeter les bases de l'éducation physiologique qui donna de remarquables résultats tant chez les enfants anormaux que chez les enfants normaux. Pour s'en convaincre il suffit de lire les rapports d'Itard sur le Sauvage de l'Aveyron que Bourneville a publiés avec d'autres documents sur Itard dans sa Bibliothèque d'Education spéciale (1).

Itard consacra sa vie à l'éducation des sourds et muets et après Jacob Rodrigues Péraire, dont la méthode est d'ailleurs restée en grande partie secrète, il fut le créateur de l'enseignement de la parole aux sourds-muets.

***

Si Itard fut le précurseur de la méthode d'enseignement physiologique ou médico-pédagogique, le Dr Edouard Seguin en fut le véritable fondateur.

Né à Clamecy le 20 janvier 1812, issu d'une famille de médecins distingués de la région, Edouard Seguin, après avoir fréquenté le collège d'Auxerre, puis le lycée Saint-Louis à Paris, commença ensuite ses études médicales. Il fut

(1) J.-L. Faure. — En marge de la chirurgie. Eloge funèbre de Pozzi. Paris 1927.

(1) *Progrès Médical* et Félix Alcan, édit., 1894.

élève d'Itard, puis d'Esquirol qui lui permit de faire ses premières tentatives d'éducation des idiots et des arriérés à Bicêtre et associa son nom au sien lors de la publication du premier mémoire que Seguin écrivit sur ce sujet. Ami de Ledru-Rollin, de Pierre Leroux de Louis Blanc, de Flourens père, de Victor Hugo, imbu des doctrines saint-simoniennes, Edouard Seguin attira l'attention sur la méthode qu'il appliqua à Bicêtre pour l'éducation des idiots et des anormaux ; l'Académie des sciences en 1844 en fit faire une étude critique par Serres. Flourens et Pariset, qui rédigèrent à ce propos un rapport des plus élogieux. En 1846 Seguin publia unouvrage intitulé : Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et autres enfants arriérés, qui fut couronné par l'Académie. Ferrus fit encore un rapport élogieux sur l'école Pigalle qu'il avait fondé. Des raisons d'ordre politique l'incitèrent en 1850 à émigrer aux Etats-Unis. Il exerça la médecine à Cleveland (Ohio), collabora à l'Institution de Syracuse du Dr Wilbur et à plusieurs autres, se fixa en 1860 à Mont-Vernon (Etat de New-York) et en 1863 à New-York. Ses nombreux travaux sur l'idiotie et la thermométrie furent fort appréciés. Envoyé en qualité de Commissaire spécial de l'éducation à l'exposition de Vienne, il écrivit à son retour un ouvrage de première valeur intitulé: *Ranpport sur l'éducation des enfants normaux et anosmaux* (sourds-muets et idiots) que Bourneville fit traduire de l'anglais et édita dans sa Bibliothèque d'Education spéciale en 1895 (1).

Le Dr Seguin mourut à New-York le 28 octobre 1880. D'une modestie excessive, il avait systématiquement fui les honneurs ; cela n'empêcha pas qu'à ses obsèques des médecins américains très distingués : Marion Sims, Brockett, Wilbur, Georges Brown, prononcèrent son éloge en termes éloquents devant son fils et successeur, le Dr Edouard C. Seguin.

***

C'est, dans son ouvrage sur l'Education des enfants normaux et anormaux que Seguin expose sa méthode physiologique de pédagogie dans toute son ampleur. Il nous suffira de donner une courte analyse de ce rapport pour en faire comprendre l'importance.

Une première partie est consacrée à l'*Education de l'infant* (enfant du premier âge), Seguin y étudie le berceau et la crèche dans tous leurs détails, puis il passe à la salle d'asile après avoir considéré les mères comme les premières institutrices et aux Jardins d'enfants dont l'idée, en germe dans Comenius et Montaigne, émane de J.-J. Rousseau et a été réalisée par J. P. Richter, Pestalozzi et Frœbel. C'est le système de l'éducation par les leçons de choses, où l'on met en jeu la libre activité de l'enfant en bannissant la coercition et la contrainte.

Seguin aborde ensuite l'Ecole enfantine physiologique et s'élève contre l'éducation intellectuelle trop précoce. Il préconise l'éducation des sens, l'enseignement à l'aide d'objets amusants, de jeux, de leçons de choses où l'étude des objets s'accompagne de celle de leur confection et il conclue à l'avantage qu'il y a à appliquer aux enfants normaux les méthodes spéciales dont on se sert pour les anormaux, les infirmes et les idiots dont les sens sont insuffisants.

Il convient donc de faire connaître aux pédagogues ces méthodes spéciales et Séguin consacre la deuxième partie de son rapport à l'*Education des sourds-muets* dont il fait l'histoire. Il expose les procédés de l'école hollando-allemande (Amman, Hémicke, Kratz, Hirsch, frère Cyrille et autres) où l'on cherche à apprendre à parler aux muets en se mettant en face d'eux et en bien articulant les mots.

Il signale l'école franco-espagnole qui comprend la méthode de Péreire, méthode dont le secret fut jalousement gardé, mais dans laquelle les sourds-muets, judicieusement classés, recevaient une éducation de l'audition secondée par celle de la vision, du tact, par l'écriture et la dactylologie. La pratique de la dactylologie suggéra à Saboureux, à l'abbé de l'Epée, et à Haüy l'idée de donner aux aveugles l'enseignement par le toucher. Buffon avait fait un éloquent éloge de la méthode de Péreire à l'Académie des sciences. Ce fut une fâcheuse inspiration qui poussa l'abbé de l'Epée et l'abbé Sicard d'avoir recours aux signes méthodiques et de ne plus apprendre à parler aux sourds-muets, malgré les résultats qu'avaient obtenus Itard et même l'abbé de l'Epée. L'on est revenu cependant après une trop longue période d'erreur, au système de la « démutisation » plus long et plus pénible mais autrement utile que celui des signes.

La troisième partie de l'ouvrage de Seguin a trait à l'éducation des idiots et des faibles d'esprit. Il passe en revue les différentes écoles françaises (Bicêtre, la Salpêtrière), américaines, allemandes, hollandaises, italiennes, et montre quels progrès se sont effectués dans l'éducation des anormaux de 1838 a 1878 en appliquant la

(1) *Progrès Médical.* et **Félix Alcan, édit. Paris 1895.**

méthode physiologique (éducation de la main, entraînement par un automatisme pour en combattre un autre, utilisation des jouets, de la musique, de la vue). Enfin Seguin termine par la quatrième partie : *L'éducation populaire : ce qu'elle est et ce qu'elle devrait être.* Là nous trouvons un chapitre sur les Jardins-écoles qui est l'exposé très net des avantages des écoles et des classes de plein air :

« N'enseignez rien à l'intérieur, écrit Seguin, de ce que l'on peut apprendre à l'extérieur, » et il cite notre Jardin des Plantes comme le premier jardin école de l'époque moderne « quoique un peu ancien comme jardin et délabré comme musée qui cache au lieu de montrer ses trésors secrets en histoire naturelle. »

Nous ne pouvons indiquer ici tous les points intéressants de cette dernière partie du rapport de Seguin, signalons cependant les chapitres sur l'éducation des sens au point de vue médical et au point de vue industriel, sur l'éducation de la main, celle des yeux, sur l'écriture et la lecture, le parler et le causer, l'instruction musicale, l'imagination, sur l'organisation de l'école, etc. Il est partisan de la coéducation des garçons et des filles en y appliquant des règles d'ordre et une grande vigilance.

L'on peut juger par ce simple exposé de l'importance de la méthode pédagogique physiologique de Seguin.

Cette méthode, Bourneville l'appliqua, la perfectionnant dans ses moindres détails dans ses services de Bicêtre et de la fondation Vallée de 1880 à 1905. Il la dénomma méthode médico-pédagogique parce qu'ayant à faire à des enfants infirmes et malades, le rôle du médecin y prenait autant sinon plus d'importance que celui du physiologiste. Tous les ans pendant 25 ans, Bourneville publia en un volume (*les comptes rendus de Bicêtre*) ce qui avait été modifié et observé dans son important service. Une première partie du volume avait trait à la pédagogie et était illustrée de nombreuses figures, la seconde se composait d'observations cliniques et anatomo-pathologiques. Pendant dix ans, soit comme interne, soit comme conservateur du musée de Bicêtre, nous avons suivi les travaux de Bourneville et nous avons vu appliquer sa méthode médico-pédagogique qu'un de ses élèves les plus distingués, notre ami le Dr Georges Paul-Boncour, en collaboration avec M. Albouy, applique toujours à l'Institut médico-pédagogique de Vitry, et ce n'est pas sans une surprise indignée que nous avons retrouvé en feuilletant le livre de Mme Fisher : *L'éducation Montessori* (adaptation française de Jacqueline André et introduction de Mlle Magdeleine Dufresne) (1) toute la méthode physiologique de Seguin et tous les procédés médico-pédagogiques de Bourneville. Seguin est à peine cité dans la seule introduction de ce livre, les noms d'Itard et de Bourneville n'y apparaissent nulle part.

Nous nous rappelons parfaitement des appareils que Bourneville employait en 1893 pour l'éducation des enfants anormaux, c'étaient identiquement les mêmes cadres à boutonnières à agrafes, à lacets, à cordons que nous trouvons décrits et figurés dans l'*Education Montessori*. Nous avons vu à Bicêtre, il y a plus de 30 ans, le matériel pour distinguer les surfaces rugueuses des surfaces lisses, les jeux de poids géométriques, les cubes en bois, les gammes de couleurs, les jeux pour accoutumer le sens du toucher à la forme des objets, pour apprendre à placer les objets au moyen du toucher et de la vue, le jeu géométrique pour le dessin, les lettres découpées, etc., etc. et tout cela est à la base de l'éducation Montessori.

Bourneville divulguait largement ses méthodes, Madame Montessori a certainement visité Bicêtre. Nous ne saurions lui reprocher d'avoir utilisé ce qu'elle y a pu voir, de l'avoir appliqué judicieusement aux enfants normaux comme l'a recommandé Ed. Seguin.

Mais ce que nous trouvons surprenant et attristant pour notre pays, c'est l'oubli à peu près complet dans un ouvrage français sur l'éducation Montessori, adapté et préfacé par des Françaises des trois noms d'Itard, d'Ed. Seguin et de Bourneville qui furent les pères indiscutables de la méthode qu'a appliquée bien après eux et d'après eux, Madame Montessori. Nous avons lu dans l'introduction du livre auquel nous faisons allusion que Madame Montessori a connu les travaux de Seguin sur les enfants idiots ; comme les plus importants ont été écrits en anglais, Madame Montessori, d'après le même livre, ignorait cette langue, n'a pu les lire que dans la traduction que publia Bourneville. Car ce dernier, au lieu d'utiliser les travaux de ses prédécesseurs sans les citer, poussait la probité scientifique jusqu'à les faire traduire et les éditer à ses frais, ce qui fut loin d'être pour lui une opération financièrement productive, puisqu'il mourut dans un complet dénûment.

C'est grâce à Bourneville que nous avons pu

(1) Librairie Fischbacher, Paris, 1915.

connaître Itard et le Sauvage de l'Aveyron, Seguin et sa méthode physiologique et nous assurer que les méthodes d'éducation pour les enfants normaux et anormaux, dites modernes, depuis l'éducation des sens jusqu'aux écoles de plein air ont été conçues, appliquées et perfectionnées par des Français.

Il convient de publier ces vérités auxquelles on pourrait en ajouter bien d'autres, car il faut que nul chez nous ne l'ignore. J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA MALADIE CŒLIAQUE

Par P. ROHMER,

Professeur à la Faculté de Médccine de Strasbourg.

Bien qu'on trouve la description de cette affection chez des auteurs anciens, ce ne fut que Samuel GEE (d'Edimbourg), qui l'isola en 1888 comme entité morbide ; il l'appela « cœliac affection ». Indépendamment de lui, HERTER (de New-York) la décrivit en 1908 sous le nom d'« infantilisme intestinal » et HEUBNER (de Berlin), en 1909, sous celui d' « insuffisance digestive chronique grave chez des enfants au-delà de l'âge de nourrissons ».

C'est une maladie rare ; il en a cependant été publié un nombre considérable d'observations en Angleterre, en Amérique, en Allemagne, en Autriche et en Suisse ; aucun cas n'en a été jusqu'à présent relaté en France. Nous en avons personnellement observé environ dix cas ; nous nous baserons sur ceux que nous avons traités pendant ces quatre dernières années pour illustrer la description de la maladie.

Pour fixer les idées, nous faisons d'abord suivre les descriptions de deux cas que nous avons observés récemment :

Ku... Jeanne, née le 12 septembre 1924, admise le 16 mars 1927.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants; deux enfants plus âgés en bonne santé.

Antécédents personnels : Née à terme ; poids de naissance : environ 3 kgr. Bien portante pendant la première année.

Histoire de la maladie : Au début de la deuxième année s'établit un état dyspeptique, avec des diarrhées et des vomissements. L'enfant ne supporte plus le lait ; on la nourrit principalement avec des soupes à l'avoine. Traitée à la lampe de Quartz pendant l'hiver 1925-26. Pendant les derniers mois, elle eut des diarrhées continuelles et de fréquents vomissements.

Depuis cinq jours avant son entrée à la clinique, les parents remarquèrent que les mains se figeaient dans une position anormale, et que les bras se raidissaient par moments.

Etat actuel : Etat lamentable. Taille : 80 cm. ; poids : 8.200 gr. Disparition totale du pannicule adipeux sur tout le corps, excepté dans la figure. Chairs flasques. Œdème du dos des pieds et de la partie inférieure des jambes, mains figées dans la position d' « accoucheur ». Légères tuméfactions des épiphyses des avant-bras ; chapelet costal.

Organes thoraciques s. p.

Ventre gros, fortement tendu. A la percussion, matité dans le flanc gauche qui ne se déplace pas quand on change l'enfant de position.

Système nerveux : Spasmes carpo-pédaux typiques. Signe du facial : ++ ; signes des péroniers ++.

Sang : hémoglobine 55 (Sahli) ; érythrocytes : 4.000.000 ; globules blancs : 12.400. Calcium sanguin : 0 gr. 066 par litre de sérum ; phosphate du sérum : 0 gr. 032.

Traitement : Chlorure de calcium pendant six jours. Lampe de Quartz. Alimentation : nourriture sans déchets avec prédominance d'albumines (viande hachée, fromages).

Evolution de la maladie : Pendant les premiers jours l'enfant mange bien, puis l'appétit diminue et on l'alimente très difficilement. Il y a des vomissements fréquents. Le premier jour, les selles sont dyspeptiques, puis deviennent de consistance pâteuse, peu colorées, assez fréquentes et surtout très volumineuses. Les œdèmes disparaissent, de même les spasmes carpo-pédaux, mais les signes de tétanie latente persistent. Le poids tombe à 7.700 gr. le 21 mars, puis remonte lentement à 7.900 gr.

8 avril : éruption varicelleuse. Interruption du traitement à la lampe de Quartz. L'enfant continue à avoir les mêmes selles volumineuses, gris clair.

Du 19 au 21 avril on essaye de lui faire une alimentation aux bananes ; la répugnance de l'enfant contre ce fruit met rapidement fin à cette tentative.

Les selles deviennent dures, mais restent claires et énormes comme volume ; elles ne contiennent pas de graisse neutre. La flore est mixte. Plus tard, elles redeviennent pâteuses et fétides.

Examen de l'estomac, après repas d'épreuve :

Acidité libre : 0,43.
Acidité totale : 0,69.

Etat psychique : Taciturne, renfermée, morose, ne participe pas aux jeux des autres enfants, mais les suit du regard. Poursuit pendant des heures entières, même pendant toute une journée, sans discontinuer, le même mouvement monotone.

Transit intestinal : Forme de l'estomac normale ; péristaltisme normal ; se vide en 4 heures. Au bout de six heures le cæcum et le côlon ascendant sont remplis ; il y a des restes considérables dans l'intestin grêle et une partie dans le côlon descendant et le sigmoïde. Après 20 heures, la masse principale se trouve encore dans le côlon ascendant et transverse.

Radiologie : ostéoporose très prononcée !

Mesures : Taille : 82,5 cm.
Tête : 48,5 cm.
Poitrine : 47 cm.
Abdomen (au niveau de l'ombilic) : 49 cm.
Poids : 9.000 gr.

Le poids monte jusqu'à *8.550 gr. (25 mai), puis* retombe à 8.500 gr.

A partir du 15 juin, on abandonne tout régime ; on lui donne ce qu'elle veut. L'enfant prend bien la nourriture à la condition que ce soit une sœur déterminée qui la lui donne ; elle la refuse de toute autre personne. Selles volumineuses, gris clair, moulées.

Quitte non guérie.

Rin... Emile, né le 7 mai 1921, admis le 26 septembre 1922.

Antécédents : Né à terme avec 4.250 gr. Allaitement artificiel. A eu souvent des vomissements et des diarrhées. Première dent à 11 mois ; a marché à un an ; aurait pesé à ce moment 8.500 gr. Depuis quelque temps l'enfant est en nourrice ; il mange à table ; la mère ne sait pas exactement ce qu'on lui donne. Mais il aurait beaucoup maigri les derniers temps avant l'admission.

Etat actuel : 26 septembre 1922.
Poids : 6.620 gr.
Taille : 72 cm.
Tour de tête : 45 cm.
Tour de poitrine : 41 cm.

Emaciation extrême. Le pannicule adipeux a disparu partout, excepté dans la figure. Pâleur marquée des téguments. Gros ventre avec écartement des grands droits. Foie et rate s. p. Membres grêles, maigres, présentant une musculature très atrophiée. Pas d'organes malades. Pirquet, Mantoux, Wassermann négatifs.

Les selles sont très volumineuses, blanches, contenant de nombreuses gouttelettes de graisse neutre et beaucoup de cristaux d'acides gras. A l'iode, on trouve aussi un peu d'amidon.

Evolution de la maladie : On donne d'abord des bouillies au lait pur et une soupe au bouillon de légumes. L'aspect des selles ne change pas ; le poids reste stationnaire.

5 octobre 1922. A la suite d'une angine, l'enfant est pris de diarrhée glaireuse ; le poids tombe du 5 au 6 octobre de 6.610 à 6.040 ; état très grave. On donne du lait de femme, en partie écrémé — plus tard du lait de femme additionné de Larosan, des bouillies au lait de femme auxquelles on ajoute, au bout de quatre semaines de ce traitement, une soupe au bouillon de légumes. L'état s'améliore, les selles sont moins nombreuses, mais toujours glaireuses. Puis des pharyngites et une otite interviennent, suivies d'une recrudescence des selles dyspeptiques. Le poids, qui était remonté à 6.750 gr., retombe à 6.430 gr.

Est repris par ses parents le 2 décembre 1922.

La maladie débute généralement entre la deuxième et la sixième année, brusquement ou insidieusement ; quelquefois, les enfants ont déjà souffert de troubles digestifs comme nourrissons ; très rarement, elle fait son apparition seulement dans la deuxième enfance.

L'aspect clinique des enfants est typique ; au bout d'un certain temps, quand la maladie est bien développée, tous ces petits malades se ressemblent. Ce sont des individus trop petits, chétifs et amaigris, chez lesquels domine un ventre énorme, autour duquel le thorax étroit et les extrémités, maigres comme des baguettes, ne forment que des appendices. La figure conserve généralement un peu de graisse, de sorte que toute la maigreur des enfants n'apparaît que lorsqu'ils sont déshabillés. Ils sont fatigués, adynamiques ; la pâleur de leurs téguments est due à une anémie réelle, qu'on trouve toujours dans cette affection.

Les selles sont caractéristiques ; elles sont très volumineuses, blanchâtres ; tantôt putrides, tantôt en état de fermentation acide. On y trouve beaucoup de graisse neutre et d'acides gras, mais aussi de l'amidon colorable à l'iode, ainsi que les résidus d'autres aliments incomplètement digérés. Elles varient suivant la nature des aliments et surtout ! — elles n'ont pas toujours ce caractère typique ; au début, elles sont souvent simplement dyspeptiques et, même quand la maladie est bien confirmée, elles peuvent être normales pendant de longues périodes, frappant seulement par leur volume exagéré et par leur couleur claire ; pendant ces périodes, le poids des enfants n'augmente souvent pas plus que lorsque les selles sont mauvaises.

Autre fait caractéristique : ces enfants sont toujours de grands nevropathes ! Ils ont l'expression de la figure renfermée, méfiante, le ca-

ractère souvent grincheux, égoïste ; tout leur intérêt semble être concentré sur leur propre personne ; ils ne participent guère à ce qui se passe autour d'eux et ne jouent pas avec les autres enfants ; souvent on observe des stéréotypies. Quelquefois, il existe une véritable boulimie ; la plupart du temps on se heurte au contraire à une répugnance invincible contre toute nourriture, au refus absolu de la prendre ou à des prédilections pathologiques pour des aliments, des personnes ou des récipients déterminés, en dehors desquels toute nourriture est catégoriquement repoussée.

L'évolution de la maladie est chronique, caractérisée d'un bout à l'autre par les difficultés de trouver des aliments qui fussent tolérés et acceptés par les petits malades. Leur état est toujours d'une labilité extraordinaire ; des causes minimes peuvent déclancher des réactions catastrophales avec des diarrhées profuses et des pertes de poids énormes ; l'enfant mettra souvent de longs mois à réparer les pertes de quelques jours. Les uns meurent finalement d'épuisement, les autres d'une infection intercurrente, contre lesquels ils font preuve d'un manque de résistance très net. Un certain nombre d'entre eux finit par se rétablir et guérit.

Parmi les complications, il faut citer en première ligne la tétanie, principalement sous la forme de spasmes carpo-pédaux. On rencontre, en outre, fréquemment des œdèmes, des hémorrhagies et notamment des manifestations typiques de scorbut. Dans les cas où celui-ci apparaît après une longue durée de la maladie, il s'explique facilement par une longue carence de vitamine C à la suite de l'alimentation défectueuse de ces enfants ; mais il y a des cas où il a été parmi les symptômes de début ! Très rarement, on a observé de la xérophtalmie ; presque régulièrement on rencontre de l'ostéoporose.

Les nombreuses analyses des échanges nutritifs ont révélé soit une résorption, soit une rétention défectueuse de tous les facteurs alimentaires : matières grasses, hydrates de carbone, substances protéiques, eau, substances minérales.

L'anatomie pathologique reste muette. On a constaté l'atrophie et la dégénérescence graisseuse de la plupart des glandes à sécrétion interne et des glandes du tube digestif, notamment du pancréas, mais la plupart des auteurs y voient plutôt la conséquence que la cause de la maladie.

Il s'agit donc, en résumé, dans cette maladie, d'une incapacité chronique des organes digestifs, d'utiliser normalement la nourriture.

Traitement

Le lait de vache est mal supporté ; souvent les enfants tolèrent mieux les laits modifiés ; nous avons personnellement obtenu des effets particulièrement favorables avec le lait albumineux. En règle générale, on donnera une alimentation sans déchets, pauvre en graisse, contenant des hydrates de carbone peu fermentescibles, riche en albumines et complète également sous le rapport des vitamines. Malheureusement, les régimes les plus variés, judicieusement composés d'après ces principes, sont mal supportés, à ce point qu'on en est arrivé jusqu'à avoir recours au lait de femme, même pour des grands enfants.

Après de longs efforts inutiles, on finit généralement par donner à ces enfants, avec quelques précautions, *tout* — laissant à leur tube digestif le soin de s'y adapter, content si leur répugnance obstinée contre toute nourriture se laisse surmonter au point de leur permettre de vivre !

Les traitements médicamenteux et opothérapeutiques — pituitrine, insuline, thyroïdine, sérum de cheval, transfusions de sang —, sont restés jusqu'à présent sans effet appréciable.

Nous en dirons autant du changement de milieu ; ce procédé radical dont les résultats sont si heureux dans les affections gastro-intestinales purement nerveuses, reste sans effet dans cette maladie.

Des auteurs américains ont vanté l'heureuse action des bananes, dont ils donnent jusqu'à 16 par jour. On choisit des fruits très mûrs, qu'on écrase et prépare de différentes façons, suivant le goût des enfants. Quant à l'explication de leur action thérapeutique, il y a deux théories ; les uns supposent qu'il existe dans les bananes un hydrate de carbone (sucrose), particulièrement bien toléré ; d'autres admettent qu'il s'agit d'une action de vitamines, sur laquelle nous reviendrons encore.

Voici un cas traité aux bananes avec succès :

Schuh..., *Augustine*, née le 9 juillet 1923, admise le 4 septembre 1926.

Antécédents héréditaires : Parents et un autre enfant bien portants.

Antécédents personnels : Née à terme ; allaitement mixte pendant les six premières semaines. Sevrée, elle ne supportait pas le lait de vache ; sur le conseil du médecin, on ne lui donna pendant toute la première année que des décoctions de flocons d'avoine à l'eau, fortement sucrées. L'enfant eut toujours des selles plus ou moins mauvaises et est restée chétive. Après la première année, elle a mangé à table ; on lui donna des soupes, un peu de viande, beaucoup de pain et beaucoup de fromage, de la confiture, du miel. N'a jamais supporté le lait, et mal les œufs. Selles bonnes en hiver et mauvaises en été. A beaucoup vomi et fortement diminué les trois dernières semaines avant son admission.

Etat actuel : { Taille : 85 (— 8) cm.
Poids : 9.800 (— 4.900) gr.

En somme : taille d'un enfant de deux ans, et

poids d'un enfant de onze mois. Amaigrissement extrême ; extrémités grêles. Pâleur de la peau et des muqueuses. Ventre très gros, proéminent, souple. Foie et rate non palpables.

Pas d'ascite.

Psychisme normal ; pas de fièvre.

Urines : s. p.

Selles : 3 à 4 selles liquides par jour, très volumineuses, blanc-grisâtres.

Evolution de la maladie : On donne des bouillies à l'eau. Dès qu'on essaye de réintroduire dans le régime une nourriture plus substantielle, par exemple, du lait, les selles redeviennent mauvaises.

17 septembre : on donne une nourriture mixte, correspondant à l'âge de l'enfant, sans prendre égard aux selles, qui d'ailleurs, n'en sont pas modifiées.

Examen radiologique : motilité normale de l'estomac et des intestins ; pas de mégacôlon.

Examen des selles : Consistance pâteuse, coloration blanc-grisâtre, volume énorme, beaucoup d'acides gras.

Examen du sang : hémoglobine : 60 (Sahli) ; globules rouges : 4.800.000, globules blancs : 7,700.

25 septembre : Poids 9.600. On commence un traitement aux bananes, 3 à 6 par jour, selon l'appétit de l'enfant. Les selles se recolorent ; l'état général s'améliore ; le poids monte jusqu'à 11 kgr. (le 16 octobre 1926).

Est repris par les parents ce jour.

Le 16 juin 1927. Après son départ, l'enfant a eu des soupes au bouillon de jarret de veau avec de la farine, aux pois et aux haricots, de la viande, du beurre, du fromage et du pain. En outre, 2 litres de lait par jour ! ! Outre cela, elle prend toujours plusieurs bananes par jour. L'enfant commence à avoir du plaisir à vivre ! Les selles sont normales, moulées, pas trop volumineuses, émises une fois par jour.

L'enfant bien nourrie, alerte, a gardé son gros ventre. Poids : 12.300 gr. ; taille 87 cm. Hémoglobine: 48 (Sahli).

Pathogénie

Herter a trouvé dans les selles acides de ces enfants la flore acidophile des selles du nourrisson élevé au sein, d'où le nom « infantilisme intestinal ». Nous savons maintenant que cette flore dépend de la réaction des selles, et qu'on peut la modifier à son gré en changeant l'alimentation des enfants, sans que ce changement ait la moindre influence sur la marche de la maladie.

Heubner l'attribua à une infériorité constitutionnelle de tout l'appareil digestif, d'autres à celle de certains organes (infantilisme pancréatique, insuffisance pluriglandulaire), sans apporter des preuves convaincantes à l'appui de leur thèse.

D'autres auteurs admettent une origine nerveuse ; la forme la plus récente de cette conception est l'hypothèse qu'il existe chez ces enfants, une labilité et des oscillations pathologiques du tonus du vague et du sympathique, entraînant des troubles moteurs et sécrétoires des organes digestifs. Cette explication, toute théorique manque également de preuve positive.

Dans les derniers temps, des voix s'élèvent de toutes parts, d'après lesquelles la maladie cœliaque serait une avitaminose. Nous ne pouvons ici qu'énumérer brièvement les arguments de ces auteurs ; 1° la fréquence, dans la maladie cœliaque, des symptômes qu'on rencontre dans les avitaminoses : scorbut, hémorrhagies, œdèmes, retard de la croissance, etc. ; 2° la ressemblance de notre affection avec la dyspepsie chronique qu'on trouve dans les cas de scorbut fruste (états préscorbutiques) ; 3° le succès thérapeutique qu'on a obtenu dans certains cas avec des préparations de vitamines (Metagen, Hevitan). On peut peut-être aussi citer, à l'appui de cette thèse, l'heureuse action de la cure aux bananes. Si l'on fait abstraction de cette dernière, nous avons l'impression qu'on obtient plus sûrement des résultats avec les préparations concentrées de vitamines qu'avec les jus de fruits ou de légumes crus qui servent de point de départ pour leur préparation — contrairement à ce qu'on voit dans le scorbut, par exemple. Ce point serait à étudier. Voici un cas où nous avons obtenu un beau succès, bien que transitoire ! — avec une préparation de vitamine C qui a été gracieusement mis à notre disposition par M. Bessonnoff.

Schl..., *M. C.*, née le 9 octobre 1924, admise le 3 janvier 1926.

Antécédents : Fausse-couche de six semaines.

Née à terme avec un poids de 4.000 gr. A bien prospéré au sein pendant 4 mois. Après son sevrage, a reçu du lait simplement cuit. Entre le cinquième et sixième mois, une soupe au bouillon de légumes ; à partir du mois de juin 1925, à l'âge de 7 mois, le lait a été stérilisé au Soxhlet. La croissance a été normale jusqu'à l'âge de 10 mois. A partir de cet âge, l'enfant commence à rendre ; un mois plus tard, elle eut de l'anorexie. A 13 mois le médecin, se croyant en présence d'une inappétence nerveuse, prescrit la suralimentation forcée, ce qui provoqua des vomissements. Le lait ordinaire donna des selles fétides, qui redevinrent bonnes avec du lait albumineux. Deux jours avant son admission apparurent des ecchymoses sur le corps et des selles noires.

Etat à l'admission : Enfant nettement retardée dans son développement physique ; poids 7.230 gr. Le pannicule adipeux est encore partiellement conservé, mais aux extrémités on peut soulever la peau à grands plis. Les téguments sont desséchés et cireux. Au bras et à l'avant-bras, il y a de grosses suffusions sanguines provenant d'hémorrhagies sous-cutanées et formant des tumeurs indolores plus ou moins grosses. Les mêmes hémorrhagies se trouvent, un

peu moins étendues, aux extrémités inférieures. Petites hémorragies au palais et forts saignements du nez.

Organes thoraciques : s. p.

Ventre : gros, ballonné, tendu, il n'y a pas d'hypertrophie ni du foie ni de la rate. Thymus et ganglions lymphatiques s. p.

Urines : s. p. Selles : très volumineuses, dyspeptiques, cinq par jour.

Sang : temps de saignement : 3 minutes 1/2.
» de coagulation : 30 minutes une première fois ; une deuxième fois au-delà de 3/4 d'heure.

Hémoglobine : 55 (Sahli).
Globules rouges : 4.090.000.
Globules blancs : 17.000.
Formule leucocytaire normale.

On fait à l'enfant des injections d'anthéma et des irradiations de la rate. Les hémorrhagies cessent ; les selles deviennent immédiatement bonnes quand on donne à l'enfant du lait albumineux, dont l'enfant prend jusqu'à 1.200 gr. par jour. Comme on avait certaines raisons de penser à une hérédo-syphilis, on fait une cure antisyphilitique qui reste sans aucune action visible sur l'état de l'enfant.

1er *février* : Une légère angine, qui dure deux jours, provoque de la diarrhée et une chute du poids de 700 gr. en 3 jours.

10 *février* : les selles sont redevenues normales, formées, mais toujours très volumineuses.

L'enfant augmente jusqu'à 7.700 gr. (14 février), puis l'augmentation s'arrête.

16 *février* : On commence à donner à l'enfant de la vitamine Bezssonoff. Le poids resta stationnaire jusqu'au 20 février. Ce jour, on substitua à deux repas de lait albumineux deux bouillies plus épaisses au lait tout en continuant à administrer de la vitamine. A partir de ce moment l'enfant augmente rapidement. Au bout de trois semaines, on remplaça le lait albumineux par du lait pur, additionné d'un peu de farine, et par une soupe au bouillon de légumes. On supprima la vitamine le 24 mars ; ce jour l'enfant avait atteint un poids de 9.450 gr. L'augmentation du poids continue encore pendant une semaine, puis une nouvelle pharyngite provoqua de nouveau une diarrhée, entraînant en quatre jours une chute de poids de 540 gr. L'angine terminée, on reprend le régime d'auparavant : 500 gr. de lait pur additionné de farine, 500 gr. de bouillies épaisses à la mondamine et 250 gr. de bouillon de légumes avec un peu de beurre, un peu de viande et du jus d'orange. Le poids monta de 700 gr. en deux jours, l'enfant qiutta la clinique quinze jours plus tard, le 12 avril 1926, avec un poids de 10.000 gr.

Nous n'avons plus revu l'enfant, mais nous apprîmes que les selles volumineuses et dyspeptiques reparurent bientôt, malgré une alimentation riche en légumes et en fruits. L'enfant fut traité dans une autre clinique où l'on avait finalement même recouru au lait de femme ; malgré les soins qui lui furent prodiguées il y mourut quelques mois plus tard d'une hémorrhagie.

Autopsie : pas de trace de syphilis ; rien de pathologiques aux organes.

Dans un autre cas, la même préparation de vitamine (Bezssonoff) n'a été donnée que transitoirement, à titre d'essai ; là aussi son action semble avoir été heureuse.

Rhi..., *Marcelle*, née le 12 mai 1924, admise le 9 janvier 1926.

Antécédents héréditaires : s. p.

Antécédents personnels : Née à terme ; était bien développée et robuste à la naissance. Elevée avec des coupages de lait, auxquels on a ajouté plus tard des bouillies et des légumes.

Les renseignements sur le développement de l'enfant pendant la première année nous manquent.

Maladie actuelle : Depuis le début de la deuxième année, l'enfant a des selles fréquentes (2 à 3 par jour), molles, de couleur très claire et d'odeur putride.

Admise à l'âge de 20 mois, le 9 janvier 1926. Poids d'entrée : 6.370 gr. ; taille : 72 cm. ; tour de tête : 44 cm. ; tour de poitrine : 43 cm.

Mauvais état de nutrition. Pâleur des téguments Léger rachitisme. Gros ventre. Hémoglobine : 58 pour cent.

On donne une nourriture normale (bouillies, soupe au bouillon de légumes, purée de légumes) ; l'enfant fait des selles abondantes, blanches, putrides.

Avec du babeurre, puis de la bouillie maltée, les selles deviennent liquides et glaireuses ; l'enfant tombe à 5.770 gr. et présente des symptômes de collapsus.

Cet incident passé, on revient au régime mixte du début, puis on donne du babeurre auquel on ajoute des bouillies épaisses au lait ; les selles restent toujours volumineuses, blanches, putrides.

Le 19 février : 6.470 gr.

Du 14 février au 20 mars, on donne de la vitamine Bezssonoff, 1 à 3 ampoules ; les selles s'améliorent ; l'enfant augmente rapidement à 7.770 gr. (le 11 mars), fait une chute inexpliquée avec des selles moins bonnes, du 11 au 14 mars, puis remonte à 7.510 gr. le 19 mars.

Le 20 mars on supprime le vitamine C, ainsi que le jus de carottes qu'on avait ajouté.

Le 25 mars, légère bronchite, afébrile ; ne dure que quelques jours. Dans la suite, les selles redeviennent volumineuses, blanches, putrides ; l'enfant perd son appétit et diminue de poids (6.050 gr. le 8 avril).

On donne du lait albumineux ; les selles s'améliorent ; l'enfant augmente un peu de poids, puis retombe.

28 avril : 6.070 gr. On revient au régime mixte : deux biberons de lait, deux bouillies épaisses au lait pur, une soupe au bouillon de légumes, avec de la

purée de légumes, de la viande et du beurre, une banane. Augmentation lente avec de grandes oscillations ; selles mauvaises.

27 mai et 3 juin : deux transfusions de sang, sans effet net.

22 juin : Angine, puis bronchropneumonie ; diarrhées. Chute de poids de 7.610 gr. à 6.280 gr. en cinq jours. Etat alarmant. Infusion de solution de Ringer. Réalimentation au lait de femme.

La crise passée on revient à l'alimentation mixte ; le poids remonte lentement à 7.760 gr. ; les selles restent dyspeptiques.

Pendant les derniers trois mois que l'enfant passe à la clinique, le poids reste stationnaire ; de bonnes selles alternent avec des selles dyspeptiques ; l'enfant devient plus alerte, s'assied, commence à parler, mais n'augmente pas. Quitte le 15 octobre 1926, après un séjour de neuf mois, à l'âge de 29 mois, avec un poids de 7.600 gr.

Nous avons revu l'enfant le 1er juillet 1927 : Etat inchangé : 8.600 gr. ; hémoglobine 50 (Sahli) ; radiographie : forte ostéoporose.

La plupart des auteurs ne voient dans les symptômes avitaminosiques que la conséquence du régime forcément plus ou moins carencé, imposé par le mauvais travail digestif et l'appétit capricieux des petits malades. D'autres cependant cherchent dans le manque de certaines vitamines (B ? C ?) la cause de la maladie.

Il serait prématuré de prendre dès maintenant position dans cette question qui appelle des recherches ultérieures ; mais nous ne voulions pas manquer d'attirer l'attention des médecins sur ce problème et, en général, sur cette affection intéressante que le praticien rencontrera peut-être plus souvent quand il la connaîtra mieux !

CLINIQUE CHIRURGICALE

La tuberculose des lèvres.

M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

La tuberculose des lèvres, quelle que soit sa modalité, lupus ou ulcération, constitue, par suite de la résistance indiscutable qu'oppose la muqueuse dermo-papillaire aux attaques microbiennes, une des localisations les plus rares du bacille de Koch ; je n'en veux pour preuve que le petit nombre d'observations publiées, alors que les autres cantonnements tuberculeux sont devenus d'une déplorable banalité. Si donc la tuberculose labiale représente déjà une lésion qu'il n'est pas commun d'observer en clinique, la bacillose labiale primitive (et je m'expliquerai tout à l'heure sur le véritable sens qu'il vous conviendra de donner à ce mot), doit-être considérée, elle, comme quasi exceptionnelle, car la presque totalité des faits signalés ne se rapportent qu'à des localisations secondaires, se trouvant sous la dépendance d'une affection déjà existante depuis un temps plus ou moins long, pulmonaire ordinairement, ce qui diminue dans de très notables proportions leur intérêt chirurgical.

Aussi, ai-je l'intention d'insister aujourd'hui sur un de ces cas de tuberculose que vous venez d'avoir l'occasion d'observer dans notre service, en vous montrant en quoi consiste cette lésion, et aussi quelle est la thérapeutique qu'elle doit comporter. Voici d'abord l'observation de notre sujet.

Il y a trois mois environ, entrait à l'Hôtel-Dieu, un homme âgé d'une quarantaine d'années, porteur d'une ulcération labiale, et dont les antécédents, tant héréditaires que consanguins, ne présentent aucun intérêt. En ce qui le concerne plus particulièrement, en dehors de l'inévitable rougeole contractée dans l'enfance, il a eu la fièvre typhoïde à l'âge de vingt-huit ans, et depuis lors, il n'a jamais présenté aucune affection quelconque ; à noter cependant, que, depuis la trentaine, sa dentition a toujours été en très piètre état, car la plupart de ses dents ont été atteintes successivement par la carie, sans qu'il s'en soit d'ailleurs beaucoup préoccupé. Il est célibataire, n'a jamais fumé, et ne boit que très modérément.

Depuis un peu plus de deux mois, il a vu apparaître sur la face muqueuse de la lèvre inférieure, à un centimètre environ de la commissure gauche une petite ulcération, plutôt gênante que douloureuse au début, et qui ne présentait aucune tendance spontanée à la cicatrisation.

Comme notre sujet possédait en regard de cette perte de substance un reste de canine cariée, il crut trouver dans la présence de ce chicot la cause déterminante de sa lésion, et eut recours aux bons offices de son médecin pour se débarrasser de ce débris dentaire plus nuisible qu'utile. Cette avulsion n'apportant aucune amélioration à son état, car l'ulcération tendait au contraire à s'accroître en étendue, le malade revint chez son médecin, qui, à différentes reprises, pratiqua un certain nombre de cautérisations qui, elles non plus, n'amenèrent aucun résultat satisfaisant. Puis l'ulcération augmentant toujours, gagnant en longueur, en largeur et en profondeur, le médecin crut se trouver en présence

d'une lésion maligne de la lèvre, et conseilla à son malade de se rendre à l'hôpital de Toulouse en vue d'une intervention plus sérieuse. C'est ce qui eut lieu : il se présenta donc à la consultation avec le diagnostic d'ulcération épithéliomateuse de la lèvre inférieure et fut aussitôt admis salle Saint-Pierre.

Notre malade est un homme de taille moyenne, d'un très bon état de santé général et qui ne se plaint que de l'ulcération dont il est porteur. Cette dernière, qui se continue de plain pied avec la muqueuse environnante, légèrement violacée au pourtour immédiat, est située à la face interne de la lèvre inférieure, et se présente sous la forme d'une perte de substance assez allongée dans le sens antéro-postérieur, partant du bord libre, et s'étendant en arrière sur une longueur de deux centimètres ; sa largeur est d'environ un demi-centimètre, et sa profondeur de cinq à six millimètres. Son contour est légèrement sinueux, ses bords sont nets, taillés à pic, minces, peu saillants, bien coupés et décollés ; le fond de l'ulcération, couvert de bourgeons charnus, offre une coloration grisâtre et sécrète une faible quantité d'un pus clair.

La palpation de la lèvre ne révèle pas la souplesse habituelle de cet organe, mais montre au contraire une induration très nette qui se prolonge jusqu'à plus d'un centimètre du bord de la perte de substance ; en outre, cette ulcération présente un caractère douloureux dans certaines conditions, elle ne l'est que très peu spontanémetnt, mais le devient au toucher, ainsi qu'au contact des aliments chauds et épicés. Il n'existe aucune autre espèce de lésion dans la cavité buccale, il n'y a pas de modification de la nature de l'haleine, mais la salivation est très notablement exagérée.

La palpation des régions sous-maxillaires montre qu'il existe un engorgement ganglionnaire bilatéral, un peu plus marqué toutefois du côté gauche ; on sent, en effet, rouler de chaque côté sous le doigt une série de petits ganglions très durs et paraissant encore bien mobiles. Ces deux chaînes sous-maxillaires ne semblent pas se propager du côté de l'angle de la mâchoire avec la chaîne carotidienne.

L'appétit est resté ce qu'il a toujours été, c'est-à-dire excellent, la digestion s'effectue tout à fait normalement, et il n'y a ni diarrhée, ni constipation : tous les autres appareils de l'économie paraissent fonctionner de manière satisfaisante, il n'y a rien de suspect du côté des poumons, car leur examen radiographique, pratiqué dès le moment où la lésion que présentait notre sujet a pu être précisée, n'a rien montré d'anormal.

Quelle pouvait être la nature de cette lésion ? En éliminant l'idée d'ulcération dentaire, d'herpès, de stomatite ulcéreuse et de chancre mou, qu'il ne paraissait guère possible de retenir, trois hypothèses seules, cancer, syphilis ou tuberculose, devaient s'offrir à mon esprit.

J'ai bien vite écarté la pensée qu'il put s'agir dans ce cas d'une lésion syphilitique ; il ne pouvait, en effet être question ni de plaques muqueuses, ni d'un chancre, ni d'une lésion secondaire, et en outre, l'absence d'altérations de même nature, la situation de la perte de substance, et sa physionomie propre présentant bien des bords irréguliers, taillés à pic, mais minces et décollés et offrant un fond raviné ne me permettaient pas de conclure en faveur d'une lésion tertiaire. D'ailleurs, le résultat négatif de la réaction de Bordet-Wassermann, et de la recherche directe des tréponèmes ne pouvait me laisser aucun doute à cet égard.

Restait donc à choisir entre cancer et tuberculose : le diagnostic était délicat, et je vous avouerai que j'ai longuement hésité avant de me prononcer. Il n'existait pas en effet, au niveau de la zone violacée entourant l'ulcération ce fameux semis de points jaunes, si caractéristiques des lésions bacillaires de la lèvre, aux dires de Julliard et de Trélat, et de plus, la palpation de sa base m'offrait une induration nette, signe que l'on ne rencontre pas d'ordinaire, d'après les auteurs, au niveau des pertes de substance de nature tuberculeuse. Pourtant, l'absence de saillies bien mamelonnées, d'hémorragies au grattage et de gêne fonctionnelle, l'existence de phénomènes douloureux précoces, et la marche lente, insidieuse, sournoise dont s'était développée l'affection, me fit incliner à écarter plutôt l'idée d'épithélioma et à pencher pour la tuberculose, bien que l'absence de toute espèce de signe pulmonaire ne fût guère en faveur de cette dernière variété de lésion. Pour en finir, je décidai de trancher la question par un examen histologique : je pratiquai donc une biopsie où le microscope devait me montrer des formations tuberculeuses indiscutables.

Le diagnostic ainsi définitivement posé, et étant donné l'excellent état général de notre malade, je me suis décidé à une intervention assez large, dépassant bien toute la zone indurée, et je pratiquai l'ablation d'une bonne partie de la lèvre. Je n'ai pas voulu faire dans ce cas, l'évidement ganglionnaire des régions sous-maxillaires, comme je l'ai réalisé il y a quelques années dans un cas de tuberculose de la langue ; j'ai pensé, en effet, et les suites m'ont d'ailleurs donné raison, que l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, qui étaient durs, petits et parfaitement mobiles, devait être surtout d'ordre inflammatoire et qu'en supprimant la cause, j'arriverais facilement à avoir raison de ses effets. Les suites ont été excellentes et notre opéré put quitter l'Hôtel-Dieu une quinzaine de jours après l'exérèse. Depuis lors, il est venu se faire voir à différentes reprises, et vous avez pu, il y a quelques jours à

◆◆◆◆

peine, vous rendre compte du résultat obtenu : la cicatrice labiale était parfaitement souple, et l'engorgement ganglionnaire avait disparu en très grande partie. Je ne doute pas que, dans un mois d'ici nous ne retrouvions plus aucune trace de l'adénopathie qu'il présentait au moment de l'intervention.

Je n'ai certes pas manqué, dans les jours qui ont suivi l'opération, de pratiquer l'examen histologique de la pièce enlevée et il m'a été donné de me rendre ainsi compte de l'étendue des lésions : la lèvre montrait les altérations banales de toute tuberculose, avec ses tubercules, ses follicules et ses cellules géantes, mais, point assez important, et qui rend bien compte des particularités symptomatologiques, la lésion s'étendait profondément jusqu'au niveau des faisceaux musculaires, qui se trouvaient nettement dissociés par l'infiltration folliculaire.

***

Telle est l'histoire clinique présentée par notre malade, qui vous montre assez bien la physionomie un peu particulière de la tuberculose labiale, dont je vais maintenant étudier plus spécialement quelques points.

Et d'abord, vous ne devez pas ignorer, que l'ulcération tuberculeuse, bien qu'elle soit la forme clinique que l'on est appelé à observer le plus fréquemment, n'est pas la seule modalité sous laquelle peut se présenter la bacillose labiale et qu'elle peut encore évoluer sous la forme de lupus vulgaire, prsque toujours secondaire à une autre localisation lupique située au niveau de la face, de lupus érythémateux, de leucoplasie tuberculeuse ou de pseudo-épithélioma tuberculeux : je me borne à vous les signaler, elles sont peu fréquentes et les deux dernières formes sont même tout à fait exceptionnelles.

L'ulcération tuberculeuse, qui est donc la variété de bacillose labiale que l'on rencontre le plus souvent n'a été relevée cependant qu'un petit nombre de fois, la thèse de Plichon, parue en 1888 ne se basait que sur 17 observations, celle de Boyreau, en 1907, n'en contenait que 26, et depuis lors, la littérature médicale n'a apporté que très peu de documents nouveaux ; encore dans la plupart des cas ne s'est-il agi que de lésions se manifestant au cours de l'évolution d'autres foyers tuberculeux organiques. Il est même surprenant, étant donnée la grande fréquence des bacilloses de l'appareil respiratoire que les propagations labiales ne soient pas constatées d'une manière plus fréquente : ce fait doit évidemment tenir à la grande résistance de la muqueuse de la lèvre, qui, par son épithélium pavimenteux, oppose une résistance efficace à l'ensemencement microbien.

Bien que la lésion, qui se rencontre exclusivement chez les adultes, et beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme, puisse être relevée indifféremment sur les deux lèvres, c'est surtout la lèvre inférieure qui est affectée ; la perte de substance débute dans la majorité des cas au niveau du bord libre, soit dans la partie médiane, soit dans la région commissurale et de là s'étend sur toute la muqueuse. Le plus souvent unique, mais pouvant dans certains cas être multiple, l'ulcération tuberculeuse affecte au début tantôt la forme d'une rhagade allongée dans le sens antéro-postérieur, comme chez notre sujet, tantôt la forme d'une solution de continuité arrondie et superficielle, généralement de petites dimensions et ne dépassant que très rarement celles d'une pièce de deux francs. D'ordinaire, et contrairement à ce que vous avez pu observer chez notre malade, la superficialité est son caractère propre, elle s'étend en effet beaucoup plus en surface qu'en profondeur, et ne s'enfonce qu'exceptionnellement jusqu'à la moitié de l'épaisseur de la lèvre ; mais il est cependant des cas, comme celui que nous avons eu sous les yeux, où elle peut s'étendre jusqu'au niveau des formations musculaires, qui sont alors infiltrées rapidement, ce qui se traduit en clinique par une induration très nette au palper. Son contour est généralement circulaire, ou légèrement sinueux, et les bords, en légère saillie sont le plus souvent nets, et taillés à pic, plus rarement déchiquetés, ils sont, en outre, minces et décollés. Le fond est représenté par une surface rouge pâle ou grisâtre, couverte de petits bourgeons charnus et sécrète un pus clair, peu abondant, devenant parfois sanguinolent. L'ulcération continue de plain pied avec la muqueuse environnante, qui, à sa périphérie immédiate est violacée et couverte d'un semis de points jaunâtres décrits par Trélat, qui ne représentent que des follicules tuberculeux en voie d'évolution.

Sur les lèvres, comme partout ailleurs la condition essentielle qui régit la production de toute lésion tuberculeuse est la présence indispensable du bacille de Koch, aussi faut-il pour qu'une ulcération bacillaire puisse se former que l'agent microbien parvienne nécessairement à atteindre le chorion de la muqueuse labiale. A ce point de vue, l'opinion de Ritzo, reprise par Plichon, qui accorde à la localisation une origine embolique, ne semble pas concorder avec les résultats cliniques, car la présence de bacilles dans le sang n'a été qu'exceptionnellement constatée chez les porteurs des lésions bacillaires au niveau de la lèvre. Etant donné que l'ulcération s'observe presque toujours chez des tuberculeux pulmonaires avérés, et que son siège est beaucoup plus fréquent sur la lèvre inférieure qui, par sa situation même, est plus facilement souillée par l'expertoration, il est beaucoup plus ratioonnel d'admettre que c'est de cette manière que s'effectue la produc-

tion des lésions : c'est le crachat chargé de bacilles qui vient inoculer la muqueuse, et il la contagionne au point où il marque pour ainsi dire un temps d'arrêt, avant d'être définitivement expulsé, c'est-à-dire au niveau des commissures.

A ce sujet, il est à se demander si l'inoculation ne pourrait pas dans certains cas être d'origine externe : comme le fait fort bien observer Vallas, cette pathogénie est assurément très possible, et l'on peut parfaitement admettre une contagion au cours de certains actes de la vie, tel que le baiser. Il est cependant, et vous le reconnaîtrez aisément, assez difficile de bien mettre en évidence un pareil mode de contage, aussi ne serez-vous pas étonnés que nous en soyons réduit sur ce point à ne formuler que des hypothèses, car nous ne possédons encore aucune observation assez probante pour déterminer la conviction.

Quant au mécanisme intime de cette inoculation, il semble bien, étant donnée la nature même du revêtement muqueux, qu'il soit nécessaire, au moment du contage qu'il existe toujours une porte d'entrée ; elle est parfois d'origine traumatique, mais bien souvent aussi, elle est constituée par les fissures assurément insignifiantes, qui existent d'une manière si fréquente au niveau des lèvres, etqui sont toujours suffisantes pour assurer une inoculation.

Si la lésion labiale ne se montre ordinairement qu'au cours de l'évolution d'une bacillose ouverte, ce n'est pas fatalement pendant l'aggravation du processus pulmonaire qu'elle se produit ; chez bien des sujets, l'ulcération se développe alors que l'atteinte des poumons ne se révèle encore par aucun signe stéthoscopique, ou même physique, et c'est, dans ces cas, que l'on est conduit à prononcer les mots de bacillose primitive de la lèvre. Mais, fait très important, il doit rester bien entendu que le caractère primitif de pareilles ulcérations n'est évidemment qu'apparent, et qu'il existe d'une façon certaine, et cela depuis un temps plus ou moins long, un foyer organique encore latent, qui ne pourra parfois être mis en évidence que longtemps plus tard. Pour notre malade, chez lequel la petite plaie causée par le débris dentaire a été certainement la cause occasionnelle de la localisation, l'examen pulmonaire a été jusqu'ici négatif, et il ne semble pas non plus qu'il existe des lésions spécifiques au niveau du tube digestif ; il doit cependant exister un foyer bacillaire dans l'organisme, et il est tout à fait certain qu'un jour ou l'autre, les progrès de son évolution arriveront à le faire reconnaître.

Au point de vue anatomo-pathologique, la nature de l'ulcération labiale est la même que celle de toutes les ulcérations tuberculeuses bucco-pharyngées. Sa paroi est constituée par une couche de cellules embryonnaires, au-dessous de laquelle on observe une infiltration de cellules rondes où se trouvent disséminés, à toutes les hauteurs, des nodules tuberculeux typiques, renfermant de nombreux bacilles. Cette infiltration, avec ses follicules fibreux ou caséeux, peut se poursuivre dans la couche musculaire dont elle dissocie les faisceaux, tout en déterminant des ulcérations de leurs fibres constitutives : les vaisseaux présentent des altérations d'endartérite oblitérante, mais les glandes restent intactes. Sur les bords de l'ulcération, la transition se fait tout à fait brusque, et au tissu de granulations fait suite immédiatement un épithélium resté normal ; toutefois, le chorion et la sous-muqueuse présentent toujours, bien qu'au moindre degré, de l'infiltration embryonnaire avec des follicules tuberculeux.

Les symptômes subjectifs sont à la période de début si peu marqués que le malade ne s'aperçoit pas en général des phases initiales de la maladie, et ne se présente presque toujours au médecin que lorsque l'ulcération est déjà constituée. Voici comment les choses se passent : en un point du revêtement muqueux de la lèvre, apparaît tout d'abord une petite tache rouge qui ne tarde pas à devenir légèrement saillante, puis, elle blanchit en son centre, et se surmonte d'une pustule, l'épithélium tombe bientôt, constituant ainsi une ulcération d'où s'écoule de la sérosité purulente. Ultérieurement, les bords de l'ulcération ne tardent pas à se couvrir de petits points jaunes, véritables follicules, qui subissent bientôt une évolution tout à fait analogue à la précédente, et se fusionnent, lorsqu'ils sont ulcérés avec l'anfractuosité centrale : il en résulte une perte de substance qui s'agrandit sans cesse par ses bords suivant ce procédé d'infiltration et de fonte périphérique. Telle est l'évolution ordinaire de l'ulcération tuberculeuse des lèvres, mais j'ajouterai, qu'il est des cas, où comme chez notre sujet, la marche des lésions est un peu différente, l'infiltration folliculaire, au lieu de s'effectuer en surface, a plutôt tendance à proliférer vers les parties profondes, ce qui fait que la perte de substance ne présente plus le caractère de superficialité qu'elle affecte d'ordinaire.

Quant aux phénomènes fonctionnels qui accompagnent le développement de la lésion, ils sont généralement minimes, et chez beaucoup de sujets, l'absence de douleurs est pour ainsi dire la règle : le malade se borne alors à accuser quelques picotements, une sensation de cuisson provoquée par les aliments trop salés ou épicés, ainsi qu'un peu de gêne à l'occasion des mouvements de la mâchoire. Pourtant, il n'en est pas toujours ainsi, et l'on a pu relever à plusieurs reprises de violentes douleurs. Lorsque l'ulcération est très étendue, et la lèvre augmentée de volume, on observe alors une salivation abondante, la

mastication devient pénible et l'articulation de certains mots se trouve fortement entravée.

La présence d'une perte de substance au niveau de la lèvre inférieure ne tarde pas à provoquer un retentissement dans les territoires ganglionnaires dont son riche réseau lymphatique est tributaire et à déterminer l'apparition d'adénopathie : comme de par sa situation même, l'ulcération labiale n'a pas tardé à s'infecter, et cela dès sa production, la réaction des ganglions est au début purement inflammatoire, mais au bout d'un certain temps, les altérations du tissu lymphoïde changent de caractère, et il se forme dans chaque ganglion les mêmes lésions spécifiques qui existent au niveau des formations labiales : les groupes ganglionnaires, au lieu de rester petits, durs, et isolés, augmentent de volume, se ramollissent, tendent à se fusionner, et si la maladie causale évolue un laps de temps suffisant, ce qui est assez rare, on peut assister à leur fonte caséeuse et à leur fistulisation.

L'ulcération tuberculeuse de la lèvre peut guérir spontanément. Dujardin-Baumetz en a rapporté un fort bel exemple : mais ne pensez pas cependant que ce soit là une terminaison bien fréquente, vous ne devez la considérer au contraire que comme tout à fait exceptionnelle, car habituellement la perte de substance présente une marche constamment progressive. Son pronostic en lui-même n'offre pas de bien grande gravité, car il est en général facile de guérir cette ulcération par un traitement approprié, mais comme elle ne constitue pas une lésion isolée, et qu'elle est toujours secondaire à une tuberculose organique latente ou en évolution, vous comprenez aisément qu'il convient toujours en pareil cas de rester très réservé.

Au point de vue du diagnostic, l'ulcération labiale, lorsqu'elle est bien constituée, se reconnaît aisément grâce à ses différents signes, que je vous ai déjà énumérés et que je ne fais que vous résumer rapidement : perte de substance superficielle, peu étendue, à fond granuleux et purulent , à bords nets mais irréguliers, décollés, à base souple, entourée d'un semis de points jaunes ; le diagnostic s'impose de lui-même lorsqu'à ces divers caractères de l'ulcération vient s'ajouter la notion d'une tuberculose pulmonaire en évolution. Mais les choses ne sont pas toujours aussi faciles : l'ulcération peut, en effet, être constatée à une époque où l'atteinte pulmonaire n'est pas encore cliniquement appréciable, et elle peut aussi présenter une physionomie telle qu'elle fait penser à toute autre chose qu'à une lésion tuberculeuse. Le diagnostic est rendu dans ces cas particulièrement délicat : il en était ainsi chez notre malade, par suite de l'absence de tout autre foyer bacillaire, du manque des points jaunes autour de l'ulcération et en raison de l'induration toute spéciale du foyer labial. Ce dernier symptôme, que l'on ne rencontre pas d'ordinaire au cours de l'évolution de l'ulcération tuberculeuse, doit-être dû, selon moi, à l'état d'infiltration embryonnaire qui s'étendait au loin au milieu des groupes musculaires, et avait, par suite amené toute une série de transformations de la nature même de ces éléments. C'est également pour cette raison que je crois pouvoir expliquer l'absence des points jaunes de Julliard et de Trélat, qui ne représentent en somme que des follicules en évolution. Cette ulcération avait plutôt tendance à s'accroître en profondeur qu'en surface et mes examens histologiques m'ont montré que l'évolution folliculaire se manifestait surtout au niveau de la couche musculaire. Superficiellement, du côté de la muqueuse, il n'y avait pas de follicules, mais simplement du tissu embryonnaire, alors qu'au contraire, dans la région profonde se rencontraient de nombreuses follicules en pleine activité.

Lorsque le diagnostic n'est pas évident à première vue, à quoi devez-vous songer ? Il vous sera toujours facile d'éliminer les plaies accidentelles des lèvres, par traumatisme ou par brûlure, et les gerçures fissuraires des sujets lymphatiques ; ces dernières, qui sont souvent tenaces, se réparant difficilement et qui surviennent presque toujours au moment des temps froids, ne présentent pas la teinte livide de l'ulcération : elles sont le plus souvent multiples, douloureuses et saignent au moindre frottement. Les stomatites ulcéreuses surviennent dans des conditions pathogéniques telles que vous ne pourrez les méconnaître : l'anamnèse vous apprendra, en effet, qu'il y a eu une contagion ou une intoxication médicamentesuse, et la rapide éclosion des lésions ainsi que leur dissémination sur toute la muqueuse buccolabiale leur donnera une allure clinique toute spéciale.

Vous n'aurez pas non plus de grandes difficultés pour faire le diagnostic d'avec les ulcérations herpétiques ; les vésicules d'herpès donnent par confluence une perte de substance très superficielle, à bords nets, polycycliques, souvent diphtéroïdes, et à leur voisinage vous trouverez toujours des éléments isolés en nombre plus ou moins grand. Quant aux aphtes, les ulcérations qu'elles laissent sont plus creusées et se rapprochent mieux que les précédentes de l'ulcération tuberculeuse : comme cette dernière, elles sont entourées d'une zone inflammatoire, mais leur configuration ronde, leur peu d'étendue, leur multiplicité, et leur rapidité d'évolution vous permettront facilement d'éviter une erreur.

Le chancre mou n'est pas d'observation fréquente au niveau de la lèvre : comme l'ulcération, il peut être unique, ne donner qu'une douleur insignifiante, présenter une auréole péri-

phérique congestive et offrir une base souple à moins d'applications caustiques. Mais il affecte une configuration ronde, ses bords, en talus élevé, ne sont pas décollés et il est le siège d'une suppuration abondante ; ce sont là des éléments d'appréciation bien suffisants pour votre diagnostic, et je pense que vous n'aurez guère besoin pour trancher la question de devoir, recourir à l'examen bactériologique ou à l'inoculation.

Mais c'est surtout avec la syphilis et avec le cancer ulcéré que vous aurez à hésiter.

La syphilis labiale prête à des causes d'erreur à toutes ses périodes. La plaque muqueuse, lorsqu'elle est ulcérée, ce qui est si courant au niveau de la lèvre, peut rappeler l'ulcération tuberculeuse : mais, elle est, avant tout constituée par un placard légèrement saillant, qui devient ensuite, suivant les cas, simplement érosif ou exulcéré. Si cette ulcération présente des bords nets, comme la lésion tuberculeuse, elle reste toujours beaucoup plus superficielle que cette dernière, la muqueuse voisine n'offre aucune trace d'inflammation, et la base, au lieu de rester souple, présente un certain degré d'infiltration. Enfin, la plaque muqueuse qui, dans certaines conditions peut devenir fissuraire, anfractueuse et douloureuse ne reste jamais isolée et présente toujours une évolution très rapide.

La ressemblance entre l'ulcération tuberculeuse et la gomme ulcérée peut être très accusée : toutefois la marche de cette dernière lésion est autrement rapide. Son orifice circulaire, à bords nettement taillés, mais non décollés, s'ouvre sur une perte de substance profonde à fond jaunâtre, bourbillonneux ; la gomme ne présente jamais le teint livide de l'ulcération tuberculeuse, et en outre, autour de l'ulcère spécifique, l'infiltration se traduit par l'existence d'une auréole d'un brun violet.

Vous distinguerez le chancre qui peut parfois, lorsqu'il siège à la commissure, prendre la forme fissuraire, par l'induration marquée de sa base, par son caractère papuleux, et par l'adénopathie sous-maxillaire très précoce et très développée qu'il entraîne : dans les cas où il vous subsisterait un doute, la recherche du tréponème dans un frottis et la réaction de Bordet-Wassermann vous éviteront de vous tromper.

Une erreur assez fréquente est celle qui consiste à prendre l'ulcération tuberculeuse pour un cancer ulcéré. Assurément, bien des éléments peuvent faciliter cette méprise : c'est d'abord le caractère bourgeonnant des deux lésions, c'est ensuite l'induration ou l'infiltration de la base et des bords, c'est enfin l'adénopathie concomitante. Il vous sera donc nécessaire en pareil cas, de pratiquer un examen approfondi des lésions qui vous permettra de trouver dans les caractères physiques des différences assez notables pour vous permettre un diagnostic. Les saillier mamelonnées du cancer sont plus accusées, leus grattage les fait facilement saigner et occasionne de vives douleurs, la base infiltrée donne à la pression une sensation de résistance qu'on ne trouve pas dans la tuberculose ; l'infiltration ligneuse des bords ne se retrouve dans l'ulcération tuberculeuse qu'à titre d'exception, et enfin l'adénopathie est toujours plus constante. Pourtant, malgré le soin avec lequel vous chercherez à mettre en évidence ces divers éléments de différenciation, il pourra vous arriver d'hésiter et de n'oser conclure : ne manquez jamais dans ces cas de recourir à une biopsie qui lèvera tous vos doutes et de vous indiquera le vrai diagnostic.

En ce qui concerne le traitement, les indications thérapeutiques diffèrent sensiblement selon l'état du malade. S'il s'agit d'un tuberculeux pulmonaire en pleine évolution, si vous ne pouvez recourir à l'emploi des rayons ultra-violets, fort préconisés actuellement pour toutes les lésions tuberculeuses externes, , vous devrez essayer de cautériser l'ulcération par l'acide lactique, en évitant l'usage des caustiques ordinaires, perchlorure de fer, acide chromique, teinture d'iode, qui, tout en étant très douloureux, ne vous donneraient pas de résultats satisfaisants. Dans les cas de tuberculose peu avancée, et *à fortiori*, de tuberculose latente, vous pourrez avoir recours à la cautérisation ignée précédée d'un curetage ainsi que l'a préconisé Volkmann ; mais vous agirez certainement mieux encore en pratiquant l'extirpation de l'ulcération, opération facile et sans danger, qui vous procurera une guérison rapide, à condition toutefois que votre exérèse soit assez large, de manière à dépasser sensiblement les limites de la lésion. Certains auteurs, tels que Vallas ont rapporté, en effet, des observations où après une réunion apparente, la désunion s'était produite rapidement avec réapparition de l'ulcération : il est bien évident que, dans ces cas, l'ablation n'avait pas dû atteindre les limites de la zone infiltrée et qu'il avait dû rester dans la partie profonde ou sur les bords de la plaie de nombreux follicules en pleine activité, qui ont continué à évoluer de plus belle après cette ablation incomplète.

C'est une pareille issue que j'ai voulu éviter à mon malade, où l'état d'induration que présentait le pourtour de l'ulcération m'a incité à une large exérèse : par une résection cunéiforme, dépassant de plus d'un centimètre, la zone suspecte, j'ai enlevé tout un segment de la lèvre inférieure ; j'ai obtenu ainsi une réunion par première intention, résultat que je n'aurais certainement pas eu avec une ablation plus économique, aussi lorsque le malade a quitté le service, sa lèvre inférieure avait-t-elle presque retrouvé sa souplesse primitive.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Epiploïtes chroniques.

Le professeur Ch. WALTHER n'envisage que l'épiploïte chronique pure, laissant de côté les lésions spécifiques, tuberculose, syphilis, actinomycose. Il prend pour type l'épiploïte liée à l'appendicite et à la colite chroniques, de beaucoup la plus fréquente.

Un fait important, c'est que toute l'évolution des lésions (depuis la coloration rosée jusqu'aux plaques granitées et aux plaques nacrées) peut se faire sans que se soit établie aucune adhérence; ceci met en lumière l'influence des altérations de l'épiploon sur l'état de l'intestin ; l'inflammation chronique, la sclérose de l'épiploon provoque des troubles analogues à ceux des adhérences.

Le diagnostic est parfois difficile, et, dans certains cas, ne peut être établi qu'à la suite d'examens minutieux, répétés, permettant de suivre l'évolution des troubles de la digestion, qui vont souvent s'aggravant, ou tout au moins persistent en dépit du traitement le mieux ordonné, et entraînent une dénutrition, qui constitue déjà une présomption d'épiploïte.

L'épiploïte ne modifie pas d'une manière caractéristique les symptômes de l'appendicite ; la douleur lombaire semble plus fréquente, plus accentuée ; cependant, les poussées de déséquilibre intestinal, répétées à intervalles variables, doivent toujours faire penser à l'épiploïte.

A l'examen, les signes sont plus nets au-dessus du point para-ombilical caractéristique de l'appendicite, la douleur provoquée est moins vive d'ordinaire que celle de l'appendicite ; c'est dans le sinus de l'angle colique qu'elle est la plus marquée. La dilatation, le ballonnement du cæcum, la stase cæcale, sans être caractéristiques, sont des signes de probabilité d'épiploïte. Ce qui a une plus grande valeur, c'est la sensation de résistance, d'empâtement, que donne la palpation contre le flanc interne, du côlon ascendant, et dans tout l'angle colique, se prolongeant parfois jusqu'à la région ombilicale. L'examen radiologique permet, d'autre part, de préciser les rapports des points douloureux avec les différentes parties de l'intestin ; il révèle l'extension des lésions à la vésicule biliaire, au duodénum.

Il est donc possible de faire le diagnostic quand l'épiploïte, ancienne, a déterminé de grosses lésions ou des adhérences importantes. Dans certains cas, les signes ne sont pas assez nets et ne permettent qu'un diagnostic de très grande probabilité, étayé en partie sur les caractères des troubles intestinaux rebelles à tout traitement, des douleurs persistantes, et sur l'état de dénutrition profonde.

Il faut donc toujours penser à l'épiploïte au cours de l'examen clinique, comme au cours de l'opération. On doit réséquer les adhérences aux organes voisins et même au côlon, si elles ne sont pas trop intimes, trop adhérentes. Mais cette dissection peut être souvent pénible, et elle augmente la gravité de l'intervention. L'auteur préfère cependant enlever largement tout ce qui est altéré. L'opération amène la disparition rapide des troubles d'infection, d'intoxication et elle améliore l'état général.

Ne pas oublier aussi que l'épiploïte peut provoquer la colite.

Parfois l'amélioration après intervention est plus lente ; en tous cas, l'intestin reste sensible et après une fatigue, après un écart de régime, on voit apparaître une poussée de colite, qui dure peu en général et cède au repos et au régime. Ces poussées de colite vont en s'espaçant, en diminuant d'intensité et finissent par disparaître en six à huit mois. Au bout de ce temps seulement, les fonctions de l'intestin ont repris leur équilibre normal, et les fatigues, comme les excès de table, ne provoquent plus de réaction.

Cette transformation de l'état général, qu'on observe aussi, chez les opérés, tient bien à la résection de l'épiploon et n'est pas seulement attribuable à celle de l'appendice. La persistance d'un état général médiocre et de troubles digestifs après appendicectomie simple, dans le cas où l'épiploon est altéré, en est la preuve. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mars 1927.)

Maladie rhumatismale et cœur.

Le praticien doit savoir donner au rhumatisant, dans les conditions optima, le bénéfice de la médication spécifique, la médication salicylée. Le professeur RIEUX est convaincu que cette médication, intervenant très tôt, abrège la durée de l'atteinte rhumatismale, s'oppose à la localisation cardiaque, et permet le plus souvent une guérison réelle et complète.

Il insiste sur le caractère récidivant du rhumatisme articulaire aigu, et cette notion entraîne comme corollaire celle de la persistance du virus rhumatismal chez le rhumatisant, même après la guérison clinique d'une ou de plusieurs atteintes. Chez le rhumatisant porteur d'une cardiopathie rhumatismale, il est logique de situer la persistance du virus dans le cœur malade lui-même,

et chez le rhumatisant indemne au point de vue cardiovasculaire, peut-être (?) dans la cavité bucco-pharyngée.

On peut également penser à la transmissibilité du virus rhumatismal de rhumatisant à un individu sain, avec des porteurs de germes sains. Cette étude est encore réservée à l'avenir.

Le praticien ne saurait trop se pénétrer du rôle presqu'exclusif que joue l'infection rhumatismale dans la détermination des cardiopathies de l'enfance, de l'adolescence, de l'adulte jeune. Avant trente ans, plus des trois quarts des cardiopathies organiques relèvent sûrement de cette infection.

Les salicylates réalisent la protection la plus efficace de l'organisme contre cette infection.

La médication salicylée interviendra d'abord dans les formes simples du rhumatisme aigu pour éviter la localisation cardiaque évolutive. Car, pour ceux qui la croient histologiquement constante, qu'importe si elle ne se révèle par rien d'objectif, voire de subjectif. On administrera donc le salicylate de soude, dès le début du rhumatisme, à dose suffisante : chez l'adulte, minimum 10 gr. dans les formes légères, 15 gr. dans les formes moyennes, 20 gr. dans les formes sévères, fractionnée dans les 24 heures, avec une double dose de bicarbonate de soude. La médication doit être maintenue à 4, 6 gr., chez l'adulte, pendant plusieurs semaines après la chute thermique et la disparition des douleurs rhumatismales ; le maintien du convalescent au lit sera très prolongé, son alimentation restera légère et surtout lactée. Enfin, le salicylate demeurera pour l'ancien rhumatisant le médicament de confiance, auquel il sera fait appel à l'occasion de quelques douleurs articulaires, d'une angine, même de simples palpitations.

Mais la médication salicylée sera l'objet d'une persévérance encore plus grande dans les formes cardiaques du rhumatisme articulaire aigu, dans le but de transformer la cardiopathie rhumatismale (endo, péri, myocardite), en une cardiopathie au moins en apparence cicatricielle. La tâche en est relativement facile, quand cette apparence cicatricielle se montre pour ainsi dire spontanément. Mais elle devient autrement ardue, quand on a affaire à un rhumatisme cardiaque nettement évolutif. Les doses de salicylate resteront assez basses (3 à 5 gr.), pour être plus facilement supportées ; la double dose de bicarbonate de soude sera également prescrite ; mais cette thérapeutique quotidienne sera maintenue à peu près indéfiniment.

Bref, la maladie rhumatismale est, sous une médication salicylée adéquate, une affection généralement bénigne et curable, en dépit de sa tendance récidivante ; les formes péri- ou endocarditiques assez fréquentes parviennent facilement à une stabilisation au moins apparente de la cardiopathie et laissent alors au malade une certaine longévité ; seules les formes pancardiques, évolutives, heureusement rares, déconcertent et désespèrent par leur extrême gravité. (*Journal des Praticiens*, 27 février 1927.)

Les dermatoses par sensibilisation à la lumière.

La photosensibilisation, écrit le prof. H. Jausion, est le fait d'une transformation d'énergie. Les corps fluorescents ont, en même temps qu'un spectre d'absorption très étendu, la possibilité de transformer les rayons ainsi soustraits à la lumière solaire en radiation de plus grande longueur d'onde (loi de Stockes) ; ils accroissent, de ce fait, la susceptibilité lumineuse des matières qu'ils imprégnent, voire des tissus vivants. Chez l'homme, il faut pour cela qu'il y ait imprégnation du corps muqueux de Malpighi.

Spontanée ou provoquée, la sensibilisation expose à des accidents d'activité un sujet habituellement peu réceptif, soumis à une lumière normalement inoffensive. L'activité de sensibilisation est un coup de lumière ordinaire anormalement déclanché, mais empruntant son cadre symptomatique au tableau des photodermites qu'une exposition trop prolongée ou une irradiation trop intense permettent d'observer chez un sujet normal. On peut observer cependant, à la faveur de doses massives de sensibilisateur, des accidents plus dramatiques que ne l'est la simple activité (nécroses, apoplexie, comas).

La réceptivité tissulaire aux radiations du spectre varie d'un instant à l'autre, tant sous l'influence de certaines conditions individuelles, par trop favorisantes, chez les albinos, qu'en raison de la généralité des phénomènes photo-dynamiques et de la banalité des substances fluorescentes très répandues dans la nature.

Les maladies par photo-sensibilisation doivent se répartir en deux groupes, suivant que la substance photodynamique naît de l'organisme ou vient de l'extérieur.

I. Chez l'homme celles-ci, de nature endogène, viennent de pigments paraissant dériver du sang ou de pigments issus de la fonction biliaire ; ils auraient d'ailleurs une provenance univoque, la bilirubine ; le plus intéressant et le plus répandu d'entr'eux serait l'hématoporphyrine.

L'hématoporphyrémie suppose une fragilité hémoglobinique ; elle s'accompagne de porphyrinurie et de dermatoses. *Spontanée*, elle semble de nature constitutionnelle ; elle apparaît, après quelques phénomènes généraux, de fin mars à octobre, dans le semestre actinique. L'éruption cutanée se compose de papules rapidement vésiculeuses, rappelant les éléments vacciniformes (hydroa-vacciniforme) ; l'apparence est celle des radiodermites. Le pronostic de cette affection n'est pas toujours bénin, en raison des récidives

de gravité variable qu'elle comporte. Dans le xeroderma pigmentosum, une prédisposition familiale préparée par des mariages consanguins confère une sursensibilité à la lumière : après un érythème solaire, printanier ou estival, de début, la peau des régions découvertes semble se maculer d'éphélides ; après une desquamation rapide apparaît un aspect bariolé des téguments, qui présentent simultanément des aires leuco et atropho-dermiques, des télangiectasies stellaires et quelques taches érythémateuses, puis des saillies verruqueuses.

L'hématoporphyrinurie aiguë peut être *déclanchée* par l'ingestion d'un certain nombre de médicaments, au premier rang desquels se placent les urées substituées : barbiturisme par dérivés de la malonylurée, barbiturates (dial, véronal, luminal, gardénal, somnifène).

Les troubles cutanés sont de règle au cours des absorptions de doses moyennes ou au décours des grandes intoxications. Le saturnisme, le salicylisme sont susceptibles de provoquer la porphyrinurie et des accidents cutanés d'ordre divers.

II. Les affections résultant de l'introduction dans l'organisme d'une substance photodynamique définie sont en principe beaucoup mieux déterminés.

Par voie transcutanée, il faut citer le goudron (cancer du goudron, ulcus rodens des gens de mer) et ses dérivés, tripaflavine, etc. Certains produits végétaux peuvent intervenir : les primevères pour certaines éruptions printanières ; on n'oubliera pas non plus les dermites professionnelles.

Par voie digestive, on trouve dans la médecine vétérinaire le fagopyrisme ou maladie du sarrasin, la trifoliose ou maladie du trèfle. Chez l'homme, la solanine des pommes de terre, la betterave, le houblon, ont été aussi accusés de produire des phénomènes photodynamiques (pellagre humaine).

Par voie parentérale, et surtout endo-veineuse, l'arsénothérapie de la syphilis a montré, plus encore que les modestes médications d'autrefois, combien la pigmentation cutanée pouvait être le fait de l'arsenicisme. L'introduction de la trypaflavine en thérapeutique antiblennorrhagique a, de nouveau, attiré l'attention sur la fluorescence des dérivés acridiniques et les « coups de lumière » auxquels ils exposent les patients.

Pour traiter les actinites de sensibilisation, il faut soustraire le sensibilisé à la lumière, et paralyser l'action du photocatalyseur par la résorcine (en cachets de 0,25, une demi-heure environ avant l'irradiation redoutée) ; la protection ainsi conférée est généralement suffisante. (*Paris médical*, 1er février 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La streptococcémie au cours des congestions pulmonaires grippales.

(MM. Noël Fiessinger, Castéran et H. Ibrahim. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-5-1927).

Au cours de l'épidémie de grippe de 1918, on a vu s'associer au pneumocoque et au cocco-bacille de Pfeiffer un streptocoque hémolytique, auquel on a fait jouer un rôle dans le pronostic de la maladie. M. Noël Fiessinger, chez deux femmes atteintes de congestion pulmonaire grippale, soignées dans son service de la maison Dubois, a constaté, par des hémocultures, l'existence de streptococcémie. L'une des malades guérit, la seconde succomba.

Tétanie par hyperpnée spontanée.

(MM. Pagniez, Lerond et Lebel. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-5-1927.)

L'épreuve de l'hyperpnée, telle qu'elle a été réglée par les physiologistes américains Collip et Backus, Grant et Goldman, a pour effet de provoquer l'apparition, chez un sujet normal, de phénomènes de tétanie et des signes classiques de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire (signes de Chvosteck, de Trousseau, etc.). Le temps nécessaire à l'apparition de ces phénomènes est variable suivant les sujets, entre 15 et 30 minutes, et plus.

MM. Pagniez, Lerond et Lebel ont eu l'occasion d'observer un bel exemple de cette variété curieuse de tétanie. Leur malade, sujet impressionnable, s'étant mis un jour, pour un motif futile, à gémir bruyamment, réalisa ainsi une hyperpnée spontanée, qui fut suivie d'une crise de tétanie. A titre de confirmation, on soumit deux jours plus tard le patient à une épreuve d'hyperpnée : au bout de cinq minutes, l'accès de tétanie éclata.

Le test d'Aldrich et Mac Clure dans les maladies mentales.

(MM. Targowla, Lamache et Daussy. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-5-1927.)

Le test d'Aldrich et Mac Clure, proposé par ces auteurs en 1923, et connu également sous le nom d'épreuve de la boule d'œdème, a pour but de rechercher le temps de résorption des liquides. Il consiste à injecter dans le derme 0 cc. 2 d'une solution chlorurée sodique et à noter le temps de résorption. On est ainsi renseigné sur le degré d'hydrophilie des

tissus. Normalement, la boule d'œdème disparaît dans un délai de 50 à 75 minutes.

Partant de cette notion que les psychoses s'accompagnent de troubles fonctionnels somatiques, les auteurs ont demandé au test d'Aldrich et Mac Clure quelques renseignements sur l'état du métabolisme de l'eau dans les maladies mentales. Ils ont constaté certaines déviations de l'état normal, par exemple une accélération de la résorption de la boule d'œdème dans divers états toxi-infectieux (délire aigu, psychoses post-puerpérales) et au contraire un ralentissement au cours des états dépressifs.

Fistule du canal de Sténon guérie par la radiothérapie.

(M. R. MONOD. — *Société de chirurgie* ; 6-7-1927.)

L'observation de M. Robert Monod, rapportée par M. Paul Moure, fournit une intéressante contribution à l'étude du traitement des fistules salivaires par la radiothérapie. Cette méthode, qui a été employée pour la première fois en France par Senèque dans un cas de pneumatocèle du canal de Sténon avec rétention, a également procuré des succès durables à Kæss et Henke.

Indication du lavement bismuthé dans certaines formes d'invaginations intestinales.

(MM. POULIQUEN et DE LA MARNIÈRE. — *Société de chirurgie* ; 6-7-1927.)

Chez le nourrisson qui, brusquement, est pris de coliques, vomissements, selles sanguinolentes, le diagnostic d'invagination intestinale s'impose. Mais, chez l'enfant et l'adulte, la selle sanglante, signe capital, peut manquer et dans ces cas atypiques les rayons X permettent de trancher le diagnostic : d'où indication parfois du lavement bismuthé.

Ce n'est pas tout. Reste la question, plus épineuse, du traitement par le lavement bismuthé. Hipsley, de Sydney, vient de publier une série de 100 cas traités par la pression hydraulique avec 62 réductions. Sur quatre observations de M. Pouliquen, la réduction a été obtenue une fois seulement. Il est vrai que la pression du liquide n'a guère été que de 60 centim., alors qu'il est classique de donner au moins 90 centimètres et de mettre l'enfant en position inversée.

— M. Victor VEAU tient à faire observer que le lavement bismuthé n'est indiqué, comme diagnostic ou traitement de l'invagination intestinale, que dans des cas tout à fait exceptionnels, subaigus ou chroniques. Il ne faudrait pas que les médecins envoient leurs nourrissons au radiographe en pareille circonstance, au lieu de l'adresser d'urgence au chirurgien.

— M. Paul MATHIEU ajoute qu'il reste bien entendu que le traitement normal de l'invagination intestinale est l'intervention chirurgicale. Le lavement bismuthé toutefois a, au point de vue clinique, des avantages réels qu'il ne faut pas négliger : 1° dans les cas de diagnostic douteux ; 2° si les parents refusent l'intervention. L'image radiologique pourra entraîner l'acceptation.

Maladies osseuses d'origine vaso-motrice (post-traumatiques).

(M. R. LERICHE. — *Société de chirurgie* ; 6-7-1927.)

M. Leriche signale un certain nombre de troubles osseux, apparaissant quelque temps après un traumatisme qui n'a pas provoqué de lésion apparente. Il les rattache à des phénomènes vaso-moteurs — ceci expliquant divers accidents physiopathiques décrits par Babinski et Froment pendant la guerre.

L'os, dit l'auteur, n'est pas ce qu'il paraît être. En le voyant résister à la mort, nous sommes portés à croire que la substance osseuse a quelque chose d'essentiellement stable. L'os est le seul de nos constituants qui donne la sensation de durée, presque d'éternité. En réalité, c'est un tissu labile, qui se fait et se défait constamment. Ses variations passent généralement inaperçues. Il faut, pour qu'on les reconnaisse, des circonstances exceptionnelles, comme la grossesse. Au cours de la gestation, lorsque le fœtus construit son squelette, il le fait aux dépens de sa mère. Normalement, celle-ci n'en éprouve aucun inconvénient notable, mais si pour un motif quelconque la prise est trop active, la raréfaction se traduit cliniquement :au niveau des maxillaires, par la résorption douloureuse des alvéoles et du déchaussement dentaire ; au niveau du rocher, par l'apparition de l'otospongiose (surdité) ; et, enfin, quand le processus est plus actif encore, par l'ostéomalacie. On se rend compte alors que le squelette n'est pas seulement une armature nous permettant de mouvoir nos membres, et qu'il a d'autres fonctions, du point de vue biologique pur.

Quoi qu'il en soit, à la suite de phénomènes congestifs, succédant par exemple à des traumatismes simples, non accompagnés de lésions osseuses véritables, on peut voir des syndromes ostéopathiques intéressants en clinique et aussi en thérapeutique.

Expérimentalement, M. Leriche, avec M. Policard, a observé le fait suivant : toute vaso-dilatation active un peu prolongée, atteignant un os, fait résorber et raréfier la substance osseuse dans la zone correspondante. D'autre part, tout traumatisme est suivi de vaso-dilatation active. Celle-ci dans des circonstances qui tiennent sans doute à la constitution de l'individu, peut s'installer à titre prolongé. En pratique, on rencontre des sujets qui ont été atteints d'un traumatisme peu sérieux, ne provoquant pas de lésions apparentes. Le blessé a continué son travail et quelque temps après s'est plaint de douleurs, d'impotence de la région traumatisée. On peut penser à une exagération ou à une simulation. Un examen complet du malade deshabillé montre une différence (cyanose, atrophie) entre le membre traumatisé et l'autre. La radiographie révèle une décalcification remontant parfois au tiers moyen du tibia. Le diagnostic d'ostéoporose s'impose.

M. Leriche attribue ces phénomènes à une vaso-dilatation prolongée post-traumatique. La thérapeutique visant cet état défectueux de la vaso-motricité est efficace et l'auteur en rapporte des exemples.

Au début, on peut arrêter ces réflexes vaso-moteurs en injectant de la novocaïne ou de l'alcool dans les troncs nerveux périphériques. Dès que, quelques jours après un accident, un malade, qui jusque-là ne s'était pas arrêté, commence à se plaindre, quand on trouve des os douloureux à la pression, des articulations à jeu limité par la contracture, de l'atrophie musculaire ou des modifications oscillométriques, on devrait, dit l'auteur, se mettre en demeure de bloquer les troncs nerveux convenables. Plus tard, quand l'ostéoporose est installée, c'est à la sympathectomie péri-artérielle ou à la ramisection qu'il convient de recourir. Les sceptiques, ajoute M. Leriche, diront : « pourquoi ne pas laisser ces malades tranquilles », en déclarant que cela guérit tout seul. M. Leriche croit, au contraire, ces syndromes habituellement sérieux.

Scalp total traité par greffes dermo-épidermiques.

(M. Paul Moure. — *Société de chirurgie* ; 6-7-1927.)

M. Paul Moure présente une malade qu'il a eu l'occasion de traiter à l'Hôtel-Dieu, il y a 17 ans. Elle avait été scalpée totalement par une courroie de transmission. Des greffes dermo-épidermiques prélevées sur les cuisses permirent de constituer au crâne une enveloppe cutanée, glabre sans doute, mais bonne. La malade peut dissimuler son infirmité par une perruque. La greffe homoplastique (peau de scrotum recueillie dans une cure de varicocèle, peau de hernie ombilicale) avait échoué.

Formes tardives du rhumatisme blennorrhagique.

(MM. Mathieu-Pierre Weil et Gaucher. — *Soc. de médecine de Paris* ; 13-5-1927.)

MM. Mathieu-Pierre Weil et Gaucher signalent des formes tardives, à échéance éloignée, du rhumatisme blennorrhagique. Elles affectent des types arthralgique, hydarthrodial, arthritique, à aspect de rhumatisme chronique. Souvent, le malade a oublié sa blennorrhagie dont aucune trace apparente ne persiste.

Le diagnostic se fera par la clinique et surtout par le laboratoire. On tiendra compte des antécédents, qui peuvent faire défaut, chez la femme principalement. On examinera l'appareil génito-urinaire, recherchant la goutte matinale (peu fréquente ici), les filaments, explorant l'épididyme, l'urèthre, la prostate.

On s'efforcera de dépister le gonocoque dans l'urèthre, dans les urines, dans le sperme (culture du sperme). On s'adressera aux méthodes humorales et à ce point de vue la gono-réaction mérite de retenir l'attention. C'est, disent les auteurs, une réaction spécifique (sauf chez les sujets à Wassermann positif). Elles est toujours négative en dehors de la gonococcie et elle est positive dans la grande majorité des cas de rhumatisme blennorrhagique. Comme antigène, employer les émulsions de plusieurs races mélangées de gonocoques (Bezançon, M.-P. Weil et Rubinstein) ou du vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur.

P. L.

Montpellier.

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

Indications relatives du pneumothorax artificiel, de la phrénicectomie, de la thoracoplastie.

M. Gaussel. — 1° Lorsque les indications de la collapsothérapie sont précises, en cas de lésion pulmonaire unilatérale, monoviscérale, on commencera par le pneumothorax artificiel, si celui-ci est réalisable mais n'est que partiel et, surtout dans les lésions de la base, on pourra utilement lui associer la phrénicectomie. Le pneumothorax ne sera abandonné qu'en cas de décollement minime, de complication (épanchement et pleurite adhésive). L'indication de la thoracoplastie peut alors se poser. 2° Lorsque le pneumothorax n'est pas, d'emblée, réalisable, on peut pratiquer la phrénicectomie, si la forme n'est pas trop évolutive et si l'état du malade le permet. D'autres fois, la phrénicectomie précède utilement la thoracoplastie. Celle-ci est indiquée dans les lésions peu évolutives, avec un bon état général. C'est en définitive l'étude approfondie de chaque malade qui permet de choisir le meilleur procédé à mettre en œuvre.

Action des radiations ultra-violettes sur la valeur de la réserve du sang au cours de l'enfance.

MM. Leenhard et Chaptal. — Les auteurs, par l'étude de 21 cas normaux et pathologiques, montrent que l'exposition aux rayons ultra-violets émis par une lampe à vapeur de mercure provoque l'élévation constante de la réserve alcaline du sang des enfants (mesurée avec l'appareil et la méthode de Van Slyke).

Chez les enfants normaux la R. A. atteint très rapidement la valeur de celle des adultes.

L'élévation est beaucoup plus importante dans les états acidosiques du rachitisme et de l'hypothrepsie et constitue, en arrêtant l'activité du processus pathologique, la preuve du rôle que joue l'acidose dans ces dystrophies. On peut penser que les R. U. V. ont une action générale sur l'organisme, qui améliore les échanges nutritifs si intenses chez l'enfant et diminue les déchets acides.

Les Thèses

Alger. — Dr J. Marchika. — **La peste en Afrique septentrionale. Histoire de la peste en Algérie de 1363 à 1830.** (Jules Carbonel, imprimeur-éditeur, Alger, 1927.)

Cette intéressante notice historique de la peste en Algérie, se termine pas les lignes suivantes :

Ce n'est qu'en 1899 que l'Algérie devait être de nouveau visitée par la peste. Depuis, elle y est revenue souvent, elle y a même pris quelquefois, comme à Aumale, l'allure d'épidémies locales inquiétantes. Mais on n'a jamais ressenti, depuis l'occupation française, les ravages qu'elle causa dans le même pays à la fin du XVIIIe et au début du XIXe siècle.

Il serait pourtant osé de prétendre que nous sommes définitivement à l'abri d'un retour offensif de cette maladie qui, si elle retrouvait les mêmes conditions que celles qui étaient réalisées autrefois, se manifesterait sur notre sol avec autant de vigueur. Sans vouloir affirmer que cet état de choses pourra se renouveler un jour, qu'il nous soit au moins permis de mettre en garde ceux que cette question préoccupe contre les attaques multiples dirigées chaque jour contre la patente de santé, contre notre barrière sanitaire que l'on accuse, tout comme il y a trois siècles, de mettre des entraves au commerce et à l'exportation.

On a qualifié la patente de santé de vieille, de désuète. Avant de la ranger dans les accessoires inutiles, considérons qu'il existe dans la vie de chaque jour bien des futilités, bien des inutilités qu'un règlement quelconque, souvent suranné, laisse survivre.

Rien ne nous assure qu'un relâchement, si minime soit-il, dans les mesures sanitaires n'entraînerait pas de graves conséquences, en permettant à la peste de sévir de nouveau dans ce pays qu'elle a presque abandonné, et de rappeler cruellement à l'ordre ceux qui, comme au milieu du siècle dernier, se seraient crus autorisés à classer la peste au rang des maladies éteintes. *Di omen avertant.*

P. — Dr Germaine Donon-Brico. — **Recherches expérimentales et cliniques sur la médication iodée en phtisiothérapie, étudiée plus particulièrement sous sa forme injectable.** (Fonsèque et Métivier, éditeurs, 54, passage du Caire, Paris, 2e, 1927.)

L'étude de la médication iodée dans la tuberculose pulmonaire aboutit à cette formule : l'iode doit être administré de préférence sous une forme injectable radioactive, et seulement dans les lésions limitées et à évolution lente.

Mme Germaine Donon-Brico vient de faire une étude expérimentale des effets de l'iode organique injectable, radioactif, envisagés spécialement dans les adénites bacillaires.

Sur des cobayes injectés avec une solution diversement concentrée, de crachats tuberculeux, et présentant des réactions ganglionnaires intenses, l'injection de 1 /2 cc. tous les deux jours d'iode organique radioactif a déterminé une réaction de défense caractéristique avec apparition de nombreux normoblastes

On a constaté, en outre, l'existence de larges bandes de sclérose, tissu témoin de guérison.

L'injection de 1 cc. d'iode organique radioactif, dans le péritoine du cobaye, a déterminé une puissante leucocytose de défense, avec intense mononucléose. Les injections ont été faites à raison de 1 /2 cc. (contenant par cc. 2 cgr. 6 d'iode radioactif).

Dans la tuberculose pulmonaire de l'homme, l'auteur injecte une ampoule (soit 1 cc.) tous les jours, par séries de trente jours.

Bx. — Dr G. Belgy. — **La continence et l'obturabilité des anus artificiels. Le procédé de Lambret.** (Imprimerie de l'Université, 17, rue Poquelin-Molière, Bordeaux, 1927.)

Des procédés qui ne comportent pas la création de tunnels cutanés, celui de Lambret présente le maximum d'avantages ; bien que ce soit une intervention encore assez longue et quelquefois assez difficile, ainsi que l'ont fait remarquer certains auteurs des plus autorisés, elle est cependant plus simple que celles qu'exigent les procédés par tunnellisation ; elle permet, surtout, d'obtenir un anus artificiel facile à obturer et à entretenir propre. L'anus extériorisé de Schwartz a l'inconvénient d'être fragile, la striction destinée à l'obturer s'exerçant sur l'intestin nu.

La première technique préconisée par Lambret a l'inconvénient de compromettre l'irrigation du lambeau cutané et, par suite, d'exposer à son sphacèle. La modification de Hayem ou, mieux encore, celle de Lambret, concernant la taille du lambeau et la situation de son pédicule, permet, dans une très large mesure , d'éviter cet accident. Les contre-indications de la méthode autoplastique de Lambre t sont : l'existence d'une tumeur inopérable accompagnée d'un mauvais état général et l'adiposité marquée , le dégraissage du lambeau préconisé par Lardennois ne mettant pas, dans beaucoup de cas, à l'abri du sphacèle.

P. — Dr André Rauch. — **La cure hydrominérale de La Roche-Posay (Vienne).** (Librairie Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 1926.)

Les eaux minérales sont des milieux très complexes, en état de vie moléculaire. Elles possèdent un pouvoir considérable sur l'organisme. Leur constitution physico-chimique donne un aperçu de leur action thérapeutique, mais l'analyse ne suffit pas à expliquer toutes leurs propriétés. Seule l'étude clinique permet de bien connaître une eau minérale.

Des recherches de l'auteur, de ses nombreuses observations, on peut conclure que les eaux de La Ro-

che-Posay, faiblement minéralisées (bicarbonatées calciques, séléniées et siliceuses) possèdent des propriétés diurétiques, calmantes et cicatrisantes.

Elles ont un pouvoir remarquable sur les diverses manifestations de la diathèse arthritique. Leur première indication se trouve dans le traitement des dermatoses irritables et prurigineuses (eczéma, prurigos, érythrodermies) où elles donnent d'excellents résultats. Elles améliorent les autres dermatoses.

Leurs vertus diurétiques, lixiviantes, antitoxiques, sont employées avec grand succès dans les rhumatismes, les lithiases rénale et biliaire et dans l'hypertension artérielle ou présclérose.

P. — Dr L. COUTURAT. — **Contribution à l'étude du virilisme surrénal.** — (Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, 1927.)

Surtout chez la femme, une obésité importante peut résulter d'une tumeur cancéreuse développée aux dépens de la zone corticale d'une des capsules surrénales. Cette obésité, associée à la cessation des règles et au développement exagéré du système pileux qui prend le type masculin, constitue un syndrome de virilisme, qui permet, à lui seul, de soupçonner l'existence d'une tumeur surrénale, et aboutit rapidement à la mort, encore hâtée par des métastases particulièrement nombreuses au niveau du foie et du poumon. Le pronostic est donc fatal et à brève échéance.

La pathogénie du virilisme surrénal est discutable. La tumeur cortico-surrénale exerce une action certaine sur les ovaires, et une influence probable sur les autres glandes endocrines. Il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de dire si le syndrome de virilisme surrénal est produit directement par des sécrétions corticales troublées, — ou indirectement par leur influence sur l'ensemble du système organo-végétatif.

MÉDECINE MODERNE

Données logiques sur le calcium en thérapeutique basées sur l'expérimentation de la clinique

par G. GROGNOT,

ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris.

Le dogme de Ferrier est toujours debout.

Il est peu de théories qui ne subissent l'assaut des controverses, il est peu de médications qui résistent à l'épreuve du temps quand elles ne sont fondées ni sur l'expérimentation scientifique, ni sur l'observation clinique. Voici plus de vingt ans que Ferrier établit sa théorie de la décalcification dans la tuberculose et en proposa le traitement par une diététique appropriée et par les sels de chaux insolubles. Malgré les attaques, les dénigrements systématiques, ce traitement, devant la carence successive de toutes les autres médications, reste le seul que l'on puisse proposer utilement et recueille l'approbation de phtisiologues réputés tels que Letulle, Sergent.

Le terrain tuberculeux.

Dès 1895, le professeur Robin avait attiré l'attention sur la déminéralisation de l'organisme des tuberculeux. Il avait constaté, en effet, dans l'urine de ces malades une augmentation des résidus fixes des substances minérales. A la suite des travaux de Robin, on fut conduit à essayer dans la tuberculose un traitement par l'acide phosphorique et par les phosphates acides, par les glycéro-phosphates, les chlorhydro-phosphates de chaux, traitement dangereux, car ces substances sont de puissants agents de déminéralisation. Le grand mérite de Ferrier fut de préciser d'abord le rôle de la décalcification dans la tuberculose, d'indiquer ensuite les moyens d'y remédier, de trouver la seule médication calcique qui soit fixée par l'organisme : les sels de chaux insolubles, les phosphates tricalciques.

On ne discute plus actuellement le principe de la déminéralisation, ni celui de la décalcification progressive des tuberculeux. La méthode des bilans, le dosage du calcium à l'entrée et à la sortie, la comparaison du calcium sanguin au calcium urinaire et fécal ont rassuré les esprits inquiets et l'on admet universellement que le tuberculeux est un sujet qui perd de la chaux. Les travaux américains récents ont montré toute l'importance de la déficience en calcium chez les tuberculeux.

Mais si la question du terrain tuberculeux n'est plus discutée, si même, dans ces derniers temps, avec Bezançon, elle a repris de l'importance, si on est d'accord pour dire qu'il ne suffit pas d'offrir de la chaux à l'organisme, qu'il faut que celui-ci l'intègre, si l'on est convaincu qu'à la ration quotidienne du tuberculeux, il faille ajouter de la chaux, les avis divergent quant à la façon de la donner. Il semble que, dans cette thérapeutique de la recalcification, on se partage en deux clans irréconciliables . les partisans des sels solubles et les partisans des sels insolubles.

Au nom du vieux principe : *corpora non agunt nisi soluta,* on veut condamner les sels insolubles,

comme si l'organisme ne pouvait assimiler les minéraux dont il a besoin que sous la forme soluble.

Or, dans le règne végétal, les racines ne tracent-elles pas leur place dans la matière dure, dans les pierres, par conséquent dans les substances minérales ? Les herbes des prairies, les céréales ne s'assimilent-elles pas les phosphates de chaux insolubles des scories dont on ensemence largement les terres maintenant, et qui donnent à nos herbages et à nos champs leur valeur en quantité et en qualité ? Les plantes assimilent donc bien des éléments insolubles au premier chef.

Est-ce qu'à leur tour, les animaux ne se nourrissent pas d'éléments insolubles contenus dans les plantes ? N'est-ce pas dans les terrains calcaires, où le calcium existe à l'état insoluble, où les graminées contiennent ce même corps dans les mêmes conditions d'insolubilité, que l'on obtient les animaux les plus beaux et les plus réputés ? Pourquoi l'homme échapperait-il à cette loi de la nature ? A la vérité, on ne peut séparer radicalement le règne animal du régne végétal, pas plus qu'on ne peut séparer, au point de vue de la nutrition, l'homme de l'animal. Il faut bien en convenir, d'autant mieux que chez l'homme, l'observation, l'expérimentation, nous obligent à admettre que l'insolubilité des substances minérales n'est pas un obstacle à l'assimilation.

Le traitement de Ferrier.

En observant les statistiques départementales de tuberculose, Ferrier avait vu que les départements les moins atteints étaient précisément ceux où le sous-sol calcaire laissait filtrer des eaux riches en chaux. Il avait également observé, après Renon, la rareté de la tuberculose chez les chaufourniers de l'Yonne. Ces faits ont reçu leur confirmation. En 1909, Fischberg fit des constatations analogues ; Twedell, en 1922, pratiqua une enquête très large auprès des directions de toutes les usines de plâtre et de chaux du bassin de Paris, du Nord-Est, des Etats-Unis, du Canada, de la Nouvelle Ecosse. Les réponses furent unanimes : aucune de ces entreprises n'avaient enregistré un seul cas de tuberculose parmi ses ouvriers. Cet auteur attribue cette immunité à l'inhalation de particules de chaux, qui exalterait les facultés de résistances de l'organisme dans la lutte contre le bacille de Koch.

Ferrier, également, remarqua la décalcification des dents des tuberculeux et leur propension à faire de la carie dentaire. Un instant, ces idées furent discutées, mais les travaux de Fargin-Fayolle, les mémoires de Tellier, Romey, Beyssac, les conférences de Rousseau-Decelle, la thèse d'André Martin, le récent travail de Jules Ferrier paru dans la *Revue de Stomatologie* de février 1927, ont montré le bien fondé des assertions de Ferrier. Telles sont les origines du traitement de Ferrier.

Les constatations cliniques.

On a donné des théories sur l'assimilation en se basant sur ce que l'on observe *in vitro*. Rien n'est plus inexact. La transformation chimique de l'organisme est extrêmement complexe ; on ne sait pas encore bien les diverses modalités du métabolisme. Chaque jour, on donne de nouvelles théories, mais ces théories n'ont de valeur qu'à condition de corroborer les résultats obtenus par l'expérimentation. Voyons maintenant les constatations cliniques sur lesquelles il faut avant tout s'appuyer, et laissons parler les maîtres.

— « Il peut paraître paradoxal de donner la préférence aux sels insolubles, comme l'a fait Ferrier. Mais lorsqu'on donne des sels solubles, ils sont éliminés à peu près intégralement et ne font que traverser l'organisme sans lui rien laisser... J'ai adopté dès le début les sels insolubles et j'ai pu constater qu'ils réussissaient, là où les sels solubles restaient sans effet. » Prof. Sergent (*Presse médicale*, 1919, page 865).

— « On a pu penser que l'ingestion dans un but thérapeutique de sels insolubles (phosphates, carbonates) était dénuée d'action. Il convient de ne pas accorder une excessive valeur à cette opinion ; les lois de la physico-chimie montrent la possibilité de fixation d'ions Ca libres sur les colloïdes intestinaux au premier rang desquels se placent les substances albuminoïdes. Ainsi donc alors que tout le calcium serait ingéré sous une forme insoluble, l'organisme n'en serait pas moins susceptible d'y puiser selon ses besoins. La question de l'assimilation du calcium ne se réduit donc pas à celle d'un équilibre entre les acides et les bases.

« *D'ailleurs, si les sels solubles de calcium pénètrent plus facilement dans la circulation générale, leur influence n'est que fort éphémère sur la calcémie et souvent nulle sur l'augmentation des réserves, que l'ingestion ou l'injection ait lieu sous la forme de chlorure ou de lactate ou sous celle, beaucoup plus populaire, de glycéro-phosphate, l'élimination urinaire est alors plus rapide que l'absorption.* » (Mathieu-Pierre Weil et Guillaumin, *Annales de médecine*, oct. 1923.)

Dans une thèse très travaillée, André Richard a consigné toute une série de recherches du plus haut intérêt, qu'il entreprit dans le service du professeur Sergent et dans le laboratoire de pharmacodynamie de la Faculté de Médecine, sous les auspices du professeur Richaud et de M. Hazard, chef de laboratoire. Nous ne citerons que ses conclusions :

La prescription de Ferrier est doublement fondée dans la tuberculose :

1° Symptomatiquement : apport calcique, ce médicament contribue au relèvement du taux calcique déficient dans l'organisme, du fait même de la maladie en cause ;

2° Etiologiquement : antiacide, il combat l'acidose (cause immédiate de déminéralisation). Antitoxique, puisque les sels de chaux le sont et que ce produit est calcique (46 %).

Les sels insolubles de calcium sont seuls assimilables.

Ainsi, les auteurs sont d'accord : les sels solubles sortent dans l'état où ils sont entrés, et cela se comprend si l'on considère la résistance que la molécule solidement agencée de la plupart des sels solubles peut opposer à sa dislocation par les matières organiques.

Au contraire, les molécules des substances insolubles dans l'eau sont infiniment instables. Les ferments, les albuminoïdes, les hydrates de carbone peuvent les morceler, les libérer de leur association, les réduire à l'état de corps naissants et favoriser leur union aux particules organiques. On a cru, un moment, que les sels insolubles devaient être nécessairement transformés en chlorure de calcium pour être assimilés, et l'on se demandait s'il n'y avait pas avantage à administrer d'emblée ce sel. En réalité, si le chlorure de calcium peut être utile dans le traitement des diarrhées, des vomissements, des hémoptysies, nous savons qu'il est éliminé, comme les autres sels solubles, en totalité, sans subir une transformation quelconque.

Il faut donc se garder de chercher la transformation des phosphates en chlorure et bannir les phosphates acides qui subissent rapidement la décomposition en chlorure de chaux. Il faut se garder également, et c'est ce qu'avait bien compris Ferrier en prescrivant son régime qu'on a trop tendance à oublier aujourd'hui, de donner des substances acides ; il faut proscrire les acides ingérés en nature, les acides citriques, malique, des fruits, l'acide sulfurique, chlorhydrique, phosphorique dans les limonades, les sulfates de chaux dans l'eau sulfatée calcique, les sulfates de magnésie, de soude, les phosphates acides, les phosphates alcalins.

La molécule des sels insolubles est donc avant tout dissociée par les ferments et s'unit aux composés organiques, aux substances albuminoïdes surtout. Elle est alors dans un état voisin de l'état colloïdal et Vaudin, dans un article paru dans le *Bulletin de la Société de chimie*, tome XXVII, p. 46, a montré que c'était une condition essentielle pour l'assimilation du calcium. Hunt, Winter, Miller (*Journal of Biology and Chemistry*, avril 1923, t. LV, p. 739) ont réussi à fixer des quantités de calcium très appréciables dans l'organisme de chèvres en lactation, en ajoutant à leur régime habituel du phosphate tricalcique préalablement précipité au sein d'un empois d'amidon, c'est-à-dire sous une forme extrêmement ténue.

Ainsi, la méthode de recalcification par les sels insolubles est basée sur l'observation clinique, sur les recherches de laboratoire. Elle a reçu une confirmation éclatante des travaux modernes. Alors que les sels solubles de calcium, pris sous la forme de glycérophosphates ou de solution au chlorhydro-phosphate de chaux, traversent le tube digestif sans être assimilés, on observe, après le traitement de Ferrier, par l'étude des bilans calciques, un enrichissement en chaux de l'organisme. Vingt années d'existence ont prouvé l'efficacité des sels de chaux insolubles.

On a encore dit . Il faut revenir à de petites doses. Connait-on la dose de calcium à introduire dans l'organisme ? Il est impossible de l'indiquer exactement ; cette dose nécessaire est variable à l'infini avec chaque individu. Doit-on alors donner une petite dose qui peut être inférieure à la quantité nécessaire ou donner des doses plus élevées dont l'organisme prend ce qui lui est nécessaire, et rejette le reste, *comme on le constate chaque jour pour toutes les substances nécessaires à la vie* ?

Il semble donc que nous sommes dans le vrai en donnant la tricalcine à doses supérieures à ce qui est réellement assimilé. C'est la théorie vraie, puisqu'elle correspond avec les résultats de l'expérimentation. Pour nous résumer, en l'état actuel de nos connaissances, la tricalcine qui a spécialisé, sous une forme pratique, le traitement de Ferrier, reste toujours la meilleure et la plus efficace des médications recalcifiantes.

D[r] G. Grognot,
Ancien interne provisoire,
des Hôpitaux de Paris.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

DE L'ASSISTANCE AUX PERSONNES DE CONDITION MOYENNE ET ASSISTANCE PARTIELLE

Depuis l'application de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, nous assistons à une transformation lente, mais progressive, des modalités de secours à accorder aux indigents, qui ont besoin de soins médicaux.

Il faut en rechercher les causes, d'une part dans l'évolution des conceptions sociologiques : à la notion d'assistance publique se substitue peu à peu le principe de l'assurance sociale ; d'autre part, dans les transformations de l'art de guérir : à la médecine, par médicaments, s'est jointe la guérison par la chirurgie, ou par les agents physiques divers.

Aussi, pour étudier, en toute connaissance de cause, ce que doit être la solution du problème de l'assistance, à ses divers degrés, convient-il de rappeler en quelques mots, l'historique des facteurs que nous venons d'indiquer.

De l'assistance publique à la prévoyance sociale.

Les lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893 donnèrent aux indigents tombés malades le droit de recevoir gratuitement les soins nécessaires à leur état, soit à domicile, soit dans un établissement hospitalier.

Pendant longtemps, seuls les inscrits sur les listes d'assistance médicale gratuite purent bénéficier de ces dispositions législatives.

Mais peu à peu, des collectivités publiques ou privées se substituèrent aux intéressés, pour leur assurer, en cas de besoin, les soins utiles à leur rétablissement.

Ce fut la loi du premier avril 1898, réglementant les modalités, selon lesquelles des personnes de condition modeste réunirent en commun leurs ressources en vue de se prémunir contre la maladie et ses conséquences.

La loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, fut une loi d'assurance, à caractère plus marqué que la précédente.

Enfin, la loi du 31 mars 1919 accorda la gratuité des soins aux réformés de guerre.

L'initiative privée, comme les dispositions législatives, ont fait entrer progressivement, dans les mœurs, l'idée de l'assurance, se substituant à la simple assistance.

A cela, joignons les résultats de la transformation économique actuelle : grâce aux hauts salaires, comme au fait que la femme déserte de plus en plus son foyer, pour chercher à l'usine, au magasin, au bureau, le complément nécessaire au salaire de son mari, le ménage de l'ouvrier, ou du modeste employé est capable de supporter les frais occasionnés par une maladie de courte durée.

Les listes d'assistance médicale gratuite sont donc aujourd'hui bien moins fournies en bénéficiaires perpétuels que jadis.

Il n'en est pas de même des bénéficiaires occasionnels. Les ressources des ménages modestes sont vite épuisées, lorsqu'il faut faire face aux dépenses nécessitées par le traitement d'une maladie longue et onéreuse, et surtout lorsqu'il faut subir une opération chirurgicale, ou un traitement spécial par agents physiques ou autres.

Aussi, le Conseil supérieur de l'Assistance publique fut-il mis dans l'obligation de demander un avis au Conseil d'Etat, aux fins de savoir si les dispositions de la loi du 15 juillet 1893 mettaient un obstacle à l'institution de l'assistance partielle, pour les personnes de condition modeste, momentanément obligées à des dépenses dépassant leurs ressources, aux fins d'opération chirurgicale, ou spéciale.

Voici pourquoi le principe d'une assurance sociale a rencontré tant de partisans dans les classes laborieuses, vu la certitude d'une garantie effective contre la maladie, l'invalidité prématurée ou la vieillesse.

Evolution scientifique de l'art de guérir.

Il est courant d'entendre dire autour de soi que, dans l'art de guérir, la chirurgie a fait, au cours de ces dernières années, des progrès autrement considérables que la médecine.

Cette affirmation, fausse en soi, découle surtout de ce fait que, seuls, les initiés à la science d'Hippocrate peuvent savoir quelle est l'intensité cérébrale que doit développer un praticien de médecine générale, pour rester au courant des découvertes et hypothèses scientifiques modernes.

Mais en matière de chirurgie, de rayons X, de spécialités diverses, ce qui saute aux yeux des profanes, c'est l'installation instrumentale, qui est nécessaire, le travail manuel apparent et les méthodes d'application, connues depuis peu.

L'antisepsie, l'anesthésie, permettent toutes les audaces, dans l'art chirurgical : rien d'étonnant que le bistouri puisse réclamer, pour les guérir, de nombreuses affections, jusqu'ici restées du domaine de la médecine pure.

La radiothérapie, les agents physiques, l'actinothérapie par les ultra-violets, l'oto-rhino-laryngologie, la stomatologie et autres spécialités médicales utilisent des installations impressionnantes, à côté desquelles le travail cérébral invisible du praticien de médecine pure, ne se traduisant par aucune manifestation extérieure tangible, fait bien piètre figure.

La faveur du public fut de suite acquise à ces extériorisations de l'art de guérir.

Beaucoup sont ceux qui se présentent à une consultation de radiologie, de leur propre chef, sans y être envoyés par leur médecin traitant, uniquement dans l'idée qu'au moyen de ces rayons, qui traversent tous les organes, on va pouvoir déceler, « voir » ce qu'ils ont de malade dans l'organisme.

De tout ceci résulte que, si les médecins se voient dans la nécessité d'utiliser des installations coûteuses, tant pour poser un diagnostic et vérifier les données de l'examen clinique, que pour conduire un traitement, les malades, de leur côté, entendent bénéficier de toutes ces découvertes de la science moderne.

Demain, avec l'application de la loi sur les assurances sociales, les caisses d'assurances demanderont, d'une part, au Corps médical, d'autre part, à leurs propres assurés, de diminuer autant que faire se pourra les journées d'invalidité, tant présentes qu'à venir, par des traitements intensifs, comme par des examens de dépistage, pour enrayer, dès son début, les ravages d'une maladie.

Qu'on le veuille ou non, se trouve nettement posé le problème des rapports futurs de l'assistance publique avec les caisses d'assurances sociales et celui de l'avenir des hôpitaux : que deviendront demain les établissements actuels, destinés à la bienfaisance, au traitement des pauvres, alors que ceux-ci seront assurés contre la maladie et la vieillesse ?

C'est ce que nous allons essayer d'aborder dans notre étude.

Etat actuel de l'assistance aux personnes de condition modeste.

Aux termes de la loi du 15 juillet 1893, seuls les indigents inscrits sur la liste d'assistance médicale gratuite de la commune, où ils ont leur domicile de secours ont droit aux secours médicaux, tant à domicile que, dans un établissement hospitalier.

Cependant, au cours de ces dernières années, quelques conseils généraux avaient demandé au Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, ainsi qu'au Conseil supérieur de l'Assistance publique, s'ils avaient le droit légal d'autoriser que, dans certains cas particuliers, la commune et le département puissent venir en aide à des malades de médecine, ou de chirurgie, qui se trouveraient momentanément hors d'état de supporter, par leurs seules ressources, les frais occasionnés par le traitement de leur maladie, à domicile, ou dans un établissement hospitalier.

En 1923, Mlle Chaptal présenta un rapport sur la question, qui fut discuté en assemblée générale du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

En 1925, je fus chargé de rapporter, au nom de la deuxième section du Conseil supérieur, la question de l'admission à l'assistance médicale gratuite des malades demi-nécessiteux, pour les opérations chirurgicales.

En 1926, je fus également chargé, par le Conseil supérieur, de rédiger un modèle de réglementation départementale, pour l'application de l'assistance partielle.

Ces modifications proposées au règlement modèle de 1894, furent, après discussion devant la deuxième section du Conseil supérieur, communiquées aux préfets, par circulaire du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en date du 22 avril 1926.

De ces rapports, délibérations du Conseil supérieur et de ces textes réglementaires, il ressort qu'actuellement, un malade, momentanément privé de ressources, peut obtenir des secours, au titre assistance médicale gratuite, tant pour un traitement à domicile que pour un séjour hospitalier.

Que faut-il entendre par personnes de condition moyenne et par assistance partielle ?

Au Conseil supérieur de l'assistance publique, ma mission ne consistait qu'en l'étude de l'assistance aux malades momentanément privés de ressources.

J'avais donc été amené à considérer les diverses acceptions, qui avaient été données au qualificatif « demi-nécessiteux », tant dans certains règlements départementaux, qui, avant la lettre, appliquaient déjà l'assistance partielle, que, dans des propositions de loi déposées au Parlement.

Or, la rédaction du titre de la deuxième question, posée au Congrès d'assistance de Nancy, semble devoir être résolue d'une manière plus large, plus étendue.

Une personne de condition moyenne n'est pas une nécessiteuse, ni une demi-nécessiteuse. Elle gagne modestement sa vie, mais d'une manière suffisante, pour ne pas être à la charge de la bienfaisance publique.

Cependant, en l'état actuel des procédés thérapeutiques, ou d'examens médicaux, cette per-

sonne peut se trouver dans l'impossibilité d'acquitter, par ses seules ressources, les dépenses occasionnées par une opération chirurgicale, par un traitement prolongé et coûteux, par les frais de séjour dans une maison de santé.

Car, il faut bien se le rappeler : en principe (et l'article 28 du règlement modèle des hospices et hôpitaux, ainsi que la circulaire ministérielle du 31 mars 1926 le spécifient) l'hôpital ne doit recevoir que des indigents, des pauvres.

Mais, devant l'évolution scientifique des procédés employés par l'art de guérir, devant le coût croissant de la vie, partant des frais de séjour dans une maison de santé, eu égard également au souci des commissions administratives des hôpitaux de rechercher des ressources supplémentaires, pour pouvoir faire face à leurs dépenses, se pose le premier problème : l'hôpital peut-il, doit-il ouvrir largement ses salles aux personnes de condition moyenne, faisant ainsi fonction de maison de santé à bon marché ?

Cependant, avant d'aborder l'étude de ce problème, envisageons quels sont les intérêts actuellement en présence ?

Intérêts en présence.

A. — La santé publique.

Ce principe de la sauvegarde de la santé publique doit dominer le débat : il est indispensable que tous les intérêts privés, collectifs, corporatifs s'inclinent devant la nécessité de supprimer, autant que faire se peut, les conséquences sociales de la morbidité et de prolonger la durée de la vie humaine.

Le malade doit être guéri le plus vite possible, pour que son incapacité de travail soit réduite au minimum et qu'aucune invalidité partielle ne persiste.

Le facteur production nationale est, ici, prépondérant.

B. — Le malade.

Le malade ne cherche que son intérêt immédiat : il veut être traité le mieux possible, guéri rapidement et surtout, ne pas dépenser beaucoup d'argent.

Il est triste à dire que, mal éduqué en hygiène, le client économise sur les soins nécessaires à la conservation de sa santé, pour dépenser inutilement au café, ou au cinéma, ou dans les salles de danse.

N'ayant plus aujourd'hui l'ancienne prévention contre l'hôpital, le malade n'hésite pas à se faire admettre dans un établissement hospitalier, en donnant même de fausses indications sur sa situation de fortune, pour ne pas être dirigé sur la maison de santé, qui seule, serait qualifiée pour le recevoir.

Les exemples sont nombreux : beaucoup de chirurgiens des hôpitaux trouvent, parmi les malades hospitalisés, qu'ils doivent opérer et soigner gratuitement, des personnes riches de leur clientèle, admises en fraude parmi les nécessiteux ou les personnes de condition modeste.

C. — Collectivités publiques ou privées.

Le service départemental d'assistance aurait intérêt à favoriser le traitement à domicile, moins onéreux pour les finances publiques que l'hospitalisation.

Malheureusement, les maires ne connaissent pas toujours les devoirs qui leur incombent et les médecins, mal payés, préfèrent adresser à l'hôpital les malades quelque peu graves.

Certaines sociétés de secours mutuels ont donné des subventions à l'hospice, lors de sa fondation, pour avoir droit à un ou plusieurs lits, ou à un régime pécuniaire de faveur pour leurs membres.

Les compagnies d'assurances contre les accidents ont le plus grand intérêt à faire admettre les victimes à l'hôpital, surtout lorsqu'il s'agit d'opérations chirurgicales à pratiquer : le régime forfaitaire, établi par la loi du 31 mars 1905, modifiant celle de 1898, impose aux commissions hospitalières des dépenses qui ne devraient pas incomber au patrimoine des pauvres, lorsqu'il s'agit de sociétés financières, telles que les assurances garantissant les chefs d'entreprise responsables des accidents du travail.

Enfin en matière d'assurances sociales et pour déférer aux obligations inscrites dans la loi votée par le Sénat et actuellement soumise à la Chambre, les caisses locales devront organiser des maisons de cure et de diagnostic, munies de toute l'organisation scientifique moderne (chirurgie, rayons X, laboratoires divers, etc.).

Dans ces maisons de cure seront admis tous les malades assurés sociaux, dont l'affection médicale, chirurgicale ou de spécialité provoquera des difficultés pour le traitement à domicile (maladies contagieuses, cas nécessitant des soins de garde-malades, insalubrité de l'habitation, etc.).

Les caisses organiseront-elles ces maisons de cure et de diagnostic avec leurs propres ressources, ou s'adresseront-elles aux hôpitaux actuels, privés que ceux-ci seront de leur clientèle d'indigents ?

Ces établissements hospitaliers ne devront-ils pas alors se moderniser, pour répondre aux besoins des malades payants de caisses ? Qui leur avancera l'argent nécessaire ?

Enfin, comment ces hôpitaux, dépossédés de leur clientèle actuelle (lois de 1851 et de 1893) pourront-ils désormais faire fixer le prix de journée prévu pour l'assistance médicale gratuite prix qui sera celui payé par les caisses d'assurances (article 6, § 2 de la loi votée par le Sénat).

D. — L'hôpital.

Jadis, lorsque le franc valait vingt sous-or, les

commissions administratives des hôpitaux pouvaient boucler leur budget et avaient la possibilité de faire face aux charges, qu'elles avaient assumées en acceptant les legs et fondations, avec ou sans affectations spéciales.

Aujourd'hui, le revenu des dotations hospitaliers est nettement insuffisant, car, pour des raisons multiples, l'argent a perdu sa valeur d'achat d'avant guerre.

D'autre part, ceux, parmi les hôpitaux, qui entendent se placer au niveau de leur tâche d'assistance médicale, se voient dans l'obligation de donner à leurs médecins les installations modernes de chirurgie, ou de spécialités.

Ce sont des dépenses considérables, pour que les hospitalisés pauvres puissent recevoir, dans l'asile qui leur est destiné, les soins nécessaires à leur état.

Il faut donc trouver des ressources complémentaires, recevoir facilement les hospitalisés, qui proposent de payer leurs frais de séjour, ou de traitement dans l'établissement et même réaliser sur eux quelques bénéfices.

Ainsi partiellement couverts par la présence de malades payants, les frais généraux de l'hôpital sont répartis sur un plus grand nombre de journées d'hospitalisation.

De plus, les hommes de grand cœur, à l'altruisme très développé, qui, sans aucune rétribution, donnent leur temps et leur compétence,pour l'administration et la gestion du bien des pauvres, arrivent progressivement à considérer que l'hôpital de demain pourrait devenir le centre de l'art de guérir, ouvert largement à tous ceux, qui viendraient frapper à sa porte, aisés comme indigents.

Les ressources, les bénéfices procurés par les premiers aideraient l'hôpital à faire bénéficier les pauvres du confort médico-chirurgical, que, sans cela, il faudrait leur refuser, faute d'argent.

Aussi, ai-je été personnellement appelé, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, à rapporter les différentes modalités d'ouverture de services payants, dans les hôpitaux, voire même à la création, par les commissions administratives hospitalières, de maisons de santé à bon marché, annexes de l'hôpital.

E. — **Les médecins.**

Ici, trois groupes : les médecins attachés à un hôpital ; ceux qui ne font pas partie du service hospitalier ; enfin les médecins, propriétaires de maisons de santé privées.

Dans le premier groupe, deux subdivisions sont encore à faire, entre les membres du corps médico-chirurgical, nommés après un concours difficile, dans les très grands centres, et les praticiens de moyenne ou petite ville, désignés aux fonctions hospitalières, par la faveur, les relations, sans concours.

Comme le faisait très justement remarquer ce grand philanthrope qu'est M. Krug, vice-président de la Commission administrative des hospices civils de Nancy, en réponse au rapport que j'avais eu l'honneur d'exposer au Conseil supérieur de l'Assistance publique, en juin 1925 (*Revue des Hôpitaux*, 31 août 1925 ; *Concours médical*, 1925, page 2399), les praticiens de très grande ville attachent un grand prix à la sélection scientifique que constitue le concours des hôpitaux.

Ces titres, ces fonctions hospitalières ont leur répercussion auprès de la clientèle de ville. Aussi, ce Corps médical hospitalier consent-il à soigner, opérer, diagnostiquer gratuitement tous les malades que l'administration de l'hôpital reçoit dans les services, ou consultations externes.

Mais, cependant, des doléances commencent à se faire entendre, tout aussi bien parmi ces grands maîtres, que parmi les médecins qui, nommés sans concours, pour le service des hôpitaux de petite ville, ne retirent de leur titre ni de leurs fonctions hospitalières, un avantage professionnel quelconque, au regard de la clientèle de ville.

Tant qu'il s'agit de guérir un indigent, le Corps médical hospitalier s'est montré d'un dévouement égal à celui les philanthropes désignés par le Conseil municipal et par le préfet, pour gérer le bien des pauvres, à l'hôpital.

Mais, devant l'envahissement progressif des services d'hôpitaux, surtout en chirurgie et dans les salles de spécialités, par des malades qui pourraient fort bien honorer leurs médecins, ceux-ci veulent gagner honnêtement leur vie, en réclamant de légitimes honoraires, à quiconque est en mesure de les payer.

Les exemples abondent : un malade consulte un chirurgien, dans son cabinet, convient avec lui du prix d'une intervention chirurgicale. Mais, au lieu d'entrer dans la maison de santé, le client se fait admettre à l'hôpital. Là, le chirurgien doit opérer, comme un indigent, c'est-à-dire gratuitement, celui qui abuse des avantages réservés aux malades nécessiteux.

La cherté de la vie présente, les charges fiscales qui pèsent sur le Corps médical incitent ce dernier à réclamer une modification profonde de son statut hospitalier pour lutter contre cette exploitation éhontée, de la part de gens dont la place est ailleurs qu'à l'hôpital.

Enfin, se soulève un autre problème : alors que certaines commissions administratives accordent à leur corps médico-chirurgical le droit de réclamer directement des honoraires à qui peut les payer, pour soins et interventions pratiquées dans les services hospitaliers, les médecins, qui ne font pas partie du personnel de l'établissement, se plaignent d'un détournement de clientèle, au profit de ceux de leurs confrères, qui,

avec ou sans concours, sont dotés d'une fonction d'hôpital.

Blessés du travail, malades payants d'ordre divers sont ainsi enlevés à la clientèle de ville, au seul profit de quelques confrères, qui doivent, fréquemment, leur nomination hospitalière à tout autre motif qu'un concours scientifique.

A juste titre, ces médecins entendent résister contre ce détournement de clientèle, qui leur porte un sérieux préjudice, surtout au moment où le législateur inscrit, dans ses lois sociales, le respect du droit, pour le malade, de choisir librement son praticien.

Enfin, je dois signaler maintenant une rivalité, qui va en s'accentuant, au point de provoquer, peut-être dans un délai très proche, un conflit d'ordre judiciaire. Je veux parler de la concurrence que font certains hôpitaux, établissements publics, aux maisons de santé, fondées par l'initiative privée.

Beaucoup de chirurgiens de grandes, comme de petites villes, emploient une partie, sinon la totalité de leur patrimoine, à l'organisation d'une clinique, dans laquelle ils hébergent leurs malades, pendant les jours qui suivent une intervention chirurgicale.

Certaines de ces maisons sont luxueuses, partant de prix élevé ; mais bien d'autres, surtout en province, ne demandent qu'un prix de journée modeste : le chirurgien se contente du bénéfice retiré des honoraires versés pour l'opération : le séjour du malade, dans leur clinique, n'est que le complément du traitement post-opératoire, alors qu'il est indispensable que le patient reste soumis à une surveillance étroite, tout en recevant des soins qu'il serait difficile de donner à domicile.

Or, l'hôpital fait à ces établissements privés une concurrence souvent éhontée.

Établissement public, l'hospice est degrevé de la plupart des impôts qui frappent lourdement les maisons de santé, que le fisc considère comme des établissements commerciaux.

Établissement public, l'hôpital reçoit des subventions communales ou départementales, est autorisé à accepter des legs, le produit des taxes sur les spectacles divers, etc.

Cependant, parce qu'établissement public, l'hôpital ne devrait pas faire acte de commerce. Certes, les bénéfices qu'il prélève sur les malades payants ne serviront qu'à l'amélioration du sort des pauvres, des hospitalisés.

Néanmoins, le but philanthropique n'est pas suffisant pour justifier, juridiquement, les actes de commerce que ne peuvent ni ne doivent faire les établissements publics, alors surtout que l'initiative privée n'est pas déficiente.

Certes, partout où n'existe pas de maison de santé privée, les médecins sont souvent les premiers à demander à l'hôpital l'ouverture d'un pavillon spécial, dans lequel seront admis les payants, qui y seront traités à l'instar d'une clinique privée, avec la possibilité de se faire soigner par le médecin de leur choix, qu'ils honoreront directement.

Mais, le problème existe entier, lorsque, dans la même localité que l'hôpital, existe une maison de santé, dont bien souvent le propriétaire se trouve être le propre chirurgien de l'hôpital.

Ce praticien ne peut admettre de se voir contraint à opérer gratuitement , dans son service hospitalier, un malade, qui, dans sa maison de santé, lui aurait facilement versé des honoraires.

Le conflit s'aggrave de jour en jour : je reçois des plaintes nombreuses de la part de mes confrères.

Demain, avec l'application de la loi sur les assurances sociales, des luttes regrettables se feront jour, si d'ores et déjà, on n'envisage pas les solutions à donner à ce problème.

Dans quel sens doit se faire l'assistance aux personnes de condition moyenne et la demi-assistance ?

A. — **Assistance à domicile.**

Pour le moment, la loi du 15 juillet 1893 peut donner toute satisfaction. La circulaire ministérielle du 2 avril 1926 laisse, conformément à l'avis du Conseil d'Etat et du Conseil supérieur de l'Assistance publique, entière liberté aux départements et aux communes, pour, dans leur autonomie, rester juges de la quotité et de la modalité des secours à allouer aux malades, dans la mesure, où ceux-ci sont privés de ressources.

Une seule ombre au tableau : ce sont les questions locales, qui, parfois, peuvent vicier le fonctionnement équitable de l'octroi des secours.

Les petites rivalités de village, souvent d'ordre politique, sont à la base de vexations ou de faveurs injustifiées à l'endroit de malades qui réclament avec raison, ou sans motifs, le bénéfice de l'assistance partielle.

Qu'il me soit permis d'abandonner le temps présent, pour envisager ce que peut être l'avenir de demain, lorsqu'entrera en fonctionnement la loi sur les assurances sociales.

En premier lieu, le nombre des bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 va diminuer dans des proportions considérables. La plupart des travailleurs seront obligatoirement membres d'une caisse locale, qui devra se substituer à eux, en cas de maladie ou d'accident ne relevant pas de la loi du 9 avril 1898.

Cependant, la loi de 1893 sera toujours applicable aux imprévoyants, aux non salariés qui pourront être brusquement frappés par l'adversité, aux chemineaux de tous ordres, ouvriers sans domicile fixe, travaillant ici aujourd'hui, là demain, sans se soucier des caisses d'assurances sociales, aux étrangers, bénéficiaires de traités de réciprocité avec leur pays d'origine.

Mais, l'étude du texte voté par le Sénat permet d'entrevoir le jeu des dispositions de la loi sur l'assistance médicale gratuite en faveur de certains assurés sociaux.

Les indigents d'aujourd'hui, qui demain seront membres participants d'une caisse, n'auront droit aux allocations pécuniaires qu'à partir du 6e jour de maladie.

S'ils sont sans ressources, ni économies, force sera pour eux d'avoir recours à la bienfaisance publique, pour leur permettre de subsister, jusqu'au moment où ils auront droit à l'indemnité prévue par la loi.

B. — **Assistance hospitalière.**

Les situations respectives se sont profondément modifiées depuis la mise en pratique de la loi du 7 août 1851.

Dans ses débuts, uniquement réservé aux pauvres, asile, abri, plutôt qu'établissement de cure, l'hôpital se transforme maintenant en centre médico-chirurgical.

Jadis, le Corps médical hospitalier n'avait que des fonctions relativement peu considérables : aujourd'hui, les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux sont aussi indispensables au fonctionnement de l'établissement que la présence des malades eux-mêmes : la nourriture, le logement de ces derniers n'a plus la place prépondérante de jadis, alors que les fonctions médicales, sauf dans les très grands centres, étaient de faible importance et que les services chirurgicaux ou de spécialités n'existaient pas.

Précisément, à cause de la valeur actuelle des soins médicaux, chirurgicaux et spéciaux, qu'on peut recevoir à l'hôpital, s'est produit un revirement dans l'opinion publique.

L'hôpital n'est plus l'asile d'antán, recueillant les vaincus de la vie, pour leur permettre de mourir en paix : c'est désormais, une maison de cure et de diagnostic, dans laquelle riches comme pauvres ne craignent pas de se coudoyer.

Il en résulte que les services d'assistance départementaux, ou communaux sont sollicités pour accorder, non pas seulement des secours pour soins donnés à domicile, mais surtout pour l'admission à l'hôpital, gratuite, en totalité, ou en partie.

La cherté des traitements chirurgicaux, ou spéciaux est la cause de l'ouverture d'un nouveau chapitre dans l'octroi de l'assistance médicale : celui de l'assistance partielle, momentanée, pour un objet déterminé, pour un seul membre d'une famille, à titre occasionnel et nullement permanent.

Joignons à cela la décentralisation scientifique et professionnelle : jadis, les chirurgiens, les spécialistes ne résidaient que dans les grands centres : aujourd'hui, dans beaucoup de villes très secondaires, sont venus s'installer des praticiens susceptibles de faire la chirurgie courante et même les diverses spécialités, dans l'art de guérir.

Opposition d'intérêts.

Abordons maintenant l'enchevêtrement d'intérêts multiples, tous fort légitimes, mais souvent en opposition complète les uns avec les autres.

La santé publique exige que tous, les malades quelle que soit leur condition de fortune, puissent bénéficier des découvertes progressives de la science médicale.

L'initiative privée a créé des maisons de santé, dans les grandes villes. Mais, surchargées de frais généraux et d'impôts, dont sont exempts les hôpitaux, parce qu'établissements publics, ces cliniques doivent demander des prix de journée élevés, ce qui en interdit l'accès aux personnes de condition modeste.

Celles-ci doivent s'adresser à l'hôpital, surtout lorsqu'il n'existe pas de maison de santé privée dans la commune (article 28, note du règlement modèle du 30 juin 1921).

L'hôpital, à son tour, ne demande pas mieux que de recevoir cette clientèle payante, car les bénéfices de cette hospitalisation lui permettront de moderniser l'établissement et de le doter d'instrumentation et d'appareillages, propres à soigner tous genres de maladies.

Les pauvres seront donc les premiers bénéficiaires de l'admission des malades payants à l'hôpital, étant bien entendu que la présence de ces derniers ne se fera pas au détriment du nombre de lits, qui doivent être réservés aux malades qui se réclament des dispositions législatives du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893.

Mais, drainant ainsi une clientèle payante dans ses salles, ou chambres particulières, l'hôpital se met en conflit avec les maisons de santé, avec son propre corps médico-chirurgical, avec tous les autres praticiens de la région.

a) Avec les maisons de santé, concurrence d'ordre commercial. Les médecins, qui ont créé à leurs frais des cliniques particulières, pour y soigner leurs opérés, voient d'un très mauvais œil ces malades être attirés par le bon marché de l'hospice, d'autant que celui-ci commet la grosse erreur de ne pas faire payer le prix de l'opération et des soins consécutifs.

Alors se pose une question de droit administrtatif : établissement public, l'hôpital a-t-il le droit de faire acte de commerce et de concurrencer l'initiative privée, lorsque celle-ci n'est pas déficiente ?

Quelque noble que soit le but poursuivi, c'est faire acte de commerce que de prélever un profit sur le prix de journée. En principe, la commission administrative devrait faire établir, par ses services d'économat, ou de comptabilité, en conformité avec les textes législatifs et réglementaires, un prix de journée tel que l'établissement ne

ferait ni perte, ni bénéfice sur la présence d'un hospitalisé, quel qu'il soit, assisté ou payant.

Il ne m'appartient pas d'entreprendre une discussion juridique pour démontrer si peuvent être applicables aux établissements publics les dispositions du décret du 5 novembre 1926, en particulier, l'article 14, 12° (*Journal officiel* du 7 novembre 1926, page 11890) et du 28 décembre 1926 (*Journal officiel*, du 31 décembre 1926, page 13742).

Ne devrait-on considérer les textes réglementaires ci-dessus comme applicables qu'en cas de carence de l'initiative privée, en matière d'organisation de maisons de santé ?

Conviendrait-il, d'autre part, pour les médecins directeurs de maisons de santé, d'invoquer, devant le Conseil d'Etat, la violation de la loi du 2-17 mars 1791, sur la liberté du commerce et de l'industrie, pour concurrence déloyale à eux faite par un établissement public ?

Car, ne l'oublions pas, le principal grief des propriétaires de cliniques, c'est d'être handicapés par l'hôpital, qui ne paye pas d'impôts et jouit de régimes de faveur, parce qu'établissement public.

b) Vis-à-vis du Corps médical hospitalier, le conflit est d'ordre pécuniaire.

Certes, ceux qui doivent leur renommée justifiée à la valeur d'un titre chèrement disputé par la voie des concours, acceptent, sans trop maugréer, de soigner indistinctement riches comme pauvres, dans leurs salles.

Néanmoins, la dureté des temps actuels, la cherté de la vie, qui détermine un exode de la clientèle payante vers l'hôpital, les impositions de toutes sortes qui frappent plus lourdement le Corps médical qu'une autre catégorie de travailleurs intellectuels, les frais généraux occasionnés par l'exercice de la profession, cet ensemble de faits sociaux conduit beaucoup de praticiens parmi les plus distingués, à désirer un peu plus de clientèle payante, dans leur cabinet, ou à la maison de santé, et moins de gratuits, pour eux, à l'hôpital.

Certes, le désir d'altruisme, comme celui de trouver de beaux cas cliniques pour l'enseignement de leurs élèves, sont les mobiles du désintéressement du Corps médical hospitalier. Néanmoins, des frictions se produisent un peu partout, dévoilant un état d'âme qui se modifie sous la poussée des évènements.

c) Que dire des praticiens qui ne doivent leur poste d'hôpital qu'à la faveur, sans concours, qui ne retirent de ces titres et fonctions aucun avantage au regard de la clientèle.

Eux aussi sont quelque peu choqués de se voir contraints d'opérer gratuitement à l'hôpital un client qu'ils savent riche et capable de leur donner de légitimes honoraires.

C'est pourquoi, à plusieurs reprises, au Con se supérieur, me suis-je fait l'écho de ces confrères des hôpitaux, qui veulent bien donner gratuitement leur science et leur dévouement pour les indigents et les personnes de condition modeste, mais se refusent absolument à continuer à être exploités par des clients trop intéressés, n'hésitant pas à abuser de la charité publique à laquelle ils n'ont aucun droit.

d) Quant aux médecins, qui n'ont aucune fonction à l'hôpital local, ils se demandent pourquoi leurs clients payants leur sont enlevés au profit de l'établissement hospitalier.

Un certain nombre de commissions administratives ont cru de bonne justice d'accorder à leur personnel médical le droit de réclamer directement des honoraires, à qui peut les payer.

Mais, les praticiens, qui ne font pas partie du service médical de l'hôpital, protestent contre ce monopole octroyé à quelques-uns d'entre eux.

Cette situation ira en s'aggravant, au lendemain de l'application de la loi sur les assurances sociales. Nombreux seront les assurés qui entreront à l'hôpital. La question du libre choix du médecin, inscrite dans la loi, et celle du droit aux honoraires se trouveront posées à l'égard des médecins d'hôpitaux.

A ce problème se joindra un autre : celui de la concurrence faite par l'établissement public aux maisons de santé médicales privées, qui, elles aussi, entendront recevoir la clientèle des assurés sociaux et ne pas s'en voir être dépossédées au seul profit de l'hôpital.

Solutions pratiques.

Qu'on le veuille ou non, la question médicale devient prépondérante, pour l'application des lois sociales d'assistance et de prévoyance. Le temps n'est plus où l'on pouvait considérer le médecin comme un employé supérieur, nommé par le préfet, pour l'assistance publique, investi par la seule volonté de la Commission administrative, pour l'hôpital.

Le docteur doit devenir un collaborateur indispensable, admis à donner, sur un pied d'égalité, son avis sur toutes les questions qui sont de sa compétecnce.

En matière d'assistance, ne seront peu à peu soignées à domicile que les affections bénignes. Toutes autres maladies, graves, longues, contagieuses, chirurgicales ou autres seront du ressort de la maison de cure.

Le problème hospitalier est, par conséquent, la difficulté de demain.

Première solution : L'hôpital doit-il revenir à son ancienne destination : l'hospitalisation des seuls pauvres et des gens de condition très modeste ?

Surgit alors l'avenir de ces établissements hospitaliers, lorsque l'application de la loi sur les assurances sociales aura enlevé la grosse majorité de ceux, qui, actuellement, peuvent se récla-

mer des dispositions législatives du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893.

Que fera-t-on des bâtiments, désormais inutilisables ? Reviendront-ils aux caisses d'assurances, qui les rachèteront, pour en faire des maisons de cure ? Qui aura qualité pour établir ces transferts ? Que deviendront les fondations, les legs hospitaliers, à destination et affectation spéciales?

Deuxième solution : Au contraire, l'hôpital doit il devenir un centre médical complet, ouvert largement à tous malades, qui frappent à la porte, mais utilisé surtout par les caisses, pour les assurés sociaux ?

La loi du 7 août 1851 devra, dès lors, être modernisée, remaniée, pour répondre aux situations actuelles.

Mais, il sera indispensable, pour éviter de très graves conflits, dont les conséquences pourraient être considérables, de régler, avec le Corps médical, le *modus vivendi* pour que tous les intérêts en présence soient respectés.

Les médecins seront les premiers à répondre à un appel de collaboration, pour faire de l'hôpital une maison de santé à bon marché, tout en réglant, par des accords locaux, les situations respectives des hôpitaux et des maisons de santé locales.

Les praticiens seront également d'accord avec les commissions administratives, pour éviter les abus de tous ordres et même pour faire disparaître les quelques officines louches, qui déshonorent notre profession, en matière d'accidents du travail, ou de réformés de guerre.

C'est par un nouvel appel à une large collaboration que je conclus : point n'est besoin de rechercher les questions de préséance : il s'agit de sauvegarder la santé publique : le Corps médical sera fidèle à sa réputation d'altruisme, à la condition qu'on lui permette de vivre honorablement et qu'on ne l'oblige pas à aliéner sa liberté, ni son indépendance.

Solution proposée.

M'appuyant sur le projet de loi, sur les assurances sociales, voté par le Sénat et soumis de nouveau à la Chambre et notamment sur l'article 73, qui prévoit un règlement général d'administration publique et sur les articles 4 et suivants, qui préjugent de conventions et d'accords intervenus entre les caisses d'assurances sociales d'une part et, de l'autre, avec les syndicats de praticiens, les dispensaires, hôpitaux, maisons de cure, cliniques, établissements de prévention, etc., je soumets la proposition suivante :

Sous la présidence du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assurance et de la Prévoyance sociales se réunira, dès le début de 1928, une commission d'études composée :

De délégués du Conseil supérieur de l'Assistance publique ;

De délégués des Unions hospitalières ;

De délégués des Sociétés de Secours mutuels ;

De délégués du Ministère des Finances ;

De délégués du Conseil supérieur d'Hygiène publique ;

De délégués de l'Union des Syndicats médicaux de France ;

De délégués de la Fédération nationale des Syndicats médicaux de France ;

De délégués de l'Association syndicale des médecins chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de France ;

De délégués du Syndicat national des chirurgiens de France ;

De délégués du Syndicat des propriétaires de cliniques et maisons de santé ;

De délégués du groupement des syndicats généraux des médecins spécialisés ;

De délégués des Facultés de médecine et de pharmacie ;

De délégués des Syndicats de pharmaciens.

De délégués de l'Union des produits pharmaceutiques médicaux.

De délégués du Syndicat des chirurgiens dentistes ;

De délégués de l'Association française des chirurgiens dentistes ;

De délégués des Syndicats de sages-femmes.

Cette commission aura pour mission d'étudier :

1° Les répercussions que l'application de la loi sur les assurances sociales provoquera pour le fonctionnement et l'avenir des hospices et hôpitaux ;

a) Au point de vue de l'admission des bénéficiaires de moins en moins nombreux des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893 et du 14 juillet 1905 ;

b) Au point de vue de l'enseignement médical ;

c) Au point de vue des contrats à intervenir entre les caisses d'assurances sociales d'une part, et, de l'autre, avec les hôpitaux, les maisons de santé, les dispensaires, les sanatoria publics et privés ;

d) Au point de vue de l'admission de tous, ou de quelques-uns seulement des praticiens d'une localité, pour soigner, à l'hôpital, les assurés sociaux, s'agissant de concilier le libre choix du médecin, par le malade, avec la discipline intérieure de l'établissement ;

2° La manière de provoquer des ententes locales, d'après les directives générales ci-dessus énoncées, pour que tous les intérêts soient respectés et que les malades soient soignés le mieux possible ;

3° La manière de déterminer dans quelles conditions l'hôpital local et les maisons de santé voisines pourront recevoir les assurés sociaux sans se faire une concurrence plus ou moins commerciale.

A mon avis, la commission ci-dessus aura pour

mission de tracer des directives générales qui seront appliquées localement, après ententes locales et conventions passées entre les caisses et les organisations publiques ou privées intéressées, à l'instar de la liberté laissée, par la loi du 15 juillet 1893, à chaque conseil général d'organiser, pour le mieux, l'assistance médicale gratuite du département.

Si, au lieu d'être opposés les uns aux autres, les intérêts de chaque groupe en présence sont mis à même de s'accorder et d'unir leurs efforts, les premiers bénéficiaires de ces alliances locales seront les malades, partant la santé publique, la nation tout entière.

Dr Paul Boudin,
Ex-interne des Hôpitaux de Lyon,
Docteur en Droit.

LES ASSURANCES SOCIALES

Réponse au rapport du Dr Renon au Syndicat des chirurgiens français.

Dr A. Rigal (Valence).

En dehors de critiques très justes du projet sénatorial, le Dr Renon apporte des vues auxquelles nous regrettons de ne pouvoir donner notre approbation.

Il déclare que « l'assurance-maladie est radicalement incompatible avec l'entente directe ». Si l'on proclame la « couverture totale », oui. Mais l'auteur reconnaît lui-même que ce n'est là qu'une clause de style, puisque l'assuré devra payer 15 à 20 %. Il fait ensuite une comparaison avec l'assurance automobile. Pourquoi pas aussi bien avec l'assurance-incendie, où la Compagnie intéressée ne répare pas les dégâts, mais les rembourse suivant une estimation forfaitaire ? Enfin, d'après lui, l'assuré ne voudra pas faire l'avance des frais médicaux au tarif ordinaire. Mais beaucoup de mutualistes ne la font-ils pas actuellement ?

Pour réaliser l'entente directe, écrit Renon en soulignant, *il faudrait simplement que la caisse verse au salarié malade une somme forfaitaire dont elle serait seule juge, moyennant quoi celui-ci irait se faire soigner où il voudrait, par qui il voudrait, au prix qu'il consentirait.*

Sauf l'incidente « dont elle serait seule juge », ceci est exact. Mais pourquoi ce système ne serait-il pas réalisable « lorsqu'une organisation quelconque se substitue au malade pour le décharger de tout ou partie de ses frais médicaux »? Précisément, l'allocation d'une somme forfaitaire déchargerait le malade de ce tout ou de cette partie, selon que le forfait serait calculé plus ou moins largement. Et l'on ne voit pas pourquoi la Caisse serait seule juge de la somme à allouer ; ne peut-on prévoir un barème et des arbitres chargés de l'appliquer ? Lorsque l'auteur écrit que « le malade ne sera plus assuré » si la Caisse ne paye qu'une ndemnité, c'est pure plaisanterie.

On a d'autant plus le droit d'être étonné qu'il voit très bien la solution. « Il n'y a, dit-il, qu'une façon logique et efficace d'organiser l'assurance-maladie ; c'est de *couvrir seulement* le gros risque ». Mais alors, quoi de plus simple que de verser au sinistré une indemnité forfaitaire adéquate ? Inutile de faire appel au tiers payant et au tarif syndical minimum. Pourquoi d'ailleurs le tarif minimum lorsqu'il s'agit de gros salariés qui, indépendamment de leurs gros salaires, peuvent encore avoir de gros revenus, à telles enseignes qu'on pourra être assuré obligatoirement jouissant de 40.000 fr. de revenus ou davantage ?

Toujours à propos de l'entente directe, le Dr Renon écrit ceci :

« Il y a un précédent ; la loi de 1898 sur les accidents du travail était basée sur l'entente directe. Le médecin était parfaitement libre de présenter sa note à l'ouvrier blessé à son tarif normal... »

Erreur complète : le médecin a le droit de faire payer un supplément par l'ouvrier ; mais, pour la part patronale, il ne peut que s'adresser au patron (ou à l'assurance subrogée). La loi est formelle :

« *Art.* 4. — (Mod. 1905 et 1922). — Le chef d'entreprise *supporte* en outre les frais médicaux et pharmaceutiques ... »

Il n'est pas dit « supporte ou rembourse », mais seulement « supporte ». Il y a donc tiers payant obligatoire quant à la part patronale. Dire qu'une loi comportant de telles dispositions est « basée sur l'entente directe », c'est tout de même un peu excessif ! (1).

(1) C'est vous, mon cher confrère Rigal, qui faites erreur, et c'est Renon qui a raison. Votre erreur, elle serait démontrée péremptoirement, s'il en était besoin, par les récentes décisions de justice qui ont condamné des accidentés du travail à régler intégralement le médecin de leur choix, *à son propre tarif*. Votre interprétation de l'article 4 est purement fantaisiste. Certes, la part patronale fait bien du patron, littéralement, un tiers payant. Mais jamais la loi de 1898, et ses amendements, n'ont dit que le paiement des honoraires du médecin choisi par le blessé serait fait *obligatoirement* entre ses mains. Tout au contraire, la loi, à l'origine, réglait *uniquement* les rapports des employeurs et des em-

« Rester en dehors de la loi, dit le Dr RENON, « c'est livrer le malade sans défense à tous les « aigrefins de la profession ; c'est renier toute no- « tre action syndicale de défense professionnlle, « de sauvegarde de la dignité et de la morale pro- « fessionnelles ».

N'y a-t-il pas une certaine discordance entre cette allégation un peu tendancieuse et la conclusion par laquelle le Dr Renon termine, en ces termes, son rapport :

« Si le Parlement ne veut pas faire l'effort nécessaire pour nous permettre de contracter suivant les modalités que nous avons définies, nous n'aurons plus qu'*à ignorer la loi* et à traiter les assurés comme des clients ordinaires. »

Eh oui ; M. Renon ! Et vous ne serez pour cela ni mauvais chirurgien, ni mauvais syndicaliste. Vous laisserez tout simplement aux fabricants de lois la responsabilité de leurs élucubrations, et, loin de « renier l'action syndicale de défense professionnelle », vous la mettrez en œuvre pour organiser l'abstention de tous les médecins honnêtes.

Le Dr Renon croit avoir tranché le nœud gordien avec ce qu'il appelle « l'entente contractuelle », expression dont le besoin ne se faisait nullement sentir, car elle ne fera que créer la confusion. Elle ne désigne d'ailleurs qu'une très vieille chose : les conventions Syndicat-Caisse.

Ce qui est plus fâcheux, c'est que, pour ces conventions, le Dr Renon se réclame avec énergie de la loi de 1919. Or, l'article 31 de ladite loi est ainsi conçu :

« La convention collective de travail est un contrat relatif aux conditions du travail, conclu entre, d'une part, les représentants d'un syndicat professionnel ou de tout autre groupement d'employés et, d'autre part, les représentants d'un syndicat professionnel ou de tout autre groupement d'employeurs, ou plusieurs employeurs contractant à titre personnel ou même un seul employeur. »

Groupement d'employés, groupement d'employeurs..... On aura beau ergoter sur ces mots, on n'arrivera pas à en altérer le sens : les syndicats médicaux qui contracteront au titre de cette loi se placeront *ipso facto* vis-à-vis des caisses dans la position d'un groupement d'employés. C'est le salariat pur et simple. Voilà le principe sur lequel M. Renon nous invite à nous tenir « comme sur un roc » .... le roc de Prométhée sans aucun doute !

« Il faut, dit M. Renon, réclamer l'obligation de l'adhésion à l'Union. Donc il faut la reconstituer. »

Question très délicate. Assurément, si jamais une collaboration à la loi devient possible, il sera nécessaire d'éliminer les « mauvais garçons » qui seraient tentés de se constituer en syndicats véreux pour les besoins de la cause.

Mais il est bien dangereux de poser en principe l'obligation d'adhérer à une Union unique. Celle-ci, en effet, posséderait alors un véritable monopole qui, en réalité, avec les statuts de l'Union actuelle, appartiendrait à un petit groupe tout puissant. De gré ou de force, il faudrait filer doux. Toute scission, fût-elle aussi justifiée que celle de 1925, deviendrait impossible, puisque démissionner de l'Union équivaudrait à renoncer au droit d'exercer la médecine d'assurance. Il s'ensuit que, si cette démission se produisait néanmoins, l'Union serait autorisée à susciter un syndicat local « orthodoxe » à côté du « dissident ». Charmante perspective.

Tant que des divergences aussi profondes que celles qui nous divisent persisteront, tout monopole est à rejeter.

Pour qu'il devienne possible d'y songer, il serait indispensable :

1° Que les partisans de l'entente directe soient rassurés par l'inscription de cette entente directe dans la loi comme seule possible. Alors la crainte justifiée de brimades exercées par l'organisation centrale disparaîtrait. Mais nous en sommes loin, s'il faut en croire M. Renon lorsqu'il émet une affirmation aussi dangereuse que celle-ci : « Ni le salariat, ni le Parlement ne peuvent accepter l'entente directe, car c'est la négation de toute assurance ».

2° Que les statuts de l'Union soient modifiés de telle sorte que le Conseil représente l'élément syndical permanent, et non pas seulement la majorité plus ou moins factice d'une assemblée-fantôme. Or, nous savons que, sur ce point encore, l'Union refuse toute concession.

En attendant des jours meilleurs, contentons-nous donc, pour écarter les unions nationales d'occasion, de réclamer l'adhésion à l'une de ces unions (U. et F. N.) actuellement existantes (on peut ajouter si l'on ny tient, le Groupement des syndicats de médecins spécialistes ») étant bien entendu qu'aucune d'elles n'aura le droit de s'affilier les syndicats qui se créeraient dans le rayon d'autres syndicats déjà adhérents à l'une ou à l'autre. (1).

---

ployés, *en dehors des médecins*. C'est le corps médical qui a *voulu* devenir *partie prenante* dans la loi et ses avantages, et traiter *directement* avec le patron, ou son assurance substituée. Tout cela, c'est historique et ne saurait être contredit. La loi de 1898 permettait le jeu de l'*entente directe absolue*, telle que nous l'entendons. Ce sont les médecins qui n'en ont pas voulu. (N D. L. R).

(1) L'unité du corps médical, nécessaire au triomphe de ses revendications, exige au contraire une seule fédération des Syndicats médicaux. Si vous considérez comme une formule heureuse l'existence

Le Dr Renon établit comme règle l'assujettissement au tarif syndical minimum ; il nous conseille carrément de renoncer à rester maîtres de nos honoraires. Puis revenant un peu en arrière, il se borne à préconiser l'inscription dans le contrat d'une « liste des médecins qui acceptent de soigner au tarif syndical contractuel ». Ce n'est pas autre chose que le *panel system* de l'assurance anglaise. Grosse erreur qui aboutirait à la formation de deux catégories ; les médecins caissards et les indépendants. M. Renon fait d'ailleurs preuve d'une certaine inconséquence lorsqu'il écrit : « Cette question est tranchée par la loi de façon libérale, puisqu'elle permet à tout assuré de se faire soigner par un praticien qui demande des honoraires supérieurs, la Caisse n'étant tenue qu'au remboursement des frais prévus au tarif. Peut-être ne se souvient-il plus d'avoir écrit plus haut : « Croit-on vraiment que le salarié consentira à faire l'avance des frais médicaux au tarif ordinaire ? » Que sera-ce donc si c'est à un tarif supérieur ?

Enfin, le Dr Renon laisse à chaque syndicat la liberté de contracter avec paiement direct par l'assuré ou avec paiement par la Caisse. Mais l'entente directe ainsi restreinte au paiement par le client suivant un tarif minimum taxé ne présente aucune espèce d'intérêt, ni moralement, ni pécuniairement. Et même, à ce dernier point de vue, le paiement par la Caisse offre de toutes autres garanties. Pratiquement donc, *ce sera le tiers payant sur toute la ligne.*

En résumé, le Dr Renon a envisagé le problème par le gros bout de la lorgnette. Il l'a rappetissé, ratatiné au point d'en faire une simple question de gros sous. « Il ne faut pas le dissimuler, dit-il, tout roule sur la question des honoraires. » Cette erreur d'optique l'a conduit à la plus fâcheuse des solutions : taxation des honoraires au tarif syndical minimum pour 90 % de la population ; tiers payant ; limitation du libre-choix à une certaine liste de médecins (*panel system*) qui s'évaluent eux-mêmes à ce minimum. Projet chimérique au surplus sous ses apparences positives ; car si M. Renon admet la couverture intégrale du risque-maladie par des « prestations en nature » (comme dit élégamment M. Chauveau), il devrait savoir que la loi ne pourra fonctionner sur ces bases qu'avec un tarif « favorable » donc inférieur au tarif syndical minimum.

Nous proposons donc les conclusions suivantes :

1° *Limitation de l'assurance-maladie au « gros risque » médico-chirurgical.*

2° *Evaluation en argent suivant un barême de ce gros risque avec attribution au malade (ou à sa famille) d'une indemnité forfaitaire représentative de soins médicaux.*

L'entente directe, par là-même, sera rendue seule possible pour le plus grand bien des malades et des médecins.

de la Fédération Nationale et de l'Union des Syndicats, il n'y a pas de raison pour que demain, ne se forme un troisième groupement, puis un quatrième, puis un cinquième... Aucune défense professionnelle n'est possible à ce prix.

Que la Fédération absorbe l'Union, que l'Union absorbe la Fédération, que l'une et l'autre fusionnent, et qu'ainsi fusionnées, elles adoptent une autre désignation, pour que, dans le conflit que, contrairement à vous, nous persistons à considérer comme regrettable, il n'y ait ni vainqueurs ni vaincus, peu importe. Ce qui est indispensable, à bref délai, c'est que l'unité se reconstitue. Gardez-vous de la magie des mots, et mettez-vous en face des réalités, dont celle-ci : chaque année, surproduction de 500 jeunes médecins, qui veulent leur place au soleil. Cinq cents par an... Cinq mille dans dix ans ! ! ! (N. D. L. R).

***

Mis au courant de nos observations, le Dr Rigal a complété son argumentation comme suit sans réussir à modifier notre opinion. (N. D. L. R.).

Vous qualifiez de « fantaisiste » l'interprétation du texte : « le chef d'entreprise *supporte* les frais médicaux » comme impliquant le médecin *partie prenante.* Comment dès lors comprendre le long débat qui a eu lieu au Sénat ; dans la discussion des Assurances sociales, à propos des mots : « supporté » et « remboursé » ?

Par exemple :

« M. le Rapporteur. — La Commission avait mis les mots : « supporté » ou remboursé »...

« ... La Commission veut bien ne pas faire opposition à la suppression du mot incriminé (le mot « supporté »), tout en faisant remarquer que vous allez ainsi supprimer : totalement le « tiers payant ».

(Extrait du *Journal officiel*).

Il est incontestable que, pour les sénateurs, le mot « supporté » signifie que le tiers assureur paye *au médecin*, tandis que le mot « remboursé » veut dire que l'assureur remet à l'assuré une somme représentative des honoraires payés par celui-ci.

Or, il me paraît peu probable que les mêmes mots aient été pris dans une autre acception en 1898. Que la jurisprudence se soit prononcée différemment — d'une façon très exceptionnelle sans doute — je le crois puisque vous me le dites ; mais alors il faut bien constater que le juge n'est pas d'accord avec le législateur.

Vous me présentez comme ayant soutenu « la thèse » de la nécessité de deux groupements corporatifs. Permettez-moi de vous faire remarquer que, bien au contraire, j'ai envisagé les deux conditions préalables qui, à mon avis, devraient être réunies pour que le retour à l'unité devînt possible. C'est

seulement à titre provisoire que j'ai demandé l'habilitation par l'une des deux Unions actuellement existantes. Dr RIGAL.

***

Nous avons communiqué l'article et la lettre du Dr Rigal au Dr Renon qui nous demande d'insérer à la suite les lignes suivantes :

Je ne répondrai à l'article de Rigal que par le fait suivant :

Le Syndicat des chirurgiens vient d'étudier à son assemblée générale la loi sur les assurances sociales. MM. VANVERTS et RIGAL ont pris une part active à la discussion.

A l'unanimité, l'assemblée a voté les conclusions de mon rapport, que voici :

NÉCESSITÉ D'UN CONTRAT entre les caisses et le syndicat des chirurgiens dont les principales clauses seront :

Le droit à des honoraires pour tout malade opéré soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins.

La présentation d'un tarif minimum permettant la demande d'honoraires plus élevés et impliquant le paiement direct par le malade.

La présence de chirurgiens dans les Commissions techniques organisées par les caisses.

Dr RENON.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1926.

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du « Sou médical » pour l'exercice 1926.

Le nombre des membres qui ont régulièrement cotisé a été de 4.765 ; il avait été de 4.533 en 1925 et de 4.122 en 1924. La progression est constante, elle serait beaucoup plus rapide si, chaque année, nous ne perdions de nombreux sociétaires par décès, par démission ou par disparition.

I. CAISSE GÉNÉRALE.

1° *Recettes.*

Les recettes de l'exercice 1926 se sont élevées à 200.038 fr. 50, savoir :

Cotisations	190.675 fr.
Intérêts	4.122 » 55
Recouvrements et rappels	3.939 » 65
Remboursement d'indemnités	585 » 30
Dons des sociétaires	216 »
Don de la Reine de Vals	500 »
Total	200.038 fr. 50

2° *Dépenses.*

Les dépenses se sont élevées à 169.052 fr. 55, savoir :

Frais généraux	18.341 fr. 70
Frais de réunions	7.950 »
Secrétariat général	10.792 » 50
Service des tarifs	3.000 »
Service fiscal	1.000 »
Service contentieux et judiciaire	73.941 » 85
Frais de propagande	5.424 » 50
	120.450 fr. 55
Pour ordre :	
Versement à la caisse de garantie	48.602 fr.
Total	169.052 fr. 55

3° *Balance.*

Avoir général au 31 décembre 1925	106.097 fr. 58	106.097 fr. 28
Moins rectification à la Société générale	30	
Recettes de 1926		200.038 » 50
		306.135 » 78
Dépenses de 1926		169.052 » 55
Reste avoir		137.083 fr. 23

Représentés par :		
Portefeuille, valeur de 1925	65.130 fr. 05	25.230 fr. 05
Moins réalisations	39.900 »	
Plus achats de 1926		31.180 »
		56.410 fr. 05
Espèces en caisse	5.262 fr. 27	80.673 fr. 18
A la Société générale	75.410 » 91	
Total égal		137.083 fr. 23

4° Portefeuille de la caisse générale. -

600 fr. rente française 6 %	10.000 fr.
13 obligations PLM 2,50 %	5.380 » 05
20 bons du Trésor octobre 1923	9.850 »
33 bons de la Défense Nationale de 1000 fr. à un an	31.180 »
Total	56.410 fr. 05

II. Caisse de garantie.

Avoir général au 31 décembre 1925			181.709 fr. 65
Recettes de l'année 1926 :			
Cotisations		48.602 fr.	62.670 fr. 43
Intérêts		9.664 » 09	
Boni sur remboursements de valeurs		119 » 09	
Remboursement d'indemnité		4.285 » 25	
			244.380 fr. 08
Dépenses de l'année 1926 :			
Allocation à un sociétaire		6.285 fr. 25	6.354 fr. 55
Frais de banque		69 » 30	
Reste avoir			238.025 fr. 53
Représentés par :			
Portefeuille, valeur de 1925		171.759 fr. 46	84.010 fr. 81
Moins remboursement	348 fr. 65	87.748 fr. 65	
Et réalisations	87.400 »		
Plus achats de 1926			101.773 » 40
			185.784 fr. 21
Espèces en caisse		4.767 fr. 30	52.241 fr. 32
A la Société générale		47.474 » 02	
Total égal			238 025 fr. 53

Portefeuille de la caisse de garantie.

450 fr. rente française 5 %	7.861 fr. 25
20 bons du Trésor 6 % 1922	9.950 »
1 obligation décennale du Trésor 1919-1929	7.873 » 40
10 obligations Ch. de fer Ouest 3 % anciennes	4.597 » 10
10 obligations Ch. de fer Ouest 3 % nouvelles	4.069 » 95
12 obligations Ch. de fer PLM 3 % anciennes	3.486 » 46
12 obligations Ch. de fer PLM 3 % nouvelles	4.846 » 75
18 obligations Ch. de fer Dauphiné 3 %	7.834 » 93
21 obligations Ch. de fer Ouest Algérien 3 %	9.075 » 87
40 obligations Ch. de fer du Maroc 6 % 1922	19.000 »
10 obligations Gouv. gén. de Madagascar	4.637 » 50
20 obligations Grosse métallurgie 6 % 1922	6.771 »
101 bons de la Défense nationale de 1.000 fr. à un an	95.000 »
Total	185.784 fr. 21

La situation financière du « Sou médical », vous le voyez, Messieurs, était au 31 décembre 1926 excellente et le mettait en mesure de faire face à toutes les éventualités.

Le Trésorier,

A. Gassot.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

A. P. I. M.

ENQUÊTE (C)

sur

L'ASSURANCE-MALADIE

principalement au point de vue médical et ses diverses modalités en chaque pays

(*Suite*)

B) DU SERVICE MÉDICAL DANS L'ASSURANCE-MALADIE.

1° Aperçu général.

L'assurance-maladie a deux fonctions primordiales :

a) Fournir à l'assuré les ressources pécuniaires nécessaires pour le faire vivre, lui et les siens, pendant une maladie. C'est ce qu'on appelle les « PRESTATIONS EN ESPÈCES », c'est-à-dire en argent et constituées par une « *allocation journalière de maladie* » dont le montant varie suivant les cas et les pays.

b) Fournir à l'assuré les *soins gratuits*, en cas de maladie, ainsi que les autres frais accessoires de traitement. C'est ce qu'on appelle les « PRESTATIONS EN NATURE », c'est-à-dire que l'Etat, la caisse ou toute collectivité pratiquant l'assurance-maladie met gratuitement à la disposition du malade : médecin, pharmacien, hôpital, etc..

C'est de cette deuxième fonction de l'assurance maladie que nous allons nous occuper dans cette partie (B) et, en particulier, *du service médical par les médecins praticiens*.

***

Toutefois, à propos des « *prestations en nature* », en général, il convient de faire une importante remarque préalable, c'est que ces prestations pourraient être également fournies « *en espèces* », de même que le sont les prestations concernant l'allocation journalière de maladie. C'est une *modalité possible*. Nous ne devons donc pas l'éliminer *de plano*.

Il n'y aurait, en effet, qu'à verser à l'assuré, en cas de maladie, une *deuxième allocation journalière, représentative des frais de traitement* qu'il aura — lui-même cette fois et sans remboursement ultérieur — à débourser suivant le besoin mais complètement *à son gré*, ainsi que le font les malades non *assurés* et sans que cette allocation ait un *rapport fixe* avec le montant des frais qu'il pourrait débourser.

Jusqu'ici un tel système n'existe, que nous sachions, *en aucun pays*, d'une façon régulière et continue. On a pu le noter parfois (en Allemagne, par exemple) d'une façon temporaire, à titre d'exception, et pendant un laps de temps assez court, à la suite d'une mésentente survenue entre une caisse et ses médecins et en attendant une reprise normale du service. Néanmoins, il convient de le signaler, car sous le nom de système de l' « **Entente directe** » (entre le malade et son médecin, sans interposition de la caisse), il compte un grand nombre de partisans dans le Corps médical français. Et une campagne est menée dans ce sens par divers syndicats médicaux au moment où une loi d'assurance-maladie est en instance devant le Parlement français...

Quel que soit le sort que l'avenir réserve à ce système *de prestations en espèces en vue des frais de maladie*, il nous a paru devoir être signalé ici, comme une possibilité de l'avenir...

Revenons maintenant au seul système actuellement en vigueur, celui des *prestations en nature* pour le service médical d'assurance-maladie.

Deux grandes modalités principales sont à noter : le « *tiers payant* » et le « *paiement direct* ».

1° **Tiers payant.** — Il est ainsi nommé parce que, entre le n° 1 (le malade) et le n° 2 (le médecin) se dresse un n° 3 (la caisse-maladie) qui intervient en « tiers » pour « payer » le médecin. La caisse, dans ce cas, organise elle-même le service médical d'accord ou non avec le groupement médical et elle paye le médecin suivant ces trois modalités secondaires :

a) Honoraires payés *à forfait*, par un fixe, mensuel ou annuel, quel que soit le nombre d'assurés que le médecin est susceptible d'avoir à soigner, et quel que soit le nombre d'actes médicaux effectués.

b) Honoraires payés à l'*abonnement*, c'est-à-dire par une somme d'argent, payable au mois ou à l'année, mais basée sur le nombre d'assurés

inscrits au nom du praticien comme devant être soignés par lui en cas de maladie. Là comme dans la modalité précédente, cette somme n'a aucun rapport avec le nombre de malades soignés et le nombre d'actes médicaux effectués.

Nota. — Il y a néanmoins à observer une variante à ce mode de paiement. C'est l'abonnement basé non plus sur le nombre d'assurés inscrits mais sur le *nombre de maladies soignées*, un même inscrit pouvant être compté ainsi plusieurs fois s'il fut plusieurs fois malade dans l'année et d'autres inscrits 'n'étant plus comptés s'ils ne furent pas malades. Nous avons vu personnellement jouer ce système dans certaines caisses, en Alsace,par exemple,et nous en retrouverons bientôt un autre exemple en Tchékoslovaquie, dans certains cas.

c) Honoraires payés à l'ACTE MÉDICAL (consultations, visites, interventions...) chaque acte étant payé par la caisse au médecin suivant un *tarif* fixé à l'avance et dans lequel le malade,quelquefois, paye une partie des frais, très minime d'ordinaire.

2° **Paiement direct.** — La caisse organise le service médical comme dans le système précédent, mais elle laisese le malade *payer lui-même* son médecin, quitte à lui rembourser, dans la suite, tout ou partie des paiements ainsi effectués.

Il ne faudrait pas confondre le « paiement direct » et « l'entente directe » et nous allons insister sur ce point pour écarter toute équivoque :

a) Dans l'*entente directe, la caisse n'organise pas le service médical* et ne s'occupe pas de *tarifs*. Elle verse à l'assuré malade des « prestations en espèces », une somme d'argent quelconque par journée de maladie, pour payer ses frais médicaux. Que l'assuré dépense cet argent de façon ou d'autre, qu'il paye son médecin ou non, la caisse n'a rien à y voir. Cela ne regarde que l'assuré..... et son médecin aussi parfois.

b) Dans *le paiement direct*, la caisse a organisé le service médical, d'accord avec les groupements médicaux. Elle a fixé son propre tarif et elle rembourse au malade tout ou partie (nous verrons plus loin comment) de ce que celui-ci a payé au médecin suivant le tarif du Corps médical. De plus, la caisse continue à assurer « les prestations en nature » pour les frais pharmaceutiques (le plus souvent) ainsi que ceux d'hospitalisation, de maison de cure, etc...

Mais quel que soit le mode de paiement des honoraires médicaux, il conviendra de voir, au passage, dans cette enquête, si le malade a LE LIBRE CHOIX de son médecin ou non. Et. même, on devra spécifier la modalité secondaire de ce libre choix s'il est total, partiel ou très restreint.....

***

Il est encore une question importante à considérer : c'est celle des TARIFS MÉDICAUX. Nous aurons à examiner leurs diverses modalités, suivant les nations. On peut, en général, les ramener à deux :

1° **Tarif limitatif.** — Il y a un tarif fixé à l'avance, ou « *préfixé* » et, en cas de paiement direct du médecin par le malade, il est interdit au médecin de demander *plus* qu e ce qui est inscrit sur le tarif pour chaque acte médical déterminé. Par exemple, la consultation étant marquée 10 fr., le praticien ne peut en demander 12 à son malade, assuré de caisse, quelle que soit la situation fortune de celui-ci.

2° **Tarif non limitatif.** — Il y a encore tarif préfixé mais ce tarif ne concerne pas, obligatoirement, le médecin, qui conserve, même pour l'assuré de caisse, son tarif de *clientèle privée.* Le tarif de la caisse étant de dix francs pour une consultation, le praticien pourra en réclamer 12, 15, 20, suivant la situation de fortune du malade. Celui-ci, assuré de caisse, versera donc à son médecin 15 francs, par exemple... sachant d'avance que le tarif de la caisse n'étant que de 10 francs, il ne sera remboursé par elle que 10 francs — cette somme représentant ce qui est porté au tarif de caisse qui fixe laseule *part de responsabilité* de celle-ci, devant son assuré, pour les frais médicaux.

NOTA. — Ces deux systèmes existent simultanément en France : *a)* c'est un *tarif limitatif* dans la loi du 31 mars 1919 concernant les soins aux pensionnés de guerre ; *b)* c'est un tarif *non limitatif* dans la loi du 9 avril 1898 (modification de 1905), concernant les accidents du travail. Et ceci permet au médecin, dans ce dernier cas, de demander une somme équitable avec la situation de fortune du malade. Quand il s'agit d'un simple ouvrier, le médecin demande toujours les prix mêmes du tarif. Mais il demande davantage quand il s'agit d'un employé supérieur aux gros appointements.....

***

Nous aurons enfin, dans cette partie d'enquête concernant le service médical dans l'assurance-maladie, à examiner comment sont *nommés* les médecins, en cas de non libre choix, ainsi que les questions de *contrôle* du service médical ..... Mais, avant de clore cet aperçu général et de passer au détail de chaque question, il est undernier point sur lequel il est utile d'être éclairé, c'est celui qui répond à la question suivante :

Quel que soit le système en vigueur dans chaque pays pour le service médical de l'assurance-maladie. *y a-t-il eu entente préaldable — ou non — entre l'Etat ou les caisses et les groupements professionnels médicaux* ?

D'après ce que nous avons reçu jusqu' à ce jour, les réponses sont à peu près unanimes. Dans les débuts du fonctionnement de l'assurance-maladie, il n'y eut pas toujours entente entre l'Etat ou les caisses et les groupements médicaux. Dans certains pays, on commence par *imposer*, de force, au Corps médical un système spécial pour l'exercice de la médecine envers les assurés. Et même, à l'heure actuelle, il y a encore des frottements, à ce sujet, dans plusieurs pays, où se décèlent des traces encore trop visibles de cette façon d'agir, traces que le Corps médical, dans ces pays, songe, de diverses façons, à faire évanouir......

Néanmoins, à peu près dans toutes les nations, il a fallu, devant l'effort des groupements médicaux, en venir à des CONTRATS COLLECTIFS qui furent acquis non sans luttes, bien souvent après des discussions longues et passionnées, quand on ne fut pas obligé à en arriver à une rupture violente..... Actuellement, les divers groupements nationaux ont su conquérir certains droits spéciaux — encore plus ou moins étendus, suivant les pays.

Mais la constatation générale faite par nos correspondants, c'est que la mise en application de la loi assurance-maladie fut la cause la plus profonde et la plus efficace de l'esprit *d'union* et de *coordination dans l'action*, parmi les médecins praticiens — ainsi que du développement progressif, et de la puissance indéniable aujourd'hui, de nos groupements professionnels nationaux.....

2° — Départ et durée de l'Assistance Médicale

NATIONS	DÉPART DU DROIT AUX SOINS		DURÉE de ce droit par maladie	OBSERVATIONS
	lors de l'affiliation à la caisse	lors des débuts d'une maladie		
ALLEMAGNE ..	1er jour (1)	1er jour	26 semaines	(1) lors de l'affiliation, stage de 6 semaines pour les assurés facultatifs.
AUTRICHE....	1er jour	1er jour	un an (2)	(2) 26 semaines pour les assurés depuis moins de 30 semaines.
BULGARIE	stage de 8 semaines	1er jour	9 mois (3)	(3) au-delà de ces 9 mois, le malade reçoit un secours égal à 75 fois son salaire journalier.
CHILI	stage de 7 mois	1er jour	26 semaines	
DANEMARK ...	1er jour	1er jour	26 semaines	Si l'assuré fut secouru 60 semaines en 3 années consécutives, il perd tous droits aux soins mais pas à l'assistance s'il en a besoin.
ESTHONIE	1er jour	1er jour	26 semaines	
FRANCE : Alsace et Lorraine .	1er jour	1er jour	26 semaines	
GRANDE-BRETAGNE	1er jour	1er jour	durée illimitée (4)	(4) ce droit subsiste même 18 mois à 2 ans après la fin de l'assujettissement à l'assurance. Après 70 ans il continue si l'assuré a payé auparavant 27 semaines de cotisation.
HONGRIE	1er jour	1er jour	un an	
JAPON	1er jour	1er jour	26 semaines	
LUXEMBOURG .	1er jour (5)	1er jour	26 semaines	(5) stage de 6 semaines pour les assurés facultatifs.
NORVÈGE	1er jour	1er jour	durée illimitée	

2° — Départ et durée de l'Assistance Médicale (*suite*).

Nations	Départ du droit aux soins — lors de l'affiliation à la caisse	Départ du droit aux soins — lors des débuts d'une maladie	Durée de ce droit par maladie	Observations
Pologne	1er jour (6)	1er jour	26 semaines 39 » (7)	(6) stage de 4 semaines pour les assurés facultatifs. (7) 39 semaines dans les caisses datant de plus de 3 ans.
Portugal....	stage de 3 mois	1er jour	non indiqué	
Roumanie ...	1er jour	1er jour	16 semaines (8) 26 semaines (9)	(8) en ancien royaume et en Bessarabie. (9) en Ardéal et en Bukovine.
Tchékoslovaquie	1er jour	1er jour	un an (10)	(10) illimité en cas de non-interruption de travail.
U. R. S. S....	1er jour	1er jour	durée illimitée	
Yougoslavie.	1er jour	1er jour	un an (11)	(11) 26 semaines seulement pour ceux assurés depuis moins d'un an.

3° Rapports numériques entre le Corps Médical, les Médecins d'Assurance et les Assurés.

Nations	Rapports numériques entre médecins et assurés — Nombre total des assurés + leur famille.	Nombre des médecins de l'assurance.	Nombre des bénéficiaires par médecin.	Rapports numériques entre le corps médical et les médecins d'assurance — Nombre total des médecins.	Nombre des médecins de l'assurances	%
Allemagne ...	40.000.000	35.000	1.143	44.710	35.000	78
Bulgarie	180.000	500	360	1.516	500	30
Danemark	1.500.000 + enfants jusqu'à 16 ans	2.400	624	2.400	2.400	100
France : Alsace et Lorraine ..	900.000	500	1.800	620	500	80
Grande-Bretagne	15.600.000	15.000	1.033	36.500	15.000	42
Hollande.....	6.800.000	2.246	3.027	4.876	2.246	46
Lettonie......	240.000	600	400	1.062	600	56
Norvège......	1.820.000	1.400	1.300	1.400	1.400	100
Tchékoslovaquie.........	10.000.000	6.400	1.577	8.000	6.400	80
U.R.S.S......	8.000.000 extension à la famille non indiqué.	non indiqué	?	38.000	non indiqué	?

4° Qui nomme les Médecins de l'Assurance ? Et quel choix en ont les Assurés ?

a) **Tableau d'ensemble.**

Médecins nommés par l'État ou l'assurance				Choix de l'assuré.		
sans accord avec le corps médical		avec accord avec le corps médical.		Pas de listes ni de circonscriptions	Listes de médecins	Circonscriptions
Listes de médecins d'assurance.	Circonscriptions territoriales par médecin	Listes de médecins d'assurance.	Circonscriptions territoriales par médecin.	Libre choix illimité.	Libre choix limité à la liste	Pas de libre choix.
Tchékoslovaquie (en partie)	U. R. S. S...	Allemagne Bulgarie Danemark France (Alsace et Lorraine Grande-Bretagne Hollande Lettonie Tchékoslovaquie (en partie).	Danemark Copenhague (en partie).	Norvège	Allemagne Bulgarie Danemark France (Alsace et Lorraine) Grande-Bretagne Hollande Lettonie Tchékoslovaquie	U. R. S. S.

b) Détails par nations.

Allemagne. — L'admission d'un praticien comme médecin de caisse est décidée par une *Commission paritaire spéciale* composée de représentants de la caisse et des médecins. Jusqu'au 30 octobre 1923, dans beaucoup de localités, on possédait le libre choix du médecin sans cette restriction. A partir de cette date, on admit le principe que pour mille assurés, il doit y avoir un médecin lorsque le traitement des membres de la famille est inscrit dans les statuts. Néanmoins, pour éviter de se montrer trop rigide on a pris pour nombre-standard, celui des médecins admis au 1er avril 1924. Mais le but des caisses est de diminuer ce nombre jusqu'à ce que le taux normal de 1 pour 1.000 soit obtenu. Là où ce nombre n'est pas encore atteint, les médecins, désireux de faire de la clientèle des caisses, sont soumis à une période d'attente qui peut aller jusqu'à deux ans.

Le malade a le *libre choix limité* aux médecins admis par sa caisse et qui se sont engagés par contrat. A la campagne, il est admis que l'on doit appeler le médecin le plus proche, les différences de distance moindre de deux kilomètres n'étant pas prises en considération. Si le malade fait appel à un médecin plus éloigné. il doit payer le surplus de sa poche.

Bulgarie. — Tout médecin désireux d'être inscrit sur la liste des médecins de l'assurance présente une déclaration à l'Inspection départementale du travail, en mentionnant qu'il connaît la loi, les règlements et les instructions sur les assurances sociales. Par ce seul fait, il est enregistré comme médecin d'assurance. C'est le mode de *nomination par l'Etat* après *entente* avec les groupements médicaux au sujet du fonctionnement général de l'assurance-maladie. Toutefois, s'il y a une préférence pour les médecins organisés, les médecins non groupés peuvent être également admis sur la liste. Mais ne peuvent y être inscrits ceux qui en ont été rayés par décision des médecins inspecteurs et sur ordre du Ministre du travail, pour infraction aux règlements sur les assurances sociales.

Le malade a le *libre choix limité* aux médecins de la liste, parmi ceux de sa localité. « S'il prend un médecin d'une autre ville, dit le règlement, lui ou ses parents payent les frais de transport et la différence comprise entre les honoraires convenus et ceux prévus par l'assurance ». Les frais de transport ne peuvent incomber à la caisse qu'en cas d'accident.

Danemark. — Les organisations médicales locales fournissent aux caisses de maladie de leur région la liste des praticiens qui acceptent de soigner les malades de caisse, ces caisses n'ayant pas le droit de refuser un médecin. Toutefois, à Copenhague, on a créé des *districts*, dans chacun desquels sont désignés un certain nombre de

médecins, en rapport avec le nombre des assurés, — chaque méedecin ayant, dans l'intérieur de ce district sa *circonscription* personnelle.

Mais, sauf dans ce cas, le malade, dans le reste du pays, a le *libre choix limité* aux médecins de la liste. Il est convenu, néanmoins, que le praticien, pour ses visites ne dépassera pas un rayon de clientèle de 12 kilomètres de son domicile. Enfin, dans les villes, le choix est fixé pour un an mais dans les campagnes, l'assuré peut changer de médecin à chaque nouvelle maladie survenue.

France (*Alsace et Lorraine*). — Une liste de médecins de caisse est établie par *contrat* entre la caisse et le syndicat médical local. Tout médecin peu s'y faire inscrire. Le refus d'inscription ou l'exclusion ne peuvent être prononcés qu'après un jugement du *tribunal d'arbitrage* prévu dans les contrats, ainsi que nous le verrons plus loin, au chapitre C, 3° (juridictions).

Le malade a le *libre choix limité* aux médecins de la liste de sa caisse, parmi ceux les plus proches. S'il en prend un plus éloigné, les frais supplémentaires lui incombent.

Grande-Bretagne. — En accord avec le Corps médical, il est convenu que tout docteur inscrit sur le *Medical Register* (qui porte le nom de tous les médecins du royaume) a le droit d'être inscrit comme médecin d'assurance, sauf s'il a été rayé de la liste par décision du Ministre de la Santé, après enquête officielle faite, suivant la procédure prescrite, devant un *tribunal* composé de deux médecins et d'un avocat ou d'un avoué. Actuellement, le Corps médical s'efforce de faire modifier cette procédure et de rentrer dans les formes ordinaires du droit commun.

Le malade a le *libre choix limité* aux médecins de son voisinage. Normalement, le médecin n'accepte sur sa liste personnelle, dans les centres *urbains*, que les malades habitant dans un rayon de deux miles (3 kilomètres 200) de son domicile. Dans les *campagnes*, cette limitation de la sphère de clientèle du praticien coïncide parfois avec des divisions administratives (sorte de système de *circonscriptions*). L'asuré ne peut réclamer les services d'un autre médecin que si celui, sur la liste duquel il est inscrit, n'assure pas le service. Et, dans ce cas, il arrive parfois que les frais de traitement sont mis au compte du médecin défaillant.

Hollande. — Une liste de médecins est établie à l'avance : chaque médecin ayant le droit de s'y faire inscrire, sauf en cas d'exclusion par une *cour d'arbitrage*, dont la composition ne nous est pas indiquée.

Le malade a le *libre choix limité* aux médecins les plus proches.

Lettonie. — Les caisses d'assurances locales sont réunies en une « Association des caisses d'assurance maladie » qui, par une *entente* préalable avec le Corps médical et au moyen d'une *Commission paritaire* (caisse et médecins) pourvoit à la nomination ou à l'exclusion des médecins d'assurance.

Le malade a le *libre choix limité* aux médecins les plus proches.

Norvège. — *Pas de listes*, pas de désignation spéciale. Tout médecin qui le désire peut soigner des assurés. De même, tout assuré peut prendre le médecin qu'il désire, ainsi que dans la clientèle ordinaire. C'est *le libre choix illimité*, le malade payant lui-même son médecin. Toutefois, comme remboursement, s'il a des frais supplémentaires dus à un médecin trop éloigné, ou prenant des honoraires très élevés, ces frais restent à sa charge. De plus, il ne peut prendre qu'un seul médecin pour la même maladie.

Tchékoslovaquie. — Les médecins d'assurance ne sont jamais nommés par l'Etat, mais : *a*) par la caisse. C'est le système des médecins de caisse *fixes* ; *b*) d'après une liste établie par les groupements médicaux. Cette *liste* comprend les médecins qui ont accepté les conditions du *contrat* entre les caisses et le groupement médical. Pour l'exclusion d'un médecin, dans le cas où elle est demandée par la caisse, l'affaire est jugée par le groupement médical.

Le malade a le *libre choix limité* aux médecins de la liste parmi les plus proches.

U. R. S. S. — Les soins aux assurés sont donnés dans les établissements médicaux, aussi bien généraux que spéciaux. Ces établissements peuvent être municipaux ou dépendre du commissariat du peuple de la santé publique. Les malades sont répartis par circonscriptions médicales et n'ont jamais rien à débourser.

Le malade peut choisir son établissement, mais il n'a *pas le libre choix* du médecin. Les soins donnés aux assurés par des médecins privés ou des établissements privés ne sont pas remboursés.

(*A suivre.*)

LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LE SÉNAT

Suite et fin des Débats

M. François-Saint-Maur. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. François-Saint-Maur.

M. François-Saint-Maur. — Je regrette, messieurs, de devoir insister, mais les observations de l'honorable M. Sari confirment précisément ce que je viens de dire.

Je vois un très réel inconvénient dans le fait que les deux lois se chevauchent. Les tarifs ne sont pas les mêmes, leur application n'est pas la même ; de sorte que si vous voulez faire quelque chose pour les cas intéressants signalés par nos collègues, il y a un moyen très simple : c'est, en les laissant sous le régime de la loi, de les faire bénéficier des dispositions favorables de l'article 33 déjà voté et qui permet aux caisses d'abaisser le montant de la participation. La caisse elle-même connnaîtra, parmi ses assurés, ceux qui sont particulièrement nécessiteux et elle en dressera la liste. Par les ressources de ces fonds de l'article 33, elle viendra au secours de ceux qui lui paraîtront mériter des secours supplémentaires.

Mais si, pour la même catégorie, vous faites intervenir à la fois les deux lois, vous allez à des difficultés administratives certaines.

D'ailleurs, on n'a pas encore répondu à l'objection de l'honorable M. Sari. Il a fait remarquer que les tarifs de l'assistance médicale gratuite et ceux de l'assistance sociale ne seront certainement pas les mêmes. Il faudra donc maintenir une distinction entre les deux catégories. Je vous indique, messieurs, le moyen, même dans le cadre de l'assurance sociale, de faire bénéficier les nécessiteux et les indigents d'un régime de faveur.

Ce système serait, il me semble, préférable.

M. le Rapporteur. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. — Nous ne pouvons tout de même pas écarter de l'assurance sociale ceux qui y sont obligatoirement soumis. Par conséquent, même les indigents doivent rester assurés. Il est donc impossible de faire comme le demandait M. Sari.

Vraisemblablement des difficultés d'ordre pratique surgiront. Je demande à M. Sari de laisser au règlement d'administration publique le soin d'ajuster les choses. On ne saurait y parvenir dans des explications échangées sommairement en séance.

M. Mauger. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Mauger.

M. Mauger. — Messieurs, l'intention de la commission est très louable. Elle veut diminuer autant que possible les cas d'espèce, et elle voudrait comprendre en même temps, les éléments que j'ai signalés.

Sa rédaction, en raison de l'alinéa 1er, qui interdit à ceux qui font partie de l'assurance sociale de revendiquer le bénéfice de la loi de 1893, c'est-à-dire, de pouvoir être inscrits sur les listes d'assistance médicale gratuite, peut avoir de gros inconvénients.

La commission devrait, dans le texte qui nous est soumis, dire d'une façon très nette : « toutefois, pour les personnes qui pourront être inscrites sur les listes d'assistance médicale gratuite, le pourcentage des frais médicaux et pharmaceutiques ne restera pas à leur charge »...

M. Gallet. — C'est la même chose !

M. le Rapporteur. — C'est ce que nous disons.

M. le Ministre. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. le ministre.

M. le Ministre. — Messieurs, en ce moment le Sénat discute deux amendements : l'un de l'honorable M. Mauger, l'autre de l'honorable M. Sari. Il faut en déterminer la portée.

L'honorable M. Mauger demande que l'on donne aux indigents, actuellement inscrits à l'assistance médicale gratuite, une compensation leur permettant de supporter la participation aux dépenses médicales, que vous avez décidé de mettre à la charge des assurés.

Sur cette question, l'honorable M. Mauger est d'accord avec la commission, du moins quant au principe. Il n'est séparé d'elle que par des modalités...

M. Mauger. — Par une différence de rédaction.

M. le Ministre. — ...de rédaction.

L'amendement de M. Emile Sari va beaucoup plus loin. Il demande la suppression de l'article.

Or, que prescrit cet article ? Il interdit le cumul entre le bénéfice de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite et le bénéfice de la loi des assurances sociales.

Si ce cumul est autorisé, ainsi que cela résulterait de l'adoption de l'amendement de M. Emile Sari. ...*(Dénégations sur quelques bancs.)*

M. Labrousse. — La définition de l'assuré et celle de l'indigent sont différentes.

M. le Ministre. —...envisageons un assuré qui, à l'heure actuelle, soit inscrit sur les listes de l'assistance médicale gratuite...

M. Labrousse. — Il ne doit pas y être.

M. le Ministre. — S'il ne doit pas y être, l'amendement de M. Sari n'a plus de raison d'être. Les amendements supposent qu'il peut y avoir une double inscription, d'une part à l'assistance médicale gratuite et, d'autre part, aux assurances sociales, car un certain nombre de petits salariés pourraient encore se réclamer de l'assistance médicale gratuite, tout au moins pour les membres de leur famille.

Je suis forcé d'envisager cette hypothèse, et je dis à M. Sari que si nous supprimons l'interdiction du cumul, les communes et les départements, auxquels il s'intéresse tout particulièrement, vont continuer

à supporter la charge intégrale de l'assistance médicale gratuite.

Un sénateur. — C'est une charge insupportable.

M. LE MINISTRE. — D'un autre côté, nous escomptons, pour l'équilibre du fonds de majoration, le versement à ce fonds de la moitié des bénéfices réalisés par l'Etat, les départements et les communes, sur les dépenses d'assistance. Si, par le maintien de ces dépenses, ces bénéfices deviennent nuls, notre fonds de majoration subira une perte importante...

M. GALLET. — Pas forcément.

M. LE MINISTRE. — ...perte que nous pouvons évaluer à la somme de 114 millions par an. Cette simple considération vous explique que je ne puisse accepter l'amendement de l'honorable M. Sari.

En ce qui concerne la proposition de M. Mauger, elle contient des éléments très intéressants dont la commission a fait état dans le texte qu'elle vous propose. M. Mauger pourrait, je crois, accepter celui-ci sans aucun inconvénient.

M. MAUGER. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Mauger.

M. MAUGER. — Messieurs, je suis tout disposé à accepter l'amendement mais alors, je demande à M. le rapporteur de bien vouloir déclarer que le jeu de l'alinéa 1er de l'article que nous allons voter ne pourra pas être invoqué par ceux qui seront en situation de réclamer le bénéfice de l'assistance médicale gratuite pour la part des frais qui seraient laissés à leur charge.

Vous dites dans votre alinéa 1er qu'ils ne pourront pas se réclamer du bénéfice de la loi de 1893 ; et vous ajoutez plus bas : « Toutefois, pour les personnes inscrites sur la liste d'assistance médicale gratuite... » Or, pour pouvoir être inscrites sur cette liste, il leur faudra réclamer le bénéfice de la loi de 1893.

Par conséquent, si vous leur interdisez, dès l'alinéa 1er, de réclamer le bénéfice de cette loi, vous ne pouvez pas parler unpeu plus loin des personnes qui sont inscrites sur la liste de l'assistance médicale gratuite.

Il vaudrait mieux dire : « Toutefois, pour les personnes actuellement inscrites, ou susceptibles d'être inscrites sur la liste d'assistance médicale gratuite. »

M. LE RAPPORTEUR. — C'est impossible. On est ou on n'est pas inscrit sur la liste.

M. MAUGER. — Je demande que l'on précise.

M. GALLET. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Gallet.

M. GALLET. — Messieurs, M. le ministre vient de vous dire que, si l'amendement qu'a présenté l'honorable M. Sari était adopté, les dépenses du service de l'assistance médicale gratuite demeureraient les mêmes. Par conséquent, ce serait une somme de 114 millions qui se trouverait déduite des sommes prévues pour le fonctionnement des assurances sociales. Cela entraînerait donc un déséquilibre qui ferait tomber la loi.

Mais je veux bien préciser ce point que, si nous acceptons — et vous êtes d'avis de l'accepter — le texte nouveau de la commission, la liste d'assistance médicale gratuite subsistera et nous continuerons d'assister à la poussée vers l'inscription à cette liste, puisqu'il y aura des avantages à en retirer.

J'ai cependant grande confiance dans les maires et dans les commissions d'assistance. Ils feront tout leur possible pour diminuer le nombre des inscriptions à l'assistance médicale gratuite.

Ils auront maintenant une arme pour se défendre : l'inscription à la caisse d'assurances.

M. Emile SARI. — On ne peut pas supprimer une loi d'assistance.

M. Louis PASQUET, *rapporteur de la commission des finances.* Mais l'assuré n'est plus un assisté.

M. GALLET. — Il y a actuellement une tendance très nette à diviser les indigents en indigents qui ont droit à l'assistance complète et indigents qui ont droit à l'assistance partielle. Les indigents qui ont droit à l'assistance partielle vont être supprimés des listes d'assistance puisque la loi d'assurances que nous allons voter va leur donner les avantages de l'assistance partielle. Il ne restera que les indigents susceptibles de recevoir l'assistance complète. Ceux-là doivent continuer à bénéficier de s mêmes avantages. C'est une question de pitié et d'humanité. (*Très bien!*)

M. MAUGER. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Mauger.

M. MAUGER. — M. Pasquet dit que l'assuré n'est plus un assisté.

Pardon, mon cher collègue, celui que vous considérez comme un assuré était un salarié au moment où on l'a inscrit sur les listes d'assistance médicale gratuite. On l'a inscrit parce que son salaire le plaçait dans une situation le privant des ressources nécessaires pour faire face aux besoins de sa famille. C'est la raison qui a prévalu près des commissions d'assistance pour justifier son inscription ou son admission au bénéfice de l'assistance médicale gratuite

M. LE RAPPORTEUR DE LA COMMISSION DES FINANCES. — C'est parce qu'il n'y avait pas d'assurance.

M. MAUGER. — Aujourd'hui, vous dites à cet assuré : « Je prends obligatoirement 5 p. 100 sur ton salaire, et ce que je l'enlève ainsi te placera en état d'infériorité par rapport à ce que tu as avec la loi actuelle. »

Je veux bien accepter le texte proposé ; mais il doit être bien entendu que les intéressés placés dans les conditions nécessaires pour être inscrits sur la liste d'assistance médicale gratuite et dont les municipalités et les commissions d'assistance jugeront l'inscription nécessaire, pour la part des frais médicaux et pharmaceutiques qui leur incombe, dans la loi d'assurance, continueront à bénéficier de leur droit à l'inscription sur la liste d'assistance médicale gratuite si leur situation a justifié leur inscription.

M. LE PRÉSIDENT. — Insistez-vous pour le vote de vos deux amendements ?

M. MAUGER. — Non, monsieur le président, mais je maintiens les réserves que j'ai faites.

M. LE PRÉSIDENT. — Puisqu'il n'y a plus d'amendement, je vais consulter le Sénat sur le texte nou-

veau de l'article 59 présenté par la commission, appuyé par le Gouvernement, j'en donne une nouvelle lecture :

« Art. 59. — 1. Les personnes qui peuvent avoir droit aux prestations accordées par la présente loi en cas de maladie ou d'invalidité, n'auront pas la faculté de se réclamer du bénéfice de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

« 2. Les femmes assurées qui ont droit aux prestations en cas de maternité ne peuvent se réclamer des dispositions des lois des 17 juin et 30 juillet 1913 des 29 janvier et 4 décembre 1917 et du 24 octobre 1919 srur l'assistance aux femmes en couches.

« 3. Toutefois, pour les personnes inscrites sur la liste d'assistance médicale gratuite, le pourcentage des frais médicaux et pharmaceutiques restera à la charge de ce service. »

Je mets aux voix l'article 59 ainsi rédigé.

(L'article 59 est adopté.)

M. le Président. — « 3. Les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles, en outre, d'une amende de 100 à 2.000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet. »

La parole est à M. François-Saint-Maur.

M. François-Saint-Maur. — Je voudrais demander une explication à M. le rapporteur à propos de l'alinéa 3.

Il n'y a plus de listes pour les médecins, chirurgiens et sages-femmes. Or, vous dites qu'ils peuvent être exclus des services de l'assurance en cas de fausse déclaration intentionnelle...

M. le Rapporteur. — Naturellement !

M. François-Saint-Maur. — ... et vous maintenez la liberté du choix du client. Je ne comprends pas comment cette disposition pourra jouer.

M. le Rapporteur. — Il est essentiel de maintenir la faculté d'exclure les médecins, chirurgiens, sages-femmes ou pharmaciens. C'est la sanction maîtresse que nous devons, à mon sens, conserver.

M. François-Saint-Maur. — C'est la caisse qui la prononcera ?

M. le Rapporteur. — Non, mon cher collègue, c'est la commission.

M. Labrousse. — Les textes ne sont pas du tout contradictoires, monsieur François-Saint-Maur. Le libre choix du médecin peut parfaitement coïncider avec la faculté d'exclure un médecin qui a commis une forfaiture.

M. le Président. — S'il n'y a pas d'autre observation, je consulte le Sénat sur le dernier alinéa dont j'ai donné lecture.

(Ce texte est adopté.)

M. le Président. — Je mets aux voix l'ensemble de l'article 67.

(L'article 67 est adopté.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr Verhaeghe, de Lille. — M. le Dr Clarou, député du Gard. — M. le Dr Hergott, professeur honoraire à la Faculté de Nancy. — M. le Dr Louis Laurentie, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth. — M. le Dr A. Prenant, professeur d'histologie à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine.

— **Faculté de médecine de Lyon.** *Cours de perfectionnement d'ophtalmologie.* — M. le professeur Rollet, assisté de MM. Bussy, Rosnoblet, Colrat, J. Rollet et Malot, chefs de clinique et de laboratoire, commencera le lundi 14 novembre un cours de perfectionnement avec examens cliniques, travaux pratiques d'ophtalmologie opératoire et manipulations de laboratoire, instruments d'optique, électro-aimant géant, etc.

Les leçons et exercices pratiques auront lieu pendant deux semaines. Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours. Les docteurs et étudiants français et étrangers qui désirent suivre le cours devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine quai Claude-Bernard. Les droits à percevoir sont fixés à 150 fr.

— **La gratuité des eaux thermales pour les maîtres de l'enseignement.** — Jusqu'ici la gratuité du traitement dans les *établissements thermaux de l'Etat* (Aix-les-Bains, Vichy, Néris, Bourbon-l'Archambault, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil et Plombières) n'était accordée qu'aux fonctionnaires dont le traitement, indemnités comprises, n'excédait pas 12.000 francs.

Ce maximum vient d'être porté à 15.000 francs pour les célibataires ou mariés sans enfants, 16.000 francs pour les fonctionnaires ayant un enfant à leur charge, 17.000 pour deux enfants, 18.000 pour trois, 21.000 pour plus de quatre enfants, étant entendu que le chiffre de 21.000 sera majoré de 1.000 francs pour chaque enfant à la charge en sus du quatrième. (*La Presse thermale et climatique*).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Demandez donc au médecin chef du Centre de réforme de Paris, de repasser devant une Commission, aux fins de réintégration, si vous estimez que les avantages procurés par la carte de surclassement méritent bien cet effort de votre part.

CORRESPONDANCE

Questions médico-militaires

2954. — Avantages du maintien dans les cadres.

Je reçois de la direction du S.S. de ma région une note me demandant si je désire être rayé des cadres ou y rester, ayant atteint l'âge d'être rayé.

Je serais heureux de savoir à quoi je m'engagerais en demandant à rester dans les cadres, et vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner ce renseignement.

Dr N.

Réponse.

Vous ne contractez aucun engagement spécial en restant dans les cadres ; vous gardez la même situation de médecin de réserve que vous aviez auparavant. Par ailleurs, vous pouvez plus facilement concourir pour la Légion d'honneur ; vous avez aussi la faculté de suivre les écoles de perfectionnement du service de santé, et par suite, de bénéficier de la « carte de surclassement » pour la circulation sur les chemins de fer. Enfin, à tout moment, vous pouvez demander au Ministre d'être rayé définitivement des cadres.

2604. — Droit aux permissions.

Je vous serai très reconnaissant de me fixer sur les points suivants, qui intéressent un grand nombre de mes camarades placés dans la même situation que moi :

Je suis médecin aide-major de 2e classe et j'achève mon service militaire, qui aura duré 1 an + 2 ans de P.M.S. Je n'ai encore pris aucune permission. Ai-je droit :

1° Aux 25 jours de permission (il me semble que les 2 ans de P.M.S. sont bien l'équivalent des 6 mois de classes que nous ne faisons pas) ;

2° Aux permissions agricoles (je suis en effet propriétaire et ma présence est indispensable, dans mes vignes, au moment des vendanges) ;

3° Aux 10 jours de « bon soldat » ? Je vous prierai de me répondre sur ces 3 points et de m'indiquer, au cas où j'aurais des difficultés avec l'autorité militaire, les références sur lesquelles il conviendrait que j'appuie ma réclamation.

Dr D.

Réponse.

Vous avez droit certainement aux 25 jours de permission, moins certainement aux permissions

agricoles ; vos références sont les textes des lois (sur le recrutement de 1923, et sur les permissions agricoles de 1927, puisque celles-ci font, chaque année, et suivant les circonstances, l'objet de lois successives).

Les permissions agricoles ne doivent être vraisemblablement accordées qu'aux « hommes de troupe » et non aux « militaires », terme qui englobe soldats et officiers ; voyez les textes chez le capitaine-trésorier ou chez le major.

Quant aux dix jours de « bon soldat », vous n'êtes pas soldat de deuxième classe et, comme officier, vous avez plus de facilités pour vous absenter. La réponse est donc négative.

2967. — Périodes d'instruction.

Appartenant à la classe 1921, j'ai été nommé médecin aide-major de 2e classe de réserve le 15 mai 1927. Encore militaire, je serai libérable en novembre prochain :

1° Quand serai-je tenu de faire une période d'instruction ?

2° Puis-je demander et espérer obtenir d'effectuer cette période aussitôt après ma libération, soit en novembre ou décembre prochain ?

Cela présenterait pour moi, si j'obtenais satisfaction, le grand avantage de ne pas abandonner momentanément ma future clientèle peu de temps après mon installation.

Dr S.

Réponse.

Il ne semble pas que vous soyez, avant quelque temps, appelé à faire une période d'instruction ; dans ces conditions, vous n'abandonneriez pas aussitôt votre future clientèle. En effet, une récente loi vous fait bénéficier d'une majoration d'ancienneté de 3 ans pour passer à 2 galons ; et, promu le 15 mai 1927, aide-major de 2e classe, il est vraisemblable que, dans la deuxième moitié de 1928, vous obtiendrez le grade supérieur, sans avoir fait une période réglementaire.

Or pour le 3e galon, qui s'obtient au choix, il faut au moins 6 ans de 2 galons et 2 périodes !

Cependant, comme vous habitez Paris, pour plus de sécurité, renseignez-vous directement, à la direction du Service de santé, aux Invalides : et, même, si vous deviez faire, contre toute attente, une période en 1928, on pourrait peut-être satisfaire vos désirs.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

3272. — Segments de membres.

Je vous serais reconnaissant de me donner le renseignement suivant :

Je soigne un blessé pour quatre plaies :

Coude droit ;

Eminence thénar droite ;
Eminence thénar gauche ;
Hanche droite.

Les deux premières plaies sont-elles ou non sur un même segment de membre ?

Dois-je compter deux fois 12 ou une fois 15 ?

Les autres pansements isolés semblent donner droit à 12 francs chacun.

Dr L.

Réponse.

Le membre supérieur comprend trois segments : avant-bras, bras et main (article 14, note 3). Donc, la main et le coude font deux segments différents, ce dernier faisant ici partie du segment de l'avant-bras. Vous avez donc quatre pansements en tout à compter, naturellement, s'il ne s'agit pas de simples écorchures.

F. D.

II

3306. — Amputation partielle ou sutures multiples ?

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir m'indiquer les honoraires que je dois demander dans l'accident du travail que voici : section osseuse intéressant la moitié antérieure de la phalangette du médius gauche ; j'ai dû régulariser la surface de section en enlevant un fragment d'os et fermer la plaie par six points de suture.

Je n'ai pas trouvé, dans le tarif que vous m'avez adressé, le prix de cette intervention. Dois-je compter : amputation partielle d'un doigt, c'est-à-dire 50 francs, ou me borner à la rubrique : réunion par sutures multiples ?

Je compte sur votre obligeance pour m'éclairer sur ce point, en m'écrivant directement ou par la voie de votre excellent journal, auquel je suis abonné.

Dr C.

Réponse.

C'est là une question uniquement d'espèce et qui ne peut trouver place en un tarif quelconque. S'il y a *raccourcissement* du doigt, c'est que vous avez pratiqué une amputation partielle. Sinon, il va de soi qu'il n'y a pas eu d'amputation et que vous n'avez fait que suturer la plaie, en enlevant une esquille d'os.

F. D.

III

3316. — Opérations à domicile ou non ?

Une hernie accident, admise par la Compagnie, est opérée à domicile et donne lieu à une note d'honoraires du chirurgien de 440 francs.

La Compagnie annonce à ce dernier l'envoi d'un mandat de 350 francs et ajoute ceci : « La note d'honoraires que vous nous avez adressée le 28 juillet s'élevait à la somme de 440 francs en raison de ce que vous aviez compris une somme de 90 fr. de frais de déplacement. Ces frais ne peuvent être pris à notre charge attendu que c'est sur la demande personnelle

de l'ouvrier L. que l'intervention chirurgicale eut lieu à son domicile. »

Quid ?

Dr W.

Réponse.

Le blessé ne pouvait-il se déplacer pour son opération « *sans inconvénient pour sa santé* » ? (article 2, alinéa 1). Toute la question est là. Si vous pouvez démontrer techniquement qu'il y avait « inconvénient », il m'apparaît que la Compagnie devra payer le déplacement. Dans le cas contraire, ce serait au blessé de le faire, puisque c'est lui qui a obligé *inutilement* le chirurgien à se déplacer.

F. D.

Baux et locations.

3283. — Prorogation légale. Aucune démarche à faire.

J'ai un bail de 9 ans, qui se termine le 1er avril prochain, c'est-à-dire dans 6 mois et 10 jours.

D'après ce que je pense, c'est mon propriétaire qui doit me prévenir 6 mois avant la fin du bail, (c'est-à-dire avant le 1er octobre prochain), des projets de renouvellement et des conditions nouvelles (vraisemblablement 125 % d'augmentation, etc...).

Or, je n'ai rien reçu encore de lui à ce sujet.

1° Si je ne recevais rien d'ici quelques jours, dois-je m'en préoccuper ?

2° Et s'il ne me parlait de rien d'ici la fin de mon bail, que se passerait-il à la fin de ce bail ?

Dr B.

Réponse.

En l'état actuel de la législation sur les loyers, ni vous ni votre propriétaire n'avez aucune démarche ni formalité à accomplir avant la fin de votre bail.

Lorsque celui-ci sera venu à expiration, vous bénéficierez automatiquement, et sans même avoir à la demander, de la prorogation de la loi du 1er avril 1926, jusqu'au 1er avril 1931. En échange de la prorogation et jusqu'au 1er avril 1929, date à laquelle doit intervenir une nouvelle taxation des loyers, vous aurez à payer un loyer égal au loyer d'avant-guerre majoré de 125 % ; en outre, vous devrez rembourser à votre propriétaire la majoration subie par rapport à 1914 par les prestations en nature fournies par lui et par les impôts grevant l'immeuble à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière. Pour le remboursement de ces charges, les parties peuvent convenir d'un forfait dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

A noter que votre propriétaire ne peut prétendre reprendre votre appartement pour son usage personnel ou celui d'un membre de sa famille, puisque vous y exercez votre profession.

3402. — Prorogation dans une commune où la population a augmenté.

J'exerce à V., où l'avant-dernier recensement a donné le chiffre de 1.853 habitants, tandis que le dernier accusait 2.020 habitants.

J'ai un bail de 3, 6, 9 ans, à la volonté des deux parties. Il y a six ans, en m'installant, je payais 1.200 francs, chiffre que payait mon prédécesseur qui avait lou é cette maison après la guerre. Il y a trois ans, mon propriétaire a porté mon loyer à 2.000 fr. et il vient de me prévenir que, dans le courant de l'année prochaine, je payerais 3.500 fr.

Je désire savoir si la dernière loi sur les loyers m'est applicable, comme je le pense : accroissement en population de plus de 5 %.

Dans ce cas, quel prix maximum devrais-je payer et jusqu'à quelle date jouera ma prorogation ?

Dr P.

Réponse.

Puisque, entre les deux derniers recensements, la population de votre commune a augmenté de plus de 5 %, la loi du 1er avril 1926 sur les loyers y est devenue de ce fait automatiquement applicable.

Par suite, si votre propriétaire dénonce votre bail à l'expiration de la seconde période, vous aurez droit à une prorogation que vous n'aurez même pas besoin de demander jusqu'au 1er avril 1931. Et tant que durera cette prorogation, votre propriétaire ne pourra prétendre reprendre votre maison pour l'habiter lui-même ou la faire habiter par un membre de sa famille, car le droit de reprise ne peut porter sur un local affecté, même partiellement, comme c'est votre cas, à un usage professionnel.

En échange de la prorogation, vous aurez à payer un loyer égal au loyer d'avant-guerre, majoré de 125 %. Vous devrez, en outre, rembourser à votre propriétaire les majorations subies, par rapport à 1914, par les prestations en nature fournies par lui, s'il en existe, et par les impôts grevant l'immeuble, à l'exception toutefois de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière.

Pour le remboursement de ces charges, les parties peuvent convenir d'un forfait dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

La taxation des loyers ainsi définie n'est applicable que jusqu'au 1er avril 1929. A ce moment, une loi nouvelle fixera une nouvelle taxation pour la seconde période de la prorogation allant jusqu'au 1er avril 1931.

Accidents du Travail et Maladies professionnelles

3264. — Rachat de la rente d'un accidenté du travail.

La rente de 180 francs d'un blessé du travail est-elle convertissable en un capital versé immédiatement ? Dr R.

Réponse.

La pension de la victime d'un accident du travail ne peut être remplacée par le paiement d'un capital que dans le cas où elle ne dépasse pas 100 francs et si le titulaire est majeur (article 21 de la loi du 9 avril 1898).

Lorsque le délai de révision sera expiré, c'est-à-dire en l'espèce lorsque trois ans se seront écoulés depuis le 12 novembre 1926, date du procès-verbal de conciliation, le blessé aura seulement le droit, en vertu de l'article 9 de la loi, de demander au tribunal que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de sa rente lui soit attribué en espèces.

3270. — Tarif à appliquer à des cultivateurs accidentés du travail.

J'ai deux clients, cultivateurs aisés, qui ont été accidentés eux-mêmes dans leur travail, et sont assurés à l'assurance mutuelle agricole de leur département.

Pour le règlement de mes honoraires, l'assurance me demande une note détaillée conformément à la loi et mes honoraires pour ces clients à l'aise ne sont pas les mêmes que ceux de la loi de 1898. Puis-je, au point de vue légal, m'entendre avec mes seuls clients, quitte à eux à se faire rembourser directement par leur assurance ; je vous pose la question car il me semble avoir lu récemment qu'un décret assimilait obligatoirement patrons et les membres de leur famille accidentés aux ouvriers justiciables des tarifs édictés.

Dr G.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, même lorsqu'il s'agit d'ouvriers, et par conséquent à plus forte raison lorsqu'il s'agit de patrons assujettis volontaires à la législation sur les accidents du travail, le médecin reste toujours libre d'ignorer la loi et de se faire payer directement par son client, suivant son tarif de droit commun. C'est seulement au cas où il veut user de l'action directe que la loi lui donne contre le patron que ses honoraires sont limités par le tarif Durafour, sauf à lui, s'il le désire, de se faire payer une somme complémentaire par le blessé.

Par conséquent, c'est à bon droit que, dans l'espèce présente, vous voulez vous faire payer suivant votre tarif habituel par des clients aisés. Quand ils vous auront payé, ils pourront se retourner contre leur assurance et se faire rem-

bourser par celle-ci dans les limites du tarif Dufafour, comme il est prévu dans leurs polices, mais cela ne vous regarde pas. Cependant pour faciliter le règlement entre vos clients et leur assurance, vous pouvez leur remettre une note détaillée de vos honoraires.

3356. — Maladies professionnelles non garanties.

Est-il vrai que les intoxications d'origine soufrée (soufre et ses sels) sont passées depuis peu maladies professionnelles et par conséquent, tombent sous le coup de la loi de 98 ?

Sinon, un jeune homme chez lequel on dénote des signes réels d'une telle intoxication : laryngite, amaigrissement, céphalées, a-t-il quand même quelque recours contre son patron et de quelle façon ?

(Il est obligé de changer de situation).

Pendant combien de temps peut-il exercer son recours même sorti de son usine ?

Dr F.

Réponse.

Les seules maladies professionnelles qui soient actuellement assimilées aux accidents du travail sont les maladies provoquées par l'intoxication saturnine ou mercurielle.

Un décret du 19 février 1927 a bien obligé les docteurs en médecine à déclarer toutes les maladies ayant un caractère professionnel causées par divers produits et notamment par les gaz sulfureux, mais il est spécifié dans le décret que la déclaration est prescrite *en vue de l'extension éventuelle* de la législation sur les accidents du travail à ces maladies, et, jusqu'ici, cette extension n'a pas encore eu lieu.

Dans ces conditions, votre client ne peut se faire indemniser par son patron que dans les termes du droit commun, articles 1382 et suivants du code civil, en faisant la preuve d'une faute à sa charge, par exemple en démontrant que le patron n'a pas pris les précautions nécessaires pour protéger ses ouvriers. S'il peut faire cette preuve, il obtiendra la réparation intégrale du préjudice, à la différence de ce qui se produirait si la législation sur les accidents du travail était applicable, car cette législation ne prévoit qu'une indemnisation forfaitaire.

3372. — Appareils de prothèse.

Je soigne un accidenté du travail (15 ans) blessé par coup de pied de cheval, qui a occasionné une fracture du maxillaire supérieur et la perte de quatre dents (deux incisives, une canine, une prémolaire).

La fracture est consolidée sans grosse déformation. J'envoie le blessé chez un stomatologiste ami dans l'intention de faire appliquer un appareil de prothèse. La Compagnie déclare, me dit le stomatologiste,

qu'elle est en droit de refuser tout appareil de prothèse, si bien que mon blessé revient penaud et furieux. Puis-je faire acte utile en faveur de cet accidenté ?

D^r B.

Réponse.

D'après la jurisprudence actuellement en vigueur en matière d'accidents du travail, les blessés n'ont pas droit aux appareils de prothèse nécessités par leurs blessures. Ils doivent se les procurer à leurs frais.

Un projet de loi est en instance devant le Parlement, tendant à modifier la législation sur ce point et à mettre les appareils à la charge des employeurs responsables, mais la loi n'a pas encore été adoptée et, en tout cas, elle ne s'appliquera pas aux accidents antérieurs à sa promulgation.

Par conséquent, dans le cas d'espèce, il est impossible de contraindre la Compagnie à supporter les frais de l'appareil.

Mais, par contre, si le blessé reste atteint, à la suite de l'accident, d'une incapacité permanente partielle, qui aurait pu être corrigée par le port d'un appareil, il est en droit de demander l'allocation d'une rente.

3346. — Accident survenu à un ouvrier faisant des transports.

M. D. est charretier à la Laiterie D. (succursale de T.). Il habite B., à 5 kil. de T.

La laiterie lui fournit cheval, harnais et voiture pour le ramassage du lait dans les environs de B. Quel que soit le nombre de bidons ramassés, variable suivant la saison et le temps passé, il est payé 15 fr. par jour. Il reçoit en plus une indemnité mensuelle pour le logement, la nourriture et le ferrage du cheval de la Laiterie qu'il garde chez lui.

Le 9 septembre, en rentrant chez lui de sa tournée, M. D. a dételé son cheval et pour le conduire à l'herbage a voulu monter sur l'animal. Il est tombé et a été atteint de fracture du fémur.

J'ai fait deux certificats, l'un remis, à la mairie de B. par le fils du blessé, l'autre envoyé au patron.

J'ai reçu de la Laiterie un avis pour donner mes soins au blessé, mais le lendemain la lettre ci-jointe prétendant qu'il est tâcheron et non couvert par la loi.

Une lettre semblable a été adressée au maire de B., une autre au juge de paix arrêtant l'enquête qui devait avoir lieu le 22 septembre, d'après l'avis ci-joint.

En vue de l'enquête, le comptable de la Laiterie avait fait remettre au blessé une feuille de paye dont la copie est ci-jointe.

Je désirerais savoir si, à votre avis, l'accident survenu à M. D., est un accident du travail garanti par la loi ou si ce blessé peut être considéré comme tâcheron

et par conséquent supporter lui-même les frais causés par l'accident.

Dr D'

Réponse.

Suivant l'avis de Sachet, auteur d'un traité très estimé sur la législation des accidents du travail, le transporteur au service d'une exploitation doit être considéré comme un ouvrier, lorsque, appointé comme un ouvrier, il fait en outre usage du matériel (véhicules, chevaux, etc.) appartenant à l'exploitation. Cette dernière circonstance, le soumettant, en général, à la surveillance et à l'autorité du chef de l'exploitation, est exclusive de la qualité de patron (Sachet, édition 1926, page 171, nº 237).

Si l'on applique le principe admis par Sachet aux circonstances de la cause que vous nous soumettez, l'on est admis à conclure que votre client, loin de pouvoir être considéré comme un entrepreneur de transports, doit être assimilé à un ouvrier quelconque. D'ailleurs, il semble bien que c'est là l'opinion première de l'entreprise, puis que la déclaration de l'accident a été faite à la mairie et un bulletin remis au blessé.

Dans ces conditions, vous pouvez conseiller à votre client de citer l'entreprise qui l'emploie devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, en paiement de son demi-salaire, conformément à la loi sur les accidents du travail. Cette procédure ne lui coûtera rien, car elle est exemptée des droits de timbre et d'enregistrement.

Si, comme il est probable, il obtient gain de cause, vous aurez action contre l'entreprise en paiement de vos honoraires dans les limites du tarif Durafour. Mais quelle que soit l'issue du procès, vous pouvez toujours vous faire payer directement par votre client conformément au droit commun, sauf à lui à se faire rembourser par son employeur quand l'accident sera reconnu comme accident du travail.

Il est nécessaire que le blessé intente son action dans l'année de l'accident, sous peine de se voir opposer la prescription, qui, en cette matière, est d'ordre public.

Nous vous retournons, sous ce pli, les pièces que vous nous avez communiquées et restons à votre disposition pour tous les renseignements complémentaires dont vous pourrez avoir besoin.

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

Ecole de perfectionnement des médecins de réserve du G. M. P.

L'Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé du gouvernement militaire de Paris a ouvert ses cours pour l'année scolaire 1927-1928, le 9 octobre 1927, dans les conditions suivantes :

1° Deux conférences d'intérêt général comptant dans le total des séances réglementaires en vue de l'obtention de la carte de surclassement seront faites à la Sorbonne au cours de la prochaine année scolaire. La première aura lieu le 27 novembre 1927, à 9 heures 30 (lieutenant-colonel Bloch : « La guerre chimique »).

La date et le sujet de la seconde conférence seront fixés ultérieurement (vraisemblablement dans le 1er trimestre 1928).

2° Une série de cinq conférences d'ordre général, intéressant seulement le Service de santé, suivies chacune d'un exercice pratique, sera faite au cours du 1er semestre 1928, en principe le dimanche qui précède le troisième lundi du mois, à 9 heures 30, au Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine.

Le programme de ces conférences sera publié ultérieurement.

3° Il sera organisé, en outre, par les soins des quatre écoles annexes de perfectionnement des médecins, des pharmaciens, des dentistes militaires et des officiers d'administration de réserve, des conférences suivies, le cas échéant, d'exercice pratique qui auront lieu pour chacune de ces écoles, conformément au programme ci-après :

A) *Ecole annexe de perfectionnement des médecins de réserve* (*Union fédérative des médecins de réserve*).

Les conférences ont lieu, en principe au Grand Amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, le troisième lundi du mois, à 20 heures 30.

Octobre : Quelques moyens simples de faciliter la compréhension des travaux pratiques du Service de santé en campagne. Médecin inspecteur général Toubert.

Novembre : Les laboratoires dans l'armée. Professeur Derrien.)

Décembre : Blessures des vaisseaux par projectiles de guerre. Professeur agrégé Grégoire, chirurgien des hôpitaux.

Janvier : Les plaies de l'abdomen par projectile de guerre. Professeur agrégé Mondor, chirurgien des hôpitaux.

Février : Le rôle du Directeur du Service de santé de la division dans l'organisation de l'hygiène et de la prophylaxie. Médecin inspecteur Dopter.

Mars : La lutte antivénérienne dans l'armée. Docteur Gastou.

Avril : Les blessures de l'épaule par projectiles de guerre. Professeur Capette, chirurgien des hôpitaux.

Mai : Les plaies du cou par projectiles de guerre. Professeur Mocquet, chirurgien des hôpitaux.

Juin : Le conflit des idées sous les tropiques, le médecin d'influence. Médecin principal Abattucci.

Juillet : Conférences, visite au Val-de-Grâce.

Quarante-neuvième année — N° 43 — 23 Octobre 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2740-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr Poey Noguez, d'Oloron, la somme de cent francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 583. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 584. — Dame veuve, fille de médec., bachelier ès lettres, jeune, ayant mach. à écrire, au courant travaux médicaux, désire travaux et secrétariat.

No 585. — Méd. 10 ans client., libre actuell. et possédant appareils électr. médicale, diathermie, rayons X et auto, cherche conf. surchargé grosse client. pour association.

No 586. — Jeune femme, veuve médec., cherche secrét auprès doct. quelq. après-midi par semaine ou trav. dactylog. à faire chez elle. Ecr. Vial, 19, rue Alain-Chartier, Paris (15e).

No 587. — A vend. cabr. 6 CV Renault dern. mod., sorti usines avril 1927. Etat neuf. Dr Duquet, 31 boul. Malesherbes. Paris.

No 588. — Dans villa ensoleillée, particul. prendr. en pension enfant faible, vie de famille, bons soins, si besoin instruct. assurée. Lemoine, Brise-des-Pins, Règue Blanque à Arcachon.

No 589. — Doct. Guillemin, 16, av. Georges-V, cherche oculiste pourvant faire 2 heures de consultation par semaine.

No 590. — Personne de conf. demandée pour tenir ménage, monsieur âgé. S'ad. Dr Jossu, à Saint-Ambreuil (S.-et-L.).

No 591. — Veuve de médec. cherche place direct. dans maison de santé, de convalesc. ou de repos, à Neuilly-sur-Seine ou Passy.

No 592. — Somme. A vend. pour cause doubl. empl., moto Peugeot 3 CV 1/2 mod. 1924, type S. P. Etat de neuf, ayant roulé 200 km. S'ad. Dr Taquet, à Saint-Riquier (Somme).

No 593. — Mach. à écrire portative marque anglaise : National B, état neuf, à vend. 700 fr. Ecr. Dr Leriche, 26, quai de Paris, à Joigny (Yonne).

No 594. — Plein centre Paris, clinique méd. avec cab. dent., affaires 150.000, appart. 4 pièces, import. install. avec radio. A céder d'urgence 100.000 fr. dont 80.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 595. — Très pressé. Pour cause santé, grande ville 3 h. de Paris, cab. mal. femme et peau, affaire 200.000. A céder avec présent. 70.000 dont 45.000 compt. S.ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Victime du devoir médical.**— Le médecin-major Guillet. — Nous avons annoncé dans notre dernier numéro le décès du Dr Harburger, mort des suites d'une piqûre anatomique faite au cours d'une opération. Aujourd'hui, c'est le nom d'un de nos confrères de l'armée, le médecin-major de 2e classe Guillet, qu'il nous faut inscrire sur la liste — liste, hélas ! jamais close ... — des membres de notre profession victimes du devoir médical.

Après un long séjour en Afrique équatoriale, où il avait pris part, avec un dévouement sans limites, à la lutte contre la maladie du sommeil, le Dr Guillet était allé, comme volontaire, au Sénégal, où sévissait une épidémie de typhus. C'est en soignant les malades atteints de cette affection qu'il contracta le mal, auquel il vient de succomber.

Le Gouvernement a cité, en ces termes, le Dr Guillet à l'ordre de la Nation :

Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite du docteur René Guillet, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales :

« Après un brillant passé de guerre, s'est consacré en Afrique tropicale aux œuvres scientifiques destinées à assurer la protection des races indigènes contre les fléaux qui les déciment. A rendu ainsi des services éminents à la cause de la colonisation. Vient de périr au Sénégal, victime du devoir, atteint d'une redoutable maladie contagieuse contractée à l'occasion de ses obligations professionnelles. »

— **Les épidémies.** — On signale une épidémie de scarlatine à Dijon, des cas de dysentérie dans l'Ain et la Loire. Trois cas de fièvre ondulante ont été constatés à Paris, dans le XIIe arrondissement.

— **Réunions médicales franco-belges** (Lille, 23-25 octobre 1927.) — Les réunions médicales franco-bel-

ges, organisées par les professeurs et agrégés de la Faculté d'Etat de Lille, commenceront le 23 octobre, sous la présidence du professeur SURMONT. Le 24 octobre, conférences dans les hôpitaux (Saint-Sauveur, Charité). Le 25 octobre, visite du sanatorium marin du Zuydcoote.

— **Journées médicales d'Egypte** (Le Caire, 15-24 décembre 1927). — *Conditions de voyage.* — Le Comité d'organisation a obtenu des réductions importantes de voyage en commun, départ de Marseille le 10 décembre et retour à Marseille le 31 décembre, et des prix avantageux dans les grands hôtels. Durée de l'absence : 20-22 jours, de Marseille. Prix total approximatif : 3.700 à 6.000 fr. (2e classe intermédiaire) ; 4.700 à 7.000 fr. (2e classe) ; 7.050 à 8.000 fr. (1re classe). Ces prix s'appliquent au voyage en groupement, à départ prévu pour le 10 décembre. Les inscriptions doivent parvenir avant le 1er novembre au secrétariat général (M. Zeitoun, 32, rue Gay-Lussac, Paris, 5e).

— **Ecole de sérologie**, 54, rue Saussure, XVIIe. — M. RUBINSTEIN fera en 1927-1928 des séries de cours de perfectionnement de sérologie, appliquée à la clinique. Les conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu les mardi, jeudi et samedi, de 14 heures à 18 heures. Le sérodiagnostic de la syphilis, de la tuberculose, de la gonococcie, etc., seront l'objet d'études approfondies par tous les procédés actuellement connus. Des leçons individuelles pourront également être données sur différents sujets intéressant particulièrement les auditeurs.

Pour tous renseignements et dates des cours, s'adresser au Laboratoire de M. RUBINSTEIN, 54, rue Saussure, de 16 à 18 heures.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Nominations d'assistants de consultation.* — Un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultation, de médecine et de chirurgie générale, dans les hôpitaux dépendant de l'assistance publique de Paris, seront vacantes au 1er janvier 1928.

Les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris qui désirent être désignés pour exercer ces fonctions sont priés d'adresser leurs candidatures, avant le 10 décembre 1927 au plus tard, au bureau du Service de santé de l'administration, 3, avenue Victoria.

— **Hôpitaux de Lyon.** — *Concours de l'internat.* — Le concours de l'internat qui s'est ouvert le 21 septembre, vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Colson, Froment, Naussac, Marcon, Douillet, Boucomont ; Mlle Bussy ; MM. Brichet, Rochet, Jarricot, Savoye, Thévenon, Amic, Tourniaire ; Mlle Mercier ; M. Cade ; Mlle Lambert ; M. Girard, Mlle Rougier, MM. de Mourgues Pizzera, Tiran.

Internes provisoires : MM. Boyer, Martinet, Guichard, Rochefort, Pipard, Aulagnier, Vernaud, Marmey, Tristani, Dubois, Bisch, Fabre, Cuilleret, Seguin, Lévy, Juvanon, Belly, Aubert, Borie, Sassard.

— **Mariages.** — Le 20 octobre 1927, en l'église Notre-Dame-des-Champs, a été célébré le mariage du docteur Bitterlin, Croix de guerre, fils du docteur Georges Bitterlin, de Joinville-le-Pont, avec Mademoiselle Marguerite Guilmoto.

— Le mariage de Mademoiselle Perrin, docteur en médecine, fille du docteur et de Mme Gabriel Perrin, avec M. Hamelin, externe des hôpitaux, sera célébré le 25 octobre 1927. M. et Mme Gabriel Perrin et Mme Henri Hamelin recevront à l'Hôtel Continental, de 4 h. à 7 heures.

A TRAVERS L'OFFICIEL

6 octobre

Asiles publics d'aliénés

Décret du 3 octobre 1927 fixant les traitements du personnel médical et administratif des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Art. 1er. — Les traitements des médecins chefs de service du cadre des asiles publics d'aliénés du département de la Seine sont fixés ainsi qu'il suit :

5e classe	28.000 fr.
4e classe	30.000 »
3e classe	32.000 »
2e classe	34.000 »
1re classe	36.000 »

Art. 2. — Les médecins du cadre des asiles de province entrant, après concours, dans le cadre des asiles de la Seine sont nommés dans la classe comportant un traitement égal ou, à défaut, immédiatement supérieur à celui dont ils jouissaient dans leur situation précédente.

Dans le cas où ces praticiens sont nommés au traitement égal, ils conservent, dans leur classe du cadre de la Seine, l'ancienneté qu'ils avaient dans leur classe du cadre général.

Art. 3. — Les traitements des directeurs administratifs des asiles publics d'aliénés du département de la Seine sont fixés de la manière suivante :

5e classe	28.000 fr.
4e classe	30.000 »
3e classe	32.000 »
2e classe	34.000 »
1re classe	36.000 »

Art. 4. — Les traitements fixés par le présent décret auront effet à dater du 1er août 1926.

7 octobre

Service de santé militaire.

Décret du 30 septembre 1927 fixant les traitements des infirmières des hôpitaux militaires.

Art. 1er. — Les traitements des infirmières des hôpitaux militaires sont fixés comme suit :

Infirmière stagiaire	7.300 fr.
Infirmières :	
3e classe	7.820 fr.
2e classe, 1er échelon	8.440 »
2e classe, 2e échelon	9.060 »
1re classe, 1er échelon	10.500 »
1re classe, 2e échelon	11.120 »
Infirmières principales :	
2e classe, 1er échelon	11.750 fr.
2e classe, 2e échelon	12.750 »
1re classe	13.500 »

Art. 2. — Les infirmières stagiaires et les infirmières de 3e classe actuellement en fonctions recevront, à titre personnel et transitoire, des traitements respectivement fixés à 7.700 fr. et 7.950 fr.

Art. 3. — Les traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué aux infirmières des hôpitaux militaires qu'en conformité d'un décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal officiel.*

12 *octobre*

Direction de Bureau d'hygiène. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est ouverte pour Bône (Algérie). Traitement annuel : 10.000 fr.

9 *octobre*

Commission supérieure d'hygiène et d'assistance médicales nationales.

Arrêté interministériel du 3 octobre 1927.

Le président du conseil, ministre des finances, le ministre des affaires étrangères, le ministre de l'intérieur, le ministre de la guerre, le ministre de la marine, le ministre des colonies, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Arrêtent :

Art. 1er. — Une commission supérieure d'hygiène et d'assistance médicale nationales est instituée en vue de la préparation de la défense nationale.

Cette commission est rattachée au ministère de la guerre. Elle est présidée par le ministre de la guerre ou son représentant. Elle comprend :

1° Le directeur du service de santé au ministère de la guerre ;

2° Le directeur de l'hygiène et de l'assistance publique au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales ;

3° Le directeur central du service de santé de la marine au ministère de la marine ;

4° Le secrétaire général du conseil supérieur de la défense nationale ou son représentant.

Un officier ou fonctionnaire du service de santé militaire est adjoint à la commission en qualité de secrétaire permanent.

Les fonctions de rapporteur sont confiées, suivant la nature des questions traitées, à une personnalité choisie par la Commission.

Un représentant qualifié du ministre des colonies assiste aux séances de la commission supérieure d'hygiène et d'assistance médicale nationales. Son rôle est d'assurer, dans la plus large mesure, l'unité de conception et de réalisation entre son département ministériel et les autres ministères représentés.

La commission peut, en outre, convoquer à ses séances toute personnalité qu'elle désire entendre sur le sujet mis à l'ordre du jour.

Art. 2. — La commission a dans ses attributions :

a) L'organisation pour le temps de guerre des services d'hygiène et d'assistance médicale des armées et des populations civiles sur le territoire métropolitain, en Algérie, en Tunisie, au Maroc et dans certains territoires du bassin méditerranéen ;

b) La mobilisation éventuelle de ces services ;

c) La préparation des mesures législatives et administratives à envisager pour le cas de mobilisation.

Art. 3. — Les propositions ne peuvent être adoptées par la commission qu'à l'unanimité des voix. En cas de divergences de vues, le président en réfère au conseil supérieur de la défense nationale.

Art. 4. — Le président de la commission fait parvenir les conclusions de ses délibérations au président du conseil (secrétariat général du conseil supérieur de la défense nationale), qui en poursuit la réalisation auprès des ministres intéressés.

Art. 5. — Chaque séance de la commission donne lieu à l'établissement d'un procès-verbal signé de tous ses membres ; un exemplaire de ce procès-verbal est adressé au secrétariat général du conseil supérieur de la défense nationale.

Enseignement de la médecine.

Examen pour l'agrégation de médecine.

Arrêté du 8 octobre 1927.

Art. 1er. — Une session pour la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvrira en décembre 1927.

Art. 2. — Les candidats se feront inscrire au secrétariat de leur académie. Le registre des inscriptions sera clos deux mois avant la date des compositions.

Art. 3. — Les dates des compositions sont fixées ainsi qu'il suit :

Section :

Anatomie, histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie, bactériologie, anatomie pathologique. — 1re composition le 21 décembre 1927 ; 2e composition, le 22 décembre 1927.

Physiologie, chimie, physique, médecine, chirur-

Voir la suite page XLVII-2785

PROPOS DU JOUR

Le XIXe Congrès de l'Association des médecins de langue française.

L'Association des médecins de Langue française a ouvert son 19e Congrès sous la Présidence de M. André Fallières, ministre de l'Hygiène, le mardi 11 octobre à 9 h. 1/2 dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine. Le professeur Pierre Teissier, président du Congrès, MM. Gley, président de l'Académie de médecine, Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur, Charléty, recteur de l'Académie de Paris, le Pr Widal, de l'Institut, M. Savornin, directeur du service de santé ; les Pr Achard, F. Bezançon, Dopter, médecin-inspecteur, le Dr Rist, vice-présidents du Congrès, entouraient le Ministre. L'Amphithéâtre était comble et de nombreuses dames avaient accompagné les congressistes.

Jamais Congrès de médecine n'avait connu un pareil succès. Il comptait 1500 inscrits dont 600 étrangers. Notons que l'élément roumain était prépondérant parmi ces derniers. Vingt nations environ étaient officiellement représentées ; nous avons relevé la liste suivante des délégués officiels :

Belgique : MM. Béco, Henrijean, Verhoogen. — *Brésil* : M. Botelho. — *Cuba* : M. de la Calle. — *Ecosse* : Sir Thomas Oliver. — *Angleterre* : Colonel Blackham, Lord Dawson of Penn, Sir Kohn Rose Bradford, Sir Holburt Waring, W. H. Wynn, A. W. Sheen. — *Guatemala* : M. Palacios. — *Irlande* : MM. Beattes, W. Doolin, Fullerton, Moorhead. — *Italie* : le Sénateur Maragliano, M. Stusa, de Fiume. — *Luxembourg* : MM. Prain, Delahaye. — *Mexique* : MM. Castello Nojera, Pons Chozaro, Velez. — *Roumanie* : MM. Jean Cantacuzène, Douillopolu, Povel, Lupu. — *Tchécoslovaquie* : MM. Syllada, Pelmor. — *Canada* : M. Vallée. — *Japon* : MM. Tsurina, N. Kü. — *Argentine* : MM. Bonorio, Udaorido. — *Egypte* : M. M. Sahim-Pacha, sous secrétaire d'Etat à la santé publique. — *Turquie* : Moukel Aktar bey. — *Uruguay* : M. Navaro, de Montevideo.

Le président du Congrès, le Pr Pierre Teissier a pris le premier la parole. Son discours fut parfait en tous points. Après avoir montré les progrès accomplis, qui sont peu à côté de ceux qui restent à réaliser, après avoir montré les résultats merveilleux obtenus, rendus évidents par l'absence presque totale des maladies contagieuses sur le front de France durant la longue et terrible guerre de 1914-1918, l'orateur a fait l'éloge du corps médical français, montrant sa fierté et sa noblesse, demandant au Gouvernement de ne rien faire qui puisse l'abaisser. Sa péroraison où il exprime l'espoir que, selon la croyance de Pasteur, la science et la paix triompheront un jour de l'ignorance et de la guerre, a été unanimement et longuement applaudie.

Le discours du Pr P. Teissier mérite mieux qu'une analyse et nous serons heureux de pouvoir le reproduire *in extenso*.

M. Chiray, secrétaire général, a exposé les règles principales qui doivent présider au bon fonctionnement du Congrès. Il nous apprit qu'une véritable révolution avait été accomplie grâce à l'initiative du Pr Teissier. Elle consiste à borner à trois d'une façon absolue les questions qui doivent être discutées. Sont inscrites cette année à l'ordre du jour, Séméiologie des septicémies médicales, Physiopathologie des œdèmes et Indications médicales et Valeur thérapeutique comparée de la splénectomie.

C'est évidemment un progrès que de borner les sujets des rapports et des discussions qui, dans les Congrès précédents étaient si nombreux qu'il était impossible d'aboutir à des résultats sérieux. Trois questions à notre avis sont encore beaucoup trop. Une seule de celles portées à l'ordre du jour suffirait à l'activité des congressistes. Mais nous devons remercier le bureau de l'Association des médecins de langue française d'avoir réalisé ce premier progrès qui évidemment sera imité dans d'autres congrès.

M. Chiray a établi une comparaison entre le Congrès et les *Journées médicales*, organisées un peu partout depuis que nos confrères de Bruxelles en ont appliqué si brillamment la formule. Les *Journées médicales* qui mettent les praticiens au courant des progrès récents de la science, sont encore pour eux une agréable détente. Elles ont pu se développer parallèlement aux Congrès sans leur nuire et le succès du XIXe Congrès français de médecine en est la preuve.

Le doyen Roger, qui jouit à juste titre d'une popularité aussi grande dans le corps médical français que parmi les étudiants, a évoqué le passé glorieux du vieil amphithéâtre qui, au point de vue matériel, laisse sans doute beaucoup à désirer, mais où tant de maîtres, gloires de la médecine française, sont venus professer. Jadis,

l'accès de la chaire de ce grand Amphithéâtre n'était permis qu'aux professeurs ; jamais un agrégé, quel que fût son talent, n'aurait été admis à l'occuper. Les choses ont bien changé. Le Doyen s'efforce de faire de la Faculté la maison des médecins dans l'acceptation du mot la plus large, et le grand Amphithéâtre est à la disposition non seulement des professeurs, mais de tous les médecins qui viennent y tenir leurs Congrès, les Assemblées générales de leurs Associations et de leurs Syndicats. Aussi le doyen de la Faculté a-t-il souhaité la bienvenue à tous les congressistes étrangers et français.

Le ministre a clos la série des orateurs. Son discours, d'une belle tenue littéraire, a été un vibrant éloge de notre belle langue française dont les qualités, qu'il met habilement en relief, non seulement permettent au poète et au littérateur d'exprimer incomparablement leurs idées, mais au penseur et au savant d'exposer avec clarté et précision leurs recherches et leurs découvertes. Il est certain que tous les médecins étrangers, accourus à ce Congrès, réunis par la communauté de langage, conserveront le culte de cette belle langue française et contribueront à répandre la pensée élevée et les sentiments nobles de la France, parfois ignorés et trop souvent méconnus par delà nos frontières.

La séance d'ouverture fut alors levée au bruit des applaudissements prolongés.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le professeur Nobécourt.

L'anémie scorbutique de la première enfance. L'avitaminose C. (1)

L'histoire du petit malade que vous avez vu salle Husson et qui est mort il y a trois jours, mérite d'être racontée.

Ce garçon est né le 21 février 1926, à huit mois, pesant 3 kgr., après un accouchement long et pénible. Son père se dit bien portant. Sa mère bien qu'elle ait eu une pleurésie séro-fibrineuse au sixième mois de sa gestation, serait actuellement en bonne santé, ainsi qu'un frère, son aîné d'un an et demi.

Alimenté artificiellement, il n'a jamais supporté le lait de vache. Aussi, presque dès la naissance, l'a-t-on nourri avec de la farine lactée. Il avait d'ailleurs des vomissements habituels.

Il entre le 25 janvier. On nous l'amène pour son mauvais état général, sa pâleur extrême et pour des troubles digestifs. Il est âgé de 11 mois ; il est petit, ne mesure que 61 cm. au lieu de 69 cm. ; maigre, ne pèse que 4 kgr. 250 au lieu de 8 kgr. 850 ; le rapport du poids à la taille est de 69 au lieu de 129. Ses téguments sont plissés. La pâleur est extrême, le teint cireux ; les muqueuses sont décolorées.

On trouve une fontanelle large, un chapelet costal, de légers bourrelets sus-malléolaires. On compte 8 dents : 4 incisives supérieures, 2 inférieures et 2 petites molaires en train de percer. Au niveau de la sertissure des incisives supérieures se produit un léger suintement sanguin qui entraine la formation d'un caillot à la surface de la gencive ; la muqueuse gingivale est noirâtre par suite d'une infiltration sanguine.

L'enfant vomit une ou deux fois par jour, plus ou moins longtemps après les repas ; il a quotidiennement une ou deux selles normales. On perçoit quelques ganglions en grains de plomb au niveau des aines et du cou. Les viscères sont normaux ; notamment le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés. Le bébé crie volontiers, surtout quand on l'examine et quand l'infirmière le change ; il ne semble pas que ce soit un cri de douleur ; la palpation des membres ne décèle pas de région particulièrement sensible.

Il y a un peu de fièvre (38°).

La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H⁸) et le Hecht sont négatifs.

On trouve de grandes modifications du sang :

Hématies : 1.600.000 par millim. cube ;

Hémoglobine : 50 % ;

(1) Leçon du 12 février 1927, recueillie par le Dr Laporte et revue par le professeur.

Valeur globulaire : 1,5.

Les leucocytes ne sont pas augmentés : 9.600. La proportion des polynucléaires est sensiblement normale : 42,8 %. On numère, en outre, % : moyens monos 37,3 ; lymphocytes 16,3 ; polynucléaire éosinophile 2,1 ; formes de transition 2,1.

Les globules rouges présentent de la poïkilocytose et de l'anisocytose ; il y a quelques hématies nucléées ; il n'y a pas de myélocytes.

Le temps de coagulation et le temps de saignement sont normaux ; l'épreuve du lacet est négative.

Les réactions chimiques ne décèlent pas de sang dans les selles, ni dans les urines.

Une radiographie des membres inférieurs, pratiquée par M. Duhem, montre que les os sont normaux : cependant l'extrémité inférieure du tibia est un peu élargie, la ligne diaphyso-épiphysaire est sombre, aspect qu'on a donné comme un signe de maladie de Barlow ; c'est, en réalité, un signe de rachitisme.

On donne à l'enfant du lait stérilisé au Soxlet-Budin, et, chaque jour, 4 cuillerées à café de jus de citron sucré.

En peu de jours, l'hémorragie gingivale cesse, la température redevient normale ; le poids ne se modifie pas ; l'anémie persiste.

Le 3 février, le nombre des globules rouges est de 1.560.000, l'hémoglobine a remonté un peu (70 %) et la valeur globulaire a augmenté ; elle atteint 2,3. Il y a 11.600 leucocytes et une polynucléose plus forte (66 %).

Les vomissements persistent ; il y a un peu de diarrhée ; la température remonte au voisinage de 38°.

A partir du 1er février, le poids, qui s'était peu modifié, diminue rapidement : de 4 kil. 270, le 31 janvier, il tombe à 3 kil. 770, le 4 février, à 3 kil. 600 le 8 février.

L'enfant se cachectise rapidement, présente les signes d'une véritable athrépsie aiguë ; sa température devient normale. Enfin, il meurt le 9 février à 16 heures.

L'autopsie est pratiquée par mon interne, M. Bize. Les organes sont décolorés, mais ne présentent aucune lésion apparente ; il n'y a pas de suffusions sanguines. La rate est de volume normal, plutôt petite.

En résumé, cet enfant de 11 mois a une taille de trois mois, un poids d'un mois et demi ; il est donc très hypotrophique ; il présente en outre, des signes discrets de rachitisme. Ce qui domine, c'est une anémie intense et une hémorragie gingivale.

L'examen du sang révèle une déglobulisation extrêmement marquée, un abaissement du taux d'hémoglobine, et, fait particulier, une valeur globulaire augmentée ; ce sont donc les caractères hématologiques d'une anémie du type pernicieux. Quelques modifications morphologiques des globules rouges et quelques hématies nucléées indiquent une tendance à la rénovation sanguine; celle-ci est faible, mais permet, dans une certaine mesure, d'admettre une anémie hypoplastique plutôt qu'une anémie aplastique.

Il n'y a pas de leucémie, pas de splénomégalie, pas de syphilis, pas de tuberculose.

Le seul facteur étiologique est l'alimentation exclusive depuis la naissance avec de la farine lactée. Cette alimentation peut être tenue pour responsable de l'anémie et des hémorragies gingivales. Ces symptômes permettent de diagnostiquer le *scorbut infantile*, la *maladie de Barlow*. L'action du jus de citron sur les hémorragies confirme ce diagnostic. Mais l'anémie était trop profonde pour pouvoir être influencée et l'enfant est mort rapidement d'athrepsie.

***

Le scorbut a été décrit depuis longtemps chez les adultes. Le SCORBUT DES ENFANTS est de connaissance beaucoup plus récente. En 1856, Mœller, de Kœnigsberg en donne la première description, mais en méconnaît la nature ; il parle de *rachitisme aigu*. En 1871, un médecin danois Ingerslev, en 1873 et en 1878, des médecins anglais, Galland et Cheadle, emploient pour la première fois l'appellation de scorbut infantile. Mais c'est surtout le chirurgien anglais Barlow, qui, en 1883, décrit d'une façon précise et fixe l'étiologie du *scorbut de la première enfance*, auquel on a donné depuis le nom de *maladie de Barlow*.

En réalité, cette expression n'est pas exacte. Il s'agit d'une forme particulière de scorbut liée au jeune âge des malades, d'un *syndrome de Barlow*.

Le SYNDROME DE BARLOW, dans sa *forme complète*, est caractérisé par une *triade symptomatique* : 1° l'anémie progressive ; 2° des douleurs dans les membres inférieurs pouvant entraîner leur immobilisation et une pseudo-paralysie douloureuse, et, dans les cas les plus accentués, de la tuméfaction des extrémités osseuses ; 3° la tuméfaction et l'hémorragie des gencives.

En outre, peuvent survenir des symptômes divers, tels que des hémorragies cutanées, muqueuses, viscérales.

Le syndrome s'installe d'une façon lente et insidieuse.

Dans une première phase, l'enfant s'anémie, s'affaiblit, éprouve dans les membres des douleurs vagues, que révèlent des cris quand on les remue.

Dans une seconde phase, apparaissent les hémorragies des gencives et les douleurs caractéristiques.

Pendant l'évolution, le syndrome est incomplet ; on parle de *formes frustes*. Celles-ci sont des

◆◆

variétés qui dépendent de la phase d'évolution ou de l'intensité du processus morbide.

Je n'ai pas l'intention de décrire complètement le scorbut infantile. Je me bornerai à parler des symptômes présentés par notre malade : l'*anémie* et les *hémorragies gingivales.*

L'ANÉMIE est un symptôme précoce du scorbut des enfants. L'enfant pâlit ; ses muqueuses se décolorent ; il s'affaiblit, devient apathique, triste. L'amaigrissement n'est pas un symptôme fondamental ; certains enfants gardent de l'embonpoint et celui-ci peut même être exagéré. Il n'y a pas de splénomégalie.

Les *modifications du sang* ont été étudiées par de nombreux médecins. Parmi les travaux français, je citerai le mémoire de M. Lenoble, dans *La Pédiatrie pratique* du 15 mars 1904, celui de MM. Prosper Merklen et Léon Tixier dans la *Gazette des hôpitaux* du 9 janvier 1908, enfin un mémoire sur l'*hématologie* et les *altérations médullaires dans la maladie de Barlow,* que j'ai publiée avec MM. Léon Tixier et Marcel Maillet, à l'*Association internationale de pédiatrie,* en octobre 1912 et dans les *Archives de médecine des enfants* de 1913.

Le *nombre des hématies* diffère d'un malade à l'autre. Tantôt il est sensiblement normal : 5.000.000, 4.500.000 ; il peut en être ainsi, comme le remarque le professeur Azaoz Alfaro, de Buenos-Aires, même alors que la pâleur est accentuée. Tantôt, le nombre des hématies est compris entre 4.000.000 et 2.500.000. Parfois enfin, il tombe au-dessous de 2.000.000, à 1.000.000 et même moins.

La *morphologie des globules rouges* peut être normale. Assez souvent, ils présentent de l'anisocytose, de la poïkilocytose, de la polychromatophilie ; on trouve quelques hématies nucléées, normoblastes et mégaloblastes

Le *taux de l'hémoglobine* est diminué en même temps que le nombre des globules rouges ; souvent, la diminution de l'hémoglobine est proportionnellement plus grande que l'hypoglobulie et la valeur globulaire est abaissée. Dans certains cas, le phénomène inverse se produit et la valeur globulaire est augmentée. Notre malade est un exemple de cette modalité.

Quelques auteurs ont noté la diminution du nombre des *hématoblastes.*

Le nombre des *leucocytes* est généralement un peu augmenté : 10.000, 15.000, 20.000. La proportion des polynucléaires neutrophiles est faible, celle des éléments mononucléés forte.

Assez souvent, on découvre quelques myélocytes neutrophiles, basophiles ou éosinophiles.

La *coagulation du sang,* la *rétraction du caillot* sont normales. Il est exceptionnel de noter un retard de la coagulation comme dans une observation de MM. Hess et Fich ; l'absence de rétraction du caillot est relatée par M. Lenoble.

Au total, le scorbut de la première enfance peut réaliser les divers types d'anémie : déglobulisation nulle, légère, moyenne ou forte, souvent réaction myéloïde discrète, qui permet de ranger l'anémie dans le cadre des anémies *plastiques* ou *hypoplastiques.*

D'ailleurs, au cours de l'évolution, quand l'état s'aggrave, l'anémie s'accentue. C'est ainsi que, chez le garçon de deux ans observé par MM. Merklen et Tixier, on trouvait :

18 avril 1907 : H = 3.890.000 ; hémoglobine : 70, V.G. = 0,90.
30 avril 1907 : H = 2.580.000 ; hémoglobine = 70, V.G. = 1,35.
5 mai 1907 : H = 1,980.000 ; hémoglobine = 65 ; V.G. = 1,64.

Il n'y a pas de rapport entre l'intensité de l'anémie et l'importance des hémorragies. L'anémie dépend de l'action du processus morbide sur la moelle osseuse.

Les *lésions des os* siègent surtout à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse ; elles remontent plus ou moins haut sur la diaphyse. Elles intéressent principalement l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia.

On trouve des hémorragies sous-périostées, qui forment un manchon sanguin décollant le périoste, des hémorragies dans le canal médullaire et le tissu osseux.

Les altérations histologiques ont été étudiées par Baginsky, en 1897, Nauwerk, Schmorll, Frænkele en 1906.

Le garçon de 9 mois que j'ai observé avec MM. Tixier et Maillet peut servir de type. Il a été élevé avec du lait de vache ordinaire. Six semaines avant son entrée, il est pris d'une diarrhée verte abondante ; depuis trois semaines, il crie quand on touche ses membres inférieurs. Il a des ecchymoses des paupières, quelques épistaxis. Les membres inférieurs sont très douloureux, immobiles, tuméfiés, surtout au niveau des extrémités inférieures des fémurs et supérieures des tibias. Les gencives sont ecchymotiques au pourtour des dents.

Sous l'influence du jus de citron, l'amélioration est rapide. Malheureusement débute une broncho-pneumonie et la mort survient onze jours après l'entrée.

A l'autopsie, le foie est gros avec des taches hémorragiques punctiformes ; les extrémités osseuses qui présentaient des tuméfactions attribuées au rachitisme sont le siège d'épanchements sanguins sous-périostés. Au niveau des tibias, les hémorragies sous-périostées forment un manchon sanguin sur toute la longueur, surtout dans les régions juxta-épiphysaires. La moelle osseuse est rouge.

Nous pratiquons l'examen microscopique de l'extrémité supérieure d'un tibia.

Au niveau du cartilage épiphysaire, les cellules cartilagineuses voisines de la ligne d'ossification sont anormalement disposées.

Une bande de tissu conjonctif jeune sépare la ligne chondro-calcaire des travées osseuses ; il en résulte une grande fragilité et l'épiphyse se sépare facilement de la diaphyse. Au niveau de l'os spongieux voisin de la ligne d'ossification et de l'os sous-périosté, le tissu osseux est très raréfié.

Au centre de la diaphyse, la moelle osseuse est en réaction plastique modérée. Dans la plus grande partie de l'os spongieux, le tissu myéloïde a disparu ; il est remplacé par un tissu conjonctif jeune ; il existe donc une régression fibreuse étendue.

Au niveau de l'épanchement sanguin sous-périosté, les vaisseaux sanguins sont congestionnés et entourés de tissu conjonctif jeune.

Ces lésions expliquent la fragilité des os, cause de fractures spontanées, et l'anémie.

Généralement, l'anémie scorbutique se répare rapidement, quand on donne à l'enfant du jus de citron. Le malade de MM. Merklen et Tixier par exemple, avait, avant le traitement, 1.980.000 globules rouges, 65 °/o d'hémoglobine, une valeur globulaire de 1,64. Après dix jours de traitement, il avait 3.450.000 globules rouges 60 °/o d'hémoglobine et une valeur globulaire de 1,15.

Je vous disais qu'il n'y a pas de relation entre l'intensité de l'anémie et l'importance des hémorragies sous-périostées. Voici, à titre d'exemple, une observation où l'anémie était légère et les hémorragies sous-périostées étaient très nettes sur les radiographies.

Une fille née le 23 mars 1921, à terme, est élevée au sein jusqu'à 8 mois, puis au lait stérilisé. Vers 9 mois apparaît une tuméfaction douloureuse et de l'impotence de la jambe gauche. Elle entre le 20 février 1922. Elle est âgée de 11 mois, bien développée ; elle mesure 70 cm. et pèse 7 kgr. 950. La température est normale.

Il n'y a pas de rachitisme, pas de dents, pas de gingivorragie.

Le membre inférieur gauche est en rotation externe, la jambe demi-fléchie, immobile. On constate une grosse tuméfaction du tiers inférieur de la jambe, qui fait corps avec la face antéro-interne du tibia. La radiographie montre un épaississement très net de la moitié inférieure du tibia attribuable à des hémorragies sous-périostées.

Cependant, l'examen du sang ne décèle qu'une anémie modérée : 4.200.000 hématies dont quelques hématies nucléées. Le temps de saignement, la coagulation sont normaux. Il y a 14.100 leucocytes avec 54 % de polynucléaires neutrophiles.

L'enfant est mise au jus de citron. L'amélioration est rapide.

La réparation du sang est, en général rapide. Mais peut-être la moelle des os reste-t-elle plus sensible à l'influence de facteurs morbides intervenant ultérieurement. Le fait suivant, que j'ai cité ailleurs, permet de le penser.

En mars 1906, un garçon de 9 mois, nourri au lait stérilisé et homogénéisé depuis la naissance, est atteint de scorbut. Il guérit rapidement sous l'influence du jus de citron. En juillet 1908, à l'âge de trois ans, il présente de la fièvre, des symptômes d'adénoïdite aiguë et des adénopathies cervicales ; on constate un état d'anémie marquée, de la splénomégalie avec hypoleucocytose (5.000) et une mononucléose atteignant 70 %. Au bout d'une quinzaine de jours, la fièvre tombe. La splénomégalie et l'anémie persistent pendant plusieurs mois. Puis, petit à petit, l'état s'améliore et l'enfant guérit. Actuellement, c'est un homme bien portant.

Les HÉMORRAGIES GINGIVALES ne constituent pas un élément constant du syndrome de Barlow. Barlow a écrit : « Pendant la période antérieure à la dentition, les hémorragi s peuvent siéger exclusivement dans les régions sous-périostiques, mais, après l'éruption des dents, on rencontre, comme dans le scorbut des adultes, des ecchymoses gingivales ; en général, elles sont moins importantes ». Il ajoute plus loin : « Si aucune dent n'a fait son apparition, il n'y a rien de caractéristique au niveau des gencives. »

Les hémorragies gingivales, quand elles existent, ont une importance variable. Tantôt, ce sont un très fin piqueté hémorragique au niveau de la sertissure des dents ou de petites ecchymoses au niveau des dents près de sortir. Tantôt, apparaissent des petites granulations rouges, efflorescentes, qui saignent facilement. Tantôt il existe une infiltration hémorragique plus ou moins étendue de la muqueuse et un suintement sanguin à la surface. Dans ces cas, il y a de la fétidité et un état fongueux des gencives, qui est, écrit Barlow, « en proportion directe du nombre des dents. »

Comme l'a fait remarquer Barlow, « l'absence de lésions du côté des gencives chez les enfants dépourvus de dents est une des raisons qui ont empêché de reconnaître plus tôt la véritable nature de la maladie. »

Les hémorragies gingivales s'observent avec une fréquence assez grande. Voici par exemple, une statistique publiée par M. Comby dans les *Archives de médecine des enfants* de mai et juin 1919 : sur 60 cas personnels, 46 fois, il y a eu des ecchymoses gingivales, avec ou sans état fongueux et gingivorragies ; dans 14 cas, il n'y avait pas d'altération des gencives ; alors 7 fois l'enfant

n'avait pas de dents ; 7 fois, il avait des dents, mais il s'agissait de scorbuts frustes.

S'il est exact que les hémorragies gingivales soient liées à la dentition, il y a des exceptions. La *Société américaine de pédiatrie*, en 1908, a poursuivi une enquête sur le scorbut infantile dans l'Amérique du Nord ; 45 malades n'avaient pas de dents ; parmi eux, 5 avaient des hémorragies gingivales et 14, des fongosités.

Quand le syndrome de Barlow est au complet, le diagnostic s'impose. Quand l'anémie existe seule, sa nature est facilement méconnue, car les caractères cliniques et hématologiques n'ont rien de spécial. C'est l'enquête étiologique qui permet de reconnaître l'anémie scorbutique.

***

Les CAUSES de l'anémie scorbutique sont celles du scorbut.

Le *scorbut des adultes*, on le sait depuis longtemps, est dû à la privation d'aliments frais, à l'alimentation exclusive et prolongée avec des aliments de conserve. L'action préventive et curative est exercée par les légumes et les fruits frais, en particulier par le jus de citron. Son usage a été introduit, en 1795, dans la marine anglaise.

Le *scorbut des enfants* apparaît généralement entre 5 et 18 mois ; il ne survient par avant 5 mois et il est exceptionnel après deux ans. C'est, avant tout, une maladie de la première enfance. On peut cependant l'observer pendant toute l'enfance.

Il a été rare tant qu'on allaitait l'enfant au sein ou au lait de vache simplement bouilli. Il est devenu fréquent le jour où on a employé des laits et des farines de conserve. Barlow a mis en évidence le rôle de ces aliments.

C'est dans les pays où l'usage de ces aliments s'est répandu, que le syndrome de Barlow a d'abord été observé : en Angleterre, en Allemagne, dans les Etats-Unis de l'Amérique du Nord. En France, où leur introduction a été plus tardive, le scorbut de la petite enfance n'a été observé qu'ultérieurement. Les premières observations ont été publiées par Moizard, en 1897, par Netter, en 1898, etc. Des cas nombreux se sont montrés à Paris vers cette époque du fait de l'emploi d'un lait stérilisé et homogénéisé, le lait Val-Brenne, qui était excellent, mais a disparu le jour où il a eu la réputation d'être scorbutique.

Les *aliments scorbutigènes* pour les petits enfants sont assez nombreux. M. Comby, dans les *Archives de médecine des enfants* de 1921, relate 72 cas personnels de scorbut infantile. Aucun des malades n'était allaité au sein. Les aliments étaient les suivants : pour 3 du lait homogénéisé, pour 12 du lait stérilisé industriellement à l'autoclave, pour 3 du lait stérilisé au Soxhlet-Budin, pour 7 du lait humanisé, pour 1 du lait oxygéné, pour 8 des farines de conserve parmi lesquelles des farines lactées.

Les aliments scorbutigènes diffèrent naturellement suivant les pays. D'après l'enquête américaine de 1908, sur 379 cas de scorbut de la première enfance, 246 fois les farines alimentaires spécialisées étaient responsables.

On ne voit pas, en général de scorbut chez les enfants allaités au sein. Cependant, il apparaît quelquefois ; l'enquête américaine en cite 10 cas sur 379 observations ; en outre, un certain nombre de cas ont été relatés par divers auteurs.

Le scorbut de la première enfance, comme celui de l'adulte, est empêché et guéri par l'usage d'aliments frais. Ingerslev, en 1871, a utilisé le cresson frais ; Galland, en 1873, et Barlow, en 1883, recommandent le jus de citron ; ce dernier conseille encore le jus de viande crue, le lait frais, la purée de pommes de terre.

Le scorbut est une maladie due au manque de certaines substances contenues dans les aliments frais. Il rentre dans la classe des *maladies par carence*, suivant la dénomination proposée par MM. Weil et Mouriquand (*carere*, manquer).

Ces substances agissent à doses minimales. Ce sont des amino-acides, des sels minéraux, des vitamines.

Le scorbut est réalisé par la carence de vitamines, c'est une *avitaminose*.

Funck, de Varsovie, en 1910, a donné le nom de vitamines à des substances indispensables à la vie, dont on ignore la constitution chimique, qui n'ont pas été isolées, qu'on connaît seulement par les effets produits sur l'organisme par leur carence dans l'alimentation.

Il y a plusieurs vitamines et leur nombre a été multiplié, peut-être sans preuves suffisantes.

Le scorbut est dû à la privation de la vitamine C ou *vitamine antiscorbutique*.

On a différencié deux vitamines C, dont les carences causeraient, l'une des scorbuts légers, l'autre le scorbut classique. M. Lorenzini, dans la *Presse médicale* du 5 février, montre qu'il n'y a aucune raison d'admettre cette distinction ; il s'agit de degrés divers d'une même maladie.

Les *vitamines C* manquent dans certains aliments, notamment dans les farines de céréales et de légumineuses, le pain, les pois secs, les lentilles, les haricots, les viandes de conserve, les extraits de viande, les œufs, la bière.

Les aliments, qui en contiennent, sont les céréales et les légumineuses en état de germination, les choux frais, les carottes fraîches, les pommes de terre crues, les haricots verts crus, les jus de fruits frais, particulièrement les jus de citron, d'orange, les framboises, les pommes, les tomates crues ou conservées.

Parmi les aliments d'origine animale, le foie,

le rein, le riz de veau, le lait frais, en contiennent.

Le *lait* intéresse particulièrement les médecins d'enfants. Il a suscité de nombreuses recherches, qu'on trouve indiquées, en même temps que leurs recherches personnelles, par MM. Lesné et Vagliano dans *Le Nourrisson* de novembre 1922.

Le lait frais contient de la vitamine C en petite quantité. Elle provient de l'alimentation. Pendant l'hiver, les vaches nourries avec du fourrage sec donnent des laits contenant moins de vitamine C que pendant l'été, alors qu'elles sont au pâturage.

Le chauffage détruit facilement la vitamine C. Ses effets diffèrent suivant les techniques utilisées. La vitamine persiste dans le lait bouilli pendant dix minutes et dans le lait pasteurisé, c'est-à-dire chauffé entre 60° et 80°. Elle disparaît du lait stérilisé industriellement dans l'autoclave à 108°-110, du lait homogénéisé et stérilisé dans les mêmes conditions ; ce dernier lait est même plus scorbutigène que le précédent, comme l'a fait remarquer M. Variot.

Pour le lait sec, les auteurs ne sont pas d'accord. Les uns, comme MM. Lesné et Vagliano, le disent scorbutigène, les autres, comme M. Hess, émettent l'opinion inverse. Ces divergences tiennent au procédé de dessiccation.

Avec le procédé de Just-Hatmaker, on évapore le lait dans le vide, puis on le dessèche en faisant passer une mince couche entre deux cylindres chauffés : la vitamine C garde son activité.

Avec le procédé Merrell-Soule, le lait est vaporisé dans une chambre maintenue à haute température ; la vitamine C a une activité très réduite.

Le *lait condensé sucré* qui est stérilisé à 80° au plus, conserve toute sa vitamine C.

D'autres facteurs que le chauffage agissent sur la vitamine C.

L'*oxydation* la détruit rapidement. Elle disparaît en grande partie au contact de l'air ; ainsi s'explique sa diminution dans le lait desséché par le procédé Merrell-Soule.

Le *vieillissement* la détruit également. Dans le lait condensé sucré, MM. Lesné et Vagliano ont constaté sa présence au bout de 15 mois, MM. Lesné, Turpin et Mlle Dreyfus sa disparition entre 15 et 24 mois.

Ces faits expliquent en partie certaines observations cliniques : par exemple, l'apparition ou non du scorbut chez des enfants nourris avec des laits d'un même groupe.

Les *farines* ne contiennent pas de vitamine C. Les bouillies au lait contiennent celle qu'apporte ce dernier. La vitamine fait donc défaut si on utilise un lait carencé. En voici un exemple.

Le 10 octobre 1922, on m'amène un garçon né le 20 septembre 1921. Il a 12 mois et demi Il paraît éprouver des douleurs des membres inférieurs. Je reconnais un syndrome de Barlow. Cet enfant avait été élevé au lait stérilisé et homogénéisé jusqu'à l'âge de 10 mois, puis avec des bouillies préparées avec le même lait et avec de la farine lactée, donc avec des produits fortement carencés.

Les *produits à base de farine* préparés avec du lait sec, du lait stérilisé, etc., et stérilisés sont des aliments carencés. Il en est ainsi notamment des produits appelés *farines lactées* ; ce sont des mélanges de lait en poudre, partiellement écrémé, de farine ou de biscuit réalisant, comme l'écrit le professeur Mouriquand, le « type de l'aliment carencé ». Dans ces derniers temps toutefois, des améliorations ont été apportées dans la préparation de certains de ces produits.

Enfin, les *pâtes alimentaires* employées au moment du sevrage, ne contiennent pas de vitamine C.

Donc, le scorbut de l'enfant, comme celui de l'adulte, est dû à la *carence de vitamine C.* Cette carence n'entraîne pas tout de suite le scorbut ; il faut qu'elle ait une certaine durée ; qu'elle persiste pendant quatre ou cinq mois. L'organisme peut emmagasiner une certaine réserve de vitamine.

Interviennent en outre, deux facteurs susceptibles de *favoriser l'action de l'avitaminose C.*

Il y a, semble-t-il , des *prédispositions individuelles.* Von Starck, en 1906, a cité le cas de jumeaux alimentés de la même façon ; un seul présentait le syndrome de Barlow.

Les diverses espèces animales d'ailleurs ne sont pas également sensibles à la privation de vitamine C. Sont très sensibles : le cheval, le chien, le cobaye ; les premières expériences ont été réalisées sur ce dernier par les norvégiens Holst et Frölich. Au contraire, le rat peut être privé pendant longtemps de vitamine C, sans présenter de scorbut, comme l'ont montré MM. Mouriquand et Michel ; on trouve cette vitamine C dans le foie de rats carencés.

Il faut enfin l'intervention d'un régime déséquilibré, comme l'a établi le professeur Mouriquand. « La vitamine antiscorbutique, écrit-il, a toute son activité lorsque le régime est par ailleurs équilibré. Le déséquilibre de ce régime (sans privation de vitamine C) rend l'action de celle-ci bien diminuée. »

La carence d'autres vitamines, en même temps que celle de vitamine C, entraîne en effet, des désordres importants. La carence de vitamine A, contenue dans le beurre du lait, dite liposoluble, qu'on appelle la vitamine antixérophtalmique, la carence de vitamine B ou antibéribérique, qui existe dans le lait et les cuticules des graines de céréales et de légumineuses, celle de vitamine D ou antirachitique, entraînent des troubles importants de la nutrition et de la croissance.

Le problème est donc très complexe. Cette complexité permet de comprendre pourquoi certains enfants ont du scorbut bien qu'allaités au

sein. Si l'alimentation de la nourrice est pauvre en vitamines, son lait sera carencé ; le lait d'une femme privée d'aliments frais ne contiendra pas de vitamine C. D'autre part, certains bébés peuvent être prédisposés pour des raisons que nous ignorons.

Les conditions étiologiques permettent de réaliser la PROPHYLAXIE du scorbut et des anémies liées au scorbut. Il faut fournir à l'enfant des aliments frais, vivants, se garder des aliments de conserve, ne les employer qu'à bon escient et non d'une façon systématique, ni prolongée.

Si on les utilise, il convient de donner des vitamines, la vitamine C, par exemple, sous forme de jus de citron, d'orange, de raisin, etc. ; à raison d'une ou deux cuillerées à café par jour. A la période du sevrage, il faut prescrire des légumes frais.

Le TRAITEMENT consiste également dans l'usage d'aliment frais, et avant tout, du *jus de citron* à la dose de 2, 4 ou 6 cuillerées à café par jour. On insiste, d'autre part, sur les soins de la bouche pour éviter des infections secondaires au niveau de la muqueuse altérée.

En quelques jours, les symptômes scorbutiques régressent, les hémorragies gingivales disparaissent.

Quant à l'*anémie*, elle diminue parfois assez vite comme je l'ai signalé tout à l'heure. Mais si elle est trop accentuée, l'amélioration est plus lente. Il est alors utile de prescrire du *fer* qui est un reconstituant du globule rouge.

Le malade de MM. Merklen et Tixier, après dix jours de jus de citron, avait 3.450.000 globules rouges, 60 % d'hémoglobine, une valeur globulaire de 1,15. On lui donne alors 0 gr. 20 de protoxalate de fer par jour pendant dix jours ; à la fin de ce traitement, le nombre des globules rouges s'élève à 4.650.000, l'hémoglobine à 85 % ; la valeur globulaire tombe à 0.91 ; elle est devenue sensiblement normale. Mais les anémies graves peuvent être longues à rétrocéder, et notre malade en est un exemple.

*
* *

Ce malade réalise un type particulier des anémies scorbutiques. Il est entré à l'hôpital, à l'âge de 11 mois, pour une profonde anémie. Les hémorragies gingivales, de vagues douleurs osseuses, la notion de l'alimentation de longue date avec la farine lactée nous ont aidé à faire le diagnostic étiologique. Mais il n'avait pas d'hémorragies sous-périostées, visibles sur la radiographie.

Il s'agissait d'une anémie scorbutique grave avec déglobulisation très marquée (1.600.000 globules rouges), grand abaissement du taux de l'hémoglobine (60 %), et valeur globulaire élevée (1,5). Les signes de rénovation sanguine étaient minimes. C'était, en somme, une anémie du type pernicieux hypoplastique, sinon aplastique.

Le jus de citron fait rapidement disparaître les hémorragies gingivales. Mais l'anémie n'est pas améliorée ; le nombre des globules rouges ne s'est pas modifié (1.560.000), l'hémoglobine a augmenté un peu (70 %), et la valeur globulaire s'est encore accrue (2,3).

Cet enfant était dans un tel état de faiblesse qu'il n'a pu résister à une petite infection dont la fièvre a été le témoin, — à moins que cette fièvre n'ait dépendu du processus anémique lui-même ; — il est mort rapidement d'athrepsie aiguë.

La cause de l'anémie est l'alimentation exclusive depuis la naissance, c'est-à-dire pendant onze mois, avec de la farine lactée. C'est une anémie par avitaminose C. Elle aurait été évitée, si on n'avait pas donné cet aliment pendant aussi longtemps, ou si on avait pris la précaution de donner du jus de citron.

Cette observation comporte donc un intérêt clinique et un intérêt pratique. Il faut se méfier des laits et des farines de conserve, qui sont très souvent des aliments carencés.

LA SÉDIMENTATION DU SANG, DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Par le Dr NARICH, de Montpellier.

La notion de la sédimentation du sang du tuberculeux est d'une grande utilité, dans le pronostic de la maladie. Recherche peu usitée, d'une technique facile, elle fournit des renseignements aussi indispensables que l'étude des températures ou la recherche du bacille. Le principe de cette réaction est le suivant : mise en tube gradué de sang citraté et lecture, après un temps déterminé — variable avec chaque méthode — de la hauteur du sérum qui surmonte la couche de globules. Une solution de citrate de soude ajoutée au sang prélevé dans le vaisseau, le rend incoagulable au contact de l'air. Fahraëns observa que les éléments globules rouges et blancs, demandaient un temps variable pour sédimenter ; chaque échantillon de sang présentait ainsi des écarts notables ; la rapidité de sédimentation varie avec les individus et leur état physiologique ou pathologique.

Le sang d'un sujet atteint d'une affection fébrile, se trouvant en état de résistance inférieure, sédimente rapidement par rapport au sang d'un homme normal, dont le temps de sédimentation est particulièrement prolongé.

Ce phénomène est régi par un ensemble de conditions physiques ; la première est celle qui fixe la chute d'un corps sphérique dans une masse liquide. Cette formule ne peut s'appliquer mathématiquement au problème qui nous occupe ; il est bien plus complexe et sans conteste sous la dépendance de forces physico-chimiques, électriques, encore inexpliquées. La densité du liquide de suspension, le plasma, renferme différentes albumines dont les variations influeront sur le temps de sédimentation des éléments figurés.

La composition chimique des globules rouges, leur nombre et leur rayon rentrent aussi en ligne de compte ; tel sang anémié, peu riche en globules rouges, sédimentera plus vite qu'un sang pourvu du nombre normal de ses globules. Le volume des sphères, leur force de tension superficielle, leur charge électrique, sont autant de facteurs qui modifient encore la notion mathématique dont nous avons parlé plus haut.

Pour mesurer le temps de sédimentation d'un sang déterminé, on peut avoir recours à plusieurs procédés. Le plus simple est celui de Linzemeir. On possède une solution stérile de citrate de soude à 5 p. 100 ; on aspire 0,2 de centicube dans une seringue en verre graduée munie d'une aiguille stérilisée, puis on ponctionne une veine et l'on aspire 0,8 de centicube ; ce centicube de sang citraté est déversé dans un tube gradué de 4 millimètres de diamètre. Oa marque par un trait la partie supérieure de la colonne liquide et l'on divise celle-ci en trois parties égales par deux trait analogues. On compte le temps que mettront les éléments figurés du sang pour atteindre le niveau du 1er et du 2e tiers. C'est ainsi que tel sang mettra trente minutes pour sédimenter au premier tiers et quatre-vingts minutes pour sédimenter au second tiers, par exemple.

Au cours de la tuberculose pulmonaire, les éléments figurés du sang sédimentent rapidement. Ce phénomène constitue un signe précieux, qui ajouté aux autres signes cliniques confirme le diagnostic de la maladie.

Cependant, certains états physiologiques, tels que la grossesse, ou pathologiques, comme la syphilis et les maladies infectieuses en évolution, amènent une sédimentation rapide, telle qu'on l'observe dans la tuberculose.

En dehors de ces états, la réaction de sédimentation ne manque pas chez le tuberculeux évolutif. D'après le temps horaire enregistré, l'on peut même apprécier la gravité, l'étendue des lésions et surtout l'évolution de la maladie. Il s'agit d'un excellent moyen de pronostic.

Obs. I. — Le cas suivant a trait à une femme de 52 ans, atteinte de tuberculose ulcéreuse fébrile, évolutive, datant d'au moins quatre ans. Les lésions sont disséminées au niveau des deux poumons. Etat général très médiocre. Cliniquement, le pronostic, n'est pas douteux ; il s'agit d'une forme rapidement évolutive.

Le 9 septembre 1924, hémoptysie abondante ; le sommet droit saigne ; les moyens médicaux échouent durant 48 heures ; le troisième jour pneumothorax hémostatique.

Une prise de sang faite préalablement me donne les résultats suivants :

Sédimentation au 1er tiers 8'
au 2e tiers 20'

L'hémoptysie s'arrête sous l'influence du pneumothorax.

Le 17 septembre, nouvelle prise de sang.

Sédimentation :	*Tension artérielle* :
1er tiers 15'	Mx : 10 1/2.
2e tiers (?)	Min : 5 1/2.

Le 6 octobre, horaire de sédimentation : 12'.
Tens. art. : max., 9 ; min., 6.

L'influence bienfaisante du pneumothorax s'est fait un moment sentir, en ce qui concerne la réfection du sang. L'état général s'aggrave, les lésions pulmonaires s'accentuent.

Un nouvel examen me donne un temps horaire de douze minutes. Le pronostic est fatal et la malade succombe le 30 du même mois.

Obs. II. — Mme B., 36 ans.

Tuberculose pulmonaire évolutive.

Cavernes du S. D.

Lésions ulcéro-fibreuses du S. G. et de la base D.

Bien que placée, dans d'excellentes conditions diététiques, l'état général est mauvais.

La maladie date de six ans et a pris une ampleur particulière à la suite de son deuxième accouchement.

Léger état fébrile. Présence de nombreux bacilles dans les crachats.

	Sédimentation :	*Tension artérielle* :
18 sept. 1924 :	1er tiers 17'	Max. 12 1/2
	2e tiers 60'	Min. 7.
Aggravation :		
10 octobre 1924	1er tiers 15'	Max. 12 1/2
	2e tiers 48'	Min. 8 1/2

Ici l'aggravation clinique a suivi parallèlement la baisse horaire de la sédimentation. Décès fin décembre 1924.

Obs. III. — C. V., 32 ans.

Tuberculose évolutive ulcéreuse des deux sommets avec prédominance à droite. Etat fébrile accentué.

Amaigrissement de 23 kgr. en quatre mois. Alcoolisme.

	Sédimentation.	*Tension artérielle*
19 octobre 1924	1er tiers 21'	Max. 11 1/2
	2e tiers 60'	Min. 6 1/2

Pronostic mauvais. Décès survenu en janvier 1925.

Obs. IV. — Mme L., 57 ans.

Tuberculose pulmonaire du sommet droit et de la base gauche, à tendance fibreuse.

Tousse et crache. Cliniquement, état général précaire.

Sédimentation :
20 novembre 1924 1er tiers 68'
2e tiers, 4 heures.

Pronostic bon.

Cette malade est cicatrisée et mène encore aujourd'hui une vie normale, non exempte d'une certaine activité.

Obs. V. — Mlle I., 23 ans.

Tuberculose pulmonaire avec prédominance au sommet gauche. Nombreux bacilles de Koch, depuis un an.

Malade anémiée, mais non amaigrie.

Sédimentation :		*Tension artérielle* :
23 septembre 1924	1er tiers 35'	Max. 12.
	2e tiers 60'	Min. 7.

Le pronostic ne paraît pas trop mauvais.

Cette malade est rentrée peu après dans un sanatorium, et a été pneumothoracisée. Son état actuel est satisfaisant.

Obs. VI. — Mme P. A., 29 ans.

Pleuro-bronchite des deux sommets.

Hémoptysies fréquentes, la dernière datant du 20 septembre 1924.

Sédimentation :		*Tension artérielle* :
27 juillet 1924	1er tiers 25'	Max. 12 1/2
		Min 9 1/2.

Le 20 octobre 1924, on relève chez cette malade une amélioration clinique très notable. Arrêt des hémoptysies.

Sédimentation :	*Tension* :
1er tiers 40'	Max. 13.
2e tiers 4 heures	Min. 9.

Obs. VII. — D., 35 ans.

Tuberculose lentement évolutive, bilatérale, ulcéro-fibreuse, apyrétique. Amaigrissement. Mauvais état général.

Sédimentation :
14 novembre 1924 1er tiers 120'
2e tiers 270'.

Le pronostic clinique est mauvais. Les données fournies par la sédimentation annoncent une certaine résistance.

Le 20 avril 1927, le malade est encore en vie, mais, dans une situation bien précaire.

Obs. VIII. Mme M., 44 ans.

Cortico-pleurite. Toux. Amaigrissement. Bon pronostic clinique.

Sédimentation :		*Tension artérielle* :
(en période menstruelle, oct. 1924)	1er tiers 255'	Max. 13.
		Min. 8.

Le 20 avril 1927, cette malade est en bonne santé.

Obs. IX. — Mme M., 60 ans.

Bronchite généralisée. Asthme avec emphysème, de nature bacillaire.

Crachats purulents et sanguinolents. Mauvais état général et pronostic clinique en conséquence.

Sédimentation :
10 octobre 1924 1er tiers 30'

La malade succombe en février 1925.

Obs. X. — M. M., 45 ans.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse du poumon gauche. Lésions discrètes à droite. Ethylisme ancien.

Etat général mauvais.

Sédimentation :		*Tension* :
1er nov. 1924	1er tiers 45'	Max. 13.
		Mid. 9.

Le malade succombe en février 1925.

Obs. XI. — M. R., 21 ans.

Tuberculose pulmonaire du sommet gauche, légèrement fébrile.

Sédimentation :
1er déc. 1924 1er tiers 60'

Celle-ci permet d'escompter un pronostic relativement bon.

20 *avril* 1927. — Le malade s'est notablement amélioré et peut fournir un travail semi-manuel de neuf heures par jour.

Obs. XII. — Mlle M. G., 20 ans.

Tuberculose pulmonaire du sommet droit, évolutive, fébrile.

Cette malade est pneumothoracisée.

Sédimentation :		*Tension* :
21 décembre 1924	1er tiers 18'	Max. 9.
	2e tiers 60'	Min. 6.

D'après la sédimentation, pronostic défavorable.

En avril 1925, elle présente de la laryngite tuberculeuse ; les deux cordes sont infiltrées. La malade succombe en mai 1925.

Obs. XIII. — Mme N., 32 ans.

Tuberculose pulmonaire discrètement évolutive du sommet droit, sans fièvre.

Nombreux bacilles dans les expectorations. Bon état général.

Sédimentation :		*Tension* :
22 décembre 1924	1er tiers 45'	Max. 14
		Min. 10.

Pronostic favorable d'après la sédimentation.

20 *avril* 1927. — La malade est en vie.

Obs. XIV. — Mme V., 50 ans.

Broncho-pleurite du sommet gauche, cliniquement bacillaire.

Pas de bacilles dans les crachats.

Bonne résistance générale.

Sédimentation : *Tension* :
25 décembre 1924 1er tiers 60' Max. 14.
2e tiers 300' Min. 10.

Le pronostic fourni par la sédimentation est bon.

Le 20 avril 1927, cette malade est encore en vie et vaque à ses occupations.

Obs. XV. — M. J., 42 ans.

Convalescent d'une pneumonie du sommet rdroit, soignée en Ardèche.

Ethyrlique, anémié.

Infiltration tuberculeuse du sommet droit. Pronostic clinique médiocre.

Sédimentation :
30 décembre 1924 1er tiers 25'
2e tiers, 60'

Les données fournies par la sédimentation sont en parfait accord avec le pronostic clinique.

Le malade succombait à l'hôpital en janvier 1927, d'une affection pulmonaire très probablement de nature bacillaire.

Obs. XVI. — C., 53 ans.

Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse bilatérale évolutive, légèrement fébrile.

Mauvais état général.

Amaigrissement. Inappétence.

Pronostic clinique fatal.

Sédimentation :
26 mai 1925 1er tiers 35'

Le malade succombe en novembre 1925.

Obs. XVII. O., 30 ans. Actuellement broncho-pleurite du sommet droit.

Anciens reliquats de pleurésie purulente droite, opérée, il y a six ans.

Résistance générale assez bonne.

Sédimentation :
5 novembre 1924 1er tiers 180'
2e tiers 300'

Le 20 avril 1927. — Le malade se porte bien.

Obs. XVIII. H. 22 ans.

Pleurite sèche du sommet droit.

Pharyngite chronique.

Anémie.

Etat général assez bon.

Sédimentation : *Tension* :
20 octobre 1924 1er tiers 120' Max. 13
Min. 8.

Le 20 avril 1927. — Le malade jouit d'une santé assez bonne et se livre à un travail actif.

Obs. XIX. — V., 67 ans.

Vieille bronchite chronique très probablement de nature tuberculeuse.

Deux enfants morts de tuberculose pulmonaire, vers l'âge de 20 ans.

Femme survivante, mais atteinte de tuberculose pulmonaire fibreuse.

Bon état général.

Sédimentation : *Tension* :
23 octobre 1924 1er tiers 120' Max. 16
2e tiers + 300' Min. 9

Le 20 avril 1927. — Le malade se trouve cliniquement au même point qu'en 1924.

Obs. XX. — B., 21 ans.

Broncho-pleurite discrète du sommet gauche.

Toux, sans expectoration.

Léger amaigrissement, mais bon état général.

Sédimentation : *Tension* :
7 octobre 1924 1er tiers 300' Max. 16
Min. 7.

Le pronostic clinique et les données fournies par la sédimentation sont en parfait accord.

Le 15 avril 1927, le malade n'a point bougé cliniquement ; l'examen radiologique pratiqué à cette date donne deux sommets obscurs inéclairables et quelques ganglions hilaires.

De l'examen de ces faits, il résulte que les éléments figurés du sang sédimentent vite, au cours des tuberculoses évolutives, à pronostic fatal à brève échéance.

Dans l'observation I, le sang a atteint le premier tiers en 8' et le deuxième en 20' ; le décès de la malade survenait environ quarante jours après cette constatation. De même, dans les obs. II, III, qui nous donnent des horaires de sémimentation de 17' et de 21', l'issue fatale ne tarde pas à survenir.

Observation	Pronostic clinique	Temps de sedimentation	
I	fatal	1er tiers 8' 2e tiers 20' (12 oct. 24)	décès 30 oct. 1924.
II	fatal	1er tiers 15' 2e tiers 48' (10 oct. 24)	décès fin déc. 1924.
III	fatal	1er tiers 21' 2e tiers 60' (19 août 24)	décès janvier 1925.
IV	assez bon	1er tiers 68' 2e tiers 4 heures (20 sept. 24)	survivant guérison par sclérose
V	mauvais	1er tiers 35' 2e tiers 60' (23 sept. 24)	pneumothorax, survivante en 27.

Observation	Pronostic clinique	Temps de sédimentation	
VI	mauvais	1er tiers 40' 2e tiers 4 heures (oct. 24)	perdue de vue
VII	mauvais	1er tiers 120' 2e tiers 270' (14 nov. 24)	survivant en avril 1927.
VIII	assez bon	1er tiers 255' (7 oct. 1924)	guérison par sclérose pulmonaire.
IX	mauvais	1er tiers 30' (10 oct. 1924)	décès en février 1925.
X	mauvais	1er tiers 45' (18 nov. 1924)	décès en février 1925
XI	assez bon	1er tiers 60' (17 déc. 1924)	malade amélioré (avril 1927)
XII	mauvais	1er tiers 18' 2e tiers 60' (21 déc. 1924)	décès en mai 1926
XIII	assez bon	1er tiers 45' (22 déc. 1924)	malade en vie en avril 27.
XIV	assez bon	1er tiers 60' 2e tiers 300' (22 déc. 1924)	sclérose pulmonaire. Guérison.
XV	mauvais	1er tiers 25' 2e tiers 60' (30 déc. 1924)	décès en janvier 1927
XVI	mauvais	1er tiers 35' (26 avril 1925)	décès en novembre 25
XVII	assez bon	1er tiers 180' 2e tiers 300' (5 nov. 1924)	guérison par sclérose
XVIII	assez bon	1er tiers 120' (20 oct. 1924)	guérison.
XIX	bon	1er tiers 120' 2e tiers 300' (23 oct. 1924)	stabilisation.
XX	bon	1er tiers 300' (7 oct. à 1924)	guérison par sclérose pulmonaire.

Le pronostic fourni par la notion de la sédimentation du sang, quant à la durée de survie du malade est particulièrement instructif. Un horaire de sédimentation de moins de 30 minutes, pour le premier tiers (méthode de Linzemeier) doit être considéré comme mauvais et la survie dans ce cas ne dépasse pas quelques mois.

L'hémoptysie modifie aussi les données de la sédimentation ; l'horaire se trouve dans ce cas fortement diminué ; notre observation I nous fournit un horaire de 8' au cours de l'hémoptysie, pour le premier tiers et de 15', à huit jours de distance, quand l'hémoptysie a été totalement jugulée par un pneumothorax. L'observation VI, montre qu'au cours de l'hémoptysie, l'horaire a été de 25' pour le premier tiers et de 40', trois mois après, lorsque l'état de la malade a subi une amélioration marquée. Le pneumothorax artificiel semble exercer une action sur le phénomène de la sédimentation ; la compression gazeuse permanente, en améliorant l'état général et local du malade, tend à augmenter l'horaire de sédimentation de son sang.

La notion de la tension artérielle est directement en rapport avec celle de la sédimentation. D'une façon générale, plus cet horaire est court, plus la tenison maxima se trouve abaissée.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le hoquet.

Entre ses deux formes extrêmes, très bénin ou fort grave, il est une forme dont l'intensité revêt un caractère alarmant, et qui peut se prolonger, de 8 à 15 jours ; la guérison en semble constante.

Le danger est plutôt rare et quand il existe c'est la maladie primitive qui le provoque. Lorsque celle-ci menace la vie, le hoquet devient un indice fâcheux. Il ne signifie pas grand'chose, et c'est un simple désagrément dans les conditions habituelles.

Il y a quelques années, le *hoquet épidémique* nous offrait un exemple de ces formes bénignes. Les antispasmodiques réussissent, mais l'aspirine est souveraine. Il suffit de deux cachets de 50 centigr. pris à une demi-heure d'intervalle pour faire cesser des hoquets pénibles.

En général, le système nerveux joue son rôle,

plus ou moins excité par l'épine d'une maladie quelconque. Dans le hoquet jadis dénommé *hystérique*, le système nerveux apparaît ; seul, un choc émotif guérit parfois immédiatement : frayeur, autorité du médecin, efforts, inspirations profondes, expirations prolongées, etc. Le traitement hydrothérapique et les drogues jouissent de vertus moins rapides. En dehors de toute cause apparente, des hoquets se produisent parfois chez des hommes et se prolongent. Cet état est souvent déclanché par les maladies du tube digestif, du péritoine, du foie, des voies urinaires, du poumon ou de la plèvre, du péricarde, des nerfs périphériques.

Dans les *troubles gastro-intestinaux*, le hoquet est fréquent aussi bien chez l'adulte que chez le nourrisson ; il en est ainsi pour une dyspepsie hypersthénique de l'adulte ; toute alimentation, est impossible ; ce qui calme le mieux, c'est un bain chaud prolongé (à 38°, jusqu'à deux heures). Des prises de camphre et de tabac en faisant éternuer ramènent également le calme.

Chez le nourrisson, le hoquet apparaît souvent comme une espèce de régurgitation avortée ; il faut réduire la durée des tétées ; des bains à 38° de dix minutes de durée, deux ou trois fois par jour suffiront d'ordinaire comme traitement de surcroît. Le citrate de soude, 5 grammes, eau distillée 250 gr. (une cuillerée à café avant deux ou trois tétées), réussit bien également.

Dans le cancer, le hoquet est plus grave parce qu'il accompagne le cancer.

Avec les affections du péritoine, la gravité augmente ; il faut opérer dans les abcès appendiculaires, la hernie étranglée, l'occlusion intestinale ; mais, pour réussir, il ne faut pas trop attendre. Dans le hoquet de l'occlusion un cent. d'extrait de belladone pour une pilule, 10 à 15 pilules par vingt-quatre heures ; ne pas se laisser tromper par l'amélioration apparente qui suit la belladone ; s'il n'y a pas de gaz au bout de douze heures, appeler un chirurgien.

En cas de douleur vive : un à deux milligr. trois à quatre fois par jour amènent à la fois la sédation de la douleur et du hoquet.

Chez les enfants, penser à une affection vermineuse : santonine et calomel.

Dans la lithiase biliaire, le hoquet n'est point forcément lié à un processus péritonéal sous hépatique : d'ordinaire, il est calmé par des applications de glace, des injections sous-cutanées d'huile éthéro-camphrée, de morphine, par un grand bain à 38°.

Très fréquent dans les affections du rein ou de la vessie, il faut appeler un chirurgien quand une néphrite médicale ou l'urémie ne sont pas en jeu. Il est l'apanage des formes graves de pleurésie diaphragmatique. On le rencontre dans toutes les maladies infectieuses (scarlatine, paludisme, scorbut, fièvre jaune, rage) ; il faut alors, au traitement habituel, ajouter des bains chauds de 35°-38°, et des injections sous-cutanées de quinine dans le paludisme. ((*Journal des Praticiens, S. R.*, 26 mars 1927.)

La vaccinothérapie des broncho-pneumonies de l'enfant.

L. Duchon appelle l'attention sur l'importance de l'infection diphtérique, sur la recherche du bacille et la vaccination par les lysats vaccins.

En présence des résultats contradictoires, des défections parfois surprenantes de la vaccinothérapie, l'auteur a voulu réaliser un vaccin spécial, et celui-ci s'est montré doué d'une grande puissance immunisante, d'une grande régularité. Ce qui le différencie, c'est l'absence de corps microbiens ; son originalité repose, en effet, sur la mise en liberté des endotoxines par le bacille pyocyanique, lyse confirmée par une filtration sur bougie serrée, ce qui assure en même temps sa stérilisation. On y réalise la neutralisation des toxines, point important qui permet une concentration élevée, mais atoxique d'antigènes. Ces antigènes sont les lysats des germes pathogènes des bronchopneumonies, qui sont au nombre de sept groupes : les bacilles diphtériques, les streptocoques, les pneumocoques, les staphylocoques, les bacilles de Pfeiffer, les M. catarrhalis, les colibacilles. Ce choix parmi les nombreux germes identifiés dans le poumon fut imposé par la notion des surinfections.

C'est le bacille diphtérique qui est l'hôte le plus redoutable entre tous ; c'est lui qui surinfecte à coup sûr, c'est lui qui tue toujours, c'est lui que l'on doit avoir présent toujours à l'esprit dans le pronostic et le traitement d'une bronchopneumonie. L'infection diphtérique repose sur un double rôle, pathogène et toxique, indépendants l'un de l'autre, auxquels il convient par conséquent d'opposer un double traitement : antimicrobien (vaccin) et antitoxique (sérum).

Les recherches de l'auteur ont paru montrer que :

1° Dans une broncho-pneumonie, quelle qu'elle soit, primitive ou secondaire, l'entrée en scène d'un bacille diphtérique vrai équivaut à un arrêt de mort ;

2° Si on traite les surinfections endogènes ou exogènes à bacilles diphtériques en ajoutant aux lysats des autres pathogènes le lysat de ce germe, on obtient une bonne partie de guérisons (moitié à trois quarts) ; la mort a lieu dans les cas mortels avec un syndrome particulier, qui relève notoirement de l'action toxique du bacille diphtérique.

Cette notion de l'infection diphtérique dans les bronchopneumonies ne saurait évidemment

être admise sans contrôle ; et il est à souhaiter que bientôt elle puisse devenir de notion courante.

Pour l'identification par frottis du bacille, il faut employer pour le Gram des colorants bien préparés, non altérés, et décolorés non par l'alcool acétone à 1 p. 5, trop brutal, mais par l'alcool absolu. Quant à l'isolement, l'auteur conseille l'ensemencement par la méthode des dilutions successives sur trois tubes de gélose au sang ; il faut enfin identifier soigneusement le bacille isolé par le repiquage sur bouillon, la recherche de l'anaérobiose facultative, l'épreuve des sucres.

Ensuite le traitement comprend :

1° Une *vaccinothérapie* par les lysats de tous les germes pathogènes des broncho-pneumonies, agissant de ce fait curativement et préventivement ; une injection, chaque jour durant la phase thermique, qui disparaît en général du cinquième au neuvième jour ; une injection tous les deux jours pendant encore une semaine environ pour parfaire l'immunité et parer aux complications. La dose uniforme est de un cent. cube par injection quel que soit l'âge, sauf pour la première injection, qui sera au maximum de trois quarts de cent. cube pour tâter la dose choquante.

2° La *sérothérapie antidiphtérique* dans certains cas : ou pratiquer les injections de sérum simultanément avec la première injection de vaccin, et elle peut être alors inutile, ou attendre les résultats soit de l'ensemencement, soit des ensemencements ultérieurs lors d'une surinfection clinique, mais alors c'est souvent perdre un temps aussi précieux que si l'on attend les résultats de l'examen de laboratoire dans une angine diphtérique.

Grâce à cette méthode de traitement, la mortalité est tombée de 80 %, tout d'abord à 28, puis à 25 %. Parmi les malades traités à bon escient par les vaccins, 24 décès sur 138, soit 17,5 p. 100 ; tous, sauf deux, étaient porteurs de bacilles diphtériques.

A noter qu'il est difficile de retrouver les bacilles lors des autopsies de malades traités par les lysats-vaccins, car ceux-ci semblent se raréfier rapidement en raison de la phagocytose intense, qui a été déchaînée. (*Paris médical*, 19 février 1927.)

La stérilité chez l'homme.

On s'occupe généralement beaucoup plus de l'anaphrodisie ou absence de désirs vénériens, de l'impuissance ou de l'impossibilité de pratiquer le coït que de l'agénésie ou impossibilité à féconder et à procréer. Si l'impuissance, dit A. Lavenant, est une cause de stérilité, il ne faut cependant pas confondre les deux choses, car l'impuissance est curable bien souvent, alors que la stérilité en dehors de toute impuissance est parfois définitive.

Dans un ménage sans enfants, devant l'apparence de santé normale d'un mari remplissant régulièrement ses devoirs conjugaux, on se hâte trop souvent de rapporter à la femme la raison de la stérilité, sans avoir recours à un examen du sperme marital renseignant sur la présence, l'absence ou l'état de vitalité des spermatozoïdes. La stérilité chez l'homme demande à être recherchée en dehors des cas où elle est indiscutable, car elle est ignorée, souvent curable et temporaire, et peut être supprimée par un traitement approprié.

Les anomalies anatomiques congénitales, causes de stérilité, sont assez rares et bien connues ; absence totale de la verge, atrophie, bifidité de la verge, absence de corps caverneux, éléphantiasis de la verge, épispadias pénienne, atrésie congénitale du méat, rétrécissement valvulaire de l'urèthre, etc.

Il peut y avoir atrophie congénitale des testicules, insuffisance de leur développement à la puberté par suite de lésions endocriniennes (testiculaire, thyroïdienne, hypophysaire).

Ensuite, ce sont les stérilités acquises, dont le type est l'orchite traumatique, puis la syphilis, la tuberculose, les atrophies d'ordre médical après l'érysipèle, la grippe, la variole, la scarlatine et surtout les oreillons.

Enfin, la stérilité d'origine uréthrale mérite une mention spéciale : en présence d'un appareil génital sain, mais qui est stérile, il faut rechercher la séquelle d'un écoulement antérieur : épididymite, hydrocèle, noyau prostatique, par gonococcie ; il faut penser à une lésion tuberculeuse. On établira aussi si le canal déférent à la suite d'un traumatisme antérieur est resté perméable (méthode de Luys, c'est-à-dire injection dans sa lumière de collargol, qui, en cas de sténose, n'apparaît pas dans l'urèthre (postérieur). On examinera à l'uréthroscope les canaux éjaculateurs, atteints peut-être de sténose à la suite de cicatrices par inflammation prolongée.

Les maladies générales, comme la goutte, le diabète, l'obésité, la syphilis, les intoxications chroniques par le plomb, l'oxyde de carbone peuvent produire la stérilité. Enfin, sans confondre l'impuissance génitale et la stérilité vraie, il faut savoir que la sclérose en plaques, la paralysie générale, la démence précoce ont des périodes d'impuissance complète, qui devient ensuite définitive.

Les neurasthéniques génitaux ne sont souvent que des impuissants temporaires ; il faut citer aussi l'impuissance des onanistes, des inversions sexuelles, de la continence exagérée, du surmenage intellectuel et physique, des excès génitaux antérieurs.

D'autres sont encore impuissants par insuffi-

sance glandulaire, et guérissent par l'opothérapie, d'autres parce qu'ils sont convalescents ou atteints de lésions chroniques comme l'albuminurie, le diabète, la blennorragie chronique.

La stérilité se rapporte à l'homme dans 40 % des cas ; mais on s'explique facilement cette grande proportion, lorsqu'on peut avoir de nombreux examens de sperme. Les spermocultures en série, que l'on fait actuellement pour vérifier la guérison de la blennorragie, permettent de se rendre compte des proportions déconcertantes des maladies du sperme, en dehors même des infections qui ont provoqué l'examen. A côté des germes infectieux, de produits purulents, on constate l'azoospermie, l'oligospermie portant autant sur la quantité de liquide séminal que sur e petit nombre de spermatozoïdes qu'il contient, et un état particulier appelé nécrospermie constitué par la présence de rares spermatozoïdes, immobiles, morts, déformés. En dehors de toutes lésions indubitables connues du malade, en présence d'un liquide privé de spermatozoïdes, on ne doit pas être affirmatif sur la réalité de la stérilité : un liquide séminal privé de spermatozoïdes peut en contenir un jour ; certaines raisons peuvent expliquer la disparition des spermatozoïdes, leur absence (prostatorrhée avec azoospermie, au lieu d'éjaculation vraie).

Le traitement opothérapique, pour les stérilités non incurables, peut réussir dans les cas d'insuffisance de développement sexuel, d'insuffisance physiologique ; mais, c'est un traitement sans fin. Devra-t-on recourir aux greffes d'organes, qui, par leurs hormones peuvent donner une impulsion anatomique et physiologique à ce qui n'est qu'ébauché ou immobilisé ! Actuellement, leur action a été limitée ; elles ont pu redonner la puissance disparue ou diminuée ; mais, à l'encontre de ce qui se passe chez les animaux, elles n'ont pas encore rendu à l'homme le pouvoir de reproduction. Cependant, les faits recueillis sont encourageants, et tout espoir de reprise de la puissance fécondante ne doit pas être abandonné pour l'homme. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 février 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Angine de poitrine et goutte.

(M. Ed. Doumer. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-5-1927.)

Les anciens auteurs ont signalé l'angine de poitrine parmi les complications possibles de la goutte. L'angor était considérée en ce cas comme un accident de « goutte remontée » et on incriminait, pour l'expliquer, une fluxion goutteuse du cœur.

Les auteurs modernes ont une idée très différente de la question. Pour eux les crises angineuses des goutteux ne sont aucunement liées à l'état de goutte lui-même, mais tiennent à des lésions surajoutées, d'aortite, de coronarite, de myocardite.

Sans rien enlever de sa valeur à la conception classique actuelle, M. Doumer se demande si quelquefois l'opinion des anciens ne doit pas être acceptée. La crise d'angor est dans certains cas, en effet, en relation manifeste avec l'accès de goutte lui-même et avec l'évolution de l'arthropathie goutteuse. Il en cite un exemple qui concerne un médecin de quarante-huit ans, d'apparence robuste, qui fit un jour une arthropathie goutteuse aiguë typique. Un traitement par la colchicine amena une sédation rapide des douleurs, mais fut suivi aussitôt de plusieurs crises d'*angor pectoris*, avec hypertension, bruit de galop, œdème pulmonaire. Après un traitement par l'ouabaïne, le régime, tout disparut, et les signes de défaillance cardiaque cessèrent d'être perceptibles : bruits du cœur nets, disparition du galop, tension à 14-9, ce qui indique qu'il s'agissait d'une réaction cardio-artérielle passagère, sans indice de sclérose cardio-aortique.

L'état de goutte, dit l'auteur, est donc capable de provoquer des crises angineuses par insuffisance cardiaque fonctionnelle. Laissant de côté la vieille notion de goutte remontée, on peut penser à des phénomènes de *myocardie*, de l'ordre de ceux décrits par Laubry et Walser. Ceci offre un intérêt de pratique assez grand pour le pronostic et pour le traitement.

— M. Laubry pense qu'il faut faire une très large part, dans les angines de poitrine des goutteux, aux lésions organiques de l'appareil circulatoire. Une place beaucoup plus restreinte doit être accordée aux cas où l'état humoral que nous comprenons sous le nom de goutte est la cause même de la douleur angineuse. La colchicine calme en pareille circonstance un état de mal angineux rebelle à d'autres thérapeutiques. M. Doumer a eu la bonne fortune de pouvoir préciser, chez son malade, la nature du trouble cardio-vasculaire et il a eu raison de qualifier de myocardie l'insuffisance ventriculaire passagère qu'il a observée.

Dans la pensée de M. Laubry, ce terme de myocardie — qu'il a créé avec M. Walser — correspond à toute insuffisance myocardique qui ne fait pas sa preuve lésionnelle profonde, aiguë ou chronique. De tels faits, confondus autrefois dans le groupe de myocardites, où ils étaient relatés comme des exceptions curieuses, apparaissent, maintenant qu'ils sont cristallisés par une autre dénomination, comme fré-

quents et divers. Dans sa première communication avec M. Walser, M. Laubry a insisté sur une des formes les plus graves, observée chez les jeunes sujets. Depuis, d'autres formes, plus bénignes, ont été rencontrées.

Acidose et vomissements incoercibles au cours de la grossesse.

(M. Marcel LABBÉ. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-5-1927.)

De nombreuses théories médicales ont été appliquées à la pathogénie des vomissements incoercibles de la grossesse. Pinard invoquait l'auto-intoxication gravidique, dans laquelle il faisait jouer un rôle à l'insuffisance hépatique. Brindeau a rattaché les vomissements incoercibles à l'hystérie et les traite par l'isolement. On a mis en avant les insuffisances, endocrinienne, ovarienne (Stella), du corps jaune (Rieux), surrénale (Silvestri, Rebaudy, Sergent, Rathery) ; l'opothérapie et les injections d'adrénaline ont été employées. Puis est venu le tour de l'anaphylaxie avec Lévy-Solal, Tzank, Paraf, qui ont essayé la désensibiliastion par des extraits fœtaux. Vaudescal a conseillé l'auto-hémothérapie.

Dans ces dernières années, on a étudié les relations des vomissements incoercibles avec l'acidose. Les médecins américains ont attribué cette acidose à une insuffisance du glycogène dans le foie de la gestante et ils ont conclu à l'administration du glycose, seul ou associé à l'insuline.

En France, Lequeux, Weil et Laudat ont publié un cas de vomissements incoercibles, avec acidose, traités par l'insuline. M. Marcel Labbé a employé cette méthode dans deux cas graves de ce genre. A la vérité, la méthode ne lui a pas paru donner de résultat probant. L'acidose de ces malades n'a guère été influencée par l'insuline et, si les vomissements ont fini par céder, il semble bien que cela a été leur terminaison naturelle, indépendante du traitement.

Les diverses méthodes thérapeutiques employées successivement contre les vomissements incoercibles de la grossesse, remarque l'auteur, ont toutes fait la preuve de leur impuissance. C'est l'habitude de ces crises de guérir, même après avoir entraîné un état général grave. Les cas mortels sont rares. Toutes les thérapeutiques réussissent, si elles arrivent au moment de la fin de l'accès.

En tout cas, l'insuline, qui exerce une action si remarquable sur la grande acidose des diabétiques, n'a point le même rôle curateur dans la petite acidose des femmes enceintes. Peut-être en est-il de même pour toutes les acidoses non diabétiques et en particulier pour les acidoses liées comme celles de la gestation à une insuffisance fonctionnelle du foie.

Iode et maladie de Basedow.

(M. Jean TROISIER. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-5-1927.)

La question de l'iode dans la maladie de Basedow reste encore en discussion. On connaît les objections déjà anciennes opposées à l'administration de l'iode chez les goitreux. On se rappelle, d'autre part, une communication du prof. Marcel Labbé, faite il y a un an à la Société des hôpitaux, signalant l'action bienfaisante de la cure iodée dans certains cas de maladie de Basedow.

M. Jean Troisier expose l'histoire d'une jeune homme de 25 ans qui fut soumis, pour un rhumatisme vertébral, à une série d'injections épidurales de lipiodol. Au bout de quelques mois se montrèrent chez lui les symptômes du goitre exophtalmique.

— M. SICARD n'est pas, pour ce qui le concerne, partisan de la thérapeutique iodée chez les basedowiens *vrais*, en activité, en puissance évolutive de Basedow. Il a assisté à des réactions de dénutrition et de cachexie grave chez deux jeunes femmes atteintes de goitre exophtalmique et que l'on avait soumises pendant deux mois à une ingestion quotidienne de trente gouttes de teinture d'iode. La suppression de la médictaion iodée a suffi à améliorer l'état général et à fixer la symptomatologie qui paraissait évoluer vers une terminaison mortelle.

Peut-être, cependant, les petites doses iodées n'ont-elles pas cette action nocive. M. Sicard préfère ne pas se prononcer sur ce dernier point, n'en ayant pas une expérience suffisante.

Splénectomie dans certaines splénomégalies.

(M. LECÈNE. — *Société de chirurgie* ; 29-6-1927.)

M. Lecène a pratiqué, il y a 3 ans, une splénectomie chez un homme porteur d'une grosse rate et ayant eu des hémorrhagies gastriques graves. Le malade guérit opératoirement et fut amélioré pendant six mois environ, mais il finit par succomber à une hématémèse foudroyante.

La persistance, après l'opération, d'hémorrhagies gastro-intestinales graves (et même parfois mortelles) a été déjà signalée par les chirurgiens ayant une grande expérience de la splénectomie dans le syndrome appelé jusqu'ici « maladie de Banti » et que Nanta et Pinoy ont montré être, nombre de fois, une splénite mycosique. Ce sont là des faits qu'il faut connaître, sans en tirer toutefois des conclusions qui seraient injustement pessimistes. D'autres observations montrent, en effet, des guérisons maintenues au bout de sept, huit et neuf ans après la splénectomie (Mayo-Lacouture).

— M. Raymond GRÉGOIRE est du même avis. La possibilité d'hémorrhagies gastriques secondaires à une splénectomie n'est pas une raison valable pour renoncer à cette opération dans la splénomégalie, maladie grave, dont la terminaison est généralement la mort. En enlevant la rate on ne peut avoir la prétention d'enlever la totalité des foyers infectés. Il existe des germes mycosiques ailleurs. Mais, en supprimant la rate, on n'en fait pas moins l'exérèse du foyer primitif et principal.

Antipyrinides par pommade.

(MM. Lortat-Jacob et Legrain. — *Soc. de derm. et syph.* ; 12-5-1927.)

M. Lortat-Jacob présente une malade atteinte d'une éruption érythémato-pigmentée pathognomonique (antipyrinide), consécutive non à l'ingestion d'un cachet d'antipyrine mais à l'application d'une pommade antipyrinée, employée dans le but de combattre une hyperidrose des mains et des pieds.

La dermatose a été certainement le résultat de la pénétration de l'antipyrine dans les téguments et de son élimination par la sueur. Ces faits, pour rares qu'ils soient, sont connus et ont été étudiés dans la thèse de Poncetton et dans les recherches d'Apolant (éruption à distance, succédant à des frictions de pommade à l'antipyrine ; élimination du médicament par la sueur).

Erythrose pigmentaire péri-buccale de Brocq.

(M. E. Juster. — *Soc. de derm. et syph.* ; 12-5-27.)

Au Congrès de Strasbourg de 1923, M. Brocq a décrit, sous le nom d'érythrose pigmentaire péri-buccale, une dermatose assez fréquente, qu'il a observée chez la femme, caractérisée par une coloration café au lait plus ou moins accentuée, développée autour de la bouche.

M. Juster présente quelques remarques sur cette affection. Il l'a observée également chez l'homme, mais très rarement. Certaines malades fixent leur attention sur ces taches qui deviennent pour elles de véritables obsessions. L'auteur préfère nommer cette dermatose érythrose pigmentaire faciale, car elle siège aussi souvent près du nez qu'autour de la bouche.

— M. L. Brocq parle du traitement de l'érythrose pigmentaire péri-buccale. La maladie est sous la dépendance de troubles du système nerveux et de la circulation. Il est probable aussi que des dysfonctionnements des glandes vasculaires sanguines y jouent un rôle important. Toutes causes de poussée congestive du côté du visage (irritations locales, émotions, troubles digestifs, troubles utéro-ovariens, dysfonctionnement des divers viscères, des glandes vasculaires sanguines) augmentent la coloration.

Dès lors, il faut conseiller surtout l'hygiène générale, le calme, le repos, l'amélioration des troubles digestifs et utéro-ovariens s'ils existent, de la circulation périphérique, l'opothérapie pluriglandulaire. Localement, s'abstenir de topique énergique et irritant et prescrire seulement les topiques couvrants, protecteurs.

P. L.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Nécessité de l'intervention chirurgicale immédiate dans l'appendicite aiguë.

M. Dambrin, après avoir évoqué la période où l'on était résolument temporisateur, rappelle que c'est Dieulafoy, qui proclama le premier la nécessité de l'opération précoce. L'idéal serait d'intervenir dès les premières heures : la temporisation est dangereuse, et le traitement médical le plus rigoureux ne suffit pas ; au bout de quelques jours, il est impuissant. Même dans le doute, il ne faut pas s'abstenir, car en principe, il y a pas de contre-indications ; on évite au contraire les complications opératoires.

L'auteur rapporte ensuite un certain nombre d'observations venant à l'appui de sa thèse, et termine en concluant qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite : attendre, pour opérer, qu'elle soit refroidie, c'est mener le malade à la mort.

Indications et technique de l'amygdalectomie.

M. Viéla après avoir défini l'amygdalectomie (extirpation totale de la masse tonsillaire) et l'avoir bien distinguée de l'amygdalotomie, qui consiste dans l'ablation subtotale de l'organe, présente quelques considérations anatomiques et embryologiques sur la capsule fibreuse de l'amygdale qui représente une métaplasie fibreuse de l'épithélium pharyngien primitif. Il insiste ensuite sur l'existence, à l'état normal, entre cette capsule fibreuse et la paroi musculaire, d'un plan de clivage celluleux, région d'élection pour l'exérèse, car elle permet d'éviter les deux zones dangereuses : latéro-pharyngienne extra-capsulaire représentée par les gros troncs artériels, et endo-pharyngienne, intra-tonsillaire, représentée par les plexus intra-capsulaires.

Ayant ensuite établi que l'amygdalectomie réalise seule la cure radicale d'une affection amygdalienne, l'auteur en donne les indications : péri-amygdalite phlegmoneuse à répétition, amygdalite cryptique chronique, enchatonnement par adhérences pathologiques, disposition congénitale intra-vélique, infection amygdalienne chronique. Cette intervention est au contraire contre-indiquée dans les cas où l'amygdale est pédiculée, dans les cas d'indocilité du malade, dans les cas d'hémophilie avérée, dans les cas d'un professionnel du chant à voix nettement posée.

Repoussant en principe l'anesthésie générale, l'auteur préconise suivant les cas, soit l'anesthésie locale, soit l'anesthésie régionale en suivant comme technique opératoire un procédé très simple dérivé de celui de Mouret et Cazajust.

L'emphysème pulmonaire au point de vue de la pathologie comparée.

M. P. Bru. — La question de l'emphysème pul-

monaire soulève de multiples problèmes. La Société de pathologie comparée l'avait elle-même introduite il y a quelques mois dans l'ordre de ses travaux, et les importants rapports présentés devant cette compagnie par Bezançon, I. de Jong, et Wilbert ont également souligné l'intérêt des études comparatives de l'emphysème pulmonaire chez l'homme et les diverses espèces animales.

L'emphysème pulmonaire est en effet observé chez la plupart des animaux, mais la nature des altérations et la pathogénie des lésions varient beaucoup selon les circonstances étiologiques. Il n'y a pas un emphysème pulmonaire, affection toujours identique à elle-même, mais des lésions emphysémateuses, essentiellement diverses par leur nature aussi bien que par leur degré. C'est ainsi qu'au point de vue anatomo-pathologique, on peut observer trois formes différentes :

1° L'emphysème aigu des auteurs, simple ectasie alvéolaire, d'origine mécanique, sans atrophie ni ni hypertrophie des parois alvéolaires et sans altérations des capillaires ;

2° L'emphysème alvéolaire chronique de l'homme et du cheval, de nature dégénérative avec lésions atrophiques ;

3° L'emphysème alvéolaire d'origine parasitaire, rencontré chez les bovins, ovins, porcins, carnivores, de nature réactionnelle avec lésions hypertrophiques.

Empoisonnement par l'acide acétique.

M. Aloy rapporte l'histoire d'une jeune fille de 26 ans, enceinte de 2 à 3 mois, qui voulant se soustraire à une grossesse indésirée, absorba le matin, à 7 heures environ, 100 cc. d'acide acétique à 8°, soit à 40 %. Elle ressentit presqu'aussitôt de violentes douleurs abdominales, eut des vomissements, s'évanouit et succomba vers 9 heures sans présenter d'autres symptômes.

L'examen médico-légal montra que le foie, le rein, l'intestin étaient congestionnés mais sains, l'estomac était fortement coloré en noir : l'organe très volumineux, distendu, renfermait des matières de couleur brun noir, constituées par des extravasats sanguins, et son contenu avait une réaction acide anormale due à la présence d'un acide volatil, qu'il qu'il a été facile de caractériser par la réaction du perchlorure de fer et la formation de cacodyle.

C'est donc à tort que l'on considère l'acide acétique comme dépourvu de causticité ; il est susceptible de produire des lésions graves et sa recherche ne saurait être négligée dans les expertises toxicologiques.

Etude des modifications apportées à l'élimination urinaire par l'absorption d'une eau minérale.

MM. Serr et Moog, après avoir fait la critique du procédé classique utilisé pour rechercher l'action sur l'élimination urinaire d'un agent physique ou chimique agissant sur l'organisme, exposent de quelle manière ils ont réalisé chaque jour, durant quelques heures, une élimination urinaire constante pendant plusieurs jours consécutifs.

Le repas de midi des sujets mis en expérience était constitué par des aliments choisis à volonté en qualité et en quantité, le repas du soir était au contraire uniforme pendant toute la durée de l'expérience. La vessie était vidée à 7 heures du matin, les aliments azotés et minéraux d'origine exogène alimentaire étaient éliminés dans cette urine que l'on rejetait ; à partir de ce moment, jusqu'à midi, le sujet maintenu à jeun recueillait ses urines sur lesquelles portaient les expériences.

Les auteurs ont pu constater que l'élimination urinaire ne variait que dans des limites assez étroites en ce qui concernait l'extrait sec et l'azote total, seuls éléments dosés dans cette première série d'expériences. Si, dans ces conditions, une certaine quantité d'eau sulfatée calcique était absorbée entre 7 et 9 heures du matin, on constatait une notable augmentation du volume urinaire, de l'extrait sec et de l'azote total, dans des proportions comparables aux constatations expérimentales faites avec les autres méthodes.

L'élimination urinaire paraît pouvoir être ainsi étudiée dans la pratique avec une précision suffisante par ce procédé.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Hydro- et hémato-salpinx.

M. Laurentie rapporte l'observation d'une musulmane de 32 ans, IIpare, qui présentait deux tumeurs abdominales, l'une végétante dans le Douglas, et l'autre, du volume d'une tête de fœtus, se mobilisant presque sous l'hypochondre gauche. Une laparotomie suivie d'hystérectomie subtotale montra à droite un hydrosalpinx adhérent et à gauche un volumineux hématosalpinx pourvu d'un long pédicule.

Kyste de l'ovaire et grossesse.

M. Laurentie relate le cas d'une Ipare qui présenta, 10 jours après l'accouchement, des douleurs abdominales violentes avec vomissements, ballonnement et fièvre élevée : pouls à 130. On pensa d'abord à une fièvre puerpérale, puis, les différents symptômes s'étant amendés, on reconnut qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire tordu. Une laparatomie permit l'ablation d'un kyste ovarien présentant de nombreux infarctus hémorragiques. Les suites furent normales.

Hématocèle rétro-utérine.

MM. Dambrin et Pommepuy ont eu à intervenir chez une malade entrée à l'Hôtel-Dieu pour constipation chronique, et chez laquelle on sentait au toucher le col ramolli et refoulé en avant par une tu-

meur mollasse située dans le Douglas. Le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine fut confirmé par l'intervention au cours de la laparotomie. Après appendicectomie, on fit une hystérectomie subtotale suivie de l'évacuation de l'hématocèle. Il s'agissait d'un kyste hématique de l'ovaire gauche rompu et d'un hématosalpinx.

Infection puerpérale et hématocèle pelvienne.

MM. BERTRAND et NIGOUL communiquent l'histoire d'une malade qui, après un avortement provoqué, présenta de l'infection puerpérale ; malgré un curettage, suivi de drainage et d'irrigation continue, l'état général continua à s'aggraver et la malade succomba bientôt.

A l'autopsie, il n'y avait pas de péritonite, mais il existait de gros caillots dans le Douglas, sans qu'il y ait eu de grossesse extra-utérine. Il y avait de l'apoplexie ovarienne infectieuse avec infarctus dans le muscle utérin.

Plusieurs cas récents de pubiotomie.

M. BERTEN, après avoir relaté cinq cas de pubiotomie, suivis d'excellents résultats, discute les indications de cette intervention et pense qu'elle peut être utilisée dans les cas où l'état des parties molles permet de prévoir un accouchement facile, car elle lui paraît moins difficile et moins dangereuse qu'un forceps au détroit supérieur.

M. AUDEBERT estime que la pubiotomie a été oubliée trop rapidement : mais elle n'a que des indications extrêmement limitées et difficiles à prévoir Elle constitue l'intervention de choix dans les cas où, l'accouchement paraissant devoir être normal, et la tête ne débordant pas, l'engagement ne se fait pas. On peut donc mettre en opposition la césarienne après épreuve du travail, et la pubiotomie, la décision dépendant de l'état des parties molles.

Avortements suivis de complications graves.

M. BAILLAT rapporte 15 cas d'avortements dont six furent suivis d'accidents très graves se traduisant par des infections utérines ou annexielles qui nécessitèrent un curettage, une colpotomie, une incision sous-péritonéale de collection annexielle, une hystérectomie abdominale et deux hystérectomies vaginales. Trois de ces cas se terminèrent par la mort.

Une observation de pubiotomie.

MM. AUDEBERT et DALÉAS rapportent le cas d'une primipare de 25 ans, à terme, chez laquelle, avec une dilatation de 7 cm., la tête était non engagée en asynclitisme : rupture de la poche des eaux, et apparition de signes de souffrance fœtale. Après échec d'une prise de forceps, après deux incisions du col, on fit une pubiotomie classique : l'enfant fut amené par le forceps en état de mort apparente ; on le ranima facilement, mais il mourut le lendemain.

Les suites furent normales, mais il persista des douleurs au niveau des articulations sacro-iliaques.

J.-P. TOURNEUX.

Les Livres

A. ROUZAUD, 41, rue des Ecoles.

La nouvelle édition de Medicus (1928). Guide annuaire du Corps médical français.

L'édition de 1928 de *Medicus*, qui vient de paraître, ne le cède en rien aux précédentes, au point de vue de l'effort constant, fait par son éditeur, pour atteindre la perfection. Si, à force de démarches patientes, de correspondances renouvelées, l'on finit par obtenir des renseignements récents et précis sur tout ce qui touche à l'Enseignement médical, tant à Paris qu'en province, sur les Etablissements d'assistance publics et privés, sur les maisons de santé, les Sociétés médicales d'ordre scientifique, mutualiste ou de défense professionnelle (ce qui, soit dit en passant, n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le supposer), il n'en est pas de même pour mettre à jour un Annuaire qui, par le fait des décès, des changements de poste, de l'installation des nouveau-venus, ne peut jamais être absolument exact. Il faut encore compter avec la négligence des médecins qui omettent de signaler à temps (avant le 1er août par exemple) leurs changements, puis se plaignent des erreurs dont la faute incombe à leur seule incurie. M. A. Rouzaud a remédié dans la mesure du possible à toutes ces difficultés et *Medicus* de 1928 est bien de tous les annuaires le plus précis et le plus sûr.

Notons cette année, les renseignements précieux que *Medicus* donne sur les médecines militaire, navale et maritime, coloniale, sur l'organisation sanitaire de nos Colonies, les écoles de médecine indigènes, les Instituts Pasteur et les Laboratoires, fondés dans nos diverses possessions d'outre-mer, avec la liste très complète de tous les médecins, quelle que soit leur origine, qui exercent dans chacune de nos colonies, liste que l'on trouve aux dernières pages de l'Annuaire.

Nous signalerons comme particulièrement intéressant le chapitre « *La France thermale et climatique* » où une carte des stations thermales de France et d'Algérie précède les lois et règlements ayant trait à l'industrie thermale et climatique, et la liste des stations avec leurs qualités, le mode d'emploi, les indications et les contre-indications ; puis encore les pages qui traitent de l'organisation de l'hygiène

publique et de son fonctionnement et les renseignements sur l'application de l'article 64 de la loi des pensions qui indiquent dans quelles conditions peuvent être soignés aux frais de l'Etat les réformés de guerre.

En un mot, nous ne pouvons que féliciter et encourager l'éditeur de *Medicus* et souhaiter succès et prospérité à cette très utile publication.

J. NOIR.

Les livres qui viennent de paraître...

A LA LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain, Paris, VIe.

Pierre PRENGOWSKI, médecin du service psychiatrique de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, à Varsovie. — **Problèmes de nosologie psychiatrique : un groupe particulier des maladies psychiatriques fonctionnelles.** (Un vol., 128 p.).

Les Thèses

P. — Dr R. LANGUMIER. — **Des formes latentes des kystes hydatiques du poumon. A propos de deux observations nouvelles.** (Travail du Service du Dr COURCOUX (hôpital Boucicaut). (Librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 1927.)

Un kyste hydatique peut se développer dans le parenchyme pulmonaire et acquérir un très *gros volume*, sans pour cela entraîner des troubles *fonctionnels, ni généraux, notables*, avec des *signes physiques* des plus *vagues* et des plus *imprécis*, voire même *absents*.

Le *meilleur moyen* de diagnostic est l'*examen radiologique*, bien que celui-ci ne soit pas exempt d'*erreurs possibles* dans l'interprétation des images. L'examen radiologique est le complément indispensable de l'examen clinique dans les affections de de l'appareil respiratoire.

Parmi les autres méthodes permettant de fixer le diagnostic, les réactions sérobiologiques ont une *importance très relative*.

Seule, l'*intradermoréaction* a semblé jusqu'ici positive dans les neuf dixièmes des cas des statistiques modernes. Chez les *malades observés* par l'auteur, elle s'est montrée, dans les deux cas, *négative*.

Il y a toujours lieu d'ailleurs de pratiquer le plus grand nombre de réactions possible du fait de certains cas de toxicité dissociée.

La *ponction* sera toujours proscrite. Le *traitement* sera chirurgical pour les kystes volumineux et facilement accessibles. Devant un kyste profondément situé et difficile à atteindre, l'expectative sera préférable, d'autant plus que Dévé a montré que la vomique, dan s ce cas, représentait un moyen de curabilité.

Str. — Dr P. CARLIER, licencié ès lettres et ès sciences, ancien interne des hôpitaux de la Faculté de Strasbourg, chef de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg. — **Microméthode de dosage du potassium dans les milieux biologiques en vue de recherches de chimie clinique.** (Imprimerie Strasbourgeoise, Strasbourg, 15, rue des Juifs.)

M. Carlier apporte une microméthode de dosage du potassium dans les milieux biologiques : simple, rapide, précise, basée sur le dosage molybdomanganimétrique du cobalt, et permettant des déterminations *en série* sur toutes les humeurs de l'organisme (sang, liquide céphalo-rachidien, urines, exsudats et transsudats) à partir de faibles quantités de liquide; il montre en outre, la fixité du taux du potassium plasmatique autour de 0 gr. 20 par litre, et celle du même élément dans le liquide céphalo-rachidien autour de 0 gr. 11 par litre.

Str.— Dr GOLBACH.— **Contribution à l'étude du mode d'action de la cure de Morsbronn. (Travail de l'Institut d'hydrologie thérapeutique et de climatologie de la Faculté de Médecine de Strasbourg)** (15, rue des Juifs, Strasbourg).

Str. — Dr W. MATTER. — **Un cas de traumatisme du lobe temporal gauche.** (Imprimerie Ch. et J. Goeller, 6c, place d'Austerlitz, Strasbourg, 1926.)

P. — Dr Roger ANDRÉ, médecin consultant aux eaux du Mont-Dore. — **Holosympathique et corps créatiniques. Leurs rapports avec le tonus musculaire, l'épilepsie, les psychoses d'angoisse et l'asthme.** (Lucien Vinot, éditeur, 14 *bis*, rue de l'Ecole Polytechnique, Paris, 1927.)

C'est un véritable monument que notre jeune et distingué confrère a élevé à la question qu'il a choisie comme sujet de thèse inaugurale, et qui se résume ainsi :

Lorsqu'il y a des variations pathologiques du tonus musculaire, le taux des corps créatiniques dans le sang et dans l'urine varie comme la valeur de ce tonus, leur courbe est parallèle. Par exemple, dans les syndromes parkinsoniens et chez les contracturés, il semble qu'il y a parallélisme entre l'hypertonus et l'hypercréatinémie. La créatinine du sang et de l'urine varie dans le même sens.

Le taux des corps créatiniques varie parallèlement au tonus vago-sympathique : à l'hypercréatinémie correspond une hypersympathicotonie ; à hypocréatinémie correspond une hypervagotonie ou une hyposympathicotonie.

L'étude du taux des corps créatiniques dans le sang et dans l'urine pourra donc compléter, voire remplacer, l'étude des tests du système végétatif.

La mesure de la créatine dans le sang est le procédé

de choix et le plus fidèle. Le taux normal de cette créatine dans le sang varie entre 5 et 7 mgr. par 100 cmc.

Chaque fois que ce taux a été supérieur à 7 mgr., on a trouvé par les tests classiques une hypersympathicotonie. Chaque fois que ce taux a été inférieur à 5 mgr., on a, par les mêmes épreuves, trouvé une hypervagotonie.

Le test ne donne des résultats exacts que pour un sujet soumis à un régime connu et dont les émonctoires fonctionnent normalement.

Les recherches modernes ont montré que l'hypervagotonie précédait la crise d'épilepsie. Cette crise est composée de deux phases : la première hypervagotonique, la seconde hypersympathicotonique. Cette hypersympathicotonie terminale se continue une fois la crise finie. Sa valeur décroît, puis s'annule : la malade est en équilibre vagosympathique. Puis il redevient vagotonique et le tonus du vague croît en intensité jusqu'à la crise suivante.

Parallèlement, on a trouvé avant la crise une diminution du taux de la créatinémie. Pendant la crise et surtout après, ce taux augmente fortement, puis il redevient normal quelques jours après l'accès, pour atteindre son taux le plus bas avant la crise suivante.

Les agités maniaques, les malades atteints de psychoses d'angoisse, sont également hypersympathicotoniques.

Là encore, parallélisme entre le degré des manifestations cliniques, l'hypersympathicotonie et l'augmentation de la créatine dans le sang.

Avant et au début de la crise d'asthme, hypocréatinémie.

A la fin de la crise, et surtout une heure après environ, le taux des corps créatiniques est inversé ; il y a nettement hypercréatinémie. Cette hypercréatinémie se maintient quelque temps après la crise, puis le taux redevient normal pour atteindre sa valeur la plus basse avant la crise suivante . Elle se retrouve chez des sujets normaux soumis à des piqûres d'adrénaline. Inversement, sur des malades piqués à la pilocarpine, le taux de la créatinine devient inférieur à la normale.

Il y a donc un parallélisme avec ce que l'on observe au point de vue du tonus vago-sympathique en général et aussi chez les asthmatiques : une hypervagotonie initiale, alors qu'au déclin de la crise le sens des manifestations est nettement inversé. Dans l'intervalle des crises les réponses sont variables.

L'étude du taux de la créatinémie offre un parallélisme constant avec les manifestations cliniques.

Ce trouble du métabolisme retrouvé avec régularité dans les cas d'épilepsie, psychose d'angoisse, asthme, sujets normaux traités avec des injections d'adrénaline et de pilocarpine, — semble un témoin fidèle du déséquilibre humoral et il varie parallèlement aux modifications du tonus vago-sympathique. Il peut donc permettre de le rechercher et de l'apprécier.

Je signale que cette thèse se termine par une bibliographie très importante qui occupe soixante-dix pages. G. D.

P. — Dr André Mary. — **Contribution à l'étude de la curiethérapie des cancers.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1927.)

La curiethérapie donne de bons résultats dans les cancers de la face, de la bouche, des organes génitaux externes, du col utérin. La technique employée varie suivant les diverses lésions, la présence ou l'absence d'adénopathies. Le plus souvent alors la chirurgie n'a qu'un rôle de second plan.

Au contraire, dans les cancers du sein et du rectum, peu radio-sensibles, les radiations ne sont indiquées qu'en face de lésions inopérables. La technique d'application est peu précise.

Le cancer de la prostate, bien que radio-sensible, n'a donné jusqu'à présent que de médiocres résultats, traité par les radiations. On est en droit d'espérer que, tôt ou tard, avec une technique meilleure, les succès deviendront la règle, les insuccès l'exception.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

Aérophagie chirurgicale, par M. Tussau, *Renaissance médico-chirurgicale*, mai 1927.

Agents météoriques pathogènes, par Foveau de Courmelles, Soc. de Path. comp., 10 mai.

Appendicite (Réactions appendiculaires de l'involution pubertaire féminine), par Seval, *Journal des Praticiens*, n° 16, 16 avril 1927.

Association générale des médecins de France (Le banquet du 15 mai), par Duchesne, *Concours médical*, n° 23, 5 mai 1927.

Cinégraphie scientifique (Une idée scientifique originale et française), par Dartigues, *Umfia*, n° 16, avril 1927.

Dent de sagesse (Anomalie rare de la), par Herpin Société de stomatologie, 16 mai 1927.

Dilatations artérielles multiples de cause inconnue, par Leriche, Société de chirurgie de Lyon, 30 mai 1927.

Enfants du premier age (Morbidité et mortalité), par P. Boudin, *Concours médical*, n° 24, 12 juin 1927.)

Freudisme, par R. Cruchet, *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 11, 10 juin 1927.

Goménolisation du péritoine, par M. Tussau, Société des chirurgiens de Paris, 20 mai 1927 ; *Courrier médical*, n° 20, 29 mai 1927.

Guérisseurs et médecins en face de la justice, par G. Duchesne, *Concours médical*, n° 20, 15 mai 1927.

INFRA-ROUGE ET ULTRA-VIOLETS (Antogonisme des radiations), par FOVEAU DE COURMELLES, *Umfia*, n° 16, avril 1927.
LAMARTINE A LUCHON, par MOLINÉRY, *Chronique médicale*, n° 6, 1er juin 1927.
LANGAGE MÉDICAL (Néologismes et abréviations), par H. BOUQUET, *Monde médical*, n° 708, 15 mai 1927.
LÉGUMES DÉDAIGNÉS, par H. LECLERQ, *Presse médicale*, n° 43, 28 mai 1927.
LÉGUMES DE FRANCE, par H. LECLERQ, 1 vol., Masson, Paris, 1927.
LOYER DES MÉDECINS DE VILLES D'EAUX, par Maurice FAURE, *Concours médical*, n° 21, 22 mai 1927.
MALADIES CONTAGIEUSES ET DÉCLARATION OBLIGATOIRE, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 24, 12 juin 1927.
MALADIES VÉNÉRIENNES (Education sexuelle ; ses rapports avec la prophylaxie des), par R. MARTIAL, Académie de médecine, 24 mai 1927.
MANIFESTATIONS PROFESSIONNELLES (Les dernières) par J. NOIR, *Concours médical*, n° 23, 5 mai 1927.
MÉDECINE (Où va la), par Maurice DE FLEURY, *Le Temps médical*, mai 1927.
MÉDECINE ET CHIRURGIE (Chronique), par Jules TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, mai 1927.
MER (Cure marine et voyages au long cours), par A. LOIR, *Vie médicale*, n° 17, 30 mai 1927.
NERF PRÉ-SACRÉ, par LERICHE, Société de chirurgie, 1er juin 1927.
NÉVROSES ET PSYCHOSES (Les cures climatiques pour), par Maurice DE FLEURY, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mai 1927.
ORTHOPÉDIE MENTALE, par BÉRILLON, *Courrier médical*, n° 19, 22 mai 1927.
PARASITES ET HYGIENE PRATIQUE, par A. LOIR, *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, n° 41, mai 1927.
PEAU (Traitement des affections précancéreuses de la), par Clément SIMON, *Bulletin médical*, n° 20, 14 mai 1927.
PÉRITONITE AIGUE (Examen cytobactériologique et séméiologique des exsudats de), par J. SABRAZÈS, *Gazette hebdomad. des scienc. médic. de Bordeaux*, 12 et 19 juin.
PHOTOSENSIBILISATION ET CHOC RADIANT, par FOVEAU DE COURMELLES, *Médecine internationale illustrée*, n° 6, juin 1927.
PHYTOTHÉRAPIE (Les matières minérales dans les végétaux (*fin*), par Albert GARRIGUES, *Médecine internationale illustrée*, n° 6, juin 1927.
PINEL, CLINICIEN ET NOSOGRAPHE, par Maurice DE FLEURY, Académie de médecine, 31 mai.
PLANTES (La sensibilité des), par J. SABRAZÈS, *Gazet. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 21, 22 mai 1927.
PRAVAZ (Ch. Gabriel), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 22, 29 mai 1927.
PROPRIÉTÉ LITTÉRAIRE ET DROITS DES ÉDITEURS DE JOURNAUX, par V. GARDETTE, *Concours médical*, n° 23, 5 mai 1927.
PROVERBES (La chirurgie dans les), par Albert GARRIGUES, *Science médicale pratique*, n° 5, mai 1927.
PUÉRICULTURE (La croisade pour les enfants du premier âge), par R. MOLINÉRY, *Médecine internationale illustrée*, n° 6, juin 1927.
SERVICE DE SANTÉ DU G. M. P. (Les conférences pratiques de l'école d'instruction du), par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 21, 22 mai 1927.
STÉNOSE PYLORIQUE TARDIVE APRÈS OPÉRATION POUR ULCÈRE PERFORÉ, par R. LERICHE, Société de chirurgie de Lyon, 30 mai 1927.
STUPÉFIANTS (Les inspecteurs de pharmacies et la législation sur les), par G. DUCHESNE, *Concours médical*, n° 24, 12 juin 1927.
SYPHILIS EN RUSSIE (La lutte antisyphilitique soviétique), par Clément SIMON, *Bulletin médical*, n° 24, 11 juin, 1927.
TRANSFUSION SANGUINE (Les groupes sanguins), par J. LAUMONIER, *Je Sais Tout*, juin.
TUBERCULEUX (La pression sanguine chez les) par G. LEMOINE, *Revue moderne de médecine et de chirurgie* n° 3, mars 1927 (paru en juin).
ULCÈRE PEPTIQUE SUR BOUCHE DE GASTRO-JÉJUNOSTOMIE, par R. LERICHE, Société de chirurgie de Lyon, 12 mai 1927.
VERDIER (le Dr) (Les originaux de la médecine), par CABANES, *Revue thérapeutique des alcaloïdes*, n°59, mai 1927.

DES HEUREUX EFFETS DU SOMNIFÈNE DANS LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE

Par le docteur BAPT,

Ex-interne à l'Asile Saint-Pierre à Marseille.

Durant nos trois années d'internat, passées dans les importants services de l'asile Saint-Pierre, bien des fois il nous fallut essayer d'apporter un soulagement ou tout au moins une sédation aux manifestations pénibles de l'agitation au cours des affections mentales, et surtout dans l'excitation maniaque.

Nous fûmes amenés à expérimenter divers hypnotiques que nous faisions absorber en général par voie buccale, qui, en psychiatrie, offre des difficultés souvent insurmontables et à nous arrêter à l'emploi systématique de l'un d'entre eux, le somnifène, dont, depuis quelques années, les médecins de l'asile ont constaté les avantages précieux qu'on pouvait en tirer.

Le somnifène nous paraît à l'heure actuelle représenter l'hypnotique idéal par la possibilité qu'il nous offre de provoquer ou de renouveler en quelques minutes un sommeil calme et réparateur chez les agités. Son maniement, soit par la voie buccale soit par la voie intra-veineuse, soit par la voie intra-musculaire, est aisé ; ses suites sont à peu près inoffensives surtout si l'on examine au préalable l'état des reins et du cœur ; ses résultats sont dignes des plus grandes espérances. Grâce à lui, un sommeil réparateur, dans un délassement musculaire et cérébral absolu, a remplacé la loquacité, l'agitation, l'insomnie, la suractivité musculaire si préjudiciable ; les malades ont pu être nourris facilement, leurs plaies purent être pansées, leurs membres fracturés purent être placés dans des appareils plâtrés, et leur température en ressentait les bienfaits salutaires.

Nous avons noté, chez presque tous nos malades, une amélioration sensible et quelquefois durable des crises d'agitation maniaque, l'affection passant en quelque sorte sous le silence provoqué par l'hypnotique. Souvent, au réveil définitif, lorsque nous cessions les injections, dans presque tous les cas, l'état général du sujet s'était amélioré, la fuite des idées était moins grande, l'incohérence moins poussée, les nuits étaient meilleures, la surveillance plus facile. Nos plus intéressnats résultats, nous les obtinmes avec nos délirants aigus. Cependant avec les chroniques même, l'influence du somnifène fut nette, en ce sens que durant une période plus ou moins longue, leur agitation fut atténuée, leur maintien plus facile.

Observation I. — M. B..., 22 ans, entre à l'asile pour une vive agitation maniaque au cours de laquelle chez lui, ouvrant sa fenêtre, il tombe d'un premier étage et se casse les deux jambes. La contention du malade était difficile du fait de ce grave traumatisme dont le malade paraissait n'éprouver nulle douleur. On notait du désordre des actes et des idées, des violences, cris et chants continuels.

Sa jambe droite était cassée au niveau du tiers inférieur, très œdématiée, et continuait à s'agiter.

Sa jambe gauche présentait au niveau du tiers majeur une fracture ouverte.

Pour procéder à la réduction et à la contention des fractures, nous injectâmes 6 cmc. de somnifène Roche intra-veineux, notre malade dormait deux minutes après la fin de l'injection. Nous prolongeâmes l'état hypnotique durant dix jours. Au réveil, le malade était moins agité, plus docile, plus attentif à ce qui se passait autour de lui, et gardait ses jambes dans l'immobilité. Deux mois après son entrée, il sortait guéri psychiquement et physiquement.

Ce malade nous paraît avoir été très nettement influencé par les injections de somnifène qui nous ont permis de procéder au plâtre indispensable tandis que son état maniaque était, au réveil, avantageusement modifié.

Observation II. — M. L..., 17 ans, nous est envoyé d'un hôpital de la ville camisolé, criant, injuriant, se débattant avec la plus grande violence, passant ses nuits à chanter, déchirant ses draps, ses vêtements.

Au point de vue physique, l'haleine était fétide, les lèvres fuligineuses, la langue saburrale, les aliments rejetés aussitôt après avoir été absorbés. La température oscillait entre 38,3 et 39°, le pouls était à 90, les urines étaient rares, mais sans albumine, l'état général était franchement mauvais, le malade se cachectisant de jour en jour.

Pour permettre une alimentation convenable; nous décidâmes de procéder à une injection intraveineuse de 6 cc. de somnifène. Une minute seulement après la fin de l'injecction, le malade dormait. On put avec facilité passer une sonde œsophagienne par laquelle nous administrons une purgation suivie deux heures après de deux litres de lait. Six heures après l'injection, le sommeil était toujours parfait. Notre malade ne se réveilla que 23 heures après, refusant encore de s'alimenter, nous lui faisons une nouvelle piqûre de 4 cc., le sommeil fut aussi rapide que la première fois ; grâce à lui, nous pûmes continuer notre alimentation à la sonde. Notre malade fut maintenu en hypnose durant huit jours.

L'état général s'améliorait, le malade était moins agité et comme nous décidâmes alors de lui offrir à manger, il se mit à table spontanément. Quinze jours après sa rentrée à l'asile, il entrait dans la période de convalescence.

Il nous est apparu que dans cet état très inquiétant de par le refus d'aliment, l'agitation et la température, le somnifène ait agi efficacement en faisant encore passer sous silence les périodes d'excitation, en permettant une alimentation correcte, en agissant sur l'état général qu'il mettait au repos et dont les forces purent se reconstituer.

De ces deux observations prises au hasard parmi nos nombreux malades qui furent appelés à bénéficier de cette thérapeutique, il apparaît que le somnifène est un excellent produit hypnogène, facile à manier, sur lequel on peut toujours compter et qui en agissant en général d'une façon symptomatique, semble avoir, principalement dans l'agitation maniaque, une action curative qui n'est pas à négliger.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LA DÉLIVRANCE DE MÉDICAMENTS TOXIQUES A UN MÉDECIN POUR SON USAGE PERSONNEL

Un médecin peut-il s'approvisionner de substances toxiques du tableau B, soit pour s'en servir auprès de ses malades, dans les cas d'urgence, soit pour sa consommation personnelle (s'il est morphinomane, ou cocaïnomane) ?

Je laisse de côté le cas du médecin, titulaire du diplôme de pharmacien et exerçant simultanément les deux professions.

Je ne parle pas non plus des docteurs en médecine, qui, aux termes de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, peuvent délivrer des médicaments à leurs malades, lorsqu'il n'existe pas d'officine ouverte, dans la commune où ils exercent (propharmaciens).

Ces deux catégories de praticiens peuvent, comme exerçant en même temps la pharmacie, s'approvisionner de médicaments, comme pourrait le faire un pharmacien diplômé.

Je n'envisagerai donc que le cas du médecin, n'exerçant que la médecine.

1° Le médecin peut-il s'approvisionner de substances toxiques, pour l'usage de sa clientèle ?

La législation française, concernant les substances toxiques, comprend la loi du 19 juillet 1845, modifiée par celle du 12 juillet 1916, puis par celle du 13 juillet 1922.

Les textes réglementaires sont : le décret du 14 septembre 1916, concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses ; le décret du 9 février 1917, rendant le précédent applicable à l'Algérie ; l'arrêté ministériel du 23 mai 1917, en ce qui concerne la délivrance de ces substances aux laboratoires.

L'article 27 du décret de 1916 décide que :

« *Les pharmaciens peuvent délivrer aux médecins et aux vétérinaires, sur leur demande écrite, datée et signée, les substances du tableau A et destinées a être employées par eux, soit dans les cas d'urgence, soit pour des opérations, pansements ou injections.*

« *Ces médicaments doivent être employés par les praticiens eux-mêmes ; il leur est interdit de les céder à leurs clients, à titre onéreux ou gratuit.*

« *Ces substances ne peuvent être délivrées que sous la forme pharmaceutique compatible avec leur emploi médical.* »

En ce qui concerne les substances du tableau B (morphine, cocaïne, etc.), l'aticle 40 ajoute aux stipulations ci-dessus :

« *Les pharmaciens ne peuvent délivrer ces substances qu'à des praticiens domiciliés dans la commune, ou dans les communes contiguës, lorsque celles-ci sont dépourvues d'officines.*

« *Il est interdit aux pharmaciens de délivrer à ces praticiens aucune de ces substances en nature.* »

De la lecture de ces textes, il résulte que le médecin a le droit de se procurer une provision de médicaments toxiques, pour s'en servir personnellement auprès de ses clients. Il peut donc s'en servir pour lui-même, au cas où il serait toxicomane ; mais, dans ce cas, il est probable que les pharmaciens s'apercevraient bien vite que le docteur leur fait des demandes de médicaments bien supérieures aux besoins de sa clientèle et, pour ne pas avoir d'ennuis, ils pourraient se refuser à exécuter les commandes du praticien.

Signalons, en passant, que le médecin ne peut ni vendre, ni donner ces médicaments toxiques à ses clients : il doit les administrer lui-même.

Dans ses « Eléments de jurisprudence et de législation pharmaceutiques », M. Perreau, professeur de Législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse, critique cette interdiction de vente du médicament au malade, par le médecin, « l'urgence permettant toujours au médecin de fournir à tout malade des médicaments rigoureusement indispensable». (Cassation, chambre criminelle, 1er avril 1911 ; S. 1911 .1. sup. 93 ; Cour d'appel de Montpellier, 2 7 janvier 1910 ; S. 1910.2. sup. 30 ; Cour d'appel de Toulouse, 25 mai 1900 : *Gaz. trib.* 1900.2.340).

En effet, le praticien doit acheter de ses deniers, ces médicaments, se réapprovisionner à ses frais et il ne peut pas demander à ses clients de lui tenir compte de ou des ampoules, injectées en cas d'urgence.

2° Le médecin peut se soigner lui-même.

Malade, toxicomane, le médecin peut, ou bien

puiser dans la provision, qu'il peut avoir, en vertu de ce qui précède, ou bien se rédiger à lui-même des ordonnances, qu'il fera exécuter par le pharmacien.

Dans un procès, trois médecins étaient poursuivis et le ministère public soutenait que les docteurs ne pouvaient se procurer de la morphine que pour leurs clients et non pour eux-mêmes.

Le tribunal correctionnel de la Seine (7 juin 1920 ; D. 1921.2.94) décida qu'un médecin régulièrement diplômé peut se soigner lui-même, qu'il est, dans ce cas, dans l'exercice de sa profession, comme s'il s'agissait de donner des soins à un tiers. Il peut, en conséquence, se faire délivrer de la morphine, pour son usage personnel, dans les conditions de l'article 40 du décret de 1916.

La Cour d'appel de Paris, par arrêt du 14 décembre 1920 (*Gaz. Pal.*, 13 janvier 1921) décida de même qu'un médecin peut se faire délivrer de la morphine, à lui-même, pour soins personnels, à l'aide de bons de commande, ou d'ordonnances, sans avoir besoin d'ordonnances délivrées par d'autres médecins.

3° **Où acheter ces médicaments ?**

En vertu de l'article 16 du décret de 1916, seuls les pharmaciens, ou les médecins légalement autorisés à fournir des médicaments à leurs clients peuvent délivrer des substances des tableaux A et B, sous une forme quelconque, lorsqu'ils sont destinés à l'usage de la médecine humaine.

La vente en gros aussi bien qu'au détail est exclusivement réservée aux seuls pharmaciens (Cassation, chambre criminelle, 10 février 1912 ; S.1912.1. sup. 62).

Néanmoins, un arrêt de Cassation, chambre criminelle, du 1er avril 1911 (S. 1911.1. sup. 9) admet que, dans les cas d'extrême urgence, les règles de la police pharmaceutique souffrent exception et que nul n'encourt de peine, en fournissant les médicaments indispensables sur l'heure, pour sauver la vie d'une personne, ou la préserver d'une infirmité grave.

Le médecin, qui entend s'approvisionner en médicaments toxiques, devra rédiger une demande écrite, qu'il date et signe, indiquant lisiblement son nom et son adresse, avec mention, en toutes lettres, des doses de substances vénéneuses entrant dans les préparations désirées. Il conviendra d'ajouter : « médicaments destinés à mon usage professionnel. »

Par conséquent, ces médicaments seraient-ils destinés pour la consommation personnelle du praticien, que celui-ci peut rédiger, comme ci-dessus, les demandes de stocks de produits, pourvu qu'ils soient demandés, non pas en nature, mais sous une forme officinale, ou magistrale, c'est-à-dire sous « la forme pharmaceutique, compatible avec leur emploi médical », prêts, par conséquent, à être employés immédiatement à un usage thérapeutique.

D'après le professeur Perreau, si le décret oblige le médecin à ne s'approvisionner que chez le pharmacien, c'est parce que le docteur n'a pas acquis les connaissances pratiques et techniques nécessaires pour vérifier rigoureusement la qualité de médicaments aussi dangereux.

Au contraire, un médecin, dit propharmacien, c'est-à-dire bénéficiant des dispositions de l'article 27 de la loi de Germinal et autorisé à délivrer des médicaments à ses clients, peut s'approvisionner chez les grossistes.

4° **Le pharmacien peut-il se refuser à délivrer ces médicaments au médecin ?**

a) **L'ordonnance médicale doit être régulière.**

Aux termes des articles 19 et 20 du décret, le pharmacien doit refuser toute ordonnance, prescrivant des substances toxiques si la prescription n'est pas datée, signée, avec mention lisible de l'adresse du praticien, l'énonciation en toutes lettres des doses des substances vénéneuses et enfin l'indication du mode d'administration du médicament.

A part la signature qui, rationnellement et traditionnellement, doit être manuscrite, les autres mentions peuvent être écrites d'une façon quelconque, à la machine par exemple, ou bien le praticien peut rédiger l'ordonnance sur papier à en-tête imprimé, indiquant ses nom et adresse et frapper l'ordonnance d'un timbre humide, ou sec, etc. En ce sens, réponse ministérielle. (*Journal officiel* du 1er mars 1925.)

b) **Ordonnances fictives.**

L'article 3 de la loi du 19 juillet 1845, modifiée par la loi du 12 juillet 1916, prévoit des pénalités contre ceux, qui, au moyen d'ordonnances fictives, se seront fait délivrer, ou auront tenté de se faire délivrer des substances vénéneuses.

Seront également punis ceux qui, sur la présentation de ces ordonnances fictives, auront délivré lesdites substances.

Il s'en suit que le pharmacien a l'obligation de se préoccuper de savoir par qui ces ordonnances ont été rédigées, si elles émanent bien du médecin si celui-ci est bien domicilié dans la commune (article 40 du décret de 1916), et si les médicaments ne sont pas destinés à une personne supposée.

En délivrant lesdits produits sur présentation d'une ordonnance ne remplissant pas les conditions ci-dessus, le pharmacien encourrait les peines prévues à l'article 2 de la loi de 1916 (trois mois à deux ans de prison et amende de 1.000 à à 10.000 fr.), car une pareille prescription n'offre pas au public les garanties de sécurité jugées indispensables par le législateur (arrêté du ministre de l'Intérieur, 22 mai 1917, art. 1 et 2).

En outre, le pharmacien peut être condamné à des dommages-intérêts, au cas où la délivrance irrégulière de toxiques aurait provoqué un accident, ou aurait servi à l'entretien d'un vice (Tribunal correctionnel de la Seine, 10e chambre, 18 avril 1898; Tribunal correctionnel de la Seine, 6 juillet 1912 ; Cour d'appel de Paris, 29 janvier 1914).

Ces deux dernières décisions concernent la femme d'un médecin, qui, au moyen d'ordonnances fictives, avec signature imitée de son mari puis renouvellement sans ordonnance par le pharmacien, avait pu s'intoxiquer gravement.

c) **Prescription pour moins de sept jours.**

En dehors des cas où le médecin peut formuler une certaine quantité de médicaments, pour son usage professionnel, il ne doit pas, même pour son usage personnel, se rédiger des ordonnances, qui comporteraient des doses supérieures à celles nécessaires pour sept jours de traitement (article 39 du décret de 1916).

Médecin ou non, le malade ne doit pas avoir une provision de toxiques, qui dépasserait les besoins d'une semaine.

Cependant, bien que la jurisprudence semble vouloir interpréter cette restriction, dans le sens que le médecin n'a le droit de ne faire une ordonnance que tous les sept jours, on peut cependant comprendre, des termes du décret, qu'il n'est pas interdit à un praticien de formuler une nouvelle ordonnance de toxiques, avant que la première période de sept jours ne soit achevée, pourvu que le malade n'ait jamais, en mains, une quantité de stupéfiants supérieure à ses besoins de sept jours. C'est, en ce sens, que conclut le professeur Perreau . (Jurisprudence pharmaceutique, pag e 257).

Aussi, le pharmacien serait-il en droit de se refuser à exécuter une ordonnance, comportant des doses, qui lui paraîtraient excessives ; il peut également demander des explications au docteur signataire, même si l'ordonnance est destinée à la consommation particulière de ce dernier.

d) **Qualité et résidence du médecin.**

Pour qu'un pharmacien puisse exécuter une commande, ou une ordonnance d'un médecin, il faut que ce dernier ait le droit légal d'exercer son art en France (Cour d'appel de Besançon, 19 novembre 1902 ; Rep. Crinon, 1903, p. 224).

Il faut également que le médecin soit domicilié dans la commune, ou dans une commune contiguë.

J'ai rapporté, dans le *Concours médical* de 1926 page 1553, la plainte d'un médecin de passage à Paris, qui, malgré les preuves données de son identité et de sa qualité de docteur en médecine, exerçant en province, se vit refuser à lui-même la délivrance de dix grammes de laudanum.

Par conséquent, le pharmacien peut s'abriter derrière les textes législatifs et règlementaires, pour chercher le moyen de ne pas délivrer à un médecin un médicament toxique, pour son usage personnel, si le propriétaire de l'officine a des motifs graves pour ne pas déférer à la demande du praticien.

e) **Liberté du commerce.**

Au surplus, le pharmacien est libre de ne pas vendre un médicament. La liberté du commerce et du travail a été proclamée par la loi des 8-17 mars 1791 : le titulaire d'une officine ne relève donc que de sa conscience et de ses devoirs d'humanité, lorsqu'on lui soumet une ordonnance et qu'il se refuse à l'exécuter.

Conclusion.

De tout ceci résulte qu'un médecin, titulaire d'un diplôme, qui lui donne le droit d'exercer la médecine en France, peut parfaitement se procurer des toxiques, pour son usage personnel, soit au moyen de commandes, pour son usage professionnel, soit par le procédé d'ordonnances magistrales, le docteur étant considéré co mme étant son propre malade.

Si ces papiers sont réguliers en la forme et obéissent à toutes les injonctions du décret du 14 septembre 1916, le pharmacien devra les exécuter, sauf raisons graves.

Mais, le médecin ne peut détenir chez lui des produits toxiques en nature : ceux-ci ne peuvent qu'avoir la forme pharmaceutique, c'est-à-dire être tout prêts à être utilisés sur un malade.

Aucune limite n'est indiquée. C'est ainsi qu'au cours d'un procès qui se déroula devant le tribunal correctionnel de la Seine (11e chambre, 7 juin 1920), sept prévenus, tous médecins, s'étaient fait délivrer, pour eux-mêmes : le premier 1.800 ampoules de morphine, pendant le quatrième trimestre 1917 et 2.000 pendant le premier trimestre 1918 ; le second, 1.500 ampoules, pendant le 4e trimestre 1917 et 800, le premier trimestre 1918 ; le 3e, 2.500 et 2.000 ; le 4e, 7.800 ampoules, dans le premier trimestre 1918 ; le 5e, 18.200 ampoules dans le premier trimestre 1918 ; le 6e, 1.400 ampoules et le 7e, 2.000 ampoules.

Le jugement, qui acquitta tous ces prévenus, reconnut que la quantité des produits, que les médecins peuvent se faire délivrer, n'est pas limitée et que le médecin, qui se traite lui-même, est dans l'exercice de sa profession.

Mais le pharmacien a le droit et même le devoir de contrôler si, au point de vue matériel, l'ordonnance du médecin est bien régulière et si elle émane d'un praticien ayant qualité pour prescrire, dans sa commune, des produits toxiques (en ce sens, Tribunal correctionnel de la Seine, 15 novembre 1895, D, 1896.2.16).

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Elle a évolué mais avec prudence.

Un confrère me disait dernièrement avec une franchise un peu brutale :

« Pourquoi faites-vous des changements si fréquents dans la Mutualité Familiale ? Vous avez, à l'origine, fixé le terme de la participation à 65 ans, et c'était sage ; vous avez voulu faire vie entière et vous acz été obligés d'y renoncer. Vous aviez remplacé cette participation vie entière par une combinaison qui donnait l'indemnité-maladie jusqu'à 65 ans et à partir de cet âge la retraite de droit ; c'était parfait, mais il fallait vous en tenir là. C'était bien compris du Corps médical et je suis convaincu que vous auriez ainsi réuni plus d'adhésions que vous n'en avez eu avec votre double retraite à 60 et 65 ans indépendante de l'indemnité -maladie. »

Il y a certainement un fond de vérité dans cette boutade : le médecin est simpliste et il comprenait mieux le choix qui lui était offert entre l'indemnité -maladie seule et la pension de retraite jointe à cette indemnité-maladie.

Et la preuve en est que, toutes les fois que des modifications ont été introduites dans le fonctionnement de la Mutualité Familiale, le recrutement s'est ralenti au moins pour un temps.

Etait-ce pourtant une raison de nous immobiliser ? Je ne le crois pas.

Les situations médicales sont loin d'être identiques, or, à des situations différentes correspondent des besoins différents, et nous voulions que notre œuvre pût convenir à tous, répondre à toutes les aspirations.

Je conviens qu'à plusieurs reprises nous avons eu des désillusions et que le nombre des adhésions aux combinaisons nouvelleement créées a parfois été loin de répondre à celui des réclamations qui nous assaillaient ; je me souviens de ce qui s'est passé lors de la création des pensions aux veuves et aux orphelins ; notre enquête nous avait donné plus de quatre cents adhésions de principe et, quand la chose a été réalisée, il n'y a pas eu cinquante adhésions fermes ! Je reconnais encore que les pensions de retraite aux enfants ne sont pas recherchées avec enthousiasme. Ces créations étaient cependant utiles, elles répondaient à des besoins véritables, et j'estime que, malgré tout, nous avons eu raison de les réaliser.

Et puis la guerre est survenue , elle a bouleversé les conditions de la vie, créé des exigences nouvelles.

Que représentaient nos dix francs d'indemnité. Ils ne répondaient plus à rien, ils devenaient presque dérisoires. Fallait-il donc s'y tenir quand même et fermer l'oreille quand on nous demandait de les multiplier par le coefficient de l'augmentation générale de toutes choses ?

On nous a dit qu'il eût mieux valu faire le saut d'un seul coup et admettre, dès 1921, les indemnités de 50 francs, cela n'eût fait qu'une seule modification. On oublie peut-être que nous étions contraints d'agir avec une très grande prudence, car nous ignorions quelles répercussions continuerait à avoir sur notre Société la période de troubles qu'on venait de traverser.

Nous avons procédé par étapes, nous appuyant à chaque fois sur les données de l'expérience acquise et sur les conseils de M. Fleury, notre actuaire si dévoué et si compétent. Le recrutement s'est ressenti de cette manière de faire et, à chaque fois, nous avons constaté de l'hésitation chez nos confrères, c'est entendu, mais l'inconvénient a été moindre que celui qui aurait pu résulter d'un bouleversement trop grand opéré d'un seul coup par un saut dans l'inconnu.

Dans une Société comme la Mutualité Familiale, il est indispensable d'évoluer et de s'adapter aux conditions générales de la vie : nous ne pouvions nous immobiliser dans le passé et nous n'avons pas songé à le faire, mais nous devions suivre les modifications économiques qui se produisaient et non pas les devancer.

Il ne faut pas oublier que les tables de la morbidité et de la mortalité médicale n'existent pas, que c'est nous-mêmes qui les dressons et que toute innovation imprudente risquerait de les fausser.

D'ailleurs, nous sommes arrivés à une situation plus que satisfaisante : nous offrons l'indemnité journalière de dix, vingt, trente, quarante ou cinquante francs au choix de nos sociétaires avec l'indemnité mensuelle de 100, 200, 300, 400 ou 500 francs ; nous donnons, à 60 ou à 65 ans, la pension de retraite variant de 120 à 2.400 francs et permettons le cumul des deux pensions ; nous permettons aux femmes et aux enfants de nos sociétaires l'accession à ces retraites ; enfin, nous avons porté à 1.200 francs la pension annuelle des veuves.

Cela ne s'est pas fait tout d'un coup, mais cela s'est fait ; cela s'est fait parce que c'était nécessaire, mais cela s'est fait avec toute la prudence qu'on pouvait exiger d'une Société comme la nôtre.

D'où peut donc venir l'hésitation de nos confrères ?

On nous dit qu'ils se perdent au milieu de nos combinaisons multiples — mauvaise raison, car chacun doit savoir ce qu'il veut, ce qu'il peut faire, et il lui suffit d'écrire à notre secrétaire général pour recevoir de lui toutes les directives,

tous les éclaircissements. Je crois bien plutôt qu'ils ne prennent pas la peine de lire nos statuts, qu'ils les placent sur leur bureau sans les ouvrir, remettant à un lendemain qui n'arrive jamais.

Les raisons sont autres évidemment :

Il y a d'abord l'indifférence des jeunes qui se croient au-dessus des misères de la vie et qui ont besoin, pour penser à la prévoyance, de quelques années de déboires et de mécomptes.

Il y a encore et surtout cette conception fausse qui fait envisager exclusivement les avantages maxima dans chaque combinaison alors que les possibilités ne répondent pas à leurs exigences. Dès que nous avons admis une indemnité plus forte, tous se sont imaginés qu'il n'y avait plus qu'elle à considérer et que les autres étaient négligeables : tel qui aurait pu s'inscrire à l'indemnité de 20 francs ne le fait pas parce qu'il existe une indemnité de 30 francs à laquelle il ne croit pas pouvoir prétendre. Ce fait s'est produit lors de toutes les augmentations.

Nous avons beau répéter que nul n'est tenu de prendre le maximum, qu'on doit prendre le chiffre qui correspond aux possibilités du moment et qu'il sera toujours loisible d'augmenter plus tard — on ne nous écoute pas, on préfère attendre... et on finit souvent par ne rien faire.

Je me rappelle toujours avoir entendu, lors d'une de nos assemblées générales, un confrère se vanter dans un petit groupe de s'être inscrit à toutes les combinaisons pour le chiffre maximum : « J'ai, disait-il, attendu que je pusse le faire ». Il avait réussi ; mais s'il était tombé malade dans l'intervalle et s'il lui était devenu impossible d'entrer ?

Il y a enfin cet état d'esprit d'extrémisme qui fait considérer toutes les sommes offertes comme insuffisantes. On oublie qu'il s'agit d'une aide, d'un secours — il faut bien le dire — et on voudrait une indemnité qui pût couvrir les frais, le manque à gagner et sans doute autre chose encore. Parce qu'on ne peut avoir tout, on dédaigne ce qui est possible et on attend pour rabattre de ses prétentions qu'on ait été touché par la maladie et mis dans l'impossibilité de rien faire.

La perfection n'est pas de ce monde :

Des modifications nouvelles deviendront-elles nécessaires ? Seront-elles réalisées un jour ? — Je l'ignore, mais, ce dont je suis certain, c'est que le Conseil d'administration cherchera en toutes circonstances, comme il l'a toujours fait, à agir au mieux des intérêts du Corps médical.

C'est tout ce que légitimement on peut lui demander.

A. Gassot.

IMPOT SUR LES SPÉCIALITÉS : IMPOT SUR LA MALADIE

Projet injuste.

Maintes fois, dans les colonnes du *Concours médical*, nous avons protesté contre l'impôt dont ont été grevés, depuis plusieurs années, les médicaments spécialisés. Cet impôt équivalait, en effet, à un impôt sur la maladie. L'an passé, le Parlement admit la légitimité de cette protestation, et il exonéra de toute taxe les spécialités pharmaceutiques qui ne se recommandent qu'au et par le médecin, frappant au contraire d'une taxe de 12 % les spécialités qui s'adressent directement au public, au moyen de publicités plus ou moins tapageuses dans la grande presse.

Les débats qui précédèrent, au Sénat, le vote de cette disposition de la loi de finances, prirent, à certaines heures, un air franchement comique. Il se trouva, en effet, un sénateur pour plaider la cause de ces dernières spécialités, et l'argument qu'il développa, sous le masque d'une pseudo-philanthropie assez singulière, mérite d'être rappelé ici.

« En frappant les spécialités qui s'adressent directement au public, et en les rendant ainsi moins accessibles, c'est à la cause des malades que vous faites tort. Car, — écoutez-bien — combien en est-il qui, en utilisant ces spécialités, économisent ainsi une consultation de médecin ! ! ! »

Quoiqu'il en soit, les industriels qui exploitent de tels remèdes ont, sans doute, trouvé des appuis puissants auprès des pouvoirs publics, car, le Gouvernement a déposé, le 29 juin dernier, un projet de loi abaissant de 12 % à 5 % la taxe sur les spécialités, mais l'appliquant désormais à *toutes* les spécialités sans exception, même celles qui ont acquis droit de cité dans la thérapeutique médicale et y occupent une place telle qu'il deviendrait bien difficile de prescrire à coup sûr, si elles en disparaissaient un beau jour...

Il est superflu de reprendre ici la discussion sur la nécessité pour le médecin d'utiliser des remèdes de l'action desquels il est absolument sûr, parce qu'il sait qu'ils auront été préparés avec des matières premières sélectionnées, dans des laboratoires et par un personnel particulièrement adaptés à cet effet.

Il n'y aurait pas grand effort à faire pour énumérer rapidement plusieurs médicaments d'usage courant qu'aucun praticien n'aurait l'idée de prescrire autrement que sous leur forme spécialisée.

La cause étant entendue, on peut se demander si le projet du Gouvernement s'appuie sur l'intérêt public bien compris. Quand on se souvient des efforts faits par Justin Godart, alors Ministre de l'Hygiène, pour réprimer les abus de la publicité pharmaceutique dans la presse profane, des termes dont il n'hésite pas à stigmatiser certaines annonces, on saisit mal à quel mobile obéit un Ministre qui semble prendre la défense d'une cause qu'un de ses prédécesseurs avait trouvé tellement mauvaise qu'il n'avait pas craint de le proclamer publiquement.

Avant que le projet de loi en question vienne en discussion, il faut que les syndicats professionnels, aussi bien les médicaux que les pharmaceutiques, étudient de nouveau cette question d'une façon très approfondie, et qu'ils interviennent de toute leur puissance pour obtenir que l'impôt sur les spécialités épargne encore celles qui font partie de l'arsenal dans lequel le médecin puise chaque jour pour soulager et guérir.

E. D. GASTON.

LE MUSÉE-LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'HOPITAL BOUCICAUT

Par le Dr René MARTIAL.

Sans apparat, sans bruit, a eu lieu, le mercredi 6 juillet dernier, à onze heures, l'inauguration du musée-laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital Boucicaut.

Le point curieux dans cette inauguration réside dans le contraste entre sa simplicité, son effacement, sa discrétion et l'énormité des richesses scientifiques mises à la disposition des travailleurs adonnés aux recherches intéressant l'anatomie et l'histologie pathologiques.

Dans les années où nous vivons, il n'est point de nouveau venu qui ne sache faire valoir avec éclat son premier travail, si médiocre soit-il. C'est ainsi que nous voyons, depuis la guerre, naître chaque jour des célébrités — hélas ! trop peu éphémères.

Ici — 40 années de labeur continu, patient, probe, se critiquant soi-même, 40 années d'études sagaces, de recherches silencieuses — le génie est une longue patience.

Mais aussi — voici l'œuvre : près d'*un million* de coupes microscopiques provenant de trois mille autopsies et de cinq mille pièces opératoires, plus de dix mille — je dis bien dix — photographies en couleurs, et plus d'un millier de dessins d'histologie pathologique. C'est le Musée.

Le laboratoire, d'une installation particulièrement soignée, comporte tout l'outillage répondant aux multiples besoins des recherches d'histologie, de pathologie et de bactériologie expérimentale.

A côté, une bibliothèque avec plus de deux mille volumes de publications ayant trait aux sciences médicales, qui s'enrichit chaque jour par les dons faits par les amis de l'Œuvre.

Un atelier de photographie — ordinaire — en couleur — microphotographie — reproductions et agrandissements.

Une écurie pour les petits animaux de laboratoire installé dans les meilleures conditions d'hygiène.

Le Musée constitue une œuvre immense tant au point de vue scientifique qu'au point de vue technique. C'est un centre d'études et d'enseignement comme il n'y en a que de fort rares encore en Europe, et même au monde — et les matériaux y sont de premier choix. S'il est bon de connaître les causes, il n'est pas moins nécessaire d'apprendre les processus et les effets terminaux. Ce sont les conditions de toute bonne médecine — de toute bonne chirurgie. C'est là qu'on les apprendra.

Les hommes. Le maître : le professeur Maurice Letulle — le maître aimé et vénéré de nombreuses générations d'étudiants et de beaucoup de savants — une source de lumière qui, au lieu de s'affaiblir avec le temps, se renforce, s'intensifie, s'amplifie et qui n'a jamais brillé d'un plus vif éclat — un homme qui a compris que, sans le caractère et la bonté, la science perd beaucoup de sa valeur, aussi modeste dans le bien qu'il fait autour de lui, chaque jour et sans compter, que sa science est inépuisable, aussi sûr dans ses amitiés que persévérant dans ses découvertes.

Son aide : Normand, autre figure d'une candeur délicate de bénédictin qui a su déchiffrer les textes les plus obscurs, technicien éprouvé, disciple inondé de la lumière de maître, grâce à qui tant de belles préparations, tant de ces magnifiques photographies en couleur vont désormais servir à l'enseignement de nos neveux.

Et puis, le Dr André Bergeron, l'homme du laboratoire, l'élève fidèle, le cœur affectueux, l'ami constant, le modeste, lui aussi, dont je ne puis faire l'éloge à « plume que veux-tu » parce que nous nous connûmes dès le Lycée et que cet éloge, il le qualifierait aussitôt de partial. Mais, soyez assurés qu'il est bien à sa place dans le tryptique, qu'il est un savant de grande école et de belle figure. Comme le maître, il est la bonté même, ce qui démontre qu'il est aussi un penseur.

Dans la pénombre, une figure féminine, Mlle E. Hardivilliers, la bonne ouvrière du laboratoire, qui assure avec bonne grâce et dévouement les humbles besognes préparatoires.

La cérémonie. — Dans ce cadre d'une austérité tempérée par le sourire bienveillant du maître et son affabilité accueillante, se sont réunis sa nombreuse famille, les autorités de l'Assistance publique, des médecins de Boucicaut, des membres de l'Académie de médecine, des amis, des élèves. Après un simple frappement de mains, le professeur Letulle prend la parole et expose sobrement comment il a pu créer ce musée-laboratoire. L'achat, par un éditeur, des merveilleux volumes d'anatomie pathologique dont un est encore paru, il y a dix-huit mois environ, avait permis d'offrir au mécène parisien le remboursement de la somme qu'il avait avancée. Cette offre fut amicalement repoussée et le capital destiné à l'édification du musée-laboratoire. Le terrain fut loué par l'Assistance publique, après examen juridique de la situation — l'hôpital Boucicaut étant lui-même une fondation — au prix d'un franc par an. Grâce à ces deux aides qualifiées par le maître lui-même de providentielles, l'Œuvre put naître. Elle pourra vivre car elle est déjà dotée d'un fonds de roulement appréciable.

Heureux ceux qui peuvent passer leur vie à travailler pour un idéal. Plus heureux encore, ceux qui ayant ainsi travaillé, peuvent voir leur inspiration devenue tangible. Mais heureux encore, par dessus ceux-là, ceux dont les vertus — comme on disait jadis — font que tous se réjouissent d'une gloire si méritée. Et c'est bien le cas du Maître.

VARIÉTÉS

Les origines de Bagnères-de-Luchon.
Aperçu de la préhistoire, de la protohistoire et de l'histoire de la vallée de la Pique.

Aux confins de la France, de la Catalogne et de l'Aragon, entre le Val d'Aran et la vallée de l'Ouron, est située la belle vallée de la Pique qui avec ses tributaires, la vallée du Lis, la vallée de l'One dont dépendent les vallées de l'Arboust, d'Oô et d'Oueil, constituent le territoire du canton de Bagnères-de-Luchon.

Un très distingué naturaliste, M. Henri Gadeau de Kerville (de Rouen), correspondant honoraire du Ministère de l'Instruction publique et correspondant du Muséum d'histoire naturelle de Paris, qui est un fervent admirateur de ce beau pays, a publié sur *Bagnères-de-Luchon et son canton* (1) une très remarquable étude, luxueusement éditée et illustrée de 92 héliogravures et d'une carte.

Cette étude très consciencieuse, où l'auteur s'est très sérieusement documenté, vérifiant ses lectures par son observation personnelle, donne de très intéressants renseignements sur la préhistoire, la protohistoire et l'histoire de Bagnères-de-Luchon et de sa région. Ayant eu, nous-même, à diverses reprises, l'avantage de visiter ce beau pays, c'est un plaisir pour nous d'emprunter à M. Gadeau de Kerville le sujet de cet article et nous le remercions très vivement de nous avoir permis de faire, en lisant son beau livre, une connaissance plus approfondie de la vallée de la Pique.

***

En cette région pyrénéenne où les sources, les ruisseaux, les rivières, les lacs et les cascades abondent, la végétation est luxuriante et donne un grand charme à la vallée.

A l'époque quaternaire, il n'en était pas ainsi, d'énormes glaciers dont on peut retrouver sur plusieurs points de très nets vestiges, recouvraient en partie le pays. Les eaux devaient être vraisemblablement plus abondantes, mais la rigueur du climat réduisait la végétation. Les hommes quaternaires ne devaient guère séjourner dans cette région, car l'on n'a trouvé aucun silex taillé, aucun outil, aucun ossement permettant d'affirmer la présence de l'homme pendant la période paléolithique dans la vallée de la Pique. Il est très vraisemblable qu'un grand lac recouvrait alors le bassin de Luchon de la tour de Castel-Vieilh à un kilomètre ou deux au sud de Luchon, jusqu'au niveau du village de Cier-de-Luchon à la limite nord du canton où se trouvent des barrages rocheux dont la rupture partielle a fait disparaître le lac quaternaire. M. Gadeau de Kerville estime que la longueur de ce lac devait être de 10 kilomètres environ sur 3 kilomètres dans sa plus grande largeur au niveau du confluent de la Pique et de l'One, c'est-à-dire dans la ville même de Luchon.

A l'époque néolithique et à la période du bronze qui lui fit suite, l'homme habita indiscutablement la vallée. Les silex, les haches en pierre polie, les fragments de poterie, trouvés dans les abris sous roches granitiques de Saint-Mamet, tout près de Luchon, ne permettent aucun doute. Les poteries, d'après leurs formes, dateraient de la fin du néolithique ou du début de la période du bronze.

(1) Toulouse. Edmond Privat, édit, 14, rue des Arts, 1925.

Sur la crête de la montagne de l'Espiau qui sépare la vallée de l'Arboust de la vallée d'Oueil, à l'ouest de Luchon, l'on a trouvé de curieux cercles de pierres, sépultures d'hommes des temps protohistoriques. Les fouilles qui y ont été opérées, ont permis de découvrir des objets de bronze de l'époque hallstattienne. La métallurgie a fait déjà de sérieux progrès et nous sommes au début de l'âge de fer.

L'époque de la conquête romaine ne tarde pas à arriver. Dans le premier siècle avant l'ère chrétienne, la vallée de la Pique forme le territoire des *Onesii*, peuplade de la tribu des *Garumni*. Les Romains ont étendu leur domination jusque-là, car l'an 72 avant J.-C., il existait à 25 kilomètres à vol d'oiseau au nord-ouest de Luchon une ville très importante, de plusieurs dizaines de mille habitants, *Lugdunun Convenarum*, métropole de la tribu des Convènes ; les fouilles récentes, au pied du mamelon de Saint-Bertrand-de-Comminges, permettent de juger de la grande importance de cette cité gallo-romaine.

C'est vraisemblablement quelque 25 ans avant notre ère que les Romains utilisèrent les eaux minérales de Luchon en y construisant des thermes somptueux, les *Thermes onésiens* qui jouirent pendant plusieurs siècles d'une grande renommée.

M. Pierre de Gorsse, jeune archéologue érudit, fils d'un de nos confrères luchonnais, a réuni dans un petit musée local les marbres antiques et authentiques, découverts à Luchon, qui se bornent à un sarcophage en marbre du chef gaulois, Bombelex, à un autel votif consacré aux nymphes et deux colonnes en marbre. M. Pierre de Gorsse nous apprend en outre que les premières fouilles faites à Luchon remontent à 1766 sur les ordres de la comtesse de Brionne, qu'on y découvrit un buste (?) avec l'inscription de Claudius Ruffus ; qu'en 1762, l'intendant d'Etigny, puis en 1766 Mesdames de Brionne et de Ligne firent effectuer de nouvelles fouilles qui auraient été fructueuses puisqu'elles permirent de retrouver les anciennes sources et des marbres portant des inscriptions, selon la relation du Marquis d'Orbessan, président à mortier du Parlement de Toulouse.

Il est fort regrettable que M. Chambert, l'architecte qui fut chargé d'édifier les Thermes en 1848 « n'ait pas eu l'idée de conserver les piscines romaines qu'il trouva intactes dans leurs beaux parements de marbre blanc avec les gradins circulaires qui les bordaient et qu'il sacrifia délibérément pour construire les salles 3 et 4 de l'établissement des bains actuels (1) ».

(1) Pierre de GORSSE. — Les découvertes gallo-romaines de Luchon au XVIII[e] siècle (Saint-Gaudens, imp. et libr. Abadie, 1925).

Mais survint au V[e] siècle l'invasion des Barbares et la fin de l'Empire romain d'Occident. Aux Visigoths succédèrent les Francs, puis les Sarrasins qui ruinèrent la région et les Thermes onésiens dévastés tombèrent dans l'oubli. Les eaux, filtrant à travers les ruines, donnaient lieu à des mares boueuses et chaudes qui bien que fort délaissées, étaient encore utilisées par les montagnards de la région s'il faut en croire une charte de 1375. Luchon qui, comme ville, avait conservé une certaine importance, fut brûlé en 1480. Pendant les XVI[e], XVII[e] et XVIII[e] siècles, la cité subit le sort de toutes les villes frontières, tour à tour prise et reprise par les Miquelets espagnols et les troupes françaises. Le 15 septembre 1711, puis en 1719, elle fut brûlée par les Espagnols. Un nouvel incendie en octobre 1723 détruisit la ville n'épargnant que l'église.

C'est de 1756 que date la renaissance de Bagnères-de-Luchon. Le chirurgien Jacques Barrau fit alors recouvrir les sources minérales et adressa un rapport sur leurs vertus curatives à Antoine Mégret, baron d'Etigny, qui remplissait à Auch les fonctions d'intendant de la généralité de Gascogne, Béarn et Navarre. D'Etigny se rendit en personne à Luchon en 1759, intéressa aux sources son chef hiérarchique, le duc de Richelieu et de Fronsac, gouverneur de Guyenne, qui y vint prendre leurs eaux en 1763. D'Etigny fit aménager un établissement, relia Luchon à Montréjeau par une route carrossable. Malgré l'aveuglement de la population, l'intendant fit tracer et planter de quatre rangées de tilleuls les belles allées qui portent actuellement son nom. En 1767 succède à d'Etigny qui venait de mourir, Fournier de La Chapelle. Ce dernier, à la suite d'un incendie qui ravagea Luchon en 1768, entreprit l'édification d'un vaste et luxueux établissement thermal, que le manque de ressources financières ne lui permit pas d'achever. La Révolution interrompit l'essor de la station thermale.

En 1830, la commune était propriétaire de toutes les sources qui formaient trois établissements : celui de la Reine, les bains Richard et les bains Ferras. L'importance de la station allait en croissant. Quelque 15 ans plus tard, il fut décidé d'édifier un nouvel établissement destiné à utiliser les remarquables travaux de l'ingénieur des mines, J. François de Neufchâteau, qui avait creusé les galeries de captage au travers de la couche précambrienne de calcaire magnésifère et allant jusqu'au terrain archéen. Plus de soixante griffons furent réunis en une vingtaine de sources principales. Le nouvel établissement sur les plans de l'architecte Edmond Chambert dont la première pierre fut posée le 22 août 1848, ne fut inauguré que le 20 juillet 1857, bien qu'utilisé dès 1853. La cure que fit à Luchon

en 1867 le Prince impérial, envoyé à cette station par Nélaton, augmenta encore le succès croissant de Bagnères-de-Luchon.

La recherche et la découverte des propriétés radioactives des eaux de Bagnères-de-Luchon par des savants de la valeur de MM. Ch. Moureu et Lepape, l'étude absolument scientifique qu'en poursuit le directeur technique, le Dr R. Molinéry, ont déterminé la recherche de nouvelles sources et le creusement de nouvelles galeries complétant le plan de l'ingénieur François de Neufchâteau. Plus de 70 sources sulfureuses ou radioactives, formant une véritable gamme par leur minéralisation et leur radioactivité variables, sont mises à la disposition du corps médical qui saura judicieusement s'en servir.

Les constatations scientifiques que font tous les jours et que poursuivent MM. Lepape et Molinéry sont d'un intérêt passionnant et promettent de jeter une clarté nouvelle sur l'origine et l'action des eaux thermo-minérales, encore sur beaucoup de points, mystérieuses.

J. Noir.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Syndicat médical de l'arrondissement de Vienne.

Compte-rendu de l'Assemblée Générale du 21 mai 1927.

Les membres du Syndicat se sont réunis en Assemblée générale *constitutive* à Vienne le 21 mai 1927.

Etaient présents : MM. Bouvier, Desmales, Faure Frecon, Gresillon, Gros, Hassler, Mayoud, Perret, Percerot, Pinet, Trenel, Valendru, Vivien, Papadopoulos, Pailliart, Romanet, Clavel, Jouffrey, Barbier Prévot, Servajeon, Gleyvod, Dumont, Balme, Saunier, Boissat, Tignel, Grumbach, Astier, Vinoy.

1° *Election du bureau.* — Ont été élus : président : Dr Romanet (Saint-Jean-de-Bournay) ; vice-présidents : Dr Clavel (La Côte-Saint-André) ; Dr Gresillon (Vienne) ; secrétaire : Dr Barbier (Beaurepaire).

2° *Vote des statuts.*

3° Est votée l'affiliation du Syndicat : 1° à la Fédération des Syndicats médicaux de l'Isère ; 2° à la Fédération des Syndicats médicaux de France.

4° *Revendications.* — Seront présentées aux Pouvoirs publics les revendications suivantes :

1° Inspection des nourrissons : élévation à 10 francs du prix de chaque visite de nourrisson (prix de l'acte médical minimum) le taux actuel de 1 franc étant dérisoire et absolument inadmissible ;

2° Vaccination : paiement de la visite de révision (10 francs minimum) même si aucune nouvelle vaccination n'est pratiquée au cours de cette séance.

Le secrétaire, Gaston Barbier

STATUTS

Adoptés au cours de l'Assemblée générale constitutive tenue à Vienne le 21 mai 1927.

Article premier. — Entre les médecins de l'arrondissement de Vienne qui auront adhéré aux présents statuts, il est formé une union qui prend le nom de :

Syndicat médical de l'arrondissement de Vienne.

Art. II. — La durée de ce Syndicat est illimitée. Son siège est à Vienne.

Art. III. — Le Syndicat a pour but de relier entre eux les médecins adhérents, de coordonner leur action pour l'étude et la solution de toutes les questions professionnelles d'intérêt général ou local, et, au besoin, de trancher les différends d'ordre professionnel pouvant surgir entre médecins adhérents au Syndicat.

Art. IV. — Le Syndicat est composé :

1° de médecins de l'arrondissement de Vienne ;

2° de médecins d'arrondissements ou de départements voisins, mais possédant une partie de leur clientèle dans l'arrondissement de Vienne.

Art. V. — Le Syndicat devra tenir deux réunions ordinaires annuelles (mai et novembre). D'autres réunions auront lieu, en outre, chaque fois que le bureau du Syndicat jugera utile de faire appel à la collaboration de tous.

Art. VI. — Nul ne pourra être admis dans le Syndicat sans avoir été présenté par deux parrains, et toute admission devra être prononcée à la majorité absolue par un vote de l'Assemblée.

Art. VII. — Le bureau du Syndicat est composé de :

1 président,

2 vice-présidents,

1 secrétaire.

Ce bureau est nommé pour une durée de deux ans ; les membres en sont rééligibles.

Le président ou l'un des deux vice-présidents, devra obligatoirement être un médecin de Vienne, si les deux autres sont des médecins d'autres communes de l'arrondissement et réciproquement.

Art. VIII. — Le bureau se réunit chaque fois qu'il le juge utile pour provoquer d'urgence une assem-

blée générale si les circonstances l'exigent, et pour prendre les mesures nécessaires en présence de questions à solutionner d'urgence.

ART. IX. — La cotisation annuelle est fixée à cinquante francs. Elle est versée entre les mains du secrétaire, au cours de l'Assemblée générale de mai Cette cotisation comprend les sommes versées aux Unions ou Fédérations de Syndicats départementales ou Nationales, auxquelles le Syndicat pourra être affilié.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

A. P. I. M.

ENQUÊTE (C) sur L'ASSURANCE-MALADIE principalement au point de vue médical et ses diverses modalités en chaque pays

(*Suite*)

5° — Qui paye les Honoraires ?

a) Tableau d'ensemble.

SANS ENTENTE entre l'assurance et les groupements médicaux.		AVEC ENTENTE entre l'assurance et les groupements médicaux pour les honoraires.		PRÉFÉRENCES de la majorité du corps médical dans chaque pays.		
Tiers-payant (paiement par la caisse ou l'Etat).	Entente directe (paiement par le malade de gré à gré).	Tiers-payant (paiement par la caisse ou l'Etat).	Paiement direct (suivant l'entente).	Tiers-payant.	Paiement direct.	Entente directe.
U. R. S. S.	»	ALLEMAGNE	NORVÈGE	ALLEMAGNE	»	»
»	»	BULGARIE	»	BULGARIE	»	»
»	»	DANEMARK	»	DANEMARK	»	»
»	»	FRANCE (Alsace et Lorraine	»	FRANCE (Alsace et Lorraine)	»	»
»	»	GRANDE-BRETAGNE	»	GRANDE-BRETAGNE	»	»
»	»	HOLLANDE	»	HOLLANDE	»	»
»	»	LETTONIE	»	LETTONIE	»	»
				TCHÉKOSLOVAQUIE	»	»
				U. R. S. S.	»	»

b) Détails par nations.

Allemagne. — Des *contrats locaux* fixent les principes d'après lesquels les honoraires des médecins sont payés. Lorsqu'un assuré a recours à un médecin, que ce soit dans la sphère de sa caisse ou dans une localité étrangère, le traitement est gratuit pour lui. Toutefois, dans ce dernier cas, le médecin est payé par la caisse (étrangère au malade) au prix minimum porté au *tarif officiel légal* (gebürhenordnung). Ce tarif fixe, en effet, un prix minimum et un prix maximum pour chaque intervention de la nomenclature. Le paiement direct par le malade n'est pas prévu. Si un assuré paye lui-même le médecin, il renonce aux droits que lui confère sa qualité de membre de caisse : il est, pour le médecin, un malade privé. Mais cette façon d'agir amène fréquemment des différends entre l'assuré et sa caisse. Le médecin n'est autorisé à demander des honoraires plus élevés que le tarif convenu qu'en cas d'interventions spéciales (radiothérapie, héliothérapie, etc...) et si la caisse a refusé son

consentement préalable et que le malade se soit déclaré prêt à supporter lui-même les frais. A part ces cas, la caisse prend tous les frais à sa charge et paye le médecin au tarif convenu.

La plupart des médecins semblent préférer le paiement par les caisses car, à l'occasion de conflits, on a pu constater que, lorsque le paiement fut fait par le malade, le recours au médecin diminua considérablement. Pendant ces époques de conflits et d'interruption du service avec paiement par les caisses, le manque à gagner par les médecins fut généralement supérieur à l'augmentation des honoraires due à des tarifs plus élevés.

Bulgarie. — Il y a *contrat* entre l'assurance et le Corps médical. Tous les cas pouvant être traités en consultation chez le médecin doivent l'être ainsi. Au cas contraire, le malade peut appeler le médecin à domicile pour un temps limité (10 à 15 visites). Le tarif est *limitatif* et le malade n'a jamais rien à payer au médecin, sauf s'il est soigné ou opéré dans un établissement *privé*. Dans ce cas, si l'autorisation préalable en a été accordée par la caisse, celle-ci paye la partie des frais égale à celle qu'elle aurait payée dans un hôpital de l'Etat.

Les médecins sont satisfaits de ce mode de paiement, mais réclament d'être payés régulièrement et non avec des retards de deux à trois mois, parfois. Les raisons de cette préférence pour le tiers payant sont, entre autres, qu' « il y a un gros avantage à recevoir une somme plus considérable en une seule fois, à la fin du mois. »

Danemark. — Les honoraires médicaux sont payés par la caisse d'après un tarif fixé par *contrat*. Chaque association d'assurance-maladie est autonome : elle s'étend ordinairement à une seule localité, parfois à deux petites groupées. Elles sont organisées en unions *régionales* groupées en une union *centrale*. Leurs contrats avec les médecins sont donc divers suivant les régions, mais toujours établis par accord entre les caisses et les groupements médicaux et avec *tiers payant*. La caisse s'engage à n'employer que les médecins membres de l'Association générale des médecins, ce qui donne à celle-ci un grand pouvoir à la fois sur les caisses et sur les médecins.

Ceux-ci sont satisfaits de ce mode de paiement (on verra les multiples raisons de cette préférence dans le dernier chapitre de cette enquête, à propos de l'opinion des médecins sur l'assurance maladie).

France (*Alsace-et-Lorraine*). — Le code d'assurance prescrit (art 368) : les rapports entre les caisses maladie et les médecins sont réglés par *contrats* écrits. Le malade n'a jamais rien à payer (sauf dans une seule caisse mutuelle où le malade paye la moitié des frais). Le tarif est strictement *limitatif* et le malade n'a jamais à avancer les frais et à se faire rembourser par l'assurance. C'est le strict système du *tiers payant*.

Le Corps médical préfère ce système par ce que : *a*) il est sûr qu'être payé ; *b*) de toucher les mêmes honoraires que le voisin.

Grande-Bretagne. — A part quelques rares cas spéciaux, l'assuré n'a jamais rien à payer au médecin. Celui-ci est payé directement par l'assurance à la suite d'un *contrat* et suivant le système de l'*abonnement* c'est-à-dire par un fixe par tête d'inscrits sur sa liste personnelle, comme l'ayant choisi ainsi qu'on le verra plus loin.

Le Corps médical préfère ce mode de paiement par *tiers payant* à l'abonnement parce qu'ainsi « il est toujours sûr de recevoir son argent » ce qui pourrait faire défaut si celui-ci était remis à l'assuré.

Hollande. — Dans l'actuel service d'assurance-accident de même que dans le projet d'assurance-maladie, le malade ne paye jamais lui-même son médecin. C'est le *tiers payant*, l'assurance payant suivant un tarif fixé à l'avance par entente.

Le Corps médical préfère ce mode de paiement car « de cette façon, il n'a aucun risque à courir. »

Lettonie. — *Tiers payant* représenté par l'assurance, d'après un tarif fixé par une *entente* préalable entre l'assurance et le Corps médical. Tarif strictement *limitatif*, le malade n'ayant jamais rien à payer lui-même. Par contre, les soins donnés à la famille de l'assuré ne sont payés par l'assurance que partiellement pour tous autres frais que les frais médicaux, ces derniers étant supportés en entier par la caisse. Pour les autres, la famille paye, suivant les cas de 10 à 33 %.

Le Corps médical est satisfait de ce mode de paiement.

Norvège. — C'est le régime du *paiement direct* du médecin par le malade, suivant le *tarif minimum du groupement médical* pour l'assurance-maladie. Le tarif varie un peu suivant les régions. L'Etat, de son côté, a fixé un *tarif de caisse* donnant la part que la caisse rembourse à ses membres. Plus les honoraires du médecin sont élevés (tarif non limitatif) plus le malade en est de sa poche. Dans quelques endroits, les deux tarifs s'équivalent si bien que l'assuré n'a rien à payer par lui-même, ou plutôt *tous* ses débours lui sont remboursés. Un exemple concret : habituellement un médecin prend 5 kr. (6 fr. 50 suisses) pour une consultation simple : l'Etat rembourse 4 kr. au malade, en sorte qu'en moyenne celui-ci paye environ 20 % lui-même. Si le tarif médical n'est pas limitatif, le tarif de caisse est limitatif et représente la part de responsabilité de l'assurance dans le paiement des frais médicaux.

Les médecins, en grande partie, préféreraient être payés par l'assurance directement, d'après

des tarifs fixés par entente. Ils seraient certains, ainsi, de toucher ce qui leur est dû, tandis que les assurés ne sont pas des payants sûrs.

Nota. — Ce mode de *paiement direct* par le malade fut décidé par une loi qui entra en vigueur le 4 janvier 1925. Il est considéré comme provisoire et on a déjà annoncé qu'il va être nommée une Commission d'experts pour la révision de cette loi. « Le vote de cette loi, dit notre correspondant en soulignant ces mots, ne doit pas être considéré seulement comme une question d'économie, mais aussi comme *faisant partie de l'action officielle menée contre notre Association de médecins norvégiens*.... »

Tchékoslovaquie. — Système du *tiers payant*: les honoraires médicaux sont payés par l'assurance sur la base d'une *convention* entre celle-ci et le Corps médical. L'assuré n'a jamais rien à payer à ce sujet. Les tarifs établis sont *limitatifs* et ne peuvent être dépassés par les médecins ayant accepté les conditions. Une exception est à faire, toutefois, pour les *fonctionnaires* qui ont une loi spéciale, dans laquelle ils participent aux frais, avec des *tickets*, comme nous le verrons plus loin, dans les multiples modes de paiement des honoraires médicaux de ce pays.

Mais quels que soient ces modes, jamais les médecins n'ont pensé à exiger le paiement direct par l'assuré. Même, dans les discussions des réunions de médecins, on n'a jamais fait ressortir des avantages de ce système, en sorte qu'on ne peut en parler officiellement ici. « Personnellement, dit notre correspondant, le mode de paiement par la caisse semble plus sûr et il a, de plus, ses avantages sociaux hygiéniques, car nous avons entendu les objections que, dans le cas de paiement direct par le malade, une partie des sommes destinées aux médecins serait mal employée et que les assurés rechercheraient moins les soins médicaux. »

U. R. S. S. — Il n'existe point d'honoraires médicaux pour les soins à donner aux assurés. Le médecin est payé par l'établissement où il travaille avec un salaire fixe et sans aucun rapport avec le nombre de malades ou les soins donnés. L'assuré ne participe jamais aux frais médicaux. Ceux-ci sont entièrement à la charge de l'entreprise ou de l'institution où il travaille. Les médecins privés ne sont pas payés pour les soins donnés à un assuré et celui-ci perd le bénéfice de l'assurance en s'adressant à eux.

«..... Le Corps médical s'est toujours *opposé au paiement direct* par le malade, dit notre correspondant. Les médecins de l'U. R. S. S. se considèrent comme remplissant une fonction sociale dans l'intérêt de l'Etat et non pas comme des commerçants débitant de la marchandise au détail..... ».

6° — Comment sont payés les Honoraires.

a) Tableau d'ensemble.

Soins

au forfait	à l'abonnement	à l'acte médical
U. R. S. S. (salaire)	Allemagne (en partie)	Allemagne (en partie)
Yougoslavie (médecins fonctionnaires)	Autriche (en partie)	Autriche (en partie)
Autriche (partie)	Danemark (villes)	Bulgarie
	France (Alsace et Lorraine) (majorité)	Danemark (campagnes)
	Grande-Bretagne	France (Alsace et Lorraine minorité)
	Hollande	Lettonie
	Hongrie (depuis 1923)	Norvège
	Tchékoslovaquie (en partie)	Tchékoslovaquie (en partie)
	Yougoslavie	

Déplacements

au forfait en bloc ou par inscrit	à la distance parcourue
Allemagne (en partie)	Allemagne (en partie)
Danemark (jusqu'à 2 kilom.)	Autriche
Grande-Bretagne (jusqu'à 2 miles)	Bulgarie
Hollande (jusqu'à 4 kilom.)	Danemark (au-dessus de 2 kilom.)
U. R. S. S.	France (Alsace et Lorraine
	Grande-Bretagne (au-dessus de 2 miles)
	Hollande (au-dessus de 4 kilom.)
	Hongrie
	Lettonie
	Norvège
	Tchékoslovaquie
	Yougoslavie

Préférences de la majorité du corps médical.

forfait	abonnement	acte médical
U. R. S. S.	Grande-Bretagne (pour les soins)	Allemagne
		Autriche
		Bulgarie
		Danemark
		France (Alsace et Lorraine)
		Hollande
		Hongrie
		Lettonie
		Norvège
		Tchékoslovaquie
		Yougoslavie

b) Détails par nations.

Allemagne. — Le paiement au *forfait* annuel n'a pas lieu, sauf, pour les médecins attachés à un poste fixe, comme des fonctionnaires. Ce paiement est d'ailleurs regardé comme indésirable (unerwünstcht). Les deux autres modes, au contraire, sont à peu près également employés !

a) *Abonnement.* — Le médecin reçoit une somme très variable par tête d'assuré, les conditions étant fort différentes suivant les régions. La limite inférieure paraît être d'environ 4 mks. Dans ces chiffres, les frais de traitement pour la *famille* ne sont pas compris. En plus de l'abonnement, on ne paye, en général, que certaines interventions spéciales (sachleistungen) telles que radiothérapie, massages, inhalations, etc.....

b) *Paiement à l'acte médical* est lui-même également *limité* en ce sens que les frais médicaux ne doivent pas dépasser, *par cas de maladie*, la valeur de six consultations 1/2, soit actuellement 6 mks 50.

Quant AUX FRAIS DE DÉPLACEMENT, deux modalités se présentent également :

a) *Abonnement* forfaitaire annuel par tête d'inscrit il se monte à 2 ou 3 mks *supplémentaires* dans les caisses de maladie rurales, sans supplément spécial pour la famille.

b) *A la distance parcourue.* — Le calcul se fait le plus souvent au double kilomètre (kilomètre-distance). D'ordinaire, on ne fait aucune distinction entre l'indemnité de déplacement et celle pour le temps passé. Le kilomètre-distance (y compris la perte de temps), se paye de 1 mk. à 1 mk. 75. Mais là encore les conditions varient beaucoup.

Autriche. — Trois façons de rémunérer le médecin :

a) *A forfait*, par fixe, à l'année, dans les centres industriels ;

b) *A l'abonnement* dans les campagnes. Dans la caisse de banlieue de Vienne, celui-ci est de 3 sh. 90, à 7,80, par tête d'inscrit et par an. Dans la grande caisse mutuelle ouvrière de Vienne (du moins pour les médecins non payés à forfait), le taux est très variable, suivant les espèces, et peut aller jusqu'à 10 sch. 40.

c) *A l'acte médical* dans les campagnes également. Le prix en est, en moyenne, 1 sch. par consultation ; 1 sch. 60 par visite. Dans les caisses agricoles, le paiement est en grande majorité à l'acte médical avec indemnités spéciales de déplacement.

Bulgarie. — Paiement à l'*acte médical*, suivant un tarif fixé par contrat, tarif *limitatif*. Pour chaque acte médical, le médecin détache un *ticket* du carnet de l'assuré et inscrit sur une feuille spéciale ses honoraires, d'après le tarif fixé. A la fin du mois, il envoie sa note et ses tickets à l'assurance qui lui en paye le montant. Le carnet du malade, toutefois, n'est valable que lorsque les cotisations de celui-ci sont en règle, ce que prouvent les timbres qui y sont collés.

Danemark. — A. *Dans les villes* et dans les centres urbains, chaque membre doit désigner, un an d'avance, le médecin de son choix. Celui-ci reçoit donc une somme fixe (annuelle mais payée par trimestre), par *abonnement* pour chaque assuré inscrit à son nom, y compris les soins, que suivant la limite des statuts, il doit donner à la famille de l'assuré. Ce taux d'abonnement varie suivant les régions en suivant, jusqu'à un certain point « l'indice officiel ». En juin 1927, ce taux est de *sept à huit* couronnes. Il comprend certains *suppléments* en cas de soins donnés les dimanches et jours fériés, la nuit, ou les accouchements et d'autres interventions spéciales.

B. *Dans les campagnes*, paiement à l'*acte médical* d'après un tarif, fixé par contrat.

LES DÉPLACEMENTS sont compris dans le prix de la visite dans un rayon de *deux kilomètres* (un seul dans le Jutland). Au-delà, ils donnent lieu à une majoration variant avec la distance... mais, en même temps, la commune où habite le malade paye, au médecin, une indemnité de déplacement, à moins, ce qui est plus rare, qu'elle mette une voiture à sa disposition pour la visite à faire. Dans un rayon de deux kilomètres (un pour le Jutland), la visite se paye six couronnes ; au-delà le supplément noté ci-dessus est de 0 kr. 75 par kilomètre « commencé à parcourir » ou parcouru (il est entendu qu'il s'agit du kilomètre « de distance », c'est-à-dire « double »).

France (*Alsace-et-Lorraine*). — Sauf quelques caisses d'usine, en Lorraine, qui payent un *forfait* annuel au médecin, la plupart des caisses payent *à l'abonnement*, mais avec des suppléments pour accouchements, radiologie, héliothérapie, etc... Mais c'est un *abonnement* global pour chaque syndicat local qui, *à l'intérieur* de cet abonnement, pratique à ses adhérents le paiement *à l'acte médical*. Chaque syndicat reçoit donc de la caisse une somme, en bloc, correspondant au nombre d'assurés inscrits à la caisse, puis, il paye ses membres suivant le nombre et l'importance des actes médicaux effectués par chacun d'eux, au prorata de ses possibilités financières, par *répartition* de ce qu'il a touché de la caisse. Il en est de même pour le paiement des frais de déplacement, en campagne. Cette répartition permet de donner 2 fr. à 2 fr. 50 par kilomètre de distance (double kilomètre à parcourir). A noter, en terminant, que les caisses de Strasbourg et de Colmar payent directement le médecin à l'acte médical.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr Leroy, de Marquise (Pas-de-Calais).

— **Congrès international d'hygiène et cinquantenaire de la Société de médecine publique** (*Paris, Institut Pasteur*, 25-28 octobre 1927.) — Le Congrès international d'hygiène tiendra séances les mardi 25, mercredi 26, jeudi 27 et vendredi 28 octobre, dans le Grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur.

Programme. — Mardi 25 octobre : à 9 heures. Inauguration de l'exposition d'hygiène. Ouverture du Congrès. Discours : M. le docteur Dujarric de la Riviere, secrétaire général du Congrès ; M. le professeur Madsen, au nom des délégués étrangers ; M. le professeur Léon Bernard, président du Congrès ; M. André Fallières, Ministre du travail et de l'hygiène. — A 14 heures. Rapport : Relations des assurances sociales et de la santé publique. Rapporteurs : M. le docteur Kuhn (Copenhague) ; M. le docteur Holtzmann, inspecteur général d'hygiène en Alsace et Lorraine ; M. le docteur Briau, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Communications et discussion : M. le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'intérieur : l'Administration centrale de l'hygiène et les assurances sociales. M. le docteur Ott, inspecteur des services d'hygiène du département de la Seine-Inférieure : les Assurances sociales et leur répercussion financière sur la réorganisation de l'hygiène publique en France. M. le docteur Destouches (Louis), membre de la Section d'hygiène de la Société des Nations : Une réforme et un programme essentiels pour que les assurances sociales aient en France un effet favorable sur la santé publique. — A 17 heures. Projection d'un film : Le vaccin B. C. G. (vaccin Calmette-Guérin), film du Comité national de défense contre la tuberculose.

Mercredi 26 octobre : A 9 heures. Suite de la discussion. — A 9 h. 30. Conférence de M. le professeur Madsen, président du Comité d'hygiène de la Société des Nations sur : l'Organisation internationale de l'hygiène. — A 11 heures. Conférence de M. le professeur George H. F. Nuttall, M. D., Ph. D., Sc. D., LL. D., F. R. S. Quick Professor of Biology, Cambridge, sur : les Relations de la parasitologie et de l'hygiène. — A 14 heures. Rapport : Facteurs de recrudescence de la variole dans le monde et moyens de les combattre. Rapporteurs : M. le professeur Jitta, directeur de la Santé publique du Royaume des Pays-Bas (Contribution à l'histoire de la vaccination antivariolique jusque dans ces derniers temps) ; M. le professeur Ricardo Jorge, directeur général de la Santé publique du Portugal et professeur à la Faculté de médecine de Lisbonne, et M. le docteur Camus, directeur de l'Institut supérieur de vaccine, membre de l'Académie de médecine. M. le professeur Teissier prendra la parole à l'occasion de ce rapport. — Communications : M. le docteur Ichok, professeur à l'Ecole des Hautes Etudes sociales : le rôle des facteurs sociaux dans la propagation de la variole. M. le docteur Montagnol, directeur du Bureau d'hygiène d'Orléans : De la prophylaxie antivariolique. M. le docteur Fr. Messerli, chef du Service d'hygiène de la ville de Lausanne : les épidémies récentes de variole en Suisse, leur cause, leur prophylaxie. Mme le docteur Panayotatou : l'étendue de la variole à Alexandrie d'Egypte, il y a quelques années et aujourd'hui. Discussion. Inscrit : M. le docteur Barbary (de Nice). — A 17 heures. Projection d'un film : les maladies vénériennes et l'armement antivénérien français (film de la Commission générale de propagande de l'Office national d'hygiène sociale, réalisé à l'écran par M. J. Benoit-Lévy, sous la direction de M. le docteur R. Cavaillon, chef du service central de prophylaxie des maladies vénériennes, et de M. Lucien Viborel, secrétaire général de la Commission de propagande de l'Office national d'hygiène sociale). — A 18 heures. Réception à la Faculté de médecine.

Jeudi 27 octobre : A 9 heures. Suite des communications et de la discussion. — A 10 h. 30. Conférence de M. le docteur Ottolenghi, professeur d'hygiène et directeur de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Bologne sur : Quelques aspects de la question des vitamines, du point de vue de l'hygiène. — A 14 heures. Sous la présidence de M. le médecin-inspecteur Savornin, directeur du Service de santé de l'armée. Rapport : l'hygiène des camps d'instruction. Rapporteur : M. le médecin-inspecteur Sacquépée, professeur à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce. — Communications : M. le médecin en chef de 1re classe de la Marine Bellile, professeur d'hygiène navale et coloniale à l'Ecole d'application des médecins stagiaires de la marine : Prophylaxie du paludisme à bord des navires de guerre. M. Bezault : Installation des latrines dans les camps et établissements militaires. M. le docteur Messerli, médecin-major de l'armée suisse : *a*) un moyen permettant de faciliter le recrutement militaire et le contrôle de la santé physique des soldats ; *b*) le calcul de la résistance physique du soldat. — Réception à l'Elysée. M. le Président de la Républiq ue fera l'honneur aux congressistes et à leur famille de les recevoir dans les salons de l'Elysée. — A 20 heures. Banquet, par souscription, sous la présidence de M. le Ministre du travail et de l'hygiène. Prix : 50 francs, service compris ; s'inscrire au secrétariat jusqu'au 25 à midi, dernier délai.

Vendredi 28 octobre : A 9 heures. Suite des communications et de la discussion. Vote des vœux. — A 11 heures. Première assemblée générale de la Fédération des sociétés, associations, syndicats et groupements divers d'hygiénistes. — A 14 heures. Visite de l'exposition. Réunion au tombeau de Pasteur et visite de l'Institut Pasteur. Visite de l'hôpital Pasteur.

Samedi 29 octobre : MM. les congressistes auront à choisir entre plusieurs visites concernant l'hygiène :

Le matin. — Visite du dispensaire Léon-Bourgeois et du Centre hospitalier d'assistance et de prophylaxie antituberculeuse de l'hôpital Laënnec. Visite aux Halles centrales. Services sanitaires (exposition de pièces fraîches de viandes insalubres) et services frigorifiques. Visite aux Services sanitaires de la préfecture de police. Musée du service. Visite dirigée par M. H. Martel, directeur des Services vétérinaires sanitaires de la Préfecture de police, membre de l'Académie de médecine.

L'après-midi. — Visite à l'Institut supérieur de la vaccine à l'Académie de médecine, sous la direction de M. Camus, directeur de l'Institut. Visite d'une installation d'épuration des eaux d'égouts par le système des boues activées (usine de Colombes), sous la direction de M. Bezault, qui fera une conférence pratique sur : l'épuration des eaux d'égouts en général, et, en particulier, le système des boues activées. Départ en auto-car. Visite au centre d'hygiène maternelle et infantile de Montmorency, sous la direction de la Nou-

velle Etoile des Petits Enfants de France. Départ en auto-car. D'autres excursions pourront être organisées. Des facilités seront données aux congressistes qui désireraient visiter certains services d'hygiène en particulier.

Exposition d'hygiène. — Pendant toute la durée du Congrès, une exposition d'hygiène sera ouverte aux congressistes. Cette exposition organisée sous le patronage de la Société de médecine publique par le Comité français des Expositions (Ministère du Commerce), sous la présidence de M. J. Faure, président de la commission d'initiative du comité français des Expositions, se tiendra à l'Institut Pasteur, dans la salle des Pas-Perdus, qui précède le grand amphithéâtre ; *strictement technique*, elle groupera des instruments de laboratoire, des maquettes, plans, dessins se rapportant aux applications pratiques de l'hygiène.

Pour tous les renseignements concernant le Congrès, les visites et les excursions, prière de vouloir bien s'adresser au secrétariat du Congrès, qui fonctionnera au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur à partir du lundi 24 octobre 1927, à 14 heures.

— **Le voyage d'études médicales de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu à Vichy.** — Suivant une tradition établie depuis la guerre, les médecins et étudiants participant aux cours de perfectionnement de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu sont venus visiter, le 24 septembre, les installations de la station thermale de Vichy : Etablissement thermal, sources, pastellerie, etc.

Le dimanche 25 septembre, ils assistèrent, dans la salle des fêtes du Casino, à de très intéressantes conférences de M. le docteur Guinard, président de la Société des sciences médicales de Vichy ; de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, sur le traitement de l'uricémie à Vichy ; de M. le professeur agrégé Etienne Chabrol, sur le traitement de la cholestérinémie à Vichy.

Avant de quitter la station, les professeurs, médecins et étudiants participant au V. E. M. de l'Hôtel-Dieu furent conviés à un banquet que présidait M. Normand, secrétaire général de la Compagnie de Vichy qui, dans un discours chaleureusement applaudi, rappela que le professeur Villaret fut le premier à reprendre, après la guerre, la tradition des V. E. M. inaugurés par le professeur Landouzy.

Il indiqua, dans ses grandes lignes, le vaste programme de travaux et d'améliorations que laCompagnie de Vichy, ayant obtenu récemment le renouvellement de sa concession, va pouvoir maintenant réaliser.

L'orateur termina par un toast acclamé au professeur Villaret, et à tous les professeurs, médecins et étudiants présents.

M. le docteur Guinard, président de la Société des sciences médicales de Vichy, insista sur la portée des V. E. M. et particulièrement sur le haut intérêt scientifique de la visite à Vichy de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Après une spirituelle improvisation de M. le Moignic, Commissaire du Gouvernement, qui fut saluée par d'unanimes applaudissements, le professeur Villaret, dans une allocution de forme très littéraire, parla de l'heureuse influence de la science française sur les pays représentés à cette réunion, dont le plus grand nombre était les alliés de la France durant les années tragiques de la Grande Guerre. Il eut des paroles particulièrement affectueuses pour la Belgique, que l'assistance applaudit longuement.

Après avoir rappelé l'œuvre des premiers organisateurs de la Station, le professeur Villaret rendit hommage aux dirigeants actuels de la Compagnie de Vichy qui sont les dignes continuateurs de ces « Intendants du Roi » qui s'intéressèrent les premiers à Vichy.

D'autres discours, tous inspirés par l'admiration des orateurs pour la grande station thermale française et son organisation, furent prononcés par M. le docteur Reynders, pour la Belgique ; M. le docteur Hébert, pour le Canada ; le docteur Bustamante, pour l'Espagne ; le docteur Hiriotis, pour la Grèce ; le docteur Lamers, pour la Hollande ; le docteur Pasini, pour l'Italie ; le docteur Chavez, pour le Mexique ; le docteur Marquez, pour le Pérou ; le docteur Stinghe, pour la Roumanie ; le docteur Miloikovitch, pour la Serbie, et Mlle Ronget, au nom des internes et externes de l'Hôtel-Dieu.

Les participants au V. E. M. de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu ont quitté Vichy en emportant de leur visite à la Station l'impression la meilleure.

— **Pour les chasseurs.** — L'Union des Syndicats d'initiative vient d'éditer, sous le titre : *La Chasse en France*, un recueil de renseignements concernant les sociétés de chasse, principaux lieux de chasses libres ou gardées, battues organisées, etc. Envoi, sur demande adressée au bureau de Tourisme, 152, boulevard Haussmann, contre mandat de 8 fr. 50.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Améliorations des relations avec la Corse.* — La Cie Fraissinet, dont les paquebots assurent les relations du Continent avec la Corse, réalise, par étapes, un vaste programme d'améliorations de sa flotte, afin de mettre en concordance, aussi rapidement qu'il est possible, ses services maritimes avec la nouvelle et récente convention maritime.

Depuis le 15 août, la vitesse du « Général Bonaparte » a été portée à 15 nœuds de jour, à 14 nœuds de nuit ; un effort parallèle a été demandé au « Liamone ». De ce fait, les traversées de Marseille et de Nice à Bastia se trouvent être réduites respectivement à 14 heures au lieu de 16, et à 8 h. 15 au lieu de 9 h. 30. D'autres gains de même ordre seront prochainement réalisés dans la durée de la traversée du « Corte II » entre Nice et Ajaccio.

Par son climat exceptionnel, et ses charmes variés, l'Ile de Beauté réalise ce paradoxe d'être en toute saison la terre d'élection du tourisme. Elle ne pourra l'être désormais que davantage, puisque les nouveaux horaites de la Cie Fraissinet la rapprochent du Continent.

Il est rappelé que les Circuits d'autocars P.L.M. en Corse, dont le succès s'est encore considérablement développé cette année, continueront à fonctionner jusqu'au 30 novembre sans interruption.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

gie, obstétrique, histoire naturelle pharmaceutique, pharmacie. — 1re composition le 19 janvier 1928 ; 2e composition le 20 janvier 1928.

Art. 4. — Les compositions ont lieu dans chaque faculté. Chaque composition sera faite dans une séance particulière d'une durée de trois heures, de 8 heures à 11 heures.

11 *octobre*

Asiles publics d'aliénés.

Le poste de médecin chef du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen (Lot-et-Garonne) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le Dr Merland.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Etablissements de la Seine qui acceptent les pensionnés de guerre.

12274. — M. Calmon, député, demande à M. le Ministre des Pensions, quels sont, pour l'année 1927, dans chacun des arrondissements de Paris, les établissements hospitaliers privés ou officiels qui acceptent les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. (*Question du* 10 *mai* 1927.)

Réponse. — 1er arrondissement : clinique du Pont-Neuf, 15, place du Pont-Neuf. 6e arrondissement : clinique ophtalmologique des docteurs Dehenne et Bailliart, 24, rue Monsieur-le-Prince. 7e arrondissement : maison de santé du docteur Virenque, 5, rue Edmond-Valentin. 9e arrondissement : clinique-maison de santé ophtalmologique du docteur Chappe, 72 *bis*, rue d'Amsterdam. 13e arrondissement : hôpital-école de la Croix-Rouge, rue des Peupliers ; hôpital Péan, 11, rue de la Santé ; hôpital-école Dispensaire Heine-Fould, 25, rue de la Glacière, 14e arrondissement : hôpital Saint-Joseph, 1, rue Pierre-Larousse ; dispensaire Marie-Madeleine, 75, rue de la Tombe-Issoire ; Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes ; hôpital de l'association Léopold-Bellan, 7, rue du Texel. 15e arrondissement : maison de santé, 60, rue Violet ; maison de santé du docteur Guillemin, 178 *bis*, rue de Vaugirard ; dispensaire de l'Espérance rue de la Convention ; hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres ; maison de santé internationale du docteur Bilhaut, 180, rue de Vaugirard. 16e arrondissement : clinique urologique et chirurgicale du docteur Le Fur, 21, rue de Rémusat ; hôpital de l'Association des Dames françaises, 93, rue Michel-Ange ; centre français de médecine et de chirurgie (docteur Oberthur), 12, rue Boileau ; clinique Franklin (docteur Petit de La Villéon), en son nom personnel, 15, rue Franklin. 17e arrondissement : maison de santé Brochant (société en nom collectif), 32, rue Brochant ; docteur Dedet et Co, maison de santé, 74 et 76, rue Laugier ; hôpital-école dispensaire de l'Union des Femmes de France, 32, rue de la Jonquière.

Banlieue. — Asnières : maison de santé d'Asnières, 2, rue de la Concorde (près le marché). Aubervilliers : maison de santé de l'Orangerie, 11, boulevard Anatole France. Courbevoie : maison de santé médico-chirurgicale La Montagne, 12, rue de la Montagne ; maison de santé Villa-Médicis, 49 *bis*, rue de Bezons. Levallois-Perret : M. Maurice Plicque, administrateur de l'hôpital du Perpétuel-Secours, 1, rue de Villiers et rue Kléber ; fondation Isaac-Péreire (société civile des fondations Isaac-Péreire (M. Truchet, directeur), 107, rue Gide. Montrouge : villa du Parc, clinique chirurgicale du docteur Nutte, 75, Grande-Rue, Neuilly-sur-Seine : hôpital chirurgical des Réformés, 58, rue Edouard-Nortier. Nogent-sur-Marne : maison de santé chirurgicale dite Sainte-Marie, propriété du docteur Gentil, 2, rue Jacques-Kablé. Saint-Ouen : clinique du docteur Masmonteil dite du Landy (clinique chirurgicale, 4, rue Rabelais, Saint-Ouen).

Hôpitaux civils dépendant de l'administration générale de l'assistance publique. — 4e arrondissement : Hôtel-Dieu, Parvis-Notre-Dame. 6e arrondissement : Charité, 47, rue Jacob. 7e arrondissement : Laënnec, 42, rue de Sèvres. 8e arrondissement : Beaujon, 208, rue du Faubourg Saint-Honoré ; Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré. 10e arrondissement : Saint-Louis, 40, rue Bichat. 12e arrondissement : Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine. 13e arrondissement : Broca, 111, rue Broca ; Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital ; Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. 14e arrondissement : Broussais, 96, rue Didot ; Cochin, 47, Faubourg Saint-Jacques ; La Rochefoucault, 15, avenue d'Orléans. 15e arrondissement : Boucicaut, 62, rue de la Convention; Necker, 151, rue de Sèvres ; hôpital de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard. 18e arrondissement : Bichat, boulevard Ney. 19e arrondissement : Andral, 17, boulevard Macdonald ; Claude-Bernard, porte d'Aubervilliers. 20e arrondissement : Tenon, 4, rue de la Chine.

Banlieue. — Boulogne-sur-Seine : hôpital Ambroise-Paré. Issy-les-Moulineaux : hôpital des Petits-Ménages. Ivry-sur-Seine : hospice d'Ivry, avenue de la République. Kremlin-Bicêtre : Bicêtre, rue du Kremlin ; sanatorium Clemenceau, 2, rue Rosselle, Brévannes (Seine-et-Oise).

Hôpitaux militaires. — 5e arrondissement : hôpital militaire du Val-de-Grâce, 277, rue Saint-Jacques, 10e arrondissement : hôpital militaire Villemin, rue des Recollets.

Banlieue. — Hôpital militaire Percy, à Clamart ; hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé.

Etablissements départementaux d'assistance ressortissant directement de la préfecture de la Seine — Paris, 14e arrondissement : hôpital Henri-Rousselle.

Banlieue. — Villejuif : centre anti-cancéreux.

Asiles publics d'aliénés. — Etablissements départementaux : Sainte-Anne, Paris, 14e arrondisse-

ment ; Villejuif (Seine-et-Oise); Ville-Evrard (Seine-et-Oise) ; Vaucluse (Seine-et-Oise).

Etablissements nationaux. — Maison de Saint-Maurice.

Hospices communaux. — Hôpital de Saint-Denis.

(*J. O.*, 7 octobre 1927.)

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Un élève de la Faculté de médecine de Beyrouth peut-il continuer ses études en France ?

Les questions suivantes nous sont posées :

Un étudiant peut-il obtenir le doctorat en médecine (diplôme d'Etat) d'une faculté métropolitaine, sans être bachelier, ni docteur ès sciences, ès lettres, ou en droit, ni agrégé de l'enseignement secondaire, en commençant ses études médicales à la Faculté française de Beyrouth et en faisant transférer son dossier en France ?

Pour pouvoir commencer ses études médicales, en France, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat, il faut, au moment de l'immatriculation dans une Faculté de médecine, justifier du grade de bachelier (décret du 31 juillet 1893).

Mais les étudiants étrangers peuvent, sans avoir leur baccalauréat français, être autorisés à se faire immatriculer en vue du diplôme d'Université, selon les termes du décret du 21 juillet 1897 et de la délibération du Conseil de l'Université de Paris, en date du 28 mars 1893.

En aucun cas, ce diplôme d'Université ne donne le droit d'exercer la médecine en France.

La Faculté libre de médecine et de pharmacie de Beyrouth admet les Orientaux et les Européens, nés en Orient et dont les familles sont définitivement fixées en Orient.

Les étudiants doivent :

1° Etre âgés d'au moins 18 ans ;

2° Déposer à la Faculté un certificat attestant les études qu'ils ont faites, un certificat de bonnes vie et mœurs, leur acte de nationalité ;

3° Subir avec succès un examen d'entrée sur un programme arrêté par la Faculté.

Mais, à la suite de décisions arrêtées entre le Ministre des Affaires étrangères et le Ministre de l'Instruction publique, les facilités d'admission et de scolarité, accordées aux jeunes gens originaires du Levant, pour faire leurs études, doivent valoir exclusivement pour la Faculté de Beyrouth.

Les élèves ayant bénéficié de ces facilités doivent donc accomplir et valider leur scolarité à Beyrouth même et ne peuvent s'en prévaloir pour obtenir l'autorisation de continuer, dans une Faculté située en France, les études com-

mencées en Syrie (communication ministérielle du 29 mai 1906).

Mais, une fois docteur en médecine de la Faculté de Beyrouth, le titulaire de ce diplôme pourra exercer là médecine en France.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

3355. — Privilège en cas d'accident du travail.

Un blessé vient se faire panser chez moi, porteur d'une fiche d'assurance de la P., délivré par le patron, fiche prouvant que le patron était assuré à la P. Le blessé guéri, j'envoie ma note à l'assurance.

Au bout de trois mois ne recevant aucune réponse et ayant l'occasion d'aller au siège de l'assurance, je demande le paiement de ma note : on me répond : « on ne peut vous régler, la police du patron est suspendue. Adressez-vous à ce dernier ».

Le patron, renseignements pris, a fait faillite et je ne puis trouver son domicile. Ne suis-je pas en droit d'attaquer la P. pour le paiement de mes honoraires ou pour demander des dommages intérêts ?

La note est peu élevée, mis si la blessure du blessé avait été grave, et avait demandé de nombreux pansements, l'assurance aurait agi de même et la perte serait plus grande.

Il me semble que la P. aurait dû me prévenir qu'elle ne couvrait pas les frais comme d'autres assurances le font quand un cas identique à celui-ci se produit ou que l'accident est contesté.

Dr B.

Réponse.

C'est seulement contre le patron responsable que la loi sur les accidents du travail vous donne une action directe en paiement de vos honoraires, et non contre l'assurance qui le couvre et qui, dans ses rapports avec vous, n'agit qu'en qualité de mandataire de son assuré.

Les primes n'ayant pas été payées régulièrement et l'effet de l'assurance se trouvant suspendu, c'est à bon droit que la Compagnie refuse de vous payer vos honoraires pour le compte de son assuré.

Mais la faillite de votre débiteur ne vous enlève pas tout recours contre son patrimoine. Vous devez produire votre créance entre les mains du syndic chargé des opérations de la faillite et demander votre admission au *passif privilégié*, en vertu des articles 23 de la loi du 9 avril 1896 et 2.101 du code civil, et vous serez payé intégralement sur l'actif disponible, sans avoir à subir la loi du concours avec les autres créanciers.

3337. — Procédure et délai de révision.

Seriez-vous assez aimable pour me dire les démarches que doit faire un accidenté du travail, blessé en avril 1925, ayant repris son travail sans incapacité permanente deux mois après, pour déclancher une action en révision et obtenir une rente d'incapacité permanente.

Le blessé en question qui est atteint d'ectropion par plaie de la paupière, m'a demandé, il y a quelques mois, un certificat en double exemplaire, constatant l'incapacité permanente, dont l'un fut adressé à la Compagnie d'assurances, l'autre à la mairie.

L'assurance répondit que le délai était écoulé — et il n'y eut rien — cependant, il me semble, pour l'avoir souvent lu dans le *Concours*, que le délai de révision est de trois ans.

Que doit donc faire mon client ? D^r^ F.

Réponse.

Puisque l'état de votre client s'est aggravé depuis la reprise du travail au point d'entraîner une incapacité permanente partielle, une action en révision est encore possible, contrairement aux assertions de l'assurance, à la condition que moins de trois ans se soient écoulés depuis la date à laquelle a cessé d'être due l'indemnité journalière. Il en est certainement ainsi, étant donné que l'accident remonte seulement au mois d'avril 1925.

Pour obtenir la rente à laquelle il a droit, que votre blessé se rende au greffe du tribunal civil dans le ressort duquel s'est produit l'accident et fasse une déclaration de demande de révision. Le président du Tribunal, saisi par cette déclaration, convoquera les parties en conciliation et l'affaire suivra son cours ordinaire. Le blessé sera pourvu de plein droit du bénéfice de l'assistance judiciaire et un avocat lui sera commis d'office pour l'assister dès la tentative de conciliation.

Il y aura lieu de remettre à votre client un certificat sur papier libre dans lequel vous constaterez l'invalidité dont il est atteint à la suite de son accident.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

8395. — 1° Certificats en double ; 2° Incision et contre-incision d'hygroma du genou.

J'ai l'honneur de vous demander ce qu'il faut faire dans les cas suivants :

Certaines Compagnies me demandent de délivrer deux certificats initiaux dans chaque accident du

travail. Je libellais ainsi ma note : deux certificats : 5 + 5 = 10 fr.

Or, la « C. » de N., ne veut me donner que cinq francs et continue à exiger deux certificats ;

2° Que dois-je compter comme tarif pour un phlegmon de la bourse prérotulienne pour lequel j'ai dû faire : ouverture, contre-ouverture et drainage par drain de caoutchouc ? (Il s'agit toujours d'un accident du travail).

J'oubliais encore une chose, il s'agit d'une note pharmaceutique pour victime de la guerre. On supprime de ma note un litre de vin de quinquina : 12 fr. 95. Pourquoi ? Dr S.

Réponse.

1° Vous ne devez fournir légalement qu'un seul certificat. Si la Compagnie en exige deux, elle doit en payer deux. Mais faites-lui demander ces deux par écrit pour présenter la demande au juge de paix, en cas de différend et démontrer que la Compagnie *en exige deux*, alors qu'elle n'a droit qu'à un seul (article 28). Qui commande paye.

2° L'incision d'hygroma se compte « 20 à 100 francs, suivant les cas » (article 28). Ici, vous pourriez demander 60 francs, en *expliquant* votre cas.

3° Le quinquina est payé par l'Etat, non l'excipient « vin ». F. D.

II

3400. — Majoration pour intervention de nuit.

Un blessé se fait une luxation de l'épaule un samedi soir. Il essaye de patienter jusqu'au lendemain, mais comme il souffrait beaucoup il m'appelle à cinq heures du matin, le dimanche. Sur ma note d'honoraires, je majore de 50 % la réduction de luxation.

La Compagnie refuse en alléguant que la majoration de 50 % porte sur le prix de la visite et non sur l'acte opératoire. C'est un peu fort, je ne puis cumuler la visite et l'intervention et si je travaille la nuit ou le dimanche, je devrais le faire sans augmentation de prix.

Dr L.

Réponse.

La Compagnie est dans son tort et vous aussi. Ce n'est pas 0 %, ni 50 %, mais 25 % de majoration pour toute intervention *de nuit*. Voyez l'article 8 et faites le connaître à la Compagnie.

F. D.

III

3407. — Réduction de fractures un dimanche et répétition de plâtre.

Comme membre du « Sou médical », vous seriez bien aimable de m'indiquer le tarif que je dois appliquer, dans le cas suivant, pour un sinistre agricole à la Compagnie d'assurances.

Un fermier dont le bras est écrasé sous son char porte une fracture de l'humérus et fracture ou contusion au pied correspondant, heurté par la roue.

Cela se passe un dimanche. J'y vais, sitôt demandé et y reste (14 kil. environ) de 6 à 9 heures du soir. Je lui applique après réduction un plâtre. Et trois semaines après, je crois devoir poser un deuxième plâtre différent du premier.

Quel tarif exact appliquer ? Pour deux plâtres : dois-je compter le deuxième plâtre 50 fr., comptant déjà le premier 120 fr.

Quoi prendre, comme supplément pour course et opérations du dimanche ? puis du dimanche soir de 6 h. à 9 h. du soir ?

P. S. — Prière de me dire s'il y a un tarif officiel ou du moins un accord avec les Compagnies d'assurances pour les examens et rapports pour assurances-vie ? Notre Syndicat a décidé 50 fr. pour 20.000 fr. de prime et 80 fr. à 50.000 fr. d e prime ; mais l'agent ne veut nous allouer que 50 fr. dans tous les cas !

Dr B.

Réponse.

a) C'est non ce qu'a le blessé, mais ce que vous avez fait qui entre en compte. Vous avez donc réduit et plâtré une « fracture de l'humérus », soit : 120 francs. Pas de supplément de dimanche qui n'existe que pour la visite simple (article 3). Vous y êtes resté de 6 à 9 heures du soir, mais pourquoi ? Le malade était-il « dans l'éventualité de complications menaçant sa vie » ? (article 6). Si oui, lesquelles ? Si non, c'est que le plâtre, etc., a été long à faire, mais c'est pourquoi vous avez à toucher 120 francs. Vous voyez la thèse à discuter !

b) Le second plâtre est à compter 50 francs pour « répétition d'appareil plâtré » (article 18, *in fine*).

c) L'Union a décidé de demander 60 francs pour tout certificat assurance-vie. C'est le prix de notre syndicat depuis ce temps et auquel il convient que tous les confrères se tiennent. Mais je ne comprends pas deux prix différents, suivant la prime à payer : il n'y a pas deux manières d'examiner à fond un candidat à l'assurance.

F. D.

Application du tarif Maginot-Marin.

3355. — Paiement de fournitures pharmaceutiques.

J'ai eu l'occasion de faire ce mois-ci deux corsets plâtrés pour tuberculose vertébrale à des malades reconnus comme mutilés de la guerre.

J'ai détaché un coupon pour la confection du corset plâtré, mais je voudrais savoir qui payera la tarlatane, le jersey et le plâtre employés pour l'appareil. Je ne les ai pas fait acheter chez le pharmacien, car j'ai une clinique et mes infirmières ont elles-mêmes découpé la tarlatane en bandes, ont préparé les

bandes plâtrées. Quant au plâtre nous en avons toujours en réserve pour nos fractures. Je crois d'ailleurs que cela coûtera moins cher à l'Etat que de les acheter toutes préparées. Mais comment dois-je me faire rembourser ? Dr F.

Réponse.

Si vous n'êtes pas propharmacien, vous ne pouvez vous faire payer directement un produit pharmaceutique quelconque. Celui-ci ne peut être payé qu'à un pharmacien et sur présentation d'une ordonnance médicale faite sur la feuille pharmaceutique du carnet du blessé.

F. D.

Questions médico-militaires.

3197. — Recours contre refus de pension militaire.

Je m'intéresse particulièrement à une veuve, mère de deux enfants âgés respectivement de 11 et 13 ans. Son mari, mobilisé du 8 août 1914 au 29 mars 1919 (classe 1908) est mort de tuberculose pulmonaire le 11 août 1921.

Malheureusement, il n'a jamais été évacué pour tuberculose (une seule évacuation pour fracture de la clavicule par éclat d'obus), de sorte que la veuve en question n'a rien pu obtenir. J'ai de fortes raisons de croire qu'elle n'a pas employé toute la procédure convenable et c'est à ce sujet que je vous demande conseil.

Il lui sera facile de prouver par témoignages de camarades de chantier (il était employé à la Ville de Paris), qu'il était malade dès les premiers temps de son retour à la vie civile. Peut-être pourrait-elle également retrouver des camarades de guerre, témoignant qu'il toussait à la fin de la guerre.

Voulez-vous être assez aimable pour me dire quels genres de pièces il faudrait joindre à une demande, et à qui faire cette demande ?

Dr N.

Réponse.

Si la veuve en question n'a pu obtenir aucune pension, dites-vous, c'est qu'elle s'est déjà adressée au Ministre des Pensions, lequel a dû lui notifier un rejet de sa demande.

En ce cas, dans les six mois du jour de cette notification, elle peut introduire un pourvoi devant le tribunal des pensions, par lettre recommandée adressée au greffe du tribunal civil, avec demande au Président du Tribunal.

Tous les témoignages dont vous parlez sont bons à obtenir et à retenir, à la condition qu'ils soient sincères et précis. Cependant, l'intéressé, décédé plus d'un an après le renvoi dans ses foyers, sans aucune constatation préalable, ne bénéficie d'aucune présomption d'origine. La preuve, entièrement à sa charge, est d'autant plus difficile à établir.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2794-IV)

(*suite du Sommaire.*)

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

La Défense professionnelle individuelle

Au confrère qui, malgré trois appels, ne s'est pas encore fait inscrire au « Sou Médical ».

Je comprends, mon cher Confrère, que, ne vous étant décidé à devenir membre du « Sou Médical » qu'à la suite de mon appel du 4 mai dernier, vous ayez hésité, à la dernière minute, estimant que l'année étant déjà près d'à moitié écoulée, votre besoin d'être défendu et soutenu vous semblant problématique, voire illusoire, vous pouviez attendre.

Mais, laissez-moi vous dire que vous seriez inexcusable de le faire davantage, quand je vous aurai appris que, si vous adhérez au « Sou Médical » après le premier novembre prochain, votre cotisation sera valable pour toute l'année 1928.

Ne me répondez pas surtout : « Mais qu'ai-je besoin de vous ? Je suis assuré à la X. pour cinq cent mille francs . . . . ». — Vous êtes assuré contre quoi ? Uniquement contre les risques professionnels de responsabilité civile. Mais, demandez donc à votre assurance si elle vous défendrait au cas où, comme le confrère qui venait me voir hier, vous étiez poursuivi pour avoir commis une irrégularité dans une prescription de morphine. Demandez-lui si elle s'intéresserait à votre cause au cas où, comme notre vieil ami M., vous vous verriez refuser les honoraires d'un accouchement réellement pratiqué, sous prétexte qu'on ne vous avait pas appelé. . . Demandez-lui si elle prendrait fait et cause pour vous au cas où votre propriétaire, tout comme il advient actuellement au Dr B., de la banlieue parisienne, vous traînait en cassation pour une prorogation de bail qu'il vous refuserait, alors qu'elle vous est légitimement due. . . Demandez-lui encore quelle serait sa réponse au cas où vous l'appelleriez à votre aide, pour vous faire honorer des soins donnés par vous à la victime d'un automobiliste qui vous l'aurait amenée, en vous demandant de la soigner, pour se dérober ensuite, avec ce trop commode échappatoire : « Adressez-vous à mon assurance . . . »

Eh bien ! Tous ces conflits, toutes ces difficultés de la pratique journalière, que les assurances ignorent et dont elles ne couvrent pas les conséquences, le « Sou Médical » les prend à sa charge, morale et pécuniaire, quand son Conseil en a ainsi décidé, et aide ses adhérents à en triompher, ou à y laisser les moindres plumes de leurs ailes... Ceux-là, et d'autres encore que je ne saurais détailler ici, mais dont la lecture de l'un quelconque des procès-verbaux des réunions de notre Conseil d'administration, deux fois par mois, vous révèlera l'infinie variété.

Venez donc au « Sou médical ». Il vous en coû-

tera encore *quarante francs* jusqu'au 31 décembre 1928, **« pour bénéficier de son influence, de ses conseils juridiques, de son appui moral et s'il y a lieu, pécuniaire, quand vous vous trouverez lésé ou menacé dans les intérêts qui découlent de vos droits professionnels, et pour être couvert contre les actions civiles en responsabilité qui pourraient vous être intentées pour des actes cliniques ou thérapeutiques accomplis par vous, *jusqu'à concurrence de soixante-dix mille francs.***

Et si vous vous abonnez en même temps au journal *Le Concours Médical*, c'est **jusqu'à concurrence de cent mille francs que vous serez garanti.**

Profitez donc de ce que la cotisation du « Sou Médical » demeure encore fixée à 40 francs, pour entrer dans notre Ligue de Défense. Les frais de justice ont, en effet augmenté dans de telles proportions que notre Conseil se verra sans doute bientôt forcé de proposer à l'Assemblée générale d'élever cette cotisation, pour être en mesure d'accorder le plus large appui à tous ses adhérents.

Quarante francs de 1927, c'est huit francs de 1914. **C'est le prix de deux de vos visites...** Mettez de côté les honoraires des deux premières que vous ferez dans votre clientèle, après m'avoir lu. Adressez-nous en le montant, ou mieux, versez-le au compte de chèques postaux du « Sou Médical » (Paris, 182-31) et envoyez-nous en même temps le Bulletin d'adhésion, dûment rempli et signé, qui, j'en suis sûr, est sur un coin de votre bureau, attendant le geste que vous avez différé jusqu'ici d'accomplir. Ou bien, détachez-le, ce bulletin, du présent numéro du *Concours médical* où vous le trouverez à la page XXXVII. Et, qu'avant la fin de l'année, vous puissiez dormir en paix, en pensant que, si votre malchance vous attire quelque mésaventure professionnelle, vous ne serez plus isolé pour y faire face, mais que vous aurez avec vous plus de cinq mille solidaires, financièrement, de vos infortunes — et dirigés par des confrères qui vous sont tout dévoués, à commencer par votre serviteur,

Dr G. DUCHESNE,
Secrétaire général adjoint du « Sou Médical ».

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Exercice abusif du droit de reprise du propriétaire. Epilogue.

Nous avons publié, dans notre numéro 43 *bis* de 1925, page 2525, un arrêt de la Commission supérieure de Cassation, en date du 9 juillet 1925, cassant un jugement du juge de paix de Pavilly

(Seine-Inférieure), du 17 novembre 1924, qui avait rejeté la demande de prorogation du Dr V. formée en vertu des lois des 31 mars 1922 et 29 décembre 1923.

Le juge de paix s'était basé, pour rendre sa décision, sur le fait que, dans un procès-verbal de conciliation, un accord était intervenu entre locataire et propriétaire, aux termes duquel ils avaient fixé la date d'expiration de la prorogation à laquelle le locataire avait droit par application de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918. La Commission supérieure de cassation a décidé que l'article 1er de la loi du 2 août 1924 disposait que la prorogation facultative des lois des 31 mars 1922 et 29 décembre 1923 pouvait être accordée à tout locataire et à tout occupant de bonne foi, en vertu d'une prorogation antérieure, même expirée, sans distinguer si cette dernière prorogation résultait d'un accord amiable ou d'une décision judiciaire.

La Commission supérieure a basé également sa décision sur l'inapplicabilité du droit de reprise du propriétaire aux locaux à usage professionnel, les lois précitées limitant, comme la loi du 1er avril 1926, actuellement en vigueur, le droit de reprise aux locaux d'habitation.

Malgré le pourvoi formé contre le jugement du juge de paix de Pavilly, le propriétaire du Dr V. engagea contre lui des poursuites aux fins d'expulsion, lui fit à cet effet deux sommations et un commandement et l'appela devant le juge de paix. Un procès-verbal de conciliation, dressé par ce magistrat le 29 juin 1925, accorda au Dr V. un mois pour quitter sa maison et il la quitta effectivement le 13 juillet 1925.

Mais, comme on l'a vu, le jugement du juge de paix de Pavilly avait été cassé et le juge de paix de Maromme, devant lequel l'affaire avait été renvoyée, accorda, par jugement du 29 avril 1926, la prorogation qui faisait l'objet du litige.

Le Dr V. estima que, en l'obligeant à quitter sa maison, sans attendre la décision de la Commission de Cassation, le propriétaire avait abusé de son droit et l'assigna en dommages-intérêts devant le Tribunal civil de Rouen, qui rendit la décision suivante :

TRIBUNAL CIVIL DE ROUEN.

19 *juillet* 1926.

(Archives du « Sou Médical »).

Attendu que suivant décision rendue par le juge de paix du canton de Pavilly du 17 novembre 1924, le bénéfice de la prorogation prévue par les lois des 31 mars 1922 et 2 août 1924 a été refusé à V. qui devait en conséquence quitter la maison à lui louée par R. le 25 décembre 1924 ;

Que V. se pourvut immédiatement en cassation devant la Commission supérieure des loyers contre

cette décision et que ce pourvoi fut régulièrement notifié à F., son propriétaire ;

Que malgré ce pourvoi, F. engagea immédiatement des poursuites aux fins d'expulsion de V. par sommation des 3 janvier et 21 avril 1925, commandement du 16 juin 1925 et instance devant le juge de paix de Pavilly, terminée par un procès-verbal de conciliation du 29 juin 1925 accordant à V. un mois pour l'exécution du jugement du 17 novembre 1924 jusqu'au lundi 13 juillet 1925 ;

Que V. quitta en conséquence à cette dernière date l'immeuble loué par F., mais que la décision du 17 novembre 1924 ayant été cassée par arrêt de la Commission supérieure des loyers du 9 juillet 1925, le juge de paix du canton de Maromme, devant qui la cause fut renvoyée, a rendu, le 29 avril 1926, un jugement décidant que V. avait droit à la prorogation instituée par la loi du 2 août 1924 et que l'immeuble loué étant à usage d'habitation et professionnel, faisant l'objet d'une location unique et ne pouvant être divisé, le droit de reprise de F. n'était pas applicable ;

Qu'en passant outre au pourvoi contre une décision qui pouvait être rétractée ainsi qu'il est arrivé, F. n'a pu faire exécuter cette décision qu'à ses risques et périls ;

Que ses agissements tout au moins imprudents l'exposent aux responsabilités édictées par l'article 1382 du Code civil et que le tribunal possède les éléments d'appréciation suffisants pour fixer à 500 fr. le préjudice qui a été ainsi causé à V. ;

Que F. ne saurait sérieusement soutenir qu'en acceptant, le 29 juin 1925, un sursis au jugement du 17 novembre 1924 jusqu'au lundi 13 juillet 1925, V. est parti volontairement et spontanément de l'immeuble, alors que son expulsion était au contraire demandée et poursuivie avec âpreté et que jamais V. n'a renoncé ni expressément, ni tacitement à se prévaloir du pourvoi en cassation par lui formé et à obtenir réparation des actes accomplis par F., qui ont empêché d'une façon définitive l'exercice des droits de V., consacrés par l'arrêt du 9 juillet 1925 et la décision du juge de paix de Maromme du 29 avril 1926.

Par ces motifs,

Condamne F. à payer à V. la somme de 500 francs à titre de dommages intérêts et le condamne en outre, en tous les dépens.

Déboute les parties de toutes fins et conclusions contraires ou plus amples.

Le Tribunal de Rouen admet donc que, bien que, en droit, le pourvoi en cassation ne soit pas suspensif, la partie qui a obtenu une décision judiciaire faisant l'objet d'un pourvoi peut être condamnée à des dommages-intérêts pour l'avoir fait exécuter, alors qu'elle était susceptible d'être mise à néant par la Cour de Cassation et rétractée par le tribunal de renvoi, ainsi qu'il est advenu dans l'affaire du Dr V. Le propriétaire, en l'espèce, n'a pu faire exécuter la décision du juge de paix de Pavilly qu' « à ses risques et périls » ; il a

été « tout au moins imprudent » et est responsable de cette imprudence, qui, ayant causé un préjudice au locataire, a justifié l'allocation à celui-ci de dommages-intérêts.

Cette décision n'est pas la première en ce sens et nous avions pu signaler au Dr V. un arrêt de la Cour de Poitiers, 1re Chambre, du 29 juin 1925 (*Gazette du Palais*, 21 octobre 1925), condamnant un propriétaire à payer 20.000 francs de dommages-intérêts à un locataire que, malgré un pourvoi en cassation, il avait fait expulser en vertu d'un jugement qui lui accordait la reprise des lieux pour les habiter personnellement. Ce locataire était un commerçant bénéficiant de la prorogation légale de la loi du 9 mars 1918. Le préjudice, dans cette espèce, était grave, l'expulsion ayant entraîné la faillite du locataire.

Le Dr V., qui est maintenant membre du « Sou Médical », ne l'était pas lorsque la lutte qu'il a menée à bien contre son propriétaire a commencé. Aux termes des statuts et règlements du « Sou », il n'avait donc pas droit à l'appui pécuniaire et ne l'a d'ailleurs pas demandé. Il n'a pu bénéficier que de nos conseils et de ceux de nos avocats. Mais il n'est pas douteux que, s'il s'était trouvé dans les conditions statutaires pour l'obtenir, le Conseil lui aurait accordé son appui, tout au moins pour se pourvoir en cassation contre le jugement qui lui avait refusé la prorogation.

J. DUMESNY.

CORRESPONDANCE

Responsabilité professionnelle.

3432. — Le « Sou » garantit la responsabilité du propharmacien.

Adhérent au « Sou Médical » et étant, comme du reste lorsque je m'y suis fait inscrire, médecin propharmacien, je viens d'entendre dire que le « Sou médical » ne couvrirait que les risques inhérents à la profession médicale seule, sans y comprendre ceux de l'exercice de la propharmacie. J'en suis fort étonné et ne crois pas que cela puisse être ; je pense que bien des médecins propharmaciens adhérents comme moi croient de bonne foi que leurs risques au point de vue responsabilité professionnelle sont entièrement couverts par le « Sou médical », aucune clause n'excluant cette garantie.

Soyez donc assez aimable pour me fixer à ce sujet.

Dr B.

Réponse.

Contrairement à ce que l'on a pu vous dire, à ce sujet, la garantie du « Sou médical » contre les risques de responsabilité professionnelle s'étend aux risques que peuvent courir les médecins propharmaciens exerçant régulièrement la propharmacie, à l'occasion de la préparation et de la vente de médicaments à leurs malades, et ce,

sans majoration de la cotisation qui est uniforme pour tous : médecins praticiens, médecins pro-pharmaciens et spécialistes.

Le cas est d'ailleurs formellement prévu par l'article 1er du règlement de la Caisse de garantie, page 17 de l'exemplaire des statuts que nous vous adressons.

Questions médico-militaires.

3128. — Promotion à date fixe.

Appartenant à la classe 1920, et A. M. de 2e cl. de réserve, je devais faire une période du 10 septembre au 14 octobre. J'ai été prévenu hier seulement du renvoi de cette période du 3 au 27 novembre, à peine cinq jours à l'avance, d'où renversement brusque de tous mes projets, remplaçant, etc... Je passe sur ce sans-gêne bien militaire !

Or, d'après votre réponse antérieure, je devais passer à deux galons le 16 octobre prochain. N'ayant pas fait encore ma période, serai-je à cette date nommé aide-major de 1re classe ? Oui, si l'ancienneté suffit ; si la période est indispensable, ce n'est pas de ma faute si je ne l'ai pas faite avant le 16 octobre. Enfin, si je suis nommé seulement après ma période, ce sera sans doute à dater du 16 octobre ; aurai-je droit alors à un rappel de solde, pour le temps de ma période, et correspondant à la différence de solde entre aide-major de 2e classe et aide-major de 1re classe ?

Dr C.

Réponse.

Même sans avoir encore effectué votre période, vous serez vraisemblablement promu à la date du 16 octobre prochain. Nous disons « à la date », car les confrères dans votre cas étant nombreux et leurs dates de promotion variant sensiblement, il est possible, pour éviter de multiples décrets, que le Ministre les groupe en un *seul* décret qu'il fasse signer au Président de la République, seulement en fin d'année par exemple, *mais* avec promotion « à la date normale ».

Dans ces conditions, vous pourriez parfaitement faire votre période d'instruction en novembre, étant encore à un galon. Vous toucherez la solde de médecin aide-major de 2e classe, mais vous n'aurez ensuite droit à aucun rappel de solde, ainsi qu'il est spécifié dans la loi du 15 mars 1927.

3132. — Passage d'un père de 4 enfants dans la 2e réserve.

Un entrefilet de journal me rappelle que tout père de quatre enfants se trouve de par la loi militaire actuelle automatiquement versé dans la deuxième réserve. Père de quatre enfants depuis le 5 mars dernier, je vous serais obligé de me dire si, ayant grade de médecin aide-major de 2e classe et affecté en cas de mobilisation à un groupe sanitaire divisionnaire,

(Voir la suite page XXXIX-2837)

PROPOS DU JOUR

Le dernier représentant de l'Ecole anatomique de Tours : Le Dr Louis Dubreuil-Chambardel.

Depuis le début du XIXe siècle, grâce au génie de Bretonneau, l'Ecole de médecine de Tours, bien que simple école préparatoire, avait été un foyer brillant d'enseignement de l'anatomie. Ce fut à l'école de Bretonneau que s'initia à l'anatomie la pléïade des médecins tourangeaux illustres devenus parisiens que furent Velpeau, Baillarger, Trousseau, Gouraud, Moreau (de Tours). Ce fut Bretonneau qui leur montra toute l'importance de l'anatomie et de l'anatomie pathologique tant pour établir le rôle du système lymphoïde de l'intestin dans la fièvre typhoïde que pour régler avec précision son procédé opératoire de la trachéotomie dans le croup.

Un des élèves de Bretonneau, Saturnin Thomas, enseigna brillamment à Tours l'anatomie descriptive qu'il sut rendre attrayante en lui associant l'anatomie comparée. Il publia en 1865 un traité d'ostéologie remarquable. Il compta parmi ses élèves Vidal, Labbé, Lorrain qui devinrent à Paris des célébrités médicales et J. Renaut qui fut le grand histologiste de Lyon. Giraudot qui succéda à Saturnin Thomas, fut aussi un brillant professeur, pourvu d'une grande culture générale. Félix Anatole Le Double qui remplaça ce dernier, enseigna pendant un demi-siècle l'anatomie à Tours. Ses beaux travaux sur les variations des organes dans l'anatomie humaine et leur importance dans l'étiologie de nombreuses maladies, l'explication anatomique qu'il donna de passages en apparence obscurs de Rabelais, de Descartes, de Bossuet sont connus de tous les anatomistes et de la plupart des médecins et en ont fait un savant universellement réputé.

Or Le Double, en mourant, avait laissé un disciple, un homme aux vastes connaissances, un véritable savant qui avait entrepris de compléter son œuvre par l'étude ingrate mais remplie de précieux enseignements des variations des organes, laissée inachevée ; ce disciple qui eût atteint, sans doute dépassé la renommée de son maître, fut DUBREUIL-CHAMBARDEL, chef des travaux de l'Institut anatomique et professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole de médecine de Tours, qu'une mort brutale a enlevé, il y a trois mois à peine, à l'affection des siens et de ses nombreux amis.

Dubreuil-Chambardel est mort jeune dans le plein épanouissement de son talent. Il avait quitté, il y a deux ans, le fauteuil présidentiel de la Société d'anthropologie de Paris dont il était un membre assidu et fidèle. Ses conférences à l'Ecole d'anthropologie étaient fort appréciées. Il avait bien voulu honorer le *Concours médical* de sa collaboration et plusieurs articles de lui étaient en voie de publication quand nous apprîmes sa mort. Nous étions alors en vacances et nous regrettâmes de n'avoir pu rendre à cet homme excellent, à cet ami courtois et fidèle, à cet esprit curieux et savant, à la vaste érudition, l'hommage qui lui était dû. Aujourd'hui au moment où la Société d'anthropologie reprend ses séances, nous croyons de notre devoir de faire connaître à nos lecteurs, ce que fut Dubreuil-Chambardel.

***

Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL naquit le 21 juin 1879 à Marseille. Son père, qui exerçait la médecine dans cette ville, était un homme d'une grande culture d'esprit et d'une grande largeur d'idées et son fils hérita de ces deux rares qualités. Issu d'une vieille famille originaire des Deux-Sèvres, il avait eu comme bisaïeul le conventionnel Dubreuil-Chambardel qui, au moment le plus sombre de la Terreur, avait osé dire : « L'on ne parle que de sang et de poignards il faut que l'amour de la patrie soit bien profondément gravé dans mon cœur pour supporter tous les dégoûts que l'on essuie dans cette malheureuse ville où l'anarchie règne » (1).

Louis Dubreuil-Chambardel termina ses études secondaires au lycée Descartes à Tours et devint à l'école de médecine de cette ville, l'élève et l'ami de Le Double dont il ne cessa d'être l'admirateur.

Bien que n'étant qu'un tourangeau d'adoption, Dubreuil-Chambardel, qui était un idéaliste et un enthousiaste, s'éprit d'une affection toute filiale pour Tours, la belle Touraine et

(1) Cité dans l'Histoire de France de Lavisse.

pour les médecins qui illustrèrent l'école de médecine où il s'était initié aux sciences médicales qu'il aimait. Ses premiers travaux furent consacrés aux gloires médicales de la Touraine, aux *Ancêtres de Bretonneau* (1900), au *Dr Félix Herpin* (1902), au *Père Bretonneau prédicateur* du XVII[e] siècle (1905), aux *Figures médicales tourangelles* (1907).

Le Double avait fait de Louis Dubreuil-Chambardel un anatomiste passionné. Dès 1905, marchant dans la voie qu'avait explorée son maître, il avait étudié les variations anatomiques de l'artère poplitée et il continua l'étude des *Variations du corps humain* qu'il avait l'intention de poursuivre. Ses recherches démontraient que le plus souvent les variations que l'on a tort de qualifier d'anomalies, sont la persistance de dispositions normales chez le fœtus et ne s'expliquent qu'assez rarement par l'anatomie comparée. Le *Concours médical* a eu hélàs ! le triste avantage de publier deux articles de morphologie clinique sur les malformations des côtes et les côtes flottantes, articles ayant trait aux variations anatomiques de ces organes (1).

La guerre interrompit ses travaux.

L. Dubreuil-Chambardel avec ses connaissances anatomiques si étendues et si précises devait être une précieuse recrue dans la chirurgie d'armée. Les services qu'il rendit et le courage et le sang-froid dont il fit preuve aux moments les plus critiques, notamment au voisinage d'Ypres, lui valurent cinq citations et la croix de la Légion d'honneur. Médecin de bataillon, puis médecin en chef d'un régiment, il fut blessé le 31 août 1917, mais refusa d'interrompre son service et continua de panser les combattants.

De brillants concours l'avaient attaché à l'Ecole de médecine de Tours comme chef des travaux de l'Institut anatomique et comme professeur suppléant de la chaire d'anatomie. Son enseignement y fut d'autant plus apprécié que L. Dubreuil-Chambardel, véritable encyclopédiste, savait par ses connaissances scientifiques très étendues en doubler l'intérêt. Toujours enthousiaste des gloires médicales tourangelles, il publia en 1922, le *Traité de la dothiénentérie* de Bretonneau qui, sans lui, fut resté un manuscrit ignoré. Sa réputation déborda les limites de sa province. Anthropologiste, préhistorien, archéologue, il prit une part active aux travaux de la Société d'anthropologie de Paris dont il fut le président en 1923 et l'Ecole d'anthropologie l'appela à collaborer à son haut enseignement. Il soutint brillamment dans les divers congrès internationaux d'anatomie, d'anthropologie, d'histoire, le bon renom de la science française, notamment en Portugal, en Italie, en Belgique. Dernièrement à La Haye, en Hollande, il obtint un grand succès en exposant avec une documentation remarquable l'*Ascendance et les origines tourangelles de Descartes.* Appelé l'an dernier en mission en Pologne par les Universités de ce pays, il y avait montré le rôle important qu'avaient joué les savants français dans les découvertes et les applications récentes de l'anatomie.

L. Dubreuil-Chambardel, esprit d'élite, travailleur acharné, ne se confinait pas dans les hautes sphères de la spéculation scientifique, il ne craignait pas de descendre dans le domaine de la pratique. Médecin praticien, dévoué et estimé, il consacra une partie de son temps à l'éducation physique de la jeunesse. Il s'efforça de grouper sans distinction d'opinions et en laissant à chacune son autonomie, les diverses sociétés sportives de Touraine, et fut nommé président du Comité sportif de Tours. En médecin sage et prévenu, il s'efforça de détourner les jeunes gens de l'ambition, souvent néfaste, de devenir des athlètes et dans des conférences qui eurent le plus grand succès, il s'attacha à montrer quelles devaient être les limites prudentes d'une bonne culture physique.

Journaliste de talent, L. Dubreuil-Chambardel fut un temps rédacteur en chef de la *Gazette médical du Centre* et ne cessa de collaborer sous le pseudonyme du Dr Raoul Leclerc à la *Touraine Républicaine.* Depuis quelques années, il avait bien voulu accepter de collaborer au *Concours médical* où il termina prématurément sa carrière de journaliste.

L'homme privé ne le cédait pas au savant. Tout ceux qui l'ont approché l'ont aimé autant qu'ils l'ont estimé. « Il était bon, simple, et modeste, nous écrivait un de ses intimes le lendemain de sa mort. Catholique convaincu et pratiquant, il était d'une tolérance extrême et comptait des amis sincères et dévoués de croyances diamétralement opposées aux siennes. Il avait donné toute son affection à ses vieux parents et pour ne pas les quitter s'était marié assez tardivement avec une femme charmante, fille d'un homme politique distingué M. Deribéré-Desgardes, qui prenait intérêt à ses travaux et s'efforçait de le seconder. Il adorait les trois beaux enfants qui le pleurent aujourd'hui. C'était un excellent ami qui ne laisse

(1) *Concours médical* du 4 sept. et du 11 sept. 1927.

que des regrets chez ceux qui vivaient dans son intimité. C'était en outre un sage qui avait le plus grand dédain des agitations du Forum. »

***

Louis Dubreuil-Chambardel prenait ses vacances en famille dans son coquet manoir de Larçay, quand, le jeudi 4 août, il fut brusquement atteint de congestion pulmonaire ; son état s'aggravant, il fut transporté aussitôt à Tours où il succombait le 6 août à l'âge de 48 ans.

Ses obsèques eurent lieu à l'église Saint-Julien de Tours. Un imposant cortège de confrères et d'amis accompagnèrent son cercueil sur lequel de nombreuses délégations avaient déposé des couronnes. Citons : l'Association des étudiants de Tours, l'Association des médecins d'Indre-et-Loire dont il était secrétaire général, les professeurs et les élèves de l'Ecole des Beaux-Arts, les anciens élèves du Lycée Descartes, la Touraine Républicaine, l'Union des femmes de France, le Comité sportif, les Jarrets d'Acier, la Société médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien, les Poilus de Touraine, etc., etc.

M. Croccichia, adjoint, représentant le maire de Tours, M. l'Ambassadeur Besnard, M. le secrétaire général de la Préfecture et de nombreuses notabilités officielles étaient à la tête du cortège. Des discours furent prononcés par le Dr Sandrier au nom de la Société médicale, par le Dr Cosse, au nom de l'Association et du Syndicat des médecins d'Indre-et-Loire, par le Dr Thierry, directeur de l'Ecole de médecine, par le Dr Bonnet, au nom de la Société de Saint-Luc, par le Chanoine Guignard, président de la société d'archéologie, par M. Perchery, au nom du Comité sportif, par le Dr Roy, au nom des amis de la famille. Tous, en termes émus, exposèrent les rares qualités du défunt et exprimèrent le douloureux regret de voir aussi prématurément disparaître un homme qui, en pleine maturité de son intelligence et de son talent, donnait lieu à de si belles espérances.

J. Noir.

***

Nous ne saurions mieux faire pour donner une idée juste de la valeur de notre regretté collaborateur et ami et du labeur considérable auquel il s'est livré, que de donner la liste suivante de ses principaux travaux :

Anatomie. — L'artère poplitée et ses variations anatomiques (Paris, Vigot, 1905), br. in-8°.

De l'arcade plantaire superficielle (Iéna, Fischer, 1908), br. in-8°.

Les clinodactylies : camptodactylie, déviations varus et valgus (Paris, Vigot, 1908), br. in-8°.

Classification des utérus et des vagins doubles (Genève, George, 1911), br. in-8°.

Notes anatomiques et anatomo-pathologiques : ossification du pouce, ligaments de l'atlas, carie des incisives supérieures, utérus et vagins doubles, scolioses et hémi-vertèbres (Paris, Vigot, 1914), in-12°.

Les hommes sans cou : le syndrome de Klippel-Feil (Paris, Masson, 1921), br. in-8°.

L'atlas (Paris, Vigot, 1921), br. in-4°.

Les scolioses ou déviations latérales de la colonne vertébrale (Paris, Flammarion, 1922), in-16°.

Les variations du corps humain (Paris, Flammarion, 1925), in-18°.

Variations des artères du pelvis et du membre inférieur (Paris, Masson, 1925), vol. in-8°.

Variations des artères du membre supérieur (Paris, Masson, 1926), vol. in-8°.

Histoire de la médecine. — Les ancêtres de Bretonneau (Tours, Péricat, 1900), br. in-8°.

Le docteur Félix Herpin (1772-1852) (Tours, impr. tourangelle), 1902, br. in-8°.

Un manuscrit médical du XVe siècle, d'origine mancelle (Paris, Picard, 1904), br. in-8°.

Les ancêtres de Bretonneau, 2e éd., avec potrtraits (Paris, Maloine, 1905), br. in-8°.

Figures médicales tourangelles (Tours, Péricat, 1907), vol. in-8°.

L'enseignement des sages-femmes en Touraine (Tours, Péricat, 1909), br. in-8°.

Id., (2e éd. Paris, Champion, 1911), br. in-8°.

L'enseignement médical à Marmoutier au XIe siècle (Tours, Péricat, 1911), br. in-8°.

Les médecins dans l'ouest de la France, aux XIe et XIIe siècles (Paris, Soc. d'Histoire de la médecine, 1914), vol. in-8°.

Les vicissitudes d'une léproserie au XVIIe siècle : Saint-Lazare, de Crouzilles (Paris, Vigot, 1916), br. in-8°.

Bretonneau : Traités de la dothiénentérie et de la spécificité (Paris, Vigot, 1922.), vol. in-8°.

Préhistoire. — La Touraine préhistorique (Paris, Champion, 1923), vol. in-4°.

Histoire et archéologie. — Ciran-la-Latte, monographie historique (Tours, Péricat, 1904) br. in-8°.

Le père Bretonneau, prédicateur (1660-1741) (Tours, Péricat, 1905), br. in-8°.

Quelques matrices de sceaux tourangeaux (Tours, Péricat, 1906), br. in-8°.

Le Véron et le Thelox (Tours, Péricat, 1907), br. in-8°.

Le cimetière carolingien de Pussigny (Tours, Péricat, 1909), br. in-8°.

Le puits funéraire de Château-Gaillard (Paris, Soc. préhist. de France, 1911), br. in-8°.

Les cadrans solaires tourangeaux (Tours, Péricat, 1922), vol. in-8°.

Citations du Dr Louis Dubreuil-Chambardel.

Ordre de la 17e *Division.*

« A assuré avec beaucoup de courage et de sang-froid le service médical de son bataillon, dans un bombardement d'une extrême violence. » (Verdun, Cote 304, 2e bataillon du 68e R. I.)

Orare du 290o *R. I.*

« Médecin chef du 290e R. I. depuis le mois de mai 1916, a pris part aux opérations du régiment en Champagne, dans la Somme (novembre 1916 à janvier 1917) et dans l'Aisne (mai à juillet 1917). Dirige son service avec une grande compétence. Fait constamment preuve d'initiative. Dans le secteur de l'Aisne (26 au 29 juillet), a non seulement assuré son propre service, mais a prêté une aide efficace aux corps voisins. A été blessé le 31 août 1917 en se rendant aux lignes ».

Ordre de la 17e *Division.*

« Médecin chef de service remarquable à tous égards, d'une tenue, d'une correction exemplaires, d'un dévouement absolu. Atteint par la relève, a été maintenu sur sa demande expresse, comme médecin chef d'un régiment d'infanterie. A continué, malgré sa blessure, à assurer son service. Déjà cité à l'ordre de la 17e Division et du 290e R. I. »

Ordre de la 21e *Division.*

« Depuis son arrivée au régiment (68e R. I.) s'est montré chef de service parfait et organisateur de premier ordre. A fait preuve d'une activité inlassable, d'un dévouement à toute épreuve et d'un mépris absolu du danger, notamment au cours des affaires de la Py et ensuite de l'Aisne. »

Ordre de l'Armée.

« Le médecin chef Dubreuil-Chambardel a apporté au front, avec sa valeur professionnelle, son inlassable dévouement et son intelligente activité. Affecté au début dans une unité territoriale, a demandé instamment à être versé dans un régiment actif. Au cours des derniers et durs combats de Champagne, a dirigé le service sanitaire du régiment avec maîtrise, prodiguant ses soins avec son habituel dévouement et assurant les nombreuses évacuations dans des conditions parfaites. »

Chevalier de la Légion d'honneur, 14 juillet 1919.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PROPHYLAXIE DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Par M. Paul Delmas.

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Montpellier.

De toutes les fonctions de l'organisme féminin, la plus essentielle semble bien être la maternité ; c'est sans doute ainsi que se doit traduire le vieil aphorisme hippocratique : « *Malier, tota in utero* ». A ce titre, nul état ne devrait être plus physiologique que celui d'accouchée.

En fait, jamais la femme ne mérite mieux qu'à cette occasion la qualification du poète qui fait d'elle « l'*éternelle blessée* », formule qu'il faut prendre au pied de la lettre, tant la parturition laisse de portes ouvertes sur toute la hauteur de la filière, d'où la possibilité d'ensemencements microbiens dont la gravité parcourt toute la gamme, depuis l'infection locale la plus bénigne jusqu'à la septicémie suraiguë, mortelle.

Quels qu'en soient le type et la forme clinique, l'infection puerpérale traduit le résultat de l'antagonisme de ces deux facteurs, agression microbienne et défense du terrain. Ainsi le rôle de l'accoucheur est-il tout ensemble de renforcer celle-ci et de s'opposer à celle-là.

I

On peut tout d'abord poser en principe que le tractus génital, même chez une femme saine, n'est jamais stérile au-dessous de sa portion cervicale. La flore microbienne en est très variée, mais d'autant plus riche que l'on descend du vagin vers la vulve. Les germes qui pullulent dans sa partie basse sont d'espèces variées, où streptocoques, staphylocoques, colibacilles, etc., sont la plupart du temps de simples saprophytes.

A. — La nocivité en peut être tenue pour négligeable pendant l'accouchement et le post-partum, du fait des sécrétions bactéricides de ce conduit. D'où l'indication, aujourd'hui admise sans conteste, qu'il convient de s'abstenir d'injections prétendues antiseptiques, dont le pouvoir bactéricide est discutable, tandis que la perturbation apportée aux défenses locales est un danger certain à éviter.

B. — En second lieu, doit être signalé le rôle de balayage joué par la présentation d'abord,

au cours de l'expulsion fœtale, par la masse placentaire, ensuite, au cours de la délivrance.

Comme corollaire, toute pénétration entraîne avec elle la possibilité d'introduction de germes, et les plus redoutables sont ceux apportés de l'extérieur. De là, l'opposition entre les infections autogènes, de faible gravité, et celles exogènes, d'autant plus sévères qu'il s'agit de germes dont la virulence provient de sujets infectés.

a) Il en résulte que les explorations doivent être réduites au minimum indispensable et les interventions imposées par la nécessité.

Les unes et les autres supposent obligatoirement une rigoureuse asepsie.

Rien à dire de celle du matériel instrumental, de dilatation ou d'extraction. Passage à l'autoclave, flambage, ou, à défaut, ébullition, donnent à cet égard toute sécurité.

La certitude est moindre pour les mains. Autant il est simple d'éviter les contacts septiques, autant il est malaisé d'aseptiser des téguments souillés. D'où l'usage systématique des gants.

Mais la protection par ceux-ci serait illusoire, qui ne serait précédée de toilette minutieuse, d'où rigueur comparable à celle qui est de mise pour toute autre intervention d'ordre chirurgical.

Je m'impose, et j'exige de mes élèves, une détersion mécanique à la brosse, aidée de l'immersion prolongée dans deux cuvettes, dont l'eau stérile est additionnée, pour la première, d'une cuillerée à café d'ammoniaque par litre, en vue de la saponification préalable de l'enduit sébacé, et pour la seconde, d'une égale quantité de liqueur de Labarraque. Cet agent antiseptique, en tant que besoin, ajoute pour l'exploration au glissant naturel du vagin, sans qu'il soit opportun d'user de lubrifiants.

Il va de soi que la vulve aura été ébarbée avec soin, et savonnée au préalable pour ne pas charger de germes le doigt explorateur. Pour la même raison, un lavement évacuateur, donné dès les premières douleurs, évite la souillure d'une défécation intempestive au cours de l'expulsion.

b) Mais l'asepsie ainsi réalisée ne saurait jamais être que relative. Par contre, il importe qu'aucun matériel mort, dans la filière, ne réalise un favorable milieu de culture aux inévitables saprophyles du vagin. C'est dire combien toute rétention est indésirable et grosse de périls. La notion est familière au grand public lui-même du danger, résultant d'une délivrance incomplète.

II

L'expérience clinique montre qu'en dépit d'un tel ensemble de précautions, asepsie et, à plus forte raison, antisepsie, ne sauraient empêcher l'infection de s'allumer chez tout un ensemble de femmes, soit que des germes virulents se trouvent dans leur filière génitale, soit que leur défense organique ait fléchi.

A. — Par opposition aux cas normaux, plus haut envisagés, il est deux catégories de sujets chez qui la filière doit être tenue pour infectée.

a) Tout d'abord, et à coup sûr, celles chez qui, dès la grossesse, existe une infection génitale, telle que la blennorragie.

Chez elles, la vaccination préventive est indiquée. Une fois encore, les auto-vaccins sont ici préférables, tant en raison des races microbiennes dont l'identité est ainsi certaine que du loisir où l'on est de les fabriquer. Il convient en outre d'ajouter que l'activité d'un vaccin est d'autant plus grande que sa date de fabrication est plus récente. Or, dans un vaccin extemporanément préparé, la bactériolyse spontanée, qui s'observe à la longue dans les stocks-vaccins, n'a pas encore eu le temps de s'ébaucher.

Le traitement ne doit en effet être mis en œuvre que quinze jours au plus tôt avant la date présumée de l'accouchement. Cette première piqûre sous-cutanée d'un demi-centimètre cube de vaccin sera suivie huit jours après d'une deuxième piqûre d'un centimètre cube, elle-même suivie d'une dernière de 2 cmc. au moment du travail, si la précédente date de plus de quarante-huit heures.

Le vaccin employé sera de préférence du type huileux de Le Moignic dont un centimètre cube contient deux milliards de microbes. Il présente l'avantage de permettre l'injection de doses massives de microbes sans réactions violentes, car les corps microbiens n'y sont pas altérés, et, partant, leurs toxines ne sont pas libérées, tandis que, la résorption du vaccin se faisant avec lenteur, il est possible d'injecter en une seule fois la quantité utile de microbes.

b) Un second groupe de sujets est vraisemblablement en puissance d'infection au cours de l'accouchement. Ici l'ensemencement probable de la filière tient aux circonstances qui accompagnent le travail et qui laissent un doute sur sa qualité aseptique.

Il en est ainsi quand l'accoucheur est incertain de sa propre asepsie, surtout quand intervient la notion d'épidémiologie ; de même quand le travail n'a pas été surveillé, et en particulier, quand la poche des eaux s'est rompue en dehors du contrôle obstétrical ; ainsi encore quand le travail particulièrement long a exigé de multiples touchers, et, à plus forte raison, s'il a fallu pénétrer dans l'utérus pour quelque intervention que ce soit, plus spécialement si une délivrance artificielle a été pratiquée.

A plus forte raison le doute existe-t-il au cas de fœtus mort, et, pis encore, s'il existait de l'infection amniotique.

Ici, la lutte contre les germes se peut concevoir dans deux directions différentes, immunothérapie et chimiothérapie.

1° L'immunothérapie consiste dans la lutte contre les germes par ces deux procédés biologiques que sont la sérothérapie d'une part, la bactériothérapie ou vaccination de l'autre. Mais il est essentiel d'observer qu'en dépit de ses promesses l'immunothérapie ne saurait être spécifique. L'immunisation préventive, du fait qu'elle vise des microbes soupçonnés et non affirmés, ne peut leur opposer un agent déterminé, quelle que soit la fréquence et l'importance du streptocoque. D'où les valences multiples de l'immunothérapie préventive.

a) La sérothérapie paraît *a priori* préférable. Elle apporte en effet à l'organisme menacé d'envahissement microbien des armes toutes prêtes sous la forme d'anticorps immédiatement utilisables pour neutraliser les toxines, à l'opposé des vaccins dont le mode d'immunisation active exige un facteur temps qui n'est jamais inférieur à plusieurs jours pendant lesquels la phase négative de Wright laisse le sujet plus vulnérable.

La règle est d'en utiliser d'emblée une dose forte, capable d'arrêter la maladie, plutôt que de faire à plusieurs reprises des injections de faible importance.

J'ai assez souvent mis en œuvre dans mon service le sérum antipyogène polyvalent de Leclainche et Vallée, connu sous le nom « d'opeolysine injectable » à la dose de 20 cmc. sous-cutanés, ou même du double, mais alors p r la voie intraveineuse, après dilution dans 160 cmc. de sérum physiologique tiède. Cette injection est effectuée avec lenteur, soit un quart d'heure environ de durée.

b) « A vrai dire, la vaccinothérapie peut lui être utilement préférée, ou même adjointe. Le risque supposé de la phase négative n'a pas été vérifié en clinique. Seuls les tuberculeux ou les insuffisants rénaux supporteraient mal la présence dans l'organisme de protéines étrangères.

Le vaccin employé est par définition un stock-vaccin. Il s'en trouve de très recommandables dans le commerce. Celui que j'utilise contient en émulsion des corps microbiens réunis dans la proportion suivante par ampoule : staphylocoques 200 millions, gonocoques 25 millions, streptocoques, entérocoques, colibacilles 20 millions de chaque, bac. cutis communis 10 millions, eau physiologique deux centimètres cubes pour une ampoule. Cette formule est celle de l'immunizol 42 de Grémy.

A la fin du travail, ou au cours de celui-ci, un demi-centim. cube est injecté. Cette dose est doublée au bout de 48 heures, puis augmentée d'un demi-cmc. de deux jours en deux jours. La dose de 2 cmc. en une fois n'a jamais été dépassée.

Les trois voies, sous-cutanée, intramusculaire et intraveineuse peuvent être employées. Cette dernière a mes préférences pour le cas où l'infection paraît plus probable, s'l y a déjà de la fièvre par exemple.

2° Depuis la communication de Marbais, au congrès de la fièvre puerpérale tenu à Strasbourg du 2 au 4 août 1925, sous la présidence du professeur Bar, de Paris, la prophylaxie de l'infection par les arsenicaux a pris droit de cité en clinique obstétricale.

Les arsénobenzols sont des antiseptiques humoraux dont la toxicité connue est faible. A la dose d 12 ctgr. tous les deux jours, trois ou quatre fois répétée, d'heureux résultats ont été enregistrés.

Utilisé d'abord sous la forme de novarsénobenzol intraveineux, dans le service de M. Bouffe de Saint-Blaise, le professeur Maurice Rivière, de Bordeaux, lui préfère le sulfarsénol sous-cutané aux mêmes doses, hors le cas de formes graves d'emblée pour lesquelles la voie intraveineuse garde tous ses droits. Lapervenche, dans sa thèse de Bordeaux, de 1925, rapporte sur ce sujet des résultats des plus encourageants.

B. — C'est qu'en effet les germes ne sont pas tout, et la conception serait par trop simpliste qui leur opposerait le tir de barrage d'agents microbicides.

Il faut se souvenir, avec M. Bar, de la « modification biologique profonde apportée à l'organisme féminin pendant la deuxième moitié de la grossesse, et qui, arrivée à son maximum au moment de l'accouchement crée chez certaines femmes un état de réceptivité, d'anergie qui n'a pas d'égale ».

Au cours de la gravité, il faut faire intervenir comme facteurs de gravité, d'une part les intoxications tant exogènes (alcool, plomb) qu'endogènes (toxhémie gravidique, stercorhémie, diabète) et les infections concomitantes (paludisme, syphilis) et, d'autre part, la déficience du rôle antitoxique des glandes endocrines et des filtres électifs que sont le foie et le rein.

Pendant le travail, sont vouées à l'infection les parturientes épuisées par l'usure nerveuse des accouchements trop laborieux ou les spoliations sanguines répétées du placenta prævia ou par trop massives de l'inertie utérine.

III

Les résultats peuvent être traduits d'une façon expressive par des chiffres approchés.

Sont considérés, selon le critère d'Hauch, comme pathologiques tous les cas où, passée la douzième heure qui suit l'accouchement, la température s'est élevée au-dessus de 38, abstraction faite des causes extra-génitales de fièvre (angine, pneumonie, etc.).

a) A ce titre, avant l'ère pasteurienne, la morbidité globale des femmes en couches atteignait jusqu'à 75 %, soit, en chiffres ronds, les trois quarts. Ce chiffre, après l'instauration de la méthode antiseptique, tombe à 40 % pour les cas compliqués d'intervention, et à 10 % au cas d'accouchement spontané.

La mortalité hospitalière était de 10 %. L'isolement de Semmelweiss la faisait tomber à 1 % et la pratique listérienne à une valeur dix fois moindre, soit encore de 1 p. 1.000.

b) Depuis l'immunisation préventive des accouchées, les mauvais cas se font plus rares encore.

Dans sa thèse de Montpellier 1927, mon élève le docteur Barral, après avoir rappelé d'autres statistiques, montre les résultats obtenus dans mon service, au cours du premier semestre de l'année en cours, après vaccination systématique chez les femmes ayant présenté un accouchement compliqué d'intervention.

Ainsi, ai-je pu obtenir que la morbidité totale, du chiffre de 37,5 réalisé l'année d'avant, tombe à celui de 30 %, soit, toutes choses égales, un abaissement de la morbidité d'environ 8 %.

Pour le même laps de temps, mortalité nulle.

De tels résultats semblent autoriser de nouvelles recherches.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le Professeur Nobécourt.

Les péricardites rhumatismales aiguës et subaiguës chez les enfants (1)

Cette enfant, née le 3 mai 1913, a joui d'une bonne santé jusqu'au début de 1926. Depuis cette époque, elle ressentait souvent des douleurs vagues dans les genoux.

Le 20 février dernier, elle éprouve à son réveil des douleurs dans le genou droit et les coudes ; elle marche avec peine. Les jours suivants, les douleurs augmentent ; elles siègent aux genoux, aux chevilles, aux coudes.

La malade entre au bout de cinq jours, le 24 février, avec le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu.

C'est une fille de 13 ans et neuf mois, grande (155 cm.), d'un poids suffisant (49 kil. 150), bien développée. Sa puberté est avancée. Elle a été réglée en juin 1925, à l'âge de 12 ans, et l'est depuis normalement. Elle a le teint pâle, des sueurs abondantes, une température peu fébrile (38°2, 38°1). La cheville droite est tuméfiée, chaude, très douloureuse ; les autres articulations sont guéries. Le pharynx est un peu rouge. Il n'y a pas de troubles digestifs. L'examen des viscères est négatif. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Au cœur, on note une impulsion systolique forte, un premier bruit sourd, un second bruit normal.

La cutiréaction à la tuberculine, les réactions de Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs.

Le diagnostic s'impose : maladie de Bouillaud et endocardite mitrale.

Le lendemain de l'entrée, la température est de 38°4, 37°8, le pouls régulier à 60°. Le surlendemain la température est de 37°3, 37°6 ; la cheville droite est devenue normale, mais la tibio-tarsienne gauche est tuméfiée et douloureuse. Le 27 février, il y a encore 37°3, 37°7, mais toutes les manifestations articulaires ont disparu.

Pendant ce temps est apparu, le 25 février, un léger souffle systolique mitral, qui s'est accentué les jours suivants.

Le traitement a consisté en un régime lacto-végétarien, en applications de glace sur le cœur et en salicylate de soude : 8 grammes le 24 février, 12 grammes du 25 au 27 février, avec 20 gr. de bicarbonate de soude.

Désormais la cardiopathie existe seule. Il n'y a pas de fièvre. L'état général est bon. La malade a augmenté de poids ; le 27 mars, elle pèse 51 kil. 400. Le pouls est régulier, mais lent : 60 à 70 ; la pression artérielle est faible : 10,5-7,5 au Vaquez.

Les urines sont suffisantes et ne contiennent pas d'albumine.

Cependant la matité précordiale augmente, comme en témoignent les mensurations successives :

	Débord du bord droit par rapport au sternum	Diamètre mesuré de l'angle cardio hépatique à la pointe
28 février	1 cm.	14 cm.
14 mars	2 cm. 5	15 cm.
24 mars	3 cm.	18 cm.
29 mars	2 cm. 75	17 cm.

Cette matité est allongée dans le sens trans-

(1) Leçon du 2 avril 1927, recueillie par le Dr Laporte et revue par le professeur.

versal, la pointe reportée vers l'aisselle. L'oreillette gauche n'est pas percutable dans le dos.

L'orthodiagramme dessiné par M. Duhem confirme les données de la percussion.

Le foie est normal.

A la pointe du cœur, on entend, le 28 février, un premier bruit sourd et un souffle systolique très net. Le 6 mars, le bruit est plus sourd, le souffle plus léger. Du 14 au 24 mars, le bruit est sourd et un peu soufflant. Le 29, le souffle est redevenu plus net.

D'autre part, le 4 mars, le deuxième bruit, jusque-là normal est devenu plus éclatant au foyer pulmonaire, et, le 14, nous constatons un frottement péricardique au niveau du sternum et de la partie interne des deuxième et troisième espaces intercostaux gauches. Ce frottement est mésosystolique, superficiel, rude, constant ; il n'est pas modifié par la respiration, et s'accentue quand on fait pencher la malade en avant. A partir du 24 mars, il devient plus faible, plus doux et actuellement il est difficile à entendre.

Nous avons assisté à l'évolution d'un syndrome myocardique dont témoigne le volume du cœur, à une endocardite mitrale, révélée par les modifications du premier bruit, et enfin à une péricardite sèche.

Pendant ce temps nous avons continué le salicylate de soude en diminuant graduellement les doses : 8 grammes le 28 février, 6 grammes les 1er et 2 mars, 4 grammes du 3 au 24 mars. En 29 jours, l'enfant a pris 152 gr. du médicament.

Depuis le 25 mars, nous avons commencé le traitement par la teinture d'iode au dixième, en commençant par X gouttes par jour et en augmentant la dose chaque jour ; hier la dose était de XXI gouttes.

Cette enfant n'est pas guérie ; la cardiopathie, bien qu'elle ne paraisse plus progresser, est toujours en évolution.

Cette fille est un exemple de la *forme commune de la maladie de Bouillaud*. La fièvre a été légère, les arthropathies ont été fugaces et ont disparu rapidement. Le septième jour tout parait terminé. Mais nous constatons, dès le cinquième jour, une endocardite mitrale, puis l'augmentation de volume du cœur, indice d'un syndrome myocardique fruste, et, le vingt-troisième jour, une péricardite sèche. Actuellement, au quarante-deuxième jour de l'atteinte de rhumatisme, la cardiopathie est encore en évolution, mais elle reste discrète. Il s'agit en somme d'une véritable *pancardite discrète*.

***

Je ne vous parlerai pas aujourd'hui de l'*endocardite rhumatismale aiguë, simple, discrète* ; aussi bien j'ai eu l'occasion de la décrire, il y a deux ans, dans une leçon qu'a publiée *La Presse thermale et climatique* du 15 septembre 1925. Je ne m'occuperai que de la PÉRICARDITE.

Comme l'endocardite, elle mérite bien l'appellation de *Péricardite aiguë, simple, discrète*. Cadet de Gassicourt, en 1882, dans son *Traité clinique des maladies de l'enfance* la qualifie de *péricardite bénigne, légère*.

Elle est généralement associée à l'endocardite ; il s'agit d'une *endo-péricardite* ; elle apparaît ordinairement après l'endocardite, quelquefois en même temps ; beaucoup plus rarement elle la précède.

De même que l'endocardite, elle reste *occulte* et passe inaperçue si on ne la recherche pas de propos délibéré par l'auscultation quotidienne du cœur.

Les *symptômes généraux* sont ceux du rhumatisme. La fièvre est élevée, modérée ou nulle. Les arthropathies sont plus ou moins nombreuses et accentuées.

Les *symptômes subjectifs* et *fonctionnels* sont à peu près nuls.

Parfois il existe une douleur dans la région précordiale ; elle est rarement spontanée ; on la provoque par la pression sur le trajet du nerf phrénique gauche, entre les deux chefs inférieurs du sterno-cléido-mastoïdien, le long du sternum, dans les espaces intercostaux, ou au-dessous du rebord costal ; bien souvent cette douleur fait défaut.

Il n'y a pas de dyspnée, pas de palpitations.

Le pouls est tantôt un peu accéléré, tantôt normal, tantôt même un peu lent. Il reste régulier.

Les *signes physiques* sont complexes. Ils diffèrent suivant que la péricardite est sèche ou entraîne la formation d'un épanchement.

La péricardite sèche se caractérise par des frottements dus au déplacement, pendant les mouvements du cœur, de l'exsudat fibrineux qui tapisse les feuillets de la séreuse. On les perçoit quelquefois à la main, généralement par l'auscultation seule.

Presque toujours ils sont localisés à la partie supérieure de la région précordiale, derrière le sternum, ou au niveau des parties internes des deuxième et troisième espaces intercostaux gauches, car les lésions se produisent de préférence dans la partie de la séreuse qui entoure le pédicule vasculaire. Plus rarement elles sont localisés vers la base de l'appendice xyphoïde, à la partie moyenne ou à la pointe.

Rarement les frottements s'étendent à toute la surface précordiale.

Leur intensité est généralement médiocre. Comme le fait remarquer Henri Roger, dans ses leçons sur la *Séminotique des maladies de l'enfance*, publiées en 1872, on rencontre plus sou-

vent « le frottement doux que le frottement rude ». Ce frottement est discret, faible, léger. On le compare volontiers au bruit qu'on obtient en frottant doucement, auprès de l'oreille, un papier entre les doigts, ou la pulpe de deux doigts. Il est simple, mésosystolique, ou double, à la lois mésosystolique et mésodiastolique. Il naît et meurt sur place, sans propagation. Il n'est pas modifié par les mouvements respiratoires. Il devient un peu plus marqué quand on fait incliner la malade en avant. Il ressemble souvent à un souffle ; on parle de frottement-souffle. Son diagnostic est parfois difficile avec les souffles. Mais les souffles organiques ont leur localisation bien précise et leur rythme particulier ; les souffles anorganiques sont modifiés par la respiration.

Dans d'autres cas, on entend le frottement fort, ce bruit rude, râpeux, que les anciens auteurs comparaient au bruit de cuir neuf, au bruit de râpe, etc.

On constate assez souvent un éclat particulier du deuxième bruit au foyer pulmonaire : c'est le *signe de Josserand*, comme ont proposé de l'appeler MM. Weill et Barjon. M. Josserand l'attribue à une congestion endo-myocardique de la base du cœur amplifiant le claquement diastolique ou encore à l'inflammation de l'infundibulum pulmonaire.

Je pense que souvent il est dû à l'augmentation de la pression dans l'artère pulmonaire consécutive à la dilatation du cœur droit, dont je parlerai tout à l'heure.

Le signe de Josserand apparaît plus ou moins longtemps avant le frottement. MM. Mouriquand et Lamy, à la *Société médicale des hôpitaux de Lyon*, le 6 janvier 1920, ont publié l'observation d'une fille de 12 ans chez laquelle la précession avait été de seize jours. Chez notre malade, nous avons noté l'accentuation du second bruit pulmonaire plusieurs jours avant l'apparition du frottement.

En même temps que le frottement, on entend les signes d'endocardite : assourdissement du bruit valvulaire et souffle léger, du foyer mitral et assez souvett au foyer aortique.

Souvent, sinon toujours, on observe une augmentation de la matité précordiale qu'on peut apprécier par les percussions répétées. Elle a été signalée chez les adultes par Potain, qui l'attribuait à une parésie inflammatoire du myocarde.

Chez les enfants, il y a longtemps que je l'ai décrite comme un signe de myocardite ou d'un syndrome myocardique fruste. L'augmentation de la matité est surtout attribuable à une dilatation des cavités droites.

Les orthodiagrammes confirment l'augmentation du cœur et la dilatation des cavités droites parfois aussi celles du ventricule droit.

L'*évolution* de la péricardite est assez variable. Souvent le frottement reste localisé, s'atténue et disparaît au bout de trois ou quatre jours. Quelquefois, il se généralise à toute la région précordiale, devient plus rude, plus râpeux et persiste pendant dix ou quinze jours.

Rarement il persiste pendant des semaines, quand la péricardite devient subaiguë, presque chronique.

Enfin il peut disparaître par le fait d'un épanchement.

Dans la péricardite discrète le liquide est généralement peu abondant. Il n'entraîne pas de troubles subjectifs ou fonctionnels. Il ne se révèle que par les signes physiques, et ceux-ci sont difficiles à dépister et à interpréter.

La percussion décèle l'augmentation de la matité précordiale ; celle-ci ne présente pas de caractères particuliers ; la forme reste sensiblement la même que dans la dilatation du cœur, que je viens d'étudier. On note l'affaiblissement du choc de la pointe et le fait qu'il s'éloigne, en haut et en dedans, de l'angle gauche de la matité ; mais ce signe a peu de valeur. En réalité c'est l'auscultation seule qui révèle le meilleur symptôme de l'épanchement ; le premier bruit ou le souffle systolique mitral s'entend au-dessus et en dedans de l'angle gauche de la matité et s'en éloigne plus ou moins.

Ces symptômes sont généralement passagers. Le liquide en effet se résorbe rapidement, quelquefois en deux ou trois jours. Le premier bruit siège de nouveau au niveau de l'angle gauche de la matité précordiale.

Ces faits sont assez communs. Voici une observation que j'ai publiée avec M. Roger Voisin dans un mémoire sur *La matité précordiale dans les cardiopathies infantiles*, paru dans les *Archives des maladies du cœur*, en 1911 ; je l'ai citée également en 1914 dans mes leçons sur les *Cardiopathies de l'enfance*.

Un garçon de 6 ans, entre à l'hôpital le 1er juin 1909, au troisième jour d'une deuxième atteinte de rhumatisme articulaire aigu ; déjà un an auparavant, il a ressenti quelques douleurs articulaires. La température est de 39°1-39°4 ; il y a seulement de l'hydarthrose des genoux. On administre 4 grammes de salicylate de soude par jour et ces symptômes disparaissent rapidement. A ce moment le volume et les bruits du cœur sont normaux ; la matité précordiale mesure 53 cmq. 95, le 2 juin, 49 cmq. 80, le 12 juin.

Le 19 juin, la fièvre reprend (38°4-38°5) avec des douleurs dans les articulations des mains. Le premier bruit mitral est assourdi et la matité précordiale est de 64 cmq 74.

Les semaines suivantes, un souffle systolique de la pointe apparaît, la matité s'accroît : 87 cmq 15, le 5 août. Puis, après quelques jours

de fièvre légère, avec des douleurs dans les poignets et les doigts, la matité atteint rapidement 112 cmq 05, le 12 août. En même temps le souffle est lointain et au-dessus de l'angle gauche de la matité. Mais, le 14 août, la matité a régressé à 81 cmq 34, le premier bruit est revenu à la pointe.

Cet enfant a donc fait un petit épanchement péricardique transitoire.

Il sort le 29 septembre 1909, n'ayant plus de signes de péricardite, mais avec un gros cœur et une endocardite mitrale en évolution.

La radioscopie apporte peu de renseignements pour la constatation des petits épanchements. Quelquefois on voit autour de la pointe du cœur une zone plus opaque indiquant la présence du liquide.

La péricardite rhumatismale aiguë, discrète, sèche ou avec un petit épanchement guérit souvent en quelques jours sans laisser de séquelles cliniques. Cependant on a pu penser que les plaques laiteuses du péricarde, qu'on voit souvent à l'autopsie des enfants ou des adultes, pouvaient être le reliquat de ces péricardites ; elles peuvent laisser aussi quelques brides ou quelques adhérences partielles.

Mais habituellement le rhumatisme, surtout chez l'enfant, est une maladie à rechutes. A l'occasion des reprises de l'infection fe péricarde peut être touché de nouveau ; ces atteintes successives peuvent déterminer des altérations plus persistantes de la séreuse. D'ailleurs, cette forme de péricardite peut être plus durable, persister quinze jours et même davantage.

Il convient d'insister sur ce fait que, même dans cette forme discrète, la péricardite n'est pas isolée. Il existe en outre presque toujours une endocardite et très souvent un syndrome myocardique. Ces diverses localisations témoignent de la diffusion du virus ruhmatismal au niveau du cœur. Il s'agit en réalité d'une *pancardite discrète rhumatismale.* Pas plus que l'endocardite, la péricardite ne peut être envisagée comme une entité morbide.

Il y a des cas où l'épanchement péricardique peut être abondant. Ils sont d'ailleurs rares.

Dans ces cas, les symptômes subjectifs et fonctionnels sont plus marqués.

Il existe une dyspnée plus ou moins pénible. La respiration est rapide, courte, superficielle, La gêne respiratoire augmente dans le décubitus dorsal, mais la véritable orthopnée est exceptionnelle.

Le malade présente une pâleur cyanotique particulière.

Les veines jugulaires sont dilatées et d'après M. Cyril Ogle leur distension est permanente et immobile.

Il y a de la tachycardie : 120, 130, 140 pulsations ; le pouls est petit, rapide, dépressible, rarement arythmqiue.

La distension des jugulaires et la tachycardie sont généralment attribuées à la compression des oreillettes, dans lesquelles le sang pénétrerait difficilement.

On ne voit guère de voussure de la région précordiale. La matité précordiale augmente rapidement dans tous les sens ; elle prend une forme globuleuse ou pyramidale. Le foie est abaissé. Les frottements péricardiques, s'ils existaient, disparaissent. Les bruits de la pointe deviennent de plus en plus lointains et leur siège est reporté au-dessus de l'angle gauche de la matité précordiale.

A la radiocsopie, on constate l'augmentation globale de l'ombre précordiale, la brièveté du pédicule vasculaire, l'atténuation ou l'absence des battements du cœur.

Généralement le liquide se résorbe rapidement, les symptômes régressent et les frottements reparaissent. Rarement l'abondance du liquide légitime une ponction d'urgence du péricarde.

En pareil cas cependant, l'enfant peut mourir d'une façon rapide ou subite ; la mort est due à la compression des oreillettes, comme l'ont montré les expériences de François-Franck et Lagrolet.

Cadet de Gassicourt a insisté sur la gravité de la péricardite rhumatismale à grand épanchement. Il écrit : « Sous l'influence d'un rhumatisme actuel ou récent, les enfants ne succombent qu'à la péricardite ; lorsqu'ils meurent pendant la période aiguë proprement dite, ils sont tués brusquement par un grand épanchement ». La péricardite à grand épanchement est, en effet, une cause de la mort subite dans le rhumatisme. mais elle est véritablement exceptionnelle.

Ce qui fait la complexité du tableau, c'est qu'assez souvent, quand un grand épanchement se forme dans le péricarde, il existe en même temps de la pleurésie rhumatismale, simple ou double. Mais avant de conclure à la présence de liquide dans la plèvre, il faut se méfier de la possibilité d'un syndrome pleurétique sans épanchement pleural.

Il peut se produire également un syndrome de broncho-pneumonie sans broncho-pneumonie.

Quand il existe une péricardite étendue, sèche ou avec épanchement, le pronostic éloigné est plus fâcheux que dans les formes localisées, c'est dans ces cas que peut se constituer insidieusement une symphyse du péricarde.

***

A la forme discrète, que je viens de décrire, s'oppose la FORME SÉVÈRE de la péricardite rhumatismale.

Ce jeune garçon, qui est couché dans la salle Bouchut, en est un exemple.

Il est né le 23 janvier 1915. Il jouit ordinairement d'une bonne santé.

Le 13 novembre 1926, il a une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu, avec une température de 39°, des douleurs dans la hanche et le cou-de-pied gauches. On lui donne du salicylate de soude. La maladie paraît terminée le troisième jour et on le considère comme guéri.

Mais trois jours après, le rhumatisme reprend et, cette fois, se généralise ; il intéresse les épaules, les hanches, les genoux, les cous-de-pied et les petites articulations des doigts. La fièvre atteint 39°4. L'enfant paraît anémié. Le médecin découvre une endocardite.

Pendant une huitaine de jours, la fièvre persiste (38°, 38°5) ; les arthropathies durent une quinzaine jours.

Quand le malade se lève, deux mois après le début, il a de la dyspnée d'effort. Cependant, le 1er février 1927, il retourne à l'école ; mais il est faible, s'essouffle facilement et accuse des palpitations.

Le 10 février, il doit reprendre le lit. Il a des douleurs vagues dans les membres et une forte dyspnée, qu'exagère le moindre effort. La face paraît bouffie. Les urines sont rares et foncées. L'enfant entre dans le service le 22 mars.

Ce garçon, âgé de 12 ans et deux mois est grand (150 cm.) et maigre ; il pèse 28 kil. 200. Il est pâle, avec une légère cyanose des lèvres et des pommettes. Il n'a pas d'œdème, pas de fièvre (37°2-37°8). Il a un peu de dyspnée : 35 respirations par minute. Le pouls est : 140, régulier, assez bien frappé ; la pression au Vaquez de 11-7.

On note une voussure assez nette de l'hypochondre droit. Le foie est très gros, en totalité ; sur la verticale mammaire il mesure 20 cm. et déborde le rebord costal de 8 cm. ; sur la ligne médiane il descend à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il n'y a pas de circulation collatérale sur l'abdomen, pas d'ascite, pas de splénomégalie.

Le cœur est très gros. On voit une légère voussure de la région précordiale et quelques mouvements d'ondulation. La matité est très grande, de forme globuleuse ; le débord du bord droit est de 3 cm. 5, l'axe transversal, de l'angle cardio-hépatique à l'angle gauche, mesure 16 cm. 5, le bord inférieur est très abaissé et on sent battre le ventricule droit au-dessous de l'appendice xiphoïde. La pointe du cœur est immobile. Au niveau de la partie interne du troisième espace intercostal gauche, on sent à la palpation un frémissement mésosystolique qui semble être un frottement. A l'auscultation, on perçoit : sur la pointe, un souffle systolique, en jet de vapeur, d'insuffisance mitrale ; au niveau de la base, un deuxième bruit pulmonaire assez éclatant qui est léger et, à la hauteur des deuxième et troisième espaces gauches, près du sternum un double frottement péricardique. En outre, on entend un léger souffle systolique dans la région de l'appendice xiphoïde qui témoigne d'une insuffisance tricuspidienne.

L'oreillette gauche, n'est pas percutable dans le dos. On ne constate rien aux poumons.

Les urines sont peu abondantes (600 cc.), riches en urates ; elles contiennent 0 gr. 10 d'albumine par litre.

L'orthodiagramme, dessiné par M. Duhem, confirme le volume considérable du cœur, non seulement en position frontale qui montre que l'augmentation porte surtout sur le cœur droit et un peu sur le ventricule gauche, mais également en position oblique, où le cœur remplit à peu près complètement l'espace compris entre le sternum et la colonne vertébrale.

Nous prescrivons la solution de digitaline cristallisée, X gouttes par jour pendant 10 jours, et 6 gr. de salicylate de soude.

A partir du 28, le volume des urines s'élève ; il atteint 1.750 cc., le 31 ; puis il diminue. Le poids s'abaisse un peu : 27 kgr. le 1er avril. Le pouls n'est pas modifié.

La température s'élève et atteint, le soir du 29, 38°8, le soir du 30, 39°5, le soir du 31, 38°5 ; le 1er avril elle redevient normale. Le pouls est à 120, faible. Le foie reste toujours gros. La matité précordiale augmente un peu. Le frottement péricardique s'étend à toute la région sternale et jusqu'au mamelon gauche ; il est plus fort et plus rude.

Aujourd'hui la température est de 37°3, les symptômes ne se sont pas modifiés.

En somme, quatre mois après le début du rhumatisme, ce garçon présente une péricardite sèche, un grand syndrome cardio-hépatique et une insuffisance mitrale.

La forme sévère de la péricardite rhumatismale doit sa sévérité à l'importance des phénomènes généraux et des symptômes cardiaques. Ils peuvent d'ailleurs être parallèles ou dissociés. D'autre part cette péricardite est une affection durable, à évolution subaiguë.

La fièvre peut faire défaut et revêtir des types différents. Tantôt il existe une petite fièvre persistante. Tantôt se produisent des petites poussées de 8 à 10 jours, entre lesquelles la température est normale. Tantôt au moment des poussées, la température est élevée et présente de grandes oscillations comme chez les tuberculeux. Tantôt les périodes fébriles durent des semaines, deux, trois mois et plus.

L'enfant maigrit et s'affaiblit. Les manifestations articulaires sont nulles ou fugaces, discrètes, sous forme de simples arthralgies.

Le malade n'accuse pas de dyspnée, sauf s'il se remue ; la respiration est cependant en général rapide. Il existe un certain degré de cyanose.

Le pouls est rapide, petit, plus ou moins inégal, rarement arythmique.

Il n'y a pas d'oedème ou il y a seulement un peu de bouffissure du visage et des bourses.

Les urines sont rares, foncées, albumineuses ou non.

La percussion montre un gros foie et un gros cœur. Il existe un syndrome cardio-hépatique.

Le plus souvent la péricardite est sèche. Les frottements péricardiques sont localisés ou étendus, légers ou forts ; tantôt ils sont fugaces ; tantôt ils persistent pendant des semaines et des mois. On trouve en même temps des signes d'une endocardite mitrale ou aortique en évolution ou d'une affection valvulaire constituée.

Quelquefois survient un épanchement. Le plus souvent il est peu abondant. Quelquefois il paraît abondant et en réalité ne l'est pas. Il paraît abondant par suite de la dilatation considérable du cœur. J'ai étudié les éléments du diagnostic, le 21 mars 1921, dans une leçon sur la *péricardite aiguë rhumatismale,* reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections* de l'*appareil circulatoire.*

Le garçon, dont il était question, était entré à l'hôpital, à l'âge de 11 ans 1 /2, un mois après le début d'une attaque de rhumatisme assez légère. Il avait une cardiopathie rhumatismale subaiguë, un gros cœur, un gros foie, une endocardite mitrale et aortique. Un mois après l'entrée, la fièvre apparaît ; on entend des frottements péricardiques ; puis la matité précordiale augmente beaucoup ; on trouve des signes d'un épanchement péricardique, qui paraît abondant à cause de la dilatation du cœur. En quelques jours l'épanchement se résorbe et les frottements reparaissent. La fièvre persiste, les troubles cardiaques s'accentuent.

Ce malade est mort, huit mois après son entrée dans le service ; à l'autopsie, nous avons trouvé un cœur énorme, des lésions scléreuses des valvules mitrales et aortiques, des adhérences pleuro-péricardiques et une symphyse du péricarde.

La péricardite avec épanchement est généralement un épisode. Le plus souvent la péricardite est sèche et évolue vers la symphyse. En voici un exemple.

Un garçon de 5 ans dont j'ai parlé dans mes leçons sur les *Cardiopathies de l'enfance* publiées en 1914, entre dans le service le matin, en pleine asystolie. Il meurt dans la soirée. On trouve à l'autopsie une péricardite avec des adhérences récentes à la base et à la face postérieure du cœur, un cœur modérément gros, des végétations endocarditiques récentes sur la mitrale.

Dans ses formes sévères, la péricardite est un élément d'un syndrome clinique complexe, relevant des lésions du péricarde, de l'endocarde et du myocarde.

Ces péricardites rhumatismales sévères s'opposent aux péricardites rhumatismales discrètes, que je décrivais toute à l'heure.

Cette variété est particulièrement grave ; en général elle ne tue pas rapidement ; mais la maladie se prolonge pendant plusieurs mois et l'enfant finit par mourir de phénomènes infectieux autant que de troubles cardiaques. « La mort, écrit Cadet de Gassicourt, arrive par péricardite sans que l'évolution clinique se soit arrêtée un seul instant depuis l'apparition des premiers accidents jusqu'à la terminaison fatale. »

Cette forme de péricardite n'est pas rare, nous en voyons chaque année au moins deux ou trois cas. Elle est plus rare toutefois que la péricardite légère. Cadet de Gassicourt rappelle que, sur 97 péricardites, six fois la mort est survenue dans ces conditions.

Le pronostic est donc grave et à brève échéance. On voit cependant des malades s'améliorer ; mais ils restent des infirmes du cœur, jusqu'au moment où une atteinte aiguë nouvelle vient précipiter le dénouement.

Le rôle de la péricardite rhumatismale est toujours apparu très grand.

Cadet de Gassicourt écrit : « C'est la péricardite elle-même, qui, par sa bénignité ou sa gravité imprime son cachet à la maladie tout entière. En d'autres termes, dans la très grande majorité des cas, la forme du rhumatisme est déterminée par la forme de la péricardite ». Et plus loin, il ajoute : « Tous les malades qui meurent succombent à la péricardite ;... même lorsqu'elle ne tue pas, la péricardite est souvent une menace terrible ».

Une telle opinion a été révisée depuis. Quelquefois un épanchement abondant est cause de la mort. Dans les cas habituels, il est impossible de dissocier la péricardite des autres troubles ou altérations du cœur, portant sur l'endocarde et le myocarde.

D'autre part, quand il existe une péricardite, surtout une forme sévère, l'infection rhumatismale ne reste pas limitée au cœur ; elle touche les plèvres, le médiastin, les poumons. Il en résulte une symptomatologie complexe, et des facteurs multiples de gravité.

***

La péricardite est fréquente dans la maladie de Bouillaud chez les enfants. Avant 15 ans, elle survint dans 30 à 50 % des rhumatismes, d'après les statistiques citées par E. Weill dans

le *Traité des Maladies de l'enfance* de Grancher-Comby, en 1904. Elle est moins fréquente que l'endocardite qui, avant 15 ans également, s'observe chez 60 à 90 % des malades.

Comme l'endocardite, la péricardite devient plus rare à partir de 15 ans et diminue de fréquence avec l'âge. D'après la statistique de Füller, citée par E. Weill, la péricardite apparaît au cours du rhumatisme dans 20 % des cas entre 15 et 20 ans, dans 10 % des cas entre 20 et 25 ans. Avec M. Peyre, à la *Société médicale des hôpitaux*, le 25 février 1916, j'ai relaté que, *parmi les soldats du front*, des péricardites sont apparues chez 44 % des rhumatisants de 20 et 21 ans et 10 % des rhumatisants de 25 à 42 ans.

La péricardite apparaît dans toutes les formes de rhumatisme, dans la polyarthrite aiguë fébrile, dans le rhumatisme oligo-articulaire peu fébrile ou apyrétique, même dans la forme arthralgique. On la voit également dans le rhumatisme cervico-sciatique ; sur 19 soldats atteints de cette affection dont j'ai parlé à la *Société médicale des hôpitaux* le 14 janvier 1916, soit 15 %, avaient des péricardites sèches avec dilatation du cœur et endocardite.

La péricardite peut apparaître à la première atteinte de rhumatisme ou au cours des atteintes successives. Elle est sujette à reprises. Elle se montre à un moment variable des arthropathies ; elle peut même les précéder de trois ou quatre jours. On parle alors tout d'abord de *péricardite idiopathique*. Mais celle-ci relève habituellement de la maladie de Bouillaud. Charles West, dans la sixième édition de ses *leçons sur les maladies des enfants*, traduite en 1875 par Archambault, a écrit, au sujet de cette péricardite : « Sachant combien souvent une affection du cœur accompagne une attaque de rhumatisme même légère, j'hésite beaucoup plus que je n'eusse fait autrefois à la déclarer idiopathique. »

***

Quand on se trouve en présence d'une péricardite rhumatismale, il fsut prescrire le *salicylate de soude*, et le prescrire à haute dose (0 gr. 50 par année d'âge et plus). Mais il ne faut pas fonder un espoir trop grand sur son action : notre première malade est un exemple de son inefficacité ; la péricardite a débuté et a évolué au cours du traitement salicylé.

On a proposé, dans la forme subaiguë, diverses médications, toutes aussi inefficaces. La teinture d'iode à haute dose qui a une influence heureuse sur l'état général, ne modifie pas la péricardite.

Le *traitement local* consiste, s'il s'agit d'une forme discrète, dans la révulsion douce par la teinture d'iode ou les sinapismes ; s'il s'agit d'une forme sévère, dans l'application de glace en permanence sur la région précordiale.

Les médicaments cardiaques, digitaline, ouabaïne ou théobromine, sont indiqués pour soutenir le cœur.

Il est exceptionnel qu'on ait à ponctionner le péricarde. Si l'éventualité se pose, il faut toujours examiner les plèvres. Souvent elles contiennent du liquide et une ponction de la plèvre suffit à soulager le cœur. Pour la ponction du péricarde, on pratique généralement la ponction épigastrique de Marfan. Ce qui est difficile, c'est d'apprécier la quantité de liquide ; il ne faut pas se hâter d'intervenir si l'épanchement est médiocre et le cœur volumineux, car on risque de piquer un cœur dilaté, qui saigne facilement, et cet accident n'est pas sans inconvénients.

***

Retenez que la péricardite est fréquente dans les différentes formes de la maladie de Bouillaud chez l'enfant, qu'elle apparaît aussi bien quand les arthropathies sont généralisées et la fièvre élevée que quand les arthropathies sont très discrètes et la fièvre nulle ou modérée.

Cette péricardite revêt deux grands types cliniques : la *forme discrète*, qui peut être une péricardite sèche ou avec petit épanchement, rarement avec grand épanchement, la *forme sévère*, qui peut également être sèche ou avec épanchement.

Presque toujours la péricardite est associée à des altérations ou à des troubles fonctionnels du myocarde, et à une endocardite. Elle ne peut guère en être dissociée. Elle est un élément d'une pancardite tantôt légère, tantôt sévère.

Le pronostic dépend de l'ensemble de la cardiopathie, non seulement de l'altération du péricarde, mais encore de l'état de l'endocarde et du myocarde. Rarement la mort est le fait d'un grand épanchement.

La pancardite tient une place si grande dans le rhumatisme cardiaque de l'enfant, que je reviendrai samedi prochain sur les pancardites rhumatismales.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La conception actuelle de l'urémie au cours des néphrites chroniques.

Le terme d'urémie n'est synonyme ni d'azotémie, ni même d'intoxication ; il désigne un vaste syndrome lié à l'insuffisance des fonctions rénales et auquel concourent trois ordres de troubles, dont les uns sont liés à la rétention dans l'organisme des corps azotés, les autres aux œdèmes périphériques ou profonds, les autres à l'hypertension et à ses complications. Ainsi, dit le Dr L. de Gennes, aux vieux cadres cliniques de l'urémie digestive, respiratoire, nerveuse, se substituent des cadres pathogéniques, dont chacun comporte un effort vers le traitement.

1° On sait quel est, pour la rétention azotée, l'uréo-pronostic de Widal :

De 0,50 à 1 gramme d'urée sérique : azotémie d'alarme.

De 1 à 2 grammes : pronostic d'années.

De 2 à 3 grammes : pronostic de mois.

Au-dessus de 3 grammes, pronostic de jours.

Mais les signes cliniques sont loin d'être toujours en concordance avec ces chiffres, et tel malade présente encore un aspect floride, alors que cette loi l'a déjà condamné sans appel. Les premiers en date des symptômes azotémiques sont le plus souvent la fatigue, la céphalée et l'inappétence ; la somnolence diurne contraste avec l'insomnie des nuits. Parfois, on observe précocement le prurit qui constitue, lorsqu'il existe, un signe presque certain d'azotémie. L'inappétence, d'abord élective, puis globale, est souvent le signe annonciateur de l'urémie digestive que viennent bientôt compléter les vomissements et la diarrhée, et dès lors le malade prend l'aspect aujourd'hui classique du grand azotémique. Mais avant cette phase, il serait souvent impossible de poser le diagnostic sans le dosage de l'urée. A signaler deux autres accidents : la rétinite et la péricardite, et enfin l'anémie et l'hypothermie.

2° Dans la rétention chlorurée, à gros œdèmes, les accidents urémiques peuvent apparaître chez des sujets dont les téguments ne sont pas œdématiés et dont l'infiltration aqueuse n'est mise en évidence que par la réfractométrie, la méthode des pesées successives et l'épreuve du régime déchloruré ; il s'agit surtout d'accidents nerveux à prédominance convulsive, qui surviennent le plus souvent à propos d'une poussée œdémateuse accompagnée de bouffissure de la face, et sont parfois compliqués d'amaurose.

3° L'hypertension artérielle est responsable du plus grand nombre des accidents respiratoires, depuis les palpitations, la dyspnée d'effort, jusqu'au Cheyne-Stokes ; on observe aussi les « bronchites albuminuriques » et les hémoptysies sans lendemain, pouvant faire croire à la tuberculose. Les accidents les plus intéressants de l'hypertension sont les accidents nerveux : hémorragie cérébrale ou méningée, accès convulsifs, paralysies, méningites urémiques.

Et tous ces accidents comportent un traitement distinct. (*La Médecine*, mars 1927.)

Le traitement des tumeurs malignes par le plomb, d'après les travaux récents.

C'est à l'école de Liverpool qu'il revient d'avoir préconisé cette méthode. Elle se base sur ce fait que la cellule néoplasique est une cellule normale en voie de régression vers son stade embryonnaire ; ce qui l'apparente à la cellule épithéliale des villosités choriales. Or, le plomb a, sur le développement cellulaire, une influence, non pas spécifique, mais particulière ; aussi, d'emblée disparaît l'espoir des résultats brillants et réguliers analogues à ceux que donnent l'arsenic dans la syphilis ou la quinine dans le paludisme.

La préparation employée est une suspension colloïdale obtenue électriquement ; la teneur en plomb doit être d'environ 5 p. 100. La voie d'administration adoptée est la voie intraveineuse ; mais la posologie du médicament est encore mal fixée ; on donne volontiers, par exemple, deux doses de 20 cmc., puis deux doses de 15 cmc, chaque injection étant séparée de la précédente par un intervalle de dix jours ; le traitement est continué jusqu'à ce que le malade ait reçu 120 cmc., soit 0 gr. 6 de plomb.

Malheureusement des accidents sont à redouter, qui constituent une grosse objection à la méthode. Ce sont tous les types d'anémie, depuis l'anémie légère banale jusqu'aux formes les plus sévères de l'anémie pernicieuse. Les reins sont souvent touchés ; on note des ictères. Les malades devront donc être sélectionnés et surveillés de la manière la plus rigoureuse : examens des urines, du sang ; l'institution du régime lacté diminuera le travail des reins ; les injections intramusculaires d'arséniate de fer lutteront contre l'anémie ; les vomissements seront atténués par l'administration de glucose et d'insuline ; la morphine et à défaut le chlorure de calcium à 5 p. 100 en injections intraveineuses rendront supportables les phénomènes intestinaux douloureux.

18 p. 100 des cancéreux, traités par le plomb, seraient présumés guéris ou en voie de guérison, mais il manque la consécration des essais de contrôle.

Le problème du traitement des tumeurs malignes par le plomb reste donc posé, car on ne peut admettre actuellement que les chercheurs de Liverpool l'aient résolu, et il y a beaucoup à faire pour trouver une préparation plus active thérapeutiquement et moins toxique que celle utilisée. Le plomb a certainement une valeur dans le traitement des tumeurs malignes, soit seul, soit associé avec d'autres méthodes. (*Paris médical*, 16 avril 1927.)

A propos des faux tuberculeux.

Le diagnostic clinique entre l'anévrisme de la crosse de l'aorte et la tuberculose scléreuse des sommets n'est pas discuté dans les ouvrages classiques. Deux observations, recueillies par J. Génévrier et H. Descomps, montrent que ce diagnostic peut avoir à être posé et qu'il peut aboutir à une erreur grossière. La radioscopie lève tous les doutes ; les lésions aortiques ont pu déterminer des anomalies respiratoires, de l'obscurité, du souffle.

Les erreurs de diagnostic peuvent avoir comme conséquences fâcheuses : le placement en sanatorium du malade, et surtout l'absence de traitement spécifique.

En l'absence d'expectorations bacillifères, le diagnostic de tuberculose ne doit être porté qu'après des examens répétés et sur la constatation de signes indiscutables. (*La Presse médicale*, 6 avril 1927.)

Les hématuries de la grossesse d'origine coli-bacillaire.

MM. Favreau, Dax et Courtier estiment qu'il convient aujourd'hui de faire une large place, parmi les hématuries de la grossesse, à celles qui reconnaissent pour cause la coli-bacillose, d'origine intestinale, et qui sont, chez la femme enceinte, le symptôme premier et le plus net d'une pyélo-néphrite.

En dehors de la douleur rénale, spontanée ou provoquée, de la fièvre, de la pyurie, l'hématurie peut ne se manifester qu'au point de vue microscopique. La pyurie peut manquer suivant que l'infection sera au stade bactériurique ou au stade de suppuration, ces deux éventualités pouvant succéder l'une à l'autre. Dans tous les cas d'hématuries, avec ou sans pyurie, il faudra recourir à l'analyse histo-bactériologique de l'urine ; on trouvera toujours, en dehors de la présence d'hématies, celle de coli-bacilles.

Pour établir le diagnostic d'une façon certaine, il faut aussi envisager toutes les formes possibles d'hématuries totales : celles de la tuberculose rénale, qui sont également peu abondantes, transitoires et de courte durée, ou au contraire, considérables et de longue durée (mais alors, il existe souvent des signes vésicaux) ; celles de la lithiase urinaire (radioscopie), de la néphrite, celles d'origine vésicale.

Ces hématuries paraissent rares ; généralement bénignes, elles cèdent à un traitement local désinfectant et traitement causal au niveau du tube digestif (sulfate de soude, de magnésie, benzonaphtol, bacilles lactiques, urotropine, uraseptine, etc.).

Avec le repos au lit et à la chaleur, le régime, d'abord lacté, sera transformé rapidement en régime fruito-végétarien, le lait pouvant être la cause de fermentations intestinale.

Ce traitement suffit d'ordinaire dans les formes atténuées et latentes et même dans beaucoup de cas aigus. Si ces moyens médicaux échouent, c'est qu'il existe une rétention de pus dans le bassinet ; on peut alors faire la distension vésicale, le cathétérisme urétéral et le lavage du bassinet.

L'hématurie, dans aucun cas, ne paraît assombrir le pronostic, et, si on est obligé de recourir à l'accouchement prématuré, ce qui est tout à fait exceptionnel, c'est surtout à cause de la gravité de la pyélo-néphrite concomitante. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 3 avril 1927.)

Médication cardiaque.

C'est avec raison que le Dr V. Gallemaerts déclare : digitale et strophantus ont leur indications bien précises ; le strophantus n'est pas un cardiotonique de remplacement.

Si, d'une cure digitalique bien menée, on peut conclure que la digitale a une vertu tonicardiaque, une observation approfondie et suivie des malades montre que cette action tonicardiaque n'est en définitive que la résultante d'une série d'actions de la digitale sur les diverses propriétés du muscle cardiaque, et que ces actions de détail rétablissent l'équilibre fonctionnel du myocarde.

La cellule cardiaque possède, en effet, l'automatisme de ses contractions, la conductibilité des excitations, l'excitabilité et la contractilité.

La digitale agit sur ces différentes fonctions, différemment suivant les doses employées, faibles ou moyennes, fortes, massives ; l'auteur en donne tous les détails, mais l'action se résume en trois phases : dans la première, la systole et la diastole s'allongent et le cœur se ralentit par suite de la diminution de l'automatisme ; mais, comme la quantité de sang qui circule n'est pas augmentée, l'effet produit sur la circulation à ce stade est de peu de valeur. Dans la deuxième phase, la systole se ralentit plus encore et devient plus énergique, la quantité de sang qui circule

✦✦✦✦

s'accroît, l'action du médicament se fait sentir ; à ce moment, l'influence du médicament sur la conductibilité intracardiaque commence à se manifester. Enfin, dans la 3e phase ou phase toxique, les battements du cœur s'accélèrent, deviennent irréguliers, la quantité de sang diminue et la pression intraventriculaire s'abaisse . L'indication majeure de la digitale est donc constituée par la précipitation et l'irrégularité du pouls produites par la fibrillation auriculaire avec stases viscérales, œdèmes et oligurie, en d'autres termes par l'asystolie. Ce médicament doit être prescrit également dans l'hyposystolie, lorsque l'insuffisance cardiaque se traduit seulement par une augmentation de la dyspnée et des palpitations dans l'effort. Ainsi les indications de la digitale ne sont aucunement liées à la présence d'une lésion valvulaire, mais à l'existence de troubles fonctionnels.

A noter que, dans certains cas, un défaut dans le mode d'administration peut aggraver la situation ; il faut savoir donner la dose utile en 2 ou 3 fois et s'arrêter ; cette dose utile est d'environ un milligramme de digitaline, soit cinquante gouttes de la solution au millième ; on donne cette dose forte en 24 heures, puis on tâche de maintenir la saturation en administrant, les jours suivants, 5 à 10 gouttes suivant les cas ; c'est cette saturation (ralentissement du pouls) et non l'intoxication (bigémination) qu'il faut s'efforcer d'obtenir. Dès qu'elle est obtenue, réduire la quantité ; supprimer au bout d'une dizaine de jours, remplacer pendant 15 à 18 jours par les diurétiques, puis reprendre.

La présence d'un trouble de conductibilité, révélé par l'électrocardiographie, doit nous rendre circonspects dans l'administration de la digitale ; ce médicament augmente ce trouble et amène une réaction dissociée. L'électrocardiographie nous permettra, en effet, de voir le genre d'arythmie présent, alors que l'examen clinique est à peu près identique ; les troubles de la conductibilité seront exaltés dangereusement, les troubles de la fibrillation auriculaire seront favorablement influencés par la digitale.

Lorsque l'insuffisance cardiaque coexiste avec une régularité à peu près complète du pouls, la digitale est beaucoup moins efficace et il faut surtout recourir aux diurétiques rénaux.

Lorsque le cœur est très dilaté, la digitale a généralement une action défavorable ; elle peut même augmenter cette dilatation.

Dans ces cas, mieux vaut recourir au strophantus, ou à son alcaloïde l'ouabaïne, qui agirait surtout sur le rythme cardiaque, en renforçant la tonicité du myocarde ; c'est pour cela que dans les grandes dilatations cardiaques son influence sera souvent admirable.

Bref, il est toujours nécessaire, en thérapeutique cardiaque, de pratiquer un examen approfondi du cœur à l'aide de la radiographie et surtout de l'électrocardiographie ; sans son secours, on s'expose à de graves accidents en maniant à l'aveugle les médicaments cardiaques ; chaque trouble fonctionnel appelle une médication appropriée (digitaline et quinidine dans la fibrillation auriculaire) ; certains troubles fonctionnels interdisent l'emploi de certains médicaments.

Dans les affections cardiaques, l'énergie et la rapidité du traitement jouent un rôle important dans la guérison du malade. (*Bruxelles médical*, 27 mars 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Rhumatisme aigu à manifestations articulaires tardives.

(MM. FAURE-BEAULIEU et P. BARBÉ. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-6-1927.)

MM. Bezançon, Et. Bernard, Celice et Jonnesco ont attiré récemment l'attention sur certaines formes de rhumatisme articulaire aigu se manifestant tout d'abord sous l'aspect indécis d'une infection grave et dont la véritable nature n'apparait que tardivement, donnant lieu alors à des arthropathies typiques et cédant rapidement au traitement salicylé.

MM. Faure-Beaulieu et Barbé signalent un fait de cet ordre. Leur malade, jeune fille de 17 ans, présenta des accidents d'endocardite maligne avec, au bout d'*un mois* seulement, des poussées articulaires aiguës. L'administration du salicylate de soude amenda rapidement la symptomatologie.

Au point de vue pratique, de telles observations mettent en valeur le polymorphisme souvent trompeur de la maladie de Bouillaud sur lequel, entre autres, M. Ribierre et M. Grenet ont insisté dans ces dernières années. Hanot avait autrefois signalé la précession possible de l'atteinte cardiaque sur l'atteinte articulaire. « Quelquefois, disait-il, l'ordre habituel de succession des symptômes est troublé et le rhumatisme interne ou viscéral devance l'arthrite. Ces évolutions anormales conduisent à des erreurs de diagnostic qui sont d'autant plus graves qu'elles ne permettent pas d'administrer à temps le remède efficace. »

En pareille éventualité, existe-t-il des indices

permettant de soupçonner le diagnostic exact, de suspecter la polyarthrite en puissance ? On peut en retenir quelques-uns, remarquent MM. Faure-Beaulieu et Barbé, mais ils sont assez précaires :

1° La notion d'une ou plusieurs crises antérieures de rhumatisme franc. Elle fournit aussi, il est vrai, un appoint à l'hypothèse d'endocardite maligne streptococcique, celle-ci se développant volontiers sur un cœur déjà lésé par le rhumatisme.

2° La pâleur et les sueurs profuses, qui font partie classiquement du tableau de la crise rhumatismale aiguë.

3° La coexistence de certaines localisations connues du rhumatisme, angine, pleurésie fluxionnaire, etc.

On voit toute la difficulté du problème clinique que posent les faits de cet ordre. C'est pourquoi il est utile de les mettre en relief pour montrer qu'il faut, même en l'absence de polyarthrite, penser au rhumatisme, en présence d'une cardiopathie aiguë qui n'a pas fait sa preuve et chercher cette « preuve » dans le traitement.

Sur le traitement des broncho-pneumonies infantiles par la méthode de Duchon.

(MM. L. Guillemot et H. Grenet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-6-1927.)

M. Duchon, s'appuyant sur la présence et le rôle possible du bacille diphtérique dans les broncho-pneumonies infantiles, a préconisé, pour le traitement de ces affections, l'association sérothérapie anti-diphtérique et lysats-vaccins. Cette méthode a reçu quelques critiques de MM. Lechelle, Apert et Cathala. MM. Guillemot et Grenet présentent aujourd'hui un relevé favorable aux idées de M. Duchon. Ils ont suivi 50 cas de broncho-pneumonie infantile régulièrement traités par la méthode de Duchon, avec 11 décès seulement, chiffre peu élevé pour le milieu hospitalier.

Les faits récemment publiés, ajoutent les auteurs, mettent en évidence le rôle important du bacille diphtérique dans les broncho-pneumonies infantiles, d'où, comme déduction thérapeutique, l'indication de la sérothérapie anti-diphtérique en pareil cas. Quant à la vaccinothérapie, s'il est des observations qui tendent à lui refuser toute valeur, elles ne sont pas à l'abri des critiques et il en est d'autres où son rôle semble bien avoir été utile.

En traitant quelques points d'une dermatose on peut guérir parfois toute la dermatose (auto-dermothérapie).

(M. Paul Ravaut. — *Soc. de dermatologie et syph.* ; 12-5-1727.)

M. Paul Ravaut appelle l'attention sur une particularité dermatologique intéressante au point de vue doctrinal et au point de vue pratique : la possibilité, parfois, de faire disparaître une dermatose en traitant seulement quelques éléments de cette dermatose. Il donne à ce processus le nom d'*auto-dermo-thérapie.*

Si, chez un malade porteur de verrues multiples, on vient à détruire l'une d'elles par un procédé quelconque, il arrive fréquemment que d'autres verrues disparaissent d'elles-mêmes. Cette résorption spontanée a été attribuée à la suggestion. M. Ravaut propose une autre hypothèse plus vraisemblable. L'on sait que les verrues sont dues à un parasite et l'on peut se demander si sa stérilisation, puis sa digestion, ne déterminent pas la formation d'anticorps agissant sur les autres éléments.

En 1924, l'auteur, soumettant à l'électro-coagulation des lésions papuleuses et maculeuses du dos du pied, constata que des macules voisines, non traitées, s'effaçaient également. En 1926, M. Lortat-Jacob a observé un phénomène analogue dans un cas de lèpre soigné par la neige carbonique. Darier, dans le même ordre d'idées, parle de deux lésions nævo-carcinomateuses dont la seconde disparut spontanément à la suite du traitement de la première par l'électrolyse.

De tels résultats, assez nets pour que l'on soit en droit d'en tenir compte, ne sont malheureusement pas constants. Les observations en question sont, en effet, un peu disparates et non coordonnées ; leur ensemble n'en montre pas moins qu'en détruisant certaines lésions cutanées, soit par la neige carbonique, soit par l'électrolyse, soit par l'électro-coagulation, soit aussi sans doute par d'autres procédés, on peut constater la guérison de lésions semblables qui n'ont été soumises à aucune médication.

M. Ravaut a fait quelques essais nouveaux sur ce mode possible de traitement chez deux psoriasiques. En appliquant l'électro-coagulation sur des points isolés de psoriasis, sur des surfaces de 2 ou 3 centimètres par exemple, il a vu non seulement les éléments traités guérir, mais les autres placards psoriasiques, non soignés, blanchir et s'effacer. Chez un troisième patient, psoriasique également, le résultat espéré ne s'est pas produit. Il ne conviendrait donc pas de dépasser la valeur des faits observés et d'y fonder des espérances qui pourraient assurément ne pas se réaliser.

Si cependant, ajoute l'auteur, ces heureux résultats devaient s'étendre dans la suite à d'autres malades et à d'autres affections, le revêtement cutané nous apparaîtrait comme un système ayant un rôle tout différent de celui que nous avons conçu jusqu'alors, susceptible de devenir le point de départ d'interventions thérapeutiques dont l'action s'exerce à la fois au niveau des lésions, sur toute l'étendue de la peau, et même sur l'état général. Ce que nous ont montré, au cours de recherches récentes, les phénomènes d'allergie, d'anaphylaxie cutanée, les résultats des injections intra-dermiques... nous font entrevoir que le système cutané doit jouer en physiologie et en pathologie un rôle beaucoup plus grand que nous ne le pensons. Quoi qu'il en soit, pour s'en

tenir aux faits constatés, il semble possible, dans nombre d'affections s'accompagnant de manifestations cutanées, d'obtenir par l'électro-coagulation de quelques-uns des éléments, une action sur les autres lésions cutanées, et aussi une action générale. M. Ravaut groupe ces constatations sous le terme d'auto-dermo-thérapie.

— M. Brocq remarque qu'il a pu faire disparaître des dermatoses à distance avec le vieux cautère. Pour le psoriasis, il a vu, une fois, ses manifestations s'amender 28 heures après une injection de sérum anti-diphtérique.

Recherches expérimentales sur le nerf présacré.

(MM. Leriche et Stricker. — *Soc. de chirurgie* ; 1-6-1927.)

Les auteurs entendent sous le nom de nerf présacré, le nerf ou les nerfs qui résultent de la réunion devant la Ve lombaire des deux troncs nerveux latéro-aortiques, au-dessous de l'artère mésentérique inférieure.

On sait l'importance que ce nerf a prise dans le traitement des algies pelviennes, des dysménorrhées douloureuses, des ovarites scléro-kystiques, depuis que Cotte a proposé de le couper dans ces cas, au lieu de faire la double sympathectomie des artères hypogastriques que Leriche avait tout d'abord pratiquée.

MM. Leriche et Stricker ont essayé de préciser la signification physiologique dudit nerf, sur laquelle on ne possède pas de donnée. Le nerf présacré s'est montré avant tout sensitif, réglant directement ou indirectement des variations de pression dans la circulation du petit bassin. Ces expériences justifient, en définitive, les applications gynécologiques de la section du nerf sacré.

Brûleur ultra-violet à grande puissance.

(MM. J. Risler et Foveau de Courmelles. — *Soc. de pathologie comparée* ; 5-7-1927.)

Le pouvoir actinique d'un brûleur pour rayons ultra-violets est proportionnel à l'intensité du courant électrique qui traverse la lampe et détermine l'amorçage de l'arc luminescent. Toutefois, il est difficile, sous peine d'amener la fusion par élévation de la température des éléments de tungstène, d'employer, dans les appareils courants, un régime supérieur à 5 ampères.

Pour obvier à cet inconvénient, MM. Risler et Foveau de Courmelles ont fait construire, par MM. Philippe et Lecompte un dispositif permettant de refroidir la lampe par un courant d'air et d'éviter la fusion des électrodes. Le nouveau brûleur ultra-violet, établi sur ces données, permet le passage de 16 ampères, sous 220 volts. Le pouvoir actinique de cet appareil se trouve sensiblement accru et le brûleur ainsi construit est à grande puissance.

P. L.

Les Thèses

P. — Dr Louis Simon, diplômé de l'Institut médico-légal et de psychiatrie. — **Contribution à l'étude du traitement des arthrites blennorragiques. Les injections intraveineuses de sérum antigonococcique de Nicolle.** (Librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 1927.)

Le traitement des arthrites gonococciques à type de polyarthrite aiguë, de pyarthrose ou d'arthrite chronique ankylosante par le sérum antigonococcique intraveineux paraît constituer un progrès appréciable sur les méthodes, spécifiques ou non, employées jusqu'à ce jour dans le traitement de ces arthrites.

La technique consiste en injections intra-veineuses de sérum antigonococcique de M. Nicolle, après injections préparantes. La dose à injecter chaque fois varie de 10 à 40 centimètres cubes de sérum dilué à 10 % dans du sérum physiologique. L'injection demande à être faite très lentement (30 à 40 minutes) afin d'éviter les phénomènes de shock.

L'amélioration est généralement très rapide et se fait sentir dès les premières injections faites de jour en jour, ou tous les deux jours. En pratique, on ne peut donner de règle fixe sur la quantité de sérum à injecter et sur la durée du traitement, qui devra se laisser guider par les modifications cliniques ; toutefois la règle absolue est de mobiliser le plus tôt possible.

Les incidents inhérents à l'introduction intra-veineuse de sérum peuvent être considérablement atténués par les précautions indispensables qui consistent à faire :

a) Des injections *préparantes* de faibles quantités de sérum ; *b*) des injections *extrêmement lentes* de sérum *dilué*.

Ce mode de traitement est à essayer dans tous les cas d'arthrites gonococciques, dans le but d'assurer la restitution fonctionnelle de l'articulation.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

LE MOUVEMENT SYNDICAL EN 1927

A première vue, l'année qui vient de s'écouler, depuis les dernières assemblées générales de fin 1926, nous apporte plus de tristesses que de succès. Discorde, batailles, échange de propos plus ou moins enflammés, oppositions de personnes, trop longs discours ou articles, pour des mystiques ou des mots, dont le sens véritable semble parfois échapper à leurs auteurs mêmes : voilà ce qui constitue le bilan de l'année.

Certes de bonne foi et ardents à défendre ce qu'ils croient être la vérité, nos confrères ont lutté plus pour des formules, moins pour des actes, cependant que le Parlement, profitant de nos querelles, nous préparait le servage de demain, livrés que nous serons aux mutualités, transformées en caisses d'assurances sociales.

Disons cependant que cette lutte fratricide aura son bon côté : les adversaires ne se sont pas uniquement bornés à employer, en termes choisis et polis, les méthodes chères aux héros d'Homère : par ailleurs, ils ont agi, ils ont travaillé. Lorsqu'ils auront compris que le danger commun oblige le corps médical à faire front unique, lorsqu'abandonnant les luttes de personnes et d'idées, ils passeront uniquement à l'action, nous assisterons à l'éclosion de résultats syndicaux appréciables.

D'ailleurs, les réalisations pratiques de l'année sont néanmoins encourageantes.

Nous allons passer en revue l'activité syndicale qui s'est manifestée au cours de cette dernière année.

Assurances sociales.

Deux conceptions s'affrontent : Doit-on exiger du législateur qu'il fera respecter, par la loi sur les assurances sociales, les libertés traditionnelles, qui assurent l'indépendance du corps médical ?

Le médecin restera-t-il libre de demander à son malade (que ce dernier soit assuré social ou non) les honoraires, que le praticien croit pouvoir réclamer à son client ?

Entre le docteur et son patient, absence complète de tiers interposé, soit pour le paiement des honoraires, soit contre des indiscrétions, en violation du secret professionnel.

Au contraire, le médecin acceptera-t-il que son syndicat discute avec la caisse locale d'assurances le tarif d'honoraires, selon lequel, soit malade personnellement, soit caisse, rémunèrera le travail médical.

Le praticien consentira-t-il aussi que, dans certains cas, la caisse puisse faire contrôler le malade par un médecin, désigné par elle-même, ou par le syndicat médical ?

Certes, la première théorie est séduisante, selon laquelle le corps médical n'a pas à connaître la future loi, qui n'est pas faite pour lui. A l'Etat, aux caisses d'assurances, de faire pécuniairement le nécessaire, pour que les ayants-droit puissent être véritablement assurés contre la maladie, l'invalidité et la vieillesse.

Le praticien ne devrait connaître que son malade, qui lui accorde sa confiance. Ensemble, ils s'entendront pour le quantum des honoraires dus et sur le mode de paiement de ceux-ci.

Rien ne sera changé à l'état actuel : qu'il soit assuré ou non, le patient ne sera qu'un malade ordinaire, libre en présence de son docteur, également libre.

Mais, répondent les adversaires de ce système, ce serait l'idéal, si nous n'avions pas, médecins, à lutter contre beaucoup de nos confrères eux-mêmes.

En réclamant un régime de liberté, le corps médical accepte que les caisses puissent également jouir de la même liberté de tractations et d'organisation de soins.

Or, les caisses d'assurances de demain ne seront que les sociétés de secours mutuels d'aujourd'hui.

Celles-ci ont actuellement leurs cadres médicaux tout prêts ; elles ont leurs médecins, qu'elles nomment elles-mêmes.

Combien seront-ils ceux de nos confrères, qui aujourd'hui médecins appointés de mutualités, refuseront demain de conserver les mêmes avantages, avec la même société, mais dont le nom aura changé ?

Combien seront-ils ceux qui auraient l'énergie de refuser un traitement fixe de plusieurs milliers de francs (20 ou 30.000 par an dit-on) ? Service de santé civil, a dit le Dr Duchesne ; oui, service de santé civil, avec médecins appointés, touchant leur solde à la fin du mois et délivrés du souci des honoraires quotidiens.

Au surplus, disent les adversaires de l' « entente directe », regardez combien l'appât de fixes joue un grand rôle dans les cessions de clientèle. Combien sont-ils, parmi ceux qui réclament l'entente directe pour les assurances sociales, qui, aujourd'hui, consentiraient à aban-

donner leurs fixes aux chemins de fer, dans les usines, dans les mutualités, etc., etc. ?

L'ardeur, dans la discussion, va si loin que certains accusent leurs confrères de songer plus à leur réclame personnelle qu'aux intérêts du corps médical tout entier. Ne sont-ce pas surtout des spécialistes, disent des praticiens de campagne ou de quartier, qui dirigent le mouvement syndicaliste favorable à l'entente directe ? Gynécologues, neurologues, chirurgiens généraux, ou spécialistes, directeurs de laboratoire d'analyses, voici quels seraient ceux qu'on accuse de parler, d'écrire au nom des médecins praticiens, alors que ces derniers souhaiteraient surtout d'avoir la certitude, qu'ils ne perdront pas la grosse partie de leur clientèle, celle-ci étant dirigée vers l'hôpital, ou chez des médecins, ayant contracté directement avec les caisses.

Cette vivacité, qui est apportée dans les deux camps, prouve combien le problème est grave et mérite surtout l'attention des dirigeants du corps médical.

En somme , toute la question est de savoir si, demain, au moment de l'application de la loi sur les assurances sociales, l'individualité médicale pourra rester indépendante, vis-à-vis des caisses, si le praticien puisera dans la discipline syndicale la possibilité de soigner l'assuré social comme un client quelconque, recevant de ce dernier la juste rémunération de ses soins, d'après le tarif personnel du praticien ?

A la base de ce système, création d'un Code de déontologie et d'un Ordre des médecins, obligeant le praticien à respecter la liberté d'autrui et à ne pas rafler, à son seul profit, la clientèle des caisses.

Au contraire, doit-on opposer syndicat médical aux collectivités, aux caisses d'assurances sociales ?

Par des conventions collectives librement discutées, on organiserait le service médical local, avec tarifs locaux et modes locaux de paiement, soit directement, de malade à médecin, soit par l'intermédiaire des caisses.

L'heure présente est grave. Profitant de nos dissensions, le législateur a inscrit, dans sa loi, la liberté absolue des tractations. Il en réuslte que les caisses d'assurances pourront aussi bien engager à leur service des individualités médicales, véritables salariés, que traiter avec des syndicats fantômes, créés pour les besoins du moment et composés de médecins rabaisiens, voire même de médecins marrons.

D'ailleurs, pourquoi tant se disputer, puisque la loi assimile l'assuré social à un indigent, qui sera soigné à l'hôpital, au tarif de l'assistance médicale gratuite ? Le médecin d'hôpital n'a donc plus à discuter de question d'honoraires, puisqu'il devra ses soins gratuits à ces assurés sociaux hospitalisés.

Enfin, il est sérieusement question, parmi de hautes personnalités du Conseil supérieur de l'assistance publique, de créer un corps de médecins et chirurgiens d'hôpitaux, suffisamment appointés, pour qu'on puisse leur défendre de faire de la clientèle de ville.

Ces praticiens auraient à soigner indistinctement riches comme pauvres, qui seraient admis dans leurs services hospitaliers, car l'hôpital se transformerait en maison de cure ouverte largement, tant aux assurés sociaux qu'à toutes autres personnes qui voudraient s'y faire recevoir.

***

Cette lutte entre praticiens, qui sont certes animés d'une bonne volonté évidente, mais trop accaparés par la magie des mots, serait foncièrement triste, si l'on ne voyait peu à peu se dégager un certain nombre de points, qui orienteront le syndicalisme de demain, lorsque les esprits plus apaisés se mettront à l'ouvrage, pour adapter les us et coutumes de notre profession aux nécessités nouvelles créées par la mise en vigueur de la loi sur les assurances sociales.

Pour défendre la liberté et l'indépendance de leurs membres, certains syndicats ont jugé nécessaire de conclure des conventions collectives de travail.

D'autres groupes professionnels se demandent comment et en quels termes faire signer à leurs adhérents des engagements, par lesquels chaque syndiqué s'assujettirait à des peines pécuniaires, s'il venait à manquer à la parole donnée.

Ici, la question de la mise à l'index, ou de la non admission au syndicat est portée devant les tribunaux, cependant que certains confrères étudient les modalités d'un Code de déontologie et d'un Conseil de l'Ordre.

Le corps médical sent donc le besoin de s'organiser sur des bases solides : le sentiment fait place au besoin de défense tant individuelle que collective.

Nous allons tour à tour passer en revue ces différents points.

Conventions collectives de travail.

Rappelons l'expérience du Consortium Roubaix-Tourcoing et celle de la Caisse de compensation de la région parisienne.

C'est, avant la lettre, l'application de la loi sur les assurances sociales, car ces collectivités continueront à fonctionner librement, au lendemain de la mise en vigueur de la loi.

Pour la caisse de compensation de la région parisienne, la question s'est posée, au cours de cette dernière année, sur le point de savoir si seul le syndicat des médecins de la Seine avait qualité, pour contracter uniquement pour ses membres, ou si la Fédération des médecins de la

région parienne, qui groupe non seulement des syndicats de médecins, mais des sociétés à statut légal divers, avait le pouvoir juridique de contracter au nom de tous les médecins, même non-syndiqués.

Mais ces conventions collectives de travail ont donné lieu à des discussions d'ordre doctrinal : les médecins exerçant une profession libérale sont-ils qualifiés pour se prévaloir des conditions fixées par le Code du travail, pour pouvoir ainsi contracter collectivement ?

Plusieurs articles du *Concours médical* ont abordé ce point, notamment en ce qui concerne la clause compromissoire, c'est-à-dire si, d'avance, avant la naissance de tout conflit, les parties contractantes ont le droit de décider que chaque litige sera soumis à un arbitrage et non aux tribunaux de droit commun.

L'idée a été défendue que le Code du travail est parfaitement applicable aux syndicats médicaux, comme à tous autres groupements professionnels de travailleurs, que ceux-ci soient des manuels ou des intellectuels.

Un jugement du 18 décembre 1926, du tribunal civil de Niort, et publié dans le *Bulletin* officiel des groupements médicaux des Charentes et du Poitou, de juillet 1927, vient de confirmer notre thèse : la société de secours mutuels des tramways du département des Deux-Sèvres, ayant manqué à ses engagements et ayant violé les termes de son contrat collectif, passé avec le syndicat médical des Deux-Sèvres, a été condamnée à verser 500 francs de dommages-intérêts au dit syndicat.

Ce jugement a une grosse importance pour l'avenir des tractations collectives que les syndicats médicaux sont appelés à conclure avec des collectivités publiques, ou privées.

Mais les organisations professionnelles médicales agiront sagement, en soumettant à des juristes compétents, le texte des contrats collectifs qu'elles ont l'intention de signer. Bien souvent, en effet, des détails d'application, ou même des interprétations des textes donnent lieu à des conflits.

Le juriste consulté doit déceler l'ambiguïté de certains mots, de certaines phrases ; il est parfois même conduit à conclure que l'omission de mots, ou membres de phrases mettra le syndicat médical en mauvaise posture, pour exiger l'exécution de clauses non inscrites, mais qui cependant, étaient, au début, dans l'esprit des parties contractantes.

C'est ainsi que nous avons pu lire dans le *Bulletin officiel* des syndicats médicaux des Charentes et du Poitou d'août 1927, une consultation juridique fort intéressante, donnée à propos d'une convention intervenue entre le syndicat médical des Deux-Sèvres et la Commission administrative de l'Hôpital-hospice de Niort pour la nomination au concours des médecins chirurgiens et spécialistes.

Interprétant à sa manière le texte de cette convention, la commission administrative de l'hôpital a cru pouvoir s'appuyer sur certaines omissions, dans le contenu de ce contrat, pour reprendre sa liberté de nomination, malgré les résultats d'un concours.

Juridiquement, d'après les termes du contrat, la commission avait raison, alors qu'en équité, son tort était manifeste. Nous savons que, sous peu, seront publiées les modifications apportées à la dite convention et donnant entière garantie, pour l'avenir, à nos confrères.

Toujours dans la même revue si vivante, nous trouvons, dans les numéros d'octobre 1926 et de février 1927, des études sur la transformation des services médicaux des chemins de fer.

Que les compagnies de chemin de fer aient leurs médecins, chargés de contrôles divers, c'est leur droit absolu ; mais que, de leur côté, les malades et blessés aient la possibilité de choisir librement leur médecin.

Enfin, signalons le résultat de la lutte contre une offensive mutualiste.

Après Montpellier, Bordeaux, après Bordeaux, La Rochelle : les Unions départementales de Mutualités cherchent à fonder, un peu partout, des cliniques chirurgicales, avec personnel médical imposé, tout à leur dévotion, ou plutôt à leur solde.

Prévoyant que ce mode d'asservissement des praticiens serait la vérité de demain, lorsque les Mutualités, ayant repris force et vigueur, grâce à la loi sur les assurances sociales, imposeront leurs volontés au corps médical, les praticiens de la Charente-Inférieure ont lutté de toutes leurs forces pour empêcher l'Union mutualiste de trouver un employé-chirurgien pour sa clinique de La Rochelle.

Ils ont enfin obtenu la signature d'un contrat collectif, qui n'est pas une grosse victoire, mais qui, cependant, est un enseignement de l'utilité des conventions collectives, pour défendre les individualités contre les collectivités.

La Mutualité renonce à avoir un médecin à gages, opérant seul à la clinique chirurgicale. Tous les chirurgiens de la ville pourront soigner les mutualistes hospitalisés dans cette clinique, moyennant un tarif chirurgical consenti et minimum. (*Bulletin des syndicats médicaux des Charentes et du Poitou*, septembre 1927.)

Voici donc les indices de ce que devra être le syndicalisme médical de demain : le défenseur des intérêts collectifs de praticiens, qui, isolés, seraient broyés par les collectivités publiques et privées, lesquelles entendent faire donner des soins à bas prix par des employés-médecins à leur solde.

Le salariat, qui asservit la classe ouvrière ma-

nuelle, menace notre profession. Rien ne servira de se draper dans les grands mots d'indépendance, de liberté, de sacerdoce : pour vivre, le médecin tendra à devenir ouvrier intellectuel, et sera contraint d'accepter des salaires, des asservissements, à l'affût desquels seront toujours les jeunes, au sortir des Facultés, parce qu'ayant un besoin immédiat de vivre.

Au syndicat de contracter collectivement et d'opposer la force du nombre à la force d'argent.

Voici pourquoi certains étudient comment faire observer la discipline syndicale.

Les engagements syndicaux.

Adhérer au syndicat, c'est aliéner une partie de sa liberté individuelle au profit de la collectivité corporative. En échange, celle-ci accorde au syndiqué une protection générale, grâce à laquelle il est possible d'obtenir des relèvements d'honoraires et la suppression des monopoles, ou situations fixes.

Or, certains confrères peu scrupuleux sont accusés de faire fi de leurs engagements : lorsque les règles syndicales les gênent, ils n'en tiennent nul compte, ou bien ils démissionnent du groupe corporatif.

C'est pour cette raison que beaucoup de syndicats ont, cette année, demandé au *Concours médical* de mettre à l'étude les meilleures formules de contrat passés entre syndiqués.

Des engagements relevant du droit civil permettraient d'exiger des réparations pécuniaires de ceux, qui, transgressant la parole donnée, feraient passer leur intérêt égoïste immédiat avant le bien collectif, et même la bonne renommée du corps médical, tout entier.

Ces formules ont été étudiées et publiées : elles se résument à l'indication de quelques obligations de faire, ou de ne pas faire. En cas de litiges, le conflit sera soumis à un arbitrage : deux arbitres désignés chacun par chaque partie et un troisième désigné par les deux précédents arbitres.

Ces amiables compositeurs résoudront bien souvent des difficultés confraternelles, sans avoir besoin de sévir, cependant que les signataires du contrat collectif confraternel, se sachant justiciables d'un arbitrage, ne se permettront désormais aucune incartade, ni violation de la parole donnée.

Code de déontologie.

Mais comment définir ce qui est permis et ce qui ne l'est pas ? Comment savoir que tel acte est, déontologiquement, répréhensible, alors que tel autre ne l'est pas ?

Aussi, depuis quelque temps, une commission spéciale de l'Union des syndicats médicaux s'est-elle mise à l'ouvrage, pour cristalliser, dans des formules, aussi claires que possible, les coutumes professionnelles.

Disons de suite que cette tâche avait été entreprise au lendemain du Congrès de déontologie de 1900. Une commission, dont le rapporteur fut M. Lereboullet, ne put aller plus loin que la publication d'un avant-projet de Code de déontologie.

C'est qu'en effet, il est très difficile de codifier : les articles doivent être rédigés dans un français extrêmement pur, avec des mots qui ne puissent pas prêter à des interprétations multiples.

Nos codes (civil, pénal, etc.) sont des merveilles à ce sujet. D'ailleurs, en droit pénal, les mots doivent être toujours pris dans leur acception restrictive : les termes sont de sens étroit.

Aussi comprend-on que les hommes de bonne volonté, qui se sont attelés à pareille besogne, se soient rapidement vus arrêtés par les difficultés de rédaction de ces textes. Il ne faudrait pas permettre à un avocat défenseur, puis à un tribunal, d'analyser à la loupe un mot, un membre de phrase, tirés du Code de déontologie et démontrer que le confrère reconnu coupable par la grosse majorité, sinon l'unanimité des autres médecins de la région, avait le droit d'agir, comme il l'a fait, d'après le texte même du code professionnel.

Ordre des médecins.

Encore une question qui, une fois de plus, a un regain d'actualité. Au cours de cette année et en conformité avec les décisions de la dernière assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux, une commission s'est activement occupée d'étudier les diverses modalités de la création d'une juridiction professionnelle.

Des travaux qui ont été publiés, on peut conclure que deux thèses se trouvent actuellement en présence.

1° Les uns, avec les docteurs Clavelier, Gaussel et Aversenq, désirent une loi, votée par le Parlement, obligeant tous les docteurs, qui veulent exercer la médecine, à faire partie d'un Ordre médical.

Cette institution serait chargée de faire respecter la discipline interne de notre profession, laissant aux tribunaux de droit commun la connaissance des conflits avec les clients, mais abandonnant aux syndicats professionnels la défense des intérêts matériels et collectifs de la profession.

Juridiction d'exception, à deux degrés, dont les magistrats-médecins seraient soumis à l'élection par leurs confrères.

Seule, la cour de Cassation n'aurait à intervenir qu'en cas de violation de la loi.

Les promoteurs de cette organisation judiciaire espèrent moraliser notre profession et empêcher certains abus de continuer à être com-

mis, tels que ceux pratiqués par les médecins dits marrons.

2° Mais une thèse contraire est défendue par les docteurs Lafontaine, Merle et Sorel.

Pourquoi créer un Ordre des médecins, alors que celui des avocats a nettement fait faillite, au point de vue de la moralisation de cette profession ?

Pourquoi s'adresser au Parlement, qui pourrait profiter de l'occasion qui lui est offerte, pour inscrire dans la future loi, instituant l'Ordre des médecins, que les praticiens ne pourront pas se défendre contre les emprises de l'Etat, des départements, des communes, des établissements publics (hôpitaux), ou des sociétés reconnues d'utilité publique, ou autres, telles que les mutualités et les caisses d'assurances sociales ?

Des juristes font également observer que jamais le Parlement n'acceptera de créer pareille dérogation au droit commun. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, au premier degré, que des juridictions spéciales peuvent fonctionner. Mais toujours l'appel est de la connaissance des tribunaux de droit commun.

Ainsi en est-il pour le droit commercial, avec les tribunaux de commerce, ou pour le droit ouvrier, avec les tribunaux de prud'hommes.

Ce n'est pas à l'heure où une partie de l'opinion publique demande la transformation des Conseils de guerre, pour que cette juridiction spéciale militaire fasse retour au droit commun, que les pouvoirs publics consentiront à faire une dérogation, en ce qui concerne une profession libérale.

Les décisions du Conseil de l'Ordre des avocats sont toujours susceptibles d'être portées en appel devant la Cour d'appel.

Enfin, disent les docteurs Lafontaine, Merle et Sorel, pourquoi créer un organisme, alors que la juridiction professionnelle syndicale existe déjà ?

Utilisons, en les améliorant, les conseils de famille des syndicats, en les transformant en conseils de discipline ; ou bien envisageons des tribunaux d'arbitrage, constitués lorsque besoin s'en fait sentir.

Devant ces arbitres, désignés par les parties, l'accusation sera soutenue par le syndicat contre le confrère accusé de manquements aux règles déontologiques.

Un travail juridique a paru en ce sens dans le *Concours médical* du 24 juillet 1927.

Exclusion et mise à l'index.

Il ne faut pas croire qu'actuellement les syndicats médicaux soient dépourvus de moyens de coercition, à l'égard des mauvais confrères, ceux-ci faisant ou non partie du groupe corporatif.

Un syndiqué peut, après jugement, être exclu de l'association ; un non syndiqué peut être mis à l'index. Une étude vient de paraître dans le *Concours médical* sur les possibilités juridiques de ces sanctions.

Mais, si les syndicats usent fort peu de ce droit disciplinaire, c'est que la mise en mouvement de la justice syndicale est bien compliquée.

Plainte au bureau, instruction faite par ce dernier, rapport écrit destiné à une assemblée extraordinaire, celle-ci devant atteindre un quorum statutaire.

Or, comme de trop nombreux confrères s'abstiennent déjà de paraître aux réunions annuelles, beaucoup allègueront l'éloignement, ou le travail professionnel, pour s'excuser de ne pouvoir assister à une assemblée disciplinaire.

Joignons à cela le peu de goût qu'ont les médecins à se transformer en justiciers. D'autant que les faits reprochés à un praticien peuvent également être mis à la charge des plaignants : luttes intestines, rivalités, dénigrement sournois, critiques prononcées devant des clients, etc., etc.

Ajoutons que nos malades sont les premiers à envenimer les querelles confraternelles, par les racontars et les insinuations malveillantes.

Un arbitrage, soumis à un seul arbitre, ou à trois, donnerait une justice plus rapide, plus équitable et souvent rétablirait la concorde et la paix entre les adversaires de la veille.

Refus d'admission.

Cette année encore, cette question s'est posée en droit syndicaliste. Un groupe corporatif est-il habilité pour refuser l'adhésion d'un confrère, qui paraît peu désirable ?

Des décisions de jurisprudence se sont prononcées dans ce sens. Un arrêt de la cour de Cassation, du 14 mars 1927 a été commenté dans le *Concours médical* du 8 mai 1927. Un jugement tout récent du tribunal civil du Havre a statué dans le même sens.

Associations ou syndicats ?

Certains reviennent toujours sur cette question qui cependant semble être tranchée : malheureusement, le vocable syndicat sonne encore bien mal à quelques oreilles médicales qui veulent faire du syndicalisme sans l'avouer ouvertement.

D'autres désirent créer des super-organisations hybrides, groupant pêle-mêle syndicats, associations à buts divers, sociétés scientifiques, ou autres. Ils estiment que ces groupes auraient plus d'influence, auprès des pouvoirs publics, que l'Union des syndicats, ou la Fédération nationale.

Mais ces tentatives ne se font jour que dans la région parisienne. Ailleurs, partout en France,

les médecins ne rougissent pas d'être groupés en syndicats, sous l'empire des dispositions du Livre III du code du travail, sur les associations professionnelles.

Action syndicale en matière d'expertises médicales.

Un grave conflit a éclaté en Vendée : excédés d'être soumis à l'arbitraire, en ce qui concerne la taxation des mémoires d'honoraires, pour les expertises médicales, les médecins de la Vendée ont donné leur démission de toute fonction judiciaire.

Il en résulte que, depuis un an, aucune expertise n'a pu être faite, en matière d'accidents du travail.

Le *Bulletin* des syndicats des Charentes et du Poitou nous a tenus au courant de ce conflit, cependant que l'Union des syndicats médicaux mettait la question à l'étude.

En matière criminelle et correctionnelle, les médecins doivent déférer aux réquisitions qu'adressent les officiers de police judiciaire qualifiés. Mais en matière civile, les praticiens sont en droit de décliner toute fonction d'expert.

La cause de ce conflit, c'est que les décrets, actuellement en vigueur, laissent place à l'arbitraire le plus absolu, puisque le juge taxateur est libre de tarifer à sa guise le travail accompli, sans qu'il puisse se reporter à un barème ou à un tarif.

Ce conflit permettra de faire préciser les doléances des médecins. Après étude, les groupements syndicaux pourront présenter au ministre de la justice un projet de décret, réglementant les expertises.

Si le ministre refuse, les médecins de France pourront imiter la conduite de leurs confrères de la Vendée.

Si l'on veut des expertises consciencieuses, qu'on les paye à leur valeur et qu'elles ne soient pas monopolisées entre quelques privilégiés.

La réforme de la loi accidents du travail.

M. Gros, député, a été chargé d'un travail important, consistant à rapporter devant la commission d'assurance et de prévoyance, puis devant la Chambre, les modifications qu'il conviendrait d'apporter à la loi sur les accidents du travail.

Les syndicats médicaux se sont préoccupés de ces réformes et, tant par articles que par démarches à la Chambre, ils sont parvenus à obtenir satisfaction, notamment en ce qui concerne le droit aux honoraires, pour les blessés du travail hospitalisés.

Signalons, entr'autres modifications, la proposition résultant d'un projet de loi, par laquelle le médecin devrait se contenter, comme honoraires totaux, des sommes prévues au taif ministériel des accidents du travail.

Or, la jurisprudence a toujours reconnu aux praticiens le droit absolu de réclamer au blessé la somme totale de ce qui leur est dû, au tarif syndical de droit commun, quitte à la victime à se faire rembourser, par le chef d'entreprise responsable, les sommes mises à la charge de ce dernier, dont la quotité est fixée par le tarif ministériel.

Les représentants du corps médical n'ont pas hésité à démontrer, à la commission d'assurance et de prévoyance de la Chambre, combien injuste était cette réforme proposée, car, si les praticiens ont jusqu'ici consenti à ne jamais réclamer à l'ouvrier blessé la part qui incombe à ce dernier, ils ne veulent pas être contraints à faire bénéficier de la même mesure de faveur les ingénieurs, directeurs d'usine, ou les riches fermiers et exploitants agricoles, lorsque ces personnes se réclament des dispositions des lois sur les accidents du travail.

Accidents du travail survenus aux travailleurs intellectuels.

Cette année a vu aboutir, devant la Chambre la demande au droit de garantie, en faveur des médecins, chirurgiens, internes et externes des hôpitaux, blessés au cours de leurs fonctions hospitalières.

M. le docteur Fié, député, présenta un rapport très intéressant à la séance de la Chambre du 19 novembre 1926 et le projet de loi fut adopté, sans modifications à la séance du 21 janvier 1927. Il est actuellement soumis au Sénat.

Loi des pensions.

Un travail documentaire important, dû au Dr Lenglet, secrétaire de la commission supérieure des pensions, a été publié en avril dernier.

Ce rapport expose les résultats du fonctionnement des commissions de contrôle, l'influence de ces dernières et des statistiques sur le pourcentage, par département, des frais occasionnés par l'exécution de la loi.

A l'heure où, sous la poussée de la sociologie, la médecine tend à ne plus rester individuelle, pour devenir collective, il est indispensable de connaître l'influence de l'exercice de notre profession sur la mentalité publique, ses rapports avec les clients, lorsque ces derniers sont garantis par une collectivité publique ou privée, qui se substitue à eux pour le paiement des honoraires, la répercussion des habitudes locales sur les variations des dépenses et des tarifs locaux, ou généraux, etc.

Signalons l'intention du gouvernement de faire bénéficier les jeunes soldats, incorporés depuis 1919, des avantages conférés par la loi des pensions aux réformés de guerre.

Ce fait constitue un abus de pouvoir, car une loi ne peut être modifiée que par une loi et la législation du 31 mars 1919 ne met à la charge de la nation que les conséquences de la guerre et non celles qui pourraient survenir de faits postérieurs aux hostilités, sans lien direct avec ces dernières.

Les syndicats médicaux seront appelés, soit à reprendre leur liberté et à soigner les blessés de guerre, selon les tarifs de droit commun, soit à réclamer des modifications des tarifs actuels pour les adapter au coût actuel de la vie, sinon à déférer les décisions du ministre au Conseil d'Etat pour excès de pouvoir et violation de la loi.

Code du travail maritime.

Un règlement d'administration publique, rendu pour l'exécution de l'article 85 de la loi du 13 décembre 1926 (code du travail maritime) vient de donner lieu à des articles intéressants, tirés du *Bulletin officiel* du syndicat des médecins de Marseille et du *Concours médical*.

Cette loi du 13 décembre 1926 règlemente les obligations des armateurs envers les marins, malades ou blessés, durant leur embarquement.

Or, le décret du 31 août 1927 introduit, dans l'évaluation préalable des frais médicaux éventuels d'une maladie déterminée, un élément forfaitaire nouveau : la notion de la durée.

L'armateur responsable peut se libérer, en cas de débarquement d'un marin, atteint de maladie ou d'accident, en versant, entre les mains de l'autorité maritime, au moment où le marin a été laissé à terre, une somme forfaitaire, déterminée par un tarif annexé au dit décret.

Ces tarifs ont été fixés, d'après les renseignements recueillis par les autorités maritimes, auprès des établissements hospitaliers, dans les différents ports.

Ils ont été calculés, dit le décret, de façon à couvrir tous les frais, que peut éventuellement entraîner l'hospitalisation du marin (logement, nourriture, médicaments, pansements, frais d'opérations, honoraires des médecins et des chirurgiens, etc).

Une nomenclature a été dressée, indiquant la plupart des maladies et des affections, dont sont le plus fréquemment atteints les gens de mer ; en regard, est indiquée la durée moyenne d'hospitalisation et de repos, avant la reprise du travail .

La somme forfaitaire à verser, par l'armateur, au moment du débarquement du marin, est déterminée en multipliant le nombre présumé de jours d'hospitalisation par le prix de journée d'hôpital, au lieu de débarquement.

Il en résulte que les médecins d'hôpitaux vont avoir, une fois de plus, toute une catégorie de malades gratuits à soigner : les marins de commerce. Car, la plupart des établissements hospitaliers n'accordent, à leur corps médico-chirurgical, qu'une indemnité annuelle, pour traiter tous les malades, qui, quelle que soit leur condition de fortune, sont admis dans les services médicaux et chirurgicaux.

La réforme du statut du personnel médico-chirurgical des hôpitaux s'impose donc à la diligence des syndicats médicaux.

Exercice illégal de la médecine.

Cette question éternelle a été étudiée cette année, au point de vue théorique. L'Association française des chirurgiens-dentistes, qui est en communauté d'idées avec l'Union des syndicats médicaux et la Fédération nationale, au sujet de la réforme des études dentaires, devait remettre à un sénateur, qui le lui avait demandé, un projet de modifications à la loi du 30 novembre 1892, au point de vue du seul exercice illégal de l'art dentaire.

Etendant la question à toute la corporation médicale, un projet a été publié dans le *Concours médical* et discuté à la commission de l'exercice illégal du syndicat de la Seine, proposant un certain nombre de modifications à la loi sur l'exercice de la médecine.

Entr'autres, est défini, d'après la jurisprudence, le délit d'exercice illégal. Quant aux pénalités prévues, elles sont nettement plus fortes, pour rendre la répression effective, alors qu'à l'heure présente, les illégaux se rient des peines minimes qui peuvent les atteindre, mais ne les empêcheront pas de recommencer.

Ce ne sont pas là vaines questions de boutique : la santé publique doit être préservée contre le charlatanisme éhonté, qui, puisant sa force dans la crédulité humaine et dans la foi dans le surnaturel, arrive à persuader les malades qu'on peut les guérir par des passes magnétiques, ou autres procédés empiriques.

Pendant ce temps beaucoup d'affections s'aggravent et parfois même deviennent incurables ou mortelles.

Réforme des études dentaires.

Le syndicat des médecins stomatologistes et l'Union des syndicats médicaux en collaboration étroite avec l'Association française des chirurgiens-dentistes, ont continué leur action, auprès de la commission ministérielle, chargée d'élaborer le nouveau statut des diplômes, ayant qualité pour soigner les maladies de la bouche et des dents.

Le corps médical estime que l'art dentaire n'est qu'une branche de l'art de guérir. A la base, doit être exigé le diplôme de docteur en médecine, sans qu'il soit besoin de créer un autre doctorat, ni d'exiger des docteurs en mé-

decine de passer les épreuves en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien dentiste.

Au contraire, disent les partisans de l'autonomie de l'art dentaire, cette profession est très spéciale, n'a nullement besoin, pour son exercice, de connaissances médicales bien étendues.

Et à ces autonomistes se joignent, dans la coulisse, tous les groupements de mécaniciens pour dentistes, qui voudraient bien ne plus être considérés comme de simples ouvriers manuels, plus ou moins artistes en leur spécialité, mais plutôt comme des ouvriers intellectuels, ayant le droit de prendre des empreintes, de faire les essayages des appareils.

Bref, si l'on écoutait ces sons de cloche, on arriverait à posséder des médecins stomatologistes, ayant le droit de tout soigner ; des chirurgiens-dentistes, habilités à donner leurs soins aux dents ; et enfin des mécaniciens pour dentistes, qui se réserveraient le droit et le monopole de la prothèse et de la pose des appareils.

Non ! l'art de guérir est un, consacré par le diplôme de docteur en médecine.

Aux titulaires de ce diplôme de se spécialiser après avoir reçu à la Faculté les connaissances générales indispensables pour ne pas être dangereux pour la santé de leurs concitoyens.

Rapports médico-pharmaceutiques.

Puisque nous sommes dans le chapitre des professions connexes, signalons la tentative heureuse du syndicat des médecins de la Seine, qui a entamé des pourparlers, cette année, avec les groupes professionnels pharmaceutiques.

Un certain nombre de questions ont été discutées : quelle attitude doivent avoir les pharmaciens, lorsque les agents du fisc émettent la prétention de contrôler les actes des médecins, par la vérification des livres d'ordonnances des pharmaciens.

N'est-ce pas là une violation du secret professionnel ?

Egalement fut discutée la manière de faire cesser les rigueurs vexatoires, résultant des inspections des pharmacies. Beaucoup de médecins se voient appelés chez le juge d'instruction, parce qu'un pharmacien, inspecteur des pharmacies, peu versé dans l'art de guérir, puisqu'il n'est pas docteur en médecine, vient décréter, sur le vu de quelques ordonnances, que tel docteur en médecine a fait des abus de prescriptions.

Quelle que puisse être l'autorité de ces professeurs de la Faculté de pharmacie, il est permis de dire que le médecin doit savoir mieux qu'eux ce qui est nécessaire, pour abréger les souffrances d'un tuberculeux, ou d'un cancéreux.

Il ne faut pas systématiquement voir de partout des praticiens peu consciencieux qui, pour quelques sommes d'argent, pourraient se prêter à des compromissions et permettre à de malheureux morphinomanes de cultiver leur vice.

Ce n'est pas dans les pharmacies, mais plutôt à Montmartre qu'on peut largement s'approvisionner de toxiques.

D'autre part, des questions concernant les spécialités pharmaceutiques ont été abordées, notamment la question du droit de prescription qu'a le médecin vis-à-vis des blessés du travail, des indigents et des assurés sociaux de demain. Le praticien doit pouvoir conserver une liberté complète pour ordonner tout ce qui est susceptible de guérir un malade, le mieux et le plus vite possible. Egalement on s'est préoccupé de ces affichages scandaleux qui dans quelques officines, recommandent certains remèdes véritablement secrets.

Quant à la loi sur les assurances sociales, les pharmaciens ne sont pas disposés à faire crédit à leurs clients éventuels : leurs syndicats préfèrent traiter collectivement avec les caisses d'assurances, comme ils le font actuellement pour les blessés du travail.

Les préparations pharmaceutiques seront délivrées aux ayants droit, selon un tarif élaboré en commun et ce seront les caisses qui payeront les mémoires des pharmaciens.

Ceux-ci se déclarent donc partisans du tiers payant, avec contrat collectif.

Les infirmiers masseurs.

Ces auxiliaires médicaux s'agitent beaucoup, par l'intermédiaire de leurs syndicats professionnels.

La profession du massage a été discréditée, aux yeux des médecins, par des gens qui ont fait de l'exercice illégal de la médecine, par des rebouteux divers, enfin par des personnes, qui faisaient paraître des annonces fallacieuses, pour attirer une certaine clientèle dans des maisons de rendez-vous.

Aujourd'hui, les masseurs sérieux entendent rester les auxiliaires des médecins, exécuter leurs ordonnances et prescriptions et prolonger leur action, dans le domaine de l'éducation physique et de la gymnastique rationnelle.

La future loi sur les assurances sociales conduira les caisses à l'étude des moyens propres à avoir une race plus résistante, plus solide, partant devant moins consommer de frais médicaux et de journées de maladie.

L'éducation physique de la jeunesse et de l'adolescence est à l'ordre du jour.

Les masseurs sérieux voient de ce côté le moyen de réhabiliter leur profession, cependant que les médecins ne se désintéresseront plus de la thérapie par procédés et agents physiques.

Certains syndicats médicaux ont été appelés, cette année, à discuter avec le syndicat des masseurs, les moyens propres à provoquer des en-

tentes intersyndicales, pour que le massage et l'éducation physique soient, sous le contrôle médical, dirigés et appliqués scientifiquement et ne restent pas trop souvent la proie de l'empirisme, ou de la réclame de mauvais goût.

Syndicats spécialistes.

En dehors de l'activité syndicale d'ordre général, il convient de mentionner les réalisations obtenues cette année et les études abordées par les syndicats médicaux spécialisés.

A) Le syndicat des chirurgiens, sous l'impulsion du Dr Renon, de Niort, a, dans son *Bulletin officiel*, étudié la répercussion de la future loi des assurances sociales, sur le statut des médecins et chirurgiens d'hôpitaux. Mentionnons une étude juridique sur les rapports du fisc et des maisons de santé, surtout lorsque ces cliniques appartiennent aux chirurgiens eux-mêmes.

Enfin, le syndicat des chirurgiens a eu le courage d'envisager hardiment et ouvertement le gros problème de la dichotomie. D'ailleurs, à son assemblée générale d'octobre 1927, cette question a été âprement discutée.

Le médecin traitant a droit à des honoraires, parce qu'il prend la responsabilité de conseiller une opération et de désigner le chirurgien qui lui paraît le plus apte à mener à bien cette intervention.

Mais, même lorsqu'il assiste à l'opération, le praticien de famille se voit refuser, ou discuter les honoraires qu'il réclame : le malade croit s'être acquitté de tous frais, par la somme globale, qu'il a remise au chirurgien.

N'oublions pas que le docteur de famille peut rendre de grands services, au cours de l'intervention chirurgicale, lorsqu'un incident oblige le chirurgien à modifier l'étendue, ou la nature de son intervention.

Le médecin représente alors les intérêts du patient, qui est endormi, et donne son avis autorisé au chirurgien.

Tout cela mérite honoraires, lesquels peuvent faire partie de la somme globale, demandée par le chirurgien.

Mais *quid* ? lorsque le médecin n'a pas assisté à l'opération. A-t-il droit à une rémunération ?

Oui, disent certains, parce que ce praticien a pris la responsabilité de conseiller une opération, surtout lorsque ce traitement chirurgical, substitué à une thérapeutique médicale, privera désormais le médecin de visites, ou de pansements. Beaucoup de maladies deviennent du ressort, non plus de la médecine, mais de la chirurgie, ou des traitements physiques.

Quelle sera la part que le médecin pourra toucher sur les honoraires du chirurgien ?

Lorsque cette part est occulte, élevée, atteignant la moitié des honoraires chirurgicaux, ressemblant à un courtage clandestin, le syndicat des chirurgiens la déclare immorale.

Mais des honoraires médicaux, pouvant atteindre le quart de la somme touchée par le chirurgien, peuvent faire partie de la note globale, sans néanmoins que le patient ait besoin de savoir le quantum des sommes versées par le chirurgien au médecin traitant et à ses aides.

B) Le syndicat des médecins propriétaires de maisons de santé s'est fort préoccupé, cette année, de la concurrence de plus en plus terrible que les hôpitaux font aux cliniques privées.

Etablissements publics, partant exempts d'impôts et de taxes diverses, touchant des subventions publiques et privées, les hôpitaux sont, de toute tradition, réservés aux pauvres.

Malheureusement, la tendance actuelle est de transformer l'hôpital en établissement général de cure, en usine à soins, dans laquelle riches comme pauvres recevront les soins nécessaires à leur état.

Les commissions administratives savent que les médecins entendent bien collaborer à une œuvre de philanthropie sociale, en donnant leurs soins gratuits aux indigents hospitalisés ; mais elles feignent d'oublier que pareille faveur ne peut être accordée à qui est capable de payer des honoraires médicaux ou chirurgicaux.

De plus, établissements publics, les hôpitaux ne peuvent pas faire d'actes de commerce et concurrencer les maisons de santé, dues à l'initiative privée.

C) A toutes ces questions, l'association syndicale des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de France a joint l'étude de la représentation du corps médical, au sein des commissions administratives des hôpitaux.

D) Enfin le Groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés s'est occupé des modifications, étudiées actuellement à la Chambre des députés, à propos des accidents du travail et de la question de la dichotomie, etc.

Signalons la création, cette année, d'un syndicat des biologistes, groupant les médecins, qui dirigent un laboratoire d'analyses médicales.

Grève de médecins.

Bien que ce mot de grève sonne fort mal, lorsqu'il s'applique à la profession médicale, nous devons cependant signaler que, dans trois domaines différents, les médecins ont été contraints, cette année, à recourir à ce procédé de lutte pour faire respecter leurs droits et combattre pour leurs intérêts par trop méconnus.

Nous avons déjà signalé plus haut la grève des expertises, dans les Deux-Sèvres, parce que les honoraires sont taxés arbitrairement, selon l'humeur du juge taxateur.

A Romans, grève à l'occasion d'un conflit hospitalier. Les médecins de cette localité assu-

raient depuis toujours, le service de l'hôpital, les uns en médecine, les autres en chirurgie, maternité ou spécialités. Ils s'entendaient entre eux pour organiser un tour de roulement.

Brusquement, ayant mal interprété la circulaire ministérielle du 31 mars 1926, le maire s'avisa d'instituer un concours, pour les places de médecins et de chirurgiens de l'hôpital.

Les praticiens objectèrent que point n'était besoin de faire ainsi une sélection parmi eux, puisque tout marchait bien.

Le maire persista dans son intention, ne trouva ni juges, ni candidats, qui firent grève. Un conflit s'en suivit, grossi par les passions politiques.

Les praticiens continuèrent leur service à l'hôpital jusqu'au jour où l'on fit venir un confrère, qui n'hésita pas à faire le briseur de grève.

Mais prudemment, quelque temps après, il demanda un congé de maladie et fut remplacé par un étudiant.

Je passe sur certains détails, notamment sur un accident grave, survenu chez un malade hospitalisé ; mais on voit combien la lutte est regrettable, lorsqu'un hôpital, aussi important que celui de Romans, est confié à un seul étudiant en médecine, aidé d'infirmiers, alors que les praticiens de la ville sont dépossédés des services qu'ils avaient assurés presque gratuitement, depuis de longues années.

Je signalerai enfin des grèves partielles, que les médecins sont obligés de faire en matière d'assistance médicale gratuite.

Devant le taux croissant des impôts, les docteurs entendent être payés par l'Etat, les départements et les communes, selon les tarifs de droit commun, pour les soins donnés aux indigents, du moment où nulle diminution, ou exemption d'impôts d'Etat, départementaux, ou communaux ne leur est accordée.

La loi du 15 juillet 1893 oblige les communes, les départements et l'Etat (et non les médecins) à faire soigner les malades privés de ressources.

Le corps médical a été trop longtemps molesté et bafoué : il se révolte et entend faire écouter ses revendications.

Association professionnelle internationale des médecins.

Cette association a tenu sa deuxième assemblée générale, tout dernièrement à Paris. Son secrétaire général, le docteur Decourt, a su mener à bien une lourde tâche, car il doit provoquer des enquêtes, dans tous les pays d'Europe, sur un certain nombre de points concernant l'exercice de la profession médicale.

Notamment l'enquête concernant le fonctionnement de l'assurance-maladie, a donné des résultats parfois impressionnants.

C'est ainsi que dans la grosse majorité des pays où fonctionne l'assurance sociale, les médecins préfèrent le paiement à l'acte médical, plutôt que l'abonnement ou le forfait ; ils sont également parfisans du libre choix du médecin, par le malade ; mais tous sans exception préfèrent toucher leurs honoraires des caisses, plutôt que de leurs clients ; ils préfèrent le « tiers payant » à l' « entente directe ».

Cette unanimité peut faire réfléchir ceux d'entre nous qui se laissent entraîner, non par les *réalités* brutales de demain, mais plutôt par des conceptions idéalistes.

Ce long travail vient d'être publié dans les colonnes du *Concours médical.*

Etude générale sur le syndicalisme médical.

Je n'aurais garde d'oublier la parution, au cours de cette année, d'un livre, dû à Me Martin, avocat, sur le syndicalisme médical.

Ce travail est rempli d'enseignements pratiques et devrait figurer dans la bibliothèque de beaucoup de syndicalistes.

D'ailleurs, Me Martin est le conseiller juridique des syndicats médicaux des Charentes et du Poitou, syndicats très actifs et réalisateurs.

Conclusions.

Malgré les luttes fratricides, le syndicalisme médical est loin d'être mort. Si beaucoup de bons esprits ont préféré rentrer sous leur tente, attendant que l'orage soit passé et que le calme ait pu renaître parmi les combattants, d'autres ont abandonné la lutte des idées et des mots, pour obtenir des réalisations tangibles.

Divisé, le corps médical sera toujours battu. Il a été complètement déçu par le vote de la loi sur les assurances sociales par le Sénat, car la la confusion et l'obscurité existent dans ce texte très imparfait.

Certes, le docteur Chauveau a été un rapporteur remarquable, cherchant à concilier les intérêts divergents et à faire de son mieux.

Malheureusement une loi de pareille envergure sera pendant longtemps boîteuse, jusqu'au jour, où par l'application pratique, résultant d'un certain nombre d'années d'expérimentation, on révisera la loi, par des articles nouveaux, comme on l'a fait pour la législation sur les accidents du travail.

Que n'a-t-on dit, en 1898, sur cette dernière loi, et combien seraient-ils maintenant, ceux qui en demanderaient l'abrogation ?

Il en sera de même pour les assurances sociales : elles entreront peu à peu dans les habitudes et dans les mœurs.

Malheureusement, le corps médical s'est quelque peu désintéressé de son véritable rôle social. Conseiller technique des caisses, il aura à soigner et à guérir ; mais il aura aussi à prévenir, à orga-

niser la lutte contre les maladies et les fléaux sociaux.

Les syndicats de praticiens seront amenés, par la force des choses, à collaborer à l'organisation d'une médecine collective, dans des maisons de cure. Ils devront donner leur avis sur la construction de maisons d'habitation claires et saines, comme sur l'éducation physique des enfants, ou sur les examens médicaux périodiques, permettant de déceler, alors qu'il est temps de les guérir, nombre d'affections qui, actuellement, font tant de victimes, parce que trop longtemps méconnues et négligées.

Rien ne sert de dire que, si le corps médical ignore la loi sur les assurances sociales, celle-ci ne pourra jamais fonctionner.

Le Sénat a accordé la liberté d'entente absolue ; il y a assez de médecins besogneux en France pour organiser un corps médical d'assurances, en attendant que les autres praticiens, menacés de perdre une grosse partie de leur clientèle, renoncent à leurs grands principes, défendus bruyamment en assemblée générale du syndicat, pour accepter les conditions des caisses.

Malheureusement, il sera trop tard, et, une fois de plus, faute d'avoir été clairvoyant, le corps médical connaitra le servage, qui actuellement lui est imposé par des Mutualités.

Souhaitons que demain nous apporte la concorde dans le camp médical, pour qu'en commun, on se préoccupe moins de la manière dont on sera payé que du travail, qui nous sera demandé par les caisses, représentantes légales des malades.

Que les médecins se donnent la peine de lire la loi sur les assurances sociales ; qu'ils se fassent une idée véritable sur le fonctionnement futur des caisses, organismes autonomes et non pas d'Etat. Que les praticiens se portent, par la pensée, après cinq années de fonctionnement de la loi et ils comprendront alors, qu'ils ont mieux à faire que de discuter sur des questions plus secondaires.

Qu'ils organisent surtout des syndicats forts, certains d'aucune défaillance de leurs membres groupant la quasi-unanimité des praticiens de chaque région. Alors, ils pourront parler, certains d'être écoutés. Ils feront comprendre aux caisses qu'un médecin, qui a la confiance de son malade, dont le traitement est le moins possible gêné par l'intrusion de tiers et enfin dont les honoraires sont convenables, peut être un collaborateur merveilleux pour la guérison et la prévention des maladies.

Mais, si le syndicat est faible, divisé, ses discordes feront le jeu de tous ceux, qui, médecins, font passer leur intérêt personnel avant le bien de la corporation médicale. Ce sont ceux-ci qui consentiront à toutes les concessions, pour s'assurer la clientèle des assurés sociaux.

Je persiste à croire, — et les réalisations pratiques, que le syndicalisme médical a données cette année, me le font espérer, — que demain le corps médical saura montrer à la Chambre des députés quelle peut être la collaboration technique qu'il peut apporter, pour le fonctionnement de la loi, tant en médecine curative qu'en médecine préventive ; mais quels en sont le prix et les conditions.

Dr Paul BOUDIN,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Docteur en Droit.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Aux jeunes médecins.

On nous demandait naguère, au *Concours médical*, notre collaboration pour donner aux étudiants en fin d'études et aux jeunes confrères qui s'installent, des conseils capables de les prémunir contre toutes les difficultés qu'ils vont rencontrer dans leur vie professionnelle.

Le jeune médecin et encore bien plus l'étudiant n'ont en effet aucune idée de ces difficultés : ils ont vécu jusque-là dans une atmosphère d'illusions qui se prolongent, ils voient la vie en rose, l'avenir est pour eux plein de promesses et ils se figurent bravement qu'il leur suffira d'apparaître pour que tout leur réussisse.

Parlez-leur de prévoyance, ils sont tout ahuris, ils n'ont jamais songé à cela ! Pourquoi faire ? Ils n'en auront jamais besoin. N'ont-ils pas la santé, la force, le savoir ?

Les premières désillusions ne leur ouvrent même pas encore les yeux : ils ont pu se tromper en achetant une clientèle, en s'installant, en se trouvant aux prises avec les premières règles déontologiques qui s'imposent à un débutant. Cela ne compte pas, cela n'a pas d'importance et sera vite réparé.

Il faut qu'ils aient déjà plusieurs années d'exercice professionnel pour se dire que peut-être il serait intéressant de chercher à se prémunir contre les déboires qu'ils commencent à connaître.

C'est alors que, vers 35 ans, ils entrent au *Sou médical*, à la *Mutualité Familiale* ; mais auparavant, ils ont dû avaler pas mal de couleu-

vres trop souvent et ils regrettent de n'avoir pas entendu plus tôt la voix de leurs aînés qui cherchaient à les éclairer.

Pourquoi donc, jeunes confrères, ne voulez-vous pas écouter nos conseils ?

N'avez-vous pas dans votre famille, parmi vos amis, un médecin à qui vous avez parlé de vos aspirations, de votre avenir ? Et en est-il un seul de ces médecins qui n'ait pas cherché à vous mettre en garde contre vos illusions ? Vous aviez confiance en lui pourtant, vous connaissiez son expérience, son désintéressement. Et quand, par-ci, par-là, vos yeux sont tombés sur un journal qui vous parlait de défense professionnelle ou de prévoyance, ces conseils qui vous avaient été donnés ne vous sont-ils pas revenus à l'esprit ? Et ne vous êtesvous pas dit que, pour vous tenir semblable langage, ces *moralistes* devaient avoir leurs raisons !

Vous êtes jeunes ; vous savez bien que vous ne le serez pas toujours.

Vous êtes bien portants ; vous savez, parce que vous le voyez vous-mêmes tous les jours, que la santé n'est pas intangible, que l'accident ne prévient pas.

Vous avez une certaine situation de fortune ; vous savez qu'aucune n'est à l'abri des tempêtes et des catastrophes.

Et si, au contraire, vous ne pouvez compter que sur vous-mêmes, sur votre travail et votre activité, vous n'ignorez pas que le moindre arrêt aura pour vous des conséquences pénibles sinon pires.

Quelques jours de maladie ne vous effrayent pas — c'est entendu — mais si le chômage se prolonge, si l'incapacité devient définitive (et vous savez par vous-mêmes que la chose n'est pas si rare que cela), conserverez-vous la même impassibilité ?

Réfléchissez un moment : n'accepteriez-vous pas un pacte qui pourrait vous garantir que, chaque année, par exemple, vous seriez immobilisé pendant une semaine mais sans que ce soit jamais plus ?

Eh bien, ce pacte, une société toute confraternelle, faite par des médecins pour les médecins, la Mutualité Familiale, vient vous l'offrir ; elle vous dit : vous allez me verser une somme annuelle correspondant à ce que vous évaluez pouvoir perdre pendant quelques jours, et moi, Société, je m'engage à vous indemniser pendant tout le temps que vous pourrez être arrêtés, qu'il s'agisse de jours, de mois ou d'années !

Pensez-vous que la proposition n'est pas intéressante, qu'elle ne mérite pas un examen sérieux ?

Et cette somme annuelle, elle sera d'autant moins élevée que vous serez moins avancés en âge.

Je ne vous parlerai pas aujourd'hui de la pension de retraite, quoique cependant elle doive vous intéresser aussi, mais vous avez plus de temps pour y songer et la chose presse moins. Sachez seulement que vous pouvez vous l'assurer à la *Mutualité Familiale.*

Mais j'insiste, et cela d'une manière toute particulière, sur l'indemnité maladie-accident dont vous pouvez avoir besoin dans un an, dans six mois, demain même si vous culbutez avec votre automobile, et je vous dis que c'est pour vous un devoir de vous y affilier, devoir envers vous-mêmes, devoir envers votre famille si vous en avez une.

Je pourrais vous citer des confrères qui ont reçu 15.000 fr., 20.000 fr., 25.000 francs d'indemnités et ils ne s'étaient affiliés que pour dix francs par jour et cent francs par mois. Somme dérisoire, direz-vous — demandez-leur cependant si le total quelle a formé a été pour eux dérisoire.

S'ils s'étaient inscrits pour trente, quarante ou cinquante francs, calculez ce que serait devenu ce total et dites-moi en toute franchise si vous le considérez comme négligeable.

Vous vous demandez peut-être si cette Mutualité Familiale à laquelle je vous conjure d'adhérer présente les garanties de solidité, de bonne administration que vous croyez être en droit d'exiger. Je vous répondrai qu'elle a été créée en 1894, qu'elle a par conséquent trente-quatre années d'existence, qu'elle a traversé victorieusement la tourmente de la guerre, qu'elle a distribué déjà plus de 2.500.000 fr. d'indemnités ; je vous dirai qu'elle a été constituée, non pas sur les conceptions plus ou moins justes de ses fondateurs, mais sur des données mathématiques fournies par un *actuaire*, que cet actuaire surveille son fonctionnement et procède périodiquement à des inventaires complets mettant en parallèle les charges de la Société avec ses ressources normales ; je vous dirai encore que, si elle a toujours marché avec une prudence extrême, elle a su cependant évoluer et s'adapter aux nécessités du moment ; je vous dirai enfin que son fonctionnement reste au grand jour sous le contrôle de ses membres, qu'elle sollicite leur concours actif et ne redouterait rien tant que leur indifférence.

J'ajouterai que les cotisations versées soit pour le service de l'indemnité -maladie soit pour celui des retraites sont, dans leur intégralité et sans qu'il en soit distrait un centime, portées aux comptes auxquels elles se refèrent, les frais de gestion formant un compte à part alimenté par des ressources spéciales.

Que pourriez-vous réclamer de plus ?

Mais peut-être objecterez-vous que le budget d'un médecin qui débute n'est pas très élastique;

que ses ressources sont limitées et ses dépenses toujours plus élevées qu'il ne le voudrait, que, dès lors, une cotisation annuelle constitue une charge supplémentaire.

Je vous arrête pour vous faire remarquer que cette charge, si charge il y a, n'est pas supportée en pure perte, que vous récupérerez sûrement, un jour ou l'autre, les sommes que vous aurez versées — car bien peu nombreux sont ceux qui ont la chance d'échapper à toute atteinte morbide — et que d'ailleurs (vous me permettrez bien de vous dire cette vérité), vous faites des dépenses autrement inutiles sans trop gémir.

Et cette cotisation, est-elle donc si énorme ? Jugez-en :

Vous avez 28 ans : il vous en coûtera 72 francs pour l'indemnité quotidienne de 10 francs ; 157 francs pour celle de 20 fr. ; 412 francs pour celle de 50 francs !

Vous avez 30 ans : vous paierez 75 fr. pour l'indemnité de 10 fr. ; 246 fr. pour celle de 30 francs ; 340 francs pour celle de 40 francs.

Rien ne vous oblige à prendre immédiatement l'indemnité la plus forte ; vous pouvez commencer par une plus modeste, vous aurez toujours la faculté d'augmenter quand vous le voudrez sous la seule condition d'être restés bien portants.

Mais n'attendez pas : votre santé est bonne aujourd'hui, demain elle peut être devenue un obstacle à votre admission et vous regretteriez de ne vous être pas décidés plus tôt.

Je crois avoir répondu à l'invitation de ceux qui nous demandaient notre collaboration dans l'œuvre de protection qu'ils rêvent pour vous.

Force m'a été de me tenir dans les généralités, mais écrivez à notre secrétaire général, Dr Mignon au Vésinet (Seine-et-Oise) soumettez-lui votre cas particulier, il vous documentera, il vous conseillera, il vous décidera.

C'est la grâce que je vous souhaite.

A. Gassot.

VARIÉTÉS

LA BOTANOMANCIE DE RABELAIS

Panurge chez Her Trippa

Tout ce qui ne peut être compté comme opération de la nature et de l'art, avait écrit Roger Bacon (1), *ou bien est surnaturel, ou bien est un phénomène illusoire et trompeur*. Faire plus grand le domaine de la science pour diminuer d'autant celui du surnaturel est tout juste le Progrès et Roger Bacon, qui l'avait compris, servit la science selon ses moyens. Peu d'hommes, au XIIIe siècle, furent à sa mesure. Au XVI, la magie était encore l'encyclopédie des sciences et des arts occultes ; *la magie embrassait tout par ses principes et dans ses applications* (2).

La divination restait la plus importante de ses branches ; car elle était née avec le premier homme qui s'inquièta du lendemain et, depuis ce jour, n'avait cessé de se développer. Certes, elle n'était plus, comme elle fut à Rome, sanctionnée par les institutions publiques ; mais l'héritage du passé était riche de moyens particuliers d'interroger l'avenir. Soit que l'on procédât par l'observation des signes les plus divers des plus diverses choses (divination conjecturale), soit que l'on se fondât sur des pratiques mystérieuses (divination proprement magique) — et ceci, comme on pense, plus souvent que cela, — ces moyens variaient à l'infini.

Rabelais ne nous en a gardé qu'un petit nombre encore qu'une bonne part du *Tiers Livre* soit consacrée à l'art divinatoire. Ce petit nombre nous suffira et même nous le réduirons encore à la *Botanomancie* en suivant Panurge chez Her Trippa.

On sait quel souci l'y conduit. En mal de se marier, il craint d'être malheureux en ménage. De tous côtés il prend conseil et tout lui est bon pour découvrir l'avenir. Si Pantagruel lui défend la cybomancie (1), du moins il interroge les sorts virgiliens (2), les songes (3) et même, à Panzoust, une *très insigne sibylle* (4). Hélas ! tout prophétise contre son gré.

Lors, « Panurge s'adresse à Epistemon et lui dit : Compère, mon anticque ami, vous voyez la persplexité de mon esperit. Vous sçavez tant de bons remedes, me sçauriez-vous secourir ? » (5).

« Voyez ci, dist Epistemon, toutes fois que ferez,

(1) Roger Bacon. — *Lettre sur les œuvres secrètes de la nature et de l'art*, traduct. A. Poisson, in-12, Chamuel, Paris, 1893, p. 11.

(2) A. Prost. — *Les sciences occultes au XVIe siècle*, in-8, Champion, Paris, 1881, t. I, p. XXXI.

(1) *Pantagruel*, livre III, chap. 11.

(2) *Pantagruel*, livre III, chap. 10, 11, 12.

(3) *Pantagruel*, livre III, chap. 13, 14. — Cf *Les plantes dans l'oniromancie rabelaisienne, La Vie médicale*, n° 1, 8 janvier 1926, p. 27.

(4) *Pantagruel*, livre III, chap. 16. 17, 18. — Cf. *Chez la sibylle de Panzoust, Médecine internationale illustrée* n° 4, 5 et 6 avril, mai, juin 1925, pp. 144, 196, 217.

(5) *Pantagruel*, livre III, chap. 24.

si me croyez. Ici, près de l'Isle Bouchart, demoure Her Trippa; vous sçavez comment, par art d'astrologie, geomancie, chiromancie, metopomancie et aultres de pareille farine, il predict toutes choses futures ; conferons de votre affaire avec lui... — Bien respondit Panurge, allons vers lui, puis qu'ainsi le voulez. On ne sçauroit trop apprendre » (1).

Ainsi fut fait. Her Trippa les reçoit ; use des méthodes annoncées par Epistémon ; aboutit à des conclusions fâcheuses. Panurge s'irrite. Panurge injurie. Her Trippa vide le fond de son sac. La botanomancie offrait à elle seule procédés à foison.

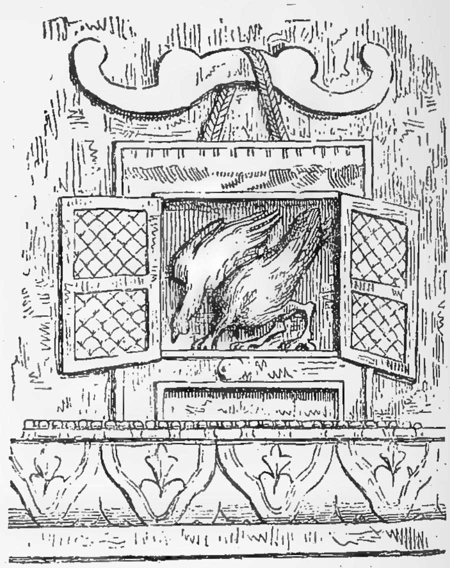


RABELAIS

La divination par les plantes compte, en effet, dans un premier groupe : ce que révèle la figure des bois rencontrés sur la route (xylomancie) ; l'inspection des arbres et de leurs mouvements (dendromancie) ; l'examen de multiples plantes (botanomancie, phytomancie), de quelques-unes en particulier: fèves (cyamomancie), figuier (sycomancie), raisins (staphylomancie) ; ce que dit l'observation de leurs feuilles (phyllomancie) (2) ; ce que découvrent batons (bactromancie) et baguettes (rhadbomancie). (3).

Elle utilisa, dans un second groupe de méthodes, les produits dérivés des plantes : farines et gâteaux (aleuromancie, alphitomancie, crithomancie et cette cyamomancie particulière des symposiarques) ; huile (onychomancie) ; vin (oinomancie) ; plus tard, marc de café.

Les divinations par le feu constituent un troisième groupe, qui tient encore aux plantes. On y interroge : le laurier qui flambe (daphnomancie) ; la torche qui éclaire (lampadomancie) ; l'huile qui brûle dans une lampe (lychnomancie) ; la fumée des bois du sacrifice ou de graines grasses (capnomancie), celle de l'encens (libanomancie) ; le feu lui-même (pyromancie) ; les cendres, celles du foyer (spodomancie) ou de l'autel (tephramancie) ; les charbons enfin (anthracomancie).



Poulets sacrés (bas-relief de Pompéi).

Les graines données aux poulets sacrés (tripudium des augures romains) ou présentés dans certaines conditions à un coq (alectryomancie) ne relèvent de la botanomancie que d'indirecte manière.

Quel choix fit Her Trippa dans cette longue liste ? Voyons-le en allégeant le texte de toutes les mancies étrangères aux plantes.

En réponse aux injures que Panurge lui prodiguait, notre devin « print un rameau de tamarix. Il prend bien, dist Epistemon ; Nicandre la nomme divinatrice. — Voulez-vous, dist Her Trippa, en sçavoir plus amplement la vérité par pyromancie.... Par alphitomancie, désignée par Théocrite en sa Pharmaceutrie, et par aleuromancie, meslant du froment avec de la farine... Par libanomancie ; il ne faut qu'un peu d'encens... Par capnomancie ; sus des charbons ardents nous mettrons de la semence de pavot et de sésame... Par onychomancie ; ayons de l'huile et de la cire ; par tephramancie, tu verras la cendre en l'air figurant ta femme en bel estat. Par botanomancie ; j'ai ici des feuilles de sauge à propos. Par sycomancie, ô art divin ! en feuilles de figuier... Par cleromantie, comme l'on trouve la febve au gasteau le vigile de l'Epiphanie... Ou bien par alectryomancie ; je ferai

(1) *Pantagruel*, livre III, chap. 25.

(2) Un bel exemple de ce que l'imagination peut faire découvrir dans les feuilles vient de nous être donné par M. Lucien GRAUX (*Le docteur illuminé*, in-12, Fayard, Paris, 1927, p. 129.)

(3) Je trouve dans l'*Histoire de Satan* de Lecanu [in-8, Parent, Paris, 1861, p. 120] cette indication curieuse sur la rhabdomancie : « *La rhabdomancie est l'art de deviner par des baguettes de coudrier lancées à l'aventure sur une aire préparée à cet usage ; c'est l'origine de l'écriture runique.* »

ici un cerne galantement, lequel je partirai en vingt quatre portions égales. Sus chacune je figurerai une lettre de l'alphabet ; sus chacune lettre je poserai un grain de froment ; puis lacherai un beau cop vierge à travers. Vous voirez, je vous affie, qu'il mangera les grains sus les lettres C. O. C. U. S. E. R. A., aussi fatidiquement comme sous l'empereur Valens, estant en persplexité de sçavoir le nom de son successeur le coq vaticinateur alectryomantique mangea sus les lettres Θ.Ε.Ο.Δ. » (1).

Les quelques mots de Rabelais après chaque divination en disent assez pour donner idée de ces choses. Il serait vain d'entrer dans de longs détails sur ces procédés qui n'ont plus cours ; mais il ne l'est pas de faire sur son texte quelques remarques.

La botanomancie proprement dite est limitée par Rabelais à l'emploi des feuilles de sauge. Or, nous dira plus tard P. de l'Ancre (2), *la botanomancie est une divination par les herbes dont usoient les anciens lorsqu'ils tiroient cognoissance de l'advenir de certaines feuilles de vervaine, lunaire, sauge, brugere, figuier et semblables* (3) *sur lesquels ils gravoient les noms et les demandes des consultans.* On les exposait ensuite à l'action du vent pour réunir après coup celles qui n'étaient pas trop loin dispersées, former des phrases par l'assemblage fortuit des lettres ainsi regroupées et en tirer une réponse. Il n'était donc pas de règle d'user privativement de la sauge et, à coup sûr, en pratique les feuilles plus larges du figuier convenaient mieux. Quand Rabelais nous conduisit à Panzoust chez la sibylle (4), il prit peine d'y réfléchir et nous a décrit en détail une scène remarquable de botanomancie selon la formule. Sept chapitres plus loin, chez Her Trippa, il paraît ne plus s'en souvenir. C'est que, dans sa mémoire, un texte a parlé.

Il est curieux, en effet, qu'on lise au livre des Sorts du *Traité de la divination* de G. Peucer (5) : βοτανομάντεια *ex salviæ foliis ut* συκομάντεια *ex ficuum foliis, consignatis eorum nominibus qui quærunt et integra quæstione præsagit occulta.* Rabelais n'a pu lire Peucer ; mais tous ceux qui ont écrit sur la magie sont allés se recopiant les uns les autres et Peucer, vraisemblablement, a pris sa phrase dans le même auteur plus ancien à qui Rabelais, de souvenir, emprunta la sienne.

Passons sur la sycomancie qui n'était, on vient de le voir, qu'une botanomancie particulière. Quelques-uns cependant pensent d'autre manière qui en font une dendromancie propre au figuier, c'est-à-dire une divination par le frémissement des feuilles de cet arbre agitées par le vent, ou bien qui la rapportent à l'inspection des fruits et non pas à l'emploi des feuilles. Sur ces opinions discordantes Her Trippa ne dit pas un mot, simplement sans doute parce que Rabelais ne les connut pas.

De la pyromancie il ne rappelle que le nom, car à Panzout déjà il nous avait donné belle séance de daphnomancie mêlée d'érudition. A la vérité, la pyromancie était divination moins particulière et, peut-être, est-ce la raison pour laquelle en passant Rabelais y revient. Elle interprétait la flamme des sacrifices offerts aux dieux et le feu lui-même quel que soit le bois qui brulât (1) et Sénèque le Tragique nous en a laissé dans *Oreste* (2) une description assez complète.

TIRESIAS

Quid flamma ? Largas jamne comprendit dapes ?

MANTO

Subito refulsit lumen et subito occidit.

TIRESIAS

Utrumne clarus ignis et nitidus stetit
Rectusque purum verticem cœlo tulit
Et summam in auras fusus explicuit comam ?
Aut latera circa serpit incertus viæ
Et fluctuante turbidus fumo labat ?

MANTO

Non una facies mobilis flammæ fuit.
. . . .
Quis desit illi, quisve sit dubites color ;
Cærulea fulvis mista oberravit notis ;
Sanguinea rursus ; ultimum in tenebras abit.
Sed ecce pugnax ignis in partes duas
Discedit et se scindit unius sacri (3).

(1) Théodose, nom du successeur de Valens.

(2) P. DE L'ANCRE. — *L'incrédulité ou mescréance du sortilège pleinement convaincue*, 1622, p. 251.

(3) *Et aliorum simplicium foliis*, confirmera Del Rio (*Disquisitionum magicarum*, Louvain, 1599, liv. IV, chap. 2, Quest. 7, sect. 1).

(4) Cf. *Médecine internationale illustrée*, nos 4, 5, 6 (avril, mai, juin 1925).

(5) C. PEUCER. — *Commentarius de præcipuis generibus divinationum*, Wittemberg, 1553, chap. *de Sortibus.*

(1) On choisissait toutefois les essences agréables à chacun des dieux. — Cf. G. H. NIEUPOORT, *Rituum qui olim apud Romanos obtinuerunt succincta explicatio* (édit. O. Reizius, Bœrdelet, Trèves, 1747, sect. IV chap. 3, § 6, p. 380) : *Sequebatur ignis in ara accensio, qui debebat fieri ex lignis aridis et sectis et quidem ex ea arbore quæ Deo cui sacra fiebant maxime grata esse putabatur ; qualis erat æsculus Jovi, myrtus Veneri, populus Herculi*, etc. *Tum etiam verbenas sive fructices ex iis arboribus in aris adolebant.* — Rapprocher la VIIIe églogue de Virgile (v. 61) :

Populus Alcidæ gratissima, vitis Iaccho,
Formosæ myrtus Veneri, sua laurea Phæbo.

(2) *Oreste*, acte II, scène 2, v. 307 et ss. — *A. Senecæ Tragediæ*, édit. Elzevir, Amsterdam, 1678, p. 105.

(3) TIRÉSIAS. — Que fait la flamme ? Saisit-elle déjà les larges offrandes ? (*signe favorable*). — MANTO. Elle a brûlé d'une flamme soudaine qui soudain s'est éteinte (*signe funeste*). — TIRESIAS. Du moins, fut-elle claire et brillante ? Toute droite, formait-elle vers le ciel une colonne pure et sa pointe était-elle vaste en se perdant dans les airs ? (*signes favorables*). Ou bien courait-elle autour de l'autel comme incertaine de sa route et vacillait-elle en désordre avec une fumée on-

A défaut de sacrifices, plus modestement, on usait de gommes ou de résines pulvérisées et jetées au feu. Bon signe si la flamme jaillissait unique et franche ; mauvais présage si elle était divisée ou tourmentée ; indice de maladie si, se divisant, elle semblait se combattre ; de mort quand elle s'éteignait brusquement. Certains assuraient aussi qu'il se formait dans la flamme des images que seuls, il est vrai, les purs et les saints pouvaient voir.

Rabelais passe sur tant de détails ; le mot pyromancie lui suffit ; il en est de même pour la divination par la fumée. Ici, diverses choses me frappent. Il y a d'abord sa fantaisie, au moins étonnante, de séparer par des divinations variées la pyromancie d'une part de la capnomancie de l'autre, celle-ci de la libanomancie qui n'est qu'un de ses modes particuliers, et de jeter la cendre sur sa liste n'importe où. Ce beau désordre peut être l'effet d'un art qui joue avec son sujet ; bien davantage semble-t-il être celui d'un art qui ne possède son sujet qu'en surface.



Gravures extraites des *Songes drolatiques de Pantagruel* dans lesquelles les commentateurs ont reconnu Her Trippa.

Une seconde remarque a trait à la capnomancie. Celle-ci consistait, à l'ordinaire, dans l'interprétation des formes, des couleurs et de l'odeur même de la fumée des sacrifices. Rabelais en rend la pratique facile en usant simplement de semences huileuses. Il n'invente pas sur ce point, il va sans dire ; mais l'intérêt est dans un nouveau rapprochement avec Peucer. Her Trippa, qui ne put le lire, semble pourtant l'avoir traduit: καπνομάντειαν *instituunt granulis papaveris* (1) *aut sesami profectis in candentes prunas* (1) ; et ceci confirme mon dire que tous deux prirent à même auteur.

La libanomancie rabelaisienne appelle une troisième remarque. S'il était une orthodoxie en pareille matière, il faudrait déclarer Her Trippa hérétique pour avoir proposé cette divination à Panurge. Je ne nie pas qu'on ne jetât de l'encens sur le feu pour découvrir l'avenir. S'il se convertissait soudain en fumée suave, c'était signe agréable et joyeux. Le feu paraissait-il refuser de le consumer, l'odeur qui se dégageait était-elle pénible ou même différente de celle du véritable encens, c'était présage abominable. Non loin du mont Athos, une ville de Thrace, Nymphœum, près d'Apollonie, fut autrefois célèbre par ce genre d'oracles ; mais, notez bien la restriction que donne Dion dans son *Histoire romaine* : on y découvrait toutes choses futures, *sauf* sur deux points : l'heure de la mort et l'avenir des mariages.

A la petite erreur d'Her Trippa, quant à l'encens, s'ajoute une petite erreur de Rabelais quant à la cendre. Jeter en l'air cette dernière pour découvrir dans le nuage qui se forme la femme de Panurge en fâcheuse posture est méthode de fantaisie. Le tableau qu'on se représente est amusant et Rabelais fut bien inspiré, en la circonstance, de suivre son imagination de préférence au rituel des in-folios ; tephramancie seulement surprend. Il y avait, en effet, deux modes de divination par la cendre : la spodomancie et la tephramancie. Σποδός est la cendre mêlée de charbons, la cendre impure des bois indifférents brûlés aux foyers domestiques, où on la recueillait sans soin. Τέφρα est la cendre pure. De là, dira-t-on, par exemple, au figuré, σποδός εἰμι, je ne suis que cendre ; mais, pour exprimer une combustion totale : τεφρόω, réduire en cendres.

doyante ? (*mauvais présages*). — MANTO. Cette flamme mobile n'eut pas un unique aspect. Sa forme et sa couleur furent incertaines. Elle courait d'abord bleuâtre, mêlée de tons roux, puis elle fut rouge couleur de sang avant de s'éteindre. Mais voici que le feu lui-même, le feu pourtant d'un unique sacrifice, se sépare et se divise en deux parts, qui semblent se combattre (*présages terribles de luttes et de mort*).

(1) De pavot noir, précisera Del Rio (*Disquisitionum magicarum*, Louvain, 1599, liv. IV, chap. II, quest. 6, sect. 1).

(1) G. PEUCER. — *Commentarius de præcipuis generibus divinationum*, Wittemberg, 1553, chap. *De divinatione extispicum*.

Il en vint dans l'art divinatoire que la spodomancie répondait à l'observation de la cendre commune du foyer et la tephramancie à l'examen de la cendre recueillie pure des bois particuliers consumés lors des sacrifices. Cela n'a pas grande importance pour l'aventure de Panurge ; mais n'est pas négligeable par rapport à l'hellénisme de Rabelais.

Sa cléromancie nous fournit une observation analogue. Κλῆρος est l'objet qui sert à tirer au sort. Si l'on s'en tient à la racine κλάω (briser, casser), d'où κλάδος (petite branche) est venu, il s'agissait primitivement de brins de bois, comme au jeu de *court baston*, mis au livre 22 de Gargantua parmi les amusements du prince et dont nous avons fait la courte-paille. Κλῆρος en vint à signifier tirage au sort et divination par le sort, au moyen de fèves blanches ou noires, de jetons, de cailloux, ou de tous autres menus objets. La fève du gâteau des Rois est un sort, si l'on veut ; mais assez éloigné de la cléromancie véritable et cette manière n'était pas applicable à Panurge. Ignorance de l'auteur ? Ici, sans doute, pas. Insouciance plutôt de l'exactitude et, vraisemblablement, je crois, pointe de malice. Car κλῆρος signifie aussi clergé et Rabelais a assez médit de cette *induction et inclination naturelle aux frocz et cagoulles adhérente, laquelle de soy meine et poulse les bons religieux en cuisine* (1) pour qu'on puisse croire qu'il s'est volontiers joué d'un mot faisant tout à la fois penser à un procédé divinatoire et à une pieuse fête gastronomique.

Gâteau encore que celui qu'on faisait de farine d'orge pour cette sorte de jugement de Dieu qu'était l'alphitomancie. On donnait le gâteau à l'inculpé d'un crime. S'il l'avalait sans peine, il était innocent ; sinon il était convaincu d'être coupable (2). Gâteau toujours que cet autre, fait de farine de froment, que l'aleuromancie laconienne employait près d'Epidaure. On le jetait dans le Marais de Junon. S'il plongeait au fond des eaux, prospérité était assurée. S'il surnageait, le malheur attendait le consultant. Nous voici bien loin de Panurge ; et, par ailleurs, le mélange de froment et de farine qui, pour Rabelais, représente l'aleuromancie, me semble lui-même éloigné de la pratique des devins, car je ne l'ai nulle part retrouvé. Enfin, les autres modes connus d'alphitomancie et d'aleuromancie ne conviennent guère au consultant du *Tiers Livre*. Ils consistaient à tirer des présages de la pâte salée d'orge ou de froment (*mola salsa*) répandue sur le cou des victimes d'un sacrifice ; or, et ce sacrifice et ces victimes manquaient à l'Isle-Bouchard.

(1) *Pantagruel*, liv. IV, chap. 11.

(2) G. Plytoff. — *Les sciences occultes*, Paris 1891, p. 77. Dans son *Histoire de Satan* (in-8, Parent, Paris, 1861, p. 121), Lecanu indique malheureusement sans détails explicatifs, un procédé de divination par l'alphitomantie que je n'ai trouvé que dans son ouvrage. « *L'alphitomantie*, dit-il, *se faisait par le moyen de petits pains contenant des feuilles de laurier.* »

Pire encore : notons une inexactitude. Il n'y a nulle divination dans la seconde idylle de Théocrite (1), mais l'incantation malfaisante d'un amour déçu. Cet emploi maléfique de la farine était fréquent et, quand s'écroula la divination gréco-romaine, les sorciers de l'ouest le recueillirent. C'est ainsi, nous conte Walter Scott (2), que

« des sorcières vouèrent le fils du laird de Park à une maladie de consomption au moyen des vers suivants qu'elles prononcèrent en plaçant dans le feu des figures composées d'argile mêlée avec de la pâte pour représenter l'objet de leur malédiction :

> Nous mettons l'eau dans la farine
> Pour que la souffrance les mine ;
> Nous jetons leur image au feu
> Pour qu'ils soient tous brûlés dans peu
> Et consummés par nos charmes magiques,
> Comme la paille au sein d'un four à briques. »

Ceci, pas plus que le texte de Théocrite, n'a rien à voir avec la divination.

Sur l'onychomancie, il y a très peu à ajouter à Rabelais. Elle se faisait, comme il le dit, avec de l'huile et de la cire. On en frottait l'ongle, qu'on exposait ensuite au soleil. Il s'y dessinait ainsi des lignes menues que les devins interprétaient à leur fantaisie.

L'alectryomancie tient de si loin aux plantes que je l'aurais volontiers laissée hors de mon sujet. Dans une de ses manières, elle leur est même tout à fait étrangère ; lorsqu'on tirait des présages du simple examen d'un coq endormi la tête sous l'aile, les plantes n'étaient là pour rien. Rabelais décrit une autre méthode, qui fut plus commune. Il la décrit avec assez de détails pour ne pas insister. En revanche, l'histoire qu'il rappelle mérite de nous arrêter un instant. Elle semble avoir arrêté aussi bon nombre des éditeurs du *Tiers Livre*, mais d'autre manière. On est surpris de leur silence au sujet de la source où l'auteur a puisé.

Le fait est raconté par Ammien Marcellin (XXIX,1), mais le coq, dans Marcellin, est remplacé par un léger anneau de fil de lin, suspendu à un cordon et tenu par un initié ; c'est de la dactylomancie. Le résultat du moins resta le même ; il fut tragique. La guerre aux devins se fit violente ; l'armée s'employa à la recherche et à la destruction des livres de magie ; un grand nombre de personnages de distinction périrent ; entre autres, Théodore, secrétaire de l'empereur, fut décapité (3).

(1) Cf. : Rhizotome et la Pharmaceutrie. — *Journal des spécialités*, décembre 1927.

(2) W. Scott. — *La Démonomanie*, traduct. A. Montemont, in-8, Paris, 1838, p. 249.

(3) Je ne dis pas le Comte Théodose, père de Théodose le Grand, dont Ch. Desobry et Th. Bachelet

Quoi qu'il en soit, ce ne peut être à Ammien Marcellin que Rabelais a emprunté. Quelle est donc la source de son histoire ? Peucer, plus tard, qui, lui aussi, l'a racontée, y fait jouer à Jamblique le rôle du devin, mais garde le coq. Il y a là une indication ; malheureusement, Peucer ne fournit aucune référence. Faut-il alors s'en tenir à l'opinion de L. Jacob, qui renvoie à Zonare ? Sans doute, bien que je n'aie pu vérifier.

Reste, enfin, le tamarix de Nicandre.

Καὶ μυρίκης λάζοιο νέον πανακαρπέα θάμνον,
Μάντιν ἐνὶ ζώοισι γεράσμιον, ᾗ ἐν Ἀπόλλων
Μαντοσύνας Κορυπαῖος ἐθήκατο, καὶ θέμιν ἀνδρῶν. (1)

(*Theriaca*, v. 612-614).

Her Trippa s'en saisit bien davantage pour témoigner de l'érudition de Rabelais que pour servir Panurge ; car, s'*il prend bien*, il prend à contre temps. Les Grecs croyaient que la puissance divinatrice du tamarix était telle que celui qui en tenait en main un rameau découvrait aussitôt l'avenir. Ainsi, les Scythes et les Mages se servaient de baguettes de ce bois pour leurs vaticinations (1). Ainsi, dira le sholiaste de Nicandre, « ὡς ἤδε παρὰ πολλῶν ἐν τῷ ὡρωπῷ τιμῆς ἠξιώθη, τοὺς τὲ δὴ οὖν μάντεις καὶ προφήτας ἐστεφανωμένους αὐτῶν τὰς κεφαλὰς κλάδοις προλέγειν ὅσια τοῖς ἀνθρώποις, ἵνα φρονεῖν καὶ δίκαια (2). En vérité, ce n'est donc pas quand Her Trippa vient d'épuiser déjà trois méthodes divinatoires, dont l'une au moins est bien magique, ce n'est pas quand le verdict est rendu que le devin, proposât-il maintenant cent moyens nouveaux, doit prendre le tamarix en mains ou en couronner son front. Quand Rabelais fait intervenir la plante divinatrice, il est trop tard.

C'est bien qu'il fut érudit, mais n'était pas mage.

A. Garrigues.

(*Dictionnaire de Biographie et d'histoire*, Paris, 1869, t. II, p. 2612), on ne sait comment, mettent l'exécution à la charge de Valens et qui, s'il périt à Carthage en 376, mourut sur l'ordre de Gratien.

(1) Puissiez-vous cueillir le jeune rameau du tamarix stérile, plante divinatrice qu'honorent les hommes et avec laquelle Apollon de Corype donne ses oracles et dicte ses arrêts.

(1) A. M. Bandini. — *Notes sur la Thériaque de Nicandre* (in-8, Bibliothèque Moückienne, Florence, 1764, p. 160, note 150) : « *Traditur in myrice, quam tamaricem Latini vocant, vis inesse vaticinandi, adeo ut qui ramum ejus manibus teneret, futura præsagiret. Sic Magi et Scythæ ad vaticinia sua myrices virgis utebantur* ».

(2) On cueille le tamarix et beaucoup lui accordent un grand prix, car devins et prophètes ceignent leur front de ses rameaux pour prédire aux hommes leur destinée et pour penser juste.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Académie de médecine.** — A la séance du 11 octobre, le Dr Daniel Velez, professeur à la Faculté de médecine de Mexico, a lu, au nom de l'Académie de médecine de Mexico, une *adresse* envoyée par cette compagnie à l'Académie de médecine de Paris. Dans sa réponse, le professeur Gley a rappelé que l'Académie de médecine de Mexico avait eu pour fondateur un médecin militaire français, le Dr Ehrmann, qui, dans la période troublée (1863-1867) où il vécut au Mexique, sut y créer une œuvre de paix et dont le nom n'est pas oublié des Mexicains.

— **Ecole centrale de puériculture.** *Cours.* — Les cours de l'école de puériculture commenceront le 12 novembre, à la Fondation Pierre-Budin, 91*bis*, rue Falguière.

— **Institut de puériculture.** — L'Institut de puériculture, fondé par la Ville de Paris, a son siège à l'hospice des Enfants-Assistés. L'enseignement, destiné aux jeunes filles, est donné tous les jeudis. Inscriptions à l'hospice des Enfants-Assistés (Pavillon Pasteur). Début des cours : le 3 novembre.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Laboratoire de bactériologie.* — Sous la direction de M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, auront lieu pendant le semestre d'hiver 1927-1928 deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elles commenceront le mardi 15 novembre 1927, à 14 h., au laboratoire de bactériologie et continueront les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cet enseignement sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

je dois faire une demande pour obtenir ce passage dans la deuxième réserve ou s'il est, pour nous aussi, automatique et si ce changement doit entraîner celui de mon affectation de mobilisation.

Vous pouvez me répondre dans le *Concours*, si vous jugez que la question puisse intéresser les confrères.

D[r] C.

Réponse.

D'après les prescriptions de l'art. 58 de la loi du 1[er] avril 1923 sur le recrutement, ce passage est, pour vous, un droit. Vous pouvez donc signaler la naissance de votre quatrième enfant au bureau de recrutement, dont vous dépendez, et en même temps, à votre Directeur régional du Service de santé. Celui-ci en tiendra certainement compte pour votre affectation de mobilisation dans la mesure, où les nécessités du Service le lui permettront.

2881. — Service militaire du fils d'une veuve de guerre. Majoration de pension de cette veuve.

1° Le fils d'une veuve, mari tué à la guerre (remariée dont le deuxième mari est décédé), doit-il faire un an ou dix-huit mois de service militaire ?

2° La même veuve de guerre dont le deuxième mari est décédé a-t-elle droit aux augmentations de pension pour son mari tué à la guerre ? D[r] D.

Réponse.

1° En l'état actuel de la législation, les fils de veuve ne bénéficient d'aucune réduction de la durée de service militaire ;

2° La femme, devenue veuve une deuxième fois, n'a droit de ce fait à aucun supplément de pension ; elle a simplement le droit d'opter pour la pension de veuve la plus avantageuse.

3103. — Droits des ascendants d'un aliéné de guerre interné.

J'ai en ce moment un réformé, ancien trépané, bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, qui a présenté des troubles cérébraux, et qu'il a fallu interner.

Je vous serai obligé de bien vouloir me dire si le père et la mère de cet aliéné qui ont respectivement 74 ans et 64 ans, et qui n'ont que ce fils, qui était leur soutien, ont droit à la pension des ascendants.

D[r] D.

Réponse.

Dès qu'un militaire, pensionné pour aliénation mentale, est interné dans un établissement public d'aliénés ou dans un établissement privé faisant fonction d'asile public, l'administrateur des biens de l'aliéné doit, avant tout autre prélèvement, verser dans les quinze premiers jours



de chaque trimestre, à la femme de l'aliéné une somme égale à une pension de veuve de réversion. (Art. 55. Loi du 31 mars 1919).

Les droits des ascendants découlant, d'autre part des droits de la veuve, ceux-ci doivent (*a fortiori* s'il n'existe pas de femme), recevoir de la même façon une allocation d'ascendant s'ils justifient qu'ils sont âgés de plus de 60 ans pour l'homme, et de plus de 55 ans pour la femme, et s'ils ne sont pas inscrits au rôle de l'impôt général sur le revenu.

Au cas où le reliquat de la pension ne suffirait pas ensuite à payer les frais de l'internement, ceux-ci sont à la charge de l'Etat, mais jusqu'à concurrence seulement des prix de journée alloués pour le régime ordinaire.

Fiscalité.

3291. — Déduction de la rémunération de la femme du médecin.

Sur ma déclaration d'impôt j'ai marqué 3.600 fr. de frais d'aide pour ma femme qui s'occupe de ma comptabilité et de la surveillance de mes traitements.

Le contrôleur refuse d'en tenir compte parce que cette somme, dit-il, tombe dans la même caisse.

Jusqu'à présent, j'avais cru que beaucoup de confrères avaient agi comme moi sans être inquiétés.

Que dois-je faire ? D[r] B.

Réponse.

L'argument du contrôleur n'a aucune valeur et nous estimons que la rémunération allouée par un médecin à sa femme qui travaille effectivement doit être admise en déduction, à titre de frais professionnels, pour l'établissement de l'impôt cédulaire sur les bénéfices non commerciaux; mais ce salaire doit être compris par le médecin dans la déclaration souscrite par lui pour l'établissement de l'impôt général sur le revenu.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

5850. — Patente en cas d'exercice dans une station balnéaire.

J'ai exercé pendant les vacances ma profession de médecin au bord de la mer. J'ai dû déposer mon diplôme à la sous-préfecture suivant l'usage. Quelle patente aurai-je à payer, n'étant resté dans le pays que trois semaines environ ?

Je suppose que, payant une patente élevée à Paris, on ne peut m'imposer une seconde patente que pour le temps d'exercice de ma profession dans la ville balnéaire. D[r] M.

Réponse.

Légalement, vous devez être imposé à la patente à partir du jour où vous avez exercé dans la station balnéaire, c'est-à-dire pour cinq mois par

exemple, si vous vous êtes installé en août, sans pouvoir obtenir de réduction en raison de ce que votre profession de médecin n'a été exercée que pendant trois semaines.

A. M.

3297. — Paiement de l'impôt en cas de vente d'une automobile.

Au mois d'octobre prochain je vais avoir à payer à la régie pour mon auto le trimestre dernier de l'année. J'ai une 5 HP Citroën.

Or, j'ai l'intention d'acheter une voiture plus forte. Ayant déjà payé pour ma première, que je vendrai avant d'acheter une deuxième, aurai-je encore à payer tout ou partie à la régie ? L'acquéreur de mon auto n'est-il pas de droit propriétaire du reçu délivré par la régie et qui concerne la taxe de l'auto ?

Dr K.

Réponse.

Vous devrez payer la taxe entière pour votre nouvelle voiture, mais, sur votre demande, le permis de circulation de votre ancienne voiture sera transféré au nom de votre acquéreur, qui n'aura rien à payer pour le quatrième trimestre.

A. M.

3362. — Cote personnelle mobilière.

Je suis en difficulté avec le contrôleur des contributions parce que j'estime ma cote mobilière trop élevée. Cela m'intéresse au point de vue professionnel, attendu que la valeur locative qui sert de base à notre patente est en rapport avec la cote mobilière. Si l'une baisse, l'autre suit et ma patente aussi.

Voici une série de questions auxquelles je vous prierai de répondre si cela est de votre compétence ou alors de m'indiquer quelqu'un qui pourrait me renseigner avant la date fixée pour l'expertise :

1° La cote mobilière s'établit-elle sur le volume des locaux habitables ou sur celui de l'immeuble et des communs (garage, écuries anciennes, etc.) ;

2° Dans ce volume, les locaux professionnels doivent-ils être compris ou déduits ?

3° Le fait que certains immeubles avec lesquels je demande l'expertise sont manifestement sous-estimés, me permet-il une demande de dégrèvement ?

4° La loi permet-elle des réclamations ou plaintes contre le contrôleur ou les répartiteurs ?

Dr X.

Réponse.

1° La contribution mobilière est basée sur la valeur locative des locaux d'habitation et des dépendances telles que : communs, garages, écuries et remises ;

2° Il y a lieu de déduire les locaux professionnels, lorsque ces derniers sont distincts des locaux d'habitation.

3° Oui, en ce qui concerne la contribution mobilière qui est un impôt de répartition.

4° Vous n'avez aucun recours contre le contrôleur ou les répartiteurs, en raison des erreurs commises par eux dans l'établissement des bases d'imposition.

A. M.

Application du Tarif Durafour-Fallières

I

3285. — Déplacement du blessé.

Je reçois votre lettre du 27 et je vous prie de transmettre mes remerciements au docteur Decourt. Je vous demanderai une précision :

Un opéré de hernie peut presque toujours se déplacer avant l'opération, mais ce ne serait pas « *sans inconvénients pour sa santé* » et pour le résultat qu'il se déplaçât aussitôt après.

La « condition technique » du docteur Decourt pour l'opération à domicile est-elle remplie ? Doit-elle au contraire être envisagée sur l'aspect restrictif d'une impossibilité de transport avant l'opération ?

Dans ce dernier cas, ce serait pour tout accidenté ayant besoin d'une opération qui peut le rendre intransportable, l'obligation de l'hôpital ou de la maison de santé, sauf s'il est aisé, ou habite la même localité que le chirurgien.

Dr W.

Réponse.

Il est certain que vous ne pouvez opérer une hernie dans votre cabinet. Vous devez donc opérer le porteur de celle-ci ou *chez lui* ou dans un hôpital ou maison de santé et il en est de même pour les pansements consécutifs qui, dans le premier cas, ne peuvent être effectués qu'à domicile. Autrement dit, un hernieux ne peut « sans inconvénient pour sa santé » se déplacer pour se faire opérer au cabinet du médecin.

Dr F. Decourt.

II

3845. — Une visite d'expertise n'est pas tarifable par le tarif des accidents du travail.

J'ai recours à vous pour me guider dans l'établissement d'une note d'assurances.

Le 15 février dernier, jour ouvrable, à la requête de M. D., agent général de la X. je me suis déplacé, à 25 kilomètres de mon domicile afin d'examiner en compagnie du médecin traitant une personne de 60 ans atteinte de fracture des deux os de la jambe gauche. *Un rapport a été rédigé, la réduction a été effectuée et un appareil plâtré appliqué.*

Dr A.

Réponse.

a) Vous avez été chargé par une Compagnie

d'une mission de confiance, de contrôle, en vue de la renseigner. Vous étiez ainsi son mandataire et, comme tel, vous sortiez de la tarification ordinaire qui ne s'occupe que des *soins.* Nous sommes donc ici dans le droit commun. Demandez à la Compagnie ce que vous jugerez équitable, suivant vos prix ordinaires.

b) Vous me dites : « Un rapport a été rédigé », c'était là votre mission, c'est entendu. Mais vous ajoutez : « La réduction a été effectuée et un appareil plâtré appliqué ». Là je ne comprends plus. Vous êtes devenu médecin traitant ? Est-ce sur le choix du malade ? Est-ce appelé en consultation par le médecin traitant ? Est-ce *proprio motu,* étant sur les lieux et venu comme mandataire de la Compagnie en vue d'un contrôle, et « sur la requête de M. D...., agent général de la X... ». ?

Autrement dit, *à quel titre avez-vous fait ces interventions* ? Vous voyez que votre question se complique quand on la précise. Et si ce que je vous disais au début est la réponse à votre action de médecin *contrôleur,* elle ne tiendrait plus en cas de médecin *consultant* appelé par le blessé ou son médecin traitant. Donc, si vous voulez une réponse précise, prière de préciser vous-même le cas d'espèce dans lequel vous vous trouvez.

F. D.

III

3323. — Doit-on payer la diathermie à un praticien ?

Installé dans une petite ville et loin des centres munis d'agents physiques à applications médicales, je possède une installation radiologique Ropiquet et diathermique Drapier (le néo-diathermique), appareillages qui offrent toutes garanties.

Une Compagnie d'assurances me conteste le droit d'user de ces agents physiques.

Il ne me semble pas que le terme : *spécialiste* possède une définition suffisamment déterminée pour légitimer cette opinion . Je suis persuadé que tout docteur en médecine peut utiliser tous les appareils médicaux.

La diathermie est d'ailleurs facile à manier et sans danger. Les rayons X et les instruments chirurgicaux me semblent autrement délicats à utiliser.

Je vous serais bien obligé de me donner votre avis à ce sujet.

Dr H.

Réponse.

Il n'y a aucune jurisprudence réelle à ce sujet, pas plus qu'il n'y a actuellement de critérium pour porter le titre de « spécialiste », d'une part. D'autre part, pour la diathermie, qui se trouve dans le tarif des spécialités, vous pouvez invoquer l'article 15, alinéa 2, du tarif, disant que,

même médecin praticien, et non spécialiste, vous pouvez être rémunéré pour tout « agent physique », puisque c'est le terme de l'assurance, dès l'instant où vous avez une *installation sérieuse* et une *compétence technique* suffisante pour employer les dits agents .

Quant aux preuves à fournir à ce sujet, c'est une question d'espèce qui ne peut être tranchée que sur place, par examen direct de votre installation tout d'abord... Mais il est bien entendu que, dans tous les cas, ce n'est que « *après avis conforme* » du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué (note 1 de l'article 26-V), que vous pourrez faire de la diathermie à un blessé, avec droit de vous faire payer par le patron ou l'assurance. Sans cet avis conforme, ce ne pourrait être que par entente directe avec le blessé *et à ses frais*.

F. D.

Application du Tarif Maginot-Marin

Insufflation de pneumothorax avec radio concomitante.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me procurer le renseignement suivant au sujet du tarif de la loi du 31 mars 1919 (pensions) : modification au décret du 25 octobre 1922 du 5 mars 1927.

Peneumothorax : *prix d'insufflation mensuelle* ; 100 francs.

Ce tarif comprend-il la radioscopie de contrôle ou bien peut-on compter une radioscopie complémentaire à 60 francs ?

Dr P.

Réponse.

Le prix d'insufflation mensuelle est marqué cent francs, sans qu'il soit parlé d'un examen à la radio compris. En sorte qu'*à priori*, il s'agirait de deux actes médicaux distincts et payables comme tels. Néanmoins, s'il s'agit de plus de cinq interventions à tarif spécial, vous devez en donner avis auparavant, au secrétaire de la Commission de contrôle et je vous engage à fixer ce point avec lui à l'avance. Comme jurisprudence, je ne saurais vous en donner, n'ayant pas encore entendu fixer ce point à la Commission supérieure. Et j'ajoute qu'il serait intéressant de le lui faire trancher, en lui présentant un appel de commission départementale à ce sujet.

F. D.

Accidents.

3442. — Expert désigné par le président du Tribunal. Honoraires.

J'ai été désigné par le Président du tribunal civil de R. pour une expertise d'accident du travail. J'ai envoyé mon rapport par lettre recommandée le 26 jui n 1926.

J'ai envoyé ma note d'honoraires (100 fr.) par

lettre recommandée le 23 février 1927 au greffier du tribunal de V., le tribunal de R. ayant été supprimé.

J'ai réclamé une première fois des honoraires au greffier de V. le 18 juin 1927, puis, par lettre recommandée le 22 juillet 1927. Je n'ai reçu aucune réponse.

Que dois-je faire ? Dr L.

Réponse.

Il eût été préférable de joindre votre mémoire d'honoraires à votre rapport. Si vous aviez agi ainsi, sans doute serriez-vous depuis longtemps payé.

Quoi qu'il en soit, puisque les lettres que vous avez écrites au greffier du Tribunal sont restées sans réponse, nous vous conseillons d'écrire maintenant, au Président du Tribunal, une lettre respectueuse, dans laquelle, après avoir rappelé les faits, vous lui demanderez de vouloir bien user de sa haute autorité pour que vos honoraires vous soient enfin réglés.

Sanatoriums.

5337. — Médecins de sanatorium.

Désirant entrer en qualité de médecin dans un sanatorium, preventorium ou maison de santé, privé ou public, je vous serais reconnaissant de me donner la marche à suivre pour arriver à ce poste. Des titres spéciaux sont-ils exigés ? Y a-t-il des concours à passer ? Dr N.

Réponse.

Pour être médecin de sanatorium public, il faut avoir été admis à la suite d'un concours devant une Commission spéciale composée conformément à l'article 28 du décret du 10 août 1920. Les candidats doivent adresser, par l'intermédiaire du préfet de leur département, une demande écrite au Ministre du Travail et de l'Hygiène.

La Commission se réunit sur la convocation du Directeur de l'Assistance Publique toutes les fois qu'une ou plusieurs places (5 au maximum) de médecins de sanatoriums sont vacantes.

Le *Concours médical* publie les convocations de ces concours aussitôt qu'elles lui sont connues.

Pour les sanatoriums privés, aucune condition spéciale de capacité n'est exigée de leurs médecins, qui sont choisis par les propriétaires ou directeurs de ces sanatoriums.

ANTHOLOGIE

La Petite Patrie.

....

Qu'est-ce donc, mes amis, la petite Patrie ? —
Oh ! rien, un sentiment, un goût d'herbe fleurie,
Un parfum de luzerne, une odeur de sainfoin
Que l'aube avec le vent apporte de bien loin

Des près qui l'ont vu naître et du hameau tranquille
A l'homme empoisonné des hoquets de la ville ;
Une sensation de source et de fraîcheur ;
L'apparition brusque, étrange de blancheur,
Des champignons poussés près de la trogne brune ;
La fuite des chevreuils effarés sous la lune ;
C'est un ciel, qui n'est pas par les fumées fardé,
Où le voyageur est par l'astre regardé,
Où l'on peut, si l'on est perdu, par la nuit claire
A l'essieu du Chariot repérer la polaire.

La petite Patrie ? — Un nom qu'on entendit,
Qui nous apprit à lire et comme nous grandit,
Epelant un morceau de France dans la France ;
Un coin de notre vie entrevu dans l'enfance,
Un refrain de conscrit que l'on écoute en soi ;
C'est l'heure de la nuit sonnant au vieux beffroi ;
Sous le clocher des champs c'est la veilleuse sainte,
Qui ne s'éteint jamais, et qui paraît éteinte
Quand s'embrase au midi le vitrail flamboyant,
Mais que le soir ramène au salut du croyant.

Ah ! ne souriez pas. La petite Patrie,
C'est le sang des aïeux dont notre âme est pétrie.
Près des buttes d'argile, où dorment les aimés,
C'est le foyer vivant, les bruits accoutumés,
Le char à bœufs geignant sur la route voisine,
Le grincement des scies sur le bois à l'usine,
Sur le pommier le chant des merles au réveil.
Quand j'ouvre le matin ma persienne au soleil,
Si la tour du moulin, où la mousse s'acharne,
Son pigeon à sa pointe, à son flanc sa lucarne,
Ne m'apparaissait pas dans un brouillard doré,
Un rayon de mon ciel se serait retiré.
Par delà le toit rouge estompé dans l'espace,
Les marronniers géants n'ont pas changé de place,
Le spectacle d'hier est celui de demain.
Le vieil ami toujours me vient serrer la main.
Du jour que j'ai couru gamin dans la prairie,
Mes cris ont salué la petite Patrie,
Et la solennité de voir de ma maison
Les mêmes peupliers sur le même horizon.
C'est dans le chemin creux de ma chère Puisaie,
Où l'enfant se barbouille aux mûres de la haie,
Un ronflement léger d'abeille ou de frelon,
Une noce qui passe au son du violon,
La cascade de rocs que l'orage ravine,
Le pin entremêlant aux genêts sa racine,
Et la croix indulgente aux galants rendez-vous ;
Le donjon de CHABANNE où nichent les hiboux ;
La rencontre des gens dans le décor des choses,
Les étangs, la forêt, et les semis de roses
Dont un des grands bourgeois, poète et paysan,
Pour le plaisir de tous jadis signait son champ ;
Au bout de l'avenue, un mur blanc qui rayonne,
Et l'enfant levant vers le poilu sa couronne.

C'est tout ce qui s'imprègne en nous de souvenir,
Fleur du passé, fruit du présent, grain d'avenir.

Paul GROSSIER (St-Fargeau).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2846-IV)

(Suite du Sommaire)

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et e plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**

***Sou Médical*, Paris, 182-31.**

***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie, Caruette, L. Dubief, Fournier, Kent-Gazet, Makereel.

Cap d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. G. Fisher.

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet.

Hyères : Clément, Minelle, Verrier.

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichou (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.) Rouvière, Stneau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr S. Lévis, de Paris, la somme de vingt francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 596. — Doct. Guillemin, 16, av. Georges-V, cherche oculiste pouvant faire 2 heures de consultation par semaine.

N° 597. — Personne de conf. demandée pour tenir ménage, monsieur âgé. S'ad. Dr Jossu, à Saint-Ambreuil (S.-et-L.).

N° 598. — Dans villa ensoleillée, particul. prendr. en pension enfant faible, vie de famille, bons soins, si besoin instruct. assurée. Lemoine, Brise-des-Pins. Régue Blanque à Arcachon.

N° 599. — Jeune femme, veuve médec., cherche secrét. auprès doct. quelq. après-midi par semaine ou trav. dactylog. à faire chez elle. Ecr. Vial, 19, rue Alain-Chartier, Paris (15e).

N° 600. — A vend. Panhard 10 CV. cond. int., éclair. démarr. électr. Bon état. Dr Chauvenet, à Plombières-les-Dijon (Côte-d'Or).

N° 601. — Project. de sec. orient. Autoroche 21 lit. acétyl., rétrovis. veilleuse. Servi 2 fois, état de neuf, val. 200 fr., à céder 100 fr. cause double emploi. Dr Jacquemart, à Lorris. (Loiret).

N° 602. — A céd. poste sérieux, pas de sage-f., bord jolie rivière près gr. ville S.-O., conviendr. admir. à conf. aimant campagne, pêche, canotage. Faible indemn. loyer 1.400 fr.

N° 603. — A vend. Cab. 6 CV. Renault dern. mod. sorti usines 1927. Etat neuf. Dr Duquet, 51, boulev. Malesherbes, Paris.

N° 604. — A vend. : 1° torp. luxe Renault K. Z., 10 CV., revu entièrem. : 2° radiophore Fournier.

N° 605. — 20 min. Paris, jolie banl., client. bourgeoise rapp. 75.000 env., pavill. 12 p. Indemn. 50.000 dont 40.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 606. — Ch.-Inf. Gros cent. anc. poste, rapp. 60.000 habit. avec conf. Indemn. 30.000 à débat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 607. — Midi. A céd. d'urgence, labor. chimie et bactér. d'un rapp. de 60.000, avec sit. officielle. Prix demandé y comp. install. et matér. profess. : 100.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 608. — Docteur recherche clientèle médicale dans un rayon de 100 km. de Paris. S'adresser à M. de Valville, 3, rue Séguier, Paris (6e).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Enseignement de la radiologie médicale.* — Les inscriptions des candidats pour le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales doivent avoir lieu avant le 1er novembre, au secrétariat de la Faculté.

— **Hôpital des Enfants-Malades.** *Cours sur la diphtérie.* — Le cours du professeur Lereboullet, sur la diphtérie, commencera le 3 novembre à l'hôpital des Enfants-Malades. Il sera complet en 15 jours.

— **Hôpital Lariboisière.** *Ophtalmologie.* — Du 3 novembre au 10 décembre, un cours d'ophtalmologie sera fait à l'hôpital Lariboisière sous la direction de M. V. Morax.

— **Enseignement médical des hôpitaux** — Le 6 novembre, à 10 h., à l'amphithéâtre des concours de l'Assistance publique (rue des Saints-Pères), conférence de M. Béclère sur la radiothérapie des fibromyomes utérins.

— **Clinique médicale propédeutique de la Charité.** *Cours de radiodiagnostic médical.* — Un cours théorique et pratique de radio-diagnostic médical sera donné du 5 au 10 décembre inclus par le prof. Sergent et ses collaborateurs. Une affiche indiquera prochainement le programme détaillé du cours.

— **Hôpital Saint-Joseph.** *Enseignement oto-rhino-laryngologique.* — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef du service oto-rhino-laryngologique, et avec le concours de ses assistants, MM. C. Hubert et L. Girard, un cours élémentaire d'oto-rhino-laryngologie en neuf leçons sera fait les mardis, jeudis, samedis, à 9 heures, du mardi 8 novembre au samedi 26 novembre. Ce cours aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement des cas les plus fréquents de la pratique quotidienne.

Le nombre des places est limité à 12. Un certain nombre d'élèves pourront être admis ultérieurement à travailler dans le service. Droit d'inscription : 100 fr. S'inscrire tous les matins dans le service de M. Georges Laurens, à l'hôpital Saint-Joseph, 3, rue Pierre-Larousse.

— **Chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique.** *Technique opératoire*, par M. P. Winter, chef de clinique, et MM. Moatti et Rossert, internes du service, en 10 leçons. Début du cours : lundi 14 novembre 1927. Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris, 5e. Droit d'inscription : 350 francs. Les auditeurs répèteront individuellement les opérations.

— **Lyon.** *Hommage au professeur Lannois.* — Les élèves et les amis du professeur Lannois ont décidé de lui offrir une médaille commémorative à l'occasion de sa mise à la retraite et de son admission au titre de professeur honoraire à la Faculté de Lyon. L'exécution de la médaille a été confiée à l'excellent artiste De Hérain.

Les souscriptions (60 fr., donnant droit à un exemplaire en bronze de la plaquette) peuvent être adressées au Dr Mayoux, trésorier du Comité, 63, rue Victor-Hugo, Lyon.

— **Paris.** *Dispensaire de salubrité.* — M. Léon Bizard, médecin principal, est nommé médecin en chef adjoint du dispensaire de salubrité de la Préfecture de police. MM. Rabut, Bralez, Netter et Roberti, médecins adjoints, sont nommés médecins titulaires.

Un concours pour l'admission à six emplois de médecin adjoint au dispensaire s'ouvrira à la Préfecture de police le 17 novembre 1927.

— **Faculté de médecine de Lille.** *Adjuvat.* — A la suite du récent concours de l'adjuvat d'anatomie, ont été nommés : MM. Claude Huriez et Edmond Ducrocq.

— **Lille.** *Ecole d'infirmières.* — Une école d'infirmières, annexe de la Faculté libre de médecine, sera ouverte le 3 novembre. Elle aura son siège à la Maison de santé Saint-Raphaël, 86, rue du Port, Lille.

— **Réunion annuelle de la Société de psychothérapie.** — La 30e réunion annuelle de la Société de psychothérapie aura lieu le mardi 15 novembre, à 4 h. 1/2, 49, rue Saint-André-des-Arts, sous la présidence de M. le Dr Charles Sampson, de Londres.



Les membres de la Société résidant en province et à l'étranger sont particulièrement invités à prendre part à cette réunion et à adresser au Dr Bérillon, secrétaire général, 4, rue de Castellane, Paris (8e), le titre de leurs communications.

Le bureau a mis à l'ordre du jour les questions suivantes : 1° La psychothérapie de l'émotivité morbide ; états anxieux ; peurs pathologiques ou phobies; timidités ; inquiétude sexuelle. 2° Rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses et les psychoses.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'externat.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Marchal, Fey, Braine, qui acceptent ; Jacob, Etienne Bernard, Marquézy, Petit-Dutaillis, Richard, Bouchet qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— **Hôtel-Dieu.** *Maladies des voies digestives.* — M. G. Leven fait à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martine, les lundis à 9 h. 30, une consultation pour les maladies des voies digestives.

— « **Petites misères, grandes maladies** », par le Dr Cabanès. — Notre distingué confrère, le Dr Cabanès, vient de publier une intéressante plaquette intitulée : « Petites misères, grandes maladies ».

Cette plaquette est éditée par le laboratoire du Léniforme, 26, rue Pétrelle, Paris, IXe, qui l'envoie gracieusement aux médecins sur simple demande.

— **Légion d'honneur.** — Le ministre du Travail et de l'hygiène a remis, à l'hôpital Lariboisière, la croix de la Légion d'honneur à M. Henri Bourdon, radiologiste, victime des rayons X. M. Henri Bourdon a déjà subi l'amputation de plusieurs doigts pour des radiopathies contractées au cours de ses travaux professionnels.

— M. Gabriel Fermé, directeur des laboratoires qui portent son nom, vient d'être promu au grade d'officier de la légion d'honneur. Nous sommes heureux d'exprimer nos plus sincères félicitations à M. Gabriel Fermé qui dirige avec une grande compétence les travaux thérapeutiques d'un important laboratoire de spécialités pharmaceutiques, et est aussi un ami dévoué du corps médical.

— **L'Année Médicale Pratique.** — Lundi dernier, 10 octobre, M. le professeur agrégé Lian, médecin de l'hôpital Tenon, et M. le Dr G. Siguret, de Saint-Nectaire, directeurs de l' « Année Médicale pratique », réunissaient en un dîner amical, au Cercle de la Renaissance française, leurs collaborateurs.

Nous étions là une trentaine : des agrégés, des médecins et chirurgiens des hôpitaux, des chefs de clinique de la Faculté, d'anciens internes des hôpitaux et internes en exercice, des chefs de laboratoire, tels Dausset, de l'Hôtel-Dieu, Barrieu, de Royat, et moi, auxquels s'étaient joints quelques-uns des rédacteurs étrangers de l' « Année Médicale pratique » : M. le professeur Libensky, distingué cardiologue de



Prague, et ses assistants, MM. Brümlick et Mentl ; M. le professeur Roch, de la Faculté de médecine de Genève ; M. le professeur Velez, de la Faculté de médecine de Mexico ; M. le professeur agrégé Dujardin, de Bruxelles.

Nous fêtâmes, dans l'intimité, le succès de ce volume annuel, si apprécié des praticiens, à qui il apporte régulièrement des mises au point d'une assimilation facile de toutes les nouveautés et découvertes de l'année, en biologie, pathologie et thérapeutique , les tenant ainsi au courant du mouvement scientifique, dans toutes les parties qui sont de nature à les intéresser.

Et, avec notre ami Lian, qui, en quelques mots empreints de la plus grande cordialité, sut remercier tous ses collaborateurs, nous bûmes à la prospérité de l'« Année médicale pratique ». G. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 *octobre.*

Police sanitaire maritime.

Décret du 8 octobre 1927 portant règlement de police sanitaire maritime.

Ce décret remplace celui du 26 novembre 1921, dont nous avons inséré, dans l'Agenda-Memento du Praticien de 1928, le titre XI concernant les médecins sanitaires maritimes.

Comme la feuille qui contient cet extrait était imprimée lorsque le *Journal Officiel* du 12 octobre a paru, nous publions ici le Titre XI du Décret nouveau.

Une note rectificative, publiée à la fin de l'Agenda-Memento, en cours d'impression, signalera à ses lecteurs la modification.

TITRE XI

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES

Art. 84. — Les médecins sanitaires prévus à l'article 110 du décret du 21 septembre 1908, modifié par l'article 1er du décret du 16 septembre 1926, devront être Français et du sexe masculin. Ils sont choisis sur un tableau dressé par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, après examen passé devant un jury qui est désigné par le ministre.

L'examen porte sur la pathologie, la bactériologie, l'épidémiologie, le traitement et la prophylaxie des maladies transmissibles ainsi que sur la réglementation sanitaire et ses applications pratiques. Les conditions et les époques de l'examen sont arrêtés par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Art. 85. — Sont dispensés de l'examen prévu à l'article précédent pour être inscrits au tableau des médecins aptes à remplir les fonctions de médecins sanitaires maritimes, les docteurs en médecine français qui ont obtenu le diplôme des instituts univer-

sitaires d'hygiène ou de médecine coloniale, sous condition de justifier qu'ils ont subi d'une manière satisfaisante une interrogation complémentaire portant spécialement sur les lois et règlements applicables à la police sanitaire maritime.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales désigne les personnes chargées de procéder à cette interrogation, en qualité soit de membres du jury, soit d'adjoints délégués.

Art. 86. — Sont dispensés de l'examen prévu à l'article 84 ci-dessus pour être inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes les médecins de la marine et les médecins des colonies ayant exercé leurs fonctions pendant cinq années au moins.

Ces médecins peuvent être inscrits au tableau sur la présentation des directeurs de santé, sous condition d'avoir subi d'une manière satisfaisante une interrogation complémentaire portant spécialement sur les lois et règlements applicables à la police sanitaire maritime.

Art. 87. — Il est délivré aux candidats visés par les articles 84, 85 ,86 ci-dessus, s'ils sont agréés par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, un certificat d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

Art. 88. — Il est procédé chaque année dans le courant du mois de janvier à la revision du tableau institué par l'article 84 du présent règlement.

Art. 89. — En vue de l'établissement du tableau annuel, il est tenu, au siège de chacune des circonscriptions sanitaires maritimes, un registre spécial indiquant les noms et prénoms des médecins, la date exacte de leur embarquement, les noms des navires et la nature des voyages effectués.

Les médecins sanitaires maritimes doivent se présenter, tant au départ qu'à l'arrivée, aux directeurs des circonscriptions sanitaires maritimes et apposer leur signature sur le registre ci-dessus prescrit, en regard des renseignements concernant leur voyage.

Art. 90. — Un extrait récapitulatif de ce registre est adressé au ministre dans les premiers jours du mois de janvier, faisant connaître pour chaque médecin la date de la décision ministérielle qui a autorisé son inscription au tableau et le nombre total des mois de navigation accomplis depuis lors.

Cet envoi est accompagné, s'il y a lieu, des observations ou propositions des directeurs des circonscriptions sanitaires maritimes.

Art. 91. — Le médecin sanitaire maritime a pour devoir d'user de tous les moyens que la science et l'expérience mettent à sa disposition :

a) Pour préserver le navire des maladies transmissibles ;

b) Pour empêcher ces maladies, lorsqu'elles viennent à faire leur apparition à bord, de se propager parmi les populations des divers ports touchés par les navires.

Art. 92. — Le médecin maritime s'oppose à l'introduction sur le navire des personnes ou des objets

susceptibles de provoquer à bord une maladie contagieuse, conformément aux dispositions du présent règlement.

Art. 93. — Le médecin sanitaire maritime se concerte avec le capitaine pour l'application des dispositions contenues dans le présent règlement.

En cas d'invasion à bord d'une maladie transmissible, il prévient immédiatement le capitaine et assure, d'accord avec lui, les mesures de préservation nécessaires.

Art. 94. — Le médecin sanitaire maritime inscrit jour par jour, sur un registre, toutes les circonstances de nature à intéresser la santé du bord.

Il mentionne les dates d'invasion, de guérison ou de terminaison par la mort, de tous les cas de maladies transmissibles avec indication des détails essentiels que comporte la nature de chaque cas.

A chaque escale ou relâche, il consigne sur son registre, la date de l'arrivée et celle du départ, ainsi que les renseignements qu'il a pu recueillir sur l'état de la santé publique dans le port et ses environs.

Il inscrit sur le même registre les mesures prises pour l'isolement des malades, la désinfection des déjections, la destruction ou la purification des hardes, du linge et des objets de literie, la désinfection des logements ; il indique la nature, les doses, le mode d'emploi des substances désinfectantes et la date de chaque opération.

Art. 95. — Le médecin sanitaire maritime est tenu, à l'arrivée dans un port français, de communiquer son registre à l'autorité sanitaire, qui ne statue qu'après en avoir pris connaissance.

Il répond à l'interrogatoire de celle-ci et lui fournit de vive voix, ou par écrit si elle l'exige, tous les renseignements qu'elle demande.

Art. 96. — Les déclarations du médecin sanitaire maritime sont faites sous la foi du serment.

Le délit de fausse déclaration est poursuivi conformément aux lois.

Art. 97. — En cas d'infraction aux règlements sanitaires ou de non exécution des devoirs résultant de ses fonctions, ou lorsque le médecin sanitaire maritime cesse de répondre à l'une quelconque des conditions mises à l'exercice de sa fonction par les règlements en vigueur, une décision ministérielle, prise après avis du jury institué par le décret du 7 juin 1919 pour l'examen des candidatures aux fonctions médicales du service sanitaire maritime, l'intéressé entendu, peut prononcer la radiation dudit médecin, à titre temporaire ou définitif, du tableau dressé en vertu de l'article 88.

Art. 98. — Tout navire français dont le capitaine ne peut, au moment du départ, justifier de la présence à bord d'un médecin sanitaire maritime embarqué conformément aux règlements en vigueur, ou d'un motif d'empêchement légitime, ne reçoit pas de patente de santé.

Art. 99. — Sur les navires qui n'ont pas de médecin sanitaire, les renseignements relatifs à l'état sanitaire

Voir la suite page XLIII-2887

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

20 NOVEMBRE 1927

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le **DIMANCHE 20 NOVEMBRE 1927**, chez MARGUERY, 34, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

I. — *A trois heures.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Allocution du président ;

2° Rapport du secrétaire général ;

3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1926 ;

4° Rapport des commissaires aux comptes ;

5° Approbation des comptes de l'exercice 1926 ;

6° Election pour six années de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de Mlle Hamilton, *vice-présidente* ; MM. Mignon H., *secrétaire général* ; L. Gassot, *trésorier-adjoint* ; Duchesne et Mazeroux, membres sortants et rééligibles.

7° Election pour deux années de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Arago, Haton et Leulier, sortants et non rééligibles ;

8° Nomination de quatre membres du conseil d'arbitrage.

II. — *A quatre heures et demie.*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du secrétaire général ;

2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1926 ;

3° Rapport des contrôleurs ;

4° Approbation des comptes de l'exercice 1926 ;

5° Fixation de la cotisation et du maximum de la garantie ;

6° Nomination de cinq membres du Conseil en remplacement de MM. Decourt, *vice-président* ; Gassot, *trésorier*, Noir, Fischer et Pamart, sortants et rééligibles ;

7° Nomination de deux contrôleurs ;

III. — *A trois heures.*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;

2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1926 ;

3° Approbation des comptes ;

4° Questions traitées.

IV. — *A sept heures précises.*

DINER. — (Souscription 50 fr. Le complément sera payé par la Caisse de la Société d'Etudes).

A dix heures.

BAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE.

Les familles des membres et amis du *Concours médical* et de ses Filiales sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Dîner.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Dîner sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 17 *novembre*, aux bureaux du *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris, 9e.

PROPOS DU JOUR

La persévérance dans l'erreur et ses inconvénients. Le faux portrait de Fagon du Musée du Louvre.

Les discussions qui se poursuivent autour des fouilles de Glozel sur l'interprétation desquelles les hommes les plus compétents, les plus savants, les plus désintéressés, émettent les avis les plus contradictoires, qui vont jusqu'à taxer de supercherie le résultat obtenu, montrent combien il faut être prudent avant d'émettre comme authentique et de classer à une époque donnée un document si intéressant fût-il. Les hommes sont sujets à l'erreur et l'on ne saurait le leur reprocher sévèrement. Mais quand l'erreur est indiscutablement reconnue, qu'on ne saurait, devant l'évidence des faits, en contester la réalité, il est inexcusable de la laisser indéfiniment se perpétuer, surtout quand elle se manifeste dans un Musée national, qui, par son importance, sa réputation mondiale et les capacités du personnel qui l'administre, donne un cachet officiel d'authenticité à toutes les pièces de ses collections.

La mystification fameuse de la tiare de Saïtapharnès qui défraya, il y a 25 ans environ, la malignité des critiques d'art, est une leçon que ne devraient pas oublier les conservateurs et les experts de nos Musées nationaux. Or il y a lieu de regretter la légèreté avec laquelle sont classés et étiquetés les tableaux exposés dans les galeries de peinture au Louvre. Les erreurs constatées y seraient nombreuses. Nous n'en connaissons qu'une, mais elle est si évidente, elle a été si fréquemment et si inutilement signalée qu'elle permet de jeter le doute sur tous les chefs-d'œuvre que nous avons coutume d'aller admirer dans notre superbe Musée national.

L'exposé de cette erreur est intimement lié à l'histoire de la médecine et des sciences françaises et c'est pourquoi il trouve légitimement sa place ici.

Dans la galerie du Pavillon Mollien du musée du Louvre, salle XIV, est exposé depuis bien des années un beau portrait, attribué à Jean Jouvenet. Ce portrait porte le n° 441 et on lit au-dessous :

JEAN JOUVENET (1644-1717).

Portrait de FAGON, premier médecin de Louis XIV.

Le simple fait que ce portrait fut exposé au Louvre avec cette mention, a paru à beaucoup suffisant pour en assurer l'authenticité. Si bien que M. Louis Bertrand, le romancier bien connu, aujourd'hui membre de l'Académie française, n'hésita pas, dans un appendice de son livre de *Louis XIV*, d'apprécier Fagon d'après le portrait du Louvre. « Cet homme, dit-il, fut dans ses fonctions un brutal autocrate. *Pour en juger, il suffit de regarder un portrait de lui qui est au Musée du Louvre* ». Et se lançant dans une description ultra-fantaisiste, M. Louis Bertrand détaille la physionomie de Fagon par une interprétation de tableau qui fait plus honneur à l'imagination de l'auteur de l'Atlantide qu'aux qualités critiques très discutables de l'historien.

Les fantaisies de M. Louis Bertrand ne sont pas les seules conséquences de l'exposition de ce prétendu portrait de Fagon au Musée du Louvre. Dans le XVe volume de la magnifique *Histoire de la Nation française* de M. Gabriel Hanotaux, volume qui débute par l'*Histoire des sciences biologiques*, rédigée par le savant professeur de la Sorbonne, M. Maurice Caullery, nous trouvons, au chapitre IV, intitulé : *Les Institutions scientifiques modernes en France: Le Jardin du Roi et l'Académie des sciences*, page 75, une gravure qui porte la souscription : FAGON (d'après le portrait de Jouvenet) et le graveur a reproduit le portrait exposé au Musée du Louvre.

Or ce portrait n'est pas celui de Fagon et personne ne saurait le discuter. Il reproduit les traits de Raymond Finot, docteur de la Faculté de Paris, ami du doyen janséniste Philippe Hecquet. Ce Finot fut en outre le médecin de Henri-Jules de Bourbon, fils du grand Condé. Ceci a été établi avec des documents irréfutables par M. Noë Legrand dans une communication à la Société d'Histoire de la médecine, publiée le 9 février 1910 dans le *Bulletin* de cette Société.

Il n'est pas du reste très difficile de démontrer l'erreur de la suscription qui affirme que le portrait exposé au Louvre est celui de Fagon. L'iconographie du célèbre premier médecin de Louis XIV et surintendant du Jardin du Roi, comprend du nombreux documents. Si le portrait d'Hyacinthe Rigaud, bien authentique celui-là, conservé à l'Ecole de médecine, est

dans un assez mauvais état, il a été reproduit en gravure par Edelinck et par Ficquet et il n'est guère difficile d'en trouver des exemplaires. A la Bibliothèque du Muséum d'Histoire naturelle est encadrée la thèse de Joseph Piton de Tournefort, qui porte en frontispice le portrait de Fagon, gravé d'après la peinture d'Hyacinthe Rigaud.

En outre, la Faculté de médecine de Paris à qui Fagon avait rendu de signalés services, notamment en obtenant la dissolution de la Chambre royale de médecine, composée des médecins de la Cour et autorisée par le Grand Conseil du Roi, fit frapper deux jetons à l'effigie de Fagon sous les décanats de Claude Berger et de François Vernage. Ces deux doyens avaient consenti, contre la coutume, ce qui fut une exception unique, de substituer sur leurs jetons l'effigie de Fagon à la leur. Déjà, en 1695, la Faculté avait fait peindre le portrait de Fagon par Hyacinthe Rigaud pour le placer dans les Ecoles supérieures de la rue de la Bûcherie.

Or, si l'on compare ces divers documents, dont on ne peut douter de l'authencitité, au faux portrait de Fagon, exposé au Musée du Louvre, la dissemblance absolue saute aux yeux. Il n'y a aucune analogie entre le portrait de Finot par Jean Jouvenet et celui de Fagon par Hyacinthe Rigaud. Le front, les yeux, le nez, la bouche, le menton, la perruque, le costume, tout est différent. L'erreur est flagrante. Pourquoi donc se perpétue-t-elle ? Pourquoi, puisqu'elle a été signalée par Noë Legrand le 9 février 1910, n'a-t-elle pas été rectifiée, abusant l'éditeur de l'Histoire de la Nation française vers 1920 et M. Louis Bertrand en 1923 ?

Il est permis de croire que le portrait de Raymond Finot par Jean Jouvenet, ayant été d'abord exposé au Musée de Versailles, est arrivé au Louvre avec l'étiquette : Portrait de Fagon, et que les conservateurs des galeries de peinture du Louvre n'ont pas eu connaissance de la communication de Noë Legrand à la Société d'Histoire de la médecine. Mais, depuis, lors de la publication du livre sur Louis XIV par M. Louis Bertrand, où en dépit de la vérité historique, Fagon, médecin honnête, consciencieux et dévoué, savant distingué et administrateur remarquable avait été vilenpidé, sans rime ni raison, parurent nombre d'articles rectificatifs et rendant justice à Fagon. Certains de ces articles comme celui que nous publiâmes dans le *Concours médical* du 30 mars 1924 (1), reproduisaient des documents iconographiques qui rendaient évidente l'erreur du Musée du Louvre (portrait de Raymond Finot, dit de Fagon, par Jean Jouvenet, portrait de Fagon, par Hyacinthe Rigaut, gravures de Ficquet et gravure d'Edelinck, reproduction agrandie du jeton du doyen François Vernage, frappé à l'effigie de Fagon en 1703). Citons : 1° la conférence sur ce sujet du Pr Guiart, de Lyon, faite à une séance de l'Académie de Lyon et publiée sous le titre : *Les médecins et les maladies du grand Roi Louis XIV ; a-t-il eu le tænia ou fut-il diabétique* ? ; 2° la communication du Pr Ménétrier, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris, intitulée : *Louis XIV, ses médecins et ses historiens*, publiée dans le *Bulletin* de novembre 1923 de la Société d'Histoire de la médecine ; 3° plusieurs intéressants articles du Pr Sabrazès, de Bordeaux, parus les 7 octobre, 11 et 18 novembre 1923 et les 24 février 1924 et 4° enfin la belle thèse du Dr Emile Deguéret : *Histoire médicale du grand Roi* (Paris, 1924.)

Tous ces travaux n'ont pu être ignorés des conservateurs du Musée du Louvre, car certains leur ont été adressés. En outre M. Louis Forest dans un de ses *Propos du Parisien*, du *Matin* et M. Le Nôtre dans un article du *Temps* (31 août 1924) : *La santé du Roi Soleil*, ont bien voulu revenir sur cette question et relever l'erreur du Musée du Louvre. L'on aurait pu croire qu'après cela, l'administration de notre grand Musée national, ayant le souci de sa réputation, se serait hâtée de rectifier. Or, il n'en est rien. Nous sommes allés récemment au Musée du Louvre et, dans la galerie du Pavillon Mollien, au milieu de la salle XIV, nous avons retrouvé le tableau n° 441 qui porte toujours la mention.

JEAN JOUVENET (1644-1717).

Portrait de FAGON, premier médecin de Louis XIV.

Quelle étrange persévérance dans l'erreur, cependant si facile à contrôler et à rectifier ? Combien d'historiens, d'écrivains peuvent être trompés après M. Louis Bertrand et M. Caullery, si de pareilles méprises sont fréquentes dans les collections du Louvre. Pouvons-nous espérer cette fois obtenir la rectification que nous attendons depuis 1910 et surtout depuis 1924 ?

Errare humanum est ; perseverare diabolicum.

J. NOIR.

(1) J. NOIR. — Guy-Crescent FAGON, archiâtre et surintendant du Jardin du Roi (1638-1718). Communication au Comité d'études historiques et archéologiques : *La Montagne Sainte-Geneviève et ses abords*, le 20 novembre 1923.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES ACQUISITIONS RÉCENTES DANS LE TRAITEMENT DU CANCER

Dr Léopold MAYER.

Professeur agrégé à l'Université libre de Bruxelles (1).

Messieurs,

Comme vous le savez, la formule nouvelle que nous nous sommes efforcés de réaliser à Bruxelles a pour base de confier à une série de conférenciers choisis par le comité organisateur des Journées médicales l'exposé de l'état momentané d'une question médico-chirurgicale d'actualité. C'est donc pour moi un honneur insigne que vous m'ayez jugé digne de venir à cette tribune vous dire où nous ont conduits les travaux les plus récents concernant la thérapeutique du cancer. Mais si j'apprécie hautement l'honneur que vous m'avez fait, je ne me dissimule pas que j'aurai besoin de toute votre amicale indulgence pour combler les lacunes nombreuses d'une mise au point forcément incomplète à cause de ma compétence insuffisante d'abord, et du temps forcément restreint dont je dispose pour abuser de votre attention.

Pour faciliter ma tâche, je ne vous parlerai pas des points qui, à mon avis, sont encore loin d'être élucidés. Il en est ainsi du traitement général des cancéreux, dont, en Belgique, Slosse et Reding, il y a deux ans, ont montré le réel intérêt et qui leur a souvent donné des résultats surprenants ; les injections sous-cutanées de magnésie ont certainement fait régresser des tumeurs et prolongé des existences. Comme les sels d'arsenic ou de quinine, comme les préparations à base d'or, d'argent ou d'étain colloïdal, ce sont d'utiles adjuvants ; ce ne sont pas jusqu'à présent des procédés curatifs. Il en est vraisemblablement de même de l'injection hypodermique des émanations radio-actives au moyen des gaz, proposée la semaine dernière à l'Académie des sciences de Paris par le professeur d'Arsonval, en collaboration avec M. Georges Vaugeois et M. Raoul Bayeux.

Je ne vous entretiendrai pas non plus de procédés tels que la thermo-coagulation et la fulguration, dont je n'ai pas la pratique et qui cependant, entre certaines mains, ont donné des résultats appréciables.

J'ai lu avec attention, à ce sujet, une publication récente du Dr Joseph Stéfani, de Nice, sur l'électro-coagulation des cancers, où notre distingué confrère affirme que cette méthode est sans conteste la méthode de choix dans la plupart des cancers de la peau et des cavités naturelles accessibles. Il me permettra de ne pas être du tout de son avis, d'abord parce que les survies ou les guérisons observées par lui sont de courte durée, ensuite parce que cette méthode imaginée par Doyen et perfectionnée par Bordier, n'a de valeur que pour des épithéliomas cutanés, qui par d'autres techniques doivent donner, je vous le montrerai tout à l'heure, près de 100 % de guérisons définitives ; enfin et surtout parce qu'elle néglige totalement le traitement des ganglions toujours très tôt envahis dans les néoplasmes malins. S'il est donc peut-être bon de savoir que dans certains cas désespérés la diathermie chirurgicale peut être un palliatif intéressant, il est, à mon sens, tout à fait inadmissible de la mettre au niveau des trois autres armes vraiment efficaces de la lutte anticancéreuse : la chirurgie, les rayons X et le radium.

Les progrès réalisés depuis 20 ans dans la thérapeutique des tumeurs malignes et dont je vous montrerai tout à l'heure l'importance, sont dus à trois facteurs essentiels :

1) L'éducation du public ;

2) L'amélioration de nos moyens d'investigation et partant la précocité du diagnossic ;

3) L'utilisation meilleure des radiations combinées avec les progrès de la technique chirurgicale.

Ce sont ces trois points que j'aimerais développer devant vous, avant de vous projeter quelques clichés qui en seront, si vous le voulez bien, le commentaire imagé.

Chapitre I. — Education du public.

S'il est un point sur lequel, je pense, nous serons d'accord, c'est que le cancer, quelle que

(1) D'après une conférence aux Journées médicales et coloniales de Marseille, (avril 1927).

soit sa cause inconnue, est une affection d'abord locale (1) et que nous avons d'autant plus de chance de guérir que son étendue est moindre. Pour cela, il est évidemment indispensable que le malade se soumette de bonne heure à notre examen, et il ne le fera que s'il est averti des dangers auxquels il est exposé. En Belgique à l'initiative et sous le haut patronage de S.M. la Reine, s'est créé en 1923 une *Ligue contre le cancer*, qui s'est constituée en association sans but lucratif. Par des tracts, des conférences, des brochures, elle s'efforce de déraciner les idées fausses encore ancrées dans le public. Nous avons le devoir d'avertir les populations que le cancer n'est ni fatal ni héréditaire, qu'il n'est pas incurable, qu'au début il est indolore, qu'il n'est pas contagieux, qu'il est vain de le traiter par des pâtes et des procédés charlatanesques.

Evidemment, nous devrions tout d'abord nous mettre d'accord sur ce que c'est que le cancer. Des retentissantes communications de W. E. Gye et J. E. Barnard parues dans le *Lancet* du 18 juillet 1925 et d'avance claironnées dans la presse politique avec un enthousiasme au moins insolite, il est encore possible de dire, comme mon distingué collègue M. le prof. Dustin l'écrivait l'année passée, qu'elles ne nous ont pas apporté le secret du cancer humain ou de son mécanisme étiologique. Il y a quelques mois j'ai été en correspondance avec Gye et il m'a lui-même très exactement écrit qu'il était loin d'avoir trouvé, comme le disent les journaux, le sérum du cancer et ne s'occupait encore que de questions expérimentales. Si l'existence d'un virus reste encore contestable, du moins devons-nous rester attachés au principe sans lequel tous nos efforts chirurgicaux et radiothérapiques seraient vains : celui du cancer « affection d'abord locale ».

Si, comme l'ont prétendu différents biologistes, la tumeur cancéreuse exprimait la réaction locale d'une altération humorale, on ne concevrait pas pourquoi tant de cancers extirpés ou détruits resteraient de longues années sans plus donner lieu à la moindre manifestation clinique. J'en prends ici à témoin nombre d'entre vous qui pourront, tout comme moi, citer bien des cas guéris depuis 20 ans et davantage. Or, que nous montrent les statistiques ? Tout d'abord un accroissement incontestable du nombre des cancéreux ; ici même, l'exposition du centre anticancéreux si brillamment dirigé par mon ami Reynès montre que 18.000 individus succombent chaque année en France au cancer. Le Dr Renaud a publié, dans la *Revue de la Suisse romande*, un travail remarquable relatif au cancer en Suisse. Certaines statistiques se rapportant à la dernière décade sont assez curieuses :

Il y a eu en moyenne 12,8 cancéreux par 10.000 habitants et 1 décès dû au cancer par rapport à la population âgée de plus de 40 ans. Comme ceux-ci constituent environ 4,5 % de la population, il y aurait 1 décès par cancer sur 222 habitants de plus de 40 ans. Près des trois quarts (73 %) des cancers chez l'homme et la moitié chez la femme appartiennent au tube digestif. Ceux de l'intestin sont plus fréquents chez la femme, ceux du rectum chez l'homme.

Quant au cancer du sein, il est en notable progression. Mais il est moins précoce que dans d'autres pays : 50 à 60 ans.

Il y a une notable augmentation des cancers du poumon, et il semblerait qu'elle serait due, en partie, à la métaplasie bronchique postgrippale, consécutive à l'épidémie de grippe de 1927. Sous l'influence de la grippe, on a constaté qu'à l'épithélium cylindrique des bronches s'est maintes fois substitué un épithélium pavimenteux, lequel aurait subi par la suite la dégénérescence carcinomateuse fréquente des épithéliums métaplasiés.

C'est ce phénomène qui expliquerait les formes paradoxales de cancers bronchiques, signalés surtout ces dernières années.

De même MM. Parisot et Cornil ont exposé l'an dernier des considérations critiques sur les statistiques de mortalité par cancer à Nancy de 1878 à 1924. Dans cet article, les auteurs font un intéressant exposé sur la valeur à accorder aux statistiques existantes à l'heure actuelle, et sur leurs causes d'erreur. Ils font ressortir la nécessité, pour les médecins praticiens, de collaborer à l'élaboration de ces statistiques dont l'importance est primordiale si l'on veut se rendre compte de la marche d'un phénomène, quel qu'il soit.

Ils formulent, après avoir donné un certain nombre de chiffres, les deux remarques fondamentales suivantes :

1) Que l'augmentation du cancer, quoique légère, est formelle pour les malades de la ville ;

2) Que les hôpitaux de Nancy constituent un centre de triage départemental et même régional important, dont l'extension progressive durant ces dernières années justifie, d'après eux, l'intérêt social considérable de la création du centre anticancéreux de Lorraine.

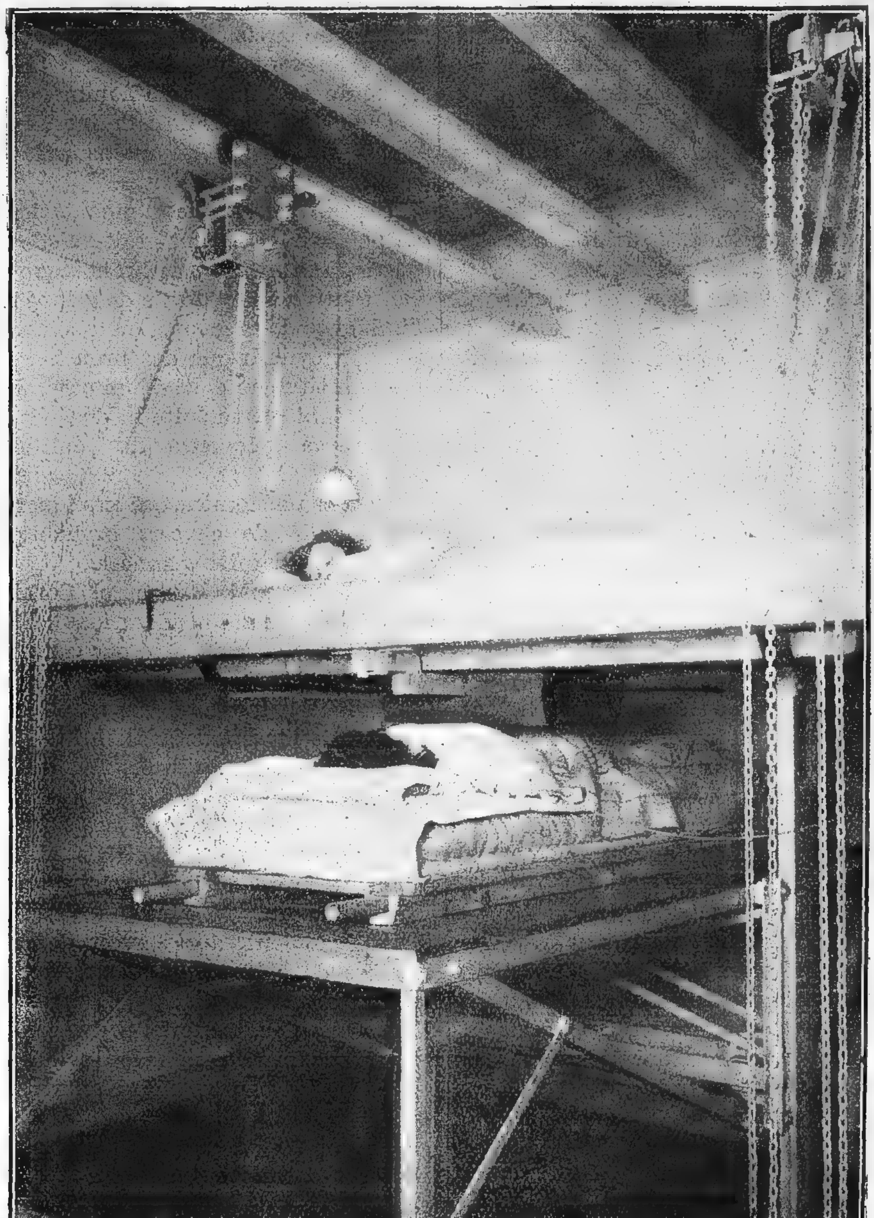
La ligue anglo-franco-américaine, créée par le Pr Hartmann, les centres régionaux, que vous avez établis à Bordeaux, à Paris, ici-même, concourent au même but. En Italie, la ligue contre le cancer vient aussi de prendre une forme légale et réunira en octobre prochain à Milan un congrès du cancer.

Il convient, d'autre part, en matière de statistique du cancer, de ne retenir que celles qui sont

(1) Voir à ce sujet l'excellent ouvrage de Renaud, intitulé « Le cancer et ses complications » (Paris Masson, 1927.)

fondées sur un contrôle histologique constant et irréprochable ; trop souvent encore nous lisons des travaux signalant la guérison de tel ou tel cancer sans aucune biopsie ; de pareils faits n'ont aucune valeur scientifique. Que l'accroissement, à mon avis, indéniable, du cancer soit plus apparent que réel par suite du perfectionnement de nos méthodes d'investigation, comme votre président d'honneur, le Pr Imbert, l'a proclamé, c'est possible.

Qu'il soit dû, comme j'ai cherché à l'établir il y a plusieurs années déjà, à l'amélioration de la salubrité publique, qui, en reculant la durée moyenne de la vie, permet à plus de gens d'atteindre l'âge habituel du cancer, ce sont là toutes questions trop complexes pour que nous puissions les aborder aujourd'hui.



Il en est de même de la contagiosité du cancer, qui, tout au moins dans l'acception usuelle de ce terme, doit être écartée.

Une autre notion sur laquelle nos idées se sont profondément transformées, et qui persiste dans sa forme ancienne dans le public, c'est la question de l'hérédité du cancer. Rien n'est plus communément admis que l'hérédité du cancer, rien n'est moins démontré : les nids de cancer, les maisons de cancer, les contrées à cancer peuvent s'expliquer de bien d'autres façons. Sur 1075 cancéreux du service de Delbet, 13 % seulement avaient des antécédents cancéreux. Puis,

s'adressant à des gens bien portants, il trouve 17 à 19 % d'antécédents cancéreux. Cette statistique impose la conclusion que l'hérédité ne joue aucun rôle dans la production du cancer. MM. Slosse et Bayet ont constaté que dans une fabrique 39 % des ouvriers qui manient le brai sont atteints de cancer. Rien ne permet d'affirmer que les ouvriers seraient devenus cancéreux, s'ils n'avaient pas manié le brai. Un individu qui a contracté la syphilis, qui a eu de la leucoplasie, qui a abusé du tabac et de l'alcool, fait un cancer de la langue. Rien n'autorise à affirmer qu'il serait devenu cancéreux s'il n'avait été ni syphilitique, ni leucoplasique, ni tabagique, ni alcoolique. Rien n'autorise à affirmer qu'un être humain quelconque est condamné au cancer par son hérédité.

Mais des troubles de développement, des malformations qui sont dans une certaine mesure héréditaires, prédisposent peut-être au cancer.

Ainsi les nævi, surtout les nævi pigmentaires, deviennent l'origine de cancers particulièrement redoutables.

De ces faits curieux et de ces idées nouvelles sur l'origine du cancer, se dégagent avant tout de l'optimisme et de l'espérance : l'hérédité et la contagion ne jouant pas de rôle dans la production du cancer, voilà qui libère l'humanité d'un lourd fardeau de préoccupations.

Par contre, l'origine traumatique du cancer gagne chaque jour du terrain. Ainsi, les déchirures du col de l'utérus sont fréquentes au cours de l'accouchement, et toute cicatrice prédispose au cancer. Les abcès de la lactation laissent aussi des cicatrices. Et, d'autre part, le sein est, par sa situation, exposé aux traumatismes, et particulièrement aux petits traumatismes répétés que produisent les vêtements. Il faut tenir compte de ces facteurs. Les lésions de mammite chronique qui précèdent si fréquemment le cancer me semblent beaucoup plus fréquentes chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Dans ma statistique de cancer du sein, la proportion des femmes qui n'ont pas eu d'enfants est de 21 %. Celle des femmes qui n'ont eu qu'un enfant est de 22 %. Ainsi, sur 100 femmes atteintes du cancer du sein, il y en a 43 qui n'ont pas eu d'enfants ou qui n'en ont eu qu'un. Cette proportion me paraît énorme, mais ce n'est là qu'une impression. De même, dans le tube digestif, le cancer est plus fréquent au pylore et au rectum.

Il resterait à préciser les causes habituelles du cancer dans l'espèce humaine. Dans cet ordre d'idées, la première question qui se pose est celle de la contagion à laquelle je faisais allusion il y a un instant. Elle préoccupe le public à juste titre.

Les partisans de la théorie infectieuse du cancer ont fait les plus grands efforts pour trouver des cas de contagion. Ceux-ci auraient apporté à leur thèse un puissant appui. Ils n'ont pas réussi. Les prétendues cages à cancer, ou maisons à cancer, se sont évanouies quand on les a soumises à une critique vraiment scientifique. Bashford, qui a étudié cette question, conclut ainsi : « Les maisons à cancer, comme les cages à cancer, sont un mythe qui a pour effet d'alarmer le public et de gêner les recherches scientifiques. »

Les causes externes, par contre, jouent un rôle important, comme l'ont montré les travaux de Bayet et ceux du Cancer Hospital de Londres.

Si la réalité de la production possible de cancer par des agents externes n'est plus contestable, il est non moins certain que l'origine bactérienne du cancer peut actuellement être écartée. Plusieurs d'entre vous se souviennent sans doute des publications retentissantes d'il y a 15-20 ans, attribuant le cancer à un *micrococus neoformans* ou à d'autres parasites toujours accidentels et non pathogéniques. Il y a un an, j'assistai, à la Société belge des électriciens, à une remarquable conférence du Dr V. Cheval, qui croit voir la cause première du cancer dans les modifications électrophysiques des cellules ; et dernièrement le Pr Dustin, dans une brillante causerie à la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, attirait notre attention sur un autre aspect du problème. Il nous montrait qu'il existe un mécanisme régulateur du développement de nos cellules, et que peut-être bien c'est la suppression ou l'atténuation de ce processus inhibitif et non un phénomène excitateur qui cause la prolifération excessive de la cellule cancéreuse. Autrement dit, il n'y aurait pas lieu de nous étonner qu'il y ait tant de cancers, mais plutôt qu'il n'y en ait pas encore davantage.

Vous savez que nous provenons essentiellement de la division caryocynétique d'une seule cellule de l'ovaire maternel. Celle-ci, en se multipliant, donne naissance à l'organisme complexe que nous sommes. Si à un moment donné cette multiplication s'arrête, nous ne nous étions jamais demandé quels facteurs en sont la cause : l'insuffisance d'action de ces facteurs dans l'âge présénile expliquerait la multiplication cancérique. L'opinion émise par Dustin que la cause du cancer serait une altération du mécanisme régulateur de la croissance cellulaire est assurément une hypothèse séduisante. Les organes qui concourent à la reproduction, et qui fonctionnent d'une manière intermittente, le sein, l'utérus, sont particulièrement prédisposés au cancer. Est-ce parce qu'ils fonctionnent trop ou parce qu'ils ne fonctionnent pas assez ? En d'autres termes, les femmes qui ont beaucoup d'enfants sont-elles plus exposées aux cancers du sein ou de l'utérus que celles qui en ont peu ou pas ? La multiplicité des facteurs qu'il faut envisager rend cette question fort embarrassante.

◆◆◆

Un autre chapitre de la cancérologie où de grands efforts ont été réalisés est celui de la lutte contre les charlatans. L'instruction insuffisante du public est un des éléments auxquels est dû le succès des charlatans sur lequel j'ai moi-même attiré l'attention il y a quelques années.

Une autre cause du succès des charlatans dans le traitement du cancer est sans doute la grande diffusion de cette affection, qui s'attaque indifféremment aux pauvres et aux riches, aux malheureux et aux puissants de ce monde. Ne citet-on pas parmi les cancéreux célèbres Anne d'Autriche, la mère du Grand Roi, morte d'un cancer au sein, si nous en croyons Mme de Motteville ?

Mme Deshoulières, la Calliope française, mourut d'un cancer au sein ; et sa fille, héritière d'une partie de ses talents poétiques, succomba de la même maladie. Il en aurait été de même de Mme de la Vallière et de la duchesse de Châtillon, sa fille.

Le cancer de l'estomac qui enleva Napoléon Ier, était un héritage de son père, « le seul qu'il eût reçu de lui, disait Chateaubriand, le reste lui venant des munificences de Dieu ».

Une autre cause est l'ignorance du public, qu'attire toujours le surnaturel ; quand le public saura que le cancer se soigne aussi bien que la fièvre typhoïde, il n'aura plus envie de recourir à des médications invraisemblables, comme de la pâte de toiles d'araignée.

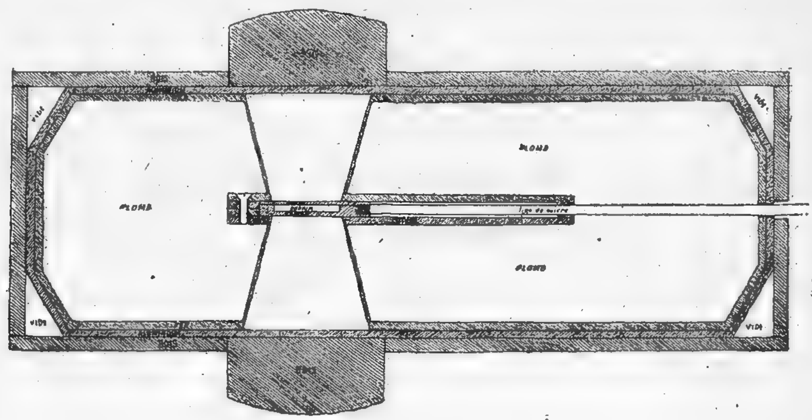
Il est d'ailleurs curieux de constater que des gens qui trouveraient stupide d'aller demander conseil au bijoutier pour s'acheter des bottines trouvent tout naturel de consulter des rebouteurs, des pharmaciens, voire des droguistes ou le concierge quand il s'agit du soin de leur santé.

Dans une thèse présentée à la Faculté de Bordeaux, votre concitoyen le Dr Porcheron rappelle que pour guérir les malades rien n'est moins nécessaire — c'est un fait bien connu ! — que d'avoir fait des études spéciales. Il faut avoir le don ; et ce don, on rencontre en tous lieux, à la ville comme à la campagne, des gens qui le possèdent, et cela dans toutes les classes de la société.

Et qui ne sait, en effet, que partout et pour tout il est des gens — souvent même des gens instruits et éduqués — qui possèdent des remèdes efficaces, infaillibles et dont l'excellence est d'autant moins discutée de ceux ou de celles à qui on les propose que tout un chacun, même et surtout leurs préconisateurs, ignore le plus souvent la raison de leur soi-disant valeur.

L'imagination brode et, la suggestion aidant, les malades, le plus souvent vivement encouragés par leur entourage, dans l'espérance légitime de se voir débarrassés de leurs souffrances, acceptent les propositions qui leur sont faites, si dangereuses soient-elles, et cela, en règle courante, beaucoup plus aisément qu'ils n'accordent leur adhésion aux avis éclairés d'un médecin diplômé.

Ce que Porcheron montre dans son étude sur les « Braconniers de la médecine au pays de Poitou » a été bien établi aussi par Saint-Aurens qui appelle « requin médical » cette race malfaisante des exploiteurs de la médecine. Il cite notamment une statistique curieuse du Pr Thiéry qui avait été frappé des nombreux malades porteurs de plaies suspectes venant journellement à sa consultation de l'hôpital de la Pitié. Le pourcentage suivant fut établi au bout d'un mois : sur 148 malades nouveaux, venus le consulter, 66 ont consulté d'abord le pharmacien : soit 44 p. 100 environ, et 36, soit 25 p. 100, ont suivi le traitement indiqué par le pharmacien. Tous ceux d'entre nous qui ont dirigé des consultations importantes dans les hôpitaux ou des polycliniques pourront confirmer cette assertion.



L'amour du merveilleux est un aliment nécessaire à l'esprit humain. Dès la plus haute antiquité, les sorciers et les devins ont toujours régné en maîtres, même dans les hautes classes de la société. Louis XV, Richelieu, Mazarin consultaient les astrologues. Pascal croyait aux amulettes, Napoléon à la cartomancie. La superstition, la croyance au surnaturel, le besoin que

l'homme a de sentir une force supérieure à la sienne, sont inhérents à la nature humaine.

C'est ce qui explique la vogue qu'ont tous ceux qui, par des manœuvres secrètes, des attouchements accompagnés de paroles plus ou moins étranges, ou par de simples regards, prétendent produire la guérison des malades. Le *Daily Express* du 18 octobre 1926 relatait encore de ces « cures de rêves » révélées par Lockart Mummery à l'occasion d'une campagne contre le cancer entreprise à Londres et qui avait déjà réuni 35.000 livres en quelques jours.

A côté de l'ignorance du public, il est certain que l'indulgence excessive des pouvoirs publics dans l'application des lois sur l'exercice illégal de l'art de guérir est une autre cause de l'extension croissante du charlatanisme, sur lequel je me m'appesantirai pas aujourd'hui ; mais je suis bien certain qu'en France comme en Belgique les pouvoirs publics aideraient efficacement la lutte anticancéreuse s'ils consentaient à rendre plus sévère la répression du charlatanisme.

Le remède à cet état déplorable, c'est d'abord l'éducation du public, que les sociétés de secours aux blessés, les membres des sociétés de la Croix Rouge, les organismes d'assistance et de prévoyance sociales peuvent réaliser. C'est aussi le concours de la grande presse, toujours prête à seconder les efforts tendant à réaliser le mieux être de l'humanité. C'est encore l'aggravation de la législation sur l'exercice illégal de l'art médical qui, dans votre pays comme dans le nôtre, mériterait une sérieuse revision.

Si je me suis permis de m'étendre quelque peu, Messieurs, sur ces données qui vous sont aussi familières qu'à moi, c'est que nous avons, je crois, le devoir d'avouer que peut-être n'avons-nous pas toujours contribué autant que nous l'aurions dû à ces œuvres de propagande.

Et je me hâte, avant de clôturer ce chapitre, d'ajouter que bien entendu il ne s'agit pas de semer la panique dans le public, de créer ce que l'un des vôtres qualifiait récemment avec raison de « cancérophobie », mais seulement d'instruire le public, insouciant et défiant, des notions qu'il doit connaître pour sa propre sauvegarde. Que cette propagande soit efficace, je n'en veux pas d'autre preuve que le nombre manifestement croissant de cas de cancer au début qui font appel à nos soins, et le fait que dans les pays où ces mesures sociales sont depuis longtemps en usage les statistiques de cas favorables sont notablement meilleures que chez nous.

Chapitre II. — Diagnostic précoce.

Dans un excellent travail de votre président d'honneur, M. le Pr Imbert, intitulé « L'augmentation de fréquence du cancer est-elle réelle ou apparente », paru il y a environ un an dans le *Bulletin* de l'Association française du cancer, l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille a bien montré le perfectionnement des méthodes diagnostiques dans les tumeurs de l'estomac, des voies urinaires et respiratoires.

Le recours de plus en plus fréquent des médecins praticiens à la biopsie est aussi un fait incontestable et qui permet souvent de déceler un cancer là où nos devanciers auraient laissé évoluer une affection sous la fausse dénomination d'adénome du sein ou de métrite ulcéreuse.

Pouvons-nous en outre demander à l'examen histologique un pronostic dans un cas particulier ? Je ne le crois pas. La malignité des tumeurs basée sur la fréquence des mitoses, sur la variété histologique, sur l'abondance du stroma conjonctif, ne me paraît pas correspondre à l'évolution clinique. Dans le livre que Pierre Delbet vient de publier avec Mendaro, il arrive cependant à cette conclusion que l'histologie permet d'établir le pronostic d'un grand nombre de cancers du sein, parce qu'ils offrent des différences histologiques aussi nettes que celles qui distinguent les types d'épithéliomas (1) ; mais nous connaissons tous des malades dont l'examen biologique paraissait désastreux et qui ont survécu de longues années à l'anatomo-pathologiste qui les avait condamnés. Dans la séance du 18 mars dernier de la Société des chirurgiens de Paris, Péraire citait encore le cas d'une opérée de cancer du sein pour qui le Pr Cornil avait prévu une récidive rapide et qui restait guérie depuis de longues années.

L'influence évidente d'un diagnostic précoce sur le pourcentage de guérisons ressort de façon flagrante de statistiques telles que celle que le Pr Regaud a produites l'an dernier au Congrès international de chirurgie à Rome, pour le cancer utérin : si on groupe les malades en 4 catégories suivant l'étendue des lésions, celles où le cancer est encore strictment limité au col utérin ont trois fois plus de chance, quel que soit le mode d'intervention, de rester guéries que les autres. Il en est de même pour tous les organes.

Chapitre III.
Utilisation meilleure des radiations et progrès de la technique chirurgicale.

Je ne vous entretiendrai pas des progrès généraux de la technique, vaccination pré-opératoire, asepsie de plus en plus parfaite, éclairage meilleur de nos salles d'opérations. Ce sont tous points que vous connaissez aussi bien que moi. Si je les rappelle, c'est seulement parce que, pour une proportion difficile à préciser, mais certainement chiffrable par 2 ou 3 %, ces mille riens

(1) FLUHMANN, dans *Am. J. of obs. et gyn.* de février, dernier, estime que les tumeurs non différenciées sont plus sensibles au radium et que la présence d'éosinophiles est d'un pronostic favorable pour le traitement au radium.

interviennent dans l'amélioration de nos statistiques.

Une mention spéciale revient à la proposition faite il y a deux ans par le Pr J.-L. Faure, de mettre un drainage à la Mickulicz toutes les fois que de larges surfaces cruentées risquent de suinter ou de suppurer. Il est certain que ce procédé bien appliqué permet de sauver bien des opérées et que le Wertheim, encore si meurtrier il y a quelques années, est devenu à peine plus grave qu'une hystérectomie pour fibrome. Au cours d'un entretien que j'ai eu le plaisir d'avoir avec l'éminent gynécologue ,la semaine dernière, il me disait encore que sa mortalité opératoire dans le cancer utérin n'atteignait plus 5 % et que les guérisons définitives dépassaient 80 %. Voilà des chiffres assurément impressionnants ; et s'il est permis de les attribuer avant tout à sa dextérité personnelle, il n'en est pas moins vrai qu'il faut y voir aussi un progrès technique indéniable.

Reste à apprécier le rôle de l'utilisation des radiations dans la thérapeutique du cancer, L'efficacité des rayons X pénétrants, en compulsant toutes les statistiques intégrales, ne saurait être contestée, et son utilisation dans certains pays depuis plus de 15 ans permet de dire qu'elle est définitive et durable.

Faut-il les utiliser avant l'opération dans un but de stérilisation périphérique, ou après l'intervention pour détruire les cellules cancéreuses qui ont échappé au bistouri ou isolément ? Ce sont des cas d'espèce qui ne peuvent être tranchés en principe, mais doivent être examinés dans chaque cas particulier. Je vous en reparlerai d'ailleurs.

Quant au radium, bien que sa découverte faite en 1898 soit à peine de deux ans postérieure à celle des rayons de Röntgen, son étude expérimentale et scientifique a progressé beaucoup plus lentement. La raison en est facile à comprendre : les quantités minimes dont on disposait jusqu'à la découverte, au Katanga Belge, des riches minerais de l'Union minière, et les dangers auxquels exposait son maniement en sont les causes essentielles. De façon générale d'ailleurs, les radiations, qu'il s'agisse de rayons ultra-violets, de rayons X mous, de rayons X durs ou de rayons X du radium, ont une action analogue. Des notions de radiophysiologie sur lesquelles Regaud et Proust, ainsi que leurs collaborateurs ont bien attiré l'attention, ont une importance primordiale dans toutes les déductions d'actinothérapie. La radiophysiologie commande, en effet, au même degré que la physique elle-même, l'utilisation de cette branche de la médecine. L'étude biologique des radiations est immense, puisqu'elle s'étend des êtres vivants inférieurs et des plantes, jusqu'à l'homme et aux mammifères qui lui sont proches. Elle comprend l'application de toutes les formes de rayonnement, la manière dont les tissus vivants, les cellules elles-mêmes, réagissent ; ce n'est qu'en nous basant sur les données fondamentales de ces recherches que nous pourrons établir les préceptes qui nous guideront dans les applications à la curiethérapie, et dont les données se modifient encore chaque jour. Nous pouvons certes déjà admettre que l'action biologique des radiations comporte des manifestations médiates ou indirectes, et des phénomènes d'ordre toxique dont l'expression clinique réside dans le mal des rayons qui a intimidé tant de cliniciens il y a quelques années à peine. L'action indirecte, par contre, est démontrée par ce fait curieux qu'une cellule cancéreuse isolée en culture est peu sensible aux radiations alors que, selon un degré d'ailleurs variable suivant les tissus, elle est atteinte lorsqu'elle est exposée à leur influence au milieu de tissus vivants. L'expérience bien connue de Jolly sur les ganglions en est également une démonstration élégante. Les phénomènes toxiques ne sont, d'autre part, pas contestables, qu'ils soient dus aux radiations elles-mêmes ou à la fonte cellulaire qu'elles provoquent, peu importe ; des effets identiques s'obtiennent du reste avec des causes très différentes, comme les physiologistes l'ont récemment montré, telles l'inanition, les variations du pH., les frictions réitérées avec du goudron, les chocs acides ou alcalins avec lesquels Narat notamment a récemment réussi à produire le cancer chez la souris ; certains poisons, comme l'arsenic, les dérivés de l'acridine, le trypan bleu, etc. Mais ce qui varie notablement, c'est le temps de latence, qui est d'autant plus considérable que le rayon envisagé est plus dur, et ceci est une des supériorités que nous retiendrons des rayons γ, du radium sur les rayons X. En soumettant des souris à des rayons Röntgen fournis par des ampoules de 100 kw. à 23 ctm. de distance avec un filtre de 0,5 cent. de cuivre et 1 mm. d'aluminium pendant 7 minutes, on constate déjà, après 9 heures, des effets formidables. Au contraire, des recherches faites à ma clinique par mes amis Dustin et Labarre ont établi qu'une exposition de 5 heures à une dose de 4 gr. de radium-élément ne fait encore constater aucun effet au bout de 24 heures.

Nous ne saurions envisager ici les transformations subies par les rayonnements gamma dans la matière, mais nous pouvons admettre comme condamnant la loi d'Arndt-Schulze qu'une petite dose est excitante, qu'une moyenne dose arrête l'évolution cellulaire et qu'une forte dose tue. Cette loi explique bien des insuccès qui ont pu décourager, il y a peu d'années encore, les médecins lorsque, avec une timidité légitime et bien compréhensible dans une science aussi neuve, on appliquait des doses qui nous paraissent actuellement tout à fait insuffisantes.

Nous pouvons admettre aussi comme bien établi que, de deux rayonnements ayant des pouvoirs pénétrants très différents, le plus pénétrant est nécessairement le plus électif, parce que c'est celui qui est le plus dilué dans les tissus.

Les recherches de Dustin ont montré que le phénomène de picnose constaté par lui dans ses recherches sur le thymus ont une signification biologique d'un intérêt d'autant plus grand qu'il se trouve avec intensité après action des rayons X ou γ. Il a montré que le trypan bleu en injection intrapéritonéale à la dose de 1 cmc. de solution à 1 % détermine comme les irradiations une onde caryoclasique typique. L'action antiseptique si forte de la trypaflavine, non seulement sur les microbes, mais sur les hématozoaires, paraît résider dans le fait que cette substance est un poison de la chromatine, et particulièrement lorsqu'il se trouve en voie d'activité caryokinétique.

Les travaux de Watjen, de Ferroux, de Hertung, de Borrel, de Dustin ont établi avec netteté que des causes très diverses et des substances très différentes, telles que le goudron et ses dérivés, ont vis-à-vis de la chromatine des effets très semblables à ceux des rayons. Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a donc pas d'effets tellement spécifiques des rayons γ, mais il existe dans l'organisme des états particuliers d'hypersensibilité de la chromatine à des causes très diverses.

Le cancer, nous disait l'an dernier le Pr Dustin, est un problème de pathologie nucléaire ; or, fait troublant, la plupart des agents que l'on considère cliniquement ou expérimentalement comme des substances cancérigènes sont des poisons de la chromatine. Les données récentes de cytophysiologie et de cytopathologie jettent un jour nouveau plein de promesses sur des phénomènes d'apparence disparates qui peuvent s'intégrer maintenant dans une loi commune.

Un autre paragraphe où journellement s'enregistrent de sensibles progrès, c'est la radiosensibilité des tumeurs dont Regaud, Monod, Lacassagne et Ferroux ont jeté les bases.

De l'analogie biologique des radiations et des lois physiques communes qui les régissent, il ne faudrait cependant nullement conclure à leur égale efficacité thérapeutique ; croire que les rayons X et les rayons γ du radium sont interchangeables serait une dangereuse erreur d'interprétation, à cause de leur inégale puissance de pénétration. Si on utilise des rayons mous, très absorbables, on obtiendra des lésions diffuses parce que la majorité du rayonnement sera absorbée dans une faible épaisseur de tissus. Au contraire, les rayons très pénétrants produiront des effets fortement électifs sur les cellules les plus sensibles. Rayons γ du radium et rayons X, ne l'oublions pas, sont deux formes du rayonnement vibratoire dont les propriétés physiologiques sont du même ordre ; mais leur effet clinique varie notablement par suite de leur longueur d'onde très différente qui amène des profondeurs de pénétration très diverses.

Quoi qu'il en soit de ces données bio-physiologiques, l'historique de l'utilisation thérapeutique des radiations dans la lutte anti-cancéreuse peut se résumer comme suit : d'abord, radiothérapie, pré ou post-opératoire, puis radiothérapie pénétrante isolée, ensuite curiethérapie successivement au moyen de tubes radifères placés au contact des tumeurs, d'aiguilles radifères ou chargées d'émanations implantées dans les masses néoplasiques, intervention chirurgicale pour rendre accessibles au radium des tumeurs profondes, et enfin curiethérapie pénétrante à distance plus ou moins éloignée à l'aide de quantités de radium de plus en plus considérables, fortement filtrées. L'avantage de cette dernière technique est de limiter l'action du rayonnement à la seule partie malade sans amener de troubles de l'état général, tout en influençant, en même temps que la tumeur, les ganglions néoplasiques.

Devons-nous, après avoir irradié un cancer, enlever chirurgicalement l'organe stérilisé ou pouvons-nous nous fier au résultat obtenu pour maintenir la guérison ? Devons-nous associer la curiethérapie locale à la curiethérapie à distance ou faire précéder celle-ci d'une ablation grossière des masses néoplasiques les plus accessibles? Ce sont là questions encore à l'étude, pour lesquelles je n'oserais pas à présent vous donner une réponse définitive. Mais, avant de vous signaler les résultats actuellement obtenus, je ne puis m'empêcher de rencontrer une objection qui s'est fait jour dans ces derniers temps. Dans nombre de sociétés savantes, il a été dit que la curiethérapie favorisait l'éclosion de métastases ; c'est là un malentendu absurde ; il est tout à fait certain que nous voyons depuis quelques années plus de métastases que précédemment et avec des allures vraiment paradoxales ; mais la cause évidente, à mon avis, en est que beaucoup plus de cancéreux voient leur existence prolongée et que nous permettons ainsi le développement de lésions éloignées chez des malades qui entraient dans le gros pourcentage des décès opératoires. Ce qui est vrai, c'est qu'en irradiant un malade atteint d'une tumeur qui a déjà métastasé, on risque d'accélérer le développement de cette métastase. Il faudra donc avoir soin d'examiner attentivement chaque cas et, s'il existe des métastases, de les traiter concurremment avec la tumeur primitive. Sinon, on aura, par insuffisance de dose, donné un véritable coup de fouet à des métastases plus ou moins latentes.

Vous me permettrez aussi de vous répéter que, malgré son apparente simplicité, la curiethérapie

◆◆◆◆

est une science difficile et délicate : mettre une aiguille radifère ou un tube de radium dans une tumeur, paraît d'une simplicité élémentaire, et bien des désastres à la suite desquels toute la méthode a été incriminée n'ont pas d'autres causes.

L'application si banale n'est en effet que l'aboutissant d'une série de recherches, de calculs, de réflexions qui nécessitent des connaissances nombreuses et variées, qui exigent la collaboration d'un physicien averti, d'un anatomopathologiste érudit, d'un clinicien expérimenté.

Au point de vue technique, après avoir vainement tenté de traiter chirurgicalement toutes les localisations du cancer, on a, tout aussi vainement d'ailleurs, voulu guérir toutes ses manifestations par les rayons X ou le radium. Le progrès, on ne saurait assez le répéter, ne s'obtient que par la collaboration étroite, et je dirais même amicale, du chirurgien, de l'anatomopathologiste du clinicien et du thérapeute, sans parler du physicien, de l'ingénieur, du technicien, de l'électricien, d'hommes et de femmes d'œuvres qui, par la propagande, par des tracts, par des conférences, répandent dans le public la vérité que nous considérons comme actuelle de l'efficacité du traitement précoce du cancer.

Entre les deux méthodes extrêmes du bistouri isolé et du radium réduit à ses seuls moyens d'action, une série de techniques intermédiaires ont été utilisées avec des succès toujours croissants.

Les usines de radium, en nous fournissant des aiguilles, nous ont permis de réaliser de réels progrès dans le traitement du cancer du larynx et de la langue par exemple, à la condition de stériliser par des moyens puissants les voies lymphatiques ou de les enlever chirurgicalement. La chirurgie, en créant des voies d'accès pour le radium, lui a permis d'obtenir des succès tout comme le précieux métal a permis au chirurgien d'obtenir des guérisons définitives dans des cas où antérieurement l'expérience lui avait appris la certitude d'une récidive.

Vous savez tous que les livres classiques définissent encore le cancer comme étant une prolifération cellulaire nocive à l'organisme, récidivant quand on l'extirpe ou métastasant à plus ou moins brève distance ou à plus ou moins longue échéance ; pour beaucoup de cas — et c'est là, au point de vue des malades, un immense soulagement — les deux derniers termes de cette définition ont déjà cessé d'être exacts : le tableau ci-dessous, résumant globalement les résultats actuels que nous sommes en droit d'espérer dans le cancer de différents organes, établit en effet que, pris au début et convenablement traités, un pourcentage important de cancers restent définitivement guéris après des périodes de 10, 15 et 20 ans.

Résultats actuels de la curiethérapie combinée avec la chirurgie.

1. Cancers épidermiques (peau et muqueuses) formant plus de la moitié des cancers	95 % de guérisons.
2. Cancers de la bouche : langue	30 % » »
plancher buccal	32 % » »
3. Cancers du pharynx	35 % » »
4. Cancers du larynx et de l'œsophage	30 % » »
5. Cancers de l'utérus ... environ	40 % » »
6. Cancers du sein	60 % » »
7. Cancers du rectum	28 % » »
8. Cancers de l'estomac et de l'intestin grêle	résultats incertains.
9. Sarcomes osseux et médiastinaux	35 % de guérisons.

L'amélioration notable de cette statistique est due incontestablement à la combinaison de la curiethérapie avec la chirurgie, qu'elle sera peut-être un jour à même de remplacer complètement, comme je le souhaite pour le plus grand bien des malades.

Ainsi que je vous le disais tout à l'heure, le principal progrès réalisé dans la curiethérapie a été l'irradiation à distance de toute la région suspecte au moyen de quantités considérables de radium. Nous basant sur les données de Regaud et sur les résultats incontestables obtenus par la Röntgenthérapie profonde, nous avons, le Dr Max Cheval et moi, installé à Bruxelles, depuis un an, avec le précieux concours de M. Piccard, professeur de physique de l'Université, un appareil contenant quatre grammes de radium-élément. La construction et le fonctionnement de cet appareil ont été exposés en détail dans un travail publié dans les *Archives d'électricité médicale et de physiothérapie du cancer* (Bordeaux, octobre 1926). Les quelques clichés ci-dessous suffisent à en rappeler les points essentiels. Cet appareil s'est montré d'un maniement extrêmement simple, et son efficacité clinique et biologique nous a donné des résultats surprenants : dans les cancers de la bouche, de l'œsophage, du larynx, du sein, de l'utérus, de la prostate, de la vessie, du rectum, dans les sarcomes du maxillaire et des os longs, nous avons

constaté des rétrocessions extraordinairement rapides et des guérisons dont quelques-unes remontent à plus d'un an. Nous devrons évidemment attendre plusieurs années encore avant d'être certains du maintien des succès obtenus, mais il est vraisemblable qu'ils ne seront pas moindres que ceux dus à la radiothérapie pénétrante, si nous en croyons le tableau suivant :

Comparaison entre la rœntgenthérapie et la curiethérapie.

Rœntgenthérapie profonde.	Curiethérapie profonde.
1. Installation moins coûteuse.	1. Prix de l'installation élevé.
2. Dispositif compliqué si forte pénétration (100.000 volts).	2. Dispositif relativement simple.
3. Installation dangereuse et encombrante.	3. Préservation facile.
4. Personnel très sélectionné pour éviter brûlures.	4. Maniement facile, personnel peu spécialisé.
5. Débit réduit par nécessité de fort filtrage.	5. Pénétration considérable des rayons γ, électivité plus parfaite. Centrage plus exact.

Des biopsies faites en série chez des malades traités par notre appareil ont permis à M. le Pr Dustin (1) de démontrer histologiquement l'efficacité de l'emploi des hautes doses de radium appliquées à distance. D'autre part, des analyses d'urine et de sang faites à notre demande par le Dr Breuer, et dont quelques-unes sont résumées dans le tableau suivant, établissent l'innocuité de notre méthode dérivée des conceptions nouvelles du Pr Regaud.

Tableau I. — **Analyse d'urine.**

	Avant irradiation.					Après irradiation.				
Observ. nº	Album.	Sucre.	Ac. urique Urée norm. 0.025	Ac. phosphor. Urée norm. 0.10	Doses d'irradiation	Album.	Sucre.	Ac. urique. Urée norm. 0.025	Ac. phosphor. Urée norm. 0.10	Observations.
265	0	0	0.025	0.10	1.400 m. c. d.	0	0	0.024	0.09	C. du sein inopérable.
266	traces	0	0.017	0.08	300 »	0	0	0.018	0.09	C. du duodénum.
268	0	0	0.017	0.08	350 »	0	0	0.017	0.08	Gangl. Après ablation du sein.
269	0	0	0.028	0.08	375 »	0	0	0.025	0.10	C. région temporale.
2.610	0	0	0.020	0.08	250 »	0	0	0.022	0.09	C. utérin étendu.
2.618	0	0	0.020	0.10	450 »	0	0	0.021	0.10	C. utérin.
2.617	0	0	0.023	0.23	150 »	0	0	0.022	0.15	C. du rectum.
2.620	0	0	0.023	0.09	2.250 »	0	0	0.022	0.09	C. du sein.
2.621	0	0	0.021	0.08	750 »	0	0	0.022	0.08	C. du sein.
2.623	0.20	26.66	0.015	0.09	1.000 »	0.25	6.26	0.015	0.09	Tumeur rein droit.
2.624	0	0	0.020	0.10	225 »	0	0	0.021	0.10	Gangl. du cou.
2.628	0	0	0.024	0.12	1.000 »	0	0	0.017	0.08	C. du rectum.
2.632	0	0	0.018	0.09	2.500 »	0	0	0.019	0.09	C. du rectum.

Tableau II. — **Analyse de sang.**

	Avant irradiation.			Après irradiation.		
Observ. nº	Gl. rouges	G. blancs.	Doses d'irradiation.	Gl. rouges	Gl. blancs.	Observations.
264	3.570.000	5.800	125 m. c. d.	4.590.000	5.600	C. sein inopérable.
265	4.560.000	4.200	1.400 »	4.160.000	5.200	C. sein inopérable.
266	4.620.000	8.200	300 »	4.200.000	7.600	C. duodénum.
268	4.930.000	5.400	350 »	4.730.000	7.300	Ganglion après ablation du sein.
269	4.710.000	8.200	375 »	4.600.000	7.900	C. région temporale.
2.610	3.310.000	19.000	250 »	3.080.000	16.800	C. utérin étendu.
2.612	4.070.000	10.400	150 »	4.180.000	8.170	C. de la langue.

(1) Contribution à l'étude radiobiologique des épithéliomas du col utérin traités par la télécuriethérapie. (*Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, séance du 26 mars 1927.)

2.619	3.300.000	11.000	500	»	4.130.000	5.600	Tumeur duodénum.
2.623	5.180.000	8.800	1.000	»	4.890.000	8.400	Tumeur rein droit.
2.624	4.160.000	18.000	225	»	4.180.000	16.000	Ganglion du cou.
2.625	5.800.000	9.200	1.000	»	5.260.000	8.800	Sarcome maxillaire.
2.629	4.100.000	8.000	2.625	»	4.600.000	8.200	C. du rectum.
2.632	5.530.000	13.600	2.500	»	5.200.000	9.600	C. du rectum.

Sans nous lancer dans des espérances hasardées, nous pouvons affirmer dès à présent qu'un nombre journellement croissant de nos malades se trouvent actuellement débarrassés de tout symptôme de cancer.

Ainsi que mon excellent ami, le Dr Max Cheval le disait dans une conférence à l'Académie de médecine le mois dernier (1), nous nous croyons autorisés à préciser les points suivants :

1) Il est possible d'irradier à hautes doses, par voie externe, des tumeurs situées à l'intérieur du corps à condition de posséder une quantité de radium suffisante, convenablement filtrée, et de localiser le rayonnement par une quantité de plomb suffisante (8 centimètres au moins), pour éviter toute action dans toute autre direction que celle que l'on recherche ;

2) Le radium étant placé à une distance suffisante des téguments, il est possible de faire disparaître des tumeurs localisées à différents organes. Nous ne préciserons pas, à l'heure actuelle, quelles sont les tumeurs radio-sensibles et radio-résistantes, c'est un travail que nous nous assignons pour les années à venir ;

3) On peut affirmer, dès maintenant, que l'organisme supporte, dans les conditions prévues plus haut, des doses énormes de rayonnement ultra-pénétrant, sans présenter de troubles de l'état général, sans anémie, sans présenter des lésions cutanées ou muqueuses, et sans radionécrose ;

4) Le rayonnement ultra-pénétrant du radium n'altère pas les tissus normaux.

J'espère, Messieurs, ne pas avoir trop abusé de votre aimable attention et vous avoir montré que par la collaboration cordiale du clinicien, du chirurgien, du radiothérapeute, de l'anatomo-pathologiste, du biologiste, du physicien, de l'ingénieur et du propagandiste, les statistiques globales de guérison du cancer se sont améliorées d'environ 20 % depuis le début de ce siècle.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'attitude ; sa valeur diagnostique et sa valeur thérapeutique.

Cette étude de G. Leven a trait à des symptômes d'irritabilité du plexus solaire, liés à la dilatation gastrique. Une dilatation gastrique peut amener (voir les observations rapportées) des crises douloureuses suraiguës rappelant celles de la péritonite, des crises de toux, de dyspnée, de tachycardie ; tous ces accidents disparaissent aussi brusquement qu'ils ont apparu, par la station debout, dès que l'estomac est soutenu par un corset, où dès qu'une position couchée, siège relevé, fait disparaître les tiraillements exercés sur le plexus solaire.

Aussi l'auteur a-t-il décrit sous le nom de « douleur signal » le symptôme douloureux, qui naît et disparaît avec l'attitude du sujet, le relèvement ou la chute de l'estomac ; cette douleur-signal, bien étudiée, a une précision telle que la radioscopie confirme toujours les renseignements qu'elle a fournis. C'est là un élément de diagnostic certain de la dilatation gastrique, car le clapotage, symptôme classique, peut faire défaut chez des dilatés dont l'estomac atteint ou dépasse le pubis, et aussi parce que ce symptôme existe chez les aérophages non dilatés.

Enfin l'étude des variations d'un symptôme sous l'influence de l'attitude devient souvent un élément d'appoint au diagnostic étiologique si souvent difficile à établir.

Il y a plus, l'attitude convenablement déterminée devient encore un procédé thérapeutique, dont l'action est à la portée de tous. (*La Presse médicale*, 9 avril 1927.)

Traitement des anémies graves par la méthode de Whipple.

W. Aitoff et G. Lœwy rappellent que les travaux de Whipple ont démontré de façon rigoureuse l'influence spéciale de certains aliments, foie et reins, sur la régénération des globules rouges et de l'hémoglobine ; plus spéciale-

(1) Max Cheval. — Note préliminaire sur la télécuriethérapie pénétrante (Académie royale de médecine de Belgique, séance du 26 mars 1927.)

ment, la diète hépatique constitue une progrès considérable dans le traitement des anémies.

Chez un malade, les transfusions qui, d'abord, avaient donné un résultat favorable, avaient ensuite perdu toute efficacité ; le traitement par le cacodylate de soude à hautes doses s'était également montré inefficace. Par contre, en l'espace de deux mois 1 /2, le traitement par le foie donna une amélioration impressionnante, et il s'agissait bien d'une anémie pernicieuse essentielle cryptogénétique, caractérisée par une déglobulisation lente, continue et progressive.

Dans un second cas aussi favorable, c'était une anémie grave, dans laquelle le réveil d'un paludisme ancien semblait avoir joué un rôle, et qui, cliniquement, se présentait sous un aspect particulièrement sévère.

La répugnance que peuvent avoir les malades à absorber pendant longtemps une quantité de foie importante peut être facilement évitée par l'emploi de la sonde d'Einhorn ; il faut absorber 200 à 250 gr. de foie par la bouche ; dans certains cas où l'on a permis aux malades de le prendre chaque jour préparé à leur goût, c'est à-dire grillé, rôti et assaisonné, il n'y avait aucune amélioration au bout de 3 semaines. Il faut donner le foie bouilli, réduit en purée dans l'eau de cuisson ; le foie de veau doit être immergé dans 300 à 400 cmc. d'eau froide (c'est-à-dire la tranche bien recouverte de liquide) ; on le laisse bouillir devant une dizaine de minutes, puis on le broie au masticateur ou à la râpe à viande ; c'est ensuite un mélange visqueux, jaune brun assez clair.

Il serait peut être encore préférable de le donner cru, haché, passé au tamis et bu dans un bouillon de légumes ou de viande.

Jusqu'à présent, les auteurs n'ont observé aucun inconvénient du traitement hépatique ; il est possible qu'il y en ait. En effet, le foie est riche en purines, et la formation d'acide urique en excès dans l'organisme pourra peut-être déterminer à la longue des accidents goutteux.

Néanmoins, ces faits extrêmement intéressants devaient être rapportés pour attirer l'attention sur une méthode de traitement des anémies en général, et des anémies pernicieuses en particulier, dont les résultats doivent être contrôlés par le plus grand nombre d'observations possible. (*La Presse Médicale*, 30 avril 1927.)

Sur une cause nouvelle d'intoxication oxycarbonée souvent professionnelle.

Il s'agit du *gaz pauvre* obtenu par combustion du bois, du charbon de bois ou des agglomérés de charbon de bois, chacun d'eux ayant ses avantages et ses inconvénients, et étant préféré suivant les circonstances (prix plus ou moins élevé, manipulation plus ou moins aisée, poids variable, rendement plus ou moins régulier). Le gaz pauvre est actuellement utilisé pour remplacer, non seulement le gaz d'éclairage dans un certain nombre de ses applications, mais aussi l'essence dans la traction automobile.

Ce gaz contient en moyenne de 25 à 27 p. 100 d'oxyde de carbone, et de 4 à 8 p. 100 d'hydrogène. Sa puissance calorique augmentant avec la proportion d'hydrogène, on peut élever cette dernière en envoyant sur le charbon incandescent un jet de vapeur. La dissociation de l'eau donne de l'oxyde de carbone et de l'hydrogène, dont le mélange constitue le *gaz à l'eau* : dans ce cas la proportion d'oxyde de carbone est de 30 à 32, et celle d'hydrogène de 10 à 12 p. 100.

Ces gaz sont susceptibles de provoquer les accidents les plus graves au cours de leur fabrication ou de leur utilisation ; il y a en effet danger de mort par un séjour, même de courte durée, dans une atmosphère renfermant 20 litres d'oxyde de carbone pour 10 mètres cubes d'air, c'est-à-dire une proportion d'environ seulement 1 pour 500.

MM. Heim de Balsac, E. Agasse-Lafont et A. Feil ont démontré l'existence de ces accidents qui doivent toujours être présents à l'esprit de tout praticien, puisqu'ils peuvent donner lieu, aussi bien dans leur forme aiguë que dans leur forme chronique, à de graves erreurs de diagnostic.

Ce n'est évidemment pas une raison suffisante pour se priver des avantages incontestables qu'offrent ces gaz, en particulier dans l'industrie et la traction automobile. Les dangers existent moins du côté de la fabrication du gaz, lorsque les appareils sont en bon état, que dans la possibilité de fuites au cours d'une fabrication défectueuse, de la répartition ou de l'emploi (conducteurs d'automobile, voyageurs, garagistes).

L'oxycarbonisme professionnel étant, par un décret récent, mis au nombre des maladies professionnelles dont la déclaration est obligatoire, et étant appelé sans doute à donner droit, un jour prochain, à indemnité (comme actuellement le saturnisme et l'hydrargyrisme professionnels), les accidents dus à la fabrication, à la répartition, à l'utilisation industrielle du gaz pauvre et du gaz à l'eau méritaient d'être particulièrement rappelés à l'attention des médecins, des hygiénistes, et des industriels (automobiles, etc.). (*La Presse médicale*, 27 mai 1927.)

La polyarthrite alvéolo-dentaire, maladie diathésique et son traitement général.

La polyarthrite alvéolo-dentaire, dit le Dr Vandamme, n'a pas encore trouvé de médication spécifique et les soins locaux, avec désinfection soigneuse et réitérée des recessus, étaient considérés jusqu'à présent, avec la vaccinothérapie, comme son seul traitement efficace

◆◆◆◆◆

L'auteur, s'inspirant de données étiologiques qui lui font rattacher la pyorrhée alvéolaire à des processus de précipitation calcaire, cholestérinique et uratique, préconise un traitement général de la diathèse arthritique, *primum movens* des accidents locaux, par l'atoquinol, puissant mobilisateur de l'acide urique et décholestérinisant énergique. A la dose de 1 gr., par jour, pris en deux cachets, pendant 10 ou 15 jours, ce médicament juguie très bien l'évolution polyarthritique et la fait même souvent régresser. Les douleurs cessent dès les premiers jours, ce qui permet une mastication meilleure et facilite les traitements locaux. Administré dès le début de l'affection, trois ou quatre cures par an d'atoquinol, de 10 à 15 jours chacune, enrayeraient définitivement sa marche extensive et éviteraient au malade les lésions dégénératives aboutissant à l'expulsion dentaire. (*Journal de Médecine de Paris*, 15 septembre 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Que faut-il penser de l'anthracose pulmonaire ?

(M. André Jousset. — *Académie des sicences* ; 10-10-1927.)

Le Dr André Jousset démontre que, si l'on excepte le cas particulier des mineurs, l'anthracose pulmonaire classique, attribuée à la fumée des villes, n'existe pas. Ce que l'on a pris pour du charbon est en réalité du fer. Ce fer, que l'on trouve en abondance dans les parties noires du poumon et qui résulte de la transformation de l'hémoglobine en pigment, est partiellement éliminé par les cellules dites « à poussière » dont on a mal interprété le rôle. Ce ne sont pas des cellules de protection contre les impuretés atmosphériques, incapables d'ailleurs de parvenir jusqu'à l'alvéole, mais des déchets sanguins, de véritables scories laissées par les congestions. A ce titre, la tuberculose revendique la plupart des mélanosidéroses. Loin d'être provoquée par l'absorption des poussières c'est elle au contraire qui les élabore. Elle est génératrice de pigment.

Traitement de la poliomyélite antérieure aiguë, à sa période initiale, par l'autohémothérapie.

(MM. Sicard, Haguenau et Wallich. — *Soc. méd. des hôp.* ; 17-6-1927.)

M. Sicard présente une malade chez laquelle une paralysie poliomyélitique totale des quatre membres s'était installée en 48 heures, réalisant le tableau de la paralysie ascendante progressive de Landry. Un traitement par des injections d'auto-sang fut mis en œuvre aussitôt. Dès le quatrième jour, à la période toute initiale par conséquent, 10 à 15 cent. cubes de sang furent prélevés dans la veine du bras et injectés aussitôt dans le tissu cellulaire sous-cutané. On continua l'auto-hémothérapie tous les deux jours et, après onze injections, la paralysie avait presque entièrement disparu. M. Sicard possède deux autres observations superposables.

L'autohémothérapie offre, dans la circonstance, une action comparable à celle qu'elle a dans le zona. Cette méthode de traitement, utilisée à l'étape de début du zona, comme l'a préconisé Spillmann, de Nancy, a fait ses preuves d'après les écoles nancéenne et lyonnaise et aussi d'après les constatations des médecins de Saint-Louis, de Ravaut en particulier. Les injections d'auto-sang hâtent la cicatrisation des vésicules et surtout calment et préviennent les algies post-zostériennes, si pénibles chez les sujets âgés. M. Sicard a pu apprécier, chez plusieurs de ses malades, les bienfaits d'un tel traitement.

Et puisque — ajoute-t-il — la poliomyélite postérieure (zona) et la poliomyélite antérieure (paralysie infantile) sont deux maladies qui relèvent de germes invisibles neurotropes ; puisque les germes neurotropes en question suscitent rapidement au cours de ces deux toxi-infections des réactions de défense qui, ici, limitent l'éruption et l'algie zostérienne à trois ou quatre métamères rachidiens (Gougerot), et là restreignent l'étendue de la paralysie musculaire poliomyélitique, pourquoi ne pas admettre qu'une thérapeutique ayant fait ses preuves dans l'une de ces affections puisse être également appliquée à l'autre ? En tout cas, il s'agit d'une médication pratique, non douloureuse, et non dangereuse.

Rétrécissement mitral sans signe d'auscultation.

(MM. Trémolières et A. R. Salmon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-6-1927.)

MM. Trémolières et Salmon ont observé un cas de sténose mitrale sans signe d'auscultation, qui vient s'ajouter à la liste des faits récemment rapportés par MM. Babonneix et Mornet, Laubry, Caussade et Tardieu, Dumas et Duboulez (de Lyon). Leur malade, âgée de 23 ans, était entrée à l'hôpital pour divers troubles fonctionnels : toux, dyspnée d'effort, léger œdème des malléoles le soir. Poumons normaux, auscultation du cœur absolument normale. La radiographie, par contre, répétée plusieurs fois, montra une forte dilatation de l'oreillette gauche et une silhouette cardiaque de sténose mitrale. En un mot : rétrécissement mitral sans signe d'auscultation.

Le réflexe tono-dynamique.

(MM. Laignel-Lavastine, P. Chevallier et J. Vie — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-6-1927.)

Un sujet placé debout et de champ, près d'une paroi, repousse cette paroi avec le dos de la main, le membre supérieur étant tendu, l'avant-bras en demi-pronation, le coude détaché du corps ; l'effort est fait par le moignon de l'épaule. Après quelques minutes, le sujet est écarté de la paroi. S'il reste inerte, passif, le membre qui vient de pousser s'élève automatiquement jusqu'à une grande hauteur, se maintient quelques instants, puis retombe.

Ce petit phénomène constitue un jeu de société assez connu, déjà étudié au point de vue physiologique par plusieurs auteurs. M. Laignel-Lavastine propose de l'appeler réflexe tono-dynamique et il en poursuit l'étude à l'état pathologique.

Ulcérations tuberculeuses de la peau traitées par le vaccin de Vaudremer.

(MM. A. Sézary et F. Benoist. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-7-1927.)

M. Sézary rapporte deux observations d'ulcérations tuberculeuses de la peau qu'il a traitées par le vaccin de Vaudremer (émulsion de bacilles de Koch ayant perdu leur acido-résistance sous l'action d'une culture filtrée d'*aspergillus fumigatus*). Dans le premier cas, la guérison a été obtenue en quatre semaines. Dans le second, après une période d'amélioration qui faisait espérer un résultat satisfaisant, les lésions ont repris leur aspect antérieur et l'ont conservé malgré la continuation du vaccin.

Ainsi, la vaccinothérapie peut, dans des affections semblables, réussir ou échouer, sans d'ailleurs que l'on puisse prévoir alors quand elle réussira et quand elle échouera.

L'auteur conclut par les propositions suivantes :

1° La vaccinothérapie dans les maladies chroniques peut être indiscutablement efficace ;

2° Cette efficacité n'est pas constante ;

3° Rien cliniquement ne saurait faire pronostiquer le résultat qu'on obtiendra ;

4° Il semble que l'action du vaccin dépende non seulement du mode de préparation de ce dernier, mais encore de la réaction individuelle des malades.

Rupture du tendon d'Achille : faut-il opérer ?

(MM. Barthélemy et Guibal, de Nancy. — *Soc. de chirurgie* ; 1-6-1927.)

MM. Barthélemy et Guibal exposent l'histoire d'une danseuse qui, au cours d'un exercice de pointe, se fit une rupture sous-cutanée complète du tendon d'Achille. La malade perçut un craquement brusque en même temps qu'elle sentit son pied se dérober. L'examen révéla au niveau du talon, sur le tendon d'Achille, à deux centimètres au-dessus de son insertion au calcanéum, une dépression nette en coup de hache. Le tendon fut suturé et la réunion fut obtenue par première intention.

— M. Dujarric a opéré plusieurs tendons d'Achille rupturés et toujours avec de bons résultats.

— M. Basset a eu l'occasion d'observer en un laps de temps assez restreint quatre cas de rupture sous-cutanée du tendon d'Achille. Il en a opéré deux avec des suites satisfaisantes. L'un des malades refusa l'opération, un chirurgien lui ayant assuré que ces ruptures s'arrangeaient fort bien toutes seules. Ce patient eut ultérieurement de la gêne de la marche.

— M. Paul Mathieu a vu une fois aussi l'abstention opératoire donner un résultat fonctionnel franchement mauvais.

— M. de Martel a été appelé à soigner pendant la guerre trois blessés atteints de rupture du tendon d'Achille. Il s'est contenté d'un pansement ouaté maintenant le pied en extension. Dans les trois cas, le résultat a été très bon.

Paralysie générale et paludisme.

(MM. A. Sézary et A. Barbé. — *Soc. de derm. et syph.* ; 12-5-1927.)

Au cours d'une séance précédente, M. Gougerot apportait quelques critiques à l'opinion de Mattanschek et Pilcz. On sait que ces auteurs admettent le rôle prophylactique du paludisme, chez les syphilitiques, vis-à-vis des lésions nerveuses et de la paralysie générale.

MM. Sézary et Barbé signalent plusieurs exemples venant à l'appui de l'avis de M. Gougerot. Ils ont observé quatre malades, syphilitiques, et paludéens chez lesquels se montra une paralysie générale.

Il apparaîtrait ainsi inutile de faire courir les dangers incontestables de l'impaludation aux syphilitiques dans le but de les mettre à l'abri de complications nerveuses, comme le font les médecins viennois et comme MM. A. Marie et P. Chevallier l'ont proposé en France.

— M. Marcel Pinard souscrit aux conclusions de M. Sézary et, pour lui également, la malaria n'a aucune influence préservatrice à l'égard des accidents nerveux de la syphilis.

— M. Gougerot souligne le contraste dont il a déjà parlé : la malaria est efficace au point de vue curatif et inefficace au point de vue préventif.

Accidents locaux après injection de bismuth insoluble.

(MM. Louste, R. Cahen et Vanbockstael. — *Soc. de derm. et syph.* ; 12-5-1927.)

Les auteurs relatent un accident thérapeutique ayant succédé à une injection intra-fessière d'un sel insoluble de bismuth. La zone injectée devint douloureuse, noire, violacée, tendue, avec tendance sphacélique. Il y eut vraisemblablement hématome et

troubles relevant de lésions vasculaires avec ischémie partielle.

— M. BARTHÉLEMY, dans des communications antérieures, a rattaché la cause directe de tels troubles à une embolie artérielle. Les biopsies pratiquées par Jadassohn et Frendenthal, puis par Nicolau ont été confirmatrices de son opinion.

— M. SÉZARY pense que, l'accord étant fait quant à la pathogénie de la lésion (injection intra-artérielle), il faudrait chercher un procédé mettant à l'abri de cet accident. L'auteur a proposé, en juillet 1926, la manœuvre qui consiste, une fois l'aiguille enfoncée profondément dans la fesse, à la retirer de quelques millimètres. En agissant ainsi, on dégage la pointe de l'aiguille de la lumière vasculaire.

— M. BARTHÉLEMY considère le procédé de M. Sézary comme susceptible de donner satisfaction. L'aspiration simple a été trompeuse, dans un cas.

— M. SABOURAUD estime aussi qu'il serait très désirable qu'on mît la main sur une technique capable d'éviter de semblables accidents. Jusqu'ici, ils peuvent survenir malgré toutes précautions et c'est, pour le médecin une cause de discrédit immérité.

Crises hémoclasiques et syphilis.

(MM. GOUGEROT, PEYRE, MONTET et BOURDILLON. — *Soc. de derm. et syphiligraphie* ; 12-5-1927.)

M. Gougerot relate une observation d'urticaire par le froid. Le malade était hérédo-syphilitique.

— M. RAVAUT connaît deux sujets qui, après des bains froids, présentent presque constamment de l'urticaire généralisée. Le fait n'est d'ailleurs pas très rare. Or, l'un de ces deux sujets est le fils d'un syphilitique. M. Ravaut a soulevé déjà, il y a quelques années, la question du rôle possible de l'hérédo-syphilis dans la production des accidents que nous attribuons à des phénomènes de sensibilisation, comme l'urticaire. Dans ces cas, le traitement par voie buccale (calomel et arsenic) donne presque toujours des résultats satisfaisants, voire meilleurs que ceux par injections.

— M. Marcel PINARD a vu, dans le service de M. Widal, une femme atteinte de crises d'hémoglobinurie paroxystique, que pouvait provoquer l'immersion des bras dans l'eau froide. Or, cette malade était syphilitique. P. L.

Les Livres

Albin MICHEL, éditeurs, Paris.

Dr Charles GUILBERT. — **L'Envers du Génie.** Préface de G. de la FOUCHARDIÈRE.

Quelle répercussion ont eu, sur leurs œuvres, les tares mentales, les vices decertains écrivains, — tel est l'objet de l'étude du Dr Guilbert, le radiologue bien connu des lecteurs du *Concours médical*, qui a pris comme sujets Gérard de Nerval, Baudelaire, Verlaine, A. de Musset, Rollinat.

« Alfred de Musset était dypsomane, ce qui veut dire poivrot, en langage populaire, dit de la Fouchardière, dans sa préface.

« Baudelaire était opiomane, morphinomane, et s'il ne prisait pas encore la coco, il ne dédaignait pas le haschich.

« Gérard de Nerval, prenait des muffées sensationnelles.

« Verlaine était dypsomane et pédéraste par surcroît.

« Quant à Rollinat, comme vous l'apprendrez, il était intoxiqué par inhibition ou par catalyse, ce qui est un phénomène morbide plus fréquent que vous ne pensez.

. . . .

« Charles Guilbert a voulu voir au travers de ces illustres clients et sa thèse, appuyée sur des observations cliniques et sur des documents inédits, offre un intérêt étrange et passionnant.

« L'œuvre est expliquée par l'homme qui l'a produite. L'homme est expliqué par le vice qui l'a mené, fouaillé, éperonné, comme un démon impur par une nuit de sabbat.

« Ainsi, l'œuvre de Musset, l'œuvre de Baudelaire, l'œuvre de Rollinat, l'œuvre de Verlaine et les gestes de Gérard de Nerval sont éclairés d'un jour nouveau et bien curieux lorsqu'on a lu les commentaires de Charles Guilbert. »

Après M. de la Fouchardière, je dis pareillement que la lecture de l'ouvrage de M. Guilbert, présente un très vif intérêt, et retient l'attention, par les détails qu'il nous révèle sur la vie, les mœurs de ses héros. D'une écriture alerte, élégante, il trouvera certainement, auprès des lettrés, le meilleur et le plus flatteur accueil.

Je ne me permettrai de chercher querelle à M. Guilbert que sur son titre : *L'Envers du Génie*... Si l'on en excepte Alfred de Musset, on ne saurait dire que les quatre autres furent des génies, — sauf en ceci que si l'on admet que le génie voisine avec folie, Nerval, Verlaine, Baudelaire et Rollinat furent des psychopathes plus ou moins confirmés. Est-ce suffisant pour les apparenter, même de loin avec les vastes intelligences, aux conceptions surhumaines qui marquèrent d'une empreinte décisive l'époque à laquelle ils vécurent, et les lettres, les sciences, les arts, auxquels ils s'adonnèrent ? Je ne le pense pas.

G. D.

Les Thèses

P. — Docteur vétérinaire Normand, directeur de l'abattoir de Tours. — **Le rôle du vétérinaire inspecteur des abattoirs** (*Nos Animaux*, 8, rue des Saints-Pères, Paris, 1927.)

Dans cette thèse, soutenue par M. Normand pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine vétérinaire, l'auteur se propose d'étudier les bases légales de la fonction du vétérinaire inspecteur des viandes et d'exposer quelles difficultés il peut rencontrer dans l'accomplissement de sa tâche.

Un rapide historique et l'énoncé des lois et règlements en cette matière le conduisent à constater combien les textes sont imprécis et divers, tellement que la pratique de l'inspection des viandes et des abattoirs peut complètement différer, non seulement de région à région, mais encore de commune à commune. En fait, les maires sont pour ainsi dire libres d'organiser ou non cette inspection, et les préfets qui pourraient imposer d'office cette organisation, « n'usent généralement pas de leurs prérogatives, soit pour ménager les finances municipales, soit pour ne pas entrer en conflit avec les municipalités. Il existe cependant toute une jurisprudence qui a fini par créer une situation de fait, selon laquelle la législation actuelle s'applique aussi bien aux abattoirs publics qu'aux tueries particulières, pour la police sanitaire et l'inspection des viandes. Le règlement de l'abattoir est un arrêté municipal concernant le service de l'inspection, qui sera confiée, pratiquement, à un vétérinaire diplômé.... L'inspection de salubrité des viandes et l'inspection sanitaire, dans les abattoirs publics comme dans les tueries particulières, sont confiées à des vétérinaires.» Ceux-ci sont donc nommés par les maires et peuvent être révoqués par eux, avec toutes les garanties nécessaires.

M. Normand précise ensuite tout ce qui concerne le traitement du vétérinaire inspecteur, son rôle, ses rapports avec les différents organismes près desquels il accomplit sa mission : préfecture, bureau d'hygiène, autorité municipale, bouchers et propriétaires d'animaux, personnel subalterne. Il montre en quels cas la responsabilité civile ou pénale de l'Inspecteur peut être engagée. Et de conclure :

« Il ressort de cet exposé qu'au point de vue de notre service, la législation actuelle, en France, est nettement insuffisante. L'inspection des viandes, d'une part, et la situation de l'inspecteur, d'autre part, ne pourront être améliorées que le jour où le service échappera à l'autorité municipale pour devenir un service autonome.

« Et il ne s'agit pas en la circonstance de favoriser une profession — le vétérinaire — mais d'assurer d'une façon normale et efficace le fonctionnement d'un service qui revêt une très grosse importance puisqu'il intéresse au plus haut point la santé publique ».

C'est pour cette dernière raison d'ailleurs que j'ai tenu à présenter avec tant de détails cette thèse inaugurale, d'un intérêt évident pour tous ceux que préoccupe l'hygiène en général, l'hygiène alimentaire en particulier.

Un chapitre a retenu plus spécialement mon attention. Et je me suis laissé dire que, le jour de la sounance, c'est sur ce chapitre que le président du jury de M. Normand, le professeur Balthazard, l'avait argumenté avec insistance.

La loi de 1902 a créé les bureaux municipaux d'hygiène dont les directeurs ont été, par circulaire ministérielle, investis facultativement de la surveillance des abattoirs, halles et marchés, de l'inspection des viandes foraines, la police sanitaire des animaux.

Mais cette circulaire n'a aucune valeur légale, et une loi postérieure du 12 janvier 1909 a placé sous le contrôle et la direction technique des directeurs départementaux des services vétérinaires le fonctionnement des services municipaux d'inspection des denrées alimentaires d'origine animale, et la police sanitaire des animaux.

Donc, le directeur du bureau d'hygiène n'a rien à voir dans ce service. Et au surplus, il n'y connaît rien, puisque « l'inspection des denrées alimentaires est seulement enseignée dans les écoles vétérinaires...

M. Normand ne nous l'envoie pas dire : nous, médecins, nous sommes incompétents pour inspecter les viandes de boucherie...

Oh, oh ! quelle intransigeance ! Et quelle insuffisance de documentation ! M. Normand me paraît impardonnable d'ignorer que les études médicales font une place très importante à l'hygiène et que l'hygiène alimentaire apprend précisément aux médecins à reconnaître une viande saine d'une viande altérée. Dans les corps de troupe, tout au moins avant la guerre, c'était le médecin major qui procédait à la réception de la viande. Au cours de périodes, il m'est arrivé de remplir chaque jour cette mission. Et ma foi, je ne m'en suis pas plus mal tiré qu'un autre, quoique n'étant pas vétérinaire. J'ai su distinguer une viande de teinte louable, persillée à souhait, d'odeur saine, d'abats violacés, d'apparence peu engageante et méritant d'être mis au rebut....

Or, ce que modeste praticien, j'ai pu faire honorablement, dans une partie très limitée de l'inspection des viandes alimentaires, des médecins rompus à la pratique de l'hygiène, comme doivent l'être les directeurs des bureaux municipaux, me paraissent devoir être parfaitement qualifiés pour y réussir tout pareillement et brillamment.

L'essentiel, c'est de discerner une viande malsaine d'une viande saine. Le vétérinaire pourra préciser anatomo-pathologiquement quelle est la cause pathologique de l'avarie, c'est de sa compétence indiscutablement. Mais le médecin, tout comme lui, peut avoir ce discernement élémentaire qui importe à la santé publique.

G. Duchesne.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

XIXe CONGRÈS DE MÉDECINE

11-15 *octobre* 1927.

Discours d'ouverture du Président, M. le Prof. TEISSIER.

Monsieur le Ministre,
Mesdames,
Messieurs,

Le XIXe Congrès de l'Association des médecins de langue française qui s'ouvre aujourd'hui est le 6e dont les assises se soient tenues à Paris depuis qu'ont été renouées en l'année 1894 les réunions scientifiques de cet ordre malencontreusement interrompues en 1860.

L'Association des médecins de langue française a donc aujourd'hui 33 ans d'existence et, à tenir compte des années de guerre où elle fut réduite à l'inaction, 25 ans, un quart de siècle d'activité.

Groupement d'abord national, encore que déjà des amis de pays proches ou lointains étaient au milieu de nous, restés fidèles dans une période douloureuse à la science médicale française, l'association ne devait pas tarder à s'internationaliser tout en demeurant française. Et c'est ainsi que nos réunions qui, jusque-là étaient exclusivement limitées, selon un rythme alternant, aux villes d'université de province et à Paris, eurent lieu à Liège, et à Genève. Pour l'année 1914, Bruxelles avait été désignée ; pour l'année 1916, le choix devait se porter sur le Canada : Belgique et Canada, pays de même race, liés à nous par d'étroites affinités intellectuelles et morales et depuis, par la communauté de pensée et d'action pour le plus émouvant et le plus glorieux des sacrifices.

Dans ces dernières années, réunions provinciales et parisiennes n'ont cessé de voir grandir, de par le monde, nos amitiés. Et aujourd'hui que celles-ci se font encore plus nombreuses, c'est une nouvelle étape pleine de promesses que le XIXe Congrès se trouve marquer. C'est, sous l'influence de personnalités médicales canadiennes qui ont reçu leur instruction en France ou de personnalités de la nation argentine désireuses de témoigner de leur attachement à notre pays, la naissance de sociétés filiales familières avec notre langue, françaises de cœur et d'esprit.

C'est à Nancy, il y a 2 ans, que s'est tenu, sous la présidence de notre très sympathique collègue, le prof. Simon, le XVIIIe Congrès. La réunion fut de haute tenue scientifique, l'accueil réservé aux nombreuses personnalités étrangères et françaises fut, comme il est de tradition chez nos compatriotes de l'Est, de la plus courtoise et de la plus franche sympathie et l'hospitalité, assurée par l'union de tous, des plus chaleureuse.

Le choix de Nancy, après Strasbourg, était symbolique. Après avoir salué la cité retrouvée, il était bien de saluer à son tour la cité douloureusement meurtrie. Et ce devait être pour nous l'occasion d'une admiration joyeuse de constater sa puissante renaissance et de la voir demeurer dans les travaux de la paix la cité d'avant-garde qu'elle fut durant la guerre. Qu'il me soit permis de lui renouveler ici l'expression du sentiment de fierté des congressistes français devant les progrès réalisés dans tous les domaines de l'activité médicale et notamment dans les œuvres de prévoyance et d'hygiène sociales. Cela, grâce à l'effort tenace d'une collaboration étroitement unie des pouvoirs publics, de l'Université, de l'administration hospitalière, des corporations médicales.

Le souvenir que je garde du Congrès de Nancy serait sans nuage si je n'avais dû y recevoir la périlleuse mission de présider le XIXe Congrès et connaître, dès ce moment, l'inquiétude, à la pensée de ne pouvoir mener à bien une tâche que Nancy rendait plus redoutable.

L'apaisement devait commencer pour moi devant l'effort persévérant et l'aide précieuse de mes dévoués collaborateurs. Il allait se poursuivre et s'accroître devant l'accueil que nous réservaient tous ceux chez qui nous allions frapper et dont l'appui matériel et moral fut tel que nous pouvions l'ambitionner. Membres du gouvernement, des assemblées municipales et départementales, représentant éminents de l'Université, doyen de la Faculté de médecine, tous défenseurs éclairés de ce qui peut contribuer à maintenir le renom de la France dans le domaine

scientifique, intellectuel et moral, nous accordèrent leur patronage. Et leur protection nous fut assurée sous des formes, sans doute, différentes, mais avec un caractère commun de bienveillance et de générosité agissantes.

Ce fut enfin, chers collègues et chers confrères, de votre part, de celle de vos familles, que je salue ici respectueusement, la réponse à notre appel dans un sentiment d'émulation qui devait être pour nous à la fois, élément de fierté, d'émotion et de confiance. Que tous recueillent dans mes paroles le plus chaleureux des mercis, avec l'expression de la plus sincère reconnaissance.

Vous trouvez ici, amis de notre France, pour vous recevoir de nombreux collègues et confrères venus de nos provinces à qui revient une si large part du mouvement scientifique français, aussi, des Parisiens plus ou moins originaires de l'Ile de France qui n'oublient pas que la renommée de Paris est faite de celle de tous les Français, que son patrimoine est commun à tous les Français.

Monsieur le Ministre, avec une bonne grâce dont vous êtes coutumier, M. le Ministre de l'Instruction publique ayant été empêché au dernier moment de réaliser la promesse qu'il nous avait donnée, il y a quelques mois, vous avez accepté de présider la séance inaugurale. Et vous étiez prêt, j'en suis sûr, s'il eût été possible, à accomplir l'autre mission que M. le président du Conseil, désireux de marquer son intérêt au XIXe Congrès vous avait demandé d'assumer. Je vous remercie infiniment de renouveler au Congrès de médecine le témoignage de sympathie que vous avez, il y a 8 jours, apporté au Congrès de chirurgie.

Vous connaissez d'ailleurs l'Association des médecins de langue française dont les ouvriers de la première heure furent Mayet, Bard, J. Teissier, maîtres incontestés de la grande école lyonnaise et dont la première manifestation se réalisa à Lyon même, sous le patronage de Potain le plus aimé et le plus vénéré des maîtres.

Messieurs, vous avez, je crois pouvoir le dire, reçu les rapports à temps pour les étudier et les méditer, vous avez déjà lu ces monographies magistrales, riches en documents, en recherches originales, qui vous ont été présentées réunies en une enveloppe commune sur laquelle se marque pour la première fois le sceau que nous voudrions voir accepter par notre association.

L'envoi précoce de ces rapports était d'ailleurs pour notre Congrès, plus que pour les précédents, une nécessité impérieuse étant donnée l'innovation dont j'ai voulu prendre l'initiative. Si je tiens à vous en dire quelques mots, c'est que j'ai le devoir d'en revendiquer toute la responsabilité et de m'exposer seul aux critiques que cette réforme peut inspirer.

Dès que j'ai eu l'honneur de faire partie du bureau de l'Association, j'ai demandé la suppression de toutes communications étrangères aux trois questions qui, selon les statuts, doivent être l'objet des rapports. J'ai renouvelé ma demande alors que j'étais en 1912 secrétaire général au XIIIe Congrès sous l'égide de mon cher président, le Pr Chauffard. Il ne fut donné, à ma proposition, qu'une satisfaction partielle, non pas qu'on fût opposé au principe d'une réforme qui est la règle dans la plupart des Congrès étrangers, mais parce qu'on redoutait que la réforme fût provocatrice d'abstentions de la part de ceux qui ont le mérite que je me garderais bien de nier, d'apporter sur des sujets divers, les résultats de leurs observations.

Ces communications, à mon sens, sont mieux à leur place dans les réunions régulières de nos sociétés médicales qui, par leurs bulletins, les dispersent au Corps médical. Elles constituent ainsi une sorte de travail préparatoire, issu de l'effort de chacun, dont le faisceau devient, à un moment donné, la base même des grandes questions que les Congrès auront à discuter. Maintenues dans ceux-ci, elles ont l'inconvénient d'enlever à l'étude des données primordiales un temps précieux pour une mise au point nécessaire. Le but de nos Congrès, d'une durée forcément limitée, est avant tout de faire œuvre de synthèse, de sanctionner, si je puis dire, l'ensemble des faits cliniques, pathogéniques et thérapeutiques qui ne peuvent franchir le pas décisif que s'ils ont été soumis à cette enquête collective.

***

Les sujets qui, dès ce soir, seront soumis à votre discussion présentent un intérêt indiscutable tant par la part qu'ils font à la variété des opinions que par l'importance des problèmes qu'ils soulèvent et qu'il s'agit de préciser.

Je voudrais auparavant, prenant prétexte de celle de ces questions qui a trait à un élément majeur de sémiologie infectieuse, envisager cette pathologie plus particulièrement dans ses rapports avec les actes de prévoyance dont elle doit être l'objet. Je voudrais vous parler de sa place dominante dans ce que nous appelons aujourd'hui l'hygiène sociale, qui peut rester l'hygiène tout court et qui, pour être considérée à la fois comme une science, une vertu et, dans certains pays, comme une loi morale, ne saurait rester indifférente à aucun médecin.

***

Parmi les maladies infectieuses aiguës qui figurent au premier rang du bilan sanitaire, il en est dont le retour périodique s'affirme à certaines époques de l'année. Il en est dont l'apparition plus irrégulière est favorisée par l'apport accidentel en un point donné de germes originaires

de foyers plus ou moins lointains et limités. Il en est d'autres, enfin, qui, étant surtout d'importation, frappent la collectivité, de préférence à l'occasion des grands cataclysmes, particulièrement propices à la contagion inter-humaine.

Si ces dernières dont les terribles explosions ont frappé de tous temps l'imagination des peuples et sollicité plus rapidement et plus effectivement l'intervention du législateur et la mise en jeu des mesures de protection, ont mérité et méritent encore de se ranger parmi les fléaux sociaux, il ne semble pas, peut-être parce qu'elles sont devenues plus rares, qu'elles soient maintenues sous ce terme, à l'égal de la tuberculose par exemple.

Quant aux maladies infectieuses aiguës, endémiques et épidémiques, qui sont parmi les plus contagieuses, elles se trouvent, je ne sais pourquoi, délibérément écartées de ce cadre. Pour être à peu près de tous les pays, dans tous les pays de toutes les régions, et de réitéréations incessantes, une sorte d'accoutumance s'est produite à leur égard ; on les tolère avec une résignation et une sorte de soumission quasi-orientale au destin. Il reste qu'elles continuent à abattre chaque année plusieurs millions d'êtres humains et, ce qui est douloureux plus particulièrement des enfants. Je ne suis pas seul à estimer que cette sorte d'indifférence ne saurait se maintenir ni dans l'esprit des pouvoirs responsables, encore moins dans celui d'un corps médical conscient de ses responsabilités, convaincu de l'action que lui permettent en dehors des mesures d'hygiène, les grandes méthodes de protection spécifique.

***

Sur ce terrain de la pathologie infectieuse, il importe que le médecin, auprès de son malade, dans la famille, dans la collectivité industrielle ou commerciale à laquelle il peut être attaché, dans la cité qui fera appel à ses lumières, soit selon l'expression de mon maître regretté, Landouzy, un curateur de santé autant, si non plus, qu'un curateur de maladie.

Traiter est bien, prévenir vaut mieux que guérir. C'est là une tâche qui ne saurait être audessous de nos moyens comme de la dignité de la profession. C'est le poignant témoignage de la grandeur et de la misère de notre art de pouvoir prévenir désormais les fléaux de l'humanité avec une certitude et une précision qui peuvent nous consoler des angoisses et des doutes qui parfois nous assaillent au chevet de nos malades.

Par son action pour le bien de chaque individualité, le médecin travaille pour la préservation de la famille française, en travaillant pour celle-ci il travaille pour le bien de tous.

En ce qui regarde les maladies contagieuses, le médecin praticien, digne de ce nom, sait qu'en exerçant son action thérapeutique et prophylactique à l'égard de son malade, il se doit de protéger la famille et la collectivité contre son malade.

Prophylaxie individuelle et prophylaxie collective restent ainsi étroitement unies, se complètent l'une l'autre, reposant toutes deux sur des méthodes d'hygiène et de protection spécifique identiques.

Le médecin ne peut être fondé à craindre que sa prévoyance puisse porter quelque atteinte à son influence morale. Il sait ne pas nuire à son malade et son action bienfaisante pour les autres reste, en tous cas, en conformité absolue avec son devoir.

***

Si l'un des privilèges actuels de l'art médical est le recours de plus en plus étroit aux sciences biologiques, l'intervention prophylactique repose sur les mêmes principes que l'acte thérapeutique, et reste soumise, comme celui-ci, à la discipline clinique.

C'est le diagnostic du praticien qui déclenchera la déclaration à laquelle il est obligé et les mesures hygiéniques, comme les traitements qu'il sait être nécessaires à la lutte contre l'infection. Le succès de cette lutte est en effet avant tout subordonné à la sanction d'un diagnostic aussi précoce que possible.

Le laboratoire a permis d'orienter la médecine vers les méthodes scientifiques plus rigoureuses, l'expérimentation a dévoilé les principales données des méthodes protectrices : sérothérapie, vaccination, dont l'importance ne cesse de grandir ; mais ni l'un, ni l'autre, ne sauraient dominer la clinique. C'est à celle-ci que revient de déterminer le judicieux équilibre de ces divers enseignements. C'est elle qui devra décider du meilleur mode d'intervention, en préciser l'orientation, en contrôler les effets. Et si le laboratoire ne peut répondre à ses interrogations, elle reste seule à agir dans l'intérêt du malade. Sa tâche, en pareil cas, est loin d'être toujours simple, car rien n'est parfois difficile comme le diagnostic des infections frustes, avortées ou déformées.

La méconnaissance d'une rougeole, d'une variole, est sans doute une source de danger pour le malade. Elle l'est aussi pour la collectivité, car c'est retarder ou négliger les mesures de protection qui doivent empêcher l'épidémie de naître.

La responsabilité morale du médecin, pour comporter ainsi des répercussions plus étendues, l'emporte, à mes yeux, sur celle que peut entraîner, pour le chirurgien, la faute opératoire.

Ainsi, sur le terrain de la lutte contre les maladies contagieuses, l'armature médicale doit rester fidèle à la tradition des fortes études cliniques, tradition qui reste celle de la médecine française.

***

Mais l'éducation médicale comporte encore plus que dans le passé la notion précise de toutes les règles d'hygiène que la logique ou la loi imposent à l'action prophylactique comme la connaissance exacte des indications et des contre-indications des méthodes de vaccination et de sérothérapie.

L'art médical est un immense et continuel labeur. De ces études complexes, mais nécessaires, notre conscience nous oblige à ne rien négliger de ce qui peut assurer le salut du malade.

Dès l'introduction des grandes méthodes qui nous dégageaient d'une part de notre empirisme dans le traitement des maladies infectieuses et nous délivraient de certaines de nos défaillances dans notre prophylaxie, les pires adversaires de la science médicale furent obligés de reconnaître l'admirable bienfaisance de l'œuvre d'où devaient tout d'abord sortir les sérothérapies anti-diphtérique, anti-tétanique, les vaccinations anti-typhique, anti-cholérique, anti-pesteuse, puis les nouvelles méthodes de séroprophylaxie par le sérum des convalescents ou de vaccination atoxique anti-diphtérique dont je n'ai pas à retracer ici l'histoire.

Grâce à ces méthodes se trouvent en quelque mesure asservies les puissances, encore mystérieuses par certains côtés, dispensatrices de la maladie ou de la santé.

Personne ne saurait méconnaître à leur propos la valeur des termes qui se dégagent d'une connaissance déjà longue des faits. En présence de leurs résultats, on peut avoir dans l'âme de quoi oser approfondir, posséder cette volonté d'innovation réfléchie qui ont fait notre science et notre technique si grandes. L'intensité de puissance d'un tel labeur conduit plus que jamais à prétendre « que ce qui peut se passer un jour dans un laboratoire est susceptible de retentir et d'agir sur toute l'économie humaine ».

Mais plus une méthode est précieuse en ce qui concerne la santé publique, plus il convient que l'audace n'exclue point ni la réflexion, ni la prudence. Sachons sur ce terrain apaiser quelque peu notre force combative, recueillir les leçons du passé et du présent pour éviter cette instabilité extrême et dangereuse des notions médicales qui est l'un des caractères de notre temps avide de créer du nouveau et de tout regarder comme provisoire. Sachons protéger, sans arriver à des excès de protection. L'efficacité de ces méthodes conduit parfois à des exagérations d'application ; elle conduit surtout à des abus dans les licences de la préparation de substances délicates qui exigeraient un contrôle sévère.

Il ne faut pas que ces erreurs ou ces abus viennent détruire la confiance que l'on a le devoir de conserver en ces méthodes si précieuses.

Puis, il faut accepter comme élément nécessaire de pondération cette vérité que sur le terrain de la prophylaxie spécifique les procédés techniques une fois connus et fixés ne peuvent toujours être employés avec sérénité et certitude sans qu'il soit besoin d'en raisonner derechef.

Les germes infectieux subissent incessamment des variations dans leurs propriétés biologiques et dans leur virulence dont les origines ne sont pas toutes connues. Tels microbes deviennent capables de faire plus de mal ou même incapables de se transformer pour faire du bien et des méthodes thérapeutiques indiscutablement actives peuvent devenir caduques. Il est malheureusement des témoignages douloureux déjà anciens, qui se sont confirmés depuis la guerre, de sérums spécifiques ayant perdu une grande partie de leur pouvoir protecteur.

La leçon de ces faits ne saurait être négligée ; elle démontre que nous n'avons pas acquis le droit à l'immobilité. Le livre de l'immunité ou de l'immunisation n'est pas prêt d'être fermé ; trop de mystères subsistent que de nouvelles méthodes tendent sans cesse à percer, et contre lesquelles ne sauraient prévaloir les doctrines spéculatives. C'est la noblesse de l'esprit scientifique de s'incliner devant la vérité.

***

La puissance d'action préservatrice que cet ensemble de mesures met à la disposition du médecin comme des pouvoirs publics, ne semblait pas, cependant, dans le courant monotone de la vie *normale* avoir éveillé toute l'attention qu'elle méritait. L'effet n'en avait pas en tout cas été réalisé dans cet esprit de collaboration et de discipline sociales qui s'imposait pour qu'en soit affirmée toute l'efficacité.

Il était réservé à la période tragique de 1914-1919, cause cruelle de tant de morts, de donner la démonstration éloquente de ce qu'une œuvre de prophylaxie poursuivie avec énergie était capable de faire pour empêcher de mourir.

***

Dans les guerres d'autrefois, même dans celles des premières années de ce siècle, le nombre des malades a toujours dépassé le nombre des blessés. Le déchet que le typhus, le choléra, le scorbut déterminaient atteignait souvent des taux effrayants, alors que la variole, la fièvre typhoïde, contre lesquelles aucune mesure n'était prise, procédaient par épidémies meurtrières, démoralisantes.

Ce n'est que dans la guerre russo-japonaise et pour l'armée japonaise seulement, et grâce à l'application de mesures d'hygiène assurées par la collaboration du commandement et du service de santé que pour la première fois le chiffre des malades fut comparable, à quelques unités près, au chiffre des blessés.

Durant la guerre de 1914-1918, tout était à craindre : agglomérations considérables de soldats, dans les dépôts, les casernes, les villes ou les villages du front ; exode lamentable de familles réfugiées de Belgique ou des départements français envahis ; composition même des armées françaises et alliées empruntant nombre de leurs soldats aux populations d'Asie et d'Afrique ; extension des opérations à des contrées plus ou moins salubres de l'Europe orientale avec retour vers la mère-patrie de combattants ne pouvant que favoriser l'importation de maladies exotiques ; déplacements incessants de masses d'hommes de toute origine ; populations civiles ou soldats épuisés par les souffrances morales et physiques ; enfin, guerre longue, à combats incessants ou opérations de siège durant lesquelles le péril de l'eau, le péril du sol, le péril fécal pouvaient s'affirmer dans toute leur intensité. Tout cela représentait une menace considérable pour le maintien des effectifs plus encore que le nombre des blessés dans la bataille.

Par ailleurs, de la participation à la guerre de tous ceux qui en temps de paix avaient pour fonction de protéger la collectivité, allait se trouver démantelée sur le territoire, toute organisation matérielle d'hygiène, cela à un moment où l'action préventive se faisait plus urgente.

Ce fut tout d'abord par les pouvoirs civils le renforcement des lois protectrices et la publication de décrets qui survivent heureusement encore aujourd'hui.

De la part du service de santé militaire un grand effort d'improvisation et de redressement était tenté dont l'insuffisance ne saurait être reprochée à ceux qui s'efforcèrent de la réaliser, au milieu des pires difficultés et qui ne purent réussir parce que soumis à des statuts dont la rigidité devait être quelque peu paralysante.

Les dures réalités de la guerre réclamant des résolutions plus énergiques allaient bientôt nécessiter la création d'un pouvoir nouveau, indépendant, qui jusqu'à la fin des hostilités devait assurer au service de santé qu'il allait diriger l'autonomie et l'autorité propices à toutes les initiatives. Ce fut alors la réalisation d'un ensemble admirable de réorganisation matérielle, un merveilleux essor dans la recherche scientifique, dans le progrès incessant de toutes les conceptions techniques.

Le commandement comme le service de santé sont désormais en possession de tout ce qui peut servir à la récupération du malade comme du blessé.

Jamais guerre n'a évolué dans des conditions de sécurité aussi grande au point de vue des maladies endémiques ou épidémiques. Jusqu'au printemps de 1918, où va se déclarer la maladie la plus diffusible, la grippe, que les migrations de troupes et de populations civiles vont douloureusement favoriser et contre laquelle l'ignorance où nous sommes encore de son virus comme des formes de sa contagion nous empêche d'exercer une protection efficace, morbidité et mortalité furent notablement inférieures à celles du temps de paix. Pour certaines maladies contagieuses la proportion fut pour ainsi dire insignifiante en France, alors que dans certaines armées alliées ou ennemies le tribut fut lourd.

A l'appui des résultats brillants de cette œuvre de prophylaxie nationale, je pourrais recueillir des exemples éloquents de protection, contre les fléaux d'importation : typhus, choléra, peste, régnant dans les armées alliées et ennemies. J'aurais voulu retracer la merveilleuse histoire de la prophylaxie spécifique de la fièvre typhoïde, aussi de la diphtérie. Je dois me borner et je m'excuse de limiter mon choix à ce qui fut, dès les premiers moments, l'un des plus beaux triomphes de la médecine préventive. Je veux parler de la variole, contre laquelle grâce au plein épanouissement de la technique française assuré par des règlements nouveaux, population civile, armée devaient être protégées de façon quasi absolue. Et cependant l'armée de soldats et d'ouvriers mobilisés n'était certes pas à l'abri de la variole puisque la réceptivité des soldats à l'inoculation vaccinale fut de 50 %, celle des ouvriers, en moyenne de 67 à 70 %.

Quelle opposition éloquente, quelle comparaison impressionnante entre la période douloureuse de 1870 et la guerre tragique de 1914-1918?

Guerre de 1870-1871, armée composée de quelques centaines de mille hommes, guerre de six mois en notre France particulièrement éprouvée, durant laquelle va se dérouler une épidémie qui fait un nombre considérable de victimes 125.000 soldats sont atteints, près de 24.000 succombent et je ne parle pas de la population civile qui fait que la France est alors de tous les pays d'Europe, la plus éprouvée par la maladie.

Guerre de 1914-1918, qui dure plus de 4 ans, armée composée de millions d'hommes, races multiples, lutte incomparablement plus cruelle, mouvements de populations qui ne furent jamais plus intenses, surpeuplement considérable de villes et de villages ; en définitive toutes conditions favorables au développement d'une épidémie meurtrière de variole :

Douze cas seulement se déclarent dans l'armée métropolitaine avec 1 mort, 44 cas dans l'armée coloniale avec 4 morts, et à tenir compte tout à la fois de la population civile et militaire de la France : 144 cas. Cela, alors que les armées ennemies et certaines armées alliées payent à la maladie un lourd tribut.

Le service antivariolique de l'armée où ont été confondues dans un même idéal d'actions désintéressées et dévouées, compétences militaires et civiles a remporté la victoire sur la variole.

La preuve était ainsi donnée avec une force qui ne fut jamais plus évidente que l'hygiène publique bien conçue, bien organisée, servie avec foi est capable de gagner la plus féconde et la plus humaine des batailles.

A un moment où repassant sans cesse le bilan de cette cruelle époque, certains esprits chagrins, au sens critique toujours avivé, s'attachent à rechercher ce qui a été mal fait, il me paraît, redirai-je aujourd'hui, qu'il reste plus simple, plus juste, et plus utile de rappeler ce qui a été bien fait

***

Une œuvre aussi remarquable n'est point défendue aux pouvoirs publics responsables. Sans doute l'état de guerre qui balaye tous les obstacles et néglige les intérêts particuliers facilite l'application de mesures qui en temps de paix ne sont pas toujours susceptibles de provoquer l'enthousiasme et se heurtent parfois à l'indifférence et à l'égoïsme.

La solution du problème de prophylaxie de guerre assurée par l'unité de front des divers services de santé (civil, militaire, colonial, maritime) par l'étroite collaboration avec le commandement, par l'étroite coopération entre les autorités civiles et militaires fut en réalité celle d'un problème de prophylaxie sociale.

C'est une grande science de paix qui s'est ainsi poursuivie pendant la guerre et qu'il importe de ne plus oublier.

***

Pour que l'unité d'action relie insensiblement l'œuvre de guerre à l'œuvre de paix, la tâche est certes lourde, mais il n'est pas de tâche, si ardue soit-elle, qui résiste à l'esprit de suite, à l'union des efforts, à l'existence d'une politique sanitaire subordonnée à l'intérêt général, assurée par le respect des lois d'hygiène et par la discipline nationale d'un peuple mieux instruit.

En dépit des difficultés, la prophylaxie collective représente aujourd'hui comme hier le premier devoir de l'administration compétente, du corps médical, de la nation. Elle reste l'une des œuvres essentielles pour un pays qui, comme la France, a été saigné par la plus effroyable des guerres, épuisé par la longue durée des hostilités, les épreuves de l'invasion, par la perte de ses meilleurs enfants ; qui, aujourd'hui se trouve encore exposé aux dangers d'une immigration massive dont malheureusement la part est grande dans certaines épidémies actuellement renaissantes et impose au plus tôt un contrôle sévère.

Il ne s'agit plus de satisfaire à un élan de pitié et de charité, mais dans un but de patriotisme et d'économie nationale de tenter tout ce qui est possible pour arracher à la maladie évitable et à la mort la fragile existence humaine.

Ce qui est vrai pour notre France est encore plus vrai pour la plus grande France où la lutte contre les maladies contagieuses reste au premier plan de cette action coloniale qui fait de plus en plus partie du rayonnement extérieur de notre patrie.

Au milieu des populations indigènes, ignorantes de l'hygiène la plus élémentaire, vivant dans des conditions d'insalubrité la plus complète ou de nourriture déficitaire, dans des régions où les maladies infectieuses sont particulièrement graves, et dont la gravité s'accroît par l'essaimage plus actif qu'assurent les progrès réalisés dans les moyens de transport et l'accroissement des interéchanges, la tâche est encore plus complexe.

L'administration sait que ces maladies créent un tel taux de morbidité et de mortalité qu'il est urgent qu'une organisation puissante mette aux mains d'un corps médical colonial nombreux et instruit tous les moyens que réclame l'action.

Qu'il s'agisse de la France ou de ses colonies, des témoignages nombreux existent que l'administration, plus accessible aux conseils des compétences techniques, fait de sérieux efforts pour organiser l'œuvre collective de prophylaxie et favoriser les initiatives individuelles qui ne manquent pas.

Sans doute les efforts doivent être plus grands encore, des progrès plus rapides sont souhaitables. Mais je ne suis pas ici pour faire de critique. Il n'est pas besoin d'être grand clerc pour rechercher dans les actions collectives ou individuelles ce qu'elles comportent d'imparfait ou d'inachevé.

Il reste que l'hygiène sociale n'est plus comme dans le passé la façade derrière laquelle n'existait que le chaos.

***

Les pouvoirs responsables, aidés du reste par la création incessante d'Offices nationaux, d'associations, d'œuvres privées françaises ou étrangères, parmi lesquelles se répand souvent la générosité magnifique de la fondation Rockfeller, recherchent avec ténacité la solution de problèmes, qu'ils ne peuvent toujours poursuivre parce qu'ils se heurtent trop souvent à des questions de crédit.

Certes, le programme coûte cher, mais si l'on tient compte des millions d'existences sauvegardées, de la réduction importante des charges d'assistance, l'hygiène selon l'expression imagée et vraie d'un fonctionnaire aussi averti que dévoué aux œuvres de prévoyance devient une caisse d'épargne.

La santé publique s'achète et selon ce qui a été dit, un pays peut, dans les limites naturelles de la vie humaine déterminer son propre taux de mortalité d'après son effort organisateur et financier.

Je n'oublie pas qu'à l'heure actuelle, la restau-

ration des régions libérées, les charges de toute nature auxquelles la France a dû faire face expliquent que nos finances ne puissent accomplir aussi vite qu'il serait souhaitable l'acte nécessaire.

Il reste cependant que les réformes ne peuvent paraître insolubles que pour ceux qui se refusent à comprendre que de grandes dépenses faites à temps représentent de sérieuses économies.

***

Pour accomplir l'œuvre formidable, la main-d'œuvre ne manque pas.

La médisance prétend que le pouvoir serait plus doux s'il n'avait pas à s'exercer sur des médecins qui représentent un amalgame complexe de caractères et de volontés. Les médecins sont cependant capables de se souder pour le bien commun et, pour servir le pays, de pratiquer, tout en restant semblables à eux-mêmes, la solidarité la plus étroite. L'exemple qu'ils ont donné pendant la guerre ne saurait être oublié. Science et profession sont ici des facteurs d'âmes collectives.

On a répété aussi que le médecin praticien ne saurait participer utilement à cette œuvre de prophylaxie, parce que trop pris par ses obligations professionnelles et peu adapté à ces fonctions. S'il en était réellement ainsi, je serais d'accord avec ceux qui prétendent que le médecin n'a pas encore dans la société la place qu'il doit avoir ou que l'enseignement qu'il reçoit n'est pas encore approprié aux fonctions qu'il se doit d'assumer.

Le médecin praticien ne refuse pas sa collaboration ; il est le premier à reconnaître que l'administration doit pouvoir s'appuyer sur des techniciens se consacrant à l'œuvre de direction et d'inspection d'hygiène. Il ne demande pas mieux d'être l'auxiliaire dévoué de ces médecins hygiénistes, qui, de leur côté, estiment leur aide nécessaire et sont d'avis qu'on ne saurait, sans injustice, s'aliéner leur concours. Aimant leur profession et ne demandant qu'à la bien servir, les praticiens nombreux de ville ou de campagne qui à l'exemple du bon Samaritain, parcourent nuit et jour la vallée de la misère humaine, poussant jusqu'à l'extrême limite le bienfait de leur action, demandant seulement qu'on les aide à accomplir leur double mission.

Nombre de représentants de l'autorité ont su rendre facile cet accord du médecin avec l'administration pour avoir compris leur devoir. Certains préfets, dont je dirai que le mérite fut grand et dont l'intelligence est particulièrement avisée, ont défendu cette formule : ni Etat médicin, ni médecin fonctionnaire, et se sont assurés les concours médicaux les plus assidus. Mais ils pensent ceux-là, car je tiens à les laisser parler, que la médecine sociale ne doit pas être une médecine au rabais, qu'il ne faut rien faire qui puisse abaisser la fierté et la noblesse d'une profession essentiellement libérale, profondément humaine, périlleuse par ailleurs et qui est ainsi égale aux plus grandes. Ils sont convaincus qu'au moment où des législations voient le jour qui doivent protéger les ouvriers contre les accidents, la maladie, l'invalidité, c'est une question élémentaire de mesure et de justice que la prévoyance sociale ne se fasse pas aux dépens du seul médecin, sous le prétexte que cette prévoyance vise l'indigent.

Le corps médical garde toujours son aptitude à faire son devoir plus que son métier ; il accepte qu'on réclame de lui tous les efforts, mais il n'oublie pas que son art ne laisse pas de vouloir souvent des choses très hautes, que cela seul mérite le respect.

Toutes ces choses s'entendent non seulement du corps médical civil, mais aussi des diverses médecines militaires. Le médecin de l'armée ou de la marine, soumis à ces deux nobles disciplines militaire et médicale, dont le rôle majeur, en temps de paix comme en temps de guerre est de conjurer la maladie, reste toujours celui qui en pleine bataille, sans être soutenu par l'exaltation de la lutte poursuit son œuvre d'humanité aux heures où tout s'acharne à réaliser la souffrance et la destruction.

Toutes ces choses s'entendent aussi du médecin colonial militaire ou civil, chevalier errant du devoir, sur la tâche duquel le public à des notions si vagues. Merveilleux agent de pénétration, là où les armées ne peuvent aller, faisant beaucoup avec peu de moyens, cette qualité éminemment française dont il fut tant abusé, ayant le sens du possible avec le goût de l'impossible, il obéit sans cesse, dans un isolement souvent inhumain, aux lois de la vie héroïque.

La vigueur morale est commune chez ceux dont la vie professionnelle est une lutte perpétuelle contre la nature, comporte de si grands devoirs et permet de rendre de si grands services.

Quand des hommes sont dirigés par des doctrines qui ne sont pas la loi d'un jour et qui permettent d'établir un tel bilan national, je ne demanderai pas quelle récompense, mais seulement quel respect ne méritent-ils pas ?

***

Mais, aujourd'hui, s'affirment de nouvelles réalités heureuses qui légitiment de grandes espérances. Des forces s'organisent qui tentent à rapprocher les peuples les uns des autres en dépit des diversités de races, de langue, d'intérêts.

Les servitudes des états d'après guerre ont rendu plus sensibles les notions de rapprochement et de concorde, et sur le terrain de la santé

publique internationale, de grandes choses se sont déjà accomplies qui permettent d'entrevoir des événements plus grands encore.

A cette œuvre de coopération, de haute portée scientifique et pratique, assez vaste pour requérir tous les concours et toutes les énergies, l'Office d'hygiène internationale, l'Association internationale des sociétés de Croix-rouge, puis la Société des Nations se sont consacrées. Et dans leurs comités d'hygiène, hommes d'études et hommes d'action se sont réunis pour accroître les actes de sauvegarde contre la maladie, assurer l'interéchange des mesures prophylactiques et curatives qui diminueront la souffrance humaine, et ainsi multiplier les raisons de tolérance et de fraternité.

La France qui est en train de réaliser son magnifique redressement et rassemble dans ce but toutes ses énergies ne s'est pas dérobée à cet effort international.

L'étendue des travaux déjà accomplis, dont sans doute les premières ébauches ne sont pas d'aujourd'hui, n'est certes pas assez connue. L'intérêt qui s'attache plus volontiers aux événements politiques, même d'importance relative et passagère, l'emporte sur les efforts poursuivis en vue de traiter les véritables problèmes qui doivent se résoudre pour le bien de tous. Il reste toutefois consolant et moral, que parmi les divers comités de la Société des Nations, ceux qui s'occupent de l'hygiène internationale ou de défense contre les calamités mondiales, riches de science, sont également les plus largement dotés en ressources matérielles.

***

Sans vouloir trop laisser courir son imagination ou se livrer à des anticipations trop audacieuses on peut accepter que cette croisade internationale sera victorieuse.

Et ainsi pourra se renforcer cette croyance pieuse de notre grand Pasteur, que la science et la paix triompheront un jour de l'ignorance et de la guerre, que les peuples pourront s'entendre non pour détruire, mais pour édifier. Ainsi se confirmera la vérité de cette belle pensée de Tagore, que le degré de perfection d'une civilisation se mesure non à la source de puissance qu'elle a permis d'atteindre, mais au rythme selon lequel les institutions et les lois créées par elle auront développé l'amour de l'humanité.

CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES SUR LA FÉCONDATION ARTIFICIELLE

Un ménage sans enfant demande au docteur de procéder à une fécondation artificielle. Avant d'accepter, le praticien se demande si pareille opération est légale et si, dans certains cas, elle ne pourrait pas lui occasionner des ennuis.

En effet, les spermatozoïdes du mari peuvent paraître, au microscope, parfaitement vigoureux; mais soit malformation de la femme, soit pour tout autre motif, il serait utile, pour féconder l'épouse, de porter directement le sperme dans la cavité utérine.

Mais, dans un autre cas, le mari est impuissant et, d'accord avec sa femme, il prie le docteur de se procurer le sperme d'un donneur sain et vigoureux, qui servira à la fécondation.

Pareille conduite serait-elle légale ? Ne constituerait-elle pas, en quelque sorte, un adultère ? Quelle serait l'attitude du docteur, si, ultérieurement, les époux avaient des regrets de leur acte ? Ou bien encore, indiscrétions possibles, dont se servirait le donneur étranger, dans un but d'intimidation, ou de chantage ? La famille ne pourrait-elle pas contester la légitimité de l'enfant, au moment d'une succession ?

J'avoue que la question est neuve et n'a jamais été résolue par les tribunaux. Je suis donc forcé de chercher les réponses, soit dans le Code civil, soit dans le Code pénal.

Pater is est quem justæ nuptiæ demonstrant. Cet adage permet de considérer comme légitime tout enfant né du mariage.

L'article 312 du code civil spécifie que « l'enfant conçu pendant le mariage, a pour père le mari ».

Mais cette présomption légale de paternité, qui pèse sur le mari, lorsque l'enfant a été, ou est réputé avoir été conçu pendant le mariage, ne peut cesser que par le désaveu (Cour de Bordeaux, 31 mai 1893).

Aux termes de l'article 312 C. civ., le père pourra désavouer l'enfant, s'il prouve que, pendant le temps qui a couru depuis le 300e jusqu'au 180e jour avant la naissance de cet enfant, il était, soit par cause d'éloignement, soit par l'effet de quelqu'accident, dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme.

Ainsi, le fait de l'internement du mari, dans une maison de santé ne suffit pas à établir l'impossibilité physique de cohabitation : il faut encore que le rapprochement des époux, même pendant un seul instant, n'ait pas été possible (cour de Besançon, 8 mars 1899 ; en sens contraire, cour de Grenoble, 23 juillet 1889).

L'article 313 spécifie que « le mari ne pourra en alléguant son impuissance naturelle, désavouer l'enfant ; il ne pourra le désavouer même pour cause d'adultère, à moins que la naissance ne lui ait été cachée, auquel cas il sera admis à

exposer tous les faits propres à justifier qu'il n'en est pas le père ».

La jurisprudence incline à admettre que le recel de la grossesse constitue, à lui seul, comme le recel de la naissance, une cause de désaveu (Cour de Paris, 2 février 1876 ; Cour d'Amiens, 20 avril 1882 ; Cassation, Requêtes, 7 janvier 1850).

Par conséquent, le mari, qui a continué à cohabiter avec sa femme, alors que celle-ci a été fécondée artificiellement par le sperme d'un donneur étranger, qui a eu connaissance de la grossesse de son épouse, ou qui a assisté à l'accouchement, ou qui a eu connaissance de ce dernier, sera légalement le père légitime de l'enfant, qui n'est pas né de ses œuvres.

En tous cas, l'action en désaveu ne peut être introduite, par le mari, aux termes de l'article 316, que dans le mois, s'il se trouve sur les lieux de la naissance de l'enfant, ou dans les deux mois de son retour, si, à la même époque, il est absent.

Le mari seul a le droit d'introduire une action en désaveu ; cependant, si le mari est mort avant d'avoir fait sa réclamation, mais étant encore dans le délai utile pour la faire, les héritiers auront deux mois pour contester la légitimité de l'enfant, à compter de l'époque où cet enfant se serait mis en possession des biens du mari, ou de l'époque où les héritiers seraient troublés par l'enfant dans cette possession (article 317, C. civ.).

De tout ceci résulte que si, ultérieurement à la fécondation artificielle, par un donneur autre que le mari, celui-ci, pris de regrets, voulait revenir sur les conséquences de la permission qu'il avait accordée, il ne pourrait agir que par voie de désaveu de l'enfant (et il succomberait vraisemblablement), ou par voie de demande en divorce pour adultère de la femme (article 229, C. civ.).

Mais, dans ce dernier cas, il succomberait encore vraisemblablement, s'il n'apporte pas la preuve que la fécondation artificielle a été faite à son insu, et sans son consentement.

Juridiquement, donc, la situation de l'enfant sera celle d'un enfant légitime.

Au point de vue médico-juridique, nous pouvons dire qu'aucun texte de loi interdit au praticien d'opérer une fécondation artificielle *secundum artem*. Il s'agit d'une opération de petite chirurgie, qu'aucun texte du code pénal ne considère comme immorale, ni illicite. *Nulla pœna sine lege.*

Mais, pour mettre sa responsabilité à couvert, le docteur peut se faire délivrer une autorisation par écrit, par les deux époux, lui permettant de faire la dite opération.

Le praticien agira sagement en ne pratiquant la fécondation qu'en présence du mari. Si même, il emploie une seringue, ou poire en caoutchouc, pour projeter le liquide séminal dans l'utérus, après l'introduction dans cet organe de la sonde conductrice, le docteur pourra prier le mari de pousser lui-même le piston de la seringue, ou de presser sur la poire ; c'est le mari qui, ainsi, aura fécondé sa femme, même avec le sperme d'un donneur étranger et en assumera toutes les responsabilités et conséquences.

Mais, par dessus tout, pèsera de tout son poids l'obligation au silence le plus absolu (article 378 du code pénal). Le praticien doit garder le secret rigoureux, tant au point de vue du donneur qu'au point de vue de la divulgation, à ce dernier, de l'identité de la personne fécondée.

Si, pour des motifs que le médecin n'a pas à apprécier, le mari et la femme étaient consentants à ce que leur identité soit connue du donneur, le docteur fera bien de le faire spécifier dans l'autorisation écrite qu'il aura reçue.

Ultérieurement, interrogé par n'importe qui, même par un magistrat, le praticien devra s'enfermer dans un mutisme absolu. Personne ne peut le délier du secret professionnel, ni le mari, ni la femme, ni le donneur. Il doit taire tout ce qu'il a appris, surpris, entendu à l'occasion de l'exercice de sa profession.

J'ajouterai un dernier mot : au cas où l'autorisation écrite serait refusée, ou si le médecin avait des raisons pour suspecter la constance des idées de ses clients,il fera bien de se faire assister par un de ses confrères, qui l'aidera dans son opération fécondante.

Nous donnons d'ailleurs toujours le même conseil, lorsqu'il s'agit de pratiquer un avortement thérapeutique.

De cette manière, dans le cas où la justice civile ou pénale serait appelée à connaître des actes du praticien, celui-ci, tout en se retranchant derrière le secret professionnel, ferait remarquer au juge qu'il était assisté par un confrère, pour une opération pratiquée dans un but thérapeutique.

En ce qui concerne la technique de la fécondation artificielle, notre confrère pourra consulter avec fruit un livre récent « L'enfant artificiel » édité par Georges-Anquetil, 39 boulevard Berthier, Paris, 17e.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE SYNDICALE

A propos du tarif kilométrique en Seine-et-Marne.

Nous avons reçu du secrétaire général de la Fédération des Syndicats de l'Aube, le Dr Bécus, la note suivante qu'il demande à notre courtoisie d'insérer. Ce que nous faisons volontiers. (*N.D.L.D.*)

Nous n'avions pas l'intention de discuter les dernières réponses du Dr Decourt à nos critiques, réponses parues dans le *Bulletin de Seine-et-Marne.*

Le *Concours médical*, puis le *Médecin syndicaliste*, l'organe officiel de l'Union, les reprennent à leur tour : nous aussi reprenons la plume.

Ce que nous avons reproché au président du Syndicat de Seine-et-Marne, c'était son tarif syndical d'indemnité kilométrique : « pour sa proposition de fixer à un franc le tarif d'indemnité kilométrique, le Dr Decourt est généralement critiqué, écrivions-nous ».

Les explications du *Médecin syndicaliste* et du *Concours*, renforcées par des démonstrations arithmétiques, établissent simplement que le prix syndical de la visite étant de quinze francs — contre douze pour les accidents du travail — les médecins de Seine-et-Marne reçoivent globalement (prix de visite et indemnité kilométrique) plus d'un client ordinaire que d'une Compagnie d'assurances *lorsque le déplacement est minime.* Nous le savions : et c'est là le point faible car nous voyons aussi que le médecin « mange » cette différence de trois francs en roulant en auto pour visiter sa clientèle ordinaire. Il la mange à raison de un franc par kilomètre de distance. C'est vite fait. Comme il n'est pas exceptionnel d'aller plus loin que trois kilomètres, le tarif syndical décrit une courbe qui l'abaisse rapidement au-dessous du tarif Fallières.

Libre au Dr Decourt de s'en déclarer satisfait : nous pas. Sa conception des tarifs de clientèle heurte la nôtre. Leur établissement doit tenir compte de divers facteurs, au premier rang desquels l'élévation des prix depuis la guerre. C'est pour cela que le tarif kilométrique est de 1 fr. 50 dans bien des départements, peut-être même dans la grande majortié des régions de plaine.

Etant bien entendu que le prix de visite est de 15 francs, nombre de syndicats décident que 1 fr. 50 doit représenter le taux effectif de l'indemnité kilométrique. Le Dr Decourt explique que 1 franc suffit. Que des circonstances défavorables l'empêchent de proposer un tarif plus élevé, cela est admissible. Qu'il veuille à tout prix justifier son tarif insuffisant nous paraît étrange.

***

Est-ce inoffensif ? on va le voir.

Nos syndicats de l'Aube ont demandé un relèvement des tarifs d'A.M.G., entre autres, que l'indemnité kilométrique soit portée à 1 fr. 50.

Le négociateur du bureau de notre syndicat a très récemment reçu d'un membre du Conseil général la déclaration suivante : « Vous demandez pour l'A.M.G. un tarif kilométrique de 1,50, celui de votre clientèle ordinaire. Des médecins voisins se contentent de 1 franc du kilomètre dans leurs honoraires de clientèle payante. Je vous ai donné ma parole que vous auriez 1,25 — plus commode que l'ancien chiffre de 1,24 pour l'établissement des comptes — je ne reviens pas sur ma parole, je demanderai donc pour vos syndicats 1,25. Mais si je n'étais pas lié par mon engagement verbal, plusieurs de mes collègues et moi-même prierions le Conseil général de ramener l'indemnité kilométrique à 1 franc. »

Notre confrère s'est prudemment abstenu de demander si les « médecins voisins » exerçaient en Seine-et-Marne ; il le craignait, et se fût trouvé en difficulté si on lui avait jeté à la tête le nom du Dr Decourt.

Le Dr Decourt répondra « que ce n'est pas la même chose », qu'il y a tarif et tarif, qu'il n'y a pas de lien entre eux. C'est possible, mais ce qui est certain, c'est que ces arguments pèsent peu sur des administrateurs qui n'y voient que des sophismes. Un conseiller général ne considère qu'une seule chose : pour se déplacer en auto et visiter leur clientèle payante, des médecins voisins estiment que 1 franc représente une indemnité kilométrique convenable, et il déclare que les médecins de l'Aube peuvent bien s'en contenter.

Le Dr Decourt accordera confiance à ce témoignage qui ne se réfugie pas dans l'anonymat : il nous est fourni par le Dr Pierre, secrétaire de la Commission de contrôle.

***

Réponse du Dr Decourt.

Il n'est pire sourd... Je prendrai les assertions les unes après les autres de la Fédération des Syndicats de l'Aube.

1° « Au-dessus de *trois kilomètres*, dit ce confrère, le tarif syndical décrit une courbe qui l'abaisse rapidement *au-dessous* du tarif Fallières. »

Ceci est manifestement, mathématiquement une inexactitude. Je reprends le tableau récapitulatif que j'avais publié et qui *augmente* pro-

gressivement les distances des médecins desservant un pays.

Prix des visites par localité.

	Tarif Referendum	Tarif Fallières
1er cas......	15 fr.	12 fr.
2e cas.......	23 fr.	24 fr.
3e cas.......	23 fr.	18 fr.
4e cas.......	25 fr.	24 fr.
5e cas.......	29 fr.	27 fr.

Dans ce tableau, alors que dans le tarif Fallières joue le tarif du *médecin le plu s proche,* dans le tarif du Referendum joue le tarif de la *distance moyenne* des médecins environnants.

Or, dans le troisième cas, de ce tarif du Referendum, il s'agit d'une DISTANCE MOYENNE de *quatre kilomètres* ; dans le quatrième de *cinq kilomètres* ; dans le cinquième de *sept kilomètres*... Je ne pense pas qu'en Seine-et-Marne, il y ait une localité à plus de distance de sept kilomètres de tout médecin, c'est-à-dire de cabinets médicaux à plus de 14 kilomètres l'un de l'autre. Donc *erreur,* que je veux me persuader être non voulue, de la part du confrère..

Le Dr Bécus dit que de ce tarif « je m'en trouve *satisfait* ». J'ai expliqué que je me trouvais là *devant une situation de fait avec laquelle je devais compter.* Et c'est pourquoi, j'avais proposé le tarif incriminé. Cela est tellement vrai que j'ai dû me défendre devant certains confrères de mon département qui me reprochaient de vouloir le changer. Et j'ai protesté contre cette crainte dans le *Bulletin* de Seine-et-Marne du 15 septembre dernier en ces termes : « Or, si la plupart « des confrères ont bien pensé que le referendum « respectait nos vieilles coutumes d'*ententes locales* quelques-uns ont cru qu'il les supprimait « *ipso facto.* Ils m'ont même écrit à ce sujet pour « protester et en réclamer le maintien. Je tiens « donc à déclarer que je n'ai jamais eu d'intentions aussi noires... D'ailleurs, comment aurais-je osé le faire par un moyen détourné et « sans que cette suppression eût été décidée dans « un referendum spécial, avant de proposer un « nouveau tarif quelconque, *établi sur d'autres « bases.* C'est précisément, au contraire, en songeant à ces ententes locales, aux prix si divers « (qui vont presque du simple au double) que fut « dressé le tarif du referendum. »

Le docteur Bécus, qui reçoit ce *Bulletin,* a lu ces lignes, il *sait* donc que je me suis trouvé très gêné pour redresser les prix de Seine-et-Marne et que, étant donné cette situation, j'*ai fait de mon mieux.* Seulement, il faut à tout prix attaquer le Président de l'Union, n'est-ce pas ?

Enfin, on fait le gros reproche à ce referendum, de ne pas être « inoffensif » à nos voisins, avec un tarif qui, pourtant, *n'existe pas encore* et ne sera peut-être *jamais voté,* puisque, aujourd'hui 16 octobre, je n'ai pas encore les trois quarts des signatures de mes confrères. Aussi cette histoire de conseiller général est plutôt bizarre, bien que, sur la foi du docteur Pierre, je ne la mette aucunement en doute. Mais alors pourquoi le docteur Bécus trouve-t-il « étrange » l'article que j'avais fait paraître dans le but de m'expliquer, *afin qu'il puisse servir de défense à l'occasion* ?

D'ailleurs, il y avait une réponse péremptoire, à faire : « Il n'y a AUCUN RAPPORT et en voici la preuve : *Si, dans l'Aube, un médecin va dans une localité faire trois visites d'A. M. G., l'indemnité de déplacement* N'EST COMPTÉE QU'UNE SEULE FOIS. *Avec le tarif du referendum de Seine-et-Marne, cette indemnité, étant incorporée dans le prix de la visite, se* TROUVE COMPTÉE TROIS FOIS.

Ces deux indemnités ne peuvent donc être égales et comparables.

Est-ce clair ?

Dr Fernand DECOURT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Séance du Conseil d'Administration.

4 *octobre* 1927.

Présents : MM. MAURAT, *président* ; VIMONT, NOIR, MIGNON, GASSOT, PAMART, HUGUENIN, DUCHESNE, LEVASSORT, HENNE et BOUDIN, *secrétaire.*

Excusé : M. MAZEROUX.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

Combinaisons MA et B.

16	BRICET	Paris	60 jours	600 fr.
91	AVRIL	Loire	60 jours + un mois et 13 jours chr.	743 30
100	COQUERET	Aube	3 mois	300 »
			Report	1.643.30

		A reporter	1.643 30
142 Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
143 Béquain	Haute-Saône	11 jours	110 »
164 de Grissac	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
175 Rousseau	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
176 Voyer	Loire-Inférieure	cure thermale	100 »
192 Houdart	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
193 Colin	Finistère	3 mois	300 »
228 Tacheron	Aube	3 mois	300 »
236 Herlaud	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
260 Jacquet	Oise	3 mois	300 »
311 Rouvier	Isère	3 mois	300 »
328 Gauche	Ille-et-Vilaine	32 jours	320 »
341 Chabanon	Lozère	6 mois	600 »
357 Mathieu	Yonne	3 mois	300 »
378 Barandon	Indre	9 jours	90 »
390 Payre	Pyrénées-Orientales	15 jours	150 »
409 Caffeau	Nord	3 mois	300 »
412 Duros	Calvados	3 mois	300 »
432 de Lagoanère	Gironde	3 mois	300 »
463 Renaud	Allier	8 jours	80 »
488 Hamant	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
500 Richard	Loiret	3 mois	300 »
504 Delucq	Gers	3 mois	300 »
532 Doubrère	Gironde	6 jours	60 »
534 Epron	Vendée	3 mois	300 »
547 Clisson	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
584 Llopet	Pyrénées-Orientales	60 jours + 3 jours chr	610 »
606 Bourrus	Gironde	8 jours + un mois et 8 jours chr	206 35
634 Pize	Doubs	33 jours	330 »
638 Campuzan	Lot-et-Garonne	28 jours	280 »
647 Bellin	Isère	cure thermale	100 »
696 Cezilly	Seine-Inférieure	3 mois	300 »
700 Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
715 Rousseau	Finistère	45 jours	450 »
748 Bougon	Eure	19 jours chr	63 25
794 Basset	Cantal	19 jours	190 »
828 Mercier	Paris	3 mois	300 »
834 Mohamed	Mayenne	3 mois	300 »
844 Willemetz	Pas-de-Calais	cure thermale	100 »
848 Galand	Nord	30 jours	300 »
861 Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
871 Vimon	Tarn	26 jours	260 »
900 Duclos	Seine	6 mois	600 »
926 Abeilhou	Pyrénées-Orientales	25 jours	250 »
934 Girard	Paris	un mois et demi	150 »
991 Odin	Loire	27 jours	270 »
993 Boutard	Eure	3 mois	300 »
1020 Abelly	Vaucluse	60 jours + un mois et 4 jours chr	713 20
1050 Motel	Morbihan	3 mois	300 »
1057 Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1232 Lert	Var	26 jours	260 »
1259 Rilhac	Haute-Vienne	3 mois	300 »
1281 Kerrien	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1305 Ferry	Loir-et-Cher	11 jours	110 »
1310 Hocquette	Nord	10 jours	100 »
1331 Peytard	Isère	35 jours	350 »
1363 Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1408 Grandou	Eure	3 mois	300 »
1410 Montigny	Nord	3 mois	300 »
1467 de La Tour	Cantal	19 jours	190 »
1473 Gouriou	Finistère	17 jours	170 »
1474 Monier	Nord	10 jours	100 »
1515 Pecker	Seine-et-Oise	un mois et 6 jours chr	120 »
1534 Gayet	Seine-Inférieure	3 mois	300 »
1573 Lecouillard	Paris	3 mois	300 »
1584 Faivre	Doubs	11 jours	110 »
1608 Ribon	Oise	cure thermale	100 »
1616 Bonhommet	Loire-Inférieure	37 jours + 4 mois et 24 jours chr	849 60
1671 Gerbier	Loire	16 jours	160 »
1726 Bisot	Seine-et-Oise	6 jours	60 »
1796 Marmarion	Allier	3 mois	300 »
1820 Priouzeau	Charente	47 jours	470 »
		Report	21.376 70

			A reporter	21.376 70
1829	EMON	Charente-Inférieure	5 jours	50 »
1891	BIRAUDEAU	Loire-Inférieure	60 jours + 15 jours chr.	650 »
1896	ROURE	Allier	3 mois	300 »
1916	FAIVRE	Ardèche	60 jours + 20 jours chr.	666 65
1972	TARRADE	Haute-Vienne	29 jours	290 »
			Total	23.333 35

Combinaison MAD.

13	DURON	Alpes-Maritimes	7 jours	140 »
16	BRICET	Paris	60 jours (1/2)	600 »
74	DUJARDIN	Finistère	10 jours	200 »
128	VOYER	Loire-Inférieure	44 jours	880 »
143	BÉQUAIN	Haute-Saône	11 jours	220 »
144	GOULVEN	Finistère	7 jours	140 »
378	BARANDON	Indre	9 jours	180 »
390	PAYRE	Pyrénées-Orientales	15 jours	300 »
463	RENAUD	Allier	8 jours	160 »
647	BELLIN	Isère	cure thermale (1/2)	100 »
796	BASSET	Cantal	19 jours (1/2)	190 »
844	WILLEMETZ	Pas-de-Calais	cure thermale (1/2)	100 »
1310	HOCQUETTE	Nord	10 jours (1/2)	100 »
1331	PEYTARD	Isère	35 jours (1/2)	350 »
1474	MONIER	Nord	10 jours (1/2)	100 »
1726	BISOT	Seine-et-Oise	6 jours (1/2)	60 »
			Total	3.820 »

Une amende de 50 fr. est infligée au sociétaire 1534 pour retard dans ses déclarations ; un avertissement sérieux sera donné au sociétaire 900 pour la même cause.

Un don de 50 fr. est fait par le Dr Duclaux à la Caisse auxiliaire : le Conseil lui adresse ses remerciements.

Pensions aux veuves.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue pour leur pension du troisième trimestre 1927 les sommes suivantes à Mesdames :

4	Veuve Lepage, Paris	150 fr.
13	Enfants Deshusses, Hte-Savoie	100 fr.
38	Madame Gillette, Calvados	150 fr.
43	Veuve Chevreux, Paris	150 fr.
45	Veuve Valot, Hautes-Alpes	60 fr.
51	Veuve Rousselot Marne	150 fr.
	Total	760 fr.

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 30 septembre 1927.

Ratification d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de MM. :

Combinaison MA :

MM. Chopinet, Bardon, Carpentier, Lafont et Baudoin.

Combinaison MAD :

MM. Denais, Ruais et Baudoin.

Combinaison MAD² :

MM. Chopinet, Béquain, Bardon, Lafont et Carpentier.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général le Conseil prononce, à titre provisoire, les admissions suivantes :

Combinaison MA :

M. le docteur :
LAFITTE, de Darney (Vosges).

Combinaison MAD² :

MM. les docteurs :
LAFITTE, de Darney (Vosges).
JOLY, de la Chambre (Savoie).
HATON, de Paris.
GAUDEFROY, de Formerie (Oise).
BAZIN, du Blanc (Indre).

Les admissions définitives seront prononcées à la séance de fin décembre.

Assemblée générale.

Le Conseil fixe au 20 novembre l'Assemblée générale ordinaire des membres de la Mutualité familiale ; il en règle l'ordre du jour et approuve les rapports du secrétaire général et du trésorier sur l'exercice 1926.

Propagande.

Une discussion générale s'engage entre les membres du Conseil sur les moyens d'intensifier la propagande surtout près des jeunes médecins.

Le Conseil prend ensuite connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, P. BOUDIN.

Le Président, A. MAURAT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie**. — M. le Dr MICHON, président du Syndicat des médecins du Rhône.

— **Ecole française de stomatologie**. *Dispensaire de l'administration générale de l'Assistance publique*, 20, passage Dauphine, Paris. — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement, donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend : I. La clinique générale des maladies de la bouche et des dents ; 2° des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie ; 3° des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

— **Hôpital Beaujon** (Laboratoire du docteur AUBOURG) — *Démonstrations pratiques d'électrodiagnostic et d'électrothérapie*. — Le jeudi 3 novembre et les jeudis suivants, à 10 heures 30, M. W. VIGNAL, électro-radiologiste des hôpitaux , chef-adjoint à l'hôpital Beaujon, fera une conférence sur les sujets suivants. La conférence sera suivie d'applications pratiques.

3 novembre : Généralités. Notions sur la constitution de la matière et de l'atome. L'énergie électrique. Les générateurs de l'énergie électrique. Les moyens de mesure. — 10 *novembre* : Le courant galvanique. Caractéristiques physiques. Du choix des générateurs. Appareils graduateurs. Appareils distributeurs. — 17 *novembre* : Effets physiologiques du courant galvanique. Etat constant. Effets interpolaires. L'électrolyse médicamenteuse ou ionisation électrique. Cataphorèse. Anaphorèse. — 24 *novembre* : Etat constant (*suite*). Effets polaires : *a*) avec des électrodes métalliques nues ; *b*) avec des électrodes électrolytiques. Action physiologique du courant continu à l'état constant sur le système nerveux. — 1er *décembre* : Action physiologique des états variables d'ouverture et de fermeture du courant galvanique : *a*) sur les nerfs et les muscles ; *b*) sur le système nerveux central. — 8 *décembre* : Le courant faradique. Mode de production. Caractéristiques physiques. Effets physiologiques. Le courant galvano-faradique. Mode de production. Effets physiologiques. L'électrotonus. Principales applications thérapeutiques. — 15 *décembre* : Les condensateurs. Etude de la condensation. Décharge des condensateurs. — 22 *décembre* : L'électrodiagnostic classique. — 29 *décembre* : L'électrodiagnostic avec les courants de très courte durée (Chronaxie). — 5 *janvier* : Les dynamos. L'électromagnétisme. Machines, magnétos et dynamos. Commutatrices. — 12 *janvier* : Les courants de haute fréquence. Modalité de production. Caractéristiques physiques. Appareils à circuit magnétique ouvert. Appareils à circuit magnétique fermé. — 19 *janvier* : Appareils à lampes triode. Mode d'emploi des courants de haute fréquence. Courants de quantité. Courants de tension ; la résonance électrique. — 26 *janvier* : Effets physiologiques des courants de haute fréquence. I. Applications de quantité : diathermie, diathermo-coagulation. — 2 *février* : Effets physiologiques des courants de haute fréquence. I. Applications de quantité : la condensation, lit condensateur ; l'auto-conduction, la cage. II. Applications de tension, effluves, étincelles, étincelage. — 9 *février* : principales applications thérapeutiques des courants de haute fréquence. — 16 *février* : Accidents dus aux courants électriques, thérapeutiques, domestiques et industriels. Prophylaxie et traitement.

L'assistance à ces conférences et démonstrations, réservées aux étudiants en médecine et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

— **Les journées médicales d'Egypte** (Le Caire, 15-22 décembre 1927). — *Conférences et communications* :

1° *Maladies des pays tempérés* : *a*) Questions médico-chirurgicales d'actualité ; *b*) l'enfant et les dystrophies alimentaires ; troubles de la motilité de la vésicule biliaire, étude clinique et radiologique ; le mécanisme pathogénique des entéropathies infectieuses ; chirurgie esthétique de la face ; l'héliothérapie dans la tuberculose pulmonaire ; les dispensaires antivénériens et la lutte contre les maladies vénériennes dans un grand port français ; état actuel de l'appendicite chronique ; traitement du diabète ; quarante ans de pratique médicale ophtalmologique ; état actuel du problème de la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire ; les groupes sanguins en biologie et en médecine ; les psychoses sympathogénétiques, etc.

(Le programme étant chargé, nous ne donnons que le sommaire de quelques questions).

2° *Maladies des pays chauds* : Abcès du foie ; bilharzioses trypanosomiases ; bouton d'Orient ; lèpre ; kala-azar ; trachome ; paludisme ; fièvre jaune ; fièvre de Malte.

Paradoxes sérologiques dans la lèpre ; prophylaxie de la lèpre en pays musulman ; formes cérébro-méningées de l'amibiase ; les cures hydrominérales dans les maladies des pays chauds ; les helminthiases en chirurgie, etc.

Il sera accordé vingt minutes pour les conférences et dix minutes pour les communications. Les langues adoptées sont : le français, l'anglais, l'arabe, l'allemand et l'italien.

Sections : ophtalmologie, médecine, chirurgie, bactériologie, urologie, hygiène, gastro-entérologie, pharmacie, parasitologie, dermatologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, obstétrique, neurologie, tuberculose, médecine vétérinaire.

Les titres et résumés des conférences et communications devront parvenir à M. Zeitoun, secrétaire général. 32, rue Gay-Lussac, Paris (Ve) avant le 15 novembre,

Exposition Internationale des arts et sciences appliqués à la médecine, chirurgie, pharmacie et l'hygiène sanitaire : le programme détaillé et les conditions d'adhésion peuvent être communiqués sur demande par le Comité d'organisation de l'exposition.

Conditions et facilités de voyage : Le Comité d'organisation a obtenu des réductions de plus de 50 % sur les prix normaux, pour le départ en commun de Marseille et le retour en commun à Marseille à bord du paquebot de grand luxe, le « Mariette-Pacha » affrété spécialement pour les congressistes, sur les prix de séjour en Egypte dans de grands hôtels de premier ordre, etc.

Le prix total peut être calculé approximativement comme suit :

1re *classe* : depuis 7.050 fr. à 8.000 fr. (voyage Marseille Alexandrie et Alexandrie-Marseille, chemins de

fer Alexandrie-Le Caire et retour. Séjour au Caire dans les hôtels avec pension complète, excursion).

2° *classe* : Depuis 4.700 fr. à 7.000 fr. (détails cités plus haut).

2e *intermédiaire* : depuis 3.700 fr. à 6.000 fr. (détails cités plus haut).

Ces prix calculés sur la base de la livre sterling à 124 francs.

Le menu de 1re à bord du paquebot sera servi en 2e et 2e intermédiaire ; tous les congressistes ont libre accès au paquebot dans toute son étendue, sans distinction de classe.

Le voyage comportera une absence totale de 20-22 jours de Marseille. Le départ prévu est pour le 10 décembre de Marseille et le retour vers le 31 du même mois.

Si les adhérents partent par petits groupements séparés de 10, une réduction de 20 % seulement leur serait consentie sur les prix normaux par les principales compagnies maritimes.

Réceptions : Par la municipalité d'Alexandrie, le corps médico-pharmaceutique, visite du Musée gréco-romain, etc., etc.

Excursions : Trois jours Louqsor-Assouan.

Au Caire : Mosquées, Musée, etc.

Au Caire, Pyramides-Saqqarah, etc.

Elles sont facultatives.

Le passe-port est obligatoire et devra porter le visa du Consulat d'Egypte.

Le Comité d'organisation n'est pas responsable des arrêts, retards de départ, prolongations de voyage, motivées par des évènements politiques, accidents ou toute autre cause de force majeure : les frais qui pourraient en résulter seraient répartis à la charge des adhérents ; il décline également toute responsabilité pour les accidents de quelque nature qu'ils soient.

Renseignements et adhésions : M. Zeitoun, secrétaire-général, 32 rue Gay-Lussac, à Paris (Ve).

J. Khouri, secrétaire-adjoint, 4, rue de France, à Alexandrie (Egypte).

Hôpitaux de Paris. —*Concours de l'internat.* — Liste par ordre alphabétique des candidats admis à l'épreuve orale :

Mlle Abricossoff, MM. Adida, Aïdan, Alavoine, Allard, André, Antonelli, Ardin, Ardouin, Arondel, Asselin, Aubert, Aubin, Audemar, Avril, Bardin (Ferdinand), Barthes, Basset, Baudelot, Baumann, Baussan, Mlle Begaud, MM. Bénaerts, Benassy, Bérard (Fernand), Bergenstein, Bernard-Griffiths, Beuzart, Billet, Mlle Bizou, Blanchy, MM. Blanquine, Boidot, Bolgert, Bompart (Etienne), Bonhard, Boquien, Bosquet, Bourguignon, Brisard (Pierre), Bufnoir, Mlle Cahen, MM. Caïn, Caména d'Almeida, Catalette, Chadourne, Chapon, Chauveau, Cheynet, Mlle Cligny, Cohen (Asdriel), Cohen-Doloro, Colin, Contiadès, Cord, Cossa, Cottet, Cros, Cuvillier, Dansart, Dany, MM. David (Jean), David (Maurice), Debon, Delaporte, Demoulin, Deslandres (Jean), Dessirier, Devraux, Douady, Douvry, Dublineau, Dufour, Durel (Pierre), Durieux, Dutray, Duvernoy, Elbaz, Even, Fabre (Georges), Mlle Falguière (Blanche), MM. Fau, Fauvert, Favre (François), Mlle Fayot (Marguerite), MM. Fayot (Robert), Felsenswald, Fichet, Fiehrer, Gabriel, Gadaud, Gallot, Gandy, Gasné (André), Gaston, Gaucher, Gaudin, Gavois, Gibert (Edouard), Gilbrin, Ginestet (de), Mlle Girardeau, MM. Golé, Goliger, Gopoevich, Graffin, Grand, Grasset, Griveaud, Mlle Guéry, MM. Guibé, Guichard, Guyot (Jean), Haïk (Maurice), Hamelin (Robert), Hamon, Hébert (Jean), Hébert (Roger), Mlle Heimann, MM. Hennion (Pierre), Henrion (Jacques), Hepp, Hervy, Hesse (Didier), Hesse (Jean), Hô-Dao (di), Horovitz, Mlle Houzeau (Germaine), Hurez (André), Illaire, Jame, Jeanne (Henri), Jehiel, Jonard, Joseph, Jullien (Robert), Kreyts, Labesse, Lacaze, Lachter-Pachter, Lacoste, Laffaille, Lafitte, Lançon, Mlle Landowski, MM. Langre (de), Lapeyre Lapiné, Lardennois, Le Baron, Lebel, Lebenthal, Mlle Lebourlier, MM. Lefranc, Lemoine, Lepage, Leroy (Robert), Mlles Lévy (Françoise), L'Hoir, M. Lieffring, Limasset, Louvet, Maës, Maison, Mariau (M.-J.), Martin (Jean), Martin (René-Henri), Masquet, Massot (Henri), Mauric, Mlle Mayo (de), MM. Megnin, Meillaud, Mencière, Menjot, Merger, Mérigot, Meyer, Mialaret, Miget, Milhiet, Mimin, Monine, Monod, Moricard, Nadji, Naggiar, Nicolas, Odinet, Mlle Odru, Oguse, MM. Olivier-Henry, Palmer, Patte, Pautrat, Peney, Périer, Perrault, Perrin -(René), Petit (Pierre), Pichon, Postel, Pouey, Puymartin, Quivy, Rachelsberg, Racine, Reyt, Ribadeau-Dumas, Richard, Mlle Riom, M. Robin, Mlle Ronget, MM. Roquejeoffre, Rouart, Roulin, Rouquès, Rousseau (Gaston), Rousset, Royer de Véricourt, Rudaux, Saingery, Salomon, Sanz, Schwartz, Schwob, Sée, Segrestaa, Seguinot, Seidmann, Sergent (Honoré), Sidi, Soleil, Soria (de), Sourice, Stérin, Tavennec, Terrenoire, Thiery, Thomas (Robert), Tixier, Tournand, Trocmé, Trubert, Mlle Valentin, MM. Vandenbosche, Van der Elst, Vannier, Vaudour, Mlle Versini, MM. Veslot, Vétillard, Vialle (Pierre), Vidal-Naquet, Villechaize, Voillemin, Weill (Adrien), Wester, Zagdoun, Zitzerman.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** *Ophtalmologie pratique. Strabisme.* — Le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon, fait :

1° A l'hôpital Beaujon, tous les matins, à 9 heures, une « consultation expliquée » à l'usage des non-spécialistes, assisté du Dr Joltrois, assistant du service.

2° A l'école Albert-Rémy, (5, rue Poulletier, île Saint-Louis), les jeudis, de 10 heures à 12 heures, et les samedis, de 2 heures à 4 heures, un enseignement pratique de la « rééducation du strabisme », assisté du Dr G. Fombeure, ex-assistant à Cochin.

Ces enseignements sont gratuits. S'inscrire à Beaujon.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Places de Wagons-Lits de 2e classe dans le Simplon-Orient-Express.* — Dans le but de faciliter l'accès des pays d'Orient par la voie du « Simplon-Orient-Express » ce train comporte des places Wagons-Lits 1re classe entre Paris et Trieste et des places 1re et 2e classes entre Trieste d'une part, Bucarest, Stamboul et Athènes, d'autre part.

Par suite, les voyageurs qui empruntent au-delà de Trieste les places Wagons-Lilts de 2e classe sont munis de billets directs mixtes (valables en 1re classe jusqu'à Trieste et en 2e classe au-delà).

Ces billets présentent sur ceux valables exclusivement en 1re cl. une différence de prix qui dépasse 400 francs pour le trajet de Paris à Stamboul.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

et aux communications en mer sont recueillis par le capitaine et inscrits par lui sur son livre de bord.

13 *octobre*.

Hygiène publique.

Commission de protection des ouvriers des poudres.

Sont nommés membres de la commission instituée en vue d'étudier les précautions à prendre pour préserver la santé des ouvriers des poudres contre les effets nocifs des produits qu'ils manipulent, notamment MM. les docteurs Roux, Balthazard, Georges Guillain, Strohl, Courtois-Suffit, Léon Binet, Verne, Coudray, Pilod, Codevelle et Ufferte.

14 *octobre*.

Brevet d'infirmières.

Une session d'examen d'Etat d'infirmières hospitalières pour les élèves de l'école d'infirmières de l'hôpital de la Salpétrière a été ouverte à Paris en octobre.

16 *octobre*.

Honoraires des experts en Algérie.

Décret du 14 octobre 1927 relevant les indemnités allouées aux experts en Algérie en matière de justice criminelle, de police correctionnelle et de simple police.

Les articles 19 et 20 du décret du 4 avril 1921 sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 19. — Lorsque les experts se déplacent au delà de 2 kilomètres de leur résidence, il leur est alloué une indemnité de voyage qui est déterminée ainsi qu'il suit.

1° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par chemin de fer ou tramway, il leur est alloué une indemnité égale au prix d'un billet de 1re classe calculé, s'il se peut, d'après le tarif réduit applicable aux trajets aller et retour ;

2° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par autre service de transport en commun, il est remboursé le prix d'un voyage, d'après le tarif de ce service, tant à l'aller qu'au retour.

3° Si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens, l'indemnité est fixée à 1 fr. par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour ;

4° Si le voyage est effectué par mer, il est accordé sur le vu du duplicata du billet de voyage délivré par la compagnie de navigation, le remboursement du prix du passage et, s'il y a lieu, de la nourriture à bord, tant à l'aller qu'au retour.

Lorsque les experts bénéficient d'un transport gratuit ou réduit à raison de leur fonction ou de leur emploi, conformément au cahier des charges de la compagnie de transport ou en vertu des lois en vigueur, leur indemnité de frais de voyage est diminuée du montant des avantages qui leur sont ainsi concédés.

Art. 20. — Il est alloué, en outre, aux experts : si le lieu du transport est situé à une distance de plus



de 5 kilomètres de la commune de leur résidence, une somme de 20 fr. par jour et si le lieu de transport est situé à une distance de plus de 20 kilomètres, une somme de 30 fr. par jour.

Il en est de même s'ils sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure ou s'ils sont obligés de prolonger leur séjour au lieu où ils se sont rendus pour accomplir leur mission.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Remboursement aux confrères de l'armée de certaines acquisitions professionnelles.

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de la Guerre et du président du Conseil, ministre des Finances, a rendu le décret suivant :

Article 1er. — Dans la limite d'un maximum de 250 francs par an, les médecins militaires seront remboursés du montant de leurs dépenses, dûment justifiées, d'achat ou d'entretien d'instruments, d'achat d'ouvrages, revues ou effets spéciaux qu'ils sont tenus d'engager pour l'exercice de leur profession ainsi que de leurs cotisations en qualité de membres de sociétés médicales.

Pour obtenir le remboursement prévu par le décret du 31 août 1927, les médecins militaires doivent adresser au directeur du Service de santé, en double expédition, un relevé des dépenses qu'ils ont engagées ; ce relevé, arrêté par les intéressés, devra être appuyé des pièces justificatives (factures acquittées, bandes d'abonnement, cartes de membres, etc.) destinées à permettre de vérifier l'exactitude dudit relevé ; les pièces justificatives seront rendues aux intéressés.

Le directeur du Service de santé, après avoir vérifié les relevés, les arrêtera définitivement et en mandatera le montant au nom des intéressés sur les crédits du chapitre du matériel du Service de santé.

Les médecins militaires qui seraient l'objet d'une mutation au cours de l'année, sans avoir été remboursés de la totalité du maximum prévu, devront fournir à l'appui de leur premier relevé postérieur à leur mutation un certificat délivré par le directeur du Service de santé de leur précédente affectation indiquant les sommes qui leur ont été remboursées depuis le début de l'année.

Pour l'année 1927, ces dispositions s'appliquent aux médecins des troupes métropolitaines ainsi qu'aux troupes coloniales en service dans la métropole, l'armée française du Rhin, l'Algérie, Tunisie, les troupes du Maroc et de Syrie.

Un état nominatif faisant connaître le mon-

tant des sommes remboursées au cours de chaque année sera adressé au ministre, direction du Service de santé, premier bureau, personnel, le 1er février de l'année qui suivra.

Pour le ministre et par délégation.

GUINAUD.

Inauguration du buste de Théophile de Bordeu à l'établissement thermal de Barèges.

Lors du voyages d'études médicales de la faculté de Montpellier aux stations des Pyrénées, M. le Pr Giraud et M. le Pr Delmas eurent l'heureuse inspiration et la délicate pensée d'offrir à la station de Barèges le moulage du buste de Théophile de Bordeu, buste de l'école de Montpellier.

Ce vœu soumis au conseil de la faculté fut unanimement adopté.

Le 16 septembre 1927, l'inauguration du buste eut lieu dans l'établissement thermal, devant les autorités locales, les représentants du syndicat d'initiative, le corps médical, les baigneurs et tous les Barégeois.

Le président du syndicat de la vallée sut, dans une très heureuse improvisation, remercier la faculté de Montpellier et rappeler que de Bordeu, médecin, savant hydrologue, un des créateurs de l'hydrologie, fut au XVIIIe siècle, le grand directeur des thermes de Barèges. De longue date, le nom de Bordeu a été donné à l'une des sources de la station.

M. le Pr Lafont, de la faculté d'Alger, dans une esquisse fouillée de la vie de Bordeu, tint l'auditoire sous le charme de sa parole.

Enfant du pays, aimant Barèges, le Pr Lafont nous invite, à l'instar du grand maître, à toujours améliorer notre station, de manière à faire revivre au plus tôt le Barèges des XVIIIe et XIXe siècles dont la réputation est mondiale en raison de la valeur incomparable de ses eaux et de son climat.

Un vin d'honneur protocolaire termina cette très instructive et délicieuse fête.

Dr B. PINAT.

A propos du doctorat en chirurgie dentaire.

En réponse à l'article paru dans le no 39 de votre journal sous le titre : « A propos du doctorat en chirurgie-dentaire » et en manière de rectification, le fond de l'article étant par ailleurs excellent et devant rallier l'opinion du corps médical tout entier, je tiens à préciser les faits suivants :

a) La prothèse dentaire ne ressemble en rien aux autres prothèses : 1) par ce qu'il s'y mêle de chirurgical (couronnes, prothèse à pont, dents à pivot,

nécessitant la dévitalisation des dents), sans parler de la prothèse chirurgicale proprement dite, ni du traitement prothétique des fractures de mâchoire, et de la correction des malformations dento-faciales ; 2) par les connaissances spéciales qu'elle exige (appareils complets) et les manipulations sur le patient qu'elle demande (prise d'empreinte, d'articulé, etc.) et par le fait du milieu dans lequel on agit.

b) Elle ne peut donc pas être confiée à de simples ouvriers, comme le sont les mécaniciens pour dentiste, lesquels devront toujours travailler sous la direction du stomatologiste.

J. G.
Chirurgien-dentiste.

CORRESPONDANCE

Responsabilité professionnelle

3412. — Le « Sou Médical » couvre les médecins radiologistes.

Etant en pourparlers avec une Compagnie d'assurances contre la responsabilité professionnelle, Compagnie qui n'interviendrait, le cas échéant, qu'après épuisement de la couverture du « Sou médical » dont je suis membre, je vous serai bien obligé de me rappeler :

1° La somme que garantit le « Sou médical » ;

2° Si les médecins qui font de la radiothérapie sont également couverts pour ces risques supplémentaires sans surprime (ce qui est mon cas).

Dr Z.

Réponse.

Vous êtes couvert par le « Sou Médical » contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence d'une somme de 70.000 francs. En outre, étant abonné au *Concours médical*, vous êtes couvert par le journal pour une somme complémentaire de 30.000 francs, ce qui porte la garantie totale à 100.000 francs.

La garantie du « Sou » et du *Concours* s'applique indistictement à tous les risques de responsabilité professionnelle de quelque nature qu'ils soient, sans majoration de la cotisation pour les spécialistes, chirurgiens, radiothérapeutes ou autres.

Baux et Locations.

3470. — Droit à la prorogation.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire connaître si en possession d'un bail qui est entré en vigueur le 15 juin 1919 et expire le 15 juin 1928, je puis garder mon logement jusqu'en 1931 sans que mon propriétaire puisse m'inquiéter.

Dr A.

Réponse.

Lorsque votre bail sera expiré, vous n'aurez

G. Seine 218.788 B.

droit à la prorogation de la loi du 1er avril 1926, jusqu'au 1er avril 1931, que si votre commune rentre dans l'une des catégories suivantes : communes de plus de 4.000 habitants, communes distantes de moins de cinq kilomètres d'une ville de 10.000 habitants et communes dont la population s'est accrue d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements.

Dans l'affirmative, vous aurez droit à la prorogation sans même avoir à la demander et sans que votre propriétaire puisse exercer à votre encontre le droit de reprise pour son usage personnel, ce droit ne pouvant porter sur les locaux affectés en tout ou en partie à l'exercice d'une profession.

Dans la négative, votre maintien dans les lieux dépendra uniquement de votre accord avec votre propriétaire. Si vous ne pouvez vous entendre avec lui pour la conclusion d'un nouveau bail, force vous sera de partir.

Accidents du travail.

3332. — Patron non couvert par l'assurance.

Deux blessés se présentent à mon cabinet avec des bons d'accidents du travail de La X. Je les soigne. J'adresse à la Compagnie leurs certificats de constatation.

A la guérison, j'adresse les certificats de guérison, avec les notes d'honoraires (15 août et 23 août).

Or, aujourd'hui, la Compagnie m'écrit que la police de son assuré étant suspendue, elle refuse de régler les deux sinistres.

Elle me retourne les deux feuilles d'honoraires, mais garde les certificats de guérison.

Le fait d'accepter les certificats de constatation et de conserver les certificats de guérison n'est-il pas un engagement ferme ? Et l'assurance, dans ces conditions ne doit-elle pas payer ? ? Dr A.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, la loi vous donne une action directe contre le patron responsable en paiement de vos honoraires dans les limites du tarif Durafour. Contre le patron, mais non contre l'assurance qui, dans ses rapports avec vous, n'agit qu'en qualité de mandataire de son assuré.

Par conséquent, c'est à bon droit que l'assurance refuse de vous payer vos honoraires, si son assuré ne se trouve pas en règle vis-à-vis d'elle. Mais cela ne vous enlève aucunement votre recours contre le patron responsable.

C'est à lui personnellement que vous devez maintenant présenter votre note et, s'il ne vous paye pas, vous n'aurez qu'à le citer devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la procédure de la loi sur les accidents du travail.

3421. — Accident de la route : travail ou droit commun ?

Je viens faire appel à votre obligeance pour me dire comment je dois établir ma note d'honoraires et à qui je dois l'envoyer dans l'accident suivant :

Ce soir, dimanche, à 7 heures du soir, un gendarme vient me chercher pour aller soigner deux blessés, tamponnés par le tramway départemental à un kilomètre sur le territoire de la commune voisine :

1º Un blessé dans le coma, fracture de la colonne vertébrale. Huile camphrée ;

2º Un blessé : section incomplète des deux jambes au tiers inférieur. J'achève de sectionner les parties molles des deux jambes. Caféine, huile camphrée, morphine, pansement.

Ces deux blessés sont deux ouvriers de culture indigents mais non inscrits sur les listes d'A.M.G.

Deux heures de surveillance sur la route en attendant une auto, puis envoi à l'hôpital.

La responsabilité du tramway apparaît nettement dégagée.

Dr V.

Réponse.

Si au moment de l'accident, les deux victimes étaient occupées à leur travail ou bien se rendaient du lieu de leur travail à la ferme qui les emploie, il y a accident du travail et vous pouvez vous faire payer vos honoraires suivant le tarif Durafour -Fallières par le patron responsable ou son assurance.

Dans le cas contraire, il ne peut s'agir que d'un accident de droit commun et, en principe, vous n'avez d'action que contre les blessés eux-mêmes ou contre leurs héritiers, s'ils sont décédés. Quant à la Compagnie du Tramway, quand bien même sa responsabilité serait indiscutable, vous ne pouvez agir contre elle en justice, faute de lien de droit entre elle et vous. Mais vous pouvez toujours tenter auprès d'elle une démarche amiable et il est bien probable qu'elle vous payerait spontanément, si sa responsabilité était engagée.

3509. — Accident ou maladie professionnelle.

J'ai une fois de plus recours à votre obligeance pour vouloir bien m'éclairer au sujet du cas suivant. J'ai soigné un ouvrier maçon pour dermatose due à l'emploi de ciment, j'ai donné un certificat constatant la lésion et son origine, l'ouvrier se voit contester et refuser le règlement de son demi-salaire et vraisemblablement ma note d'honoraires subira le même sort. J'ai cependant soigné d'autres cas semblables et les compagnies d'assurances n'ont jamais élevé la moindre objection au sujet des règlements de compte. Je serais très heureux de savoir quelles sont les voies de recours que possède

l'ouvrier (et moi-même) pour se faire régler son compte.

Vous avez répondu à une question de ce genre dans le numéro du *Concours* en date du 2 octobre 1927. Dois-je m'y reporter ?

Dr B.

Réponse.

La solution de la question qui fait l'objet de votre lettre doit, en effet, être cherchée dans l'application des principes indiqués dans notre réponse parue le 2 octobre.

S'il s'agit d'une affection provenant d'une cause soudaine et violente, il y a accident du travail garanti par la loi.

Si, au contraire, la dermatose a été causée par un frottement continu, c'est une maladie professionnelle, non garantie et alors, le patron n'est pas responsable et c'est à votre client, le blessé, que vous pouvez vous adresser pour le paiement de vos honoraires.

Si le doute existe, le blessé peut citer son patron devant le juge de paix du lieu de l'accident contesté, qui pourra désigner un expert pour l'éclairer.

Honoraires de droit commun.

3390. — Recouvrement d'honoraires. Production des livres.

Je vais poursuivre en justice de paix un de mes clients qui fait des difficultés au sujet d'une note relative à un accident de droit commun, s'élevant à 750 francs.

Mon client conteste le nombre des visites réclamées, et le tarif auquel j'ai calculé mes honoraires.

Le juge de paix a donné à mon encaisseur le permis de citer. Mais avant d'assigner mon client je vais faire tarifer et approuver ma note d'honoraires par le président de notre Syndicat professionnel. Pensez-vous que cela soit important ?

D'autre part, estimez-vous que, sous peine d'avoir moins de chance de gagner mon procès, il soit bon de produire mes livres en justice. C'est assez délicat, car ces livres contiennent de nombreuses indications confidentielles relatives à mes clients. Et si mes livres devaient être déposés au greffe et joints au dossier, je ne pourrais y consentir.

Dr P.

Réponse.

Si vos livres contiennent des indications confidentielles relatives à vos clients, vous ne pouvez les produire en justice sans vous exposer à violer le secret professionnel, même au cas où ils ne seraient soumis qu'à des juges ou des experts eux-mêmes tenus au secret. Pour pouvoir les produire, il faudrait que vous puissiez masquer d'une façon quelconque tout ce qui n'a pas trait à votre débiteur et encore qu'il ne soit fait sur votre livre aucune allusion au diagnostic de sa maladie.

D'une façon générale, les Tribunaux se réservent le droit de taxer les honoraires médicaux et de réduire les demandes des médecins s'ils les trouvent trop élevées. Ils ne se considèrent même pas comme liés par les tarifs syndicaux. Néanmoins, il est évident que les tarifs syndicaux peuvent leur servir de base d'appréciation et qu'une note visée par le Président de votre Syndicat a les plus grandes chances d'être admise.

Assistance publique.

3545. — Hospitalisation d'un indigent.

Un tuberculeux vient d'arriver à C., venant de Paris : il a complètement quitté la capitale ayant emmené ici ses meubles. Il n'a pas les moyens de se soigner, et ne peut entrer dans un sanatorium vu l'état trop avancé de ses lésions. Il y a à peine 15 jours qu'il est à C. : la femme ne peut rester inactive ayant besoin de travailler pour vivre, mais elle ne peut quitter son mari, alors que faire ? Le malade veut bien entrer dans un hôpital, mais comment ? et où peut-il aller ? Pour être inscrit sur la liste d'assistance médicale gratuite à C. il lui faut un séjour d'un an.

Vous seriez donc bien aimable de me dire quelle est la marche à suivre pour qu'il soit admis dans un hôpital et dans quel hôpital ? Il est évident qu'ayant définitivement quitté Paris, il pense être hospitalisé dans le département de sa nouvelle résidence.

Dr M.

Réponse.

Aux termes de l'article 1er de la loi du 7 août 1851 sur les hôpitaux et hospices, lorsqu'un individu, privé de ressources, tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission dans l'hôpital existant dans cette commune.

Le malade auquel vous vous intéressez doit donc être admis à l'hôpital de C. ou à l'hôpital qui reçoit les malades privés de ressources de la commune de C., s'il doit être hospitalisé et est privé de ressources.

D'autre part, l'article 25, paragraphe 2 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, modifié par la loi du 1er août 1919, dispose que lorsqu'un hôpital a admis, en exécution de l'article 1er de la loi du 7 août 1851, un malade privé de ressources, n'ayant pas son domicile de secours dans la commune qui est le siège de cet établissement hospitalier, les frais d'entretien lui seront remboursés par le département, conformément à l'article 21 de la même loi du 15 juillet 1893.

Le département peut lui-même, d'après ce dernier article, exercer son recours contre qui de droit, notamment contre le département où l'hospitalisé a son domicile de secours.

En l'espèce, le département de la Seine devrait donc, en définitive, supporter la charge de l'hospitalisation de l'assisté, qui y a encore son domicile de secours, puisqu'il n'en a pas encore acquis d'autre dans le département où il habite actuellement.

Fiscalité.

3449. — Déductions et amortissements.

Je serais heureux d'avoir votre avis sur les points suivants :

1° Le receveur me conteste le droit de porter en déduction de mes dépenses professionnelles l'amortissement de mon auto, augmenté de l'intérêt du capital d'achat ; suis-je fondé à réclamer ?

2° Sur quoi se base le receveur pour dire que l'amortissement se fait en 6 ans ?

3° Il est certain que je n'ai pas de chauffeur, mais m'inspirant d'une étude faite par le Dr Bommier, et parue dans la *Quinzaine médicale*, j'avais cru pouvoir tenir compte des frais de conduite, calculés ainsi: 12.000 kil. par an, à l'allure moyenne de 30 kil. à l'heure, soit 400 heures de travail, à 5 fr. l'heure = 2.000 fr. « Qui marche travaille » ; c'est un principe ouvrier qu'on ne peut passer sous silence, car on pourrait s'en faire une arme contre le tarif kilométrique.

Et si je n'ai pas de chauffeur, c'est pour moi une fatigue supplémentaire dont il doit m'être tenu compte ce me semble !

4° Le loyer du cabinet médical doit-il être calculé au 1/4 comme le veut le receveur.

5° Le téléphone ? les réclamations du receveur me semblent justifiées.

6° Si, malgré tout, la somme de mes revenus reste fixée à 18.315 fr., combien serai-je imposé ? Je suis marié et père de 3 enfants vivants.

Dr X.

Réponse.

1° L'intérêt du prix d'achat d'une automobile n'est pas déductible, il ne représente pas une dépense effective ;

2° L'amortissement en 5 ans est généralement admis ;

3° Les frais de conduite ne sont pas déductibles, ils ne représentent pas une dépense effective ;

4° La fraction de loyer à attribuer au cabinet médical doit correspondre à l'importance de ce dernier par rapport à l'ensemble des locaux faisant l'objet de la location. C'est là une pure question de fait ;

5° L'observation du contrôleur est exacte ;

6° L'impôt cédulaire sur un bénéfice de 18.315 fr. atteindra 412 fr. 02 ; vous ne serez pas assujetti à l'impôt général sur le revenu puisqu'en raison de votre situation de famille vous avez droit à 19.000 francs d'abattements.

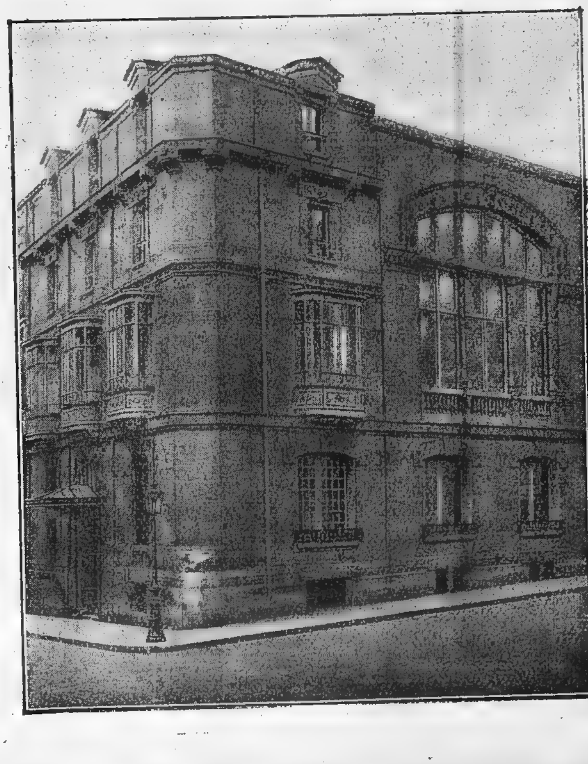
A. M.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 2896-IV)



(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs Pansier, d'Herblay et Bodin, d'Onzain, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 609. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 610. — Dans villa ensoleillée. particul. prendr. en pension enfant faible, vie de famille, bons soins, si besoin instruct. assurée. Lemoine, Brise-des-Pins, Régue Blanque à Arcachon.

No 611. — Cab. méd. de 31 ans, médec. générale, Paris XVe, à céd. pour rais. de santé. Gr. appart., petit loyer, cond. avantageuses.

No 612. — Méd. franç. marié recherche collaboration de six mois à deux ans avec conf. âgé ou malade en vue success., Sud-Est ou Sud-Ouest, France, Algérie, Tunisie ou Maroc.

No 613. — Est. Cab. d'ophtalmol. en ville, peu de concurrence, avec clin. installée, 6 lits, affaires 86.000, en augm, Possib. faire oto-rhino. Loyer total 15.000. A céder 130.000 dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 614. — Etablis. climatiques enfants à céder ou à louer. Aff. 750.000, plusieurs villas, vastes dépendances, S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 615. — A céder *Presse Médicale* 1922, 1923, 1924 reliés, 1925 non relié. S'adr. Dr Rosenblat, 23, rue de Vincennes, à Bagnolet (Seine).



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpital Broussais, 96, rue Didot.** *Enseignement clinique médical.* — M. le Dr H. Dufour fera, tous les vendredis à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

1re conférence le vendredi 18 novembre 1927.

— **Clinique médicale des Enfants** (hôpital des Enfants Malades). — M. le professeur Nobécourt a commencé ses leçons le 3 novembre.

— **Enseignement médical des hôpitaux.** — Le dimanche 13 novembre, à 10 h., à l'amphithéâtre de l'assistance publique (rue des Saints-Pères, angle du boulevard Saint-Germain), conférence de M. Siredey, sur le *traitement des métrites, en dehors de la blennorrhagie.*

— **Hôpital de la Pitié.** — M. Laignel-Lavastine, agrégé, chargé de cours de clinique, commencera ses leçons le 23 novembre à 11 h., et les continuera les mercredis suivants, même heure. *Objet du cours* : Biologie différentielle appliquée à la clinique humaine. Le mardi, à 10 h., consultation de neurologie. Le samedi, à 10 h., examens endocrino-sympathologiques (M. Largeau).

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'externat.* — Le jury est définitivement composé de MM. Marchal, Fey, Braine, Jacob, Etienne Bernard, Marquézy, Petit-Dutaillis, Richard.

— **Lyon.** *Bal de l'internat.* — Le bal de l'internat des hôpitaux de Lyon aura lieu le samedi 3 décembre dans les salons du Palace-Hôtel, place Jules-Ferry.

— **Médecins candidats à l'Académie française.** — Parmi les candidats au fauteuil laissé libre à l'Académie française par le décès de M. Jonnart, on cite les noms du professeur J.-L. Faure, et du Dr Maurice de Fleury.

— **Nancy.** *Hommage au professeur P. Simon.* — Un groupe d'élèves et de collègues du professeur Simon se proposent de lui remettre, à l'occasion de sa mise à la retraite, un souvenir artistique qui consistera en un portrait dû au crayon du maître Friant. A tout souscripteur d'une somme minima de 50 fr., il sera remis une reproduction de ce portrait. Les inscriptions sont reçues par M. Vigneul, 151, rue Jeanne-d'Arc, Nancy.

— **Paris.** *Hommage à un praticien.* — Le Conseil municipal de Paris, répondant à un vœu des habitants du quartier des Epinettes, vient de décider qu'un hommage serait rendu à la mémoire du Dr Vincent Heulin, médecin praticien, qui exerçait dans ce quartier, rue de Balagny, en donnant son nom à une rue du XVIIe arrondissement. Par arrêté

préfectoral du 31 août 1927, l'ancienne rue Trézel s'appellera maintenant : *rue du Docteur-Heulin.*

— **Hôpitaux d'Amiens.** *Concours d'internat en médecine et en pharmacie.* — Un concours pour l'internat en médecine et en pharmacie aura lieu à l'Hôtel-Dieu, le lundi 14 novembre, à 9 heures du matin, savoir ; médecine : un titulaire et 4 provisoires ; pharmacie : un titulaire et un provisoire. Pour inscription et renseignements, s'adresser au secrétariat de l'administration hospitalière, 127, rue de Beauvais.

— **Sénégal.** *Poste.* — La ville de Saint-Louis du Sénégal désirerait s'attacher un médecin municipal. Contrat de 2 ans, renouvelable. Solde à la colonie, 50.000 fr., plus logement, voyage payé. Ecrire, pour candidatures, à M. le Lieutenant-Gouverneur du Sénégal, à Saint-Louis.

A TRAVERS L'OFFICIEL

19 *octobre.*

Service de santé militaire.

Décret du 13 octobre 1927 fixant la date de nomination au grade d'aide-major de 2e classe des élèves du service de santé admis à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Art. 1er. — Le premier alinéa de l'article 18 du décret du 7 mai 1908 portant organisation de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales est remplacé par le suivant :

« L'école d'application du service de santé des troupes coloniales reçoit :

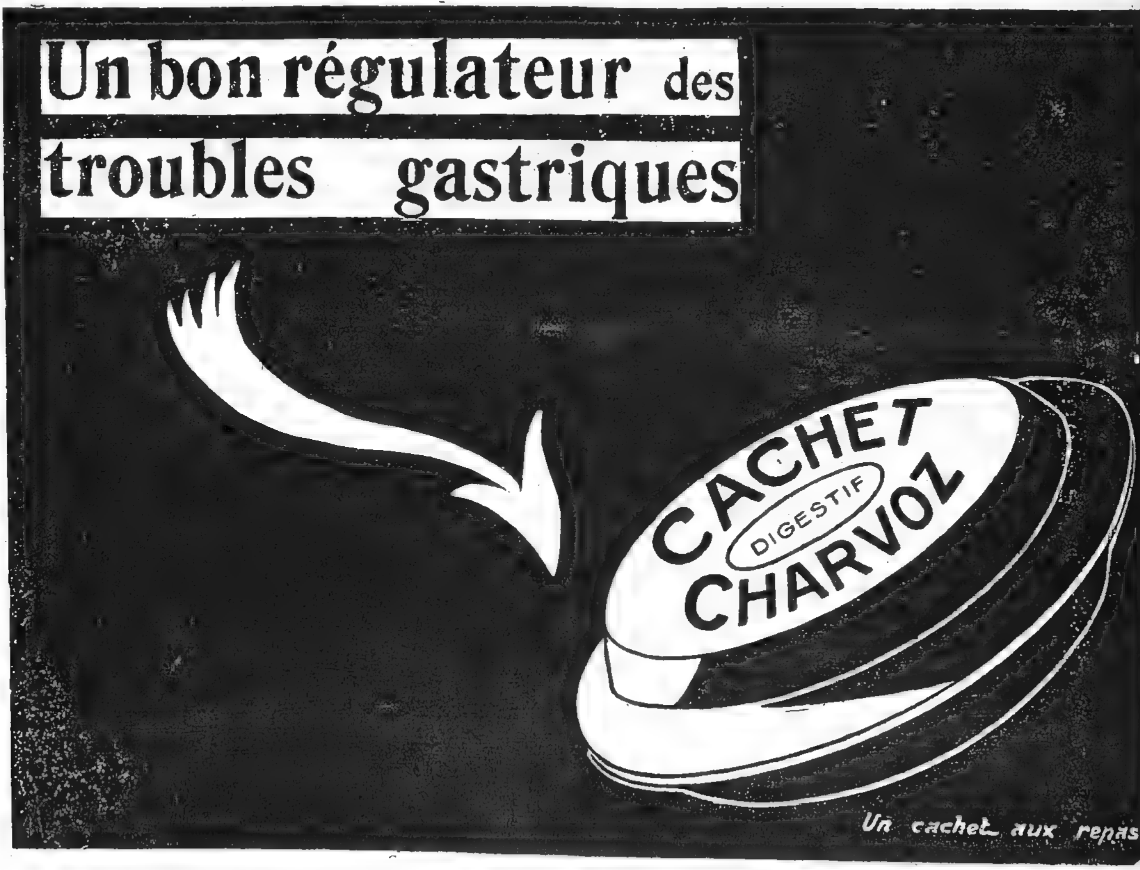
« 1o Les élèves provenant de l'école du service de santé militaire, « section médecine-troupes coloniales », reçus docteurs en médecine ;

« 2o Les élèves provenant de l'école principale du service de santé de la marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de 1re classe, et versés dans les troupes coloniales ;

« 3o Les jeunes gens admis à la suite du concours prévu par l'article 3 du décret du 21 juin 1906 (concours latéral).

« A. — Les premiers sont nommés, après l'obtention de leur diplôme, au grade de médecin aide-major de 2e classe de l'armée active des troupes coloniales, et à dater du jour fixé pour leur prise de service dans les fonctions de ce grade, ou, au plus tard, du 31 décembre de l'année du diplôme. Ils bénéficient d'une majoration d'ancienneté (sans rappel de solde) qui varie avec la date de nomination, et telle que leur ancienneté au 31 décembre de l'année où ils ont obtenu leur diplôme soit égale au temps minimum, diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine et de pharmacie exigées par les règlements universitaires pour l'ob-





tention du diplôme, à l'exclusion, pour les pharmaciens, de la durée du stage dans une officine.

« B. — Les élèves provenant de l'école principale du service de santé de la marine, qui ont obtenu le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe avant le 31 décembre, et qui sont versés à cette date dans le corps de santé des troupes coloniales, sont nommés au grade d'aide-major de 2e classe à compter du 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils ont obtenu leur diplôme, avec une majoration d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum diminué de deux ans des études d'enseignement supérieur près les facultés de médecine ou de pharmacie exigées par les règlements universitaires pour l'obtention du diplôme, à l'exclusion, pour les pharmaciens, de la durée du stage dans une officine.

« Ceux de même scolarité qui obtiennent leur diplôme postérieurement au 31 décembre et sont, en conséquence, versés dans les troupes coloniales postérieurement à cette date, sont nommés au grade d'aide-major de 2e classe dans les conditions prévues à l'alinéa A ci-dessus pour les élèves provenant de l'école du service de santé militaire. Ils n'entrent à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales que le 1er janvier de l'année suivant celle où ils ont obtenu leur diplôme.

« C. — Les docteurs en médecine et pharmaciens de 1re classe admis à la suite du concours prévu par l'article 3 du décret du 21 juin 1906 sont nommés au grade d'aide-major de 2e classe à compter du 31 décembre de l'année dudit concours, ils bénéficient des majorations d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, prévues à l'alinéa B ci-dessus pour les élèves provenant de l'école principale du service de santé de la marine qui ont obtenu leur diplôme avant le 31 décembre. »

Art. 2. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Enseignement de la médecine.

Un concours pour l'emploi de chef de travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon s'ouvrira au siège de ladite école le 26 janvier 1928.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

21 octobre.

Le concours annoncé par le *Journal officiel* du 11 septembre, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Tours, comme devant s'ouvrir le 6 avril 1928 s'ouvrira le 24 avril seulement.

23 octobre.

Un concours s'ouvrira le 12 juin 1928 devant la Faculté de Lyon pour l'emploi de professeur suppléant

des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale de l'école préparatoire de médecins et de pharmacie de Grenoble.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Examens d'Etat d'infirmiers et infirmières.

Arrêté ministériel du 18 octobre.

Art. 1er. — L'article 6 de l'arrêté du 15 juin fixant les conditions d'admission à l'examen d'Etat d'infirmiers, d'infirmières, de masseurs, etc., et notations des différentes catégories d'examen d'Etat, est complété comme suit :

A. — *Epreuves pratiques.*

Toute élève ayant obtenu pour une épreuve pratique une note inférieure à 5 points ne pourra être autorisée à continuer les épreuves de l'examen d'Etat d'infirmière hospitalière.

B. — *Epreuves écrites.*

Au gré des examinateurs, les épreuves écrites peuvent être effectuées avant les épreuves pratiques, sans impliquer de ce fait l'admissibilité.

Art. 2. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Des sessions d'examen d'Etat ont été ouvertes.

A Paris, pour les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose en octobre ;

A Dijon, pour les infirmières hospitalières, en octobre ;

A Reims, pour les infirmières hospitalières, en novembre ;

A Marseille, pour les infirmières hospitalières, en décembre ;

A Marseille, pour les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance, en novembre.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

I

Sérum purifié et sérum non purifié.

Au cours du traitement d'une diphtérie maligne, il peut arriver que les quantités de sérum antidiphtérique à injecter dévalisent la provision du pharmacien local et qu'il nous soit fourni du sérum antidiphtérique simple alors que nous avions commencé à utiliser, pour ce même cas de diphtérie, du sérum antidiphtérique purifié ou vice versa :

1° Est-ce que cette alternance immédiate, POUR UN MÊME CAS, d'injection de sérum purifié et de sérum simple, ne donne pas un risque *supplémentaire* d'accidents sériques ou d'accidents de choc quelconque ;

2° Est-ce que, pour éviter une piqûre supplémen-

taire, on est autorisé à mélanger, dans la même seringue de Roux, une ampoule de sérum simple avec une ampoule de sérum purifié ; à supposer évidemment que ces deux ampoules dissemblables constituent tout ce que l'on possède pour l'instant. Ne risque-t-on pas ainsi un choc sérique ? (Ne pas oublier que nous sommes à la campagne, loin de tout).

3° A titre documentaire, n'avez-vous pas remarqué que le sérum simple est certainement plus efficace que le sérum purifié ? Dr G.

Réponse.

1° Il n'y a aucun inconvénient à injecter simultanément du sérum antidiphtérique non purifié et du sérum purifié.

Aucun choc supplémentaire n'est à craindre ;

2° Il est évident qu'en mélangeant les deux sérums, on augmente la possibilité d'accidents sériques (qui existe même avec le sérum purifié) et cela dans la proportion du sérum non purifié injecté.

3° Il n'est pas douteux que le sérum purifié soit légèrement moins actif que le sérum non purifié, dans le traitement des diphtéries malignes.

Dr G. Blechmann.

II

Emploi du sérum anti-diphtérique.

Pourriez-vous demander à votre rédacteur médical quel est le délai d'utilisation d'une ampoule de sérum antidiphtérique ouverte, mais mise à l'abri des poussières sous une cloche ?

C'est-à-dire : il m'arrive que l'on vient quelquefois me chercher après-dîner, pour un enfant atteint d'angine suspecte. Je lui fais le Besredka : 1 cc. de sérum antidiphtérique séance tenante. Et le lendemain matin, je lui termine l'injection de la même ampoule que la veille.

Mais j'ai soin de placer cette ampoule ouverte sous la cloche d'un verre de table, avec un tampon d'éther sous la même cloche, et dans une pièce froide pour toute la nuit. Cette ampoule ne reste donc ouverte que 12 à 15 heures, avec les précautions de préservation que je vous indique.

Dr G.

Réponse.

Nous avons communiqué cette lettre à notre éminent collaborateur, M. le Dr Vaudremer, *qui a fait la réponse suivante :*

La pratique de votre correspondant est mauvaise. Il court un risque en procédant comme il le fait. Un flacon de sérum antidiphtérique ouvert doit être utilisé immédiatement.

CORRESPONDANCE

Soins aux pensionnés de guerre

La limitation du droit de prescrire pour le médecin est-elle légale ?

Le *Concours médical* a publié, au début de septembre, un arrêté du Ministre des Pensions, en date du 22 août 1927, dans lequel je lis ceci :

« Ne peuvent être remboursés au titre de l'article 64 les produits suivants, qu'*il est interdit aux médecins de prescrire et aux pharmaciens de délivrer au titre dudit article...* »

Je voudrais bien savoir en vertu de quel pouvoir les ministres s'arrogent le droit d'interdire aux médecins de prescrire, à leurs malades, les médicaments, qui paraissent être les plus aptes à provoquer une guérison rapide et certaine ?

Si je me le rappelle bien, l'article 64 de la loi sur les pensionnés de guerre, ne comporte aucune restriction. « L'Etat doit à tous les militaires et marins, bénéficiaires de la présente loi, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure, ou la maladie, contractée ou aggravée en service, et qui a motivé la pension. »

Et plus loin, je lis encore, dans le même article 64 : « les frais des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'Etat. »

Donc, le Parlement n'a apporté aucune limitation au droit qu'a chaque docteur, de soigner son malade, le mieux possible avec toutes les découvertes de la science médicale et pharmaceutique.

Existe-t-il une loi postérieure, qui aurait modifié cet article 64 ? ou bien les délégués du Corps médical, pour l'organisation du service médical et des tarifs ont-ils perdu de vue notre droit absolu de prescription ?

Ceci a, je crois, son importance, au moment où la loi sur les assurances sociales va tenter de réglementer notre profession.

Dr B.

Réponse.

Cette question est à l'étude auprès de nos avocats-conseils, car, ainsi que vous le faites justement remarquer, seule une loi peut venir restreindre le droit absolu de prescription, que le docteur en médecine tient de la loi du 30 novembre 1892.

Mais, l'avis juridique, qui est demandé à nos avocats, est le suivant : l'arrêté en question viole-t-il les droits du médecin, ou ceux des bénéficiaires de la loi de 1919, sur les pensions ?

On peut toujours venir prétendre que le praticien est libre d'ordonner tout ce que bon lui semble, pour guérir son malade, pensionné de guerre, mais ce dernier ne sera remboursé de ses

Voir la suite page LV-2949

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

20 NOVEMBRE 1927

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le **DIMANCHE 20 NOVEMBRE 1927**, chez MARGUERY, 34, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

I. — *A trois heures.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Allocution du président ;

2° Rapport du secrétaire général ;

3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1926 ;

4° Rapport des commissaires aux comptes ;

5° Approbation des comptes de l'exercice 1926 ;

6° Election pour six années de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de Mlle Hamilton, *vice-présidente* ; MM. Mignon H., *secrétaire général* ; L. Gassot, *trésorier-adjoint* ; Duchesne et Mazeroux, membres sortants et rééligibles.

7° Election pour deux années de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Arago, Haton et Leulier, sortants et non rééligibles ;

8° Nomination de quatre membres du conseil d'arbitrage.

II. — *A quatre heures et demie.*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du secrétaire général ;

2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1926 ;

3° Rapport des contrôleurs ;

4° Approbation des comptes de l'exercice 1926 ;

5° Fixation de la cotisation et du maximum de la garantie ;

6° Nomination de cinq membres du Conseil en remplacement de MM. Decourt, *vice-président* ; Gassot, *trésorier*, Noir, Fischer et Pamart, sortants et rééligibles ;

7° Nomination de deux contrôleurs ;

III. — *A cinq heures.*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;

2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1926 ;

3° Approbation des comptes ;

4° Questions traitées.

IV. — *A sept heures précises.*

DINER. — (Souscription 50 fr. Le complément sera payé par la Caisse de la Société d'Etudes).

A dix heures.

BAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE.

Les familles des membres et amis du *Concours médical* et de ses Filiales sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Dîner.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Dîner sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 17 *novembre*, aux bureaux du *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris, 9e.

PROPOS DU JOUR

Quelques réflexions personnelles à propos de la dernière Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine.

A l'Assemblée générale du 23 octobre du Syndicat des médecins de la Seine qui compte, d'après le rapport du secrétaire général, 1.550 adhérents, par 181 contre 82 voix sur 308 présents, a été votée la démission du S. M. S. de l'Union des Syndicats médicaux de France et son adhésion à la Fédération nationale des Syndicats médicaux. Nous regrettons personnellement cette décision. A notre avis, le S. M. S. avait un autre rôle à jouer que celui de sortir de l'Union en faisant claquer les portes; il devait et il pouvait rétablir l'unité du corps médical en réalisant le Congrès des Syndicats médicaux, Congrès qu'il avait proposé et dont il avait abandonné le projet en interprétant fâcheusement une circulaire du secrétaire général de l'Union d'ordre purement intérieur.

Le Dr Cibrie, pour enlever le vote de l'Assemblée a prononcé au nom de la majorité du Conseil, un réquisitoire contre l'Union et son secrétaire général qu'il accuse de dictature. Ce réquisitoire ne manquait ni d'éloquence, ni d'habileté.

Le Dr Jayle, président du Syndicat, qui avait cédé le fauteuil au vice-président, le Dr Quidet, pour pouvoir avec plus de liberté intervenir dans les débats, lui a répliqué, au nom de la minorité du Conseil, par une argumentation serrée, démontrant que ce que l'on a appelé la carence de l'Union, lors de la discussion au Sénat de la loi des assurances sociales, était une légende, que le secrétaire général, aujourd'hui malade, avait fait au moins *dix* démarches auprès du rapporteur et de la Commission, remplissant ponctuellement les mandats qu'il avait reçus. Et à l'appui de ces affirmations, le Dr Jayle a cité des dates et des documents. Puis a suivi la longue théorie de dix-huit orateurs inscrits. Ces derniers n'apprirent rien à l'Assemblée, sinon que beaucoup de gens éprouvent le besoin de parler pour ne rien dire ou de ressasser ce que d'autres ont dit ou écrit beaucoup plus clairement avant eux. Il y eut des violences de langage qui prouvent que la bonne éducation et la courtoisie ne font guère partie du bagage de la médecine traditionnelle. Les vociférations épileptoïdes d'un nombre important des assistants empêchèrent d'entendre la plupart des orateurs. Singulière manière de défendre une profession *libérale* que de ne pouvoir laisser exposer une opinion qui n'est pas la vôtre et de remplacer les arguments par des injures et des hurlements.

Comme l'on reprochait à l'Union de conduire la médecine à la fonctionnarisation syndicaliste, un assistant, le Dr Moulin, posa la question à laquelle il ne fut pas répondu : Préférez-vous être les fonctionnaires de l'Etat ou les fonctionnaires du Syndicat ? Ce fut à notre avis la seule question sensée posée à l'Assemblée. Mais personne n'était capable d'y répondre.

M. Cibrie a affirmé que son but était d'affaiblir l'Union et de renforcer la Fédération, dans l'espoir de faciliter l'unification du corps médical. Si son désir est sincère, comme nous le croyons, nous souhaitons de le voir triompher, mais il nous permettra de douter que cette méthode soit la plus facilement réalisable.

Il y eut quelques constatations attristantes que beaucoup, comme nous, ont pu faire.

D'abord il est pénible d'entendre des confrères qui, sans doute, prêtent à leurs adversaires leurs propres sentiments, parler des intérêts personnels et des sinécures que remplissent ceux qui s'occupent des intérêts de l'Union ou ne pensent pas exactement comme eux. Ces insinuations deviennent odieuses quand on pense que le secrétaire général de l'Union, cloué au lit par le surmenage qu'il s'est imposé, a rempli, tant au secrétariat qu'à la Commission supérieure des soins gratuits aux pensionnés de guerre, une tâche accablante que bien peu de confrères seraient capables de soutenir. Il est, parmi ses adversaires et non parmi les moindres, des hommes de cœur qui sont les premiers à reconnaître ses efforts et les services qu'il a rendus, tout en ne partageant pas ses conceptions en syndicalisme et n'approuvant pas son action présente.

Il est ensuite singulier de voir, dans nos réunions syndicales, opposer le péril maçonnique de l'Union au péril clérical de la Fédération ; d'autant plus que chacun sait qu'il y a dans le Conseil de l'Union de bons et de sincères catholiques, et que certains francs-maçons notoires ne sont pas les derniers à soutenir la Fédération. Quand laisserons -nous aux politiciens ces

méthodes de discussion ? Qu'est devenue la tolérance qui doit être la première qualité d'une profession libérale qui se respecte ?

Pour notre part, nous regrettons le rejet de l'inscription dans la loi « de la liberté contractuelle », elle ne s'oppose pas, comme l'a fait ressortir très clairement Lafontaine, à la réalisation de l' « entente directe » et elle permettrait, dans le cas où l'application de cette dernière donnerait lieu aux sérieux mécomptes que nous prévoyons, de pouvoir chercher et trouver autre chose.

L'intransigeance de ceux qui veulent à tout prix faire inscrire dans la loi l'obligation de l'*entente directe*, nous mènera, nous le craignons, à un échec complet, devant le Parlement. Nous savons que nous jouons ici le rôle de Cassandre qui n'est guère populaire, mais nous croyons devoir le remplir, tout en souhaitant ne pas voir réaliser nos tristes prédictions.

Ceux qui, au S. M. S., sont convaincus de la force du corps médical parisien, n'ont-ils pas remarqué, outre le nombre relativement infime des présents et des votants, l'absence presque totale de jeunes médecins à une Assemblée générale où se débattaient leurs intérêts les plus importants ? Ce ne sont pas MM. Cibrie, Jayle, Fanton d'Andon, Lenglet (encore moins nous-même) qui subiront les conséquences des assurances sociales, qui ne donneront guère leur plein effet avant dix ans ; ce sont les médecins qui ont entre 25 ans et 40 ans, et ce sont ceux-là qui réservent leur opinion et voient venir. Les membres du S. M. S. réfléchissent-ils à la transformation constante de la mentalité médicale ? Dans 10 ans d'ici, un millier de jeunes médecins nouveaux seront installés dans la région parisienne, et vraisemblablement, ils n'auront qu'un très relatif respect de la médecine traditionnelle dont tout le monde parle sans pouvoir bien exactement la définir. Nous avons ici, il y a quelques semaines, montré avec des faits ce qu'il fallait penser de cette saine tradition.

Hélas ! le monde et les sociétés évoluent et malheur à ceux qui ne savent pas s'adapter aux transformations contre lesquelles ils ne peuvent rien ! Nous renouvellerons une comparaison qui dépeint assez exactement notre situation. Nous sommes embarqués sur un esquif fragile qu'entraîne avec une rapidité vertigineuse le courant d'un grand fleuve dont nous apercevons à peine les rives. Nous ne pouvons songer à remonter le courant, la moindre résistance nous ferait engloutir. Il est tout aussi dangereux de se laisser entraîner par lui, nous irions nous briser contre le premier obstacle. Le seul parti sage est de tâcher de nous guider, de nous rapprocher peu à peu d'une rive et d'attendre l'occasion qui nous permettra d'atterrir sans danger.

L'exercice de la médecine évolue terriblement, surtout dans les grandes cités. A Paris, l'hôpital est devenu et devient de plus en plus une vaste maison de santé, surtout pour les gens aisés, malgré les protestations de nos Syndicats qui, depuis trente -cinq ans, ont accumulé en vain les rapports et les démarches. Il y a beau temps que le praticien ne fait plus de chirurgie, et qui demanderait actuellement qu'une opération tant soit peu sérieuse fût faite à domicile, ce qui était la règle il y a 50 ans ? Les femmes ne s'accouchent plus à domicile depuis la guerre ; les personnes besogneuses ou médiocrement aisées vont aux Maternités et celles qui sont plus riches, poussées par la crise du personnel domestique et un souci légitime de leur sécurité, vont faire leurs couches dans des Maisons de santé spéciales qui se multiplient tous les jours. Dans quelques années, la nécessité d'utiliser constamment les laboratoires, la radiographie, la radiothérapie, les sérothérapies diverses, de faire intervenir à tous moments des médecins spécialisés, rendra dans tous les cas sérieux le traitement des malades à domicile pratiquement impossible.

A une époque que, sans doute, nous ne verrons pas nous-même, mais qui ne sera pas néanmoins très éloignée, les médecins, nos successeurs, seront scandalisés en lisant qu'en 1927, l'on soignait à Paris les typhiques, les tuberculeux, les diphtériques, les rougeoleux, les coquelucheux, les scarlatineux, les pneumoniques et autres contagieux dans leur propre famille. S'il en est de curieux qui exhument nos discussions actuelles, ils hausseront les épaules et se demanderont ce que pouvait signifier toute notre phraséologie : Entente directe, tiers payant, liberté contractuelle, médecine traditionnelle. L'exercice de la médecine sera autrement organisé par la force des choses, par les progrès de la technique aussi bien que par la rapidité et la sécurité des transports : nous ne parlons même plus d'évolution sociale. Mais il est à craindre que le médecin, ayant refusé d'organiser lui-même sa profession (ce que nous lui demandons en vain de tenter depuis 25 ans), ne soit obligé de subir une organisation qui lui sera imposée par d'autres. Il y aura une période de transition qui sera vraisemblablement cruelle pour quelques générations. Puis, le corps médical s'habituera à des conditions d'existence nou-

velles, changera de mentalité et ne comprendra plus, quand on lui dira que jadis il comptait au premier rang des professions libérales. Puissions-nous nous tromper en faisant cette triste prophétie !

Nous ne poursuivons et ne poursuivrons jamais de nouvelles scissions, et si nous désirons la survie de l'Union, c'est que nous voulons éviter la disparition de son organisation matérielle, et que nous espérons arriver à reconstituer, avec elle et la Fédération, l'unité du Corps médical, par un Congrès des Syndicats dont nous accepterons d'avance les décisions, quelles qu'elles soient. Le nouveau groupement intersyndical devra à notre avis être dirigé par des hommes qui n'auront pas pris parti dans les polémiques récentes. A des situations nouvelles, des hommes nouveaux.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

Les consultations du samedi

Par M. le Pr Henri CLAUDE.

(Recueillies par le Dr Gilbert Robin, ancien chef de Clinique.)

Je vais vous montrer un MANIAQUE qui, au moment de sa période d'euphorie, fait un délire du type érotomaniaque. Il écrit à une femme, s'attache à elle et conçoit l'espoir que leurs relations platoniques vont devenir d'un autre ordre.

Il a déjà eu des accès antérieurs de manie avec idées ambitieuses, désordre des actes (dépenses exagérées).

Lors de sa troisième entrée, on croit à une hypomanie symptomatique de P.G. au début. Du reste, je ne le pense pas.

« Depuis un an, dit le malade, j'aime en silence Mme X., une femme universellement connue. Il ne faut pas en rire parce que j'en ai beaucoup souffert. J'ai passé des mois sans dormir. C'est une passion qui aurait pu me faire tomber dans l'hébètement. J'ai eu l'espoir que les X. divorceraient. Moi-même je me suis marié pour oublier, puis j'ai divorcé. Les dates, qu'importe ! Einstein a dit que ça n'existait pas les dates. Ce qui est méritoire, c'est ma douleur. L'homme est un apprenti, a dit Maurras. J'ai pensé à la fin à m'étourdir et à travailler, j'ai cotoyé tous les vices les plus abjects, j'ai cherché des personnes ressemblant à cette femme. Je les ai possédées et je pensais à ma passion. Mais ma passion m'ébouillantait. Je dus aller dans les asiles d'aliénés et pensant que celle que j'aime pourrait me mépriser si elle connaissait mes internements, j'ai résolu de m'élever. Mon idéal me poursuit ; je vais donc travailler. J'ai appris les langues orientales que connaissait M. X. afin d'être son égal et de pouvoir plaire à sa femme. Dans l'intervalle j'ai trouvé une femme ressemblant à X. J'ai appris l'arabe, influencé par l'hypnotisme. J'ai appris que Mme X. a divorcé. J'ai aussi tout appris, la musique, la poésie afin de me présenter comme mari à ma bien-aimée. Mais il y avait une autre femme, une veuve avec laquelle je me promenais. En sa présence, j'étais absent, lointain. Je pensais à X. Et ennuyé de m'être engagé avec cette veuve, désolé de la tromper même en rêve, je me suis dit : « Rentrons dans l'asile d'aliénés. C'est un couvent où l'on peut méditer. » Je vais écrire une lettre folle à la veuve qui croira à un fou, et ne voudra plus de moi. La route sera libre pour mon amour pour X.

Suit un plaidoyer en faveur des « pauvres fous ». Le ton est déclamatoire, emphatique. Il donne des conseils aux médecins qui l'entourent.

Il est Dieu, notre Père à tous. Son sans-gêne est extraordinaire. Il s'assied à mon bureau, me donne des conseils, boit mon verre d'eau : « Dieu a bien le droit de boire, dit-il. »

Cet homme qui est dessinateur s'est toujours bien comporté entre les phases d'excitation hypomaniaque. Quant à la P.G. qu'on a crue sous-jacente, la P.L. a montré qu'il n'en était pas question. Il est quelquefois difficile de faire un diagnostic de P.G. quand il s'agit d'un intermittent habituel, d'autant plus que les signes physiques peuvent manquer.

Remarquons qu'à mesure que la conversation se prolonge on voit ce qui n'était qu'une fuite

d'idées devenir légère incohérence avec agressivité, résistance forcenée et aveugle, inaccessible au raisonnement ? De sorte qu'avec la dysarthrie due à l'exaltation, nous avons quelques éléments psychiques qui permettront de penser à un début de P.G. dont le caractère hypomaniaque est lié à la constitution cyclothymique du sujet, d'autant plus que chez des hypomaniaques la P.G. débute souvent par une crise à caractère maniaque.

***

Voici une jeune fille de 21 ans qui refuse de s'alimenter. On pourrait croire à une anorexie mentale sous l'influence, par exemple, ou d'idée fixe, ou de tendances mythomaniaques. Ici c'est autre chose.

Elle a été soignée l'hiver dernier pour une diphtérie. Sortant de l'hôpital, le résultat des examens était négatif. 15 jours après sa sortie elle se fait faire un prélèvement dans un autre hôpital, on trouve du Löffler et elle commence à s'inquiéter, se croit incurable, empoisonnée, tombe dans un état de dépression mélancolique entraînant comme symptôme principal le refus d'aliments.

Ce syndrome mélancolique se complique de tendances aux idées de négation, ce qui est rare chez une femme de cet âge. On a beaucoup de mal à la faire parler et c'est avec une grande patience que j'ai pu lui faire dire que son intestin est aplati, qu'elle n'a plus de poumons, qu'elle a l'intérieur rongé. Elle répète sans cesse à voix basse : « Je vais mourir, je vais mourir ».

Cette anorexie mentale qui, chez les mélancoliques, frappe surtout les personnes plus âgées, est intéressante en ce sens qu'elle est différente des anorexies habituelles des jeunes filles, lesquelles sont plus ou moins des psychasthéniques ou des émotives.

Chez cette jeune fille, rien ne faisait pressentir un tel accès sinon une hérédité chargée : son père a été interné plusieurs fois pour une mélancolie intermittente. Actuellement c'est un morose, un déprimé.

Vous voyez que la notion de l'hérédité s'impose ici. Ces anorexies sont graves. De telles malades peuvent finir par la cachexie, la tuberculose. Le pronostic est donc sérieux et il importe de ne pas traiter ces cas à la légère, de ne pas craindre de prendre des mesures énergiques.

***

Vous allez voir un cas d'asthénie à la fois physique et intellectuelle. Le moindre effort épuise cette femme. Tout est fatigue et cependant cette dame a été souvent traitée ici pour de l'excitation maniaque avec désordre des actes tel qu'elle doit être traitée.

Ce qui est curieux, c'est que le traitement que nous étudions ici très activement avec le Dr Tinel à base de fortes doses de gardénal, ainsi que de chlorure de calcium, d'extraits hépatiques, de peptone (thérapeutique des chocs) a empêché cette dame d'évoluer vers la crise d'excitation maniaque.

Ainsi, nous parvenons dans certains cas à briser cette périodicité si pénible pour l'existence des malades. Nos résultats sont intéressants mais je dois ajouter que ces recherches se poursuivent et que les résultats n'ont encore rien de définitif.

***

Voici une demoiselle âgée de 34 ans qui, parce qu'elle est inactive « se plaint du cerveau », croit qu'elle n'a plus sa pensée, et cela depuis 3 mois. Elle vient d'être opérée pour un fibrome avec dégénérescence kystique. Mais la menstruation est conservée. Et depuis cette intervention elle n'a plus de goût à rien. Il faut la stimuler pour tout, même pour la faire manger. Pendant un certain temps elle est restée sans pouvoir dormir.

« Depuis mon opération, dit-elle, je ne sais plus conduire ma vie. Je ne réfléchis plus, je ne sais plus réfléchir, plus penser. Je ne sais plus où j'en suis. Je ne peux plus m'intéresser à rien. Je ne sais rien demander, j'ai tout oublié. »

Je me demande vraiment si c'est un cas de dépression mélancolique tel qu'on en voit après les interventions chirurgicales, car je trouve un peu de raideur, une expression un peu figée, du tremblement même des doigts et le phénomène de la roue dentée. Les R.R. sont vifs. Elle n'a pas de troubles de la convergence, elle voit trouble, mais non double. Le regard est fixe, brillant.

Ne serait-ce donc pas un syndrome parkinsonien ? Je ne pourrais l'affirmer. Mais il y a lieu d'y penser et de l'examiner plus à fond dans ce sens. Il s'agirait aussi d'une mélancolie symptomatique d'encéphalite épidémique sans troubles initiaux bien nets de cette affection, ce qui se voit si fréquemment depuis que notre attention est attirée sur ce point.

CLINIQUE NEUROLOGIQUE

Sympathoses digestives.

D'après une leçon du Pr LAIGNEL-LAVASTINE.

J'ai montré que les sympathoses digestives relèvent d'un certain nombre de lois. C'est d'abord, la *loi de relative autonomie des fonctions diverses du sympathique.* Jusqu'ici, on admettait un parallélisme constant dans les modifications, l'exagération ou la diminution de la sécrétion, de la motilité et de la sensibilité gastriques comme Robin l'exposait dans sa description des dyspepsies hyperpeptique et hypopeptique.

Ce n'est pas exact pour un grand nombre de cas. De même l'antagonisme entre le vague et l'orthosympathique, que certaines constatations expérimentales ont établi, est mis souvent en défaut en clinique. Sans doute, on trouve parfois des syndromes où les fonctions sécrétoires, sensitives et motrices subissent toutes les trois des variations dans le même sens, mais très souvent il y a dissociation entre ces trois grandes fonctions digestives. Ainsi il n'est pas rare de voir des estomacs manifestement hyperkinétiques, qui en même temps ne sont pas douloureux, et dont la sécrétion est diminuée. Il n'est pas rare également d'observer des estomacs à sécrétion augmentée, être en même temps ptosés avec hypotonie. C'est que les facteurs modifiant ces trois fonctions sont extrêmement variés.

La deuxième loi est celle de MM. Courtade et Guyon, que ces auteurs ont établie par une série d'expériences faites dans le laboratoire de François Frank. Il n'y a pas antagonisme complet dans le fonctionnement du vague et de l'orthosympathique ; dans chacun d'eux est un mélange de fibres excitatrices et inhibitrices.

L'orthosympathique produit des changements lents de la tonicité et de la contraction des fibres circulaires; le vague, au contraire, détermine une contraction brusque des fibres longitudinales. Le fonctionnement du sympathique apparaît comme étant essentiellement un fonctionnement segmentaire, et au contraire, le fonctionnement du système vagal comme un fonctionnement expulsif.

La *loi de Bard* ou des centres antagonistes exerçant tour à tour des fonctions excitatrices ou inhibitrices suivant la phase du cycle fonctionnel considéré a été dégagée par l'auteur de l'étude des mouvements conjugués de la tête et des yeux. Il a étendu à tout le fonctionnement du système sympathique les constatations faites d'abord dans l'étude du rythme cardiaque.

(1) Leçon faite le 16 mars 1927 à l'hôpital de la Pitié, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

Cette loi a une grande importance, parce qu'elle nous permet d'envisager d'une manière physiologique beaucoup plus élevée tout le fonctionnement de la hiérarchie végétative. Nous avons ainsi l'explication de tous ces résultats, dits paradoxaux, qu'on observe en pharmacodynamie.

J'ai spécifié qu'on ne peut savoir d'avance le résultat de la réaction sympathique à tel ou tel agent qu'à la condition de connaître exactement l'état d'équilibre antérieur du système considéré (*règle de l'état antérieur*).

MM. Wertheimer et Latarget, approfondissant l'étude de l'innervation de l'estomac, ont montré l'insuffisance de l'ancienne division en innervation vagale et orthosympathique, et la nécessité d'établir des *hiérarchies segmentaires.* Ils ont été plus loin que Lengley, qui avait admis l'existence d'un système métasympathique (*système entérique*).

L'estomac a une innervation complexe, d'une part, générale extrinsèque, et d'autre part, autonome et segmentaire. On peut modifier les fonctions sécrétoires, kinétiques et sensitives dans un territoire déterminé. Il arrive qu'on obtient par inhibition même de parties antagonistes, comme le vague et l'orthosympathique, un résultat synthétique pareil. Enfin je termine par la *loi de Jackson.* Les manifestations d'hyperfonctionnement d'une organisation nerveuse périphérique ne sont que l'expression d'une diminution de fonctionnement des centres hiérarchiquement supérieurs.

Ces lois ont l'avantage de rattacher la pathologie digestive, dans toute la partie des perturbations de son fonctionnement régulateur, aux grandes lois de la physiologie générale.

Les *syndromes solaires* sont à la base des sympathoses digestives.

Le *syndrome solaire expérimental aigu d'excitation* se caractérise par une douleur violente au niveau de la région solaire pouvant entraîner une inhibition vagale telle que la mort s'ensuit, comme dans l'expérience de Goltz. Les autres manifestations, en dehors de la *solairalgie*, sont l'élévation de la pression artérielle, le ralentissement du pouls, l'augmentation du tonus des muscles de la paroi abdominale, que nous retrouvons en clinique dans la *colique de plomb* et dans la *crise gastrique tabétique.* Très souvent on retrouvera des bandes radiculaires dorsales d'hypo-esthésie, voire même d'anesthésie, comme je l'ai montré dans ma thèse. Dans ce cas, la crise

gastrique est fonction de l'excitation des origines des nerfs grands splanchniques (*radiculite*). On peut voir les mêmes crises sans tabes. C'est ce que les Lyonnais ont appelé la *gastro-radiculite*. Elle est le plus souvent d'origine syphilitique, mais pas toujours.

L'ablation du plexus solaire détermine un *syndrome solaire aigu de paralysie* caractérisé par l'abaissement de la pression artérielle, l'accélération du pouls, la diminution des urines, des vomissements, une diarrhée incoercible et sanglante. On arrive parfois à remonter l'animal par le sérum et l'adrénaline et le syndrome solaire de paralysie passe à l'état chronique, avec des alternatives de diarrhée et constipation. En clinique humaine, on retrouve ce syndrome dans la *dilatation aiguë de l'estomac post-opératoire*, dans l'*iléus paralytique* et dans les *péritonites suraiguës*. Le *syndrome solaire chronique* se retrouve dans l'*entéronévrose muco-membraneuse* avec toutes ses modalités cliniques. J'ai montré l'existence des réactions histologiques des ganglions solaires au cours des fièvres et particulièrement dans la fièvre typhoïde, expliquant ainsi l'apparition d'entéronévroses muco-membraneuses post-infectieuses.

Les *sympathoses digestives* sont *localisées* ou *diffuses*. Les premières sont d'abord les *sympathoses gastriques*, qui comprennent : les *syndromes de vagotonie gastrique* ; les syndromes d'*aérophagie*, coïncidant presque toujours avec la vagotonie ; l'aérophagie, augmentant la pression intrastomacale, retentit sur le cœur et détermine souvent de l'angoisse. Rentrent dans les sympathoses gastriques la *dilatation aiguë*, les *ptoses*, la *dyspepsie sensitivo-motrice de Mathieu*. Celle-ci est surtout à manifestation d'excitation de l'orthosympathique, avec épigastre douloureux, gonflement après les repas, narcolepsie, sensation de fatigue intense, angoisse, émotivité, rougeur de la face au moment des crises, refroidissement des extrémités. L'excitation de l'ortho-sympathique est démontrée par la sédation déterminée par l'ésérine ou mieux la génésérine.

Il y a très souvent un *syndrome de vagotonie locale, dans la région pylorique*, sur lequel a insisté M. Enriquez ; il a montré également l'importance de la *vagotonie appendiculaire*. M. Masson a trouvé des névromes dans certains appendices. Parmi les *sympathoses côliques*, celle du côlon droit est plus grave du fait de la stercorémie qu'elle entraîne ; le *syndrome de Lane*, qui répond à la ptose du transverse, avec coudure en canons de fusil des angles hépatique et splénique entraîne un réflexe vaso-constricteur des extrémités des membres et souvent de l'anxiété. Dans ces cas il y a presque toujours des périviscérites, des adhérences douloureuses, que la diathermie soulage souvent.

On observe des *sympathoses diffuses* au cours des affections organiques du tube digestif. Une femme russe de 45 ans me fut adressée comme névropathe parce qu'à la suite de gros déboires elle avait été prise de douleurs gastriques. Il m'a suffi de mettre la main sur le ventre de cette malade pour constater l'existence d'un gros cancer de la face antérieure de l'estomac. Souvent le *syndrome de l'entérocôlite muco-membraneuse est une manifestation camouflée de la tuberculose intestinale.*

L'*hypocondrie digestive* est classique depuis Molière. Quelquefois c'est une *expression viscérale de la psychose périodique*, de la mélancolie intermittente, dont Ballet a montré qu'il y a des formes monosymptomatiques. Sous l'influence d'un ennui, ou d'une fatigue, la tension psychique diminue. Alors la cénesthésie prend dans le champ de la conscience claire une place plus importante. On peut distinguer des vagotoniques constitutionnels ou acquis. Les *vagotoniques acquis* sont redevables de leur hypocondrie digestive soit à une altération locale, comme l'a montré M. Enriquez, soit à une lésion endocrinienne d'origine infectieuse. L'autre grand groupe, ce sont les *réactions orthosympathiques des ptosiques*.

Il faut distinguer quatre cas différents. Souvent il y a un *parallélisme* très net entre les manifestations digestives et les manifestations psychiques et nerveuses. C'est le cas banal. Le deuxième est caractérisé par les *inter-réactions* réciproques. Les manifestations digestives retentissent sur le psychisme, lequel augmente la cénesthésie digestive.

Le troisième type, extrêmement important pour le psychiatre, offre le même parallélisme psycho-neuro-digestif, mais avec une *superstructure mentale secondaire* résultant soit d'une dépression aboutissant aux idées de destruction organique, et à l'apparition du syndrome de Cotard, soit aux idées délirantes par interprétation de perturbations cénesthésiques extrêmement pénibles, avec angoisse fréquente. Ces interprétations délirantes se voient surtout dans l'*aérocôlie*, les malades disant : j'ai des vers, des animaux, des plantes dans l'estomac. Les malades instruits exposent leurs théories sur la sympathicotonie et la vagotonie. Puis, le cercle vicieux recommence, comme dans tous ces états.

La dernière variété, très rare, mais que j'ai observée, c'est le cas d'*alternance*. Il s'agit généralement d'*obsédés*, qui, lorsqu'ils ont, du fait d'une perturbation digestive quelconque, une sympathose gastro-intestinale, sont délivrés de leurs obsessions. Au contraire *leurs obsessions reparaissent quand l'état digestif s'améliore.*

La synthèse de ces troubles est faite par les auteurs de deux manières différentes. Autrefois, c'était simplement une *synthèse dualiste*, celle que professait Jean-Charles Roux, avec Mathieu,

◆◆◆

et que Dejerine a exposée dans son chapitre des psychonévroses écrit en collaboration avec Gauckler. Les psychonévroses digestives seraient tout simplement la réaction sur la digestion d'une perturbation mentale. Les psychonévroses, pour Dejerine, étaient des syndromes nerveux psychogénétiques, définition contre laquelle je me suis toujours élevé. Mon maître Ballet, dans son remarquable petit volume sur l'*hygiène des neurasthéniques*, avait saisi l'importance de la diététique, de la physiothérapie, de l'hydrothérapie ; il avait soupçonné le rôle du sympathique comme intermédiaire entre les modifications mentales et les expressions viscérales. Nous devons chercher à apprécier le rôle respectif du vague et de l'orthosympathique dans les troubles observés.

Avec l'atropine nous paralysons le vague, par conséquent nous voyons s'il y a un *facteur d'excitation vagale*. Avec la génésérine, nous agissons sur l'orthosympathique. Le plus souvent on peut améliorer la sympathose, mais on ne fait pas tout disparaître, parce que le *facteur orthosympathique* est associé en proportion variable avec un *facteur psychique* et un *facteur local viscéral*. Il faut soigner d'une part le psychisme, d'autre part les manifestations locales, en troisième lieu les manifestations sympathiques.

LES OPIACÉS EN THÉRAPEUTIQUE INFANTILE (1)

Par le Dr Germain BLECHMANN,

Ancien chef de clinique à l'hospice des Enfants-Assistés

L'excommunication des opiacés en thérapeutique infantile n'est pas absolument justifiée : ils rendront de grands services, à la condition de les ordonner à doses prudentes.

On peut prescrire chez l'enfant : le sirop diacode, le sirop de morphine, la papavérine, le sirop de codéine, le laudanum, l'élixir parégorique, la poudre de Dower, le pantopon, le chlorhydrate de morphine.

Chacun de ces opiacés présente des indications qui varient avec l'âge de l'enfant et suivant les éventualités cliniques.

1° Chez le nourrisson.

(jusqu'à 30 mois) :

a) *Diarrhée commune de l'enfant au sein.* — Dès les premières semaines, on ajoutera du *sirop diacode*, à l'eau de chaux (dans une potion prise par cuillerées à café, avant les tétées).

Dans les 24 heures, 5 grammes de sirop diacode.

b) *Diarrhée grave de l'allaitement artificiel, entéro-colite dysentériforme.* — Dès l'âge de 5 à 6 mois, nous nous sommes bien trouvé d'administrer un lavement contenant une quantité minime de *laudanum* :

A 5 cuillers à café d'eau bouillie, nous ajoutons *une goutte* de laudanum (ce qui représente 1/5 de goutte par cuiller à café).

Pour un lavement de 150 grammes d'eau de guimauve, une cuiller à café de la solution-mère, soit 1/5 de goutte de laudanum.

Par le même procédé, on administrera 1/2 goutte à 1 goutte dans les 24 heures après l'âge d'un an.

c) *Diarrhée commune de l'enfant de 15 à 30 mois.* — Potion à l'acétyl-tanin, au bismuth, au benzo-naphtol, avec du *sirop diacode* à la dose de 5 grammes par jour et par année d'âge.

d) *Syndromes douloureux abdominaux.* — Il n'y a aucun inconvénient à verser sur un cataplasme ou sur un pansement ouaté humide, quelques gouttes de *laudanum*.

2° La seconde enfance.

a) *Bronchite aiguë.*, — Au benzoate de soude, laurier-cerise, au sirop de Desessartz, on associe le *sirop diacode* (5 grammes par jour et par année d'âge), le *sirop de codéine* à doses très prudentes (moins d'un gramme de sirop de codéine par jour et par année d'âge à partir de 3 ans).

b) *Broncho-pneumonies.* — Quand la toux est incessante et fatigue le petit malade, on pourra donner de très petites doses de *poudre de Dower*, à partir de l'âge de 3 ans, à la dose de 0,03 centigrammes par jour et par année d'âge.

c) *Asthme.* — Chez le petit asthmatique, ayant dépassé l'âge de 3 ou 4 ans, certains conseillent au cours d'une crise très violente, la *poudre de Dower*, aux mêmes doses que ci-dessus.

d) *Coqueluche.* — Les thérapeutiques les plus diverses ayant été proposées dans la coqueluche (comme dans l'asthme), on ne pouvait manquer de se risquer à l'emploi des opiacés. Les résultats obtenus sont inconstants.

Dans les hypercoqueluches avec quintes violentes et subintrantes, on peut être amené à faire des injections de *chlorhydrate de morphine* : 1/4 de milligramme par jour et par année d'âge (à partir de l'âge de 4 ans et *en deux fois*). C'est-à

(1) Cet article, paru dans *L'Hôpital* d'avril 1927 (B), est extrait du livre de M. R. PORAK, « Les opiacés », que vient d'éditer la librairie Doin.

Nous le reproduisons avec l'autorisation de l'auteur, notre ami Germain BLECHMANN, à qui nous exprimons tous nos remerciements.

dire que chez un enfant de 4 ans, on pourra pratiquer, dans les cas graves, deux injections quotidiennes d'un demi-milligramme de chlorhydrate de morphine.

La *papavérine*, qui agit sur les muscles lisses, mérite d'être essayée dans les coqueluches qui résistent aux thérapeutiques habituelles. Ce médicament sera prescrit à la dose de 0,01 centigramme par jour et par année d'âge.

e) *Croup.* — On a préconisé l'injection de *morphine* chez l'enfant atteint de croup pour préparer le tubage.

J'ai employé plusieurs fois cette méthode quand j'étais moniteur du Pavillon de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades (aux mêmes doses que ci-dessus), mais contrairement à ce que l'on a avancé, je n'ai jamais vu l'injection de morphine empêcher de recourir au tubage.

f) *Point de côté des congestions pleuro-pulmonaires.* — On pourra essayer d'un petit lavement calmant à raison d'une 1/2 goutte de *laudanum* par année d'âge (pour 2 cuillers à soupe d'eau tiède).

3° La grande enfance.

(*de 7 ans jusqu'à la puberté*).

a) *Diarrhée commune.* — Il est plus facile à cet âge de prescrire l'*élixir parégorique* qu'un autre dérivé de l'opium.

On fera prendre un peu moins *d'un gramme* (ou XL gouttes) par jour et par année d'âge.

b) *Douleur post-opératoire. Réduction de fracture.* — Chez les enfants nerveux ou agités ayant dépassé l'âge de 6 ou 7 ans, on se trouvera bien parfois d'une injection de *pantopon* à la dose de 1/2 milligramme par jour et par année d'âge.

c) *Toux.* — Toux des bronchites congestives : *poudre de Dower* (pour les doses voir ci-dessus). Toux des tuberculeux : on associera le *sirop de codéine* au *sirop de morphine* ou au *sirop diacode*, (sirop de morphine, 1 gramme par jour et par année d'âge).

d) *Syndromes douloureux abdominaux.* — Quand on est certain qu'il ne s'agit pas d'appendicite, on pourra prescrire des gouttes d'*élixir parégorique* associé à la liqueur d'Hoffmann ou au menthol.

Recommandation essentielle.

Pour toutes les préparations magistrales à base d'opium chez l'enfant (comme pour la poudre de Dover), les doses devront être fractionnées dans les 24 heures.

LE ROLE DES RHINO-PHARYNGITES EN PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Par le Dr Auguste Colin (de Nice).

Il existe dans la pathologie humaine un certain nombre d'états morbides caractérisés par des troubles organiques à localisations variables, qui subsistent quelques jours et disparaissent sans laisser de traces, et dont l'étiologie n'a pas encore été complètement élucidée. Si ces troubles surviennent chez un individu ordinairement bien portant, on dit qu'il a eu de l'embarras gastrique ou qu'il a fait de l'intoxication, tandis que si le malade est porteur de lésions chroniques, on a des tendances à attribuer ces malaises aux lésions elles-mêmes. Mais l'esprit est loin d'être satisfait de ces explications sommaires, car on peut toujours se demander pourquoi il y a eu intoxication tel jour, sans cause apparente, et pourquoi des lésions qui étaient endormies et ne provoquaient aucun trouble, arrivent à donner ces manifestations morbides.

En voici quelques cas :

Un individu, ordinairement en bonne santé, se sent fatigué : l'appétit diminue, les digestions deviennent difficiles, il fait des fermentations anormales qui dilatent estomac et intestins, et la constipation s'établit. J'élimine les cas où l'élément « *douleur abdominale* » existe, et surtout si ce symptôme est prépondérant, car alors ce sont des cas qui relèvent d'un diagnostic différent. Cet état de malaise gastro-intestinal dure huit à dix jours, puis, peu à peu, tout rentre dans la normale, et l'individu a recouvré la santé. On a catalogué cet état : embarras gastrique. Mais la plupart du temps, rien ne permet d'admettre ce diagnostic, ni surtout de l'affirmer. Et alors pourquoi ces troubles !

N'a-t-on pas vu souvent une personne être prise, quelques heures après avoir mangé, de symptômes graves d'empoisonnement avec vomissements, diarrhée, crampes dans les membres inférieurs, état syncopal, sans qu'il y ait rien eu d'anormal comme alimentation dans ce repas, et sans qu'aucun des convives qui partageaient le même repas, ait été incommodé. On dira que cette personne était dans un état anormal et que ses organes, par suite de cet état anormal, n'étaient pas à même de digérer et de transformer ces aliments. C'est certain ; mais en quoi consistait cet état anormal ?

Pourquoi les vomissements habituels des nourrissons ? — Pourquoi l'athrepsie dont on n'a pas encore élucidé d'une façon précise l'étiologie ?

Si, des troubles gastro-intestinaux, nous passons aux troubles respiratoires, nous trouvons là

aussi des cas dont l'étiologie est assez obscure.

Les emphysémateux, les bronchitiques avec sclérose pulmonaire, les asthmatiques, les tuberculeux, les cardiopathes chroniques ont souvent des périodes prolongées pendant lesquelles l'état général est excellent et les troubles dépendant de leurs lésions chroniques très atténués, si même ils n'ont pas disparu complètement. Puis, ces malades sont pris de crises d'oppression, soit brusquement, soit graduellement, sans que l'examen clinique puisse permettre de donner une explication précise de ces troubles. J'admets bien la prédisposition antérieure créée par ces lésions chroniques, mais pourquoi cette crise de dyspnée se produit-elle à tel moment plutôt qu'à tel autre, s'il n'y a rien eu d'anormal ni dans l'alimentation ni dans la vie de ces malades ?

Pénétré de cette idée qu'il devait y avoir dans la pathogénie de ces divers troubles une cause qui nous échappe, je les ai étudiés chaque fois qu'ils se sont présentés à moi, et j'ai constaté que tout se passait comme s'il y avait une infection, mais une infection sans température, ou à température insignifiante. La chose surprend un peu quand on a l'habitude de considérer la fièvre comme un des signes importants de l'infection Et pourtant, il existe des infections sans température. En effet, il arrive très souvent, qu'à la suite d'une infection grave avec courbe thermique, lorsque la température est tombée et se maintient à la normale, le malade continue à présenter pendant longtemps encore tous les troubles que provoque en général une infection : absence d'appétit, langue saburrale, troubles gastro-intestinaux, asthénie cardiaque, asthénie générale. Qu'est-ce à dire sinon qu'indépendamment des microbes qui avaient provoqué l'infection première avec fièvre, il y avait d'autres germes, peut être de nature différente, dont la première infection avait exaspéré la virulence, et qui donnent naissance alors à une seconde infection, mais sans température ?

Que de fois ne s'est-on pas trouvé en présence de malades qui présentaient tous les signes d'infection, même sans température, et chez lesquels on était tout étonné de ne pas trouver la localisation de l'infection ?

D'ailleurs, nous ne connaissons pas tous les germes qui peuvent atteindre le corps humain, ni même tous les caractères ou propriétés de ceux qui nous sont connus, et il n'est pas exagéré d'admettre qu'il se trouve des variétés de germes qui, dans des circonstances spéciales, provoquent une infection de l'organisme, san s donner de température.

Mais alors, si cette infection existe, quelle sera la région où elle se localise ?

Après bien des recherches et des réflexions sur les différents cas rencontrés dans ma carrière médicale, je suis arrivé à cette conception que la région du rhino-pharyux est le lieu de localisation de la plupart des infections méconnues, et que, dans bien des cas, les états morbides dont l'étiologie est obscure, ne sont que le résultat de l'action des poisons microbiens venus du rhinopharynx, action qui s'exerce sur les différents organes dont les fonctions sont alors troublées J'ajoute que l'état des amygdales a aussi une très grande importance et que les petits foyers lacunaires d'infection chronique de cet organe peuvent, comme l'infection du rhino-pharynx, provoquer les mêmes symptômes morbides. Seulement, dans ce dernier cas, le diagnostic est plus facile.

Si donc les amygdales ne sont pas malades, il faut toujours penser à une lésion possible du rhino-pharynx. Il y a d'ailleurs de nombreuses causes pour expliquer la prédisposition de cette région à l'infection :

Etat lymphoïde de la muqueuse avec, fréquemment, des granulations et des végétations ;

Présence des replis muqueux qui facilitent le pullulement des éléments infectieux ;

Présence de nombreux germes variés qui ne nous sont pas tous connus, arrivée dans le cavum de tous les germes de la respiration ;

Localisation dans cette région de nombreuses maladies microbiennes (maladies éruptives — et particulièrement la grippe) ;

Rétrécissement de l'arrière-cavité nasale par défaut de conformation de la cloison, ou par hypertrophie des cornets, avec gêne de la respiration ; localisation fréquente dans cette région d'une infection chronique ou d'une diathèse (tuberculose, syphilis, arthritisme, lymphatisme, etc.).

Dernièrement, à l'Académie de médecine, le Dr Duchon n'a t-il pas présenté un nouveau traitement des broncho-pneumonies infantiles, suite de rougeole, en partant de cette constatation que le bacille de la diphtérie se trouve fréquemment dans le rhino-pharynx de ces petits malades ?

Et le Dr Weber, dans le *Journal des Praticiens*, ne rappelle-t-il pas que dans la crise de rhumatisme articulaire aigu, souvent des microbes très dangereux se développent dans le rhino-pharynx et peuvent disséminer la maladie par cette voie ?

Toutes ces causes réunies expliquent facilement pourquoi est grande la prédisposition de cette région à l'infection. Tant qu'une cause n'intervient pas pour affaiblir la résistance des tissus de cette région ou pour accentuer la virulence des germes qui y foisonnent, l'individu restera en bonne santé. Mais que le froid ou la grippe interviennent (et c'est là plupart du temps les deux causes déterminantes) et l'infection du cavum s'établira.

Ce qui fait qu'on ne songeait pas autrefois à

cette infection possible, c'est qu'il n'y a aucun signe local qui permette d'aiguiller le diagnostic de ce côté-là. Avec l'amygdalite, vous avez une certaine difficulté de la déglutition, vous voyez les amygdales modifiées — avec le coryza, vous avez l'enchifrènement prononcé, et ensuite l'écoulement ; là, le diagnostic est facile. Mais, dans l'infection du rhino-pharynx, les signes locaux sont nuls. Voyez les enfants qui font du 40° avec une adénoïdite aiguë, ils n'en souffrent nullement. Si les signes locaux manquent à l'état aigu, à plus forte raison doivent-ils manquer dans les cas d'infection subaiguë ou chronique de cette région.

Je dois signaler, cependant, que, chez les enfants, on constate toujours dans l'infection rhino-pharyngienne, aiguë ou chronique, un engorgement assez prononcé des ganglions parotidiens.

Laissant de côté les cas d'infection aiguë du rhino-pharynx avec fièvre et symptômes généraux accentués, qui sont si fréquents chez les enfants et pour lesquels on arrive à faire actuellement un diagnostic précis, je veux simplement exposer comment, à mon avis, s'établit l'infection chronique du rhino-pharynx, comment elle procède par poussées successives et retentit, d'abord sur le fonctionnement des différents organes, et secondairement sur l'état général tout entier, arrivant à créer ces états morbides dont l'étiologie nous paraissait si obscure.

Le rhino-pharynx étant, comme je l'ai dit, une région prédisposée à l'infection, cet organe participe à l'inflammation chaque fois que l'individu est atteint de grippe ou de refroidissement, ou d'une maladie à localisation rhino-pharyngienne. A chaque atteinte, la muqueuse est modifiée, le tissu sous-jacent s'infiltre et il en résulte un certain degré de sclérose qui rend ce tissu plus vulnérable, comme des bronches atteintes de bronchites successives deviennent plus sensibles. Et ces modifications cellulaires et tissulaires sont encore plus accentuées si l'organisme est sous l'influence d'une maladie antérieure ou d'une diathèse.

Qu'une cause intervienne pour modifier cet état (nouveau refroidissement, nouvelle grippe), et alors les germes acquièrent une virulence plus grande, les tissus offrent moins de résistance, et la région devient le siège d'une poussée inflammatoire subaiguë, mais sans température. Le malade ne localise pas son mal à cet endroit, puisqu'il n'y a pas de troubles locaux. Néanmoins, l'infection s'établit, et les toxines vont alors contrarier le fonctionnement des différents organes et particulièrement des organes de la digestion : les digestions deviennent pénibles, la langue se charge, l'appétit diminue, et le malade ressent une lassitude générale. Croyant à un embarras gastrique, il prend une purgation, se met à la diète pendant un ou deux jours, et ensuite, se considérant comme guéri, reprend sa vie et sa nourriture normales. Mais les troubles reviennent bien vite, car ce malade est sous l'action, non d'un embarras gastrique simple, que la purgation et la diète auraient fait disparaître, mais d'une infection rhino-pharyngienne dont l'évolution est en général de plusieurs jours. Et ces troubles s'accentuent encore si le malade continue à manger comme à l'ordinaire ou se force à manger. Dans ce dernier cas, en effet, l'infection microbienne s'ajoute à l'intoxication alimentaire, par suite du désordre neuro-glandulaire produit sur les organes de la digestion par le poison microbien. Quand l'évolution de cette infection est terminée, les symptômes disparaissent et le malade se trouve guéri.

Mais ces différentes atteintes, qui peuvent se produire à des intervalles assez rapprochés, laissent le rhino-pharynx dans un tel état de prédisposition à l'infection que le moindre refroidissement est susceptible de produire une nouvelle infection avec les mêmes troubles. Ce sont ces troubles qu'on peut appeler « *maladie de fonction* » suivant l'expression d'Oddo et Gaudière, car ils sont seulement fonctionnels, au moins dans les premières atteintes. Et bien des symptômes gastriques, entéritiques, hépatiques, nerveux, asthéniques, ne sont que des troubles qui sont sous la dépendance d'une infection rhino-pharyngienne.

Cependant, si le rhino-pharynx n'est pas traité, l'infection devient chronique, augmentant ainsi le déséquilibre neuro-glandulaire général de l'organisme et provoquant des troubles organiques, plus ou moins accentués.

De plus, on peut bien admettre que ces troubles successifs et fréquents arrivent à exercer une action modificatrice sur les cellules et les tissus des organes qui s'imprègnent du poison microbien, et que ce qui n'était qu'une « *maladie de fonction* » soit transformé en une « *maladie de lésion* » puisque la lésion s'établit dans les organes eux-mêmes, ce qui crée un état de santé beaucoup plus difficile à guérir, et qui peut, dans certains cas, par le sérieux de ces lésions organiques, masquer l'infection primitive qui a contribué à lui donner naissance.

Le retentissement de cette infection chronique sur le système nerveux peut amener des troubles variés, particulièrement d'asthénie, et les malades qui en sont atteints traînent leur infirmité pendant des mois ou des années si l'on ne songe pas à soigner le rhino-pharynx.

A la longue, l'amaigrissement s'établit, quelquefois très prononcé, avec anémie et mauvais état général, car le poison microbien et le poison toxi-alimentaire qui résulte d'un désordre permanent des organes à sécrétions internes, combinent leur action et troublent davantage le mé-

♦♦♦♦

tabolisme général. Ces malades sont souvent catalogués « *prédisposés à la tuberculose* » ou « *tuberculeux au début* », alors qu'ils ne sont, en réalité, que de grands intoxiqués par suite de l'infection chronique du rhino-pharynx avec répercussion sur tout l'organisme.

Je me demande même si les états morbides catalogués sous le terme général d'*arthritisme*, ne sont pas eux aussi le résultat du trouble apporté dans le métabolisme général par une infection rhino-pharyngienne chronique, évoluant depuis de nombreuses années chez des individus à prédisposition héréditaire ou acquise.

Si cette infection du rhino-pharynx exerce une telle action morbide sur des organismes vierges antérieurement de lésions organiques, il est assez logique de penser que cette même infection retentira avec plus d'acuité encore si certains organes présentent des lésions chroniques (lésions tuberculeuses du poumon, bronchites chroniques emphysème, asthme, lésions cardio-aortiques, lésions rénales, etc.), et souvent alors on aura des tendances à attribuer les troubles morbides au réveil de la lésion, alors qu'ils ne sont souvent que l'expression d'une réaection de défense de la lésion contre le poison microbien venu du rhino-pharynx.

Pour les asthmatiques, je me suis toujours demandé pour quoi leur crise survenait telle nuit, et non les nuits précédentes, alors que rien, dans leurs habitudes et dans leur régime, n'avait été modifié. Et cependant, si l'on admet qu'à un moment donné, l'asthmatique a pris froid, même sans s'en rendre compte (d'autant plus que ces malades sont très sensibles au froid), et que ce refroidissement ait déterminé une poussée infectieuse dans leur rhino-pharynx, même sans provoquer de la température, on explique facilement la pathogénie de la crise. Les poisons microbiens répandus dans le sang vont affaiblir l'activité neuro-glandulaire et amènent une perturbation endocrinienne générale. Comme les malades continuent à manger, il en résulte un trouble du métabolisme protéinique qui rend possible le « phénomène de choc », « la crise asthmatique . ». Les jours précédents, la crise ne s'est pas produite, parce que le malade ne se trouvait pas sous l'influence du poison microbien et du poison toxi-alimentaire, et de même la crise asthmatique durera plusieurs jours, malgré les divers traitements, parce que l'infection rhino-pharyngienne a une évolution qui dure au moins une semaine.

D'ailleurs, l'influence de l'état du rhino-pharynx chez les asthmatiques est connue des spécialistes, qui recherchent toujours s'il n'y a pas dans l'arrière-nez quelque polype susceptible de provoquer la crise : très souvent, les polypes n'existent pas, mais on peut admettre qu'il y a alors dans cette région une muqueuse granuleuse, congestive, avec tissu sous-jacent sclérosé, lésions difficilement appréciables à l'examen clinique, et que cette muqueuse vulnérable est sujette à l'infection, surtout à la suite d'un refroidissement.

Ce qui prouverait encore que l'état du rhino-pharynx a une grande importance dans la genèse de la crise d'asthme ; c'est que bien des asthmatiques sont fortement améliorés par une cure dans les stations où l'on traite le rhino-pharynx.

Le traitement du rhino-pharynx n'a pas la prétention de guérir l'asthme, mais il supprime « l'épine irritative » qui est le point de départ de la crise. L'état asthmatique est constitué par une vulnérabilité particulière et permanente des cellules du centre bulbo-médullaire ; lorsque ces cellules sont irritées, il se produit de la vagotonie qui serait la condition de l'apparition de la crise colloïdoclasique. D'où provient cette irritation des cellules bulbaires ? Pour moi, elle provient, en général, à la fois des poisons microbiens et des éléments toxi-alimentaires, suite d'une infection rhino-pharyngienne.

De même, le malade, qui est pris brusquement de vomissements avec troubles gastro-intestinaux et état syncopal grave, alors qu'il n'avait mangé que des aliments auxquels son estomac était habitué, et que ses voisins de table avaient, ce jour-là, mangé sans en être incommodés, ce malade devait être sous l'action d'une infection rhino-pharyngienne ; cette crise, ce « phénomène de choc » n'a pu être possible que parce que le sang renfermait des toxines microbiennes, auxquelles se sont ajoutés les éléments toxi-alimentaires, par suite du trouble neuro-glandulaire apporté dans toute l'économie par l'infection du rhino-pharynx.

Pour les vomissements habituels de l'enfance et même pour l'athrepsie, dont l'étiologie n'est pas élucidée, ne peut-on pas supposer qu'il y a comme cause de ces états morbides un état d'infection latente du rhino-pharynx ? En tous cas, il serait intéressant de faire des essais thérapeutiques dans ce sens en curetant le cavum des enfants qui en sont atteints.

On pourrait en dire autant des crises d'asthme infantile et de la tachycardie paroxystique essentielle.

A voir l'influence prépondérante du poison microbien sur le fonctionnement des glandes endocrines, on se rend compte combien une infection chronique méconnue peut provoquer, particulièrement chez les enfants, de troubles sérieux dont le résultat se traduira par des manifestations diverses : myxœdème, retard de l'ossification, nanisme, infantilisme, rachitisme, etc. Aussi, dans tous les cas de syndromes provenant d'un trouble endocrinien, doit-on penser à une

infection du rhino-pharynx et la traiter sérieusement.

Dernièrement, au Congrès qui s'est tenu à Berne et où l'on a étudié tout ce qui se rapporte au goitre, les auteurs sont arrivés à cette conclusion que, parmi les nombreuses causes qui peuvent intervenir pour produire le goitre, il fallait faire une large part à l'action microbienne. Je suis assez de cet avis, tout en localisant cette infection dans le rhino-pharynx, et le fait que les cas de goitre sont moins nombreux qu'il y a 30 ans peut s'expliquer facilement, à la fois parce que les conditions d'hygiène ont été fortement améliorées dans le pays où sévit le goitre, et parce que nombreux sont les enfants qui ont eu le cavum cureté.

A l'heure actuelle, on a des tendances à expliquer toutes les crises morbides par le choc colloïdal, et on fait de ce choc le résultat d'une perturbation dans le métabolisme protéinique : je crois qu'on a raison. Mais alors je demande,: pourquoi ce trouble protéinique ? Je réponds : parce que les intestins et le foie ne remplissent plus normalement leurs fonctions, et parce qu'il y a perturbation dans le fonctionnement endocrinien. Mais encore une fois : pourquoi ce mauvais fonctionnement du foie et des intestins et ce trouble endocrinien ? Je réponds : poison microbien venu du rhino-pharynx. Sans lui, il n'y aurait pas de choc, donc pas de crise.

En résumé, les personnes atteintes de rhinopharyngite chronique subissent les effets d'une triple intoxication : intoxication par les toxines microbiennes, intoxication par les poisons-alimentaires, et intoxication par la dysendocrinie, et il n'est pas illogique de supposer que la plupart des états morbides à étiologie obscure sont produits par cette infection.

Si l'on admet comme vraie l'hypothèse que j'ai émise, c'est-à-dire la fréquence très grande de l'infection chronique rhino-pharyngienne avec retentissement disséminé sur les différents appareils de l'organisme, la thérapeutique devra s'inspirer des règles suivantes :

Chez les enfants, on devra :

Eviter le plus possible les causes de refroidissement, enlever les végétations quand elles sont constatées, cureter la cavum de tous les enfants, même s'ils n'ont pas de végétations cliniquement appréciables , quand leur développement n'est pas normal, quand leur vitalité est amoindrie, quand il y a des symptômes d'anémie qui résistent aux traitements ordinaires. Surveiller le cavum par intermittence et chercher à réaliser le plus possible l'antisepsie de cette région.

Chez les adultes, on devra :

Penser toujours à l'action possible d'un cavum infecté chez un malade.

Traiter le cavum de tous les malades chez lesquels le diagnostic d'une lésion organique n'est pas nettement posé, surtout chez les migraineux, les dyspeptiques, les entéritiques, les constipés, les asthéniques, les anémiés et les amaigris et j'ajouterai, même chez certains malades faisant une légère hyperthermie intermittente et qu'on considère souvent, bien à tort, comme des tuberculeux au début.

Traiter le cavum chez tous les malades, même si un diagnostic de lésion localisé dans un autre organe est établi, quand certains troubles ne paraissent pas provenir de leur lésion organique.

En quoi consiste ce traitement ? Il consiste dans l'emploi des moyens ordinaires de désinfection du rhino-pharynx (inhalations, pulvérisations, pommades, poudres, lavages, etc.). Mais, dans bien des cas, on doit y aojouter la cautérisation des amygdales et des granulations du pharynx au galvanocautère, et l'écouvillonnage du cavum avec une solution modificatrice. Cet écouvillonnage devra même être fait avec une certaine force afin d'arriver à modifier l'état de la muqueuse et du tissu sous-jacent. Il est possible d'ailleurs que cet écouvillonnage du cavum n'ait pas seulement pour résultat de réaliser la désinfection du cavum et de modifier la muqueuse, mais que, par son action réflexe sur le système sympathico-végétatif, il réveille la tonicité de certains organes déficients et contribue heureusement à rétablir un métabolisme normal avec retour à la santé.

On ne devra pas négliger de pratiquer souvent la cure de désintoxication, car les infectés du rhino-pharynx sont la plupart du temps de grands intoxiqués. Je suis donc avec Guelpa quand il prétend que tous nos maux viennent de l'intoxication, mais j'ajoute qu'à la base de l'auto-intoxication, il y a une infection primitive et que cette infection est généralement celle du rhino-pharynx.

On n'oubliera pas de traiter l'état général, la diathèse, si elle existe, et de combattre la déficience de certains éléments primitifs comme le soufre, l'iode et l'arsenic, en les administrant alternativement. Enfin, dans les cas rebelles, il faudra recommander la cure dans les stations sulfureuses et arsenicales.

Toute cette thérapeutique donne des résultats encourageants ; mais je conviens qu'elle n'est pas exclusive et qu'il faut chercher encore à l'améliorer. Peut être arrivera-t-on à des résultats plus complets par les vaccins ou les sérums. En tout cas, le but à atteindre est de réaliser le plus possible la stérilisation de la région rhino-pharyngienne, et d'augmenter la résistance de la muqueuse. Aussi, serais-je tenté de dire : *totus homo in cavo*, estimant qu'un cavum sain, un cavum à muqueuse résistante, est le meilleur garant d'une bonne santé .

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les traitements de la gale.

Le traitement de Saint-Louis détruit les acares à peu près à coup sûr, et les détruit très rapidement ; mais il a ses inconvénients. Trop souvent on voit,à sa suite,des érythèmes, des eczématisations, des prurits qui seront longtemps persistants, et, parfois même, il semble amener la manifestation d'une dermatose, que le malade avait en puissance, c'est vrai, mais qu'on aura de la difficulté à faire disparaître.

Il semble bien, écrit le Dr VEYRIÈRES, qu'on puisse conserver tous les avantages de la médication par le soufre, en en évitant les inconvénients.

Les accidents du traitement sont dus à la composition de la pommade d'Helmerich (dont il faut supprimer l'inutile solution de carbonate de soude à 9 p. 100, très irritante en application de 24 heures), et aussi aux modalités du traitement. Pourquoi cette pratique barbare de la déchirure du sillon, sans laquelle la guérison est cependant obtenue par les pommades à base de baume, et par le pétrole ? L'action irritante du carbonate alcalin n'en est que plus grande.

L'auteur a toujours traité ses galeux avec succès, de la manière suivante : le soir, friction avec une pommade contenant à la fois un dixième de soufre et un dixième d'un baume ; le matin, bain savonneux et changement du linge de corps et des draps ; le soir nouvelle friction et le matin encore bain savonneux.

Tous les galeux ne doivent pas être traités par les mêmes procédés ; les baumes seront réservés aux enfants. Quand une gale est très infectée, on calmera d'abord par des pommades anodines et par des bains d'amidon. La gale peut être traitée par le baume du Pérou, par l'huile de pétrole (dont le manque de viscosité rend l'emploi difficile), par le soufre (sublimé ou précipité) sans addition de carbonate alcalin, et mieux encore par les sulfures alcalins. Mais ceux-ci ne peuvent être employés qu'en solutions aqueuses et ils nécessitent donc, soit des excipients à base de cire, soit la lanoline, qui a la propriété d'absorber les solutions aqueuses.

La formule de Milian est la suivante :

Polysulfure de potassium	ââ
Lanoline hydratée	ââ
Eau	ââ

Cette formule donne une pommade contenant 1/6e de son poids de quintisulfure, et environ 1/12e de soufre, c'est-à-dire, à très peu de choses près, la même proportion que la pommade d'Helmerich. Le soufre, sous forme de polysulfure, semble plus actif qu'au naturel puisqu'il se présente en solution.

Le Dr Veyrières propose :

Polysulfure de potassium *vrai*	30 grammes
Graisse de panne de cheval.	50 grammes
Blanc de baleine	20 grammes
Cire blanche	15 grammes

Bien que cette pommade soit chargée autant que possible en polysulfure, sa teneur en soufre n'est que 7 à 8 p. 100 inférieure à celle de la pommade d'Helmerich.

Le polysulfure *vrai* est une solution saturée, stable, à 50 p. 100 de quintisulfure de potassium presque sans odeur (réaction au bain de sable de 3 parties de lessive de potasse à 40° Baumé et d'une partie de soufre sublimé), alors que les solutions, même filtrées, de foie de soufre, dites polysulfure de potassium liquide, ont une composition peu fixe, et sont peu stables, d'où leur odeur désagréable. (*Paris médical,* 9 avril 1927.)

Le traitement des phlébites thrombosantes par les sangsues.

J. MOUZON expose que le point de départ de cette nouvelle thérapeutique se trouve dans l'étude physiologique de l'hémorragie, qui suit l'application des sangsues. Celle-ci est liée à une véritable hémophilie locale, due à la présence, dans la tête de la sangsue, d'une substance anticoagulante, qu'il est facile d'extraire par macération, car elle est soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool.

Cette hémophilie hirudique peut être utile au cours d'états pathologiques, où le danger est précisément la coagulation. Les sangsues ne constituent-elles donc pas un moyen de lutte contre la thrombose ? Les chirurgiens commencent à remettre en honneur les sangsues dans certaines affections thrombosantes : les phlébites post-opératoires et des phlébites puerpérales. Dans les phlébites, l'infection n'est pas tout ; les prédispositions humorales jouent dans le processus oblitérant un rôle qu'il ne faut pas sous-estimer. Plus le sang a de tendance à se coaguler, plus on aura de chances de voir se produire une phlébite oblitérante à la moindre infection endoveineuse.

De nombreuses observations démontrent aujourd'hui qu'appliquées dès les premiers symptômes de la phase préoblitérante dans les phlébites (douleurs, fourmillements, refroidissement d'un membre, léger mouvement fébrile, pouls grimpant, léger œdème) les sangsues font avorter la complication ou en abrègent considérablement la durée. On fait placer 4 à 6 sangsues à la racine du membre menacé, par exemple à la face externe de la cuisse ; on renouvelle cette application 2 jours après, puis une troisième fois et la phlébite n'aboutit pas à l'oblitération ; les douleurs se calment très rapidement, la fièvre tombe en quelques jours, l'œdème ne se développe pas, le cordon veineux s'efface, et les malades au lieu de rester immobilisés pendant des semaines, peuvent se lever 12 à 15 jours après l'opération.

Le délai de 2 jours est établi, car l'incoagulabilité du sang apparaît au bout de 4 à 8 heures et dure 48 heures.

Peu d'inconvénients : prurit local, urticaire généralisée ; pas d'embolie.

Cependant la phlegmatia confirmée ne bénéficie guère de la méthode ; elle est déconseillée chez les opérées ou les accouchées, qui sont encore exposées à des hémorragies secondaires, car le principe du traitement est la réalisation d'une hémophilie expérimentale. Ne pas les recommander non plus en présence de symptômes infectieux sévères ; si les signes d'infection secondaire semblaient s'accentuer, il ne faudrait pas renouveler l'application des sangsues.

Les sangsues étaient d'usage traditionnel dans l'ictus apoplectique, encore faudrait-il être certain que les symptômes sont dus à un ramollissement thrombosique menaçant, mais non constitué, et surtout il importe d'écarter toute possibilité d'une hémorragie cérébrale ou méningée, à l'égard de laquelle l'action des sangsues pourrait être désastreuse. (*La Presse médicale*, 28 mai 1927.)

L'acrodynie, ses liens avec l'acrodynie épidémique de l'adulte, l'ergotisme, l'arsenicisme chronique et la pellagre.

M. Robert Debré et Mlle Cl. Petot publient le premier cas d'acrodynie, réapparu en France depuis 1828-1830. Chez un enfant ce syndrome a évolué en 3 phases : 1° début pendant une dizaine de jours avec douleurs dans les membres inférieurs, céphalée et insomnie ; 2° durant 4 mois, phase d'état avec douleurs, fourmillements intenses, baisse intellectuelle marquée, et agitation, avec insomnie, troubles mentaux ; puis le quatrième mois, troubles trophiques graves des extrémités, lésions gangréneuses des doigts, gingivite expulsive avec chute de dents et atrophie localisée à certains groupes musculaires des membres ; 3° phase de régression durant un mois. Les troubles sensitifs, psychiques et moteurs s'atténuent, puis disparaissent, les mutilations dues aux troubles trophiques seules subsistent.

Sur cette observation résumée peuvent se calquer une centaine de cas observés dans les régions diverses du globe. La maladie frappe les enfants tout jeunes, depuis le nourrisson de 6 mois jusqu'aux petits enfants de 6 à 7 ans. A part les mutilations, la guérison totale est la règle.

Peut-on rapprocher cette acrodynie infantile sporadique de l'acrodynie épidémique de 1828, qui, en cinq mois, n'atteignit pas moins de 60.000 personnes ? L'assimilation ne semble pas pouvoir être complète, car les troubles mentaux, fréquents aujourd'hui, étaient rares en 1828 ; actuellement, il n'y eut ni bouffissure du visage, ni conjonctivite, ni pigmentations épidermiques, tressaillements, soubresauts, crampes musculaires ; en 1828, d'autre part, la maladie nettement épidémique frappait surtout les vieillards, les adultes, et très peu les sujets jeunes. Néanmoins tant de signes communs conduisent à penser que ces deux syndromes morbides sont très voisins.

Les cliniciens de 1828 avaient considéré que l'acrodynie était intimement liée à l'ergotisme gangréneux ou convulsif. Cependant pas plus en 1828 qu'actuellement on peut mettre en évidence l'intoxication par l'ergot de seigle.

Pour l'arsenicisme, comme pour l'ergotisme, on arrive à conclure à une ressemblance et non pas à une identité.

Quant à la pellagre, intoxication par le maïs, l'intensité des troubles mentaux, les caractères de l'érythème pellagreux, sa localisation sur les parties découvertes, son apparition sous l'influence des rayons solaires, l'évolution chronique de la pellagre, sa fréquente gravité, sont autant d'éléments essentiels qui l'écartent de l'acrodynie.

Il n'en reste pas moins que des liens intenses unissent ces différentes affections et l'on est tenté de rechercher une cause alimentaire au syndrome de l'acrodynie infantile. L'existence dans tous ces syndromes de troubles digestifs et de troubles nerveux bien particuliers où s'associent les manifestations psychiques et les désordres vaso-moteurs, trophiques et sensitifs portant notamment sur les extrémités crée une véritable famille d'états morbides, conditionnée plus probablement par une cause alimentaire apparente ou inapparente que par l'action d'un germe virulent. On peut se demander s'il ne faut pas joindre à ce groupe nosologique certains syndromes de Raynaud et la maladie de Léo Buerger. (*La Presse médicale*, 15 juin 1927.)

Régime alimentaire et angine de poitrine.

Le Pr G. Lemoine veut simplement attirer l'attention sur certaines pratiques de régime, car

les troubles dyspeptiques peuvent devenir le point de départ et la cause occasionnelle des accès angineux. L'angine de poitrine passerait inaperçue fort souvent si elle n'était pas activée par des fautes de régime ou des troubles digestifs.

Les fautes de régime consistent à manger trop et à manger ce qu'il ne faut pas. Les gens âgés n'ont besoin que d'une ration d'entretien, et la graisse est une surcharge pour le cœur, qui, dans le cas particulier, a vite dépassé la limite de son énergie.

L'angineux ne doit pas introduire de cholestérine, car ce sont des matériaux de sédimentation, qui se déposeront sur les plaques athéromateuses, les irriteront et pourront déterminer une crise (foie gras, cervelles, œufs, etc., sont donc défendus) ; le passage de la cholestérine dans le sang est très rapide, et la crise peut vite survenir.

Très souvent aussi les troubles intestinaux sont à l'origine des accès, soit qu'il s'agisse de sujets ayant habituellement des fermentations putrides intestinales, soit qu'il s'agisse d'une indigestion passagère. Aussi la constipation est-elle à redouter, et les laxatifs joints à un jour d'abstinence de temps en temps doivent être conseillés. Sans aller jusqu'à la crise, cet état intestinal peut donner des sensations précordiales désagréables, persistantes, très gênantes, qui persistent tant que la cause n'a pas été traitée. Il s'agit vraisemblablement d'un réflexe de départ intestinal, qui aboutit aux plexus cardiaques en déclanchant un syndrome solaire. On peut aussi incriminer les toxines intestinales, que le foie ne suffit pas à neutraliser. La présence de toxines dans le sang appelle immédiatement un apport de cholestérine, ayant pour objet de les absorber, et alors le résultat final est le même que précédemment : la cholestérine se dépose sur les plaques d'athérome, et la réaction détermine une crise.

Il n'est pas certain que chez les syphilitiques, la spécificité soit toujours à l'origine de l'angor ; aussi faut-il encore mieux surveiller l'alimentation. (*Le Nord médical*, 15 février 1927.)

Salpingites ouvertes. Salpingites fermées.

Le Pr Condamin, par un léger retour en arrière, démontre que l'intervention ne doit pas toujours être de règle dans les salpingites. Il est incontestable en effet qu'un certain nombre de salpingites guérissent spontanément, et cela, uniquement, parce qu'elles peuvent vider leur contenu, séreux ou séro-purulent ou nettement purulent, dans l'utérus d'abord, le vagin ensuite. Si au contraire des coudures de la trompe, des brides strictives forment des cavités closes, les salpingites restent fermées et sont des abcès mal drainés : elles restent à peu près incurables spontanément ou par les méthodes conservatrices.

A noter d'autre part que ce qu'on appelle souvent poussée de salpingite n'est autre chose qu'une propagation infectieuse nouvelle venue de la muqueuse utérine ; et cette observation impose de toujours traiter l'utérus en même temps que les annexes.

Ceci dit sur la guérison des salpingites ouvertes, il ne faut plus considérer comme un dogme thérapeutique l'abstention de tout traitement d'ordre mécanique pendant la première phase du processus inflammatoire ; si, au lieu de laisser la malade le plus possible immobilisée dans le décubitus dorsal, avec traitement médical et glace sur le ventre, on lui prescrit un peu de décubitus latéral et surtout abdominal, ou pourra déjà lutter contre l'influence de la pesanteur qui portera les organes utéro-annexiels, alors plus volumineux et plus lourds qu'à l'état normal, en arrière dans le Douglas.

Il faut de plus, avec douceur, placer un ou plusieurs tampons glycérinés, bien en arrière du col pour soutenir simplement l'utérus et l'empêcher de tomber, non pas le refouler avec distension du cul-de-sac ; la rétroversion en effet est le facteur principal de la transformation d'une salpingite ouverte, curable spontanément, en une salpingite fermée par coudure, rétraction plastique, adhérence, c'est-à-dire incurable ou à peu près, sans intervention chirurgicale ultérieure.

En second lieu, pour éviter les rechutes, un traitement utérin consistant, après dilatation du col, en lavages iodés et cautérisation de la muqueuse à la teinture d'iode, constitue une méthode efficace, sans danger pourvu que l'on s'astreigne à certaines précautions : jamais de laminaires, mais des bougies d'Hégar pour la dilatation, qui doit porter surtout sur l'orifice interne du col, etc. (*Lyon médical*, 27 février 1927.)

Notes sur la chirurgie pulmonaire, la thoracoplastie extrapleurale chez les tuberculeux.

Confirmant ses premières impressions, le Dr Colbert estime toujours que la phrénicectomie, opération bénigne, est d'un résultat très inconstant, parfois brillant, surtout à gauche.

Quant à la thoracoplastie, elle n'est pas forcément totale ; chez des malades opérés par l'auteur, une résection partielle, haute ou basse, suffit à produire l'effet recherché. Bien que sa statistique soit encore peu importante il a l'impression que cette opération, grave certes, shockante sans nul doute, ne semble pas si redoutable qu'il ne faille la conseiller qu'en tremblant. Le point difficile est de savoir employer tous les moyens thérapeutiques ordinaires, sans cependant laisser passer le moment où l'opération est encore possible. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 10 avril 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les œdèmes d'origine alimentaire.

(MM. L. Ribadeau-Dumas, R. Mathieu et Max-M. Lévy. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-7-1927.)

Il n'est pas exceptionnel d'observer, chez les nourrissons en particulier, des œdèmes dont l'apparition est liée à un régime défectueux. L'abus des hydrocarbonés, par exemple, à cet âge, conduit soit à la cachexie avec déperdition progressive de poids, soit au contraire à une hyper-hydratation, avec œdème. D'une manière générale, un régime exclusif provoque le développement de troubles graves dus à un chimisme anormal des humeurs et des tissus et à des carences multiples.

M. Ribadeau-Dumas relate aujourd'hui un exemple d'anasarque généralisée avec ascite et hydrothorax, d'origine alimentaire. Il s'agit d'un enfant qui, à l'âge de 16 mois, fut pris de troubles digestifs. Comme ces troubles s'aggravaient chaque fois que l'on substituait au régime farineux une alimentation plus large, le régime strictement farineux fut continué pendant sept mois consécutifs, de 29 à 36 mois. A ce moment, l'enfant présentait les signes d'une nutrition troublée par une alimentation hydrocarbonée excessive. Pas de tétarie, ni de polynévrite, mais diarrhée, arrêt du développement en taille et en poids, eczéma, un peu d'œdème. La diarrhée ayant été arrêtée, l'œdème augmenta et apparut l'anasarque, avec ascite, hydrothorax. Cœur et reins non touchés. L'addition de viande crue au régime n'ayant amené aucune amélioration, le petit malade entra à l'hôpital. Il fallut renforcer le régime en substances azotées et en vitamines (yoghourt, foie de veau, pointes d'asperges, jus de citron...) pour faire disparaître cet œdème d'origine alimentaire.

Les œdèmes alimentaires sont connus. Ils ont été observés au cours des famines. On les a rencontrés fréquemment pendant la guerre 1914-18. Rossie, en Bohême, a signalé 22.000 cas d'œdèmes de guerre. Le cas de M. Ribadeau-Dumas a été particulièrement accentué. Il n'a guéri que le jour où, parant à toutes les carences, on a donné des albumines sous forme de caséine et de foie de veau, et des vitamines variées. On connaît l'utilisation du foie de veau chez l'adulte, suivant la méthode de Whipple. Son emploi dans un but thérapeutique est ancien. En Chine, il a été préconisé depuis des temps très reculés dans le traitement de la kératomalacie. Le foie est riche en protéine, en fer, en vitamine.

— M. Marcel Labbé a publié, en 1918, deux cas d'œdème survenu au déclin d'une dysentérie sans lésion rénale. Ces faits montrent la possibilité de grands états hydropigènes indépendants des néphrites.

— M. Hallé remarque que ces anasarques de l'inanition sont signalées depuis fort longtemps. Elles sont fréquentes dans les grandes famines. On les a observés dernièrement en Russie et on les voit encore aux Indes et en Chine dans les années de misère.

Nouveaux diurétiques mercuriels.

(MM. F. Rathery et M. Maximin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-7-1927.)

MM. Rathery et Maximin font une communication sur deux nouveaux diurétiques mercuriels : le novarsurol et le 440,B.

Les diurétiques mercuriels, disent-ils, sont des types de diurétiques agissant par irritation locale de la cellule rénale. L'emploi du mercure, comme diurétique, est de date ancienne. Paracelse, Morgagni, Stockes, Van Swieten connaissaient cette action spéciale des composés hydrargyriques. Bouchardat, en 1840, formulait à ce titre des pilules composées de scille, digitale et calomel ; Jendrassik, Huchard et Germain Sée insistaient aussi autrefois sur l'effet diurétique du calomel dans l'hydropisie des cardiaques. Le rôle diurétique du cyanure de mercure est également bien connu.

Saxl et Heilig ont préconisé, dans cet ordre d'idées, un nouveau composé, le novasurol (véronal + hydrate de mercure chlorophénoxyacétate de soude). De production allemande, comme le novasurol, le salyrsan, créé en 1923 par la maison Meister, serait un dérivé mercurique de salicylallylamido-acétate de sodium.

En France, Fourneau et Gérard ont préparé une substance analogue plus stable, le 440 B, qui est obtenue par addition d'acétate mercurique sur l'acide salicyl-allylamido-acétique.

Un certain nombre de travaux ont paru récemment en France concernant ces nouveaux agents thérapeutiques (Tiffeneau et Boyer, Monquin, R. Giroux et Schmidl, Carnot, Bariety et Boltansky, Pelissier, etc.). MM. Rathery et Maximin ont cherché, de leur côté, à se rendre compte de l'action du novasurol et du 440B. Le novasurol a été prescrit en injections intra-musculaires à la dose de 1 à 2 cc. tous les jours pendant 2 à 3 jours, ou tous les deux jours, ou deux fois par semaine pendant 2 à 3 semaines. Le 440B a été injecté dans le muscle à la dose de 1 à 1 cc.5, à quatre ou cinq jours d'intervalle. Tous les malades étaient au régime déchloruré.

Les auteurs ont eu recours à ces nouveaux médicaments chez quatre malades atteints d'ascite (3 ascites cirrhotiques, 1 ascite cardiaque). L'effet diurétique a été appréciable, sauf dans un cas. Il n'a pas toujours été très intense et sa durée a été courte

(un à deux jours). Le 440 B, en outre, a paru plus actif que le novasurol.

M. Rathery insiste, en terminant, sur un point : la contre-indication des diurétiques mercuriels en question chez les néphritiques aigus, en raison du pouvoir lésionnel des sels d'hydrargyre sur l'épithélium rénal.

— M. C. Lian a obtenu de bons résultats de l'emploi du salyrgan et du 440 B (neptal Poulenc). Il a pu ainsi assécher complètement deux ascites d'origine hépatique. Dans deux autres cas de cirrhose avec ascite, le traitement s'est seulement traduit par quelques poussées diurétiques de vingt-quatre heures, l'ascite n'ayant diminué que faiblement. Chez plusieurs cardiaques avec anasarque, M. Lian a pratiqué des injections de salyrgan, puis de neptal et n'en a obtenu qu'une crise diurétique d'un jour, en général. Dans un cas plus récent, il est vrai, le neptal a amené une fonte des œdèmes. Le neptal et le salyrgan, ajoute l'auteur, sont donc des diurétiques d'une activité notable, qui méritent d'être largement utilisés, car leur toxicité est minime. Cependant, on rencontrera toujours des asystolies irréductibles et des ascites rebelles.

— M. Noël Fiessinger a employé le 440B. Dans les cirrhoses ascitiques, il n'a observé la disparition rapide de l'ascite que dans un cas. Il se produit bien, dans les 24 heures, une diurèse aqueuse et chlorurée, mais elle est sans lendemain.

— M. Pasteur Vallery-Radot relate une observation dans laquelle le novasurol s'est montré un diurétique remarquable. Elle concerne un malade cardio-rénal avec foie cirrhotique, ascite et œdèmes considérables des membres inférieurs. Les diurétiques habituels, les toni-cardiaques, étaient sans effet. Une injection intra-musculaire de 2 cc. de novasurol fit passer les urines de un demi litre à cinq litres. Après un temps d'arrêt, reprise du médicament. La diurèse se rétablit, les œdèmes et l'ascite disparurent à peu près complètement.

Cordotomie latérale antérieure dans une algie du moignon.

(MM. Sicard, Haguenau et Wallich. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-7-1927.)

M. Sicard a insisté, à plusieurs reprises déjà, sur l'intérêt qu'il y a, dans les cas d'algies incurables, surtout des membres inférieurs, à pratiquer la cordotomie latérale antérieure de la moelle. Celle-ci consiste dans la section transversale d'un petit quadrant médullaire au niveau de la région dorsale supérieure, la section s'étendant depuis l'émergence des racines antérieures en avant jusqu'à l'insertion du ligament dentelé en arrière et allant en profondeur au voisinage de la substance grise. Le faisceau moteur pyramidal doit être soigneusement évité.

La cordotomie latérale donne, dans ces cas, des résultats supérieurs à ceux de la névrectomie, des sympathectomies péri-vasculaires ou des radicotomies.

La cordotomie latérale n'a pas encore été tentée toutefois à la région cervicale. L'algie du membre supérieur se prête à peu près uniquement à la radicotomie postérieure. La cordotomie (faite à la région dorsale) est adaptée et efficace surtout en cas de moignon douloureux de la cuisse, d'algies cancéreuses, post-zonateuses, par compression, etc.

Tuberculose rénale guérie par l'héliothérapie en altitude.

(MM. P.-F. Armand-Delille et H. Rouèche. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-6-1927.)

M. Armand-Delille présente un enfant de dix ans qui a séjourné l'année dernière dans son service, avec des symptômes de tuberculose rénale contrôlés par l'examen bactériologique. Il a été envoyé à Odeillo où il a passé dix mois. On l'y a traité uniquement par la cure héliothérapique. Il est aujourd'hui complètement guéri ; ses urines sont normales et son état général est excellent.

Ce cas est loin d'être unique. Rollier, à Leysin, a obtenu par l'héliothérapie en altitude de nombreuses guérisons de tuberculose rénale. Plusieurs ont été déjà acquises à Odeillo.

Ces résultats montrent, dit l'auteur, que la tuberculose rénale peut guérir par l'héliothérapie seule et que c'en est bien le traitement de choix parce qu'il agit en même temps sur l'état général.

Un certain nombre de chirurgiens commencent par enlever le rein, puis envoient le malade à la cure d'héliothérapie en altitude. M. Armand-Delille estime que l'on doit toujours commencer par la cure héliothérapique qui amène souvent la guérison et permet de conserver le rein.

Désensibilisation à la lumière par la pyrocatéchine

(MM. Jausion et Pecker. — *Soc. de derm. et syph.* ; 12-5-1927.)

Pour prévenir les photodermites chez les sujets sensibilisés, on peut s'adresser aux agents antiphotocatalyseurs, dont le type est la résorcine. L'ingestion d'un cachet de 0 gr. 25 de résorcine (métadiphénol), un quart d'heure avant une injection de gonacrine par exemple, permet d'éviter dans la plupart des cas le coup de lumière acridinique.

La résorcine, toutefois, provoque assez fréquemment des troubles digestifs, si surtout on double la dose pour acquérir une plus grande sécurité. De plus, l'antiphotocatalyseur peut paradoxalement engendrer pour son compte une dermite de type vésiculeux, accidents à vrai dire légers. Carnot a récemment proposé de substituer à la résorcine le résorcinate de camphre. MM. Jausion et Pecker se sont adressés à un autre diphénol, produit de la même série, l'orthodiphénol ou pyrocatéchine. Elle a l'avantage

d'être soluble dans l'eau et de pouvoir s'injecter en même temps que la gonacrine.

De leurs essais, les auteurs concluent que la pyrocatéchine a les mêmes indications de désensibilisation à la lumière que la résorcine. Sa supériorité réside dans une meilleure tolérance et dans sa solubilité (solution à 1 p. 200) qui permet l'injection intra-veineuse.

P. L.

Marseille

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Phlegmon du médiastin ouvert dans la trachée.

MM. Olmer et Poinso. — Les A. rapportent l'observation d'un malade de 23 ans considéré comme un bronchectasique, puis comme porteur d'une pleurésie purulente médiastine. Syndrome médiastinal (cornage, tirage, cyanose, dysphagie). Mort subite. L'autopsie montre un phlegmon du médiastin postéro-supérieur, gros comme un œuf de dinde, développé dans la région sous et rétro-aortique, et une ulcération de la trachée, correspondant avec l'abcès, rétrécissant notablement le calibre trachéal. Symphyse péricardique totale. La pathogénie de ce phlegmon est obscure ; elle est probablement en rapport avec une pneumopathie antérieure de la base gauche, constatée dans un autre service quinze jours avant. Les A. insistent sur l'extrême rareté de cette observation.

Tétanos grave guéri par sérothérapie massive (2.100 cc. de sérum).

MM. Boinet, Turries et Iseeman. — Il s'agit d'un tétanos grave chez un sujet de 27 ans, avec contracture généralisée en opisthotonos, s'accompagnant d'un syndrome d'excitation pyramidale, avec signe de Babinski qui a persisté une quinzaine de jour après la guérison. La cause de ce tétanos est difficile à préciser, mais il s'agit vraisemblablement d'un tétanos tardif. Les doses de sérum employées ont été de 2.100 cc., réparties en 160 par voie sous-arachnoïdienne, 1620 par voie sous-cutanée, 320 par voie intramusculaire. Malgré ces fortes doses de sérum non purifié on n'observa que des accidents bénins, urticaire précoce et arthralgies tardives. Enfin, les A. insistent sur l'action de la scopolamine qu'ils associèrent à la sérothérapie et qui semble avoir constitué un adjuvant utile du sérum, par une action plus rapide sur les contractures.

Péritonite généralisée par gangrène appendiculaire : Perforation.

M. Salen. — Jeune homme pris au travail d'une douleur abdominale généralisée, accompagnée de vomissements. Période d'accalmie ; mais persistance de la contracture abdominale ; état général assez bon. Opération à la 48e heure : péritonite diffuse avec abondance de liquide ; présence de matières cæcales dans la fosse iliaque ; appendice gangréné avec plaque blanche de sphacèle à sa base où siège la perforation. Appendicectomie, ligature, drainage. Apparition d'une fistule cæcale au huitième jour, qui régresse au quatorzième. A remarquer : l'absence de localisation de la douleur et de la contracture de la paroi ; la disproportion habituelle entre les lésions et la bénignité des phénomènes généraux, et enfin le mécanisme de la fistulisation intestinale.

Anévrysme de l'aorte abdominale.

MM. Olmer et Poinso. — Malade atteint de coma diabétique et de broncho-pneumonie ; mort en 24 heures. On constate pendant la vie une tumeur douée d'expansion avec souffle systolique à l'auscultation, tumeur développée entre l'ombilic et le point cystique. A l'autopsie, anévrysme de la face postérieure de l'aorte, au niveau des rénales, avec caillots sanguins depuis le tronc cœliaque jusqu'à la bifurcation iliaque, en arrière de l'aorte.

Aortite syphilitique thoraco-abdominale avec dilatation probablement anévrysmale de l'aorte abdominale.

MM. Olmer et Poinso. — Douleurs constrictives ; hémorragies intestinales ; tumeur avec expansion, souffle systolique à l'auscultation ; les radios n'ont fien montré (même après pneumo-péritoine). Signes ronctionnels calmés et actuellement disparus à la suite d'un traitement actif. La tension est à droite, au bras, de 22-13, indice 5 ; au cou-de-pied de 21-12 indice 3 ; à gauche de 19-13, indice 3 au bras ; 19-12, indice 0 au cou-de-pied. Cette diminution de tension jointe aux signes d'aortite et à l'expansion de la tumeur abdominale plaide en faveur d'une dilatation vraisemblablement anévrysmale. La différence de tension entre les deux côtés est peut-être liée à la présence des plaques d'aortite.

Maladie d'Addison.

MM. Boinet, Turries et Isemein. — Il s'agit d'un sujet de 24 ans dont l'affection a débuté en 1925, par une mélanodermie et une mélanostomie progressives très marquées, avec asthénie intense obligeant le malade à rester coucher. La tension est de 10/4, le réflexe oculo-cardiaque est de 76-84. Pas de signes de tuberculose (radiographie des poumons négative, mais roséole en 1920.) Après l'épreuve à l'adrénaline, phénomènes subjectifs marqués avec hypertension nette, élévation de l'indice, et retour du réflexe oculo-cardiaque à sa forme normale. L'ingestion de capsules fraîches était suivie de vomissements immédiats. On fit alors le traitement suivant : quatre injections intramusculaires d'extrait surrénal total Choay et sept injections intraveineuses de 914. Il survint une amélioration évidente : régression de

la mélanodermie, disparition de l'asthénie, reprise de la marche, élévation de la tension à 11 /6. A noter après les injections d'extrait surrénal un tremblement généralisé avec des myalgies très violentes.

Rhumatisme cardiaque évolutif à forme péricarditique

MM. J. Zuccarelli, Edouard Giraud et J. Brahic rapportent le cas d'un malade suivi depuis le début de son rhumatisme cardiaque à localisation péricarditique d'emblée (mars 1925), chez lequel ils virent se succéder une péricardite sèche, puis une symphyse cardiaque qui entraîna la mort en 2 ans, après une évolution entrecoupée de poussées rhumatismales articulaires et cortico-pleurales fébriles. L'opération de Brauer ne fut pas tentée en raison des poussées rhumatismales répétées et de la constatation de signes d'auscultation faisant croire à des lésions valvulaires complexes non vérifiées à l'autopsie. Les A. pensent que dans des cas semblables, les indications du Brauer doivent donc être davantage étendues.

Un cas de cardiopathie congénitale avec achondroplasie et dysthyroïdie.

MM. Payan et Poursines. — L'association d'autres malformations aux cardiopathies congénitales donne un appui sérieux à la théorie embryogénique des malformations cardiaques. Vierordt les note dans 10 % des cas. L'observation rapportée concerne une jeune fille de 18 ans, achondroplasique héréditaire (achondroplasie discrète chez la mère) et dysthyroïdienne avec tendance au caractère infantile. L'examen de son appareil cardiovasculaire révèle un ensemble de signes nets de rétrécissement de l'artère pulmonaire vraisemblablement congénital, sans troubles fonctionnels. Ces trois états sont certainement indépendants et sans relations entre eux. La cause première échappe totalement.

Emile Castelli.

Montpellier.

Un cas de tétanos infantile guéri par la sérothérapie.

MM. Leenhardt, Reverdy et Chaptal. — Un enfant de 4 ans 1 /2 présente, un mois environ après une brûlure au poignet droit, un hémispasme facial gauche, quatre jours après du trismus, et, le lendemain, la symptomatologie d'un tétanos généralisé très intense. Traitement local de la plaie du poignet droit par des pansements au sérum antitétanique, et, le 30 avril 1927, 20 cmc. de sérum antitétanique ordinaire *in venam*. Les jours suivants, du 2 au 18 mai, une injection quotidienne intrarachidienne de sérum (10.000 unités pour à peu près toutes ces injections). Les injections intrarachidiennes provoquent parfois une crise de contracture avec laryngospasme. A deux reprises la raideur du tronc empêchant d'introduire l'aiguille à rachicentèse, on fait deux courtes anesthésies générales à l'éther. Les deux dernières injections intrarachidiennes ayant provoqué des accidents immédiats d'anaphylaxie, on se borne à l'injection sous-cutanée quotidienne de sérum purifié de 10.000 et parfois 20.000 unités. Urticaire aux 11e, 18e et 27e jours. Chloral, bains chauds, isolement ont été employés durant toute la maladie. Guérison parfaite au bout d'un mois de traitement, l'hémispasme facial gauche ayant été le dernier à disparaître.

A part les 20 cmc. de sérum ordinaire du premier jour, il a été injecté : 1° par injections quotidiennes de 10.000 unités, 165.000 unités de sérum purifié en dix-sept jours, dans le rachis.

2° 165.000 unités dans les veines.

3° Enfin, dans les neuf derniers jours, 130.000 unités sous la peau.

En tout 458.000 unités de sérum antitétanique purifié en 26 jours, à un enfant de 4 ans 1 /2.

Sur la genèse du tissu de cicatrice dans les abcès sous-cutanés expérimentaux chez le cobaye.

MM. E. Grynfeltt et M. Guibert. — Les auteurs présentent quelques points relatifs à la genèse de la trame conjonctive dans la cicatrice destinée à combler les pertes de substances, dans les abcès sous-cutanés expérimentaux staphylococciques.

S'appuyant sur leurs recherches antérieures, ils rappellent que l'on peut distinguer, dans le tissu de granulation qui forme la partie profonde de la membrane pyogénique des auteurs, deux couches distinctes : en dedans, la *couche symplastique*, où se fusionnent les histiocytes (macrophages ou cellules rhagiocrines de Renaut) en un réseau protoplasmique continu ; en dehors, de la *couche tramulaire* où apparaissent les fibrilles collagènes, dans l'écorce ectoplasmique des travées du symplasme histiocytaire. Ces fibrilles font leur apparition dans le symplasme dès que celui-ci est vascularisé par les anses capillaires qui gagnent progressivement vers le centre de l'abcès.

Plus en dehors, la couche tramulaire se transforme en une zone *fibroïde* qui se confond insensiblement avec la trame conjonctive ancienne qui a persisté au pourtour de l'abcès, mais dont le dispositif collagène a subi une hyperplasie remarquable qui modifie profondément l'architecture normale du tissu lamineux et en fait un tissu dense aréolaire, très riche en fibres collagènes. C'est ce tissu fibroïde qui se distingue du tissu conjonctif néoformé dans la cavité de l'abcès par la présence de nombreuses fibres élastiques, qui forme la majeure partie du nodule cicatriciel, dont la rétraction détermine l'oblitération de la cavité où la néoformation conjonctive de la membrane pyogène est toujours réduite à une mince couche dans ces petits abcès septiques.

Les Congrès

VIIIe Réunion neurologique internationale annuelle.

La réunion est ouverte par M. Roussy, président de la Société de neurologie, qui prononce à cette occasion l'*éloge de Vulpian*, neurologiste et anatomo-pathologiste.

Deux questions étaient mises à l'ordre du jour cette année : *le sommeil normal et pathologique* (MM. J. Lhermitte et A. Tournay, rapporteurs), *les moyens d'exploration clinique de l'appareil vestibulaire* (M. A. de Kleyn (d'Utrecht) et M. A. Hautant (de Paris), rapporteurs

Le sommeil normal et pathologique par MM. J. Lhermitte et A. Tournay. — Le rapport de MM. J. Lhermitte et A. Tournay a été rédigé en collaboration, plus spécialement par M. Tournay pour la partie physiologique, par M. Lhermitte pour la partie anatomo-clinique.

Dans les 72 pages de leur rapport, les auteurs se sont attachés à condenser en une mise au point précise les données que nous possédons concernant d'une part l'état des diverses fonctions chez l'homme qui dort, d'autre part les circonstances pathologiques dans lesquelles s'observe le sommeil pathologique. Ils se sont élevés de là à la critique des théories qui tentent d'expliquer le mécanisme du sommeil, et à l'exposé des faits qui permettent dès maintenant de délimiter certains centres encéphaliques auxquels un rôle capital est imparti dans la régulation du sommeil et de la veille.

Ils ont négligé, par contre, de parti pris, certaines questions telles que les troubles du sommeil en pathologie générale, et l'important chapitre des insomnies, questions d'un grand intérêt doctrinal et pratique, mais qui n'entraient pas dans le cadre de la question envisagée.

L'étude physiologique du sommeil ne s'est guère complétée que sur des points de détail depuis le travail fondamental que Piéron a fait paraître en 1912 sur cette question. A. Tournay la reprend, appareil par appareil, en insistant plus particulièrement sur les faits qu'il a personnellement étudiés.

Un des faits objectifs les plus apparents, au cours du sommeil, est le relâchement musculaire, la perte de la tonicité. Cependant il persiste un taux résiduel sur certains groupes : avant tout les sphincters, puis les orbiculaires des paupières (l'occlusion palpébrale du sommeil n'étant pas exclusivement passive), enfin, dans bien des cas, les masticateurs (la plupart des sujets dormant la bouche fermée), et même les fléchisseurs des doigts, chez les jeunes enfants qui dorment « à poings fermés ».

Les signes oculo-moteurs du sommeil en sont les signes objectifs les plus caractéristiques, et ils constituent un premier témoignage des corrélations qui doivent exister dans les centres du sommeil et les centres oculo-moteurs. L'occlusion des yeux est la conséquence à la fois de la tonicité des orbiculaires et du relâchement des releveurs. Les globes oculaires sont révulsés en haut et en dehors, en strabisme, et les pupilles, bien que soustraites à toute excitation lumineuse, sont étroites, suivant une synergie que Galassi et Dupuy-Dutemps ont retrouvée dans l'occlusion volontaire des yeux.

L'étude des réflexes est difficile pendant le sommeil : l'attitude de l'homme endormi ne se prête pas toujours facilement à la recherche des réflexes, et cette recherche en elle-même risque toujours de troubler le sommeil. En général, il semble que le sommeil affaiblit les réflexes tendineux, et peut même les faire disparaître. Il en est de même des réflexes abdominaux, crémastériens, voire cornéens (Rosenbach).

Personnellement, M. Tournay s'est attaché surtout à l'étude du réflexe plantaire et des réflexes de défense. Il a souvent constaté le signe de Babinski au cours du sommeil, et cela principalement chez l'enfant. Il en est de même du triple retrait du membre, auquel il a même vu s'associer un réflexe d'extension croisée.

La sensibilité est abolie, bien entendu ; mais tout l'influx nerveux centripète est troublé ; il y a élévation du seuil de l'excitabilité et ralentissement de la conductibilité.

Le sommeil s'accompagne de toute une série de modifications dans les fonctions de nutrition :

La respiration se ralentit, et prend parfois un rythme périodique qui rappelle le Cheyne-Stokes, mais à périodes lentes pouvant embrasser plusieurs minutes. Le rythme respiratoire change, l'inspiration devenant plus longue et plus profonde, l'expiration plus brusque au début, mais aussi plus traînante, avec une pause post-expiratoire. La ventilation serait diminuée.

Le pouls se ralentit. Son retard sur l'impulsion cardiaque s'exagère. La pression artérielle diminue. Un certain degré de vaso-dilatation est de règle sur la face et sur les extrémités, mais ce dernier fait ne permet de rien préjuger de l'état de la circulation encéphalique, sur laquelle nous ne savons rien de précis, malgré les expériences mutiples entreprises.

Les sécrétions diminuent dans leur ensemble, bien que Sanctorius ait vu s'exagérer la perspiration nsensible.

Les urines sont moins abondantes, plus denses, plus riches en phosphore, moins riches en chlore. La réserve alcaline du plasma diminue. La tension alvéolaire du CO^2 augmente.

La température centrale s'abaisse, sans qu'on puisse faire facilement la preuve de la part qui revient dans cet abaissement, au sommeil, aux horaires de l'alimentation et au rythme nycthéméral.

D'après les expériences récentes de Benedict, conduites dans les conditions de rigueur les plus favorables, il semble que le métabolisme basal diminue en général, de 15 p. 100 environ, pendant le sommeil, mais sans qu'il y ait de modification du quotient respiratoire.

M. Tournay brosse ensuite une description des divers types individuels du sommeil plus ou moins profond, du réveil, de l'endormissement et des phénomènes de désagrégation psychique qui l'accompagnent. Il décrit avec un soin tout particulier les images hypnagogiques. Ces dernières doivent être distinguées soigneusement du rêve : elles ne s'accompagnent pas, en effet, d'une perte de la conscience : les sens restent ouverts aux impressions extérieures, et le sujet reste capable de mouvements volontaires ; d'autre part, les images hypnagogiques sont complètement isolées, sans lien, dénuées de tout potentiel émotionnel, et cela contribue encore à les différencier des images du rêve, qui, malgré leur incohérence et leur illogisme, présentent en général une certaine continuité et excitent habituellement le désir ou la crainte.

Les théories qui ont prétendu expliquer le mécanisme du sommeil se réduisent au nombre de trois.

La première invoque l'intoxication par la fatigue ou par l'insomnie, soit que le sommeil soit la conséquence directe de cette intoxication, soit qu'il constitue un besoin instinctif de l'organisme pour lutter contre une intoxication qui conduirait l'organisme au coma et à la mort. Cette deuxième hypothèse est celle de Claparède et de Piéron, pour lequel l' « hypnotoxine » doit être soigneusement distinguée des toxines de fatigue. La privation complète de sommeil tue, en effet, plus vite que la privation complète d'aliment. Cependant, il paraît évident que le sommeil normal intervient avant que l'intoxication par l' « hypnotoxine » hypothétique se traduise par aucun symptôme. Il doit plutôt, de l'avis même de Piéron, faire entrer en jeu un réflexe inhibiteur.

Une deuxième théorie attribue le sommeil à l'exclusion des excitations. Ce sont l'attitude optima de repos, l'obscurité, le silence, le « désintérêt » qui appellent le sommeil. Cependant, chez les sujets sourds et aveugles, chez les animaux privés d'écorce cérébrale, le rythme du sommeil ne paraît pas modifié.

Il semble que le mécanisme du sommeil fasse toujours intervenir un réflexe d'inhibition, ainsi que Brown-Sequard l'avait déjà prévu. M. Tournay rappelle le détail des travaux de Pawlow, qui, par ses expérimentations chez le chien, prolongées depuis vingt ans, est arrivé à cette conclusion que « l'inhibition interne des réflexes conditionnels et le sommeil sont un seul et même processus ». Reste à préciser le mécanisme grâce auquel l'inhibition, fait habituellement partiel et localisé, se diffuse à toute l'étendue des hémisphères, et même au delà, vers le cerveau moyen.

L'histoire du sommeil pathologique s'est plus enrichie que celle du sommeil normal au cours de ces dernières années. Nul n'était plus qualifié que M. Lhermitte pour en dresser le bilan anatomo-clinique.

Déjà en 1910, dans son rapport au Congrès de Bruxelles, M. Lhermitte avait défini un syndrome narcoleptique, équivalent pathologique du sommeil normal, qu'il distinguait soigneusement de la somnolence, du coma, de la stupeur, de l'hypnose, de la catalepsie, mais qui paraît s'observer dans des circonstances diverses, et ne devait pas être considéré comme une entité morbide autonome.

La conception de Lhermitte avait été dès l'abord très critiquée ; mais les critiques étaient de deux sortes, et contradictoires les unes des autres. D'une part, Redlich voulait faire de la narcolepsie une maladie distincte et n'admettait pas de narcolepsies symptomatiques. D'autre part, le professeur Régis (de Bordeaux) n'acceptait pas qu'une distinction pût être faite entre la narcolepsie et tous les autres états d'obnubilation de la conscience, qui se relient au sommeil normal par une série ininterrompue d'états intermédiaires.

Depuis 1910, de nombreux faits nouveaux sont venus qui ont jugé la question. La liste des cas de narcolepsies symptomatiques s'allonge d'année en année. La narcolepsie « idiopathique » n'a pas pris corps. Enfin il existe un faisceau déjà important d'autopsies et de faits expérimentaux qui permettent de déterminer au syndrome narcoleptique un substratum anatomique dans les lésions de la région tubérienne et du plancher du troisième ventricule.

Tel que le conçoit Lhermitte, le sommeil pathologique, ou narcolepsie, ne se distingue du sommeil normal que par sa profondeur, par sa durée, par la soudaineté de son apparition et par l'impossibilité de se dérober à son emprise.

M. Lhermitte décrit minutieusement le « syndrome narcoleptique », l'attaque de sommeil, en prenant pour type la crise d'apparence primitive. Il insiste sur la question du rythme, qui fait souvent revenir les accès successifs à la même heure, ou qui leur assigne toujours une durée égale. Il insiste aussi sur le rôle provocateur qui revient très souvent, dans la production des crises, tantôt à l'émotion, tantôt aux excitations sympathiques.

M. Lhermitte croit qu'il faut rapprocher des crises de narcolepsie les crises de *cataplexie*, que Gélineau avait déjà notées chez ces malades. La crise de cata-

plexie se caractérise par la perte subite du tonus musculaire, sans altération concomitante de la conscience. La perte de tonus peut porter sur un membre, sur les muscles de la nuque, sur les releveurs de la paupière supérieure, sur les masticateurs, sur un sphincter. La parenté de la cataplexie et de la narcolepsie s'affirme par la concomitance ou par la succession des deux sortes de crises, et aussi par l'existence de toute une série d'états intermédiaires ou mixtes.

Le diagnostic de la narcolepsie et surtout de la cataplexie avec le petit mal épileptique, et surtout avec l'hystérie, est souvent d'une extrême difficulté d'autant plus que le médecin a rarement l'occasion d'assister à la crise elle-même. C'est au petit mal comitial que M. Lhermitte rattache la pyknolepsie de Friedmann et le rire explosif d'Oppenheim.

Par contre, M. Lhermitte a décrit des manifestations larvées de la narcolepsie, qui, jointes à la cataplexie, constituent un groupe d' « équivalents narcoleptiques ». Ce sont des faits d'onirisme narcoleptique, qui peuvent s'accompagner de somnambulisme, et surtout d'images ou d'hallucinose analogues aux images hypnagogiques. M. Lhermitte rappelle les cas qu'il a observés, et ceux qui ont été rapportés ultérieurement dans la littérature, concernant ces images hypnagogiques.

On doit distinguer provisoirement des « narcolepsies essentielles » ou « idiopathiques » et des « narcolepsies symptomatiques ».

La « narcolepsie essentielle », maladie de Gélineau-Redlich » des auteurs allemands, est une manifestation nerveuse isolée. Redlich soutient que c'est une entité autonome, qui est dénuée de tout substratum organique décelable. A vrai dire, pour M. Lhermitte, c'est seulement un groupe d'attente. Il n'existe pas une seule étude anatomique complète d'un cas de « narcolepsie essentielle ». On n'a donc pas le droit de préjuger l'absence de tout substratum organique. D'autre part, il n'existe aucun élément symptomatique qui permette de distinguer la crise en elle-même dans les cas idiopathiques ou dans les formes qui sont, par exemple, symptomatiques d'une tumeur cérébrale ou d'une encéphalite. La « narcolepsie essentielle » est presque toujours une affection masculine, débutant entre dix et vingt ans, suivant une marche chronique, rebelle à toute thérapeutique, et souvent associée à d'autres stigmates pathologiques, d'ordre endocrinien ou névropathique. Il n'y a rien là qui puisse autoriser à en faire une affection autonome, et ce ne sont pas là, en tout cas, les caractères d'une « névrose » pure.

Le groupe des narcolepsies symptomatiques, au contraire, s'enrichit chaque jour, et M. Lhermitte en détaille les différentes variétés, en insistant tout particulièrement sur les observations qui comportent un contrôle anatomique. Il envisage tout d'abord la narcolepsie des tumeurs encéphaliques, bien distincte de la somnolence banale du syndrome d'hypertension cranienne, et particulièrement intense dans les tumeurs infundibulo-tubériennes. Il rappelle la description du syndrome infundibulaire (H. Claude et Lhermitte), les observations de André-Thomas, Jumentié et Chausseblanche, de Guillain, de J. Bertrand et Périsson, de H. Claude, Schœffer et Alajouanine, la forme monosymptomatique, purement symptomatique, décrite par Souques et Bertrand dans les tumeurs de l'infundibulum. Il relate ensuite les cas de narcolepsie dans les maladies infectieuses du système nerveux : syphilis cérébro-spinale (Foix, Alajouanine et Dauptain, G. Guillain et Alajouanine), sclérose en plaques (Chartier, Guillain, Alajouanine et Borak), et il en rapproche le fait de Guillain et Alajouanine, dans lequel la narcolepsie et la cataplexie accompagnaient l'évolution d'une sclérose latérale amyotrophique.

Les narcolepsies d'origine traumatique se rapprochent de ces formes symptomatiques lésionnelles. Particulièrement caractéristique est l'observation de narcolepseie traumatique précoce de Souques, dans laquelle l'association d'une hémiparésie droite avec diplopie croisée et polyurie ignorée du sujet, permettait de déceler une localisation mésocéphalique. En tant que séquelle tardive des commotions cérébrales de guerre, l'accès narcoleptique s'observe quelquefois (Lhermitte). Le syndrome, en pareil cas, suit généralement une évolution régressive qui le différencie des « narcolepsies essentielles ».

Telles sont les formes les mieux individualisées de narcolepsies symptomatiques. Elles relèvent toutes du plancher du troisième ventricule. Les autres types de narcolepsies symptomatiques sont beaucoup plus discutables. La narcolepsie d'origine hypophysaire, sur laquelle a insisté Salmon (de Florence) est, en fait, toujours liée à une tumeur hypophysaire, et relève de la compression infundibulo-tubérienne. Le rôle des troubles thyroïdiens, des troubles génitaux n'est pas établi dans la narcolepsie ; leur coïncidence fréquente ne permet pas de conclure à une relation de causalité. La prédisposition que créent l'obésité, le syndrome de Dercum, le diabète sucré, peut-être même l'urémie d'après une observation de Lhermitte, reste encore une pathogénie indéterminée.

Les cadres de la narcolepsie « épileptique » et de la « narcolepsie hystérique » doivent être supprimés ; ces états doivent, au contraire, être soigneusement distingués des narcolepsies véritables.

Aux paroxysmes hypersomniques s'oppose l'hypersomnie continue, telle qu'elle s'observe dans l'encéphalite épidémique et quelquefois aussi dans les tumeurs cérébrales, dans les encéphalites suppurées, dans la polioencéphalite supérieure aiguë de Gouzet-Wernicke, dans la maladie du sommeil, dans les méningo-encéphalites tuberculeuses ou syphilitiques, dans la syphilis cérébrale ou dans la paralysie générale. Bien souvent, la transition est insensible avec le coma. C'est le cas, en particulier, dans l'insuffisance hépatique, dans le diabète ou dans l'urémie.

Dans leur ensemble, les faits nouveaux qui se sont

multipliés depuis l'expérience de la guerre, l'épidémie d'encéphalite et l'étude plus attentive des syndromes de localisation dans les tumeurs cérébrales, confirment l'hypothèse émise par Mauthner dès 1890 à l'occasion de l'épidémie de zona ; il existe, au voisinage des noyaux oculo-moteurs, dans la substance grise périsylvienne, un centre régulateur du sommeil. La lésion de ce centre provoque l'hypersomnie pathologique ; son épuisement fonctionnel explique le sommeil physiologique.

L'encéphalite épidémique, les tumeurs fournissent, nous l'avons vu, des arguments sérieux en faveur de cette localisation, mais les lésions, dans ces cas, sont diffuses ou retentissent trop à distance, pour permettre une interprétation certaine. A cet égard, les faits d'hypersomnie liée à des lésions de ramollissement ou d'encéphalite localisée de la substance grise périépendymaire, sont beaucoup plus démonstratifs. M. Lhermitte résume ceux de Pette (1923), de Luschk, d'Adler, de Van Bogaert. Celui de Hirsch parfois invoqué en faveur d'une localisation thalamique de l'appareil régulateur du sommeil, prête à discussion.

Certains résultats expérimentaux viennent encore confirmer les faits anatomo-cliniques ; ce sont les expériences de Duret, et surtout celles de V.Demole. Ce dernier auteur a constaté que chez le chat, — animal dont le sommeil est expressif et facile à provoquer, l'injection intracérébrale de chlorure de calcium reste sans effets, sauf si l'injection est faite dans une zone très restreinte de la base de l'encéphale. Dans cette zone, l'injection de quelques dixièmes de milligramme de $CaCl^2$ suffit pour provoquer un sommeil immédiat. Or, cette zone est limitée en avant par la lame terminale et par le recessus préchiasmatique, en arrière par les corps mamillaires, latéralement par les noyaux latéraux du tuber. En haut, la zone ne paraît pas dépasser la région sous-thalamique. Les observations anatomo-cliniques donnent à penser que, chez l'homme, le centre du sommeil s'étendrait vraisemblablement plus loin en arrière, jusqu'à la calotte du mésocéphale.

Dans leur conclusion, les rapporteurs opposent les processus télencéphalique à la notion desquels nous conduit la physiologie avec Pawlow, et la localisation mésencéphalique, dont les faits anatomo-cliniques et expérimentaux nous démontrent l'importance. Comment doit-on comprendre les réactions réciproques des centres supérieurs, où se déclenche et se répand l' « inhibition interne » du sommeil, et du centre mésocéphalique, qui assure la veilleuse de la vie végétative et d'un automatisme psychique réduit ? On entre là dans le domaine de l'hypothèse, et même dans celui des métaphores. Les rapporteurs espèrent qu'une étude plus approfondie des processus physico-chimiques dans les humeurs et dans les centres nerveux permettra de pénétrer plus avant dans le mécanisme régulateur du sommeil, comme il a déjà permis à Haldane de le faire dans le mécanisme régulateur de la fonction respiratoire.

DISCUSSION ET COMMUNICATIONS.

Le sommeil dans l'art. — M. H. MEIGE montre, sur les projections de tableaux des anciens maîtres, des exemples de sommeil correctement représenté au point de vue morphologique : disparition du tonus, attitude naturelle des membres en demi-flexion, avec disparition du modelé léger, relâchement des masticateurs, occlusion des paupières presque exclusivement aux dépens de la paupière supérieure.

M. PIÉRON a observé, chez le chien, un fait intéressant, qui est le point de départ de sa théorie du sommeil. Un chien est privé de sommeil pendant une dizaine de jours. On prélève son liquide céphalo-rachidien, et on l'injecte dans les espaces sous-arachnoïdiens d'un second chien, auquel on a soustrait une quantité équivalente de liquide. Ce second chien s'endort aussitôt. Les deux chiens, sacrifiés, présentent des altérations communes de leur écorce corticale. Tout se passe comme si l'insomnie avait une action toxique sur le système nerveux, et comme si le sommeil constituait le procédé de défense de l'organisme contre cette intoxication.

M. Piéron signale, en outre, qu'il a observé, chez le sujet endormi, une augmentation de la résistance électrique de la peau comparable à celle qui se produit dans la patte d'un chien qu'on a énervée.

Enfin M. Piéron émet quelques critiques au sujet de la terminologie de Pawlow.

Gliome du mésocéphale se manifestant surtout par la somnolence. — MM. L. BABONNEIX et A. WIDIEZ rapportent l'observation d'un jeune homme atteint de somnolence, et chez lequel l'examen ophtalmoscopique montrait l'existence d'une stase papillaire énorme, sans autre signe d'hypertension ni de localisation. A l'autopsie, on trouva un gliome, qui s'étendait de la protubérance à la région thalamique, et qui prédominait sur les tubercules quadrijumeaux. Bien que *somnolence* ne soit pas *narcolepsie*, le fait est intéressant, et d'autant plus démonstratif que le gliome ne se compliquait d'aucune lésion vasculaire. La somnolence semble bien être, ici, d'origine mésocéphalique.

Le professeur DUMAS, M. Paul CAMBON, M. André DIDE ont également pris part à la discussion.

MM. VIGNE, VON ECONOMO (de Vienne) ont développé leurs opinions personnelles sur le sommeil.

M. COURBON fait une communication sur *le sommeil et la nuit dans les asiles d'aliénés*, M. M. WEBER (de Prague) sur la *pathologie nocturne*, M. Marco TREVES (de Turin) sur le *rythme de la veille et du sommeil à l'état normal et à l'état pathologique.*

M. Alberto SALMON (de Florence), envisageant *les rapports du sommeil, considéré comme une fonction végétative, avec le système endocrino-sympathique,* rappelle les arguments qui l'ont amené à édifier sa théorie hypophysaire du sommeil.

(*A suivre.*)

Les Livres

Imprimerie Camille ANDRÉ, 1 boul. Jean-Jaurès, Nancy. — Amédée LEGRAND, éditeur, 93, boul. Saint-Germain, Paris.

Dr Louis MERKLEN. — **Le rythme du cœur au cours de l'activité musculaire et notamment des exercices sportifs.** (Un vol. in-8°, 388 pages, 1926.)

L'accélération du rythme du cœur, au cours et à la suite du travail musculaire volontaire n'est pas une réaction simple, mais la résultante de la collaboration de facteurs multiples et complexes. Il y a une accélération initiale, immédiatement consécutive au début de l'exercice, et une accélération persistante occupant les phases ultérieures, et, après cessation de celui-ci, une période plus ou moins prolongée (dite retour au calme), au bout de laquelle le cœur reprend son rythme initial de repos.

L'accélération initiale semble due à une corrélation intercentrale entre les centres psycho-moteurs corticaux et les centres des nerfs extra-cardiaques. Pour l'accélération persistante, en dehors du facteur psychique, les modifications de composition du milieu intérieur paraissent devoir être retenues.

Chez l'homme, pour un même exercice exécuté chez des sujets différents, il existe des variations individuelles considérables dans les réactions du rythme cardiaque. L'intensité de l'accélération du rythme cardiaque est surtout commandée par la puissance développée pour le travail.

L'état d'entraînement compte parmi les facteurs les plus actifs de modifier l'intensité et surtout la durée de l'accélération cardiaque.

Cependant, au point de vue sportif, la marge des variations individuelles dans l'intensité et la durée de l'accélération cardiaque au cours et à la suite d'un exercice donné est un obstacle à l'emploi isolé de ces deux éléments comme critères absolus de l'aptitude fonctionnelle d'un sujet à cet exercice.

N. MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1927.

M. TUSSAU. — **Traité de symptomatologie topographique chirurgicale.** Préface du Dr DARTIGUES. (Un vol. in-8, 593 pages, 57, figures et 40 tableaux.)

Un tel livre ne peut qu'aider à développer l'intuition du diagnostic basé sur des choses précises. « Qui le lira et le fréquentera sera comme l'anatomiste qui, contemplant une région du corps, la voit, semble-t-il, sous une enveloppe de verre ; il apercevra également, tel un cristal taillé sous de multiples facettes, le bloc pathologique d'une région chirurgicale ».

Cet ouvrage est une synthèse de tout ce qu'il y a d'essentiel à retenir dans un but pratique et utilitaire afin de se reconnaître rapidement devant une région malade. Il rendra également service aux praticiens, dont la mémoire des livres s'estompe, et qui a besoin de se rappeler.

En lisant le livre de Tussau, le médecin, s'il ne tombe pas toujours sur le diagnostic qu'il fallait établir, du moins approchera toujours de ce diagnostic, puisque rien de ce qu'il faut se remémorer, rien de ce à quoi il fallait penser n'aura été passé sous silence.

De bonnes planches, de vastes tableaux synoptiques, des groupements heureux, tels que les chapitres des gros cous, des gros scrotums, des facies, des vomissements, des hémorragies, des comas, rendent ce livre véritablement instructif.

N. MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr P. BOUSSI. — **Hygiène oculaire scolaire.** (Une brochure, n° 16, des « Actualités thérapeutiques », 31 pages, Paris 1926. Prix : 3 fr. 50.)

Ce chapitre spécial de l'hygiène scolaire a trait à la fois à la prophylaxie des affections contagieuses de l'œil ainsi qu'à la découverte de l'amétropie et aux méthodes que l'on doit appliquer pour éviter le développement des troubles de la réfraction. On sait que les mauvaises conditions d'hygiène sont causes de la myopie dite scolaire.

Trois chapitres étudient successivement la prophylaxie des maladies aiguës contagieuses de l'œil, la prophylaxie et l'hygiène de l'organe de la vision, enfin les méthodes pour déceler dès le début les troubles de la réfraction.

Les livres qui viennent de paraître....

Chez DOIN et Cie, 8, place de l'Odéon.

Professeur FORGUE, de Montpellier. — **Au seuil de la chirurgie.** (Un vol. in-8, 226 p.)

A LA LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE
26, rue Jacob, Paris, VIe.

L. BRETIGNIÈRE, professeur à l'Ecole de Grignon, et J. GODLERNAUX, ingénieur agricole. — **L'ensilage des fourrages verts.** Méthodes anciennes. Procédés nouveaux. (Un vol. 13 × 21, 260 p., nombreuses fig.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

AU SEUIL DE LA CHIRURGIE

Par M. le Professeur E. FORGUE.

Tandis que Pierre MAURIAC ,de Bordeaux, se complaît à parcourir et explorer les *Confins de la médecine*, et apporte à cette prospection une méthode, une érudition et un jugement qui donnent à son ouvrage un prix inestimable, Emile FORGUE, de Montpellier, s'arrête un moment *Au Seuil de la chirurgie* (1), et avec un jugement, une érudition, une méthode de même essence, mis au service de sa haute conscience professionnelle, de son âme si profondément et si parfaitement chirurgicale, il publie un livre plein de charme, tout autant que de philosophie et d'enseignement, élégamment édité, dans lequel il a groupé une sériede ses études para-chirurgicales. «Un même lien les réunit, dit-il en exergue : la pensée de la haute dignité de notre état et de la noblesse de ses règles morales. »

***

Au seuil de la chirurgie se tient l'étudiant qui s'y destine. C'est à lui que le professeur Forgue adresse tout d'abord ses conseils. Que faut-il donc pour devenir un bon chirurgien ?.... « Qu'il ait la main ferme, adroite, qu'il ait une bonne vue, qu'il ait un jugement droit et de l'ingéniosité, une maîtrise de soi-même et une présence d'esprit capables de faire face aux plus graves et plus soudains incidents, une grande patience alliée à une grande fermeté de caractère, la résolution dans la pensée et la promptitude dans l'acte, le courage des responsabilités, et, en même temps que ces qualités de force, la douceur dans les formes et dans le langage qui persuadent, consolent et inspirent la confiance. »

La main habile, adroite, précise, en même temps que douce et légère, c'est la base même de la chirurgie, qui lui doit son nom (Χειρ εργον) La formation technique du futur chirurgien tend au perfectionnement des aptitudes de la main et de ses qualités, en même temps qu'à l'acquisition des connaissances scientifiques indispensables : tout d'abord l'anatomie ; puis, la médecine opératoire, dont les exercices, très peu renouvelés dans la pratique courante, n'en sont pas moins nécessaires pour apprendre « à manier le bistouri, la pince, la sonde cannelée, les écarteurs, à couper net, à trancher les ligaments par le coup de pointe donné au bon endroit, à décomposer les temps opératoires, à mesurer vos gestes, à prendre vos attitudes. » La chirurgie opératoire sur les animaux, qui donne aux actes et aux gestes toute leur valeur au regard de l'être vivant. L'anatomie pathologique et la bactériologie, non moins nécessaires au futur opérateur : « le diagnostic, les indications opératoires, les résultats même dépendent de cette alliance du laboratoire et de la clinique ».

L'aspirant chirurgien achèvera sa formation clinique à l'hôpital, au contact permanent des malades, où il devra s'efforcer d'acquérir cette haute valeur morale, qui le complètera. « Il y a un ensemble de règles morales que nos anciens nous ont transmises, comme le fruit de leurs expériences et de leur sagesse, qui résument l'essentiel de notre code professionnel, et dont l'observation est, envers et contre toute tendance impatiente ou arriviste des jeunes, le vrai moyen de réussir et de durer. » Ne pas nuire, être de haute probité scientifique, de haute moralité professionnelle.

Au seuil de la chirurgie, se tient aussi l'empirisme, auquel elle doit tant. Lui-même naît du hasard, de l'expérimentation et de l'imitation.

C'est au hasard d'une insuffisance d'huile bouillante qu'Ambroise Paré doit de substituer, pour le pansement des plaies d'arquebusade un digestif balsamique, infiniment moins barbare et moins douloureux qu'il adopte, en modifiant ainsi sa technique pour le plus grand bien des blessés. C'est au hasard d'une erreur de diagnostic qu'est due la découverte de l'action bienfaisante de la laparotomie dans les péritonites tuberculeuses. Mais c'est l'esprit humain qui, en observant les effets du hasard, a jugé les moyens, comparé et conclu.

L'expérimentation a enrichi le domaine chirurgical, en s'inspirant de la curiosité, du besoin ou de l'esprit d'aventure.

(1) O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris (18 fr.).

L'imitation de la nature et de ses cures spontanées est encore à la base de la chirurgie. « Nous sommes les ministres, et non les maîtres de la nature ; et, selon l'axiome hippocratique, il nous faut la conduire vers le point où elle tend. »

Les barbiers sont les précurseurs des modernes chirurgiens ; les inciseurs ambulants, par leurs audaces dénuées de scrupule, ont, eux aussi, fait progresser la chirurgie. D'ailleurs, l'empirique jouit d'une renommée qu'il doit à la nouveauté de ses ressources, à l'attrait du merveilleux qu'il inspire. « Entre le praticien régulier et le rebouteur, entre l'homme de science et de conscience et le charlatan possesseur de secrets, le public n'hésite pas ; que de fois nous le voyons encore s'abandonner à l'empirique et ne venir à nous que lorsque l'heure des interventions est passée ! »

Le professeur Forgue suit alors l'empirisme à l'œuvre, dans les pansements, la petite chirurgie et la grande chirurgie. Et c'est pour lui l'occasion de manifester sa surprise « de retrouver, dès la plus haute antiquité de notre art, les règles fondamentales du pansement moderne. La réunion immédiate, l'antisepsie des topiques, l'asepsie même de l'opération : tout cela, c'est de l'histoire très ancienne ; et il y a vraiment, dans l'évolution de la chirurgie, des reculs ou des oublis qui ne se comprennent pas. »

Le massage, les appareils d'immobilisation des fractures, les ventouses, le saignée, les trépanations... tout cela, on pourrait le dire, aussi vieux que le monde.

Et de conclure : « C'est une satisfaction intellectuelle et un réconfort moral que de revivre quelques instants auprès de ces personnalités fortes et initiatrices, dont il faut connaître le génie obscur, louer l'effort indépendant, et classer l'œuvre créatrice.... Il en est des sciences comme des nations : leur forme actuelle ne doit point nous faire oublier leur histoire passée ... »

C'est encore *Au seuil de la Chirurgie* qu'on trouve l'antique querelle qui divisa si longtemps *Médecins et Chirurgiens.* L'auteur consacre sa troisième monographie à l'historique de cette querelle qui se termine, en 1743, par l'ordonnance de Louis XV, véritable déclaration des droits des chirurgiens. Aujourd'hui, médecins et chirurgiens collaborent. La chirurgie a souvent envahi le domaine médical. Par contre, avec l'ère des vaccins et des radiations, la médecine a repris ses droits là où il semblait bien que la chirurgie les avait tous accaparés.

Dans cette collaboration du médecin et du chirurgien, la part du premier ne le cède en rien à celle du second, dans le service rendu. « Le médecin qui, à temps, crie le « garde à vous » et appelle au secours la chirurgie, a autant de mérite à la guérison que l'opérateur lui-même ; l'acte intellectuel du diagnostic est aussi difficile, aussi digne de gratitude, que l'acte manuel de l'intervention. »

Pensée forte et profonde, que reprendront avec fruit, je l'espère, les médecins qui se verront contester leurs propres honoraires, pour la part qu'ils auront prise à une intervention.

Le respect de la Vie s'impose au chirurgien ; c'est ce que le professeur Forgue démontrera dans sa quatrième monographie. Plus à cette heure que naguère. Aux débuts de la chirurgie, seuls les cas d'urgence sollicitaient l'acte chirurgical ; leur caractère même expliquait et excusait l'insuccès des interventions. Il n'en est plus de même aujourd'hui où l'on intervient avec plus d'audace et de précision dans une foule de cas qui furent longtemps l'apanage exclusif de la médecine. « A mesure que notre art est devenu plus précis, notre responsabilité s'est faite plus étroite et les conditions techniques de notre intervention plus rigoureuse. »

Et par des exemples excellemment choisis dans le roman et au théâtre, il montre comment doit se concevoir ce respect de la vie. En faisant l'application à des cas concrets, il peut conclure : « La chirurgie n'est point l'œuvre sanglante et impitoyable que redoute le vulgaire : c'est une forme plus agissante du combat médical pour la vie, d'une vigueur exacte et judicieuse, d'un effet souvent décisif, qui doit être acceptée, sans peur et sans reproches, dès que le traitement non opératoire est démontré impuissant. »

Quelqu'excellentes que soient toutes les conditions matérielles d'exécution d'une opération chirurgicale, elles vaudront surtout si elles rencontrent autour d'elles le moral qui convient. Le *rôle du moral en chirurgie*, tel est le titre de la quatrième monographie du professeur Forgue.

Et pas seulement le moral du chirurgien, qui devra être fait de patience, de douceur, de bonté, de pitié... Ce sont ces vertus, disons le mot, qui expliquent pourquoi, « quelles que soient notre expérience et notre accoutumance, il est certaines opérations qui nous coûtent des anxiétés, et même des insomnies, des angoisses du cœur que nous n'avouons pas, que nous dissimulons sous le masque professionnel et qui font comprendre que tant de chirurgiens succombent à des affections cardiaques. » Ce sont elles encore qui contribuent à faire accepter par le patient l'opération, l'anesthésie générale. Ce résultat acquis, on abrègera les délais, on exigera le calme autour de l'opéré, on le surveillera attentivement, immédiatement après l'opération, tout prêt à parer, sans rien manifester de ses préoccupations, aux complications qui peuvent surgir. On le suivra dans sa convalescence, en lui montrant un visage tranquille, aimable et joyeux même. Et aux

incurables, on apportera le réconfort du mensonge, semeur d'illusions, et l'apaisement de la morphine, « cette endormeuse des agonies ».

« Sur cette sombre route que doit suivre le malade inguérissable, nous avons le droit de semer, jusqu'à sa dernière étape, l'illusion et l'espoir. »

... Pas seulement le moral du chirurgien, mais aussi celui de l'opéré dont le moral devra être fait de courage, de confiance calme, de volonté de vivre... Celui des assistants, des parents, des amis qui feront preuve de force morale en s'abstenant de commenter et de critiquer le chirurgien et ses décisions, de s'agiter inutilement, d'exhaler des plaintes, des craintes... En de telles dispositions, le mieux qu'ils puissent faire, c'est de s'écarter.

Le milieu enfin joue son rôle dans l'atmosphère morale qui doit entourer le chirurgien et ses opérés. C'est pourquoi l'hôpital, plus recherché de nos jours que redouté, doit être paré... « moralement amélioré, ouvert à des pensées d'humaine solidarité. »

Après avoir franchi le seuil de la Chirurgie, dès qu'il a pris place dans le Temple, le chirurgien endosse une très lourde *Responsabilité*. Jusqu'où peut aller cette responsabilité, dans la réparation des résultats négatifs, des difformités, des désastres même, consécutifs à telle thérapeutique chirurgicale mise en œuvre ? C'est ce que le professeur Forgue étudie en cinquième analyse. C'est là une matière qui nous est ici très familière, et que Boudin a maintes fois traitée, soit pour commenter des décisions de justice, soit pour évoquer des cas où cette responsabilité du chirurgien serait discutable. Je me bornerai donc à mettre successivement en relief les faces du problème, telles que Forgue les a abordées :

Un chirurgien a-t-il le droit d'opérer un malade sans son consentement ou sans le consentement de ceux qui le représentent ? — Notre responsabilité peut-elle être engagée, et sous quels griefs, à l'occasion d'un accident d'anesthésie ? — L'inobservation des règles de l'antisepsie et de l'asepsie peut-elle engager judiciairement la responsabilité d'un chirurgien ? — Une erreur opératoire, une faute technique engagent-elles, et avec quelles sanctions, la responsabilité du chirurgien ?

Pour terminer, le professeur Forgue traite de l'*euthanasie*. « A-t-on le droit de tuer pour mettre fin à la douleur ? » — Puisque la mort est inévitable, il faut s'attacher à se familiariser avec cette idée que nous mourrons tous un jour. D'autre part, la vie humaine possède un caractère sacré qui limite indispensablement les droits que nous avons sur elle.

L'auteur étudie l'Euthanasie devant la loi ; devant la société moderne ; devant l'opinion ; devant l'observation médicale. Il remarque que ce sont seulement les Anglo-saxons qui ont soumis cette législation de la mort anticipée à l'examen de leurs législateurs.

L'Euthanasie ne peut se soutenir qu'au prix de sophismes, souvent brillants, mais qui ne sauraient prévaloir contre le dévoir du médecin qui est de lutter, de conserver...

Sans anticiper l'heure de la mort, il est permis, il est même commandé d'abréger, d'atténuer les agonies. « *Opium et mentiri* : morphine et illusion ; ce sont les suprêmes secours qui, jusqu'au bout du chemin, doivent faire cortège à une vie qui s'éteint. »

Mais il existe une Euthanasie légitime, bienfaisante, souhaitable, c'est la « profonde paix de la conscience (qui) donne à la fin de la vie humaine sa sérénité et sa beauté tranquille. »

Et Forgue, l'érudit, le lettré, le poète, termine en citant un poème de Sully Prudhomme, « un des plus purs chefs-d'œuvre du lyrisme français », et dont voici la première et dernière strophe :

Vous qui m'aiderez dans mon agonie,
Ne me dites rien.
Faites que j'entende un peu d'harmonie
Et je mourrai bien...

***

Erudit, lettré, poète, tel est bien en effet le grand chirurgien Emile FORGUE. Erudit, il a tout lu ; il sait tout ; il trouve le temps, au milieu d'occupations professionnelles infiniment absorbantes, de tout lire de ce qui paraît, non seulement touchant les sciences médicales, mais aussi le roman, le théâtre... Il est collectionneur ... ». Je possède dans ma collection un appareil à fracture de bras recueilli par un confrère de l'armée sur un Arabe ... »

Lettré, ah ! certes, et de la meilleure qualité... Lisez-le vous-mêmes, et vous goûterez cette langue souple, imagée, expressive, toute nourrie du plus pur classicisme, à l'occasion humoristique; comme si la pointe d'humour était mise là pour pimenter un plat infiniment savoureux, et stimuler une attention qui tenterait de se blaser de cette saveur même : « Un fait curieux mérite mention : ce sont ces amputations spontanées, actes chirurgicaux par excellence, au moyen desquelles certains animaux..... échappent à l'ennemi qui les a saisis, en provoquant activement la rupture de l'extrémité captive, de *même que le chirurgien est conduit à l'expropriation, pour cause d'intérêt général, d'un membre gangrené qu'il ampute*..... »

Poète... Lisez encore : « Pendant ses dernières heures, Saint-François se fait chanter le cantique du soleil ; vers le soir, il chante lui-même, avec force, le psaume de David ; sa petite cellule s'em-

plit d'ambre : enfin, sa voix se tait ; il était entré, en chantant, dans l'éternité. »

Dartigues, qui s'y connaît en Chirurgie et en Philosophie chirurgicale, vous dira, à son tour, comment il juge l'œuvre du professeur Forgue. Mais moi, qui eus à plusieurs reprises, l'honneur de l'approcher, et qui ai même pénétré dans son intimité, j'ai voulu rappeler ici pour mon compte, tout le plaisir, tout l'intérêt que j'ai pris à l'entendre, à le lire...

Jeune médecin de campagne, désirant meubler ma bibliothèque d'un Traité de Thérapeutique chirurgicale, c'est celui de *Forgue et Reclus* que je me procurai.

Beaucoup plus tard, prenant part aux Journées médicales de Bruxelles, en 1923, j'entendis Forgue faire revivre, devant un auditoire enthousiaste, trois belles figures françaises de la chirurgie d'armée : Ambroise Paré, Percy et Larrey. Le lendemain, voyageant de Bruxelles à Anvers, j'eus la bonne fortune de me trouver dans son compartiment, et pour la première fois, de m'entretenir directement avec lui.

L'an dernier, aux Journées médicales de Montpellier, il me fit à la fois l'honneur et le plaisir de me recevoir dans sa belle propriété de la banlieue montpelliéraine, et j'ai gardé un souvenir particulièrement ému et charmant de l'accueil que Madame Forgue et lui-même m'ont réservé.

Cette année même, à la séance inaugurale du Congrès de la Presse médicale latine, il voulut bien me remettre le texte de son admirable conférence sur Théophraste Renaudot en me demandant d'en rendre compte dans le *Concours médical.*



Regardez-le : sa taille est petite, mais il n'en perd pas un pouce, et l'autorité qui se dégage de toute sa personne n'en est peut-être que plus impressionnante. Dans la face aux traits réguliers et aimables, qu'encadre harmonieusement une fine barbe blanchissante, les yeux gris clair, légèrement voilés au repos par la paupière, s'animent dès que l'attention du professeur est sollicitée ; ils brillent d'un éclat quelque peu métallique, et magnétisent, dirai-je, l'auditeur que sa parole entraîne.

Ecoutez-le : sa voix douce, et bien timbrée, paraît tout d'abord monocorde. Mais le verbe s'anime, le débit s'accélère, sans que l'articulation en soit troublée, un geste sobre en souligne les harmonieuses périodes qui se déroulent inlassablement... Le charme opère... On est conquis.

Douceur du verbe... Aménité du geste... Affabilité des manières... Ce qui ne veut pas dire faiblesse. Tant s'en faut. L'enveloppe gracile renferme une âme fortement trempée. N'allez pas essayer de lui marcher sur le pied. La riposte ne se ferait pas attendre...

Emile Forgue est de la lignée de ces grands chirurgiens d'armée dont il se plaît à évoquer la figure, les écrits, les actes. Tel le coureur antique, il a reçu d'eux le flambeau sacré ; il le tient haut et ferme jusqu'au jour où il le transmettra à son

tour, quand ses forces le trahiront. Jour lointain encore, nous l'espérons.

En vérité, c'est un Maître ! ! !

G. DUCHESNE.

***

C'est un vrai régal que de lire du prof. Forgue, car pensée, érudition, tournure philosophique, sentiment moral et style d'une pureté impeccable en même temps qu'imagé, tout y est. Ce régal, je me l'offre depuis plus de vingt-cinq ans que j'ai pratiqué cet auteur, grand chirurgien. De sa lecture, on sort toujours agrandi cérébralement et retrempé moralement. Et, dans nos temps pressés, où nous devons condenser notre vie spirituelle en même temps que notre action physique, la lecture d'hommes grands, tels que Forgue, est précieuse, car elle nous donne cette satisfaction puissante : *on n'a pas perdu son temps.*

Vous ne perdrez pas le vôtre à lire *Au seuil de la Chirurgie* que le maître de Montpellier publie chez Doin.

Il ne s'agit pas de publication nouvelle en réalité, mais le prof. Forgue nous présente une magnifique gerbe d'études parues à diverses époques et qui se font suite, gerbe qui a d'autant plus de valeur qu'elle est admirablement liée et que les grains que portent ses brillants faisceaux sont toujours fortement nourriciers.

Je les ai lues, à maintes reprises ces études ; je les ai lues la plume à la main ; je m'en étais fait déjà pour moi-même et la précision de mes pensées similaires, comme une sorte d'anthologie chirurgicale. Je suis donc autorisé à vous dire : « Vous pouvez y aller ! et permettez-moi de vous dire symboliquement : ceci est du pain, ceci est du sang ! c'est-à-dire, c'est de la substance, de la vie ; c'est de la transfusion intellectuelle pour ceux dont la jeunesse d'esprit n'a pu encore sentir monter la fécondante sève, et pour ceux aussi dont l'usure et la fatigue dans une vie trépidante de labeur ont besoin d'une retrempe pour voir toujours, devant leurs yeux, clair et fort, le grand idéal de la chirurgie qui les a déjà guidés.

Conseils à un étudiant qui se destine à la chirurgie ; empiriques et chirurgiens ; médecine et chirurgie ; médecins et chirurgiens ; le respect de la vie ; le rôle du moral en chirurgie ; la responsabilités du chirurgien ; l'euthanasie, sont les chapitres de ce recueil qu'il faut lire dans un esprit de méditation et de pénétration pour le plus grand bien de notre culture paratechnique.

Dr DARTIGUES.

CHRONIQUE SYNDICALE

A propos du tarif kilométrique en Seine-et-Marne.

La note du secrétaire général de la Fédération du Syndicat de l'Aube, que nous avons publiée sous ce titre dans notre précédent numéro, était incomplète, toute la fin, que nous reproduisons ci-après, ayant sauté à la composition.

La démonstration du Dr Decourt se complète — nous serions de mauvaise foi en le laissant sous silence — par l'évaluation d'un tarif moyen de visite fondé sur le calcul de la distance *moyenne* qui sépare une localité des domiciles respectifs de médecins différemment éloignés. Le plus rapproché gagne ce que perd le plus éloigné.

Nos confrères de Seine-et-Marne s'entendent comme ils veulent pour réglementer leur concurrence réciproque. Toutefois nous trouvons dans cette pratique une contradiction avec un principe général de défense contre la concurrence : l'application par chaque médecin du tarif syndical intégral.

Si les malades ont tous les droits de faire appel à un médecin plus éloigné qu'un autre, le confrère le plus rapproché est en droit d'exiger que son concurrent venu de plus loin demande un prix de visite plus élevé. Des ententes telles que celles préconisées en Seine-et-Marne peuvent fort bien se concevoir en raison de circonstances de fait anormales : on ne saurait en tirer une règle.

Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que le principe — car c'en est un — défendu par le Dr Decourt, au lieu de faire régner la paix, allumerait la discorde parmi les confrères de l'Aube, et certainement aussi dans les régions où l'on applique non un tarif accommodé, un tarif moyen, mais le tarif syndical tout court.

L'APPLICATION DU TARIF SYNDICAL EST UNE NOTION ÉLÉMENTAIRE, SIMPLE, PRÉCISE, PARFAITEMENT COMPRISE ET DES MÉDECINS ET DES MALADES, ET C'EST ELLE QUI ÉLOIGNE LE MIEUX LES CHANCES DE CONFLITS ENTRE MÉDECINS VOISINS. Cette évidence, dont on excusera la banalité, n'est certainement pas démentie par le Dr Decourt.

Le Bureau de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Aube.

SOU MÉDICAL

Rapport du Secrétaire général.

Pour que je puisse bien mettre en lumière les caractéristiques de l'exercice qui vient de s'écouler, il faut que je rappelle en quelques mots de quelle utilité le « Sou Médical » peut être pour ses adhérents.

Cette Ligue de protection et de défense individuelles du praticien a, pour premier but, de donner des conseils juridiques sur toutes les questions qui, de près, ou même de loin, intéressent la vie professionnelle du médecin.

En second lieu, lorsque la solution d'un conflit n'est pas obtenue à l'amiable, grâce aux conseils, aux directives et aux consultations juridiques, envoyés à notre adhérent, le Conseil d'administration de la Ligue accorde son appui moral et, s'il y a lieu, son appui pécuniaire pour s'adresser aux tribunaux.

Enfin, dans les cas où la responsabilité professionnelle du praticien est mise en cause, le « Sou Médical » soutient son adhérent et se substitue à lui, pour le paiement des dommages-intérêts, s'il est condamné à en verser.

Il en résulte que le secrétariat général qui reçoit quelque cinq mille lettres dans l'année et qui donne des consultations verbales, au siège social, doit d'abord faire le triage des affaires, se résumant à un simple avis juridique, à l'envoi de documents de jurisprudence, à la rédaction de conclusions à déposer entre les mains du juge.

Un certain nombre de litiges sont réservés à la connaissance du Conseil d'administration. Ce sont les cas qui, après mise au point et étude juridique, devront probablement recevoir leur solution devant les tribunaux.

Lorsque la question est banale, archi-jugée, tous documents sont donnés à l'adhérent, pour qu'il obtienne satisfaction par un simple appel en conciliation.

Mais, doit-il aller plus loin, aborder le tribunal, ou soulever une question de principe, le Conseil accorde l'appui moral, par l'envoi de toutes consultations juridiques utiles, mais encore soutient pécuniairement son adhérent, selon les termes des statuts, en payant les frais de plaidoiries et de procédure.

Or, première constatation sur laquelle nous reviendrons plus tard, les frais de justice deviennent écrasants, parce qu'ils sont cinq fois plus élevés qu'avant la guerre. C'est ainsi que pour obtenir devant le juge de paix condamnation d'un client récalcitrant à une centaine de francs d'honoraires, il faut dépenser 5 à 600 francs. Cependant la cotisation qui était de 18 francs en 1898, pour garantir l'adhérent contre les procès, cotisation qui, en 1905, fut portée à 20 francs pour permettre la création d'une caisse de garantie contre la responsabilité professionnelle, n'est actuellement que de 40 francs, lorsque d'après l'indice de la vie, elle devrait dépasser 100 francs pour être équivalente à la valeur d'avant-guerre.

Va-t-on devant le tribunal civil, que nous devons compter par billets de mille. Quelles sommes devons-nous également décaisser lorsqu'il nous faut aborder la Cour d'appel, la cour de Cassation ou le Conseil d'Etat ?

D'autre part, je ne fais pas allusion au dévouement et au désintéressement de Me Nattan-Larrier et de Me Bernard Auger, si appréciés de tous nos adhérents, il nous faut cependant honorer nos avocats de province à un taux qui dépasse l'indice 5.

La seconde constatation, c'est que de toutes les affaires soumises au « Sou Médical », 281 ont été retenues par le Conseil comme méritant l'appui moral et pécuniaire pour être soutenues en justice.

44 ont trait à des conflits, en matière d'accidents du travail, principalement pour des contestations d'honoraires.

11 conflits pour des questions d'assistance médicale gratuite, dont 9 se rapportent à des contestations d'honoraires.

127 ont comme point de départ un différend en matière honoraires de droit commun.

26 pour mise en cause de la responsabilité professionnelle devant les tribunaux, encore que je laisse de côté 18 cas dans lesquels le client récalcitrant menaçait le docteur d'une plainte en responsabilité au cas où le praticien émettrait la prétention de poursuivre en justice le recouvrement de ce qui lui est dû.

Joignons 19 affaires de dénigrement ou de diffamation, 5 cas de détournement de clientèle, 5 de cession de clientèle, 6 affaires de déontologie médicale, 4 d'exercice illégal de la médecine, etc.

De cet exposé général, nous allons passer à l'examen plus approfondi de chacun de ces chapitres.

Accidents du travail.

Le médecin éprouve souvent de grosses difficultés pour faire payer ses honoraires.

L'ouvrier, victime de l'accident, est, la plupart du temps, insolvable, ou hors d'état de payer comptant son docteur. D'autant que celui-ci fait généreusement abandon au blessé de la part d'honoraires que la loi laisse à la charge de ce dernier.

Donc, le praticien s'adresse au chef d'entre-

prise responsable, ou à l'assurance de ce dernier et établit sa note d'après les chiffres fixés au tarif ministériel.

Alors surgissent les difficultés.

Au cours de l'exercice 1926-27, dans 8 cas, la compagnie d'assurances se refusa à admettre la valeur du bulletin d'avis, adressé par le chef d'entreprise, au médecin, lors de la première constatation de la blessure.

Cependant, c'est sur le vu de cette déclaration d'accident que le praticien a fait confiance, à la fois à la victime et à son patron, pour donner des soins à crédit et délivrer tous les certificats, nécessités pour l'application de la loi de 1898.

Dans trois cas, après guérison du blessé, l'assurance, pour ne pas payer, vient prétendre qu'il ne s'agissait pas d'une lésion provoquée par un traumatisme, mais plutôt d'un état maladif.

Puis, ce sont des chicanes d'ordre divers : le blessé n'est pas un ouvrier, mais un tâcheron ; les soins médicaux ont été donnés pour une rechute, l'accident primitif ayant été déclaré consolidé quelque temps auparavant ; chicanes sur le nombre de visites ou de pansements, alors que, souvent, l'assurance a négligé de faire faire des visites de contrôle ; conflit pour le prix du double du certificat initial ; refus de paiement des honoraires médicaux parce que le blessé n'a pas cessé son travail, ou a été autorisé à le reprendre avant la consolidation de la blessure.

Dans 5 cas, bien qu'avant l'admission à l'hôpital, le patron de la victime ait pris l'engagement d'honorer le médecin et le chirurgien, l'assurance veut opposer le tout compris. Il en est de même pour les soins donnés au blessé dans une clinique privée.

Un juge de paix est allé jusqu'à prétendre que lorsqu'un blessé du travail est soigné ailleurs que chez lui, chez une sage-femme en particulier, le « tout compris » doit être applicable. Ce jugement est d'ailleurs frappé d'appel.

En matière accidents agricoles, ce qui domine dans la nomenclature des conflits, c'est la prétention des assurances de vouloir régler les sinistres des riches patrons cultivateurs, au même tarif que ceux des ouvriers agricoles.

Elles ont raison, les assurances, de limiter leur responsabilité pécuniaire selon les prix fixés par le tarif ministériel des accidents du travail. Mais leur prétention est inadmissible lorsqu'elles se substituent entièrement à l'assuré, pour permettre à celui-ci d'escamoter la part d'honoraires, qui lui incombe.

Le médecin est seul juge pour savoir s'il réclamera ou non au blessé la différence entre le tarif normal et le tarif ministériel ; mais il ne veut pas qu'on le lui impose, lorsqu'il s'agit de riches propriétaires terriens, ou de gros exploitants agricoles ; ce serait de la pure démence que d'accepter de soigner ces gens fortunés au même taux que les malheureux ouvriers agricoles.

Honoraires de droit commun.

A voir le nombre de difficultés judiciaires ou contentieuses soulevées, il est à croire que les clients du médecin deviennent de plus en plus de mauvaise foi.

Laissant de côté le très grand nombre de litiges, pour lesquels conseils, consultations juridiques et appui moral ont été accordés, je ne veux retenir que les cas qui ont nécessité l'appui du « Sou » en justice.

Le record est tenu par les conflits survenus à la suite du règlement des frais médicaux et chirurgicaux consécutifs aux soins donnés à des victimes d'accidents d'automobile ou de motocyclette.

L'histoire banale est la suivante : un automobiliste renverse un individu. Il transporte le blessé dans sa propre voiture chez le médecin, ou vient lui-même chercher le praticien. Il donne son nom, l'adresse de son assurance ; il recommande de bien soigner la victime.

Plus tard, au moment où les honoraires sont réclamés, l'automobiliste se retranche derrière son assurance ; celle-ci chicane, soutient que son assuré n'est pas coupable ; qu'il n'y a pas eu engagement juridique, de sa part, pour le paiement des honoraires médicaux, car c'est par pure humanité et non pour diminuer sa responsabilité que l'automobiliste a conduit le blessé chez le docteur ou a fait appeler ce dernier.

Quant à la victime, bien qu'elle ait bénéficié des soins, elle soutient qu'elle n'a rien à payer, du moment où l'auteur de l'accident est l'automobiliste.

Quelquefois, à l'insu du docteur, l'assurance traite de gré à gré avec l'écrasé, laissant à ce dernier le soin de régler les frais médicaux. Et lorsque le médecin réclame son dû, tout le monde se défile, à commencer par le blessé.

Nous devons cependant dire que, bien souvent, ces litiges se règlent à l'amiable, dès qu'automobiliste et assurance apprennent que derrière le médecin se trouve le « Sou Médical ».

Un autre chapitre très fourni, en matière de litiges pour recouvrement d'honoraires, c'est celui de la riposte du client, mettant en cause la responsabilité professionnelle du médecin. Nous n'avons pas inscrit ces cas parmi ceux pour lesquels nous devons prendre pécuniairement la défense de nos adhérents, en matière de responsabilité professionnelle.

Ici, il ne s'agit que de simples menaces : « Si vous insistez pour me réclamer vos honoraires, je dirai au juge que vous m'avez mal soigné et je vous demanderai des dommages intérêts. »

Ces tentatives d'intimidation ne réussissent guère et, lorsque le client apprend que le prati-

cien est soutenu par une Ligue de défense professionnelle, il estime plus prudent de payer sans plus discuter.

A côté de cela, citons pêle-mêle les conflits suivants :

Des syndics de faillite refusent d'admettre le médecin au privilège de dernière maladie ; il en est de même pour des notaires, en matière successorale.

Nombreux confrères éprouvent des difficultés pour se faire payer par des clients de passage, clients en villégiature, malades ayant quitté la région : il faut que le praticien poursuive devant un tribunal parfois très éloigné de son domicile, d'où des frais élevés de représentation et de justice.

Ici, le médecin a été mis en œuvre par le propriétaire d'un hôtel meublé, pour soigner un malade, qui est parti sans s'acquitter envers son docteur.

Là, le praticien se voit refuser des honoraires pour les soins consécutifs à une opération chirurgicale.

Parfois, dans trois cas, le client proteste contre la note qu'il reçoit sous prétexte qu'il n'a pas fait appeler le docteur. Il a cependant reçu les soins, sans observations et en a bénéficié.

C'est encore le cas où l'on fait appel à plusieurs praticiens à la fois. Le premier arrivé soigne le malade. Cependant, les autres médecins doivent avoir droit à une indemnité de déplacement surtout, lorsqu'à la campagne, il a fallu faire plusieurs kilomètres et parfois abandonner d'autres malades, pour accourir plus vite.

Le maître qui fait appeler le médecin pour soigner son domestique est responsable des honoraires médicaux s'il a omis de prévenir le praticien qu'il entendait rester étranger au paiement de ces frais.

Puis, ce sont les difficultés d'ordre matrimonial : un médecin soigne une divorcée qui reçoit une pension alimentaire minime et qui se trouve également sans ressources ; c'est le gendre qui se refuse à honorer le docteur pour soins donnés chez lui à ses beaux-parents ; un mari et un père qui se renvoient la responsabilité de la dette, alors que la malade a reçu des soins, étant chez son père, etc., etc.

Ce sont choses tristes que de voir ainsi chicaner les honoraires de celui au dévouement et à la science duquel on a fait appel à l'heure du danger.

Que dire des clients qui soutiennent avoir payé le médecin et croient pouvoir invoquer la prescription avant les deux années réglementaires ?

Nous ne saurions terminer ce chapitre des honoraires, sans faire remarquer que les tribunaux n'ont pas perdu leur mauvaise habitude de réduire le chiffre des honoraires, qui sont demandés par un médecin, sous le prétexte de les mettre en rapport avec la situation de fortune du client.

Le tribunaux ont un pouvoir souverain d'appréciation : ils en usent, et en mésusent. Aussi, en cette matière, l'adage est-il bien vrai, qu'une mauvaise transaction est encore bien meilleure qu'un bon procès.

Médecine légale.

Un gros procès, que nous avons suivi jusqu'en cassation et perdu : le médecin est tenu, aux termes de la loi du 30 novembre 1892, de déférer aux réquisitions de justice, pour faire les constatations médico-légales.

Mais doit-il être contraint d'obéir, lorsqu'il est requis pour donner ses soins ?

Oui, vient de déclarer la cour de Cassation. Pour arriver à cette solution étrange, elle a dû torturer le sens de la réquisition en cause et y découvrir que le chirurgien avait été requis, non seulement pour opérer les blessés, en pleine nuit, mais encore pour que ces opérations, pratiquées d'urgence, puissent servir à éclairer la justice.

Pour refuser d'obtempérer à la réquisition, le chirurgien avait fait valoir qu'il était souffrant et que d'ailleurs l'état des victimes ne nécessitait nullement une intervention d'urgence. La meilleure preuve, c'est que les blessés guérirent ultérieurement, sans avoir été opérés.

Mais, si les juges se montrent très empressés pour faire travailler les autres, ils ne se montrent guère larges, lorsqu'ils s'agit de rémunérer le travail qu'ils ont ordonné.

Autant dire que les tarifs médico-légaux n'existent plus et que la fixation des honoraires médicaux sont laissés à l'arbitraire du juge taxateur. Aussi, sont-ils nombreux ceux de nos confrères, qui ne veulent plus faire d'expertises, surtout en matière d'accidents du travail, étant données les difficultés pour se faire payer.

D'ailleurs, le « Sou Médical » a eu à s'occuper, encore cette année, de la fameuse question de savoir qui doit honorer le médecin, requis par le maire pour constater le décès d'un individu, trouvé mort sur la voie publique.

Le Parquet refuse de payer parce qu'il ne s'agit pas d'un crime ; le maire refuse de payer parce qu'il prétend avoir agi comme officier de police judiciaire.

Secret professionnel.

Toujours conflit entre magistrats et médecins, à propos du refus opposé par le praticien de répondre aux questions posées par le procureur de la République ou le juge d'instruction.

En matière d'avortement, un confrère a été inquiété parce qu'il s'est retranché derrière le secret professionnel.

Déclaration de naissance.

Un autre adhérent eut besoin de l'appui de la Ligue parce qu'il voyait sa responsabilité être mise en cause à propos d'une déclaration tardive de naissance. Cependant le père était présent à l'accouchement et, aux termes du code civil, c'est à lui seul qu'incombait l'obligation de la déclaration.

Assistance médicale gratuite.

Toujours les mêmes conflits : inscriptions tardives sur les listes d'assistance. Un médecin donne ses soins à un malade, l'opère, ou pratique un accouchement. Au moment où il présente la note d'honoraires, on lui oppose le bénéfice de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, parce qu'entre temps, sans que le docteur en ait été prévenu, le client a obtenu du maire son inscription sur la liste des indigents, aux fins de ne rien avoir à payer.

Trois cas semblables se sont présentés cette année.

Joignons les contestations de tarifs, puis une question de prescription, le préfet ne niant pas la dette du département, mais soutenant que la prescription était acquise, parce que le médecin a négligé de présenter ses notes ayant plus de deux années de date.

Enfin, nous arrivons au gros problème de cette année : mal informé, un ministre adressa à ses préfets une circulaire, par laquelle il estimait que, pour faciliter le travail de contrôle des mémoires d'honoraires, ces dits mémoires devaient comporter le diagnostic des affections pour lesquelles les assistés avaient été soignés.

Mieux informé, le même ministre rapporta sa circulaire 5 mois après ; mais il faut croire que les préfets n'ont pas eu encore le temps de lire cette rectification, parce qu'ils sont un certain nombre à refuser le paiement des mémoires médicaux qui ne comportent pas les diagnostics.

Respectueux des termes de l'article 378 du code pénal, un certain nombre de médecins ont préféré refuser toute mention de diagnostic, plutôt que de porter le nom de maladies supposées, fantaisistes ou atténuées.

Nous avons perdu un procès devant le Conseil de préfecture de l'Aube : nous nous sommes pourvus en Conseil d'Etat et nous soutenons d'autres instances semblables, devant d'autres conseils de préfecture.

Loyers.

L'enchevêtrement de lois mal faites, incomplètes, peu claires, provoque de nombreux conflits en matière de loyers. Très souvent, nous avons donné des consultations orales, ou écrites, pour des cas particuliers, qui nous sont soumis ; mais nous avons dû soutenir en justice un certain nombre de questions de principe.

Le garage d'un médecin doit-il être considéré comme local professionnel et, de ce fait, jouir de la prorogation ? Le propriétaire a-t-il le droit d'expulser un médecin ? Quel est le prix limite que doit payer le praticien, pour avoir droit à la prorogation ? Une clinique, maison de santé est-elle un établissement professionnel ou commercial ? Un médecin, une veuve de médecin ont ils le droit de céder le logis professionnel, avec le bénéfice des prorogations légales ?

Les stupéfiants.

Nous avons dû venir au secours de trois de nos confrères qui, cette année, ont été inquiétés à propos d'ordonnances prescrivant des stupéfiants.

Les inspecteurs de pharmacie dépassent singulièrement le rôle que leur assigne la loi.

Leurs fonctions consistent à vérifier l'utilisation des doses de toxiques qui sortent des pharmacies et non à apprécier l'usage médical et thérapeutique qui en est fait.

Dans sa pratique journalière, un médecin peut avoir des raisons sérieuses d'ordre thérapeutique pour prescrire, à un malade déterminé, des doses parfois considérables de toxiques du tableau B, sans que le praticien soit répréhensible.

Or, bien qu'incompétents en matière de soins, puisqu'ils ne sont pas docteurs en médecine et n'exercent pas notre profession, les pharmaciens, inspecteurs des officines, ne craignent pas de signaler, directement au Parquet, les médecins, sur le vu des ordonnances desquels ils estiment qu'il y a abus de prescription et même collusion avec le malade.

Un honnête praticien peut donc se voir brutalement convoquer dans le cabinet d'un juge d'instruction parce que deux ou trois ans auparavant, il a prescrit des doses calmantes, à un pauvre malade, qui est décédé depuis longtemps d'une affection incurable et terriblement douloureuse.

Non seulement le « Sou Médical » a pris la défense individuelle de ses adhérents, ainsi molestés, mais il a employé la méthode préventive, entamant auprès des pouvoirs publics et dans les colonnes du *Concours médical* une campagne pour que ces abus puissent cesser.

Responsabilité professionnelle.

En dehors des dix-huit cas dont j'ai parlé plus haut, dans lesquels, cherchant à ne pas payer la note d'honoraires, le client tente à intimider le praticien par une menace, mettant en cause la manière dont les soins ont été donnés, nous avons eu cette année 26 cas, dans lesquels la responsabilité professionnelle a été portée devant les tribunaux.

8 de ces procès ont eu comme point de départ les soins donnés à une fracture, soit que le pra-

ticien ait été accusé d'avoir fait une erreur de diagnostic, soit qu'il lui soit reproché de ne pas avoir utilisé les rayons X, même en pleine campagne.

Avis aux confrères qui, soucieux des intérêts de leurs malades, ne veulent pas leur faire dépenser de grosses sommes et surtout veulent leur éviter les fatigues d'un déplacement, pour faire faire une radiographie ; plus tard, ce fait leur sera reproché.

A côté de ces cas de fracture, citons une plainte à cause d'abcès consécutifs à des injections hypodermiques ; deux plaintes pour opérations mal conduites ; dans un cas, un jeune homme a attendu sa majorité pour poursuivre un docteur qui lui avait amputé un doigt sans avoir obtenu la permission du jeune malade ; un cas pour certificat d'internement, un autre pour défaut de surveillance dans une clinique, etc., etc.

Beaucoup de ces affaires sont en cours, car la justice est bien lente.

Malheureusement, sur les exercices précédents, nous avons à déplorer la perte de quelques procès ; un médecin a été condamné à 20.000 francs de dommages intérêts, pour avoir négligé de nettoyer à fond une plaie par arme à feu et y avoir laissé un peu de bourre ; un autre, à 12.000 fr., parce qu'il lui était fait grief d'avoir laissé un petit bout de drain, au fond d'une plaie ; 2.000 francs de dommage intérêts, plus une rente annuelle de douze cents francs, pour fracture mal consolidée ; 20.000 francs, pour une erreur de diagnostic, concernant une fracture mal consolidée.

Un certain nombre de ces procès ont été frappés d'appel.

Certes, il ne faut pas nier l'existence de la responsabilité professionnelle. Le public s'habitue à ne pas payer le docteur ; sa faveur va à la médecine gratuite, avec tiers payant ; les tribunaux se font une idée particulière de la médecine, estimant que le médecin ne doit, ni ne peut jamais se tromper ; les confrères, qui sont parfois un peu hâtifs dans leurs diagnostics, n'emploient pas les méthodes nouvelles de diagnostics ou de traitements ; ils parlent quelquefois un peu à la légère, de leurs malades devant des gens qui, comprenant mal les termes médicaux, sont ensuite des témoins à charge.

C'est enfin l'invidia medicorum : une critique inconsidérée du traitement d'un confrère provoque des plaintes en responsabilité.

Diffamation et dénigrement. Détournement de clientèle.

Dans 19 cas, nous avons dû prendre la défense de nos adhérents, victimes de propos désobligeants, soit par la voie de la presse, soit au cours d'une séance publique du conseil municipal, soit par affiches, propos tenus en public, etc., etc.

En plus de ces 19 affaires, nous avons dû soutenir deux confrères, dont on cherchait à détourner la clientèle des accidents du travail et trois autres adhérents, pour détournement de clientèle d'assistance médicale gratuite.

Enfin, nous avons aidé un membre du « Sou », victime de la concurrence à lui faite par un dispensaire communal.

Déontologie.

Le « Sou » est intervenu, souvent comme amiable compositeur, ou comme intermédiaire, dans des affaires de cession de clientèle, lorsque des conflits surgissent pour l'exécution des clauses du contrat de cession ; il s'est occupé d'une affaire entre remplaçant et remplacé, d'une question d'usurpation de titres, d'une autre concernant l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

Parfois, force nous a été de soutenir un procès en justice, principalement dans une affaire dans laquelle le remplaçant, oublieux de ses engagements écrits, venait exercer la médecine à côté du remplacé.

Exercice illégal.

Bien que la poursuite de l'exercice illégal devrait revenir aux syndicats locaux et à leur Union, le « Sou Médical » a été obligé d'accorder son appui moral et pécuniaire à des groupes professionnels médicaux : dans 4 cas le « Sou » a aidé les syndicats pour se porter partie civile.

Conclusions.

De cet exposé extrêmement rapide, nos confrères peuvent se rendre compte que le « Sou Médical » ne bataille pas pour des mots, des idées, des mystiques : il borne son activité à défendre chacun de ses adhérents contre les misères de la vie quotidienne. Point de grandes phrases : des actes appuyés par le nerf de la guerre, sous forme de subventions pécuniaires, pour soutenir des procès.

Je ne saurais donc trop remercier tous ceux qui nous aident dans notre tâche. En premier lieu, Me Nattan-Larrier, avocat à la cour d'Appel et Me Bernard Auger, avocat à la cour de Cassation et au Conseil d'Etat : faire une fois de plus leur éloge est parfaitement inutile : vous connaissez tous leur compétence et leur dévouement.

Je n'aurais garde d'oublier nos secrétaires, Dumesny et Meillet, toujours présents rue de Bellefond, pour conseiller et guider nos adhérents.

En un mot, tous les membres qui composent le Conseil du « Sou » sont mus par le désir d'aider, de leur mieux, nos confrères, pendant que

ceux-ci accomplissent leur labeur, souvent bien ingrat et mal récompensé.

Mais, pour défendre, pour attaquer, en un mot pour faire respecter les droits de chacun, l'argent est indispensable. Chaque adhérent verse actuellement 40 francs pour être garanti contre tous procès et, de plus, avoir une protection pour 70.000 francs, en cas de responsabilité professionnelle.

Or, avant la guerre, pour 2.000 francs seulement de garantie, nos adhérents versaient 20 francs par an, ce qui ferait environ 115 francs, au taux actuel du franc or.

Cependant, combien de fois sommes -nous obligés de discuter au Conseil du « Sou » parce que nous voudrions nous montrer très larges, alors que nous sommes limités par des nécessités budgétaires.

Un simple procès en justice de paix revient à 4 ou 500 francs. Qu'est-ce, lorsqu'il faut aborder le tribunal civil, la Cour d'appel, ou la Cour de Cassation ?

De plus, beaucoup de nos adhérents souhaiteraient que la garantie contre la responsabilité professionnelle fut encore augmentée.

Je demande donc que soit posée devant tous nos adhérents la question suivante : « Voulez-vous, en versant une cotisation plus élevée, correspondant à la valeur de la cotisation d'avant guerre, jouir de l'avantage d'une garantie presque totale, non seulement pour la plupart des difficultés de chaque jour, lorsqu'elles sont susceptibles d'être défendues en justice, mais encore contre une responsabilité professionnelle, pour une couverture quasi illimitée ?

« Dans certains syndicats médicaux, la cotisation a été portée à cent francs par an : voulez-vous en faire autant au « Sou », pour permettre une garantie aussi étendue que possible contre les difficultés personnelles et professionnelles de chaque praticien ? »

Mais quelle que soit votre réponse, soyez assurés que le conseil fera toujours son possible pour donner satisfaction à toutes les demandes d'appui conformément aux disponibilités budgétaires et selon les termes des statuts.

Dr Paul Boudin,
Docteur en médecine et en droit.

VARIÉTÉS

DÉCOUVERTE D'UNE SCULPTURE NÉOLITHIQUE SUR ROCHER DE MAIN A DOIGTS AMPUTÉS

(Une nouvelle opération préhistorique)

Par le Dr Marcel Baudouin.

Dans un article récent (1), que M. le prof. É. Jeanselme (2) a bien voulu trouver *très personnel* — ce qui prouve que personne n'avait encore bien réfléchi à ces choses ! — nous avons exposé la question de l'*Amputation cultuelle des Doigts, en Préhistoire et en Ethnographie moderne* ...

Si les faits ressortissant de cette dernière science sont assez probants, comme nous l'avons montré, il n'en est pas de même de ceux du domaine des temps passés, très lointains ! Aussi faut-il enregistrer avec soin les observations nouvelles, qui peuvent nous renseigner sur cette bizarre pratique, surtout lorsqu'elles constituent, comme cela est le cas pour le fait, nouveau et inédit, que nous allons citer, des transitions très nettes entre le Paléolithique et le Folklore actuel.

***

Nous avons indiqué que, dans les vieilles *cavernes*, on trouvait souvent des dessins et des sculptures, montrant qu'autrefois cette extraordinaire *Mutilation* était pratiquée, au moins dans certaines contrées, en Europe, et plus particulièrement en France.

Aujourd'hui, nous allons démontrer qu'il existe — constatation récente et imprévue — des

(1) Marcel Baudouin. — *L'Opération cultuelle du sacrifice du Doigt. Amputation d'un doigt.* (*Journal des Praticiens*, Paris, XLI, 1927, nº 11, 12 mars, p. DXXXI-DXLVIII.

(2) Pr E. Jeanselme. — *De l'amputation volontaire d'un doigt. Sa signification.* (*Journal des Praticiens*, Paris, 1927, nº 13, 26 mars, p. 206-207).

sculptures sur rochers, de la fin de l'époque néolithique supérieure reproduisant, une MAIN MUTILÉE, qui ne peut s'expliquer que par l'existence de la coutume de l'AMPUTATION DES DOIGTS !

***

Cette découverte a été faite, en l'été 1926, dans les montagnes de l'Ardèche (1), par l'un de nos collègues de la Société préhistorique française, M. J. de La Laurencie, spécialisé dans l'étude des œuvres d'art préhistoriques cultuelles. Il a eu soin, au cours de son excursion difficile, de prendre un excellent décalque bien orienté de cette sculpture et nous l'a communiqué : ce dont nous le remercions vivement.

La main est indiscutable ; mais elle a un aspect particulier, qui de suite a attiré notre attention et nous a obligé à en faire une étude d'anatomie, artistique et topographique, très poussée. Et, c'est ce qui nous a permis pour cette main, à l'apparence *palmée* et du type anthropoïde, de poser le diagnostic ferme de MAIN A DOIGTS AMPUTÉS.

LA MAIN.

A. LA MAIN (ensemble). — Cette main a une longueur maximum de 0 m. 180 mm., au niveau de l'index. Or, une main adulte d'homme actuel donne à peine 0 m. 19 à 0 m. 20 cent.

Elle a 0 m. 85 de large, au lieu de 0 m. 90. C'est donc, en réalité, une paume d'un homme d'une *race petite*. Ce qui concorde tout à fait avec l'époque de la sculpture.

Pour une main *amputée* des phalangines et des phalangettes, elle semble longue ; mais cela tient à ce qu'une partie du poignet a été figurée avec la paume elle-même, (*Fig* 1.)

Aspect. — Elle ressemble indiscutablement, à une main d'ANTHROPOÏDE ! Et la mutilation rituelle, qui a provoqué cette forme, pourrait bien être en rapport avec un *Totem*, quelconque de forme anthropoïde ou autre, comme nous l'avons indiqué antérieurement dans le mémoire cité ci-dessus.

Mais il est impossible d'être affirmatif à ce point de vue et il ne s'agit là que d'une hypothèse, parfaitement discutable, nous le reconnaissons, mais non risquée, étant donné ce qu'on sait des mutilations crâniennes, labiales et surtout dentaires, en Ethnographie.

***

C'est surtout en nous basant sur les mensurations comparées des divers doigts que nous sommes arrivé à cette conclusion.

(1) Cette sculpture se trouve sur la crête de la montagne où gît le Rocher à Cupules du Lech' ous, dans l'Ardèche.

En effet, ces sortes de représentations semblent être des simulacres des décalques, soit en peinture, soit en gravure, d'une main humaine, quoique cependant il n'y ait pas réellement là de décalquage !

Côté. — Ce qui est certain, c'est qu'il s'agit ici d'une main gauche, appliquée par sa face palmaire sur le rocher et dont le contour des doigts, ont été sculptés assez profondément, comme le montre la Figure 1

Le pouce est à droite et les autres doigts en l'air, bien dressés, à bouts arrondis, *sans ongles* indiqués.

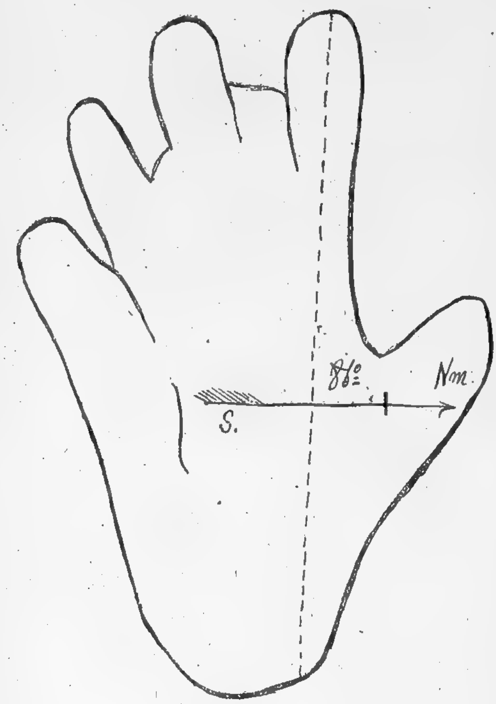


FIG. 1. — La Main gravée du Lech'ous (Ardèche). — Sculpture sur Rocher de l'époque de la Pierre Polie.

Orientation. — L'*orientation* du grand axe de la main est Est-Ouest, les doigts allant vers l'Ouest. L'angle de cet axe sur le Nord magnétique est de 86° magnétique du côté Ouest.

B. LES DOIGTS. — 1° *Pouce.* — Ce qui frappe tout d'abord, c'est le fort isolement du pouce, très écarté en dehors.

Il mesure, depuis sa racine, *trois* centimètres seulement, tandis qu'un pouce normal, sur une main d'adulte, fait une saillie de 6 centim. (soit 2 pouces de 33 mm.). Il y manque donc 3 centimètres !

Il semble, par suite, que ce pouce ait été *amputé de sa phalangette*, qui, comme on le sait, mesure trois centimètres, c'est-à-dire la mesure dite *Pouce anglais*. Ici le pouce n'a pu être représenté replié en effet !

2° *Index.* — L'index, mesuré depuis sa racine, sur cette main, donne *neuf* centimètres. Chez l'a-

dulte actuel cette dimension est de douze centimètres. Il semble donc qu'il manque *trois* centimètres également.

Mais on verra tout à l'heure pourquoi l'on ne peut pas admettre une amputation de la phalangette de l'index, sans discussion plus approfondie, quoique cette amputation soit très probable.

3° *Médius.* — Le médius, à l'état normal, chez l'homme, est toujours plus long que l'index, qu'il dépasse d'au moins un centimètre.

Or, ici il est nettement *plus court,* puisqu'il se trouve au niveau de l'index.

Il a donc été amputé certainement de sa *phalangette,* qui mesure deux centimètres seulement d'ailleurs. Mais le médius, depuis sa racine, a 8 centimètres, et, sur cette main, il n'a que trois centimètres.

Aurait-il donc été amputé, en réalité, non seulement de sa phalangette, mais aussi de sa phalangine qui a, elle, trois centimètres de longueur ?

A première vue, on le dirait, et cela est fort probable, puisque la partie libre de ce doigt n'a ici que trois centimètres : ce qui correspond bien à sa phalange, laquelle a trois centimètres, en effet.

4° *Annulaire.* — L'annulaire, d'ordinaire, arrive au niveau de l'index, c'est-à-dire reste au-dessous du médius d'un centimètre.

Ici, il est nettement situé plus bas que la pointe de l'index et cela d'un bon centimètre ! C'est donc qu'il a été amputé de sa phalangette, qui a 2 centimètres de hauteur.

A-t-il été amputé aussi de sa phalangine ? Cela est très probalble également, car il n'a que trois centimètres de hauteur.

5° *Le petit doigt.* — De même que les autres doigts, le petit doigt semble avoir, lui aussi, subi les amputations de la phalangette et de la phalangine, car il n'a plus que deux centimètres de hauteur.

C. PALMURE. — Reste à expliquer la *palmure,* qui se voit, de façon nette, entre les bases de l'index et du médius.

Je crois la chose facile, si l'on admet la réalité des amputations indiquées. Je pense, en effet, qu'il s'agit de la représentation d'une *cicatrice,* accidentelle, suite d'un accident opératoire, au niveau de l'espace interdigital considéré.

En effet, cette palmure semble manquer dans les deux autres espaces interdigitaux externes, ou tout au moins dans le dernier.

***

COMPARAISONS. — En tout cas, quelle que soit la façon d'interpréter les caractères de cette rarissime sculpture, il s'agit là d'une œuvre d'art préhistorique du plus haut intérêt, car, jusqu'à présent, c'est la seule qu'on connaisse en France de cette sorte !

Les autres gravures de mains, qui ont été signalées dans notre pays, sont bien moins caractéristiques, surtout au point de vue *Amputation des doigts* (main sculptée dans la caverne de Saint-Amon, à Chatenois (Vosges) ; etc., etc.).

En Angleterre, il y avait jadis, d'après Olaus Magnus, une main analogue sur un Menhir ! En Amérique, ces mains ne sont pas rares, et, là aussi, elles sont de l'époque des Cupules.

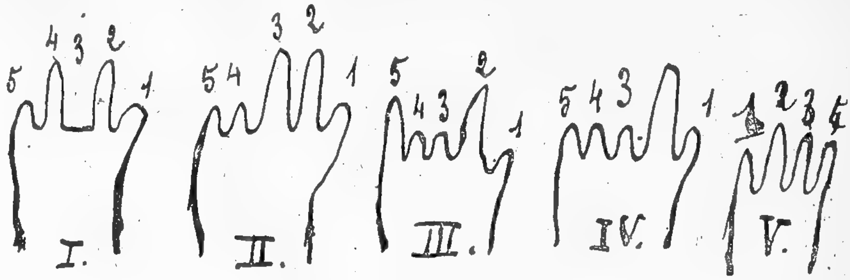


FIG. 2
Les Mains à Doigts amputés de Gargas.

Mais, outreAtlantique, *pas trace d'Amputations,*

Une main, peinte dans la caverne de Gargas, est un peu comparable à celle-ci, au point de vue amputation des doigts. C'est le n° V de notre Figure 2. Mais là le petit doigt semble avoir été amputé de façon totale ! Dans les autres mains de cette figure, les amputations ont été combi-

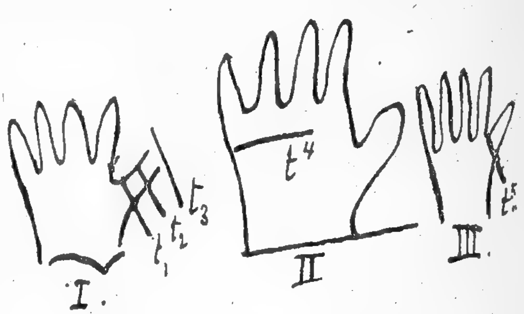


FIG. 3. — Les mains de Gargas, avec *incisions* ; t^1 à t^5 *traits* d'amputation.

nées de façon tout à fait différente, comme il est facile de le voir (1).

Ajoutons qu'il n'y aurait rien d'impossible à ce que certaines *mains*, empreintes sur les *briques* de la fameuse station du cuivre de Glozel (Allier), aient subi l'amputation d'une phalangette sur un doigt au moins (2), si. du moins, il s'agit bien d'images de mains . . . . . (3).

***

Mains et doigts dans les légendes. — J'ai montré, dans l'article cité, que ces Amputations des doigts étaient en relations avec la légende du *Petit Poucet* (4).

Mais il y a d'autres faits qui rentrent aussi dans la même catégorie de Mythes.

Le plus intéressant est certainement le suivant, que nous n'avons pas encore eu l'occasion de rapporter, et qui mérite d'être résumé ici, en raison des données qu'il fournit sur la *personnalité* attribuée à des *doigts isolés*, quand ils proviennent de grands initiés ou même de saints chrétiens !

La Légende de Saint-Jean-du-Doigt. — On retrouve l'histoire du Petit Doigt « petit Homme », en effet, dans la légende de Saint-Jean-du-Doigt, en Bretagne.

Un des doigts de Saint-Jean, brûlé à Samarie, comme on sait, par ordre de Julien l'Apostat, fut dérobé et envoyé au Patriarche de Jérusalem, qui le confia à Tècle, vierge normande, laquelle lui fit construire une église.

Mais un jeune breton de Plougasnou ayant fait le projet de dérober cette relique, le Petit Doigt de Saint-Jean se transforma de lui-même alors en « *Petit Homme* », figurant le Saint.

Il devint doué de mouvements, de volonté, et *alla se cacher* sous le poignet de son adorateur, sans l'en aviser !

Il pénétra donc *dans son corps* et se logea *dans son bras*, à l'insu du porteur.

Le « petit doigt » se substitua au Breton et le transporta à Plougasnou, près d'une *fontaine* (*Feunteun Arbis*, fontaine du doigt). D'où chapelle, etc. (1).

Alors le *doigt* se dégagea et alla se placer lui-même sur l'autel. D'où toute une série de miracles dans cette chapelle.

C'est la même idée que celle du *Petit Poucet* avalé par une *Vache-divinité* et sortant du corps de cet animal, pour aller d'ailleurs dans une autre.

Par conséquent les rites de *Réincarnation païenne* avaient encore cours en Bretagne au moyen-âge.

Sans cela on n'aurait pas inventé ce mythe, en réalité fort compliqué et invraisemblable de prime abord, pour qui ignore ce que je viens de rappeler. (2).

***

Conclusions. — Il résulte de ce qui précède qu'il existe sur rochers, des sculptures de mains, comme il y a des sculptures de pieds, celles-ci bien plus nombreuses, et classiques désormais depuis notre ouvrage sur ce sujet !

De plus, ces œuvres d'art peuvent représenter, en réalité, des mains de sujets, dont un certain nombre de doigts ont été *amputés*, au moins en partie.

Ces traces corroborent d'une façon éclatante, ce qu'on sait des peintures de mains dans les cavernes paléolithiques d'une part, et, d'autre part, toutes les données de l'ethnographie moderne relatives à l'*opération rituelle de l'Amputation des doigts*, jadis tout à fait ignorée en France !

---

(1) La *Figure* 3, relative aussi à la caverne de Gargas et à des mains peintes, montre les *incisions*, qui devaient être faites pour ces opérations rituelles.

(2) Marcel Baudouin. — *Les découvertes de Glozel.* (Paris, 1927, in 8°.)

(3) A noter que l'époque de ces œuvres d'art est à peu près la même : Début du métal cuivre ou fin du néolithique pur.

(4) Ces faits sont très complexes, mais d'une très grande importance. Ils sont fort mal connus en France. Pour s'en faire une idée approchée, le lecteur devra se reporter aux publications de Saint-Yves, pseudonyme d'un anthropologiste bien connu à Paris.

C'est en Russie et en Angleterre que Tom Pouce et le Petit Poucet ont surtout joué un rôle considérable dans les traditions populaires.

(1) J'ai jadis consacré un assez long article à cette affaire de *Saint-Jean-du-Doigt*, et aux miracles qui en ont été la conséquence. Je suis obligé de renvoyer les lecteurs à cette publication, dont voici l'indication bibliographique :

Marcel Baudouin : *Gazette médicale de Paris*, 1903, 18 juillet, n° 29, p. 237.

(2) J'ai signalé ce qu'on faisait parfois des *Doigts amputés*.

Mais généralement on les conservait et les offrait aux Divinités.

D'où l'idée des *Doigts ex-voto*, qu'on connaît pour diverses époques.

Des amulettes égyptiennes représentent des *doigts-amputés*.

Tantôt il n'y en a qu'un seul ; tantôt il y en a deux ; (Ex. : Fig. 1, 1er mai 1927, *Nature*).

LES MÉDECINS, LES VOYAGES, ET LA COLONISATION

Le Désert Africain peut être un réservoir de santé, l'Afrique, un réservoir de forces, d'énergies, de richesses. L'Algérie est l'origine, la source des efforts, le point de départ de la traversée du Sahara. Le Transsaharien, chemin de fer demandé pour rejoindre nos diverses possessions Nord Africaines, du Nord au Sud, recueille de plus en plus de prosélytes. Le général Aubier, à la Société d'études algériennes, en est un apôtre fervent. Au Comité de l'Afrique du Nord, présidé par son fondateur, M. Sabatier, ancien notaire en Algérie et à Alger, ancien président des Délégations financières de l'Algérie, qui connaît bien le pays,ayant vécu si longtemps de sa vie propre, s'occupe de faire connaître notre France Africaine, avec toute la compétence nécessaire.L'âme musulmane est difficile à pénétrer, à assimiler (*La Reb'ka* du magistrat que nous avons vu à l'œuvre, Conseiller à la Cour d'Appel d'Alger F. Duchène).

Mais que d'obstacles, même de bizares et d'insignifiants ! Les timbres-poste sont différents. On ne peut envoyer en Algérie, ni réciproquement, de France, des timbres pour obtenir des réponses : les timbres français de la métropole ne pouvant servir là-bas, et pas non plus, les timbres d'Algérie en France. Je dis « en France », comme l'on dit là-bas. Avant d'être devenu à demi-africain,quand j'entendais des Algériens dire : « Nous partons pour France », je leur répondais, « mais l'Algérie, c'est la France ». Eh bien, non ! paraît-il, car il n'y a pas que les timbres, il y a la douane. L'Algérie est l'Etranger, car on paye en France des droits comme si c'était l'Etranger ! On empêche les denrées de nous arriver à bon marché, on règle même la quantité qui nous en doit arriver : le contingentement. Les vins de Tunisie ne doivent pas venir diminuer le prix des nôtres, de nos *vins de France* que vient de décrire si bien M. Paul de Cassagnac ! *Le Français moyen*, dont Henry de Jouvenel, dans *Le Matin* du 17 juin 1927 notait la triste disparition, ne boit plus de vin, faute de ressources, et si les vins d'Algérie et de Tunisie, n'étaient pas, chose monstrueuse, des vins dits « étrangers », payant douane, comme tout, on y pourrait recourir !

Il faut que nos sociétés coloniales, nos Comités, la presse coloniale, la *Ligue Française* présidée par M. Alapetite, s'occupent aussi de ces points, et le dernier-né de ces groupements, si vivant, le *Comité de l'Afrique du Nord*, agisse. En son banquet du 15 juin 1927 présidé par M. Sarraut, Ministre de l'Intérieur, qui revient d'Algérie, où il a, le 15 juin également, flétri le communisme. L'Algérie, à notre porte, si française — tant de morts à la guerre ont été donnés par elle, doit être traitée comme la Métropole.

L'Algérie économique, de Victor Demontés, *La mise en valeur des colonies françaises*, par Albert Sarraut, *Ce qu'il faut connaître de nos ressources coloniales*, du sénateur Lucien Hubert, et tant d'autres livres, nous montrent quels efforts sont à faire, et où le corps médical a sa place légitime et nécessaire, place d'études et de santé.

Nos médecins ont aidé, aident encore et le peuvent de plus en plus, à la pénétration, à la colonisation. Les médecins militaires, tel,Maillot dont on a donné le nom à l'hôpital du Dey, à Alger, ont contribué grandement à la conquête de l'Afrique du Nord par l'emploi raisonné de la quinine contre le meurtrier paludisme.

Les médecins de colonisation ne sont pas aidés autant qu'il le faudrait : le Dr Noir a enregistré dans *Le Concours médical*, certaines de leurs doléances.

Dans la mission André Citroën-Haardt-Ardouin qui a traversé l'Afrique, le médecin eut son rôle. Le grand Livingstone était prêtre et médecin. *La Croisière Noire*, que nous projeta au syndicat de la Presse scientifique, son opérateur M. Specht qui avait vécu les films expliqués et faits par lui, nous montra quelle moisson abondante peut faire partout l'indispensable médecin si souvent à la fois guérisseur, botaniste, ethnographe...

La pénétration se fait partout. La Compagnie générale Transatlantique présidée par M. J. Dal Piaz a établi au désert, et aux points qui y aboutissent 44 hôtels nouveaux pour le tourisme et les savants. « L'Afrique mystérieuse » de Louis Jacolliot, publiée il y a 50 ans, disparaît. Cela permet aussi les voyages sur mer, chers, pour leur action curative, à notre confrère le Dr Loir ; mais il faut pour cela des bateaux de fort tonnage afin de réduire au minimum les causes de mal de mer. La Transatlantique vient, pour l'Océan, de réaliser un nouveau et superbe bateau *Ile de France*, à l'inauguration grandiose duquel, bien que convié, je n'ai pu assister : sept cents cabines, rien que de première, 240 mètres de long et 28 de large, 43.000 tonnes, une des salles à manger a 3.000 mq, une chapelle. *La Ville flottante* de Jules Verne se réalise de plus en plus. Les *hôpitaux flottants* que suggérait jadis la *Société française d'hygiène*, avec les docteurs Barthe de Sandford, Hublé, nous-même, vont sans doute ouvrir, avec la voie aérienne, les *hôpitaux volants*, qui apparaissent de nouveaux débouchés aux médecins dont, malgré la dureté des temps, le nombre augmente sans cesse. L'Atlantique aux bateaux à plus fort tonnage que ceux de la Méditerranée, prête moins, je l'ai constaté sur moi-même, au mal de mer.

Croisières de plaisance pour neurasthéniques ou autres névropathes malades promenés et insolés, yachts de plaisance pour princes et nouveaux riches, voilà de nouvelles situations médicales qui se créent et que les médecins eux-mêmes, notamment le Dr A. Loir (du Havre), ont ouvertes.

Les Journées médicales, les Congrès, se tenant en notre Afrique du Nord, tels les Congrès de l'Avancement des sciences qui se sont tenus à Alger, Tunis, Oran, cette année à Constantine, les Journées Marocaines à Casablanca sous la direction du prof. N. Fiessinger, nous révèlent nos colonies, nous permettent de conseiller utilement certains de nos jeunes clients, de les envoyer là-bas pour leur santé, le cas échéant, ce qui peut aussi leur assurer parfois une situation : ingénieurs, agriculteurs, ont là-bas des débouchés. La culture scientifique, en ces espaces considérables « d'un seul tenant » est vraiment applicable et appliquée. (V. *Journal des Praticiens*, 22 janvier, et 26 février 1927.)

Les voyages médicaux, avec avantages spéciaux consentis par les compagnies de transport ne sont pas perdus pour elles. C'est de la bonne graine semée en un bon terrain. Ce n'est pas toujours assez compris. Cependant, citons la Compagnie de Vichy qui tant multiplie, et à titre gracieux, les voyages à sa station, pour, notamment, les cours de vacances faits à l'Hôtel-Dieu par le regretté prof. A. Gilbert, avec le concours des agrégés Villaret, Chabrol, Baudouin... les voyages aux eaux minérales du prof. Carnot, et récemment, le Congrès de la Presse médicale latine organisé par le Dr Pierra et présidé par le Dr Loeper. Ce que vient de faire pour son gigantesque bâteau, *Ile de France*, la Compagnie générale transatlantique et son président M. Dal Piaz, pour donner l'idée d'aller fréquemment du Havre à New York et réciproquement, par les fêtes à bord, au Havre, du 16 au 19 juin, doit se répéter.

Des journalistes même, nous a-t-on dit, ont été invités à aller sur l'immense navire, à *aller* de Paris, du Havre en l'espèce, à New York et retour, et ce, gracieusement. Evidemment si nos confrères de la grande presse sont reconnaissants, et ils le seront, ils chanteront les louanges de l'aimable hôtesse : la Compagnie de navigation.

L'Angleterre, en juillet, a reçu merveilleusement (je me rappelle le Congrès de médecine de 1913) les délégués de l'Union internationale des Associations de Presse, dont le représentant, M. Saugrain, vice-président du syndicat de la presse scientifique qui groupe nombre de médecins, et que la Compagnie du P.-L.-M. favorise.

Les Américains cultivés nous connaissent bien, mais ce n'est pas suffisant. Nos maîtres qui vont là-bas, du Nord au Sud-Amérique, les prof. Widal, Jean-Louis Faure, Cunéo, Vaquez, et tant d'autres que je m'excuse d'oublier, l'*Umfia* (Union médico-franco-ibéro-américaine) présidée par le chirurgien Dartigues, avec ses missionnaires et ses dîners français, font connaître, et nos travaux et notre mentalité. Il y a réciprocité et les médecins étrangers viennent chez nous : l'Association des Relations médicales A.D.R.M., présidée par le prof. H. Hartmann, les correspondants français de ces sociétés médicales étrangères... les reçoivent à Paris et leur font connaître notre pays... C'est ainsi que le Dr J. Rivière et moi-même (*Journal des Praticiens*, 7 août 1926) avons reçu avec l'A.D.R.M., « l'American électrothérapeutic association » et « le Travel Club » (docteurs Albe et Kovacs, dirigeants) et que nous fûmes invités tous deux, même avant leur venue, à aller aux Etats-Unis, à y être reçus gracieusement par nos confrères électro-radiologistes, à circuler de même sur tout le territoire : seul Rivière en profita et en revint enthousiasmé, ayant été, lui, médecin, parlant anglais, un excellent missionnaire de la France !

J'ai assez circulé en Europe avant la guerre, et souvent, me suis trouvé étonné de voir si bien connus les travaux français. En nos fêtes, les médecins invités doivent être de plus en plus nombreux, d'autant que tous n'y peuvent aller, certains retenus par leurs occupations professionnelles.

Evidemment, il faut pour consentir — tels ces voyages offerts par la Cie de Vichy fréquemment, par la Transatlantique — des sacrifices, de plus en plus onéreux par ces temps où tout augmente, il faut de riches compagnies, mais n'en n'avons-nous pas de nombreuses en France ? Quand la confiance renaît, ne voyons-nous pas apparaître « le vrai visage de la France », laborieuse, et, sourdre, de toutes parts, argent et travail. Nos compagnies françaises de chemins de fer qui ne donnent plus, pour nos Congrès, la demi-place sauf pour celui de la natalité, grâce au Ministre J.-L. Breton. Cette année, il a lieu à Toulouse, près du Gers dépeuplé) ; de ne plus faire comme avant guerre, les chemins de fer en général ont tort, grandement tort, et, ne favorisent pas les déplacements — médicaux surtout, je ne crains pas de le répéter — ont grandement tort. C'est nous qui envoyons, en dehors de la mode, les gens, aux eaux, à la montagne, à la mer, voire aux colonies.

Malgré notre dépeuplement, l'abaissement de la natalité qui a, du reste, lieu partout, sauf, le Dr Legendre nous le montre, chez les *jaunes*, (Chinois et Japonais que le soviétisme envahit), la vie, pour certains êtres aventureux, *désaxés* (voir livre du Dr Hamon) par la guerre, est plus difficile en France qu'elle ne le serait aux colonies, vu leurs caractères.

En dehors du goût de l'aventure, les hasards de la vie mènent souvent les individus loin de chez eux, le service militaire notamment, la guerre a « déraciné » pas mal de gens, de façon momentanée ou durable. Nous avons en décembre 1926, retrouvé à Alger un docteur ès-sciences, pharmacien devenu militaire à l'hôpital algérois Maillot, qui apprend aux indigènes l'usage d'explosifs pour faire sauter les masses crétacées cachant l'eau à peu de distance du sol.

Le problème de l'eau en Algérie ou ailleurs est important. Le Congrès de Constantine l'a étudié avec les prof. L. Jobaud, Brives, Allyre Chassevant. M. H. Dessoliers m'avait, à Alger, remis sa brochure : « Comment l'homme accroîtra progressivement les pluies des régions arides en créant et multipliant au milieu des terres et des eaux les aires de surchauffe solaire de quelque cents hectares destinées à provoquer l'appel, la convergence d'énormes masses d'air et leur ascension vers le zénith, ou plus brièvement en créant et multipliants les centres de coordination atmosphérique. » Une fille de gendarme, devenue princesse arabe, Mme Aurélie Tedjanie crée des oasis en plein désert (*Benjamin*, octobre 1926).

A Alger, où les Facultés voisinent, où les travailleurs se peuvent facilement rencontrer, où les sciences, la médecine, la pharmacie... s'interpénètrent, où la Société de géographie fait de même, quels résultats obtenus déjà : merveilles d'agriculture, électricité, si utilisée (prof. Vérain), santé générale devenant meilleure, aviation sanitaire étendue et à étendre dans le sens de l'*Aérochir* Nemirovsky-Tilmant (porter chirurgien, radiologue et outillage sur place), ramener de suite les blessés (Dr Chassaing)...

Et cette merveilleuse école d'agriculture de Maison Carrée, aux portes d'Alger, à huit cents francs par an, par élève, et l'on y apprend à merveille théorie et pratique et cela se voit!....

Si le médecin connaît notre France d'outremer, surtout celle si proche de l'Afrique du Nord, s'il en sait les ressources parce qu'on lui en aura facilité d'accès, il la fera connaître, y enverra « ces mauvaises têtes, mais bons cœurs » comme l'on disait jadis et rencontrés en clientèle. Ce faisant, dira-t-on, il achèvera de dépeupler la France ; non, puisqu'il fera utiliser pour nous des êtres à l'étroit, inutiles, chez nous, et que nos vides, comme en le Gers, se peuplent par l'afflux étranger, les Italiens en ce dernier cas.

Il y a bien des malades que guérit l'éloignement de chez eux, d'un domicile où tout leur rappelle leur mal ! A ceux-là, les longs voyages, les longs séjours en bateaux de pêche (bon marché) ou de luxe (s'ils sont riches), l'exode au moins momentané aux colonies où peut-être, se plaisant, ils s'installeront. Par ces temps où tant de gens ignorent l'économie et veulent santé, confort, bien-être, « mangeant leur blé en herbe » et comme en ces cas, médecins et entourage sont impuissants et comme dit Molière, en le *Misanthrope* « des mœurs des humains, mettons-nous moins en peine », envoyons ces malades atteints de « bougeotte », en ces pays où leur simple argent porté par le voyage, peut servir à développer un pays, une colonie, qui sont nôtres.

Si « les voyages forment la jeunesse », l'âge mûr qui sait mieux voir peut en profiter. Que les « stations climatiques ou balnéaires » que les voyages organisés jadis par les docteurs P. de Pietra Santa, Félix Garrigou, Caron de la Carrière, maintenant par le prof. Carnot, se multiplient, révélant nos richesses minérales ; qu'ils s'étendent à l'Algérie, à Hammam-Rirah, Hammam Mélouane, près d'Alger (où je viens d'obtenir, à mon dernier séjour, l'exonération de la taxe de séjour pour le médecin et sa famille), à Hammam Meskoutine, près de Constantine où alla le dernier Congrès de l'Association française pour l'Avancement des sciences cette année, dont la section d'électrologie fut présidée par le Dr Miramond de la Roquette, mort en juillet.

Que chemins de fer et bateaux y collaborent, et le *Concours médical* leur est largement acquis.

Par ailleurs, nos médecins de ces stations, ceux qui y vont accidentellement ou par plaisir, nos médecins de l'armée, de la marine, de la colonisation que leur service y mène ; que tous continuent leurs publications, leur propagande, et l'industrie climatique, aquatique et hôtelière répercutera sur le pays ses bénéfices sans préjudice des industries connexes, des santés améliorées ou rétablies.

En Afrique, la C.G.T. (Compagnie générale Transatlantique) a compris son rôle. Le Désert, le Sahara, si favorable à la cure du rhumatisme (j'ai déjà souvent cité mon illustre et regretté ami l'astronome Jansen, M. Dal Piaz, le général Aubier), sont à cultiver pour la plante humaine, c'est le cas de le dire ; les rhumatismes, et Dieu sait si nous en sommes tous plus ou moins atteints cèdent. On voisine avec le Hoggar, cher à Pierre Benoit, et la farouche Antinéa n'est plus à craindre : un bel hôtel non loin d'elle et de son séjour imaginaire y peut recevoir les voyageurs !

Les femmes médecins pénétrant chez les indigènes femmes aideraient à changer les mœurs, à les adoucir, à supprimer les vendettas kabyles éternelles. La *Reb'ka*, nous montre, pièces judiciaires en mains, des familles entières se tuant peu à peu et successivement.

Le Sahara « pays froid à soleil chaud » est anti-arthritique ; il est l'ennemi de la putréfaction, m'a dit M. Dal Piaz, m'écrit le Dr Jean Poujol, jadis à El Goléa ; il varie énormément de température, parfois 20 degrés entre le jour et la nuit. En janvier dernier, où la direction du service de santé militaire d'Alger, les docteurs

Meyer, médecin inspecteur général, les médecins principaux Cellerier et Curet, m'ont documenté, remis des graphiques, de nombreuses constatations météorologiques. Il y faut des précautions pour y vivre et guérir, mais n'en faut-il pas partout. Nos stations méditerranéennes, ne présentent-elles pas aussi de grandes variations thermométriques d'un moment à l'autre. Quand on sait, et rien n'est maintenant plus facile à savoir, on prend ses précautions en conséquence.

Certes, la température n'est pas seule en cause. J. Risler et moi avons décrit à la Société de Pathologie comparée « les influences saisonnières morbides » (octobre 1926), « les agents météoriques pathogènes » (mai 1927) ; il en faut tenir compte et ils sont complexes, peu connus en France, ils le sont plus encore en nos pays lointains. En Afrique du Nord, au « soleil africain » (nous en avons parlé, les 5 janvier 1914 et 18 janvier 1927, à la Société de géographie d'Alger), que de « chocs radiants », de « photosensibilisations » si l'on veut ! modifiant notre organisme, l'action de nos aliments.

D'où, j'y insiste — que l'on me dise, si l'on veut : « Monsieur Josse, vous êtes orfèvre » — la nécessité de mêler le plus possible le médecin à la vie économique, sociale, coloniale, du pays ! Que ce ne soit pas toujours pour l'accabler d'impôts, de charges philanthropiques souvent inutiles, voire dangereuses, mais qu'on le rémunère, qu'on le fasse circuler avec avantage, pour mieux connaître notre pays, tout notre pays, France et colonies, pour le plus grand bien sanitaire et pécuniaire de notre immense domaine !...

Dr Foveau de Courmelles.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

A. P. I. M.

ENQUÊTE (C)

sur

L'ASSURANCE-MALADIE

principalement au point de vue médical et ses diverses modalités en chaque pays

(*Suite*)

Grande-Bretagne. — Paiement *à l'abonnement*, mais suivant un système tout particulier. Spécialement en vue du paiement des honoraires médicaux des caisses d'assurance, une *caisse centrale* (« pool ») sorte de cagnotte est constituée *pour tout le pays* par un prélèvement de 9 sch. pour chaque assuré inscrit au service médical. Les calculs nécessaires, pour s'assurer si le « pool » médical central a bien reçu son dû, sont faits par le Ministère de la santé, d'accord avec un actuaire indépendant désigné par le Comité d'assurance (voir plus loin), de la British Medical Association qui est reconnu, par le Gouvernement comme le représentant des médecins d'assurance. Le « *Central* medical pool » ainsi constitué est divisé entre les pools médicaux *régionaux*, suivant l'étendue et l'importance de chaque caisse d'assurance régionale (de comté ou de bourg de comté). La distribution entre chaque région se fait par un *Comité de distribution* dans lequel les médecins d'assurance sont directement représentés par des délégués nommés encore par la B. M. A. Enfin, *chaque médecin* d'assurance touche un abonnement annuel, basé sur le nombre des malades *inscrits* comme l'ayant choisi, mais par *répartition* de la somme totale qu'a reçue la caisse......

Les frais de déplacement sont également payés *par répartition d'un pool central* de 2.500.000 livres st. par an environ. Cette répartition se fait d'après le système suivant qui ne s'applique, on va le voir, que dans les régions rurales où les assurés résident à de grandes distances du domicile du praticien.

Dans ce cas, jusqu'à la distance de *deux miles* (3 kil. 300) de sa résidence, le médecin ne touche *aucune* indemnité de déplacement. Au-dessus, *un supplément* à l'abonnement est payé au praticien d'après la distance parcourue. Il a pour objet de couvrir non seulement les frais de déplacement, mais aussi le temps passé. Le montant du paiement, par mile, est déterminé par le Comité de distribution. « « Ce système de paiement, dit notre correspondant, est compliqué.

Il diffère suivant les régions, mais il peut être considéré comme couvrant les frais à l'aller et au retour. »

Hollande. — Selon le projet de loi, le médecin serait payé à l'*abonnement,* sans suppléments. Ceci est contraire à la loi actuelle d'assurance-accident, dans laquelle le paiement a lieu à l'acte médical, avec des suppléments pour les déplacements *au-de-là de cinq kilomètres* de distance de la maison du praticien. Dans le projet, il est prévu toutefois, pour les déplacements, un supplément de un franc par kilomètre parcouru, avec un maximum de six francs suisses.

Hongrie. — *A forfait avant* 1923, en se basant non seulement sur le nombre des malades inscrits (ce serait l'abonnement) mais aussi sur les années de service. A Budapest, 20 % des revenus de la caisse est mis en réserve en vue de couvrir les frais médicaux. *A l'abonnement et par répartition faite par le Groupement médical,* depuis 1923, à la suite d'un *contrat collectif* entre la caisse nationale et l'Union des médecins hongrois, qui eeçoit de la caisse 10 % des cotisations perçues, afin de régler, elle-mêmes les honoraires à ses membres, au prorata du travail effectué.

Lettonie. — Paiement *à l'acte médical* avec un tarif préfixé pour chaque intervention. FRAIS DE DÉPLACEMENT payés suivant la distance parcourue, au taux d'un franc suisse par kilomètre de distance.

Norvège. — Paiement à l'*acte médical* suivant tarif préfixé (ici, paiement par le malade, c'est le seul cas, ne l'oublions pas). *Frais de déplacement* payés suivant la distance mais qui varient beaucoup suivant les régions, soit qu'il y ait de bon s ou mauvais chemins ou pas du tout. Ils varient aussi selon qu'on doit aller à pied, ou en bateau à rames, ou en canot automobile, ou en auto ou en chemin de fer, ou en bateau à vapeur. . . . . . Ce taux est toujours celui des transports officiels.

Tchécoslovaquie. — Paiements des plus divers :

a) *A l'abonnement* par tête et par an, avec ou sans extension des soins à la famille. S'il n'y a pas d'extension, le médecin est payé à l'acte médical par la famille comme en clientèle privée. Mais, dans l'abonnement peuvent ne pas être comprises les interventions qui, dans ce cas, sont payées en plus, suivant un tarif préfixé. Si les interventions sont comprises dans l'abonnement, le taux de celui-ci est alors majoré de 10 %.

b) *A l'abonnement pour la consultation seule,* naturellement à un taux plus bas qu'à l'abonnement complet et avec paiement à l'acte médical pour les visites et interventions.

c) *A l'acte médical* avec prix spéciaux suivant qu'il s'agit de consultations régulières ou spéciales.

d) *Au ticket,* pour les assurés fonctionnaires qui *participent* aux frais de maladie en payant à une caisse appelée « Lecebny Fond » une somme pour acheter des tickets qu'ils collent sur le bulletin de soins à présenter au médecin. Pour une consultation ordinaire, ils payent environ 30 % et 50 % en cas de soins particuliers.

e) *Au forfait à la maladie,* par taux préfixé, suivant le cas de maladie soigné et quelles que soient la gravité et la longueur de cette maladie, qu'il s'agisse de consultations ou de visites.

Les FRAIS DE DÉPLACEMENT sont payés de deux façons différentes :

a) L'assurance met une voiture à la diposition du médecin et paye seulement le temps passé.

b) Paiement ordinaire suivant la distance parcourue.

U. R. S. S. — Paiement toujours *à forfait* par un salaire annuel, sans supplément. Mais les heures de travail du médecin sont limitées : 5 heures pour les consultations ; 4 heures pour les radiologues, etc. . . . . . La moyenne des appointements est de 120 à 150 roubles par mois, dans les ville (un rouble égale 2 fr. 50 suisses) et 100 à 120 roubles dans les campagnes. Le nombre des assurés ne joue aucun rôle pour le salaire du médecin. En général un praticien doit recevoir, comme maximum, 35 à 40 malades par jour ou faire 6 à 8 visites. Ces nombres varient suivant la spécialité: pou r les dentistes, 18 par jour.

Les FRAIS DE DÉPLACEMENT sont remboursés suivant leur prix effectif lorsqu'on ne peut mettre de moyens de transport à la disposition du médecin. On ne paye pas à la distance. Seuls, les frais effectifs de déplacement sont remboursés par l'établissement.

Yougoslavie. — Deux systèmes de paiement suivant la situation même du praticien :

a) *A forfait* pour « les médecins *fonctionnaires* » suivant le nombre de leurs assurés inscrits, mais aussi suivant leurs années de service.

b) *A l'abonnement* pour « les médecins *à contrat* » sur un taux annuel de 800 dinars pour 25 assurés inscrits et de 21 mille dinars pour 800 assurés.

Les *frais de déplacement* sont payés en plus dans les deux cas de médecins fonctionnaires ou à contrat, mais ces derniers ont, encore en plus, droit à des suppléments pour les grandes interventions chirurgicales.

7° Quelle fut l'influence des groupements médicaux dans le service médical de l'assurance maladie ?

Allemagne. — Autrefois, les médecins n'avaient, pour ainsi dire, aucune influence dans l'élaboration des lois sociales. Depuis 1924, ils ont voix au chapitre. Dans la « Commission nationale des affaires médicales et des Caisses de

malades », ils travaillent avec les représentants des caisses de malades sous la présidence d'une tierce personne non intéressée. C'est de cette Commission que partent les directives concernant l'admission, la conclusion des contrats et le règlement des conflits. Ces directives engagent les deux parties. Quant au texte même des *lois* (étendue des secours aux intéressés ou autres décisions), l'influence du Corps médical ne s'y fait guère encore sentir parce qu'il est trop faiblement représenté dans les Chambres. D'autre part, le Gouvernement peut demander l'avis des Chambres de médecins, mais il n'y est pas obligé. Depuis peu, la Prusse possède une nouvelle loi sur les Chambres de médecins, en vertu de laquelle les autorités doivent demander des rapports au Corps médical, en tout ce qui touche l'hygiène publique. Mais les médecins ne sont pas représentés dans l'administration même des caisses, en tant que Corps médical. Ce n'est que dans des cas isolés qu'il pourrait s'y trouver des médecins, mais s'ils sont élus au Conseil d'administration, ce n'est qu'en qualité de patrons.

La majorité du Corps médical souhaite de voir adopter le principe du paiement à l'acte médical, sans trop grandes restrictions. Mais, à l'encontre de ces désirs, il se fait une évolution de plus en plus grande en faveur du paiement au forfait. D'après les expériences acquises, ce système peut être acceptable, à condition que le taux de ces fixes soit suffisamment élevé. Mais il n'en est pas moins dangereux, car lors de la fixation de ce taux, la tendance à réduire les honoraires médicaux se manifeste souvent.

Bulgarie. — Les médecins sont intervenus seulement pour la réglementation des honoraires et la classification des maladies à traiter au domicile du malade ou au cabinet du médecin, ainsi que pour faire accepter du Parlement le principe du libre choix du médecin. Les honoraires à l'acte médical acceptés en 1924, ne répondent plus actuellement à la réalité de la vie. Ils sont plus bas que la moyenne générale. Mais jusqu'ici, l'administration des assurances sociales n'a pas voulu en entreprendre la révision. De plus, elle tente, à ce moment, de limiter le libre choix du médecin par l'assuré. Mais l'Union des médecins bulgares mène une campagne vigoureuse et aura sûrement gain de cause.

Danemark. — Depuis l'institution de nos caisses de maladie *facultatives* (vers 1850), les médecins et les groupements médicaux ont toujours donné leur appui le plus cordial à ces caisses, sans jamais intervenir néanmoins dans leur organisation technique. Satisfaits de ce mode d'exercice de la médecine d'assurance, les praticiens n'ont en vue aucune action à ce sujet.

France (*Alsace-et-Lorraine*). — Les groupements médicaux ont réussi, d'une part, à relever les forfaits et, d'autre part, à introduire, deci, de-là, le paiement à l'acte médical. En Moselle, on n'y pourra parvenir que quand le libre choix sera imposé aux usines. Dès que la résistance des patrons sur ce point sera vaincue par l'introduction du libre choix obligatoire dans la loi actuellement en instance devant le Parlement, la Moselle renoncera aux forfaits. Une partie des contrats sont à renouveler pour la fin de cette année 1927, on espère obtenir le paiement à l'acte médical, au moins dans certaines caisses.

Grande-Bretagne. — La British Medical Association a eu un succès extrême en intervenant comme le représentant général (mouthpiece), des praticiens d'assurance. Elle a obtenu des stipulations et des conditions bien supérieures à celles qui existaient auparavant. Au bout de plusieurs années de lutte, la position est telle qu'aucune modification ou réglementation quelconque n'est introduite, dans l'assurancem-aladie, sans une consultation préalable de la B. M. A. A l'heure actuelle, le Corps médical ne considère pas les honoraires qu'il reçoit comme suffisants. Mais il est hors de conteste que la majorité des praticiens s'en contente étant donnée la présente situation économique du pays. Les règlements de l'assurance-nationale-maladie prévoient l'adoption de certains modes différents de paiement du médecin, soit l'abonnement, soit le paiement à l'acte médical, soit une combinaison des deux. Et cependant, dans *deux caisses* d'assurance seulement, le paiement à l'acte médical fut *choisi* par les médecins de caisse. Mais, dans ces deux régions, il vient d'être décidé d'*abandonner* cette modalité en faveur de l'abonnement. La raison en est que le montant total à diviser entre les médecins de ces caisses est simple par le système d'abonnement tandis qu'il est administrativement beaucoup plus complexe par le système de paiement à l'acte médical.

Le montant actuel du taux de l'abonnement (9 schillings est de janvier 1924). C'est celui qui fut recommandé par la Cour d'enquête (Court of Enquiry) siégeant au Ministère de la santé, à la suite d'un refus du Corps médical d'accepter un taux plus bas proposé par le Ministre en 1923. « La question sera-t-elle reprise en fin de 1927 ? ...... Cela dépendra de l'état de nos finances nationales. »

Lettonie. — Les praticiens de Lettonie pensent que leurs honoraires actuels sont trop modiques et désirent une augmentation, surtout les spécialistes. Ce n'est qu'à la fin de 1925 que fut fondée l'Association professionnelle des médecins de Lettonie. Aussi n'y a-t-il que quelques mois qu'a commencé la lutte entre le Corps médical et l'Association des caisses d'assurance. Elle a amené une *scission* entre les médecins : on ne peut donc guère en espérer beaucoup dans l'avenir.

Norvège. — Depuis 1911 que l'assurance maladie a commencé à fonctionner, jusqu'en 1922, les assurés avaient gratuitement (par tiers-payant) les soins médicaux, de spécialistes, etc... En 1916, la loi fut modifiée par une résolution suivant laquelle toute caisse (avec approbation de l'administration) pouvait supprimer les prestations en nature, en cas de désaccord avec les médecins. Ceci fut peu employé pendant la guerre et jusqu'en 1922. Mais à ce moment, les caisses dénoncèrent toutes les conventions en vigueur et demandèrent au Ministre d'ouvrir des pourparlers avec les médecins. L'Association des médecins accepta. On suspendit les prestations en nature pendant deux ans, puis les médecins finirent par accepter les propositions de 1922. Mais *ce paiement direct* du médecin par le malade, avec remboursement en argent par la caisse, *avait amené une baisse dans les frais médicaux* et l'Etat, qui couvre les 2/10e de ces frais était aussi intéressé que les caisses en cette question. Aussi, en 1925, fut formulé au Parlement (Stortinget) une proposition tendant à revenir légalement à ce paiement direct du médecin par le malade comme en 1922. La proposition fut adoptée et la loi entra en vigueur le 4 janvier 1925. Voici où en est la question.....

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le professeur Gross, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Levionnois, de Cherbourg. — M. le Dr Lebesconte, de Nantes. — M. le Dr Charles Lehmann, de Paris.

— **Hôpital Beaujon.** (Laboratoire du Dr Aubourg). *Démonstrations pratiques de Roentgenthérapie.* — A partir le lundi 7 novembre 1927 MM. Aubourg, électro-radiologiste des hôpitaux, chef de laboratoire de l'hôpital Beaujon et Joly, électro-radiologiste des hôpitaux, chef-adjoint du laboratoire de l'hôpital Beaujon, feront tous les lundis une conférence suivie d'applications pratiques sur les sujets suivants :

1) Les diverses longueurs d'onde employées en thérapeutique radiante. Leurs propriétés respectives. Leurs indications particulières.

2) Physiologie radiologique. Effets des rayons X sur la peau, les muqueuses, le tissu conjonctif, le tissu musculaire, le sang, les vaisseaux, les glandes, etc...

3) Degrés de radiosensibilité des différents tissus, des différentes cellules, des différents organes.

4. Influence de la quantité et de la qualité du rayonnement de Roentgen en radiophysiologie et en radiophysiopathologie.

5. Les doses de rayons X. L'erreur d'une dosimétrie basée sur l'érythème cutané. Unités H., Unités Sabouraud-Noiré, Unités R.

6. La roentgenthérapie en dermatologie. (Eczéma, acné, lichens, verrues, teignes, sycosis.)

7. Roentgenthérapie des cancers de la peau et des muqueuses.

8. Roentgenthérapie en pathologie nerveuse (sclérose en plaques, zona, névrites, névralgies, etc.).

9. Roentgenthérapie des tumeurs cérébrales, des tumeurs de l'hypophyse, des tumeurs médullaires.

10. Roentgenthérapie des tumeurs du naso-pharynx, de l'œil, de l'oreille. Epithéliomas et sarcomes de l'amygdale.

11. Roentgenthérapie des cancers du sein inopérables. Irradiations prophylactiques. Roentgenthérapie des récidives et métastases des cancers du sein opérés.

12. Roentgenthérapie des tumeurs du médiastin, des cancers du poumon et de la plèvre.

13. Roentgenthérapie des goitres et des états basedowiens.

14. Roentgenthérapie des affections du tube digestif : leucoplasies buccales, ulcères de l'estomac, inflammation des glandes salivaires (parotidites), cancer de la langue, cancer de l'œsophage.

15. Roentgenthérapie des affections du tube digestif (*suite*) ; cancer de l'estomac, cancer du rectum, cancer de l'intestin, cancer du foie, cancer du pancréas.

16. Roentgenthérapie des cancers du rein et des tumeurs vésicales.

17. Roentgenthérapie de l'hypertrophie et du cancer de la prostate.

18. Comment il faut traiter par roentgenthérapie un seminome ; rapports de la chirurgie et de la roentgenthérapie dans le traitement du seminome.

19. La roentgenthérapie des kystes végétants de l'ovaire ; ses rapports avec la chirurgie de cette affection.

20. Roentgenthérapie des fibromes utérins. Ceux qu'on peut irradier ; comment on doit les irradier.

21. Roentgenthérapie des cancers de l'utérus inopérables. Roentgenthérapie post-opératoire ; roentgenthérapie des récidives après opération, et des métastases.

22. Généralités sur la roentgenthérapie des sarcomes. Roentgenthérapie des sarcomes de diverses localisations.

23. Les états leucémiques et aleucémiques, leur traitement par les rayons X. Roentgenthérapie des leucémies myéloïdes et lymphoïdes. Roentgenthérapie de la maladie de Hodgkin.

24. Roentgenthérapie et tuberculose. Roentgenthérapie du lupus, des adénites tuberculeuses, des tuberculoses ostéo-articulaires, des laryngites tuberculeuses, des péritonites tuberculeuses.

25. La roentgenthérapie en médecine générale. Roentgenthérapie de l'asthme, de la dysménorrhée, des états hémorragipares, des dystrophies glandulaires, de la paralysie infantile, etc...

26. Directives générales de la conduite d'un traitement radiothérapique d'un cancéreux (examen clinique, méthode de laboratoire, biopsie, préparation du malade, incidents opératoires).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

frais de pharmacie, que si les médicaments prescrits figurent sur la liste officielle.

Les autres resteront à sa charge.

Mais, néanmoins, j'estime que la liberté du médecin est cependant restreinte. Qu'il s'agisse d'un réformé de guerre, qui est indigent, ou chargé de famille : le docteur ne peut lui ordonner des médicaments qui, à ses yeux, doivent le guérir plus vite que d'autres préparations officinales, ou magistrales, mais qui, ne figurant pas sur la liste officielle, resteront à la charge de ce malheureux.

De ce fait, le praticien est gêné dans l'exercice de sa profession par une décision ministérielle qui peut être considérée comme allant à l'encontre des termes généraux de la loi de 1919, laquelle n'a apporté aucune restriction pour la manière dont seraient soignés les bénéficiaires de la loi.

Nous vous tiendrons au courant.

Dr Paul BOUDIN.

Frais de justice criminelle

3562. — Honoraires d'une autopsie.

J'ai été requis par M. le juge de paix du canton de C. pour faire une autopsie complète d'un cadavre à l'hôpital.

Voulez-vous avoir la bonté de me dire le prix d'une autopsie complète ? Dr C.

Réponse.

Il n'existe pas de tarif des opérations d'expertise en matière civile. C'est à l'expert qu'il appartient d'indiquer, au bas de son rapport, les honoraires que lui paraissent justifier les difficultés de sa mission et le temps passé. La demande de l'expert est ensuite soumise au magistrat commettant, qui taxe.

A titre d'indication, nous vous signalons que le tarif de médecine légale alloue une somme de 60 francs ou de 90 francs pour une autopsie, rédaction et dépôt du rapport compris, suivant qu'elle a eu lieu avant ou après inhumation.

Dans le cas d'espèce, étant donné qu'il s'agit de l'application de la loi sur les accidents du travail vous pourriez réclamer environ 100 francs.

3525. — Honoraires pour un examen médical.

Dans le courant du mois dernier, j'ai été requis oralement par le maire d'une localité voisine pour examiner une jeune fille qui avait été victime de tentative de viol.

Quel doit être le montant de mes honoraires ? (visite, certificat sur papier libre et indemnité kilométrique, 9 km. aller).

A qui dois-je adresser ma note ?

Dr P.

Réponse.

Pour pouvoir vous faire payer sans discussion, il serait bon que vous demandiez au maire une confirmation écrite de sa réquisition orale.

Vous devrez ensuite envoyer votre mémoire, avec la réquisition, au procureur de la République du ressort qui, après visa du procureur général et taxe du président, vous fera payer par le receveur de l'enregistrement. Le mémoire devra être établi en double exemplaire dont l'un sur papier libre, si la somme réclamée dépasse 50 francs. Dans le cas contraire les deux exemplaires peuvent être faits sur papier libre.

En vertu de l'article 26 du décret du 5 octobre 1920, vous avez à demander 15 francs pour une visite judiciaire, y compris la rédaction de votre rapport. A cela il convient d'ajouter vos frais de déplacement à raison de 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, plus une indemnité spéciale de 20 francs, le déplacement ayant eu lieu à plus de 5 kilomètres de votre résidence (décret du 16 octobre 1926).

Expertises civiles

3584. — Nul n'est contraint de les accepter.

J'exerce la médecine depuis trente-cinq ans et je n'avais jamais entendu parler de la justice.

Or, depuis un an, sans que j'aie jamais rien demandé, celle-ci me charge d'expertises, soit pour le tribunal des Pensions, soit pour les accidents du Travail.

Quoique encore très actif, j'estime qu'à mon âge, j'ai suffisamment de ma clientèle de malades pour m'occuper et je serais désireux d'éviter tout travail supplémentaire.

Je vous serais donc vivement reconnaissant si vous pouviez m'indiquer une marche à suivre pour éviter toute nomination d'expert.

Dr X.

Réponse.

En matière civile vous pouvez toujours refuser d'accepter une mission d'expertise. Il n'y a qu'en matière pénale que vous êtes obligé de déférer aux réquisitions régulières de la justice.

Pour éviter que de nouvelles expertises vous soient confiées, nous vous conseillons d'écrire au président du Tribunal civil du ressort pour lui demander d'en être dispensé à l'avenir, en faisant valoir que votre âge et vos occupations professionnelles ne vous permettent pas d'accepter aucun travail supplémentaire.

Il n'est pas douteux que le président tiendra compte de votre désir, car de nombreux médecins recherchent le titre d'experts près les tribunaux.

Fiscalité.

3398. — Immunités fiscales en faveur des maisons nouvellement construites.

Quelles conditions doit remplir une maison d'habitation nouvellement édifiée, pour bénéficier des immunités fiscales d'une durée de 15 ans.

2) Cette immunité s'étend-elle aux taxes municipales.

3) La loi est-elle applicable à l'Algérie ?

Dans la circonstance il s'agit d'une maison dont voici la destination.

Rez-de-chaussée occupé par mon personnel et 2 bureaux loués.

1er étage, partie professionnelle : salons d'attente, consultation, salle d'opération, chambres de malades.

2e étage : mon logement personnel.

De quelle immunité fiscale doit bénéficier cet immeuble ?

Dr M.

Réponse.

1o Il suffit que la maison d'habitation ait fait l'objet d'une demande en autorisation de bâtir ;

2o L'immunité s'étend aux taxes départementales et communales, sauf à la taxe sur l'enlèvement des ordures ménagères et la taxe sur le déversement à l'égout ;

3o La loi est applicable à l'Algérie ;

4o L'administration pourrait vous refuser l'exonération pour le rez-de-chaussée non affecté à l'habitation.

A. M.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

3318. — 1o Morsure de vipère ; 2o Pansements divers.

Je viens à mon tour mettre votre obligeante compétence à contribution relativement à l'application du tarif d'accidents du travail pour deux affaires distinctes :

1o Un contremaître visitant un chantier est mordu par une vipère. Je puis me rendre immédiatement à son appel et 15 à 20 minutes après la morsure, je fis ce que je jugeais utile.

Débridement de la plaie, application d'une ventouse. Injection de sérum antivénimeux, Injections multiples de solution de chlorure d'or autour de la morsure. Pansement occlusif.

Comment puis-je compter tout cela, qui fut assez long, en plus du déplacement 5 kilomètres à l'aller.

1o Déplacement : 10 kilomètres.

2o Incision cruciale, ventouse : analogie avec abcès superficiel ?

3o Sérum antivénimeux.

4o Injections multiples de chlorure d'or ?

5o Pansement ?

6o Temps passé ???

2e *cas.* — Un ouvrier tombe sur un tas de ferraille et se fait de larges blessures à la cuisse et à la jambe (membre inférieur droit). Je fais 3 points de suture à la cuisse, 2 points à la jambe et deux pansements

distincts. Puis-je compter sutures multiples + suture simple et par la suite 2 pansements pour chaque visite ?

Dr M.

Réponse.

Premier cas. — Vous avez à compter : *a*) un débridement de la plaie que je compterais 20 fr. par analogie avec « incision d'abcès superficiel »; *b*) injection de sérum antitoxique : 20 francs ; *c*) 10 kilomètres à 1,50 = 15 francs, plus le certificat, donc au total : 60 francs.

Second cas. — Vous avez à compter : *a*) trois points de suture à la cuisse : 25 francs ; *b*) deux points de suture à la jambe : 15 francs, en tout : 40 francs ; *c*) dans les jours suivants deux pansements distincts soit deux fois 12 = 24 francs.

F. D.

Accidents du travail.

3096. — Rente d'un accidenté du travail.

I

Sous ce titre et ce numéro, nous avons publié dans notre numéro du 25 septembre, la question et la réponse suivantes :

Abonné du *Concours*, je vous serais reconnaissant de me dire quelle doit être la rente annuelle d'un blessé de 1927 ayant une incapacité de travail de 70 % pour un salaire de 10.129 fr. 95 + 1.480 fr. pour allocations soit 11.609 fr. 95.

Ce blessé, mineur de son état, peut-il espérer obtenir plus de 70 % pour une amputation de la jambe gauche au tiers supérieur ?

Dr D.

Réponse.

Sur 11.609,95 de salaire, 8.000 sont comptés pour *la totalité*, ci	8.000 fr
Le surplus, soit 3.069,95, pour 1/4	902 44
Total du salaire de base	8.902 24

Pour une incapacité permanente, évaluée à 70 %, la rente sera de 35 p. 100 de 8.902 fr. 44, soit de 3.115,85.

Un de nos abonnés, M. le Dr M. nous ayant fait remarquer que le calcul devait être établi comme suit :

8.000 pour 1/2	4.000 »
3.609,95 pour 1/4	902.44
Total	4.902.44
Dont les 70 % sont de	3.431.60

nous lui avons fait la réponse qui suit, qu'il a par la suite reconnue exacte :

Si l'on tient compte de l'erreur typographique (c'est 3.609,95 qu'il faut lire, au lieu de 3.069,95) et d'une légère erreur de calcul (le quart de 3.609,95 est de 902,48 et non 902,44), nous estimons être dans le vrai et que c'est au contraire

votre manière de calculer la rente qui n'est pas conforme à la loi.

Que dit celle-ci, en effet ?

Que les ouvriers dont le salaire annuel dépasse 8.000 fr. ne bénéficient de ses dispositions que jusqu'à concurrence de cette somme et que, pour le surplus et jusqu'à 18.500 fr., ils n'ont droit qu'au quart des rentes stipulées à l'article 3.

Dans l'Edition de 1926 de son traité sur les accidents du travail, Sachet, sous le nº 222 *bis*, dit :

« La clarté du texte dispense de longs commentaires. Quand la victime touche un salaire supérieur à 4.500 (c'était avant la loi du 8 juillet 1926, qui a porté la première tranche à 8.000), on procède à une double opération : on calcule d'abord l'indemnité afférente à 4.500, puis celle à laquelle donnerait droit un salaire équivalent à la différence entre 4.500 et 8.000, c'est-à-dire un salaire de 3.500. Ce dernier chiffre obtenu, on le divise par quatre et on ajoute le quotient au montant de la première indemnité. »

Si, dans notre espèce, nous procédons ainsi, nous obtenons :

$$1^{o}\ \frac{8.000 \times 70}{2} = \qquad 2.800\ »$$

$$2^{o}\ \frac{3.609{,}95 \times 70}{2} = \frac{1.263{,}48}{4} = \qquad 315.87$$

Total de la rente 3.115.87

Le chiffre est le même, à deux centimes près, que celui indiqué dans notre réponse publiée et la différence s'explique par la légère erreur de calcul signalée au début de cette lettre.

• Dans votre calcul, l'erreur provient de ce que vous comptez la première tranche de 8.000 fr. pour moitié, pour le calcul de la rente et la seconde pour le quart, alors que la rente afférente à cette seconde tranche ne doit pas être du quart, mais du quart de la moitié, c'est-à-dire du huitième.

3468. — II

Un de mes clients, ouvrier plâtrier, victime d'un accident de travail le 18 septembre 1926, consolidé le 30 mai 1927, a une invalidité de 65 % pour bras gauche ballant et fracture de la base du crâne.

Il avait un salaire total de 8.728 fr. 60 et sa pension est seulement de 1.806 fr. 20 par an.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me dire si ce blessé n'est pas lésé dans ses intérêts, la rente me paraissant insuffisante. Dr P.

Réponse.

La rente allouée à votre client d'après un salaire de base de 8.728,60 et une invalidité de 65 % a bien été, sauf une légère erreur, exactement calculée.

En effet, au moment où l'accident s'est produit, la loi élevant la portion du salaire ne subis-

sant aucune réduction pour le calcul de la rente n'était pas encore entrée en vigueur.

Il en résulte que la partie du salaire excédant 4.500 fr. devait être retenue pour un quart seulement, soit $\frac{4.228,60}{4}$, c'est-à-dire : 1.057,15.

Or, sur un salaire de 4.500 plus 1.057,15, soit : 5.557,15, votre client avait droit à une rente de : $\frac{5.557,15 \times 65}{100 \times 2}$, soit : 1.809,30

Il n'y a donc qu'une différence de 3,10 entre la rente qui aurait dû être allouée à votre client et celle qu'il a obtenue.

3366. — Honoraires d'expertise-accidents.

Voudriez-vous me faire savoir par la voie du journal le tarif du certificat rapport établi dans les circonstances suivantes :

Examen et rapport demandé par le tribunal civil pour un blessé de travail agricole en vue de déterminer le taux de l'incapacité permanente résultant de l'accident.

Dr B.

Réponse.

Il n'existe aucune tarification pour les honoraires d'expertise en matière civile.

C'est à vous qu'il appartient de fixer, au bas de votre rapport, la somme que vous jugez devoir réclamer comme honoraires, compte tenu du temps passé et des difficultés rencontrées dans l'accomplissement de votre mission. Votre demande d'honoraires est ensuite soumise au Président du Tribunal, qui taxe.

En matière d'accidents du travail, il est d'usage, devant certains tribunaux, de demander 100 francs environ pour une expertise ne présentant pas de difficultés particulières, y compris la rédaction et le dépôt du rapport.

3554. — Assujettissement à la loi sur les accidents du travail.

L'un de mes clients, gérant d'épicerie, a un accident du travail. Je lui fais un certificat qu'il envoie à sa société commerciale. La société lui répond : vous n'êtes pas *employé* à notre service ; vous êtes *mandataire commissionnaire* ; nous ne vous devons rien en cas d'accident. Cette interprétation est-elle juste et mon client et moi-même, devons-nous rester sans recours contre cette société commerciale ?

Dr C.

Réponse.

Il est difficile de donner une réponse précise à la question que vous nous posez, sans connaître les termes du contrat qui unit votre client à la

société qu'il représente. En effet, pour qu'il y ait lieu à application de la loi, il faut qu'il y ait contrat de louage d'ouvrage, c'est-à-dire que l'employé soit placé d'une façon complète sous l'autorité, la direction et la surveillance du patron. C'est là avant tout une question de fait qui ne peut être appréciée dans chaque cas d'espèce qu'à la lumière de tous les éléments de la cause.

En tout cas, votre client peut faire trancher la question en citant la société en paiement de son demi-salaire, devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la la procédure de la loi sur les accidents du travail. De votre côté vous pourrez agir directement contre la société et de la même façon en paiement de vos honoraires suivant le tarif Fallières, mais le succès de votre action dépendra du succès de l'action intentée par votre client.

Dans la circonstance, il serait préférable que vous vous fassiez payer directement par votre client, comme vous en avez toujours le droit en matière d'accidents du travail, et votre client joindrait à sa demande en paiement du demi-salaire une demande en remboursement de vos honoraires. De la sorte, vous n'auriez pas à intervenir dans le litige et vous n'auriez pas à attendre sa solution pour être payé.

Questions médico-militaires

3234. — Promotion au grade de médecin-major de 2e classe.

Quelles sont les conditions à remplir (périodes, durée des périodes, ancienneté), pour pouvoir passer du grade de médecin aide-major de 1re classe de réserve à celui de médecin-major de deuxième classe de réserve.

Dr P

Réponse.

Six années de grade sont nécessaires afin d'être inscrit au tableau d'avancement annuel pour le grade de médecin-major de deuxième classe de réserve, plus deux périodes d'instruction.

Ce grade n'est conféré qu'au choix et non pas pas à l'ancienneté.

3222. — Sanatoriums pour tuberculeux de guerre.

Je viens de recevoir un jeune soldat renvoyé dans sa famille, réformé à 100 % pour T. P. (loi du 31 mars 1919).

Je ne crois pas pouvoir le soigner ici. Difficulté extrême pour les soins à domicile. Climat.

Qu'en pourrai-je faire ? Où existe-t-il des sanatoriums pouvant le recevoir ? Le Ministre des pensions met-il à la disposition de ces malades des établissements spéciaux... et quelles sont les démarches à faire.

Dr D.

Réponse.

En *Indre-et-Loire* existe un sanatorium privé assimilé à un sanatorium public, c'est celui de Bel-Air. Dans la *Loire*, vous avez un sanatorium public à Saint-Godard. Dans le *Morbihan*, il y a à Moncan un sanatorium privé et agréé, puis à Vannes, un sanatorium militaire.

Rien de plus près.

Pour l'admission dans un sanatorium militaire, adresser la demande au Ministère de la Guerre, 7e direction.

Pour les autres sanatoriums, qui dépendent du Ministère de l'hygiène, adresser la demande au Préfet, avec certificat médical attestant que la maladie en cause est bien celle qui a motivé la pension, et qu'elle est à un état d'évolution tel qu'elle peut réellement bénéficier du traitement dans un sanatorium. (Les tuberculeux à la deuxième période ne doivent pas être envoyés dans ces établissements). Le transport est assuré gratuitement à l'aide d'un bon de réquisition délivré par la Préfecture.

3199. — Tuberculose contractée au service militaire.

Un réformé de guerre pour tuberculose et qui a contracté la syphilis aux armées pendant la guerre a-t-il droit à une pension pour cette affection. (Ce réformé est actuellement atteint d'hémiplégie vraisemblablement Σ). Dr X.

Réponse.

La syphilis, contractée dans les conditions normales au cours du service, n'est pas admise pour une indemnisation, car, bien que l'intéressé bénéficie à son égard de la présomption légale, celle-ci est détruite par la preuve contraire suivante : il s'agit d'une maladie de par sa nature même étrangère au service militaire ou aux fatigues de la vie militaire.

2941. — Allocation aux ascendents de victimes de la guerre.

Je n'avais qu'un fils que la guerre m'a pris comme médecin auxiliaire en Orient.

Ma femme aura 55 ans au mois de février 1928.

Quant à moi, j'aurai 60 ans seulement au mois de juin 1932.

Je voudrais savoir si ma femme (à la condition de réunir par ailleurs les conditions voulues) aura droit, à partir de février prochain à l'allocation de 800 fr., augmentée de 110 % (soit 1.860 fr.), pour elle seule.

Ou bien, si ladite allocation ne pourra être attribuée à tous deux réunis que lorsque j'aurai moi-même 60 ans ?

En un mot, la femme mariée et non veuve et non séparée ou divorcée a-t-elle droit, à l'âge prescrit par la loi, et pour elle seule, à l'allocation due aux ascendants, alors que son mari n'a pas encore atteint l'âge lui donnant droit à lui-même à ladite allocation.

Dr X.

Réponse.

La femme mariée et non veuve a droit, dès qu'elle remplit les conditions requises, à l'allocation de 400 francs (augmentée de 110 %) ; et il en est de même pour son mari, au même taux, dès que celui-ci remplit aussi les conditions exigées.

A cette deuxième phase, l'allocation totale pour le père et la mère conjointement est désormais égale à 800 francs (majorée de 110 %), conformément aux dispositions de l'art. 30 de la loi du 31 mars 1919.

3299. — Passage dans le service auxiliaire.

J'ai vu ces jours derniers un jeune soldat retour du Maroc qui est actuellement en congé à l'issue duquel il doit aller se faire démobiliser, il est donc encore soldat.

Deux jours avant de quitter le Maroc il s'est aperçu qu'il avait une hernie inguinale débutante, mais pour rentrer en France sans délai il n'est pas allé à la visite.

Je lui ai conseillé d'aller à B. à la Place demander son admission dans un hôpital militaire aux fins d'opération. On n'a pas voulu l'examiner et on lui a répondu d'aller se faire opérer par un chirurgien civil s'il en avait envie.

Cependant si je ne m'abuse, je crois qu'on verserait ce soldat dans le service auxiliaire s'il le demandait à un conseil de réforme ?

Quelle est la conduite à tenir ?

Dr B.

Réponse.

Une hernie inguinale peut déterminer le classement dans le service auxiliaire, si elle est très volumineuse, ou irréductible, ou difficile à maintenir réduite. Sinon, elle est compatible avec le service armé.

Jugez par vous-même après examen ; si ce jeune homme veut passer dans le service auxiliaire, qu'il s'adresse au commandant du bureau de recrutement dont il dépend.

3280. — Service militaire d'un étudiant. Sursis.

Mon fils est né en février 1908 à Paris. Il a actuellement son domicile en province et est étudiant à Paris.

1° Quand devrait-il normalement faire son service militaire ?

2° Quand et dans quelle ville doit-il passer le conseil de révision ?

3° S'il veut demander un sursis comme étudiant, à qui doit-il adresser sa demande et à quelle épo-

que ? Doit-il notamment, pour la faire, attendre le résultat du conseil de révision ? ou tout au moins doit-il attendre d'avoir reçu une convocation à ce conseil de révision ?

Dr N.

Réponse.

Votre fils, étant né en 1908, doit normalement faire son service militaire en 1928.

Il sera porté sur les tableaux de recrutement par le maire de la commune où il a élu domicile. En ce qui le concerne, ce tableau a dû être établi pour le 1er juin dernier.

C'est au chef-lieu de canton qu'il passera le conseil de révision.

La demande de sursis devra être adressée au maire (chargé de l'instruire, avec avis du conseil municipal) dans les deux mois qui précèderont les opérations du conseil de révision, qui statuera. Si la demande n'avait pu être fournie au cours de la session ordinaire du conseil de révision, elle serait examinée dans une séance extraordinaire tenue au mois d'octobre.

3321. — Pension du père d'une victime de la guerre.

Paralysé et ne sortant plus, et, par conséquent oublié, je ne vois personne qui puisse me dire à quel organisme administratif adresser une demande pour toucher la pension de père d'un fils tué à l'ennemi, c'est-à-dire la pension d'ascendant.

Mon fils a été tué en septembre 1916. Je suis né en 1860 et ma femme en 1868.

Jusqu'ici j'étais assujetti à l'impôt sur le revenu, et je n'avais pas droit à la pension d'ascendant. Mais cette année, mes revenus et mon capital diminuant, je ne suis plus imposé sur le revenu.

J'ai donc droit, ainsi que ma femme d'ailleurs à la pension d'ascendant.

Je vous serais donc obligé de me dire à qui m'adresser : au maire, au préfet, au ministre des Pensions, pour obtenir la pension à laquelle nous avons droit ma femme et moi.

Dr Z.

Réponse.

Il vous suffit d'adresser une demande d'allocation d'ascendants au sous-intendant militaire, chef de la section départementale des pensions ou, au besoin, au sous-intendant militaire des pensions de votre région de corps d'armée.

Ce fonctionnaire est chargé de constituer le dossier nécessaire et de réunir toutes les pièces utiles.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2960-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie, Caruette, L. Dubief, Fournier, Kent-Gazet, Makereel.

Cap-d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet.

Hyères : Clément, Minelle, Verrier.

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.) Rouvière, Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux

St-Raphaël-Valescure : Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou médical » de M. le Dr Brissard, de Pont-de-Beauvoisin, la somme de cinq francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 616. — Cab. méd. de 31 ans, médec. générale, Paris XVe, à céd. pour rais. de santé. Gr. appart., petit loyer, cond. avantageuses.

Nº 617. — Ville 90 km. Paris, poste 80.000 touchés, reprise mi-annuité à céder avant 1er janvier. Bail, électr., téléph., 2 salles de bains, chauff. cent., garage, jardin.

Nº 618. — Raisons de santé, client. ch.-lieu canton rapport des 6 derniers mois: 20.000. Loyer 3.000, beau pavillon neuf. Condit. *sine qua non* : reprise du mobilier et auto datant d'un an : 30.000 fr. compt.

Nº 619. — A vendre chauffe-bain au bois, tout cuivre, état neuf : 300 fr., cause double emploi. Dr Ducroux à Marcigny (S.-et-L.).

Nº 620. — Suis acheteur oscillomètre Pachon bon état. Faire offre au Dr Fournier, à Bègles (Gironde).

N° 621. — A vend. torp. Ford 1926, strap., 6 jantes et pneus 34-440, porte-bagages, révisée octobre 1927. Faire offre Dr Dupont, 52, rue Gutenberg, à Nantes.

N° 622. — Paris, quart. en plein centre, polycl. cotée install. ultra-moderne, 7 salles de traitement. Association avec apport à débattre. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 623. — Doct. dispos. capitaux importants recherche maison santé ou accouchem. à Paris ou banl. proche. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 624. — Provence. Bord mer, poste en augment., rapp. actuel 4.000 par mois. Fixes assurés, maison part. conf. avec bail. Prix 25.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 625. — Dr Jousse à Saint-Calais (Sarthe) demande à acheter boîte d'autopsie d'occas.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un très vif regret la mort de M. François-Firmin Bord, père et beau-père du docteur et de Madame Benjamin Bord. L'inhumation a eu lieu à Naillat (Creuse).

— Notre collaborateur et ami, le Dr R. Molinéry, directeur des services techniques de l'Etablissement thermal de Luchon, vient d'avoir la profonde douleur de perdre sa mère. Nous exprimons à notre ami, atteint si cruellement dans ses affections les plus chères, l'expression de notre bien affectueuse sympathie.

— **Monument à la mémoire du professeur Gilbert.** — Le Comité qui s'est donné la tâche de faire élever un monument à la mémoire du professeur Gilbert, à l'Hôtel-Dieu, va se réunir prochainement pour examiner la maquette préparée par M. Prudhomme, l'artiste bien connu du monde médical.

La souscription, qui a déjà recueilli de nombreux envois, est encore ouverte. S'adresser à M. le Dr Georges Baillière, trésorier du Comité, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours et cliniques.* — Les cours suivants sont commencés et ont lieu :

Physique médicale. M. le professeur STROHL, les mardis, jeudis, samedis, à 16 h., à l'amphithéâtre de physique (programme : optique, électrologie, radiologie, radioactivité).

Médecine légale. M. le professeur BALTHAZARD, les lundis, mardis, mercredis, vendredis, à 18 h., au grand amphithéâtre (programme : les morts suspectes, asphyxies, empoisonnements). Les samedis, leçons de M. le professeur HUGUENEY, de l'Ecole de droit, sur la législation et la jurisprudence médicales. Cours pratiques à l'Institut médico-légal.

Pharmacologie. M. le professeur TIFFENEAU, les mardis, jeudis, samedis, à 15 h. 30, à l'amphithéâtre Vulpian (programme du cours : modificateurs du système nerveux).

Anatomie pathologique. M. le professeur ROUSSY, les lundis, vendredis, mercredis, à 16 h., au Petit amphithéâtre (Programme : anatomie pathologique générale ; inflammation et tumeurs).

Stomatologie. M. Léon FREY, chargé de cours, mardis, samedis à 14 h. 1/2 au Petit amphithéâtre (Programme : pathologie dentaire). Nombre de leçons : 15.

— **Enseignement médical des hôpitaux.** — Le 20 novembre, à 10 h., à l'amphithéâtre des concours de l'A. P. (rue des Saints-Pères), conférence de M. Léon KINDBERG sur *la collapsothérapie dans la tuberculose pulmonaire.*

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Syphiligraphie.* — Le 15 novembre, à 20 h. 45, à la consultation du soir, conférence de M. GOUGEROT sur *les accidents tardifs de l'arsénothérapie.*

— **Journées médicales de Bruxelles.** — La huitième session des Journées médicales de Bruxelles se tiendra exceptionnellement du 21 au 25 avril 1928.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'électro-radiologiste.* — Un concours pour la nomination à dix places, au maximum, d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux sera ouvert le jeudi 15 décembre 1927 à l'Administration centrale (3, avenue Victoria).

Les docteurs en médecine, désireux de concourir, devront se faire inscrire 3, avenue Victoria, du 21 au 30 novembre 1927 inclusivement.

— **Hôpitaux de Marseille.** — Des concours seront ouverts à l'Hôtel-Dieu de Marseille : le 5 décembre 1927, pour six places d'élèves internes en pharmacie ; le 12 décembre 1927, pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux ; le 17 décembre 1927, pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétariat des hospices civils, à l'Hôtel-Dieu (Marseille).

— **Erratum.** — Notre rédacteur en chef, le Dr Noir, nous prie d'apporter un erratum, à son dernier

Propos du jour concernant le faux portrait de Fagon du Musée du Louvre. Sorgeant à Pépète-le-Bien-aimé et par une association d'idées trompeuses, M. Noir a attribué l'Atlantide à M. Louis Bertrand. — Nos lecteurs ont certainement corrigé d'eux-mêmes ce petit *lapsus calami*.

—**Syndicat des médecins directeurs de Maisons de santé.** — L'Assemblée générale annuelle du Syndicat des médecins directeurs de Maisons de santé privées aura lieu le samedi 19 novembre à 17 heures, dans un des salons du restaurant Marguery. L'ordre du jour sera particulièrement intéressant et la discussion portera notamment sur les assurances sociales et la question fiscale.

Tous les adhérents du Syndicat sont instamment priés d'assister à cette réunion qui se terminera par un dîner confraternel.

Les adhésions pourront être reçues avant l'ouverture de la séance.

A TRAVERS L'OFFICIEL

26 *octobre.*

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne), par suite de la nomination à un autre emploi de M. le Dr Fauvel.

DOCUMENTATION INTERCONFRATERNELLE

Vernis anti-cancroïde

A plusieurs reprises, j'ai entendu parler d'un vernis contre les cancroïdes ulcérés. Je ne me rappelle ni ne trouve l'adresse du fabricant de ce produit.

Je vous serais obligé de vouloir bien me la communiquer.

Dr Rançon,
Samer (P.-de-C.).

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Les masseurs et l'exercice illégal de la médecine.

Il ne faudrait pas conclure de ce qu'une certaine tolérance s'est établie, concernant l'exercice du massage par des personnes non munies du diplôme de docteur en médecine, que, légalement les dites personnes peuvent s'abriter derrière des diplômes plus ou moins fantaisistes, pour exercer leur art, sans aucune crainte.

Rares sont les poursuites en exercice illégal : la justice est non seulement trop chère en France; mais elle est aussi trop boiteuse et trop lente.

Mais c'est surtout à l'occasion de demandes civiles en réparation d'un dommage que le ministère public, ou un syndicat médical soulève la question de la répression d'un acte délictueux.

Estropié du fait d'un incapable, ou s'estimant mal soigné, un client se retourne contre celui qui l'a traité et lui réclame des dommages-intérêts.

Si le défenseur ne peut exciper d'aucun diplôme de docteur en médecine, il risque, non seulement d'avoir à payer des dommages-intérêts à la partie civile, qui les lui réclame, mais encore de se voir frapper de pénalités correctionnelles, pour exercice illégal de la médecine.

Etudions donc ce qui est actuellement permis ou défendu : envisageons ce qui existe et non ce qui devrait être.

Que faut-il entendre par exercice illégal de la médecine ?

La jurisprudence est bien fixée, pour définir, avec la Cour de Cassation (chambre criminelle 29 décembre 1900), le délit d'exercice de la médecine : « tout mode de traitement, pourvu qu'il soit habituel ou suivi, encore qu'il n'y ait prescription d'aucun médicament, ni recours à aucune opération chirurgicale.

Aux termes de la loi du 20 novembre 1892, le mot « traitement » est général et s'entend de tout acte, ou conseil, tendant à la guérison, ou à l'atténuation des malaises, ou des maladies ».

Ainsi, constitue l'exercice de la médecine le fait d'examiner un malade, qui se plaint de douleurs, dans une partie du corps, de lui conseiller des frictions avec de l'eau blanche, par exemple, lui recommander le repos et même de lui faire quelques séances de massages.

Pour agir, ainsi, sans craindre les pénalités prévues par la loi du 30 novembre 1892, il faut posséder le diplôme de docteur en médecine.

Ainsi, la cour de Cassation, chambre criminelle, par arrêt du 2 février 1924, décide que commet le délit d'exercice illégal de la médecine,

l'individu, non pourvu d'un diplôme, qui appelé à donner ses soins à une personne ayant eu une fracture de jambe, applique d'abord un appareil de contention et pratique ensuite, pendant plusieurs semaines, des massages, qui, d'après ses affirmations, devaient amener la guérison.

Dans le même sens, avaient ainsi décidé que le traitement suivi d'un seul malade, de même que le traitement habituel des malades, constituent le délit d'exercice illégal de la médecine, les arrêts de la cour de Cassation du 29 décembre 1900 et du 16 décembre 1922.

D'ailleurs, le rapporteur de la loi du 30 novembre 1892, à la Chambre des députés, avait bien insisté et expressément déclaré que les masseurs commettraient le délit d'exercice illégal lorsqu'ils cherchaient à réduire des luxations ou fractures (D. P. 1893.4.15).

De ceci résulte la distinction suivante :

Lorsqu'un médecin a examiné le malade et l'adresse à un masseur, pour une série de séances de massages, tout est parfaitement régulier.

Mais si, de sa propre initiative, en présence d'une personne qui lui demande conseil, le masseur institue une série de massages, dans le but de guérir ou de soulager un état de maladie, ou de malaise, il y a exercice illégal de la médecine.

« Si une opération de massage, faite indépendemment d'une lésion, ou d'une fracture, ne saurait constituer un fait d'exercice illégal de la médecine, il n'en est pas de même d'une opération de massage s'appliquant à une lésion, qui vient d'être traitée par un homme de l'art. Le massage, dans ce cas, est un procédé thérapeutique, qui n'est employé licitement qu'à la condition d'être dirigé, ou au moins ordonné par un homme de l'art. » (Tribunal correctionnel de Lyon, 9 mai 1905.)

Mais sera permis tout massage hygiénique, massage tonique, en vue d'une cure d'amaigrissement, massage de beauté, etc. Pour être licites, ces opérations de massages ne doivent pas avoir pour but la guérison d'un cas pathologique.

Cependant le fait de soigner manuellement des algies, névralgies, douleurs, déformations pathologiques, constipation, etc., constituerait le délit d'exercice illégal, à moins que ce traitement n'ait été, au préalable, indiqué par un médecin.

La jurisprudence est très abondante en ce sens.

Aussi, pour qu'un masseur soit à l'abri de tout ennui, pour qu'il soit certain de ne pas être traduit en correctionnelle, pour exercice illégal de la médecine, pour que sa responsabilité civile soit à couvert, par rapport à un client mécontent, il fera bien de s'abriter derrière un docteur en médecine.

Voir la suite page LV-3013

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

20 NOVEMBRE 1927

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le **DIMANCHE 20 NOVEMBRE 1927**, chez MARGUERY, 34, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

I. — *A trois heures.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

II. — *A quatre heures et demie.*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

III. — *A cinq heures et demie.*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

N. B. — Les ordres du jour de ces Assemblées ont été publiés en détail dans les nos 44 et 45.

IV. — *A sept heures précises.*

DINER. — (Souscription 50 fr. Le complément sera payé par la Caisse de la Société d'Etudes).

A dix heures.

BAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE.

Les familles des membres et amis du *Concours médical* et de ses Filiales sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Dîner.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Dîner sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 17 *novembre*, aux bureaux du *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris, 9e.

PROPOS DU JOUR

Les mystères de la préhistoire. L'énigme de Glozel.

> La science rationnelle, fondée sur un déterminisme nécessaire, ne doit jamais répudier un fait exact et bien observé ; mais, par le même principe, elle ne saurait s'embarrasser de ces faits recueillis sans précision, n'offrant aucune signification et qu'on fait servir d'arme à double tranchant pour appuyer ou infirmer les opinions les plus diverses.
>
> Cl. BERNARD
>
> (*Introd. à l'étude de la médecine expérimentale*).

A la séance du 20 octobre de la *Société d'anthropologie de Paris*, M. A. de Mortillet, dont le nom est fameux dans les fastes de la Préhistoire et qui est lui-même un préhistorien dont l'opinion fait autorité, a cru qu'il était nécessaire d'exposer les éléments de l'affaire des fouilles de Glozel. Ces fouilles ont donné lieu à des controverses passionnées dans les périodiques et les quotidiens les plus divers ; elles ont troublé la sérénité des discussions des membres de l'Institut dans deux Académies, ont suscité des polémiques qui, par leur violence héroïcomique, rappellent les chants les plus émouvants du *Lutrin* :

> Tant de fiel entre-t-il dans l'âme des savants.

M. A. de Mortillet juge l'affaire de Glozel avec sévérité, car elle compte, à son avis, parmi celles qui portent le plus grand préjudice aux recherches préhistoriques vraiment scientifiques et sérieuses. Pour nous, qui ne sommes pas allé à Glozel et ne connaissons de toute cette affaire que ce que nous avons lu, ou entendu raconter, pour nous qui n'avons jamais pratiqué de fouilles et ne comptons, comme préhistorien, que par ce que nous ont appris les autres, avouant notre incompétence, nous nous garderons bien de prendre parti. Nous nous bornerons à exposer les faits, à rendre compte des discussions laissant au lecteur le soin de se faire une opinion.

***

L'Inspecteur d'Académie du département de l'Allier engagea, au début de 1924, les instituteurs et les institutrices de ce département à lui faire connaître les richesses archéologiques de leur commune. Les rapports furent nombreux et intéressants. Ils furent transmis au Dr de Brinon, président de la *Société d'Emulation* de Moulins, et au Dr Viple, président de la *Société bourbonnaise des Etudes locales*. L'attention de ces deux confrères fut tout particulièrement attirée par un rapport de Mlle Picandet, institutrice à Ferrières-sur-Sichon, sur la trouvaille d'une sépulture, près du village de Glozel, au lieu dit « les Duranthons ». Un cultivateur, M. Fradin, labourant, avec son fils, un champ situé à quelque distance du ruisseau de la Vareille, aurait découvert avec le soc de sa charrue une sépulture. A la demande du Dr de Brinon, M. Clément, instituteur, membre de la Société d'Emulation, se rendit sur les lieux au début de juillet 1924.

Le Dr Viple s'y rendit quelques jours plus tard, accompagné de Mlle Picandet, de M. Clément et d'un photographe. Assez perplexe sur la destination de l'édicule découvert, il recueillit quelques documents et les envoya à M. le Pr Capitan pour obtenir de lui une consultation à ce sujet. L'absence du Pr Capitan ne permit pas de résoudre immédiatement le problème. Mais M. Clément, qui avait quelque expérience des recherches archéologiques, après de nouveaux examens de la découverte de Glozel, revint sur sa première opinion qui en faisait une sépulture et conclut que l'on se trouvait en présence d'un four de verrier. Cette opinion fut corroborée par M. Franchet qui, sur ce point, est doué d'une compétence spéciale et qui publia une étude sérieuse à ce sujet dans la *Revue scientifique* du 13 novembre 1926.

Entre temps, le Pr Capitan, de passage à Vichy, ville qui n'est pas très éloignée de Glozel, se rendit sur les lieux, examina le four, puis s'en désintéressa absolument pour des raisons que nous ignorons.

La *Société d'Emulation*, saisie par M. Clément d'une demande de subvention de 50 francs pour continuer les fouilles, refusa cette bien modeste avance. Ce fut alors que M. Fradin, le cultivateur propriétaire de Glozel, rencontra M. le Dr Morlet, médecin à Vichy. Ce dernier lui donna 200 francs pour continuer ses fouilles. M. Fradin ne tarda pas à lui apporter des objets, trouvés dans le four et à ses abords et le Dr Morlet, qui avait depuis visité Glozel, s'enthousiasma pour cette station archéologique nouvelle et, bien que n'ayant eu jusqu'alors aucune compétence préhistorique, il se documenta, engagea vivement les Fradin à continuer leurs recherches, les aidant largement de ses subsides.

Le Dr Morlet, persuadé par les objets qui lui avaient été remis ou qu'il avait recueillis que Glozel était une station de sépultures néolithiques, publia une brochure sur ses trouvailles et intéressa à Glozel M. Van Gennep qui rédige dans le *Mercure de France* la chronique ayant trait au Folklore, à l'Ethnographie et à la Préhistoire. M. le Dr Morlet parvint à convaincre M. Van Gennep de l'intérêt de la station de Glozel à tel point que ce dernier défendit avec un véritable enthousiasme la thèse de Glozel, station néolithique. Le Dr Morlet avait alors soumis à Paris quelques objets trouvés à Glozel à M. A. de Mortillet qui se contenta de les qualifier de documents sans intérêt.

Mais bientôt les fouilles de Glozel s'enrichirent d'une autre découverte tout à fait extraordinaire. Des briques d'argile plus ou moins bien cuites furent mises à jour, portant, gravés sur une de leurs faces, des signes que le Dr Morlet qualifia d'alphabet idéographique de Glozel (décembre 1925). Aussitôt le champ des hypothèses fut ouvert, l'écriture glozélienne fut comparée aux écritures hiératiques et phéniciennes et l'on en conclut que le berceau de la civilisation ne pouvait pas être d'origine égéenne et orientale comme on l'avait admis jusqu'alors mais bien d'origine occidentale, puisque les exégètes de Glozel affirmaient que cette station et ses tablettes épigraphiques dataient de l'époque néolithique. M. Salomon Reinach, le savant conservateur du Musée de Saint-Germain, accompagné de M. Seymour de Ricci, savant archéologue, visitèrent Glozel et en août 1926, M. S. Reinach fut absolument convaincu ; M. de

Ricci qualifia la plupart des objets de faux à la grande indignation du Dr Morlet. Le 11 octobre 1926, M. Depéret, doyen de la Faculté des Sciences de Lyon, fit une communication à l'Académie des sciences sur la question de Glozel et garantit, avec M. Viennot, l'authenticité du gisement sur lequel M. Salomon Reinach avait déjà, en août, attiré l'attention de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres qui s'intéressa surtout aux recherches épigraphiques.

De nombreux savants avaient depuis examiné la question de Glozel, et le voisinage de Vichy, y avait attiré des milliers de touristes. La ferme des Fradin avait été transformée en Musée dont la taxe d'entrée, relativement minime, était fixée à 4 francs et les signatures s'accumulaient sur le registre des visiteurs. La publicité de Glozel devint donc considérable. Parmi ceux qui donnèrent une opinion à son sujet, les uns défendirent avec énergie l'authenticité des trouvailles et leur origine néolithique, parmi eux, le Dr Morlet, le véritable inventeur de Glozel, MM. Salomon Reinach, M. le Commandant Esperandieu, de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, M. Depéret qui intervint en faveur de Glozel à l'Académie des Sciences, M. Van Gennepp qui mena aussi une campagne énergique et favorable dans le *Mercure de France*.

D'autres manifestèrent nettement leur scepticisme ou refusèrent de donner un avis, certains même parlèrent de mystification dont M. le Dr Morlet aurait été victime. MM. Capitan et Boule se désintéressèrent de la question. M. Dussaud, de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, M. A. de Mortillet, M. l'Abbé Breuil, M. Seymour de Ricci, un savant expert archéologue, le Comte de Begouen, M. Crawford (in *Antiquity*, mars et juin 1927), M. Vayson de Pradennes, ingénieur des Mines, qualifièrent la plupart des objets de faux et soupçonnèrent une colossale supercherie. M. Camille Jullian, dont personne ne saurait mettre en doute la science, ni la bonne foi, surpris de l'accumulation à Glozel des objets les plus disparates, ne voulut pas admettre l'origine néolithique de la station, mais fortement intrigué par les découvertes épigraphiques, il émit l'hypothèse d'inscriptions de formules magiques et fit de l'ensemble de ces trouvailles un atelier de sorcière, « *officina feralis* » de l'époque gallo-romaine. Il s'efforça de traduire certaines de ces inscriptions qui ont été reproduites dans un numéro de l'*Illustration* au début d'août 1927.

M. le Dr Morlet, secondé par M. Van Gennepp, se défendit avec violence, violence regrettable qui ne renforça pas les arguments. Des hommes politiques s'en mêlèrent, annoncèrent des interpellations au Sénat ou à la Chambre. M. le Ministre de l'Instruction publique, perplexe, renvoya la question à M. Léon, directeur des Beaux-Arts, qui décida de faire classer la station de Glozel comme monument historique, la fit mettre sous séquestre, ordonna d'interrompre les fouilles et chargea deux préhistoriens connus et très compétents, M. Peyronie, le distingué conservateur du Musée des Eysies, et M. Champion, chef de l'atelier du Musée national préhistorique de Saint-Germain-en-Laye, de dresser l'inventaire du Musée de la ferme Fradin à Glozel. Cette décision ne satisfit personne. Peut-être eût-il mieux valu faire diriger de nouvelles fouilles par des hommes de science particulièrement compétents en la matière comme le Dr Henri Martin, l'abbé Breuil, M. A. de Mortillet et d'autres dont la probité scientifique et la grande expérience sont reconnues de tous ? Bien que provisoirement la question de Glozel ait été résolu et par le bras séculier un peu à la façon dont au XVIIIe siècle le pouvoir royal mit fin aux miracles du Diacre Pâris au Cimetière de Saint-Médard, les partisans et les contempteurs de Glozel restent donc momentanément sur leurs positions, les premiers ont trouvé en M. Butavand, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées et Conseiller d'Etat de la Principauté de Monaco, un adepte fervent de l'opinion primitive ; le four de Glozel est redevenu une tombe en attendant quelqu'autre avatar et M. Butavand le démontre avec force mensurations d'une impressionnante précision. Des fouilles nouvelles dirigées par M. Depéret en personne dont les résultats ont été récemment communiqués à l'Académie des sciences, concluent encore à un cimetière néolithique. En outre, une Commission internationale de savants, parmi lesquels se trouve le Pr Pittard, de Genève, vient après une enquête sérieuse et de nouvelles fouilles, de constater l'authencité du gisement sans se prononcer sur son époque. Un officier supérieur en retraite a fait mieux. Il s'est livré à un travail d'épigraphie qui laisse bien derrière lui les timides hypothèses de M. Camille Jullian. Il ne s'est pas borné à établir définitivement l'alphabet glozélien, il a élaboré une grammaire glozélienne, rédigé un lexique glozélien en attendant sans doute, qu'on crée une chaire de langue glozélienne à l'Ecole des Hautes Etudes. M. A. de Mortillet a montré à la Société d'anthropologie l'élégante brochure intitulée *Grammaire*

glozélienne, imprimée sur papier de luxe et tirée à 500 exemplaires numérotés. Avis aux bibliophiles ! M. le Dr Morlet pourrait à ce propos répéter le mot du Preux Chevalier que cite Voltaire : « Mon Dieu, préservez-moi de mes amis, je me charge de mes ennemis. »

D'autre part M. Dussaud, dans une séance secrète de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres (séance qui n'a été secrète que dans l'intention de l'éminent académicien, puisque la presse en a donné le compte rendu) a très sérieusement mis en doute l'authenticité des découvertes de Glozel. En outre, un ingénieur civil des mines, M. A. Vayson de Pradennes, a, dans le dernier *Bulletin de la Société Préhistorique française* (sept. 1927), sous le titre de *La Chronologie de Glozel*, fait une étude critique très serrée des diverses phases de l'affaire de Glozel, montrant avec quelle facilité « L'Esprit de Glozel », entité mystérieuse, qui paraît inspirer les prospecteurs, donnait tout aussitôt satisfaction aux desiderata exprimés par les visiteurs subissant l'influence du Manuel de Dechelette, de diverses publications préhistoriques et d'observations variées faites sur les lieux.

***

Nous souhaitons de tout cœur la démonstration scientifique, irréfutable de la véracité des découvertes de Glozel. Nous espérons que le Dr Morlet n'aura pas été victime d'une cruelle mysfication et qu'il parviendra à bouleverser de fond en comble, avec les documents de Glozel, ce qui est admis en préhistoire sur l'époque néolithique et ce que les préhistoriens croyaient de définitif en matière d'épigraphie.

Cependant il convient d'être prudent. Nous avons conté, il y a quelques mois l'histoire rocambolesque de ce jeune Belge, envoyé en mission à Casablanca, qui, prospectant le Maroc comme préhistorien, y fit des découvertes mirifiques dont il fut facile d'établir publiquement l'évidente fausseté. Ce jeune mystificateur, sans doute un monomane, avait tenté en vain de tromper les professeurs de l'Université de Liège, sa ville natale, et avait réussi à capter la confiance et l'appui de l'éminent géologue de Bruxelles, le professeur Rutot, auquel; il fit accepter comme authentiques de grossières statuettes, scupltées par lui dans la pierre crayeuse des grottes de Spiennes. Après son échec accablant à Casablanca, ce maître trompeur, termina son édifiante carrière en se faisant arrêter à Paris au cimetère Montparnasse tandis qu'il prospectait une tombe qui n'avait rien de préhistorique ni même d'historique.

D'autre part nous savons que telle découverte préhistorique qui avait été considérée d'abord comme une mystification, avait été peu après reconnue comme absolument authentique. De plus, si Glozel masquait une supercherie, il faudrait supposer au mystificateur une intelligence, une habileté et des connaissances peu banales.

Aussi croyons-nous, qu'avant de conclure sur Glozel, malgré l'incertitude où nous nous trouvons, il convient de réserver notre opinion et d'attendre.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

ÉTUDE CRITIQUE DES SIGNES CLINIQUES QUI PERMETTENT LE DIAGNOSTIC D'UNE PARAPLÉGIE SPASMODIQUE

Par L. GIROT,

Chef de Clinique à la Salpêtrière

Lorsqu'on est en présence d'une paraplégie spasmodique, bien souvent, ne tenant compte que des deux facteurs les plus fréquents, la syphilis et le mal de Pott, on envisage simplement ces deux étiologies.

Certains médecins s'imaginent, à tort, que, pour arriver à un diagnostic étiologique plus précis, des finesses de séméiologie, familières aux seuls neurologistes, et des recherches très spéciales, telles que l'étude du lipiodol sous-arachnoïdien sont absolument indispensables. D'autres, il est vrai, croient que l'examen clinique a un peu perdu de sa valeur depuis que, chaque jour, dans les milieux spécialisés, on attache une importance plus grande aux images radiologiques et radioscopiques sous le contrôle du li-

piodol, et ils ont une tendance parfois fâcheuse à affirmer leur diagnostic uniquement d'après un résultat radiographique qui peut être extrêmement trompeur.

Aussi, nous attacherons-nous, dans cet article, à conduire notre diagnostic uniquement à l'aide des seuls signes radiographiques que toute bonne installation permet d'obtenir aujourd'hui à peu près partout, mais nous laisserons de côté systématiquement les recherches spéciales, qui demandent, malgré leur simplicité d'exécution, une certaine hardiesse, une grande prudence et une installation parfaite. Ces recherches n'ont de valeur que faites par des médecins qui en ont l'habitude. Ceci ne leur enlève aucun intérêt, car elles ont été mises au point par des cliniciens avisés, bons observateurs et bons critiques, elles ont rendu d'immenses services à de nombreux malades, et permettent, il faut le dire, un diagnostic précis souvent plus précoce que la clinique seule.

Mais, à condition d'être basée sur une sémiologie simple et rigoureuse, la clinique seule permet, dans la plupart des cas, un diagnostic précis. Chaque fois que les méthodes spéciales d'examen, et l'épreuve du lipiodol en particulier, ne sont pas conduites de façon impeccable, avec une grande habitude d'interprétation, on a de grandes chances de commettre une erreur de diagnostic.

***

On est en présence d'une paraplégie spasmodique, lorsqu'un sujet, qui accuse des troubles moteurs des membres inférieurs tantôt très marqués, tantôt au contraire très légers, présente un réflexe cutané plantaire en extension bilatérale, de l'exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs, de la trépidation épileptoïde plus ou moins nette du pied, et un état de contracture pyramidale, c'est-à-dire une contracture liée au tonus d'action, suivant la définition de Ch. Foix.

Accessoirement, le malade peut également présenter des réflexes d'automatisme médullaire plus ou moins marqués, le plus souvent des troubles sphinctériens et génitaux, et des troubles sensitifs variables.

Bien entendu, l'intensité de la paralysie pourra varier depuis la simple parésie, si discrète qu'il faut un examen attentif pour la déceler, jusqu'à la paraplégie hyperspasmodique en flexion confinant le sujet au lit.

***

Il n'est pas question, devant ce tableau, de faire un diagnostic différentiel. Il s'agit d'une paraplégie spasmodique certainement organique. Le problème est d'en préciser la cause, puisque la thérapeutique en dépend.

***

Nous éliminons d'abord certaines causes évidentes de paraplégies spasmodiques : Traumatisme récent, ayant déterminé soit une fracture de la colonne vertébrale, soit une hématomyélie. Paraplégies spasmodiques qu'accompagnent des troubles importants des membres supérieurs ou des nerfs bulbaires, ou des voies cérébelleuses, ou des cornes grises antérieures de la moelle, comme dans la sclérose latérale amyotrophique, dans la sclérose en plaques intense du type Vulpian, dans la syringomyélie, dans certaines maladies familiales.

Nous n'étudierons pas non plus les paraplégies spasmodiques en flexion, plus fréquentes qu'on ne croit, qui n'ont pas une origine médullaire, mais qui sont la conséquence de lésions cérébrales. Ces cas, étudiés en particulier par Th. Alajouanine, s'accompagnent d'ordinaire de déchéance intellectuelle, perte de la mémoire, rire et pleurer spasmodique,etc..., autant de symptômes qui orientent vers le diagnostic de lésions cérébrales. Il s'agit, en général, de séniles pseudobulbaires.

En réalité, le problème qui se pose d'habitude est le suivant :

S'agit-il d'une myélite ? Quelle en est la nature ? Myélite infectieuse banale à germes connus ? Myélite à germe inconnu réalisant pourtant une maladie bien spéciale, ou myélite syphilitique ?

S'agit-il d'une compression de la moelle, par un mal de Pott ? par une tumeur extra ou intramédullaire, par un cancer de la colonne vertébrale ?

C'est pourquoi, nous allons chercher, par l'analyse de chaque symptôme, à mettre en évidence ce qui plaide plutôt en faveur de telle ou telle étiologie.

1° **Le mode de début de la paraplégie** a évidemment une certaine valeur : le début brusque, apoplectique, est souvent l'apanage des myélites, le début lent et progressif se voit plus souvent dans les compressions. Mais cela n'a rien d'absolu.

Certes, lorsqu'un sujet, qui présente un état infectieux net, déjà diagnostiqué, fait brusquement, ou en quelques heures, une paraplégie intense, souvent flasque d'abord, avec énormes troubles sensitifs, réalisant ainsi un véritable foyer de myélite transverse, paraplégie qui ne deviendra spamodique que quelque temps après, si le sujet a survécu, le diagnostic d'un foyer de myélite infectieuse s'impose.

Lorsqu'un sujet, syphilitique connu, parfois même encore en plein cours de traitement (quoique ce ne soit pas fréquent), fait brusquement son

attaque de paraplégie réalisant le tableau que nous venons de décrire, le diagnostic s'impose aussi.

Mais, dans de nombreux cas, le début d'une myélite est lent, progressif, et, au contraire le début d'une compression peut être assez brutal.

Dans cette forme de myélite syphilitique chronique d'emblée, qu'on appelle la paraplégie d'Erb, et qui n'est d'ailleurs peut-être pas toujours d'origine syphilitique, l'installation des premiers troubles est toujours insidieuse. La date de son début est le plus souvent impossible à préciser, le malade s'inquiète peu des premiers symptômes qu'il présente. Ses jambes lui paraissent lourdes, il a un engourdissement discret des membres inférieurs, il se fatigue plus vite que jadis à la marche. D'ordinaire, il y a déjà plusieurs semaines ou plusieurs mois que les troubles ont commencé lorsqu'on examine le sujet pour la première fois. On trouve toujours, chez lui, le phénomène de la claudication intermittente de la moelle qu'a si bien individualisée Déjerine. Le malade éprouve de la fatigue rapide à la marche, sa pointe du pied bute sur le sol, il est bientôt obligé de s'asseoir. Après quelques instants de repos, sa fatigue est passée, il part de nouveau, mais bientôt la même fatigue l'oblige à un nouvel arrêt. Cette gêne s'est aggravée de façon progressive, et, un sujet capable de faire, quelques années plus tôt, plusieurs kilomètres de suite, ne peut plus actuellement faire 500 mètres ou 100 mètres sans s'arrêter.

Ce début progressif, n'est d'ailleurs pas spécial à la paraplégie syphilitique d'Erb. Certaines scléroses en plaques, longtemps uniquement paraplégiques, sans aucun phénomène cérébelleux, vont souvent débuter ainsi. On voit des troubles médullaires identiques, suivre une fièvre typhoïde, une grippe, un état infectieux plus ou moins net.

Par contre, le début des compressions n'est pas toujours aussi lent et aussi insidieux. Un mal de Pott peut se dévoiler par une paraplégie brusque : un de nos malades, âgé de 16 ans, est frappé de paraplégie un soir au théâtre, il ne peut se lever de son fauteuil, on l'aide, il remonte à grand'peine chez lui, soutenu par ses camarades, le lendemain il ne peut plus mouvoir ses membres inférieurs. Un autre est pris subitement dans le train. Il est vrai que, dans ces cas, la paraplégie n'est pas en général le premier symptôme en date : notre premier malade avait depuis de longs mois des douleurs dans les reins qu'il attribuait à son métier de forgeron, le second se plaignait de quelques troubles urinaires. Mais, en général, ces symptômes prémonitoires assez vagues n'avaient pas retenu l'attention des médecins. Il en est d'ailleurs exactement de même dans le cas de myélite syphilitique à début brutal. Lamy, dans sa thèse, avait déjà insisté sur la constance d'une période dite prémonitoire, oubliée du malade, qui se trouve soudain paraplégique, et cette période prémonitoire, durant de quelques jours à quelques semaines, est marquée par de la rachialgie, quelques troubles légers des mictions, un peu de fatigue à la marche.

Nous voyons donc que le mode d'installation de la paraplégie, pour important qu'il soit à bien faire préciser, ne peut, à lui seul, permettre de fonder un diagnostic étiologique.

2° **L'intensité de la paraplégie** ? — La *répartition* sur les différents groupes musculaires ? L'*attitude* des membres paraplégiques ? Voici autant de points qu'il est indispensable de bien préciser. Seuls, ils sont, eux aussi, incapables de nous fournir une base absolue de diagnostic étiologique. On peut dire que la moelle répond toujours de façon à peu près identique lorsqu'elle est atteinte, quelle que soit la nature de cette atteinte. La règle de Pierre Marie est absolue : dans une paraplégie d'origine médullaire, la diminution de la force musculaire segmentaire porte davantage sur les groupes musculaires raccourcisseurs des membres inférieurs, tandis que la force des groupes musculaires allongeurs des membres inférieurs est toujours bien meilleure. On peut même étendre cette règle, et dire qu'on trouve cette dissociation lorsqu'il y a atteinte du faisceau pyramidal à n'importe quelle hauteur de son trajet, que ce soit au niveau de l'encéphale, du mésocéphale, ou de la moelle.

En général cependant, il est fréquent, dans les premiers mois d'une paraplégie syphilitique chronique d'Erb, que la force soit très peu diminuée, le malade est gêné, il se dit paralysé, on lui fait constater pourtant qu'il oppose une résistance convenable aux mouvements des membres qu'on cherche à lui imposer malgré sa volonté, on peut dire que ces malades sont souvent plus raides que paralysés.

Lorsqu'on est en présence d'une paraplégie intense, absolue, dans laquelle tout mouvement volontaire est impossible, le sujet est alors souvent paraplégique en flexion, et cette attitude impose souvent à l'esprit du médecin instruit, mais non prévenu, l'idée d'une compression de la moelle. C'est souvent vrai, mais ce n'est pas une règle absolue, et nous même, avec Alajouanine avons récemment encore insisté sur la fréquence de l'attitude en flexion à la fin de l'évolution des myélites. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point particulier.

3° **Les troubles associés à la paraplégie** ? — Il est indispensable, pour arriver au diagnostic, de les bien préciser.

a) Les *troubles sphinctériens*, sont communs dans toutes les atteintes de la moelle, mais cependant ils n'ont pas la même façon de se présenter. Une paraplégie syphilitique chronique

d'Erb a très tôt des mictions impérieuses, souvent bien avant de présenter des troubles moteurs, dans la station debout, l'envie d'uriner s'impose irrésistible, elle cesse si le malade est couché, bien entendu le malade n'émet chaque fois que quelques gouttes d'urine, cette véritable infirmité est souvent ce qui le détermine à consulter pour la première fois. Mais ces mictions impérieuses précoces ne sont pas absolument l'apanage de la mylélite syphilitique d'Erb, on peut les trouver, pas toujours d'ailleurs, au tout début d'une compression de la moelle, ou dans une myélite infectieuse, la sclérose en plaques en particulier, cependant, en général, dans la sclérose en plaques, il ne s'agit pas d'un signe majeur, mais plutôt d'un épisode passager ; lorsqu'on interroge le sujet, on retrouve dans ses antécédents une période pendant laquelle ses mictions ont été impérieuses, mais ce phénomène s'est atténué, tout est redevenu normal ultérieurement.

Quant à la rétention d'urine, elle est rare dans a myélite syphilitique à début lent, elle n'est pas fréquente non plus dans la sclérose en plaques débutante, on la trouve plutôt, aussi souvent que l'incontienence absolue, dans les processus qui ont virtuellement isolé la moelle inférieure des centres supérieurs : compression intense, myélite très avancée. — Dans ces cas également — on observe le phénomène de la vessie automatique qui se vide soudain, dès qu'elle est distendue par la même quantité d'urines.

La constipation est habituelle dans les myélites insidieuses et lentes. La perte inconsciente des matières ne se voit guère que dans les processus qui isolent complètement le bout inférieur de la moelle des centres supérieurs (compression ou myélite transverse).

b) Nous n'insisterons pas sur les *troubles génitaux*, ils sont incapables de fournir en général une base importante de diagnostic, on comprend facilement qu'un sujet dont la moelle ne fonctionne plus pour une cause ou une autre ait perdu le pouvoir génital.

Cependant, alors que dans la sclérose en plaques à début paraplégique, les fonctions génitales restent à peu près normales, elles sont troublées, toujours très précocement dans cette forme spéciale de myélite syphilitique qu'est la paraplégie d'Erb. C'est un symptôme qui précède souvent d'assez longue date les troubles de la marche. Il ne s'agit pas d'ailleurs d'une abolition absolue du pouvoir génital comme dans le tabès, mais d'une certaine timidité, d'un manque d'entrain, d'une fatigue rapide, qui étonnent le malade ;

c) Les *troubles sensitifs* sont particulièrement importants à bien étudier. Ils permettent souvent d'orienter à eux seuls le diagnostic. Leur analyse est cependant bien plus difficile qu'on ne croit d'ordinaire.

α) Il peut exister tout d'abord des TROUBLES SUBJECTIFS précoces.

On sait qu'une compression médullaire, par un mal de Pott, par une tumeur des méninges ou de la moelle, par un cancer vertébral, est, en général douloureuse. La douleur peut être même longtemps le premier phénomène qu'accuse le malade.

C'est une douleur radiculaire, atteignant le domaine d'une ou de plusieurs racines, et dont la topographie varie avec le niveau médullaire intéressé. On connaît l'importance révélatrice de névralgies intercostales rebelles, de sciatiques, de douleurs dans le domaine des membres, douleurs dont on arrive à dessiner le trajet exact sur les téguments, qui sont exacerbées à certaines heures, au point d'empêcher tout repos, qui sont réveillées par la toux, par le contact, par les efforts, etc., et on devra toujours se méfier d'une compression médullaire, examiner complètement les réflexes, la motilité, et la sensibilité objective d'un sujet qui accuse une de ces douleurs rebelles, avant de croire à une névralgie banale, idiopathique, de pronostic en général bénin. Certes cette douleur spontanée est importante lorsqu'elle persiste, qu'on la retrouve à divers examens successsifs avec la même topographie, ou s'étendant progressivement dans la même région. Elle a même une valeur localisatrice absolue quant à la hauteur de la lésion, et lorsqu'elles s'accompagne d'autres « symptômes lésionnels » comme disait Ch. Foix : éruption zostérienne traduisant l'atteinte des racines postérieures, abolition des réflexes dans une zone précise correspondant à un segment médullaire déterminé, cette douleur acquiert une importance majeure. Est-ce dire que les douleurs spontanées n'existent pas dans une myélite ? D'habitude une myélite ne souffre pas, on n'a pas de douleurs si intenses, si nettes, si parfaitement limitées à un domaine déterminé ; mais les classiques avaient déjà insisté sur l'intensité de la rachialgie au cours de ces myélites syphilitiques, rachialgie précoce, que Fournier comparaît même à la céphalée de certaines méningites syphilitiques. Nous avons vu des paraplégiques spasmodiques atteints de myélite infectieuse, qui ont des douleurs radiculaires assez vives. Cependant d'habitude, elles sont moins durables, plus diffuses, plus changeantes, les limites en sont moins nettes.

Ce qu'on observe surtout dans les myélites plus que des douleurs, ce sont des paresthésies, des fourmillements, des engourdissements, et, ces dernières années, G. Guillain et Marquezy, et de nombreux neurologistes à leur suite ont fait remarquer la fréquence, on pourrait presque dire la constance, de ces fourmillements au niveau des

✦✦✦

extrémités au tout début de la sclérose en plaques, alors qu'aucun signe clinique net ne permet d'en affirmer encore le diagnostic. L'intensité de ces paresthésies doit toujours orienter les recherches vers ce diagnostic de sclérose en plaques.

β) Les *troubles de la sensibilité objective* donnent souvent la clé du diagnostic. Nous ne saurions trop insister sur la difficulté parfois considérable de leur recherche. Le malade répond souvent mal, il ne comprend pas ce qu'on veut obtenir de lui, il cherche à deviner, il se laisse influencer, c'est une recherche longue qui demande du temps, de la patience. On doit explorer successivement la sensibilité au tact, à la piqûre légère, au chaud et au froid, la sensibilité osseuse au diapason, le sens des attitudes des membres, etc., les troubles les plus importants et les plus précoces sont d'habitude ceux de la sensibilité thermique.

Nous ne rappellerons pas ici l'importance de la dissociation thermoanalgésique dans la symptomatologie d'une syringomyélie par ailleurs fruste, ni la valeur localisatrice d'un syndrome de Brown-Séquard. Mais nous voulons insister sur quelques points précis : on s'imagine volontiers d'ordinaire qu'une compression de la moelle s'accompagne toujours de gros troubles de la sensibilité objective dans le domaine qui correspond au segment médullaire sous-jacent à la compression ; par contre, on n'est pas habitué à voir des troubles sensitifs objectifs importants dans la plupart des myélites et en particulier dans les myélites syphilitiques lentes. C'est vrai, en général. Cependant, en dehors des myélites transverses syphilitiques ou infectieuses banales dont le début a été brutal, et dont les troubles sensitifs objectifs peuvent rester importants malgré l'apparition de la spasmodicité, nous ne saurions trop insister sur l'intensité extrême des troubles de la sensibilité au cours de certaines myélites lentes beaucoup plus fréquentes qu'on ne s'imagine d'ordinaire, et qui finissent par réaliser un véritable aspeect pseudo-tumoral. Ici, tout comme dans une compression de la moelle, on se trouve en présence d'un sujet qui, à partir d'une certaine hauteur médullaire, ne perçoit plus les sensations ou les perçoit très mal, on a la certitude que tout le segment inférieur de sa moelle est isolé. A plusieurs examens successifs, on retrouve ces mêmes troubles sensitifs dont la limite inférieure est parfois une ligne extrêmement précise. Certes, dans ces myélites pseudo-tumorales, l'apparition souvent très tardive des troubles de la sensibilité, la façon dont s'étagent parfois à des hauteurs variables les troubles sensitifs aux divers modes, la limite parfois impossible à préciser de la zone exacte à partir de laquelle apparaissent ces troubles, la variabilité dans l'établissement de cette zone qui est un peu plus haute et plus diffuse quelquefois à mesure que progresse l'affection, l'absence de concordance entre troubles sensitifs lésionnels et troubles sous lésionnels, la discordance entre la limite des troubles sensitifs et celle de la limite des réflexes d'automatisme, comme nous allons l'envisager dans un instant, vont aider souvent à poser le diagnostic, car tous ces faits montrent qu'il s'agit d'une lésion assez diffuse, de topographie irrégulière, mais souvent il faudra l'étude d'autres symptômes associés et en particulier, l'étude du liquide céphalo-rachidien pour trancher les hésitations.

Il n'est pa s exceptionnel non plus qu'une compression de la moelle authentique ne s'accompagne que fort tard de troubles sensitifs objectifs, et il ne faudra pas éliminer ce diagnostic, surtout si, pendant les quelques mois de début, ces troubles sont légers, inconstants, dissociés, assez fins pour passer inaperçus du malade et du médecin qui fait un examen rapide.

γ) L'importance majeure de l'*automatisme médullaire* n'échappe à personne. Nous rappellerons rapidement la façon dont on doit rechercher en clinique cet automatisme médullaire que d'autres appellent les réflexes de défense. Il suffit soit de pincer les téguments du pied, soit de faire exécuter assez brusquement une flexion forcée à l'avant-pied, pour voir un membre, incapable d'aucun mouvement volontaire, ou manifestement incapable d'exécuter volontairement un mouvement rapide avec une certaine force, ébaucher ou exécuter un triple retrait : flexion dorsale du pied, flexion du genou, flexion de la hanche. Cet automatisme médullaire se manifeste souvent sous la moindre influence : frôlement des doigts, excitation thermique, etc. Le raccourcissement du membre excité peut s'accompagner de l'allongement du membre opposé, c'est un réflexe de marche.

On est habitué de voir ces phénomènes d'automatisme médullaire dans les compressions médullaires. Ils signifient seulement qu'il y a une interruption du faisceau pyramidal à une hauteur quelconque de son trajet, que ce soit le fait d'une compression extra médullaire, d'une tumeur intra-médullaire, ou d'un foyer unique de myélite transverse, ou d'une multiplicité de foyers étagés, qui finissent par réaliser virtuellement une véritable section de la moelle : toute la partie sous lésionnelle de la moelle fonctionne automatiquement. C'est l'automatisme médullaire qui finit par entraîner l'attitude terminale de paraplégie en flexion « qui est de l'automatisme médullaire fixé ». Cette attitude en flexion, nous l'avons vu, n'est pas toujours la conséquence des seules lésions médullaires, mais aussi très souvent de lésions cérébrales multiples, comme l'a montré Alajouanine.

C'est la ligne à partir de laquelle apparaissent

les réflexes d'automatisme médullaire qui indique la limite inférieure de l a lésion de la moelle, et on connaît la valeur capitale de la règle de Babinski-Jarkowski pour établir la hauteur d'une compression de la moelle : la zone où apparaissent les premiers troubles sensitifs indique la limite supérieure de la compression, la zone à partir de laquelle on détermine l'apparition des réflexes de défense indique la limite inférieure de cette compression : la différence de hauteur entre ces deux zones est d'autant plus étroite que le nombre de segments médullaires comprimés est moindre. Cette règle capitale est pratiquement d'une valeur absolue. On peut affirmer qu'elle permet à elle seule d'affirmer avec certitude quel segment médullaire est lésé.

Mais certaines erreurs sont à éviter :

D'abord, il faut être bien certain de la zone à partir de laquelle apparaissent les réflexes d'automatisme. On les cherche en pinçant la peau des jambes, des cuisses, du tronc, etc..., en remontant. Bien souvent, le triple retrait, parfaitement net lorsqu'on excite le membre inférieur, cesse au-dessus du pli de l'aine et lorsqu'on excite la peau de l'abdomen. Il faut toujours se méfier alors, prolonger son excitation. Nous avons remarqué souvent que le mouvement automatique est souvent lent à se produire, qu'il exige une sommation longue de quelques minutes parfois, qu'il n'apparaît même parfois que lorsque l'excitation cesse, il n'est pas toujours ample, mais simplement ébauché, et on doit le considérer comme légitime si la paraplégie motrice est importante. Souvent aussi, non déclanché par le pincement, on le voit se produire sous l'influence d'une excitation différente : la recherche de la sensibilité thermique, au froid surtout. Lorsque le malade est refroidi, qu'on l'examine nu dans une pièce peu chauffée depuis assez longtemps, son automatisme est souvent moins net.

Il faut aussi se méfier d'une cause d'erreur chez les malades dont la paraplégie motrice est légère, c'est le retrait du membre volontaire pour fuir l'excitation douloureuse, et qui n'est pas un réflexe.

Lorsqu'on a une limite supérieure bien nette de l'automatisme et des troubles de la sensibilité, on a bien des chances en effet d'être en présence d'une compression de la moelle.

L'automatisme médullaire qui s'obtient toujours par une excitation portant bien au-dessus du pied n'est pas d'habitude le fait d'une myélite. Une paraplégie d'Erb en particulier n'a pas, d'habitude, d'automatisme.

Mais il faut savoir pourtant, nous avons insisté sur ce fait avec Alajouanine, que l'automatisme médullaire est d'apparition beaucoup plus fréquente qu'on ne croit au cours de l'évolution de certaines myélites lentes, il est banal en particulier à un moment donné de l'évolution de certaines scléroses en plaques, c'est un phénomène courant à la période terminale de ces myélites. Bien souvent, il est vrai, l'histoire du malade, ses troubles associés démontrent clairement qu'il ne peut s'agir alors d'une compression, souvent, aussi dans ces cas, les réflexes d'automatisme vont apparaître très haut, fort au-dessus de la zone où commencent les troubles sensitifs, et cette disposition inversée permet d'éliminer une compression pour affirmer des lésions diffuses médullaires, mais il n'en reste pas moins parfois qu'il y a des cas où le clinicien le plus ave hésite, et où seule une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien permettra d'affirmer le diagnostic de compression.

4° Il nous faut insister enfin sur l'importance de l'**examen complet du malade**, car c'est l'ensemble des symptômes qui permet seulement d'affirmer cliniquement un diagnostic.

Il n'est pas besoin de rappeler la valeur de l'examen du rachis, d'une douleur réveillée par la pression dans une zone toujours identique à plusieurs examens, zone correspondant à certaines apophyses épineuses ou transverses, d'une gibbosité même légère, d'un abcès ossifluent profond, de fistules anciennes cicatrisées, de lésions pulmonaires plus ou moins nettes, etc., qui vont affirmer un mal de Pott. La signature d'une syphilis concomitante, ou d'une maladie infectieuse déterminée, a une valeur étiologique indiscutable.

Nous n'insisterons pas non plus sur l'importance d'un examen neurologique complet qui va montrer que cette paraplégie spasmodique n'est autre chose qu'une syringomyélie, qu'une sclérose en plaques, qu'une sclérose latérale amyotrophique ou qu'une hérédo-ataxie cérébelleuse.

Mais nous insisterons un peu sur le symptôme *raideur du rachis.* On a une tendance à croire qu'une colonne vertébrale raide est le plus souvent pottique. Les auteurs modernes, à la suite de Clovis Vincent, qui a insisté le premier à plusieurs reprises sur ce symptôme, savent que les sumeurs de la moelle entraînent souvent de la rigidité hyperalgique du rachis et des membres inférieurs, et ils admettent des caractères distinctifs entre la rigidité rachidienne des tumeurs et celle du mal de Pott. Dans le mal de Pott, selon Clovis Vincent, la rigidité vertébrale est segmentaire, elle ne retentit pas ou peu à distance ; il n'y a pas de raideur de la nuque ; la contracture des masses postérieures de la cuisse est peu prononcée et peu douloureuse. Cette rigidité segmentaire est absolue dans la flexion, dans l'inclinaison latérale du tronc, aucun mouvement n'est appréciable dans le segment vertébral considéré. En général, les masses musculaires juxta-rachidiennes, les muscles postérieurs de la cuisse ne sont pas douloureux à la pres-

sion. Il en est tout autrement dans certaines tumeurs radiculo-médullaires. Pour un segment considéré, la rigidité n'est pas absolue ; il y a une légère mobilisation des apophyses épineuses, les unes par rapport aux autres, que peut percevoir le doigt qui s'insinue entre elles. Elle est diffuse ; elle retentit sur le dos, parfois la nuque, sur les membres inférieurs. La nuque est plus ou moins raide, parfois rigide, le menton ne peut toucher le sternum. La manœuvre de Lasègue permet de mettre en évidence une contracture considérable des masses postérieures des cuisses. Cette contracture est douloureuse. Les masses musculaires sont souvent douloureuses à la tension et à la pression.

Tels sont les principaux renseignements que fournissent les nuances fines de la clinique.

Nous ne voulons pas envisager ici les renseignements fournis par l'étude dc sympathique. On sait la valeur des travaux d'André Thomas, en particulier, dans ce domaine, mais, il s'agit de recherches délicates, d'interprétation difficile parfois au lit du malade, et nous préférons ne pas les considérer comme des recherches de clinique courante.

5° Restent les **examens de laboratoire**, et en particulier la *ponction lombaire* qu'on peut toujours pratiquer, puisqu'on peut partout obtenir un examen biologique sérieux.

Une réaction de Bordet-Wassermann négative dans le liquide céphalo-rachidien permet-elle d'affirmer qu'une paraplégie n'est pas d'origine syphilitique ? Non. Certes, lorsqu'on a affaire à une paraplégie brutale, de début tout récent, datant de quelques jours à peine, et que la réaction de Bordet-Wassermann se montre, à quelques jours du début, négative dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sérum, on peut affirmer que la syphilis n'est pas en cause, mais lorsque la ponction lombaire a été faite loin du début, ou qu'il s'agit d'une de ces formes lentement progressives de paraplégie du type Erb, il est de règle que la réaction de Bordet-Wassermann soit négative, car on a fait la ponction en dehors d'une pousseée évolutive de l'affection, et que les symptômes qu'accuse le malade sont bien plus sous la dépendance de lésions cicatricielles que de lésions très évolutives, en activité.

Par contre, une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien, permet en général d'affirmer une origine syphilitique. On fera un traitement. On obtient en général un succès. Une de nos malades atteinte de syndrome de Brown-Séquard, est prise pour une pottique cliniquement. Nous lui trouvons une réaction de B. W. positive ; traitée, elle guérit. Souques, Blamoutier et de Massary ont rapporté l'observation clinique d'un malade qu'on croit atteint d'une tumeur de la moelle, avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, syndrome de Frouin, liquide xanthochromique et coagulation massive du liquide. Il va être opéré, mais la réaction de B. W. est positive, le malade avoue d'ailleurs la syphilis, on le traite au Quinby et les symptômes régressent en quelques semaines.

On peut dire qu'il est absolument exceptionnel de trouver une paraplégie revêtant l'allure d'une compression médullairc, qui, lorsque la réaction de B. W. est positive dans le liquide céphalo-rachidien, ne s'améliore pas considérablement sous l'influence du seul traitement antisyphilitique. Cependant, l'an dernier, Alajouanine rapportait à la Société de neurologie, l'histoire d'une jeune femme paraplégique, à symptomatologie de tumeur : liquide céphalo-rachidien xanthochromique se coagulant spontanément, présentant une dissociation albumino-cytologique, chez cette malade, malgré une réaction de Bordet-Wassermann positive, le traitement antisyphilitique énergique n'a donné aucune amélioration, et il fallut, après examen au lipiodol, faire pratiquer une laminectomie pour obtenir un résultat. Mais ces cas doivent être exceptionnels. Nous n'insisterons pas, car ils mériteraient à eux seuls une étude entière.

Nous ne saurions trop souligner la valeur considérable de la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. L'hyper-albuminose manque exceptionnellement dans les compressions rachidiennes. Elle peut être relativement peu abondante (autour de 0 gr. 60), dans les compressions dorsales hautes. Elle peut manquer dans les compressions cervicales hautes, mais, en règle, on trouve de l'hyperalbuminose dans une compression de la moelle. Elle est parfois considérable, et au-dessus de 1 gr. 50, le liquide peut devenir jaunâtre ou jaune franc, et se coaguler dans le tube spontanément.

On peut également pratiquer plusieurs ponctions de la cavité sous-arachnoïdienne à des étages différents, et ces ponctions étagées permettront parfois de noter une différence nette entre les deux teneurs en albumine. En général, l'hyperalbuminose, nette au-dessous de la compression, n'existe plus ou est moindre au-dessus, Mais on a cependant signalé des faits contradictoires (Cusching, Guillain et Alajouanine, Sicard).

Si l'on peut enfin prendre la tension du liquide céphalo-rachidien avec le manomètre de Claude, on pourra en tirer quelques renseignements. Récemment encore, à la suite des Américains, Sicard et Forestier insistaient sur ce point particulier. Il est très simple de pratiquer la manœuvre de Quæckenstedt : la ponction lombo-sacrée pratiquée, on note le chiffre de tension qu'indique le manomètre, puis on comprime les veines jugulaires ; cette compression jugulaire

augmente la tension veineuse intra-crânienne; s'il n'y a pas blocage complet de l'espace sous-arachnoïdo-rachidien, on verra la tension monter à la suite de cette manœuvre. S'il y a blocage, la répercussion de la tension ne se fera plus sentir.

6° Nous n'insisterons pas sur la valeur de la **radiographie** du rachis osseux, sur la nécessité de bonnes épreuves de face et de profil. Ces radiographies demandent à être très bien interprétées, par quelqu'un de très expérimenté, des lésions même importantes, n'étant pas toujours évidentes à des yeux non habitués à lire des images rachidiennes. Il faut se garder d'affirmer son diagnostic sur une simple radiographie, si on n'a pas une très grande habitude. C'est donc volontairement que nous ne traiterons pas ce chapitre important, il demanderait de longues pages, des exemples, et une iconographie particulière. Nous rappellerons seulement que Sorrel et Madame Déjerine-Sorrel en particulier, ont, à plusieurs reprises, attiré l'attention sur des cas rares sans doute, mais utiles à connaître, qui sont des maux de Pott évidents, vérifiés ultérieurement par l'autopsie, et qui, du vivant du sujet, n'ont pas, malgré d'importantes lésions osseuses, donné à plusieurs examens espacés d'images anormales permettant d'affirmer le diagnostic.

7° Quant aux épreuves spéciales, que l'on pratique de façon courante dans tous les services de neurologie : **épreuve sous-arachaoïdienne du lipiodol; lipiodol descendant, lipiodol ascendant** elles sont d'une importance considérable, et nécessitent non seulement un cliché radiographique, mais aussi un examen radioscopique pour être à l'abri des erreurs. Mais c'est à dessein que nous ne voulons pas en parler dans cet article réservé à la clinique seule.

Nous ne cherchons ici qu'à rappeler aux praticiens de médecine générale les principales hypothèses qui doivent leur venir à l'esprit lorsqu'ils voient une paraplégie spasmodique ; nous n'avons voulu insister que sur certaines nuances de sémiologie, qui leur permettront peut-être d'orienter leur diagnostic étilologique.

Certes, s'ils pensent avoir affaire à une compression de la moelle, et s'ils estiment qu'une intervention chirurgicale pourrait être utile à leur malade, ils devront à l'heure actuelle exiger un examen au lipiodol, mais nous n'avons voulu insister que sur les arguments cliniques qui les engageront à demander ces examens spéciaux, dont la valeur est à l'heure actuelle indiscutée, mais qui demandent une habitude et une interprétation spéciales. Si le lipiodol permet aujourd'hui d'opérer plus de tumeurs de la moelle qu'on n'en opérait il y a quelques années, c'est, il ne faut pas l'oublier, parce que la clinique, seule d'abord, permet de penser qu'en présence de certains symptômes, il pourrait s'agir d'une tumeur de la moelle.

C'est un des grands mérites de Babinski d'avoir insisté sur la valeur de ces symptômes cliniques et d'avoir su les utiliser. Les contrôles accessoires, pour importants qu'ils soient, n'ont de raison d'être qu'après un examen clinique attentif.

ACCIDENT DU TRAVAIL

Injection de sérum antitétanique. Arthralgies sériques. Tumeur blanche du poignet consécutive.

Rapport d'expertise

L'accident et ses suites concernent une femme de 43 ans, Mme C., indemne de tout passé articulaire pathologique. Veuve depuis plusieurs mois, elle subvient, par son travail, aux besoins de ses enfants, de sa mère infirme et d'elle-même.

Histoire de l'accident et nature des blessures.

Mme C. travaillait le 4 juin 1927 à l'usine, lorsque, passant près d'une caisse, au magasin central, elle a été écorchée à la jambe gauche par une pointe qui dépassait. Elle arrête le travail aussitôt et se fait conduire chez le Dr A., à M. qui, une demi-heure après l'accident, lui fait une injection sous-cutanée de dix centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur. Puis, la blessée regagne son domicile à X. Elle dort toute la nuit.

Le 5 au réveil, elle se sent abattue, avec de la fièvre ; elle reste alitée le 5 et le 6. Rien ne lui faisait mal en particulier, mais elle était sans force.

Le 7 au matin, se sentant mieux, elle se lève et, après quelques pas, son attention est attirée sur sa cheville droite qu'elle trouve enflée. Dans la journée, cette enflure augmente et est douloureuse.

Le 8, la cheville désenfle et c'est le poignet droit qui se met à enfler. Il est rouge, tendu, chaud et douloureux, très douloureux même, beaucoup plus que la cheville, qui n'attire plus son attention à partir de ce moment.

Nous sommes là nettement en présence d'accidents sériques précoces, à forme articulaire.

Sur le conseil du Dr A., médecin traitant, la blessée va à la clinique B. à Marseille, où elle reste 4 jours. Le Dr B. constate :

« Arthrite du poignet droit, consécutive à une piqûre anti-tétanique pour plaie infectée. »

La blessée revient à X. vers le 15 juin.

Le Dr R., mandé par la Cie d'assurances voit la blessée le 7 juillet, et constate :

« Arthrite du poignet droit et névrite du radial. L'extrémité inférieure de l'avant-bras droit, le poignet et la région du carpe droit sont le siège d'un gonflement rouge, chaud et douloureux. La main est en extension sur l'avant-bras, immobilisée et enraidie. Le moindre mouvement, ainsi que la moindre pression des régions tuméfiées sont très douloureux. Les doigts sont œdématiés, enraidis en extension et douloureux. »

Et M. le Dr R. de conclure :

« Il peut y avoir relation de cause à effet, entre l'arthrite grave actuelle du poignet droit, et l'injection anti-tétanique pratiquée à la suite de l'accident du 4 juin. »

Mme C. est revue par le Dr R. le 11 août. Il constate :

« Evolution très lente vers la consolidation des lésions du poignet droit. Arthrite chronique grave : augmentation du volume de la région. Raideur de l'articulation radio-carpienne, œdème de la main. Impotence fonctionnelle de la main et des doigts, qui demeurent en extension sans pouvoir être fléchis. »

Mme C. entre à nouveau à la clinique du Dr A. le 16 août, aux fins de recherches plus approfondies (Wassermann, gonococcie, etc...).

On la radiographie le 17 août, et dans un certificat du 20 août, le Dr A. note :

1° Fonte de tout le massif carpien.

2° Fonte de la tête des métacarpiens.

3° Décalcification considérable des extrémités inférieures du radius et du cubitus.

Seule une arthrite tuberculeuse peut donner des lésions aussi étendues, et il s'agit très vraisemblablement d'une tumeur blanche du poignet.

Il est difficile d'admettre un rapport de cause à effet entre l'injection de sérum et les lésions actuelles. »



M. le Dr R. a exactement la même opinion et ajoute :

« La tumeur blanche du poignet dont est atteinte actuellement Madame C., est une affection absolument indépendante, ayant évolué parallèlement à cet accident. La blessure légère de la jambe gauche survenue le 4 juin et les troubles sériques consécutifs n'ont pû entraîner qu'une incapacité temporaire d'une certaine durée, et la guérison peut être con-

sidérée comme obtenue à ce jour. Madame C., pourrait normalement reprendre son travail, si elle n'était atteinte d'une affection bacillaire grave, qui l'en empêche et l'en empêchera encore durant longtemps, si ce n'est toujours. »

Actuellement. — Aspect presque normal de la main et du poignet, sauf une légère élévation au niveau du carpe.

Diamètre transversal pris sur le dos de la main, allant de l'articulation phalango-métacarpienne du pouce à l'articulation correspondante de l'auriculaire :

Côte gauche sain : 11 centimètres ;

Côté droit malade : 10 centimètres.

La circonférence du poignet au niveau des apophyses styloïdes nous donne 16 centimètres des deux côtés.

La circonférence prise au milieu de l'avant-bras est :

Côté gauche sain : 21 centimètres.

Côté droit malade : 19 centimètres.

Il y a donc amyotrophie des muscles de l'avant bras.

L'exploration des mouvements montre :

Extension du poignet sur l'avant-bras, nulle.

Flexion du poignet sur l'avant-bras, peu accentuée.

Mouvements latéraux presque nuls !

Il y a donc ankylose serrée de l'articulation du poignet.

Les mouvements de pronation et de supination de la main sont bons.

Les doigts en flexion maxima arrivent à quatre centimètres et demi de la paume de la main. Leur extension est normale.

Spontanément, le membre malade n'est pas douloureux actuellement. Seuls, les mouvements forcés sont douloureux.

Il y a une différence de température appréciable à la main entre le membre gauche sain qui est chaud, et le membre droit malade, qui est froid.

Nous avons fait radiographier les deux membres par comparaison par le Dr T., qui dit :

« Il existe, du côté droit, une décalcification très accentuée des os du carpe, et des extrémités supérieures des métacarpiens. Les épiphyses du radius et du cubitus sont légèrement déminéralisées, ainsi que l'ensemble du squelette de la main. Il y a, de plus, disparition ou effacement des espaces articulaires qui séparent les os du carpe ; les articulations du grand os avec les os voisins sont les plus touchées.

L'extrémité inférieure du grand os est déformée.

Ces signes sont ceux d'une ostéo-arthrite du poignet droit. La nature bacillaire est vraisemblable : (disparition des interlignes articulaires, et forte décalcification). »

I. — *Si cet état provient directement de l'accident.*

Il n'y a donc pas de doute possible, nous sommes bien en présence d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet, autrement dit, d'une tumeur blanche, et les signes cliniques sont confirmés par la radiographie.

Or, cette arthrite est apparue nettement à la suite des réactions sériques articulaires et en continuité avec elles.

Le gonflement de l'articulation, qui constitue l'arthrite sérique, est dû à une congestion locale de l'articulation, avec dilatation des vaisseaux et transsudation dans l'intimité des tissus des éléments du sang et des bacilles, s'il s'en trouve.

Il est admis que les traumatismes peuvent localiser ou exalter l'infection tuberculeuse, justement, par la congestion et l'état de moindre défense où est mis le point traumatisé.

Dans le cas qui nous occupe, c'est la congestion de l'arthrite sérique qui a joué le rôle de traumatisme, distendant les tissus, les mettant en en état de moindre défense et localisant ou exaltant en ce point l'infection tuberculeuse.

Il y a donc filiation directe entre la piqûre à la jambe gauche de la blessée, qui nécessita une injection de sérum antitétanique, laquelle injection provoqua une arthrite sérique du poignet qui localisa une affection bacillaire latente, sous forme d'ostéo-arthrite.

II. — *A quelle époque a cessé ou cessera l'incapacité temporaire ?*

Les lésions que nous venons de décrire sont encore en évolution. On ne peut a tuellement parler de consolidation. La date de celle-ci est impossible à fixer, car elle peut varier beaucoup suivant le traitement qui sera institué (immobilisation, résection, etc.).

III. — *La nature et la gravité de l'incapacité permanente.*

Il est certain qu'il persistera une incapacité partielle permanente assez forte, qu'il est impossible de fixer actuellement pour les mêmes raisons que ci-dessus.

Dr P.

***

Ce rapport est infiniment intéressant, en ce qu'il constitue une observation clinique très curieuse d'une complication qui n'avait jamais encore été signalée, une tumeur blanche succédant à une arthrite sérique.

M. le Dr WEISSEMBACH, médecin des hôpitaux de Paris, dont la récente monographie sur *Les accidents sériques. Prophylaxie. Traitement* (en collaboration avec Gilbert DREYFUS, chez Doin, éditeur) constitue la mise au point la plus complète de cette question, m'a déclaré que c'était

la première fois qu'il entendait parler de cette complication ; qu'à son sens, la filiation entre l'injection de sérum et l'arthrite secondairement tuberculeuse ne fait aucun doute, ainsi que le reconnaît l'expert, notre distingué confrère P. qui a bien voulu m'autoriser à reproduire son rapport.

G. Duchesne.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Quelques indications de l'anesthésie régionale par voie rectale en urologie.

Le Dr P. Flandrin expose que les explorations et petites interventions de la pratique urologique journalière n'indiquent que très exceptionnellement l'anesthésie générale ou rachidienne. Cependant il y a tout avantage à éviter chez le patient des réactions douloureuses, qui ne peuvent que le détourner du traitement, et qui gênent, de plus, considérablement l'opérateur dans les cystoscopies, le cathétérisme urétéral, les applications vésicales ou urétrales de courants de haute fréquence, qui ne peuvent être convenablement effectuées qu'à la faveur d'un bon silence opératoire. L'anesthésie locale par instillation est insuffisante ; elle peut, en outre, exposer à de réels dangers par résorption massive de l'anesthésique. Des cas de mort se sont même produits. L'anesthésie par voie rectale, qui réalise une analgésie globale de toute la région génito-pelvienne et un état léger d'obnubilation psychique, est celle qui convient le mieux à ce genre d'interventions. Il ne faudrait pas compter toutefois sur les petits lavements laudanisés, ou les suppositoires classiques belladone-morphine, qui sont ici nettement insuffisants ; on emploiera les suppositoires d'hémypnal, beaucoup plus actifs, qui administrés 30 à 35 minutes avant d'intervenir (un ou deux), permettent d'intervenir sans douleur dans tous les cas moyens. (*L'Hôpital*, septembre 1927.)

Contribution à l'étude des douleurs pelviennes en gynécologie.

C'est la douleur qui amène généralement la malade chez le médecin ; et il est à noter que certaines algies, telles ques des douleurs lombaires, appelées couramment douleurs de reins par les malades, présentent une fréquence particulière et une résistance parfois désespérante à toutes les thérapeutiques employées.

La pathogénie de ces douleurs s'oriente actuellement vers le sympathique ; mais, d'après le Pr Condamin, ce que nous savons de la physiologie du Douglas, de l'étiologie, de la séméiologie de la Douglassite peut nous éclairer sur la pathogénie et aussi sur la thérapeutique des douleurs pelviennes et lombaires.

Il existe en somme trois variétés de douleur : par traction, par pression, par spasmes à distance du point lésé. Dans ces trois catégories, la localisation algique lombaire (douleur de reins) est nettement prépondérante, tout en s'accompagnant de variations multiples locales ou générales, pelviennes ou abdominales.

Les douleurs pelviennes et lombaires par traction peuvent exister en dehors de toute lésion (prolapsus génital, etc.), et même physiologiquement comme dans un des temps de l'accouchement. Ceci semble bien appuyer l'opinion que les ligaments postérieurs de l'utérus, constitués en presque totalité par du tissu nerveux, n'ont aucune des propriétés des ligaments vrais, qui sont de résister sans douleur à une traction moyenne et de ne pas s'allonger dans des proportions compatibles avec la descente du col utérin jusqu'à la vulve. Ces douleurs lombaires se produisent aussi dans les rétroversions chroniques, dans les grossesses sur utérus rétrodéviés, les fibromes postérieurs bas qui évoluent dans le Douglas ou le para-Douglas ; mais alors elles deviennent plus complexes : à la rétroversion chronique s'ajoutent la pression sur le rectum, la vessie et son sphincter. Ces douleurs viennent donc d'une traction sur les utéro-sacrés ; elles deviennent particulièrement aiguës sous l'influence de la marche, de la station debout, de l'effort.

Ces douleurs, enfin, viennent compliquer les douleurs par pression et constriction, plus difficiles à dépister si l'attention n'est pas attirée sur la douglassite plastique et rétractile, et quand celle-ci n'a pas été déterminée par une lésion utéro-annexielle.

En cas de douglassite, sans passé génital, les lésions inflammatoires abdominales (appendicite, cholécystite), auront donné un exsudat plus ou moins infectieux, que la pesanteur aura amené dans le Douglas, provoquant les rétractions et les gangues constrictives de la région rétro-utérine ; la douglassite ainsi constatée objectivement, l'explication des douleurs pelviennes sera précisée et la thérapeutique viendra confirmer cette localisation (massage, columnisation, pessaire).

Dans le second cas à envisager, il existe des lésions génitales, salpingite, ovarite, périviscé-

rite avec déplacement plus ou moins accentué de l'utérus. Ici, presque tous les chirurgiens sont d'accord : c'est la lésion viscérale, qui détermine la douleur et, pour la supprimer, il faut guérir l'organe ou l'enlever.

Cependant l'auteur relate deux observations qui se complètent pour la démonstration du fait que la douleur a pu disparaître dans un cas sans ablation des salpingites par le traitement de la douglassite, et que, dans un autre, elle a persisté malgré une double salpingectomie, tant qu'ont persisté les rétractions rétro-utérines. Dans le premier cas, en outre, la douleur avait disparu dès les premiers massages, alors que les trompes étaient encore volumineuses et sécrétaient abondamment à travers le col utérin.

En conséquence, nulle ablation d'organe ne guérira la douleur tant qu'il existera des compressions nerveuses par douglassite ; et il faut attirer l'attention des chirurgiens sur cette pathogénie des douleurs pelviennes ; ce ne sont pas les organes lésés seuls qui conditionnent la souffrance.

La douleur pelvienne d'origine douglassienne est d'une fréquence qui échappe encore aux cliniciens ; mais elle peut avoir d'autres origines ; ainsi la muqueuse utérine enflammée donne souvent lieu à des douleurs de reins, comme le prouve le traitement par des injections iodées qui les supprime ; et il en est de même pour les organes voisins, trompes, ovaires, appendice, etc.

De plus, il arrive souvent que la suppression d'un organe malade, supposé représentant total de l'élément douleur, n'amène qu'incomplètement la cessation des algies incriminées. (*Lyon médical,* 20 mars 1927.)

Ulcère variqueux géant, traité et guéri par la sympathectomie périfémorale.

Une intervention de ce genre, pratiquée par H. Billet, démontre une fois de plus son influence sur la trophicité des tissus. L'ulcère variqueux en question était géant ; il durait depuis plusieurs années, et il avait résisté à tous les traitements. A noter aussi la cessation des douleurs immédiatement après l'intervention. (*Journal des Sciences médicales de Lille,* 10 avril 1927.)

Traitement des syncopes anesthésiques par les injections intracardiaques d'adrénaline.

Le Pr Lepoutre rapporte un cas de ce genre, survenu au cours d'une rachianesthésie. Mait les injections intra-cardiaques d'adrénaline osn donné des succès également au cours des anesthésies à l'éther et aux mélanges. Le plus souvent le succès a été définitif ; parfois, cependant, le patient après des réanimations successives a fini par succomber.

Il suffit d'avoir à sa disposition une seringue de 2 cc., une aiguille fine de 6 à 8 cm. et une ampoule de solution d'adrénaline au millième. Le lieu d'élection est le 4e espace intercostal, immédiatement à gauche du sternum ; il importe très peu que l'injection soit faite dans un point quelconque du cœur. L'aiguille enfoncée rendra évidente l'immobilité du cœur, une ponction montrera à l'opérateur qu'il est en bonne place et l'injection sera poussée aussitôt. L'action de l'adrénaline est presque immédiate sur le cœur ; mais le plus souvent, il y aura lieu de faire en même temps et avec persévérance la respiration artificielle, et de la continuer malgré tout ; dans beaucoup de cas, on sera récompensé de ses efforts par un retour à la vie, qui sera une véritable résurrection. (*Journ. des Sciences méd. de Lille,* 27 mars 1927.)

La chirurgie de la douleur.

Son but, dit R. Leriche, est d'apporter un apaisement à ceux qui souffrent par l'effet d'un de ces syndromes inconnus dans leur essence et dans lesquels la douleur est tout, et à ceux dont une maladie incurable (cancer, tabes), s'est compliquée, en cours d'évolution, d'effroyables souffrances. Elle a ses règles à part, ses principes directeurs, mais elle ne peut pas encore se mettre en formules, car elle se heurte à des inconnues paralysantes.

Sa pratique est hérissée de difficultés, en raison des erreurs de diagnostic (car beaucoup de maladies organiques prennent pendant longtemps le masque d'une douleur essentielle et l'on a fait alors un traitement inutile), en raison des deux grands types de douleurs (douleur cérébro-spinale, et douleur sympathique), car on peut se tromper sur la voie des excitations vaso-motrices et dans l'appréciation des points d'attaque.

Ses règles consistent à ne jamais nuire, à toujours intervenir précocement en choisissant d'emblée la bonne intervention, à réussir autant que possible du premier coup et à ne pas multiplier les opérations, à ne pas en vouloir de son insuccès au malade si l'on échoue.

Mais voici une des plus grandes lacunes de cette chirurgie. La chirurgie de la douleur est basée sur la pratique des neurotomies. Or, on ne s'est jamais avisé jusqu'ici que tout nerf sectionné chirurgicalement se cicatrise comme après une blessure accidentelle en formant un névrome. Ce névrome peut être le point de départ de nouveaux troubles ou amener la récidive des douleurs pour lesquelles on était intervenu. Dans les suites des opérations sympathiques, notamment, et peut-être des radicotomies postérieures le rôle du névrome de cicatrisation n'est pas moins considérable. On parle souvent de régénération nerveuse pour expliquer les récidives ; on n'a jamais montré qu'elle se faisait. Par contre,

◆◆◆◆◆

l'excision d'un névrome a pu faire disparaître d'un seul coup des douleurs très pénibles ayant suivi de près la première intervention, qui avait guéri les troubles préexistants. L'auteur pense donc que nous devons actuellement chercher un moyen de couper les nerfs qui évite ou réduit au minimum la prolifération neurogliomateuse des moignons nerveux. (*La Presse médicale*, 20 avril 1927.)

La sérothérapie de la scarlatine.

Les travaux de l'école américaine (Dick, Park, etc.) ont permis de reprendre sur des bases nouvelles la sérothérapie antistreptococcique, et de ressusciter une méthode de traitement actuellement abandonnée.

On sait que vraisemblablement la scarlatine est une toxi-infection due à un streptocoque spécial, à la fois hémolytique et toxigène. C'est la toxine diffusible du streptocoque scarlatin, qui produit les principaux symptômes de la maladie. Il est possible d'obtenir *in vitro* cette toxine streptococcique : diluée en proportions voulues et injectée à l'homme dans le derme, elle produit chez certains sujets une réaction spécifique, la réaction de Dick. Injectée au cheval, elle détermine l'apparition d'une antitoxine ; l'antitoxine ainsi apparue neutralise la toxine correspondante ; elle éteint localement l'exanthème scarlatineux.

Ce ne sont donc plus les streptocoques quelconques qu'il faut injecter au cheval, et par la réaction de Dick nous possédons un moyen d'identifier les streptocoques utiles.

Park a employé avec succès un sérum ainsi préparé ; injecté précocement, ses effets sont surprenants ; quelques heures après une injection intraveineuse, l'angine s'atténue, les vomissements cessent en même temps qu'on observe une chute du pouls et de la température. En 6 à 8 heures, un malade profondément intoxiqué et en plein délire devient un convalescent. Les effets sont moins rapides après une injection intra-musculaire, mais identiques. L'emploi du sérum prévient l'apparition des complications ; il est inefficace sur les complications une fois installées.

Le Pr Zoeller a eu l'occasion récemment d'utiliser un sérum de source anglaise auprès de deux malades, chez qui la scarlatine menaçait d'être grave ; il en a été satisfait. Il pense que cette sérothérapie doit être réservée aux scarlatines d'une certaine intensité, aux scarlatines hypertoxiques, ou évoluant sur des sujets tarés, surmenés, amoindris dans leurs réactions antitoxiques. Il n'y a que des avantages à utiliser des sérums à plus haute valeur antitoxique et à injecter, dès le début de la maladie, des doses de 50 à 60 cmc. D'après les auteurs américains une injection suffit souvent, lorsqu'elle est précoce et assez élevée ; dans les cas graves, une seconde injection est à conseiller vingt-quatre heures après la première. La voie intra-musculaire paraît être la voie de choix, les injections intraveineuses devant être réservées aux cas exceptionnellement graves. (*La Presse médicale*, 26 mars 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Epidémies d'exanthème infectieux observées à Marseille.

(MM. Boinet et Jean Piéri.— *Académie de médecine* ; 4-10-1927.)

Au mois de juillet dernier, M. Olmer présentait à l'Académie de médecine un travail relatif à une épidémie particulière sévissant à Marseille depuis plusieurs années. L'épidémie concernait une affection, de nature indéterminée, ayant pour symptômes principaux une hyperthermie prolongée, un exanthème, et divers troubles morbides. M. Netter, en étudiant les observations de M. Olmer, s'était montré enclin à conclure qu'il s'agissait de typhs exanthématique bénin, plus connu sous le nom de maladie de Brill.

MM. Boinet et J. Piéri reviennent aujourd'hui sur cette question. La maladie dont il s'agit a été constatée pour la première fois au début de l'été 1924 Elle frappe tous les milieux sociaux et tous les quartiers de la ville, isolément d'ailleurs et sans constituer des foyers de maison ou de famille. L'agent de transmission demeure inconnu ; le pou, en particulier, n'a pu être incriminé.

L'affection est caractérisée par une fièvre élevée, une éruption à type exanthématique, et une évolution généralement bénigne. Début brusque par de l'hyperthermie, aux environs de 40° ; éruption vers le troisième jour, constituée par de nombreuses petites taches rosées, pâlissant au bout d'une semaine ; parfois diarrhée ; lassitude mais plutôt euphorie que typhos, rate assez volumineuse ; signes nerveux assez fréquents (raideur de la nuque, léger Kernig). L'auteur signale l'existence d'un phénomène cutané, la tache noire, petite escarre noirâtre de siège varié, non constante toutefois, qui est peut-être le point d'entrée du virus. La durée de l'affec-

tion (dont la terminaison habituelle est la guérison) est d'environ trois septénaires.

L'épidémie a sévi à Marseille et aussi sur le littoral méditerranéen. Au début, plusieurs médecins ont pensé au typhus bénin. M. Boinet ne croit pas que la maladie de Brill soit en cause. Absence de poux chez les malades ; absence de typhos ; absence de cas contagieux ; réactions au *Proteus* X^{19} toutes négatives. La nature de l'affection reste, pour MM. Boinet et Piéri, obscure et à déterminer.

Emploi de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse dans les gastropathies atoniques.

(MM. René Gaultier et V. Lapiccirella. — *Académie de médecine* ; 4-10-1927.)

On sait que l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse ou rétropituitrine a une action sur les muscles lisses qu'il fait contracter. Cette action semble bien démontrée pour l'utérus et la vessie, pour les muscles lisses de l'intestin et pour le cœur lui-même. D'après Houssay, l'excitation provoquée par la rétropituitrine intéresserait aussi l'œsophage et l'estomac, mais la démonstration pour ce dernier organe n'a pas encore été faite complètement. MM. Réné Gaultier et Lapiccirella ont poursuivi des recherches sur ce dernier point en s'aidant de la gastrotonométrie de R. Gaultier. Il leur est apparu qu'après injection d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, il se produisait une forte augmentation du tonus gastrique, avec sensation de faim, et contraction plus vive de la paroi stomacale.

Les auteurs pensent que, dans ces conditions, on pourra sans doute utiliser avec avantage l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse dans le traitement des atonies gastriques avec distension, — états morbides dont on connaît la fréquence.

Note sur la vaccination anti-diphtérique à l'hôpital Hérold.

(M. A. Lesage. — *Académie de médecine* ; 4-10-1927).

M. Lesage présente une statistique comparative des enfants entrés dans son service de l'hôpital Hérold depuis 20 ans, des enfants de son service ayant reçu à titre préventif du sérum ou du vaccin anatoxique, et des entrants au Pavillon de la diphtérie, dans le même établissement hospitalier. Cette statistique montre que la pratique systématique des injections préventives chez les petits malades admis dans les hôpitaux amène une diminution notable des entrants au Pavillon de la diphtérie. A l'hôpital Hérold, le nombre des lits de ce pavillon a pu ainsi être réduit de moitié (14 au lieu de 30).

Résistance conférée au cobaye par le virus filtrant tuberculeux.

(MM. F. Arloing, L. Thévenot, A. Dufourt et Malartre. — *Académie de médecine* ; 11-10-1927.)

Paraf, Boquet, Nègre et Valtis ont admis qu'une résistance appréciable à la tuberculose succède chez le cobaye à l'injection de filtrat d'ascite tuberculeuse expérimentale. De leurs expériences, MM. Arloing, Thévenot, Dufourt et Malartre sont conduits à déduire que les cobayes imprégnés de virus filtrant tuberculeux acquièrent une certaine protection vis-à-vis du bacille de Koch. Les auteurs concluent ainsi leur travail :

1° Il est évident que, dans certains cas, l'infection d'un organisme par le virus filtrant tuberculeux lui confère une résistance parfois comparable aux effets d'un bacille tuberculeux virulent.

2° Une activité et une dose suffisantes du virus filtrant sont nécessaires, à cet égard. De même, un bacille surinfectant est capable de triompher de cet état d'immunité.

3° Les souches filtrantes douées d'un pouvoir immunisant ne peuvent être discernées que par l'expérimentation.

4° Une hérédo-immunité peut être logiquement admise comme possible à la suite du passage transplacentaire d'éléments tuberculeux filtrants.

Le souffle systolique du creux sus-claviculaire et le diagnostic des artérites sub-oblitérantes de la sous-clavière.

(MM. Camille Lian, Gilbert-Dreyfus et Puech. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-7-1927.)

M. Camille Lian appelle l'attention sur l'importance de la constatation d'un souffle systolique du creux sus-claviculaire pour le diagnostic des artérites incomplètement oblitérantes de la sous-clavière.

En cherchant à préciser le maximum d'intensité des souffles systoliques cardiaques, l'auteur est arrivé, chez divers malades, à trouver ce maximum à la région sus-claviculaire, au niveau de la sous-clavière. Complétant alors l'examen par l'étude du pouls, de la tension artérielle et de l'index oscillométrique, au bras correspondant, il a pu poser le diagnostic d'artérite incomplètement oblitérante de la sous-clavière.

Assez souvent, les troubles fonctionnels aux membres supérieurs sont nuls ou minimes. M. Lian a noté, cependant, une fois des fourmillements dans le membre intéressé ; une autre fois des crises lipothymiques.

Dans deux observations, la bilatéralité de l'atteinte des sous-clavières a entraîné une particularité curieuse et imprévue. Chez ces malades, la pression artérielle et l'indice oscillométrique, pris aux deux bras, se montraient faibles et amenaient à conclure à de l'hypotension artérielle. Un jour, tension et indice furent mesurés aux deux chevilles et révélèrent un degré appréciable d'hypertension. La fausse hypotension constatée aux membres supérieurs tenait à l'oblitération partielle des sous-clavières. Il résulte de là que, scientifiquement, un diagnostic d'hypotension artérielle générale n'a de

valeur que si les mesures sont prises à la fois aux membres supérieurs et aux membres inférieurs.

Pour en revenir au souffle de l'artérite oblitérante de la sous-clavière, il est perçu à la base du cœur (faisant suspecter une lésion aortique), mais a son maximum dans le creux sus-claviculaire. C'est la constatation de ce maximum qui permet d'établir le diagnostic différentiel.Le diagnostic repose sur le souffle systolique sus-claviculaire et la diminution de la pression maxima et de l'indice oscillométrique dans l'artère humérale. Ce syndrome, toutefois, peut être réalisé également par la compression de la sous-clavière tenant à une néoformation quelconque, une côte cervicale, par exemple, ou encore par une sténose congénitale de l'artère.

L'étiologie de ces artérites est assez obscure. La part de la syphilis semble plus importante que dans les artérites des membres inférieurs.

Il convient donc, conclut M. Lian, d'ausculter systématiquement les creux sus-claviculaires dans tous les cas où l'on entend un souffle à la base du cœur, ainsi que dans tous ceux où l'on constate une inégalité du pouls, de la pression maxima ou de l'indice oscillométrique aux deux membres supérieurs.

Le signe du phrénique dans la lithiase rénale.

(M. Jean Troisier. — *Soc. méd. des hôp.*; 17-6-1927.)

Le professeur Chauffard a signalé, en 1914, dans la lithiase biliaire, l'existence fréquente d'un point douloureux à la base du cou, provoqué par la pression profonde entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien (signe du phrénique). M. Troisier s'est demandé si ce signe ne se retrouvait pas dans certaines affections rénales et il l'a recherché dans les pyélonéphrites et la lithiase rénale. Il a pu le trouver plusieurs fois, et sans lui attribuer une valeur diagnostique très précise, il estime que la présence du dit signe doit faire orienter les recherches, en dehors des lésions endothoraciques, du côté des voies biliaires (Chauffard), du bassinet et de l'uretère.

Sur l'artérite juvénile oblitérante (maladie de Buerger)

(M. A.-C. Guillaume. — *Soc. méd. des hôp.*; 17-6-1927.)

M. Guillaume présente une étude anatomique et critique de l'artérite juvénile oblitérante. A ce dernier point de vue, il ne croit pas devoir accepter la dénomination de *maladie de Buerger.*

— M. Netter se demande si la maladie deBuerger n'a pas de relation étiologique avec le typhus endémique. Les sujets atteints de cette affection sont, en effet, des immigrés de Pologne, de Russie ou de Roumanie, ou des fils d'immigrés. Dans ces pays, le typhus exanthématique est assez répandu, parmi les enfants israélites en particulier. Les enfants peuvent même avoir été frappés de typhus hors de leur pays d'origine. Nathan Brill, attaché, comme Buerger, au même hôpital israélite du Mount Sinaï, a décrit en 1898 une maladie offrant de grandes analogies avec le typhus, mais bénigne et peu contagieuse (maladie de Brill). Or, il est établi que dans le typhus on observe des lésions d'endartérite : ne sont-ce pas ces artériolites typhiques qui, plus fard, provoqueront la maladie de Buerger ? La preuve n'en est pas facile à donner, mais l'hypothèse demeure plausible.

Oreillons sous-maxillaires.

(M. Chr. Zoeller. — *Soc. méd. des hôp.*; 17-6-1927.)

La sous-maxillite ourlienne est relativement rare. Elle peut être prise pour une sous-maxillite banale ou pour une adénite sous-maxillaire,d'origine dentaire par exemple. La confusion n'est pas sans importance, à la fois pour le malade et pour son entourage.

M. Zoeller a eu l'occasion d'observer trois cas d'oreillons sous-maxillaires dont il donne une relation. Les éléments du diagnostic différentiel lui ont paru être les suivants : rapidité d'apparition de la tuméfaction, indolence à la palpation, œdème mou qui enveloppe la glande sous-maxillaire, bilatéralité fréquente, notion d'épidémie, complications (testiculaire ou autre). Peut-être les notions étiologiques récemment acquises contribueront-elles un jour à compléter le diagnostic.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Phlegmon diffus gangréneux de la région sous-maxillaire.

M. Clavel présente, au nom du professeur Patel, un homme de 59 ans, entré à l'hôpital avec une volumineuse tuméfaction de la région sous-maxillaire droite ; une incision faite antérieurement laissait voir des tissus gangrenés. Le plancher de la bouche était souple. On agrandit l'incision et on fit de la sérothérapie antigangréneuse intensive. L'état général s'est amélioré rapidement ; actuellement, un mois après les accidents, les escharres sont tombées laissant une loge sous-maxillaire complètement évidée, mais en voie de cicatrisation.

Ce cas paraît réaliser un type assez spécial de phlegmon du cou, caractérisé :

a) Anatomiquement, par son siège dans la région sus-hyoïdienne latérale, dont il envahit le tissu cellulaire, produisant une cellulite sous-maxillaire diffuse dont les agents microbiens sont les mêmes que ceux de l'angine de Ludwig (perfringens, œdematiens, vibrion septique et streptocoque), et une gangrène massive des organes noyés dans le tissu cellulaire de la région : glande sous-maxillaire, ganglions, muscles ;

b) Cliniquement, ce phlegmon est secondaire aux infections bucco-pharyngées et particulièrement dentaires ; il évolue brutalement avec des accidents septicémiques graves, souvent mortels.

Transparence de la peau humaine aux rayons ultra-violets.

M. Nogier conclut de ses recherches sur ce sujet que la peau humaine, sous une épaisseur de 0 mm. 6, n'est pas transparente aux rayons ultra-violets moyens et extrêmes, donc aux rayons ultra-violets bactéricides ; elle ne laisse passer que de faibles quantités de rayons ultra-violets ordinaires, ceux qui traversent le verre et ne possèdent que des propriétés biotiques. On ne peut donc espérer obtenir en profondeur à travers la peau une action bactéricide. Pour l'auteur, les résultats thérapeutiques obtenus avec les rayons ultra-violets sont attribuables à une réaction d'ordre général (processus chimique modifiant les métabolismes).

Cancer du corps utérin avec pyométrie.

M. Violet montre une pièce provenant d'une hystérectomie abdominale chez une malade de 65 ans : cancer du corps avec très peu de signes objectifs ; quelques pertes rougeâtres intermittentes, fétides ; pas de douleurs ; au toucher, augmentation légère de volume de l'utérus ; l'examen à l'hystéromètre donna issue à 60 à 80 cmc. de pus fétide, sortant à jet avec des gaz. Avec l'hystéromètre on sentait nettement un ressaut correspondant à une néoproduction pathologique intra-utérine. Ces pyométrites associées au cancer sont à distinguer des pyométrites simples de la ménopause qui peuvent se développer à la suite d'atrésies de l'orifice externe du canal cervical et guérissent par la dilatation de l'orifice externe. D'autres fois la pyométrie est liée à la rétroflexion ou à un fibrome.

Fracture de la tubérosité antérieure du tibia.

MM. André Rendu et Latreille. — Jeune homme de 15 ans entré à l'hôpital après un traumatisme du genou. Celui-ci était globuleux, la jambe, en flexion à 130°, reposant sur le lit par sa face externe ; la radiographie de profil montre une rotule remontée haut au-dessus des condyles ; sa pointe paraît arrachée et très éloignée du corps de l'os. Intervention trois jours après : large déchirure des ailerons, articulation pleine de sang noir, rotule indemne, le noyau osseux inférieur n'étant autre que le tubercule antérieur du tibia ; on fixe ce fragment ; le ligament rotulien, un peu allongé, est plicaturé ; on suture les ailerons ; fermeture sans drainage, plâtre laissé 40 jours, puis mobilisation. Actuellement, fonction normale, sauf flexion à 135°. Ces fractures sont relativement rares et ordinairement confondues avec les fractures de la rotule. Le traitement sanglant est indispensable pour fixer le fragment et assécher l'article du sang épanché.

A propos de la lutte contre les maladies vénériennes.

M. Carry, médecin chef du service sanitaire de Lyon, lit un article qu'il a envoyé aux *Annales des maladies vénériennes*, en réponse à une étude du Dr Cavaillon. Ce dernier cite les beaux résultats obtenus par les 400 dispensaires antisyphilitiques existant en France, mais d'après lui, l'administration centrale ne paraît pas attacher d'importance à ce que les prostituées soient visitées régulièrement et traitées si elles sont malades. C'est là, pour M. Carry, une grave erreur. A Lyon, les médecins du service sanitaire ont organisé un dispensaire prophylactique dès 1909 : grâce à ce dispensaire, la morbidité des filles visitées régulièrement n'est que de 1.55 % en 1926. Dans la garnison de Lyon (7418 hommes en 1925) on n'a constaté que neuf cas de syphilis : six primaires et trois secondaires. Pour la blennorragie : quarante cas en 1926 sur 432 clandestines arrêtées, et 13 cas chez 800 filles visitées régulièrement.

Conclusion : il faut conserver ce vieux moyen de protection sanitaire, la règlementation, et y adjoindre, comme à Lyon, un service de prophylaxie.

Lupus des fosses nasales, de l'amygdale et du larynx.

MM. Rebattu et Parthiot relatent l'observation d'une fillette de 14 ans entrée à l'hôpital pour obstruction nasale chronique et maux de gorge intermittents. La tête du cornet inférieur et le plancher de la fosse nasale gauche étaient obstrués par de petites masses végétantes, rosées, mollasses ; mêmes lésions dans la fosse nasale droite, mais localisées au niveau de l'angle cloison-plancher. Les amygdales sont recouvertes de masses végétantes entourant une zone ulcérée à fond jaunâtre. Au larynx, lésions localisées à la partie moyenne du repli aryténo-épiglottique droit : muqueuse tuméfiée, très rouge, soulevée par places par de petites saillies nodulaires. Il s'agit, en somme, fait confirmé par l'examen histologique, d'un lupus étendu aux fosses nasales, aux amygdales et au larynx.

Arsénorésistance.

M. L.-M. Bonnet fait observer que les exemples d'arsénorésistance paraissent être devenus beaucoup plus fréquents qu'il y a quelques années. Il rapporte l'observation d'un jeune homme de 18 ans venu à sa consultation avec deux chancres syphilitiques très nets : le traitement par l'arsénobenzol institué dès le début n'empêcha pas l'apparition de syphilides psosiasiformes abondantes, puis de papules érosives du prépuce ; celles-ci traitées à leur tour se remettent à croître de plus belle, si bien qu'on donne finalement du sirop de Gibert qui donne un bon résultat.

Abcès cérébral d'origine otique.

MM. Rebattu et Mounier-Kuhn présentent un

homme de 41 ans atteint d'otorrhée depuis trois ans, époque à laquelle le malade aurait fait une chute. Depuis deux mois, céphalée continuelle, puis vertiges, insomnie, vomissements ; enfin, depuis une semaine, troubles de la parole. A l'examen, malade un peu prostré, otorrhée gauche fétide avec vaste destruction tympanique ; examen du système nerveux négatif, sauf la constatation d'une aphasie sensorielle très nette. Ponction lombaire ; tension 22/23 ; Albumine 0.40/1000 ; leucocytes 280 par mmc. Diagnostic : abcès du lobe temporo-sphénoïdal d'origine otique. Intervention : trépanation mastoïdienne classique ; dans l'antre, on trouve du pus bien lié s'échappant sous pression ; on découvre largement la dure-mère qui est tendue et ne bat pas ; ponction avec un trocart fin et aspiration ; on vide l'abcès qui contient 30 à 40 cc. de pus épais, grumeleux, extrêmement fétide ; drainage. Suites simples ; guérison.

Syphilis du maxillaire inférieur.

MM. E. Pollosson et M. Dechaume. — Femme de 26 ans, sans antécédents nets ; mariée, deux enfants bien portants, pas de fausses couches. Entre à l'hôpital pour les douleurs siégeant au niveau du maxillaire inférieur du côté droit, irradiées à l'oreille, au front et au cou et remontant à neuf mois. On constate l'existence d'une tuméfaction allongée doublant la face externe de la branche horizontale, tuméfaction de consistance osseuse. La radiographie montre une déformation nette de l'os avec zones de décalcification irrégulièrement disséminées. On pense à un ostéosarcome. Mais avant de se décider à intervenir, on donne, sans espoir aucun, du sirop de Gibert (300 gr. en 15 jours). Les phénomènes douloureux qui empêchaient le sommeil ont les premiers rétrocédé ; puis la tumeur a peu à peu diminué à son tour, puis disparut. Actuellement, la malade peut être considérée comme guérie.

Pancréatite chronique syphilitique.

MM. Pollosson et Dechaume rapportent l'observation d'un homme qui depuis une huitaine d'années présentait des crises douloureuses abdominales, survenant surtout après des repas riches en graisse, siégeant à l'épigastre et dans l'hypochondre droit, avec irradiation dans le dos et à l'épaule gauche, s'accompagnant de nausées et parfois de vomissements et de frissons très intenses. Ces crises étaient suivies d'ictère, ayant tous les caractères d'ictère par rétention. Elles ne se répétaient qu'à plusieurs mois d'intervalle et s'accompagnaient d'un amaigrissement marqué. L'examen clinique à l'entrée à l'hôpital (M. Savy) était négatif ainsi que la radioscopie ; le tubage duodénal ne permettait pas de conclusions fermes. La réaction de Wassermann était positive. En raison du jeune âge du malade, de l'absence d'étiologie lithiasique, de l'amaigrissement et de l'asthénie, on pensa à une pancréatite de nature syphilitique. Le traitement spécifique amena, en effet, la cessation des crises et la disparition de l'asthénie.

Traitement des kystes synoviaux par l'injection de teinture d'iode.

MM. Bérard et Guilleminet présentent un malade de 45 ans, qui était porteur de deux kystes synoviaux des poignets, du volume d'une noix. Quelques gouttes de teinture d'iode furent injectées dans chaque kyste, après ponction sans aspiration. Il ne persiste plus, trois mois après l'injection, qu'un petit nodule sur chaque main.

Société médicale des hôpitaux.

Tumeurs intrarachidiennes. Valeur diagnostique de l'injection de lipiodol.

MM. Bériel et Paufique. — L'examen radiographique après injection de lipiodol dans les espaces méningés rachidiens peut donner des indications de grande valeur dans le diagnostic des tumeurs intra-rachidiennes. Cette méthode ne doit toutefois être employée que comme complément des examens antérieurs. De plus, il faut savoir qu'elle peut prêter à erreur, l'arrêt du lipiodol ne signifiant pas toujours tumeur et inversement le libre passage ne permettant pas de rejeter ce diagnostic sans autre discussion.

Anévrysme du cœur. Complexe ventriculaire anormal.

MM. Pallasse, Bret et G. Cluzet. — Femme de 53 ans, entrée à l'hôpital pour des accidents dyspnéiques et des crises douloureuses siégeant dans la partie antérieure du thorax, mais non à la région précordiale. Aux poumons, on note, à l'entrée, de la submatité avec obscurité à sa base gauche et quelques râles à la base droite ; au cœur, pointe dans le 8e espace sur la ligne axillaire antérieure, pas de souffle ni de galop. Tension : 11.5-5 ; foie un peu gros ; légère albuminurie. Wassermann négatif ; urée sanguine : 0.30. Radioscopie négative. Le tracé cardiographique montre des complexes ventriculaires absolument anormaux affectant le type gauche et des extra-systoles du type ventriculaire droit. La malade meurt six semaines environ après l'entrée. Autopsie : lésions banales d'œdème pulmonaire aigu ; anévrysme de la pointe du ventricule gauche.

Tumeur de la moelle lombo-sacrée.

M. Pallasse. — Femme de 72 ans, entrée à l'hôpital pour albuminurie et hypertension. Pas d'antécédents notables. A l'entrée : gros cœur, tension artérielle : 18-10.5. Râles humides aux deux bases. Système nerveux : parésie des deux membres inférieurs, avec réflexes très vifs, trépidation épileptoïde, Babinski à gauche. Albuminurie ; léger œdé-

me des jambes. Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien. Mort par broncho-pneumonie Autopsie : gros cœur, athérome de l'aorte, reins durs, broncho-pneumonie. Dans la région médullaire, lombo-sacrée, petite tumeur intra-dure-mérienne de la grosseur d'une amande, accolée aux racines rachidiennes du côté gauche.

Laryngite pseudo-membraneuse primitive à pneumo-bacille.

MM. Rebattu, Gaté et Parthiot relatent l'observation d'une femme de 31 ans, entrée à l'hôpital avec un syndrome croupal typique : tirage, cornage, voix éteinte, dyspnée vive. Nez et pharynx normaux ; la malade affirme n'avoir eu, les jours précédents, ni coryza, ni angine. Laryngoscopie difficile : épiglotte rouge, sertie d'un liseré blanchâtre ; bandes ventriculaires et cordes vocales tapissées de fausses membranes. A l'auscultation, signes de bronchite diffuse et souffle bronchique à droite. Tout est préparé pour un tubage ou une trachéotomie, quand la malade, au milieu de secousses de toux, rejette cinq fausses membranes rubannées. Amélioration progressive. L'examen bactériologique n'a pas montré de B. de Lœffler, mais des pneumobacilles de Friedlander. Toutefois, dans ce cas, l'apparition tardive d'une légère paralysie du voile du palais, incite à penser à une association du Lœffler et du pneumobacille, celui-ci ayant « étouffé » le premier : les deux bacilles sont en effet antagonistes.

Valeur de l'épreuve de la phénol-sulfonephtaléine dans les néphrites chroniques.

M. Lucien Thévenot tire de l'étude de trente-cinq cas personnels les conclusions suivantes :

1° L'épreuve de la P. S. P. a une valeur indiscutable au point de vue de la perméabilité rénale ;

2° Les renseignements qu'elle donne sont parfois erronés (absorption par le muscle du liquide injecté, élimination par le foie et l'intestin en même temps que par le rein, diurèse variable du sujet) ;

3° Cette épreuve ne peut remplacer la recherche de la constante d'Ambard.

Insuffisance hépatique aiguë d'origine traumatique au cours d'une cirrhose latente.

MM. Langeron et Josserand. — Homme de 28 ans, grand éthylique (3 à 4 litres de vin par jour), entre à l'hôpital pour de graves contusions (a été enseveli sous un éboulement de blocs de pierre): température 39°7, délire, subictère, foie débordant de plus de deux travers de doigt, disque épais de pigments biliaires, pas d'albumine. Le délire va s'accroissant, nécessitant l'isolement du malade. Mort le troisième jour. Autopsie : foie de 3.500 grammes, entouré d'une gangue de périhépatite. A la coupe, cirrhose hypertrophique graisseuse avec, au centre, foyer hémorrhagique du volume d'une orange (infarctus).

Ascaridiose des voies biliaires.

M. Ch. Garin.— Femme de 51 ans, cultivatrice, de bonne santé habituelle. A deux reprises, depuis trois ans, a présenté des troubles gastro-intestinaux avec coliques, vomissements bilieux, suivie de l'expulsion d'ascaris. En 1926, la malade maigrit et pâlit, souffre de l'estomac au point que son médecin pense à un ulcus. Puis surviennent de véritables coliques avec ictère et fièvre. Entre temps, la malade expulsa encore des ascaris. M. Garin la voit le 10 janvier : plus d'ictère, mais région vésiculaire douloureuse, foie un peu gros ; l'examen des matières montre soixante-quinze œufs d'ascaris par préparation et cinq à six œufs de trichocéphale. On prescrit 80 centigrammes d'huile de chenopodium. Le 24 janvier, la malade a encore cinq à six œufs par préparation et a expulsé quinze vers. Nouvelle dose de 1 gramme d'huile de chenopodium. Le 9 février, les selles ne renferment plus d'œufs d'ascaris, mais cinq à six œufs de trichocéphale ; la malade ne souffre plus, n'a plus de fièvre et reprend du poids.

Endocardite infectieuse greffée sur aortite spécifique.

MM. Gallavardin et Gravier. — Femme de 44 ans, entrée à l'hôpital dans un état infectieux grave, avec grosse dyspnée, souffle systolique central, souffle diastolique au foyer aortique, splénomégalie discrète, hypopion de l'œil droit et oblitération de l'humérale droite survenue brusquement cinq jours auparavant. Il s'agit manifestement d'endocardite infectieuse. Aggravation rapide et mort quatre jours plus tard. Autopsie : aortite spécifique limitée, avec petites ectasies ; plaque d'endocardite infectieuse greffée sur le collet d'un anévrysme ; propagation des lésions infectieuses aux valvules aortiques et mitrales primitivement saines. Si, dans la plupart des cas d'endocardite infectieuse, le processus infectieux se greffe sur des lésions valvulaires antérieures de nature endocarditique, cette observation prouve que, très exceptionnellement, les lésions syphilitiques peuvent également offrir un terrain propice au développement de lésions infectieuses.

Endocardite infectieuse à marche lente greffée sur une aortite syphilitique.

M. Cade, comme suite à la communication précédente, rapporte l'observation d'un homme de 42 ans, n'ayant jamais eu de rhumatisme articulaire aigu, mais ayant contracté la syphilis à l'âge de 23 ans. Un mois avant son entrée à l'hôpital, apparition d'un syndrome infectieux atténué : frissons, fièvre, céphalée, asthénie ; de plus douleurs épigastriques et dyspnée d'effort. A l'examen, double souffle aortique, gros cœur, pouls bondissant ; température oscillant entre 37° et 38°. Un traitement spécifique améliore le malade qui quitte l'hôpital. Il revient deux mois après : douleurs à l'épigastre et dans la région

hépatique, dyspnée, gros foie et grosse rate, mêmes signes cardiaques, albuminurie ; mauvais état général, température oscillant autour de 38°. Un nouveau traitement spécifique échoue et le malade succombe après deux mois et demi de ce nouveau séjour, ayant présenté en dernier lieu des phénomènes asystoliques. L'autopsie montra que le processus d'endocardite infectieuse était venue se greffer sur une aortite spécifique.

Endocardite rhumatismale évolutive dans un cas d'endocardite chronique ancienne.

MM. A. Dumas et Vernaud rapportent l'histoire d'une malade de 33 ans, ayant présenté, à l'âge de 15 ans, une crise de rhumatisme articulaire aigu et restée depuis lors dyspnéique, au moindre effort. Il y a deux ans, la malade eut une hémiplégie gauche qui persista. A son entrée à l'hôpital, on constatait l'existence d'un rétrécissement mitral avec insuffisance. Elle continuait à souffrir de temps en temps de fluxions articulaires, et présentait un état subinfectieux avec céphalées. La mort survint dans une crise d'œdème aigu du poumon. A l'autopsie, on trouva, en outre de lésions mitrales anciennes, un épaississement nodulaire inflammatoire récent, au niveau du bord libre de la mitrale. Pour l'auteur, il s'agit là, probablement, d'une endocardite rhumatismale récente, et non, comme on aurait pu le penser de prime abord, d'une endocardite infectieuse.

A. C.

Les Congrès

VIIIe Réunion neurologique internationale annuelle.

(Suite et fin)

Les réactions vestibulaires étaient la seconde question mise à l'étude. Elle a été l'objet de deux rapports, dus l'un au professeur A, de Klejn, professeur à l'Université d'Utrecht, l'autre au Dr A. Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris.

Les moyens d'exploration clinique de l'appareil vestibulaire. — M. A. de Klejn. — Les réflexes d'origine vestibulaire sont de deux ordres. Les uns ont pour point de départ les canaux semi-circulaires ; Flourens (1824) a démontré leur existence en physiologie ; Ménière a transposé ses enseignements en clinique humaine (1861). Les autres réflexes sont d'origine otolithique (sacculaire et utriculaire). Biener s'est efforcé d'en faire admettre l'existence (1874). Il a, d'autre part, découvert l'origine labyrinthique du nystagmus de rotation et du nystagmus galvanique. Ces recherches ont été à leur tour appliquées à la clinique par Barany (1905) qui a montré, en outre, l'intérêt du nystagmus calorique.

Les réflexes d'origine semi-circulaire sont liés à des mouvements de la tête. Les capsules qui recouvrent les crêtes sensorielles des canaux semi-circulaires sont, en effet, mobiles dans l'endolymphe et susceptibles de réagir aux mouvements de la tête en excitant les cils sensoriels pendant le mouvement. Leur action cesse à l'arrêt du déplacement.

Au contraire, les réflexes d'origine otolithique sont des réflexes toniques, qui sont liés à une certaine position de la tête dans l'espace, et qui persistent tant que cette position est maintenue. En effet, les membranes otolithiques, dont le poids spécifique est élevé, et qui recouvrent les macules du saccule et de l'utricule, obéissent aux lois de la pesanteur ; suivant la position de la tête dans l'espace, elles exercent, sur les éléments sensoriels, une compression plus ou moins intense, qui persiste aussi longtemps que la position de la tête.

M. de Klejn d'abord avec Magniez, puis seul, a consacré une série d'importants travaux à l'étude des réflexes toniques d'origine otolithique. Mais en général, il s'agit de réflexes qui restent du domaine de la physiologie, ou du moins, dont la recherche clinique est des plus délicates.

M. de Klejn distingue trois catégories de réflexes labyrinthiques toniques :

1° Les premiers agissent sur la *musculature du corps*. On les constate chez les animaux décérébrés maintenus en l'air dans les positions variées. Le rapporteur relève les rares observations cliniques dans lesquelles ces réflexes ont pu être mis en évidence chez l'homme ;

2° D'autres réflexes méritent le nom de *réflexes de redressement labyrinthique*. [illegible] maintiennent l'attitude céphalique normale pendant que le corps subit dans l'espace des changements d'attitude variés. Ces réflexes sont très nets chez les animaux. On a pu les observer chez des nourrissons normaux et chez des anencéphales. Chez l'adulte et même chez le grand enfant, ils n'ont guère pu être étudiés, du fait de la difficulté qu'on éprouve d'assurer le déplacement passif du corps en laissant libres les positions de la tête ;

3° Parmi les réflexes otolithiques, ce sont les *attitudes compensatrices des globes oculaires* qui sont les moins difficiles à mettre en évidence en clinique. Leur siège est vraisemblablement dans les utricules. En effet, la destruction totale des deux *maculæ sacculi* ne les fait pas disparaître (Wersteegh). Mais, d'autre part, si l'on centrifuge des cobayes à grande vitesse, selon la technique de Wittmaack, de manière à dé-

tacher les otolithes sans léser les *cupulæ*, on constate que l'on obtient plus les attitudes compensatrices des globes oculaires, alors que les réflexes d'origine semi-circulaire sont tous conservés. Parmi les réflexes toniques d'attitude des globes oculaires, seuls les réflexes rotatoires peuvent être étudiés. Il existe, pour leur observation, un grand nombre de techniques. De Klejn décrit la sienne, qui lui a permis de constater, dans l'inclinaison latérale de la tête, une rotation du globe qui varie de 3° à 14°.

Outre ces réflexes toniques d'origine otolithique, on décrit avec Barany (1913), un « nystagmus otolithique ». Il existe en effet des cas de « vertige de position », dans lesquels le vertige et le nystagmus sont régulièrement exclusivement provoqués par une attitude déterminée de la tête dans l'espace. De Klejn discute l'interprétation de ces faits. Il montre que la physiologie n'apporte pas d'argument en faveur de l'existence d'un nystagmus otolithique, et il émet diverses hypothèses pour expliquer vertiges et nystagmus de position sans faire intervenir les otolithes : lésion du système nerveux central — influence de la pesanteur ou de l'attitude du cou sur les conditions de pression du liquide céphalo-rachidien dans la fosse cérébrale postérieure, — anomalie d'une artère auditive interne ou d'une artère vertébrale.

En terminant son rapport, de Klejn discute la signification et la valeur du nystagmus calorique de Barany. Il rappelle l'interprétation proposée dès le début par Barany. L'irrigation du conduit auditif par l'eau chaude ou froide produit une modification de température de l'endolymphe, qui change sa densité et qui détermine un courant ascendant dans dans le cas d'irrigation chaude, un courant descendant dans le cas d'irrigation froide. Depuis lors, Kobrak a constaté que des différences de température extrêmement faibles (1 degré) suffisent pour provoquer le nystagmus calorique, et il a opposé une autre théorie à celle de Barany : le nystagmus calorique serait dû à un réflexe vaso-moteur qui, issu du conduit auditif externe, modifierait l'état des vaisseaux labyrinthiques. Le rapporteur discute longuement la théorie de Barany et celle de Kobrak. Il conclut en faveur de l'ancienne théorie de Barany, qui, somme toute, « a bien résisté aux attaques scientifiques ».

Au point de vue pratique, il fait l'éloge de l'épreuve calorique, qui a l'avantage d'être possible même chez le malade couché, et de ne provoquer chez lui, si elle est pratiquée prudemment, suivant la technique de Kobrak, ni vertiges, ni vomissements, et, d'autre part, de permettre l'exploration isolée de chacun des deux labyrinthes. Il insiste sur la nécessité de pratiquer la double épreuve, chaude et froide, si l'on veut avoir le droit de tirer des conclusions de l'épreuve calorique.

Dans son **étude clinique sur l'examen fonctionnel de l'appareil vestibulaire,** M. A. HAUTANT se place à un point de vue plus purement pratique.

Après un résumé précis et schématique de physiologie vestibulaire, il décrit et discute les différents symptômes et les différentes épreuves qui traduisent la souffrance du vestibule.

La *sensation vertigineuse* vraie, giratoire, est un anamnestique d'une importance primordiale dans le diagnostic des affections labyrinthiques. Cependant on peut voir des labyrinthites totalement destructives dont toute l'évolution se poursuit sans aucun sensation vertigineuse. D'autre part, le vertige peut s'observer dans les tumeurs cérébrales, dans les affections cérébelleuses. Mais, dans ces derniers cas, il est bien probable qu'il traduit seulement le retentissement des lésions sur le vestibule ou sur les voies vestibulaires.

Le vertige se présente en général sous formes de grandes crises subites et dramatiques dans les lésions des terminaisons sensorielles. Au contraire, il est moins violent, mais plus constant dans les lésions des voies vestibulaires ou des centres bulbaires. Dans l'hypertension simple de la fosse cérébelleuse, la sensation est atténuée et fugace. Les crises sont d'autant plus violentes que la lésion est plus brutale et que l'émotivité est plus grande. Des lésions graves, si elles sont progressives, peuvent évoluer sans vertige.

Le vertige peut être le fait d'un simple trouble vaso-moteur (rétrécissement mitral, insuffisance aortique, troubles gastriques). Les éblouissements, les défaillances doivent en être distingués. De même le « vertige hystérique » et le « vertige épileptique ». Cependant on sait maintenant que l'oreille peut être le point de départ des crises épileptiques (Pierre Marie et J.-R. Pierre), et le principe de Charcot, — d'après lequel le vertige vrai ne s'accompagne jamais de perte de connaissance, — n'est plus admis sans restriction.

Les *troubles de l'équilibre* sont souvent le fait de lésions vestibulaires. Mais il ne faut pas oublier que le maintien de l'équilibre dépend de trois facteurs : la sensibilité profonde périphérique, la réactivité labyrinthique, et la coordination motrice cérébelleuse. Dans cette synergie, le premier rôle revient à la sensibilité profonde périphérique.

L'épreuve de Romberg, chez les vestibulaires, se manifeste, après occlusion des yeux, par la sensation vertigineuse, par la chute latérale et par le nystagmus spontané. Elle peut être sensibilisée (station à cloche-pied, épreuve de pulsions, épreuve de V. Stein, épreuve de Babinski et Weil). Elle atteint son maximum de netteté dans les lésions récentes et totales de l'appareil vestibulaire, s'atténue ou même disparaît dans les lésions anciennes, se manifeste d'une manière intermittente dans les lésions atténuées.

Le Romberg est également positif dans les affections de la fosse cérébrale postérieure, mais il présente dans ce cas des caractères un peu différents : la chute se produit non pas latéralement, mais en arrière. Elle ne s'accompagne pas de réaction verti-

gineuse. Elle n'est pas en rapport avec la direction du nystagmus spontané. Enfin, elle ne se modifie pas suivant l'attitude de la tête sur le cou.

Barany attribue ces différences à l'origine différente du Romberg, labyrinthique dans le premier cas, cérébelleux dans le second. A. Hautant estime, au contraire, avec Dejerine, que les lésions cérébelleuses pures ne donnent pas lieu à un signe de Romberg vrai. Les caractères du Romberg, dans les lésions de la fosse cérébrale postérieure, sont dus à l'excitation bilatérale des voies labyrinthiques dont les conséquences sont naturellement toutes différentes de celles de l'excitation unilatérale des canaux semi-circulaires eux-mêmes

Le *nystagmus spontané*, quand il est d'origine labyrinthique, est toujours un nystagmus rythmique, de direction et d'intensité variables, mais dont la durée ne dépasse pas quelques jours ou quelques semaines. Qu'il s'agisse d'un nystagmus constant, d'un nystagmus de mouvement ou d'un nystagmus d'attitude, il bat vers l'oreille malade quand il traduit l'irritation du labyrinthe, vers l'oreille saine quand il résulte de sa paralysie. Quand il bat vers les deux oreilles, son interprétation est délicate. Le nystagmus de paralysie est toujours de courte durée. Après destruction opératoire du labyrinthe, A. Hautant a observé, dans les heures qui suivent, le nystagmus vers l'oreille moyenne ; puis, à partir du deuxième au quatrième jour, le nystagmus bat vers l'oreille saine. Le dixième jour, il apparaît dans les deux directions, et de ce moment, commence à s'atténuer progressivement. Au bout de deux ou trois ans, il disparaît souvent.

Dans certains cas, des secousses nystagmiques font place à des mouvements cloniques de convergence oculaire. Ce symptôme, dont la signification a été très discutée, serait liée avant tout, d'après Hautant, à l'état névropathique du sujet.

La *rotation* est l'excitant adéquat de l'appareil vestibulaire. A ce titre, l'épreuve de rotation est l'épreuve physiologique de l'oreille interne. Mais elle excite toujours les deux labyrinthes à la fois, et c'est là un grave inconvénient.

M. Hautant ne croit pas que la rotation agisse exclusivement par le mouvement communiqué au liquide endolymphatique dans les canaux semi-circulaires suivant la théorie de Mac-Breuer. Il pense qu'il faut faire intervenir également le déplacement des otolithes et surtout l'excitabilité des noyaux vestibulaires du bulbe (Barany). La théorie oculaire du nystagmus rotatoire (Cernach et Vestenbaum) est loin d'être prouvée.

L'épreuve rotatoire doit être faite surtout la tête droite : le nystagmus, dans cette position, est horizontal, et donne des renseignements généraux sur l'appareil vestibulaire.

Les autres modes de rotation, la tête inclinée à 90° en avant ou à 90° sur une épaule, sont plus difficiles à supporter. Ils s'accompagnent de nystagmus rotatoire ou vertical, et permettent d'explorer les canaux verticaux, mais leur interprétation est difficile.

La durée du nystagmus provoqué par l'épreuve rotatoire est d'ailleurs très variable, à l'état normal, d'un sujet à l'autre, et même chez un sujet déterminé d'un jour à l'autre.

Le rapporteur envisage minutieusement les variations de l'épreuve aux cas de paralysie unilatérale récente ou ancienne, de paralysie totale bilatérale, d'hypo ou d'hyperexcitabilité unilatérale. Il décrit les « épreuves de rotation minima », dont les techniques ont été proposées récemment par Grahe et par Kobrak.

L'*épreuve calorique*, simple, facile à mettre en œuvre même chez des malades couchés, est véritablement la technique de choix au point de vue pratique.

La physiologie de l'épreuve calorique est encore obscure, et le rapporteur ne prend pas nettement parti entre la théorie physique du déplacement de l'endolymphe émise par Barany, et la théorie vasomotrice de Kobrak. Il admet que les otolithes puissent suffire pour provoquer un réflexe calorique grossier.

L'épreuve doit, en général, être pratiquée successivement suivant deux techniques : l'injection minima (Kobrak), avec 5 à 10 centimètres cubes d'eau, facile à supporter, et l'injection massive (50 à 100 centimètres cubes), qui, seule, provoque des mouvements réactionnels, mais qui est souvent utile pour juger d'une hypoexcitabilité labyrinthique.

Dans l'appréciation de l'épreuve, on doit tenir compte de quatre facteurs : la quantité et la température de l'eau employée, et surtout le temps de latence (normal entre quinze secondes et une minute) et la durée de réaction (normale entre une et deux minutes). On a admis que le temps de latence était surtout réglé par l'état auriculaire extra-labyrinthique, et la durée de réaction par l'état des voies et des centres, mais cette donnée est trop schématique : les variations du temps de latence et de la durée de réaction marchent généralement de pair.

Les résultats de l'épreuve calorique sont modifiés par la position de la tête, qui permet ainsi de dissocier, de chaque côté, l'excitation du canal horizontal et celle des canaux verticaux.

La position optima du canal horizontal correspond à la tête penchée en arrière, à 60°. Le nystagmus normal est horizontal; à 10 centimètres cubes d'eau à 25 °, il apparaît en moyenne au bout de trente secondes et dure 100 secondes.

La position optima des canaux verticaux est représentée par la tête inclinée dans le plan frontal à 30° vers l'épaule opposée. Le nystagmus normal est rotatoire. L'épreuve est moins sensible que la précédente : la période de latence est de 50 à 60 secondes la durée de la réaction de 75 à 115 secondes.

La position pessima est l'inclination de la tête de 30° en avant. C'est dans cette position que se manifeste tout d'abord la diminution de l'excitabilité ca-

lorique qui est encore à l'état d'ébauche, par exemple dans l'hypertension cranienne.

M. Hautant discute l'interprétation des divers résultats de l'épreuve calorique : inexcitabilité totale ou partielle, hyperexcitabilité (exceptionnelle), hypoexcitabilité, plus ou moins accusées, passagères ou permanentes.

L'épreuve galvanique a été bien étudiée par M. Babinski avec ses élèves Weil, Barré, Cl. Vincent. M. Hautant en a repris la mise au point avec son élève J. Durand.

M. J. Durand a confirmé, dans leur ensemble, les travaux bien connus de l'école de M. Babinski. Il a constaté de grandes variations individuelles, mais il admet comme pathologique une différence de plus de 2 milliampères entre les intensités nécessaires pour provoquer, d'un côté ou de l'autre, l'inclination ou le nystagmus.

La réaction galvanique n'est presque jamais totalement absente (rares cas de méningite cérébro-spinale, de labyrinthite hérédo-syphilitique). Elle répond non pas à une simple excitation périphérique, mais à une influence du courant à la fois sur la voie périphérique et sur la voie centrale de l'appareil vestibulaire.

L'épreuve galvanique, quand elle est altérée, permet d'affirmer un trouble de la voie vestibulaire ; mais ses résultats normaux n'entraînent pas l'intégrité de cette même voie : il n'est pas rare qu'elle soit normale après trépanation du labyrinthe. Ses modifications, d'ailleurs, ne sont pas proportionnelles au degré des lésions, mais elles sont surtout marquées dans les altérations légères et en évolution, plus irritatives que paralysantes. Elles sont plus précieuses pour le neurologiste que pour l'auriste.

On considère habituellement que le courant galvanique interroge à la fois l'appareil sensoriel et le tronc du nerf vestibulaire ; le vestibule une fois paralysé, il provoque encore une réaction. Il n'en est pas de même des épreuves caloriques et rotatoires, qui disparaissent avec la destruction de l'organe sensoriel. Il y aurait donc, dans la comparaison des diverses épreuves, un moyen de dissocier les lésions périphériques et les lésions centrales. En fait, cette dissociation est souvent difficile ; cependant les épreuves caloriques et rotatoires normales, avec résistance du courant galvanique et bonne audition, sont en faveur d'un processus endocranien.

D'autre part, quand l'altération porte sur la direction de la chute, elle dépend plutôt d'un trouble sensoriel ; lorsqu'elle se manifeste surtout par l'intensité accrue du courant nécessaire, elle relève plutôt d'un trouble central, qui affecte le tronc ou les centres nerveux.

Les *mouvements réactionnels des membres* d'origine vestibulaire, qu'ils soient spontanés ou provoqués par les excitations vestibulaires, sont peu marqués, et ont besoin d'être mis en évidence, soit par l'épreuve des bras tendus de Hautant, soit par l'épreuve de l'indication de Barany. Cette dernière épreuve a besoin, pour garder sa pleine valeur, d'être recherchée avec une technique impeccable. Il importe, en particulier, que le mouvement de va-et-vient de l'index se fasse à une cadence qui ne soit ni trop rapide, ni trop lente (2 à 3 secondes pour un cycle complet).

Pour l'épreuve des bras tendus comme pour l'épreuve de l'indication, il y a anomalie, soit lorsqu'on observe une déviation spontanée, soit lorsque ces épreuves rotatoires ou caloriques ne sont suivies d'aucune déviation.

Mais le trouble n'est pas toujours lié à une lésion de la voie vestibulo-cérébelleuse : c'est une « réaction » qui peut s'observer à la suite des excitations les plus variées. Des réflexes physiologiques normaux peuvent la modifier, tels l'influence de la direction du regard ou des contractions musculaires dans l'autre bras, des actions vaso-motrices consécutives à l'excitation de la peau ou de la pituitaire, des mouvements de rotation du cou susceptibles de modifier la pression du liquide céphalo-rachidien.

Les anomalies peuvent correspondre à une simple otite moyenne, à une lésion du trijumeau, à une affection cérébrale, tant du lobe frontal que des localisations les plus variées. Elles peuvent même relever d'un facteur purement psychique.

Par contre, il n'est pas rare de voir des abcès du cervelet, et même des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux évoluer sans aucune altération de l'épreuve de l'indication.

M. Hautant n'admet pas que l'épreuve de l'indication puisse être interprétée comme un test des fonctions cérébelleuses, selon la théorie de Barany, et les localisations cérébelleuses fondées sur les modalités de ces réactions pour chaque articulation lui paraissent illusoires. Il n'admet pas davantage la théorie psycho-physiologique de Brünner, qui interprète la déviation de l'index comme une conséquence de la sensation vertigineuse. Pour lui, l'épreuve de l'indication, comme celle des bras tendus, est un réflexe de la voie vestibulo-spinale : c'est une sorte d'épreuve de Romberg sensibilisée. La déviation normale de l'index se fait dans le même sens que la première phase lente du nystagmus, et elle reconnaît vraisemblablement la même origine.

M. Hautant rassemble ensuite, dans une vue d'ensemble, les symptômes qui permettent de reconnaître l'*inexcitabilité*, l'*hyperexcitabilité* et l'*hypoexcitabilité vestibulaires*. Il insiste particulièrement sur la difficulté de l'interprétation des troubles dans les cas d'hyper ou d'hypo-excitabilité vestibulaires bilatérales, ou dans les altérations unilatérales anciennes, dont les réactions ont été égalisées peu à peu par la synergie fonctionnelle vestibulaire. Les meilleurs signes de l'hyperexcitabilité sont le nystagmus spontané, ou bien l'exagération des réflexes nystagmiques, surtout lorsque cette exagération coïncide avec une sensation vertigineuse post-rotatoire non exagérée.

Les signes les plus sensibles de l'hypoexcitabilité

labyrinthique sont la résistance au courant galvanique au-delà de 6 à 8 milliampères, et l'absence de réactions vertigineuses et de mouvements réactionnels des extrémités après les excitations vestibulaires provoquées.

« Le bilan d'un appareil vestibulaire n'est donc pas limité à la mesure du réflexe nystagmique ; l'étude des autres signes de la série vestibulaire doit toujours entrer en ligne de compte. »

Enfin M. Hautant termine son rapport en étudiant la valeur des *épreuves vestibulaires dans les affections endocraniennes*. En général, les troubles vestibulaires, en pareil cas, se distinguent par deux caractères essentiels : 1° Tandis que les troubles d'origine labyrinthique sont, dès le début, au complet, comprenant à la fois nystagmus spontané, mouvements réactionnels et sensation vertigineuse ; dans les troubles d'origine endocranienne, au contraire, il est fréquent qu'un seul de ces symptômes soit d'abord présent : nystagmus spontané sans chute ni sensation vertigineuse ; chute sans nystagmus spontané. 2° Tandis que les symptômes de la série labyrinthique sont toujours concordants, la chute et les mouvements réactionnels (bras tendus et indication) se produisant en direction opposée à la secousse nystagmique, dans les troubles endocraniens au contraire, il y a souvent une discordance entre ces divers symptômes: la chute ou la déviation se produisent du même côté que le nystagmus spontané ; ou bien on voit apparaître des troubles vestibulaires anormaux, tels que nystagmus vertical ou déviation conjuguée des yeux.

Parmi ces discordances vestibulaires, une des plus curieuses est le syndrome décrit par Eagleton (1923). Ce syndrome est caractérisé par une excitabilité normale des canaux horizontaux, avec inexcitabilité des canaux verticaux : le nystagmus calorique fait défaut dans la position de la tête penchée en avant ; il existe, au contraire, dans la position de la tête inclinée en arrière. Le syndrome d'Eagleton a une valeur indéniable comme indice d'hypertension dans la fosse cérébelleuse. Il s'observe, en général, du côté opposé à la lésion.

Ce syndrome d'Eagleton est particulièrement fréquent dans les tumeurs de l'acoustique. Joint à la paralysie unilatérale totale de la VIIIe paire, portant sur l'auditif et sur le vestibulaire, il permet le diagnostic précoce de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Mais son absence ne contre-indique pas d'une façon absolue ce diagnostic. Le nystagmus est très fréquent, le plus souvent horizontal, ample, battant du côté de la tumeur. La chute se fait du côté de la tumeur.

Des syndromes vestibulaires variés peuvent s'observer dans la sclérose en plaques, dans l'encéphalite épidémique, dans les tumeurs du tronc cérébral.

Dans les tumeurs cérébelleuses, les troubles de l'équilibre et le nystagmus sont très marqués ; mais les vertiges ne s'accompagnent ni de pâleur, ni de sueurs, ni de vomissements, et les troubles vestibulaires ne s'accompagnent pas de déficit de l'audition. Le syndrome d'Eagleton est fréquent, l'épreuve de l'indication souvent anormale.

Dans les tumeurs des fosses cérébrales moyenne et antérieure, on peut observer également des troubles vestibulaires, particulièrement dans les tumeurs frontales, mais ces troubles n'ont pas la même persistance que dans les tumeurs postérieures. Dans ces dernières, les altérations des épreuves vestibulaires ont du moins autant de valeur que la stase papillaire.

Enfin le vertige psychopathique peut s'accompagner de nystagmus spontané, de signe de Romberg, de troubles du signe de l'indication, d'altérations dans les épreuves caloriques, rotatoires et galvaniques. Mais il se distingue par sa constance, par sa longue durée, par le peu de gêne qu'apporte, dans la vie courante, un déséquilibre en apparence très intense, par l'absence de toute lésion auditive concomitante en évolution, par les discordances et la variabilité des signes qui l'accompagnent, et en particulier des réflexes nystagmiques, enfin par l'épreuve thérapeutique : le vertige psychopathique s'améliore par la psychothérapie ; il est aggravé par toute intervention chirurgicale. Au contraire, dans les cas de crises vertigineuses intenses labyrinthiques d'origine organique, la destruction chirurgicale du vestibule peut amener la disparition immédiate et définitive des crises.

Communications.

Recherches sur l'état des fonctions vestibulaire dans les crises oculogyres de l'encéphalite épidémique. — MM. Helsmoostel (junior) (d'Anvers) et Van Bogaert. — Sur 11 sujets atteints de parkinsonisme post-encéphalitique et de spasmes oculogyres, les uns avaient des réactions labyrinthiques augmentées, les autres des réactions diminuées. Les symptômes vestibulaires spontanés faisaient défaut.

L'influence de l'alcool et de la scopolamine sur l'appareil vestibulaire et sur le cervelet chez l'homme normal et chez l'homme malade. — M. Henner (de Prague) fait tourner une suite de films cinématographiques, qui montrent les caractères des troubles de la marche et de l'équilibre dans l'intoxication alcoolique.

Ces troubles constituent un véritable syndrome cérébelleux, qui s'accompagne de réactions labyrinthiques variées. D'autre part, la scopolamine sensibilise très nettement les sujets sains, comme le montrent les films, à l'égard des réactions labyrinthiques (épreuve rotatoire ; épreuve galvanique). Cette notion illustre la théorie de l'auteur, d'après laquelle le syndrome parkinsonien serait l'expression d'une hyperfonction cérébelleuse.

L'épreuve pneumatique. — M. Ramadier insiste sur l'intérêt de cette épreuve, qui, à l'inverse des autres épreuves labyrinthiques, témoigne toujours, lorsqu'elle existe, d'un trouble pathologique, et,

d'autre part, met en cause exclusivement l'appareil vestibulaire périphérique (caisse du tympan, capsule labyrinthique et milieux endolabyrinthiques), à l'exclusion des voies labyrinthiques. En dehors des otites moyennes banales, — dans lesquelles l'épreuve pneumatique est transitoire, — des fistules labyrinthiques, — dans lesquelles elle coïncide avec une perforation tympanique, — l'épreuve pneumatique positive est toujours le stigmate d'une labyrinthite hérédo-syphilitique tardive (« signe d'Henneberg »). Elle distingue ces labyrinthites hérédo-syphilitiques des syndromes labyrinthiques de la syphilis acquise, qui sont d'origine radiculo-méningée, et dans lesquelles le « signe d'Henneberg » est en défaut.

M. André Thomas, admet avec le rapporteur, que l'épreuve de l'indication doit être considérée aujourd'hui comme une épreuve labyrinthique, bien plutôt que comme un test cérébelleux. Les cas sur lesquels Barany s'appuyait, en effet, étaient des cas de tumeurs, qui ne permettent pas de conclusions physio-pathologiques valables. D'autre part, la notion anatomique, admise par Barany, d'une voie vestibulo-cérébelleuse atteignant le cortex cérébelleux, est inexacte, et les voies vestibulaires ne dépassent pas le noyau du toit. Cependant ce serait aller loin que nier l'action du cervelet, centre régulateur du tonus, sur les réflexes vestibulo-toniques. Il n'y a pas lieu non plus d'abandonner l'idée qu'il existe des localisations cérébelleuses. Les expériences d'extirpation cérébelleuse partielle (Rothmann, André-Thomas et Dumpt), les faits de blessure du cervelet observés pendant la guerre par M. André Thomas semblent établir, sans contestation possible, l'existence de ces localisations cérébelleuses. Au point de vue pratique, il importe d'explorer dans l'épreuve de l'indication, non pas un seul segment de membre, mais les divers segments les uns après les autres, car il peut y avoir des dissociations.

Le syndrome de paralysie du facial et du vestibulaire. — M. Gaussé a réuni une dizaine de cas (dont 3 personnels) d'un syndrome rare, constitué par l'association d'une paralysie faciale et d'une paralysie vestibulaire, sans aucun trouble cochléaire. La paralysie vestibulaire était parfois bruyante : d'autres fois, elle était latente, et révélée seulement par les épreuves. Dans le plus grand nombre des cas, le syndrome était consécutif au zona (lésion isolée du ganglion de Scarpa). Dans quelques observations, la syphilis était en cause. Parfois, il existe des réactions paradoxales : telle l'abolition des réactions rotatoires faisant contraste avec la conservation des réactions caloriques, discordance beaucoup plus rare que l'inverse.

Sur le vertige voltaïque. — M. G.-A. Weill précise les travaux qu'il a poursuivis sur ce sujet avec M. Babinski.

Sur une variété de nystagmus dissocié, observé dans la sclérose en plaques. — MM. Radovici et Savulesco (de Bucarest).

Chronaxie normale du nerf vestibulaire.— MM. Bourguignon et Digeau.

Absence unilatérale du signe provoqué de l'indication dans les lésions labyrinthiques unilatérales. — M. J. Durand.

La synergie fonctionnelle des deux vestibules. — M. Lanos.

Les petits signes de l'hyperexcitabilité vestibulaire calorique. — M. Alajemoff.

Romberg antéro-postérieur, non modifiable par les positions de la tête dans les lésions labyrinthiques bilatérales, par M. Ombrédanne.

Oscillations pendulaires du tronc dans la station debout au cours des affections vestibulaires, par M. Camillo Negro (de Turin).

J. Mouzon.

Les Livres

N. Maloine, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Cantonnet, ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon. — **L'ionisation de l'œil. Technique. Résultats.** (Un vol. 95 pages, 7 figures, 1927. Prix : 10 francs.)

Un tube électrode, renfermant l'électrolyte, s'applique au moyen d'une œillère caoutchoutée sur l'œil ionisé, en avant des paupières ; une plaque à la nuque ferme le courant. L'œil à ioniser ne doit jamais être cocaïné. La concentration des solutions est pour le salicylate de soude, pour l'iodure de sodium, 1/400.

Au niveau de l'œil, on dépasse rarement 3/5 de milliampère, et à la plaque on monte à 3,4, 5 milliampères. Le nombre des séances varie pour les taies cornéennes (2 ou 3 par semaine), le glaucome aigu (1 à 2 par jour), le glaucome chronique, tous les cinq jours (temps au bout duquel la pression remonte) etc., etc.

Les liquides de l'œil constituent des corps excellents conducteurs de l'électricité, de telle sorte que le courant traverse pour ainsi dire exclusivement les tissus oculaires.

L'ionisation est toujours faite en même temps que le traitement habituel ; mais il est nécessaire de faire un nombre suffisant de séances pour obtenir un résultat ; il faut un peu de patience.

L'auteur dispose d'une documentation considérable sur 6 à 7.000 séances d'ionisation oculaire. Dans

le présent livre il rapporte 412 observations d'ionisation dans les diverses affections de l'œil ; il fait ainsi connaître les résultats à attendre de cette méthode, qui commence à se répandre, et qui, avant 10 ans, sera employée par tous les ophtalmologistes.

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

G. SAINT-PAUL. — **Thèmes psychologiques.** *Spiritualisme ou matérialisme ? Intelligence, conscience, mémoire. Entre l'homme et l'animal. Langage et localisations cérébrales. Le problème de l'aphasie. Rêve et freudisme.* (Un vol., 211 pages, Paris, 1926.)

Comment réfléchissons-nous ? Qu'est la pensée ? Quelles sont les relations de l'intelligence et de l'organisme ?

Tant d'osbcurités subsistent sur le sujet que nous en sommes réduits aux hypothèses. Ce sont de ces hypothèses que l'auteur présente au lecteur, sans aucune espèce de parti pris.

Les thèmes psychologiques, accessibles sans préparation à quiconque veut bien leur accorder attention, ne sont autre chose que des invitations à la promenade sur le terrain psychologique, en compagnie de gens courtois.

C'est l'ambition de l'auteur de favoriser ainsi le penchant à l'acquisition d'une connaissance de soi-même, et également d'aider au jeu de construction d'hypothèses de plus en plus plausibles, de moins en moins éloignées de ce qui est.

N. MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Ch. FIESSINGER. — **La pratique thérapeutique en clientèle.** (Un vol. in-8, 342 pages, 1927. Prix : 20 francs.)

De sages conseils sont dictés à l'auteur par l'expérience de près de cinquante années d'une pratique active, où chaque malade avait son observation tenue à jour ; ils peuvent se résumer en cette vérité initiale de l'art de guérir : dans trop de maladies, encore la nature est plus intelligente que le médecin.

Aussi ce livre enseigne-t-il d'une part les réactions curatives spontanées de la nature et ensuite ce qu'il reste à faire au praticien. Quand il ne peut atteindre les causes du mal, son rôle est modeste : réduire les symptômes dans ce qu'ils ont de douloureux ou de pénible, sans les éteindre tout à fait, car ce symptôme bien souvent renferme en lui une puissance médicatrice qu'il serait téméraire de supprimer.

Quels sont ces symptômes favorables, comment devant eux doit se comporter le médecin, quelles sont les maladies qui réclament sa vigilance, comment il devra les aborder sans nuire aux procédés curatifs naturels, telles sont les questions qui fournissent la matière du volume.

Le médecin doit être un interprète attentif de la nature. Pour guérir, il faut comprendre d'abord la portée et la valeur précise d'une intervention médicamenteuse ; il faut se montrer prudent avant tout ! Il ne s'agit pas d'entraver la propension de la nature aux guérisons spontanées. Peu de remèdes, ceux-ci à une dose très faible et beaucoup d'hygiène diététique. Telle est la règle.

N. MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Pierre KAHN. — **Guide de psychiatrie.** (Un vol. in-8° 252 pages, 1927.)

L'auteur, ancien chef de clinique des maladies mentales, était particulièrement qualifié pour écrire ce petit livre, qui n'est pas un traité. Celui-ci n'a pas la prétention d'être technique ni complet ; c'est un guide, dont la lecture permettra à l'étudiant de mieux comprendre les livres classiques de psychiatrie et au praticien de ne pas se trouver désorienté en face d'un cas de cette spécialité. C'est à dessein que les discussions de doctrine et la nomenclature d'auteurs en ont été éliminés.

La psychiatrie est méconnue par beaucoup de médecins ; cela tient vraisemblablement à l'aspect des malades, à l'isolement des services spécialisés, à la terminologie compliquée et trop savante des traités.

Si ce petit guide peut répandre quelque clarté sur cette branche très passionnante de la pathologie générale, en aidant à la faire comprendre et apprécier, il aura amplement rempli le but que s'est proposé l'auteur.

Les livres qui viennent de paraître..

Chez Amédée LEGRAND, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain.

Dr SANTENOISE. — **Pneumogastrique et glandes endocrines** (un vol. 268 p. avec fig.)

Chez LE FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain.

Dr E. JACQUEMIN. — **La bactériologie** en 30 pages et 2 tableaux synoptiques (une broch. 30 p. et tabl.).

Chez J.-B. BAILLIERE, éditeur, 19, rue Hautefeuille

Dr A. GUÉNIOT, membre de l'Académie de médecine. — **Souvenirs anecdotiques et médicaux** (1856-1871) (un vol. 220 p.)

Editions de « LA CLINIQUE »,
19, rue de Grenelle, Paris VIIe.

Dr L. PASCAULT, de Cannes. — **La dyspepsie simplifiée ; ses symptômes, son diagnostic, son traitement** (un vol. in 8° de 96 p., 7 fig.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LE CENTENAIRE DE VILLEMIN

(15-19 *Octobre*)

Si LAENNEC fut le premier à soupçonner l'unicité de la tuberculose, c'est à VILLEMIN que revient l'honneur d'avoir été le premier à en discerner et proclamer la véritable nature d'affection virulente et inoculable, en vertu d'un *agent plus subtil* que la matière tuberculeuse inoculée, et qui *échappe à nos sens*. Cette découverte merveilleuse est, à la vérité, le point de départ de la doctrine qui, d'étape en étape, nous a conduits, à l'heure présente, à des résultats pratiques tels que nous pouvons entrevoir l'aube, à jamais glorieuse, du jour où le remède spécifique du Minotaure moderne, enfin découvert, en triomphera à tout jamais.

Il était donc légitime de profiter du centenaire de la naissance de Villemin pour rappeler solennellement la vie et l'œuvre de ce grand savant, de ce génie si éminemment bienfaisant. D'autant mieux que sa vie est de celles qui, dès leurs premiers balbutiements, peuvent et doivent être données en exemple.

Et comme Villemin, médecin militaire parvenu, à la fin de sa carrière, à l'inspectorat, appartenait au Service de Santé de l'armée, il convenait que ce fut le Service de Santé qui prît l'initiative de cette magnifique célébration et que ce fussent ses plus hauts dignitaires qui la menassent à bien, en la situant surtout dans le cadre qui s'imposait en l'occurence : Le Val-de-Grâce.

Les fêtes du Centenaire de Villemin débutèrent, le samedi 15 octobre, par une réception, au Val-de-Grâce, des délégués, des membres du Comité d'organisation, des adhérents, par le Bureau dudit Comité présidé par les professeurs CALMETTE et DOPTER. Je louerai l'amabilité et la complaisance inlassable avec laquelle MM. les médecins principaux CARAYON et SHICKELÉ recevaient toutes les demandes de renseignements et de places de la foule, parfois envahissante, des médecins accourus un peu de partout, même de l'étranger, auxquels s'étaient joint des pharmaciens, quelques vétérinaires et des officiers d'administration du Service de Santé.

Deux heures plus tard, cérémonie à l'Hôtel de Ville où le Président du Conseil municipal, M. DELSOL, le préfet de la Seine, M. BOUJU, accueillirent, dans la grande salle des fêtes, cette foule qui faisait cortège aux descendants de Villemin, sa belle-fille et son petit-fils. Discours de belle tenue du Président et du Préfet ; réponse infiniment émouvante du médecin inspecteur Dopter. Concert dont la musique de la Garde fit les frais, avec une chanteuse exquise, Mlle DENISART, de l'Opéra-Comique.

C'est encore la Garde Républicaine que nous retrouverons le même soir à la Sorbonne, dont le grand amphithéâtre était trop petit pour contenir tous les admirateurs de Villemin, — pour rehausser le programme artistique exécuté à la gloire laquelle fut exaltée successivement par MM. le professeur CALMETTE, le médecin inspecteur SAVORNIN, directeur du Service de Santé au Ministère de la Guerre, PAINLEVÉ, Ministre de la Guerre qui présidait la solennité et le professeur Charles RICHET, dans une ode admirablement déclamée par Mlle Madeleine ROCH, de la Comédie-Française, et qui est reproduite *in extenso* à la fin du présent numéro.

Le professeur Calmette nous révéla l'œuvre expérimentale de Villemin et son influence sur l'évolution de la phtisiologie moderne.

Voici la péroraison de son admirable discours, qui fut salué par des salves répétées d'applaudissements chaleureux » :

Ainsi que l'a dit Claude Bernard « les grands hommes peuvent être comparés à des flambeaux qui brillent de loin en loin pour guider la marche de la science. Ils éclairent leur temps, soit en découvrant des phénomènes imprévus et féconds qui ouvrent des voies nouvelles et montrent des horizons inconnus, soit en généralisant des faits scientifiques et en faisant sortir des vérités que leurs devanciers n'avaient point aperçues. » *Villemin fut un de ces flambeaux* ».

M. le médecin inspecteur Savornin prit ensuite la parole pour retracer toute la vie de Villemin. Je remercie infiniment M. Savornin de m'avoir permis de reproduire intégralement son discours, interrompu souvent par des bravos nourris qui

saluaient au passage certaines périodes particulièrement bien venues, certaines proclamations de vérités, faites avec une courageuse fermeté, que l'auditoire sut apprécier, et qui se firent plus vibrants encore lorsqu'il eut terminé.

Monsieur le Président,
Messieurs les Délégués,
Mesdames, Messieurs,

C'est un honneur insigne pour le Directeur du Service de santé au Ministère de la guerre de mêler sa voix, devant un tel auditoire, à celle des personnalités éminentes qui ont eu à cœur de glorifier, dans ces journées du Souvenir, la mémoire immortelle d'un homme de génie. De cet honneur, je ne me sentirais certes pas digne si je n'avais été désigné par M. le Ministre de la guerre pour accomplir, au nom de mes camarades du Corps de santé militaire, un pieux devoir envers notre grand aîné, notre Maître : le médecin militaire VILLEMIN.

Ce que fut l'œuvre du savant, son apport au capital de gloire de notre pays, sa contribution au trésor scientifique de l'humanité, notre cher président du Comité d'organisation, M. le professeur CALMETTE, vient de vous le dire avec une éloquence digne de ce grand sujet...

Les chaleureux applaudissements par lesquels vous avez salué ce maître incontesté de la phtisiologie moderne m'autorisent à être votre très humble interprète en proclamant, au risque d'offenser sa modestie, que le professeur CALMETTE est le continuateur de l'œuvre du grand VILLEMIN lui qui, depuis plus de vingt années, poursuit la réalisation d'une géniale découverte dont les conséquences peuvent être incalculables, lui qui, grâce à de patientes et tenaces recherches, a pu arriver à domestiquer le bacille virulent qui donne la mort pour en faire un microbe atténué, bienfaisant en quelque sorte, capable de prémunir, de protéger l'organisme...

Messieurs, qu'il me soit donc réservé d'éclairer, par leurs origines, le savoir et le caractère de VILLEMIN.

Si, dans nos mémoires, demeure si vivace le souvenir des résistances qu'il dût affronter pour la cause de la vérité avant d'en obtenir le triomphe, n'est-il beaucoup d'entre vous qui se soient demandés d'où lui vint une telle force dans la certitude, une telle impassibilité sous les attaques et, disons-le, sous les injustices ? Certes, et nous en connaissons maint exemple, c'est dans la rectitude de leurs méthodes et dans cette même religion du Vrai qui d'abord les conduisit à leurs découvertes, que les savants puisent la fermeté nécessaire pour ne pas laisser entamer par les hommes ce que les faits ne permettent pas de contester : à ceux qui ont vu la vérité, il suffit de durer ; à leur affirmation, il suffit d'avoir été apportée et d'être maintenue. Néanmoins, chacun réagit aux oppositions selon son tempérament, plus encore peut-être selon sa formation.

Le tempérament de VILLEMIN se caractérise en deux mots : « Energie, ténacité, et... je devrais ajouter « modestie » ; aux prises avec les difficultés de la vie, il les surmonte par sa volonté ; dans ses recherches scientifiques, il apporte la même obstination, la même opiniâtreté et il rend son nom à tout jamais impérissable en l'attachant à l'une des plus belles et des plus précieuses découvertes dont s'honore la science.

Comment a-t-il forgé ce tempérament et lui a-t-il donné la trempe de l'acier ?... Il n'est pas sans intérêt de rechercher d'où venait VILLEMIN et par où il avait passé lorsque, le 5 décembre 1865, le jeune professeur agrégé du Val-de-Grâce lança, dans une séance mémorable de l'Académie de médecine, cette communication sur « *la cause et la nature de la tuberculose* » qui y fit quelque peu l'effet d'un attentat révolutionnaire...

Qui il était ?... Ah ! Messieurs, les vieux papiers ont parfois une étrange éloquence et, particulièrement, ces dossiers administratifs des ministères dont la tradition incline peut-être trop souvent à sourire trop facilement... J'ai consulté les états de service de VILLEMIN. Si un pieux respect ne m'eût amené à me pencher sur ces feuilles jaunies, ce sont ces feuilles qui me l'eussent inspiré.

Quel est le dernier mot de sa carrière, je vous le dirai dans un instant ; mais le premier mot, comme déjà il nous renseigne et comme il reste celui de toute cette valeureuse existence ! « *Soldat* », voilà ce qui est inscrit à la première ligne. « *Soldat et paysan* », il est le fils de la terre et du peuple, élève de cette grande école des caractères qu'est l'Armée. « *Médecin et savant* », il demeure, et l'homme modeste, toujours sensible aux misères près desquelles il naquit et le membre de la vaste famille militaire, le soldat qui, ayant rempli son devoir et accompli un fait glorieux, rentre aussitôt dans le rang.

Un petit paysan des Vosges, né le 25 janvier 1827, dans l'humble village de *Prey*, l'un des plus petits du canton de *Bruyères*, tapi au fond d'une étroite vallée, au pied de ces monts couverts de sapins tout frissonnants des rudes frimas de l'Est, tel est Jean-Antoine VILLEMIN dans ses jeunes années. Le père, Jean-Baptiste, un modeste cultivateur dont la maison est encore visible là-bas, arrivait péniblement à nourrir sa famille sur un étroit lambeau d'une terre dure et ingrate. Une femme, trois enfants, représentaient une charge bien lourde et chacun, petit ou grand, devait prendre sa part des rudes travaux quotidiens. Les premières impressions que l'enfant recevait de la vie le frappaient déjà par le sens de lutte, du travail et de l'effort.

Il avait neuf ans quand la mort du père, emporté prématurément, laissait la mère et les enfants dans une situation bien difficile... Dès ce moment, se détache un fait caractéristique une « constante », qui se confirmera en de multiples circonstances de la jeunesse de VILLEMIN : partout où sera l'enfant ou le jeune homme, quoiqu'il ne fasse jamais de bruit et qu'il ne parle point de lui, quelqu'un toujours le

remarquera : c'est son oncle, Claude-Nicolas VILLEMIN, vieux grognard de NAPOLÉON, qui, le premier, s'intéresse à son intelligence ; il avait été tout de suite attiré non seulement par l'esprit, mais par le caractère et par l'étonnante volonté de l'enfant. Il lui fait donner une instruction primaire et le jeune Jean-Antoine prend un tel goût à l'étude que son ambition s'élargit : le futur vice-président de l'Académie de médecine aspire, à cette époque, à devenir un jour instituteur, afin de rendre aux autres l'instruction qu'il aime tant à recevoir...

L'oncle de VILLEMIN voulant compléter les études de l'enfant, décide la mère à envoyer le jeune Antoine au collège de *Bruyères*. Et c'est ainsi que chaque matin... l'internat, hélas ! coûtait trop cher... le petit garçon, emportant, avec ses livres et ses cahiers, son frugal déjeuner, faisait, en sabots, par le soleil ou par la neige, une longue course de 5 kilomètres à travers la campagne pour venir de *Prey* au collège que dirigeait à *Bruyères* un curieux maître qui s'appelait BOULAY. Parfois, sa tenace endurance ne pouvait vaincre la rigueur des intempéries ou suppléer à l'usure de ses sabots... et il acceptait alors le gîte qui lui offrait pour la nuit un cordonnier de Bruyères qui l'avait pris en pitié.

Les deux premières figures que nous voyons penchées sur le destin du futur savant durent y marquer leur empreinte : d'une part, cet oncle qui avait fait, dans les armées napoléoniennes, les campagnes d'Italie et d'Espagne et s'était retiré, après Waterloo dans son village de Prey ; d'autre part, ce BOULAY, directeur du collège libre de *Bruyères* où il enseignait depuis le rudiment jusqu'aux mathématiques et à la philosophie. Le premier ne put que fortifier chez l'enfant la notion de la grandeur dans la discipline ; le second, en le formant aux méthodes de la culture et en en faisant un bachelier, ne marqua sans doute pas moins son caractère, car c'était un de ces philosophes trempés à la romaine, un de ces ardents démocrates, fils de la Révolution, qui ne transigeaient pas avec leurs principes. Apôtre convaincu, il avait espéré, en 1848, assister au triomphe de ses idées ; quand survint, trois ans plus tard, le coup d'Etat, il ne peut endurer cette désillusion, et pour ne pas survivre à la République si désirée, il se donna la mort par le poison.

Une troisième figure semble avoir eu une influence prépondérante sur l'orientation du jeune Antoine. Celui-ci avait besoin de quelque travail rémunérateur pour poursuivre ses études : un vieux médecin de Bruyères, un de ces esprits curieux et chercheurs comme il y en a tant dans nos bourgades et nos campagnes, le docteur MOUGEOT, qui s'adonnait plus particulièrement à l'étude de la botanique, remarqua son sens artistique et lui apprit à dessiner les plantes, lui confiant la commande de quelques planches pour ses herbiers. VILLEMIN prit aussi goût pour les sciences naturelles et, devenant un habile dessinateur, développa ses facultés d'observation par la recherche de l'exactitude du détail dans les reproductions qui lui étaient confiées.

Voilà dans quel milieu, sous quels maîtres, VILLEMIN fut mis en contact avec les réalités de la vie. Sa ténacité et la sollicitude des êtres qui l'affectionnaient, avaient vaincu des difficultés qui paraissaient insurmontables... Il était « formé », solidement armé, corps et esprit, pour la rude lutte pour l'existence. Dans quel secteur allait se situer cette lutte ?...

A ce moment, il est curieux de constater que ce n'est plus l'énergie de sa volonté, mais le « Destin » le « Fatum antique » qui va le guider, malgré lui, vers cette science où il devait triompher, où l'humble paysan lorrain devait gravir les échelons de l'immortalité.

Il était en effet arrivé à l'âge de la conscription : il tire au sort... Le Destin le désigne parmi ceux qui doivent effectuer sept années de service ; ses ressources ne lui permettent certes pas d'essayer de rechercher un remplaçant et il est incorporé le 19 juillet 1848 comme simple soldat au 14e de ligne. Le rêve de devenir instituteur est reculé d'un long septénaire... VILLEMIN sent se développer cet instinct qui sommeille chez les habitants de nos marches de l'Est où il a fallu si souvent se lever pour défendre la terre menacée ; il pense à faire une carrière militaire et son colonel l'autorise à concourir pour entrer dans une école de sous-officiers. Le destin toujours vigilant le détourne de cette voie : malgré son caractère indomptable : il manque le départ de la diligence qui doit le mener, à l'heure dite, sur le lieu du concours ; sans hésiter, il prend sa course, espérant rattraper la voiture et le pauvre garçon qui jamais ne devait ménager ses efforts, court jusqu'à ce qu'il tombe sur la route, où on le ramasse anhélant et sans connaissance. Son colonel, frappé de son énergie spartiate, lui offre de faciliter sa permutation pour un régiment en garnison à Strasbourg où il pourra, tout en faisant son service, s'orienter vers les sciences naturelles, vers les études médicales.

Le voilà donc, en février 1849, au 37e de ligne. Il est inscrit en novembre suivant comme chirurgien élève à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg et l'avenir désormais paraît être sans nuage à l'horizon. VILLEMIN voit enfin la possibilité de conquérir une situation qu'il n'avait osé rêver...

Hélàs ! cinq mois plus tard, une mesure générale est prise : les élèves des hôpitaux militaires d'instruction sont licenciés et mis en congé pour poursuivre, à leurs frais, s'ils le désirent, leurs études médicales. Pour quel motif ?... Raison d'économie sans doute ... raison d'ordre politique .... ? peut-être... N'est-ce pas, d'ailleurs, le destin du Service de santé militaire de voir, de temps à autre, discuter de sa nécessité ?... Quoiqu'il en soit, pour VILLEMIN, cette mesure prend l'allure d'une catastrophe.

C'est alors que, de nouveau, des hommes, des savants, sont attirés par ce jeune enthousiaste en qui ils pressentent un futur égal, et tendent une main secourable à ce « jeune Savantin », ainsi que le sur-

normaient quelques esprits malicieux, mais prophètes sans le savoir.

Comme l'avait fait le docteur MOUGEOT à Bruyères, le docteur FÉE, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Strasbourg, reconnaissant les qualités et le talent artistique de l'étudiant, l'associe à ses recherches et lui confie des travaux. Et VILLEMIN se fait remarquer dans le domaine des sciences naturelles au point qu'en 1852, il est nommé, au concours, aide d'histoire naturelle médicale à la Faculté. Le voilà avec quelques ressources, heureux du premier microscope que son maître, le professeur FÉE lui avait offert et pouvant, grâce à cet instrument, satisfaire son goût de recherches et étendre le domaine de ses observations.

VILLEMIN obtient son grade de docteur en médecine le 22 août 1853. Le 14 novembre de cette même année, il entre, après concours, comme médecin aide-major stagiaire commissionné à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce. En août 1854, il est lauréat au concours de sortie de cette école ; nommé aide-major, il passe, en cette qualité, quatre ans au 11e, puis au 7e régiment d'artillerie montée.

A cette époque, le besoin d'une réorganisation systématique et efficace du Service de santé militaire se faisait impérieurement sentir : le cadre des médecins militaires, dont la source avait été tarie par le licenciement de 1849, avait été décimé par les redoutables épidémies de la guerre de Crimé, eet le décret du 12 juin 1856 avait créé l'Ecole du Service de santé militaire de Strasbourg pour assurer le meilleur recrutement des médecins d'armée.

En 1859, VILLEMIN dut au concours d'agrégation du Val-de-Grâce, dont il avait subi les épreuves fort honorablement quoique sans succès, l'honneur d'être détaché passagèrement à cette belle école de Strasbourg. Le 14 novembre 1860, il avait 33 ans, il y est définitivement attaché à la suite d'un concours qui l'y fait nommer répétiteur de physiologie. Dès lors, la ligne de sa vie nous apparaît nette et droite, sans hésitations, sinon sans obstacles. Du moins, devait-il toujours rencontrer, parmi ses chefs, des appuis qui le portèrent jusqu'à l'accomplissement de ses destinées : MICHEL-LÉVY, MAILLOT, pour ne citer que les plus illustres ... C'est qu'à côté de sa valeur intellectuelle et scientifique, il émane de lui une sympathie attachante dont on saisit tout le charme en relisant les feuillets vieillis de ses notes : « Modestie « extrême, dévouement, affabilité, faculté de se faire « partout aimer sans jamais rien demander pour soi, « moralité exquise, caractère posé, doux et ferme « à la fois », voilà ce que les chefs appelés à le juger ajoutent toujours au rappel de ses éminents services. On y souligne encore l'abnégation que déploie au chevet des malades celui qu'en 1894, lors de l'inauguration du monument de VILLEMIN à Bruyères, le docteur VIGER, Ministre de l'agriculture, caractérisait ainsi : « le fils de la démocratie qui, jusqu'à son dernier souffle, eut le culte des humbles ».

Promu médecin-major de 2e classe, VILLEMIN écrit en 1862 une thèse sur : « le rôle de la lésion organique dans les maladies », à l'occasion du concours d'agrégation des Facultés, qu'il subit avec distinction, sans emporter les suffrages de ses juges. Mais, l'année suivante, il prend sa revanche et un concours brillant le porte à l'emploi de professeur agrégé de clinique médicale au Val-de-Grâce.

Deux ans après, se place sa retentissante communication à l'Académie de médecine.

Poussé par d'exquises facultés d'observation, guidé sans nul doute par le sentiment instinctif de la force de sa haute intelligence, il n'avait pas craint d'attaquer de front le plus géant des fléaux : la tuberculose, « le plus actif destructeur de notre espèce, comme il « l'écrivait lui-même, sévissant à tous les âges, sous « tous les climats et dans toutes les saisons, décimant « le genre humain sans trêve ni merci, exerçant de « préférence ses ravages à la plus belle et à la plus « précieuse époque de la vie, à l'âge de la force et « de la production ».

Ses méditations patientes, ses recherches clairvoyantes, l'interprétation logique d'observations nombreuses (et non de la seule observation quelque peu providentielle du trio des cent-gardes... et que la légende nous a schématisée...) lui avaient révélé combien il serait inexact de considérer cette maladie comme le stigmate d'une impénétrable diathèse. La contagiosité de la phtisie lui apparaissait moins discutable qu'aux médecins de son époque. Il voulait savoir. Depuis longtemps, il avait essayé de sonder, de disséquer le tubercule, il avait recherché sur la platine du microscope, le pourquoi de sa nature et de son évolution et il avait fait paraître en 1861 un mémoire sur l'anatomie pathologqique du tubercule. Le tubercule ne pouvant lui livrer son secret, il avait demandé à la méthode expérimentale d'explorer l'insondable mystère, ainsi qu'il l'avait confié à son maître et ami, le professeur GODELIER du Val-de-Grâce, gardant au fur et à mesure que le mystère s'éclaircissait, une extraordinaire sérénité d'esprit. Cette sérénité, il la conserva alors que s'instituèrent les controverses et que se heurtèrent, pendant près de 10 années, partisans et détracteurs de sa doctrine. N'est-ce pas ainsi d'ailleurs que se le rappelait en 1892, DUGUET en prononçant son éloge funèbre au nom de l'Académie de médecine : « Je le vois encore, s'écriait-il, plein « de son idée dominante et maîtresse, persévérant, « tenace, ayant l'ardeur d'un apôtre... poursui- « vant son chemin, persuadé qu'il tient en main la « vérité ».

Et cependant, la discussion était violente et âpre. Les objections que l'on adressait à VILLEMIN étaient multiples et de tous ordres : n'allait-on pas jusqu'à lui opposer, au début du moins de la controverse, ce qui peut nous indigner ou plutôt nous faire sourire aujourd'hui, qu'il était le seul de son avis : « être seul de son avis », ce dut être, j'imagine, le tort et la faiblesse de GALILÉE, de Christophe COLOMB, de

PASTEUR, de tous ceux qui venaient de découvrir un monde !...

Et lui qui avait eu l'audace d'exposer une doctrine sans se soucier d'être d'accord avec les dogmes intangibles, que répondait-il ? Pas la moindre chose. Quand on le pressait de se défendre, il s'écriait sans nulle affectation : « A quoi bon ? Laissez faire le temps ». C'est un fait, et combien admirable, car il est assez inattendu dans la nature humaine, qu'aux discussions qui se poursuivirent à propos de ses conclusions, cet homme à l'esprit pénétrant fut le seul à ne point prendre part. Il produisit les mémoires de 1865 et de 1866, puis son admirable livre consacré aux « Etudes sur la tuberculose » et, en soldat de la Grande Muette », comme je l'indiquais tout à l'heure, il rentra dans le silence...

Cette sérénité, cette impassibilité, il les puisa manifestement dans cette simple et rude honnêteté que donne le contact du réel et que fortifie l'habitude de ne point connaître d'autres maîtres que les faits.

Voyons encore là l'influence du caractère probe, tenace tout à la fois et discret de cet enfant du peuple, formé parmi les éléments les plus résignés et les plus silencieux de la Société et qui sut toujours se garder de l'ostentation. Voyons-y aussi l'effet de cette mesure inhérente au peuple de nos campagnes de l'Est qui abhorre toute emphase : on sème, on récolte, et les fruits se font valoir d'eux-mêmes...

Voyons encore là enfin l'expression la plus évidente de la véritable force, de l'énergie qui ne défaille jamais, d'une volonté ardente et tenace, qualités héroïques qu'il a acquises dans la lutte pour l'existence, dans la lutte pour le travail, dans la lutte passionnante pour la recherche d'un problème si capital et, enfin, dans la lutte plus douloureuse pour le triomphe de la vérité.

Un savant de l'envergure de VILLEMIN aurait dû, au soir de sa vie, être comblé d'honneurs : il n'en fut rien, ou, du moins, l'hommage qui lui fut rendu fut un peu trop discret au regard de l'œuvre.

Certes, dès 1874, l'Académie de médecine lui avait ouvert ses portes, et au début de 1892, elle en avait fait son vice-président quand, le 6 octobre suivant, la mort l'arracha à l'affection de tous. En 1891, VILLEMIN avait eu la satisfaction d'être nommé, par acclamation, président du Congrès pour l'étude de la tuberculose.

Mais l'Académie des sciences n'avait pas cru devoir l'accueillir et ne lui rendit qu'un hommage posthume puisqu'elle lui décerna, en fin d'année 1892, le plus important de ses prix, à l'époque, récompense *triennale* accordée à l'auteur de la plus grande découverte dans quelque ordre de sciences que ce soit, quelle que soit aussi la nationalité de son auteur...

« L'attribution de la somme attachée à ce prix aux héritiers de notre illustre compatriote, écrivait BOUCHARD, constituait dès lors « le seul moyen qui restât à l'Académie des sciences pour honorer la mémoire de VILLEMIN » et pour décerner à ses travaux, selon le mot de PASTEUR, rapporteur de la Commission du Prix LECONTE « le premier hommage de la postérité ».

L'Armée ne sut pas non plus, avouons-le très humblement, faire les gestes par lesquels elle aurait dû reconnaître, le Serviteur de Génie qu'elle avait en VILLEMIN. Au cours d'une carrière qui, de 1863 jusqu'en 1885, s'était écoulée tout entière dans cette école du Val-de-Grâce où il contribua à l'instruction de 22 promotions de médecins militaires (1), les honneurs ne furent dispensés qu'avec une certaine économie au savant dont la modestie excessive lui interdisait d'exploiter sa valeur scientifique.

Proposé pour la croix en raison de sa belle conduite auprès des cholériques du Val-de-Grâce pendant l'épidémie de 1866, il ne fut nommé chevalier de la Légion d'honneur qu'à la fin de l'année 1869, quatre ans après sa première et retentissante communication académique. Il avait 54 ans quand, le 18 janvier 1881, il reçut la croix d'Officier de notre Ordre national.

Le 19 mai 1885, VILLEMIN, lors de sa promotion au grade de médecin inspecteur, dut quitter le Val-de-Grâce pour prendre momentanément l'inspection générale du Service de santé dans un arrondissement militaire et l'on ne parvint pas ensuite à le mettre en situation de continuer son œuvre ; d'où, dès le mois de septembre 1885, une demande de mise en disponibilité afin, écrivait VILLEMIN, de pouvoir « continuer et achever les travaux scientifiques dont « je m'occupe en ce moment et qui ne sauraient être « poursuivis que dans le milieu où ils ont été com« mencés » ; puis, trois jours après, probablement sur conseil, sinon sur un ordre de l'Administration centrale, une demande de passage dans le cadre de réserve pour raison de santé... VILLEMIN avait alors 58 ans.

Telle fut la sortie de l'armée, à la dérobée, si j'ose ainsi dire, de ce savant génial qui, dans l'histoire de la tuberculose, a inscrit son nom entre ceux de LAENNEC et de Robert KOCH.

On le voit, dès lors, constant dans ses principes, continuer à contenter cette fidélité aux malheureux, ce besoin de dévouement qui l'avait toujours guidé, et se consacrer, de façon fort désintéressée, à une clientèle qui le recherchait avec un empressement toujours grandissant.

Quand il mourut, le grade de commandeur de la Légion d'honneur ne lui avait pas été encore conféré, malgré les démarches affectueuses de ses élèves et de ses amis, et, lorsque le convoi sortit de sa demeure, derrière le cercueil, marchèrent PASTEUR et de nombreuses illustrations de la science ; mais, s'il faut en croire certaines chroniques de l'époque, on n'aurait pas remarqué sans quelque désillusion

(1) Il y fut d'abord professeur agrégé de clinique médicale ; ensuite, à partir de 1867, professeur d'hygiène et de médecine légale militaire ; enfin, de 1882 à 1885, médecin chef de l'hôpital d'instruction et sous-directeur de l'Ecole.

qu'en dehors de l'hommage qui lui était apporté par des Officiers généraux et par une large représentation du Corps de santé militaire, les honneurs n'étaient rendus qu'avec une parcimonie peu en rapport avec l'éclat qu'avait jeté sur le pays et sur l'armée un des grands bienfaiteurs de l'humanité, si digne d'un hommage national.

Par contre, nous devons réserver un souvenir fidèle et ému aux médecins vosgiens qui prirent la pieuse initiative de « commencer pour l'inventeur de la spécificité et de la transmissibilité de la tuberculose, la période sans fin de justice et de triomphe » en élevant un monument à sa mémoire, en 1894, à Bruyères.

De nombreuses et illustres personnalités civiles et militaires vinrent rendre alors le premier hommage public de la postérité au grand savant, et il m'est particulièrement agréable de saluer ici, parmi les survivants de cette cérémonie, le médecin inspecteur général DELORME, le doyen vénéré du Corps de santé militaire, ancien président de l'Académie de médecine et l'actuel président de cette haute Compagnie, le professeur GLEY, compatriote de VILLEMIN.

Messieurs,

Je m'excuse d'avoir débordé peut-être, en quelque manière, le cadre que je m'étais tracé, mais il m'a semblé que je devais satisfaire votre esprit de justice, dans ces instants consacrés au souvenir, en rappelant certains des faits que j'ai évoqués et le Directeur du Service de santé au Ministère de la guerre a considéré comme un impérieux devoir de les souligner, non sans mélancolie et sans regret, pour en tirer la leçon et l'enseignement qu'ils comportent. Le temps n'est plus où des chercheurs, unissant le culte de la science à celui de l'armée, où des VILLEMIN, des LAVERAN, car je faillirais à ma tâche si je ne citais le nom immortel de ce novateur qui honora le Corps de santé militaire et dont le prix NOBEL reconnut le génie, seront contraints, dans le but de poursuivre et d'achever leurs travaux, à prendre la douloureuse décision de quitter l'armée. Comme s'il n'y avait pas place, dans la médecine d'armée, pour les plus fidèles et les plus brillants serviteurs de la science ! Comme si ceux-ci, afin de donner libre cours à leur besoin de recherches, devaient s'en évader pour trouver ailleurs refuge et soutien ! — Les temps sont heureusement révolus, qui ont pu voir semblables conceptions prendre l'apparence d'une réalité. Les médecins d'armée appartiennent simultanément, indistinctement, à deux grandes familles : l'*Armée* et *la Science*, et, entre ces deux familles, il ne saurait y avoir qu'union intime et confiante. La première doit manifester son pouvoir et sa munificence en faveur de ceux qui font le plus d'honneur à la seconde ; toutes deux doivent incessamment travailler en une étroite collaboration.

Mais n'est-il pas superflu d'exprimer pareille affirmation après que nous avons vu, au cours du grand bouleversement des peuples, *tous* les membres de la famille médicale donner, dans une union parfaite et affectueuse, le meilleur d'eux-mêmes, faisant enfin éclater cette évidence que, s'il y a nécessairement des médecins militaires, il n'existe qu'une seule médecine dont les disciples sacrifient, s'il le faut, leur vie pour sauver leurs semblables, s'ingénient à rechercher les moindres moyens de faire progresser la science et, chaque fois qu'il est possible de le faire, à en déchirer des voiles réputés impénétrables.

Oui, aux hommes, nous pouvons appliquer des épithètes et décerner des titres ; mais la science, elle, est une. La science des êtres vivants a l'unité d'un être vivant. Que ce soit là, Messieurs, la réflexion finale où nous amène l'étude d'une vie, d'une carrière comme celle de VILLEMIN qui réussit à déverser des acquisitions nouvelles dans le patrimoine commun de l'humanité.

Souvenons-nous, en méditant son noble et glorieux exemple, qu'il n'y a ici, comme en tous les hôpitaux et dans tous les laboratoires, où l'on a déposé des habits sombres ou dorés pour revêtir l'uniforme de la blouse ou du tablier du médecin, que des serviteurs de la science et de la misère, et, pour tout exprimer par le mot le plus significatif: *des hommes au service de l'humanité qui souffre.*

M. Painlevé, Ministre de la Guerre, trouva les accents qui convenaient pour congratuler la famille de Villemin, et rendre hommage au savant qui sut se placer, avec peut-être des radiations moins aveuglantes, mais tout aussi salutaires, sur le même plan que Pasteur.

Les délégués étrangers, à l'appel de leur nom, remirent entre les mains de M. Savornin les adresses de leurs pays respectifs. Le professeur Maragliano, le délégué belge, le délégué roumain, furent particulièrement applaudis.

Le lendemain, avait lieu, au Val-de-Grâce, la *Journée de la tuberculose*, présidée par les professeurs Calmette, Dopter et Léon Bernard. De courtes communications furent faites par les représentants les plus qualifiés de la phtisiologie moderne. Je citerai parmi eux : MM. CALMETTE, LEURET, SERGENT, BEZANÇON, VIALARD, AMEUILLE, KUSS, VERNES, ARLOING, RIEUX, PARISOT, DEBRÉ, RIST, URBAIN, ARNAUD, CAZAMIAN, GUINARD, Léon BERNARD, VAUDREMER, BÉRARD...

Communications souvent contradictoires. Je ne saurais m'empêcher de signaler ici le désarroi qu'elles durent laisser dans l'esprit des praticiens venus pour s'instruire. C'est ainsi que l'un des orateurs ayant proclamé, qu'à son sens, la tuberculose débute toujours comme une maladie générale, septicémie ou bacillémie, avant de se localiser en foyers, un autre lui succéda qui affirma, avec la même assurance, que le début de la tuberculose est toujours local (chancre d'inoculation de Parrot) avant l'envahissement ultérieur

de tout l'organisme. Notre très distingué confrère JOUSSET, professeur agrégé et médecin de l'hôpital Laënnec, ayant expliqué que l'anthracose pulmonaire est infiniment rare, sauf chez les mineurs, et que les dépôts que l'on observe dans les poumons humains sont d'origine endogène, et constitués par de l'oxyde de fer provenant de l'hémoglobine du sang et accumulé dans des cellules dites martiales, affirma qu'en effet, les poussières des villes ne dépassent guère les premières voies respiratoires. Là-dessus, le Dr Kuss soutint exactement le contraire, et que, par des expériences sur le cobaye, il avait constaté que les poussières atmosphériques pénètrent jusqu'au fond des alvéoles . . .

Et je ne parle pas des sourires ironiques, des attitudes peu courtoises qui accueillirent certaines communications, — de la part de personnalités auxquelles un peu plus de discrétion eût certainement mieux convenu. Et je ne pouvais me retenir de me remémorer l'allusion très significative que, dans son discours de la veille, Calmette avait faite aux *pontifes* qui, aux environs de 1865, se montrèrent si hostiles à Villemin.

Tout cela n'alla pas sans éveiller en moi quelque amertume, et quelque regret . . .

Le lundi 17 octobre, fut marqué par une nouvelle cérémonie au Val-de-Grâce, où la mémoire de Villemin fut, une fois de plus, magnifiée par les professeurs Dopter et Léon Bernard et M. Painlevé, Ministre de la Guerre.

Le mardi 18 vit la glorification de Villemin, dans l'enceinte de cette même Académie de médecine qui s'était naguère tout d'abord montrée si franchement opposée à reconnaître pour exactes ses découvertes, et dont plus tard cependant, elle fit son vice-président.

Et le soir de ce même jour, un grand banquet, très somptueux, réunit au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. A. FALLIÈRES, Ministre du Travail et de l'Hygiène, assisté de M. MARIN, Ministre des Pensions, une foule de convives et fut, avec ses toasts chaleureux, comme le bouquet radieux du splendide feu d'artifice, si j'ose dire, qui fut tiré en l'honneur du grand VILLEMIN.

G. DUCHESNE.

CONTRATS PASSÉS ENTRE SYNDIQUÉS POUR LE RESPECT DES ENGAGEMENTS PRIS EN COMMUN

Les Syndicats médicaux passent actuellement des paroles à l'action . Beaucoup poursuivent le relèvement des honoraires, principalement en matière d'assistance médicale gratuite.

D'autres se préoccupent de la situation, qui sera faite aux médecins, lors de l'application de la loi sur les assurances sociales. Il faut se garantir d'avance contre tous les lâchages et les défaillances des praticiens, qui seraient tentés de faire passer leur intérêt égoïste, mais immédiat, avant celui de la corporation tout entière.

Très souvent, nous sommes consulté aux fins de savoir s'il serait possible de provoquer des engagements écrits, valables en justice, contenant des clauses pénales, pour forcer le respect des décisions prises en commun.

Certains ont proposé le versement d'avance d'une certaine somme, entre les mains du trésorier, somme qui deviendrait la propriété du groupe, si le syndiqué était frappé d'une pénalité quelconque, par ses confrères.

A cette conception, certains objectent la difficulté du recrutement, qui serait augmentée du fait d'avoir à verser d'avance une somme représentant une caution contre les défaillances possibles.

D'autres ont pensé possible de faire signer des billets à ordre, qui seraient mis en circulation et en recouvrement, si besoin en était.

Ce système, qui relève du droit commercial, est inapplicable en droit médical, pour plusieurs motifs.

Un président de syndicat nous demande s'il serait possible de faire signer, par tous les membres de son groupe corporatif, l'engagement suivant :

« Je soussigné ...... reconnais devoir une cotisation unique et extraordinaire de deux mille francs, pour admission au syndicat de ..... en plus de la cotisation ordinaire annuelle.

« Je m'engage à remettre cette somme au président de mon syndicat, s'il en est ainsi décidé par la majorité de l'Assemblée générale de ce syndicat, sous réserves que la convocation à cette Assemblée me soit adressée par lettre recommandée, quinze jours avant la réunion et qu'elle porte la mention suivante : mise en demeure à tel confrère d'avoir à verser (ou tel confrère doit-il verser) tout ou partie de sa cotisation extraordinaire de 2.000 francs ?

« En cas de décès, cette cotisation ne sera pas exigible ».

Personnellement, je n'accepte pas cette formule, car, d'une part, beaucoup de médecins, surtout des jeunes, qui s'installent, pourront hésiter à immobiliser pareille somme.

En second lieu, les motifs de cette cotisation peuvent être discutés en justice ; l'admission au syndicat étant prononcée, le versement de cette

cotisation extraordinaire peut être considéré comme étant devenu sans objet.

Enfin, on peut soutenir, devant les tribunaux, qu'on n'a pas le droit de compromettre d'avance, qu'on ne peut prévoir les cas qui rendraient cette cotisation exigible, etc., etc.

Le mauvais confrère est souvent de mauvaise foi. Mis en demeure d'acquitter sa cotisation pénale, il s'y refusera et en appellera aux tribunaux, pour faire décider qu'il ne doit rien.

D'ailleurs, une démission donnée en temps utile et opportun, rendrait cette clause inutilisable.

Pour ma part, je crois qu'il est fort difficile de fixer d'avance les limites de ce qui est permis et de ce qui est défendu : le droit coutumier, dit déontologie médicale, me paraît presque impossible à être codifié.

J'admire tous ceux qui s'évertuent à rédiger un code de déontologie : leur bonne volonté est évidente ; mais, dès qu'on aborde la rédaction d'une sorte de code pénal professionnel, on se heurte à de nombreuses difficultés. En droit pénal, les mots ont une signification étroite ; ils doivent être interprétés *stricto sensu* et c'est là que réside toute la difficulté.

Ce ne sont pas des médecins qui devraient rédiger ce code professionnel, mais bien des juristes, rompus au sens précis des mots, qui, sous la direction des médecins, cristalliseraient les règles professionnelles.

Aussi, pour chaque cas particulier, est-il bien difficile de faire le départ entre ce qui constitue la faute et ce qui est à la limite de ce qui est permis de faire.

Ce sont questions de fait, qu'on ne peut apprécier que localement et au moment déterminé.

C'est pour ces motifs que je redoute fort l'institution d'un Conseil de l'Ordre, qui rendra d'aussi mauvaise justice que les tribunaux de droit commun.

Errare humanum est, et les justiciables du Conseil de l'Ordre l'apprendront à leurs dépens.

Je préfère de beaucoup le simple arbitrage, avec possibilité de faire appel devant les tribunaux de droit commun, selon les dispositions du Code de procédure civile.

D'ailleurs, avant que le Parlement se soit décidé à voter une loi, imposant l'Ordre des médecins, les syndicats médicaux auront tout le temps pour organiser eux-mêmes leur justice corporative. D'autant que je crains fort que les pouvoirs publics ne profitent de cette loi à intervenir, pour nous imposer des services gratuits et obligatoires, tels que l'assistance médicale gratuite, l'inspection des nourrissons, les vaccinations et autres.

Pour établir mon projet, je considère d'abord que le livre III du Code du travail et de la Prévoyance sociale, sur les syndicats, autorise ces groupes corporatifs à poursuivre l'action civile, pour la réparation d'un préjudice, qui atteint, même indirectement, l'intérêt collectif de la corporation. En ce sens, Cour de Cassation criminelle, 8 juin 1923 ; 14 mars 1924 ; 1er mai 1924 ; Cour d'appel de Douai, 17 juin 1926.

Tout récemment, la chambre criminelle de la Cour de Cassation, par arrêt du 11 mars 1927, a reconnu une fois de plus à un syndicat le droit de poursuivre devant les tribunaux, la réparation du préjudice causé par une concurrence déloyale, qui porte atteinte aux intérêts que la loi a entendu protéger et que représente le syndicat.

Dans ces conditions et en conformité avec les articles 1134 et suivants du code civil, 1.003 et suivants du code procédure civile et avec le livre III du code du travail, je crois que le meilleur mode de défense préventive d'un syndicat contre les mauvais syndiqués serait le suivant :

Chaque membre du syndicat adresserait au président du groupe corporatif l'engagement ci-après :

« Je soussigné, Docteur ...... demeurant à..... membre du syndicat de ...... prends l'engagement, à partir de ce jour, de m'abstenir de tout acte de concurrence anticonfraternelle, comme de toute action antidéontologique, notamment en matière de réclame, de dénigrement, de détournement de clientèle, etc.

« Je m'engage à respecter les termes des statuts du syndicat médical auquel j'appartiens, ainsi que toutes les décisions adoptées par les diverses assemblées générales.

« En outre, je contracte l'obligation de ne signer individuellement, ni d'accepter aucun contrat, ou engagement quelconque avec une collectivité publique, ou privée, ou avec une individualité, si ce n'est d'un accord commun, rédigé par écrit, avec les membres du syndicat médical de....

« En cas de litige, ou de plainte portée contre moi, je m'engage, dès à présent, à soumettre le différend qui existerait entre moi et le syndicat de ..... à un tribunal d'arbitrage, composé de deux médecins, choisis l'un, par l'une des parties et le second, par l'autre partie, ces deux arbitres devant en désigner un troisième, à moins que les parties ne se mettent d'accord pour soumettre le différend à un seul confrère, désigné d'un commun accord.

« Ce, ou ces arbitres se prononceront comme amiables compositeurs. Ils pourront, s'il y a lieu, appliquer, comme sanction, soit un blâme, soit une amende de cinq cents à dix mille francs.

« Je m'engage à accepter la décision de cet arbitrage, réserves faites du droit de porter le litige en appel devant les tribunaux de droit commun, selon les termes de l'article 1023 du code de procédure civile. »

Puisque nous sommes sur ce chapitre des formalités juridiques, les parties devront signer un

compromis d'arbitrage, rédigé avant toute opération judiciaire professionnelle.

Voici un modèle, que je pourrais proposer :

« Le Syndicat médical de... représenté par son président, M. le Dr ..... d'une part,

Et M. le Dr..... demeurant à .... d'autre part,

« Voulant éviter les frais coûteux d'un procès, consentent à s'en rapporter au jugement et à la décision de MM. les docteurs A. B. C. (et tous autres s'il y a lieu), lesquels,s'ils acceptent les pouvoirs que les susnommés leur confèrent par les présentes, décideront, comme amiables compositeurs, sur les difficultés ci-après, qui divisent les parties.

« (Exposé de l'affaire, des thèses soutenues par les parties et préciser les points sur lesquels doit porter la sentence d'arbitrage).

« En conséquence, les parties ont arrêté ce qui suit :

« 1° Les arbitres ci-dessus nommés jugeront sur le différend et sur la difficulté dont s'agit, comme amiables compositeurs, d'après les règles du droit, sans néanmoins suivre la procédure tracée pour les tribunaux, dans l'instruction de la cause.

« 2° Les arbitres rendront leur jugement arbitral dans le délai de ...., à compter du jour de l'acceptation des pouvoirs à eux conférés et ce jugement sera rendu en dernier ressort, les susnommés renonçant, par les présentes, à tout appel, quelle que soit la décision des arbitres. (Cette dernière clause peut être supprimée, si les parties veulent, aux termes de l'article 1023 du code de procédure civile, se réserver le droit de porter la décision des arbitres en appel, devant les tribunaux de droit commun).

« 3° En cas de décès, départ ou empêchement d'un des arbitres ci-dessus nommés, un nouvel arbitre sera désigné d'un commun accord entre les parties ;

« 4° Les frais du présent compromis et de son enregistrement, ainsi que les frais d'arbitrage seront supportés par la partie qui succombera (ou seront supportés par moitié par les parties).

« Fait en triple à .... le ....

(A rédiger sur timbre et faire enregistrer).

J'estime, de la sorte, que le syndicat est suffisamment armé contre un mauvais confrère.

Comme c'est le groupe professionnel, qui doit poursuivre le respect des engagements pris, la connaissance du conflit doit échapper au conseil de famille, car le syndicat ne peut pas être juge et partie. Ce conseil de famille ne peut prononcer que des pénalités de mise à l'index ou d'exclusion.

Mais, le tribunal arbitral aura tout pouvoir pour instruire le litige et lui donner la solution convenable.

Au cas où le mauvais confrère se refuserait de souscrire aux obligations contenues dans son engagement, adressé au syndicat, au cas où il ne consentirait pas à soumettre le conflit à des arbitres, le groupe corporatif aurait le droit de le poursuivre devant les tribunaux de droit commun et de demander des dommages-intérêts.

Isolé, chaque syndiqué doit succomber en face d'une collectivité quelconque ; le conseil général peut imposer, à chaque médecin, un tarif rabaisien pour l'A. M. G., les vaccinations et autres ; les sociétés de secours mutuels peuvent réduire une individualité médicale à une sorte d'esclavage salarié ; les caisses d'assurances sociales (lorsqu'elles fonctionneront) sauront jouer de « l'entente directe », pour s'assurer le concours de médecins salariés, véritables mercenaires-employés.

Au contraire, la collectivité syndicale peut parler au nom de tout un groupe de praticiens, discuter, au nom de ceux-ci, des tarifs et des modalités de travail, permettant à chaque malade de s'adresser librement, sans interposition de tiers quelconque, au médecin, en qui il a confiance.

Le syndicat peut passer ainsi des conventions collectives, faisant respecter les droits des clients, comme ceux des praticiens.

Les tribunaux de droit commun, ou les tribunaux arbitraux et commissions bi- ou tripartites sauront faire observer les clauses et engagements.

Mais il est indispensable que les bons confrères soient garantis contre les mauvais. Il ne faudrait pas permettre que ces derniers puissent profiter des avantages, conférés par la collectivité syndicale, jusqu'au jour où, leurs intérêts égoïstes et immédiats étant en cause, ces praticiens peu scrupuleux puissent, impunément, violer leurs engagements et se livrer à des actes de concurrence déloyale, ou accepter des contrats individuels, au mépris de la parole donnée.

L'engagement ci-dessus me paraît devoir défendre les bons confrères contre les mauvais. Les arbitres jugeront et condamneront, s'il y a lieu. Sinon, si les délinquants ne consentent pas à un arbitrage, ils seront traduits devant les tribunaux de droit commun.

En retour, les praticiens n'auront pas à redouter la tyrannie syndicale et la main-mise du groupe sur le conseil de famille, comme sur l'assemblée générale disciplinaire. Le médecin, qui aurait à se plaindre des dirigeants de son syndicat, aura toujours le droit de demander la convocation d'un tribunal d'arbitrage.

Et comme chaque partie désigne son arbitre, qui peut être pris dans un autre département, la justice syndicale sera bien rendue, cependant que les droits de chacun n'auront nullement à redouter une tyrannie quelconque.

Je crois que le syndicat deviendra indispensable par intérêt : c'est l'idée que j'émettais, en 1919, dans ma thèse de doctorat en droit : je m'y maintiens plus que jamais.

Dr Paul Boudin.

CUISINE MÉDICALE — LES INTRASAUCES

Par le Dr A. Gauducheau.

Il s'agit d'un procédé culinaire pour améliorer le goût des viandes. Il consiste à remplacer le sang des animaux comestibles par une sauce intérieure, une « intrasauce », que l'on injecte dans le cœur, après la saignée et avant le rôtissage. Cela permet de communiquer à ces viandes des arômes excellents ; c'est, en quelque sorte, une marinade interne ou un embaumement alimentaire.

Supposons que l'on veuille traiter une volaille. Voici comment il convient d'opérer : l'animal est d'abord saigné au cou, près de la tête et plumé ; puis, on lie fortement le cou au-dessous de la plaie de saignée, afin de fermer les carotides ; ensuite, on coupe la paroi abdominale au-dessous du bréchet par une incision courbe en forme d'U contournant la base du thorax et se prolongeant latéralement sur les côtes dont les dernières sont sectionnées ; cela permet de soulever tout le plastron sternal largement et d'apercevoir le cœur. Alors, au moyen d'une seringue de 50 centimètres cubes, munie d'une aiguille d'assez fort calibre ou d'un trocart, on pousse doucement dans le ventricule gauche la quantité voulue de l'intrasauce choisie. En général, il faut injecter le vingtième du poids du corps de la bête pour remplir convenablement les vaisseaux. Deux ou trois heures après l'injection, on rejette les entrailles, suivant l'usage ; puis, on laisse la viande s'imprégner pendant vingt-quatre heures et enfin, on fait rôtir à la cocotte, avec beurre, sel et poivre. La technique est, dans ses grandes lignes, la même pour le lapin ; seulement, lorsqu'il s'agit de ces mammifères, on fait un volet sternal plus étroit pour atteindre le cœur. Si l'on veut traiter un lièvre tué à la chasse, il faut fermer les vaisseaux sectionnés par le coup de fusil ; autrement, l'intrasauce fuirait par là. Dans ce cas, le mieux est de se servir, lorsque c'est possible, de lièvres dont la tête seule a été abîmée par le coup de feu, car, suivant les techniques ci-dessus, la tête est exclue de l'intrasauce.

Si l'on a quelque pratique des travaux de physiologie, on pourra faire les injections dans le cœur à travers la paroi thoracique ou dans un vaisseau. On pourra aussi localiser l'intrasauce à une partie de l'organisme ; par exemple, traiter des jambons ou des gigots de mouton par la voie iliaque ou aortique, en fermant la veine cave, etc.

Les liquides modificateurs sont naturellement variables suivant le goût que l'on désire communiquer aux viandes. Un des plus simples et des plus intéressants est le suc d'estragon extrait par le sel et le cognac et dilué dans du vin. Les lapins qui sont intrasaucés par une dose suffisante de ce jus d'estragon prennent un goût aromatique particulièrement fin et délicat, qui rappelle celui de la noisette et qui est encore plus manifeste sur la viande froide. Le jus de champignons est également recommandable.

En variant la nature et la dose de ces liquides, on constate que le goût des viandes traitées correspond rarement au goût du produit injecté ; il se fait un mélange, une sorte de réaction si l'on veut, entre la viande et le suc modificateur, de sorte que la résultante est d'un goût nouveau différent de celui de la viande naturelle et de celui de l'intrasauce ; ces goûts se fondent et, comme en cuisine classique, ce sera l'œuvre de l'artiste de trouver précisément les meilleurs moyens de combiener entre eux les divers éléments pour obtenir les meilleurs résultats.

Quand on injecte du *nuoc-mam* (condiment national des Annamites, fait de poisson salé autolysé) mélangé avec du jus de tomate, on obtient d'excellents produits à qui l'on peut donner instantanément le goût de faisandé, simplement en augmentant la dose de *nuoc-mam*.

Le *sho-yu*, qui est du jus salé fermenté de haricots soja, donne aussi de bons résultats.

D'une manière générale, les aromes végétaux sont les meilleurs.

Le vin ordinaire, additionné ou non d'un peu de vinaigre, de sel et de moutarde, inoculé de cette manière constitue une marinade intérieure excellente qui a la propriété de faire disparaître les mauvaises odeurs naturelles de certaines viandes ; par exemple, le goût de clapier ou de poulailler, qu'l'on rencontre chez les animaux de basse-cour mal soignés.

Le moût de vin ou de cidre en fermentation additionné de sucre et d'un peu de vinaigre et introduit dans la cavité circulatoire sanguine d'un poulet ou d'un lapin continue de fermenter dans le corps de l'animal et les chairs répandent bientôt une odeur de cuve, agréable, propice aux civets. Mais ici, par mesure de prudence, je con-

seille de toujours contrôler au microscope la pureté de la fermentation et de ne pas se risquer à ces manœuvres lorsqu'on n'a pas une pratique suffisante des flores microbiennes cadavériques. Il est curieux de noter que, dans le cas d'une bonne fermentation aromatique intérieure, le goût du foie, en particulier, est absolument transformé, affiné par une action correctement ménagée de la levure alcoolique.

Allant plus loin encore dans cette voie de la transformation des viandes, on peut associer à l'amélioration aromatique un engraissement immédiat des chairs maigres. Pour cela, on remplace le sang par un corps gras, de l'huile ou du beurre fondu aromatisés, par exemple. L'opération se fait aisément si l'on a soin de maintenir le corps de la bête injectée à une température convenable, pendant l'injection, afin d'éviter la solidification prématurée de l'intrasauce. Un mélange d'huile et de beurre imprégnés d'ail, par exemple, et poussé dans le cœur, suivant cette méthode, pénètre jusque dans l'intimité des chairs, facilement, et fournit des viandes savoureuses.

Je souhaite que nos confrères trouvent dans ces exercices, qui peuvent être infiniment variés, l'occasion d'agréables études.

Il est évident que, pour le moment, cette méthode n'est pas à la portée de tout le monde ; elle exige, en effet des connaissances d'anatomie et d'hygiène alimentaire et convient donc spécialement aux médecins ; c'est, comme l'indique le titre de cet article « une cuisine médicale ».

LE MÉDECIN BÉNÉFICIAIRE DE DROIT AUX ASSURANCES SOCIALES

Lecteur assidu de toutes les publications, tant de l'Union que de la Fédération des Syndicats médicaux, du *Concours médical* et de différents autres périodiques professionnels, et notamment des articles de la loi sur les A. S. votés au Sénat en juillet dernier, j'ai vu et compris ce que la loi attend du médecin et jusqu'à quel point sa situation sera bouleversée. Obligations, devoirs, responsabilités, contrôles, paperasseries, honoraires discutés, et tarifés, et rognés, atteintes au secret professionnel, au libre exercice, fonctionnarisation déguisée ; tout y est, rien n'y manque, et le médecin va se trouver on ne peut mieux bridé, brimé, réduit à la portion congrue et condamné à un travail de forcené, il sera devenu le serf de la féodalité démocratique de demain.

Voilà ce que la loi offre au Corps médical et qui mieux est, « le fonctionnement de l'assurance maladie repose tout entier entre les mains du Corps médical ». La conclusion qui s'impose, c'est que la grande victime de cette loi en sera donc en même temps l'artisan, le médecin.

La loi vaudra ce que le médecin voudra ; tous nous sommes d'accord sur ce point et tous aussi nous le savons, le médecin ne faillira pas au malade. Il ira donc quand même et jusqu'au bout, jusqu'à l'épuisement de ses forces, jusqu'à ce qu'il tombe et il tombera. J'ai bien dit : il tombera ; son tour, à lui aussi, viendra et plus vite que pour les autres qui sauront si bien se faire soigner gratuitement, prendre un repos bien payé. Il tombera, lui, l'exploité par tous, le surmené de tous les jours et de toutes les nuits, il tombera, qui donc le relèvera ? La loi qui prévoit tout a-t-elle prévu cette victime inattendue ?

Oh ! Je le sais, ce jour-là, à son chevet accourra un confrère avec tout son cœur, tout son dévouement, le médecin ne faillira pas au *médecin*. Mais si la maladie dure, si les infirmités en résultent, si désormais il ne peut plus travailler, quel sera le sort du malheureux, et les siens que deviendront-ils ? De quoi vivront-ils ? Qu'y a-t-il de prévu pour lui ? pour sa femme, pour ses enfants ? Question superflue pour les privilégiés de la fortune et qui peut-être en fera sourire quelques-uns, rougir quelques autres ; mais ne laissera pas d'être inquiétante pour ceux, et ils sont les plus nombreux, qui vivent exclusivement de leur profession.

Pour le médecin seul, maladie égalera donc misère, par suppression totale de toute ressource ; pourquoi pour lui seul ?

Alors qu'il aura dépensé tout son temps, tout son dévouement, toutes ses forces, en courant de jour et de nuit au chevet des autres jusqu'à l'épuisement total, il restera lui seul, le seul sans secours, sans ressources, devant la maladie, la vieillesse, l'invalidité. Pourquoi ? Et sa compagne ? Et ses enfants ?

Est-ce l'hôpital qu'on lui offrira comme dernière faveur ? Mais, pourra-t-on dire, s'il n'a pas de ressource assurée pour la maladie, la loi ne lui permet-elle point d'être assuré facultatif ? Peut-être, de cela je ne suis pas bien sûr, mais si oui, il payerait donc deux fois son assurance, et par ses cotisations, d'une part et de l'autre par les réductions qui lui sont imposées sur ses honoraires ! Et cela ne serait-il pas une injustice flagrante de plus ?

Pourquoi, dira-t-on encore, puisqu'il est lui-même son propre capital, ne s'est-il pas assuré à certaines Mutualités maladie-invalidité, n'a-t-il pas contracté d'assurance sur la vie ? Etes-vous bien certain que sur son maigre budget, le mo-

deste praticien a pu distraire annuellement des sommes suffisantes pour s'assurer, le cas échéant, le nécessaire pour lui et les siens ?

Mais enfin pourront objecter encore quelques autres, nous ne voyons pas en quoi diffère la situation du médecin malade invalide, que les A. S. existent ou non ?

En ce moment, les A. S. n'existent pas ; mais avez-vous quelquefois pensé, vous, les privilégiés de la profession, à la situation pénible, tragique, si souvent, du médecin qui ne peut exercer, à celle de chacun des siens ? Lisez-donc, si vous ne l'avez jamais fait, lisez donc les annonces des périodiques que chaque jour vous recevez, vous verrez le nombre d'offres faites par les veuves et les filles de médecins qui ont succombé à la tâche: cela ne vous ouvrira-t-il pas les yeux ? Et que sera-ce, alors que les A. S. existeront, réfléchissez un peu.

Les A. S. ne pourront fonctionner, dit-on partout, qu'avec le concours entier et dévoué de tout le Corps médical ; ce sera donc lui, une fois de plus, le grand sacrifié pour le mieux-être de la Société et c'est de lui, en effet, que tout dépend, et cependant, il est le seul dont personne n'ait daigné se préoccuper.

La loi qui a largement prévu et réglementé les services que le médecin devra rendre à la Société ne s'occupe nullement de ceux qu'elle lui devra rendre à son tour, s'il en a besoin. Ce que le Corps médical se doit d'exiger, c'est que chacun de ses membres soit, non pas assuré obligatoire ou facultatif, mais bénéficiaire de droit à tous les avantages de la loi sur les A. S. ; libre à lui dans l'avenir d'en réclamer ou non le bénéfice.

Et cela ne serait-il pas une juste contrepartie à la tâche écrasante qui va lui incomber, au bouleversement si profond apporté à sa profession et ne serait-ce pas de plus, pour le médecin, un allègement à son fardeau, un réconfort moral, un encouragement à accepter plus vaillamment une loi qu'il saurait devoir un jour le protéger lui-même et les siens, s'il en a besoin et s'il le désire. Rassuré enfin, sur les siens et sur lui-même, ne se donnerait-il pas plus complètement encore au soulagement de ceux qui lui feront appel et l'action bienfaisante pour tous que recherche la loi, ne serait-elle pas bien près d'être obtenue. Oh ! je le sais, l'amour-propre, la fierté légitime, feront, j'en suis certain, se récrier, s'indigner beaucoup de confrères qui croiront trouver dans mes suggestions une certaine humiliation, un abaissement de la dignité du médecin ; de ceci je n'ai cure et je n'écris point pour ceux qui se drapent d'hermine, pour ceux qui se renferment d'ordinaire dans leur tour d'ivoire et souriront de pitié s'ils ont daigné me lire, à moins qu'ils ne bondissent d'une orgueilleuse indignation. Ce n'est point à eux que je m'adresse, ni pour eux que je parle, qu'ils se rassurent, mais pour la masse des praticiens qui, je le répète, vit exclusivement de sa profession.

Ce que je demande pour chacun de ceux-là, c'est le droit à ces mêmes avantages que chaque jour, il distribuera, dispensera pour le mieux-être de tous ; le droit, s'il le réclame, de n'être pas le seul à qui il sera tout refusé.

Car enfin, ce qui m'étonne, c'est l'imprévision du médecin pour lui-même et pour les siens ; c'est de n'avoir pas encore vu un seul journal professionnel réclamer pour le Corps médical, les mêmes avantages que pour les autres membres de la Société.

Mais, peut-être est-il temps encore, et si une voix plus autorisée que la mienne veut bien se faire entendre, j'espère que justice sera rendue au praticien qui chaque jour, sans compter, se dépense pour les autres, sans jamais songer à lui-même. Et peut-être verrions-nous un jour, la Société reconnaissante, se pencher à son tour pour relever et soutenir l'un de ses meilleurs serviteurs. Vision de rêve, direz-vous, ce n'est que trop probable, mais vision et rêve qui m'ont plu.

Dr HUBERT.
La Ferté-Macé (Orne).

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Le Salon de 1927.

Comme chaque année après le Salon de l'automobile, je me propose de résumer pour les lecteurs du *Concours médical*, les impressions relevées par le visiteur assidu que je me dois d'être pour une manifestation aussi importante.

Un fait domine tout : l'éclosion des 6 cylindres. Les marques les plus anciennes comme les plus nouvelles se croiraient déshonorées si elles ne pouvaient pas montrer au moins un modèle de 6 cylindres. Celles qui n'en ont pas encore annoncent à grands cris qu'elles ne veulent livrer que des voitures étudiées, sans hâte, et qu'elles sortiront bientôt quelque chose de parfait.

Il faut bien reconnaître que Renault est le responsable de cette situation, sans que j'aie la moindre intention de donner un sens de blâme au mot « responsable ». Le progrès et tous les essais tentés pour améliorer sont toujours utiles pour les consommateurs ; il faut donc se féliciter que la vieille routine qui n'admettait les 6 cylindres que pour les très grosses voitures soit enfin enterrée, mais il est incontestable que la puis-

sante publicité faite en faveur de la Monasix quelques jours avant le Salon a obligé les concurrents de Renault à le copier ou à sembler agir aussi vite que lui sous peine d'être devancés.

Certains ont même trouvé très amusante cette prise de position venant aussitôt après l'affirmation non moins tapageuse de Citroën de se limiter cette année encore à la fabrication des 4 cylindres

Quoi qu'il en soit, le public s'est montré vivement impressionné par la nouveauté, sans paraître se rendre très bien compte de l'augmentation du prix de revient kilométrique entraînée fatalement par les cylindres supplémentaires à alimenter, tout au moins dans l'état actuel de la technique.

Personnellement, tout en étant d'avis qu'il serait logiquement plus utile d'arriver à une plus grande souplesse des petites voitures plutôt que des grosses qui sont déjà merveilleusement agréables à conduire, je suis assez curieux de voir si la faveur sera la même pour les petites 6 cylindres dans un an que maintenant.

En cette matière comme dans bien d'autres, la prudence est la sagesse et je préfère, en ce qui me concerne, laisser essuyer les plâtres par d'autres.

Je reconnais cependant bien volontiers que je raisonnerais tout différemment si ma fortune me permettait de faire des expériences plus ou moins onéreuses. Si une 6 cylindres doit en effet être plus maniable qu'une 4 cylindres, il y a lieu de prévoir une dépréciation assez rapide des nouveaux modèles qui seront fatalement perfectionnés très rapidement au fur et à mesure que les erreurs de fabrication se révèleront à l'usage.

J'ai beaucoup apprecié une autre idée : la double prise directe conçue, je crois, par Berliet et réalisée sur sa 11 HP 6 cylindres. Etre « en prise » aussi bien à 40 qu'à 80 km. à l'heure doit donner une douceur de conduite extraordinaire et prolonger la vie du moteur en évitant la fatigue des vitesses intermédiaires et aussi un « silence » remarquable.

On n'en restera certainement pas là, et bientôt beaucoup de voitures seront équipées sans doute de la même façon.

Un effort intéressant aussi est fait en vue de simplifier la fabrication des voitures et par conséquent leur prix. Je veux parler des tentatives de certains constructeurs tel que « Tracta » de supprimer des quantités d'organes en adoptant le système dit de la traction avant. Il est incontestable qu'il n'est pas normal de placer le moteur à l'avant et les roues motrices à l'arrière. Il est fort probable que dans un avenir plus éloigné cette disposition sera généralisée.

Sans doute parce que beaucoup d'automobilistes ne peuvent plus changer de voiture chaque année et cherchent en conséquence à moderniser celle qu'ils possèdent, le Salon 1927 aura été un succès pour les fabricants d'accessoires.

Les stands du 1er étage ont peut-être reçu plus de visiteurs que ceux du rez-de-chaussée.

Les nouveautés visent principalement à tenir compte des règlements du Code de la route. J'ai remarqué entre autres des phares pivotant, réglables de l'intérieur des voitures, extrêmement ingénieux. Le prix en est encore un peu élevé, mais vraiment comme ils doivent être pratiques !

On doit surtout les apprécier les jours de pluie, quand on doit suivre une route fréquentée ou lire un poteau indicateur, sans avoir besoin même d'entrouvrir une portière.

Les signalisateurs d'arrêt et de direction font également fureur. C'est logique puisqu'ils seront probablement obligatoires d'ici peu.

Très gros progrès aussi en quantité et en qualité pour tout ce qui concerne la motocyclette.

On commence en France à comprendre les énormes services que peuvent rendre ces petits engins maniables et rapides qui sont maintenant munis de pneus confort et de freins avant, tout comme les voitures les plus puissantes.

Autre signe des temps : alors que, autrefois, les constructeurs munissaient toujours leurs voitures de pneus trop faibles, sans doute par raison d'économie, ils ont enfin cédé aux réclamations des clients et montent au contraire maintenant des pneus renforcés. Je ne puis que les en féliciter car la dépense kilométrique se trouvera ainsi certainement réduite. Par contre, il est regrettable de constater que ce sont les Français qui s'éloignent de la standardisation des dimensions en sortant encore et des nouvelles jantes et des nouvelles sections. Je plains les marchands de pneus et me demande vraiment comment ils peuvent s'y reconnaître. N'eût-il pas été plus simples de nous entendre avec les Américains et les Anglais, plus puissants que nous dans ce domaine, et d'adopter la jante à tringles dite straight-side, qui donne toute satisfaction à quelques 25 millions d'automobilistes ?

Il est vrai qu'en créant des types spéciaux pour le marché français, on retarde la vente en grand des pneus d'importation. Tant mieux peut être pour le vendeur, mais tant pis pour le consommateur. Au point de vue national même, je ne crois pas que ce soit une bonne affaire, car je me suis laissé dire que d'assez grandes difficultés s'étaient élevées de ce fait avec les acheteurs étrangers qui raréfient leurs commandes de voitures en France, les nouvelles roues dont elles sont munies n'ayant pas cours dans leurs pays.

En attendant, on peut exercer la sagacité des sportifs en leur posant le petit rébus suivant : Etant donné une voiture munie de roues 765 × 105, que vaut-il mieux ? L'utiliser avec les pneus correspondants, ou bien changer les roues et

mettre des 775 × 145 à talons, des 30 × 5.77 pour jantes Bibendum, à moins de préférer des 820 × 120 qui se montent sur jantes 765 × 105, ou même des 780 × 150 surprofilés des 775 × 145 ? Je parie cent contre un que pas un seul garagiste ne pourra répondre en basant son opinion sur une documentation autorisée. Heureusement qu'il existe quelques vrais spécialistes du pneu, mais vraiment, avouons qu'ils deviennent non pas utiles mais indispensables.

Dr M. T.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LA CROISIÈRE DU « BRUXELLES MÉDICAL »

(19-28 *Août* 1927)

Les initiatives du *Bruxelles médical*, dans leur réalisation si parfaite d'emblée, sont toujours assurées du plus brillant succès. Les « Journées médicales » ont fait aujourd'hui le tour du monde. Les Croisières, organisées depuis quelques années par le grand journal médical belge, sont déjà appréciées au point que les listes d'inscription sont trop tôt remplies au gré des nombreux amateurs.

Cent quarante passagers quittaient le Havre le 10 août sur le « Cap Lay », magnifique paquebot des Chargeurs Réunis.

Ce que furent les escales, ces quelques notes n'ont pas la prétention d'en donner une idée suffisante. Bordeaux, avec les beautés de la ville et les charmes toujours appréciés de la visite de ses vignobles ; Lisbonne aux sept collines, bientôt délaissée pour les magnifiques châteaux et jardins de Quolus, Montserrate, Cintra, La Pena ; Tanger, première vision d'Afrique, ville bruyante et colorée, où son Excellence le Mondoub elle-même nous conviait à un thé des plus cordiaux ; splendeurs de la rade d'Alger ; richesses agricoles de la route d'Alger à Blida ; Blida, ville des orangers, porte de l'Atlas ; gorges de la Chiffa aux splendeurs sauvages, et dont les singes, mi apprivoisés, furent cependant plus cruels à une des plus charmantes passagères que les serpents du Grand Socco ; île Majorque, où les montagnes, les petites rades encaissées, et les champs d'oliviers et d'amandiers à perte de vue, donnent à la promenade en automobile un aspect toujours renouvelé ; Barcelone enfin, belle et grande ville moderne qui garde tant de magnifiques souvenirs du passé, et où l'Université nous réservait un si bon accueil ; comment avons-nous pu connaître et apprécier tant de pays divers en si peu de temps, avec si peu de fatigue ? C'est le secret des organisateurs, nos dévoués confrères Bruxellois.

Mais les Croisières ont, ne l'oublions pas, un but d'enseignement : faire connaître aux médecins, leur faire apprécier les bienfaits du séjour en mer. Le temps nous fut favorable ; et, tandis qu'en Belgique et en France sévissaient pluies et tempêtes, les passagers du « Cap Lay » n'ont connu que le beau fixe. Quelles journées de calme et de repos parfaits !

Comme de juste, des jeux de pont, des concours, des danses, et aussi des bridges, furent organisés. Mais beaucoup préféraient la douce rêverie dans la chaise de pont, et la contemplation muette du ciel et de l'eau. Tous, nous pourrons désormais recommander le voyage en mer aux surmenés et fatigués de la vie mdoderne, en toute connaissance de cause.

Enfin, nous ne pourrons oublier l'accueil de nos confrères belges, accueil non seulement cordial, mais chaleureux. Les nombreux invités français, anglais, suisses, danois, etc., furent fiers de naviguer sous le glorieux pavillon belge et heureux de s'associer aux manifestations où, à chaque escale, la Belgique était mise à l'honneur. D'ailleurs, dans de nombreuses occasions, les organisateurs ont fait exécuter et à applaudir les airs nationaux de toutes les nations représentées, montrant ainsi le prix qu'ils attachaient notre présence parmi nos confrères belges. Et c'est encore un des charmes de ces voyages entre médecins que ces bonnes amitiés, nées dans les longues conversations du bord, et qui gardent une espérance, celle de recommencer une croisière en si bonne compagnie.

Dr C. LEPOUTRE, Lille.

LES CONCOURS DES HOPITAUX DE PARIS

Les articles 272, 274, 199, 213, 223, 225, 227, 238, 264, 265, 271 et 261 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit :

Texte nouveau. — E. Prix de l'internat en médecine, prix de médecine, prix de chirurgie.

Article 272. — Au mois de décembre de chaque année, il est ouvert, pour les prix à décerner aux internes en médecine terminant leur 4e année d'exercice, deux concours distincts qui portent : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements. Le concours de médecine s'ouvrira le premier lundi du mois de décembre, le concours de chirurgie et d'accouchement, le premier jeudi de ce mois.

Les candidats ne peuvent se faire inscrire que pour l'un ou l'autre de ces deux concours.

Article 274. — Les épreuves des concours pour les prix à décerner aux internes en médecine sont réglés ainsi qu'il suit :

1° Un mémoire soit de médecine soit de chirurgie ou d'accouchement, basé sur des observations recueillies dans les services pendant l'internat. Ce mémoire est remis ouvert et doit être déposé au bureau du Service de santé de l'Administration le le 15 octobre au plus tard.

2° Une composition écrite anonyme sur un sujet de physiologie (sans anatomie) et de pathologie médicale — ou s'il s'agit du concours de chirurgie et d'accouchement sur un sujet d'anatomie et de pathologie chirurgicales.

Il est accordé trois heures pour cette épreuve.

Les compositions devront être écrites à l'encre et porter ni signature, ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour les concours de médecin des hôpitaux. La lecture sera faite par un interne des hôpitaux désigné par l'Administration durant le temps dont le jury disposera pendant les épreuves de consultation écrite anonyme (temps employé par les candidats pour l'examen des malades et la rédaction de leur consultation écrite anonyme).

Les copies seront numérotées dans l'ordre des lectures. En aucun cas les membres du jury ne prendront en main les copies des candidats. A cet effet les lecteurs se tiendront à la disposition du jury jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration.

3° Une épreuve de consultation écrite anonyme.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance des épreuves de consultation écrite, le jury après avoir choisi les malades est isolé des candidats.

Un censeur, choisi parmi les médecins des hôpitaux (bureau central) pour la sectlin de médecine, et parmi les chirurgiens des hôpitaux pour la section de chirurgie et d'accouchement, est chargé :

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve dans la séance ; 2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

L'Administration établit pour chaque section une liste de 4 censeurs. A moins de raison majeure, ceux-ci doivent accepter obligatoirement de remplir ces fonctions. Chaque jury a ainsi à sa disposition deux censeurs. Ceux-ci peuvent être désignés pour chaque séance, pour surveiller les candidats.

Le candidat a un quart d'heurepour examiner son malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme, sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms, puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance publique remet les copies dans la salle du jury. Celui-ci fait lire dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique.

Après la dernière épreuve, les noms des auteurs de chaque copie sont découverts en séance publique ; les deux notes obtenues par chaque candidat sont publiées séparément puis additionnées pour le classement avec la note attribuée au mémoire.

Il est pris, en vue de la dernière séance de l'épreuve dans chaque section, une précaution spéciale, celle de réserver obligatoirement, cinq noms de candidats au minimum pour cette séance.

Dans le cas où deux ou plusieurs candidats se trouveraient classés ex-æquo pour l'une des trois récompenses, il y aura lieu de procéder à une épreuve supplémentaire qui consistera en une épreuve de consultation écrite anonyme qui sera subie dans les mêmes formes que l'épreuve prévue au parag. 3 du présent article.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

	points
Pour le mémoire	20
Pour l'épreuve de composition écrite anonyme	30
Pour l'épreuve de consultation écrite anonyme	20
Pour l'épreuve supplémentaire (épreuve clinique)	30

Le mémoire est jugé au début du concours. A cet effet, le jury reçoit dans les premiers jours du mois de novembre, communication des mémoires déposés par les candidats. Il est réuni de nouveau 48 heures avant la date fixée pour l'ouverture du concours afin de délibérer sur la valeur de ces mémoires ; les points attribués sont communiqués aux candidats à l'ouverture de la première séance du concours.

Article 199. — Les concours annuels prévus à l'article 42, parag. 2 s'ouvrent, celui des médecins le

quatrième lundi du mois de février, et celui des chirurgiens le deuxième lundi du mois de février.

En ce qui touche les ophtalmologistes, les oto-rhino-laryngologistes, stomatologistes et les pharmaciens, des concours ne sont ouverts qu'au fur et à mesure des besoins.

Article 213. — Dans le cas où des candidats seraient classés ex-æquo après le jugement sur les épreuves de la première série des concours pour les places d'ophtalmologiste, d'oto-rhino-laryngologiste, de stomatologiste, de prosecteur et de pharmacien, le jury se basera pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible ; ensuite sur le plus grand nombre de fois où il aura été classé ex-æquo avec les admissibles ; si, à la suite de ce classement, des candidats se trouvaient encore ex-æquo, il sera procédé de la manière suivante pour les concours ouverts pour les places d'ophtalmologiste, d'oto-rhnio-laryngologiste, de stomatologiste et de prosecteur. La priorité sera accordée d'abord aux anciens internes, puis aux anciens externes, les internes provisoires étant classés comme externes et dans chaque catégorie à celui qui comptera la plus grande ancienneté de nomination en qualité d'interne ou d'externe ; pour les candidats issus d'un même concours il sera tenu compte pour les départager du rang de classement obtenu par chacun d'eux. Enfin, pour les candidats qui n'ont été ni interne, ni externe la priorité sera accordée à celui qui justifiera de la plus grande ancienneté de doctorat.

Article 223, § 22. — (Classement des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité du concours de médecin des hôpitaux).

Dans le cas où plusieurs candidats auraient un nombre égal de points, le jury se base, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur plus le grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé ex-æquo avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de ses deux copies acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours ; si, à la suite de ce classement, des candidats se trouvaient encore classés ex-æquo, il sera fait application en vue de les départager, des dispositions insérées à l'article 213.

Article 225 *bis*. — Classement des candidats (à la suite des épreuves d'admissibilité du concours de chirurgien des hôpitaux).

Dans le cas où plusieurs candidats auraient un nombre égal de points, le jury se base, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé ex-æquo avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de ses deux copies acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours ; si, à la suite de ce classement, des candidats se trouvaient encore classés ex-æquo, il sera fait application, en vue de les départager, des dispositions insérées à l'article 213.

Article 227. — Classement des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité (du concours d'accoucheur des hôpitaux).

Dans le cas où plusieurs candidats auraient un nombre égal de points, le jury se base, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé ex-æquo avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de ses deux copies acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours ; si, à la suite de ce classement des candidats se trouvaient encore classés ex-æquo, il sera fait application, pour les départager, des dispositions insérées à l'article 213.

Art. 228, III. — Dispositions communes aux concours de chefs de travaux de radiothérapie et de curiethérapie.

Dans les concours de chefs de travaux de radiothérapie et de curiethérapie, le nombre des candidats à conserver à la suite des épreuves d'admissibilité est fixé à trois par place mise au concours. Dans le cas où des candidats seraient classés ex-æquo pour la où les dernières places après le jugement des épreuves d'admissibilité, le jury se basera pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours de la même spécialité dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de fois où il aura été classé ex-æquo avec les admissibles ; dans le cas où des candidats se trouveraient encore ex-æquo, les dispositions de l'article 213 seraient applicables pour leur classement.

Article 265, §7. — (Concours de l'internat en médecine).

Après la dernière séance d'épreuve orale le jury, au cours d'une séance à laquelle seront présents six candidats désignés par le sort, procède au classement des candidats par ordre de mérite. La notation tenue cachée sur les copies est dévoilée et les points obtenus dans les épreuves écrites et à l'épreuve orale sont additionnés.

Les notes obtenues par les candidats ainsi que leur classement sont rendus publics par les soins de l'administration (le reste sans changement).

Article 271. — (Concours de l'internat en pharmacie) « Epreuves définitives ».

2° § 5. — Au début de la première séance de l'épreuve d'admissibilité au concours de l'internat en pharmacie, le président du jury détermine par la voie de tirage au sort l'ordre dans lequel les candidats sont appelés à subir l'épreuve. Six candidats désignés par l'administration par voie de tirage au sort sont seuls admis à assister à cette séance.

Article 261. — (Concours de l'externat) « Etablissement de l'anonymat ».

A l'issue de la séance d'épreuve écrite, les copies

remises par les candidats sont placées dans des boîtes scellées et paraphées par un membre du jury en présence de six représentants des candidats désignés par la voie du sort.

Il est procédé ensuite par les soins de l'administration en présence des délégués des candidats au classement des copies par ordre alphabétique et les trois copies de chaque candidat sont réunies et rendues anonymes. A cet effet on masque le nom en rabattant et en scellant l'angle supérieur de la première page. Les trois copies du même candidat sont alors placées dans une enveloppe ne portant aucune suscription.

Dans un second temps, les enveloppes contenant les copies rendues anonymes sont mélangées.

Dans le troisième temps, chacune des trois copies, retirées de l'enveloppe, reçoit le même numéro d'ordre distinctif.

Dans un quatrième temps les copies de chaque catégorie (anatomie, pathologie médicale, pathologie chirurgicale) sont placées dans des enveloppes, à raison de 10 à 12 par enveloppe, scellées et paraphées par un membre du jury.

Les enveloppes sont ouvertes, dans chaque section de jury, au fur et à mesure des lectures. La note attribuée à chaque copie doit être inscrite ultérieurement, en toutes lettres au-dessous du numéro d'ordre.

Si à la fin de la séance il reste une ou plusieurs copies qui n'auront pu être lues, elles seront placées dans une nouvelle enveloppe scellée et paraphée par le président de la section de jury intéressée.

Article 264. — Epreuves écrites anonymes (2).

Note 2. — Etablissement de l'anonymat.

A l'issue de chacune des trois séances d'épreuve écrite les copies remises par les candidats sont placés dans des boîtes scellées et paraphées par l'un des membres du jury en présence de six représentants des candidats désignés par la voie du sort. Un jour au moins après la fin de la 3e composition, et en présence des six candidats, il est procédé à l'ouverture des boîtes contenant les copies destinées à être rendues anonymes.

A cet effet, les trois copies du même candidat sont réunies et le nom est masqué en rabattant et en scellant l'angle supérieur de la première page.

Puis les trois copies sont placées dans une enveloppe commune ne portant aucune suscription.

Dans un deuxième temps, les enveloppes contenant les copies rendues anonymes sont mélangées.

Dans un troisième temps, chacune des copies retirées des enveloppes reçoit un même numéro d'ordre ; le numéro est inscrit sur l'angle inférieur de la première page, lequel est disposé de façon à pouvoir être rabattu et scellé comme l'angle supérieur.

Dans un quatrième temps, le numéro d'ordre est masqué. Les copies sont alors mélangées dans chacune des catégories (anatomie, pathologie médicale pathologie chirurgicale).

Dans un cinquième temps les copies de chaque catégorie sont placées dans des enveloppes scellées et paraphées par un membre du jury (à raison de 10 à 12 par enveloppe).

Les enveloppes sont ouvertes dans chaque section de jury, au fur et à mesure des lectures. La note attribuée à chaque copie doit être inscrite ultérieurement, en toutes lettres, au-dessous du numéro d'ordre. Si, à la fin de la séance, une ou plusieurs copies restent à lire, elles seront placées dans une nouvelle enveloppe scellée et paraphée par le président de la section du jury intéressée le reste sans changement.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Le Foyer médical franco-International. — Alors que la plupart des professions libérales comme les Ingénieurs, les Journalistes, etc., ont organisé depuis pas mal de temps, à Paris, une organisation professionnelle, leur club ou leur maison, seule, la grande famille médicale ne possédait rien de semblable malgré les efforts tentés de puis plus de 50 ans. Cette lacune n'existe plus. Grâce à leur ténacité, deux médecins, les docteurs Monnot et Thiery, aidés de collaborateurs dévoués, sont parvenus à créer un club médical digne de Paris, digne du Corps médical français et capable de contenter les plus difficiles.

Installé au deuxième étage de l'ancien Hôtel du Prince Roland Bonaparte, 10, avenue d'Iéna, ce club, ouvert à tous les membres de la famille médicale, français ou étrangers, de passage à Paris (médecns, pharmaciens, dentistes) et à l'élite de la population parisienne, répond à tous les besoins prévus par ses organisateurs.

La décoration et l'installation ont été traitées avec beaucoup de goût. Par une délicatesse que l'on ne saurait méconnaître, les organisateurs ont tenu à conserver et à restaurer les pièces, côté Iéna, décorées par les soins du Prince Roland Bonaparte en style empire ou Directoire. Les autres pièces du club, modernisées, ont été traitées de telle façon que le tout forme un ensemble d'un goût parfait.

Avantages professionnels. — Chaque membre du Foyer Médical franco-international trouvera toujours :

1° Des salles de lecture, des salons de correspondance, avec tables, pupitres.

2° Les ressources d'une bibliothèque extrêmement variée.

3° Un service de renseignements corporatifs.

4° Un service de consultations juridiques.

5° Une exposition permanente sous vitrines de tout ce qui peut intéresser le Corps médico-pharmaceutique.

6° Une salle de conférences pouvant contenir 1.200 auditeurs.

Avantages particuliers. — De plus, tout membre aura à sa pleine disposition :

1° Une luxueuse salle de restaurant, ouverte également à sa famille et ses invités, à des prix très modérés (15 fr. pour les membres, 20 fr. pour les invités).

2º Un bar américain avec Salon de thé.
3º Une agence de billets de théâtres et de music-hall.
4º Des salons de coiffure.
5º Un service de renseignements hôteliers.
6º Des réductions dans divers magasins de la capitale.
7º Enfin de luxueux salons de réception et de salons de jeux.

Telle est l'œuvre du Foyer médical complètement réalisée. Nous ne doutons pas qu'elle soit éminemment prospère.

Digne de Paris et du Corps médical, les médecins étrangers de passage à Paris, en seront les hôtes choyés et cela encore contribuera quelque peu à mieux faire apprécier dans le monde, notre pays.

Cotisations : membres actifs : Paris, Seine et Seine-et-Oise, 200 francs ; Province et Colonies, 100 francs ; étranger, 200 francs ; membres honoraires, 500 francs ; membres, étudiants ou internes, 100 francs.

— **Union internationale contre la tuberculose.** *Réunion annuelle du conseil de direction.* — Le Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose, comprenant Sir Robert Philip, le professeur Archangelo Ilvento, M. Andvord, le professeur Calmette, le Dr Dewez, le professeur Léon Bernard, secrétaire général, le Dr F. Humbert, secrétaire général adjoint, et M. A. Pallain, trésorier, s'est réuni le 27 septembre, 2, avenue Vélasquez, à Paris. Le lendemain, 28 septembre, le conseil de direction de l'Union internationale a tenu sa séance annuelle. Dix pays s'étaient fait représenter : Allemagne, Autriche, Belgique, France, Grande-Bretagne, Italie, Monaco, Norvège, Pologne, Suisse. Deux pays nouveaux : la Finlande et la Bulgarie ont adhéré à l'Union, ce qui porte à 34 le nombre des pays faisant actuellement partie de l'Union internationale contre la tuberculose.

La séance du Comité exécutif et la première séance du Conseil de direction ont été consacrées en partie à l'organisation de la sixième conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, qui doit avoir lieu à Rome, les 25, 26 et 27 *septembre* 1928. Le délégué italien, professeur Archangelo Ilvento, a présenté à ce sujet les propositions du Comité italien qui prévoit de nombreuses excursions et visites médicales à travers toute la péninsule pour les délégués des différents pays.

Le conseil de direction a décidé d'adopter les sujets suivants choisis d'après une longue liste de questions proposées par les divers pays membres de l'Union : 1. *Sujet biologique* : Eléments filtrables du virus tuberculeux. 2. *Sujet clinique* : Le diagnostic de la tuberculose infantile. 3. *Question sociale* : Organisation de la prophylaxie antituberculeuse dans les districts ruraux.

La décision sur le choix des rapporteurs a été réservée à la prochaine séance du comité exécutif.

La seconde séance du conseil de direction a été consacrée à la lecture et à la discussion du rapport du Dr Dumarest, médecin-chef des sanatoriums Belligneux et Mangini (Hauteville, Ain) sur « les résultats de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ». L'auteur conclut que l'application de cette méthode, souvent décevante, donne parfois des succès remarquables lorsque les conditions idéales sont réalisées. Le Dr Dumarest n'applique, en effet, la phrénicectomie qu'à certains cas soigneusement sélectionnés et n'en étend pas les indications aussi loin que certains auteurs tels qu'Alexander et Goetz.

Les comptes rendus *in extenso* de cette séance paraîtront dans le prochain numéro du *Bulletin* de l'Union internationale contre la tuberculose.

— **Association pour le développement des relations médicales, A.D.R.M.** *Réunion du Conseil d'administration*, 18 *octobre* 1927. — Le Conseil est saisi, à titre officieux, d'une demande de professeur de pharmacologie pourvu de connaissances étendues en chimie pour une Faculté de médecine étrangère. Il est mis, par M. le Dr Gutmann, au courant de la création d'un Comité médical franco-hellénique ; par M. le Dr Mathé, de celle d'une association franco-équatorienne qui désire être constituée sous le patronage de l'A.D.R.M. L'Association a reçu une lettre de remerciements de l'Interstate Post-Graduate Association of North America, au nom des 210 médecins qui sont venus en juillet dernier. Très satisfaits de ce qu'on leur a montré à Paris, les membres de cette association demandent à l'A.D.R.M. de vouloir bien organiser un programme pour une nouvelle visite qu'ils désirent faire en juin 1928. L'Association a reçu, d'autre part, le professeur Kopetzsky, qui demande que l'A.D.R.M. noue des relations avec l'International Medical Club of New York City. Le Comité haïtien de l'Alliance française émet le vœu qu'une mission de professeurs français se rende pendant quelques semaines à Port-au-Prince. Le président donne lecture de lettres de remerciements du Commissariat de la santé publique de la R.S.P.S.R. pour l'accueil fait aux médecins russes venus à Paris cet été, de la Cambridge University Society, de la London Medical Exhibition, etc.

Ont été nommés membres : MM. Fred H. Albee, Paul Fumouze, Eastman Sheehan, Enward Hartmann, Lambret, Paul Mathieu, Louis Rocher, E.V. Segura, Chailley-Bert, Natal Garcia.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** *Pour aller au Maroc, embarquez à Marseille.* — Pour vous rendre au Maroc, la traversée la plus courte, la plus rapide, la mieux abritée, est celle de Marseille.

En partant de Paris dans la soirée du vendredi, par les trains de 17 h. 10 (lits-salon, couchettes, 1re et 2e classes), de 19 h. 50 (wagon-lits, lits-salon, couchettes, 1re cl.) ou de 21 h. 25 (couchettes, 1re, 2e, 3e cl.), vous pouvez prendre à Marseille, le samedi à 11 h. l'un des confortables et luxueux paquebots de la Cie Paquet, qui fait escale à Tanger le lundi après-midi et arrive à Casablanca le mardi matin.

Des billets comprenant le parcours par chemin de fer et le parcours maritime, valables 15, 30 et 90 jours et permettant l'enregistrement direct des bagages, sont délivrés pour Tanger et Casablanca, par les principales gares P.L.M. et les agences de la Cie Paquet.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Celui-ci fera le diagnostic de l'affection et ordonnera le traitement nécessaire.

L'ordonnance médicale devra spécifier le nombre des séances, leur durée, les segments de membres, qui devront être soumis au traitement.

De plus, de temps à autre, sans qu'il s'écoule un long intervalle, le malade devra se faire examiner par son docteur pour que celui-ci puisse être juge de l'efficacité du traitement et se rendre compte s'il faut continuer, suspendre ou modifier le traitement.

J'entends d'ici certains contradicteurs, dans le clan des masseurs, qui me feront l'objection, suivante que j'ai fort souvent entendue : « Mais les médecins se désintéressent du massage. Nombreux sont ceux qui ignorent même tout le parti qu'on peut tirer de cet agent thérapeutique. Par conséquent, les masseurs doivent se substituer aux docteurs, pour donner aux malades des conseils pouvant amener la guérison d'états pathologiques, sans cela inguérissables ».

Ce raisonnement a sa part de vérité ; ils sont malheureusement trop nombreux, parmi les docteurs en médecine, ceux qui négligent cette branche de l'art de guérir.

Mais la loi est la loi et malgré sa bonne foi, il n'en serait pas moins condamné correctionnellement le masseur qui, de lui-même, instituerait un traitement, sans avoir eu la prudence de faire ordonner le massage par un médecin.

Tant que la loi du 30 novembre 1892 ne sera pas modifiée, seuls les docteurs en médecine et officiers de santé ont le droit d'instituer, par eux-mêmes, ou par des auxiliaires, un traitement physiothérapique.

Valeur du diplôme de masseur.

Certaines écoles forment des masseurs remarquables et connaissant parfaitement leur métier.

Néanmoins, les diplômes délivrés n'ont aucune valeur légale, en ce qui concerne l'exercice de la médecine ; ils ne sauraient remplacer le titre obligatoire de docteur en médecine, pour soigner les malades.

Le diplôme confère à son titulaire la preuve de connaissances théoriques et techniques suffisantes, pour inspirer confiance à un médecin et à un malade, que le praticien confiera au masseur.

En cas de poursuites en responsabilité professionnelle, le masseur, s'abritant derrière son diplôme, pourra donner au tribunal la certitude qu'il n'était pas inexpérimenté, pour masser un malade que lui a envoyé un docteur en médecine.

Le diplôme ne confère pas le droit d'employer le massage, comme procédé thérapeutique, sans la direction, ou tout au moins l'ordonnance

d'un médecin (en ce sens, cour d'appel de Grenoble, 22 janvier 1885). Le tribunal correctionnel de la Seine, par jugement du 13 mars 1911, a jugé qu'une masseuse ne peut se prévaloir d'un diplôme, délivré par une société privée, pour se passer des ordres d'un médecin, en ce qui concerne l'opportunité des séances de massage.

Attention au libellé des cartes de visite.

A ce sujet, je rappelle un jugement du tribunal correctionnel de la Seine, du 11 novembre 1910. Un masseur s'intitulant « médecin gymnaste suédois » était poursuivi pour exercice illégal de la médecine.

Mais le prévenu arguait, pour sa défense, que lorsqu'il s'agissait d'une maladie, il renvoyait le malade à un médecin et qu'il n'opérait jamais de massage qu'avec l'assistance du médecin du malade : il se bornait à faire de la médecine suédoise.

Mais le ministère public soutint que les personnes, qui ont en main la carte de visite du prévenu, y lisent : « lumbagos, constipation, massages gynécologiques ». « Ce sont là, dit-il, des maladies et le prévenu les soigne, non comme masseur, mais comme médecin, qui donne à des heures fixes, des consultations. »

Le prévenu fut condamné.

Conclusions.

La mise en vigueur prochaine de la loi sur les assurances sociales élargit beaucoup le cadre de la question : les caisses d'assurances auront le plus grand intérêt à ce que leurs assurés malades ou blessés soient guéris le plus vite possible, pour que le nombre des journées d'incapacité de travail soit réduit au minimum.

Les caisses devront également se préoccuper de la médecine préventive : prévenir les maladies, pour ne pas avoir à les soigner, ce sera de bonne administration financière.

Aussi, l'art de guérir devra utiliser tous les modes thérapeutiques.

Il est donc indispensable de prévoir que la corporation des masseurs, comme celle des infirmiers de tous ordres, devront se rapprocher des syndicats médicaux. J'entrevois l'organisation de la vaste corporation de l'art de guérir, comprenant non seulement les docteurs en médecine, mais également les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les infirmiers, masseurs, etc.

La loi, votée par le Sénat, prévoit l'utilisation des syndicats de praticiens, tant pour contracter avec les caisses, que pour faire partie du Conseil supérieur des assurances sociales.

Aussi, les différents syndicats de praticiens n'auront-ils pas intérêt à se fédérer, pour arrê-

ter en commun tant les modalités de paiement des honoraires que l'utilisation des différentes compétences, pour les soins à donner aux malades ?

Je suis l'adversaire des guerres, surtout lorsqu'elles opposent des personnes dont la mission sociale est de s'unir pour protéger la santé publique.

Que les masseurs se rapprochent des syndicats médicaux : les médecins apprendront (et c'est le vœu des masseurs) à mieux utiliser le traitement par agents physiques, cependant que les masseurs ne rougiront pas d'être les aides des docteurs, en exécutant leurs ordonnances, de même que le pharmacien ne se croit pas diminué en exécutant les prescriptions magistrales du praticien.

La loi sur les assurances sociales peut fortifier considérablement les ententes syndicales ; sinon, si nous restons divisés et désunis, les caisses auront beau jeu pour transformer en simples salariés tous ceux qui, jusqu'ici, ont soigné leurs malades en toute indépendance et liberté.

Dr Paul Boudin.

FAITS CLINIQUES

Fièvre puerpérale.

J'ai eu à soigner récemment deux cas de septicémie puerpérale à allure sévère, le premier chez une femme de vingt ans dont l'accouchement avait été dystocique. La fièvre s'était déclarée le troisième jour après l'accouchement et dura vingt jours, variant de 37,5 à 40°7, avec frisson, céphalalgie, sueurs abondantes, pouls rapide. J'employai, comme traitement anti-infectieux, les injections intra-veineuses de septicémine, et de Lantol, alternativement ; le dixième jour, je pratiquai une injection sous-cutanée d'essence de térébenthine qui provoqua au bout de six jours un gros abcès de fixation ; la septicémine et le Lantol furent continués systématiquement jusqu'à la défervescence. Guérison.

Bien entendu, les soins locaux furent également employés, consistant en injections intra-utérines, injections vaginales et bains chauds.

Le deuxième cas, chez une femme de vingt-deux ans, quoique d'allure un peu moins sévère, fut soigné de la même façon par la septicémine et le Lantol intra-veineux ; la fièvre déclarée le deuxième jour après l'accouchement, monta de suite au-dessus de 40 degrés pour s'y maintenir pendant quatre jours.

J'ai constaté dans ces deux cas que l'infection doit être combattue très énergiquement et que, si la fièvre se maintient à un plateau élevé, il ne faut pas craindre de pratiquer deux et même trois injections intra-veineuses par vingt-quatre heures de septicémine. Dans le deuxième cas, je provoquai également un abcès de fixation qui réussit et la malade guérit, la défervescence s'étant produite le cinquième jour après l'ouverture de l'abcès.

Dr HAUSMANN,
Estissac (Aube).

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

3524. — Cumul ou non ?

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner votre avis sur le tarif à appliquer au cas suivant : il s'agit d'un accidenté du travail atteint d'un volumineux abcès de la malléole péronière droite, consécutif à un coup de sabot de mulet ; j'ai incisé l'abcès et fait une injection de sérum antitétanique ; puis-je compter ?

1° Certificat	5 fr.
2° Ouverture d'abcès superficiel	20 fr.
3° Injection de sérum antitétanique	20 fr.
	45 fr.

Dr C.

Réponse.

Il n'y a pas de cumul défendu par l'article 13, quand il s'agit d'une intervention à tarif spécial. Vous pouvez donc compter à la fois une ouverture d'abcès plus une injection antitétanique, mais vous ne pourriez compter une visite plus un pansement, ni une visite plus une injection antitétanique.

Dr F. D.

II

3535. — Incisions multiples.

Pourriez-vous m'indiquer comment je dois tarifer les opérations suivantes ; il s'agit d'un panaris de la gaine du médius avec extension à la paume de la main et phlegmon de la main, consécutif à une piqûre septique.

1er *jour* : incision superficielle à l'endroit de la piqûre.

2e *jour* : incision profonde à travers la gaine.

3e *jour* : recherche à l'aide d'une pince de la sécrétion et de l'extension de la poche purulente. Contre-ouverture au côté dorsal de l'espace interdigital, passage d'un drain.

4e *jour* : agrandissement au bistouri guidé par une pince à forcipressure, de l'ouverture antérieure de la première phalange à la deuxième.

5e *jour* : ouverture d'un foyer purulent à la face palmaire de la main à travers l'aponévrose superficielle. Et enfin deux fois par jour, visite d'une heure, bain de la main, lavage au Dakin à travers le drain, pansement humide.

Dr S.

Réponse.

Vous ne pouvez compter une série d'incisions du *même* panaris, au *même* endroit. Je vois donc à compter : 1° une ouverture d'un panaris de la gaine : 35 francs ; 2° puis une autre fois, une « ouverture sous-aponévrotique de la paume de la main » : 35 francs. Quant aux pansements, longs ou courts, dans le tarif Fallières, ils sont sans exception *compris* dans le prix de la visite ou consultation.

F. D.

III

3513. — Interventions multiples de nuit.

Par l'intermédiaire du *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de m'indiquer quels sont les honoraires que je dois prendre pour un blessé du travail que j'ai visité à la clinique à 23 h. 30.

Il présentait :

1° Une fracture de la clavicule gauche ;

2° Et une fracture de l'omoplate (acromion, cavité glénoïde). Je l'ai immobilisé dans une écharpe de Mayor.

3° Des brûlures électriques de la région scapulaire gauche ;

4° Des plaies superficielles du cuir chevelu ;

5° Des plaies contuses de la main droite.

Je l'ai revu les jours suivants. Que dois-je compter par visite ?

Dr B.

Réponse.

Vous avez à compter vos interventions avec une majoration de 25 % pour la *nuit* (article 8). Donc : réduction et contention de : *a*) fracture de la clavicule : 50 francs ; *b*) de l'omoplate : 20 francs ; *c*) plaies superficielles du cuir chevelu, plus plaies contuses de la main droite : 12 plus 12, soit au total 94 francs, plus 25 % pour la nuit, donc en tout : 117 fr. 50.

Pour les jours suivants, je ne vois que deux pansements sur segments séparés soit 12 plus 12, durant les premiers jours seulement (plaies superficielles), puis visites simples.

F. D.

IV

3495. — Les interventions tarifées 10 fr. antérieurement.

Je m'excuse de venir vous importuner encore une

fois et j'abuse de votre amabilité et de votre sollicitude à l'égard de vos confrères, mais je désirerais savoir comment tarifer pour un accident du travail un pansement *de petite* brûlure.

Le tarif porte 10 francs et cela était très bien quand la consultation simple était à 8 francs, mais actuellement où la même consultation est passée à 10 puis à 12 *francs*, il me paraît anormal que le pansement de brûlure soit toujours resté à 10 francs. Il me semble équitable de pouvoir compter *au moins* 12 *francs*, c'est-à-dire le prix d'un pansement ordinaire. Qu'en pensez-vous ? Dr C.

Réponse.

Pour toute intervention portée antérieurement 10 francs, le nouveau tarif met *officiellement* 12 francs, par décision de la Commission du tarif, en date du 25 janvier 1927.

Médecine légale.

3514. — Honoraires médico-légaux.

1° Une autopsie en cas de mort suspecte et rapport, sur réquisition du juge d'instruction, déplacement à 2 km. de mon domicile.

2° Déplacement à 10 km. pour prestation de serment.

3° Examen pour un cas de viol, et rapport, sur réquisition du maire agissant comme officier de police judiciaire. Déplacement à 6 km. (de nuit).

4° Examen d'un cadavre en cas de mort suspecte, et rapport, sur réquisition du procureur de la République. Dr C.

Réponse.

1° En vertu de l'article 26 du décret du 5 octobre 1920, vous avez droit à un honoraire de 60 francs, si l'autopsie a eu lieu avant inhumation, de 90 francs si elle a eu lieu après exhumation ou sur un cadavre en état de décomposition avancée.

En outre, vous avez à compter vos frais de déplacement, à raison de 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

2° Vous n'avez rien à compter en plus pour la rédaction et le dépôt du rapport, ainsi que pour la prestation de serment. Pour l'accomplissement de cette dernière formalité, vous avez simplement à compter vos frais de déplacement. En outre, comme le déplacement a eu lieu à une distance de plus de 5 kilomètres de votre résidence, vous avez droit à une indemnité spéciale de 20 francs (décret du 16 octobre 1926.)

3° Le tarif de médecine légale ne comporte aucune majoration de nuit. Pour la visite judiciaire que vous avez effectuée, vous avez droit à un honoraire de 15 francs, plus vos frais de déplacement, plus l'indemnité spéciale de 20 (distance de plus de 5 kilomètres).

4° Même tarif que pour le paragraphe 1.

Toutefois le dernier alinéa du décret du 5 octobre 1920 permet au magistrat commettant d'allouer des honoraires supérieurs à ceux du tarif, en cas d'expertise présentant des difficultés particulières. Si vous voulez faire jouer cette disposition, c'est à vous qu'il appartient de justifier des « difficultés particulières ».

CENTENAIRE DE VILLEMIN

Hommage à Villemin.

Déclamé par Mlle Madeleine Roch, *de la Comédie-Française, à la Sorbonne, le* 15 *octobre* 1927.

Salut, murs vénérés ! Salle noble et sereine,
Où trouve un fier abri toute pensée humaine !
Les choses ont leur âme aussi ;
Et vous vibrez toujours ici
Au los dont la Patrie, en un jour grandiose,
Du Prince des savants fêta l'apothéose,
Ah certes ! pour Pasteur la gloire juste a lui !
Mais parlons encor de justice,
Murs augustes ! Soyez attentifs aujourd'hui.
Il faut qu'un autre nom, somptueux, retentisse.
Car, grave, tout un peuple en ces lieux est venu
Pour apporter son cœur au héros méconnu,
Héros de vérité, de travail, de science,
Honneur de notre armée, honneur de notre France !
Lavoisier, Berthelot, Pasteur, ces conquérants,
N'ont pas donné l'essor à des bienfaits plus grands...
Et pourtant Villemin n'a trouvé sur sa route
Que l'ignorance aveugle et le stérile doute.
Cet apôtre, ce saint laïque, ce vainqueur,
Dans les réduits obscurs où luttait son génie,
Ne connut, pour bercer son patient labeur,
Qu'indifférence et calomnie...
Mais l'âme d'un savant était en Villemin,
Or, quand la Vérité, cette adorée étoile,
A notre dur effort par fragments se dévoile,
Qu'importe si, railleurs, nous barrent le chemin
Les sages et les sots qui se donnent la main ! !

***

Il est un mal dont rien ne ralentit la course,
Fléau cruel, sombre Démon,
Qui vient empoisonner notre vie en sa source,
Et frapper de mort le poumon !
Jeunes gens, qui chantez, joyeux, sous les charmilles,
Soldats au bras hardi, coquettes jeunes filles,
Mères qui, souriant à l'enfant nouveau-né
Rêvez au sort heureux qui lui fut destiné,
Etudiants pensifs, philosophes, poètes,
Artisans, laboureurs, matelots, tisserands,
Vous qui peinez, et vous qui vivez dans les fêtes,
Vous tous, tous les petits, et vous tous, tous les [grands

Gardez-vous bien ! Le monstre est là, qui vous sur-
[veille,
Il vous suit pas à pas. Jamais il ne sommeille,
Et, quand il voit passer des corps jeunes et beaux,
Il rit, car il se plaît à leurs désespérances,
Et, par un long Calvaire aux féroces souffrances,
S'apprête à les vêtir de la nuit des tombeaux.
C'est la Phtisie au front livide,
La Reine infâme des douleurs,
Dont l'écheveau noir se dévide,
Dans les fièvres, les toux, l'insomnie et les pleurs.
C'est la poitrine haletante,
C'est la rouge écume sanglante,
Qui jaillit dans un flot d'angoisse et d'épouvante...

... Assez ... car nous pouvons combattre l'ennemi,
Grâce à toi, Villemin, dompté plus qu'à demi !
Ecoutons ta voix protectrice,
— O Maître, on t'adore à genoux —,
Et nous détournons le calice
Dont l'horreur s'étendait sur nous.
Le mal n'est plus une Tarasque,
Qu'anime le courroux des cieux,
Et qui va promenant sa colère fantasque,
En soubresauts capricieux,
Il n'est pas égaré dans la brume des choses,
Il a ses lois, il a ses causes !
C'est le germe enfoui dans les tissus qu'il mord,
Germe d'agonie et de mort,
Germe qui porte en soi le cortège sinistre
Des indicibles maux dont il est le Ministre,
Le malade qu'il tient dans ses griffes en fer,
Peut donner au malheur des victimes encore,
Versant autour de lui, sur le sol, et dans l'air,
L'affreux poison qui le dévore.

***

C'est tout ! Mais quel flambeau s'est allumé soudain !
Jusque-là tout l'effort des chercheurs était vain,
Ils croyaient que le mal au hasard se propage,
Et nul ne se gardait du funeste contage.
Doctes, les Médecins disaient : « nous ignorons,
« La Nature se plaît à forger le mystère ».
Mais toi, qui poursuivais ton œuvre solitaire,
Tu répondais : « Courage ! Et nous triompherons ! »

***

Nous avons triomphé ! Voici l'heure de gloire !
Que d'autres soient venus enrichir ta victoire !
Bien ! La juste Postérité
Leur voue un pur amour noblement mérité,
C'est Koch, le génial disciple du grand Maître,
Pasteur surtout, plus haut que tout mortel peut-être,
Mais toi, tu fus aussi le puissant bienfaiteur !
Et pour jamais, Patrie, Humanité, Science,
Uniront, dans l'envol de leur Reconnaissance,
Ces deux Français géants : Villemin et Pasteur.

Charles RICHET.

Quarante-neuvième année — N° 47 — 20 Novembre 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3022-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.



DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr CLÉMENT, de St-Raphaël, la somme de cinquante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 626. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 627. — Cab. méd. de 31 ans, médec. générale, Paris XVe, à céd. pour rais. de santé. Gr. appart., petit loyer, cond. avantageuses.

No 628. — Appareillage complet transportable pour scopie et graphie fonctionnant sur accus., 2 tubes radiofènes, écran, accus, etc., état neuf garanti. A céder cause double emploi : 3.500. Dr Albrespy, à St-Varent (Deux-Sèvres).

No 629. — A vendre Citroen 5 CV torp. 2 pl. bon état, 7.000. Dr Moignet, 158*bis*, Grande Rue à Chaville (S.-et-O.).

No 630. — Préventorium pour jeunes filles ou dames. Prix modérés. Villa Jeanne d'Arc, 1180 m. alt., La Giettaz (Savoie). Maison de repos, vacances.

No 631. — A vend. cause double empl. génératr. 5 CV Citroen neuve, dern. modèle avec poulie ventilatr. Ecr. Dr Poulet à Tramayes (S.-et-L.).

No 632. — Dr recomm. spécial jeune femme instruite, culture générale approf. long séjour en Angleterre, posséd. auto, pour représ. spécial. pharmac. ; visiterait docteurs, pharmac., sages-fem.

No 633. — Dame diplôme infirm. S.B.M. demande place dans clinique ou hôpital. Prétentions modestes.

No 634. — Jne doct. cherche sit. para-médic. ou représ. spécial. pharmac. région Hérault, Gard, Aude et départ. limitr. Ecr. Pélissier, 16, rue de la Merci, à Montpellier.

No 635. — Rég. Ouest de Paris, 100 km. gr. ligne, anc. client. rurale près ville. Seul médec., rapp. 75.000 en moyenne, maison 10 p., A céder 50.000 dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 636. — Ille-et-Vilaine. Proxim. stat. balnéaires, client. très intéress. et facil., produit 100.000 Grande propriété en plein rapport. Condit. de cession à débattre avec facilités. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 637. — Banl. imméd. intéressante. A céder contre très faible indemn. clinique toute installée Y.N.G.O., petit rapport à développer. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante., Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Université de Paris.** *Docteurs « honoris causa ».* — A l'occasion de la rentrée de l'Université de Paris, et dans une séance solennelle, le grade de docteur *honoris causa* a été conféré à M. le professeur Fibiger, de Copenhague, et à M. le professeur Henrijean, de Liège.

Le prof. Fibiger, connu pour ses importants travaux sur le cancer, vient de recevoir le prix Nobel de médecine. Le prof. Henrijean est un physiologiste éminent à qui l'on doit de remarquables études de thérapeutique cardiaque.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Enseignement clinique.* — Les cours cliniques suivants sont commencés et ont lieu :

Clinique neurologique (Salpêtrière : prof. Guillain), mardis à 10 h., et vendredis à 10 h. 30.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (professeur Carnot), samedis à 10 h. 1/2.

Clinique médicale de Beaujon (professeur Achard) les samedis à 10 h.

Clinique thérapeutique médicale (hôpital de la Pitié : prof. Vaquez), les jeudis, à 10 h. 1/2.

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière : prof. Sébileau).

— **Hôpital Lariboisière** (salle Rabelais). *Maladies du cœur et des vaisseaux.* — M. Antonin Clerc.

Le mardi à 10 h., consultation externe et polyclinique. Le jeudi à 11 h., leçon de sémiologie par MM. P. Noël-Deschamps et Bascourret, assistants du service. Le vendredi à 10 h., radioscopie, électrocardiographie. Le samedi à 11 h., leçon clinique.

— **Hôpital Tenon.** — M. Grégoire a repris ses démonstrations opératoires le vendredi 18 novembre à 14 heures.

— **Hôpital Saint-Louis.** *Dermato-syphiligraphie.* — M. A. Sézary, agrégé, a commencé, le 19 novembre, une série de conférences hebdomadaires sur la pratique dermato-syphiligraphique. Elles ont lieu tous les samedis à 14 h., au Musée de l'hôpital. Leur but est d'initier les auditeurs, en une année, au diagnostic et à la thérapeutique des dermatoses les plus fréquentes et des maladies vénériennes.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Nominations de professeurs.* — Le Conseil de la Faculté a proposé au ministre *pour la chaire d'ophtalmologie* : en première ligne M. Teulières, en deuxième ligne M. Cabannès.

Pour la chaire de dermatologie : en première ligne, M. Petges, en deuxième ligne M. Bonnin.

Pour la chaire d'anatomie : en première ligne M. Villemin, en deuxième ligne M. Dubecq.

— **Bordeaux.** *Inauguration de l'hôpital Boursier.* — Le 28 octobre, a eu lieu l'inauguration de l'hôpital André Boursier (ancien hôpital Saint-Jean). Les vieux bâtiments de l'hôpital Saint-Jean, modernisés et transformés, abritent les cliniques obstétricale et gynécologique.

— **Association des villégiatures du travail féminin.** (Siège social, 9, Impasse Cœur-de-Vey, Paris, 14e). — Tous les médecins praticiens connaissent les difficultés que certaines convalescentes de maladies graves ou après une opération rencontrent pour aller se reposer dans de bonnes conditions si elles ne disposent que de ressources modestes. Nous nous permettons de leur recommander l'Œuvre des Villégiatures du travail féminin dont nous faisons partie et à laquelle nous avons eu fréquemment recours bien avant la guerre. Fondée par un Comité, dirigé par Madame Siegfried jusqu'à sa mort, cette œuvre fut rapidement prospère car elle correspondait à un besoin.

Admirablement dirigée et administrée, elle reçut après la guerre d'importantes dotations, notamment de Sociétés australiennes, ce qui lui permet de pouvoir assurer à des prix infimes le repos dans d'excellentes conditions à celles qui s'adressent à elles. Les fonctionnaires, ouvrières, employées, toutes les femmes et jeunes filles respectables et peu fortunées, fatiguées ou convalescentes, mais *non malades*, seront

heureuses de trouver le repos désiré aux villégiatures du travail féminin.

J. Noir.

Hiver 1927-1928. — Pendant l'hiver 1927-1928, deux maisons seront ouvertes à Montlignon (Seine-et-Oise).

Les amitiés australiennes, pour dames et jeunes filles.

Chambre seule....	11 fr.	Plus chauffage 2 fr. par jour
Chambre à 2......	9 fr.	
Chambre à 4......	8 fr.	

Maison Schoen, pour mères et jeunes enfants.

Pension....	8 fr. pour la mère	Chauffage un franc par jour
Pension....	5 fr. 50 par enfant	

Les admissions ne sont accordées qu'après visite et consultation médicale passée le jeudi de 3 à 5 heures, 9, impasse Cœur-de-Vey, Paris, 14e, car l'on ne saurait sous aucun prétexte admettre des malades.

A TRAVERS L'OFFICIEL

30 *octobre*.

Hygiène publique.

Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène de l'Isère.

Un concours pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène de l'Isère aura lieu à Paris, dans le courant du mois de décembre, à une date qui sera fixée par arrêté du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Le concours est réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé les fonctions de médecin hygiéniste et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats devront être Français, être agréés par le préfet et pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Le concours aura lieu à l'institut Pasteur et comportera, en outre de l'examen des titres par le jury, des épreuves écrites et orales sur l'administration sanitaire, l'épidémiologie et la bactériologie.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction

de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès), avant le 22 novembre 1927.

Elles seront accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat d'aptitude physique, délivré par un médecin assermenté ;

3° D'une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° D'un exposé des titres du candidat, comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux;

5° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de résider à Grenoble, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions et de ne prétendre en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 22 novembre 1927.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 21.000 fr., non compris les indemnités prévues par la loi.

Les frais de déplacement seront remboursés sur états justificatifs jusqu'à concurrence d'une somme de 5.000 fr.

Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène de la Dordogne.

Un concours pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène de la Dordogne aura lieu à Paris, dans le courant du mois de décembre, à une date qui sera fixée par arrêté du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Ce concours est réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé les fonctions de médecin hygiéniste et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats devront être Français et pourvus du diplôme de docteur en médecin (diplôme d'Etat).

Le concours aura lieu à l'Institut Pasteur et comportera, en outre de l'examen des titres par le jury, des épreuves écrites et orales sur l'administration sanitaire, l'épidémiologie et la bactériologie.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès), avant le 22 novembre 1927.

Elles seront accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat d'aptitude physique, délivré par un médecin assermenté ;

3° D'une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° D'un exposé des titres du candidat, comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 22 novembre 1927.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 20.000 fr. (traitement de début).

Indemnité de résidence : 764 fr.

Frais de tournées nécessitées par le service : 6.000 fr.

Avis de concours pour deux emplois de médecins inspecteurs-adjoints d'hygiène dans le département d'Ille-et-Vilaine.

Il sera ouvert à Rennes, le 29 novembre 1927, à la préfecture d'Ille-et-Vilaine, un concours sur titres pour la nomination de deux médecins inspecteurs adjoints d'hygiène.

Les candidats devront être Français, pourvus du diplôme de docteur en méecine, et être âgés de trente ans au minimum et de quarante-cinq ans au maximum.

Les demandes formées en vue de prendre part à ce concours devront être établies sur papier timbré et adressées à M. le préfet d'Ille-et-Vilaine.

Les candidats joindront à leur demande :

1° Leur acte de naissance ;

2° Une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine ;

3° Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

4° Un exposé aussi complet que possible de leurs titres, comprenant leurs états de services et références, le résumé de leurs travaux et un exemplaire de chacune de leurs publications ;

5° Un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date et un certificat établissant leur situation au point de vue militaire ;

6° L'engagement, au cas où ils seraient nommés, de se consacrer exclusivement à leur fonction, de n'exercer en conséquence, aucune autre profession et de ne prétendre à aucune autre fonction et à aucun mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 25 novembre 1927.

L'échelle de traitement des médecins inspecteurs adjoints d'hygiène est fixée à 30.000 francs avec augmentation biennale de 2.000 francs, jusqu'au maximum de 40.000 fr. Les frais de bureau et de déplacement sont remboursés dans une limite de 15.000 fr. par an.

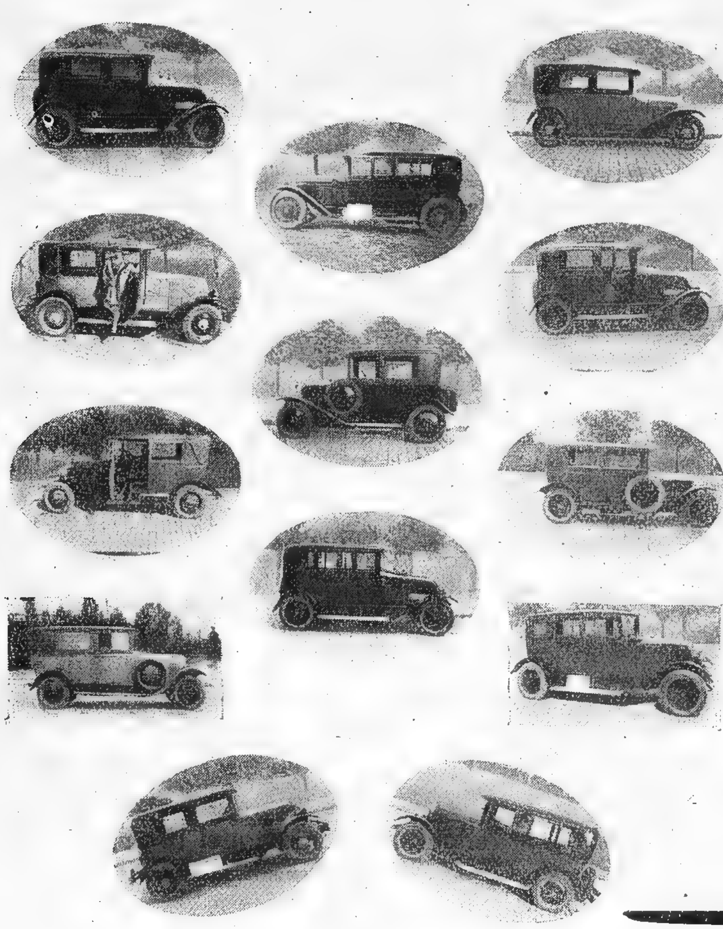
3 novembre.

Assistance publique.

Médailles d'honneur de l'Assistance publique.

Ont été attribuées, pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique, les récompenses suivantes :

Médaille d'or : M. le Dr Gros, professeur et doyen honoraire de la Faculté de Nancy ;



Médaille d'argent : M. le Dr Simon, professeur à la Faculté de Nancy ; M. le Dr Gœpfert, de Nancy.

Médailles d'or : M. le Dr Ginestous, de Bordeaux ; Mademoiselle le Dr Hamilton, de Bordeaux.

4 et 5 novembre.

Brevet d'infirmières.

Des sessions d'examen d'Etat sont ouvertes, en novembre :

A Montpellier, à Bordeaux et à Paris pour les infirmières hospitalières ;

A Bordeaux, pour les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance.

6 novembre

Enseignement de la médecine.

Il est créé, à l'Université de Paris, un emploi d'agrégé des facultés de médecine (anatomie pathologique), (emploi d'Université).

Cet emploi sera supprimé le jour où la fondation pour le développement de l'Institut du cancer cessera de verser au budget de l'Université le traitement et les indemnités afférentes audit emploi.

8 novembre.

Le concours ouvert pour une place d'agrégé de la section de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris est reporté du 5 décembre au 19 décembre 1927.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Produit de la taxe sur les spécialités pharmaceutiques.

8242. — M. André Lebert, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances combien la taxe de 12 p. 100 imposée aux produits pharmaceutiques par la dernière loi de finances a rapporté au Trésor. (*Question du 28 juin 1927.*)

Réponse. — Depuis la mise en vigueur du nouveau régime fiscal institué par l'article 31 de la loi du 4 avril 1926, les recouvrements en matière d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques ont atteint : en 1926, 39.496.000 fr. ; pour les cinq premiers mois de 1927, 19 millions 626.000 fr. (*J. O.*, 24 novembre 1927.)

FAITS CLINIQUES

Zona et varicelle.

Vous avez déjà publié à titre de faits cliniques intéressants plusieurs *cas de varicelle semblant produits par la contagion d'un zona.* Voici un cas personnel : J'ai eu à partir du 4 octobre un zona ophtalmique bien caractérisé, avec une belle éruption frontale ; le 10, mon jeune garçon, âgé de 20 mois, est ramené de la campagne et se trouve de nouveau en contact avec

moi ; le 25 au soir, avec des phénomènes généraux assez marqués, il commence une varicelle dont l'éruption, plus abondante les jours suivants, a été typique.

J'ajoute que quatre semaines environ avant le début de mon zona, j'examinais dans mon cabinet un jeune garçon de 15 ans atteint d'un zona ophtalmique à éruption très forte.

Dr Baranger (Saint-Etienne).

Les spécialités pharmaceutiques et la médecine sociale

J'ai exercé pendant trente-cinq années à la campagne ; pendant vingt-neuf ans, j'ai, tout en restant médecin praticien, dirigé le service de l'Assistance médicale gratuite dans le département du Loiret ; enfin, pendant une année j'ai fait, comme membre du Conseil d'hygiène, partie de la Commission alors chargée d'inspecter les pharmacies.

Il me semble que, dans ces conditions, j'ai bien le droit de donner mon opinion dans la question des spécialités pharmaceutiques envisagée au point de vue de la médecine sociale.

On demande s'il est possible de proscrire les spécialités pharmaceutiques dans l'exercice d'une médecine honnête et consciencieuse : je réponds non.

Non, parce que la marque est la seule garantie pour un grand nombre de médicaments ; non, parce que trop de petites officines sont tenues d'une manière qui laisse à désirer.

Je reconnais par ailleurs qu'une tolérance illimitée de toutes les spécialités pharmaceutiques — encore que souvent leur prix ne dépasse guère celui de l'ordonnance magistrale qui les remplacerait — peut paraître aux yeux des administrations une source d'abus capable de bouleverser leurs prévisions budgétaires.

Comment donc concilier ces deux points de vue ?

Voici comment j'y étais parvenu :

Le règlement de l'Assistance dans le Loiret interdisait les spécialités pharmaceutiques, mais il était entendu que le médecin qui, malgré la défense, croirait en devoir prescrire quelqu'une mettrait sur son ordonnance une mention spéciale : *indispensable* ou bien *nécessaire* ou bien encore *très utile*, et, dans ce cas, jamais je n'ai soulevé la moindre objection.

Or, pendant les 29 années qu'ont duré mes fonctions, jamais je n'ai constaté un abus, jamais je n'ai trouvé, de ce fait des dépenses excessives ..... et tout le monde s'est bien trouvé de ce mode de faire.

A. Gassot.

Voir la suite page LV-3077

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

20 NOVEMBRE 1927

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiennent aujourd'hui ***DIMANCHE 20 NOVEMBRE 1927***, chez MARGUERY, 34 boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

I. — *A trois heures.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

II. — *A quatre heures.*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

III. — *A cinq heures et demie.*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

N. B. — Les ordres du jour de ces Assemblées ont été publiés en détail dans les nos 44 et 45.

IV. — *A sept heures précises.*

DINER. — (Souscription 50 fr. Le complément sera payé par la Caisse de la Société d'Etudes).

A dix heures.

BAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE. (*Tenue de ville*).

Les familles des membres et amis du *Concours médical* et de ses Filiales sont invitées à assister à la Soirée dansante qui fera suite au Dîner.

PROPOS DU JOUR

En marche vers la fonctionnarisation de la médecine.

Les consultations pour l'entretien du pneumothorax dans les dispensaires antituberculeux considérés jusqu'alors comme remplissant un rôle purement prophylactique. Le contrôle de la délivrance gratuite des médicaments aux syphilitiques par les médecins chefs des dispensaires d'hygiène et de prophylaxie sanitaire; l'inspection médicale des Écoles fonctionnarisée. Et pendant ce temps-là nos Syndicats....!

En parcourant le *Bulletin de la Société des médecins de sanatoriums et de dispensaires d'hygiène sociale*, de juin 1927, notre attention a été fixée par un article : *Entretien du pneumothorax artificiel dans les dispensaires.* Nous y trouvons un extrait du procès-verbal de la séance de la première Commission du Conseil de Surveillance de l'Office Public d'Hygiène sociale de la Seine, qui, le 26 février 1927, a eu à s'occuper des consultations de pneumothorax dans les Dispensaires de l'Office :

« M. le Directeur de l'O. P. H. S. informe la première Commission que M. le docteur Kuss ayant demandé l'ouverture, au dispensaire Rockefeller, d'une consultation supplémentaire hebdomadaire réservée à la pratique du pneumothorax, il a fait savoir à ce Médecin-Chef qu'en l'état actuel de la règlementation de l'ouverture des consultations dans les dispensaires, il ne lui était pas possible de lui donner satisfaction, mais qu'il soumettrait volontiers la question à la Première Commission du Conseil de Surveillance. »

Or le professeur Sergent soulève une ques-

tion de principe dans une lettre adressée au Directeur de l'Office. Il rappelle que les dispensaires de l'O. P. H. S. doivent jouer un rôle de prophylaxie qui ne comporte pas le traitement des malades et que si des « consultations de pneumothorax » sont nécessaires, c'est dans les hôpitaux de l'Assistance Publique et non dans les dispensaires de l'O. P. H. S. qu'elles doivent être créées.

M. le Dr Küss a répliqué en faisant remarquer les services que rend le pneumothorax judicieusement pratiqué. Ce que personne ne conteste. Si la première intervention dans le pneumothorax est parfois délicate et doit être appliquée par un médecin spécialisé en ayant l'expérience, on peut avec avantage confier aux dispensaires l'entretien du pneumothorax. M. Guinard fait remarquer que cette manière de faire est appliquée en Seine-et-Oise.

M. le professeur Bezançon constate qu'on est en train d'orienter l'Office dans une voie nouvelle et vers un but différent de celui pour lequel il a été créé. M. Henri Sellier fait la même constatation.

A la suite d'une question posée par le président de l'Association d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de l'Yonne, le Bureau du Comité national, sur les indications du professeur Léon Bernard, a rédigé la note suivante qui, jusqu'à nouvel ordre, doit être comme la directive du Comité national :

« La question du traitement par le pneumothorax dans les dispensaires n'a pas encore été entièrement résolue ; mais les principes suivants semblent pouvoir, au moins provisoirement, être formulés. Il ne peut s'agir, en tous cas, que des insufflations d'entretien et non de la création de pneumothorax. Cette intervention, ne rentrant pas dans le cadre des attributions normales du dispensaire, ne peut constituer, actuellement, une obligation absolue pour le Médecin-Chef du dispensaire, mais l'intérêt des malades peut en rendre la pratique nécessaire dans certaines conditions.

« Les Comités départementaux et leurs Médecins restent maîtres de décider, quand les circonstances locales le justifient, d'accord autant que possible avec les syndicats médicaux, si les réinsufflations doivent être faites au dispensaire, celui-ci étant régulièrement organisé, disposant d'une installation radiologique, de l'outillage spécial pour cette pratique et d'un médecin compétent. Ces dispensaires ne prendront en charge que des convalescents stabilisés, ayant été préalablement suivis pendant un temps suffisant dans un établissement de cure.

« L'article 7 de la loi du 15 avril 1916 prévoit des recettes propres au dispensaire, alimentées en particulier par des indemnités versées par les malades non privés de ressources ou les groupements réclamant son intervention.

« En dehors des malades relevant entièrement de l'A. M. G., et appartenant à sa circonscription, le dispensaire est donc fondé, légalement et régulièrement, à recevoir une rétribution du malade lui-même; cette rétribution sera toujours en rapport avec les ressources de l'intéressé que peut contrôler, en tout temps, le service social chargé d'établir la situation pécuniaire des consultants.

« Il paraît indispensable d'établir un tarif fixe et réduit pour chaque insufflation, calculé d'après le supplément de dépenses occasionnées, et il est normal que, sur le chiffre prévu, une part soit réservée pour le médecin spécialisé compétent qui engage sa responsabilité et fournit, de ce fait, un surcroît de travail, spécialement quand son action s'exerce en faveur de malades non indigents. Toutefois, le médecin ne recevra pas d'honoraires directement du malade.

« A titre d'exemple concret, nous pouvons signaler la ligne de conduite adoptée par le dispensaire franco-britannique, à Paris, qui pratique gratuitement les insufflations pour les malades dont le pneumothorax a été institué au Sanatorium et qui, durant leur séjour, relevaient entièrement de l'assistance.

« A ceux qui assuraient eux-mêmes leurs frais de séjour en établissement de cure, ainsi qu'à ceux qui ont retrouvé, à la suite du pneumothorax, leur situation antérieure, en tout ou en partie, il est demandé 20 francs par insufflation ; sur cette somme, 5 francs sont acquis au dispensaire et 15 francs reviennent au médecin ».

***

D'autre part, nous lisons dans le *Bulletin médical* du 24 septembre 1927 un très intéressant article du Dr Cavaillon, chef du Service central de prophylaxie des maladies vénériennes au Ministère de l'hygiène, sur la *lutte contre les maladies vénériennes dans les campagnes.* L'auteur montre les difficultés que rencontre le campagnard avarié pour se faire traiter. Les médicaments sont coûteux et notre paysan sait bien que s'il s'adresse à l'Assistance, le secret médical absolu auquel il a droit, et auquel, dans ce cas spécial, il tient tout parculièrement, s'il existe en théorie, ne peut exister en pratique. Il faut donc chercher autre chose si l'on veut que le paysan syphilisé soit sérieusement et utilement soigné. Dans le département de l'Aisne d'abord, puis dans le Loiret et la Nièvre, grâce à l'initiative des syndicats médicaux guidés, par les Drs Lemarchal, Caillaud, Valois, Lehmann et autres, l'on adopta un système qui a fait ses preuves en Angleterre et en

Belgique. Les examens sérologiques purent, à la demande des médecins praticiens, être faits gratuitement par le laboratoire départemental d'hygiène et l'inspecteur départemental d'hygiène put fournir aux praticiens pour leurs malades peu aisés, les médicaments anti-vénériens courants. On alla même jusqu'à leur payer les soins. Un contrôle pour éviter les abus possibles fut exercé à la fois par un représentant du syndicat médical et un représentant de l'administration.

Les syphiligraphes ne trouvèrent pas à ce système les garanties suffisantes. Dans la Seine-Inférieure, par exemple, il fut décidé que les médecins praticiens ne pourraient faire bénéficier leurs clients des soins et des médicaments gratuits qu'après l'examen du médecin syphiligraphe du dispensaire central du chef-lieu. Mais pourrait-on trouver dans tous les départements des médecins syphiligraphes à compétence spéciale indiscutable, reconnue par les praticiens ses confrères ? Dans les Bouches-du-Rhône, l'Administration se contente d'une fiche documentaire avec une brève observation sur le malade pour lequel le médecin traitant demande la gratuité des médicaments et des soins.

Dans les Alpes-Maritimes, le médecin chef du Centre de Nice *peut* outre la fiche à renseignements, demander qu'on lui envoie le malade pour l'examiner. 34 départements bénéficient de ces systèmes de gratuité des médicaments et même des soins sur la demande des médecins traitants et la généralisation de cette méthode ne saurait tarder à se faire.

Dans la Seine, on hésite à appliquer le système de la Seine-Inférieure, celui qui consiste à faire examiner d'abord le malade par le médecin-chef d'un dispensaire qui dicterait en quelque sorte au médecin praticien la thérapeutique qu'il devrait appliquer.

Bien que beaucoup de gens considèrent ce système comme un essai de collaboration de l'administration avec le médecin praticien, nous faisons sur cette application de sérieuses réserves. Le médecin traitant n'est plus un collaborateur mais un employé et en cas d'accidents, nous serions curieux de savoir à qui en incomberait en pareil cas la responsabilité.

***

Nous avons publié, il y a quelques semaines le projet de loi sur l'inspection médicale des écoles de M. le Ministre Herriot, et le *Siècle médical* publiait tout récemment une interview de ce dernier qui reconnaissait qu'évidemment il fonctionnarisait la médecine en partie, mais que l'intérêt de l'avenir de l'enfance primait évidemment l'intérêt médical ; que du reste le médecin inspecteur fonctionnaire bornerait son action à un rôle prophylactique. Nous savons par l'exemple que nous avons donné plus haut pour la question de l'entretien du pneumothorax dans les dispensaires des O. P. H. S. combien il est facile de glisser de la prophylaxie à la thérapeutique si personne n'y prend garde.

Ne pensez-vous pas, confrères, qu'il serait intéressant de voir nos syndicats étudier à fond ces questions, et faire à l'administration des propositions qui sauvegarderaient l'indépendance, la dignité, la responsabilité du médecin praticien tout en facilitant le traitement des malades et en assurant la prophylaxie ?

Ne pensez-vous pas qu'il serait temps d'organiser un enseignement complémentaire, permettant à un nombre suffisant de médecins de pratiquer le pneumothorax artificiel et de l'entretenir, ce qui, entre nous soit dit, ne doit pas être une opération excessivement compliquée et difficile ? L'on pourrait ainsi enlever un argument qui a son poids, aux partisans des « consultations de pneumothorax » dans les dispensaires. L'on pourrait encore, par l'enseignement complémentaire, tenir suffisamment au courant les praticiens des méthodes de traitements dites nouvelles (et déjà cependant anciennes) de la syphilis et leur éviter l'humiliation de devenir les simples agents d'exécution des ordonnances du médecin-chef du dispensaire de prophylaxie du chef-lieu. Ne pensez-vous pas, lecteurs, qu'il serait plus utile pour l'avenir et la sauvegarde de notre profession, que nos syndicats, même dans le département de la Seine, consentissent à étudier ces questions et à s'efforcer de résoudre ces problèmes, qu'à se chamailler en des discussions byzantines sur le tiers-payant, la liberté contractuelle et l'entente directe ? Mais le pneumothorax artificiel, le traitement de la syphilis par les arseno-benzols et l'inspection médicale des écoles ne rentrent dans les cadres ni de la médecine traditionnelle, ni de la médecine contractuelle, telles que les conçoivent nos syndicalistes les plus militants !

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE SYMPTÔME « BRÛLURE » EN PATHOLOGIE DIGESTIVE

Par G. Faroy,

Médecin des hôpitaux de Paris.

Les brûlures sont des sensations fréquemment accusées par les malades en pathologie digestive : de sièges variés, elles sont attribuées tantôt à l'œsophage, tantôt à l'estomac.

Une étude un peu précise du symptôme permet de se rendre compte que si la localisation œsophagienne est véridique, il n'en est pas de même de la localisation gastrique, ainsi que je l'ai précédemment signalé (1).

En effet, à l'exemple de nombreux articles de traités, les brûlures œsophagiennes et les brûlures dites gastriques sont journellement considérées comme l'expression la plus manifeste de l'hyperchlorhydrie ou de l'ulcère de l'estomac ; sans doute, elles peuvent faire partie du tableau clinique de ces affections ; mais bien plus fréquemment, elles appartiennent aux dyspepsies réflexes, surtout à celles des affections intestinales et hépatiques et aux ptoses : somme toute, la brûlure est un symptôme banal.

***

1° La *brûlure œsophagienne* est de beaucoup la plus souvent rencontrée ; toutes les dyspepsies sensitivo-motrices, toutes les gastrites (alcoolique surtout), peuvent la provoquer, principalement quand elles s'accompagnent d'aérophagie.

Pouvant siéger d'une extrémité à l'autre de l'œsophage, jusque dans le pharynx, la sensation de brûlure, toujours ascendante du cardia à la cavité buccale est due à une régurgitation plus ou moins abondante, mais le plus fréquemment minime de suc gastrique ; l'acidité de celui-ce n'a pas besoin d'être très élevée, elle peut être quelconque ; c'est dire que l'hyperchlorhydrie n'est pas la cause fatale de la brûlure et que la réaction acide, faible ou forte, du liquide gastrique (suc de digestion ou liquide sécrété à jeun) est seule nécessaire à provoquer cette sensation.

C'est qu'en effet l'œsophage, comme le pharynx et la bouche, est revêtu d'un *épithélium pavimenteux* et on sait que cet épithélium, quel que soit son siège (peau, urèthre, vessie, vagin, œsophage, bouche, etc.), traduit toute irritation caustique par la sensation de brûlure.

La régurgitation acide pouvant se faire à une heure variable, soit le matin à jeun (pyrosis des alcooliques), soit immédiatement après les repas (dyspepsies réflexes des intestinaux et des hépatiques, ptoses), soit tardivement (dyspepsies réflexes des intestinaux et des hépatiques, ptoses, hyperchlorhydrie et ulcère de l'estomac), la brûlure peut se faire sentir le matin à jeun, ou être précoce ou tardive. Toute excitation réflexe un peu vive, troublant la digestion gastrique (crise de colite, appendicite chronique, cholécystite, congestion hépatique), se traduit par l'apparition ou l'exagération de la brûlure ; il n'est pas rare qu'en même temps survienne une crise aérophagique, au cours de laquelle il est facile de concevoir que la régurgitation d'air (renvois), entraîne une certaine quantité de liquide stomacal.

Chez certains malades, c'est la position couchée qui favorise la régurgitation acide, et la brûlure prend alors un horaire nocturne, tout à fait spécial.

Il est une autre circonstance qui entraîne l'apparition de la brûlure œsophagienne et prouve bien que celle-ci n'est pas due fatalement à l'hyperchlorhydrie ; c'est l'*ingestion de sucre ou d'aliments très sucrés* (confitures, bonbons, etc.). Il est fréquent en effet de constater ce phénomène chez certains dyspeptiques sensitivo-moteurs, qui ne peuvent rien absorber de sucré sans souffrir un peu plus tard de pyrosis ; il est vraisemblable que chez ces malades, le sucre trouble la digestion, la ralentit au point de provoquer des reflux œsophagiens, avec ou sans aérophagie. On sait, en effet, que le sucre diminue considérablement la sécrétion chlorhydrique de l'estomac (il a, du reste, été préconisé par Loeper chez les hyperchlorhydriques) et cette action suffit à prouver que l'hyperacidité est loin d'être indispensable à la provocation de la sensation de brûlure.

***

(1) Faroy. — Les douleurs dites gastriques (*La Médecine pratique*, 30 avril 1924, n° 4.)

2° J'ai dit, au début de cet article, que la *brûlure dite gastrique n'avait pas, à mon avis, une origine stomacale.* En effet, la muqueuse de l'estomac, revêtue d'un *épithélium cylindrique,* est peu sensible par elle-même ; elle supporte facilement et sans douleurs l'acidité du suc gastrique. De même, la muqueuse intestinale irritée ne provoque pas de brûlures et si on en observe assez souvent à l'anus, c'est que celui-ci est revêtu sur son versant externe par un épithélium pavimenteux.

La sous-muqueuse lésée (par un ulcère par exemple), provoque des douleurs qui se localisent soit sur la musculature, soit au plexus solaire ; quant à la musculeuse, elle donne uniquement naissance à des sensations de crampe, de constriction, de torsion, d'arrachement, de distension, de plénitude.

A quoi donc correspondent les sensations de brûlure attribuées à l'estomac et où faut-il les localiser ? A mon avis, *au plexus solaire.*

En effet, les brûlures de la région gastrique siègent sur la ligne médiane, en général au point épigastrique ; elles peuvent parfois s'étendre à toute la ligne xipho-ombilicale et j'ai l'impression, depuis longtemps, qu'elles s'étagent ainsi que toutes les douleurs solaires (crampe, torsion, arrachement, pesanteur) sur la ligne épigastrique, à des niveaux différents, suivant le viscère d'où part l'excitation réflexe.

Quand la douleur est *haut située,* près de l'appendice xiphoïde, c'est au niveau du foie qu'il faut rechercher l'affection causale : congestion hépatique, hépatites variées, cholécystite, etc.

Si le point douloureux siège à la *partie moyenne du creux épigastrique,* c'est en général l'estomac qui est atteint : gastrite, ulcère, cancer, allongement vertical de l'estomac, crises gastriques d'origine variée. Il s'agit alors de *gastro-névrite,* suivant l'excellente dénomination de Loeper, qui a fort bien mis en évidence la pathogénie du syndrome solaire douloureux au cours des affections gastriques.

Enfin, la brûlure épigastrique peut être *bas située,* au voisinage de l'ombilic ; c'est alors l'intestin, le côlon surtout, qui est en cause ; les colites, principalement celles du transverse, la stase intestinale chronique droite (typhlo-colite), l'appendicite chronique, sont le plus souvent trouvées à l'examen du malade. Il s'agit d'*entéro-névrite* (Loeper).

On sait, d'autre part, combien souvent les douleurs de névralgie et de névrite prennent le type de brûlure ; il n'y a donc rien de surprenant à ce qu'elles revêtent cette modalité quand elles sont cœliaques, puisque dans ce cas, il s'agit aussi de névralgie et de névrite (cœlialgie, solarite de Moutier).

On voit pas cet exposé que l'ulcère de l'estomac est loin d'être la seule affection susceptible de provoquer des brûlures épigastriques, faussement attribuées à l'estomac par le malade, et souvent par le médecin. Il faut cependant savoir qu'elles peuvent exister, surtout dans l'ulcère de la petite courbure, si voisin du hile de l'estomac et retentissant si facilement sur le plexus solaire, et que, dans ce cas, c'est bien au plexus qu'elles sont ressenties et non pas sur la plaie ulcéreuse, c'est-à-dire dans l'estomac.

***

Il me faut, en terminant, signaler une sensation fréquente chez les colitiques en crise et qu'on peut rapprocher de la brûlure ; c'est une impression de *chaleur,* transversale, plutôt sous-ombilicale ; il ne s'agit pas, comme on pourrait le croire, d'une subtilité d'expression, car, peu intense et en vérité très supportable elle n'est pas douloureuse comme la brûlure ; elle s'accompagne le plus souvent d'une sensation de spasme.

Il semble qu'on puisse la situer sur le côlon transverse ; elle paraît suivre en effet le trajet de cet organe dans ses variations si nombreuses, et alterne avec les autres sensations douloureuses qu'on est habitué d'y rencontrer.

***

Quel *traitement* faut-il opposer au symptôme brûlure ?

C'est, avant tout, une *thérapeutique causale,* une fois déterminés de façon précise le viscère atteint et l'affection dont souffre ce viscère. Ce n'est pas le lieu de reprendre ici, en raison de leur importance, ces différents traitements que l'on trouvera ailleurs exposés en détail.

Mais il existe aussi un *traitement symptomatique,* qui a son importance pour soulager rapidement le malade, en attendant l'action efficace du traitement causal :

1° Les *brûlures œsophagiennes* disparaissent sous l'influence des alcalins et alcalino-terreux, puisqu'il s'agit en somme de neutraliser le suc gastrique acide régurgité, qui le provoque ; l'action la plus rapide est fournie par l'eau de Vichy (un verre à Bordeaux à un grand verre), le bicarbonate de soude, le citrate de soude, le phosphate de soude à petites doses, soit seuls (une demi à une cuillerée à café), soit associés, sous forme de solutions du type Bourget, avec ou sans sulfate de soude :

Bicarbonate de soude...	6 à 8 grammes
Phosphate de soude.....	4 grammes
Sulfate de soude........	2 grammes

ou :

Citrate de soude........	6 à 10 grammes
Phosphate de soude.....	4 à 6 grammes

pour un litre d'eau ; à prendre par demi-verre ou par verre à Bordeaux.

Des résultats plus lents, mais peut-être plus durables sont obtenus avec les alcalino-terreux : craie préparée, magnésie calcinée, sels de bismuth, soit seuls, soit associés :

Craie préparée............ } ââ
Magnésie calcinée......... }

ou :

Craie préparée............	20 grammes
Magnésie calcinée.........	40 »
Carbonate de bismuth......	20 »

Les quantités varient suivant le fonctionnement intestinal ; les poudres sont absorbées par cuillerées ou demi-cuillerées à café.

2° Les *brûlures solaires* relèvent d'un traitement qui doit varier suivant les cas.

Les applications chaudes sont toujours de mise ; mais il est bon de leur adjoindre, en cas de dyspepsies réflexes, ou dans l'ulcère de l'estomac, l'*atropine* (un quart de milligramme à un milligramme), ou plus simplement la *belladone* et la *jusquiame* :

Teinture de belladone....... } ââ
Teinture de jusquiame....... }

XXX à LX gouttes par jour.

Extrait de belladone.... } ââ un centigramme
Poudre de belladone.... }

pour une pilule ; 3 pilules par jour.

Si les douleurs solaires sont très intenses, ou dans les ptoses, il est nécessaire d'avoir recours à l'*ésérine* (Moutier), soit seule, soit concurremment avec un traitement belladoné.

Salicylate neutre d'ésérine	deux centigrammes
Glycérine à 28°.....	7 centi. cubes
Eau	3 centi. cubes
Alcool à 95°.......	q.s. p. 20 centi. cubes

XXX à LX gouttes et plus, par vingt-quatre heures.

On peut encore prescrire le *sulfate de génésérine*, à la dose de un à trois et même cinq milligrammes par jour, en dragées de un demi-milligramme.

Il est enfin un calmant qu'il ne faut pas négliger, c'est le *bromure de sodium* (un à deux grammes), qu'il est cependant préférable d'éviter en cas d'affection organique de l'estomac (gastrite, ulcus).

CLINIQUE NEUROLOGIQUE

Les tares organiques et les maladies acquises ou héréditaires des psychonévrosiques.

D'après une leçon du professeur LAIGNEL-LAVASTINE (1).

Je vous donne l'énumération des différentes tares organiques à rechercher : les perturbations ou altérations de l'appareil respiratoire ; n'oublions pas le nez, les malformations, l'imperméabilité nasale ; l'appareil circulatoire, l'artériosclérose, les altérations du sang, etc.

Plus importantes sont les perturbations digestives, comme l'a montré M. Doptain au début de sa thèse. Nous avons vu comment l'aérophagie, par les perturbations de la cénesthésie qu'elle détermine, peut entraîner un véritable délire. Les ptoses jouent un rôle très grand par le tiraillement du plexus solaire. La sclérose rénale intervient souvent dans les psychonévroses de la ménopause. Puis, les perturbations génitales, la coïncidence d'affections organiques du système nerveux, l'hérédité syphilitique : ainsi j'ai une obsédée phobique, qui est en même temps une tabétique par hérédo-syphilis, le père étant mort d'hémorragie cérébrale. Le système osseux. Le système musculaire. Enfin, l'appareil tégumentaire.

Voici une malade entrée pour un état d'anxiété. Elle a eu un goitre exophtalmique pour lequel M. Sébileau lui a fait, en 1912, une thyroïdectomie sous-capsulaire, dont le résultat a été admirable, au point que le métabolisme de base est actuellement normal. Malgré ce beau résultat chirurgical, Jeanne... n'a pas été complètement guérie ; elle a présenté des manifestations d'inquiétude et de dépression, qui l'ont obligée à quittter sa profession. Elle croyait qu'on cherchait à l'empoisonner en mettant du poivre dans ses aliments.

Chez Jeanne..., l'activité symbolique est caractérisée par des manifestations esthétiques, qui sont quelquefois un refuge dans l'œuvre d'art ou qui sont l'expression même des préoccupations. Jeanne ... a fait ces poupées que je vous montre, ce sont des symboles ; chacune a une devise racontant ses malheurs.

Si Jeanne ... exprime son moi profond par ces manifestations esthétiques, d'autres malades

(1) Leçon faite à l'hôpital de la Pitié, le 2 février 1927, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

l'expriment par des tapisseries comme celles-ci, que je dois à la collaboration de M. Vinchon. C'est une extériorisation freudienne. Il s'agit d'une anxieuse à la ménopause, qui n'avait pas sacrifié à Cypris.

Chez Jeanne, la zone psychique se caractérise également par des manifestations de transfert affectif sur un chat. C'est le syndrome bien connu de la *zoophilie.*

Au point de vue psychologique, il existe chez Jeanne un état de dépression intermittente avec une anxiété aboutissant à des réactions en rapport avec l'idée de persécution.

Jeanne n'a pas de signes d'affection organique du système nerveux, mais elle présente un déséquilibre vago-sympathique caractérisé par l'exagération du réflexe oculo-cardiaque avec un réflexe solaire normal. Il y a des perturbations endocriniennes, en particulier des ovaires. Le métabolisme de base est normal. Jeanne a des ptoses, notamment de l'estomac, et de l'entérocolite muco-membraneuse, syndrome très fréquent dans les cas analogues. Enfin, nous trouvons les signes d'une vieille atteinte de tuberculose pulmonaire au sommet droit. Donc, il s'agit d'une *déprimée inquiète avec refoulement affectif remplacé par des œuvres esthétiques et de la zoophilie, en rapport avec un déséquilibre vago-sympathique lié à de la dysendocrinie, avec ptose et symptômes d'entérocolite, et lésions pulmonaires.*

Cette *méthode concentrique*, comme vous le voyez, permet de discuter la hiérarchie et l'interprétation des manifestations sensitives sans contrôle objectif qu'on observe chez les psychonévrosiques.

Nombre de psychonévrosiques se plaignent de troubles bizarres répondant à des persurbations de la cénesthésie. La question est de savoir si ces manifestations sont réellement ressenties ou si elles sont seulement la projection sur leur corps d'idées délirantes résultant d'une erreur de jugement, ou en rapport avec une altération organique, ou s'il s'agit de *cénestopathie* vraie de Dupré, sans idées hypochondriaques.

Actuellement, j'ai dans mon service trois femmes pouvant être considérées comme des cénestopathes ; elles ont un état de dépression et se plaignent d'une série de troubles sensitifs. Toutes les trois ont des altérations — visibles à la radiographie —, de la colonne vertébrale.

Madame, ... âgée de 52 ans, dont la mère est morte à 67 ans, hémiplégique, dont le mari est mort à 65 ans à Sainte-Anne, a fait à douze ans une chute depuis laquelle elle souffre dans la région sacrée. Depuis un an, elle a de fortes douleurs lombaires accompagnées de céphalée, etc. Elle a une hypersensibilité au bruit ; dans ses cauchemars, elle vole très souvent au-dessus de l'eau ; elle a une frilosité marquée, etc. Les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux, la sensibilité à la piqûre est conservée, la raie vasomotrice est un peu asymétrique. Elle a une cyphose légère et un renversement du sacrum. Il est possible que ces altérations aient facilité les localisations cénesthopathiques, mais il est impossible de dire qu'il y ait rapport direct de cause à effet entre les lésions de la colonne vertébrale et les cénesthopathies.

Mlle H..., se plaint de sensations bizarres. Elle souffre dans la colonne vertébrale. Elle a dessiné ce schéma destiné à expliquer la manière dont son corps est enserré par le sympathique. Tout ceci part du rectum. Elle dit entendre sa pensée résonner. Elle a du mentisme. Ce schéma est la symbolisation des jugements qu'elle porte sur les manifestations qu'elle ressent. Sur la radiographie, on note la calcification des tubercules de Pacchoni et une scoliose dorso-lombaire.

Ces troubles légers de la colonne vertébrale jouent-ils un rôle dans les manifestations cénesthopathiques que décrit Mlle H... ? Vraiment non. Lorsqu'elle parle, elle confond les manifestations psychiques avec ces manifestations à expression somatique. On a l'impression que les unes et les autres ne sont que la symbolisation, pour ainsi dire, de son jugement. Nous avons affaire à un symbolisme imaginatif, interprétation de ses sensations organiques comme l'interprétation des phénomènes psychiques qui se passent en elle et ce serait forcer les choses que, de vouloir trouver dans la coïncidence d'un peu de scoliose une raison suffisante de relation eu causalité des manifestations cénesthopathiques.

La troisième malade, âgée de 57 ans, a un père alcoolique, une mère morte à 69 ans, qui était nerveuse, un frère mort diabétique. Elle aurait fait à 17 ans une chute dans le feu à la suite de laquelle, elle aurait bégayé. Elle a été réglée à 12 ans, a eu trois enfants. Depuis sa ménopause, survenue à 48 ans, elle ressent des malaises variés et indéfinissables, au niveau du cerveau et du rachis. En 1912, elle consulte M. Gilbert-Ballet à Sainte-Anne. Elle présente alors une période d'anxiété, elle est traitée par le laudanum. En 1916, elle voit M. Dupré qui porte le diagnostic d'état dépressif anxieux avec préoccupations hypochondriaques, etc., état psychoasthénique, etc. Je l'examine en 1920. Je lui trouve de l'hypertension et je la mets aux nitrites. En 1925, elle présente une amélioration : la pression est tombée à 19/10, le pouls est de 92 à 100. Elle avait un coryza spasmodique. Depuis, elle est toujours déprimée, elle reste au lit. Son affectivité s'est aigrie. Elle est facilement irritable. La meilleure thérapeutique qui l'ait améliorée est le massage. Elle rêve qu'elle est soulevée dans l'espace, suspendue dans le vide, qu'elle fait des mouvements des bras et qu'elle vole. Elle a incontestablement une sensibilité exagérée ; elle éprouve des sensations qui l'énervent plus encore

◆◆◆

qu'elles ne la font souffrir. La lumière et le bruit lui font mal, etc. C'est un mal, dit-elle, qui la ronge, l'énerve et la déprime. Elle est frileuse, comme les deux malades précédentes. La palpation et les manœuvres, que nous faisons en l'examinant, déterminent une crise d'énervement.

Au niveau de la jambe gauche, elle a des élancements, on dirait que la chair se décolle de l'os. Aux cuisses et aux genoux, elle a toujours une sensation de froid... Je l'ai mise à l'iodéma, recommandé par M. Thiroloix. Elle n'en a pas tiré un grand bénéfice. La diathermie sur la région vertébrale ne l'a pas améliorée. Le massage lui procure un soulagement... Elle sent son cœur grossir dans les crises anxieuses, qui s'accompagnent de dyspnée paroxystique. Elle a une pression normale, un pouls à 80. La radiographie de la colonne vertébrale montre des becs de perroquet à la partie inférieure et supérieure des vertèbres.

Il n'y a pas d'amyotrophies. La sensibilité à contrôle objetctif à la piqûre est nettement exagérée dans la partie du corps située au-dessous de la dixième dorsale. Ceci répond au rhumatisme vertébral. Elle a également de l'hyperesthésie au froid.

Nous constatons donc ici trois ordres de troubles : en premier lieu, un *rhumatisme chronique* incontestable, avec des sensations spéciales, et, en particulier, des troubles de la sensibilité à contrôle objectif répondant au maximum des lésions vertébrales. Il y a là une *association nette vertébro-neurologique*. En second lieu, il existe chez elle des *préoccupations hypocondriaques* liées à son état de *dépression périodique*...

Les troubles, dont se plaint le malade, débordent les manifestations vertébrales objectives, que nous constatons. Est-ce une raison pour mettre toutes les manifestations simplement sur le compte de troubles du jugement de nature hypocondriaques ? Je ne le crois pas. Je crois qu'il y a ici, outre les préoccupations hypocondriaques, le syndrome que Dupré a décrit sous le nom de *cénesthopathie*.

La multiplicité de ces descriptions, d'autre part, leur caractère qui est à peu près toujours le même, quels que soient les malades, montre bien qu'il ne s'agit pas seulement là de constructions imaginatives, faites par un jugement essayant d'interpréter seulement une inquiétude. Il y a là quelque chose qui paraît avoir son origine dans des perturbations de la cénesthésie. La compression des rameaux de communications est capable d'entraîner des perturbations cenesthésiques. Il y a lieu d'établir un rapport de cause à effet entre le rhumatisme chronique et un certain degré de cénesthopathie constatée, ce qui permet d'expliquer, non pas complètement, mais en partie, la prédominance, la localisation de certaines des préoccupations de cette malade.

La question des rapports entre les perturbations sympathiques et les expressions psychiques et d'autre part, des rapports entre ces perturbations du sympathique et les constatations objectives, nécessite une analyse très complète dans chaque cas particulier.

Il faudrait passer en revue toutes les maladies susceptibles de jouer un rôle en pareil cas : les maladies infectieuses, qui le plus souvent interviennent dès l'enfance ; il faut mettre au premier rang la *scarlatine*, qui touche facilement les glandes endocrines et, par conséquent, détermine fréquemment des psychonévroses ; au deuxième rang, la diphtérie, puis la fièvre typhoïde, le paludisme, dont le rôle a été mis en évidence pendant la campagne d'Orient ; M. Vinchon a montré la fréquence de l'anxiété d'origine paludéenne. Puis, il faut citer la tuberculose, l'encéphalite épidémique, la syphilis, l'alcoolisme, la goutte — l'uricémie et l'oxalémie produisant facilement des perturbations vago-sympathiques —, tous les processus aboutissant à l'alcalose, les avitaminoses, et, parmi les tumeurs, surtout les fibromes. Parmi les maladies héréditaires, en premier lieu, la syphilis, ou de première, ou de secnonde, ou de troisième génération — comme l'a montré M. Hutinel dans son beau livre sur le terrain hérédo-syphilitique, et l'hérédo-alcoolisme.

Une fois établies nos cinq zones, il faut étudier la *hiérarchie* des diverses zones, et ceci dépend de multiples facteurs. Il faut bien peser les symptômes et voir si on peut établir un rapport de *causalité*, ou si on arrive seulement à un rapport d'*interdépendance*, ou bien si l'on est obligé de se contenter d'un rapport de simple *coïncidence*, mais il faut savoir que, même dans les rapports de coïncidence, si on ne peut pas mettre en évidence un rapport physiologique, il y a possibilité quelquefois de penser à un rapport psychologique. Evidemment, un individu ayant une grosse tare organique, qui est boîteux, ou très laid, ou, du fait de mouvements anormaux des bras, a une diminution considérable de sa capacité sociale, peut, secondairement, du fait de l'aigreur résultant de son insuffisance, présenter des manifestations psychonévrosiques qui ne peuvent pas s'expliquer d'une manière physiologique, mais qui s'expliquent d'une manière psychologique...

Votre traitement devra être : social, moral, neurologique, sympathique, endocrinien, viscéral, et enfin étiologique.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la lithiase vésicale chez l'enfant.

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Vous trouverez mentionné dans tous vos traités ou précis médicaux que la lithiase urinaire est beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte ; ce fait doit assurément être exact puisque de nombreux auteurs tels que Guersant, Giraldès, Bokay, etc... ont pu apporter des statistiques qui comportent des centaines d'observations. Pourtant, en ce qui me concerne, et je crois que mes confrères de la région toulousaine seront du même avis que moi, je n'ai pu observer au cours de ma carrière médicale que fort peu de cas de lithiase vésicale chez des sujets au-dessous de quinze ans. A quoi cela peut-il bien tenir, je ne le sais trop, mais ce qui n'est pas contestable c'est qu'au contraire j'ai eu souvent l'occasion de voir des calculs chez des adultes.

Quoi qu'il en soit de ce fait, particulier peut-être à notre centre régional, il n'est pas douteux que pour la lithiase rénale, l'influence du sexe ne soit considérable, tous les cas que j'ai pu observer, au nombre de 7, avaient trait à des garçons, ce qui tend bien à confirmer l'opinion émise par de Saint-Germain, à savoir que l'on ne voit jamais de calculs chez les petites filles en dehors des concrétions entourant les corps étrangers introduits par l'urètre.

Je ne crois pas qu'il soit bien intéressant pour vous de rechercher pourquoi chez tel enfant il se fait un dépôt d'acide urique, et chez tel autre un dépôt d'oxalate de chaux, ce qu'il vous importe de savoir, c'est que dans l'immense majorité des cas, les calculs que l'on rencontre sont des calculs d'organisme, des calculs primitifs, sans adjonction de couches phosphatiques, ce qui n'a d'ailleurs rien de bien étonnant, étant donné que la cystite est rare chez l'enfant, même lorsqu'il est calculeux. Et cette notion de la nature des productions lithiasiques vésicales est particulièrement importante pour vous, car c'est d'elle que découlent les conclusions thérapeutiques ; sachez en effet que les calculs uriques purs, ainsi que les calculs d'oxalate de chaux sont extrêmement durs, ce qui constitue une contre-indication formelle à la lithotritie.

Ceci dit, j'ai hâte d'en arriver à la symptomatologie, mais avant d'étudier successivement les différents signes par lesquels se révèle la présence d'un calcul dans une vessie infantile, je tiens à vous rappeler ceux qui caractérisent la lithiase de l'adulte, car c'est de la comparaison des deux tableaux cliniques que vous pourrez tirer des conclusions instructives.

Vous savez que les symptômes fonctionnels qui permettent souvent d'affirmer l'existence d'un calcul sont au nombre de quatre ; l'hématurie, la douleur, la fréquence de la miction et l'arrêt brusque du jet au cours de la miction.

L'hématurie constitue généralement le premier signe révélateur de la lithiase vésicale : lorsque vers la quarantaine, chez un homme fort et vigoureux, une hématurie terminale se produit de temps en temps sous l'influence de la marche ou de la fatigue, c'est qu'il existe un calcul dans la vessie.

Elle précède ainsi et de longtemps toute douleur, mais c'est toujours à l'occasion d'un mouvement, d'un exercice ,d'une promenade qu'elle s'est produite une première fois et se reproduira plus tard. Au repos, l'hématurie ne reparaît pas, elle cesse même complètement, et lorsque le calculeux se lève le matin, ses urines sont de coloration absolument normales.

Cette hématurie se manifeste soit à la fin, soit en dehors de la miction. Quand la vessie a fini de se vider, elle se contracte en quelque sorte sur le corps étranger pour l'expulser, et blesse alors sa muqueuse violemment appliquée sur le calcul plus ou moins rugueux : cette dernière saigne et cela d'autant plus abondamment qu'elle est plus hyperémiée par la répétition de cette sorte d'auto-traumatisme. En dehors de la miction, l'hématurie se produit sous l'influence des mouvements communiqués au calcul par la marche, les sauts, les chocs : le calcul, promené dans la cavité vésicale sous l'influence du mouvement, écorche la muqueuse et la fait saigner.

A cette hématurie partielle, intermittente et toujours provoquée se joint bientôt la douleur. Au début, ce n'est presque rien, quelques légères sensations seulement au bout de la verge, coïncidant avec l'émission sanguine, puis la douleur s'accentue et se caractérise sous forme de pesanteur au fondement, dans les aines et d'élancements dans la verge, dans le gland, au niveau du méat.

Cette douleur, qui n'est pas seulement constituée par ce sentiment pénible de lourdeur et de choc derrière le pubis que ressentent tous les calculeux, est surtout caractérisée par le besoin pressant et cuisant d'uriner. Comme l'hématurie, elle subit la provocation du mouvement : le calculeux ne peut aller en voiture, même légère et très suspendue, il ne peut également supporter l'automobile. Il préfère aller à pied, mais

un faux pas, un heurt, suffisent pour réveiller une douleur lancinante. Pour s'asseoir, le calculeux doit prendre des précautions, car il lui faut éviter tout ce qui est pression du périnée et par là du bas-fond vésical : il s'assied donc doucement, avec prudence, de travers le plus souvent, sur une fesse. Il se met au lit avec le même luxe de précautions, mais une fois allongé et installé, il ressent le calme le plus absolu : il se croit guéri et ne retrouvera les symptômes de sa maladie que le matin après s'être levé et avoir marché.

La douleur provoquée traduit déjà la réaction de la vessie ; celle-ci se caractérise encore par des besoins plus fréquents d'uriner, qui, comme la douleur à laquelle ils sont associés, se répètent surtout dans le mouvement. La fréquence de la miction est toujours en corrélation directe avec l'intensité de la douleur, et cela, n'a rien, je pense, qui puisse vous étonner, car vous savez fort bien que la sensibilité vésicale est telle qu'elle se manifeste surtout par le besoin d'uriner et par l'effort pour aboutir. Plus une vessie est douloureuse, plus la miction sera fréquente, et puisque le mouvement qui agite le calcul provoque de la douleur, il provoque par suite le fréquent besoin d'uriner. Cette fréquence sera diurne, car le patient va, vient, marche et circule pendant le jour, mais souvenez-vous bien que ce caractère n'existera bien entendu que tant qu'il n'y aura pas de cystite, car dès que la vessie est enflammée, la fréquence devient indifféremment diurne et nocturne.

Ce besoin plus fréquent d'uriner qu'éprouvent les malades est d'ailleurs excessivement variable : il dépend de l'activité du sujet, du volume ou du nombre des calculs, et aussi du degré d'irritation de la vessie : il semble en outre qu'il existe à ce sujet des suceptibilités individuelles. Certaines vessies sont, en effet, particulièrement tolérantes, comme celle du malade dont Morand a rapporté l'histoire. Ce chirurgien avait diagnostiqué un calcul vésical par l'exploration métallique ; le malade, sceptique parce qu'il n'avait jamais beaucoup souffert se refusa à tout traitement chirurgical, et à sa mort, d'ailleurs tardive, légua son corps à Morand pour qu'il en fît l'autopsie. Celle-ci, faite en grande pompe, fit constater la présence dans la vessie de trois calculs volumineux.

Le quatrième symptôme, l'arrêt brusque du jet de la miction s'observe très rarement chez l'adulte. Vous connaissez tous l'explication que l'on a donnée de ce phénomène : les contractions, destinées à expulser le contenu liquide de la vessie, chasseraient en même temps le calcul qui viendrait se présenter au méat vésical et ferait à ce niveau fonction d'une véritable soupape arrêtant brusquement le jet d'urine. Mais qu'un mouvement survienne alors et déplace le calcul, du même coup la soupape s'ouvre de nouveau et permet à l'urine de reprendre son cours avec une nouvelle force. Or les calculeux sont généralement des gens d'un certain âge, à prostate assez volumineuse et à bas-fond rétro-prostatique accentué, dans lequel vient se loger le calcul. Il s'ensuit qu'au moment de la contraction vésicale, pendant la miction, le calcul peut bien être amené au voisinage de l'orifice urétral en suivant le bas-fond, mais il ne tarde pas à être arrêté par la saillie prostatique, ce qui ne lui permet pas de se présenter au méat lui-même et par suite de l'obstruer.

Aussi, chez l'adulte calculeux n'observe-t-on qu'exceptionnellement le phénomène d'arrêt brusque de la miction, car il ne faut pas confondre ce symptôme avec la dysurie plus ou moins violente, qui elle, est au contraire d'observation fréquente. Souvent en effet, sous l'influence de la douleur, et surtout lorsqu'il y a cystite, un spasme de l'urètre se produit au cours de la miction, ce qui ralentit ou même arrête le jet d'urine, qui ne reprend qu'après un temps de repos. Mais, il ne faut pas oublier que dans ces cas l'arrêt est moins soudain, que quelques gouttes s'écoulent toujours, et que le jet ne reprend qu'avec peine, intermittent et bavant. Il s'agit là du reste d'un phénomène qui se retrouve dans toutes les cystites et qui caractérise bien plus l'inflammation vésicale que la lithiase.

Ces différents signes fonctionnels, que je viens de vous énumérer, tout en faisant soupçonner la présence d'un calcul, ne permettent pas cependant d'en affirmer l'existence : l'exploration vésicale seule, par l'exploration métallique, la sonde et le lithotriteur, instruments qui ont chacun leurs indications spéciales correspondant à des cas différents, vous permettra d'élucider le problème, en vous faisant sentir le corps étranger lui-même.

Chez un malade adulte, que vous soupçonnez atteint de lithiase, et dont vous aurez rempli la vessie de cent à cent vingt grammes d'eau, vous introduirez l'explorateur métallique, qui vous fournira sans beaucoup de douleurs et sans qu'il soit besoin d'anesthésie, tous les renseignements dont un praticien a besoin chez un calculeux. Cet explorateur va en effet rencontrer le calcul, et vous donnera un choc, d'autant plus clair, que ce calcul sera plus dur ; puis, en promenant l'instrument à sa surface, et en notant l'étendue suivant laquelle le choc se produit, vous obtiendrez la notion du volume : quant au siège, il sera facile de le définir d'après la position qu'aura pris le bec de l'explorateur pour rejoindre le calcul.

Cet instrument, extrêmement précieux, est le seul qui puisse ainsi vous donner la notion du volume, par la longueur obtenue en le retirant du fond de la vessie vers le col, du nombre, par la multiplicité des contacts perçus presque simul-

tanément dans des zones opposées de la vessie, et de la résistance par la netteté du choc et par la limpidité du bruit de cliquetis perçu par l'oreille. Il ne vous faudrait pas croire cependant que l'explorateur métallique vous donnera toujours la sensation du calcul : l'exploration peut, en effet, rester parfois négative, et cela chez les malades qui ont un calcul diverticulaire logé dans une cellule, où il est fixé sans se montrer largement, ou encore dans les cas de calculs intermittents, qui de la vessie rentrent de temps en temps dans une loge, où ils se dérobent à toute exploration.

Il en sera de même chez les sujets à vessie douloureuse ou sensible, chez lesquels le premier effet de l'explorateur métallique est de provoquer une contraction, qui va cacher la pierre. Dans ces conditions, vous devrez vous contenter de l'explorateur à boule ou de la simple sonde à béquille qui sert au cathétérisme : en sondant le malade, vous percevrez à la fin, lorsque la vessie se sera vidée et se contractera, un frottement caractéristique, mais il vous faudra bien veiller, à ce que ce frottement ne soit pas dû à une cause extérieure à la vessie ou au malade lui-même, au contact des habits ou des draps avec la sonde, ou encore au frôlement contre une bague que porte la main qui fait l'exploration.

Lorsque vous ne soupçonnerez qu'un tout petit calcul, vous ne devrez prendre ni l'explorateur métallique, ni la sonde, qui ne vous donneraient aucune sensation d'un contact trop léger avec un calcul trop petit : il conviendra que vous preniez dans ce cas le lithotriteur, qui seul pourra le saisir dans ses mors bien ouverts, et le broyer par la meme occasion.

Enfin, n'oubliez pas que dans certains cas, où le doute serait possible, le toucher rectal, la cystoscopie et la radiographie seront à même de vous fournir de précieuses indications.

Tels sont les principaux symptômes par lesquels se révèlent la présence d'un calcul vésical chez l'adulte : voyons maintenant ceux que l'on trouve chez l'enfant, en nous servant de l'observation du petit malade des chambres payantes que j'ai opéré il y a trois semaines environ.

Ce jeune garçon, âgé de 10 ans, ne présentait absolument rien d'intéressant pour nous tant dans ses antécédents héréditaires que personnels : la maladie actuelle, pour laquelle, il nous a été amené, a débuté, il y a près d'un an et a été marquée par l'apparition de douleurs dans la région hypogastrique. L'enfant jouait moins volontiers, il était souvent triste, très turbulent autrefois, il restait constamment calme et ne courait plus.

La miction, d'abord douloureuse et difficile était devenue peu à peu presque constante : l'urine coulait successivement à plein jet, puis goutte à goutte et de nouveau à plein jet parfois même il y avait des arrêts brusques, suivis bientôt de reprises. Le plus souvent l'enfant urinait dans sa culotte ou mouillait son lit, dans l'impossibilité où il se trouvait de résister aux besoins pressants et incessants qui le persécutaient.

Lorsque le petit malade me fut amené, il me fut présenté comme atteint d'incontinence d'urine et peut-être de calcul vésical : étant donnée l'anamnèse, je pensai de suite qu'il devait s'agir dans ce cas d'une fausse incontinence d'urine due à l'existence d'accidents lithiasiques, et pour bien le montrer, je fis immédiatement coucher l'enfant dont la chemise et la culotte étaient trempés d'urine ; puis, je le sondai. Ainsi qu'il vous fut donné de le constater, la vessie était remplie, et j'obtins environ trois cents grammes d'urine ; quant au calcul, que je pus reconnaître et mesurer du même coup, il offrait les dimensions d'une grosse noix. Le toucher rectal que je pratiquai ensuite, et l'examen radiographique, qui fut fait quelques jours plus tard, ne firent que confirmer mon diagnostic.

Chez l'enfant, l'incontinence d'urine douloureuse diurne et nocturne, lorsqu'elle n'est pas congénitale, c'est-à-dire lorsqu'elle est de date récente, est toujours une fausse incontinence et témoigne sûrement de l'existence d'un calcul ; on pourrait presque dire qu'il s'agit là d'un signe de certitude quand il est bien observé. Assurément, il faut se méfier avant d'en admettre la valeur, et il convient de savoir éliminer toutes les incontinences essentielles ou symptomatologiques ; la chose est facile, il suffit de se rendre un compte exact de la situation. Je ne puis entreprendre aujourd'hui, car cela m'entraînerait beaucoup trop loin, une étude du diagnostic différentiel des incontinences de l'enfant, contentez-vous de retenir, en vous basant sur le cas présent, que tout enfant qui, antérieurement continent, non atteint de cystite, et indemne de toute affection médullaire, présente de l'incontinence douloureuse diurne et nocturne, est porteur d'un calcul vésical : j'ajouterai encore qu'il s'agit là d'une fausse incontinence résultant d'une rétention incomplète, comme j'ai pu vous le montrer.

Mais reprenons les uns après les autres les signes rationnels des calculs vésicaux que nous avons étudiés chez l'homme, et voyons si nous les retrouvons avec les mêmes caractères chez l'enfant.

Sans doute, la douleur existe, mais ici il est bien difficile d'en analyser les caractères, d'en retrouver par exemple les relations avec le mouvement ou la miction. Il faut s'en rapporter aux affirmations des parents qui, la plupart du temps observent mal, ou n'observent pas du tout leurs enfants : le petit calculeux souffre, cela n'est pas douteux, il souffre probablement comme l'adulte mais incapable d'analyser ses souffrances, il ne peut renseigner le chirurgien, il se borne à se plaindre et à uriner.

De Saint-Germain, dans ses cliniques, déclare que l'hématurie abondante constitue le symptôme capital et constant chez l'enfant calculeux. Guyon et Legueu ne sont pas de cet avis, et d'après eux, l'enfant ne serait qu'exceptionnellement hématurique : en ce qui me concerne, je ne saurai que me ranger à cette dernière opinion, car je n'ai jamais encore vu d'hématurie, chez les jeunes lithiasiques, les petits malades, que j'ai déjà eu l'occasion d'observer, ne présentaient pas ce symptôme, et nous n'avons pas non plus eu à le constater chez notre sujet. Cela ne veut certainement pas dire que l'on ne puisse pas voir d'hémorragie vésicale chez les enfants calculeux, mais ce qu'il faut que vous reteniez, c'est que cette hématurie est rare et ne consiste, lorsqu'elle existe, qu'en quelques filaments sanguins perdus dans l'urine. Ne vous attendez donc point à pouvoir constater un écoulement de sang pur comme chez l'adulte, toujours en rapport avec une provocation quelconque.

La fréquence de la miction existe certainement chez l'enfant, elle est même excessive, car l'enfant calculeux urine toujours et partout, il urine même follement jusqu'à faire croire qu'il est incontinent. Il est assez difficile de préciser les causes qui exaspèrent ce symptôme, parce que le petit malade ne nous renseigne pas, il faut donc se contenter de l'enregistrer en lui donnant toute sa valeur. Cette incontinence est d'ailleurs fausse, vous ai-je dit, et cache une rétention : cela semble paradoxal au premier abord, mais rien n'est plus vrai cependant, ni plus facile à expliquer. L'enfant calculeux souffre lorsqu'il urine, il retarde donc le plus qu'il peut la miction, fuyant l'agitation qui la provoque et contractant son sphincter : la vessie se remplit alors et d'autant plus que l'irritation vésicale retentissant sur le rein, comme c'est là règle, provoque de la polyurie. Lorsqu'il est plein, le réservoir déborde, ou plutôt force le sphincter qui, spasmodiquement contracté, résiste et ne laisse écouler l'urine que par intermittence ou par flot, si la révolte vésicale trop vive se traduit par une brusque contraction expulsive. Peur d'uriner, spasme du sphincter, polyurie, révolte vésicale, défense réflexe suffisante ou insuffisante, c'est une lutte continuelle d'où proviennent les irrégularités si frappantes de la miction ; goutte à goutte, débâcle douloureuse, rétention.

Il est par contre un signe que l'on observe très rarement chez l'adulte, et que l'on retrouve au contraire presque constamment chez l'enfant, c'est l'arrêt brusque du jet de la miction. Voici comment les choses se passent : le petit malade fait des efforts pour uriner, la miction se produit, et brusquement, le jet est interrompu pour ne reparaître qu'après du nouveaux efforts et un moment d'agitation. C'est que chez l'enfant la paroi inférieure de la vessie, formant un plan incliné, une sorte d'entonnoir dont le sommet se trouve au niveau de la partie prostatique de l'urètre, le fond de la vessie est de niveau avec le col ; il s'ensuit que le calcul subissant la pression de l'urine, et ne trouvant pas d'obstacle prostatique qui l'arrête, est de suite précipité contre l'urètre qu'il oblitère : d'où arrêt brusque du jet et sensation douloureuse, d'où nécessité de changer de situation pour permettre au calcul de se déplacer et de cesser ainsi d'interrompre le cours de la miction.

Quant au cathétérisme de l'urètre, il paraît, à première vue, une manœuvre assez délicate, car il semble que l'on risque de faire facilement une fausse route dans un urètre jeune et délicat. En réalité, il n'en est rien, et les craintes de de Saint-Germain qui recommandait de ne le pratiquer que sous anesthésie générale, paraissent tout à fait exagérées. Ce cathétérisme est au contraire beaucoup plus facile chez l'enfant que chez l'adulte, le cul-de-sac du bulbe n'a, en effet, qu'une existence virtuelle, si bien que l'on pénètre presque directement de l'urètre antérieur dans l'urètre postérieur. Comme l'urètre membraneux est lui-même très court, et la vessie immédiatement abordable, comme le pubis est bas, qu'on le sent et qu'on le touche tout de suite du bec de la sonde, il suffit, dès qu'on l'a reconnu d'abaisser la main pour pénétrer dans la vessie, où l'on entre le plus souvent plus tôt qu'on ne le pensait. Mais ici, comme d'ailleurs pour tous les cathétérismes, il est préférable de choisir une sonde relativement grosse, car on passe plus aisément en distendant légèrement le canal qu'en allant perdre la pointe d'une sonde trop fine dans les replis de la muqueuse.

En résumé, deux signes principaux sont propres aux calculs vésicaux des enfants, la fausse incontinence d'urine provoquée par une véritable rétention, et l'arrêt brusque du jet qui se rencontre presque toujours dans la miction des jeunes calculeux, alors qu'elle ne s'observe presque jamais chez les adultes : en revanche ne comptez pas sur l'hématurie, et n'accordez qu'une importance très secondaire à l'élément douleur si difficile à analyser chez les jeunes sujets. Il est en outre bien évident que le cathétérisme conservera chez l'enfant la même valeur que chez l'adulte, il en sera de même pour le toucher rectal, qui, combiné au palper hypogastrique, vous fera connaître d'après le volume de l'interposition, l'importance et les dimensions du calcul, et enfin la radiographie, dont les résultats chez l'adulte sont très inconstants, nous donnera ici une image fort nette, par suite du peu de développement que présentent les tissus périvésicaux chez les jeunes sujets.

Le traitement des calculs vésicaux de l'enfant a fait l'objet de nombreuses discussions il y a quelques années. Chez l'adulte, en faisait autre-

fois la taille périnéale, mais toujours aveugle, et toujours mutilante pour les canaux éjaculateurs, elle a dû peu à peu céder le pas, et peut être considérée comme tombée en désuétude ; aujourd'hui la taille hygogastrique et la lithotritie se partagent seules les faveurs des chirurgiens, chacune de ces deux interventions ayant d'ailleurs ses indications spéciales sur lesquelles je ne puis insister en ce moment.

Chez l'enfant, la lithotritie a été préconisée dans ces derniers temps, mais les dimensions exiguës du canal à cet âge rendent difficile l'introduction d'un instrument aussi volumineux que doit l'être un lithotriteur pour conserver une puissance suffisante. Avec de petits instruments, avec le n° 00 des lithotriteurs, on peut encore broyer certains calculs, mais il ne faut pas perdre de vue que les productions lithiasiques infantiles sont des calculs d'oxalate de chaux ou d'acide urique pur d'une dureté considérable que les dimensions de l'urètre se prêtent mal au volume des instruments, et d'un autre côté, la facilité, avec laquelle la taille guérit à cet âge, fait que la majorité des chirurgiens a renoncé à cette méthode thérapeutique ou moins chez le garçon. Chez la petite fille, on pourrait, à la rigueur, dilater le canal de l'urètre, mais cette manœuvre peut laisser à sa suite une incontinence difficile à combattre, et c'est pourquoi la lithotritie reste encore ici une mauvaise opération. Quant à la lithotritie périnéale, c'est-à-dire pratiquée à travers l'incision de la périnéotomie et d'une brèche faite à l'urètre membraneux ou prostatique, elle n'est pas beaucoup préférable, malgré le plaidoyer de Hoston en sa faveur L'opération qui offre les meilleures garanties, sans aucun danger fonctionnel, l'opération de choix est la taille hypogastrique.

Vous me l'avez vu pratiquer chez notre petit malade, j'ai commencé par injecter dans la vessie de 100 à 150 grammes d'eau pour la distendre, et après cette injection, elle faisait au-dessus du pubis une saillie haute de quatre centimètres environ. J'ai incisé ensuite couche par couche sur la ligne médiane immédiatement au-dessus de la symphyse, puis dès que l'organe eut apparu, je l'ai ouvert avec mon bistouri. Introduisant ensuite par l'incision vésicale une tenette, j'ai saisi et retiré un calcul, qui fut reconnu plus tard formé d'oxalate de chaux. J'ai enfin suturé complètement la vessie et j'ai mis une sonde à demeure qui a été admirablement tolérée.

Ainsi opéré, mon petit malade a très facilement guéri, et pourra nous quitter dans quelques jours.

PHYTOTHÉRAPIE TROPICALE

Le Pring.

Par le Dr M. Tirouvanziam,

Médecin de l'Assistance médicale, à Prey-Veng (Cambodje).

Au Cambodge, on désigne sous le nom de « pring » un bel arbre de moyenne grandeur, à feuilles ovales et à petites fleurs blanches, qui donne des fruits de saveur agréable, gros comme une cerise. Les fruits, à maturité, sont noirs ou blancs, d'où deux variétés.

Le pring est identifié sous le nom de « eugenia jambolana ou syzygium jambolanum » de la famille des myrtacées.

Parties employées : écorce, feuilles, fruits et graines.

Composition chimique : L'acide gallique et un glucoside instable appelé jambuline ont été isolés des différentes parties de l'arbre.

Propriétés thérapeutiques : antidiarrhéique, antidysentérique, antidiabétique.

Modes d'emploi : Décoction d'écorce contre les diarrhées et les dysentéries chroniques.

Ecorce contusée d'eugenia jambolana............	15 à 30 gr.
Eau....................	150 gr.

faire bouillir une heure ; à prendre en 2 fois, matin et soir, loin des repas.

Le jus de feuilles tendres à raison de 1/4 à 1/2 cuillerée à café est préconisé contre des diarrhées infantiles, au-dessus de 2 ans.

Dans la dysenterie avec selles glaireuses et sanguinolentes on administre avec succès la préparation suivante :

Jus de feuilles d'eugenia jambolana............	ââ 2 cuillerées à café
Jus de feuilles de magnifera indica................	
Jus de feuilles de phylanthus emblica...........	
Miel......................	
Lait de chèvre...........	2 cuillerées à soupe

à prendre en 2 ou 3 trois fois par jour.

Les fruits servent à préparer un sirop qui est stomachique, antidiarrhéique et rafraîchissant.

Les graines sèches pulvérisées avec l'amande de mangue sont très efficaces contre les diarrhées chroniques et les dysenteries.

Poudre de graines d'eugenia jambolana	ââ
Poudre d'amande de magnifera indica	

1 à 4 gr. par jour ; à chaque fois, prendre 1 à 1 gr. 50 de poudre avec un peu d'eau, loin des repas.

La poudre de graines desséchées à l'ombre est employée comme antidiabétique à la dose de 2 à 5 gr. par jour.

Arnozan et Carles, de Bordeaux, préconisent contre le diabète sucré, depuis longtemps, le jambul, à la dose de 0,50 à 2 gr. par jour aux repas.

Les excellentes pilules, à la base de jambul, du Dr P. Mariadassou, nous ont valu des améliorations se manifestant par une diminution de la polyurie avec relèvement de l'état général.

Extrait de jambul	0,05 à 0,10
Piperazine	0,10
Arséniate de soude	0,005
Extrait de noix vomique	0,01
Oxyde de manganèse	0,02

pour une pilule n° 30.

Une à deux pilules par jour, au moment des repas, durant 15 jours ; reprendre la cure après une semaine de repos. Aux malades pauvres, nous avons l'habitude de prescrire durant une quinzaine, une infusion de 2 à 2 gr. 50 de poudre de graines, à prendre avant les repas, après une purge ou diète hydrique durant 2 jours au moins.

Dans la diabète pancréatique, le jambul essayé à plusieurs reprises chez trois malades, ne nous a donné aucune amélioration sensible. Les pilules à base de jambul et les infusions ont été tour à tour employées durant plusieurs semaines ; les symptômes comme : la polyurie, la polydipsie et la polyphagie semblent avoir été parfois heureusement influencés durant la médication ; cela pendant très peu de temps seulement.

Bibliographie

Le jardin des simples par le docteur P. Mariadasson.
1.500 plantes par A. Aclart.
Médecine ayourvédique par N. N. Sen Gupta.

Dr Mariadasson.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'anesthésie locale sous-cutanée dans le traitement des douleurs d'origine viscérale et séreuse.

MM. Roch et Prommel (de Genève) ont repris la méthode de Lemaire, d'après laquelle une injection de novocaïne à 1/2 p. 100, sous la peau dans la zone de projection d'une douleur viscérale, en supprime la perception. Pratiquement, par cette intervention rapide, sans difficulté et sans danger, on arrive, dans une très forte proportion des cas, à soulager des malades qui souffrent atrocement, à les soulager pour plusieurs heures, parfois même définitivement ; car il a semblé que la douleur contribuait à entretenir l'irritation qui l'a provoquée, d'où la sédation parfois durable que l'anesthésique permet d'obtenir.

En général, ces auteurs injectent 10 cmc. de solution de novocaïne à 1/2 p. 100, ce qui ne représente qu'une dose totale de 5 cent. de novocaïne. Cela paraît suffisant dans la plupart des cas. Ils ont eu pourtant quelques insuccès : douleur temporale causée par une tumeur du cervelet, douleur thoracique dans le cours d'une méningite tuberculeuse, etc. Leurs cas franchement positifs sont au nombre de 18, se répartissant ainsi : 2 angines de poitrine, 1 péricardite aiguë, 1 gangrène pulmonaire avec point pleurétique, 6 pleurites, 1 cholécystite, 1 colique hépatique, 3 ulcères d'estomac, 2 cancers d'estomac, 1 ptose viscérale avec douleurs lombaires.

Un avantage de la méthode, c'est qu'elle amène un relâchement musculaire très favorable à la palpation ; mais, en faisant disparaître le symptôme douleur, elle risque de retarder fâcheusement une intervention, en cas d'appendicite par exemple.

En fait, ces succès variés nous permettent de considérer l'anesthésie sous-cutanée, efficace dans un grand nombre d'affections douloureuses viscérales ou périviscérales, comme une très précieuse acquisition pratique. (*La Presse médicale*, 26 mars 1927.)

L'appendicectomie rétrograde, dite « sous-séreuse »

Dans certaines formes d'appendicites particulièrement adhérentes, lorsque l'organe malade est difficilement accessible dans sa totalité, au lieu de chercher à le libérer pour l'enlever suivant la technique ordinaire, l'opérateur a souvent avantage à le sectionner, après ligature, au

niveau de son insertion cæcale, et à en pratiquer l'ablation par voie rétrograde. Mais, dans certains cas, même en procédant ainsi, le chirurgien ne parvient à libérer qu'un cent. à peine de l'organe, et s'il insiste, il se voit exposé à deux dangers, soit sectionner le méso-appendice sans le pincer, ce qui peut rendre l'hémostase difficile, soit blesser le cæcum ou le grêle adhérent. Pour éviter ces dangers, le Pr CADENAT cite l'appendicectomie sous-séreuse, expression péu exacte car elle est, non pas sous-séreuse, mais sous-muqueuse ; le plan de clivage passe entre la muqueuse et la musculeuse, ce n'est pas le cylindre appendiculaire tout entier qui est enlevé ; les couches musculaire et séreuse de l'appendice restent le plus souvent en place.

Cette méthode offre l'avantage de ne pas rompre les adhérences, puisque la décortication se fait à l'intérieur de l'étui musculo-muqueux, et surtout elle évite d'avoir à faire l'hémostase.

Elle s'impose quand les tentatives prudentes de libération sont restées infructueuses, dans l'appendicite rétro-cæcale (point n'est donc besoin de décoller de côlon ascendant de la paroi abdominale postérieure), dans les appendicites à évolution pelvienne.

Une seule contre-indication, c'est l'impossibilité de découvrir la base de l'appendice ; mais dans cette rare éventualité, le décollement sous pariétal reprend ses droits. (*La Presse médicale*, 5 février 1927.)

Le pouvoir zymosthénique des eaux minérales.

Les eaux thermo-minérales agissent sur les troubles de la nutrition et du métabolisme, sur les tempéraments et constitutions morbides, avec une efficacité telle qu'on ne trouve rien d'approchant dans les ressources de la thérapeutique officinale. La radio-activité ne soulève qu'un coin du voile de ce mystère.

Or, MM. LOEPER, MOUGEOT et AUBERTOT ont pu établir que certaines eaux minérales possédaient un pouvoir excitant, qui s'exerce sur certains ferments solubles d'origine cellulaire, un pouvoir « zymosthénique ».

La radioactivité n'est pour rien dans cette action ; le phosphore joue un rôle vis-à-vis de la sucrase ; en général, le pouvoir zymosthénique se montre attribuable aux électrolytes.

Pour certains biologistes, les ferments n'agissent pas par leur constitution chimique, mais par une énergie électrique, un potentiel dynamique, des charges électroniques.

Celles des eaux minérales qui sont d'origine profonde empruntent-elles à leur origine tellurique, soit des radiations spéciales à peine soupçonnées, soit un état moléculaire tel que les propriétés physiques et dynamiques de leurs éléments puissent entrer en harmonie, en coopération, en synchronisme, avec les propriétés physiques et dynamiques des ferments ?

Ce n'est là qu'une hypothèse que l'avenir jugera.

Quelque obscure que soit la théorie des ferments, un fait pratique se détache : l'action zymosthénique des eaux minérales semble de grosse valeur pour expliquer leur efficacité dans les troubles de la nutrition, comme l'a établi d'ailleurs une observation clinique multiséculaire. (*La Presse médicale*, 23 février 1927.)

Considérations sur la pathogénie des accidents sériques.

Les accidents précoces surviennent immédiatement ou peu après l'injection ; ils surviennent le plus souvent chez des sujets ayant reçu antérieurement du sérum.

Les accidents les plus tardifs, les plus fréquents, ne surviennent que 8 à 12 jours après l'injection ; on les observe presque exclusivement chez des sujets qui viennent de recevoir pour la première fois du sérum, c'est « la maladie du sérum ».

Les premiers sont considérés comme étant de nature anaphylactique, les autres sont de nature toute différente, et la méthode de désensibilisation de Besredka ne peut les empêcher.

Cependant V. DE LAVERGNE établit que le mécanisme de production des accidents sériques *tardifs* est analogue à celui des accidents d'anaphylaxie expérimentale, résultant dans les deux cas du choc créé par la sensibilisation d'un organisme en présence d'une albumine étrangère, et il démontre ainsi que les accidents sériques, précoces ou tardifs, sont de même nature. Une seule injection peut donner naissance aux accidents du genre de ceux qu'on observe le 12e jour par le mécanisme de l'anaphylaxie la plus rigoureuse. Le grand argument décisif « du retard » est donc sans valeur. (*La Presse médicale*, 5 mars 1927.)

Recherches sur la spirochétose broncho-pulmonaire.

Il semble bien établi que les spirochètes doivent intervenir dans l'étiologie de certaines affections des voies respiratoires. Mais le type clinique suivant lequel se manifeste la spirochétose broncho-pulmonaire est caractérisé par des symptômes inconstants. Notons d'abord la bronchite de Castellani ou « bronchite sanglante », qui simule la tuberculose ; maladie généralement peu grave, elle est considérée comme de nature contagieuse ; on y signale la présence constante dans l'expectoration d'un spirochète mobile et polymorphe.

Les autres affections broncho-pulmonaires se manifestent le plus souvent sous la forme de bronchite fétide et de gangrène pulmonaire.

L'origine de l'infection est encore mal connue,

◆◆◆◆◆

et le Pr C. Schlossmann a pu noter des formes primitives survenant tantôt à l'occasion d'un traumatisme favorisant, tantôt sans raison évidente. On peut invoquer, à ce point de vue, toutes les causes occasionnelles provocatrices d'une déchéance de la résistance des voies respiratoires.

Bien qu'on invoque aussi une origine buccale, l'auteur rappelle que dans tous les cas de bronchite fétide ou de gangrène pulmonaire aucun foyer septique n'a pu être découvert dans la cavité bucco-pharyngée ; plusieurs cas de pyorrhée alvéolo-dentaire avec nombreux spirochètes ne se sont pas accompagnés de modifications pathologiques du côté des bronches ou des poumons.

Parfois cette spirochètose évolue à la suite de la pneumonie franche ou de la broncho-pneumonie ; le rôle favorisant de certaines infections déprimantes est évident (grippe, coqueluche, rougeole). On peut aussi se demander si les spirochètes ne jouent pas, comme l'infection secondaire, un rôle considérable dans le déterminisme de l'hémoptysie.

Parmi les complications de la gangrène pulmonaire à spirochètes sont à noter la pleurésie avec épanchement purulent et putride, et le pyopneumothorax.

Le pronostic des affections broncho-pulmonaires spirochétosiques est très grave, atténué cependant par une intervention précoce. On a obtenu des succès remarquables à l'aide du néosalvarsan, mais à condition que les cas soient pris au début ; dans les cas à évolution grave, cette médication ne donne pas de succès notables.

La question de l'identification du spirochète, trouvé dans les crachats expectorés par les malades, reste ouverte pour le moment. La différenciation de ces spirochètes ne pourra avoir des bases scientifiques que lorsqu'on aura obtenu des cultures pures permettant de pratiquer des réactions spécifiques et démontrer l'action pathogène pour les animaux. (*La Presse médicale*, 12 février 1927.)

Le ballottement du pied (signe de la série pyramidale).

Depuis que M. Babinski a montré toute la valeur diagnostique de l'extension du gros orteil par chatouillement plantaire, au cours des syndromes d'irritation de la voie pyramidale, les épreuves cliniques, tendant au même but, se sont multipliées : chatouillement plantaire, flexion brusque des orteils, pincement dorsal du pied.

Le Pr Sicard décrit un signe qui, tout comme le pincement cutané dorsal du pied, peut exercer son influence soit sur l'extension de l'orteil, soit sur la réflectivité défensive ou automatique du membre inférieur. Ce qui fait l'intérêt de ce signe, c'est qu'il s'est révélé positif dans plusieurs cas de paraplégie, où les autres procédés ne provoquaient aucune réponse. Le clonus du pied était absent, mais le Mendel-Bechterew pouvait être ébauché par la percussion osseuse. Il s'agissait surtout de paraplégies spasmodiques par compression médullaire ou de paraplégies d'origine centrale, mais d'étiologie inconnue, avec normalité, diminution ou abolition, mais non exagération de la réflectivité tendineuse.

Ce signe, par contre, recherché au cours des hémiplégies cérébrales avec contracture, a paru donner des renseignements beaucoup moins nets que ceux obtenus par les différents autres procédés utilisés jusqu'ici. Il reste toujours négatif à l'état normal ou dans les affections d'origine para-pyramidale.

Voici comment on le recherche très simplement. On saisit à pleine main le tiers inférieur de la jambe et on s'efforce de secouer le pied en provoquant le ballotement latéral et non antéro-postérieur de ce segment de membre. Les secousses doivent être brèves, d'un rythme rapide et d'une durée totale d'une demi minute environ. On peut maintenir la région plantaire, pendant le ballottement, au contact même du dossier molletonné du lit, le pied pouvant, de ce fait, recevoir une double excitation, excitation de secousses articulaires, et excitation associée de large friction de la plante par des mouvements latéraux de va et vient. L'arrêt du ballottement ainsi provoqué doit se faire brusquement.

La réponse est souvent plus nette lorsque le membre inférieur est légèrement fléchi dans son ensemble, jambe sur cuisse, cuisse sur bassin.

Si le signe est positif, on observera pendant un court instant, qu'il faut savoir saisir, soit l'extension seule du gros orteil, soit l'extension en masse des orteils, soit l'extension de l'orteil et la flexion des quatre autres, soit la flexion dorsale seule du pied, soit la flexion associée du pied sur la jambe, et de la jambe sur la cuisse.

Ce signe est intéressant, car il a été capable, à lui seul, de se prononcer *nettement*, dans certains cas, sur l'existence d'une organicité pyramidale, et par ce qu'il s'est également montré d'une extrême facilité de recherche, acceptée de tous les sujets, plus aisément même parfois que le chatouillement plantaire. (*La Presse médicale*, 26 février 1927.)

La goutte viscérale. Diagnostic et traitement.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que si l'accès de goutte franc, autrefois si classique, tend à perdre de ses caractères et de sa fréquence, les manifestations extra-articulaires de la diathèse goutteuse deviennent au contraire de plus en plus nombreuses. Celles-ci, d'un diagnostic moins aisé, peuvent être soup-

çonnées par les antécédents héréditaires, la complexion, le genre de vie. L'examen du sang et des urines, la présence de tophi, d'éruptions squameuses, etc., apportent alors un élément confirmatif non négligeable, mais c'est le traitement qui reste le seul et le vrai moyen de s'assurer de l'étiologie goutteuse de manifestations viscérales difficiles à situer nosographiquement. Le phényl cinchoninate d'allyle, ou atoquinol, dont on connaît la puissante action mobilisatrice et éliminatrice des urates et de la cholestérine peut alors révéler d'abord la nature goutteuse des accidents, et exercer ensuite sur eux une véritable action curative qui peut devenir prophylactique par des traitements de moyenne intensité dont il y a lieu de faire bénéficier les malades en puissance de diathèse urique. (*Paris médical*, 24 septembre 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le tremblement mercuriel est-il pithiatique ou organique ?

(MM. Laignel-Lavastine, Crouzon, Gilbert-Dreyfus et Foulon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 1-7-1927.)

A propos d'un cas de tremblement mercuriel récemment observé par eux, MM. Laignel-Lavastine, Crouzon, Gilbert-Dreyfus et Foulon envisagent la question discutée de la pathogénie de cette affection.

Le tremblement mercuriel est un état morbide bien connu. Etiologiquement, il se rencontre chez les ouvriers travaillant dans le mercure et surtout dans le secrétage des peaux. Deux facteurs conditionnent son apparition (Burnouf) : 1° l'exhalaison des vapeurs de mercure, dont un milligramme quotidiennement absorbé suffit à déterminer une intoxication chronique ; 2° leur pénétration lente par la peau et la muqueuse respiratoire pendant un délai minimum, qui semble devoir être fixé à 5 ans. Cliniquement, ce tremblement est habituellement annoncé par des accidents dits psychonévropathiques (émotivité, instabilité du caractère...), puis s'accuse par des secousses à oscillations rapides, cessant (ou presque) au repos.

Trois théories pathogéniques ont été émises pour l'expliquer. La première théorie, pithiatique, qui fut défendue par Charcot, attribue le tremblement mercuriel à l'hystérie. La seconde théorie, mixte, admet la psychonévrose, tout en acceptant conjointement l'intoxication, la lésion organique légère. La troisième théorie (Raymond et Sicard, Guillain et Guy Laroche) fait découler le tremblement mercuriel d'une altération organique révélée, entre autres indices, par la présence de traces de mercure dans le liquide céphalo-rachidien et par divers signes.

L'observation nouvelle de M. Laignel-Lavastine est favorable à la théorie organique. L'analyse du liquide céphalo-rachidien chez le malade en question décela une dose notable (plusieurs centigrammes par litre) de mercure.

Au point de vue médico-légal, ce point théorique offre un intérêt pratique. Le caractère organique du tremblement entraînerait la notion d'incapacité partielle de longue durée, voire d'incurabilité.

Pronostic de l'arythmie complète.

(MM. A. Clerc et R. Stieffel. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-7-1927.)

L'arythmie ocmplète, avec sa succession désordonnée de battements cardiaques, irréguliers dans leur force et leur moment d'apparition, dont la variabilité défie toute description, est un symptôme particulièrement impressionnant. On est volontiers porté, à penser, en le constatant, à une déchéance avancée du myocarde et, effectivement, il en est ainsi assez fréquemment. Toutefois, il ne faudrait pas trop noircir le pronostic de ce phénomène morbide. Il existe, d'une part, nombre d'insuffisances cardiaques, implacablement progressives, où, sauf dans la période préagonique, le rythme demeure immuablement régulier ; il existe aussi, d'autre part, des fibrillations auriculaires qui persistent des années et demeurent compatibles avec une existence à peine troublée.

Pour apprécier le pronostic de l'arythmie complète, MM. Clerc et Stieffel ont réuni 75 observations, dont 54 % concernent des malades suivis pendant plus d'un an, et 9 % des malades suivis pendant plus de trois ans. La mortalité globale a été de 28 % et due, la plupart du temps, à l'insuffisance myocardique. Par contre, 56 % de ces patients jouissaient d'une activité suffisante, quasi normale pour 30 % d'entre eux.

Au point de vue purement vital, disent les auteurs, l'apparition, même brusque, d'une arythmie complète ne semble pas altérer profondément, par elle-même, le fonctionnement du cœur. Tout dépend de l'état antérieur de l'organe. Certains des malades de M. Clerc exerçaient des professions pénibles (mécanicien de chemin de fer, facteur rural, conducteur d'auto) et ils continuaient à assurer un service régulier. Il serait tout à fait excessif, il est vrai, de déduire de là que les sujets en question vont rester par définition indemnes. Les plus favorisés d'entre eux sentent la nécessité de limiter leur activité, sous peine de rappels à l'ordre plus ou moins sérieux (dyspnée, œdème, dilatation cardiaque). Il convient donc de considérer le pronostic ni comme trop sombre (en lui-même, si le myocarde est suffisant), ni comme trop bénin.

Ces considérations ont un reflet en thérapeutique. Au traitement qui vise la régularisation du cœur (quinidine, quinine), il faudra associer les toni-cardiaques suivant les circonstances (digitale, ouabaïne).

Tuberculose laryngée et pneumothorax.

(MM. ARMAND-DELILLE et CABOCHE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-5-1927.)

MM. Armand-Delille et Caboche présentent quatre observations de jeunes sujets atteints de tuberculose pulmonaire et laryngée, chez lesquels le traitement collapsothérapique a amené une régression notable des lésions laryngées, lésions dont on connaît la gravité.

Le mode d'action du pneumothorax, en pareil cas, peut être discuté. On pourrait invoquer la suppression de l'expectoration (dont le passage sur le larynx réinocule celui-ci), la suppression de la toux, traumatisante pour l'organe vocal, d'où repos de l'organe, et aussi le relèvement de l'état général qui favorise la guérison .

Sporotrichose traitée par auto-vaccin.

(MM. A. SÉZARY, E. COMBE et F. BENOIST. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-5-1927.)

On sait, depuis les recherches de de Beurmann et Gougerot, de Widal et Abrami, que la vaccination anti-sporotrichosique peut empêcher le développement de la sporotrichose chez la souris. Chez l'homme toutefois, la vaccinothérapie de cette mycose ne semble pas avoir été essayée.

MM. Sézary, Combe et Benoist ont eu recours à cette méthode chez une de leurs malades. Ils se sont servis d'un auto-vaccin qui a paru agir favorablement au début, mais dont l'action n'a pas persisté. Le traitement ioduré dut être finalement institué.

La péricardotomie épigastrique dans la péricardite purulente.

(MM. L. RAMOND et R. WEILL-SPIRE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-7-1927).

La simple ponction du péricarde, même renouvelée à plusieurs reprises, ne suffit que d'une façon exceptionnelle à assurer la guérison d'une péricardite purulente aiguë. Aussi, dès que le diagnostic a pu être posé d'une façon certaine, grâce à la ponction exploratrice et à l'examen bactériologique du pus, est-il indiqué de recourir sans tarder au seul traitement efficace : la péricardotomie. Les hésitations du médecin sont dues à ce que la péricardotomie par voie thoracique est une intervention qui nécessite des résections et une anesthésie générale prolongée, dont on peut redouter les effets de choc chez des malades déjà épuisés par une infection grave.

Ces hésitations doivent cesser, dit M. Ramond, quand on a recours à la péricardotomie épigastrique, qui est peu traumatisante et n'exige pas la narcose. C'est un vieux procédé, déjà décrit par Larrey en 1824, et particulièrement avantageux ici. Chez une de ses malades, atteinte de péricardite purulente à pneumocoques, M. Ramond, ayant posé le diagnostic par une ponction faite par voie épigastrique (procédé de Marfan et Blechmann) fit pratiquer par M. Girode une péricardotomie épigastrique. La guérison fut ainsi rapidement obtenue.

Les auteurs concluent en soulignant la simplicité de la ponction du péricarde par la méthode de Marfan et Blechmann, les avantages de la péricardotomie par voie épigastrique et la nécessité — dans la péricardite purulente — de l'ouverture du péricarde, associée aux médications générales (sérums, vaccins, métaux colloïdaux, toni-cardiaques).

La méningite ourlienne précoce.

(MM. JOLTRAIN, HILLEMAND et Justin BEZANÇON. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-6-1927.)

MM. Weissenbach, Turquety et Durupt attiraient récemment l'attention sur la méningite ourlienne précoce, dans laquelle les symptômes parotidiens n'apparaissaient que quelques joursaprès le début des troubles méningés. MM. Joltrain, Hillemand et J. Bezançon relatent aujourd'hui deux nouveaux cas de cette méningite ourlienne précoce, ayant donné lieu, d'autre part, à des séquelles nerveuses prolongées. La première malade, jeune fille de 17 ans, entra à l'hôpital se plaignant de céphalée, de vomissements, constipation, avec de la fièvre, un Kernig positif. Un ponction lombaire montra un liquide hypertendu, clair, de la lymphocytose et de l'albuminose, sans bacille de Koch. L'ensemble, malgré le dernier caractère, faisait penser à une méningite tuberculeuse. Au troisième jour, on vit se produire une tuméfaction parotidienne bilatérale, d'ailleurs modérée. Un mois plus tard encore (à la sortie de l'hôpital), quelques phénomènes méningés persistaient (céphalée, albuminose du céphalo-rachidien). Le second cas est similaire.

La méningite ourlienne précoce ne saurait donc être considérée comme un fait exceptionnel et, en présence d'une méningite à lymphocytes, avant de conclure à une méningite tuberculeuse ou à une méningite spécifique, il conviendra de surveiller la fluxion glandulaire.

— M. DE MASSARY a pu examiner pendant la guerre le liquide céphalo-rachidien de 1200 ourliens. Il a constaté la constance de la réaction histo-chimique du céphalo-rachidien, avec ou sans syndromes méningés, ces derniers n'ayant été apparents que dans 23 pour 100 des cas.

L'angine à monocytes.

(MM. P. CARNOT, R.-J. WEISSENBACH, BOLTANSKI et J. WEILL. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-6-1927.)

L'angine à monocytes, ou angine avec monocytose sanguine, a été étudiée à l'étranger, en particulier en

Allemagne, par Boader, Deussing, Schulz. Elle est peu connue en France (cas de Lavergne et Pilod, de Chevallier). MM. Carnot, Weissenbach, Boltanski et Weill en relatent une observation. Leur malade, âgé de 26 ans, entra à l'hôpital pour dysphagie, fièvre et fatigue générale. On constatait sur l'amygdate gauche une exulcération, avec adénopathie sous-maxillaire. D'autres adénopathies existaient à la région cervicale, aux aisselles, à la région épitrochléenne. La fièvre (38°-39°) persista plus de trois semaines. L'examen hématologique révéla une leucocytose due surtout à des monocytes (monocytose sanguine). L'évolution a été celle des angines à monocytes.

Traitement du zona et des herpès par les injections intra-veineuses d'eau sulfureuse.

(MM. René Bénard et Joltrain. — *Soc. méd. des hôp.*; 24-6-1927.)

MM. Bénard et Joltrain ont obtenu de bons effets des injections intra-veineuses d'eau d'Uriage dans le traitement du zona et des herpès. Sur 14 cas, l'action aurait été favorable 11 fois.

— M. Sicard pense également que les traitements de choc, par les protéines, l'auto-sang, les sels sodiques, les eaux sulfureuses (en injections intra-veineuses) peuvent donner de très beaux résultats dans le zona. Mais, ces diverses médications n'ont de valeur réelle qu'à la première période de la maladie zostérienne dans les huit à dix premiers jours évolutifs. Ces différentes thérapeutiques échouent aux étapes ultérieures du zoster, vis-à-vis par exemple des algies post-zostériennes, si tenaces et si rebelles.

L'insuline dans le diabète compliqué de tuberculose pulmonaire.

(M. Le Noir et Mlle Scherrer. — *Soc. méd. des hôp.*; 1-7-1927.)

L'opportunité de l'emploi de l'insuline dans les diabètes compliqués de tuberculose pulmonaire a été discutée. Certains auteurs pensent, d'après leurs observations, qu'elle peut ne pas être inoffensive. D'autres en ont retiré, au contraire, des effets heureux. M. Le Noir rapporte l'histoire d'un de ses malades, jeune homme de 17 ans, atteint de diabète juvénile et tuberculose pulmonaire. Traité par l'insuline et le pneumothorax artificiel, il obtint une grosse amélioration de son diabète et une stabilisation de ses lésions pulmonaires, avec état général floride.

— M. Netter a vu, avec M. Léon Blum, de Strasbourg, un cas analogue.

P.L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Infarctus mésentériques multiples et hémorragie pancréatique.

MM. Paul Savy et René Puig relatent l'observation d'une malade de 55 ans, entrée à l'hôpital pour une hémorragie intestinale survenue brusquement trois jours auparavant. L'examen décelait seulement un peu de ballonnement abdominal et de douleur à la pression. Un traitement hémostatique arrête l'hémorragie qui ne se reproduit pas les jours suivants. Mais le onzième jour après l'entrée, la malade accuse des douleurs dans la région ombilicale, se couvre de sueurs froides, avec une température de 36°6, un pouls à 140, un peu de ballonnement, sans signe d'occlusion, ni mélæna nouveau, et meurt.

L'autopsie montra qu'il existait deux infarctus du mésentère, l'un au niveau du jéjunum, l'autre au niveau de l'iléon, et une hémorragie pancréatique. L'intérêt de ce cas réside dans les anomalies symptomatologiques qu'il présente : longue durée de l'évolution qui d'ordinaire ne dépasse guère quatre à cinq jours ; absence de syndrome péritonéal vrai au début et de signes d'occlusion ultérieurement. Anatomiquement, les deux infarctus étaient de type différent : l'un anémique, l'autre hémorragique. Cette coexistence est tout à fait exceptionnelle.

Tumeur amyloïde de l'ethmoïde.

MM. Alain et Noel présentent des photographies d'une tumeur amyloïde de l'ethmoïde opérée par l'un d'eux. Cette tumeur durait depuis dix ans et avait refoulé tous les organes voisins. Malgré l'aspect de la lésion qui la faisait ressembler à l'épithélioma, il s'agit d'une tumeur bénigne.

L'examen radioscopique suffit-il pour l'exploration des poumons ?

M. Nogier, confirmant les conclusions d'un rapport de M. Laquerrière à la Société de radiologie médicale de France, répond : non, à cette question, et cite quelques exemples où la *radiographie* a montré des lésions pulmonaires que la radioscopie n'avait pas décelées. Donc, si la radioscopie est négative, faire une radiographie qui a, en outre, l'avantage d'être un document qui reste. Mais la radiographie, en matière de pathologie pulmonaire doit être faite en une fraction très courte de seconde, et de plus en inspiration profonde et en position verticale.

MM. Badolle et Barjon, dans la discussion qui suit cette communication, se déclarent d'accord avec M. Nogier sur l'insuffisance fréquente de la radioscopie pulmonaire.

Réfection du conduit laryngo-trachéal.

MM. Lannois et Jacod présentent un malade qui, en 1911, à l'âge de 4 ans, eut un croup diphtérique

grave ayant nécessité plusieurs tubages et une trachéotomie, et ayant laissé un rétrécissement cicatriciel étendu. En trois séries d'interventions, les auteurs ont pratiqué une réfection presque totale, avec autoplasties cartilagineuses, du conduit laryngo-trachéal, entre le deuxième anneau de la trachée et les cordes vocales. Actuellement, le malade, qui a vingt ans, respire normalement et parle assez fortement.

Ictère par rétention chez un syphilitique ancien.

MM. de Rougemont et Latreille rapportent l'observation d'un malade entré à l'hôpital avec un ictère très foncé, datant de trois semaines, décoloration des selles, urines acajou, prurit violent ; foie un peu gros, vésicule non perçue. Le Wassermann étant très positif, on fait 1 centigramme de cyanure intra-veineux tous les deux jours. Dès la quatrième injection, l'ictère rétrocède. Le malade sort au bout de trois semaines ; les matières sont colorées, les urines ne renferment plus de pigments biliaires, le prurit a disparu.

Atrophie congénitale du rein.

MM. Bonnamour, Daubrow et Naussac. — Malade de 26 ans entrée à l'hôpital avec des lésions tuberculeuses pulmonaires et une péritonite consécutive à un avortement provoqué. L'autopsie fit découvrir une atrophie congénitale du rein gauche qui pesait 10 gr.

Anévrysme double (thoracique et abdominal).

MM. A. Dumas et Brunat. Femme de 77 ans, sans autres antécédents qu'un mal de Pott, de l'œdème des membres inférieurs, et une lésion du pied gauche ayant nécessité l'amputation. A l'examen, on notait de l'œdème prétibial à droite avec légère cyanose et de petites ulcérations au niveau du tendon d'Achille ; rien de particulier du côté du cœur ; tension : 12/8 ; après un an environ de séjour à l'hospice, la malade présenta brusquement une syncope prolongée, dont la tirèrent des injections de caféine et d'éther ; mais elle resta en état de lipothymie avec pâleur, pouls dépressible, météorisme et sensibilité de l'abdomen ; pas de vomissements ; pas de sang dans les selles ; mort en 36 heures ; le ventre était devenu énorme et la pâleur extrême. A l'autopsie, volumineuse hémorragie (dépassant certainement deux litres) s'étant produite en arrière du feuillet pariétal postérieur du péritoine qu'elle a décollé entièrement. La source de cette hémorragie est une volumineuse ectasie de l'aorte abdominale siégeant au-dessous de l'origine de la mésentérique inférieure et portant sur son côté droit une fissure longue de 8 cm. Un autre anévrysme, plus petit, se trouve sur la partie supérieure de la crosse aortique. Histologiquement, il s'agissait de lésions inflammatoires, très probablement syphilitiques.

Néoplasme thyroïdien.

M. Clavel présente, au nom du prof. Patel, une pièce d'autopsie : néoplasme thyroïdien à évolution rapide, non greffé sur un goitre préexistant et renfermant une formation kystique volumineuse qui nécessita plusieurs ponctions palliatives destinées à diminuer la compression de la trachée par la tumeur et les phénomènes asphyxiques auxquels le malade finit néanmoins par succomber.

Allongement hypertrophique du col utérin.

MM. Labry et Montel présentent une pièce opératoire provenant d'une malade de 60 ans atteinte d'un volumineux allongement hypertrophique du col utérin, simulant un prolapsus total ; le col avait environ quinze centimètres de long ; par le toucher rectal, on sentait l'utérus en situation normale. La malade étant diabétique et ayant un assez mauvais état général, on se contenta d'une intervention très simple : amputation conoïde du col, sous rachi-anesthésie, et après traitement préalable à l'insuline.

Rapports entre les affections oculaires et le nez.

M. Mounier-Kuhn rapporte l'observation d'une femme de 34 ans, syphilitique ancienne (réaction de Wassermann), atteinte de troubles visuels avec coexistence de lésions *nasales* (volumineux cornet moyen, à gauche). Les troubles visuels ont été rapidement améliorés par l'intervention endonasale. Les recherches de MM. Rollet, Sargnon, Colrat, et de l'auteur tendent à montrer qu'il existe des relations fonctionnelles nerveuses étroites entre le nerf optique et la fosse nasale correspondante (sympathèses naso-oculaires). L'irritation de la partie postérieure du cornet moyen provoque, expérimentalement, des modifications très nettes de la tension artérielle rétinienne ou de l'aspect des vaisseaux du fond de l'œil.

Herpès et zona gonococciques.

M. Jourdanet (d'Uriage) rapporte l'observation d'un homme de 47 ans qui, à deux reprises, à onze ans d'intervalle, a présenté en même temps qu'un écoulement uréthral gonococcique, le syndrome suivant : arthrite du cou-de-pied, congestion pulmonaire et zona très douloureux, localisé à la partie supérieure du dos et des lombes.

Société médicale des hôpitaux.

Pyopneumothorax enkysté. Calcification pleurale.

MM. P. Courmont et Michel relatent l'histoire d'un malade de 41 ans entré à l'hôpital avec des lésions de tuberculose fibro-caséeuse des deux poumons et un pyopneumothorax enkysté de la base de l'aisselle droite, avec fistule thoracique. Cette dernière lésion remontait à une intervention faite en 1922 pour une tuméfaction de l'articulation

chondro-sternale des 7e, 8e et 9e côtes droites, laquelle n'était autre qu'un volumineux tuberculome à point de départ pleural. Le malade, arrivé très cachectique, mourut trois semaines après son entrée. L'autopsie montra que les parois du pneumothorax étaient très épaisses et, en de nombreux points, formées de plaques calcaires très dures ; en un point existait une véritable *aiguille calcaire* de 1 à 2 millimètres de diamètre, longue de plusieurs centimètres, et de consistance ossiforme.

Syndrome pluriglandulaire avec infantilisme.

MM. Mouriquand, Bernheim et Mlle Schoen présentent un malade atteint d'infantilisme : âgé de 16 ans, il mesure 1 m. 16 et pèse 21 kgr. 800. Facies normal, intelligence vive. Corps thyroïde à peu près absent. Organes génitaux externes infantiles ; pas de poils au pubis et aux aisselles ; seins anormalement développés. Pas d'élargissement de la selle turcique à la radio. Métabolisme basal diminué. Les auteurs présentent en outre des photographies d'un autre garçon de 16 ans : taille, 1 m. 37, facies myxœdémateux, intelligence d'un enfant de dix ans ; absence à peu près complète de corps thyroïde. Mais la selle turcique se montre nettement élargie à la radio, et les extrémités et la face rappellent l'acromégalie. Pas de poils pubiens ni axillaires, mais verge bien développée, un seul testicule descendu. La mère de cet enfant est basedowienne.

Syndrome du vent du midi chez le nourrisson.

MM. Mouriquand, Bernheim et Mlle Schoen relatent l'observation d'un enfant de deux mois, hérédo-syphilitique et hypotrophique qui, à deux reprises, alors que soufflait le vent du midi, présenta de la température, des vomissements, avec une déshydratation très rapide : yeux excavés, fontanelle déprimée, nez pincé. Tout rentrait dans l'ordre dès que le vent cessait. Les auteurs ont observé de nombreux cas analogues et décrivent à ce syndrome une forme bénigne (cris et insomnie), une forme plus sérieuse (température de 38°5 à 40°), une forme grave avec déshydratation pouvant aboutir à la mort. Le « syndrome du vent du midi » est distinct du coup de chaleur et s'observe aussi bien l'hiver. Le traitement consiste dans des injections de sérum adrénaliné pour combattre la déshydratation. On a obtenu aussi de bons résultats de l'insuline à petites doses associées au sérum glucosé.

Ulcération périnéo-anale d'origine amibienne.

MM. Tixier, Favre, Morénas et Pétouraud relatent l'observation d'un homme de 53 ans porteur d'une ulcération périnéo-anale datant de *six ans*, ayant résisté à divers traitements médicaux et à deux interventions. La recherche de la tuberculose et de la syphilis étaient négative, la notion d'un syndrome dysentérique antérieur fit rechercher et trouver l'*amœba dysenteriæ* en abondance dans le pus de l'ulcération qui guérit en trois semaines par des injections d'émétine.

Reins polykystiques.

MM. Savy, Fr. Paliard, Puig, présentent de volumineux reins polykystiques provenant de l'autopsie d'un homme de 47 ans, entré à l'hôpital pour des hématuries remontant à trois ans environ. A noter que son grand-père maternel, sa mère et sa sœur sont morts de reins polykystiques. Lors de précédents séjours, on avait constaté une tension artérielle de 14/8, un cœur un peu gros, une albuminurie légère, puis un bruit de galop. Cette fois, il présentait de l'anasarque avec une dyspnée intense ; bruit de galop, gros disque d'albumine. Les reins étaient sentis à la palpation. Autopsie : ascite abondante, épanchements péricardiques et pleuraux ; gros cœur ; reins énormes, pesant 3 kgr. et 2 kgr. 300, bourrés de kystes remplis de liquide citrin et quelques-uns de pus fétide.

Le souffle en écharpe des sujets âgés.

MM. A. Dumas, Brunat et Vernand insistent sur la grande fréquence, chez les vieillards, des souffles systoliques mésocardiaques, dits : *en écharpe*, s'entendant à la pointe, avec maximum entre celle-ci et le sternum, et se propageant vers le foyer aortique. Ce sont le plus souvent des trouvailles d'auscultation et les troubles fonctionnels sont généralement nuls. A l'autopsie, on trouve en pareil cas, des incrustations calcaires de la région rétro-aortique.

Bons effets de la convallamarine.

MM. A. Dumas, Brunat et Vernaud présentent les observations de deux malades chez lesquels ils ont employé la convallamarine à la dose de cinq milligrammes en injections intra-veineuses, médication préconisée par MM. Laubry, Routier et Deglaude (Soc. méd. hôp. Paris). Dans le premier de ces cas il s'agissait d'une asystolie irréductible avec arythmie complète permanente, et intolérance complète à la digitaline et à l'ouabaïne, chez une femme de 75 ans. Les injections de convallamarine furent d'abord pratiquées pendant dix jours, à raison d'une par jour ; elles furent bien supportées et amenèrent une augmentation notable de la diurèse et une diminution des œdèmes et des épanchements. Après une interruption de dix jours, les injections furent reprises et amenèrent de nouveau un soulagement. Le second cas concerne un homme de 66 ans présentant un gros épanchement pleural, de l'œdème des membres inférieurs (crises d'asystolie subintrante) ; la digitaline provoquait un rythme couplé. On fit des injections de convallamarine tous les jours pendant huit jours et au bout de ce temps la quantité d'urine avait passé de 1 l. 800 à 3 litres, et le poids du malade de 81 kgr. 800 à 79,100. L'épanchement avait beaucoup diminué, au point que la thoracentèse,

qu'on avait été sur le point de pratiquer, était jugée désormais inutile.

Accidents bismuthiques multiples.

MM. Gaté et H. Gardère relatent l'observation d'un homme de 54 ans, ayant eu un chancre à l'âge de 19 ans et se présentant actuellement avec des signes de tabes : abolition du réflexe rotulien gauche, signe d'A. Robertson, arthropathies. Le sujet est en outre un éthylique avéré et son foie, très dur, est nettement hypertrophié. On institue un traitement bismuthique, douze injections (iodo-bismuthate de quinine), sans incident ; un mois de repos ; puis reprise des injections et, à la deuxième, apparaissent les accidents d'intolérance : courbature générale avec céphalée ; crises d'asthme répétées plusieurs fois par jour, entre lesquelles le malade reste anhélant et tousse sans arrêt ; gingivite avec liseré dentaire et lésions de stomatite ulcéreuse avec salivation abondante et trismus ; gros râles de bronchite prédominant aux bases ; pas d'albumine. Ces accidents rétrocèdent lentement, mais font place à un prurit généralisé extrêmement pénible, avec lésions érythémateuses des mains ,des pieds et des genoux, qui deviennent rapidement suintantes. Ces phénomènes ont duré plus de quatre mois. Les auteurs pensent que, dans ce cas, l'insuffisance hépatique latente a joué un rôle dans ces troubles d'intolérance médicamenteuse.

Syndrome malin après une angine diphtérique légère.

MM. Mouriquand et Bernheim présentent l'observation d'un enfant de 6 ans 1/2, entré à l'hôpital pour une paralysie du voile du palais consécutive à une angine diphtérique légère non traitée par le sérum. A l'entrée, on constate : pâleur des téguments et des muqueuses, nasonnement avec parésie du voile à gauche, gros disque d'albumine, bruit de galop. Traitement par sérum, noix vomique, tonicardiaques. Huit jours après l'entrée,l'état du malade s'aggrave : pâleur plus accentuée, angoisse, vomissements alimentaires et bilieux, somnolence, oligurie (125 gr. d'urine avec 4 gr. d'albumine par litre) ; urée sanguine, 1 gr. 28 par litre. Le malade meurt en trois jours avec de l'hypothermie et de la cyanose. A l'autopsie, lésions prédominantes au niveau des reins et du foie .Cette observation montre que la pathogénie de la malignité diphtérique ne peut être exclusive et est conditionnée par des facteurs multiples.

A. C.

Les Congrès

XIIe Congrès de Médecine légale de langue française (1)

Médecine sociale, accidents du travail, médecine professionnelle.

(*Lyon*, 4, 5, 6 *juillet* 1927).

M. le professeur Etienne Martin, président du Congrès, après avoir remercié les congressistes d'être venus si nombreux, examine les causes du développement progressif de la médecine légale, qui, primitivement bornée à la médecine judiciaire proprement dite, c'est-à-dire à la médecine au service de la répression des crimes, meurtres et délits, voit son domaine s'élargir de jour en jour (accidents de droit commun, du travail, maladies professionnelles, etc.) et s'oriente aujourd'hui vers la médecine sociale.

Pour atteindre ce but, la médecine légale doit maintenant englober les spécialités sans exception. C'est ce qui explique les raisons qui font que l'expert fait de plus en plus appel à des compétences particulières au cours de sa tâche, toujours délicate et trop souvent ardue.

Toutes ces raisons militent en faveur de l'élargissement de ces Congrès.

Premier rapport. — **Le vol pathologique**. MM. Raviart, Vullien et Nayrac (de Lille), rapporteurs.

(1) **Association de la Presse médicale française.**

Ce rapport constitue une mise au point de la question du vol pathologique après les discussions soulevées par les communications de M. Antheaume sur la kleptomanie.

Quels mobiles poussent un sujet à voler ? C'est soit la représentation normale du plaisir lié à la possession d'un objet, la tentation — que l'imagination du débile ou du dément rendra plus forte encore , — soit un désir pathologique de voler, dû à une tendance impulsive ou à la suggestibilité anormale du sujet.

Quels freins peuvent le retenir ? D'une part la notion du bien et du mal, sa conscience morale ; de l'autre le souci des conséquences sociales de son acte, son intimidabilité. C'est cette dernière qu'il importe surtout au magistrat et à l'expert de reconnaître et d'apprécier. Le sujet est-il intimidable, il faut qu'il soit condamné, et pour cela le médecin légiste n'hésitera pas à le déclarer responsable ; le sujet n'est-il plus intimidable, il doit être traité à l'asile ou à la prison-asile. Tel est en l'état actuel de notre législation le seul moyen d'assurer la défense sociale.

En fait, il y a trois grands types à envisager au point de vue clinique.

Le sujet est atteint d'une maladie mentale propre-

ment dite. Dans ce cadre, rentrent les vols du dément paralytique, du dément sénile, du dément précoce, du confus — épileptique principalement, — ceux du maniaque, du délirant chronique (beaucoup plus rares) et exceptionnellement ceux du mélancolique. L'expert n'est pas souvent consulté pour des cas de ce genre (le sixième approximativement des expertises pour vol). C'est que l'état morbide est parfois tellement évident que le placement est provoqué d'office ; il semble que la méconnaissance d'un état d'aliénation mentale ne soit guère à redouter.

L'apparence logique et coordonnée, la préméditation d'un vol ou d'une escroquerie n'impliquent pas toutefois l'intégrité mentale de leur auteur ; c'est le cas de certains épileptiques ou paralytiques généraux.

L'expert se trouve en présence d'un inculpé *débile* ou bien *instable*, *impulsif* ou *mythomane*, ou encore d'un *amoral*. La très grosse majorité des expertises pour vol a trait à de pareils sujets.

Il est incontestable que ces vols sont le fait de l'état mental pathologique du délinquant, ce sont des « vols pathologiques ». Est-ce à dire que leurs auteurs sont systématiquement irresponsables ? Nullement. On leur accorde de larges circonstances atténuantes ? Pas davantage. Le dégénéré simple ne mérite pas d'indulgence particulière. Le dégénéré amoral n'a pas sa place marquée à l'asile : il y est un fauteur de désordre, il n'y reste pas longtemps et s'il est arrêté pour quelque nouveau méfait il pourra se prévaloir d'un internement antérieur. Aussi est-il préférable de le laisser répondre de ses actes devant la justice. On court ainsi la chance d'agir sur lui s'il est intimidable ; s'il ne l'est pas, on se trouve malheureusement désarmé ; seul un établissement spécial, asile-prison ou autre, lui conviendrait.

Les délinquants, atteints d'amoralité acquise, comme par exemple les encéphalitiques, relèvent au contraire de la maison de traitement, car ils sont peut-être améliorables par quelque thérapeutique appropriée.

Les dégénérés arriérés seront condamnés ou internés selon que leur niveau intellectuel les rend ou non intimidables. Le dégénéré alcoolique ne fait pas exception à cette règle. Même un vol commis en état de confusion ou de subconfusion ne bénéficiera pas de l'article 64 du code péanal.

Enfin, on peut avoir affaire à un *kleptomane*. Des enquêtes faites auprès de divers collègues ainsi que de leur expérience personnelle, les auteurs concluent qu'il existe des cas de kleptomanie vraie, où l'obsession-impulsion présente tous ses caractères classiques. Mais il s'agit là de faits extrêmement rares qu'on n'admettra qu'après une étude minutieuse des antécédents, des dispositions constitutionnelles et des facteurs accidentels : infection, intoxication, grossesse, etc. Quant aux voleuses des grands magasins, elles doivent être d'emblée considérées comme suspectes.

A côté des vrais kleptomanes, les pseudo-kleptomanes par perversion sont légion, tels ces fétichistes ou collectionnistes, tels aussi ces toxicomanes qui cèdent au besoin. On peut rapprocher ces individus qui en volant une automobile recherchent une jouissance momentanée.

En l'état actuel des choses, tous les sujets dont la perversion est isolée, dégagée de troubles obsessifs, dépressifs, démentiels ou autres, doivent rendre compte de leurs actes à la justice.

Parmi ces pervers, les auteurs individualisent le type de *kleptomane de jeu*, celui qui, de son plein gré, fait le geste coupable, par attrait du risque (seule jouissance qu'il goûte), parce qu'il est avide d'angoisse « comme l'alcoolique est avide de son poison de prédilection ». C'est fort souvent le cas des voleuses de grands magasins ; la crise émotive qu'elles allèguent ne reconnaît pas la même origine et ne mérite pas la même pitié que la lutte douloureuse et tragique du véritable obsédé.

Quant aux signes traditionnels de la kleptomanie-obsession : inutilité et absurdité du vol, restitution des objets dérobés, les auteurs ne leur accordent aucune valeur. Absents dans le vol par cupidité, ils se retrouvent dans la pseudo-kleptomanie de jeu : ce n'est pas la valeur ni la détention de l'objet volé qui intéresse ces pervers, mais bien le danger qu'ils courent à se les approprier.

Une idée fondamentale domine tout cet exposé : la nécessité de mieux garantir la société. Il faut débusquer les pervers de tous types des abris où ils se sont constitués des refuges contre les rigueurs de la justice grâce à l'indulgence des médecins-experts parfois trop enclins à ne les regarder qu'en cliniciens. Le procès de la kleptomanie n'est qu'un aspect de cette question capitale.

Discussion.

M. Laignel-Lavastine, de Paris, admet comme les rapporteurs, chez les paralytiques généraux, certains vols liés seulement à un affaiblissement des qualités éthiques et chez les encéphalitiques épidémiques des vols par perversions instinctives acquises. Inversement, il a vu des voleurs pervers hérédo-syphilitiques mis au traitement spécifique et ne plus voler.

Quant à la kleptomanie, M. Laignel-Lavastine enseigne depuis 1910 « que ses caractères dans la pratique sont assez peu nets pour qu'on puisse aujourd'hui abandonner cette conception ».

Relativement aux voleuses de grands magasins, il fait remarquer que la facilité du vol chez le déséquilibré n'autorise pas à mettre ce vol sur le compte d'une obsession.

Il explique que souvent le vol facilite la production du spasme vénérien par l'identité d'excitabilité pharmacodynamique du vague, facteur d'anxiété, et de l'érecteur sacré, facteur de volupté. Enfin, il réclame à nouveau l'asile de sûreté permettant un séjour de longueur indéterminée dans des annexes psychiatriques de l'administration pénitentiaire.

M. NAVILLE (de Genève) croit juste la classification des rapporteurs qui prévoient trois catégories de cas : vols avec aliénation mentale concomitante, vols avec dégénérescence mentale et morale concomitante, vols avec dégénérescence mentale et morale polymorphe et vols par obsession-impulsion. Dans cette dernière catégorie, il estime cependant qu'il y a des cas intermédiaires entre l'obsession vraie, avec lutte consciente et douloureuse, et les pseudo-kleptomanies par perversité ; il existe plusieurs sortes d'impulsions qui ne s'accompagnent pas toujours d'obsession et qui peuvent cependant être morbides et entraîner l'impunité, qu'elles apparaissent isolées ou soient accompagnées d'autres troubles névropathiques, psychopathiques ou moraux. Il cite un cas d'impulsion kleptomaniaque obsédante chez une jeune fille atteinte d'autres troubles névropathiques, mais sans perversité morale.

M. CARRARA (de Turin) dit la communauté des vues italiennes avec celles des rapporteurs en ce qui concerne la défense sociale.

Pour les dégénérés amoraux, il semble préférable de laisser ces sujets répondre de leurs actes devant la justice, mais s'ils ont vraiment une constitution morbide, dans le sens que la loi italienne dénomme « infirmité mentale », ils doivent être déclarés irresponsables.

La notion de constitution morbide est un des points aussi importants que difficiles en criminologie : est-on en présence d'une forme de criminalité dégénérative ou non ? L'unique solution paraît être dans une réforme de la loi pénale plus adaptée à ce genre de délinquants. C'est le sens d'un projet italien actuel.

M. Louis VERVAECK (de Bruxelles) partage entièrement l'avis des rapporteurs au sujet de l'attitude à prendre à l'égard des délinquants anormaux ou débiles, mais si la solution qu'ils préconisent se justifie au point de vue social, elle méconnaît les principes fondamentaux de la loi pénale actuelle et de la science psychiatrique. On ne peut condamner à une peine égale un anormal et un normal, et du point de vue médical on ne peut envoyer en prison des débiles et des malades si le régime pénitentiaire ne dispose pas de sections thérapeutiques et éducatives susceptibles de modifier les tares et affections. Au contraire, dans un régime pénitentiaire individualisé, largement imprégné de principes psychiatriques et de défense sociale, tous les anormaux à réactions criminelles trouvent leur place logique et ils doivent y être maintenus aussi longtemps qu'ils montrent des tendances dangereuses.

M. L. LATTES (de Modène) estime que la discussion du rapport a pris une importance qui dépasse les limites du vol pathologique, puisqu'on a parlé du problème de la responsabilité et de la situation du médecin-expert qui doit se prononcer. L'impossibilité biologique de se prononcer quant à la responsabilité fait qu'on doit se limiter à mettre en évidence les conditions morbides du sujet. Or, nos codes actuels, qui n'envisagent que le normal responsable et l'anormal internable, sont imparfaits. Le *criminel morbide* n'est pas seulement un malade en évolution clinique, justiciable d'une thérapeutique adéquate, c'est le plus souvent un *invalide*, c'est-à-dire un sujet chez lequel l'infirmité a fait place à la maladie, laissant une lacune pouvant par exemple être limitée au domaine moral (ainsi les séquelles d'encéphalite épidémique). Ces invalides morbides ne sont pas des malades au point de vue médical et ne sont pas pris en considération par les juges et par le public. N'empêche qu'ils doivent avoir un traitement juridique et pénitentiaire particulier non envisagé par les lois actuelles.

C'est précisément pour concilier les points de vue juridique et biologique que l'Italie va entreprendre une série de réformes dans ce sens.

M. Paul PROVENT (de Mortain) insiste sur les difficultés du problème de la responsabilité pénale en droit français actuel et demande que la question soit réservée.

L'apport de la biologie au Code pénal italien en préparation. — M. SAPORITO (de Rome) souligne que l'idéal de préservation sociale réside dans la caractérisation biologique des causes psychiques réelles de criminalité ou de délinquance.

Il annonce au Congrès que le nouveau Code pénal italien sera caractérisé par la plus large contribution qu'actuellement la biologie puisse lui apporter.

Pour le mineur criminel, il y aura des sanctions et des moyens d'exécution avant tout éducatifs. Il existe déjà à Milan un institut, récemment inauguré, répondant à cette conception.

Pour l'adulte, tout en conservant la conception classique du droit, il existera une échelle de circonstances aggravantes ou atténuantes qui tiendront compte de la personnalité du criminel, ce qui conduira à une individualisation de la peine

Des *mesures de sûreté* sont prévues, qui ont pour effet de suivre le criminel au delà de sa peine avec révisions périodiques des jugements quand besoin sera.

Tumeur cérébrale, troubles mentaux, vol pathologique. — MM. SOREL, RISER et Raymond SOREL (de Toulouse) ont observé le cas d'un homme de trente-neuf ans qui fut surpris volant maladroitement d'inutiles objets dans un grand magasin. Ce sujet offrait les signes apparents d'un paralytique général : troubles de la parole, amnésie, euphorie, mégalomanie. Le début de l'affection remontait à dix-huit mois et s'était manifesté par une céphalée pénible, diminution de l'activité, alternatives d'agitation et de dépression. Le traitement amena un effondrement psychique. La réaction humorale était négative, il existait de la stase papillaire bilatérale et l'acuité visuelle diminuée des deux tiers. Le liquide céphalo-rachidien était sous pression, xanthochromique, hyperalbumineux, contenait cinq lymphocytes par milli-

mètre cube, mais la réaction de Bordet-Wassermann était négative.

Ce malade était non pas un paralytique général, mais porteur d'une tumeur cérébrale pour laquelle une trépanation fut pratiquée et qui n'amena qu'une éphémère amélioration. Une hémiparésie droite apparut alors, puis une torpeur progressive.

Le fait d'une tumeur cérébrale simulant par son allure clinique la paralysie générale avec réaction antisociale n'est pas encore une banalité, étant considéré que le vol commis avait tous les caractères d'un larcin stupidement accompli, souvent propre au paralytique général.

Vols impulsifs à l'étalage chez une déprimée périodique. — M. Laignel-Lavastine (de Paris) rapporte l'observation d'une voleuse de grands magasins qu'il a expertisée en 1921 et qui bénéficia d'un non lieu.

Il s'agissait d'une émotive dysovarienne hyperthyroïdienne atteinte de dépression mélancolique. Les vols commis au cours des règles n'ont pas les caractères classiques des vols par impulsion obsédante, mais répondent à des impulsions par inhibition de la volonté au cours de crises psycholeptiques qu'on décrivait autrefois dans les manifestations hystériques.

De pareils faits sont rares, car depuis l'article fondamental de Dubuisson sur les voleuses de grands magasins, on sait que la grande majorité de ces femmes ne présentent rien de pathologique ; cependant l'existence d'observations telles que l'actuelle montre la trop grande généralisation des conclusions de M. Antheaume relativement aux voleuses des grands magasins.

Le vol pathologique dans le milieu militaire. — M. le médecin-major A. Rouquier (de Lyon) indique que le vol pathologique dans l'élément militaire est extrêmement rare, pour la bonne raison que les psychopathes de tout genre sont immédiatement éliminés de l'armée. La plupart des sujets en prévention de conseil de guerre pour vol appartiennent à la catégorie des débiles déséquilibrés ou dégénérés, souvent amoraux, mais qui n'en sont pas moins pratiquement responsables de leurs actes, et il faut être impitoyable pour ceux qui récidivent. La kleptomanie ou impulsion obsédante au vol doit être tout à fait exceptionnelle si elle existe. L'auteur n'en a jamais observé ; il estime qu'une *révulsion morale* énergique doit pouvoir guérir les déséquilibrés ou les dégénérés qui en seraient momentanément atteints.

Examen neuro-psychiatrique des enfants délinquants. — MM. Roubinovitch, Paul-Boncour et Heuyer (de Paris) affirment une fois de plus l'absolue nécessité de l'examen médico-psychologique systématiquement pratiqué chez tous les enfants délinquants qui passent devant le tribunal des mineurs. Une loi de 1912 prévoit certes un examen médical, mais il reste facultatif. Et de fait tous les jeunes sujets vus en expertise présentent un ensemble de tares de dégénérescence de toute évidence.

Cet état de fait conduit à l'ignorance absolue où l'on est concernant le nombre d'enfants normaux et anormaux délinquants, ce qui est préjudiciable à la prophylaxie de la criminalité juvénile, qui bien souvent aurait pu être enrayée. D'où la nécessité de l'examen médico-pédagogique systématique dont l'aboutissant sera une classification par catégories, chacune d'entre elles relevant d'une décision spéciale.

C'est précisément ce que les auteurs viennent d'obtenir des pouvoirs publics à *titre d'expérience* pour la seule prison juvénile de la Petite Roquette à Paris. Tous les enfants pensionnaires de cet établissement pénitentiaire seront examinés complètement au triple point de vue médico-psychologique, social et judiciaire, dont les modalités sont rigoureusement prévues.

La décision qui ressort au pouvoir judiciaire sera différente selon qu'il s'agira de malades (épileptiques, obsédés, encéphalitiques, etc.), de débiles intellectuels (grands et petits débiles, imbéciles), de pervers instinctifs ou par contre d'enfants normaux victimes du milieu social dans lequel ils vivent.

Tout fait prévoir que les résultats seront des plus favorables à la généralisation de la méthode en vue de combattre la délinquance juvénile sous toutes ses formes, dont un grand nombre sont susceptibles d'amélioration notable sinon de guérison sociale définitive.

M. Etienne Martin (de Lyon) demande si la possibilité d'examen des enfants résulte d'une loi ou d'un décret. Il félicite les auteurs du résultat qu'ils viennent d'obtenir.

M. Heuyer (de Paris) précise qu'il s'agit d'un décret autorisant une expérience localisée à Paris, à la Petite Roquette. Tous les enfants sans exception seront examinés.

M. Vervaeck (de Bruxelles) salue avec joie l'effort partiel qui va être tenté à Paris et rappelle l'exemple offert par la Belgique dans cette voie.

M. Heger-Gilbert (de Bruxelles) dit qu'en Belgique la réforme avait débuté par les adultes et qu'actuellement on étudie son extension aux enfants.

(A suivre.)

Les Livres

N. MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr CUGUILLERE (de Toulouse). — **Guérison de la tuberculose par l'ail.** (Un vol. 110 pages, 1925).

L'auteur a résumé ses nombreuses recherches et ses travaux sur la valeur de l'ail au point de vue thérapeutique de la tuberculose ; il relate également les résultats obtenus par le Dr Cuvelier, grâce à cette méthode, dans le traitement de la tuberculose humaine.

Après l'historique de l'emploi de l'ail, après de rapides notions de botanique et de chimie sur l'ail, se trouvent exposées *in extenso* les expériences publiques pratiquées sur les bovidés, ainsi que les guérisons obtenues et contrôlées par le Prof. H. Martin-Roux.

Dans une seconde partie, l'auteur rapporte d'intéressantes observations de guérisons portant sur les diverses formes de la tuberculose : osseuse, ganglionnaire, viscérale et pulmonaire. Il emploie un sérum végétal à base d'ail, en injections intra-musculaires de préférence. Un traitement de 3 à 4 mois amène le plus souvent une quasi-guérison ; à partir de ce moment, on diminue progressivement les doses. Néanmoins, le sérum n'étant nullement toxique et les tuberculoses à formes tout à fait torpides étant susceptibles de se réveiller avec une gravité déconcertante, il est prudent de s'assurer de l'absolue guérison par tous les moyens, particulièrement par un examen aux rayons X et par des épreuves de laboratoire. Ne cesser le traitement qu'à ce moment.

Le sérum à base d'ail reminéralise d'une façon certaine l'organisme pendant qu'il affaiblit le bacille de Koch par une action sur ce bacille, par une excitation de l'hématopoièse et par une élimination de toutes les toxines, dont il est l'agent.

N. MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Ch. FIESSINGER. — **Le traitement des maladies du cœur et de l'aorte en clientèle.** (*In* collection « Comment guérir ? ». Un vol., 322 pages, 1927, 4e édition).

Il suffit de lire le titre de cet ouvrage et le nom de son auteur pour se rendre compte d'emblée de tout l'intérêt qu'il présente.

Apprendre à soulager et à guérir les cardiaques, tel est le but de ce livre. Des malades qui semblaient perdus se remettent sur pied, et, ce qui n'arrivait pas autrefois, une fois rétablis, ils se tiennent d'aplomb pour de longues années. Aux faibles doses de digitaline utilisées d'une façon presque continue et poursuivies avec de courts intervalles chez tout malade dont le cœur a fléchi une première fois, à ces faibles doses médicamenteuses revient l'honneur des succès constatés. Et ceux-ci seront facilités par une réduction concomitante des liquides.

Cependant, sur les myocardes débiles, il faut admettre le danger de la digitale à haute dose.

Comme précédemment, l'auteur s'efforce de tout dire en peu de mots, ou du moins de dire l'essentiel et en particulier ce qu'il a vu et observé par lui-même laissant à de plus érudits le soin de collectionner les curiosités et de s'attarder aux faits d'exception.

Une saine réaction s'est dessinée contre les abus de l'électro-cardiogramme ; les conditions d'une clinique saine et d'une médication efficace ne semblent pas, en effet, dépendre de discussion à perte de vue sur la valeur d'un graphique.

Dans la nouvelle édition de ce livre, l'auteur a maintenu ses anciennes lignes directrices, en les allégeant de certains empâtements, en prolongeant quelques unes d'entr'elles dans le sens des directions utiles ; cette édition lui permet de mûrir peu à peu les fruits d'une expérience déjà longue.

Ces ouvrages sont en vente à la librairie Norbert MALOINE, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine et expédiés par retour du courrier en France et en Belgique franco de port. Etranger port en sus.

Les livres qui viennent de paraître....

Chez J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille.

P. MÉNÉTRIER, professeur à la Faculté de Paris. — **Le cancer. Formes et variétés du cancer et leur traitement.** 2e *édition*. (Un vol. gr. in-8°, 768 p., 322 fig.) Vol. XIII*bis* du Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique publié sous la direction des professeurs Carnot et P. Lereboullet.

A LA LIBRAIRIE DU « MONDE MÉDICAL »
47, rue du Docteur-Blanche, Paris, 16e.

F. CATHELIN, chirurgien en chef de l'hôpital d'urologie, Paris et A. GRANDJEAN. — **L'infection gonococcique et ses complications.** (Un vol., in-8°, 250 p., 30 fig.)

PUBLICATIONS DE L'HOPITAL D'UROLOGIE
156*bis*, avenue de Suffren.

F. CATHELIN. — **Atlas de cinquante aquarelles urinaires.** Pièces opératoires du Dr Cathelin, dessinées par Reignier. (Travaux de l'Hôpital d'urologie.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

DÉONTOLOGIE

Ordre des Médecins.

La Commission de l'Union des Syndicats a fini par élaborer un règlement de déontologie qui a été publié dans le n° 17 du *Médecin Syndicaliste*, d'octobre 1927.

Il ressemble de très près aux règlements adoptés déjà par certains groupements professionnels : dans l'Hérault, dans le Rhône, dans les Charentes...

Mon collègue et ami Boudin doit l'étudier et le commenter en détail, en se plaçant au point de vue juridique. C'est un terrain où je me garde habituellement de m'aventurer, et où il est particulièrement compétent.

Il y a cependant certaines prescriptions de ce règlement que je ne puis passer sous silence, sans en mettre en évidence l'extrême rigueur, l'outrance, et l'impossibilité, pratiquement, de les faire respecter.

1) Tout médecin appelé à prendre la suite d'un confrère remercié, auprès d'un malade en cours de traitement, doit *exiger* que son prédécesseur soit immédiatement réglé de ses honoraires.

Cette exigence est abusive, et nullement conforme aux règles de la correction professionnelle. Si vous voulez y souscrire pleinement et que le malade (ou sa famille) vous riposte : « Cela, docteur, c'est notre affaire... Laissez-nous le soin d'être juges de l'heure de ce réglement... » vous retirerez-vous, en vous drapant dans votre dignité ?

Et si le malade (ou sa famille) obtempérant à votre exigence, règle immédiatement votre prédécesseur, qui vous dit que celui-ci ne vous interpellera pas à son tour : « De quoi vous êtes-vous mêlé ? Cette dette, de ce client auprès de qui vous m'avez succédé, c'étaient des droits que je conservais sur lui... un lien qui continuait à nous unir... Qui vous dit que, son mécontentement s'étant dissipé avec le temps, il ne m'aurait pas rappelé un jour prochain, parce que demeuré mon débiteur ? Tandis que maintenant... »

C'est là un point très délicat des relations confraternelles, sur lequel je me suis toujours prononcé contre l'exigence, en faveur du simple conseil donné par le nouvel appelé à son client, de régler son prédécesseur, après avoir prévenu lui-même loyalement et correctement celui-ci de ce qui vient de se passer.

J'ai bien lu quelque part que les avocats n'acceptent jamais un nouveau client abandonnant un de leurs confrères, sans s'être assurés que ce dernier a bien reçu ses honoraires. Cela m'a paru une superfétation... Et j'ai souri. Comme les avocats ont la louable habitude de réclamer à l'avance ce qu'ils appellent une provision qui n'est autre que leurs honoraires anticipés, et qu'ils savent faire renouveler, si l'affaire qui les occupe est d'une importance qui dépasse l'évaluation primitivement faite, je ne saisis pas l'intérêt de cette clause déontologique... Comme, d'autre part, il est interdit, déontologiquement, à un avocat de réclamer, après coup, des honoraires à ses clients et d'en poursuivre le recouvrement par voie de justice, je ne saisis pas davantage quel avantage les avocats en peuvent retirer.

2) Tout médecin demandé en consultation auprès d'un malade en cours de traitement par un confrère, ne peut se rendre à un appel ultérieur de ce même client, pour une autre maladie, sans en avoir obtenu l'autorisation expresse de celui avec qui, tout d'abord, il s'était rencontré en consultation.

Le consultant n'est lié que pour la durée de la maladie à l'occasion de laquelle son avis lui a été demandé. Cette maladie terminée, il ne manque pas à la correction professionnelle s'il devient plus tard, à son tour, le médecin traitant de ce même client. Sans doute sera-t-il courtois de sa part de s'en entretenir avec le confrère auquel il avait été primitivement adjoint comm consultant. Mais il ne doit pas y avoir là d'obligation proprement dite, dont le manquement pourrait entraîner une sanction. N'oublions pas que nous avons bataillé pour que tous nos malades conservent le libre choix de leur médecin, et n'allons pas, par un règlement qui, pratiquement, ne sera jamais observé à la lettre, essayer de retirer d'une main ce que nous avons donné de l'autre. Et puis, n'oublions pas non

plus le vieil aphorisme : *Cras mihi, hodie tibi*... C'est moi qui vous ai succédé aujourd'hui auprès de Durand... Demain, vous aurez votre revanche et vous me succéderez auprès du Dupont...

3) Le Cabinet est terre neutre, et ne doit comporter d'autre règle que celle, absolue, de ne prêter d'aucune façon l'oreille aux critiques malveillantes qui pourraient être faites par les consultants sur des confrères, encore moins, de s'y associer.

La déontologie tient tout entière dans cet adage ; « *Ne faites pas à autrui ce que vous ne voudriez pas qu'on vous fît à vous-même.* »

***

Ce règlement, élaboré à l'Union des syndicats, n'est pas un Code, en ce qu'il n'indique pas les sanctions qui doivent punir les manquements à ses différents articles. Il est donc incomplet. Je réclame de nouveau le Code de Déontologie, faute de quoi aucun projet de création d'Ordre des médecins ne pourra être pris au sérieux.

Car, la création de l'Ordre des médecins conserve de farouches partisans. Et elle doit faire suite logiquement à la mise au point de ce Code, qu'on nous promet mais qui ne paraît jamais.

Le Ciel me préserve de rompre de nouveau une lance contre l'Ordre des médecins.

A ses acharnés partisans, je me contenterai aujourd'hui de conseiller de méditer soigneusement les deux pensées suivantes.

La première est du professeur Pierre MAURIAC, de Bordeaux. Je la cueille dans sa belle conférence des Journées médicales de Bruxelles de juin dernier. La voici :

« Tous les médecins participent de la grandeur de leur tâche ; *même indignes ou criminels*, il leur reste que, parce qu'ils furent médecins, un jour ils ont guéri ou soulagé... »

La deuxième, de Maurice de Fleury, est extraite de son dernier ouvrage : Le Médecin.

« Nous en avons (des canailles), on en connaît partout. Mais, avec les facilités de malfaire que nous aurions, c'est un métier qui prête à tout, soyons fiers de n'avoir pas plus de laideurs véritables. Songez que, depuis la promulgation de la loi de 1838, pas une accusation d'internement arbitraire n'a pu être prouvée. Et, sur vingt mille médecins, je n'en connais pas cent qui, en présence d'un mal contagieux, ne feraient pas tout pour empêcher la transmission aux parents, aux voisins. *Tous, plus ou moins, nous travaillons à rétrécir le champ de la douleur humaine*, dont nous vivons, en somme. *Et cela, c'est notre honneur même.* »

Si nous vivons de la douleur humaine, il nous arrive aussi de la vivre pour notre propre compte, et même d'en mourir..., hier, ce Dr Richard dont Noir rappelait récemment le calvaire... Et ce Dr Harburger, chef de clinique à Lariboisière, qui vient de succomber glorieusement à une piqûre anatomique dans l'exercice de sa profession.

Considérons, puisque nous sommes pour la plupart de formation chrétienne, même si nous n'avons pas conservé dans toute son ardeur la foi de notre enfance, considérons que le dogme chrétien du rachat veut peut-être que ces victimes du devoir professionnel expient pour le compte de ceux qui font bon marché de ce même devoir, jusqu'à le méconnaître et à le fouler aux pieds.

Et que cela nous incline à l'indulgence, ce qui ne veut pas dire la faiblesse. Contentons-nous d'ignorer les mauvais confrères, de les tenir à l'écart de nos groupements, de les faire exclure des services, publics ou privés, qui leur sont trop souvent une occasion propice d'exercer leurs industries illicites, voire coupables. Et pour le surplus, laissons-les se faire pendre ailleurs...

Les tribunaux de droit commun sont armés par la loi pour réprimer les fautes que commettent les médecins. Ne leur envions pas la redoutable prérogative de manier à leur place le glaive de la justice. Et redisons, avec Noir : « C'est plus en les faisant connaître (les belles actions médicales) en les exaltant, en rehaussant par elles les sentiments de fierté, de dignité, de noblesse professionnelle, que par des reproches et la menace d'inopérantes sanctions, que nous maintiendrons et relèverons au besoin le niveau moral des médecins praticiens français (1). »

G. DUCHESNE.

(1) *Concours médical*, 9 octobre 1917, p. 2618.

LES CONSÉQUENCES STUPIDES DE LA LÉGISLATION DES STUPÉFIANTS

La législation sur les stupéfiants a des conséquences infiniment singulières, qui la rendent, en vérité, stupide et malfaisante.

C'est ainsi qu'un médecin peut se trouver subitement dans l'impossibilité absolue d'user des prérogatives que lui confère son diplôme, et de trouver, pour lui-même, bien que la jurisprudence ait consacré son droit à se soigner personnellement, le soulagement dont, comme tout mortel, il peut, un jour, avoir besoin.

Lisez la lettre édifiante que nous adresse à ce sujet l'un de nos bons correspondants, le Dr P. G..., qui exerce dans la grande banlieue parisienne et que nous remercions de nous avoir mis au courant de son aventure.

G.D.

J'ai lu avec intérêt dans le *Concours* du 23 octobre votre étude sur la délivrance de médicaments toxiques à un médecin pour son usage personnel. Il est malheureusement aussi légal que stupide qu'un médecin éloigné momentanément de son domicile ne puisse obtenir directement du pharmacien, même une ampoule de morphine.

Mais il y a mieux ! La crainte de poursuites judiciaires et le zèle déplacé de quelques magistrats ont engendré chez certains confrères une curieuse mentalité.

Voici les faits : en villégiature au mois de juillet aux environs de M...., je fus pris d'une sinusite frontale avec poussées très douloureuses, sur laquelle les calmants habituels n'agissaient plus.

Je fais, sur papier à entête, une ordonnance pour TROIS ampoules de Pantopon, et, muni de papiers d'identité, je vais successivement chez deux pharmaciens de M. Double refus, le premier impertinent, le deuxième poli, mais néanmoins formel, me faisant valoir les ennuis possibles, malheureusement trop réels.

Je vais donc trouver un confrère local, en le priant de viser mon ordonnance ou de m'en faire une.

Oh ! alors, accueil glacial pour commencer. Puis, on m'expose que quelques mois auparavant, tous les médecins de M. ont eu des ennuis sans fin, allant, paraît-il, jusqu'à des perquisitions de la brigade spéciale, et ceci, parce qu'un confrère morphinomane, ayant épuisé la complaisance de tous les médecins locaux, avait fini par cambrioler deux pharmacies, ce qui lui avait valu d'être mis sous les verrous, mesure peut-être rude, mais en tous cas explicable.

Tout ceci entremêlé d'exhortations paternelles et insistantes : « Mais pourquoi diable vous faites-vous de la morphine ? Renoncez à cela, voyons. »

Pas de doute, le confrère me prenait pour un morphinomane venant le taper d'une ordonnance. Sur une question directe, il me le déclara du reste sans difficulté, avec le ricanement d'un monsieur « à qui on ne la fait pas. »

Quant à m'examiner, ou à me signaler, — ce que j'ignorais à ce moment — la présence à M. d'un laryngologiste, procédés élégants pour se débarrasser d'un suspect, il n'en fut pas question. Son siège était fait.

Quelque peu écœuré, je sortis, sans même emporter l'ordonnance que le confrère eût fini, je crois, par signer pour avoir la paix.

Trois jours après, étant revenu en hâte chez moi, les soins de deux laryngologistes des hôpitaux ne parvenaient toujours pas à calmer les crises, devenues atroces. Et pourtant, eux n'avaient pas hésité à prescrire des piqûres de Pantopon et des applications locales de cocaïne au VINGTIEME (confrères de M., voilez-vous la face !)

Ne pourrait-on publier cette histoire dans le *Concours*, afin de rappeler à certains confrères que le devoir des médecins est de soulager le malade qui souffre, fût-il médecin lui-même.

Je suis tout aussi prudent que quiconque, avant de signer une ordonnance de toxiques à un inconnu. Mais la prudence doit rester courtoise, et a des limites au-delà desquelles elle prend un autre nom.

Dr P. G.

UN MÉDECIN, DIPLOMÉ PHARMACIEN PEUT-IL EXERCER SILMULTANÉMENT LES DEUX PROFESSIONS ?

Les textes législatifs sont muets, en ce qui concerne l'interdiction qui pourrait être faite à un docteur en médecine, titulaire du diplôme de pharmacien, d'exercer simultanément les deux professions.

Dans son ouvrage: Législation et jurisprudence pharmaceutiques (1920), M. Perreau, professeur de législation industrielle à la Faculté de Droit de Toulouse, expose la théorie des adversaires et des partisans du cumul des deux professions.

Les adversaires argumentent de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, interdisant le cumul de la pharmacie avec tout autre commerce, dans le même local (Trébuchet, Jurisprudence de la médecine, 1834, p. 325), ou de l'article 27, qui spécifie que dans les communes dépourvues d'officines, les médecins sont autorisés à délivrer des médicaments à leurs clients (Merlin, Répertoire de jurisprudence, v. médecin, § 4).

Néanmoins, il est permis de répondre que les arguments présentés par ces auteurs n'ont pas beaucoup de valeur : la médecine n'est pas un commerce et, de plus, si la loi de Germinal autorise les médecins, dépourvus du diplôme de pharmacien, à délivrer des médicaments à leurs seuls clients, lorsqu'il n'y a pas d'officine ouverte dans leur commune, *a fortiori*, les docteurs en médecine, pourvus du diplôme de pharmacien, ont-ils le droit de vendre des préparations pharmaceutiques.

D'ailleurs, la loi des 2-17 mars 1791 proclame la liberté du travail, comportant liberté à la fois dans le choix, le changement, le cumul de professions.

Aucune loi postérieure n'est venue restreindre cette faculté pour les médecins et les pharmaciens.

Cependant, les pharmaciens ont toujours réclamé le monopole du débit des préparations officinales et magistrales, pour les seuls diplômés pharmaciens. Aussi, pour mieux pouvoir atteindre les médecins, dits propharmaciens, c'est-à-dire les bénéficiaires des dispositions de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, ont-ils toujours soutenu que ces praticiens devraient se voir retirer la faculté de délivrer des médicaments à leurs malades, parce que ne possédant pas le diplôme de pharmacien.

En conséquence, il convient, par un texte législatif, d'interdire aux médecins, dans tous les cas, de délivrer des préparations pharmaceutiques à leurs malades, même lorsqu'il y a possession des deux diplômes.

A l'appui de cette thèse, on a fait valoir que le médecin pharmacien doit s'absenter souvent de son officine, ce qui l'empêche de surveiller la préparation des médicaments. On oublie un peu que beaucoup de pharmaciens négligent leur officine, l'abandonnent plus ou moins à un préparateur, non diplômé, et même que les prête-noms sont trop nombreux et tolérés.

On feint également d'ignorer qu'actuellement, beaucoup d'officines s'approvisionnent directement dans des maisons spéciales de gros, en pilules, sirops, cachets tout préparés d'avance, sans parler de la spécialité.

En sorte qu'à l'heure actuelle, la pharmacie perd de son antique prestige : le pharmacien est moins le préparateur personnel de ses drogues, il tend à devenir peu à peu un débitant, un entrepositaire de détail pour médicaments, préparés par d'autres que lui.

Une autre argument contre le cumul est tiré de l'interdiction que prononce la jurisprudence contre l'association entre médecin et pharmacien, en vue d'exploiter la crédulité publique : cette association, ayant un but immoral, doit être annulée, conformément aux articles 1131 et 1133 du code civil.

Cependant, sont reconnues licites les associations de ce genre, qui n'ont pas de but immoral et qui ne spéculent pas sur la crédulité d'autrui (Cassation, req. 10 janvier 1882. *Le Droit*, 11 janvier 1882. Trib. commerce Seine, 6 décembre 1899. *Le Droit*, 24 janvier 1900).

Faisons également remarquer qu'il est quelque peu injurieux, pour les deux professions de médecin et de pharmacien, de venir déclarer *a priori*, que l'association d'un docteur et d'un pharmacien a un caractère immoral et malhonnête.

L'évolution de la science médicale conduit le médecin traitant à appliquer souvent des traitements par des rayons X, des radiations ultra-violettes, par des massages, etc.

Le chirurgien est souvent propriétaire de la clinique, dans laquelle il opère ses malades.

Est-ce à dire que ces praticiens sont de malhonnêtes gens, exploitant leurs clients, parce qu'ils cumulent ainsi deux professions ?

Cependant, lors de la discussion de la loi du 30 novembre 1892, on proposa, au moment des articles 11 et 26, d'interdire aux médecins le droit de délivrer des médicaments dans tous les cas.

On ne put se mettre d'accord ; le texte fut renvoyé à la commission et finalement il fut décidé que, sur ce point, on attendrait la discussion de la loi en préparation sur la pharmacie.

Cette dernière loi, votée par le Sénat, en 1895, est toujours pendante devant la Chambre depuis cette époque.

Disons enfin que le nombre des titulaires des deux diplômes est assez grand, de même qu'actuellement, nous voyons des pharmaciens exercer à la fois la pharmacie (grâce à un élève non diplômé) et l'art dentaire.

La jurisprudence.

Une jurisprudence déjà ancienne ne considère pas le cumul des deux professions de médecin et de pharmacien comme prohibé par la loi pénale (Cassation, 13 août 1841 ; S. 43.1.758 ; J.G. Dall. Repert v° *Médecine*, n° 165, note 2 ; cour d'Orléans, 2 juillet 1838 ; *Le Droit*, 25 juillet 1838.; Cour de Paris, 3 août 1850 ; D.P. 51.2.171).

Implicitement, d'autres décisions reconnaissent la légalité de l'exercice simultané des deux professions.

Paris (9e chambre correct.), 8 août 1908 ; *Ann. jurisp. pharmac.* 1910.195) : « ... Dès lors, s'il est permis à un médecin pourvu également du diplôme de pharmacien, de vendre des produits pharmaceutiques... »

Trib. Seine, 19 mars 1908 (*Le Droit*, 13 mai 1908) : « Le médecin-pharmacien n'a pas besoin d'ordonnance médicale, pour livrer à l'une des personnes qu'il soigne comme médecin, une préparation non conforme au Codex, celle-ci serait-elle préparée d'avance. »

Tribunal de paix de Bordeaux, 27 avril 1907 (*Rev. Acc. Trav.* 1907.82) : « Le juge est fondé à réduire la note d'un médecin-pharmacien, s'il ressort de l'examen des ordonnances que la prescription de médicaments variés était manifestement abusive et hors de proportion avec la blessure. »

A propos du refus d'un syndicat médical à admettre dans son sein un médecin, qui, titulaire du diplôme de pharmacien avait également officine ouverte, le tribunal civil de Draguignan, par jugement en date du 15 novembre 1910, s'exprime ainsi :

« Attendu que le défendeur (le syndicat) soutient vainement qu'il a eu en vue seulement les inconvénients que l'exercice simultané des deux professions présente au point de vue de l'intérêt et de la sécurité des malades et, qu'en voulant empêcher le cumul des deux professions, il a voulu proscrire l'entente financière entre le pharmacien et le médecin, comme contraire aux règles professionnelles et à l'intérêt des malades ;

« Attendu qu'il apparaît que les agissements du syndicat médical du Var ont constitué une atteinte au droit naturel qu'a tout homme d'exercer librement sa profession, en se conformant aux lois ;

« Attendu que le cumul des exercices de médecin et de pharmacien est admis par la législation actuelle.... »

En matière administrative, le Conseil d'Etat, par deux avis, a admis que rien n'empêche un médecin, exerçant en même temps la pharmacie, de participer au fonctionnement du service départemental de l'assistance médicale gratuite, (avis du 7-13 juillet 1898 ; Sirey, Lois annotées 1899, p. 876) ou du service d'une société de secours mutuels (avis du 20 juin 1900 ; Sirey, Lois annotées, 1902, page 452).

Un arrêt du Conseil d'Etat, du 18 juin 1915 (*Concours médical* 1920.955) fut rendu dans l'espèce suivante : un médecin, exerçant également la pharmacie, était depuis plusieurs années, inscrit sur la liste des médecins et sur celle des pharmaciens, pour le service de l'assistance médicale gratuite, en vertu de ses deux diplômes.

Mais, au bout de quelques années, la commission départementale émit l'avis que la liberté des assistés, dans le choix de leur pharmacien pouvait être compromise par cette double inscription.

A la suite de cet avis, le Préfet raya le docteur de la liste des médecins, tout en le laissant figurer sur celle des pharmaciens.

Le Conseil de préfecture rejeta la protestation du docteur.

Par son arrêt, le Conseil d'Etat a confirmé la décision du Conseil de préfecture de l'Ariège, en ce qui concerne l'autonomie, que la loi du 15 juillet 1893 laisse à chaque département, pour l'organisation de son service d'assistance médicale gratuite. Mais, il reconnaît que le cumul des deux professions de médecin et de pharmacien est licite :

« Considérant qu'il appartenait au Conseil général de l'Ariège, en élaborant le règlement pour l'application de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, d'établir une incompatibilité entre les fonctions de médecin de l'assistance et celles de pharmacien du même service, alors même que la législation, dans son état actuel, permet le cumul des deux professions. »

Il en résulte que, si la liberté des contrats laisse à un employeur (collectivité, ou individualité publique ou privée) la faculté de n'accepter les services médicaux que de praticiens qui n'exercent pas en même temps une autre profession, celle de pharmacien par exemple, la loi, comme la jurisprudence, ne font cependant aucun obstacle au cumul de la pratique de l'art de guérir et de la gestion d'une officine.

D'ailleurs, en dehors des cas nombreux, où dans plusieurs grandes villes, le propriétaire d'une pharmacie exerce en même temps la médecine, sans que des poursuites n'aient jamais été intentées contre ce cumul qui se passe en plein jour, il se trouve, à l'école de pharmacie de Tours, un professeur qui, ayant une officine ouverte, exerce également la médecine. Jamais personne n'a pensé à lui interdire de continuer

son enseignement officiel, cependant qu'il exerce cumulativement deux autres professions.

Conclusions :

De l'ensemble des textes de lois, ou de règlement, comme des décisions de jurisprudence, rien ne s'oppose à ce qu'un docteur en médecine-pharmacien, puisse tirer profit des droits que lui confèrent les deux diplômes.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Confrères, n'attendez pas !

Un confrère vient de m'adresser son adhésion à la Mutualité Familiale sur un imprimé qui date de 1922 ! — la chose m'a laissé rêveur.

Pourquoi me l'envoie-t-il à moi, trésorier, et non pas au secrétaire général, seul compétent en l'espèce ? Je ne puis que le transmettre au Dr Mignon.

Nous répétons continuellement que tout ce qui est adhésion, réclamation, déclaration de maladie ou de guérison doit lui être adressé, que l'envoi au trésorier ne peut que causer des complications, des retards, des frais inutiles : nous ne parvenons pas à le faire comprendre.

Mais ce n'est pas de cela que je veux m'occuper aujourd'hui.

Le bulletin date de 1922 — il en porte la mention. Comment se fait-il qu'il ait été utilisé par notre confrère ? Il faut certainement qu'à l'époque, il ait été recueilli et mis de côté.

Voici donc un confrère dont l'attention a été attirée par quelque article publié par nous, qui a eu l'intention d'entrer à la Mutualité Familiale ou tout au moins de l'étudier sérieusement... et qui a remis au lendemain. Puis, comme tant d'autres, il a oublié la chose et c'est seulement au bout de cinq années qu'il retrouve ce papier que certainement il avait eu la pensée d'utiliser à bref délai !

Cependant, lui qui avait eu un éclair de prévoyance, il a dû, dans le *Concours*, lire d'autres articles : il a vu nos procès-verbaux, nos rapports, nos communications, et il n'en a pas tenu compte, il ne s'est pas rappelé le bon mouvement qu'il avait eu et auquel il n'avait pas donné suite !

Cela me paraît impossible, et je crois bien plutôt qu'à chaque fois, il s'est dit : « ah ! oui, il faut pourtant que je demande les statuts et que j'envoie mon adhésion » et qu'à chaque fois aussi il a remis au lendemain.

Et il a fallu sans doute quelque cause sérieuse, peut-être un accident, peut-être une atteinte morbide, pour le décider enfin et lui rappeler que dans un carton, il avait mis en réserve ce fameux bulletin.

Dans le même ordre d'idées, Mignon pourrait dire que, chaque trimestre, nombre de confrères lui demandent les pièces nécessaires à la constitution du dossier de leur candidature et ne lui renvoient ces pièces que des mois et même des années plus tard.

Pourquoi donc de tels atermoiements de la part de confrères décidés à devenir des nôtres ? C'est l'imprévoyance et plus encore la négligence qu'il faut incriminer. Le médecin a toujours bien le temps, il a oublié la fable *Du lièvre et de la tortue*, il ne croit pas au danger. Si encore ces retards pouvaient parfois présenter quelque avantage ? Mais nos confrères savent parfaitement qu'ils n'ont et ne peuvent avoir que des inconvénients et parfois des conséquences fâcheuses.

Celui-ci laisse, sans s'en apercevoir, passer l'âge limite et est tout étonné que nous lui répondions par un *non possumus*.

Celui-là ne peut être admis parce que, pendant ce temps, il a eu une grippe qui a laissé des séquelles, une crise rhumatismale qui a touché le cœur.

Tous enfin doivent verser une cotisation annuelle sensiblement plus élevée.

Et les exemples de ceux qui ont pâti de leur négligence ne semblent pas éclairer les autres.

Qu'adviendra-t-il du confrère dont la candidature a fait l'objet de ces réflexions ? Je l'ignore : je lui souhaite bien sincèrement, puisqu'il n'a pas atteint l'âge limite, de se trouver encore dans des conditions de santé qui permettent son admission, mais véritablement, il m'est impossible de ne pas trouver qu'il a été imprudent plus qu'on ne peut l'imaginer.

Confrères, qui me lisez, je suis sûr qu'il en est plus d'un parmi vous qui a mis de côté un bulletin d'adhésion dont il a eu l'intention de faire usage et qu'il a réservé pour le jour où il aura eu le temps d'étudier les statuts de la Mutualité Familiale, puis qu'il a oublié. A ceux-là, je crois devoir crier gare. Qu'attendent-ils ? l'accident, la maladie, le moment où il leur sera devenu impossible de donner suite à leur bonne résolution ?

Qu'ils veuillent bien réfléchir que la prévoyance est pour eux un devoir, devoir envers eux-mêmes, devoir envers leur famille ; qu'ils

prennent les quelques instants nécessaires à la lecture des statuts, qu'ils choisissent le taux de l'indemnité -maladie, celui de la pension de retraite qui peuvent leur convenir, et qu'ils envoient au Dr Mignon, ce bulletin d'adhésion qu'ils sauront bien retrouver quelque part.

Surtout qu'ils n'attendent pas, qu'ils ne remettent pas encore à ce lendemain qui ne viendra jamais ou qui ne viendra que lorsqu'il sera trop tard.

Dans les si intéressantes recherches auxquelles il se livre sur la morbidité médicale, Mignon constate la progression du nombre des accidents et particulièrement du nombre des accidents d'automobile ; cela ne saurait surprendre et montre que le médecin n'y échappe pas plus que ses clients. Il peut être parfait conducteur, maître de lui-même, prudent autant qu'il est possible ... Peut-il répondre de n'être pas un jour la victime d'un accident que lui causera un incapable, un imbécile, un fou ? Peut-il répondre que cet accident n'aura jamais pour lui des conséquences graves ?

Et ce que je dis des accidents, ne puis-je le dire des maladies ? Quel est celui qui peut se croire à l'abri ? Le médecin moins qu'un autre, car il s'expose chaque jour à la contagion, il sort par tous les temps, la nuit comme le jour et marche encore alors qu'il jugerait le repos indispensable s'il s'agissait d'un client. Il est contraint à des imprudences, ne peut-il un jour en être la victime ?...

On me dira que je répète sans cesse la même chose, mais je répondrai, comme cet autre, que je dis toujours la même chose parce que c'est toujours la même chose.

Vous ne pouvez, m'objectera-t-on, avoir la prétention de changer la mentalité médicale : vous aurez beau dire, vous aurez beau avoir cent fois raison, les médecins vous liront — s'ils vous lisent — et n'en continueront pas moins à marcher dans la vie avec leur imprévoyance habituelle.

Peut-être, mais si pourtant je parvenais à ouvrir les yeux à quelques-uns, à dix, à cinq, à un seul même, je croirais ne pas avoir perdu mon temps ni ma peine.

A. Gassot.

CERTIFICATIONS DES CAUSES DES DÉCÈS ET SECRET PROFESSIONNEL

Réponse du Dr Ott au Docteur Paul Boudin.

Mon cher Confrère,

En lisant dans le numéro du 7 août du *Concours médical* l'article si documenté dont vous avez fait suivre ma dernière lettre relative à la question si controversée des certificats médicaux de décès, je m'applaudis d'avoir ouvert cette discussion : je vous vois, en effet, aboutir à la même conclusion que moi, à savoir : la nécessité de faire modifier par un texte législatif un point de pratique médicale, troublant aussi bien pour les médecins praticiens, qu'il peut parfois inquiéter, que pour les médecins fonctionnaires, qu'il paralyse.

Je suis heureux d'enregistrer notre accord pour ouvrir une vaste consultation médicale sur le point de savoir si l'un des deux textes de proposition de loi qui viennent d'être publiés, ou tout autre qui viendrait à surgir, ou à sortir de la discussion, donne tous apaisements au Corps médical et lui permettra de collaborer avec les services publics d'hygiène.

Cette collaboration, je sais qu'avec tous nos amis du *Concours* vous la souhaitez ardemment, car vous savez combien elle peut être féconde dans l'intérêt général.

C'est, en effet, cette notion d'intérêt général qui doit planer au-dessus du débat qui va s'ouvrir. Comme je l'ai écrit dans ma dernière lettre, bien que médecins ou plutôt parce que médecins, nous avons des devoirs, aussi bien envers les individus qu'envers la société, et le premier de nos devoirs, médecins praticiens et médecins fonctionnaires hygiénistes, est de collaborer et d'essayer de protéger la société, et partant les individus qui la composent. Les divers problèmes se rattachant aussi bien à l'état de maladie qu'à l'état de santé sont des problèmes sociaux à la base desquels se trouve nécessairement une étude statistique sérieuse. Si, dans certains domaines, ces statistiques sérieuses sont faciles à établir, il n'en est, hélas ! pas de même pour les statistiques sanitaires, où vient se faufiler la question du secret professionnel. Cette question m'a préoccupé plus que vous ne pensez, et soyez assuré que loin d'en être un contempteur, j'en suis un défenseur acharné ; depuis la réorganisation des services de statistiques sanitaires dans le département où je sévis, j'ai, à de multiples reprises, défendu le principe du secret professionnel, en refusant toute communication à ce sujet, quelle que soit la personnalité du demandeur : préfet, ministres, gouvernements étrangers, et même juge d'instruction.

Et, à ce propos, je veux de suite calmer en quelques mots l'inquiétude que votre réponse a pu faire naître dans l'esprit de quelques confrères timorés : il m'a toujours suffi de répondre à toute demande de communication des certificats que je collectionne par la phrase stéréotypée suivante : « Les certificats médicaux de décès sont des pièces confidentielles,

non obligatoires pour les médecins, et qui ne peuvent être communiquées à personne, ni en original ni en copie », pour voir tout le monde s'incliner devant ma décision, juges d'instruction y compris, car, mieux que personne, ils savent que, médecin moi-même, je suis tenu au secret professionnel, et qu'ils ne pourraient faire usage d'une notion acquise en violation du secret professionnel.

C'est ce principe qui m'a guidé pour l'établissement de la formule de certificat de décès en usage en Seine-Inférieure, que le *Concours médical* a bien voulu reproduire en son temps, et qui paraît avoir été si favorablement accueillie par les confrères, qu'une dizaine d'entr'eux, tout au plus, refusent de s'en servir en s'abritant derrière des ukases syndicaux.

Je rappelle que la formule adoptée comporte deux parties, séparées par une perforation : la première, destinée à la mairie, et signée par le médecin, mentionne simplement que la mort du *de cujus* a eu lieu à telle date, et qu'elle est réelle et constante. La réalité et la constance de la mort sont, en effet, les seules certitudes qui importent à l'officier de l'état civil et lui permettent légalement de délivrer le permis d'inhumer.

La deuxième partie de la formule doit être détachée par le maire et envoyée, cachetée (car elle est cachetée par le médecin au moment de la remise à la famille), à l'inspection des services d'hygiène ; elle ne comporte aucune mention relative à la personnalité du mort, mais seulemnet l'indication de la commune, la date du décès, la cause de la mort, ainsi que tous autres renseignements que le médecin traitant croira devoir porter à la connaissance des services d'hygiène. A l'extérieur, et pour rendre impossible toute erreur, cette formule porte en caractères très visibles la mention : « Ne doit être ouvert que par l'inspection des services d'hygiène ». Enfin, afin d'empêcher toute lecture par transparence, un des côtés extérieurs de la formule est passé au « caviar ». Ainsi établie, cette formule me paraît offrir le maximum de garantie d'inviolabilité : cachetée par le médecin, remise par lui à la famille, confiée au maire pour être transmise cachetée aux services d'hygiène, nul ne peut en prendre connaissance sans commettre un délit, celui de violation de correspondance. Bien que non juriste, il m'apparaît que celui qui commet un délit ne saurait baser une action judiciaire quelconque sur ce délit, ou en tirer légalement un profit quelconque.

Je pense même qu'un médecin, dont un certificat médical de décès (rédigé comme ils le sont en Seine-Inférieure) aurait été ouvert, fût-ce par un maire, serait habilité à provoquer des poursuites ou à intenter une action judiciaire contre l'auteur de cette violation, et que les syndicats médicaux, dont les ukases sont quelquefois si péremptoires et si inattendus, trouveraient également ici matière à faire sentir enfin leur action moralisatrice.

Quoi qu'il en soit, je reconnais bien volontiers que si l'on veut obtenir des statistiques médicales sérieuses, il est absolument indispensable de mettre définitivement le médecin praticien à l'abri de tout ennui éventuel pouvant lui arriver du fait d'une déclaration médicale de décès, et le futur texte de loi devra être absolument précis à cet égard, comme nous le demandons l'un et l'autre.

Si je suis tout à fait d'accord sur ce point avec vous, je ne le suis plus lorsque vous écrivez : « A quoi bon pourra servir pareille statistique, si l'argent manque... si les hygiénistes sont toujours paralysés, si ceci, si cela.... »

Mon cher confrère, tout le monde connaît l'état lamentable de l'hygiène publique en France ; mais, pourquoi continuer à ressasser cela continuellement, pourquoi avoir l'air de considérer la chose comme inéluctable, pourquoi paraître jeter le manche après la cognée, pourquoi risquer de provoquer à ce sujet la raillerie continuelle, et souvent si injuste des médecins praticiens, pourquoi risquer de jeter le découragement et la lassitude parmi les malheureux médecins fonctoinnaires hygiénistes qui se débattent souvent dans des difficultés inextricables et dont nu n'a souci.

N'est-il pas cent fois préférable d'essayer de secouer l'opinion publique, d'essayer d'éduquer sur les questions d'hygiène publique ou sociale ceux qui ont seuls le pouvoir de les solutionner, c'est-à-dire les élus du suffrage universel, à quelque degré que ce soit, en commençant par faire l'éducation de celui dont dépend l'élu, du seul dont il se soucie, c'est-à-dire l'électeur. Et pour faire cette éducation, croyez-moi, rien ne vaut les faits, rien ne vaut les chiffres indiscutables et une exacte statistique sanitaire établie après accord entre tous les médecins.

Croyez-vous que l'opinion publique restera indifférence lorsque vous établirez, statistique en mains, l'insalubrité de tel ou tel quartier, l'inhabitabilité de telle ou telle maison, croyez-vous qu'elle ne réclamera pas des autoriés des mesures énergiques pour supprimer les causes de maladie ou de mort dues à l'incurie des uns, la mauvaise volonté ou la négligence des autres ou la bêtise d'un plus grand nombre.

Croyez-moi, mon cher confrère, lorsque l'opinion publique sera impressionnée par les chiffres des statistiques sanitaires exactes, que nous rêvons l'un et l'autre d'établir, lorsque nos confrères, éclairés eux-mêmes, voudront bien nous aider à l'éclairer à son tour, elle ne tardera pas à imposer ses directives à l'Elu, quel qu'il soit. Comme tous mes camarades hygiénistes journellement en contact avec le peuple, j'ai journellement l'écho de son indignation au sujet de l'indifférence des pouvoirs publics en matière d'hygiène publique ou sociale. (Que ne pouvons-nous les uns et les autres publier tous les documents que nous avons à ce sujet !) et, comme tous mes camarades, j'ai l'intime conviction que lorsque l'éducation de l'Electeur sera faite, basée sur des précisions et des chiffres, celle de l'Elu ne tardera pas à suivre, et, pour reprendre la phrase par laquelle vous termi-

ner votre « conclusion : *nous verrons alors* que les moyens budgétaires de lutte contre les fléaux sociaux seront accordés par le Parlement avec largesse et non avec parcimonie ou mesquinerie ».

C'est la grâce que je « nous » souhaite à tous.

Au risque de fatiguer le lecteur, je ne puis pas ne pas vous faire amicalement observer d'autre part que vous vous êtes probablement mépris sur les intentions des médecins fonctionnaires hygiénistes. Nous ne demandons nullement à l'occasion de chaque décès « non seulement le nom de la maladie qui a emporté le patient, mais encore une véritable observation clinique, précisant le passé pathologique du défunt ». Nous demandons simplement à avoir, de la main même du médecin, des diagnostics corrects et exacts, et à ne plus voir sur les certificats de décès des expressions impropres et vides de sens comme : sénilité, cachexie, athrepsie, etc... mais à connaître la vraie cause du décès, masquée par l'expression de sénilité, ainsi que la vraie cause de la cachexie, de l'athrepsie, etc...

Le fameux questionnaire, sur lequel vous vous êtes si longuement étendu dans le numéro du 12 juin du *Concours médical*, n'est nullement destiné à servir de prototype à l'organisation générale des services de statistique ; ce questionnaire est réservé à l'enquête locale et passagère faite dans deux agglomérations de 100.000 habitants à la demande de la section d'hygiène de la Société des Nations, pour que les résultats en soient comparés avec ceux acquis dans les principales nations civilisées, où une enquête identique a lieu simultanément. J'ai eu soin de demander préalablement aux confrères s'ils voulaient bien nous accorder leur collaboration, et vous seriez certainement étonné du nombre d'acceptations que j'ai reçues et de la teneur de certaines de ces lettres : le médecin, dans la belle acception du mot, n'est pas encore mort dans nos campagnes ; et que diriez-vous si vous voyiez la conscience avec laquelle la très grande majorité des questionnaires est librement remplie par nos collaborateurs bénévoles ! vous seriez certainement surpris de la mine de documents qu'ils vont constituer.

Sans doute, quelques-uns de nos confrères n'ont pas voulu nous donner leur collaboration. Je ne puis que le regretter. Que voulez-vous ? La vie finirait par être monotone si toute le monde avait le même idéal, d'ailleurs « La caravane passe... »

...Et le principe de l'obligation du certificat médical de décès ne tardera pas à nous être imposé par le législateur, car il répond à une nécessité sociale. Préparons-nous donc les uns et les autres à élaborer un texte qui nous donne satisfaction entière, et que le législateur sera très heureux d'entériner. Ne nous laissons pas surprendre une fois de plus par les événements.

Dr Ott.

LA « CAISSE » NATIONALE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES.

On sait que M. Herriot, ministre de l'Instruction publique, grand orateur et grand littérateur, s'occupe beaucoup des intérêts du « prolétariat cérébral ». Nous savons, à la Confédération des Travailleurs Intellectuels, C. T. I., le bon accueil fait à notre bureau, à ses demandes, et celle-ci a accueilli avec enthousiasme son projet, de même, la Société des Gens de Lettres, en sa *Chronique* de juillet. Je n'ai rien lu des savants sur cette « caisse nationale », à l'idée si séduisante, bien que j'en critiquerai la gradation : pourquoi les « Sciences » en dernier, alors, qu'en réalité en la vie, en le bien-être et le machinisme humain, elles ont tant réalisé, qu'en la guerre, elles ont été si importantes... Je voudrais lire — et qu'on ne me dise pas : « M. Josse, vous êtes orfèvre », phrase vraie, non pour moi, mais pour la corporation médicale, « Caisse nationale des sciences, des lettres et des arts », caisse dont l'idée importe pour nous, médecins.

Passons. L'idée de « caisse » est excellente, mais « nationale » me plaît moins, car cela implique et le projet le dit : « sous le contrôle et la présidence du Ministre, elle sera administrée par des parlementaires et des fonctionnaires. » Diable ! un ministre, des députés et sénateurs, des bureaux... que voulez-vous ? Cela ne me dit rien de bon. Je vois là un nouvel organisme qui coûtera, laissera peu aux intéressés. C'est l'Etat-Providence, qui tue les initiatives, multiplie les dispendieux rouages et ne donne qu'à qui montre « patte blanche », et avec la politique, je n'oserai affirmer que ce sera le plus digne. Les dirigeants, nous dit « l'exposé des motifs » de M. Herriot, seront pris parmi les syndicats professionnels ; en si infime partie, comme d'ordinaire. En 1906, le ministre de l'Instruction publique, M. Briand nomma une Commission de réforme des Etudes médicales ; sur 70 membres, nous étions bien *six praticiens*. Il en est toujours ainsi.

L'enthousiasme est presque général. M. André Faillet, dans *La Pensée française* de juillet 1927, proteste contre la ruée de milliers de jeunes Français plus propres à l'usine, au champ, au commerce, qui verront là l'occasion de prébendes littéraires, de sinécures artistiques (il ne parle pas des savants, souvent officiels moins payés que leurs garçons de laboratoire, aux laboratoires désuets et il a raison !)

La propriété scientifique n'existe toujours pas, malgré les efforts de la C. T. I. et de ses amis parlementaires : Henry de Jouvenel, Emile

Borel, J. Barthélemy, Marcel Plaisant, Bokanowski... !

Les savants sont discrets et modestes : leur science leur apprend combien fragile et faible le savoir, combien complexe, la nature ! Aussi ils ne crient pas, leur œuvre, à part certains *Eclairs dans la nuit* (« roman scientifique » de M. Roger Fribourg), la Science n'est pas sensationnelle, n'emballe pas, alors, on la laisse « croupir » ! mourir de faim ; on connaît le sort des inventeurs, la négation, la persécution.

La propriété littéraire, la propriété artistique, existent, elles, bien réelles, et depuis longtemps on pensait à elles, en haut lieu et M. André Faillet écrit en *La Pensée française* de juillet 1927 :

« On croit communément que c'est la Convention qui institua la propriété littéraire. Mensonge historique : en cela comme en ce qui concerne l'organisation sociale des corporations, elle n'intervint que pour mutiler des droits légitimes, réduire l'effort humain à n'être qu'individuel et viager. Le droit d'auteur — ainsi que l'a rappelé récemment avec une juste indignation notre excellent confrère Gabriel Boissy — a été reconnu et organisé par le roi Louis XVI qui surveilla lui-même la rédaction des arrêts du Conseil du 30 août 1777. Voici, d'après Dalloz, le résumé de leurs dispositions :

« *Tout auteur qui obtiendra en son nom le privilège de son ouvrage, aura le droit de le vendre chez lui et jouira de son privilège pour lui et ses tiers à perpétuité...* »

« Un arrêt du 30 juillet 1778 élargit encore le droit perpétuel *reconnu, décidant que l'auteur pourra faire imprimer par le libraire* qu'il aura choisi « *sans «que les traités ou conventions qu'il fera, pour imprimer ou débiter une édition de son ouvrage, puissent être réputés cession de privilège.* »

« Louis XVI, d'ailleurs, entendait compléter cette législation et voici dans quels termes il exprimait son sentiment, quelques années plus tard dans une lettre particulière :

« *J'ai toujours regretté que les œuvres de ces beaux génies, qui deviennent l'honneur et le patrimoine de la nation, laissent sans aisance leurs descendants quand tant d'autres s'en enrichissent. Ce que j'ai fait il y a cinq ans pour régler les droits des auteurs est loin, malheureusement, d'avoir obvié à tous les inconvénients de ce genre.* »

« C'est un devoir impérieux que de proclamer les éminents services de ce roi épris de bonté, de justice et de liberté — monarque outrageusement méconnu dont on oublie qu'il supprima la torture judiciaire, tenta d'alléger les impôts et, organisant lui-même l'expédition d'Amérique, contribua de ses deniers personnels à l'indépendance des Etats-Unis. »

Déjà, les auteurs passaient avant les savants !

***

— Ce n'est pas la Caisse que nous combattons, loin de là, mais son économie générale, son gouvernement — celui de tous, et non des vrais intéressés ! Nous voulons des caisses autonomes, où l'Etat Providence n'ait qu'un « droit de regard ». Ne sait-on pas ce que valent les monopoles d'Etat si discutés, et âprement — tant de gens en profitent sans produire ! — Citons tant d'articles et de livres nous les montrant rigoureusement et si vraiment néfastes. C'est la *Revue des Deux Mondes* avec Savarit, le 15 mai 1927, nous montrant des travaux des Académies provinciales si calmes, de Dijon et de Besançon, où l'Etat est démontré le pire commerçant qui existe. C'est le Comte de Fels, en *Les rihesses de l'Etat français*, ouvrage des plus documentés, nous prouvant chiffres en mains, combien rapporteraient certains monopoles, s'ils n'étaient pas des « monopoles » tel, le tabac, qui, s'il était exploité comme il l'est en Angleterre, rapporterait *six milliards de francs* par an de plus qu'il ne donne. Et les P. T. T., sommes-nous contents du téléphone ? Et les colonies, il faut suivre les efforts et travaux de M. Etienne Richet, professeur au Collège des Sciences sociales (en la Revue : *Voici*), de MM. Dal Piaz, Sabatier, Despiques, général Aubier... pour voir ce que l'on pourrait tirer de nos colonies en leur laissant le champ libre, en y laissant évoluer l'initiative privée, soumise à l'ingérence, en somme, au monopole d'Etat, là aussi.

Et voici que le projet de « caisse nationale » mettrait la pensée en monopole d'Etat, de l'Etat la jugeant, la récompensant, la *payant*. Et, dit M. Faillet :

« ... Si l'on veut utilement agir et profiter du mouvement créé par la proposition de loi de M. Herriot, il n'est qu'un seul moyen qui réserve l'avenir et organise un présent plus favorable : *accepter la taxe de 6 % sur le domaine public*, MAIS EN DEHORS DE TOUTE INGÉRENCE DE L'ÉTAT. La perception en sera confiée aux associations professionnelles à charge pour elles d'en répartir le produit sur les bases suivantes : un tiers aux héritiers ; un tiers à ses œuvres mutuelles (secours, bourses, retraites, fond s de propagande et d'encouragement, etc...) ; un tiers à une caisse centrale interprofessionnelle chargée de pourvoir aux grandes entreprises de mécénat collectif ... ».

Pour percevoir, l'Etat est toujours là, un peu là, trop là ! ne le voyons-nous pas prendre sur certaines successions même destinées à des sociétés scientifiques reconnues d'utilité publique, jusqu'à 80 %. C'est à dégoûter les testateurs et c'est ce qui arrive. On m'a parlé de 300.000 fr. légués, et ne donnant que 28.000 fr. à la Société héritière ! La section des Sciences de la C. T. I. a demandé qu'on veuille bien s'occuper des Sociétés que l'Etat subventionne déjà, en les exo-

nérant de tout ou partie des droits énormes de mutations (ceux-ci du reste diminuant, car on cache ses dons, on dépense, d'où, prodigalité des particuliers à l'instar de l'Etat !)

On ne peut que léguer aux Sociétés de Secours Mutuels reconnues d'utilité publique, en notre domaine, Association générale des médecins de France, Association des médecins de la Seine, etc., où le fisc ne prélève que 11 p. 100.

On peut léguer encore à des établissements d'Etat, mais impossible, ou mieux, inutile de songer à la Science représentée par telle ou telle branche de son choix, car presque rien n'arrivera aux intéressés.

En son projet, M. Herriot songe que sa Caisse étant d'Etat, recevra tout sans payer, il compte sur des mécènes, mais ceux-ci auront-ils confiance, car, que de biens légués furent par la suite confisqués ! ...

***

Au point de vue scientifique, je rappellerai quelques-unes de mes idées émises déjà bien des fois, même par T. S. F. et en combien de revues médicales et autres, *Concours médical*, *Journal des Praticiens*, *Gazettes Médicales*, *Grande Revue*, *Revue mondiale*, etc., etc.

S'il y a doute sur l'origine de l'idée, de l'invention, qu'un industriel ou qu'une industrie se soit ainsi enrichi, qu'un prélèvement soit fait en faveur de la Caisse autonome des sciences ; qu'il en soit encore ainsi, plus une part destinée à l'inventeur quand celui est bien et dûment reconnu. En médecine, que de médicaments ou d'appareils enrichissent grands pharmaciens et fabricants, sans qu'il en revienne un centime aux *découvreurs* ! Que la Caisse autonome gérée par des compétences et des praticiens, surveillée, si l'on veut, par l'Etat, ait des fonds ainsi récoltés et servant aux savants en mal de recherches et précédés d'un bagage scientifique, pour les victimes de travaux et de risques professionnels, pour leurs familles après décès ...

Comment savoir ce que gagne un commerçant ? Rien de plus facile, avec le chiffre d'affaires. Comment opère l'Assistance publique pour recouvrer le droit des pauvres sur les théâtres, concerts, fêtes de bienfaisance même ?... Comment opèrent les auteurs pour percevoir ou faire percevoir leurs droits lyriques, dramatiques ?... La modalité est à trouver et n'est certainement pas plus difficile à découvrir et à appliquer que pour les littéraires et les artistes... Mais pas d'Etat-Providence !... monopolisateur, compresseur... on ne le subit déjà que trop !

Nous savons grand gré à M. Ed. Herriot de vouloir bien s'occuper des travailleurs intellectuels, piètres électeurs en général alors qu'ils pourraient être si influents. Les médecins surtout, car vivant tout près du grand public. Profitons du mouvement créé par lui pour que nos syndicats défendent, et nos intérêts et nous mêmes ; percevant pour nos inventions, ils seraient ainsi plus riches et plus puissants !...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

VARIÉTÉS BIOLOGIQUES

La vision des Poissons.

Les poissons sont muets, seraient-ils aveugles ? Evidemment non, mais il n'est pas douteux que leur vision est fort limitée et qu'on ne saurait guère la comparer à celle des oiseaux, ni des animaux pourvus d'yeux qui vivent dans l'atmosphère. Les truites de nos ruisseaux qui nagent dans des eaux limpides et très éclairées n'ont certainement pas la même vision que les truites des lacs qui séjournent à 100 ou 200 mètres de profondeur dans un milieu obscur que les rayons du soleil ne sauraient pénétrer et les poissons qui existent dans les profondeurs abyssales des mers, et ce sont les plus nombreux, ne peuvent guère se servir des organes de la vision.

M. le professeur Louis ROULE, du Muséum d'histoire naturelle, a remarquablement traité cette intéressante question dans un chapitre de ses passionnantes Etudes ichtyologiques, intitulé : *Ce que voient les yeux des Poissons* (1).

M. Roule a plus particulièrement étudié les *blennies* ; parmi ce genre de petits poissons, il est une variété, la *blennie basilic*, qui est dépourvue des tentacules ramifiées que portent sur la tête les autres blennies et que le savant ichtyologue a pu observer avec soin à l'aquarium de la station de Salambo en Tunisie. Cette blennie basilic est pourvue de deux petits yeux saillants qui regardent un peu comme ceux d'une bête terrestre. Elle parvient à coordonner ses mouvements pour mieux voir et arrive ainsi à jouir de la vision binoculaire, ce qui est exceptionnel chez les poissons. En un mot, non seulement elle voit mais elle regarde. La blennie basilic est pourvue d'une mémoire visuelle. M. Roule en a observé une qui avait choisi comme gîte une grande coquille bivalve de *Pinna* que l'on appelle

(1) Dr Louis ROULE. — Les poissons et le monde vivant des eaux. Tome second : La vie et l'action. Paris, libr. Delagrave, 15, rue Soufflot, 1927, chap. XVI, pages 303 et suiv.

vulgairement, à cause de sa forme, *jambonneau.* Elle s'y blotissait, la tête sortant entre les deux valves, guettant ce qui se passait à l'extérieur. Si un autre animal survenait, elle se précipitait sur lui pour le mettre en fuite si elle le jugeait moins fort qu'elle ; dans le cas contraire, elle battait prudemment en retraite et se cachait complètement dans la coquille. De temps à autre, cette blennie basilic sortait de son abri, parcourait en nageant le voisinage, puis regagnait sans hésitation son repaire, faisant preuve ainsi d'une véritable mémoire topographique. La vision de cette blennie était indiscutablement assez développée, mais le milieu aqueux restreint fatalement la visibilité, et le champ visuel du basilic de ce fait et aussi du fait de ses organes, est fort limité. M. Roule a constaté expérimentalement que peu sensible aux rayons bleus, l'œil de la blennie basilic l'est beaucoup plus aux rayons rouges et surtout aux jaunes et orangés. La limite de la visibilité de ce poisson ne dépasse pas 60 à 70 centimètres et il est facile de se rendre compte que l'impression visuelle est plus vive si les deux yeux sont impressionnés à la fois.

Les autres variétés de blennies, pourvues de tentacules et de panaches plumeux, sont plus indifférentes aux sensations visuelles ; elles changent d'abri et ne coordonnent pas aussi bien que le basilic leurs actions.

Il en est de même de la plupart des autres poissons. Leur sens visuel ne s'éveille franchement que si les objets extérieurs déterminent par leurs mouvements des éclats lumineux, ce qui est évidemment subordonné au pouvoir dispersif et à la réfringence du milieu où ils se trouvent. En outre, pour que la sensation visuelle soit suffisamment intense, il convient qu'il y ait simultanéité de la vision des deux yeux. Les yeux de beaucoup de poissons sont saillants, ce qui leur permet de pouvoir jouir de la vision binoculaire, mais le champ de cette vision est très restreint. Les poissons voraces, tels que le brochet et la truite, n'aperçoivent pas une proie quand elle est placée latéralement, mais si elle se trouve en avant et au-dessus d'eux de façon à être vue à la fois par leurs deux yeux, ils se précipitent sur elle.

Les espèces nageuses de poissons des eaux superficielles de la mer ont des yeux mobiles dans leurs orbites. Leur vision, impressionnée par le pouvoir lumineux, la couleur, le mouvement, l'est très peu par la forme et leur monde visuel se circonscrit à un court périmètre.

Chez les poissons qui vivent au-dessous de 100 à 200 mètres dans des zones absolument obscures, et qui sont les plus nombreux, les yeux sont dépourvus de toute expression. Parfois ces organes sont très grands, mais ils donnent l'impression d'une profondeur inerte comme les yeux de certains aveugles. Ils font partie de l'architecture de la tête mais n'ont aucun rôle sensoriel. Les appareils gustatifs et tactiles qui perçoivent les vibrations, suppléent à la vision inutile et absente.

Dans les airs, l'oiseau, le rapace, qui plane très haut, voit très nettement et de très loin, il s'abat avec une rapidité foudroyante et une précision absolue sur sa proie. Le poisson des eaux profondes voit peu ou pas. Son œil est constitué, comme celui de tous les vertébrés, il est pourvu d'un cristallin et d'une rétine, mais il fonctionne différemment. Le cristallin sphérique a son foyer au-delà de la rétine et par suite ne peut projeter sur elle que des images confuses. Les cellules réceptrices de la rétine sont disséminées et ces images déjà confuses sont encore de ce fait atténuées. Comparé à notre œil, l'œil du poisson est atteint d'une hypermétropie accentuée, aggravée de faiblesse rétinienne.

La blennie basilic est un des rares poissons dont la rétine soit pourvue d'une fovea, garnie de cônes assez nombreux, capables de la doter d'une certaine acuité visuelle. Les cellules à bâtonnets sont groupées par faisceaux alternant avec les cônes. Mais le cristallin est globuleux et trop près de la rétine.

Chez les autres poissons, la rétine n'a pas de fovea, les cellules à cônes sont rares et les cellules à bâtonnets ne sont pas groupées mais dispersées. Le poisson voit donc flou, les images qu'il perçoit, sont analogues à celles de photographies qui ne sont pas au point. Le milieu où il vit gêne encore sa vue insuffisante et le place dans une sorte de brouillard opaque. Les poissons les plus favorisés ne peuvent voir que de près ; quant à ceux des grandes profondeurs, on peut leur appliquer la parole du psalmiste : *Oculcs habent et non vident.*

Donc l'œil du poisson perçoit les formes et les contours en flou. Cependant la proportion très grande de son pigment rétinien lui permet d'être influencé par l'éclat des objets brillants et même par une faible luminosité. L'animal est plongé dans le brouillard et le crépuscule ; de très près sa vision est plus nette mais s'il s'éloigne tant soit peu, toutes les images s'uniformisent et s'estompent et progressivement atteignent une teinte qui va de la grisaille au noir foncé.

Dans les milieux aquatiques, les êtres les plus rudimentaires, pourvus d'une simple tache de pigment, sont sensibles à la lumière. Ce rudiment d'organe se complique, au fur et à mesure qu'on s'élève dans l'échelle des êtres, d'un cristallin trop gros, mal placé, qui concentre les rayons sans produire d'image exacte. Puis chez les mollusques céphalopodes, les crustacés supérieurs, les poissons, l'organe visuel se perfectionne, l'animal

voit réellement les objets extérieurs mais cette vision reste confuse. La vision ne devient nette que dans le milieu aérien.

La vie qui a pris naissance aux âges primitifs dans les profondeurs obscures des mers, s'est progressivement, lentement, par degrés, haussée vers la lumière.

J. Noir.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Comité international permanent.

Compte rendu de la session extraordinaire d'avril-mai 1927.

Le Comité permanent de l'office international d'hygiène publique a tenu sa session extraordinaire de 1927 du 25 avril au 2 mai 1927, à Paris.

Etaient présents : MM. Veighe (Belgique), président ; Madson (Danemark), Pulido (Espagne), Tallaferro-Clark (Etats-Unis d'Amérique), Barrère (France), Duchêne (Afrique occidentale française), Audibert (Indochine française), G.-S. Bochanan (Grande-Bretagne), J.-D. Graham (Inde britannique), C.-L. Park (Australie), S.-P. James (Nouvelle-Zélande), P.-G. Stock (Union de l'Afrique du Sud), Matarangas (Grèce), Lutrario (Italie), Mitsuzo-Tsurumi (Japon), Praum (Luxembourg), Colombani (Maroc), Roussel-Despierres (Monaco), H.-M. Gram (Norvège), N.-M. Sosephus-Jitta (Pays-Bas), W. de Vogel (Indes néerlandaises), Mimbela (Pérou), Djavad-Asthiany (Perse), W. Chodzko (Pologne), Ricardo-Jorge (Portugal), Ionesco-Mihalesti (Roumanie), Yoannovitch (Etat serbe, croate et slovène), C. Kling (Suède), H. Carrière (Suisse), L. Prochazka (Tchécoslovaquie), de Navailles (Tunisie), Galib-Tta (Turquie), Syssine (Union des républiques soviétistes socialistes), ainsi que M. Pottevin, directeur de l'office international d'hygiène publique.

I

Une grande partie des travaux du comité a été consacrée aux questions relatives à l'application de la convention internationale sanitaire du 21 juin 1926.

L'article 7 de cette convention prévoit que, pour l'exercice des attributions qui lui sont imparties, l'office pourra conclure des accords avec la Société des nations et, en particulier, avec son bureau de Singapour, avec le bureau panaméricain sanitaire et avec d'autres organismes analogues. Le comité a élaboré le texte de deux accords avec la Société des nations, visant, l'un, l'utilisation des bureaux régionaux de la Société et les publications de son service d'informations épidémiologiques, l'autre, l'utilisation du bureau régional pour l'Extrême-Orient à Singapour. En ce qui concerne le bureau panaméricain sanitaire, les pourparlers sont engagés entre son directeur et l'office. Ils seront poursuivis, et un projet d'arrangement sera présenté au comité lors de sa session de novembre prochain.

Le comité a envisagé, de même, pour le reprendre en novembre prochain, un projet d'arrangement avec le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte.

L'article 28 de la convention de 1926 prévoit que l'office international d'hygiène publique établira le modèle d'un document à utiliser comme certificat de dératisation ou d'exemption de dératisation. Ce modèle a été mis au point. Il sera communiqué en temps utile aux gouvernements intéressés.

Le comité a donné son avis, demandé par le bureau hydrographique international, sur la question des « signaux » prévus pour les besoins des services sanitaires maritimes. Il a, d'autre part, examiné et remis pour décision à sa prochaine session, la question de l'utilisation de la télégraphie sans fil pour les besoins de ces mêmes services.

La conférence internationale sanitaire de Paris, de 1926, avait renvoyé à l'office l'étude des questions relatives aux médecins de bord : leur qualification, leurs attributions, les facilités qui pourraient être données aux navires ayant à bord un médecin dûment qualifié. A ces questions se lie celle des instructions médicales à l'usage des navires qui n'ont pas de médecins à bord.

Sur la première question, plusieurs communications ont fait connaître la façon dont elle est résolue ou envisagée dans différents pays : Italie, république Argentine, Etats-Unis d'Amérique, Espagne, Australie, Suède, Union des républiques soviétistes socialistes, royaume des Serbes, Croates et Slovènes, Grèce Japon, Pays-Bas, Angleterre, Pérou. Il résulte des informations ainsi réunies que les opinions et les pratiques sont encore assez divergentes, mais qu'il existe partout un égal désir de s'associer à des mesures assurant la présence à bord de médecins spécialement formés en vue de la mission qu'ils ont à y remplir et jouissant d'une situation matérielle et morale en rapport avec les qualités exigées d'eux. Ces médecins pourraient devenir, sinon des fonctionnaires, du moins de très utiles auxiliaires des autorités sanitaires de tous les pays. L'étude de la question sera poursuivie.

Pour ce qui est des instructions médicales à l'usage des navires n'ayant pas de médecins à bord, l'office en poursuivra l'étude d'accord avec la ligue des sociétés de la Croix-Rouge qui, de son côté, s'y est intéressée par son comité du bien-être du marin.

II

En application de l'article 8 de la convention de l'opium de 1925, le comité d'hygiène de la Société des nations a soumis, pour avis, au comité permanent de l'office international d'hygiène publique, les propositions formulées par treize gouvernements concernant des préparations qu'il pourrait y avoir lieu de soustraire aux effets de cette convention. Le comité n'a pas cru devoir prendre des décisions par catégories et a estimé que chaque préparation devrait être examinée séparément. Il a nommé une commission, composée d'experts pharmacologistes, chargée d'établir un rapport technique qui sera examiné à la session de novembre.

III

La plupart des communications reçues sur les sujets qui ont été examinés au cours de la session ont été, ou seront, publiées dans le *Bulletin*.

Réglementation des produits thérapeutiques. — En Italie, le décret-loi du 25 novembre 1926 a organisé la surveillance des produits biologiques (sérums, vaccins, etc.) avant qu'ait été obtenue pour eux l'autorisation (exigée déjà par les textes antérieurs) en vue de la vente. Tant qu'ils sont encore dans la période expérimentale lesdits produits ne peuvent être employés sur l'homme que dans certains établissements qui doivent être des instituts publics d'assistance, et autorisés par le préfet. L'expérimentateur doit, en outre, faire une déclaration préalable au chef de l'administration dont relève l'institut ou au médecin provincial.

La préparation des auto-vaccins n'est permise qu'aux instituts, hôpitaux, laboratoires publics, autorisés à cet effet par le ministre de l'intérieur.

En Angleterre, les dispositions déjà établies (loi du 7 août 1925) et relatées antérieurement dans le *Bulletin* ont fait l'objet d'un règlement d'application préparé par le comité spécial dont la création avait été prévue. Ce règlement dont l'entrée en vigueur est envisagée pour le 6 août 1927, est encore à l'état de projet. La première partie règle des questions d'ordre administratif, la seconde, des points d'ordre technique : standards de qualité, de pureté, etc., etc. Le règlement vise non seulement les sérums et vaccins bactériens, mais encore la lymphe vaccinale, l'insuline, les préparations de glande pituitaire.

Dans les Pays-Bas, un décret royal pour application de la loi récente concernant les sérums, vaccins et produits biologiques est en préparation. Il ne vise pas les auto-vaccins.

En Suisse, un règlement est de même en préparation.

La faune des rongeurs et de leurs parasites cutanés qui interviennent dans la propagation de la peste. — Cette question a fait l'objet d'un certain nombre de communications et d'un rapport résumant la documentation recueillie jusqu'à présent et qui sera publié dans le prochain Bulletin. Ce rapport attire l'attention sur le rôle joué dans l'épidémiologie générale de la peste, par la peste selvatique, qui se produit dans le désert. Il en existe quatre foyers bien connus, un en Afrique, un en Europe, un en Asie, un en Amérique et dans chaque foyer la maladie est entretenue par une espèce différente de rongeurs : gerbille, spermophile, tarabagan, écureuil de Californie. Vivant hors de l'habitation de l'homme, ces animaux ont été infectés à partir des rats des ports, par l'intermédiaire d'autres espèces qui, elles-mêmes, favorisent ensuite la production de la peste humaine.

Un programme d'enquête sur les puces des rats est en voie de réalisation aux Etats-Unis. En Afrique du Sud, on a constaté que des puces conservées à distance de leur hôte, la gerbille, dans un nid souterrain de ce rongeur, peuvent rester vivantes et infectantes pendant au moins soixante jours. Dans l'Inde britannique, d'importantes recherches sont en cours concernant l'épidémiologie de la peste et la vaccination antipesteuse. Dès maintenant, il est prouvé que si *P. Cheopis* est l'agent principal de la prorogation de la peste, *P. Astia* peut intervenir également ; elle s'est montrée apte à transmettre l'infection dans les conditions expérimentales.

La durée de la survie de *P. Cheopis* et de *P. Astia*, en dehors de leur hôte, fait l'objet d'une étude particulière. On a noté déjà que les femelles des deux espèces ont une vie plus longue que les mâles et que les femelles d'*Astia* ont une vie plus courte que les femelles de *Cheopis*.

Recherches effectuées dans l'Inde britannique sur l'épidémiologie du choléra. — Les importantes communications reçues ont été retenues pour être complétées et faire l'objet d'une discussion à la session prochaine.

La fièvre jaune. — Il s'est produit en Afrique occidentale française, vers la fin de l'hivernage, plusieurs poussées le plus souvent sans relation entre elles, coïncidant avec une recrudescence de la maladie dans la Côte de l'Or et la Nigeria. La communication relative à ces manifestations amaryliques témoigne , une fois de plus, de l'efficacité des mesures prophylactiques.

La paralysie générale et son traitement par la malaria. — Dans les Etats-Unis d'Amérique, le traitement par la malaria est en faveur actuellement, en raison des résultats favorables nombreux obtenus et de la bonne volonté avec laquelle les malades s'y prêtent.

En Hollande, où l'on procède généralement à l'inoculation malarique par injection sous-cutanée

de sang humain infecté, les résultats, qui ne sont pas absolument constants, sont favorables dans l'ensemble. Mais il s'est produit des accidents qui commandent d'agir avec prudence et de suivre de très près les malades en traitement.

En Angleterre, on préfère provoquer l'infection par la piqûre de moustiques infectés. Une statistique portant sur 479 cas traités en 1926, accuse 12,8 p. 100 de guérisons — autant qu'on peut employer ce terme après un délai relativement court — et 40,2 p. 100 d'améliorations. Pour les années 1925 et 1926, le nombre des cas traités s'élève à 921, dont plus de 20 p. 100 ont pu être renvoyés des asiles comme guéris (10 p. 100 environ) ou améliorés. Il y a eu aussi quelques accidents, témoignant qu'il est important que les malades soient attentivement suivis et soignés.

Les observations relevées pour les diverses régions de l'Italie tendraient à montrer que, dans la grande majorité des cas, là où sévit le paludisme, la paralysie générale est relativement rare, et réciproquement. Des constatations analogues ont été faites en Turquie

Les séquelles mentales de l'encéphalite léthargique. — Les informations obtenues sur les formes observées et les mesures envisagées en France, en Angleterre, dans les Etats-Unis d'Amérique, en Suède, en Tchécoslovaquie, dans le royaume des Serbes, Croates et Slovènes, dans la république Argentine, au Portugal — dont le détail est publié dans le facsicule de juin 1927 du Bulletin — font ressortir que partout les données du problème sont identiques et la solution aussi malaisée. Il est très difficile de décider ce qu'on fera d'enfants qui sont non pas des aliénés, mais des pervertis, des diminués moralement au point que leur conduite devient souvent incompatible avec le vie familiale et sociale. Nulle part, on n'a trouvé une solution considérée comme satisfaisante et définitive.

L'encéphalite post-vaccinale. — Deux cas d'encéphalite post-vaccinale ont été signalés en Pologne ; ils ont ceci de particulier qu'ils ont présenté des séquelles, des formes hypercinétiques, qui ne s'observent pas en général. La note qui les concerne sera publiée dans le *Bulletin.*

Les observations recueillies sur l'encéphalite post-vaccinale ne permettent pas, en général, d'incriminer l'existence d'un virus spécial, différent du virus vaccinal ni telle ou telle technique de vaccination. Néanmoins, dans les Etats-Unis d'Amérique, où cependant il n'a pas été relevé jusqu'ici de cas d'encéphalite post-vaccinale, on a adopté pour les vaccinations une technique tout à fait spéciale ; celle-ci fera l'objet d'une communication et d'une discussion à la session de novembre.

L'épidémiologie et la prophylaxie de la fièvre scarlatine. — Des renseignements ont été reçus et seront publiés sur les points suivants : les règlements actuellement en vigueur dans les Etats-Unis d'Amérique pour la production de la toxine et de l'antitoxine du streptocoque, la réaction des Dick et l'immunisation ; l'épidémie qui a sévi après la guerre dans le royaume des Serbes, Croates et Slovènes, et qui, ayant atteint son acmé en 1921, est depuis lors en décroissance ; les études expérimentales effectuées à l'hôpital des maladies infectieuses de Dairen, d'où il résulte que l'on obtient des réactions semblables à celles des Dick avec des staphylocoques isolés de cas de scarlatine.

Les maladies du groupe méditerranéen. — Sur ce sujet ont été reçues, de même, des communications concernant : les travaux de la commission du kala-azar en Grèce, où il sévit principalement chez les enfants au-dessous de quatorze ans et dans les pays de montagne ; les traitements par les injections d'atoxyl ou de salvarsan n'ont pas donné de résultats favorables ; la fièvre ondulante dans les Etats-Unis d'Amérique ; la fièvre ondulante en Espagne.

D'autres communications concernent : la lutte contre le cancer dans les Etats-Unis d'Amérique, en Italie, dans les Indes néerlandaises, où se rencontrent, chez les « races tropicales », toutes les tumeurs connues, en aussi grand nombre que dans les groupements comparables en Europe ; la fièvre récurrente en Espagne ; le paludisme en Grèce, où la lutte intensifiée, dans ces dernières années, a produit des résultats frappants ; l'état épidémiologique de l'Union des républiques soviétistes socialistes.

La protection de l'enfance et de la jeunesse en Tchécoslovaquie. — Elle a fait l'objet d'une communication dont la discussion, avec celle du sujet de la protection de la maternité et de l'enfance dans les divers pays, a été renvoyée à la session prochaine.

L'attention du comité a été, d'autre part, appelée sur la possibilité d'élaborer des accords internationaux dans le domaine de la lutte contre les maladies sociales. Il a pris la question en considération et décidé qu'un rapport lui serait présenté à cet égard à sa session de novembre. Il a, enfin, décidé de faire une enquête sur la réglementation existant dans les divers pays en ce qui concerne l'emploi des antiseptiques dans les produits alimentaires transportés comme provisions à bord des navires.

(*J.O.*, 26 *juin* 1927.)

IVe VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL SUR LA COTE D'AZUR

Toulon, Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Grasse et Menton, Monte Carlo, Monaco Beaulieu, Nice, Les Alpes

Ce voyage organisé, comme les précédents, par la Société médicale du Littoral méditerranéen, aura lieu du 30 décembre 1927 au 8 janvier 1928. Les compagnies de chemins de fer français accordent une réduction de 50 % sur le tarif ordinaire, MM. les voyageurs devront arriver à la gare de Toulon dans la matinée du 30 décembre, avant midi. Ceux qui ne pourraient arriver qu'à une heure plus tardive sont priés d'en aviser la Société médicale. Le voyage est réservé aux médecins, mais ceux-ci peuvent être accompagnés de personnes de leur famille, Les étudiants en médecine sont admis.

Les inscriptions sont reçues, dès à présent, dans les bureaux de l'Office du tourisme français : à Alexandrie, rue Nabi-Daniel, 30 ; à Amsterdam, Sarphatisstraat, 15 ; à Barcelone, Cortès, 603 ; à Bruxelles, rue Ducale, 65 ; à Buenos-Aires, Reconquista, 433 ; au Caire, à la Légation de France ; à Copenhague, Raddhuspladsen, 47 ; à Genève, rue du Mont-Blanc, 3 ; à Londres, S.W.I., Haymarket, 56 ; à Madrid, Calle del Principe 18-20 ; à New-York City, Canadian Pacific Building, Madison avenue 342 ; à Paris (8e), rue de Surène, 17 ; à Rio de Janeiro, Avenida Rio Branco, 13*bis*, ; à Vienne, Favoritemstrasse, 7, ou chez Mme Juppé Blaise, Federation of the Health Resorts of France, 19A. Tavistock Square, à Londres, W.C., 1 ; et chez M. Wasser Agence Mundus, Groest, 24, à Hilversum, Hollande. Le nombre des places est limité.

Le voyage, organisé dans les meilleures conditions de luxe et de confort, sera conduit de telle manière que les voyageurs visiteront, sans fatigue et dans le minimum de temps, les principaux Etablissements médicaux et scientifiques de la Côte d'Azur, en même temps que les sites les plus justement célèbres. Des réceptions sont prévues dans les villes principales. Une excursion en Corse pourra avoir lieu à la fin du voyage, si un nombre suffisant de voyageurs en fait la demande.

Pour tous renseignements, écrire au *Président* de la Société médicale, Dr M. FAURE, 24, rue Verdi, à Nice.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

A. P. I. M.

ENQUÊTE (C)

sur

L'ASSURANCE-MALADIE

principalement au point de vue médical et ses diverses modalités en chaque pays

(*Suite*)

Tchékoslovaquie. — 1° Les médecins tchékoslovaques combattirent pour :

a) Faire reconnaître leur groupement médical comme ayant le droit de faire des contrats particuliers (régionaux) et des contrats collectifs au nom du Corps médical tout entier.

b) Faire fixer par la *loi* des honoraires suffisants de façon à limiter le droit des caisses et de faire établir que le médecin n'a pas à soigner les gens aisés au tarif minimum.

c) D'assurer le libre choix du médecin dans les assurances sociales.

d) D'être payés à l'acte médical.

e) De faire partie du Conseil d'administration des caisses.

2° Les résultats de leurs luttes furent jusqu'ici :

a) Sans que l'obligation des contrats collectifs entre caisse et groupement médical soit inscrite dans la loi, le groupement médical est reconnu tacitement comme le porte-parole autorisé des médecins ;

b) Les médecins n'ont pas encore réussi à imposer des tarifs différents suivant la situation de fortune des malades ;

c) Le principe de la liberté d'inscription sur la liste pour tout médecin, s'institue peu à peu, grâce à l'action du groupement médical, de même que le libre choix du médecin par le malade ;

d) Le paiement à l'acte médical gagne, chaque année, du terrain.

e) Pas de résultat jusqu'ici concernant la participation à l'administration des caisses.

3° *Pour l'avenir*, le Parlement cherche actuellement à modifier la loi sur les assurances sociales. Les médecins veulent en profiter pour reprendre la lutte sur ce qu'ils n'ont encore pu obteinir jusqu'ici. Malheureusement, ils n'ont guère, au Parlement, de représentants pour les défendre.

U. R. S. S. — Les médecins ont toujours réclamé une augmentation des salaires et une unification de toutes les formes de la médecine. Cette augmentation dépend du relèvement économique du pays. Depuis trois ans, elle a été de 40 % On. pense uniquement à l'augmentation des salaires, quant au mode de paiement (salaire fixe annuel) il est reconnu comme le meilleur. Enfin, au sujet même de l'augmentation des salaires, l'action professionnelle est modérée par la conscience qu'ont les médecins que cette augmentation ne dépend que du relèvement économique du pays.

C. — Justifications et contrôles en cas de maladie.

Litiges et leurs juridictions

1° — Justification des journées de maladies et leur contrôle

a) **Tableau d'ensemble.**

Justifications des journées de maladie		Contrôle en cas de litiges sur les journées de maladie			
par *certificat* du médecin traitant	par un *délégué* de la caisse	*administratif* par l'Etat ou la Caisse	par un *médecin* de la caisse	par un médecin délégué du *groupement* médical	*pas de contrôle* spécialement prévu
Allemagne Bulgarie Danemark France (Alsace et Lorraine) Grande-Bretagne Norvège Tchékoslovaquie U. R. S. S.	Hollande Lettonie	Danemark (Copenhague) Grande-Bretagne Norvège (1er contrôle) U. R. S. S.	Allemagne France (Alsace et-Lorraine) Hollande Lettonie Norvège (2e contrôle) Tchékoslovaquie		Bulgarie Danemark (en dehors de Copenhague

b) Détails par nations.

Allemagne. — L'indemnité journalière de maladie correspond au demi-salaire de base. La justification du paiement n'a pas de prescriptions légales. L'indemnité se paye au malade sur présentation d'un *certificat* du médecin traitant. Certaines caisses, suffisamment importantes, ont créé des postes de « *médecins-conseils* », qui doivent être nommés suivant certaines prescriptions légales, non observées le plus souvent. D'ordinaire ce médecin-conseil est un praticien qui, généralement, reçoit un traitement fixe ; à moins que cette charge ne constitue pour lui qu'une occupation tout à fait secondaire. S'il veut que son service (qui concerne, au point de vue de l'assuré, l'authenticité de l'incapacité de travail) donne des résultats tangibles, il n'y parviendra que par *entente* avec le Corps médical — mais il n'y a rien de fixé spécialement à ce sujet.

Bulgarie. — Le seul *témoignage* du médecin traitant atteste la maladie de l'assuré. L'administration des assurances sociales n'exerce qu'un contrôle presque nul sur les malades.

Danemark. — Tous les services et prestations des caisses de maladie sont fournis et payés sur le seul *certificat* et sur la seule ordonnance du médecin traitant. En règle générale, c'est la parole de celui-ci qui fait foi. A Copenhague seulement, les caisses de maladie exercent un certain contrôle sur leurs membres : si ceux-ci, par exemple, gardent le lit ou la maison, suivant les prescriptions du médecin. C'est là une mesure d'ordre exclusivement « de police » de la part de l'administration des caisses et qui n'est aucunement d'ordre médical.

France (*Alsace-et-Lorraine*). — Le premier jour de maladie est fixé exclusivement par l'administration de la caisse, sans qu'il y ait eu entente préalable avec le Corps médical. mais sur la simple présentation d'un *certificat* du médecin traitant.

Grande-Bretagne. — Il y a une distinction capi-

tale à faire tout d'abord entre : 1° *le service médical* et son contrôle administré par un « *comité d'assurance* », dont nous parlerons au chapitre suivant et 2° *le service administratif* (concernant, la maladie, l'incapacité, la maternité) qui est constitué par les « *Sociétés approuvées* » (approved societies)suivant des règlements établis par le Ministre de la santé. Normalement, toutefois, la société accepte, comme justifications de l'incapacité d'un assuré, le *certificat* de son médecin traitant, portant qu'il a examiné le malade à telle date et qu'à ce jour celui-ci était incapable de travailler, en raison de quelle que cause d'incapacité que cela pût être. Ce certificat est remis par le médecin au malade qui le remet à sa société et celle-ci décide, alors, si elle accorde ou non à l'assuré l'indemnité journalière de maladie, sous réserve, pour l'assuré, du droit d'appel contre la décision prise. Si la société désire un contrôle à ce sujet, elle peut profiter des services des *médecins fonctionnaires* nommés et payés par le Ministre de la santé. Ces médecins, dénommés : « Regional Medical Officers , », sont à la disposition des sociétés pour un nouvel examen concernant l'incapacité des assurés. Ils rendent ainsi service, en réalité, non seulement aux sociétés, mais encore aux médecins traitants lorsque ces derniers ont un doute sur la véritable incapacité de travail de l'assuré.

Hollande. — La justification des journées de maladie et leur contrôle sont établis par l'administration, au moyen d'un *médecin contrôleur spécialisé*, ce qui permet aux médecins traitants de n'avoir pas à contrôler les incapacités de travail de leurs malades.

Lettonie. — La justification des journées de mlaladie et leur contrôle sont établis par un *médecin contrôleur* et exercés d'un commun accord entre les caisses et le Corps médical.

Norvège. — Le médecin traitant doit fournir un *certificat* si le malade n'est pas en état de travailler. Si la maladie a duré plus de trois jours, il fournit un *deuxième certificat*, donnant le nombre de jours pendant lesquels, l'assuré n'a pu travailler. Mais ce second certificat doit être, en outre, *signé par le patron*, qui déclare également que le malade n'a pas travaillé pendant le même laps de temps. En général, il n'y a pas de contrôle, ou très rarement, sauf dans les grandes villes. Dans ce cas, il est fait par des *contrôleurs non médecins* qui visitent les malades à domicile et rendent compte de leurs constatations. On fait appeler *un contrôleur médecin spécialisé*, s'il y a doute, de la part du contrôleur non médecin, sur l'incapacité de travail du malade, malgré la déclaration du médecin traitant, ou si celui-ci, au contraire, soupçonne le malade de simulation ou d'aggravation volontaire de son état. Ces médecins contrôleurs sont agréés par l'Association des médecins.

Tchékoslovaquie. — La justification des journées de maladie dépend ordinairement du médecin praticien. Si un contrôle doit avoir lieu, il est exercé exclsusivement par l'administration de l'assurance qui envoie un *médecin contrôleur* nommé par elle, par contrat personnel, et qui ne peut être, en même temps médecin traitant.

U. R. S. S. — La justification des journées de maladie est faite par la constatation de la maladie au domicile de l'assuré, ou à la consultation, et par le *certificat* du médecin traitant. Pour les congés de maladie, les envois dans un sanatorium, etc....., la décision est prise par une Commission spéciale composée de médecins, de représentants de la Caisse d'assurance et de représentants des Syndicats professionnels.

2° Justification et contrôle des frais médicaux et de l'action médicale. Opinion des médecins à ce sujet.

a) Tableau d'ensemble.

Contrôle des frais et des actes médicaux.					Opinion des médecins.		
Administratif	Professionnel		Technique				
par la caisse.	par médecin de la caisse.	par médecin du groupement médical.	par médecin de la caisse.	par médecin du groupement médical.	satisfaits avec quelques réserves.	1/2 satisfaits avec nombreuses réserves.	nettement mécontents.
U. R. S. S.	Allemagne	Bulgarie	Bulgarie rarement)		Allemagne	Bulgarie	
	France (Alsace et Lorraine	Grande-Bretagne	Hollande (rarement)		Danemark	Tchékoslovaquie	

HOLLANDE	LETTONIE	FRANCE (Alsace et Lorraine)
LETTONIE		GRANDE-BRETAGNE
TCHÉKOSLOVAQUIE		HOLLANDE
		LETTONIE
		NORVÈGE
		U. R. S. S.

NOTA { DANEMARK / NORVEGE } n'ont aucune institution de contrôle.

OBSERVATIONS sur les trois sortes de contrôle distingués dans le tableau ci-dessus :

1° *Contrôle administratif* — est celui exercé par les *administrateurs* de l'Etat ou de l'assurance, avec examens des notes et *enquêtes* par des délégués fonctionnaires de la caisse ou de l'Etat.

2° *Contrôle professionnel* — exercé par des *médecins*, au point de vue de l'exercice *normal* de la médecine *sans abus* de visites ou d'interventions ou de médicaments ; mais sans s'immiscer dans le traitement du malade.

3° *Contrôle technique* — exercé par des *médecins* sur le *mode de traitement* donné au malade par le médecin traitant et parfois même intervention directe dans ce traitement.

b) Détails par nations.

Allemagne. — Le paiement des frais médicaux et pharmaceutiques se fait directement par la caisse d'assurance, sous réserve de réviser ultérieurement les notes présentées. Ce contrôle a lieu par le « *médecin-conseil* » dont nous avons parlé au chapitre précédent. Des règlements précis lui donnent le droit de rendre responsable pécuniairement les praticiens qui transgressent les règles de la prescription économique et emploient des médicaments trop chers, quand ils seraient remplaçables par d'autres, grevant ainsi d'un excédent de dépenses inutiles le budget de la caisse. Toutefois ces décisions du médecin-conseil sont *susceptibles d'appel*. Mais, si le contrôle concerne les honoraires médicaux et pharmaceutiques, le contrôle *technique* n'existe pas sur le bien fondé d'un traitement jugé utile par le médecin traitant.

Opinion des médecins. — *a*) Le contrôle des mémoires d'honoraires est une nécessité contre laquelle une opposition ne serait pas justifiée ; *b*) le contrôle technique n'est pas acceptable, sauf en cas de traitements onéreux : mécanothérapie, actinothérapie, etc. ; *c*) d'ailleurs, les médecins consciencieux ne sont pour ainsi dire jamais touchés. La nécessité de soumettre les autres au contrôle est évidente, ne fût-ce qu'à cause du tort qu'ils causent à leurs confrères intègres.

Bulgarie. — 1° *Les notes d'honoraires* sont contrôlées : *a*) en première instance, dans chaque ville, par une commission de l'Union médicale régionale (filiale de l'Union des médecins bulgares) ; *b*) en appel, par des médecins inspecteurs du Ministère.

2° *Les ordonnances* sont contrôlées par un pharmacien inspecteur du Ministère ;

3° *Le contrôle technique* peut s'exercer sur les soins donnés par « *le médecin des ouvriers* », attaché à l'inspection départementale du travail. Néanmoins, le plus souvent, le traitement est laissé à la bonne foi du médecin.

Opinion des médecins. — Le contrôle de l'assurance passe souvent à côté des coupables et est parfois injuste envers des médecins consciencieux. Les médecins se plaignent, en outre, que ce contrôle de l'assurance tient compte de la maladie, par rapport aux visites faites. Le règlement ordonne « de donner le maximum de secours avec le minimum de dépenses ». « Quelquefois, dit l'assurance le praticien est enclin à faire trop de visites aux dépens de la caisse ». Par contre, le contrôle des Commissions de l'Union des médecins bulgares sera d'un réel effet dans l'avenir et l'Union fait tous ses efforts pour élargir ce contrôle et le rendre efficace.

Danemark. — Il n'existe aucune administration de contrôle et il n'y a pas de médecins-contrôleurs. *A fortiori*, le contrôle *technique* des médecins n'existe pas.

Opinion des médecins. — Ils sont satisfaits de ce qui existe actuellement à ce sujet.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr Joseph Barbaroux, de Moutiers.

— **Cours libre sur l'assistance médico-sociale.** — M. P.-F. Armand-Delille a commencé, le 9 novembre 1927, à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), et continue les mercredis à 6 h. du soir une série de conférences sur l'assistance médico-sociale.

Programme du cours. — L'assistance médico-sociale, son origine, son but. Nécessité de l'organisation systématique du service social dans les collectivitéscontemporaines et d'une préparation spécialisée de ceux qui veulent s'y consacrer. — Les grands problèmes médico-sociaux. — Manière de procéder aux enquêtes. — Assistance aux tuberculeux adultes et enfants. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — Assistance prénatale et protection de la première enfance. — Assistance à l'enfance et à l'adolescence, aux arriérés, anormaux, délinquants. — Assistance médico-sociale dans la lutte contre l'alcoolisme, la syphilis, le cancer. — Service social dans les hôpitaux. — Assistance aux familles nombreuses. — Amélioration du logement et des conditions de vie. — Assistance ouvrière : les surintendantes d'usines. — Orientation professionnelle. — Rôle des ingénieurs spécialisés pour le service social. — Rôle de l'assistance médico-sociale dans la formation et l'éducation de la conscience collective. — Les écoles de service social. — Enseignement et préparation des assistantes sociales ; les qualités requises. — Les résultats obtenus par le développement du service social en France et à l'étranger.

— **Hôpitaux de Lyon.** *Externat.* — On été nommés à la suite du dernier concours :

Externes : MM. Faure, Dardaillon, Plauchu, Brun, Eyraud, Laraz-Viollet, Blein. Tricaud, Dargent, Tillier, Pouly, Corajod, Montagard, Jaubert, Brachet, Chaurand Edel, Bonamour, Wenger, Scouras, Portalier, Chassy, Mlle Barral, MM. Masson, Leclerc, Camelin, Bouquin Meyrand, Chavanne, Fière, Souzy, Ferdière, Balvet, Moutier, Marion, David, Baillat, Guyotat, Molcyre, Magne, Vialla, Tsaï, Bernardi, Armand, Demange, Rovegno, Girard, Desplanche, Gabas, Roure, Coze, Ormières, Millet, Dupont, Vindy, Perret, Loquin, Sohier, Suard, Nguyen, Couze, Jacques, Heuriet.

Externes provisoires : MM. Ferragne, Vegrière, Charet, Thiers, Rizollon, Soustelle, Gau, Gerbier, Barrioz Aulagner, Malossane, Friech, Chimi, Piante.

— **Médecins parisiens de Paris.** — Le dîner de rentrée des « Médecins Parisiens de Paris » a eu lieu le 20 octobre sous la Présidence d'honneur de M. le Professeur Ch. Richet et du Dr P. Blondin, président en exercice.

Le nombre imposant des présences à ce dîner témoigne du plaisir qu'eurent ces confrères parisiens à se retrouver, réunis dans leur ville natale, après la dispersion habituelle des vacances. 12 nouveaux membres furent élus au cours de cette réunion des plus gaies et des plus cordiales.

Etaient présents : MM. les Drs Bauer, Bilhaut, Bloch (André), Blondin (Paul), Bongrand (Jules), Bourguignon, Bouteron, Cachera, Cadenat, Chenet, Crocquefer, Dalle, Deniker, Duclaux, Dufour, Faroy, Fège, Galliot, Gérard (Léon), Gréder, Guébel, Guéniot, Guillemin, Labey, Lanos, Laurent-Gérard, Lobligeois, Loubier, Mme Michel, Miriel, Mock, Molina, Papillon, Pelisse, Perreau, Piot, Prost (Pierre), Quiserne, Prof. Ch. Richet, Richet fils, Rouget, Rouhier, Schaeffer, Tarrius, Trèves, Viguerie, Wallon, MM. Blondin (fils), Boutet, Laënnec, Lotte, Suzor, Mlles Benger, Hébert (Jeanne), internes et externes des hôpitaux.

S'étaient fait excuser : MM. les Drs Basset, Bernard, Blondel, Boulanger-Pillet, Chassin, Collin, Constensoux, Dartigues, Devraigne, Didsbury, Eloy, Giraud, Haret, Jousset, Lenormand, Lereboullet, Leroux, Luys, Mauban, Mlle Mirecouche, Monscourt, Rollot, Pasteur-Vallery-Radot, Verchère, Vitry.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au Secrétaire général, Dr Pierre Prost, 119, boulevard Malesherbes, Paris (8e).

— **Les assistantes d'hygiène scolaire, à Paris.** — A la suite d'un rapport de M. André Puech, le conseil municipal de Paris a voté un crédit de 300.000 fr. pour l'organisation d'un service d'assistance d'hygiène scolaire. Les assistantes auront pour rôle d'aider les médecins à établir les fiches sanitaires des enfants ; elles se tiendront en relation avec les familles pour fournir au besoin des indications sur l'état de santé des enfants et sur les soins à donner.

— **Congrès français de chirurgie de** 1928. *Bureau et questions à l'ordre du jour.* Président : M. le professeur Gosset ; vice-président : M. le professeur Tixier (de Lyon).

Questions. — 1. « La rachianesthésie. Etat actuel de la question. » Rapporteurs : MM. Forgue (de Montpellier) et Basset (de Paris). 2. « Les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. » Rapporteurs : MM. Delore (de Lyon) et Okinczyc (de Paris). 3. « Suites éloignées de la trépanation du crâne pour lésions traumatiques. » Rapporteurs : MM. Maisonnet (armée) et Petit-Dutaillis (de Paris).

— **Congrès de médecine de** 1929. — Le prochain Congrès de l'Association des médecins de langue française aura lieu à Montpellier en 1929. Président : M. le professeur Vedel ; vice-présidents : MM. les professeurs Vires et Leenhardt ; secrétaire général : M. le professeur Rimbaud ; trésorier : M. le professeur agrégé Carrieu.

Les questions qui feront l'objet des rapports seront les suivantes : *a*) L'hypotension artérielle ; *b*) Etiologie, physiologie, pathologie et pathogénie de la scarlatine ; *c*) Traitement des syndromes anémiques.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

CORRESPONDANCE

Application du tarif Maginot-Marin.

I

3532. — Spécialistes ou non ?

Comme suite de l'affaire : « *Spécialiste ou non* » paru dans le *Concours médical* du 24 juillet 1927, page 2044, n° 2472 et malgré ma protestation je reçois la notification suivante :

« — Le Préfet, président de la Commission de contrôle à M. le Dr R.

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que dans sa séance du 29 septembre dernier, après avoir entendu vos explications, la Commission tripartite départementale a décidé de s'en tenir aux principes suivants quant à la détermination (en ce qui concerne, bien entendu les *seuls* bénéficiaires de l'art. 64) de la qualité de spécialiste donnant droit aux tarifications majorées.

« Seront considérés comme médecins spécialistes les médecins qui réuniront les conditions suivantes : Etre qualifié pour cette spécialité, la qualification pouvant résulter de titres tels que trois années d'internat de spécialiste dans les hôpitaux de villes de Facultés ou deux années de clinicat.

Ou à défaut, un exercice exclusif de la spécialité pendant cinq ans au moins ».

Aucune de ces conditions ne pouvant être légitimement invoquée par vous, la Commission tripartite a décidé que, quant à présent, du moins, aucune intervention thérapeutique au tarif d'une spécialité ne sera désormais, en ce qui vous concerne, acceptée au titre de l'art. 64.

Agréez, Monsieur......... »

L'exigence de cinq années d'exercice exclusif au moins, pour être considéré cmme spécialiste me paraît être une norme forgée de toute pièce, pour les besoins de la cause, par la Commission de Contrôle, elle ne m'a point été notifiée dans la lettre du 28 juin 1925, elle n'est née que depuis ma protestation ? ! ?

Cette Commission de contrôle a-t-elle le droit de m'imposer une loi alors qu'hier elle a accepté de médecins faisant de la médecine générale des tarifications majorées ? !

Comment serais-je plus « spécialiste » au bout de cinq ans, si on ne m'accorde pas pendant ces cinq années, le droit d'exercer ma spécialité ?

Que signifient les cinq années d'exercice pour une méthode (diathermie) qui entre à peine dans la pratique médicale, que beaucoup de spécialistes n'ont pas encore employée et qu'aucun médecin, *membre de la Commission de contrôle, ne pratique* ?

En réalité, spécialiste des maladies nerveuses,

j'exerce cette spécialité depuis quatre ans, exclusivement depuis un an.

Je crois avoir le droit de traiter mes malades par les méthodes modernes. Je considère l'électricité comme un moyen qui doit être à la portée de tout médecin, spécialiste ou non.

Le chirurgien, l'oto-rhino-laryngologiste, le stomatologiste, l'oculiste, les spécialistes des nerfs, de la circulation, de la peau et les autres, tous, à mon avis, ont le droit d'utiliser un moyen thérapeutique, dans l'intérêt de leur malade et si je crois qu'il est bon qu'une Commission de contrôle s'assure du bien fondé de l'application et de l'application elle-même, je ne crois *pas que ces moyens* puissent *être réservés à certains.*

En conséquence j'ai l'intention de protester contre cette décision en demandant qu'elle soit présentée devant la Commission supérieure de contrôle et je prie le « Sou médical » de m'accorder *son appui ferme* pour ces idées que j'entends défendre.

Dr R.

Réponse.

La question des « spécialistes » est si difficile à régler que, dans l'Association professionnelle internationale des médecins, dont je suis secrétaire général, c'est celle qui va faire l'objet de la plus prochaine enquête dans les 23 pays adhérents déjà à cette association si nouvelle. La définition qui vous est opposée est basée sur celle qui fut faite au groupement des syndicats de spécialistes, par son président, mon ami Renon, si je ne me trompe, peut-être non exactement, mais assez analogue comme esprit. Il serait intéressant de la porter devant la Commission supérieure des soins aux pensionnés de guerre, en vous adressant à son président, au Ministère des pensions, 37, rue de Bellechasse, à Paris. Personnellement, ayant été consulté déjà sur ce point, et en l'absence de criterium officiel, j'avais, sous toutes réserves, déclaré que le *criterium*, à l'heure actuelle, pourrait être *d'être considéré par ses confrères voisins comme spécialiste* (en telle matière) *et de recevoir d'eux des malades à ce sujet.* Je crois que ce serait là une position solide pour se faire considérer comme spécialiste par un « tiers payant » quelconque.

F. D.

II

3510. — 1° Régularisation de carnet ; 2° L'indemnité moyenne de déplacement.

Veuillez, je vous prie, me faire savoir soit votre avis personnel soit, si possible, l'avis de la Commission supérieure de Contrôle des soins aux victimes de la guerre sur les points suivants :

1° Un titulaire de carnet de soins a besoin d'une visite quotidienne (en l'espèce un tuberculeux agonique). Son carnet est terminé par exemple le

10 septembre. Il s'agit de Toulon donc d'une grande ville. On apporte le carnet à la mairie le même jour (10 septembre) mais on ne donne le nouveau carnet que le 1er octobre : le malade vit encore. Le carnet est signé du maire à la date du 12 septembre. Or une visite a été faite le 11 septembre.

Bien que le carnet soit daté du 12, ai-je le droit d'y inscrire la visite du 11 septembre, faite pendant que le malade n'avait pas de carnet ? Est-ce qu'un secrétaire de Commission ou une Commission elle-même ne dira pas qu'il est impossible de détacher un bulletin à une date antérieure à celle de la délivrance du carnet ? Faut-il alors perdre le montant de cette visite ? ou la postdater ce qui est un faux ?

2° Quel est le prix d'une consultation avec un confrère ? Je pense qu'il est de 10 + 5 + 2.

3° Quel est le prix d'une visite de nuit ? Je pense qu'il est de 10 + 10 + 2.

4° Quel est le prix d'une intervention à tarif spécial faite au domicile du malade ?

Par exemple « prise de sang ». Je pense qu'il est de 20 + 2 (indemnité kilométrique). Le décret dit qu'une intervention ne se cumule pas avec le prix d'une visite soit 10 fr., mais il n'enterdit pas le cumul avec l'indemnité kilométrique.

J'avais posé les questions 2, 3 et 4 à la Commission de contrôle qui n'a répondu qu'à 2 et 3 (ci-joint la lettre que j'ai reçue et que vous voudrez bien me retourner).

Je crois que la Commission de contrôle est dans l'erreur.

Dr B.

Réponse.

1° Je ne verrais aucun inconvénient à *régulariser* sur le carnet une visite non indiquée par suite de renouvellement d'un carnet épuisé et retard à l'arrivée du nouveau. Et cela, *en l'indiquant sur la feuille même du carnet avec la raison.*

2° Voir l'article 62, majoration de 50 %.

3° Voir article 63, visite double.

4° Dans les grandes villes, comptez toujours en plus de l'intervention les 2 francs de l'*indemnité moyenne de déplacement.* Il n'y a pas cumul, ce sont deux choses distinctes, de même qu'en campagne vous comptez en plus votre déplacement kilométrique.

F. D.

Service sanitaire maritime

3498. — Recrutement des agents principaux.

Dans votre journal n° 41, en date du 9 octobre, page 2611 vous indiquez les traitements du personnel du service sanitaire maritime.

Je vous serais très obligé si vous voulez bien me faire connaître par quelle voie on peut être nommé

agent principal et quelles sont les conditions nécessaires à remplir pour obtenir cet emploi.

D[r] M.

Réponse.

D'après les renseignements que nous avons pu obtenir du Ministère du travail et de l'hygiène, c'est un décret du 7 juin 1919, modifié par décret du 10 juillet 1924, qui détermine les conditions de recrutement et de nomination des directeurs de santé et médecins de la santé ainsi que des agents principaux ou ordinaires docteurs en médecine.

Selon l'article 2 du décret du 7 juin 1919, lorsqu'il y a lieu de pourvoir à l'une des fonctions ci-dessus énumérées, cette vacance est portée à la connaissance des intéressés par un avis publié au *Journal officiel* et affiché dans les principaux ports. Les candidats sont invités à produire, dans le délai d'un mois, leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et de toutes les justifications utiles.

Les candidats doivent faire valoir notamment leurs connaissances spéciales touchant l'épidémiologie des maladies exotiques, la bactériologie, la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquise en France, aux colonies, dans la marine ou dans l'armée, en ce qui concerne la désinfection, l'application des règlements en vigueur et l'aptitude administrative que comporte la direction de ces services.

Les titres des candidats sont examinés par un jury spécial qui donne son avis sur chacun d'eux au double point de vue de l'aptitude technique et administrative ainsi que sur les titres et garanties spéciales qu'il peut présenter à l'obtention des fonctions sollicitées.

La nomination est faite ensuite par le Ministre du travail et de l'hygiène.

Propharmacie

3622. — L'exercice de la propharmacie.

1º A partir de quelle distance kilométrique d'un pharmacien établi, un médecin peut-il installer une pharmacie ?

2º Cette distance kilométrique est-elle comptée *du domicile* du médecin au domicile du pharmacien le plus proche ? Ou bien est-elle la distance légale qui sépare la commune du médecin, de la commune du pharmacien le plus proche ?

Y a-t-il des accommodements avec cette distance ?

3º Au cours de ses tournées médicales le médecin propharmacien peut-il vendre ses produits pharmaceutiques à ses clients, à leur domicile de malade, même si ce domicile de malade se trouve à la porte d'un pharmacien établi ?

4º Ultérieurement, est-ce que l'établissement d'un pharmacien de métier dans la même commune que le médecin propharmacien, régulièrement établi

antérieurement obligerait ce dernier à cesser de faire la pharmacie ?

Dr G.

Réponse.

L'exercice de la propharmacie est encore régi par l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, dont voici le texte : « Les officiers de santé éta- « blis dans les bourgs, villages ou communes où « il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine « ouverte, pourront, nonobstant les articles « précédents, fournir des médicaments simples « ou composés aux personnes près desquelles « ils seront appelés, mais sans avoir le droit de « tenir une officine ouverte .»

Ainsi que vous pouvez le constater, la loi ne prescrit aucune distance minima entre le pharmacien et le médecin propharmacien. Il faut et il suffit qu'ils soient établis sur le territoire de deux bourgs, de deux villages ou de deux communes différents pour que le médecin exerce légalement la propharmacie.

La question est controversée de savoir si le médecin exerçant légalement la propharmacie peut porter des médicaments à des clients malades en allant les visiter sur le territoire d'une commune où il existe un pharmacien. Perreau dit oui, mais Me Gatineau, ancien avocat du « Sou », était d'un avis différent. Dans le doute, il serait prudent que le médecin propharmacien s'abstienne.

Enfin, la permission accordée aux médecins, en cas d'absence de pharmaciens, de vendre des médicaments à leurs malades a été motivée par l'intérêt général des malades. Cet intérêt cesse lorsqu'un pharmacien vient s'établir dans la commune où exerce le médecin propharmacien, et par conséquent, dès l'ouverture de l'officine, le médecin perd le droit de vendre des médicaments.

Fiscalité.

3526. — Date d'exigibilité des impôts.

J'ai payé mes impôts, en totalité, sauf l'impôt sur le revenu, depuis longtemps, pour 1927, de plus sur le montant de cet impôt sur le revenu, j'ai versé la moitié au mois de juillet me réservant de payer la deuxième moitié avant le 31 octobre, comme je me croyais en droit de le faire d'après tout ce que j'ai lu à ce sujet partout, y compris sur ma feuille d'imposition, au dos.

Or, je reçois une sommation du percepteur, sur papier vert, m'enjoignant de payer sous deux jours, sous peine de recouvrement forcé et de poursuite, ma deuxième partie d'impôt sur le revenu.

Je ne sais pas trop pourquoi ce percepteur qui me connaît pourtant bien et qui sait que je paye dans les délais voulus, m'envoie cette sommation que je crois parfaitement illégale et à laquelle je n'ai pas l'intention d'obtempérer, pour lui donner une leçon,

bien que j'aie des mandats à toucher chez lui d'une valeur supérieure à la somme due.

Que pensez-vous de cela ? Et quelle conduite suivre ?

Dr X.

Réponse.

L'article 2 de la loi du 3 avril 1926 dispose que les contributions sont exigibles en deux fractions égales, le 30 avril et le 31 octobre, le non-paiement de la première moitié à la date extrême du 31 juillet entraîne l'exigibilité immédiate de la totalité de l'impôt le 1er août.

Si vous êtes en règle pour la première moitié, vous pouvez attendre sans crainte le 31 octobre pour vous libérer, mais si vous laissiez passer cette date, le percepteur serait en droit de vous adresser une sommation avec frais dès le 1er novembre.

A. M.

3506. — Point de départ de la patente. Le médecin qui ne fait qu'un remplacement n'est pas patentable.

Je vous serais bien obligé de me donner réponse sur les deux points suivants :

1° Un médecin installé dans un pays en janvier, commence à y exercer en avril.

Sa patente n'est due qu'à partir d'avril ?

2° Un médecin non exerçant est appelé par un confrère fatigué pour le remplacer pendant un mois à son cabinet. Il n'a pas besoin de patente ? Il agit comme remplaçant.

Dr P.

Réponse.

1° La patente n'est due qu'à partir du jour où le médecin a commencé à exercer sa profession.

2° Il y a lieu de considérer que le médecin remplaçant un confrère agit en qualité de « salarié », au sens fiscal du mot, et que dès lors, il n'est pas patentable.

A. M.

Remplacements.

3657. — Remplaçant, Police d'assurance automobile. Garantie du remplaçant et du remplacé.

En attendant de m'installer, je suis fréquemment amené à faire des remplacements et le médecin que je remplace met souvent son automobile à ma disposition.

En cas d'accident que je causerais à un tiers, suis-je suffisamment garanti par la propre police d'assurance du médecin remplacé portant la clause suivante : « La voiture pourra être conduitee par toute personne munie d'un permis de conduire » ?

D'autre part la garantie de 100.000 francs prévue en cas d'accident aux tiers est-elle suffisante ?

Dr B.

Réponse.

La clause à laquelle vous faites allusion garantit seulement la responsabilité civile du médecin propriétaire de la voiture, lorsque celui-ci est condamné par le fait du conducteur. Elle garantit encore les dégâts occasionnés à la voiture, même conduite par un tiers. Mais les tribunaux en cas d'accidents que vous pourriez occasionner à d'autres personnes peuvent, en matière pénale comme en matière civile, disjoindre les deux responsabilités : celle du propriétaire et celle du conducteur.

Entre autres, Cass. arrêts des 8 juillet 1924, 22 novembre 1924.

D'autre part, comme le risque automobile, loin d'être une source de bénéfices est une sesource de déboires pour les compagnies d'assurances, celles-ci appliquent le contrat à la lettre. Pour votre tranquillité, demandez au médecin qui met son auto à votre disposition de faire ajouter la clause suivante à son contrat :

« Etant bien entendu que la garantie de la compagnie couvre tant la responsabilité civile de Monsieur le docteur..... (le titulaire du contrat) que celle des personnes autorisées à conduire la voiture. »

D'autre part la garantie de 100.000 francs prévue au contrat est notoirement insuffisante, car nombreuses sont les condamnations à 120.000 150.000 et 200.000 de dommages-intérêt, et les tendances de la jurisprudence posent en principe la faute du conducteur. C'est à ce dernier qu'il appartient de faire la preuve contraire, ce qui est rarement possible.

P. B.

Questions médico-militaires.

3240. — Passage du service de santé militaire au service de santé de la marine.

Je suis aide-major de 1re classe dans la réserve. Puis-je demander à être versé dans le service de santé des armées de mer (médecin de réserve de la marine) ?

Croyez-vous que cette mutation soit possible et à quelles conditions ?

Dr X.

Réponse.

Cette mutation est possible, à égalité d'ancienneté et de grade. Il faut adresser une demande au ministre de la Marine par la voie hiérarchique : Directeur du Service de santé régional et Ministre de la Guerre.

Vous libellez ainsi :

« Le médecin aide-major, etc... à M. le Ministre de la Marine,

sous le couvert de M. le ministre de la Guerre, 7e Direction », puis vous adressez votre demande à votre directeur, avec une lettre explicative priant de transmettre.

3305. — Solde d'un médecin auxiliaire.

Quelle est la solde d'un étudiant en médecine faisant son service comme médecin auxiliaire ?

N'y a-t-il pas une augmentation de solde prévue pour les sous-officiers ?

A partir de quelle date y ont droit les étudiants en médecine faisant leur service comme médecins auxiliaires ? Quel est le montant de cette augmentation ?

Dr L.

Réponse.

Un étudiant en médecine, faisant son service comme médecin auxiliaire, touche une solde journalière de 3 francs, comme les adjudants, avant qu'ils n'aient effectué la durée normale du service. Il a droit à cette solde du jour de sa nomination à ce grade.

Aucune augmentation de solde n'a été prévue pour les sous-officiers.

En dehors de cette solde, il n'existe pour eux aucune indemnité, car ils sont nourris comme les sous-officiers effectuant la durée normale de leur service.

ANTHOLOGIE

DES BERCEAUX !

Ode aux Français

« Ceux qui auront semé dans les larmes
moissonneront dans l'allégresse »
(Ps. CXXV, 5)

I

Comme un frêle églantier dont, au bord de la route,
Le vent fait frissonner les fleurs dans le buisson,
Au cœur des Français qu'a déserté la chanson,
Un espoir a fleuri sous les baisers du doute.

Cet espoir est de paix et le rêve est lointain,
Si haut que l'on remonte, ô France, en ta pensée :
Paix, Liberté, quand l'une ou l'autre est menacée,
Pour défendre le Droit tu cours à ton destin.

Et c'est là ta grandeur, ô ma chère patrie !...
Mais as-tu conservé dans ta main le pouvoir
De répandre ta foi ? Suffit-il de vouloir,
De quelqu'âpre vertu que l'âme soit pétrie ?

Un peuple ne saurait, l'histoire nous le dit,
Offrir son idéal aux autres sans la force :
Non celle du lutteur qui va bombant le torse,
Mais la force du nombre, où chacun s'enhardit.

Il doit trouver en lui la suprême assurance
De résister d'abord à son proche ennemi,
Et les alliés d'un jour ne se fient qu'à demi
A celui dont ils voient décroître la puissance.

Certes, tu ne veux pas qu'en un proche avenir,
Un des vaincus d'hier, méprisant ta victoire,
Grave à Verdun ces mots sur le tombeau de gloire
Des héros : « Ci-gît la France et son souvenir. »

Pourtant, c'est bien mourir que de refuser d'être.
Etre, c'est remplacer les morts par des vivants,
C'est prolonger sa vie en un cercle d'enfants.
Pour assurer la paix, France, il faut faire naître !

II

La rosée au buisson, des fleurs sur l'églantier,
Fraîche parure du matin parmi les larmes !
Nouveau-nés tout en pleurs, souriantes alarmes,
Charme profond, noblesse et grâce du foyer !

De même que l'oiseau qui cherche sa couvée,
Volette allègrement à la cîme des bois,
Telle auprès d'un berceau la mère éteint sa voix,
Écoutant dans son cœur la chanson retrouvée.

Notre fécondité fera nos lendemains :
Mettons là notre honneur, trouvons-là notre joie,
Puisque vers l'avenir c'est la plus sûre voie,
Et tendons à l'enfant nos frémissantes mains !

Penser, sentir, aimer, selon ta loi, nature !
Fonder une famille en un don généreux
De soi, fuir le plaisir ou dégradant ou creux,
Agir et du labeur faire un beau feu qui dure :

Voilà le vrai devoir, voilà l'enseignement
Immuable de la sagesse universelle.
Procréer est le but qu'éclaire une étincelle.
Impur est le baiser qui fuit l'enfantement !

Car parmi tant de biens que le monde renomme,
Lorsqu'il veut d'un pays estimer la valeur
Ou calculer sa chance en face du malheur,
Le plus grand et le plus nécessaire, c'est l'homme.

Ne souffrons plus qu'on dise en se moquant de nous :
« Gloire au célibataire et gloire au fils unique ! »
Sachons en appeler ; montrons qu'il est inique,
Ce jugement d'hier. Place aux jeunes époux !...

Ah ! qu'ils n'oublient jamais par quelles hécatombes
Nous fûmes délivrés. Pour être sans remords,
Qu'ils peuplent les berceaux ! C'est l'ordre de nos morts.
Qu'ils sourient à la vie en priant sur les tombes !

Dr Eugène François.

Quarante-neuvième année — N° 48 — 27 Novembre 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3086-IV)

(Suite du Sommaire)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricour.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie, Campana, Caruette, L. Dubief, Fournier, Kent-Gazet, Makereel.

Cap-d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet.

Hyères : Clément, Minelle, Verrier.

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.) Rouvière Sineau (*acc.*). Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux

St-Raphaël-Valescure : Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr L., la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 638. — Ouest. Poste camp. 100.000 fr. à céder ou échanger contre équival. rég. Paris. Cond. avantag., facil. paiement. Dép. cause rais. fam.

N° 639. — Doct. en méd., anc. int. des hôpit., libre après-midi, cherche occupat. méd. ou para-médic.

N° 640. — Ouest, près gr. stat. balnéaire, très bon poste seul méd. Rapp. 70.000. Indemn. 15.000 ou 25.000 avec mobilier.

N° 641. — Doct. méd. générale ; spéc. acc. trav. et réformés guerre, dirigerait cab. méd. ou aiderait confr. et pourrait par son concours donner activité à ce cabinet.

N° 642. — Doct. ayant liberté dem. faire recouvrements méd., spécialement notes et honor. acc. trav. et réf. guerre.

N° 643. — Paris 15e arr., client. de méd. générale datant de 25 ans, à céder pour raisons santé. Bel appart. de 5 p., dont install. complète est à vendre.

N° 644. — Urgent. A céder bon poste seul médecin, rapp. 45.000, dont 9.000 fixes transmiss., dans pays agréable stat. estivale et touristique proxim. grandes villes. Prix 12.000 fr. compt.

N° 645. — Doct. fr. connaiss. client. reprendr. appt. méd. à Paris ou petite clientèle à agrandir dans quartier commerc. Paiement compt.

N° 646. — Achèterais d'occasion étuve stérilisation, étuve à culture fonctionn. au pétrole ou à l'électric., ultra-microscope et matériel de bactériologie.

N° 647. — Occas. except. Delahaye 1923, type 87, carbur. Zénith triple diffuseur, 6 roues, 2 klaxons électr. carrosser. luxe Lagache Weymann, moteur garanti état de neuf. A vendre 11.000 fr.

N° 648. — A vend. poste T. S. F. Merlaud et Poitrat, avec ses 5 lampes audit. très bonne. Prix demandé : 500 francs.

N° 649. — Paris, quart. choisi. A céder bail médical, appart. 6 p., tout conf. ultra-moderne. Bail 6 ans, loyer 10.000 plus ch. Reprise à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 650. — Dans station marine et climat. réputée, à céder ancien cab. d'orthopédie, hydroth. install. dans jolie villa confortable. Tous appar. complets. Rapp. pour saison : 28000 suscept. grosse augmentation. Indemnité 12.000 francs compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 651. — Ds sous-préfect. du Sud-Ouest, gr. ligne cab. méd. générale avec install. rayons X rapp. 55.000 prouvés. Maison entière conf. 6 p., dépend. Prix 30.000 dont 20.000 compt. Présent. à la client. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 652. — Veuve de médec. rech. sit. de gouvernante, dame de compagnie, ou s'occuperait d'enfants qu'elle accompagnerait au besoin.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **La journée du Concours médical.** — Elle s'est déroulée dimancher dernier dans l'ordre arrêté précédemment et ses différentes parties ont toutes, à des titres divers, présenté un attrait et un intérêt considérables. Tant aux Assemblées générales del'après-midi, qu'au dîner du soir, et au bal qui l'a suivi l'animation a été extrême et la satisfaction unanime Nous en donnerons prochainement le compte rendu détaillé.

— **Mariage.** — Jeudi dernier, a été célébré, dans la plus stricte intimité, le mariage de Mlle Anne-Marie BOUDIN, la charmante fille de notre collègue et ami Paul Boudin, avec M. Pierre-Robert BAGLIN, licencié en droit, assureur conseil.

Le *Concours médical* prend une part très vive à la joie de la famille de l'un de ses dirigeants ; il adresse aux jeunes époux ses compliments les plus chaleureux et ses vœux de bonheur ; il exprime à Mme et au Dr Paul Boudin ses sentiments de très cordial et très sympathique attachement.

— **Académie des sciences.** —*Election.* — M. Albert CALMETTE, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris, est élu membre titulaire de l'Académie des sciences dans la section d'économie rurale.

— **Faculté de Paris.** — M. le professeur Maurice LOEPER, professeur de thérapeutique, fera sa leçon inaugurale le mardi 29 novembre, à 17 h., au grand amphtihéâtre.

— **Les Journées médicales de Rio-de-Janeiro.** — Les premières Journées médicales américaines se tiendront à Rio-de-Janeiro, en juillet 1928. La correspondance concernant ces journées doit être adressée au secrétaire général, Dr Belmiro Vælverde, rua SaoJosé, 84, 4o andar, Rio-de-Janeiro, Brésil.

—**Faculté de médecine de Paris.** *Cours et cliniques* — *Clinique obstétricale Baudelocque* (M. le professeur COUVELAIRE), le vendredi à 11 h.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu (M. le professeur F. TERRIEN), le vendredi à 10 h. 1/2.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine (M. le professeur LEJARS), le samedi à 9 h. 1/2. Le mercredi à 9 h. 1/2, leçon de M. BROCQ, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Clinique chirurgicale de Cochin (M. le professeur DELBET), jeudis et samedis à 10 h.

Cliniques des maladies mentales et de l'encéphale (M. le professeur Henri CLAUDE), le mercredi, à 10 h., à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis.

Clinique urologique de l'hôpital Necker (M. le professeur LEGUEU), les mercredis et vendredis à 11 h.

Clinique des maladies infectieuses (M. le professeur Pierre TEISSIER) le jeudi, à 10 h. 1/2 à l'hôpital Claude-Bernard.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (M. le professeur Jeanselme, le vendredi à 10 h. 1/2, à l'hôpital Saint-Louis.

— **Hôpital Saint-Louis.** — M. Lortat-Jacob, médecin de l'hôpital Saint-Louis, fait chaque mardi à chaque samedi à 10 h. 1/2 une conférence clinique avec présentation de malades.

— **Hôpital Laennec.** — M. Auvray, chirurgien de l'hôpital Laënnec, a commencé le 25 novembre, d 11 h., amphithéâtre Landouzy, ses conférences cliniques, qu'il continue les vendredis suivants, à la même heure, jusqu'à la fin de l'année scolaire.

— **Hôpital Lariboisière.** — Une série de leçons sera faite dans le service Civiale (voies urinaires) les lundis et jeudis à 11 h., à partir du 28 novembre. Droit d'inscription : 300 fr.

— **Hôpital Bretonneau.** — MM. Guillemot et Grenet, M. Paul Mathieu, médecins et chirurgien de l'hôpital ; M. Julien Huber, médecin des hôpitaux, ont repris leurs conférences de chirurgie infantile, à la consultation de l'hôpital Bretonneau. Elles ont lieu tous les vendredis à 11 h.

— **Enseignement médical des hôpitaux.** — Le dimanche 4 décembre, à l'amphithéâtre des concours de l'A. P. (rue des Saints-Pères, angle du boulevard Saint-Germain), conférence de M. Ribadeau-Dumas sur *les vomissements de la première enfance et leur traitement.*

— **Société de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie.** — La prochaine séance mensuelle aura lieu le mardi 20 décembre 1927, de 5 à 7 h., 49, rue Saint-André-des-Arts.

— **Hôpital Rothschild.** *Internat.* — Un concours pour trois places d'internes titulaires et 3 places d'internes provisoires aura lieu à l'hôpital de Rothschild, 15, rue Santerre, Paris, 12e, le lundi 19 décembre 1927.

S'adresser pour renseignements et inscriptions à l'hôpital de Rothschild, rue Santerre, tous les jours de 8 heures à midi.

— **Lyon.** *Clinicat.* — Le récent concours de clinicat médical (service du Dr Paviot) s'est terminé par la nomination de M. Croizat, ex-interne des hôpitaux.

— **Hôpitaux de Nîmes.** — Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux de Nîmes sera ouvert en février 1928.

— **Xe annivesraire du journal russe « Vratchebuqié Délo »** — On nous apprend de Kharkoff que le 1er janvier 1928 sera célébré le 10e anniversaire du journal russe *Vratchebuoié Délo* « L'affaire médicale ». C'est un des journaux médicaux russes qui durant toutes ces dernières années, si pénibles pour la science et les études, a réussi à donner à nos confrères de Russie la possibilité de suivre l'évolution

de la médecine à l'étranger par ses revues d'ensemble, ses analyses d'articles étrangers, la publication d'articles russes et étrangers.

— **Croisière Jérusalem** (Alexandrie, Beyrouth, Constantinople, Jérusalem, Le Caire, Athènes, Smyrne, Naples). Durée trois semaines. Le voyage aura lieu quatre fois, en janvier, février, mars, avril. IIe cl., 64 livres anglaises. *La Caravane universitaire*, Gaillac (Tarn), accorde certains avantages aux médecins. Prospectus gratuit.

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 *novembre*

Hygiène publique.

Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène.

Un concours sur titres et sur épreuves (épidémiologie, bactériologie, administration sanitaire) pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène du Finistère aura lieu, à Quimper, dans le courant du mois de janvier.

Les candidats seront convoqués à la date qui sera ultérieurement fiée.

Les épreuves ne sont pas obligatoires pour les médecins ayant exercé ou exerçant les fonctions de médecin hygiéniste et les diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats devront être Français, n'être pas âgés de plus de trente-cinq ans et pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées à la préfecture du Finistère (cabinet du préfet) avant le 10 décembre 1927.

Elles seront accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

3° D'une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° D'un exposé des titres du candidat, comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

5° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

6° De l'engagement pour le cas où il serait nommé, de résider à Quimper ; de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions et de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 10 décembre 1927.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 26.000 francs.

Les frais de déplacement seront remboursés sur états justificatifs jusqu'à concurrence d'une somme de 5.000 francs.

11 *novembre*.

Accidents du travail.

M. le Dr Garnier, de Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire) est nommé membre de la deuxième section (tous accidents agricoles) de la Commission du tarif des accidents du travail, en remplacement de M. le Dr Bourdon, démissionnaire.

Expertises en Conseil de guerre.

Décret du 6 novembre 1927 modifiant les indemnités de déplacement des experts (extrait).

Art. 1er. — L'article 2 du décret du 17 mars 1921 est modifié ainsi qu'il suit :

....

Sont applicables devant les conseils de guerre siégeant en France, au Maroc et dans les corps expéditionnaires ou d'occupation les articles ci-après du décret du 5 octobre 1920, modifié par le décret du 16 octobre 1926 :

Art. 19. — Lorsque les experts se déplacent au delà de deux kilomètres de leur résidence, il leur est alloué une indemnité de voyage, qui est déterminée ainsi qu'il suit :

1° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par chemin de fer ou tramway, il leur est alloué une indemnité égale au prix, d'un billet de 1re classe calculé, s'il se peut, d'après le tarif réduit applicable aux trajets aller et retour ;

2° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par un autre service de transport en commun, il est remboursé le prix d'un voyage, d'après le tarif de ce service, tant à l'aller qu'au retour ;

3° Si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens, l'indemnité est fixée à 1 franc par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour.

4° Si le voyage est effectué par mer, il est accordé sur le vu du duplicata du billet de voyage délivré par la compagnie de navigation, le remboursement du prix du passage et, s'il y a lieu, de la nourriture à bord, tant à l'aller qu'au retour.

Lorsque les experts bénéficient d'un transport gratuit ou réduit à raison de leur fonction ou de leur emploi, conformément au cahier des charges de la compagnie de transport, ou en vertu des lois en vigueur, leur indemnité de frais de voyage est diminuée du montant des avantages qui leur sont ainsi concédés.

Art. 20. — Il est alloué, en outre, aux experts : si le lieu de transport est situé à une distance de plus de 5 kilomètres de la commune de leur résidence, une somme de 20 francs par jour, et si le lieu du transport est situé à une distance de plus de 20 kilomètres, une somme de 30 fr. par jour.

Il en est de même s'ils sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure, ou s'ils sont obligés de prolonger leur séjour au lieu où ils se sont rendus pour accomplir leur mission.

13 *novembre*

Enseignement de la médecine.

La chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Praris est déclarée vacante.

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

Les spécialités pharmaceutiques et les accidents du travail.

Je suis médecin propharmacien à R. et, par conséquent, j'ai l'habitude de fournir à mes malades les médicaments dont ils ont besoin.

Or, traitant un blessé du travail, j'ai employé une spécialité pharmaceutique, que j'estimais indispensable ou tout au moins très utile pour la guérison rapide de mon client.

J'ai envoyé ma note à la Compagnie d'assurance, la P. ; mais, au lieu de faire figurer, dans mon mémoire pharmaceutique, la formule magistrale, à peu près équivalente de celle de la spécialité en question, j'ai porté le nom de cette dernière.

La Compagnie d'assurances me refuse le paiement de cette fourniture, sous le prétexte que la loi m'interdit d'employer des spécialités, pour le traitement des blessés du travail.

Puis-je compter sur l'appui du « Sou médical », dont je suis membre, pour me faire payer ?

Dr M.

Réponse.

Il n'y a rien, dans la loi du 9 avril 1898, ni dans les lois postérieures, qui limite le droit que le blessé possède de se faire soigner par le médecin de son choix et avec les médicaments, que ce dernier jugera nécessaires.

Néanmoins, cette liberté est tempérée par les termes de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, qui, dans son paragraphe 2, spécifie que « la victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, où est survenu l'accident, conformément à un tarif, qui sera établi par arrêté du ministre du commerce, après avis d'une commission.... »

Or, sans entrer ici dans une grande discussion juridique, nous pouvons faire état de l'avis autorisé de M. Sachet, de son vivant conseiller à la

Cour de Cassation, qui a écrit dans son Traité théorique et pratique, sur les accidents du travail, 6e édition, t. I, n° 608 : « Les frais médicaux et pharmaceutiques comprennent toutes les dépenses nécessitées par le traitement curatif nécessaire à la guérison ou à l'amélioration de la lésion traumatique. Ces frais comprennent spécialement..... les honoraires du médecin et le coût des médicaments. »

Signalons, d'autre part, un arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile, du 19 mai 1911 : « Toutes les dépenses nécessitées par le traitement du blessé doivent demeurer à la charge du chef d'entreprise et il appartient au juge du fond d'en fixer souverainement le montant, lorsqu'elles ne sont pas prévues au tarif, établi par l'arrêté ministériel. »

Déjà, auparavant, un arrêt de la Cour d'appel d'Aix, du 22 octobre 1906, avait décidé que les listes de médicaments publiées périodiquement ne sont pas limitatives, mais simplement indicatives et que, par suite, le médecin restait libre de formuler tels médicaments qu'il juge utiles pour le traitement du blessé.

Il appartient donc à la Commission instituée par la loi du 31 mars 1905 de donner au Ministre du travail son avis autorisé, sur l'utilisation de tels ou tels produits pharmaceutiques ; mais cet avis, ni l'arrêté ministériel, pris en conséquence, ne sont limitatifs, pour le double droit qu'ont le malade, d'une part, de recevoir et le médecin, d'autre part, de donner les soins nécessités par l'état de la victime.

Dans votre cas particulier, le « Sou médical » va correspondre avec le contentieux de la Compagnie d'assurances, pour que vous soyez payé à l'amiable ; mais nous vous conseillons, pour l'avenir, d'imiter la ligne de conduite que, dans le dernier numéro du *Concours*, signalait le Dr Gassot, en matière d'assistance médicale gratuite : chaque fois que vous aurez à formuler une spécialité pharmaceutique, aussi bien en matière d'accidents du travail, que d'assistance médicale gratuite, mettez en marge de votre ordonnance : « cette spécialité pharmaceutique est indispensable pour le traitement du malade » et vous contresignez cette déclaration.

Il est probable qu'en agissant de la sorte, vous éviterez de nouvelles difficultés.

Dr Paul Boudin.

3668. — Base de la rente de la victime d'un accident du travail ancien. Allocation par l'Etat.

Je soigne une accidentée du travail, blessée en 1917 par brûlure des deux jambes dans une explosion d'essence : elle touche encore 2 fr. de demi-salaire

Voir la suite page L V-3141

PROPOS DU JOUR

L'art de connaître les hommes. Physiognomonie et Graphologie.

De tous temps, il y eut des gens qui s'exercèrent dans « l'Art de connaître les hommes », c'est-à-dire de déceler d'après les signes extérieurs leur valeur intellectuelle et morale, leurs qualités et leurs défauts.

Au XIII[e] siècle avant Jésus-Christ, dans le livre VIII des *Lois de Manou*, à propos du roi rendant la justice, sont écrits les deux articles suivants :

Art. 25. — Qu'il (le Roi) découvre ce qui se passe dans l'esprit des hommes par le moyen des signes extérieurs, par le son de leur voix, la couleur de leur visage, le maintien, l'état de leur corps, leurs regards et leurs gestes.

Art. 26. — D'après l'état du corps, le maintien, la démarche, les gestes, les paroles, les mouvements des yeux et du visage, on devine le travail intérieur de la pensée (1).

Un traité d'Aristote, ou plutôt attribué à Aristote, étudie en détails la *Physiognomonie*. C'est ce traité que commente au XVII[e] siècle. Cureau de la Chambre, docteur régent de la Faculté de médecine de Paris, médecin ordinaire de Louis XIV, dans un livre curieux intitulé : *L'Art de connoistre les hommes*, (à Amsterdam chez Jacques Le Jeune 1669).

Ce Cureau, seigneur de la Chambre, originaire du Mans, et dont nous avons conté jadis l'histoire ici même, était un lettré et un savant ; médecin et ami du Chancelier Séguier, il fut le protégé de Richelieu qui le fit inscrire parmi les quarante, lors de la fondation de l'Académie française. Il fut encore un des trois premiers lecteurs du Jardin du Roi, lors de sa création.

Il acquit, dans sa vieillesse, une grande réputation de physionomiste. M. C. de la Chambre acheta la charge de médecin ordinaire de Louis XIV et ce roi eut en lui une telle confiance qu'il le nomma « Conseiller du Roy en ses Conseils » et ne confia aucune fonction importante à qui que ce fût sans le consulter préalablement. Chose curieuse, affirment les historiographes de cette époque, Cureau de laChambre ne se trompait jamais dans ses jugements et il affirmait loi-même modestement qu'une fois mort, Sa Majesté ferait sans doute de bien mauvais choix. Son ouvrage l'*Art de connoistre les hommes* parut une première fois à Paris en 1659 et fut réédité en 1669, l'année de sa mort. Il était dédié à Monseigneur Fouquet, Procureur général, surintendant des finances et Ministre de l'Etat.

Le livre de Cureau de la Chambre est un amas touffu de considérations assez banales sur la perfection naturelle de l'homme, les mouvements de l'âme, du cœur et des esprits, les passions, les vertus et les vices, les signes naturels, les habitudes, etc. Les passages les plus intéressants sont tirés d'Aristote. Nous y trouvons que le visage petit indique la pusillanimité, la bassesse de cœur. Ceux qui en sont dotés sont insolents dans la prospérité et perdent courage aux plus petites traverses, ils sont plaignards, défiants et irrésolus. Tandis qu'un visage rond est le propre des gens pleins de malice et enclins à la colère, le front petit indique une incorrigible légèreté, le front rond la colère et la faiblesse d'esprit. Les flatteurs ont le front long et uni. Les yeux noirs sont ceux des timides, les grands yeux indiquent l'inconstance. Les bavards, les indiscrets, les négligents, les avares et les menteurs ont les lèvres grosses et molles. La petite bouche signifie faiblesse et mensonge ; le menton rond, envié ; le col long et grêle est le lot des gens babillards au naturel timide, tandis que la gorge unie et charnue indique la crédulité et la faiblesse de jugement. Les épaules petites et serrées sont signe d'avarice ; les cuisses, les pieds et les mains charnus, joints à un dos étroit et faible, les petites mains se rencontrent chez les personnes dont le naturel est mol, efféminé, paresseux, délicat et voluptueux.

Ce résumé déjà fastidieux ne donne pas une bien haute idée de l'Art de connaître les hommes; les discours qui font suite sur la « Chiromencie » et la « Métoscopie », où l'étude de la main et celle du front sont examinées, prouvent qu'à cette époque, malgré les réserves que Cureau de la Chambre formule, les croyances à l'Astrologie tenaient une place importante dans l'esprit et l'éducation des médecins.

Au siècle suivant, le fameux Lavater qui, bien que pasteur protestant à Zurich, était d'une

(1) Traduction Pottier, 1868. Communiqué par le D[r] P. Noury, de Rouen.

famille de médecins, essaya vainement de faire de la Physiognomie une science. Zimmermann le ridiculisa en lui faisant découvrir les plus brillantes qualités morales chez un affreux bandit.

Avec Darwin et Duchenne de Boulogne, l'étude de la physionomie devient réellement savante, mais les déductions faites par ces savants de leurs observations sont limitées et prudentes. Cela ne veut pas dire que l'on ne saurait rien tirer de l'examen de la physionomie. Dans un intéressant article : *Autour de l'anatomie de l'Esprit et du Droit du médecin à la critique littéraire* (1), le brillant chroniqueur qu'est notre distingué confrère, le Dr Paul Voivenel, montre tout l'intérêt qu'il y a à bien connaître physiquement un écrivain pour apprécier ses œuvres.

« Dans une simple étude comparative de l'*œuvre* et de la *physionomie*, dit M. P. Voivenel, j'ai trouvé un amusement très suggestif. J'ai pris l'habitude de coller sur la page de garde de mes livres les portraits des écrivains. Je pars ensuite, ravi, à la découverte des affinités. Je pense que si, à un homme intelligent qui les aurait lus, *mais qui ne connaîtrait pas leur physionomie*, on demandait de placer des portraits d'auteurs — inconnus de lui — sur l'œuvre correspondante, il ne se tromperait presque jamais. Il ne mettrait pas le masque puéril et vieillot de Verlaine, ni le masque fiévreux et tourmenté de Lamennais sur l'œuvre de Victor Hugo, et il placerait sans hésiter le portrait de fonctionnaire intelligent et bilieux qui représente Sainte-Beuve, au-dessus de l'œuvre critique de ce dernier. »

***

A notre époque la graphologie paraît avoir pris le pas sur la physiognomonie dans l'Art de connaître les hommes. Il est curieux de constater que, dans son ouvrage qui passe en revue tant de signes sans valeur, Cureau de la Chambre qui étudie les signes naturels et les gestes, ne fait aucune allusion à l'écriture. Cependant, c'est au début du XVIIe siècle que naquit la graphologie, c'est à cette époque que Prosper Aldericius écrivit un livre intitulé *Idengraphie* et que Camillo Baldi, de Bologne, publia : « *Du Moyen de connaître les mœurs et les qualités d'un écrivain d'après les lettres missives.* »

Lavater, Moreau (de la Sarthe), professeur à la Faculté de médecine de Paris, Hocquart, Walter Scott, Humboldt, Balzac, Edgar Poë, Georges Sand, l'abbé Flandrin, le peintre Delestre, le chiromancien Desbarolles, l'abbé Michon, firent de la graphologie plus ou moins en dilettanti.

M. Crépieux-Jamin a le premier tenté de donner à la graphologie une base méthodique et scientifique, et nous avons résumé ici, il y a quelques mois, *les lois de l'écriture* que M. Solange Pellat a formulées pour guider les experts.

Les médecins ne furent pas les derniers à songer à utiliser la graphologie. Sans remonter à Moreau de la Sarthe, nous pouvons citer parmi les grapho-pathologues Charles Richet, les aliénistes Legrain et Rogues de Fursac, les Drs P. Joire, Hartenberg, Gommès, Delmas, Carton, les thèses de doctorat en médecine de M. Mesley, de P. Boucard, de Valade, de Barillot, etc. La graphologie est donc entrée dans le domaine de la séméiologie médicale.

Nous devons tout particulièrement signaler à nos lecteurs l'ouvrage le plus récent et indiscutablement le plus intéressant pour eux, *La Graphologie du praticien* (1), que vient de faire paraître le Dr C. Streletski et auquel nous empruntons une partie de ce rapide historique. L'auteur n'a pas la prétention de tout deviner par la graphologie et il borne cet art aux recherches suivantes :

a) Infériorité ou supériorité ;

b) Constitution, tempérament ;

c) Sensibilitté. Emotivité, activité, sens esthétique. Mœurs.

d) Intelligence (imagination, association des idées, attention, réflexions, jugement et culture) ;

e) Indications pathologiques (maladies mentales et nerveuses, tremblements, dyspnées, troubles cardio-vasculaires, intoxications, etc.).

C'est déjà beaucoup.

Nous ne pouvons analyser ici le livre du Dr C Streletski, car l'on ne peut rien indiquer utilement en pareille matière sans montrer des exemples et sans reproduire des documents. Nous nous contenterons de dire qu'après avoir initié le lecteur à la graphologie normale, l'auteur montre l'influence que les troubles endocriniens ont sur l'écriture et donne de nombreux exemples d'écritures déformées par les diverses maladies.

Enfin, dans un tableau récapitulatif, le Dr Streletski permet de donner rapidement une

(1) *Revue moderne de médecine et de chirurgie* (mars 1927.)

(1) G. Doin et Cie, édit., Paris, 1927.

interprétation psychologique aux signes graphiques constatés.

Certes la graphopathologie est un chapitre de séméiologie relativement récent et qui demande à être étudié et développé comme la graphologie elle-même, mais il n'est pas douteux qu'à l'heure actuelle l'étude du graphisme tient la première place dans l'art de connaître les hommes.

J. Noir.

Les livres scolaires agents de transmission des maladies contagieuses et leur désinfection.

Notre « Propos du jour » du 25 septembre sur la prophylaxie des maladies transmissibles et les livres scolaires » nous a valu deux lettres très intéressantes qui méritent d'être publiées. La première nous est adressée par M. le Dr Dénier, de la Tour-du-Pin :

Mon Cher Confrère,

Ayant lu votre article capital sur la désinfection des livres, je viens vous donner un renseignement qui peut vous être utile.

J'ai visité il y a 15 jours la station de Leysin dans le Valais, et justement au sanatorium du Grand Hôtel j'ai vu une armoire à désinfecter les livres dont je vous adresse ci-joint la gravure. Elle a 2 mètres de haut environ, sur 1 m. 50 de largeur et 0 m. 50 de profondeur. Les livres sont étalés sur des rayons à claire voie, les revues à cheval sur des liteaux. On place dans la partie inférieure de la « formaline » mélange préparé pour le volume de l'armoire de 50 gr. de permanganate de potasse, de 50 gr. d'eau et de 50 gr. de solution de formol pur. Il se fait une réaction que l'on surveille par la vitre inférieure. 24 heures sont suffisantes pour la désinfection. Pour le Grand Hôtel le problème se posait, étant donné que des familles au complet accompagnent les malades, séjournent, et que tous les livres de la bibliothèque (8.000 volumes) passent de tuberculeux à gens sains.

Très heureux si le renseignement peut vous être utile, je vous prie de croire à mes sentiments de cordiale et respectueuse sympathie.

Dr Dénier.

La seconde lettre émane de M. le Dr Lop, de Marseille :

St-Cyr-sur-Mer, le 30 septembre 27.

Mon Cher Confrère,

Je lis dans le dernier numéro du *Concours médical*, dans les « Propos du jour » du Dr Noir : la prophylaxie des maladies transmissibles et les livres scolaires, le paragraphe suivant : « La question de la désinfection des livres ne date pas d'hier et l'on a mis plus de quatre ans pour ne pas la résoudre ».

Vous ne m'en voudrez pas si je me permets de vous faire savoir qu'en 1898 ou en 1900 (1), il y a donc près de 27 à 29 ans, j'ai déposé à l'Académie de médecine une communication sur la transmission des maladies contagieuses, par les livres, par ceux provenant des bureaux de location et, plus particulièrement, par les livres de classe, distribués gratuitement par les communes aux élèves des écoles.

Au temps où je faisais beaucoup de médecine générale, j'avais constaté qu'il n'y avait pas d'autre origine, pour certaines épidémies infantiles, que les livres de classe remis aux enfants par les parents pendant les périodes de maladie. Ces livres, rapportés en classe à la guérison, servaient de véhicules contagieux aux autres enfants.

Si mes souvenirs sont exacts, je déposai même un projet pratique de désinfection de ces livres, par des vapeurs de formol, moyen que je n'ai cessé d'employer et qu'actuellement j'emploie encore pour les vieux livres que j'achète et pour ceux dont je fais la distribution aux malades de ma clinique, moyen que je recommande à mes clients lorsque l'occasion se présente.

Il est toujours bien difficile d'affirmer les causes de transmission de la tuberculose, bien que je croie celle-là certaine et plus fréquente qu'on ne le pense (transmission de la tuberculose par les livres) . Il ne saurait y avoir aucun doute de transmission pour les fièvres éruptives.

J'ai assisté à de petites épidémies locales qui n'avaient pas d'autre origine. Je me rappelle qu'en Angleterre, une épidémie de « scarlatine » n'avait eu d'autre cause que les livres d'une « bibliothèque circulante ».

A cette même époque, j'attirai l'attention de l'Académie de médecine, sur la transmission de la tuberculose par les instruments de musique à vent — cuivres ou autres — dans les musiques militaires, musiques de sociétés, où les instruments n'étant pas personnels aux musiciens, passaient successivement de l'un à l'autre, sans avoir été désinfectés. Le sont-ils même aujourd'hui ? J'en doute.

Je terminerai cette question par la transmissi-

(1) Je vous écris de la campagne, je n'ai pas mes dossiers avec moi.

bilité de la tuberculose par les maîtres de classes à leurs élèves. A cette même époque, à ce sujet, j'ai aussi déposé une petite note à l'Académie.

Ayant eu à donner des soins à trois instituteurs atteints de tuberculose ouverte — toujours en activité de service — malgré mes demandes réitérées qu'il fut accordé à ceux-ci un congé assez prolongé afin qu'ils puissent, sans avoir trop à souffrir matériellement, se soigner, sans risquer de contaminer leurs élèves.

Je n'ai pu obtenir pour ces trois malheureux instituteurs dont deux firent leur service jusqu'à l'extrême limite des forces, expectorant sans précaution aucune, pendant leur classe.

M. Causeret, alors inspecteur d'Académie à Marseille, qui a terminé sa carrière comme recteur d'Académie à Grenoble, m'apprit que malheureusement rien alors n'avait été fait pour améliorer cet état de choses, contre lequel il se trouvait désarmé (1).

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de ma considération très distinguée :

Dr LOP (de Marseille),
Médaille d'or de
l'Académie de médecine.

Nous remercions nos deux confrères de leurs lettres très intéressantes. Il est impossible qu'un homme aussi averti ,aussi savant et aussi consciencieux que le Dr Jules Renault qui est placé au tout premier rang de nos hygiénistes officiels, ignore les tentatives de désinfection des livres par le formol qui auraient été faites il y a près de 30 ans par le Dr Lop et qui seraient régulièrement et systématiquement utilisées à Leysin. Reste à savoir si la désinfection des livres par ce procédé est suffisante et peut être généralisée pratiquement dans les écoles.

Nous posons cette nouvelle question à nos lecteurs. J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

COUP D'ŒIL D'ENSEMBLE SUR LA SÉMIOLOGIE ET LE DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE CHRONIQUE (2)

Par le Dr René A. GUTMANN,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Attaché médical de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

L'appendicite chronique se présente en clinique sous des aspects très divers.

Tantôt sa symptomatologie est purement *locale* et appelle immédiatement l'attention sur la région. C'*est l'appendicite chronique pure.*

Souvent l'allure de la maladie n'est pas franchement appendiculaire, mais elle reste pourtant encore *digestive*, et prend des masques *gastriques, intestinaux, hépatiques, vésiculaires.*

D'autres fois, l'atteinte est surtout *générale*, réalisant des *formes toxi-infectieuses* dont l'origine appendiculaire demeure souvent estampée.

Enfin, dans certains cas, le tableau clinique est tout à fait *anormal* ; absolument rien, dans les symptômes qui amènent le malade, ne fait penser à l'appendice ; ce sont des formes que nous avons proposé d'appeler les *formes à surprises.*

Nous allons d'abord passer rapidement en revue ces divers aspects cliniques.

Nous verrons ensuite quelle est la marche à suivre pour poser le diagnostic.

***

L'*appendicite chronique pure* se traduit surtout par une douleur locale ; elle peut être continue ; c'est un tiraillement, une tension pénible qui s'exagère de temps en temps.

Ces recrudescences peuvent être journalières, survenant, par exemple, quelques heures après le repas, au moment où le contenu digestif aborde le cæcum ; d'autres fois, elles apparaissent momentanément, à l'occasion d'efforts, de mouvements ou de fatigues.

Parfois encore les douleurs se manifestent très irrégulièrement, à l'occasion d'une poussée de constipation ou d'écarts de régime.

(1) A l'heure actuelle la question des instituteurs tuberculeux est réglée et ils ne sont plus autorisés à faire leur classe. N.D.L.R.

(2) Nous avons reproduit ici une leçon du cours anglais de gastro-entérologie (post-graduate lectures) de la Salpêtrière, service de M. le Pr Gosset. Aussi nous lui avons laissé sa forme de vue d'ensemble et nous n'avon fait aucune référence bibliographique.

Dans tous ces cas, toujours, le malade appelle d'emblée l'attention sur sa région iléo-cæcale ; seul est à faire le diagnostic différentiel nosologique d'une lésion dont le siège n'est pas douteux.

***

Dans un second groupe de faits, le malade accuse des *troubles digestifs localisés loin de la fosse iliaque* ; il s'agit d'une maladie gastrique, intestinale, hépatique, dont la véritable cause appendiculaire demande à être recherchée.

La *forme gastralgique* est la plus fréquente. Elle se présente sous l'aspect d'une dyspepsie hyposthénique ou hypersthénique.

Dans le premier cas, les troubles surviennent peu de temps après le repas ; ce sont surtout des pesanteurs. On note de l'inappétence, la langue est saburrale.

Plus fréquente est la dyspepsie hypersthénique. Les malades viennent consulter pour des douleurs gastriques à type tardif. L'appétit n'est souvent pas diminué ; il peut être exagéré ; mais, trois ou quatre heures après le repas, surviennent des crampes, des brûlures qui durent une ou deux heures. Le sommeil n'est en général pas troublé ; mais parfois, la crise se reproduit la nuit et réveille le malade vers minuit ou une heure. La répétition des accès douloureux à rythme post-prandial amène une réduction de régime et de l'amaigrissement.

Le diagnostic le plus souvent porté est celui d'ulcère. Le grand signe différentiel réside dans le caractère évolutif de l'une et l'autre maladie.

Dans la dyspepsie appendiculaire, les douleurs tardives sont, depuis le début de la maladie, survenues à certaines époques tous les jours, à d'autres presque tous les jours seulement ; on observe des améliorations lentes, en rapport surtout avec le régime, avec le repos, entrecoupées de reprises dues aux conditions inverses, interrompues aussi brusquement de temps en temps par des « indigestions » avec vomissements. Rien ne rappelle, sinon le caractère tardif des douleurs habituelles, l'évolution si nettement tranchée de l'ulcère gastrique ou duodénal. Là, la maladie, depuis son début, a évolué par périodes, chacune durant environ quinze jours à un mois, dont le début et la terminaison rapides et nettes sont sans rapport en général avec l'observance ou l'inobservance d'un régime ; chaque période est constituée par des douleurs tardives, diurnes seulement ou diurnes et nocturnes, survenant tous les jours, sans un seul jour de manque ; chaque période est séparée des autres par des intervalles libres de plusieurs semaines, de plusieurs mois, ou même d'années. Même lorsque l'ulcus a évolué vers l'extériorisation ou vers la sténose, et que les douleurs sont devenues journalières par fusion progressive des attaques douloureuses, on retrouve toujours par l'interrogatoire la notion, que le malade n'a jamais oubliée, des crises périodiques.

En somme, la dyspepsie appendiculaire est une maladie continue ou subcontinue ; l'ulcère est une maladie à poussées évolutives. C'est la méconnaissance de ce fait, à notre avis *capital*, qui est la cause essentielle de nombreuses erreurs. Nous avons à plusieurs reprises montré qu'en pathologie gastrique c'est la recherche du rythme des douleurs dans l'année et non dans la journée qui donne souvent la clef du diagnostic.

A ces deux types de dyspepsie hyper ou hyposthéniques, il faut ajouter des douleurs irrégulières gastralgiques et surtout *périombilicales.* Cette dernière localisation est particulièrement caractéristique chez l'enfant.

La forme intestinale se traduit souvent par de la constipation, due au spasme que l'irritation appendiculaire engendre sur le cæcum et le côlon.

Le trouble est souvent plus complexe ; le sujet apparaît comme un colitique avec selles pâteuses ou avec des alternances de constipation et de débâcles de fausse diarrhée.

Une question se pose alors : le malade est-il un appendiculaire avec troubles colitiques réflexes ; un appendiculaire avec lésions mécaniques épiploïques entraînant de la stase droite ; est-il simplement un colitique avec sensibilité cæcale sans appendicite ?

C'est là un problème difficile mais non insoluble ; c'est autour de lui que se déroulent périodiquement, depuis Dieulafoy, des discussions passionnées entre les auteurs qui généralisent la notion de colite et rejettent l'opération et ceux qui, pour des raisons inverses, la préconisent toujours. En réalité, tout se résume à une question de diagnostic exact et nous en examinerons les données plus loin.

La *forme hépatique* se caractérise par les troubles habituels aux dysfonctionnements du foie : inappétence, état saburral, intolérance des aliments gras, subictère, modifications urinaires, etc. ; le foie peut être augmenté de volume, douloureux même à la pression.

Il faut distinguer de cette forme hépatique la *cholécystite* dont Dieulafoy et, parmi les auteurs actuels, Gaston Durand et Binet, ont montré la coïncidence fréquente avec l'appendicite. Parfois la vésicule est la première touchée ; plus souvent, c'est l'appendice ; en général, les deux affections évoluent ensemble ou par poussées alternatives. Il en résulte, comme règle pratique, dans une maladie de l'un des deux organes, de toujours examiner soigneusement l'autre. On évi-

tera ainsi des diagnostics, des traitements, voire, si la vésicule est très malade, des actes opératoires incomplets.

***

Le troisième groupe comprend les *appendicites chroniques où domine l'atteinte de l'état général.* Les malades maigrissent ; s'il s'agit d'enfants, ils poussent mal ; ils sont fatigués physiquement et intellectuellement ; la face est pâle, les yeux bistrés, l'haleine désagréable, les selles fétides.

La fièvre est fréquente, mais peu intense ; on note, le soir, une montée de six ou sept degrés ; elle augmente par les écarts alimentaires, diminue par le régime. Très fréquemment, on observe, comme dans la tuberculose, une élévation thermique de fatigue, qui apparaît après la marche et qu'une demi-heure de repos fait tomber. Elle s'accompagne de malaise, de frissonnements, de sécheresse de la bouche : contrairement aux tuberculeux, Faisans le faisait remarquer, les appendiculaires sentent leur fièvre.

D'autres fois, c'est la fatigue, la dépression qui dominent et l'on a décrit une forme neurasthénique.

***

Le dernier ordre de faits réunit *des symptomatologies très anormales* autour d'une origine appendiculaire qui a toutes chances d'être longtemps méconnue.

Faisans a attaché son nom à la forme pseudo-tuberculeuse, actuellement classique. La fièvre, l'amaigrissement, égarent le diagnostic. On trouve même des signes d'auscultation dus à des troubles circulatoires pulmonaires d'origine nerveuse réflexe. La toux sèche réflexe est fréquente, dans l'appendicite.

Nous avons nous-même montré que l'appendicite chronique, soit par les lésions qu'elle produit sur les terminaisons nerveuses, soit par voie réflexe, soit peut-être par intoxication, était une cause importante de modifications du système neuro-végétatif. Tous les signes classiques et fréquents de la maladie, l'état nauséeux, les vertiges, la facilité des vomissements, la constipation avec spasme colique, sont fréquents dans la vagotonie. Il s'y joint d'autres troubles légers, mais non rares, la cryesthésie, la pollakiurie, la sialorrhée.

Mais cette « vagotonie appendiculaire » peut provoquer des troubles plus violents. Nous avons prouvé que d'assez nombreux cas d'asthme pouvaient ne reconnaître comme cause qu'une appendicite chronique et guérissent après l'opération ; ces observations ont été confirmées par celles de divers auteurs.

Plus récemment, étudiant un autre symptôme vagotonique d'origine appendiculaire, la bradycardie, nous avons indiqué comment ce trouble, devenant par moment paroxystique, pouvait être responsable, selon son intensité, comme dans la maladie de Stokes-Adams, des vertiges, des syncopes et même des crises convulsives que présentent parfois les appendiculaires.

L'appendicite chronique peut encore se traduire par des désordres urinaires, dysurie, ténesme vésical, hématuries même. Elle prend parfois une symptomatologie franchement utéro-ovarienne.

Nous avons, avec M. Enriquez, réuni sous le nom d' « appendicites claudicantes » des cas de sciatique droite rebelle et même de pseudo-coxalgie droite, d'origine appendiculaire.

Tels sont, vus d'ensemble, les divers aspects que peut revêtir l'appendicite chronique. Les tableaux que nous venons d'esquisser sont souvent, en clinique, bien tranchés. Il va de soi qu'ils peuvent aussi s'intriquer ; des troubles vagotoniques soulignent une forme gastrique, des désordres hépatiques aggravent une forme toxi-infectieuse. Toutes les combinaisons peuvent s'observer. Mais nous avons surtout indiqué les grandes lignes de l'allure clinique. Nous voudrions maintenant étudier, également, d'ensemble et schématiquement, la question du diagnostic.

***

De façon très générale, trois sortes d'erreurs de diagnostic peuvent être faites.

1° *On peut prendre pour une lésion typhlo-appendiculaire une maladie d'un autre organe dont la symptomatologie se rapproche de celle de l'appendicite. Cette erreur est sérieuse* puisqu'elle peut mener à une appendicectomie absolument inutile, mais elle est *relativement facile à éviter.*

Aussi les examens gynécologiques sont toujours indiqués avant de poser définitivement un diagnostic d'appendicite ; ils permettront d'incriminer la trompe et l'ovaire droits, dont les lésions sont parfois d'ailleurs associées à celles du vermis. Une pyélonéphrite, une hydronéphrose, une lithiase rénale ou vésicale, etc., peuvent se traduire par des douleurs localisées vers la région de Mac-Burney. Des irradiations douloureuses dues à un mal de Pott, à une sacro-coxalgie, à toute autre lésion plus ou moins voisine, peuvent gêner le diagnostic, si l'examen clinique est incomplet, l'examen radiologique négligé. Nous n'insistons pas sur tous les cas de ce genre : l'erreur y est, en somme, nous le répétons, aisément évitable.

2° Dans un deuxième groupe de faits, on se trouve en présence *d'erreurs, peut-être plus difficilement évitables, mais sans conséquences graves,* car il s'agit tout de même ici d'*affections chirurgicales de la région.*

Les lésions peuvent être très localisées près de l'appendice, comme la coudure de Lane ; elles peuvent être plus étendues, comme la pérityphlite avec adhérences, ou même la tuberculose iléo-cæcale, une tumeur.

Elles peuvent être même très franchement cæco-coliques, comme la péricolite droite dont les lésions remontent souvent jusqu'à l'angle droit, produisant parfois l'accolement en canons de fusil du côlon ascendant et du transverse, etc.

Certes, un examen radiologique bien fait aidera le diagnostic ou permettra au moins avant l'opération de mettre le chirurgien en garde. Nous ne prétendons pas, en effet, qu'il soit indifférent, pour le chirurgien à qui l'on adresse le malade, de penser qu'il va enlever un appendice et d'être amené à réséquer largement un épiploon induré ou à libérer un côlon enfoui sous des adhérences. Mais, et c'est là le fait intéressant dans ce deuxième groupe de faits, au moins l'indication opératoire était exacte, et l'intervention profitera finalement au malade, malgré le diagnostic incomplet ou erroné.

C'est affaire au chirurgien de né pas, dans les cas douteux, se contenter d'aller, du bout d'une pince, par une boutonnière minuscule, attirer au dehors l'appendice et de préférer à l'incision esthétique une ouverture moins flatteuse, mais par laquelle l'exploration indispensable de toute la région pourra être correctement pratiquée.

3° Reste le troisième ordre d'erreurs, le plus important ; il consiste à faire opérer pour appendicite une *affection purement médicale de la région.* c'est autour de faits de ce genre que se déroule en réalité la lutte périodique des interventionnistes et des non interventionnistes.

Sur quoi peut-on se baser pour soutenir qu'on ne doit pas opérer l'appendicite chronique ? Sur l'indépendance supposée absolue entre l'appendicite chronique et l'appendicite aiguë seule capable de provoquer des accidents mortels ? Il n'y a pas en pathologie une seule lésion chronique qui ne soit susceptible de devenir aiguë ; l'appendice ne fait pas exception à cette règle.

Sur les résultats comparés des traitements medicaux et chirurgicaux ? Mais ils ne peuvent pas être comparés. L'appendicite chronique n'est pas curable médicalement. Si un régime, si une thérapeutique guérissent un malade, c'est justement, nous allons le voir plus loin, la preuve que son appendice était sain.

Sur les cas où, après l'intervention, le malade continue à souffrir ? Mais ces cas sont très variables, et en l'espèce, aucun ne peut servir d'argument. Parfois, il existait bien une appendicite chronique, mais l'opération a été faite trop tard, l'épiploon est déjà infecté et l'on voit se dérouler les diverses étapes de l'épiploïte progressive.

D'autres malades avaient à la fois une appendicite et une colite ; débarrassés de leur appendice, ils continueront à présenter des troubles intestinaux, qui deviendront néanmoins, il faut le dire, plus faciles à soigner ; d'autres fois enfin, il s'agit de sujets qui continuent à souffrir, parce qu'ils n'avaient pas d'appendicite et seulement une typhlo-colite sur laquelle l'intervention n'a pas eu de prise.

La question n'est donc pas : « Doit-on opérer l'appendicite chronique », mais : « Peut-on diagnostiquer l'appendicite chronique des syndromes douloureux médicaux de la région ? »

Trois séries de manœuvres permettent le plus souvent ce diagnostic ; l'examen clinique, l'épreuve thérapeutique, la radiologie.

***

L'examen. — Si, le malade étant étendu, on lui enfonce brusquement le bout des doigts dans le flanc droit jusqu'au psoas, si on interprète la douleur obtenue comme un signe positif et si l'on se contente de cette exploration pour conclure, tous les malades ont de l'appendicite chronique.

Il faut plus de précautions. On doit palper à gauche, puis le long du côlon transverse, puis à droite, et d'abord très superficiellement pour apprécier la résistance, la sensibilité de la peau.

Ensuite, par une palpation plus profonde de la pulpe des doigts à plat, on cherche si le côlon est sensible et surtout si la douleur existe sur tout le côlon ou bien est localisée au cæcum ; puis on délimite, ce qui est facile, ce cæcum. On précise alors si la douleur est diffuse sur tout le cæcum, ou élective sur son bord interne. La douleur provoquée uniquement au bord interne a une valeur diagnostique importante en faveur de l'appendicite ; au contraire le cæcum enflammé est douloureux sur toute sa surface et sur ses deux bords ; la colite se marque par une douleur que l'on peut produire tout le long du gros intestin.

Quant à la douleur qu'on détermine par une palpation très profonde, elle est en général sujette à caution. Il y a là, sur la paroi postérieure, des points sensibles, nerveux, artériels qu'il est toujours difficile de rattacher à leur véritable origine.

Une fois la douleur trouvée et repérée par une palpation correcte, peut-on dans n'importe quel cas conclure ? Certes non. Il faut tenir compte de différents facteurs. Par exemple, il ne faut jamais tirer de conclusions d'une douleur provoquée chez une femme à l'approche de ses règles. Un lavement, une purge pris la veille ou le matin rendent aussi la région cæco-appendiculaire transitoirement sensible. Enfin cette zone est toujours plus ou moins douloureuse chez les constipés chroniques pendant une période de onstipation, ou même chez des sujets habituelle-

◆◆◆

ment normaux, à l'occasion d'une constipation accidentelle.

Voilà pourquoi, bien souvent, même si l'on trouve une douleur nette et localisée, on ne doit pas poser encore de diagnostic. Il faut revoir la malade en dehors de sa période menstruelle. S'il s'agit d'un constipé, il faut l'examiner en une période plus normale à laquelle on essayera de revenir, non par des laxatifs, mais par des huiles de paraffine, des mucilages, des suppositoires, de la belladone.

Enfin si l'examen a révélé que la douleur n'est pas absolument localisée, si elle déborde sur le cæcum, le côlon, il faut toujours, avant de conclure, prescrire un traitement d'épreuve.

Le traitement d'épreuve. — Ce traitement d'épreuve consiste à mettre le côlon au repos le plus complet possible et à combattre la constipation ainsi que nous venons de le dire.

Le régime le meilleur nous paraît être le régime strictement végétarien ; on supprimera viande et poisson et, autant que possible, sauf ce qui est strictement obligatoire pour une cuisine simple, le lait, le beurre, les œufs. En somme, on exclura « tout ce qui vient de l'animal » et l'on ne permettra que les légumes, les farines de céréales et de farineux, les pâtes, les fruits cuits, les biscottes. On fera boire de l'eau lactosée.

On donnera en même temps, si besoin, paraffine et mucilages ; on y ajoutera un désinfectant intestinal non irritant comme le stovarsol ou le cryptargol, etc seuls ou alternés.

Ce régime d'épreuve strict, doit durer de quinze jours à un mois.

Le résultat diagnostique (car il s'agit, nous le répétons, d'une épreuve de diagnostic et non d'un traitement) en est très frappant.

La sensibilité due à la colite, à la typhlite disparaît et la palpation devient complètement indolore si les troubles étaient colitiques. Si au contraire, il y avait sous roche, accompagnée ou masquée par la colite et la typhlite, une appendicite chronique, une lésion « chirurgicale », on trouve bien le côlon devenu insensible partout, mais la palpation de la région appendiculaire au bord interne du cæcum, est seule restée douloureuse.

Cette méthode que nous employons depuis des années nous a toujours paru faciliter grandement le diagnostic.

Elle est, sous une forme voisine, préconisée également par Faroy, mais il conseille d'instituer pendant plusieurs mois un véritable traitement de la colite et de ne se décider qu'ensuite, sauf bien entendu en cas de crises aiguës intercurrentes.

L'examen radiologique. — L'examen radiologique, sur lequel nous n'insisterons pas ici, est enfin toujours utile ; peut-être est-il moins aisé qu'on le dit de faire aux rayons un diagnostic positif d'appendicite chronique, mais l'exploration sous écran facilite, au milieu des divers organes de la région, le repérage du point douloureux ; on peut, en position debout et couchée, constater qu'il suit les déplacements du cæcum. Si ce cæcum ne bouge pas, on peut soupçonner des adhérences sans les affirmer, comme on fait trop souvent. Surtout l'écran et les clichés permettent de diagnostiquer des lésions autres que l'appendicite ou surajoutées à elle (coudures, brides, tuberculose, etc.).

***

En utilisant ces diverses données cliniques et diagnostiques, en considérant l'appendicite chronique comme une maladie dont le diagnostic est difficile et demande autre chose qu'une pesée des doigts sur le ventre, on arrive à faire la discrimination entre ce qui peut être soigné et ce qui doit être opéré ; à éviter, certes, de « balafrer » un colitique ; mais à éviter surtout de voir un sujet soi-disant atteint de colite, surpris, au milieu de son régime, par une poussée d'appendicite aiguë ou une perforation.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES)

M. le professeur NOBÉCOURT.

Sur une fille atteinte de maladie de Friedreich (1)

Voici une fille, née le 28 février 1913, à terme, après un accouchement normal. Elle a été allaitée régulièrement et n'a pas présenté de troubles digestifs. Sa seule maladie a été, à 2 ans et demi, une coqueluche. Vers 10 ans, elle a fait deux chutes sur la région lombaire, l'une d'un arbre, l'autre d'une charrette ; je ne pense pas qu'il faille attacher à ces traumatismes la même importance que la famille.

Quoi qu'il en soit, c'est vers onze ans et demi que sont apparues les premières manifestations de l'affection dont elle est atteinte. Petit à petit s'installe une certaine faiblesse dans les jambes, la marche devient difficile ; l'enfant marche les jambes écartées, est obligée de s'incliner du côté opposé pour lever une jambe. Au bout d'un an, ces troubles ont beaucoup augmenté. Quand l'enfant veut s'accroupir , ses jambes se mettent à trembler et quelquefois même elle tombe. D'autre part, quand elle écrit, sa main se fatigue et tremble. C'est surtout depuis novembre dernier que ces symptômes se sont aggravés ; la marche est impossible sans l'aide d'une autre personne.

Depuis le début, l'enfant éprouve de temps en temps dans les membres inférieurs des douleurs qu'elle compare à un coup de fouet ; elles surviennent tantôt la nuit tantôt pendant qu'elle marche. Elle ressent également des douleurs vives en ceinture qui durent pendant dix minutes ou un quart d'heure. La dernière crise, en décembre, a été particulièrement forte ; elle a siégé dans les membres et a déterminé une chute.

Cette enfant entre le 14 février. Elle est âgée de 13 ans et demi. Elle est bien développée. Elle mesure 149 cm. (la moyenne, d'après les tables de M. Variot, pour cet âge est de 148 cm., 6) ; elle père 41 kgr. 650, poids un peu supérieur à la moyenne de 38 kgr. 300. Son développement pubertaire est avancé ; son système pileux est bien développé au niveau de la région pubienne et des aisselles ; ses seins sont formés. Depuis le 10 juillet, elle est réglée et d'une façon normale.

Le système nerveux a été étudié en détail par mon chef de clinique, M. Lebée, et par mon interne, M. Bizé. Il vous est facile de constater les symptômes les plus apparents.

Quand la malade est dans le décubitus dorsal, les pieds sont en équinisme avec un léger varus. La voûte plantaire est très creuse, tandis que, sur le dos du pied, les os du tarse font saillie. La partie antérieure du pied paraît écourtée, tassée, élargie. Les orteils sont en légère flexion. Le gros orteil présente la déformation dite en baïonnette : la première phalange est en hypertension et la deuxième en hyperflexion. La déformation du pied est encore plus apparente quand la malade, étant assise, laisse pendre ses jambes.

Il n'y a aucune raideur, aucune contracture ; les articulations des pieds et des cou-de-pied sont facilement mobilisables. Il n'y a aucune paralysie et la malade exécute tous les mouvements ; on constate seulement une certaine hypotonie, dont témoigne notamment l'épreuve d'Holmès-Stewart. La force musculaire est conservée ; elle est diminuée seulement au niveau des muscles de la région antéro-externe de la jambe, qui président aux mouvements de flexion et d'abduction du pied.

On constate, en outre, des troubles dans les mouvements orientés aux membres inférieurs et aux membres supérieurs. Si on demande à la malade de mettre un talon sur le genou du côté opposé, ou un index sur le bout du nez, le pied ou la main plane, hésite, et ne se place pas au bon endroit. La préhension d'un objet est difficile et entraîne les mêmes phénomènes. En outre, il apparaît un peu de tremblement intentionnel. L'adiadococinésie est très appréciable, surtout à gauche.

Quand l'enfant se met debout, on constate des troubles de l'équilibre, une instabilité complète ; elle oscille , déplace les pieds, écarte les bras pour essayer de se maintenir en équilibre. Si nous lui faisons fermer les yeux, les phénomènes s'exagèrent ; il existe donc le signe de Romberg.

La marche est très difficile, on doit aider l'enfant. Elle présente un certain degré de steppage ; elle relève exagérément la cuisse, laisse tomber lourdement la pointe du pied, puis le talon sur le sol. D'autre part, la démarche est un peu titubante ; il existe de la festination et de la perte d'équilibre.

Les réflexes tendineux, patellaires, achilléens, radiaux, tricipitaux, sont abolis. Les réflexes cutanés abdominaux sont un peu faibles. Le signe de Babinski ne peut être précisé : l'extension de l'orteil n'est pas provoquée par les manœuvres de Gordon, de Schiffer, de Mendel-Betcherev. Il n'y a pas de syncinésies.

(1) Leçon du 30 avril 1927, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

Je rappelle les douleurs que la malade a ressenties, mais qui ont disparu depuis quatre mois. La sensibilité objective, superficielle et profonde, est normale.

Il n'y a pas de troubles trophiques, sauf une légère atrophie des muscles de la région antéro-externe de la gauche.

Il existe des troubles vaso-moteurs ; de temps en temps, surviennent des crises d'asphyxie des membres inférieurs : brusquement, sans cause appréciable, le pied et la partie inférieure de la jambe se cyanosent et se refroidissent ; ces phénomènes disparaissent sous l'influence des applications chaudes.

Depuis le début, la parole est un peu traînante, difficile, sans dysarthrie vraie.

La langue présente un peu de tremblement fibrillaire.

Cette enfant qui écrivait bien, comme nous l'avons constaté sur ses cahiers scolaires, a aujourd'hui une écriture difficile, lente, irrégulière, avec des crochets brusques et démesurés ; pour écrire, elle appuie fortement sa main afin, dit-elle, d'éviter de brusques écarts, et concentre son attention.

Il existe un ptosis gauche congénital. D'après M. Poulard, les réflexes pupillaires, la vision, le fond de l'œil sont normaux. On constate un nystagmus horizontal léger, peu rapide, qui apparaît quand l'enfant porte le regard en dehors.

L'état mental est normal. L'enfant est très bien notée à l'école.

L'examen électrique a été pratiqué par M. Duhem. Au niveau des membres inférieurs, les réactions aux courants galvanique et faradique sont normales.

L'examen des viscères est négatif.

Le liquide céphalo-rachidien est normal ; on dose 0 gr. 20 d'albumine au litre ; il n'y a pas de leucocytes.

Le pouls, la pression artérielle (13,5-8, avec l'appareil de Vaquez) sont normaux.

La cutiréaction à la tuberculine est négative, le Bordet-Wassermann (H^7), négatif, le Hecht très légèrement positif. L'enfant n'offre d'ailleurs aucun signe de tuberculose, ni de syphilis.

Somme toute, cette enfant présente des symptômes complexes.

Les troubles de l'équilibre, la démarche légèrement ébrieuse avec un certain degré de steppage, l'hypotonie musculaire, l'hypermétrie, l'adiadococinésie, le tremblement intentionnel, le nystagmus, la trémulation de la langue, indiquent un trouble du système cérébelleux. L'abolition des réflexes tendineux, le signe de Romberg indiquent des troubles du système sensitif profond. Il n'y a pas de troubles nets du système pyramidal.

Notez la conservation des réactions électriques, l'intelligence normale, la parole spéciale, les douleurs et enfin le pied bot spéciaux.

Ces troubles se sont installés d'une façon insidieuse vers l'âge de 11 ans et demi, sans cause appréciable, et ont évolué de manière progressive.

L'enquête sur la famille apprend que la mère est morte en 1917, peut-être d'accidents laryngés, que le père est un éthylique avéré et est syphilitique, car son sang nous a donné un Bordet-Wassermann nettement positif (H^o) ; que le grand-père maternel aurait contracté la syphilis pendant son service militaire. Enfin, notre malade a une sœur, son aînée de quatre ans, un frère, son aîné de deux ans, tous deux bien portants. Le frère a un Bordet-Wassermann négatif (H^7), un Hecht très légèrement positif et des réflexes rotuliens normaux, comme nous avons pu nous en assurer.

Malgré qu'il s'agisse d'un cas solitaire dans la faimille, les symptômes nous permettent de porter le diagnostic de *maladie de Friedreich.*

***

Friedreich, en 1861, puis en 1876, dans deux mémoires successifs, a, le premier, décrit une affection voisine du tabes dorsalis, apparaissant dans la grande enfance et familiale. Les six enfants dont il rapporte l'histoire dans sa première monographie appartenaient à deux familles. Il attribue cette affection à l'atrophie des cordons postérieurs et des parties postérieures des cordons latéraux de la moelle et l'appelle *ataxie héréditaire.* Ultérieurement, en France, Féré, en 1883, l'appelle *ataxie familiale,* Charcot lui consacre une leçon en 1884 ; Brousse, dans sa thèse de 1884, lui donne le nom de *maladie de Friedreich* qui est resté. Soca réunit dans sa thèse de 1888 les documents connus à son époque. Il n'est pas possible de mentionner tous les mémoires et toutes les observations.

La maladie de Friedreich débute pendant l'enfance. Son début est difficile à préciser. Il s'effectue généralement avant 14 ans, dans les deux tiers des cas, écrit Soca et surtout avant 10 ans ; quelques fois même les symptômes ont été constatés dès que l'enfant faisait ses premiers pas.

Inversement, le début est parfois tardif, peut se faire après 20 ans et jusqu'à 32 ans.

L'affection débute d'une façon insidieuse, par une gêne de la marche qui va en s'accentuant. A un moment donné, on constate des troubles de la motilité, de la réflectivité, de la sensibilité.

Voyons d'abord les TROUBLES DE LA MOTILITÉ.

La *démarche,* a dit Charcot, est *tabéto-cérébelleuse.* Elle est titubante, hésitante, ébrieuse ; l'enfant marche les jambes écartées, les bras élevés comme un balancier. Le malade steppe ; il élève la cuisse, parce qu'il détache difficile-

ment du sol la partie antérieure du pied ; il lance la jambe comme un tabétique, mais cependant la projection est moins brusque et moins étendue que chez ce dernier.

Dans la station debout, l'équilibre est instable ; le torse oscille, les pieds se déplacent continuellement. Au début, ces troubles sont surtout manifestes quand l'enfant ferme les yeux ; on constate le signe de Romberg.

Dans le décubitus dorsal, on remarque, comme nous venons de le voir, une certaine incertitude dans les mouvements des membres.

Généralement, c'est au niveau des membres inférieurs que ces troubles apparaissent tout d'abord et sont les plus marqués : quand l'enfant lève la jambe, il se produit de petites oscillations latérales, quand on lui ordonne de placer un talon sur le genou de l'autre membre, le pied plane avant de toucher le but.

Les troubles sont plus tardifs et moins accentués au niveau des membres supérieurs. Ils se traduisent par de la maladresse dans les mouvements. Qu'il s'agisse de prendre un objet ou de placer, au commandement, l'index sur le bout du nez, la main plane, puis s'abat brusquement. Quelquefois, il existe un certain degré de tremblement intentionnel.

L'écriture devient difficile, irrégulière, avec des écarts brusques.

Il est d'autres symptômes moins constants, moins pathognomoniques, mais qui existeraient cependant dans le tiers de cas, d'après les statistiques de Soca : des petits mouvements de salutation, des mouvements choréiformes, une expression inquiète, mobile du visage, une sorte d'instabilité choréiforme suivant la remarque de Charcot.

En somme, ce qui domine, c'est cette véritable ataxie. Il n'y a pas de paralysie, mais un certain degré de faiblesse musculaire dans certains muscles, tout au moins.

L'hypotonie conditionne certaines déformations.

La déformation du pied est visible dans le décubitus dorsal et mieux quand on laisse pendre la jambe. C'est un *pied bot varus équin* : la plante est excavée, les os du tarse bombent sur la face dorsale. Les orteils, surtout le gros, ont la première phalange en hyperextension, tandis que la deuxième est en flexion d'où l'aspect en baïonnette. La déformation est facile à corriger, elle disparaît dans la station debout.

La *main bote*, qui a été décrite par M. M. Cestan et Sicard, se rencontre rarement.

Assez souvent, il existe une *scoliose dorsale*, qui généralement est à convexité droite, associée ou non à de la *lordose*.

Ces déformations ne sont pas dues, je le répète, à des altérations articulaires, à des rétractions tendineuses, à des contractures. Elles sont la conséquence de l'hypotonie musculaire.

Les TROUBLES DE LA RÉFLECTIVITÉ consistent dans l'*abolition des réflexes tendineux* patellaires, achilléens et autres ; elle est un symptôme précoce.

Divers neurologistes ont signalé l'*exagération des réflexes cutanés*. Elle n'existe pas toujours.

Le signe de Babinski se rencontre assez souvent, mais il n'est pas constant.

Les TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ sont fréquents.

Ce sont des *douleurs* qui apparaissent surtout au début et sont, en général, peu vives. Elles siègent au niveau des membres inférieurs ou du tronc, sous forme d'élancements, de douleur vague, des douleurs en ceinture ; elles surviennent à des moments variables, que le malade soit couché ou debout.

L'exploration de la sensibilité peut déceler une diminution de la sensibilité tactile, douloureuse, thermique, musculaire, osseuse, surtout au niveau des membres inférieurs, etc.

Il existe un nystagmus horizontal, qui apparaît surtout quand on fait porter l'œil en dehors ; il n'apparaît guère que deux ou trois ans après le début. Les réflexes oculo-pupillaires, le fond de l'œil, la vision sont normaux.

L'odorat, le goût, l'ouïe, sont intacts.

La langue présente ordinairement un tremblement fibrillaire.

Les troubles de la parole sont assez tardifs. Elle est lente, traînante, un peu hésitante, inégale ; à la longue, elle peut devenir incompréhensible. Elle est, comme la marche, dit le professeur Pierre Marie, pesante, incertaine, titubante.

Il n'existe pas de TROUBLES TROPHIQUES, sauf un certain degré d'atrophie musculaire, intéressant principalement les muscles antéro-externes de la jambe.

Assez souvent, surviennent des TROUBLES VASO-MOTEURS ; ce sont en particulier des crises de refroidissement et de cyanose au niveau des membres inférieures.

Il n'y a pas de TROUBLES VISCÉRAUX, pas de troubles vésicaux.

La CROISSANCE s'effectue de façon régulière. Il n'existe pas de trouble dans l'*évolution pubertaire*, qui se fait à l'âge ordinaire ; d'ailleurs, pendant la jeunesse et à l'âge adulte, l'instinct sexuel et la puissance génitale sont normaux.

L'NTELLIGENCE est normale. Rarement il existe des troubles psychiques ou mentaux sur l'interprétation desquels on peut discuter.

Le *liquide céphalo-rachidien* est d'ordinaire normal ; dans certains cas, on constate des lymphocytes en plus ou moins grand nombre.

Somme toute, les symptômes essentiels sont des troubles de la motilité, une démarche tibu-

tante et ataxique, le pied bot, l'abolition des réflexes tendineux, le nystagmus.

La symptomatologie peut présenter des particularités diverses qui autorisent, dans une certaine mesure, la description de VARIÉTÉS CLINIQUES.

Elle varie suivant les moments de l'évolution. Pendant les premières phases et parfois pendant longtemps, il existe de véritables *formes frustes.*

Alors, c'est souvent le pied-bot varus équin, le pied creux, qui attire l'attention. Témoin les faits suivants.

Le 19 janvier 1909, à la *Société de Pédiatrie*, MM. Armand-Delille et Feuillée présentent l'observation d'un garçon de 13 ans. Depuis un an, on remarque une déformation du pied, de la maladresse quand il marche et quand il court. Les parents le conduisent consulter Broca. Il constate un pied-bot varus équin par hypotonie musculaire, ayant les caractères du pied bot de la maladie de Friedreich ; un examen plus complet décèle l'incertitude de la marche, un peu de steppage, l'abolition des réflexes tendineux et un léger nystagmus.

A la même *Société*, en mars 1913, MM. Babonneix et Rœderer présentent l'observation d'un garçon de 17 ans. A partir de 5 ans, il a des pieds bots varus équin. On le traite par des appareils et même par la section du long péronier latéral, sans obtenir aucun résultat. Quand MM. Babonneix et Rœderer voient ce garçon à l'âge de 17 ans, ils constatent une déformation des pieds et une volumineuse cypho-scoliose dorsale. La marche est difficile à cause de la déformation des pieds. Il y a un certain degré d'ataxie statique, sans signe de Romberg. Les réflexes rotuliens et achilléens sont très faibles, sinon abolis. Les auteurs concluent à l'existence d'une « forme intermédiaire, forme un peu anormale de maladie de Friedreich. »

MM. Bourguignon et Rœderer à la *Société de médecine de Paris*, le 23 octobre 1920, rapportent un cas de *maladie de Friedreich fruste.* Il s'agit d'une fille . Vers l'âge de deux ans, apparaît une déformation du pied droit, vers 13 ans une déformation du pied gauche. Les auteurs la voient à 22 ans. Ils constatent un pied creux, l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, quelques troubles de l'équilibre, une ébauche de Romberg, une démarche légèrement titubante, sans aucun autre symptôme.

On décrit encore des formes tenant à la présence de certains phénomènes : une *forme paralytique*, une *forme avec contracture.* Les symptômes particuliers peuvent simuler d'autres affections : une myopathie, l'hérédo-ataxie cérébelleuse.

Ces faits soulèvent des problèmes cliniques et théoriques, des discussions relatives au diagnostic, dans l'exposé desquels, je ne veux pas entrer.

Je ne m'arrêterai pas à l'étude des LÉSIONS. Les altérations occupent les cordons postérieurs et latéraux, le faisceau de Goll, le faisceau de Burdach, dont l'altération paraît la plus constante, le faisceau de Flechssig, le faisceau de Gowers, et même le faisceau pyramidal croisé. Il y a également des altérations des racines postérieures.

Les lésions consistent en une sclérose névroglique spéciale ; il y a une atrophie simple et progressive des éléments nerveux. Ce processus est différent de celui constaté dans le tabes ou dans les scléroses syphilitiques.

L'ÉVOLUTION de la maladie de)Friederich est lente et progressive.

Pendant plus ou moins longtemps, pendant 2, 3 ou 4 ans, la marche reste possible. Il y a des cas où le malade peut marcher pendant 10 ou 12 ans et même pendant 15 ou 20 ans.

Puis, il arrive un moment où le malade est confiné au lit ne peut plus marcher sans être soutenu. Il peut vivre pendant longtemps, car l'état général est peu altéré, mais c'est un grabataire, qui est exposé aux influences nocives du milieu. Souvent ces malades meurent de tuberculose ou d'une autre maladie infectieuse.

La durée est très variable ; elle peut s'étendre depuis 2 ans jusqu'à 46 ans.

C'est une maladie d'autant plus terrible qu'on ne connaît pas de TRAITEMENT capable de l'enrayer. Le traitement spécifique, même quand il est justifié par l'étiologie, paraît inactif.

***

La maladie de Friedreich n'est pas très commune, mais elle n'est pas exceptionnelle. Déjà, en 1888, Soca en avait réuni 165 cas, dont 78 typiques.

Cette maladie atteint les garçons comme les filles.

C'est une affection de l'enfance et de la jeunesse ; nous avons vu tout à l'heure à quels âges elle débutait.

En général, c'est une maladie familiale ; Friedreich l'a montré et nombre d'observations en témoignent. Plusieurs frères et sœurs, parfois presque tous, peuvent en être atteints. Il faut, avant de conclure que les autres membres de la famille sont indemnes, attendre qu'ils aient dépassé l'âge du début, lequel est, à deux ou trois ans près, le même dans la famille, il faut rechercher les formes frustes et, en particulier, l'abolition des réflexes rotuliens, qui peut être le seul symptôme. M. de Almeida Prado, en 1919, M. Grenet, à la dernière séance de la *Société de Pédiatrie*, en ont cité des exemples.

Mais, il y a des cas où la maladie de Friedreich reste isolée. Ces *cas solitaires* ne sont pas rares.

Soca en rapporte onze ; Raymond dit les avoir observés trois fois sur cinq cas. M. Pierre Amouroux, dans sa thèse de 1899, sur *l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Friedreich*, en cite un cas. Dans les observations de MM. Armand Delille, Babonneix, Bourguignon, que j'ai citées tout à l'heure, il s'agit également de cas solitaires. De même, pour notre malade.

On a rapporté des faits où la maladie de Friedreich paraît avoir débuté après une *maladie infectieuse*, une coqueluche, une diphtérie, une rougeole, une scarlatine, etc. Mais cette maladie infectieuse n'en est pas la cause. Il ne s'agit que de coïncidences ; il est possible que l'affection fût encore légère et ignorée ; d'ailleurs la maladie de Friedreich peut être aggravée par une maladie infectieuse intercurrente.

On a, dans certains cas incriminé un *traumatisme* ; là encore, il ne s'agit que d'une coïncidence.

On invoque l'*hérédité nerveuse* ou *toxique* : l'hérédité névropathique, l'hérédité alcoolique. Parfois, le père ou la mère ont une hémiplégie, du tabes, une paralysie générale. Mais, alors étant donnée l'étiologie du tabès et de la paralysie générale, se pose la question de l'*hérédité syphilitique*.

M. Amouroux, en 1899, écrit : « L'enquête poursuivie au sujet de l'hérédo-syphilis n'a pas donné de résultats bien nets. » M. Crouzon, en 1921, dans son article du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, écrit que la réaction de Wassermann a été trouvée négative dans quatre cas par MM. Pierre Marie et Thiers, dans un cas par M. Lambron, positive dans un cas par M. André Thomas.

En réalité, les faits où l'on trouve des antécédents syphilitiques deviennent de plus en plus nombreux. La syphilis existait chez le malade de M. de Alméida Prado. A la *Société Argentine de Pédiatrie* en 1921, MM. Cassaubon et Miunagurua, M. Garrahan ont soutenu que la syphilis joue un rôle important dans la production de la maladie de Friedreich.

La syphilis existait chez deux frères atteints de maladie de Friedreich, que j'ai observés en 1910, dans le service du professeur Hutinel.

L'aîné, né le 28 avril 1900, est pris vers 7 ans de troubles de la marche qui augmentent progressivement. Il entre à la clinique, le 9 avril 1910, à l'âge de 10 ans. Il a une maladie de Friedreich typique. Le liquide céphalo-rachidien est clair et contient une trentaine de lymphocytes par champ du microscope après centrifugation ; l'albumine y est un peu augmentée ; le Bordet-Wassermann est légèrement positif.

J'ai relaté son histoire avec M. Paisseau, à la *Société médicale des hôpitaux* le 16 décembre 1910, parce qu'il était mort d'une *médiastinite tuberculeuse à évolution rapide* du fait d'*accidents asystoliques à marche aiguë* et d'une *granulie apyrétique*. L'examen du médiastin nous a montré des lésions qui permettraient de suspecter fortement la syphilis ; il y avait en effet des artérioles oblitérées, entourées de zones fibreuses plus ou moins étendues. Les reins présentaient également une sclérose diffuse à prédominance péri-artérielle et péri-glomérulaire.

Le frère, plus jeune, né le 27 décembre 1903, commence vers six ans à présenter des troubles de la marche qui s'accentuent assez rapidement. Il entre à l'hôpital le 25 juin 1910, à l'âge de six ans et demi ; nous constatons les symptômes caractéristiques de la maladie de Friedreich. Cet enfant a un Bordet-Wassermann positif. Il quitte l'hôpital le 30 septembre, dans le même état.

Le père de ces enfants se dit bien portant. La mère est atteinte de tuberculose pulmonaire. Ils ont eu six enfants : trois sont morts en bas-âge, un est mort à trois ans de méningite tuberculeuse ; les deux autres sont les garçons dont je viens de parler.

***

Notre malade réalise un type net de maladie de Friedreich. Elle en présente les symptômes cardinaux, le début insidieux, vers l'âge de onze ans et demi ; c'est, tout au moins à ce moment que les symptômes sont devenus apparents. L'affection a une évolution progressive assez rapide ; à 13 ans et demi, deux ans après le début, l'enfant se trouve confinée au lit, ne marche qu'avec une grande difficulté et avec l'aide d'une autre personne. Cependant, jusqu'ici il n'y a pas de retentissement notable sur la santé générale. La croissance et la puberté se sont poursuivies normalement.

Il s'agit d'un cas solitaire, réserve faite d'une apparition possible de la même maladie, chez les autres enfants, mais notons qu'elle est la dernière de la lignée, et que, généralement, c'est vers le même âge que la maladie de Friedreich débute chez les enfants d'une même famille.

Comme facteur étiologique, la famille incrimine des chutes que l'enfant aurait faites un an et demi avant l'apparition des premiers symptômes ; elles ne paraissent pas avoir joué un grand rôle. Plus importants sont l'alcoolisme paternel et surtout la syphilis : le père a un Bordet-Wassermann franchement positif et le grand-père maternel serait également syphilitique. Toutefois chez la malade et chez un frère nous ne constatons pas de signes cliniques ou sérologiques de spécificité.

UNE NOUVELLE ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE DES ACIDES AMINÉS

Le Pr Gautrelet, qui connaît mes recherches sur l'action des « Acides aminés dans la tuberculose », a eu la grande obligeance, dont je lui suis très reconnaissant, de me signaler et de me communiquer un important travail de physiologie fait récemment à l'Institut Léon Frédéricq de l'Université de Liège, par Lucien Brouha, d'après le conseil du Pr H. Frédéricq, et qui a pour titre : « Etude de l'action vasculaire des acides aminés ».

Certes, on doit se garder de transposer à la légère, dans le domaine humain, les conclusions des expérimentations faites sur les animaux. Mais lorsque des centaines d'expériences minutieuses, à l'abri de toute critique, donnent des résultats réguliers et concordants, il faut bien en tenir compte, et s'efforcer de préciser quelles déductions pratiques en peuvent tirer la physiologie et la pathologie humaines.

A la suite de divers physiologistes qui avaient étudié l'action vasculaire des peptones, Wolf, Chevallier et Gautrelet reprirent cette étude en se servant d'acides aminés, et Lussana et H. Frédéricq montrèrent que les acides aminés renforcent légèrement l'énergie systolique du cœur. Quant à leur action sur la pression sanguine et les vaisseaux, les résultats étaient contradictoires. C'est ce qui détermina L. Brouha à en faire une étude méthodique et complète.

Il effectua de nombreuses expériences sur le chien et le lapin avec le glycocolle, l'alanine, la leucine et la valine, dissous dans le liquide de Locke, et injectés dans les vaisseaux.

Voici, en négligeant quelques détails qui m'ont paru avoir peu d'importance pour le médecin, les principales conclusions de ce travail :

1° L'injection intraveineuse d'acides aminés, rapide et à doses suffisante, détermine régulièrement, chez le chien et le lapin, une *chute de la pression sanguine générale.*

2° Cette chute de pression dépend d'*une action dilatatrice périphérique, s'exerçant directement sur la paroi vasculaire* : en effet, la section des nerfs d'un territoire considéré n'abolit pas l'action dilatatrice des acides aminés dans ce territoire.

3° Ce pouvoir dilatateur se fait sentir sur les vaisseaux viscéraux aussi bien que périphériques ; il est aussi manifeste sur les organes isolés et irrigués artificiellement que sur les organes *in situ,*

Ont été ainsi abondamment étudiés le rein, la rate, le corps thyroïde, le pancréas, le foie et l'intestin. L'action des acides aminés se traduit par une *augmentation de volume de l'organe*, une *augmentation du débit vasculaire,* et pour le rein, où la vérification fut facile, une *augmentation du débit urinaire.*

Il est évident que, de même que le rein, les autres organes ont leur activité sécrétoire accrue avec leur débit circulatoire et leur volume. Mais la chose n'a été vérifiée que sur le rein, car la rate et la thyroïde n'ont pas de sécrétion externe, et les difficultés techniques d'expérimentation n'ont pas permis cette constatation pour le foie et le pancréas.

Ce travail remarquable précise donc un des modes d'activité de plusieurs acides aminés. Ce que l'on sait déjà de l'action physiologique de cette classe de produits organiques fait seulement entrevoir toute leur importance.

Il y a déjà une quinzaine d'années, on a montré les propriétés antiscléreuses de l'*allylthiourée,* acide aminé qui fut employé sous les noms spécialisés de fibrolysine et de thiosinamine. Récemment, on vient de mettre en lumière l'activité antiglycémique de la *guanidine,* acide aminé assez toxique, auquel on a substitué avec des résultats intéressants son dérivé, la *synthaline.* Et je puis bien rappeler que, le premier, j'ai prouvé l'action thérapeutique précieuse dans la tuberculose de certains acides aminés, la leucine et le glycocolle notamment.

Ces faits nouveaux étaient trop en dehors des idées courantes pour être acceptés facilement. Cependant, la médecine ne peut demeurer immobile, lorsque devant elle s'ouvre une route neuve, engageante et pleine de promesses. Elle n'est pas une religion aux dogmes intangibles, mais bien une science et un art sans cesse en mouvement et en transformations.

Quoi qu'il en soit, la belle étude physiologique de L. Brouha vient confirmer hautement deux faits cliniques que j'ai énoncés précédemment.

1° La solution d'acides aminés que j'emploie contre la tuberculose n'est pas hypertensive ; au contraire, on voit chez les hypertendus la tension revenir à la normale.

2° Les organes déficients subissent une stimulation vigoureuse, comme si cette solution avait des propriétés polyopothérapiques.

Dr Dani HERVOUET.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les grandes hématuries chez des rétrécis.

C'est là une complication pas assez connue des rétrécissements de l'urèthre, sur laquelle le Pr Pr Duvergey et L. Dax attirent l'attention des médecins. Il ne s'agit pas ici des hématuries initiales ou terminales très fréquentes, mais d'hématuries totales, importantes, qui avant tout examen faisaient penser à une hématurie de tumeur. Un malade avait des hématuries intermittentes depuis 2 ans ; les autres avaient des hématuries continues depuis plusieurs jours ou semaines.

Tantôt l'hématurie est si violente que le malade croit uriner du sang pur, tantôt le sang teinte l'urine en noir. L'apparition du sang est d'habitude spontanée, ou bien elle survient à la suite de causes congestives diverses : repas copieux, froid, ou d'une rétention passagère ; en tout cas, nullement n'est besoin d'un sondage ou traumatisme pour la déterminer.

Le saignement a une cause locale, puisqu'il a suffi dans tous les cas de lever le barrage urétral pour le faire cesser. L'âge est important ; l'hématurie apparaît surtout chez les vieux rétrécis : aussi avait-on tendance à la rapporter à la prostate plutôt qu'à l'urèthre. Le contrôle cystoscopique montre qu'il s'agit d'hématuries vésicales, et il n'est pas sûr que le rein ne puisse également en avoir sa part. Elles sont conditionnées par deux facteurs : la congestion et l'infection.

Pour qualifier un saignement abondant d'« hématurie des rétrécis », il ne suffit pas de constater une stricture urétrale, il faut éliminer par les explorations et les examens habituels les causes banales d'hémorragie dans l'appareil urinaire : adénome prostatique, tumeur, tuberculose, calcul, qui peuvent fort bien coexister avec un rétrécissement.

Aussi, une fois celui-ci traité et disparu, fera-t-on bien de toujours pratiquer une cystoscopie avant de porter un pronostic définitif et rassurant sur l'avenir du malade.

Le pronostic de ces hématuries est en effet bénin ; elles cèdent toujours à la suppression de l'obstacle urétral ; chez un malade, la mise à demeure d'une petite sonde urétrale n° 8 a eu raison d'une hématurie résistant depuis la veille à l'ergotine et au chlorure de calcium.

Des lavages et des instillations antiseptiques assureront ensuite la désinfection de la vessie. (*La Presse médicale*, 2 mars 1927.)

L'eau chaude à 60° en lavage dans les collections froides bacillaires.

Depuis 8 ans, le Pr Rocher emploie cette méthode, non d'une façon exclusive, mais toujours avec des résultats intéressants par leur rapidité ; il semble que l'eau à 60° soit un modificateur dans les suppurations froides bacillaires non fistulisées.

Il la conseille dans les abcès ganglionnaires, dans les abcès arthrifluents et ossifluents et surtout dans ceux du mal de Pott et de la coxalgie ; de très volumineuses collections de la fosse iliaque ont été asséchées par quelques ponctions. Il semble aussi que dans les imminences d'ulcérations des téguments, ceux-ci, sous l'influence de ce traitement, se soient hypertrophiés, épaissis autour de l'abcès et qu'ainsi était prévenue l'ouverture spontanée. Employée après d'autres techniques (injections à base d'iode, d'huile goménolée), qui n'arrivaient pas à tarir la suppuration, cette méthode a montré souvent une valeur immédiate.

Il suffit d'avoir un récipient avec de l'eau, qui a bouilli dix minutes et qui reste à la température à 60°, vérifiée par un thermomètre immergé. Pour respecter un tégument en imminence d'ulcération, il faut ponctionner en marge de l'ulcération. L'aiguille, lorsqu'on la retire du pus épais doit être assez grosse pour permettre facilement son évacuation. Au moyen d'une seringue de Luer, de capacité proportionnée à la contenance de l'abcès, après évacuation de la collection, on injectera l'eau chaude (ou encore le sérum de Hayem) à 60° ; on doit pratiquer un véritable lavage de la poche ; les détritus caséeux se détachent de la membrane pyogène et nagent dans le liquide louche retiré par la seringue à chaque coup de piston ; il ne faut pas craindre de faire un lavage complet toujours à 60° ; il est habituel de voir saigner à la fin de ce lavage la membrane pyogénique ; si le liquide rose devient rouge, mieux vaut arrêter le brassage ; s'il n'est que rose, on peut maintenir 3 à 5 minutes le contact de l'eau chaude dans la poche, on vide toute l'eau par expression, et on fait un pansement légèrement compressif.

Ce traitement est un peu douloureux mais il n'y a aucune réaction inflammatoire consécutive. Au bout de quelques jours la collection se reproduit, sous un volume moindre, et plusieurs

ponctions sont nécessaires pour assécher définitivement la poche.

Ce procédé, si efficace, si simple, est utile à connaître. (*La Presse médicale*, 19 mars 1927.)

Exposé du traitement actuel des cancers du sein par les radiations.

M. Edouard OPPERT étudie les procédés non opératoires de traitement de cancer du sein. Ces traitements doivent englober les territoires lymphatiques qui dépendent du sein (ganglions axillaires, ganglions mammaires internes profonds et ganglions sus-claviculaires). Dans ce traitement, OPPERT préfère à la radiothérapie la curiethérapie à l'aide de foyers extérieurs.

Ce procédé consiste à mettre en place un appareil correspondant à l'ensemble des réseaux lymphatiques sus-claviculaire, mammaire, thoracique inférieur et axillaire, garni de foyers radifères distants de trois à cinq centimètres de la peau, écartés de trois centimètres les uns des autres. On a utilisé pour placer et disposer les appareils radifères des moulages en cire ou en tarlatane garnie de bloc de cire.

Cette méthode a comme avantage de ne mettre en jeu que des doses de rayonnement beaucoup plus faibles que les rayons X, qui se recroisent en tous sens et qui provoquent des désordres superficiels et profonds (œdème induré chronique et anémie marquée). Dans le traitement des cancers par les radiations le succès dépend de la qualité et non de la quantité du rayonnement employé. La durée de ces applications doit être prolongée de 13 à 25 jours. Elle s'accompagne d'une fatigue marquée, d'un état nauséeux et d'une réaction cutanée plus ou moins marquée.

Par la *radiumpuncture*, OPPERT a obtenu d'excellents résultats dans le squirrhe ulcéré des vieilles femmes. Après anesthésie régionale, la tumeur est encerclée du nombre convenable d'aiguilles proportionnel à son volume. Les aiguilles sont chargées de 1 mgr. 33 de Ra. Elles débitent 10 microcuries heures. Les applcations durent de neuf à douze jours. (*Paris chirurgical*, nº 5, 1927.)

Technique de résection du nerf présacré.

M. Raymond BONNEAU expose les détails techniques de cette opération qui donne d'excellents résultats dans la dysménorrhée douloureuse. Ses recherches lui ont montré que le nerf présacré n'existe pas en tant que tronc nerveux autonome unique. Il y a bien deux ou trois nerfs que l'on voit descendre de la bifurcation de l'aorte, devant le corps de la cinquième lombaire. Ils franchissent le promontoire, pour pénétrer dans le bassin et, sous le nom de nerfs hypogastriques se terminent sur les ganglions hypogastriques situés à la base des ligaments utéro-sacrés. Mais ces nerfs ne sont qu'une partie d'un ensemble composé d'une dizaine de filets nerveux qui s'intriquent et qui constituent un véritable plexus.

Ce plexus nerveux est situé sous un plan aponévrotique, sorte de fascia fibreux sous péritonéal. Après avoir incisé le péritoine repéré par deux pinces, BONNEAU met à nu le fascia souspéritonéal, l'incise délicatement, en écarte les lèvres pour bien mettre en évidence le plan nerveux sous-aponévrotique.

Avec le décolle-périoste de DOYEN, il prend contact avec la colonne vertébrale, ramasse et charge tous les tissus mous (tissu cellulaire, vaisseaux sacrés, aponévrose, plexus nerveux) et résèque ces tissus entre deux ligatures. (*Paris chirurgical*, 1927, nº 5.)

La parésie intestinale post-opératoire.

Le tableau clinique de la parésie intestinale post-opératoire se constitue dès le deuxième ou troisième jour, dit le Dr A. AIMES (de Montpellier) ; elle se différencie des paralysies par péritonite et de l'occlusion vraie ; ce n'en est pas moins une complication très fréquente et fort désagréable des interventions sur l'abdomen, au point que, sous sa forme légère, elle est presque de règle. Les manœuvres intra-abdominales au cours de l'acte opératoire en sont la cause principale ; elle est ensuite aggravée par l'usage de la morphine.

Dans sa forme légère, elle peut céder à la sonde rectale et aux lavements ; dans sa forme moyenne elle revêt déjà un caractère plus alarmant ; dans sa forme grave, enfin, elle prend tous les aspects de la péritonite aiguë et peut emporter le malade si l'on ne met pas aussitôt en œuvre tous les moyens thérapeutiques propres à la juguler.

A ces moyens classiques, le meilleur agent thérapeutique à associer est la péristaltine administrée sous forme injectable. Il est même préférable de ne pas attendre l'apparition du syndrome et d'injecter préventivement soit avant, soit après l'opération, deux ou quatre centicubes de péristaltine : on obtient ainsi généralement des émissions de gaz entre la sixième et la quinzième heure qui suit l'intervention, et on évite aux opérés tous les désagréments du météorisme avec ses douleurs, sa dyspnée, ses nausées, son accélération du pouls. Le syndrome constitué, on aura encore recours à la péristaltine, le plus souvent avec succès en lui associant, si nécessaire, un milligramme de sulfate d'ésérine. En cas d'échec, on aura la ressource du lavement électrique, mais il est très rare que l'on soit obligé d'y recourir si l'on a pris la précaution d'injecter préventivement la péristaltine. (*Progrès médical*, 3 septembre 1927.)

Le zinc-sulfarsénol dans le traitement de la syphilis.

On sait que l'activité des arsenicaux peut être augmentée par l'adjonction de métaux (argent, cuivre, bismuth, mercure, zinc, etc.), à la condition que le métal soit capable d'entrer en combinaison avec l'arsénobenzène. Ainsi, le zinc-sulfarsénol, d'après les recherches de Lehnhoff-Wyld et de Dale, aurait un index chimio-thérapeutique de 1 /66, alors que le sulfarsénol simple n'aurait que 1 /15.

Poursuivant, au point de vue clinique, l'étude du zinc-sulfarsénol, MM. Marcel PINARD et L. LAFOURCADE signalent les bons effets qu'ils ont obtenus de ce nouveau produit, que Raoul Bernard, de Bruxelles, avait déjà utilisé favorablement. Leurs observations montrent l'efficacité en clinique humaine de cet agent thérapeutique. Sous son influence, les tréponèmes ont disparu des lésions au bout de quelques jours ou même de 24 heures et la sérologie a été modifiée rapidement. Le médicament présente l'avantage de pouvoir permettre des traitements arsenicaux actifs avec une quantité d'arsenic inférieure à la quantité habituelle. Ainsi, chez un malade soigné au onzième jour du chancre, une série d'injections intra-veineuses de Zn Sulfar, à des doses n'ayant pas dépassé 0.36, a maintenu la négativité de toutes les réactions sérologiques. Les auteurs ont obtenu un excellent résultat, dans la syphilis primaire et secondaire, par la thérapeutique suivante : injections intra-veineuses de 0,06 de zinc-sulfarsénol et, quatre heures après, de 0.60. Vingt-quatre heures plus tard, on ne décèle plus de tréponèmes ; sérologie négative au bout de trois semaines. (*Revue française de dermatologie et vénéréologie*, avril 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur la lithiase aseptique de la vésicule biliaire.

(M. A. GOSSET. — *Académie de méd.* ; 11-10-1927.)

Se basant sur des faits cliniques et anatomo-pathologiques (38 pièces opératoires), M. Gosset pense qu'à côté de la lithiase vésiculaire par infection, on doit faire une place — et une très grande place — à une autre lithiase, aseptique, par hypercholestérinémie.

— M. CHAUFFARD remarque que la communication de M. Gosset apporte un argument démonstratif aux idées qu'il soutient depuis longtemps sur l'origine aseptique et humorale d'un grand nombre de lithiases biliaires. L'origine infectieuse de la cholélithiase a été proclamée comme un dogme et pour beaucoup de médecins elle semble encore intangible. Et cependant, pour réelle qu'elle soit, elle ne s'applique qu'à la minorité des faits cliniques. Bien plus fréquents, paraissent à M. Chauffard les cas où la formation de calculs biliaires est primitivement aseptique et où l'infection, quand elle se montre, n'est que secondaire ; il en est ainsi pour les calculs de cholestérine pure.

Les spécialités pharmaceutiques.

(M. Ch. ACHARD. — *Académie de méd.* ; 11-10-1927.)

M. Achard fait une communication sur les spécialités pharmaceutiques. Elles ont, dit-il, des avantages et des inconvénients. Leur avantage est de permettre l'emploi de produits bien préparés, purs, qui offrent toute garantie d'efficacité. Les inconvénients son de donner, assez souvent, une formule toute faite que le médecin ne peut modifier ; de s'accompagner parfois de prospectus prometteurs, étendant les indications trop largement, etc.

Il y a lieu, conclut l'auteur, de distinguer entre les spécialités. Elles sont principalement recommandables pour les médicaments assez difficiles à obtenir purs et bien dosés. M. Achard ajoute quelques mots, enfin, sur la question du contrôle des produits spécialisés, côté délicat du sujet, qui devrait être envisagé non seulement au point de vue chimique et physiologique, mais encore au point de vue clinique.

Hypertension paroxystique guérie par la radiothérapie de la région surrénale.

(M. Ch. LAUBRY. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-7-1927.)

M. Laubry a eu l'occasion de soigner un malade atteint de crises paroxystiques d'hypertension — crises comportant de l'angoisse précordiale, des sueurs, des tensions de 21-14, 30-14, 30-18, etc. — qui disparurent à la suite d'applications radiothérapiques à la région surrénale. L'auteur ne croit pas qu'on puisse arguer ici d'une simple coïncidence, quel qu'ait été le mode d'action des rayons.

— M. Emile SERGENT remarque que l'observation de M. Laubry pourrait ouvrir une discussion sur le rôle des glandes surrénales dans la pathogénie de certaines hypertensions. En 1914, M. Sergent, avec M. Cottenot, ont fait des recherches sur l'irradiation des glandes surrénales dans la thérapeutique de l'hypertension artérielle. Ils ont obtenu des résultats favorables dans plusieurs groupes de cas, dans l'hypertension de la ménopause, dans l'hypertension simple sans signe de cardio-sclérose, ni de néphrite. On peut se demander si les glandes surrénales sont

influencées directement ou si elles ne subissent pas une modification indirecte, consécutive à l'action des rayons X sur les fibres nerveuses splanchniques. L'application de la radiothérapie sur la région surrénale paraît bien, en définitive, modérer l'hyperfonctionnement des glandes surrénales, comme la radiothérapie de la région thyroïdienne modère l'hyperthyroïdisme.

Un cas d'amnésie retardée.

(MM. TRUELLE, ROGUES DE FURSAC et BONNET. — *Soc. de médecine légale* ; 13-12-1926.)

L'amnésie retardée est l'oubli, au bout d'un certain temps, de faits dont le sujet s'est auparavant souvenu. Cette forme d'amnésie est classique et nombre de délinquants et de criminels l'invoquent volontiers pour se soustraire à des interrogatoires embarrassants. Le médecin légiste est alors appelé à établir la sincérité de l'inculpé.

MM. Truelle, Rogues de Fursac et Bonnet rapportent un exemple de ce trouble particulier de mémoire. Il concerne un individu qui, une nuit, avait étranglé sa maîtresse dans un hôtel de l'avenue des Gobelins. Il se présenta de lui-même, le lendemain matin, au commissariat de police, et fit la déclaration suivante : « Nous étions, dit-il, ma maîtresse et moi, en train d'avoir des rapports sexuels normaux quand elle me dit brusquement : « Te me rappelles le lieutenant ». Grisé quelque peu et poussé à ces mots par une force inconnue, j'ai serré d'un seul coup la gorge de ma maîtresse... ». Douze jours après, lors de son interrogatoire d'information, l'inculpé affirme n'avoir plus aucun souvenir de la nuit du meurtre. Cette amnésie retardée était-elle sincère? Chargés d'expertise, les auteurs purent établir qu'il s'agissait d'un homme à lourdes tares héréditaires. Marié, père de famille, il avait des fugues, avec accès de dipsomanie où il buvait sans mesure, tentative de suicide, épisodes amnésiques, etc. Les auteurs conclurent à une amnésie retardée réelle.

La responsabilité judiciaire du chirurgien dans les cas de syncope chloroformique mortelle.

(M. BRISARD. — *Société de médecine légale* ; 10-1 et 14-3, 1927.)

Un jugement du tribunal civil, confirmé par une cour d'appel, condamna, il y a quelque temps, un chirurgien à 25.000 fr. de dommages-intérêts à la suite de la mort d'un opéré par syncope chloroformique, dans les conditions suivantes :

Un chirurgien de province, ancien interne des hôpitaux de Paris, reçoit à l'hôpital un jeune garçon de 14 ans, pour une opération sur la cloison nasale qui devait être faite, tout d'abord, à l'anesthésie locale. Au moment d'opérer, le sujet se montre si agité et si énervé que l'opérateur juge impossible l'intervention à l'anesthésie locale et propose à la famille, qui accepte, la narcose générale chloroformique. Le chloroforme est donné dans les conditions ordinaires. Au bout d'une demi-heure l'opération est achevée : à ce moment, brusquement, syncope chloroformique blanche, mort.

Le tribunal étaya sa condamnation aux dommages-intérêts sur 2 considérants ainsi énoncés :

« Attendu qu'étant donné le peu d'urgence de l'opération, la prudence la plus élémentaire devait obliger le Dr X., lorsque l'anesthésie générale a été décidée, à renvoyer l'opération au lendemain, afin de pouvoir soigneusement examiner le jeune Z., et être bien sûr qu'il avait l'estomac vide au moment de l'anesthésie.

« Attendu que le Dr X., après avoir décidé de mettre le patient sous le chloroforme, devait procéder à un examen attentif des organes, des modifications de nature morbide ayant pu se produire dans l'organisme du jeune Z... même au dernier moment.... »

Le tribunal considérait ainsi comme fautes : de ne pas avoir ausculté le malade sur la table d'opération ; d'avoir transformé immédiatement une anesthésie locale en générale pour un cas n'étant pas d'urgence vitale absolue ; d'avoir procédé à la narcose générale chez un sujet non à jeun. Le tribunal avait d'ailleurs jugé sans aucun avis d'expert, sans expertise médicale.

M. Brisard reprend ce jugement, à la Société de médecine légale, et il en fait la critique. Aucun des griefs invoqués par le tribunal n'est fondé, dit-il, au point de vue médical. Il est tout à fait inutile, quand un malade a déjà été examiné quelques jours avant, que les indications et contre-indications opératoires ont été fixées, de l'ausculter à nouveau sur la table d'opération. Seul un état morbide bruyant, par conséquent manifeste, pourrait changer les conditions cardiaques. D'autre part, la remise au lendemain d'une opération, lorsque se présente la nécessité de transformer l'anesthésie locale en narcose générale, est une angoisse inutile infligée au patient. S'il n'y a pas urgence vitale, il y a urgence morale à ne pas différer l'intervention. Quant aux inconvénients des anesthésies générales chez les sujets non à jeun, ils sont inexistants — les vomissements (gênants certes pour le chirurgien et, ici, il n'y en avait pas eu) mis à part. Ce point a été mis en lumière par M. Chevrier, en mai 1919, à la Société de chirurgie.

La Société de médecine légale, à la suite de la communication de M. Brisard, ayant nommé une commission (composée de MM. Hugueney, Michel, Mouchet, Wiard et Brisard), la question est revenue à l'ordre du jour de la séance du 14 mars. Il est apparu, dit le rapporteur de cette commission, que la religion des magistrats avait été mal éclairée sur ce sujet. La mort sous le chloroforme peut se produire de deux façons, par syncope bleue et par syncope blanche. Cette dernière, qui survient brutalement, sans prodromes, n'a pas de mesures plus ou moins préventives bien connues. L'auscultation du cœur,

qui est évidemment recommandable et utile, n'a pas en réalité, en l'espèce, l'importance primordiale qu'elle offre aux yeux des profanes, Huchard a même pu dire, non sans une pointe de paradoxe il est vrai, que les cardiaques supportaient mieux que d'autres les anesthésiques. En fait, les cardiopathies bien compensées ne sont pas *ipso facto* une contre-indication absolue à la narcose générale. Pour ce qui concerne le jeûne opératoire, qui était la pratique habituelle jusqu'à ces 15 ou 20 dernières années, il est aujourd'hui rejeté par nombre de maîtres, tels que Delbet, Quénu, Broca.

Toute anesthésie générale entraîne des risques. Il ne s'agit rien de moins que de paralyser les centres moteurs et sensitifs sans atteindre les centres vitaux essentiels situés dans le bulbe rachidien. Comme l'a dit M. Tuffier, la chloroformisation est un drame qui se joue autour du plancher du 4e ventricule, siège du « nœud vital » des anciens. Ces centres continuent à veiller, alors que disparaissent successivement mouvements, conscience, sensibilité. Mais que, pour des raisons mal connues, les dits centres soient paralysés les premiers ou que se produise un réflexe inhibiteur, et tout s'arrête. Mais, dans quelle mesure le chirurgien est-il responsable du dénouement fatal de ce drame ? Seuls, des experts médicaux pourraient établir si les précautions nécessaires n'ont pas été prises.

— M. Balthazard se rallie à l'avis de la commission et la Société adopte finalement les conclusions suivantes :

Considérant :

1° Que si certains accidents de l'anesthésie générale peuvent résulter de fautes de technique, certains autres sont imprévisibles, malgré toutes les précautions observées, et que la discrimination entre les uns et les autres est affaire délicate, qui exige l'examen approfondi de techniciens ;

2° Qu'au surplus, outre l'anesthésie, toute intervention chirurgicale comporte des risques évitables ou non, selon les données actuelles de la science, que seuls des professionnels peuvent discuter en toute connaissance de cause ;

Emet le vœu :

« Que les tribunaux, en présence d'accidents survenus du fait de l'anesthésie ou de l'intervention elle-même, ne se prononcent qu'après avoir pris l'avis d'experts qualifiés et compétents. »

P.L.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Diagnostic et traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum.

M. Dambrin a eu à intervenir chez un homme de 52 ans, souffrant de l'estomac depuis une dizaine d'années, n'ayant jamais présenté de vomissements, mais ayant eu à plusieurs reprises des selles mélaniques.

Le 1er juin, vers 18 heures, ce malade avait ressenti brusquement une violente douleur abdominale sous forme de fusée explosant dans le ventre et envoyant des jets chauds dans toutes les directions. Il fut immédiatement envoyé à Toulouse où il arriva vers minuit : il présentait à ce moment un visage pâle et amaigri, des traits tirés ; le ventre était rétracté, contracturé dans sa totalité et douloureux avec maximum épigastrique, langue sèche, soif vive, pas de T°, pouls à 90.

Pensant à une perforation, on intervient de suite sous anesthésie générale à l'éther : il s'écoule du liquide louche à l'ouverture de l'abdomen, les anses intestinales et l'épiploon étant très congestionnés, avec quelques fausses membranes. L'exploration de l'estomac fut négative, mais en soulevant le foie, on découvrit à un centimètre du pylore, sur le duodénum une perforation arrondie, à bords calleux, qui fut d'abord thermocautérisée puis suturée au catgut chromé : on ne fit pas du plan séro-séreux, mais l'épiploon fut relevé et amené sur le duodénum. Puis, après gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay, la paroi abdominale fut refermée en un seul plan au fil de bronze sans drainage. Les suites ont été parfaites.

L'auteur termine par quelques considérations sur le diagnostic et sur le traitement des perforations des ulcères du tube digestif, en insistant sur la nécessité de la précocité de l'intervention, la mortalité n'étant que de 15 % dans les 12 premières heures, alors que passé ce délai, elle arrive à plus de 58 %.

Insuffisance cardio-rénale aiguë avec hydropéricarde et hydrothorax.

M. Mossé rapporte l'observation d'un homme de 54 ans, qui depuis quelque temps ressentait une lassitude générale, de la douleur dans les bras, ainsi que de l'oppression stomacale après les repas. L'examen cardio-pulmonaire n'ayant montré que l'existence d'un peu d'emphysème, on pensa qu'il s'agissait dans ce cas d'un nerveux surmené auquel on prescrivit une meilleure hygiène alimentaire. Environ deux mois plus tard, le malade présenta une aggravation marquée de son état avec cœur irrégulier, dyspnée d'oppression et légère cyanose sans œdèmes : l'examen radiographique montra l'existence d'hydropéricarde et d'hydrothorax avec dilatation du cœur droit. Une ponction de la plèvre, suivie de l'administration de diurétiques avec repos complet, amenèrent rapidement la disparition de tous les phénomènes d'insuffisance cardio-rénale présentés par le malade qui, depuis deux ans, n'accuse aucune modification de son état.

Pustule maligne mortelle à localisation initiale vélo-palatine.

MM. Ardrieu et Iversena communiquent l'histoire d'un homme de 27 ans, ayant présenté dans la région médiane de la voûte palatine une escarre à

◆◆◆◆◆◆

base indurée, sans œdème périphérique, faisant penser à une gangrène sur laquelle la sérothérapie antigangréneuse ne produisit aucun résultat.

Devant cet échec, la bactéridie charbonneuse put être décelée dans la sérosité de la lésion, et la sérothérapie spécifique fut immédiatement pratiquée; mais après une phase de violentes douleurs dans la région du sinus maxillaire, on vit apparaître une pustule maligne typique sur la joue. En quelques heures, le tableau clinique fut celui de l'œdème malin, et le malade mourut au 30e jour de la maladie, bien qu'il eût reçu 420 cc. de sérum anticharbonneux.

Les auteurs insistent d'abord sur la rareté de cette localisation endo-buccale dont seules sont connues, les atteintes de la langue et de l'amygdale. Il faut remarquer aussi l'évolution toute particulière en deux phases, la première silencieuse, escarre sans phénomènes généraux, et la seconde brutale quand l'infection atteint par propagation le sinus maxillaire et la joue : c'est alors le tableau clinique de l'œdème malin amenant rapidement la mort

Les cancers de la face et leur traitement par les agents physiques.

M. MARIE communique la statistique des malades traités pour cette lésion au Centre régional de Toulouse, du 1er mai 1924 au 31 décembre 1926, et dont le nombre s'élève à 251 (111 hommes, 140 femmes). Parmi ces malades, 24 seulement étaient âgés de moins de 50 ans, et 18 avaient dépassé 80 ans : on en comptait 82 travaillant la terre et 113 exerçant une profession manuelle. La notion de traumatisme a pu être relevée 44 fois, et celle d'antécédents cancéreux familiaux 21 fois.

Sur les 251 cas observés, 79 dataient de moins d'un an, 37 de plus de 5 ans, et 18 de plus de 10 ans. Au point de vue de la localisation des lésions, le nez était atteint 81 fois, l'orbite 38 fois, les joues 67 fois, l'oreille 16 fois, les tempes 27 fois, le front 13 fois, les régions préoculaire, mastoïdienne et parotidienne 14 fois.

Dans 35 cas seulement le néoplasme n'était pas ulcéré et il n'existait pas d'envahissement ganglionnaire certain dans 67 cas : quant à la surface envahie, elle variait de 2 cmq. (59 cas) à plus de 50 cmq (19 cas). L'examen histologique pratiqué uniquement dans les lésions ulcérées a donné 77 spinocellulaires, 50 basocellulaires, 12 formes mixtes, 10 cancers atypiques et 3 tumeurs conjonctives.

L'auteur, après cet exposé, insiste sur la nécessité d'un diagnostic précis afin d'éliminer les tuberculoses et les syphilis cutanées, ainsi que sur l'importance de l'appréciation clinique exacte du terrain envahi par le néoplasme.

Il envisage ensuite la question du traitement qui s'effectue au Centre régional de Toulouse exclusivement par la curiethérapie, et termine en exposant la technique suivie, l'action curiethérapique étant toujours soumise au contrôle de l'ionomicromètre de Danne et Mallet. Les résultats obtenus jusqu'ici sont régulièrement bons, les seuls échecs correspondant à peu près uniquement au traitement des récidives opératoires avec envahissement ganglionnaire certain.

Le traitement des anémies graves par la méthode Wipple.

M. LAPORTE a traité quelques anémiques par l'opothérapie hépatique que MM. Aitoff et Lavi ont récemment employée avec succès : il s'est servi du foie de veau passé au tamis et consommé dans du bouillon de légumes.

Il a obtenu un résultat très favorable chez une malade très anémiée par des métrorragies répétées. Dans un cas d'anémie pernicieuse, l'amélioration a été rapide et considérable. Du 7 mai au 15 juin, la malade est passée de 992.000 hématies à 3.506.000; l'hémoglobine de 25 % à 80 %; les signes hématologiques caractérisant l'anémie pernicieuse ont presque disparu, et la malade est passée d'un état voisin de la cachexie à un état presque normal. L'auteur estime que cette méthode mérite d'être essayée dans tous les cas d'anémie grave.

La radioactivité de l'atmosphère des stations thermales

M. J. AVERSENQ, après avoir rappelé quelques notions générales concernant la radioactivité, étudie le caractère des émanations radioactives qui existent dans l'atmosphère. Envisageant ensuite leur origine, qui se trouve dans les roches profondes, il examine comment elles se font jour à l'extérieur, insistant sur le rôle joué dans cette diffusion par les eaux minérales qui font la liaison entre les roches profondes radioactives et l'atmosphère.

La dernière partie est réservée à l'action des émanations sur l'organisme, et à ce sujet, il convient de retenir l'action heureuse de l'émanothérapie dans les maladies du sang et des organes hématopoiétiques et dans le traitement des affections semblant relever de l'arthritisme, telles que goutte, rhumatisme chronique et névralgies diverses.

Fièvre typhoïde chez un enfant, hémorragies intestinales, mort par perforation.

M. CAZAL rapporte l'observation d'une fillette de 12 ans qui, à la suite de l'ingestion de moules crues, présenta une intoxication gastro-intestinale suivie d'une typhoïde grave. Après trois hémorragies intestinales survenues les 12e, 15e et 22e jours, la défervescence était presque complète, lorsqu'au 31e jour une rechute se produisit. Il y eut deux nouvelles hémorragies intestinales, et le 45e jour, l'apparition d'un frisson, une élévation de température, vomissements bilieux, état syncopal, suivis d'une douleur violente *à localisation anale firent penser à une* perforation, confirmée par la chute verticale de la température, un

pouls filiforme, l'absence de selles et de gaz et une défense nette de la paroi. L'intervention fut écartée par suite du mauvais état général et la mort survint le 48e jour.

L'auteur insiste sur la fréquence et sur la gravité de la fièvre typhoïde consécutive à l'absorption des coquillages, la brusquerie de l'évolution chez l'enfant, la rareté moins grande de la rechute, Les complications intestinales sont moins rares chez l'enfant que ne l'avaient admis certains auteurs : cependant la perforation est bien moins fréquente que chez l'adulte, et son apparition au cours d'une rechute constitue une complication exceptionnelle.

Traitement des rétroversions du post-partum.

M. Garipuy. La rétroversion constitue une complication observée fréquemment dans les suites de couches et se voit dans environ 20 % des cas, sans que l'on puisse attribuer la bascule utérine au lever précoce des accouchées, car on a pu la constater dans des proportions sensiblement égales chez des femmes dont le lever avait été plutôt tardif. La plupart du temps, il ne s'agit que d'une trouvaille d'examen, mais il y a des cas où l'on a pu constater chez les malades tous les symptômes classiques des rétroversions, ce qui nécessite un traitement actif. L'auteur estime que le meilleur procédé prophylactique consiste à ne pas laisser toujours l'accouchée dans le décubitus dorsal, position favorisant la rétroversion, mais de recommander, le plus tôt possible, le décubitus latéral. La lésion une fois constituée, il n'est pas d'avis de recourir au massage comme le recommande l'école de Nancy, mais de placer pendant quelque temps un pessaire de Dumontpallier : cette méthode à laquelle il a eu recours dans de nombreux cas, ne lui a jamais donné que d'excellents résultats.

Méningo-encéphalite chez un ancien trépané.

MM. Gorse et Sarroste ont eu à intervenir chez un homme de 36 ans, blessé en 1918 (plaie pénétrante du crâne pariétal par éclat d'obus dans la région pariétale) pour différents phénomènes (crises d'épilepsie jacksonienne, céphalées violentes avec exacerbation nocturne). L'intervention chirurgicale permit l'évacuation d'une grosse collection purulente intracérébrale : après une amélioration pasagère, le malade succomba. L'autopsie montra en plus de lésions de méningite purulente à la voûte et à la base l'existence d'un volumineux abcès étendu à tout le lobe droit et ouvert dans le ventricule latéral au niveau de la corne postérieure. Il existait en outre des modifications importantes de la faux du cerveau, qui, épaissie et tomenteuse, présentait en plusieurs points des noyaux de néoformation osseuse.

Quatre bilicultures négatives chez des typhiques et anciens typhiques.

M. Bounhoure a examiné quatre malades (deux typhiques convalescents et deux anciens typhiques) en se servant du tube d'Einhorn stérilisé, la bouche et l'estomac du malade étant lavés au sérum physiologique stérilisé. Les ensemencements sur gélose, sur bile de bœuf peptonée et en bouillon sont toujours restés négatifs. Ces faits tendent à montrer :

1) Que le bacille d'Eberth ne colonise pas aussi fréquemment qu'on le pense dans la vésicule biliaire, même lorsqu'elle est malade.

2) Que l'élimination par la bile peut cesser très rapidement.

3) Qu'on met encore plus difficilement le bacille d'Eberth en évidence dans la bile vésiculaire et hépato-cholédocienne, même lorsqu'il existe des phénomènes de cholécystite chronique.

Les bains de mer chauds chez les enfants.

M. Serr et Mlle Fache, après avoir rappelé en quoi consistent les bains de mer chauds, et indiqué leur action (stimulation de la nutrition et de la circulation), à la fois d'ordre physique et d'ordre minérale, en étudient les principales indications. Ils présentent en effet une grande utilité dans la thérapeutique infantile ; moins excitants que les bains de mer ordinaire, ils sont particulièrement indiqués chez les sujets déprimés, faibles, délicats, les rachitiques, les convalescents de tuberculose ostéo-articulaire, de tuberculose ganglionnaire, de péritonite bacillaire ascitique : cependant dans des cas de cure trop rapide ou trop prolongée, ils peuvent provoquer des réactions individuelles, surexcitation nerveuse, insomnies, fièvre, plaque d'urticaire... etc. Quant aux contre-indications, elles sont les mêmes que celles des bains à la lame.

Deux cas de mort rapide au cours d'eczéma du nourrisson.

M. Auban rapporte deux cas dont l'intérêt réside surtout dans le fait qu'ils ont été recueillis en clientèle urbaine. Les cas de mort rapide étant généralement observés à l'hôpital, la plupart des auteurs considèrent l'infection nosocomiale comme devant être à la base pathogénique de ce syndrome.

Toutefois, la discussion reste ouverte sur les causes de ces évolutions foudroyantes : l'auteur rappelle les travaux de Hutinel et Rivet dont le résultat est resté ébranlé par les recherches de Turquéty : les hémocultures effectuées par cet auteur *in vivo* ont toujours été négatives.

En présence de l'obscurité pathogénique, la plus grande prudence pronostique et thérapeutique doit présider à la conduite du traitement. Pratiquement, il y a lieu de ne jamais manquer d'informer l'entourage de la possibilité d'accidents graves, en réalisant la plus grande aseptie dans l'application des pansements et en effectuant un traitement modificateur très discret, parcellaire et progressif.

J. P. Tourneux.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Grossesse quadrigemellaire.

M. LAURENTIE rapporte l'observation d'une IIIpare de 24 ans, mariée à un cousin germain : l'expulsion des 4 fœtus eut lieu au 5e mois, il n'existait qu'une seule masse placentaire. Il y a eu plusieurs cas de gémellité dans la famille, parmi lesquels un avortement quinqui-gémellaire chez une tante.

Grossesse tubaire.

M. LAURENTIE a pu constater la coexistence d'un hématosalpinx avec une hématocèle rétro-utérine : une certaine quantité de sang provenant de la trompe gauche distendue par la collection sanguine s'était écoulée par le pavillon pour se répandre dans le Douglas.

Tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax pendant la grossesse.

MM. AUDEBERT et TAPIE communiquent l'histoire d'une malade qui, après avoir eu en 1918 une fièvre typhoïde suivie de pleurésie séro-fibrineuse, présenta en 1923 sa première grossesse. L'accouchement fut normal, mais l'allaitement dut être cessé au bout de 2 mois pour toux et amaigrissement. Peu après on fit un pneumothorax gauche. En 1925, deuxième grossesse menée à bien, les insufflations étant continuées régulièrement toutes les 3 semaines. Accouchement normal d'un enfant du poids de 4 kgr. auquel on fit, le 4e jour, du vaccin B.C.G. Pas de modifications pulmonaires.

Broncho-pneumonie tuberculeuse suraiguë pendant la grossesse.

MM. AUDEBERT, PUJOL et GALY-GASPARRON relatent le cas d'une Ipare ayant présenté au cours du deuxième mois une hémoptysie très abondante pour tuberculose pulmonaire évolutive. Malgré un pneumothorax gauche, les lésions continuèrent d'évoluer, les hémoptysies se répétèrent et il y eut une aggravation rapide suivie de mort.

Cinq observations de grossesse extra-utérine.

M. FOURNIER communique cinq observations de grossesse extra-utérine rompues ou non rompues dans lesquelles il lui a été donné d'intervenir avec des résultats parfaits.

Mort par hémorragie méningée chez une éclamptique.

MM. GALY-GASPARRON et LABRO rapportent l'observation d'une Vpare dans le coma avec œdèmes et convulsions fréquentes : T.A. = 26/13. Saignée, morphine et ponction lombaire qui donne un liquide teinté de sang. Mort peu après. L'autopsie montra à côté d'un rein droit macroscopiquement sain, un rein gauche kystique : une hémorragie méningée gauche avait produit un gros caillot large de 10 centimètres.

GAY et TOURNEUX.

Saint-Germain-en-Laye

Société médico-chirurgicale de la région de Saint-Germain-en-Laye.

Streptococcie grave consécutive à une injection de cacodylate de soude.

M. BERTRAND. Cette infection a été caractérisée par un violent frisson et douleur au lieu de la piqûre où il y a une plaque de lymphangite. Température 39. Le lendemain, conjonctivite bilatérale avec céphalalgie et photophobie. Température 40. Délire, très mauvais état général. Le troisième jour, éruption scarlatinée jaune des pieds et des mains. Quatrième jour, angine légère. Sixième jour érysipèle de la fesse au lieu de la piqûre. Dixième jour, volumineux abcès de la même région incisé et drainé. Hemoculture négative. Streptocoque en culture pure dans le pharynx. Injection de 185 cc. de sérum antiscarlatineux de l'Institut Pasteur et extrait surrénal matin et soir. Guérison au vingt-cinquième jour. La température est descendue au-dessous de 38° le douzième jour.

Sur un cas d'empoisonnement mortel par l'aniline

MM. MOREAU et PERRET. Homme de 25 ans ayant tenté de se suicider en buvant le contenu d'un flacon de teinture de chaussures. Il présente à son arrivée à l'hôpital tous les signes d'intoxication suraiguë par l'aniline : lavage d'estomac, saignée, sérum glucosé, oxygène, ne semblent pas améliorer le malade. L'eau de brome (solution de KBr à 25 0/00 en injection intraveineuse) fait s'estomper les signes d'intoxication grave, mais le malade meurt 10 heures après son entrée à l'hôpital.

Traitement de deux infections périuréthrales par la vaccination.

MM. LARJET et DENICHON.

Compression de l'artère pulmonaire gauche par cancer du poumon.

M. DUPONT. Les symptômes, apparus chez une femme de 60 ans, 6 mois après un syndrome de compression médiastinale, ont consisté en une ectasie siégeant à 10 cm. à gauche de la ligne médio-sternale, pulsative avec frémissement cutané, souffle râpeux systolique se propageant surtout vers la clavicule gauche. Quatre mois plus tard le cancer avait envahi la totalité du poumon gauche. Cette observation est relatée à cause du petit nombre de cas de compression de l'artère pulmonaire signalés dans la littérature médicale.

Péricardite sèche d'apparence primitive avec début à forme d'angor pectoris.

M. BERTRAND. L'auteur présente un malade âgé de 29 ans, atteint d'une péricardite sèche, à double frottement méso-systolique et méso-diastolique, ayant eu un début rappelant la crise d'angine de

poitrine. Cette péricardite absolument apyrétique a évolué vers la guérison intégrale en 12 jours. Il a été impossible de retrouver aucune notion étiologique, rhumatismale, tuberculeuse, infectieuse ou toxique.

Le traitement institué a été : révulsion, potion à la dionine et absorption pendant 10 jours de 3 gr. de salicylate de soude par jour.

M.D.

Les Congrès

XIIe Congrès de Médecine légale de langue française

(*Suite*) (1).

DEUXIÈME RAPPORT. — **Les accidents dus à l'électricité industrielle.**

MM. NAVILLE et DE HORSIER (de Genève), rapporteurs.

Les électrocutions mortelles deviennent de plus en plus fréquentes. Les statistiques françaises et allemandes sont en progression chaque année, celles des autres pays également.

Etant données l'étendue et la complexité du sujet à traiter, les auteurs se sont volontairement bornés à exposer :

a) Les expériences de laboratoire qui expliquent la pathogénie de la mort par l'électricité ;

b) Les modalités cliniques et la pathogénie de la mort par électrocution ;

c) Les conditions techniques et physiologiques dont peut dépendre la gravité des accidents ;

d) Considérations médico-légales.

Expériences de laboratoires. — De travaux récents semble bien découler la démonstration que, dans la plupart des cas, la mort survient par trémulation fibrillaire des ventricules.

Il faut bien se rendre compte des difficultés rencontrées lorsqu'on aborde scientifiquement une telle enquête : imprécisions sur les conditions de contact, durée, intensité, densité et lignes de champ du courant, actions à distance, prédispositions individuelles, susceptibilité physiologique des organes, courants de contre-polarisation, etc. Force est donc d'avoir recours à l'expérimentation qui, seule, est susceptible de fournir des données utilisables, sinon totales puisqu'on s'adresse à l'animal dont l'homme traduit mal toutes les sensations, au moins partielles, et alors sont justifiées les critiques de certains auteurs qui pensent que de telles investigations ne peuvent et ne doivent pas être transportées intégralement sur le terrain de la clinique humaine.

Devant cet ensemble de divergences de vues, les rapporteurs estiment important de présenter de façon complète, quoique résumée, la partie expérimentale qui permettra de comprendre les symptômes cliniques des électrocutions et surtout la pathogénie de la mort.

1° La *contracture tétanique musculaire*, qui explique l'asphyxie, quand la durée de contact dépasse quelques minutes ;

2° La *contracture musculaire rigide* provoquée par les grandes intensités et qui peut provoquer une inexcitabilité musculaire et même des lésions musculaires empêchant le retour rapide de la fonction ;

3° L'*accélération des battements du cœur*, qui, avec l'augmentation progressive de l'intensité, finissent par dépasser la fréquence critique et détermine la trémulation des ventricules.

4° Les *trémulations fibrillaires du cœur* apparaissent par les courants de haute fréquence industrielle, les courants continus et ceux fournis par les bobines d'induction. En outre, l'électricité peut produire dans l'organisme diverses modifications qui, à leur tour et indépendamment de l'énergie électrique elle-même, peuvent provoquer des trémulations fibrillaires immédiates ou tardives (anémie partielle du myocarde, par spasme des coronaires, hypertension intracardiaque, excitation du vague et du sympathique). Enfin sont exposées les conditions dans lesquelles l'arrêt de la fibrillation peut se produire soit spontanément, soit à la suite de certaines manœuvres thérapeutiques.

5° La *contracture rigide du cœur* survient avec les très grandes intensités. Elle peut être transitoire ou définitive et explique certaines survies du cœur après un instant d'arrêt ou la mort sans fibrillation ; enfin la possibilité de faire cesser les trémulations par l'application d'un courant de très forte intensité.

6° *L'action sur le système nerveux central* (syncopes, convulsions, coma) et sur le *système nerveux périphérique* (inexcitabilité transitoire).

Modalités cliniques et pathogénie de la mort par électrocution. — Il faut distinguer la mort survenant pendant le passage du courant de celle qui se produit après son interruption.

Le cas de mort au premier contact est extrêmement fréquent. Inhibition du centre respiratoire par action directe du courant ? C'est très exceptionnel, contrairement à l'opinion courante avant les travaux de Prévost et Batteli. Est-ce par inhibition réflexe nerveuse ou respiratoire à distance ? L'expérimentation n'apporte guère d'appui à cette explication. Pas davantage avec la mort cardiaque réflexe, bien que l'homme paraisse présenter une variation de susceptibilité cardiaque qui ne se retrouve pas chez l'animal

(1) *Concours médical*, n° 47.

La mort est certainement due à la fibrillation ventriculaire et les Américains pourraient en apporter la preuve définitive après une électrocution pénale. Bien que ces ondes musculaires dyschrones n'aient jamais été constatées *de visu* après les accidents électriques humains, leur degré de probabilité est tel que c'est bien près d'une certitude. Et d'ailleurs la fibrillation ventriculaire peut ne pas être immédiate, mais succéder à une courte période de tachycardie, de troubles vaso-moteurs et d'hypertension viscérale ; c'est même cette hypothèse qui explique la fréquence indéniable des lésions asphyxiques dans la plupart des organes, spécialement pulmonaires, alors même que l'exitus semble prouver que la mort du cœur n'a pas été secondaire à l'asphyxie mais a été une mort cardiaque primitive.

La mort survenant après une certaine durée de passage du courant peut être due également à la fibrillation ventriculaire relativement tardive ainsi que l'expérimentation permet de l'admettre (accélération progressive des battements dépassant la fréquence critique, amélioration de contact et diminution de la résistance du corps amenant peu à peu l'intensité à la valeur susceptible de provoquer la trémulation), mais elle peut être aussi conditionnée par l'asphyxie due à la tétanisation du diaphragme si la durée de contact a été supérieure à deux minutes.

On admet que les lésions asphyxiques conditionneraient la mort du cœur ; ce n'est pas l'avis des rapporteurs, qui voient l'asphyxie facilitée dans certains cas par l'obstruction des voies aériennes supérieures par la langue (contraction musculaire violente, syncopes dans certaines positions, etc.).

Les cas de mort survenant après interruption du courant sont infiniment plus rares que les précédents, mais des observations indiscutables montrent qu'ils doivent être pris en considération.

Ils revêtent quatre types distincts qui s'ajoutent aux deux décrits plus haut.

Jellinek a publié des observations de *mort après une très courte rémission des troubles initiaux* (quelques secondes à quelques minutes). Il y a concordance avec la physiologie qui a montré dans ces cas l'existence de trémulations fibrillaires cardiaques.

La *mort lente*. Il y a persistance des contractions cardiaques tout de suite après l'accident, puis affaiblissement progressif malgré la respiration artificielle, jusqu'à extinction définitive après une demi-heure en moyenne. Pour les rapporteurs, il s'agirait dans la plupart des cas d'une prédisposition cardiaque qui provoque une décompensation rapide du cœur sous l'influence des divers éléments du traumatisme électrique (douleur, émotion, épuisement, hypertension subite, excitation nerveuse, etc.).

La *mort brusque* peut survenir tardivement, après une rémission complète spontanée ou thérapeutique (quelques heures à quelques jours). Ces cas sont d'interprétation difficile ; peut-être s'agit-il de lésions cytolytiques bulbaires progressives, d'embolies solides ou gazeuses provenant de l'altération des tissus, de spasmes des coronaires, d'intoxications graves dues à des brûlures, etc. Mais là encore la fibrillation peut intervenir.

Enfin la mort peut être due à des *complications* et non au courant lui-même, mais leur constatation est facile (chutes, noyade, aspiration d'aliments, etc.).

Conditions dont peut dépendre la gravité d'un accident. — Il y a d'abord les *facteurs techniques* qui, au surplus, dictent la prophylaxie. Tension, localisations et pressions de contact, durée, résistances, densité suivant les organes, peuvent se combiner de mille façons. Il en résulte que des accidents de conditions apparemment semblables peuvent avoir des effets pathologiques variés et qu'inversement les conditions les plus différentes peuvent avoir les mêmes effets. La coïncidence du moment du contact avec telle ou telle période de la révolution cardiaque peut faire que l'accident soit mortel ou non.

Les *facteurs physiologiques* sont encore plus complexes s'il se peut. Edison montre que ce sont les parties les plus superficielles de la peau qui présentent de notables différences de résistance ; mais d'autres auteurs invoquent les troubles endocriniens, tel le Basedow, pour sensibiliser les organes profonds qui le seraient moins chez le sujet sain. Et non seulement il y a grandes variations individuelles, mais aussi des variations journalières chez le même individu. On a invoqué les facteurs psychologiques, mais cela semble difficile à admettre : ainsi les enfants succombent fréquemment par électrocution.

Considérations médico-légales. — Il faut envisager les problèmes techniques, médicaux et juridiques.

Au point de vue technique et médical, les mêmes questions se posent que pour les autres traumatismes: réalité de l'accident, intention dolosive, faute ou négligence grave diminuant ou excluant le droit aux réparations, accident provoqué par un état antérieur, malaises, crises épileptiques, mort subite. Il faudra apprécier les invalidités résiduelles d'ordre névropathique ou organique, etc., etc.

Au point de vue juridique, on pourra contester à tel accident l'assujettissement à la loi de 1898 (fulguration), on pourra rester dans l'indécision sur le rôle qu'a pu jouer une faute grave de la victime, une intention dolosive de tierces personnes. Les suicides par électrocution sont connus.

***

Les rapporteurs ont fait un exposé des études sur les autres conséquences éloignées des accidents par l'électricité qu'ils ont poursuivies depuis la publication de leur rapport.

On peut observer dans les cas de survie des syndromes divers, surtout d'ordre neurologique, plus ou moins tenaces : fatigues musculaires organiques, parésies ou paralysies à type névritique ou médullaire avec ou sans troubles vaso-moteurs, tremblements, épuisement nerveux, paraplégies, lésions oculaires diverses parfois graves, légers troubles audi-

tifs, hémorragies, troubles mentaux transitoires.

En ce qui concerne les troubles nerveux durables, les auteurs ont fait une étude serrée de toutes les observations qui ont été publiées et arrivent à la conclusion que les séquelles de nature organique sont tout à fait exceptionnelles, et encore semble-t-il qu'elles surviennent comme complications de brûlures ayant entraîné une intoxication grave (myélite par brûlures).

Les troubles hystériques et névrosiques sont extrêmement fréquents et du type banal.

Les séquelles organiques ont été considérées pendant un certain temps par Jellinek comme consécutives à des hémorragies capillaires dues à l'action du courant électrique. Cet auteur semble avoir abandonné sa conception, car les hémorragies sont loin d'être constantes et elles peuvent être dues à l'hypertension et n'ont par conséquent aucune valeur pathognomonique.

Cliniquement, il faut éliminer toute une série de cas de paralysie générale attribuée à tort aux conséquences de l'électrocution. Egalement pour les cas de sclérose en plaques, d'épilepsie, hématomes méningés (imputables aux chutes), etc., etc.

Les rapporteurs pensent que, depuis que l'on dispose de moyens permettant un diagnostic différentiel entre les troubles fonctionnels et ceux organiques, l'expert devra se montrer extrêmement circonspect avant d'affirmer la nature organique d'un trouble nerveux durable consécutif à un accident électrique, c'est-à-dire de lui attribuer la causalité.

Discussion

M. C. Simonin (de Strasbourg) n'admet pas sans réserves la thèse des rapporteurs concernant la mort par fibrillation. A l'asphyxie, ils opposent les résultats négatifs de la respiration artificielle prolongée alors que la congestion œdémateuse intense observée dans certains cas explique très bien l'impuissance du moyen mécanique à rétablir la perméabilité pulmonaire.

Quant à l'asphyxie, ils l'attribuent à des phénomènes vaso-moteurs et hypertensifs. Cela n'explique pas pourquoi la respiration s'arrête la première, ainsi que le relatent un certain nombre d'observations ? L'auteur ne nie pas l'hypertension élevée qu'il a notée aussi bien dans des cas mortels que chez des survivants ainsi que dans les protocoles expérimentaux de Prévost et Batelli ou dans les tracés de Weiss.

Deux autopsies de victimes de courants de 220 volts ont montré à Simonin, outre un syndrome asphyxique net, la dilatation aiguë secondaire du ventricule droit. Or, si l'hypertension avait été en cause, ce fut bien évidemment la ventricule gauche qui dut être dilaté.

Enfin certaines observations d'électrocutions avec mort retardée mentionnent que les victimes présentaient de l'écume à la bouche, de l'œdème pulmonaire ou des matières alimentaires dans les poumons. C'est évidemment là une preuve qu'une asphyxie a bien été en cause.

M. Cluzet (de Lyon) appelle l'attention sur l'utilité de l'électrocardiographie dans l'étude expérimentale de l'électrocution et l'illustre par des exemples détaillés rappelant les expériences qu'il a faites.

En ce qui concerne la contracture rigide, Cluzet signale que les courants de haute fréquence redressés produisent avec une intensité très minime la contraction rigide des muscles animaux (cœur en particulier).

En matière d'accidents, il faut toujours rechercher avec soin la nature du contact peau-terre ainsi que le mauvais isolement des installations.

Dans tous les accidents, il semble bien que l'intensité joue le principal rôle ; aussi y a-t-il intérêt à connaître en particulier la section approximative de la canalisation électrique cause de l'accident, surtout si c'est le courant continu qui est en cause.

M. Louis Desclaux (de Nantes) rappelle les expériences de Leduc qui montrent que c'est l'intensité et non le voltage qui est l'important pour l'action physiologique du courant. Il confirme la nécessité d'établir la densité du courant dans chaque organe pour apprécier l'action physiologique du courant.

M. Marie (de Paris) attire l'attention sur certaines séquelles mentales des survivants des accidents d'électrocution. Il s'agit d'un wattmann qui subit un choc électrique provoquant une chute sur la nuque avec fêlure du crâne. Le sujet, jusqu'alors très doux et sobre, devint impulsif, irritable, violent, instable et dipsomane. Il dut être interné avec des signes d'affaiblissement psychique et son internement est maintenu depuis en raison d'un déséquilibre acquis paraissant être en rapport avec l'accident, doublé, il est vrai, d'un traumatisme du crâne. Pas de signes sérologiques de syphilis.

Communications.

Les conditions habituelles des électrocutions humaines, par M. Camille Simonin (de Strasbourg). — L'auteur s'est proposé, en utilisant un certain nombre d'observations médicales ou médico-légales et les relations des électrocutions judiciaires américaines, de rechercher les circonstances dans lesquelles se produisent le plus habituellement les électrocutions humaines.

De cette étude, il conclut que la vie humaine se trouve particulièrement en danger dans deux conditions différentes :

1° Dans la majorité des électrocutions, l'intensité a des valeurs assez faibles correspondant à des courants de 100 à 400 volts qui traversent le corps humain par de *bons contacts*. Plus de 195 cas d'électrocutions survenues dans ces conditions ont été signalés. Avec des contacts de qualités variables, les mêmes effets exigent un voltage plus élevé, de 500, 1.000, 2.000, etc., volts.

Les accidents non mortels s'expliquent surtout par le fait que la résistance très variable du corps humain donne à l'intensité des valeurs inférieures ou supérieures à la dose mortelle.

La mort est due le plus souvent à des phénomènes asphyxiques résultant de la tétanisation des muscles respiratoires dont la réalité est bien démontrée par une observation de l'auteur. Beaucoup plus rarement il y a arrêt primitif du cœur. Il faut donc bien « traiter les électrocutés comme les noyés ».

2° Il y a encore danger de mort pour des intensités plus fortes lorsque les centres bulbaires se trouvent sur le trajet bipolaire d'un courant égal ou supérieur à 5.000 volts. Il y aurait alors sidération nerveuse. Mais, le plus fréquemment, les tensions élevées ne sont pas mortelles ; par contre, elles produisent de graves brûlures aux points de contact.

Il est nécessaire, pour approfondir et préciser les conditions complexes qui régissent les électrocutions humaines, de publier tous les cas en apportant les données suivantes indispensables à leur interprétation scientifique :

a) *Eléments d'ordre physique.* — Caractères du courant (variété, tension, périodicité). Conditions de l'accident (court-circuit ou dérivation au sol ; indiquer dans ce dernier cas la différence de potentiel entre le conducteur et la terre). Durée, nature, surface, mode et siège du contact. Trajet du courant à travers le corps.

b) *Eléments d'ordre médical.* — Manifestations post-accidentelles. Moment et forme de la mort. Lésions anatomo-pathologiques (brûlures ; état des poumons, du cœur, du cerveau). Tares organiques préexistantes.

Moment et durée de la respiration artificielle.

Une forme particulière de brûlure électrique (état poreux et filaments argentés de la peau), par M. Camille SIMONIN (de Strasbourg). — En examinant une brûlure électrique excisée chirurgicalement, l'auteur a eu l'occasion d'observer un aspect particulier, poreux, de la peau. La surface de celle-ci était en un point criblée de petites perforations d'un diamètre inférieur à un millimètre. A la loupe binoculaire elle apparaissait creusée de nombreuses petites logettes d'alvéoles irréguliers donnant à l'ensemble l'apparence de mie de pain ou d'éponge. A l'examen histologique, la surface de la peau est très déchiquetée aux dépens du derme ; celui-ci est dense, compact, homogène, mais de petites cavités, des lacunes, des fentes, sont apparues, ajoutant à l'aspect dentelé de l'ensemble.

Cet état poreux de la peau n'a pas seulement un intérêt morphologique d'identification médico-légale, l'auteur lui attribue un rôle dans la pathogénie des brûlures électriques. C'est ainsi que le processus des pertes de substance, si particulières de ces brûlures, comporterait trois états successifs : poreux, anfractueux, cavitaire.

Comment parer aux dangers des courants électriques de la première catégorie, par MM. C. SIMONIN et M. WILTZ (de Strasbourg). — Les auteurs établissent que les courants électriques de la première catégorie — celle qui ne comporte pas de mesures de sécurité — ont des tensions pouvant aller jusqu'à 260 volts (installations industrielles) ou 425 volts (installations publiques ou privées). Ces courants sont justement ceux qui, pratiquement, occasionnent le plus fréquemment des accidents mortels. Il est nécessaire que ceux qui ont la charge et la responsabilité de ces installations prennent les mesures de protection qui s'imposent. Ces mesures sont les suivantes :

1° Interdiction de relier à la terre le point neutre des distributions des courants triphasés ou diphasés, puisque, dans ce cas, la tension de dérivation au sol est toujours élevée.

2° Isolement suffisant des installations électriques pour qu'un courant de dérivation au sol à travers une résistance de 2.000 ohms (résistance minimum du corps humain) ait une intensité inférieure à 25 milliampères.

3° Dispositif spécial obligatoire pour isoler les appareils électriques portatifs ou la douille des lampes mobiles, utilisés dans les cuisines, salles de bains, ateliers et tous les endroits humides.

4° Les machines actionnées par l'électricité seront bien reliées à la terre de façon qu'une dérivation fortuite au sol ne se fasse pas à travers le corps de l'ouvrier.

5° Dans les locaux industriels humides ou conducteurs, où la résistance du corps humain est particulièrement réduite, il doit être recommandé d'abaisser la tension d'utilisation à une valeur inoffensive de 30 ou 40 volts pour tous les appareils destinés à être manipulés.

Sur quelques esquisses d'électrophysiographie. — M. St. JELLINECK (de Vienne) projette une série de clichés qui montrent l'action purement mécanique de l'électricité.

L'élément morphologique des traces de l'électricité consiste dans trois formations fondamentales : la droite, le cercle et la spirale. Ces trois types fondamentaux n'apparaissent pas toujours isolés, mais sont souvent associés les uns aux autres, réalisant un aspect rythmique ou symétrique. Quelques tracés ont la particularité d'être colorés. L'expérimentation concorde avec les constatations faites cliniquement et techniquement.

Deux questions d'électropathologie intéressant les accidents électriques. — M. St. JELLINEK (de Vienne) distingue l'effet local et l'effet général. Il n'existerait aucun rapport entre une brûlure et une lésion dite marque électrique. Des nombreuses observations de l'auteur, il ressort que l'effet capital du choc électrique consiste en troubles fonctionnels avec *restitutio ad integrum*.

Etude expérimentale de l'électrocution. — M. Asada (de Nagasaki) a étudié avec M. Fujta (de Nagasaki), divers points relatifs à ce sujet.

Le courant traversant la moelle épinière ou le cerveau provoque la mort en quelques secondes par brûlures. Le courant traversant le cœur amène la mort instantanée de même que quand il passe d'un membre à l'autre.

Les auteurs établissent la réalité de la tétanisation musculaire par le courant ; quand le courant traverse les muscles respiratoires, l'asphyxie se produit.

Myoclonies et tics d'origine pithiatique consécutifs à une électrocution chez une téléphoniste. — MM. Crouzon et Gilbert-Dreyfus (de Paris) ont observé une téléphoniste qui, ayant subi une décharge électrique violente, présenta, une semaine après, des secousses du bras droit, du clignotement des yeux et du tremblement des lèvres.

L'intégrité du système nerveux et de l'appareil cardiovasculaire, l'absence d'hérédité, la seule émotivité et une instabilité vaso-motrice militaient en faveur de l'hystéro-traumatisme. Les troubles furent d'ailleurs radicalement guéris par un traitement faradique.

Les auteurs insistent sur le fait qu'il existe peu d'observations concernant les accidents bénins qu'ils rangent en deux catégories : ceux d'apparence organique et ceux de nature fonctionnelle.

(A suivre.)

Les Livres

N. Maloine, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

P. Lereboullet, Harvier, Guillaume, Carrion, Chabrun, Bariéty. — **Sympathique et glandes endocrines.** Tome IX du Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (Pr Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas, L. Babonneix). (Un vol. in-8, 570 pages, 1927).

Voici la liste des principaux chapitres traités dans cet intéressant ouvrage :

P. Lereboullet. — Considérations générales qur les glandes endocrines : anatomie et physiologie normales et pathologiques ; les syndromes endocriniens en clinique, séméiologie générale ; thérapeutique générale des maladies des glandes endocrines.

A. C. Guillaume. — Introduction anatomo-physiologique à l'étude du système nerveux de la vie organique.

P. Harvier, et J. Chabrun. — Généralités sur la pathologie du sympathique; séméiologie du sympathique, syndromes généraux, syndromes sympathiques localisés ; thérapeutique.

P. Harvier et Bariéty. — Pathologie des glandes endocrines : thyroïde, parathyroïdes, thymus, surrénales, hypophyse, épiphyse, glandes testiculaires, glandes ovariennes, glandes mammaires, syndromes pluri-glandulaires.

M. Carrion. — L'opothérapie, notions de pharmacologie.

Ces ouvrages sont en vente à la librairie Norbert MALOINE, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine et expédiés par retour du courrier en France et en Belgique franco de port. Etranger port en sus.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris (6e).

P. R. Flandrin. — **Urologie.** (*In* collection « Les consultations journalières ». Un vol. in-16, de 184 pages, cartonné : 10 fr., plus hausse 40 %, (variable).

Ce petit livre n'est évidemment pas un traité des maladies chirurgicales des voies urinaires. Le lecteur n'y trouvera pas une description complète de la tuberculose rénale ou du cancer du rein.

Faisant abstraction complète de la bibliographie et des discussions pathogéniques ou étiologiques, M. F., est resté exclusivement sur le terrain de la clinique et de la pratique journalière.

Les grands syndromes urinaires, ceux qui amènent les malades au praticien : douleurs, hématuries, fréquence des mictions, rétention, écoulements urétraux, etc., constituent autant de chapitres. On y trouvera l'essentiel de la symptomatologie, les éléments du diagnostic et les indications thérapeutiques précises avec toutes les acquisitions récentes d'une branche de la pathologie chirurgicale qui s'est beaucoup modifiée durant ces dernières années. Cet ouvrage, précis et concis, donne les principes et les détails de l'enseignement urologique de l'Ecole de Necker.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Augagneur et Carle. — **Précis des maladies vénériennes,** 3e édition, revue et augmentée par MM. Carle et Jean Lacassagne. (Un vol. in-8 de 660 pages avec 44 fig. dans le texte et 8 planches plus en couleurs hors texte. Cartonné toile : 50 francs hausse 40 % (variable).

Des éditions précédentes on retrouvera les descriptions cliniques, claires et précises, les grands principes d'hygiène et de thérapeutique, les idées générales étiologiques ou pathogéniques, mises à la portée de tous. Les auteurs se sont toujours attachés aux types les plus fréquemment observés, aux vérités bien établies, accordant aux faits exceptionnels, aux

idées discutables ou trop nouvelles, la part qui leur revient, suffisante pour permettre une citation ou des interprétations. En somme, rien de changé dans l'esprit même de l'ouvrage qui lui a valu son succès.

Mais il a fallu beaucoup modifier et transformer pour mettre ce volume au goût du jour. De même qu'il se présente sous une forme plus moderne, de même son adaptation scientifique reflète les progrès accomplis depuis la guerre, dans l'ordre théorique et pratique. Les grandes découvertes étaient déjà connues, — mais il n'en est pas une qui n'ait subi d'importantes transformations. Les techniques bactériologiques ont été perfectionnées, la sérologie mise au point, la vaccinothérapie créée tout entière, la thérapeutique étendue et réglementée. Toutes ces questions nouvelles ont été abordées avec les références nécessaires pour permettre aux intéressés une étude plus détaillée ou plus complète.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Gaston Doin, 8, place de l'Odéon.

A. Laffitte, P.-A. Carrié et A. Leblanc. — **Maladies du foie et des voies biliaires. Maladies du pancréas. Maladies de la nutrition. Intoxications.** Première partie du tome II du Nouveau Traité de médecine Enriquez, Laffitte, Laubry, Vincent. (Un vol. in-8°, 900 p., 90 fig., 8 pl. Prix : 150 fr., sauf variations).

J. Maisonnet, professeur au Val-de-Grâce. — **Petite chirurgie.** (Un vol. in-8°, 1024 p., 723 fig. Prix : 70 fr., sauf variations.)

Raymond Heim de Balzac. — **Pratique cardio-vasculaire : l'atropine.** Préface de Ch. Laubry. (Un vol. in-8°, 224 p. avec fig. Prix : 25 fr., sauf variations.)

A. Porot, prof. agrégé à la Faculté d'Alger. — **Les syndromes mentaux.** Préface du prof. Claude. Collection de la *Bibliothèque des grands syndromes.* (Un vol. in-8°, 380 p., 24 fig. Prix : 55 fr., sauf variations.)

E. Douay. ancien chef de clinique de la Faculté. — **La Gynécologie.** Collection des *Consultations journalières.* (Un vol. in-16, 188 p., 38 fig. Prix : 12 fr., sauf variations.)

J. Galup, du Mont-d'Or, et M. Ségard, de St-Honoré-les-Bains. — **Pathogénie et traitement de l'asthme.** Collection des *Actualités de médecine pratique* : Directeur, Dr Weissenbach. (Un vol. in-8°, 272 p. Prix : 20 fr., sauf variations).

W.-M. Stern, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Diagnostic chirurgical,** 8e édition, entièrement remaniée, du « Diagnostic chirurgical de Duplay, Rochard, Demoulin, Stern. » (Un vol. 1238 p., 675 fig. Prix : 130 fr., sauf variations.)

A la Librairie des Sciences agricoles
11, rue de Mézières, Paris, VIe.

Adolphe Van der Heede. — **L'art de semer.** 3e édition. Aide mémoire de l'horticulteur. (Un vol. 12 × 19, 192 p. avec fig. Prix : 8 fr., sauf variations.)

Les Thèses

P. — Dr Jean Haury. — **Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les voyages au long cours.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1927.)

Les voyages en mer, moyen thérapeutique que prescrivent volontiers les médecins étrangers mais qui est trop négligé en France.

En prescrivant une cure hauturière, le médecin permet à son malade de jouir du climat du large, climat remarquable, non seulement par la pureté absolue de l'air, mais encore par la stabilité de ses facteurs : température, degré hygrométrique, pression barométrique.

Le climat du littoral, « climat maritime », n'offre pas la même constance des éléments météorologiques et l'air n'y est plus aseptique comme au large, « climat marin ».

Pendant une traversée, le malade ne jouit pas seulement des bienfaits de l'atmosphère de la haute mer, mais encore d'une tranquillité complète du corps et de l'esprit, d'un calme absolu.

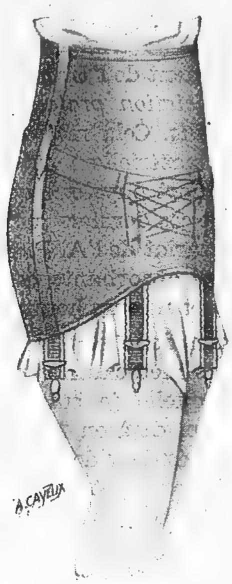
Ces conditions de vie conviennent admirablement au traitement de certaines formes de tuberculose pulmonaire.

Les formes de tuberculose pulmonaire justiciables de la cure de « plein large » sont les formes chroniques à évolution lente, c'est-à-dire : la tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse extensive, la tuberculose fibreuse localisée et les bronchites tuberculeuses.

ORTHOPÉDIE

Les déséquilibrés du ventre.

Les déséquilibrés du ventre, les désanglés, comme on les nomme encore, sont, il faut bien le reconnaître, de véritables martyrs, dans la vie trépidante du siècle. Les ptoses viscérales diverses qui caractérisent ce déséquilibre : rein mobile, ptose gastrique, ptose colique, chutes de l'utérus, hernies de toute nature, par les tiraillements douloureux qu'elles impriment aux terminaisons nerveuses, et le retentissement qu'en ressent le grand sympathique et ses plexus abdominaux, exercent ainsi sur le système nerveux tout entier une influence déprimante et perturbatrice dont les psychonévroses sont généralement le fatal aboutissant.



Il convient donc de traiter de tels malades avec les plus grandes chances possibles d'apaisement et de restauration de leurs fonctions. Les agents physiques doivent y contribuer pour une très large part. Mais une prothèse, si j'ose m'exprimer ainsi, bien conduite, est déjà d'un excellent secours, et facilitera l'action des autres modalités thérapeutiques prescrites.

Cette prothèse orthopédique sera pleinement réalisée avec la Ceinture Optima.

La Ceinture Optima, dont les avantages ont déjà été signalés, à savoir : efficacité, pression équilibrée, action physiologique, adaptation généralisée à tous les cas (maigreur extrême, obésité opulente), vient de faire l'objet de nouveaux perfectionnements qui en augmentent encore la valeur.

La difficulté du problème réside en effet dans l'application d'une pression constante sur l'abdomen, dont le volume est en état de constante variation, tant du fait des mouvements respiratoires que de la plus ou moins grande plénitude ou vacuité de l'estomac et de l'intestin.

Les pelotes, pleines ou pneumatiques, proposées pour remédier à cette difficulté, se sont révélées, à l'expérience, insuffisantes en elles-mêmes, en même temps que particulièrement inélégantes, en raison de la déformation qu'elles causent à la silhouette féminine, avec les modes collantes actuelles, — et de la saillie qu'elles font.

La Ceinture Optima a résolu le problème en utilisant un plastron en lames de baleine incurvées, à résistance calculée d'après le degré d'amaigrissement ou de surcharge graisseuse du ptosique, combiné avec un système de laçage croisé, avec tension réglée par un tissu non élastique accroché à la partie dorso-lombaire par un dispositif spécial. Ce dispositif, sans boucles, agrafes, ni attaches, oblige le plastron à s'incurver lors de l'expiration. Au moment de l'inspiration, le laçage se détend et laisse toute liberté à l'ampliation abdomino-thoracique, sans que la contention viscérale cesse d'être assurée en permanence.

L'expérience a prouvé la vérité de cette assertion, et l'on cite le cas d'une jeune femme atteinte de ptose gastrique prononcée, à qui la Ceinture Optima (1), tout en lui conservant toute l'élégance de sa silhouette, permet de jouer au tennis, de sauter à la corde, de danser... sans que l'organe ptosé cesse d'être maintenu en bonne position, après vérification radioscopique.

Ce sont là les raisons qui recommandent cette Ceinture aux praticiens sollicités de donner un avis autorisé sur la meilleure façon de combattre les ptoses viscérales.

(1) Notice franco, Maison Puniet, 179, faubourg Saint-Honoré, Paris.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

UNE LETTRE DU Dr DECOURT

Notre ami et collaborateur, le Dr Decourt, nous communique, en nous priant de l'insérer, la lettre suivante où il prévient les membres du Conseil de l'Union des Syndicats Médicaux de France qu'il ne demandera pas, cette année, le renouvellement de son mandat de Président. Les raisons qu'il invoque, sont indiscutablement bonnes. Decourt s'est consacré à l'organisation de l'Association internationale des médecins qui est appelée à nous rendre les plus grands services. Ses fonctions de secrétaire général de l'A. P. I. M. exigent des voyages fréquents et une correspondance continue. Mais, en outre, la retraite de Decourt de la Présidence de l'Union nous paraît opportune. Après avoir, par un travail acharné et avec un dévouement dont nous ne saurions trop souligner les sacrifices, cherché à améliorer les tarifs des accidents du travail, après avoir pris part régulièrement aux séances de la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux pensionnés, après avoir tout tenté pour améliorer l'exercice de la médecine dans la Seine-et-Marne dont il préside encore la Fédération, après avoir consacré depuis plus de vingt ans son temps à la défense professionnelle et aux œuvres de prévoyance médicale, Decourt a été l'objet de violentes attaques. Il avait droit, ce nous semble, de la part de ses adversaires, à plus de justice, tout au moins à plus d'indulgence, si l'on accepte comme une faute le fait de différer d'opinion sur certains points avec certains confrères. Les passions ont été surexcitées au point que les questions de personnes tiennent (évidemment à tort), mais tiennent indiscutablement une place importante dans les divisions qui nous déchirent. Dans l'intérêt du Corps médical, l'effacement de Decourt est un bon exemple et un gage d'apaisement. Aussi, nous ne saurions que le féliciter de cette décision et saisir cette occasion pour le remercier des services qu'il a rendus et qu'il saura encore nous rendre.

J. Noir.

Union des Syndicats médicaux de France

Siège social : 25, rue Louis-le-Grand, Paris, 2e.

Mitry-Mory, le 2 novembre 1927,

A MM. les membres du Conseil,

Mes chers Confrères,

Durant quatre années consécutives, le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France m'a fait le grand honneur de me désigner pour la présidence. J'ai profondément ressenti tout le prix de cette marque de confiance et c'est pourquoi — ayant pris la décision de ne plus être de nouveau candidat à cette haute fonction, lors de l'Assemblée générale de l'Union, en décembre prochain — j'ai tenu à en faire part, tout d'abord, à mes collègues et amis du Conseil, en y ajoutant les considérations suivantes :

Il m'est impossible d'assumer, à la fois, les fonctions de président de l'*Union* et de secrétaire général de l'*Association professionnelle internationale des médecins*. Cela me serait impossible, ne serait-ce que matériellement, car je ne pourrais continuer l'effort physique que j'ai dû faire, à ce sujet, durant ces derniers mois, alors que les travaux du secrétariat de l'A. P. I. M. sont devenus, peu à peu, si absorbants que, maintenant, j'y dois consacrer plusieurs heures par jour...

Je n'abandonne donc pas la lutte contre les ennemis du Corps médical ni cette défense professionnelle à laquelle je suis mêlé depuis si longtemps puisque, déjà en 1911, j'avais l'honneur d'être vice-président de l'Union... Je reste toujours « sur le front » et simplement dans un autre « secteur ». Depuis janvier dernier que fonctionne le secrétariat de l'A. P. I. M., j'ai pu, en effet, m'apercevoir que nos questions médicales *nationales* se retrouvent entièrement semblables *en tous pays*. Je n'en citerai, comme exemple, que l'assurance-maladie, problème angoissant pour tous les praticiens, français ou étrangers, surtout au moment où vient, il y a quelques jours, de se créer une « *Internationale des dirigeants des caisses-maladie* » dont la dangereuse influence, à Genève, pourra être heureusement combattue par celle de notre A. P. I. M. par suite de sa collaboration constante, assurée désormais, avec le *Bureau international du travail*, le B. I. T. de Genève. Durant les trois journées, en fin septembre, de la dernière session du Conseil de l'A. P. I. M. nous avons pu, à diverses reprises, constater l'importance et la nécessité de notre Groupement médical international. Un programme de travaux y fut dressé pour 1928, et si complet qu'il m'est apparu du devoir du Secrétaire général de s'y donner tout entier sans accepter d'autres fonctions désormais.

Vous voyez donc bien, mes chers Confrères et Amis, que je suis loin de déserter le combat que je soutiens depuis trente ans. En renonçant à toute candidature à l'Union, je n'en continuerai pas moins à lutter — sur le plan international dorénavant — pour la défense des intérêts, des droits et des libertés du médecin praticien.

Je vous prie, mes chers Confrères, de croire à mes sentiments confraternels et dévoués.

Le Président de l'Union des Syndicats médicaux de France :
Dr Fernand DECOURT.

L'EXERCICE ILLÉGAL

Les guérisseurs sont toujours à la mode. Leurs succès, ou du moins, ceux qu'on leur attribue, augmentent leur audace. Et ils ne se contentent plus de la rumeur publique pour appeler à eux la clientèle. Ils utilisent la voie de la presse, ainsi qu'il appert de la coupure suivante extraite du journal *Le Grand Echo du Nord*, que nous communique un de nos bons correspondants, qui s'indigne d'un pareil cynisme, et nous demande comment il serait possible de le réprimer. Le journal porte la date du 25 septembre dernier.

LE GUÉRISSEUR Louis DARQUENNE, 23, rue Joubert, à Anzin (Nord), se trouve tous les lundis, mardis et mercredis, de 7 h. à 17 h. 30, chez M. Camille Dussart, 2, rue de l'Asile, à Sous-le-Bois-Maubeuge ; les jeudis, de 8 à 12 h., chez M. Bertheau-Liénard, place de Cognies-Chaussée (Belgique) ; le vendredi, à 8 heures, faubourg de Mons, Maubeuge, chez M. Huet, mariéchal-ferrant, n° 36.

La répression de cet exercice illégal de la médecine devrait être menée par le Parquet, qui a le devoir de déclancher l'action publique dans tous les cas de crimes et délits qui sont portés à sa connaissance. Or, là, le délit est patent, avoué. Que dis-je ? proclamé publiquement par son auteur.

Mais le Parquet dédaigne ce qu'il considère comme des broutilles de délit, quand, en sous-main, il ne les approuve pas. Il préfère réserver ses sévérités aux médecins qui lui sont déférés pour des faits de leur pratique, à l'occasion desquels leur responsabilité, pénale ou civile, est mise en cause, ou pour de vénielles irrégularités dans la prescription des substances vénéneuses.

Mais, à défaut d'une instruction ouverte spontanément par le procureur de la République, le Syndicat médical de la région est parfaitement qualifié pour porter plainte, à condition de se constituer partie civile, ce qui comporte l'obligation de déposer au greffe une consignation préalable en espèces.

Par malheur, les Tribunaux sont remplis d'indulgence pour les illégaux. Quand ils ne les acquittent pas, ils les condamnent à des peines tellement insignifiantes, auxquelles des considérants compensateurs retirent leur caractère même de sanction justifiée, que l'on hésite parfois à mettre en branle l'appareil de la justice pour aboutir à un résultat pour ainsi dire négatif. Accouchement d'une souris par la montagne.

Cependant, quand il s'agit de récidive, les textes sont là, et les pénalités qu'ils fixent et précisent, lient le Tribunal le plus enclin à la bienveillance... L'essentiel, c'est de lui apporter des faits indiscutablement établis. Les dommages-intérêts que le Syndicat plaignant peut obtenir le dédommageront de ses débours et de ses démarches. En Ille-et-Vilaine à Rennes, le Syndicat dont l'animateur est notre excellent confrère et ami Patay, sait comment on doit manœuvrer contre les illégaux, et les frapper à la bourse dans des conditions où il finit par trouver son compte, tandis que les condamnés finissent par la trouver saumâtre, — ce qui les incline à plus de modération dans l'exercice de leur industrie.

Que notre correspondant et ses confrères syndiqués se mettent donc en rapport avec le Dr Patay ; il leur apprendra comment ils doivent conduire la lutte contre les guérisseurs septentrionaux qui leur portent un si sérieux préjudice.

***

L'industrie des guérisseurs, rebouteux, ossiers, et autres illégaux de la médecine, peut parfois engendrer de véritables drames. C'est ainsi que le même correspondant nous envoie une autre coupure du même journal, où il est question d'une cliente d'un certain F. Mme B. qui fut violée par le secrétaire dudit guérisseur... Singulière façon de pratiquer l'exercice illégal... Las ! Le lubrique secrétaire ne le porta pas en Paradis. Le mari de sa victime n'y alla pas en effet par quatre chemins, et il le meurtrit d'un coup mortel de revolver, pour lui apprendre à respecter la vertu des clientes de son patron...

Cette seconde coupure, dont voici le texte intégral, nous révèle un détail infiniment instructif sur l'importance de la clientèle de cet illégal, et sur les à-côté de sa pratique.

Quelques précisions

On se souvient que Mme B. malade depuis l'âge de 13 ans, et qui, petite et menue, paraît très

jeune encore malgré ses quarante ans, était venue consulter le «guérisseur » F. à l'auberge du « Cheval Blanc » où F. reçoit depuis quelque temps sa clientèle spéciale.

Elle fut introduite près du « guérisseur » par son « secrétaire », Alphonse V. ancien maçon et peintre en bâtiment, comme F. dont il était devenu le commensal.

Quand Mme B. sortit, elle alla acheter un sandwich et des gaufrettes à une marchande installée dans la cour de l'auberge pour les besoins de la clientèle de F. Mme R. née Marie M. demeurant rue Durre, cour Wéry, 9.

Vous avez bien lu : une marchande de vivres est installée dans la cour de l'auberge où se tient le dénommé F. ses jours de consultation, pour permettre aux consultants de se restaurer, en trompant ainsi les longueurs de l'attente.

Naguère, un service automobile amenait de Toulouse à feu Beziat, d'Avignonnet, la foule des croyants qui venait implorer son secours.

Aujourd'hui, l'affluence des clients de F. est telle qu'une marchande de sandwichs et de gaufrettes peut s'installer à la porte, et sans doute y faire ses affaires...

Le Nord n'a rien à envier au Midi. Et la race des gogos est de toutes les latitudes...

G. DUCHESNE.

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES

Ce que doit faire le Corps médical.

J'ai lu, dans le numéro du 6 novembre du *Concours Médical*, votre « propos du jour » consignant vos observations personnelles à propos de la dernière assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine. Je suis d'accord avec vous sur la plupart des points de votre exposition qui est surtout d'ordre « critique ».

Je serais heureux et flatté si vous me permettiez d'exposer à vos lecteurs mes conceptions qui sont d'ordre essentiellement « constructif ».

Il est bon de connaître les erreurs du passé pour éviter que le Corps médical n'y retombe. Mais il faut regarder surtout l'avenir afin de nous y ménager une existence confortable et surtout indépendante, du double point de vue matériel et moral.

L'assurance sociale est fille du progrès ; elle se fera chez nous comme elle s'est implantée chez nos voisins et le Corps médical se verra contraint de l'accepter à moins qu'il ne s'y plie de bonne grâce.

Son intérêt, comme celui des assurés de demain, est qu'une entente cordiale s'établisse entre les représentants attitrés des médecins et ceux qui ont la mission de préparer la future loi.

Cette entente est possible à une double condition : la première est que l'*unité syndicale, le frotn unique* soient rétablis. La seconde est que le Corps médical sache ce qu'il veut, c'est-à-dire qu'il ait une *doctrine unique.*

En l'état de division actuelle, le Corps médical est désarmé. Car que voyons-nous ? L'Union des Syndicats s'est fragmentée en deux tronçons inégaux, l'Union et la Fédération. La première possède aujourd'hui la majorité et s'en targue ; mais elle pourrait bien demain devenir la minorité. Les Syndicats sont tiraillés entre ces deux pôles d'attraction et ils risquent, à l'image du S. M. S. de se diviser en demi-syndicats. C'est le désordre, précurseur de la débandade et de la déroute.

Que demain le législateur, soucieux de connaître nos désirs, fasse un pas vers nous, il ne trouvera personne à qui s'adresser ou bien il devra s'en retourner poursuivi de cris contradictoires et discordants.

En effet, la division est surtout dans les esprits plus que dans les Syndicats et les doctrines s'affrontent avec une animosité qu'attisent les rivalités de personnes.

Ces divergences d'opinions, cette multiplicité d'organismes syndicaux doivent disparaître. Pour cela, il faut faire table rase des institutions actuellement existantes.

Il n'est pas besoin d'être grand psychologue pour reconnaître que le recollement des deux grands tronçons est irréalisable, que la fusion de l'Union et de la Fédération est impossible et d'ailleurs peu souhaitable. A tort ou à raison, l'une prendrait des airs de triomphatrice, l'autre aurait mine de repentie. Et puis trop d'invectives ont été échangées dans leurs journaux respectifs par nos modernes héros d'Homère pour que la réconciliation soit franche et sans arrière-pensée.

Il faut donc, comme première mesure, détruire l'Union et la Fédération, radicalement, au point qu'il n'en subsiste rien, pas même le souvenir des animosités passées. On renverra dans le rang les lutteurs qui se sont fait remarquer par des coups trop vigoureusement portés et dont le seul nom est un programme ou un drapeau.

Et l'on construira la maison nouvelle où tout le monde pourra entrer pour travailler au bien commun, où des chefs ne manqueront pas de se signaler au choix et à l'attention des troupes en vue d'accomplir la tâche de demain. J'adopte pleinement la formule de M. Noir : à des situations nouvelles, des hommes nouveaux.

Au frontispice de cette maison on mettra une inscription qu'il vaudra mieux éviter d'emprunter au matériel de démolition pour ménager les susceptibilités et montrer que tout lien est rompu avec le passé.

C'est à un Congrès des Syndicats, représentant les Etats généraux de la médecine française, Congrès dont l'idée première revient au S.M.S., que doit revenir le droit de dissoudre les anciens organismes, de créer le nouveau de leurs débris et de rétablir *l'unité syndicale* et *l'unité doctrinale* du Corps médical français. C'est lui qui votera le statut fixant le mode de participation des médecins à la loi des assurances sociales.

Il serait désirable que ce vote fût acquis à l'unanimité, sans voix discordante et qu'il fût accompagné de la déclaration solennelle que le statut est immuable et formule les conditions définitives auxquelles le Corps médical subordonne sa collaboration à la loi en préparation.

Comme l'unanimité des voix n'est pas à espérer, une mesure de discipline intérieure s'impose sans laquelle une nouvelle scission serait possible : les délégués prendront l'engagement formel de se soumettre à la décision de la majorité.

Les divergences porteront surtout sur la question des rapports et du mode de paiement entre médecins et assurés.

Actuellement, les préférences des médecins et surtout celles de leurs porte-paroles se cristallisent en deux systèmes : la liberté contractuelle et l'entente directe.

La première laisse aux Syndicats le choix dans leurs contrats avec les caisses entre trois modalités : le tiers payant, le paiement direct par l'assuré suivant le tarif syndical, enfin l'entente directe sans tarif. A mon avis, ce système est mauvais et difficilement défendable.

D'abord le législateur n'admettra pas que les applications de la loi diffèrent dans deux villes voisines, dans deux cantons limitrophes. De plus ce système a le tort de permettre le tiers payant dont la loi des pensions, et quantité d'incidents pénibles ont montré le rôle démoralisateur tant pour le médecin que pour le malade.

Si certains syndicats ont une tendresse pour le tiers payant, ils constituent l'infime minorité et ils doivent faire le geste de se sacrifier sur l'autel de la réconciliation médicale.

Le tiers payant étant écarté, il ne reste en présence que le paiement direct du médecin par le malade avec ou sans tarif. On donne le nom d'entente directe au paiement direct quand il n'y a pas de tarif.

Le choix entre ces deux systèmes ne vaut pas qu'on se chamaille, car, à mon avis, l'entente directe sans tarif n'est pas viable.

Je voudrais que l'on me désignât un pays où les médecins exercent leur art sans tarif, c'est à-dire à des prix que seule dicte la fantaisie. Ce ne sera pas en France, car la visite y a partout son prix, comme la botte de navets ou la livre de beurre. Ce prix est dans l'air, connu de tous. Le médecin nouveau venu s'y conforme, s'il est correct ; il est traité de rabaisien et mis au ban, s'il se met en dessous. Que s'il se met en dessus, il doit bientôt se mettre à la raison, car le client lui boude.

Niera-t-on que le but principal, l'occupation constante des Syndicats est précisément de fixer les tarifs, de les modifier suivant la variation des conditions économiques, de veiller à leur application sincère par tous les syndiqués. Que si un médecin se tient à l'écart du syndicat, je n'ai jamais vu que ce fût pour hausser les prix syndicaux ; plus souvent, il tente d'attirer le client par la sous-enchère.

L'entente directe sans tarif est donc ou bien un non-sens, ou bien une nouveauté, mais elle ne représente pas du tout, contrairement à la prétention de ses défenseurs, les conditions de la médecine traditionnelle.

La vérité est que dans la pratique de la médecine traditionnelle, de celle que nous voulons conserver parce qu'elle nous rend indépendants, honorables et honorés, le malade paye son médecin directement, sans intrusion d'un tiers, sans contrôle inutile et blessant, suivant un tarif établi d'avance et bien connu de lui.

Le fait que les tarifs devront être débattus entre Syndicats et Caisses n'a rien qui doive alarmer les médecins. Ils ne doivent pas craindre la tyrannie des caisses, imposant sans mesure leurs conditions, car l'union et la résistance des médecins, pourvu qu'ils soient unis et disciplinés, auraient vite fait de rendre la loi inapplicable. On n'imagine d'ailleurs pas davantage une tyrannie des médecins dictant leurs lois aux caisses et à leurs 15 millions d'adhérents, sinon comme une velléité éphémère.

Caisses et syndicats se feront des concessions réciproques et l'on ne peut douter que, grâce à leur forte organisation, à leur désir et à leur besoin d'entente, ces deux corps n'arrivent à collaborer utilement pour le plus grand bien des assurés et des médecins.

Laissant de côté les questions secondaires dont le règlemnt sera facile, je vais résumer les mesures qui me semblent s'imposer à l'heure présente.

Le Corps médical doit reconstituer *son unité syndicale et morale* et il doit fixer *son unité doctrinale*, non pas pour aller à l'assaut de la loi des

assurances sociales, mais pour concourir à en assurer l'édification harmonieuse tout en sauvegardant ses propres intérêts, tant matériels que moraux.

Les vieux organismes, Union et Fédération, qui sont des obstacles à cette unité, doivent disparaître. A leur place, un Congrès des Syndicats doit mettre un corps nouveau avec des hommes nouveaux et un esprit nouveau.

Pour éviter la formation des Syndicats marrons, seuls pourront traiter avec les caisses, les syndicats affiliés au nouvel organisme central.

Les syndicats affiliés établiront la liste de garantie donnant le nom des médecins qui consentent à soigner les blessés aux conditions des contrats syndicat-caisse.

Les rapports entre médecins et assurés s'établiront sur le mode du paiement direct avec contrat syndical. La puissance des syndicats faisant front unique, groupant la majorité des médecins, donne la garantie que la tyrannie des caisses n'est pas à redouter et que les tarifs pourront donner satisfaction aux deux parties en présence.

Le fonctionnement de la loi sera ainsi possible et les médecins pourront être considérés à bon droit comme les utiles et généreux collaborateurs d'une loi qui constituera un grand progrès et un élément de paix et de tranquillité sociales.

Dr P. Guibal,

Président du Syndicat des médecins des arrondissements de Béziers-Saint-Pons.

JURISPRUDENCE

Un chirurgien peut-il se refuser à déférer à une réquisition de justice, lui enjoignant d'avoir à pratiquer une opération chirurgicale ?

COUR DE CASSATION. CHAMBRE CRIMINELLE

Arret du 18 juin 1927.

(Archives du « Sou Médical »).

La Cour :

....Statuant sur le pourvoi de G., docteur en médecine, demeurant à Angoulême, contre un arrêt rendu le 29 décembre 1926 par la Cour d'appel de Bordeaux, qui l'a condamné à une amende de 50 fr. pour refus de déférer à une réquisition de la justice.

Vu le mémoire,

Sur l'unique moyen pris de la violation de l'article 13 du titre II de la loi des 16-24 août 1790, des articles 22-43-44 du C. Instr. Crim. 23 de la loi du 30 novembre 1892, excès de pouvoir et manque de base légale, en ce que l'arrêt attaqué a déclaré régulière et sanctionnée par la loi pénale la réquisition adressée par un officier du ministère public au chirurgien d'un hôpital public de se rendre dans cet établissement pour y examiner des blessés et intervenir, s'il y avait lieu, alors, d'une part, que les magistrats de l'ordre judiciaire ne peuvent s'immiscer dans le fonctionnement des corps administratifs, et, d'autre part, que le droit de réquisition conféré à la justice est limité au concours nécessaire à la recherche et à la poursuite des auteurs d'un crime ou d'un délit.

Attendu que l'arrêt attaqué énonce que le 17 août 1926, à 22 heures, le procureur de la République d'Angoulême agissant en matière de flagrant délit, à l'occasion d'une double tentative de suicide, a fait inviter, par un agent de police, le Dr G., chirurgien des hôpitaux de cette ville, à l'assister au cours de son transport, le médecin légiste ne disposant pas des moyens d'action nécessaires ;

Que G. a répondu qu'en raison de son état de lassitude, il verrait les blessés le lendemain ;

Qu'en l'absence de tout autre chirurgien, le procureur de la République lui a alors adressé, par l'intermédiaire du même agent, une réquisition écrite ;

Mais que G., sans en prendre connaissance, a formellement refusé d'y obtempérer le soir même ;

Attendu qu'après avoir constaté que la façon dont ce document était libellé reflète, à la fois, chez le magistrat qui l'a rédigé, la volonté de procurer à l'instruction des renseignements complémentaires et aux blessés des soins immédiats, les juges du fond déclarent que cette préoccupation d'humanité n'entache pas la légalité de la réquisition ;

Attendu que l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892 édicte que tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice sous peine d'une amende de 25 à 100 francs ;

Attendu, d'une part, que ce texte n'a pas abrogé l'article 475, paragraphe 12 du C. pén., qui prescrit, en termes généraux, aux citoyens de prêter secours à l'autorité dans les circonstances de nature à troubler la paix et la sécurité publiques ; qu'il a eu, au contraire, pour effet, en ce qui concerne les docteurs en médecine requis, en pareil cas, par les magistrats de l'ordre judiciaire, de sanctionner cette obligation par des pénalités plus sévères ;

Attendu, d'autre part, que le dit article 23 de la loi du 30 novembre 1892 n'établit aucune distinction entre les docteurs en médecine affectés au service des hôpitaux et ceux qui ne le sont pas, et que les réquisitions qu'il prévoit, lorsqu'elles ont seulement

pour objet, comme en l'espèce, de procéder à l'examen des blessés et d'intervenir d'urgence, s'il y a lieu, ne constituent pas une immixtion dans le fonctionnement des établissements publics auxquels sont attachés ces médecins ;

D'où il suit qu'en l'état de ces constatations, la Cour d'appel a pu condamner le prévenu à une amende de 50 francs sans violer les articles visés au moyen ;

Par ces motifs :

Rejette le pourvoi.

Commentaires

Pour éviter de répondre à une question précise, la Cour de Cassation est restée dans les généralités, en jouant sur les mots.

Le seul problème, qui était en cause, était le suivant : Agissant en vertu des dispositions de l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892, ainsi conçu : « le docteur en médecine, est tenu de déférer aux réquisitions de la justice », un procureur de la République a-t-il le droit de réquisitionner un médecin, non pas pour l'aider, comme homme de l'art, pour rechercher les causes de la mort et vérifier l'état d'un cadavre, mais pour donner des soins à un blessé, alors que le médecin légiste avait déjà procédé à ses constatations ?

Par son arrêt, la Cour de Cassation décide que le libellé de la réquisition écrite reflétait, « chez le magistrat qui l'a rédigé, à la fois la volonté de procurer à l'instruction des renseignements complémentaires et aux blessés des soins immédiats. »

Or, pour justifier leur arrêt, les conseillers à la Cour de Cassation ont prêté au Procureur de la République une intention qu'il n'avait pas, lorsqu'il a rédigé sa réquisition, libellée dans ces termes :

« Attendu que l'état des victimes est grave ; qu'il y a urgence à procéder à une intervention chirurgicale,

« En conséquence, requérons M. le docteur G. d'avoir à procéder, sans délai, à ladite intervention, notamment en ce qui concerne la femme L. et de nous faire part de la date et de l'heure à laquelle il aura procédé à cette intervention et de nous faire part, en outre, dans un rapport sommaire, des constatations et des résultats de l'intervention ci-dessus spécifiée. »

Si je sais lire, j'interprète ce texte comme étant un ordre donné par un licencié, ou docteur en droit, procureur de la République, à un docteur en médecine d'avoir à opérer d'urgence des blessés, heureusement sans indiquer quelle doit être la nature de l'intervention chirurgicale que le praticien devra pratiquer.

D'ailleurs, la suite des évènements prouva que l'émoi du juriste était un peu excessif, puisque le chirurgien a pu guérir ses blessés, sans avoir eu à les opérer !

Pour donner raison au procureur, la Cour de Cassation a donc interprété la réquisition ci-dessus dans un sens très général : en pratiquant l'intervention chirurgicale, qui lui était ordonnée par un licencié, ou docteur en droit, le chirurgien devait, non seulement porter secours aux blessés, mais encore donner des précisions à l'instruction.

Or, deux points sont à considérer : un magistrat ayant qualité pour réquisitionner un docteur en médecine peut-il obliger ce praticien à donner ses soins à un malade quelconque ?

En second lieu, pour mener à bien sa besogne de chirurgien, ou de médecin, le docteur peut être amené à provoquer, ou à recevoir des confidences de la part des blessés ; le praticien sera-t-il lié par le secret professionnel (article 378 du code pénal), ou devra-t-il tout révéler au magistrat enquêteur ?

1° *Un magistrat peut-il obliger un chirurgien à pratiquer une opération chirurgicale* ?

Sur le premier point, en feignant de croire que la réquisition du procureur avait un double but : donner des soins et aider à l'instruction, la Cour suprême a esquivé la difficulté.

En droit, l'article 43 du code d'instruction criminelle donne aux magistrats enquêteurs le droit de requérir un docteur en médecine, ou tout autre personne présumée, par son art ou sa profession, capable d'apprécier la nature et les circonstances d'un crime ou délit.

L'article 44 spécifie que, « s'il s'agit d'une mort violente ou d'une mort, dont la cause soit inconnue et suspecte, le procureur de la République se fera assister d'un ou de deux officiers de santé, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre. »

Nulle part, il n'est question de soins à donner sur réquisition de justice.

Mais, dira-t-on, il y avait urgence, « flagrant délit » ; par conséquent, le secours du médecin pouvait être requis.

L'article 475, n° 12, du code pénal est ainsi rédigé :

« Ceux qui, le pouvant, auront refusé ou négligé de faire les travaux, le service ou de prêter le secours dont ils auront été requis, dans les circonstances d'accidents, tumultes, naufrage, inondations, incendie, ou autres calamités, ainsi que dans les cas de brigandage, pillages, flagrant délit, clameur publique, ou d'exécution judiciaire. » (amende de 6 à 10 francs).

Un arrêt de Cassation, du 15 mars 1890 (D.P., 1892-5.540 ; — *Concours médical*, 1890.179) décide qu'il y a flagrant délit lorsque, à la suite de la disparition d'une jeune fille, son cadavre est retrouvé dans un lieu public.

« Sont donc en contravention les médecins, qui, requis par le juge d'instruction de faire les constatations urgentes et techniques, ont opposé à deux réquisitions, dont la première datait du

lendemain de la découverte du cadavre et dont la seconde a été renouvelée trois jours après, un ensemble de résistances, pour se dérober à des ordres répétés de justice, s'appliquant à une seule et même affaire et à l'accomplissement des mêmes devoirs. »

Est-ce à dire que, s'il y a flagrant délit, ou autre circonstance prévue par l'article 475 C. pén., le médecin soit obligé de donner ses soins, lorsqu'il en est requis par une personne, ayant juridiquement le droit de requérir ?

Un arrêt de la Cour de Cassation, chambre criminelle, du 4 avril 1919 (D. P., 1920.1.47 ; *Concours médical*, 1923.3118) a été rendu, à l'occasion de poursuites judiciaires contre un pharmacien de Grenoble, qui avait refusé, la nuit, de faire un pansement, malgré qu'il en fût régulièrement requis.

Condamné en simple police, pour ne pas avoir obtempéré à une réquisition, qui s'appuyait sur les termes de l'article 475 c. pén., le pharmacien vit son pourvoi en cassation rejeté, malgré qu'il eut invoqué pour sa défense, que, pharmacien, il lui était défendu de faire un pansement, car cet acte médical ne doit être exécuté que par un docteur en médecine.

Voici le sommaire de l'arrêt :

« Les règles de sa profession n'interdisent pas à un pharmacien de secourir une personne blessée et le fait unique d'intervenir pour effectuer un pansement ne constitue pas le délit prévu par l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine ; ....

« En conséquence, le pharmacien, qui, étant de service de nuit, a été requis de panser un blessé, ne peut arguer de l'impossibilité légale de faire le service requis et encourt la peine prévue par l'article 475, 12° c. pén. »

Il semble donc que la Cour de Cassation incline à décider que, dans tous les cas, le médecin doit déférer à la réquisition de justice, que ce soit en vertu de l'article 44 du code d'instruction criminelle, pour vérifier l'état d'un cadavre, ou que ce soit pour donner des soins à un blessé, lorsqu'il y a urgence.

C'est faire une interprétation *largo sensu* des termes de l'article 475, 12°, du code pénal. En effet, uson pourrons citer l'opinion de Paul Hatin (La responsabilité civile et pénale des médecins thèse de doctorat en Droit, Paris, 1905, page 53) :

Cette réquisition pour un flagrant délit, ou calamité publique ne vise qu'une assistance matérielle : arrêter un voleur, faire la chaîne dans un incendie, etc.

Mais, il n'en est plus de même, lorsqu'on demande à quelqu'un un concours intellectuel et moral.

On ne peut contraindre, par une pénalité, un jurisconsulte à examiner un point de droit, un médecin à faire une opération, une autopsie, un maître d'écritures à vérifier une pièce présumée fausse.

Déjà, un arrêt de Cassation, du 4 juin 1830 (S. 30.1.341), dans le cas d'une sage-femme qui avait refusé de pratiquer un accouchement chez une indigente, avait déclaré qu'il n'existe, dans notre législation, aucune peine qui puisse être appliquée à un tel refus, tout inhumain et blâmable qu'il soit et que le jugement attaqué, en déclarant qu'il ne constituait pas la contravention prévue par le n° 12 de l'article 475 du code pénal, en a fait une juste application. »

Par conséquent, la Cour de Cassation, en 1830, estimait que le travail intellectuel ne peut pas faire l'objet d'une réquisition.

D'ailleurs, le jugement du Tribunal correctionnel d'Angoulême, en date du 7 octobre 1926 (Archives du « Sou médical ») qui avait acquitté le Dr G. (jugement réformé par arrêt de la Cour de Bordeaux, en date du 29 décembre 1926, confirmé par arrêt de la Cour de Cassation, en date du 18 juin 1927), disait :

« Attendu que le procureur de la République s'était transporté sur les lieux et, sur l'avis du médecin légiste, qui, ses constatations faites, estimait une opération nécessaire, avait requis, vers 22 heures, le docteur G. de procéder sans délai à une intervention chirurgicale ;

« Attendu que celui-ci, déjà couché et alléguant les fatigues de la journée, refusa de se rendre sur-le-champ à l'hôpital, ne voyant que le lendemain matin les blessés et jugeait inutile de les opérer, leur guérison ayant, par la suite, suivi son cours normal ;

« Attendu que si on se reporte aux travaux préparatoires de la loi du 30 novembre 1892, on constate que les articles visés par la citation, ont été votés dans le but de vaincre la mauvaise volonté de certains médecins à prêter leur concours aux autorités judiciaires, pour la recherche et la poursuite des crimes et délits ;

« Que l'obligation imposée aux médecins consiste donc uniquement, à n'en pas douter, à procéder aux constatations médico-légales proprement dites, lorsqu'ils en sont requis ;

« Que, par suite, quelque louable et honorable que soit le sentiment d'humanité qui a guidé le ur Procurede la République, il n'apparaît pas au tribunal que le 18 avril 1926, à 22 heures, il ait pu légalement requérir le chirurgien G. de procéder sans délai, à une intervention chirurgicale. »

Le tribunal correctionnel d'Angoulême a fait une appréciation plus juridique des textes que la Cour de Cassation.

En effet, si, aux termes de l'article 44 du code d'instruction criminelle, le procureur de la République *doit* se faire assister d'un médecin, dans le cas de mort violente, ou dont la cause est inconnue, ou suspecte, cette obligation devient fa-

cultative, dans tous les autres cas, aux termes de l'article 43.

Stricto sensu, c'est le procureur de la République, qui instrumente, étant assisté d'un docteur en médecine ; c'est lui qui agit, qui interroge, qui reçoit les dépositions, qui recherche les indices.

Il en résulte, d'une part, qu'en cas d'autopsie, cette opération ne peut être pratiquée par le médecin légiste, qu'en présence du procureur de la République, puisque le praticien « *accompagne, assiste* » le magistrat (Massabiau, Manuel des Parquets, n° 813, West n° 3).

D'autre part, aucun texte législatif n'indique que le procureur aie autre chose à faire que l'enquête ; il n'a donc pas le droit de s'immiscer dans les questions médicales, en ordonnant, par exemple, qu'une opération doit être pratiquée.

D'ailleurs, toutes les condamnations relatées jusqu'ici n'ont trait qu'à des refus, par des médecins, de déférer à des réquisitions, ayant pour but d'aider la justice dans ses investigations, mais non pour donner des soins (tribunal de simple police, de Neuville-sur-Saône, 7 novembre 1889 ; *Concours médical*, 1890.93 ; — Cassation crim., 15 mars 1880 précité ; — Tribunal correctionnel de Rodez, 4 octobre 1889 ; *Concours médical* 1890,179 ; — Tribunal correctionnel de Millau, sans date, *Concours médical*, 1890-286 ; Bourges, 4 avril 1895, précité).

Quelles sont les excuses, qui peuvent être jugées comme étant valables ?

Un médecin régulièrement requis, peut faire valoir certains empêchements, que les tribunaux apprécieront souverainement (Cassation crim. 20 février 1857, deux arrêts ; D. 57.1.133 ; Cassation crim. 1er février 1867 ; D. 67.1.191 ; Cassation, 18 décembre 1875, D. 76.1.162).

C'est ainsi qu'au cours de la discussion de la loi sur l'exercice de la médecine, au Sénat, il fut reconnu que le médecin a la faculté d'alléguer des excuses toutes morales, comme, par exemple, le fait qu'il n'exerce pas la médecine, ou qu'il est appelé auprès d'une malade très grave, en danger (Sénat , débats parlementaires, *Journal officiel*, 6 novembre 1892, p. 388).

Au surplus, la plupart des décisions ci-dessus font allusion à l'absence d'excuses valables, pour que le médecin puisse refuser d'obéir à une réquisition.

La mission d'expert et le secret professionnel.

Nous disions plus haut que, requis pour faire une opération et pour donner à la justice toutes indications utiles à la recherche du crime, ou du délit, le médecin se trouvait en présence d'une confusion de fonctions.

Magistrats comme médecins ne font pas suffisamment attention aux situations juridiques embarrassantes du médecin expert, qui est en même temps médecin traitant.

Comme expert, le praticien doit dire toute la vérité à l'autorité judiciaire qui l'a requis.

Médecin traitant de la personne qu'il a à examiner comme expert, il est lié, vis-à-vis de son malade, par le secret professionnel, aux termes de l'article 378 du code pénal.

Au cours de son examen, en qualité de médecin traitant, le docteur peut découvrir des choses secrètes ; il peut recevoir des confidences.

Ira-t-il, ensuite, comme expert, dévoiler tout ce qu'il a reçu en confidence comme médecin traitant ?

A mon avis, les magistrats doivent s'abstenir de requérir, comme médecin légiste, le médecin traitant de la personne en cause et c'est pourquoi j'estime que la Cour de Cassation n'a pas sainement apprécié le procès, dont s'agit, en spécifiant, dans un des attendus de l'arrêt, que le Dr G. avait été à la fois requis pour pratiquer une opération chirurgicale et pour donner à la justice des renseignements complémentaires.

Non : le Dr G. devait donner ses soins et n'avait rien à dévoiler à la justice, à cause du secret professionnel.

Conclusions

J'estime que malgré l'arrêt de Cassation que nous venons de publier, la question reste entière : à mon avis, je ne crois pas qu'un juge ait le droit de réquisitionner un médecin pour que celui-ci ait à donner ses soins à un malade. L'exercice de notre profession doit rester libre et, sous notre propre responsabilité et devant notre conscience, nous sommes maîtres de nos actes professionnels.

Mais, estimerait-on que l'arrêt de Cassation précité, ainsi que celui du 4 avril 1919, concernant la réquisition du pharmacien, obligent le médecin a obéir à toute réquisition de justice, quelques motif et but que puisse avoir cette réquisition, je donnerais alors le conseil suivant :

Le praticien déclarera (au besoin par écrit) au procureur qui le requiert, qu'il est prêt à obéir à la réquisition et à *accompagner* ce magistrat sur le lieu du crime, ou du délit ; mais le docteur se refusera à toute opération, quelle qu'elle soit, qui serait faite hors de la présence du magistrat requérant, ou de celle d'un officier de police judiciaire, conformément à la loi.

Si le praticien a des excuses valables à faire valoir (il est malade ; il est le médecin traitant d'un des inculpés, etc.), il les fera valoir par écrit, en les spécifiant dans leur détail, afin que, plus tard, on ne vienne pas à changer les véritables motifs des poursuites et faire dévier le procès, qui pourrait être intenté au médecin.

Dr Paul Boudin.

LA CESSION DES CABINETS MÉDICAUX ET LA LOI DU 1er AVRIL 1926

Les médecins n'économisent guère, surtout à notre époque où les honoraires sont modestes et les dépenses sextuplées. Le plus clair des ressources du praticien qui se retire, c'est son cabinet dans certains cas, il peut le céder à un confrère ; il ne vend pas sa clientèle, mais la confiance qu'il a su inspirer aux familles qu'il a soignées, l'habitude qu'ont prise les malades de venir le trouver chez lui, lui permettent de faciliter à un jeune confrère qui veut s'installer l'exercice de la profession et pour le service ainsi rendu, le petit capital qu'il touche lui permet de vivre un peu mieux, ou un peu moins mal, ses dernières années. S'il décède prématurément, sa veuve, ses enfants peuvent trouver, eux aussi, quelque argent en cédant son cabinet.

Quelle est la situation du médecin qui veut se retirer aujourd'hui ? Le plus souvent, il se trouve occuper son appartement ou sa maison sans bail. Les prorogations sont épuisées, il a continué d'habiter son logis en vertu de la loi du 1er avril 1926, qui devait le maintenir en possession jusqu'au 1er juillet 1931, quatre années encore environ. Pourra-t-il céder ses droits à celui qu'il a choisi pour être son successeur ?

Si le bail qui lui a été primitivement consenti ne contient aucune interdiction de céder ou de sous-louer, il mettra facilement son successeur en ses lieu et place ; mais communément les baux consentis à Paris et dans les grandes villes contiennent interdiction de sous-louer ou céder, quelquefois interdiction de sous-louer seulement, et aucune exception n'est faite pour le successeur. Sans doute, la jurisprudence de la Cour de Cassation, depuis la guerre, décide que cette clause, du moins lorsqu'elle subordonne la location à l' « adhésion », « au consentement » ou « à l'autorisation » du propriétaire, n'a pas un caractère absolu, qu'elle est la plupart du temps restrictive et non pas prohibitive du droit de sous-louer, et que, par conséquent le propriétaire qui refuse abusivement et malignement l'autorisation qu'on lui réclame peut être condamné à des dommages-intérêts et même contraint de laisser entrer le nouveau preneur dans les lieux. Mais ce sont des procès en perspective, des pertes de temps, et il faut faire vite, sinon les clients vont disparaître. Le médecin devra-t-il donc subir les exigences du propriétaire et les majorations excessives de loyer que celui-ci peut imposer ?

Le législateur, dans un texte assez ambigu, paraît avoir statué sur la situation. D'après l'article 4 de la loi du 1er avril 1926,

« N'ont pas droit au bénéfice de la prorogation : ..... 5° les locataires qui, contrairement aux clauses du bail ont loué ou loueront « la majeure partie des locaux sans l'assentiment « écrit du propriétaire. »

On doit conclure de ce texte que, pour qu'il y ait déchéance, il faut que les deux conditions suivantes soient remplies :

1° La location doit être faite contrairement aux clauses du bail ;

2° Elle doit comprendre la majeure partie des locaux.

Mais, en cas de contestation, qui dira si la location est contraire aux clauses du bail ; qui donnera l'interprétation des clauses contestées ? Ce sera le Tribunal ! et au bout de quel délai ? Un an environ, à moins qu'il n'y ait appel ; et s'il y a appel, deux ou trois ans.

Supposons par exemple que le médecin soutienne que la clause est seulement restrictive, que le propriétaire a refusé son consentement sans motif, que d'après l'intention commune des parties et s'agissant d'un bail professionnel, le propriétaire ne peut arbitrairement refuser son consentement. Il a beau citer la jurisprudence, litige. Litige que le juge des référés ne voudra pas trancher, qui sera renvoyé au juge du fond, et par conséquent, impossibilité de céder.

Autre cas : le médecin soutient que son bail contient seulement interdiction de sous-louer, ce qui, d'après la jurisprudence, n'équivaut pas à l'interdiction de céder (Cour de Paris, 25 mars 1927 ; 16 mai 1927). Le juge des référés refusera encore de statuer, comme il l'a fait dans une espèce récente, en décidant que « la loi du 1er avril 1926 en employant les mots « ont loué ou loueront » semble avoir assimilé la cession de bail et la sous-location et qu'il ne lui appartient pas de trancher la difficulté. (Tribunal des référés, affaire Dr G..., 20 octobre 1927.)

Dans ces conditions, c'est en tirant parti du texte même de l'art. 4 que le médecin peut éviter toutes difficultés, ou du moins restreindre les difficultés qui surgiront.

Puisqu'il résulte du texte de l'art. 4 que même si elle est contraire au bail la location n'entraîne la déchéance que si elle comprend la totalité des locaux, le médecin qui veut se retirer devra donc, devant le refus du propriétaire, ne louer qu'une partie des locaux. Il précisera dans l'acte de cession que « si le propriétaire auquel la cession sera « soumise, conformément aux clauses du bail, « pour qu'il ait à donner son assentiment, refuse « cet assentiment sans en donner de motifs valables, les effets de la cession seront provisoirement suspendus ; et que, jusqu'à ce que les tribunaux compétents aient statué sur sa validité, le preneur se borne à consentir sous-location du cabinet de consultation du salon d'attente et ce moyennant le prix de x... francs

De cette manière le successeur pourra, sur le refus du propriétaire requérir du président du tribunal toutes mesures propres à assurer l'exécution de la sous-location, et prendre immédiatement possession du cabinet.

Solution insuffisante sans doute, mais solution provisoire, qui lui permettra d'attendre la décision du tribunal.

Et nous sommes certain que dans ce cas le président des référés ordonnera les mesures sollicitées, qui forceront la mauvaise volonté du propriétaire.

Ni le législateur, ni les juges, n'entendent faciliter les spéculations trop nombreuses par lesquelles les locataires, en payant des loyers réduits, ont su tirer parti de leur bail et réaliser des bénéfices scandaleux au préjudice du propriétaire. Mais les juges ne permettent pas la véritable expropriation dont certains locataires sont victimes, lorsque les propriétaires veulent les empêcher arbitrairement de céder ce qui leur appartient.

En matière de locaux commerciaux, les juges ont été si loin qu'ils décident que c'est le propriétaire qui doit prouver la réalité des motifs qu'il invoque pour justifier son refus.

« La clause d'un bail aux termes duquel le « preneur s'engage à ne pouvoir céder son droit « au bail sans le consentement exprès et par écrit « du propriétaire n'a pas un caractère prohibi- « tif, dit un arrêt récent de la Cour de Douai du « 5 avril 1927 ; elle permet au juge d'examiner si « le propriétaire n'a pas abusé de son droit, en « s'opposant sans motif sérieux à la cession pro- « jetée. »

« Notamment lorsqu'il s'agit d'une location « faite pour l'exploitation d'un commerce, la « clause restrictive ci-dessus relatée, doit être « interprétée en ce sens que le bailleur se réserve « uniquement le droit de refuser l'autorisation « demandée par le preneur, si la personne que ce « dernier propose ne présente pas les garanties « qu'on est en droit d'exiger d'un bon locataire. » (*Recueil de Douai*, 1927.147).

Les motifs qui justifient cette décision, et tant d'autres s'appliquent en matière professionnelle : en louant un local professionnel à un médecin, le propriétaire n'a pas ignoré que, d'après un usage constant, celui-ci pouvait être amené à céder son cabinet ; et si le successeur présente toutes les garanties qu'on est en droit d'exiger d'un bon locataire, c'est par un abus du droit, c'est par un véritable coup de force qu'il s'oppose à la cession.

P. NATTAN-LARRIER,
Avocat à la Cour de Paris.

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

L'arbitraire des inscriptions.

J'ai recours à votre sympathique et accueillant journal pour me documenter sur l'assistance médicale gratuite. Nous assistons, en effet, depuis quelques mois à un phénomène qui vaut d'être noté. Les inscriptions au Bureau de bienfaisance se font en masse, si bien que nous ne sommes actuellement pas loin d'avoir 10 % de la population à soigner aux tarifs particulièrement flatteurs que vous connaissez. La municipalité prétend, en réponse à nos demandes d'explications, qu'elle se contente d'appliquer la loi et que, au-dessous d'un certain chiffre de salaire (800 fr. par mois paraît-il), l'inscription à l'A. M. G. est un droit. D'autre part, ajoute-t-elle, l'Assistance publique, pour simplifier ses recouvrements, fait inscrire au Bureau de bienfaisance tous les malades hospitalisés chez elle et relevant des communes de banlieue.

De fait, il suffit (j'en ai de multiples exemples sous les yeux), qu'une femme soit allée accoucher à l'hôpital pour qu'à son retour, elle se voie gratifiée (sans avoir rien à demander) d'un carnet pour elle, d'un pour le nouveau-né et (ô comble !) d'un pour le mari. Et l'on voit un jeune ménage en pleine force, ayant tout juste un bébé de quelques semaines, inscrit au Bureau de bienfaisance.

Notre municipalité est-elle dans le vrai ? L'Assistance publique a-t-elle le droit d'agir comme elle le fait ? Si oui, il faut s'attendre à voir, d'ici peu, la gêne économique aidant (car il est inutile de précisr que tous les chômeurs sont inscrits d'office) à voir fondre comme beurre au soleil la clientèle payante et grossir parallèlement la clientèle du Bureau de bienfaisance. Que dites-vous de ces assurances sociales avant la lettre réalisées avec tarifs à la baisse sur le dos de ces bons nigauds de médecins ?

Je serais heureux que vous ayez l'obligeance d'accueillir ce mot dans vos colonnes pour que le cri d'alarme soit poussé et, si le mal s'étend à d'autres départements, que nous en soyons avertis.

G. LAVALÉE.

POUR LES MÉDECINS DE CAMPAGNE... ET PEUT-ÊTRE AUSSI POUR LES AUTRES

Par le Dr Edgar LEROY, (de Saint-Rémy-de-Provence).

Devant les contradictions trop souvent brutales, la méfiance injurieuse plus ou moins consciente que rencontrent nos réclamations, il nous prend quelquefois à nous autres médecins de campagne isolés, comme des bouffées de lassitude et de découragement et dans notre candeur d'hommes simples et modestes, absorbés entièrement par leur travail, nous en venons parfois à douter de notre cause et de la légitimité de nos prétentions et de nos revendications professionnelles. Pour un peu, nous nous laisserions intimider, manœuvrer, mécaniser, comme on dit vulgairement. A tout le moins, lorsque l'ennemi nous attaque, il nous trouve trop souvent sans doctrine, désunis, désemparés.

Il faut avouer que c'est tout à fait notre faute. C'est très bien de se donner de tout cœur à son métier, de se livrer corps et âme à la profession et à la clientèle ; encore faut-il, de toute nécessité, qu'on ait la sagesse de se réserver *journellement quoi qu'il arrive*, quelques instants de méditation, quelques loisirs d'esprit. L'homme ne vit pas..seulement de pain.

Avouons aussi que le remède est à côté du mal, bien simple, tellement simple, que la plupart d'entre nous le négligent, sans s'apercevoir de la faute grave qu'ils commettent contre la solidarité professionnelle, contre leur famille, contre leurs intérêts les plus chers et les plus sacrés, et même, juste retour, contre les intérêts de leurs malades. Et ce remède, c'est l'adhésion au syndicat médical, l'assiduité à ses réunions confraternelles, la lecture attentive des journaux de défense professionnelle et entre tous du *Concours médical.*

Oserai-je ajouter que ce n'est pas suffisant à l'heure actuelle, et que nous devons, même nous, petits médecins ruraux, nous tenir en liaison avec les confrères de l'étranger, soit par des relations personnelles, quand c'est possible (l'U.M.F.I. A. l'a réalisé pour les nations ibéro-latines) soit par la lecture de leurs journaux professionnels.

Rien n'est plus encourageant réconfortant, tonique et stimulant que ce travail, car en vérité (et il importe de le dire à tous) tout ce qui préoccupe le médecin praticien de France), tout ce qui lui est soucis professionnels, difficultés économiques, insécurité de l'avenir, problèmsc techniques, questions de dignité et de pain quotidien, préoccupe au même titre le praticien des autres pays, de la même manière, dans le même temps, quasi dans les mêmes termes.

Serons-nous fonctionnarisés sans hautes garanties, serons-nous exploités par l'Etat ou par les Mutualités, par les Organisations patronales ou par les Fédérations de prolétaires ? Aurons-nous des systèmes honorables d'assurances sociales ? Ne nous restera-t-il d'autres ressources que de devenir des « Lions de caisses » ? Pourrons-nous perfectionner notre technique isolément ou par groupes de médecins associés ? Participerons-nous à l'hygiène nationale et notamment à l'hygiène rurale, à la formation et à l'éducation sanitaire du pays, à la prophylaxie des maladies sociales ? Quand ? Comment ? Enfin, pourrons-nous continuer à nous faire respecter et honorer raisonnablement par nos clients privés dont la psychologie ondoyante et diverse n'évolue que trop souvent vers la plate incivilité ou l'écœurante ingratitude ?

Je crois fermement que nous ne pourrons bientôt plus nous borner à défendre nos revendications et notre honneur professionnel uniquement dans le cadre des Syndicats locaux, régionaux, voire même nationaux

De plus en plus nous devrons nous orienter franchement, chaque fois que cela sera possible, vers les solutions et les coopérations internationales, tout en restant d'ailleurs intégralement nous-mêmes.

Car, encore une fois, les problèmes qui bousculent notre bonne vieille tranquillité d'avant la guerre sont la plupart du temps des problèmes économiques à caractère international. Et d'ailleurs nos adversaires, les collectivités puissantes, les Nations se voient forcées, elles aussi, de se tourner aux collaborations, aux coopérations internationales, européennes et bientôt peut-être universelles.

C'est l'impression que j'ai recueillie très vive, à lire assiduement depuis plusieurs années les journaux médicaux étrangers. Il ne se passe pas de mois, par exemple, sans que le *Journal de l'Association générale des médecins américains* (ils sont près de 90.000 inscrits) n'étudie, ne discute les mêmes problèmes que nous, et, encore un coup, dans les mêmes termes. Le *Concours médical* en donnait récemment une idée originale en publiant les paroles pleines d'un humour aussi incisif que pittoresque par lesquelles le Dr Harlow Brookes réclamait, pour le médecin moyen, une place honorable, la première, parmi les serviteurs de la « médecine et de la santé publique ».

En Espagne, *La Voz Medica* mène un bon combat acharné pour organiser et perfectionner les « inspections municipales de la santé », organiser et perfectionner l'hygiène rurale, sans que ce puisse être aux dépens des plus modestes pra-

ticiens. Le même journal, dans son numéro du 29 juillet dernier, consacrait toute une page à une remarquable étude documentaire sur les Associations professionnelles d'Europe et d'Amérique.

De l'autre côté du Rhin, à peu près dans le même temps, le Dr Kurth Finkenrath publiait une très intéressante brochure, consciencieusement documentée sur la « question des caisses » dans son pays et à l'étranger (1).

Plus récemment encore, assistant au VIIe Congrès international pour la Paix à Wurtzbourg (Bavière) du 3 au 9 septembre dernier, j'apprenais que les Journées médicales de l'Association des médecins allemands devaient se tenir les 9 et 10 septembre dans cette même ville de Wurtzbourg où William Konrad Rœntgen découvrit les rayons X en 1895. J'eus la curiosité de savoir ce que comportait le programme de ces séances ; et, persuadé qu'un médecin ne peut pas être considéré par un médecin, même hors de son pays, autrement que comme un confrère, je demandai l'autorisation d'assister au moins à quelques-unes des séances de ce Congrès. Le Dr Schneder, de Potsdam, secrétaire général de ces Journées médicales, poussa la courtoisie confraternelle, jusqu'à me prier d'assister parmi « les invités d'honneur » à la grande réunion d'ouverture du 9 septembre. L'Assemblée tout entière, près de 1.200 praticiens venus de toutes les régions de l'Allemagne, fit au médecin français l'honneur de le saluer officiellement et de l'applaudir chaleureusement à plusieurs reprises, dans l'allocution qu'elle lui demanda avec insistance de lui adresser en *français* et qui souligna l'identité de nos préoccupations professionnelles : souci de perfection technique, d'une formation morale plus intense (déontologie, ordre ou chambre des médecins), d'une plus grande dignité et d'une entière indépendance (lutte contre les collectivités qui tendent à nous exploiter), d'une organisation sérieuse de l'hygiène rurale, actuellement inexistante aussi bien en Allemagne que chez nous.

En Belgique, en Hollande, en Angleterre, au Japon, en Suisse et même en Italie, peu ou prou, les mêmes questions se posent au médecin praticien, qui, d'instinct, se tourne comme nous, vers des solutions singulièrement analogues à celles que nous essayons de réaliser.

Væ Soli ! Le mot de l'Ecriture s'applique de plus en plus au médecin praticien, et surtout au médecin de campagne. L'ère de l'individualisme médical est passé. Peut-être même, les temps du vieux médecin de famille d'autrefois, si instruit, si digne, si sympathique , sont-ils à jamais révolus ! A des temps nouveaux, à des exigences économiques nouvelles, vont peut-être correspondre des formes d'activité médicale nouvelles et plus différenciées. S'il faut nous y adapter, sauvons au moins tout ce qui faisait notre valeur, notre honneur, notre raison d'exister : notre dévouement, notre sens clinique, notre amour de notre art, notre confraternité, surtout et avant tout notre indépendance, pour le plus grand avantage de nos malades. Ni plier, ni ramper, pour tout ce qui est l'essentiel de notre profession, que cette devise des vieux Flamands soit celle du Corps médical tout entier et surtout et plus que jamais celle des médecins ruraux !

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Congrès des Syndicats médicaux de France.

Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente Paris (6e)

(30 *Novembre* 1927)

Le 13 novembre 1927, se sont réunis les représentants de l'Union des Syndicats Médicaux de France, de la Fédération Nationale des Syndicats Médicaux de France, du Groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés.

Ils se sont mis d'accord, à l'unanimité, pour la rédaction d'un programme de revendications pour l'exercice de la médecine dans le cadre de la loi d'assurance sociale.

Le Parlement veut couvrir le risque-maladie. C'est son droit, mais le Corps médical a le devoir de le prévenir de certains dangers. Toute police d'assurance comporte, en cas de sinistre, un paiement d'après une somme déterminée à l'avance et après expertise de la valeur réelle de l'objet sinistré ou de ce qu'il en reste. Elle ne se précoccupe nullement de payer l'architecte qui reconstruira la maison, s'il s'agit de la destruction d'un immeuble.

La loi manque donc d'une base finnacière solide en voulant indemniser les salariés des frais médicaux nécessités par une maladie, frais qu'il est impossible de déterminer à l'avance (les tables de morbidité n'ayant aucune valeur).

De plus, toutes les statistiques le prouvent, « qui ne paye pas abuse » ; il y a à peine le quart des bénéficiaires qui soit réellement malade. Le Corps médical tient à protester à ce propos contre la généralisation par laquelle on tend à le rendre responsable des abus de la médecine sociale. Dans l'im-

(1) Die Kassenartz frage in In-und Auslande Recht- und Wirtschafts-Verlag, Munich, VI.

mense majorité des cas, c'est le malade qui abuse des soins.

Que le Parlement veuille couvrir la totalité des frais de maladie ou seulement y participer, c'est son affaire. Ceci ne nous regarde pas ; mais ce qui importe, *c'est de pouvoir soigner nos malades en toute liberté, en respectant le secret professionnel et en nous faisant honorer suivant nos habitudes locales.*

Programme

Pour la défense des intérêts médicaux, il est nécesaire que chaque Syndicat local ou spécial *contracte avec les Caisses.*

Seuls peuvent contracter les Syndicats *habilités par* un ORGANISME CENTRAL UNIQUE — (cet organisme étant actuellement un organisme fédératif comprenant les trois groupements existants, Union des Syndicats médicaux, Fédération Nationale, Groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés, tout en laissant subsister leur autonomie.)

Ce contrat devra comporter comme modalités essentielles :

1° *Le libre choix absolu*, étant entendu que tous les médecins, syndiqués ou non, peuvent participer aux soins à condition qu'ils acceptent les clauses du contrat et qu'ils soient agréés par les deux parties contractantes.

2° *Le respect du secret professionnel.*

3° *Le droit à des honoraires pour tout malade soigné*, soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins.

4° Le droit pour les médecins de se faire honorer suivant leurs habitudes ou leurs tarifs locaux ou spéciaux, ce qui implique le *paiement direct par le malade.*

5° *La liberté de thérapeutique et de prescription* : l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique.

6° Contrôle des malades par la Caisse, du médecin par le Syndicat, et Commission d'arbitrage en cas de désaccord.

7° Nécessité de représentation du Syndicat dans les Commissions techniques organisées par les Caisses.

Syndicat Médical de Seine-et-Marne.

Assemblée générale du 23 octobre 1927.

Voici les principaux ordres du jour qui furent votés. Nous donnerons tout d'abord celui qui a rapport aux prix minima de clientèle, ce qui valut tant d'attaques au Dr Decourt, président du syndicat, qui vient, enfin, de réussir à augmenter considérablement, en les unifiant, les tarifs multiples en cours jusqu'ici.

1° *Ordre du jour sur les prix minima en clientèle.*

Le Syndicat, etc... en vue *d'unifier les prix de visite* en clientèle ordinaire, dans tout le département décide :

1° Le prix *minimum*, dans toute localité habitée par un médecin est ou reste fixé à 12 *francs pour la consultation et* 15 *francs pour la visite.*

2° Dans toute autre localité, ce prix de visite sera majoré d'une *indemnité de déplacement* ainsi fixée :

a) En cas de visite demandée le matin avant 9 heures et pouvant être effectuée au cours du déplacement journalier du médecin, cette indemnité sera *uniformément fixée par localité* entre les médecins desservant celle-ci et se trouvant à des différences minimes de distance. Elle sera fixée par des *accords locaux* dont la base ne saurait être inférieure à 2 francs du kilomètre de *la distance moyenne* entre cette localité et les domiciles respectifs de ces médecins.

b) En cas de visite effectuée spécialement pour un malade, l'indemnité de déplacement ne sera pas inférieure à 3 francs du kilomètre de distance entre le domicile du malade et celui du médecin appelé.

3° Le prix *minimum* de la *visite de nuit* est *triple* de celui de la visite simple de jour, non compris les majorations pour indemnités de déplacement, s'il y a lieu.

4° Le prix minimum de la *visite demandée les dimanches et jours fériés* est *double*, non compris les majorations pour indemnités de déplacement, s'il y a lieu.

Puis, le Dr Bertaux, syndic du Cercle de Meaux dépose l'ordre du jour suivant, « pour répondre aux attaques dirigées injustement contre le président et cela dignement, simplement, sans faire aucune personnalité.... »

Ordre du jour à propos du Referendum sur les tarifs de clientèle.

Le Syndicat etc... considérant que jusqu'à présent les tarifs de clientèle étaient, en différents points du départements, encore en retard sur les tarifs normaux courants,

Considérant que le tarif proposé par le referendum, donne des chiffres au moins aussi intéressants que ceux qui comportent une indemnité de déplacement plus élevée, mais admettent la « *visite en passant* », tandis que celle-ci a été proscrite, il y a longtemps, en Seine-et-Marne, et que l'*indemnité kilométrique* prévue par le referendum doit être appliquée pour *chacune des visites*,

Est d'avis qu'au lieu de blamer son vénéré président le Dr DECOURT comme l'ont fait certains groupements médicaux, il y avait lieu d'applaudir à son initiative, et d'approuver l'effort qu'il a fait pour essayer de *franchir une étape* vers la rémunération honorable des actes médicaux en Seine-et-Marne, rémunération qui, *sans lui*, resterait encore, en certaines régions, par trop inférieure à celle qui existe dans des départements voisins. »

Le vote de cet ordre du jour fut l'occasion d'une longue ovation faite à leur président par les membres du syndicat, voulant ainsi manifester leur réprobation pour la campagne qui vient d'être faite à ce sujet....

***

Quant à l'ordre du jour sur les assurances sociales, il n'est que la suite et la résultante des résolutions votées antérieurement. Le syndicat de Seine-et-Marne *repousse à la fois l'Entente directe et le Tiers payant* et déclare vouloir appliquer à l'assurance maladie la modalité qu'il applique, DEPUIS 2 ANS déjà, aux malades des sociétés de Secours mutuels de la Caisse de compensation et des chemins de fer départementaux, à la suite de *contrats collectifs, spécifiant le paiement direct du médecin par le malade au tarif syndical, sans rabais aucun.*

De plus, à côté de ces modalités *locales*, il décide de ne collaborer à la loi au point de vue *général* que suivant 3 conditions qu'il estime primordiales. D'ailleurs, voici les résolutions prises :

Ordre du jour sur les Assurances sociales.

Le Syndicat, etc... décide de ne collaborer à l'Assurance-maladie que si la loi :

1° Ne permet de tractations qu'entre Caisse et Syndicat affilié à l'Union nationale centrale.

2° Reconnaît le droit absolu aux médecins, chirurgiens et spécialistes, de recevoir des honoraires, suivant l'acte médical effectué, dans tous les milieux techniques de cure : cabinet médical, domicile du malade, maisons de cure, dispensaires, hôpitaux, etc.

3° Admet la présence de délégués des syndicats médicaux dans tous les organes administratifs techniques des Caisses de maladie.

* * *

De plus, partisan de la *liberté contractuelle*, laissant à chaque Syndicat la possibilité de traiter avec les Caisses suivant les besoins locaux, il déclare — quant à lui — au sujet du paiement des honoraires, et fidèle à ses trois précédents ordre du jour des 25 octobre 1925, 25 avril 1926, 24 octobre 1926 :

a) Repousser le système dit de l'*entente directe* qui laisse le médecin *isolé* et désarmé devant la *collectivité* des malades de Caisses et livré ainsi à toutes les tentations, comme à toutes les servitudes.

b) Repousser le système dit du *tiers-payant* qu s'est montré à la pratique, créateur d'abus en tous genres.

c) N'accepter que le *paiement direct du médecin par le malade au tarif syndical après un contrat collectif* assurant à la fois le fonctionnement régulier de la loi et un exercice normal et sain de la médecine.

* * *

Quant à la scission et ses dangers, elle fut longuement envisagée, ainsi que les moyens de la supprimer. On applaudit au projet d'un *Congrès des syndicats*, à réaliser au plus vite. Et le même Dr Bertaux qui avait déjà fait voter un ordre du jour, en proposa un, de nouveau, sur la scission, après avoir exposé les deux causes principales de celle-ci : *le mode de paiement* des honoraires en assurance sociale, mais aussi, ce qui avait déjà causé en 1912 une première scission, *le mode de nomination* du Conseil de l'Union. Et, exhumant une proposition faite en 1913 par le Dr Decourt, il exprima malicieusement l'espoir que le président actuel du syndicat n'y ferait pas une opposition irréductible.... Voici donc cette motion :

Ordre du jour sur la scission.

Le Syndicat, etc... considérant qu'en présence du *danger* que représente pour le Corps médical la loi sur l'assurance-maladie votée par le Sénat, la réalisation d'un *bloc unique* est une question aussi urgente que vitale ;

Considérant que ce *Bloc* est possible puisqu'un texte commun avait pu être élaboré le 24 avril 1927 par les bureaux de l'Union et de la Fédération,

Considérant que la grande majorité du Corps médical, d'accord au sujet des Assurances sociales, se désintéresse d'une rivalité qui apparaît à un bon nombre de médecins comme une question de personnes et une question de boutiques, susceptible d'avoir pour le Corps médical des conséquences désastreuses ;

Manifeste à nouveau à son président, le Dr Decourt, sa reconnaissance pour les tentatives qu'il a faites afin de supprimer la scission ;

Approuve pleinement le projet d'un *Congrès de tous les Syndicats médicaux de France* et souhaite que sa réunion soit très prochaine, afin de ne pas être gagnée de vitesse par la discussion du projet de loi à la Chambre, celle-ci étant à prévoir avant les élections d'avril prochain ;

Et, considérant qu'avec les Assurances sociales, une des principales causes de la scission a été le mode de nomination du Conseil de l'Union ;

Tient à manifester son désir de concorde en proposant la manière de faire suivante :

Art. 11 (des statuts de l'Union) à remplacer par :

« Le Conseil d'administration de l'Union est nommé par l'Assemblée générale. Les délégués des Fédérations et des Syndicats qui la composent nomment les administrateurs à raison d'un par 300 syndiqués ou fraction supplémentaire à 150. Ces élections se font d'après les modes suivants :

1° Les délégués qui se seront auparavant constitués en *collèges électoraux régionaux*, nomment, séparément pour chaque collège, un ou plusieurs administrateurs, suivant le nombre de syndiqués représentés dans chaque collège régional.

2° Tous les autres délégués, constituent le *collège électoral général* et nomment en bloc au scrutin de liste, le reste des administrateurs, suivant le nombre des syndiqués représentés dans ce collège général.

Cet ordre du jour fut voté à l'unanimité moins le président qui déclara s'abstenir non pas à cause de la proposition sur la nomination du Conseil qu'il reconnaît avoir faite, il y a 14 ans et qu'il ne renie pas — loin de là — mais à cause du passage où il est parlé de questions de personnes, de boutiques, alors qu'à l'Union de semblables questions ne furent jamais mises en balance.

* * *

Diverses autres parties du programme furent également discutées et divers ordres du jour votés, mais nous pensons inutile de les rapporter parce que répondant à des questions locales seulement.

Certifié conforme,

Pour le Bureau du Syndicat :

Le secrétaire, Dr René FONTAINE.

Le Président, Dr Fernand DECOURT.

RÉCEPTION A LUCHON DU 20e VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES

Nos lecteurs ont pu se rendre compte, dans l'un de nos précédents numéros, de l'importance qu'avait, pour Luchon, la visite du 20e voyage d'études médicales.

En effet, les maîtres éminents qui dirigeaient cette caravane médicale, professeur Carnot, professeur Harvier, professeur Comby, professeur Hallion, la valeur des travaux des médecins français et étrangers qui les accompagnaient, enfin le nombre imposant des jeunes internes des hôpitaux de Paris qui, également, faisaient partie de ce groupe, suffit à expliquer combien il importait que Luchon puisse faire l'accueil le plus imposant au 20e voyage d'études médicales.

Reçu à midi sur le quai de la gare par M. le Dr Germes, maire de la ville, entouré d'une délégation du Conseil municipal, par le Dr Audubert, président du syndicat des médecins de Luchon, accompagné de plusieurs de ses confrères, par M. Le Gendre, secrétaire général de la Cie Fermière, représentant le conseil d'administration retenu à Paris ; par M. le Dr Molinéry, directeur technique des services médicaux des établissements thermaux, par le Dr de Gorsse, président du syndicat d'initiative et conseiller d'arrondissement, enfin par divers membres de la presse régionale et locale, le V.E.M. se constitua immédiatement en cortège précédé de l'escadron, si sympathique et si original, des guides luchonnais.

Le soleil donnait à cette manifestation toute l'ampleur qui convient et la foule des baigneurs, des touristes, des étrangers se pressait tout le long du cortège, depuis les allées de Barcugnas jusqu'à l'extrémité des allées d'Etigny où les guides firent le tour de la statue du grand homme qui a donné son nom et sa vie à notre station.

De là, chacune des voitures conduisit aux hôtels réservés les groupements désignés à l'avance.

A trois heures, la visite de l'établissement thermal fut précédée des paroles de bienvenue que le secrétaire général de la Cie Fermière et le président du syndicat des médecins adressèrent à nos visiteurs.

Immédiatement, le Dr Molinéry, en quelques mots, précisa quelle était la valeur et les limites du périmètre géothermal de notre station et, à l'aide du plan si remarquable de Lécat, put montrer schématiquement mais objectivement, quelles étaient les richesses de la station avec ses 70 sources thermales, sulfurées, radioactives.

Tous les services techniques furent, tour à tour, examinés et, à chacun d'eux, les médecins de la station faisaient une démonstration complète et répondaient à toutes les questions qui leur étaient posées.

Cette grande et magnifique leçon de choses se termina par la visite des galeries de captage, dues au grand ingénieur François, et à celle du *Vaporarium*, dont les galeries de prospection sont complètement terminées.

L'impression que nos médecins ressentirent de cette visite peut se résumer en un seul mot, dit par l'un d'eux :

« *Nulle part, en Europe, nous n'avons visité un ensemble thérapeutique aussi complet que celui que vous venez de nous présenter, en particulier les galeries de captage du radio-vaporarium ne peuvent être, nulle part, ni copiées ni imitées, car, nulle part, il n'existe un terrain aussi curieusement formé par la nature et qui puisse permettre une pareille diversité dans le traitement.* »

La visite du pavillon Moureu, uniquement consacré aux eaux radio-actives, retint également l'attention de ces éminents médecins, et la caravane gagna la salle des fêtes du Casino, où une coupe de champagne leur fut offerte par le corps médical.

A la suite de cette manifestation qui fut véritablement des plus cordiales, les médecins et la foule des curistes qui les accompagnait, se rendirent à la salle de théâtre.

Il faut remercier, ici, M. La Caze, président du Conseil d'administration de la Société du Casino, d'avoir mis à la disposition du Congrès la salle de théâtre dont des faisceaux de drapeaux, au cartouche du V.E.M. rehaussaient l'éclat des décorations.

Après que M. Audubert, en termes excellents et choisis, eut présenté les conférenciers, M. Lepape, chef de travaux au Collège de France, commença, à l'aide de remarquables graphiques, l'exposé des découvertes que, depuis bientôt 7 ans, il poursuit sans relâche, auprès de nos établissements thermaux.

Chacun sait actuellement que M. Lepape a consacré toutes ses étudesà la radio-activité. Or, ce savant a constaté que la source qui porte son nom, présente jusqu'à cinquante millimicrocuries de radon par litre d'eau, à l'émergence, ce qui classe Luchon parmi les 10 stations les *plus radioactives du monde* en même temps que les plus sulfurées.

De chaleureux applaudissements soulignèrent la fin de la conférence de l'éminent savant et M. le professeur Carnot ,de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, prit alors la parole.

Après avoir marqué les efforts inlassables poursuivis à Luchon pour faire de cette grande station française l'une des mieux étudiées du point de vue scientifique, M. le professeur Carnot félicita la municipalité de Luchon et la Cie Fermière d'avoir compris qu'une station thermale devait, tout d'abord, mériter l'attention des médecins et des malades par la technique avec laquelle elle captait et utilisait ses eaux.

M. Carnot rendit hommage au Dr Molinéry qui, depuis huit ans, est la cheville ouvrière de ce renouveau scientifique.

Le président du V.E.M. développa comment, à la période d'études géologiques avait succédé la période physico-chimique, représentée par les travaux de M. le professeur Ch. Moureu, membre de l'Institut, et de son assistant M. Lepape, pour en arriver, maintenant, à la période physiologique.

La clinique de l'école thermale luchonnaise se trouve ainsi éclairée de faits scientifiques nouveaux qui permettront de serrer de plus près encore les indications, si nettes, des eaux minérales sulfurées, radioactives de cette station. Et nous assistâmes de la part de ce maître de l'enseignement médical parisien, à une leçon sur le traitement des voies respiratoires dont le humage est, à Luchon, la principale thérapeutique, comme, en particulier, les travaux du Dr Baqué l'ont, à diverses reprises, démontré.

Les dermatoses sont également justiciables du traitement de Luchon, ainsi que les affections rhumatismales et certaines localisations de l'arthritisme.

La large et lumineuse synthèse de M. le professeur Carnot fut comprise de ses auditeurs, car la magnifique salle de théâtre ne permettait plus, à quiconque, une place.

La Cie Fermière, dont la compréhension de l'union du thermalisme, du climatisme et du tourisme et de l'hôtellerie a été si fortement exprimée par son nouveau conseil d'administration et son secrétaire général M. Le Gendre, ne pouvait que s'associer à cette manifestation. Aussi la caravane du V.E.M. et les nombreux amis qui s'étaient joints à elle, furent conviés à un verre de porto qui fut offert dans le grand hall de l'hôtel Majestic, récemment ouvert, dont chacun se plut à admirer le confort et l'élégance.

Le soir, le conseil d'administration de la Société nouvelle du Casino avait invité nos visiteurs à assister à un concert classique que M. Cahuzac, chef d'orchestre, dirigea avec sa haute maîtrise habituelle.

Le lendemain, le soleil continuant à nous sourire l'ascension de Superbagnères fut un véritable enchantement et, pour le plus grand nombre, une révélation. Et c'est ainsi que, peu à peu, la majesté de nos montagnes reprend ses droits.

A l'enchantement succéda l'émerveillement quand, à la descente du train, le V.E.M. put voir se développer l'harmonieuse et puissante façade de l'Hôtel de Superbagnères.

M. Arnaud, le très sympathique directeur, avec sa courtoisie et son urbanité habituelles, nous en fit les honneurs et bientôt nous assistions à la conférence de M. le professeur Harvier sur le climatisme de cette station de haute altitude. Les surmenés, les déprimés, les convalescents en même temps que les touristes et les sportifs seront les clients de plus en plus nombreux de l'Hôtel de Superbagnères.

Un déjeuner excellemment servi ralliait tous les suffrages et, le champagne en main, les seize représentants des nations qui participaient au congrès, dirent le succès de ce voyage et offrirent leurs remerciements à tous ceux qui l'avaient favorisé.

Très ému, M. le professeur Carnot les remercia tous, en quelques phrases éloquentes et ce fut par des applaudissements répétés, que prit fin cette manifestation.

L'importance des V.E.M. n'est plus a démontrer, mais celui-ci a marqué, d'une façon particulière, combien cette leçon de chose était utile pour détruire les légendes et imprimer d'une façon indélébile, dans l'esprit de ses adhérents, la valeur du thermalisme, du tourisme et du climatisme français dont la caractéristique est que, suivant le mot, si souvent cité, de Hugues Le Roux, « *la beauté accompagne le bienfait* ».

Barreau de Lorde.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — Madame Déjerine, veuve du professeur Déjerine. Elle avait été la première femme reçue à l'internat (1887).

— **Clinique oto-rhino-laryngologique.** Professeur : M. P. Sébileau. — *L'appareil vestibulaire dans la pratique otologique.* — Cours de six leçons par le Dr Buys, professeur agrégé de l'Université de Bruxelles.

1re leçon : La physiologie vestibulaire. — 2e, 3e et 4e leçons : Etude analytique des différentes méthodes d'exploration vestibulaire. Leur signification et leur valeur pratique. — 5e leçon : Les notations vestibulaires dans les affections de l'endocrâne. — 6e leçon : Thérapeutique et chirurgie vestibulaires.

Ces leçons, qui sont gratuites, auront lieu le matin à 10 heures, à l'hôpital Lariboisière, les 16, 17, 18, 19, 20 et 21 janvier 1928. Elles seront essentiellement des leçons pratiques et comporteront des examens de malades et des démonstrations sur l'homme et l'animal, ainsi que des présentations d'appareils et d'instruments dont la valeur clinique sera exposée et discutée.

Le docteur Galand et le docteur Jean Van den Branden, assistants de M. le professeur Buys ; les docteurs Miégeville et Winter, ancien chef de clinique et chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, organiseront l'après-midi à 2 heures, pour un nombre limité d'auditeurs, un cours pratique de séméiologie vestibulaire et de technique opératoire.

Pour inscription à ces séances spéciales, s'adresser au Dr Winter, chef de clinique, à l'hôpital Lariboisière.

— **Anthologie littéraire du Corps médical.** — Une Anthologie littéraire du Corps médical français (médecins, dentistes, pharmaciens) est en préparation pour 1928. Editée avec art, elle comprendra des Extraits des œuvres de ces praticiens, précédée de leur photographie, biographie et bibliographie.

Les confrères qui joignent au culte d'Esculape celui

des Lettres sont invités à collaborer à cette anthologie. Pour tous renseignements écrire à l'éditeur : *Revue des Indépendants*, 103, avenue de la Marne, Asnières (Seine).

Les manuscrits seront étudiés et classés par un Comité de rédaction comprenant MM. Arama-Michel, Robert Morche, Emile Poiteau et Saint-Paul (Espé de Metz).

— **Manifestations médicales internationales.** — Le prochain dîner d'automne de l'Umfia aura lieu le 5 décembre prochain, à Magic City, à huit heures du soir, sous la présidence d'honneur de S. E. Angel Gallardo, Ministre des Affaires étrangères de la République Argentine, sous la présidence du professeur Tuffier, ancien président du Congrès français de chirurgie et avec la présence de leurs Excellences Souzas Dantas, Ambassadeur du Brésil ; Alvarez de Toledo, Ambassadeur de la République Argentine, des Ministres plénipotentiaires des diverses nations faisant partie de l'Umfia ; et des représentants des Facultés et des Corps savants, des sénateurs et députés s'intéressant aux relations internationales. Ce sera une splendide manifestation à laquelle tous ceux (docteurs, amis de l'Umfia, dames) qui s'intéressent à la France et aux pays amis ne devront pas manquer d'assister.

Envoyer les adhésions au Dr Grimberg, 74, rue Blanche, Paris.

— **Clinique médicale propédeutique.** Professeur Emile SERGENT (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). — *Cours théorique et pratique de radiodiagnostic médical*, du lundi 5 décembre au samedi 10 décembre 1927 inclus, par MM. SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, LIAN, P. PRUVOST, Francis BORDET, COTTENOT, MIGNOT, DARCISSAC, G. DURAND, H. DURAND, OURY et COUVREUX. Ce cours comprendra des leçons théoriques et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux élèves qui auront versé un droit d'inscription fixé à 250 francs.

Programme des leçons théoriques (Ces leçons seront au nombre de trois par jour, à 11 heures (sauf le lundi), à 14 h. 30 et à 17 h. 30). — Lundi 5 décembre, 9 h., Pr E. SERGENT : Règles générales du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire ; 10 h. 30, Dr COTTENOT : Affections ostéo-articulaires ; 17 h. 30, Dr G. DURAND : Œsophage. Estomac. — Mardi 6 décembre, 11 h., Dr COTTENOT : Crâne et colonne vertébrale ; 14 h. 30, Dr G. DURAND : Estomac ; 17 h. 30, Pr SERGENT : Cage thoracique. Trachée. Bronches. — Mercredi 7 décembre, 11 h., Pr SERGENT : Tuberculose pulmonaire ; 14 h. 30, Dr PRUVOST : Poumon. Plèvre ; 17 h. 30, Dr RIBADEAU-DUMAS : Tuberculose ganglio-pulmonaire. — Jeudi 8 décembre, 11 h., Dr COTTENOT : Foie et voies biliaires ; 14 h. 30, Dr G. DURAND : Intestin grêle ; 17 h. 30, Dr SERGENT : Tuberculose pulmonaire. — Vendredi 9 décembre, 11 h., Dr OURY : Gros intestin ; 14 h. 30, Dr Fr. BORDET : Aorte et vaisseaux ; 16 h., Dr H. DURAND : Etude comparée des faits radiologiques et anatomiques ; 17 h. 30, Dr LIAN : Cœur. — Samedi 10 décembre, 11 h., Dr MIGNOT : Médiastin ; 14 h. 30, Dr COTTENOT : Reins, Uretères. Vessie ; 17 h. 30 : Dr PRUVOST : Pneumothorax. Pneumoséreuse.

Programme des exercices pratiques : Ces exercices auront lieu tous les matins, à 10 heures (examen de malades), sous la conduite des conférenciers et tous les après-midi, à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques par le Dr COUVREUX. Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— **Société internationale de microbiologie.** — Une Société est fondée sous le nom de « Société internationale de Microbiologie ».

Elle comprendra non seulement la bactériologie, mais toutes les sciences se rapportant à la microbiologie (parasitologie, microbiologie médicale, vétérinaire, agricole, botanique, etc.).

Les statuts de la Société seront élaborés et ses buts définis dans une séance constitutive qui se tiendra immédiatement avant le prochain Congrès international de microbiologie, le bureau recevant pour première mission d'organiser des Congrès internationaux de microbiologie. Le premier de ces Congrès aura lieu, si possible, en octobre 1928, à Paris.

La Société est placée sous le patronage et l'appui effectif de membres d'honneur. Ont été nommés à l'unanimité membres d'honneur : MM. Roux, R. Pfeiffer, Kitasato, W. Welch, Beyerinck, Wright, Yersin, Winogradsky.

Sont nommés membres fondateurs, les membres présents à la réunion d'organisation et ceux qui ont envoyé leur adhésion.

Etaient présents : MM. Aldershoff (Hollande) ; Besredka (France) ; Bujwid (Pologne) ; Calmette (France) ; Di Vestea (Italie) ; Douglas (Angleterre) ; Fermi (Italie) ; Finzi (Italie) ; Hahn (Allemagne) ; Hempt (Yougo-Slavie) ; Gerlach (Autriche) ; Kitashima (Japon) ; Kling (Suède) ; Levaditi (France) ; Madsen (Danemark) ; Marie (France) ; Martin (France) ; Mac Kendrick (Angleterre) ; Mesnil (France) ; Neufeld (Allemagne) ; R. Pfeiffer (Allemagne) ; P. Da Silva (Portugal) ; Prausnitz (Allemagne) ; Puntoni (Italie) ; Rajchman (Pologne) ; Remlinger (France) ; Sobernheim (Suisse) ; Schnurer (Autriche) ; Vallée (France) ; Wehrle (Allemagne) ; Wu Lien-Teh (Chine) ; Zlatogoroff (U. R. S. S.).

Ont envoyé leur adhésion : MM. Belfanti (Italie) ; S. Flexner (Etats-Unis) ; Zabolotny (U. R. S. S.).

Des noms pourront être ajoutés à cette liste.

Les membres fondateurs organiseront dans leurs pays respectifs un comité national. Les pays qui ne sont pas encore représentés pourront également constituer un comité national.

Chaque comité national élira un Président.

Les Présidents des comités nationaux seront de droit vice-présidents de la Société internationale de microbiologie.

Toutes les Sociétés de microbiologie existant déjà pourront adhérer à la Société à titre de membre fondateur.

Pourront adhérer à la Société en qualité de « membres titulaires » dans chaque pays, les microbiologistes qui auront été présentés par le comité national.

Ont été élus à l'unanimité : président de la Société, M. Bordet ; secrétaire général, M. R. Kraus ; secrétaires généraux adjoints, MM. Dujarric de la Rivière, Gildemeister et Harry Plotz.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

plus vingt centimes d'indemnité de vie chère (son salaire au moment de l'accident étant de 4 fr. + 0.40)

Bien que non guérie, elle désire que je consolide « sa blessure ».

1° Dans ce cas, sa rente sera-t-elle calculée sur la base de 1917 soit 4 fr. 40 de salaire, ou bien sur celui-ci majoré d'un certain coefficient correspondant au taux actuel de la vie.

2° Est-il exact que les accidentés du travail consolidés à 80 % minimum, ont droit en plus à une rente de 2.400 fr. versée par l'Etat ?

Dr F.

Réponse.

1° La rente à laquelle aura droit votre cliente, après la consolidation de sa blessure, sera calculée d'après la législation en vigueur au jour de l'accident. Par conséquent, le salaire de base ne subira aucune majoration en raison de l'élévation du coût de la vie.

2° En vertu d'une loi du 19 juillet 1927, qui a modifié de nombreuses lois antérieures relatives au même objet, votre cliente aura droit, en outre, si elle reste atteinte d'une incapacité d'au moins 40 %, à une allocation de l'Etat. Cette allocation est de :

480 francs par an pour une invalidité de 40 à 49 % ;
600 francs pour une invalidité de 50 à 59 % ;
900 francs pour une invalidité de 60 à 69 % ;
1.200 francs pour une invalidité de 70 à 79 % ;
2.400 francs pour une invalidité de 80 à 100 %.

Pour obtenir l'allocation, si elle y a droit, votre cliente devra adresser une demande au Ministère du travail (contrôle des assurances), sur papier libre et donner les indications suivantes :

Nom, prénoms et adresse.
Nationalité.
Date de l'accident.
Date de la dernière décision attributive de la rente, montant du salaire ayant servi à la fixation de la rente, taux d'incapacité et montant de la rente servie.
Désignation de l'établissement qui fait le service de la rente.

Après examen du dossier par le Ministère, l'allocation sera servie à votre cliente, en même temps que la rente elle-même, par la compagnie d'assurances.

3700. — Faute inexcusable du patron.

Je viens vous soumettre un cas important : un ouvrier de 18 ans, électricien, réparant sur une conduite de haute tension et qui avait lui-même coupé le courant, se trouve électrocuté vers la fin de son travail. Le courant a été rétabli on ne sait comment. Electrocoagulation et chute de la main gauche et

de 3 doigts à droite, de la moitié de la face et du cou, maxillaire à nu. Bref une incapacité partielle permanente de 100 % en perspective. L'ouvrier gagnait 7.000 fr. donc avec la nouvelle loi, 100 % lui donnera une rente de 3.500 fr. Mais dans cette affaire, l'ouvrier ne paraît nullement responsable. Peut-on évoquer la responsabilité civile du patron. En d'autres termes, quand le patron paraît entièrement responsable ne doit-il pas la totalité des journées et une rente plus en rapport avec les futurs besoins du blessé.

Ce cas peut être instructif et si vous le jugez vous pouvez publier demande et réponse.

Dr G.

Réponse.

Aux termes de l'article 2, paragraphe 1er, de la loi accidents, les ouvriers garantis par la dite loi ne peuvent se prévaloir, à l'occasion des accidents dont ils sont victimes dans leur travail, d'aucunes dispositions autres que celles de la loi.

L'article 1382 du code civil, par exemple, ni les articles qui le suivent, ne peuvent être invoqués par les ouvriers. La loi est forfaitaire. Elle a eu pour but de substituer à la responsabilité civile de l'article 1382 et des articles suivants, une responsabilité de plein droit du patron.

Cependant, aux termes de l'article 20, § 3, lorsqu'il est prouvé que l'accident est dû à une faute inexcusable du patron ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, l'indemnité (la rente, en l'espèce) peut être majorée, mais sans que la rente ou le total des rentes allouées puisse dépasser, soit la réduction, soit le montant du salaire annuel.

Ce serait à l'ouvrier qu'il appartiendrait de faire la preuve de la faute inexcusable imputable au patron ou à ses préposés dans la direction.

3726. — Date d'application de la loi qui a modifié le calcul du salaire de base.

En qualité de membre du « Sou médical » je désirerais avoir votre avis sur le cas d'espèce suivant, pour l'application de la loi du 2 juillet 1926 portant de 4.500 fr. à 8.000 fr. le salaire minimum de base pour le calcul de la rente des accidentés du travail.

Un ouvrier se tue sur le coup au cours de son travail le 26 janvier 1927. La famille se basant sur ce que les délais d'application de 6 mois après la promulgation de la loi (9 juillet 1926, 9 janvier 1927) sont écoulés, demande que la pension de la veuve soit calculée sur la base de 8.000 francs.

La compagnie d'assurances prétend que les 6 mois de délai de l'application ne partent que du 1er août 1926 et donc ne rendent la loi exécutoire que le 1er février et ne veut régler le sinistre que sur la base de 4.500 francs.

Pourriez-vous m'indiquer si l'interprétation de la compagnie est juste et ce que la veuve du blessé peut exiger ?

Dr M.

Réponse.

La loi du 8 juillet 1926, qui a modifié les bases de calcul des rentes dues en vertu de la loi sur les accidents du travail, en portant de 4.500 à 8.000 francs la partie du salaire qui ne doit subir aucune réduction, dispose dans son article 2 :

« La présente loi ne sera applicable aux chefs d'entreprise que le premier jour du *septième* mois qui en suivra la promulgation. »

Or, la loi a été publiée au *Journal officiel* du 9 juillet. Il en résulte donc qu'elle n'est devenue applicable qu'à partir du 1er février 1927.

Par conséquent, pour un accident survenu le 26 janvier 1927, les dispositions de la loi nouvelle ne peuvent être invoquées. C'est la compagnie d'assurances qui a raison.

3611. — Envoi des notes d'honoraires.

Je viens vous demander au cas où je désirerais ne plus envoyer mes notes d'honoraires aux compagnies d'assurances directement, si je suis en droit de les envoyer aux chefs d'entreprise et d'exiger d'eux directement le paiement de ces notes.

Dr L.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, vous n'avez aucun lien de droit avec les compagnies d'assurances qui couvrent les chefs d'entreprises. C'est contre ces derniers seuls que le paragraphe 4 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 vous donne une action directe en paiement de vos honoraires sur les bases du tarif ministériel. En cas de procès portant sur le paiement des honoraires, seuls les chefs d'entreprises peuvent être cités devant le juge de paix.

Par conséquent, vous pouvez à bon droit refuser d'entrer en relations avec les compagnies d'assurances, envoyer vos notes directement aux chefs d'entreprises et en exiger d'eux le paiement.

3629. — Accident survenu en revenant du travail.

Le 13 avril dernier, un ouvrier dont le patron est assuré, rentrait à bicyclette de son travail (son domicile est distant de 4 km. du lieu de son travail).

Il entre en collision avec une charrette dont le propriétaire est assuré également, et se fait une fracture ouverte de jambe qui nécessite son admission à l'hôpital où il se trouve encore actuellement.

Le patron du blessé déclare l'accident à sa compagnie d'assurance ; la dite assurance ne veut pas

répondre de l'accident et conseille à l'ouvrier blessé (qui a obtenu l'assistance judiciaire) de poursuivre le propriétaire de la charrette.

L'accident en question pourrait-il, au point de vue jurisprudence, être considéré comme accident du travail ? Si oui, l'assurance du patron du blessé peut-elle se dérober ainsi, d'autant que la responsabilité dans l'accident n'a pas été bien établie jusqu'ici ?

Dr M.

Réponse.

Il a été jugé à maintes reprises que seul pouvait être considéré comme un accident du travail l'accident dont l'ouvrier était victime, alors qu'il se trouvait placé sous la direction et la surveillance de son patron.

C'est ainsi que constitue un accident du travail l'accident survenu alors que l'ouvrier effectuait, sur l'ordre de son patron, un déplacement nécessité par le service.

Mais au contraire, quand l'ouvrier se rend de son domicile au lieu de son travail ou vice versa, la surveillance du patron, son autorité, n'ont pas commencé ou ont cessé de s'exercer. Le patron ne saurait donc être rendu responsable des accidents survenus au cours du trajet.

La compagnie d'assurances fait une juste application de ces principes au cas d'espèce que vous nous soumettez et il ne nous paraît pas qu'un recours quelconque soit possible.

3625. — Fourniture d'un appareil orthopédique à un blessé.

Sur le certificat de consolidation fixant l'incapacité à 100 % pour un accidenté du travail (fracture de la colonne vertébrale) je mentionne la « nécessité du port d'un appareil orthopédique » de soutien de la colonne vertébrale.

L'orthopédiste sollicité ne veut pas confectionner l'appareil sans l'agrément de la compagnie d'assurances. Le blessé fait une demande d'autorisation à la compagnie : pas de réponse. Je renouvelle trois fois moi-même la demande et n'obtiens pas plus de résultat. Que faire ?

Le patron et, en l'occurrence, la compagnie d'assurances n'est-elle pas responsable des débours pour l'appareillage ? A noter que je n'ai jamais signalé la nécessité de cet appareil au cours du traitement et que c'est sur le certificat de consolidation seulement que, pour la première fois, j'en ai fait mention dans les termes sus-indiqués.

Dr E.

Réponse.

En vertu de la jurisprudence actuellement en vigueur et en raison du caractère forfaitaire des indemnités allouées aux blessés du travail, les appareils de prothèse ne peuvent être mis à la charge du chef d'entreprise responsable.

Cette solution est très rigoureuse et aboutit à

une véritable iniquité dans certains cas d'espèce comme celui que vous citez.

Une loi est actuellement en discussion qui tend à porter remède à cette situation en spécifiant que c'est au patron de faire les frais des appareils de prothèse, mais, tant que la loi n'aura pas été votée et promulguée, les blessés devront continuer à faire eux-mêmes les frais de leurs appareils. Et quand la loi sera votée, il n'est pas sûr qu'elle s'appliquera aux accidents antérieurs.

3645. — Accident survenu pendant le transport des ouvriers par les soins du patron.

Une jeune ouvrière en rentrant chez elle après son travail dans l'auto faisant le service régulier des ouvrières se fait une brûlure de l'œil par projection d'acide acétique contenu dans une bouteille qu'elle casse en descendant de l'auto.

L'usine refuse de la couvrir par son assurance. Objection : « elle n'avait qu'a ne pas avoir cette bouteille avec elle. » Dr B.

Réponse.

D'après la jurisprudence, ne doit pas être considéré comme un accident du travail l'accident dont l'ouvrier peut être victime au cours du trajet de son domicile au lieu de son travail, ou vice versa.

Il n'en est autrement que lorsque le transport des ouvriers a lieu par les soins du patron, au moyen d'un véhicule lui appartenant et conduit par l'un de ses préposés. Voir dans ce sens : Sachet, 6e édition, tome 1, n° 322 et Civ. 30 juillet 1919, D. P. 1920-1-81.

Par conséquent, dans le cas d'espèce que vous nous soumettez, il y a bien accident du travail, puisque l'accident s'est produit au moment où l'ouvrière descendait du véhicule mis à sa disposition par le patron, au moment où, par suite, elle était encore sous sa direction et sous sa surveillance.

Le fait que la blessure est due au bris de la bouteille ne saurait modifier en rien les droits de l'ouvrière, car la possession de cette bouteille ne constitue pas la faute inexcusable seule capable, en vertu de la loi sur les accidents du travail, d'atténuer la responsabilité du patron.

Que votre cliente cite donc son patron en paiement de son demi-salaire devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la procédure de la loi du 9 avril 1898. L'instance sera exempte des droits de timbre et d'enregistrement.

Quant à vos honoraires, ils vous seront payés par l'assurance, si la blessée obtient gain de cause. Dans le cas contraire, c'est à la blessée seule que vous pourrez les réclamer.

3664. — Accident survenu au fils d'une fermière. Tarif à appliquer.

Une fermière de mes clientes exploitant une ferme avec ses fils est assurée elle et ses enfants. Un de ses fils est blessé en travaillant sur la ferme de sa mèr (fracture ouverte ayant nécessité une intervention chirurgicale).

Sommes-nous obligés, le chirurgien et moi, d'accepter le tarif Durafour ? Je crois que nous pouvons ignorer la compagnie d'assurance et nous faire régler directement par la fermière. Mais je serais content cependant d'avoir une confirmation de votre part à ce sujet.

Si la jurisprudence nous est contraire, vous seriez bien aimable de me l'indiquer avec quelques détails.

Dr B.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail donne au médecin traitant une action directe contre le chef d'entreprise en paiement de ses honoraires sur les bases du tarif ministériel, mais ce n'est là qu'une action subsidiaire, qu'une garantie supplémentaire donnée au médecin, dont le principal débiteur reste toujours l'ouvrier blessé, bénéficiaire des soins. Le médecin *peut*, s'il le veut, user de l'action directe contre le patron mais il n'y est *pas obligé*. Ces principes sont bien souvent perdus de vue dans la pratique courante des accidents du travail, mais ils n'en subsistent pas moins, ainsi que le démontrent plusieurs décisions de jurisprudence que nous avons obtenues au cours de ces dernières années.

Quand la législation sur les accidents du travail a été étendue aux exploitations agricoles, avec faculté pour les exploitants d'y adhérer pour eux-mêmes et leur famille, rien n'a été changé à ces dispositions.

Par conséquent, même en matière d'accidents agricoles, vous avez toujours le droit de considérer les blessés comme des clients ordinaires de droit commun et de vous faire honorer par eux comme tels. A eux de s'entendre ensuite avec leurs assurances pour obtenir le remboursement de vos honoraires d'après les tarifs prévus dans les polices, mais vous n'avez pas à intervenir dans cette discussion.

Bien entendu, si, passant par-dessus la tête de vos clients, vous vous adressez directement et en leur nom aux assurances, vous ne pouvez exiger de celles-ci plus que ce à quoi elles sont tenues envers leurs assurés, c'est-à-dire plus que le tarif Fallières.

C'est pourquoi, dans votre affaire, nous vous conseillons d'ignorer l'assurance et de vous faire payer par votre client suivant votre tarif habituel. Vous aurez seulement à lui remettre un reçu détaillé de vos honoraires pour lui faciliter sa demande de remboursement à l'assurance.

En cas de contestation, il y aurait lieu de por-

ter l'affaire devant le juge de paix, conformément au droit commun et non pas en vertu de la procédure exceptionnelle de la loi sur les accidents du travail.

3736. — Obligation du patron non assuré.

Je vous serais obligé de me dire si, quand un patron n'est pas assuré pour ses ouvriers, on doit quand même, dans l'établissement des notes d'honoraires, appliquer le tarif officiel des accidents du travail ou si l'on peut appliquer le tarif syndical local.

Dr X.

Réponse.

Que le patron soit assuré ou non, ses obligations envers le médecin traitant choisi par l'ouvrier blessé sont limitées par le tarif ministériel, dit tarif Durafour lorsque le médecin a été choisi par l'ouvrier. En effet, c'est contre le patron seul, et non contre la compagnie d'assurances qui le couvre, que la loi sur les accidents du travail vous donne une action directe en paiement de vos honoraires. Si, en fait, les compagnies d'assurances, passant par-dessus la tête de leurs assurés, règlent directement les médecins, elles agissent ainsi non pas en leur nom propre, mais comme mandataires de leurs assurés.

Questions médico-militaires.

3330. — Point de départ de la pension. Pension d'ascendants.

Un de mes jeunes clients vient de mourir de phtisie le lendemain du jour où le centre de réforme lui accordait une pension à 100 % avec indemnité de soins médicaux (ce jeune homme avait contracté rougeole et bronchite pendant son service actif en 1923-24).

Si son droit à la pension part du jour de la décision du Conseil de réforme, 26 juillet, sa famille ne touchera rien.

Mais ne part-elle pas (sa pension) du jour où il a fait sa demande ?

De toute façon, ses parents qui sont indigents, dont le père a 67 ans et est lui-même malade n'ont-ils pas droit à une pension d'ascendants ? Quelle démarches doivent-ils faire ? à qui les adresser ?

Dr G.

Réponse.

Le point de départ de la pension ne peut-être autrement fixé qu'au jour de la décision prise par la première commission de réforme (article 3 de la loi du 31 mars 1919).

Cependant, si le droit à pension est reconnu, les ascendants ont droit à une allocation d'as. cendants, à certaines conditions :

1° Age minimum : 60 ans pour le père, 55 ans pour la mère, à moins d'infirmités ;

2° Ne pas être inscrit au rôle de l'impôt sur le revenu, etc.

Il faut adresser une demande au sous-intendant, chef de la section départementale des pensions, en indiquant comme référence la date de la commission de réforme passée par le fils avant son décès. Ce fonctionnaire réunira toutes les pièces utiles et nécessaires.

3376. — Soins donnés pour maladie non imputable au service.

J'ai donné au cours de l'année des soins prolongés à un réformé de guerre pour lequel la Commission de contrôle réduit à 0 mes honoraires avec le motif suivant : M. M..., a été réformé pour « souffle systolique « à la pointe avec roulement présystolique d'insuffisance et rétrécissement mitral, hypertrophie du « cœur avec abaissement de la pointe dans le sixième « espace ». Ce malade a été soigné pour « poussées « aiguës de rhumatismes », affection ne paraissant « pas en rapport avec le motif de réforme et pour la- « quelle le carnet de soins gratuits ne doit pas être « utilisé. »

Cette interprétation me paraît singulière et médicalement insoutenable, la lésion cardiaque du malade ayant, ses papiers le prouvent, une origine rhumatismale ; mais peut-être est-elle défendable administrativement, cette origine n'ayant pas en effet été spécifiée dans l'énoncé du motif de réforme. Néanmoins même administrativement un argument est en train de naître : la lésion s'étant aggravée à la suite des crises qui ont motivé mes soins, une demande d'augmentation de pension est en route.

En attendant, je vous serais obligé de me dire à qui je dois (et sous quelle forme) adresser ma réclamation, car bien entendu je ne vais pas laisser là cette affaire.

Dr X.

Réponse.

Le rhumatisme n'ayant pas été spécifié comme « maladie imputable au service » dans le libellé de la Commission de réforme, l'intéressé n'a pas droit aux soins gratuits pour cette affection. Une interprétation médicale ne peut la rattacher par filiation à l'affection cardiaque, sans qu'une commission de réforme se soit prononcée.

Vous devriez adresser votre réclamation, si vous jugez utile de poursuivre l'affaire, au Ministère des Pensions (Président de la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits, 37, rue de Bellechasse, Paris, 7e.)

3387. — Qu'est-ce que l'« Office du combattant » ?

Abonné de longue date au *Concours*, je viens solliciter de votre amabilité des précisions, si vous connaissez les faits, au sujet de l'*Office du Combattant.*

Il est évident que ce n'est pas là une question médicale, mais cette question, je crois, peut intéresser, parmi nos confrères, ceux qui, par leur présence plus ou moins prolongée au front ont acquis le droit à leur « assimilation » aux combattants.

D'autre part, certains négligent, comme moi d'ailleurs, la lecture des quotidiens de la Presse pendant la période des vacances et ne sont, de ce fait, pas à la page.

Si donc vous pouvez nous éclairer :

1° L'Office du Combattant et partant, la carte du combattant, sont-ils institués ou seulement à l'étude?

2° Que sont-ils ?

3° Quels en sont les avantages ?

4° Quel est, ou quels sont, le ou les numéros, (et leur date) du *Journal officiel* qui ont pu traiter de la question ? et comment se procurer ces *Journaux officiels* ?

Dr T.

Réponse.

L'Office du Combattant est créé, et officiel. Les membres chargés de l'administration ne sont pas encore nommés.

La carte du Combattant est créée, elle aussi. Pour l'obtenir, il faut s'adresser au général commandant la région, qui vous donnera toutes indications utiles, avec références du *Journal officiel*.

Cet office ne semble pas, *a priori*, devoir intéresser les professions libérales, en ce sens que, comme l'office des mutilés, il s'occupe surtout de main-d'œuvre et de placement des anciens combattants.

Peut-être pourriez-vous écrire au bureau du *Journal officiel*, quai Voltaire, Paris 7e, pour demander les journaux intéressants, en envoyant la somme par mandat ou timbres-poste. Une première lettre avec réponse payée vous fixerait préalablement sur le montant des frais.

Fiscalité.

3630. — Base de la patente. Sous-location.

Auriez-vous l'obligeance de me faire savoir si le fait de louer une partie de l'immeuble où j'exerce ma profession et qui m'appartient, peut faire baisser ma patente.

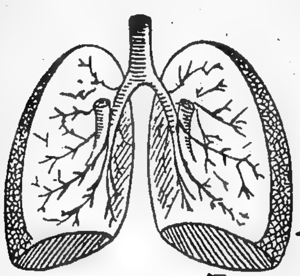
En l'espèce, il s'agirait de louer à un automobiliste une remise à usage de garage.

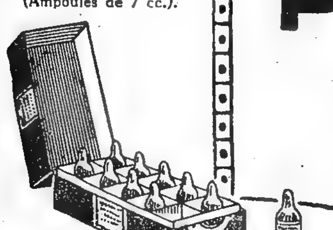
Dr X.

Réponse.

Si, antérieurement, vous occupiez la partie d'immeuble envisagée, sa valeur locative était comprise dans la base de votre droit proportionnel de patente. En cas de location, une réduction de cette base devrait intervenir, mais à partir du 1er janvier 1928 seulement.

A. M.





3713. — Contrôle des déclarations de revenus. Pourcentage des dépenses professionnelles.

J'avais au mois de mars, fait une déclaration pour l'impôt sur les profession s non commerciales et avais payé l'impôt en août dernier. Je me croyais donc débarrassé de ce souci.

Or, ces jours derniers, je recevais du contrôleur une demande de détail des frais professionnels. J'ai donc fourni le détail demandé.

Quelques jours après, mandé devant le contrôleur, je m'entendais dire que le pourcentage de mes frais professionnels était trop élevé (75 %) et par une lettre reçue ce matin, le contrôleur des C. I. me propose d'accepter le pourcentage de 60 % de frais professionnels, faute de quoi « notre différend sera porté devant la commission consultative ».

Que dois-je faire ?

Accepter purement et simplement puisque je ne puis prouver par des documents que ma proportion est réelle.

Me demandera-t-on des livres de recettes et de dépenses ? je n'en possède pas et les chiffres que je donne sont pour les dépenses tout au moins des à peu près, car je ne puis avoir une facture acquittée pour tout ce que j'achète (réparation de pneus, essence au distributeur, etc.).

S'il faut tenir une comptabilité, je voudrais savoir si un livre journalier suffirait, où figureraient seulement deux nombres, l'un pour les recettes, l'autre pour les dépenses (ce dernier avec quelques détails complémentaires).

Si ma cause est entendue d'avance, mieux vaut accepter d'emblée la proposition de mon contrôleur.

Dr S.

Réponse.

Les médecins n'étant pas commerçants ne sont pas assujettis à la tenue de livres de recettes et dépenses, mais ce serait pour eux une sage précaution.

En ce qui concerne les dépenses, il est préférable de les inscrire au jour le jour, article par article et de conserver les factures ou reçus.

Le taux de vos dépenses par rapport aux recettes est évidemment assez élevé et vous ne pourriez obtenir satisfaction devant la commission que si vous pouviez arguer de circonstances spéciales.

A. M.

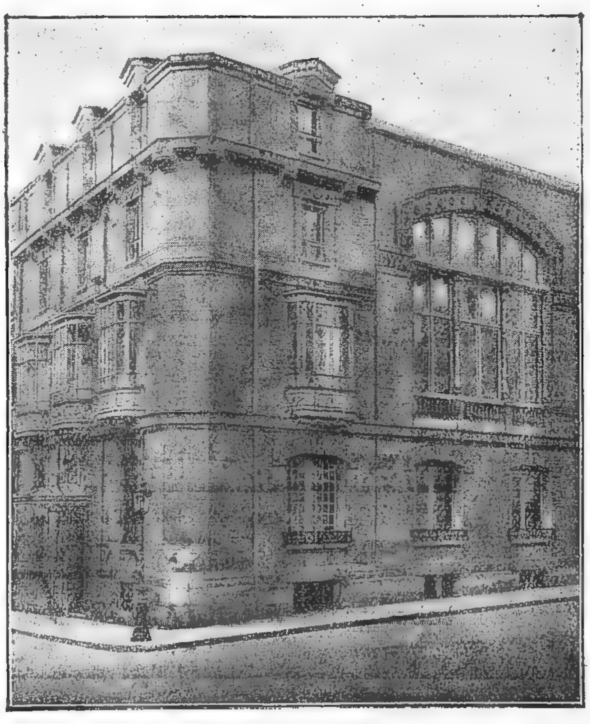
Quarante-neuvième année   N° 49   4 Décembre 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3152-IV)



(Suite du Sommaire)

AVIS

I

Agenda Memento du Praticien

L'édition 1928 vient de paraître et les souscripteurs auront satisfaction à bref délai, toutes les expéditions étant faites par poste recommandée.

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 23 fr. à notre compte de chèques postaux : *Concours Médical* Paris 167-95.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *prix considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 652. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. dir

No 653. — Le Dr Guillemin, 16 av. Georges V à Paris, cherche une maison de santé ou un immeub. de 20 p. pour y créer mais. de santé, voire un terrain de 300 m. dans le 15e ou le 16e arr., et ser. recom. au confr. qui l'aider. à trouver.

No 654. — Méd. act. bien introduit, polyglotte et rompu à la prat. therm. est demandé d'urg. pour la station d'Hammam-R'Hira à 3 h. d'Alger. Le doct. sera nourri, logé et appointé à des conditions à déterminer, mais devra résider en permanence dans l'établis. Ecr. avec réf., titres et prétentions au Dr Adda, méd. conseil, 98, rue Michelet, Alger.

No 655. — Sténo-dactylo brevet supér. recherche secrétariat, journée ou demi-journée.

No 656. — Bonne clientèle à céder pour 50.000 fr. compt. dans ville à 3 h. de Paris sur grande ligne. Belle maison avec tout conf. moderne. Bail à volonté.

No 657. — Dr chev. Lég. honneur cherche, Paris ou banlieue, situation médicale ou paramédicale.

No 658. — Dr recomm. particul. jeune infirmière très sérieuse pour clinique. De préférence voudrait être nourrie et logée.

No 659. — Centre-Est, gros centre industriel, client. rapp. 65.000 sans frais, petit rayon. Jolie villa 12 pièces confort. Indemn. à débattre. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 660. — Nord. A céder d'urg. contre très petite indemn., poste dans agglomér. import., proxim. grande ville, rapp. environ 50.000, sans auto. Maison assurée. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél Gob. 36-46.

No 661. — Bretagne. Très ancien poste dans ville agréable, rapp. 60.000 environ, appart. 7 p., Indemn. 15.000, dont 1/2 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret ; 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons avec un profond regret la mort de Madame RIMEY, mère du docteur Marcel RIMEY, médecin consultant à Luxeuil-les-Bains. Nous exprimons à notre confrère et ami, si cruellement éprouvé, nos sentiments de très grande sympathie.

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. TIFFENEAU, professeur de pharmacologie à la Faculté de Paris, est élu membre titulaire dans la VI[e] section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles) en remplacement de M. Paul Regnard.

— **Conseil supérieur de l'instruction publique.** *Nominations.* — Les Facultés de médecine ont élu membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique, MM. les professeurs ROGER, de Paris, et SIGALAS, de Bordeaux.

— **Troisième centenaire d'Harvey.** — Le Collège royal des médecins de Londres célébrera, du 14 au 18 mai 1928, à Londres, le troisième centenaire de la publication du livre de Guillaume Harvey : *De motu cordis.*

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours et cliniques.* — Les cours suivants sont commencés et ont lieu :

Physiologie. M. le professeur ROGER, les jeudis et samedis à 17 h., au Petit Amphithéâtre (les mardis, à 17 h., conférence de M. Ch. RICHET, agrégé.)

Histoire de la médecine. M. le professeur MENETRIER, les mercredis, à 18 h., à l'amphithéâtre des Thèses, n° 2.

Obstétrique. M. ECALLE, agrégé, les lundis, mercredis, à 18 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique (programme : grossesse, accouchement normal, pathologie de la grossesse).

Pharmacologie. M. BUSQUET, agrégé, les lundis, mercredis, vendredis, à 15 h. à l'amphithéâtre Vulpian (programme: modificateurs de la nutrition, parasiticides médicaments cardio-vasculaires).

Thérapeutique. M. HARVIER, les lundis, mercredis, vendredis, à 17 h., au grand amphithéâtre (traitement des maladies infectieuses et parasitaires).

Thérapeutique. M. le professeur LOEPER, les mardis et jeudis, à 17 h., au grand amphithéâtre (maladies de l'appareil digestif, de la nutrition ; maladies endocriniennes).

Pathologie générale. M. le professeur Marcel LABBÉ, les lundis, mercredis, vendredis à 17 h., au Petit amphithéâtre.

Pathologie expérimentale et comparée. M. le professeur RATHERY, les mardis, jeudis, samedis, à 18 h., au Petit amphithéâtre.

Pathologie chirurgicale. M. Pierre BROCQ, agrégé, les lundis, mercredis, vendredis à 16 h., au grand amphithéâtre (programme : affections chirurgicales de l'abdomen).

— **Enseignement médical des hôpitaux.** — Le dimanche 11 décembre, à 10 h., à l'amphithéâtre des

concours de l'A. P. (rue des Saints-Pères), conférence de M. VIGNES, accoucheur des hôpitaux, sur l'*emploi des anesthésiques pendant l'accouchement*.

— **Hôpitaux Trousseau.** — M. LESNÉ fait tous les samedis, dans son service, à 10 h. 30, une conférence de clinique et de thérapeutique infantiles, avec la collaboration de MM. de Gennes et Marquézy, médecins des hôpitaux et de MM. Baruk, Blamoutier, Boutelier, Clément, Coffin, Lefèvre et Turpin, anciens internes du service.

— **Hôpital Cochin.** *Traitement des fractures.* — Sous la direction de M. le professeur Pierre DELBET, un cours complémentaire sur le traitement des fractures et luxations des membres sera fait du 5 au 16 décembre, de 5 à 7 h., par MM. LEVEUF, LASCOMBE, GODARD et OBERTHUR. Droit de 150 fr. Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

— **Lyon.** *Banquet de l'internat.* — La réunion annuelle et le banquet de l'association de l'internat des hôpitaux de Lyon ont eu lieu le 5 novembre dernier. La soirée s'est terminée par une comédie-revue ayant pour auteur et interprètes des membres de l'association.

— **Hôpitaux de Versailles.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de quatre internes en médecine (un titulaire et trois provisoires) sera ouvert, le 16 décembre 1927. Inscriptions à l'hôpital civil de Versailles jusqu'au 9 décembre.

— **La vie médicale.** — Notre confrère et ami Ch. DARRAS, vice-président de l'Association générale des médecins de France, vient de prendre en collaboration avec M. R. MAINOT, la direction de *La Vie médicale*.

— **Monument René Quinton.** — Un Comité, ayant pour présidents d'honneur MM. Doumergue, Poincaré, Painlevé et Bokanowski, s'est formé pour élever un monument à la mémoire de René Quinton, à Chaumes-en-Brie (S.-et-M.), son pays natal.

Le Dr LOISEL, ex-médecin de la Marine, ex-médecin-chef à l'hôpital de Saint-Denis, ex-directeur et rédacteur au journal « *L'Avion* », que la médecine autant que l'aviation avait rapproché de René Quinton, adresse un pressant appel aux médecins praticiens qui, comme lui, se sont trouvés bien dans leur clientèle de l'emploi du sérum Quinton (eau de mer), et sollicite pour ce monument leur cotisation, si minime soit-elle.

Adresser ces cotisations au Dr LOISEL, à Nemours (Seine-et-Marne) ou à son compte de chèques postaux, Paris 1er arrondissement C. 614-89. Justification sera faite du versement au trésorier du Comité des cotisations recueillies par le Dr Loisel.

— **Préfecture de l'Aisne.** *Concours de médecin inspecteur d'hygiène.* — Un concours sur titre sera ouvert le 12 décembre 1927 pour la nomination à deux emplois de médecin inspecteur adjoint d'hygiène. Age : de 30 à 45 ans, avantages : traitement de 22.000 fr. plus indemnités. Inscriptions à la Préfecture de l'Aisne, avant le 8 décembre.

A TRAVERS L'OFFICIEL

11 novembre.

Légion d'honneur.

Sont promus ou nommés, au titre des réserves, les médecins dont les noms suivent :

Officiers : MM. Mouly, Daunic et Andrieu.

Chevaliers : MM. Teulion-Valio, Horand, Verrière, Touchard, Painblan, Langevin, Lefort, Lebreton, Combes, Le Marchand, Bardon, Robert, Jullian, Eysseric, Meurisse, Le Houx, Gallouin, Bertrand, Roux, Riss, Denecheau, Rambert, Samiac, Durand, Beuvignon, Couronnet, Robert, Peru, Masini, Vaissier, Brelet, Bourdeau, Pastour, Bellet, Juin, Schlissinger, Dupont, Delaunay, Molimard, Moutier, Jouffray, Bachy, Jalifier, Oudot, Crespin, Lemer, Binet, Verdoux, Pigassou, Laroche, Fourdinier, Madier, Risser, Chasseray, Huck, Ducuin, Rosenwald, Sigaud, Lavielle, Regnier, Bardet, Bloch, Roueche et Coeuilliez.

16 novembre.

Enseignement de la médecine.

M. Hamant, agrégé près la Faculté de Nancy, est nommé professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

Sont nommés professeurs honoraires : M. Simon, ancien professeur à la Faculté de Nancy et M. Nicolas, ancien professeur à la Faculté de Paris.

16 novembre.

Assistance publique.

Décret du 11 novembre 1927, modifiant le décret du 31 décembre 1903 instituant la médaille d'honneur de l'Assistance publique.

Art. 1er. — L'article 3 du décret du 31 décembre 1903 est modifié ainsi qu'il suit :

« La médaille est en bronze, en argent, ou en or, d'un modèle de 27 millimètres.

« La médaille de bronze est suspendue par une bélière à un ruban blanc et jaune.

« La médaille d'argent est suspendue à un ruban blanc et jaune, portant en bordure un liseré rouge.

« La médaille d'or est suspendue au même ruban que la médaille d'argent agrémenté d'une rosette ».

Hôpitaux militaires.

Avis de concours pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires en 1928.

Un concours sera ouvert, le 15 janvier 1928, à quatorze heures, pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires (cadre permanent). Le nombre d'emplois à attribuer sera déterminé

d'après le nombre des candidates et la valeur du concours.

Les traitements actuels sont fixés de 7.300 francs à 13.500 fr. augmentés d'une indemnité de résidence variable par place, indemnité pour charges de famille le cas échéant.

Les infirmières des hôpitaux militaires bénéficient de la loi du 14 avril 1924 sur les pensions civiles et militaires.

Aucune candidate ne pourra être admise à concourir si elle ne remplit pas les conditions suivantes :

1° Etre Française ou naturalisée Française.

Les candidates alsaciennes-lorraines justifieront de leur réintégration dans la nationalité française dans les conditions du paragraphe 1er de l'annexe à la section V de la partie III du traité du 28 juin 1919 ;

2° Avoir, au 1er janvier 1928, vingt ans au moins et trente ans au plus.

Toutefois, l'âge limite d'admission est reculé d'autant d'années que les intéressées peuvent avoir de services à l'Etat, admissibles pour pension, sous réserve cependant que ne soit pas dépassé l'âge de trente-cinq ans révolus au 1er janvier 1929 ;

3° Etre de bonnes vie et mœurs ;

4° Etre infirmière diplômée de l'Etat français, de l'assistance publique ou privée agréée par le ministre de la guerre ;

5° Etre physiquement apte à remplir l'emploi d'infirmière sur le territoire, en Algérie-Tunisie et dans les corps d'occupation extérieurs.

La visite médicale destinée à déterminer l'aptitude des candidates aura lieu au moment des épreuves orales.

Pour tous renseignements utiles, les candidates s'adresseront au médecin chef de l'hôpital situé dans leur ville de résidence ou, à défaut d'hôpital militaire, au directeur du service de santé de la région.

19 *novembre.*

Légion d'honneur.

Est promu au grade d'officier, au titre du Ministère des pensions, M. le Dr O'Followell, de Paris.

Hygiène publique.

Circulaire du Ministre de l'agriculture aux préfets concernant l'organisation d'un contrôle facultatif de la production du lait.

Ce document sera publié ultérieurement dans le corps du Journal.

20 *novembre.*

Examen d'Etat d'infirmières.

Des sessions d'examen d'Etat ont été ouvertes à Rennes et auront lieu en décembre 1927 pour les infirmières hospitalières, les infirmières visiteuses d'hy-

giène sociale de la tuberculose et les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance.

22 *novembre.*

Enseignement de la médecine.

Sont nommés, pour neuf ans, à compter du 1er décembre 1927, agrégés (emplois vacants) :

Faculté de Paris : Neurologie et psychiatrie, M. Alajouanine.

Faculté d'Alger : Histologie, M. Courrier.

Faculté de Bordeaux : Anatomie, M. Dubecq.

Faculté de Montpellier : Médecine, M. Boulet.

Faculté de Nancy : Physiologie, M. Santenoise.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Rennes s'ouvrira le 1er juin 1928, devant la Faculté de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Affectation de mobilisation des officiers du service de santé.

13486. — M. Coudert, député, expose à M. le ministre de la guerre : *a*) que, lors de la mobilisation de 1914, les officiers du service de santé : médecins, pharmaciens et gestionnaires, du cadre de complément, se sont trouvés affectés, quel que fût leur âge, indifféremment dans les ambulances du front ou dans les hôpitaux de l'intérieur : *b*) que le sous-secrétaire d'Etat du service de santé, M. Justin Godart, remédia à cet état de choses par deux circulaires de 1916 et 1917 ; *c*) que la première instituait le relèvement automatique du front des officiers anciens, renvoyés à l'intérieur et remplacés par les plus jeunes ; *d*) que la seconde décida que les plus anciens devaient avoir la préférence pour l'affectation dans leur lieu de résidence civile ; et demande : 1° si l'on doit toujours s'inspirer actuellement des équitables prescriptions de ces circulaires ou si l'on est revenu à l'ancien état de choses de 1914 ; 2° si un officier ancien, dégagé de toute obligation militaire, en raison de son âge, et resté volontairement dans les cadres a le droit de demander une affectation éventuelle dans sa ville de résidence, par préférence à ses camarades plus jeunes ; ajoutant que cette mesure, juste en elle-même, serait, en outre, de nature à conserver plus longtemps dans les cadres les officiers dégagés de toute obligation militaire ; 3° si ce point de vue est admis, s'il ne serait pas opportun de faire établir et tenir à jour, dans chaque direction du service de santé, un tableau d'ancienneté, avec affectation en regard, qui permettrait aux intéressés de se rendre compte, en le consultant, qu'ils sont bien pourvus de l'affectation à laquelle ils ont droit ;

4° pourquoi, depuis 1922, l'annuaire militaire a été amputé de la partie concernant les officiers de complément qui sont ainsi dans l'impossibilité de se rendre compte de leur rang d'ancienneté. (*Question du 3 novembre* 1927.)

Réponse. — 1° Bien que l'application des circulaires de 1916 et 1917 concernant la relève des officiers du service de santé ait cessé avec la guerre, les instructions actuellement en vigueur prescrivent aux directeurs régionaux de veiller à ce que leur personnel reçoive une affectation de mobilisation en rapport avec la classe de mobilisation des intéressés, les officiers les plus âgés devant être réservés pour les services du territoire, et les officiers plus jeunes devant être utilisés suivant leur âge dans les unités ou formations des armées ; 2° un officier ancien volontairement resté dans les cadres peut demander à son directeur régional une affectation éventuelle dans sa ville de résidence, mais les nécessités du service peuvent dans certains cas s'opposer à cette mesure ; 3° les directeurs du service de santé ne peuvent tenir à la dispositon des officiers qu'ils administrent un tableau du personnel mobilisable avec indication de l'affectation en regard de chaque nom, car les affectations de mobilisation doivent être tenues strictement secrètes ; 4° en ce qui concerne la non-publication, depuis 1922, de la liste d'anciennesté des officiers de réserve, c'est surtout pour des raisons d'économie et afin de réduire les dépenses imposées aux corps et services pour l'achat des annuaires que cette mesure a été prise. D'ailleurs, sauf en ce qui concerne la promotion au grade de lieutenant, l'avancement des officiers de réserve a lieu exclusivement au choix (loi du 8 janvier 1925) et la publication des listes d'ancienneté les concernant n'offre pas d'intérêt pratique.

(*J. O.*, 22 *novembre* 1929.)

Le prix de journée pour l'hospitalisation des accidentés du travail.

13049. — M. Perronne, député, demande à M. le ministre du travail : 1° si. lors de la clôture de l'exercice, après approbation du prix de revient de l'assistance médicale gratuite par le préfet, la commission administrative d'un hôpital est fondée à réclamer à un patron, comme cela a lieu pour l'assistance médicale gratuite, le rappel de la différence entre le prix de journée appliqué au cours de l'exercice clos et le prix de revient de cet exercice, étant donné que, conformément aux prescriptions de la loi du 8 juillet 1920, les prix visés ci-dessus sont ceux de l'assistance médicale gratuite majorés de 30 p. 100 ; 2° si ce patron est tenu, en tout état de cause, à subir ladite majoration de 30 p. 100. (*Question du 3 novembre* 1927.)

Réponse. — Le prix de journée, prévu par la loi du

15 juillet 1893 est susceptible de revision, s'il se révèle inférieur au prix de revient constaté, dans les conditions fixées par la loi du 14 février 1921 et le décret du 30 janvier 1926. Le prix de journée des victimes d'accidents du travail étant, d'après l'article 4, paragraphe 3, de la loi du 9 avril 1898, modifiée en dernier lieu par la loi du 6 juillet 1920, calculé d'après le prix de journée del'assistance médicale gratuite, majoré de 30 p. 100 une revision de ce dernier entraîne une revision proportionnelle du premier. Il appartient aux commissions administratives de réclamer aux employeurs ou aux assureurs le versement de la différence.

(*J. O.*, 22 novembre 1927.)

Les accidents sériques et la tuberculose

Comme suite au rapport d'expertise publié dans le nº 46 du *Concours médical*, p. 2977 sur un cas de tumeur blanche du poignet consécutive à une arthralgie sérique, je trouve dans le fascicule III du *Recueil des Revues générales de pathologie interne* publié par le Dr Georges Drouet, page 17, les lignes suivantes :

« Les accidents sériques peuvent enfin parfois réveiller une affection latente, *telle que la tuberculose,* provoquer une crise comitiale chez les épileptiques, des crises fulgurantes chez les tabétiques, etc. »

FAITS CLINIQUES

Traitement d'un cas d'hémorragie intestinale chez un nouveau-né par l'hétérohémothérapie.

Il s'agit d'une petite fille de quatre jours, troisième de la famille, issue de parents sains. Après un accouchement normal, l'enfant née à terme, bien constituée, ne présentant aucune anomalie cutanée ou squelettique, ayant rendu normalement son méconium, pesait 3 kilogr., quand, après les premières tentatives d'allaitement naturel au sein de sa mère, l'enfant fit une selle légèrement sanguinolente qui se renouvela et devint de plus en plus hémorragique après chaque têtée, de sorte qu'au lendemain de cette alerte, les fèces avaient nettement un aspect de savon noir épais et poisseux ; les téguments prirent une teinte olivâtre, signe d'anémie rapidement croissante. Il n'y avait pas de vomissements, pas de température.

Pendant les 24 premières heures, on mit l'enfant à la diète hydrique (eau sucrée, tilleul) et on administra une potion au chlorure de calcium, de l'hémostyl par la bouche et en lavement et même quelques gouttes de liqueur de Van Swieten contre une hérédo-syphilis toujours possible. Aucun résultat. Ces tentatives théra-

Voir la suite page LV-3207

PROPOS DU JOUR

La journée du Concours Médical.

L'Assemblée générale de l'Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.)

La journée du *Concours médical*, dont nous donnerons un compte rendu détaillé, s'est déroulée comme tous les ans, dans le calme, l'ordre et la courtoisie qui sont de tradition dans nos réunions.

Notre *Mutualité familiale du Corps médical français* prospère lentement, trop lentement à notre gré, mais elle subit le sort de toutes les œuvres de prévoyance qui ne tentent guère à l'heure actuelle les jeunes générations. Elle est même privilégiée puisque le nombre de ses adhérents augmente sensiblement; mais quelle différence avec le « Sou médical » où l'on compte les adhésions par centaines! Il est vrai que le « Sou médical » rend des services immédiats et nombreux et l'on ne peut guère comprendre que, pour une cotisation aussi faible (40 fr.), un médecin hésite un instant à s'assurer un appui efficace et à se couvrir contre les risques de la responsabilité professionnelle qui deviennent de plus en plus fréquents. Le Conseil du « Sou médical » tend à augmenter le plus possible le rayon d'action de cette utile institution ; il voudrait pouvoir ne jamais refuser son appui, même pour les recouvrements contentieux d'honoraires quand ils exigent de la part du médecin une perte de temps, un déplacement ou la nécessité de se faire représenter devant le juge. Certes, ce serait parfait, mais alors, le nombre des interventions de notre Ligue de défense individuelle deviendrait tel que les frais engagés augmenteraient considérablement : il faudrait élever la cotisation. Le Conseil, qui hésite à proposer pareille décision, a fait décider par l'Assemblée générale qu'aurait lieu une consultation de tous les adhérents par voie de referendum. Ce sont eux qui feront connaître s'ils désirent étendre le rayon d'action du « Sou médical » en augmentant ses ressources, ou s'ils sont satisfaits de l'aide, déjà très étendue qu'il leur donne et sont partisans du *statu quo*.

L'Assemblée générale de la *Société d'Etudes* qui a fait suite à celle du « Sou médical », a traité deux questions des plus intéressantes. D'abord, celle de la liberté de prescrire les spécialités pharmaceutiques, dont sont privés, en totalité ou en partie, les assistés, les mutualistes, les accidentés du travail, les pensionnés de guerre. La création des assurances sociales va rendre la question encore plus importante. Tous les médecins s'accordent à reconnaître les avantages, même économiques, que présentent la plupart des spécialités et l'impossibilité de se passer actuellement de certaines.

L'opinion unanime de l'Assemblée a été d'avis que la liberté de prescrire les spécialités devait être la plus grande possible, mais, comme l'on ne saurait nier la probabilité d'abus intolérables, il faudrait qu'un contrôle sérieux et efficace fût organisé. La formule adoptée est que le maximum possible de liberté doit s'accompagner du maximum possible de contrôle.

La seconde question qui avait été soumise à l'Assemblée par le *Syndicat des médecins directeurs de maisons de santé*, était la menace de voir progressivement transformer les hôpitaux, naguère asiles de la misère, en établissements de soins pour les gens aisés et même riches. Dans certaines villes, comme Nancy, où la question a été traitée avec ampleur au dernier Congrès d'assistance, cette transformation des hôpitaux s'est accomplie sans opposition, les maisons de santé étant presqu'inexistantes et tous les médecins traitants pouvant aller soigner leurs malades dans les pavillons payants. Mais en sera-t-il toujours et partout ainsi ? ?

Ce danger, qui émeut les médecins directeurs de maisons de santé, doit inquiéter tous les praticiens et le *Concours médical* qui, depuis bien des années, se préoccupe des maisons de cure qu'il aurait désiré voir fonder par des associations médicales, sinon par les Syndicats médicaux, continuera à rechercher les modalités qui pourraient permettre aux médecins traitants d'assurer à leurs malades tous les avantages d'une maison de cure bien outillée et organiseée, tout en leur continuant leurs soins. L'indifférence du Corps médical sur cette question, comme sur bien d'autres de ce genre, sa tendance à s'endormir pares-

seusement dans les douceurs du *statu quo* traditionnel, l'ont dissuadé de prendre au sérieux des avertissements que nous lui répétons depuis une trentaine d'années. L'évolution de la technique médicale et les exigences actuelles du public ont amené les commissions hospitalières et certaines collectivités (grandes sociétés industrielles, mutualités, etc.), à créer de véritables maisons de cure en dehors de toute ingérence du Corps médical, faisant du médecin, moins qu'un fonctionnaire, mais un simple salarié.

Voilà encore une de ces questions de première importance que nos Syndicats n'ont jamais voulu résoudre, pas même examiner sérieusement.

La question présente, transmise au *Concours médical*, avait été rapportée au Syndicat des médecins directeurs de maison de santé par notre distingué confrère, le Dr Hervé, de la Motte-Beuvron ; nous avons eu la tristesse d'apprendre que M. Hervé qui, dans les sanatoriums qu'il dirige, fait un usage constant de la radiologie, a été atteint de radiodermite et a subi tout récemment l'amputation de deux doigts.

L'Assemblée de la Société d'Etudes, profondément émue, envoie à M. le Dr Hervé, victime du devoir professionnel, l'assurance de sa profonde sympathie et les souhaits les plus sincères de prompte guérison.

* * *

Le banquet, dans le grand salon du Restaurant Marguery, a eu, cette année, un succès tout particulier. Jamais cordialité plus grande ne régna dans une réunion médicale.

Nous avons demandé au Dr P. Janot d'en vouloir bien écrire le compte-rendu, qui paraît ci-après.

* * *

Mardi 22 novembre, à 17 heures, dans la magnifique salle du Conseil de la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. le Recteur Charléty, a été tenue l'Assemblée générale de l'*Association pour le développement des relations médicales entre la France et l'Etranger* (A. D. R. M.).

M. le Doyen Roger exposa avec une admirable clarté à M. le Recteur l'historique et le but de l'Œuvre. M. le professeur Hartmann, président fondateur et animateur de l'A. D. R. M. rendit compte de l'effort considérable accompli par l'Association qui, tous les ans, remplit de plus en plus son rôle. Dans une statistique impressionnante, il cita par nationalité le nombre des étudiants et des médecins, venus des quatre parties du monde, qui ont bénéficié des bons offices de l'A. D. R. M. Il signala que cette Association a reçu cette année de nombreuses délégations et personnalités médicales et a accrédité nombre de médecins français se rendant à l'étranger. Il rappela que l'A. D. R. M. n'est pas une œuvre exclusivement parisienne, mais que son office fournit aux étrangers tous les renseignements ayant trait à toutes les Facultés françaises.

Chemin faisant, il rendit hommage aux services de tous ses collaborateurs, de Mlle Huré, la gracieuse secrétaire administrative qui s'ingénie à répondre au bureau de la salle Béclard à toutes les demandes de renseignements en anglais et en espagnol ; de M. le professeur agrégé Baudouin, médecin des hôpitaux de Paris, secrétaire général, de M. le Dr Mathé, secrétaire adjoint.

M. le Dr Lemaître, trésorier, rendit compte de l'état de la Caisse de l'A. D. R. M. et l'on fut stupéfait de l'insignifiance des ressources d'une Société dont le but a une telle importance.

En une improvisation éloquente et pleine de finesse et de bonhomie, M. le Recteur Charléty a exprimé sa surprise de découvrir l'existence de l'A. D. R. M., qui était pour lui complètement inconnue.

Il a admiré la tâche à laquelle elle s'est consacrée, l'a assurée de toute sa sympathie et de son concours et pour mieux contribuer à sa prospérité et il a demandé à être inscrit parmi ses membres.

M. Charléty a en outre remercié l'A. D. R. M. de contribuer dans une aussi large mesure au rayonnement intellectuel de la France qui est actuellement la manifestation la plus pure et la plus noble de la gloire de notre Pays.

Des applaudissements chaleureux couvrirent les dernières paroles de M. le Recteur.

En sortant, assez ému par les phrases d'une éloquente sincérité que nous venions d'entendre, nous pensions tristement qu'en France, 300 médecins au plus sur 24.000 s'intéressaient au rayonnement de la Science médicale française dans le monde, que les ressources de l'A. D. R. M. ne dépassaient guère quelques milliers de francs et que les succès obtenus tenaient presqu'exclusivement au dévouement et à la tenace énergie d'un homme, M. le professeur Hartmann, qui n'est pas toujours efficacement secondé, puisqu'au cours de son rapport, il a signalé qu'ayant organisé une série de conférences d'enseignement complémentaire pour les étrangers, deux conférenciers

qui s'étaient fait inscrire sur les affiches, avaient failli à leur promesse et n'avaient pas fait les conférences annoncées.

Nous devons reconnaître les services de M. le prof. Hartmann ; c'est grâce à lui que, dans cette cité universitaire qui est une des plus remarquables manifestations du rayonnement intellectuel de la France dans le monde, s'élève la Maison des Etudiants Suédois.

A. D. R. M., U. M. F. I. A., A. P. I. M., toutes ces Associations médicales qui rapprochent les médecins des diverses nations de leurs confrères de France, ne sauraient nous laisser indifférents. Grâce à elles, nos professeurs, nos chirurgiens, nos spécialistes, nos stations thermales et climatiques, nos livres, nos instruments, nos spécialités pharmaceutiques sont connus et, de ce fait, appréciés à toute leur valeur.

Sans doute, le *Concours médical* franchit peu nos frontières et est un journal destiné presqu'exclusivement aux praticiens français, mais il considère comme un devoir d'apporter sa pierre au bel édifice du rayonnement intellectuel de la France à l'étranger.

J. Noir.

Le Dîner du *Concours Médical*.

Ce qu'il y a d'excellent dans le banquet traditionnel du *Concours médical*, ce n'est pas uniquement la qualité de mets dignes d'une maison qui a fourneaux sur rue, — mieux sur boulevard — c'est aussi que les toasts s'y écartent de la flagornerie courante et disent des choses qu'il est bon et juste de dire. Le *Concours médical* ne se contente pas, en effet, de faire rayonner la science médicale *intus et extra*, mais, défenseur éclairé et opiniâtre des intérêts matériels du médecin, il revendique encore d'être l'apôtre de sa dignité. Cette double maintenance, scientifique et professionnelle, qu'il exerce sans défaillance et avec un talent soutenu, lui assure une place très haute et où l'estime rejoint l'attention.

Le *Concours* — mais ne servons pas le champagne avant le chablis... Donc le *Concours* reçoit, en cette belle fin de journée, ses collaborateurs et ses amis. Il les reçoit chez Marguery en vertu du proverbe qui veut qu'il y ait entre les bonnes maisons un trait d'union naturel.

Les docteurs Noir et Duchesne sont à l'entrée, les mains tendues. On arrive avec le sourire, on est accueilli avec le sourire... le sourire de l'amitié. Le sourire est l'étincelle du cœur.

Le dîner est pour sept heures et demie. A sept heures trente le dîner commence. C'est plus qu'un record, un miracle.

La salle est magnifique. Les tables sont fleuries : roses pourpres et œillets ardents, déjà la chaleur communicative. La carte-menu révèle un goût exquis : tambourin, fluteau — le jazz Louis XVI — dans un cadre de rubans et de roses. C'est déjà l'annonce du bal.

Plus de cent convives : des chevronnés de la science et du dévouement. Combien d'absents y sont également de cœur ! Plaignons-les de n'y être que de cœur. Aux festins de la vie aussi, il y a bien plus d'appelés que d'élus. Donc plus de cent convives savourent en gaîté des sauces savantes et des vins parfaits. La marée fut exacte, les cryptogames sont enflés de moelle e t le faisan a fait un tour en Périgord — ce qu'on pourrait, révérence parler, dénommer un tour de cochon.

A la table d'honneur sont assis les maîtres :

MM. les professeurs Roger, doyen d e la Faculté, Hartmann, Nobécourt, P. Delmas ; MM. les professeurs agrégés, médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux Aubertin, Cadenat, Lian, Vignes, Tourneux, Faroy ; MM. les docteurs Bellencontre, Darras, Bougnaud, président, vice-président et trésorier de l'A. G. ; Decourt, François, président et secrétaire général adjoint de l'Union syndicale, etc.

Et voici les toasts :

Le Dr Noir envoie un hommage ému au Dr Gassot, chef de la famille du *Concours* et objet d'une vénération unanime, qu'un deuil cruel empêche d'être à la place principale ; puis il salue le Dr Maurat dont le *Concours* fête avec joie le 80e printemps, un printemps où verdoie un beau bourgeon de Centenaire. Un mot délicat tombe sur chacun des maîtres assis à ses côtés, les professeurs Roger, Hartmann, Nobécourt, Delmas — j'abrège, ils sont trop — sans oublier Dartigues, le vibrant président de l'U.M.F.I.A. — monogramme, je pense, de cette devise : « *Unitate Magnifica Federavit Innumerabiles Amicitias* ». — Il dit encore, et avec quel sentiment, ce que le *Concours* doit à Duchesne, coadjuteur idéal, dont la collaboration, par le fait d'une concordance entière de vues et de pensées s'est vite doublée d'une amitié inaltérable. Enfin, il fait appel à la réconciliation et à l'union de toute la famille médicale dans le souci éclairé et vigilant des intérêts communs et de la probité professionnelle.

Il semble chaque fois qu'on entend Duchesne qu'on goûte un plaisir nouveau et accru, tant il saitse renouveler et donner un tour de fantaisie aimable et spirituelle à ce qui pourrait n'être qu'une sèche énumération.

◆◆

Ce diable de rapporteur a le génie du genre. A peine touche-t-il une fleur qu'elle se met en couronne et il encadre les travaux des collaborateurs du *Concours* à la manière dont les tapissiers des Gobelins encadrent les compositions des maîtres. Ce n'est pas seulement les feuilles de laurier et de chêne qui s'entrelacent dans ses mains expertes ; il y ajoute toutes les corolles. Je ne déflore pas ce rapport d'une belle ordonnance académique où chaque transition semble un jeu amusé et charmant. Les lecteurs du *Concours* le goûteront comme il fut goûté.

Le prof. Roger improvise dans un sourire, un sourire poudré d'à-propos et d'ironie légère... toute la grâce française. Il déclare en être à son chant du cygne. Ne vient-il pas d'apprendre que six candidats pressés sollicitent sa place et croient déjà la tenir. Sans doute n'ont-ils pas lu la fable où la peau de l'ours joue un rôle capital. Le prof. Roger serait heureux de passer la main. Comme dédommagement, il pourrait assister aux banquets confondu dans le rang, sans avoir à y prendre la parole. Et puis, il ne connaîtrait plus la grande détresse d'une Faculté sans crédits et dont les laboratoires menacent ruine. Ne sera-t-il pas contraint un jour de fermer en mettant cet avis sur la porte « fermé pour défaut de chauffage ». Voilà pourtant — c'est nous qui tenons ce commentaire, mais il va de soi — le peu de souci que prend le gouvernement d'une Faculté aussi glorieuse. Le prof. Roger profite du moins d'une éloquence nullement expirante et d'une ardeur qui ne s'éteint pas davantage, pour féliciter dans le prof Delmas, la Faculté de Montpellier qui draine en France une studieuse jeunesse espagnole et le président de l'U.M.F.I.A. qui rassemble sous la bannière de la science médicale française tous les savants de race latine. Et il boit à l'union du Corps médical si intelligemment poursuivie par le *Concours*

Le prof. Delmas a à cœur de payer la dette de gratitude contractée envers le *Concours* par la Faculté de Montpellier. Cette dette remonte aux Journées médicales si brillantes organisées par cette Fauculté en 1926. Pour ces Journées, la Faculté eut comme programme de montrer l'activité médicale sous trois formes : scientifique, militaire et corporative. Pour cette dernière partie, elle se tourna vers le *Concours* qui lui apporta l'aide la plus efficace et lui envoya Duchesne dont l'admirable rapport n'est pas près d'être oublié. Ayant payé cette dette de gratitude par un bel éloge du *Concours*, fait de finesse et d'émotion, le prof. Delmas but à la prospérité de cette maison dont il a toujours été l'ami.

Et c'est Dartigues qui eut le dernier mot. Et quel mot ! Ce poète oublié par le romantisme procède par images flamboyantes et couplets lyriques. Mais, dans tout cela, on sent une volonté, une âme et un cœur. Il dit les raisons de son admiration pour le *Concours* qui accomplit une grande œuvre scientifique. Il vante ensuite son grand désir de s'extérioriser et rappelle l'aide que ses efforts personnels trouvent dans cette maison ouverte sur toutes les frontières. Il fait ensuite l'éloge des hommes sympathiques qui sont à sa tête : le Dr Noir qui incarne la pureté professionnelle dans toute sa blancheur ; Duchesne dont on est fier d'être l'ami. Il définit pour terminer, la grande pensée de l'U.M.F.I.A., cette internationalisation de la science qui sera le meilleur instrument de la paix.

J'ai négligé de noter les applaudissements, bravos, ovations, auxquels ces discours ont donné lieu. Ce ne fut qu'une voix et qu'un enthousiasme.

Cette fois, le Concert avait cédé place à un bal qui fut élégant et animé à souhait, mais finit trop tôt au gré des couples, non pourtant sans avoir enchanté une jeunesse charmante et fourni à un jazz d'étudiants l'occasion de déployer un talent, une virtuosité et un entrain incomparables. Fête complète qui se termina dans la grâce après nous avoir fait goûter et apprécier à la fois l'esprit de gens de cœur et le cœur de gens d'esprit.

Dr Janot.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

Les consultations du samedi.

Par le Prof. Henri CLAUDE.

(Recueillies par le Dr Gilbert ROBIN, ancien chef de clinique.)

Voici une femme de 26 ans qui a eu dernièrement un accident du travail banal (arrachement d'ongle). Elle a attaché une grande importance à cet événement et surtout à des déceptions sentimentales récentes. Depuis lors elle a des crises avec contorsions, agitation, clownisme, crises, il faut bien le dire, exagérées par un milieu familial nombreux et trop compatissant, bref d'une maladroite sollicitude.

Ce matin encore elle a eu une crise d'« énervement ». « Je crie, je pense à mon doigt malade, çà m'agace et j'ai une crise. Du reste, je dors mal. Le réveil est mauvais. Je suis toute étourdie. Quand j'ai une crise, j'ai des tremblements, j'ai mal à la tête, dans le cou, je suis obligée de faire des mouvements... Bien sûr avant la blessure j'étais un peu nerveuse... »

J'attire votre attention sur la cristallisation d'un état névropathique diffus sur un traumatisme, ici banal. Elle aurait pu faire une contracture de la main, bref un accident hystérique, mais ce qu'il faut noter ici c'est que la note sentimentale est prépondérante. Ce sont les mille et un déboires de la vie, les émotions accumulées qui ont permis cette sorte de cristallisation émotionnelle sur un incident banal.

***

La dame que vous allez voir a, elle, un état anxieux d'une autre sorte.

Vers 2 ou 3 heures du matin, elle est réveillée par un malaise général, une sensation de constriction thoracique et en même temps une peur de l'avenir, une angoisse psychique la tient éveillée.

Vers le milieu de l'après-midi elle se sent plus gaie, libérée, et la fin de la journée s'achève bien. Le fait est caractéristique de l'état anxieux où vous verrez souvent dans votre clientèle privée des personnes se plaignant de ce réveil pénible, de ces matinées sombres, puis une fin de journée, une soirée parfaite et brillante.

Cette femme, assez mal mariée du reste, a un fils difficile de caractère. A son retour du régiment il est devenu une charge pour sa mère. Comme elle est obligée de travailler, qu'elle n'a aucune ressource, elle a en même temps et des soucis matériels et des soucis moraux. Elle a peur de ne pas s'en tirer. « Tout est au nord ». Elle a des tremblements, des crises de larmes. Elle revient sans cesse sur cette différence qui existe entre la matinée triste et l'après-midi paisible, et qui est, je le répète, bien typique des états anxieux.

Ici, cet état anxieux est indépendant de toute autre affection organique ou psychotique. C'est un état d'émotivité, c'est un état moral. Malgré tout,il peut s'accompagner de modifications organiques. Au moment où cette dame fait ses crises, elle a des poussées d'alcalose considérables et quand l'état anxieux diminue, l'équilibre acido-base se rétablit. Vous voyez l'importance du pH urinaire. Mais sont-ce des phénomènes connexes ou bien l'un est-il causal de l'autre ? Nous ne le savons pas encore.

Les injections intraveineuses de chlorure de calcium semblent bien réussir à cette malade. Mais il faut convenir qu'en général le médecin spécialiste est bien désarmé devant ces cas. La thérapeutique par les chocs en modifiant la cenesthésie est utile mais a des résultats passagers.

Nous avons souvent la main forcée pour donner les toxiques, des dérivés de l'opium, car nous voyons des individus que rien ne peut calmer sans ce fameux opium et surtout le mélange scopolamino-morphine.

Voici un homme de 44 ans qui n'avait jamais eu de convulsions dans l'enfance, s'était toujours montré très intelligent, quand à 14 ans il eut une obnubilation avec sensation de pesanteur dans les membres, difficult é des mouvements et impossibilité de parler. Au bout de trois jours cet état avait disparu.

Mais il n'a pu continuer à travailler car tous les 3 mois il a présenté les mêmes signes, souvent au moment d'un orage, d'une émotion. En somme, cet état n'a jamais cessé. Le malade éprouve un malaise, puis dans la main gauche une sensa-

tion de fourmillement. Suit une sensation de paralysie dans la bouche. Alors il ne peut plus parler. Il sait tout ce qui se passe à ces moments. Il n'a jamais eu d'énurésie.

La plupart du temps, après ces crises, il a un sommeil pesant de 8 à 10 heures.

Dernièrement, au lieu de ce sommeil, il a eu une crise d'onirisme avec hallucinations terrifiantes, agitation, mauvais état général, langue saburrale.

Il n'a jamais suivi aucun traitement. Les médecins qui l'ont examiné ont parlé de forme anormale de comitialité.

Au point de vue physique, il a une parole un peu saccadée, lente, difficile, sans achoppements. « On l'a toujours pris pour un étranger », dit la personne qui l'accompagne.

Les réflexes sont vifs d'une manière générale. La P.L. n'a rien révélé d'anormal.

Au point de vue intellectuel il a une mémoire excellente, mais un effort mental minime le fatigue vite. L'idéation est ralentie. Le malade n'est pas spécialement émotif, n'a pas d'appréhension de ses crises. S'il ne peut pas prendre un emploi fixe, c'est seulement en raison de ses accès et de l'obnubilation qui les accompagne.

Vous voyez là un cas très difficile et pour lequel on ne saurait faire d'emblée un diagnostic. Tout d'abord il a des crises conscientes, sans morsures de la langue ni énurésie, avec sensation de contracture et de paralysie. Il y a bien une aura sensitive dans la main gauche, mais il est cependant difficile d'affirmer la comitialité. Il serait bien étonnant qu'il n'ait jamais eu de chute brusque.

D'autre part, il ne s'est jamais adapté à l'existence. Il n'a rien fait d'autre dans la vie que de l'équitation. Il a une forte bradypsychie, ses troubles du langage sont importants. Sans être averti plus avant, on pourrait presque parler, à première vue de paralysie générale, mais nous savons que la P.L. est négative.

Depuis quelque temps nous voyons des crises d'onirisme nocturne avec agitation. Il n'y a pas d'élément toxique exogène à incriminer. Par conséquent, faut-il se rattacher à l'hypothèse de crises hystériques ? Je n'oserai pas non plus l'affirmer. Si l'épilepsie est l'hypothèse la moins invraisemblable, il faut surtout incriminer ici un terrain dystrophique, dégénératif qui explique au premier chef l'incapacité générale de cet homme et ses crises d'onirisme délirant.

MORPHOLOGIE CLINIQUE

Quelques considérations sur les clinodactylies latérales. L'index varus ou syndrome de Dubreuil-Chambardel,

Par M. Henri FISCHER,

Assistant de médecine opératoire à la Faculté de Bordeaux.
Membre de la Société d'Anthropologie de Paris.

Sous le titre de « clinodactylies latérales » les auteurs ont décrit un groupe important de malformations digitales caractérisées par la déviation d'un ou de plusieurs doigts, d'une ou de plusieurs phalanges, soit vers le bord radial de la main (doigt varus) soit vers le bord cubital (doigt valgus). (Boix : *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, p. 180. Derscheid-Delcourt : *Journ. de méd. de Bruxelles*, 22 janvier 1905. Guérin-Valmale et Jeanbrau : *Montpellier médical*, 1899. Hoffa : *Lehrbuch der orthop. Chirurgie*, 1894. Joachimsthal : *Zeitschrifl. für orthop. Chir.*, 1892. Kirmisson : Traité des malad. chirur. d'origine congénitale, 1898, p. 455. Kümmel : *Die Missbildungen der Extremitäten* Cassel, 1895. Pauly : *Revue de méd.*, 1902, p. 1078, etc.).

Nous nous occuperons ici seulement d'une variation peu fréquente entrant dans la première catégorie (doigt en varus) qui présente un certain intérêt pathogénique et surtout clinique à savoir : l'index varus.

Définition. — La clinodactylie latérale en varus de l'index, déformation peu connue, est caractérisée par l'inclinaison permanente et progressive de ce doigt vers le bord radial de la main.

Historique. — C'est à notre éminent et regretté maître, le professeur Dubreuil-Chambardel, que nous devons la connaissance de cette difformité, dont il nous a donné la première description en 1906 (*Gazette méd. du Centre*, 15 février 1906, p. 55. Note complémentaire, *ibid.*, avril 1906. *Bull. Soc. d'Anthropologie de Paris*, 1906, p. 143. *Gaz. méd. du Centre*, avril-juillet 1908).

Depuis ces mémoires, de rares travaux ont paru sur cette question. Nous devons signaler ceux de Héron (Thèse de Bordeaux, 1906) et du distingué professeur Pirès de Lima, de Porto (Las anomalias dos membros nos Portugueses, 1927, Araujo et Sobrinho, édit.) parmi les plus complets.

L'index varus fait partie des clinodactylies latérales qui portent le doigt dans le sens contraire de sa déviation normale. Il importe, en effet, de se rappeler qu'il existe normalement une légère inclinaison des doigts ainsi que l'a démontré

le brillant anthropologiste Félix Régnault « cette incurvation se faisant suivant un mode constant, le second doigt se courbe latéralement vers le troisième, le quatrième et le cinquième vers le troisième, celui-ci étant légèrement dévié vers le quatrième » (*Revue scientifique*, 1894).

Donc l'index normalement dévié en valgus ne s'observe qu'à l'état de variation en varus.

Etiologie. — Les clinodactylies latérales se rencontrent, d'après Héron, dans une proportion de 1,5 % des cas. D'après notre statistique personnelle, la proposition serait légèrement supérieure : 1,8 %.

D'une façon plus particulière, la déviation latérale en varus de l'index est une déformation qui est la plus rarement notée.

Elle est plus fréquente chez les sujets de la classe ouvrière que chez ceux de la classe aisée. Elle se rencontre aussi plus souvent à la campagne qu'à la ville.

Sexe. — Aussi commune chez la femme que chez l'homme, elle est cependant plus accentuée dans le sexe féminin.

Côté. — Quoique affectant généralement les deux mains, cette variation a une prédilection marquée pour la main droite. L'index peut être seul dévié ou être accompagné dans sa malformation par les autres doigts, sauf cependant le pouce, qui échappe à cette déformation, ou qui n'est que très rarement atteint. Viennent ensuite, par ordre décroissant, l'annulaire, le médius, l'index. Il est un fait néanmoins à noter : quand bien même tous les doigts sont déviés, la malformation est toujours plus accentuée au petit doigt qu'aux autres. C'est exceptionnellement que l'on rencontre une déviation totale du doigt. Dans la majorité des cas, seules les deux dernières phalange sont malformées.

Sur 15 cas d'index varus, le professeur Dubreuil-Chambardel trouve 12 fois les deux dernières phalanges déviées, 3 fois la phalangette seule.

On constate souvent, en concomitance avec la déviation du doigt, la déviation homologue de l'orteil correspondant. C'est ainsi que, dans le cas d'index varus, il y a un varus du deuxième orteil, mais en général la déviation de l'orteil est moins accentuée que celle du doigt.

L'âge joue-t-il un rôle ? Loin d'être une affection exclusive de l'âge adulte et avancé, comme le veulent certains auteurs, cette variation se rencontre aussi fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte.

La race influerait-elle sur ces déviations digitales ? Peut-être, mais, à l'heure actuelle, on ne peut encore rien affirmer.

Hérédité. — Quel crédit aussi faut-il accorder à l'hérédité ? On sait, depuis longtemps, et c'est un fait d'observation courante qui a été bien souvent étudié et dont la démonstration est aujourd'hui bien établie, que les variations digitales sont essentiellement héréditaires et familiales. Malheureusement, les cas précis n'abondent pas pour ce qui est de la déviation latérale de l'index : néanmoins, comme le prouvent les observations de Marey, Loewenthal, Joachimstal, Derscheid-Delcourt, Héron, Dubreuil-Chambardel, Pirès de Lima, Marney, pour ne citer que les principales, la clinodactylie ne contredit pas à cette règle mais la confirme au contraire.

Congénitalité. — Nous rencontrons cette malformation dès la naissance. Seule la difficulté d'exploration (la mobilité des articulations, la souplesse des os, la laxité des ligaments) peut faire disparaître, à première vue, l'angle de déviation.

Dégénérescence. — Féré a vu dans les malformations digitales un stigmate que l'on relève dans les familles névropathiques. Nous ne sommes pas de son avis et nous ne pensons pas que ce signe, isolément, permette d'affirmer que l'index varus est un signe de dégénérescence.

Angle de déviation. — C'est, écrit M. Dubreuil-Chambardel, l'angle obtus que forment, en se rencontrant, les axes de deux phalanges successives. Le plus fort degré que notre maître ait rencontré dans cette variation d'index varus est 130°.

Description. Clinique. — La clinodactylie latérale, en varus de l'index, est caractérisée, avons-nous dit, par l'inclinaison permanente et progressive de ce doigt vers le bord radial de la main. Cette déviation n'est pas une affection douloureuse, si bien que beaucoup de malades ignorent cette petite infirmité. Elle n'apporte ordinairement aucune gêne aux occupations les plus délicates, et les exercices des doigts les plus difficiles peuvent être exécutés par des mains atteintes de cette dysmorphie. Chez l'enfant où les os sont mous et flexibles, où les ligaments et les tendons ne présentent aucune altération, il est facile de réduire presque complètement la déviation.

Il en est de même chez l'adolescent, mais cette réduction est déjà plus difficile.

Chez l'adulte, nous trouvons véritablement alors des caractères d'irréductibilité. La déformation est définitivement fixée. La peau du doigt clinodactylique est tout à fait normale et on ne trouve point, à la palpation, de brides aponévrotiques ou de tendons rétractés.

La déformation offre un aspect différent, suivant qu'il existe une inclinaison de la phalangette sur la phalangine ou une inclinaison de la phalangine sur la phalange.

Sur 15 cas d'index varus, le professeur Du-

breuil-Chambardel a rencontré 12 fois les deux dernières phalanges déviées, 3 fois la phalangette seule.

On rencontre enfin, au niveau du doigt dévié des mouvements de latéralité assez accentués, qui n'existent pas habituellement, mais qu'il est plus difficile de découvrir à mesure que le sujet avance en âge.

Notons enfin que les articulations sont très mobiles.

Théories pathogéniques. — Plusieurs théories ont été émises pour expliquer la production de cette curieuse déformation.

Derscheid-Delcourt et Ch. Féré voient dans cette déviation latérale digitale la conséquence d'une mauvaise attitude du fœtus dans la cavité utérine (*J. méd. de Bruxelles*, 22 janvier 1903 ; *Revue de chirurgie*, 10 février 1906, p. 185).

Monnier considère cette dysmorphie comme une lésion ligamenteuse d'abord, puis comme étant due à la rétraction de la peau et à l'insuffisance de l'aponévrose palmaire (Soc. de méd. pratique, 18 juin 1901).

Quant à Pauly, il fait intervenir les interosseux (*Revue de méd.*, 1904, I, p. 801).

Enfin, en 1908, le professeur Dubreuil-Chambardel, après avoir combattu ces diverses théories pathogéniques, considère l'index varus comme une affection primitive et résultant d'un trouble de l'évolution osseuse des phalanges, en s'appuyant sur des dissections et des radiographies de sujets porteurs de cette variation. (Les clinodactylies, Vigot, édit., 1908.)

L'index varus est donc caractérisé pour lui par :

1° Le raccourcissement de la diaphyse (inconstant) ;

2° L'inégalité de volume des deux condyles de l'extrémité distale ;

3° L'obliquité latérale de l'interligne articulaire.

Pour nous aussi, c'est là la cause unique de cette déviation digitale, car nous n'avons jamais rencontré l'inflammation des tendons, de leurs gaines et des tissus qui les entourent. Nous n'avons point non plus trouvé de rétraction de l'aponévrose, d'arthrite, mais des lésions osseuses des phalanges analogues à celles rencontrées par notre savant maître.

C'est à l'altération du point primitif d'ossification qu'il faut attribuer ces variations osseuses, qui, comme nous l'avons dit avec le professeur Dubreuil-Chambardel, siègent à l'extrémité distale, parce que c'est par celle-ci que se termine le processus d'évolution de ce point comme l'a si bien démontré M. Variot (*La Clinique infantile*, 15 novembre 1906, p. 685). En effet, cette déformation est appréciable dès la naissance et même sur des mains d'enfants nés avant terme ; or le point secondaire n'apparaît qu'à la fin de la deuxième année (Variot). Y a-t-il maintenant, comme l'écrit le professeur Dubreuil-Chambardel, un centre cortical commandant à l'évolution du squelette et faut-il accuser un trouble de ce centre ? On ne peut encore se prononcer sur ce point.

Pronostic. — Constituée dès la naissance, cette dysmorphie peut être, à ce moment, facilement réduite, mais à mesure que le sujet avance en âge, elle s'accentue et devient alors irréductible (15-18 ans).

Diagnostic. — Cette déviation latérale de l'index, comme d'ailleurs toutes les autres clinodactylies latérales, se différencie de toutes les affections acquises par son apparition précoce, son évolution lente, indolore, progressive jusqu'à l'âge adulte, par l'intégrité des articulations, enfin par un triple caractère : sa *transmission héréditaire*, sa *bilatéralité* et son *homologie manipodique*.

Complications. — Elles proviennent secondairement des rétractions musculaires et ligamenteuses qui fixent l'organe dans sa mauvaise position et empêchent la réduction.

D'autre part, le doigt dévié est souvent moins fort musculairement que les doigts normaux, sans doute par suite d'un défaut d'exercice. La complication la plus sérieuse est l'inflammation des bourses séreuses anormales qui peuvent se développer au voisinage des articulations et devenir ainsi le siège d'hygromas, accident important en raison des articulations (Dubreuil-Chambardel).

Traitement. — Si cette variation provoque une gêne fonctionnelle assez importante, il ne faut pas attendre que la déviation soit irréductible pour intervenir. Par conséquent, le plus vite possible, il est nécessaire de pratiquer des massages, des exercices de redressement, poser un appareil orthopédique modelant le doigt et le maintenant dans la rectitude, enfin utiliser, si on échoue avec les autres manœuvres, les redresseurs orthopédiques du Dercheid-Delcourt ou de Héron. Les interventions chirurgicales sont à rejeter, en raison des ankyloses et des arthrites qui pourraient, dans la suite, survenir.

Conclusion. — 1° La description de l'index varus qui entre dans la classe des clinodactylies latérales est due au professeur Dubreuil-Chambardel et nous proposons qu'il soit attribué à cette variation l'épithète de syndrome de Dubreuil-Chambardel ;

2° Cette déviation est essentiellement héréditaire et familiale ;

3° C'est une affection primitive due à des déformations osseuses et à des troubles de l'ossification des phalanges ;

4° Il peut se développer, au niveau des articulations, des bourses séreuses anormales qui deviennent parfois le siège d'hygromas ;

5° Les déviations de l'index peuvent être la cause d'une gêne fonctionnelle qui nécessite un traitement orthopédique.

Observations.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Première génération.* — Mme V... présente un index varus très prononcé de la main droite. La phalange forme avec la phalangine un angle de 130 degrés. Les seconds orteils des deux pieds sont fortement déviés en varus.

Deuxième génération. — Mme V... a eu cinq enfants dont quatre sont atteints de la même malformation.

1° Marcelle G... On constate à sa naissance deux index varus accentués et les orteils légèrement déviés.

2° Jeanne R... montre des dispositions à peu près semblables. Elle est la mére de deux enfants dont nous parlerons plus loin à la troisième génération.

3e et 4e René V... et Jean V... offrent également de beaux exemples d'index varus.

René V... Index varus droit 170°.
Index varus gauche 162°.
Jean V... Index varus droit 175°.
Index varus gauche 165°.
Rien à signaler aux orteils.

Troisième génération. — Mme Jeanne R... a eu deux enfants qui sont porteurs de cette difformité.

Joseph R..., 10 ans, montre à chaque main un index varus de 170°, mais il n'a pas de déviation aux seconds orteils.

François R..., 8 ans, présente à sa main droite une déviation latérale de l'index. Le degré de variation est de 165°. Dans ces deux derniers cas les déviations comprenaient les deux dernières phalanges de chaque index.

En résumé nous voyons dans cette famille d'une façon très nette l'index varus se manifester sur sept sujets.

DEUXIEME OBSERVATION. — R. D..., cultivateur, 60 ans, a un index varus très prononcé de la main droite. La phalange forme avec la phalangine un angle de 140°. Les seconds orteils des deux pieds sont également déviés en varus.

Trois enfants dont deux ont la même difformité :

Pierre D..., 18 ans : Index varus droit 170°.
Index varus gauche 163°.
Orteil varus droit 172°.
Orteil varus gauche 170°.
Joseph D..., 17 ans : Index varus droit 175°.
Index varus gauche 165°.
Orteil varus droit 168°.
Orteil varus gauche 162°.

TROISIÈME OBSERVATION. — Maurice R..., 22 ans, peintre, présente à chaque main une déviation latérale de l'index en varus ; phalangettes seules atteintes. Le degré de déviation est de 186° à droite et 170° à gauche.

Les seconds orteils des deux pieds sont aussi légèrement déviés en varus.

D'après les renseignements la mère, une tante, et ses deux sœurs offraient également de beaux exemples de cette malformation.

QUATRIÈME OBSERVATION. — Mme E. M..., femme de ménage possède un index varus droit de 167° et un index varus gauche de 168° Mère de deux fillettes :

Henriette M... index varus droit 165°
Jeanne M... index varus droit de 163°.
index varus gauche de 170°.

Il existe en outre chez ces trois personnes une légère inclinaison en varus des orteils.

La déviation n'intéresse que la phalangette, sauf chez Henriette M... du côté droit, chez qui phalangine et phalangette sont déviées.

Nous ne donnons ici qu'un choix parmi les observations qui nous sont personnelles et où la transmission héréditaire de cette malformation congénitale s'est montrée le plus nettement.

A PROPOS D'UNE MESURE ANTHROPOMÉTRIQUE MÉDICALE : LE POIDS

Par le Dr LAMBOLEZ (Nancy).

Si, en ce qui concerne la taille, la précision habituellement admise de un demi-centimètre est suffisante, au moins chez l'adulte, il apparaît que la mesure du poids demande une plus grande attention chez l'enfant et surtout chez l'adulte. Toute mesure de poids d'un individu est entachée d'erreurs dont les causes sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister.

S'il s'agit de suivre le poids d'un sujet normal ou pathologique avec Broca, nous disons que « le seul procédé pour obtenir des résultats interprétables est de faire des pesées relativement rares et de se contenter par conséquent d'une moyenne de la variation de poids étendue à plusieurs jours », la pesée étant d'ailleurs toujours effectuée dans les mêmes conditions. Plusieurs remarques s'imposent :

L'idée du poids est liée à la notion d'effort.

Physiquement parlant, le poids d'un corps est la force qui est nécessairement appliquée à ce corps pour qu'abandonné à lui-même dans le vide ou dans l'air, il se mette en mouvement ; le poids peut se mesurer par l'effort nécessaire au maintien du corps en équilibre.

En principe, rien de plus simple, en mécanique pure, que de définir le poids d'un corps matériel dit « solide invariable ».

Et cependant déjà là, un solide invariable n'est-il pas une conception de l'esprit ? car les corps appelés communément « solides » rencontrés dans la nature sont plus ou moins élastiques, plus ou moins déformables ou même immuables.

Somme toute, un corps quel qu'il soit a ce que l'on appelle ordinairement un « poids », c'est-à-dire une « masse » définie à un instant défini.

Un être vivant peut être envisagé, au point de vue mécanique, comme un système de points matériels en nombre et de masse variables et dont les distances mutuelles sont quelconques dans le temps, de telle sorte que le poids perd sa signification habituelle. En effectuant une pesée, on détermine à cet instant le poids, la masse d'un corps essentiellement déformable.

Plaçons-nous dans le cas d'un sujet sain, ayant une activité moyenne. Pratiquement, il existe une ration d'entretien qui se rapproche de la ration théorique qui maintient l'organisme en état d'équilibre de santé en subvenant à ses dépenses énergétiques et caloriques. Cette ration d'entretien ne provoque ni dépenses ni accumulations de réserves. On peut dire que l'organisme dont l'apport énergétique serait à chaque instant égal à sa consommation, aurait maintenu son poids constant.

En admettant que l'état final du moteur humain redevienne égal au bout de vingt-quatre heures par exemple à son état initial, on sait que dans une telle période, ingesta, egesta, fèces réserves transitoires, interviennent, au moins pour la plupart de façon irrégulière et inconnue (assimilation plus ou moins rapide des aliments, élimination plus ou moins grande de vapeur d'eau...)

Il ne peut être question que de déterminer un poids moyen. « Une erreur de un kilogramme sur un homme de 70 kilogrammes est chose fort admissible. Pour éviter une erreur aussi considérable, le seul procédé est de faire toujours la pesée dans les mêmes conditions. Le mieux est de la faire le matin à heure fixe après défécation et miction et avant le premier repas. Dans ces conditions, on peut compter à peu près sur les chiffres obtenus » (Broca), mais, une différence en plus ou en moins de 100 à 200 grammes doit malgré tout être négligée dans des pesées successives.

Le cycle dont nous parlions tout à l'heure peut être considéré comme accompli, et, en effet, on obtient un poids sensiblement identique pendant plusieurs périodes successives de vingt-quatre heures, ce poids répond à ce que l'on pourrait appeler un « poids inorganique », le seul qui ait été considéré jusqu'ici par les auteurs.

Du fait de ses manifestations vitales et pour les raisons que nous indiquions plus haut, nous pensons qu'il serait du plus grand intérêt, tout au moins dans certains cas, de déterminer ce que nous pourrions appeler le « poids organique » par opposition au précédent qui est en définitive ce que l'on appelle le « poids » du corps-humain.

Supposons que l'on pèse le sujet chaque quatre heures par exemple, on effectue six pesées qui fournissent des nombres p^1, p^2, p^3. p^4, p^5, p^6, généralement très différents puisqu'il faut compter des variations de poids de l'ordre du kilogramme après exercice, mictions... de l'ordre du demi-kilogramme après alimentation, évacuations alvines...

La moyenne $P = \frac{p1 + p2 + \ldots + p6}{6}$ pratiquement facile à déterminer, représente un poids approché du poids théorique qui serait obtenu en effectuant une moyenne non pas sur six pesées, mais sur un très grand nombre de pesées.

Observons que P étant supposé exact, les erreurs absolues commises dans chacune des mesures et en particulier, celle commise sur le « poids inorganique » peuvent être considérables, elles peuvent atteindre plusieurs centaines de grammes, elles s'obtiennent par différences entre P et p1, p2. p6.

Les erreurs relatives qui s'obtiennent en divisant une erreur absolue par la valeur P de la grandeur à mesurer sont donc généralement de l'ordre du centième.

Sans entrer dans plus de détails, indiquons deux observations faites sur un même sujet.

Premier jour : p^1, = 52.450 ; p^2 = 52.150 ; p^3 = 51.150 ; p^4 = 53.150 ; p^5 = 53 ; p^6 = 56.

moyenne P_1 = 52.334 grammes.

Deuxième jour : p^1 = 52450 ; p^2 = 52.500 ; p^3 = 51.500 ; p^4 = 53.000 ; p^5 = 52.000 ; p^6 = 51.400.

moyenne P_2 = 52.200

On observe qu'au cours de ces observations, qu'il est aisé de multiplier, p^1 restant fixe, les moyennes P_1 P_2... au contraire varient dans un certain sens, dont l'interprétation peut être d'une certaine utilité dans l'étude clinique d'un sujet en observation.

Dr Lambolez (Nancy).

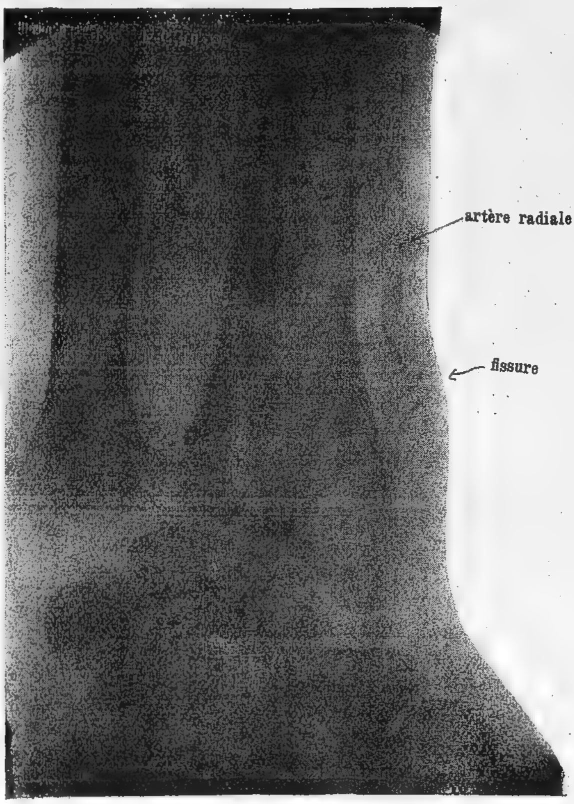
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ARTÉRITE TRAUMATIQUE

L'observation que nous publions a pour but d'attirer l'attention sur une lésion traumatique *primitive* au sujet de laquelle nous n'avons trouvé aucun renseignement dans la littérature médicale. Nous croyons néanmoins que cette affection n'est pas rarissime, et que sa recherche chez les artério-scléreux, victimes d'accidents, aura pour effet de la révéler de temps en temps.

Observation

Nous sommes appelé, le 31 juillet 1924, auprès d'un ouvrier bûcheron, âgé de 60 ans, lequel a fait une chute sur des perches de bois, à la suite d'un heurt du pied, tandis qu'il était occupé au chargement d'un bateau sur les rives de la Meuse.

L'examen du blessé révèle des plaies contuses multiples, superficielles, réparties sur le tronc et les membres, une plaie contuse profonde de l'arcade mentonnière, une plaie et un hématome diffus de la langue, une suffusion sanguine sous-linguale, un hématome non pulsatile situé au-devant de l'articulation temporo-maxillaire droite, enfin une *entorse du poignet gauche avec irradiation douloureuse le long du bord externe du tiers inférieur de l'avant-bras.* La douleur étant particulièrement ressentie à la palpation de l'épiphyse radiale, nous faisons des réserves au sujet de l'intégrité du tissu osseux.



L'état général du blessé, son aspect fatigué, sa démarche lente, ses arcs cornéens séniles, font penser à un septuagénaire. Les temporales sinueuses et animées de battements, les radiales dures et roulant sous le doigt, le pouls tendu, l'hypoacousie revèlent un artério-scléreux d'ancienne date.

Les plaies sont pansées ; on prescrit des soins de bouche et on applique au poignet un pansement ouaté légèrement compressif.

Le blessé est revu les jours suivants. Il se plaint de céphalée, de difficultés de mastication et de déglutition en rapport avec l'arthrite temporo-maxillaire. L'état local du poignet n'est pas modifié, mais un léger œdème ecchymotique a envahi le tiers inférieur de l'avant-bras, le long de la gouttière radiale ; la pression perpendiculaire sur le radius est toujours douloureuse ; les plaies contuses superficielles évoluent normalement vers la guérison.

Le 7 août, soit une semaine après l'accident, les plaies contuses superficielles et intra-buccales ne nécessitent plus de soins particuliers ; l'hématome temporo-maxillaire est en voie de résolution ; les mouvements du poignet ont cessé d'être douloureux ; le gonflement a diminué sensiblement ; mais il persiste toujours une douleur élective au devant du radius. Le piqueté hémorragique des premiers jours a passé au jaune ; on perçoit toujours les battements d'une radiale fortement indurée.

La persistance de la douleur radiale nous fait penser à la possibilité d'une fissure de l'os et nous adressons le blessé chez le radiographe, docteur Fontan, à Revin.

La *radiographie*, face et profil, ne révèle aucune lésion squelettique ; mais, chose curieuse, une artère radiale athéromateuse, à double contour net, où l'on aperçoit des traînées sombres et claires traduisant l'incrustation calcaire des tuniques scléreuses ; en outre, une fissure apparente de la paroi sur la convexité d'une sinuosité de l'artère, à 2 cm. au-dessus de la styloïde du radius, point répondant assez exactement au centre du gonflement constaté sur le membre.

Le blessé a été revu une dernière fois le 9 août. Le gonflement avait complètement disparu, la douleur sensiblement diminué ; les téguments reprenaient leur teinte primitive et récupéraient leur élasticité dans les mouvements de flexion et de pronation du poignet. Retourné en Belgique, où il avait son domicile, le blessé acheva de se guérir. Nous n'avons pu le revoir. Six semaines plus tard, son patron nous écrivait qu'il n'avait pas encore repris le travail.

En résumé, la chute sur le poignet a provoqué des lésions concomitantes de distension ligamenteuse articulaire et de contusion artérielle d'un vaisseau athéromateux qui a réagi par des phénomènes doulou-

✦✦✦✦

reux d'artérite et de péri-artérite dans un territoire mal protégé. Le diagnostic clinique rétrospectif sera donc, à la lumière des données radiologiques : *artérite et périartérite radiales traumatiques.*

***

L'observation de ce cas suggère quelques réflexions. En effet, elle révèle la possibilité d'une lésion traumatique primitive peu connue et il y a lieu d'en déterminer la *nature*, le *mode de production*, la *symptomatologie*, le *diagnostic*, le *pronostic*, les *complications*, le *traitement*. En outre, elle fournit de nouvelles données à la résolution d'un problème délicat, à savoir, les rapports de l'artério-sclérose avec les traumatismes et plus spécialement, l'*importance médico-légale* de cette affection dans la médecine des des accidents du travail.

Réalité de l'artérite traumatique.

L'exemple que nous avons rapporté ne permet pas de mettre en doute la physionomie propre de l'affection. Au reste, cette affection n'est pas inconnue. Les chirurgiens du XIX[e] siècle l'ont décrite sous le nom de *contusion artérielle*. Mais, chose frappante, ce qu'ils décrivaient sous cette appellation, c'était surtout les *plaies contuses* des artères révélées par les chirurgiens d'armée. Ils distinguaient différents degrés de la lésion selon qu'une ou plusieurs tuniques étaient intéressées par l'agent vulnérant, les balles de fusil surtout. On conçoit, en effet, que la balle de fusil puisse déterminer, dans les tissus qu'elle traverse, au voisinage ou au contact des gaines vasculaires, toute une gamme de lésions allant de la simple contusion à la rupture complète des vaisseaux.

Indépendamment des lésions vasculaires causées par les armes à feu, on décrivait les contusions artérielles beaucoup plus rares, consécutives aux traumatismes les plus divers tels que le passage d'une roue de voiture, la chute de cheval (cas d'Horteloup, oblitération de la sous-clavière, par un caillot, après cinq jours), la compression entre deux tampons (cas de Cusco, oblitération immédiate de l'humérale), la chute sur un rail (cas d'Erichsen, oblitération de l'axillaire après 28 heures) (1).

Ces contusions vasculaires, révélées par l'opération, étaient groupées sous l'appellation de *lésions artérielles abritées*, par opposition aux *lésions artérielles exposées* des plaies par armes à feu.

Bien que rentrant dans la catégorie des lésions artérielles abritées, le cas qui nous occupe diffère notablement de ceux qui ont été cités ; d'une part, étant donné son siège, par la moindre gravité du traumatisme ; par son évolution favorable, d'autre part. Aussi, préférons-nous lui donner l'épithète diagnostique d'*artérite radiale traumatique* qui a l'avantage de dénommer exactement la lésion constatée en évitant l'imprécision que ferait naître, dans l'esprit, l'appellation ancienne de contusion artérielle abritée de l'artère radiale.

(1) *Exemples cités par Poulet et Bousquet. Traité* de Pathologie externe, 1885, I., p. 420.

Sa nature.

L'artérite traumatique se distingue de l'artérite purement médicale par *son caractère inflammatoire inopiné* apparaissant sur le siège même du traumatisme. En effet, sous l'influence de la lésion causale, il se produit une rupture partielle ou complète des tuniques artérielles, dont l'effet immédiat se traduit par une extravasation sanguine qui peut envahir successivement les assises cellulaires des parois de l'artère (artérite), la gaine vasculaire (péri-artérite) et les tissus avoisinants (hématome diffus ou pulsatile). Il est exceptionnel, semble-t-il, qu'un traumatisme violent puisse déterminer l'apparition exclusive des deux premiers degrés de la lésion ; l'on se trouvera presque toujours en présence d'un état pathologique compliqué de lésions extra-vasculaires et cela d'autant plus facilement qu'on l'observera avec prédominance chez les vieillards, dont les tissus de recouvrement, la peau et les muscles, auront perdu leur élasticité et leur tonicité premières.

Mode de production et causes prédisposantes.

Divers mécanismes, agissant tantôt séparément, tantôt simultanément, peuvent provoquer les lésions propres à l'artérite traumatique. Ce sont : la *contusion*, l'*élongation*, la *distension*, l'*effort*, la *compression*, l'*écrasement*. Parmi ces divers agents, les deux derniers méritent une place prépondérante surtout en ce qui concerne les artères superficielles qui, comme la radiale, reposent au-devant d'un plan osseux particulièrement vulnérable. Nous croyons pouvoir affirmer que parmi toutes les artères, la radiale, en vertu même des fonctions ouvrières électives du poignet, sera toujours la plus exposée (1) et l'on conçoit que la *sclérose* et surtout l'*athéromatose*, si fréquentes après la cinquantaine, constituent, en diminuant l'élasticité de l'artère, une prédisposition éminemment favorable à l'action du traumatisme. Cette circonstance explique aussi pourquoi la tunique moyenne, riche en fibres élastiques, soit la première et parfois la seule à se rompre.

(1) Dans les conditions actuelles de l'industrie, l'ordre de vulnérabilité des artères paraît être le suivant : radiale, cubitale, humérale, poplitée, fémorale, axillaire.

Symptomatologie.

Il est évident que les circonstances qui président à l'établissement de l'artérite traumatique lui enlèvent le caractère d'une affection autonome parfaitement délimitée.

La symptomatologie, variable selon la genèse du traumatisme causal et les divers degrés qu'il peut présenter dans ses effets, participera fatalement des désordres tissulaires concomitants, quels qu'ils soient, superficiels ou profonds.

La *douleur* ne manquera jamais, elle répond à l'irritation des nervi-vasorum distendus par l'inflammation séreuse des parois et des gaines artérielles. En outre, l'infiltration séro-sanguine des parties molles peut provoquer une irradiation douloureuse dans les organes voisins plus ou moins contondus. Obtuse à l'état de repos du membre, la douleur est réveillée par les mouvements et la palpation ; dans certains cas, elle sera élective le long du trajet vasculaire.

L'*œdème* est tantôt simple, rosé, diffus ; tantôt ecchymotique et circonscrit. Il importe de faire la part de ce qui revient à l'artérite proprement dite et aux conséquences de l'écrasement des vaisseaux cutanés et musculaires des tissus de recouvrement. Ce discernement est d'autant plus difficile dans la pratique que le diagnostic d'artérite sera rarement porté avec fermeté. Ce sera presque toujours un diagnostic de présomption à la condition expresse que l'on y pense ; l'erreur sera fréquente,tant sont nombreuses les occasions banales d'une symptomatologie ressemblante (contusions).

Une déchirure limitée de la paroi artérielle pourrait donner naissance à une *tumeur globuleuse et pulsatile*, surtout dans le cas où le traumatisme aurait exercé son action contondante sur un gros tronc superficiel (a. poplitée, a. axillaire, a. humérale au pli du coude). Ce signe faisait complètement défaut dans le cas que nous avons observé. Une rupture complète, sous-cutanée, théoriquement possible, se traduirait par une exagération du syndrome hémorragique et ne pourrait passer inaperçue ; de même, l'obturation primitive d'un vaisseau artériel ne semble pas devoir se rencontrer fréquemment et l'*ischémie* qui pourrait en résulter ne saurait apparaître que comme symptôme retardé. En ce qui concerne l'artère radiale, cette complication doit être rarissime car la superficialité du vaisseau le prive précisément de l'étoffe musculaire à l'abri de laquelle cette lésion pourrait se constituer, d'abord, se dissimuler ensuite. Au demeurant, l'oblitération de la radiale n'entraînerait pas nécessairement les conséquences ischémiques que présenterait l'oblitération de l'axillaire ou de la poplitée. En effet, la circulation collatérale antégrade et rétrograde de l'avant-bras, du poignet et de la main est suffisamment assurée par les anastomoses radio-cubitales interosseuses d'une part, les arcades palmaires superficielle et profonde, d'autre part. Néanmoins, en l'absence de signes certains d'une hémorragie occulte, la *disparition du pouls* en aval de la lésion traumatique doit attirer l'attention sur la possibilité d'un arrêt complet du flux sanguin ; cet arrêt ne peut être dû qu'à deux causes : le thrombus consécutif à la contention de l'hémorragie ou l'accolement des parois sous l'effet de la compression initiale. Parmi ces causes, la seconde seule serait reconnaissable dans ses effets immédiats ; la *cessation des battements* ne saurait d'ailleurs se prolonger au-delà du délai nécessaire à la réparation des parois vasculaires et à la récupération de l'élasticité de la tunique moyenne. Le thrombus, au contraire, ne pourrait se constituer qu'en l'absence de soins immédiats et son évolution ultérieure dépendrait, en tout cas, du traitement mis en œuvre.

S'il est exceptionnel d'observer ces cas extrêmes d'oblitération totale oude rupture artérielles, il n'est pas rare, au contraire, d'observer les conséquences, immédiates ou lointaines, d'une déchirure ou d'un rétrécissement vasculaires.

Dans l'un et l'autre cas, on attachera la plus grande importance *au ralentissement de l'onde pulsatile* en aval de la lésion, à la faiblesse du pouls, *à la torpeur du membre intéressé*, à son refroidissement. A cet effet, la comparaison avec le membre correspondant sera riche en enseignements. L'examen devra porter également sur les troubles généraux et particuliers des fonctions motrices et de la sensibilité. Mais, encore une fois, il s'agit là de signes ultérieurs qui aideront à vérifier, par après, ce qui, dans la plupart des cas, ne saurait être, au début, qu'un diagnostic de présomption.

Diagnostic.

La difficulté du diagnostic découle de ce que nous avons dit au sujet de la nature et de la symptomatologie générale de l'affection. Ce sera, la plupart du temps, un diagnostic de probabilité ou de rétrospection.

Les FORMES ATTÉNUÉES, comprenant l'artérite et la péri-artérite, ne seront presque jamais diagnostiquées parce que leurs signes apparents, la douleur et l'œdème, se confondent avec ceux de la lésion globale déterminée par le traumatisme (contusion, entorse, ecchymose superficielle). Ici encore, la question du siège revêt une importance qui peut être décisive dans certains cas, grâce à la possibilité de rechercher systématiquement les signes propres de la lésion soupçonnée d'une artère. Là où le vaisseau est superficiel, comme au poignet, au pli du coude et au creux poplité, une palpation soignée permettra généralement de reconnaître si la douleur est élective-

ment localisée le long du trajet vasculaire. Dans les cas les plus favorables, *la perception d'un cordon douloureux* sera un signe important de péri-artérite exsudative. Mais ce signe fait généralement défaut dans les premières heures qui suivent l'accident et il faut savoir le rechercher dans un second examen. Si, par surcroît, l'on a affaire à un vieillard, la présence d'une artère sinueuse et dure autorisera à poser un diagnostic ferme dont on demandera le contrôle à la radiographie. Celle-ci, lorsque ses résultats seront positifs, comme dans notre cas, lèvera tous les doutes ; négative, elle n'infirmera pas nécessairement un diagnostic probable.

Les *formes graves*, compliquées de lésions tissulaires, échapperont difficilement à notre examen, surtout s'il s'agit des membres car une palpation attentive permet presque toujours d'en reconnaître les particularités pathologiques.

Il est du reste exceptionnel qu'un traumatisme violent limite son action destructrice aux seuls vaisseaux ; la plupart du temps, ses effets sont confondus et les lésions artérielles qui les accompagnent ne font que participer aux désordres qui en sont la conséquence.

Il n'en est pas de même des lésions vasculaires qui pourraient survenir à la suite d'une distension violente d'un membre, ou d'un choc venant à frapper brusquement un territoire circonscrit du corps. Sous l'influence de ces causes, il peut se produire une solution de continuité dans les parois vasculaires ; les conséquences en seront variables suivant le degré de la lésion allant de la simple suffusion sanguine temporaire à la mort presque instantanée (rupture de l'aorte par choc en retour d'un levier sur la poitrine).

Les premiers degrés de l'affection seront rarement reconnus, surtout si la région qui en est le siège présente une étoffe musculaire suffisamment importante pour empêcher l'apparition des signes révélateurs de la lésion. Ces signes seront parfois tardifs et une interprétation serrée pourra seule les rattacher à leur cause réelle. Il est certain que des lésions traumatiquesétiquetées myosite, distension douloureuse, voire même arthrite, ont pu être interprétées rétrospectivement comme la manifestation apparente d'une contusion ou d'une plaie artérielle, non reconnue de prime abord.

Le diagnostic est autrement facile lorsqu'on se trouve en présence d'un *syndrome hémorragique occulte mais certain*. La constatation d'une tumeur pulsatile apparue dans les premiers instants qui ont suivi le traumatisme permettra, à coup sûr, de diagnostiquer une lésion artérielle grave, déchirure ou rupture. De même, en l'absence d'hématome, la *diminution ou la disparition de l'onde sanguine* normalement propagée par le pouls devra retenir notre attention et nous faire penser à la possibilité, sinon à la certitude, d'une obturation partielle ou complète de la lumière du vaisseau ; l'accolement des parois consécutif à une pression excessive exercée sur l'artère (hématome musculaire, fragment osseux), le recroquevillement de la tunique moyenne, la présence d'un thrombus, sont les facteurs habituels de ces manifestations. Le thrombus, toutefois, ne saurait être précoce, son organisation demandant, pour s'effectuer, un certain délai rarement inférieur à quelques jours. De même, l'engourdissement d'un membre, son pâlissement, son refroidissement, sa tuméfaction, ses troubles cénesthésiques sont à retenir comme des signes dont la conjonction tardive peut mettre sur la voie d'un diagnostic méconnu. A un degré plus avancé, l'ischémie, avec la menace de gangrène qu'elle traîne après soi, pourrait déterminer à la recherche opératoire de l'obstacle qui s'oppose à la circulation du sang : plicature, écrasement, esquille, caillot intra-vasculaire. La chirurgie, dans cette circonstance, répondrait à une double indication : diagnostique et curatrice.

Enfin, *l'âge de la victime* permettra souvent d'orienter de meilleure façon un diagnostic hésitant. On se rappellera toutefois que l'oblitération artérielle progressive est une manifestation fréquente de l'alcoolisme, du diabète et de la syphilis des vieillards. Un examen comparatif des membres sera très utile pour reconnaître ce qui appartient au traumatisme et ce qui revient à la maladie préexistante (1).

Pronostic.

L'évolution de l'artérite traumatique est essentiellement variable. Le degré atteint par la lésion, l'âge du sujet, ses antécédents, sont autant d'éléments dont il faudra tenir compte pour formuler son pronostic.

Il sera prudent de le réserver car, à côté des cas favorables qui se terminent sans laisser de traces, il en est d'autres, plus nombreux, où les complications venant à surgir, la bénignité apparente des premiers jours fera place à un état des plus sérieux. Ce n'est pas seulement dans leurs conséquences immédiates que ces cas devront retenir notre attention. A l'échéance plus ou moins reculée, nous pouvons être les témoins de l'instauration progressive d'un état fonctionnel défectueux en relation avec les troubles circulatoires et sympathiques qui succèdent si facilement

(1) Nous signalons, pour mémoire, une cause d'erreur exceptionnelle : la *maladie de Buerger* (artérite oblitérante juvénile) qui frappe avec prédilection (?) les jeunes israélites polonais dont les habitudes alimentaires diffèrent sensiblement des nôtres. Chez ces sujets, l'on fera bien de penser à cette maladie qui les prédisposerait facilement à voir surgir des complications au cours de traumatismes banaux.

aux blessures des vaisseaux. Cette éventualité doit toujours être présente à notre esprit.

Complications. Séquelles.

L'artérite traumatique se présentant à notre examen sous la forme de lésions tantôt ouvertes, tantôt fermées, les complications qui peuvent apparaître participeront avant tout de la gravité qui s'attache aux états pathologiques, selon qu'ils sont ou ne sont pas septiques. Dans le premier cas, le tableau clinique sera dominé par l'*infection* ; dans le second cas, c'est la constatation des troubles organiques qui permettra de reconnaître l'existence d'une complication. Cette distinction essentielle n'est, du reste, pas exclusive ; l'épisode infectieux peut, en effet, manquer dans une lésion ouverte comme il peut survenir dans une lésion fermée (microbisme latent, hématome suppuré).

Les complications possibles des plaies artérielles sont : l'hémorragie, la thrombose, la gangrène et l'embolie qui peuvent se manifester dans les premiers jours de l'accident ; dans un temps plus éloigné, les troubles variés qui sont sous la dépendance de la perturbation apportée dans la vitalité des parois vasculaires : le rétrécissement et l'anévrysme auxquels l'on peut ajouter les troubles encore mal définis de l'innervation sympathique des gaines vasculaires (causalgie).

L'*hémorragie* peut être immédiate ou tardive ; elle reconnaît généralement pour cause le détachement prématuré du caillot sous l'influence d'un mouvement par trop brusque du sujet. Chez les artério-scléreux, elle a d'autant plus de chance de se produire que le recroquevillement de la tunique interne sera rendu difficile à cause de la perte de sa fonction rétractile compromise par les incrustations athéromateuses de ses assises cellulaires.

La *thrombose et l'ischémie* qui en résultent sont la conséquence de l'organisation exubérante d'un caillot intravasculaire. A un degré plus avancé, la *gangrène*, sèche ou humide, selon le siège de la lésion, traduira la cessation des apports nutritifs du sang dans le territoire sous-jacent ; sa constatation sera souvent la signature de l'*embolie* ; elle devra aussi faire penser à la préexistence possible d'un diabète méconnu.

Les complications qui apparaissent dans le déclin de l'affection, ou dans un temps plus éloigné encore, telles que l'engourdissement du membre, la faiblesse musculaire, la sensibilité soit obtuse, soit exagérée, relèvent toutes d'une même cause : *les troubles circulatoires et nerveux*, consécutifs à la réparation de la lésion.

Le retour à l'état antérieur des parois est exceptionnellement atteint. Le plus souvent, la guérison ne se réalise que par le processus général de la prolifération conjonctive des tissus lésés ; en l'occurence, le rétrécissement du calibre de l'artère est le résultat presque inéluctable du processus réparatoire de la tunique interne (endartérite oblitérante). D'un autre côté, l'inflammation de la tunique externe, en diminuant sa résistance, constitue une prédisposition à l'anévrysme.

Les douleurs « causalgiques », dont la persistance rebelle échappe ordinairement à nos moyens d'investigation, semblent traduire une irritation des troncs nerveux sensitivo-moteurs dont les voies d'innervation sympathique (nervi nervorum) sont étroitement liées, grâce aux anastomoses étagées, aux voies d'innervation des gaines vasculaires (nervi vasorum).

Traitement.

Dans *les formes simples* de l'affection, le traitement ne souffrira aucune difficulté. Là où le siège de la lésion le permet, l'on se trouvera bien de la compression modérée exercée par un pansement ouaté ou par un manchon pneumatique ; le repos prolongé du membre, au besoin dans une gouttière, préviendra souvent l'apparition ou le retour d'une hémorragie. La position du membre sera déterminée dans chaque cas en vue de faciliter la circulation du sang et de parer, dans une certaine mesure, aux conséquences de l'œdème qui pourrait survenir. En cas de douleur aiguë, les compresses émollientes rendront service ; au besoin, la morphine.

Les formes graves sont tributaires de l'intervention chirurgicale qui variera selon lescirconstances propres à chaque cas.

Occasionnellement, l'on sera amené à traiter l'état général du blessé : artério-sclérose, diabète, syphilis.

Les *séquelles* de l'affection échappent ordinairement à nos moyens thérapeutiques, d'autant plus qu'elles s'observent électivement chez les sujets prédisposés par leur âge ou leurs tares organiques.

Chez un sujet relativement jeune, les douleurs causalgiques seront parfois considérablement amendées par la sympathectomie péri-artérielle.

Importance médico-légale. Interprétation.

C'est surtout à l'occasion de la médecine du travail que nous serons appelés à constater l'existence de l'artérite traumatique. Il importe donc que le praticien appelé à formuler ce diagnostic puisse adopter une ligne de conduite sûre, dont dépendront les modalités d'application de la loi de 1898.

Le problème est, en effet, complexe. Il se présente à nous sous différents aspects selon qu'on envisage successivement l'âge de la victime, l'influence réciproque du traumatisme et des prédispositions individuelles qui en favorisent

◆◆◆◆◆

l'apparition, enfin l'état actuel de la législation.

L'*âge* de la victime ne nous fournit pas seulement d'utiles éléments d'appréciation pour le diagnostic et le pronostic de l'affection, mais encore il permet de préciser dans une certaine mesure les conséquences immédiates de l'accident et ce que l'on peut attendre du traitement mis en œuvre.

Laissant de côté les lésions compliquées de l'artérite qui rentrent dans un autre cadre, nous n'examinerons, ici, que les premiers degrés de l'affection (artérite et péri-artérite). Il est évident que la prévision de l'incapacité variera considérablement selon que l'on aura affaire à un sujet jeune ou à un vieillard. Chez le premier le traitement le plus simple amènera la guérison en quelques jours ; chez le second, le traitement sera parfois long et il se rencontrera des cas où l'on sera amené à proposer, pour combattre les manifestations tardives de l'affection, soit le traitement chirurgical (sympathectomie), soit le traitement par les agents physiques (air chaud, diathermie, balnéothérapie). Une incapacité permanente partielle peut aussi venir terminer à échéance plus ou moins reculée, les divers épisodes de l'artérite traumatique des vieillards.

Chez les sujets ayant atteint la cinquantaine, l'on fera bien de rechercher l'*influence des prédispositions* sur la genèse et la marche de l'affection. On sera amené à reconnaître les manifestations préexistantes de l'alcoolisme, de la syphilis. du diabète et surtout de l'artério-sclérose (1). Ces constatations ne simplifieront pas la résolution du nouveau problème qui se posera alors dans notre esprit. *Quel sera le développement ultérieur de l'affection préexistante* ? Le traumatisme ne donnera-t-il pas un coup de fouet à l'évolution de ces maladies dont la marche progressive sera de ce fait accélérée ? En présence d'une aggravation de la maladie, quelle part revient au traumatisme ? La difficulté d'appréciation sera parfois extrême.

Dans *l'état actuel de la législation* sur les accidents du travail, l'indemnisation des séquelles de l'artérite ne fait pas l'objet d'une mention spéciale. Ce fait résulte à la fois de la rareté de l'affection et des difficultés où l'on se trouve d'apprécier, dans certains cas, ce qui revient en propre aux lésions artérielles. L'indemnisation ne saurait donc être que globale ni s'adresser qu'aux constatations immédiatement rattachables à l'accident. Exceptionnellement, le délai de causalité pourra être reporté à quelques mois à la condition toutefois que l'on ait affaire à un sujet préalablement indemne de maladie évolutive des vaisseaux (syphilis, artério-sclérose). En outre, les désordres invoqués devront être manifestement localisés dans un territoire dont les relations anatomiques et physiologiques avec le siège du traumatisme seront indiscutables. Le bénéfice du doute ne devrait être accordé aux angiopathes évolutifs que dans les cas bien déterminés où la localisation de leurs troubles pathologiques serait prédominante dans le territoire antérieurement traumatisé ; la simulation serait parfois facile et il faudrait pouvoir la déjouer.

Quant au quantum de l'indemnisation, il serait déterminé par l'importance relative des facteurs qui interviennent dans chaque cas particulier. Ce serait une appréciation d'espèce essentiellement variable et sujette à révision.

Conclusions.

L'artérite traumatique est une réalité clinique.

Sa physionomie propre sera rarement reconnue dans les formes les plus simples ; on la recherchera attentivement quand on se trouvera en présence d'un traumatisme fermé des vieillards.

On s'adressera à la radiographie pour confirmer ou infirmer un diagnostic hésitant.

Les complications sont nombreuses et participent de la gravité relative des lésions associées.

Le pronostic est incertain ,on le réservera toujours.

Le traitement est simple dans les formes favorables, compliqué dans les formes graves.

La guérison est aléatoire ; il persistera souvent des séquelles dont l'appréciation médico-légale est particulièrement difficile.

Dr Alfred BASTIN.

(1) Parmi ces manifestations, celles de l'artério-sclé rose peuvent être recherchées de prime abord. Chez notre sujet, elles apparaissaient à la seule inspection, Ses blessures mêmes traduisaient une atteinte considérable et ancienne de ses vaisseaux, l'artérite radiale, l'hématome temporo-maxillaire, l'hématome lingual, les suffusions sanguines de la bouche relevaient toutes d'une même cause : la fragilité vasculaire. Les jours suivants, il fut atteint d'une céphalée excessivement pénibles (suffusions méningées ?).

Un an auparavant, nous avions été appelé à donner des soins à un autre artério-scléreux, âgé de 64 ans : il était tombé, disait-il, en heurtant un rail. Il présentait une plaie contuse de la région temporo-malaire gauche et de la *parésie des membres droits*. La question se posait de savoir si un petit ictus apoplectique n'avaitpas précédé la chute ou s'il en était la conséquence, étant donnée la fragilité de ses artères.

Ces exemples prouvent l'utilité qu'il y aurait à faire précéder l'embauchage des ouvriers d'un examen médical dont les conclusions permettraient d'orienter vers les métiers moins fatigants ceux dont la capacité ouvrière serait plus précaire. Cela se pratique dans certains pays et l'on semble y venir en France. Mais cette innovation risque d'entraîner des difficultés d'ordre sociologique dont il est malaisé de prévoir les conséquences possibles.

DIÉTÉTIQUE INFANTILE

Barème des rations de lait.

nécessaires et suffisantes à un enfant pendant les premiers mois, établi en 1910 par le docteur Roux, médecin de la Consultation des Nourrissons, de la Crèche et de la Goutte de Lait de Lorient.

***

Ces rations sont mesurées pour un enfant de taille ordinaire et d'un poids normal. Elles ne doivent pas être données brusquement à un enfant habitué à un autre régime. Employer de l'eau sucrée et en cas de constipation, sucrer avec du lactose.

L'enfant doit prendre très exactement ses repas, à intervalle de deux heures trois quarts ; boire lentement ; commencer le matin dès le réveil de la mère...

En cas d'allaitement mixte, le temps nécessaire à l'enfant pour digérer le lait maternel est seulement de deux heures.

Si l'enfant réclame après chaque biberon, il y a lieu de passer à la ration suivante sans attendre le nombre de jours indiqué.

Ne jamais transvaser les flacons de lait stérilisé mais les réchauffer au bain-marie.

Laver l'enfant très rapidement à l'eau fraîche, le sécher avec un linge chaud ; le poudrer avec une poudre minérale, talc ou kaolin.

Le total du lait dans l'avant-dernière colonne indique quelle quantité de lait la nourrice doit acheter chaque jour.

Se méfier de la dière hydrique qui débilite les enfants.

ALLAITEMENT AU BIBERON

(Le premier mois la ration augmente chaque jour)

Premier jour absolument rien. l'enfant dort.

Jour	Biberons	Lait	Eau	Total par flacon	TOTAUX PAR JOUR — lait	TOTAUX PAR JOUR — eau
2e jour	7 biberons,	lait 5 gr	eau 5 gr.	total par flacon 10 gr.	lait 35 gr.	eau 35 gr.
3e »	7 »	» 7 1/2	» 7 1/2	» 15	» 52	» 52
4e »	7 »	» 10	» 10	» 20	» 70	» 70
5e »	7 »	» 12 1/2	» 12 1/2	» 25	» 87	» 87
6e »	7 »	» 15	» 15	» 30	» 105	» 105
7e »	7 »	» 18	» 17	» 35	» 126	» 111
8e »	7 »	» 21	» 17	» 38	» 147	» 119
9e »	7 »	» 24	» 17	» 41	» 168	» 119
10e »	7 »	» 26	» 18	» 44	» 182	» 126
11e »	7 »	» 28	» 18	» 46	» 196	» 126
12e »	7 »	» 30	» 18	» 48	» 210	» 126
13e »	7 »	» 32	» 19	» 51	» 224	» 133
14e »	7 »	» 34	» 19	» 53	» 238	» 133
15e »	7 »	» 36	» 19	» 55	» 252	» 133
16e »	7 »	» 37	» 20	» 57	» 259	» 140
17e »	7 »	» 39	» 20	» 59	» 273	» 140
18e »	7 »	» 41	» 20	» 61	» 287	» 140
19e »	7 »	» 42	» 21	» 61	» 294	» 147
20e »	7 »	» 44	» 21	» 65	» 308	» 147
21e »	7 »	» 47	» 21	» 68	» 329	» 147
22e »	7 »	» 48	» 22	» 70	» 336	» 154
23e »	7 »	» 50	» 22	» 72	» 350	» 154
24e »	7 »	» 52	» 22	» 74	» 364	» 154
25e »	7 »	» 53	» 23	» 76	» 371	» 161
26e »	7 »	» 55	» 23	» 78	» 385	» 161
27e »	7 »	» 57	» 23	» 80	» 399	» 161
28e »	7 »	» 59	» 24	» 83	» 413	» 168
29e »	7 »	» 61	» 24	» 85	» 427	» 168
30e »	7 »	» 63	» 24	» 87	» 441	» 168
31e »	7 »	» 65	» 25	» 90	» 455	» 175

Après le premier mois la ration augmente chaque semaine.

					TOTAUX PAR JOUR — TOTAUX PAR JOUR	
5e semaine	7 biberons,	lait 65 gr	eau 25 gr.	total par flacon 90 gr.	lait 455 gr.	eau 175 gr.
6e »	7 »	» 68	» 25	» 93	» 476	» 175
7e »	7 »	» 72	» 25	» 97	» 504	» 175
8e »	7 »	» 75	» 25	» 100	» 525	» 175
9e »	7 »	» 79	» 25	» 104	» 553	» 175
10e »	7 »	» 83	» 25	» 108	» 581	» 175
11e »	7 »	» 86	» 25	» 112	» 602	» 175
12e »	7 »	» 90	» 25	» 115	» 630	» 175
13e »	7 »	» 93	» 25	» 118	» 651	» 175
14e »	7 »	» 97	» 25	» 122	» 659	» 175
15e »	7 »	» 101	» 25	» 126	» 707	» 175
16e »	7 »	» 104	» 25	» 129	» 728	» 175
17e »	7 »	» 108	» 25	» 133	» 756	» 175
18e »	7 »	» 111	» 25	» 136	» 777	» 175
19e »	7 »	» 115	» 25	» 140	» 805	» 175
20e »	7 »	» 118	» 25	» 143	» 826	» 175
21e »	7 »	» 122	» 25	» 147	» 854	» 175
22e »	7 »	» 125	» 25	» 150	» 875	» 175
23e »	7 »	» 130	» 20	» 150	» 910	» 140
24e »	7 »	» 135	» 15	» 150	» 945	» 105
25e »	7 »	» 140	» 10	» 150	» 980	» 70
26e »	7 »	» 145	» 5	» 150	» 1015	» 35
27e »	7 »	» 150	» pur	» 150	» 1050	
28e »	6 »	» 175	» pur	» 175	» 1050	

Ensuite commencent les bouillies selon la dentition.

Première bouillie, une cuiller à café de sucre et une cuiller à café de farine — lait 200 gr. Farine maltée les premières fois.

Dr Roux, 10, place Bisson.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Mode d'action, technique et indications du massage gynécologique.

Le Dr Louis Netter (Paris) apporte une contribution personnelle à l'étude du massage gynécologique qui jouit, à juste titre, d'une faveur de plus en plus grande auprès des gynécologues.

L'auteur limite nettement le domaine de ce procédé physiothérapique, fait la critique des diverses méthodes employées en gynécologie médicale et sépare le massage proprement dit de la gymnastique gynécologique, qu'il laisse de côté pour recourir au massage seul ; il justifie cet abandon par le reproche qu'il fait à la kinésithérapie de compliquer sans résultats tangibles le traitement des affections génito-pelviennes, d'entraver le repos qui doit être la loi de la méthode, et de rebuter généralement les malades qui ne l'acceptent qu'avec répugnance.

Par contre, les manœuvres de massage exécutées avec douceur et suivies de repos donnent des effets thérapeutiques remarquables que l'auteur explique d'une façon personnelle, après avoir fait la critique des hypothèses envisagéer par les auteurs qui l'ont précédé. Louis Nettes soutient, en effet, que le massage gynécologique agit suivant un mécanisme complexe mettant en jeu des processus d'ordre physico-chimique et d'ordre réflexe ; son action peut être directe sur les œdèmes cellulitiques en rétablissant l'équilibre physico-chimique humoral local par régulation circulatoire et par le retour à la constitution normale de la lymphe troublée jusqu'alors par la présence des toxines microbiennes et des corps microbiens eux-mêmes. Le massage fait disparaître le gonflement des tissus, issu de compressions locales, d'accumulations d'acides qui se forment sous l'influence du déséquilibre ionique des humeurs.

D'autre part, le massage agit indirectement sur la cellulite pelvienne, en donnant naissance à des réflexes qui parcourent le système sympathique pelvien, représenté par un plexus extrê-

mement riche qui innerve tous les viscères du petit bassin. Ces réflexes peuvent être de tous les ordres de grandeur, allant du simple réflexe à arc très court jusqu'aux réflexes nécessitant la participation médullaire et même cérébrale. L'action du système nerveux végétatif sera elle-même fort complexe, agissant sur l'équilibre humoral aussi bien par l'intermédiaire de la vaso-motricité que directement par les réactions physico-chimiques des tissus. Toutes ces hypothèses sont du reste justifiées par les progrès actuels de la chirurgie des gaines sympathiques péri-artérielles qui démontre l'action remarquable de la section du nerf présacré et des gaines de l'iliaque primitive et de l'hypogastrique sur les dysménorrhées et les autres symptômes douloureux de la région pelvienne.

Louis Netter réduit le massage gynécologique à quatre manœuvres principales : 1° les effleurages ou frictions circulaires ; 2° les effleurages de haut en bas, de l'ombilic au pubis ; 3° la pression redressant ; 4° les vibrations manuelles, qu'il préfère aux vibrations instrumentales. Il n'y a pas lieu de faire plus de deux séances par semaine, des intervalles de repos lui paraissant nécessaires.

Le massage gynécologique est indiqué dans les paramétrites, les annexites et périannexites refroidies, les dysménorrhées, les amaigrissements consécutifs aux infections et aux dystaties pelviennes, les déviations utérines, les métrites hypertrophiques et certains fibromes, les accidents douloureux consécutifs à certaines ventrofixations, les empâtements qui suivent certaines interventions conservatrices, certains œdèmes des membres inférieurs avec ou sans cyanose, la stérilité dans des cas bien déterminés.

Enfin l'auteur insiste sur la nécessité d'un pronostic de la durée du traitement qui peut aller de deux mois à un an, et il conclut en engageant le praticien à ne commencer un traitement que s'il a toutes les chances de pouvoir le terminer par la guérison. (*Le Monde médical*, 15 octobre 1927.)

La maladie de Gaucher (splénomégalie primitive familiale).

Le Dr E. Apert en résume ainsi le tableau clinique : le symptôme primordial est l'hypertrophie de la rate, qui s'accroît silencieusement sans phénomènes aigus, sans douleur, en sorte que la splénomégalie est reconnue un jour par hasard, ou si l'attention est attirée par l'augmentation de volume du ventre, ou par des tiraillements abdominaux douloureux, dus au poids de l'organe, ou par des taches purpuriques. A la palpation du ventre, la rate est énorme et dure ; chez l'enfant, le foie participe aussi à l'hypertrophie ; il est lisse, dur, non douloureux à la palpation.

Un examen du sang s'impose pour éliminer le paludisme et la leucocythémie. Ici, le sang est normal, avec une simple tendance à la diminution du nombre des éléments blancs mononucléaires.

D'autre part, la cirrhose hypertrophique splénomégalique, l'ictère hémolytique splénomégalique familial s'accompagnent, même pendant les accalmies, de symptômes biliaires, qui font défaut dans la maladie de Gaucher. Chez le nourrisson, la syphilis héréditaire et la tuberculose splénique seront éliminées par la réaction de Wassermann et la cuti-réaction à la tuberculine. Enfin, la pigmentation aide au diagnostic, car elle se localise surtout aux parties découvertes, aux mains et au visage ; le pourtour des yeux, l'extrémité du nez prennent une teinte jaunâtre, bronzée. Finalement, après une ponction de la rate, l'examen des parcelles spléniques ramenées par le trocart, en montrant les cellules gauchériennes caractéristiques (grosses cellules pâles, arrondies ou polyédriques par pression réciproque, à noyau central, ressemblant à des cellules épithéliales) permettra d'être affirmatif.

Cette maladie présente un caractère nettement familial ; elle peut être précoce, et apparaître dès l'âge de 2 ans, chez le nourrisson même, où le ventre se tuméfie avec rapidité, avec cachexie et mort en peu de temps. Les types histocliniques et cliniques en sont nombreux ; malgré cela, cette maladie essentiellement *familiale*, conserve son unité générale.

Quant au traitement, pas de résultats de la radiothérapie, ni des arsenicaux. L'ablation de la rate, au contraire, semble permettre tout espoir de guérison, puis de rétablissement de l'état général. (*Le Bulletin médical*, 1er janvier 1927.)

Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse.

Voici les observations faites, cliniquement et expérimentalement, par le Prof. Couvelaire :

I. — A côté de la très exceptionnelle transmission transplacentaire du virus tuberculeux déterminant une tuberculose congénitale avec lésions tuberculeuses développées *in utero*, il est légitime de faire une place probablement moins exceptionnelle à des transmissions transplacentaires de virus tuberculeux, dont le caractère essentiel est de ne déterminer aucune lésion anatomique spécifique, au moins pendant la vie fœtale, et pendant les premières semaines de la vie. Cette transmission du virus tuberculeux peut être révélée par la constatation directe de bacilles acido-résistants dans les ganglions et dans les viscères du fœtus.

Elle peut, et c'est là le fait nouveau, ne se révéler qu'indirectement par l'inoculation aux cobayes, après ou sans filtration préalable sur bougies de porcelaine poreuse, certains des co-

bayes inoculés présentant à plus ou moins longue échéance des bacilles acido-résistants dans les ganglions, sans production de lésions anatomiques spécifiques.

Cette transmission transplacentaire du virus tuberculeux, qui s'effectue sous une forme que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de préciser, a pu être mise en évidence, non seulement chez des fœtus expulsés prématurément et morts pendant l'accouchement ou immédiatement après la naissance, mais chez les enfants morts dans les premières semaines de leur vie extra-utérine, soit d'infections banales, soit après avoir présenté un syndrome de dénutrition progressive, ces enfants ayant été strictement séparés de leur mère et n'ayant pas reçu de vaccin B. C. G.

II. — Ces faits ne doivent pas faire oublier qu'un grand nombre d'enfants de mères tuberculeuses naissent vivants et viables, car la mortalité de ces enfants pendant les premières semaines de la vie est avant tout fonction des conditions d'élevage, et ils peuvent s'élever aussi bien que des enfants issus de parents sains élevés dans les mêmes conditions.

Même s'il était démontré que le nombre de ceux qui sont nés, non pas tuberculeux mais porteurs de ce virus tuberculeux dont nous ne pouvons encore fixer de façon certaine la valeur pathogène, est plus considérable que nous le croyons aujourd'hui, il n'en serait pas moins nécessaire de les protéger soigneusement contre les contaminations bacillaires post-natales. (*La Presse médicale*, 19 février 1927.)

Des médicaments vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs ; leurs applications thérapeutiques.

Lorsqu'on se trouve en présence de troubles morbides, qui semblent résulter non d'un processus inflammatoire infectieux, mais de simples perturbations vasculaires, et qu'on hésitera entre une vaso-constriction ou une vaso-dilatation, l'essai alternatif des agents constricteurs ou dilatateurs donnera la solution du problème clinique à résoudre. Ch. Abadie le démontre par des faits cliniques et thérapeutiques.

Les ophtalmologistes peuvent avoir à trancher cette question. Certaines formes de glaucome avec hypertension à peine appréciables, telles que le glaucome chronique simple, peuvent être confondues avec des atrophies optiques. Le glaucome étant dû à une vasodilatation du système vasculaire de l'œil, les instillations d'atropine (vasodilatatrices) aggraveront, celles de pilocarpine (vaso-constricteurs) amélioreront s'il s'agit de glaucome ; elles auront un effet nul dans les atrophies et le diagnostic différentiel sera ainsi établi.

Les troubles vasculaires, au lieu d'être circonscrits, peuvent s'étendre au contraire à de vastes territoires et certaines formes d'hypertension purement fonctionnelle au début paraissent être la conséquence d'une vaso-constriction généralisée, étendue à toute la périphérie cutanée. Vaquez et Donzelot ont décrit un cas anormal d'hypertension paroxystique, ayant éclaté subitement chez un homme de 37 ans en pleine santé. La crise s'annonçait par une décoloration générale des téguments et de la face, puis apparaissaient des crampes douloureuses généralisées et une céphalée atroce. La tension artérielle passait de 14-8 à 30-17. Ces crises atteignaient leur acmé au bout de trois minutes pour décroître ensuite. Au cours d'une des premières il survint une diminution brutale de la vision de l'œil droit. Ces crises étant dues à une vaso-constriction des artères périphériques, elles étaient justiciables de l'atropine.

L'auteur cite un cas d'atrophie optique spasmodique ; une demi-heure après injection dans la cavité orbitaire d'un milligr. d'atropine, la perception qualitative était revenue.

Certains pemphigus, zonas généralisés, peuvent être dus à une vaso-dilatation extrême des artérioles et capillaires du derme sous-jacent ; dans un cas notamment, très grave, il y eut guérison par les médicaments vaso-constricteurs.

Tous ces troubles circulatoires engendrent en se prolongeant des troubles trophiques que nous pourrons faire disparaître, grâce à l'emploi judicieux des médicaments vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs. (*La Presse médicale*, 7 mai 1927.)

L'hypertension, phénomène glomérulaire extra-rénale

Les opinions émises jusqu'à présent sur l'hypertension rénale et l'hypertension primitive essentielle peuvent se ramener à trois :

1° L'hypertension traduit dès son début un trouble rénal avéré (néphrite constituée) ou latent (néphrite fonctionnelle) ;

2° L'hypertension commence par un stade solitaire et se complique plus ou moins tôt de manifestations rénales ;

3° Les deux formes d'hypertension représentent deux états morbides différents.

Mais, après avoir discuté ces données, le prof. Merklen estime qu'elles ne doivent pas être regardées comme irréductibles.

Cependant le comportement normal de la tension résulte de l'équilibre fonctionnel des trois mécanismes : régulateur, cardio-vasculaire et rénal ; et les médecins associent trop vite les deux notions d'hypertension et d'imperméabilité rénale ; mais l'état des tubuli-contorti n'a rien à voir avec l'hypertension ; il faut laisser de côté, quand on parle d'hypertension, la partie sécrétante de la glande. Au contraire, l'hypertension est uniquement en rapport avec le fonctionnement des glomérules.

Remplacer le terme d'hypertension rénale par celui d'hypertension glomérulaire ne revient pas seulement à aspirer à une précision plus grande. Cela revient à montrer que l'hypertension ne sort pas du cadre cardio-vasculaire, à laisser de côté en la circonstance toute idée de perméabilité et de néphrite, à distinguer entre eux des phénomènes trop souvent confondus.

L'hypertension glomérulaire peut ou non coïncider avec un déficit tubulaire ; ainsi dans les néphrites aiguës l'hypertension n'est pas constante.

L'hypertension rénale et l'hypertension essentielle se spécifient toutes deux par une lésion et un trouble glomérulaire ; aussi est-il vain de chercher si l'hypertension essentielle est, ou non, rénale ; elle est glomérulaire, c'est-à-dire vasculaire.

En définitive, on peut actuellement admettre que l'hypertension permanente est le plus souvent régie par des lésions siégeant, soit au niveau des glomérules, soit au niveau de l'aorte. Toutes deux doivent être considérées comme extra-rénales. Sur les autres localisations possibles, les données sont moins établies. En tout cas, ces localisations ne sauraient être aussi qu'extra-rénales.

Les surrénales présentent de sérieux arguments en leur faveur ; mais une réserve est de mise. Ce qui complique la question, c'est qu'on sait les surrénales capables de réaliser le type d'hypertension paroxystique ; or, rien ne permet de conclure de celle-ci à l'hypertension permanente.

Une question reste entière ; quels sont les rapports à envisager entre la lésion vasculaire, artériolo-glomérulaire ou aortique et le jeu de l'appareil régulateur, (*Le Progrès médical*, 11 juin 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La contagion dans l'infection tuberculeuse.

(M. Fernand Bézançon. — *Académie de médecine* ; 18-10-1927.)

A la séance solennelle de l'Académie de médecine consacrée au centenaire de Villemin, M. Fernand Bezançon a présenté une intréessante mise au point de la notion de contagion dans l'infection tuberculeuse.

Lorsque Villemin exposa ses travaux qui démontraient expérimentalement l'inoculabilité des produits tuberculeux, on lui demanda d'établir la contagiosité de la tuberculose pulmonaire d'homme à homme. A cette époque, on ne connaissait pour ainsi dire que la tuberculose de l'adulte, celle de l'enfant, du nourrisson en particulier, n'ayant pas pu encore être caractérisée nettement. Or, la contagion d'adulte à adulte, dans bien des milieux, reste assez incertaine à fixer ou tout au moins ne se manifeste pas avec la constance qui serait nécessaire à sa démonstration. Les anciens cliniciens, Laennec entre autres, n'admettaient guère cette contagion dont ils ne voyaient pas des exemples frappants répétés. Ils faisaient jouer un rôle majeur aux causes générales, misère, sous-alimentation, taudis, alcoolisme, exode rural vers les villes, surmenage, etc. D'autre part, au début du vingtième siècle, certaines notions, fausses ou mal interprétées, celle de l'ubiquité du bacille tuberculeux et celle des tuberculoses latentes, obscurcirent encore le problème. Ayant trouvé des bacilles acido-résistants répandus un peu partout dans la nature, on en conclut que la présence aussi généralisée du bacille tuberculeux rendait illusoire, toute mesure de prévention. En réalité une série de travaux sont venus montrer que le bacille tuberculeux ne se dissémine pas ainsi dans la poussière des rues, mais qu'il est là seulement où il y a des tuberculeux et des tuberculeux qui crachent. *Pour ce qui concerne les tuberculoses latentes, il* est exact que dans les villes un grand nombre d'individus ont pu subir des atteintes discrètes de tuberculose et par suite réagir (cuti-réaction) positivement à la tuberculine. Un nombre assez restreint, à la vérité, est porteur de véritables lésions tuberculeuses enkystées, pouvant en se réveillant redevenir évolutives.

La doctrine contagionniste de Villemin est vraie mais on doit lui apporter un tempérament, mettant d'accord les contagionnistes convaincus et les partisans du rôle prépondérant des causes secondes. Il faut envisager séparément le problème chez l'enfant et chez l'adulte. Chez l'enfant, organisme sensible, la question de contagion domine toute l'histoire morbide de la tuberculose; chez l'adulte, organisme plus résistant, si la contagion peut encore se faire sentir et est toujours redoutable, le danger est plutôt dans le réveil des tuberculoses de l'enfance restées latentes, et par suite le problème est moins d'étudier les causes de la contagion que les raisons qui font qu'une tuberculose jusque-là latente se réveille.

En matière de contagion et d'étiologie de la tuberculose, il y a donc lieu de considérer séparément l'enfant et l'adulte. Pour celui-ci, comme l'avait bien vu Grancher en 1905, la maladie n'est le plus souvent que la deuxième étape d'une tuberculose remontant à l'enfance. Villemin avait raison quand il proclamait que la tuberculose n'est pas héréditaire, qu'elle est contagieuse, mais ne connaissant pas la tuber-

culose des tout jeunes enfants, il ne pouvait convaincre ses contemporains.

On doit protéger adultes et enfants contre la contagion, mais c'est principalement dans le jeune âge que cette protection est essentielle. Il est difficile de préciser exactement l'importance de la contagion chez l'adulte. L'adulte des villes offre une certaine résistance, une certaine protection contre le contage, que l'on explique par la notion de l'*allergie*. Il semble que, lorsqu'une tuberculose évolutive se montre chez lui, elle ne soit qu'assez peu de fois en rapport avec une contamination récente et relève plus souvent d'une contamination remontant à l'enfance. Faut-il aller plus loin, et, comme certains le pensent, considérer comme rare la contagion chez l'adulte. Il serait imprudent de soutenir une telle opinion. Une fois de plus, il convient de résister aux courants et ne pas se laisser entraîner loin des notions établies. Les travaux récents sur le virus tuberculeux filtrable, malgré leur intérêt, montrent aussi le danger qu'il y aurait à tirer trop hâtivement, de questions scientifiques encore discutées des déductions venant à l'encontre de faits antérieurement établis. En toutes choses, il faut savoir accepter avec réserves les théories réduisantes, souvent fragiles. Le chemin qui mène à la vérité est long et difficile.

Cancers du poumon à forme osseuse et douloureuse.

(MM. Loeper et Garcin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 15-7-1927.)

Le cancer primitif du poumon offre en clinique d'assez grosses difficultés de diagnostic. Lorsqu'il revêt la forme pleurale ou médiastinale, les caractères si particuliers de la pleurésie hémorrhagique ou du syndrome médiastinal qui le traduisent permettent de le soupçonner, surtout chez un sujet à l'âge moyen de la vie. La radiographie apporte souvent alors des éléments précis que ne tarde pas à confirmer l'évolution rapide de la maladie. Dans ces formes, habituellement, la cachexie n'a pas le temps d'apparaître, le sujet succombant en quelques mois à l'asphyxie progressive ou à l'asystolie.

Beaucoup plus difficiles sont les formes où le cancer se présente comme une pneumopathie chronique à évolution assez lente, qui rappelle la tuberculose pulmonaire. MM. Loeper et Garcin ont observé deux fois un autre type, plus délicat encore à reconnaître, dans lequel n'existait aucun signe pulmonaire appréciable. L'affection se traduisit par un amaigrissement progressif, des douleurs osseuses intenses, généralisées. Il s'agissait de sujets jeunes (43 ans, 24 ans). A l'autopsie, on trouva une néoplasie pulmonaire avec dissémination secondaire à divers organes (foie, reins) et surtout une atteinte osseuse particulièrement étendue.

Hémophilie et accident du travail.

(M. Fauquez. — *Soc. de médecine légale* ; 4-4-1927.)

On voit peu d'hémophiles parmi les accidentés du travail. En 18 ans, et avec un contingent annuel de 80.000 à 100.000 blessés, M. Fauquez n'en a rencontré que deux cas. Cette rareté tient peut être à ce que, si l'on en croit quelques auteurs, 11 % seulement des hémophiles dépasseraient la vingtième année. Il se ferait de ces malheureux, au cours de l'enfance et de l'adolescence, une véritable hécatombe, que le traitement sérique pourra peut-être, il est vrai, atténuer.

Quoi qu'il en soit, bien que fort rares, les cas d'hémophilie dans les accidents du travail existent. M. Fauquez en relate un exemple. Il concerne un apprenti de 14 ans qui, en courant dans l'atelier, tombe sur la face. Un hématome apparaît et au bout de quelques heures le sang commence à suinter au niveau de la deuxième incisive supérieure, subluxée dans son alvéole par le traumatisme. Pendant six jours, le sang coula goutte à goutte, sans qu'aucun traitement général ou local (y compris l'ablation de la dent et le tamponnement énergique) ait pu juguler l'hémorragie. Mort dans le coma.

La jurisprudence des accidents du travail veut, on le sait, que dans l'évaluation du dommage, il ne soit tenu aucun compte de l'état antérieur. M. Fauquez se demande néanmoins si dans un cas de ce genre, où l'hémophilie a été nette et caractérisée par des antécédents précis, où le traumatisme a été minime en comparaison de ses conséquences, la formule doit être appliquée aussi strictement ? Peut-on accorder à l'accident des circonstances atténuantes ?

— M. Mauclaire estime qu'il faut rester dans la formule habituelle, ne pas tenir compte de l'état antérieur, comme le dit la loi, sinon on se perdrait dans des cas particuliers, quelques-uns très discutables.

— M. Duvoir est du même avis. La juris prudence est formelle : en accident du travail, il n'y a pas lieu de tenir compte de l'état antérieur, quelle que soit sa gravité et quelle que puisse être par contre la bénignité de l'accident.

— M. Bourgeois signale un inconvénient de cette jurisprudence. La difficulté que peuvent trouver certains sujets atteints d'affections telles que l'hémophilie, l'épilepsie etc., à trouver du travail. Les sociétés ou compagnies s'assurant elles-mêmes établissent, en effet, un contrôle médical de leur personnel et refusent dès lors d'occuper des ouvriers ayant un trouble pathologique de ce genre.

— M. Duvoir répond que ceci ne s'applique pas aux patrons couverts par les assurances. Les compagnies d'assurances assurent non pas des individus, mais des salaires, sans discrimination, à l'habitude tout au moins.

L'idiosyncrasie en photothérapie.

(M. Foveau de Courmelles. — *Soc. méd. des praticiens* ; 21-10-1927.)

Les lumières, dit M. Foveau de Courmelles, ont une radio-anaphylaxie semblable à l'anaphylaxie

alimentaire et pouvant s'y superposer. Certains intoxiqués par le pain, mélange de blé, de maïs, de sarrasin, de riz, comme cela arrive fréquemment aujourd'hui, ou par d'autres aliments fraudés, sont plus sujets aux insolations et éruptions cutanées, aux radiodermites, au choc radiant : des doses très faibles de diverses lumières, chez des prédisposés idiosyncrasiques, produisent des phénomènes morbides inattendus, parfois très graves. Avant d'examiner aux rayons un patient, même à la courte radioscopie, de l'insoler (héliothérapie naturelle ou artificielle), il est utile de connaître l'état de son tube digestif.

Traitement des hémorrhoïdes par l'électro-coagulation

(M. DURAND BOILÉARD. — *Soc. méd. des praticiens* 20-10-1927.)

M. Durand-Boiléard présente un travail sur le traitement ambulatoire des hémorrhoïdes et du prolapsus hémorrhoïdaire par l'électro-coagulation diathermique. L'auteur se sert du diélectrique souple de Bordier, avec aiguille ordinaire pour traiter d'abord la muqueuse. Ceci ne demande aucune anesthésie. Il traite ensuite, lorsque la profondeur est nette, les lésions externes qui, elles, nécessitent l'anesthésie régionale. Au bout de 4,5, 6 séances plus ou moins espacées, on obtient la destruction complète du prolapsus de la muqueuse rectale. A l'appui de cette méthode, M. Durand-Boiléard communique trois observations prises parmi d'autres, assez nombreuses, qu'il possède déjà.

— M. PETIT parle du traitement des hémorrhoïdes par les injections sclérosantes, procédé qu'il préfère à l'opération de Whitehead. Cette dernière intervention est toujours sérieuse, même très bien conduite, et elle occasionne souvent un rétrécissement ano-rectal. Les injections sclérosantes, suivant la technique précisée par Filderman, sont le traitement de choix des lésions hémorrhoïdaires. C'est un traitement ambulatoire, nécessitant 3 à 4 séances, indolore et d'une efficacité sûre. Il ne comporte aucun risque, soit immédiat, soit lointain, pourvu que les injections soient faites convenablement.

P. L.

Les Congrès

XIIe Congrès de médecine légale de langue française

(Suite et fin) (1)

TROISIÈME RAPPORT. — **La constitution des orifices d'entrée des balles dans la peau.**

M. PIÉDELIÈVRE (de Paris), rapporteur.

Dans ce rapport sont étudiées les modifications de la peau consécutives à la pénétration d'un projectile d'arme à feu.

Ces modifications résultent d'une part des réactions des tissus et d'autre part du dépôt des débris de toute espèce entraînés par la balle.

Les différents auteurs qui se sont occupés de cette question ont, jusqu'à présent, donné un certain nombre d'interprétations différentes concernant les diverses zones qui constituent l'orifice, c'est-à-dire l'orifice lui-même, la zone d'érosion, l'incrustation des grains de poudre non brûlés, le dépôt des fumées. Un orifice d'entrée de balle est donc quelque chose de complexe.

Le rapporteur apporte des résultats qui découlent d'examens d'orifices réels et d'orifices expérimentaux.

I. *La plaie d'entrée.* — La peau peut être considérée, dans sa réaction vis-à-vis des projectiles, comme une substance élastique, constituée par deux feuillets d'élasticité différente, l'un superficiel qui l'est très peu (épiderme), l'autre profond qui l'est beaucoup (derme). Lorsque la balle frappe la peau, elle la déprime en doigt de gant avant de la perforer et, dans cette action, elle entraîne la formation d'un assez grand orifice sur l'épiderme et d'une petite perforation sur le derme, ce dernier, très élastique, revenant sur lui-même après le passage de la balle ; il en résulte, autour de l'orifice dermique, la présence d'une *collerette érosive* où le derme est à nu, collerette bordée en dehors par l'épiderme rompu. C'est sur elle que se déposent les crasses qui paraissent se masser avec une plus grande intensité sur la partie interne de cette collerette érosive.

Les différences d'interprétation concernant cette zone d'érosion sont vraisemblablement dues à ce que les orifices n'ont pas été immédiatement examinés après le coup de feu ; un parcheminement, en particulier, gagne progressivement, pouvant, sur le cadavre un peu ancien, simuler une brûlure. La cicatrisation sur le vivant modifie complètement cet aspect.

L'auteur insiste sur les variations de la dimension de l'orifice par rapport à des balles de même calibre ; plus la balle est pointue, plus l'orifice cutané est petit ; plus la face antérieure s'aplatit, plus l'orifice est grand et se rapproche du calibre des projectiles, ceci étant encore conditionné par l'élasticité du tissu: le projectile pointu touche et perce la peau tendue par sa pointe tandis que la balle plate la touche par une large surface ; la distension est incomplète au point de contact. Cette notion montre que la mensuration des orifices cutanés n'a pas de valeur médico-

(1) *Concours médical*, n° 47 et 48.

légale pratique et qu'il est impossible d'établir un rapport entre la dimension orificielle et la distance du tir. La rotation du projectile (armes rayées) ne modifie pas ces résultats.

Dans les paragraphes suivants sont indiqués, par opposition à l'orifice typique décrit précédemment, les modifications que peuvent présenter ces orifices selon l'*obliquité du tir*, la *puissance de l'arme*, la *distance du tir* (notions importantes à connaître pour le diagnostic des mutilations volontaires, balles explosives), la *constitution des plans sous-jacents à la peau*, le *siège de l'orifice en divers points du corps*, selon enfin qu'il s'agit d'*orifices multiples produits par un unique projectile*.

II. *Les débris dans l'orifice d'entrée et à son pourtour.* — Pour le médecin-légiste, le tatouage, c'est-à-dire le dépôt des grains de poudre autour de l'orifice d'entrée est un élément capital. Le rapporteur décrit l'aspect de ces grains de poudre et de leurs résidus de combustion lorsque le coup de feu a été tiré de près, en s'aidant du microscope binoculaire.

C'est ainsi que la poudre T *bis* se présente sous l'aspect de petites lamelles brisées, déprourvues de plombagine ; les unes sont simplement posées sur la peau, d'autres ont pénétré sous l'épiderme, enfin il s'en trouve de piquées comme des fléchettes et saillant à l'extérieur.

Les tatouages par poudre J3 sont caractérisés d'une part par des grains d'aspect normal (aspect de cuir râpé), et d'autre part par des grains d'aspect charbonneux. Au contact de la sérosité cadavérique, la teinte jaune verdâtre du bichromate diffuse.

Les tatouages dus à la poudre noire sont constitués par des débris charbonneux dans des conditions analogues.

Il importe de signaler que les grains de poudre qui sont seulement déposés sur la peau tombent avec une grande facilité. Lorsqu'on fera des tirs expérimentaux (comparatifs, tests médico-légaux des coups de feu), il faudra tenir compte de la moins grande quantité de grains trouvés sur la peau que dans la cible en expérience. En tout cas la vision au microscope binoculaire des grains de poudre permet sans difficulté la différenciation exacte entre les différents types de poudre.

Dans les paragraphes suivants il est signalé une difficulté de la mise en valeur des grains de poudre par les réactifs à la diphénylamine et à la brucine, les poudres sans fumée (T *bis*, J3 par exemple) n'abandonnant pas à l'eau de produits nitrés : si les grains de poudre sont imbibés de sang ou de sérosité la réaction se fera mal ou ne se produira pas, à moins que les grains n'aient été primitivement séchés.

Il est signalé encore la rareté des brûlures avec les armes à feu courtes modernes, ainsi que la présence et la disposition des débris vestimentaires dans la plaie qui peuvent servir à coopérer à l'identification de l'orifice d'entrée.

III. *Examen histologique des orifices d'entrée.* — L'examen histologique des orifices d'entrée permettra de mettre en valeur dans des cas spéciaux certains caractères importants.

L'auteur a examiné l'aspect histologique des grains de poudre incrustés dans la peau. Il a constaté en premier lieu que le grain joue véritablement le rôle d'un micro-projectile ; si la coupe passe exactement par l'orifice d'entrée épidermique, on voit que les couches cellulaires ont été effondrées par le grain de charbon qui peut se trouver plus profondément. Dans d'autres cas, par exemple, la coupe ne passant pas par ce pertuis pourra atteindre le grain au fond du cul-de-sac où il repose.

Mais plus intéressants sont les caractères différentiels des diverses poudres : la poudre noire se présente sous l'aspect de masses charbonneuses à contours flous entourées d'une poussière formée de grains satellites ; la poudre T *bis* se présente habituellement sous forme rectangulaire translucide, on devine autour d'elle des petites poussières charbonneuses qui paraissent dues à des dépôts de plombagine.

Sur les coupes, on constate également la disposition des fumées qui ont tendance à se déposer sur les petites crêtes qui limitent les replis épidermiques. Ce sont ces fumées qui constituent l'estompage qui paraît se mélanger intimement à la zone de tatouage.

L'aspect de la collerette érosive est particulièrement net également sur les coupes histologiques. Sur les fibres dermiques à nu on trouve des dépôts dus à l'essuyage, c'est-à-dire aux crasses emportées par la balle dans son parcours le long du canon de l'arme. On voit aussi la rupture épidermique qui est nette, les assises cellulaires cessant brusquement.

L'examen histologique de l'orifice lui-même, c'est-à-dire du début du trajet de la balle, permet de voir quelquefois des débris vestimentaires sous forme de fibrilles d'étoffe. L'auteur estime que la recherche des débris vestimentaires est plus facile à faire soit à l'œil nu, soit à l'aide du microscope binoculaire.

Enfin on peut étudier la disposition de l'hémorragie autour de l'orifice d'entrée, et Piédelièvre a été frappé de ce qu'il y avait parfois des extravasations de globules rouges assez loin de la plaie ; il pense qu'il s'agit de lésions indirectes dues peut-être à l'élasticité de la peau.

IV. *La question de la survie et de sa durée après le coup de feu* peut être étudiée également par lesmoyens histologiques.

En effet, on peut considérer que dans toute hémorragie dans les tissus (ecchymoses), il y a, après un certain temps, apparition de leucocytes. Lorsque le foyer n'est pas ouvert à l'extérieur, le sang extravasé peut être considéré comme un corps étranger aseptique et l'apparition ne se manifeste nettement que vers la quarante-huitième heure. Lorsque le foyer est ouvert, ou s'il s'agit d'un traumatisme important (fracture, écrasement, etc.), l'apparition des leucocytes peut être extrêmement rapide.

La pénétration d'un projectile peut être considérée

comme entraînant un afflux leucocytaire précoce au voisinage de la plaie. Expérimentalement, sur des coupes histologiques, dans la peau de cobayes blessés d'un coup de feu, on trouve un quart d'heure après la blessure un afflux de polynucléaires suffisant pour qu'il forme des groupes. Sur une coupe faite après deux heures, l'afflux est considérable.

Certains globules blancs ont tendance à se rapprocher de la blessure elle-même, d'autres sont parvenus à la superficie du trajet de la balle. Dans une coupe faite après seize heures enfin, la paroi du trajet est tapissée de globules qui forment une barrière.

D'après les différents aspects décrits, on pourra se faire une idée du temps qui s'est écoulé depuis la blessure en se souvenant que l'apparition des premiers polynucléaires ne demande que quelques minutes de survie et qu'en une ou deux heures il peut y en avoir des quantités considérables.

Dans un dernier chapitre enfin le rapporteur résume l'*intérêt médico-légal* de l'étude des orifices d'entrée des projectiles dans la peau. Il indique qu'un certain nombre de questions se posent et peuvent être résolues pendant l'autopsie elle-même (différenciation avec une plaie banale, avec un orifice de sortie, orientation vers le suicide ou le crime, etc.), tandis que d'autres points nécessitent un examen plus complet, des recherches de laboratoire (diagnostic de la poudre de la munition, débris vestimentaires, durée de la survie).

Discussion

M. Etienne Martin (de Lyon) rappelle les travaux qu'il a faits sur ce sujet, et insiste spécialement sur la photographie et les agrandissements photographiques des orifices d'entrée, qui permettent de mettre en valeur une série de détails, et qui permettent aussi de donner un test au magistrat.

M. Carrara (de Turin) rappelle les expériences anciennes faites par M. Ramanèse relativement à la contusion dans certains orifices de sortie des balles. Il précise que cet auteur a déterminé quelques-unes des conditions de sa production, notamment la nécessité pour la peau de reposer sur un plan d'une résistance suffisante pour amener la compression nécessaire à la production de la contusion.

M. Dervaux (de Saint-Omer) examine minutieusement les diverses questions auxquelles l'expert doit généralement répondre dans les blessures par coups de feu.

De cette étude il ressort notamment que :

En cas d'éclatement de la région, l'appréciation est quelquefois très délicate si l'on ne retrouve pas de projectile.

L'évaluation de la distance de tir se heurte à des difficultés inhérentes au nombre des causes ainsi qu'à leur grande variété. C'est alors que l'examen des corps interposés peut être d'un grand avantage ; celui du plan d'impact est aussi précieux, mais ici faut-il encore tenir compte du sertissage de la cartouche qui joue un grand rôle.

L'étude des tatouages est d'un intérêt capital, mais encore appelle-t-elle des études complémentaires, notamment en vue de déterminer la distance à laquelle la pénétration des grains de poudre n'est que superficielle ; l'étude de la zone ecchymotique qui les entoure peut être d'un précieux secours.

Enfin il faudrait considérer le moment précis où, dans un tatouage, on commence à voir apparaître des grains de poudre débarrassés de leur plombagine.

Communication

Sur les orifices d'entrée des projectiles. — M. Chavigny (de Strasbourg) relate toute une série d'expériences qui lui ont permis d'étudier le mécanisme de la formation de la collerette d'essuyage.

La première explication est celle du ramonage du canon de l'arme par la balle, ce qu'on démontre en enduisant la tube de matière colorante.

Peut-on supprimer la collerette d'essuyage par un nettoyage parfait du canon et de la munition ? C'est très difficile. Aussi l'auteur s'est-il adressé à une arme où la balle est propulsée par une détente d'acide carbonique. Dans ces conditions, la collerette d'essuyage existe encore, bien que moins nette.

Des examens successifs ont permis de constater que c'est la plombagine qui recouvre toutes les balles en plomb sans exception, qui se dépose au pourtour de l'orifice d'entrée. Aussi lorsque l'on utilise comme projectiles des billes d'acier poli, on n'observe jamais les dépôts dus à l'essuyage.

Communications diverses.

L'expertise médicale précoce dans les cas de simulation d'accidents du travail. — M. Dufour (de Marseille) s'étonne que la loi sur les accidents du travail n'ait pas envisagé la possibilité des supercheries. Il impute cette lacune à une étude insuffisante des conditions du travail suivant les diverses professions et les régions. L'auteur apporte l'exemple de certains dockers occasionnels qui, bien que ne travaillant pas d'une façon continue, jouissent des avantages du demi-salaire au même titre que les ouvriers travaillant régulièrement ; ce sont là des conditions telles qu'elles favorisent la simulation sur une large échelle.

Si l'employeur soupçonne une supercherie, il n'a aucun moyen de demander une expertise d'urgence ; il peut seulement signaler au juge de paix la nécessité d'une contre-visite médicale. Or, les délais nécessaires sont trop longs pour que les constatations soient utiles, puisque le plus souvent l'amélioration des petits accidents est telle qu'on ne peut presque plus rien constater de valable.

Il apparaît donc nécessaire de combler cette lacune législative en donnant aux juges de paix des moyens pratiques et rapides d'établir l'authenticité d'un

accident par une expertise médicale précoce ayant lieu dans les cinq jours au plus qui suivent l'accident.

M. BALTHAZARD (de Paris) estime la question très importante, surtout en vue de la prochaine loi sur les assurances sociales.

La question est maintenue à l'ordre du jour du prochain Congrès.

Les affections chroniques du nez et des sinus peuvent-elles déterminer des réactions prychiques et quelle est leur importance au point de vue médico-légal. — M. VERVAECK (de Bruxelles) a observé au cours de ses expertises mentales un certain nombre de causes qui peuvent être invoquées à l'appui de l'opinion formulée récemment par Dufourmentel que les lésions chroniques du nez et des sinus peuvent s'accompagner, en dehors de réactions nerveuses et vaso-motrices, de perturbations psychiques à caractère neurasthénique, notamment d'asthénie, de défaillances de la mémoire et de la volonté, d'émotivité pathologique, etc. Dans 5 cas sur 9, l'affection nasale purulente chronique dont était atteint le prévenu pouvait être retenue comme élément causal des perturbations psychiques.

Le problème médico-légal de l'intervention de ces troubles dans la genèse du crime ou du délit est d'affirmation délicate et reste d'ordre individuel.

Fréquence des empoisonnements par les champignons secs. — M. LOP (de Marseille) fait connaître un certain nombre de cas recueillis en très peu de temps ; la gravité des accidents causés par ce comestible, leur diffusion font que l'auteur demande : que la livraison de cette denrée ne puisse avoir lieu qu'après une sérieuse vérification et qu'un certificat d'origine et de vérification accompagne la mise en vente, que le Parlement vote rapidement la loi inspirée et rédigée par le Dr Azoulay pour prévenir les empoisonnements, qu'en attendant le vote du Parlement, les maires et les préfets réglementent cette (vente et la surbordonnent aux conditions de garanties sus-énoncées.

Maladie de Paget, fracture spontanée. — M. LOP de Marseille) communique un cas de fracture sponanée dans cette affection peu connue par rapport à certaines autres, comme par exemple le tabes où elle se rencontre assez fréquemment.

La responsabilité patronale pourrait être recherchée et retenue chez un individu qui présenterait une fracture qui se serait produite dans des conditions identiques à celles observées par l'auteur, qui fait pourtant remarquer que dans la maladie de Paget, aussi rare qu'elle soit, les fractures sont extrêmement fréquentes.

Parasitisme et accidents du travail. — M. LOP (de Marseille) a recueilli dans son service l'observation d'un charbonnier arabe qui prétendait avoir reçu une briquette de charbon sur une jambe. Après quelques jours de soins, le pseudo-accident se règle : à travers un abcès de la fesse gauche se fait jour une filaire, puis à quelques jours de là, au niveau de la pseudo-blessure, se forme un abcès profond dont l'incision permet de retirer une nouvelle filaire de 1 m. 25.

L'auteur demande si la responsabilité patronale est engagée tant au point de vue des salaires que des frais médicaux et pharmaceutiques. Pour ces derniers le patron est engagé ; mais en ce qui touche les salaires, il ne s'agit pas de l'aggravation d'un état antérieur par un traumatisme, si tant est qu'il ait eu lieu. On peut au contraire considérer celui-ci comme un accident heureux qui a permis au sujet de se débarrasser de ses parasites.

(*A suivre.*)

Les Livres

Gaston DOIN et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

G. LEVEN. — **L'aérophagie.** *Syndromes gastriques, intestinaux, circulatoires et respiratoires. Etude clinique, radiologique et thérapeutique. L'adulte, l'enfant, le nourrisson.* (2e édition revue et augmentée. Un vol. in-8 de 256 pages, avec 28 figures dans le texte : 14 francs, plus hausse variable).

Il faut connaître les différentes formes de l'aérophagie, « grande simulatrice », puisqu'elle crée des syndromes gastriques, intestinaux, circulatoires et respiratoires. A ne pas les connaître dans tous leurs détails, on risque de considérer comme atteints d'appendicite, de cardiopathie, d'asthme etc., de malades, qui ne sont que des aérophages curables en quelques jours, après des années de maladie.

L'auteur a étudié l'aérophagie à tous les âges, puisqu'il décrit au chapitre des vomissements aérophagiques aussi bien les vomissements incoercibles de la grossesse, qu'il croit toujours curables, que les vomissements des nourrissons.

Cette deuxième édition, largement complétée par de nouveaux chapitres cliniques, est également au point en ce qui concerne la thérapeutique, car il y décrit les exercices respiratoires nouveaux qu'il enseigne actuellement et qui sont, pour lui un des léments de la thérapeutibue utile.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

LA JOURNÉE DU « CONCOURS MÉDICAL »

20 *Novembre* 1927

Toast du Dr Noir

Mes chers Confrères,

Rassurez-vous, je n'ai pas l'intention de vous infliger un long discours, mais à l'égard de nos hôtes et au nom de mes collègues, j'ai des devoirs à remplir.

C'est d'abord celui d'excuser l'absence de notre Directeur, le Dr Armand GASSOT, qu'un deuil cruel et relativement récent a empêché de venir présider cette fête. Vous connaissez tous M. Gassot, vous savez le rôle ingrat qu'il a choisi, celui de veiller à la trésorerie de nos œuvres. Vous appréciez ses qualités d'administrateur qui sont le dévouement, l'ordre, la prudence, et je suis certain d'être votre interprète à tous, en lui adressant l'expression de nos sympathiques regrets et l'assurance de notre cordiale et respectueuse affection.

Permettez-moi d'adresser nos affectueuses félicitations à notre ancien, notre doyen d'âge, le Dr MAURAT, dont nous venons, à déjeuner, en stricte intimité, de fêter les 80 printemps ; nous lui souhaitons de prolonger indéfiniment sa verte vieillesse, car nous tenons beaucoup à la santé de nos deux anciens, MM. Maurat et Gassot. Nous espérons qu'ils présideront, dans deux ans, la célébration du cinquantenaire du *Concours médical*. Peu d'institutions humaines, dont l'existence approche du demi-siècle, ont la bonne fortune de conserver à leur tête deux de leurs fondateurs, dont l'activité laborieuse ne s'est jamais ralentie jusqu'alors.

***

Je dois maintenant souhaiter la bienvenue à nos hôtes, à ceux qui, cette année, comme tous les ans, ont bien voulu illustrer de leur présence le banquet du *Concours médical*.

Nous nous efforçons de réunir, autour de cette table, les hommes éminents et dévoués qui, à des titres divers, concourent au maintien de la réputation du Corps médical français, à le secourir et à le défendre.

Ils veulent bien répondre à notre appel avec un bienveillant empressement dont nous apprécions tout le prix, car ils sentent que, chez nous, la cordialité est complète, et que tout ce qui sépare et désunit ne franchit pas la porte de cette salle.

***

M. le doyen de la Faculté de Médecine de Paris, le prof. ROGER, a bien voulu répondre à notre invitation. Vous savez qu'il ne néglige aucune occasion d'entrer en contact avec les praticiens. Grâce à lui, la vieille Faculté dont nous sommes fiers d'être docteur, a largement ouvert ses portes et fenêtres sur l'extérieur. Jadis, disait M. le Doyen Roger au récent Congrès de médecine, le grand amphithéâtre était réservé aux seuls professeurs ; le plus distingué des agrégés même ne pouvait s'y faire entendre ; aujourd'hui, il est ouvert à tous. Nous remercions M. Roger de bien vouloir oublier souvent qu'il est professeur et doyen pour venir fraterniser avec les praticiens, ses confrères, qui ne lui ménagent ni leur estime, ni leur affection.

M. le prof. HARTMANN, président de l'A.D.R.M., est aussi des nôtres ce soir. Peu de gens se doutent des efforts que fait ce maître de la chirurgie pour assurer le développement des relations médicales avec l'Etranger ; il faut faire partie du Conseil de l'A. D. R. M. pour savoir l'activité qui y règne et le nombre de missions médicales étrangères qui y sont accueillies.

Nous ne reprocherons à l'A. D. R. M. qu'une chose, c'est de ne pas user plus largement d'une publicité que la presse médicale française serait heureuse de lui faire et qui, sans doute, accroîtrait en France sa puissance et son autorité.

Notre ami, le Dr DARTIGUES, président de l'U.M.F.I.A., contribue puissamment dans le cadre plus restreint franco-ibéro-américain, à faire apprécier la médecine française. L'U.M.F.I.A., plus ancienne que l'A. D. R. M., a tenu à conserver son caractère exclusivement latin. Il ne saurait y avoir de rivalité entre ces deux grandes associations dont les conseils comptent de nombreux membres communs. Elles travaillent

toutes deux d'un même cœur dans l'intérêt de notre pays et de la médecine française.

Nous adressons aussi nos remerciements à M. le prof. NOBÉCOURT, de la Faculté de Paris, à M. le prof. Paul DELMAS, de la Faculté de Montpellier, un grand ami du *Concours médical*, qui voulut bien faire un si cordial accueil à ses délégués, il y a un an, aux Journées médicales de Montpellier, à MM. les professeurs agrégés, médecins, chirurgiens, accoucheurs de nos hôpitaux : AUBERTIN, CADENAT, FAROY, FRIBOURG-BLANC (du Val-de-Grâce), LAIGNEL-LAVASTINE, LIAN, VIGNES (de Paris), TOURNEUX, chirurgien des hôpitaux de Toulouse, un de nos rédacteurs les plus fidèles et les plus appréciés.

Nos amis, BELLENCONTRE, président de l'A.G. DARRAS, vice-président, et BONGRAND, trésorier général, sont venus ici affirmer que notre vieille Association était toujours et plus que jamais en relations étroites et cordiales avec le *Concours médical*. Il en est de même de la *Maison du médecin*, cette autre œuvre précieuse d'assistance confraternelle, qui, à défaut de son président, le Dr CAZIN, qu'une maladie que nous espérons sans gravité, éloigne de nous ce soir, est représentée par son distingué vice-président, M. LAIGNEL-LAVASTINE, et par M. DUPUY DE FRENELLE, son secrétaire général.

Messieurs, ce n'est pas sans intention que j'ai uni l'A. D. R. M. et l'U. M. F. I. A., l'Association et la Maison du Médecin. Membre du Conseil de ces quatre grandes et utiles Associations, elles me sont également chères, je fais les vœux les plus sincères pour leur prospérité.

De pareilles œuvres devraient comprendre la grande majorité des médecins de France et nous ne négligerons rien pour les faire connaître et faire apprécier leurs services et leurs bienfaits.

Nous comptons parmi nos convives plusieurs confrères de la presse médicale française, MM. DEQUIDT, VITOUX, GARRIGUES, SIGURET, SÉGARD, GARDETTE, etc., pour lesquels nous avons la plus grande estime et la plus grande affection. M. RONDEL, inspecteur général honoraire des services administratifs et secrétaire général du Conseil supérieur de l'A. P., qui est un vieil ami de notre maison, a bien voulu aussi nous faire l'honneur d'être ce soir des nôtres. Ils sont ici, tous, les bienvenus.

Nous saisissons cette occasion pour assurer les Conseils de nos œuvres : Me BERNARD AUGER, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, Me NATTAN-LARRIER, avocat à la Cour d'appel, M. FLEURY, actuaire, de notre vive reconnaissance. Les services qu'ils rendent au *Sou médical* et à notre *Mutualité familiale* ne se comptent plus et leur science et leur talent n'ont d'égaux que le dévouement qu'ils mettent à nous conseiller ou à nous défendre. Nous adressons aussi nos sentiments de profonde gratitude pour leur précieux concours aux membres des Conseils d'administration de nos œuvres, du *Sou médical* et de la *Mutualité familiale*.

Notre ami, le Dr DECOURT, président de l'*Union des Syndicats médicaux de France*, qui, à tant de titres est des nôtres, et le Dr FRANÇOIS, secrétaire général-adjoint suppléant le Dr LENGLET, malheureusement éloigné de nous par une maladie sérieuse, ont bien voulu répondre à notre invitation : nous les remercions et regrettons sincèrement que M. le prof. VANVERTS, de Lille, président de la *Fédération Nationale des Syndicats médicaux*, et le Dr DESROUSSEAUX, secrétaire général, aient été obligés de s'excuser. Avec eux, la famille eût été complète et nous en aurions tiré le plus favorable des pronostics pour l'entente à venir.

Messieurs, mon énumération est volontairement incomplète : je tiens à laisser à mon ami DUCHESNE, qui assume la charge la plus lourde, dans notre rédaction, le plaisir de remercier nos collaborateurs. En relations plus intimes avec eux, il saura leur dire mieux que moi combien nous apprécions leur utile concours.

D'ailleurs DUCHESNE est pour moi le coadjuteur idéal ; nous formons à nous deux la plus parfaite des symbioses. Jamais, depuis de longues années, le plus petit soupçon d'envie, le moindre différend ne sont venus nous diviser ; jamais le plus léger nuage n'est venu assombrir la sérénité du ciel de notre collaboration. Pareil exemple de confiance, basée sur une mutuelle estime et une amitié sans réserve, est assez rare pour que, sans la moindre modestie, j'en tire quelque vanité. Cette même cordialité, qui règne entre tous les membres de notre Conseil de Direction et tous nos collaborateurs, est évidemment le facteur le plus puissant de la prospérité de notre Œuvre.

Mes chers Confrères, vous savez tous que les Syndicats médicaux sont issus, il y a plus de 45 ans, du *Concours médical*. C'est lui qui a guidé leurs premiers pas, qui les a soutenus, qui les a groupés en Union.

Loin de moi l'idée tout à fait déplacée de venir attrister cette fête du spectacle de nos dissensions. Mais le *Concours médical*, le Père des Syndicats, ne peut dissimuler la peine très sincère que lui cause la discorde qui règne parmi ces derniers. Bien qu'ils soient émancipés depuis de longues années, il ne peut oublier qu'ils sont quand même ses enfants.

Nous ne rechercherons pas à qui incombe la responsabilité de cette triste situation. Les torts existent dans tous les camps et, sans doute, nous même avons-nous, avec les meilleures intentions, fourni à l'incendie des aliments, alors que notre désir le plus vif était de l'éteindre.

Nous faisons appel au bon sens et à la bonne volonté de tous. N'est-il pas temps de mettre un terme à cette lutte fratricide dont le Corps médi-

cal sera fatalement la victime ? L'heure de la réconciliation n'est-elle pas sonnée ?

J'en appelle au souvenir de ceux que j'ai connus, estimés et aimés qui ont fait nos Syndicats et dont j'évoque pieusement la mémoire, à Cézilly, notre fondateur, à Mignen, à Landes, à de Fourmestraux, à Brouardel, à Lereboullet, à Le Baron, à Leblond, à Jeanne, à Gairal, à Dubuisson, à Diverneresse, je ne cite que les plus connus parmi les disparus.

J'en appelle à cette phalange de vaillants qui ont tous contribué à la création et à la prospérité de notre Syndicalisme. Serait-ce en vain qu'ils auraient fait, eux et beaucoup d'autres, tant d'efforts et de sacrifices pour la sainte cause de l'indépendance et de l'honneur de la profession médicale ?

Non, mes amis, la discorde dans les rangs de nos Syndicats ne peut durer. Ces disputes sont sacrilèges, elles doivent cesser.

Je compte sur votre sagesse pour contribuer à ramener l'union et c'est dans cet espoir que je lève mon verre à la réconciliation, à l'entente cordiale et à tous nos hôtes.

Allocution du Dr Duchesne

Chers Maîtres et Confrères, chers Amis,

Voici venue l'heure de la confession publique, l'heure où l'on fait son examen de conscience, où l'on met son âme à nu, sans pudeur, ni fausse honte, quand on n'a rien à cacher, — prenez-le comme je vous le dis, — parce que la tradition ramène, pour notre plus grande joie, l'ambiance sympathique qui pousse aux confidences et aux aveux.

Ainsi ferai-je, en m'efforçant de discerner et de définir devant vous ce que nous sommes, ou plutôt, ce que nous croyons être, — on se connaît si mal soi-même ! — et surtout ce que nous voudrions être, ce que nous avons fait, ce que nous voulons faire....

Et si cet examen de conscience, si cette confession m'amènent à mettre en cause les.... comment dirai-je ? — les complices avec lesquels certains actes ont, dans notre maison, été perpétrés, ce me sera une nouvelle occasion, pour le bien que nous en retirâmes, de leur en rendre grâce et d'en reporter sur eux tout le mérite.

Ce que nous sommes ? Des prévoyants. Ah ! de cette affirmation, j'espère n'être pas démenti. Toute l'œuvre que nous travaillâmes à édifier n'est-elle pas faite de prévoyance ? C'est sans doute pour cette raison que nous nous intéressons si fort aux générations futures, nées ou à naître, et que nous faisons, dans nos colonnes, une place si importante à l'obstétrique et à la pédiatrie. La grossesse, la parturition, la maternité, la puériculture, que de chapitres de tout premier plan, dans la pratique médicale ; et quelle nécessité impérieuse pour le praticien d'en suivre attentivement les progrès constants, d'en assimiler les techniques nouvelles, et de se maintenir ainsi à la hauteur d'une tâche que les opulentes moissons scientifiques modernes compliquent chaque jour davantage ! Merci donc à notre grand ami, M. le professeur Paul Delmas, d'être venu de Montpellier pour me permettre de lui redire verbalement toute la portée que vient d'avoir sa récente mise au point de la prophylaxie de l'infection puerpérale. Merci aussi à notre ami, M. le Dr Henri Vignes, l'accoucheur éminent des hôpitaux de Paris, d'avoir éclairci, pour nos lecteurs, le problème si angoissant des hémorragies de la délivrance, tout autant que celui, encore si controversé, de l'anesthésie obstétricale.

La présence à cette table de M. le professeur Nobécourt me fournit le moyen de lui renouveler l'hommage de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en nous confiant, sans compter, la publication de ses remarquables leçons. Deux d'entre elles, — je ne saurais les citer toutes, — ont abordé des sujets d'un intérêt tout particulier : l'hypertension artérielle permanente infantile et les vomissements habituels par spasme dans la première enfance.

A ses côtés, et dans le même rayon, si je puis m'exprimer ainsi, je salue mon grand ami Germain Blechmann, dont les recherches sur l'immunisation au moyen des sérums humains contiennent en germes de si magnifiques espérances, et à qui je sais un gré infini pour la bonne grâce qu'il déploie à nous aider à résoudre les mille et un problèmes de pratique quotidienne que soumet à notre sagacité, souvent en défaut, la curiosité de nos lecteurs. Je salue l'aimable confrère Turquety, qui a bien voulu exposer, à notre intention, les données les plus modernes de la contagion tuberculeuse du nourrisson, et reprendre encore une fois la question des convulsions infantiles, terreur des mères, effroi du médecin, appelé d'urgence, les yeux souvent encore gros d'un sommeil brutalement interrompu, à poser un diagnostic parfois délicat, et à formuler une thérapeutique efficace. Je salue aussi M. Schreiber, le puériculteur distingué dont l'œuvre vulgarisatrice se propose de répandre les notions essentielles de l'élevage le plus rationnel.

En outre de la prévoyance dont notre œuvre témoigne, on nous reconnaît assez volontiers, — soit qu'on nous en loue, soit qu'on nous en critique, — du nerf. Cela me plaît assez. Mais ce n'est pas toujours sans inconvénients, et il arrive parfois que, pour avoir eu trop de nerf, nous ayions nos nerfs... Est-ce pour l'irritation que nous en pouvons ressentir que nous nous sommes entourés de psychiatres et de neurologues distingués ? N'est-ce pas plutôt, que ce que j'appellerai l'âge des ondes et des vibrations est

aussi celui des rudes épreuves pour le système cérébro-spinal et neuro-végétatif de nos contemporains, et que la pratique médicale doit en acquérir l'expérience ? Tant est-il que j'éprouve une joie profonde à compter, parmi nos convives, le très sympathique professeur agrégé Laignel-Favastine, pour qui j'oserai affirmer que rien de ce qui est sympathique ne lui est étranger, si j'en juge par les savantes leçons qu'il a bien voulu nous autoriser à reproduire. Auprès de lui, mon camarade de l'armée et ami Fribourg-Blanc, professeur agrégé du Val-de-Grâce, a droit à nos remerciements les plus chaleureux pour avoir représenté cette année le *Concours médical*, à Varsovie, au Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, dont il nous a donné un compte rendu très intéressant, et aussi, pour avoir appelé l'attention de nos lecteurs sur les conséquences cliniques et médico-légales des séquelles tardives des blessures du crâne. Et je n'aurai garde d'oublier le jeune et charmant Dr Gilbert Robin, le savant commentateur de Freud, qui rédige, à notre intention, les consultations toujours si instructives du professeur Claude, à la Salpêtrière.

Des nerfs à la peau, il n'y a qu'un pas. N'est-ce pas là que s'épanouissent les mille et une terminaisons nerveuses sensitives ? Et quelle influence les nerfs n'ont-ils pas sur les réactions du tégument ? Que mon ami Louis Bory ait bien voulu traiter, en nos pages, la question si esthétiquement primordiale des éphélides et du lentigo et nous initier à la pratique du xylol en dermatologie, cela vaut bien, j'imagine, une action de grâce.

Donc, nous sommes des prévoyants, et l'on nous reconnaît du nerf. Mais cela ne nous suffit pas. Nous nous croyons aussi gens de cœur. Et, pour obéir au vieil adage qui prétend que qui se ressemble s'assemble, nous avons pu assembler ce soir, à nos côtés, un trio, trié sur le volet, de gens *du* cœur, de ces cardiologues de tout premier ordre qui, palpant, qui, auscultant, qui, radioscopant, qui, électrocardiogrammisant, nous diront ce que vaut le muscle creux qui bat sous notre mamelle gauche, comment il se comporte, ce que nous en pouvons attendre, comment, et avec quels ménagements nous le devons traiter. C'est M. le professeur agrégé Aubertin, c'est mon très cher ami Camille Lian, également professeur agrégé, tous deux médecins des hôpitaux ; c'est mon non moins cher ami Léon Giroux, a qui nous devons tant de révélations impressionnantes : et sur le purpura hémorragique traité par la splénectomie,— à vous, Dr Aubertin, — et sur le troisième bruit du cœur — à vous, mon cher Lian, — et sur l'hypertension, — à vous, mon cher Giroux. . . — et que grâces vous soient rendues !

Comme les nerfs nous ont conduit à la peau, le cœur nous amène au ventre, et à la gastro-entérologie, qui sollicite plus spécialement l'attention de M. le Dr Georges Faroy, médecin des hôpitaux. Sans doute vous recommanderai-je la lecture édifiante du travail qui paraît aujourd'hui, sous sa signature, dans le *Concours médical*, sur les brûlures digestives ; d'autant plus que, faisan et bourgogne aidant, vos estomacs pourraient bien flamber ce soir. Mais je lui redirai surtout avec vous toute notre joie de son complet rétablissement à la suite de la maladie dont il eut à souffrir il y a quelques mois.

Du nerf, du cœur, nous en avons, ai-je dit, ou nous croyons en avoir. Possédons-nous aussi la main ? D'autres, ici même, n'ont pas à se poser la même question, car, dans l'usage de leur main, guidée par un cerveau fécond, ce sont des maîtres. Et vous les avez reconnus, ces chirurgiens d'élite dont les travaux trouvent chez nous des échos si enthousiastes : et M. le professeur Hartmann, et M. le professeur agrégé Cadenat, à qui la destinée devait bien de légitimes compensations à ses cruautés imméritées ; et mon ami Jean Pierre Tourneux, si goûté pour ses exposés d'une clarté et d'une précision sans pareilles ; et Raphaël Massart, expert à la rédaction des mouvements chirurgicaux que nous publions annuellement, et qui m'apportait hier encore le réconfort empressé de son expérience ; et de Fourmestraux, de Chartres ; et, je l'ai gardé pour la bonne bouche, notre ami Dartigues, le président si actif et si dévoué de l'U.M.F.I.A., animateur inégalé, qui est en train de faire de ce puissant organisme, non seulement un agent d'interpénétration scientifique entre les races latines, mais encore et surtout un instrument de paix internationale. Soyez loué, mon cher Dartigues, pour l'effort que vous faites avec tant de persévérance et j'ajouterai, de bonheur, dans cette voie d'un pacifisme si habilement constructeur, et comptez sur le *Concours médical* pour vous seconder dans votre tâche.

Les ondes et les vibrations auxquelles je faisais allusion précédemment ont ici leurs grand prêtres, en la personne de M. Kouindjy, le physiothérapeute distingué, et de notre ami Foveau de Courmelles, dont les disciplines scientifiques n'absorbent pas assez l'activité qu'il ne lui reste des loisirs pour aborder, avec une inlassable fécondité, la plupart des problèmes professionnels qui préoccupent à juste titre le corps médical.

Le thermalisme ne saurait nous laisser indifférents, pour la magnifique richesse française qu'il représente. Il m'est infiniment agréable d'apporter les compliments du *Concours médical* à tous les camarades hydrologues que je compte dans cette assemblée : et Ségard, de St-Honoré, et Siguret, de St-Nectaire, ce dernier, auteur d'un intéres-

sant exposé du traitement des tuberculoses rénales inopérables, tous deux mes collègues éminents ès journalisme médical ; et mes chers amis Foucaud et Mazeran, de Châtel-Guyon, et Perpère, du Mont-Dore, et Monsseaux, de Vittel, et David, de Salies-de-Béarn, et Armengaud, de Cauterets, fidèles habitués de nos agapes annuelles.

Notre journal a publié cette année, de Mayer (de Bruxelles), sa conférence sur les traitements modernes du cancer, de Beckers (de Bruxelles également), son exposé de la vaccinothérapie en gynécologie. Ils sont nôtres ; chez nous, ils sont chez eux, et je regrette que leur absence ne me permette que de les saluer de loin très fraternellement, et comme médecin s'adressant à des confrères, et comme Français s'adressant à des Belges de qualité, et comme ami très enthousiaste des Journées médicales de Bruxelles, et admirateur de *Bruxelles médical*, dont, avec R. Bernard, ils sont les très sympathiques dirigeants.

***

La partie para-médicale du *Concours médical* est faite de la collaboration permanente des gens de la maison, auxquels se joignent, au gré des circonstances, les confrères qui empruntent volontiers sa tribune pour y publier leurs études. Tribune largement ouverte d'ailleurs à tous, à la seule condition que, les idées y étant librement formulées, les faits librement exposés, les personnes demeurent en dehors des discussions et des polémiques.

Parmi nos collaborateurs para-médicaux, je citerai René Martial qui s'est fait à juste titre une spécialité des questions d'hygiène, et Albert Garrigues, habile à nous révéler les arcanes les plus secrètes de l'histoire, et aussi, des histoires de la médecine. Son travail sur les proverbes est un véritable travail de bénédictin. Et il me semble voir Garrigues, moine laïque, tout en savourant une bénédictine, compulser de vieux grimoires, déchiffrer de poudreux manuscrits, traduire d'antiques chartes, en bon humaniste de vieille roche qu'il est, pour en extraire la substantifique moelle qu'il nous accommode ensuite en un plat infiniment savoureux.

Nous avons, à l'accoutumée, suivi aussi exactement que possible, avec notre ami Decourt, le mouvement corporatif, dont toutes les manifestations ont été relatées avec plus ou moins d'ampleur. Les questions médico-juridiques et de législation ont trouvé en Me Nattan-Larrier et en Boudin des avocats avertis pour les traiter en parfaite connaissance de cause. Les questions mutualistes ne pouvaient être négligées, quand on connaît notre souci de l'avenir de notre Mutualité familiale. Henri Mignon, avec sa foi apostolique, et Vimont, les ont abordées comme il convient.

Deux sujets ont fait l'objet de publications assez nombreuses ; je vous demande la permission de les évoquer rapidement devant vous. Le premier concerne le statut des médecins des réserves. Je puis vous donner l'assurance que M. le médecin-inspecteur Savornin, directeur du Service de santé au Ministère de la Guerre est infiniment bien disposé pour eux. Je n'en veux pour preuve que la lettre très amicale qu'il a bien voulu m'adresser pour s'excuser de ne pouvoir se trouver parmi nous. « Je suis de tout cœur avec vous », m'écrit-il en terminant.

L'autre sujet a trait à la législation des substances vénéneuses, et surtout aux abus d'interprétation qui en sont fréquemment commis par les inspecteurs des pharmacies, et qui ont trop souvent pour conséquence inconsidérée de déclencher l'action publique contre des médecins très honorables, soupçonnés à tort de trafic de stupéfiants, convoqués sans ménagement chez un juge d'instruction, comme de vulgaires escarpes, et renvoyés parfois devant le tribunal correctionnel.

Le *Concours médical* publie aujourd'hui une lettre d'un médecin qui nous raconte comment, s'étant trouvé cet été très souffrant dans une ville renommée de la côte bretonne, après avoir vainement excipé de son titre auprès de deux pharmaciens qui, texte en main, refusèrent de lui délivrer l'ampoule de pantopon dont il avait besoin, alla chez un confrère pour obtenir de lui une ordonnance régulière qu'il eût pu faire ensuite exécuter. Là encore, il fut éconduit, après avoir été considéré comme un morphinomane impénitent, au courant de tous les trucs pour se procurer la drogue...

Qu'une législation permette de telles iniquités, il faut y voir surtout, semble-t-il, l'effet des interprétations abusives que je dénonce devant vous, me félicitant grandement d'avoir pour auditeur M. le Doyen de la Faculté de médecine. Y aurait-il indiscrétion de notre part à émettre le vœu que la Faculté de pharmacie et son Doyen eussent leur attention attirée là-dessus, et que les inspecteurs apportent un peu plus de circonspection dans leurs missions, en se gardant de pénétrer sur un terrain, celui de la clinique médicale, où ils sont incompétents... ? C'est une responsabilité très lourde qu'ils prennent là, et si jusqu'alors, ils n'en ont pas senti le poids, il pourrait bien se faire qu'à quelque jour, ils finissent par y trouver, à leur tour, comme l'on dit vulgairement, un cheveu.

Il serait étrange qu'ils pussent toujours échapper impunément à cette responsabilité, quand chaque jour, des procès sont intentés à des médecins dont la responsabilité civile est mise en cause à l'occasion de leurs actes cliniques, thérapeutiques et opératoires.

Ah ! Messieurs, les temps sont bien changés.

Et si Molière ressuscitait présentement, il se verrait contraint de réformer de fond en comble son jugement sur la médecine et les médecins, ce jugement qu'il met dans la bouche de Sganarelle, le mémorable Médecin malgré lui : « Je trouve que c'est le métier le meilleur de tous... Un cordonnier, en faisant ses souliers, ne saurait gâter un morceau de cuir qu'il n'en paie les pots cassés ; mais ici, on peut gâter un homme sans qu'il en coûte rien. Les bévues ne sont pas pour nous. Enfin, le bon de cette profession est qu'il y a, parmi les morts, une honnêteté, une discrétion la plus grande du monde, et jamais on n'en voit se plaindre du médecin qui l'a tué... »

Hélas ! à cette heure, c'est le cordonnier qui joue sur le velours, tandis que le médecin, quelque titré qu'il soit, doit y regarder à deux et plusieurs fois pour être bien sûr qu'on ne lui reprochera pas ses insuccès. — car la garde qui veille aux barrières des Facultés de médecine et des hôpitaux n'en défend pas leur personnel médical —. Les vivants ne s'en font pas faute, et les morts eux-mêmes sortent du tombeau pour chercher noise à leur médecin... Encore une tradition qui s'est perdue !!!

Messieurs, ma confession est terminée. Et je m'aperçois que, chemin faisant, j'ai procédé à la confection de quelques couronnes dont je vous ai fait la distribution amicale. Sachez, et ce sera mon dernier mot, que ces couronnes, je les ai tressées avec le laurier de la reconnaissance et le chêne de l'admiration, et emportez-les, tout imprégnées des sentiments d'affectueuse sympathie que vous adresse, par ma bouche, le *Concours médical.*

MÉDECINS ET SAGES-FEMMES

La Présidente du Syndicat des sages-femmes du Nord,

à Monsieur le docteur Paul Boudin,

Dans le numéro du 10 avril du *Concours médical*, sous le titre : DANS QUELLES CONDITIONS UN MÉDECIN PEUT-IL RÉTRIBUER L'ASSISTANCE D'UNE SAGE-FEMME LORS D'UN ACCOUCHEMENT ?, vous voulez bien demander l'avis des Syndicats de sages-femmes relativement à la question suivante posée par un de vos collègues. « Y aurait-il un inconvénient pour « le docteur au point de vue confraternel, lorsqu'il « est appelé pour une intervention (forceps, ver- « sion, etc.) à prélever sur ses honoraires, une rétri- « bution pour la sage-femme ?

« Pourrait-on voir dans ce geste, un acte de di- « chotomie répréhensible, avec intention d'intérêt « personnel, par conséquent nuisible aux confrères ?

« Est-ce au contraire une juste rémunération accor- « dée à l'aide, dont les honoraires normaux seront « d'autant plus discutés que la sage-femme n'aura « pas pu conduire seule, jusqu'au bout, l'acte obsté- « trical ? »

Question délicate et épineuse qui devait, tôt ou tard, être exprimée et dont la solution s'impose dans l'intérêt même des médecins et des sages-femmes. L'avoir posée est déjà un service rendu au corps médical.

Prendre l'initiative de la faire résoudre en est un bien plus grand encore qui vaudra à son auteur la reconnaissance de tous.

Je vous ai promis mon avis personnel, le voici tel que je l'insérerai dans « la Sage-Femme du Nord » avec l'espoir que toutes les autres présidentes de Syndicats voudront bien également vous communiquer le leur.

La solution la plus élégante certes, qui assurerait la parfaite indépendance de la S. F., vis-à-vis du docteur appelé et vis-à-vis de la cliente, et n'entraînerait aucune discussion, serait que la question d'honoraires supplémentaires ne soit même pas envisagée.

Mais la sage-femme travaille pour vivre. Pendant les cinq à six heures passées près de sa cliente, en plus que prévu, il peut se faire qu'elle ait perdu un autre accouchement.

Qui l'indemnisera ?

J'ai, depuis 30 ans, professé dans tous les milieux : clientèle de l'assistance, d'ouvriers, de commerçants, de petits bourgeois et... de riches — chez ces derniers comme aide ou collaboratrice de docteurs. C'est dire que je connais la mentalité de la clientèle.

Eh bien ! je ne crains pas d'affirmer — certaine qu'aucune sage-femme, du Nord, tout au moins, ne me contredira — que l'accoucheuse qui aura dû appeler un docteur pour terminer un accouchement dystocique N'OBTIENDRA JAMAIS DE SA CLIENTE OU DE LA FAMILLE DE CELLE-CI, UN SUPPLÉMENT AUX HONORAIRES FIXÉS D'AVANCE.

Et j'ajouterai même que, si les honoraires n'ont pas été fixés préalablement, lorsqu'elle présentera sa facture, on la lui marchandera, ou on lui en fera attendre le règlement pendant de longs mois, sous prétexte que ce n'est pas elle qui a fait le travail.

Quand une sage-femme accepte de pratiquer un accouchement, elle présume que celui-ci sera normal et conditionne le montant de ses honoraires à cette éventualité. Qu'un fait, qu'elle ne pouvait prévoir, se produise, rendant l'accouchement dystocique, la voilà dans l'obligation d'appeler un docteur.

A ce moment, l'accouchement normal eût été terminé ou presque. A la place, c'est une intervention, parfois une opération, qui va avoir lieu, pour laquelle la sage-femme, devenue l'aide indispensa-

ble de l'accoucheur, sera tenue beaucoup plus longtemps. De même, pendant les suites de couches, elle aura beaucoup plus de travail, les soins à donner étant plus minutieux à cause de l'intervention.

Il faut bien avouer que ce supplément de travail mérite un supplément de rétribution. Qui le lui offrira ? Il ne faut pas, nous le savons par expérience, compter sur la cliente.

Reste le médecin qui a pratiqué l'intervention et, bien souvent, a été heureux de l'aide apportée par la sage-femme.

A mon avis, cette collaboration du docteur et de la sage-femme, lors d'un accouchement, peut être comparée à celle du chirurgien et du médecin traitant lors d'une opération.

Je sais que deux manières de faire sont adoptées dans ce cas pour le règlement des honoraires: ou le chirurgien et le médecin traitant présentent chacun leur facture, ou (procédé le plus généralement employé) le chirurgien présente une note globale et rémunère lui-même l'aide du médecin au cours de l'opération. Que le médecin présente une note spéciale pour l'aide apportée au chirurgien au cours d'une opération pratiquée sur un de ses clients, ceci semble logique au client lui-même et à son entourage, parce qu'ils estiment que le rôle du médecin est de faire des visites et de donner les conseils propres à guérir le malade et que s'il fournit un travail manuel,c'est un travail extra. Malgré cela, c'est le procédé de la note globale présentée par le chirurgien qui est le plus généralement employé. Pourquoi ? Parce que reconnu le plus pratique, vraisemblablement.

Pourquoi le médecin ne pourrait-il agir de même envers la sage-femme, son aide au moment de l'accouchement ?

Celle-ci le mérite d'autant plus que, les rôles étant renversés, puisqu'elle n'a pu terminer un travail pour lequel elle avait été requise, la cliente ne voudra jamais admettre qu'elle a rempli entièrement son devoir.

Votre correspondant craint que ce geste soit mal interprété par ses confrères. Pour qu'il en soit ainsi, il faudrait qu'ils n'estiment pas comme lui la situation et le mérite de la sage-femme ; ou que celle-ci, sans scrupules et au mépris des règles les plus élémentaires de la déontologie, l'appelle exclusivement pour chaque intervention nécessaire.

Pour faire admettre cette façon de procéder et éviter l'accusation de dichotomie, il est souhaitable qu'un accord intervienne entre les Syndicats médicaux d'une part et le Syndicats de sages-femmes d'autre part, approuvant la rémunération, par le docteur, de la sage-femme qui l'aura appelé et lui aura servi d'aide pour terminer un accouchement.

2° Que le taux de cette rémunération soit fixé sous forme de pourcentage dans le tarif du Syndicat médical.

Le taux de la rémunération étant fixé d'avance, on ne pourrait plus craindre que la sage-femme n'appelle plus fréquemment un médecin qu'un autre parce que plus généreux.

Je sais que certains sceptiques vont dire : à moins que le tarif ne soit majoré en cachette.

A moins que..., oui, ceci pourrait arriver et tenter la sage-femme.

Il peut arriver aussi que ni l'un ni l'autre des confrères n'ait envie de majorer. La vie est si chère !

Il peut arriver aussi que la sage-femme consciencieuse ne se laisse pas tenter. D'autre part, il y a des raisons déontologiques qui doivent guider la conduite de la sage-femme lors de l'appel d'un médecin pour terminer un accouchement et ces raisons observées l'empêcheraient à elles seules d'appeler toujours le même docteur.

Je me permettrai de les exposer ici pour celles qui ne les connaissent pas encore : les débutantes.

Lorsqu'une sage-femme se trouve dans la nécessité de recourir à un docteur pour terminer un accouchement, elle doit faire appel au médecin de famille ; c'est pour lui un droit primordial.

S'il n'y a pas de médecin de famille, s'enquérir si sa cliente ou la famille a une préférence pour l'un ou l'autre des médecins résidents ; en tous cas laisser le libre choix à la famille.

Si la famille demande à la sage-femme de l'orienter dans le choix à faire, ce qui arrive très souvent, la sage-femme fera bien, à mon avis, de nommer au moins deux noms parmi ceux des docteurs qu'elle reconnaît comme les plus compétents; laissant encore à l'accouchée et à son entourage la responsabilité du choix.

En résumé, me plaçant au point de vue régional, j'estime que : La sage-femme qui ne peut terminer seule un accouchement dystocique n'obtiendra jamais de sa cliente des honoraires supérieurs à ceux fixés pour un accouchement normal.

Comme, équitablement,elle a droit à une rémunération pour l'aide apportée au docteur au cours de l'intervention, il est désirable que celui-ci présente àla famille, une note globale dont le montant comportera ses honoraires et la part qu'il juge devoir à son aide.

Pour qu'il puisse agir de la sorte, sans encourir l'accusation de dichotomie, il faudrait que cette pratique fût érigée en principe par les Syndicats médicaux, qui fixeraient également le pourcentage à attribuer à la sage-femme.

Cette dernière, de son côté, s'engagerait, lorsqu'elle serait sollicitée de donner son avis sur le choix du praticien à appeler, à ne le faire que suivant les principes déontologiques établis.

Ce problème, mis à l'ordre du jour et résolu équitablement par les Syndicats médicaux, éviterait bien des conflits, des rancunes inavouées, et par conséquent améliorerait les rapports entre médecins et sages-femmes.

C'est mon vœu le plus sincère.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le docteur, l'expression de mes sentiments distingués.

J. DUBUISSON.

Réponse

Je n'ai personnellement cessé de préconiser les ententes entre syndicats de médecins et ceux de sages-femmes. A ce sujet, je rappelle les tentatives heureuses, faites par le syndicat médical de Louhans (*Concours médical*, 1913) et les bons résultats obtenus, grâce à la collaboration syndicale de ces deux professions-sœurs.

Que ce soit entre médecins seuls, ou entre médecins et sages-femmes, le problème du partage des honoraires et même celui de la dichotomie ne pourra se résoudre que par l'intermédiaire des groupes corporatifs, qui établiront des règles équitables.

Comme le fait fort bien remarquer Mlle Dubuisson, c'est justement au moment où la parturiente court le plus grand danger, c'est parce que le législateur de 1892 a imposé la présence d'un médecin, pour terminer un accouchement dystocique, que la malade et son entourage, mal renseignés, émettront la prétention de réduire les honoraires de la sage-femme, parce que ce n'est pas elle qui a terminé l'acte obstétrical.

Contre cette ignorance du public, nous devons nous entr'aider, et, pour ma part, j'estime que les syndicats doivent réglementer le quantum à verser par le médecin à la sage-femme, pour sa collaboration précieuse et nécessaire pour terminer un accouchement laborieux.

Je suis partisan de la note globale, demandée par l'opérateur, car, à ce dernier, la famille ne refuse rien. Passé le danger, oubliée la reconnaissance. A l'accoucheur de réclamer le prix total de l'intervention ; à lui de rémunérer ses aides divers, selon un barème que pourraient fixer les syndicats locaux.

Viendrait-on à redouter les collusions entre médecins et sages-femmes, que ces conflits pourraient être soumis à des commissions tripartites d'arbitrage, composées de délégués des syndicats de médecins et de sages-femmes.

Si nous voulons garantir la moralité de la profession médicale, faisons nous-même notre police déontologique, fixons les termes du droit coutumier, dit Code de déontologie et appliquons les sanctions prévues.

Le jour où, grâce à des ententes intersyndicales et à des conventions collectives avec des tiers, les syndicats seront devenus, pour chaque praticien, indispensables par intérêt, nous n'aurons besoin de personne et encore moins du législateur, pour nous doter d'un Conseil de l'ordre.

Dr Paul BOUDIN.

PEUT-IL Y AVOIR DES LIMITES LÉGALES A LA PRESCRIPTION MÉDICALE ?

C'est en vérité, un truisme banal que de répéter que la médecine est en perpétuel devenir. On ne soigne plus les malades en 1927 comme en 1890. Il y a une cinquantaine d'années, les médicaments, simples ou composés, étaient généralement absorbés par la bouche, exceptionnellement par l'intestin. L'hypodermie était exclusivement réservée à la morphine. Les sérums et les vaccins, réserve faite du vaccin jennerien, n'existaient pas encore. Quant aux préparations opothérapiques, en dépit des anticipations de Brown-Séquard, si facilement tournées en dérision, elles étaient totalement inconnues.

En 1927, au contraire, la médication dite parentérale (hypodermique, intramusculaire, intra-veineuse) est entrée dans la pratique courante, où elle tient une place de premier ordre. Elle est le mode habituel d'application de la sérothérapie et de la vaccinothérapie. L'opothérapie a prouvé son efficacité depuis que l'on connaît mieux les sécrétions internes des glandes endocrines, et les troubles fonctionnels que provoque leur déséquilibre.

Il est admis, sans conteste, que toutes les classes sociales doivent pouvoir bénéficier des progrès de la science, et l'on est surpris cependant qu'un régime tende à s'instaurer de plus en plus, selon lequel il y aurait une médecine de riches, une médecine de pauvres, avec tous les intermédiaires, selon la condition des intéressés. Tout au contraire, conviendrait-il de réserver au médecin la liberté de prescrire, à tous ses malades, sans exception, tous les traitements, sous quelque forme que ce soit, que sa science, appuyée sur une conscience sans cesse en éveil, lui suggère.

Et si ces traitements comportent des remèdes spécialisés, dont les propriétés curatives sont surabondamment démontrées par la pratique, on à peine à comprendre pourquoi tel bénéficiaire d'une organisation de soins que lui assure certaines qualités : mutualiste, accidenté du travail, pensionné de guerre, aujourd'hui, assuré social demain, s'en voit ou s'en verra refuser le profit.

Un tel refus est d'autant plus grave que certains de ces traitements n'existent que sous la forme de spécialités, ou n'offrent de garanties réelles que sous cette forme.

Sans doute y a-t-il spécialité et spécialité. Les Pouvoirs publics l'ont bien compris, qui ont, en matière fiscale, discriminé celles qui ne se recommandent exclusivement qu'au médecin, de celles qui font, directement auprès du public, une publicité dont les grands quotidiens et périodiques profanes sont habituellement les vec-

teurs. Retenons seulement que l'Assistance médicale elle-même a fini par envisager l'éventualité d'autoriser la prescription, aux assistés, de certaines spécialités.

Qu'en sera-t-il dans l'organisation des soins aux assurés sociaux, le jour où la loi sera votée, et mise en application ? On remarquera que le texte adopté par le Sénat ne fait aucune allusion à une restriction quelconque du droit de prescrire.

On lit seulement dans l'un des rapports présentés à la Haute Assemblée : « Le libre choix du médecin et du pharmacien implique évidemment le libre choix du médicament ordonné par le médecin traitant ou consultant, *dans la limite des formes prévues par les conventions intervenues* »

Ce qui veut dire que ce sont les contrats syndicats-caisses qui devraient déterminer les limites apportées à la liberté *absolue* d'ordonner. Ainsi s'exprime le rapporteur. Là où les groupements professionnels seront puissants, et durant le temps qu'il en sera ainsi, la restriction sera sans doute très médiocre. Ailleurs, au contraire, elle sera infiniment plus rigoureuse...

Sur quel motif d'ailleurs peut-on baser un interdit jeté sur la spécialité ? Qu'elle est d'un prix plus élevé que la même formule magistrale, exécutée littéralement par le pharmacien ? Il en fut ainsi sans doute jadis. Aujourd'hui, des études comparées de tarifs montrent qu'au contraire, la spécialité n'est pas plus chère que la préparation magistrale. L'objection ne tient donc plus. Et même au cas où le prix de la spécialité serait plus élevé le malade est assuré d'y trouver une garantie indiscutable d'authenticité, de pureté, de dosage et partant d'efficacité qui a bien son prix.

Le droit du médecin doit être imprescriptible. Il l'est en fait, dès lors que le malade accepte d'obéir à l'ordonnance et d'acheter, à ses frais, à défaut d'une autorisation de la collectivité qui lui assure les soins médico-pharmaceutiques, tous les médicaments, quels qu'ils soient, qui lui sont utiles. Mais n'est-ce pas, de la part de ces collectivités, une sorte de brimade exercée contre leurs adhérents ? Qu'il ait pu en être ainsi naguère, ce n'est pas une raison pour que les futurs assurés sociaux continuent à en être victimes.

Avec l'évolution qu'a subie l'art de guérir depuis trente ans, nulle entrave ne doit être apportée au droit des médecins d'exercer cet art librement, et des malades en quelque situation qu'ils se trouvent, de bénéficier des progrès de la science.

G. DUCHESNE.

A PROPOS DE LA BOTANOMANCIE DE RABELAIS

Rabelais et Cornelis Agrippa.

Suivre Panurge chez Her Trippa, il y a quelques semaines, m'a entrainé, dans ce journal (1), à écrire un long « en marge » au chapitre XXV du Tiers Livre de *Pantagruel.* Si le devin de l'Isle-Bouchard s'y est montré sachant bien des manières d'employer les plantes à découvrir *toutes choses futures,* il s'est aussi laissé voir mauvais sorcier bien des fois. Qui donc est ce personnage ? L'imagination seule de Rabelais l'a-t-elle créé ? Ou bien vécut-il à son époque sous un autre nom?

Sur ce point, à peu près tout le monde s'accorde. Her Trippa représente Henri Cornelis, dit Agrippa. Rendons-lui ainsi son nom véritable ; car il s'appelait Cornelis, non pas Cornelius, ni Corneille, moins encore Camille, comme M. E. Dupouy l'a écrit (2), et Agrippa ne fut qu'un surnom que ses condisciples de Paris lui donnèrent, suivant l'usage, pour rappeler sa patrie allemande (Cologne). De là, à coup sûr, Her Trippa.

Cette clef est admise ; point n'est d'y revenir.

(1) *Concours médical,* n° 43 bis, 26 octobre 1927 (*Panurge chez Her Trippa*).

(2) E. DUPOUY. — *Le Moyen-Age médical,* Paris, 1895, p. 354.

L'Isle-Bouchard, aujourd'hui assez important chef-lieu de canton de l'Indre-et-Loire, paraît y contredire ; car, vraisemblablement, le grand voyageur que fut pourtant Cornelis Agrippa n'y passa jamais. Mais cela ne compte. Epistemon et Panurge venaient de La Ville-au-Maire près de Chinon ; il leur fallait un devin à deux pas ; les circonstances demandaient l'Isle-Bouchard.

Rabelais a-t-il connu Cornelis Agrippa ? On le croirait à le lire. Voyez comment un de ses récents historiens peint Cornelis : *avide de notoriété, porté d'instinct vers le nouveau et l'inconnu, incapable de se fixer quelque part, hâbleur, vantard, en lutte perpétuelle avec les soucis, romanesque de fait et de tempérament,* etc... (1). Comparez à présent ce qu'en dit Panurge, compte tenu de l'humeur d'un consultant fâché : *Vieulx fol mal plaisant, pauvre plus que ne fut Irus, au demeurant glorieux, oultrecuidé intolerable, plus que dix sept diables, en un mot* πτωχαλαζών, *comme bien proprement telle peautraille de belistrandiers* (mendiants) *nommaient les Anciens.*

(1) J. ORSIER. — *H. Cornelis Agrippa,* Chacorna Paris ,1911, p. 9.

Il n'est pas jusqu'à une vantardise très particulière à Cornelis, qui le faisait se donner pour vaillant soldat, ce qu'il ne fut guère, que Rabelais n'ait saisi au vif, autant que son habituelle misère financière. *Panurge lui donna une robe de peaulx de loup, une grande espée bastarde bien dorée à fourreau de velours et cinquante beaulx angelots.* Mieux même, il semblerait que Rabelais ait connu la femme d'Agrippa, *laquelle estoit assez bellastre.*

Ce n'est là pourtant qu'apparence. Contrairement à une opinion assez commune, les deux hommes jamais ne se rencontrèrent. Je le crois d'abord pour l'honneur même de Rabelais. Il est vrai, Metz et Lyon les accueillirent l'un et l'autre ; mais voyons un peu. A Metz, Cornelis Agrippa vécut les années 1518 et 1519, syndic, avocat et orateur de la République, non pas médecin comme l'a écrit M. Heulhard (1) et comme devait être Rabelais, mais seulement en 1547 et 1548. — A Lyon, présenté à la cour qui, lors, y résidait, par Symphorien Ballioud, évêque de Bazas, Agrippa fut nommé médecin de la reine-mère Louise de Savoie, qui le voulait employer d'ailleurs bien plus comme devin et comme astrologue que comme médecin. Ce temps fut celui de 1524 à 1527. Or, Rabelais ne vint à Lyon comme médecin du grand hôpital qu'en 1535. — Quant à la Cour, il ne s'y produisit guère dans l'entourage de Langey que plus tard encore, à partir de 1542 (2). Jusqu'ici donc point de rencontre.

Reste l'année 1535. Agrippa venait de passer à Bonn trois années de détresse ; beaucoup de ses amis et ses espoirs même l'abandonnaient. Il vint à Lyon, on ne sait pourquoi ; idée funeste, car, dès son arrivée, il fut saisi et mis en prison, *pour auoir autres fois escrit trop librement quelque chose contre la mère du Roy François I* (1). C'était alors une épave ; et, quand de charitables interventions le firent rendre à la liberté, il se réfugia à Grenoble pour y mourir (1535). Que Rabelais, à ces heures, ait entendu parler de lui ; il va de soi. Qu'il l'ait approché et connu, je dis non ; car il n'était pas de ceux qui accablent les vaincus et il n'eût pas choisi un tel moment pour faire dire à Panurge ces mots alors terribles, ces mots de feu : *A trente diables soit le sorcier ! Au diable l'enchanteur de l'antechrist ! Va, fol enragé, au diable ; et te fais lanterner à quelque Albanois, si auras un chapeau poinctu*, ce qui est dire : tu seras mitré et brûlé.



HENR. CORN. AGRIPPAE AB NETTESHEIM
effigies aeri incisa. a Ioh. Fr. Christ. Halae Sax. [illegible]

Il est autre raison d'ailleurs de dire non que cette raison de sentiment. Il y a la grosse erreur de l'injure faite à la femme d'Agrippa.

« Bien scai-je, respondit Panurge, que lui (Her Trippa) un jour parlant au grand roi de choses célestes et transcendantes, les laquais de court entre les huis sabouloient (2) sa femme à plaisir, laquelle estoit assez bellastre. Et il, voyant toutes choses etherées et terrestres sans besicles, discourant de tous cas passez et présents, prédisant tout l'advenir, seulement ne voyoit sa femme trimballant, et onques n'en sçeut les nouvelles. »

Puis, plus tard, furieux des tromperies conjugales que lui promet le devin, Panurge reprend :

« Quand touts cocus s'assembleront, tu porteras la

---

(1) A. Heulhard. — *Rabelais. Ses voyages en Italie. Son exil à Metz*, Paris, s.d., p. 221.

(2) Il y aurait joui du titre, pour lui purement honorifique de *maistre des requêtes*. C'est là, du moins, ce qu'on lit dans une sorte d'annuaire en vers que, sous le titre de *Discours de la Court*, un bibliothécaire du roi, Claude Chappuis, fit imprimer avec privilège du 21 mai 1543.

(1) Jean Wier. — *Histoires des illusions et impostures du diable*, Amsterdam, 1660, liv. II, chap. 5 (traduct. franç. *in* Bibliothèque diabolique, Delahaye, Paris, 1885, t. I, p. 191).

(2) Rabelais prend ici *sabouler* hors de son sens propre qui est secouer violemment.

C'est ce qui me ronge la teste
Et qui me saboulle au cerveau.

(Ancien théâtre, 1, 130. *Farce d'un mari jaloux.*)

Sabouler s'entend aussi communément pour houspiller. Ainsi, dans le jeu italien de la peau d'anguille (ou du mouchoir roulé) remplie de sable, avec laquelle on se frappe quand on a commis une faute de jeu, cela se dit sabouler (*Jeux de l'enfance*, J.F.A.J.). — Comparer : Montaigne (*Essais*, I. 243) *Le père que le fils sabouloit emmi la rue* ; et aussi Molière : *Comme vous me saboulez la tête avec vos mains pesantes.*

bannière. Mais d'ond me vient ce ciron ici entre ces deux doigts ? — Cela disoit tirant droict vers Her Trippa, les deux premiers doigts ouverts en forme de cornes et fermant au poing touts les aultres. Puis dict a Epistemon : Voyez ci le vrai Olus de Martial, lequel tout son estude addonoit a observer et entendre les maulx et misères d'aultruy. Cependant sa femme tenoit le berland (1). Allons, laissons ici ce fol. Il ne sçait le premier traict de philosophie qui est : Cognois-toi. »

Cette femme *assez bellastre* était de Pavie, nous dit M. Heulhard (2). Elle était *belle, riche, dévouée,* écrivait Agrippa (3) et le chroniqueur Philippe de Vigneulles n'y contredit pas, notant simplement : *C'étoit la plus mignonne et plus diversement accoustrée que jamais feut vue.* Or, il y avait bonne raison qu'elle ne brimballat pas, en 1524, avec les laquais de court ; elle était morte en 1520.

A Lyon, Agrippa avait une autre épouse, une genevoise, Jeanne Loyse Tissié. Celle-ci semble hors de tout soupçon. Quand elle mourut de la peste à Anvers, Agrippa écrivait d'elle : *Elle fut toujours et partout chérie et respectée par tout le monde à cause de ses nombreuses vertus, de sa pureté extraordinaire... La princesse Marguerite elle-même la recherchait déjà à cause de sa réputation si répandue d'honnêteté* (4). Illusion d'époux ? Que non pas ; car une épigramme louangeuse du moine augustin Aurélien d'Aquapendente confirme son dire.

L'erreur de Rabelais paraît telle que ses commentateurs, je parle de ceux qui l'ont vue, se sont tirés d'embarras, mis en cette voie par l'Olus de Martial, en assurant qu'il n'y avait là que fantaisie d'érudit sans aucune allusion à personne réelle. Pareil lieu commun est partout ; au général, dans Plutarque ; au particulier, au sujet des astrologues, dans maints recueils.

« Estoupe et bousches, *écrit Plutarque* (5), toutes les advenues et toutes les portes et fenêtres qui regardent chez tes voisins et en ouvre d'autres qui respondent à ta chambre, au cabinet de fa femme, au logis de tes serviteurs ; là tu trouveras à quoi t'amuser avec proflct. »

Quant aux astrologues, depuis Anaximène qui se laissa choir dans un fossé et Thallès de Millet tomber dans un puits, ils ont couramment prêté à raillerie et celle-ci volontiers s'attachait à de prétendues misères conjugales. Les recueils d'anectodes plus ou moins légères, qui allaient de mains en mains, ne manquaient pas de les mettre en cause. Par exemple, dans une édition de 1689 des *Nugæ venales,* ils sont pris à partie au moins par trois fois et, entre autres :

Astrologo Astra, foris quæ fiunt, omnia dicunt :
Uxor cuncta domi quæ fæcit, astra silent.

Le plus curieux, sur ce propos, est que Rabelais semble bonnement avoir pris dans Agrippa lui-même. Le texte précédent du *Tiers Livre* est fort voisin de celui-ci, emprunté au chapitre *De l'Astrologie* dans le *Paradoxe sur l'incertitude, vanité et abuz des sciences* (1) :

« A la vérité, ceste espece d'hommes *les astrologues*), sont merveilleusement rebours et obstinez, de presumer de sçavoir les choses futures, puis qu'ils sont ignorans des passées et des presentes et pendant qu'ils donnent à entendre à tout le monde qu'ils les aduertiront et leur prediront les choses les plus cachees, ne sçavent ce qui se faict en leurs maisons ny en leurs propres chambres, comme vn certain Astrologue fut noté par Thomas Morus en vn sien epigramme en ce sens,

Le Ciel de ses secrets, beau deuin t'a faict part
Et de l'heure ou malheur qu'aux hommes il part :
Mais d'entre ces brandons ny a cil qui te die :
Voy tu poinct que partout ta femme se publie (2).
Phébé ton front sereih, ton œil clair, noble coeur,
Ne void celles de qui Cupidon est vainqueur,
Saturne est loin, et n'a, bigle dès sa naissance,
Non pas mesme de près d'vn caillou cognoissance.
D'Europe, Jupiter, de Dapne Sol et Mars
De Ven et d'Herse Mercure est d'amour ars ;
Si bien que quand d'autruy ta femme s'amourache
Nul Ciel, nul feu astré ne veut que tu le sçache. »

Sur ce point, les commentateurs de Rabelais ont vu droit peut-être ; mais le contraire aussi n'est pas impossible. En 1530, à Malines, Cornelis prit, en effet, une troisième épouse, une flamande cette fois. A ce coup, il n'eut pas une main très heureuse, puisque, si l'on en croit son élève Jean Wier (3), il dut la répudier à Bonn, en 1535. On n'en sait les raisons ; mais on peut penser que ce qui fut calomnie pour ses deux premières femmes soit médisance pour la troi-

---

(1) MARTIAL. — Epigrammes, liv. VIII, § 10, *In Olum*
.... *Ole, quid ad te,*
De cute quid faciant ille, vel ille, sua ?
....
Illud dissimulas, ad te quod pertinet, Ole,
Quodque magis curæ convenit esse tuæ.
....
Uxor n œcha tibi est ; hoc ad te pertinet, Ole.

« Olus, en quoi peut bien t'intéresser ce que chacun fait de sa peau ?.... Et pourtant il n'est que de ce qui te touche dont tu ne dises jamais mot, de ce qui réclamerait davantage tes soins... Voyons. Ta femme est adultère. Voilà qui te regarde, Olus. »

(2) A. HEULHARD. — *Rabelais. Ses voyages en Italie. Son exil à Metz,* Paris, s.d., p. 221.

(3) Cornelis Agrippa. — *Epistol. famil.*, III, 33.

(4) Cornelis Agrippa. — *Lettre à Guillaume Furbity* (Anvers, 1529).

(5) PLUTARQUE. — *Da la Curiosité* (traduct. Amyot. — *Les Œuvres morales et philosophiques de Plutarque,* in-fol., Morel, Paris, 1581, p. 63).

(1) Le *De incertitudine et vanitate scientiarum* de Cornelis Agrippa parut en 1527 à Cologne. Je donne le texte d'une traduction publiée en in-12, en 1623, sans nom de traducteur ni d'indication de lieu, ch. XXXI, p. 95.

(2) *Omnibus est uxor quod se tua publicat, id te*
Astra, licet videant omnia, nulla enoncent.
....
Hinc factum, Astrologe, est, tua cum capit uxor [amantes
Sidera significent ut nihil inde tibi.

(3) Jean WIER. — *Histoires des illusions et impostures du diable,* Amsterdam, 1660, liv. II, chap. 5 (traduct. franç. *in* Bibliothèque diabolique, Delahaye, Paris, 1885, t. I, p. 191).

sième. Rabelais ne se serait ainsi trompé que sur la personne et cela même fournit une preuve qu'il ne connut pas Agrippa.

Il en vient dès lors quelque surprise que Panurge ait traité celui-ci avec l'aigreur mauvaise que l'on a vue. C'est qu'Agrippa eut cette fortune de ne pas faire d'indifférents. On fut à son endroit ami ou ennemi d'un seul morceau et le malheur pour lui vint seulement que ses amis étaient une poignée, ses ennemis légion. Dans ces conditions, on peut tenir pour assuré que ces derniers seuls, à Lyon, à la Cour (1), aussi bien qu'à Metz, parlèrent à Rabelais du personnage et firent son opinion.

Il le faut bien ainsi, car Rabelais, lorsqu'il écrivit le *Tiers Livre*, avait lu le *De occulta philosophia* (1530) et le *De incertitudine et vanitate scientiarum* (1527, Cologne ; 1529, Paris ; 1530, Anvers). S'il put se méprendre sur l'intention vraie du premier ouvrage (2), il lui était inpossible de méconnaître que le second combattait l'art divinatoire, tout au contraire de le louer. D'autre part, il y rencontrait maintes idées familières ; ainsi quand Agrippa s'égaie de la saleté des moines ou qu'il s'indigne de leur ignorance. Si l'on veut, à ce point de vue, prendre deux textes pour exemples, ceux-ci sont amusants à rapprocher :

Cornelis Agrippa (*De incertitudine et vanitate scientiarum*, chap. LXII). — « Troupe insolente de monstres encapuchonnés ; singes de stoïcisme ; barbus, porteurs de sac et de corde, en sandales ou les pieds nus, en robes ou en manteaux ; noirs, gris, blancs, de toute couleur et de tout pelage ; pourvus de privilèges par l'Eglise de Rome.... »

Rabelais (*Pantagruel*, V[e] Livre, chap. 2, *L'Isle sonnante*). — « Leur pennage nous mettoit en resverie, lequel aulcuns avoient tout blanc, aultres tout noir, aultres tout gris, aultres mi partie de blanc & noir, aultres tout rouge, aultres parti de blanc et bleu ; c'estoit belle chose de les voir. »

Cornelis d'ailleurs et Rabelais, malgré des dissemblances notoires, ne manquaient pas de points communs ; et ce n'est pas en aveugle que dans son *Traité des scandales* (1), Calvin, en 1550, les mettait tous deux dans le même sac.

Pour que, malgré tant de raisons que Rabelais avait d'épargner Agrippa, il l'ait chargé comme il l'a fait, il a bien fallu que son opinion fût formée de méchants ouï-dire et de la légende hostile que, dès son vivant, les ennemis de Cornelis avaient commencé à bâtir (2). S'il écouta volontiers les uns, si sans critique il crut à l'autre, c'est que le *Traité de la philosophie occulte* était parmi les plus récents traités de Magie, le plus connu peut-être et que son auteur en devenait représentatif de la *science secrète* et de la divination. Contre cela tout juste Rabelais en avait. Et le conseil de Gargantua à son fils (*Pantagruel*, liv. II, chap. 8) *Laisse-moy l'astrologie divinatrice et l'art de Lullius comme abus et vanites* ; et le passage de la lettre du 30 décembre 1536 à Geoffroy d'Estissac, où, annonçant l'envoi d'un *livre de pronosticz*, Rabelais déclare *n'y ajouter foy aucune* ; et l'*Avis au liseur benevole* de sa *Pantagrueline pronostication* ; et sa campagne d'almanachs contre l'astrologie découvrent tout entier son sentiment.



IOANNES WIERVS

ANNO ÆTATIS LX SALUTIS M.D.LXXVI.

Quand Her Trippa, écrit M. P. Stapfer, *accable Panurge du flot diluvien de ses connaissances en magie, l'intention qu'on pourrait prêter d'abord à Rabelais de vouloir ridiculiser cette fausse science*

(1) A la cour surtout, car la principale raison de la disgrace de Cornelis fut sa faute de rester en relations avec Bourbon et les Impériaux, alors qu'il était à la cour de France. Cette duplicité dut être connue plus tard de Rabelais, qui servait la cause du Bellay et celle du roi.

(2) Une méprise aussi, mais d'autre nature, a fait écrire à M. Sainéan que c'est dans le *De Occulta Philosophia* que Cornelis Agrippa *combat un des premiers cet art fallacieux* (l'art divinatoire) (L. Sainéan, *La langue de Rabelais*, Paris, 1922, t. I, p. 321).

(1) L'épitre dédicatoire est du 10 juillet 1550. Le *Traité des scandales qui empeschent aujourd'hui beaucoup de gens de venir à la pure doctrine de l'Evangile et en desbauchent d'autres* parut à Genève en 1566 dans le *Recueil des opuscules* de M. J. Calvin, donné par Théodore de Bèze.

(2) La légende a duré et on trouve, en particulier, dans les *Lettres* de Bergerac *sur les sorciers*, une page curieuse à laquelle je renvoie et qui montre bien les idées populaires d'alors sur Cornelis Agrippa.

disparaît absolument submergée par l'étalage d'un savoir, qui, vrai ou faux, le grise et inonde son esprit d'une docte allégresse (1). Et ailleurs : *Dans ce chapitre, Rabelais s'amuse à déployer son érudition en matière de magie plutôt qu'il ne s'applique à ridiculiser cette science* (2).

En vérité, je ne vois guère comment mieux ridiculiser cette science que de faire offrir trente-sept modes différents de divination (3) à propos de la destinée d'un mariage par un sorcier qui lui-même s'ignore trompé. Bien loin de disparaître sous le flot diluvien des procédés, l'intention de l'auteur se montre claire dans l'opposition qu'il y a entre l'étalage des connaissances du devin et l'ignorance où elles le laissent de son propre sort.

est pas permis de nous en moquer quand, à ne reprendre que la nomenclature moderne des phobies, force est d'avouer que nous n'avons rien à envier à Her Trippa.

Listes pareilles à la sienne, au XVI[e] siècle, étaient du reste à la mode. On en dressait à tous propos, sur tous sujets, pour les choses de la magie plus que pour toutes autres. *C'est l'ordinaire de tous ceux qui écrivent sur cette matière,* dira Naudé (1), *d'en dresser des alphabets et catalogues ; pour confesser la vérité, il serait plus à propos de les ensevelir dans un perpétuel silence.* Nous aurions perdu un amusant chapitre, si Rabelais avait ainsi pensé.

Où prit-il le catalogue de ce chapitre ? Dans un des recueils encyclopédiques de l'époque,



Gravures extraites des *Songes drolatiques* de *Pantagruel* dans lesquelles les commentateurs ont reconnu *Cornelio Agrippa*

En revanche, il est parfaitement vrai que Rabelais s'est abandonné à la docte allégresse de faire montre de son hellénisme et de son érudition ; et plus encore est légitime, au sujet de son savoir en magie, le doute discrètement exprimé par M. P. Stapfer.

Certes et d'abord, l'amour du grec a été pour quelque chose dans l'accumulation des termes magiques, encore que Rabelais n'inventât point. Les uns venaient de loin. D'autres, la Renaissance les avait forgés. Tous servaient à souhait la cause de la science occulte ; car *nous commençons à jouer avec les mots ; puis, à la longue, nous devenons à notre tour le jouet de ces mêmes mots* (4) Rabelais était sensible à cette emprise ; il ne nous

a-t-on dit, du genre de l'*Officina* de Ravisius Textor (1503). Peut-être ; mais, à coup sûr, pas dans Textor ; car même l'édition vénitienne de 1584 ne connaît que seize modes de divination. Vraisemblablement, Rabelais emprunta un peu de tous côtés, surtout dans sa mémoire. J'en vois les preuves dans trois faits.

Le premier est, comme on l'a vu, qu'il inscrit les divinations sans ordre logique et sans méthode, ce que les recueils spéciaux se gardaient de faire.

Le second est que sa nomenclature ne fut pas écrite de premier jet et qu'il y revint après coup pour la compléter. Astragalomancie, céphaléonomancie, gyromancie, métopomancie, sternomancie, tyromancie, et sur le sujet qui nous intéresse aleuromancie, alphitomancie, cléromancie et le tamarix divinateur manquaient dans l'édition parisienne du *Tiers Livre* donnée par Wechel en 1546 et paraissent seulement plus tard dans celle de 1552.

(1) P. STAPFER. — *Rabelais ; sa personne ; son génie ; son œuvre,* Colin, Paris, 1889, p. 362.

(2) P. SPAPFER. — *Loc. cit.*, p. 118.

(3) Il y en a trente-huit dans ce chapitre en comptant l'estronspicine, proposée par Panurge dans la grossièreté de sa mauvaise humeur. La perissomancie existait, en effet, et les excréments des animaux ont aussi servi à prédire les choses futures.

(4) MAX MULLER. — *Essais sur l'histoire des religions,* traduct. G. Harris, Didier, Paris, 1872, p. 477.

(1) NAUDÉ. — *Apologie des grands hommes accuses de magie,* Eschart, Paris, 1669, chap. 2, p. 27.

Le troisième enfin est que, malgré ce soin de compléter sa liste, bien loin que *la nomenclature rabelaisienne de la divination soit une des plus amples que l'on connaisse* (1), elle est plutôt courte. En faisant ce que Rabelais ne prit pas la peine de faire, c'est-à-dire en cherchant dans les livres, Th. de Cazons, sans parler des oracles, des pythonisses, de l'astrologie, ni de l'évocation des morts, énumère soixante-neuf procédés divinatoires (2). J'en ai sans peine compté cent vingt *et sunt aliæ millæ nocendi artes et nomina mille quæ utinam ut mihi sic cœteris ignotæ et inexpertæ*, dira Del Rio (3).

Ceci et les remarques que sa botanomancie déjà nous a permises, tranchent là question du savoir vrai ou faux de Rabelais en magie. Aussi bien, lui-même ne s'en cache pas : *De cela, respondit Panurge, je ne sçais rien.*



RABELAIS

Tout ce chapitre ne serait donc que fantaisie d'érudit qui se joue s'il n'y avait là, précisément, cette attaque vive contre Cornelis Agrippa que j'ai essayé de mettre en relief et que j'ai tenté de montrer n'être, au fond, rien d'autre que l'attaque même de la botanomancie, plus généralement de la divination. Il ne faut pas oublier, en effet, que Rabelais n'écrivit pas dans l'unique intention de faire rire. Il eut des buts plus élevés et le rire n'était que pour lui permettre de les atteindre. Buts politiques, qui ont fait dire qu'il trempa quelquefois sa plume dans l'encrier du roi et qui expliquent les libertés de langage qu'on lui laissa. Buts personnels et généreux de libération des esprits, embrumés alors de préjugés hypocrites, d'idées surannées et de superstitions.

Eugène Noël, faisant observation pareille, a imaginé une conversation entre Rabelais et Etienne Dolet qui, si elle ne fut pas échangée en réalité entre les deux hommes, du moins aurait pu l'être.

« Oui, lui répondit Rabelais, un livre vraiment humain se doit adresser à tous. Les temps sont venus où la philosophie doit enfin sortir de l'Ecole et rayonner comme le soleil sur l'univers entier. Nous devons, à cette heure, tenir suspendus fraternellement aux mamelles de vérité les ignorants et les doctes. Je voudrais pour ce qui est de moi, si je faisais un livre de philosophie, qu'il pût amuser, consoler, distraire mes braves vignerons de la Devinière et les buveurs de Chinon, aussi bien que les plus savants ; qu'il fût le piot universel ; que princes, rois, empereurs et pauvres gens y vinssent d'eux-mêmes boire ensemble gaiment. La vérité — d'accès difficile et scabreux — doit être ni plus ni moins que l'Evangile de Dieu, présentée sous forme vivante, si humaine et débonnaire qu'enfin acceptée de tous elle réveille l'âme de tous à la pensée commune (1). »

Libérer, en particulier, l'âme de tous de la superstition divinatoire, on a vu qu'en maints endroits et de diverses manières Rabelais l'a tenté. Il avait pour cela raisons d'autant plus grandes que la foi dans les devins était très répandue. Les décisions rigoureuses de nombreux conciles, destinées à l'étouffer, l'avaient enfoncée dans la tête des gens. Rabelais, dut juger mauvaise la méthode et croire que le ridicule vaudrait mieux. C'était voir plus juste que ne vit peu après, le concile de Milan, donnant encore, en 1565, un vrai répertoire des divinations qui ne le cède pas à la liste d'Her Trippa. Il a fallu que passât le temps pour que Voltaire vînt donner raison au bon sens de Rabelais. L'inventeur de la divination, devait-il dire, fut le premier frippon qui rencontra un imbécile. Le mot courut de bouche en bouche. Il fit plus que les solennelles interdictions ecclésiastiques.

Il y eut enfin, pour engager contre elle Rabelais, plus que la vanité de la divination et que la vogue dont cependant elle jouissait, plus que les mauvais moyens dont on usait pour la combattre. Il y eut que la question était alors brûlante.

Beaucoup parmi les Anciens avaient pensé qu'il n'y a aucune divination sans l'intervention de quelque divinité (2). Les Modernes avaient compris à leur manière et l'opinion était chez eux solidement établie que *le fondement de la divination est un pacte explicite ou implicite avec*

(1) L. Sainéan. — *La langue de Rabelais*, Paris, 1922, t. I, p. 293.

(2) Th. de Cazons. — *La magie et la sorcellerie en France*, Dorbon, Paris, s.d., t I., p. 285.

(3) Del Rio. — *Disquisitionum magicarum*, Louvain, 1599, liv. II, ch. III, quest. 7, sect. 1, *in fine*.

(1) E. Noel. — *Rabelais. Sa vie et son œuvre*, Collect. Hetzel, Durr, Leipzig, 1859, 2e édit., p. 78.

(2) Cf. Plutarque. — *Les œuvres morales et philosophiques*, trad. Amyot, in-fol. Morel, Paris, 1581 (*Les oracles qui ont cessé*, 339 H, 340 H, 342.

le diable (1). Grâce à cela, le XVI[e] siècle, si brillant par d'autres côtés, est tout obscurci par la fumée des bûchers, où, par milliers, de prétendus sorciers brûlèrent.

Dire la vanité de la divination était montrer la cruauté du supplice. La prudence empêchait Rabelais de parler plus clair, lui imposait de ne pas oser davantage ; et peut-être, s'il a pris pour type Agrippa, outre d'autres raisons qu'il en pouvait avoir, s'il a prononcé à son sujet les mots terribles de *bonnet pointu*, ce fut : ceci, pour indiquer son intention ; cela, parce qu'au moment où parut le *Tiers Livre*, la mort était déjà passée et que Cornelis Agrippa n'avait plus rien à craindre.

Alors, inexactitudes d'érudit, ni petit bagage de mage, ne comptent plus ; la légèreté de touche était ce qui convenait le mieux au tableau ; le chapitre gagnait à ses défauts mêmes. A le lire, on s'amuse ; à le relire, il fait penser ; à le comprendre, on pénètre un esprit et on découvre un cœur. C'est là Rabelais. Albert GARRIGUES.

AUTOUR DES THÉATRES

Les questions de Chantecler.

Les questions de Chantecler.

La Porte Saint-Martin a repris *Chantecler* et tous les problèmes qu'avaient soulevés les premières représentations de l'œuvre magnifique d'Edmond Rostand se sont à nouveau posés. On n'a pas oublié les querelles passionnées auxquelles cette pièce donna lieu et dont certains, mal informés, conclurent qu'elle n'avait pas réussi à la scène malgré la magnificence du livret alors que dès la première année, Chantecler fut pour les directeurs, la source de belles recettes en même temps qu'il était pour le public bien mieux qu'un gros succès de curiosité.

La contexture de la pièce est sur un plan analogue à celui de *Cyrano de Bergerac*, mais alors que celui-ci stigmatise les fausses gens, les grands qui s'entre-déchirent dans les luttes de l'arrivisme en même temps qu'il reste semblable à lui-même avec opiniâtreté (l'élévation de ses qualités morales le rendant capable de se suffire à lui-même) ce sont sous leurs formes diverses les caractères des animaux avec leurs grands et leurs petits défauts mais avec leurs déterminantes propres que le poète de Chantecler met en relief, la bonté du chien lui paraissant être avec la fidélité résignée ce qui se rapproche le plus du caractère qu'il aimerait à retrouver dans l'homme tel qu'il le stylise inoubliablement sous la formule de Cyrano.

Chantecler, c'est le coq de basse-cour : le « Coq français » ; c'est de plus, un coq qui a son secret : il croit fermement, aveuglément, que c'est son chant qui fait lever le jour et ce secret que voudraient connaître — en confidence — toutes ses poules (puisque, bien entendu, chacune d'elles se croit la favorite) n'est, en réalité, un mystère que pour elles : tous les oiseaux de nuit le connaissent, ils ont noté la coïncidence régulièrement répétée du cocorico de Chantecler avec l'arrivée du jour, avec l'apparition de cette clarté qui chasse la nuit, la nuit « bienheureuse dont l'ombre est propice à leurs sinistres exploits ; comme ils l'en rendent responsable, ils sont tous unanimes à conspirer contre la vie du coq.

Le Merle, le vilain oiseau noir dont le plumage est le plus voisin de la nuit, se fait leur confident et les trahit comme il trahira le Coq : l'un des Nocturnes a ouvert la porte de leur cage aux coqs de l'aviculteur voisin ; l'un de ces coqs exotiques est un coq de combat dont les pattes sont armées de lames de rasoir, et comme il ira avec ses congénères chez la Pintade, à son « jour » dans le jardin, sous les chassis, gare à Chantecler s'il y vient !

La nette franchise de Chantecler l'éloignerait de semblable réunion, mais les intrigues du Merle l'y conduiront en spéculant sur la bravoure et la noblesse de son caractère. Il sait, en effet, que Chantecler a depuis peu, un point vulnérable : il est amoureux...

Poursuivie par un chasseur, une Faisane s'est réfugiée dans la cour de la ferme où le bon Chien Patou la cache dans sa niche afin que le chien de chasse ne la renifle pas... Et ce n'est pas une quelconque faisane, grise et terne, mais une superbe Faisane féministe, coquette, élégante, décidée à vivre sa vie et qui a planté là ses œufs, se refusant à les couver afin de revêtir l'exceptionnel plumage que des poètes et même des naturalistes ont décrit semblable à celui du plus somptueux des faisans dorés.

C'est de cette Faisane dorée sur toutes les tranches que Chantecler est épris et c'est à elle seule qu'il dira son secret ; pour elle, il fera lever par son plus beau cocorico la plus splendide des aurores, il la lui détaillera vallon par vallon et monticule par monticule et ponctuera chaque ensoleillement partiel d'un cri à la fois impératif et éclatant.

Hélas ! le Merle est là, le vilain Merle noir, siffleur et persiffleur, qui, dès que la Faisane est

(1) DEL RIO. — *Disquisitionum magicarum*, Louvain 1599, liv. IV (*De divinatione*), ch. II, quest. 5.

partie chez la Pintade, sort du pot dans lequel il était caché et félicite hypocritement le Coq de ses magnifiques et habiles procédés de séduction comme si Chantecler n'avait fait qu'user des ruses de Don Juan : il révèle au Coq qui vient de refuser d'aller rejoindre la Faisane chez la Pintade le complot ourdi contre lui par les Nocturnes... Et pour que sa bravoure ne puisse être soupçonnée, Chantecler se rendra chez la Pintade.

A la Pie qui fait fonction d'huissier, il enjoint d'annoncer simplement : « Le Coq ! » par opposition aux titres des Coqs exotiques qui l'ont précédé et très vite le combat s'engage... Survient l'Epervier et tous, y compris son piètre adversaire : poussins, poules et coqs efféminés se groupent autour de Chantecler qui les protège de sa fière attitude ; le danger passé, le coq aux rasoirs retrouve sa bravoure, juste assez pour piteusement se trancher à lui-même une patte, terminant ainsi le combat.

Vainqueur de la belle Faisane qui le veut pour elle seule, Chantecler s'enfuit avec elle dans la forêt où elle s'efforce de lui faire oublier tout ce qui n'est pas elle-même : Poules, poussins et même son Cocorico :.... Chantecler oublie de chanter et cependant — le soleil se lève aussi brillant qu'à l'ordinaire !... Et désormais sans secret (sauf pour ses poules), redescendu sur terre, Chantecler regagne la cour où l'attache le devoir quotidien et où, peu à peu, il reprendra conscience de ses devoirs de chef et croira de nouveau à la puissance de son chant.

On conçoit la difficulté de réaliser une aussi délicate conception et l'importance grave des deux questions de la mise en scène et des costumes. En poète, Edmond Rostand avait désiré que les animaux et les détails de nature soient représentés comme vus à travers un verre grossissant afin de retrouver la proportion des acteurs humains et des bêtes ; il en résulta des invraisemblances qui donnèrent prise à des critiques faciles. La reprise actuelle a réalisé une avance importante, mais Chantecler ne sera le Chantecler rêvé par son auteur que quand décors et costumes seront définitivement au point. Tous ceux qui ont touché aux métiers du Théâtre savent combien il est difficile de faire plus grand que nature ; les mathématiciens préconisent, pour réduire au maximom les erreurs, de terminer toujours les calculs par une division ; les photographes redoutent d'agrandir en même temps que l'image la trame ou l'émulsion, ils doivent agrandir à l'excès puis retoucher et réduire à nouveau : n'est-ce pas là ce qui s'est passé pour Chantecler ; on avait trop agrandi et le décor actuel se rapproche d'une plus saine conception : il est transactionnel.

C'est que les efforts sincères de ceux qui apparurent comme les « Fous » du Théâtre, simplifiant le décor jusqu'à l'extrême limite de la synthèse, ont permis de mettre à la scène un certain nombre de pièces classiquement déclarées injouables. L'éducation des spectateurs, leur adaptation au symbolisme du décor s'est faite peu à peu, ils ont compris que celui-ci n'est pas un but mais un simple moyen de situer les personnages. Il n'en est pas de même des costumes qui doivent serrer de plus près les réalités apparentes, parce qu'ils ont leur part dans les caractères et que la portée des pensées exprimées varie avec l'aspect de celui qui les exprime. Il n'apparaît donc pas indispensable que le réalisme ou le symbolisme des costumes soit en accord parfait de genre et de degré avec celui des décors et il y a là une marge de dissociation possible, parfois même nécessaire à l'interprétation exacte et fidèle de l'idée de l'auteur.

On a cherché à rassembler par un concours les pensées éparses ou inexprimées relatives aux deux questions de Chantecler, mais en y réclamant des costumes et des décors « véristes ».

Je ne sais si, tels qu'ils ont été réalisés, décors et costumes sont ceux qui furent primés au concours, mais je crois que le progrès très certain que certains d'entre eux réalisent vient justement de ce qu'ils sont plus symbolistes que « véristes ». Matériellement, ils ne sont pas comme ceux en vraies plumes ou en fourrures, étouffants à porter, et ils laissent aux acteurs la liberté de leurs moyens, ce qui est déjà quelque chose. Les décors donnent bien l'impression d'un coin de cour de ferme ou d'une clairière de forêt ; on peut les concevoir autrement, dans une composition différente, on peut s'étonner de voir une meule toute petite et toute ronde, mais on est obligé de constater, en songeant à la conception première, qu'un pas énorme a été franchi et que le principe est trouvé : la zone des tâtonnements est désormais limitée. Le défilé des Coqs chez la Pintade est trop accentué dans la note revue ou féérie, mais l'effort est très loin d'être stérile parce qu'un des costumes est parfait et donne avec exactitude la note qu'il faut ; c'est le costume de la Pintade : étoffes de bonne sorte, rondeurs, couleur, caractère général, tout s'y trouve réuni ; après la Pintade, c'est le Coq de combat qui a le plus d'allure ; le costume du Coq serait bien si sa queue n'était soutenue à l'horizontale, comme par un sabre de bois ; mais comment n'a-t-il pas de bec ? Avec quelle fierté les plumes de la queue des coqs et surtout des coqs de basse-cour ne se relèvent-elles pas à angle aigu « afin de bien décrire avec grâce leur courbe » et n'est-il pas à redouter qu'un trop blond accroche-cœur, même pointu, n'évoque, au lieu de celle d'un coq en bataille (ou en amour), l'idée d'une vieille oxygénée d'environ cinquante printemps ? La toute petite Faisane est bien menue auprès du grand Coq, avec ses jambes en or et malgré tout

son charme féminin ; on le regrette pour la Faisane : tête et cou et collerette sont stylisés à l'excès et vraiment le Coq est trop près de nature pour qu'elle puisse en demeurer aussi loin ; il semble qu'un manteau remettrait bien le tout au point. Le chien de chasse est plaisant, l'oie est inutilement sans grâce... Pour dire des vers aussi élégants, aux mots souvent nouveaux et inattendus, s'il est indispensable avant tout,, comme c'est le cas ici, que les vers soient vraiment « dits » et que tous les mots portent, il faut aussi que les lignes des costumes se réclament d'une allure décorative stylisée vers la note élégante.

C'est dans le sens de l'homogénéité que semble devoir être complété ce grand effort, et puisque j'écris pour des médecins et dois toujours présenter un remède aux faiblesses que je signale ; je veux encore faire une réflexion : l'Hymne au soleil, cette merveille, quelque bien dit qu'il puisse être ne gagne pas à la scène, il porte mieux dans un salon ; les Cocoricos, quelque belle et ardente que puisse être la voix qui les lance, ne peuvent à eux seuls être au niveau de la clarté immense qu'ils doivent faire naître ; le tableau de la nuit, le chœur des crapauds l'éveil du jour donnent une sorte de besoin d'entendre la voix de la nature qui les enveloppe. Si quelque jour, on met Chantecler au cinéma, quelle belle tentation ce sera pour un musicien d'écrire tout exprès une partition aux thèmes infiniment variés et comme des notes cuivrées soutiendraient avec bonheur un beau « cocorico » bien clamé !.. Plus tard, quand les réponses complètes aux questions de Chantecler auront été trouvées, sera-ce à l'Opéra-Comique ou à la Comédie-Française qu'il aura sa place définitive ? il serait téméraire de vouloir dès maintenant l'affirmer.

Dr G. PAULEME.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat des chirurgiens français.

L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français, présidée par M. le Dr Delagenière, du Mans, a tenu sa réunion annuelle le 6 octobre 1927.

Plus de 150 chirurgiens, venus de toutes les régions de la France, y ont pris part.

Le compte-rendu officiel de la discussion paraîtra dans le prochain *Bulletin* du Syndicat des chirurgiens de décembre 1927.

Il nous paraît utile de donner dès aujourd'hui le texte des ordres du jour principaux qui ont été votés :

1° *Rapports des chirurgiens avec les médecins traitants.*

« Le Syndicat des chirurgiens français ayant pris « connaissance du rapport de la Commission de « déontologie et l'ayant approuvé, déclare :

« Tout partage clandestin d'honoraites entre mé- « decin et chirurgien est profondément immoral ».

2° *Assurances sociales.*

Le Syndicat des chirurgiens adopte les conditions suivantes de sa collaboration à la loi :

« Nécessité d'un contrat entre les Caisses et le « Syndicat des chirurgiens français dont les prin- « cipales clauses seront :

« Le droit à des honoraires pour tout malade opéré, « soit à domicile, soit à l'hôpital, ou dans tout autre « établissement de soins.

« La présentation d'un tarif minimum permettant « la demande d'honoraires plus élevés et impliquant « le paiement direct par le malade.

« La présence de chirurgiens dans les Commissions « techniques organisées par les Caisses ».

Assemblée constitutive de l'Union syndicale des médecins de la région parisienne.

La récente décision du Syndicat des médecins de la Seine de quitter l'Union des Syndicats médicaux de France et les conditions dans lesquelles cette décision a été prise, ont incité un certain nombre de confrères de la région parisienne à envisager les conséquences de la dissidence du S. M. S.

Il leur est apparu que cette dissidence créait à l'Union une situation à laquelle il importait de parer. Pour que notre Grand Groupement National puisse fonctionner, il importe, en effet, qu'un certain nombre de membres de son Bureau soient sur place, au centre même de l'organisation, et puissent, par conséquent, être pris dans un Syndicat parisien adhérent à l'Union.

Enfin, nombre de médecins ne veulent pas laisser péricliter le syndicalisme médical dans la région parisienne, et estiment que la situation actuelle du Corps médical nécessite plus que jamais l'union de

toutes les forces du Corps médical organisé, en face du danger qui menace tous les médecins.

Le 29 octobre 1927, ces confrères se sont réunis à Paris à l'effet de créer l'organisme syndical rendu nécessaire par les évènements récents.

Bien qu'organisée à la hâte (la dissidence du S. M. S. date du 23 octobre, et il n'avait pu être envoyé que 80 convocations à l'Assemblée constitutive du nouveau Groupement) cette Assemblée réunissait cependant une cinquantaine de membres, les adhésions au groupement approchant, par ailleurs, de la centaine.

Parmi les adhérents de la première heure citons les Dr BALTHAZARD, DESCOMPS, JAYLE, LAFONTAINE, LENGLET, NOIR, PHILIPPEAU, VIMONT, etc.

L'Assemblée générale constitutive a décidé de donner au noveau Syndicat le nom de : « *Union syndicale des médecins de la région parisienne* », laquelle — d'après les statuts adoptés — a notamment pour objet, « de soutenir l'Union des Syndicats médicaux de France et de consacrer ses efforts à la reconstitution du front syndical unique ».

Les membres présents ont en effet insisté sur ce point : qu'il s'agit non pas de créer une scission nouvelle, mais de s'opposer à la destruction de l'Union des Syndicats médicaux, et de faciliter, par une propagande véridique, auprès des confrères de la région parisienne, la reconstitution de l'unité du syndicalisme médical dans cette région, et même, s'il est possible, dans toute la France. En conséquence les confrères présents ont décidé de ne pas démissionner du S. M. S., mais d'intensifier au sein de ce Syndicat, comme en dehors de lui, la propagande en faveur du syndicalisme médical.

L'Union syndicale a élu son Conseil, lequel a ainsi constitué son bureau : président : Dr MILLE, Paris (1er) ; vice-président : Dr BOISSOU, Suresnes, ; secrétaire : Dr DROUET, Paris (13e) ; trésorier : Dr SAVATIER, Paris (5e).

L'Assemblée générale délibérative qui suivit l'Assemblée constitutive a décidé de demander immédiatement l'adhésion du nouveau syndicat à l'Union des Syndicats médicaux de France. Elle a fixé, pour le prochain exercice annuel, à 60 francs la cotisation à l'Union syndicale des médecins de la région parisienne.

Le docteur DROUET, secrétaire général (5, boulevard Arago, Paris, 13e) et le docteur SAVATIER, trésorier (81, rue Lagarde, Paris, 5e) recevront la correspondance et les cotisations.

Le Président,
Dr P. MILLE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr DAHAN, de Givors (Rhône). — M. le Dr MIRANDE, rédacteur en chef du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.* — M. le professeur LAGUESSE, de Lille. — M. le Dr GUIBERT, de Reims (Marne). — M. le Dr BASC, de Labarthe-Rivière (Hte-Garonne).

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier.** — *Tableau général de l'enseignement clinique et des cours annexes* donnés à la Clinique Tarnier pendant l'année scolaire 1927-1928. — Tous les matins, enseignement clnique par le professeur. — Lundi, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées : 10 h. 1/2 : Consultation des nourrissons et des femmes enceintes malades. — Mardi, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Présentation de malades à l'Amphithéâtre. — Mercredi, 9 h. 1/2 : Policlinique des femmes enceintes. — Jeudi, 9 h. 1/2 : Opérations gynécologiques ; 10 h. 1/2 : Policlinique des femmes atteintes d'affections gynécologiques. Traitement de la stérilité. — Vendredi, 9 h. 1/2 : Policlinique des femmes enceintes. — Samedi, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon à l'Amphithéâtre.

COURS DE PERFECTIONNEMENT DU JEUDI SOIR. — Ce cours gratuit, destiné aux médecins et étudiants s'intéressant spécialement à l'obstétrique, est fait par des conférenciers qui traiteront des questions particulièrement étudiées par eux.

COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE. — Ces cours sont destinés aux médecins ou étudiants français ou étrangers. Chacun de ces cours comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, le matin et l'après-midi. Les auditeurs feront par eux-mêmes des accouchements sous la direction des moniteurs ; ils seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, et aux manœuvres obstétricales.

Un cours de pratique obstétricale du 15 au 29 février 1928 (le droit à verser pour ce cours est de 150 fr.).

Vacances de Pâques. — Un cours de pratique obstétricale pendant les 15 jours de vacances.

Vacances d'été. — Deux cours de pratique obstétricale, du 15 au 30 septembre et du 15 au 30 octobre.

Le droit à verser p our chacun de ces trois cours est de 150 fr. Des affiches spéciales indiqueront le programme des leçons et démonstrations.

COURS DE PUÉRICULTURE. — Ces cours comprendront une série de leçons où ne seront traitées que des questions concernant l'hygiène, l'alimentation et la pathologie du nourrisson, au cours des premières semaines.

Première série : Le nouveau-né normal (mars 1928).

Deuxième série : Le nouveau-né pathologique (avril 1928).

Le droit à verser pour ce cours est de 150 fr. Des affiches indiqueront le programme des leçons.

COURS DE CHIRURGIE OBSTÉTRICALE (juin 1928). — Des affiches indiqueront le programme de ces leçons.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier. Les bulletins de versement relatifs à ces cours sont délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 h. à 17 h.

— **Diplômes de docteur en médecine, année** 1926-1927. — Le nombre des diplômes de docteur en médecine

délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1926-1927 est de 1.161, se décomposant comme suit :

Facultés	Diplômes d'Etat	Diplômes d'Université (mention médecine)	Total
Alger	27	1	28
Beyrouth	14	»	14
Bordeaux	117	6	123
Lille	43	1	44
Lyon	116	11	127
Montpellier	79	11	90
Nancy	32	4	36
Paris	536	62	598
Strasbourg	23	13	36
Toulouse	62	3	65
	1.049	112	1.161

— **Clinique chirurgicale infantile et orthopédie** (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). *Enseignement clinique.* — Lundi, à 9 h. 1/2 : Examens de malades entrants par M. le professeur Ombrédanne, à l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson.

Mardi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par les chefs de clinique.

Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2 : Opérations par le professeur. Le jeudi, sont groupées de préférence les interventions particulièrement délicates, ou non encore passées dans la pratique courante. Cette séance opératoire est organisée chaque semaine pour l'instruction de perfectionnement des chirurgiens français et étrangers.

Vendredi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur.

Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 : Au pavillon Kirmisson, appareillages orthopédiques (Dr Lance, assistant).

Mercredi, à 10 h. 1/2 : Conférence d'orthopédie pratique par le Dr Lance.

Tous les jours : Consultation externe de chirurgie infantile au pavillon Molland. Visite dans les salles. Interventions courantes de chirurgie infantile.

Lundi, mercredi et vendredi, le service de gymnastique rationnelle fonctionne sous la surveillance de Mme Boltansky.

— **Congrès des maladies professionnelles.** — La Commission internationale permanente des maladies professionnelles vient de charger les membres français d'organiser la *IVe réunion internationale* qui aura lieu à *Lyon*, *du* 3 *au* 6 *avril* 1929.

Les questions inscrites à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° Silicose. 2° Cataracte d'origine professionnelle. 3° Appareil endocrinien et intoxications.

M. le professeur Etienne Martin, de l'Institut de Médecine légale de Lyon, en collaboration avec les professeurs Agasse-Lafont et Kohn-Abrest, de Paris, et d'accord avec la présidence, choisiront les rapporteurs des questions soumises à la réunion.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Etienne Martin ou au Secrétariat de la commission, service d'hygiène du bureau international du Travail, Genève.

— **Faculté de Bordeaux**. Clinique oto-rhino-laryngologique (professeur Portmann). — *Cours spéciaux* :

1° *La mastoïde.* Du mardi 10 janvier au vendredi 10 février 1928, sera fait par le professeur Portmann, à raison de deux conférences par semaine, un cours sur la mastoïde : étude anatomique, clinique et thérapeutique.

2° *Cours de broncho-œsophagoscopie.* Ce cours aura lieu du lundi 7 février au jeudi 8 mars 1928. Il comprendra des conférences théoriques et des exercices pratiques sur le cadavre, les chiens chloralosés et les malades.

3° *Cours d'anatomie pathologique oto-rhino-laryngologique.* Le cours d'anatomie pathologique aura lieu du 7 mai au 19 mai 1928, sous la direction du professeur Portmann.

Il comprendra des conférences théoriques sur les différents processus inflammatoires ou néoplasiques en général, et sur les affections de l'oto-rhino-laryngologie.

Des travaux pratiques et des démonstrations avec examens de pièces mascroscopiques et microscopique accompagneront ces conférences.

4° *Cours de perfectionnement en français.* Ce cours aura lieu du lundi 2 juillet au samedi 21 juillet 1928. Le programme édtaillé en sera publié ultérieurement.

5° *Cours de perfectionnement en anglais.* La « five weeks american course » aura lieu du lundi 6 août au samedi 8 septembre 1928.

— **Nouvelles d'Espagne** — Nous avions déjà vu, il y a quelques années, les médecins d'une région d'Espagne se mettre en grève, parce que les municipalités, se refusaient à payer les honoraires des médecins de l'Assistance médicale. Voici que nos confrères de « tras los montes » nous donnent encore un exemple de solidarité, facilité chez eux par l'institution des Collèges de médecins : le livre des clients « négligents », euphémisme pour dire mauvais payeurs.

Le collège des médecins de Malaga a ouvert, à son siège social, un livre où chaque médecin peut inscrire les noms des clients qui négligent de régler leurs honoraires médicaux. Le collège des médecins se charge de poursuivre le recouvrement des notes en souffrance et sous peine de sanctions, il défend formellement à aucun médecin de donner ses soins à l'une des personnes inscrites au livre des « négligents » ou à quelqu'un de sa famille, tant que les honoraires en souffrance n'ont *pas été réglés.*

***

Les impôts seront réduits de moitié pour les automobiles d'un poids inférieur à 750 kil. servant aux visites journalières du médecin.

Où ça ? En Espagne.

***

Nos vertueux teutons, dans un journal à leur solde publié dans un grand pays d'Amérique espagnole, font paraître l'annonce suivante :

« Speton anticoncepcional ideal libre de grasas, de aplication simple y de efecto seguro para evitar el embarazo en caso de cardiopatias, tuberculosis, sifilis, corea, epilepsia, hemofilia, etc....

Muestras y literatura a solicitar de Temmeler-Werke Berlin-Sohannisthal. De venta en todas las importantes armacias. »

Cette annonce est accompagnée d'armoiries parlantes : une cigogne immobilisée par un fil qui la ligote et la réduit à l'impuissance.

— **Clinique des maladies infectieuses** (hôpital Claude-Bernard). — M. le professeur Pierre Teissier fait ses leçons cliniques les jeudis, à 10 h. 1/2.

Organisation du service et de l'enseignement. — *Service.* — Visite tous les matins, de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/2, les jours de leçons ; à 11 h. 1/2, les autres jours. L'examen des malades est fait par le chef de service, par les assistants de la Clinique (chefs de clinique et chefs de clinique adjoints), ou par les élèves, sous la direction du professeur ou des assistants.

Enseignement. — Le mardi et le jeudi, à 10 h. 1/2, leçon magistrale à l'amphithéâtre provisoire, avec ou

sans présentation de malades, ou leçon au lit du malade par M. Teissier, professeur.

Le samedi, à 10 h. 1/2, leçons de technique clinique à l'amphithéâtre ou au laboratoire, par les assistants de la clinique : M. le professeur agrégé Tanon ; MM. Castinel, Cambassédès, Cathala, Rivalier et Cochez, anciens chefs de clinique ; Reilly, chef de laboratoire ; Coste, chef de clinique ; Marceron et Chavany, chefs de clinique adjoints.

Une consultation concernant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse, sera assurée par un médecin spécialiste remplaçant le Dr Mahu.

L'enseignement régulier de la clinique pourra se compléter, au cours de l'année, à des jours et à des heures qui seront chaque fois indiqués à la faculté, et grâce au concours d'une certain nombre de collaborateurs spécialisés, de leçons magistrales sur des sujets d'actualité concernant la pathologie infectieuse, notamment la pathologie exotique.

— **Clinique des maladies du système nerveux** (Salpêtrière). — M. le professeur Georges Guillain fait ses leçons les mardis, à 10 h. (Policlinique à la salle de consultations externes de l'hôpital) et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

Tous les matins, à 9 h. 1/4, conférences de sémiologie, par M. Th. Alajouanine, médecin des hôpitaux ; MM. Péron, Thévenard, Darquier, Decourt, chefs de clinique ; MM. Girot, Mathieu, Périsson, anciens chefs de clinique. A 10 h. 1/2, examen et présentation de malades par le professeur.

Démonstrations biologiques, examens du liquide céphalo-rachidien, par M. Léchelle, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire de biologie, les jeudis, à 10 h.

Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Ivan Bertrand, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, les lundis, à 10 h.

Examens d'électro-diagnostic et démonstrations électro-physiologiques, par M. G. Bourguignon, chef du service d'électro-radiothérapie de la Salpêtrière, les jeudis et samedis, à 10 h.

Examens de neurologie oculaire, par M. Lagrange, le mercredi, à 10 h.

Examens otologiques, par M. Truffert, les samedis, à 10 h., et lundis, à 15 h.

Des cours complémentaires et de perfectionnement de neurologie clinique et pratique seront faits en février-mars, septembre et octobre 1928.

Un cours de sémiologie du système nerveux en 12 leçons sera fait par M. Th. Alajouanine, en mai 1928.

Un cours complémentaire d'anatomie pathologique et de technique sera fait par M. Ivan Bertrand en juin 1928.

Des cours spéciaux sur l'oto-neuro-oculistique et sur la chirurgie du système nerveux seront annoncés ultérieurement.

— **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.** — La XXXIIe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Anvers, du 23 au 28 juillet 1928.

Présidents : MM. les professeurs Henri Claude et Aug. Ley (de Bruxelles) ; vice-président : M. le Dr Lalanne, chargé de cours à la Faculté de Nancy, médecin chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ; secrétaire général : M. le Dr Fr. Meeus, médecin chef de l'asile de Mortsel.

Les questions suivantes ont été choisie par l'assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIIe session. *Psychiatrie.* — « La catatonie ». Rapporteur : M. le professeur Paul Divry (de Liège). *Neurologie.* — « Les algies du membre supérieur. » Rapporteur : M. le professeur H. Roger (de Marseille). *Thérapeutique.* — « La thérapeutique de la paralysie générale. » Rapporteurs : MM. les docteurs B. Dujardin, agrégé de l'Université de Bruxelles, et René Targowla, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital psychiatrique Henri Rousselle.

N.B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au Dr Fr. Meeus, secrétaire général de la XXXIIe session, 21, Nerviersstraat, Anvers. L'inscription et la cotisation jointe peuvent être adressées à M. le Directeur de l'agence de la Société générale, 44, avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine (Seine), compte du Dr Meeus, avec indication très précise de l'adresse à laquelle les rapports et comptes rendus de la session devront être envoyés.

Le prix de la cotisation est de 50 fr. français pour les membres adhérents et de 30 fr. français pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le 15 juin 1928 recevront les rapports dès leur publication.

— **1er Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.** (Copenhague, 29 juillet au 1er août 1928). — Le 1er Congrès international d'oto-rhino-laryngologie se réunira à Copenhague du 29 juillet au 1er août 1928, sous la présidence du professeur SCHMIEGELOW. Les langues officielles seront le français, l'allemand, l'anglais.

Les rapports suivants ont été mis à l'ordre du jour : I. De l'opération radicale partielle ou conservatrice dans les otites moyennes suppurées. Rapporteurs : MM. NEUMANN (Vienna), TAPIA (Madrid). — II. Septicémie d'origine pharyngienne. Rapporteurs : MM. FERRERI (Rome), UFFENORDE (Greifswalde). — III. Le traitement par diathermie chirurgicale des tumeurs malignes des voies antérieures. Rapporteurs : MM. GUNNAR HOLMGREN (Stockholm), DAN MACKENZIE (Londres). — IV. La structure anatomique de l'oreille moyenne et son influence sur le cours des suppurations de l'oreille. Rapporteurs : MM. J. MOURET (Montpellier), K. WITTMAACK (Hamburg).

La souscription qui donnera droit à un exemplaire des comptes rendus, est fixée à 30 couronnes danoises. Elle doit être payée au trésorier, Dr Jorgen Möller, Lykkesholms Alle 8, Copenhague V.

Les avantages matériels, les facilités de transport qui seront accordés aux congressistes et à leur famille ainsi que le programme d'une excursion-croisière dans les pays scandinaves coïncidant avec le Congrès seront publiés dans la suite. Pour renseignements complémentaires s'adresser au secrétaire général, Dr BLEGVAD 3, Nytorv, à Copenhague, ou au Dr René MIEGEVILLE, 11 place Vintimille, à Paris (IXe).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

peutiques inefficaces retardaient d'autant l'hémostase intestinale. C'est alors que, me fondant sur un fait clinique et thérapeutique que j'eus l'occasion d'observer avec mon interne et ami Raymond Garcin, à l'hôpital des Enfants-Malades, chez une adolescente de 16 ans, atteinte d'hématémèses graves et incoercibles qui furent traitées d'urgence par l'hétéro-hémothérapie maternelle, je prélevai chez la mère de ce nouveau-né 5 cmc. de sang dans une veine du pli du coude et l'injectai sous la peau du flanc de l'enfant ; je renouvelai cette thérapeutique deux fois par jour pendant trois jours et à la troisième injection l'amélioration était déjà nette. selles moins abondantes, moins sanglantes ; à la cinquième injection, toute trace de sang avait disparu dans les fèces. J'avais pendant la durée de ce traitement suspendu les premiers médicaments prescrits.

On reprit progressivement et avec précaution l'allaitement naturel puis mixte, la sécrétion lactée chez la mère ayant rapidement baissé.

En un mois, l'enfant avait repris son poids de naissance et depuis il a fait une croissance normale. Il me serait agréable de connaître à propos de cette observation, l'opinion des confrères qui me liront et auxquels je livre sans prétention scientifique ce fait d'intérêt pratique.

Dr André Lefebvre.
Bar-sur-Aube (Aube).

CORRESPONDANCE

Entr'aide confraternelle

Le docteur Forestier, de Langogne (Isère), désire connaître le confrère O. R. L. mobilisé à Dunkerque, en mai-juin 1918.

Fiscalité.

3585. — Perception des impôts.

Le receveur des Contributions indirectes de ma région chargé de percevoir l'impôt sur le chiffre d'affaires et l'impôt sur les automobiles a l'habitude de se rendre à domicile pour effectuer ses recouvrements.

A la suite d'une discussion que nous avons eue entre nous en matière d'impôts, ce fonctionnaire ne vient plus chez moi et déjà pour le troisième trimestre de cette année, il m'a prié de lui adresser le montant de mes impôts par mandat chèque alors qu'il était venu dans ma localité faire ses encaissements à domicile.

Dans le courant de la semaine dernière, il s'est présenté dans la maison que j'habite afin de percevoir le chiffre d'affaires chez un commerçant, mais il n'a pas daigné venir me présenter ma quittance d'impôts automobiles pour le quatrième trimestre bien qu'il se soit rendu chez d'autres propriétaires pour effectuer ses encaissements.

Ce fonctionnaire a-t-il le droit d'agir ainsi à sa guise et devant cette animosité évidente à mon égard, puis-je adresser une plainte au Directeur départemental afin de lui signaler les agissements de son subordonné ?

Peut-on obliger ce receveur à se présenter chez moi pour encaisser mes impôts puisqu'il procède de cette façon pour d'autres contribuables ? D^r^ C.

Réponse.

Légalement, le receveur n'a pas à aller percevoir la taxe chez les redevables ; s'il le fait, c'est de son bon gré. A. M.

3683.— Cessation d'exercice de la médecine. Formalités pour la suppression de la patente.

L'inquisition continuelle du contrôleur des contributions directes (je n'ai pas reçu moins de cinq lettres recommandées depuis le premier janvier) bien que je n'arrive pas à faire dix mille francs de recettes par an et la prochaine application de la loi sur les assurances sociales me décident à abandonner l'exercice de la profession à la fin de l'année.

En conséquence je vous serai obligé si vous vouliez bien me faire connaître les formalités à remplir pour me faire rayer de la patente dès le 31 décembre prochain. Je vous prierai de me faire savoir aussi si je pourrai, le cas échéant, faire des visites gratuites et rédiger des ordonnances quand je n'exercerai plus. D[r] X.

Réponse.

Pour ne pas être imposé à la patente en 1928, prévenez le contrôleur par lettre recommandée avant le 31 décembre.

Pour éviter la patente dans l'avenir, il vous appartiendra de justifier que vos visites et consultations sont faites *gratuitement et à titre occasionnel.* A. M.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

3462. — Visites en banlieue dans des agglomérations différentes

Il y a encore des assurances qui refusent d'admettre l'indemnité kilométrique pour les déplacements dans les cantons de V..., quand on va visiter un blessé dans une autre commune et qui prétendent que l'indemnité de déplacement est de 2 fr. quelle que soit la distance. Les notes sont réduites en conséquence. Exemple : j'ai été de T. à G. voir un accidenté ; distance parcourue chaque fois 10 kilomètres ; somme demandée pour chaque visite : 27 fr. ; somme offerte par l'assurance : 14 fr. C'est inadmissible ; mais que faire ? et qu'en pense le confrère Decourt ?

Ne serait-il pas possible d'insérer dans le tarif des accidents du travail un petit paragraphe spécifiant

que la distance kilométrique est applicable dans les communes en question.

Cela intéresse de nombreux confrères exerçant dans la région et qui sont victimes des mêmes fantaisies de la part des assurances.

Je tiens à votre disposition une correspondance avec une des assurances qui se montre absolument irréductible. Dr B.

Réponse.

L'indemnité de déplacement est payée au kilomètre parcouru en allant et en revenant, c'est un point général acquis. Seulement, on a fait remarquer que, dans les *grandes villes* et leur banlieue, on pourrait faire *à l'intérieur de l'agglomération* des kilomètres qui ne seraient pas payés, puisque (article 2, alinéa 6), il faut pour cela qu'il y ait « deux agglomérations ou hameaux différents ». Il y avait là une injustice pour le médecin de grande ville. Et c'est pour la réparer que j'ai proposé moi-même de fixer « *une indemnité moyenne de deux francs, quelle que soit la distance* », dans l'intérieur d'une agglomération, ce qui fut voté.

Mais, même dans la banlieue de Paris, quand il s'agit d'agglomérations *différentes* et, *à fortiori*, de communes *séparées*, le médecin rentre dans la règle générale. Et au lieu de compter 12 plus 2, soit : 14 francs pour *toute* visite, quelle que soit la distance, il compte 12 *plus x kilomètres à 1 fr. 50* ..... sur la distance du médecin *le plus rapproché*, comme toujours.

C'est le bon sens même et je m'étonne qu'il y ait lieu à chicane sur ce point. F. D.

II

3507. — Pansements de brûlures la nuit.

Je vous serai obligé de bien vouloir m'indiquer comment je dois compter les soins donnés à ma cuisinière victime d'un accident du travail. (Je suis autorisé par avenant spécial à le faire).

Brûlures des deux pieds.

J'étais à la campagne aux V., 1.700 habitants. Premier pansement le 9 septembre, à9 heures1 /4 du soir, faut-il compter triple visite ou pansements multiples.

Les autres pansements comment doivent-ils être comptés ? Ceux du dimanche ? Dr P.

Réponse.

Vous pouvez compter au choix : visite de *nuit* triple : 36 francs, ou bien : intervention de nuit avec 25 % de majoration (article 8). Or, ici, vous avez *deux* brûlures moyennes à 15 francs (article 28), donc : 30 francs plus 25 % de majoration, soit : 37 fr. 50. Pour les pansements ultérieurs, cela va tout seul : 15 plus 15, soit : 30 fr. pour les premiers jours, avec diminution au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation (note 1 de l'article 28). F. D.

III

3444. — Divers cas de pansements multiples.

Abonné au *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de me faire répondre aux questions suivantes :

1° Comment tarifer pour accidents du travail :

Pansements à deux doigts de la même main (un pansement à chaque doigt). Doit-on compter 24 fr., c'est-à-dire deux pansements séparés ou fr 15. (pansements multiples sur un même segment de membre) ?

2° De même pour :

Pansements à deux doigts de la même main plus injection de sérum antitétanique.

3° De même pour :

Pansements multiples pour plaies au niveau de l'avant-bras et de la main ?

4° De même :

Le pansement fait après un point de suture est-il compris avec cette intervention : le tout est-il tarifé 15 francs ?

Dr R.

Réponse.

1° *Deux cas* : *a*) Si blessures très superficielles (article 17), pansement simple compris dans le prix de la visite ou consultation ; *b*) si blessures profondes, pansements multiples sur un même segment de membre (*ibidem*), : 15 fr.

2° Deux cas également, les mêmes que ci-dessus. Dans le premier, on ne peut compter que l'injection antitétanique, autrement ce serait le cumul interdit par l'article 13. Dans le second, on compte : pansements multiples (tarif spécial) : 15 francs plus 20 francs (injection antitétanique).

3° Pansements au niveau d e l'avant-bras et de la main sont sur deux segments de membre *différents*, donc 12 plus 12.

4° Le pansement après toute intervention est le stade terminal de la dite intervention, avec laquelle il se confond.

F. D.

IV

3485. — Plaie du pouce avec hémostase plus épluchage.

Comme membre du « Sou médical », je viens vous soumettre une difficulté survenue avec une Compagnie au sujet d'un accident du travail.

J'ai soigné en janvier et février dernier un blessé (inclus certificat initial) atteint d'une blessure profonde au pouce avec hémorragie persistante, j'ai fait de l'hémostase, avec pince à demeure, régularisé les plaies et plusieurs sutures.

Je demande en plus de mes visites soit 13 : 40 pour l'hémostase et 40 pour régulariser plaies et sutures multiples.

La Compagnie ne veut me solder que 13 consulta-

tions à 12 et et un certificat, soit 156 fr. au lieu de 229 fr. que je lui demande (note incluse).

Je vous prierai de vouloir bien me dire si ma note est conforme au dernier tarif accident du travail, en vous priant au besoin de la confirmer sur ma note ci-incluse pour que je puisse la retourner à la Compagnie et me dire ce que je dois faire.

Dr M.

Réponse.

Vous comptez pour une simple blessure du pouce :

Hémostase et pince à demeure..... 40 fr.
Régularisation et suture de plaie... 40 fr.

Je ne puis vous suivre sur ce terrain :

1° L'article 17 parle d'une « hémostase par ligature ou pince à demeure au fond d'une plaie : 40 fr. ». Voyez-vous votre pince *au fond* d'une plaie du pouce ? Quant à moi, je ne le vois pas.

2° Votre régularisation et suture des plaies est plus discutable. Mais encore faut-il qu'il y ait eu « anesthésie générale ou locale, régularisation avec excision de tous les tissus morts, suture en vue d'une réunion par première intention, etc. » (voir la note 1 de l'article 17). Pouvez-vous placer tout cela dans votre pouce ? Je ne puis dire ni oui ni non de loin, sans avoir connu la plaie. Je crains donc : *a*) que vous soyez débouté *de plano* pour les premiers 40 francs ; *b*) que vous ne soyez pas en une posture inébranlable pour les seconds.

F. D.

V

3588. — Accident du travail ou non ? Le médecin traitant n'a pas à le déclarer dans son certificat.

Il y a un mois, une vache monte sur le gros orteil d'un domestique de ferme ; rien de très sérieux d'abord ; le blessé continue à travailler et à marcher malgré une légère suppuration sous-unguéale et ne juge pas utile de consulter un médecin. Or, il y a huit jours, je vois arriver cet individu à ma consultation et constate sous l'ongle de l'orteil traumatisé un bourgeon gros et suppurant, sorte de fongosité rougeâtre et douloureuse. Le blessé a dû couper l'ongle à cet endroit. Je cautérise au nitrate d'argent et le blessé me paye comme un client oridinaire. Aujourd'hui il revient ; pas d'amélioration ; de plus, son patron me prie de fournir des certificats pour la Compagnie d'assurances. Il m'est évidemment difficile d'affirmer la cause traumatique de cette lésion ; j'ai pourtant cru logique de délivrer le certificat, avec réserves. Je ne sais ce que l'assurance en pensera. De plus j'ai pratiqué sur ce blessé une intervention dont voici les grandes lignes : ablation de la moitié externe de l'ongle et de la matrice (comme pour un ongle incarné). Ablation de la tumeur que je reconnais être en réalité une exostose ; abrasion et ruginage jus-

qu'à l'implantation sur la phalangette. Or, je ne vois rien dans les tarifs d'accidents du travail qui me permette de fixer le prix de cette intervention. Combien devrai-je compter si l'assurance accepte le sinistre ?

J'avais pensé 50 fr. par analogie avec « curetage d'un petit os ». Qu'en pensez-vous ? J'ai naturellement opéré avec anesthésie locale par infiltration à la cocaïne.

Dr C.

Réponse.

1° Vous n'avez pas à déclarer dans votre certificat qu'il s'agit d'un accident du travail ou non. Et cel a pour la bonne raison que vous n'en savez rien. Décrivez la lésion, donnez son pronostic dans ce certificat, et rien d'autre. Si accident du travail, patron responsable. Si non accident du travail, c'est au blessé à vous payer ;

2° L'ablation d'un ongle est *compris* dans le prix de la visite ou consultation. Ici, dites-vous, il s'agit d'une exostose ? D'après vos explications (qu'il faudra donner à l'assurance), je trouve exacte votre analogie avec « curetage d'un petit os : 50 fr. ».

F. D.

Accidents du travail.

Le rôle du médecin contrôleur.

Les lois sociales, bonnes en principe, sont perverties dans leur application par une tourbe toujours à l'affut de mauvais coups.

La loi d'avril 1898 sur les accidents du travail avait créé une industrie assez lucrative, l'exploitation de plaies provoquées, truquées et entretenues ; mais on ne la rencontrait guère que parmi les dockers, les terrassiers et les journaliers, c'est-à-dire dans un milieu de dégénérés rétrogrades, à mentalité de primitifs. La loi du 13 décembre 1926, a eu le même effet, mais beaucoup plus important surtout parmi les chauffeurs. Les matelots sont généralement moins pervertis.

Avant cette loi, on voyait des geignards se plaignant de malaises vagues et cherchant à obtenir quelques jours de repos ; maintenant, on ne voit que des brûlures infectées de l'avant-bras ; celles du pied ayant été jugées gênantes pour profiter du séjour à terre.

Quand on congédie un chauffeur, ou simplement quand il veut faire la fête à terre, voici comment il opère : Pendant son quart en mer, il touche la porte chaude du foyer avec son avant-bras, fait constater un accident par ses camarades, et laisse évoluer, sans aucun soin, sa brûlure.

A l'arrivée dans le port, il se fait débarquer blessé et reste à terre avec une indemnité journalière de 40 fr. (salaire, 17 ; indemnité journée d'hôpital, 23, = 40 francs).

Cette plaie laissée sans soins ou irritée peut durer longtemps.

Dans ce cas, il est difficile d'établir que la brûlure

a été provoquée, et même que son infection a été voulue.

Dans d'autres cas, les preuves permettent d'établir péremptoirement la blessure volontaire.

Un exemple datant de deux jours : un marin, aussitôt en mer touche (?) un tuyau de collecteur (froid ou chaud, je n'ai jamais pu le savoir) avec sa jambe ; il se fait exempter de travail pendant les voyages en Angleterre et Rotterdam. A Rotterdam, il est rapatrié par le consul.

A son arrivée ici, l'agent de la compagnie le fait examiner et je constate à l'union du 1/3 inférieur et des 2/3 supérieurs du bord antérieur de la jambe une escharre nettement limitée mesurant 30/17 mm., à fond parcheminé avec des îlots blanc-jaunâtre (vieil ivoire) et d'autres brun-clair, entourée d'une zone rosée de réaction. Aucune trace de traumatisme.

En fait un *cautère*.

J'ai établi un certificat disant que le marin m'avait déclaré avoir été blessé le 3 ou le 4 novembre, qu'il présentait une escharre et que 20 jours seraient nécessaires pour la guérison.

D'autre part, j'ai dit à l'agent que cette plaie n'était point traumatique, mais provoquée par l'application d'un caustique alcalin (ammoniaque ou potasse) et que cette plaie entretenue par irritation pouvait durer fort longtemps, et je lui faisais remarquer qu'à la même jambe au-dessus de l'escharre, il existait une cicatrice elliptoïde qui devait être la trace d'une plaie semblable. C'est à cette occasion que je pose la question ci-jointe pour savoir si je puis consigner dans un rapport à l'armateur ce que je lui ai exposé verbalement sans être exposé à une action de la part de celui que je vise dans le rapport.

Notre silence, dans ces cas, est coupable et serait un encouragement à la généralisation de cette pratique.

Les syndicats communistes de marins font une propagande intense, ils montrent aux marins combien il leur est facile d'obtenir une indemnité journalière de 40 fr. et ils leur en fournissent tous les moyens, y compris le médecin marron qui est chargé de trouver la maladie et d'établir le certificat *ad hoc*.

Question.

Un médecin désigné par l'armateur aux fins d'examen d'un marin blessé à bord d'un navire et bénéficiaire de la loi du 13 décembre 1926 (sur la marine de commerce) peut-il, étant contre-visiteur et, de ce fait, non astreint au secret professionnel, exposer complètement, dans son rapport, ses constatations et surtout les conséquences qu'il en déduit ?

Par exemple peut-il indiquer, dans son rapport à l'armateur, que l'affection dont se plaint le marin n'a aucun caractère traumatique, qu'il s'agit d'une plaie provoquée par un caustique ou entretenue par des corps irritants en indiquant les caractères objectifs de la lésion qui ont motivé son opinion ?

Ce médecin, en ce faisant, n'a-t-il pas lieu de

craindre que le faux blessé, sous l'influence d'un syndicat, se retourne contre lui et lui intente une action en dommages-intérêts pour des affirmations qn'il estime mensongères et calomnieuses ?

En un mot, un médecin contre-visiteur peut-il dans son rapport porter de bonne foi une accusation motivée par des faits, sans craindre une action de la part de celui qui y est visé ? Ce rapport pouvant être le point de départ d'une plainte en justice.

Dr P. N.

Réponse.

Aux termes de l'article 4, § 5, de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905 le médecin contrôleur a pour mission « de renseigner le chef d'entreprise sur l'état de la victime ».

Si le législateur a décidé que le médecin traitant dûment prévenu par lettre recommandée, 48 heures à l'avance, peut assister à la contrevisite, ce n'est pas pour que les deux praticiens puissent avoir ensemble une véritable consultation médicale, mais pour que le blessé puisse opposer une déclaration personnelle et le certificat de son médecin, à la déclaration patronale et au certificat médical annexé, rédigé par le médecin du chef d'entreprise.

Les deux intérêts sont ainsi sauvegardés et peuvent être soutenus et opposés en justice s'il y a lieu.

En second lieu, citons un jugement du tribunal civil de Nîmes, du 15 janvier 1914, qui définit ainsi le rôle du médecin contrôleur :

« Attendu que le législateur a eu uniquement en vue de permettre au chef d'entreprise de se rendre compte de l'état de santé de l'ouvrier, qui pourrait être tenté de bénéficier plus que de raison de l'indemnité de demi-salaire... »

Par conséquent le rôle du médecin contrôleur est de s'assurer si la blessure existe, si elle est en rapport avec les témoignages de l'accident, avec la manière dont celui-ci se serait produit, en un mot si la blessure semble provenir du travail, ou si elle paraît suspecte comme origine.

Le praticien a donc l'impérieux devoir de signaler, en toute franchise, à son mandant, le chef d'entreprise, tout ce qu'il a vu, entendu, surpris au cours de sa visite de contrôle.

Il n'est nullement lié par le secret professionnel, vis-à-vis de l'ouvrier, dont il n'est pas le médecin traitant.

Allant même plus loin, si le docteur du blessé se laisse aller à des confidences, vis-à-vis de son confrère, le médecin contrôleur, et si ce dernier dévoile certains détails au chef d'entreprise, le médecin traitant est coupable du délit de violation du secret professionnel (Cour de cassation 9 mai 1913.)

Parler librement au docteur contre-visiteur, dévoiler certaines tares, coexistantes, ou des

états antérieurs serait, pour le médecin traitant, la même chose que de dévoiler ces renseignements au patron lui-même.

Au praticien, représentant les intérêts du chef d'entreprise, de se faire une opinion personnelle et d'en rendre compte à celui dont il représente les intérêts.

D'ailleurs, le médecin contre-visiteur n'a aucune qualité pour « s'immiscer dans les soins donnés à l'ouvrier par le médecin de son choix », ou par les médecins de l'hôpital où celui-ci est soigné (circulaire ministérielle du 3 mai 1905.)

Le jugement du tribunal de Nîmes précité le rappelle ; « attendu qu'il n'est pas possible de dire que le législateur a voulu permettre au médecin désigné par le patron de surveiller la nécessité et la réalité des interventions, ou des visites du médecin choisi par l'ouvrier ; qu'il n'est pas admissible, en définitive, que le législateur ait voulu mettre en suspicion le médecin traitant. »

Il est fort regrettable, en effet, que la loi sur les accidents du travail puisse donner lieu à des abus sans nombre. Mais, le rôle du corps médical me semble être bien défini.

Lorsque le médecin traitant se trouve en présence d'une plaie, dont l'origine lui paraît suspecte, le praticien doit se refuser à devenir le complice du blessé, si celui-ci avoue sa supercherie.

Sinon, si le doute est permis, devant les dénégations de la victime, le docteur fera bien de peser attentivement les termes de son certificat : « je déclare avoir examiné le nommé X, qui m'a déclaré avoir été blessé au cours de son travail. Je constate une blessure, dont voici les caractéristiques... »

Au chef d'entreprise de recueillir les témoignages des témoins de l'accident et de les comparer avec le certificat ou les renseignements techniques que lui fournira le médecin qu'il déléguera aux fonctions de contre-visiteur.

S'il y a doute, le juge de paix nommera un médecin expert.

Mais le docteur, choisi par le blessé, est lié, par rapport à ce dernier, par le secret professionnel.

Au contraire, le médecin contrôleur n'est pas lié au blessé par les termes de l'article 378 du code pénal et doit tout dire à son mandant, le chef d'entreprise.

Il est l'homme de l'art, représentant les intérêts du chef d'entreprise ou de l'assurance de ce dernier : il lui incombe donc le devoir d'informer son mandant des irrégularités qu'il peut surprendre, ou de tout ce qui lui paraît suspect.

Ce docteur indiquera que l'aspect de la plaie lui permet de croire qu'il y a eu peut-être simulation d'accident, que la blessure ne lui paraît

pas devoir concorder avec les déclarations du blessé et le récit qu'il fournit de l'accident causal. C'est lui, et non le médecin traitant, qui doit attirer l'attention du chef d'entreprise ou de l'assurance de ce dernier sur les doutes qu'il peut avoir sur la bonne foi du blessé supposé.

Le médecin traitant, au contraire, doit se taire ; il doit soigner la plaie, la décrire minutieusement dans son certificat ; mais il n'a pas à établir la relation de cause à effet, entre le traumatisme, auquel il n'a pas assisté et la lésion, qu'il doit guérir.

Conclusions. — En matière d'accident du travail, que ce soit sous l'empire de la loi de 1898 ou du code maritime, le médecin, désigné par le chef d'entreprise ou l'armateur, a le devoir d'indiquer, à son mandant, tout ce qui lui paraît suspect, ou irrégulier : il est envoyé pour cela.

Néanmoins, ce praticien devra se garder de porter à la légère des affirmations trop hâtives. Il ne doit pas avoir d'opinions préconçues, ni voir, dans tout blessé, un carottier, un escroc.

Guidé par l'esprit scientifique, qui admet le doute, le médecin contrôleur devra examiner soigneusement la plaie, interroger lui-même le blessé, comparer les déclarations de ce dernier à l'aspect de la plaie, vérifier si les assertions de la prétendue victime cadrent parfaitement avec le traumatisme invoqué, etc.

L'homme de l'art doit confier à son mandant tous les doutes qu'il peut avoir sur la véracité de l'accident pour permettre au chef d'entreprise responsable de faire toute enquête qu'il jugera nécessaire pour défendre ses intérêts.

Dr Paul Boudin.

Questions médico-militaires.

3417. — Pension d'un médecin aide-major réformé à 30 %.

Pourriez-vous me dire quelle est, depuis l'augmentation à dater du 1er août 1926 accordée par la loi du 16 juillet 1927, la pension trimestrielle d'un médecin aide-major de 1re classe (1er échelon) pensionné à 30 % et ayant deux enfants de moins de 18 ans.

Dr H.

Réponse.

Un médecin aide-major de première classe (1er échelon), pensionné à 30 %, touche, par an, après les dernières augmentations, la somme de 1.887 francs, plus 190 francs par enfant de moins de 18 ans.

Quarante-neuvième année | N° 50 | 11 Décembre 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3218-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1[re] Zone 75 fr. — 2[e] Zone 100 fr.

AVIS

I

Agenda Memento du Praticien

L'édition 1928 vient de paraître et l'expédition qui a eu lieu par poste recommandée est terminée. Les souscripteurs doivent donc avoir satisfaction à l'heure actuelle.

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 23 fr. à notre compte de chèques postaux : *Concours Médical* Paris 167-95.

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *prix considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, Paris 167-95.

***Toute demande de renseignements doit être accompagnée* d'un timbre pour la réponse.**

N° 662. — Ouest. Excel. poste méd. proxim. grande ville, seul médecin, à céder avec belle maison 9 p., tout confort, gr. jardin, garage, facil. paiement.

N° 663. — Vieille client., 85 km. Paris, proxim. grande ville, 75.000 touchés en moyenne. A céder pour raison de santé.

N° 664. — A vendre Delage 12 CV 1914, cond. intérieure, marche parfaite. Prix 3.000. Achèterais d'occasion appar. sphygmotensiomètre Vaquez de préférence. Dr Gannat, 16, rue du Maréchal Foch, à Vichy.

N° 665. — On dem. de suite infirmière munie bonnes réf. pour tenir petite clinique chirurgicale à Laigle chez le Dr Beauchef.

N° 666. — Ille-et-Vilaine. Cond. int. 4 pl. Citroen B 12, 1926, avec freins et ress. AV, parf. état mécan., carrosserie excell., peu roulé. Faire offres.

N° 667. — Ille-et-Vilaine. Cabr. Citroen 5 CV, état méc. parfait, carros. bonne. Faire offres.

N° 668. — Appar. chauff. électro-vapeur, N° 7, valeur 1.400, à céder pour 600, ayant peu servi. Dr Brun, 15, rue Réaumur, à Paris.

N° 669. — Paris 15e, client. de méd. générale datant de 25 ans, à céder pour raison santé. Bel appart. de 5 p., dont install. complète et mobilier sont à vendre.

Nº 670. — Doct. serait reconn. à confrère qui pourrait lui procurer un carnet du timbre « Minéraline » à 0.10 vert. Offre 50 fr. par carnet. Adress. Dr Cornillon, boulevard Carnot, à Vichy.

Nº 671. — Yonne, région agréable, poste de propharm. rapp. 84.000, gr. maison avec pet. loyer et bail. A céder urgence avec 20.000 compt. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 672. — Paris. Clinique méd. génér. très bien située, avec cab. dent. 5 salles. A céder pour prix de l'install. neuve : 20.000. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Gob. Tél. 36-46.

Nº 673. — Stat. climatique Sud-Ouest. Mais. de repos, aff. 300.000, 22 ch., gr. confort, conviendr. par sa situation au traitement de la tuberculose, malade. infant. Compt. demandé 500.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. Lesage est élu membre de l'Académie de médecine dans la IIIe section (*Hygiène*).

— **Faculté de Paris.** *Inauguration des nouveaux laboratoires de physiologie.* — Les nouveaux laboratoires de physiologie expérimentale de la Faculté de médecine de Paris, élevés sur un terrain contigu à l'hôpital franco-brésilien (rue de Vaugirard), viennent d'être inaugurés en présence du ministre de l'Instruction publique. Ils sont dirigés par M. Santenoise.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — Il est question de transférer la Faculté de médecine de Lyon à Grange-Blanche où de vastes terrains ont été achetés à cet effet. La Fondation Rockefeller aurait accordé une subvention de 41 millions à la ville de Lyon pour l'édification de cette nouvelle Faculté.

— **Lyon.** — M. Dunet, agrégé de la Faculté, est nommé chirurgien de l'hôpital français du Caire.

— **Hôpitaux de Nantes.** *Internat.* — Ont été nommés, à la suite du dernier concours : internes en médecine, MM. Mattéi, Raffray, Diais, Crémet, Baron et Pasquereau ; internes provisoires, MM. Linval, Rouault et Veyrac.

— **Æsculape.** *Sommaire du numéro de novembre 1927.* — Un portrait-charge de Requin (1 ill.) ; L'hôpital du Roi à Burgos (3 ill.), par le Dr Fernan-

Pérez ; Le sommeil dans l'Art (16 ill.), par le Dr Henry Meige ; Une estampe satirique du XVIIIe siècle (1 ill.); Sainte-Beuve et Raspail (4 ill.), par Georges Morin ; Une beauté Mangbetou (1 ill.) ; Supplément (13 ill.).

— **Département des Basses-Alpes.** *Médecin de dispensaires antituberculeux.* — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination, dans le département des Basses-Alpes, à Digne, d'un médecin spécialisé en tuberculose, qui sera chargé en outre de la direction du service départemental d'hygiène à la Préfecture.

Les candidats doivent être Français, âgés d'au moins 28 ans, et être pourvus du diplôme de docteur en médecine et du diplôme supérieur d'hygiène. Ils devront s'engager à ne pas faire de clientèle dans le département.

Le traitement annuel est de 34.000 fr., plus frais de déplacements jusqu'à concurrence de 6.000 fr. Adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, les demandes d'admission à ce concours, avec les titres de spécialisation pour chaque candidat, avant le 30 décembre.

— **Département de l'Aisne.** *Inspection d'hygiène.* — Rappelons que le concours de médecin inspecteur adjoint d'hygiène du département de l'Aisne sera ouvert le 12 décembre. Le traitement attaché à cette fonction est de 22.000 fr. plus diverses indemnités, notamment une indemnité annuelle de déplacements de 11.000 fr. Le concours à lieu sur titres, travaux, états de service, particulièrement en matière de phtisiologie et syphiligraphie. Les candidats doivent s'engager à rester en fonction pendant une durée minimum de trois ans.

Circuits Corses Cirnéa, en torpedo : La Cie Cirnéa (5, quai Rauba-Capeu, à Nice), enverra volontiers à nos Membres les programmes de ces Circuits dans l'Ile : (une réduction de 10 % leur sera consentie sur les prix indiqués).

A TRAVERS L'OFFICIEL

26 *novembre.*

Examen d'Etat d'infirmières.

Arrêté du 15 *novembre* 1927 *modifiant l'article* 9 *de l'arrêté du* 15 *juin* 1926 *fixant les conditions d'admission aux examens d'Etat d'infirmières.*

Art. 1er. — L'article 9 de l'arrêté du 15 juin 1926 fixant les conditions d'admission aux examens d'Etat d'infirmières et notations de ces examens est modifié comme suit :

Les mentions à donner correspondront au total des points ci-après :

Très bien................	270 à 300 points.
Bien	240 à 270 points.
Assez bien...............	210 à 240 points.

Hygiène publique.

Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental, d'hygiène des Ardennes.

Un concours sur titres, pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène des Ardennes, est ouvert à Mézières, jusqu'au 15 janvier 1928.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Le concours devra être réservé par priorité aux hygiénistes déjà en fonctions et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français, et seulement au cas où aucun des candidats ne serait retenu, aux autres docteurs en médecine.

Leur demande, rédigée sur timbre à 3 fr. 60, devra être adressée à M. le préfet des Ardennes (cabinet), avec le dossier réglementairement composé ainsi qu'il est prescrit ci-dessous, avant le 15 janvier 1928, dernier délai :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée ;

2° Acte de naissance ;

3° Copie certifiée conforme du diplôme d'Etat de docteur en médecine ;

4° Certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

5° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

6° Certificats établissant la situation du candidat au point de vue militaire et ses états de services ;

7° Exposé des titres, travaux, services ;

8° D'un exemplaire de ses principales publications;

9° Engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre, par conséquent, à aucune fonction ou mandat public ;

10° Engagement, en cas de nomination, à rester en fonctions dans le département, pendant une durée minima de trois ans ;

11° Engagement, en cas de démission ou de nomination à de nouveaux postes, de continuer à assurer son service dans le département pendant trois mois au maximum.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 15 janvier 1928.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est de 30.000 fr., auquel s'ajouteront les indemnités ordinaires touchées par les fonctionnaires du département.

Il percevra, en outre, 3.000 fr. en qualité de secrétaire général de l'office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

29 *novembre.*

Hygiène publique coloniale.

Décret du 22 novembre 1927 abrogeant et remplaçant

le décret du 27 septembre 1927 sur la protection de la santé publique en Afrique Occidentale française.

Art. 1er. — Le décret du 27 septembre 1927 sur la protection de la santé publique en Afrique Occidentale française est abrogé et remplacé par le suivant :

« En cas d'épidémie ou de tout autre danger imminent pour la santé publique, déclaré par arrêté du gouverneur général ou des lieutenants-gouverneurs, les contrevenants aux prescriptions des règlements sanitaires prévues aux articles 1er, 4, 6 et 11 du décret du 14 avril 1904, modifié par le décret du 6 mai 1922 sur la protection de la santé publique en Afrique occidentale française et sanctionnées par l'article 18, alinéas 1er et 3, et à toutes autres dispositions arrêtées par les autorités administratives seront immédiatement appréhendés et jugés dans les conditions prévues par la loi du 20 mai 1863 sur l'instruction des flagrants délits et seront punis des peines suipantes :

« Amende de 500 à 1.000 fr. et, en cas de récidive, de 1.000 à 5.000 fr.

« Emprisonnement de trois mois à un an et, s'il y a récidive, de un à deux ans.

« L'amende et l'emprisonnement peuvent se cumuler.

« Les infractions ci-dessus visées sont de la compétence des tribunaux de simple police.

« Dans les mêmes cas les infractions à l'article 20 du décret du 14 avril 1904 seront punies des peines suivantes :

« Amende de 500 à 1.000 fr. et, en cas de récidive, de 1.000 à 5.000 fr.

« Emprisonnement de deux mois à un an et, s'il y a récidive, de un à deux ans.

« L'amende et l'emprisonnement peuvent se cumuler.

« L'article 463 du code pénal est applicable dans tous les cas prévus par le présent décret. »

Art. 2. — Dans les mêmes cas d'épidémie ou d'autres dangers quelconques pour la santé publique, les étrangers contrevenants pourront être expulsés des territoires de la colonie par arrêté du gouverneur général pris en conseil du Gouvernement ou, en dehors des sessions, en commission permanente.

Art. 3. — Dans les mêmes cas, la contrainte par corps est applicable pour défaut de payement de l'amende.

Art. 4. — Les mesures prises par les autorités administratives pour la protection de la santé publique pourront être permanentes et les pénalités prévues à l'article 1er du présent décret prononcées même en dehors des périodes d'épidémie.

Art. 5. — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent décret.

Art. 6. — Le ministère des colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié un *Journal officiel* de la République française, au *Journal officiel* de l'Afrique occidentale française et inséré an *Bulletin des lois* ainsi qu'au *Bulletin officiel* du ministère des colonies.

Renseignements divers

Obtention de la carte de combattant.

Il est rappelé aux médecins du front que le certificat provisoire, permettant l'obtention ultérieure de la carte du combattant, ne peut être délivré qu'aux seuls médecins ayant servi pendant au moins 3 mois dans une des formations suivantes :

(Guerre 1914-1918 et T.O.E.)

Unités combattantes.

Groupes de brancardiers.

Ambulances et sections d'hospitalisation divisionnaires.

Les demandes pourront être établies par l'intermédiaire de l'*Association des médecins de l'Avant,* en les envoyant au Dr de Médevielle, secrétaire général, 62, rue Erlanger, Paris, 16e.

Les ayants droit devront formuler leur demande (avec signature légalisée par le maire ou, dans les grandes villes, par le commissaire de police en ce qui concerne les militaires) ; sur papier libre, en produisant les renseignements suivants destinés à faciliter l'examen de leurs titres :

Nom, prénoms, grade, classe et numéro matricule au recrutement ;

Adresse actuelle ;

Affectations successives au cours de la guerre 1914-1918, ou des opérations effectuées sur l'un des théâtres d'opérations extérieurs (avec dates correspondantes) ;

Dates et lieux des blessures reçues ;

Dates des évacuations de l'une des unités énumérées au tableau I, annexé au décret du 28 juin 1927 (joindre le cas échéant, la copie certifiée conforme par l'autorité locale des pièces relatives à l'évacuation) ;

Date et lieu de la capture.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Dans quelles circonstances un chirurgien-dentiste peut-il être désigné comme expert ?

En matière criminelle, il n'y a pas de doute : aux termes de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892, seuls les docteurs en médecine, inscrits sur les listes officielles des experts, peuvent être désignés par l'autorité requérante (Procureur de la République, juge d'instruction, etc.).

Mais, en matière civile, faut-il, d'après les termes du dit article 14 : « les fonctions de médecins experts près les tribunaux, ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français », déduire que quiconque ne possède

pas le diplôme de docteur en médecine ne peut remplir les fonctions d'expert civil ?

Faut-il, au contraire, admettre qu'en matière civile, le choix des experts médicaux est libre ?

De la lecture des textes législatifs et réglementaires, la seconde interprétation semble être la bonne.

En effet, aux termes des articles 303 et suivants du code de procédure civile, les parties ont le libre choix de leurs trois experts, à moins qu'elles ne se mettent d'accord pour la désignation d'un seul expert.

En second lieu, le décret du 21 novembre 1893, portant réglement d'administration publique, modifié par les décrets des 12 août 1904 et 10 avril 1906, spécifie les conditions selon lesquelles seront désignés les docteurs en médecine, auxquels sera conféré le titre d'expert devant les tribunaux.

Mais il faut remarquer que le chapitre II dudit décret, modifié par celui du 5 octobre 1920, ne concerne que les honoraires pour les expertises criminelles.

Il faut donc en déduire que le décret du 21 décembre 1893, rendu pour application de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892, ne concerne que les expertises criminelles et non les civiles, celles-ci restant soumises au droit commun et aux dispositions du code de procédure civile.

Telle est également l'opinion du professeur Perreau, professeur de législation industrielle à la Faculté de droit de Toulouse, (Vade-mecum du chirurgien dentiste, éditions de la *Semaine dentaire*).

Pour cet auteur, les plaideurs ont, au civil, tout pouvoir de choisir eux-mêmes leurs experts ; d'où l'on déduit celui du juge de désigner aussi librement les experts nommés d'office, même dans les expertises médicales (Cass. civ. 15 novembre 1914 ; S. 1915.1.17 ; D. 1917.1.22).

« Plaideurs, ou juges, ajoute le prof. Perreau, peuvent donc charger d'expertise dentaire, non seulement un docteur en médecine qui ne serait pas inscrit sur les listes officielles d'experts, mais un chirurgien dentiste, un dentiste patenté, ou même, dans les questions de son métier, un mécanicien façonnier. »

Mais une difficulté peut surgir : aux termes de l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892, les docteurs en médecine et les chirurgiens dentistes peuvent exercer l'art dentaire.

Il est évident que la formation scientifique des premiers doit être considérée comme étant plus complète que celle des seconds. De plus, en vertu de l'article premier de la loi de 1892, les docteurs en médecine stomatologistes ont la faculté de pratiquer des interventions et de donner certains soins, que ne peuvent pas donner les chirurgiens dentistes, justement parce qu'il

manque, à ces derniers, le titre de docteur en médecine et les droits y conférés.

Par conséquent, on ne pourrait confier à un chirurgien dentiste la possibilité d'apprécier, en technicien, le travail professionnel exécuté par un stomatologiste, qui a un diplôme et des droits professionnels plus étendus.

Une circulaire du Garde des Sceaux, du 11 juin 1912 (*Bull. Min. Just.*, 1912., p. 226) recommande instamment, dans les affaires concernant personnellement les chirurgiens dentistes, de confier autant que possible l'expertise à un expert possédant un titre au moins égal à celui du confrère en cause.

Notamment, dans les affaires concernant des docteurs en médecine stomatologistes, le ministre recommande de ne désigner, comme experts, que des docteurs en médecine spécialisés dans l'art dentaire.

Un jugement d'appel de la 7e chambre du Tribunal civil de la Seine, du 17 novembre 1913, réformant un jugement de paix de Paris, VIe arr. du 15 avril 1913, fait application de ce principe :

« Attendu que, sur une demande de paiement en 500 fraacs, formée par O. et B. docteurs dentistes, contre H., devant le juge de paix du VIe arrondissement de Paris, celui-ci a rendu, à la date du 15 avril 1913, avant faire droit, un jugement renvoyant les parties devant S. lequel n'est pas docteur en médecine, mais seulement chirurgien-dentiste diplômé ;

« Attendu que les docteurs O. et B., se basant sur les termes de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892, ainsi conçu : « les fonctions de médecins experts près les tribunaux he peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français » et en outre sur une circulaire du Garde Sceaux, du 11 juin 1912, adressée aux procureurs généraux près les cours d'appel, ont interjeté appel dudit jugement du 15 avril 1913 ;

« Attendu qu'il y a lieu de réformer la décision attaquée comme contraire aux termes de l'article 14 précité et de la circulaire ministérielle du 11 juin 1912, M. le juge de paix du VIe arrondissement ayant désigné, comme expert, dans le litige entre les docteurs stomatologistes O. et B. et le sieur H., pour soins dentaires, S., lequel n'est pas docteur en médecine, mais chirurgien-dentiste diplômé ;

« Par ces motifs infirme le jugement incriminé, en ce qu'il a nommé expert, dans un litige de médecine dentaire, le sieur S., non docteur en médecine et qui ne figure pas du reste sur la liste dressée par le tribunal. »

« En conséquence, nomme le docteur C. dentiste, lequel....

Comme conclusions, nous pouvons dire que les listes des experts, au criminel, ne doivent

Voir la suite page LXIII-3281

PROPOS DU JOUR

L'apaisement. En marche vers la fusion prochaine.

Les Congrès des Syndicats médicaux de France.

Le banquet de l'Union des Syndicats médicaux.

La crise de confiance qui divisait les Syndicats médicaux paraît dissipée. Car il s'agissait bien là uniquement d'une crise de confiance. Les uns prétendaient que les autres voulaient les « rouler » ; les autres étaient convaincus que les uns étaient de mauvaise foi. Nous sommes persuadés qu'aucun, dans les deux camps, ne songeait à « rouler » personne. Mais il eût été très difficile de convaincre les intéressés. Les polémiques, depuis deux ans, s'étaient accompagnées de tant de violences et de termes blessants, avaient suscité tant de préjugés sur les intentions de chacun de part et d'autre, que beaucoup de gens sensés croyaient la scission irrémédiable et pensaient que l'Union de nos Syndicats médicaux ne pourrait renaître qu'après l'expérience de quelques années de misère provoquée par leur désarroi. Malgré ces sombres pronostics, nous avions conservé l'espoir. Nous avions confiance dans le bon sens de la très grosse majorité de nos confrères. Notre attente optimiste n'a pas été déçue.

Le Congrès des Syndicats médicaux s'est tenu et a dissipé l'orage. De temps à autre, nous avons bien entendu quelques coups de tonnerre, mais ils étaient de plus en plus lointains, de plus en plus sourds et étaient le prodrome de l'apaisement. Nous avons senti que la grande majorité, disons la presque unanimité de la salle, n'avait qu'un désir, celui de s'entendre. Petit à petit ceux qui conservaient encore quelque méfiance, furent entraînés, et les propositions de la Commission d'organisation qui avait su habilement et sagement rédiger un texte simple, clair et précis, où chaque parti s'était fait des concessions réciproques, furent votées à l'unanimité.

Remercions les organisateurs du Congrès, MM. Desrousseaux et Jayle, du succès de leurs efforts, de la souplesse qu'ils mirent à concilier ceux qui, hier, paraissaient inconciliables.

Remercions le président, le professeur Balthazard qui, avec une indiscutable maîtrise, a su diriger les débats et les a empêchés de dévier. Nous l'avons entendu accuser de faiblesse, parce qu'il permit à quelques orateurs d'exposer leur opinion alors que la clôture de la discussion avait été votée. Nous ne sommes pas de cet avis ; M. Balthazard s'est efforcé de laisser le plus possible chacun s'épancher à sa guise. Il est trop bon psychologue pour ne pas savoir l'esprit de révolte qui anime celui à qui l'on empêche d'exposer ses idées : la tolérance est la meilleure méthode pour faciliter l'apaisement.

Parmi les orateurs, nous ne citerons personne. Nous nous contenterons de constater que, tant du côté de la Fédération que du côté de l'Union, un grand effort de bonne volonté a été fait et que d'heureuses paroles de conciliation ont été prononcées par des confrères dans la bouche desquelles elles paraissaient inattendues.

Une Commission a été nommée par les trois groupements de Syndicats médicaux pour étudier les satuts d'une nouvelle confédération unique. Nous espérons, qu'animée de l'esprit du Congrès, elle arrivera à mener à bien cette tâche qui n'est pas, nous en convenons, dépourvue de difficultés.

***

Au banquet de l'Union des Syndicats médicaux de France qui a eu lieu à Lutetia le 1er décembre et qui comptait, parmi les invités, le Doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le professeur Roger, le Dr Lenormant, chirur-

gien des hôpitaux de Paris, membre de la Commission du tarif des accidents du travail ; le Dr Bellencontre, président de l'Association générale, le doyen d'âge de l'Union ; le Dr Smester, qui, malgré ses 82 ans, est resté toujours jeune de corps, d'esprit et de cœur, et quelques autres délégués aux grandes Commissions officielles ; le président Decourt, après avoir annoncé sa retraite, a dit un mot aimable à chaque invité, et aux membres du Conseil que la rigueur des statuts oblige à la retraite. Aux applaudissements unanimes de l'Assemblée, il a rendu hommage au dévouement sans bornes et au travail acharné du secrétaire général Lenglet que le surmenage auquel il s'est livré, a rendu malade et qui n'a pu, de ce fait, assister au banquet. Il est juste de reconnaître de si éminents services que l'on saura mieux apprécier quand 'apaisement des passions permettra à la critique de se manifester avec toute l'impartialité désirable.

***

Le syndicalisme médical est, a-t-on dit, à un tournant de son histoire. Nous souhaitons sincèrement qu'il sorte plus fort de l'épreuve par laquelle il vient de passer. Nous sommes de ceux qui craignent moins les rigueurs des textes de loi que les interprétations que l'on en donne pour les appliquer, et ces interprétations varieront selon la cohésion du corps médical organisé et la puissance de notre syndicalisme. Toute l'histoire de l'action du syndicalisme médical démontre cette vérité. Aussi, applaudissons-nous de tout cœur à l'apaisement actuel, prélude, nous l'espérons, d'une véritable renaissance du syndicalisme médical français.

J. NOIR.

A la Société d'Anthropologie de Paris.
Généreux exemple à suivre.

L'Assemblée générale de la Société d'Anthropologie de Paris s'est tenue le 1er décembre, sous la présidence de M. le Dr Bloch. Après la lecture de rapports très motivés du Dr Georges Paul-Boncour et de Mlle Coupin, le prix Juglar (8000 francs) a été décerné à M. le Prof. ANTHONY, du Muséum d'histoire naturelle, pour le beau livre d'anatomie comparée qu'il vient de terminer sur l'encéphale et pour ses importants travaux sur le système nerveux ; le prix Fauvelle (2.000 fr.) a été décerné à M. le Dr DE SANTA-MARIA, pour ses savantes études anthropologiques

MM. Anthony et de Santa-Maria ont spontanément déclaré, tout aussitôt après la proclamation de leurs noms, qu'ils faisaient don du montant de leurs prix à la Société dans le but de lui permettre d'améliorer et de développer la publication de ses travaux. Il nous a paru que ce geste généreux, méritait d'être souligné ; espérons qu'à la Société d'Athropologie et dans nombre d'autres sociétés, éprouvées comme elle par les conséquences économiques créées par la guerre, cet exemple trouvera des imitateurs.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES PÉRITONITES TYPHIQUES SANS PERFORATION

Par Robert LIEGE, et Henri-René OLIVIER,

Internes des hôpitaux.

Dans les services spécialisés, réunissant un grand nombre de fièvres typhoïdes graves, les syndromes douloureux de l'abdomen ne sont pas rares. Ils posent toujours un problème diagnostic important et délicat, comportant souvent, comme conséquence, un acte chirurgical grave, mais parfois heureux lorsque précoce.

Il s'agit, dans la règle, de typhiques graves, dont l'état général est sévèrement atteint ; la température est élevée, le pouls rapide et le facies altéré ; la diarrhée est abondante et des hémorragies intestinales ont pu survenir les jours précédents ; l'abdomen est ballonné et sensible.

L'apparition, sur un tel tableau, d'une douleur abdominale même modérée doit attirer l'attention et faire rechercher les signes d'une perforation. Les classiques donnent, pour dépister cette complication dès son début, de nombreux signes : chute de la température, accélération du pouls, arrêt des matières et des gaz, etc... En réalité, les signes manquent le plus souvent, certains d'entre eux existent déjà avant la douleur et perdent, de ce fait, toute valeur utile ; et ce n'est en général que par une surveillance attentive de l'abdomen, qu'on met en évidence un étalement de la douleur, l'apparition d'une contracture localisée, d'abord confuse, mais qui se précise et s'étend.

C'est ainsi que nous avons pu faire opérer quelques malades.

Des syndromes douloureux de l'abdomen que nous avons suivis pendant nos gardes à la Maison municipale de santé, nous rapportons les cinq observations suivantes, qui, mises en parallèle, nous semblent intéressantes pour l'étude des péritonites typhiques.

I — Mme A..., 34 ans, fait une hémorragie intestinale au début du deuxième septénaire ; au quatorzième jour elle se plaint le matin de petites douleurs abdominales ; il n'y a rien d'objectif à l'examen pratiqué à ce moment. La matinée est calme, mais les douleurs reprennent au début de l'après-midi avec contracture localisée à gauche. Cette contracture se généralise rapidement, et le pouls s'accélère ; on intervient et on trouve une petite perforation du grêle à 10 cm. du cæcum, l'anse est malade, il existe une péritonite purulente on abouche l'anse à la paroi au niveau de la perforation.

Drainage du Douglas par incision sus-pubienne. Mort le lendemain.

II. — M. C..., Danois, 27 ans, typhoïde au début du deuxième septénaire. Se plaint, le 15 mars, vers 4 heures, d'une douleur diffuse dans tout l'abdomen et qu'on ne peut faire préciser, le malade étant dans un état ataxo-adynamique grave depuis plusieurs jours. A ce moment rien de particulier à l'examen de l'abdomen. Revu deux heures plus tard, le malade présente alors une contracture nette de l'abdomen ; On intervient. L'incision est faite sur le bord externe du grand droit ; à droite le péritoine contient un liquide *jaune clair* abondant. On attire au dehors les derniers centimètres de l'iléon qui sont recouverts de fausses membranes. On les nettoie avec du sérum chaud, et on aperçoit une petite perforation circulaire sur le bord libre de l'iléon à 20 cm. environ de l'angle iléo-cæcale. On suture au fil de lin et on enfouit sous un petit surjet transversal. On fixe l'anse au péritoine pariétal par les extrémités du surjet. On met un drain.

Le malade meurt le lendemain.

III. — M. P..., 38 ans, deuxième septénaire d'une typhoïde grave, ataxo-adynamique.

Deux jours après une hémorragie intestinale, on voit survenir un météorisme progressif avec douleur à la palpation dans la fosse iliaque droite. L'état général, très grave, n'est pas modifié. Le malade est suivi d'heure en heure ; la douleur à la palpation persiste et s'accompagne d'une contracture légère et six heures environ après le début des phénomènes douloureux ayant éveillé l'attention, on décèle un peu de matité dans les flancs. Le pouls s'accélère. Sur ces symptômes, on décide l'intervention d'urgence.

On pratique une incision sur le bord externe du grand droit, on trouve du liquide bouillon sale dans l'abdomen à l'ouverture du péritoine. Il n'existe pas de perforation apparente de l'intestin. On ferme et on met un drain.

Le lendemain le malade meurt.

A l'autopsie : liquide trouble dans l'abdomen, anses intestinales distendues et rouges ; pas de fausses membranes. Sur l'intestin, entièrement dévidé aucune perforation visible sur la face péritonéale et, du côté intestinal des plaques de Peyer volumineuses, ulcérées mais non perforées. Vésicule intacte.

IV. — Mlle M..., 25 ans, paratyphoïde A. Trois semaines environ après le début de l'affection on voit *s'exagérer le météorisme abdominal*, et apparaître une douleur diffuse à la palpation de l'abdomen ; la malade *vomit* et reste constipée. L'état général est médiocre mais ne donne pas l'impression d'un état sévère.

Devant l'imprécision des symptômes on n'opère pas ; les phénomènes sus-décrits persistent quelques jours, s'atténuent puis disparaissent et tout rentre dans l'ordre. Ultérieurement, des complications cardio-pulmonaires emportent le malade.

V. — Mlle L..., 20 ans, suédoise, entre dans le service Lécorché en pleine période d'état avec un sérodiagnostic positif à l'éberth au 1/250. Elle n'a pas eu d'*hémorragies intestinales* dans les jours qui ont précédé son entrée. Le soir de son arrivée, elle est prise de douleurs abdominales survenant par crises avec *rétraction douloureuse du ventre.* Température, facies, pouls, rien ne se modifie. L'intervention est rejetée. Peu à peu, les crises douloureuses diminuent de fréquence et d'intensité et au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre. La malade fit une forme grave de typhoïde, mais guérit.

De ces observations, très proches par leur symptomatologie, deux rapportent l'histoire de péritonites typhiques par perforations typiques ; les trois autres permettent seulement de porter le diagnostic de péritonite : diagnostic probable dans les cas n°s IV et V ; diagnostic certain, et confirmé par l'intervention et l'autopsie, dans l'observation n° III.

Ces observations soulèvent plusieurs problèmes importants : elles attirent, en particulier, à nouveau l'attention sur la question discutée de l'existence des péritonites typhiques par propagation, sur les difficultés que présentent leur diagnostic et, en particulier leur différenciation avec les péritonites par perforation.

***

Existence et pathogénie des péritonites typhiques sans perforation.

La question n'est certes pas nouvelle, et l'existence de ces péritonites a, tour à tour été affirmée par les uns et niée par les autres.

En 1826, Louis affirme, à l'Académie de médecine, que l'apparition de symptômes de péritonite, au cours des maladies aiguës ou dans des circonstances inattendues, est synonyme de perforation ; mais, en 1837, Cazeneuve (1), chirurgien militaire, déclare que les symptômes de péritonite, au cours de la fièvre typhoïde, permettent *presque* d'affirmer une perforation, mais que, dans certains cas, elle peut ne pas exister.

En 1853, paraît un important mémoire de Thirial (2) ayant pour titre « De quelques pseudo-perforations intestinales ». Malgré le soin apporté aux observations et aux autopsies pratiquées par cet auteur, les critiques furent vives, mais justifiées en partie, il est vrai.

En 1861, Trousseau (3) admet l'existence de perforations intestinales guéries et de péritonites par propagation.

Un peu plus tard, Guéneau de Mussy (4) admet que la péritonite peut compliquer les lésions dothiénentériques de l'intestin « sans que celui-ci soit perforé, sans même que les plaques de Peyer aient subi un travail ulcératif ».

En 1896, Dieulafoy (5) déclare à l'Académie de médecine que « la péritonite par propagation telle qu'on l'a interprétée depuis Thirial, n'existe pas » et il accorde un rôle prépondérant à l'appendice « cavité close ».

En réalité, bien que nos traités classiques consacrent peu de place à ce type de péritonite typhique, on retrouve un certain nombre d'observations dans la littérature médicale.

Beaucoup émanent de chirurgiens étonnés de ne pas avoir trouvé de perforation à l'intervention, d'autres de médecins qui ont pratiqué les autopsies avec un soin minutieux.

Woimant (6), dans sa thèse, a pu en réunir soixante-quatre cas, dans la littérature médicale française et étrangère. Enfin, la question a été reprise plus récemment par M. Rathery (7).

Il ne semble pas à l'heure actuelle que l'existence de ces péritonites sans perforation puisse être mise en doute.

Quelques esprits sceptiques penseront peut-être qu'une perforation punctiforme, comme dans

(1) CAZENAVE. — Mémoire sur les perforations intestinales qui surviennent pendant le cours des fièvres typhoïdes. (*Gaz. médic. de Paris*, t. V, n° 52.)

(2) THIRIAL. — *Union médicale*, 1853, n°s 83, 84, 85.

(3) TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris, t. I. 1861, p. 142.

(4) GUÉNEAU DE MUSSY. — Cliniques médicales, Paris, 1884.

(5) DIEULAFOY. — De l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde. (Académie de Médecine, nov. 1896.)

(6) WOIMANT. — Les péritonites sans perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. (Thèse Paris, 1910-1911.)

(7) RATHERY. — Péritonite par propagation dans les maladies typhoïdes. (*La Médecine*, décembre 1919, p. 144.

le cas de Cochois (1), voire même une simple fissuration peuvent passer inaperçues tant à l'intervention qu'à l'autopsie, cependant si certaines des observations que nous avons consultées, ne sont pas exemptes de critiques, nombre d'autopsies où tous les organes ont été examinés systématiquement et reconnus indemnes de perforation, ont été complétées par l'épreuve de l'eau.

En dehors des cas exceptionnels où ces péritonites typhiques sont dues à la rupture d'un abcès des grands droits, à un ganglion mésentérique suppuré, il s'agit dans la majorité des cas de péritonites *par propagation* ; c'est du moins la pathogénie admise par Homolle, Murchison, Griesinger, Guéneau de Mussy, Chantemesse, Courtois-Suffit et Beaufumé. Rathery qui a observé pendant la guerre 5.000 fièvres éberthiennes et 12.000 paratyphoïdes, établit l'existence de ces péritonites typhiques par deux ordres de constatations. Nous lui laissons ici la parole :

1° A l'autopsie de sujets morts en pleine convalescence de dothiénentérie, en dehors de tout accident intestinal, à la suite d'une complication cardiaque ou d'une boncho-pneumonie par exemple, nous avons remarqué, à la surface de l'intestin grêle, surtout dans son segment inférieur, qu'il existait sur la face péritonéale des plaques de Peyer un certain dépôt de la muqueuse et qu'on pouvait même retrouver par places quelques fausses membranes adhérant aux anses intestinales et en voie d'organisation.

2° Chez quelques sujets morts en pleine période d'état, nous avons constaté sur la face externe de la tunique intestinale répondant à une plaque de Peyer boursouflée, tuméfiée et exulcérée (sur sa face intestinale), mais sans qu'il existe aucune solution de continuité du côté de la face péritonéale, de larges placards du volume d'une pièce de un ou deux francs, allongés dans le sens même de la plaque, formés de fausses membranes grisâtres adhérentes.

Il existait aussi sur le tractus intestinal un certain nombre de ces larges placards correspondant à des plaques de Peyer ulcérées, mais non perforées et qui nous montraient d'une façon évidente, la réalité de ce processus de propagation de l'inflammation de la plaque ulcérée du péritoine.

Parfois, il n'existait que ces seuls placards de péritonite localisée, d'autres fois on retrouvait des anses comme engluées, agglomérées par des fausses membranes ; dans aucun de ces cas, nous n'avons trouvé sur l'intestin entièrement dévidé (estomac, grêle, côlon, etc.), aucune perforation ; de même, ni au niveau de l'appendice, ni au niveau de la vésicule, il n'existait aucune altération macroscopique.

Les observations où un examen bactériologique de l'exsudat péritonéal a été fait sont rares, cependant Woimant cite dans sa thèse quelques auteurs étrangers qui ont trouvé dans le liquide emplissant la cavité péritonéale du bacille d'Eberth pur. Véron et Busquet (1) déclarent qu'ils ont pu, dans leur cas, isoler le bacille d'Eberth de l'exsudat péritonéal, du foie, de la rate, après culture sur les milieux usuels. Chantemesse (2) a trouvé du colibacille associé au bacille typhique.

La plupart des auteurs admettent le passage du bacille d'Eberth ou des microbes à travers l'intestin ulcéré et réduit dans certains cas à la seule membrane séreuse déterminant une *péritonite secondaire infectieuse.* Dans d'autres cas, il s'agirait simplement de *péritonite secondaire toxique.*

Par ailleurs, on peut se demander si en dehors de ces deux types pathogéniques de péritonites, le péritoine ne peut pas être atteint par les bacilles typhiques au même titre que d'autres organes. Dans son mémoire, Thirial (3) déclarait déjà : « Pourquoi d'ailleurs n'existeraient-elles pas au même titre que les pleurésies, les méningites ? Pourquoi le péritoine n'aurait-il pas sa phlegmasie spontanée et idiopathique ? Où serait, je le demande, la raison de cette singulière immunité ? »

A ce sujet, nous rappellerons que Fernet (4) a vu évoluer presque simultanément une méningite une péricardite, une péritonite.

Cette hypothèse se trouve d'autre part appuyée par une curieuse expérience de Busquet.

Cherchant à déterminer, chez un lapin, l'infection éberthienne par ingestion, versant chaque jour dans l'œsophage de l'animal 5 cmc. de culture en bouillon de moyenne virulence et qui ne lui avait fourni aucun résultat appréciable, l'auteur vit survenir brusquement, au dixième jour, des accidents péritonéaux à marche lente (météorisation de l'abdomen, douleur, fièvre, refus d'aliments).

L'autopsie de l'animal faite le douzième jour montra 250 cmc. environ d'un exsudat louche qui donna sur les milieux usuels des cultures pures de bacille d'Eberth. Le tube digestif, enlevé depuis le duodénum jusqu'au rectum, fut soigneusement lavé et ouvert ensuite. Il paraissait sain d'un bout à l'autre.

---

(1) COCHOIS. — Perforations intestinales survenant au cours d'une fièvre typhoïde ; laparotomie. Guérison. (*Archives de médecine et pharmacie militaires*, 1909.)

(1) VÉRON et BUSQUET. — Sur un cas de péritonite par propagation (sans perforation) survenue au cours d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire. (*Revue de médecine*, 1902, p. 366.)

(2) CHANTEMESSE. — Traité de médecine de Bouchard et Brissaud. T. II, 1899, p. 125.

(3) THIRIAL. — *Loco citato.*

(4) FERNET. — Des manifestations locales de la fièvre typhoïde. (Soc. médic. des hôpitaux, 12 oct. 1894.)

Ainsi, le bacille d'Eberth déposé dans le tube digestif a été retrouvé dans la cavité péritonéale sans lésions des tuniques intestinales ou des ganglions lymphatiques.

***

Les péritonites sans perforation ont-elles une individualité clinique ?

Elles surviennent en général en pleine période d'état de la maladie, alors que le processus ulcéreux des plaques de Peyer est à son maximum. Rathery estime qu'elles sont plus fréquentes que les *péritonites par perforation*, elles se présenteraient, d'après lui, suivant deux types :

1° **Type bénin**. — Le sujet se plaint de douleurs abdominales diffuses, parfois localisées en certains points. Le ventre est rétracté et la palpation même légère détermine une exagération de la contracture. D'autres fois, il existe du météorisme plus ou moins marqué, mais jamais excessif dans ce type bénin. On note des nausées, parfois quelques vomissements, fréquemment de la dysurie, de la rétention d'urines. Parfois le malade émet des gaz plus rarement des matières. Les symptômes persistent pendant deux, trois, quatre, cinq jours puis disparaissent.

2° **Type grave**.— On a ici un tableau clinique qui se rapproche par certains points de la péritonite par perforation. Le malade, sans avoir de douleur brusque abdominale, en coup de poignard, éprouve cependant des douleurs beaucoup plus marquées que dans la forme précédente ; il se plaint violemment de son ventre ballonné, météorisé et contracturé.

La palpation est très douloureuse sans que l'on puisse localiser la région atteinte. On note souvent des vomissements. Il y a arrêt des urines, des matières et parfois même des gaz. Le pouls est rapide, le facies peut prendre le type péritonéal, nez pincé, yeux légèrement excavés et brillants. Pendant trois à quatre jours, l'état reste stationnaire puis, sous l'influence de la diète complète , de l'immobilité absolue avec glace sur le ventre, le tympanisme disparaît, le ventre devient plus souple, le pouls moins rapide, l'état général s'améliore.

***

Diagnostic

L'ensemble de ces observations montre bien toute la difficulté du problème clinique.

Quelles que soient les formes de péritonite typhiques auxquelles nous avons eu affaire, dans aucun cas, nous n'avons noté de *chute de température* ; c'est un signe en faveur de la perforation sur lequel avait insisté Dieulafoy, nombre d'observations publiées depuis, ont montré l'inconstance de ce symptôme.

Dans les péritonites par propagation, Woimant considère que la température reste en général élevée et que l'hypothermie brusque reste encore l'exception.

Elle n'est notée dans ses observations que dix fois sur 64 cas, cependant, dans l'observation d'Alglave et Boisseau (1), la chute de température est impressionnante ; elle tombe de 39°2 à trois heures, à 35°4 à six heures.

Dans huit cas sur soixante-quatre Woimant note l'hémorragie intestinale dans les jours qui précèdent.

Chantemesse, Rathery, considèrent qu'en cas de perforation, l'*accélération du pouls* est constante. Nous l'avons notée dans nos deux cas de perforation typhique, mais elle décida, en partie, de l'intervention dans le cas où il n'y avait pas de perforation. Dans un cas de fausse perforation, signalé par Brocq (2), le pouls passe de 100 à 120.

Sans nul doute, c'est un signe de grosse valeur, mais qui, comme les autres, peut induire en erreur,

On ne peut guère compter sur les examens de sang pour apporter un utile appoint au diagnostic. L'hyperleucocytose elle-même est inconstante en cas de perforation. Hawkes (3), dans un cas trouve une exagération de la leucopénie typhique. Quand bien même serait-elle constante, elle ne serait que le témoin de l'infection péritonéale, mais non de l'origine de l'infection.

Aucun signe ne semble avoir de valeur absolue et force est bien de reconnaître avec Thirial (4): « Mais quant à exposer nettement les signes différentiels et vraiment pathognomoniques qui pourraient faire distinguer ces deux formes morbides dans tous les cas et d'une manière certaine, la chose ne me paraît guère facile, car ces signes nous manquent ou, s'ils existent, j'aurais besoin qu'on me les fît connaître » et avec Trousseau (5): « Quant au diagnostic, qu'elles soient spontanées, causées ou non par des perforations, ces péritonites se manifestent par les mêmes symptômes . ».

Conclusions.

Si l'on veut cependant essayer de dégager quelques notions pratiques de ces constatations

(1) ALGLAVE et BOISSEAU. — Laparotomie pour une perforation typhique qui n'existait pas. (*Tribune médicale*, 28 mai 1904.)

(2) BROCQ. — Fausse perforation au cours d'une paratyphoïde B. Laparotomie, pas de lésions péritonéales, coloration ardoisée des dernières anses de l'iléon. Guérison. (Société de chirurgie, 30 avril 1919, p. 681.)

(3) HAWKES. — Péritonite aiguë par perforation dans la fièvre typhoïde. (*Médical and surgical Reports of the Presbyterian Hospital*, New York, 1912.)

(4) THIRIAL. — *Loco citato.*

(5) TROUSSEAU. — *Loco citato.*

anatomo-pathologiques et cliniques, il faut souscrire pleinement à l'opinion de Rathery : « On tient trop rarement compte de *cette rétraction abdominale douloureuse* ou de ce *météerisme* paraissant survenir sans cause en pleine période d'état de la maladie ; ils indiquent presque toujours à notre avis, une *participation du péritoine à l'inflammation* ; vomissements, constipation opiniâtre, dysurie, rétention d'urines, peuvent être sous la dépendance directe de l'infection de la séreuse ».

Il est évident que la constatation de tels symptômes impose l'immobilité, la diète, la glace.

Mais, les cas véritablement angoissants sont ceux des typhiques graves, prostrés, où l'examen de l'abdomen le plus minutieux laisse perplexe. Il faut alors substituer au diagnostic étiologique un diagnostic d'intervention.

***

Pour ces cas, nous nous rangeons volontiers à l'avis de Gueulette (1), qui a publié une très intéressante étude séméiologique et thérapeutique chirurgicale des perforations typhiques, et qui estime qu'en présence du doute on est en droit d'intervenir.

C'est qu'en effet dans ces cas, s'il s'agit d'une fausse perforation au sens véridique du mot, et si nous en croyons l'auteur, « la laparotomie aggrave peu la situation du malade. »

Par ailleurs, dans le cas que nous avons rapporté, l'éminent chirurgien qui opéra le malade, bien que n'ayant pas trouvé de perforation, mais un liquide bouillon sale dans l'abdomen, ne regretta en aucune manière son intervention estimant que le drainage était la seule chance de salut du malade.

Enfin, si l'on trouve une perforation bien que sur deux cas, nous ayons eu deux insuccès et que Rathery déclare « nous n'avons jamais vu un cas de guérison post-opératoire de péritonite typhique par perforation dûment constatée », on ne peut se défendre d'un certain espoir en lisant le travail de M. Gueulette, qui donne un pourcentage de 38 p. 100 de guérison de perforation sur 280 cas contre 81 p. 100 de mortalité dans la statistique de Michaux en 1908 ; il est vrai cependant que ces trop beaux résultats sont atténués par cette judicieuse note de l'auteur « Mais les chiffres restent sans doute encore loin de la vérité si l'on tient compte de la tendance générale à publier les cas heureux à l'exclusion des cas malheureux. »

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES)

M. le professeur NOBÉCOURT.

Sur un nourrisson atteint de sténose pylorique. Sténose organique ou sténose spasmodique ? (2)

Cet enfant est né le 18 avril 1927, à terme, avec un poids de 3 kil. 400, de parents bien portants, après une gestation et un accouchement normaux. Il est élevé au sein par sa mère. Il a pris d'abord une tétée toutes les trois heures, puis une tétée toutes les quatre heures. Comme son poids n'augmentait pas, malgré de bonnes digestions, et comme le lait maternel était insuffisant, on a ajouté à chaque tétée une cuillerée de lait condensé non dilué.

A l'âge de 15 jours, le 3 mai, il commence à vomir, à avoir de la constipation, et à maigrir.

C'est pour ces phénomènes qu'il entre à la salle Husson, le 10 mai, à l'âge de 22 jours.

Le jour de l'entrée, il a plusieurs vomissements et deux selles panachées.

Les vomissements apparaissent à des moments variables, tantôt au cours de la tétée, tantôt immédiatement après, tantôt au bout de deux heures. Ils se font en jet. Parfois, ils paraissent plus abondants que le volume de la dernière tétée. Le lait rejeté est plus ou moins modifié, suivant la phase de la digestion.

Cet enfant mesure 51 cent. et pèse 3 kil. 080 ; depuis sa naissance, il a perdu 320 grammes. Il est maigre ; ses extrémités sont froides, cyanosées. La fontanelle est déprimée, il y a même un peu de chevauchement des os du crâne.

La température est normale : 37°.

L'abdomen est un peu météorisé. A l'épigastre, on ne voit pas d'ondes péristaltiques, on ne sent pas de tumeur ; le foie et la rate ont des dimensions normales. Il n'existe aucun signe de méningite, ni de tétanie.

On pense à des vomissements par spasme de l'estomac ou par sténose pylorique ; aucun symptôme précis n'est en faveur de ces affections, nous retenons provisoirement le diagnostic.

(1) R. GUEULLETTE. — A propos du diagnostic et du traitement chirurgical des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde.

(2) Leçon du 11 juin 1927, recueillie par le Dr LAPORTE, revue par le Professeur.

On donne huit tétées complétées, le cas échéant, avec du lait condensé sucré.

Le 17 mai, après sept jours de ce régime et l'ingestion quotidienne d'un centigramme de gardénal le 15 et le 16, l'enfant a encore deux ou trois vomissements par jour.

Les selles qui étaient liquides et vertes, ou panachées, sont redevenues normales.

Il n'existe aucun signe de syphilis. Le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs. La mère a un Bordet-Wassermann également négatif (H^8), et un Hecht faiblement positif.

La cutiréaction à la tuberculine est négative.

A ce moment, nous diagnostiquons une sténose incomplète du pylore.

L'examen radioscopique pratiqué par M. Duhem confirme ce diagnostic. Sur la radiographie faite cinq heures après l'ingestion d'une bouillie barytée, on voit que celle-ci est encore en grande partie dans l'estomac, que la grande courbure est polycyclique par suite d'encoches indiquant de fortes contractions de la paroi ; que cependant une certaine quantité de liquide opaque a penétré dans le duodénum et l'intestin grêle. La radiographie pratiquée vingt-quatre heures après l'ingestion montre que l'estomac n'est pas encore complètement évacué et présente l'aspect d'une coupe de champagne, que la substance opaque remplit le côlon. La stase gastrique est donc manifeste.

Etant donné le diagnostic, nous instituons le traitement suivant : dix tétées prises au sein maternel, suppression du lait condensé ; quelques minutes avant chaque tétée, une cuillerée à café d'un mélange à parties égales d'eau de chaux et de sirop simple ; gardénal 0 gr. 01, puis 0 gr. 02 par jour du 25 mai au 4 juin. Les rations quotidiennes de lait sont de 450 à 500 gr. jusqu'au 26 mai, 500 à 600 gr. ensuite.

L'enfant vomit beaucoup moins, une ou deux fois par jour ; ces vomissements surviennent généralement entre 17 et 19 heures, sont abondants et en jet. Certains jours, il n'y en a pas.

L'enfant a, chaque jour, une ou deux selles jaunes, assez souvent liquides .

Le poids, de 3 kil. 040 gr. le 17 mai, s'élève à 3 kil. 300 le 31 mai ; il a augmenté de 260 gr. en quatorze jours, soit de 18 grammes par jour. Le 10 juin, il atteint 3 kil. 550 ; il a donc augmenté de 250 gr. en dix jours, soit de 25 grammes par jour. Au total, l'augmentation est de 510 gr. en vingt-quatre jours, de 21 gr. par jour.

La température est à 37°, parfois à 36°8 ou 36°9.

M. Duhem a pratiqué le 3 juin un nouvel examen. Un quart d'heure après l'ingestion du repas opaque, on constate son passage rapide dans le duodénum ; le passage se fait d'une façon intermitente, par suite de spasmes du pylore ; il se produit des mouvements péristaltiques énergiques parfois inefficaces. La radiographie, faite au bout d'une demi-heure ne décèle pas de contractions et montre la présence de taches opaques assez nombreuses dans l'intestin grêle. Au bout de cinq heures, il y a encore de la stase gastrique. Au bout de vingt-quatre heures, l'estomac est complètement évacué. Somme toute, il existe un rétrécissement spasmodique du pylore, une stase gastrique très nette au bout de cinq heures, mais qui a disparu au bout de vingt-quatre heures.

Aujourd'hui, l'enfant est amélioré ; il est âgé de 54 jours.

Par comparaison avec ce malade, je désire vous relater l'histoire de deux autres enfants.

Le premier est un garçon né le 13 juillet 1923 de parents bien portants avec un poids de 3 kgr. 680. Il est élevé au sein et bien réglé.

A la fin de juillet, à l'âge de 15 jours, il commence à vomir, a de la constipation, maigrit. Bientôt les vomissements deviennent incoercibles.

On nous l'amène, le 17 août. Il est âgé de 34 jours. Sa température est de 36°8-36°9. Il mesure 52 cent., pèse 3 kil. 020, est très maigre ; il a perdu 660 gr. depuis la naissance.

Il a chaque jour une ou deux selles normales de coloration marron. Il vomit après chaque tétée. La région épigastrique est tendue, parcourue par des ondes péristaltiques visibles, qui se propagent de gauche à droite.

La radioscopie est pratiquée par M. Duhem. Il existe une grosse poche à air gastrique. Après ingestion de baryum opaque, des examens sont faits de dix en dix minutes. L'aspect reste sensiblement le même : la partie inférieure, en forme de coupe de champagne, contient tout le baryum ; la partie moyenne, peu visible et rétrécie, est occupée par du liquide ; la partie supérieure contient une grosse poche d'air.

On ne voit aucune contraction, aucune évacuation ; l'estomac est dilaté, le pylore imperméable.

Sur notre demande, le professeur Broca intervient le 22 août, il constate une sténose par hypertrophie musculaire du pylore et pratique une pylorotomie sous-muqueuse.

A la suite de l'opération l'état s'améliore ; le poids, qui est tombé, le 26 août, à 2 kil. 850, est remonté, le 10 septembre, jour de la sortie de l'hôpital, à 3 kil. 400 ; l'augmentation a été de 550 gr. en quinze jours, 36 gr. par jour.

L'autre malade est un garçon né à terme de parents bien portants, avec un poids de 3 kil. 100. Il est élevé au sein maternel et bien réglé.

A un mois, il commence à vomir et avoir de la constipation. Un médecin prescrit la diète hydri-

que pendant quatre jours, puis alternativement le sein et de l'eau lactosée, sept fois par jour. Les vomissements et la constipation persistent.

On nous envoie l'enfant pour ces symptômes le 7 décembre 1926.

Il est âgé de six semaines, ne pèse que 3 kgr. La température est basse (36°7). Le ventre est plat, sans ballonnement, ni rétraction ; la palpation ne révèle rien.

M. Duhem pratique un examen radioscopique après ingestion de bouillie opaque. Une heure après l'ingestion, l'estomac est allongé transversalement et revêt la forme d'un pied de chaussette ; il se produit des contractions très fortes projetant la bouillie barytée contre le pylore, mais il n'y a aucun passage. Vingt-quatre heures après, on ne voit que quelques parcelles opaques dans l'intestin. Le pylore est imperméable.

Nous envoyons l'enfant à notre collègue Ombrédanne, qui intervient le 9 décembre. Il constate une sténose hypertrophique du pylore et pratique une pylorotomie sous-muqueuse.

Un mois après l'intervention, l'enfant va bien et a repris du poids.

Ces trois enfants ont des sténoses du pylore.

***

La STÉNOSE DU PYLORE du nourrisson comprend trois variétés.

La première est la *sténose congénitale proprement dite*, *l'atrésie* ou *l'imperforation* du pylore. Elle se manifeste dès la naissance. Les vomissements sont incoercibles. Après l'évacuation du méconium, l'enfant ne rejette plus que quelques mucosités glaireuses. Le dépérissement est rapide. La mort survient dans les huit premiers jours.

La deuxième variété est la *sténose par hypertrophie musculaire du pylore*, décrite par Hirschsprung, de Copenhague, en 1887 ; on l'appelle, avec M. Génévrier, *maladie pylorique du nourrisson*. Ce terme a été adopté par MM. Péhu et Pinel comme titre d'un mémoire paru dans *Le Nourrisson* de 1921.

La troisième variété est la *sténose spasmodique du pylore*.

Je ne m'occuperai que des deux dernières.

***

La STÉNOSE PAR HYPERTROPHIE MUSCULAIRE DU PYLORE se présente sous des modalités assez diverses.

Envisageons d'abord la FORME COMMUNE, la plus fréquente.

Les premiers symptômes peuvent apparaître de la naissance à la douzième semaine, parfois même plus tard, le plus souvent, dans le cours de la troisième ou de la quatrième ; ils se montrent rarement dans la première semaine. Il existe presque toujours une *période latente*, qu'on appelle *l'intervalle libre*, pendant laquelle l'enfant digère bien ou ne présente que quelques troubles digestifs banaux.

Le *début* est marqué par des vomissements, de la constipation, la chute du poids. En cinq, six, huit jours, les symptômes se précisent.

Le *vomissement* est le symptôme dominant. Il apparaît sans cause apparente et, au bout de quelques jours, il revêt des caractères très spéciaux.

Pendant une première période, il se produit après chaque repas, ou presque, généralement 15 à 30 minutes après sa terminaison ; quelquefois même, il survient pendant la tétée. Il est brusque, explosif, en jet. Il est composé de lait plus ou moins caillé et d'un liquide filant, incolore, formé de suc gastrique, de salive et de mucus. Il ne contient pas de bile ; si parfois il est teinté en jaune, les réactions décèlent l'absence de bile. Il peut contenir quelques particules de sang noir, mais les véritables hématémèses sont exceptionnelles.

Dans la seconde période, qui est plus ou moins tardive et, d'après M. Bloch, débute dans la deuxième ou la troisième semaine de l'affection, les vomissements s'espacent, mais deviennent plus abondants ; ils contiennent le reliquat de plusieurs repas ; ils ont une mauvaise odeur, surtout si l'enfant est allaité au lait de vache, auquel cas ils dégagent une odeur d'acide butyrique.

L'examen de l'abdomen ne décèle rien de particulier à la période de début.

A la période d'état, on constate que la région sous-ombilicale est aplatie ou normale, tandis que la région sus-ombilicale est tendue, saillante, globuleuse. On peut voir des ondes péristaltiques; elles forment une vague qui émerge au-dessous du rebord costal gauche et se propage jusqu'à l'hypochondre droit. Ces ondes peuvent apparaître d'une façon précoce, dès le quatrième jour dans une observation de MM. Fredet et Tixier, le plus souvent dans les huit ou dix premiers jours, d'après MM. Péhu et Pinel ; d'après le professeur Marfan, elles n'apparaissent que tardivement, quand la paroi abdominale est émaciée. Elles ne paraissent pas être douloureuses. Généralement, elles cessent après le vomissement ; quelquefois elles persistent après l'évacuation de l'estomac et sont permanentes. Les ondes n'existent pas chez tous les malades ; parfois elles disparaissent quand l'estomac se dilate et devient atone ; chez certains enfants, elles se retrouvent même après la guérison.

Rarement on provoque, quand l'estomac est dilaté, le bruit de flot gastrique par la succussion du tronc et le bruit de clapotage par la percussion, à petits coups, de l'épigastre.

La palpation peut révéler une tumeur pylori-

que. Elle siège à un ou deux centimètres à droite de la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic ; son siège est d'ailleurs variable ; elle est arrondie, ovalaire, cylindrique, roule sous le doigt ; elle paraît avoir le volume d'une noisette ; en réalité, ce volume est dû en partie aux plans situés au devant de la tumeur, car le pylore épaissi n'est pas bien gros. Son apparition est tardive. Elle est rare ; d'après Emmet Holt cependant, elle se rencontrerait dans les trois quarts des cas.

Le *tubage* de l'estomac, pratiqué 4 ou 5 heures après le repas, retire 20 à 100 cmc. d'un liquide incolore, contenant des flocons blanchâtres de lait coagulé, riche en mucus, très acide du fait des acides gras et de l'acide lactique pouvant dégager, si l'enfant est nourri au lait de vache, une odeur d'acide butyrique. Le suc gastrique a un pouvoir digestif normal.

La *radiologie* apporte des précisions intéressantes. On pratique l'examen après l'ingestion d'une bouillie opaque.

Il renseigne d'abord sur la forme et les mouvements de l'estomac.

Pendant la première période de l'affection, on constate successivement une phase hyperkinétique avec des contractions péristaltiques fortes, des ondulations surtout visibles au niveau de la grande courbure, dirigées de gauche à droite ; elles segmentent l'estomac, qui prend quelquefois un aspect mutilobé ; puis une phase de relâchement pendant laquelle l'estomac est immobile, parcouru par des ondulations lentes. Ces phases ont une durée variable et se succèdent jusqu'au vomissement.

Pendant la seconde période, on constate la dilatation de l'estomac. Celle-ci est assez rare. Elle se rencontrerait, d'après le professeur Rohmer, de Strasbourg, dans 10 pour cent des cas, Elle est, tardive.Quand l'estomac est dilaté sa grosse tubérosité est abaissée, son bord inférieur descend notablement au-dessous de l'ombilic. La petite tubérosité est souvent distendue. Outre la stase gastrique, interviennent pour réaliser la dilatation, comme l'a montré M. Rohmer, l'aérophagie et l'aérogastrie.

La radioscopie renseigne encore sur l'évacuation pylorique. Elle peut être nulle. Plus généralement, elle est retardée et prolongée ; elle débute une demi-heure après le repas et se prolonge pendant cinq ou six heures, et plus. La présence du liquide opaque dans l'estomac, après plusieurs heures, témoigne de la stase gastrique. Le trajet pylorique est étroit, filiforme, et souvent segmenté.

Le *cathétérisme pyloro-duodénal* a été surtout utilisé par le professeur Hess, de New-York.

Aux symptômes gastriques s'associent des *symptômes intestinaux.*

La constipation est habituelle ; elle est due au manque d'apport de substances alimentaires dans l'intestin. L'enfant peut rester plusieurs jours sans émettre de selle. Les matières sont petites, dures, jaunes, parfois brunes ou noires, souvent mélangées de glaires, de mucosités verdâtres. Certains malades toutefois ont de la diarrhée ; celle-ci peut être permanente ou occasionnelle ; elle est due au catarrhe intestinal. Parfois, les évacuations sont normales. Le mélæna est exceptionnel.

Les *symptômes généraux* sont très importants,

La perte de poids est précoce est rapide : le malade de MM. Frédet et Tixier perd 450 grammes en vingt-quatre heures ; un malade de MM. Péhu et Pinel 500 grammes en quatre jours. Ultérieurement, l'amaigrissement tantôt s'accuse et devient extrême en dix ou quinze jours, tantôt est lent et s'accentue par paliers.

L'enfant conserve l'appétit et la soif, il prend avec avidité le sein ou le biberon. Parfois, il s'interrompt et crie comme s'il souffrait.

Pendant la première période, il est continuellement agité, crie, ne dort pas. Pendant la seconde période, il reste calme, car il n'a plus la force de réagir.

Au début, la température est normale ; plus tard apparaît l'hypothermie : 36°-36°5.

Un symptôme précoce est l'oligurie. Les urines sont rares, foncées, rouges.

Finalement, l'enfant inanitié, déshydraté, devient un cachectique, un athrepsique.

La *marche* est progressive. Généralement, la *mort* survient en six à douze semaines.

Tantôt la mort est la conséquence de l'inanition, qui entraîne le collapsus. Tantôt, elle est le fait de complications : d'infections intercurrentes, d'une broncho-pneumonie, par exemple ; d'une affection gastro-intestinale aiguë, qui se traduit par de la fièvre, de la diarrhée, de la dyspnée, alors que les vomissements diminuent. La mort peut encore être causée par des convulsions, le coma, la tétanie ; cette dernière a été observée par MM. Marfan et Baudoin, en 1913.

La *guérison* est obtenue quand l'enfant est soumis au traitement chirurgical en temps opportun.

Quelques malades guérissent par le traitement médical ou même spontanément, mais la guérison est rarement obtenue de cette façon dans la forme commune ; elle s'obtient surtout dans les formes lentes, dont je parlerai tout à l'heure.

La sténose hypertrophique du pylore peut revêtir nune FORME AIGUE. Elle est rare. Généralement le début est précoce, avant le quinzième jour. L'intolérance gastrique absolue, la dénutrition rapide entraînent rapidement la mort.

A cette forme aiguë s'oppose une FORME LENTE. Celle-ci serait plus commune chez les filles. Souvent le début est tardif. L'évolution est irrégulière : se succèdent des *phases d'accalmie*

où les vomissements sont rares ou nuls, où le poids augmente, et des *phases de reprise*, où se montrent les grands symptômes de la forme commune. Il s'agit en général d'une *sténose incomplète* avec persistance d'une certaine perméabilité du pylore ; quelquefois, d'après MM. Péhu et Pinel, il existe une membrane muqueuse sténosante et le sphincter est intact.

A titre d'exemple, voici une observation de sténose par hypertrophie musculaire du pylore à symptomatologie fruste, à évolution chronique ; le traitement médical a échoué et la guérison a été obtenue par la pylorotomie. Cette observation a été publiée par MM. Lesné et Coffin à la *Société de pédiatrie*, le 20 avril 1926.

Une fille se porte bien jusqu'à l'âge d'un mois. A ce moment surviennent des vomissements peu fréquents, qui se produisent exceptionnellement en fusée et sont supprimés par l'emploi du gardénal. Il n'y a qu'une légère constipation et à certains moments de la diarrhée. L'enfant ne maigrit pas, mais n'augmente pas de poids. On ne constate pas d'ondes péristaltiques visibles, pas de tumeur pylorique. La radioscopie décèle des contractions gastriques qui sont très intenses et de la stase gastrique ; l'estomac contient encore beaucoup de liquide quatre heures et demie après le repas. Le tubage confirme l'existence de la stase. Malgré la disparition des vomissements, l'enfant se cachectise. A trois mois, M. Fredet pratique la pylorotomie sous-muqueuse. L'enfant se met presque immédiatement à reprendre du poids et guérit.

Dans les formes lentes, la *mort* est assez fréquente ; elle relève des mêmes causes que dans la forme commune. Elle peut être imprévue et survenir en pleine période d'accalmie. MM. Apert et Bigot, à la *Société de pédiatrie*, le 20 décembre 1921, ont rapporté l'observation d'un enfant qui, à sept semaines, présente le grand syndrome de la sténose pylorique. Ces symptômes s'atténuent et le bébé arrive à tolérer des biberons contenant 50 grammes de lait. Il maigrit cependant. A quatre mois et demi, M. Apert constate un grand retard de l'évacuation pylorique. Un jour, l'enfant qui ne vomissait plus et paraissait mieux, est subitement pris de mouvements convulsifs des yeux ; il devient livide, tombe en syncope, a une respiration à peine sensible, et meurt deux heures après. A l'autopsie, on trouve une hypertrophie musculaire du pylore formant un cylindre épais et rigide sur une longueur de trois centimètres.

La forme lente guérit par le traitement chirurgical. Elle peut guérir également par le traitement médical ou spontanément. C'est généralement dans cette forme qu'on observe la guérison médicale, qui, je vous le disais, est au contraire assez exceptionnelle dans la forme commune.

En général, l'amélioration commence vers la douzième semaine de la vie. Hutchinson disait qu'au cinquième mois les sténosés sont morts ou guéris ; MM. Péhu et Pinel, en citant cette opinion, ajoutent : « cette observation est très exacte ». Les symptômes fonctionnels s'atténuent quelquefois brusquement, le plus souvent lentement. La reprise du poids constitue le meilleur indice de la guérison. « C'est seulement, écrivent MM. Péhu et Pinel, dans la récupération vraie, réelle, du poids, dans l'ascension du tracé, plutôt que dans les signes locaux ou fonctionnels, qu'il faut chercher le témoignage de la guérison ».

La guérison peut être définitive. On a suivi des enfants jusqu'à l'âge de dix ou treize ans sans qu'ultérieurement ils aient jamais présenté de troubles gastriques. On peut se demander si la guérison est due à la disparition de la sténose. Il ne le semble pas. Des autopsies d'enfants morts d'affections intercurrentes après la disparition des symptômes de sténose ont permis de constater la persistance de l'hypertrophie du pylore sous forme d'un anneau fibreux. On ne donne pas d'explication plausible de la guérison et il faut se borner à dire, avec MM. Péhu et Pinel : « La phase aiguë terminée, il n'y a plus parallélisme régulier entre l'état anatomique de l'estomac et les signes physiques ou fonctionnels constatés. »

***

Les STÉNOSES SPASMODIQUES DU PYLORE se traduisent parfois par un *syndrome pylorique identique* à celui de la sténose hypertrophique ; c'est la *forme grave*, décrite par MM. Méry, Guillemot et Génévrier en 1910, dans *La Pratique des maladies des enfants*. Dans ce « *pylorospasme à type de sténose hypertrophique*, écrivent-ils, le tableau clinique rappelle de très près celui de la sténose hypertrophique : début à distance de la naissance (trois semaines dans notre cas) par des vomissements répétés, incoercibles, avec constipation opiniâtre, amaigrissement rapide ; dilatation stomacale, mouvements péristaltiques, rien n'y manque, même pas, dans certains cas, la tumeur pylorique. » L'exploration radiologique décèle l'imperméabilité du pylore.

Or, au cours d'une intervention chirurgicale ou à l'autopsie, l'estomac et le pylore sont normaux, on ne trouve pas de sténose hypertrophique. Il s'agissait bien de spasme. Un certain nombre d'observations, notamment celles relatées par Mühlenhardt, Schmidt, en 1901, Grulee en 1917, sont démonstratives.

Plus souvent, les malades présentent un *syndrome pylorique mal caractérisé*.

M. Meusnier, dans sa thèse de 1905, sur les *symptômes de rétrécissement pylorique au cours*

✦✦✦✦

des troubles digestifs des nourrissons, décrit ces faits sous le nom de *formes bénignes* ou *atténuées,* d'après des observations recueillies dans le service du professeur Marfan. MM. Méry, Guillemot et Génévrier les qualifient de *forme légère.*

L'enfant présente pendant un certain temps des troubles digestifs banaux, des régurgitations, des vomissements plus ou moins tardifs après les repas, de la diarrhée. Puis, au bout de deux ou trois semaine, apparaissent des symptômes qui peuvent faire penser à une sténose pylorique. Ils sont d'ailleurs peu caractéristiques. L'enfant a deux ou trois vomissements par jour ; la constipation n'est pas absolue ; pendant certaines périodes , les selles sont spontanées et presque normales. La chute de poids n'est généralement pas très rapide et pas très accentuée. On voit rarement des mouvements péristaltiques dans la région épigastrique ; il est exceptionnel de percevoir une tumeur.

En somme, le tableau clinique rappelle plus ou moins nettement celui de la sténose hypertrophique à forme lente.

L'exploration radiologique permet de préciser l'état de l'estomac. Les aspects diffèrent non seulement d'un malade à l'autre, mais, chez un même malade, aux diverses phases de la maladie. Tantôt il existe un spasme généralisé ; il peut respecter le pylore et alors l'évacuation est continue, ou l'intéresser et en déterminer l'occlusion pendant les phases de spasme et alors l'évacuation gastrique est intermittente. Tantôt le spasme pylorique est isolé.

J'ai étudié ces faits dans ma leçon du 19 février consacrée aux *vomissements habituels par spasme de l'estomac dans la première enfance* (1). Ils sont décrits sous diverses appellations

MM. Weil et Péhu, en 1900, ont parlé de *pylorospasme essentiel,* mais en réalité, il ne s'agit pas de spasme du pylore. Le syndrome, écrivent MM. Péhu et Pinel, « est bien distinct de la sténose du pylore. On n'y trouve, en effet, aucun des signes cardinaux de cette dernière affection, ni la chute rapide du poids, ni la tension épigastrique, ni le périaltisme visible, ni la constipation si marquée ...... La radioscopie pratiquée avec des substances opaques montre la perméabilité du pylore. »

M. Variot les a décrits, en 1906, sous le nom de *gastrite spasmodique,* M. Lesage les a groupés sous le nom de *maladie spasmodique.* Le professeur Marfan a isolé une *maladie des vomissements habituels* qu'il attribue à un *gastro-spasme émétisant.*

L'*évolution* des spasmes du pylore varie suivant chaque forme clinique. Il y a des formes graves pouvant entraîner une cachexie rapide et la mort comme la sténose hypertrophique. Il y a des formes à évolution plus lente, avec des périodes d'atténuation et des reprises, comme dans la forme lente de la sténose hypertrophique, susceptibles de s'améliorer et de guérir.

Le spasme du pylore et la sténose hypertrophique du pylore ne s'opposent d'ailleurs pas ; dans cette dernière, il existe fréquemment un élément de spasme surajouté qui peut expliquer certaines de ses modalités. Certains Anglais et certains Allemands comme Thomson, Batten, Hutchinson, Heubner, Wernstedt et d'autres se demandent même si la sténose hypertrophique ne serait pas la conséquence d'un spasme prolongé qui aurait débuté pendant la vie intra-utérine.

Cette *théorie du spasme hypertrophiant* soulève de multiples objections, que je n'ai pas le loisir d'exposer aujourd'hui .

Les faits sont donc singulièrement complexes et cette complexité intervient pour rendre le diagnostic singulièrement difficile.

***

Le DIAGNOSTIC des sténoses du pylore est toujours délicat.

On doit y penser, quand l'enfant présente le *grand syndrome pylorique* : vomissements à caractère explosif survenant après les repas, constipation absolue, amaigrissement rapide, oligurie, tension et saillie de l'épigastre, ondes péristaltiques visibles de l'estomac, tumeur pylorique.

Toutefois, certains de ces symptômes peuvent être causes d'erreur. Il ne faut pas confondre les ondes péristaltiques visibles avec les mouvements lents de reptation qu'on voit si souvent chez les cachectiques au niveau de l'estomac et de l'intestin, par suite de l'amincissement de la paroi abdominale. Il ne faut pas prendre pour une tumeur pylorique une languette hépatique ou le vestibule pylorique hypertrophié.

S'il y a des malades qui font penser à une sténose du pylore, il en est d'autres qui présentent un *syndrome pylorique fruste* ou *incomplet* ; alors la sténose est facilement méconnue.

Le symptôme capital est le *vomissement.* Il faut en discuter la cause et poursuivre un diagnostic différentiel avec les *vomissements banaux d'origine alimentaire* causés par l'hyperalimentation ou l'hypoalimentation, par une mauvaise réglementation des repas, l'usage d'aliments défectueux ; avec les *vomissements par anaphylaxie.*

Dans ces circonstances, l'influence de la diète hydrique et du régime apporte en général une solution rapide.

Il est plus difficile de différencier les *vomissements habituels par spasme de l'estomac* et les *vomissements par sténose* pylorique. En fait, comme

(1) Le *Concours médical,* 31 juillet 1927.

je l'ai montré tout à l'heure, dans les vomissements pas spasme intervient souvent un élément pylorique.

Le plus souvent le diagnostic consiste à rechercher s'il s'agit d'une *sténose spasmodique* ou d'une *sténose par hypertrophie musculaire.* Il faut reconnaître, avec MM. Péhu et Pinel, qu' « il n'existe aucun signe permettant une distinction absolue. »

La radiologie est la méthode d'exploration qui apporte les données les plus précises. Elles ont été précisées notamment par MM. Barret et Chauffour dans *La Presse médicale* du 18 octobre 1922. Dans la sténose hypertrophique, les contractions péristaltiques sont très fortes ; dans la sténose spasmodique elle sont peu nettes parce que l'estomac est contracturé. Dans la sténose par hypertrophie, l'évacuation pylorique est nulle ou retardée et prolongée, tandis que, dans la sténose spasmodique à l'occlusion de la phase de spasme succède une phase d'ouverture. Dans la première, la stase gastrique est longue, dans la seconde, elle est moindre.

En réalité, ces symptômes n'ont rien de tout à fait pathognomonique.

MM. Lesné et Coffin, à propos de l'observation que j'ai cité tout à l'heure, insistent sur l'importance diagnostique de la stase gastrique : « Etablir l'existence de la stase, écrivent-ils, c'est pouvoir affirmer une sténose organique, et pratiquement celle-ci est toujours due à une hypertrophie musculaire. »

Je pense, pour ma part, que cette opinion est trop catégorique ; une sténose spasmodique peut très bien entraîner une prolongation du séjour des aliments dans l'estomac.

Il reste enfin à mettre en œuvre, l'*épreuve du traitement.* L'amélioration par le traitement médical constitue une présomption en faveur du spasme, mais seulement une présomption, puisque, je vous l'ai dit tout à l'heure, il y a des sténoses par hypertrophie masculaire qui guérissent par le traitement médical.

***

Le TRAITEMENT des sténoses du pylore est *médical* et *chirurgical.*

A moins d'urgence, il faut toujours commencer par le TRAITEMENT MÉDICAL. C'est celui des vomissements habituels par spasme de l'estomac, que j'ai déjà exposé dans ma leçon du 19 février.

On laisse l'enfant dans le calme le plus complet.

On institue une diète hydrique avec de l'eau sucrée à 15 % pendant douze heures, puis on le si alimente avec du lait de femme, si on peut, rénon avec du lait de vache stérilisé, du lait condensé du lait sec, du lait écrémé, des bouillies maltosées, des bouillies épaisses, etc. Ces aliments seront épais, fortement sucrés, avec 10, 15 ou même 20 pour cent de sucre de canne.

Il convient non seulement de faire un choix judicieux de l'aliment, mais encore de bien régler les repas. On conseille des repas peu copieux et nombreux ; huit, neuf ou dix par vingt-quatre heures. Quelquefois, il est bon de supprimer les tétées au sein ou même au biberon, car les mouvements de succion sont une cause d'exagération du spasme et des vomissements. On donne les aliments à la cuillère, ou même au compte-gouttes

M. Hess conseille le cathétérisme pyloro-duodénal.

Les médications ont pour but de calmer l'élément spasmodique qui existe seul ou qui se surajoute à une sténose hypertrophique. A cet effet, on prescrit des applications chaudes sur l'abdomen, immédiatement avant le repas, des petits lavements de 50 à 150 cc. d'eau chaude à 38°, 40° et même 45°, deux ou trois par jour, le goutte à goutte rectal avec le sérum physiologique chloruré sodique ou le sérum glucosé, également très chauds.

Les lavages de l'estomac sont conseillés par les uns, déconseillés par d'autres ; MM. Weil et Péhu les emploient systématiquement. Ils ont leur utilité, car ils débarrassent l'estomac de son contenu. Il ne faut pas en abuser. On les fait avec de l'eau de Vichy tiède, à 38°, dix à quinze minutes avant les repas.

Comme médicaments, nous employons souvent le mélange suivant :

Eau de chaux médicinale.......	60 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	20 gr.
Sirop simple ....Q. s. p. ..	120 cc.

dont on donne une ou deux cuillerées à café, cinq à dix minutes avant les tétées.

La belladone est un bon calmant, qu'on peut associer au bromure de sodium, suivant la formule du professeur Marfan :

Teinture de belladone	X gouttes
Bromure de sodium	1 gr.
Bicarbonate de sodium	1 gr. 50
Sirop simple q. s. pour........	150 cc.

On donne une cuiller à café de cette potion avant chaque repas.

On conseille encore le sulfate neutre d'atropine en solution au millième ; on en fait prendre des doses progressives, deux à dix gouttes quelques minutes avant chaque repas.

On peut avoir recours aux opiacés, au sirop diacode, en particulier, dont on substitue 20 gr. au sirop simple dans la préparation d'eau de chaux que je viens d'indiquer.

Le gardénal enfin est un médicament très efficace à la dose de 0 gr. 01 ou 0 gr. 02 par jour,

Il ne faut pas oublier le *traitement général*, nécessité par l'état de dénutrition et de déshydratation. On prescrit les solutions isotoniques de glucose ou de chlorure de sodium, en injections sous-cutanées ou en goutte à goutte rectal.

Le traitement médical doit être varié suivant les circonstances et continué avec persévérance. Il agit surtout sur les sténoses spasmodiques ; il peut agir aussi sur certaines sténoses hypertrophiques. Mais il est des cas où il ne faut pas le prolonger trop longtemps.

Quand on traite une sténose du pylore, il faut toujours envisager une *intervention chirurgicale.* Il y a des cas où celle-ci est urgente et ne doit pas être différée. Dans les autres cas, il faut choisir le moment opportun ; il faut intervenir quand on constate l'insuccès du traitement médical, dès que la dénutrition s'accentue et sans attendre que l'enfant soit dans un état de cachexie trop avancé. La limite de trois semaines fixée par M. Marfan est un maximum.

Je n'ai pas à exposer les techniques chirurgicales. L'opération la plus simple et la plus utilisée est la *pylorotomie extra-muqueuse*, préconisée par Frédet, en 1898, et Ramstedt, en 1912, l'opération de Frédet-Ramstedt. La section de la couche musculaire du pylore rétablit la perméabilité du canal ; elle a pour effet, non seulement d'élargir celui-ci, mais encore de supprimer la contracture en coupant les filets nerveux.

***

Tels sont les principaux points qu'il m'a paru intéressant de vous exposer à propos de notre petit malade. Cet enfant, vous vous le rappelez, a été pris à l'âge de quinze jours de vomissements. Quand nous l'avons vu, à l'âge de vingt-deux jours, il avait des vomissements en jet après quelques repas, n'avait pas de constipation et avait plutôt des selles diarrhéiques ; son état général était mauvais, l'amaigrissement important ; on ne voyait pas d'ondes péristaltiques à la région épigastrique, on ne sentait pas de tumeur pylorique. Comme le lait maternel était insuffisant, nous avons adopté provisoirement le diagnostic de vomissements par hypoalimentation. Mais l'allaitement mixte bien réglé, donné pour diminuer un spasme éventuel n'a pas supprimé les vomissements.

Après cinq ou six jours d'observation, nous avons porté le diagnostic de *sténose incomplète du pylore.* La radioscopie a vérifié ce diagnostic. Alors nous avons prescrit des tétées nombreuses et peu copieuses, dix par vingt-quatre heures, et insisté sur le traitement antispasmodique. L'amélioration a été rapide ; les vomissements sont devenus plus rares, le poids a augmenté, la radioscopie a montré une amélioration du transit pyloriqu , alors que la stase gastrique, quoique moins perolongée, persistait.

Notre diagnostic est encore hésitant entre une sténose hypertrophique incomplète et une sténose spasmodique.

Je pense qu'il est trop tôt pour conclure d'une façon définitive ; si à l'heure actuelle, il n'est pas question d'une intervention chirurgicale, il est possible, au cas d'une reprise possible des accidents, que nous soyons amenés à la proposer.

SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE ET DÉFORMANT PAR LE CUTIVACCIN DU DOCTEUR PAUL (DE VIENNE, AUTRICHE).

Par le Dr AYGUEBÈRE (de Toulouse).

Le rhumatisme chronique ou rhumatisme noueux déformant est certainement une des affections qui mettent à la plus dure épreuve le courage et la patience du malade d'une part, et, d'autre part, la ténacité et la subtilité du praticien.

Multiples ont été les moyens recommandés contre cette longue et cruelle maladie, et tout aussi nombreux ont été les échecs auxquels ils ont abouti. Médicaments internes (alcalins, arsenic, iode, soufre, mésothorium), bains, badigeonnages, onctions, thermothérapie, électrisation, etc., etc., ont tour à tour été préconisés, sans qu'aucun de ces différents modes de traitement ait pu donner une entière satisfaction. Même la thérapeutique par les corps irritants, telle qu'elle a été pratiquée jusqu'ici (injections sous-cutanées ou profondes) n'a répondu que très imparfaitement à son but, qui était non seulement de créer une plus grande vitalité et une meilleure nutrition des tissus, mais surtout de déterminer une excitation directe sur le protoplasma cellulaire capable de redresser les perturbations du métabolisme basal.

Se basant probablement sur certaines notions pathogéniques récemment acquises et actuellement acceptées sans conteste (rhumatisme tuberculeux de Poncet), Ponndorf, adepte fervent et convaincu de la spécificité (il croit, en effet à l'origine tuberculeuse du rhumatisme chronique déformant, ce qui n'est pas prouvé et n'est pas d'ailleurs la conception généralement admise), avait préconisé, il y a quelques années, dans le traitement du rhumatisme chronique, des vaccinations cutanées avec une préparation de tuberculine de Koch. Les résultats obtenus

avaient paru, d'une manière générale, des plus satisfaisants, mais ils n'avaient pas été durables.

Cependant, la répugnance des médecins et des malades à user de la tuberculine, ainsi que l'apparition dans de nombreux cas de phénomènes d'hypersensibilité, amenèrent le Dr Paul, qui avait expérimenté, d'une façon suivie, la méthode de Ponndorf, à combiner un nouveau vaccin, le cutivaccin Paul, dans lequel la tuberculine, à effet trop violent, était remplacée comme antigène par des dérivations de bacilles en combinaison avec d'autres substances d'un effet réactionnel certain (lymphe vaccinale et saprophytine), le mélange proportionnel ayant été déterminé après de nombreuses expériences et recherches cliniques.

Le traitement par le cutivaccin a été employé par le Dr Paul dans plusieurs centaines de cas de rhumatisme chronique déformant, de sciatiques et de névralgies du trijumeau, avec des résultats laissant loin derrière eux toutes les médications préconisées jusqu'à ce jour. C'est ainsi qu'en ce qui concerne la névralgie du trijumeau, 50 % des malades ont été complètement guéris, et 41 % ont éprouvé une très large amélioration. Pour les sciatiques, on compte 47 % de guérisons définitives et 45 % d'améliorations.

Quant au rhumatisme chronique, si la guérison est survenue dans 21 % des cas, c'est dans 64 % qu'une très grande amélioration a pu être constatée. Si l'on considère, que dans cette dernière forme, la plus grave du rhumatisme, on ne possédait jusqu'à aujourd'hui aucune médicason susceptible de donner un résultat satisfaitant, on ne peut s'empêcher de qualifier d'inespérés les résultats obtenus. Et dans cet ordre d'idées, il convient encore d'insister tout particulièrement sur ce fait, c'est que le pourcentage de guérisons et d'améliorations est d'autant plus digne d'être remarqué, que l'immense majorité des cas traités concerne des malades ayant fait déjà usage pendant de nombreuses années, mais sans aucun résultat, de toutes les cures possibles, thermales, hélio ou radiothérapiques.

En ce qui nous concerne personnellement sur une statistique de 44 malades atteints de rhumatisme chronique ou chronique déformant, qui ont reçu leurs cinq vaccinations depuis plusieurs mois, que nous avons pu suivre depuis lors, et chez lesquels il nous a été permis de constater qu'aucune modification ne s'était produite dans leur état depuis la fin de leur traitement, nous avons pu enregistrer seize guérisons. Quelques-uns de ces cas ont été obtenus chez des malades atteints de rhumatisme généralisé particulièrement grave et représentant de notables déformations articulaires ou encore des ankyloses. Chez tous ces sujets, les phénomènes douloureux ont complètement disparu et ne se sont plus manifestés, pendant que leur état général s'améliorait sérieusement ainsi que l'ont prouvé leur augmentation de poids et le relèvement de leur énergie physique et intellectuelle.

Dans tous ces cas, l'évolution du rhumatisme a été nettement arrêtée, mais il est bien évident que les ankyloses et les grandes déformations n'ont pas rétrocédé ; ce qu'on ne pouvait pas d'ailleurs espérer.

D'autre part, les grandes améliorations obtenues sont au nombre de 23. Elles ont été observées chez des malades ne présentant pas d'ankyloses ni de déformations articulaires très prononcées, mais chez lesquels l'élément douleur était particulièrement accusé et s'accompagnait d'un degré plus ou moins grand d'impotence fonctionnelle.

A la suite du traitement , les douleurs ont été très atténuées ou ont même disparu, alors que l'intégrité fonctionnelle n'était pas complètement récupérée.

Enfin, dans cinq cas, le résultat du traitement peut être considéré comme négatif, les phénomènes douloureux ayant persisté ou n'ayant été que très légèrement atténués.

Il nous a encore été donné de traiter quatre cas de sciatique chronique sans contracture, mais avec crises paroxystiques très violentes chez lesquels nous avons obtenu trois guérisons complètes et une amélioration très sensible.

Quant aux réactions générales douloureuses, elles sont habituellement nulles ou peu prononcées.

Dans ce dernier cas, elles se manifestent par une petite élévation de température, un peu de courbature et une céphalée légère de courte durée. Par contre, après la deuxième vaccination, et plus ordinairement, après la troisième, il se produit chez le malade un relèvement des forces, de l'énergie et de l'état général.

Les réactions au foyer de la maladie sont nulles ou peu marquées après la première vaccination, qui est uniquement sensibilisatrice ; mais elles peuvent se produire après la deuxième vaccination et sont encore plus manifestes après la troisième. Elles se traduisent par une diminution et parfois même par la disparition complète des douleurs, ainsi que par la diminution des œdèmes articulaires. Dans certains cas, on observe au contraire, au cours des premières vaccinations, un réveil des douleurs ; mais il est généralement de courte durée et il ne faut pas s'en alarmer, car il ne constitue pas un mauvais élément de pronostic.

Au cours du traitement, l'augmentation de poids du malade fournit un signe très favorable pour le pronostic, car ainsi qu'on peut le remarquer, elle coïncide presque sûrement avec une amélioration ; c'est pourquoi le Dr Paul a-t-il conseillé de peser régulièrement le malade avant chaque vaccination.

◆◆◆◆◆

Par contre, l'absence de toute réaction locale, générale ou focale après les trois premières vaccinations et la diminution du poids du malade laissent présager un pronostic plutôt défavorable ; aussi convient-il dans ce cas d'envisager le résultat comme très problématique.

Dans l'immense majorité des cas, cinq vaccinations suffisent pour la cure. Cependant certains états, quoique fort améliorés après la cinquième vaccination, peuvent encore nécessiter deux ou trois vaccinations supplémentaires. Il y a lieu dans ce cas, d'attendre au moins deux mois après la cinquième vaccination pour procéder à une sixième vaccination. De même pour les vaccinations consécutives. Pour ces vaccinations supplémentaires, il convient d'employer le cutivaccin fortior.

Seules les affections chroniques et graves du foie et des reins, les états cachectiques et le trop grand âge avec càchexie sénile constituent une contre-indication de la cutivaccination.

Le Dr Paul supprime systématiquement toutes les médications dites anti-rhumatismales pendant toute la durée de la cure par le cutivaccin. Cependant, au cas de crises trop vives, chez les malades peu tolérants, il permet l'emploi d'un cachet d'aspirine.

Il n'y a pas de régime alimentaire spécial à suivre. Le Dr Paul supprime toutes restrictions diététiques et conseille au contraire à ses malades une bonne alimentation.

Pour les sciatiques chroniques et, en particulier pour les névralgies faciales, l'efficacité du cutivaccin est encore plus grande, comme le montre le pourcentage des guérisons beaucoup plus élevé que celui du rhumatisme chronique déformant. On l'emploiera suivant la même technique et la même méthode indiquées que pour le rhumatisme chronique déformant, où en raison de son innocuité et de sa simplicité, la cutivaccination constitue bien la méthode de choix du traitement de l'avenir.

Première vaccination le 12 novembre 1926. Poids : 56 kilogr.

Deuxième vaccination le 26 novembre. Poids : 56 kilogr., amélioration déjà appréciable.

Troisième vaccination le 30 décembre, augmentation de poids de 1 kilogr. Grande amélioration, relèvement des forces et de l'état général.

L'amélioration a été constante durant les deux dernières vaccinations. Après la cinquième vaccination, le malade n'accuse plus de douleur, ses articulations sont plus souples, il peut faire son travail, surveiller et diriger son usine.

M. B..., 70 ans. *Rhumatisme chronique déformant généralisé. Très grande amélioration.*

Le malade est immobilisé dans son lit depuis 7 mois, incapable de faire le moindre mouvement et souffrant cruellement.

Toutes ses articulations sont plus ou moins touchées par le rhumatisme. Déformation des mains et soudure des phalanges en extension forcée. Gros œdèmes malléolaires et des genoux.

Amélioration dès la deuxième vaccination. A la quatrième vaccination, les douleurs n'ont plus reparu. Depuis lors le malade se lève et peut sortir.

Mme D..., 44 ans. — *Rhumatisme chronique déformant généralisé. Grande amélioration.*

Le début de l'affection remonte à 20 ans environ. Toutes les articulations sont plus ou moins atteintes, y compris le rachis et les vertèbres cervicales. Déformations surtout aux membres inférieurs, genoux, pieds (pied gauche en varus). Rhumatisme douloureux. La malade garde le lit depuis 10 ans. C'est une grande infirme.

Dès la deuxième vaccination, sédation notable des douleurs et augmentation de poids. A la troisième vaccination, nouvelle augmentation de poids ; l'amélioration continue. Après la quatrième vaccination, les douleurs ont totalement disparu et on constate un peu plus de souplesse dans quelques articulations. La malade peut maintenant se peigner et écrire assez convenablement. Après la cinquième vaccination l'amélioration continue. On m'apprend qu'on a pu mettre la malade droite sur ses jambes et qu'elle a pu faire trois ou quatre pas dans sa chambre avec l'aide de deux personnes.

L'état général reste parfait, et le moral est maintenant tout à fait bon.

Mme G. D..., 47 ans. — *Polyarthrite chronique déformante. Amélioration.*

Début de l'affection en 1910. Envahissement progressif des quatre membres et partiellement du rachis. Rhumatisme à forme particulièrement douloureuse. Cette malade ne garde pas le lit. Légère amélioration après la deuxième vaccination. Entre la troisième et quatrième vaccinations réveil des douleurs, qui sont cependant moins fortes qu'avant le traitement. Après la cinquième vaccination, il existe encore quelques douleurs, mais elles sont très supportables.

La dernière vaccination date de cinq mois. L'amélioration persiste. La malade marche plus facilement et peut maintenant s'occuper un peu de son ménage.

Mme E..., 44 ans. — *Rhumatisme chronique déformant généralisé. Amélioration.*

Vieux rhumatisme avec grandes déformations aux mains, poignets, coudes, genoux, pieds.

Sédation des douleurs dès la deuxième vaccination et légère augmentation de poids. L'amélioration continue après la troisième vaccination, mais entre la troisième et quatrième vaccination petite poussée douloureuse de courte durée.

La cinquième vaccination a eu lieu il y a 6 mois, l'amélioration s'est maintenue, les douleurs ont à peu près disparu et la malade se déplace plus facilement.

Mme S..., 54 ans. — *Sciatique chronique. Guérison.*

Sciatique chronique ancienne peu ou pas améliorée par les traitements habituels, ni par plusieurs séjours dans les stations balnéaires.

Dès la deuxième vaccination, augmentation de poids et amélioration de l'élément douleur. Après la troisième vaccination, nouvelle augmentation de poids, et très grande amélioration. La marche n'est plus aussi pénible, et les douleurs n'existent pour ainsi dire plus. Les deux dernières vaccinations ont complété la guérison.

Mme L..., 65 ans. — *Sciatique. Guérison.*

En 1924, avait eu une crise aiguë de sciatique qui avait cédé aux traitements habituels (cachets, friction, pointes de feu).

En novembre 1925, nouvelle crise aiguë, relativement supportable au début, mais qui ne tarda pas à devenir intolérable. La malade souffrait sans répit nuit et jour. Toutes les médications précédemment employées restèrent sans effet. Obligation de recourir à la morphine pour lui permettre quelque repos la nuit.

Première vaccination le 1er janvier 1927.

Amélioration manifeste après la deuxième vaccination. Après la troisième vaccination, un mois plus tard, les douleurs avaient cessé. Elles n'ont plus reparu au cours des deux dernières vaccinations ni par la suite. La dernière ayant eu lieu le 5 juillet.

Le traitement du rhumatisme chronique et déformant selon la méthode du Dr Paul, par le cutivaccin (méthode des irritants faibles), ne consiste pas en une inoculation profonde de vaccin au moyen d'une seringue, mais en une vaccination cutanée superficielle, vaccination épidermique avec sa technique toute spéciale.

Le traitement complet comprend habituellement cinq vaccinations, échelonnées sur une période de six mois, et nécessite l'emploi de deux sortes de concentrations du même vaccin, le cutivaccin *mitior* et le cutivaccin *fortior*.

On emploie le cutivaccin mitior pour les première, deuxième et cinquième vaccinations et le cutivaccin fortior pour les troisième et quatrième.

La première vaccination étant faite, on procèdera à la deuxième quinze jours après la première ; à la troisième un mois après la deuxième ; à la quatrième deux mois après la troisième, et enfin à la cinquième trois mois après la quatrième.

Ces vaccinations se font habituellement au bras, dans la région deltoïdienne. On peut les faire également au niveau de la face externe de la cuisse. Elles ne laissent pas de traces indélébiles comme les vaccinations antivarioliques, ne sont pas douloureuses et n'empêchent nullement le malade de vaquer à ses occupations habituelles.

Voici la technique de la cutivaccination d'après le Dr Paul :

Après nettoyage et asepsie de la région à la benzine (le Dr Paul emploie la benzine, mais on peut, sans inconvénient, employer l'éther ou l'alcool), sur un espace environ de quatre centimètres sur cinq centimètres, on fait une douzaine de très légères incisions longitudinales dans le sens de l'axe du membre, très superficielles, n'intéressant que l'épiderme, et ne devant pas s'accompagner de suintement sanguin.

Après ouverture des deux extrémités du tube de vaccin, on répand le cutivaccin en gouttelettes, espacées sur la surface des incisions, puis avec un instrument arrondi (un tube de verre aseptisé, par exemple), on frotte légèrement pendant quelques secondes la région, pour étendre et faire pénétrer le cutivaccin dans les incisions. Cette sorte de petit massage est absolument nécessaire.

Après la vaccination, il est inutile de faire un pansement, mais il convient de laisser la peau à l'air libre jusqu'à ce que le vaccin soit desséché sur la surface.

Pour procéder à ces vaccinations, on peut se servir d'un vaccinostyle ordinaire, mais non d'un instrument trop tranchant qui risquerait de produire des incisions trop profondes s'accompagnant d'hémorragie.

Le Dr Paul a établi, à cet effet, un vaccinostyle spécial comportant une pointe aplatie, très acérée, mais peu tranchante. La tige de ce vaccinostyle est en partie arrondie, et a été faite ainsi pour procéder au petit massage dont il a été parlé plus haut.

D'une façon générale, les réactions locales de la cutivaccination sont de moyenne intensité et ne se traduisent que par de la rougeur papuleuse de la région. Elles peuvent dans certains cas présenter un caractère plus marqué en évoluant sous la forme bulleuse. L'apparition de phénomènes suppuratifs, qui ne s'observe que très rarement, provient toujours d'une infection secondaire due à une faute d'asepsie.

En résumé, notre statistique peut donc s'établir ainsi :

Rhumatisme chr. et chronique déformant.	guérisons	35 %
	larges améliorations...	52 %
	sans résultat	12 %
Sciatique.	guérisons	75 %
	larges améliorations ...	25 %
	sans résultat..........	0 %

A titre documentaire, voici quelques courtes

observations de malades qu'il m'a été donné de traiter.

Mme A..., 74 ans. — *Rhumatisme chronique déformant. Guérison.*

Vieux rhumatisme chronique plus spécialement localisé aux genoux, aux articulations tibio-tarsiennes, aux poignets, aux mains. Grosses nodosités aux articulations des doigts, un peu de raideur des deux poignets.

Douleurs vives survenant par crises, de courte durée, mais se répétant fréquemment, surtout aux mains et aux poignets.

Ne pouvait faire que difficilement son ménage, ses mains laissant échapper les objets qu'elles tenaient. Faisait aussi fréquemment des faux pas et même des chutes.

Dès la troisième vaccination, les douleurs ont à peu près cessé. L'état général s'est relevé. La malade se sent plus forte, peut faire son ménage et ne fait plus de faux pas.

La dernière vaccination date du 26 mars 1926. Les douleurs n'ont plus reparu. Les nodosités des doigts persistent toujours, mais les articulations sont souples et la malade se sent alerte.

M. G..., 37 ans. — *Polyarthrite déformante progressive. Guérison.*

A eu une première crise de rhumatisme aigu au genou droit à 21 ans. Un an plus tard, nouvelle crise au genou gauche. En 1922, sciatique gauche rhumatismale. En janvier 1925, nouvelle poussée de rhumatisme au genou gauche qui devient très volumineux mais n'est pas très douloureux, puis au genou droit en juillet 1925 et enfin successivement à l'épaule droite, au poignet droit, au coude, aux articulationt temporo-maxillaires, aux vertèbres cervicales es premières dorsales (actuellement soudure de ce vertèbres et déformation cyphotique).

LE TRAITEMENT DES ANOREXIES

Par M. le Dr Valory.

Le traitement de l'anorexie devra s'attacher à être étiologique. Or, multiples sont les causes de ce symptôme. En effet, si l'anorexie peut être due à une affection primitive de l'appareil digestif, en particulier de l'estomac, elle constitue aussi un symptôme d'accompagnement au cours de la plupart des maladies aiguës, fébriles et des maladies chroniques de la nutrition ou des différents organes.

Enumérer toutes ces causes serait donc autant dire passer en revue toute la pathologie. Nous allons cependant voir les principales — celles que le praticien est appelé à rencontrer journellement — et, pour chacune, le traitement approprié.

Lorsque c'est à l'estomac même qu'est la source des troubles et qu'on a posé le diagnostic de cancer, de sténose, c'est évidemment au chirurgien que l'on devra passer aussitôt la main. S'il s'agit d'une dyspepsie récente, banale, on éliminera les aliments indigestes ou toxiques. On prescrira, au contraire, ceux de digestion facile. On se trouvera bien des alcalins pris à petites doses avant les repas.

En cas de gastrite alcoolique, le lavage de l'estomac débarrassera la muqueuse des sécrétions qui la recouvrent. La syphilis gastrique, elle, entraînera, il va sans dire, le traitement spécifique.

Les fonctions digestives des ptosiques seront améliorées par le traitement mécanique : gymnastique, ceinture.

La stase cæcale aura pour conséquence la désintoxication du malade par des moyens évacuants : petites doses répétées d'huile de ricin tous les deux jours et lavage intestinal. Le diagnostic d'appendicite sera synonyme d'intervention. Lorsque la cholécystite est responsable, on instituera le régime classique, un traitement hydrominéral, le sulfate de magnésie à petites doses.

Chez le neurasthénique, on pratiquera une réalimentation progressive, qui sera grandement facilitée par la psychothérapie. On prescrira le repos au lit et l'emploi des agents physiques. Pour l'hystérique, c'est l'isolement immédiat qui donnera les meilleurs résultats.

Le régime lacto-végétarien, les purgations, améliorent notablement les fonctions digestives et l'appétit des azotémiques. Pour les anorexies liées aux infections, on pratiquera la désintoxication du malade, aération, boissons acidulées abondantes, évacuation de l'intestin, etc.

Chez les anémiques, les médications ferrugineuse et surtout arsenicale donnent des résultats remarquables.

Les insuffisances endocriniennes seront traitées par l'opothérapie spécifique, un régime végétarien, exercice, massage.

Le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique avec rétention partielle aura pour conséquence la disparition de l'anorexie associée. Il en sera de même de l'ablation des végétations adénoïdes infectées, entraînant la déglutition de pus.

L'inappétence qui accompagne l'hyperten-

sion, l'artério-sclérose, sera améliorée, ainsi que l'affection causale, par le régime, le repos, les laxatifs répétées.

Chez les intoxiqués par le tabac, le plomb, l'alcool, la désintoxication sera un facteur capital du retour de l'appétit.

Nous voyons donc que le traitement de l'anorexie est directement subordonné au traitement de la cause qui l'a déterminée et entretenue. Mais il ne se limite pas là : il comporte en plus une thérapeutique d'ordre général. Cette dernière, toujours très importante, est capitale quand on se trouve en présence d'une anorexie qui ne dépend pas d'une lésion gastrique ou d'une maladie générale — de ces anorexies (et elles sont nombreuses) où on ne relève comme cause apparente que les excès, le surmenage, la vie sédentaire.

C'est à l'hygiène qu'il faut veiller en premier lieu. L'anorexique mènera une vie régulière, exempte de surmenage physique et intellectuel. On lui évitera les émotions déprimantes. Il séjournera le plus possible au grand air. Il devra éviter toute intoxication, notamment le tabac.

La culture physique prend une valeur curative, surtout chez les sujets malingres, élancés, ptosiques. C'est en développant la musculature par des exercices appropriés, en activant la circulation et les échanges par les mêmes moyens que l'on agit indirectement sur l'appétit.

L'hydrothérapie froide, si le malade peut la supporter, concourt au même but en stimulant la circulation et le jeu des émonctoires.

Au point de vue régime, on exclura tous les aliments de digestion lente et laborieuse : les graisses, le pain frais (que l'on remplacera par du pain grillé et des biscottes), les crudités (salades, fruits crus), les sauces, les aliments putrescibles (viande jeune, viande gorgée de sang, gibier). On proscrira aussi tous ceux susceptibles d'irriter la muqueuse gastrique (les épices notamment).

Les aliments réputés peptogènes : bouillon dégraissé, jus d'épinard, képhir seront particulièrement indiqués.

Le médecin devra consacrer tous ses efforts à la réalimentation du malade. Dans ce but, il ne pourra mieux faire que de s'aider de l'excitant par excellence des fonctions cellulaires : l'arsenic. Ce médicament entraînera rapidement une stimulation de la nutrition générale, et facilitera l'assimilation des aliments. Il ramènera l'appétit et fera disparaître la fatigue. Il procurera même de l'embonpoint. De plus, l'arsenic constituera souvent une véritable thérapeutique étiologique contre une affection dont l'anorexie n'est qu'une complication. Ce sera le cas des anémies : sous l'influence de l'arsenic, on note une augmentation de nombre des globules rouges (Widal et Merkler) et de la teneur du sang en hémoglobine, ainsi qu'une prolifération des globules blancs qui assimilent l'arsenic médicamenteux et le transforment en nucléines arsenicales (Besredka). Il en sera de même pour toutes les asthénies, fatigue, surmenage, tuberculose non congestive et apyrétique, convalescence de grippe, etc...

Malheureusement, l'arsenic est également un poison redoutable par sa toxicité. Ses doses thérapeutiques sont souvent voisines des doses toxiques. Et avec ses diverses préparations, on a eu trop souvent à déplorer de véritables intoxications se manifestant par de la sécheresse de la bouche et de la gorge, des troubles gastro-intestinaux, des symptômes nerveux et cutanés, des bouffées congestives, etc... La liqueur de Fowler en raison de l'arsénite de potasse et de sa facile altérabilité (envahissement par les moisissures) ne fait pas exception à cette règle.

Le professeur Gauthier, en 1889, et de nombreux expérimentateurs à sa suite ont démontré l'innocuité des préparations organiques de l'arsenic et de la médication cacodylique en particulier. Mais les cacodylates ont eux aussi de graves inconvénients. Par voie digestive, ils sont mal tolérés : odeur alliacée de l'haleine, bouffées de chaleur, bourdonnements, vertiges, hyperthermie, etc... Ce qui fait que l'on est obligé de les administrer par voie sous-cutanée. Même alors, ils sont en grande partie éliminés par l'organisme *sans avoir été utilisés* ; d'où nécessité d'une thérapeutique à hautes doses.

Il n'en est plus de même si on modifie la structure chimique de ces composés organiques en adoptant le groupement allyl, bien connu pour sa remarquable affinité biochimique.

Tel est le cas de l'arsylène (acide allylarsinique) bien étudié expérimentalement et cliniquement par les professeurs Pouchet, Euzière, Roch, les docteurs Bénech, Valois, Culty, Schneider, Garrigues, Katzenelbogen, Ritz, Pagès, Arène, Vigne, Fournier, etc.

Ces divers auteurs ont en effet prouvé la toxicité pratiquement nulle de l'arsylène, qui permet son emploi à doses élevées sans craindre aucun des phénomènes d'arsenicisme, si fréquents, comme nous le venons de le voir, avec les diverses préparations inorganiques. Par ailleurs, contrairement aux cacodylates, ce médicament est utilisé presque complètement dans l'économie. L'arsylène constitue donc la préparation idéale de l'arsenic ; il en a tous les avantages et n'en a aucun inconvénient. C'est, associée au traitement particulier à chaque cas, l'arme de choix et la plus efficace pour lutter contre toutes les anorexies. On le prescrira généralement en injections sous-catanées d'ampoules de 2 cmc. dosées à 0.05 d'acide allylarsinique en solution glucosée. Les injections étant complètement indolores, on injectera une am-

poule par jour et plus. Pour les enfants, on se contentera d'un quart ou d'une demi-dose.

En cas d'anorexie absolue, chez les neurasthéniques et les hystériques surtout, dans tous les cas où il faudra agir très rapidement, on pratiquera des injections endoveineuses ou intramusculaires d'ampoules de 5 cmc. dosées à, 0 gr 20, qui, par ailleurs ont donné des résultats excessivement intéressants dans la sclérose en plaques, les séquelles de l'encéphalite, le psoriasis, etc.

Chaque fois que le malade ne veut pas accepter la médication sous-cutanée ou que le médecin, pour une raison de commodité, ne peut pas l'instituer, on prescrira l'arsylène *per os*. On sait que le médicament est parfaitement toléré par les voies digestives et ne provoque pas d'odeur alliacée de l'haleine. On l'administrera en suivant la méthode de Fowler : augmenter tous les jours d'un granule jusqu'à huit, puis progressivement diminuer jusqu'à deux granules par jour.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Etude critique sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine.

De l'analyse des travaux publiés à l'étranger et en France, ainsi que des recherches personnelles de MM. M. Villaret, Imbert et Justin-Besançon, il ressort que le traitement de la tuberculose par l'injection de thio-sulfate double d'or et de sodium constitue une méthode infidèle dans ses résultats.

Il y a de nombreuses contre-indications formelles à l'emploi de ce médicament, et les indications qu'on peut attribuer à la sanocrysine sont limitées et encore provisoires.

Cependant, il y a, dans certains cas, une action thérapeutique des sels d'or. Les réactions de l'organisme tuberculeux, vives au début de la cure, et allant en diminuant par la suite, semblent bien révéler une action de la sanocrysine sur les foyers bacillaires ; d'autre part, presque tous les auteurs qui ont employé ce médicament rapportent quelques rares, mais incontestables observations d'améliorations consécutives à l'aurothérapie.

Ces guérisons, lorsqu'elles sont constatées chez des sujets pour qui nulle autre thérapeutique n'eût pu actuellement être proposée avec des chances certaines de succès, justifient, dans ces limites, l'emploi des sels d'or.

Les auteurs attachent une très grande importance à la technique d'administration de la sanocrysine : une extrême prudence s'impose. Des injections d'emblée intra-veineuses exposent très fréquemment à des complications rénales, d'où la nécessité de doses faibles, intramusculaires au début du traitement, elles-mêmes précédées d'une chimiothérapie adjuvante. Il est, par la suite, indispensable d'attendre pour pratiquer une nouvelle injection intraveineuse du sel d'or que les réactions déterminées par l'injection précédente soient totalement éteintes ; enfin l'association à l'aurothérapie d'extrait hépatique par voie parentérale semble d'une réelle utilité.

Avec ces précautions de technique et une grande prudence dans l'établissement des indications, les accidents imputables au traitement sont très réduits, et les résultats heureux qu'on obtient dans certains cas ne sont plus contrebalancés par l'appréhension d'accidents graves.

Bref, l'action des sels d'or est intéressante en principe, mais la sanocrysine est d'un maniement très délicat et d'une valeur thérapeutique inconstante. (*Le Progrès médical*, 5 février 1927.)

Un signe parfois méconnu révélateur du tabes.

Pour le bien du malade, il faut établir un diagnostic aussi précoce que possible, en vue d'un traitement hâtif. Mais le tabes, dit le Dr Cauvy, peut se révéler par des manifestations tellement mobiles et nombreuses, que, même aujourd'hui, on en méconnaît souvent la nature. Parmi ces manifestations, il faut citer les crises gastriques, qui peuvent être le premier symptôme d'un tabes évolutif jusqu'alors ignoré. Ces crises précèdent et déclanchent des vomissements abondants, incoercibles, indépendants de toute alimentation solide ou liquide ; la crise, accompagnée d'angoisse et de dépression profonde, peut durer de quelques heures à quelques jours ou semaines ; puis, brusquement, tout rentre dans l'ordre ; le malade, quasi-moribond quelques heures auparavant, peut s'alimenter et absorber sans inconvénients les aliments les plus lourds.

Puis, après une période d'accalmie, les crises reprennent. Cet aspect est caractéristique du tabes, qui peut ainsi se révéler en dehors de tout autre symptôme apparent pour le malade. Parfois la douleur est seulement pénible et les vomissements sont « à sec », particulièrement difficiles à supporter.

En présence de ces deux aspects cliniques,

ébauchés dans les points essentiels, il faut songer au tabes, même si le malade nie la syphilis.

Les crises gastriques tabétiques sont conditionnées par de la névrite radiculaire et une vasomotricité du sympathique.

A part le traitement symptomatique (morphine, etc.), il faut d'emblée instituer un traitement causal : Hg., novarsenic, bismuth. Dans certains cas, on a dû recourir à la chirurgie (cordotomie de Robineau).

Mais il paraît utile de pratiquer aussi la physiothérapie et une cure hydrominérale. (*La Médecine*, février 1927.)

Des troubles de la miction dans les tumeurs pédiculées de la vessie : « Le signe du clapet ».

Si l'hématurie, avec ses caractères particuliers, constitue le signe capital des polypes vésicaux, il n'en reste pas moins que cette symptomatologie est souvent complétée par des phénomènes vésicaux d'ordre divers : rétention complète aiguë, rétention incomplète chronique avec pollakiurie, incontinence, enfin « le signe du clapet », qui peut être le premier signe révélateur d'un polype vésical avant toute hématurie.

Ce signe est décrit par le Dr Henry Blanc, et il a une valeur clinique incontestable, quoique peu fréquent ; c'est une miction entrecoupée par suite de l'interruption brusque du jet à un moment donné, la fin de la miction s'effectuant goutte à goutte et péniblement. Quand on le rencontrera, on pourra affirmer, s'il n'y a pas de caillots dans la vessie, qu'il s'agit d'une tumeur pédiculée, c'est-à-dire d'un polype vésical plus ou moins frangé. Aucune autre maladie vésicale, même pas les calculs, ne pourrait donner lieu au même phénomène. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 20 février 1927.)

La constipation physiologique.

A côté de la constipation pathologique, il y a la constipation, symptôme artificiel, qui englobe toutes les constipations qui ne sont pas des constipations pathologiques liées à des états anatomiques (coudures, adhérences, tumeurs), à des compressions par des organes voisins (position vicieuse de l'utérus), aux dystrophies glandulaires (thyroïdienne), aux troubles sécrétoires du foie, de l'intestin, à la dyspepsie avec hyperchlorhydrie, avec ou sans ulcus, à la dilatation gastrique et enfin à l'aérophagie.

La constipation physiologique (du Dr G. Leven) est une troisième variété de constipation que le médecin doit connaître, car, s'il l'ignore, il la combat plus ou moins activement et, ce faisant, il crée une constipation artificielle ou même une constipation pathologique, car les procédés usuels (laxatifs, purgatifs et lavages d'intestin) sont parfois suffisants, chez les sujets sensibles, pour engendrer une constipation pathologique durable.

Cette constipation physiologique s'observe chez des malades en état d'hypo-alimentation, expliquée par des vomissements incoercibles, chez des malades en état d'hypo-alimentation voulue à la suite d'un acte chirurgical, d'une maladie fébrile avec hyperthermie prolongée, chez d'autres, à la suite de diarrhées accidentelles ou provoquées par la thérapeutique médicamenteuse, etc.

Dans tous ces cas, la constipation paraît être une réaction destinée à diminuer les pertes de l'organisme, à utiliser au maximum les produits de la digestion avant l'élimination des produits non digérés. C'est une constipation d'épargne, une constipation physiologique, qui rappelle l'oligurie physiologique observée dans les mêmes conditions. Elle est toujours bien tolérée, sans accidents.

Durant la période d'attente de la selle, l'auteur supprime les légumes verts, aliments à résidus importants, et il prescrit systématiquement le bromure de sodium et le carbonate de bismuth aux malades contipés, pour modifier les spasmes du tractus gastro-intestinal.

Cette constipation peut durer 6, 10, 17 jours et même 20 jours et plus. Elle appartient au groupe des symptômes qu'il faut respecter, telles certaines diarrhées de défense, certaines toux, certaines sueurs, certaines oliguries même, dans des conditions bien déterminées. (*Gazette des Hôpitaux*, 20 avril 1927.)

Traitement chirurgical des suites éloignées des phlébites et des grands œdèmes non médicaux des membres inférieurs.

Les phlébites laissent généralement comme séquelles une gêne circulatoire, qui se traduit soit par des varices, soit par de l'œdème ; plus tard, il peut s'y ajouter de la fatigabilité, des douleurs, des crampes très pénibles. Que peut-on faire chez des hommes jeunes ? Une résection du segment oblitéré semble être, d'après le prof. R. Leriche, la meilleure méthode à suivre.

Le traitement des grands œdèmes chroniques des membres inférieurs est instructif à cet égard. On les rencontre de temps en temps chez des malades arrivés à la période moyenne de la vie ; le plus souvent, ils sont inégalement répartis des deux côtés ; l'œdème est plutôt dur ; il est différent de celui de l'éléphantiasis ; souvent, il est douloureux, et d'un aspect rouge foncé au repos. Il a un autre caractère ; c'est qu'il ne reste pas localisé aux membres inférieurs, mais gagne la fesse et le seuil de la région lombaire ; il n'est réductible ni par le repos, ni par le régime. Le diagnostic est embarrassant en l'absence de cause médicale décelable, de syphilis, de tumeur pelvienne du bassin.

Chez quatre malades de ce genre, l'auteur est intervenu et il a trouvé les veines iliaques primitives enserrées dans un tissu de sclérose dense, lequel remontait jusqu'à la bifurcation de la veine cave ; aussitôt dégagées, elles reprirent un calibre normal. L'examen montra que dans le tissu scléreux se trouvaient des éléments sympathiques, devenus vraisemblablement une cause adjuvante de l'œdème.

Dans ces grands œdèmes, il faut donc chercher une cause pelvienne inflammatoire, intra ou sous-péritonéale et un élément nerveux auxiliaire. Les résultats opératoires furent probants, mais non toujours durables ; ils sont en tous cas encourageants. Pour obtenir une guérison complète, on devrait intervenir précocement et faire toujours une libération bilatérale, se rappelant que l'intervention n'est pas aisée et qu'il faut avoir soin de ne pas blesser les gros troncs lymphatiques, qui passent du petit bassin dans le grand en enjambant les artères iliaques.

Ces deux questions des phlébites et des œdèmes méritent d'être étudiées plus attentivement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, en n'oubliant pas que toujours un syndrome sympathique s'y juxtapose à l'élément mécanique. (*Gazette des Hôpitaux*, 2 mars 1927.)

Ostéopathie fibreuse du maxillaire inférieur.

Les fibromes du maxillaire inférieur sont rares ; plus rares encore les ostéopathies fibro-kystiques localisées au maxillaire inférieur, puisque dans une thèse récente, on n'a pu en réunir que onze cas.

Outre sa rareté, sa pathogénie inconnue, la forme localisée au maxillaire présente un grand intérêt clinique, puisque, prise pour une tumeur du maxillaire, elle peut entraîner une intervention chirurgicale parfois inutile. G. Jeanneney, Guérin et Magendie en rapportent un cas.

Ils pensent que dans l'ostéopathie fibrokystique, l'intervention est très souvent inutile, alors que dans le cas d'u n chondrome ou d'un fibrosarcome, il faudrait intervenir largement. Cependant dans le doute, l'intervention, qui aura la valeur d'une biopsie, est recommandable ; Cette intervention consistera en une résection atypique « à la demande des lésions ». Les auteurs ont utilisé le traitement économique, espérant que la cautérisation large du foyer aura pu détruire les quelques cellules qui avaient échappé au bistouri. Si une récidive survenait, ils se croiraient alors autorisés, avant de faire une intervention large, à tenter la curiethérapie.

Peut-être même, à l'avenir, l'association des deux méthodes, qui, par ailleurs, est si souvent utile, pourrait-elle être tentée sitôt connu le résultat anatomo-pathologique. (*Journal de Bordeaux*, 25 janvier 1927.)

A propos de l'emploi de la quinine en gynécologie.

A part son pouvoir germicide sur le protozoaire du paludisme, le pneumocoque et diverses bactéries, la quinine, est, à faible dose, un tonique du système nerveux central, et, à plus forte dose, un sédatif : elle inhibe le sympathique plutôt que le parasympathique ; elle détermine une sédation du cœur, combat les névroses cardiaques, améliore les états de contracture utérine ; elle est vaso-constrictive à faible dose, vaso-dilatatrice à plus fortes doses ; elle diminue le métabolisme basal en diminuant les oxydations, etc.

En gynécologie, mise à part son action spécifique sur les complications génitales du paludisme, on la recommanderait (vaso-constrictive) dans certaines hémorragies utérines (1 gr. à 1 gr. 50 dans les métrorragies goutteuses, ou fluxionnaires de la puberté et de la ménopause) ; mais elle semble aussi, d'après le Dr H. Vignes, manifester une activité inverse ; administrée pendant les règles, pour un motif quelconque, elle arriverait à déterminer des métrorragies formidables.

Cette action a été utilisée de parti pris pour rappeler la menstruation, et certains auteurs s'en sont loués, autrefois, pour favoriser l'éruption des règles dans l'aménorrhée.

L'action sédative de la quinine serait utile dans certains cas de dysménorrhée.

Il faut se méfier de l'action nocive de la quinine pour l'oreille, si souvent lésée chez les femmes dysménorrhéiques. (*Journal des Praticiens*, 12 mars 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le glukhorment dans le traitement du diabète.

(MM. Marcel LABBÉ et NEPVEUX. — *Académie de médecine* ; 25-10-1927.)

Il y a quelque temps, les auteurs allemands préconisaient contre le diabète, comme succédané de l'insuline, un produit nouveau, la synthaline. Son principal avantage était de pouvoir s'administrer par voie buccale, mais son inconvénient non moins majeur résidait dans une action irritante sur les voies digestives, allant souvent jusqu'à l'intolérance.

Les préparateurs allemands ont continué leurs recherches dans ce sens et dans un article de mai dernier de la *Klinische Wochenschrift*, von Norden a pu relater les résultats satisfaisants qu'il avait obtenus chez les diabétiques par l'emploi d'un autre agent, le *glukhorment*, poudre résultant de la fermentation du pancréas et issue des laboratoires de la maison Horment, de Berlin. Cette firme ayant adressé à MM. Marcel Labbé et Nepveux des échantillons dudit médicament, ces auteurs en ont fait l'essai chez plusieurs malades. Administré *per os*, à la dose de 3 à 5 capsules par jour, le glukhorment a été bien supporté, par l'estomac en particulier, sauf une fois où des vomissements se sont produits. L'action antidiabétique, dans les diabètes bénins, a été réelle, sans égaler celle de l'insuline. Dans deux cas de diabète grave, le résultat a été nul et M. Labbé n'a pas eu l'occasion d'essayer le glukhorment seul dans l'acidose diabétique.

Les auteurs concluent que le glukhorment est, d'une façon générale, bien toléré. Il possède un pouvoir hypoglycémiant et favorise l'utilisation des hydrates de carbone, à la façon de la synthaline, sans avoir la toxicité de celle-ci et son action défavorable sur le tube digestif. La puissance thérapeutique du glukhorment, toutefois, est très inférieure à celle de l'insuline, sur laquelle elle ne possède que l'avantage d'être utilisable en ingestion, tandis que l'insuline n'a de valeur qu'en injection.

Dans ces conditions, l'insuline reste le seul médicament à employer dans les formes graves du diabète. Le glukhorment ne peut prétendre à la remplacer ; mais dans les formes bénignes, il peut être prescrit pour élever un peu la capacité d'utilisation hydrocarbonée et pour amener plus rapidement la disparition d'une glycosurie combattue par le régime.

On est imparfaitement fixé sur la nature du glukhorment, qu'on ne doit pas, semble-t-il, assimiler à la synthaline. R. Meissner, son préparateur, l'a obtenu par une auto-fermentation du pancréas, arrêtée au moment où commence à se produire de la gluko-cyamine. Il n'y a pas, dit-on, de guanidine dans le médicament. Les recherches physiologiques et chimiques sur cette substance ne sont encore qu'ébauchées et il faut attendre pour se prononcer sur sa valeur et son mode d'action.

La maison maternelle de Chatillon-sous-Bagneux.

(MM. MARFAN et ZUBER. — *Académie de médecine* ; 25-10-1927.)

La maison maternelle de Châtillon-sous-Bagneux (Seine) est une annexe de l'hospice des Enfants-Assistés, ouverte en 1922. Fondée dans le but de diminuer le nombre des abandons de nouveau-nés à l'assistance, elle reçoit les mères sans ressources voulant nourrir leurs enfants au sein, ou même à l'allaitement artificiel. Les femmes qui y sont admises s'occupent de leurs enfants, travaillent à l'établissement et reçoivent d'ailleurs un modeste salaire de 1 fr. 50 par jour, en dehors du séjour gratuit dans la maison. Elles se placent ensuite suivant leurs convenances et celles qui ont beaucoup de lait peuvent entrer comme nourrices à l'hospice des Enfants-Assistés de Paris. M. Marfan rappelle que les nourrices de cet hôpital continuent à allaiter leur propre nourrisson et que, dans l'intervalle des tétées, on recueille de leurs seins, *par traite manuelle et instrumentale*, le surplus de leur lait qui est alors donné, au biberon, aux autres enfants. Ce système, qui évite les contagions syphilitiques, fonctionne aux Enfants-Assistés depuis 1923.

La maison maternelle de Châtillon-sous-Bagneux dispose de 59 lits. Depuis sa fondation, elle a reçu 1.198 enfants avec leurs mères. La mortalité infantile y est tombée, en 1927, à 0.63 pour 100, alors que le chiffre habituel est encore de 12 %. Elle a ainsi abaissé notablement la mortalité des enfants du premier âge. Elle a aussi diminué le nombre des enfants abandonnés et favorisé l'allaitement maternel.

Fièvre barbiturique.

(MM. Paul JACQUET et J. DELARUE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-7-1927.)

A propos d'un cas qu'ils ont observé récemment de fièvre au cours de l'intoxication par les agents de la série barbiturique (en l'espèce, le dial absorbé à fortes doses par un psychopathe), MM. Jacquet et Delarue ont recherché dans la littérature médicale les cas déjà publiés de fièvre barbiturique. Ils ont compulsé 19 observations d'intoxication aiguë par le véronal, le dial ou le somnifène. Sept d'entre elles ne comportaient pas d'indication thermométrique. Sur les 12 autres, une notait de l'apyrexie ; le malade mourut. Onze enregistraient de la fièvre, une hy-

perthermie en clocher. Neuf fois, la fièvre existait sans complication viscérale, pulmonaire ou autre.

La fièvre est donc un phénomène fréquent au cours de l'intoxication aiguë par le véronal et les produits de la série barbiturique. Il ne semble pas que la question de doses intervienne à ce sujet. Cette « fièvre barbiturique », si l'on peut la dénommer ainsi, aurait besoin d'être précisée et mieux étudiée. Elle a été, dans les cas publiés, sans signification sérieuse.

Tétanos traité par le sérum anti-tétanique et le somnifène intra-veineux ; guérison.

(MM. Marcel Labbé et A. Escalier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-7-1927.)

MM. Marcel Labbé et A. Escalier ont observé un malade atteint de tétanos généralisé consécutif à une piqûre de la région plantaire. Ils ont eu recours aux hautes doses de sérum anti-tétanique associées aux injections intra-veineuses de somnifène, ainsi qu'au débridement avec nettoyage minutieux de la plaie. La guérison a été obtenue en trois semaines.

L'injection intra-musculaire de sérum est, disent les auteurs, très suffisante, mais il faut la répéter longtemps et recourir à des doses élevées. Le débridement de la plaie avec nettoyage profond et aération du foyer est indispensable pour atteindre le germe *in situ* et le détruire. Enfin l'administration du somnifène constitue un adjuvant de grande valeur. Ce médicament a été prescrit déjà, dans le tétanos, par voie buccale, à la dose de 100 à 150 gouttes par jour et aurait donné de bons résultats (Pasgrimaud). Dans le tétanos grave, il contribue à diminuer considérablement les souffrances du malade. L'injection intra-veineuse de somnifène pourra être précédée d'une injection préparante intra-musculaire de sédol. Quand les paroxysmes seront atténués et espacés, il y aura intérêt à ne pas continuer trop longtemps le somnifène.

Crises d'hémoglobinurie au cours d'une néphrite chronique.

(MM. Coyon, Willemin-Clog et Mlle Brun. — *Soc. méd. des hôp.* ; 1-7-1927.)

La pathogénie de l'hémoglobinurie a été l'objet de nombreuses recherches que résument les trois théories actuellement en présence : la théorie sanguine, la plus ancienne et la plus généralement admise, la théorie musculaire, encore discutée, et la théorie rénale, considérée comme applicable à un nombre restreint de cas.

Les auteurs rapportent une observation se rangeant dans ce dernier groupe étiologique. A ce propos, ils présentent quelques remarques sur la question. Le rôle du rein dans la genèse de l'hémoglobinurie a été très diversement apprécié : primordial pour Hayem et Achard, indispensable au même titre que l'altération sanguine pour Al. Robin, il serait, pour d'autres, simplement épisodique. Chez son malade, M. Coyon a rattaché l'hémoglobinurie à un point de départ rénal relevant d'un processus hémolytique local réactionnel.

Traitement des manifestations articulaires de la blennorrhagie par le lysat-vaccin à gonocoques.

(MM. Flandin, Duchon et Barreau. — *Soc. méd. des hôp.* ; 1-7-1927.)

Le gonocoque est un des germes les plus sensibles à l'action lysante du bacille pyocyanique et le lysat-vaccin à gonocoque préparé suivant la méthode générale de Duchon pourrait avoir quelques indications dans le traitement de certaines manifestations de la blennorragie. Les auteurs l'ont expérimenté dans 14 cas d'arthrite gonococcique de formes diverses, avec des effets qui ont paru satisfaisants.

Plaidoyer en faveur de l'examen du sang pur.

(M. Georges Hayem.— *Soc. méd. des hôp.* ; 22-7-1927.)

M. Hayem, dont l'expérience en hématologie remonte à cinquante ans déjà, rappelle l'intérêt clinique et diagnostique de l'examen du sang pur. Il en signale quelques exemples recueillis dans sa pratique hospitalière.

Chez un jeune malade, fébricitant, se plaignant de douleur vive dans la fosse iliaque *gauche*, l'examen du sang à la cellule à rigole ayant montré un réticulum n° 2, avec disparition correspondante des piles de globules rouges et augmentation des globules blancs, l'auteur conclut à un foyer inflammatoire : l'opération conduisit, effectivement, sur une appendicite gauche.

L'examen du sang pur lui a permis, dans d'autres circonstances, de diagnostiquer une fièvre typhoïde légère, jusque-là douteuse, un rhumatisme articulaire, etc.

Spirochètes dans une pleurésie putride.

(MM. F. Bezançon, Jacquelin, Etchegoin et Célée. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-7-1927.)

Les auteurs ont observé un cas de pleurésie putride dans le liquide de laquelle ils ont pu déceler, en association avec la flore anaérobie de Veillon, la présence de spirochètes. Ces germes, relativement abondants dans le liquide retiré par ponction et examiné aussitôt, furent beaucoup plus rares sur des préparations faites tardivement, lors d'une seconde ponction, et aussi au moment de l'autopsie. Il y avait donc spirochœtolyse rapide, non seulement *in vitro* (liquide non examiné extemporanément) mais encore dans la sérosité ayant séjourné dans la plèvre.

M. Bezançon conclut que l'étude de la flore spirochœtienne des pleurésies putrides doit être faite à la phase précoce de ces affections et sur des préparations extemporanément colorées et examinés.

Peut-être cette technique de recherches montrera-t-elle, comme pour la gangrène pulmonaire (les mêmes précautions s'imposent également pour ce dernier état morbide), que la pleurésie putride est moins exceptionnellement qu'on pourrait le croire une spirochœtose associée à l'infection anaérobie du type Veillon.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Abcès cérébral consécutif à une sinusite frontale.

M. ALAIN présente une jeune fille de 23 ans atteinte de sinusite frontale gauche fistulisée. La suppuration s'étant arrêtée, la malade présenta brusquement des troubles de la parole, puis des vomissements, de la torpeur, du ralentissement du pouls à 60, une parésie légère du membre supérieur droit, une diminution des réflexes rotuliens. Dans une première intervention, on ouvre le sinus frontal par le procédé de Jacques ; résection de la paroi inférieure du sinus, large drainage nasal. Après cette intervention, le pouls remonte à 80, et la torpeur s'atténue ; pas de signes méningés, liquide céphalo-rachidien normal. Mais au bout de trente -six heures la torpeur réapparaît et le pouls retombe à 60. On intervient à nouveau, d'abord pour découvrir, par le sinus, la dure-mère et constater qu'il n'y a pas d'abcès extradural, puis en ponctionnant le cerveau avec un gros trocart qui évacue un grand verre à liqueur de pus séreux. L'amélioration est immédiate et se confirme les jours suivants ; toutefois la malade a continué à vomir. Les vomissements disparaissent enfin et la malade peut quitter la clinique ; mais deux jours après son retour chez elle elle se remet à vomir et on la ramène. On rouvre l'ancien trajet et on évacue de nouveau un verre à liqueur de pus ; une hernie cérébrale s'est produite gênant le drainage. Enfin l'état général s'aggravant, on se décide à faire une large brèche cranienne ; l'état s'améliore peu à peu par la suite et la malade est actuellement guérie.

Abcès profond de la langue.

MM. DUNET, BARBIER et POUZET relatent l'histoire d'un homme de 60 ans qui présenta des accidents pharyngiens douloureux, suivis d'augmentation de volume de la langue. A son entrée à l'hôpital, faciès terreux d'infecté, salive s'écoulant par les lèvres ; température 39°5 ; pas de trismus, langue volumineuse plaquée contre le palais, déglutition presque impossible, respiration et parole très gênées; au palper, tuméfaction très sensible à gauche, dure, non fluctuante. Incision sans anesthésie sur la partie la plus saillante ; dilacération avec une pince de Kocher ; on ouvre ainsi un foyer purulent nauséabond. Sérum anti-gangréneux. Soulagement immédiat. Guérison treize jours après.

Anévrysme de l'artère splénique ouvert dans l'estomac.

M. PEYCELON relate en son nom et au nom de M. Ph. Rochet, l'histoire d'un malade de 39 ans entré à l'hôpital pour une hématémèse abondante survenue l'avant-veille, sans prodromes. Depuis neuf ans, le malade souffrait de douleurs épigastriques. A l'examen, contracture des grands droits, sans points douloureux précis ; foie débordant les côtes, pas de rate saillante,pas d'ascite. On pense à un ulcus. On intervient après transfusion sanguine. On ne trouve rien d'anormal au niveau de l'estomac. Gastro-entérostomie postérieure rapide. Suites simples. Neuf jours après, le malade présente brusquement un état syncopal, se plaint de pesanteur épigastrique et meurt. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un anévrysme de l'artère splénique ouvert secondairement dans l'estomac.

Réaction produite par la diathermie.

M. NOGIER présente l'obervation d'un homme de 55 ans porteur d'un molluscum sessile de la cuisse droite donnant lieu à des démangeaisons faisant craindre une transformation maligne. L'auteur le traita par la diathermie, jugeant que l'ablation au bistouri ou au thermocautère ne met pas à l'abri de récidives possibles et que les rayons X ou le radium demandent trop de temps. L'appareil fut réglé à petit régime et l'application dura douze secondes. Le lendemain il y eut de l'œdème de la cuisse qui dura cinq jours. Le onzième jour une escharre se forma, et, après ablation des tissus sphacélés la plaie mit *huit semaines* à se cicatriser et laissa une cicatrice fortement chéloïdienne.

Paralysie traumatique bilatérale des moteurs oculaires externes.

MM. GUILLEMINET et ROLAND présentent un malade de 27 ans, employé au P. L. M. qui, se penchant à la portière d'un fourgon eut, par suite de la fermeture brusque de la porte, la tête serrée violemment entre celle-ci et le montant : perte de connaissance de courte durée, hémorrhagie nasale et buccale, otorrhagie, liquide céphalo-rachidien nettement sanglant, tension (Claude) : 24-25. Le lendemain, le blessé se plaignit de diplopie et on constata un strabisme interne bilatéral, par paralysie des moteurs oculaires externes. La radiographie montra une fracture de l'étage moyen de la base du crâne. Le pronostic de cette double paralysie est assez sévère et on sera sans doute amené à discuter l'opportunité d'une opération palliative telle que la double ténotomie des droits internes.

Présentation de radiographies.

M. ARCELIN présente les radiographies d'un ma-

lade chez lequel une première image avait montré une ombre située à l'emplacement de l'extrémité inférieure de l'uretère droit, et une autre ombre médiane sus-pubienne paraissant répondre à un calcul vésical, alors que la première ombre pouvait être interprétée soit comme un calcul de l'uretère, soit comme un calcul diverticulaire de la vessie. Une deuxième radiographie faite au moyen d'un faisceau de rayons X horizontal, le malade étant couché sur le côté gauche, montra que l'ombre médiane s'était déplacée vers la gauche de 30 millimètres, tandis que l'ombre droite était restée sensiblement à la même place. Cette ombre répondait donc bien à un calcul libre dans la cavité vésicale, tandis que la première correspondait à un corps étranger fixe.

Complications des injections de lipiodol dans les fistules biliaires.

MM. Mallet-Guy, Beaupère et Armanet rapportent l'histoire d'une femme de 56 ans entrée à l'hôpital pour de l'ictère apparu après une série de piqûres de néosalvarsan faites, à son dire, pour un lichen. On pense à une obstruction lithiasique du cholédoque et on pratique une cholécystostomie ; on trouve une vésicule dilatée et épaissie, mais pas de calculs. Suites excellentes. Le diagnostic restant encore incertain on pratique un examen radiologique des voies biliaires après injection de lipiodol. Le soir de cet examen, la malade est prise d'envies de vomir et de douleurs abdominales, avec pouls filant. Ces accidents ne paraissent pas, selon les auteurs, attribuables à de l'iodisme, ni à un choc, mais plutôt à un petit drame pancréatique, provoqué par le lipiodol.

Société médicale des hôpitaux

Emploi du datura dans les syndromes striés.

MM. Bériel et A. Devic ont obtenu de bons effets dans les syndromes striés post-encéphalitiques, par l'emploi du datura stramonium. Ils ont utilisé les pilules de 10 centigrammes de poudre, en débutant par trois pilules par vingt-quatre heures et en augmentant d'une pilule par jour jusqu'à ce que les signes d'intolérance (sécheresse de la gorge, troubles de l'accommodation) deviennent trop gênants pour le malade. En tâtonnant on arrive à fixer la dose optima qui oscille de 0 gr. 40 à 0 gr. 70 par jour. L'action du médicament paraît surtout porter sur la raideur et le tremblement ; elle a paru dans beaucoup de cas supérieure à celle de l'hyoscine. Toutefois les auteurs sont d'avis qu'il ne faut pas être systématique et qu'il convient d'essayer chez le même malade les deux médicaments et de se décider ensuite suivant les préférences du malade.

Tumeur des plexus choroïdes du IVe ventricule.

MM. Grandclément, A. Devic et Puig présentent l'observation d'une malade du service de M. Bériel entrée pour des céphalées, des vomissements et des troubles de la vue. L'examen était négatif, sauf un énorme œdème papillaire avec atrophie et acuité visuelle de 1/50. Ponction lombaire ; tension oscillant entre 50 et 70 cm. La malade ayant présenté, un an auparavant, une hémiparésie droite éphémère, on fait pratiquer une trépanation à gauche, en avant de la frontale ascendante. Pas d'amélioration. Mort un mois après environ. A l'autopsie, on trouve une tumeur développée dans l'angle ponto-cérébelleux gauche, de consistance assez dure, ayant l' aspect d'un chou-fleur et de volume d'une noix. Histologiquement cette tumeur ressemblait à certains néoplasmes développés aux dépens des plexus choroïdes.

Essais d'insulinothérapie au cours de la tuberculose pulmonaire.

MM. Pic, P. Delore et Kilidjian ont essayé l'insuline chez des tuberculeux non diabétiques. Ils ont constaté une augmentation de l'appétit et une prise de poids rapide mais transitoire. Ils concluent qu'en somme la méthode ne donne pas de résultats appréciables et n'est pas à recommander.

Spirochétose hémorragique datant de 15 ans.

MM. Sédallian et Cordier présentent l'observation d'un homme de 48 ans qui depuis quinze ans crache quotidiennement du sang. Ces hémoptysies sont survenues insidieusement après un long séjour aux colonies. L'examen des poumons est négatif. L'expectoration ne renferme pas de B. de Koch, mais de nombreux spirochètes. L'état général est bon. Après échec de divers traitements (stovarsol, iode, ipéca, acétylarsan), on donne de l'adrénaline (vingt à trente gouttes par la voie buccale). Au bout d'un mois, on constate une diminution de l'expectoration qui devient peu à peu moins rouge, puis muqueuse, sans spirochètes visibles. L'adrénaline dans la spirochétose bronchique a été préconisée par M. Sabrazès.

Œdème pulmonaire mortel consécutif à l'administration de trois grammes d'iodure de potassium.

MM. Gallavardin et A. Josserand présentent l'observation d'un jeune homme de 17 ans entré à l'hôpital pour des gommes cutanées sur la nature desquelles (tuberculeuses ou syphilitiques) on ne put se prononcer. On prescrivit trois grammes d'iodure de potassium. Le lendemain de l'administration du médicament, le malade qui avait un peu toussé, présentait dans son crachoir quelques crachats ressemblant à des crachats pneumoniques. L'auscultation pulmonaire était négative. Néanmoins on suspendit l'iodure. La nuit suivante, le malade fut pris d'un violent accès dyspnéique pour lequel l'interne de garde, non prévenu, prescrivit 0 gr. 25 d'iodure de caféine. Le lendemain la dyspnée persistait et

on trouvait dans les deux poumons une pluie de râles crépitants très fins. Mort dans la même journée, quarante-huit heures après le début de l'ingestion de l'iodure. A l'autopsie, poumon uniformément congestionné, sans lésions tuberculeuses. Sous l'une des gommes, située dans le creux axillaire gauche, on trouva un paquet de cinq ou six ganglions d'aspect tuberculeux ; ils furent inoculés, mais le cobaye mourut prématurément.

Tumeur intra-rachidienne.

MM. Bériel et Paufique présentent l'observation d'un homme de 25 ans ayant présenté progressivement un syndrome de paraplégie spasmodique faisant penser à une sclérose en plaques. Quelques petits symptômes, en particulier des troubles légers et tardifs de la sensibilité firent envisager l'hypothèse de compression ; l'examen du liquide céphalo-rachidien et l'épreuve du lipiodol confirmèrent cette hypothèse ; on fit opérer le malade à qui on enleva une tumeur extra-durale névromateuse. La récupération fut extrêmement rapide ; et trois semaines après l'intervention le malade pouvait marcher seul en s'aidant d'un canne.

Névrite cubitale tardive après fracture du coude.

MM. Bériel et Descouttes présentent l'observation d'une jeune fille de 18 ans qui, ayant eu une fracture du coude à l'âge de 3 ans, présenta, quinze ans après, des phénomènes de névrite du nerf cubital. Il s'agissait, comme l'a montré la radiographie, d'une fracture de l'épicondyle avec formation de cubitus valgus ; ce n'est donc pas la fracture elle-même qui a atteint le nerf, mais c'est la déviation progressive qui a produit ultérieurement la névrite. L'intervention a consisté à dégager le nerf et à le reporter sur le plan antérieur pour diminuer sa tension.

Résultat éloigné d'une arthrodèse du poignet dans une arthropathie syringomyélitique.

M. Tavernier présente un malade chez lequel il pratiqua, il y a trois ans, une arthrodèse du poignet pour arthropathie syringomyélique. Le résultat fonctionnel est excellent ; le poignet est gros et court, assez difforme, mais c'est un poignet utile et solide, ayant conservé tous les mouvements de pro-supination, avec intégrité du fonctionnement des doigts.

Maladie sérique post-opératoire.

MM. Michon et Labry relatent l'histoire d'une malade qui avait déjà fait l'objet d'une communication à la Société en 1925 : à ce moment cette malade avait subi une hystérectomie totale pour annexite double et avait présenté, cinq jours après cette intervention, une maladie sérique typique avec urticaire, phénomènes généraux et arthralgies. Or la malade n'avait reçu à ce moment aucune injection de sérum, mais elle présenta un épanchement séreux sous-cutané au niveau de la plaie opératoire. D'autre part, elle avait eu la diphtérie quelques années auparavant et avait reçu plusieurs injections de sérum antidiphtérique. Les auteurs avaient alors émis l'hypothèse que la maladie sérique pouvait être due à la résorption de l'épanchement séreux. Or cette malade est revenue en novembre 1926, pour une légère éventration dont on pratiqua la cure. Le lendemain de l'opération la malade présenta de nouveau une urticaire généralisée, puis des arthralgies, une ascension thermique. Or, au cours de l'intervention on avait noté la présence d'un hématome sous-péritonéal, et par la suite, il se forma un hématome dans la paroi. Ces faits paraissent donc bien confirmer l'interprétation admise lors des premiers accidents.

Société d'Optalmologie.

MM. Bertein et Bruas rapportent l'histoire d'un cavalier de 25 ans qui, en pansant son cheval, reçut de ce dernier un violent coup de queue à l'œil droit ; l'homme fut étourdi et tomba ; l'œil rougit aussitôt, les paupières enflèrent et ne purent être soulevées pendant huit jours, au bout desquels le sujet s'aperçut qu'il avait perdu la vision de cet œil. L'examen montra alors un décollement de la rétine. Actuellement, six mois après l'accident, on note des troubles de nutrition oculaire très accensés : hypotonie, iris dégénéré, pupille atone.

A. C.

Les Congrès

XII[e] Congrès de médecine légale de langue française

(Suite et fin) (1)

COMMUNICATIONS DIVERSES

Le nouveau Code du travail maritime et le libre choix médical. — M. LOP (de Marseille).

La goniométrie articulaire dans les expertises d'accidents du travail. — MM. BALTHAZARD et GUYOT (de Paris) présentent deux goniomètres permettant de mesurer d'une façon précise l'amplitude des mouvements articulaires : l'un est destiné au genou et au coude, l'autre aux articulations de la main et des doigts. Grâce à ces mesures exactes, il est possible d'apprécier les résultats d'un traitement mécanothérapique, notion indispensable pour fixer le date de la consolidation des accidents du travail ou pour évaluer, lors des expertises en revision, les améliorations survenues spontanément.

Le sang dans l'intoxication sulfhydrique. — MM. BALTHAZARD (de Paris) et M. SAVA (de Bucarest), rappellent que la combinaison de l'hémoglobine avec l'hydrogène sulfuré en présence d'oxygène donne naissance à un pigment verdâtre qui, pour les uns, serait de la sulfhémoglobine et, pour les autres de la thiométhémoglobine. Quoi qu'il en soit, ce pigment présente trois bandes d'absorption : la bande moyenne et celle de droite paraissent se superposer à celles de l'oxyhémoglobine, avec cette différence que celle de droite s'étale plus loin vers le violet ; la bande de gauche est située dans le rouge, son maximum d'intensité étant 6.240 A.

Ce spectre n'est que la résultante de la superposition de celui de l'oxyhémoglobine à celui de la combinaison soufrée, puisque les deux dernières bandes répondent par leur déplacement ou leur disparition aux réactions bien connues de l'oxyhémoglobine. Ce spectre composé résulte de l'impossibilité d'obtenir des solutions pures d'hémoglobine soufrée.

On peut réaliser la transformation presque totale du pigment normal du sang par l'artifice suivant : la méthémoglobine en présence d'eau oxygénée donne naissance à un pigment rouge qui est transformé immédiatement en hémoglobine soufrée par l'addition de sulfure d'ammonium : dans ces conditions, seule, la bande moyenne persiste très faiblement.

En réalité, le spectre de la sulfhémoglobine est constitué par deux bandes : l'une en 6.240 A,l'autre, dont il est difficile de préciser la situation, étant donnée sa superposition à la bande de droite de l'oxyhémoglobine, avec toutefois un léger déplacement à droite.

La sulfhémoglobine résiste à l'action du vide profond, mais repasse à l'état d'hémoglobine au contact de l'air.

La tache verte de la putréfaction cadavérique est due au composé sulfuré hémoglobique, mais ce doit être un homologue du composé obtenu *in vitro*, ainsi que tendrait à le démontrer la situation de la bande dans la région rouge qui est à 6.170 au lieu de 6.240 A

Dans l'intoxication sulfhydrique expérimentale, jamais on ne retrouve la bande du spectre caractéristique, quelle que soit la voie d'introduction de l'hydrogène sulfuré ; cela montre vraisemblablement que ce gaz n'agit pas comme poison du sang, mais comme neurophile, les doses étant très inférieures à celles nécessaires pour faire apparaître le spectre spécifique.

Les ecchymoses sous-capsulaires du foie. — MM. Etienne MARTIN et COSTEDOAT (de Lyon), faisant l'autopsie d'un nouveau-né étranglé par sa mère, ont observé sur les bords antérieur et postérieur du foie des ecchymoses dont la cause fut facilement rapportée à une compression antéro-postérieure criminelle signée par l'existence de coups d'ongle sur la peau de la région supérieure de l'abdomen. Ce sont là des lésions rares, car les traumatismes fermés du foie passent en général inaperçus et ne sont que des trouvailles d'autopsie. Leur intérêt médico-légal dépend de la possibilité de leur apparition chez le nouveau-né à la suite de manœuvres obstétricales ou des difficultés dystociques à travers un bassin rétréci. Il pourrait y avoir dans certains cas, exceptionnels à la vérité, une cause d'erreur avec le traumatisme criminel utile à signaler.

M. LATTES (de Modène) rappelle un cas d'ecchymose sous-capsulaire hépatique observé par lui chez un nouveau-né après un accouchement laborieux. Il pense que c'est un fait possible par le seul mécanisme obstétrical, surtout chez l'hérédo-syphilitique.

M. BALTHAZARD (de Paris) ne pense pas qu'il y ait là une cause d'erreur entre un acte criminel et un fait accidentel en raison des circonstances de publicité qui, dans le second cas, accompagnent le plus souvent la production des lésions.

M. Etienne MARTIN (de Lyon) souligne la rareté des ecchymoses allongées et importantes qu'il n'avait encore jamais observées.

M. COSTEDOAT (de Lyon) répond que Pajot a bien indiqué l'influence étiologique du passage du fœtus dans un bassin rétréci. La syphilis doit être envisagée comme cause favorisante.

Réactions et mort subite dans la lithiase rénale. — M. COSTEDOAT (de Lyon) rapporte l'observation

(1) *Concours Médical*, n[os] 47, 48 et 49.

d'un jeune soldat à l'autopsie duquel il ne trouva qu'un seul rein ; l'autre était à peine développé et ne pesait que 10 grammes, il était dilaté et présentait de l'hydronéphrose calculeuse. Pendant sa vie, cet homme présenta des troubles de l'humeur et du caractère à type dépressif avec des paroxysmes sous forme d'agitation maniaque agressive. Il mourut subitement après quelques minutes de séjour dans un bain tiède. L'auteur discute en particulier les divers mécanismes possibles de cette mort subite.

Asphyxie et adrénaline. — M. Asada (de Nagasaki) constate que l'étiologie de l'asphyxie est encore obscure, car on retrouve des lésions analogues à l'autopsie des cardiaques, pulmonaires, et bien d'autres aussi. C'est dans ce but qu'il a fait étudier par M. Yosida les causes productrices des ecchymoses ; ils ont vu qu'elles se montrent très exceptionnellement chez l'animal étouffé auquel on a enlevé préalablement les capsules surrénales. Autre fait curieux : elles sont plus rares en été qu'en hiver. On obtient des résultats inverses après injection d'adrénaline. Les narcotiques, la saignée, diminuent les ecchymoses, qui sont au contraire intenses si, auparavant, on a injecté de l'adrénaline. Les auteurs voient là une relation de cause à effet.

Un cas médico-légal d'ascaridiose. — M. Dorolle (de Bordeaux), à l'occasion de l'autopsie d'une fillette chinoise décédée et enterrée d'une façon suspecte, a constaté que la mort était consécutive à des perforations intestinales multiples par des lombrics avec péritonite consécutive. Le nombre des vers était certainement supérieur à 315.

Sur l'ascaridiose au point de vue médico-légal. — MM. Lande et Sigalas (de Bordeaux), commentant l'observation précédente, attirent l'attention sur ce fait que des morts suspectes peuvent fort bien reconnaître comme cause le parasitisme vermineux et développent leur manière de voir au point de vue médico-légal en s'appuyant sur des considérations parasitologiques.

Attaque par les insectes de pièces anatomiques artificiellement momifiées. — MM. Lande et Grall (de Bordeaux) signalent que la momification artificielle des pièces anatomiques ne les met nullement à l'abri de la destruction par les insectes contre lesquels il faut les protéger si l'on veut éviter une destruction parfois très rapide.

Empoisonnement aigu par un sel de zinc. — M. Et. Barral (de Lyon) rapporte une observation d'empoisonnement aigu par sel de zinc qui montre les quantités assez considérables qu'il paraît nécessaire d'atteindre pour arriver à la dose toxique, étant donnée leur action émétique.

Recherches histo-chimiques sur les substances graisseuses pendant la putréfaction. — MM. Kernbach, Fisi et Berariu (de Cluj) font part des résultats actuels d'une étude qu'ils ont entreprise sur les processus de putréfaction qui montre notamment les diverses étapes successives des corps gras en rapport avec les modifications successives de la réaction du milieu.

L'autopsie médico-légale dans les accidents du travail. — M. Cavalié (de Béziers), à propos de 6 cas d'autopsies après exhumations pratiquées chez des accidentés du travail, soit avant, soit après la consolidation de la blessure, insiste sur la valeur probante de ces interventions qui est parfois décisive et n'est jamais négligeable.

Les délais de procédure ordinaire ont retardé plusieurs nécropsies qui n'ont pu être faites que très longtemps après, ce qui a rendu difficiles les constatations et impossible l'étude histologique. Aussi serait-il désirable qu'une procédure rapide rendît presque immédiate l'autopsie des accidents du travail lorsqu'elle paraît utile à l'une ou l'autre des parties.

La répression des crimes de guerre et la médecine légale. — M. Paul Provent (de Mortain) passe en revue les difficultés d'ordre médico-légal et de police scientifique auxquelles se heurte la répression individuelle des atrocités commises pendant la guerre. Ces difficultés limitent sensiblement le champ d'action qu'on pourrait donner à une répression internationale des crimes. Il faut plutôt compter sur les progrès de la médecine légale d'armée et sur le perfectionnement de la justice militaire.

A propos d'un cas supposé d'empoisonnement par la strychnine. — M. Paul Provent (de Mortain) relate le cas d'un empoisonnement dans lequel la victime n'avait manifesté aucun des symptômes classiques de la mort par la strychnine et dans lequel un pharmacien chargé de l'expertise toxicologique avait cru pouvoir identifier cet alcaloïde par la sensation gustative et par le réactif de Mandelin, mais avait oublié l'expérimentation physiologique. L'auteur insiste sur la nécessité de ne confier les expertises toxicologiques qu'à des spécialistes ocmpétents.

La protection de l'enfant contre l'abus de l'autorité paternelle en médecine. — M. R. Le Fort (de Lille), après avoir relaté quelques cas où les familles avaient nettement entravé les efforts médicaux et chirurgicaux, soit par ignorance, soit même dans un but criminel, estime que la loi qui laisse aux parents le droit de défendre les intérêts de leurs enfants est une loi sage et utile, mais elle ne doit pas pouvoir permettre d'accomplir des crimes d'autant plus lâches qu'ils sont assurés de l'impunité et que les victimes en sont des enfants.

A propos du certificat prénuptial. — M. J. Leclercq (de Lille) rappelle que le professeur Pinard

a déposé sur le bureau de la Chambre un projet de loi exigeant un certificat prénuptial, et il signale que les certificats du même genre sont déjà réclamés par des familles, avant les mariages. Ce sont là des initiatives heureuses, capables d'empêcher des contaminations regrettables et d'éviter une descendance chétive et pathologique.

Mais cette question soulève, au point de vue médico-légal, des problèmes délicats et, parfois, difficiles à résoudre, relatifs au diagnostic médical, à la responsabilité du médecin, au secret professionnel. Il importe que l'attention des médecins soit attirée sur ces faits qui méritent d'être étudiés au cours d'un prochain Congrès de médecine légale.

Sévices sur les enfants, privation de nourriture. — M. Chavigny (de Strasbourg) examine les éléments d'appréciation utiles à l'expert lorsque le seul élément objectif rencontré chez l'enfant examiné est l'état de maigreur.

Les états de dénutrition infantiles sont multiples On connaît les enfants hypoalimentés par refus de leur part (anorexie mentale).

Il faut tenir grand compte du côté psychologique et psychiatrique de l'affaire : témoins, famille, second mariage, pervers menteurs ou débiles. La mise en observation est opportune pour enregistrer *de visu* les variations pondérales sous l'influence d'un régime alimentaire normal.

Pour la résolution de quelques problèmes sur la vie et la vitalité du nouveau-né. — M. D. Macaggi (de Gênes).

La médecine du travail comme médecine publique et son rôle dans le droit international. — M. Vernarecci di Fossombrone (de Rome).

Les Livres

Office de vulgarisation pharmaceutique, 107, rue Lafayette, Paris.

L. Vidal et M. Dareau. — **Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques.** *Edition* 1927.

« L'Office de vulgarisation pharmaceutique » vient de publier l'édition 1927 de son *Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques* (L. Vidal et M. Dareau).

Tous les médecins connaissent et apprécient ce petit ouvrage, véritable pendant du « Formulaire Magistral ».

Une courte et claire notice permet de retrouver rapidement le nom, la forme, les indications et la posologie des principales spécialités pharmaceutiques.

Sous une forme commode et portative, le « Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques » remplace utilement les collections rarement à jour, les brochures compactes, envahissantes et difficiles à classer et permet au praticien débordé de se tenir au courant des nouveautés avec le minimum d'efforts et de perte de temps.

L'édition 1927 (un volume in-16, de 700 pages, élégamment relié) revue et considérablement augmentée, trouvera certainement auprès du Corps médical le même excellent accueil que ses devancières.

Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

R. J. Weissenbach et Gilbert Dreyfus. — **Les accidents sériques. Prophylaxie. Traitement.** (Un vol in-8, de 160 pages. Prix : 15 fr. 40 (sauf variation).

Les indications de la sérothérapie se sont considérablement étendues depuis quelques années, et il n'est pas de médecin, qui n'ait eu à observer et à traiter plusieurs accidents sériques, d'ordinaire bénins, mais parfois inquiétants, sinon graves.

Les auteurs ont réuni et clairement exposé toutes les notions anciennes et nouvelles, ayant trait aux accidents sériques.

La description clinique et le diagnostic, spécialement en ce qui concerne les formes atypiques, est souvent occasion d'erreurs ; la prophylaxie et le traitement, sont l'objet des chapitres, auxquels ils ont donné le plus grand développement, étant donnée leur importance pratique.

Le médecin trouvera dans cet ouvrage tout ce qu'il lui est utile de connaître au sujet des accidents sériques.

Dr R. Molinéry. — **Autour de Lamartine à Luchon**

Les maîtres du barreau et de la chaire, les conférenciers et les orateurs sont, de tous temps, venus à Luchon pour y renforcer, par l'usage de nos eaux, les facultés de leur organe, pour y retrouver la plénitude et la sonorité de leur voix, grâce à laquelle ils savent nous instruire, nous charmer, nous convaincre.

Les poètes, dans le cadre qui entoure Luchon, ont senti vibrer leur lyre ; qu'ils l'aient ou non voulu la Reine des Pyrénées, gracieuse muse, les a disposés à chanter les merveilles de la nature, à magnifier la beauté de ses sites, et l'incomparable majesté de ses montagnes.

Lamartine pouvait-il ne pas venir à Luchon ? Evidemment non. Il y a séjourné quelque temps et l'auteur des « *Méditations* » tout comme les autres, a subi la puissante emprise.

Dans sa très intéressante étude « *Autour de Lamartine à Luchon* ». *La Chronique médicale*, nos 6 et 7, de juin et juillet 1927. Revue du Comminges et

de la Société Julien Sacaze, tome XLI ; p. 44, 1er trim. 1927) mon savant ami, le docteur Molinery, le voit travaillant sous les arbres du parc Soube, parc s'ouvrant sur l'actuelle rue Lamartine.

Selon son habitude, le docteur Molinery, en historien consciencieux n'avance rien qu'il ne prouve. Aussi les notes et les documents justificatifs abondent dans son travail. Nous y relevons entre autres la reproduction de deux autographes du poète, deux lettres adressées à son cher et aimable collègue; M. Amilhau, député, premier président de la Cour Royale de Pau.

On remarque, dans ces lettres, plusieurs fautes d'orthographe. Lamartine parle de ses « *soufrances* » et il veut *soufrir* en paix et invite son ami à venir boire en famille, une *goute* de Jurançon.

« Puisse ce menu détail, écrit M. de Lamartine, cité par le docteur Molinery, adoucir l'amertume d'un récent échec dans le cœur des aspirantes au brevet très simple, collées pour fautes d'othographe ! ...

Lamartine était coutumier du fait, c'est ainsi que la municipalité de Saint-Gaudens possède un autographe du poète dans lequel on remarque certains accrocs orthographiques.

Lamartine, lors de son séjour à Luchon, souffrait de douleurs névralgiques.

Le docteur Molinery étudie la maladie du célèbre écrivain : la goutte. Lisez le travail du docteur Molinery. Il complète l'importante série de ses études sur les grands personnages aux eaux minérales pyrénéennes ; vous y trouverez de bien curieux détails de charmants tableaux joliment brossés, tels l'arrivée de la diligence à Luchon, le dîner de l'hôtel Scaron, etc.

Tout cela est écrit dans ce style pur, précis et alerte, si caractéristique de la personnalité de l'auteur.

En terminant cette brève note bibliographique, qu'il me soit permis de féliciter et de remercier mon savant ami, pour l'importante et précieuse contribution qu'il ne cesse d'apporter à l'histoire de Luchon et de ses magnifiques thermes.

P. BARRAU DE LORDE.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez VIGOT,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris VIe.

Ch. CLAVELIN, agrégé du Val-de-Grâce. — **Précis d'appareillage des luxations et fractures des membres.** (Un vol. in-8, 320 p., avec 226 fig. Prix 40 francs, sauf variation.)

L. BALDENWECK, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — **Leçons sur l'exploration de l'appareil vestibulaire.** (Un vol. in-8, 320 p., 188 fig. Prix 40 fr., sauf variation.)

L. RAMOND, médecin de l'hôpital Laënnec. — **Conférences de clinique médicale pratique** (*sixième série*). (Un vol. in-8, 420 p., 30 fig. Prix : 30 fr., sauf variation.)

F.-X. LESBRE, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon. — **Traité de tératologie de l'homme et des animaux domestiques.** (Un vol., in-8, 344 p., 252 fig. Prix : 40 fr., sauf variation.)

M. LANDRY, professeur à l'Ecole de Reims et R. FRANQUET. — **L'ionisation dans les otites moyennes non suppurées.** (Un vol. in-16, 112 p., 8 fig. Prix : 8 fr., sauf variation.)

Dr Jean ANDRÉ, directeur du sanatorium Edith Cawell, à Obourg. — **Effet du faisceau solaire et des radiations sur les tuberculoses chirurgicales.** Préface du Dr ROLLIER, de Leysin. (Un vol. in-16, 176 p. Prix : 15 fr., sauf variation.)

Dr Léon DE BLOCK, de Liège. — **Toxicomanies.** (Un vol. in-16, 192 p. Prix : 10 fr., sauf variation.)

Chez MALOINE,
25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr PEYTOUREAU. — **Manuel de Massage de la Face et de Massage capillaire**, suivi de *Quelques conseils pratiques*, par Alfred BITTERLIN. (Un vol. 310 p., 158 fig. Prix : 30 fr., sauf variation.)

Chez LE FRANÇOIS, éditeur,
91, boulevard Saint-Germain.

Dr V. SCHEIKEVITCH, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital Saint-Louis. — **Suis-je syphilitique.** Tempéraments et syphilis. (Un vol. in-18, 200 p.: 10 fr., sauf variation.)

Editions du « MOUVEMENT SANITAIRE »,
4, rue de Sèvres, Paris VIe.

Dr CAVAILLON, adjoint technique à la Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques. — **L'armement anti-vénérien en France.** Préface du professeur Pinard (Un vol. 474 p.: 50 fr., sauf variation).

THÉRAPEUTIQUE

Laxatifs et purgatifs

« Principium sanitatis bene moratus « venter ».

SYLVIUS.

Lorsqu'il s'agit de provoquer l'exonération rapide et complète de l'intestin, on doit prescrire les purgatifs, mais ceux-ci constituent une médication purement symptomatique dont l'emploi ne doit être que temporaire. L'idéal de la médication évacuante n'est pas de *faire évacuer*, mais de rappeler l'intestin, sans violence agressive, à son devoir normal. La mission du laxatif est de remédier, le *plus naturellement possible*, au dysfonctionnement intestinal et de rétablir, sans provoquer de crise d'entérite, même passagère, le cours physiologique du péristaltisme. Depuis quarante ans, la supériorité, comme laxatif moteur et sécrétoire, a été unanimement dévolue à la Cascarine Leprince, eccoprotique parfait, sensibilisatrice glandulaire, destructive de la flore microbienne septique, éliminatrice des toxines hépato-rénales, des poisons hémolytiques et dermatogènes, des virulences d'origine tissulaire et (*a fortiori*) de tous les hôtes saprophytes indésirables du milieu viscéral. C'est en vertu de ces services que les Anglais ont rendu à la Cascarine un juste hommage, en la surnommant « a vegetable calomel ». Diminution de la toxicité urinaire, avec élévation du taux de la sécrétion et abaissement des sulfoéthers ; retour à la normale des rapports urologiques, témoignant du trophisme rétabli ; suppression du ballonnement, de l'inappétence, de la dyspepsie, de l'haleine fétide et de l'insomnie, avec amendement graduel des troubles cardio-nerveux et de l'irritabilité générale (qui font, aux fermentations putrides un habituel cortège) ; tels sont les avantages cliniques constamment reconnus à la Cascarine.

En tant que médication laxative, elle permet de prolonger, autant qu'il est nécessaire, les éliminations utiles, chez les arthritiques, les torpides, les gastrodyniques, sans attentat à la composition intime du sang et sans éveil de la susceptibilité de l'estomac ou de l'intestin. Ne déterminant pas l'accoutumance, la Cascarine Leprince fournit toujours l'effet cherché sans nécessité d'augmenter les doses (comme cela arrive souvent avec d'autres évacuants). Enfin, les effets eccoprotiques de la cascarine ne sont jamais irrésistibles ou subconscients ; c'est toujours la volonté qui intervient, pour dénouer la stase intestinale au moment jugé le plus propice au transit rectal, de préférence le matin.

La libération alvine s'effectue, avec la plus grande facilité, sans péristaltisme spasmodique, *sans contracture des fibres lisses*, c'est-à-dire sans coliques, ni ténesme, ni nausées réflexes, même chez les enfants, les convalescents, les desaxés du ventre et du bas-ventre. L'utérus n'est nullement influencé par elle comme cela est à craindre avec les purgatifs résinoïdes. Mais il est recommandé de formuler toujours « Cascarine Leprince » si l'on veut être assuré de toutes ces supériorités, intimement liées à l'origine géographique de la plante, à sa récolte d'activité *maxima*, entre trois et quatre ans ; à la stabilisation des écorces, pour le vieillissement méthodique des glucosides qui s'y développent par dédoublements des anthraquinones ; enfin et surtout (Dujardin-Beaumetz) à l'exclusion complète des substances drastiques recélées dans la cascara sagrada et éliminées par le procédé Leprince exposé, en 1892, à l'Académie des Sciences.

Il faut considérer tout constipé comme un malade forcément menacé, un jour ou l'autre, d' « infection par toxémie fécale. » Ce n'est que par le nettoyage régulier de l'intestin que l'épée de Damoclès sera détournée. Ce nettoyage s'effectuera par la Cascarine Leprince qui supprimera toute paresse, tout retard, toute insuffisance d'exonération. On obtiendra ainsi la prophylaxie de bien des occurences pathologiques : manifestations arthritiques et herpétiques, dyspepsie gastro-hépatique, appendicite, hémorroïdes, migraines, états congestifs et névropathiques, obésité, etc. sont, forcément, influencés par la chasse régulière des résidus nocifs qui alimentent ces états morbides et dont la détersion s'impose et s'imposera toujours, quelles que soient les théories médicales en vigueur.

On voit que la Cascarine Leprince n'est pas un médicament voué à un soulagement passager ou temporaire : c'est une médication de haute portée et de longue échéance.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

CONGRÈS DES SYNDICATS MÉDICAUX

(30 *Novembre* 1927)

En attendant que nous en publiions un compte rendu plus détaillé, nous tenons, sans plus temporiser, à reproduire ici les propositions votées par le Congrès des syndicats médicaux, qui s'est tenu la semaine dernière, sous la présidence de M. le professeur BALTHAZARD.

Pour la défense des intérêts médicaux, il est nécessaire que chaque syndicat, local ou spécial, contracte avec les Caisses. Seuls peuvent contracter les syndicats habilités par un organisme central unique.

La loi, le règlement d'administration publique et les contrats ne devront comporter aucun dispositif contraire aux principes ci-dessous :

1) Le libre choix absolu, étant entendu que tous les médecins, syndiqués ou non, peuvent participer aux soins à condition qu'ils acceptent les conditions du contrat et reconnaissent la juridiction du Conseil du syndicat avec droit d'appel devant l'organisme central.

2) Le respect du secret professionnel, avec interdiction de le violer directement ou indirectement.

3) Le droit à des honoraires pour tout malade soigné soit à domicile, soit à l'hôpital, ou dans tout autre établissement de soins, toutes réserves étant faites en ce qui concerne les établissements régis par la loi de 1851.

4) Le paiement direct des honoraires par l'assuré, en prenant pour base minima les tarifs syndicaux.

5) La liberté de thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique.

6) Contrôle des malades par la Caisse, du médecin par le Syndicat et la Commission médicale d'arbitrage, en cas de désaccord.

7) Nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les Caisses et aux contrats spéciaux entre Syndicats et Caisses pour toute organisation de soins.

Avant de se séparer, le Congrès a voté le principe de la création d'un organisme central unique, dont la réalisation devra être recherchée par la commission d'organisation, maintenue en fonctions pour représenter le corps médical devant le Parlement.

Pour juger de l'importance de cette manifestation, il convient de faire remarquer que la quatrième proposition a été votée par 16.033 voix contre 679 et 825 abstentions. Près de 18.000 médecins étaient donc présents ou représentés au Congrès.

LE RÈGLEMENT DE DÉONTOLOGIE DE L'UNION (1)

La Commission de Droit syndicaliste de l'Union des Syndicats médicaux a élaboré un règlement de déontologie médicale qui dit excellemment l'essentiel de ce qu'il faut dire. Il a dû être présenté à l'Assemblée de l'Union qui vient d'avoir lieu. Nous souhaitons vivement qu'il soit adopté. Un grand pas aura été fait. Cependant, tout en approuvant l'esprit général nous pensons que certains détails de rédaction appellent des modifications et notamment des suppressions. Ce sont les suivants :

(1) Cet article a été écrit et imprimé avant l'Assemblée générale de l'Union. — N.-D.-L.-P.

ART. 13. — *Tout médecin est libre de refuser ses soins à un malade, sauf les cas d'engagements antérieurs, de réquisition légale, et ceux où il risquerait de manquer aux devoirs d'humanité. . .*

Est-il bien nécessaire de parler dans cet article de la réquisition légale. Cela nous paraît certainement inutile et peut-être dangereux. Inutile parce qu'il est évident que comme tous les autres citoyens le médecin doit obéir à la loi. Il n'y a pas lieu de l'écrire dans un règlement corporatif. D'autre part, ce peut être dangereux. Les tarifs de médecine légale sont actuellement très bas. Si un médecin voulait pour s'insurger contre eux refuser de répondre à la réquisition le Parquet

déchaînerait contre lui les foudres de la loi. Nous croyons que nous n'avons pas à y ajouter les foudres de la déontologie. Le Procureur de la République possède des moyens de contrainte qui sont suffisants : huissiers, gendarmes, geôliers, etc. Nous ne sommes pas obligés de nous joindre à tous ces gens pour accabler notre confrère. Notre rôle serait plutôt de le défendre.

D'ailleurs, dans cet article, il est question de soins. Jusqu'ici la réquisition légale n'était fondée qu'en vue de faire les constatations utiles à la justice. Veut-on étendre son domaine ?

La Cour de Cassation a récemment condamné un chirurgien qui avait refusé d'obéir à la réquisition du Procureur de la République. Ce magistrat avait jugé que des malades d'un hôpital avaient besoin d'une opération et en pleine nuit, il avait requis le chirurgien. Celui-ci avait refusé de se déranger pensant qu'en cette matière, il n'était pas aux ordres du Procureur de la République. Bien soutenu par le « Sou Médical » le confrère a été condamné par la Cour de Cassation.

Le texte proposé paraîtrait vouloir ajouter à cette condamnation celle des Syndicats médicaux et féliciter par un vote d'assemblée générale la Cour de Cassation de cette nouvelle jurisprudence qui a soulevé la réprobation du Corps médical et qui semble pour le moins étrange. La Commission de droit syndicaliste ne désire certainement pas cela et elle acceptera que la « *réquisition légale* » soit supprimée de cet alinéa.

Il en est de même pour l'expression finale « *et ceux où ils risqueraient de manquer aux devoirs d'humanité.* »

Sur le fond nous sommes d'accord avec les rédacteurs, mais toute vérité n'est pas bonne à dire. Celle-ci est du nombre. Cette expression est dangereuse par l'abus qui peut en être fait. Elle nous a souvent été opposée par des mutuali stes ou des administrateurs de bureau de bienfaisance quand nous discutions des tarifs d'honoraires. Certains pourraient l'interpréter comme l'obligation pour le médecin de faire de la médecine gratuite. Ce n'est certainement pas non plus ce qu'ont voulu les rédacteurs et c'est pourquoi nous demandons que ce membre de phrase soit également supprimé.

ART. 16. — *Sous réserve des conseils de la prudence et sans entrer dans l'examen des cas d'espèces, la révélation du secret n'est permise que :*

1° *Au malade en ce qui le concerne ;*

2° *Aux personnes responsables, lorsqu'il s'agit de mineurs ou d'inconscients ;*

3° *Aux tiers qui ont délégué le médecin à l'examen d'un malade et quand le malade a accepté l'examen.*

Cet article en dit trop ou pas assez. Il n'est pas possible de régler en six ou sept lignes la question complexe du secret professionnel. Les tribunaux de droit commun ont établi pour celui-ci toute une jurisprudence. On ne peut la résumer si brièvement. Nous estimons qu'il vaudrait mieux supprimer l'article 16 cité ci-dessus et s'en tenir à l'article 15 qui dit : « *Le médecin est tenu au secret professionnel absolu pour tout ce qu'il a vu, entendu ou compris en raison de sa profession.* »

Formule concise qui laisse à l'appréciation du Tribunal le soin de fixer les cas d'espèces.

ART. 22. — *Aucune fonction de médecin de collectivité publique ou privée, médecin inspecteur ou médecin traitant, ne peut être acceptée sans une autorisation en forme du Syndicat.*

Ici encore sur le fond nous sommes d'accord avec les rédacteurs mais cet article peut être dangereux. En effet, ce règlement de déontologie a été fait pour établir les règles que devrait appliquer un Ordre des médecins. Or, pour établir celui-ci et pour donner une valeur légale à ce règlement, il faut l'approbation du Parlement. Nous avons peur que l'existence de cet article n'empêche cette approbation. A tort ou à raison, le législateur y verra l'organisation officielle de la grève des médecins. Cet article semblera en contradiction avec la loi du 30 novembre 1892 qui interdit aux médecins de se coaliser contre l'Etat, les départements ou les communes. Le Parlement craindra que le Syndicat ne veuille substituer sa propre autorité à l'autorité publique et ne forme un Etat dans l'Etat. Il dira : Pourquoi les Syndicats médicaux, qui réclament avec tant de véhémence le droit pour le malade de choisir son médecin, veulent-ils refuser ce droit aux collectivités ?

Si une mutualité veut établir un contrôle, elle doit avoir le droit de choisir le médecin auquel elle confiera la défense de ses intérêts. C'est pour cela que nous serions d'avis de supprimer cet article.

ART. 52 *bis*. — *Si la fortune du médecin, si ses ambitions politiques ou autres lui permettent de faire des générosités, il doit les limiter au point où elles deviennent préjudiciables à ses confrères ou aux intérêts corporatifs.*

Les « *ambitions politiques* » obscurcissent le texte et elles paraissent autoriser les tarifs au rabais, ce que nous n'admettons point. D'autre part, cette rédaction a quelque chose de désobligeant pour nos confrères du Parlement. Ils paraissent accusés de corruption électorale au moyen de soins médicaux. C'est pourquoi, nous serions d'avis de maintenir l'article 52 *bis*, mais de le rédiger comme suit :

Si la situation du médecin lui permet de se montrer généreux, il doit limiter ses générosités au point où elles deviennent préjudiciables à ses confrères ou aux intérêts corporatifs.

Ces critiques de détail n'empêchent que le ré-

glement dans son ensemble est excellent et que l'Union ne peut faire mieux que de l'adopter dans sa prochaine Assemblée générale. Si les observations précédentes devaient faire surgir de longues discussions, amener un renvoi et retarder cette adoption, nous regretterions de les avoir faites. Le temps presse.

Dr Gosselin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Les femmes des médecins.

Le hasard me faisait, il y a quelques semaines, voyager avec le Dr B... qui allait à Paris avec sa femme. Notre confrère fait de la chirurgie et, dans sa clinique privée, est aidée par Madame B.

Après les présentations d'usage et quelques banalités sur l'exercice de la médecine en général, la conversation tombe sur le « Sou Médical », puis sur le *Concours* et enfin sur la Mutualité Familiale : le Dr B. est des trois.

— Mais pourquoi ne faites-vous rien pour les femmes des médecins ? me dit tout d'un coup Madame B.

J'avoue que je fus un peu surpris de cette question venant d'une femme qui n'est pas tout à fait étrangère à ce que nous pouvons faire, mais que je le fus bien davantage encore en entendant notre confrère appuyer la demande. Ainsi voilà un membre de la Mutualité Familiale — disons à sa défense qu'il n'est inscrit qu'à l'indemnité-maladie — mais c'est égal, voilà un membre qui ignore l'existence de la combinaison V et qui ne sait pas que les femmes des sociétaires sont admises aux combinaisons retraites ! Qu'on s'étonne après cela que nous soyons obligés de nous répéter et qu'à chaque instant on nous dise que nous sommes mal connus ou même pas connus du tout de certains !

Je gardai mes réflexions pour moi-même, pensent que j'avais mieux à faire que de railler notre confrère.

— Madame,. la Mutualité Famililale vous est ouverte et vous pouvez, dès le 1er janvier prochain, en faire partie si vous le voulez. Vous ne pouvez prétendre à l'indemnité-maladie, mais vous pouvez vous inscrire pour une pension de retraite soit à 60 ans, soit à 65 ans, comme votre mari d'ailleurs.

Et je dus expliquer le mécanisme de nos combinaisons-retraites : la combinaison P donnant la retraite à 60 ans, la combinaisonR à 65 ans avec pour chacune d'elles un maximum de 2.400 fr. et aussi la faculté de les cumuler pour arriver à 4.800 francs à 65 ans.

— Mais il y a autre chose encore, votre mari peut s'inscrire à la combinaison V (Caisse des veuves et orphelins) et vous assurer, s'il venait à mourir, une pension viagère dont le maximum est actuellement de 1.200 francs.

— Douze cents francs, c'est peu pour une veuve de médecin.

— Je suis de votre avis, Madame, mais actuellement nous ne pouvons faire plus et nous ne le pourrons faire tant que le nombre des membres de cette combinaison n'aura pas augmenté d'une manière sensible, car il est encore bien restreint.

— Pourquoi ne donnez-vous pas un capital au lieu d'une pension ? Cela aurait peut-être plus d'attrait.

— Les assurances sur la vie donnent ce capital et nous n'avons ni l'intention ni l'envie de les supplanter. E t puis, l'expérience a montré que, trop souvent, la femme fait de ce capital qui lui échoit un emploi bien peu judicieux : nous en avons connu qui ont perdu cette somme dans un commerce auquel elles étaient mal préparées ou dans des placements aventureux. C'est pourquoi nous avons jugé qu'il était préférable d'assurer une pension viagère qui, elle, ne risque pas de se volatiliser.

— Vous avez peut-être raison. Quoi qu'il en soit, c'est là une idée heureuse et je suis étonnée que les membres inscrits à cette combinaison ne soient pas nombreux : elle devrait pourtant intéresser bien des jeunes médecins.

— C'est notre avis et c'est celui de notre actuaire ; mais on dirait vraiment que l'égoïsme l'emporte trop souvent et que beaucoup, lorsqu'ils ont fait acte de prévoyance pour eux-mêmes, se déclarent satisfaits et ne pensent guère à l'avenir de celles qu'ils peuvent trop souvent laisser dans une situation précaire.

Egoïsme, c'est peut-être excessif, disons tout au moins indifférence, car la vérité est, je crois, que le médecin ne songe guère à la mort et qu'il a trop de confiance en sa santé et en sa force.

Evidemment, le premier devoir du médecin est de se protéger lui-même contre les éventualités fâcheuses, car du même coup, il protège les siens. Sa profession, c'est son gagne-pain, et, s'il ne peut l'exercer, toute la famille en souffre ; il doit donc tout d'abord se garantir contre le risque-maladie. S'il s'assure une retraite pour ses vieux jours, sa femme en profitera encore.

Tout va bien jusque-là, mais qu'il vienne à mourir ?

Il n'est donc pas suffisant pour le médecin de se garantir uniquement lui-même et il agira sagement en constituant à sa femme une retraite personnelle. Le ménage jouira de la double retraite,

mais si l'un des deux vient à disparaître, le survivant conservera sa part.

Nos confrères le comprennent d'ailleurs de mieux en mieux et le nombre des femmes s'accroît d'une manière régulière à la Mutualité Familiale comme membres des combinaisons-retraites.

Ce que le médecin paraît moins bien comprendre, c'est l'utilité de la Caisse des veuves. Et pourtant point ne lui est besoin de regarder bien loin autour de lui pour voir la situation précaire de femmes habituées à vivre dans une certaine aisance et décliner tout à coup de cette aisance par la mort de leur mari ou la perte des quelques ressources qu'il avait pu leur laisser.

En assurant à sa femme une pension viagère en cas de veuvage, le médecin, surtout celui qui n'a pas de patrimoine, remplit un devoir sur lequel il est inutile d'insister : il lui assure jusqu'à ses derniers jours un secours qu'elle recevra toujours avec reconnaissance et qui lui permettra de boucler son maigre budget ou de se donner une petite satisfaction qu'elle aura bien méritée.

Et ce n'est pas tout.

Le médecin qui assure à sa femme une pension de retraite a encore avantage, dans son intérêt, à s'inscrire à la combinaison V.

Il peut craindre que, lui mort, sa femme ne puisse continuer à payer ses cotisations pour la retraite . Sans doute, si cinq cotisations annuelles ont été versées, elle aura droit à une retraite proportionnelle, mais il estime avec juste raison qu'il lui est plus avantageux d'arriver à la retraite complète : la pension des veuves, qu'elle recevra dès son décès, lui permettra de payer ces cotisations annuelles et, lorsqu'elle arrivera à l'âge statutaire, elle bénéficiera et de la retraite et de la pension de veuvage. C'est là une considération qui paraît avoir été complètement négligée.

La Mutualité Familiale, on le voit, ne s'est donc nullement désintéressée des femmes des médecins : ce sont les maris qui, eux, ne se sont pas assez préoccupés de leur avenir — la vérité nous oblige à le dire.

J'ajouterai que les femmes, en la question, sont peut-être un peu coupables elles aussi : se sont-elles préoccupées elles-mêmes de ces questions ? et lorsque, par hasard, elles ont entendu leur mari parler prévoyance, n'ont-elles pas, par une fausse honte, gardé le silence sur ce qui pouvait les concerner personnellement ? — C'est pour tous, une grosse erreur de paraître se désintéresser en pareille matière.

La prévoyance est un devoir social qui s'impose à tous.

En présentant au Corps médical, une œuvre qui lui permet de remplir ce devoir, nous avons fait ce que le programme du *Concours médical* exigeait de nous — à nos confrères de savoir en profiter.

A. GASSOT.

VARIÉTÉS

L'absinthe et les apéritifs au 1er siècle de notre ère.

Aussi loin qu'on remonte dans l'histoire, l'ivrognerie était connue. Les Anciens connaissaient quantité de boissons fermentées plus ou moins compliquées. Tous les fruits sucrés (raisins,figues, dattes, pommes, etc.), la plupart des graines amylacées (orge, maïs, millet, etc.), et le miel furent employés à la préparation de breuvages alcooliques.

Les Egyptiens qui ne connurent le vin que tardivement, fabriquaient de la bière avec de l'orge, du maïs et du millet. Les Gaulois et les Germains étaient de grands buveurs de bière. Les peuples méditerranéens consommaient du vin dont les variétés citées par les auteurs anciens sont innombrables.

Chez tous les peuples de l'antiquité, l'ivresse, par ingestion de boissons fermentées était connue et fréquente. L'alcoolisme vrai, c'est-à-dire par ingestion d'alcool, n'existait pas, et, pour cause, la préparation de l'alcool, par distillation des liquides fermentés, n'était pas connue.

Pline a fait remarquer que l'usage du vin engendra la dipsomanie.

Vino debemus homines, quod soli animalium non sitientes bibimus.

Hommes, nous devons au vin d'être les seuls animaux à boire sans soif.

(Plin, H. N. XXIII, 23).

Pour atténuer les suites désagréables de l'ivresse, les Anciens employaient une infinité de moyens.

Pour éviter la céphalée crapuleuse, Athénée indique qu'il faut appliquer, autour de la tête, une couronne d'âche très serrée ; le lierre, la myrte, les roses, le laurier, la giroflée et la marjolaine, selon les saisons, étaient employés pour le même usage. On faisait aussi des frictions aromatiques sur la tête pour éviter la sécheresse de la tête !

Pour diminuer les fermentations stomacales et les troubles digestifs, consécutifs à l'ivresse,

Athénée dit que bien des gens commencent par avaler de la graine de chou ; pour la même raison, les Sybarites mangeaient du chou avant de boire, selon le rapport de Timée.

Athénée rapporte d'après Plutarque, que le médecin de Drusus, fils de Tibère, l'emportait sur tous les buveurs. Mais on s'aperçut qu'il mangeait cinq ou six amandes amères avant de se mettre à table. On l'en empêcha et, il ne fut plus en état de soutenir une larme de vin.

Nombre de scènes d'ivresse sont représentées sur des peintures anciennes et sur des vases ; les législations antiques contiennent des pénalités à appliquer aux ivrognes, sans avoir jamais réussi à les corriger de leur vice ; la littérature ancienne est prolixe sur les ravages physiques et sociaux de l'ivrognerie.

Ces notions sont connues, mais on croit généralement que les apéritifs et les boissons à base d'absinthe sont d'invention récente. Il n'en est rien et, à partir de Tibère, une coutume étrangère s'implanta à Rome, on prit l'habitude de boire avant les repas de nombreux vins composés et surtout du vin d'absinthe. Pline accuse formellement les médecins d'avoir lancé cet usage.

Tib. Claudio principe ante hos annos XL institutum, ut jejuni biberent, potusque vini antecederet cibos ; externus et hoc artibus, ac medicorum placitis novitate aliqua sese commendantium.

On a commencé sous le règne de Tibère, il y a quarante ans à boire à jeun et à prendre du vin avant de manger ; c'est un usage étranger introduit par des médecins qui cherchaient de la vogue par quelque nouveauté.

(Plin. H. N. XIV, 28).

... *Vinum jejunos bibere, novitio inventio... : somno vero ac securitatibus jamdudum hoc fuit, quod Homerica illa Helena ante cibum ministravit.*

Boire du vin à jeun est une coutume nouvelle : elle était jadis en usage, mais comme préparation au sommeil et au repos, c'est ainsi que dans Homère, Hélène en offre avant le repas.

(Plin. H. N. XXIII-23.)

Dans l'*Odyssée,* Hélène, femme de Ménélas, sert à ses hôtes du vin additionné d'un baume qui donnait l'oubli des maux pendant un jour ; c'était un philtre procurant passagèrement l'oubli des misères humaines et non un apéritif.

«Et alors Hélène, fille de Zeus, eut une autre pensée, et aussitôt, elle versa dans le vin qu'ils buvaient un baume, le Népenthès, qui donne l'oubli des maux. Celui qui aurait bu ce mélange ne pourrait plus répandre de larmes de tout un jour... en Egypte, tous les médecins sont les plus habiles d'entre les hommes et ils sont de la race de Paiêôn. Après l'avoir préparé, Hélène ordonna de verser le vin et elle parla ainsi : ... maintenant, mangeons ».

(*Odyssée,* R. IV, 19, Trad. Leconte de Lisle).

Les nombreuses variétés de vins naturels ne suffisaient plus à satisfaire des gens blasés, toujours à la recherche de sensations nouvelles, on ajouta alors au vin les ingrédients les plus disparates. Presque toutes les plantes et les produits aromatiques, le miel, voire la poix, les résines, l'eau de mer, etc., furent ajoutés au vin pour lui donner un goût nouveau et spécial.

A cette occasion, Pline a fait remarquer que, dans aucun compartiment de l'activité humaine, il n'avait été développé autant d'ingéniosité que dans la recherche de nouveaux breuvages dont le résultat est la déchéance physique et morale de l'être humain.

Ces vins composés pris avant les repas étaient à base de gentiane, de genièvre, de laurier, de lentisque, d'hysope, de myrrhe, etc., mais un des plus recherchés était le vin d'absinthe.

Comme on le voit, on retrouve toute une gamme de préparations qui rappelle celle de nos apéritifs modernes.

Dans l'antiquité, l'absinthe était une plante très répandue, les deux sortes les plus renommées étaient celles du Pont et de Saintonge.

Absinthii genera sunt plura : santonicum appellatur a Galliæ civitate : ponticum a Ponto, ubpecora pinguescunt illo, et ob id sine felle reperiuntur : neque aliud præstantius : multoque italii cum amarius, sed medulla pontici dulcus.

Il y a plusieurs espèces d'absinthe, la santonique appelée ainsi d'une cité des Gaules : la pontique du Pont où les bestiaux s'en engraissent, ce qui fait qu'on les trouve sans fiel : c'est la meilleure absinthe : celle d'Italie est beaucoup plus amère : l'intérieur de celle du Pont est doux.

(Plin. H. N. XXVII, 28).

Les Celtes avaient fait connaître aux Romains et aux Grecs l'absinthe de Saintonge comme remède spécifique contre les vers intestinaux. Les médecins gréco-romains lui firent une réputation universelle.

Du nom (herba santonina, in Columelle VI, 25) donné par les Romains à l'absinthe, est venu le nom de la santonine.

Pline, précurseur anti-alcoolique, ne comprenait pas pourquoi on employait le vin d'absinthe, au lieu de la plante, quand son usage était indiqué comme remède.

... *Et quis satius censeat, absinthite vino utendum potius quam absinthio ipso ?*

Qui, en effet, préfèrerait le vin d'absinthe à l'absinthe elle-même ?

(Plin, H. N. XXIII, 26).

Nous savons exactement comment se préparait le vin d'absinthe.

Pontici absinthii pondo libram cum musti sextar IV decoque usque ad quartes : reliquum quod erit, id frigidum adde in musti aminei urnam.

Faire cuire une livre (327 gr. 45) d'absinthe du Pont dans 4 setiers (2 litres 188) de moût, jusqu'à ce que ce moût soit diminué d'un quart, et mettez-en le reste, quand il sera refroidi dans une urne (13 lit. 13) de moût amminéen.

(Columelle, XII, 35).

...fit absinthites in XL sextanos musti absinthii Pontici libra decocta ad tertias partes, vel scomis absinthii in vinum additis.

...on fabrique le vin d'absinthe en mettant une livre (327 gr. 45) d'absinthe du Pont dans 40 setiers de moût (21 lit. 88) qu'on fait bouillir jusqu'à réduction d'un tiers, ou en mettant des poignées d'absinthe dans du vin.

(Plin. H. N. XIV, 18).

La préparation de Columelle contenait 22 gr. d'absinthe par litre : celle de Pline, 22 gr. 1/2 ; le vin d'absinthe des formulaires pharmaceutiques de notre temps en contient 30 gr. par litre.

Les Egyptiens pensaient que si l'ivresse du vin rendait les hommes insensés et furieux, c'est qu'ils étaient possédés par l'esprit de leurs aïeux.

Les rois d'Egypte... ne commencèrent à boire du vin que depuis Psammétique (XXVIe dynastie)..., ils pensaient que le sang de ceux qui jadis étaient entrés en lutte avec les dieux et qui, une fois tombés, avaient mêlé leurs cadavres à la terre avait produit les vignes. En conséquence, si l'ivresse rendait les hommes insensés et furieux c'est qu'elle les remplissait du sang de leurs aïeux.

(Plutarque, Isis et Osiris, trad. Mario Meunier).

D'après Pline, Androcyde écrivit à Alexandre le Grand pour lui rappeler que le vin était le sang de la terre et qu'il fallait en user modérément afin d'éviter les fureurs occasionnées par la pénétration dans l'organisme d'une trop grande quantité de sang étranger et hostile.

Nec alienum fuerit commemorare hoc in loco quod Androcydes sapientia clarus ad Alexandrum Magnum scripsit, intemperantiam ejus cohibens : Vinum poturus, rex, memente te bibere sanguinem terræ...

Il ne sera pas hors de propos de rapporter ici ce qu'Androcyde, célèbre par sa sagesse, écrivit à Alexandre le Grand, pour mettre un frein à l'intempérance de ce prince : Quand tu vas boire du vin, ô roi, souviens-toi que tu bois le sang de la terre !

(Plin. H. N. XIV, 7).

Dans sa description de l'intoxication chronique par le vin, Pline parle de pâleur de la face, de tremblement des mains, d'agitation nocturne, de cauchemars, de perte de mémoire, troubles qui sont plutôt dus à l'ingestion de boissons aromatiques qu'à celle de vins naturels.

...vulgoque veritas jam attributa vino est. Interea, ut optime cedat, solem orientem non vident, ac minus dici vivunt. Hinc pallor, et genae pendulæ, oculorum hulcera, tremulæ manus effundentes plena vasa, et (quæ sit pæna præsens) furiales somni, et inquies nocturna, præmiumque summum ebrietatis libido portentosa ac jucundum nefas.

... un proverbe a attribué la vérité au vin. Echappât-il à ces dangers, le buveur ne voit jamais le soleil se lever et vit moins longtemps. De là cette pâleur, ces paupières pendantes, ces yeux éraillés, ces mains tremblantes qui laissent échapper les vases pleins, ce sommeil troublé par les Furies (qui est la punition immédiate), cette agitation nocturne et, récompense suprême de l'ivrognerie les débauches monstrueuses et le goût des horreurs.

(Plin. H. N. XIV, 28).

La dipsomanie n'est pas un vice moderne, l'homme, le roi de la création, qui ne sait pas se gouverner lui-même, a toujours été à la recherche de sensations nouvelles, souvent au détriment de lui-même.

Dr P. NOURY, de Rouen.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

RAPPORTS DES PRATICIENS GÉNÉRAUX ET DES MÉDECINS SPÉCIALISÉS DANS L'EXERCICE DE LEUR PROFESSION

Travaux de la Commission de Déontologie du Syndicat des Chirurgiens français (1)

(*Juillet* 1927)

Dans son Assemblée générale d'octobre 1926, le Syndicat des chirurgiens chargeait son Conseil d'étudier cette question, qui cadrait d'autre part avec les directives données par l'Assemblée générale de l'Union faisant inscrire à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée l'étude du Code de Déontologie et de l'Ordre des Médecins.

Avant d'aborder les idées directrices, il nous a paru nécessaire de faire le point, de tâter le pouls de l'opinion médicale. Pour cela, nous avons, d'une part, adressé un *referendum* à chacun des 478 adhérents à notre Syndicat, d'autre part, un questionnaire à chaque Syndicat adhérent à l'Union et à la Fédération. Les chirurgiens ont répondu dans la proportion des trois quarts (378 réponses) ; les Syndicats ont été plus réservés (à peine la moitié). Nos questions portaient sur deux points essentiels : la pratique actuelle, l'opinion de chacun.

La pratique actuelle est basée , dans l'immense majorité des cas, sauf en Alsace, sur ce qu'on a appelé d'un terme peut-être impropre : la dichotomie. Si, en effet, ce mot veut dire littéralement le partage en deux parties égales, nous entendrons par là tout abandod d'honoraires effectué à *l'insu du client*, par le spécialisé au médecin traitant, chaque fois que celui-ci lui adresse un malade et quelle que soit l'importance de sa collaboration.

C'est la pratique commerciale de la remise versée à l'intermédiaire qui s'est introduite dans la médecine et cela, ajoutons-le, à des taux inconnus chez les commerçants.

Il est vain de rechercher qui le premier a eu recours à ces procédés ; il est mieux d'en rechercher les causes, ce qui nous permettra peut-être d'en déduire des conclusions pratiques.

Qu'il s'agisse de l'opinion des chirurgiens ou de celle des syndiqués, elle concorde. Tous veulent qu'il y ait une règle nette et franche ; que cette règle satisfasse les revendications médicales en ce qu'elles ont de légitime et qu'elle soit respectée de façon surtout à combattre la surenchère.

(1) Cette Commission est composée de MM. les docteurs Bérard, Veau, Pasteau, Iselin, Métivet, Petit (Jacques), de Rouen. Lenormant, Renon, Deniker, membres de droit.

Exposé de la question.

Nous sommes en présence d'un état de faits. Puisque la question a été posée, nous devons une réponse :

Devons-nous accepter la dichotomie comme un fait indiscutable et lui donner un droit syndical que personne ne lui reconnaît encore ? Devons-nous formuler seulement une thèse de principe en dehors de toutes les contingences de la pratique médico-chirurgicale et proclamer une règle idéale de désintéressement et d'indépendance réciproque ? La Commission a essayé de faire la lumière et d'apporter de l'ordre et elle a abouti à des conclusions qui peuvent concilier ces deux thèses opposées.

Deux mobiles, semble-t-il, ont animé les premiers dichotomistes : l'un, sensible aux praticiens, était la proportion entre leurs honoraires et ceux des spécialisés ; l'autre, particul)er aux spécialisés, était le désir de ceux-ci de capter la clientèle du praticien en les intéressant pécuniairement aux opérations ou aux soins spéciaux de leurs clients.

De la disproportion des honoraires médicaux

En règle générale, on admet que le taux des honoraires est soumis à plusieurs facteurs : la valeur du service rendu mettant en jeu la responsabilité médicale, l'importance et la difficulté des soins donnès, la situation personnelle du praticien, la situation sociale du malade.

Si nous, spécialisés, nous savons pratiquer des tarifs élastiques variables avec l'importance plus ou moins grande de chacun de ces facteurs, il n'en est pas de même du médecin qui est lié par le prix de sa visite. Il en résulte que le praticien s'est senti injustement lésé quand ayant diagnostiqué une appendicite aiguë et posé une indication d'opération urgente où son rôle a été capital il n'a touché que le prix d'une visite tout comme pour un simple embarras gastrique.

Qu'il sache se faire honorer convenablement, répondent certains. Le peut-il ? Tout est là. Il est victime de ce qu'il a cru être une conquête dans son ardeur à lutter contre le forfait lorsqu'il a obtenu le paiement à la visite. Quelle que soit l'importance de son acte médical, de son diagnostic et de sa dé-

cision thérapeutique, le prix est le même et reste lié à la *matérialité* de l'acte : la visite et son corollaire, l'indemnité kilométrique. La valeur *intellectuelle* de l'acte médical n'existe pas, seule est tarifiée sa valeur matérielle et cela est tellement entré dans les mœurs du médecin et du client qu'on ne voit guère la possibilité de modifier cet état de choses.

Lorsqu'il s'agit d'un diagnostic qui entraîne l'appel d'un chirurgien, le médecin peut continuer ses soins, appeler le chirurgien en consultation, assister à l'opération. Mais, là encore, à moins d'invoquer auprès de son client un rôle important, l'aide, celui-ci consentira difficilement à l'honorer au-dessus du prix habituel de la visite.

Il y a donc certains cas où le taux des honoraires qu'il est possible au médecin de réclamer ouvertement n'est pas en rapport avec la valeur des soins donnés et la responsabilité encourue. On doit essayer de réparer cette injustice, et c'est à nous à faire comprendre au client que dans certains cas il doit à son médecin plus que la simple visite.

De la valeur de la collaboration médicale.

Nous allons tâcher de l'estimer en soi et de voir sur quelles bases solides on peut asseoir ce droit à des honoraires plus élevés.

Il faut en revenir aux éléments que nous avons définis tout à l'heure.

Nous pouvons de suite négliger la situation sociale du client et personnelle du praticien.

De bons esprits soutiennent, par contre, que la responsabilité prise par le médecin en décidant son malade à subir une intervention, en choisissant un chirurgien, donne un droit à une majoration d'honoraires.

D'autres, au contraire, et ce sont les plus nombreux, soutiennent que ce droit n'intervient que par l'importance des soins donnés et exigent la présence du médecin à l'opération de son client. Nous disons la présence, car nous ne croyons pas qu'à l'heure actuelle il y ait beaucoup de chirurgiens de carrière qui consentent à faire anesthésier leurs malades et à se faire aider par d'autres que par leurs aides habituels.

Il est incontestable que la présence du médecin traitant est utile au moment de l'opération, mais en faire le seul critérium de la légitimité d'honoraires est, encore une fois, attacher trop d'importance au fait matériel. Faire un diagnostic de perforation du duodéunm, dans un trou de campagne, évacuer rapidement son malade sur le centre chirurgical a, à notre avis, infiniment plus de valeur que de venir voir un de nous enlever un fibrome banal.

Si on exige la présence du médecin à l'acte opératoire ou spécial comme indispensable pour ouvrir le droit à des honoraires, il est incontestable que le médecin éloigné se verra handicapé lourdement. S'il est toujours possible au confrère habitant la même ville de venir entre deux visites assister son client, sans aucune perte de temps, il n'en est plus de même pour le praticien de campagne qui devra souvent perdre au moins une demi-journée.

On peut conclure que les honoraires médicaux peuvent être relevés avec la valeur du service rendu, la responsabilité du médecin, l'importance de ses soins.

Ces conditions se trouvent réalisées au maximum dans la collaboration du médecin et du chirurgien ou des spécialistes qui pratiquent des interventions (oculistes, O. R. L., urologistes, etc...) et elles ne jouent plus du tout lorsqu'il s'agit de faire appel à un spécialisé pour un examen radiologique ou de laboratoire ou un traitement radiothérapique auquel il ne participe en aucun façon.

Comment va-t-on fixer ces honoraires ? Il semble qu'il n'y ait que deux procédés :

Ou laisser le médecin les évaluer dans chaque cas, indépendamment de ceux des autres collaborateurs ;

Ou les proportionner à la note du chirurgien :

Soit dans chaque cas particulier ;

Soit en prenant une moyenne générale.

Du rapport des honoraires médicaux et chirurgicaux.

Plusieurs éléments, avons-nous dit, motivent le taux des honoraires. Dans le cas particulier de la collaboration médico-chirurgicale, l'un d'eux a la même importance pour les deux collaborateurs, c'est la situation sociale du client. Quant à la situation personnelle de ceux-là lorsqu'elle intervient, il est bien évident qu'elle ne peut profiter à un autre qu'à celui qui la détient. Admettons cependant que dans beaucoup de cas cet élément n'intervienne pas et nous trouvons les deux collaborateurs sur le pied de l'égalité.

Il faut donc évaluer l'importance du service rendu et des soins donnés. Prenons comme exemple le service maximum : le diagnostic de lésions entraînant fatalement la mort à moins d'une intervention d'urgence (cas exceptionnel).

Même dans ce cas où nous voulons considérer le chirurgien uniquement comme l'exécutant, peut-on mettre sur le même plan le simple conseil et l'acte lui-même. Or, il faut le dire et le répéter, un chirurgien n'est pas un simple exécutant : normalement, il doit faire le diagnostic, poser l'indication opératoire et n'intervenir que lorsqu'il l'a jugé utile. Dans ces conditions, il serait souverainement injuste de donner la même valeur au conseiller et à l'acteur dont la science technique va être le facteur essentiel de la guérison. De plus, l'acte opératoire n'est pas seul tarifé. Nos honoraires sont globaux et comprennent les soins consécutifs, quelquefois des plus importants, où la participation médicale est souvent nulle. Donc, en mettant au maximum la valeur de l'acte médical, nous sommes loin d'arriver à l'égalité.

Dans la pratique, plus nombreux sont les cas où la valeur de cet acte est encore plus réduite et on peut dire qu'elle l'est au minimum lorsque dans son cabinet le médecin découvre une affection chirurgicale banale, hernie, fibrome, malformation, etc... et dit simplement que le traitement est d'ordre chirurgical, et se borne à indiquer le nom du chirurgien en qui il a confiance (cas général).

Donc deux solutions : ou bien attribuer à chaque cas particulier un coefficient variable qui oscillera de zéro à moins de la moitié des honoraires chirurgicaux, ou bien, ce qui est plus pratique, prendre une moyenne qui sera fatalement au-dessous du quart de ceux-ci.

Du mode de perception des honoraires médicaux

Rien ne serait plus à simple à établir s'il n'y avait pas des habitudes et si le médecin avait la possibilité de réclamer ce qui lui est dû justement.

Il faut le proclamer, car il faut aussi penser à la mentalité du client, le médecin a droit à des honoraires légitimes en rapport avec sa situation personnelle, sa responsabilité, l'importance du service rendu et des soins donnés, et variables suivant la situation de son client.

La Commission est unanime pour dire que la *présentation des notes détaillées, faites séparément ou collectivement, est la règle théoriquement idéale* et que chacun de nous doit employer tous ses efforts pour la faire admettre par nos confrères, mais elle reconnaît qu'au moins actuellement cette pratique va à l'encontre des habitudes acquises et elle pense qu'on peut accepter un autre mode de règlement à condition qu'il exclue absolument la clandestinité et la surenchère.

Conclusions

1. *Consultations.*

Toutes les fois qu'au cours d'une maladie un médecin a besoin de la collaboration d'un autre confrère, spécialisé ou non, pour une consultation, un examen particulier, chaque praticien doit présenter sa note au client suivant le taux qu'il lui convient de pratiquer.

2. *Interventions chirurgicales.*

Lorsqu'une maladie doit entraîner une intervention chirurgicale, il est dans l'intérêt du malade qu'une collaboration s'établisse entre le praticien et le chirurgien. C'est le rôle du chirurgien de faire comprendre au client que la présence de son médecin est utile et qu'en s'en privant il s'expose à le regretter tôt ou tard.

Pour le règlement des honoraires, plusieurs modalités peuvent être employées :

1° Chacun des praticiens présentera sa note au client au taux qu'il lui conviendra de pratiquer ;

2° Une note commune peut être présentée mais sous certaines conditions.

Il devra bien être spécifié que cette note est commune, c'est-à-dire comprend les honoraires dus légitimement au médecin.

La part respective d'honoraires de chaque collaborateur devra être indiquée.

En aucun cas, la part attribuée au médecin ne pourra excéder le quart de la note totale.

Règlementation

Le Syndicat des Chirurgiens devra, après avoir adopté des règles, les soumettres sans délai aux Syndicats locaux par l'intermédiaire de l'Union et de la Fédération et demander à tous l'*engagement écrit* de les respecter.

Ordre du jour voté par le Syndicat :

« Le Syndicat des chirurgiens français ayant pris « connaissance du rapport de la Commission de « déontologie et l'ayant approuvé déclare : Tout « partage clandestin d'honoraires entre médecin « et chirurgien est profondément immoral. »

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7909 Bizot, Beaune (Côte-d'Or), Syndicat de Beaune.
7910 Fidelin, Etretat (Seine-Infre), Parrains : Docteurs Fidelin et Maurat.
7911 Dayot, Rougé (Loire-Infre), Syndicat de Chateaubriant.
7912 Langlois, Auffay (Seine-Inférieure), Syndicat de Dieppe.
7913 Souleyre, Bône (Constantine), Syndicat de Bône.
7914 Melon, Blaye (Gironde), Syndicat de Blaye.
7915 Machuel, Samoens (Haute-Savoie), Parrains : Docteurs Reignier et Gay.
7916 Crochon, 43, rue du faub. Montmartre, Paris, Parrains : Docteurs Rousset et Job.
917 Poirot, Metz (Moselle), Syndicat de Metz-ville.
7918 Cornet, Pau (Basses-Pyrénées), Syndicat du Béarn.
7919 Funck-Hellet, Clichy (Seine), Société Amicale de Clichy.
7920 Normand, Le Ref (Tunisie), Syndicat de Tunisie.
7921 Montegue, 105, route de Vaulx, Lyon, candidat au Syndicat du Rhône.

7922 DAUTREY, Reims (Marne), Parrains : Docteurs Pierre Dautrey et Decornet.
7923 MAURIN, 7, rue des Capucins, Lyon, Association du Rhône.
7924 FRANÇAIS, Putanges (Orne), Syndicat d'Argentan.
7925 TRIDON, Montreuil (Seine), Parrains : Docteurs Bricet et Durand.
7926 DUBALLEN (Jacques), Le Creusot (Saône-et-Loire) Parrains : Docteurs Combier et Murard.
7927 GRIMAULT, Algrange (Moselle), Syndicat de Thionville.
7928 WIÈS, Cherchell (Alger), ancien membre du « Sou Médical ».
7929 SARRAZIN, 48, boul. Soult, Paris, Association du 12e arrond.
7930 MOREL, 41, rue Paul-Chenavard, Lyon, Syndicat du Rhône.
7931 RICHARD, 35, rue Claude-Bernard, Paris, Syndicat de la Seine.
7932 DELILLE, Hargicourt (Aisne), Syndicat de Saint-Quentin.
7933 LAPON, Toulouse (Haute-Garonne), membre de la Prévoyance médicale.
7934 BURGEAT, Nevers (Nièvre), Parrains : Docteurs Arago et Babonneix.
7935 DROUAN, Hienghine (Nouvelle Calédonie), Amicale des médecins de Nouvelle Calédonie.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr D. (Manche) a été assigné en 15.000 fr. de dommages-intérêts par un jeune homme qui lui reproche de l'avoir amputé d'un doigt, alors qu'il était encore mineur, sans le consentement de ses parents.

Le Conseil confirme sa décision antérieure, admettant éventuellement le Dr D. au bénéfice de la Caisse de Garantie dans cette affaire.

Les frais d'appel dans l'affaire du Dr C. (Eure) se sont élevés à 980.60, dont le Conseil ordonnance le paiement, déduction faite de la provision de 300 fr. qui a déjà été versée à l'avoué.

Le Dr X. est menacé d'une demande de remboursement d'honoraires qu'il a touchés pour une opération que le client prétend n'avoir pas été achevée.

Le Conseil est d'avis qu'il résiste à cette demande et lui accorde l'appui pécuniaire, pour le cas où l'affaire serait effectivement portée devant la justice.

L'avoué d'appel qui représente le Dr L. (Meuse), dans l'affaire de responsabilité professionnelle dans laquelle il a été condamné en premier ressort à 20.000 fr. de dommages-intérêts demande une provision de 700 fr., dont le Conseil ordonnance le versement.

Le Dr C. (Alpes-Maritimes) est menacé par un client d'un procès en responsabilité en réponse à une demande en paiement d'honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, la garantie de la Caisse spéciale devant intervenir si sa responsabilité est mise en cause.

Le Conseil ordonnance le paiement de la somme de 2.375.40, montant des frais et honoraires dus aux avoué et avocat du Dr M. (Lot-et-Garonne) tant en première instance qu'en appel, défalcation faite des 500 fr., que l'adversaire, condamné au paiement des honoraires du médecin et aux dépens, et pratiquement insolvable, accepte à titre de transaction, de verser pour le paiement des frais.

Honoraires de droit commun.

Le Dr M. (Charente-Inférieure) a été débouté de sa demande en paiement d'honoraires d'accouchement, le juge de paix ayant admis qu'il devait rapporter la preuve d'une convention intervenue entre lui et les clients.

Le Conseil, considérant qu'il y a dans cette affaire une question de principe à faire trancher, accorde au Dr M. l'appui pécuniaire pour interjeter appel du jugement, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 300 fr.

Le Dr B. (Dordogne) ne peut obtenir le paiement des soins donnés à une femme mariée, habitant hors de la région où il exerce, chez son père, qui l'avait fait appeler.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre solidairement le père, la fille et son mari.

Le Dr C. (Nord) a obtenu la condamnation d'un client qui opposait la prescription à une demande en paiement d'honoraires.

Il a payé pour frais et honoraires 224,70, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr M. (Gard) a payé pour frais et honoraires, tant devant le juge de paix qu'en appel, dans l'affaire de discussion d'honoraires, pour laquelle l'appui pécunaire lui a été accordé, 376,20, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr B. (Loiret) voit contester son droit au privilège pour soins de dernière maladie, donnés à un failli, sous le prétexte que, à la fin de la maladie, un autre médecin a été appelé à soigner le malade.

Le Conseil, considérant qu'il résulte des termes mêmes employés par le Code que ce sont les frais de la dernière maladie et non ceux dus au dernier médecin, qui sont privilégiés, accorde l'appui pécuniaire au Dr B. pour soutenir son droit au privilège.

Le Dr F. (Allier), ayant soigné un vieillard blessé dans une ferme en s'approchant par curiosité, pour regarder des bœufs qui remorquaient une automobile en panne, la Compagnie d'assurances prétend payer sa note d'honoraires au tarif ministériel des accidents du travail.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de sa note, établie au tarif de droit commun.

Le Dr M. (Bouches-du-Rhône), ayant gagné le procès en recouvrement honoraires pour lequel, en raison de circonstances particulières, l'appui pécuniaire lui avait été accordé, a payé à son avocat 150 fr. d'honoraires, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr P. (Seine-et-Oise), a à payer, dans une affaire en recouvrement d'honoraires contre un client de mauvaise foi, qui était allé habiter loin de la région, pour frais judiciaires et honoraires de ses représentants, déduction faite de 85 fr. supportés par son débiteur, 520,25, dont le Conseil ordonnance le remboursement, alors que la somme à recouvrer s'élevait seulement à 440 fr.

Le Dr Q. (Aveyron) a été payé à l'amiable par une cliente qui l'avait menacé de mettre en cause sa responsabilité.

Il a payé, pour honoraires de représentation en justice de paix, 50 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr C. (Puy-de-Dôme), ayant soigné un jeune homme, victime d'un accident d'automobile, le père de celui-ci le renvoie à la compagnie d'assurances qui assure son fils et qui veut le payer au tarif Fallières, bien qu'il ne s'agisse nullement d'un accident du travail.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr C. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Les Drs G. (Loire), HD. (Yonne), C. (Seine-et-Oise), A. (Ain), L. (Rhône), A. (Drôme), R. (Meuse) et B. (Saône-et-Loire), ayant donné des soins à des victimes d'accidents d'automobiles ou de motocyclettes, à la demande des auteurs des accidents, n'ont pu obtenir le paiement de leurs honoraires.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour poursuivre le recouvrement de leurs honoraires contre les personnes qui les ont mis en œuvre.

Le Dr F. (Seine) est invité à verser à l'enregistrement une amende de 225 fr., par suite du rejet de son pourvoi en cassation dans une affaire d'accident du travail.

Le Conseil ordonnance le versement de ladite somme de 225 francs.

Le Dr C. (Seine-et-Marne) est l'objet d'une demande reconventionnelle en dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle, sur une demande en paiement d'honoraires accidents du travail.

Le Conseil lui alloue un crédit de 300 fr. pour se faire représenter en justice de paix par un avoué ou un avocat.

Baux et locations

Le Conseil ordonnance le paiement des grosses de deux arrêts de cassation rendus au profit des Drs L. (Haute-Garonne) et R. (Finistère), cassant des jugements qui avaient refusé de reconnaître le caractère professionnel au garage d'un médecin et par suite de lui accorder la prorogation.

Le coût de la première grosse a été de 11,60 et celui de la seconde de 34,80.

Le Dr B. (Seine), menacé d'expulsion par son propriétaire, a obtenu gain de cause en référé, mais le propriétaire a fait appel de l'ordonnance.

Comme il s'agit d'un local professionnel, dans lequel il exerce depuis 1910, l'appui pécunaire est accordé au Dr B. pour défendre à l'appel et le Conseil ordonnance le versement à l'avoué d'appel d'une provision de 400 fr.

Le Dr J. (Vaucluse), ayant obtenu la prorogation du bail de son garage professionnel, le propriétaire a formé contre le jugement un pourvoi en cassation.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à ce pourvoi.

Le Dr T., à qui l'appui pécuniaire avait été accordé pour défendre à une demande en déchéance de prorogation de bail professionnel, a payé, pour frais et honoraires, 584,25, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr P. (Finistère,) ayant fait à 55 kilomètres de son domicile une grave opération, a sur une demande de 2.000 francs d'honoraires, été mis en présence de l'offre d'un bon d'assistance médicale gratuite de 480 fr.

Le Conseil estime que l'admission à l'assistance, étant tardive, est inadmissible et accorde au Dr L. l'appui pécuniaire pour citer les clients en paiement de ses honoraires.

Le Dr P. (Basses-Pyrénées) a touché sans plaider les honoraires d'assistance médicale gratuite dont le paiement lui avait été refusé parce qu'il ne voulait pas violer le secret professionnel en indiquant ses diagnostics.

Il fait don à la caisse du « Sou » de la somme de cent francs, ce dont le Conseil le remercie.

Diffamation.

Le Dr B. (Seine), étant à nouveau diffamé par l'ancienne cliente qu'il a fait condamner une première fois avec sursis, l'appui pécuniaire lui est accordé pour porter à nouveau plainte avec constitution de partie civile et une provision de 500 fr. lui est versée à cet effet.

Exercice illégal.

Le Dr F. (Loir-et-Cher) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre un rebouteux, qui a rendu un enfant infirme par suite des mauvais soins qu'il lui a donnés.

Cet appui lui est accordé par le Conseil, qui l'engage à agir conjointement avec le Syndicat médical local et les autres intéressés, notamment les parents de l'enfant.

Divers.

L'appui pécuniaire est accordé aux Drs X. et Y., qui sont inquiétés par application de la réglementation de l'usage des substances vénéneuses.

Dans l'affaire du Dr G. (Charente), condamné pour avoir refusé d'obéir à une réquisition du procureur de la République, le Conseil ordonnance le paiement des frais et honoraires payés, soit 1.115,20, y compris 500 fr. d'honoraires d'avocat, mais non compris l'amende pénale de 200 fr.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

A. P. I. M.

ENQUÊTE (C)

sur

L'ASSURANCE-MALADIE

principalement au point de vue médical et ses diverses modalités en chaque pays

2° Justification et contrôle des frais médicaux et de l'action médicale. Opinion des médecins à ce sujet.

(*Suite*)

France (*Alsace-et-Lorraine*). — Les notes d'honoraires sont payées directement au médecin par la caisse. Mais elles sont, à l'occasion contrôlées (ainsi que les ordonnances) par des « *médecins de confiance* » sur les rapports existant entre la note présentée et la gravité de la maladie. Il en est de même pour les ordonnances de façon à se rendre compte si les prescriptions furent faites avec toute l'économie possible, et prescrite. Il n'y a pas, en réalité de *contrôle technique* sur la façon dont le malade est soigné.

Opinion des médecins. — La majorité est satisfaite de ce qui existe actuellement à ce sujet.

Grande-Bretagne. — Nous avons vu, au chapitre précédent, le fonctionnement de la caisse-maladie en dehors du service médical. Quant à celui-ci, il est administré par un « *Comité d'assurance* » constitué pour chaque caisse locale et où sont représentés : le Ministre de la santé, le Corps médical et les assurés ; ces derniers, toutefois, en grande majorité. Le contrôle des honoraires, ou des ordonnances, de même que les questions de discipline, sont sous la dépendance de l'organisation professionnelle des médecins, qu'il s'agisse d'une affaire collective ou individuelle.

Opinion des médecins. — Ils sont, en général, satisfaits. Ils se plaignent, cependant, d'une certaine extension que prend le contrôle administratif, par suite de règlements établis au sujet des certificats d'incapacité de travail fournis par les praticiens. Le Corps médical considère que de tels règlements furent établis surtout pour sauvegarder les finances des sociétés approuvées, au sujet des indemnités journalières à verser aux assurés mais qu'on n'a pas tenu un compte suffisant des habitudes et des convenances du Corps médical.

Lettonie. — Le contrôle des soins est exercé par le « *médecin contrôleur* d'un commun accord entre l'assurance et le Corps médical. Ce contrôle a lieu : *a*) pour le paiement des notes d'honoraires ; *b*) pour le remboursement aux assurés des frais médicaux et pharmaceutiques quand le cas se présente ; *c*) pour les fournitures faites directement par l'administration des caisses et qui sont faites par l'intermédiaire du médecin contrôleur.

Le contrôle *technique* existe également : il est exercé par le médecin contrôleur et par des *inspecteurs spéciaux*.

Opinion des médecins. — Les contrôles sur l'état du malade et les soins donnés par le médecin « ne sont pas effectifs ».

Toutefois, les médecins ne se plaignent pas, en général, de ce qui existe actuellement à ce sujet.

Norvège. — Il n'y a *aucun contrôle* concernant les soins donnés par le médecin. Il ne peut y avoir non plus de contrôle sur les notes d'honoraires, ni sur les ordonnances puisque tous ces frais sont directement payés au médecin par le malade, en dehors des services de l'assurance — comme dans a clientèle privée.

Opinion des médecins. — Ils ne peuvent en avoir sur ce qui n'existe pas. Quant à leur opinion, en général, sur les assurances sociales, on le verra dans le dernier chapitre.

Tchékoslovaquie. — Le médecin *contrôleur* de l'assurance est arbitre de l'état de santé ou de maladie de l'assuré lorsque le médecin traitant lui a déclaré un cas douteux ou que l'assurance en a déclaré un autre suspect. Il juge, en outre, sur l'urgence d'un traitement coûteux ou l'utilité du séjour d'un malade aux eaux, etc.

Opinion des médecins. — Ils réclament la liberté intégrale de l'exercice de la médecine.

U. R. S. S. — La partie des cotisations, pour les assurances affectée aux frais médicaux, en cas de maladie, et d'accident, constitue le fond « G » qui est entièrement transmis au Commissariat du peuple à la santé publique et celui-ci en dispose pour le traitement aux assurés. Le contrôle y est semblable à celui qui se pratique envers toutes les dépenses des organismes de l'Etat.

Les médecins n'ont pas à intervenir dans la question des dépenses. Lorsque l'un d'eux occupe tel poste administratif, il s'en occupe au même titre qu'un administrateur quelconque. « Le contrôle, dit notre correspondant, s'exerce de la part des caisses d'assurance et des syndicats de salariés et consiste à vérifier si l'ouvrier « ne tire pas trop sur la ficelle », comme on dit vulgairement ..... ».

Opinion des médecins. — N'étant nullement intéressés aux dépenses matérielles inhérentes aux assurances sociales, dépenses qui n'ont aucun rapport avec le salaire qu'ils reçoivent, les médecins ne s'occupent guère de toute question de contrôle.

3° — Contestations et Litiges. — Juridictions.

a) Tableau d'ensemble des genres de juridictions.

JURIDICTIONS NORMALES EXCLUSIVEMENT (droit commun).	JURIDICTIONS SPÉCIALES EXCLUSIVEMENT (professionnelles).	JURIDICTIONS MIXTES (normales ou spéciales suivant les instances)
CHILI	ALLEMAGNE	AUTRICHE
GRÈCE	FRANCE (Alsace et Lorraine)	BULGARIE
	HONGRIE	ESTHONIE
	LITHUANIE	GRANDE-BRETAGNE
	LUXEMBOURG	LETTONIE
	NORVÈGE	ROUMANIE
	POLOGNE	TCHÉKOSLOVAQUIE
	PORTUGAL	
	SUISSE	
	U. R. S. S.	
	YOUGOSLAVIE	

b) Détails par nations.

Bulgarie. — Il existe un *tribunal de conciliation* qui, entre autres attributions, a le droit de juger les litiges *entre l'assurance et l'assuré.* Ses attributions, toutefois, ne sont pas suffisamment claires et il se borne à juger les litiges entre les patrons et assurés, concernant salaires, renvois, etc... Ses sanctions sont les mêmes que celles des tribunaux ordinaires. Ce tribunal de conciliation est composé d'un juge et de deux représentants : un des patrons, l'autre des ouvriers. La juridiction d'appel est portée devant les tribunaux ordinaires.

Quant aux contestations et litiges *entre assurance et médecin* ou *entre assuré et médecin*, il n'y est fait nulle part aucune mention ni allusion spéciale dans les lois du pays. Une seule fois seulement, jusqu'ici, s'éleva un litige entre un médecin et l'assurance ; il fut porté devant les tribunaux ordinaires. De ce qui précède résulte qu'il n'existe pas, en Bulgarie, malgré les réclamations des médecins, de juridictions professionnelles.

Chili. — Les litiges sont tous examinés par les *tribunaux ordinaires.* La seule remarque à faire, c'est que les caisses d'assurance ont, comme les indigents, l'assistance judiciaire gratuite.

Danemark. — Dans les contrats entre l'Association générale des médecins et les caisses est prescrite la procédure qui doit être suivie dans le cas où une caisse-maladie voudrait porter plainte contre un médecin, soit que cette plainte provienne d'un membre de la caisse, ou de la caisse elle-même, comme collectivité. Les doléances doivent être présentées par écrit, puis l'affaire est discutée, entre la direction de la caisse et l'Association des médecins. Il en est de même en cas de plainte portée par un médecin isolé ou par l'Association des médecins. Si, à la suite de cette discussion, on ne réussit pas à régler le différend, on en remet la solution à un tribunal créé par la loi sur l'assurance-maladie. Ce *tribunal* est composé de six juges : trois élus par l'organisation centrale des caisses et trois autres par l'Association des médecins. Les six membres en désignent un septième comme président (le président actuel est un professeur de la Faculté de jurisprudence à l'Université de Copenhague). Dans les affaires concernant l'interprétation exacte d'un contrat conclu — donc sur des points de droit — les jugements de ce tribunal sont définitifs et sans appel.

D'autre part, le tribunal remplit le rôle de « *conseil de conciliation* » dans tous les cas où il s'agit de concilier deux parties sur une question d'intérêts opposés. Si les deux parties ne peuvent se mettre d'accord, concernant la rédaction d'un contrat, la question est soumise au conseil devant lequel il est admis de plaider verbalement ou par écrit. Si les parties refusent d'accepter la conciliation proposée, le tribunal envoie au Ministère le texte de sa proposition et le Ministère pourra ensuite publier ce texte dans l'espoir que l'opinion publique exprimée par la voie de la presse, obligera, peut-être les peux parties réfractaires à se mettre d'accord.

Esthonie. — Les litiges concernant l'assurance-maladie peuvent passer devant deux juridictions diverses :

1° *Une juridiction spéciale* : a) l'*assemblée générale* de la caisse composée des délégués des assurés qui se prononce dans les conflits entre la caisse et ses membres ; b) *le conseil d'assurance* composé d'administrateurs appartenant à divers ministères et de cinq délégués des ouvriers, sous la présidence du Ministre. C'est la Cour d'appel des litiges portés devant la précédente juridiction.

2° *La juridiction ordinaire* du droit commun à laquelle sont soumis tous les autres conflits, tout enl aissant toutefois aux assurés le droit d'y porter également leurs propres litiges.

France (*Alsace-et-Lorraine*). — Les plaintes d'un assuré contre l'assurance sont adressées à l'Office d'assurances sociales de l'arrondissement qui fait une enquête et prend une décision. Les relations entre les caisses et les médecins sont réglées par des contrats qui prévoient des « *commissions de surveillance* », exclusivement médicales et, s'occupent, en première instance, de toute plainte portée contre un médecin. En appel, il y a des « *tribunaux d'arbitrage* » composés de : trois représentants de la caisse, trois représentants du Corps médical et un président juge. Ce tribunal tranche définitivement toutes les plaintes et peut prendre des sanctions allant d'un « blâme » jusqu'à la suspension temporaire et même l'exclusion définitive du service des caisses. Toutes ces *juridictions professionnelles* furent établies à la suite d'un *accord* entre les caisses et les groupements médicaux.

Grande-Bretagne. — Les litiges concernant l'assurance-maladie passent devant des juridictions *particulières.* Pour les litiges entre assurés et médecins, le tribunal de *première instance* est composé d'un nombre égal de médecins et d'assurés avec un président neutre. Les rapports de ce tribunal sur les faits en cause peuvent être acceptés par le tribunal suivant (le Comité d'assurance local qui ne contient parmi ses membres qu'un petit nombre de médecins). Ce dernier peut ou non accepter la suggestion du premier et en décider l'exécution. *Ce comité d'assurance* peut :

a) Réduire le nombre des inscrits sur la liste d'un médecin s'il estime qu'ils sont en trop grand nombre pour recevoir de celui-ci des soins convenables ;

b) Recouvrer du médecin dont relevait le malade, les dépenses que ce dernier a dû supporter normalement par suite du manque ou de la négligence apportés par le premier dans l'exercice de ses fonctions ;

c) Reporter l'affaire pour sanctions devant le Ministre de la santé ;

d) Représenter au Ministre de la santé que le médecin défaillant doit être rayé de la liste des médecins d'assurance.

Dans ce dernier cas, toutefois, la cause doit être étudiée par un tribunal *spécial* (déjà décrit précédemment) composé d'un avocat ou d'un avoué et de deux médecins qui mettent l'affaire en état et en font un rapport au Ministre qui décide. Dans les autres cas, le médecin a toujours droit d'*appel* devant le Ministre. Il n'y a plus d'appel contre la décision du Ministre, du moins en tant que décision, il n'en pourrait y avoir que pour vice de forme, dans la procédure employée, appel qui serait alors porté devant les tribunaux eordinaires.

Ces diverses juridictions et procédures furent

établies par des ententes entre le Ministère de la santé et la British Medical Association. Toutefois, ainsi qu'il fut déjà expliqué, le Corps médical désirerait amender la procédure actuelle concernant la discipline, de façon que le Ministère n'ait plus le droit de ne *pas* suivre l'avis du tribunal spécial pour prendre sa décision.

Grèce. — Tous les litiges concernant l'assurance-maladie sont portés devant les *tribunaux ordinaires* de droit commun.

Hollande. — Pour les litiges entre caisses et assurés, il y a des « *conseils* » spéciaux. Pour ceux entre caisses et médecins ou assurés et médecins, il y a des « *commissions d'arbitrage* » dont les membres sont des médecins, sauf le président qui est un juriste. Il peut y avoir *appel* devant le Ministre. Ces juridictions *spéciales* satisfont entièrement le Corps médical.

Nota. — Il est bien entendu qu'il s'agit toujours, pour la Hollande, des assurances-accident, puisque l'assurance maladie n'est encore qu'en projet. Mais les coutumes actuelles semblent devoir passer dans le projet en cours.

Hongrie. — Juridictions *spéciales* pour tous les litiges de caisses maladie :

1° *Tribunal de première instance*, 3 juges : un délégué patron, un délégué ouvrier, et un magistrat ;

2° *Tribunal supérieur* (cour d'*appel*), 5 juges : un président magistrat, 2 juges magistrats, 2 assesseurs : un patron, l'autre ouvrier ;

3° S'il s'agit de litiges médicaux, il y a un tribunal spécial, appelé « *Sénat médical spécial* » dont les membres sont nommés par le Ministre parmi des administrateurs des hôpitaux et des médecins du rang de professeurs.

Lettonie. — Chaque caisse-maladie a :

a) un « *conseil de délégués des assurés* », tribunal *particulier* qui traite des contestations et litiges nés du fait de l'assurance entre assurance et assuré.

b) Pour les contestations entre l'assurance et un médecin, il existe une « *commission mixte* » composée de représentants de la caisse et du Corps médical.

c) Pour les litiges entre l'assuré et son médecin, l'affaire est traitée en premier lieu entre le « *médecin contrôleur* » et l'administration de la caisse, mais toujours avec droit d'appel devant la commission mixte.

Ces diverses juridictions, d'ordre *professionnel* furent établies par accord entre les caisses et le Corps médical. Les médecins en paraissent, pour le moment, satisfaits.

Norvège. — Il y a un tribunal pour juger les contestations et litiges entre les caisses et l'assuré et entre les caisses elles-mêmes. *Ce tribunal spécial* se compose de trois membres, un représentant des assurés, un des patrons et un membre de la direction de la commune ou a lieu le litige. Il peut y avoir *appel* soit devant l'administration centrale, soit devant les tribunaux ordinaires, mais ce dernier cas est rare. Les médecins et les caisses n'ayant *rien à traiter* entre eux directement (sauf pour le remboursement des frais de transport), il n'existe pas de règlement d'arbitrage. Entre les médecins et les assurés non plus puisque ceux-ci sont considérés comme des malades privés. Toutefois, le médecin est obligé de fournir les déclarations nécessaires à l'assuré (certificat d'incapacité) et il peut être puni s'il y manque. Dans ce cas, la plainte doit être adressée aux tribunaux ordinaires.

Pologne. — Les contestations et litiges concernant l'assurance-maladie sont portés devan des juridictions *spéciales* :

1° *Commission d'arbitrage.* Une pour chaque caisse, composée de cinq membres, deux délégués des patrons, deux des ouvriers, et un cinquième nommé par les quatre premiers.

2° *Commission de conciliation.* Une par groupement régional de caisses. Elle est composée par moitié de délégués médicaux et de délégués du comité directeur du groupement des caisses, avec président choisi d'un commun accord.

3° L'*appel* (dans les deux cas) a lieu devant les juridictions de l'Office des assurances sociales.

Portugal. — Juridictions *spéciales* :

a) *Tribunal arbitral* qui comprend trois délégués des caisses et un délégué médical ;

b) *Appel* devant le Conseil supérieur de la Prévoyance sociale, aans lequel, parmi ses nombreux membres : administrateurs, délégués des patrons et des ouvriers, il n'y á aucun délégué médical.

Roumanie. — Juridictions *spéciales* :

a) *Tribunal arbitral* ;

b) *Appel* devant le Conseil d'administration de l'Office central d'assurance. Mais il n'y a aucun délégué médical dans ces deux juridictions.

Tchékoslovaquie. — Les litiges entre assurance et assuré sont portés devant un *tribunal arbitral* formé par le président et douze assesseurs. Le président est nommé par le président du tribunal de première instance, parmi des juges actifs ou retraités. Six assesseurs sont choisis par les patrons et six par les salariés. Ce tribunal juge seulement les contestations des assurés sur les décisions des assurances au sujet des allocations journalières de maladie. L'*appel* se

fait devant le *tribunal d'assurance* qui se compose d'un président et de vingt assesseurs. Le président est nommé par le Ministre de la Justice ; en accord avec le Ministre de la Prévoyance sociale. Les assesseurs sont, par moitié, des délégués patronaux et ouvriers.

Les litiges entre assurance et médecins sont portés dans les *tribunaux ordinaires*, mais on parle d'ériger un tribunal particulier. Les litiges entre assurés et médecins peuvent être liquidés par enquête et entente entre l'assurance et le Groupement médical. Sinon, ils sont portés devant les tribunaux ordinaires.

Les deux tribunaux spéciaux décrits ci-dessu sont fixés par la loi, à la suite d'un accord entre l'Etat et les groupements médicaux.

U. R. S. S. — Les divers litiges sont examinés par des juridictions *spéciales* :

a) En première instance : *commission de révision* où les intéressés sont représentés par des délégués de leurs organisations syndicales. Pour les affaires médicales, ce sont des *commissions médicales de contrôle* ainsi composées : un président, représentant l'Union des syndicats ouvriers , un médecin de l'assurance, deux médecins nommés par le commissariat de la santé, d'accord avec les organismes d'assurance.

b) Les affaires peuvent être portées, en appel, non plus cette fois devant une juridiction spéciale, mais devant *le tribunal du peuple*, juridiction ordinaire, composé d'un représentant du commissariat du travail, d'un délégué du conseil intersyndical et d'un président désigné par le tribunal de district.

Il n'y a pas eu d'entente, à ce sujet, entre l'Etat et les groupements syndicaux, ces derniers n'ayant pas à intervenir, sauf dans le cas où l'honneur et la dignité du Corps médical sont en jeu. Pour le moment, ce genre de juridiction semble satisfaire le Corps médical.

Yougoslavie. — *Juridictions spéciales* :

a) *Tribunal d'assurance* composé de cinq juges dont deux délégués patrons, deux ouvriers et un magistrat.

b) *Tribunal supérieur d'assurance* où sont portés les appels. Il est composé uniquement de juges de carrière.

Aucun délégué médical dans ces deux juridictions.

D. — La gestion dans l'assurance-maladie.

1° — Organisation des Caisses.

a) Tableau d'ensemble.

Organisation centrale		Groupements périphériques	
N'existe pas	Existe	par régions	par professions
Allemagne	Bulgarie	Autriche (en partie)	Allemagne
Autriche	Chili	Bulgarie	Autriche (partie)
	Danemark	Chili	Roumanie (partie)
	Esthonie	Danemark	Tchékoslovaquie
	France (Alsace et Lorraine)	Esthonie	
	Grande-Bretagne	France (Alsace et Lorraine)	
	Hongrie	Grande-Bretagne	
	Lettonie	Hongrie	
	Lithuanie	Lettonie	
	Norvège	Lithuanie	
	Pologne	Norvège	
	Portugal	Pologne	
	Roumanie	Portugal	
	Tchékoslovaquie		
	U. R. S. S.	Roumanie (en partie)	
	Yougoslavie	U. R. S. S.	
		Yougoslavie	

b) Détails par nations.

Allemagne. — Les caisses-maladie n'ont pas d'*organisation centrale*. Elles ont chacune leur autonomie au point de vue administratif et, de plus, sont formées *par catégories et non par régions*. On distingue ainsi des caisses locales dites « de malades », des caisses « d'entreprise », de « corporation », de caisses « rurales », etc... Les *corporations* chargées de l'assurance-accident et les *instituts* d'assurance sociale chargés de l'assurance-invalidité, ont un statut, propre et un contrôle à eux. L'*Office d'assurance du Reich* administre les affaires de l'assurance comme autorité suprême de contentieux judiciaire, administratif et de contrôle. Il se compose de : président, membres permanents, membres non permanents, qui sont nommés en partie par le président du Reich, en partie par le Ministre du travail et se divise en différents « sénats ».

Il n'y a pas de groupements *régionaux* non plus. Quant aux CAISSES LOCALES, elles sont constituées par un conseil d'administration et un bureau élu dans son sein. Les patrons possèdent un tiers et les salariés deux tiers des sièges. Le bureau administre la caisse et fait la liaison avec l'assurance-accident et l'assurance-invalidité. Le Conseil vote le budget, examine les bilans, représente la caisse vis-à-vis du bureau, conclut des contrats avec d'autres caisses, etc...

Autriche. — Il y a diverses sortes de caisses qui sont formées *tantôt régionalement, tantôt par catégories*, suivant qu'elles sont créées par l'Etat (caisses de districts), par les patrons (caisses d'entreprise), par les groupes corporatifs (caisses de corporation), par les salariés (caisses mutualistes) Il n'est pas fait mention d'un organisme *central*.

L'administration d'une caisse se compose de : *a*) l'Assemblée générale des intéressés ; *b*) le Comité directeur ; *c*) la Commission de surveillance ; *d*) la Commission d'arbitrage. Dans chacun de ces organes, les patrons ont droit au tiers et les salariés aux deux tiers des voix.

Bulgarie. — Il est institué, auprès du Ministère de l'industrie, du commerce et du travail, une *section du travail* avec bureau spécial et comptabilité des assurances sociales qui gère tout ce qui concerne les assurances : maladie, invalidité, vieillesse, pensions, etc... et dont le personnel est nommé par le ministre. Chaque département a un *inspectorat du travail*, dépendant directement du Ministère. Les inspecteurs et sous-inspecteurs contrôlent l'application de la loi sur l'hygiène et la sécurité du travail, les lois sur les assurances sociales, le chômage, etc... avec fonctionnaires nommés par l'Etat.

Il est, en outre, institué auprès du même ministre, un *conseil supérieur du travail et des assurances sociales* qui est purement consultatif et dans lequel on rencontre (nous l'avons déjà signalé) deux représentants de l'Union des médecins de Bulgarie et un médecin s'occupant d'hygiène et d'assurances sociales. Devant ce conseil, la « section du travail » présente son rapport, expose ses vues et demande des avis... C'est donc dans ce conseil que les *délégués de l'Union des médecins* » peuvent critiquer ou approuver la gestion des assurances sociales et exposer leurs desiderata.

Chili. — Il y a une caisse *centrale* et des caisses *régionales* dans chaque chef-lieu de district. Instituée par l'Etat, chaque caisse est administrée par un conseil de neuf personnes dont trois délégués des salariés, trois des patrons et trois nommés par le Gouvernement.

Danemark. — Il y a une « *Union centrale des assurances-maladie* » dont l'organe d'action est le *Bureau*. Celui-ci est destiné à assurer le développement autonome des associations. Il peut être considéré comme leur représentant officiel et il a reçu de la loi le role de direction de la très importante question du « transfert » d'un assuré d'un groupement à l'autre, ainsi que du règlement de toutes les contestations auxquelles cette question donne lieu. En somme, il *réunit* en un faisceau unique toutes les associations qui étaient autrefois sans aucun lien entre elles. A côté de ce bureau, organe des associations elles-mêmes, se trouve « *l'inspection officielle des Associations d'assurance-maladie* » qui exerce une surveillance générale sur le fonctionnement des associations, sur la légalité de leurs règlements, sur leurs bilans, ainsi que sur les conflits pouvant s'élever entre elles et leurs membres. « Par contre, elle fait bénéficier les associations de ses conseils et de ses enseignements. »

Les *associations locales* sont autonomes, avons-nous dit. Elles élisent un comité et des comptables, au cours de leur assemblée générale, établissent des règlements, fixent le budget, etc... Elles se sont groupées en *associations régionales* qui ont progressivement concentré en elles l'autorité des groupes locaux afin d'avoir plus de poids dans leurs négociations avec les administrations officielles municipales ou avec les médecins, pharmaciens, dentistes... Elles ont également institué un système de co-assurance et un fonds de garantie, ainsi que des maisons de convalescence — et tout cela par la mise en commun des possibilités de chaque caisse locale.

France (*Alsace et Lorraine*). — *a*) Il existe une organisation centrale qui est l'*Office général des assurances sociales* à Strasbourg. C'est l'autorité suprême au point de vue administratif, contentieux et de surveillance. Il est composé de membres permanents nommés par l'Etat et de

28 non permanents dont 24 délégués *des patrons et des salariés.*

b) Au-dessous de celui-ci sont les *offices supérieurs des assurances sociales*, à raison de un par département. Chacun a une ou plusieurs chambres de contentieux judiciaire et autant de contentieux administratif. Il est composé de façon analogue à l'office général.

c) Dans les grandes villes et, en outre, pour chaque arrondissement, il existe un *office d'assurance sociale.* Le maire ou le sous-préfet en est le président (avec un suppléant). Il y a, au moins 12 assesseurs nommés par les assurés et les patrons. Chaque office institue également un ou plusieurs comités de contentieux judiciaire et autant de contentieux administratif. Les caisses locales sont administrées par un comité directeur et la « *délégation* ». Celle-ci se compose, au maximum, de 90 membres dont deux tiers de salariés et un tiers de patrons. Le Comité nomme son président : il n'y a, en règle générale, aucune personne qui soit nommée par le Gouvernement.

Esthonie. — Même organisation que pour la Lettonie que nous étudierons plus loin.

Grande-Bretagne. — En tout ce qui concerne l'assurance maladie, l'organisation est une *combinaison de l'Etat* (Ministère de la Santé) et d'un grand nombre d'associations volontaires (*sociétés approuvées*). Tous deux prennent part à l'administration et aux questions de finance : l'Etat collecte les contributions et les distribuent aux *sociétés* (pour l'indemnité journalière de maladie et les incapacités : invalidité, maternité) et aux *Comités d'assurance* (pour le service médical).

Ce sont ces « sociétés approuvées » qui constituent les organisations régionales. Bien que chacune puisse avoir des membres dans tout le royaume, elles administrent localement les divers services. Quant au service médical, celui-ci (nous l'avons déjà vu) est administré par le Comité d'assurance dans chaque « comté » ou « bourg de comté ». Ces comités sont composés de représentants de : *a*) assurés ; *b*) conseil de comté ou de bourg de comté ; *c*) ministère de la santé ; *d*) médecins ; *e*) pharmaciens. Les représentants des assurés y sont en majorité. Chaque comité a un *contrôle local du service médical,* mais qui n'a aucun lien, ni rapport avec ce qui concerne le service administratif de la caisse.

Hongrie. — La *Caisse nationale* (centrale) dirige l'assurance-maladie dans tout le pays, en réglant, sur le type mutualiste, le régime des *caisses régionales* (caissesde district et caisses d'entreprise). Elle règle le montant des cotisations, suivant les besoins de chaque caisse, nomme les médecins, fait construire hôpitaux, maisons de cure, etc... Le *conseil* de la caisse nationale est composé de délégués des caisses régionales qui se réunissent en une assemblée générale composée, mi-partie de délégués patronaux et ouvriers. C'est cette assemblée qui nomme le *comité de direction* (composé également par moitié de patrons et d'ouvriers, ainsi que ceux de la *commission de surveillance*. Les caisses régionales ont une organisation analogue.

Lettonie. — L'organisme *central* est le « département des assurances sociales, au Ministère de la prévoyance sociale ». La responsabilité financière de l'Etat s'exprime par le paiement d'une *prime* de 2 % du salaire pour chaque assuré. Ce « département » se compose d'un chef et d'un certain nombre de fonctionnaires nommés par l'Etat, mais ils n'exercent qu'un simple contrôle administratif. Au-dessous sont les groupements *régionaux* composés de *commissions mixtes* formées de délégués de deux parties : caisse et assurés et qui s'occupent de la gestion et du contrôle des caisses. Ces caisses, constituées d'après la loi, sont réparties suivant la nécessité.

Lithuanie. — Chaque *caisse de district* est gérée par le « *Comité directeur* », nommé par l'Assemblée générale composée de un tiers de délégués patrons et deux tiers ouvriers. Le comité est composé, dans la même proportion, de neuf membres. A côté de lui se trouvent : la « *commission de révision* » pour le contrôle (six membres) et la « *commission d'arbitrage* » pour les litiges (cinq membres : deux délégués patronaux et deux ouvriers et ces quatre désignant un cinquième). Toutes ces caisses de district relèvent de l'Office supérieur des assurances sociales.

Norvège. — L'administration *centrale* de l'assurance-maladie est au Ministère des affaires sociales avec un directeur spécial pour l'assurance -maladie (et l'assurance-accident). C'est là qu'on prépare toutes les propositions de modification des lois, qu'on s'occupe du paiement de la part de l'Etat aux différentes caisses-maladie, qu'on contrôle l'administration des caisses. Le personnel est naturellement composé de fonctionnaires de l'Etat. Dans chaque commune, il y a une *caisse-maladie locale*. Elle est administrée par un directeur commercial nommé par le Conseil municipal. Il est assisté du Conseil nommé de même façon, mais non salarié et composé de neuf membres dont deux patrons et cinq salariés. Outre ces administrations officielles, les caisses sont réunies en une association générale. Elles ont ainsi leur propre vie et ont, peu à peu, acquis une situation importante.

Pologne. — On rencontre une *caisse régionale* par district, et une *caisse municipale* par ville. Chaque caisse est régie par : a) l'*assemblée des*

délégués (un tiers de patrons, deux tiers d'ouvriers). ; b) Un *comité directeur* (neuf à dix-huit membres suivant l'importance des caisses, élus dans la même proportion) ; c) une *commission de contrôle* (six membres élus toujours dans la même proportion.

Portugal. — Ce sont des « *mutualités obligatoires d'assurance-maladie* » formées, pour quelques-unes, directement des anciennes mutualités facultatives. Leurs organes sont analogues aux organisations examinées ci-dessus : « Assemblée générale », comité directeur » et « conseil fiscal » chargé du contrôle.

Toutes ces caisses mutuelles sont placées sous l'égide de l' « *Institut des assurances sociales obligatoires.* »

Roumanie. — Deux sortes de groupements ; a) *corporatifs* ; b) *mutuels et régionaux.* Tous deux sont sous la dépendance étroite de « l'*Office central d'assurances ouvrières* » qui administre *la caisse centrale* rayonnant dans l'ancien pays tout entier et la Bessarabie. Le *Conseil d'administration* de la caisse centrale est composé de treize membres parmi lesquels on compte deux délégués patronaux et deux ouvriers, le reste étant nommé par l'Etat.

Tchékoslovaquie. — L'assurance sociale *centrale* (Ustredni socialni pojistovana » comprend l'assurance-maladie (à côté des assurances invalidité et vieillesse). Elle est formée de *six unions* divisées non pas régionalement, mais *par catégories* : « caisses de malades, de districts, agricoles d'établissements, des associations et enfin de secours ». Chaque *caisse* est administrée par un conseil composé de un tiers de patrons et de deux tiers d'ouvriers. Au contraire, dans l'assurance centrale, un tiers est nommé par l'Etat, mais il est obligé de les choisir par moitié entre les patrons et les ouvriers.

U. R. S. S. — Toutes les assurances sociales sont concentrées entre les mains d'un organe *central* faisant partie de l'organisme d'Etat. Quant aux secours médicaux aux assurés, ils dépendent du « sous-département de secours aux assurés du Commissariat du peuple et de la santé publique ». Le service de santé de chaque province possède également une sous-section de secours médicaux aux assurés. Tous ces organismes sont composés de représentants du commissariat de la prévoyance sociale, du travail et de sa santé publique. Il y existe également des représentants des syndicats ouvriers. Les caisses locales touchent à la fois des subventions de l'organe central et des organes locaux.

Yougoslavie. — Au *centre*, un seul organisme dénommé ordinairement par les seules initiales de son titre : S. U. Z. O. R., ou en français : Institution centrale d'assurance ouvrière ». Il a comme organes administratifs : a), *l'assemblée générale* des délégués (nommés par moitié cette fois) des patrons et des salariés ; b) un *comité directeur* de 36 membres nommés en tiers par l'Etat les patrons et les salariés ; c) une *commissionde contrôle* de trois patrons et trois ouvriers seulement. Quant aux *caisses locales* elles sont basées sur le même type d'organisation administratif ainsi que de nomination des délégués.

2° — Quelle est la participation du Corps Médical dans l'organisation de service des caisses ?

a) **Tableau d'ensemble.**

PARTICIPATION DU CORPS MÉDICAL.

AUCUNE PARTICIPATION du CORPS MÉDICAL.	Dans l'administration des caisses		Dans l'organisation des soins	
	dans l'organe central.	dans les organes locaux.	dans l'organe central	dans les organes locaux.
ALLEMAGNE	BULGARIE (2 délégués de l'Union)		BULGARIE	DANEMARK
AUTRICHE			DANEMARK	ESTHONIE
CHILI			ESTHONIE	FRANCE (Alsace et Lorraine
HONGRIE			FRANCE (Alsace et Lorraine	
NORVÈGE				
POLOGNE				
TCHÉKOSLOVAQUIE			GRANDE-BRETAGNE	GRANDE-BRETAGNE
U. R. S. S.			LETTONIE	LETTONIE
YOUGOSLAVIE				

b) Détails par pays.

Allemagne. — Aucune participation. S'il arrive que des médecins soient membres d'un Conseil d'administration de caisse, ce n'est qu'en qualité de patrons. Même pour l'organisation des soins aux malades, celle-ci est réglée par des prescriptions légales. A ce sujet, la caisse peut parfois décider, jusqu'à un certain point, de prestations supplémentaires, si ses finances sont prospères ; « mais le Corps médical n'a aucun mot à en dire ».

Autriche. — Aucune participation du Corps médical, en aucun point.

Bulgarie. — Dans le Conseil supérieur du travail et des assurances sociales, au ministère, il se trouve deux représentants de l'Union des médecins bulgares. Dans ce conseil, les médecins, par l'entremise de ces deux délégués, peuvent donc faire entendre leur voix, « approuver ou critiquer la gestion des assurances sociales et exposer leur desiderata ». Ce fut après une lutte assez courte que, lors de la promulgation de la loi, l'Union des médecins bulgares put obtenir d'être représentée ainsi, en même temps qu'elle faisait voter le principe du libre choix du médecin.

Chili. — Parmi les trois membres (sur neuf), du Conseil d'administration de chaque caisse, le chef de l'Etat nomme un médecin, mais *en dehors* des médecins de caisse qui, par suite ne participe en rien, en tant que groupements professionnels à l'administration de ces caisses.

Danemark. — Le Corps médical ne participe en aucune façon à la gestion administrative et financière des caisses. Par contre « l'organisation des soins tant à l'hôpital qu'à domicile, dans un sanatorium, etc.. est entièrement entre les mains des médecins. »

Esthonie. — Voir la Lettonie qui est d'une modalité semblable.

France (*Alsace et Lorraine*). — Le Corps médical ne participe en aucune façon à la gestion administrative et financière des caisses. Par contre, « il prend en charge, par son syndicat, les soins à domicile ». Ce sont les délégués du syndicat qui passent avec les caisses un contrat à ce sujet. Au début, il n'y avait ni libre choix, ni contrat collectif. Les médecins étaient exploités par les caisses. C'est grâce à cette exploitation qu'il s'est formé des syndicats médicaux qui, après de durs combats, ont réussi à imposer aux caisses le libre choix des médecins. « La plus grande difficulté contre ce libre choix venait surtout des caisses industrielles qui voulaient leur médecin dévoué au patron. »

Grande-Bretagne. — Le Corps médical ne participe en aucune façon à la gestion administrative et financière des caisses. Pas davantage au sujet de l'hospitalisation qui est en dehors (nous l'avons déjà vu) du service des caisses. Par contre, il a une participation effective dans la gestion du service médical, surtout parce qu'*il a des représentants dans le groupement local*, c'est-à-dire dans « l'Insurance Committee » de chaque caisse, représentants, directement élus par les médecins de caisse locaux. « Mais ce n'est qu'après une lutte longue et acharnée, de 1911 à 1914, que les statuts du Corps médical furent reconnus comme la base primordiale du système et sont devenus inébranlables.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

Nécrologie. — M. le Dr Bridier, de Pont-du-Château (Puy-de-Dôme). — M. le Dr Cazaux, de Paris. — M. le Dr E. Bayer, d'Ax-les-Thermes et Toulouse. — M. le Dr Boulhommet, de Bouguenais (Loire-Inf.). — M. le Dr Vincent Alibert, de Paris. — M. le Dr Escande, de Mazamet (Tarn).

— **Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.** 9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris (IVe). — *Dispensaires antituberculeux* : a) *dispensaires dépendant de l'Office à Paris.* 3e arrondissement : 5, et 7, rue de Saintonge (Arch. 54-39) ; tout le 3e arrondissement. — 4e : 9, rue de Jouy (Arch. 55-53) ; tout le 4e arrondissement. — 5e : 25, rue Monge (Gobel. 56-50) ; tout le 5e arrondissement. — 6e : 40, rue Saint-André-des-Arts (Fleurus 48-21) ; tout le 6e arrondissement. — 10e : 35, rue Bichat (Combat 08-54) ; tout le 10e arrondissement. — 11e : 3, rue Omer-Talon (Roq. 57-12) ; tout le 11e arrondissement. — 12e : 7, place Lachambaudie (Diderot 03-92) ; tout le 12e arrondissement. — 13e 22, rue de la Glacière (dispensaire Calmette) (Gobel. 49-51) ; quartiers Croulebarbe et Maison-Blanche, nord de la rue de Tolbiac. — 13e : 14, boulevard de la Gare dispensaire Edith Wharton (Gobel. 46-17) ; quartier Salpêtrière ; quartier de la Gare moins la partie comprise entre la rue de Tolbiac, la rue Nationale et l'avenue de Choisy. — 14e : 23, rue Guilleminot (Ségur 43-00); partie située à l'ouest des avenues de Châtillon, d'Orléans et du boulevard Raspail. — 14e : 33, rue Bezout ; partie située à l'est des avenues de Châtillon, d'Orléans et du boulevard Raspail. — 15e : 12, rue Tiphaine (Ségur 72-58) ; quartier Necker, quartier Grenelle. — 15e : 61, rue Vasco-de-Gama (Ségur 47-38); quartier Saint-Lambert, quartier Javel. — 17e : 54 *bis*, rue Boursault (Marc 20-31) ; tout le 17e arrondissement. — 18e : 228, rue Marcadet (Marc. 20-32) ; partie située à l'ouest des rue Ramey, du Poteau et Clignancourt ; tout le 9e arrondissement. — 18e : 44, rue du Simplon ; partie située à

l'est des rues Ramey, du Poteau et Clignancourt. — 19e : 10, rue Léon-Giraud (dispensaire Rockefeller) (Nord 79-19) ; quartiers Villette, Pont de Flandre, Amérique. — 20e : 27, rue Frédérick-Lemaître (Roq. 57-65) ; partie située au nord des rues Ménilmontant et Saint-Fargeau, Les Lilas, Bagnolet. — 20e : 78, avenue Gambetta (Roq. 57-69) ; partie limitée au nord par les rues Ménilmontant et Saint-Fargeau, au sud par l'avenue Gambetta, la place Gambetta et la rue Belgrand. — 20e : 190, rue des Pyrénées (dispensaire Jouve-Bouve-Taniès) (Roq. 57-67) ; partie située au sud de l'avenue Gambetta, la place Gambetta et la rue Belgrand.

b) *Dispensaires dépendant de l'Office en banlieue.* Asnières : 54, rue de la Sablière (Asnières, 360) ; partie située à l'ouest des rues Duchesnay, de Châteaudun et de l'avenue d'Argenteuil ; Bois-Colombes ; Courbevoie, partie située à l'est du boulevard de Verdun. — Aubervilliers : 1, rue Sadi-Carnot (Nord, 05-91) ; Aubervilliers, Le Bourget, La Courneuve, Dugny. — Boulogne : 9, rue Rieux (Boulogne, 302) ; Boulogne. — Bourg-la-Reine : rue de la Bièvre; Antony, Bourg-la-Reine, Chatenay, Chevilly-Larue, Fresnes, L'Hay-les-Roses, Plessis-Piquet, Rungis, Sceaux. — Champigny : 54, Grande-Rue ; Bry-sur-Marne, Champigny, Joinville-le-Pont, Nogent-sur-Marne, Le Perreux, Saint-Maur. — Choisy-le-Roi : 59, avenue de Paris ; Choisy-le-Roi, Orly, Thiais, Vitry. — Clichy : 10, rue Dagobert ; Clichy. — Gennevilliers-Asnières : 38, avenue de Paris, Asnières (Asnières, 324) ; Asnières, partie située à l'est des rues Auchesnay, de Châteaudun et de l'avenue d'Argenteuil, Gennevilliers. — La Garenne-Colombes 1, rue des Voyageurs ; Colombes, La Garenne-Colombes — Levallois-Perret : 34, rue Antonin-Raynault (Levallois-Perret, 988) ; Levallois-Perret. — Maisons-Alfort : 6, *bis*, rue de la République, à Maisons-Alfort ; Alfortville, Bonneuil, Charenton, Créteil, Maisons-Alfort, Saint-Maurice. — Montreuil : 25, rue Danton ; Montreuil, Romainville, Rosny. — Montrouge : 32, rue Léon-Gambetta ; Arcueil, Bagneux, Cachan, Chatillon, Fontenay-aux-Roses, Montrouge. — Neuilly-sur-Seine : 1, rue de l'Ecole-de-Mars (Neuilly 13-33) ; Neuilly-sur-Seine : — Pantin : 17 *bis*, rue des Sept-Arpents (Pantin 235) ; Bobigny, Bondy, Drancy, Noisy-le-Sec, Pantin, Pavillons-sous-Bois, Pré-Saint-Gervais. — Puteaux : 28, rue Denis-Papin (Puteaux, 321) ; Courbevoie, partie située à l'ouest du boulevard de Verdun ; Nanterre ; Puteaux, partie située au nord des rues Godfroy, de Colombes et de la République. — Saint-Denis : 137, rue de Paris (Saint-Denis, 794) ; Epinay, La Plaine Saint-Denis, Pierrefitte, Saint Denis, Stains, Villetaneuse. — Saint-Ouen : 8, rue de l'Union (Saint-Ouen 139) ; L'Ile-Saint-Denis, Saint-Ouen. — Suresnes : 133, rue de Verdun (Suresnes, 119) ; Puteaux, partie comprise entre la commune de Suresnes et les rues Godfroy, de Colombes et de la République ; Suresnes. — Vanves : 29, rue Diderot (Ségur 57-92) ; Clamart, Issy, Malakoff, Vanves. — Vincennes : 6, rue Dohis (Vincennes, 242) ; Fontenay-sous-Bois, Saint-Mandé, Villemomble, Vincennes.

c) *Dispensaires agissant en liaison avec l'Office.* 7e arrondissement : 65, rue Vaneau (dispensaire Léon-Bourgeois) dépendant de l'Assistance publique (Ségur 06-30, Fleurus 20-95) ; les 1er, 2e et 7e arrondissements. — 8e : 208, faubourg Saint-Honoré (dispensaire Siegfried-Robin (Elysées 02-19) ; tout le 8e arrondissement. — 13e : 76, rue de la Colonie (dispensaire Franco-Britannique (Gobel. 46-97) ; partie limitée par les rues de Tolbiac, Nationale, Amiral-Mouchez et les fortifications. — 16e 46, rue de Passy (dispensaire S. B. M.) (Auteuil 45-83) ; tout le 16e arrondissement. — 19e : 54, rue Secrétan, Commission Rockfeller (Nord 53-45) ; quartier Combat. — 9e arrondissement : 17, rue de la Tour-d'Auvergne (dispensaire Œuvre de Villepinte). — 14e : 47, rue du Faubourg-Saint-Jacques (dispensaire hôpital Cochin) (Gobel. 34-21). — 14e : 183, rue de Vanves (dispensaire Saint-Joseph). — 18e : 31, rue Lamarck (dispensaire S. B. M.) (Nord 14-74). — 20e : 70, rue de Orteaux (Roq. 80-02). — Clichy : 39 *bis*, rue du Landy (Clichy 2-48). — Issy-les-Moulineaux : 133, rue de Verdun (dispensaire U. F. F.) — Malakoff : 95, rue Gambetta (dispensaire (Marie-Thérèse).

d) *Communes de banlieue et dispensaires les desservant* Alfortville : 6 *bis*, rue de la République, Maisons-Alfort. — Antony : rue de la Bièvre, Bourg-la-Reine. — Arcueil, 32, rue Léon-Gambetta, Montrouge. — Asnières, partie située à l'ouest des rues Duchesnay, de Châteaudun et l'avenue d'Argenteuil : 54, rue de la Sablière, Asnières. — Asnières (partie située à l'est des mêmes voies) : 58, avenue de Paris, Asnières. — Aubervilliers : 1, rue Sadi-Carnot. — Bagneux : 32, rue Léon-Gambetta, Montrouge. — Bagnolet : 27, rue Frédérick-Lemaitre, Paris (20e). — Bobigny : 17 *bis*, rue des Sept-Arpents, Pantin. — Bois-Colombes : 54, rue de la Sablière, Asnières. — Bondy : 17 *bis*, rue desSept-Arpents, Pantin. — Bonneuil : 6 *bis*, rue de la République, Maisons-Alfort. — Boulogne : 9, rue Rieux, Boulogne. — Bourg-la-Reine : rue de la Bièvre. — Le Bourget : 1, rue Sadi-Carnot, Aubervilliers. — Bry-sur- Marne : 54, Grande-Rue, Champigny. — Cachan : 32, rue Léon-Gambetta, Montrouge. — Champigny : 54, Grande-Rue, Champigny. — Charenton : 6 *bis*, rue de la République, Maisons-Alfort. — Chatenay : rue de la Bièvre. — Châtillon : 32, rue Léon-Gambetta, Montrouge — Chevilly-Larue : rue de la Bièvre. — Choisy-le-Roi : 59, avenue de Paris, Choisy-le-Roi. — Clamart : 29, rue Diderot, Vanves. — Clichy : 10, rue Dagobert, Clichy. — Colombes : 1, rue des Voyageurs, La Garenne-Colombes. — Courbevoie (partie située à l'est du boulevard de Verdun) : 54, rue de la Sablière, Asnières. — Courbevoie (partie située à l'ouest du boulevard de Verdun) : 28, rue Denis-Papin, Puteaux. — La Courneuve : 1, rue Sadi-Carnot. — Créteil : 6 *bis*, rue de la République, Maisons-Alfort. — Drancy : 1, rue Sadi-Carnot, Aubervilliers. — Dugny : 228, rue Marcadet, Paris (18e). — Epinay : 137, rue de Paris, Saint-Denis. — Fontenay-sous-Bois : 6, rue Dohis, Vincennes. — Fontenay-aux-Roses : 32, rue Léon-Gambetta, Montrouge. — Fresnes : rue de la Bièvre. — Garenne-Colombes : 1, rue des Voyageurs, La Garenne-Colombes. — Gennevilliers : 38, avenue de Paris, Asnières. — Gentilly : 76, rue de la Colonie, Paris (13e). — L'Hay-les-Roses : rue de la Bièvre. — Issy-les-Moulineaux : 29, rue Diderot, Vanves. — Ivry-sur-Seine : dispensaire municipal, mairie d'Ivry. — Joinville-le-Pont : 54 Grande-Rue, Champigny. — Kremlin-Bicêtre : 70, rue de la Colonie, Paris (13e). — Les Lilas : 27, rue Frédérick-Lemaitre Paris (20e). — Levallois-Perret : 38, rue Gide, Levallois. — Maisons-Alfort, 6 *bis*, rue de la République, Maisons-Alfort. — Malakoff : 29, rue Diderot, Vanves. — Montreuil : 25, rue Danton, Montreuil. — Montrouge: 32, rue Léon-Gambetta, Montrouge. — Nanterre : 28, rue Denis-Papin, Puteaux. — Neuilly-sur-Seine : 1, rue de l'Ecole-de-Mars, Neuilly. — Nogent-sur-Marne: 54, Grande-Rue, Champigny, — Noisy-le-Sec : 17 *bis*, rue des Sept-Arpents, Pantin. — Orly : 59, avenue de Paris, Choisy. — Pantin : 17 *bis*, rue des Sept-Arpents, Pantin. — Pavillons-sous-Bois : 17 *bis*, rue des Sept-Arpents, Pantin. — Le Perreux : 54, Grande-Rue, Champigny. — Pierrefitte, 137, rue de Paris, Saint-Denis. — Plessis-Robinson : rue de la Bièvre. — Le Pré-Saint-Gervais : 17 *bis*, rue des Sept-Arpents, Pantin. — Puteaux (partie comprise entre la limite de Suresnes et les rues Godfroy, de Colombes et de la République) : 133, rue de Verdun, à Suresnes. — Puteaux (partie comprise au nord des voies désignées ci-dessus) : 28, rue Denis-Papin, à Puteaux. — Romainville : 25, rue Danton, Montreuil. — Rosny-sous-Bois : 25, rue Danton, Montreuil. — Rungis : rue de la Bièvre. — Saint-Denis : 137, rue de Paris, Saint-Denis. — Saint-Mandé : 6, rue Dohis, Vincennes. — Saint-Maur : 54, Grande-Rue

Champigny. — Saint-Maurice: 6 *bis*, rue de la République, Maisons-Alfort. — Saint-Ouen : 8, rue de l'Union, Saint-Ouen. — Sceaux : rue de la Bièvre. — Stains : 137, rue de Paris, Saint-Denis. — Suresnes : 133, rue de Verdun, Suresnes. — Thiais : 59, avenue de Paris, Choisy — Vanves : 29, rue Diderot, Vanves. — Villejuif : 76, rue de la Colonie, Paris (13e). — Villemonble : 6, rue Dohis, Vincennes. — Villetaneuse : 137, rue de Paris, Saint-Denis. — Vincennes : 6, rue Dohis, Vincennes. — Vitry-sur-Seine : 59, avenue de Paris, Choisy.

— **Clinique obstétricale Baudelocque.** — I. Service clinique avec l'assistance de MM. Portes, accoucheur des hôpitaux ; Ravina et Séguy, chefs de clinique ; Verne et Giraud, chefs de laboratoire ; Powilewicz et Lacomme, anciens chefs de clinique ; Hidden, ancien chef de clinique adjoint.

1° *Service des consultations* (Policlinique Valancourt, 125, boulevard de Port-Royal). — Femmes en état de gestation : Tous les jours, de 8 h. à 18 h. — Mères nourrices et nourrissons : les mardis et jeudis, à 14 h. ; les samedis à 9 h. — Gynécologie : les mardis, à 9 h., et samedis, à 14 h. — Dispensaire antisyphilitique (femmes et nourrissons) : les lundis et mercredis, à 14 h. ; les vendredis, à 9 h.

2° *Service intérieur* (Maternité Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal). — Tous les jours, à 9 h. 30 : visite des femmes et enfants hospitalisés. — Les mardis, à 14 h. 30 et samedis, à 10 h. : opérations.

II. Enseignement clinique. — M. le professeur Couvelaire, le lundi, à 11 h. : Discussion d'observations cliniques. — Le vendredi, à 11 h. : Présentation de malades.

III. Enseignements complémentaires avec la collaboration de MM. Lévy-Solal, agrégé ; Levant, Vignes, Cleisz, Portes, Desnoyers, accoucheurs des hôpitaux ; Marcel Pinard, médecin des hôpitaux. Le mercredi à 11 h. : Séméiologie et pathologie obstétricales. — Le mercredi, à 15 h. : Dispensaire antisyphilitique. — Le samedi à 11 h. : puériculture et pathologie du nouveau-né.

IV. Musée Henri Varnier. — Les collections d'anatomie obstétricale, normale et pathologique, peuvent être étudiées par les élèves et les médecins, les lundis, de 14 à 16 h.

V. Direction d'études. — M. le professeur Couvelaire se tient à la disposition des médecins et des étudiants, le lundi, à 15 h., à la clinique Baudelocque.

VI. Cours de perfectionnement. — 1° *Cours élémentaires de pratique obstétricale* d'une durée de deux semaines (quatre séries) : Vacances de Pâques. — Première quinzaine de juin. — Première quinzaine de septembre. — Première quinzaine d'octobre.

2° *Cours supérieur*, du 1er février au 30 avril, en deux parties : stage clinique et pathologie obstétricale. — Opérations obstétricales.

Des affiches spéciales indiqueront en temps utile les horaires, les programmes et les conditions de ces cours de perfectionnement.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** — A. *Leçons cliniques à l'amphithéâtre Trousseau* les mardi, jeudi et samedi, à 10 h. 1/2. — Le samedi : leçons cliniques du professeur Paul Carnot.

Le mardi : présentation de malades par le professeur, l'agrégé, les assistants du service et les candidats aux hôpitaux.

Le jeudi : démonstrations techniques (présentations de pièces ; projections de coupes ; interprétations d'analyses et de radiographies) se rapportant aux malades de la semaine précédente. — Techniques physiothérapiques, chimiothérapiques, bactériothérapiques.

B. *Enseignement clinique de gastro-entéro-hépatologie.* — Tous les matins, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, dans le service spécial (salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine), sous la direction du professeur et de M. Henri Bénard, médecin des hôpitaux, assistés de MM. Libert et Rachet, chefs de clinique, des Drs Bouttier et Friedel.

Les lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2 : consultation de gastro-entéro-hépatologie ; radioscopie digestive; physiothérapie digestive ; régimes diététiques.

Les mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2 : consultation de proctologie (rectoscopie ; pansements recto-coliques, petites interventions et physiothérapie locale).

C. *Enseignement clinique de physiothérapie.* — Tous les matins, à 9 h. 1/2, à la Polyclinique physiothérapique Gilbert, sous la direction des professeurs Carnot et Strohl, assistés de MM. Dausset, chef de laboratoire ; Donon, agrégé de physique ; Gérard, Durey et des assistants de la polyclinique.

D. *Conférences d'actualités cliniques et thérapeutiques avec présentations de malades.* — Le dimanche matin, à 10 h. 1/2, en janvier et février, à l'amphithéâtre Trousseau, par des professeurs, des agrégés, des médecins des hôpitaux et des compétences médicales.

Une affiche ultérieure indiquera le programme et les noms des conférenciers.

E. *Cours de vacances* (à Pâques et en septembre). — Sous la direction du professeur Carnot et des professeur agrégés Villaret, Beaudouin et Chabrol.

Une affiche ultérieure en indiquera les modalités.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

contenir que des noms de docteurs en médecine, alors, qu'au civil, les parties peuvent se prévaloir des dispositions du code de procédure civile, pour désigner tels arbitres qu'il leur plaira de mandater.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

3758.— Déduction des salaires des domestiques.

J'ai fait au fisc en mars dernier ma déclaration de dépenses professionnelles, ainsi conçue :

Chauffeur : 5.000 fr. (salaire et prix de nourriture d'un chauffeur que j'ai gardé 6 mois environ).

Bonne : 2.900 fr. (1/2 salaire et 1/2 prix de nourriture d'une bonne que nous avons gardée toute l'année).

Le fisc me dit aujourd'hui « que le salaire de la bonne doit être ramené au tiers de la somme intégrale pour frais professionnels, en considérant que la bonne en donne pas plus du tiers de son temps au service du cabinet ; d'autre part pour le chauffeur, il n'y a lieu de ne compter que les 7/10e du salaire ».

Je réponds que sans doute la bonne ne donne pas plus du tiers de son temps au service du cabinet (si l'on entend par là le nettoyage et la mise en état du cabinet et des annexes), mais que ma profession m'oblige d'avoir une bonne qui soit présente à la maison toute la journée pour recevoir les clients : et c'est en tenant compte de cette considération que j'ai fait ma déclaration dans le sens indiqué. Si je n'étais pas médecin, je me contenterais d'une femme de ménage qui pour 5 ou 6 fr. de salaire journalier m'assurerait certainement le travail que me donne actuellement ma bonne.

Quant au chauffeur, je me crois autorisé à compter son salaire intégral, et d'autant plus autorisé que, ne sachant à quoi l'employer en dehors de son service d'auto, je ne l'ai conservé que 6 ou 7 mois... et son départ n'a entraîné pour moi par la suite aucun surcroit de dépenses.

Je ne sais quelle réponse fera l'inspecteur à ces observations ; au cas où il maintiendrait sa façon de voir, devrai-je moi aussi me tenir à la mienne, et accepter d'aller devant la Commission.

Ou me conseillez-vous de capituler ?

Dr T.

Réponse.

Vos prétentions paraissent justifiées, et, pour la bonne, la fraction de frais retenue (1/2) n'est pas exagérée.

Vous auriez avantage à faire trancher le différend par la Commission, car le contrôleur con-

testera votre déclaration tous les ans pour le même motif.

A. M.

5881. — L'indemnité de résiliation de contrat n'est pas un revenu.

J'ai 64 ans. En 1926 la compagnie dont j'étais le médecin, depuis 24 ans, a jugé bon de se priver de mes services, en m'accordant pour toute retraite une indemnité de résiliation de contrat de 15.000 fr., et quatre annuités de 5.000 francs à dater de 1926.

Est-ce que le fisc a le droit de m'imposer sur cette somme de 15.000 fr., que je considère comme un capital pour me refaire une situation, est-ce que, dis-je, le fisc a le droit de considérer ces 15.000 fr. comme une partie de mon revenu de 1926, et de le frapper en conséquence ?

Je dois dire que le contrôleur auquel j'ai affaire, m'a assuré que si je trouvais dans les journaux médicaux de quoi appuyer ma thèse, il n'insisterait pas.

Je vous serais très reconnaissant de me répondre, car il y va pour moi de près d'un millier de francs.

Dr M.

Réponse.

D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, intervenue en matière d'impôt sur les traitements et salaires, lorsqu'un employé reçoit une certaine somme en contre-partie de la résiliation de son contrat, il y a lieu d'apprécier, suivant les faits, la partie de la somme qui constitue un salaire de congédiement taxable à l'impôt sur les salaires et la partie qui représente les dommages-intérêts non imposables.

Nous estimons qu'en ce qui vous concerne, la somme qui vous est versée doit être regardée en totalité comme représentant des dommages et intérêts non imposables, surtout si la compagnie vous a prévenu assez longtemps à l'avance (6 mois ou un an) de l'intention de se priver de vos services, car, dans ce cas, il ne peut être question de salaire de congédiement.

A. M.

3469. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile.

Dans ma déclaration du chiffre des bénéfices des professions non commerciales, j'avais signalé l'amortissement de ma voiture 5.000 fr. Je l'avais achetée 15.000 fr., et comme c'était la cinquième année, je pensais pouvoir l'amortir complètement. Que répondre au contrôleur ?

Je vous signale que j'ai reçu courant juin, ma feuille d'impôts, que j'ai payé lesdits impôts le 27 juin et que je suis surpris que le contrôleur n'ait pas présenté sa demande plus tôt ou ce qui aurait été logique avant l'envoi de la feuille d'impôts.

Dr A.

Réponse.

Il est évident que votre voiture a encore une certaine valeur, mais vos amortissements étant conformes aux usages, ils devraient être admis par le contrôleur.

Vous pourrez présenter les observations suivantes :

1º Au bout de cinq années une voiture occasionne des frais d'entretien élevés qui compensent les amortissements ;

2º Lorsque vous revendrez votre voiture, son prix de vente viendra en déduction du prix d'achat de la nouvelle, vous amortirez seulement la différence, donc l'Etat ne sera pas frustré.

La procédure suivie par le contrôleur est régulière ; il vous a imposé d'après votre déclaration et il dispose encore d'un délai de cinq ans (jusqu'en fin 1932) pour réviser cette imposition.

A. M.

3924. — Patente d'un médecin habitant avec sa mère.

Je suis installé depuis le 1er mars ; j'ai ouvert mon cabinet de consultation au domicile de ma mère, qui m'a cédé deux pièces (cabinet et salle d'attente) ; par ailleurs je partage sa table et habite sous son toit. Ma mère qui est locataire de la maison, paye un loyer annuel de 1.000 francs fixé par bail notarié.

Or je reçois aujourd'hui ma feuille d'impôt pour la patente qui est calculée sur un loyer annuel de 1.200 fr.

Je me propose de répondre au contrôleur en lui fournissant les renseignements ci-dessus et en lui demandant à n'être taxé que pour un loyer de 500 fr. par an (c'est-à-dire la moitié du loyer payé par ma mère). Il me semble difficile d'admettre que, même le loyer de l'immeuble eût-il dû être de 1200 fr., en raison de l'augmentation des loyers et de la location des maisons semblables à celle que j'occupe, difficile d'admettre, dis-je, que ma patente soit calculée sur la totalité du loyer.... alors que j'en occupe seulement quelques pièces, mettons la moitié.

Je voudrais donc réclamer, mais auparavant je voudrais bien connaître votre avis.

Dr X.

Réponse.

A notre avis, votre patente doit porter sur la valeur locative totale des pièces affectées à votre usage exclusif et sur la moitié de celles occupées en commun avec votre mère, étant entendu que le prix de 1.000 francs payé pour l'ensemble des locaux doit être pris pour base d'évaluation.

A. M.

4003. — Etablissement de la contribution personnelle-mobilière.

Je vous serais obligé de bien vouloir me dire : 1° S'il est permis à un conseiller municipal et même à tout contribuable de la commune d'assister aux séances qui se tiennent au moins deux fois par an entre les répartiteurs et le contrôleur des Contributions directes, séances publiques sans doute, puisque annoncées à son de cloche par le garde-champêtre, séances où sont examinées toutes les questions relatives aux impôts et au cours desquelles les contribuables sont appelés à faire leurs réclamations ; 2° si le registre de la cote personnelle mobilière, relevant tous les assujettis à cette cote peut et doit être communiqué à tout requérant comme la matrice cadastrale des propriétés bâties et celle des propriétés non bâties et 3° si les séances extraordinaires, comme les séances ordinaires, du Conseil municipal, doivent être affichées au lieu ordinaire des publications.

Dr G.

Réponse.

1° Les séances du Conseil de répartition ne sont pas publiques.

2° La communication des matrices de contribution personnelle-mobilière déposées à la mairie ne peut être refusée au contribuable.

3° Nous supposons que vous voulez parler des séances extraordinaires du Conseil de répartition. Ce n'est pas la date des séances ordinaires ou extraordinaires qui est portée à la connaissance des contribuables, mais seulement la date du passage du contrôleur pour effectuer, dans la commune, le travail des mutations.

A. M.

3999. — Timbre du mémoire à fournir à une administration pour un accident du travail.

Ayant soigné un cantonnier, accidenté du travail, j'ai adressé ma note, se montant à 55 fr. 40, au service compétent. Celui-ci me demande, avant paiement, d'établir un mémoire timbré à 3 fr. 60. Je croyais qu'en matière d'accidents du travail, l'exonération du timbre était totale ?

Que me conseillez-vous ? Dois-je établir le mémoire en question, ou envoyer ma note au blessé ?

Dr S.

Réponse.

Malgré l'exonération du droit, la *formalité* du timbre subsiste pour les actes relatifs aux accidents du travail. Il faudra présenter votre relevé au receveur de l'enregistrement qui le visera pour timbre gratis.

A. M.

Application du Tarif Durafour-Fallières.

I

3609. — Luxation partielle du coude.

Combien tarifer une réduction et contention de luxation de la tête radiale. Je vois sur le tarif : luxation du coude : 100 francs, mais il me semble que, lorsque le cubitus est intact, il doit être demandé moins.

Dr V.

Réponse.

Il y a luxation partielle du coude. Ceci n'étant pas l'objet d'un tarif spécial, je ne vois à compter que « luxation du coude : 100 francs ». Cela compense les fois où il y a une luxation compliquée d'une fracture épiphysaire et que je ne vois pas devoir être cependant comptée plus de 100 francs. Ce sont les compensations normales de tarifs généraux où ne peuvent être spécifiés tous les cas d'espèce.

F.D.

II

3707. — « Avis préalable » ou « avis conforme ».

Je vous serais obligé de me renseigner sur le point suivant capable d'intéresser un certain nombre de confrères au point de vue de nos droits vis-à-vis des Compagnies d'assurance.

Voici le cas : le 10 septembre dernier, je reçois la visite d'un blessé atteint de contusions avec hématomes de la main et du poignet. Soupçonnant une fracture du radius je mets sur les certificats d'origine qu'il y a probabilité de fracture et que j'estime nécessaire une radiographie.

N'ayant pas eu de réponse huit jours après, ni du patron, ni de l'assurance, je prie un confrère radiologiste des hôpitaux de faire une radiographie du blessé. Le confrère me fait remarquer que les Compagnies d'assurance refusent souvent le paiement. J'insiste en lui disant que je suis en règle ayant prévenu le patron sur mon certificat d'origine, et qu'au surplus j'en prends la responsabilité.

La radio est donc faite dix jours environ après l'établissement du certificat dans lequel je signalais la nécessité d'y procéder, radio qui, d'ailleurs, montrait une fracture du radius à l'extrémité inférieure

Mon confrère réclame le paiement de ses honoraires à la Cie d'assurance qui en refuse le paiement arguant « que la radiographie ne doit être prescrite qu'après entente entre le médecin du chef de l'entreprise ou de son assureur substitué et le médecin traitant, après que ce dernier, sauf en cas d'urgence, a prévenu l'employeur ou l'assureur substitué par lettre recommandée de l'utilité de cette radiographie »

Or, en l'espèce : 1° le patron ou la Cie d'assurance ont été prévenus par mes certificats d'origine et ne peuvent prétendre n'avoir pas reçu les dits certificats, puisqu'un médecin de l'assurance est venu voir mon malade. Je peux le prouver.

2º Sans réponse de la Cie d'assurance dix jours après, environ, je fais procéder à la radio, puisqu'on n'y mettait pas opposition en vertu du principe « qui ne dit rien consent ».

Toute la question est de savoir si la forme a été respectée. En équité, il n'est pas douteux que je sois dans mon droit. Je mets mon confrère radiologiste hors de cause, car je lui règlerai moi-même ses honoraires, car il a fait cette radio pour m'être agréable.

Dr P.

Réponse.

L'article 26 dit *seulement* à propos des chapitres V et VI, dans sa note 1 : « Il ne pourra être procédé à tout acte d'électrodiagnostic, d'électrothérapie, ou de *radiothérapie*, ou à toute séance d'air chaud, de lumière ou d'ionisation par le médecin électrologiste ou *radiothérapeute* qu'après *avis conforme* du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.... » Or, il n'est parlé là que de *radiothérapie* et non pas de *radiographie* et cela à deux reprises différentes que j'ai soulignées. Donc, en cas de radiographie, nous retombons à l'article 7 (intervention d'un spécialiste), auquel cas on doit simplement donner un « *avis préalable* », ce que vous avez fait. Vous avez attendu dix jours bénévolement, mais vous n'y étiez pas obligé. (Et même si l'avis conforme eût dû être demandé, au bout de dix jours, vous eussiez été en droit de penser « qui ne dit mot, consent ». Mais ceci est en dehors de la question actuelle.)

Donc, si la Compagnie refuse de payer le confrère radiologue et que celui-ci soit du « Sou », il n'a qu'à prévenir ce dernier et s'entendre avec lui pour poursuivre le patron en paiement de ses honoraires.

F. D.

III

3748. — Consultation de nuit entre confrères.

En août dernier, je suis appelé par un confrère à 23 heures pour voir un accidenté du travail à 5 km. de mon domicile et de celui du confrère.

Quelle somme dois-je demander à la Compagnie ? Je ne trouve pas ce cas dans les articles des lois sur les accidents du travail. Faut-il compter 6 visites + l'indemnité ou 3 visites.

Dr L.

Réponse.

J'ai déjà eu l'occasion de traiter ce point plusieurs fois et avec explications à la clef (que vous trouverez pages 108 et 109 de l'Agenda du *Concours* 1927). Ma conclusion est de compter 5 *visites*, indemnité de déplacement en plus, s'il y a lieu.

F. D.

IV

3735. — Certificat descriptif en cas d'incapacité permanente partielle.

Plusieurs compagnies d'assurances, et je dois tout de suite ajouter celles qui ergotent et font le plus de difficultés — à l'honneur des autres — me refusent systématiquement de me payer (à 10 fr. suivant le tarif) mes certificats d'I.P.P. sous le prétexte qu'ils n'indiquent pas un taux d'invalidité.

Je vous serais très reconnaissant de me dire si, dans un certificat de consolidation en fin d'accident, avec la description des séquelles, le médecin traitant est tenu d'indiquer un pourcentage et de m'indiquer un texte de loi à mettre sous le nez de mes agents rébarbatifs, si je suis dans mon droit.

Sinon, je ne vois qu'une solution, si je ne veux pas m'attirer le mécontentement de mes accidentés, c'est de fixer chaque fois un taux d'une telle invraisemblance en faveur de l'accidenté que la Compagnie soit bien obligée d'accepter une expertise.

Dr F.

Réponse.

Il n'est dit nulle part que le médecin traitant est obligé de donner un taux d'invalidité en cas d'incapacité permanente partielle. Sans doute, pour que votre certificat soit complet, il semblerait plus naturel de l'indiquer, et je n'y verrais aucun inconvénient. Pourquoi « vous attirer le mécontentement de vos accidentés », alors que vous donnez le taux même que vous indiquez à votre accidenté ? Vous dites ce qui vous semble équitable, pourquoi le cacher ?

F. D.

V

3826. — Sutures nettement séparées.

Je viens de soigner un blessé couvert par une assurance individuelle. Mais je crois que pour éviter toute contestation avec la Cie qui doit me payer, le mieux est d'appliquer le tarif des accidents du travail. Donc, d'après le tarif Fallières :

1° Le blessé ayant une plaie au sourcil droit, et une plaie à la lèvre supérieure, je crois avoir le droit de compter :

a) Sutures multiples de la plaie du sourcil (plus de 2 points), 25 francs.

b) Suture simple de la lèvre supérieure (2 points seulement), 15 francs.

Ou bien est-ce que le tout est compris pour une seule suture multiple ? soit 25 fr. en tout.

2° Les interventions ayant eu lieu après neuf heures le soir, je crois avoir le droit de demander : majoration de 25 % pour intervention de nuit (art. 8). Je ne compte pas cette même majoration pour l'injection de sérum antitétanique que j'ai faite en même temps, mais qui aurait pu attendre le lendemain. Suis-je dans la vérité en agissant ainsi ?

3° Le même blessé ayant plaies de l'épaule droite et plaies de la main gauche, les jours suivants, ai-je

le droit de compter une visite pour pansement de la tête.

Une visite de l'épaule droite ; une visite de la main gauche, soit 36 fr. à chaque séance ?

4° Que compter le premier soir pour les pansements de la main gauche et de l'épaule droite ?

Dr L.

Réponse.

1° Il y a là pansements multiples de la face (même segment de membre), donc tarifables 15 francs pour les jours ultérieurs. Mais, pour les *plaies*, il n'y a pas de rubrique spéciale pour le même segment de membre. D'où je conclus qu'en cas de plaies *nettement séparées*, comme ici, vous devez compter chaque suture séparément, donc, dans votre cas : 25 + 15, soit : 40 francs.

2° Compter 25 % pour 40 + 20 (sérum antitétanique), soit 60 + 15, en tout : 75 francs (article 8).

3° Ce sont là des cas d'espèce et de conscience. S'agissait-il de simples érosions ou de véritables plaies à panser médicalement ?

4° Si plaies graves, compter les pansements *moins un* compris dans les interventions, en le faisant remarquer à la Compagnie.

F. D.

Honoraires de droit commun.

3799. — Honoraires dus par la victime d'un accident d'automobile.

Une de mes malades a été victime d'un accident d'auto (renversée par une auto). Elle s'offre à payer mes honoraires.

Y a-t-il inconvénient pour elle à me payer d'abord et à réclamer ensuite à l'auteur de l'accident la somme qu'elle m'aura payée ? et alors vaut-il mieux pour elle que j'attende que celui-ci me paye directement. ?

Mais j'attends depuis plusieurs mois déjà.

En résumé : en réclamant de suite à ma cliente la somme qu'elle me doit (et que deux fois elle a offert de me payer) est-ce que je peux lui nuire ?

C'est parce qu'il s'agit de clients très honnêtes que je prends ces précautions pour eux.

Dr P.

Réponse.

Votre seule et unique débitrice dans l'affaire que vous nous soumettez est la cliente que vous avez soignée. En effet, vous n'avez aucun lien de droit avec l'auteur de l'accident, qui n'a pris envers vous aucun engagement d'aucune sorte.

Qu'il soit responsable ou non de l'accident, vous devez vous faire payer par votre cliente qui comprendra le montant de vos honoraires,

dont vous pourrez lui remettre un reçu détaillé, dans sa demande. d'indeminté.

Cette façon de procéder est la seule qui soit normale et ne peut en rien nuire aux intérêts de votre cliente.

Médecine légale.

3764. — Honoraires médico-légaux.

J'ai été réquisitionné par le maire du pays pour examiner le corps d'un suicidé par pendaison. J'ai rédigé un rapport pour la gendarmerie : qui doit me payer et combien dois-je demander ?

Pour le déplacement (en montagne) ;

Pour le constat ;

Pour le certificat.

Dr B.

Réponse.

Requis par le maire, agissant en qualité d'officier de la police judiciaire, pour examiner un cadavre, vous avez droit aux honoraires de médecine légale, c'est-à-dire : 15 francs pour une visite judiciaire, y compris la rédaction et le dépôt de votre rapport (en l'espèce le certificat) plus 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, si vous avez eu à vous déplacer à plus de 2 kilomètres de votre résidence, plus encore une indemnité spéciale de 20 francs si le lieu du transport était situé à plus de 5 kilomètres de la commune de votre résidence ou de 30 francs si la distance était de plus de 20 kilomètres.

Vous devez établir votre mémoire en double exemplaire, dont l'un sur papier timbré si la somme réclamée excède 50 francs, et l'envoyer au procureur de la République du ressort. Après visa du procureur général et taxe du président, vous serez payé par les soins du receveur de l'enregistrement.

Questions médico-militaires.

3554. — Promotion comme aide-major.

J'ai terminé mon service militaire en 1919 étant de la classe 1918. J'étais à ce moment-là médecin sous aide-major.

Je suis actuellement ancien interne des hôpitaux de Paris et pourvu de ma thèse.

1° Puis-je être nommé aide-major ?

2° Quelles sont les conditions à remplir ?

3° Etant de la classe 1918 puis-je être nommé aide-major sans être obligé de faire des périodes. Comme sous-officier j'en ai été jusqu'à présent dispensé,

Dr F.

Réponse.

Signalez aussitôt votre situation nouvelle de docteur en médecine au directeur du service de

santé de votre région, qui fera le nécessaire pour constituer votre dossier et le transmettra au Ministre, qui assurera votre promotion au grade d'aide-major. Si ce n'est déjà chose faite, vous aurez à passer l'examen de médecin auxiliaire. Aucune période ne sera nécessaire pour obtenir cette promotion, mais seulement vous devrez vous armer de patience pour quelques mois, délai assez long que nécessitent les formalités requises.

Accidents du travail.

3809. — Condition de la contre-visite des blessés.

Une compagnie d'assurances a-t-elle le droit, d'après la législation actuelle sur les accidents du travail, de faire convoquer les blessés à l'usine même une fois par semaine à une heure fixe et d'y envoyer un médecin de son choix pour examiner les blessés sans la présence des médecins traitants ?

Dr L.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail autorise le patron ou son assureur substitué à faire contre-visiter ses ouvriers blessés, une fois par semaine et à domicile, par un médecin de son choix dont la désignation doit être visée par le juge de paix. En outre, le médecin traitant doit être avisé de la date et de l'heure de la contre-visite au moins deux jours à l'avance et par lettre recommandée.

Par conséquent, vos blessés sont en droit de refuser de se rendre à la convocation du médecin contrôleur et d'exiger que la contre-visite ait lieu à leur domicile après accomplissement des formalités légales. C'est ainsi que, dans le cas où le médecin contrôleur se présenterait sans pouvoir exhiber sa désignation visée par le juge de paix et le récépissé de lettre recommandée, justifiant que vous avez été prévenu en temps voulu, les blessés seraient en droit de refuser de se laisser examiner.

Par contre, si, malgré les irrégularités commises, les blessés consentent à se soumettre à l'examen du médecin contrôleur, aucun recours n'est possible, car, dans ce cas, ils renoncent librement aux garanties que la loi leur donne.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3292-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot et Rozet (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie, Campana Caruette, L. Dubief, [illegible]nier, Kent-Gazet, Makereel.

Cap-d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Font-Romeu-Odeillo. Yves Enaud (*hélioth.*)

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet.

Hyères : Clément, Minelle, Verrier.

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Daniel, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, M. Druelle (*dermatologie*), Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larué, Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.). Rouvière Sineau (*acc.*), Trutié de Vaucresson (*chir.-acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Léon Clément (*chirurgien*), Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

AVIS

I

Agenda Memento du Praticien

L'édition 1928 vient de paraître et l'expédition qui a eu lieu par poste recommandée est terminée. Les souscripteurs doivent donc avoir satisfaction à l'heure actuelle.

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 23 fr. à notre compte de chèques postaux : *Concours Médical* Paris 167-95.

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *prix considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de MM. les docteurs J. Cazalis, de Béziers ; Pecker, de Saint-Germain-en-Laye Henry, de Malakoff et Durbécé, de Paris, la somme de soixante-quinze francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 674. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) offre à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. dir

No 675. — Dr chev. Lég. d'honneur cherche, Paris ou banlieue, situation médicale ou paramédicale.

No 676. — Appar. chauff. électro-vapeur, No 7, valeur 1.400, à céder pour 600, ayant peu servi. Dr Brun, 15, rue Réaumur, à Paris.

No 677. — Urgent. A céder bon poste seul méd., rapp. 45.000, dont 9.000 fixes transmiss., dans pays agréable, station estivale et touristique, proximité grandes villes. Prix 12.000 compt.

No 678. — A céder à 90 km. de Paris, bon poste seul méd. propharm. rapp. touché 40.000 peut faire plus, fixes 4.000, belle maison, loyer 1.200. Indemn. à débat.

No 679. — Jeune doct., laur. Fac. méd. Paris, anc. externe des hôp., très au courant client., permis de cond., aiderait ou assist. confrère, toute durée à partir fin décembre, de préfér. Paris ou banlieue.

No 680. — Sud-Ouest, près Bordeaux, bon poste méd. générale, chef-lieu de canton, bon logement, faible indemnité.

No 681. — A vendre Citroen 5 CV, cabriolet 1925. Bon état 9.000.

No 682. — Paris 18e, quart. populeux. Client. méd. génér. accouch., aff. 50.000 minim. Loyer 3.500, bail 11 ans, 4 pièces, salle bains, cuisine ch. de bonne. Prix 65.000 à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél Gob. 36-46.

No 683. — Côte-d'Azur, stat. très recherchée, import. maison de repos, 40 pièces, tout conf., parc immense, gros produit, On envisage association avec apport. à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46-

No 684. — 3 heures Paris. Proxim. grande ville, client. rurale ancienne, seul médecin, aff. 140.000, jolie mais. confort. A céder pour cause fatigue : 40.000, dont moitié compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort du Dr Henri Luys, médecin de l'état-civil de la ville de Paris, enlevé brutalement par une piqûre septique. Le Dr Henri Luys était le fils du Dr J. Luys, le psychiâtre célèbre qui fut membre de l'Académie de médecine et médecin de la Charité, et frère du Dr Georges Luys, le distingué urologiste. Praticien consciencieux et courtois, excellent confrère, le Dr Henri Luys qui ne comptait que des amis, sera vivement regretté de tous ceux qui eurent l'avantage de le connaître et d'apprécier son inépuisable bonté.

J. N.

— **Faculté de Paris.** *Conférences sur les actualités physiologiques.* — M. Binet, agrégé, fera tous les lundis à 17 h., à partir du 9 janvier, à l'amphithéâtre des Travaux de physiologie une série de conférences hebdomadaires sur les actualités physiologiques.

— **Hôpital Saint-Louis.** *Cours d'histologie normale et pathologique de la peau.* — Sous la direction de M. Milian aura lieu, du 11 janvier au 18 février, à l'hôpital Saint-Louis, un cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau. Droit : 400 fr. Inscriptions au laboratoire de la salle Henri IV, à l'hôpital Saint-Louis. Nous en donnerons le programme ultérieurement.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Syphiligraphie.* — M. Gougerot, agrégé, fera le 6 janvier 1928, à 20 h. 45, à la consultation du soir de l'hôpital Saint-Antoine, une conférence sur le *traitement d'attaque de la syphilis en activité : les six modalités principales.*

— **Hôpital de Vaugirard** (389, rue de Vaugirard). *Coprologie.* — M. Goiffon fait tous les mardis, à 9 h. 1/2, au laboratoire de chimie de la clinique de thérapeutique chirurgicale, des examens des selles, avec discussion de leur interprétation.

— **Laboratoires de contrôle des médicaments anti-syphilitiques.** — L'Académie de médecine procédera dans sa séance du 27 décembre à la nomination de deux directeurs des laboratoires de contrôle des médicaments anti-syphilitiques (un directeur pour le laboratoire de chimie et un directeur pour le laboratoire de physiologie). Deux préparateurs seront nommés ultérieurement.

— **Fête de la Victoire.** — Le onze novembre une délégation de l'*Association amicale des anciens médecins des corps combattants* et de *l'Union des médecins mutilés de guerre*, ayant à sa tête MM. Forestier, Schneider et Landrin, s'est rendue à la Faculté de médecine, et a déposé une gerbe de fleurs au pied du bas-relief élevé à la mémoire des médecins et étudiants morts au Champ d'honneur.

— **Réunion annuelle des médecins du P. L. M.** — La réunion annuelle des médecins de la compagnie

P. L. M. aura lieu à Chamonix les 8, 9 et 10 janvier 1928, sous la présidence du Dr P. Fredet. Au cours de cette réunion, qui promet d'être particulièrement intéressante, des sports d'hiver, des promenades en traîneau seront organisés et plusieurs excursions en montagne ont été prévues.

— **Paris.** *Ecole d'hygiène.* — Une école municipale d'hygiène a été créée à Paris, au Musée d'hygiène, 57, boulevard Sébastopol. L'enseignement s'adresse au public.

— **Externes des hôpitaux victimes du devoir.** — L'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris vient d'inaugurer à l'Hôtel-Dieu une plaque commémorative des externes morts victimes de leur dévouement dans leur service hospitalier.

Commencée en 1919, cette liste, hélàs déjà longue, comporte aujourd'hui les quinze noms qui suivent : Fabre, Baudet, Gallois, Girard, Mlle Masse, Mlle Croisier, Loeb, Soleillant, Mlle Courtiene, Kyndinis, Kenkene, Caillet, van Neuville, Séglas, Bozonet.

— **Bordeaux.** *Association des médecins de la Gironde.* — La réunion amicale annuelle de cette Association se tiendra, le dimanche 18 décembre, à onze heures, dans les salons de l'Hôtel de Bordeaux.

— **Faculté de médecine de Montpellier.** *Clinicats.* — Sont nommés chefs de clinique pour une période de trois ans : MM. Lapeyrie et Estor (clinicat chirurgical), Brémond (clinicat obstétrical), Jean Galavielle (clinicat d'oto-rhino-laryngologie), Bonnet (clinicat des voies urinaires), Janbon et Vidal (clinicat médical), Viallefont (clinicat des maladies nerveuses et mentales), Marchand (clinicat chirurgical infantile) et Chardonneau (clinicat de propédeutique médicale).

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** *Cours de perfectionnement d'oto-rhino-laryngologie.* — Un cours de perfectionnement d'oto-rhino-laryngologie aura lieu sous la direction du professeur Georges Canuyt du lundi 2 juillet 1928 au samedi 14 juillet 1928.

Le programme sera publié ultérieurement.

— **Hôpitaux de Paris.** *Répartition des internes et externes dans les services.* — La répartition des internes et externes dans les services hospitaliers, pour l'année 1928, aura lieu le 23 décembre 1927 (internes), les 3, 5 et 10 janvier 1928 (externes).

— **Hôpital de Marseille.** *Internat et externat.* — Ont été nommés internes titulaires : MM. Recordier, Buisson, Luccioni, Plasse, Gary, Cerati, Alliez, Lena, Galland, Bouet. Internes provisoires : MM. Mathieu, Guillot, Jouglard, Mattei, Sanguy, Mlle Gayraud, MM. Commeret, Wahl, Llucia. Externes : MM. Figarella, Achard, Dumon, Carbonel, Arnaud, Léna, Legrand, Mlle Piétri, MM. Gallian, Roult, Gaujoux, Tissot, Roqueplo, Ardissone, Capus, Picaud, Morel, Beaucaire, Mlle Lamoureux, MM. Delafon, Pedat, Gilormini, Salme.

— **Hôpitaux de Tours.** *Internat et externat.* — Ont été nommés internes provisoires : MM. Poulain, Trillot et Guignier. Internes titulaires : MM. Lieffring et Barbot. Externes : M. Chautemps, Mlle De laroche, MM. Chevé, Champault, Mlle Bénard, MM. Perrin, Decourt, Gouléon, Boissonnet, Mlle Cadéras, MM. Proust, Groud, Cadillac et Houssay.

— **Hôpitaux du Havre.** *Internat.* — Ont été nommés internes titulaires : MM. Vorniese, Deschamps et Robert.

— **Indo-Chine.** *Assistance médicale.* — Un concours pour 10 places de médecin stagiaire de l'Assistance médicale en Indochine s'ouvrira le 23 janvier 1928. Epreuves écrites éliminatoires dans les trois centres de Paris, Marseille, Bordeaux. Epreuves orales à Paris. Conditions : être Français ou indigène indochinois, sujet ou protégé français ; être âgé de 30 ans au plus.

Pièces à fournir, à adresser au ministère des Colonies (directeur du personnel), avant le 23 décembre 1927 : 1° demande sur papier timbré ; 2° acte de naissance ; 3° certificat de bonnes vie et mœurs ayant moins de trois mois de date ; 4° extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ; 5° diplôme ou certificat de réception au grade de docteur en médecine ; 6° certificat d'aptitude au service colonial établi par un médecin militaire du grade de médecin-major de 1re classe au moins ; 7° certificat du bureau de recrutement indiquant la situation militaire.

Les renseignements complémentaires sur les soldes et avantages sont fournis gratuitement par l'Agence économique de l'Indochine, 20, rue La Boëtie (8e).

— **Don à l'Association générale des médecins de France.** — M. le Dr Debat, trésorier de l'Union des fabricants de spécialités pharmaceutiques médicales, a remis, au nom de cette Association, une somme de 20.000 fr. à M. le Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France. Ce geste généreux permettra au trésorier de cette Association d'attribuer à chaque pensionné une somme de 200 fr. qui élèvera le taux de sa pension annuelle à 1.800 fr. et 2.000 fr.

L'année dernière déjà, l'Union des fabricants de spécialités pharmaceutiques médicales avait eu cette généreuse pensée et nous ne pouvons que la remercier et la féliciter.

— **Vacance de Direction de Bureau d'Hygiène.** — La vacance du Bureau d'Hygiène de Valence (Drôme) est déclarée ouverte. Traitement annuel : 20.000 fr. après un an de stage à 18.000 fr.

A TRAVERS L'OFFICIEL

1er *décembre.*

Hygiène publique.

Avis de vacance de poste de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Grasse (Alpes-Maritimes).

Le traitement alloué est fixé à 10.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

3 *décembre.*

Par décret du 28 novembre 1927, le nouveau traitement de M. Holtzmann, inspecteur général des services administratifs de l'hygiène publique à Strasbourg est fixé à 60.000 fr. par an.

Soins aux gendarmes.

Une médaille d'argent est délivrée après vingt ans de services à M. le Dr Curel, médecin à Saint-Saturnin-d'Apt (Vaucluse).

4 *décembre.*

Service de santé militaire.

Ecole du service de santé militaire.

Par décision ministérielle du 28 novembre, les prix de la bourse et du trousseau pour les élèves, admis à cette école, à la suite du concours de 1927, ont été fixés ainsi qu'il suit :

1° Pension, 3.000 francs.

2° Trousseau :

a) Pour les élèves admis à 4 inscriptions, 5.678 fr. ;

b) Pour les élèves, admis avec le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, 6.334 fr.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Un médecin-major ne peut entrer dans le corps de l'intendance.

13700. — M. Bernard DE LA GROUDIERE, député, demande à M. le ministre de la guerre si un médecin-

major de 2e classe, assimilé au grade de capitaine, peut se présenter au concours pour l'admission dans le corps de l'intendance militaire. (*Question du 4 novembre* 1927.)

Réponse. — Réponse négative.

(*J.O.*, 24 *novembre* 1927.)

Les ouvriers blessés du travail des manufactures des tabacs ont le libre choix de leurs médecins.

14052. — M. André Berthon, député, demande à M. le ministre du travail si les ouvriers des manufactures de tabacs, qui ont été victimes d'un accident du travail, ont le libre choix de leurs médecins, sans aucune restriction ni formalité autres que celles prévues par la loi de 1898 sur les accidents du travail. (*Question du* 23 *novembre* 1927.)

Réponse. — Aux termes de l'article 4, paragraphe 2, de la loi du 9 avril 1898, la victime d'un accident du travail, régi par ladite loi, peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien.

(*J.O.*, 30 *novembre* 1927.)

DOCUMENTATION TOXICOLOGIQUE

Enquête sur les cas de mort par anesthésie locale.

Le Dr Georges Canuyt, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, prie les médecins et les spécialistes oto-rhino-laryngologistes qui auraient observé ou eu connaissance de cas de morts survenues au cours d'une anesthésie locale, de bien vouloir les lui communiquer en répondant au questionnaire ci-après.

Le professeur Canuyt prend l'engagement de tenir rigoureusement secret le nom des confrères qui voudront bien lui écrire.

1° Caractéristique du malade (sexe, âge, etc.).

2° De quelle affection était-il atteint ?

3° Quelle est l'opération que l'on voulait pratiquer ?

4° La mort a-t-elle eu lieu *avant*, pendant ou aussitôt après l'intervention ?

5° Dans quelles conditions l'accident est-il survenu ?

a) Anesthésique employé ?

b) Dose, concentration.

c) Mode d'application (badigeonnage, injection, etc...).

6° Quels ont été les symptômes accusés ?

Le professeur Canuyt remercie d'avance les confrères qui voudront bien lui répondre. Les réponses devront être adressées au professeur Canuyt, clinique oto-rhino-laryngologique, hôpital civil, Strasbourg.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Le médecin n'exerçant plus, mais conservant des fonctions administratives, doit-il être assujetti à la contribution des patentes ?

Un médecin âgé désire cesser l'exercice de sa profession et se reposer ; mais il lui serait toutefois agréable de conserver ses fonctions de médecin inspecteur d'une grande compagnie de chemins de fer.

Ces fonctions ne comportent aucun acte médical proprement dit : ce sont des examens en vue de mise à la réforme, ou d'appréciation des aptitudes physiques de candidats, etc. Le médecin inspecteur ne doit faire aucune consultation médicale au cabinet, ni visite à domicile.

Le praticien est-il cependant soumis à l'impôt de la patente ?

A plusieurs reprises et notamment dans un arrêt du 8 avril 1911, la cour de Cassation a donné la définition suivante de l'exercice de la médecine : c'est le fait « de prendre part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies. »

Un arrêt du Conseil d'Etat, du 19 janvier 1912, a adopté la même définition, au point de vue fiscal.

Disons enfin qu'il résulte de la jurisprudence du Conseil d'Etat, que ce n'est pas le titre de docteur en médecine, que le législateur a voulu assujettir à la patente, mais bien l'exercice de la médecine (Conseil d'Etat, 27 décembre 1854 ; 28 juin 1858).

Ceci posé, tout docteur en médecine, qui « ne prend pas, ou ne prend plus part au traitement des maladies » doit être exonéré de la patente.

L'arrêt précité du Conseil d'Etat, du 19 janvier 1912 est très net :

« N'exerce pas la médecine le médecin qui n'a pas de clientèle particulière, mais est exclusivement au service d'une compagnie d'assurance contre les accidents et dont les fonctions consistent uniquement à examiner, soit au siège de la compagnie, soit à leur domicile, les personnes victimes d'accidents et à donner à ladite compagnie son avis sur la nature, la gravité et les conséquences des blessures, ou maladies dont elles sont atteintes.

« Rémunéré par un traitement fixe et non par des honoraires pour chaque cas, il est employé à

Voir la suite page LV-3347

PROPOS DU JOUR

Un phénomène chimique médico-social de sursaturation : La fonctionnarisation progressive et sournoise.

La question du pneumothorax artificiel dans les dispensaires antituberculeux.

Vous connaissez, lecteurs, le phénomène chimique de la sursaturation. En chauffant une solution saline, l'on arrive à dissoudre une quantité de sel considérable qu'il serait impossible de faire dissoudre à froid. Cette solution sursaturée ne précipite pas toujours en refroidissant lentement, elle reste liquide et limpide, mais qu'on y laisse tomber le moindre petit fragment de sel, brusquement elle se prend en masse et se transforme en un bloc cristallin solide et uniforme. Nous assistons actuellement dans notre profession à un phénomène analogue, à une sursaturation fonctionnariste du Corps médical français.

La solution médicale fonctionnarisée était jadis de concentration assez faible. C'est à peine si elle était formée de quelques fonctions médico-municipales (hygiène et assistance) ou médico-commerciales et industrielles (chemins de fer et grandes industries) ; l'Etat ajouta bientôt quelques grains de sel pour satisfaire aux exigences de ses grands services publics. Puis survinrent les Offices publics et les Comités nationaux, les Ligues et les Associations qui chauffèrent la solution et ajoutèrent quelque chose pour permettre une concentration plus grande. D'abord, sous prétexte de prophylaxie exclusive, ils firent accepter les dispensaires antituberculeux et antisyphilitiques ; cela parut tout naturel et la solution se concentra. Puis le pneumothorax artificiel aidant, le dispensaire antituberculeux, le centre de préservation, commença à devenir un établissement de soins. La nécessité du contrôle de la délivrance gratuite des arsénobenzols aux médecins praticiens pour leurs clients nécessiteux amena doucement les syphiligraphes officiels à transformer les praticiens en leurs simples auxiliaires. Autre part encore la solution de fonctionnarisation augmenta de densité. Depuis longtemps les présidents des Commissions hospitalières disaient « mon » médecin «mon », chirurgien comme ils auraient pu dire «mon » chauffeur ou « mon » valet de chambre et ils prétendaient se faire les appréciateurs et les distributeurs de leurs honoraires. Avant peu, les inspecteurs primaires ou les directeurs d'Etablissements d'enseignement diront «mon » médecin inspecteur. Tout cela se fait depuis des années, doucement, en sourdine et lorsque les Assurances sociales laisseront tomber quelques gros cristaux dans la solution médicale depuis longtemps sursaturée, elle se prendra tout aussitôt en masse ; la fonctionnarisation ne sera plus à faire, car elle aura été lentement, doucement, progressivement et depuis bien longtemps effectuée. A quoi bon alors les contrats collectifs ? L'on se trouvera en présence d'un fait accompli et pas un Syndicat n'y aura pris garde. Ce travail de termite aura été patiemment, sournoisement effectué, pendant que les groupements syndicaux se disputaient bruyamment en se lançant de grands mots creux : entente directe, tiers payant, liberté contractuelle, médecine traditionnelle.

Un médecin de province, nous pourrions dire un médecin de campagne, qui est témoin de ce travail de sape, presque clandestin, dirigé contre le Corps médical, nous écrivait récemment en déplorant la carence du syndicalisme médical en pareilles questions : « Je pourrais vous faire part des difficultés extrêmes auxquelles se heurte un médecin impartial, indépendant et de bonne volonté, quand il s'agit d'organiser un service médico-social au milieu des suspicions et des hostilités des doctrinaires de toutes sortes (officiels, praticiens, philanthropes, etc.). Le Corps médical ne se doute guère de ce qui l'attend avant peu et les discussions byzantines où il se complaît présentement feront place à de sévères réalités. Sauvegarder son indépendance au milieu de pareils conflits est vraiment un problème difficile et parfois même angoissant. Mais tout ceci intéresse-t-il le public médical ? »

Bien qu'exerçant à quelques quatre cents kilomètres de Paris, le confrère qui pense exactement comme nous et a bien voulu nous donner son opinion après avoir lu un de nos récents articles, partage nos craintes à ce sujet hélas ! trop fondées. Ne sera-t-il pas trop tard pour parler de collaboration du Corps médical, pour en fixer la réalisation *sous conditions* dans des contrats bien étudiés ? La solution n'est-elle pas déjà

sursaturée ? Ne nous réveillerons-nous pas demain fonctionnaires, sans avoir même eu le temps de protester ?

Depuis des années, nos syndicats font une action de protestation peut-être nécessaire, mais indiscutablement négative et stérile, quand se décideront-ils à entreprendre une besogne positive et constructive ? Quand opposeront-ils à chaque projet officiel ou officieux de fonctionnarisation plus ou moins masquée, un contre-projet de collaboration pratique, net, précis et immédiatement réalisable ?

J. NOIR.

***

L'article où nous avons signalé le projet de l'entretien des pneumothorax artificiels dans les dispensaires de *prophylaxie* antituberculeuse, nous a valu plusieurs lettres intéressantes, nous croyons devoir publier la suivante qui émane d'un de nos correspondants tout particulièrement compétent en la matière et qui nous indique comment la question est résolue dans le département des Vosges. Certes, notre distingué confrère ne nous donne pas la méthode qu'il a fait adopter comme la meilleure et la seule digne d'être généralisée, mais elle a un mérite, celui d'exister et d'éviter la transformation du dispensaire de prophylaxie en dispensaire de soins :

Saint-Dié, le 27-11-1927.

Monsieur le Rédacteur en chef
et très honoré Confrère,

Je me permets de vous adresser les observations suivantes au sujet de votre très intéressante chronique sur la question de l'entretien des pneumothorax artificiels dans les dispensaires :

J'estime pour ma part que cette pratique, essentiellement thérapeutique, sort nettement des attributions de la lutte antituberculeuse et je me suis toujours refusé à laisser orienter dans cette voie les dispensaires dont je suis chargé.

Il est néanmoins très désirable que les insufflations pour création ou entretien de pneumothorax artificiel puissent être facilement réalisées et que cette excellente méthode soit mise à la portée du public.

C'est ce qui a été réalisé, sur nos instigations, en faisant doter d'appareils à pneumothorax par nos Sociétés d'hygiène sociale les hôpitaux de deux centres vosgiens ; ces appareils sont manœuvrés (après entente avec les confrères) par deux médecins praticiens de ces centres, compétents en la matière et utilisant en même temps les services radiologiques hospitaliers : ils sont à la disposition de tous les malades.

Une entente entre les opérateurs et les Commissions administratives règle les conditions d'utilisation des appareils et les honoraires : nos Sociétés d'hygiène n'ont rien à voir dans ces questions et se bornent à mettre à la disposition du Corps médical et des populations l'instrumentation nécessaire (excellente manière, à notre avis, de comprendre la lutte antituberculeuse) (1).

De la sorte, nous n'effectuons aucun acte thérapeutique et n'en rendons pas moins service à tous : il n'est plus besoin de lointains déplacements pour se faire réinsuffler, et les praticiens des campagnes peuvent envoyer directement leurs malades à leur confrère opérateur.

Nous apprécions ainsi les bienfaits de l'autonomie technique laissée aux organisations départementales antituberculeuses par leurs conditions d'affiliation au Comité national, et mes confrères praticiens et moi-même nous félicitons de ce que le Comité national ait reconnu dans une « directive » que « cette intervention (le pneumothorax) ne rentrant pas dans le cadre des attributions normales du dispensaire, ne peut constituer, *actuellement*, une obligation *absolue* pour le médecin-chef du dispensaire ».

Nous n'avons pas la prétention d'imposer nos vues à des départements parfois très différents des nôtres. Nous croyons simplement dans les Vosges avoir rendu service à tous en ménageant tous les intérêts en cause et sommes décidés à nous en tenir à notre méthode, sinon à l'étendre encore.

Reste la question de l'enseignement complémentaire que vous préconisez pour l'étude du pneumothorax artificiel.

Je préférerais, à mon avis, que cette méthode fût *obligatoirement* enseignée à chaque étudiant en médecine, au même titre que l'embryotomie ou la basiotribsie, opérations d'*exception* dont la connaissance, d'ailleurs utile, est *exigée*. De plus en plus, tout praticien devrait pouvoir, avec l'aide des installations radiologiques existant à peu près partout désormais, réinsuffler, sinon créer, un pneumothorax artificiel ; intervention aujourd'hui bien plus courante que les interventions obstétricales ci-dessus énoncées.

En tout cas, cette méthode devrait être enseignée au cours des années *réglementaires* de scolarité, et non pas faire l'objet d'un nouvel enseignement médical complémentaire *payant*, destiné à suppléer aux insuffisance de l'enseignement officiel.

Veuillez, Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré confrère, excuser cette longue lettre et croire à mes respectueux sentiments confraternels.

Dr L. TRIOLLET,
Médecin des dispensaires de la Fédération vosgienne d'hygiène sociale.

(1) Dans un autre centre, nous avons fourni l'installation radiologique en permanence à la disposition des confrères praticiens.

Nous remercions de sa lettre M. le Dr Triollet que nos lecteurs connaissent bien puisque nous avons exposé ici l'organisation antituberculeuse dans le département des Vosges à laquelle il s'est exclusivement consacré et dévoué. Nous partageons absolument son opinion sur la nécessité d'enseigner dans nos Facultés la pratique du pneumothorax artificiel qui doit être une opération banale et courante que tout médecin devrait pouvoir pratiquer comme la thoracentèse et *ne saurait jamais faire l'objet d'une spécialisation.* Lorsque nous avons parlé d'enseignement complémentaire à ce sujet, nous n'envisagions nullement l'enseignement des étudiants, mais celui des praticiens, exerçant déjà, qui éprouveraient le désir et le besoin d'apprendre à pratiquer et à entretenir le pneumothorax artificiel.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

INDICATIONS ET TECHNIQUE DU DRAINAGE EN CHIRURGIE ABDOMINALE

Par J. DE FOURMESTRAUX,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

Cette question, mise à l'ordre du jour du dernier Congrès de chirurgie, a suscité des discussions nombreuses et a été l'objet d'un rapport très documenté de Cadenat et Patel (1). Contrairement à l'opinion de ces derniers, cependant, qui font remonter le drainage en chirurgie à Chassaignac, opinion classique et erronée, il faut admettre que la méthode du drainage en général, et en chirurgie abdominale en particulier, est très antérieure au milieu du XIXe siècle, et a été employée bien avant les contemporains de Chassaignac. Sans remonter à Ambroise Paré qui pansait les plaies de guerre à ciel ouvert, si nous considérons la seule chirurgie abdominale, nous voyons que nos grands ancêtres du XVIIIe siècle, ceux de la belle époque de l'Académie royale de chirurgie, drainaient et drainaient de façon logique. Dans son très beau livre, un chirurgien de langue germanique, Heister (1749), après avoir décrit une canule de plomb ou d'argent, conseille le drainage par mèches... « Après avoir fait, dit-il, la suture, on place à l'angle inférieur de la plaie, une assez grosse tente ou une grosse canule, non seulement pour donner issue aux matières nuisibles qu'a déjà fournies et que peut encore fournir la plaie de la matrice (il s'agit d'une césarienne), mais pour faire chaque jour des injections détersives dans le bas-ventre, telles que nous les avons prescrites pour les autres plaies de cette cavité et pour celles de la poitrine. On continue à se conduire de la même façon jusqu'à ce que la plaie extérieure paraisse consolidée ou qu'elle ne fournisse plus de pus ou de matière étrangère ce qui indique que la plaie intérieure est également consolidée. On coupe après cela, les fils de suture, on supprime la tente ou la canule. On cicatrise enfin la plaie de l'abdomen par quelque baume vulnéraire ou des emplâtres agglutinatifs » (1). Heister drainait donc et drainait de façon logique ; mais voici qu'au hasard de la douce compagnie des vieux livres, je retrouve ailleurs, dans les démonstrations de Dionis au jardin du roi (1735) (2), la description du sac de gaze à la Mickulicz dont la technique est précisée sous le nom de procédé de Maréchal. Ce dernier, chirurgien de la Charité et chirurgien du Bien-aimé, parlant des plaies de l'abdomen s'exprime ainsi : « *Après avoir mis ordre à l'intestin et à l'épiploon, un serviteur tiendra de ses deux mains la plaie, afin que les organes ne ressortent pas pendant que le chirurgien fait la suture du ventre ; celle-ci, faite, avant que de nouer les cordonnets il faut placer une grosse tente de linge à la partie inférieure de la plaie et attacher à la tête de cette tente un fil. Elle est très nécessaire parce qu'elle donne issue au pus et aux autres matières étrangères, jusqu'à ce que l'intestin et l'épiploon étant guéris, on puisse en retirer les fils.* »

(1) CADENAT et PATEL. — Rapport *Congrès Association française de chirurgie*, Paris, octobre 1927.

(1) HEISTER, traduction de PAUL, 1771. Edition Dinot quai des Grands-Augustins, tome 2, page 122.

(2) DIONIS. — Cours d'opérations de chirurgie démontrées au Jardin Royal, annoté par LA FAYE, chirurgien juré, 1746. (Houry, imprimeur, rue Saint-Severin, page 97.)

Ne semble-t-il pas vraiment que cette tente, avec un fil à la tête qui maintient béante l'ouverture du ventre, jusqu'à ce que les lésions profondes soient consolidées, ressemble singulièrement au drainage à la Mickulicz avec son fil de traction centrale ? Il est donc logique d'admettre que le drainage par sac de gaze soit une très vieille et très excellente méthode, appliquée avant le chirurgien de Breslau, avant Dupuytren (1) par nos ancêtres, les chirurgiens jurés de l'Académie royale de chirurgie.

Il n'en n'est pas moins vrai, cette digression d'ordre historique écartée, que dans leur rapport Cadenat et Patel, en situant plus près de nous la question dans le temps, en considérant la période écoulée de 1900 à 1919 et celle qui comprend ces toutes dernières années, ont eu tout à fait raison. Je suis convaincu que les chirurgiens de ma génération, issus des mêmes maîtres, ayant une culture initiale semblable, n'ont pas, au cours de ce laps de temps, suivi une technique univoque. Il est évident qu'il y a vingt ans, on ne considérait pas à leur juste valeur les modalités de défense qui sont propres au péritoine ; ce dernier, pour peu qu'on ne le traumatise pas par des manœuvres offensantes, ou des lavages sous une forme quelconque, éther, huile camphrée antiseptiques . . . se défend et se défend fort bien. Il a un large pouvoir de résorption par osmose et filtration, un pouvoir exsudatif et bactéricide, et théoriquement, si la lésion cause de l'infection primitive est supprimée, ce qui a une importance capitale, le malade doit guérir simplement, ventre fermé. C'est pour avoir méconnu ces notions qu'à cette époque on a drainé et beaucoup trop drainé. Partant de la nécessité d'évacuer les liquides au point le plus déclive, pénétré de l'ambiance chirurgicale de mes maîtres d'alors, j'avais moi-même, il y a vingt ans, proposé, avec Grégoire, dans les appendicites avec diffusion large de l'infection, de drainer le péritoine au point que je croyais le plus déclive (2). Une courte incision dans la fosse iliaque droite permettait d'introduire une série de drains en éventail dans la cavité abdominale, qui, très théoriquement, drainaient aux points anatomiquement les plus déclives sur les deux faces du mésentère, à la partie moyenne du côlon ascendant, au niveau du foyer initial, dans le Douglas après colpotomie. J'ai, j'en suis persuadé, fait une erreur en méconnaissance des propriétés de défense du péritoine et de l'impossibilité qu'il y a à drainer mécaniquement une cavité telle que la cavité entéro-péritonéale. Je ne suis plus cette pratique depuis plus de quinze ans. Est-ce dire qu'il ne faut plus drainer ? Certainement non ; mais il faut drainer beaucoup moins souvent et de façon plus logique. Il serait, certes, beaucoup plus élégant de fermer complètement la paroi abdominale, mais, même dans les infections appendiculaires, où la cellulite sous-péritonéale est moins à redouter que dans les infections d'ordre gynécologique, nous ne sommes guère convaincu par les arguments d'Ombrédanne (1).

J'en suis venu, dit ce dernier, à fermer sans drainage toutes les appendicites opérées à chaud, quelle que soit la forme anatomique de la lésion, sous condition que l'appendice ait pu être enlevé. Ablation de l'appendice avec enfouissement du moignon si possible, assèchement suivi de lavage à l'éther, fermeture hermétique de la paroi, pansement à la glace au moyen d'une grande vessie placée directement sur la compresse qui recouvre la suture et maintenue au moins 48 heures. Après ablation de l'appendice, après avoir atténué, grâce au lavage à l'éther, l'infection du péritoine, si un abcès de la paroi survient, il le considère comme un abcès de fixation. Le traumatisme opératoire ou peut-être la présence des catguts qui ferment les plaies profondes jouant ce rôle d'appel que les médecins confient à la térébenthine. La thèse de Goguillon (2) portant sur 326 cas de péritonite libre opérés de 1920 à 1926, avec un peu moins de 22 % de mortalité est le reflet de cet enseignement. Nous avouons ne pas avoir été convaincu par ses arguments. Ombrédanne n'était pas inscrit à la discussion du Congrès : seul, Billet (de Lille) est venu défendre ses idées et présenter une statistique opératoire portant sur ces 6 dernières années. 40 malades atteints de péritonite généralisée, ont guéri intégralement et sans abcès de la paroi abdominale. . . . . .

Série singulièrement heureuse ; arguments qui ne paraissent pas avoir entraîné la conviction de la majorité des chirurgiens. Viannay (St-Etienne) nous semble plus proche de la vérité en venant déclarer qu'après avoir, pendant 12 ans, employé la technique de la fermeture sans drainage, il l'a abandonnée et met au passif de la méthode deux cas de mort par phlegmon gangréneux de la paroi. Mêmes conclusions de Tixier (Lyon) qui présente une statistique étudiée et précise, de 500 opérations gynécologiques (1919-1926) avec 28 morts et qui reconnaît que quelques décès auraient peut-être pu être évités par l'emploi du Mickulicz. Guyot (Bordeaux), s'il a fermé complètement en chirurgie gynécologique dans 170 cas, a drainé 96 malades par drains et 34 par sac de gaze et mèches. Delagé-

(1) Jayle. — *Presse médicale*, 5 mars 1927.

(2) de Fourmestraux. — Le drainage dans les péritonites généralisées. (*Gazette des hôpitaux*, 1908.)

(1) Ombredanne. — Fermeture des appendicites à chaud. Discussion Tuffier, Lecène, J.-L. Faure, Hallopeau. (*Société de chirurgie*, 1920, page 956.

(2) Goguillon. — *Thèse de Lille*, 1928.

nière, Témoin, Reverdin, restent partisans de la fermeture partielle de la paroi en cas d'infection. J.-L. Faure, n'assistait pas au débat, mais nul, plus que lui, n'a dans ces dernières années et au cours de discussions multiples, mieux défendu une technique qui a sauvé certainement des existences nombreuses.

Il faut drainer, mais drainer seulement à bon escient, moins souvent qu'autrefois, et de façon différente. Je pense qu'il est plus logique de drainer par mèches et mèches et drains, qu'uniquement par drains.

Si nous considérons en effet, la façon dont meurent les opérés abdominaux, il est logique, croyons-nous, d'admettre qu'ils succombent par *cellulite sous-péritonéale ou pelvienne primitive, infection entéro-péritonéale secondaire, l'occlusion intestinale terminale constituant le stade ultime et l'évolution des lésions.* Si nous prenons un exemple concret, celui de la magnifique chirurgie du cancer du col de l'utérus qui paraît donner un nombre et surtout une qualité de guérison supérieure à celles que donnent les méthodes physiothérapiques, nous voyons qu'après une colpo-hystérectomie élargie, il existe une vaste plaie contuse du tissu cellulaire pelvien. Quand la mort survient, il semble bien que, dans un premier temps, il y ait simple cellulite pelvienne et dans un deuxième stade, infection entéro-péritonéale et occlusion intestinale terminale. Quoique nous fassions, si l'hystérectomie a été ce qu'elle doit être, c'est-à-dire très large, les ligatures ont été multiples, le tissu cellulaire attrit, contus, avec infection locale même minime difficile à éviter. Il importe alors, moins de drainer que d'isoler le pelvis de la cavité péritonéale, de doubler en quelque sorte la péritonisation, par un cloisonnement pelvien par mèche et sac de gaze qu'on enlèvera tardivement à la façon de J.-L. Faure, et qui donne de si merveilleux résultats dans la colpohystérectomie.

Si l'infection entéro-péritonéale, se constitue et progresse, il faut savoir qu'avant le stade ultime cardio-pulmonaire asystolique, les malades présentent une phase d'occlusion intestinale et qu'il apparaît alors, comme d'une urgence immédiate d'établir, non plus un drainage péritonéal, mais un véritable drainage intestinal par fistulisation rapide du cæcum ou du côlon, bien faciles à fermer secondairement.

A l'heure actuelle, toutes les fois que nous avons un doute sur l'étanchéité de nos sutures, ou sur la possibilité d'infection du tissu cellulaire nous drainons par sac de gaze et mèches.

Les statistiques opératoires n'ont qu'une valeur relative ; elles ne sont cependant pas négligeables, quand il s'agit de celles d'un chirurgien opérant dans le même milieu et dans des conditions identiques .Sans vouloir reprendre la totalité de notre statistique opératoire, nous voulons cependant apporter au débat les chiffres suivants : Dans ces cinq dernières années intervenant toujours à chaud, ou plus exactement dès le diagnostic posé avec quelque certitude, nous avons opéré, tant dans notre service d'hôpital, que dans notre pratique privée, octobre 1922-octobre 1927, 860 appendicites sur lesquelles 126 ont été drainées, 51 drainages par tube au fond du Douglas enlevé du troisième ou cinquième jour ; 75 tamponnements à la façon de Mickulicz, ces derniers dans les cas particulièrement graves. Notre mortalité opératoire globale, cas bons, médiocres et mauvais, est de trois pour cent environ. Je suis convaincu que sans drainage elle aurait été grevée d'une mortalité beaucoup plus lourde. En chirurgie gynécologique, si nous considérons seulement notre pratique de la colpo-hytérectomie pour cancer, et reprenant partiellement une statistique déjà présentée à la Société de chirurgie (1) nous obtenons les données suivante : 1908 à 1918, sur 27 cancers du col opérés, 8 succombèrent dans la semaine qui suivit l'intervention ; soit une lourde mortalité de 26 % ; de 1919 à 1926, 83 cas, 5 morts, soit 8 %. Nous avons l'impression que ces résultats heureux sont peut-être dus à une technique plus précise, mais surtout à l'emploi systématique de la péritonisation partielle et au cloisonnement pelvien par sac de gaze et mèche. Ne pas drainer du tout, drainer, ou drainer largement à la Mickulicz J.-L. Faure, nous semble, surtout dans la pratique gynécologique des interventions pour cancer, la véritable solution. Dans la chirurgie des voies biliaires, il ne semble pas, en revanche, que le colossal tamponnement sous-hépatique préconisé par quelques chirurgiens allemands à la suite de Kehr, soit utile, mais il faut cependant considérer que bien des interventions en chirurgie hépatique sont d'ordre septique. Si, à la rigueur, il peut paraître logique de ne pas drainer après cholécystectomie pratiquée à froid ; une mèche, un drain moyen semblent indispensables dans les cholécystectomies à chaud. Dans la cholédocotomie, deux hypothèses possibles : où le chirurgien place un tube destiné à évacuer la bile à l'extérieur, où il tente la fermeture du canal ; il est probable que dans l'un et l'autre cas, une certaine quantité de bile, presque toujours septique, peut s'écouler dans la cavité péritonéale. Le drainage de l'espace sous-hépatique de quelque façon qu'on l'établisse est utilisé avec quelques variantes de technique par la grande majorité des chirurgiens français. P. Duval qui ne paraît pas avoir une affection spéciale pour le drainage en général, à l'occasion de la description de sa très ingénieuse technique du drainage duodénal par tube perdu dans la

(1) De Fourmestraux. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1925, p. 831.

cholédocotomie, reconnaît, lui aussi, que si l'idéal est de ne pas drainer, il n'en n'est pas moins vrai, que le foie laisse suinter le sang et la bile et que la péritonisation n'a pas cette perfection qui permet de supprimer tout drainage ; c'est ainsi que sur 10 cas, où il a employé sa technique, il n'en n'a pas moins établi 9 fois un drainage pariétal.

Si en chirurgie gastrique et dans la chirurgie du grêle, les indications du drainage apparaissent comme beaucoup plus restreintes, dans la chirurgie du gros intestin elle reprend tous ses droit s.et comme le font très justement remarquer Cadenat et Patel, l'ablation complète d'une tumeur du gros intestin, avec suture immédiate, et bout à bout, opération de Reybard, a été en 1827, un hasard heureux. Elle le reste encore aujourd'hui. Si nous prenons un exemple précis, l'abdomino-périnéale, dans le cancer du rectum, nous nous rapprochons singulièrement des conditions, qui sont celles d'une colpo-hystérectomie pour cancer infecté du col ; là aussi, milieu éminemment septique, vaste dilacération du tissu cellulaire, plaie contuse de l'espace sous-péritonéal bien facile à infecter. Les lésions ont été enlevées en vase clos, cela est théoriquement possible, mais une infection même légère est bien difficile à éviter. Qu'à la façon de Pauchet, on place une lame de caouchouc sur le péritoine déjà suturé par l'abdomen, que l'on maintienne, à l'aide d'un tamponnement qui la refoule, la lame de caoutchouc qui évitera de léser l'artère hémorroïdale supérieure, ou qu'on place un Mickulicz directement, sans interposition de lame isolante, comme le veut J.-L. Faure ; il faut drainer, drainer largement, et drainer par sac de gaze.

De cet ensemble de faits un peu touffus, il nous semble logique de conclure, avec la grande majorité des chirurgiens de langue française, que la pratique du drainage aussi ancienne que la chirurgie elle-même, ne doit pas disparaître de la technique de chaque jour. On a drainé et beaucoup trop drainé en chirurgie abdominale, parce que l'on ignorait les remarquables propriétés de défense du péritoine, mais il n'en n'est pas moins vrai, que les indications de cette pratique restent nombreuses. Indications plus limitées qu'autrefois dans les infections péritonéales aiguës, où la suppression de la lésion initiale est le geste le plus utile, mais indications qui restent formelles dans les lésions septiques avec exsudat, et surtout dans la chirurgie des néoplasmes de l'utérus et du rectum. Drainage par tube, par mèche ou drainage mixte... Il y a un fait brutal et évident, c'est que l'on a beau mettre ses drains où l'on voudra, au point que l'on pense être théoriquement de plus déclive, on ne drainera qu'une infime partie d'une cavité, qui, comme la cavité entéro-péritonéale, a près de 20.000 centimètres cubes de capacité totale..., c'est un foyer très limité qui sera évacué, et rien de plus. *Ce qu'il faut, c'est permettre au péritoine sain, ou au péritoine relativement intact, de se défendre en l'isolant du foyer infecté.* Drainage par mèche, sac de gaze, qui agissent en isolant, en doublant la péritonisation, en complétant une hémostase, souvent incomplète sur des surfaces cruentées et saignant en nappe. C'est certainement un geste sans élégance, de bourrer une cavité de mèches au fond d'un sac de gaze ; ce n'est plus le bel acte chirurgical réglé, l'intervention harmonieuse qui se déroule d'une façon précise, en périodes rythmées et se termine par une suture élégante et précise de la paroi, mais d'autre part n'est-ce pas un phénomène vraiment fâcheux, que de perdre un malade qu'on aurait pu guérir en le drainant !

CLINIQUE CHIRURGICALE

I. Fracture du maxillaire inférieur. — II. Fracture du col anatomique (fracture intra-articulaire) de l'humérus. — III. Fracture de l'extrémité inférieure du péroné. — IV. Plaie par balle de revolver de la région thoracique en séton,

D'après une leçon du prof. Hartmann (1).

I. Fracture du maxillaire inférieur.

Quand un homme, à la suite d'un accident, ouvre difficilement la bouche, on doit penser à la possibilité d'une fracture du maxillaire inférieur. Quand on prend le maxillaire entre deux doigts, on constate une mobilité anormale. De plus, il existe un gonflement sous-maxillaire. Ajoutons que ce malade a présenté une fièvre légère.

La grosse question, quand on a à traiter une fracture du maxillaire inférieur, comporte les deux points essentiels suivants. C'est, d'abord, d'éviter les accidents consécutifs qui peuvent survenir du fait de la fracture. Le danger vient de ce que la plaie est en communication avec une cavité septique, la bouche ; on peut craindre,

(1) Leçons faites à l'Hôtel-Dieu, en novembre 1927, recueillies par le Dr Laporte.

par conséquent, la propagation d'une infection du côté des os, et le développement d'une ostéomyélite du maxillaire. C'est là le premier point à considérer. Il sera donc nécessaire, pour prévenir dans la mesure du possible cette dangereuse complication, de tenir la bouche du blessé excessivement propre.

Le deuxième point, qui est à envisager à un point de vue éloigné, est de se préoccuper de conserver aux dents leur alignement et leur niveau normal.

Si on laisse une fracture de ce genre se consolider sans avoir pris les précautions utiles pour corriger le déplacement des dents, le sujet ne pourra plus mastiquer ses aliments. Il faut donc maintenir l'arcade dentaire dans toute sa régularité, le temps nécessaire à la consolidation de la fracture.

Quand il n'y a pas de déplacement des fragments, on arrive quelquefois à les maintenir avec une fronde. On applique le plein de la bande, très exactement, sur la mâchoire. La moitié supérieure est nouée derrière la tête. La moitié inférieure de la bande est ramenée et nouée sur la tête.

Quand il y a un déplacement, la fronde n'est qu'un moyen de traitement provisoire. Il importe de mettre un appareil maintenant solidement les fragments en rapport, pour les empêcher de jouer l'un sur l'autre. On a imaginé une quantité de moyens destinés à réaliser ce desideratum. On a, pendant une certaine période, pratiqué des sutures osseuses, après avoir mis la fracture à nu, et avivé les fragments. C'est un mode de traitement complètement abandonné à l'heure actuelle.

On peut très bien maintenir les fragments par un appareil. Au début, on a commencé par imaginer des appareils très compliqués, prenant un point d'appui sur les dents, mais qu'il fallait fixer en arrière. Actuellement, on se contente de mettre un appareil moulé.

La construction de cet appareil ne peut être confiée qu'à un dentiste, ou à un praticien au courant de la prothèse dentaire. En quelques mots, voici la méthode employée. On fait faire d'abord un moulage des dents. Une espèce de petite gouttière, remplie de plâtre gâché, est appliquée sur les dents. Quand le moule en creux obtenu de cette manière, est bien solide, on fait à l'intérieur un moulage en plomb, représentant les dents avec leurs déplacements, les différences de dénivellation qu'elles peuvent avoir. Puis on prend une scie très fine, avec laquelle on sectionne ce moulage exactement au niveau de la fracture. Ensuite, on réunit les deux pièces, et l'on ramène exactement les dents au niveau. C'est sur ce moulage de la fracture réduite qu'est construit l'appareil contentif, qui est fabriqué en gutta-percha ou avec d'autres substances. Cet appareil, appliqué sur la fracture préalablement réduite, la maintiendra réduite, et permettra au malade de guérir sans aucun déplacement.

Le déplacement peut avoir lieu soit dans le sens de la hauteur, soit d'avant en arrière. Ce dernier est certainement le plus ennuyeux.

Ce malade guérira avec une simple fronde, car il n'y a pas de déplacement ; il suffira de supprimer l'alimentation solide pendant le temps nécessaire à la consolidation.

II. Fracture du col anatomique de l'humérus (fracture intra-articulaire).

Cette malade, âgée de 38 ans, a fait une chute dans un escalier. A ce moment, elle a ressenti une douleur vive dans l'épaule gauche. Elle ne peut dire si elle avait le bras écarté ou rapproché près du corps, lors de l'accident. Elle est tombée, par conséquent il est infiniment probable qu'elle n'avait pas le bras écarté.

Ceci est un fait important à noter, car il y a une variété de traumatisme de l'épaule qui succède aux mouvements forcés d'écartement du bras : c'est la luxation. Au contraire, lorsqu'on tombe avec le bras au corps, on peut dire qu'il n'y a jamais de luxation. Le plus souvent, en pareil cas, il se produit une fracture si le traumatisme est sérieux, ou simplement une contusion, si le traumatisme n'est pas grave.

Par conséquent, chez cette malade on peut d'abord éliminer l'hypothèse d'une luxation. A l'examen, on remarque l'existence d'une grande ecchymose, descendant jusqu'au coude. Elle n'est apparue que le troisième jour. Ceci est intéressant à préciser. Il s'ensuit que, dès maintenant, sans avoir poussé plus loin l'examen de la malade, et muni de ces deux seuls renseignements, l'un qu'elle est tombée sur l'épaule sans avoir le bras écarté, l'autre qu'elle a été atteinte d'une ecchymose qui n'existait pas le premier jour, et qui n'est apparue qu'au bout de deux ou trois jours, ecchymose étendue jusqu'au coude, avec impotence et douleur du bras, on doit penser qu'elle présente probablement une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Il faut alors examiner son épaule. On commence cet examen le long de la clavicule, pour s'assurer de l'intégrité de cet os. Ici, il n'y a aucun signe de lésion de la clavicule. Celle-ci a conservé sa configuration et sa forme normale. Au-dessous, au contraire, on constate un gonflement du moignon de l'épaule. Ce moignon offre un élargissement assez considérable d'avant en arrière, alors que, au contraire, au niveau de la région immédiatement sous-jacente à l'acromion, il y a une dépression.

On voit quelquefois de gros épanchements sanguins consécutifs à une contusion violente de l'épaule ayant déterminé la rupture de l'artère

circonflexe. En dehors de cette possibilité, on doit rechercher les signes de fracture. Il faut palper d'avant en arrière. On constate que la pression dans l'interstice pectoro-deltoïdien détermine une douleur beaucoup plus vive que dans les autres points de la région. D'autre part, en remontant le coude avec la main droite, tandis que la gauche maintient la partie supérieure de l'épaule, on détermine une douleur vive. On constate l'absence relative de douleur dans la région externe. Ces signes doivent faire penser à l'existence probable d'une fracture intra-articulaire, d'une fracture du col anatomique de l'humérus. Les fractures du col chirurgical s'accompagnent habituellement d'un léger déplacement en haut du fragment supérieur, tandis que dans les fractures intra-capsulaires, il n'y a, pour ainsi dire, aucun déplacement. La radiographie confirme le diagnostic porté cliniquement.

Le traitement de ces fractures est relativement simple. Il faut mettre à ce malade, non pas un appareil compliqué, mais simplement une écharpe : soit l'écharpe triangulaire, soit l'écharpe de Mayor. Celle-ci fixe le bras beaucoup plus solidement que l'autre.

Autrefois, on immobilisait les fractures de ce genre, et les résultats étaient tout à fait déplorables, les malades conservant souvent une ankylose de l'épaule ou des douleurs, de sorte que ces fractures intra-articulaires de l'humérus étaient considérées comme très graves. Lucas-Championnière nous a rendu un grand service en montrant que ces fractures qui donnaient de mauvais résultats quand on les immobilisait, en donnaient, au contraire, de très bons quand on se contentait de mettre une écharpe pour atténuer la douleur, et de les masser.

III. Fracture de l'extrémité inférieure du péroné.

La malade, âgée de 42 ans, a fait une chute sur le dos, dans laquelle son pied s'est tordu en extension et rotation externe. Elle dit avoir eu à ce moment l'impression d'un craquement, et elle s'est trouvée dans l'impossibilité de marcher.

Les circonstances de l'accident, ainsi précisées par la malade, permettent de penser à la possibilité, et même à la probabilité d'une fracture de l'extrémité inférieure du péroné s'étant produite à une certaine hauteur au-dessus de la malléole, plutôt qu'à une fracture intra-malléolaire.

On voit qu'il existe chez cette malade un gonflement du cou-de-pied, peu marqué à la partie interne, très marqué à la partie externe, où il occupe la région de la malléole externe. On constate, en outre, une ecchymose remontant jusqu'à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de la jambe, en arrière du péroné, qui descend en arrière de la malléole externe, arrive jusque sur le pied, s'avance sur la face dorso-externe, presqu'au milieu de sa longueur, mais n'envahit pas du tout la région plantaire.

Cette situation de l'ecchymose est habituelle, à peu près constante. Ces ecchymoses descendent jusqu'à l'union de la face plantaire du pied avec son bord dorso-externe ; elles s'arrêtent au point où la peau épaisse et dure de la plante se continue avec la peau fine de la face dorsale. C'est parce que, au niveau de la plante du pied, comme intermédiaire entre la peau et l'aponévrose sous-jacente, il existe une série de nodules adipeux, inclus dans des tractus fibreux s'étendant de la peau à l'aponévrose, tandis que sur la face dorsale, il y a un tissu cellulaire extrêmement lâche : le sang s'y infiltre, s'avance plus ou moins vers l'avant-pied, mais ne peut pas descendre vers la plante. Une ecchymose franchement plantaire doit faire penser à la probabilité d'une fracture du calcanéum.

Les signes constatés chez cette malade conduisent donc à penser à une fracture du péroné. On doit rechercher les points douloureux. En réunissant ceux-ci, on obtient une ligne oblique, commençant sur le bord postérieur du péroné, à une certaine distance au-dessus de la malléole, et descendant obliquement sur le bord antérieur. Le trait de fracture serait donc oblique en bas et en avant, commençant au bord postérieur du péroné, manifestement au-dessus de la malléole. C'est donc une fracture sus-malléolaire du péroné.

Du côté de la malléole interne, on ne constate aucun signe anormal.

Dans les cas de ce genre, on doit rechercher s'il existe un élargissement de la mortaise tibio-péronière. A l'état normal, l'astragale, bien maintenu et emboîté dans cette espèce de mortaise qui est constituée par les deux malléoles, peut exécuter des mouvements de flexion et d'extension, mais non de latéralité. C'est cette disposition qui permet de marcher sans se tordre le pied à chaque pas. Si, au contraire, la mortaise est trop large, l'astragale peut se tourner et il survient des entorses continuelles. C'est ce qui constitue le diastasis.

Toutes fes fois qu'il existe une lésion d'un des côtés de la mortaise, on doit rechercher l'existence du diastasis. S'il n'y en a pas, le traitement sera très simple, il se réduira à du massage.

Pour rechercher le diastasis, d'une main on prend solidement les os de la jambe, de l'autre, le pied, et l'on cherche à imprimer des mouvements de latéralité de l'astragale dans l'intérieur de la mortaise.

Chez cette malade, on constate l'absence de mouvements de latéralité de l'astragale, il n'y a pas de diastasis ; par conséquent, c'est une fracture pouvant être rangée dans la catégorie des

fractures bénignes, celles pour lesquelles le massage doit être commencé immédiatement.

La radiographie confirme le diagnostic, elle montre un trait de fracture oblique correspondant absolument à l'obliquité donnée par le trait douloureux.

IV. Plaie par balle de revolver de la région thoracique, en séton.

Ce malade est intéressant pour montrer la ligne de conduite à suivre dans les cas de plaies de poitrine par balle de revolver.

L'histoire de ce malade peut se résumer ainsi : plaie de poitrine par balle de revolver. La balle est entrée dans le cinquième espace intercostal gauche. Elle est sortie au-dessous de la septième côte. Le blessé a une fièvre légère (38°2). On lui fait une ponction pleurale, qui retire 300 cmc. de liquide sanglant, amicrobien. Les jours suivants, la température baisse.

Dans les cas de plaie de poitrine par balle de revolver, le traitement doit se borner à laisser reposer le blessé, sans rechercher la balle, bien que l'extraction soit réclamée instamment par les blessés. Si l'hémothorax ne se résorbe pas rapidement, si surtout il s'accompagne d'un peu de fièvre, on peut faire, comme on l'a fait ici, une ponction qui retire une certaine quantité de liquide sanglant de la plèvre, et c'est seulement après la guérison que, si la balle est dans un endroit accessible, on devra songer à son extraction. Il n'y a aucun intérêt à extraire la balle au début, et il y a souvent de gros inconvénients, parce qu'on risque d'infecter le trajet, et l'infection, en gagnant la plèvre, peut entraîner des accidents graves, voire mortels.

Chez ce malade, il s'agit d'une plaie en séton, la balle a traversé le poumon. Il n'y a donc pas eu ici de balle à rechercher. On s'est contenté de faire, à un moment donné, un ponction, pour retirer une petite quantité de sang, au moment où le malade avait un peu de fièvre, et la guérison est obtenue.

MÉDECINE PRÉVENTIVE DU RACHITISME

Par M. Georges SCHREIBER

Ancien chef de clinique adjoint de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le rachitisme a peut-être existé de tout temps, mais il a été isolé et bien décrit pour la première fois par un auteur anglais, Glisson, voici trois cents ans, ce qui lui valut chez nous le nom de *morbus anglicus* qu'on lui donne encore quelquefois.

« Vers le milieu du XVII[e] siècle, dit Trousseau (1) dans une de ses plus belles leçons cliniques, en 1630, les tables mortuaires de l'Angleterre firent mention, pour la première fois, d'une maladie dont les plus anciens habitants et les plus vieux praticiens du pays ne se souvenaient pas d'avoir vu jusque-là d'exemples. On l'appelait dans le peuple *the rickets*, mot vraisemblablement dérivé de celui de *riquets*, par lequel on désignait dans notre idiome normand de cette époque les individus bossus et mal conformés. Les faits se présentèrent tout de suite en assez grand nombre pour éveiller l'attention générale. Plusieurs médecins qui avaient été à même de les étudier de plus près se réunirent pour se communiquer les résultats de leurs observations ; puis trois d'entre eux, Glisson, Bate et Regemorter, furent chargés de mettre en ordre les documents qu'on avait recueillis. Afin de donner plus d'unité à la rédaction, Glisson prit à lui seul la tâche d'écrire l'histoire de cette singulière maladie dont les plus attentives et les plus érudites recherches n'avaient fait découvrir aucune trace dans les auteurs du temps. »

Relativement récent ou non, le rachitisme est actuellement une maladie très répandue qui frappe surtout les nourrissons entre 4 et 18 mois.

Symptômes du rachitisme.

Le rachitisme s'attaque avec prédilection au squelette, entraînant des déformations multiples : hypertrophie du crâne (*front olympien, crâne natiforme*), déviations de la colonne vertébrale (*cyphose, scoliose*), étroitesse de la cage thoracique (*thorax de poulet, thorax en carène*), nodosités ou nouures à l'union des côtes et des cartilages costaux (*chapelet costal*) ; rétrécissement du bassin qui persiste et complique ultérieurement les accouchements, incurvations anormales des membres, surtout inférieurs. Les fémurs présentent souvent une courbure exagérée à convexité antérieure, les tibias sont *en lame de sabre*. Les articulations sont déformées, surtout les genoux : on peut observer du *genu varum* (enfant bancal) ou du *genu valgum* (enfant cagneux). La hanche est parfois le siège d'une déformation spéciale, la *coxa-vara*. Dans les formes les plus légères, le rachitisme se manifeste par un retard de l'éruption dentaire, de la marche et de la fermeture des fontanelles.

Le rachitisme n'est pas seulement une *maladie déformante*, c'est aussi une *maladie débilitante* qui entraîne des troubles de la nutrition générale

(1) A. TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, *cinquième édition*, T. III, p. 490.

et une atteinte des principaux organes. Les petits rachitiques sont souvent des *hypothrepsiques* retardés dans leur croissance, plus nerveux, plus irritables que les autres bébés du même âge. Dans les formes typiques, leur aspect est caractéristique : ils ont une figure pâle, une tête volumineuse, un gros ventre, des jambes arquées ; leur musculature est molle et flasque ; leur appétit, d'autre part, est capricieux ; ils présentent souvent des troubles gastro-intestinaux.

Le rachitisme n'est pas mortel par lui-même, mais il ouvre la porte aux infections communes de l'enfance et accentue leur gravité. La rougeole, la coqueluche, la tuberculose, frappent avec prédilection les petits rachitiques ; ils sont aussi particulièrement sujets aux convulsions.

Cet aperçu sommaire des symptômes déformants et des complications du rachitisme montre combien cette maladie est dangereuse et combien il importe de tout mettre en œuvre pour l'éviter.

Causes du rachitisme.

La pathogénie du rachitisme est encore discutée, mais les données récentes fournies par l'étude du rachitisme expérimental de l'animal et par les recherches biologiques physico-chimiques effectuées sur les enfants ont apporté des notions nouvelles, qui paraissent étayées sur des bases suffisamment solides pour fournir les éléments d'une médecine préventive efficace.

L'apparition du rachitisme semble liée à un *trouble du métabolisme phosphocalcique.* Le taux du calcium n'est abaissé que d'une façon inconstante chez les enfants rachitiques, mais le phosphore inorganique est toujours diminué très notablement dans leur sérum. D'autre part, le fonctionnement de leurs *glandes endocrines* (thymus, surrénales, thyroïde et parathyroïdes) est défectueux.

Les troubles du métabolisme et des sécrétions internes paraissent à leur tour provoqués par une série de facteurs.

La *mauvaise alimentation* et les *troubles digestifs prolongés* qui en résultent souvent ont été longtemps incriminés comme la cause principale du rachitisme. Aujourd'hui encore, mon maître Comby leur attribue la plus large part dans l'apparition des dystrophies rachitiques. Lesné, avec ses collaborateurs de Gennes et Vagliano (1), tout en reconnaissant que d'autres facteurs peuvent jouer un rôle, est également de cet avis. L'abus ou l'usage trop précoce des farineux constituent pour ces auteurs les causes les plus vraisemblables du rachitisme dans un grand nombre de cas. Ces éléments, introduits dans le tube digestif du nourrisson à l'âge où celui-ci devrait se nourrir exclusivement de lait, se comportent, selon eux, comme de véritables toxiques qui peuvent agir en modifiant l'assimilation intestinale du phosphore, expliquant l'hypophosphatémie et rapprochant ainsi le rachitisme humain du rachitisme expérimental.

Les expériences entreprises par les auteurs américains, sur de jeunes rats blancs, notamment en 1921 par Mac Collum, Simmonds, Shipley et Park, puis par Sherman, Pappenheimer, Mac Cann, Zucker et Hess (1) ont montré, en effet, que la *carence phosphorée* du régime alimentaire suffisait à produire des lésions rachitiques typiques.

La *carence en vitamines,* d'autre part, a été invoquée par d'autres auteurs. La suppression de la *vitamine A liposoluble* aurait permis à Mellanby de reproduire le rachitisme chez l'animal, mais des expériences de contrôle auraient montré que les régimes carencés exclusivement en vitamine A, déterminent non pas du rachitisme, mais une cachexie rapide avec xérophtalmie.

Le rôle de l'avitaminose demeure donc controversé. Il est cependant intéressant de noter que l'*huile de foie de morue,* considérée empiriquement par les cliniciens français, à la suite de Trousseau et de Bretonneau, comme le remède spécifique du rachitisme, est riche en vitamine A et que son action préventive et curative sur le rachitisme expérimental des jeunes rats paraît indubitable. Pour Lesné et Vagliano, toutefois, le pouvoir antirachitique de l'huile de foie de morue ne serait pas dû à sa vitamine A.

Pour mon maître Hutinel, le rachitisme peut survenir à la suite d'une *maladie infectieuse* et pour lui, comme pour Fournier, la syphilis (2) en est une cause prédisposante. Cette théorie a été reprise et élargie par Marfan. Pour cet auteur, toutes les maladies toxiques ou infectieuses du premier âge peuvent provoquer l'apparition du rachitisme : les broncho-pneumonies traînantes, les pyodermites chroniques, la tuberculose et avant tout la syphilis héréditaire. Les maladies infectieuses et la syphilis, en particulier, sont peut-être des causes prédisposantes du rachitisme, mais elles ne semblent pas en être la cause déterminante. On peut, en effet, expérimentalement, rendre facilement rachitiques des animaux auxquels il est impossible d'inoculer la syphilis.

La *privation d'air et de lumière solaire* semble jouer un rôle important. La distribution géographique du rachitisme, montre, en effet, qu'il est plus fréquent dans les pays peu ensoleillés et

(1) E. Lesné, L. de Gennes et Vagliano. — Etiologie et pathogénie du rachitisme. Rapport au IV[e] *Congrès des pédiatres de langue française,* Paris, 29-30 septembre 1924.

(1) Pour la bibliographie de cette question on pourra consulter : E. Lesné, L. de Gennes et Vagliano, *loc. cit.*

(2) Parrot considérait le rachitisme comme dû exclusivement à la syphilis héréditaire.

dans les cités industrielles. En outre les cas de rachitisme sont plus nombreux au début du printemps, après les mois d'hiver de courte insolation, qu'en automne (Vogel, Kassowitz, R. Fischl). L'action curatrice et préventive du climat marin plaide également en faveur de cette théorie, de même que les récentes recherches de Harriet Chick, qui a réussi en été à prévenir le rachitisme par l'héliothérapie chez des enfants alimentés avec un régime tel que 50 p. 100 d'entre eux seraient devenus rachitiques en hiver.

L'importance comme facteur de rachitisme du confinement dans les locaux obscurs paraît également démontrée par les constatations que le Dr Hutchinson a pu faire aux Indes, à Nazik. Dans cette ville, la caste supérieure a une alimentation abondante, riche en vitamines, mais elle a conservé la tradition du « *purdah* », gynécée où sont enfermés les femmes avec leurs enfants. Or ces derniers fournissent au rachitisme un contingent plus élevé que les nourrissons des classes pauvres.

Les observations recueillies en Islande, au Groenland et dans l'Alaska où les habitants sont privés de lumière solaire pendant la moitié de l'année et où les enfants du premier âge passent un très long hiver dans des huttes insalubres et mal aérées, semblent infirmer les constatations précédentes, car les nourrissons n'y deviennent jamais rachitiques, mais ce fait paradoxal paraît trouver son explication dans la généralisation de l'allaitement au sein pratiqué par des mères qui consomment de l'huile de poisson à hautes doses et qui sécrètent de la sorte un lait très riche en facteur antirachitique. Il est démontré, en effet, que ce dernier passe dans le lait des vaches auxquelles on fait ingérer de l'huile de foie de morue.

Les constatations cliniques et géographiques semblent donc établir que la *carence solaire* peut déterminer à elle seule le rachitisme et qu'elle constitue pour le moins une cause prédisposante à son apparition. Cette notion a d'ailleurs été confirmée par les recherches expérimentales. Les auteurs américains, particulièrement A. Hess, ont montré que les rats blancs élevés à l'abri de la lumière deviennent rachitiques, même si on leur fournit en quantité suffisante des aliments riches en phosphore ou en chaux. Inversement, les rats blancs soumis à un régime rachitigène (régime 84 ou 85 de Pappenheimer) restent indemnes. Pour les protéger contre le rachitisme, il suffit en été de les exposer tous les jours un quart d'heure au soleil.

Cette action antirachitique de la lumière et du soleil paraît surtout attribuable aux *rayons ultra-violets* du spectre solaire. En 1919, en effet, Huldschinsky (1) avait montré l'action curatrice remarquable sur le rachitisme des radiations ultra-violettes artificielles émanées d'une lampe de quartz à vapeurs de mercure.

(1) Hulschindsky. — *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1919, n° 26.

Cette découverte fut confirmée par les recherches entreprises dans divers pays. Les travaux expérimentaux des Américains montrèrent en outre que les rayons ultra-violets peuvent rendre les plus grands services comme *préventifs* du rachitisme. Hess et Unger purent constater, en effet, que les régimes rachitigènes restent sans effet chez les rats blancs soumis à l'actinothérapie. Une exposition quotidienne d'une minute et demie aux rayons ultra-violets suffit à obtenir ce résultat (Powers, Park).

Ces constatations fort importantes eurent pour résultat de donner la plus large extension à l'emploi des rayons ultra-violets, comme traitement curatif d'abord, puis comme traitement préventif du rachitisme. Lesné et de Gennes montrèrent, d'ailleurs, que les rayons de la lampe à arc ou à vapeur de mercure étaient, au moins sous nos climats, infiniment plus efficaces que les rayons solaires.

Traitement préventif du rachitisme.

L'exposé précédent montre que parmi les facteurs susceptibles d'influencer favorablement le métabolisme de la chaux et du phosphore, il convient d'accorder une place prépondérante, d'une part à une alimentation saine et riche en facteurs antirachitiques, d'autre part à l'*héliothérapie* naturelle ou artificielle. La médecine préventive doit tenir le plus grand compte de ces données, mais en même temps elle ne doit négliger aucune des autres causes susceptibles d'engendrer ou de favoriser le rachitisme. Aussi, dans la pratique, le traitement préventif de cette maladie, pourra-t-il être réglé de la manière suivante :

Avant la naissance, la future mère sera soumise à une bonne alimentation et, toutes les fois qu'il sera indiqué, au traitement antisyphilitique.

Après la naissance, le régime alimentaire de l'enfant devra être suffisamment riche en chaux et en phosphates et contenir les vitamines graisseuses ou les facteurs antirachitiques analogues. L'allaitement au sein maternel remplit ces conditions (1), de même l'allaitement avec un bon lait de vache frais et liquide, avec du lait sec ou du lait condensé sucré. Si on est amené à utiliser un produit conservé (farine lactée) et soumis au surchauffage industriel, on suppléera à l'absence des éléments antirachitiques — surtout chez les enfants prédisposés au rachitisme — en administrant tous les jours une cuillerée

(1) Le rachitisme a pu être noté exceptionnellement chez des enfants au sein, mais dans ce cas la mère était elle-même insuffisamment alimentée.

à café d'*huile de foie de morue* naturelle, aussi fraîche que possible.

Par ailleurs l'enfant ne devra être privé ni d'*air*, ni de *lumière*, ni de *soleil*. Les fenêtres seront largement ouvertes pour laisser pénétrer ce dernier dans les chambres, car les vitres ne laissent pas passer les rayons ultra-violets du spectre, particulièrement utiles dans ce cas.

En outre, tous les enfants prédisposés au rachitisme, et dans les pays où cette maladie est fréquente, tous les enfants sans exception seront soumis régulièrement à l'*héliothérapie* ou à l'*actinothérapie*.

L'*action préventive des rayons ultra-violets* contre le rachitisme peut être utilisée de diverses façons.

Tout d'abord, surtout dans les crèches, dans les pouponnières, dans les centres d'élevage, dans les hôpitaux, les nourrissons privés d'air, de lumière et de soleil d'une façon habituelle et candidats au rachitisme, devront subir deux ou trois fois par an des séries d'une douzaine d'irradiations ultra-violettes, à doses faibles et de courte durée, de cinq à quinze minutes.

On peut en outre envisager l'administration, aux nourrissons prédisposés, d'*aliments irradiés*. Les recherches récentes des auteurs anglais et américains ont, en effet, montré que l'action préventive antirachitique des rayons ultra-violets peut être transmise *indirectement* par l'intermédiaire d'aliments soumis eux-mêmes à l'irradiation.

Mettant de jeunes rats blancs à un régime composé de millet, de caséine et d'un mélange salin privé de phosphore, Steenbock et Daniels (1) virent se développer rapidement chez eux des lésions rachitiques caractéristiques, tandis que d'autres rats soumis au même régime irradié demeurèrent indemnes. Hess constata de même que l'addition au régime 84 de Pappenheimer d'un peu d'huile de lin ou de graisse irradiée annihile l'action rachitigène de ce régime.

Ces données expérimentales ont été mises en pratique. L'*huile irradiée*, administrée avec succès par Steenbock et Daniels à deux enfants rachitiques de 3 mois et de 5 mois pourrait également être donnée à titre préventif.

Le *lait irradié* acquiert un pouvoir antirachitique très net et son ingestion donnerait des résultats cliniques, radiologiques et chimiques aussi nets que les irradiations directes... György (2) Wieland (3), Mackay et Harold, P. Shew (4).

Pour obtenir du lait irradié on peut employer du lait naturel et mieux encore du lait sec. Il suffit de le soumettre sous trois millimètres d'épaisseur pendant une demi-heure à une heure à l'action d'une source de rayons ultra-violets placée à 60 centimètres. Le lait prend ainsi quelquefois un petit goût de cuit, mais il est néanmoins bien accepté par les enfants.

L'irradiation des aliments offrirait le grand avantage de pouvoir faire bénéficier aisément un très grand nombre d'enfants des propriétés antirachitiques des rayons ultra-violets. Ce procédé devrait être appliqué surtout aux aliments rachitigènes, comme les farines lactées par exemple.

L'*irradiation indirecte* comporte encore une autre modalité. C'est ainsi que Hess, Weinstock et Sherman (1) estiment qu'il y aurait lieu, comme traitement préventif du rachitisme, de *soumettre à l'action des rayons ultra-violets les femmes à la fin de la grossesse et les mères durant l'allaitement*. Cette mesure est peut-être intéressante pour éviter aux mères la déperdition considérable en calcium qu'entraîne l'allaitement, mais au point de vue des enfants elle paraît moins utile, car les nourrissons élevés au sein ne deviennent que très exceptionnellement rachitiques.

Résultats.

La médecine préventive dispose en somme, à l'heure actuelle, contre le rachitisme d'un certain nombre de procédés dont l'efficacité n'est pas douteuse et au premier rang desquels il faut placer l'emploi systématique de l'*huile de foie de morue* et de l'*héliothérapie naturelle* ou *artificielle*.

Pour apprécier la valeur de ces moyens de lutte antirachitique, Eliot (2) les a appliqués depuis octobre 1923 aux nourrissons d'un district de la ville de New-Haven (Connecticut) comprenant une population approximative de 13.500 habitants, composés pour un tiers de nègres et pour deux tiers d'Italiens, d'Irlandais, de Polonais et d'Américains.

Tous les enfants nés dans le district en question furent traités dès les premiers mois de la vie par de l'huile de foie de morue et soumis en même temps à des bains de soleil simples ou associés à des bains de rayons ultra-violets émanant d'une lampe à vapeurs de mercure. Ces enfants furent examinés cliniquement et radiologique-

(1) H. Steenbock et Daniels. — Irradiated foods and irradiated organic compounds (*Journ. of Americ. médic. Assoc.*, 11 avril 1925.)

(2) P. Gyorgy. — Therapeutische Versuche mit bestrahlter Milch bei der Rachitis (*Klin. Wochenschr.*, 4 juin 1925.)

(3) E. Wieland. — Aus der Bestrahlungstherapie der Rachitis. (*Monatsschr. für Kinderheilk.*, déc. 1926, p. 237.

(4) M. Mackay et Harold P. Shaw. — Irradiation des aliments par les rayons ultra-violets. Investigation clinique sur leur valeur dans le traitement du rachitisme (*The Lancet*, 21, janvier 1926.)

(1) A. Hess, M. Weinstock et S. Sherman. — Développement de propriétés antirachitiques dans le sang humain par irradiation de la mère (*Journ. of the Americ méd. Assoc.*, 1er janvier 1927.)

(2) M. Eliot. — La lutte antirachitique. Etude des résultats obtenus dans une communauté (*The Journ. of the American med. Assoc.*, 29 août 1925.

ment une fois par mois, afin de dépister aussi précocement que possible les premiers signes du rachitisme. En même temps qu'eux furent examinés à titre de comparaison des nourrissons nés dans un autre district et des enfants nés dans le même district antérieurement avant l'institution de l'expérience et n'ayant reçu aucun traitement antirachitique.

L'impression recueillie par Eliot, en comparant les cas de rachitisme observés dans le groupe traité et dans les groupes témoins est que la thérapeutique préventive antirachitique ne peut empêcher le développement des manifestations légères du rachitisme, mais qu'elle permet au moins d'éviter la production des formes accentuées.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La lithiase dissimulée du cholédoque et des gros canaux hépatiques.

MM. Chiray et Degos dénomment ainsi une forme atypique de lithiase du cholédoque qui se caractérise par l'absence d'ictère ; d'ordinaire, il y a ictère, crises douloureuses intermittentes, vésicule rétractée par inflammation scléro-atrophique . On évaluerait sa fréquence à 20 p. 100.

La lithiase dissimulée du cholédoque s'observe habituellement chez des femmes âgées, ayant dans leurs antécédents une ou plusieurs coliques hépatiques franches, les premières remontant parfois à plusieurs années. Souvent les crises douloureuses, qui, au début, s'accompagnent de subictère et de fièvre, deviennent, par la suite, quelque peu atypiques, par leur intensité, leur durée, et les symptômes concomitants. Dans d'autres cas, l'affection se traduit d'emblée par ces crises douloureuses atypiques.

Quel que soit le mode de début, cette affection a pour manifestation principale des crises douloureuses de l'hypochondre droit, des poussées fébriles d'aspect particulier et des manifestations légères, fugaces et passagères de rétention biliaire. Les variations de la température présentent une importance capitale pour le diagnostic. Il s'agit, en général, de poussées fébriles survenant brutalement, soit au début de la crise, quelquefois même avant la douleur, soit au contraire au décours de l'accès et même un jour après lui. C'est une fièvre de type palustre avec ascension brusque à 40° ou 41°, descente rapide en quelques heures, frissons et céphalée. Cette courbe est bien différente du petit crochet qui accompagne ou qui termine une colique hépatique banale.

Tout au plus observe-t-on parfois un ictère de faible intensité ; et ce n'est qu'un signe inconstant et variable.

Il y a presque toujours une tumeur vésiculaire, régulière, mobile, dont la matité se continue avec celle du foie. Cette dilatation vésiculaire n'est peut-être pas sans rapports avec la latence de l'ictère. La rate est presque toujours hypertrophiée et ce signe a une grosse importance. La radiologie n'est que d'un faible secours dans le diagnostic.

La lithiase dissimulée correspond en général à de gros calculs solitaires, situés à la partie inférieure du cholédoque, très dilaté, constituant une sorte d'anévrysme sacciforme.

La latence de l'ictère serait due peut-être à l'absence d'angiocholite dans ces cas, la ligature du cholédoque ne s'accompagnant expérimentalement d'ictère que s'il y a, en plus, infection. (*La Presse médicale*, 23 mars 1927.)

Le zinc en dermatologie.

Malgré la faveur dont jouit le zinc en dermatologie, M. L. Bory a la conviction que l'oxyde de zinc agit simplement comme poudre et comme excipient, au même titre que bien d'autres corps pulvérulents destinés surtout à donner aux pommades une certaine consistance. C'est aussi, avec le talc, la plus abondante et la moins chère des poudres minérales ; ses qualités physiques donnent aux préparations qui le contiennent une porosité que nulle autre poudre ne leur confère ; enfin, les combinaisons du zinc ont la renommée d'être en thérapeutique interne des calmants du système nerveux, d'où une tendance toute naturelle à supposer qu'elles ont sur les terminaisons sensibles cutanées une action analogue.

Les diverses combinaisons du zinc ont cependant des indications bien différentes suivant leur formule.

Le zinc métal, sous forme de crayon, est employé sur les surfaces cutanées ulcéreuses après des attouchements ou des badigeonnages au nitrate d'argent au 1 /10 ou au 1 /50 ; méthode excellente dans les eczémas et les ulcérations torpides .

L'oxyde de zinc intervient comme facteur de porosité, quand on veut recouvrir la peau d'un corps gras protecteur sans nuire aux phénomènes physiologiques, qui se passent à sa surface ; c'est un agent essentiel dans les pâtes couvrantes et les

colles : pâte de Lassar dans les dermatoses non suintantes, dans les irritations cutanées d'origine externe, colle de zinc d'Unna, à laquelle on peut incorporer l'ichtyol et le soufre à 5 p. 100 (elle est antiphlogistique, antiprurigineuse et kératoplastique).

L'oxyde de zinc est aussi associé à d'autres poudres pour assécher les surfaces suintantes.

Le peroxyde de zinc (ektogan) se décompose au contact des sérosités en donnant de l'eau oxygénée (à 10 % dans l'herpès, les petites plaies).

Le carbonate de zinc (10 %), résolutif, siccatif, est le succédané du carbonate de plomb ou céruse.

Enfin, nous avons les composés solubles (les précédents étaient insolubles) du zinc : sulfate de zinc, sulfophénate de zinc, chlorure de zinc (lupus, ulcérations tuberculeuses, etc.). (*Le Progrès médical,* 16 avril 1927.)

De l'excitation sexuelle et d'un mode de traitement par injections épidurales anesthésiques.

Le Dr Ch. Perrens communique des observations très intéressantes, dans lesquelles de violentes excitations sexuelles chez des névrosés ou dans différentes psychoses purent être calmées par des injections épidurales de dix centigrammes de stovaïne à 1/100 de huit jours en huit jours, ou de cinq centigrammes de novocaïne à 1/100. (*Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux,* 20 mars 1927.)

La rachianesthésie dans le traitement des occlusions intestinales aiguës.

Si dans certains cas d'iléus, l'anesthésie rachidienne donne des résultats excellents, il en est d'autres, où elle se montre absolument inefficace. L'ensemble des observations du prof. Lepoutre montre que la rachianesthésie a une action puissante dans l'iléus paralytique ; sans aucun doute, c'est l'anesthésie de choix dans les interventions pour péritonite appendiculaire, et elle améliore certainement le pronostic de cette redoutable affection.

Elle rendra aussi des services dans les iléus paralytiques post-opératoires.

Par contre, elle s'est montrée, d'après l'auteur, absolument inefficace dans l'iléus mécanique vrai. Les cas où il l'a utilisée, et où une intervention ultérieure a montré une cause mécanique d'occlusion (cancer sténosant, étranglement interne dans une hernie diaphragmatique, hernies étranglées, coudure et agglutination d'anses intestinales) ont été des insuccès.

La rachi, si elle doit produire un effet évacuateur de l'intestin, le produit de suite, dans les quelques minutes qui suivent l'injection.

Inutile d'attendre plus longtemps. On peut donc, si on n'a obtenu aucun résultat, profiter de l'anesthésie pour parer aux accidents d'occlusion. (*Journal des Sciences médicales de Lille,* 5 juin 1927.)

Quelques nouveaux traitements de la blennorrhagie.

Ch. David les passe en revue ; quoique le traitement local par les injections et les grands lavages au permanganate soit aujourd'hui classique et possède une efficacité démontrée, il est parfois impuissant à amener une guérison radicale et complète ; aussi les recherches de nouveaux procédés thérapeutiques se sont-elles multipliées.

Traitement local. — La gonacrine (chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine) s'emploie en solutions aqueuses de 1 à 2 p. 100 en grands lavages urétro-vésicaux, ses résultats ne semblent pas supérieurs ; elle tache très fortement la peau et les linges.

Le mercurochrome soluble 220 (sel disodique d'oxyde bibromique de mercure fluoruré) serait le plus pénétrant et le moins irritant de tous les antiseptiques connus ; les solutions doivent être fraîches ; dans les cas aigus, on emploie les injections de 28 cmc., 1/2 à 1 p. 100 selon la résistance de l'urèthre ; après lavage de l'urèthre antérieur à l'eau tiède stérilisée on injecte le liquide que l'on garde 5 à 6 minutes ; injections 4 à 5 par jour. En lavages urétro-vésicaux chauds, de 0,50 p. 1.000 à 1 p. 1000. On peut aussi utiliser les instillations : après lavage intravésical à l'eau stérilisée, on injecte dans l'urèthre postérieur XV à XX gouttes d'une solution de 0.50 p. 100 à 1 gr. 50 p. 100.

Les résultats seraient très satisfaisants.

La teinture d'iode est employée suivant cette formule :

Iode métallique...............	20 gr.
Iodure de potassium...........	30 gr.
Alcool	100 gr.

plus 5 à 6 cent. cubes de gaïacol pour produire une analgésie locale. Il n'y aurait aucune ou presqu'aucune sensation douloureuse pendant et après son application. Pour l'urèthre antérieur, Mouradian, d'Alep, injecte à travers un tube uréthroscopique au moyen d'une seringue de Pravaz, un cent. cube de teinture d'iode à 10 ou 20 p. 1000 qu'il laisse en place 8 à 10 minutes.

Pour l'urèthre moyen et postérieur, c'est une solution de 5 à 10 p.1 000. Il faut, au préalable, tâter la susceptibilité des malades avec une solution à 5 p. 1000. L'auteur a traité ainsi 250 malades.

On a utilisé concurremment avec le traitement habituel le thorium X ; on ajoute à un litre de la solution antiseptique choisie le contenu d'une ampoule de thorium ; c'est un procédé inutilisable quoique actif, parce que trop coûteux.

La diathermie endo-urétrale a donné de nombreux succès dans la blennorrhagie aiguë ou chronique ; les rayons ultra-violets auraient une valeur plus discutable, de même que les injections locales de sérum antigonococcique.

Par contre, la vaccination locale par injections intra-urétrales de bouillons vaccins ou de vaccins a donné des résultats encourageants et les essais méritent d'être poursuivies.

Traitement général. — La chimiothérapie est à l'ordre du jour ; elle cherche à détruire le gonocoque par une action générale en injectant diverses substances dans l'organisme. On peut ainsi injecter dans les muscles de 1 à 5 cc. de lait stérilisé, avec réaction locale et générale parfois intense ; les résultats seraient surtout favorables dans l'uréthrite chronique (10 ou 20 injections en 20 ou 40 jours), dans les prostatites chroniques, abcès péri-urétraux, épididymites, cystites aiguës ou chroniques.

L'énésol a été employé avec des résultats encourageants ; le sublimé, le magnésium colloïdal, le collargol, ont été recommandés avec plus ou moins de réussite.

On a traité des complications locales de la blennorragie par les injections intraveineuses de sulfarsénol avec de bons résultats qui sont les mêmes par les voies intramusculaires ou sous-cutanées : les doses n'ont pas besoin d'être considérables ; elles sont de 0,05 à 0.50 cmc.

Les injections intraveineuses de glucose, 0,50 p. 100, combinées à des injections de protargol (5 fois par jour à intervalles réguliers et à dose croissante de 0,5 p. 100 jusqu'à 2 gr. 50 p. 100) seraient d'une utilité décisive, et amèneraient la guérison complète en 8 ou 14 jours.

La chimiothérapie par les matières colorantes emploie le bleu de méthylène et la trypaflavine ou gonacrine. H. Jausion recommande des injections intra-veineuses trihebdomadaires d'une solution aqueuse à 1 /50 jusqu'à guérison complète, sans traitement local. Les résultats seraient brillants : disparition totale des gonocoques avec 10 ou 20 injections en moyenne.

On a conseillé les injections intra-veineuses et intra-prostatiques de méthyl, phénol, sérum.

La sérothérapie antigonococcique n'a pas donné de résultats contre la blennorragie aiguë ou chronique, mais elle a été employée avec succès contre ses complications.

Quant à la vaccinothérapie générale, elle est de plus en plus employée. Par la voie intraveineuse les stocks ou auto-vaccins, sans réaction notable, ont donné la guérison au moyen de trois à cinq piqûres, faites tous les deux jours. Mais la voie intra-musculaire est le plus généralement adoptée ; elle donne les meilleurs résultats dans la gonococcie chronique et ses complications ; injections tous les deux jours, d'abord à faibles doses, puis à fortes doses ; les réactions sont nulles ou peu considérables ; vers la fin du traitement qui comporte une quinzaine de piqûres, le malade est un peu fatigué et amaigri.

Le Dr David combine toujours la vaccinothérapie au massage de la prostate et surtout des vésicules séminales, où sont contenus les germes en cas de gonococcie chronique, massage suivi d'un lavage urétro-vésical avec une solution de nitrate d'argent à 1 /4000. Tous les malades qui ont suivi régulièrement leur traitement ont été guéris (spermoculture négative). (*Gazette des Hôpitaux*, 19 mars 1927.)

La fièvre syphilitique trop souvent méconnue.

La syphilis, cependant si fréquente et si importante à diagnostiquer, prend parfois le masque fébrile et le conserve tel pendant des mois et des années, sans qu'aucun symptôme organique permette d'incriminer le spirille.

Le prof. Audebert et C. Toinon font remarquer que le médecin n'a pas le droit d'ignorer cette forme de la syphilis pour deux raisons : d'abord parce qu'il portera la plupart du temps le diagnostic erroné de tuberculose, et qu'en ne traitant pas son malade ensuite, il le condamnera tôt ou tard aux pires complications. Ils rapportent à cet égard deux observations concluantes.

Les auteurs n'ont pas en vue la fièvre contemporaine du chancre, ni celle, si fréquente, de la période secondaire avec son cortège cutanéo-muqueux, mais bien certains états fébriles de longue durée, dus la plupart du temps à des syphilis acquises anciennes, et bien souvent à des syphilis héréditaires.

Lorsqu'un malade présente une fièvre persistante, s'il ne tousse pas, et s'il est jeune surtout, il faut penser à la syphilis ; elle revêt souvent une forme pseudo-tuberculeuse, et s'accompagne fréquemment d'une tension douloureuse dans la région hépatique avec augmentation de volume du foie non obligatoirement accompagnée d'ictère.

La maladie est essentiellement caractérisée par la fièvre, avec anémie plus ou moins marquée ; mais, quelle que soit sa durée, la fièvre ne revêt jamais le caractère hectique, bien qu'elle puisse simuler tous les types (continue, avec accès quotidiens, irrégulière).

Le traitement est celui de la syphilis ; une fois le diagnostic fait, la guérison est assurée.
(*Gazette des Hôpitaux*, 3 0 mars 1927.)

De la latence des corps étrangers des voies aériennes et digestives supérieures chez les jeunes enfants et en particulier chez les nourrissons.

Cette étude de Jean Guisez a trait aux cas où l'accident a passé inaperçu. Si des accidents broncho-pulmonaires surviennent immédiatement ou quelques jours plus tard, on ne verra

pas toujours la cause véritable de ceux-ci, alors que les enfants auraient pu être sauvés par un diagnostic mieux établi, auquel il aurait d'ailleurs suffi de penser.

Ces corps étrangers insoupçonnés peuvent même s'observer chez l'adulte : déglutition accidentelle d'une dent pendant son avulsion sous anesthésie générale, bronchite fétide, expulsion dans une vomique purulente et mort.

Ce sont surtout les corps étrangers des voies aériennes qui restent ignorés ou peuvent passer inaperçus ; et puis on n'y pense pas, on les croit déglutis !

Chez les tout jeunes enfants, il est parfois difficile de savoir s'il s'agit d'un corps étranger de l'œsophage ou des voies aériennes, ou inversement ; il est commun, en effet, de voir un corps même peu volumineux inclus dans les voies aériennes donner lieu à des troubles dysphagiques, et, inversement ; le fait se produit surtout pour les corps arrondis et plats (pièces de monnaie).

En cas de broncho-pneumonie de cause indéterminée, il sera toujours bon de conseiller une radiographie, suivie s'il y a lieu d'une bronchoscopie, exploration toujours innocente et peu traumatisante, même chez les tout jeunes enfants quand elle est faite suivant les règles. (*La Presse Médicale*, 21 mai 1927.)

De l'homéogreffe testiculaire animale à l'homms sans sustentation pariéto-vagino-testiculaire dans le cas d'absence testiculaire.

DARTIGUES étudie les conditions les meilleures pour réaliser la nidation du greffon. Celle-ci nécessite une partie suffisamment résistante pour plaquer le greffon et une partie scarifiable pour néo-capillariser et faire vivre le greffon. Dartigues rapporte le cas d'un jeune homme de 22 ans qui, né avec une cryptorchidie double, fut opéré à l'âge de six semaines d'un côté et à l'âge de un an de l'autre. Les deux opérations furent suivies de sphacèle du testicule. Vers 14 ans, l'adolescent revêtait le type adiposo-génital : hanches larges, petite verge, bourses tout à fait réduites sans aucun contenu et dont l'aspect ressemble à une petite coquille Saint-Jacques sous la verge insuffisante. A l'âge de 19 ans, on fit une greffe pratiquée dans la paroi abdominale sous-ombilicale avec un testicule ectopié dont le père était porteur. A la suite de cette opération, il y eut une telle amélioration dans le caractère du sujet que le père demanda, trois ans après, à Dartigues de pratiquer une greffe animale. Dartigues fixe deux gros greffons prélevés sur un cynocéphale à la face profonde du scrotum. (*Paris chirurgical*, 1927, n° 5.)

Transfusion du sang glucosé dans la veine axiale du membre au cours des amputations hautes.

M. MARO BÉRAUD (de Blida) rapporte une série d'observations d'amputations hautes, chez des sujets très gravement affaiblis, dans lesquelles la transfusion faite par le procédé de DUPUY DE FRENELLE lui a donné de véritables résurrections.

La technique est facile à improviser, puisque c'est celle de l'injection intraveineuse de sérum. L'appareillage est facile à trouver, un bock, ou mieux une ampoule de sérum à large goulot, un tube de caoutchouc, deux grosses aiguilles et deux ampoules de 500 grammes de sérum glucosé à 40 pour mille. Ce procédé ne nécessite qu'un aide sans éducation spéciale pour tenir l'aiguille fixée dans la veine du malade d'une main et l'ampoule de l'autre, pendant que l'opérateur ponctionne la veine du donneur. Il est sans danger parce que le sang est injecté en petite quantité (cent à deux cents grammes), parce que le sang injecté est dilué dans du sérum glucosé qui retarde la coagulation, parce que cette solution sanguine très étendue est injectée lentement, ce qui permet au médecin d'observer les premiers signes d'intolérance avant que la quantité injectée soit suffisante pour provoquer des troubles graves (1). (*Paris chirurgical*, août 1927, n° 5.)

(1) On trouvera les détails des indications, de la technique, et des petits signes d'intolérance dans « La transfusion sanguine » par DUPUY DE FRENELLE, Maloine, éditeur.

Les Sociétés Savantes

Paris

Radiothérapie des surrénales.

(M. A. Zimmern. — *Académie de médecine* ; 8-11-1927.)

L'action des rayons X sur les surrénales offre une importance à la fois biologique et thérapeutique, étant donné le rôle de ces glandes en pathologie.

Si l'on s'en tenait à l'expérimentation, on conclurait avec Hirsch, Zung et Labarre, que les rayons X, à faibles doses, ont des effets stimulants sur les glandes surrénales et provoquent une augmentation de la tension sanguine. En réalité, il semble bien qu'il en va tout autrement chez l'homme malade, à l'état pathologique, c'est-à-dire dans les conditions qui intéressent plus particulièrement le médecin.

A l'état pathologique, dans les syndromes d'hypertension indépendants de toute lésion rénale ou de sclérose vasculaire, on peut, ainsi que l'a montré dès 1913 M. Zimmern avec M. Cottenot, obtenir par la radiothérapie un abaissement de la tension sanguine. M. Laubry rapportait dernièrement un cas d'hypertension paroxystique ayant résisté aux moyens thérapeutiques habituels et dans lequel la sédation fut obtenue par des applications de radiothérapie pénétrante. M. Zimmern relate, de son côté, une observation du même ordre. Un malade de son service, hypertendu (30 Mx au Pachon), eut sa tension abaissée à 23 après quelques séances de radiothérapie modérément pénétrante. En raison des faibles doses employées ici, on peut concevoir, comme hypothèse, une action frénatrice s'exerçant par l'intermédiaire du système neuro-végétatif.

D'où, ajoute l'auteur, cette déduction admissible d'ordre pratique, que les doses élevées sont nécessaires dans les cas d'altérations présumées du parenchyme surrénal (syndrome surréno-vasculaire de Josué) et que les doses modérées sont à réserver pour les troubles fonctionnels dus à la rupture des synergies endocriniennes (hypertension de la ménopause, des surmenés, etc.)

Le cerveau d'Anatole France.

(MM. Guillaume-Louis et Dubreuil-Chambardel, de Tours. — *Académie de médecine* ; 8-11-1927.)

Le 14 novembre 1924, M. Guillaume-Louis et notre très regretté collaborateur Dubreuil-Chambardel, pratiquaient, en présence de MM. Gandeau et Mignon, l'embaumement du corps d'Anatole France, décédé deux jours auparavant à « la Béchellerie », près Tours. Ils injectèrent par la carotide gauche, cinq litres d'un liquide conservateur dont voici la formule :

Formol du commerce	2 litres
Alcool dénaturé à 95°	8 litres
Essence de lavande	1/2 litre
Essence de thym	1/2 litre

Autorisés à prélever et à examiner le cerveau du célèbre écrivain, les auteurs firent les constatations suivantes : encéphale de poids sensiblement inférieur à la normale ; présence de scissures profondes, sillons profonds et circonvolutions étendues et marquées.

L'encéphale d'Anatole France pesait (cerveau et cervelet) 1.017 grammes au lieu du poids moyen général de 1.360 grammes. A quoi attribuer cette différence ?

Anatole France était âgé de 80 ans. Plusieurs auteurs (Testut, Manouvrier) ont pensé que le poids de l'encéphale diminuait avec l'âge, mais cette opinion n'a pas été acceptée par tous. Des pesées, faites par MM. Guillaume-Louis et Dubreuil-Chambardel, d'encéphales d'octogénaires, leur ont fourni les chiffres de 1.364, 1.290 et 1.265 grammes. L'encéphale d'Anatole France était donc bien d'un poids nettement inférieur à la normale. Le liquide de l'embaumement, d'autre part, n'avait joué aucun rôle à ce sujet.

On a cru longtemps qu'à une intelligence d'élite devait correspondre un cerveau d'un poids élevé. Il n'en est rien et, si l'on a pu trouver, chez certains hommes éminents, des poids de l'encéphale supérieurs à la moyenne de 1.360 gr. (Cuvier avec 1.827 gr., Lord Byron avec 1.807 gr., etc.), chez d'autres, au contraire, on a noté des poids sensiblement inférieurs à cette moyenne.

Si, chezAnatole France, la quantité de matière cérébrale était moindre que chez le sujet ordinaire, c'est à la qualité de la substance encéphalique qu'il faut attribuer la puissance intellectuelle de cet auteur. La profondeur des scissures cérébrales et des sillons, notée à l'examen du cerveau de l'illustre écrivain, entraînait un développement particulièrement grand des circonvolutions et par suite de la substance grise, aux dépens de la substance blanche. C'est à l'amplification de cette substance grise que MM. Guillaume-Louis et Dubreuil-Chambardel attribuent la belle intelligence d'Anatole France, malgré l'infériorité de poids de son cerveau.

Le traitement radio-chirurgical des cancers de la langue.

(MM. G. Jeanneney, Réchou et Mathey-Cornat, de Bordeaux. — *Société de chirurgie* ; 12-10-1927.)

M. Jeanneney présente les résultats du traitement

radio-chirurgical des cancers de la langue au centre anti-cancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest.

Le total des cas observés à la consultation de ce centre, de 1922 à 1926, s'est élevé à 106, sur lesquels 88 ont pu être suivis depuis plus d'un an. Le traitement a consisté en curiepuncture linguale, visant la lésion cancéreuse primitive, et en intervention sur les ganglions satellites, qui fut tantôt l'ablation chirurgicale, tantôt les radiations. Considérant les résultats de sa pratique, M. Jeanneney est conduit à penser qu'il vaut mieux — bien que la logique plaide en faveur de la radiumpuncture linguale première, suivie du traitement ganglionnaire — commencer par le temps cervical, pour les raisons suivantes :

1° La ligature de la carotide externe faite au cours du temps cervical prévient les hémorrhagies que peut causer la radiumpuncture linguale ;

2° Après radiumpuncture première, les ganglions subissent presque toujours une poussée qui rend leur ablation plus difficile ;

3° La radio ou la curiethérapie externe, faite parfois dans un premier temps, multiplient les difficultés de l'exérèse chirurgicale seconde.

Sauf quelques circonstances exceptionnelles, l'auteur reste fidèle à la technique du temps ganglionnaire cervical premier, suivi à huit dix jours après de curiethérapie linguale ; la radio ou curiethérapie externe troisième pouvant être mise en œuvre dans diverses éventualités (récidive, etc.).

Pneumothorax artificiel et laryngite tuberculeuse.

(MM. P. Ameuille et J. Tarnéaud. — *Soc. méd. des hôp.* ; 14-10-1927.)

Il y a une vingtaine d'années, on multipliait les contre-indications du pneumothorax artificiel et, en particulier, on considérait la laryngite tuberculeuse comme un motif d'abstention en matière de collapsothérapie. C'était l'avis de Forlanini au début et cette opinion se trouve exprimée de façon explicite, en 1910, dans la thèse de Vourch. Très vite, d'ailleurs, on s'aperçut que rien ne justifiait cette contre indication. J. Courmont, L. Bernard, Dumarest et Duballen créèrent des pneumothorax chez des sujets atteints de laryngite bacillaire et n'eurent pas à le regretter. Assez rapidement, on découvrit que non seulement le pneumothorax n'était pas alors malfaisant, mais qu'il améliorait les lésions laryngées de façon assez rapide, au point d'en amener la guérison. C'est, semble-t-il, Hervé (de la Motte-Beuvron) qui l'affirma le premier en 1914, avec sept observations probantes. Ultérieurement son assistant Le gourd, publia 56 nouveaux cas.

L'action favorable du pneumothorax dans la laryngite bacillaire est actuellement admise par plusieurs laryngologistes (Caboche, Rozier). MM. Ameuille et Tarneaud présentent aujourd'hui deux malades atteints de tuberculose laryngée (infiltration inter-aryténoïdienne chez l'un ; infiltration ventriculaire gauche reconnue bacillaire par une biopsie chez l'autre), chez lesquels les altérations laryngées disparurent ou s'atténuèrent considérablement à la suite d'un pneumothorax artificiel.

Tétanos aigu guéri par sérothérapie rachidienne sans chloroformisation.

(M. Gaston Laurès, de Toulon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 1-7-1927.)

Chez un sujet atteint de tétanos, en raison de l'état de contracture, il est souvent difficile de pratiquer la ponction lombaire en vue de l'injection intra-rachidienne de sérum. Pour obvier à cet embarras, on a eu recours, en pareil cas, à la chloroformisation, d'autant que celle-ci facilite, selon les idées émises par M. Dufour, l'imprégnation des cellules nerveuses par les anticorps.

M. Laurès a pu vaincre, sans narcose, cette difficulté ; il a traité et guéri par le sérum ordinaire de l'Institut Pasteur, sans chloroformisation, et presque uniquement par injections intra-rachidiennes, un patient atteint de tétanos aigu, à allure mortelle,

L'anesthésie générale en petite chirurgie et spécialement en chirurgie dentaire.

(M. Guébel. — *Soc. de médecine légale* ; 4-4- et 9-5 1927.)

Dans une séance antérieure, la Société de médecine légale protestait contre la condamnation d'un chirurgien, condamnation prononcée sans expertise pour un accident mortel d'anesthésie générale. M. Guébel revient sur ce sujet et envisage la responsabilité du médecin et du dentiste qui emploient l'anesthésie générale en petite chirurgie et en chirurgie dentaire.

De ce qu'une affection ne met pas la vie du malade en danger, s'ensuit-il qu'il ne faille pas utiliser, pour la traiter, l'anesthésie générale qui, elle, laisse toujours planer une menace, minime il est vrai, d'accident mortel ?

M. Guébel envisage les cas où l'on peut, en stomatologie, pratiquer l'anesthésie générale, de courte durée à l'habitude. Dans les accidents de la dent de sagesse, la narcose générale seule permet d'amender la contracture des masséters et d'ouvrir la bouche. Dans certains abcès volumineux, l'anesthésie locale est insuffisante. Autre cas : les extractions dentaires chez les enfants. Dans bien des circonstances, les petits malades y opposent une résistance désespérée, surtout lorsque plusieurs dents doivent être enlevées. Faudra-t-il renoncer à une courte narcose générale et cela systématiquement, sous prétexte que la vie du sujet n'est pas immédiatement menacée par son état dentaire ?

— M. Wiart montre que la question peut se formuler ainsi : étant donné que toute anesthésie générale comporte un risque, si minime soit-il, est-il permis de faire courir ce risque à un malade pour le guérir d'une affection qui ne met pas son existence

en danger ? L'avis de la quasi totalité des chirurgiens sur ce point n'est pas douteux. C'est un devoir pour nous de ne pas priver, faute d'endormir, nombre de blessés ou de malades des bénéfices inestimables que peut leur apporter l'intervention. Devra-t-on, par exemple, dans un cas de luxation irréductible par les moyens ordinaires, faire du blessé un infirme dans le seul but de lui éviter le risque très minime de la narcose générale. A quels reproches ne s'exposerait pas le chirurgien qui agirait ainsi en tenant compte du grief retenu par le tribunal dans la condamnation qui a été l'origine de cette discussion, grief formulant en faute la transformation d' « une anesthésie locale en anesthésie générale pour un cas qui n'est pas d'une urgence vitale absolue ».

Est-ce à dire pour cela que l'on ait le droit de recourir à l'anesthésie générale à tout propos et sans aucune retenue ? Evidemment, non. La narcose générale, chose sérieuse, ne doit être utilisée qu'à bon escient. Elle peut l'être dans les opérations bénignes lorsque l'anesthésie locale ou régionale ne permet pas une intervention satisfaisante et lorsque le bénéfice que doit retirer le sujet de l'opération est dans la règle supérieur au danger minime de cette narcose.

— M. Duvoir pense, comme M. Wiart, qu'il n'existe pas d'anesthésique sans risque, même le protoxyde d'azote ou encore le chlorure d'éthyle, à la charge duquel plusieurs accidents mortels ont été rapportés, dont l'un donna lieu à une condamnation sous prétexte encore que « toute anesthésie doit se donner à jeun ».

En cas d'accident mortel au cours d'une anesthésie, un expert doit toujours être nommé. Les questions qu'il aura à envisager, dit M. Duvoir, seront les mêmes :

1° L'importance de l'opération ou les conditions dans lesquelles elle devait être pratiquée (état du malade, etc.) légitimaient-elles l'emploi de l'anesthésie générale ?

2° Les précautions utiles ont-elles été prises ?

3° Celui qui a donné l'anesthésique était-il légalement autorisé à le faire ?

4° L'anesthésique était-il de qualité convenable ?

P. L.

Marseille.

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Perforation intestinale typhique. Opération par fistulisation à la paroi.

MM. J. Poucel et Ch. Brahic. — Enfant de 7 ans. Perforation au quinzième jour de sa typhoïde. Signes : douleur brusque, chute de température, frisson, défense musculaire. Opération vers la douzième heure sur ces seuls symptômes. Laparotomie latérale droite. Quatre points, circonscrivant la perforation, la suspendent aux lèvres de l'incision péritonéale. L'orifice doit être agrandi huit jours après pour menaces d'occlusion. Il est suturé cinq mois après. Présentation du malade guéri. Conclusions : 1° d'ordre médical : surveiller de près les typhiques ; diagnostiquer la complication d'après les signes de perforation (douleur, chute thermique, défense), sans attendre ceux de péritonite (vomissements, ballonnement, rapidité du pouls etc.). Ne pas perdre une heure pour opérer.

2° D'ordre chirurgical : La fistulisation à la paroi donne des résultats bien supérieurs à la suture.

Perforation intestinale typhique, intervention précoce, entérostomie. Guérison.

MM. Cassoute, Gamel et A. Raybaud présentent l'observation d'un enfant de 15 ans, qui, au cours d'une rechute de F. T. (hémoculture positive d'Eberth), fit une perforation intestinale. Syndrome schématique de perforation. Intervention à la septème heure. Incision dans la fosse iliaque droite. La perforation reconnue est abouchée à la plaie opératoire. Guérison en quelques jours. Les A. insistent sur la nécessité d'intervenir en présence de tout syndrome péritonéal chez un typhique et se déclarent partisans de l'entérostomie ou de l'extériorisation.

Un anencéphale dérencéphale.

MM. A. Rathelot et Salmon. — C. italienne, 26 ans, Ipare, entre le 18 septembre 1927, dans le service venant d'expulser un fœtus de 8 mois. Le fœtus, du sexe féminin, pèse 500 grammes ; début de macération. Anencéphale typique, variété dérencéphale. Le cuir chevelu est réduit à un enduit pellucide qui, incisé, laisse voir la base du crâne, dépourvue de cerveau. L'étiologie syphilitique paraît certaine. B. W. fortement positif chez la mère. Iritis bilatérale ayant occasionné une cécité bilatérale absolue chez le père. Les A. insistent sur la nécessité qu'il y a à aider les œuvres de consultation prénatale dans la lutte qu'elles mènent chaque jour contre l'ignorance ou la négligence de la femme enceinte.

Sur une cause rare d'abcès de la fosse iliaque chez l'enfant.

M. T. Ferran. — Chez un enfant de deux ans, adéno-phlegmon d'emblée de la fosse iliaque gauche, qui a succédé à une petite excoriation du cou-de-pied passée inaperçue plus d'un mois auparavant. Etat général mauvais, amaigrissement, fièvre continue, douleur abdominale vive, en même temps qu'apparaît une masse du volume du poing dans la fosse iliaque gauche. Attitude de la cuisse en flexion. Abcès périsigmoïdien antérieur ou adénophlegmon iliaque ? L'opération montre un foyer purulent s'étendant vers l'arcade crurale qui donne issue à du pus épais, blanc, crémeux, sans œdème. L'examen bactériologique a montré qu'il s'agissait

de staphylocoques. Vaccinothérapie polyvalente. Guérison complète un mois après. Il y a donc lieu de rechercher, en présence d'un abcès iliaque qui n'est pas dû à une appendicite, ce commémoratif d'une inoculation septique du membre inférieur.

Dilatation de l'aorte ascendante et de la crosse. Anévrysme du coude gauche et de l'aorte thoracique descendante avec compression trachéo-bronchique et parésie récurrentielle gauche.

M. Boinet. — Le titre résume les principaux caractères cliniques de cette observation qui concerne un homme de 44 ans dont la tumeur anévrysmale se révélait par un centre de double battements d'expansion et de retrait. La trachée est déviée et le larynx soulevé transmet les battements. Souffle inspiratoire hilaire gauche par compression bronchique. Paralysie récurrentielle des abducteurs, en particulier du crico-aryténoïdien postérieur, et parésie du thyro-aryténoïdien. Etiologie syphilitique. Le malade a été amélioré par le traitement spécifique et les injections sous-cutanées de solution d'ichthyocolle, préférable au sérum gélatiné et sans risque d'infection tétanique (solution à 10 gr. p. 1.000 de sérum physiologique).

Abcès du poumon droit consécutif à l'inhalation d'une vertèbre de poulet. Extraction sous trachéo-bronchoscopie. Guérison.

MM. Olmer, Parrocel et Poinso. — S., 48 ans, charron, entre à l'hôpital le 17 mars 1927, pour suppuration pulmonaire. En septembre 1926, inhalation d'une vertèbre cervicale de poulet ; efforts violents de toux et dyspnée subite qui persistera jusqu'en février. Conduit aussitôt chez un spécialiste qui pratique une laryngoscopie et ne trouve rien, puis chez un radiographe qui ne constate aucune image anormale. S. est soigné pour bronchite emphysémateuse, l'étiologie de ses malaises restant imprécise. Le 25 novembre, frissons, température, toux, expectoration purulente (70 cmc.) ni sanglante, ni fétide, à germes variés. A quatre reprises, épisodes semblables séparés par des rémissions. Amaigrissement de 15 kilogr.

Pas d'antécédents pathologiques. En mars 1927, nous constatons une submatité de la base droite, avec râles sibilants ; quelques jours avant, l'un de nous avait constaté au même point un syndrome cavitaire net. Bon état général ; autres viscères normaux. A l'écran, opacité irrégulière d'une partie du lobe inférieur droit. Le 8 avril, extraction sous trachéo-bronchoscopie d'une vertèbre cervicale de poulet, logée à la partie moyenne de la bronche droite dans une poche à parois tomenteuses, contenant des fongosités. Episode fébrile, expectoration à 300 cmc. les jours suivants. Neuf injections intra-trachéales d'huile goménolée. Ce malade revu le 14 octobre, qui a repris son poids normal, peut être considéré cliniquement et radiologiquement comme entièrement guéri.

Pleurésie rhumatismale d'emblée.

M. J. Ponthieu rapporte le cas d'une jeune fille de 19 ans, habituellement bien portante, présentant tous les signes d'un grand épanchement pleural gauche avec état fébrile sérieux, dyspnée, point de côté et tachycardie. Une thoracentèse donne issue à 1.600 gr. de liquide citrin. Amélioration momentanée de la dyspnée qui reprend peu à peu. La fièvre persiste ainsi que la tachycardie. Constatation de signes atténués de péricardite. L'A. pensant à une atteinte des séreuses thoraciques par le rhumatisme administre du salicylate *per os* qui amène une baisse de température. Mal supporté, il doit être suspendu. La température remonte aussitôt en même temps que les signes d'épanchement pleural sont de nouveau constatés. Reprise du salicylate par voie rectale. Médicament bien supporté. La fièvre tombe pour ne plus reparaître et les signes d'auscultation s'amendent rapidement. A l'occasion de cette observation, l'A. passe rapidement en revue les théories qui tendent à mettre au premier rang des maladies rhumatismales, la cardiopathie et notamment la myocardite à nodules d'Arschoff.

Emile Castelli.

Les Congrès

Le VIIe Congrès National d'Assistance de Nancy

(27-30 *Octobre* 1927).

La guerre avait interrompu la série des Congrès nationaux d'assistance : le dernier avait eu lieu en juin 1914, à Montpellier.

A Nancy, avaient été convoqués les représentants des hospices et hôpitaux, ceux des établissements publics d'assistance, ceux des œuvres privées de bienfaisance. S'y étaient joints des délégués de sociétés diverses, s'occupant d'hygiène et de préservation sociales.

Les questions mises à l'ordre du jour présentaient un intérêt notable pour le Corps médical ; aussi, à côté du représentant de l'Union des Syndicats médicaux se trouvaient de nombreux médecins, tant au nom de la Faculté nancéenne,

que des hôpitaux et des Syndicats médicaux locaux.

La première séance de travail fut consacrée d'abord à la discussion du rapport de M. Sarraz-Bournet, sur la lutte contre les fléaux sociaux ; puis à celle du rapport du professeur Jacques Parisot, sur les préventoriums.

La lutte contre les fléaux sociaux.

M. Sarraz-Bournet, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, a présenté un gros travail sur le rôle des différents organismes publics et privés, dans la lutte contre la tuberculose, la syphilis, le cancer, la dépopulation.

Contre la tuberculose, la lutte n'est véritablement organisée que depuis la guerre.

Le rapporteur montre comment pendant longtemps, le tuberculeux n'était considéré que comme un malade ordinaire et ne bénéficiait des secours de l'Etat, des départements et des communes que s'il était indigent. Vieillard, ou considéré comme incurable, le tuberculeux pouvait être hospitalisé dans un établissement d'incurables, dans un hospice et non dans un établissement de soins, un hôpital.

L'auteur signale les travaux de l'Académie de médecine qui, en 1913, avait admis, en principe, la déclaration obligatoire de la tuberculose et la nécessité d'une désinfection.

La loi du 7 septembre 1919 organisa la lutte sociale contre ce fléau et permit la création de sanatoria, de dispensaires d'hygiène sociale et de préventoria.

Cependant, le rapporteur insiste sur les lacunes de l'armement anti-tuberculeux.

En l'état actuel de la législation, la création des dispensaires reste facultative : la loi de 1919 prévoit le statut juridique des dispensaires ; mais elle ne fait pour aucune collectivité publique l'obligation d'en assurer la création et le fonctionnement.

Le dispensaire distribue des médicaments spéciaux, des bons d'alimentation, des vêtements, des secours de loyer, etc.

Les indigents sont soignés par le médecin du dispensaire, ou par celui de l'assistance médicale gratuite.

Le médecin du dispensaire est aidé par des infirmières visiteuses, qui vont à domicile voir les malades, étudient leurs conditions d'existence, s'enquièrent sur leurs ressources, de leur logement, de leur famille, de leur situation sociale, provoquent l'aide des services publics d'assistance ou des œuvres de bienfaisance privée, s'assurent en même temps que les prescriptions médicales sont bien observées, font enfin de l'éducation hygiénique du malade et de la famille.

Une fois le malade dépisté, il est dirigé soit vers l'hôpital, soit vers le sanatorium.

La loi du 7 septembre 1919 pose, pour tout département, le principe de l'obligation d'hospitaliser en sanatorium les tuberculeux privés de ressources. Chaque département doit posséder son sanatorium, ou traiter, pour l'hospitalisation de ses tuberculeux, avec un autre sanatorium public, ou établissement privé assimilé.

Or, si le sanatorium est obligatoire, le dispensaire ne l'est pas et cependant, c'est ce dernier qui doit faire le dépistage.

De plus, prévoir un sanatorium par département, c'est pousser à la multiplication des petits établissements, dépourvus de moyens techniques nécessaires et grevés de frais généraux très élevés.

A l'hôpital, sera reçu le malade incurable, dont la place n'est pas au sanatorium ; cependant les textes législatifs ne permettent pas à ces établissements hospitaliers de bénéficier des avantages institués par la loi en faveur des sanatoria.

Et le rapporteur de terminer ce premier chapitre par ces mots : « s'il est vrai que la tuberculose est une maladie sociale, c'est aux collectivités publiques qu'il appartient de s'en préoccuper elles-mêmes directement, au lieu d'en laisser le soin à des organismes indépendants .

« Il est possible, il est logique et nécessaire de faire entrer la lutte contre la tuberculose dans le cadre des lois du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, ou du *15 février 1902, sur* l'hygiène publique ; les dépenses en résultant seraient ainsi obligatoirement réparties entre les collectivités intéressées.

« Les œuvres privées pourraient, d'ailleurs, même dans ce cadre, continuer à apporter aux pouvoirs publics leur bienfaisante collaboration. »

Contre les *maladies vénériennes,* la lutte n'est véritablement organisée que depuis 1916.

On possède, actuellement, comme armes, le dispensaire, le dépistage de l'hérédo-syphilis, les services ruraux et ceux des prisons ; enfin l'hospitalisation, le laboratoire et la surveillance sanitaire de la prostitution.

Le rapporteur rend hommage au gros effort fait par le Dr Faivre pour avoir pu organiser un peu partout des centres de lutte contre la syphilis, alors qu'il ne disposait que de crédits minimes.

Mais, il y a, par-ci, par là, des absences de liaison avec les autres services d'hygiène sociale, quelquefois des doubles emplois .

Enfin, M. Sarraz Bournet signale les bons résultats obtenus par les ligues pour la protection morale de la jeunesse et la répression de la licence des rues, en particulier la Ligue de Nancy.

Contre le cancer, le rapporteur signale l'importance du dépistage : la guérison est subordonnée à la rapidité avec laquelle le diagnostic est posé ;

le cancer est d'autant plus guérissable qu'il est traité à temps.

De ce principe découle l'organisation des centres anti-cancéreux ; mais ces centres n'ont pas de statut juridique et leur répartition géographique est peu rationnelle.

La dépopulation tient à deux causes principales : d'une part de natalité, c'est-à-dire diminution de la natalité ; d'autre part, mortalité infantile et mortinatalité. Il faut donc diminuer la mortalité de la première enfance et augmenter le chiffre des naissances.

La protection de la mère et de l'enfant avant et après la naissance fait l'objet d'un certain nombre de mesures, que le rapporteur examine en détail.

Pour remédier à la dénatalité, M. Sarraz Bournet propose l'assistance aux familles nombreuses , l'encouragement national à ces familles et les primes de natalité.

Il passe successivement en revue les consultations prénatales, la surveillance médicale et hygiénique de la femme enceinte, la loi sur le repos des femmes avant et après les couches ; la protection de la mère et de l'enfant, au moment de la naissance, grâce aux soins hospitaliers.

Il montre que l'installation moderne des maternités attire de plus en plus les jeunes mères.

Puis, abordant la protection de la mère et de l'enfant après la naissance, il pose le principe qu'il faut d'abord que la mère, pour se consacrer à son nouveau-né, ne soit pas pressée de reprendre le travail, pour pouvoir gagner sa vie ; il faut ensuite que la jeune mère puisse, autant que possible, nourrir elle-même son enfant au sein et que le poupon soit soumis à une surveillance médicale constante, pour que soient dépistées à temps toutes les affections qui le guettent.

Passant en revue les œuvres publiques et privées qui exécutent le programme ci-dessus, le rapporteur s'exprime ainsi, dans son rapport, au sujet de l'inspection des nourrissons : « Cette action du médecin a été des plus bienfaisantes ; par elle, peu à peu, les nourrices ont renoncé aux vieux préjugés. Mais elle est, malgré tout, insuffisante : dans beaucoup de départements, les médecins ne visitent pas régulièrement les protégés, parce que leurs visites ne sont pas convenablement rémunérées ; ou bien, ils ne voient les enfants qu'au jour où, pour d'autres causes, ils sont appelés dans la commune. Les commissions locales, qui devaient également être à la base de l'application de la loi, n'ont, en fait, jamais fonctionné. »

Puis le rapporteur fait le bilan des résultats obtenus par les consultations de nourrissons, les gouttes de lait, les crèches, les centres d'élevage, les œuvres de placement collectif, etc.

Comme critiques, M. Sarraz Bournet déplore qu'ici, comme en matière de lutte antituberculeuse, assistance publique et bienfaisance privée souvent s'ignorent, ou tout au moins ne sont pas en liaison étroite. Parfois aussi des institutions du même genre, les unes publiques, les autres privées se superposent, font ainsi double emploi, double dépense, sans résultats productifs.

Quelquefois lutte entre organisations, qui cherchent à se prendre réciproquement leur clientèle. Il faut aussi déplorer que des services publics, inspecteur d'hygiène et inspecteur de l'assistance publique, donnent le mauvais exemple, se jalousent et se combattent.

L'auteur passe alors minutieusement en revue les mesures à prendre, d'après un plan d'ensemble à réaliser, dans le cadre administratif actuel.

Il pose le principe : pas de services nouveaux, pas d'offices, mais utilisation et développement des services déjà existants.

Et le rapporteur présente les conclusions suivantes :

I. — La lutte contre les fléaux sociaux doit être menée par les services publics, en liaison et en collaboration avec les œuvres privées.

II. — Qu'à la tête des organismes de lutte, soit le Ministère chargé de l'hygiène, avec la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques, l'Office national d'hygiène sociale, de grandes Commissions à rôle consultatif.

Dans le département, sous l'autorité du Préfet, des services départementaux obligatoires, organisés par les Conseils généraux, constitués sur le modèle des services d'assistance obligatoire ; les œuvres privées, sous certaines garanties d'agrément et de contrôle, rentrent dans le cadre des services publics.

III. — Tout ce qui touche la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, le cancer, doit être rattaché à l'inspection départementale d'hygiène.

A la base de l'armement se trouveront des circonscriptions d'hygiène sociale, avec dispensaires publics ou agréés, personnel médical spécialisé participant en même temps au fonctionnement des services d'hygiène générale (loi de 1902), personnel médical spécialiste ou spécialisé pour la lutte contre les maladies vénériennes et le cancer.

Au-dessus, un sanatorium, un hôpital-sanatorium, des services d'isolement dans les hôpitaux, un ou plusieurs préventoriums, pour la lutte antituberculeuse ; des services hospitaliers de vénéréologie, pour la lutte antivénérienne ; le rattachement obligatoire au centre anticancéreux le plus voisin pour la lutte contre le cancer.

La vocation des hôpitaux : hospitaliser des malades, doit être respectée.

IV. — Tout ce qui a trait à la protection maternelle et infantile sera rattaché à l'inspection départementale de l'Assistance publique.

A la base, des centres cantonaux de protection maternelle et infantile, avec médecin et infirmière visiteuse (sages-femmes ou infirmières spécialisées).

V. — Les dépenses de fonctionnement des centres d'hygiène sociale et des centres cantonaux de protection maternelle et infantile sont obligatoires pour les départements ; elles donnent lieu à répartition entre Etat, départements et communes, dans des conditions analogues à celle des lois d'assistance. Les barèmes seraient ceux de la loi de 1902 (c'est-à-dire ceux de la loi de 1893).

Toutes les dépenses d'hospitalisation (hôpitaux, sana, hôpitaux-sana, préventoriums, etc.) seront couvertes par le service départemental d'assistance médicale gratuite avec répartition des dépenses dans les conditions fixées par la loi de 1893.

La participation de l'Etat ne sera en aucun cas inférieure à la moitié des dépenses.

Le bénéfice de la loi de 1919 sera étendu à toutes les institutions recevant des tuberculeux (hôpitaux, sana, préventoriums notamment).

VI. — Parallèlement à ces mesures, la lutte contre le taudis, la lutte contre l'alcoolisme, doivent être poursuivies. L'inspection départementale d'hygiène doit être rendue obligatoire, comme il est prévu dans le projet de révision de la loi de 1902 ; de même l'inspection médicale scolaire et l'éducation physique de la jeunesse.

VII. — Enfin l'attention des pouvoirs publics doit être attirée par la nécessité d'un relèvement de la mortalité générale et la nécessité de poursuivre l'éducation morale de la jeunesse.

La discussion de ce rapport très applaudi amena successivement à la tribune un certain nombre d'orateurs, venant préciser l'action de quelques départements. Notons en particulier l'effort du département de l'Aisne, grâce à M. Bègue, préfet et au Dr Chapuis, directeur des services d'hygiène du département, chargé de cours à l'école de médecine de Reims. Le manque de place nous interdit la publication de leur communication, pourtant fort intéressante.

Les uns, avec M. Matter, réclament la lutte contre l'alcoolisme ; d'autres, avec M. Mirman, qui eut un gros succès, demandent la reconstitution définitive d'un ministère de l'assistance et de l'hygiène publiques, qui soit à l'abri des variations de l'équilibre parlementaire. Citons enfin un délégué de la Seine-Inférieure, qui dit que le Corps médical doit être instruit sur les collaborations qu'il est appelé à donner.

Moi-même, je tins à souligner l'opposition entre les tendances actuelles et les traditions, jusqu'ici observées.

Jusqu'à présent le médecin de famille était le conseiller et le guide des familles. Il ne faudrait pas supprimer ce rôle par la substitution d'une médecine administrative. Au régime individualiste de l'art de guérir, il ne faut pas opposer des conceptions, qui, en économie politique, prennent le nom de socialisme d'Etat.

Et je montrais quel pourrait être le rôle du médecin traitant, dépisteur et soigneur, aux côtés d'une médecine administrative qui s'apposerait et non se substituerait à lui.

A l'administration de fournir au médecin traitant la possibilité de faire des dépistages et des diagnostics précis, tout en lui donnant le droit de soigner, au compte de l'assistance médicale gratuite, tous les malades privés de ressources.

Le médecin administratif, qui ne doit pas faire de clientèle, fera tous examens utiles, demandés par le médecin traitant et correspondra avec ce dernier, par-dessus la tête du malade, auquel souvent on ne peut donner de diagnostic précis et détaillé.

Il en est de même pour la protection du premier âge : si les résultats de cette inspection sont peu probants, c'est qu'en dehors des émoluments infimes alloués, le rôle du médecin inspecteur met ce dernier en alternative avec deux intérêts opposés : inspecteur, il doit dénoncer toute nourrice mercenaire insuffisante ; mais, médecin de clientèle, il ne peut pas s'aliéner, par cette plainte, les sympathies qu'il peut avoir dans un village.

Je parlai ensuite de la collaboration nécessaire tant des médecins de clientèle que des œuvres privées, sanatoria et maisons de santé avec les œuvres et services médicaux, organisés par le département, les communes et l'Etat.

Je déposais, en conséquence le vœu suivant :

En addendum au rapport de M. Sarraz Bournet, le Congrès estime que les pouvoirs publics centraux et départementaux, chargés de lutter contre les fléaux sociaux, doivent entrer en collaboration étroite avec les médecins praticiens et avec leurs organisations professionnelles pour l'utilisation de toutes les compétences. (*Adopté à l'unanimité.*)

Les préventoriums.

M. le professeur Jacques Parisot, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, secrétaire général de l'Office départemental d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle, fit un brillant exposé sur le rôle des préventoriums, leur place dans le cadre de la législation d'assistance et d'hygiène sociale et l'extension à ces établissements des dispositions légales sur les sanatoria.

S'occupant surtout du point de vue législation, M. le prof. Jacques Parisot montre que nombre de difficultés proviennent de ce que beaucoup considèrent que l'enfant placé dans un préventorium n'est pas un malade et que, par conséquent, les règles habituelles d'hospitalisation pour maladies ne peuvent lui être appliquées.

Cependant, le préventorium est, en réalité, un véritable sanatorium. Un projet de loi définit le

préventorium : « établissement destiné au traitement chez les sujets de moins de seize ans non fébricitants, des formes initiales latentes et curables de la tuberculose, des adénopathies tuberculeuses trachéo-bronchiques et des tuberculoses externes légères, non suppurées, ne relevant pas d'un traitement chirurgical. »

C'est donc bien un organisme d'assistance préventive.

Or, le fait, pour les préventorium de ne pas être admis au bénéfice des lois d'assistance, a des conséquences sociales désastreuses, au point de vue financier, pour les départements. Certains procédés ont été employés, procédés de fortune, destinés à trouver, dans certains cas, les ressources nécessaires, pour soutenir la vitalité de ces œuvres dont l'utilité sociale est incontestable.

Une circulaire, en date du 20 avril 1926, de M. Durafour, ministre de l'Hygiène, rappelle que rien ne s'oppose à ce que le préventorium antituberculeux, comme les hôpitaux ordinaires puisse recevoir des enfants inscrits à l'Assistance médicale gratuite.

Et le professeur Jacques Parisot expose les résultats d'une enquête fort intéressante, à laquelle il s'est livré, pour établir la part prise par l'A. M. G., dans les frais de placement des enfants tuberculeux... Cette part s'élève de 12 à 18 %.

Mais n'en persiste pas moins l'absolue nécessité de donner aux préventoriums le statut légal que leur utilité réclame impérieusement et sans délai.

En finissant, le savant professeur estime que la création de préventoriums pour adultes doit être envisagée, dans lesquels les sujets convalescents ou guéris d'un épisode aigu pulmonaire ou pleural viendraient se soumettre à la cure hygiéno-diététique et à la cure d'endurcissement, avec hydrothérapie, exercices physiques gradués sous contrôle médical, jusqu'au rétablissement complet.

De plus, devrait être envisagé par le législateur le placement familial des enfants tuberculeux latents, ou sains, mais qu'il s'agira de protéger contre un contact infectant.

Aussi comme conclusion, le professeur Jacques Parisot demande-t-il d'étendre le bénéfice de la loi sur les sanatoriums, non seulement aux préventoriums, mais également aux placements familiaux.

Inutile de dire que ce rapport fut approuvé unanimement. D'ailleurs le prof. Jacques Parisot a su organiser, dans le département de Meurthe-et-Moselle, la lutte contre la tuberculose, en parfait accord avec les médecins praticiens : loin d'être en défiance contre des organisations publiques qui ne leur font aucune concurrence, les docteurs du département deviennent les collaborateurs des dispensaires, préventoriums et sanatoriums, qui les aident à diagnostiquer, dépister et traiter tous les malades tuberculeux.

Les vœux suivants furent votés à l'unanimité :

1° Que le bénéfice de la loi du 7 septembre 1919 soit étendu immédiatement au préventorium.

2° Que la participation de l'Etat à toutes les dépenses d'hospitalisation soit fixée d'après des barèmes spéciaux (moitié à la charge de l'Etat et moitié répartie entre département et communes dans les conditions fixées par la loi de 1893.

3° Que ces mesures soient appliquées non seulement au préventorium, mode de placement collectif, mais à toutes les modalités (placement familial, etc.) de protection de l'enfance contre la tuberculose.

P. Boudin.

(*A suivre.*)

Les Livres

Publications de l'Association internationale pour la protection de l'enfance.
67, rue de la Toison d'Or, Bruxelles.

Marie-Thérèse Nisot, docteur en droit. — **La question eugénique dans les divers pays.**

Dans cet ouvrage, très documenté, M. T. Nisot envisage l'état actuel de la question eugénique dans chaque pays du monde.

Après une étude du mouvement des préoccupations raciales depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, l'auteur recherche les causes profondes qui nécessitent l'application des principes de l'eugénique d'après les conditions économiques, biologiques, climatériques, raciques des différentes contrées. Il examine ensuite successivement les méthodes mises en vigueur ou simplement préconisées par les eugénistes de chaque pays en vue de l'amélioration de la race : éducation morale, étude de l'hérédité, règlementation du mariage, règlementation de l'immigration, mesures d'hygiène sociale, rééducation des anormaux, contrôle des naissances, etc., etc.

Une très importante étude de la législation en vigueur dans les domaines envisagés complète le travail.

Ce livre, qui est le premier consacré aux questions eugéniques et du contrôle des naissances dans leur ensemble, intéressera tous ceux que ces problèmes vitaux ne laissent pas indifférents. Par son caractère d'érudition et par sa portée pratique, il trouvera place sur la table du médecin, de l'hygiéniste, du sociologue, de l'économiste, du juriste, du travailleur social, du moraliste, du pédagogue.

L'ouvrage comprendra deux forts volumes in-8°

Le prix de souscription au tome I est fixé à 40 francs (envoyé franco à l'étranger, 10 belgas).

Le tome II paraîtra fin de l'année; il sera fourni également à un prix de faveur aux souscripteurs.

En vente à la LIBRAIRIE DE LA PRESSE, Angers.
Librairie MALOINE, Paris.

La Peau d'Ane ou le Diplôme imaginaire, par le docteur J. LAURET. Illustrations de Bernard ROY. Anecdotes médicales et para-médicales « *cum grano salis* ». Pamphlet amusant. Prix : 4 francs.

MASSON ET Cie, éditeurs, Paris.

M. LECLERC. — **Les légumes de France. Leur histoire, leurs usages alimentaires, leurs vertus thérapeutiques.**

Sous un titre bien simple, l'auteur a groupé une série de monographies sur les légumes, leurs usages alimentaires et thérapeutiques et surtout sur leur valeur nutritive. La préface est un résumé critique des erreurs qui ont cours à propos de l'alimentation végétale.

L'auteur s'élève avec raison contre la croyance populaire que la viande doit constituer la base, et même l'essentiel de l'alimentation.

Depuis longtemps, les légumes ont été regardés comme un aliment inférieur et certains même accusés de provoquer des maladies.

Des médecins très écoutés ont écrit que les légumes verts contenaient surtout de l'eau et étaient particulièrement indigestes.

Une étude approfondie et des expériences sérieuses ont prouvé que les légumes les plus usuels tels que les lentilles, les haricots, les fèves, sont aussi nourrissants que la viande. D'après Martinet, un kilogr. de lentilles à l'état naturel contient autant d'albuminoïdes, de sels et d'hydrocarbones qu'un kilogr. de pain. Le haricot, la fève ont sensiblement la même valeur.

Il est d'ailleurs prouvé que les albuminoïdes d'origine végétale permettent à l'organisme de développer les forces d'une façon continue et toujours égale, et par conséquent pouvant s'adapter aux conditions normales de la vie.

L'azote des aliments carnés, au contraire, paraît surtout utile pour donner un coup de fouet dans les cas nécessitant un effort brusque, violent, mais peu prolongé. Les légumes verts paraissent utiles par les vitamines qu'ils fournissent à l'organisme à l'état frais, peut-être aussi par certaines qualités physiologiques que nous ignorons. Quant à leur valeur nutritive, elle est minime.

Les légumes usuels sont passés en revue : chacun a son chapitre qui débute par un historique sur la provenance, les usages, les erreurs et les préjugés populaires. L'étude se poursuit par un aperçu sur la valeur alimentaire et l'art culinaire.

Pour chaque légume, sec ou vert, un petit tableau indique le pourcentage des albumines, hydrocarbones, sels, eau.

Ces tableaux sont éminemment suggestifs et permettent d'apprécier et de comparer la valeur alimentaire de chaque produit.

Nous voyons ainsi que les légumes sont, non seulement utiles, mais dans certains cas peuvent assurer l'alimentation complète, contrairement à l'alimentation carnée exclusive que ne peut supporter l'organisme humain.

Le livre de M. Leclerc peut avoir des conséquences très importantes, mais pour cela, il faudrait qu'il fût très répandu.

Ne pourrait-on pas le comprendre dans la liste des ouvrages décernés comme prix dans les écoles des villes ? Ce serait une excellente propagande pour amener peu à peu une certaine partie de la population à user d'une alimentation saine et moins coûteuse. Voici peut-être un moyen qui peut faire baisser le prix de la vie.

J. MALLET.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

LÉRI, KLIPPEL, SÉRIEUX, MIGNOT et N. PÉRON. — **Maladies du cerveau.** Vol. XXXII *bis* du nouveau Traité de médecine de Carnot et Lereboullet. (In-8 de 356 p., 65 fig. Prix : 50 fr., sauf variation.)

Chez Félix ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain

K. JASPERS, professeur de philosophie à Heidelberg. — **Psychopathologie générale.** Traduit de la 3e édition allemande par A. KASTLER et J. MENDOUSSE. (Un vol. in-8 de XI-663 p. Prix : 65 fr., sauf variation.)

PRATIQUE MÉDICALE

Pathogénie habituelle et traitement de l'emphysème pulmonaire

Les anciens médecins considéraient l'emphysème comme une affection indépendante et comme une sorte d'entité morbide. On était emphysémateux comme on était diabétique, ou bien simplement on était devenu emphysémateux à la suite d'efforts physiques et c'est pourquoi cette affection se rencontrait surtout chez les ouvriers terrassiers, boulangers, et autres gens dont le métier s'accompagnait de profondes et bruyantes inspirations.

Les recherches contemporaines ont montré que l'emphysème est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, une affection para-tuberculeuse. L'emphysémateux est un tuberculeux fibreux floride, un malade à évolution bacillaire arrêtée. Ajoutons qu'il est très souvent un syphilitique.

C'est la syphilis qui, au dire de Sergent, Nigoul-Foussal, et autres auteurs, oriente la tuberculose vers cette évolution fibreuse et, en effet, l'emphysémateux est en général un individu gras, avec bon état général, et qui ne se plaint d'habitude que d'une gêne respiratoire avec oppression.

Il existe souvent une bronchite banale concomitante, venant augmenter encore cette oppression.

L'auscultation de ces malades fait localiser des zones respiratoires obscures, avec de nombreux râles musicaux et une respiration dite « humée ».

L'examen radiologique montre l'existence fréquente de localisations bacillaires anciennes, mais l'analyse bactériologique des crachats est habituellement négative.

Il ne faut jamais négliger de faire cette analyse bactériologique, car on rencontre l'emphysème chez les vieux bacillaires, chez ces malades qui présentent la forme de tuberculose dite « stagnante ». Or, de temps en temps, ces malades expectorent des bacilles et il est sage de s'en rendre compte car ils contaminent leur entourage sans le savoir et sans que celui-ci puisse prendre les précautions d'hygiène indispensables.

A ces emphysémateux convient surtout la médication iodée, *mais non iodurée.* L'iodure échauffe leurs lésions et leur fait expectorer des bacilles. L'iode au contraire est un stimulant des défenses leucocytaires, un asséchant, un antitoxique. Les auteurs qui ont étudié les effets de l'iode dans la tuberculose (Boudreau, Marissal, Nigoul-Foussal, Bonnamour et Delore, etc.) ont montré que ce métalloïde est l'un des médicaments les plus actifs lorsqu'il est utilisé dans les formes non évolutives et à localisations limitées. L'emphysème pulmonaire correspond précisément à une lésion bacillaire faiblement évolutive et les propriétés modificatrices de l'iode s'exercent à la fois sur les deux lésions, ainsi que Mme Donon-Brico (1), l'a démontré pour le Triradol, cet iode organique injectable, qui représente dans le traitement de ces affections la médication iodée de choix.

Mme Donon-Brico étudiant le Triradol (association d'iode organique, de camphre mentholé, et d'éléments radioactifs) a montré que ce médicament devait être préconisé dans le traitement de l'emphysème parce qu'il joint, aux propriétés lymphagogues de l'iode, l'action eupnéique du camphre.

En résumé, le traitement de l'emphysème se rapproche du traitement des tuberculoses localisées non évolutives, parfois même il se confond avec lui, et il consiste à administrer l'iode. Les recherches expérimentales et cliniques faites à ce sujet ont eu lieu surtout avec le Triradol en raison de sa radioactivité qui paraît augmenter les propriétés lymphagogues, antiseptiques et antibacillaires de l'iode, sans inconvénients.

Chez l'emphysémateux, le traitement sera prolongé, il consistera à injecter chaque jour une ampoule de 1 cc. de Triradol et pendant 30 jours de suite. On cesse ensuite la médication, pendant une quinzaine de jours pour la reprendre un mois après.

A la belle saison, le Mont-Dore est utile et, en tout cas, un climat d'altitude moyenne.

Dr VIGAN.

---

(1) Recherches expérimentales et cliniques sur la médication iodée en phtisiothérapie, étudiée plus particulièrement sous sa forme injectable. (Thèse de médecine, Paris. 1927.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

L'INSPECTION DES VIANDES DE BOUCHERIE

Présentant ici même la thèse de M. Normand, docteur vétérinaire, directeur de l'abattoir de Tours, j'ai dit que des médecins instruits, expérimentés, doivent savoir distinguer une viande saine d'une viande malade. Mais je n'ai pas besoin d'ajouter que je ne saurais admettre que tel médecin, chargé d'une inspection des viandes, s'en remette sur un employé subalterne du soin d'exercer un contrôle, d'autant plus sérieux et indispensable que la santé publique y est intéressée, et même s'en charge lui-même, s'il ne possède pas la compétence nécessaire.

Je suis donc très à mon aise pour relater ici ce qui s'est passé l'an dernier, dans une grande ville de Normandie, où le vétérinaire municipal était exclusivement chargé de surveiller les animaux tués dans les abattoirs dont il était l'inspecteur permanent, mais au contrôle duquel échappaient toutes les viandes dites foraines, c'est-à-dire provenant d'animaux tués au dehors.

Un bureau d'inspection de ces viandes foraines était confié à un agent dépendant du bureau d'hygiène dirigé par un médecin.

Le vétérinaire municipal ayant acquis la conviction que ce contrôle était inexistant, résolut d'en faire la preuve au regard de l'administration.

S'étant vêtu comme un paysan, il plaça dans un panier un morceau de viande avariée, sortit de la ville par une de ses portes et rentra par l'autre, prenant soin de faire sa déclaration à l'octroi. On lui remit alors, après paiement des droits, un bulletin lui enjoignant de présenter sa viande à l'inspection, ce qu'il fit incontinent. Or, l'agent détaché à cette inspection par le bureau d'hygiène n'inspecta rien, et remit les yeux fermés un certificat attestant que cette viande était saine et pouvait être vendue.

Or, elle renfermait une lésion franchement tuberculeuse.

Le vétérinaire municipal soumit les pièces de cette curieuse et déplorable affaire à l'administration municipale qui comprit qu'une inspection effectuée dans de telles conditions ne devait pas être continuée, et décida que, désormais, toutes les viandes, de quelque provenance qu'elles soient, seraient soumises au contrôle du vétérinaire municipal, aux abattoirs.

Il est évident que semblable aventure donne raison à M. Normand, quand il réclame une refonte des règlements sanitaires, de telle sorte que les municipalités soient obligées d'organiser la surveillance alimentaire dans des conditions qui donnent toute garantie au public.

Partout où il existe un service vétérinaire de surveillance, il paraît logique qu'il ait la responsabilité de l'ensemble de toutes les opérations concernant les viandes et le poisson.

Le service d'hygiène a bien d'autres aliments à donner à son activité, sans revendiquer celle-ci, et sans que le médecin qui le dirige puisse s'en trouver diminué dans sa situation.

G. DUCHESNE.

LES ABUS DE L'A.M.G.

Moyen légal d'y remédier.

La lettre du Dr Lavallée concernant l'assistance médicale gratuite, et que publie le *Concours médical* du 27 novembre, confirme un fait dont se plaignent tous les médecins, c'est-à-dire, l'extension illimitée de l'A.M.G.

Notamment les confrères exerçant dans le département de la Seine ont vu depuis un an, depuis l'application à ce département de la loi sur l'assistance départementale, le nombre de leurs clients soignés à demi-tarif augmenter d'une façon inquiétante.

Les causes de cet état de choses sont multiples :

La principale, c'est « la loi elle-même » qui s'applique à un certain nombre de cas bien déterminés. Ce sont aussi les circulaires préfectorales, comme celle du département de la Seine qui enjoint aux maires de donner l'assistance

médicale avant même que l'enquête ne soit faite.

C'est le règlement qui exige que tout malade demandant l'exonération de ses frais hospitaliers soit inscrit à l'assistance médicale.

C'est encore la loi qui dit que toute personne inscrite à l'assistance médicale l'est pour une année entière. Ce sont enfin les bureaux de mairies qui favorisent les inscriptions, souvent par manque de compréhension.

Y a-t-il pour les médecins un moyen de réagir contre cette extension, sur leur dos, de la clientèle semi-gratuite ?

Oui, et sans parler des revendications à apporter par nos organismes centraux demandant des modifications à la loi.

Ce moyen, c'est la commission d'admission à l'assistance prévue dans chaque commune et de laquelle doit faire obligatoirement partie à titre consultatif un médecin désigné par ses confrères.

C'est ainsi que dans la commune où j'exerce, délégué par notre Amicale à cette commission, j'ai, il y a quelques semaines, protesté contre les abus de l'A.M.G.

J'ai donné des exemples, indiqué des faits.

Ainsi, qu'un malade pouvait ne pas être dans une situation lui permettant d'acquitter les frais (d'ailleurs beaucoup trop élevés du séjour hospitalier : trente et un francs par jour en chirurgie) et malgré cela, être en mesure ultérieurement d'honorer son médecin de deux ou trois visites.

J'ai pris le cas d'un chômeur mis, lui et sa famille, par suite de son chômage, à l'A.M.G. et maintenu pendant toute une année à ladite assistance, même si son chômage a duré seulement deux ou trois semaines.

J'ai cité des cas analogues à ceux du Dr Lavallée où, sous prétexte qu'une personne était mise à l'assistance, toute la famille *ipso facto* y était admise.

Et j'ai obtenu ce résultat que, sur *onze cents* assistés, *huit cents* dossiers allaient être revisés, les trois cents autres étant assistés de droit.

Il est donc nécessaire : 1° que dans chaque commune, l'Amicale locale exige l'application de la loi, c'est-à-dire la présence d'un médecin à la commission d'admission ;

2° Que le dit confrère montre à cette commission les abus engendrés par cette loi ou par son inexacte application et que, parlant au nom de tous les médecins de la localité, il indique que le corps médical se refuse à être une fois de plus le dindon, quelquefois.... palmé mais en tout cas, toujours.... plumé !

Dr Longuet (Alfortville).

JURISPRUDENCE

Assistance médicale gratuite. — Honoraires dus aux médecins. — Indications de la maladie traitée. — Refus du médecin. — Secret professionnel (non).

CONSEIL DE PRÉFECTURE DE CHALONS-SUR-MARNE

27 mai 1927.

Gaz. Pal., 5 juillet 1927.

En exigeant des médecins du service de l'assistance médicale gratuite la production d'une fiche portant le diagnostic de la maladie, destinée à assurer l'efficacité du contrôle en vue duquel elle est établie, la commission chargée de la vérification des mémoires d'honoraires et de fournitures pharmaceutiques ne dépasse pas les pouvoirs que lui confère le règlement départemental du service médical gratuit, alors surtout que les assistés auxquels le médecin a donné ses soins, ne lui ont pas demandé le silence sur des faits parvenus à sa connaissance à raison de ses fonctions et présentant le caractère secret ou confidentiel dans le sens des termes de l'art. 378 *C. pén.*

Le Conseil de préfecture,

Considérant que le sieur Bertrand, docteur en médecine à Saint-Parres-les-Vaudes (Aube), demande le paiement de la somme de 1.728 fr. 97, représentant le montant de ses honoraires, pour soins donnés et médicaments fournis en 1925 et au cours de l'année 1926 à des assistés, bénéficiaires des dispositions de la loi du 15 juillet 1893, dans diverses communes du département de l'Aube ;

Considérant que le requérant soutient qu'il est en droit de refuser d'indiquer au médecin secrétaire de la commission de contrôle et de surveillance de l'assistance médicale gratuite le diagnostic des maladies, dont sont atteints les assistés examinés par lui ; que ce moyen de contrôle, institué suivant convention passée le 30 novembre 1925 par le préfet de l'Aube et le secrétaire général de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Aube pour l'organisation du contrôle prescrit par le règlement départemental du service de l'assistance médicale gratuite intervenu le 30 novembre 1925, pourrait, selon lui, l'exposer de la part de ses clients à des poursuites judiciaires, pour avoir dévoilé, même à des médecins non appelés par eux, le résultat de ses observations ; qu'en agissant ainsi, il commettrait la violation du secret professionnel réprimée par l'art. 378 C. pén. ; qu'au surplus, la connaissance des diagnostics médicaux ne peut être d'aucune utilité à la commission pour l'exercice de son contrôle ;

Considérant qu'en exigeant des médecins du service de l'assistance médicale gratuite la production d'une fiche, portant le diagnostic de la maladie, destinée à assurer l'efficacité du contrôle en vue duquel elle est établie, la commission chargée dans le département de l'Aube de la vérification des mémoires d'honoraires et de fournitures pharmaceutiques n'a pas dépassé ses attributions légales ; qu'il résulte de l'instruction que le sieur Bertrand n'allègue ni n'offre de prouver que les assistés qui l'ont appelé à leur donner ses soins lui ont demandé formellement d'observer le silence sur des faits parvenus à sa connaissance à raison de ses fonctions et présentant le caractère secret ou confidentiel dans le sens des termes de l'art. 378 C. pén. ; que, dans ces conditions, il n'est pas fondé à prétendre au paiement des honoraires et frais pharmaceutiques qui peuvent lui être dus sans soumettre au préalable les mémoires établis par lui au contrôle prévu par le règlement départemental du service de l'assistance médicale gratuite du 30 novembre 1925 susvisé ; qu'il y a lieu en conséquence de rejeter sa demande ;

Arrête :

La requête du sieur Bertrand, docteur en médecine, aux fins de paiement d'honoraires et de fournitures pharmaceutiques, par application de la loi du 15 juillet 1893, pour l'année 1925 et les trois premiers trimestres de l'année 1926, est rejetée.

NOTE. — Le conseil de préfecture est compétent aux termes de l'art. 33 de la loi du 15 juillet 1893 pour statuer sur une demande formée par un médecin tendant à obtenir le paiement des honoraires qu'il prétend lui être dus pour sa collaboration au service de l'assistance médicale gratiulte : Cons. d'Etat 11 février 1914 (*Gaz. Pal.*, T. 1912-1920, v° Assistance publique, n° 44) ; Campagnole Assist. médicale gratuite, p. 330.

En ce qui concerne la violation du secret professionnel, l'art. 378 C. pén. ne punit que ceux qui auront révélé volontairement un secret dont ils étaient dépositaires par leur profession et qui ont conscience que, par leur révélation, ils communiquent une confidence : Grenoble, 29 janvier 1909 (*Gaz. Pal.* 1909.1.562 — S. 1909.2.120 — D. 1910.2. 121 et la note de M. Loubat).

Le médecin de service de l'assistance médicale gratuite (argument de l'art. 34 loi du 15 juillet 1893) est-il, à proprement parler, dépositaire d'un secret ? Il est envoyé par l'administration auprès des malades pour leur donner des soins ; la confidence lui est donc, semble-t-il, faite comme elle serait faite à un médecin, expert en justice, qui n'est point lié par le secret professionnel. V. note de M. Loubat précitée. Au surplus, la révélation de la maladie n'est faite qu'à un service qui a qualité pour la recevoir et connaître la nature du mal traité, et qui, lui, a l'obligation de ne rien révéler.

En matière d'accident de travail, le médecin du chef d'entreprise visitant une victime d'accident n'a pas été considéré comme lié par le secret professionnel. V. Trib. corr. Lille 17 juillet 1912 (*Gaz. Pal.* 1912.2.305 et la note — Rec. assur. 1912.1.515) ; Douai 22 octobre 1912 (*Gaz. Pal.* T. 1912-1920, v° Secret professionnel, n° 21 et s.). V. cep. Cass. 9 mai 1913 (*Gaz. Pal.* 1913.1.734 — S. 1914.1.169 et la note de M. J.-A. Roux — D. 1914.1.206) ; rappr. Cass. 29 mars 1927 (*Gaz. Pal.* 1927.16 juin) et la note.

Commentaires.

L'affaire du Dr Bertrand est un peu celle du *Concours médical*, qui n'a cessé de soutenir la thèse contre laquelle le conseil de préfecture de l'Aube a pris si nettement position. Aussi le « Sou Médical » a-t-il porté le litige devant le Conseil d'Etat, où il est actuellement pendant. Mais la décision de la Haute assemblée peut se faire longtemps attendre ; il importe donc de signaler l'arrêté dont il s'agit à nos confrères pour leur dire qu'il ne fait pas jurisprudence et quels arguments ils devront opposer à la prétention de l'administration, si, dans d'autres départements, cette prétention se manifestait.

Les quatre points à considérer sont les suivants :

L'historique de la question ;

La commission de contrôle n'a pas outrepassé ses droits ;

Le médecin ne doit taire que les choses secrètes de leur nature ;

L'analogie avec les fonctions de médecin expert, ou avec les stipulations de la loi du 9 avril 1898.

1° Historique de la question.

S'appuyant sur un simple avis du Conseil d'Etat, le Ministre du Travail et de l'Hygiène, par circulaire en date du 20 août 1925, informa les préfets que la commission de contrôle, instituée par l'article 16 du règlement modèle du 21 juillet 1894, pouvait demander aux médecins traitants le diagnostic des maladies pour lesquelles ils réclamaient des honoraires.

A la suite de démarches que je fis personnellement pour démontrer l'illégalité de cette décision comme violant l'article 378 du code pénal, le ministre rapporta sa précédente circulaire, par celle en date du 24 octobre 1925.

Certes, la seconde n'abroge pas purement et simplement la première ; mais, pour qui sait lire entre les lignes, le document du 20 août 1925 doit être considéré comme nul et non avenu.

Mes arguments avaient été les suivants :

A. L'opinion autorisée du professeur Brouardel, qui écrivait, le 13 janvier 1895, à M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques (*Concours médical*, 1908.705) : « la commission de vérification fait quelque chose d'illégal, si elle demande le nom de la maladie. Elle oblige le médecin à violer le secret professionnel ; elle

n'en a certainement pas le droit. Sa mission semble devoir se borner sur ce point à deux constatations : la vérification du nombre des visites faites, et en second lieu si les médicaments ordonnés sortent de la liste adoptée. »

B. Le Ministre précédent avait, par la voie du *Journal officiel*, du 20 novembre 1924, fait une réponse diamétralement opposée à la circulaire que son successeur adressait le 20 août suivant.

A une question posée par M. Grinda, député, qui demandait si « le médecin, qui a soigné un bénéficiaire de la loi du 15 juillet 1893, est contraint d'indiquer à l'administration préfectorale, et en particulier pour la commission de contrôle, la nature de l'affection dont ce malade était atteint, ou si, au contraire, l'obligation de garder le secret, sanctionnée par l'article 378 du code pénal, met obstacle à cette indication », le Ministre du Travail de novembre 1924 a répondu que : « la règle du secret professionnel des médecins ne souffre, en principe, aucune exception. Seules, les lois du 30 novembre 1892 (article 15) et du 15 février 1902 (article 5) autorisent les médecins à déclarer les maladies transmissibles. »

Ici, encore, je regrette que le rédacteur de la circulaire ministérielle du 20 août 1925 n'ait pas connaissance de la réponse que fit le Garde des Sceaux au Ministre de l'Hygiène, alors M. Paul Strauss, au sujet de la certification des décès. Cette réponse fut communiquée dans sa séance du 29 novembre 1923, à la commission chargée d'étudier les moyens d'assurer la déclaration des causes des décès.

Nous avions fait demander au Ministre de la Justice si, dans le cas où la déclaration du diagnostic du décès ,faite par pli fermé, par le médecin traitant au médecin directeur de bureau d'hygiène, ou inspecteur départemental d'hygiène, viendrait à être détournée de sa destination et serait, par exemple, communiquée au Parquet, le médecin traitant pourrait être inquiété pour violation du secret professionnel.

Le Garde des Sceaux répondit au Ministre de l'Hygiène qu'en l'état actuel de la législation, cette divulgation, bien que n'étant pas le fait du médecin traitant, n'en constituerait pas moins, à l'égard de ce dernier, une violation du secret professionnel et qu'à son avis, seul le vote préalable d'une disposition législative formelle, analogue à l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, permettrait d'imposer aux médecins l'obligation de fournir les renseignements statistiques envisagés.

Il s'en suit que, de l'avis du Ministre de la Justice, le secret professionnel persiste, intangible, même dans les rapports entre deux personnes également liées toutes deux par les injonctions de l'article 378 C. pén.

A fortiori, vis-à-vis d'une commission, composée de plusieurs membres non médecins, car, plus on est nombreux à partager un secret et moins celui-ci a de chance d'être conservé, à cause des fuites possibles.

2° La commission de vérification n'a-t-elle pas outrepassé ses droits.

Contrairement à l'arrêté du Conseil de préfecture de Châlons, je crois personnellement que la commission de contrôle n'a pas à connaître les diagnostic des maladies des assistés soignés.

Je rappelle d'abord l'opinion précitée du professeur Brouardel.

Je cite maintenant l'arrêt suivant du Conseil d'Etat, section du contentieux, en date du 23 mai 1927-

« ... Considérant que, pour opérer cette réduction, le Conseil de préfecture s'est fondé sur ce que le montant total des honoraires réclamés par le requérant était manifestement exagéré par comparaison avec celui demandé par ses confrères, assurant le même service et sur ce que la somme allouée, calculée sur une moyenne dans l'ensemble du service départemental pour la même année constituait, pour le sieur de L. l'exacte rémunération des soins qu'il avait donnés aux assistés ;

« Mais, considérant que s'il appartient à l'administration intéressée de vérifier si les honoraires réclamés par le médecin sont afférents à des opérations effectivement exécutées et décomptées régulièrement d'après le tarif fixé, conformément aux délibérations du conseil général, elle ne saurait refuser le paiement des interventions chirurgicales effectuées, en se bornant à contester leur opportunité ;

« Considérant qu'il n'est pas contesté que les honoraires, réclamés par le sieur de L., sont afférents à des interventions chirurgicales effectivement opérées et que les prix détaillés sur son mémoire ne sont pas supérieurs à ceux figurant au tarif régulièrement fixé par le conseil général ;

« Qu'il suit de là que c'est à tort que le Conseil de préfecture a réduit le total des honoraires du requérant . »

Cet arrêt du Conseil d'Etat reconnait donc que le médecin a le droit absolu de soigner son malade selon sa science et sa conscience et que la commission de vérification, instituée par l'article 16 du règlement du 21 juillet 1894, ne doit se préoccuper que de la réalité du travail professionnel et médical, et si les honoraires réclamés pour ces actes médicaux sont bien conformes aux chiffres arrêtés par le conseil général.

Par suite, le médecin n'a pas à être mis en demeure de violer le secret professionnel, pour que la commission soit juge de savoir s'il devait, ou non, employer telle ou telle thérapeutique.

Quelle est l'étendue du secret professionnel ?

Sur ce point, encore, je regrette de me trouver

en désaccord avec le rédacteur de la circulaire ministérielle du 20 août 1925. S'autorisant de l'avis émis par la section de l'intérieur du Conseil d'Etat, il estime que le secret ne doit s'appliquer qu'aux choses secrètes de leur nature et qui ont été confiées par le malade au médecin.

Au reste, dans l'avis précité, la section du Conseil d'Etat invoque la jurisprudence, en cette matière, de la Cour de Cassation. Malheureusement, on se dispense de citer les arrêts qui servent de base à cette argumentation et, pour ma part, j'aurais été très heureux de me reporter aux textes qui auraient été désignés, car ceux que j'ai consultés concluent, au contraire, en sens opposé.

Certes, il convient de faire une distinction entre les faits, qui sont connus de tout le monde et qui n'ont rien de secret ni de confidentiel et les secrets, que le médecin peut apprendre, ou surprendre, dans l'exercice de sa profession.

Un docteur ne saurait se refuser, dans l'immense majorité des cas, à déclarer qu'il a fait tant de visites à un indigent ; mais il ne doit pas indiquer le diagnostic.

Celui-ci, me dira-t-on, est souvent le secret de polichinelle. Oui, peut-être ; mais combien de fois le médecin conserve-t-il pour lui, ou le confiera-t-il au malade seul, le véritable diagnostic, alors que l'entourage, les voisins et amis colportent le bruit d'une maladie apparente ?

Si le docteur devait faire la distinction entre les choses qui sont secrètes de leur nature et celles qui ne le sont pas, ce serait livrer les injonctions du Code pénal à l'appréciation de chaque citoyen.

Ce serait également ouvrir la porte à tous les abus, sous le prétexte que chacun interprète son devoir à sa façon.

C'est pour ce motif que, dans l'arrêt fameux du 19 décembre 1885 (S. 86.1.85) et dans celui du 9 novembre 1901 (S.04.1.212), la cour de Cassation décide que toute révélation du secret professionnel est punissable, sans qu'il soit nécessaire d'établir, à la charge du révélateur, l'intention de nuire.

Même de bonne foi, le médecin n'a pas le droit de se faire juge s'il doit, ou non, parler, serait-ce même dans l'intérêt de son client. (Trib. Seine, 19 avril 1900 ; D.P. 01.2.81.)

De nombreux jugements et arrêts décident également que le médecin ne saurait être délié par le client lui-même du secret professionnel (trib. civ. Rennes, 12 juin 1903 ; D. 1905.2.321 ; Aix, 19 mars 1902, S. 04.2.266 ; trib. Besançon, 17 février 1887, S. 87.2.94 ; Grenoble, 23 août 1828, J. G. v°. témoins n° 49).

Institué dans un intérêt d'ordre public et non pas d'ordre privé, le secret professionnel est absolu *erga omnes*, ainsi vient encore d'en décider le tribunal civil de Meaux, 22 novembre 1923 (*Gaz. Pal.*, 14 fév. 1924).

Allant plus loin, la jurisprudence de la Cour de Cassation interdit au médecin de déposer en justice, ou devant un magistrat, celui-ci étant cependant lié par le secret professionnel. Ce que le docteur peut dire, ce qu'il peut certifier en violant le secret professionnel doit être écarté des débats, ou ne doit être mentionné dans une enquête, celle-ci aurait-elle le caractère secret et confidentiel. Par deux arrêts (Ch. civ., 1er mai 1899, D. 99.1.585 ; Crim. 10 mai 1900, S. 1901. 1.161) la cour de Cassation est arrivée à proclamer que, ni en matière civile, ni en matière répressive, le médecin ne doit être reçu à témoigner sur des faits qu'il n'a connus que par l'exercice de sa profession et que, si malgré cette défense, son témoignage a été reçu, les juges n'en peuvent tenir compte et doivent, en raison de son caractère délictueux, l'écarter des débats. Juridiquement, il n'existe pas.

La conclusion pratique à tirer de cette discussion, c'est que le Code pénal interdit au médecin non seulement de parler, mais encore de se faire juge du caractère secret, ou non, de ce qu'il a appris, ou surpris dans l'exercice de sa fonction de médecin.

Le praticien n'a pas à savoir si un diagnostic médical, en apparence sans aucune importance, ne peut pas, à un moment donné, ou sous certaines conditions, revêtir un caractère secret par rapport au malade, à la famille de ce dernier, à son patron, à l'administration à laquelle il peut appartenir. Dans le doute on doit s'abstenir.

Et comme ce ne sont ni les conseillers d'Etat, ni les ministres qui peuvent modifier les lois, il faudra attendre que le Parlement ait modifié l'article 378 du code pénal. En attendant, le silence doit être conservé, en ce qui concerne la profession, sauf pour les cas de déclarations de maladies contagieuses que les lois du 30 novembre 1892 et du 15 février 1902 ordonnent de déclarer.

Un intérêt pécuniaire doit-il primer la loi ?

L'institution du contrôle, en matière d'honoraires médicaux, pour le compte de l'A.M.G., n'a qu'un seul but : ménager les deniers de la commune et du département. Cet intérêt pécuniaire, fort louable en soi, est-il suffisant pour servir de prétexte à la violation du secret professionnel ?

Personellement, je ne le crois pas, car, en pratique, ce contrôle peut s'effectuer, sans que le médecin ait à passer outre aux injections de l'article 378 C. pén.

Disons tout d'abord que, parmi les personnes mises en présence par le fonctionnement de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, personne ne connaît, ou connaît bien peu son devoir social.

L'indigent se fait soigner gratuitement : il a tendance à abuser et des visites du médecin et des médicaments.

Le médecin, mal payé, ne sait pas que s'il marque une visite au lieu d'une consultation, ou s'il inscrit deux consultations au lieu d'une seule, il commet un vol.

Il ne sait pas non plus qu'il a le droit de se refuser à faire ce service de l'A.M.G. et que s'il estime que sa peine n'est pas suffisamment rémunérée, il doit se démettre de ses fonctions et non pas se livrer à des procédés malpropres.

Les maires sont trop préoccupés par le souci de leur bonne réputation électorale : ils ont tendance à se montrer trop généreux, pour l'inscription sur les listes de l'A.M.G. ; les secrétaires de mairie ne font souvent pas le contrôle administratif avec toute la rigueur et l'impartialité voulues.

Une éducation sociale serait utile et indispensable, surtout lorsqu'on mélange constamment les fonctions administratives et les préoccupations électorales chez la même personne ; le maire de la commune. En matière d'assistance, d'hygiène publique, voire même de fréquentation scolaire, les lois ne peuvent pas être appliquées par l'homme qui dépend de ses électeurs et ne veut pas se mettre mal avec eux.

Mais, me dira-t-on, il est impossible, dans bien des campagnes, de faire pratiquer le contrôle, par un médecin, autre que le médecin traitant et désigné par l'administration, pour vérifier si le malade est véritablement malade et si le médecin n'abuse pas des visites, ou actes médicaux.

Mais n'est-ce pas le maire qui doit être le contrôleur local le mieux désigné, parce que ce sont les finances de sa commune qui sont, au premier chef, les plus intéressées ?

Dans la plupart des cas, la rumeur publique, dans les petits centres, donne un diagnostic au moins apparent et vraisemblable. Si le maire a des doutes, il commettra un docteur pour le renseigner sur l'état du malade assisté.

Je conçois parfaitement un fonctionnement du contrôle, dans lequel les intéressés peuvent jouer un rôle. Mais le contrôle actuel sur pièces, autour d'un tapis vert, dans les bureaux de la préfecture, contrôle ayant à jouer sur des actes médicaux, qui ont eu lieu plusieurs mois auparavant, ne peut donner que des résultats très approximatifs.

4° Analogie avec les fonctions de médecin-expert, ou d'accident du travail

C'est une erreur juridique que de vouloir comparer la situation du médecin traitant et celle de médecin expert. Le premier doit le silence *erga omnes*, tandis que le second doit dire à son mandant tout ce que son examen médical a pu lui faire découvrir.

C'est pour cette raison que plusieurs fois, je me suis élevé contre la confusion des fonctions de médecin traitant avec celles de médecin expert, ou de médecin contrôleur, agissant auprès du même malade.

D'autre part, dans l'application de la loi sur les accidents du travail, le médecin traitant ne viole pas le secret professionnel, en rédigeant son certificat initial.

Il décrit les conséquences du traumatisme, pour que le chef d'entreprise, ou le blessé, puisse déposer à la mairie le certificat médical prévu à l'article 11 de la loi du 9 avril 1898.

Mais, par arrêt du 9 mai 1913 (Chambre criminelle, D. 1914.1.206) la Cour de cassation a décidé que le médecin traitant, rédacteur du certificat, n'était nullement délié des obligations du secret professionnel à l'égard de la victime, ou de son employeur : le praticien doit se borner à indiquer les conséquences de l'accident, sans autres mentions concernant l'état antérieur du blessé.

5° Situation juridique du médecin de l'assistance médicale gratuite.

La Gazette du Palais, dans la note ci-dessus, semble croire que le médecin de l'assistance est un préposé du préfet, chargé par lui de soigner les malades indigents. Par suite, le docteur devrait toute la vérité envers son chef : le préfet. Il n'en est rien : obligé par la loi du 15 juillet 1893 de faire soigner les malades privés de ressources, le préfet, agissant au nom du département et des communes, traite avec des médecins, pour que le service médical soit organisé.

Mais, bien que rétribué sur les fonds départementaux, le praticien n'en reste pas moins le médecin de son malade, lié à ce dernier par les règles de droit commun, l'article 378 C. pén., en particulier. Il en est ainsi, même dans le cas où le département est divisé en circonscriptions médicales, attribuées chacune à un médecin désigné par l'administration.

Les liens, qui unissent les docteurs au département sont plus de la nature du louage de service que du mandat, ou de la fonction. Le malade indigent est un client, comme un autre, qui désigne ou appelle son médecin, selon les besoins de la maladie ; mais celui-ci doit débattre ses honoraires, avec un tiers interposé : le préfet ; il doit respecter les termes d'un cahier des charges, appelé règlement départemental pour l'assistance médicale gratuite. Il ne doit enfin ordonner que certains médicaments , au compte du département.

Ce sont donc les règles du droit commun qui sont applicables, en l'espèce, et les stipulations de l'article 378 du code pénal s'imposent aux médecins de l'assistance, au profit de leurs malades indigents, avec la même rigueur et la même étendue qu'à l'égard de tout autre client.

Quant à la comparaison avec la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, l'auteur de la note de la *Gazette du Palais* semble oublier, sur ce point, la jurisprudence constante de la Cour de cassation.

Choisi librement par le blessé, le médecin doit à la victime, et à elle seule, un certificat, énonçant les résultats pathologiques de l'accident, sans tenir compte des antécédents du client.

L'auteur de la note précitée a dû faire une confusion entre le rôle du médecin traitant et celui du médecin contrôleur, ce dernier agissant au nom et pour les seuls intérêts du chef d'entreprise (article 4, § 5).

Le médecin contrôleur qui ne peut être le médecin traitant du blessé n'est pas lié à ce dernier par le secret professionnel.

Bien au contraire, représentant uniquement les intérêts du patron (ou de l'assurance de ce dernier) ce docteur doit dire à son mandant tout ce qu'il a constaté, vu, surpris, entendu, au cours de la visite qu'il a faite à la victime, à laquelle il ne peut ni ne doit donner ses soins.

Conclusions.

Pour tous ces motifs, nous attendons avec sérénité l'arrêt du Conseil d'Etat, qui décidera si le secret professionnel s'impose en matière d'assistance médicale gratuite, tant que le législateur n'aura pas modifié les termes de l'article 378 du code pénal, pour l'application de la loi du 15 juillet 1893.

Dr Paul Boudin.

LE MÉDECIN BÉNÉFICIAIRE DE DROIT DES ASSURANCES SOCIALES

J'ai lu et entendu commenter par l'auteur, le remarquable article de mon confrère et voisin, le Dr Hubert, article paru le 13 novembre 1927 dans le *Concours médical*, sous le titre ci-dessus. C'est un judicieux cri d'alarme clamé avec vigueur contre les néfastes A.S.

Mon confrère est jeune et a traduit avec vivacité l'angoisse des jeunes vis-à-vis d'un état de choses qui bouleverse l'avenir du médecin.

De quoi demain sera-t-il fait ? Quelle meule nous fera-t-on tourner, puisque nous allons devenir les esclaves d'une organisation sociale, dont les expériences faites en d'autres pays ont été loin de satisfaire la profession ?

J'arrive au bout de ma carrière et je ne me plains point de l'avoir suivie, si longtemps, dans la plénitude, la grandeur et l'orgueil de ma liberté. Mais je suis médecin, *et nil medici a me alienum puto.*

Je suis un peu rétif devant cette obligation à m'embrigader dans une administration dont nous allons être les rouages effectifs, ceux qui supportent tout le travail ; je suis épouvanté de voir notre art, si magnifiquement personnel autrefois, devenir le pivot d'une machine sociale, construite sans notre aveu et sur notre propre terrain.

On nous berne vraiment avec une rare inconscience. On a toujours vu le médecin pitoyable aux misères. On abuse de son humanité qui le fait se transporter sans arrière-pensée et du premier mouvement à tout chevet qui le réclame. Le devoir est exigeant pour lui, mais il en fait son idéal. Une fois qu'il l'a eu rempli, il pense enfin à ses honoraires. Le payait autrefois qui pouvait. J'ai trente-six ans de pratique accomplis dans ce généreux métier. Les caisses sociales tablent sur ce dévouement de vieille expérience pour se préparer à discuter nos honoraires.

Pour que la loi soit viable, il ne faudra pas demander aux adhérents une trop forte contribution. Les caisses sonneront le creux quand on ira présenter son mandat.

Je m'écarte de mon sujet et reviens à l'article d'Hubert.

Si nous sommes ainsi condamnés à détailler notre cervelle et nos forces physiques pour une somme disponible à débattre, le mieux sera pour le sage d'assourdir sa sonnette de nuit et de se confiner dans l'étroite journée de huit heures, visites et trajets compris. L'heure sonnée, on passera le cordon ombilical à trancher au confrère qui prend la garde.

Il est patent que, devant le problématique salaire que la caisse laissera tomber au compte-gouttes, nous nous trouverons dans la catégorie des moins heureux de l'existence et, d'office, bénéficiaires de la nouvelle loi. Mais on aura déjà trop fait de ne pas vider la caisse pour être forcés de la remplir avec nos cotisations. Il faut que le corps médical, cheville ouvrière de la monstrueuse et informe machine, ait, d'ores et déjà et en toute gratuité, part à ses résultats s'ils se réalisent : 1° l'indemnité d'incapacité si l'on tombe malade ou qu'on soit fourbu. 2° Retraite honnête si malgré les rigueurs du métier on a le temps de vieillir. 3° Soins et médicaments, traitements spéciaux remboursés par la caisse de secours.

Nous ne manquerions point de conseils et de soins empressés de la part de confrères désintéressés. Mais je ne les accepte pas ainsi. Je veux qu'ils soient honorés par la collectivité qui nous exploite.

Le cœur du médecin est trop haut placé pour se dérober au devoir d'humanité qui est de prêter le secours de son savoir à ses semblables. Mais je doute fort qu'il le remplisse avec le même zèle quand il y sera obligé par la loi. Le bienfait doit

être spontané et ne jaillit pas au commandement.

On soignait autrefois avec la plus grande sollicitude les malheureux qui s'adressaient à nous. On leur donnait plus de notre argent qu'on ne touchait du leur. On ne réclamait pas même la reconnaissance qui est le plus rare et le plus précieux des honoraires.

La loi sur l'assistance médicale m'a fait le domestique de la plèbe qui végète. Ses honoraires réduits, ses droits à tant de visites pour tel cas, m'obligent à des soins qui sont rémunérés avec parcimonie, dont on doit accepter le chiffre. La société ainsi se croit quitte envers nous et nous enlève même la jouissance d'un acte de charité. Ce n'est pas sans honte que je vois suspecter l'à-propos de mes soins, parce qu'une commission d'assistance les trouve suffisants avec un, deux ou trois bons. J'en donne à la mesure de la maladie et non au jugement des scribes. Je fais comme naguère de l'assist. publique à mes dépens. Je n'émargerai pas pour quelques visites de plus que réclame ma conscience professionnelle. Le malade lui-même ignorera mon désintéressement. Ainsi j'aurai la joie intime et cachée d'avoir fait du bien non tarifé.

Il en sera de même avec les A.S. et les occasions seront beaucoup plus nombreuses. Quand la caisse aura largement payé ses administrés, il ne restera pas grand'chose pour le médecin, qui ne manquera pas de trimer quand même. C'est une triste et hasardeuse aventure où nous courons.

Puisque va sonner la curée de nos belles et franches prérogatives rappelons-nous le chien qui porte au cou le dîner de son maître. On a défendu le morceau honnêtement. Puisque toute la meute se jette dessus et que nous n'avons plus l'espoir de la sauver en entier, gardons notre lopin, celui que nous a indiqué Hubert : soyons, d'office, bénéficiaires de la nouvelle loi et que nos sacrifices consentis nous servent de contribution Cette institution qui nous est si préjudiciable nous octroiera ainsi une certaine compensation

Dr Georges Louvel.
(La Ferté-Marie.)

LE DROIT A INDEMNISATION POUR ACCIDENTS ET MALADIES SURVENUS DANS L'EXERCICE DE FONCTIONS MÉDICALES ADMINISTRATIVES (1)

Il n'est partout question que d'interventions de la collectivité en faveur de ses membres victimes d'accidents ou de maladies ; nul ne saurait donc faire grief aux médecins chargés de fonctions publiques d'attirer l'attention sur les risques qu'ils encourent dans l'exercice de celles-ci et sur leur droit d'en réclamer la réparation par l'Etat, le département ou la commune, qui les emploie.

***

Existe-t-il actuellement des bases légales permettant d'envisager cette réparation ? Les articles 1382 et 1383 du Code civil déclarent chacun responsable du dommage causé à autrui, non seulement par son propre fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence. Mais pour que cette responsabilité civile joue, il faut que la victime administre la preuve d'une faute, négligence ou imprudence de celui qu'elle croit être la cause de l'accident. Il en résulte l'obligation de recourir à une procédure pleine d'embûches.

Plus libéral est le principe du risque professionnel, dont la première expression a été la loi de 1898 sur les accidents du travail. Il prévoit une présomption de faute contre l'employeur, qui ne peut s'en dégager que par voie de preuve contraire. La procédure comporte donc le minimum de complications et de risques pour la victime.

Mais même avec les lois qui ont étendu celle de 1898, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles, le domaine d'application de ce principe est à l'heure actuelle encore bien peu étendu.

N'est-il pas, par exemple, anormal de voir un infirmier bénéficier des dispositions forfaitaires de la loi pour des *accidents* subis au cours de son travail et ne pouvoir, en l'état actuel de la législation, invoquer le bénéfice de la loi de 1919 sur les maladies professionnelles. N'est-il pas pourtant de toute évidence que le contact habituel et intime, auquel sa profession l'oblige, avec des sujets atteints de graves maladies contagieuses, constitue pour lui une source de risques au moins aussi nette que, par exemple, les vapeurs de plomb ou de mercure pour des ouvriers appartenant à des professions admises à indemnisation au titre des maladies professionnelles.

L'étroite délimitation actuelle des professions et des risques couverts par ces lois contraste avec la large application, qui a été faite, par la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires d'invalidité, du principe même, sur lequel elles reposent. Elle admet, pour tout individu incorporé, le bénéfice de la présomption d'origine ou d'aggravation du fait ou à l'occasion du service, non

(1) La question a fait en partie l'objet d'une thèse de M. P. Mougeot, mais la question n'y était envisagée que du point de vue du seul personnel hospitalier, alors que à notre avis, il y ait lieu de l'envisager dans son sens le plus large.

seulement pour les blessures et accidents, mais encore pour les maladies de tous ordres. Pour ces dernières même, il est consenti une sorte de délai supplémentaire d'incubation pour les manifestations possibles de la diminution de capacité physiologique présumée résulter des fatigues, dangers et accidents du service : le délai d'apparition des maladies susceptibles d'être couvertes par la présomption d'origine est donc étendu à tout le semestre suivant le retour dans les foyers.

Mais cette extension en apparence paradoxale du principe du risque professionnel est, hâtons-nous de le dire, fonction d'un fait, dont on ne retrouve guère l'équivalent en dehors de l'Armée : la *visite médicale d'incorporation*, lors de laquelle a été enregistrée l'intégrité organique de l'individu appelé et retenu au service. Celle-ci joue donc en quelque sorte le rôle de l'état des lieux, qu'établissent d'accord entre eux le propriétaire et le locataire d'un immeuble et qui oblige ensuite le second à supporter la charge de toutes les détériorations non mentionnées dans ce document.

***

Aucun de ces textes, malheureusement, ne comporte de dispositions qui, en l'état actuel, puisse, de près ou de loin, s'appliquer à notre cas spécial en particulier.

Cette lacune ne laisse pas toutefois que d'avoir préoccupé les législateurs. Ainsi le Sénat a été saisi d'un projet de loi déposé par M. Durafour et voté par la Chambre, visant « le droit à réparation pour les maladies professionnelles contractées par le fait ou à l'occasion du service, aussi bien que pour les accidents, en ce qui concerne les médecins, chirurgiens, aliénistes, radiologues, chefs de clinique et de laboratoire, assistants de médecine et de chirurgie, internes, externes, pharmaciens, chirurgiens dentistes, étudiants, sages-femmes, infirmiers, infirmières et tous autres praticiens non dénommés appelés à donner leurs soins moyennant une indemnité permanente et provisoire aux malades admis dans les dits établissements. »

Enfin un autre projet émanant de M. J. Godard et non encore venu en discussion publique, prévoit que « les travailleurs intellectuels ne devraient pas être tenus plus longtemps à l'écart du système de réparations, auquel ont droit les travailleurs manuels ». La loi sur les accidents du travail serait donc étendue à tous les salariés et le projet prévoit parmi les bénéficiaires éventuels « les salariés de toute nature occupés dans une entreprise ne présentant pas un caractère commercial, comme, par exemple les œuvres d'assistance. »

Nous aurions toutefois grand tort d'attendre le vote de ces textes en toute quiétude. L'expérience n'a que trop montré comment un amendement voté en séance ou un compromis admis après un renvoi à la Commission peut arriver à dénaturer un texte considéré primitivement comme satisfaisant. Il semble donc que nous ayons le plus grand intérêt à fournir au législateur une documentation dûment mûrie sur le minimum de ce qu'il serait juste de nous accorder ?

***

Tout d'abord, dans notre cas spécial, il ne saurait à proprement parler être question de maladies professionnelles. Par contre la notion d'accident devrait y recevoir une extension toute particulière, englobant à la fois les traumatismes et les faits de contagion.

Cette prétention ne saurait être considérée comme exagérée si on s'en rapporte à ce qui se passe par exemple pour un médecin de l'assistance. Où le contact d'un infecté peut-il jouer pour lui un rôle plus dangereux que dans l'exercice de cette fonction et ce dans l'assistance à domicile plus encore que dans l'assistance hospitalière ? En clientèle normale, voire à l'hôpital, il a affaire à des gens lavés, vêtus de linge propre, en des locaux clairs et aérés ; quelle différence avec les taudis d'assistés, étroits, sombres, surpeuplés et vermineux, où il ne trouve ni eau, ni savon. Et aussi quels risques de fractures et de luxations représentent les couloirs et les escaliers obscurs et délabrés, où il doit alors évoluer.

Ceci posé, nous ne saurions évidemment réclamer le bénéfice de la présomption d'origine intégrale, telle que la prévoit la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires d'invalidité. Elle ne serait équitable, comme nous l'avons vu, que comme corrélative d'un contrôle médical préalable à l'entrée en fonctions et un tel contrôle risquerait d'écarter de nos carrières des sujets de haute valeur, simplement parce que leur perfection physique ne serait pas à la hauteur de leurs qualités professionnelles, techniques et morales.

D'autre part, il serait déloyal de nier que les malades contagieux des services publics ne constituent en général, pour les médecins chargés de ces services, qu'une partie des cas qu'ils sont appelés à soigner (la plus dangereuse, il est vrai, comme nous le disions plus haut).

Or, il est actuellement une réglementation, qui constitue dans ses grandes lignes le prototype des desiderata, auxquels nous pourrions nous arrêter. C'est celle qui a été admise par l'Administration de l'Assistance publique à Paris, avec approbation du Conseil municipal et du Conseil général, en ce qui concerne les internes des hôpitaux. Le principe du risque professionnel et les droits correspondants à réparation y sont formellement admis sur les bases suivantes :

« Seront considérés comme imputables au service :
« *a*) Toute blessure externe, toute lésion chirur-
« gicale ou médicale, tout trouble nerveux ou psy-
« chique, qui résulteront de l'action soudaine et
« violente d'une cause extérieure intervenant pen-
« dant l'exercice ou à l'occasion des fonctions, et
« toute lésion déterminée par un effort dans les mê-
« mes circonstances.
« *b*) Les maladies suivantes se déclarant, soit pen-
« dant la durée des fonctions, soit pendant la période
« d'incubation à compter du moment où les fonc-
« tions auront cessé : fièvre typhoïde et paratyphoïde,
« typhus, variole, varicelle, scarlatine, rougeole,
« diphtérie, oreillons, grippe infectieuse épidémique,
« coqueluche, érysipèle, choléra, peste, dysenterie,
« méningite cérébro-spinale épidémique, poliomyé-
« lite, encéphalite épidémique, fièvre de Malte,
« trachome, ophtalmie purulente, toxi-infections
« consécutives aux inoculations septiques.
« *c*) Toute maladie résultant notoirement de l'exer-
« cice des fonctions ».

Il semble que nous pourrions réclamer l'adaptation à notre cas particulier de ces dispositions reconnues, après sévères discussions dans deux assemblées délibérantes, compatibles avec les principes juridiques admis et avec l'esprit des lois existantes, sans même qu'il y ait lieu de se référer par avance aux textes qui sont en cours d'étude au Parlement.

Cette adaptation pourrait être envisagée de la façon suivante :

A. En cas de maladie contagieuse : *droit au bénéfice de la présomption d'origine (dans les conditions précisées ci-dessus en ce qui concerne la nature de ces maladies et leurs conditions d'apparition) chaque fois que l'enquête établirait que le médecin a été en contact avec un sujet atteint de cette maladie visité à un titre administratif quelconque.*

B. En cas d'accident : *bénéfice de cette présomption du simple fait qu'il serait survenu dans l'immeuble habité par l'individu visité au titre administratif et à l'occasion de la visite portée sur les pièces officielles.*

Comme on le voit, il ne s'agit nullement d'un droit à présomption d'origine inhérent à nos fonctions mêmes de médecins chargés de services publics, de médecins de l'Assistance par exemple. Nous ne songeons nullement à demander que tout accident ou maladie survenus pendant la période de notre vie, où nous exerçons ces fonctions soit, de ce seul fait, à la charge de l'Administration à défaut de preuve contraire. Cette présomption intégrale ne serait possible que dans les cas où le médecin appartiendrait à une collectivité fermée, l'ayant déclaré sain après contrôle de cet état, le conservant ensuite en surveillance et en direction exclusives comme pour le soldat (nous ne voyons pas d'exemple d'un tel cas).

Le droit à la présomption, dont nous venons de nous réclamer, comporte au contraire la réunion nécessaire de plusieurs éléments. Pour l'accident : circonstance de lieu (immeuble habité par l'individu visité au titre administratif) et circonstance de temps (lors de la présence dans cet immeuble aux fins de visite faite au nom de l'Administration).

Dans les maladies : circonstance de fait (acte médical administratif exécuté auprès d'un contagieux au titre de la fonction administrative) et circonstance de temps (éclosion de cette maladie dans une période comprise entre les limites classiquement admises comme correspondant à l'incubation de la même maladie aiguë contagieuse pour laquelle le médecin est intervenu auprès du malade au nom de l'Administration. Il ne semble d'ailleurs pas pouvoir être question des autres espèces de maladies, pour lesquelles la loi militaire n'a admis un droit éventuel à indemnisation qu'en raison des circonstances tout à fait spéciales, sur lesquelles nous n'avons pas à revenir à nouveau.

***

Le droit à la présomption d'origine étant ainsi établi et délimité, nous pourrions réclamer le droit à :

1° Des soins gratuits avec allocation journalière pour notre famille pendant toute la durée de notre indisponibilité.

2° Une pension d'invalidité avec échelonnement de 10 % en 10 % jusqu'à 100 % ;

3° Des allocations pour nos veuves et orphelins.

Mais sur quelles bases seraient établies ces pensions et allocations ? Les indemnités, dont bénéficient les médecins chargés de services publics (même quand ils reçoivent des honoraires spéciaux comme ceux de l'A. M. G.) ne sauraient suffire à assurer leur existence, même dans les conditions de la plus lacédémonienne médiocrité. Le dommage subi par eux et les leurs du fait de la maladie ou de l'accident subi au cours de ces fonctions et arrêtant toute activité ne saurait donc en bonne justice être calculé d'après leur rémunération, comme il est évalué, pour les ouvriers et les fonctionnaires, d'après les sommes (salaires ou appointements) qu'ils touchent annuellement pour leur travail ou leurs fonctions.

Le rapporteur de la loi Durafour a, d'ailleurs, fort judicieusement insisté sur le fait que « *les rapports entre médecins et Commissions administratives sont différents de ceux existant entre patrons et ouvriers et que la faible indemnité reçue ne correspond pas à la somme, qui serait légitimement due s'il y avait salaire* (1). »

(1) Dans le cas des Internes des Hôpitaux de Paris les bases de la réparation ont été fixées d'après un

Il nous semble que nous pourrions chercher la solution du problème dans l'application du principe qui a servi de base pour l'application de la loi du 31 mars 1919 : *fixation du taux des réparations d'après la somme minimum nécessaire à l'existence.* Cette somme devrait évidemment être établie d'après le standard moyen des individus de même catégorie sociale. Pratiquement on s'appuierait, par exemple, sur ce que l'Etat accorde à ses vieux serviteurs et nous pourrions demander que nos pensions d'invalidité soient réglées d'après la partie des tableaux annexés à la loi du 31 mars 1919, complétés par les lois subséquentes, concernant les officiers du Service de Santé, dont l'âge moyen et la place occupée dans la hiérarchie seraient sensiblement comparables à ce que sont dans la médecine civile les médecins chargés de services publics. L'assimilation, qui nous paraît équitable, serait celle qui serait faite avec les médecins majors de 1re classe du dernier échelon.

Cette assimilation amènerait au chiffre de 9.850 francs (1) pour une invalidité de 100 % ; il se rapproche de celui, auquel aboutirait, d'après une interview de M. Durafour, parue dans la grande presse, le projet déposé au Parlement concernant l'extension aux travailleurs intellectuels de la loi sur les accidents du travail. L'auteur de ce projet admet, en effet, 50.000 francs comme base forfaitaire de traitement et l'application à ce chiffre des dispositions de la loi de 1898 aboutirait à une rente de 9.708 fr. pour une invalidité de 100 %. Dans ces mêmes conditions une veuve toucherait une rente de 2.912 fr., alors que la pension de veuve au taux exceptionnel (décès du fait de blessure ou accident en service) est, d'après la loi sur les Pensions militaires, de 3.300 francs (2).

Au demeurant ce mode d'appréciation ne nous apparaît pas comme devant s'imposer nécessairement et d'autres pourraient éventuellement être envisagés. En le proposant nous avons seulement pour but de fournir des éléments permettant d'éviter que les discussions futures ne manquent de bases concrètes et, de ce fait, ne s'égarent dans des supputations fantaisistes susceptibles d'entraver la bonne marche.

***

Il n'entre pas dans le cadre de cette rapide étude générale de préciser les répercussions budgétaires éventuelles et, par suite, l'assiette financière des propositions auxquelles nous avons abouti. Nous savons, d'ailleurs, d'après ce qui s'est passé pour les Assurances sociales, que les questions de cet ordre ne constituent pas un élément fondamental de nature à retenir éventuellement le Parlement quand un grand principe est en jeu.

Nous estimons d'ailleurs que relativement rares seraient les cas où l'ensemble de ces dispositions aurait à jouer dans toute son ampleur : la juste réparation, que nous désirons pour les médecins serviteurs de la collectivité devenus malades ou invalides lors de son service, ne comporterait donc vraisemblablement qu'une dépense peu importante !

E. CONTET.

salaire fictif de 8.000 francs (somme à laquelle correspondra l'indemnisation de l'invalidité totale), ce qui paraît équitable, étant donné le caractère spécial que représentent les sommes perçues par les Internes, qui ne sont pas des *agents du personnel*, comme le faisait remarquer le Rapporteur du conseil de Surveillance mais des *élèves*.

(1) Cette somme se décompose en : 6 250 francs (portés au tableau primitif de la loi), 1 000 fr. (indemnité n° 3 aux grands mutilés (loi de Finances du 31 décembre 1921), 24.00 fr. (majoration de 100 % sur le taux de soldat (2.400 fr.) (loi de Finances de 1926).

(2) La somme de 3.300 fr. se décompose en : 2.500 fr. (portés au tableau primitif de la loi) et 800 fr. (majoration de 100 % sur la pension de veuve de soldats (800 fr.) (loi de Finances de 1926).

LE DINER D'AUTOMNE DE L'U.M.F.I.A.

5 *décembre* 1927

Les vieux cadres menaçant de craquer de toutes parts sous la poussée considérablement accrue des convives du dîner de l'UMFIA, force fut à ses dirigeants de trouver un local qui pût convenir à la fois à un repas qui grouperait près de 600 commensaux et à une grandiose réception suivie d'un bal pour les invités qui accourraient se joindre à eux. Et c'est ainsi qu'à Magic City, nous nous retrouvâmes groupés autour de 36 tables de douze couverts chacune, encadrées par une table d'honneur de 120 personnes, entourant S. E. ANGEL DE GALHARDO, président d'honneur et le docteur TUFFIER, membre de l'Académie de médecine, ancien président du Congrès de chirurgie, président, ayant à leurs côtés M. G. LEYGUES, Ministre de la Marine ; S. E. ALVAREZ DE TOLEDO, ambassadeur de la République Argentine, plus de 20 représentants du corps diplomatique franco-ibéro-américain, de très nombreux professeurs de la Faculté de médecine de Paris et des Facultés étrangères, des agrégés, des médecins et chirurgiens des hôpitaux, des médecins inspecteurs de l'armée

de très nombreux membres de la presse médicale et profane.

Les dames avaient répondu avec empressement aux invitations qui leur avaient été adressées, et donnèrent à la manifestation automnale un cachet de charme et de féminité qui fut très goûté.

Le dîner fut rapidement servi, sans précipitation cependant, et tout un chacun eut le loisir de déguster un saumon glacé, une poularde, et un foie gras, qui furent unanimement appréciés. L'heure des toasts ayant sonné, le Dr Berry, secrétaire général adjoint, s'étant excusé de prendre la place de notre ami Molinery, empêché par un deuil très récent, excusa lui-même les absents et souligna en termes heureux l'évènement capital de 1927, le patronage du Ministère des Affaires étrangères, et l'admission dans le sein de l'UMFIA de douze professeurs italiens, recrutés au cours du Congrès international de Rome, en octobre dernier.

Tour à tour, S. E. M. Guani, au nom du corps diplomatique ; S. E. l'ambassadeur de France à Rio-de-Janeiro ; S. E. l'ambassadeur du Paraguay ; M. le professeur H. Roger, au nom de la Faculté de médecine ; M. Gley, au nom de l'Académie de médecine ; M. le professeur Cuellar, au nom de la Bolivie ; M. le professeur Hartmann, au nom de l'A. D. R. M. ; M. le professeur Loeper, au nom de l'Association de la Presse médicale française, rendirent hommage aux efforts des directeurs de l'UMFIA, et admirèrent sans réserve les résultats obtenus.

Dartigues, l'hôte particulièrement admiré de la réception, toute chaleur, tout enthousiasme maître d'une langue particulièrement savoureuse, richement colorée et délicatement nuancée, brossa une large fresque, montrant l'idéal auquel il était si puissamment attaché, qu'il avait poursuivi inlassablement, et qu'il était enfin fier d'avoir atteint. Il rendit hommage aux assistants de marque qui avaient répondu à son appel, et fit acclamer le nom du professeur Tuffier, un précurseur et un pionnier de la science française, l'un des premiers qui, avant la guerre, partirent aux Amériques pour faire connaître les doctrines et les techniques dont ils se prévalent à juste titre.

Dartigues termina sur une envolée prestigieuse, énoncée d'une voix qui ne puisait son amplification qu'en elle-même, sans avoir recours à aucun haut-parleur, et qui fut saluée d'un tonnerre d'applaudissements, d'abord déréglés, puis scandés dans le plus triomphal des bans.

Le Dr Tuffiier, en termes choisis et élevés, rendit grâce à l'UMFIA, d'avoir contribué à supprimer l'Atlantique et rapproché les unes des autres les races latines. Il évoqua le souvenir des grands conquistadors du XVe siècle, et leur compara les Umfistes, qui vont à leur tour conquérir, et la science, et les âmes et les cœurs. Il fit réacclamer Dartigues, et recueillit également une ample et méritée moisson de bravos.

S. E. Angel de Galhardo, diplomate éminent, savant distingué, botaniste, biologiste, entomologiste, leva, pour terminer la série des toasts son verre à la Science pacificatrice.

Et la soirée se continua, jusqu'à une heure avancée de la nuit, par un bal tout vibrant de jeunesse trépidante, aux accents d'un jazz endiablé, sous les couleurs entremêlées de toutes ces nations latines, formées aux mêmes sources, et animées d'un même idéal de justice et de liberté.

G. D.

AUTOUR DES THÉATRES

Léopold le Bien-Aimé. — C'est jeune !

Caractéristique sensationnelle : on peut aller, en ce moment les yeux fermés frapper à la porte de presque tous les théâtres, dès qu'on les ouvre pour regarder la scène et pour écouter les auteurs, on est à peu près certain de passer une agréable soirée : je n'irai pas jusqu'à dire que c'est à M. Louis Verneuil, grâce à ses rapports avec la critique, qu'on le doit, car il la malmène fort, « la pôvre » et bien à tort, car elle ne mérite le plus souvent ni cet excès d'honneur, ni cette indignité, mais c'est en grande partie tout de même à M. Louis Verneuil parce que la tradition s'établit que si plusieurs de ses pièces n'étaient pas jouées en même temps, tous les soirs, dans plusieurs théâtres de Paris, le public aurait beaucoup moins de chances en frappant à la porte de n'importe quel théâtre, de frapper à coup sûr.

Toujours est-il que me voici, et à mon grand regret, car j'ai ouï dire que c'était une fort agréable pièce, bien empêché de rendre compte de *Satan*, de M. Louis Verneuil, qui tient l'affiche au Théâtre Antoine, puisqu'après tant d'autres, j'ai été mis en pénitence « parce que critique ». La vie a parfois ainsi des passages cruels... souvent aussi, pour les optimistes et les gens de bonne volonté la roue tourne.... Espérons !

Et maintenant que j'ai présenté cette grande querelle qui a fait couler tant d'encre d'imprimerie sous sa forme la plus propre à l'apaisement,

j'arrive à la belle pièce de M. Jean Sarment à la Comédie des Champs-Elysées : *Léopold le Bien-Aimé*, jouée par M. Louis Jouvet, aussi avisé directeur qu'excellent acteur et par l'auteur lui-même.

Léopold, type excentrique d'un homme qui a vécu longtemps aux Colonies, misogyne d'humeur fantasque et de ton bourru, pêche dans une barque pendant que son frère l'abbé pêche lui-même sur la rive ; si Léopold a horreur de toutes les femmes, c'est que depuis vingt ans il souffre de n'avoir pas épousé Thérèse qu'il aimait, à laquelle il a écrit sans obtenir la moindre réponse, ce qui l'a déterminé à s'expatrier.

S'intéressant à la pêche, un passant, M. Ponce, employé des postes, prend part à la conversation et raconte, à propos de lettres égarées, qu'il a la manie de conserver — malgré le réglement qui ordonne de les brûler toutes — 5 à 6 lettres par an parmi celles tombées en rebut et qu'il les collectionne, et il cite le cas de deux de ces lettres, l'une expédiée à un certain Pierre et se terminant par ces mots : « Je vous supplie de ne plus m'importuner ainsi. Antoinette » ; l'autre adressée à un nommé Léopold dans laquelle on s'excuse d'avoir laissé ses lettres sans réponse en donnant un rendez-vous en face du Panthéon est signée Marie-Thérèse.

A ces mots, Léopold change subitement d'attitude : à la pensée que celle pour laquelle il a tant souffert dans son amour-propre a elle-même subi le même sort par une attente vaine, il se trouve subitement consolé et heureux, il reprend goût à la vie et c'est, dans sa maison de campagne, un homme transformé et exubérant que nous retrouvons ; il attend Marie-Thérèse qu'il a invitée pour quelques jours. Celle-ci, qui vient de perdre son mari et ses enfants, est encore sous l'empire de son chagrin, mais c'est avec bonheur qu'elle retrouve son camarade de jeunesse pour lequel, sans se l'avouer, elle éprouve un sentiment plus fort qu'une simple amitié.

Léopold s'excuse de l'avoir fait souffrir, il affecte de n'avoir pas attaché d'importance à cette bagatelle de jeunesse et plaint son amie : il parle de la fameuse lettre restée sans réponse mais Marie-Thérèse ne comprend ni ne se souvient. Huit jours passent, Léopold, grisé par la joie de se sentir aimé, flirte outrageusement avec les autres femmes de son entourage, au grand émoi de son frère l'abbé, qui s'efforce en vain de le calmer et voici que Marie-Thèrèse va repartir. Elle souffre de quitter l'ami retrouvé quoi qu'il n'ait pas su réprimer le besoin d'être cruel en lui faisant sentir que les années ont passé sur elle et qu'elle n'est plus celle qui avait su l'attirer dans sa jeunesse. Survient alors M. Ponce auquel Léopold a l'idée de demander la fameuse lettre : coup de théâtre, le billet signé Marie-Thérèse et adressé à Léopold est celui terminé par : « Je vous supplie de ne plus m'importuner ». Rage de Léopold qui souffre d'être vraiment celui qui a été bafoué et reproche amèrement à Marie-Thérèse cette lettre vieille de vingt ans. Il faut l'intervention de l'abbé pour que tout s'arrange et finisse par un mariage.

Au Théâtre des Arts « *C'est jeune* », de M. Léon Ruth.

Certes ! ces trois actes ne sont ni compliqués, ni passionnants au point de troubler le sommeil. Il s'agit tout simplement d'une aventure de petits jeunes gens dont l'imagination naïve, mais exaltée, fait tous les frais. C'est gentil, adroitement construit, et l'on s'intéresse à cette jeune Cécile de quinze ans, qui a fait d'Octave Feuillet, son directeur de conscience, ainsi qu'à son cousin Marcel, un bon petit garçon de seize printemps qui, lui, lit Zola et, malgré son ignorance de la vie, se croit un homme parce que sans autre mentor qu'une grand'mère gâteau, il use déjà de liberté...

L'aventure se passe à la campagne chez les parents de Cécile, un excellent papa qui, ne rêvant que tranquillité, veut ne pas « s'en faire » et calme sans se lasser la non moins excellente maman qui, elle voit « la petite bête » partout ?

Cousin et cousine qui ne se connaissaient pas après s'être regardés de côté, se rapprochent et se familiarisent, on cause de ceci, de cela, on parle de l'amour comme si l'on savait ce que c'est que l'Amour, parce que, en lisant, on s'est farci d'idées romanesques — ce qui arrive à tout âge — Bref on s'éprend l'un de l'autre... On se le dit... on se le prouve... Un baiser... deux, peut-être... Oh ! tout est perdu !... mais non.. le bon petit cousin Marcel réparera — il connaît son devoir — en demandant en mariage la cousine qu'il a compromise et il s'exécute. Devant cette attitude fantaisiste autant qu'inattendue — elle a 15 ans, lui, 16, ne l'oublions pas — les parents haussent les épaules...

Et le rideau tombe sur cette solution — évidemment provisoire — de l'aventure... Mais l'auteur qui a de l'étoffe n'en restera pas là sans doute — avec le temps, que n'arrive-t-il pas ? Et, quelque jour, M. Léon Ruth nous donnera une suite....

Dr G. POLÈME.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée Générale ordinaire.

20 *Novembre* 1927.

M. le président MAURAT, entouré de M. FLEURY, actuaire, et des membres du Conseil d'administration, ouvre la séance à trois heures.

Il constate que la convocation a été faite dans le n° 40 du *Concours médical* (2 octobre) et que les rapports du secrétaire général et du trésorier ont été publiés dans le même numéro, qu'enfin un tirage à part de cette convocation et de ces rapports a été envoyé aux sociétaires non abonnés au journal.

Les formalités statutaires ayant été remplies, il déclare que l'Assemblée générale est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

Sur l'invitation du président, M. le Dr MIGNON, secrétaire général, donne lecture de son rapport (1) ; il y ajoute quelques observations et insiste particulièrement sur la nécessité de la propagande près des jeunes médecins.

L'Assemblée générale donne son approbation à ce rapport.

M. le Dr GASSOT, trésorier, donne ensuite lecture de son rapport (1) sur l'exercice 1926 et, le commentant, montre l'excellence de la situation financière de la Mutualité Familiale.

En l'absence des commissaires aux comptes, M. le Dr GARRIGUES donne lecture de leur rapport :

Réunion des commissaires aux comptes de la Mutualité familiale en date du 13 *octobre* 1927.

Présents : MM. les Drs Arago, Serfaty et Haton.
Excusés : MM. les Drs Leulier et Philippet.

Messieurs,

Les commissaires soussignés, après examen des comptes des diverses combinaisons de la Mutualité familiale, ont procédé à la vérification du portefeuille.

Ils ont reconnu la parfaite régularité et la clarté des écritures.

Les Commissaires proposent à l'Assemblée générale d'approuver ces comptes et de renouveler une fois de plus, en tenant particulièrement à les amplifier, des remerciements et des éloges au trésorier, M. le Dr Gassot, qui s'est montré digne de notre plus vive reconnaissance pour son entier dévouement à la Mutualité familiale.

Signé: ARAGO, SERFATY et HATON.

(1) Voir les rapports dans le *Concours médical*, pages 2588 et suivantes.

Personne ne demandant la parole, le président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1926.

Elle est votée à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle l'élection, pour six années, de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de :

Mlle Dr HAMILTON, de Bordeaux, *vice-présidente*.
MM. Dr H. MIGNON, *secrétaire général*.
Dr L. GASSOT, *trésorier adjoint*.
Dr DUCHESNE,
Dr MAZEROUX, *membres*.

Tous sortants et rééligibles.

Par acclamations ils sont réélus.

L'ordre du jour appelle l'élection, pour deux années, de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. les docteurs ARAGO, HATON et LEULIER, sortants et non rééligibles.

L'Assemblée générale nomme commissaires pour deux années :

MM. les docteurs :
GARRIGUES, de Paris.
FISCHER, de Paris.
DELTHIL, de Briare (Loiret).

L'Assemblée réélit ensuite comme membres du Conseil d'arbitrage pour l'année 1928 :

MM. les docteurs ARAGO, KOUINDJY, M. MIGNON et FRAENKEL.

M. FLEURY, actuaire, tient à signaler à l'attention de l'Assemblée générale le très grand intérêt que présente le travail de M. le Dr MIGNON sur la morbidité médicale pendant les trente premières années de fonctionnement de la Mutualité familiale.

Il a pris connaissance des bonnes feuilles de ce travail qui sera, jusqu'à présent, unique en son genre.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, P. BOUDIN.

Le Président, A. MAURAT,

LE CENTENAIRE DE VILLEMIN A NANCY

Les cérémonies du centenaire de Villemin, commencées dans le village lorrain de Prey où il naquit le 24 janvier 1827, continuées au Val-de-Grâce où il professa, se sont terminées le 10 novembre dernier à Nancy où l'hôpital spécial pour tuberculeux et le dispensaire antituberculeux portent son nom. Une plaque érigée « à la mémoire de Villemin Jean-Antoine, médecin inspecteur de l'armée, professeur au Val-de-Grâce » et rappelant que « la Science et l'Humanité lui doivent la découverte de l'inoculabilité et la contagiosité de la tuberculose », y a été solennellement remise à la Commission des hospices de Nancy.

La cérémonie, placée sous la présidence effective de M. le médecin inspecteur Savornin, directeur du service de santé de l'armée au Ministère de la guerre, qu'accompagnaient ses adjoints MM. les médecins principaux Levy et Carayon, avait réuni dans la galerie couverte de l'hôpital-sanatorium Villemin, outre M. le Doyen Spillmann et la plupart des professeurs de la Faculté de médecine, MM. Roblot, secrétaire général de la Préfecture de Meurthe-et-Moselle ; Houot, premier adjoint au maire ; le général Penet, commandant le 20e C. A. ; le recteur Adam; le médecin-inspecteur Saint-Paul, et de nombreux médecins militaires de Nancy et de la région ; le doyen Bruntz, de la Faculté de pharmacie ; M. Guinier, directeur de l'Ecole forestière ; M. Gauguery, directeur des services administratifs des hospices civils de Nancy ; Mme la Supérieure de l'hôpital Villemin ; des délégations des élèves de l'Ecole de santé militaire et de l'Ecole régionale d'infirmières, de nombreux étudiants en médecine.

M. le Doyen Spillmann prit le premier la parole ; il indiqua dans quelles conditions fut décidée à Nancy, il y a 23 ans, sous l'inspiration de MM. le doyen Gross et le professeur Bernheim, la construction d'un hôpital pour tuberculeux ; en raison des liens qui rattachent Villemin à la Lorraine et à Nancy il était tout naturel que cet hôpital portât son nom.

Cet établissement placé sous l'égide de l'ancien professeur au Val-de-Grâce fut d'ailleurs utilisé, à peine terminé, au cours de la dernière guerre, comme hôpital de contagieux ; et c'est pour M. le doyen Spillmann l'occasion de rappeler le rôle qu'y joua alors le regretté professeur Haushalter. Après avoir salué M. le médecin inspecteur Savornin, M. le doyen Spillmann confie la garde de la plaque commémorative à la Commission des hospices, représentée par M. le professeur Weiss, dont M. Spillmann exalte les brillants services pendant la dernière guerre.

M. le recteur Adam, parlant au nom de l'Université de Nancy, signale que dès l'inauguration du monument Villemin à Bruyères en 1894, l'Université et la Faculté de médecine de Nancy tinrent à s'y faire représenter. M. le recteur évoque à ce propos le souvenir des professeurs Paul Spillmann, Bernheim, Hergott, les efforts de MM. Paul Spillmann et Gross pour doter Nancy du sanatorium de Lay-Saint-Christophe et de l'hôpital Villemin ; et il associe l'Université de Nancy à l'hommage aujourd'hui rendu à Villemin.

M. le professeur Weiss reçoit le monument commémoratif au nom de la Commission des hospices. Saluant M. le médecin inspecteur Savornin, M. Weiss célèbre l'attachement qui unit médecins militaires et civils et aussi le rôle de l'école du Val-de-Grâce, véritable pépinière de savants, il dit tout l'honneur que ressent la Commission des hospices d'être la dépositaire de la plaque rappelant le souvenir de Villemin.

M. le médecin inspecteur Savornin déclare qu'il convenait qu'un hommage particulier fût rendu à Villemin, fils d'un laboureur de Prey, dans la ville natale de Drouot, fils d'un boulanger nancéien ; c'est par un heureux parallèle entre le « Sage de la Grande Armée » et le savant dont on célèbre aujourd'hui la mémoire que M. Savornin commence son allocution. Il dit ensuite combien Nancy et le département de Meurthe-et-Moselle peuvent être cités en exemple sous le rapport de l'hygiène sociale ; il semble qu'en Lorraine où toujours la vie fut en danger, on sente mieux le prix d'une seule existence arrachée à la mort. Après une allusion à l'attribution récente de la Croix de guerre à l'Université de Nancy, M. Savornin exalte la mémoire des professeurs Tourdes, Bernheim, Heydenreich et des disparus d'hier : MM. les professeurs Haushalter, Vautrin, Hergott et Gross, « images des vertus médicales et professorales », dont la génération actuelle continue les efforts.

Il se félicite lui aussi de l'union entre médecins civils et militaires ; « c'est, dit-il en terminant, une seule grande famille médicale française, animée d'un même esprit de solidarité ».

Au cours de son séjour à Nancy, M. le médecin inspecteur Savornin a en outre visité la Faculté de médecine, divers établissements des hospices civils de Nancy au nombre desquels les hôpitaux Fournier et Haringer, l'hôpital et le dispensaire Villemin, enfin l'hôpital militaire Sédillot, qu'il inspecta en détails sous la conduite du médecin chef, M. le médecin principal Du Roselle.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE DES MÉDECINS

_A. P. I. M._

ENQUÊTE (C)

sur

L'ASSURANCE-MALADIE

principalement au point de vue médical et ses diverses modalités en chaque pays

2° Justification et contrôle des frais médicaux et de l'action médicale. Opinion des médecins à ce sujet.

(*Suite*)

Hongrie. — Aucune participation au Corps médical ni dans la caisse nationale, ni dans les caisses de district.

Lettonie. — Le Corps médical ne participe en aucune façon à l'administration, ni à la gestion des caisses et il n'intervient pas dans l'emploi ni dans la répartition des réserves. Par contre, il intervient dans les organisations de soins à domicile, à l'hôpital, dans les sanatoria et les différents milieux de cure — mais seulement avec voix *consultative*.

Norvège. — Le Corps médical n'intervient en rien dans le fonctionnement des caisses avec lesquelles il n'a aucun rapport à avoir puisqu'il est payé directement par le malade.

Pologne. — Aucune participation dans la gestion des caisses ni dans les organisations de soins.

Tchékoslovaquie. — Aucune participation dans la gestion des caisses, ni dans les organisations de soins. Dans ce dernier cas, les assurances ont recours aux avis de compétences, choisies à leur gré. « Le Corps médical s'efforce de pouvoir y participer effectivement mais tout effort des médecins, à cet égard, se heurte à une résistance ferme des assurés qui sont protégés par les partis politiques et qui gardent jalousement le système actuel qui fait d'eux les seuls propriétaires des assurances. »

U. R. S. S. — Toute l'organisation des secours médicaux dépend entièrement du Commissariat de la santé publique, sous le contrôle des organes d'assurance. Les délégués sont nommés par le Commissariat de la santé. « De plus les délégués professionnels sont en même temps les délégués des syndicats médicaux puisque ceux-ci font partie de l'Union générale des syndicats. Le Corps médical lutte pour son indépendance complète dans l'œuvre des secours médicaux aux assurés. »

Yougoslavie. — Aucune participation dans la gestion des caisses ni dans les organisations de soins.

E. — Opinion du corps médical de chaque pays sur l'assurance-maladie.

a) **Tableau d'ensemble.**

D'APRÈS L'AVIS DES MÉDECINS

L'ASSURANCE-MALADIE DONNE-T-ELLE, EN GÉNÉRAL, SATISFACTION

AUX ASSURÉS		AUX MÉDECINS	
OUI avec certaines restrictions.	NON	OUI avec certaines restrictions.	NON
ALLEMAGNE	LETTONIE	BULGARIE	ALLEMAGNE
BULGARIE	NORVÈGE	DANEMARK	LETTONIE
DANEMARK	TCHÉKOSLOVAQUIE	FRANCE : Alsace et Lorraine	NORVÈGE
FRANCE (Alsace et Lorraine)		GRANDE-BRETAGNE	TCHÉKOSLOVAQUIE
GRANDE-BRETAGNE		HOLLANDE	
HOLLANDE		U. R. S. S.	
U. R. S. S.			

b) Détails par nations.

Allemagne. — De l'avis des médecins, en général, la loi d'assurance donne satisfaction aux assurés mais pas aux médecins.

a) Les *assurés* réclament cependant des prestations toujours plus étendues, des indemnités journalières de maladie plus élevées, l'amélioration des soins aux malades, etc... Il faut y voir, en partie, l'influence de tendances politiques et des syndicats ouvriers.

b) Les *médecins* sont contre l'extension de la limite de l'assurance et pour une réduction du nombre des assurés. Ils réclament des garanties contre l'assurance continuée « *facultative* » de personnes que leur situation sociale met en dehors du cadre de l'assurance-maladie. Ils demandent enfin que le contrôle soit assuré par le Corps médical.

Voici les *modifications* souhaitées par les médecins :

1° Liberté de la profession ; groupement obligatoire de *tous* les médecins dans les différentes associations professionnelles ;

2° Le libre choix étant supposé acquis, le paiement forfaitaire pourrait se discuter — à condition que le montant en soit fixé sur la foi de documents indiscutables ;

3° Sinon, le paiement à l'acte médical au prix minimum du tarif officiel est d'ores et déjà garanti;

4° Il n'est pas indispensable que les médecins soient représentés dans les organismes de surveillance, si leur participation à l'administration des caisses est garantie ;

5° La jurisprudence en matière de questions professionnelles n'est pas encore complète, mais ce qui est fait jusqu'à présent est dans la ligne juste ;

6° Modification dans les rapports entre les médecins et l'Etat. Influence plus grande sur l'administration des caisses en tant qu'il s'agit de questions purement médicales.

Conséquences des assurances sociales : « A en juger d'après les expériences passées, la législation sociale a eu des conséquences redoutables malgré ses grands mérites. Souvent les caisses ont atteint une puissance dont elles ont abusé au point de vue politique et elles ont souvent fait du tort à l'autorité de l'Etat. La santé morale du peuple en a pâti jusqu'à un certain point et, de son côté, la valeur scientifique du Corps médical s'en est ressentie. Dans l'idée des médecins, cette situation est due, en premier lieu au fait que la législation, en Allemagne, a fortement dépassé le cadre qui lui avait été fixé, à l'origine. »

Bulgarie. — La loi sur les assurances sociales au début était regardée avec méfiance de la part des différentes catégories assurées et des médecins. Mais quand ouvriers et employés furent renseignés et virent quel bénéfice ils tirent des assurances avec un petit apport, ils ont désiré, eux-mêmes, d'être assurés.

Les médecins également, au début, conçurent des craintes au sujet de leur clientèle, mais aujourd'hui, le point de vue a changé complètement. La clientèle pauvre qui allait auparavant dans les hôpitaux gratuits de la ville, va aujourd'hui dans les cabinets des médecins.

Les *assurés* demandent que :

a) Les indemnités journalières de maladie soient augmentées ;

b) Qu'ils ne soient plus obligés de payer la cotisation hebdomadaire ;

c) Que leurs familles soient comprises dans les assurances.

Les *médecins* demandent :

a) Que le libre choix du médecin soit maintenu.

b) Que liberté soit laissée au médecin de traiter le malade comme il l'entend et aussi longtemps que son état l'exige ;

c) Que leurs honoraires soient payés aussitôt la maladie terminée, ou, tout au moins, dès le début du mois suivant ;

d) Que ces honoraires soient suffisamment augmentés ;

e) Que les postes d'inspecteurs leur soient donnés ;

f) Qu'il soit institué des tribunaux professionnels ;

g) Qu'un médecin soit à la tête du service médical des assurances sociales.

Danemark. — La loi assurance-maladie, entièrement *facultative* et sans obligation d'aucune sorte, donne, en général, satisfaction, à la fois aux assurés et aux médecins.

Basée sur le principe de « aide-toi, le ciel t'aidera », elle fait appel à la conscience civique en appelant chacun aux responsabilités d'une vie collective nationale par solidarité dans la liberté.

Au sujet de l'influence des médecins, nous avons à remarquer que :

a) Tous les services et prestations des caisses (il y en a 1646, variant de quelques centaines de membres à la plus grande qui est de 90.000) sont fournis sur la seule indication du médecin traitant, sans que la caisse s'en mêle.

b) Aucune institution supérieure, aucun contrôleur même médecin ;

c) Tout le système est basé sur la haute moralité du Corps médical et le sentiment de sa responsabilité vis-à-vis de l'économie des caisses de maladie..... Mais aussi, l'Association générale des médecins danois comprend presque tous les médecins du pays. D'ailleurs, les caisses s'engagent à ne demander les services que des seuls médecins membres de l'association qui, de plus, a dans son sein des tribunaux professionnels jugeant tous les différends dans lesquels un médecin serait partie.

Opinion des médecins :

a) Ils se rendent compte de la valeur morale des caisses pour la population et de tous les services qu'elles rendent ;

b) Ces caisses « offrent aux médecins le meilleur exercice de leurs fonctions ». Le praticien peut faire autant de visites et ordonner autant de médicaments qu'il juge utile, même chez les pauvres, sans être limité par la question d'argent ;

c) Les honoraires étant payés par les caisses, plus de débiteurs douteux, pas de notes à envoyer et argent touché au trimestre ;

d) La caisse payant elle-même, le médecin est appelé davantage. Lorsqu'il y eut conflit (en 1924) dans la province de Jylland, pendant un an, il y eut paiement direct..... et les médecins perdirent à cela environ un million et demi de couronnes ;

e) Il y aurait une certaine tendance, dans les milieux patronaux des caisses, à vouloir baisser les honoraires. Mais si les médecins étaient mécontents, ce serait la ruine de ces caisses, le système actuel, si peu coûteux, s'écroulerait.....

f) Le Corps médical est satisfait de la liberté complète du choix des médecins, sans aucune catégorie entre eux ;

g) Il constate également, avec satisfaction, que ce système assure la prophylaxie des maladies.

France (*Alsace-et-Lorraine*). — La loi assurance-maladie donne satisfaction, en général, aux assurés et aux médecins, mais partiellement et voici leurs desiderata :

Les *assurés* désireraient ne rien avoir à débourser.

Les *médecins* désirent :

a) Le respect absolu du secret professionnel ;

b) Le paiement à l'acte médical avec participation de l'intéressé aux frais ;

c) Le paiement à l'acte médical basé sur le taux du tarif des accidents du travail ;

d) La participation du syndicat au contrôle ;

e) La participation, non seulement aux juridictions professionnelles qu'ils possèdent déjà, mais aussi à la gestion des caisses.

Grande-Bretagne. — De façon générale, il apparaît que ce système donne à la fois, satisfactions aux assurés et aux médecins.

Une Commission royale, qui a délibéré à ce sujet pendant une année environ, a conclu, en 1926, très favorablement sur l'ensemble, a déclaré le système devenu plus solide et a recommandé l'extension du service médical, ainsi qu'il est dit ci-dessus, par ordre de priorité :

a) Extension de la liberté d'action du service médical actuellement bornée aux visites à domicile et traitement ; pour avoir le droit de donner un avis, comme expert ; pour envoyer chez le spécialiste les malades qui peuvent sortir ; pour juger de l'impossibilité des malades de sortir de chez eux ; pour employer les services de laboratoire ;

b) Mesures de rappel au respect, de la part des employés des caisses, dans l'exercice des services de maladie ou d'incapacité ;

c) Amélioration des mesures pour les temps de grossesse ou l'accouchement chez les femmes d'assurés ou chez les assurées ;

d) Mesures à prendre pour les soins dentaires considérés comme un service normal.

Quant au *Corps médical* lui-même, voici ce qu'il désire :

a) Trop d'extension prise par les caisses pour le contrôle des certificats d'incapacité de travail. Règlements actuels désagréables pour le praticien et établis plutôt en vue de sauvegarder les finances des sociétés approuvées que de s'inquiéter des coutumes, des convenances du Corps médical ;

b) Suppression de la procédure actuelle de tribunaux spéciaux, en vue des questions concernant le médecin dans la loi d'assurance et suivre la jurisprudence normale, ordinaire ;

c) Suppression du droit du Ministre de ne pas tenir compte, à l'occasion de l'avis du tribunal disciplinaire spécial, au sujet d'un médecin ;

a) *Statu quo* dans le mode de paiement des honoraires (à l'abonnement) ;

e) Honoraires à augmenter dès que la situation économique du pays le permettra ;

f) *Statu quo* dans la participation du Corps médical au contrôle ;

g) Ne demande. également aucune extension à sa participation actuelle à la gestion des caisses.

Hollande. — La loi actuelle d'assurance-accidents donne satisfaction aux assurés et aux médecins, sauf, pour ces derniers, au sujet du montant des honoraires qui pourrait être un peu majoré. Quant au projet de loi assurance-maladie, il est impossible d'en rien dire encore à l'heure actuelle.

Lettonie. — L'actuelle loi d'assurance-maladie ne donne satisfaction ni aux assurés, ni aux médecins. Les uns et les autres tout d'abord demandent le libre choix du médecin traitant.

Voici l'*opinion du Corps médical*, en général :

a) Ils demandent plus de liberté professionnelle ;

b) Aucun changement n'est à souhaiter dans le paiement des honoraires par les caisses ;

c) Le taux des honoraires est insuffisant, surtout pour les spécialistes ;

d) Il serait à désirer une participation marquée : aux divers contrôles — aux diverses juridictions — à l'administration et à la gestion des caisses ;

e) Il conviendrait de limiter la participation obligatoire et facultative en se basant sur la valeur maxima du salaire ;

f) La participation des patrons à l'administration et à la gestion des caisses-maladie serait indispensable. Jusqu'ici seuls, les ouvriers et les employés y sont représentés.

Norvège. — Depuis le 4 janvier 1925, la Norvège est au régime, dans la loi assurance-maladie, du *paiement direct* du médecin par le malade, ainsi qu'on l'a vu au cours de cette enquête. Mais c'est contre le gré de la majorité des médecins qui « considèrent cette loi comme faisant partie de l'action officielle menée contre l'Association des médecins norvégiens ». Tout le monde d'ailleurs la considère comme provisoire et on a déjà nommé une Commission d'experts en vue de sa révision. Avec ce paiement direct :

a) Les *assurés* sont mécontents car ils ont perdu leur droit au service médical gratuit ;

b) Les *caisses* sont mécontentes car le travail administratif a augmenté considérablement ;

c) Les *médecins* sont mécontents parce qu'ils ne sont plus assurés de toucher leurs honoraires.

Il est toutefois à noter qu'un grand nombre d'entre eux, par contre, sont partisans du *statu quo*. Celui-ci leur donne une situation plus libre et sans les discussions fréquentes auparavant avec les caisses. Néanmoins, surtout à la campagne, la grande majorité du Corps médical désire que les honoraires soient directement payés par les caisses, comme il en était auparavant.

Tchécoslovaquie. — L'assurance sociale, sous sa forme actuelle légale, ne donne satisfaction ni aux assurés, ni aux médecins.

1° Les *assurés* sont privés de leur personnalité et de leur droit d'hommes par la suppression, pour eux, du droit de choisir le médecin en qui ils ont confiance. De plus, envers eux, l'observation du secret professionnelmédical est aboli... Ils pourraient, de plein droit, demander des modifications à ce sujet, mais l'expérience montre que nous ne pouvons guère attendre un pareil mouvement de leur part ;

2° Quant aux *médecins*, voici en résumé, ce qu'ils désirent :

a) *Liberté* complète dans l'exercice de la médecine avec le *libre choix* pour le malade ;

b) Pas de *forfait*, ce qui est injuste parce qu'ainsi le travail est sur ou sous-estimé le plus souvent. C'est le paiement à l'acte médical qu'il faudrait ;

c) Le médecin est altruiste et consent à des sacrifices pour ceux qui en ont besoin. Mais il déplore d'être obligé, par la loi, à en faire envers des gens parfois plus riches que lui. D'où sa lutte pour la *limite de revenus* pour profiter de la loi d'assurance-maladie ;

d) La loi assurance-maladie peut avoir une grande utilité et une énorme portée sociale, si elle est bien appliquée, surtout en vue de l'hygiène et de la santé du pays. Or, le Corps médical est, en premier lieu, le metteur en œuvre de cette loi et il ne devrait pas être sous la dépendance de l'administration, surtout pour les questions techniques. C'est pourquoi il demande — vainement jusqu'ici — à participer à l'administration des caisses et cela au grand profit non seulement de lui-même mais des assurés et aussi de l'assurance.

e) Les médecins trouvent que, pour le moment, il n'y a pas de meilleur modèle à suivre que le système anglais, avec une section administrative laissée à l'assurance et une section médicale confiée aux Commissions territoriales mixtes où est assurée l'influence des médecins abrités, d'autre part, sous l'égide du Ministère de la santé.

U. R. S. S. — La loi d'assurance donne ici aux assurés beaucoup plus qu'il ne leur est accordé dans les autres pays. Son défaut est de ne pas être étendue à la vieillesse et à l'incapacité permanente partielle. Mais ce ne sont là, ainsi qu'il est dit dans l'exposé de cette loi de 1922, que des défauts provisoires, car l'Etat soviétique n'est pas encore suffisamment riche actuellement pour pouvoir appliquer toutes les formes d'assurances sociales qui figurent en son programme. Les souhaits des assurés et des médecins coïncident, mais leur réalisation est fonction du relèvement économique général de l'Etat.

« Les assurances sociales, aussi complètes que possible, sont absolument nécessaires à l'heure actuelle aussi bien au point de vue économique qu'au point de vue hygiénique. Elles sont à la base du relèvement économique du pays et sont un moyen puissant pour augmenter l'accroissement de la population. En effet, a dans l'U. R. S. S., l'accroissement naturel de la population a atteint actuellement des chiffres records, à côté de ce qui était avant la révolution. En même temps, les assurances sociales, telles qu'elles sont réalisées dans l'U. R. S. S. , libèrent le médecin en faisant de lui un travailleur de la science et en supprimant les relations commerciales avec le malade, toujours pénibles et pouvant aboutir, dans les conditions de l'exercice de la médecine en Occident, et de la lutte pour l'existence, à un mercantilisme humiliant pour le médecin et abaissant le respect dont il jouit dans la société : toutes les formes mercantiles de la médecine telles que les abus pratiqués actuellement par les médecins soignant les « accidentés du travail », « l'indemnité de souffrance », la « dichotomie », etc..... Le médecin prend dans l'Etat un rôle important qui n'est entaché par aucune considération d'ordre commercial.

Paris, le 26 juillet 1927,

Le Secrétaire général
de l'A. P. I. M. :
Dr Fernand DECOURT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Nécrologie.** — M. le Dr GRAVIER, de Brienon-sur-Armençon (Yonne).

— **Clinique thérapeutique chirurgicale, hôpital de Vaugirard** (M. le professeur Pierre DUVAL). — *Programme de l'enseignement.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. : démonstrations opératoires. — Mardi, jeudi, à 10 h. : examen clinique et leçon au lit des malades. — Vendredi, à 11 h. : Leçon du professeur. — Samedi, à 11 h. : Examen radiologique des maladies du tube digestif.

Consultations spéciales. — Mardi, samedi, à 10 h. : Maladies du tube digestif. MM. J.-Ch. Roux, Moutier. — Mercredi, à 10 h. : maladies des voies urinaires, M. Henry. — Jeudi, à 10 h. : maladies des yeux, M. Casteran. — Vendredi, à 10 h. : maladies du nez, des oreilles et de la gorge, M. Miégeville.

— **Réunion générale du Syndicat des médecins biologistes.** — Cette réunion s'est tenue au siège parisien du Groupement des Syndicats de médecins spécialisés, sous la présidence du docteur MOUGNEAU. Le docteur CUVIER, secrétaire, a retracé l'œuvre accomplie dans les premiers mois d'existence du Syndicat et passé en revue les résultats acquis : reconnaissance par le fisc d'une patente spéciale ; rapports avec les divers Syndicats médicaux, avec les collectivités et l'Etat, pour les questions d'ordre général ; création d'un service de recouvrement d'honoraires et de placement d'aides de laboratoires ; réalisation du programme élaboré à Bordeaux par l'Assemblée générale.

Un rapport du docteur Servantie a été discuté et diverses questions de fonctionnement intérieur ont été envisagées.

Le Comité adresse de nouveau un appel à tous les médecins biologistes patentés, particulièrement Parisiens, qui ne se seraient pas encore intéressés à cet utile mouvement de défense professionnelle. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat, 30, place Gambetta, Bordeaux, ou chez les délégués régionaux : 25, rue Custine, pour Paris ; 18, rue des Postes pour Lille ; 16, rue Auguste-Comte, pour Lyon ; 16, rue Dragon, pour Marseille : 17, rue de la Monnaie pour Rennes ; 10, rue de la Commanderie, pour Nancy ; 58, rue Michelet pour Alger.

— **Clinique médicale, hôpital Saint-Antoine** (M. le professeur F. BEZANÇON). — Leçons, le vendredi à 10 h. et demie.

Programme du cours. — Les états dyspnéiques. Séméiologie de la dyspnée. Emphysème, asthme, athme cardiaque, œdème aigu du poumon, dyspnée des cardio-rénaux, des obèses, etc.

Tous les mercredis et samedis, à 10 h. 1/2, au même amphithéâtre, présentation de malades, la séance du mercredi étant réservée à la présentation de malades atteints de tuberculose pulmonaire.

— **Clinique gynécologique Broca.** (M. le professeur J.-L. Faure). — *Programme de l'enseignement.* — Lundi, 10 h., opérations, par M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques. — Mardi, 10 h., opérations après exposé clinique et avec explications opératoires, par le professeur. — Mercredi, 10 h., visite dans les salles et consultation, par le professeur. — Opérations, par M. Chevalier, chef de clinique. — Jeudi, 10 h., consultation, par M. Douay. — Opérations, par M. Bonnet, chef de clinique. — Vendredi, 10 h., leçon clinique avec examen de malades, par le professeur. — 11 h., consultation pour la stérilité (insufflation et injection de lipiodol), par M. Douay. — Samedi, 10 h., grandes opérations, par le professeur.

Consultations : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2, sous la direction de M. Chevalier, chef de service (service de la consultation externe).

— **Hôpital Beaujon.** LABORATOIRE DU DOCTEUR AUBOURG. — *Démonstrations pratiques de radiologie et d'électrologie.* MM. P. AUBOURG, électro-radiologiste de l'hôpital Beaujon, chef de laboratoire ; M. JOLY et W. VIGNAL, électro-radiologistes des hôpitaux, chefs-adjoints ; G. LIEVRE, chef du laboratoire de radiologie de la Faculté ; C. DAVID DE PRADES, Mme S. DELAPLACE, R. GAUILLARD, M. MIGNON et J. QUIVY, assistants d'électro-radiologie ; J. BAUMANN, médecin consultant à Châtel-Guyon.

Tous les jours, de 9 h. à 10 h. 30 : Radiographie des membres (MM. Gauillard et Quivy) ; à 11 h. : Radiodiagnostic des viscères (MM. Aubourg et David de Prades) ; à 12 h. : Interprétation des clichés pris dans la matinée (M. Aubourg). — Le lundi à 10 h. 30 : Rœntgenthérapie superficielle et profonde (MM. Aubourg et Joly), peau, glandes, tumeurs. *Conférence clinique et de rœntgenthérapie sur un malade devant être irradié.* Examen des malades antérieurement traités. — Le mardi à 11 h. : Rayons ultra-violets (Mme S. Delaplace), examen clinique des malades en traitement. — Le mercredi à 10 h. 30 : Radiodiagnostic en oto-rhino-laryngologie (M. David de Prades), M. H.-P. Chatelier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, *exposera l'histoire clinique en parallèle avec les résultats des radiographies.* — Le jeudi à 10 h. 30 : Electrodiagnostic et thérapie (M. Vignal). *Conférence clinique et électrologique, électrodiagnostic.* Examen des malades antérieurement traités. — Le jeudi à 16 h. 30 : Spondylothérapie (méthode d'Abrams) et traitements électriques dans la constipation chronique (MM. Baumann et Quivy). Modes d'applications des méthodes sur les malades en traitement. — Le vendredi à 11 h. : Examens radiologiques (M. Lièvre) malades de la clinique médicale de M. le professeur Achard. — Le samedi à 11 h. : Examen radiologique du poumon (M. Mignon), malades du service de M. le professeur agrégé Debré. *Conférence de radiodiagnostic.*

L'assistance à ces conférences et démonstrations pratiques, réservées aux étudiants et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

gages de ladite compagnie. Par suite, il n'est pas imposable à la contribution des patentes, en qualité de médecin. »

Mais, établissons bien une distinction : ce n'est pas parce qu'il est considéré comme un salarié, que le médecin, visé par l'arrêt précédent, doit être exonéré de la contribution des patentes, mais parce qu'il n'exerce pas la médecine, c'est-à-dire ne prend pas part habituellement et d'une manière suivie au traitement des maladies.

Est donc exempté de la patente le médecin, qui, n'ayant plus de clientèle personnelle, donne d'une façon purement accidentelle des soins à des malades urgents (Conseil d'Etat, 18 juin 1859 ; 22 mars 1895) ; ou le docteur qui, après avoir cessé de pratiquer son art, remplace quelquefois son fils (Conseil d'Etat, 13 mai 1852).

Par contre, est assujetti à la contribution des patentes, le médecin qui exerce sa profession d'une manière normale, mais à titre absolument gratuit (Conseil d'Etat, 21 mars 1892).

De même sont patentables :

Le médecin en chef d'une institution nationale de sourds muets, nommé par le ministre de l'Intérieur, avec traitement fixe et ne faisant pas de médecine au dehors (Conseil d'Ftat, 27 mai 1892).

Le médecin d'un asile municipal d'aliénés (Conseil d'Etat, 1er juillet 1887).

Les médecins sanitaires maritimes, embarqués en qualité de médecins sanitaires sur les bâtiments d'une compagnie de navigation (Conseil d'Etat, 31 juillet 1856 ; 29 janvier 1886 ; 6 décembre 1912).

Les médecins attachés au service des pauvres, ou des institutions de bienfaisance (Conseil d'Etat, 29 juillet 1852 ; 7 août 1882 ; 26 novembre 1852 ; 18 mars 1860 ; 21 sept. 1863).

Les médecins de dispensairess publics d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse d'un département, bien que nommés par le préfet, touchant un traitement fixe avec interdiction de faire de la clientèle (Conseil d'Etat, 11 décembre 1925).

Sur ce dernier point, en sens contraire a été donnée une réponse du ministre des Finances (*Journal officiel* du 26 mai 1925) : « les médecins qui font partie du personnel des établissements de l'Etat, des départements ou des communes, et qui, étant rémunérés par des collectivités, sont des fonctionnaires salariés de l'administration, se trouvent affranchis de la contribution des patentes, par application de l'article 17 de la loi du 15 juillet 1880, à condition bien entendu, de ne pas exercer la médecine en dehors de l'établissement auquel ils sont affectés. »

Cependant un arrêt du Conseil d'Etat, en date du 15 décembre 1916, a exonéré de la patente un médecin exclusivement attaché au service d'une

maison de santé privée, dirigée par deux autres confrères et touchant un traitement fixe mensuel : il est considéré comme bénéficiant des dispositions de l'article 17 de la loi du 15 juillet 1880, exemptant de la patente les commis et personnes travaillant à gages.

Un médecin de chemins de fer, ceux du réseau de l'Etat, par exemple, peuvent-ils se prévaloir dudit article 17 de la loi du 15 juillet 1880 et être considérés comme fonctionnaires, ou comme salariés à gages, pour être exonérés de la contribution des patentes ?

Non, a répondu plusieurs fois le Conseil d'Etat (arrêts des 14 mars 1890 et 12 novembre 1902).

Conclusions. — A la question qui nous est posée, je crois pouvoir répondre que le médecin, qui, abandonnant tout exercice de la médecine, borne son activité à contrôler, pour le compte d'une collectivité privée, sans jamais à avoir à donner de soins, doit être exonéré de la contribution des patentes.

Il peut se prévaloir des termes de l'arrêt précité du Conseil d'Etat, en date du 19 janvier 1912, comme des débats parlementaires (Chambre 1924, p. 2813).

Il n'exerce pas la médecine et est simplement l'agent d'une compagnie, rémunéré mensuellement par cette dernière, ayant des fonctions de médecin contrôleur, et non de médecin traitant.

D[r] Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

4040. — Taxe des prestations sur les automobiles.

Je viens de recevoir ma feuille d'impositions au titre des prestations pour 1928.

J'ai deux voitures une Clément Bayard 10 chevaux pour laquelle je paie 1/2 taxe et une Zèbre 5 chevaux pour laquelle je payerai également 1/2 taxe à partir du 1[er] janvier prochain.

J'ai à payer 270 francs, dont voici le détail :

15 chevaux (chevaux vapeurs des voitures automobiles et 8 chevaux et au-dessous) 45 journées à 4 francs .... 180 fr.

2 voitures (8 chevaux et au-dessous) 6 journées à 15 francs .... 90 »

270 fr.

Or, il me semblait que, d'après la loi du 13 août 1926, les taxes établies par les communes ne pouvaient dépasser 17 % du montant de l'impôt d'Etat, en ce qui concerne les automobiles.

Or, l'année prochaine, je ne compte payer que 650 francs environ (y compris la part du département). Mon imposition au titre des prestations, ne devrait pas s'élever, à mon avis à 270 fr.

Pour 1927 je n'avais payé que 177 fr.

Je vous prierai de vouloir bien me faire savoir si je suis fondé à réclamer. D[r] G.

Réponse.

La loi du 13 août 1926 qui limite le taux de la taxe municipale sur les automobiles n'a pas modifié les textes régissant la taxe des prestations. Votre imposition à cette dernière taxe est régulièrement établie. A. M.

Accidents du travail.

3843. — Accident survenu à un travail bénévole.

M. X. est entrepreneur de transports ; il se trouve à un moment donné dans une gare, où il attend l'arrivée du train qui doit lui amener des passagers.

Le chef de gare en attendant l'arrivée du train, s'occupe à charger un wagon de marchandises ; comme il n'a pas de personnel, M. X. lui donne un coup de main, comme il a d'ailleurs l'habitude de le faire.

Tout à coup un objet très lourd se détache du haut de la portière, tombe sur X. et lui occasionne à la main droite une blessure grave, qui pourrait entraîner l'amputation du doigt.

Quelle est, juridiquement, la situation de X. ? Il n'était pas au service de la Cie de Chemin de fer, ni de personne d'ailleurs. Il donnait un concours purement bénévole à un agent de la Cie et dans l'intérêt de cette compagnie.

Est-ce qu'il pourrait bénéficier de la loi sur les accidents du travail et réclamer une rente en conformité de cette loi à la Cie des chemins de fer.

Dr C.

Réponse.

Suivant les principes admis en matière d'accidents du travail, les actes de complaisance rendus entre chefs d'entreprises voisines ou entre ouvriers travaillant dans un même chantier sont à la charge du patron de la victime.

Si la victime, en l'espèce, avait été un ouvrier de l'entrepreneur de transports, celui-ci serait responsable de l'accident, considéré comme accident du travail survenu à son service. Mais c'est l'entrepreneur lui-même qui a été victime de l'accident. Il ne peut donc se prévaloir de la législation sur les accidents du travail, par laquelle il n'est pas garanti.

Il ne pourrait se retourner contre la Compagnie de chemin de fer que si l'accident était survenu par la faute, la négligence ou l'imprudence de l'un de ses agents ou employés, ou encore s'il avait eu pour cause le fait d'une chose que la Compagnie avait sous sa garde. Ce serait alors en vertu du droit commun (articles 1382 et suivants du Code civil), que le blessé pourrait demander à la Compagnie des dommages intérêts.

De l'exposé des faits, il ne semble pas ressortir que la responsabilité civile de la Compagnie de chemin de fer soit engagée.

3880 — Rachat de rente d'un accidenté du travail.

Pourriez-vous me dire à quel prix pourrait être rachetée par la Cie d'assurance une rente de 234 fr. faite à un ouvrier de 25 ans (marié avec deux enfants), à la suite d'un accident du travail.

La Compagnie, par son agent, avait proposé le rachat et cet homme, un peu gêné, préfèrerait toucher un petit capital.

Dr D.

Réponse.

L'article 21 de la loi sur les accidents du travail n'autorise le remplacement du service de la pension par le paiement d'un capital que dans le cas où la pension n'excède pas 100 francs par an.

Mais l'article 9 de la même loi permet à la victime de demander, lors du règlement définitif de la rente viagère, après l'expiration du délai de révision, que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de la rente calculé d'après les tarifs dressés pour les victimes d'accidents par la Caisse des retraites pour la vieillesse lui soit attribué en espèces. Et il faut que la demande soit portée devant le Tribunal.

Par conséquent, votre client ne peut demander le versement du capital, puis que sa rente dépasse 100 francs. Il peut tout au plus demander l'attribution en espèces du quart de ce capital, suivant les tarifs de la Caisse des retraites, et après autorisation du tribunal. Encore faut-il pour cela que les délais de révision soient expirés, c'est-à-dire que plus de trois ans se soient écoulés depuis l'accord intervenu entre les parties pour la fixation de la rente ou la décision du tribunal passée en force de chose jugée.

3825. — Evaluation d'incapacité permanente. Fixation de la rente.

J'ai dû soigner une bonne à tout faire pour panaris de l'index droit (accident du travail). Par suite de l'élimination du tendon fléchisseur, la flexion est devenue impossible, d'où gêne pour certains travaux.

Cette incapacité permanente donne-t-elle droit à une rente ou à une indemnité ?

Quel peut en être le pourcentage approximatif ? La bonne étant logée et nourrie en sus de ses gages, ces avantages entrent-ils en ligne de compte pour l'indemnité à allouer ?

Dr C.

Réponse.

D'après le barème du Dr Lucien Mayet, l'ankylose totale de l'index droit en extension donne lieu à une incapacité permanente partielle de 15 % environ.

Il y a donc lieu de remettre à la blessée un

certificat dans lequel vous constaterez qu'elle reste atteinte d'une incapacité permanente. Elle déposera ce certificat au greffe de la justice de paix du canton où l'accident s'est produit et le juge de paix procèdera alors à l'enquête prescrite par la loi. Ensuite le procès-verbal d'enquête sera transmis au président du Tribunal civil, qui convoquera la blessée, son patron et l'assurance en conciliation pour la fixation de l'indemnité permanente. A défaut de conciliation, l'affaire sera renvoyée à l'audience et suivra son cours normal. Pour toute la procédure, la blessée sera pourvue de plein droit du bénéfice de l'assistance judiciaire.

Dans la détermination du salaire qui servira de base au calcul de la rente, devront entrer en ligne de compte non seulement les gages en argent, mais encore les avantages en nature fournis par le patron tels que la nourriture et le logement. A défaut d'entente entre les parties, c'est le tribunal qui en appréciera la valeur.

2996. — Accident survenu au cours d'une rixe.

Une rixe a lieu sur un chantier entre deux ouvriers; ils se blessent en se frappant avec leurs pelles ; le patron est-il responsable de cet accident ? Je pense que non, mais je tiens à avoir votre opinion.

Dr C.

Réponse.

Contrairement à ce que vous pensez, la jurisprudence admet généralement que l'ouvrier blessé dans une querelle avec un de ses camarades à l'heure et au lieu du travail est bénéficiaire de la législation sur les accidents du travail, quel qu'ait été le motif de la querelle (Cassation civ., 20 avril 1912 ; D.P. 1913.1.64 et Req. 20 mars 1918, *Gaz. Trib.*, 30 mars 1918).

Un jugement récent du Tribunal civil du Rhône, 5e Chambre, du 25 juin 1927 (D.H. 1927. 507) s'est prononcé dans le même sens.

3044. — Accident dû à l'imprudence du blessé.

Dans une écurie se trouvent suspendus, à des piquets, des harnais et un fusil. En attelant le cheval, ou plutôt en prenant les harnais pour atteler le cheval, le fusil tombe, part et blesse l'ouvrier.

Y a-t-il accident du travail ?

Dr M.

Réponse.

Pour qu'il y ait accident du travail, il faut que l'accident soit survenu *par le fait* ou à *l'occasion* du travail.

Or, il n'est pas douteux que, dans l'espèce que vous nous soumettez, l'ouvrier était à son travail, accomplissait un acte de sa fonction, au moment où l'accident s'est produit.

Dans ces conditions, quand bien même l'accident serait dû à l'imprudence du blessé, qui aurait omis de décharger l'arme, le patron n'en resterait pas moins responsable.

Application du tarif Fallières

I

3737. — Assistance à une radiographie.

Je viens, comme il m'est déjà arrivé quelquefois depuis 25 ans de sociétariat, vous demander un conseil. Je soigne depuis près de deux mois un accidenté du travail qui, à la suite d'une chute de six mètres, s'est fait une fracture des deux radius. Vers le milieu d'octobre, après autorisation écrite de l'agent général de l'assurance, j'ai fait faire à mon chef-lieu, une radiographie des deux poignets pour vérifier les dégâts qui sont considérables et, comme il y avait lieu de discuter la possibilité d'une intervention chirurgicale, j'ai conduit moi-même mon blessé en auto. J'ai remis hier au blessé son certificat descriptif final avec reprise du travail pour aujourd'hui. Et voici le renseignement que je sollicite de votre bienveillance.

1° Combien dois-je compter ma visite en consultation avec le confrère spécialiste.

2° Puis-je compter mes kilomètres de chez moi au domicile de ce confrère et à quel tarif compte-t-on actuellement le kilomètre ? Dr B.

Réponse.

Voir article 26, VII, alinéa 5 : « Le médecin radiologiste devra fournir, pour les prix ci-dessus indiqués, deux exemplaires des épreuves datées et signées par lui avec le nom du blessé et avec *leur commentaire détaillé*, l'une pour le patron, l'autre pour le blessé ». Il en résulte que le médecin du patron et celui du blessé reçoivent ce commentaire détaillé et *n'ont pas à se rendre chez le radiographe*. Les compagnies ne manquent pas de le faire remarquer pour n'avoir pas à payer deux médecins pour une seule radio. Et il n'y a rien à dire à cela, financièrement parlant, ainsi que judiciairement. Le médecin, dans ce cas, ne pourrait réclamer d'honoraires supplémentaires qu'au blessé lui-même, comme il en a toujours le droit.

F. D.

II

3778. — Injections de sérums ou de vaccins.

J'ai un accidenté du travail, phlegmon de la main, auquel je fais des injections intra-musculaires de propidon. Ces injections doivent-elles être comptées en plus et combien ? Ou bien sont-elles comprises dans le prix de la visite ?

Dr A.

Réponse.

Dans sa réunion du 13 juin 1927, la commission du tarif des soins aux accidentés du travail a estimé que « lorsque le médecin fait une injection de sérum ou de vaccin, c'est *le tarif de* 20 *francs* visé à l'article 16 de l'arrêté du 31 décembre 1925 qui doit s'appliquer »...

F.D.

III

3851. — Cumul des interventions à tarif spécial.

J'ai actuellement un malade blessé à quatre doigts de la main droite (le pouce et trois doigts). Quel prix dois-je prendre par pansement. Assurance accident du travail. Dois-je compter à la première visite le pansement plus la piqûre de sérum. Il s'agit de plaies profondes ayant ouvert la gaine des tendons.

Dr B.

Réponse.

En cas de plaies profondes pour plusieurs doigts, c'est le tarif de « pansements multiples sur un même segment de membre : 15 francs ». Vous pouvez cumuler ce prix avec celui d'injection antitétanique, chaque honoraire faisant l'objet d'une tarification spéciale (voir article 13, note 2).

F.D.

IV

3970. — Intervention conservatrice.

Que compter : broiement musculaire du bras droit, partie supérieure, section complète biceps, incomplète quadriceps, section de toute la masse musculaire postérieure ; contusion du paquet vasculo-nerveux.

Ce qui a été fait sous anesthésie générale : par confrère régularisation et épluchage par confrère, suture quadriceps, suture biceps, suture de toute la masse musculaire, nombreuses ligatures artérielles, recherche des lambeaux aponévrotiques et des lambeaux de la peau, suture et double drainage, durée de l'intervention : 1 h. 1/2.

Tarif, ce que j'y trouve : régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse étendue et profonde : 100 fr. (article 17).

Vu les résultats à obtenir (section des muscles, tendons, etc., du bras), ce tarif me paraît absolument ridicule.

Pourrais-je demander 300 fr. en plus en détaillant ce qui fut fait et y a-t-il lieu de vous faire passer la note avant de l'adresser au patron ou à la Cie d'assurances.

Evidemment, je pourrai toujours demander au blessé (petit rentier travaillant pour un patron) un complément d'honoraires.

Le tarif chirurgical des A. T. aurait un sérieux besoin d'être revu et majoré largement ? Dr B.

Réponse.

C'est là un type d'intervention complexe, qui ne peut jamais trouver place dans un tarif général. Le mieux est d'expliquer en détail les lésions et surtout les interventions pratiquées. Vu cette complexité d'intervention et les résultats obtenus, il m'apparaît équitable de demander 300 francs, par analogie avec « amputation de bras » (article 20). Vous avez fait là mieux qu'une amputation, puisque vous êtes parvenu à conserver le bras, ce qui fut un modèle *d'intervention conservatrice*, dans un cas où l'amputation était à craindre.

F.D.

Application du tarif Maginot-Marin

3842. — Frais de déplacement.

Pouvez-vous me donner le renseignement suivant concernant l'art. 64 de la loi des Pensions ?

Jusqu'en octobre 1925, les confrères voisins se trouvaient à M. et V., depuis cette date un confrère est venu s'installer à A. Il s'ensuit qu'un nombre élevé de malades en traitement au titre art. 64, depuis 1920, ont continué à s'adresser à moi. N'y a-t-il pas dans la loi un article disant que :

Le libre choix du médecin s'exerce sur tous les confrères desservant habituellement la région, c'est-à-dire M., V., L., et A ? Etabli à L., ai-je le droit de porter sur mes mémoires : M. : 7 kil. ; C. : 10 kil. ; A. : 5 kil. malgré la présence d'un confrère à A. survenue depuis peu, ou dois-je faire supporter cette différence aux malades, ce qui supprimerait ainsi le libre choix, puisque je continue à circuler partout comme auparavant.

Dr R.

Réponse.

L'article 64, alinéa 2, est formel « Le montant total de l'indemnité de déplacement ne peut *en aucun cas* excéder celle attribuable au médecin ou au spécialiste le plus rapproché. »

F. D.

Médecine légale

3818. — Honoraires de justice criminelle.

Commis par le juge d'instruction à l'effet d'examiner une jeune fille inculpée d'avortement criminel, je me suis rendu dans une localité située à 24 kilomètres de mon domicile. J'ai fait l'examen somatique de la jeune personne puis examen au spéculum. Je n'ai pu examiner l'enfant, disparu depuis un mois et introuvable. Comment dois-je rédiger ma note d'honoraires et à quel tarif dois-je recourir.

Dr V.

Réponse.

En vertu de l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle

vous avez droit, pour votre visite judiciaire, y compris la rédaction et le dépôt du rapport, à un honoraire de 15 francs. Cependant le dernier alinéa du même article vous permet de demander une somme plus élevée, en cas d'expertise présentant des difficultés particulières que vous devrez exposer dans votre mémoire. Le magistrat taxateur appréciera.

En outre de vos honoraires proprement dits, vous avez à compter vos frais de déplacement à raison de 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, plus une indemnité spéciale de 30 francs, le lieu du transport étant situé à plus de 20 kilomètres de votre résidence.

Vous devrez adresser votre mémoire établi en double exemplaire, dont l'un sur papier timbré, la somme réclamée dépassant 50 francs, au procureur de la République. Après visa du procureur général et taxe du juge d'instruction, vous serez payé par le receveur de l'enregistrement.

Honoraires de droit commun.

3951. — Privilège en cas de faillite.

Un de mes clients va être mis en faillite. La cessation des paiements est fixée au 3 août 1926.

Ma note d'honoraires est-elle privilégiée tout entière, ou seulement jusqu'à cette date ?

Ce commerçant est marié sans contrat . La communauté a acquis une petite maison et quelques champs, une auto et du mobilier. Après la vente par autorité de justice, la femme a-t-elle le droit de toucher 50 % pour sa part ?

Elle m'a promis, si la liquidation ne me paye pas intégralement, d'acquitter l'excédent au cas où, ayant droit à sa part des acquêts, elle aurait une reprise à faire sur le produit de la vente.

D[r] C.

Réponse.

Vos honoraires pour soins donnés au failli avant la date de cessation de paiement bénéficieront du privilège de dernière maladie. Quant à ceux relatifs aux soins donnés postérieurement à la cessation de paiement, ils devront vous être payés par la masse de la faillite, en raison de leur caractère alimentaire. En fait, la situation sera la même que si le privilège s'étendait à l'ensemble de vos honoraires.

Puisque votre débiteur est marié sans contrat, tous les biens qui lui appartiennent en propre, ainsi que tous ceux dépendant de la communauté, constituent le gage des créanciers. Par conséquent, la femme ne pourra prélever une part quelconque sur le prix de l'actif de la communauté, qui devra être employé intégralement à désintéresser les créanciers.

Questions médico-militaires

3461. — Caractère obligatoire des périodes d'instruction.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me fixer sur mes obligations militaires actuelles et ultérieures, s'il vous plaît.

1° Classe 1910, ayant fait la guerre, successivement comme médecin auxiliaire, puis médecin aide-major de 2e cl. à TT., puis médecin aide-major de 1re cl. à TT., démobilisé en 1919 dans ce dernier grade. Nommé en 1920, médecin aide-major de 1re cl. à TD. dans la réserve,

Père de cinq enfants vivants, ne désirant nullement passer au grade supérieur, mais tout simplement être maintenu dans mon grade actuel, puis-je refuser, ai-je le droit de refuser d'accomplir des périodes d'instruction complémentaires requises pour l'avancement ?

2° Le cas échéant, si l'on me convoque pour l'une de ces périodes, dans quelle forme puis-je libeller ma réponse de refus, si toutefois j'ai le droit de me soustraire à cette invitation ?

3° Est-il, en dehors de ces périodes d'instruction pour l'avancement, d'autres périodes obligatoires prévues ou simplement probables ?

4° N'ayant plus d'uniforme (les mites l'ont dévoré) est-il urgent que je me fasse refaire une tenue de campagne ?

Dr X.

Réponse.

Etant officier de réserve, vous n'avez nullement le droit de refuser d'accomplir des périodes d'instruction qui, tout d'abord, doivent entretenir votre instruction, et qui, accessoirement, entrent en ligne de compte pour l'avancement.

D'ailleurs, la loi du 1er avril 1923 ne fait aucune distinction entre les diverses périodes d'instruction ; elle spécifie seulement, en son article 49, que « les officiers de réserve.... peuvent être convoqués pour des périodes d'exercice dont le nombre et la durée sont fixés par le Ministre de la Guerre, sans que leur durée totale puisse excéder quatre mois ».

Pratiquement, vous ne pouvez donc, lors d'une convocation, que chercher quelque excuse qui vous permette de temporiser : occupations pressantes de clientèle, affection aiguë ou chronique, etc... De lui-même votre directeur comprendra que, dans ces conditions, vous ne satisfaites pas à l'une des exigences de l'avancement ; il pourra même vous proposer ainsi, pour 3 ans, la mise hors cadres pour raison de santé.

En principe, tant que vous êtes officier de réserve, vous devez entretenir une tenue et un équipement qui vous permettent d'entrer en campagne du jour au lendemain.

Quarante-neuvième année — N° 52 — 25 Décembre 1927

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3358-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques.
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : 55 fr. — 1re Zone 75 fr. — 2e Zone 100 fr.

AVIS

I

Agenda Memento du Praticien

L'édition 1928 vient de paraître et l'expédition qui a eu lieu par poste recommandée est terminée. Les souscripteurs doivent donc avoir satisfaction à l'heure actuelle.

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 23 fr. à notre compte de chèques postaux : *Concours Médical* Paris 167-95.

II

Renouvellement des Abonnements

En raison des *prix considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

III

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr C., la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 685. — Urgent. A céder bon poste seul méd., rapp. 45.000, dont 9.000 fixes transmiss., dans pays agréable, station estivale et touristique, proximité grandes villes. Prix 12.000 compt.

No 686. — Doct. 30 ans marié, deux enf., sans fortune, cherche place assist. dans clin. chirurg. ou médic., ray. X ou poste à reprendre sans indemn. imméd. dans le Midi de la France. Aiderait confr. malade ou âgé en vue success.

No 687. — Grande ligne P. L. M., client. de ville et campagne à reprend. après décès T. p. r.

No 688. — Sud-Ouest, canton plaine, riche client., 7 années, progress. constante. Touché deux dern. années 80 et 95.000 prouvés. Villa confort., loyer 5.000. Indemn. 40.000 compt.

No 689. — Infirmière manipul de radiologie, dem. occupat. chez doct. spécial. à Paris. Référ. très sérieuses. Ecr. Mme Boulay, 14, boulevard de Verdun à Orléans.

No 690. — Confr. recomm. personne de toute conf. présentant bien pouvant toucher notes, recevoir clientèle, etc. Libre deux après-midi par semaine.

No 691. — Ouest. A céder client. sur bords mer fréquentés, belle villa, tout conf. moderne. Seul médec. propharmac.

Nº 692. — Bretagne. Côtes-du-Nord. Chef-lieu cant., poste médical libre par suite départ. confr. poste très intéress. pour autres renseign. S'adr. au Dr Raoul. à Louargat (C.-du-N.).

Nº 693. — Confr. demande à acheter films Pathé-Baby occasion. Faire offres.

Nº 694. Grande banlieue, poste 80.000 touchés, maison tout conf. centre ville, reprise mi-annuité. A céder pour le 1er janv. Bail 8 ans.

Nº 695. — Centre Ouest, cab. seul médec., rapp. 92.000, mais. 7 pièces dépendances, eau, électr. Indemn. 55.000 dont 35.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 696. — Bord Méditerran. Grande ville colonie très agréab. Pour gr. clin. méd. chirurg. avec install. complète et grand lab. analyses, en excell. marche, on désire chirurg. avec apport 50.000 fr. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 697. — Côte-d'Azur. Cab. méd. générale, dans ville maritime, aff. 75.000, appart. 4 pièces. A céder d'urgence 30.000 dont moitié compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Victime du devoir médical.** — M. Jean Daumont, interne des hôpitaux de Clermont-Ferrand, vient de mourir des suites d'une piqûre septique. Une médaille d'or de l'Assistance publique lui a été attribuée par le Ministre du Travail.

— **Académie de médecine.** — L'Académie de médecine, sur la proposition de M. Léon Bernard et au nom de la Commission des épidémies, a émis le vœu que la vaccination anti-diphtérique par l'anatoxine soit utilisée systématiquement dans la population infantile, notamment chez les enfants qui fréquentent les écoles.

— **Institut de criminologie.** *Psychiatrie médico-légale.* — M. Laignel-Lavastine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, fait le lundi, à 11 h. 15, à la Faculté de droit, amphithéâtre III, un cours de psychiatrie médico-légale. *Programme des leçons*, en janvier et février 1928 :

9 janvier : Réactions antisociales des déments et des débiles. — 16 janvier : Réactions des délirants. — 23 janvier : Réactions des paranoïaques. — 30 janvier : Réactions des psychopathes à paroxysmes. 6 février : Homicides pathologiques. — 13 février : Vols pathologiques. — 20 février : Attentats aux mœurs. — 27 février : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.



— **Société des médecins littérateurs.** — Les médecins littérateurs ont récemment fondé une association dont le Bulletin mensuel, *L'Epidaure*, sera dirigé par un de nos confrères, médecin lyonnais, l'écrivain Germain Trézel. Rédaction : 61, cours de la Liberté, à Lyon.

— **Les Journées médicales de Paris** auront lieu pour la seconde fois en 1929, au moment des fêtes de la Pentecôte. Renseignements, 18, rue de Verneuil, Paris, VIIe.

— **La vente des collections du professeur Gilbert.** — La belle collection d'objets d'art du professeur Gilbert vient d'être mise en adjudication à l'hôtel Drouot. Le montant total de la vente s'est élevé à 2 millions 551.000 fr. Une crosse en émail champlevé de Limoges du XIIe siècle a été adjugée 152.000 fr., et au même chiffre a été vendue une porte de sacristie, de travail espagnol. Ces prix élevés témoignent du goût de collectionneur du regretté professeur Gilbert.

— **Hôpital Beaujon.** *Conférences pratiques sur le traitement physiothérapique de la constipation.* — Le 16 janvier, et les jours suivants, à 16 h. 1/2, MM. J. Baumann, de Châtel-Guyon, et J. Quivy, assistant d'électro-radiologie, feront, au laboratoire d'électro-radiologie du Dr Aubourg, une conférence pratique sur les sujets suivants :

Lundi 16, Directives du traitement physiothérapique de la constipation habituelle, des constipations secondaires et des stases segmentaires d'origine colitique. *Mardi* 17, Traitement des états colitiques primitifs, des états douloureux intestinaux et des plexalgies : thermothérapie, diathermie, rayons ultra-violets. *Mercredi* 18, Rééducation de la motricité intestinale : massage, gymnastique diaphragmatique, cures thermales. *Jeudi* 19, Application des courants galvanique et faradique à la constipation et aux stases.

Ces conférences seront suivies de présentations de malades et de démonstrations pratiques. Elles ne comportent aucun droit d'inscription.

— **Hôpitaux de Paris.** *Internat.* — Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. MM. Hepp, Raggiar, Mlle Heimann, MM. Massot, Dufour, Seidmann, Lafitte, Hamon, Mlle Ronget, MM. Cord, Dany, Jehiel, Mencière, Mlle Odru, MM. Thiéry, Tournand, Guibé, Bourguignon, Bufnoir, Zagdoun, Le Baron, Petit (Pierre), Miget, Barthes, Mlle Blanchy, MM. Chauveau, Hébert (Roger), Bérard, Billet, Mlle Versiny, MM. Elbaz, Jame, Hamelin, Saingery, Jullien, Veslot Mérigot, Lebel, Maison, Schwob, Horovicz, Boquien, Aubert, Benaërts, Moricart, Gaucher, Palmer, Fayot, Milhiet, Magnin, Guyot, Mlle Landowski, MM. Bonnard, Perrault, Racine, Rouquès, Chadourne, Hesse (Didier), Avril, Audemard, Monod, Weill (Adrien),

Gandy, Baumann, Quivy, Laffaille, Vannier, Even, Baudelot, Mlle Lévy, M. Douady, Mlle Abricossoff, MM. Bompard, Sée, Cohen-Deloro, Lepage, Sourice, Delaporte, Mlle Guéry, MM. Van der Elst, Devaux, Merger, Odinet, Mauric, Mlle Bizou, MM. Rudaux, Allard, Wester.

Internes provisoires. MM. Joseph, Fauvert, Ardouin, Thomas, Asselin, Cros, Lapiné, Voillemin, Nicolas, Reyt, Caïn, Hesse, Cohen, Maës, Lançon, Mlle Oguse, MM. Roquejoffre, Bosquet, Basset, Cheynet, Brisard, Mlle Begaud, MM. Mialaut, Arondel, Baussan, Roulin, Bernard-Griffiths, Fau, Richard, Gopcevich, Meillaud, Martin, Louvet, Pichon, Colin, Hébert (Jean), Gavois, de Ginestet, Gibert, Limasset, Mlle Falguière, MM. Vialle, Antonelli, Martin (Jean), Terrenoire, Vaudour, Meyer-André, Roger de Véricourt, Duvernoy, Mlle Cahen, Griveaud, Ollivier (Henry), Grand, Villechaize, Trubert, Blanquine, Contiadès, Moline, Mlle L'Hoir, MM. Sergent (Honoré), Cottet, Mlle Valentin, MM. André, Puymartin, Hervy, Lardennois, Vidal-Naquet, Stérin, Cuvillier, Robin (M.), Marie, Bardin (Ferd.), Mlle Riom, MM. Illaire, Hô-Dac, Debon, David, de Soria, Fichrer, Bolgert, Gilbrin, Bénassy.

— **Ecole de médecine de Tours.** — Sont nommés, après concours : prosecteur, M. Lieffring ; aides d'anatomie, MM. Vassor et Gohier.

M. Roy est délégué, jusqu'au prochain concours, dans les fonctions de professeur suppléant d'anatomie.

— **Lyon.** *Bal de l'Internat.* — Le bal de l'internat des hôpitaux de Lyon a eu lieu le 3 décembre au Palace hôtel, et a obtenu un vif succès.

— **Bordeaux.** *Internat.* — Sont nommés internes des hôpitaux de Bordeaux : MM. Fourcade, Guichené, Roudié, Mlle Valette, MM. Sicault, Bessière, Laporte, Veyssière. Internes provisoires : MM. Perperot, Noblia, Pauly, Mandillon.

— **Département des Ardennes.** *Inspection d'hygiène.* — Un concours sur titres, pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène des Ardennes est ouvert à Mézières, jusqu'au 15 *janvier* 1928. Les candidats doivent être français ou naturalisés et la priorité est accordée aux diplômés des Instituts universitaires d'Hygiène.

Pièces à fournir : demande, rédigée sur timbre, à adresser à M. le préfet des Ardennes ; acte de naissance ; copie du diplôme d'Etat de docteur en médecine ; certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ; extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ; certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ; exposé des titres, travaux, services ; engagement pour le cas de nomination, de renoncer à faire de la clientèle ; engagement, en cas de nomination,

à rester en fonctions dans le département, pendant une durée minima de trois ans.

Avantages : traitement annuel de 30.000 fr., plus les indemnités de fonctionnaires, plus 3.000 fr. pour secrétariat de l'Office départemental d'hygiène sociale.

A TRAVERS L'OFFICIEL

7 décembre

Enseignement de la médecine.

M. Debierre, ancien professeur à la Faculté de Lille, est nommé professeur honoraire.

9 décembre

Sont nommés professeurs :

A la Faculté de Bordeaux : d'anatomie, M. Villemin ; de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, M. Petges ; de clinique ophtalmologique, M. Teulières.

A la Faculté de Lyon : d'anatomie pathologique, M. Favre ; de pathologie interne, M. Froment.

Automobilisme.

Arrêté du 8 *décembre* 1927 *fixant le modèle et le mode de pose des plaques d'identité des automobiles.*

Assistance médicale en Indochine.

A la date du 5 décembre 1927, le ministre des colonies a pris un arrêté fixant au 23 janvier 1928 l'ouverture d'un concours pour dix emplois de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

Les épreuves écrites, éliminatoires auront lieu à Paris, Marseille et Bordeaux. Les épreuves orales auront lieu à Paris.

Les dossiers de demande doivent être adressés avant le 23 décembre 1927 au ministre des colonies (direction du personnel). Pour tous renseignements, s'adresser à l'inspection générale du service de santé des colonies, 2e section, rue Oudinot, n° 27, Paris (7e).

10 *décembre.*

Assistance publique.

Les récompenses ci-après ont été attribuées pour services exceptionnells rendus à l'assistance publique :

Médaille de bronze :

M. Pellissier, externe en médecine, hôpital de la Conception, à Marseille.

M. le Dr Le Calmé, médecin de l'hôpital-hospice de Guéméné-sur-Scorff (Morbihan).

Service militaire.

Décret du 15 *novembre* 1927 *relatif aux sanctions à appliquer aux officiers de réserve en dehors de la situation d'activité.*

Art. 1er. — Pour les fautes contre la discipline,

soit dans le service, soit en dehors du service, dont la gravité ne paraît pas susceptible d'entraîner la révocation ou la mise en non-disponibilité, les punitions à infliger aux officiers de réserve dans leurs foyers sont :

L'avertissement du général commandant la subdivision, la réprimande des officiers généraux.

Le blâme du ministre.

Ces punitions sont infligées dans les formes prévues par le décret du 30 mai 1924 portant règlement du service dans l'armée.

Elles sont notifiées par écrit et inscrites au feuillet de notes de l'officier puni.

Art. 2. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

11 *décembre*

Médecine administrative.

Les honoraires du médecin de l'Ecole Nationale des Arts et Métiers de Paris sont portés de 2.000 à 3.000 fr. par an, à partir du 1er janvier 1927.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires.

Perception d'un émolument pour l'enregistrement du diplôme de docteur en médecine.

13901. — M. Georges FAUGERE, député, demande à M. le Ministre de la Justice, si la perception d'un émolument de 5 fr. par le greffier d'un tribunal civil, pour l'enregistrement du diplôme d'un docteur en médecine, par application de l'article 6, paragraphe 2, du décret du 15 septembre 1925, n'est pas contraire à l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, aux termes duquel cet enregistrement doit avoir lieu « sans frais ». (*Question du 16 novembre 1927.*)

Réponse. — Il ne saurait appartenir qu'à la juridiction compétente, saisie en cas de litige par les parties intéressées, de se prononcer sur le cas particulier exposé dans la question, et notamment d'interpréter l'expression « sans frais » contenue dans l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892. Sous cette réserve, il semble qu'il est possible d'admettre que la dispense de frais stipulée par l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 vise uniquement le timbre et l'enregistrement. (*J. O.*, 6 décembre 1927.)

N. D. L. R. — Nous faisons toutes réserves sur cette interprétation ministérielle, d'ailleurs fort peu affirmative, tant au nom du *Concours médical* qu'au nom du « Sou médical », pour le cas où ils voudraient faire trancher la question par les tribunaux.

Etablissement de la liste des médecins experts.

13010. — M. TATON-VASSAL, député, demande à M. le Ministre de la Justice : 1° quelles sont les règles auxquelles doivent se rapporter les tribunaux civils pour dresser, chaque année, à la rentrée, le liste des experts du ressort et, plus particulièrement, en ce qui concerne les médecins, quel est le texte réglementaire qui autorise un tribunal à exclure de

cette liste des praticiens, qui ont des titres certains et justifiés, comme l'internat des hôpitaux de Paris, mais qui n'ont pas cinq ans d'exercice de la médecine ; 2º si un docteur en médecine, qui offre toutes garanties, qui a seul dans un arrondissement le diplôme spécial de médecine légale de la faculté de Paris, ne doit pas être désigné comme médecin légiste ou médecin expert. (*Question du 3 novembre 1927.*)

Réponse. — En vertu de l'article 14, paragraphe 1er, de la loi du 30 novembre 1892, les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies par que des docteurs en médecine français. Le titre d'expert est conféré par la Cour d'appel en chambre du conseil à des médecins portés sur des listes de proposition des tribunaux de première instance du ressort dressées conformément au décret du 21 novembre 1893 (art. 1er à 3), modifié par les décrets des 12 avril 1906 et 22 juin 1924. L'autorité judiciaiere possède dans son choix un pouvoir discrétionnaire. (*J. O.*, 9 décembre 1927).

La vaccination du rhumatisme chronique

Nous rappelons à nos abonnés que notre collaborateur, M. le Dr Ayguebère, 5, rue Périgord, à Toulouse, se tient à leur disposition pour leur fournir tous renseignements complémentaires sur la vaccination du rhumatisme chronique par le vaccin du Dr Paul.

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

4263. — Contre-visite des accidents du travail.

Je lis à la page 3185 du *Concours*, nº 49, une communication faite au XIIe Congrès de médecine légale par M. le docteur Dufour (de Marseille), relative aux difficultés que rencontreraient les chefs d'entreprises et leurs assureurs soupçonnant une supercherie de la part d'accidentés du travail fantaisistes.

M. Dufour prétend que, dans ce cas, l'employeur n'a d'autre ressource que de « signaler au juge de paix la nécessité d'une contre-visite médicale ».

M. le docteur Dufour n'a pas lu l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 ; sans cette omission, il eût appris que l'employeur n'a d'autre procédure à faire, s'il veut faire contrôler l'état d'un accidenté, que de désigner tel médeci n qu'il lui plaît, lui-même, et que le recours auprès du juge de paix n'est qu'une simple formalité ayant pour objet de faire viser la pièce désignant le médecin contrôleur.

Au cas où ce contrôleur constate une supercherie, le débiteur de l'indemnité avise le blessé fraudeur queson accident est contesté et qu'on ne le payera pas.

Voir la suite page LI-3415

PROPOS DU JOUR

Pour les médecins civils des colonies.

Nous avons relevé dans le dernier numéro de décembre de *La Science médicale pratique*, organe de l'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris, la note suivante :

TABLEAU DES SOLDES ET INDEMNITÉS DES MÉDECINS CONTRACTUELS DE L'ASISTANCE MÉDICALE.

Nouvelle-Calédonie. — Contrats de 5 ans renouvelables. Emoluments fixes payés par la Colonie : 10.000 à 16.000 fr., solde de présence par avancements de 2.000 fr. Supplément colonial de : 5/10. Indemnité de perte au change 3.000 fr. pour débutant. Indemnité de 2.400 fr. pour soins aux indigents. Indemnité moyenne de tournées : 2.000 fr. Indemnité complémentaire de solde : 7.200 fr. Logement gratuit. *Clientèle civile.* Congé administratif de six mois pour en jouir en France à l'expiration de chaque période quinquennale. Voyage gratuit en 1re classe pour le médecin, sa femme et ses enfants, de France à la Colonie, et après 5 ans de service à la colonie.

Nouvelles-Hébrides. — Contrats de 5 ans renouvelables. Mêmes soldes que pour la Nouvelle-Calédonie. Supplément colonial de : 8/10. Indemnité : 3.000 fr. pour soins aux indigents. Supplément local : 12.000 fr. *Clientèle civile.* Logement gratuit. Congé de 6 mois et voyage gratuit pour la famille dans les conditions fixées pour la Nouvelle-Calédonie.

Nous ne savons, si l'énoncé de tous ces *avantages* (!) attireront beaucoup de jeunes médecins aux Antipodes. Nous nous permettons de les mettre en garde contre la mention *Clientèle civile* qu'ils pourraient croire être le gros revenu qu'ils tireraient de leur exil en Océanie. Nous avons déjà, avec des documents certains, indiqué les frais qu'un médecin de l'Assistance doit couvrir pour pouvoir remplir ses fonctions en Nouvelle-Calédonie et les difficultés qu'il a à exercer sérieusement la médecine civile tant à cause des obligations qui lui incombent que de la concurrence des médecins de Marine et de l'Armée coloniale qui exercent dans les centres où il est possible de faire quelque clientèle et monopolisent les principales fonctions rétribuées de la colonie.

Avant de se décider à entreprendre un long et coûteux voyage et à signer un engagement de cinq ans, nous conseillons à nos jeunes confrères de se documenter le plus exactement possible sur les charges qui pèseront sur eux et les bénéfices certains qu'ils pourront réaliser.

Une très intéressante correspondance émanant de notre distingué confrère, le Dr Sasportas, de Papecte, à Tahiti, bien que ne s'appliquant pas à la Nouvelle-Calédonie, donne de précieux éclaircissements sur l'exercice de la médecine dans les colonies françaises d'Océanie. Voici la correspondance de M. le Dr Sasportas :

***

« Il serait excessif de déclarer que notre projet d'association des médecins civils des Colonies a soulevé parmi nos confrères coloniaux un enthousiasme indescriptible. Ne serait la diffusion bien connue du *Concours médical*, notre susceptibilité serait en droit de présumer que la plupart des médecins installés outre-mer ne furent pas touchés par notre proposition et par conséquent dans l'impossibilité de nous faire connaître, à son sujet, leur avis.

Nous aimons mieux croire, qu'en ce qui les concerne, tout est pour le mieux dans la meilleure des Colonies qui les emploie. Nous leur reprocherons seulement de n'avoir point voulu se joindre à nous pour (l'union faisant la force, même sous les tropiques) arriver à constituer une opinion suffisamment forte, capable d'améliorer la situation de ceux, il en est quelques-uns, qui pourraient avoir à se plaindre des conditions qui leur sont faites.

Parmi ceux-là. notre confrère le Dr Nicolas, médecin principal de l'Assistance médicale en Nouvelle-Calédonie, nous écrit :

« Mon cher confrère, je lis dans le *Concours médical* du 19 décembre 1926 les nouvelles soldes des médecins de l'Assistance aux Etablissements français de l'Océanie. Mais tout comme les nôtres ces traitements sont insuffisants, très insuffisants. Jugez-en : Un arrêté du 22 décembre 1926 de M. le Gouverneur général de l'Algérie vient de fixer l'échelon des soldes des médecins de colonisation en Algérie.

Cet échelon va de 24.000 à 32.000 fr. plus 25 % d'indemnité algérienne, soit de 30.000 à 40.000 francs.

Seule obligation : soins gratuits aux indigents et aux nécessiteux.

Clientèle au tarif syndical.

Possibilité d'un mois de congé tous les ans.

J'exerçais en Algérie avant de venir ici ; j'y ai encore exercé en 1925 pendant mon dernier congé et je puis vous affirmer que nombreux sont les confrères qui font de 25 à 50.000 francs de clientèle, car le colon et l'arabe sont riches, très riches depuis la guerre, et la vie y est moitié moins chère qu'en Calédonie et surtout à Tahiti.

Ce serait, je crois, bien le moins, que des colonies aux antipodes, où la vie est un exil et la matérielle hors de prix, ce serait bien le moins, dis-je, que ces colonies adoptâssent le même tarif que celui qui est appliqué en Algérie, c'est-à-dire au fond, dans trois départements français.

Qu'en pensez-vous ? ne pourrions-nous pas faire campagne d'un commun accord, ici et là, et dans le *Concours médical*, auquel vous pourrez communiquer ma lettre si vous le jugez utile.

En attendant, etc., etc.

Dr Nicolas.

Président de l'Amicale des Médecins de colonisation de la Nouvelle-Calédonie et dépendances.

A Tahiti, je le répète, les soldes vont de 12.000 à 18.000 francs, avec, en plus, le supplément colonial fixé aux 7/10 et l'indemnité de cherté de vie de 7 fr. par jour.

Il existe à Papecte, deux médecins civils, l'un médecin de 1re classe touche, tout compris 30.000 francs environ, l'autre, médecin hors classe a une solde de 33.000 francs. Le premier assure le service des hommes à l'hôpital colonial, et est en même temps médecin arraisonneur. Le deuxième est chargé dans le même hôpital du service des prostituées, du dispensaire antivénérien, de la consultation gratuite pour les indigents, de la visite hebdomadaire des filles soumises. En dehors de l'hôpital, ce même médecin assure le service d'hygiène et de prophylaxie publique de la Colonie, le service médical de la léproserie à 14 km. de Papeete, l'assistance médicale indigène des districts autour de Tahiti, jusqu'au 18e km. dans un sens et au 12e dans l'autre. L'inspection médicale des écoles et le service des vaccinations lui incombent. Il fait tous les quinze jours une conférence d'hygiène aux enfants des écoles. Il vient d'être chargé enfin du service de la Maternité, nouvellement créée.

Quand ce médecin réclame que sa solde est insuffisante et quand il veut la comparer à celle des autres chefs de service de la colonie, on lui répond qu'il a la ressource de faire de la clientèle. Et l'on feint de ne pas comprendre que cette clientèle lui occasionne un surcroit de travail et de fatigue, qu'il ne peut l'assurer sans prendre sur ses heures de repos et sur ses nuits.

Il convient d'ajouter aussi que le développement louable des services de l'assistance médicale — soins et médicaments gratuits — éloigne de plus en plus du médecin qu'on paye les malades.

Peut-on dire après cela que dans nos colonies et pour les médecins civils, les mêmes salaires correspondent aux mêmes services rendus ? Nul, je le pense, n'oserait s'y aventurer.

Cependant les fonctionnaires des différents services coloniaux, appartiennent à des cadres généraux ou métropolitains ; ils possèdent un grade qui est leur propriété personnelle et qui les suit partout où ils vont. Et deux individus du même grade dans le même cadre touchent des soldes égales qu'ils soient à Nouméa ou à Saïgon, avec comme seules différences, évidemment, les indemnités spéciales afférentes à chacun de ces postes.

Nous ne saurions être taxés d'exagération si nous demandions le même traitement pour les médecins.

Il reste donc à créer un cadre général des médecins civils en service dans les colonies. Nous verrons ultérieurement comment. »

Dr L. Sasportas.
(de Papecte, Tahiti).

Nous sommes loin de vouloir détourner les jeunes médecins de nos colonies. Nous serions même heureux de trouver dans nos possessions d'outre-mer l'exutoire nécessaire qui permettrait la décongestion de plus en plus indispensable du corps médical pléthorique des grands centres de la métropole. Il y aurait intérêt à voir nos jeunes confrères à l'esprit aventureux et hardi, aller passer 5 à 10 ans dans nos colonies, puis revenir en France, munis de ressources appréciables, doués d'une expérience pratique indéniable, et aptes à faire dans nos villes et nos campagnes de la bonne pratique médicale et chirurgicale. Ce serait excellent au point de vue de l'intérêt moral et matériel de notre profession.

Mais pour aboutir à ce résultat désirable, il convient que des situations avantageuses soient faites à ces jeunes médecins. Il ne faut pas leur faire miroiter des avantages illusoires ; il ne faut pas surtout que peu de temps après leur arrivée à la Colonie, ils aient la déception de ne pas voir leurs rêves réalisés. C'est pour éviter ces déceptions qui portent le plus grand tort aux médecins civils de nos colonies et à la bonne réputation de ces dernières, que nous nous efforçons de renseigner à ce sujet nos lecteurs et tâchons de les intéresser aux médecins de nos colonies, qui remplissent la tâche si utile et parfois si dangereuse de missionnaires civils et méritent beaucoup plus que ce que les administrations coloniales daignent leur attribuer.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

ASTHÉNIE CHRONIQUE ET REPOS

Par R. Benon,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Sommaire. — *L'importance du repos dans l'asthénie durable et chronique. — Variété de repos. — Lieu de repos. —Forme de repos. — Durée du repos. — Exercices physiques. — Réactions possibles du patient : suicide et homicide.*

Le traitement par le repos de l'asthénie prolongée, chronique, curable ou incurable, est une nécessité à peu près absolue. Il s'agit, bien entendu, d'asthénie nerveuse générale de nature dite fonctionnelle (par exemple d'asthénie durable consécutive au surmenage ou d'asthénie durable post-infectieuse, post-traumatique, post-émotionnelle, etc.) et non pas d'asthénie évoluant avec une affection organique comme la démence paralytique, l'urémie, la syphilis, la tuberculose, etc. Nous disons que, dans ces cas, le repos est une nécessité *à peu près* absolue parce qu'on observe des asthéniques légers qui continuent comme ils peuvent leurs occupations quotidiennes malgré un état d'impuissance musculaire et psychique incontestable. En principe, l'asthénique doit donc, immédiatement et sans délai, si possible, être mis au repos ; il faut de suite économiser sa force nerveuse. Weir-Mitchell attachait moins d'importance, semble-t-il, au repos qu'à l'isolement. C'est une erreur, à notre avis. L'isolement, dont on a tant abusé et qui a aggravé l'état de tant de malades, passe ici après le repos.

Variété de repos. — De quels repos s'agit-il ? A la fois de repos physique et de repos intellectuel. Le repos moral est autre chose : il est important, mais il se rattache à la psychothérapie ; bien certainement il faut faire le maximum pour épargner les émotions douloureuses à l'asthénique ; cela est moins important que de le mettre d'urgence au repos physique et intellectuel. On peut élever des objections contre cette manière de voir et dire que, chez un malade donné, le traitement institué forme un ensemble de mesures qu'on ne saurait dissocier : c'est possible, mais il reste des gradations à observer et à réaliser pratiquement. Aussi considérons-nous que le malade asthénique, qui souffre d'épuisement général, qui est abattu, anéanti au moindre effort, doit avant toute chose cesser son travail, ses occupations professionnelles, de la même manière, pour parler net, que s'il était atteint de pneumonie ou de fièvre typhoïde. C'est un arrêt dans sa vie qui doit se produire, c'est un changement immédiat et total dans son existence dont il faut décider. Il ne sera pas toujours aisé de persuader l'asthénique et son entourage d'appliquer le traitement qui s'impose : on étudiera avec soin le malade et le milieu ; on affirmera doucement ou catégoriquement la nécessité du repos ; si on ne persuade pas d'emblée le patient et la famille, on devra y arriver progressivement, après plusieurs visites.

Lieu de repos. — Comment installer le malade pour que le repos exigé soit réalisé aussi parfaitement que possible ? Un asthénique peut être soigné chez lui ou dans une maison de santé ouverte c'est dire qu'on pratiquera ou qu'on ne pratiquera pas l'isolement du milieu familial. L'isolement est loin de suffire à tout ; il y a même des sujets pour lesquels l'isolement est néfaste, car il ag-

grave leur état douloureux général. L'étude intime du malade et du milieu où il vit doit être minutieusement pratiquée avant de prendre une décision très ferme.

Le traitement par le repos à la maison, dans la famille, se fera aussi bien à la ville qu'à la campagne, aussi bien à la mer qu'à la montagne. Il y a des asthéniques qui ont horreur de la campagne, qui s'y ennuient très vite ; on doit très vite les ramener à leur domicile de la ville. Ils sont l'exception, sans doute, mais il importe de les connaître afin de ne pas être trop systématique dans la conduite à tenir vis-à-vis d'eux. Pour traiter un asthénique chez lui, il importe de faire l'éducation de l'entourage. il faut apprendre à chacun que de tels malades ont un besoin prolongé et souvent impérieux de repos, qu'ils ne sont nullement des malades imaginaires, qu'ils souffrent cruellement de voir l'état dans lequel ils se trouvent, qu'ils souffriront plus encore si on ne comprend pas leur impuissance et leur état de faiblesse spéciale, qu'ils sont en général très impressionnables, très irritables, et que, en conséquence, ils ne doivent être contrariés ou mortifiés sur aucun point, etc. On rencontre des femmes et des mères qui sont pour leurs maris où leurs enfants des infirmières d'élite, comme on n'en trouve dans aucune clinique spécialisée, laïque ou religieuse ; avec elles on obtient sinon toujours la guérison, du moins des améliorations extraordinaires et durables.

Le repos dans une maison de santé ouverte réalise l'isolement du patient, isolement tant prôné encore de nos jours. C'est un traitement commode : il est souvent médiocre, parce que le malade ne trouve pas à la maison de santé les soins répétés, délicats, dévoués, que nécessite son affection. Le médecin, maintes fois, traite son client à rebours ; le personnel est inéduqué, quelquefois grossier, quelquefois brutal. Les asthéniques calmes, résignés, néanmoins, se trouvent presque tous bien du large repos dont ils jouissent à la maison de santé ouverte, que cette maison soit installée à la ville où à la campagne, dans un site marin où dans un endroit montagneux. Les asthéniques irritables ou anxieux, c'est-à-dire les asthéniques hyperthymiques, bénéficient maintes fois aussi, très nettement, du repos à la maison de santé, les asthéniques irritables plus encore que les asthéniques anxieux, car ceux-ci exigent un traitement psychique non pas plus actif, mais plus intime.

Il arrive que des asthéniques simples, sans fortune, sont placés dans des maisons de santé fermées, c'est-à-dire dans les asiles d'aliénés. Ces asthéniques, qui sont, tantôt des paysans, laboureurs ou vignerons, tantôt des ouvriers, se livrent tous chez eux, sous l'influence de leur irascibilité et de leur impulsivité, à des réactions nuisibles ou dangereuses, et, de ce fait, sont considérés comme des aliénés. Parmi ces malades, quelques-uns aussi boivent à l'excès, pour augmenter leur vigueur, pour récupérer des forces : l'intoxication alcoolique chronique, jointe à l'asthénie, donne encore plus facilement lieu à des violences qui entraînent la séquestration. Le délire hallucinatoire classique est très rare chez les asthéniques alcoolisés. Si l'internement dans une maison de santé fermée est plus ou moins justifié chez cette dernière variété d'asthéniques, il est assez regrettable chez les autres : la création, dans les hôpitaux, de services ouverts pour les maladies mentales et nerveuses mettra un terme à cette pratique fâcheuse et injuste.

Forme de repos. — Le repos doit-il être total ou partiel ? Le repos total, c'est l'alitement du patient. Il en est de l'alitement comme de l'isolement, il ne faut pas le pratiquer d'une manière trop absolue, trop simpliste, trop prolongée. Les asthéniques calmes, très abattus, anéantis au moindre effort, l'acceptent volontiers, surtout à la maison de santé ; ils l'acceptent peut-être moins facilement chez eux,parce que, par exemple ils diront que le lit les affaiblit davantage encore. La plupart se trouvent bien dans leur lit, et on ne doit en aucune façon contrecarrer leur désir, leur besoin de repos, que ce soit à la maison de santé ou dans leur appartement. Il faut attendre, quelquefois plusieurs mois, pour que ces malades qui ont perdu ce qu'on appelle la confiance en soi se décident à se lever. Il ne faut pas les pousser à accomplir des actes, des efforts, qu'ils ne se sentent pas la force de réaliser. Si, sous prétexte de fermeté, de suggestion, on les excite à se lever, si on les y oblige, on provoque des phénomènes d'énervement extrêmement fâcheux, et parfois des colères qui donnent lieu à des violences terribles. Si, au contraire, on sait attendre, on voit petit à petit l'asthénique exprimer spontanément quelques désirs et alors on peut en faciliter l'exécution. Tant que le sujet n'est pas décidé à agir, il faut patienter. L'asthénique n'a pas tendance à persévérer dans l'inertie, car celle-ci lui est douloureuse. Il ne jouit pas de son inertie. Il ne s'agit pas de paresse, comme on le dit parfois, maladroitement, près de lui ; ce qui le mortifie et l'attriste. Il livre combat instinctivement et intérieurement à son inactivité. Si on l'excite hâtivement à la lutte, s'il échoue dans cette lutte, le désespoir et l'agitation s'emparent de lui, et son état s'aggrave.

Chez les asthéniques très disposés à l'énervement, il ne faut pas trop prolonger l'alitement. Avec eux, il importe de faire preuve d'une grande souplesse de direction et de ne leur imposer que l'alitement partiel. Si on les voit impatients d'aller et venir, si on les voit agacés dans leur lit, on leur permettra de circuler soit dans la chambre, soit dans un jardin, et on leur conseillera de venir

se reposer sur une chaise longue, sur leur lit, quand ils sentiront de la lassitude, de la fatigue. L'asthénique anxieux a parfois besoin, lui aussi, d'aller et venir, mais beaucoup moins que l'asthénique énervé : quelques paroles du médecin suffisent souvent pour le persuader de garder le lit. Si l'énervement se surajoute à l'anxiété, l'alitement total, alors, devra cesser comme chez les asthéniques très irritables.

De toutes manières, qu'on réalise l'alitement total ou partiel, on conseillera doucement ou catégoriquement au malade de se laisser vivre, de ne rien faire, de ne rien entreprendre de manuel ou d'intellectuel. S'il est à la campagne, à la mer, ou à la montagne, on lui expliquera qu'il doit se considérer comme en vacances ou en villégiature, que toute occupation professionnelle serait désastreuse, etc.

Durée du repos. — Il est bon de fixer rapidement, après une ou plusieurs visites, la durée probable du repos et du traitement. Elle pourra être dite de deux, quatre ou six mois, suivant les cas, suivant les milieux et suivant les malades eux-mêmes. La plupart des asthéniques sont satisfaits qu'on leur limite exactement le temps de traitement ; de même, les familles. Cela permet à chacun de s'orienter, de prendre certaines dispositions plus ou moins urgentes.

Cette fixation de la durée du repos n'est pas sans péril. Si le médecin doit être précis et ferme devant le malade, il peut, près de la famille, en cas de doute, formuler de prudentes réserves sur ce point spécial de la durée du repos. Il est rare que l'asthénique guérisse en deux mois seulement S'il s'agit d'un accès d'asthénie bien confirmé, la durée du repos devra être, au minimum, de trois à six mois. Si, dès le premier examen, l'asthénie est manifestement très ancienne, si des phénomènes nets d'énervement ou d'irritabilité compliquent le syndrome asthénique, le praticien ne doit plus parler de guérison en trois ou six mois, mais seulement d'amélioration, ou de retour très lent, en plusieurs années, à l'état sthénique antérieur. A moins de faits exceptionnels, on doit la vérité aux malades et aux familles.

Exercices physiques. — A quel moment faut-il commencer le réentraînement du malade ?

A la période d'état, lorsque le patient se présente avec des maux de tête atroces, de l'insomnie, des troubles gastro-intestinaux, — tous signes évidents d'aggravation d'un syndrome asthénique méconnu ou traité irrationnellement, — le repos doit être total, si possible, avec alitement permanent, avec alitement discontinu en cas d'énervement intense et durable. Mais lorsque l'asthénique, au bout d'un ou plusieurs mois est devenu calme, ou assez maître de lui, que décider au sujet des exercices, des occupations dites agréables, des marches, des déplacements, etc. ?

Il est facile de parler de reprise progressive de l'acivité musculaire et mentale. Il est aisé de dire au malade : « Levez-vous plus tôt... Livrez-vous à quelques travaux... Faites quelques promenades. » C'est trop facile et presque toujours c'est faire erreur. Une sorte de perte de la confiance en soi, voilà, semble-t-il, l'asthénique simple, cette même perte de la confiance en soi avec perte de la maîtrise de soi, voilà l'asthénique énervé. Conseiller à l'asthénique des exercices physiques et psychiques, la bicyclette, l'automobile, la gymnastique, le travail manuel, le travail intellectuel, avant qu'il ait repris confiance en lui, c'est presque toujours une attitude vouée au désastre. Il faut attendre que les désirs naissent chez l'asthénique ; il ne faut pas les solliciter ; il faut même les réprimer doucement, en priant le malade de réfléchir, de se demander s'il est bien sûr de lui. C'est spontanément que le malade doit chercher à sortir de son état. Si on a des doutes sur le résultat d'une pareille pratique, on pourra faire un essai contraire, et inciter loyalement le patient à une lecture prolongée, à une marche, mais il faudra observer de près, loyalement aussi, les réactions consécutives, et, si elles sont fâcheuses, ne pas renouveler la tentative. Un asthénique qui, de lui-même, ne demande pas à agir, est un asthénique qu'il ne faut pas encore commencer à entraîner. Quant à l'asthénique énervé, qui veut entreprendre toutes sortes de choses, il faut le modérer du mieux qu'on peut, parce que celui-là, après un moment d'excitation factice, tombe dans l'abattement le plus profond ou le désespoir le plus violent.

L'effort d'observation du praticien devra donc porter sur la capacité possible de dépense en influx nerveux de ses asthéniques, sur leur résistance, sur leur fatigabilité. Beaucoup de malades arrivent assez vite à faire de petites choses, de menus travaux ; ils passent leur temps à bricoler suivant une expression qu'ils emploient communément, mais ils mettent des mois, des années, à récupérer leur puissance de travail antérieure.

En fait, chez les asthéniques, pas d'exercices physiques ou psychiques, pas d'occupations variées et agréables, pas de déplacements ou voyages, avant que surgissent les désirs, et ces désirs même il faut souvent les modérer. La variété des occupations, en fatiguant successivement de nombreux groupes musculaires, est une erreur de thérapeutique. Cette erreur est commise couramment vis-à-vis des asthéniques énervés. Ces malades donnent le change à cause de leur agitation, ils obtiennent de leur médecin traitant, qui pense à stimuler leur curiosité, de se livrer à divers petits travaux, ou à des voyages, or, ceux-ci contribuent constamment à augmenter leur état d'épuisement général. Le malade, par ses goûts et inclinations qui se réveillent en cas d'amélioration, doit être le guide du médecin, et non pas

le médecin, avec ses conceptions trop souvent absolues et fausses, celui du malade. Combien d'asthéniques nous ont dit : « On me conseille de m'occuper, de faire tel ou tel travail, de me remuer, d'aller et venir : je veux bien, j'ai du goût pour certaines choses ; mais si je pouvais les faire, je serais guéri. Je m'essaye à suivre ces conseils, parce que je veux suivre l'ordonnance du médecin, mais après, je suis plus mal, plus abattu, plus épuisé, et je dois m'arrêter... » L'ignorance des médecins qui se conduisent ainsi vis-à-vis des asthéniques est dangereuse, car ces malheureux sont ainsi poussées au suicide ; quelques-uns, — nous en avons recueilli trois ou quatre observations, — ont accompli des actes homicides sous l'influence des conseils inopportuns que donnaient les médecins à leur famille. Voici, par exemple, un asthénique type qui a tiré plusieurs coups de revolver sur sa femme, au cours d'une crise d'énervement et de colère ; or, le médecin traitant disait à la famille : « Il faut le forcer à se lever. Il faut le secouer. Il faut le faire travailler. C'est de la paresse. Voyez son embonpoint. Il n'a pas de lésions cardiaques, ni pulmonaires, etc. » Un jour, le malade, exaspéré d'être incompris à ce point par son entourage, se lève brusquement, saisit un revolver et le décharge sur sa femme : elle ne fut que gravement blessée. Le malade a été interné à l'asile : était-ce un aliéné ? Traité pendant dix-huit mois et amélioré, il a été rendu à sa femme, dont l'éducation spéciale au point de vue thérapeutique avait été faite. Il vit libre depuis plus de quatre ans.

L'importance du traitement des asthéniques chroniques par le repos ne saurait échapper à aucun de ceux qui essayeront de bien connaître cette variété de malades. Au reste, c'est un traitement rationnel puisqu'il s'appuie sur des données physiopathologiques.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Luxation irréductible du coude.

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

Vous avez pu voir, il y a quelques jours, dans notre service une malade que j'ai opérée l'année dernière de luxation irréductible du coude gauche et qui, ainsi qu'elle me l'avait promis, est venue me faire constater les suites de l'intervention pratiquée ; dans la chirurgie articulaire, ce sont en effet les résultats éloignés qui sont les plus intéressants et vous avez pu vous rendre compte par vous-mêmes que dans ce cas, je n'avais pas lieu d'être trop mécontent, car la luxation est restée bien réduite, la pronation et la supination s'exécutent facilement et sans obstacle, l'extension est complète, et la flexion dépasse l'angle aigu ; il eût été difficile, je crois, d'obtenir mieux.

Voici l'histoire de ma malade. Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, qui, vers le début du mois de juin de l'année dernière, tomba du haut d'une charrette en marche sur la paume de la main gauche, l'avant-bras était complètement étendu sur le bras ; elle ressentit une vive douleur dans le coude et constata qu'elle ne pouvait plus fléchir cette articulation qui présenta rapidement un gonflement considérable ; mais avec la belle insouciance qui caractérise nos campagnards méridionaux, elle ne s'en préoccupa guère pendant un certain temps se contentant d'appliquer des cataplasmes ainsi que des compresses humides et chaudes.

Comme ce traitement ne produisait bien entendu aucun résultat elle alla consulter, environ un mois après l'accident, un rebouteur, qui essaya de lui mobiliser le bras, lui fit éprouver d'assez vives douleurs, et lui prescrivit finalement une pommade, laquelle, comme vous le pensez, n'amena pas non plus le résultat espéré. Alors en désespoir de cause, la blessée finit par où elle aurait dû commencer, elle alla consulter un médecin qui après l'avoir examinée et essayé à plusieurs reprises de réduire l'articulation luxée, nous l'adressa à l'hôpital avec le diagnostic précis de luxation irréductible du coude.

Au moment de l'entrée de la malade dans notre service, voici quel était son état : l'avant-bras se trouvait en extension complète sur le bras, et tout mouvement de flexion était impossible, alors que l'amplitude des mouvements d'adduction et d'abduction de l'avant-bras sur le bras étaient considérablement exagérés. Le valgus normal du coude, très accentuée à droite chez cette femme, était complètement effacé à gauche, car l'avant-bras était presque exactement dans l'axe du bras ; quant aux mouvements de pronation et de supination, ils existaient encore, bien que gênés et un peu douloureux.

On constatait par la palpation qu'il existait en avant, dans le pli du coude, une saillie transversale et arrondie, très facile à délimiter, et qui n'était autre que la trochlée humérale avec son épicondyle et son épitrochlée. On reconnaissait de même, en arrière, la saillie de l'olécrâne qui était

situé à environ quatre centimètres de la ligne bicondylienne et lorsqu'on provoquait des mouvements de pronation et de supination, on devinait du côté externe la tête radiale roulant sous la couche musculaire qui la recouvrait.

Devant un pareil tableau clinique, le diagnostic, je dois le reconnaître, n'offrait pas de difficultés ; il tombait en effet sous le bon sens que nous étions en présence d'une luxation complète du coude en arrière, luxation vieille de deux mois et demi. Restait à voir si elle était véritablement irréductible, car vous n'ignorez pas que l'ancienneté d'une luxation n'en détermine pas obligatoirement l'irréductibilité.

Vous savez que pour le coude, comme d'ailleurs pour toutes les autres articulations, l'irréductibilié d'une luxation peut être primitive ou secondaire ; elle est dite secondaire ou acquise, lorsque l'obstacle à la réduction résulte de rétractions cicatricielles, d'adhérences tardives de la capsule et des ligaments déchirés, de myosite ossifiante ou de déformations des extrémités osseuses. Au contraire, l'irréductibilité dite primitive provient de l'interposition entre les surfaces articulaires déplacées de fragments osseux détachés ou de lambeaux capsulaires flottants.

Or, comme dans la luxation du coude en arrière résultant d'une chute sur la paume de la main, le déboitement se produit ainsi que l'a montré Perigaud, par hypertension avec inflexion latérale en dehors des os de l'avant-bras, il est nécessaire, afin que le désengrènement du cubitus puisse se produire, qu'il se soit effectuée des déchirures ligamenteuses portant sur toutes les formations fibreuses qui limitent l'extension de l'avant-bras sur le bras. C'est ainsi, comme ont pu le reconnaître, lors de leurs examens cadavériques, Cooper et Broca, qu'il était nécessaire que le ligament antérieur soit intéressé dans toute sa largeur, car étant tendu au maximum dans l'extension, sa rupture peut seule permettre l'ascension du cubitus en arrière, et que le ligament latéral interne doit être également lésé au niveau de ces trousseaux antérieurs et moyens. Lespremiers renforcent en effet le ligament antérieur, et résistent comme lui à l'extension forcée, c'est-à-dire à l'ascension en arrière des os de l'avant-bras, et les seconds, courts et vigoureux, limitent le mouvement d'inflexion latérale indispensable à la luxation postérieure, à tel point que celle-ci reste impossible tant qu'il sont intacts.

Mais bien souvent, lors de la distension articulaire les ligaments ne se déchirent pas eux-mêmes ils sont arrachés de leurs points d'insertion et emportent au bout de leur implantation, lors du traumatisme un lambeau périostique ou même une esquille osseuse plus ou moins volumineuse appartenant à l'olécrâne ou à l'apophyse coronoïde. Et vous comprenez immédiatement que si entre les extrémités des os luxés vint s'interposer, soit un lambeau de la capsule déchirée, soit une esquille osseuse olécranienne ou coronoïdienne l'irriductibilité primitive s'ensuivra rapidement, le lambeau capsulaire ou l'esquille se glisse entre les surfaces articulaires de manière à former coin et empêche par suite le glissement ou la coaptation des os l'un sur l'autre pendant les manœuvres de réduction.

Cette même interposition, qui crée l'irréductibilité primitive, vous pouvez encore l'incriminer dans un certain nombre de ces irréductibilités tardives : dans les premiers jours de la luxation en effet, le lambeau capsulaire ou l'esquille osseuse, encore libre de toute espèce d'adhérence jouissent d'une certaine mobilité, et peuvent par suite être déplacés ou repoussés, au cours des manœuvres de réduction. Mais au fur et à mesure que la luxation vieillit, lambeau, esquille, immobilisés par des adhérences qui deviennent de plus en plus solides, pendant que le temps s'écoule, arrivent à se fixer et à constituer des obstacles absolument insurmontables contre lesquels toutes vos manœuvres externes demeurent impuissantes ; seule l'opération sanglante, en enlevant le véritable corps étranger qui est venu s'insinuer entre les deux surfaces articulaires, pourra alors vous permettre une réduction.

Mais l'interposition ligamenteuse ou esquilleuse ne constitue pas la seule cause de l'irréductibilité tardive, elle n'est même pas de beaucoup la plus *fréquente, car c'est c'est surtout aux* modifications subies par les tissus articulaires ou paraarticulaires maintenus en position anormale que vous devez attribuer l'impossibilité de réduire les luxations datant d'une époque plus ou moins éloignée. Dans cet ordre de choses, ce sont d'abord les altérations ligamentaires qui jouent le rôle principal ; pendant que le tissu conjonctif périarticulaire subit la transformation fibreuse, les ligaments postérieurs respectés et relâchés du fait seul de la luxation présentent une rétraction considérable, les ligaments latéraux rompus se cicatrisent et se soudent en position anormale, alors que très rapidement le ligament extérieur complètement déchiré s'épaissit et forme un renflement fibreux massif, qu'il deviendra bien vite très difficile de détacher de la face antérieure de l'extrémité humérale. Toutes ces cicatrisations et ces rétractions aboutissent à fixer les os de l'avant-bras sur le bras avec une telle solidité que la réduction finit par ne plus être possible qu'au prix de la rupture des ligaments rétractés et des lambeaux vicieusement soudés. c'est-à-dire au prix d'une véritable luxation traumatique de la néarthrose cubito-humérale. N'oubliez pas en outre que plus tard, soit par le processus de l'ensemencement périostique, soit par celui de la myosite ossifiante partant du brachial antérieur, ce ligament antérieur pourra devenir le siège d'une plaque d'ossifica-

tion à direction transversale, capable dans certains cas de se continuer avec l'apophyse coronoïde avec les os de l'avant-bras ou encore l'épiphyse humérale.

A côté des modifications ligamentaires auxquelles revient la plus grande part de l'irréductibilité acquise il vous faudra cependant réserver une place à d'autres altérations s'exerçant sur les os et les muscles.

Au point de vue osseux, vous pourrez observer au bout d'un temps plus ou moins long, du côté de l'humérus, une hypertrophie interstitielle surtout accusée dans un sens perpendiculaire à l'os ; elle se développe généralement en une sorte de proéminence hypertrophique qui porte la trochlé en avant et en bas, disposition rendant toute tentative de réduction impossible, car cette extrémité articulaire ne peut plus alors venir se loger dans l'échancrure sygmoïdite. En même temps que se créent de nouvelles cavités de réception destinées à loger l'apophyse coronoïde ou la tête radiale, les cavités normales se modifient dans leur forme et se comblent plus ou moins par du tissu fibreux très dense qui adhère aux cartilages. Pour le cubitus, la cavité sygmoïde se rétrécit, diminue de hauteur et se remplit de tissu fibreux, pendant que le radius tend à présenter lui aussi de notables altérations, consistant en allongement hypertrophique du col, atrophie de la tête avec disparition plus ou moins complète de la capsule.

Quant aux muscles, qui présentent toujours les altérations ordinaires que l'on retrouve au cours de toutes les luxations anciennes non réduites, de la rétraction, de l'atrophie et de la sclérose, ils deviennent très fréquemment le siège d'une inflammation spéciale, la myosite ossifiante, localisée le plus souvent dans le brachial antérieur, et plus rarement dans le triceps. Cette myosite, dont la cause occasionnelle doit être recherchée dans les déchirures musculaires et les épanchements sanguins qui accompagnent si souvent les luxations du coude, aboutit à la formation de productions paraplasmiques, de myostéomes traumatiques, subissant presque toujours ultérieurement la transformation osseuse. Souvenez-vous que ces dernières lésions apparaissent rapidement chez les enfants et les adolscents, plus lentement chez la femme, particulièrement dans l'état gravidique, et qu'elles sont activées par les mouvements imprimés latéralement à l'article, ainsi que par les tentatives antérieures de réduction.

Et vous voyez ainsi par ce très rapide exposé, que s'il n'existe qu'une seule cause d'irréductabilité primitive qui est l'interposition, il en existe par contre de multiples en ce qui concerne l'iréductabilité acquise ou tardive, puisque l'impossibilité de réaliser la coaptation des surfaces articulaires, peut tenir aux ligaments, aux os, aux muscles, ou encore à l'ensemble des lésions que présentent ces différentes formations.

Or, il est absolument indispensable de faire un diagnostic précis de la cause de l'irréductibilité, car la thérapeutique varie suivant sa nature.

Vous savez en effet, qu'en cas d'irréductibilité d'origine ligamenteuse sans interposition, il est possible de vaincre ces obstacles et de réduire sans intervention sanglante. Il suffit pour cette manœuvre, après avoir, sous anesthésie générale profonde, fléchi l'avant-bras autant que possible pour rompre les adhérences, de replacer le bras dans l'extension de champ, radius en haut, cubitus en bas, puis d'exercer sur l'avant-bras au moyen de moufles une traction de cinquante kilogrammes pour vaincre le biceps, sans courir le risque d'ajouter une lésion supplémentaire. Dans cette attitude, et pendant la traction, il faut alors, comme l'a recommandé Farabeuf imprimer au coude luxé des mouvements de flexion latérale aussi étendus que possible, d'abord en dedans en soulevant le coude, puis en dehors en l'abaissant de manière à distendre successivement les adhérences huméro-radiales, puis les adhérences huméro-cubitales. Lorsque la distension est obtenue, il suffit de propulser directement d'abord la tête du radius sous le condyle pendant la flexion latérale interne et de l'y caler en la confiant aux pouces d'un aide, après quoi, la propulsion directe de l'apophyse coronoïde sous la trochlée, pendant la flexion latérale externe devient facile et complète la réduction.

Mais ces manœuvres sur technique et la théorie desquelles je ne saurais insister aujourd'hui davantage, ne peuvent réussir, vous le comprenez aisément, que si rien n'est venu s'interposer entre les surfaces articulaires, ou si aucune modification osseuse ne déforme les épiphyses et n'empêche le glissement des os les uns sur les autres. Il ne peut y avoir de doute, de même que l'on ne peut fermer une porte entre les battants de laquelle se trouve un corps étranger sans enlever celui-ci, la réduction de la luxation n'est possible qu'au moyen d'une intervention chirurgicale qui supprime des lambeaux ligamenteux ou les débris osseux interposés.

Il tombe également sous le bon sens que lorsque les extrémités articulaires présentent tant du côté huméral que du côté du cubitus et du radius, les diverses déformations que je viens de vous mentionner il n'y a qu'un instant, la réduction à la suite de tractions est de même complètement impossible à obtenir, étant donné que les surfaces ne se corrrespondent pas et ne peuvent plus par conséquent se coapter ; seule l'intervention sanglante destinée à modifier l'état diaphysaire sera dans ce cas susceptible de vous donner un résultat satisfaisant.

Le diagnostic causal, de l'irréductibilité présente donc un intérêt de premier ordre, puisque

c'est lui qui fournit l'indication thérapeutique, et il faut bien reconnaître qu'avant la fin du siècle dernier, qu'avant la découverte de la radiographie, ce diagnostic offrait de telles difficultés, qu'il ne pouvait pas être posé dans l'immense mamajorité des cas. Alors, suivant son tempérament ou bien le chirurgien tâtonnait essayant d'obtenir la réduction par des manœuvres non sanglantes, plus ou moins violentes, parfois dangereuses, toujours traumatisantes pour l'article luxé, et ne prenait en dernier ressort le bistouri qu'en cas d'échec, allant au hasard à la recherche de la cause d'irréductibilité, ou bien encore, opérateur quand même, il prenait le bistouri dans tous les cas, arthrotomisant ou réséquant des articulations luxées que des tractions bien combinées eussent simplement et facilement réduites. Aussi bien, il ne pouvait guère en être autrement, car sauf dans certains cas exceptionnels de fracture de l'olécrâne ou de l'épiphyse humérale, rien ne révèle, la plupart du temps à la palpation ou à l'inspection la présence de lambeaux ou d'esquilles interposées.

Vous comprenez fort bien qu'en ce qui concerne ma malade, je ne pouvais prendre une décision thérapeutique avant d'être complètement fixé sur la nature de l'irréductibilité de la luxation ; or, étant donné le long laps de temps écoulé depuis la date de l'accident subi, je n'avais guère d'éléments d'appréciation. Lorsque l'on constate en effet, immédiatement après la production d'une luxation que toutes les manœuvres de réduction correctement exécutées demeurent infructueuses, on est alors en droit de penser à l'existence d'une interposition ; mais ici, n'ayant vu la malade que deux mois et demi après sa chute je n'avais pas le droit de conclure ainsi, et je devais me demander si l'obstacle n'était pas plutôt due à une rétraction ligamenteuse, où à une modification des surfaces osseuses. En un mot, j'ignorais si j'avais affaire à une irréductibilité primitive ou à une irréductibilité secondaire acquise.

Je me décidai donc à faire radiographier le coude de ma malade, non qu'il me fût possible d'espérer voir sur le cliché une rétraction ligamenteuse possible, mais avec la certitude de bien voir s'il s'agissait de déformation osseuse ou d'interposition de corps étranger ; cet examen devait avoir en outre pour moi le précieux avantage de bien localiser l'esquille osseuse s'il en existait une, de m'enlever toute incertitude sur sa position et de m'éviter ainsi, en cas d'intervention, une longue exploration faite au hasard, en aveugle, manœuvre toujours très dangereuse dans une région articulaire.

Mes espérances ne furent d'ailleurs pas déçues ; sur l'image que je vous fais passer, et qui représente le coude luxé, vous voyez nettement les deux os de l'avant-bras en position anormale, sur la face postérieure de l'humérus, le radius en dessus, et en arrière du condyle, le cubitus avec son olécrane saillant et son apophyse coronoïde accrochée dans la cavité olécranienne de l'humérus, sans que l'on puisse relever sur ces extrémités articulaires la moindre déformation. Mais entre l'olécrane et la face supérieure de l'humérus vers la partie supérieure de la cavité olécranienne vous pouvez constater la présence du corps du délit, consistant en une petite esquille détachée vraisemblablement de l'olécrâne et qui étant ainsi interposée entre les deux surfaces osseuses, a rendu infructueuses toutes les tentatives de réduction qui ont été faites jusqu'ici.

Ainsi grâce à la radiographie, le diagnostic, qui ne pouvait être résolu par le seul examen clinique, était devenu évident, la luxation était bien irréductible, et son irréductibilité était due au débris olécranien qui se trouvait logé entre le crochet de l'apophyse et l'humérus. L'indication thérapeutique était donc, formellement posés, inutile de chercher à recourir à des manœuvres externes qui ne pouvaient que demeurer impuissantes, il fallait intervenir.

Il me restait à faire choix de l'opération que j'allais entreprendre, et à ce sujet, j'avais à me décider entre l'arthrotomie simple, suivie de la réintégration des surfaces articulaires, et la résection.

L'arthrotomie à ciel ouvert, qui ne date que de 1847, a pour but la *restitutio ad integrum* de la jointure en même temps que sa restauration fonctionnelle et potentielle, en détruisant par le bistouri les obstacles créés par les parties molles seules tout en respectant l'intégrité du squelette. Elle est indiquée dans les luxations simples irréductibles primitives, dans les luxations irréduites d'un mois à six semaines et dans celles qui étant plus anciennes ne s'accompagnent pas d'altérations notables des extrémités articulaires, de néoformations osseuses, d'ankylose véritable, de fractures intra-articulaires récemment consolidées ; c'est surtout chez les sujets jeunes, de quinze à vingt-cinq ans que cette opération présente des choses de réussite.

L'arthrotomie, qu'il s'agisse du coude ou de toute autre espèce d'articulation, ne semble guère être du goût des chirurgiens français ; il est à remarquer cependant que si ces derniers se prononcent dans l'immense majorité des cas pour la résection, par contre en Allemagne les préférences vont nettement vers l'arthromie avec reposition. Ainsi Mayal sur vingt-huit luxations du coude opérées, pratique vingt-six fois l'arthrotomie ; de même Bunge a effectué avec succès la réduction sanglante dans treize luxations invétérées, avec 9 excellents résultats. Il convient d'ailleurs d'ajouter que le succès dépend pour une bonne part de la valeur du traitement orthopédique post-opératoire, et aussi de l'asepsie pendant l'opération, car il faut que la cicatrisation

soit rapide afin qu'on puisse de bonne heure pratiquer le massage et la mobilisation. Pour peu qu'il y ait du suintement, de la suppuration, il faut renoncer à obtenir une articulation mobile et se contenter de rechercher une ankylose en bonne position.

La résection, plus ancienne (1825) supprime une partie du squelette pour constituer une nouvelle articulation mobile : elle peut être totale, c'est-à-dire porter sur l'humérus et sur les extrémités radiale et cubitale, ou simplement partielle, c'est-à-dire sacrifier seulement l'extrémité inférieure de l'humérus.

Cette intervention est indiquée d'emblée dans les luxations invétérées lorsque l'on constate de la déformation des extrémités osseuses, la destruction étendue des surfaces articulaires, de l'ankylose osseuse, de la non consolidation de l'apophyse coronoïde arrachée, l'existence de néo-ossifications dans la capsule ou dans les ligaments, ou lorsqu'il coexiste des fractures intra-articulaires vicieusement consolidées et telles que la simple excision régulatrice du fragment osseux ne peut permettre espérer obtenir un résultat définitif satisfaisant. La résection peut encore être faite secondairement quand on a d'abord cru pouvoir tenter la réduction sanglante et que l'arthrotomie reste impuissante à corriger le déplacement ou que l'on constate au cours de l'opération la disparition des cartilages d'encroûtement, la transformation ostéoïde des débris ligamenteux ou des lames périostiques décollées par le traumatisme.

Après avoir bien pesé le pour et le contre de ces deux interventions, je me décidai pour ma malade à recourir à l'arthrotomie. J'estimai en effet que chez une jeune femme de 23 ans, dont la luxation présentait de l'irréductibilité primitive par interposition osseuse, et dont les extrémités articulaires n'offraient pas traces de déformations à la radiographie, l'arthrtomie devait être tentée tout d'abord, quitte à en arriver à la résection, si au cours de l'intervention, j'arrivais à constater la présence d'obstacles ne me permettant pas d'obtenir la reposition.

Comme dans un second examen, la position du corps étranger avait pu être bien localisée, et qu'il devait être plus facile de l'aborder par le côté interne de l'articulation, je pratiquai donc dans cette région, une longue incision qui me permit assez facilement d'arriver sur l'article, et d'enlever ensuite le petit fragment osseux interposé, puis après avoir sectionné quelques brides, résultant de la cicatrisation du ligament latéral interne qui m'auraient certainement gêné, je vidai la cavité olécranienne des quelques débris fibreux qu'elle contenait. Saisissant alors l'avant bras mis en demi-flexion, j'effectuai des mouvements de traction combinés à des mouvements légers de latéralité, en m'aidant de la pression directe sur l'olécrâne ; au bout de quelques tentatives, je parvins à obtenir la réduction sans trop de difficultés. J'essâyai ensuite de reconstituer autant que possible la capsule ainsi que le ligament latéral interne, et je fermai la peau par quelques points.

Les suites immédiates furent excellentes, et une quinzaine de jours, plus tard, commencèrent les séances de massage et de mobilisation ; grâce à la patience et au dévouement de l'externe de la salle, auquel je suis heureux de rendre hommage, ainsi qu'à la soumission et la patience de la malade, la mobilisation de l'articulation se fit bientôt dans d'excellentes conditions, et vous avez pu voir par vous-mêmes en examinant la malade un an après qu'elle eut été opérée, que dans ce cas au moins la seule arthrotomie a donné un résultat des plus satisfaisants.

OPHTALMOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

Le soufre du cristallin.

Par Henri FLURIN (de Cauterets) Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

et

Raymond MOLINÉRY. (de Luchon) Médaille d'or de l'Académie de Médecine.

Notre éminent confrère, le docteur de Rey-Pailhade, nous priait récemment d'établir une enquête auprès des ophtalmologistes et de ceux qu'intéresse la thérapeutique sulfurée (1), afin de savoir si , « *un traitement par le soufre pourrait agir sur le cristallin et s'il serait possible d'envisager une cure prophylactique de la cataracte* . »

Sans être spécialistes, nous savons bien qu'actuellement le seul traitement de la cataracte constituée réside dans l'extraction du cristallin et nous n'ignorons pas combien sont illusoires toute les médications qui tendent à faire disparaître l'opacification du cristallin ou à en enrayer la marche.

Cependant, les découvertes de Rey-Pailhade ont pris en chimie biologique une trop réelle importance pour que, après vous avoir cité exac-

(1) R. MOLINÉRY. — Le soufre en thérapeutique oculaire. *Les Sciences Médicales*, 15 oct. 1926.

tement les termes de sa demande, nous ne cherchions pas à répondre à ses suggestions en ce qui concerne un point si intéressant de la pathologie oculaire.

C'est à Rey-Pailhade, en effet, que revient le mérite d'avoir montré, en 1915 (1), le rôle que joue le soufre dans la constitution des tissus du cristallin sous la forme d'un corps très spécial auquel il a donné le nom de « *Philothion* ».

Et tout récemment, en 1925, se basant sur les recherches du Pr. F.-G. Hopkins, de Cambridge, D. R. Adams (2) signalait dans ces mêmes tissus cristalliniens la présence d'un corps qui se rapproche étrangement du philothion, le « *Glutathion* », la quantité de ce glutathion variant dans le cristallin sous l'influence de divers agents (chaleur, rayons ultra-violets, oxygène, acides organiques.)

Que sont donc exactement ces deux substances désignées sous le nom de « PHILOTHION » et de « GLUTATHION » ? Pour en préciser la significatoin, il nous paraît indispensable de rappeler quelques notions essentielles sur le soufre protéique.

Le soufre, on ne saurait trop insister sur ce point, fait partie intégrante de chaque molécule albuminoïde du corps humain, *sa présence est aussi indispensable à la vie que celle du carbone, de l'hydrogène, de l'oxygène et de l'azote.* La proportion du soufre est variable avec chaque espèce cellulaire, habituellement comprise entre 1 % et 5 %, surtout élevée dans la mucine des voies respiratoires, dans les kératines des tissus épidermiques, d'après Moerner, elle est de 2.07 dans la mucoïde de la cornée, de 1,19 dans le hyalin mucoïde du corps vitré, de 0,80 à 1,27 dans l'albuminoïde du cristallin.

Mais le soufre ne joue pas dans la vie cellulaire un simple rôle statique de construction, son principal rôle est beaucoup plus actif, c'est un rôle fonctionnel dynamique.

Le soufre, en effet, existe dans la plupart des matières protéiques *sous la forme d'un noyau sulfuré représenté par la cystine et la cystéine.* La cystéine est un acide aminé qui se fait remarquer par l'adjonction d'un atome de soufre à la molécule sensiblement double de la précédente qui est la cystine. *La cystine est donc la première oxydation de la partie sulfurée de la molécule albuminoïde,* après le dédoublement de celle-ci, mais elle peut reprendre, par adjonction d'hydrogène, la forme cystéine et ainsi se trouve constitué un système réversible : CYSTÉINE $\rightleftarrows$ CYSTINE, dont l'importance biologique est considérable dans les phénomènes d'oxydo-réductions.

Si toutes nos cellules ont besoin d'oxygène pour réaliser les manifestations chimiques qui sont à la base de la vie, les réactions d'oxydation doivent être nécessairement subordonnées à des réactions de réduction.

C'est Rey-Pailhade qui, le premier, a précisément montré l'importance du soufre comme agent oydo-réducteur :

Dès 1888, ce savant, reprenant les travaux de J.-B. Dumas, avait montré que, non seulement la levure de bière et son extrait aqueux, mais encore un grand nombre de tissus animaux, en particulier ceux dont les cellules ont une vie très active, comme celles du foie et des muscles striés, ont la propriété de réduire S en H^2S. Il admit que ces tissus possèdent un corps spécial capable d'hydrogéner le soufre, même à froid, c'est à ce corps qu'il donna le nom de « PHILOTHION ». — Le Philothion n'est donc pas un simple ferment, uniquement doué d'une action diastasique, il s'apparente directement à la matière albuminoïde, c'est un véritable « hydrogène d'albumine », autrement dit, c'est une protéide du milieu vivant, ayant fixé de l'hydrogène, hydrogène labile protéidique, capable d'hydrogener le soufre, de le réduire en hydrogène sulfuré.

Toutes les recherches de Hopkins sur le rôle du soufre dans les oxydo-réductions cellulaires dérivent des travaux de Rey-Pailhade. Le chimiste anglais n'en a pas moins eu le mérite de donner corps à ce terme vague de « Hydrogène d'albumine » en isolant, de la levure de bière, une dipeptide, dipeptide de l'acide glutamique et de la cystéine qu'il a dénommé la glutathion.

Plusieurs biologistes, et, en particulier, G. E. Tunnicliffe, A. Blanchetière et Léon Binet, pour délimiter l'importance réelle du glutathion, ont étudié ses variabilités dans le fonctionnement normal et pathologique des tissus, et ont montré que sa réversibilité ne s'opère que dans les conditions de milieu très stable (p. 4 = 7,4), c'est-à-dire au voisinge du pH des tissus.

Voici donc des corps comme le philothion et le glutathion, dérivés sulfurés, de constitution analogue, qui témoignent de l'importance des réactions couplées d'oxydo-réduction dans l'organisation chimique des tissus, qui apparaissent comme des mobilisateurs remarquables d'oxygène et qui tendent à prouver que le soufre est un catalyseur (1) de premier ordre et un agent très actif de la vie cellulaire.

Or, comme nous l'avons dit au début de cette communication, tandis que Rey-Pailhade signa-

(1) DE REY-PAILHADE. — Académie des Sciences. Séance du 4 janvier 1915. — Comptes rendus, T. 160, p. 137. Sur l'existence du Philothion dans le cristallin des yeux des animaux.

(2) D. R. ADAMS. — Proceedings of the Royal Society, B. 1925, XCVIII, 244-245.

(1) H. FLURIN. — De l'action catalytique du soufre. *Paris Médical*, 17 avril 1926.

Le Métabolisme du soufre. *Progrès Médical*, 15 nov. 1926.

lait la présence du philothion dans le cristallin, D.-R. Adams y découvrait du glutathion et montrait les variations qu'il pouvait subir dans certaines altérations de cet organe et sous l'influence de divers agents.

Puisque la thérapeutique sulfurée, essentiellement excitante « agit sur les organismes à vie ralentie », nous avons le droit de nous demander avec M. de Rey-Pailhade, si cette thérapeutique n'a pas une action sur le cristallin. Et la première expérience à tenter serait d'étudier les variations de la teneur en glutathion du cristallin après un traitement sulfuré intensif (Aix, Barèges, Cauterets, Luchon, etc.).

Le cristallin, enfin, est un organe *épithélial* tout comme la peau et ses dépendances. Sachant l'importance que les dermatologistes attachent au soufre dans la pathogénie et la thérapeutique des dermatoses, dont certaines peuvent être considérées comme de véritables affections » par carence sulfurée », la même ligne de conduite ne peut qu'être séduisante quand il s'agit d'étudier la pathogénie d'une dystrophie épithéliale comme la cataracte spontanée (1).

PHYTOTHÉRAPIE TROPICALE

Trigonella foenum groecum Linnaeus.

Par le Dr M. TIROUVANZIAN

Médecin de l'assistance médicale, à Prey-Ving (Cambodge).

Originaire de l'Inde, le fenugrec est une plante annuelle, peu cultivée au Cambodge, à petites fleurs blanches, à gousses longues, renfermant des graines colorantes, de couleur jaune sale. Il est classé dans la famille des légumineuses papillonacées. Connu sous le nom de « Lok-Sath » nom siamois, semble-t-il, au dire des kroupets (médecins cambodgiens); est appelé en sanscrit « Methy » dans la matière médicale ayourvédique.

Les feuilles et les graines sont très employées dans l'alimentation.

Les graines mucilagineuses sont résolutives, toniques, diurétiques, carminatives, orexiques et antidiarrhéiques.

La décoction de fenugrec en applications chaudes et les cataplasmes de farine de fenugrec sont de bons résolutifs, très efficaces dans les accès éléphantiasiques. (Docteur P. Mariadassou).

La poudre de fenugrec prise à raison de 1 à 5 grammes par jour avant les repas, est un tonique. J'en ai obtenu de bons effets chez les malades qui ont suivi cette prescription. Certains n'éprouvent aucune répugnance à manger les graines de fenugrec : ainsi que j'en ai fait l'épreuve, elles peuvent être mangées sans aucun correctif.

Associé à l'allium sativum, je le prescris avec de bons résultats chez les pulmonaires déprimés, asthéniques.

Poudre de fenugrec	0.50 à 1 gr. 50
Ail râpé	0.25 à 0 gr. 75
Beurre	Q. V.

à prendre 1 à 2 boulettes avant les repas, pendant 10 jours.

Le malade reprend l'appétit et des forces avec le traitement. Méthode simple qui ne connaît aucune contre-indication. La condition essentielle du succès est qu'elle doit être reprise très souvent.

Peu de malades s'accommodent de l'odeur pénétrante de l'ail; ses effluves tenaces sont au moment de l'absorption masquées par le beurre. Au bout d'un certain temps, l'efficacité de la préparation ingérée leur inspire courage et permet de continuer la médication.

Principalement, les tuberculeux pulmonaires au début bénéficient de cette thérapeutique ; souvent l'état général s'améliore alors que les troubles digestifs regressent rapidement.

La décoction (30 à 60 gr. par litre d'eau) est très employée dans toutes les affections gastro-intestinales. Les flatulences, les dyspepsies et les diarrhées sont heureusement influencées par le fenugrec.

La bouillie ou soupe de graines de fenugrec est préconisée comme galactogène, à prendre matin et soir, 25 à 30 grammes de fenugrec.

Les graines de fenugrec macérées dans l'huile de coco sont très employées contre la calvitie.

La macération (30 à 60 grammes par litre d'eau) est une boisson émolliente et rafraîchissante souvent prescrite dans les états inflammatoires du tube digestif. Les propriétés antidiarrhéiques du fenugrec sont manifestes. La macération prise avec les graines, le matin à jeun pendant plusieurs jours, se montre utile dans les congestions hépatiques et constitue un régulateur puissant de la circulation intestinale, un désodorisant des selles, un moyen efficace de dégorgement de la glande hépatique et par suite de désintoxication générale.

BIBLIOGRAPHIE. — Le jardin des simples de l'Inde, Dr P. MARIADASSOU. — Médecine Ayourvédique, t. III, par N. N. SEN GUPTA.

(1) MOLINÉRY. — Le soufre en thérapeutique oculaire. *La Médecine Internationale*, février 1927.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Gravité de l'avortement et dangers du curetage en cas de fibrome utérin.

L'avortement est loin d'être rare chez les femmes atteitntes de fibrome utérin, surtout pour les fibromes sous-muqueux, même s'ils sont peu volumineux, et, les fibromes interstitiels dès que leur volume fait déformer la cavité utérine. Plusieurs mécanismes peuvent s'associer : tendance hémorragique de la muqueuse, lésions de métrite, et gêne apportée à l'ampliation de l'utérus.

L'avortement provoqué est fréquent aussi par rapport à l'avortement spontané ; en effet, il est facile à déclancher dans un utérus fibromateux où le développement de l'œuf se fait souvent dans des conditions précaires et se trouve ainsi prêt à être interrompu par la moindre cause extérieure : chute, fatigues, traumatismes criminels intra-utérins.

Quelle que soit sa cause, il est toujours grave, car il favorise l'apparition des complications habituelles de l'avortement (hémorragie et infection), par rétention placentaire, car l'avortement expose le fibrome à des complications graves (augmentation de volume, ramollissement, dégénérescence rouge) ; enfin, le curetage utérin, ajoute R. Leibovici, peut provoquer de très graves accidents au niveau du fibrome. Ces accidents, hémorragie et infection des fibromes, proviennent souvent du curettage pour rétention placentaire, et ils sont une indication à pratiquer l'hystérectomie.

La conduite à tenir variera suivant la date et l'état dans lequel on voit la malade. Si l'avortement est à son début, il faut temporiser, s'abstenir de toute manœuvre intra-utérine, se contenter d'une désinfection soigneuse de la vulve et du vagin, être prêt à intervenir en cas d'accidents. Se rappeler qu'une fausse couche aggrave les manifestations hémorragiques d'un fibrome.

S'il y a hémorragies graves, l'hystérectomie paraît plus souvent indiquée que le curettage. C'est l'opération de nécessité quand celui-ci est impossible. C'est également l'opération de choix, quand le curettage a causé des hémorragies alarmantes ; on sera d'autant moins conservateur que la malade sera plus âgée et que le fibrome sera plus volumineux. L'hystérectomie ainsi pratiquée pour des hémorragies sera facile et bénigne ; une supravaginale rapidement menée, sans déchirer l'utérus qui est friable, avec fermeture sans drainage de la paroi, assurera une guérison prompte et définitive.

Enfin, s'il y a suppuration ou sphacèle du fibrome, il faut faire l'hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal, avec ou sans cloisonnement du bassin, en raison du volume du fibrome. (*La Presse médicale*, 18 mai 1927.)

L'auscultation du pylore.

Noël Fiessinger décrit cette méthode : pour ausculter le pylore, il faut un stéthoscope bi-auriculaire d'un type spécial ; les tuyaux doivent être en caoutchouc très souple ; le pavillon est appliqué à droite de la ligne médiane, un peu en haut et à droite de l'ombilic dans la région approximative du pylore. Le malade doit être en position couchée et en résolution musculaire parfaite. Il faut savoir que cette auscultation nécessite un certain temps d'observation ; elle ne doit exiger aucun effort d'attitude, ni de la part du patient, ni de la part de l'observateur.

Les bruits d'auscultation du pylore se distinguent nettement des bruits intestinaux en ce qu'ils sont discrets et espacés. Ils sont dus au passage de l'onde liquide à travers le rétrécissement pylorique.

Quand l'onde ne progresse pas lentement vers le vestibule, mais quand elle vient mourir au pylore, on entend nettement un bruit d'éjaculation liquide comparable à certains borborygmes intestinaux. Cette éjaculation pylorique commence faiblement, augmente d'intensité et se termine brusquement, le tout durant deux à trois secondes. C'est là le phénomène normal.

En général, en période digestive, ce phénomène est facilement provoqué par une chiquenaude ou une malaxation portant sur le corps de l'estomac. Cette pression provoque d'ailleurs un clapotage très facilement perçu au stéthoscope ; il faut attendre quelques instants pour percevoir le bruit pylorique. Le médecin peut en tirer des arguments au sujet de l'état d'hypertonie, d'atonie ou de dystonie gastrique. Dans le syndrome de dystonie gastrique, souvent, malgré que les rayons X aient signalé une évacuation précoce et rapide, on a pu constater, six heures après un repas, par le clapotage, la réplétion relative de l'estomac.

Dans les estomacs atones, les bruits sont très espacés et n'ont pas l'énergie, ni la longueur des bruits normaux. On peut donc être renseigné par la facilité avec laquelle on obtient le bruit pylorique, par le moment auquel on l'observe pendant la période digestive, par l'espacement, l'intensité, la longueur des bruits.

On constate aussi le bruit de bulle, qui est lié à un rétrécissement réel ou incomplet, et le silence pylorique.

Certes, l'auscultation du pylore ne peut supplanter l'étude radiologique de l'évacuation gastrique ; elle a l'avantage d'observer le mode d'évacuation, non de la gélose barytée, mais du repas normal. (*Journal des Praticiens*, 18 juin 1927.)

Les phlébites après les opérations gynécologiques.

Ce sont les complications les plus redoutables ; à la suite des actes opératoires les plus simples et les plus correctement exécutés, vers le 5e ou le 6e jour apparaît la phlébite pelvienne, et l'embolie mortelle.

La phlébite la plus grave, celle qui tue, est en effet la phlébite pelvienne ignorée ; car dès que la thrombose a atteint la veine fémorale ou toute autre veine du membre inférieur et qu'elle se manifeste au chirurgien et au malade, sa gravité est considérablement réduite pour peu qu'on veuille lui appliquer la thérapeutique habituelle.

A. Schwartz et L. Schil pensent que ces phlébites relèvent de deux facteurs : l'endophlébite préexistante et un microbe, vraisemblablement le coli-bacille d'origine intestinale ; ils le démontrent par l'analyse de 53 observations ; dans les fibromes notamment, les veines des pédicules sont atteintes d'endophlébite pour les 2/3 des cas. Mais l'acte opératoire lui-même n'est peut-être pas exempt de quelque responsabilité dans la genèse de la phlébite ; les traumatismes qu'il fait subir à des veines souvent altérées, les écrasements, les tiraillements peuvent aider à la fixation du microbe en créant la lésion veineuse ou en aggravant une lésion préexistante.

D'ailleurs, le microbe circulant peut se fixer ailleurs que dans une veine pour provoquer des accidents (entéro-colite coli-bacillaire, etc.).

Imbus de ces justes idées, les auteurs ont fait préparer un vaccin à l'Institut Pasteur, mélange de microbes extraits de la flore intestinale : 80 % de plusieurs races de coli-bacilles, 15 p. 100 d'entérocoques et 5 p. 100 de divers diplo et streptocoques.

Ils font subir une vaccination préalable à tous ceux qui doivent être opérés d'appendicite, ou d'hystérectomie pour fibrome ; ils se proposent de le faire pour toute laparotomie.

Dans les trois jours qui précèdent l'opération, on fait trois piqûres, une chaque jour de 0 cc. 05 de la solution, et autant dans les trois jours qui suivent ; il n'y a aucune réaction appréciable.

Puisque les microbes coupables viennent de l'intestin, il faut également veiller à une évacuation régulière du tube digestif avant et surtout après l'acte opératoire ; il faut éviter la constipation chez tous les opérés, mais il faut obtenir l'évacuation intestinale par des moyens doux : la purgation paraît une manœuvre néfaste, capable de provoquer la poussée de colite et avec elle la migration du coli à travers la paroi intestinale.

Peut-être ne serait-il pas mauvais de soumettre pendant une quinzaine de jours le malade à un régime lacto-végétarien. Après l'opération, éviter la stase veineuse en recommandant à la malade de ne point garder l'immobilité absolue, qu'elle croit, en général, nécessaire ; on lui dira, au contraire, de remuer ses jambes ; on l'asseoira dès que ce sera possible pour favoriser la respiration et par elle la circulation veineuse. (*Paris médical*, 18 juin 1927.)

L'éclampsie syndrome.

A la notion de l'éclampsie-maladie, il faut substituer le concept de l'éclampsie-syndrome, et dès lors le prof. Lévy-Solal dégage des inconnues de l'éclampsie trois types cliniques : l'éclampsie néphrite, l'éclampsie-hépatite, et l'éclampsie-choc ou à prédominance de choc.

En effet, si les examens cliniques corroborés par les épreuves de laboratoire permettent d'isoler certains types d'éclampsie associés à des lésions assez caractérisées du foie et des reins pour que tout se passe comme si ces lésions commandaient les crises, il est des formes limitrophes, où tout ce que nous savons de la pathologie rénale et hépatique nous incite à être très réservé pour affirmer une relation de cause à effet entre le syndrome éclamptique et les lésions viscérales, qui peuvent être secondaires à l'accès. Enfin, il est d'autres types d'éclampsie, les plus nombreux, où la disproportion entre la légèreté, l'inexistence de lésions et la gravité des accidents ne nous permet pas raisonnablement d'invoquer une origine : rénale ou hépatique.

Il semble que dans ces cas, on puisse invoquer les glandes à sécrétion interne ; sans résultat bien établi, toutes les glandes endocrines ont été incriminées, mais, malgré des analogies intéressantes à retenir, les lésions organiques observées sont inconstantes. Elles paraissent déterminées par l'éclampsie elle-même ou se produisent pendant l'état pré-éclamptique, et constitueraient peut-être alors une cause prédisposante, mais non déterminante de la crise. La cause déterminante serait un poison convulsivant, isolé par l'auteur ; et celui-ci proviendrait peut-être de la mobilisation des protamines, produits de désintégration des tissus fœtaux, imprégnant le placenta ; l'état d'instabilité humorale, caractérisé par la triade : hypocalcémie, hyperphosphatémie, acidose décompensée, crée un terrain tout préparé pour que la crise éclate avant ou après l'accouchement, le travail de la parturition accentuant par lui-même l'épuisement de la réserve alcaline.

Le prof. LÉVY-SOLAL, dans un but thérapeutique, a recherché si la susceptibilité à l'intoxication ne variait pas, d'autre part, avec le tonus vago-sympathique ; il a expérimenté l'adrénaline, l'atropine, l'ésérine et la pilocarpine qui ont une action élective sur le sympathique et sur le pneumogastrique. Il a pu mettre en relief l'action du chlorhydrate de pilocarpine, injecté à dose non toxique, c'est-à-dire un milligramme pour un cobaye de 500 à 800 grammes. L'expérimentation et la clinique lui ont permis d'apprécier les résultats heureux de cette thérapie . Sur six cas d'éclampsie, il en a traité cinq avec succès par cette médication combinée à une légère saignée ; le sixième cas, mortel, était une urémique à la phase finale.

Une observation très intéressante est rapportée où l'on injecta par doses fractionnées deux centigrammes de pilocarpine pendant trois jours en tout.

Cette expérience thérapeutique à propos des formes anaphylactiques de l'éclampsie méritait d'être rapportée pour elle-même, et aussi pour montrer l'importance et la nécessité de la discrimination judicieuse des types cliniques. (*Paris médical*, 18 juin 1927.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le vaccin de Noguchi contre la fièvre jaune.

(M. Jules RENAULT. — *Académie de médecine* ; 22-11-1927.)

On sait que la fièvre jaune sévit depuis quelque temps en Afrique occidentale française. Le ministre des colonies ayant sollicité l'avis de l'Académie sur la valeur du vaccin de Noguchi et sur les avantages qui pourraient être retirés de son emploi dans la lutte contre cette maladie, la Commission académique des épidémies, réunie le 15 novembre sous la présidence du Dr Roux, a proposé l'envoi de la réponse suivante :

« L'efficacité du vaccin de Noguchi contre la fièvre jaune est contestée par de nombreux expérimentateurs qui n'ont pu distinguer le spirochète de Noguchi et celui de l'ictère hémorrhagique, les caractères morphologiques et les réactions biologiques ne permettant pas de différencier ces deux microbes. Le vaccin de Noguchi étant parfaitement inoffensif, toutefois, il n'y a pas lieu de refuser son emploi à ceux qui le demandent.

La Commission appelle l'attention de M. le Ministre sur le fait que la fièvre jaune a disparu de tous les pays où l'on a engagé la lutte contre le moustique convoyeur de la maladie, le *stegomya fasciata*. Ce qui a été obtenu à la Havane et au Brésil peut l'être en Afrique occidentale française, si l'on charge de cette tâche des médecins compétents ayant l'autorité et les ressources nécessaires : ce service prophylactique doit être permanent. »

La protection du Maroc contre la fièvre jaune.

(M. REMLINGER. — *Académie de médecine* ; 22-11-1927.)

L'épidémie de fièvre jaune qui règne au Sénégal pose la question de la protection des pays limitrophes. Il est curieux de constater que malgré la proximité des foyers endémo-épidémiques de la côte occidentale d'Afrique, le Maroc n'a jamais encore été visité par la maladie. Le fait est attribuable à ce que, jusqu'à ces dernières années, le Maroc se trouvait en quelque sorte retranché du reste du monde. Les navires n'y faisaient aucune escale, n'ayant aucun voyageur, aucune marchandise à y débarquer ou à y prendre.

Aujourd'hui les conditions sont bien changées. L'empire chérifien est pourvu d'un grand port moderne très fréquenté et il est sillonné de routes et de voies ferrées. Il est relié, en outre, par avion, au Sénégal et au continent européen. La fièvre jaune peut dès lors y être importée, d'autant que le moustique vecteur, le stegomyia fasciata, y est extrêmement abondant. Il commence à paraître en mai pour ne disparaître qu'en novembre-décembre, lorsque la température moyenne journalière se fixe au voisinage de + 10.

Comme mode de pénétration du germe de la fièvre jaune, on peut éliminer à peu près sûrement, au Maroc, la voie terrestre. La voie aérienne ne saurait être rejetée *a priori* (pendant la guerre mondiale l'Angleterre a été de cette façon et à plusieurs reprises contaminée de la rage), mais l'avion ne semble pas très à redouter en pareil cas. En réalité, entre le Sénégal et le Maroc, le seul mode de propagation de la fièvre jaune est la voie maritime classique.

La période d'incubation de la fièvre jaune est de *deux à six jours*. La durée de la traversée de Dakar à Saffi ou à Casablanca est de cinq jours. Une personne peut donc débarquer avec l'apparence de la bonne santé et ne tomber malade que le lendemain de son arrivée au Maroc. Premier point donc : la surveillance des passagers. Deuxième point : la destruction des moustiques convoyés par les bateaux. Les paquebots métalliques modernes offrent aux moustiques des conditions d'existence moins favorables que les vieux bateaux de bois d'autrefois. Néanmoins, ils peuvent donner asile à des stego-

myia infectés. Les stegomyia commencent à être dangereux douze jours après qu'ils ont absorbé le sang d'un jauneux et le demeurent parfois pendant la durée de leur vie (rarement plus de 40 jours). Ces moustiques infectés transportés sur les bateaux sont susceptibles de devenir des agents de contamination.

La protection du Maroc contre la fièvre jaune aura les mêmes bases que celle utilisée au Sénégal même : stationnement des paquebots dans l'avant-port (le vent pouvant chasser les moustiques à terre si la distance n'est pas assez grande) ; examen minutieux des passagers avant l'embarquement et au débarquement ; dépistage des stegomyia dans les coins obscurs du navire ; sulfuration, etc. Des mesures complémentaires seront à mettre en œuvre, entre autres la visite, pendant six jours, des passagers débarqués de bateaux considérés comme suspects par leur provenance. D'autre part, la lutte pourrait être dès maintenant entreprise dans les grands ports du Maroc contre le stegomyia (larves et adultes) afin de diminuer son extrême abondance. Il ne s'agit pas de supprimer complètement les moustiques. On visera à en réduire le nombre et à le faire descendre au-dessous du niveau (point épidémique de Gorgas) où ils cessent d'être dangereux. M. Remlinger pense que l'on obtiendrait ainsi également la préservation d'un autre état morbide, l' « exanthème infectieux marseillais » dont parlait à l'Académie il y a quelque temps MM. Olmer, Boinet et Piéri. L'auteur a observé à Tanger plusieurs cas de cette affection, qu'il tient pour de la dengue causée par la piqûre non du phlébotome mais du stegomyia.

Il est enfin indiqué de constituer, bien qu'ils soient encore à l'étude, une petite provision de vaccin de Noguchi et de sérum anti-amaryllique. L'immunité par le vaccin ne paraît acquise que dix jours après la deuxième inoculation et le sérum n'agit guère que s'il est injecté dans les quatre premiers jours de la maladie.

Calcifications sous-acromiales post-traumatiques. Traitement par la diathermie.

(M. W. Vignal. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 1-7-1927.)

M. Aubourg présente un rapport sur un travail de M. Vignal relatif aux calcifications sous-acromiales post-traumatiques et leur traitement par la diathermie.

Parmi les séquelles des luxations et des contusions de l'épaule la radiographie a bien souvent montré l'existence et l'importance de la calcification des bourses séreuses péri-capsulaires. La diathermothérapie parvient le plus souvent à faire disparaître le syndrome douloureux parfois très pénible et la gêne fonctionnelle qui en sont la conséquence. Il existe aussi, à côté de l'étiologie traumatique, des calcifications de cause indéterminée que l'on rencontre dans la péri-arthrite scapulo-humérale. Elles sont également favorablement influencées par la diathermie.

— M. Aubourg, s'appuyant sur son expérience, montre la nécessité d'une radiographie de toute articulation chroniquement malade. Elle révèle nombre de fois des lésions insoupçonnées : calcification des bourses séreuses, exostoses, cals vicieux, altérations de la structure osseuse (syphilis, tuberculose, etc.). L'examen se complètera par une radio comparative du côté sain.

L'arthrodèse du poignet.

(M. Raphaël Massart. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 1-7-1927.)

M. Gasne communique, au nom de M. Raphaël Massart, une étude sur l'arthrodèse du poignet.

L'arthrodèse, qui est une excellente opération orthopédique dans les paralysies invétérées, ne paraît pas avoir été souvent pratiquée au poignet, alors que les pieds ballants et les épaules ballantes ont largement bénéficié de ce moyen thérapeutique. M. Massart en expose la technique et les indications. Il a recours à l'arthrodèse dans le traitement des poignets ballants, et particulièrement de ceux liés à la paralysie radiale. Les transplantations tendineuses donnent des résultats beaucoup moins satisfaisants si l'on considère les résultats éloignés, les plus intéressants.

— M. Gasne envisage, à son tour, les indications respectives de l'appareillage et de l'arthrodèse dans les poignets ballants par paralysie radiale. Elles varient suivant les circonstances. Lorsqu'il s'agit de manœuvres, exécutant de gros travaux, l'appareillage a des inconvénients : la gaine de cuir alors utilisée couvre la main, empêche les sensations ; elle est, en outre, lourde et rapidement salie. L'arthrodèse est, en ce cas, supérieure. Chez les sujets astreints à des travaux manuels délicats, au contraire, l'appareillage est plus léger et il laisse plus de souplesse que l'arthrodèse.

— M. Péraire est moins sévère que MM. Massart et Gasne pour les transplantations tendineuses. Il en a vu, quelquefois, de bons effets.

Hématurie par distension du bassinet.

(M. Jack Mock. -- *Société des chirurgiens de Paris* ; 21-10-1927.)

M. Mock rapporte un cas de cancer papillaire du bassinet. Le diagnostic avait été posé avant l'opération par la cystoscopie, qui avait précisé le rein atteint, et par le cathétérisme urétéral qui (grâce à la distension du bassinet) avait révélé la cause. M. Mock fit la néphrectomie et l'urétérectomie. Guérison opératoire.

— MM. Pasteau et Le Fur remarquent que le saignement par distension du bassinet n'a de valeur qu'en dehors de l'infection, un rein infecté pouvant

saigner par distension. Ce signe ne peut indiquer la nature de la tumeur.

Reconstitution de la malléole interne par greffe ostéo-périostique.

(M. André TRÈVES. — *Société des chirurgiens de Paris* 21-10-1927.)

M. Trèves a soigné une jeune fille de 20 ans atteinte d'une tumeur de l'épiphyse tibiale inférieure. La malléole interne ayant été enlevée en totalité, l'auteur combla la brèche au moyen de greffes ostéo-périostiques. Le résultat est parfait et la malade marche normalement. M. Trèves pense que, même dans les ostéo-sarcomes vrais, les résections larges suives de greffes sont préférables aux amputations. Elles peuvent amener la guérison lorsque l'intervention est précoce.

— M. DUFOURMENTEL estime, comme M. Trèves, que le rôle du périoste est nul dans la réfection osseuse. Il cite deux cas de greffes pour perte de substance du maxillaire. Deux ans après, le périoste avait disparu et il ne restait qu'un seul bloc osseux.

Hernie post-traumatique de l'estomac au travers du diaphragme.

(M. LECÈNE. — *Société de chirurgie* ; 19-10-1927.)

Un malade de M. Lecène, à la suite d'un accident d'auto où il avait été enseveli sous les débris de sa voiture et violemment serré au niveau de la « taille », présenta les troubles suivants : vomissements peu après l'ingestion des aliments ou au bout de quelques heures, palpitations cardiaques, survenant surtout après absorption de liquides, pouls accéléré, à 90, 100. L'examen radiologique montra l'estomac logé en grande partie dans l'hémithorax gauche, la poche à air arrivant jusqu'à la base des gros vaisseaux. Diaphragme invisible de ce côté. M. Lecène intervint par une incision de l'hypochondre gauche et tomba sur une hernie transdiaphragmatique de l'estomac. Il la réduisit et ferma au fil de lin la brèche du diaphragme. La guérison s'est maintenue depuis.

Cette observation, ainsi qu'un certain nombre d'autres analogues déjà publiées, prouve qu'un traumatisme, consistant surtout en une violente compression de la base de l'hémithorax gauche, même s'il ne s'est pas accompagné de perte de connaissance ni d'hémoptysie ou d'hématémèse, peut suffire chez un sujet jeune et vigoureux à produire une rupture étendue du diaphragme gauche avec issue de l'estomac (et accessoirement de l'angle colique et de l'épiploon) dans la cavité pleurale gauche. Ces hernies par ruptures traumatiques du diaphragme sont, il est vrai, plus rares que celles consécutives aux plaies du diaphragme.

P. L.

Les Livres

VIGOT frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

L. BALDENWECK, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — **Leçons sur l'exploration de l'appareil vestibulaire.** (In-8 de 320 pages avec 188 figures : 40 fr., sauf variation).

L'exploration vestibulaire est maintenant une nécessité de tout examen d'oreille ; mais jusqu'ici, l'on ne pouvait aborder cette partie, quelque peu ardue, de la spécialité, qu'en se plongeant dans la lecture de mémoires originaux, souvent limités à un point particulier ou s'élevant à des hauteurs spéculatives telles que parfois nul n'a pu prétendre à les atteindre entièrement.

En publiant le cours qu'il fait chaque année à Beaujon, le docteur Baldenweck a tenté une œuvre de vulgarisation. Le plus simple, le plus utile aussi dans ce but, lui a paru de le présenter sous la forme même où la sténographie l'a recueilli dans une série de leçons faites à des débutants.

C'est donc dire que ce livre conserve un caractère aussi élémentaire que possible. Conçu dans un sens pratique, il est destiné à faire connaître la routine journalière de l'examen labyrinthique, à faciliter l'interprétation de tel ou tel cas particulier.

LES 9 CONFÉRENCES du volume sont divisées en deux parties. La première, analytique, après un exposé général des fondements de la labyrinthologie, traite des méthodes d'exploration principales : recherche du *nystagmus spontané*, recherche du *nystagmus provoqué par les mouvements de la tête*, des *troubles objectifs de l'équilibre*, épreuves si faciles et si riches en renseignements qu'on reste confondu de les voir négliger ; puis les *épreuves pneumatiques calorique, rotatoire et voltaïque* sont exposées d'une manière simple et toujours orientée vers le diagnostic quotidien. Peu ou pas de théories ; des moyens mnémotechniques seulement, pour permettre la compréhension des phénomènes observés.

L'*exploration otolithique et l'épreuve de l'index*, dont l'importance croît de jour en jour, risquaient d'être une pierre d'achoppement dans un enseignement propédeutique. Les difficultés ont été tournées et l'exposition simplifiée d'une façon telle qu'il sera aisé d'en faire l'application immédiate.

Rassemblant les données acquises, la IIe partie, synthétique, traite de l'*interprétation des résultats* et de leur valeur diagnostique. Les *labyrinthites*, les *névrites de la 8e paire, les vertiges*, pour ne citer que les principales affections, sont ainsi passées en revue à la lumière des données modernes.

Une FIGURATION IMPORTANTE, constituée surtout par quantité d'ultra-schémas, a été disposée de façon à « coller » au texte, qu'elle suit paragraphe par paragraphe. Pour mieux réaliser cette intimité qui rappelle l'exposé oral, auteurs et éditeurs n'ont pas hésité à rompre avec les habitudes et à placer le texte sur une page vis-à-vis des figures correspondantes. La succession même de ces dernières, avec leurs légendes ramassées, avec leur répétition pour éviter les renvois, pourrait servir de Memento de labyrinthologie.

Telles qu'elles, ces leçons seront donc utiles, au débutant à qui elles serviront de guide, au spécialiste désireux de se familiariser avec une technique devenue indispensable ou qui, à l'occasion d'un malade, vont chercher un renseignement ou interpréter une épreuve.

Cette publication vient, d'autre part, à son heure, au moment où la neurologie veut demander à l'otologie l'apport que lui fournit depuis longtemps l'ophtalmologie ? A cette union des trois spécialités, à cet effort fait pour l'étude synthétique de leurs points communs — aspirations si bien concrétisées par le grand mouvement actuel d'oto-neuro-oculistique — la tentative de diffusion de l'exploration vestibulaire à laquelle vient de s'efforcer le Dr Baldenweck ne manque pas d'apporter un appoint nouveau et important.

Dr CAVAILLON, adjoint technique à la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. — **L'armement antivénérien en France**. Préface du Pr PINARD. (Un vol., 474 p.: 50 fr., sauf variation.)

Cet ouvrage contient un exposé méthodique de l'ensemble des organisations antivénériennes de notre pays : Administration centrale, Conseils administratifs et techniques, Services, dispensaires et laboratoires régionaux, départementaux, hospitaliers, etc.

Par l'importance de ses annexes : textes législatifs et règlementaires, instructions et circulaires ministérielles, arrangements internationaux, statistiques, il constitue une documentation (jusqu'ici inédite) indispensable aux médecins, services et administrations qui participent à la lutte antivénérienne en France.

Par les précisions techniques et pratiques qu'on y trouve, les conseils, tracts et affiches de propagande qui y sont rappelés et commentés, il apporte également aux œuvres privées, et notamment aux œuvres de protection maternelle et infantile, les moyens de collaborer efficacement à la lutte si nécessaire entreprise contre la syphilis héréditaire.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

L. MARTIN, sous-directeur de l'Institut Pasteur et DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. — **Hygiène hospitalière.** VIIIe vol. du Traité d'Hygiène de L. Martin, Georges Brouardel et R. Dujarric de la Rivière. 2e *édition.* (Un vol. in-8 de 416 p., 124 fig. Prix : 40 fr., sauf variation).

A L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
23, rue du Cherche-Midi.

Georges BOINOT, docteur en pharmacie. — **Le rôle du calcium en biologie et en thérapeutique.** Préface de M. Douris, professeur à l'Université de Nancy. (Un vol., 114 p. : 20 fr., sauf variations.)

A LA LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE,
26, rue Jacob.

Georges BELLAIR, jardinier en chef honoraire des parcs nationaux. — **Les vergers.** Production commerciale et ménagère des fruits en plein vent. (Un vol. 12 × 18.5, 318 p., 60 fig. Prix : 15 fr., sauf variation.)

Dr R. BERNARD, de Bruxelles, — **Aide-mémoire de syphiligraphie. Diagnostics différentiels (en tableaux). Traitement.** (Un volume, *à paraître fin d'année.* Prix : 25 fr.)

On peut souscrire dès maintenant chez l'auteur, 117, rue du Trône, à Bruxelles, en versant à son compte-chèque postal n° 309.07, la somme de 27 fr. (y compris 2 fr. pour frais de poste), ou en lui adressant cette somme par mandat-poste international.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Hygiène, Assistance, Mutualité, Intérêts corporatifs, Variétés

Travaux Originaux

CHRONIQUE MÉDICO-MILITAIRE

L'aviation sanitaire (1)

Par le Médecin Principal de 1re classe UZAC.

Il n'est pas possible de parler d'aviation sanitaire sans évoquer la mémoire du Médecin Principal professeur Robert Picqué. Dans une expression qui traduit uniquement la conception exacte du rôle qu'il a joué, on a dit de lui qu'il avait été l'apôtre de l'aviation sanitaire ; d'un apôtre en effet, il eut la foi ardente dans la valeur humanitaire de ce moyen de transport et la passion de faire partager cette foi. On le voyait dans tous les meetings d'aviation et dans les réunions médicales pour montrer, avec son puissant tatent d'exposition et sa conviction communicative, les bienfaits qu'on peut en attendre, et pour en développer le champ d'application. De l'apôtre, il eut aussi l'esprit de sacrifice. Au soir du 1er juin dernier, par un de ces accidents qui déroutent toutes les prévisions humaines, il tombait d'un appareil en feu en sauvant encore dans un autre avion un dernier malade.

Si Robert PICQUÉ, a disparu, l'idée reste avec, grâce à lui, le cortège de faits qui en montrent toute la valeur. On ne peut mieux honorer sa mémoire qu'en poursuivant la mission qu'il s'était donnée et en faisant connaître à sa suite tous les bénéfices que l'on peut tirer de l'avion transporteur de blessés.

Aussi devons-nous être reconnaissants à l'Union des Pilotes civils d'avoir fait une place à l'aviation sanitaire dans le programme d'un de ses derniers meetings sur le terrain de Saran, à Orléans. Nous devons exprimer nos respectueux remerciements à Monsieur le Ministre de la Guerre d'avoir bien voulu, à la demande du général LEBOUC, commandant le Ve Corps d'armée, autoriser la présentation des appareils qui, sous la haute surveillance du colonel MAILFERT, fonctionnent dans l'intérieur du corps d'armée sur la ligne sanitaire Romorantin-Saran.

Nous devons remercier aussi toutes les autorités civiles et militaires, M. FORTANT Directeur général de l'aéonautique, représentant M. BOKANOSKI, le Commandant BOUSCAT, représentant M. PAINLEVÉ, le général GIROD, M. LAURENT EYNAC, M. le Sénateur RABIER, M. CHOLLET, député-maire d'Orléans, les généraux TABOUIS et DE GOYS, M. le Vice-président de l'Union des pilotes civils, l'aviateur LEMAITRE, etc., qui ont témoigné d'un très vif intérêt à cette présentation, dont le public lui aussi a suivi le développement avec une très grande attention.

L'idée de transporter un blessé en avion tout comme un sac postal est une idée banale qui devait venir à l'esprit de tout le monde au fur et à mesure que s'affirmerait la valeur et la sécurité de ce moyen de transport. Il en avait été question avant la guerre et moi-même, dans une étude sur les évacuations à la Société de médecine militaire en janvier 1913, j'en avais préconisé l'emploi. Il est vrai que pour dissiper les sourires de l'auditoire j'avais dû ajouter que l'utopie de la veille n'est souvent que la réalité du lendemain. D'autres, et parmi eux le sénateur Dr RÉMOND, depuis tombé lui aussi au Champ d'honneur, voyaient dans l'avion non un moyen de transport mais un moyen de recherche de blessés. On supposait alors les batailles se déroulant en de vastes espaces, avec des mouvements de grande amplitude, les blessés restant dissimulés dans des plis de terrain. En fait, au cours de la dernière guerre, les avions n'ont pas servi aux blessés. Ils

(1) Le Médecin Principal UZAC, qui a hautement contribué au développement de l'aviation sanitaire, publie sur cette question dans le journal *L'Avion*, organe de l'Union des Pilotes civils, un article documenté qui constitue à la fois un juste hommage au regretté professeur Médecin Principal Picqué « l'apôtre de l'aviation sanitaire », une mise au point historique de ce mode de transport de blessés et une justification raisonnée de son emploi.

L'effort de propagande demandé à l'Union des Pilotes civils en faveur de l'aviation sanitaire sera d'autant plus fructueux qu'il sera compris et secondé par les médecins.

Il nous a paru pour ces diverses considérations que cet article intéresserait nos lecteurs.

N. D. L. R.

étaient tous indispensables à l'œuvre de bataille ; seuls, quelques aviateurs frappés sur leur appareil ont été atterrir près des ambulances. Les Allemands avaient de leur côté préparé près de quelques-unes de leurs formations sanitaires, pour leurs aviateurs atteints dans les airs, de véritables terrains d'atterrissage que nous avaient décelés des photographies aériennes. Nous ne pouvons passer sous silence l'exploit de l'escadrille attachée à l'armée serbe qui, au moment de l'évacuation de Nisch, chargea ses avions de combat de douze blessés qui furent transportés dans les hôpitaux de la Côte Adriatique.

Cependant, dans la dernière année de la guerre, le député Dr Chassaing qui s'était particulièrement attaché à la question de l'aviation sanitaire, fut assez heureux pour obtenir du Ministre l'aménagement d'avions pour le transport de blessés couchés, suivant un système qu'il avait personnellement conçu et qui consistait à superposer deux brancards un peu rétrécis à une extrémité, dans l'espace mort que représente le fuselage de l'appareil. Un de ces avions vola sur le front français, quatre autres furent expédiés au Maroc. Un d'eux put faire heureusement une évacuation sur un trajet de 100 kilomètres, d'Erfoud à Bou Denib, mais les qualités aéronautiques de ces appareils étaient limitées et leur rendement fut des plus réduits.

Le Dr Chassaing put néanmoins, se basant sur ces premiers essais, obtenir à la fin de la guerre que 60 appareils Bréguet 14 A. 2 fussent aménagés suivant la formule qu'il avait préconisée, avec un dispositif d'ouverture latérale qui en facilitait le chargement.

Ce sont ces appareils qui se trouvèrent à la disposition du Ministre de la Guerre au cours du dernier semestre 1920, au moment où les opérations en Syrie et au Maroc fournissaient un certain nombre de blessés dont l'évacuation, avec les difficultés de terrain et le manque de routes, soulevait les problèmes les plus ardus.

On reproche souvent aux bureaux leur esprit routinier et leur opposition systématique au progrès. C'est une critique que ne méritèrent pas à cette occasion les directions de l'aéronautique et du Service de Santé, ainsi que le démontre M. Julliot dans un historique très précis de l'aviation sanitaire présenté à l'Union fédérative des médecins de réserve en septembre 1922.

Malgré les premiers essais peu concluants, en dépit d'une opinion publique réticente que le Dr Chassaing caractérise lui-même en disant qu'on lui souhaitait gracieusement par lettre d'être la première victime de ses expériences, le Général Dumesnil, Directeur de l'Aéronautique et le Médecin-Inspecteur Général Toubert, Directeur du Service de Santé, très pénétrés l'un et l'autre du sentiment de leur responsabilité, prescrivirent au nom du Ministre que 20 de ces avions seraient envoyés au Maroc et 20 autres en Syrie. Dans la pensée et suivant les ordres de ces premiers organisateurs officiels de l'aviation sanitaire, ce moyen d'évacuation ne devait servir que dans les Théâtres Extérieurs d'Opérations et lorsque les dangers résultant des blessures ou de l'insuffisance des moyens de traitement locaux primeraient les risques de vol.

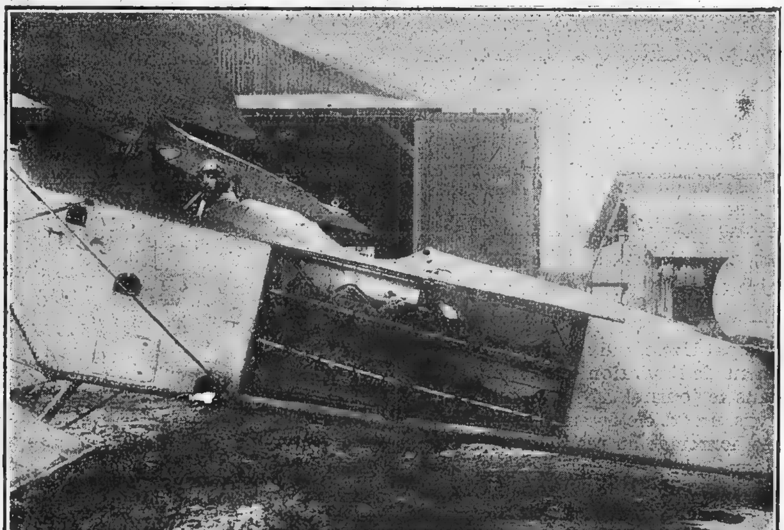


Fig. I. — Appareil Breguet 14 Az. Dispositif Dr Chassaing.

Les résultats favorables ne devaient pas se faire attendre longtemps ; dès leur arrivée au Levant, deux opérations délicates allaient leur être confiées qui, sans l'intervention des avions, eussent conduit à des désastres sanitaires : 50 blessés du poste bloqué d'Aïntab en Cilicie, que nos troupes

allaient évacuer, seraient restés sans soins aux mains des turcs ; ils purent par la voie des airs être amenés à Alexandrette ; une affaire malheureuse à Dar-el-Zor à 300 kilomètres d'Alep, nous avait, vers la même époque, valu une cinquantaine de blessés graves ; trois jours après ils étaient, après un transport de quelques heures, couchés à l'Hôpital d'Alep, alors qu'il leur eût fallu, au prix de quelles soufffrances et par quels moyens, au moins 10 à 12 jours de trajet sur des pistes chamelières.

Au Maroc en 1925, lors des opérations de la tache de Taza, sous l'impulsion dn Lieutenant-colonel Cheutin et du Médecin Principal Epaulard douze avions sanitaires assurèrent chaque soir les évacuations des blessés du jour ou de la veille sur les meilleurs hôpitaux du Maroc, qu'ils n'auraient pu atteindre qu'après de pénibles journées de marche à mulet où sur voitures mal suspendues ; un tiers d'entre eux au moins n'auraient pu le supporter.

Après certaines affaires, les douze appareils formant convoi amenèrent en deux ou trois voyages jusqu'à soixante blessés dans la même journée.

On peut donc dire que dès son apparition aux colonies et sous son premier type, l'avion sanitaire s'est imposé à chacun comme la garantie la plus efficace en cas de blessures et que son emploi, permettant de compter par heures les durées de trajet qu'on comptait autrefois par jours a marqué dans les opérations du Service de santé un remarquable progrès.

Il ne restait plus qu'à perfectionner ce premier type et à l'adapter aux conditions de terrain dans certaines régions difficiles. Ce fut l'œuvre accomplie en parfait accord entre les dirigeants de l'aéronautique militaire et les dirigeants du Service de santé qui aboutit à l'aménagement des deux appareils en usage aujourd'hui, le Bréguet 14 T. *bis* sanitaire, paru en 1923 et l'appareil sanitaire Hanriot, sorti en avril 1925.

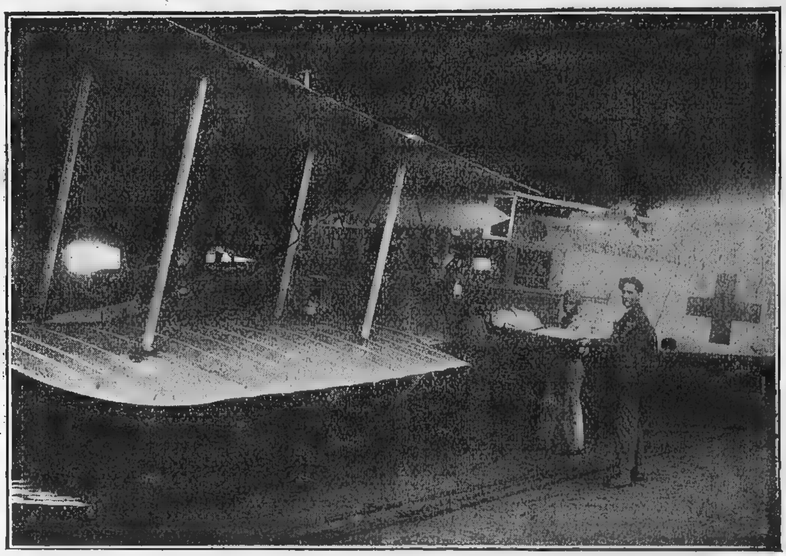


FIG. 2. — Appareil Breguet 14 T bis. Limousine-Sanitaire.

L'adaptation qui avait été imaginée par le Dr Chassaing utilisait l'espace rétréci et mal clos qui correspondait au fuselage. Les blessés dans l'obscurité ne bénéficiaient que d'un confort très relatif et restaient exposés au froid ; il pouvait même résulter de cette disposition une gêne pour les commandes des plans arrière.

Lorsque apparut la limousine Bréguet 14 T. *bis* utilisée d'abord pour le transit commercial de la ligne franco-roumaine, il fut facile d'aménager la cellule spacieuse, propre et bien éclairée placée en avant du pilote pour le transport de deux blessés couchés, en laissant libre encore un petit espace où pouvait se tenir sur un strapontin un infirmier ou un médecin. Un dispositif ingénieux permit sans de trop grandes difficultés les opérations de chargement. L'appareil fut doté de moyens perfectionnés assurant le confort et les soins en cours de route : couvertures électriques chauffantes, bouteille thermos, bouilloires pour la préparation des boissons chaudes ou la stérilisation des instruments, petite trousse pour injections sous-cutanées, ou même intervention d'urgence sur une plaie en cours de transport.

Cet appareil, qui nous apparaît encore comme comportant tout le confort qu'on peut souhaiter d'un avion sanitaire, a rendu de grands services aux Colonies ; c'est malheureusement un appareil relativement lourd qui exige un terrain d'atterrissage préparé d'avance ; or, l'idée dominante des médecins participant aux opérations tant au Maroc qu'en Syrie, c'est d'amener l'avion le plus près possible du blessé pour abréger le transport préliminaire à dos de mulet, de si peu de rende-

ment et si pénible. Aussi au moment où se préparait la campagne du Rif, le Maroc demanda-t-il, pour les opérations de guerre et pour le transport des blessés, des appareils légers susceptibles de se poser dans des terrains improvisés ou hâtivement aménagés, dont le type était fourni par l'avion école Hanriot. Il fut possible dans cet appareil même de trouver à l'arrière du pilote l'emplacement d'une cellule spacieuse où l'on put mettre pour la première fois le brancard ordinaire du Service de Santé, avec des facilités particulières de chargement. En effet, les constructeurs étaient maintenant prévenus de la nécessité de prévoir, pour tout nouvel avion, son emploi comme sanitaire. Déjà à l'exposition de matériel sanitaire qui eut lieu au Val-de-Grâce à l'occasion du III[e] Congrès international de médecine militaire en avril 1925, l'appareil Hanriot et l'appareil Gourdou-Lesseure présentèrent, pour l'installation et le chargement du brancard du Service de Santé, des aménagements commodes. Au meeting d'Orléans de juillet dernier, l'aviateur Fronval pilotait un appareil Morane-Saulnier ayant des dispositions analogues ; nous savons que d'autres modèles sont à l'étude, pour lesquels on se préoccupe de répondre aux mêmes nécessités.



FIG. 3. — Appareil Sanitaire Hanriot.

Actuellement, les appareils Bréguet 14 T. *bis* et Hanriot sont utilisés concurremment l'un et l'autre au Maroc et en Syrie ; l'appareil Hanriot plus maniable, pouvant se poser sur des terrains de 100 m. sur 40, est de préférence utilisé pour les évacuations individuelles de l'extrême avant ; l'appareil Bréguet assure les transports collectifs, du terrain d'atterrissage aménagé le plus avancé, jusqu'aux hôpitaux de traitement.

Voici les chiffres qui expriment les résultats acquis par l'aviation sanitaire ; on a transporté jusqu'à ce jour au Maroc et au Levant plus de 4.000 blessés. J'estime qu'un tiers d'entre eux seraient morts du transport par tout autre moyen ; pour tous les blessés, transportés par avion ; la rapidité de l'enlèvement, le confort de l'évacuation, la sécurité de l'intervention dans un hôpital bien installé, ont augmenté dans une proportion très grande les chances de guérison et diminué la durée du traitement. Si l'on considère plus spécialement le bilan de l'aviation sanitaire au Levant pour l'année 1926 au cours des opérations du Djebel Druze, on constate, d'après les renseignements fournis par le Médecin Principal DUGUET, que 512 blessés ont été transportés en 349 voyages. Il y avait parmi eux 256 grands blessés, dont 26 seulement sont décédés. Beaucoup d'entre eux n'auraient pu être évacués et on peut dire que s'il avait fallu les traiter sur place dans des conditions forcément précaires, le nombre des décès eût été beaucoup plus élevé.

Nous n'avons pas à cacher les accidents auxquels l'aviation sanitaire est exposée comme toute aviation. Dans sa statistique du Levant 1926, DUGUET signale un accident par perte de vitesse, avec un pilote tué, un passager blessé ; une mort pour 512 blessés transportés, c'est moins élevé, dit-il, que le bilan d'une journée de tourisme dans la banlieue de Paris ! — Il s'est produit quatre autres accidents mortels qui ont fait plus de victimes parmi les pilotes et les médecins transportés que parmi les blessés évacués. C'est un fait d'observation qu'en portant un blessé, le pilote redouble de prudence. Brancardier de l'air, il est animé des mêmes sentiments qui guidaient nos brancardiers de la guerre lorsqu'ils allaient par-delà les barbelés répondre à l'appel des blessés et leur inspiraient des gestes

attentifs et précautionnés vis-à-vis de leur chargement de chair vivante.

***

On comprend après ces résultats obtenus aux Colonies, que des esprits hardis ou simplement désireux de soulager plus vite la souffrance humaine — je parle maintenant de mon ami Robert Picqué — aient voulu utiliser en France même l'avion sanitaire. Oh ! cette idée semble fort contestable, il faut le reconnaître, lorsque superficiellement on envisage la dispersion des médecins jusque dans les plus lointaines campagnes, la décentralisation de la chirurgie qui met plusieurs opérateurs par département et qu'on considère par ailleurs tous les moyens de transport par auto ou par voie ferrée, dont il semble *a priori* que pourrait bénéficier un blessé. Convient-il dans ces conditions d'avoir recours à l'avion, dont l'emploi paraît subordonné à l'existence de terrains d'atterrissage assez rares et dont certains ne conçoivent pas encore l'utilisation sans l'appréhension de quelque danger. ? A la réflexion toutefois, il apparaît vite combien sont précaires les garanties données aux blessés ou malades à la merci d'une intervention d'urgence : victimes d'un accident d'auto au fond d'une campagne, blessés excentriques d'une carrière de pierres ou d'une exploitation forestière, malades atteints d'une hémorragie rapidement foudroyante provoquée plus souvent qu'on ne croit par un ulcère de l'estomac ou par une grossesse anormale, ou présentant les symptômes de hernie étranglée, d'ulcus perforé ou d'appendicite, dont la vie dépend des quelques heures dont ils disposent pour être opérés. Le médecin de campagne, arriverait-il vite, est bien embarrassé de ces malheureux auxquels il ne peut apporter le secours décisif. Le chirurgien est souvent long à venir et il lui répugne en principe de procéder d'urgence, dans des milieux improvisés, à des opérations qui sont toujours plus graves dans leurs conséquences que lorsqu'il les exécute dans sa maison de santé. S'il faut transporter le blessé, qu'il s'agisse d'une voiture automobile ordinaire ou même d'une voiture sanitaire, un trajet qui dépasse 20 à 30 kilomètres est pénible à tous les malades et il peut être mortel par le shock, par le refroidissement ou par l'hémorragie qu'il favorise chez tous les blessés à fracas osseux ou qui saignent. Le train est bien rarement utilisable pour transporter un grand blessé et, en fait, on ne l'emploie pas. S'il y a des couchettes, elles ne sont pas disposées pour porter des malades et on ne les trouve que dans les grands express qui ne s'arrêtent pas ou qui ne prennent des voyageurs que pour des longs trajets. Le brancard n'entre pas dans les wagons. On ne peut coucher sur des banquettes un blessé fracturé, difficile à manipuler. A considérer les horaires, on se heurte, surtout sur une ligne secondaire et qui exige un transbordement, à la durée du trajet et aux heures d'arrivée à la maison de santé, généralement très tardives.

On est ainsi conduit à considérer avec plus d'attention ce petit avion sanitaire Hanriot et ceux peut-être plus maniables encore qu'il annonce, susceptibles, à défaut de terrain d'atterrissage, de se poser sur le champ d'à-côté, qui pourraient sur appel téléphonique venir prendre un blessé en quelques quarts d'heure et l'apporter confortablement dans une clinique parfaitement organisée, sans plus de danger semble-t-il, étant données ses facilités d'atterrissage, qu'avec un simple taxi.

Mais encore ici, ce n'est que par des faits que l'on peut entraîner des convictions. La pratique de Robert Picqué, opérant comme chirurgien du 18ᵉ Corps nous en fournit des plus démonstratifs. Ce sont deux accidentés par pale d'hélice, du Camp d'aviation de Cazaux, l'un qui présente une hémorragie grave du cou, l'autre amputé, au cours de l'accident, d'un membre inférieur, qui sont transportés dans l'heure qui suit et qui sont couchés sur la table d'opérations à l'hôpital de Bordeaux, à la 65ᵉ minute (car tout était chronométré chez ce chirurgien, qui, pour hâter l'intervention avait créé pendant la guerre les postes de secours avancés au contact même des premières lignes). Il obture définitivement l'artère qui saigne, pare la plaie, transfuse les blessés et ils guérissent. Ce sont des malades atteints d'appendicite aiguë suivis dès le début de leur affection, opérés dans les 6ᵉ et 8ᵉ heures, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables. Un des faits les plus expressifs est celui-là même à l'occasion duquel le Dʳ Picqué trouva la mort : il avait été appelé au Camp d'aviation de Cazaux auprès d'une malade qu'il reconnut atteinte d'une hémorragie interne progressive, nécessitant un transport immédiat avec des précautions particulières. Confiée à un appareil Hanriot, elle était transportée d'urgence à l'hôpital de Bordeaux où à défaut du chirurgien, tragiquement arrêté dans le vol du retour, ses aides arrêtaient l'hémorragie menaçante.

D'autres faits traduisent encore les avantages de l'avion, soit qu'il amène le chirurgien, soit qu'il transporte les blessés. Un camarade apprend le matin à Paris qu'un de ses proches est atteint en province d'une affection abdominale grave et donne rendez-vous à Robert Picqué à l'arrivée du train dans la région de La Rochelle. A l'heure dite, l'avion Hanriot se pose sur le pré voisin et l'opérateur arrête par une intervention d'urgence une péritonite à évolution rapide.

Tous les blessés transportés proclament l'excellence de ce moyen de transport. Un chirurgien belge, victime avec sa famille d'un accident d'au-

tomobile qui a produit chez lui un fracas osseux du coude et une fracture du bassin chez sa fille, est ramené avec elle de la région de Crèvecœur au champ d'atterrissage du Bourget par l'avion sanitaire de Picqué, immédiatement alerté. Il me disait lui-même combien le transport lui avait avait paru doux, par rapport surtout au trajet automobile qui lui fut imposé du Bourget jusqu'à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Un aviateur atteint d'une lésion de la colonne vertébrale qui allait chaque année de l'hôpital de Nancy à l'hôpital de Berck, ne manquait jamais de demander l'avion sanitaire qui lui permettait d'aboutir en quatre heures sur la plage, alors qu'il lui eût fallu voyager pendant dix à douze heures dans un cadre, subir de multiples transbordements et un trajet en voiture spéciale de la gare de l'Est à la gare du Nord. Par ce même moyen ont été transportés avec leur chirurgien, de Bordeaux à Paris, un blessé du crâne et de la face, et de Bordeaux jusqu'à Prague, un officier tchéco-slovaque qui avait subi un accident grave d'avion, dont il restait encore des séquelles multiples.

J'arrête là cette énumération très incomplète qui montre qu'en France, dans la pratique d'un chirurgien militaire à clientèle spéciale et relativement limitée, on peut trouver en quelques années, en ne considérant que les cas graves, une vingtaine d'observations où l'avion a contribué hautement à faciliter la guérison, quand elle n'en a pas été la condition primordiale. On comprend, après l'exposé de ces faits, que certains préconisent dès maintenant avec le Dr Armand VINCENT, la création de centres interrégionaux où un avion sanitaire serait mis à la disposition des blessés à transporter d'urgence. Je suis persuadé qu'ils ne sont en avance que de quelques années sur ce qui se fera lorsque l'éducation du public aura rendu cette organisation viable.

Il serait intéressant de connaître le développement de l'aviation sanitaire dans d'autres pays, notamment en Suède, où des appareils ont été achetés pour assurer le service médical des populations clairsemées des régions arctiques et aux Etats-Unis d'Amérique, particulièrement dans la région du Texas, où nous avons eu l'occasion de voir, avec Robert Picqué, le champ d'aviation de Kelly Field extraordinairement animé.

Le 13 avril dernier, à l'occasion de je ne sais quelle catastrophe à Rocksprings, l'avion sanitaire de ce Camp portait en trois voyages quatre blessés accompagnés de nurses, d'une distance de 125 milles.

En Pologne, trois appareils sanitaires de l'Armée viennent d'être mis à la disposition du public : à Varsovie (170 kilomètres de rayon d'action), à Lvow et à Lida (80 kilomètres de rayon d'action). Dans les cas graves, un médecin peut être transporté auprès des malades où les malades transportés rapidement à l'Hôpital, contre une redevance égale au prix du voyage en chemin de fer. Pour pouvoir profiter de ces services, les localités doivent installer et entretenir à leurs frais un terrain d'aviation. (*La Nature*, 15 novembre 1927).

En matière d'aviation sanitaire, la France est très en avance sur les autres pays. Il convient de ne pas nous laisser distancer. S'il faut attendre encore l'heure de la généralisation de l'avion transporteur de blessés, certaines conditions dès maintenant en indiquent l'emploi et tout particulièrement quand il s'agit de desservir les camps d'aviation trop éloignés de par leur affectation même des grands Centres chirurgicaux. Istres, isolé dans le désert de la Crau, Cazaux, jeté dans la forêt inclémente des Landes, Romorantin, perdu au fond de la Sologne, nous fournissent des pilotes avisés et prudents et comptent des médecins qui savent tout ce qu'on peut demander aux appareils existants. Quant au personnel de ces centres, l'accueil qu'il réserve à ce procédé d'évacuation nous était connu par les regrets qu'ont pieusement manifesté les aviateurs de Cazaux à la disparition du chirurgien qui leur en avait apporté les bienfaits.

Ils ont été exprimés comme suit par le commandant du Magasin Général de Romorantin, à l'occasion de la mise en service de la ligne sanitaire Romorantin-Orléans. :

« L'existence d'un moyen rapide d'évacuation permettant le transport sur un Centre chirurgical important tranquillisera le personnel navigant ou non de l'Etablissement et effacera chez lui toute crainte et toute appréhension. »

Robert PICQUÉ avait, en faveur de l'aviation sanitaire, tout un programme de propagande à travers la France et dans le bassin méditerranéen, comportant des conférences, la projection de films, des exercices de démonstration.

Poursuivant l'œuvre de ce médecin aviateur, l'Union des pilotes civils, qui s'est donné la belle mission de développer l'aviation en France, se doit de faire dans ses programmes une place privilégiée à l'aviation sanitaire, qui nous apparaît déjà comme une belle manifestation de l'activité française sur le terrain pacifique et humanitaire qui lui convient.

A côté des prouesses sportives et des exercices acrobatiques qui peuvent intéresser le grand public des meetings, la projection des films documentaires déjà constitués, l'exposé des résultats acquis et des bienfaits réalisés, la démonstration des appareils journellement employés au transport des blessés aux T. O. E., constitueront pour les esprits qui réfléchissent, la preuve la plus immédiate et la plus tangible de l'utilité de l'avion.

Le public médical, de son côté, ne saurait rester indifférent à la mise en service, avec toute la prudence qui convient, de ce mode de transport de blessés, car c'est par l'aviation sanitaire seule-

ment conjuguée pour de courts trajets avec l'automobile sanitaire que semblent devoir être résolus deux problèmes importants qui n'ont pas encore trouvé leur solution 1° le transport sans fatigue des blessés ou malades qu'il est nécessaire de déplacer à grande distance pour des raisons diverses : raisons de famille — intervention opératoire — raisons d'affaires 2° l'organisation des secours d'urgence pour la partie importante de notre population qui se trouve éloignée de tout centre médico-chirurgical.

A mesure qu'elles seront mieux instruites et plus documentées, les collectivités agissantes : Etats, départements, villes, Chambres de commerce, trouveront dans l'avion transporteur de blessés des raisons déterminantes s'ajoutant à bien d'autres, de développer l'équipement aéronautique de la Nation, aboutissant à la création d'appareils maniables par le plus grand nombre, à la multiplication des aérodromes, au balisage des routes aériennes, etc. etc.

Ainsi suivant l'idée de Robert Picqué, l'aviation sanitaire aura servi non seulement à sauver des vies humaines, mais aussi à accroître la puissance économique du Pays en diffusant le Progrès.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les médecins de Mutualités et les Assurances sociales.

L'article 4 du projet Chauvaux disait : « L'assuré choisit librement son praticien sur une liste locale établie d'un commun accord entre les Caisses et les *Syndicats professionnels affiliés aux Unions nationales.*

L'article 4, paragraphe 2, voté par le Sénat dit simplement : « L'assuré choisit librement son praticien ».

Les gens peu avertis crièrent victoire. Le Sénat avait émis un vote d'un libéralisme absolu, il admettait tous les médecins sans aucune restriction, il reconnaissait l'intégrité absolue de la liberté de confiance, il accordait plus que les médecins ne réclamaient.

On dit que cet article fut l'œuvre de la Mutualité qui dirigeait dans la coulisse, personne ne l'ignore, le vote d'une loi des Assurances sociales adaptée à ses aspirations où plutôt à ses ambitions.

Le coup était habilement monté, c'était l'escamotage des Syndicats, l'annihilation de toute action des Unions nationales, qu'il s'agisse de l'Union ou de la Fédération des Syndicats médicaux de France.

Les caisses (lisez les Mutualités) pouvant traiter avec les médecins isolés sans avoir à se préoccuper de leur valeur scientifique ou morale de façon à obtenir en dernier lieu des tarifs au rabais, c'était rejeter complètement la tutelle des Syndicats.

Reportons-nous un peu en arrière et voyons retrospectivement les rapports de la Mutualité et des praticiens, cela peut se retrouver en un mot : l'exploitation systématisée des médecins français.

Au début, les médecins, bonnes poires, marchèrent, persuadés qu'ils s'associaient à une œuvre philanthropique, car de tout temps les idées de solidarité, d'assistance, de prévoyance, les séduisaient, à condition toutefois qu'ils ne s'agisse pas d'eux, car le médecin, toujours au premier rang quand il s'agit de faire du bien aux autres, l'oublie et il est pour lui le dernier des prévoyants.

Nous en savons quelque chose dans toutes nos œuvres professionnelles.

Mais les cadres de la Mutualité augmentaient chaque jour ; des gens aisés s'y faufilaient. Un certain nombre de médecins ne voulurent plus faire ce métier de dupes : sans rompre avec la Mutualité, ils réclamaient des honoraires encore réduits, mais plus adaptés aux services rendus. Et comme pendant ce temps les Syndicats s'étaient créés, ils les chargèrent de leur revendication.

Ce fut la lutte entre Mutualités et Syndicats et dans les départements où la force syndicale était puissante le divorce des conjoints.

C'est alors que les Mutualités s'adressèrent à des individualités. Elles s'attachaient des médecins vivant en marge des Syndicats ; beaucoup de confrères, se proclamant indépendants, se faisant gloire de n'appartenir à aucun groupement de façon à n'être pas gênés dans leurs actions, quelquefois même dans leurs mauvaises actions déontologiques.

Dans les grandes villes, des syndiqués s'enrôlèrent dans les rangs des mutualités, alors que les Syndicats avait rompu avec celles-ci.

Les sociétés mutuelles trouvèrent le nombre de médecins nécessaires à assurer leurs services pour un prix au rabais. On vit même des unions faire un trust de sociétés et assurer le service médical à des tarifs encore plus réduits,

Il n'y avait pas avec ces Sociétés de contrats collectifs, sujets d'honneur pour certains, mais des contrats individuels, jamais écrits, c'était simplement un agrément de médecins sans conditions, sauf le bon plaisir du seigneur et maître ; c'étaient des contrats, sans contrats tout en étant des contrats. Le résultat c'est que le médecin était l'employé d'une société qui pouvait être

remercié sur l'heure, sans délai, sans congé, sans indemnité, sans les huit jours que nous accordons à nos serviteurs, quand nous nous privons de leurs services.

Que va-t-il arriver avec les assurances sociales. Celles-ci pourront offrir sans s'occuper d'aucun syndicat, à leurs sociétaires, des médecins acceptant un tarif fixé ou imposé par elles.

Les malades auront recours à eux, car ils seront sûrs d'être soignés gratis, sans avoir à sortir d'argent de leur poche. Ne me parlez pas du libre choix pour ces sociétaires habitués au médecin pour rien et imposé. Au temps où j'exerçais, j'étais médecin d'une Société qui n'ayant pas de médecins dans certains quartiers, leur laissait le libre choix des docteurs en remboursant les visites et consultations au tarif de la Société. Or, qu'arrivait-il ?

Les malades faisaient appeler un médecin du voisinage quand ils étaient malades au lit, mais quand ils le pouvaient ils se rendaient chez le praticien de la Société souvent éloigné, pour les consultations, préférant se déplacer que d'ouvrir leur propre porte-monnaie.

On a bien agité les graves questions de contrats collectifs ou d'entente directe. Or, les deux camps, de bonne foi, ont tous les deux raisons. Les derniers rêvent de asuvegarder le prestige des médecins, l'honorabilité de la profession en supprimant les intermédiaires, c'est une thèse idéale, mais surtout idéaliste. Les autres croient mieux s'adapter aux mœurs actuelles, aux conceptions d'après-guerre, ils sont réalistes, et cherchent à être réalisateurs. L'avenir seul pourra vider la question et montrer ceux qui surent le mieux suivre l'évolution du mouvement social, qu'on ne peut endiguer, pas plus qu'on peut établir des barrages en cas d'inondations.

Et l'on pense au rôle des médecins mutualistes dans l'organisation des assurances sociales. Les Sociétés mutuelles couvrant le risque maladie se transformeront en sociétés primaires, à cadre élargi. Les sociétaires de jadis seront les assurés obligatoires d'aujourd'hui.

Ils ont l'habitude de tel ou tel médecin qui les soignait dans leur société mutuelle. Croyez-vous que celui-ci les abandonnera, surtout quand on leur offrira des honoraires modestes mais en tout cas supérieurs à ceux qu'ils touchaient précédemment. La mutualité trouvera pour l'organisation des assurances sociales tout un cadre formé des médecins agréés précédemment et qui entretenaient avec elle des relations cordiales. Ceux-ci verront leurs honoraires devenir plus importants comme tarif et accrus de plus par l'afflux d'une clientèle qu'ils n'avaient qu'en partie : les femmes et les enfants.

En conséquence, il faut se dire que quelles que soient les décisions des Unions ou Fédérations, les médecins mutualistes, qui forment la moitié des praticiens français, seront habilités, pour l'organisation du service médical et que leur nombre sera suffisant pour assurer la mise en marche de la loi malgré les menaces de grèves ou de méconnaissance de la loi.

Car dans ces premières années on a parlé beaucoup, mais on a peu agi. Ce qu'il fallait, c'était surtout agir, lutter contre la mutualité, la puissance de demain, il fallait désorganiser son service médical, libérer les médecins de son emprise et si avant le vote de la loi on avait pu obtenir que le mutualiste fût considéré comme un client ordinaire, ce qui a été fait dans quelques rares régions, la victoire eût eu plus de chance d'être réalisée, l'unité du Corps médical eût été plus complète.

On a laissé prospérer la mutualité, elle fut hier oppressive du Corps médical, elle le sera davantage demain, quand d'institution privée elle deviendra institution nationale. Je désire me tromper.

Dr VIMONT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Assemblée générale du 20 Novembre 1927.

L'Assemblée générale est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. MAURAT, président, assisté des membres du Conseil et de Mes NATTAN-LARRIER et Bernard AUGER, avocats.

Comptes de l'Exercice 1926.

M. GASSOT, trésorier, rappelle que son rapport a été publié dans le n° 42 du *Concours médical*, du 16 octobre dernier. Il donne lecture des chiffres de ce rapport et les commente brièvement, ajoutant que 4.765 adhérents ont versé leur cotisation au cours de cet exercice 1926.

M. VILPELLE, l'un des commissaires des comptes, donne lecture du rapport ci-après :

Messieurs et chers confrères,

Dans votre dernière assemblée générale vous nous aviez renouvelé, au Dr Jacob et à moi, la mission de contrôler les comptes du trésorier. Cette année notre confrère Jacob, malade, n'a pu venir

emplir notre mandat commun et je me suis trouvé seul au *Concours* le jeudi 20 octobre pour contrôler les comptes.

Le trésorier m'a montré ses registres qui sont tenus d'une façon irréprochable ; il m'a donné toutes les explications, tous les éclaircissements que je lui ai demandés sur les recettes et les dépenses de la Caisse générale et de la Caisse de garantie et j'ai constaté que le bilan paru dans le numéro 42 du *Concours médical*, était en tous points conforme aux écritures portées sur les registres. Je n'ai pas d'autre observation à vous faire que celle que je vous ai déjà faite l'an dernier à propos des dépenses de la Caisse générale : les frais de gestion ne représentent pas, au prix actuel de la vie, la rémunération pécuniaire du travail accompli par les dirigeants du « Sou » et je puis affirmer, sans crainte d'être contredit, que tous les adhérents du « Sou » leur sont sincèrement et profondément reconnaissants de leur parfait désintéressement.

J'ai vérifié les portefeuilles de la Caisse générale et de la Caisse de garantie. Les certificats de dépôt en banque des valeurs qui me sont montrés, correspondent à l'état des portefeuilles paru dans le numéro 42 du *Concours médical*.

Je vous propose donc d'approuver les comptes du trésorier et de vous joindre à moi pour lui voter des remerciements bien mérités pour sa gestion de nos fonds en bon père de famille.

Dr VILPELLE.

M. le Président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1926.

Elle est votée à l'unanimité.

Rapport du Secrétaire Général.

M. Paul BOUDIN, secrétaire général, résume son rapport, qui a paru dans le n° 45, du 6 novembre, du *Concours médical*. Il passe rapidement en revue les diverses catégories d'affaires pour lesquelles le Conseil est appelé à donner l'appui pécuniaire et rappelle que les plus nombreuses et celles qui entraînent le plus de dépenses sont les affaires de responsabilité, dans lesquelles, depuis quelque temps, quelques condamnations sont intervenues, et les affaires d'honoraires de droit commun.

Pour ces dernières, le Conseil se trouve souvent partagé : les uns sont partisans de donner l'appui pécuniaire le plus large, toutes les fois qu'un adhérent est obligé d'aller en justice pour recouvrer ses honoraires, même si aucune question de droit ne se pose et s'il ne s'agit que d'un recouvrement banal ; les autres hésitent à se montrer aussi larges, dans la crainte que les ressources du « Sou » ne soient pas suffisantes pour faire face aux dépenses ainsi engagées.

Il faut noter, en effet, que les frais judiciaires ont augmenté dans des proportions énormes et que, maintenant, un procès en justice de paix arrive facilement à coûter plusieurs centaines de francs ; si l'on doit aller devant le tribunal civil ou devant la Cour, c'est par milliers de francs qu'il faut alors compter.

Par conséquent, si le « Sou » doit venir largement en aide à ses adhérents, quel que soit l'intérêt juridique et serait-il même inexistant, il n'y a qu'un moyen, qui est d'augmenter la cotisation annuelle. Elle est actuellement de 40 fr., soit le double de ce qu'elle était avant guerre, alors que le coût de la vie est actuellement au moins de cinq fois plus élevé qu'à cette époque.

Le Conseil a donc décidé, ainsi qu'il est relaté en fin du rapport, d'ouvrir un referendum, auprès des membres du « Sou », pour leur demander ce qu'ils pensent de l'augmentation de la cotisation et dans quelles proportions ils sont disposés à subir cette augmentation, qui ne pourrait d'ailleurs être réalisée que pour l'exercice 1929.

Si cette cotisation était portée à 100 francs, c'est-à-dire mise au niveau de l'indice actuel du coût de la vie, elle permettrait de donner plus largement l'appui pécuniaire, dans les affaires de recouvrement d'honoraires notamment, et d'élever à une somme illimitée la garantie de la responsabilité professionnelle, actuellement limitée à 70.000 francs.

M. Paul BOUDIN en terminant son exposé, indique que cette proposition de fixation à 100 francs de la cotisation et de garantir sans limite la responsabilité professionnelle est faite en son nom personnel et que le Conseil n'en a pas délibéré.

M. GARRIGUES. — Beaucoup de médecins sont assurés à d'autres Compagnies d'assurances, en même temps qu'au « Sou médical ». Quelle sera leur situation si le « Sou » porte sa garantie à une somme illimitée ?

M. Paul BOUDIN. — Ils auront à payer leur prime à l'autre assurance, mais pourront mettre fin au contrat suivant les conditions de la Police et n'auront alors plus de prime à payer.

M. MIGNON dit qu'il a été chargé par le Dr Masquin, de Saint-Didier, d'insister pour que la cotisation soit portée à 100 francs, de manière que le « Sou » puisse garantir les risques qu'il ne peut garantir avec sa cotisation actuelle.

M. GASSOT. — La discussion actuelle ne peut aboutir aujourd'hui à une décision, autre que celle d'ouvrir le referendum proposé. Mais il est à craindre, que si la cotisation était élevée de 40 à 100 francs, des démissions nombreuses ne se produisent, que l'on peut évaluer à 50 pour 100.

M. PAMART voit dans la garantie illimitée un danger. Il propose que, lorsque des recouvrements d'honoraires seraient effectués avec l'appui du « Sou », un tant pour cent de la somme recouvrée soit versée à la caisse du « Sou ».

M. HENNE. — Si la cotisation est fixée à 100 fr. sera-ce à titre définitif ?

M. DUCHESNE. — Non, d'après les statuts, la

cotisation est fixée chaque année par l'Assemblée générale.

MM. DE LA ROCHEFORDIÈRE, LEVASSORT et MIGNON insistent sur les dangers de la garantie illimitée pour la caisse du « Sou » et font observer que l'effet serait déplorable, si les Assemblées à venir se trouvaient dans la nécessité de diminuer le chiffre de la garantie.

M. HERVOUET. — Le motif de la demande d'élévation de la cotisation paraît être, non pas l'augmentation de la garantie, mais la mise en accord de la cotisation avec la situation économique. Or, si le franc vaut actuellement environ cinq fois moins qu'avant guerre, il est inexact de dire que les médecins font des recettes cinq fois plus grandes que celles qu'ils faisaient avant guerre. Ils ne dépensent pas non plus cinq fois plus, se restreignant, comme tous, sur certains chapitres de dépenses. En réalité, on peut évaluer les recettes du plus grand nombre des médecins à trois fois celles d'avant-guerre. Il semble donc que la majoration de la cotisation ne serait justifiée que dans cette proportion.

M. HARLET propose de porter, dès aujourd'hui la cotisation à 60 francs.

M. NATTAN-LARRIER est de l'avis de ceux des membres de l'Assemblée qui redoutent la garantie illimitée. Comme le fait serait de notoriété publique, ce serait un argument facile devant les tribunaux de dire : « Vous pouvez condamner le médecin responsable professionnellement à des dommages-intérêts élevés. Le «Sou» payera, il est fait pour cela. » Et il est à craindre que les magistrats se laissent convaincre par cet argument.

Me AUGER. — Ne pourrait-on stipuler que la garantie sera illimitée, mais qu'au-delà d'un certain chiffre (150.000 francs, par exemple), une portion des dommages-intérêts (25 %, par exemple) sera laissée à la charge de l'Intéressé ?

M. DAVID. — Il faut distinguer les deux causes d'augmentation de la cotisation ; celle qui a pour but de la mettre en harmonie avec le coût général de la vie et celle qui aurait pour contre-partie l'augmentation de la garantie de la responsabilité professionnelle.

M. NOIR. — Le but du Conseil, en proposant le referendum sur l'augmentation de la cotisation, n'a pas été d'augmenter le chiffre de la garantie de la responsabilité, mais seulement de permettre de donner plus largement l'appui pécuniaire aux membres du « Sou », qui apportent des affaires à soumettre aux tribunaux, et notamment des affaires de recouvrement d'honoraires. La question de l'augmentation de la garantie de la responsabilité est dangereuse et doit être écartée.

M. le Président confirme que le Conseil n'a pas discuté l'augmentation de la garantie et que le referendum proposé devait, dans son esprit, porter seulement sur l'augmentation de la cotisation en vue d'une plus grande générosité dans les appuis pécuniaires.

M. Paul BOUDIN, en parlant de garantie illimitée, n'a entendu viser que la fixation de la garantie à un chiffre qui, pratiquement, couvrirait intégralement le risque, tout comme si la garantie était illimitée. Ainsi actuellement, on peut estimer que 200.000 francs suffiraient pour garantir intégralement la responsabilité professionnelle. Il serait d'ailleurs possible au « Sou médical » de se réassurer au-dessus d'une certaine somme, pour éviter les risques d'une ou plusieurs condamnations à des dommages-intérêts élevés.

Mais l'Assemblée n'a pas à se prononcer aujourd'hui sur le fond, mais seulement sur la question du referendum.

M. NOIR. — Le referendum devra demander aux médecins combien ils veulent payer et comment ils veulent être défendus et garantis.

M. HENNE. — Il devra leur exposer la question d'une manière très précise, pour qu'elle soit soumise à la prochaine Assemblée générale.

Personne ne demandant plus la parole, M. le président met aux voix la préparation et l'envoi aux membres du « Sou » d'un questionnaire expliqué, demandant leur avis sur le montant de la cotisation qu'ils sont disposés à payer au « Sou médical ».

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Fixation de la cotisation et de la garantie pour l'année 1928.

Sur la proposition du Conseil et par application des statuts, l'Assemblée générale, à l'unanimité, fixe :

A QUARANTE FRANCS (chiffre égal à celui des années précédentes) la cotisation pour l'année 1928, somme sur laquelle HUIT FRANCS sont affectés spécialement à la Caisse de garantie.

A SOIXANTE-DIX MILLE FRANCS (chiffre égal à celui des années précédentes) la somme à concurrence de laquelle le « Sou » garantit la responsabilité professionnelle de ses membres, les frais judiciaires étant garantis en sus de cette somme, au moyen de la Caisse générale.

Il est rappelé que, comme pour les années précédentes, le journal *Le Concours médical* garantit la responsabilité professionnelle des membres du « Sou », qui sont en même temps ses abonnés, pour TRENTE MILLE FRANCS, en sus de la garantie donnée par le « Sou ».

Par ce moyen, les membres du « Sou » qui sont en même temps abonnés au *Concours* sont garantis pour CENT MILLE FRANCS, outre les frais de procès.

Election de 5 Membres du Conseil d'Administration.

Aux termes des statuts, le conseil d'administration est renouvelable par tiers tous les deux ans.

La série sortante cette année est composée de MM. DECOURT, vice-président ; GASSOT, trésorier ; NOIR, FISCHER et PAMART, administrateurs.

Tous sont rééligibles.

Tous les administrateurs sortants sont réélus à l'unanimité.

Election de deux Commissaires Contrôleurs.

Les commissaires sortants : MM. VILPELLE et JACOB, sont rééligibles.

M. Jacob étant actuellement malade et dans l'impossibilité pour quelque temps de remplir cette mission, qu'il n'a pu remplir d'ailleurs cette année, MM. VILPELLE et HERVOUET sont élus à l'unanimité, sur la proposition des membres de l'Assemblée, commissaires des comptes pour l'exercice 1927.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 5 heures 1/4.

Assemblée Générale de la Fédération Nationale des Syndicats médicaux de France

(1er *et* 2 *Décembre* 1927)

DÉCISIONS

1° *Limitation du bénéfice des soins gratuits* (*art* 64).

L'Assemblée générale de la F. N. S. M. demande aux Pouvoirs publics de limiter l'application de l'article 64 aux seules victimes de la grande guerre 1914-1918 et demande au bureau de la F. N. d'entrer en relation avec celui de l'Union pour une démarche commune.

2° *L'assistance médicale partielle.*

L'Assemblée générale de la F. N. décide :

1° De refuser toute collaboration à l'assistance médicale partielle pour les soins dans le milieu familial.

2° De réclamer d'urgence la révision de la loi de 1851, l'hôpital devant être réservé aux seuls indigents.

3° *Le statut des médecins de réserve.*

Le rapport du Dr GARNIER (voy. *Bull.* de la Fédération, est adopté à l'unanimité).

4° *L'ordre des médecins.*

Le rapport de la Commission (voy. *Bull.* de la F. N., sept. 1927, p. 280) est adopté avec addition, à la fin de la P. 281 des mots suivants : « *et aux autres Conseils* ».

5° *Les rapports des médecins avec les centres anticancéreux.*

Le rapport du Dr MARQUIS (voy. *Bull.* de la F. N., oct. 1927, p. 508), est adopté. Le mot « semi-indigents » est remplacé par le mot « nécessiteux ».

6° *L'inspection médicale des écoles.*

Considérant que si l'hygiène scolaire est du ressort de l'Etat, la surveillance de la santé des écoliers appartient en propre à la famille ;

Que l'Etat a le droit de s'assurer que les familles s'acquittent de ce devoir, mais qu'il n'a pas celui de se substituer à elles.

L'Assemblée générale de la F. N.,

1° Demande que les attributions des médecins scolaires se bornent à l'hygiène de l'école (locaux et matériel en particulier).

2° Demande que les familles soient tenues d'avoir pour chaque enfant un livret sur lequel le médecin de famille consignera le résultat de son examen en tant qu'il intéresse l'hygiène de l'école ou de l'écolier Il y aura obligatoirement deux examens par an.

En cas d'indigence de la famille, les frais médicaux seront supportés par le service de l'A. M. G. au tarif de cette dernière.

7° *Accidents du travail.*

L'Assemblée générale de la F. N. déclare que pour tout accident du travail le médecin ne doit délivrer au tarif légal qu'un seul certificat. Tout certificat demandé en supplément devra être rétribué au même tarif.

8° *La lutte contre la tuberculose.*

L'Assemblée générale de la F. N. décide que sa « *Commission de la lutte anti-tuberculeuse* » *intervienne* auprès du « Comité National de la tuberculose » pour lui demander de limiter la lutte antituberculeuse, tant à Paris, que dans les départements sur le terrain prophylactique et hygiénique, à l'exclusion de toute thérapeutique ; en particulier, le traitement par le pneumothorax ne doit jamais être appliqué dans les dispensaires.

9° *Déclaration obligatoire de la tuberculose en cas de déménagement ou de décès.*

L'Assemblée générale de la F. N. décide de se refuser à la déclaration de la tuberculose par le médecin traitant dans quelque cas que ce soit.

10° *Lutte contre la syphilis. Prophylaxie des maladies vénériennes* (voir *Bull.* de la F. N., oct. 1927, p. 315.)

1° L'existence de dispensaires anti-syphilitiques ne se justifie que dans les grandes villes ou les agglomérations industrielles. Il ne doit admettre que les indigents et les nécessiteux.

2° En règle générale, c'est le médecin traitant qui doit assurer le diagnostic et le traitement de la syphilis, en faisant appel au besoin, pour les indigents et nécessiteux, aux services gratuits des laboratoires et aux fournitures gratuites de médicaments.

11° *Les soins aux inscrits maritimes.*

L'Assemblée générale de la F. N. enregistre avec satisfaction l'inscription dans le code du travail maritime du libre choix du médecin et du paiement direct par l'inscrit maritime. La Fédération s'opposera à

toute modification des articles 82 et 83 qui consacrent ces dispositions. Elle veillera à leurs applications intégrales et réclamera impérieusement la représentation des unions nationales au sein de la Commission de la marine marchande.

12° *Cotisation* 1928.

Le trésorier étant donné l'état des finances envisage la possibilité de ramener à 25 francs la cotisation pour 1928. L'Assemblée générale a décidé à l'unanimité de la maintenir à 30 francs.

Assemblée générale de l'Union des Syndicats

1-3 *Décembre* 1927.

PRINCIPAUX ORDRES DU JOUR.

I. *Assurances sociales.* — L'Assemblée générale de l'Union ;

1° Considérant que les propositions adoptées par le Congrès des Syndicats, réuni le 30 novembre, sont en accord avec les principes qui sont la base du syndicalisme médical :

Libre choix ;

Secret professionnel ;

Tarif à l'acte médical ;

Contrat collectif pour les soins aux collectivités ;

Considérant, d'autre part, que les propositions du Congrès réalisent un terrain d'entente pour tous les Syndicats en matière d'assurance sociale, et acheminent les Syndicats vers la reconstitution d'un Groupement syndical central unique ;

Déclare adopter les conclusions du Congrès en matière d'assurances sociales ;

2° L'Assemblée générale compte sur les Syndicats pour que, dans leur autonomie, ils sachent, par discipline syndicale, assurer l'application de ces principes.

3° L'A.G. adhère au choix, fait par le Congrès de la Commission mixte, pour représenter le corps médical en ce qui regarde les assurances sociales, jusqu'à ce que le Groupement central unique des Syndicats médicaux soit reconstitué.

Et en ce qui la concerne, ratifie le mandat donné aux docteurs Decourt, Gaussel, Humbel, Jayle, Lecat, Rinuy.

II. *La fusion. Reconstitution d'un Groupement central unique.* — L'A.G. de l'Union des Syndicats médicaux de France rappelle qu'un organisme central a été nommé par le Congrès des Syndicats pour défendre les décisions prises par celui-ci ;

Décide qu'à partir d'aujourd'hui, il y a lieu de cesser toute polémique susceptible de contrarier les efforts de cet organisme central ;

Persuadé que le regroupement des forces médicales est nécessaire et urgent, l'Assemblée générale, fait confiance à ceux de ses membres qui représentent l'Union des Syndicats au soin de cet organisme, pour hâter les formalités de fusion.

En attendant cette fusion, et conformément à la proposition faite à la Commission mixte par son président, l'A.G. estime qu'une trêve doit intervenir entre les deux groupements, chacun d'eux, se refusant à accepter dans son sein des Syndicats adhérant actuellement à l'autre.

III. *Rapports du Conseil de l'Union et de la Commission mixte « Union, Fédération, spécialistes ».* — L'A.G. de l'Union décide que le futur Conseil de l'Union, élu par l'A.G. de l'Union, est l'intermédiaire naturel entre les Syndicats de l'Union et les représentants de l'Union à la Commission mixte. Il devra documenter les Syndicats sur les travaux de la Commission mixte et les représentants de l'Union à la Commission mixte, sur les travabx des Syndicats.

IV. *Préparation d'un projet de statuts pour un Groupement général de tous les Syndicats.* — L'A.G. de l'Union demande à tous les Syndicats d'envoyer au secrétariat de l'Union et dans un délai de quinze jours, toutes les suggestions qu'ils peuvent avoir à faire sur les principes qui doivent présider à la rédaction des statuts du nouveau Groupement général de tous les Syndicats médicaux de France.

V. *Cotisation à l'Union.* — L'A.G. fixe à 40 fr. (quarante francs), la cotisation à l'Union pour l'exercice 1927-1928.

VI. *Bulletin.* — L'Assemblée générale de l'Union souhaite que, dans la mesure du possible, le *Bulletin* de l'Union soit ouvert aux études, lettres, suggestions et tous autres documents professionnels émanant des Syndicats affiliés à l'Union et des syndiqués, à grouper sous la rubrique « Tribune libre ».

VII. *Lutte contre les fléaux sociaux.* — L'A.G. de l'Union des Syndicats médicaux donne mandat à son Conseil de suivre de très près, selon les directives données par les précédentes Assemblées, l'organisation de la lutte contre les fléaux sociaux (tuberculose, syphilis, cancer) ; de faire travailler les Commissions compétentes pour l'étude de cette question et de reprendre d'urgence, à ce sujet, le contact avec les Syndicats.

VIII. *Loi des Pensions.* — L'Assemblée générale de l'Union.

Considérant que les médecins n'ont pas à faire le frais des lois de médecine sociale et que, dès l'origine, pour les soins aux pensionnés de guerre, il avait été entendu que le tarif des soins à ces bénéficiaires devait être un tarif de clientèle moyenne ;

Considérant que pendant ces dernières années, les médecins ont été amenés à consentir un réel sacrifice

en acceptant de soigner les pensionnés de guerre aux tarifs que l'Etat leur a accordés ;

Considérant enfin que cette circonstance s'aggrave du fait de l'extension de la loi du 31 mars 1919 à des catégories de bénéficiaires qui ne sont plus seulement des pensionnés de guerre ;

Décide : Que l'Union doit s'efforcer d'obtenir le relèvement des tarifs pour soins aux pensionnés de guerre, et leur mise en accord avec le tarif syndical moyen.

***

Conseil d'Administration élu par l'Assemblée générale des 1er, 2 et 3 décembre 1927.

MM. les docteurs :

		voix
JAYLE	Seine	7.118
FRANÇOIS	Seine	7.053
CLAVELIER	Toulouse	6.957
GAUSSEL	Montpellier	6.943
RINUY	Somme	6.933
BOBRIE	Charente-Inférieure	6.860
HUMBEL	Versailles arr.	6.826
DIBOS	Landes	6.764
HERVY	Haute-Vienne	6.746
DOREL	Brioude	6.741
BONGRAND	Seine	6.724
DUVERNOY	Doubs	6.516
NORDMANN (Al.)	Colmar	6.501
PIERSON	Meuse	6.494
LESCARRET	Bordeaux Suburbain	6.490
CAILLAUD	Orléans	6.461
GUY	Lot-et-Garonne	6.445
PETIT	Deux-Sèvres	6.434
LELONG	Savoie	6.272
GIRY	Meurthe-et-Moselle	6.174
MARCHAIS	Chateaulin	6.143
PRIOLO	Brive	5.893
SOREL	Le Havre	5.873
RIVOIRE	Nice et Puget-Théniers	5.653
JUGE	Marseille	5.631
DROUET	Seine	3.827

MM. les docteurs :

Président : DIBOS.

Vice-présidents : CLAVELIER, GAUSSEL.

Secrétaire général : FRANÇOIS.

Secrétaire adjoint : DROUET.

Trésorier : JAYLE.

Archiviste : BONGRAND.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Nécrologie. — M. le Dr CHAVASSE, médecin inspecteur général de l'armée. — M. le Dr L. DAMIAN, de Nîmes. — M. le Dr Firmin MÉPLAIN, de Moulins. — M. le Dr PÉGUILLAN, de Grisolles (Tarn-et-Garonne).

— Hôpital Saint-Louis. (Service de M. le Dr Milian). *Cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau*, du 11 janvier au 18 février 1928, sous la direction de M. le Dr MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de : MM. les docteurs GASTOU, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, L. PÉRIN, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, LAFOURCADE, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, RIMÉ, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

Les cours auront lieu le mercredi 11 janvier 1928 et les jours suivants, à 2 heures, à l'hôpital Saint-Louis. Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

Programme des cours (28 leçons) :

1re leçon : Biopsie. Indications. Instrumention. Technique : fixation, coupes et colorations (M. Milian). — 2e leçon : Structure normale de la peau. Epiderme, derme, hypoderme. Vaisseaux et nerfs de la peau (M. Milian). — 3e leçon : Annexes de la peau. Histologie normale et pathologique des glandes, des ongles, des poils (M. Périn). — 4e leçon : Etude des lésions fondamentales. Macules érythémateuses, purpuriques, achromiques, pigmentaires. Epiderme, atrophie, hypertrophie. Acanthoses. Parakératoses. Hyperkératose (M. Périn). — 5e leçon : Spongiose. Vésicules. Œdème intra-cellulaire. Altération ballonisante. Etude histologique des affections vésiculeuses. Eczéma, herpès, zona, varicelle (M. Milian). — 6e leçon : Pustules. Bulles (M. Milian). — 7e leçon : Papules. Papules épidermiques, dermiques, dermo-épidermiques (M. Périn). — 8e leçon : Tubercules. Nodules. Nodosités. Gommes. Ulcérations. Croûtes. Cicatrices. Scléroses et atrophies cutanées. Dégénérescences. Hypertrophies. Lichénifications (M. Périn). — 9e leçon : Lésions inflammatoires aiguës : érysipèle. — 10e, 11e et 12e leçons : La syphilis. Chancre. Plaques muqueuses. Gommes. La leucoplasie (M. Milian). — 13e et 14e leçons : La tuberculose cutanée. Les tuberculides (M. Milian). — 15e leçon : Le chancre mou (M. Rimé). — 16e leçon : Eczéma. Pityriasis rosé de Gibert (M. Rimé). — 17e leçon : Le psoriasis (M. Lafourcade). — 18e leçon : Le lichen plan (M. Périn). — 19e leçon : Les Mycoses. Mycétomes et sporotrichose (M. Gastou). — 20e leçon : Affections du cuir chevelu (M. Gastuo). — 21e et 22e leçons Tumeursde la peau. Définition et classification. Tumeurs formées aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire. Myxomes. Fibromes. Lipomes, Myomes. Angiomes. Lymphangiomes. Botryomycomes. Sarcomes. Tumeurs lymphatiques. Mycosis fongoïde. Lymphadénomes (M. Milian). — 23e leçon : Tumeurs épithéliales bénignes. Papillomes. Adénomes. Kystes. Nævi (M. Périn). — 24e leçon : Tumeurs épithéliales malignes. Affections précancéreuses dyskératosiques. Maladie de Paget. Maladie de Bowen (M. Périn). — 25e et 26e leçons : Les épithéliomas (M. Périn). — 27e leçon : Le sang dans les dermatoses (M. Rimé). — 28e leçon : La lèpre (M. Milian).

Le droit à verser est de 400 francs. S'inscrire au laboratoire de la Salle Henri IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 heures à 11 heures (sauf le mecrredi). Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr PÉRIN.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1927

2e Semestre

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale. — V. Bibliographie.

I

Partie Scientifique

A

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

II

Partie Professionnelle

B

C

D

E

F

G

H

I

J

R

S

T

U

V

III

NOMS DES AUTEURS

D

F

G

H

J

K

L

M

N

O

P

IV

Jurisprudence Médicale

V

Bibliographie

A

André. Holosympathique et corps créatiniques. Leurs rapports avec le tonus musculaire, l'épilepsie, les psychoses d'angoisse et l'asthme, 2766.
Arnould. Contribution à l'étude des lymphatiques de l'appareil auditif, 2240.
Augagneur et Carle. Précis des maladies vénériennes, 3121.
Azam. De la photosensibilisation, 2634.

B

Baldenweck. Leçons sur l'exploration de l'appareil vestibulaire, 3383.
Belgy. La continence et l'obturabilité des anus artificiels. Le procédé de Lambret, 2703.
Berger. Quarante de fièvre, 2074.
Beust. Le rayonnement total du radium et ses applications en thérapeutique gynécologique, 2346.
Blanchard. Contribution à l'étude de la pathogénie des syphilides pigmentaires, 2635.
Bouland. Corps étrangers d'origine dentaire dans l'organisme, 2295.
Boussi. Hygiène oculaire scolaire, 2927.
Bressoles. Contribution à l'étude des sels de bismuth radioactif. Recherches pharmacodynamiques sur le bismuth radifère, 2403.
Brindeau et Lantuéjoul. Les accouchements (tome IV de « La pratique de l'art des accouchements »), 2465.
Brindeau, etc. Leçons du jeudi soir de la clinique Tarnier, 2466.
Brunel. Contribution à l'étude clinique de certains mouvements involontaires au cours du tabes, 2296.
Burnouf. Contribution à l'étude du tremblement mercuriel, en particulier au point de vue de la loi sur les maladies professionnelles, 2519.

C

Cambiès et Rosell. Coprologie clinique ; exploration, séméiologie et diagnostic coprologique, 2074.
Cantonnet. L'ionisation de l'œil. Technique. Résultats, 2993.
Cavaillon. L'armement anti-vénérien en France, 3384.
Chaumet. Introduction à la radiologie médicale, 2466.
Couturat. Contribution à l'étude du virilisme surrénal, 2704.
Cuguillère. Guérison de la tuberculose par l'ail, 3056.

D

Daniel. Contribution à l'étude de l'azotémie post-opératoire, 2345.
Delort. Œsophage. Estomac. Duodénum, 2344.
Delvaille. Recherches bactériologiques et cliniques sur la thérapeutique alliacée totale en gastro-entérologie, 2579.
Doleris, Petit-Dutaillis, Roulland. Etudes de gynécologie clinique et opératoire (tome I), 2578.
Donon-Brico. Recherches expérimentales et cliniques sur la médication iodée en phtisiothérapie, étudiée plus particulièrement sous sa forme injectable, 2703.
Drouineau. Sur un cas de sympathonie embryonnaire, 2518.
Durand. Le tartrate d'ergotamine cristallisé et ses effets thérapeutiques en obstétrique, en gynécologie et dans les sympathoses, 2403.

F

Fiessinger (Ch.). La pratique thérapeutique en clientèle, 2994.
Fiessinger (Ch.). Le traitement des maladies du cœur et de l'aorte en clientèle, 3056.
Flandrin. Urologie, 3121.
Fournier. L'allonal dans les états mélancoliques, 2188.

G

Golay. La pathologie générale de la syphilis, 2578.
Golbach. Contribution à l'étude du mode d'action de la cure de Morsbronn, 2766.

S

T

V

W

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Il n'y a donc pas à attendre une contre-visite ordonnée par le juge, sauf dans le cas où un médecin certifie que le blessé est en état de reprendre son travail.

Nous approuvons l'idée de la désignation d'un médecin-expert par le juge de paix, d'urgence, en cas de contestation, à la demande de la partie la plus diligente. Déjà, le rapport Gros entre dans cette voie.

E. Quillent,
Secrétaire du Conseil judiciaire de la C.G.T.

3887. — Les appareils de prothèse ne sont pas à la charge du patron.

Un accidenté du travail a dû subir l'amputation de l'avant-bras. Je lui ai fait faire un appareil de prothèse, coût 535 fr., l'assurance se refuse à payer ce dernier, disant que c'est le sinistré qui doit lui-même s'imposer ces frais, ainsi que les frais de remplacement de l'appareil en cas d'usure. Est-ce exact ?

Dr D.

Réponse.

Il est exact que la jurisprudence, en raison du caractère forfaitaire de la loi sur les accidents du travail, considérant que les frais de prothèse ne peuvent être compris dans les frais médicaux et pharmaceutiques dus seulement pendant la durée de l'incapacité temporaire, refuse de mettre le coût de ces appareils à la charge du patron ou de son assureur substitué.

La Chambre est actuellement saisie d'un projet de loi tendant à modifier la législation sur les accidents du travail sur ce point.

Mais tant que ce projet n'aura pas été voté (et il n'aura pas d'effet rétroactif), le patron n'aura pas à faire les frais des appareils de prothèse, et il appartiendra au blessé de se les procurer sur ses propres ressources.

3983. — Accident survenu au cours du transport d'une batteuse.

Je lis dans le *Progrès de la Somme* du 15 novembre 1927, l'article suivant :

« Points de fait, points de droit ».

« Les accidents du battage,

« Statuant sur un pourvoi introduit contre un arrêt de la Cour de Toulouse, du 1er juillet 1925, la Cour de Cassation vient de décider que la loi du 30 juin 1890, n'était pas applicable à un accident survenu à un engreneur au cours du transport de la locomobile servant au battage, disant notamment que « l'accident n'ayant pas été occasionné par le fonctionnement du moteur au cours des opérations de battage, il n'y avait aucune relation de cause à effet entre l'emploi normal de la machine, mue par une force inanimée et l'accident, et, qu'à défaut de cette





condition essentielle, LA LOI DE 1899 n'était pas applicable. »

La teneur de cet article n'est pas sans m'étonner, persuadé que j'étais jusqu'à présent que tous les accidents survenus à l'*occasion du travail* étaient indemnisables comme ceux du travail proprement dit et rentraient aussi bien dans le cadre de la loi.

Mais il peut se faire qu'il ne s'agisse ici que d'une exception, exception confirmant la règle, car les dates des lois sus-indiquées et soulignées (30 juin 1890 et 1899) ne concordent pas avec les lois du 9 avril 1898, 31 mars 1905 et 12 avril 1906 sur les accidents du travail.

Je vous serais obligé ede bien vouloir éclairer ma religion sur ce point important.

Dr G.

Réponse.

L'arrêt que vous avez trouvé rapporté dans le *Progrès de la Somme* ne contient aucune innovation et ne fait que confirmer la jurisprudence en vigueur au sujet de l'application de la loi du 30 juin 1899 (et non 1890, comme le dit par erreur le journal).

Cette loi du 30 juin 1899 date d'une époque où les exploitations agricoles étaient en dehors du domaine de la législation sur les accidents du travail. A ce moment, le législateur avait considéré qu'il convenait de donner une protection particulière aux ouvriers agricoles plus exposés que les autres au risque professionnel par suite de l'emploi de machines agricoles mues par des moteurs. Le point intéressant de la loi est que la responsabilité incombe non pas au patron du blessé mais à l'exploitant du moteur qui peuvent être deux personnes distinctes. C'est là d'ailleurs le cas le plus fréquent.

Toujours la jurisprudence a considéré que pour que cette loi soit applicable, il fallait faire la preuve d'une relation de cause à effet entre le fonctionnement du moteur et l'accident.

La loi du 15 décembre 1922, qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, a beaucoup diminué l'intérêt et la portée pratique de la loi du 30 juin 1899. Dans son article 16, elle a même décidé que les dispositions de cette loi ne s'appliqueraient plus aux accidents causés par des moteurs inanimés, toutes les fois que ceux-ci seraient utilisés par les agriculteurs auxquels ils appartiennent et eux-mêmes assujettis à la loi. La loi du 30 juin 1899 conserve quand même son intérêt quand l'exploitant du moteur n'est pas la même personne que le patron. Dans ces cas, si un accident vient à être causé par le moteur, il y a deux responsables : 1° le patron (loi du 15 décembre 1922) ; 2° l'exploitant du moteur (loi du 30 juin 1899.).

447. — Accident survenu à un bûcheron.

M. C., petit exploitant forestier, a acheté des arbres sur pied. Deux bûcherons abattent ces arbres pour lui, les débitent et sont payés à raison de 10 fr. par mètre cube de bois ainsi livré à M. C.

L'un de ces bûcherons vient d'être blessé au cours du travail et est venu me trouver. Doit-il bénéficier de la loi sur les accidents du travail ? et dans quelles conditions ? Puis-je réclamer mes honoraires à M.C. qui prétend ne rien devoir ?

D^r M.

Réponse.

L'exploitant de la coupe est responsable de l'accident dont a été victime son ouvrier au cours de son travail, soit en vertu de la loi du 15 juillet 1914 étendant aux exploitations forestières la législation sur les accidents du travail, soit en vertu de la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents du travail agricole, qui englobe dans son domaine d'application tous les cas où la loi du 15 juillet 1914 n'est pas applicable.

Il en résulte que l'exploitant doit au blessé son demi-salaire pendant toute la durée de l'incapacité temporaire et qu'il doit supporter en outre les frais médicaux et pharmaceutiques sur les bases des tarifs ministériels (tarif Fallières en ce qui vous concerne).

Sans doute l'exploitanta commis la négligence de ne pas s'assurer contre les accidents dont ses ouvriers pourraient être victimes et il trouve mauvais maintenant d'avoir à payer vos honoraires.

Il n'en reste pas moins que, s'il ne s'exécute pas de bonne grâce, vous pourrez le poursuivre directement devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la procédure de la loi sur les accidents du travail,

Cette procédure est peu coûteuse, étant exempte des droits de timbre et d'enregistrement.

4109. — Honoraires pour expertise d'un accidenté du travail.

Sur ordonnance du juge de paix, après avoir prêté serment, j'ai dû visiter un blessé du travail, le juge estimant le certificat, délivré par un confrère, insuffisant.

Voyage : 5 kil. Visite et rapport.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire à qui je dois réclamer mes honoraires et sur quel tarif les établir.

D^r L.

Réponse.

Vous devez adresser votre mémoire d'honoraires au juge de paix qui vous a commis. Après taxation, vous serez payé par les soins du receveur de l'enregistrement.

Il n'existe aucune tarification pour les frais

d'expertise en matière civile. L'expert doit exposer les honoraires qui lui paraissent justifier le travail fourni, le temps passé et les difficultés techniques rencontrées. Le magistrat taxateur apprécie ensuite.

En pratique, il est d'usage de demander une centaine de francs pour une expertise accident du travail ne présentant pas de difficultés particulières. En outre vous avez droit à vos frais de transport, à raison de 1 franc par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

Questions médico-militaires.

3508. — Différences entre le grade de médecin auxiliaire et celui d'adjudant.

Le grade de médecin auxiliaire est-il assimilé à celui d'adjudant de troupe, le port du galon étant le même ?

Y a-t-il également assimilation de solde ? J'ai ouï dire qu'il y avait une notable différence entre l'une et l'autre. Pourquoi cette différence ?

Dr B.

Réponse.

Oui, le grade de médecin auxiliaire est assimilé à celui d'adjudant de troupe, mais, pour ce grade, il y a une grande différence de solde pour le temps de service pendant la durée légale et pour le temps de service au-delà, c'est-à-dire après rengagement.

3543. — Délivrance d'un appareil de prothèse à un blessé de guerre.

Un de mes clients a été blessé pendant la guerre d'un éclat d'obus dans le plancher de la bouche. A la suite de l'opération, la prothèse d'un appareil dentaire a été faite. Ce blessé, réformé, n'est titulaire d'aucune pension. Cependant, à ce jour, l'appareil de prothèse est en très mauvais état, sa réparation, voire même son remplacement s'impose. Dans quelles conditions et après quelles formalités mon client peut-il avoir satisfaction ?

Dr D.

Réponse.

Votre client ne pourra avoir satisfaction que lorsqu'il sera devenu bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 (soins gratuits).

Pour cela, il doit au plus tôt, par lettre recommandée, demander au directeur du service de santé de sa région de passer devant une commission de réforme.

Celle-ci reconnaîtra l'imputabilité au service de la blessure et, dès lors, l'intéressé, pourvu d'un certificat spécial, pourra demander au maire

de sa commune son inscription sur la liste des bénéficiaires de l'article 64, chose à laquelle il a droit par l'imputabilité reconnue, même si le degré d'invalidité est inférieur à 10 %, c'est-à-dire ne donne pas droit à pension.

Il s'adressera ensuite, muni de son carnet de « bons », au centre d'appareillage militaire le plus proche.

3652. — Honoraires des médecins experts au centre de réforme.

Chargé plusieurs fois par un centre de réforme d'expertise près d'anciens militaires demandant une augmentation de pension ; je vous prie de vouloir bien me dire s'il y a un tarif spécial pour ces expertises et si je dois me contenter de la simple visite de 10 francs.

Dr G.

Réponse.

1° Si vous êtes médecin commissionné par le centre de réforme pour examiner les malades en expertise, vous avez droit, en plus de votre indemnité mensuelle, à 5 francs par malade examiné.

2° Sinon, vous êtes payé à 10 francs par heure, compte tenu du temps passé en déplacement et de la visite, sans que le prix puisse dépasser 30 francs pour la demi-journée et 60 francs pour la journée entière.

3596. — Radiation des cadres du médecin qui y était resté volontairement au delà du temps légal.

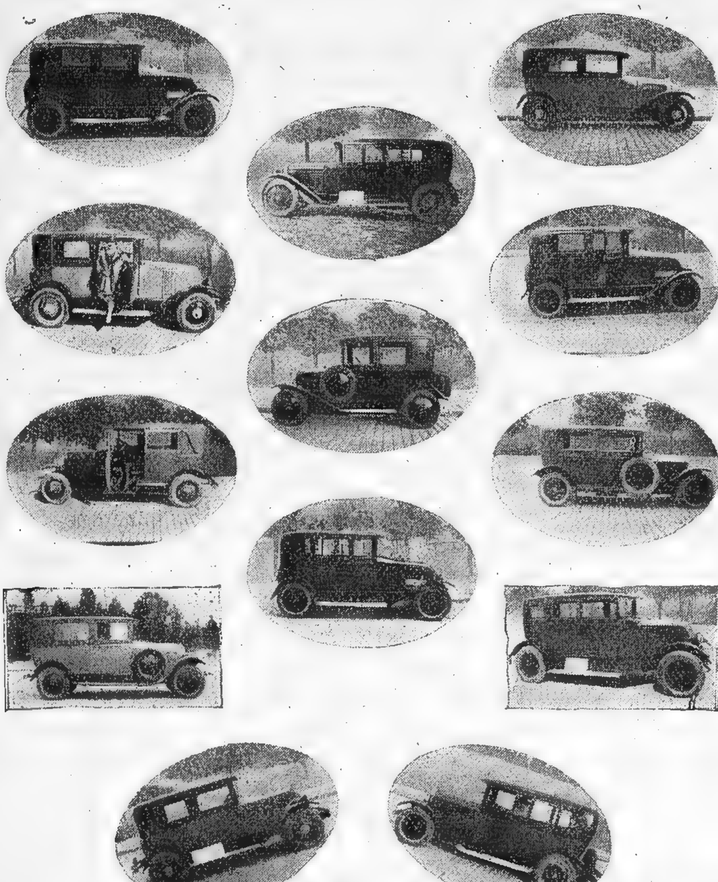
Dans le numéro du *Concours* du 16 octobre, je lis page L.V. 2729 une réponse au sujet du maintien volontaire dans les cadres se terminant par cette phrase :

« Enfin, à tout moment, vous pouvez demander au ministre d'être rayé définitivement des cadres. »

Ceci est conforme à la logique, puisque qui peut plus peut moins, aussi n'est-ce pas légal, paraît-il, et le confrère risque d'avoir la même aventure que j'ai eue. Je voudrais la lui éviter et aussi être fixé une bonne fois à ce sujet. En effet :

En 1925, la direction me fit la même proposition au moment où j'atteignais la limite d'âge. Je déclarai rester. Mais en mars dernier, ma santé me dictant qu'il était plus sage de me retirer, je demandai mon retrait, pensant qu'il était tout naturel que si j'avais laissé l'armée à la limite d'âge, à 52 ans avec mes 3 galons, je pouvais *a fortiori* me retirer à 56 dans les mêmes conditions et j'adressai ma demande.

La direction me répond qu'ayant demandé mon maintien dans les cadres, j'étais en vertu de l'art. 10 de la loi du 8 janvier 1925 considéré comme démissionnaire et elle m'envoie ma feuille de démission à signer que j'ai refusée, car après 32 ans de service, je quittais l'armée comme un failli (art. 13) et redevenais simple soldat en cas de mobilisation, alors que



si j'étais parti en 1922 au moment de mes 52 ans, je conservais mes 3 galons !!!!

Ceci est fou, paradoxal. Singulière façon de mettre sur le même pied un honnête homme et un failli. Mais c'est... démocratique.

Dr X.

Réponse.

La disposition dont vous parlez est absolument légale.

L'article 10 de la loi du 8 janvier 1925 (statut des officiers de réserve) prévoit le départ volontaire des officiers qui ont demandé à rester dans les cadres au-delà des limites de service imposées à sa classe, et cet article ajoute, *in fine*, troisième alinéa :

« Tout officier qui déclare ne pas vouloir rester dans les cadres est considéré comme démissionnaire . » Ceci est votre cas, comme celui de tout officier qui, après maintien, déclare ne plus vouloir rester : il est désormais considéré comme démissionnaire.

Tout officier ayant demandé à rester, et *ne voulant pas ensuite partir spontanément* est doté, de la part du ministre (voir article 10). de garanties contre un *renvoi non motivé*. Aussi le ministre ne peut-il le renvoyer ensuite que dans les conditions des articles 12 et 13 :

Article 12. — Limite d'âge des officiers de l'active augmentée de 5 ans.

Article 13. — Faillite, inaptitude physique, etc.

Vous aviez la possibilité, si votre santé était chancelante, de vous faire mettre en non-disponibilité pour trois ans, dans les conditions de l'article 19 de la même loi.

Fiscalité.

4093. — Patente d'un médecin de clinique habitant en garni.

Un médecin habitant à l'hôtel (où il ne fait pas de consultations), donne trois fois par semaine des consultations de spécialité dans une clinique privée où d'autres médecins consultent également. Quelle est la situation de ce médecin en face de la patente, sur quelle base sera-t-elle établie ?

Dr R.

Réponse.

La patente sera établie :

1° Sur la valeur locative de l'habitation, en l'espèce valeur locative que comporterait la chambre d'hôtel si elle était louée non meublée ;

2° Sur la valeur locative du local de la clinique où sont données les consultations.

A. M.

4055. — Patente en cas de changement de résidence.

J'ai actuellement un loyer de 1.600 fr., bail finissant le 1er juin 1928. Je prends dans une autre maison un loyer de 7.000 fr.

Si je fais partir mon nouveau bail du 1er avril 1928, que se passera-t-il pour ma patente ? Elle sera sans doute établie comme les autres années sur une valeur locative de 1.600 fr. Aurai-je une déclaration à faire concernant l'augmentation de mon loyer à partir du 1er avril ?

Dr B.

Réponse.

Votre patente de 1928 sera encore établie à votre ancienne résidence et basée sur un loyer de 1.600 fr. vous n'avez aucune déclaration à faire au contrôleur en ce qui concerne l'augmentation de votre loyer ; lorsqu'il en aura connaissance il établira une imposition supplémentaire basée sur la différence.

A. M.

4051. — Contrôle des déclarations des années précédentes.

Je reçois du contrôleur des contributions directe s un ordre d'avoir à lui dire dans les vingt jours :

Le bénéfice brut que j'ai réalisé dans les années 1922, 1923, 1924, 1925, et de justificer les sommes dont je demande la déduction pour l'année 1926.

Je fais tous les ans une déclaration en vue de l'impôt général sur le revenu.

Le contrôleur est-il en droit de remonter si loin en arrière pour me demander ces renseignements ?

Il est difficile de justifier tous les frais comme par exemple, l'essence dont j'use 200 litres par mois et pour laquelle je n'ai pas de facture, la prenant à une pompe et pas toujours à la même. Il en est de même pour l'huile.

Si le contrôleur me taxe d'office et de façon exagérée, y a-t-il une commission devant laquelle j'ai plus de chance d'être écouté, non pas comme un condamné d'avance, mais de façon équitable.

Dr P.

Réponse.

Le contrôleur peut encore vérifier vos déclarations souscrites depuis 1922 pour les revenus réalisés depuis 1921.

En ce qui concerne les bénéfices professionnels de 1926, le contrôleur a le droit de vous demander des justifications des chiffres déclarés et notamment des dépenses. Si vous ne l'avez déjà fait, nous pensons qu'il vous suffira de produire le détail de vos dépenses par nature.

Avant de vous taxer d'office, le contrôleur devra demander l'avis de la commission départementale qui vous invitera à formuler vos observations soit verbalement, soit par écrit, à votre choix.

A. M.

Application du Tarif Fallières.

I

4078. — Consultation plus intervention en en une même séance.

Je vous serais obligé de me faire savoir :

1° Si, dans un accident du travail, les injections intra-musculaires de septicémine peuvent être assimilées à des « injections sous-cutanées de sérum antitoxique ».

2° Dans un accident du travail, je provoque une consultation avec un chirurgien. Il confirme mon diagnostic, et séance tenante opère.

Peut-on compter :

1° Consultation avec confrère ;

2° Intervention.

Dr A.

Réponse.

1° Il m'apparaît, d'après les dernières décisions de la Commission du tarif, que l'assimilation est possible.

2° Je ne pense pas que vous puissiez compter, dans la *mêmce séance* : *a*) consultation ; *b*) intervention, quand il s'agit d'une même lésion. *Non bis in idem*, ou alors il faudrait en faire autant pour toutes les interventions effectuées, aucune d'elles ne pouvant l'être sans que le médecin traitant et le chirurgien ne se soient mis d'accord au préalable.

F.D.

II

4029. — Minerve.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire connaître le tarif d'une minerve pour un accident du travail.

Il s'agit d'une fracture de l'atlas démontrée par la radiographie.

Je ne pense pas que le tarif soit le même que pour un corset ordinaire surtout en pareil cas.

Veuillez m'excuser de venir vous importuner avec cette question ; j'y ai été encouragé par l'obligeance avec laquellle vous voulez bien renseigner vos lecteurs dans la correspondance du *Concours médical.*

Dr C.

Réponse.

Je ne vois pas qu'on puisse compter, pour une Minerve, autre chose que « réduction et contention de fracture de la colonne vertébrale, avec corset plâtré = 150 francs », ainsi qu'il est dit à l'article 28.

F.D.

III

1° Ponction de la vessie ; 2° Cystostomie suspubienne ; 3° Suture de l'urèthre ; 4° Double intervention dans la même séance.

Je vous serais bien reconnaissant de me dire, à votre avis, ce que je dois compter pour les interven-

tions suivantes faites à un accidenté du travail, atteint de rupture complète de l'urèthre :

29 *mars* 1927 : ponction de la vessie (non prévue au tarif) ;

30 *mars* 1927 : dans la même séance :

1° Cystostomie sus-pubienne de dérivation non prévue au tarif, tarifée 800 dans le tarif Maginot ;

2° Suture de l'urèthre (uréthrorraphie circulaire), par incision périnéale non prévue au tarif.

(Le blessé a d'ailleurs guéri avec un très bon résultat).

Puis-je compter les deux interventions faites dans la même séance, qui sont bien deux interventions différentes.

En outre, pouvez-vous me dire si, pour un autre blessé du travail atteint de sections des tendons fléchisseurs au poignet, avec section des nerfs médian et cubital, je peux compter :

1° Suture des tendons fléchisseurs ;

2° Suture des nerfs.

Dr D.

Réponse.

1° *Ponction de la vessie.* Cette intervention me paraît devoir être tarifée 60 francs, par analogie avec « ponction du genou » (article 16). C'est d'ailleurs le prix indiqué dans le tarif des pensionnés de guerre.

2° La *cystostomie sus-pubienne* me paraît devoir être tarifée 600 francs, qui est le prix maximum fixé dans le tarif Breton. C'est celui de « laparotomie avec intervention sur les organes abdominaux » (article 21).

3° Pour la *suture de l'urèthre*, je la trouve nettement prévue au tarif, sous la rubrique « restauration de l'urèthre », 400 francs (article 21)

Nota. — Pour deux interventions distinctes pratiquées dans la même séance, on compte d'ordinaire l'une à tarif plein, l'autre à 1 /2 tarif ; donc, je compterais ici 600 + 200 = 800 francs.

4° Même remarque pour le blessé auquel vous avez pratiqué dans la même séance : suture des tendons + suture de nerfs, opérations également distinctes.

F. D.